

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Doležalová Jana, DiS.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Klient s nespecifickými střevními záněty v komunitní péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Lucie Rolantová

Autor práce:

Doležalová Jana, DiS.

2011

A klient with non specific intestinal inflammations in community care

Non specific intestinal inflammations, including Crohn's disease and ulcerous colitis, belong to so called civilization diseases. Their cause is not completely clear. There is a common factor of both the diseases, that they attack mainly young people between 20 and 30 years of age. These diseases affect mainly physical, but also mental and social aspects of client's lives.

A client needs to have sufficient information on his/her disease and its treatment to be able to cooperate with medical staff actively and thus contribute to improvement of his/her health condition. A nurse plays an important role here as well. Nurse are those who are in permanent contact with a patient and patients often ask them questions they would be embarrassed to ask a physician. Support of family and friends is also of great importance. Patient organizations that support and help patients suffering from non specific intestine inflammations and also support their family members may also play an important role.

The aim of the bachelor thesis is to find out how patients with non specific intestine inflammations may benefit from patient associations, to find out how nurses participate in keeping the clients informed and to compile material for clients with non specific intestine inflammations.

The qualitative research method was used in the practical part of the thesis. Data collection was performed by means of a semi-structured interview. The research sample consisted of selected clients with non specific intestine inflammations, members of IBD CROCODILE Club České Budějovice, participants of seminars of CroCus Patient Club České Budějovice and a civil association of patients with idiopathic intestine inflammations in Prague. Case studies were elaborated upon interviews with the individual respondents. The case studies formed a base for categorization tables in which the most important research results were summarized.

Apart from the set goals the research results showed problems the patients and their families have to cope with on daily basis. The disease has the most serious impact on their lives in the fields of nourishment, physical activities and travelling.

The elaborated information material may be used in seminars of patient organizations, but also in classes at medical school. The research result might be published at specialized lectures and conferences.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma: „Klient s nespecifickými střevními záněty v komunitní péči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....
Doležalová Jana, DiS.

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Lucii Rolantové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a velkou trpělivost během psaní mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům za vstřícnost, ochotu a věnovaný čas. Poděkování patří i mé rodině za pomoc a podporu během studia.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav	4
1.1 Nespecifické střevní záněty	4
1.1.1 Epidemiologie nespecifických střevních zánětů	5
1.1.2 Průběh onemocnění.....	6
1.2 Crohnova choroba.....	7
1.2.1 Klinické příznaky Crohnovy choroby	8
1.3 Ulcerózní kolitida	9
1.3.1 Klinické příznaky ulcerózní kolitidy	10
1.4 Mimostřevní příznaky nespecifických střevních zánětů	11
1.5 Komplikace nespecifických střevních zánětů	12
1.5.1 Lokální komplikace.....	12
1.5.2 Celkové komplikace	13
1.6 Diagnostika nespecifických střevních zánětů.....	14
1.6.1 Anamnéza	14
1.6.2 Fyzikální vyšetření.....	14
1.6.3 Laboratorní vyšetření	14
1.6.4 Zobrazovací metody	15
1.6.5 Pomocná vyšetření	17
1.7 Terapie nespecifických střevních zánětů	18
1.7.1 Konzervativní léčba.....	18
1.7.2 Chirurgická léčba.....	21
1.7.3 Transplantace	22
1.8 Prognóza nespecifických střevních zánětů.....	23
1.9 Potřeby klientů s nespecifickými střevními záněty.....	23
1.10 Komunitní péče	24
1.10.1 Historie komunitní péče ve světě.....	25
1.10.2 Historie komunitní péče u nás	26
1.10.3 Role sestry v komunitní péči	27

1.11	<i>Pacientské organizace</i>	28
1.11.1	<i>Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty</i>	29
1.11.2	<i>Klub pacientů CroCus</i>	29
1.11.3	<i>Klub IBD CROCODILE (CROhn and COLitis DILEtans)</i>	30
2	Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1	<i>Cíle práce</i>	31
2.2	<i>Výzkumné otázky</i>	31
3	Metodika	32
3.1	<i>Metodika a technika výzkumu</i>	32
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	33
4	Výsledky výzkumu	34
4.1	<i>Kazuistiky respondentů</i>	34
4.2	<i>Kategorizace dat v tabulkách</i>	49
5	Diskuze	66
6	Závěr	74
7	Seznam použitých zdrojů	75
8	Klíčová slova	78
9	Přílohy	79

Úvod

Nespecifické střevní záněty, mezi které se řadí Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, patří do skupiny takzvaných civilizačních nemocí. Jejich příčina není zcela objasněna, ale nepochybně jejich vznik souvisí se změnou přípravy pokrmů a stravování, ke kterému došlo v posledních sto letech. Pro obě nemoci je typické, že postihují především mladé lidi mezi 20 – 30 rokem života. Tato onemocnění zasahují do života klienta hlavně po fyzické, ale i psychické a sociální stránce.

Aby klient mohl aktivně spolupracovat se zdravotníky a tak přispívat ke zlepšení svého zdravotního stavu, musí mít dostatek informací o své nemoci a její léčbě. Zde velkou úlohu hraje také sestra. Vždyť právě sestry jsou s pacientem v nepřetržitém kontaktu a mnohdy se pacienti na ně obracejí s dotazy, které by se ostýchali sdělit lékaři. Neméně důležitá je pro pacienty podpora rodiny, přátel a známých. Významnou roli zde mohou plnit i pacientské organizace, které poskytují podporu a pomoc pacientům trpícím nespecifickými střevními záněty a také podporu jejich rodinným příslušníkům. Ve spolupráci s praktickými a odbornými lékaři pořádají odborné přednášky a konzultace.

Cílem bakalářské práce je zjistit jaký je přínos pacientských sdružení pro klienty s nespecifickými střevními záněty, dále zjistit jak se sestry podílejí na poskytování informací těmto klientům a sestavit informační materiál pro klienty s nespecifickými střevními záněty.

Toto téma jsem si vybrala, protože se domnívám, že je velice aktuální. Získané informace mi pomohou lépe porozumět potřebám klientů s nespecifickými střevními záněty. Tyto informace mohu dále využít ve své profesi všeobecné sestry, jak v ordinaci tak i mimo ni.

1 Současný stav

1.1 *Nespecifické střevní záněty*

Nespecifické střevní záněty jsou chronické většinou celoživotní záněty střev neinfekčního původu, u kterých doposud neznáme přesnou příčinu vzniku. Novější pojmenování je převzato z angličtiny – Inflammatory Bowel Disease = IBD. Mezi nespecifické střevní záněty řadíme Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Obě choroby mají společné rysy, ale liší se rozsahem postižení trávicí trubice a hloubkou postižení střevní sliznice (2,10).

V současnosti se odborníci domnívají, že tato onemocnění způsobuje porucha komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. Existují ovšem faktory, které se účastní vzniku těchto chorob. Mezi tyto faktory se řadí:

Genetické dispozice - v rodinách, kde se nějaká z forem nespecifických střevních zánětů vyskytla, je o 20 % vyšší pravděpodobnost postižení. Roku 1996 Hugot v Pasteurově ústavu v Paříži objevil genetickou mutaci označenou původně jako NOD-2 mutace (nyní CARD 15) neboli IBD-1 gen (tj. 1 gen idiopatických střevních zánětů). Tento gen není příčinou Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy, nicméně vyskytuje se u jedinců s Crohnovou chorobou výrazně častěji. Od té doby byla objevena řada dalších genetických abnormalit, které souvisí s dispozicí pro vznik idiopatických střevních zánětů. Potvrzením vlivu genetických faktorů je častější rodinný výskyt.

Vliv prostředí a stravovacích návyků - nízký obsah vlákniny a rybích olejů v potravě. Používání konzervačních látek, barviv a nadužívání antibiotik. Zvýšená spotřeba rafinovaného cukru.

Psychické faktory - stres, dlouhodobé napětí, nespokojenost, hádky a problémy v mezilidských vztazích mohou mít vliv na průběh onemocnění a na vnímavost k léčbě.

Hormonální antikoncepce.

Kouření - kuřáci mají vyšší riziko, že onemocní Crohnovou nemocí. Sporný příznivý vliv má kouření u ulcerózní kolitidy.

Infekční onemocnění - nebylo prokázáno, že by za vznik střevních zánětů byl zodpovědný konkrétní mikroorganismus (parazit, virus, bakterie, plíseň). Infekce trávicího traktu, ale může nějakým způsobem pozměnit reakce imunitního systému a může dojít k napadení vlastních buněk (autoimunitní zánět). Infekční onemocnění trávicího traktu i jiná infekční onemocnění mohou být spouštěcím momentem vedoucím k aktivaci nespecifických střevních zánětů.

Hygienická hypotéza - nedostatek expozice infekčním činitelům v raném dětství, zvyšuje náchylnost k autoimunním onemocněním (1, 2, 26).

Nespecifické střevní záněty nepostihují jen střevo, při těžkém průběhu dochází i k napadení jiných orgánů, např. jater, kloubů, kůže a očí. Může dojít ke vzniku sepse s možností vzniku šokového stavu či smrti pacienta (34)

Souhrnně lze říci, že nespecifické střevní záněty jsou civilizační choroby vzniklé na podkladě prudkých změn vnějšího prostředí a stravování v průběhu posledních desetiletí. Náš, po tisíce let utvářený, imunitní systém se nedokáže přizpůsobit těmto dramatickým změnám (2, 26).

1.1.1 Epidemiologie nespecifických střevních zánětů

Onemocnění se vyskytuje častěji v průmyslově a ekonomicky vyspělých zemích severní polokoule (střední a západní Evropa, Severní Amerika, nejvyšší výskyt je v oblasti Skandinávie, Skotska a Anglie) (viz příloha 1). V posledních dvaceti letech incidence a prevalence stále stoupá. Odhadem postihuje 0,17 – 0,3% veškeré populace rozvinutých zemí. Zároveň byl prokázán vyšší výskyt v rámci příbuznosti v rodinách, či etnických skupinách. Například lze jmenovat vyšší výskyt nemoci u aškenázských židů. Lidé se světlou kůží mají riziko onemocnění dvakrát vyšší než lidé s kůží tmavou. Prudký nárůst je patrný u Crohnovy choroby, především u dětí a u adolescentů. Obecně lze říci, že vyšší výskyt IBD je ve velkých průmyslových a městských aglomeracích. Poznatky však rozhodně nelze generalizovat. V České republice je přibližně 20 000 – 30 000 pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou (viz příloha 2). Incidence Crohnovy choroby se pohybuje okolo 3-5/100 000 obyvatel.

Incidence ulcerózní kolitidy je odhadována na 8-12/100 000 obyvatel. Předpokládaná prevalence těchto chorob je v České republice zhruba 140-150/100 000 obyvatel (15, 32, 33).

Crohnova choroba se vyskytuje u obou pohlaví stejně často. V souvislosti s věkem se vyskytuje nejvýrazněji ve dvou kategoriích, a to u adolescentů a mladých po 20. roku života (kategorie 16 – 35 let) a poté u 50 – 70letých. Ulcerózní kolitida postihuje 1,5x častěji ženy. První příznaky se nejčastěji vyskytnou ve věku 30 až 40 let. Výjimečný není počátek již v útlém dětství (10, 32, 33, 34).

1.1.2 Průběh onemocnění

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida probíhají v několika fázích, které jsou ovlivňovány mnoha faktory. Těmito faktory jsou: rozsah postižení, věk, délka trvání a tíže příznaků. Obtíže, které nemocný člověk zažívá, souvisejí s rozsahem a aktivitou zánětu. U menší části nemocných je onemocnění vleklé, s těžkými příznaky a s potížemi i v klidové fázi. U většiny pacientů je ale průběh onemocnění přerušovaný, střídavý (chronický intermitentní) (26).

První ataka – onemocnění může začít nenápadným průjmem, později s příměsí krve. V průběhu několika týdnů se příznaky zhoršují. U více než poloviny pacientů bývá první ataka lehká, proto může někdy zůstat nerozpoznána. Nejčastěji přichází u nemocných mezi 20 a 40 lety, u mladších a starších nemocných bývají příznaky těžší. *Chronický průběh* - ataka trvá déle než jeden rok. *Perakutní průběh* - velmi prudký, s rychlým postupem zánětu. *Remise* – klidové, bezpříznakové období, pacient je bez obtíží. Endoskopický náález je v pořádku. *Relaps* - období, během kterého střevní zánět znovu vzplane. Trvání relapsu se v jednotlivých případech liší, délka vzplanutí je ovlivněna mnoha faktory, velkou roli zde, ale hraje adekvátní léčba. Podle toho, jak často se relapsy vyskytují, lze průběh zánětlivé střevní choroby rozdělit na remitující (relapsy se vyskytují častěji než jednou ročně) a intermitující (mezi jednotlivými vzplanutími uplyne doba delší než jeden rok). *Reaktivace* - zánět znovu vzplane v úseku střeva, který již zánětem byl postižený. Často se tak stane po vysazení léčby. *Recidiva* – onemocnění části střeva, které zánětem dosud postiženo nebylo.

Rekurence - pouze u Crohnovy choroby. Stav, kdy se po chirurgickém odstranění veškerých postižených tkání objeví na střevní sliznici znovu zánětlivé změny (2, 26, 34).

Rizikové faktory pro vzplanutí Crohnovy choroby - relapsy se častěji vyskytují při postižení tlustého střeva, pokud je postiženo tenké střevo, bývají vzácnější. Užívání hormonální antikoncepce i kouření riziko relapsu zvyšují (26).

Rizikové faktory pro vzplanutí ulcerózní kolitidy - psychický stres, dietní chyba, infekce trávicího nebo dýchacího traktu, léčba antibiotiky, užívání některých protizánětlivých léků (26).

K vyjádření aktivity střevního zánětu byly vytvořeny takzvané indexy aktivity. Nejznámější je index dle Besta – CDAI (Crohn's Disease Activity Index). Během 7 dnů se sleduje 8 veličin: počet stolic, bolest břicha, tělesná pohoda, přítomnost komplikací, léky na průjem, rezistence v břiše, hematokrit, tělesná hmotnost. Jednotlivé položky jsou obodovány a jejich součet vyjadřuje aktivitu nemoci. CDAI<150 je považováno za remisi onemocnění (10).

1.2 Crohnova choroba

Tato nemoc získala své jméno podle amerického gastroenterologa Burrilla Bernarda Crohna, který ji v roce 1932 spolu s Leonem Ginzbergem a Gordonem Oppenheimerem popsal. Zmínky o této chorobě můžeme také najít již ve staré lékařské literatuře. Například roku 1612 doktor Falbry podal informace o tom, že při pitvě adolescenta objevil stenózu terminálního ilea s nápadně zesílenou střevní stěnou. První popsané případy se vyskytly již v 18. století - zánětlivá onemocnění střev popsal Giovanni Battista Morgagni (1682–1771), později polský lékař Antoni Leśniowski v roce 1904 a skotský lékař T. Kennedy Dalziel roku 1913. Také u nás roku 1893 profesor Thomayer ve svém spisu „Pathologie a therapie nemocí vnitřních“ popisuje případy nemocných s „počasným katharem střevním“ (2, 26).

Crohnova choroba je chronické granulomatózní transmurální zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které postihuje jakoukoli její část od úst po konečník.

Nejčastěji se vyskytuje v ileokolické (terminální ileum) a kolické oblasti, ale také i v anorektální oblasti. Typickým projevem je aftózní vřed s bělavým středem a zarudlým okrajem. Sliznice je prosáklá, zarudlá. Je rozdělena hlubokými fisurami, tím připomíná vzhled dlažebních kostek (viz příloha 3). Zánět postihuje celou šířku stěny, proto zde může docházet k jizvení a tím zúžení průsvitu střeva s následnou střevní neprůchodností. Zánětem změněné úseky střeva mohou vytvářet srůsty mezi jednotlivými kličkami. Pronikáním trhlín k serózní vrstvě vznikají pro tuto chorobu příznačné píštěle. Jsou to spojky mezi střevem a dalšími orgány, nejčastěji mezi jednotlivými kličkami, mezi střevem a kůží, pochvou a močovým měchýřem. Také se zde vytváří abscesy – dutiny vyplněné hnisem. Častý výskyt abscesů je v dutině břišní a kolem konečníku. Postižené úseky se střídají s nepostiženými úseky, onemocnění má segmentární charakter. Crohnova choroba se u nemocných nejčastěji projevuje mezi 20 – 35 lety (14, 27,34).

Klasifikace Crohnovy choroby podle anatomické lokalizace: *Ileitida* (postižení tenkého střeva) se vyskytuje ve 25-35% . *Ileokolitida* (postižení tenkého i tlustého střeva) se vyskytuje ve 45%. *Kolitida* (postižení tračníku) se vyskytuje ve 30%. *Anorektální postižení* se vyskytuje ve 30-40% (14).

Přehledně a zjednodušeně lze Crohnovu chorobu rozlišit na formu zánětlivou, fistulující a stenózující (10).

1.2.1 Klinické příznaky Crohnovy choroby

Příznaky Crohnovy choroby jsou závislé na anatomické lokalizaci a rozsahu zánětu. Jsou velmi rozmanité. Při postižení ileocékální oblasti, která je typická pro Crohnovu chorobu to jsou bolesti břicha, průjmy většinou bez příměsi krve, teploty a hubnutí, které je důsledkem nižšího příjmu potravy a zánětlivé aktivity choroby. Bolest břicha může mít charakter tlakové bolesti v pravém podbřišku – podobá se apendicitidě, nebo kolikovitě, křečovitě bolesti v okolí pupku v souvislosti s příjmem potravy a jsou provázeny nadýmáním, říháním a flatulencí. V oblasti pravé kyčelní jámy bývá hmatná bolestivá tuhá rezistence, která odpovídá zánětlivému infiltrátu ileocékálního přechodu(2, 17, 34).

Při postižení tenkého střeva je to neprospívání, poruchy růstu u dětí, bolesti břicha 1-2 hodiny po jídle, škroukání, říhání, nadýmání, hubnutí a chudokrevnost. Průjmy a mimostřední projevy se nevyskytují. Je zde porušena střevní pasáž v souvislosti se stenózami a tak může hrozit neprůchodnost tenkého střeva.

Postižení tlustého střeva vyvolává průjmy, přítomnost krve a hlenů ve stolici, bolesti břicha pod pupkem často v souvislosti s vyprazdňováním, teploty a extraintestinální projevy.

U postižení anorecta převažují hnisavé projevy – abscesy, píštěle, vředy v řitním kanálu. Dále to jsou krvácení a bolestivé nutkání na stolici (2, 10, 27, 34).

1.3 *Ulcerózní kolitida*

Ulcerózní kolitida byla popsána poprvé Američanem Wilksem již v roce 1859. První velké sympozium na téma ulcerózní kolitidy se konalo v roce 1909 v Londýně. Na tomto sympoziu lékaři referovali o 317 pacientech s podobnými potížemi, které od roku 1888 až do roku 1907 léčili v sedmi londýnských nemocnicích. Roku 1913 na mezinárodním lékařském kongresu v Paříži se ulcerózní kolitida oddělila od infekčních zánětů tlustého střeva. Po druhé světové válce se mohla ulcerózní kolitida, díky rozvoji imunologie, označit jako autoimunitní onemocnění (2, 14, 27).

Ulcerózní kolitida je chronické hemoragickokatarální či ulcerózní zánětlivé onemocnění postihující tlusté střevo. Zánět je souvislý – kontinuální, začíná vždy v konečníku a šíří se směrem vzhůru – orálně. Zánětem je postižena pouze střevní sliznice (viz příloha 3). Proto nemá ulcerózní kolitida tendenci ke vzniku píštělí a abscesů. Ve velmi vynímečných stavech proniká zánět do hlubších vrstev. Přejít zánětlivé sliznice ve sliznici normální bývá ostrý. Často se střídají klidná bezpříznaková období s aktivními fázemi nemoci. Zánětem pozměněná sliznice je zduřelá se zvětšenou sekrecí hlenu, krvácí a bolí. Postupují-li změny do hloubky, vznikají vředy, které se infikují střevními bakteriemi, a vzniká hnisavý zánět.

Nejhorší případ je, kdy střevo perforuje a střevní obsah – stolice pronikne do peritoneální dutiny, což vede ke vzniku sterkorální peritonitidy. Ulcerózní kolitida se u nemocných nejčastěji projevuje mezi 30 – 40 lety. (2, 14, 27, 34).

Klasifikace ulcerózní kolitidy dle anatomické lokalizace: *Lehký tvar* (rektální) se vyskytuje ve 30-50% . *Středně těžký tvar* (levostranná kolitida dosahující ke slezinnému ohbí) se vyskytuje ve 30-50%. *Těžký tvar* (pankolitida postihuje celý tračník) se vyskytuje v 15-20% (27).

1.3.1 Klinické příznaky ulcerózní kolitidy

Klinické příznaky ulcerózní kolitidy jsou určovány třemi faktory: 1. celkový rozsah zánětu 2. intenzita zánětlivých změn 3. porucha funkce střeva. Vzájemnou kombinací těchto faktorů vznikají potíže, které jsou u každého pacienta individuální. Nejčastěji nemocné trápí průjmy, bolestivé nucení na stolicí a krvácení z konečníku. Dále to jsou bolesti břicha, ztráta chuti k jídlu, horečka, nevolnost a mimostřední projevy. K celkovým příznakům patří horečky, zimnice, slabost, malátnost, únava, nechutenství, hubnutí a chudokrevnost. O mimostřevních příznacích se zmiňují níže (1).

U lehkého tvaru, kdy zánět postihuje rektum v délce 10- 15 cm od análního kraje, jsou charakteristické tenesmy. Při defekaci se vyprázdní pouze malé množství stolice s krvavým hlenem. Vyprazdňování je spojeno s bolestí. Nemusí být průjem, typická je přítomnost krve. U těžkého stupně choroby může být takových stolic až 15 za den. Při vleklém průběhu se objevuje anémie v souvislosti s enteroragií.(2, 26, 27).

Středně těžký tvar, při kterém zánět postihuje konečník a různě rozsáhlou část tlustého střeva až do oblasti slezinného ohbí, je charakterizován průjmy, tenesmy a krvácením z konečníku. Přítomná je bolest v levém podbřišku. Celkové projevy zánětu jako jsou hubnutí, silné průjmy, kolikovitě bolesti břicha a horečka se vyskytují v pokročilém stadiu (2).

Při pankolitidě postihující celý tračník může být postiženo i terminální ileum do 10 cm od Bauhinské chlopně, která se nedomyká a tak proniká obsah tračníku do tenkého střeva. Pacienti trpí větším počtem průjmovitých stolic s příměsí krve a hlenu.

Zde hrozí fulminantní – překotný a dramatický průběh nemoci, při kterém zánět prostupuje celou střevní stěnou a může dojít k proděravění a následnému septicko-toxickému šoku.(2, 27)

1.4 Mimosřevní příznaky nespecifických střevních zánětů

U nespecifických střevních zánětů jsou kromě trávicího traktu často postiženy i další orgány. Tyto extraintestinální manifestace mohou být jednou z prvních známek onemocnění. Mohou být ovlivněny aktivitou střevního zánětu, nebo na této aktivitě závislé nejsou (14, 26, 34).

Kloubní příznaky – nejčastější. Postihují zvláště kolenní, hlezenní kloub a také kyčle. Bolesti kloubů mohou mít stěhovavý ráz. Enteropatická artritida (akutní zánět nitrokloubní blány) vyvolá vznik výpotku v kloubu, ten je zarudlý a bolestivý. Zahojí se po odeznění akutní fáze. Jindy je postiženo zánětem sakroiliakální skloubení. Patří sem i artralgie a postižení drobných kloubů rukou a nohou. *Kožní příznaky* - erythema nodosum - bolestivé zduřeniny podkoží a kůže obvykle na bérce a předloktí. Má stěhovavý charakter. Pyoderma gangrenosum - hluboké vředy na kůži, jejichž hojení zanechává jizvy. Nesmí se chirurgicky léčit, jinak by vzniknul veliký, nehojící se defekt. Ekzémy, psoriáza, Sweetův syndrom - akutní kožní onemocnění provázené horečkami. Na kůži se objevují temně červené erytémy a infiltráty. *Slizniční příznaky* – afty, často u pacientů s Crohnovou chorobou bývají jedním z prvních příznaků nemoci. Pyostomatitis vegetans - drobné nepravidelné šedavé eflorescence na povrchu ústní sliznice. Ústní fisury. *Oční příznaky* – konjunktivitida, uveitida - zánět živnatky (řasnatého tělíška, cévnatky a duhovky). Keratitida - zánět oční rohovky. *Cévní příznaky* - flebotrombózy a vaskulitidy. *Jaterní příznaky* – primární sklerotizující cholangitida, hepatitidy, žlučové kaménky. *Hematologické příznaky* – trombóza a plicní embolie při tvorbě krevních sraženin- autoimunní hemolytická anemie – imunitní systém napadá červené krvinky. *Vzácné příznaky* – perikarditida, nefritida, amyloidóza (2, 5, 34)

1.5 Komplikace nespecifických střevních zánětů

U Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy mohou vzniknout různé komplikace. Původcem těchto komplikací je zánět střeva, imunitní reakce, nebo porucha vstřebávání některých živin a žlučových kyselin.(2.)

1.5.1 Lokální komplikace

Stenóza je velmi častá u Crohnovy choroby. Jedná se o zúžení průsvitu střeva. Vzniká na podkladě dlouhodobého hnisání, nebo je vyvolaná tlakem zánětlivého infiltrátu, což může vést ke střevní neprůchodnosti. Stenózy mohou být izolované, nebo mnohočetné. Projevuje se kolikovitými bolestmi břicha, zvracením a borborygmy. Terapie: při endoskopii balonová dilatace střeva, strikturoplastika, resekce postiženého úseku. *Píštěl* je typická pro Crohnovu chorobu u tlustého střeva. Patologické propojení, které může vzniknout mezi jednotlivými kličkami střeva, mezi střevem a okolními orgány (močový měchýř, vagina), nebo mezi střevem a povrchem těla. Časté jsou perianální píštěle. Terapie: chirurgické řešení a antibiotická léčba, podávání imunosupresiv a biologická léčba. *Abces* je opět typický pro Crohnovu chorobu. Dutina vyplněná hnisem, která se tvoří v břišní dutině (mezi střevními kličkami, v hýždřových svalech). Projeví se zvýšenou teplotou a bolestí břicha. Terapie jako u píštěle.

Fisury jsou trhlinky v anální oblasti. *Perforace* střeva nastává při silném zánětu, kdy postupně hluboký vředovitý defekt proniká střevní stěnou. Šířící se zánět ohraničují vazivové blány, tím vznikne píštěl a abces, který je mimo střevní stěnu. K zánětu pobříšnice obvykle nedochází. Terapie: resekce postiženého úseku střeva.

Krvácení, při němž je cévní stěna narušena vředovitým zánětem střeva. Terapie: okamžitá operace. *Toxické megakolon* je výjimečná, ale závažná komplikace těžkého tvaru ulcerózní kolitidy. Podstatou je septický stav, při němž dochází k ochrnutí hladké svaloviny střevní stěny, což vede k rozepjetí střevního průsvitu a následné střevní neprůchodnosti. Hrozí perforace střeva a následná sterkorální peritonitida. Terapie: neodkladná resekce celého tlustého střeva. *Nádorové změny* jsou častější u ulcerózní kolitidy.

Při delším trvání nemoci, přibližně po 15 až 20 letech toto riziko prudce narůstá. Terapie: pravidelné kolonoskopické kontroly pacientů s biopsiemi. Při pozitivním nálezu je indikována chirurgická léčba (2, 5, 12, 14, 26).

1.5.2 Celkové komplikace

Tyto komplikace jsou způsobeny porušeným vstřebáváním živin, nebo nežádoucími účinky léčiv, hlavně kortikoidů.

Malnutrice se více vyskytuje u Crohnovy choroby. Nemocní mají nižší příjem potravy, neboť nenasytění se cítí lépe, v zánětem poškozené střevní sliznici dochází k malabsorpci (snížené schopnost vstřebávání živin) nebo po opakovaných resekcích střeva. Doporučuje se doplňková strava, ve vážných případech bývá nutná i parenterální výživa. *Malabsorpce* může vést k poklesu hladiny důležitých krevních bílkovin, vitaminů (rozpuštěné v tucích), minerálů (hořčík a draslík), stopových prvků (selen, zinek). Důsledkem je snížení obranyschopnosti, zhoršená kvalita vlasů a nehtů, pokles psychické i fyzické kondice. *Chudokrevnost* se pojí se ztrátami krve do trávicího traktu a nedostatkem železa, vitamínu B12 (u pacientů po resekci terminálního ilea) a kyseliny listové. Snížená chuť k jídlu, celková únava a zhoršené trávení, bledá kůže a sliznice, zvýšená srdeční frekvence zrychlený dech pocit slabosti a vyčerpání. Vhodný denní režim, dostatek odpočinku. *Osteoporóza* je řídnutí kostí vyvolané většinou dlouhodobým podáváním kortikoidů a v menší míře poruchou vstřebávání vitamínu D a kalcia. *Trombóza a embolie* je závažná, ale méně častá komplikace. Obvykle souvisí s vysokou aktivitou nemoci. *Žlučnickové a ledvinové kameny* převažují u Crohnovy choroby po resekci tenkého střeva, kdy dochází k poruše vstřebávání žlučových kyselin – dostávají se do tlustého střeva a usnadňují vstřebávání bilirubinu, který se podílí na vzniku žlučnickových kamenů. Vstřebává se více i kyselina šťavelová - zvýšená koncentrace kamenotvorných látek v moči – oxalátové konkrementy (1, 2, 31).

1.6 Diagnostika nespecifických střevních zánětů

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou onemocnění, která se nedají definitivně vyléčit. Proto se diagnostika skládá ze tří fází, kde první fáze je stanovení diagnózy. Druhá fáze vede k odlišení nespecifických střevních zánětů od jiných zánětlivých nemocí střev a rozlišení Crohnovy choroby od ulcerózní kolitidy. Třetí fáze jsou pravidelné kontroly, které slouží k objektivnímu zhodnocení vývoje choroby, rozsahu postižení, jak postižené orgány reagují na terapii a jestli nedochází ke komplikacím (1, 2).

1.6.1 Anamnéza

Soubor informací, které potřebujeme k analýze zdravotního stavu klienta, zejména z jeho minulosti.

Osobní anamnéza – užívání léků, kouření, operace, další onemocnění. Rodinná anamnéza – výskyt daného onemocnění v rodině, autoimunitní choroby. Nynější onemocnění – prvotní příznaky onemocnění, charakter a lokalizace bolestí břicha, počet stolic, příměsi ve stolici, změny tělesné hmotnosti, přítomnost teplot a mimostřevních příznaků (21).

1.6.2 Fyzikální vyšetření

Somatometrické vyšetření – výška, hmotnost, stav výživy. Fyziologické funkce – tělesná teplota, krevní tlak, pulz, dech. Pohmat, poklep, pohled, poslech, per rektum – nález na břicho a perianální krajině, rezistence, mimostřední projevy (oči, kůže, klouby), eventuálně vzhled stolice (21).

1.6.3 Laboratorní vyšetření

Vyšetření krve: *Biochemické vyšetření* – C-reaktivní protein, celková bílkovina, železo, sodík, draslík, chlor, urea, kreatinin, jaterní soubor, glykémie. *Hematologické vyšetření* – krevní obraz + diferenciál, sedimentace. *Imunologické vyšetření* – protilátky ASCA (Anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies – pивní kvasinka) a pANCA (Perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies).

Umožňují rozlišit Crohnovu chorobu od ulcerózní kolitidy. Protilátky ASCA jsou pozitivní u Crohnovy choroby a protilátky pANCA jsou pozitivní u ulcerózní kolitidy (2, 21).

Vyšetření moče: *Biochemické vyšetření* – moč + sediment. *Mikrobiologické vyšetření* – kultivační vyšetření ke zjištění komplikací

Vyšetření stolice: *Biochemické vyšetření* – okultní krvácení, zbytky potravy. *Mikrobiologické vyšetření* – bakteriologie (kultivace) a parazitologie. *Fekální kalprotektin* – bílkovina uvolněná z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě (2, 21).

1.6.4 Zobrazovací metody

V diagnostice nespecifických střevních zánětů hrají důležitou úlohu. Poskytují cenné informace o morfologii orgánů trávicí trubice.

Endoskopie je vyšetřovací a v mnohých případech i terapeutická metoda (polypektomie nebo dilatace stenóz), která využívá speciální ohebný či tuhý přístroj – endoskop. Endoskop je vybaven optikou, světelným zdrojem a zařízením k odběru tkáně. Zavádí se do tělesných dutin, odkud přenáší jejich obraz na monitor nebo na záznamové zařízení (20, 34).

Endoskopická vyšetření jsou zásadní pro klasifikaci zánětlivých změn na sliznici trávicí trubice a pro hodnocení účinnosti léčby (1). *Rektoskopie* – vyšetření rekta. *Sigmoideoskopie* – vyšetření konečníku a esovité kličky. *Koloskopie* – vyšetření tlustého střeva. *Gastroskopie* – vyšetření jícnu, žaludku a duodena. *Enteroskopie* – vyšetření tenkého střeva – modernější forma je dvoubalonová enteroskopie, která pro značnou bolestivost probíhá v hluboké analgosedaci. Kapslová endoskopie - neinvazivní alternativa k základním endoskopickým technikám. Polknutá kapsle obsahuje miniaturní videokameru, která zhotovuje 2 snímky za vteřinu. Obraz je přenášen na snímací zařízení umístěné na pacientově břiše. Nevýhodou je, že nelze získat bioptický vzorek a nemožnost terapeutických výkonů. *Endosonografické vyšetření rekta* – spojení endoskopie s ultrazvukem. K posouzení konečníku a jeho stěny. *Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)* – spojení endoskopie s rentgenem. Zobrazení vývodu žlučových cest a pankreatu. Využívá se

u nemocných s Crohnovou chorobou při podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučových (2, 12, 34). Před endoskopickým vyšetřením je nutné pacienta psychicky a fyzicky připravit. Psychická příprava – dostatečně a srozumitelně pacientovi sdělit význam, podstatu, průběh a jeho spolupráci při vyšetření. Fyzická příprava – dostatečně dlouhé lačnění, speciální diety a přípravky – záleží na druhu endoskopického vyšetření. Odběr krve na Quickův test, krvácivost, srážlivost a další dle zvyklosti oddělení (20).

Biopsie a histologické vyšetření: Tato vyšetření jsou nezbytnou součástí endoskopie a při chirurgických výkonech, například při odstranění částí střev. Histologické vyšetření dokáže určit nebo potvrdit diagnózu nespecifického střevního zánětu, také diferencuje nespecifické střevní záněty od jiných zánětů nebo od nádorového onemocnění střev. Biopsické vzorky jsou odebírány nejméně po dvou vždy z postižené a zdravé tkáně (2, 21).

Rentgenové vyšetření: Radiologické diagnostické obrazy jsou získávány různými postupy. Využívá se rozdílných energií – ionizující záření, neionizující záření, mechanická energie a energie magnetického pole (20). *Enteroklýza* – dvojkontrastní vyšetření tenkého střeva. Nazojejunální sondou je podáno přímo do kliček střeva nejdříve 250-400 ml pozitivní kontrastní látky – baryové suspenze a následně je podán 0,5% roztok metylcelulózy – negativní kontrastní látka. Metylcelulóza před sebou tlačí baryovou suspenzi a ta zanechává na střevní stěně tenký film. Slouží k posouzení rozsahu postižení tenkého střeva. Je postupem první volby. *Rentgen žaludku* je dvojkontrastní vyšetření. Po podání baryové suspenze se negativní kontrastní látka podá ve formě šumivého prášku, ze kterého se po polknutí uvolní oxid uhličitý. Nutné je polohování pacienta. Slouží k posouzení postižení žaludku. Je postupem druhé volby. *Pasáž tenkým střevem* – používají se speciální kontrastní kapsle, nebo strava označená baryovým práškem. Po polknutí se v pravidelných časových intervalech kontroluje jejich pozice v trávicím ústrojí. Používá se ke zhodnocení stenóz na tenkém střevě. Opět je to postup druhé volby. *Irigografie* - dvojkontrastní vyšetření tlustého střeva. Střevo se naplní per rektum baryovou suspenzí a poté se insufluje vzduch. Pro lepší rozložení baryové suspenze se během insuflace vzduchu se pacient polohuje.

Posuzují se stenózy a přítomnost píštělí. Používá se méně často, pouze při nemožnosti vyšetření pacienta koloskopií. *Fistulografie* – kontrastní látka je podána do ústí píštěle. Zhodnocení průběhu a větvení perianálních píštělí. *Nativní snímek břicha* – bez použití kontrastních látek. Vhodný k průkazu na komplikace – toxické megakolon, při kterém dochází k rozpínání tlustého střeva. *Ultrasonografické vyšetření břicha* – nenvazivní, neionizující a nejméně zatěžující vyšetření. Toto vyšetření využívá různé schopnosti tkání propouštět nebo odrážet ultrazvukové vlny (mechanické vlnění), které jsou zpětně registrovány a zobrazeny. Při použití přístroje s vysokým rozlišením lze posoudit změnu tloušťky střevní stěny. Ultrazvukové vyšetření je vhodné i při podezření na abces v dutině břišní. *Počítačová tomografie břicha (CT)* - rentgenologické vyšetření založené na zobrazování příslušné oblasti těla ve vrstvách a na počítačovém vyhodnocování. Používá se při podezření na nitrobřišní abcesy. *Magnetická rezonance pánevního dna* - využívá velké magnetické pole a elektromagnetické vlnění s vysokou frekvencí. Nenesí žádná rizika způsobená zářením. Je to výběrová metoda k posouzení průběhu a typu píštělí, perianálních abcesů a infiltrátů (12, 20, 21).

Metody nukleární medicíny: Scintigrafie značenými leukocyty – vyšetření leukocytů značených radioaktivní látkou ^{99m}Tc -HAMPAO (technecium-hexamethylpropylenaminoxim) a sledování místa jejich kumulace. Leukocyty i po označení vyhledávají místa se zánětlivou aktivitou. Výběrová metoda k posouzení komplikací a aktivity Crohnovy choroby (12, 21).

1.6.5 Pomocná vyšetření

Vhodná při podezření na mimostřevní komplikace Crohnovy choroby. Vyšetření oční, kožní, revmatologické, nefrologické, urologické, kardiologické, pneumologické (21).

1.7 Terapie nespecifických střevních zánětů

Příčina střevních zánětů není dosud zcela známa, proto je léčba Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy běh na dlouhou trať. Prozatím neexistuje lék, který by zánět dokázal definitivně vyléčit. Při léčbě Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy se uplatňuje několik důležitých postupů. Léčba se mění v závislosti na tom, v jaké fázi se onemocnění nachází a jaká je jeho aktivita. Většinou ale musí nemocný během života kombinovat jednotlivé léčebné přístupy. Záleží i na pacientovi do jaké míry je ochoten spolupracovat. Základními léčebnými postupy je léčba konzervativní a chirurgická (1, 10, 14, 26).

1.7.1 Konzervativní léčba

Tato léčba zahrnuje výživová opatření, podávání léků, některé endoskopické zákroky a psychoterapii. U nemocných se doporučuje šetřící režim s tělesnou aktivitou podle individuálního celkového stavu (1, 2, 10).

Výživová opatření (dietoterapie). Významnou roli hraje individuální snášenlivost jednotlivých potravin, kterou si musí každý pacient vysledovat. Obvykle je indikována dieta č. 5 bezezbytková, šetřící a bohatá na bílkoviny. Lze ji podávat dlouhodobě. V klidovém období nejsou u nespecifických střevních zánětů zásadní dietetická opatření. Strava by měla být nedráždivá a dostatečně kaloricky vydatná. Většinou pacienti špatně snáší luštěniny, syrovou zeleninu, zeleninové a ovocné šťávy, citrusové ovoce, kyselé zelí, cibuli, tučné a kyselé pokrmy, mléko - při laktózové intoleranci. Mezi většinou dobře snášené potraviny patří vařené maso, ryby, drůbež, brambory, rýže, těstoviny, snadno stravitelné vařené ovoce a zelenina. Pokud má pacient prokázanou stenózu střeva, je dobré vyhýbat se potravinám s vlákninou, protože hrozí uzávěr střeva. Jedná se např. o zeleninu (zelený salát, zelí, chřest, špenát, řepa, okurky) a slupky z ovoce a zeleniny (jablka, rajčata, paprika), dále citrusové plody, celozrnné výrobky, ořechy, semena, houby, kukuřice, sušené ovoce. Některé druhy vlákniny obsažené v potravinách ve vodě bobtnají (ovesné vločky, jablka, banány, mrkev).

Těmito bobtnavými potravinami lze zpevnit stolici, pokud je v bezpříznakovém období příliš měkká anebo naopak změkčit tuhou stolicí při mírné zácpě. Ale pouze vždy na základě konzultace s lékařem. Pacienti s nespecifickými střevními záněty by měli vypít 1,5 až 2 litry tekutin za den. Pro užívání alkoholu a jeho množství platí stejné doporučení jako pro zdravého člověka. Problémem u pacientů může být nedostatečná výživa až podvýživa, která zhoršuje hojení střevního zánětu, snižuje obranyschopnost, prohlubuje chudokrevnost a má řadu dalších negativních vlivů. V lehčích případech je možné běžnou stavu obohatit o *nutriční doplňky* (vitaminy, stopové prvky, železo) formou sippingu (Nutridrink). U těžších případů je někdy nutné zajistit střevní klid - spočívá v omezení mechanické činnosti trávicího ústrojí při zpracování potravy formou enterální výživy. *Enterální výživa* je určena k podávání sondou přímo do tenkého střeva, kde se snadno vstřebává. Je to směs makromolekul cukrů, tuků, bílkovin, molekul minerálů, vitamínů a stopových prvků, neobsahuje bakterie. Případně lze použít přímý přístup do žaludku (perkutánní endoskopická gastrostomie - PEG). Střevní trakt nemusí tedy zpracovávat potravu mechanicky, ale pouze chemicky, aby následně vstřebal živiny. U zvláště těžkých případů je dočasně nutné zcela zastavit přívod ústy a nemocný dostává všechny výživové složky, vitaminy, minerály a léky do žilního řečiště - *parenterální výživa*. Při ulcerózní kolitidě se uplatňuje léčebný vliv omega-3 nenasycených mastných kyseliny obsažených v rybím mase a tuku. Omega-3 mastné kyseliny mají pozitivní účinek na hojení buněk sliznice tlustého střeva.

Prebiotika jsou určité druhy požitelné vlákniny, které prochází zažívacím traktem v nezměněné podobě až do tlustého střeva, kde slouží jako potrava střevním bakteriím. V tlustém střevě podporují růst přirozené střevní mikroflóry zejména laktobacilů a bifidobakterií, a tím nepřímo zabraňují nadměrnému rozmnožování patogenních bakterií a plísní. *Probiotika* jsou mikroorganismy – *Lactobacillus acidophilus*, *Saccharomyces boulardii* a *Escherichia coli* kmen Nissle 1917, které přežívají průchod žaludkem a tenkým střevem a v tlustém střevě se váží na střevní stěnu a chrání ji tak před přemnožením patogenními bakteriemi. Probiotika podávaná ve formě tablet urychlují ústup klinických potíží a oddalují návrat aktivního zánětu (1, 2, 12, 14).

Pitná léčba minerální vodou – vhodná je následná domácí pitná léčba Mlýnským pramenem po lázeňském léčení. Lázeňská léčba u střevních onemocnění se v České republice provádí zejména v Karlových Varech. Léčebné pobyty jsou na tři týdny a indikuje je praktický lékař pro dospělé ve spolupráci s gastroenterologem (23).

Farmakoterapie: Cílem této léčby je zklidnit aktivní zánět, tak aby byla navozena remise. Tato léčba se nazývá útočná léčba, kdy se podávají nejvyšší dávky léků a různé typy najednou. Udržovací léčba má za úkol navozenou remisi udržet co nejdéle (2). *Aminosalicyláty* – preparáty kyseliny 5-aminosalicylové (5-ASA, mesalazin). Působí protizánětlivě. Lze je podávat ústy, nebo místně v klyzmatech a čípcích. Vhodné pro udržovací léčbu a léčbu lehkých a středně těžkých forem zánětů. Preparáty – Pentasa při postižení celého tenkého a tlustého střeva. Salofalk, Sulfasalazin (má více nežádoucích účinků než mesalazin) pro oblast terminálního ilea a počátek tlustého střeva. Asacol při postižení tlustého střeva (2, 12, 27).

Kortikosteroidy – mají velký protizánětlivý účinek a také mnoho nežádoucích účinků (osteoporóza, diabetes mellitus, zvýšený krevní tlak). Vhodné pro léčbu středně a vysoce aktivní fáze onemocnění. Podávají se ústy, injekčně – preparát Prednison, Medrol. Přednostně se aplikují lokálně působící kortikoidy – topické kortikoidy ve formě tablet, čípků a mikroklyzmat. Preparátem topických kortikoidů je budesonid – Entocort (2,12,27).

Imunosupresiva – léky blokující činnost imunitního systému. Používají se jako náhrada vysokých dávek kortikoidů a při vysoké fázi aktivity choroby a jako alternativa chirurgické léčby. Podávají se injekčně a ústy. Léčba imunosupresivy je dlouhodobá. Preparáty – Azathioprin, 6-merkaptopurin, Cyklosporin A u ulcerózní kolitidy, Metotrexát u Crohnovy choroby – je teratogen (2,12,27).

Antibiotika - podávají se dlouhodobě, přibližně 6 - 12 týdnů. Mohou snížit aktivitu ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci. Omezují škodlivý vliv mikroflóry na průběh střevních zánětů a uplatňují se v léčbě píštělí a abscesů. Nejužívanější jsou chinoliny – ofloxacin, ciprofloxacin a chemoterapeutikum metronidazol. Léky druhé volby jsou klaritromycin, rifaximin a chemoterapeutikum cotrimoxazol (2,12).

Biologická léčba – někdy nazývaná cílená léčba. Jedná se o nový postup v terapii nespecifických střevních zánětů. Využívá se preparátů bílkovinné povahy, připravené pomocí genetického inženýrství. Tyto léky dokáží cíleně ovlivňovat prozánětlivý účinek TNF α – tumor nekrotizující faktor α , který je uvolňován v aktivní době střevního zánětu z leukocytů, mikrofágů a některých epiteliálních buněk. Tento druh terapie je určen pacientům, u kterých předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala. Účinné látky jsou infliximab a adalimumab. Léčba se podává v infuzích nebo injekčně v centrech biologické léčby. V současné době je 23 center biologické léčby, ale jejich počet není zajisté konečný (15, 26).

Podpůrná a substituční léčba – podávají se antidiarhoika, vitamíny B12 po ileocekální resekci střeva. Dále kalcium, zinek a magnezium všem nemocným s postižením tenkého střeva, u nemocných léčených kortikosteroidy, u žen po menopauze v kombinaci s bifosfonáty preventivně proti metabolické osteopenii. Perorální podávání železa pro správnou tvorbu hemoglobinu. Při bolestech břicha se podávají spasmolytika. U pacientů s dlouhotrvajícím nepříznivým průběhem lze použít anxiolytika a antidepresiva. Alternativou k farmakologii může být fytotherapie, kdy se využívá léčivá síla bylin. Z bylinek se připravují čaje k tlumení křečovitých bolestí břicha, snížení horečky, tlumení průjmu. Zlepšují trávení a působí na nervovou soustavu. Představiteli těchto bylinek jsou Lnice květel, Lípa obecná, Meduňka lékařská, Řimbaba obecná, Řepík lékařský, Mochna stříbrná (2,21).

Psychoterapie: Stres a psychické problémy mohou vyvolat akutní vzplanutí nemoci. Tento stav může zklidnit vhodně prováděná psychoterapie (12).

1.7.2 Chirurgická léčba

K chirurgické léčbě se přistupuje v případě, že konzervativní léčba selhala, nebo při akutních či dlouhodobých komplikacích nemocí. Chirurgická léčba není konkurencí té konzervativní, ale obě tyto terapie se vzájemně doplňují a kombinují (2).

1.7.2.1 Chirurgická léčba u Crohnovy choroby

Téměř 70% nemocných s Crohnovou chorobou se dříve či později podrobí chirurgické léčbě. Operace je indikována při náhlé příhodě břišní (ileus, peritonitida), abcesech, píštělích. Chirurgickými výkony jsou resekce postižené části střeva a anastomóza zdravého střeva koncem ke konci (ileocékální resekce). Při postižení vícečetnými stenózami je indikována strikturoplastika – podélné protnutí stenózy a její příčné sešití. Perianální píštěle – spojení píštělí v jeden kanál a zajištění jejich trvalé drenáže (2, 12, 31).

1.7.2.2 Chirurgická léčba u ulcerózní kolitidy

Operace je indikována při prudkém průběhu zánětu nereagujícího na intenzivní terapii, kdy hrozí velké krvácení z konečníku, perforace tlustého střeva, toxické megakolon. Dále je indikována při selhání medikamentózní léčby a jako prevence vzniku předrakovinových ložisek. Chirurgický výkon spočívá v odstranění celého tlustého střeva a konečníku (proktokolektomie) a vytvoří se terminální ileostomie, nebo je tenké střevo spojeno s ponechaným řitním kanálem a vytvoří se z několika kliček tenkého střeva vak tzv. pouch. Pouch slouží jako rezervoár stolice, tím přispívá ke zpomalení pasáže a snížení počtu stolic za den. Ulcerózní kolitida je po chirurgickém výkonu vyléčena (2, 12, 31).

1.7.3 Transplantace

Pro pacienty s Crohnovou chorobou, kteří jsou po extenzivních resekcích tenkého střeva, představuje transplantace střeva další léčebnou metodu. V současnosti se transplantace tenkého střeva provádí ve 20 zemích světa. Nejlepší výsledky dosahují v transplantačním centru v Pittsburghu. V České republice v Institutu klinické a experimentální medicíny se touto problematikou zabývají od roku 2003. V současné době se zde připravuje zahájení klinického programu transplantace tenkého střeva (22).

Zcela novým druhem terapie pacientů s Crohnovou chorobou by mohla být transplantace krvetvorných kmenových buněk.

Významný evropský gastroenterolog a odborník na idiopatické střevní záněty profesor Christofer J. Hawkey z Nottinghamu vede v současné době studii ASTIC (Autologus Stem cells Transplantation In Crohn's disease). Tato studie ověřuje účinnost transplantace vlastních kmenových buněk v léčbě Crohnovy nemoci. Do výzkumu byla zařazena i Česká republika, kterou zastupuje IV. Interní klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a IBD Klinické a výzkumné centrum ISCARE Lighthouse v Praze. Kandidáty do této studie vybírá mezinárodní lékařské konsorcium (2).

1.8 Prognóza nescifických střevních zánětů

Jelikož je příčina nescifických střevních zánětů neznámá, není v současné době k dispozici léčba, která by vedla k úplnému zahojení zánětu a zabránila návratu nemoci v budoucnosti. Kombinací konzervativní a chirurgické léčby lze navodit klidovou fázi onemocnění a tím zlepšit kvalitu života nemocných. Pouze ulcerózní kolitida je po chirurgickém výkonu vyléčena, i když se může objevit zánět vytvořeného pouchu a s tím spojené komplikace jako je částečná inkontinence, časté nucení na stolicí nebo krvácení z konečníku. Proto je nutná reoperace a vytvoření nového funkčního pouchu (2, 31, 34).

1.9 Potřeby klientů s nescifickými střevními záněty

Potřeba člověka je projev nějakého nedostatku. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychiku a chování jednotlivce. Každý člověk má své individuální potřeby. V průběhu života se potřeby jedince kvalitativně i kvantitativně mění, hlavně v období nemoci, která brání v jejich uspokojování. (6, 30)

Pro klienty s nescifickými střevními záněty je prioritní uspokojování biologických, psychických, sociálních a kulturních potřeb. V oblasti biologických potřeb je péče zaměřena na příjem potravy a tekutin (dieta), na vyprazdňování (defekace), péče o tělo (hygiena), spánek a odpočinek, komfort a pohodlí (soukromí při vyšetřování, čistota prostředí a pomůcek).

V oblasti psychických potřeb je to především odstraňování a mírnění bolesti, předcházení a zmírňování strachu a úzkosti, pojmenování obav a nejistot z neznámého

(obava o život), zabraňování ztráty sebeúcty (narušený vzhled těla). Uspokojování sociálních potřeb je zaměřeno zvláště na zmírnění sociální izolace a řešení problémů souvisejících s možnou ztrátou zaměstnání a možnosti další seberealizace. Uspokojování kulturních potřeb je zaměřeno na sledování společenského a kulturního dění (tisk, televize, rozhlas) (6).

1.10 Komunitní péče

Pod pojmem komunitní péče se skrývá péče o zdraví jedince, rodiny či skupiny lidí v komunitě mimo zdravotnické zařízení, tedy v terénu. Jedná se o určité spojení ošetrovatelské péče a veřejného zdraví. Je to péče zdravotně-sociální. Tato péče je poskytována lidem v jejich přirozeném prostředí. Významné místo v komunitní péči zaujímá vždy rodina a přátelé klienta. Rodina se musí chtít o svého člena postarat a společnost má vytvořit podmínky pro to, aby se rodina mohla starat. Domov je životním centrem chronicky nemocných, zdravotně postižených osob a seniorů. Komunitní péče může být poskytována také formou placených služeb (9, 16.).

Komunita je společenství lidí, kteří sdílejí určitou oblast limitovanou prostorem, nebo společnými zájmy. Komunitu charakterizuje hlavně vzájemná interakce, vycházející například ze společných potřeb nebo zájmů. Komunity se obvykle vytvářejí na jednom konkrétním místě. Komunitou může být třeba občanské sdružení, spolek, škola, společenský klub (9).

Členy komunitního týmu jsou nemocní, handicapovaní, rizikovní lidé, rodinní pečovatelé, pracovníci zdravotnické a sociální péče, komunitní zdravotničtí pracovníci, dobrovolníci z komunity (16). Většinu primárních zdravotních služeb poskytovaných v komunitní péči tvoří služby a aktivity ošetrovatelské péče. Důležitými členy více oborových týmů jsou sestry. Sestry se účastní na hodnocení možností konkrétní komunity, pomáhají zajišťovat komplexní péči o obyvatele. Prioritní úlohou komunitních sester je zprostředkování zdravotní a ošetrovatelské péče pro členy komunity. K dalším významným rolím sester v komunitní péči patří edukace jedince a komunity, sběr dat a výzkum, koordinace péče mezi provozovateli a poskytování specifických intervencí ošetrovatelské péče (9).

Prevence a výchova ke zdraví, udržování a podpora zdraví, odpovědnost za své zdraví, péče o nemocného v jeho přirozeném prostředí, vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva a princip holistické péče, toto vše je cílem komunitního ošetřovatelství. Paradigma ošetřovatelství v komunitní péči je osoba, prostředí a zdraví. Osobou v tomto případě je komunita, prostředím jsou všechny podmínky okolí komunity a vše, co ji ovlivňuje a zdravím je rovnováha v komunitě(16).

System zdravotní péče v komunitě zahrnuje léčebnou péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními a hlavně preventivní péči (8, 16).

Obecnými principy komunitní péče jsou: nepřetržitá dostupnost základní pomoci a snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb, návaznost služeb, multidisciplinární spolupráce a koordinace činností poskytovatelů těchto služeb, možnost výběru služeb, individuální přístup, diskrétnost a účelnost vynaložených nákladů (9).

1.10.1 Historie komunitní péče ve světě

Historie komunitní péče, zaměřené na prevenci nemoci, spadá do období před naším letopočtem. Již v Mezopotámii (5000 let př.n.l.) používali diety, odpočinek a masáže k prevenci nebo zlepšení zdraví (8).

Roku 1300 př.n.l. poskytovaly židovské sestry péči založenou na principech prevence a léčby. První návštěvní římskou sestrou byla Phoebe z Cencherey. Poskytovala fyzickou a spirituální péči nemocným a jejich rodinám. První návštěvní sestrou – dobrovolnicí byla dcera španělského krále Flaccilla (16).

K výrazným sociálním změnám dochází v období renesance (roky 1500 – 1700). V Anglii byl roku 1601 vydán alžbětinský zákon pro chudé (Elizabethian Poor Law- povinná daň pro všechny), který garantoval lékařskou a ošetřovatelskou péči pro chudé, slepé a chromé. Od těchto dob se datuje vznik veřejného zdravotnictví v Anglii. Ve Francii roku 1610 Madam de Chantal a Francois de Sales organizovaly služby Panny Marie. Jednalo se o skupinu žen, které poskytovaly péči bez omezení. Tato služba existovala 4 roky. V 17. století se začalo rozvíjet řádové ošetřovatelství ve špitálech i domácnostech (8, 16.).

V 18. a 19. století dochází k rozvoji domácího ošetřovatelství. Profesionální ošetřovatelství i ošetřovatelství komunitní se začíná rozvíjet v 19. století. Roku 1812 sestra Mary Augustine, založila řád Irské sestry charity v Dublinu. Řád se zabýval navštěvováním poskytováním pomoci chudině. Milosrdné sestry – Sisters of Mercy založily domov pro dívky bez prostředků a navštěvovaly nemocné v jejich domovech. Theodor a Frederik Fliender založili v roce 1836 institut pro výuku diakonek Kaiserwerth. Zde se diakonky připravovaly na povolání sestry na obvodu (8, 16).

Velmi významnou osobností byla Florence Nightingalová. Ve své ošetřovatelské činnosti se věnovala veřejnému zdraví a sama ji nazvala „ošetřovatelstvím zdraví“. Spolupracovala s Williamem Rathbonem. Společně založili v roce 1859 v Liverpoolu 1. asociaci ošetřovatelství veřejného zdraví. Nightingalová vydala knihu *Návrh, jak zlepšit ošetřovatelskou péči* (Suggestion for Improving Nursing Service). Tato kniha byla zaměřena na ošetřovatelství v domácnosti (8, 16.).

Ve Spojených státech amerických koncem 19. století založily Lillian Waldová a Mary Brewsterová komunitní ošetřovatelskou péči. Založily Henry Street Settlement, jednalo se o experiment komunitního ošetřovatelství, a Newyorskou misi návštěvních sester (8, 16).

1.10.2 Historie komunitní péče u nás

Historicky jsou základy ošetřovatelství spjaty s křesťanstvím. Laickou péči v minulosti poskytovali opatrovníci, lazebníci, porodní báby, léčitelé, kořenáři a podobně. Významnou osobností, která poskytovala charitativní péči, byla svatá Zdislava z Lemberka. Pevná pravidla pro výchovu ošetřovatelského personálu ustanovili církevní řády. V 15. století poskytoval ošetřovatelskou péči ve špitálech a v terénu protestantský řád Diakonek (16).

Špatný zdravotní stav obyvatelstva po 1. světové válce dal impuls k rozvoji terénní péče u nás. V této době se začalo rozvíjet i ošetřovatelské školství. Ve 20. a 30. letech minulého století se organizace komunitní péče u nás ujal Československý červený kříž a do praxe začaly přicházet první diplomované sestry. V roce 1921 začaly vznikat zdravotní stanice.

Tato samostatná terénní zdravotně-sociální zařízení vedly diplomované nebo dobrovolně vyškolené sestry. Jejich významnou součástí byla návštěvní služba. Ošetřovatelská a zdravotní služba v rodinách (OZSR) vznikla 1. 4. 1929. Tuto instituci vedly pouze diplomované sestry. OZSR se hlavně zaměřila na školní a venkovskou hygienu, organizované ošetřování v rodinách, edukaci matek o výchově dětí, zprostředkování léčení a odborného vyšetření, umístění starých, invalidních a zanedbaných občanů do zaopatřovacích ústavů, zajištění praní prádla, stravy (16).

Součástí OZSR byly také poradny například Poradna pro těhotné ženy, Poradna ochrany matek a kojenců, Poradna „Našim dětem“, Školní a zubní poradna, Poradna pro mladé lidi, Dispenzář pro TBC a Venerologický dispenzář. V roce 1942 byla činnost Československého červeného kříže a Spolku diplomovaných sester zastavena. Po skončení 2. světové války komunitní péče nebyla obnovena a sestry v terénu přestaly pracovat v 50. letech. Funkce geriatrické sestry, která jako jediná odpovídala představě komunitní práce se seniory, byla založena v 70. letech. V 90. letech byla v rámci reorganizace zdravotní péče tato funkce zrušena. Jedinou podobou komunitní péče v České republice je domácí péče, která se ale zaměřuje hlavně na nemocné a nemohoucí lidi, nikoliv na zdravou a ohroženou populaci (16).

1.10.3 Role sestry v komunitní péči

V současné době probíhá reforma zdravotní péče. Dochází ke zkracování délky pobytu v ústavních zařízeních na nejnutnější dobu a pacienti jsou propouštěni do domácí péče. Roste význam primární péče (Almaatská deklarace, 1978). Poskytování zdravotních služeb se po institucionálně zaměřené péči vrací zpět do komunit. Komunitní péče o nemocné, ale i o zdravé v podobě podpory zdraví a prevence nemocí je levnější a má výhodu v tom, že pacient je ve svém domácím prostředí (8, 9, 16).

Komunitní péče je velmi potřebná a důležitá. Ve vyspělých zemích má dlouholetou tradici. Ve světě jsou komunitní sestry pro veřejné zdravotnictví (public health nurse), sestra pro návštěvní službu (health visitors), sestra pro domácí péči, terénní porodní asistentka, školní sestra, sestra pro zdravotní výchovu a rodinná sestra (family nurse) (16).

Komunitní zdravotní péči poskytuje multidisciplinární tým, kde velmi důležitou roli hraje sestra. Sestra svým profesionálním působením nezastává pouze jednu roli, ale vždy více rolí. Role sester ovlivňují změny ve společnosti, zdravotní stav obyvatelstva, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie. Sestra zastává roli poskytovatele ošetrovatelské péče, manažera ošetrovatelské péče, edukátorku, obhájkyň práva klienta, komunikátora, mentorka, výzkumnici, ale i nositelku změn (6).

V komunitní péči je ošetrovatelská péče zaměřena hlavně na edukační a poradenské služby (6, 8, 16). Sestra podporuje nemocné ve schopnosti postarat se sám o sebe. Pomáhá rodině nemocného získat vědomosti a dovednosti v laické pomoci. V rodinných příslušnících posiluje vědomí významu této pomoci potřebné osobě. S prudkým rozvojem lékařství a ošetrovatelství narůstá samostatnost v práci sester spojená s větší kompetentností a zodpovědností (28).

V České republice funkce komunitní sestry zatím neexistuje. Je připraven vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v komunitní ošetrovatelské péči (Vyhláška 463/2004 Sb., Rámcový vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru komunitní ošetrovatelská péče) ve specializaci: Komunitní sestra v domácí péči, Komunitní sestra v péči o seniory, Komunitní sestra v péči o rodinu a Komunitní sestra v prevenci zdravotních rizik. Podmínkou zařazení do vzdělávacího programu je ukončení kvalifikačního studia, které opravňuje k získání odborné způsobilosti všeobecná sestra a minimálně 24 měsíců výkonu práce v klinickém zaměření (16).

1.11 Pacientské organizace

Pro pacienty s nespecifickými střevními záněty jsou místem, kde získávají nové informace o svém onemocnění. Setkávají se tu s lidmi, kteří mají stejné trápení a mohou tu navázat nová přátelství. Organizace spolupracují s předními odborníky na nespecifické střevní záněty (21).

1.11.1 Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty

Na základě dlouhodobé iniciativy pacientů a lékařů vzniklo Občanské sdružení k 10. říjnu 2008, kdy Ministerstvo vnitra schválilo návrh na registraci a stanovy. Cílem sdružení je zlepšení péče o pacienty trpící nespecifickými střevními záněty. Poskytování podpory a pomoci pacientům a jejich blízkým. Mezi základní činnosti sdružení náleží pořádání odborných přednášek, konzultací, kulturních, vzdělávacích, výukových a společenských akcí. Zprostředkovává informace o nemoci a nových možnostech léčby. Zajišťuje zdravotní, sociální a právní poradenství. Vydává informační a propagační materiály, odborně zaměřené publikace a další tiskoviny související s činností a výsledky sdružení. Podílí se na přípravě právních předpisů a připomínkového řízení k navrhovaným právním předpisům týkajících se naplňování cíle sdružení. Spolupracuje s praktickými a odbornými lékaři, s odbornými společnostmi, pracovišti zabývajícími se léčbou, s organizacemi s obdobným zaměřením na území ČR i v zahraničí. Podporuje výzkum a moderní metody léčby. Organizuje rekondiční pobyty pro své členy a jejich rodinné příslušníky. Prezентuje sdružení a jeho výsledky ve vztahu k patientské a odborné veřejnosti. Zajišťuje a spravuje prostředky určené pro vlastní činnost sdružení a nakládá s nimi v souladu s cílem a zaměřením sdružení. Členem sdružení se může stát kdokoli. Členství je bezplatné. Kontakty: Za Poříčskou bránou 365/21, 18600 Praha 8, <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/index.asp> (21).

1.11.2 Klub pacientů CroCus

Gastroenterologické oddělení českobudějovické nemocnice pod vedením primářky MUDr. Olgy Shonové patří mezi pracoviště, která jejich pacienti zajímají i mimo ordinaci. Cíleně se proto věnují setkáním s nemocnými, kde je informují na odborné úrovni o příčinách jejich choroby a možnostech, jak zmírnit dopady onemocnění. Pravidelně se pod záštitou gastroenterologického oddělení scházejí v Informačním oddělení nemocnice pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. První schůzka se uskutečnila 20. 6. 2007 a další následovala 25. 6. 2009 (viz příloha 4 a 5).

Kontakty: Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., B. Němcové 54, 370 87 České Budějovice. Telefon: 387 876 701, gastro@nemcb.cz (11, 29).

1.11.3 Klub IBD CROCODILE (CROhn and COLitis DILEtans)

Středisko pro pomoc handicapovaným Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v rámci svých aktivit a činností sdružuje všechny, kterým není problematika Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy cizí. Nejen pacienti postižení těmito chorobami, ale i jejich rodinní příslušníci, zde získávají informace a odborné rady jak čelit nemoci. Toto sdružení se také zabývá kvalitou života osob s nespecifickými střevními záněty, ale nenahrazuje ani neorganizuje léčbu. Kontakt: Jírovцова 24, 370 04 České Budějovice (23).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit jaký je přínos patientských sdružení pro klienty s nespecifickými střevními záněty.
2. Zjistit jak se sestry podílejí na poskytování informací klientům s nespecifickými střevními záněty.
3. Sestavit informační materiál pro klienty s nespecifickými střevními záněty.

2.2 Výzkumné otázky

1. Má pro klienty s nespecifickými střevními záněty význam setkání se stejně nemocnými lidmi?
2. Jak se sestry podílejí na poskytování informací klientům s nespecifickými střevními záněty?
3. Mají klienti s nespecifickými střevními záněty specifické potřeby?
4. Jsou klienti s nespecifickými střevními záněty informováni o své nemoci?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Před vlastní realizací výzkumného šetření byli osloveni členové Klubu IBD CROCODILE České Budějovice a účastníci pravidelných schůzek Klubu pacientů CroCus České Budějovice a Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze, z důvodu možnosti provedení rozhovoru.

Ve výzkumné části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvořili vybraní klienti s nespecifickými střevními záněty, členové Klubu IBD CROCODILE České Budějovice, účastníci seminářů Klubu pacientů CroCus České Budějovice a Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze.

Anonymní rozhovor obsahoval celkem 30 otázek. Otázky byly rozděleny do šesti tematických částí. První se týkala identifikačních údajů klienta. Ve druhé části byly získány informace o chorobě klienta. Třetí část byla zaměřena na vliv choroby na každodenní klientův život. Ve čtvrté části byly zodpovězeny otázky týkající se rodiny klienta. Pátá část se soustředila na informovanost klienta o chorobě a jeho spolupráce se zdravotníky. Poslední šestá část se zabývala patientskými organizacemi a jejich přínosem pro klienta s nespecifickými střevními záněty. Některé standardizované otázky byly rozšířeny o další doplňkové otázky.

Na základě rozhovorů s jednotlivými respondenty byly vytvořeny kazuistiky. Kazuistiky tvořily výzkumný podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumu.

Empirická část výzkumu probíhala v období od listopadu 2010 do července 2011.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořilo 10 respondentů s nespecifickými střevními záněty. 2 respondenti jsou členy Klubu CROCODILE v Českých Budějovicích, 4 respondenti navštěvují semináře Klubu CroCus v Českých Budějovicích a 4 respondenti navštěvují semináře Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze.

4 Výsledky výzkumu

4.1 *Kazuistiky respondentů*

Výsledky rozhovorů s respondenty, tedy s členy Klubu IBD CROCODILE České Budějovice a účastníky pravidelných schůzek Klubu pacientů CroCus České Budějovice a Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze, byly přepsány do kazuistik.

Kazuistika respondenta č. 1

Respondent č. 1 je muž ve věku 49 let. Jeho vzdělání je vysokoškolské. Je ženatý. Bydlí s manželkou a dcerou v Českých Budějovicích.

Od roku 2000 trpí ulcerózní kolitidou, která mu byla diagnostikována na gastroenterologickém oddělení v Českých Budějovicích. Problémy s častými průjmy, měl asi 3 roky před stanovením diagnózy. K obvodnímu lékaři se odhodlal, až když ve stolici zjistil přítomnost krve a hlenu. To ho vyděsilo. Po základním vyšetření na obvodě byl odeslán na specializované pracoviště do nemocnice. Kromě této choroby má respondent celiakii, která pro něho přináší další komplikace v oblasti stravování. Dále trpí zánětem duhovky. Žádnou operaci neprodělal. U respondenta je prováděna biologická léčba pomocí Remicade. Dále užívá Prednison a oční kapky podle potřeby.

Jeho onemocnění není v současnosti aktivní, což připisuje jako pozitivum biologické léčbě, tak problémy s váhou nepozoruje již rok. Před zahájením léčby Remicadem měl výkyvy hmotnosti. Vždy v aktivní fázi choroby zhubl, pak po léčích přibral. Je schopen se plně postarat o sebe i svou domácnost. Z potravin se vyhýbá smaženým pokrmům, luštěninám, syrové zelenině, ořechům a kysanému zelí, tučnému masu, ostrým a kořeněným pokrmům a v souvislosti s celiakií moučným výrobkům. Z nápojů mu nedělá dobře bílé víno, turecká káva, pivo a 100% džusy. Ostatní nápoje snáší dobře.

V současné době se choroba neprojevuje a nemá žádné tělesné potíže. Nemoc ho omezuje v provozování fyzických aktivit, nemůže se jim věnovat naplno, jako před diagnostikou nemoci a také má dietní omezení. Velmi rád jezdil na kole, třeba 80 km za den. Nyní si vyjede také, ale jen rekreačně do 15 km. Další omezení mu choroba přináší v oblasti cestování. Cestovat sice může, ale je pro něho stresující. V zaměstnání ho nemoc tolik neovlivnila, pracuje na plný úvazek ve školství. Aktivní fázi onemocnění řešil pracovní neschopností. Mezi jeho záliby patří umění, zejména výtvarné, a literatura. Ve volném čase rád projede na kole, sleduje televizní vědomostní soutěže, sportovní přenosy, luští sudoku a křížovky.

Jeho rodina přijala diagnostiku ulcerózní kolitidy s pochopením. Onemocnění ovlivnilo rodinu ve směru rozhodování o dovolené či investicích. Zvláště dietní omezení při celiakii je finančně náročné. Respondentovi nejvíce pomáhá matka a manželka, které se většinou stará o přípravu jeho diety.

Informace o chorobě mu poskytl lékař, který nemoc diagnostikoval a dále pak ošetřující lékař. Také k nim napomohla sestra z gastroenterologie, která mu předala informační brožuru o ulcerózní kolitidě a Crohnově chorobě. Ostatní informace respondent získal z odborných článků, publikací či internetu. Pokud něčemu nerozumí, nebojí se znovu zeptat, ale upřednostňuje lékaře před sestrou. Svého gastroenterologa navštěvuje pravidelně. Dodržuje všechna doporučení od lékaře.

Pacientské organizace, které se zabývají problematikou nespecifických střevních zánětů, zná. O jejich existenci se dozvěděl od sestry z gastra a z informačních brožur. Zúčastňuje se seminářů Klubu CroCus. Setkání mu pomáhají k dalšímu získávání informací a k zodpovězení dietologických otázek. Jeho rodinní příslušníci se seminářů též zúčastňují. Respondent je také 6 let členem pacientské organizace Sdružení celiaků ČR. Tyto organizace by rozhodně doporučil i ostatním nemocným s nespecifickými střevními záněty. Vždy se něco nového dozví a má možnost konzultovat své problémy s odborníky i mimo pravidelné kontroly na oddělení.

Kazuistika respondenta č. 2

Respondent č. 2 je muž ve věku 27 let. Je vysokoškolsky vzdělaný, svobodný a bydlí společně s rodiči v Praze.

V roce 2002 mu na gastroenterologickém oddělení v nemocnici na Bulovce diagnostikovali Crohnovu chorobu, která byla lokalizována pouze na dvanáctníku. Problémy začaly dva měsíce předtím, kdy zvracel, byl unavený a trpěl bolestmi nadbříšku přibližně dvě hodiny po jídle. Praktický lékař pro děti a dorost ho odeslal ke gastroenterologii s podezřením na duodenální vřed. Kromě této choroby respondent jinými nemocemi ani jejich komplikacemi netrpí. Operaci žádnou neprodělal. Klient k léčbě užívá pouze Prednison.

Problémy s váhou nemá. Jeho hmotnost se pohybuje okolo 80 kg a odchylku 2-3 kg nahoru nebo dolů považuje za normál. Je schopen se postarat o sebe i vypomáhat v domácnosti. Z potravin se musí vyhýbat luštěninám, kedlubnám, ředkvičkám, cibuli, pomerančům, smetaně a celozrnnému chlebu. Z nápojů se vyhýbá zrnkové kávě, ale instantní káva mu vyhovuje. V současné době se jeho nemoc projevuje únavou, slabostí a bolestí břicha při zvracení. Nemoc ho omezuje ve sportu. Nesmí zátěž přehánět, a jak říká „musí u toho myslet“. Dále cítí omezení v kariérním postupu - chtěl se stát policistou či vojákem, ale nemoc mu to neumožnila, protože má modrou knížku. Další omezení se týká stravování. Ve studiu na vysoké škole mu nemoc nebrání. Pouze v období, kdy je mu velice špatně, vynechává přednášky. Mezi jeho záliby patří sport, hra na saxofon a klarinet. Na saxofon hraje v big bandu a na klarinet v cimbálce.

Jeho rodina přijala onemocnění rozumně, nedělali s toho tragédii. Rodinu to nijak zvlášť neovlivnilo, pouze se více začali o onemocnění více zajímat. Nejvíce pomáhá maminka, která vaří podle doporučené diety. Další velkou oporu má ve své přítelkyni a kamarádech.

Informace o nemoci, které byly dostatečné, mu poskytl ošetřující lékař. Zdravotní sestra se také na jeho informovanosti podílela. Upozornila ho na potraviny, kterým by se měl vyhýbat. Dotazuje se raději lékaře, protože sestry mají dost jiné práce. Respondent získává informace o svém onemocnění převážně z internetu (80%), televize (10%) a odborných článků (10%). Pokud mu není něco jasné, neostýchá se zeptat znovu, ale raději upřednostňuje lékaře před sestrou. Svého gastroenterologa navštěvuje pravidelně 3x do roka a 1x za rok podstoupí gastroskopii. Mimo to, ho navštěvuje i při obtížích. Respondent dbá všech doporučení lékaře.

Velice dobře zná patientské organizace, které se zabývají problematikou nespecifických střevních zánětů. Informace o nich získal z internetu a informačních brožur u lékaře. Pravidelně se zúčastňuje seminářů, které pořádá patientská organizace Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze. Snaží se nevynechat žádný seminář. Setkání mu pomáhají v další informovanosti o léčbě a její problematice. Podporu dále spatřuje i v tom, že si navzájem mezi sebou vyměňují své zkušenosti s nemocí. Rodina se nezúčastňuje, ale respondenta podporují a jsou rádi, že tato organizace existuje. Respondent je 1 rok pasivním členem Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze. Ostatním nemocným s nespecifickými střevními záněty patientské organizace již doporučil. Podle něho by jim to pomohlo stejně jako jemu.

Kazuistika respondenta č. 3

Respondentem č. 3 je žena ve věku 52 let. Její vzdělání je vysokoškolské. Je vdaná, bydlí s manželem a dvěma dospělými dětmi v Českých Budějovicích. Děti jsou přes týden na školách mimi domov.

V srpnu roku 1989 na interním oddělení v Českých Budějovicích diagnostikovali Crohnovu nemoc, ale problémy se zažíváním a častými průjmy měla od svých deseti let. Dále trpí osteoporózou.

Trápí jí komplikace Crohnovy choroby a tou je perianální píštěl. Prozatím nepodstoupila žádnou operaci. Mezi léky, které používá k léčbě, patří Asacol a Humira. Na aplikaci Humiry dochází do nemocnice 1x za 14 dní.

Problémy s váhou neudává. Je schopna se plně postarat o sebe i svou domácnost. Ale v době před zavedením biologické léčby tomu tak nebylo. V období aktivní fáze nemoci byla unavená, slabá a trpěla průjmy. Rodina musela v domácnosti vypomoci. Z potravin jí nedělají dobře luštěniny, tučná masa, ořechy, pomeranče. Z nápojů se vyhýbá mléku a tvrdému alkoholu. V současnosti se u ní choroba projevuje slabou únavou, náladovostí a neaktivní píštělí. Nemoc ji omezuje ve sportu, musí se rozumně stravovat a nepít alkohol. Kvůli aplikaci biologické léčby se cítí omezená v tom, že se nemůže dlouhodobě vzdálit z domova. V době aktivní píštěle měla potřebu větší hygieny, častěji se sprchovala a v období průjmů věnovala větší péči o kůži v okolí konečníku. Své zaměstnání vykonává na zkrácený úvazek. Ve volném čase ráda chodí do kina, divadla, na výlety. Věnuje se četbě detektivek a ručním pracím.

Rodina na onemocnění reagovala s pochopením. Toto onemocnění rodinu ovlivnilo nejvíce v oblasti cestování a společných sportovních aktivit. Nejvíce jí pomáhá manžel a dcera. Ví, že se na ně může spolehnout.

První informace o onemocnění jí poskytl lékař na interně. Moc tomu tenkrát nerozuměla a měla velké obavy z budoucnosti. Děti v té době byly malé. Jestli se podílely na informovanosti i sestřičky si momentálně nevybavuje. Později informace získala z informačních brožur, článků v tisku, televize i internetu. Posteskla si, že článků v tisku a televizních pořadů s tematikou Crohnovy choroby je málo. Pokud jí není něco jasné, neváhá se znovu zeptat. Kvůli pracovní vytíženosti lékařů a jejich nedostatku se raději dotazuje sestry, protože jí pravidelně vidí při aplikaci biologické léčby a má na ni čas. Pravidelně navštěvuje svého gastroenterologa a snaží se dbát všech jeho doporučení.

Respondentka zná patientské organizace zabývající se problematikou nespecifických střevních zánětů. Informace o nich získala z internetu a informační brožurky u gastroenterologa. Zatím se zúčastnila jen jednoho semináře. Setkání pacientů jí pomohlo hlavně psychicky a moc se jí líbila přednáška o biologické léčbě.

Rodinní příslušníci se semináře nezúčastnili. S organizátory seminářů aktivně nespolupracuje, zatím jen pasivně naslouchala. Do budoucna se těší na další setkání pacientů Klubu CroCus. Už má dokonce připravený dotaz na paní primářku Shonovou. Chtěla by se více dozvědět o léčbě píštělí, jaké jsou výsledky léčby a jaká je prognóza. I přesto, že není aktivní členkou, může vřele tyto organizace všem podobně nemocným jen doporučit.

Kazuistika respondenta č. 4

Respondentem č. 4 je žena ve věku 48 let. Je vysokoškolsky vzdělaná, pracuje jako zdravotník, je vdaná. S manželem a dvěma syny bydlí v rodinném domku u Českých Budějovic.

Crohnova choroba jí byla diagnostikována ve 33 letech na gastroenterologii. Jiné onemocnění ani komplikace choroby jí netrápí. Před dvěma lety podstoupila resekci terminálního ilea s odnětím 25 cm střeva, je bez stomie. Léky, které používá k léčbě, jsou Pentáza a Budenofalk.

Problémy s váhou jí dělají starosti. V současné době je její BMI 19,0. Ráda by přibrala alespoň 5 kg, ale nedaří se to. Je schopná postarat se o sebe i domácnost, ale pokud nastane relaps, potřebuje pomoc. Mezi potraviny, které jí dělají potíže, patří tučná a ostrá jídla, luštěniny, ořechy, trvanlivé salámy, mléčná čokoláda. Z nápojů jí dělá problémy turecká káva a tonik. Nyní se její choroba projevuje bolestmi břicha, slabostí a průjmy. Musí častěji odpočívat. Při průjmech pečovat o okolí konečníku a hlídat dostatek tekutin. Nemoc ji omezuje v cestování, stravování, sportu a aktivním odpočinku. Ze stejných zdravotních problémů měla problémy při plnění pracovních a studijních úkolů. Navzdory těmto problémům pracuje na zkrácený úvazek a úspěšně dokončila studium na vysoké škole. Ve volném čase se věnuje zahrádce, hudbě a tanci. Mezi její největší záliby patří četba, vaření, a jóga.

Rodina onemocnění zprvu nevěnovala příliš pozornost. Rostoucí problémy s častou nevolností a únavou začaly ovlivňovat chod domácnosti. Poté se rodina postupně zapojovala do pomoci v domácnosti. Byli jí nápomocni nejen při domácích činnostech, ale podporovali jí i psychicky. Nejvíce jí pomáhá rodina a stejně postižení pacienti se svými zkušenostmi.

Prvotní informace respondentka získala od lékařů, ale byly nedostatečné. Ani zdravotní sestra se na její informovanosti nepodílela. Další informace se snažila najít v odborné literatuře, z článků v tisku, z televize, internetu a od kamarádky. Pokud respondentce není něco jasné, neostýchá se zeptat, ale upřednostňuje lékaře před sestrou. Gastroenterologa navštěvuje pouze při obtížích. Dodržuje všechna doporučení lékaře.

Respondentka zná patientské organizace zabývající se problematikou nespecifických střevních zánětů. Informace o nich získala na internetu. Zúčastňuje se seminářů, které patientské organizace pořádají. Rodina se nezúčastňuje, ale podporuje ji. Na setkáních si navzájem pomáhají svými zkušenostmi s nemocí a podporují se. Spolupracuje s ostatními členy sdružení, někteří jsou její přátelé. Již 12 let je členkou sdružení Crocodile. Respondentka by tyto organizace doporučila ostatním nemocným s nespecifickými střevními záněty. Vždyť už jen to vědomí, že nejste sám se svým trápením, Vám dodá sílu a naději.

Kazuistika respondenta č. 5

Respondent č. 5 je muž ve věku 23 let. Má středoškolské vzdělání. Pracuje u policie. Je svobodný a bydlí s přítelkyní v Táboře.

V roce 2009 mu byla diagnostikována Crohnova choroba na gastroenterologickém oddělení v nemocnici České Budějovice. Potíže před tím měl 1 rok. Zvracel a měl průjem. Na chirurgickém oddělení v Táboře podstoupil operaci slepého střeva, ale zdravotní stav se ani po antibiotikách stále nezlepšoval. Proto byl odeslán na gastroenterologii do Českých Budějovic.

Žádné další onemocnění nemá. Jako komplikaci choroby uvádí vyrážku, která může a nemusí být po biologické léčbě. To si není zcela jistý. Na své onemocnění používá léky Pentázu a Remicade.

Respondent problémy s váhou v současnosti nemá. Před dvěma lety se spadl o 15 kg, ale nyní je jeho hmotnost stejná jako před nemocí. Je schopen postarat se o sebe i domácnost. Ale v akutní době potřeboval pomoc rodičů a přítelkyně. Byl stále unavený, zesláblý nechutenstvím a vynervovaný z neustálého průjmu. Z potravin se vyhýbá syrové zelenině, ořechům a semínkům, celozrnnému chlebu, luštěninám a ovesným vločkám. Z nápojů mu dělá potíže coca cola, víno a zrnková káva. V současné době je bez potíží. Nemoc ho nejvíce omezuje ve stravování: „Musí si hlídat jídlo.“ Částečné omezení má ve fyzické námaze, musí se šetřit. Proto sportuje pouze rekreačně (kolo, plavání, lyže). V zaměstnání, díky biologické léčbě, pokračuje na plný úvazek. Zatím byl 2krát v pracovní neschopnosti. Ve volném čase se věnuje počítači a poslouchá rockovou hudbu a jak bylo výše uvedeno rekreačně sportuje.

Rodina z počátku nechápala, proč zrovna on musel onemocnět, když touto nemocí nikdo jiný v příbuzenstvu netrpí. Poté začali pomáhat a shánět další informace ohledně nejnovějších metod léčby. Toto onemocnění rodinu stmelilo. Nejvíce mu pomáhají rodiče a přítelkyně.

Informace získal respondent na gastroenterologickém oddělení od lékaře a sestra mu dala informační brožurku. Takto získané informace nebyli pro něho dostačující. Proto se začal více vyptávat, zejména sester. Lékaře pro jejich vytíženost neoslovil. Dále se informoval na internetu a od kamarádů. Pokud mu není něco jasné, nebojí se zeptat. Ptá se spíše sestry než lékaře. Svého gastroenterologa navštěvuje pravidelně. Dbá všech doporučení lékaře.

Respondent se o patientských organizacích, které se zabývají problematikou nespecifických střevních zánětů dozvěděl z internetu a na gastroenterologii objevil pozvánku na setkání pacientů. Respondent se zúčastnil semináře v českobudějovické nemocnici pouze pasivně. Setkání pacientů si pochvaloval. Dozvěděl se nové informace ohledně nových postupů léčby nespecifických střevních zánětů.

Mimo to také získal nové přátele, se kterými si můžou vyměňovat zkušenosti se svou chorobou. Uvědomil si, že někteří lidé jsou na tom daleko hůř nežli on. Pacientské organizace by v každém případě doporučoval. Semináře byly pro něho vždy přínosem a hlavně ho „psychicky nakoply“.

Kazuistika respondenta č. 6

Respondent č. 6 je žena ve věku 24 let. Studuje vysokou školu a je svobodná. Bydlí s rodiči v Praze.

V roce 2008 jí byla na gastroenterologickém oddělení v Motolské nemocnici diagnostikována Crohnova choroba. Kromě této nemoci ještě trpí anemií. V souvislosti s onemocněním nepodstoupila žádnou operaci a nemá ani žádnou stomii. K léčbě používá Pentázu, Azaprine, Prednison, vápník, draslík, železo a probiotika.

Respondentka má problémy s váhou. Při potížích hodně hubne a při užívání léků opět přibírá. Je schopna se o sebe postarat a vypomáhat rodičům v domácnosti. Z potravin se vyhýbá luštěninám, kysanému zelí, tučným pokrmům, pomerančům. Z nápojů netoleruje klasickou kávu turka, džusy s vlákninou a alkohol. V současnosti se nemoc téměř neprojevuje, objevují se pouze občasné křeče v břiše. Nemoc ji omezuje hlavně v akutním stadiu. To má strach cokoli sníst, protože to většinou vyvolá velké průjemy, také se snaží být co nejvíce doma a necestovat, jelikož neví, kdy a kde se může relaps objevit. Dále také musí brát pravidelně léky. Další omezení se týkají stravování. Snaží se jíst tak, aby neměla žádné potíže. Kvůli nemoci přerušila na rok studium vysoké školy. Problémy jí onemocnění způsobuje i v partnerských vztazích. Přítel se s ní před měsícem rozešel. Ve volném čase ráda čte knihy, stará se o dva psy, se kterými chodí na procházky do přírody.

Rodina byla z onemocnění nejdříve dost překvapená, nic o onemocnění nevěděli, ale rychle se s tím smířila a snažila se jí co nejvíce podpořit. Rodinu onemocnění ovlivnilo hlavně ve stravování. Také se zajímají více o zdravotní stav jednotlivých členů rodiny, protože toto onemocnění může být z části genetické.

Respondentce pomáhá celá rodina, hlavně při pobytu v nemocnici se jí snažili co nejvíce podpořit, také je schopna si o této nemoci s ní popovídat. Dále je nápomocná i kamarádka.

Informace jí poskytla lékařka, která diagnostikovala Crohnovu chorobu, dále pak ošetřující lékařka. Udává, že pro ni byly tenkrát dostačující. Sestra jí žádné informace neposkytla. Sama je získává z internetu, z televize nebo tisku. Pokud respondentce není něco jasné, nebojí se zeptat. Raději se ptá svého ošetřujícího lékaře než sestry. Svého gastroenterologa navštěvuje pravidelně a v případě nutnosti. Snaží se dbát všech doporučení lékaře.

Respondentka zná patientské organizace zabývající se problematikou nespecifických střevních zánětů. Informace o nich získala na internetu. Snaží se pravidelně účastnit seminářů, které pořádá Občanské sdružení pacientů idiopatickými střevními záněty v Praze. Setkání jí pomáhají v získávání dalších informací a předávání zkušeností s dalšími nemocnými. Vždy když jde z přednášky domů, tak se po psychické stránce cítí lépe. Rodinní příslušníci se seminářů nezúčastňují, ale podporují ji. S organizátory seminářů se zná, ale aktivně s nimi nespolupracuje, zatím neměla potřebu se neregistrovat. Patientské organizace by určitě doporučila i ostatním nemocným s nespecifickými střevními záněty.

Kazuistika respondenta č. 7

Respondent č. 7 je žena ve věku 38 let. Má střední vzdělání. Je vdaná. Bydlí s manželem a synem v Praze.

V roce 1999 jí byla diagnostikována na gastroenterologickém oddělení v nemocnici na Bulovce Crohnova choroba. Další zdravotní problémy měla před biologickou léčbou s koleny, nyní udává kožní vyrážku. Jako komplikaci choroby uvádí přítomnost neaktivní perianální píštěle. Neprodělala žádnou operaci ani nemá stomii. Léky, které užívá, jsou Humira a Medrol.

Problémy s váhou má jenom občas. Většinou se její hmotnost pohybuje v rozmezí 65 – 75 kg při výšce 168 cm.

Je schopna postarat se o sebe i o domácnost. Mezi potraviny, které jí nedělají, dobře patří celozrnný chléb, česnek, ostré kořeněné pokrmy, švestky, luštěniny a uzeniny. Z nápojů vynechává tonik a alkohol. Nyní se choroba projevuje občasnou bolestí břicha, únavou. K nabrání sil potřebuje delší spánek. Nemoc ji omezuje ve stravování. Dbá na to, aby neudělala dietní chybu, po které by se jí udělalo špatně.

Snad více jí vadí, že je unavená, tudíž má snížený výkon a nestihne toho za den moc udělat. Další omezení pocítuje v oblasti sportu, cestování a trávení dovolené při aktivní pěstěli. To nevydrží sedět déle než 3 hodiny a má potřebu zvýšené hygieny. Proto radši nejezdí pod stan a nekoupe se na koupalištích ani v bazénu. Ve volném čase sleduje televizi a čte. Jejím velkým koníčkem je zpěv a ruční práce.

Rodina na onemocnění reagovala s pochopením, snaží se jí ve všem pomoci. Vliv choroby na rodinu vidí ve stravování. Snaží se zdravě vařit. Také je ovlivněno společné cestování, výběr dovolené. Respondentce nejvíce pomáhá manžel a rodiče.

Informace o onemocnění jí poskytl lékař a sestra z gastroenterologie. Poskytla jí informační leták a brožurku o nemoci. Dále pak čerpala od rodiny, protože švagrová je zdravotní sestra, z internetu, odborných knih. Pokud jí není něco jasné, nebojí se zeptat, ale spíše se ptá lékaře než sestry, protože o nemoci má více odborných informací. Svého gastroenterologa navštěvuje v pravidelných tříměsíčních intervalech. Dbá všech doporučení lékaře.

Respondentka zná patientské organizace, které se zabývají problematikou nespecifických střevních zánětů. Informace o nich získala z informačních brožur a internetu. Loni se zúčastnila Svatováclavské konference, kterou pořádalo Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze. Přednášky se jí velice líbily. Odnesla si další cenné informace o biologické léčbě. Letos navštívila zatím dva semináře. Setkání pacientů jí pomáhají tak, že má tu možnost konzultace i s jinými lékaři, a psychicky jí to pozvedne. Její rodinní příslušníci se seminářů nezúčastňují. Aktivně s organizátory nespolupracuje. Členem sdružení zatím není, ale vážně o tom přemýšlí. Patientské organizace rozhodně doporučuje pro všechny pacienty s nespecifickými střevními záněty.

Kazuistika respondenta č. 8

Respondent č. 8 je muž ve věku 35 let. Má vysokoškolské vzdělání v oboru elektro. Je rozvedený a bydlí sám. Je v invalidním důchodu.

V roce 2002 mu byla na gastroenterologickém oddělení v nemocnici České Budějovice předběžně diagnostikována Crohnova choroba. Dále ho zužují bolesti kolen. Má lupénku, která se objevila až po biologické léčbě. V souvislosti s onemocněním prodělal již čtyři operace. První byla operace slepého střeva, při které se potvrdilo podezření na Crohnovu chorobu. Následovala ileostomie, kterou velice špatně psychicky snášel. Dále měl operované srůsty střeva a při čtvrté operaci bylo provedeno zanoření ileostomie. Má biologickou léčbu – Remicade 1x za 8 týdnů. Dále užívá Prednison, Pentázu a Helicid, protože mu Pentáza nedělá dobře na žaludek.

Respondent zhubl 15 kg za rok, nyní si váhu drží. Stavby relativní pohody, kdy je schopen se o sebe postarat, se střídají se stavy, kdy musí být hospitalizován na gastroenterologii. Mezi potraviny, které mu nedělají dobře, patří cibule, luštěniny, ořechy, tučný jogurt. Z nápojů nesnese alkohol, kávu i instantní a tonik. Nyní je choroba v remisi. Ale má poruchy spánku a deprese. Občas ho pobolívá břicho. Nemoc ho omezuje ve fyzických aktivitách, sportu a ve stravování. Svůj volný čas tráví u počítače, občas zlehka posiluje a jezdí na kole nenáročnou trať.

V době, kdy mu byla diagnostikována Crohnova choroba, byl ženatý a rodina nemoc přijala s pochopením. Jeho bývalá manželka je zdravotní sestra. Z počátku mu byla velikou oporou, ale s přibývajícím zdravotními problémy se vzájemně odcizovali a poslední kapkou pro rozpad jejich manželství byla ztráta zaměstnání a nástup do plného invalidního důchodu. Od té doby na tom není psychicky dobře. Dochází k psychologovi. Nemoc ho přiměla ke změně životosprávy. Nejvíce mu pomáhají rodiče a sestra, která je také zdravotnice.

Informace o onemocnění respondentovi poskytla primářka gastroenterologie, ke které má velkou důvěru, a jeho sestra. Další informace nehledal. Pokud mu není něco jasné, neostýchá se zeptat. Dotazuje se paní primářky.

Občas poprosí sestru, která mu aplikuje biologickou léčbu a má k ní 100% důvěru. Na kontroly k paní primářce chodí vždy při potížích, jsou tak domluveni. Dbá všech doporučení lékaře.

Respondent zná pacientské organizace, které se zabývají problematikou nespecifických střevních zánětů. O jejich existenci se dozvěděl od lékařky a sestry z gastroenterologie. V Klubu CROCODILE je zaregistrovaný od roku 2002. Zpočátku byl aktivní člen a zúčastňoval se seminářů, které pacientské sdružení pořádalo. Postupně se už o své nemoci nechtěl s nikým bavit. Věděl, že má větší potíže než většina pacientů a nechtěl tím nikoho stresovat. Setkání mu zpočátku pomáhala tím, že si uvědomil kolik dalších lidí je na tom stejně jako on. Vyměňovali si své zkušenosti s nemocí. Jeho rodinní příslušníci se seminářů také zúčastňovali. Tyto organizace by určitě doporučil ostatním nemocným s nespecifickými střevními záněty i přesto, že sám už tam nechodí.

Kazuistika respondenta č. 9

Respondentem č. 9 je žena ve věku 32 let. Má středoškolské vzdělání s maturitou. Je svobodná a bydlí společně s rodiči.

V roce 2005 jí byla diagnostikována ulcerózní kolitida na gastroenterologickém oddělení v nemocnici České Budějovice. Potíže začaly přibližně měsíc před určením diagnózy krutými bolestmi v nadbřišku a průjmy. Když v průjmu zaregistrovala krev i hlen, neváhala a šla ke svému ošetřujícímu lékaři. Poté jí byla odeslána na gastroenterologické oddělení. Kromě tohoto onemocnění jí trápí zánět žlučovýchodů. Respondentka prodělala operace pravé axily, palce a hýždě. Stomii nemá žádnou. Léky, které užívá k léčbě, jsou Asacol, Imuran, Ursofalk a Prednison (pouze při potížích).

Přibližně před rokem měla velké potíže s váhou, kdy zcela nechtěně zhubla 15 kg. Při výšce 170 cm vážila pouhých 50 kg. V současné době je její váha v normě (60 ± 4 kg) a drží si ji. Pokud je v remisi je schopná se o sebe i domácnost postarat sama, ale pokud přijde relaps, potřebuje pomoci. Z potravin jí nedělají dobře luštěniny, plísňový sýr, sardinky, švestky. Z nápojů netoleruje pouze pivo. V současné době se nemoc projevuje únavou a pobolívá ji břicho.

Nemoc ji omezuje v běžném životě, musela úplně vypustit většinu aktivit, změnila jídelníček. Stále častěji se zabývá myšlenkou založit rodinu. Ví, že to nebude v souvislosti s jejím onemocněním jednoduché. Její nejnovějším koníčkem, kterému zcela propadla je výroba náušnic a náhrdelníků z modelovací hmoty Fimo. Dokonce jí kamarád vytvořil webové stránky, na nichž má fotografie svých výtvorů.

Rodina na onemocnění reagovala s pochopením, ale nijak zvlášť jí nepomohla. Skoro vůbec jí to tedy neovlivnilo. Nejvíce si pomáhá sama.

Informace o nemoci jí poskytl odborný lékař a částečně i sestra. Získala od ní informační leták o ulcerózní kolitidě. Nejvíce ji však informovala její sestřenice, která též trpí nespecifickým střevním zánětem, ale na rozdíl od ní má Crohnovu chorobu. Dále je čerpala z odborných knih, televize, odborných článků, tisku a internetu. Pokud jí není něco jasné, nebojí se zeptat. Ptá se raději lékaře, protože jeho znalosti jsou odbornější, ale pokud vidí, že lékař nemá čas, zeptá se klidně i sestry. Respondentka pravidelně navštěvuje svého gastroenterologa. Dbá všech doporučení lékaře.

Pacientské organizace zabývající se problematikou nespecifických střevních zánětů zná. Informace o nich získala z informačního letáku v nemocnici na gastroenterologii, z internetu a od příbuzné. Seminářů Klubu pacientů CroCus se zúčastnila dvakrát. Pomohli jí v tom, že získala větší znalosti o své nemoci, ale také zjistila, že se nikomu jinému nechce svěřovat s problémy týkající se jejího onemocnění, proto semináře už navštěvovat nebude. Rodinní příslušníci se seminářů nezúčastňovali ani nespolečovala s organizátory seminářů. Tyto organizace vřele doporučuje lidem trpícím nespecifickými střevními záněty, kteří mají potřebu se něco nového dozvědět o své nemoci a její léčbě.

Kazuistika respondenta č. 10

Respondentem č. 10 je žena ve věku 27 let. Má středoškolské vzdělání. Je svobodná a bydlí s rodiči v Říčanech u Prahy.

V roce 2006 jí byla na gastroenterologické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze diagnostikována ulcerózní kolitida. Žádné další onemocnění ani komplikace jí netrápí. Operaci také žádnou neprodělala a stomii nemá. Na své onemocnění užívá Salofalk a Azaprine.

Problémy s váhou neguje. Je schopná se o sebe i o domácnost postarat. Ze svého jídelníčku vyřadila luštěniny, celozrnný chléb, papriku a ořechy. Z nápojů se striktně vyhýbá alkoholu a kávě. V současné době se nemoc projevuje průjmem, ale není to tak dramatické. Nemoc ji omezuje hlavně v cestování, kdy si musí pečlivě promyslet jakoukoli cestu. Největší problémy jí dělají vícedenní cesty. Když byla na střední škole, hrála závodně volejbal, ale nyní hraje pouze rekreačně, protože by takovou fyzickou zátěž nevydržela. Původní profesí je servírka. Toto zaměstnání kvůli onemocnění opustila. Nyní pracuje v univerzitní knihovně bez omezeného úvazku. Volný čas nejraději tráví v přírodě. Mezi její další záliby patří četba, vaření a kultura.

Rodina reagovala na onemocnění velice dobře a je jí ve všem nápomocná. Vliv choroby na chod rodiny se projevil v oblasti stravování, trávení volného času a cestování. Částečný vliv měla choroba i na její partnerské vztahy. To se samozřejmě odrazilo i na jejím psychickém stavu. Bojí se navázat nový vztah.

Informace o nemoci jí poskytli lékaři a sestry z gastroenterologie. Sestřičky jí věnovaly brožurku o idiopatických střevních zánětech a doporučily shlédnout video o ulcerózní kolitidě a Crohnově chorobě na internetu. Dále pak čerpala z článků v tisku, odborné literatury, internetu a od kamarádů. Pokud není respondentce něco jasné, neváhá se zeptat. Ptá se raději lékaře než sestry, protože k němu má větší důvěru. Svého gastroenterologa navštěvuje pravidelně 3x do roka a při potížích. Dbá všech jeho doporučení.

Respondentka zná patientské organizace zabývající se problematikou nespecifických střevních zánětů. Informace o nich získala na internetu a od sestry na gastroenterologii. Aktivně se zúčastňuje seminářů, které pořádá patientská organizace. Setkání Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty jí pomáhají v získávání dalších informací, předávání zkušeností s dalšími nemocnými, mezi kterými si také našla dobré přátele. Rodinní příslušníci se seminářů nezúčastňují, ale podporují ji. Patientské organizace by určitě doporučila i ostatním nemocným s nespecifickými střevními záněty. Po určení diagnózy choroby každý hledá dostupné informace, které může získat právě na společných setkáních stejně postižených pacientů.

4.2 Kategorizace dat v tabulkách

Přehled kategorizačních skupin

1. Identifikační údaje respondentů (tabulka 1)
2. Přidružená onemocnění nebo komplikace choroby (tabulka 2)
3. Špatně tolerované potraviny (tabulka 3)
4. Špatně tolerované nápoje (tabulka 4)
5. Současné projevy choroby (tabulka 5)
6. Omezení způsobená chorobou (tabulka 6)
7. Reakce rodiny na onemocnění (tabulka 7)
8. Vliv onemocnění na chod rodiny (tabulka 8)
9. Zdroj informací o chorobě (tabulka 9)
10. Forma informací od zdravotní sestry (tabulka 10)
11. Upřednostňovaný zdroj informací při nejasnostech respondenta (tabulka 11)
12. Zdroj informací o patientských organizacích (tabulka 11)
13. Přínos patientských organizací pro respondenta (tabulka 12)

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Pohlaví	M	M	Ž	Ž	M	Ž	Ž	M	Ž	Ž
Věk	49 let	27 let	52 let	48 let	23 let	24 let	28 let	35 let	32 let	27 let
V kolika letech onemocněl	38	18	30	33	21	21	26	26	26	22
Dg- Crohnova choroba		X	X	X	X	X	X	X		
Dg - ulcerózní kolitida	X								X	X
Účast na seminářích/členství										
CroCus Č. Budějovice	X		X		X				X	
CROCODILE Č. Budějovice				X				X		
Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty Praha		X				X	X			X

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje identifikační údaje respondentů. Respondent č. 1 je muž, 49 let, onemocněl ve 38 letech, trpí ulcerózní kolitidou, účastní se seminářů klubu CroCus České Budějovice. Respondent č. 2 je muž, 27 let, onemocněl v 18 letech, trpí Crohnovou chorobou, účastní se seminářů Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty Praha. Respondent č. 3 je žena, 52 let, onemocněla ve 30 letech, trpí Crohnovou chorobou, účastní se seminářů klubu CroCus České Budějovice. Respondent č. 4 je žena, onemocněla ve 33 letech, trpí Crohnovou chorobou, je členem klubu CROCODILE České Budějovice. Respondent č. 5 je muž, 23 let, onemocněl ve 21 letech, trpí Crohnovou chorobou, účastní se seminářů klubu CroCus České Budějovice. Respondent č. 6 je žena, 24 let, onemocněla ve 21 letech, trpí Crohnovou chorobou, účastní se seminářů Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty Praha. Respondent č. 7 je žena, 38 let, onemocněla ve 26 letech, trpí Crohnovou chorobou, účastní se seminářů Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty Praha.

Respondent č. 8 je muž, 35 let, onemocněl ve 26 letech, trpí Crohnovou chorobou, je člen klubu CROCODILE České Budějovice. Respondent č. 9 je žena, 32 let, onemocněla ve 26 letech, trpí ulcerózní kolitidou, účastní se seminářů klubu CroCus České Budějovice. Respondent č. 10 je žena, 27 let, onemocněla ve 22 letech, trpí ulcerózní kolitidou, účastní se seminářů Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty Praha.

Tabulka 2 Přidružená onemocnění a komplikace choroby

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Celiakie	X										1
Zánět duhovky	X										1
Osteoporóza			X								1
Perianální píštěl			X				X				2
Kožní vyrážka							X				1
Lupénka								X			1
Anemie						X					1
Bolesti kolen							X	X			2
Zánět žlučvodů									X		1
Žádné onemocnění		X		X	X					X	4
Celkový výskyt	2	1	2	1	1	1	3	2	1	1	15

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: Trpíte nějakým jiným onemocněním, nebo máte nějaké komplikace choroby? Kategorie odpovědi *celiakie*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *zánět duhovky*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *osteoporóza*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *perianální píštěl*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *kožní vyrážka*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *lupénka*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *anémie*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *bolesti kolen*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *zánět žlučvodů*, byla uvedena 1krát.

Kategorie odpovědí *žádné onemocnění*, byla uvedena 4krát. Respondent č. 7 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 1, 3 a 8 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 2, 4, 5, 6, 9 a 10 odpověděli v kategoriích pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 15.

Tabulka 3 Špatně tolerované potraviny

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Luštěniny	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Syrová zelenina	X				X						2
Ořechy a semínka	X		X	X	X			X		X	6
Kysané zelí	X					X					2
Tučné maso	X		X								2
Ostrá a kořeněná jídla	X			X			X				3
Moučné výrobky	X										1
Smažená jídla	X										1
Tučná jídla				X		X					2
Kedlubna		X									1
Ředkvičky		X									1
Cibule		X						X			2
Česnek							X				1
Paprika										X	1
Pomeranč		X	X			X					3
Švestky							X		X		2
Smetana		X									1
Celozrnný chléb		X			X		X			X	4
Trvanlivé salámy, uzeniny				X			X				2
Mléčná čokoláda				X							1
Ovesné vločky					X						1
Tučné jogurty								X			1
Plísňový sýr									X		1
Sardinky									X		1
Celkový výskyt	8	7	4	6	5	4	6	4	4	4	52

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: Vyhýbáte se některým druhům potravin? Kategorie odpovědí *luštěniny*, byla uvedena 10krát. Kategorie odpovědí *syrová zelenina*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *ořechy a semínka*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí *kysané zelí*, byla uvedena 2krát.

Kategorie odpovědí *tučné maso*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *ostrá a kořeněná jídla*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí *moučné výrobky*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *smažená jídla* byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *tučná jídla*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *kedlubna*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *ředkvičky*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *cibule*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *česnek*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *paprika*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *pomeranč*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí *švestky*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *smetana*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *celozrnný chléb*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí *trvanlivé salámy, uzeniny*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *mléčná čokoláda*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *ovesné vločky*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *tučné jogurty*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *plísňový sýr*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *sardinky*, byla uvedena 1krát. Respondent č. 1 odpověděl v kategoriích celkem 8krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategoriích celkem 7krát. Respondent č. 5 odpověděl v kategoriích celkem 5krát. Respondenti č. 4 a 7 odpověděli v kategoriích celkem 6krát. Respondenti č. 3, 6, 8, 9 a 10 odpověděli v kategoriích celkem 4krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 52.

Tabulka 4 Špatně tolerované nápoje

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Mléko			X								1
Alkohol (víno, pivo, destiláty)	X		X		X	X	X	X	X	X	8
Zrnková káva	X	X		X	X	X		X		X	7
Instantní káva								X		X	2
Tonik				X			X	X			3
Džus	X					X					2
Coca-cola					X						1
Celkový výskyt	3	1	2	2	3	3	2	4	1	3	24

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: vyhýbáte se některým druhům nápojů? Kategorie odpovědi *mléko*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *alkohol*, byla uvedena 8krát. Kategorie odpovědi *zrnková káva*, byla uvedena 7krát. Kategorie odpovědi *instantní káva*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *tonik*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *džus*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *coca-cola*, byla uvedena 1krát. Respondent č. 8 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondenti č. 1, 5, 6 a 10 odpověděli celkem 3krát. Respondenti č. 3, 4 a 7 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 2 a 9 odpověděli v kategoriích pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 24.

Tabulka 5 Současné projevy choroby

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Únava		X	X				X		X		4
Náladovost			X								1
Bolesti břicha				X		X	X	X	X		5
Zvracení		X									1
Slabost		X		X							2
Průjem				X						X	2
Neaktivní pištěl			X								1
Poruchy spánku								X			1
Deprese								X			1
Problémy s hmotností				X		X					2
Žádné projevy	X				X						2
Celkový výskyt	1	3	3	4	1	2	2	3	2	1	22

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázky: jak se v současnosti projevuje Vaše choroba a máte problémy s váhou? Kategorie odpovědi *únava*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *náladovost*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *bolesti břicha*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi *zvracení*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *slabost*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *průjem*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *neaktivní pištěl*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *poruchy spánku*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *deprese*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *problémy s hmotností*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *žádné projevy*, byla uvedena 2krát. Respondent č. 4 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondent č. 2, 3 a 8 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 6, 7 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 1, 5 a 10 odpověděli v kategoriích pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 22.

Tabulka 6 Omezení způsobená chorobou

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Fyzické aktivity	X				X			X	X	X	5
Dietní omezení	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Cestování	X		X	X		X	X			X	6
Kariérní postup		X									1
Sport		X	X	X			X	X	X		6
Potřeba častější hygieny			X				X				2
Nemožnost pít alkohol			X								1
Aktivní odpočinek				X							1
Pravidelné užívání léků						X					1
Snížený výkon							X				1
Partnerské vztahy						X				X	2
Výpomoc v péči o domácnost při relapsu			X	X	X				X	X	5
Přerušování studia						X					1
Hospitalizace								X			1
Založení rodiny									X		1
Zaměstnání			X	X						X	3
Zvýšená péče o kůži v okolí konečníku			X	X							2
Celkový výskyt	3	3	8	7	3	5	5	4	5	6	49

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: v čem Vás nemoc omezuje a jste schopen/na se postarat o sebe a svou domácnost? Kategorie odpovědí *fyzické aktivity*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědí *dietní omezení*, byla uvedena 10krát. Kategorie odpovědí *cestování*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí *kariérní postup*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *sport*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí *potřeba častější hygieny*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *nemožnost pít alkohol*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *aktivní odpočinek*, byla uvedena 1x. Kategorie odpovědí *pravidelné užívání léků*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *snížený výkon*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *partnerské vztahy*, byla uvedena 2x.

Kategorie odpovědí *výpomoc v péči o domácnost při relapsu*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědí *přerušení studia*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *hospitalizace*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *založení rodiny*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *zaměstnání*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí *zvýšená péče o kůži v okolí konečníku*, byla uvedena 2krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategoriích celkem 8krát. Respondent č. 4 odpověděl v kategoriích celkem 7x. Respondent č. 10 odpověděl v kategoriích celkem 6krát. Respondenti č. 6, 7 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 5krát. Respondenti č. 1, 2 a 5 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondent č. 8 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 49.

Tabulka 7 Reakce rodiny na onemocnění

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
S pochopením	X	X	X				X	X	X		6
Velice dobrá										X	1
Rozumně		X									1
Nevěnovala mu pozornost				X							1
Nechápali, proč onemocněl					X						1
Poskytují pomoc					X	X	X			X	4
Překvapená						X					1
Následný rozvod								X			1
Nepomohla									X		1
Celkový výskyt	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	17

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: jaká byla reakce rodiny na Vaše onemocnění? Kategorie odpovědí *s pochopením*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí *velice dobrá*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *rozumně*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *nevěnovala mu pozornost*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *necháпали, proč onemocněl*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *poskytují pomoc*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí *překvapená*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *následný rozvod*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *nepomohla*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 1, 3 a 4 odpověděli v kategoriích pouze 1krát. Respondenti č. 2, 5, 6, 7, 8, 9 a 10 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 17.

Tabulka 8 Vliv onemocnění na chod rodiny

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Výběr dovolené	X						X				2
Zájem o onemocnění		X				X					2
Cestování			X				X				2
Rozhodování o investicích	X										1
Dietní omezení	X					X	X			X	4
Společné sportovní aktivity			X								1
Chod domácnosti				X							1
Změna životosprávy								X			1
Rodinu stmelilo					X						1
Trávení volného času										X	1
Rozvod								X			1
Neovlivnilo jí to									X		1
Celkový výskyt	3	1	2	1	1	2	3	2	1	2	18

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: jak ovlivnilo toto onemocnění Vaši rodinu? Kategorie odpovědi *výběr dovolené*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *zájem o onemocnění*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *cestování*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *rozhodování o investicích*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *dietní omezení*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *společné sportovní aktivity*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *chod domácnosti*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *změna životosprávy*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *rodinu stmelilo*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *trávení volného času*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *rozvod*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *neovlivnilo jí to*, byla uvedena 1krát. Respondenti č. 1 a 7 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 3, 6, 8 a 10 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 2, 4, 5 a 9 odpověděli v kategoriích pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 18.

Tabulka 9 Zdroj informací o chorobě

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Odborný lékař	X		X	X	X	X	X	X	X	X	9
Ošetřující lékař	X	X				X					3
Zdravotní sestra	X	X			X		X		X	X	6
Rodina							X	X	X		3
Odborné knihy							X		X	X	3
Odborné články	X	X							X		3
Odborné publikace	X										1
Internet	X	X	X	X	X	X	X		X	X	9
Televize		X	X	X		X			X	X	6
Tisk			X	X		X			X	X	5
Informační brožury			X								1
Kamarádi				X	X					X	3
Celkový výskyt	6	5	5	5	4	5	5	2	8	7	51

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázky: kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění a máte informace o své nemoci i z dalších zdrojů? Například z internetu, knih, časopisů, televize, rozhlasu atd. Kategorie odpovědi *odborný lékař*, byla uvedena 9krát. Kategorie odpovědi *ošetřující lékař*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *zdravotní sestra*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi *rodina*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *odborné knihy*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *odborné články*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *odborné publikace*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *internet*, byla uvedena 9krát. Kategorie odpovědi *televize*, byla uvedena 6x. Kategorie odpovědi *tisk*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi *informační brožury*, byla uvedena 1x. Kategorie odpovědi *kamarádi*, byla uvedena 3krát. Respondent č. 9 odpověděl v kategoriích celkem 8krát. Respondent č. 10 odpověděl v kategoriích celkem 7krát. Respondent č. 1 odpověděl v kategoriích celkem 6krát. Respondenti č. 2, 3, 4, 6 a 7 odpověděli v kategoriích celkem 5krát. Respondent č. 5 odpověděl v kategoriích celkem 4krát.

Respondent č. 8 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 51.

Tabulka 10 Forma informací od zdravotní sestry

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Informační brožura	X				X		X			X	4
Informační leták									X		1
Rozhovor		X								X	2
Nevzpomíná si			X								1
Nepodílela se				X		X		X			3
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	11

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: podílela se na informacích o Vaší nemoci zdravotní sestra? Jakou formou Vám sestra poskytla informace? Kategorie odpovědí *informační brožura*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí *informační leták*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *rozhovor*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí *nevzpomíná si*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *nepodílela se*, byla uvedena 3krát. Respondent č. 10 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9 odpověděli v kategoriích pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 11 Upřednostňovaný zdroj informací o chorobě při nejasnostech respondenta

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Lékař	X	X		X		X	X	X	X	X	8
Sestra			X		X			X			3
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázky: jestliže Vám není něco jasné, neostýcháte se opakovaně zeptat svého lékaře a jestliže Vám není něco jasné, požádáte o informace zdravotní sestru? Kategorie odpovědí *lékař*, byla uvedena 8krát. Kategorie odpovědí *sestra*, byla uvedena 3krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 a 10 odpověděli v kategoriích pouze 1krát. Respondent č. 8 odpověděl v kategoriích 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

Tabulka 12 Zdroj informací o patientských organizacích

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Sestra z gastroenterologie	X							X		X	3
Lékařka z gastroenterologie								X			1
Informační brožury	X	X	X				X				4
Internet		X	X	X	X	X	X		X	X	8
Pozvánka na setkání					X						1
Příbuzní									X		1
Leták v nemocnici									X		1
Celkový výskyt	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	19

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: odkud jste získal/a informace o patientských organizacích? Kategorie odpovědí *sestra z gastroenterologie*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí *lékařka z gastroenterologie*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *informační brožury*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí *internet*, byla uvedena 8krát. Kategorie odpovědí *pozdávka na setkání*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *příbuzní*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *leták v nemocnici*, byla uvedena 1krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategoriích 3krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 5, 7, 8 a 10 odpověděli v kategoriích 2krát. Respondenti č. 4 a 6 odpověděli v kategoriích pouze 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 19.

Tabulka 13 Přínos patientských organizací pro pacienta

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Získávání nových informací	X	X	X		X	X	X		X	X	8
Řešení dietologických otázek	X										1
Výměna zkušeností		X		X	X	X		X		X	6
Vzájemná podpora				X							1
Psychická podpora			X	X	X	X	X	X			6
Získávání nových přátel				X	X					X	3
Možnost konzultace s jinými lékaři	X						X				2
Celkový výskyt	3	2	2	4	4	3	3	2	1	3	27

Tabulka v kategorizované formě znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: jak Vám tato setkání pacientů pomáhají? Kategorie odpovědí *získávání nových informací*, byla uvedena 8krát. Kategorie odpovědí *řešení dietologických otázek*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *výměna zkušeností*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí *vzájemná podpora*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí *psychická podpora*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí *získávání nových přátel* byla uvedena 3x. Kategorie odpovědí *možnost konzultace s jinými lékaři*, byla uvedena 2krát. Respondent č. 9 odpověděl v kategoriích pouze 1krát. Respondenti č. 4 a 5 odpověděli v kategoriích celkem 4krát. Respondenti. 1, 6, 7 a 10 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 2, 3 a 8 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 27.

5 Diskuze

Rozhovor byl uskutečněn s 10 respondenty. Z toho byli 4 muži a 6 žen. Ulcerózní kolitidou trpí 3 respondenti a Crohnovou chorobou 7 respondentů. Věkové složení tohoto zkoumaného souboru je od 23 do 49 let. Věk, ve kterém onemocněli, se pohybuje od 21 do 38 let. 4 respondenti se zúčastňují setkání Klubu pacientů CroCus v Českých Budějovicích. Stejný počet respondentů navštěvuje semináře Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze a 2 respondenti jsou členy Klubu IBD CROCODILE České Budějovice (viz tabulka 1). Na podkladě těchto rozhovorů jsme zjišťovali, jsou-li klienti s nespecifickými střevními záněty informováni o své nemoci, jakým způsobem se zdravotní sestry podílejí na informovanosti klientů, zda tito klienti mají specifické potřeby a jaký je pro klienty přínos patientských organizací.

V tabulce 1 dále nacházíme již zmíněnou informaci, v kolika letech respondenti onemocněli Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou. Toto naše zjištění plně odpovídá údajům, které uvádí Klener (2006) a Zádorová (2010). Pro takto mladé pacienty musí být velmi obtížné přijmout fakt, že tyto nemoci jsou, i přes veškerý pokrok současné medicíny, nevléčitelné a budou se s nimi potýkat v různě dlouhých obdobích po celý život. Co se asi, při vyřčení diagnózy, odehrává v hlavě dvacetiletého člověka, který má plno aktivit, plánů, snů, navazuje partnerské vztahy a s největší pravděpodobností se připravuje na své budoucí povolání? Období, kdy je nemoc aktivní výrazně zasahuje pacienty nejen po stránce fyzické, ale i psychické a sociální. Velice důležité je umění nemoc přijmout a naučit se s ní žít. K tomu, aby mohl pacient nemoc přijmout, potřebuje jí porozumět a mít dostatek pro něho srozumitelných informací. A právě zde se může na informovanosti pacienta a jeho nejbližších podílet zdravotní sestra jak ve zdravotnickém zařízení, tak i v terénu.

U nespecifických střevních zánětů jsou kromě trávicího traktu často postiženy i další orgány a mohou vznikat různé komplikace lokálního i celkového charakteru (viz tabulka 2).

Na základě rozhovorů s respondenty vyplynulo, že 4 respondenti z 10, tedy necelá polovina respondentů, nemá žádné přidružené onemocnění a ani netrpí komplikacemi základního onemocnění. Druhou nejčastěji uváděnou komplikací byly bolesti kolenních kloubů a přítomnost perianální píštěle. Tyto komplikace uváděli respondenti trpící Crohnovou chorobou. Další uváděné komplikace jako kožní problémy, anemie, zánět žlučovýchodů, osteoporóza a zánět duhovky, přesně odpovídají informacím, které uvádí Zádorová (2010) a Červenková (2009). Ale velice zajímavé zjištění nastalo u respondenta č.1. Tento respondent trpí ulcerózní kolitidou a zároveň uvádí jako další onemocnění celiakii. V tomto případě má respondent chorobou postižené jak střevo tlusté, tak střevo tenké, což mu přináší nemalé problémy v oblasti stravování. V použité odborné literatuře jsem takto podobný příklad nenašla, ale na internetových stránkách www.crohnvanemoc.cz v oddílu On-line poradna Doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc. (2010) uvádí, že kombinace Crohnovy nemoci eventuelně ulcerózní kolitidy s celiakií je známa jako CCCD (Crohn-Colitis-Coeliac Disease) a je poměrně vzácná.

Významnou roli ve stravování pacientů s nespecifickými střevními záněty hraje **individuální** snášenlivost jednotlivých potravin. Pacienti si musí časem sami vysledovat, po jakém jídle nastanou potíže v podobě nadýmání, průjmu, plynatosti, nebo bolesti břicha. Všeobecně by se dalo říci, co jednomu nevyhovuje, druhý snáší bez problémů (viz tabulka 3). Jak uvádí Červenková (2009) a Petr (2000) v bezpříznakovém období je doporučeno jíst vše na co mají pacienti chuť a po čem nebudou mít potíže. Na základě uskutečněných rozhovorů se domníváme, že toto doporučení je pacienty celkem dodržováno. Jiná situace nastává, když je choroba v aktivní fázi. V tomto období se pacienti přísné bezsezbytkové dietě nevyhnou. V našem šetření uvedli všichni respondenti shodně špatnou toleranci luštěnin. Tuto informaci jsme předpokládaly, neboť luštěniny mohou způsobovat potíže i zdravým jedincům. Další uváděnou špatně tolerovanou potravinou jsou ořechy/semínka, které označilo 6 respondentů a celozrnný chléb, na kterém se shodli 4 respondenti. U ostatních uvedených druhů potravin tak častou shodu již neshledáme, což potvrzuje již zmíněnou velice individuální snášenlivost každého jednotlivého respondenta. Položily jsme si otázku, jak může zdravotní sestra pomoci pacientovi v informovanosti o vhodných potravinách?

Odpověď zní, doporučit pacientovi zkoušet jednotlivé druhy potravin a vést si o jídle podrobné záznamy. Po určité době bude mít pacient k dispozici seznam potravin, které by měl ze svého jídelníčku vyřadit.

Stejná situace nastává i v oblasti tekutin. I zde platí pravidlo jako u potravin. Každý pacient si musí sám vystopovat, jaké druhy nápojů mu způsobují potíže. Z tabulky 4 je patrné, že 8 respondentů špatně toleruje alkohol, 7 respondentů zrnkovou kávu a 2 respondenti instantní kávu. Tyto nápoje, jak uvádí Šafránková (2006) nadměrně dráždí trávicí trakt. Oba jmenované druhy nápojů se v rámci zdravého životního stylu nedoporučují ani zdravým jedincům. Naopak džus je považován za zdravý nápoj plný vitamínů. Přesto i tento nápoj dráždí střevní sliznici a jak je z našeho šetření patrné, netolerují ho 2 respondenti. Jeden z respondentů upřesňuje, že problémy mu způsobuje džus s přidavkem vlákniny. Sycené nápoje, tak můžeme souhrnně označit coca-cola a tonik, jsou další druhy nápojů, které respondenti uvedli na seznam špatně tolerovaných nápojů. Mléko, někdy označované jako potravin, špatně toleruje pouze 1 respondent.

Pro nespecifické střevní záněty je typické střídání období relapsů a remisí. V době relapsu jsou pacienti vyčerpaní, zužovaní bolestí břicha a nesčetnými průjmy. Nejsou schopni zvládat pracovní povinnosti a vykonávat běžné denní činnosti. Mnohdy je nevyhnutelná hospitalizace na gastroenterologickém oddělení. Všichni respondenti v době rozhovoru byli v období remise. Tomu také odpovídali jejich současné projevy onemocnění (viz tabulka 5). 2 respondenti uvedli, že nemají žádné potíže. Občasné bolesti břicha přetrvávají u 5 respondentů, únavu popisují 4 respondenti. Dále byla uváděna slabost, průjem, problémy s hmotností, zvracení, deprese, poruchy spánku a neaktivní píštěl. Domnívám se, že tento pro pacienty příznivý stav je výsledkem účinné léčby. Polovina respondentů dochází na biologickou terapii a 2 z nich výslovně uvedli, že problémy ustali po její aplikaci. 1 respondent uvedl, že díky biologické léčbě může pokračovat v zaměstnání na plný úvazek. Právě cílem medikamentózní léčby, jak uvádí Červenková (2009), je navodit stav remise a co nejdéle ji udržet.

Tabulka 6 nám nabízí přehled oblastí, aktivit a činností, ve kterých respondenti vnímají omezení způsobené jejich chorobou.

Největší omezení pro pacienty s nespecifickými střevními záněty, jak bylo výše uvedeno, nastává v období relapsu. Hlavně vdané ženy uvedly, že potřebují v tomto nelehkém období pomoc rodiny v péči o domácnost. Všichni respondenti shodně vnímají vliv choroby na oblast stravování, přesněji řečeno, na dodržování dietního omezení. Jak už zde bylo zmíněno, každý pacient si musí sám vysledovat, jakých pokrmů se má vyvarovat. Jisté problémy pacientům mohou nastat při závodním stravování nebo při návštěvě restaurace, kde není v menu nabídka dietních jídel. Bezpodmínečné je dodržování diety v aktivní fázi choroby. Druhou nejvíce citovanou oblastí je cestování a sport. Dovolenu nebo delší cesty si pacienti pečlivě promýšlí, nebo radši necestují, protože nechtějí riskovat, že je střevní potíže v podobě průjmů a bolestí břicha, zastihnou mimo dosah toalet. Výrazné potíže při cestování uvedli respondenti s perianálními píštělemi. Jak uvedli, při aktivní píštěli nevydrží sedět déle než 3 hodiny a mají potřebu zvýšené hygieny v oblasti konečníku. Sportovní a fyzické aktivity jsou také z důvodu únavy, slabosti a nevykonnosti omezeny. Sympatické je, že se všichni respondenti snaží, v mezích svých možností, udržovat v kondici. Vliv choroby na pracovní a studijní zatížení je z našeho šetření také patrný. 1 respondent uvedl, že mu nemoc neumožnila kariérní postup, 3 respondenti pracují na zkrácený úvazek, 1 respondent přerušil studium a 1 respondent je v invalidním důchodu. Nemoc zasahuje také do oblasti partnerských vztahů. 2 respondenti uvedli rozchod s partnerem a 1 respondent plánuje založení rodiny. Kromě uvedených fyzických problémů ovlivňuje onemocnění i psychiku pacientů. Obavy z budoucnosti, sociální izolace mohou způsobovat stres a deprese. Což se nepříznivě odráží opět na průběhu onemocnění a vzniká tak začarovaný kruh. V období relapsu kvalita života pacientů trpí. Jsou nevykonní a vyčerpaní z neustálých střevních potíží, což je i společensky izoluje. Pomocí tohoto šetření jsme zjistili nejčastější potíže pacientů. Z toho můžeme vyvodit potřeby klientů. Podle Farkašové (2006) jsme se zaměřili na oblast bio-psycho-sociálně-kulturní.

Prioritní v biologické oblasti je dodržování dietního a pitného režimu, zvýšená hygienická péče zejména o kůži v okolí konečníku, dostatek spánku a odpočinku. V psychické oblasti je prioritní tišení bolesti, zmírňování strachu a obav z neznámého (obava o život), zabraňování ztráty sebeúcty (narušený obraz těla - výkyvy hmotnosti, jizvy po operacích, píštěle). V uspokojování sociálních potřeb je důležité zmírnění sociální izolace a řešení problémů souvisejících s možnou ztrátou zaměstnání, nebo ukončení studia a tím i finančního zázemí. Uspokojování kulturních potřeb je zaměřeno na možnost cestování a sledování kulturního dění (návštěvy divadla, kina, koncertů). Tímto jsme zodpověděli výzkumnou otázku č. 3: „ **Mají klienti s nespecifickými střevními záněty specifické potřeby?**“ Domnívám se, že díky nejmodernější biologické léčbě se kvalita života nemocných oproti minulosti zlepšila.

Jak uvádí Machová (2008) a Jarošová (2007), významné místo v komunitní péči zaujímá vždy rodina a přátelé klienta. Domov je naším životním centrem, trávíme zde většinu volného času. Onemocnění člena rodiny, může znamenat pro ostatní členy velkou psychickou zátěž. Zvláště jedná-li se o nemoc dlouhodobou. Pro nemocného je vždy velkou výhodou, když ví, že se může na své nejbližší kdykoli spolehnout a jsou mu tak určitou oporou. V tabulce 7 jsou prezentovány odpovědi respondentů na otázku, týkající se reakce rodiny na jejich onemocnění. U 6 respondentů jejich rodina onemocnění přijala s pochopením. Dalším 4 respondentům rodina poskytuje pomoc. Další rodina reagovala podle respondenta rozumně, jiná nechápala, proč respondent onemocněl. U 1 respondenta rodina zpočátku onemocnění nevěnovala pozornost, až když se potíže začaly stupňovat, zapojila se do péče o domácnost. Objevil se i případ, kdy rodina zpočátku velice pomáhala, ale postupem času, když se přidávaly různé komplikace, se rodina bohužel rozpadla. Dále byla zastoupena reakce, kdy rodina nemoc přijala s pochopením, ale respondentovi nepomáhá. Osobně se domnívám, z rozhovoru s tímto respondentem, že rodinu nechce svými problémy zatěžovat a chce být co nejvíce samostatný. Kromě rodinných příslušníků respondentům také pomáhají jejich kamarádi a přátelé.

Vedle reakce rodiny na onemocnění jsme zjišťovali také to, jak onemocnění ovlivnilo chod rodiny (viz tabulka 8). Z výsledků je patrné, že se rodiny nejvíce přizpůsobily dietním omezením respondentů. 2 rodiny se začaly více zajímat o onemocnění a zdravotní stav ostatních členů, neboť mají správné informace o dědičném faktoru nespecifických střevních onemocněních. Pro další 4 rodiny se stalo cestování a plánování společných dovolených problematické.

Kompromis museli rodiny udělat také ve společných sportovních aktivitách a trávení volného času. Jednu rodinu onemocnění dokonce stmelilo. 1 respondent se domnívá, že onemocnění jeho rodinu vůbec neovlivnilo. U zbývajících rodin je vliv choroby různorodý. Od změny životosprávy, chodu domácnosti přes rozhodování o financích až po již zmíněný rozpad rodiny. Osobně jsem velmi ráda, že v mé rodině jsme podobné onemocnění nemuseli doposud řešit.

Aby klient mohl aktivně spolupracovat se zdravotníky a tak přispívat ke zlepšení svého zdravotního stavu, musí mít dostatek informací o své nemoci, její léčbě a režimových opatřeních. Z našeho šetření vyplynulo, že respondenty nejvíce informovali lékaři (ošetřující lékaři, gastroenterologové a internisté), (viz tabulka 9). Nemalý podíl na informovanosti pacientů mají také zdravotní sestry. V našem šetření 6 respondentů uvedlo sestry za zdroj informací o chorobě. Ve dvou případech je zdravotní sestra zároveň členem rodiny respondenta (švagrová a sestra). Jestliže pacienti znají zdravotní sestru osobně a důvěřují jí, jsou to často právě ony, na koho se pacienti obracejí. Tento případ nám ukazuje, jak významnou roli hraje povolání zdravotní sestry i v edukaci pacientů mimo zdravotnické zařízení (v terénu). Proto sdílím stejný názor jako Rolantová (2008), která uvádí přínos zdravotních sester jako členek patientských organizací (Revma-liga). Mimo zdravotníků, je dalším, respondenty často vyhledávaným zdrojem informací internet. Domnívám se, že na internetu lze získat řadu informací, ale nikdo nezaručí jejich správnost. Proto bych doporučovala sledovat pouze oficiální stránky společností spolupracujících s předními odborníky (viz příloha 8). Televizní pořady, odborné knihy a publikace, časopisy a informační brožury jsou další informační zdroje našich respondentů. Tímto byla také zodpovězena výzkumná otázka č. 4: „**Jsou klienti s nespecifickými střevními záněty informováni o své nemoci?**“

Na výzkumnou otázku č. 2: „**Jak se sestry podílejí na poskytování informací klientům s nespécifickými střevními záněty?**“ nám respondenti odpověděli v otázce 18. Nejčastěji sestry podávají informace v podobě informační brožurky nebo letáku. Pouze ve dvou případech respondenty poučily ústně. 1 respondent si nevzpomíná, jestli ho sestra informovala. 3 respondenti uvedli, že sestra se na podání informací nezúčastnila (viz tabulka 10).

Podle mého názoru by sestry měly více hovořit s pacienty, než jim pouze předat informační brožurku či leták. Jsem si vědoma pracovní vytíženosti sester na odděleních nemocnic i v ordinacích lékařů, ale navázání kontaktu s nemocným, povzbuzení, vytvoření příjemné atmosféry jsou významným přínosem sestry nejen při podávání informací pacientům.

Jestliže mají pacienti nějaké nejasnosti, požadují informace spíše od lékaře (viz tabulka 11). V našem šetření tuto možnost uvedlo 8 respondentů. Pouze 3 respondenti se obracejí v případě nejasností na sestru. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry se pacienti dotazují, pokud jí důvěřují a má na pacienta vyhrazený čas. Dále v případě, když je lékař pracovně vytížen a nemůže se pacientovi věnovat. Lékaře se dotazují, protože má větší odborné znalosti a mají k němu důvěru. 1 respondent se dotazuje jak lékaře, tak sestry.

Pacientské organizace poskytují podporu a pomoc pacientům a jejich blízkým. Mezi základní činnosti organizací náleží pořádání odborných přednášek, konzultací, kulturních, vzdělávacích, výukových a společenských akcí. Zprostředkovávají informace o nemoci a nových možnostech léčby. Klienti z Jihočeského kraje mohou využít pomoc Klubu CroCus (gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.) nebo Klubu IBD CROCODILE (Středisko pro pomoc handicapovanými Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity). V Praze to je Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. Nejvíce respondentů se o existenci, alespoň jedné organizace dozvědělo z internetu. 4 respondenti uvedli jako zdroj informační brožurku, dalším respondentům tuto informaci poskytla sestra z gastroenterologie. Dalšími zdroji byli příbuzní respondentů, leták a pozvánka na setkání v nemocnici a lékař z gastroenterologie (viz tabulka 12).

S některými respondenty se přednášek zúčastňují i jejich rodinní příslušníci. Jeden respondent je členem i další pacientské organizace (sdružení celiaků ČR). Dva respondenti se rozhodli, že už nebudou dále semináře navštěvovat, ale ostatním je doporučují.

Přínos těchto organizací respondenti spatřují hlavně v získávání nových informací o léčbě a komplikacích jejich nemoci. Mohou si vzájemně vyměňovat zkušenosti, psychicky se podporovat. Získají zde také nové přátele.

Mohou konzultovat a řešit své problémy s dalšími odborníky (viz tabulka 13). Všichni respondenti tyto organizace rozhodně doporučují ostatním stejně nemocným. Tímto jsme zodpověděli výzkumnou otázku č. 1: **„Má pro klienty s nespecifickými střevními záněty význam setkání se stejně nemocnými lidmi?“** V rámci přípravy na tuto práci jsem se zúčastnila 25. 6. 2009 setkání Klubu pacientů CroCus v Českých Budějovicích. Paní primářka Shonová měla přednášku o léčbě nespecifických střevních zánětů. Účastníci měli možnost i ochutnávky několika příchutí Nutridrinku. Setkání se zúčastnilo asi 20 posluchačů. 4. 2. 2010 jsem se zúčastnila semináře Občanského sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty v Praze. MUDr. Aleš Novotný z gastroenterologického oddělení Všeobecné fakultní nemocnice přednášel o funkci gastrointestinálního traktu. Na semináři se sešlo asi 35 posluchačů. Velice mě mrzí, že jsem z tohoto setkání nezískala žádnou fotografii. Obě přednášky byly velice pěkné a profesionálně připravené.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit jaký je přínos patientských sdružení pro klienty s nespecifickými střevními záněty, dále zjistit jak se sestry podílejí na poskytování informací těmto klientům a sestavit informační materiál pro klienty s nespecifickými střevními záněty.

Na počátku výzkumného šetření jsme si stanovili 4 výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Má pro klienty s nespecifickými střevními záněty význam setkání se stejně nemocnými lidmi? Výzkumná otázka č. 2: Jak se sestry podílejí na poskytování informací klientům s nespecifickými střevními záněty? Výzkumná otázka č. 3: Mají klienti s nespecifickými střevními záněty specifické potřeby? Výzkumná otázka č. 4: Jsou klienti s nespecifickými střevními záněty informováni o své nemoci? Na všechny tyto výzkumné otázky se nám podařilo odpovědět.

V bakalářské práci byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Proto zjištěné údaje není možné generalizovat na všechny pacienty s nespecifickými střevními záněty. Výsledky šetření poukázaly na problémy, se kterými se musí pacienti a jejich rodiny každodenně vyrovnávat. Nejvíce nemoc zasahuje pacientům do života v období relapsu. Největší potíže pacienti uvedli v oblasti stravování, cestování a provozování sportovních aktivit. Určitou psychickou podporu a pomoc pacientům a jejich blízkým poskytují patientské organizace. Šíří informovanost pacientů, spolupracují s předními odborníky v oboru. Jsou oporou pro všechny, kteří mají pocit, že se ocitají v sociální izolaci. Jsou místem, kde mohou pacienti navázat nová přátelství a setkávat s lidmi, kteří jim porozumí. V budoucnosti by mohlo být provedeno šetření na téma biologické léčby u pacientů s nespecifickými střevními záněty.

Sestavený informační materiál lze využít na seminářích patientských organizací, a ve výuce studentů zdravotnických škol. Výsledky šetření mohou být použity na odborných konferencích v rámci celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

7 Seznam použitých zdrojů

1. Crohnova nemoc. [online]. [cit. 2010-03-01]. Dostupné z www: <<http://www.crohnovanemoc.cz/> >
2. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009, 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
3. ČESKÁ TELEVIZE. Crohnova choroba. In *Diagnóza* [online]. 2001. [cit.2010-04-11]. Dostupné z www: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/201327272730008-crohnova-choroba/video>>
4. ČESKÁ TELEVIZE. Ulcerózní kolitida. In *Medicína pro 21. století* [online]. 2009. [cit.2010-04-11]. Dostupné z www: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10175805663-medicina.pro-21-stoleti/209572231040006-ulcerozni-kolitida/>>
5. DÍTĚ, P. Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění. *Interní medicína pro praxi*, 2001, roč. 3, čís. 10, s. 451-454. Dostupné z www: <<http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200110-0004.php> >. ISSN 1803-5256
6. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
7. FOLPRECHTOVÁ, I.; BRANDEJSOVÁ, J. Informovanost pacientů s idiopatickými střevními záněty. *Sestra*. Praha: 2006, roč.16, č. 9, s. 57. ISSN 1210-0404
8. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 280 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
9. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
10. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha : Galén, 2006. 1158 s. ISBN 978-80-7262-430-0.
11. KLÍMOVÁ, L. Konference nemocných s nespecifickými střevními záněty M. Crohn a colitis ulcerosa. . *Nemocniční zpravodaj*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2007, roč. 17, č. 2, s.12. ISSN neuvedeno.

12. KOHOUT, P.; PAVLÍČKOVÁ, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi. 2006, 80 s. ISBN 80-903820-0-2.
13. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
14. LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 288s. ISBN 80-247-1283-0
15. LUKÁŠ, M. Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 57, č. 2, s. 3-5. ISSN 1214-7664
16. MACHOVÁ, A. Komunitní a domácí péče. In *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Editor Valérie Tóthová. 2008. Kapitola 6, 310s. ISBN neuvedeno.
17. MARADA, T. Proč právě Crohn? *Vademecum zdraví*. Praha: Granit, 2008, roč.4, léto 2008, s. 36-37. ISSN 1802-3959.
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: I. díl Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
19. MÜLLER, S-D. *Informace pro pacienty. Dieta při chronických zánětlivých onemocněních střeva*. 8. doplněné vydání. Freiburg: Falk foundation, 2003. 52 s. ISSN neuvedeno.
20. NEKULA, J. a kol. *Radiologie*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 204 s. ISBN 80-244-1011-7.
21. Občanské sdružení pacientů s IBD. [online]. [cit. 2010-03-07]. Dostupné z www: < <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/index.asp> >
22. OLIVERIUS, M. Transplantace tenkého střeva – současný stav ve světě a v České republice. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta, 2006, roč. 55, č. 2, s. 24-25. ISSN 1214-7664.
23. PETR, P. a kol. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Informace pro pacienty a jejich blízké. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 35 s. ISBN 80-7040-406-X.

24. ROLANTOVÁ, A. *Klient s revmatoidní artritidou v komunitní péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2008. 67 s. Bakalářská práce na katedře ošetřovatelství. Vedoucí práce MUDr. Věra Vlasáková.
25. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4. Jak provádět ošetřovatelský proces. Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-2833.
26. Střevní záněty. [online]. [cit. 2010-03-05]. Dostupné z www: <<http://www.strevni-zanety.cz/>>.
27. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1748-6.
28. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353s. ISBN 80-246-1091-4
29. ŠOTOLOVÁ, M. Českobudějovické gastro na scéně. *Nemocniční zpravodaj*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2009, roč. 19, č. 2, s.14-15. ISSN neuvedeno.
30. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8.
31. VALENTA, J. a kol. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
32. WIKIPEDIE. *Crohnova choroba* [online]. [cit. 2010- 03-04]. Dostupné z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Crohnova_choroba>.
33. WIKIPEDIE. *Ulcerózní kolitida* [online]. [cit. 2010- 03-04]. Dostupné z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ulcer%C3%B3zn%C3%AD_kolitida>.
34. ZÁDOROVÁ, Z. *Nespecifické střevní záněty*. [online]. [cit. 2010- 03-01]. Dostupné z www: <<http://www.cgs-cls.cz/informace-pro-pacienty/nespecificke-strevni-zanety/>>.

8 Klíčová slova

Nespecifické střevní záněty

Crohnova choroba

Ulcerózní kolitida

Komunitní péče

Pacientské organizace

9 Přílohy

Příloha 1 Geografický výskyt Crohnovy choroby

Příloha 2 Výskyt Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy v České republice

Příloha 3 Porovnání zdravého a poškozeného střeva

Příloha 4 Pozvánka na setkání Klubu pacientů CroCus České Budějovice

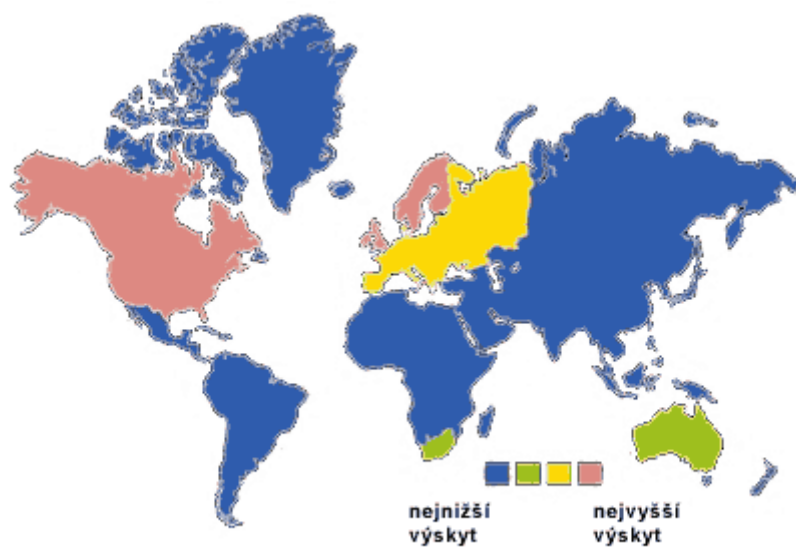
Příloha 5 Setkání Klubu pacientů CroCus České Budějovice

Příloha 6 Pozvánka na Svatováclavskou konferenci IBD Praha

Příloha 7 Záznamový arch otázek k rozhovoru

Příloha 8 Informační materiál pro klienty s nespecifickými střevními záněty

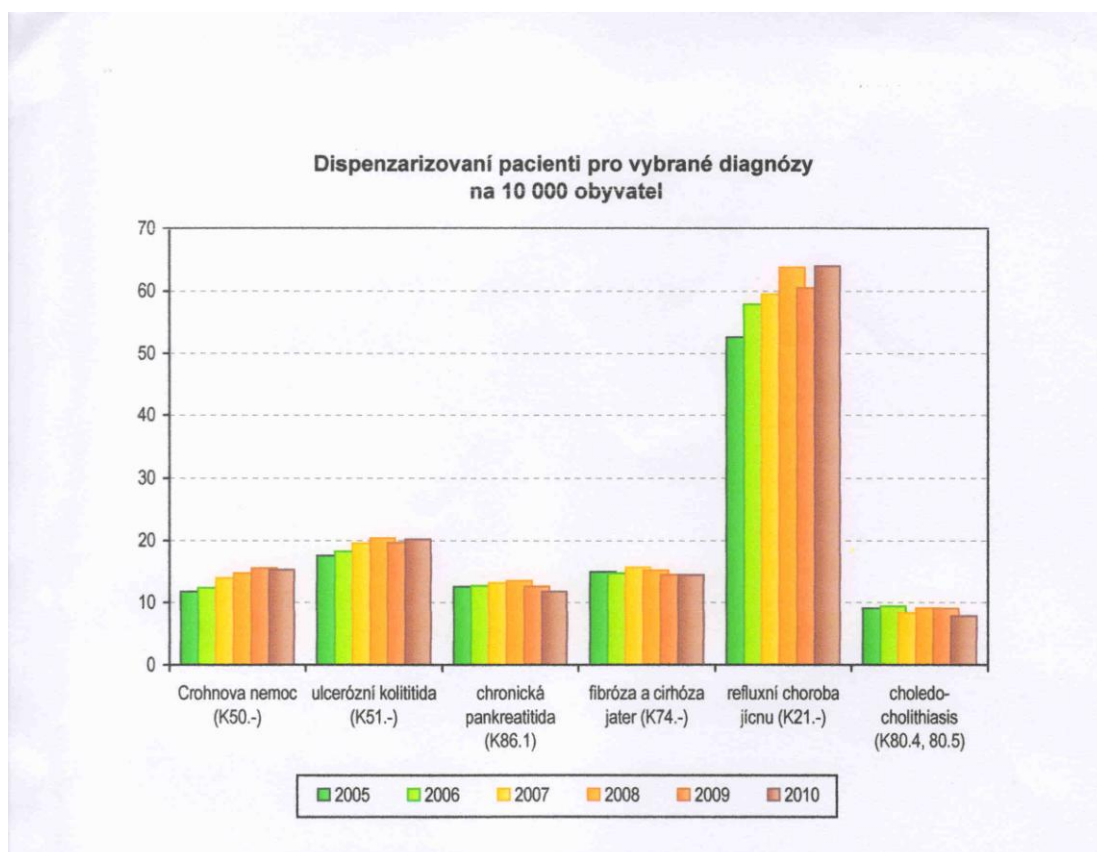
Příloha 1 Geografický výskyt Crohnovy choroby



Zdroj: Občanské sdružení pacientů s IBD. Dostupné

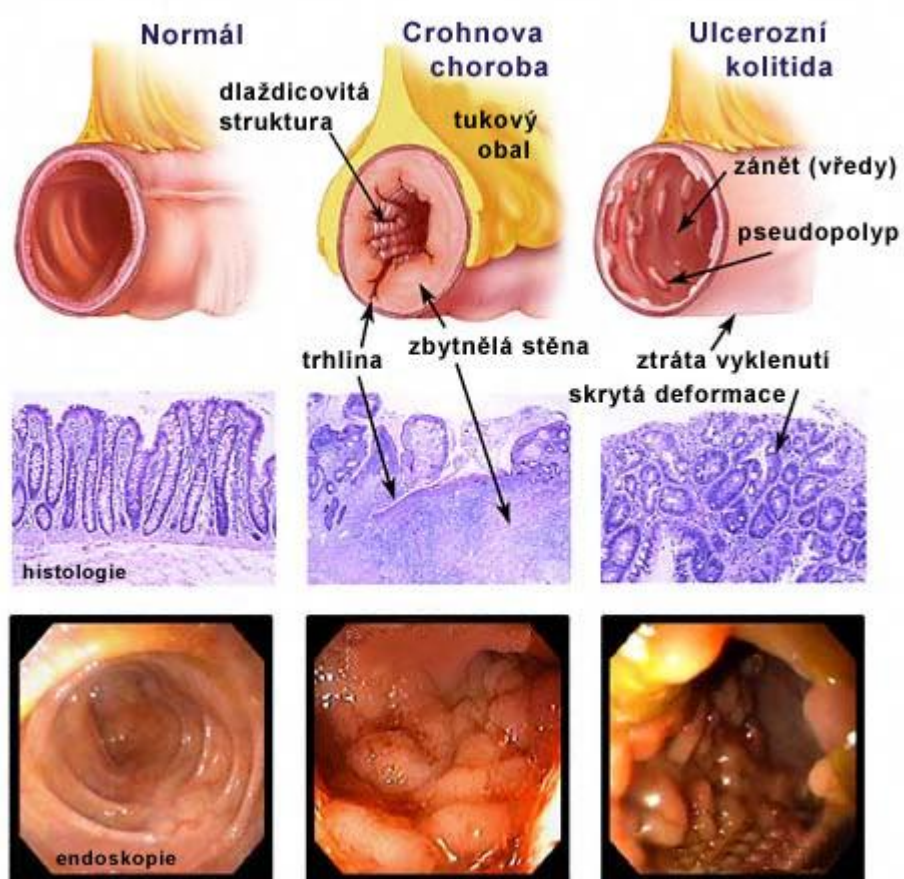
z [www:<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=301&detailSubCatCode=126>](http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=301&detailSubCatCode=126)

Příloha 2 Výskyt Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy v České republice



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 33/2011. Dostupné z [www:<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gastroenterologie-cr-roce-2010>](http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gastroenterologie-cr-roce-2010)

Příloha 3 Porovnání zdravého a poškozeného střeva



Zdroj: Občanské sdružení pacientů s IBD. Dostupné

z [www:<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=326&detailSubCatCode=126>](http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=326&detailSubCatCode=126)

Příloha 4 Pozvánka na setkání Klubu pacientů CroCus České Budějovice

Vážené dámy, vážení pánové,

Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

v čele s paní přimářkou

MUDr. Olgou Šhonovou

si vás dovoluje pozvat na další setkání pacientů, které zajímají, nebo trápí otázky, týkající se onemocnění

Morbus Crohn

a

Colitis ulcerosa.



Setkání klubu pacientů „CroCus“ se uskuteční dne 25.6.2009 ve 12 hodin.

Místo setkání : přednáškový sál budova T6 Nemocnice Č.Budějovice a.s.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Č..Budějovice a.s., B.Němcové 54, 37087 Č..Budějovice

gastro@nemcb.cz, tel: 387 876 701



Zdroj: Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Dostupné z [www:<http://www.nemcb.cz/cz/departament/49/Gastroenterologicke-oddeleni.html?detail=detail&id=22>](http://www.nemcb.cz/cz/departament/49/Gastroenterologicke-oddeleni.html?detail=detail&id=22)

Příloha 5 Setkání Klubu pacientů CroCus České Budějovice



Zdroj: ŠOTOLOVÁ , M. Českobudějovické gastro na scéně. *Nemocniční zpravodaj*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2009, roč. 19, č. 2, s.14-15. ISSN neuvedeno.

Svatováclavská konference IBD, 6. ročník

Datum konání semináře: 17.9.2011

Čas konání semináře: 9:00

Místo konání semináře: Konferenční centrum City, Na Strži
63/1676, Praha 4

Popis semináře:

Vážení přátelé,

Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty – „Pacienti IBD“ Vás srdečně zve k účasti na 6. ročníku Svatováclavské IBD konference 2011. Konferenci pořádáme ve spolupráci s Pracovní skupinou pro idiopatické střevní záněty České gastroenterologické společnosti ČLS JEP v čele s Prof. MUDr. Milanem Lukášem, CSc.

V rámci odborného programu konference vystoupí řada odborníků, kteří se v rámci své profese setkávají s problematikou idiopatických střevních zánětů a mají s nimi proto řadu dlouholetých zkušeností. Značný prostor bude věnován také diskusi, která přítomným umožní najít odpovědi na mnoho nezodpovězených otázek. Naším cílem je připravit všestranně zajímavý program, který Vám přinese cenné informace a vysvětlení od těch nejpopovanějších, a současně Vám poskytne i dostatek prostoru na odborné konzultace a výměny názorů.

V rámci konference bude pro Vás připraveno občerstvení a oběd.

Registrace na konferenci je zdarma.

Chceme Vás požádat (s ohledem na kapacitní možnosti přednáškových prostor), abyste se k účasti na konferenci přihlásili co nejdříve. Přihlášky budou organizátoři konference přijímat v pořadí podle data doručení až do naplnění kapacity přednáškové auly.

Věříme, že rádi přijmete naše pozvání, a těšíme se na Vaši účast a setkání v Praze.

Příloha 7 Záznamový arch otázek k rozhovoru

Zdroj: vlastní

1. Identifikační údaje	
Věk	
Pohlaví	
Vzdělání	
Rodinný stav	
Zaměstnání	
Bydliště	
2. Informace o chorobě	
1. Máte Crohnovu chorobu nebo ulcerózní kolitidu?	
2. Kdy a kde byla u Vás tato nemoc diagnostikována?	
3. Trpíte nějakým jiným onemocněním, nebo máte nějaké komplikace choroby?	
4. Podstoupil/a jste nějakou operaci? Máte stomii?	
5. Jaké léky užíváte na své onemocnění?	
3. Vliv choroby na každodenní život (potřeby)	
6. Máte problémy s váhou? Jaké?	
7. Jste schopen/na se postarat o sebe a svou domácnost?	
8. Vyhýbáte se některým druhům potravin?	

9. Vyhýbáte se některým druhům nápojů?	
10. Jak se v současnosti projevuje Vaše choroba?	
11. V čem Vás nemoc omezuje?	
12. Jaké trávíte svůj volný čas?	
4. Role rodiny klienta	
13. Kolik členů má Vaše rodina?	
14. Jaká byla reakce rodiny na Vaše onemocnění?	
15. Jak ovlivnilo toto onemocnění Vaši rodinu?	
16. Kdo a jak, nebo co Vám nejvíce pomáhá?	
5. Informovanost klienta o chorobě a jeho spolupráce se zdravotníky	
17. Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?	
18. Podílela se na informacích o Vaší nemoci sestra? Jakou formou Vám sestra poskytla informace?	
19. Máte informace o své nemoci i z dalších zdrojů? Internet, knihy,...	

20. Jestliže Vám není něco jasné, neostýcháte se opakovaně zeptat svého lékaře?	
21. Jestliže Vám není něco jasné, požádáte o informace zdravotní sestru?	
22. Ke svému gastroenterologovi chodíte pravidelně?	
23. Dodržíte všechna doporučení lékařů?	
6. Informace klienta o občanských sdruženích	
24. Znáte nějaké pacientské organizace, které se zabývají problematikou nespecifických střevních zánětů?	
25. Odkud jste získal/a informace o pacientských organizacích?	
26. Zúčastnil/a jste se nějakého semináře, který pořádala pacientská organizace?	
27. Jak Vám tato setkání pacientů pomáhají?	
28. Zúčastňují se Vaši rodinní příslušníci, nebo přátelé těchto seminářů s Vámi?	
29. Spolupracujete aktivně s organizátory seminářů? Jste členem organizace?	
30. Doporučil/a byste tyto organizace i ostatním nemocným s nespecifickými střevními záněty?	

Příloha 8 Informační materiál pro klienty s nespecifickými střevními záněty

NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

Nespecifické střevní záněty jsou chronické většinou celoživotní záněty střev neinfekčního původu, u kterých doposud neznáme přesnou příčinu vzniku. Novější pojmenování je převzato z angličtiny – Inflammatory Bowel Disease = IBD. Mezi nespecifické střevní záněty řadíme Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Obě choroby mají společné rysy, ale liší se rozsahem postižení trávicí trubice a hloubkou postižení střevní sliznice. U těchto onemocnění se střídají klidová (bezpříznaková) období s obdobími, během kterých střevní zánět znovu vzplane.



CO JE TO CROHNOVA CHOROBA?

Crohнова choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které postihuje jakoukoli její část od úst po konečník. Postižené úseky se střídají s nepostiženými úseky, onemocnění má segmentární charakter. Střevní stěna je postižena v celé své tloušťce. Pro tuto chorobu jsou příznačné píštěle a tvorba abscesů. Crohнова choroba se u nemocných nejčastěji projevuje mezi 20 – 35 lety.



CO JE TO ULCERÓZNÍ KOLITIDA?

Ulcerózní kolitida je chronické zánětlivé onemocnění postihující tlusté střevo. Zánět je souvislý a začíná vždy v konečniku a šíří se směrem vzhůru – orálně. Zánětem je postižena pouze střevní sliznice. Proto nemá ulcerózní kolitida tendenci ke vzniku píštělí a abscesů. Ve velmi vyjimečných stavech proniká zánět do hlubších vrstev. Přechod zánětlivé sliznice ve sliznici normální bývá ostrý. Ulcerózní kolitida se u nemocných nejčastěji projevuje mezi 30 – 40 lety.



FAKTORY PODÍLEJÍCÍ SE NA VZNIKU NESPECIFICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ

Příčina nespecifických střevních zánětů není dosud známa. V současnosti se odborníci domnívají, že tato onemocnění způsobuje porucha komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. Mezi faktory, které se účastní vzniku těchto chorob se řadí: **Genetické dispozice** - v rodinách, kde se nějaká z forem nespecifických střevních zánětů vyskytla, je o 20 % vyšší pravděpodobnost postižení. **Vliv prostředí a stravovacích návyků** - nízký obsah vlákniny a rybích olejů v potravě. Používání konzervačních látek, barviv a nadužívání antibiotik. Zvýšená spotřeba rafinovaného cukru. **Psychické faktory** - stres, dlouhodobé napětí, nespokojenost, hádky a problémy v mezilidských vztazích mohou mít vliv na průběh onemocnění a na

vnímavost k léčbě. **Hormonální antikoncepce. Kouření** - kuřáci mají vyšší riziko, že onemocní Crohnovou nemocí. Sporný příznivý vliv má kouření u ulcerózní kolitidy. **Infekční onemocnění** - infekční onemocnění trávicího traktu i jiná infekční onemocnění mohou být spouštěcím momentem vedoucím k aktivaci nespecifických střevních zánětů. **Hygienická hypotéza** - nedostatek expozice infekčním činitelům v raném dětství, zvyšuje náchylnost k autoimunním onemocněním.

Souhrnně lze říci, že nespecifické střevní záněty jsou civilizační choroby vzniklé na podkladě prudkých změn vnějšího prostředí a stravování v průběhu posledních desetiletí. Náš, po tisíce let utvářený, imunitní systém se nedokáže přizpůsobit těmto dramatickým změnám.



PŘÍZNAKY NESPECIFICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ

Pro obě choroby jsou příznaky dosti podobné. Jsou však rozdíly, které jsou závislé na anatomické lokalizaci a rozsahu zánětu.

● **VŠEOBECNÉ PŘÍZNAKY:** Únava, úbytek energie. Ztráta chuti k jídlu, hubnutí. Zvýšená teplota, horečka. Bolest břicha – může být záchvatovitá nebo trvalá, lokalizovaná na určitou oblast, nebo v celém břiše. Nevolnost, zvracení a průjmy s příměsí krve nebo hlenu.

● **CROHNOVA CHOROBA:**

Přechod tenkého a tlustého střeva	Tenké střevo	Tlusté střevo	Anorectum
Bolesti břicha	Bolesti břicha	Průjmy	Krvácení
Teploty	Hubnutí	Krvácení	Nutkání na tolici
Průjmy	Chudokrevnost	Mimostřevní projevy	Hnisání a píštěle

● UL CERÓZNÍ KOLITIDA:

Lehký tvar	Středně těžký tvar	Těžký tvar
Tenesmy	Tenesmy	Bolest
Hlen	Enterorágie	Hlen
Krev	Bolest	Krev
Stolice formovaná	Průjem	Průjem
Mimistřevní projevy		

U nespecifických střevních zánětů jsou kromě trávicího traktu často postiženy i další orgány. Tyto mimostřevní manifestace mohou být jednou z prvních známek onemocnění.

● MIMOSTŘEVNÍ PŘÍZNAKY:

Klouby – nejvíce je zánětem postiženo koleno, hlezno a křížokyčelní skloubení.

Kůže a sliznice – bolestivé zduřeniny podkoží a kůže obvykle na bérkách (nodózní erytém), vředovitý defekt (pyoderma gangrenozum), ekzémy, afty, ústní trhliny.

Oči – záněty spojivky, rohovky i duhovky. **Cévy** – záněty žil. **Játra** – hepatitidy, žlučové kaménky, zánět žlučovýchodů. **Vzácné příznaky** – perikarditida, nefritida, amyloidóza.



VYŠETŘENÍ, KTERÝM NEUNIKNETE

● CROHNOVA CHOROBA:

Po rozhovoru s lékařem, který Vás prohlédne a změří fyziologické funkce bude prvním vyšetřením odběr krve. Zjišťují se zánětlivé markery, krevní obraz, hladina minerálů,

protilátky. Dále se vyšetří stolice na okultní krvácení. Prováděná budou i zobrazovací vyšetření jako je ultrazvuk břicha, endoskopie horní části trávicího traktu a tlustého střeva. Důležité je rentgenové vyšetření tenkého střeva – enteroklyza.

● **ULCERÓZNÍ KOLITIDA:**

Vyšetření jsou stejná jako u Crohnovy choroby. Není zde nutné endoskopické vyšetření horní části trávicího traktu, nutná je koloskopie (endoskopie od rekta po tenké střevo).



LÉČBA NESPECIFICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ

Prozatím neexistuje lék, který by zánět dokázal definitivně vyléčit. . Základními léčebnými postupy je léčba konzervativní a chirurgická. Léčba se mění v závislosti na tom, v jaké fázi se onemocnění nachází a jaká je jeho aktivita. Většinou ale musí nemocný během života kombinovat jednotlivé léčebné přístupy. Záleží i na pacientovi do jaké míry je ochoten spolupracovat.

● **KONZERVATIVNÍ LÉČBA:**

Léky – *Aminosalyliciláty* - působí protizánětlivě (Asacol, Pentasa, Salofalk). *Kortikosteroidy* – mají velký protizánětlivý účinek (Prednison, Medrol). *Imunosupresiva* – léky blokující činnost imunitního systému (Azathioprim). *Antibiotika* - uplatňují se v léčbě píštělí a abscesů (Metronidazol). *Biologická léčba* – někdy nazývaná cílená léčba. Tyto léky dokáží cíleně ovlivňovat prozánětlivý účinek TNF α – tumor nekrotizující faktor α , který je uvolňován v aktivní době střevního zánětu (Humira, Remicade). *Podpůrná a substituční léčba* – podávají se antidiarhoika, probiotika, vitamíny B12, kalcium, zinek a magnezium, spasmolytika. U pacientů

s dlouhotrvajícím nepříznivým průběhem lze použít anxiolytika a antidepresiva. Alternativou k farmakologii může být fytotherapie, kdy se využívá léčivá síla bylin.

Dietoterapie – Viz níže.

Pitná léčba minerálními vodami - Lázeňská léčba u střevních onemocnění se v České republice provádí zejména v Karlových Varech. Po lázeňském léčení je vhodná následná domácí pitná léčba Mlýnským pramenem.

Psychoterapie - Stres a psychické problémy mohou vyvolat akutní vzplanutí nemoci. Tento stav může zklidnit vhodně prováděná psychoterapie.

● **CHIRURGICKÁ LÉČBA:**

Crohnova choroba - Operace je indikována při náhlé příhodě břišní (ileus, peritonitida), abcesech, píštělích. Chirurgickými výkony jsou resekce postižené části střeva a anastomóza zdravého střeva koncem ke konci (ileocékální resekce). Při postižení vícečetnými stenózami je indikována strikturoplastika – podélné protnutí stenózy a její příčné sešití. Perianální píštěle – spojení píštělí v jeden kanál a zajištění jejich trvalé drenáže.

Ulcerózní kolitida - Operace je indikována při prudkém průběhu zánětu nereagujícího na intenzivní terapii, kdy hrozí velké krvácení z konečníku, perforace tlustého střeva, toxické megakolon. Dále je indikována při selhání medikamentózní léčby a jako prevence vzniku předrakovinových ložisek. Chirurgický výkon spočívá v odstranění celého tlustého střeva a konečníku (proktokolektomie) a vytvoří se terminální ileostomie, nebo je tenké střevo spojeno s ponechaným řitním kanálem a vytvoří se z několika kliček tenkého střeva vak tzv. pouch. Pouch slouží jako rezervoár stolice, tím přispívá ke zpomalení pasáže a snížení počtu stolic za den. Ulcerózní kolitida je po chirurgickém výkonu vyléčena.



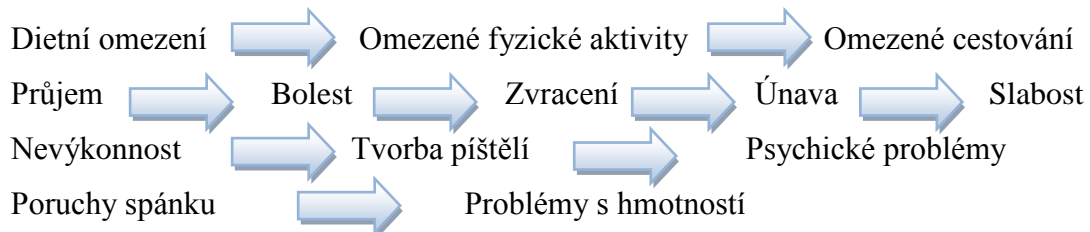
VÝŽIVOVÁ OPATŘENÍ PŘI NESPECIFICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTECH

V akutní fázi onemocnění trpí pacienti nedostatečnou výživou až podvýživou, která zhoršuje hojení střevního zánětu, snižuje obranyschopnost, prohlubuje chudokrevnost a má řadu dalších negativních vlivů. Obvykle indikována **dieta č. 5 bezsezbytková**, šetřící a bohatá na bílkoviny. V lehčích případech je možné běžnou stavu obohatit o **nutriční doplňky** (Nutridrink), které se popíjejí (sipping). U těžších případů je někdy nutné zajistit střevní klid pomocí **enterální výživy**. Tato výživa se podává sondou přímo do tenkého střeva, kde se snadno vstřebává. Je to směs makromolekul cukrů, tuků, bílkovin, molekul minerálů, vitamínů a stopových prvků, neobsahuje bakterie. Střevní trakt nemusí tedy zpracovávat potravu mechanicky, ale pouze chemicky, aby následně vstřebal živiny. U zvláště těžkých případů (hospitalizovaní pacienti) je dočasně nutné zcela zastavit přívod ústy a nemocný dostává všechny výživové složky, vitaminy, minerály a léky do žilního řečiště - **parenterální výživa**.

V klidovém období by strava měla být nedráždivá a dostatečně kaloricky vydatná. Pacienti s nespecifickými střevními záněty by měli vypít 1,5 až 2 litry tekutin za den. Významnou roli hraje **individuální snášenlivost jednotlivých potravin a nápojů, kterou si musí každý pacient vysledovat sám**. Určité vodítko může poskytnou následující tabulka:

Špatně tolerované potraviny a nápoje	Dobře tolerované potraviny a nápoje
Luštěniny	Brambory
Syrová zelenina	Rýže
Citrusové ovoce	Těstoviny
Tučné pokrmy	Tvaroh
Cibule	Kuřecí maso
Ostré, kořeněné pokrmy	Banány
Ořechy	Netučné jogurty
Celozrnné pečivo	Bílé pečivo, ne čerstvé
Alkohol	Dětské piškoty
Sycené nápoje	Zelený čaj

SPECIFICKÉ POTÍŽE PACIENTŮ S NESPECIFICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY



NĚKOLIK UŽITEČNÝCH RAD NA ZÁVĚR

- Přijměte svou nemoc, nepodléhejte jí – přišli byste o radost ze života.
- Hovořte o chorobě a svých potížích otevřeně – ne všichni Vaši nemoc znají.
- Nekuřte a vyhýbejte se alkoholu.
- Navštěvujte svého lékaře pravidelně.
- Užívejte léky, jak Vám je předepsal lékař.
- Dodržujte pravidelný spánkový režim.
- Dodržujte pravidelný stravovací režim – jezte častěji po menších porcích, dostatečně jídlo zapíjejte. Jezte vše, co Vám nezpůsobuje potíže.
- Nepřepínejte se psychicky ani fyzicky - přiměřený aktivní pohyb je vítaný.
- Neomezujte nic jen proto, že se obáváte předem špatného dopadu – každý jedinec reaguje rozdílně, zbytečně byste se ochuzovali o něco, co Vám může přinést radost.

KDE ZÍSKÁTE VÍCE INFORMACÍ?

Knihy:

- ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009, 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
- KOHOUT, P.; PAVLÍČKOVÁ, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi. 2006, 80 s. ISBN 80-903820-0-2.
- PETR, P. a kol. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Informace pro pacienty a jejich blízké. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 35 s. ISBN 80-7040-406-X.

Internet: www.strevni-zanety.cz

www.crohn.cz

www.crohnovanemoc.cz

www.cgs-cls.cz

Pacientské organizace: takovéto kluby mají velký význam. Šíří informovanost pacientů, spolupracují s předními odborníky v oboru. Jsou oporou pro všechny, kteří mají pocit, že se ocitají v sociální izolaci. Jsou místem, kde můžete navázat nová přátelství a setkáte se s lidmi, kteří Vám porozumí.

- **Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty Praha**

Kontakty: Za Poříčskou bránou 365/21, 18600 Praha 8, www.crohn.cz

- **Klub pacientů CroCus**

Kontakty: Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., B. Němcové 54, 370 87 České Budějovice. Telefon: 387 876 701, gastro@nemcb.cz

- **Klub IBD CROCODILE**

Kontakt: Jírovcova 24, 370 04 České Budějovice

Zdroj: vlastní

Použitá literatura: Červenková (2009), Petr (2000), Kohout a Pavlíčková (2006).