

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Lukáš Rendl

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou**

diplomová práce

Autor práce: Lukáš Rendl  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech  
Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 16.8.2013

## **Abstrakt**

### Teoretická východiska

Crohnova choroba je chronické autoimunitní onemocnění, které spolu s ulcerózní kolitidou patří do skupiny idiopatických střevních zánětů. Navzdory této kategorizaci se však Crohnova choroba nemusí nacházet pouze ve střevě, ale kdekoliv v gastrointestinálním traktu. Střevní lokalizace je ale tou nejčastější a přináší s sebou četné projevy jako bolesti břicha, průjemy, nadýmání, flatulenci, říhání, hubnutí aj. Patogenetickou příčinou těchto obtíží je porucha autoimunity, kdy tělo začne tvořit protilátky proti vlastním tkáním. Příčina startu tohoto patologického mechanismu však dosud není objasněna. Hovoří se o vlivu infekcí, potravy, psychosomatiky, kouření, genetické vnímavosti atd. Nadějí těchto pacientů je stále se zdokonalující léčba, na jejímž vrcholu dnes stojí biologické preparáty, které doposud nejpozitivněji ovlivnily zdravotní stav těchto osob. I přes moderní léčbu však veškerá výše zmíněná charakteristika této nemoci dokáže negativně ovlivňovat kvalitu života těchto pacientů.

### Cíl práce

Cílem této práce je zjistit kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou.

### Hypotézy

- H1: Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy ve fyzické oblasti.
- H2: Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v psychické oblasti.
- H3: Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v sociální oblasti.

### Metodika

Praktická část práce byla realizována na základě kvantitativního šetření v rámci grantového projektu číslo 120/2012/S „Odras kvality života v ošetrovatelství“. K tomuto šetření byly využity dva standardizované dotazníky, obecný dotazník WHOQOL-100 a specifický dotazník IBDQ, které byly distribuovány pacientům s Crohnovou chorobou. Na oba tyto dotazníky byla zakoupena platná licence. Velikost

výzkumného souboru byla stanovena na 100 osob s Crohnovou chorobou, přičemž diagnóza Crohnovy choroby byla jediným kritériem pro výběr respondentů. Distribuce dotazníků těmto respondentům probíhala za pomoci gastroenterologických pracovišť.

## Výsledky

Veškerá získaná data byla statisticky zpracována v programu SASD (statistická analýza sociálních dat). Výsledky tohoto zpracování lze rozdělit do tří oblastí, podle tří hlavních hypotéz, které byly ověřovány. První oblast výsledků poskytla informace, jaké problémy mají pacienti s Crohnovou chorobou ve fyzické oblasti. Zde byl potvrzen jediný problém a to ten, že pacienti s Crohnovou chorobou pociťují únavu. Všechny ostatní ověřované potíže z této oblasti byly zamítnuty. Další oblast přinesla informace o psychických problémech těchto osob. Stejně jako v předchozím případě byl zde zjištěn pouze jediný problém, který pacienty s Crohnovou chorobou trápí a tím je pocit podrážděnosti. Výskyt ostatních zjišťovaných psychických faktorů nebyl potvrzen. Poslední oblast výsledků zjistila jaké problémy mají tito lidé v sociální oblasti. V tomto případě byly výsledky nejvíce pozitivní, jelikož nebyl potvrzen ani jeden ověřovaný problém této oblasti. Na základě všech těchto výsledků byly stanovené hypotézy vyhodnoceny takto: H1 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy ve fyzické oblasti zamítnuta, H2 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v psychické oblasti zamítnuta a H3 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v sociální oblasti zamítnuta.

## Závěr

Tato práce poskytuje ucelený pohled na problematiku kvality života pacientů s Crohnovou chorobou. Výsledky mohou být využity zejména při práci tzv. IBD sester, endoskopických sester, ale i řadových sester pracujících s těmito pacienty. Práce může být dále využita jako studijní materiál či jako podklad pro další výzkumné šetření.

## **Abstract**

### Theoretical foundation

Crohn's disease is a chronic autoimmune disease categorized, together with ulcerative colitis, in the group of idiopathic intestinal inflammations. But in spite of this categorization, Crohn's disease may not be found only in the intestines but anywhere in the gastrointestinal tract. However, the intestinal localization is most frequent and is related with numerous manifestations like stomachache, diarrhoea, bloating, flatulence, belching, loss of weight, etc. The pathogenetic cause of those discomforts consists in disorder of autoimmunity, when the body starts producing antibodies against its own tissues. But the cause of start of that pathogenetic mechanism has not been clarified so far. Experts speak about influence of infections, food, psychosomatics, smoking, genetic perceptiveness, etc. The hope of the patients is pinned on the continuously improving treatment, culminating by biological preparations that have most influenced the health condition of those persons so far. But in spite of the modern therapy, all characteristics of the disease can have negative impact on the quality of life of the patients.

### Goal of the thesis

The goal of this thesis consists in ascertaining the quality of life of Crohn's disease patients.

### Hypotheses

H1: Crohn's disease patients have problems in physical area.

H2: Crohn's disease patients have problems in psychic area.

H3: Crohn's disease patients have problems in social area.

### Methodology

The practical part of the thesis was implemented based on quantitative inquiry within the grant Project No. 120/2012/S „Reflection of life quality in nursing“. Two standardized questionnaires were used for the inquiry: the WHOQOL-100 general

questionnaire and the IBDQ specific questionnaire, distributed among Crohn's disease patients. Valid licence was bought for both questionnaires. The size of the research set was determined at 100 Crohn's disease patients, the Crohn's disease diagnosis being the only criterion for selection of the respondents. The distribution of the questionnaires among the respondents took place with the help of gastroenterological centres.

## Results

All data obtained were statistically processed in the SASD (Statistical Analysis of Social Data) program. The results of the processing can be divided into three areas, by the three main hypotheses verified. The first area of results provided information on the problems confronted by Crohn's disease patients in physical area. Only one problem was confirmed here: the Crohn's disease patients feel fatigue. All the remaining problems under verification in this area were refused. The second area brought information on psychological problems of the patients. Similarly to the preceding case, only one problem troubling the Crohn's disease patients was found here: feeling of irritation. The occurrence of the remaining psychological problems under verification was not confirmed. The last area of results found out the problems of the patients in social area. The results were the most positive in this case, as none of the problems under verification in this area was confirmed. Based on all results stated above, the hypotheses were evaluated as follows: H1 Crohn's disease patients have problems in physical area - refused; H2 Crohn's disease patients have problems in psychic area - refused and H3 Crohn's disease patients have problems in social area - refused.

## Conclusion

The thesis provides comprehensive view on the issue of quality of life of Crohn's disease patients. The results may be used particularly in the work of so called IBD nurses, endoscopic nurses, but also general nurses working with the patients. The thesis can be also used as study material or as foundation for further research.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 výsledku 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 dne 16.8.2013

.....

Bc. Lukáš Rendl

## **Poděkování**

Velice rád bych touto cestou poděkoval své vedoucí práce, PhDr. Valérii Tóthové Ph.D., za cenné rady, ochotu a laskavý přístup. Mé poděkování rovněž patří celé mé rodině, která je mi vždy oporou. Za spolupráci při zpracování výzkumné části práce velice děkuji gastroenterologickému oddělení v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a v Nemocnici České Budějovice a. s., dále gastroenterologické ambulanci MUDr. Ondřeje Jelínka a samozřejmě všem respondentům.



## Obsah

Úvod .....	12
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>13</b>
1.1 Definice a historie onemocnění .....	13
1.2 Epidemiologie .....	14
1.3 Etiologie a patogeneze .....	15
1.4 Klinické projevy .....	16
1.4.1 Gastrointestinální projevy .....	17
1.4.2 Extraintestinální projevy .....	19
1.5 Komplikace .....	20
1.6 Dopad klinických projevů na psychiku .....	20
1.7 Diagnostika .....	21
1.8 Léčba.....	24
1.8.1 Dieta a umělá výživa .....	24
1.8.2 Medikamentózní léčba .....	25
1.8.3 Biologická léčba .....	27
1.8.4 Chirurgická léčba .....	30
1.8.5 Psychoterapie .....	31
1.9 Reprodukce .....	32
1.10 Úloha sestry v péči o nemocné .....	34
1.10.1 Úloha endoskopické sestry .....	35
1.11 Kvalita života.....	38
1.11.1 Definice kvality života .....	38
1.11.2 Hodnocení kvality života .....	39
1.11.3 Faktory ovlivňující kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou .....	41
<b>2. Cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>43</b>
2.1 Cíle práce .....	43
2.2 Hypotézy .....	43
<b>3. Metodika .....</b>	<b>44</b>
3.1 Popis metodiky .....	44

3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	45
3.3 Zpracování dat .....	46
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>48</b>
4.1 Vyhodnocení demografických údajů výzkumného souboru .....	48
4.2 Grafické vyhodnocení dat.....	50
4.3 Vyhodnocení dat pomocí popisné statistiky .....	60
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>71</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>80</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>82</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>89</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>90</b>

### **Seznam použitých zkratk**

aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

ASCA – anti-Saccharomyces cerevisiae antibody – protilátky proti Saccharomyces cerevisiae

CD – Crohn´s Disease – Crohnova choroba

ELISA – enzyme-linked immunosorbent assay – test enzymové imunoanalýzy

IBD – Inflammatory Bowel Disease – Idiopatické střevní záněty

IBDQ - Inflammatory Bowel Disease Questionnaire – specifický dotazník pro pacienty s idiopatickými střevními záněty

INR – international normalization ratio – vyjádření hodnoty Quickova testu

pANCA – antineutrophilic cytoplasmic antibody – perinukleární antineutrofilní protilátky

TNF – Tumor nekrotizující faktor

## Úvod

Nemoc pro člověka vždy znamená zátěžovou situaci a narušení běhu života, zvláště pak jedná-li se o onemocnění chronické. Chronickým onemocněním je v tomto případě Crohnova choroba, jedna z idiopatických střevních zánětů. Tato nemoc má několik nelibých vlastností, které umocňují její zásah do kvality života. První z nich je autoimunitní charakter, který pod sebou skrývá patologický boj proti vlastním tkáním, který je příčinou vzniku obtíží. S touto vlastností souvisí též označení „idiopatický“, ačkoliv totiž víme, co stojí za příčinou obtíží, dosud jistě nevíme, co tento autoimunitní mechanismus spustí. Hovoří se o vlivu infekcí, potravy, psychosomatiky, kouření, genetické vnímavosti atd. Zajímavý a zároveň dosud nevysvětlený je výrazně vyšší výskyt u mladé a také židovské populace. Crohnovu chorobu tedy řadíme do skupiny střevních zánětů, její manifestace se ale nemusí orientovat pouze na střevo. Její výskyt je možný kdekoliv v gastrointestinálním traktu, avšak zánět ve střevech je nejčastější lokalizací.

Crohnova choroba se zejména v poslední době těší velkému zájmu odborníků a pokroku v diagnostice a léčbě. Spolu s těmito pokroky bychom se však měli zajímat, jak kvalitní život žijí tito pacienti a které faktory jejich kvalitu života nejvíce narušují a které ji naopak zlepšují. Z těchto důvodů jsem si zvolil právě tohle téma pro mou diplomovou práci.

Cílem této práce je zjistit, jakou úroveň kvality života mají pacienti s Crohnovou chorobou. K dosažení tohoto cíle budou využity standardizované dotazníky IBDQ a WHOQOL-100, které budou určeny pro pacienty s Crohnovou chorobou. V této práci budou využity výsledky výzkumného projektu vztahující se ke kvalitě života v ošetřovatelství.

## 1. Současný stav

### *1.1 Definice a historie onemocnění*

„Crohnova choroba je chronický nespecifický zánět kterékoli části trávicí trubice, který má segmentální charakter a postihuje stěnu zažívací trubice transmurně ve všech jejích vrstvách (Souček et al., 2011, s. 351).“ Tato definice obsahuje základní charakteristiku a specifičnost této nemoci. Z hlediska klasifikace řadíme tuto nemoc do skupiny idiopatických střevních zánětů, v odborné literatuře často nazývané Inflammatory Bowel Disease (IBD). Ve starších publikacích můžeme pro tuto skupinu chorob nalézt název „nespecifické střevní záněty“, od kterého se upustilo z důvodů nepřesnosti tohoto označení. Ona nepřesnost plyne z faktu, že tyto záněty nepředstavují protiklad proti zánětům specifickým, tedy zánětům tuberkulózní etiologie. V případě idiopatických střevních zánětů se jedná o chronické zánětlivé postižení neinfekčního původu. Tato nemoc je ve světě známa pod názvem Crohn's Disease, odkud pochází zkratka CD, která je často používána i v České republice. Další možná označení pro tuto chorobu jsou regionální enteritida, granulomatózní enteritida či terminální ileitida (Souček et al., 2011).

Svůj prvotní název nese toto onemocnění po jednom ze svých objevitelů Burillu Bernardu Crohnovi, který tuto chorobu popsal spolu se svými kolegy L. Ginzbergem a G. Oppenheimerem roku 1932. Nejednalo se ale o historicky první popis této choroby, ten nastal pravděpodobně již v roce 1769 zásluhou G. G. Morgana. Nejjasnější klinický a patologický obraz nemoci však pochází od T. K. Dalziela z roku 1913. První popis postižení tlustého střeva u této nemoci sahá do roku 1952 a zasloužil se o něj Wells (Bureš a Horáček, 2003).

Kromě Crohnovy choroby patří do této skupiny onemocnění také ulcerózní kolitida. Tyto dvě choroby jsou si mnohdy velice podobné, přesto byly ustálené jako dvě samostatné nozologické jednotky. Mnozí odborníci však dodnes tvrdí, že u mnoha pacientů nelze v prvním roce trvání onemocnění pevně stanovit, o kterou z těchto dvou chorob se jedná, tento stav se nazývá indeterminovaná kolitida (Bureš a Horáček, 2003).

Výše uvedená definice však také vyjadřuje odlišnosti od své sesterské choroby a to přesně svým segmentálním charakterem, což znamená, že úseky postižené zánětem se

střídají s nepostiženými, kdežto u ulcerózní kolitidy je naopak typické postižení v jednom kuse bez přerušení. Charakteristickou odlišností těchto dvou chorob je dále jejich pole působnosti, kdy Crohnova choroba, ač se nejčastěji vyskytuje v tenkém a tlustém střevě, může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice, kdežto ulcerózní kolitida se orientuje pouze na tlusté střevo. Poslední nejvýraznější odlišnost mezi těmito dvěma chorobami, která vychází z oné definice, tvoří transmurální postižení, tedy postižení všech vrstev zažívací trubice, přičemž zánět ulcerózní kolitidy postihuje pouze sliznici (Klener, 2011).

## ***1.2 Epidemiologie***

Idiopatické střevní záněty zaznamenávají v posledních letech značný nárůst a to především v průmyslově vyspělých zemích. Situace v České republice je toho jasným příkladem, avšak vzestup Crohnovy choroby není tak markantní jako u ulcerózní kolitidy, kde se dá označit přímo téměř za raketový, jelikož za posledních 20 let se na našem území incidence této choroby více než zdvojnásobila (Typltová 2012). Incidence Crohnovy choroby se dnes udává v rozmezí 1,7 – 2 nové případy na 100 000 obyvatel za rok, přičemž nárůst incidence mezi léty 1975 – 1987 činil pouze 0,42 nově vzniklých případů na 100 000 obyvatel za rok (Krechler). Z hlediska regionálního rozložení vzniku této choroby v České republice je zajímavé, že nejvíce nových případů zaznamenávají v Jihomoravském kraji. Prevalence této choroby čítá 18 – 22 případů na 100 000 obyvatel za rok. Nejnižší prevalence byla zjištěna v Jihočeském kraji a nejvyšší v Severočeském kraji (Typltová, 2012). Ze studií týkajících se idiopatických střevních zánětů jasně vyplývá, že tato onemocnění mají různé geografické rozložení. Výrazně vyšší výskyt se objevuje v severně položených státech, kupříkladu ve Skandinávii, Severní Americe a v zemích Severozápadní Evropy. V Severní Americe byl zjištěn pouze nižší výskyt u hispánské populace. V těchto oblastech dosahuje počet nově vzniklých případů až k 6 na 100 000 obyvatel za rok. Naopak velmi nízkou incidencí disponují země Afriky, Asie a Jižní Ameriky. Tyto rozdíly jsou pravděpodobně zapříčiněny klimatickými podmínkami, způsobem výživy a nižším socioekonomickým standardem v jižně položených oblastech. V zemích Afriky a Asie hraje významnou roli

nízká úroveň zdravotní péče a také endemický výskyt zánětů střev, který může ovlivňovat diagnostiku IBD (Krechler).

Dalšími epidemiologickými ukazateli je věk, pohlaví a rasa, ovlivňující četnost vzniku této choroby. Narozdíl od ulcerózní kolitidy zde pohlaví nemá vliv na výskyt, kdežto věk ano. Nejčastější výskyt je zaznamenán u osob mezi 15. – 30. rokem věku. Velkou zvláštností jsou rasové rozdíly u idiopatických střevních zánětů, zvláště u Crohnovy choroby. Obecně lze říci, že idiopatické střevní záněty se více vyskytují u europoidní rasy (Češka et al., 2010). Crohnova choroba je dále v této problematice specifická svým vyšším výskytem u židovské populace, kde se tato nemoc objevuje 3 – 8x častěji. Jedná se výhradně o židovské emigranty narozené mimo Izrael, především jsou to Židé, kteří emigrovali do Izraele z Evropy (Aškenázové). U Židů narozených přímo v Izraeli je incidence a prevalence podobná jako v Evropě. Kdežto sefardičtí Židé, pocházející z Afriky nebo Asie, touto chorobou trpí zřídka, což je dáno lokalitou jejich původu (Krechler).

Zbývajícím epidemiologickým ukazatelem je mortalita, která se u Crohnovy choroby pohybuje pod 1 %, ale i přes moderní možnosti léčby příliš neklesá (Češka et al., 2010). Riziko úmrtí v souvislosti s touto nemocí je nejvyšší v prvních letech po stanovení diagnózy s následujícím vrcholem po 10. letech trvání onemocnění. Riziko úmrtí se podle průzkumů zvyšuje s časností nástupu, přičemž velmi rizikový je nástup před 20. rokem života a současným postižením tenkého střeva (Krechler).

### ***1.3 Etiologie a patogeneze***

Crohnova choroba je z etiologického hlediska řazena mezi autoimunitní choroby, kdy dochází k tvorbě autoprotilátek proti antigenům epitelových buněk trávicí trubice. Bezprostřední příčinou je místní nadprodukce zánětlivých cytokinů v důsledku antigenních stimulů pocházejících ze střevních bakterií (Hořejší a Bartůňková, 2005). Aktivují se při tom pomocné T-lymfocyty, které mohou přímo poškozovat buňky gastrointestinálního traktu. Svou roli zde hrají také protilátky IgM, které tu vznikají a vytvářejí imunokomplexy s vyvolávajícím antigenem. Následně dochází k aktivaci komplementu a neutrofilů, přičemž přímé poškozování tkáně způsobují volné radikály

kyslíku a proteolytické enzymy uvolňované právě z neutrofilů a také makrofágů (Ferenčík et al., 2005).

Významnou etiologickou roli hraje genetická vnímavost jedince, která je u Crohnovy choroby o něco více odhalená nežli u ulcerózní kolitidy. V roce 2001 byl totiž objeven gen typický pro tuto chorobu. Nejdříve nesl název NOD2, nyní je dle pravidel mezinárodní nomenklatury pojmenován CARD 15. V dnešní době jsou známy 3 varianty tohoto genu. Tento gen sice není příčinou Crohnovy choroby, ale vyskytuje se u ní významně častěji (Špičák et al., 2008). V této problematice bylo však dále zjištěno, že sama genetická mutace k manifestaci choroby nestačí, přičemž výrazným kombinujícím činitelem jsou zde vlivy zevního prostředí, jako je nedostatek vlákniny, nadbytek rafinovaného cukru či kouření. Hovoří se o vlivu infekcí, potravy a psychosomatiky. Dále se zdůrazňuje možná souvislost s vaskulitidami, spalničkovou infekcí a mykobakteriální infekcí (Karges a Al Dahouk, 2011). Kouření u této choroby hraje zvlášť důležitou roli, jelikož byl dokázán vyšší výskyt Crohnovy choroby u kuřáků. Zajímavostí je opačný efekt u ulcerózní kolitidy, kde je kouření jakýmsi protektivním faktorem. Dokázáný je také familiární výskyt, jehož riziko se zvyšuje u jednovaječných dvojčat (Dítě et al., 2007).

Patogenním činitelem je u Crohnovy choroby také změna střevní mikroflóry, kdy byl například prokázán výrazně vyšší výskyt bakterií *Escherichia Coli* s enteroadhezivními vlastnostmi. Další výraznou změnou střevní mikroflóry bývá tzv. overgrowth syndrom, neboli syndrom bakteriálního přerůstání, který vzniká u této nemoci jako důsledek pasážových změn tenkého střeva (Zbořil et al., 2005).

Dalším patogenetickým mechanismem je u této nemoci hyperaktivita slizničních CD4+ T-lymfocytů. Tento fenomén byl ověřen skutečností, že u lidí HIV pozitivních či po podání anti-CD4+ protilátek došlo ke snížení zánětlivé aktivity. Tyto příznivé výsledky byly zjištěny též po transplantaci kostní dřeně (Špičák et al., 2008).

#### ***1.4 Klinické projevy***

Klinické projevy této nemoci jsou velmi různorodé a nejvíce jsou ovlivněny rozsahem postižení a lokalizací nemoci. Svou roli zde hraje také charakter zánětlivých změn. U této choroby však nebývá přímá korelace mezi stupněm zánětlivých změn



a klinickými projevy. Vzácností není dlouhodobý průběh s nepatrnými abdominálními projevy, avšak s výraznou extraintestinální symptomatologií. Jindy zase projevy ustanou v nespecifickém charakteru jako je úbytek tělesné hmotnosti, sideropenní anémie či zvýšené teploty (Češka et al., 2010).

Jak již bylo uvedeno, Crohnova choroba se může manifestovat kdekoliv v trávicí trubici a dokonce i mimo ní, ale jisté lokalizace jsou typické a nejčastější, jiné zase méně časté. V symptomatologii této nemoci musíme rozlišovat, který úsek je touto chorobou zasažen, jelikož projevy jsou pro každou oblast odlišné (Dítě et al., 2007).

Setkáváme se zde s pojmy jako první ataka, neboli první záchvat nemoci, remise, neboli vymizení příznaků nemoci a recidiva, což je návrat nemoci (Vokurka, 2005). U chronických chorob se častěji užívá pojmu relaps, který je vymezen jako znovuvzplanutí nemoci, avšak u Crohnovy choroby pro tento stav užíváme výhradně pojmu recidiva. U této choroby je dále navíc definován pojem rekurence nemoci jako výskyt objektivních morfologických známek (Dítě et al., 2007).

#### *1.4.1 Gastrointestinální projevy*

Nejčastěji se Crohnova choroba manifestuje v oblasti ileocékální. Při postižení tohoto úseku dominují bolesti břicha, průjmy, zvýšená teplota a hubnutí. Postižení tohoto úseku trávicí trubice dokáže často velice dobře imitovat akutní apendicitidu, zvláště v počátcích choroby. Dokonce tak dobře imitovat, že tito pacienti bývají indikováni k apendektomii (Češka et al., 2010). Bolesti břicha zde mají zpočátku tlakový charakter, který se při progresi zánětu změní v křečovitý a přidávají se další zažívací obtíže jako nadýmání, flatulence a říhání. Tyto obtíže se často objevují v závislosti na příjmu potravy a to 1 hodinu po jídle (Navrátil et al., 2008).

Lokalizace v tlustém střevě postihuje 25 - 35 % nemocných. Postižení bývá segmentální a fokální, což znamená, že postižená místa se střídají s nepostiženými a nepostihují celý obvod střeva. Tato specifika odlišují Crohnovu chorobu tlustého střeva od ulcerózní kolitidy. Ovšem mohou být i případy, kdy i u Crohnovy choroby jsou změny kontinuální a v případě, že je dokonce postiženo i rektum, lze velmi těžko odlišit Crohnovu chorobu od ulcerózní kolitidy. Dominantními projevy manifestace této

nemoci v tlustém střevě jsou průjmy a bolesti břicha. Bolesti břicha bývají popisovány jako křečovitě a lokalizovány jsou nejčastěji pod pupkem (Češka et al., 2010). Dalšími typickými příznaky jsou zde tenesmy a krvácení z konečníku. Zvláštností této lokalizace Crohnovy choroby je současná přítomnost mimostřevních příznaků, které se objevují až u 30 % pacientů s Crohnovou kolitidou. Anální kanál a rektum nebývají postiženy izolovaně, ale často právě v kombinaci s postižením tlustého střeva, popřípadě ileocékálního přechodu. Projevy této oblasti jsou známé jako eroze a vředy anorektální oblasti, hypertrofické řitní papily a tvorba abscesu a píštělí. Postižení anorektální oblasti bývá většinou svízelné a není vzácností, že dojde až k narušení funkce análních svěračů s částečnou či úplnou inkontinencí (Gabalec, 2009).

Pokud se Crohnova choroba manifestuje v tenkém střevě, způsobí často fibrózní stenózu na ileu a jejunu. Tato stenóza bývá různě dlouhá, od několika milimetrů k desítkám centimetrů. Skupina příznaků, která v tomto případě dominuje, nese název střevní dyspeptický syndrom a skrývá pod sebou nechutenství, nadýmání, říhání, zvýšený odchod větrů a škroukání. Bývají též přítomny známky malnutrice, intermitentní bolesti břicha a průjmy s řídkými, ale i formovanou stolicí. Pokud je fibrózní stenóza významná, může způsobit subileózní až ileózní stav. U této formy se často rozvíjí také celkový klinický obraz, kde je patrné hubnutí, projevy anémie a proteino-energetická malnutrice. Narozdíl od lokalizace v tlustém střevě, u Crohnovy choroby tenkého střeva nebývají přítomny mimostřevní příznaky (Češka et al., 2010).

Nejčastějším terčem této nemoci je tedy některá část střeva, ať už tenkého nebo tlustého. Jak je ale o Crohnově chorobě známo, její pole působnosti se nemusí orientovat jen na střevo, ale i na jiné části trávicího traktu. Pouze ojediněle se tedy vyskytuje postižení duodena, žaludku a jícnu. V duodenu pak dochází obvykle ke stenózám, které narušují pasáž a způsobují malabsorpci a úbytek na váze (Češka et al., 2010). Manifestace v žaludku se projeví pocitem plnosti a bolesti po jídle, nauzeou a zvracením nestráveného obsahu. Typickým nálezem Crohnovy choroby na jícnu je stenóza s vředy, která způsobí dysfagii a taktéž hmotnostní úbytek (Dítě et al., 2007).

#### *1.4.2 Extraintestinální projevy*

Mimostřevními příznaky trpí asi jedna třetina pacientů s touto nemocí a jak již bylo uvedeno výše, častěji se vyskytují při lokalizaci na tlustém střevě. Extraintestinální projevy rozdělujeme na projevy spojené s vysokou zánětlivou aktivitou nemoci a na koincidující choroby, které nejsou závislé na aktivitě střevního zánětu. S vysokou zánětlivou aktivitou souvisí v první řadě kožní komplikace ve formě pyoderma gangrenózum a erytéma nodózum. Pyoderma gangrenózum je kožní hnisavé onemocnění charakterizované ohraničenou nekrózou (Pizinger et al., 2008). V případě erytéma nodózum se jedná o výskyt červenofialových bolestivých uzlů, zejména na kůži bérců (Dejmková et al., 2006).

Dále jsou to kloubní komplikace v podobě enteropatické artritidy (I. typ), která při Crohnově chorobě způsobuje zejména asymetrické postižení velkých kloubů, především dolních končetin. V pořadí podle četnosti bývá postiženo koleno, hlezno, loket, rameno, kyčle či zápěstí (Pavelka et al., 2003).

A jako poslední ze skupiny projevů souvisejících se zánětlivou aktivitou choroby, oční komplikace. Nejčastěji se oční komplikace projeví ve formě iridocyklitidy, neboli zánětu duhovky a řasnatého tělesa. Při tomto extraintestinálním projevu bývá přítomna mióza a tzv. hluboká injekce, kdy je oblast skléry překrvená a jednotlivé cévy nelze rozeznat. Episkleritida je zánět tkání v okolí skléry a nejčastěji se projevuje jako ohraničená červená či nafialovělá skvrna (Burch, 2008).

Do skupiny koincidujících chorob, které nejsou závislé na zánětlivé aktivitě nemoci, řadíme primární sklerózující cholangitidu, sakroileitidu a enteropatickou artritidu II. typu (artralgie drobných kloubů). Primární sklerózující cholangitida je onemocnění spojené s poruchou odtoku žluče z jater. Porucha odtoku je zde dána fibrotizujícím zánětem, který vede k zúžení až uzavření nitrojaterních i mimojaterních žlučovodů (Burch, 2008).

Sakroileitida jakožto zánět sakroileakálního skloubení je typický tvorbou parasyndesmofytů, které jsou příčinou výrazné bolestivosti. Enteropatická artritida II. typu pod sebou zahrnuje periferní artritidy drobných kloubů, nejčastěji jsou to proximální interfalangeální kloub a metakarpofalangeální kloub (Pavelka et al., 2003).

### ***1.5 Komplikace***

Tyto již tak závažné příznaky mohou být ještě komplikovány tzv. střevními komplikacemi, kam řadíme perforace, tvorbu píštělí, vznik stenóz a kolorektální karcinom. Perforace může vzniknout jako tzv. krytá, se vznikem abscesu nebo jako tzv. volná do dutiny břišní, která končí difúzní peritonitidou. Tvorba píštělí je komplikace pro Crohnovu chorobu běžná, dalo by se říci až typická. Jedná se o projev penetrace zánětu střeva mimo jeho stěnu. Vzniklé píštěle mohou být slepě zakončené nebo komunikují s abscesovou dutinou nebo jiným dutým orgánem, což je hlavní příčinou jejich nebezpečnosti (Češka et al., 2010). Výskytem genitálních píštělí u žen s Crohnovou chorobou se ve své práci zabývali Gema de la Poza et al. V jejich šetření bylo identifikováno 47 žen s vaginálními píštěli, což tvořilo 3,8 % z celkového souboru. Největší četnost výskytu zaznamenaly píštěle rektovaginální (74,5 %), dále píštěle anovaginální (21,3 %) a nejméně často se dle této studie vyskytují píštěle enterovaginální (4,3 %). Tato komplikace přináší velice nepříjemné příznaky, přičemž nejvíce jsou zde zastoupeny vaginální výtok fekálního materiálu a vaginální průchod plynu (de la Poza et al., 2012). Projevy obstrukce obvykle způsobí tvorba stenóz. Stenózy vznikají v důsledku dlouhodobého hnisání nebo jsou vyvolané tlakem zánětlivého infiltrátu. Takto vzniklé obstrukce, v závislosti na velikosti průměru a délce stenózy, mohou vyústit v subileózní až ileózní stavy, případně také ke kompresi močovodu s následkem hydronefrózy. Poslední z výše jmenovaných komplikací, tedy kolorektální karcinom, se u této choroby vyskytuje ojediněle. Častější výskyt této neoplazie zaznamenáváme u ulcerózní kolitidy (Šafránková a Nejedlá, 2006).

### ***1.6 Dopad klinických projevů na psychiku***

Výše zmíněné projevy této nemoci bezprostředně útočí na psychiku pacienta s Crohnovou chorobou. Ke změnám v těchto oblastech dochází zejména při akutních projevech onemocnění, kdy jsou tito pacienti nejvíce ohroženi depresemi, úzkostí, labilitou nálady, rozvojem anorexie a mnohdy se vyskytují disimilační tendence. Výzkumy ukazují, že úzkost a deprese se u lidí s IBD vyskytuje v 29 – 35 % v remisi

a až v 80 % při relapsu (Tress et al., 2008). Cho, Yoo a Yang zkoumali rizikové faktory vzniku depresí u Crohnovy choroby. Z jejich výsledků vzešlo, že vznik deprese u této nemoci nejvíce ovlivňuje ekonomický stav, vzdělání a úroveň kvality života (Cho et al., 2012).

Některé psychologické a interpersonální problémy vycházejí spíše z dlouhodobosti onemocnění. Jedná se například o únavu, pocity ztráty kontroly nad střevy, poruchy vnímání vlastního těla, strach z pohlavní nedostatečnosti či sociální izolace (Sajadinejad et al., 2012). Zkoumáním únavy u pacientů s Crohnovou chorobou se ve své práci zabývali Banovic et al., kteří zjistili, že nejvýraznějšími příčinnými faktory únavy jsou závažnost onemocnění a bolest. Jejich dalším zjištěním je, že únava u pacientů přetrvává i v případě, že je nemoc na ústupu (Banovic et al., 2011). Zajímavé je porovnání pacientů s Crohnovou chorobou s pacienty s ulcerózní kolitidou, které ve své publikaci uvádí Tress, Krusse a Ott. Tito pánové tvrdí, že pacienti s Crohnovou chorobou jsou depresivnější, úzkostnější, rigidnější a agresivnější než pacienti s kolitidou (Tress et al., 2008).

V pozornosti četných studií stojí psychické prožitky ve vztahu ke Crohnově chorobě, zejména vliv stresu na toto onemocnění. Tímto vztahem se ve své práci zabývali Sajadinejad et al., kteří uvádí že vliv stresu na průběh idiopatických střevních zánětů je nezpochybnitelný, jelikož se podílí na exacerbaci střevních příznaků (Sajadinejad et al., 2012). Nejednotnost názorů nastává v otázkách vzniku těchto onemocnění, kdy někteří autoři přisuzují stresu i přispívající vliv na vznik Crohnovy choroby či ulcerózní kolitidy. Tito autoři dále ve své práci uvádí, jaké osobnostní rysy mohou přispívat k exacerbaci tohoto onemocnění. Jsou to neuroticismus, perfekcionismus a alexithymie. V případě alexithymie bylo dokázáno, že pacienti s IBD mají vyšší skóre alexithymie než zdravá populace, tedy že mají větší problém s vyjadřováním svých pocitů (Whayman et al., 2011).

### ***1.7 Diagnostika***

Jak již bylo zmiňováno, určitou roli ve výskytu tohoto onemocnění hraje genetika, proto v první řadě pátráme v anamnéze po téže chorobě nebo jiných autoimunitně podmíněných chorobách týkajících se zažívacího traktu (zejména ulcerózní kolitida

a celiakie) u příbuzných. Z fyzikálního vyšetření můžeme nejprve zaznamenat palpační bolestivost v pravém podbříšku, zejména pokud je zánětlivé postižení lokalizováno v ileocékální oblasti. V tomto případě je velice důležité v rámci diferenciální diagnostiky odlišit Crohnovu chorobu a akutní apendicitidu. Palpační citlivost se však může objevovat také v jiných oblastech, dle lokalizace zánětlivého postižení. Při přestupu zánětu do okolí, vznikem abscesu či perforací střeva mohou být přítomny známky peritoneálního dráždění (Češka et al., 2010).

Laboratorně obvykle zjišťujeme zvýšení zánětlivých parametrů (C-reaktivní protein, sedimentace, leukocytóza), dokonce někteří odborníci tvrdí, že pokud při prvotní diagnostice není zvýšena sedimentace, pravděpodobně se nejedná o Crohnovu chorobu. Stanovení krevního obrazu často prokáže anémii z nedostatku železa, pokud dochází ke ztrátám krve do střeva, eventuelně megaloblastickou anémii, pokud dochází k malabsorpci vitamínu B12 a kyseliny listové. Na přítomnost anémie mnohdy také svědčí bledost kůže, sliznic a spojivek (Karges a Al Dahouk, 2011). Laboratoř může dále zjistit přítomnost hypoalbuminémie, což poukazuje na malnutrici. Specifická laboratorní vyšetření pro tuto chorobu jsou serologická vyšetření typu ASCA (protilátka proti kvasinkám *Saccharomyces cerevisiae*) a pANCA (protilátka proti cytoplazmě neutrofilů). Kvasinky *Saccharomyces cerevisiae* jsou využívány v pekařství, vinařství a pivovarnictví. ASCA protilátky se vyskytují u 41 – 76 % pacientů s Crohnovou chorobou, přičemž tento vysoký výskyt není ovlivněn předcházející nebo současnou léčbou (Zima, 2007). Důkazem specifity a důležitosti protilátek ASCA u Crohnovy choroby je zjištění, že pacienti ASCA pozitivní vykazují lepší odpověď na terapii infliximabem. Perinukleární antineutrofilní protilátky (pANCA) jsou reprodukovány B-lymfocyty ve střevní sliznici jako odpověď na stimulaci bakteriálními antigeny nebo antigeny vlastní tkáně. Detekce těchto protilátek je založena na testu ELISA (test enzymové imunoanalýzy). pANCA protilátky se více vykytují při ulcerózní kolitidě, avšak v kombinaci s ASCA slouží k odlišení Crohnovy choroby od ulcerózní kolitidy, přičemž pro Crohnovu chorobu je typickým výsledkem ASCA pozitivní a pANCA negativní. Ve 20 – 30 % jsou ale tyto protilátky pozitivní

i při Crohnově chorobě. Projevy pacientů s tímto výsledkem se pak nápadně podobají projevům ulcerózní kolitidy (Gabalec, 2009).

Nejcennějším vyšetřením v diagnostice Crohnovy choroby je endoskopie s odběrem bioptických vzorků. Patologické změny jsou na endoskopickém obraze přítomny segmentálně, tedy postižené úseky trávicí trubice (v odborné literatuře též nazývané skip lesion) střídající se s nepostiženými (skip areas). V akutní fázi onemocnění vidíme v postižených úsecích erytém sliznice s aftózními vředy, které mají zarudlý střed s bílým lemem. Charakteristický je také dlaždicový reliéf sliznice, též nazývaný jako cobblestone reliéf (Karges a Al Dahouk, 2011). Pro spolehlivou diagnostiku této nemoci se odebírají 2 bioptické vzorky z 5 segmentů tlustého střeva, včetně rekta a terminálního ilea (Gabalec, 2009). Mezi moderní endoskopické metody patří kapslová endoskopie, která je oproti kolonoskopii zcela neinvazivní. Kapsle má velikost 11 x 26 milimetrů a hladký povrch pro snazší spolknutí. U této metody hrozí retence kapsle. Tato komplikace se dnes už dá ale řešit tzv. retenční kapslí, která se při uvíznutí rozpadne a zbude z ní 2mm velké radiofrekvenční jádro (Hofmannová a Samcová, 2009).

V diagnostice Crohnovy choroby jsou využívány i radiologické metody. Běžně používanou je enteroklýza, jelikož dovoluje posoudit rozsah postižení a má vysokou senzitivitu i specifitu, přičemž v dnešní době již máme na výběr mezi CT enteroklýzou s využitím rentgenového záření, nebo s využitím magnetického pole, MR enteroklýza (Karges a Al Dahouk, 2011). Rolí magnetické enteroklýzy v diagnostice Crohnovy choroby se ve své práci zabývali Francesca Fornasa, Chiara Benassuti a Luca Benazzato. Ve svém šetření se přesně zabývali přesností magnetické enteroklýzy v rozlišení mezi fibrotickými a zánětlivými stenózami tenkého střeva s cílem zhodnocení diagnostické přesnosti této metody. Šetření provedli u 111 respondentů, u nichž byla prokázána obstrukce tenkého střeva. Z jejich výsledků vzešlo, že magnetická enteroklýza je velice spolehlivou diagnostickou metodou, která se pyšní 95,8% senzitivitou, 100% specifikou a 97,9% přesností v diagnostice fibrotických stenóz (Fornasa et al., 2011).

Díky moderním sonografickým zařízením lze využít v diagnostice Crohnovy choroby také ultrazvukové vlny. Na sonografii hodnotíme ztlustění stěny tlustého střeva o více jak 4 mm či ilea o více jak 2 mm (Gabalec, 2009).

Kromě již zmíněné akutní apendicitidy je nutno diferenciatně diagnosticky vyloučit divertikulitidu, ischemickou kolitidu, ulcerózní kolitidu, střevní tuberkulózu, akutní ileitidu způsobenou *Yersinia enterocolitica* či *Yersinia pseudotuberculosis* a kamylobakterovou infekci (Karges a Al Dahouk, 2011).

## ***1.8 Léčba***

Ke zvládnání zdravotního stavu pacientů s Crohnovou chorobou se kombinují mezi sebou léčby dietní, medikamentózní a chirurgické. A jelikož průběh této nemoci velice často zasahuje do psychosociální oblasti, nesmíme opomínat také na léčbu psychologickou.

Léčba této nemoci je často dosti komplikovaná, což dokazuje tvrzení anglického chirurga Alexandera Williamse: „V léčbě Crohnovy choroby je internista nemohoucí, chirurg nebezpečný a bůh milosrdný (Klener et al., 2011, s. 487)“.

### ***1.8.1 Dieta a umělá výživa***

Základem konzervativní léčby Crohnovy choroby je dieta. Dietní léčba se liší ve fázi remise a recidivy. Akutní vzplanutí této nemoci může vést k proteino-energetické podvýživě s váhovým úbytkem, nedostatku bílkovin, deficitu vitamínů, minerálů a stopových prvků (zejm. kalia, magnezia, kalcia, fosfátů, vitamínů D, K a B12). Deficity výše jmenovaných látek se vztahují k postižené části trávicího traktu, např. při postižení terminálního ilea často dochází k deficitu vitamínu B12, jelikož se zde nachází místo, kde se za normálních okolností tento vitamin vstřebává (Bickston a Bloomfeld, 2010). Důvodem podvýživy bývá malabsorpce, průjem způsobený žlučovými kyselinami, přerůstání bakterií aj. V řešení těchto projevů má své místo dokonce enterální výživa a to nejen formou perorálních nutričních doplňků, ale také sondou. Enterální výživa dokáže eliminovat následky podvýživy a dále zlepšuje kvalitu života



podvýživěných pacientů. Perorální nutriční doplňky jsou považovány za prospěšné i v době remise. S dietou jako takovou je to složitější, jelikož žádné přísné či specifické dietní omezení není nutné, avšak existují potraviny, které Crohnovu chorobu zhoršují. Jedná se ale o tak individuální záležitost, že každý pacient je donucen si vysledovat rizikové potraviny sám, což bývá běh na dlouhou trať. Ovšem jistá biologická a energetická hodnota stravy doporučena je, jedná se samozřejmě zejména o bílkoviny - zvýšený obsah kvalitní bílkoviny – 1g/kg/den v případě normálního stavu výživy, při podvýživě až 1,3g/kg/den. Další doporučení se týkají vyvážené stravy, vyššího obsahu vlákniny ve stravě, omezení dráždivých koření, dostatku tekutin, současně abstinence alkoholu a vyloučení nikotinu (Grofová, 2007).

### *1.8.2 Medikamentózní léčba*

Konzervativní léčba dále pokračuje velmi širokou léčbou medikamentózní. Obecně je tento druh léčby zaměřen na ovlivnění mediátorů zánětlivých procesů a na potlačení imunologických změn, v obecné rovině lze dále říci, že je léčba zaměřena na tzv. step-up přístupu, kdy se aplikuje u mírných forem nemoci léčba nejméně toxická, při zvyšování aktivity nemoci se však přechází k léčbě agresivnější, tedy i toxičtější. U většiny pacientů se začíná s tzv. Salicyláty, kam pro medikaci idiopatických střevních zánětů řadíme sulfasalazin a kyselinu 5-aminosalicylovou (mesalazin). Zejména mesalazin (např. Pentasa) v různých lékových formách tvoří základ léčby Crohnovy choroby, jelikož se v 50 % uvolňuje v tenkém střevě a v 50 % v tlustém střevě, což pokrývá nejobvyklejší lokalizace zánětu. Mesalazin patří mezi bezpečné léky s minimem nežádoucích účinků, vzácně mohou způsobit průjem, bolesti hlavy, nauzeu, vyrážku či trombocytopenii (Marek et al., 2005).

V terapii Crohnovy choroby mají své místo také antibiotika, jedná se ale výhradně o situace závažných stavů a komplikací. Lékem volby je zde metronidazol, případně ciprofloxacin, které mají obvykle za úkol korigovat infekční a septické komplikace, kterými jsou nejčastěji píštěle (Gabalec, 2009). Tato léčba by měla být dlouhodobá, avšak s ohledem na nežádoucí účinky. Metronidazol může u pacientů způsobit periferní

polyneuropatie či kovovou pachut' v ústech. Ciprofloxacin bývá snášen lépe, zřídka způsobuje dyspeptické potíže, průjem či vyrážku (Marek et al., 2005).

Při atace Crohnovy choroby však s těmito léky nepostačíme a musíme kombinovat s agresivnější léčbou. V první řadě nastupují kortikosteroidy, které působí protizánětlivě a imunosupresivně. Existují v různých lékových formách (tablety, čípky, klyzmata aj.) a v dnešní době vedle velmi účinných systémových kortikosteroidů (např. Prednison, Medrol) stojí ještě tzv. topické kortikosteroidy (Budesonid), jejichž obrovskou výhodou je minimum nežádoucích účinků díky jejich minimálnímu vstřebávání ze zažívací trubice. Tyto léky byly velkým objevem a nadějí IBD pacientů, ale přinesly zklamání, jelikož jejich účinek bývá oproti systémovým kortikosteroidům nesrovnatelný. Nežádoucí účinky systémových kortikosteroidů jsou ale opravdu závažné a vyskytují se bohužel poměrně často. Patří mezi ně otoky, osteoporóza, poruchy spánku a nálady, zvýšená vnímavost k infekcím atd. Při léčbě těmito léky se obáváme kortikorezistence a kortikodependence, které se vyskytnou až u poloviny pacientů. Kortikorezistence je stav, kdy k potlačení známek aktivity Crohnovy choroby je nutné podávat kortikosteroidy v dávce vyšší než 30 mg/den. Kortikodependence je stav, který vyžaduje dlouhodobé podávání těchto léků a při jejich vysazení dochází k objevení známek zánětu (Gabalec, 2009).

Při neúspěchu s kortikoidní medikací a u kortikodependentních pacientů se přistupuje k indikaci imunosupresivní terapie. Nejčastěji užívaným imunosupresivním lékem u Crohnovy choroby je azathioprin, méně často je předepisován metotrexát či cyklosporin. Imunosupresivní léčba má také mnoho nežádoucích účinků a její efekt přichází až za několik týdnů (průměrně 16 týdnů), s čímž musí být pacient seznámen. Nejčastějším nežádoucím účinkem těchto léků je tzv. flu-like syndrom, který zahrnuje svalové bolesti, bolesti hlavy a průjem a je charakteristický pro 2. – 3. týden po nasazení této medikace. Dále je to leukopenie, poškození jater a pankreatitida. Kvůli častému výskytu těchto nežádoucích účinků musí být u těchto pacientů monitorován stav krevního obrazu zpočátku 1x měsíčně, později 1x za 2-3 měsíce (Marek et al., 2005).

Výše zmíněný step-up přístup je v této medikamentózní posloupnosti zakončen biologickou léčbou, o které bude pojednáno dále. V dnešní době ale stojí v centru pozornosti a četných studií přístup top-down, který je zcela opačný než výše popsany step-up. U léčebného postupu top-down se tedy začíná ihned v počátcích choroby se silnou a agresivní léčbou s cílem zabránit rozvoji onemocnění, jelikož jak ve své práci uvádí Linová, Blonski a Liechtenstein, u většiny pacientů léčených klasickým step-up postupem se vyvinou četné komplikace. Ze studií vyplývá, že touto léčbou riziko vzniku píštělí má 33 % pacientů po 10 letech trvání choroby a u 50 % po 20 letech trvání choroby. Přičemž 83 % ze všech píštělí si vyžádá chirurgické řešení. Kdežto včasné použitá biologická léčba v kombinaci s imunomodulátory dosahuje dle studií rychlejší remise s delším časovým obdobím k relapsu, snížené potřeby léčby pomocí kortikosteroidů, rychlejšího ústupu klinických příznaků, rychlejšího poklesu zánětlivých markerů a lepšího slizničního hojení. Tento léčebný přístup však přináší ekonomické problémy, zvláště pak pokud se jedná o aplikaci v České republice. Biologická léčba je totiž velice nákladná a bohužel se jí mnohdy nedostane ani pacientům, kteří mají velice pokročilé stadium choroby a jejich stav by si ji co nejdříve zasloužil (Lin et al., 2010).

### *1.8.3 Biologická léčba*

Biologické preparáty jsou nadějí poslední doby v léčbě Crohnovy choroby. Tato farmaka zasahují do imunitních mechanismů a to svým účinkem na Tumor nekrotizující faktor (TNF). Tato látka za normálních okolností koluje v krvi a má za úkol chránit organismus před nádory, u autoimunitních chorob je ale výrazným činitelem v procesu nemoci. Jedná se o preparáty, které dokáží pro-zánětlivý cytokin TNF-alfa blokovat či ho úplně zničit. V praxi se jedná o Infliximab (např.: Remicade), tedy protilátku ze 75 % z lidské a z 25 % z myší bílkoviny, která dokáže snížit množství TNF-alfa ve střevní sliznici, snížit počet buněk produkujících TNF-alfa a snížit hladinu C-reaktivního proteinu. Infliximab se podává v podobě intravenózních infúzí v dávce 5 mg/kg. Zpočátku je podán 0., 2., a 6. týden, posléze každý 8. týden (Lukáš a Donoval, 2007). Tento lék přišel na trh v roce 1998 v USA a v roce 1999 byl rozšířen do Evropy. Avšak Česká republika si na něj musela ještě rok počkat. Od počátku vykazoval tento

lék skvělé výsledky a vykazuje je dodnes. Bylo například dokázáno, že krátkodobou odpověď vytvoří až 80 % pacientů a až u 50 % pacientů dokáže infliximab uzavřít píštěl. Obávaný výskyt oportunních infekcí v souvislosti s léčbou infliximabem zůstává nízký (Namara et al., 2004).

Dalším preparátem biologické léčby je Adalimumab (např. Humira), který je vyroben uměle za pomoci genového inženýrství, tudíž je jeho velkou výhodou nepřítomnost cizorodé bílkoviny (Gabalec, 2009). Tento lék je aplikován ve formě subkutánních injekcí v pravidelných intervalech udržovací dávky 40 mg 1x za dva týdny, přičemž maximální koncentrace tohoto léku je dosaženo za 5 dní po aplikaci. Při zahájení léčby je doporučena dávka 160 mg v 0. týdnu a 80 mg ve 2. týdnu. Subkutánní podání tohoto preparátu je rovněž velkou výhodou, jelikož dnes již existuje mnoho pacientů léčených tímto preparátem, kteří jsou na domácí terapii. Pro jejich snazší autoaplikaci se preparáty adalimumabu začínají vyrábět i v období inzulinových per (Lukáš, 2008).

Posledním ze skupiny anti-TNF-alfa preparátů je Certolizumab pegol (např.: Cimzia), což je protilátka humanizovaná, která se dokáže navázat na určité místo Tumor nekrotizujícího faktoru a znemožnit mu tak jeho patologickou činnost. Preparáty certolizumabu se aplikují rovněž subkutánně a to 1x za 4 týdny. V praxi bylo prokázáno, že 44 % pacientů, kteří byli léčeni infliximabem a ztratili na něj účinnost, vykazovali pozitivní odpověď při přechodu na certolizumab, což pro takové pacienty může být novou nadějí. Avšak indikace tohoto léku je prozatím schválena pouze v USA a ve Švýcarsku (Olejárová, 2010).

Ač jsou výše uvedené biologické preparáty nejčastěji užívané, existují ještě další, které však fungují na zcela jiném principu. Zkoumání imunitních reakcí v průběhu zánětu totiž odhalilo nepoměr mezi koncentrací prozánětlivých působků a koncentrací přirozených působků, které brání rozvoji zánětu. Na základě těchto zjištění se začaly vyvíjet preparáty, které mají substituovat protizánětlivé mediátory. Jedná se například o antilymfocytární protilátky, kam patří vizulizumab (např.: Nuvion) a fontolizumab (např.: HuZAF) (Lukáš a Donoval, 2007).

O této terapii se hovoří jako o přelomové u IBD pacientů, existují ale stále bohužel pacienti k této léčbě rezistentní. Dosud platí, že asi 30 % pacientů odpoví na biologickou terapii kompletní remisí, 30 % pacientů se výrazně zlepší a posledních 30 % pacientů nereaguje ani na tuto moderní léčbu (Lukáš, 2008; Špičák et al., 2008). Každá léčba má ale také svá rizika a nežádoucí účinky a biologická terapie bohužel není výjimkou. V souvislosti s léčbou biologickými preparáty se nejvíce obáváme infekcí, tuberkulózy a neoplazie. Z infekcí se nejčastěji jedná o závažné bakteriální infekce především měkkých tkání, kůže a kloubů, granulomatózní infekce v podobě listeriózy, kandidózy apod. a virové infekce (herpes zoster či reaktivace chronické hepatitidy B). Dle některých odborníků se tyto infekce častěji vyskytují v prvním roce léčby. Při výskytu infekčních nežádoucích účinků se musí ihned léčba přerušit. Prevencí těchto nežádoucích účinků jsou laboratorní vyšetření před zahájením biologické terapie. Vyšetření je zaměřeno především na vyloučení hepatitidy B a C. Další hrozbou je tuberkulóza, která se vyskytuje obvykle v prvních měsících léčby (3. – 12. měsíc) a jde většinou o reaktivaci latentní infekce, častěji o mimoplicní formy. Z těchto důvodů byla opět před zahájením léčby biologickými preparáty stanovena preventivní opatření v podobě laboratorních vyšetření prokazující tuberkulózu. Tato diagnostika je však značně zkomplikována faktem, že při současné léčbě imunosupresivy má pacient falešně negativní tuberkulinový test. Vznik malignit prozatím nebyl pozorován tak často jako dvě předešlé komplikace, avšak bylo dokázáno, že při souběžné léčbě imunosupresivy nastává vyšší riziko vzniku lymfomů, leukémií, melanomů a některých solidních nádorů. Existují další nežádoucí účinky této léčby, které se někdy v minulosti vyskytly, ale jejich četnost je velice nízká. Patří mezi ně chronická kardiální insuficience, autoimunitní syndromy, hematologické poruchy (aplastické anémie), zvýšení jaterních aminotransferáz, neurologická onemocnění (demyelinizační onemocnění), plicní postižení či kožní onemocnění (psoriáza) (Olejárová, 2010).

V souvislosti s biologickou terapií se dále setkáváme s jistými praktickými problémy. Takovým problémem je například očkování, jelikož je kontraindikováno očkování živými vakcínami (zarděnky, spalničky, příušnice, varicella-zoster, žlutá zimnice, chřipka – nazální vakcína, poliomyelitida – perorální vakcína). Bezpečné je

toto očkování pouze 3 – 4 týdny před zahájením léčby nebo po 3 měsících od jejího ukončení. Posledním z těchto problémů jsou chirurgické zákroky, jelikož se hovoří o vyšším výskytu infekcí v perioperačním období v souvislosti s biologickou terapií, avšak názory na tento problém prozatím nejsou stejnorodé, stejně jako výsledky průzkumů. Doposud se tedy doporučuje biologickou terapii v předoperačním období přerušit (Olejárová, 2010).

V souvislosti s touto terapií se ale setkáváme se značnými problémy ekonomickými a to nejen na našem území, proto je žádoucí indikovat k léčbě pouze ty pacienty, kteří mají největší šanci na dosažení delší remise a mají velmi dobrou compliance k medikamentózní terapii. Tento druh léčby je vázán na tzv. Centra biologické léčby, kterých je v naší republice doposud 23, jejich množství se ale stále zvyšuje (Česko, 2012).

#### *1.8.4 Chirurgická léčba*

Crohnova choroba je natolik závažným onemocněním, že mnoho jejích nositelů se neobejde bez chirurgického zákroku. Statistiky dokonce ukazují, že 70 – 80 % pacientů s Crohnovou chorobou je nejméně jednou za svůj život operováno. Hlavními indikacemi k chirurgickému zákroku jsou stenózy způsobující obstrukční symptomy, selhání konzervativní léčby a komplikace typu píštělí či perianálních postižení. Jedna z nejčastějších operací je ileocékální resekce. V dnešní době je u těchto pacientů, kteří mají podstoupit resekci některé části střeva, snaha o zachování co nejdelšího úseku střeva a to z důvodu zabránění vzniku syndromu krátkého střeva. Z těchto důvodů se od poloviny 90. let 20. století provádí strikturoplastiky stenóz tenkého střeva. Tímto zákrokem se podélně protne stenóza a následně příčně sešije. Tento výhodný zákrok však jde uskutečnit pouze u stenóz do 5 cm délky (Gabalec, 2009). Značné problémy tvoří recidivy Crohnovy nemoci po resekcích. Tyto recidivy jsou endoskopicky detekovatelné a vyskytují se až u 90 % pacientů za 3 roky po ileocékální resekci. Recidiva se nejčastěji objeví nad vytvořenou ileokolickou anastomózou. Dalšími operačními zákroky mohou být drenáže perianálních abscesů, neelastické ligatury

jakožto řešení píštělí či posunlivý slizniční lalok při anovaginálních píštělích (Češka et al., 2010).

Základem chirurgické léčby Crohnovy choroby je tedy v dnešní době co nejšetnější zásah. Z těchto důvodů se i u těchto pacientů dnes preferují miniinvazivní zákroky. Těmito typy léčby se ve svém šetření zabývali Mirow et al., kteří pro svou studii získali 60 respondentů s Crohnovou chorobou v průměrném věku 33,1 let, kteří podstoupili některý laparoskopický zákrok střev. Z jejich výsledků je patrné, že miniinvazivní chirurgie přináší méně pooperačních komplikací, kratší dobu hospitalizace a samozřejmě také minimální kosmetický zásah, který je pro takto mladé pacienty bezpochyby také důležitý, navíc s přihlédnutím k faktu, že mnoho pacientů s Crohnovou nemocí nepodstoupí za svůj život operaci pouze jednu (Mirow et al., 2006).

#### *1.8.5 Psychoterapie*

Nedílnou součástí léčby pacientů s Crohnovou chorobou je psychoterapie. Metod psychoterapie je velké množství, avšak některé jsou dle odborníků nejvhodnější u pacientů s Crohnovou chorobou. Základem psychoterapie je terapeutický rozhovor. Tento rozhovor si klade za cíl podněcovat sebezpozorování pacienta a projasňovat význam konfliktů, které nemoc zhoršují. Předpokladem pro účinnou psychoterapii je vztah mezi lékařem a pacientem, který dokonce může tolerovat agresivní způsoby chování ze strany pacienta a kde řízené dirigování ze strany lékaře je chybné. Jediným a nejvhodnějším nástrojem pro tuto verbální intervenci jsou dobře kladené otázky ze strany lékaře. Tato metoda by měla trvat nejméně 20 minut a lékař musí brát v úvahu, že pacienti s touto diagnózou mohou vykazovat depresivní osobnostní rysy, mohou být velmi zranitelní a nebývají si sami sebou jistí. Těmto požadavkům musí být rozhovor přizpůsoben, aby byly vytvořeny podmínky pro přijetí nepříznivého somatického průběhu nemoci (Tress et al., 2008).

Další psychoterapeutickou skupinou jsou relaxační techniky, kam řadíme mimo jiné např. autogenní trénink. Autogenní trénink využívá záměrné svalové relaxace k navození psychického uvolnění i k uvolnění orgánových funkcí. Jedná se o 6 postupně

nacvičovaných úkolů, při nichž dochází k uvolnění různých částí a orgánů těla. Tato metoda je preferována zejména v Evropě, avšak obdobou je progresivní relaxace podle Jacobsona, která se využívá zejména v anglicky mluvících zemích. Rozdíl v těchto dvou metodách tkví ve faktu, že progresivní relaxace nevyužívá představ, jelikož jde pouze o svalové uvolňování, které se cvičí velmi důkladně v jednotlivých částech těla. Další psychoterapeutickou metodou, kterou lze použít u pacientů s Crohnovou chorobou je autogenní meditace, též nazývaná Schultzův autogenní trénink. Tato metoda spočívá v dovednosti vyvolat a udržet si živé představy určených předmětů, osob a dějů a ve využívání této dovednosti k dalšímu meditativnímu setrvávání u osobně významných témat (Kratochvíl, 2006).

### **1.9 Reprodukce**

Problematika reprodukce u osob s idiopatickými střevními záněty zaznamenává v poslední době zvýšenou pozornost. Mnoho studií se v první řadě zabývalo otázkami plodnosti v souvislosti s IBD. Heetun et al. ve své práci uvádí, že samo onemocnění nijak neovlivňuje plodnost žen a mužů, avšak bylo zjištěno, že u některých léků a zákroků spojených s terapií ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby je tomu jinak. Jedná se například o Sulfasalizin, který snižuje plodnost u mužů, jelikož má nepříznivý vliv na morfologii a motilitu spermií (Heetun et al., 2007). Názor na vliv kortikosteroidů na plodnost není jednotný, avšak bylo zjištěno, že tyto léky mohou též negativně působit na plodnost u mužů, avšak reverzibilně. Žádné další léky používané v medikaci těchto dvou onemocnění by neměly mít vliv na plodnost, bylo ale dokázáno, že u žen je plodnost nižší v souvislosti s přítomností ileo- anální anastomózy (Hájek et al., 2004).

Problémy bohužel nastávají také v dalších oblastech reprodukce, tedy v těhotenství a porodu. Vliv idiopatických střevních zánětů na těhotenství je značný. Byl dokázán zvýšený výskyt spontánních potratů a to zejména u žen, které měly v době koncepcie chorobu aktivní či pokud podstoupily resekci střeva těsně před těhotenstvím. Častější je rovněž výskyt předčasných porodů a to zejména mezi 33. až 36. týdnem gravidity (Hájek et al., 2004). Dále bylo zjištěno, že těhotenství má vliv na exacerbaci



onemocnění. Některé studie ukazují, že těhotenství může zlepšit průběh Crohnovy choroby, odhalen byl ale také negativní vliv gravidity. Recidiva Crohnovy choroby v souvislosti s těhotenstvím je nejčastější v prvním trimestru a poté v období šestinedělí. Co se týká léků užívaných při tomto onemocnění, několik jich je absolutně kontraindikovaných, jiné pouze nejsou doporučovány. V první řadě je nutno zmínit Metotrexát, který má teratogenní účinky, se kterými by měly být seznámeny zejména ženy v produktivním věku. Vliv ostatních léků jako je cyclosporin, metronidazol, kortikosteroidy, azathioprin atd. na těhotenství byl v zájmu mnoha studií. U žádného z těchto léků nebylo prokázáno, že by způsoboval malformace plodu, přesto ale nejsou v těhotenství doporučovány. Pozornost v této problematice byla také věnována biologickým preparátům, přičemž žádná nezaznamenala negativní vliv na plod a tak někteří odborníci s klidem tvrdí, že mohou být tyto léky podávány i v době gravidity. Odborníci se také např. zabývali přítomností infliximabu v mateřském mléce kojících matek (Heetun et al., 2007). Ben-Horin et al. ve svém výzkumu porovnávali množství infliximabu u tří kojících matek s diagnózou Crohnovy choroby před a po opětovném zahájení léčby tímto preparátem. Tyto výsledky byly dále srovnány se zdravými kojícími matkami. Před opětovným zahájením léčby nebylo u těchto žen detekováno žádné množství infliximabu v mateřském mléce stejně jako u žen zdravých. Po dvou až třech dnech po infúzi bylo v mateřském mléce matek s Crohnovou chorobou naměřeno 101 ng/ml. Toto množství odpovídá asi 1/200 oproti koncentraci této látky v krvi. Z výsledků této studie vyplývá, že množství infliximabu v mléce kojících matek je natolik malé, že vyústění v systémovou imunitní odpověď dítěte je velice nepravděpodobné. Nicméně místní účinky této látky na střevě novorozenců či změnu tolerance této látky nelze vyloučit (Ben-Horin et al., 2011).

Při porodu se setkáváme s problémy zejména jsou-li přítomny perianální příznaky, které se mohou náhle zhoršit. V souvislosti s těmito projevy Crohnovy choroby by se měl porodník vyvarovat nástřihu hráze u těchto pacientek (Heetun et al., 2007).

### ***1.10 Úloha sestry v péči o nemocné***

V rámci poskytování ošetrovatelské péče pacientům s Crohnovou chorobou sestra v první řadě hledá problémy, ze kterých následně sestavuje ošetrovatelské diagnózy. Nejčastějšími problémy u těchto pacientů je bolest břicha, poruchy vyprazdňování, snížení objemu tělesných tekutin, poruchy výživy, změny na kůži a sliznici v okolí análního otvoru, poruchy v sociální oblasti, bezmocnost a nejistota a v některých případech také nedostatek informací o nemoci. K těmto problémům se vztahují cíle, kterých se pomocí kvalitní ošetrovatelské péče snažíme dosáhnout. Snažíme se navodit normální vyprazdňování, odstranit bolesti, upravit stravování, abychom dostali příjem a výdej do rovnováhy, obnovit navyklý životní styl, navodit spolupráci s rodinou, navodit psychickou rovnováhu a u pacientů s deficitními informacemi také předat dostatečné informace (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Pacienti s Crohnovou chorobou jsou dispenzarizováni a do nemocniční péče se dostávají pouze na začátku jejich onemocnění, při stanovení diagnózy a dále při výrazné dekompenzaci. Tito pacienti většinou mají volný pohybový režim s dostatkem klidu na lůžku. Na začátku hospitalizace sestra vyhodnotí stupeň soběstačnosti a dle něj plánuje dopomoc při konání základních potřeb. Při bolestech zaujímá pacient úlevovou polohu, v čemž mu sestra pomáhá vhodnou úpravou lůžka. Sestra se dále zaměřuje na sledování vyprazdňování stolice, kdy sleduje nejen četnost, ale také vzhled a zápach stolice a vše zaznamenává do dekursu, dále si všímá výskytu bolestí s veškerými charakteristikami bolesti, vzhledu kůže, především v okolí konečníku, psychického stavu, výživy a hydratace a také hmotnosti pacienta, přičemž je nutné tyto pacienty pravidelně dvakrát týdně vážit a to vždy za stejných podmínek (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Dalšími ošetrovatelskými intervencemi je podávání léků. Tito pacienti obvykle užívají mnoho léků v různých lékových formách včetně klyzmat a čípků, proto i při tomto úkonu dbáme na intimitu pacienta, pokud je pacient soběstačný a bude předem dobře instruován sestrou, může si tyto léky aplikovat sám. Některé léky bývají v těchto případech podávány také v infúzích, po zavedení funkční intravenózní kanyly sestra každý den hodnotí její stav a včasným přepíchnutím předchází vzniku flebitidy (Richards a Edwards, 2004). S příchodem biologických preparátů do terapie Crohnovy

choroby přišla i další specifika sesterské práce. Jak bylo uvedeno výše, tyto preparáty se aplikují buď intravenózně či subkutánně. Intravenózní podání trvá okolo dvou hodin, subkutánní podání je jednorázové v podobě podkožní injekce. Intravenózní podávání biologických preparátů by mělo být vždy doprovázeno kontrolou celkového stavu pacienta a kontrolou krevního tlaku a to před i během aplikace. Při subkutánním podání by měla sestra střídat místa vpichu, aby zabránila ztvrdnutí kůže. Tyto biologické preparáty mají velké molekuly, tudíž jejich podkožní aplikace je vcelku bolestivá, proto by měla sestra dbát na šetrnou, pozvolnou aplikaci (Olejárová, 2010).

Sestra dále dbá na zajištění vhodné stravy. O tom, jak by tato strava měla vypadat je pojednáno výše. Zvláště u těchto pacientů je ale vhodné, aby se poradila s nutričním terapeutem. Co se týká hygieny, zvláštní péči by měla věnovat okolí genitálu, které je povětšinou drážděno četnými průjmovitými stolicemi. Po celou dobu hospitalizace sestra samozřejmě jedná vstřícně a je pacientovi oporou, čímž pečuje o jeho psychický stav. Podání dostatečného množství informací je samozřejmostí, vždy si sestra musí uvědomovat komu dané informace říká, jestli jsou dostačující a hlavně jestli je jim pacient schopen porozumět (Šafránková a Nejedlá, 2006). Ač je tato činnost sestry opravdu samozřejmostí, ne vždy je prováděna adekvátně, což dokladuje výzkum Folprechtové a Brandejsové, které se zaměřili na informovanost pacientů s idiopatickými střevními záněty. Z jejich šetření vyplývá, že sestra pacienty edukuje pouze ve 4 % a na otázku v čem pacienti pocítují nedostatek informací odpovědělo 58 % respondentů, že v nejnovějších poznacích léčby, 19 % respondentů v plodnosti a těhotenství, 13 % respondentů v pohybu, sportu a pracovním zařazení a nejméně respondentů (10 %) pocítuje nedostatek informací ve stravě. (Folprechtová a Brandejsová, 2006).

### *1.10.1 Úloha endoskopické sestry*

Specifickou prací v tomto oboru je práce endoskopické sestry. Endoskopická vyšetření jsou pro většinu pacientů velice nepříjemným zážitkem, a proto na prvním místě práce sestry na endoskopii stojí psychologická příprava. Vlídne a profesionální jednání je nutné napříč celou problematikou endoskopie, tedy i v objednání k vyšetření.

Při tomto objednání musí sestra splnit nelehký úkol v podobě kompletního vysvětlení výkonu a přípravy na výkon a to tak, aby pacient všemu porozuměl. V první řadě tedy sestra již v této fázi pacientovi vysvětlí průběh výkonu, k čemuž je vhodné použít obrázky. Dále sestra vysvětlí jednu z nejvíce důležitých částí edukace a tou je příprava na výkon. Tato příprava se samozřejmě liší dle druhu výkonu (Pěchoučková, 2005).

K vyšetření horní části trávicího traktu postačí, aby pacient cca 6 – 8 hodin před výkonem nejedl, nepil a nekouřil. Složitější příprava nastává u vyšetření dolních částí trávicího traktu (např. kolonoskopie). V těchto případech musí být pacientovy poskytnuty informace o dietním omezení začínajícím již týden před vyšetřením. Jedná se o dietu s omezením zbytků, což v praxi znamená, že se pacient bude vyvarovat potravinám obsahujících mák a kmín, ovoci se zrníčky (kiwi, hrozny, meloun, ale též banán), zeleniny se zrníčky a slupkami (rajče, paprika) a celozrnného pečiva. Den před vyšetřením je dále nutné se vyvarovat pití mléka, džusů a turecké kávy. Tento jeden den před vyšetřením je pro pacienty nejvíce zatěžující, k obědu je vhodné si dát již jen bujónovou polévku a od 16:00 začít pít vyprazdňovací roztok. Nejčastěji používaným vyprazdňovacím roztokem je Fortrans, který obsahuje 4 sáčky a každý sáček se má rozpustit v 1 litru vody. K vypití jednoho litru této tekutiny by mělo dojít za 1 hodinu, takže pacient požívá tento roztok celkem 4 hodiny. Kontrolou správného vyprázdnění je odchod čiré tekutiny místo stolice. V den vyšetření si pacient vezme běžně užívané léky až na výjimky, o kterých konkrétního pacienta informuje lékař. V souvislosti s tímto vyšetřením dále poučíme pacienta, aby si v den vyšetření neaplikoval na konečník žádné masti. Z důvodu přílišného množství informací je nezbytné je pacientovi poskytnout také v tištěné podobě spolu s informovaným souhlasem o výkonu, který stvrdí podpisem a donese ho s sebou k vyšetření. Je vhodné veškeré tyto informace týkající se přípravy na výkon pacientovi odůvodnit a sdělit mu, že v případě jejich nedodržení je riziko opakování výkonu (Marešová a Vaňková, 2007). Pacienta dále upozorníme, že při výkonu může dojít k aplikaci analgosedace, po které je kontraindikováno řízení motorových vozidel, sdělíme za jak dlouho se pacient po výkonu smí najíst a napít, kdy smí vstát z lůžka a také že po některých výkonech může být hospitalizován. Poslední poskytnutou informací bude datum a čas provedení

výkonu, přičemž je vhodné pacienta rovnou upozornit, že časy výkonů jsou pouze orientační. Pro některá endoskopická vyšetření je pro lékaře důležité znát některé laboratorní výsledky, nejčastěji INR (koagulační vyšetření), aPTT (koagulační vyšetření) a krevní obraz. Zajištění těchto odběrů včas před výkonem je v rukách sestry (Pěchoučková, 2005).

Při příchodu k endoskopickému vyšetření dá sestra najevo, že o pacientovi ví a sdělí mu, kdy zhruba půjde na řadu. Na endoskopických pracovištích je nutné selektivně určovat pořadí pacientů, jelikož je důležité upřednostnit např. pacienty s diabetem, dialyzované či onkologicky nemocné. Proto je vhodné pro jisté uklidnění nevrlosti pacientů z dlouhých čekacích dob informovat o průběžném pořadí. Po příchodu na endoskopický sálek si sestra rozhovorem ověří, zda byla dodržena příprava a ukáže pacientovi kde a do jaké míry se musí vysvléknout. Sestra následně pacienta uloží do vyšetřované polohy a zopakuje základní informace o vyšetření, detailnější popis vyšetření poskytne lékař, který by měl s pacientem komunikovat o průběhu vyšetření po celou dobu výkonu (Marešová a Vaňková, 2007). Sestra u pacienta stojí tak, aby na ní pacient viděl (pokud je to možné), uklidňuje ho a zajišťuje vhodnou vyšetřovací polohu. Asistence endoskopické sestry při těchto výkonech dále zahrnuje podávání kleští k biopsii, zajištění bioptovaného materiálu, aplikaci analgosedace s monitorací životních funkcí a aplikaci kyslíku v případě potřeby. Při naplánování vyšetření horního i dolního trávicího traktu se nejdříve vyšetří horní trakt (gastroskopie) a až poté dolní (např. kolonoskopie) (Pěchoučková, 2005).

Po ukončení výkonu by mělo vždy následovat slovní zhodnocení výkonu lékařem, dostal-li ale pacient analgosedaci, je zbytečné sdělovat pacientovi tyto důležité informace, jelikož bude mít na tuto událost amnézii. V těchto případech se informace poskytují až po odeznění analgosedace, včetně informací o výsledcích biopsie a následné dispenzarizační kontrole (Pěchoučková, 2005).

Práce endoskopické sestry není jednoduchá, ale jistě zajímavá. Endoskopická sestra musí umět připravit endoskopický sálek, což zahrnuje dezinfekci prostředí, sterilizaci přístrojů, přípravu endoskopických přístrojů (bioptické kleště, injektory, polypektomické kličky, kanyly na oplach, papilotomy atd.) a přípravu nezbytné výbavy

sálku (pulzní oxymetr, kyslíkové brýle, tonometr, ruční dýchací přístroj a kompletní vybavení k intubaci) (Pěchoučková, 2005).

### ***1.11 Kvalita života***

Vývoj kvality života bylo možné postupně pozorovat ve třech disciplínách, jimiž byly sociálně-ekonomické vědy, zdravotnictví a psychologie. Výzkum kvality života započal v 60. letech 20. století sociálními vědami. Tehdy byla kvalita života hodnocena především ve vztahu ke společnosti. Výzkumy byly zaměřeny na ekonomické a sociální indikátory typu politické svobody a nezávislosti, příjmu a materiálního zajištění, sociální spravedlnosti, právní jistoty a zdravotní péče. Při posuzování výsledků těchto studií záleželo na míře shody objektivních životních podmínek a jejich subjektivního hodnocení velkými skupinami lidí. Na základě těchto studií bylo zjištěno, že objektivní životní podmínky nekorrespondují se subjektivně vnímanou kvalitou života. Z těchto důvodů se začalo pracovat s pojmem „individuální kvalita života“. Za přispění psychologických věd se v rámci individuální kvality života začal více zkoumat vztah k osobnostním faktorům než k vnějším podmínkám (Gurková, 2011).

Hodnocení a sledování kvality života nabývá v posledních desetiletích ve zdravotnictví stále většího významu. Neuplynulo mnoho let od doby, kdy se kvalita života poprvé objevila v názvu vědecké práce zveřejněné v databázi MEDLINE, přesně to bylo roku 1975. Oproti dnešnímu výskytu kvality života u různých onemocnění a v různých životních situacích je to nesrovnatelné. Toto je důkazem důležitosti zájmu, hodnocení a sledování kvality života, zvláště u chronických onemocnění, což je v tomto případě Crohnova choroba (Gurková, 2011).

#### ***1.11.1 Definice kvality života***

Kvalita života je velmi těžko definovatelný pojem. Jedná se totiž o fenomén multidimenzionální, multifaktoriální, multiúrovňový, multidisciplinární aj. Tyto přívlastky mají společnou předponu multi-, která stojí za problémem definovatelnosti kvality života. A navíc uvážíme-li, že mimo běžné individuality mezi jedinci existují také výrazné změny ve vnímání kvality života u osob chronicky nemocných, problém se

o to dále zvyrazňuje. Individualita mezi jedinci je mimo jiné dána vztahem hodnot a kvality života. U chronicky nemocných to znamená, že dopad nemoci, případně také léčby, na kvalitu života pacienta je dán jeho hodnotovým systémem. Hodnoty těchto lidí jsou v oblasti zdravotní péče integrovány ve vztahu k objektivním a subjektivním ukazatelům kvality života. Chceme-li tedy veškeré tyto aspekty zahrnout do jediné definice kvality života, je to zcela nemožné. Existuje však několik autorů, kteří se pokusili definovat kvalitu života přímo pro obor ošetrovatelství. Velmi zdařilá je například definice Calmana, který o kvalitě života hovoří jako o rozdílu mezi nadějami a očekáváními člověka a současným stavem jeho života v daném časovém období. Z tohoto vymezení kvality života vyplývá nejen, že každý jedinec vnímá svou kvalitu života jinak, ale také, že můžeme nacházet rozdíly v tomto vnímání u jednoho konkrétního pacienta s časovým odstupem trvání jeho choroby, jelikož problémy, které na začátku považoval za velmi omezující, může dnes vnímat s mnohem menší intenzitou, což se odráží v kvalitě života (Gurková, 2011).

#### *1.11.2 Hodnocení kvality života*

Důležitým krokem pro hodnocení kvality života bylo vymezení domén kvality života. Na čtyřech doménách se shoduje většina autorů těchto konceptuálních modelů a to jsou: tělesná pohoda, sociální pohoda, psychická pohoda a spirituální pohoda. Někteří autoři modelů a teorií kvality života k těmto čtyřem dále uvádějí doménu rodina, obraz těla či reakce na diagnózu nebo léčbu. Nejuznávanějším autorem v tomto směru je ale Světová zdravotnická organizace (WHO), která vymezuje 6 domén kvality života: tělesná oblast, prostředí, psychická oblast, nezávislost, sociální vztahy a spiritualita. Při hodnocení kvality života v ošetrovatelství zjišťujeme, které oblasti jsou negativně ovlivněny (Gurková, 2011).

Důležitým mezníkem dále bylo vytvoření konceptu Health Related Quality of Life (HRQoL), nebo-li kvality života souvisejícím se zdravím. Tento koncept byl vytvořen pro účely ekonomických a klinických analýz a začal se používat od 70. let minulého století, přičemž první jej použili pánové Kaplan a Bush. Na počátku 80. let bylo měření HRQoL uskutečňováno pomocí generických nástrojů, jejichž cílem bylo porovnat

úroveň HRQoL mezi zdravou a nemocnou populací. Vývoj generických nástrojů byl pozvolný, nejdříve zahrnovaly pouze fyzické aspekty zdraví, poté rovněž behaviorální aspekty, dále pak psychickou, sociální a existencionální dimenzi zdraví. Takto obsáhlé nástroje jsou používány dodnes. Jedná se například o Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form, známý pod zkratkou SF-36, a o EuroQoL (EQ-5D). Tyto nástroje jsou u nás i v zahraničí považovány za „zlatý standard“ měření kvality života (Gurková, 2011; Vaňurová a Mühlpachr, 2005). Postupně se s cílem rozvoje přidávaly další nástroje, ze kterých je ještě nutno zmínit World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL), který byl vytvořen pracovní skupinou Světové zdravotnické organizace. Postupem doby ale rostla touha pro vznik nástrojů, které by byly ušité na míru jednotlivým populacím pacientů. Tímto způsobem začaly vznikat specifické nástroje měření kvality života, které se snaží o co nejpřesnější identifikaci faktorů, ovlivňujících kvalitu života pacientů. Hodnotí tedy poměrně úzké spektrum faktorů, které bezprostředně souvisí s konkrétním onemocněním, čímž se stávají citlivějšími a mají větší diskriminační validitu v porovnání s použitím generických nástrojů. V současnosti je v rámci širokého spektra onemocnění dostupný výběr různých specifických nástrojů měření HRQoL (Payne et al., 2005).

#### 1.11.2.1 Standardizovaný dotazník IBDQ

Také Crohnova choroba má svůj specifický dotazník týkající se kvality života. Tento dotazník nese název Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) a byl vytvořen v roce 1988 na kanadské McMaster univerzitě. Obsahuje 32 otázek rozdělených do čtyř domén: střevní, systémová, emocionální a sociální. Každá otázka je hodnocena 7 stupňovou Likertovou škálou a celkový počet bodů kolísá od 32 do 224, přičemž platí, že čím více bodů, tím vyšší kvalita života (Gabalec, 2009). Tento dotazník se používá často a v dnešní době existuje i jeho modifikovaná verze s 36 otázkami (IBDQ-36). V této modifikaci jsou otázky rozděleny do pěti domén, které jsou odlišné od předchozího dotazníku: celkové příznaky, střevní příznaky, funkční zhoršení, sociální zhoršení, zhoršení emočních funkcí (Whayman et al., 2011).



### *1.11.3 Faktory ovlivňující kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou*

Zajímavou studii kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou provedl Gabalec et al. V této studii bylo zahrnuto 103 osob, z nichž 45 pacientů mělo zvýšenou aktivitu choroby a 58 pacientů bylo v remisi. Gabalec et al. použili dotazník IBDQ a WHOQOL-BREF u pacientů s Crohnovou chorobou a výsledky porovnával s českými standardy. V této studii bylo prokázáno, že nejvýznamnější vliv na kvalitu života má aktivita nemoci. Jako velmi zásadní se ale také ukázala léčba a to konzervativní i chirurgická. Gabalec et al. dále uvádí, že při hodnocení kvality života jsou za významné považovány faktory psychosociální, socioekonomické a kvalita lékařské péče (Gabalec et al., 2009). Kvalitou péče o pacienty s idiopatickými střevními záněty se zabývala zajímavá srovnávací studie z Milána a Oxfordu, kterou provedli Cassinotti et al. Tato studie odhalila mnohé rozdíly v péči o tyto pacienty dvou evropských států. Bylo například zjištěno, že v Miláně více využívají k diagnostice sonografii, kdežto v Oxfordu je to spíše počítačová tomografie. Co se týká léčby, v Oxfordu více tito pacienti užívají azathioprin, ostatní léčba byla v obou městech srovnatelná. Z endoskopických vyšetření tlustého střeva v Miláně radikálně převládá kolonoskopie, kdežto v Oxfordu je to spíše sigmoideoskopie. Poslední zásadní zjištění z této studie se týká organizace práce s těmito pacienty, kdy velkou výhodou v Oxfordu zastupuje přítomnost specializované IBD sestry, která v Miláně chybí (Cassinotti et al., 2009). Další studie proběhla ve Stockholmu, ale netýkala se pouze Crohnovy choroby, nýbrž kvalitu života u idiopatických střevních zánětů jako celku. Této studii se zúčastnilo 197 pacientů a i zde byli pacienti rozděleni do skupin dle aktivity nemoci a dle trvání nemoci. Zajímavým výsledkem bylo, že pacienti s krátkým trváním nemoci mají nižší kvalitu života, než pacienti s dlouhodobým trváním nemoci. Zde bezpochyby hraje roli proces adaptace na život s touto chorobou, kdy to, co přišlo pacientovi na začátku jeho choroby jako značně omezující, může vnímat s odstupem času méně intenzivně či ho to vůbec nemusí omezovat v jeho kvalitě života (Jäghult, 2010). Americká studie Lichtensteina et al. zkoumala vliv remise Crohnovy choroby na kvalitu života a přinesla zcela očekávané výsledky. Bylo zjištěno, že remise zvyšuje zaměstnanost těchto pacientů, snižuje hospitalizace a výskyt operací a tím zvyšuje kvalitu života

(Lichtenstein et al., 2004). Velmi zajímavou studii dále provedli američtí lékaři v čele s Edwardem V. Loftem, kteří se zaměřili na účinek udržovací terapie Adalimumabu na kvalitu života. Této studii se zúčastnilo 499 respondentů se středně závažnou a závažnou aktivitou Crohnovy choroby. Studie probíhala tak, že po indukční léčbě Adalimumabem část pacientů dostávala pravidelnou udržovací dávku Adalimumabu a část pacientů placebo. Na počátku bylo zjištěno značné snížení kvality života, která se výrazně zvýšila po 4 týdenní indukční léčbě Adalimumabem. U pacientů, kteří po těchto 4 týdnech dostávali udržovací 40 mg dávku Adalimumabu bylo zaznamenáno méně depresí, méně únavy, méně bolestí břicha a lepší skóre v dotazníku IBDQ oproti pacientům, kteří v té době dostávali placebo, což svědčí o výrazném zvýšení kvality života (Loftus et al., 2008).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou.

### **2.2 Hypotézy**

H1: Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy ve fyzické oblasti.

H1.1: Pacienti s Crohnovou chorobou mají křeče v břiše.

H1.2: Pacienti s Crohnovou chorobou mají potíže s krvácením do konečníku.

H1.3: Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy s žaludeční nevolností.

H1.4: Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují únavu.

H2: Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v psychické oblasti.

H2.1: Pacienti s Crohnovou chorobou mají obavy z možnosti nutné operace.

H2.2: Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují strach, že nenajdou toaletu.

H2.3: Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují deprese.

H2.4: Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují podrážděnost.

H3: Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v sociální oblasti.

H3.1: Pacienti s Crohnovou chorobou mají ekonomické problémy.

H3.2: Pacienti s Crohnovou chorobou jsou omezeni ve využívání volného času.

H3.3: Pacienti s Crohnovou chorobou jsou omezeni v účasti na společenských akcích.

### 3. Metodika

Empirická část práce byla zpracována v rámci řešení grantového projektu číslo 120/2012/S „Odras kvality života v ošetrovatelství“. Jedná se o metodu kvantitativní analýzy dat, jejichž sběr probíhal od ledna do dubna 2013.

#### 3.1 Popis metodiky

K tomuto kvantitativnímu šetření byl využit obecný standardizovaný dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL – 100 a specifický standardizovaný dotazník kvality života při zánětlivém onemocnění střev IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire). Všechny otázky těchto dotazníků se ptají na situaci v posledních 2 týdnech života. Na oba tyto dotazníky jsme měli zakoupenou platnou licenci. Na počátku našeho šetření byly stanoveny 3 hlavní hypotézy, které dále sestávají z několika dílčích hypotéz. Strategie této výzkumné práce tedy směřovala k ověření hlavních hypotéz přes ony dílčí hypotézy.

Dotazník IBDQ obsahuje 32 otázek a k hodnocení odpovědí využívá 7stupňovou Likertovu škálu. Kvalitu života měří ve čtyřech oblastech: střevní (10 otázek), systémové event. celkové (5 otázek), sociální (5 otázek) a emoční (12 otázek). Střevní oblast zahrnuje otázky týkající se četnosti stolic, konzistence stolic, břišních křečů, bolestí břicha, krvácení z konečníku, náhodného ušpinění spodního prádla, patologického nutkání na toaletu, ale také projevů dyspeptického syndromu, jako pocitů zvedání žaludku, plynatosti a nadýmání. Do systémové oblasti konstruktéři tohoto dotazníku zařadili dotazy na problémy s únavou, s dostatkem energie a s dostatkem a kvalitou spánku. Dále tato oblast zjišťuje přítomnost problému s dosahováním tělesné hmotnosti a ptá se, zdali se respondenti cítí celkově špatně či nikoliv. Sociální oblast tohoto dotazníku zahrnuje kromě tradičních otázek na omezení ve volném čase nebo sportu, účast na akcích či společenské závazky, také dotaz na pracovní schopnost a neopomíná ani na problematiku sexuální aktivity. Poslední, emoční oblast je v tomto dotazníku důkladně rozpracována, což dokládá i největší počet otázek. Zaměřuje se na nejruznější citové prožitky, které by mohly Crohnovu chorobu doprovázet, jako např.

znehucení, netrpělivost, neklid, podrážděnost, deprese a malomyslnost, obavy, strach či napětí.

WHOQOL-100 obsahuje celkem 100 položek, které pokrývají 6 domén týkajících se kvality života: fyzické zdraví, psychická úroveň, fyzická nezávislost (soběstačnost), sociální vztahy, okolní prostředí a duševní zdraví. Dotazník se skládá z 24 aspektů života a ze čtyř položek hodnotících celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Pro tuto práci jsme využili pouze několik otázek z tohoto dotazníku.

Dotazníky byly rozdávány náhodně, všem pacientům s Crohnovou chorobou bez ohledu na stadium nemoci či jiné faktory. Celkově bylo rozdáno 120 dotazníků.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Cílovou skupinou byli pacienti s Crohnovou chorobou žijící v České republice. Dle nejnovějších dostupných zdrojů se prevalence Crohnovy choroby pohybuje v rozmezí 18 – 22 případů na 100 000 obyvatel za rok, v absolutním čísle je to dle posledních údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR 17 783 osob s Crohnovou chorobou (rok 2011 – data ÚZIS). Přičemž jsou u této choroby známy pouze rámcové rozdíly ve věkovém složení pacientů, kdy nejpočetnější skupinu tvoří osoby ve věkovém rozmezí 15 – 30 let. Věrohodná data o zastoupení mužů a žen mezi pacienty s touto chorobou nejsou vedena.

Základním východiskem pro konstrukci výběrového souboru byl počet obyvatel ČR nad 20 let, který činil k 31. 12. 2011 celkem 8423099 osob (data ČSÚ). Počet pacientů s Crohnovou chorobou činil, jak již bylo uvedeno, v roce 2011 dle údajů ÚZIS 17783 osob, tj. 0,21% z celkového počtu obyvatel ČR nad 20 let. Tato skupina tvoří pro potřeby výzkumu základní soubor. Velikost výběrového souboru byla stanovena na 100 osob – pacientů s Crohnovou chorobou, tj. 0,56 %. Vzhledem k tomu, že není známa struktura souboru pacientů s Crohnovou chorobou dle pohlaví a věku, nebyly definovány požadavky na reprezentativnost a výběrový soubor byl konstruován náhodným výběrem, kdy jediným požadavkem byla přítomnost diagnózy Crohnova choroba. Při distribuci dotazníků na základě výše popsáných pravidel byly prvotně osloveny organizace, které dispensarizují velké počty těchto pacientů. Jednalo se

o Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a Nemocnici České Budějovice a. s. S distribucí dále pomohlo ambulantní pracoviště MUDr. Jelínka v Klatovech. Rozdáno bylo 120 dotazníků, z nichž se jich vrátilo přesně požadovaných 100. Response tedy činila 83 %.

### 3.3 Zpracování dat

Ke zpracování získaných dat byl využit program SASD (Statistická analýza sociálních dat). Byly provedeny výpočty relativních četností jednotlivých odpovědí, jejich středních hodnot (vážený aritmetický průměr, modus, medián), sledovány byly rovněž míry variability (rozpětí, rozptyl a směrodatná odchylka). Pro potřeby porovnání byla standardně využívána hodnota váženého aritmetického průměru ( $\bar{x}$ ) a směrodatné odchylky ( $s$ ). Níže jsou uvedeny vzorce a popisy těchto veličin.

#### Aritmetický průměr

Jedná se o jednu z nejjednodušších statistických veličin, která se vypočítá součtem všech naměřených hodnot dělených jejich celkovým počtem.

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

#### Modus

Modus je hodnotou, která je ve výběrovém souboru zastoupena nejvíce.

#### Medián

Hodnota, jež dělí řadu podle velikosti seřazených výsledků na dvě stejně početné poloviny, jelikož se nachází uprostřed.

## Rozptyl

Vyjadřuje variabilitu rozdělení souboru náhodných hodnot kolem její střední hodnoty, což zjednodušeně znamená, že jde o vyjádření toho, jak jsou naměřené hodnoty rozloženy kolem průměru.

$$s^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n - 1}$$

## Směrodatná odchylka

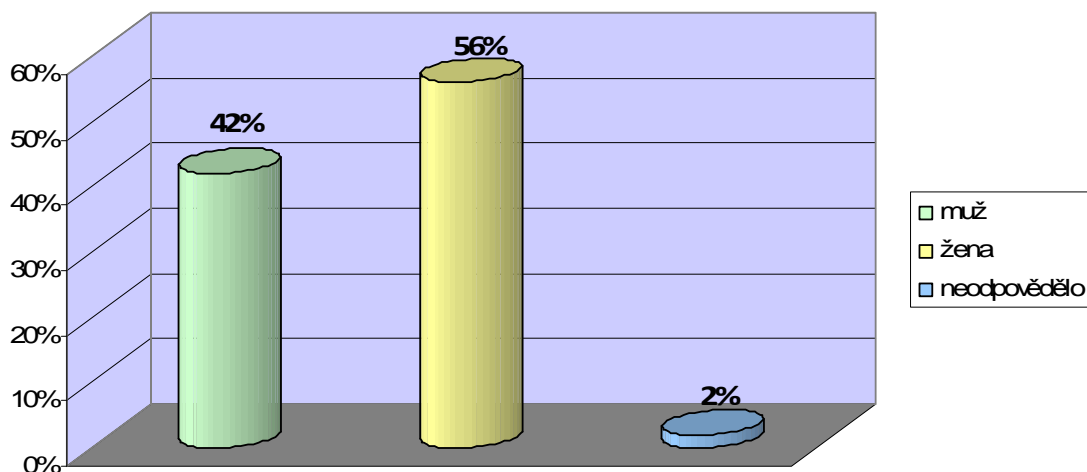
Vypovídá o tom, jak moc se od sebe navzájem liší typické případy v souboru zkoumaných čísel a to tím, že vyjadřuje hustotu seskupení hodnot okolo aritmetického průměru.

$$Sx = \sqrt{Sx^2}$$

## 4. Výsledky

### 4.1 Vyhodnocení demografických údajů výzkumného souboru

Graf 1 Složení respondentů dle pohlaví



Výzkumný soubor pacientů s Crohnovou chorobou tvoří 100 osob. Z hlediska členění dle pohlaví je v něm zastoupeno 42 (42,0%) mužů a 56 (56,0%) žen. 2 respondenti nezodpověděli otázku zjišťující pohlaví.

Tabulka 1 Složení respondentů dle věku

VĚK	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
20 - 35 LET	39	39,0%
36 - 50 LET	29	29,0%
51 - 65 LET	19	19,0%
66 A VÍCE LET	4	4,0%
NEODPOVĚĎĚLO	9	9,0%
CELKEM	100	100,0%

Tabulka 1 vypovídá o věkovém složení respondentů. 39 dotazovaných (39,0 %) bylo ve věkovém rozmezí 20 – 35 let, 29 (29,0 %) v rozmezí 36 – 50 let, 19 (19,0 %) v rozmezí 51 – 65 let, 66 a více let označili 4 (4,0 %) respondenti a otázku bez odpovědi nechalo 9 (9,0 %) dotazovaných.



Tabulka 2 Složení respondentů dle vzdělání

VZDĚLÁNÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ZÁKLADNÍ	7	7,0%
STŘEDNÍ BEZ MATURITY	31	31,0%
STŘEDNÍ S MATURITOU	50	50,0%
VYSOKOŠKOLSKÉ	10	10,0%
NEODPOVĚDĚLO	2	2,0%
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Tabulka 2 ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce z dotazovaných (50; 50,0 %) získalo střední vzdělání s maturitou. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí (31; 31,0 %) bylo střední vzdělání bez maturity. 10 z dotazovaných respondentů (10,0 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. 7 respondentů (7,0 %) ukončilo vzdělávání po základní školní docházce a 2 respondenti (2,0 %) nezodpověděli tuto otázku.

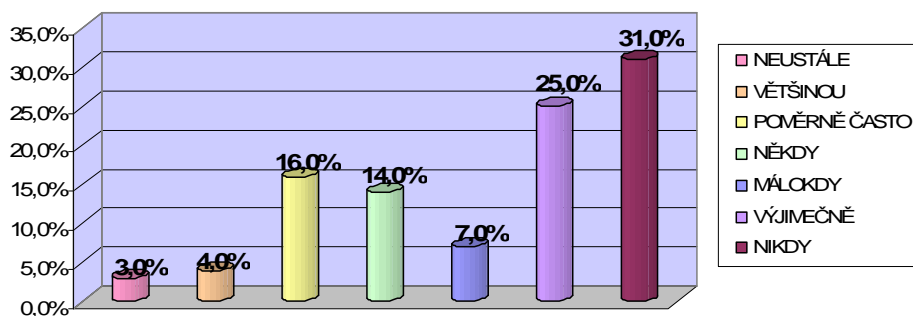
Tabulka 3 Složení respondentů dle rodinného stavu

RODINNÝ STAV	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
SVOBODNÝ/Á	23	23,0%
ŽENATÝ, VDANÁ	44	44,0%
V PARTNERSTVÍ	17	17,0%
ŽIJE ODDĚLENĚ	1	1,0%
ROZVEDENÝ/Á	11	11,0%
OVDOVĚLÝ/Á	2	2,0%
NEODPOVĚDĚLO	2	2,0%
<b>CELKEM</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Dle tabulky 3 je patrné, že při dotazu na rodinný stav se nejvíce respondentů (44; 44,0 %) nachází ve svazku manželském. Druhou největší skupinou jsou svobodní, která čítá 23 respondentů (23,0 %). 17 respondentů (17,0 %) žije v partnerství. 11 respondentů (11,0 %) je rozvedených. 2 respondenti (2,0 %) jsou vdovci, 1 (1,0 %) žije odděleně a 2 (2,0 %) neodpověděli na otázku.

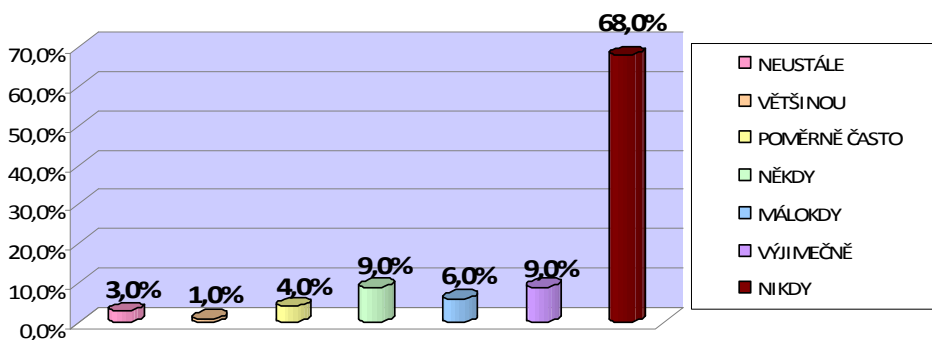
## 4.2 Grafické vyhodnocení dat

Graf 2 Křeče v břiše



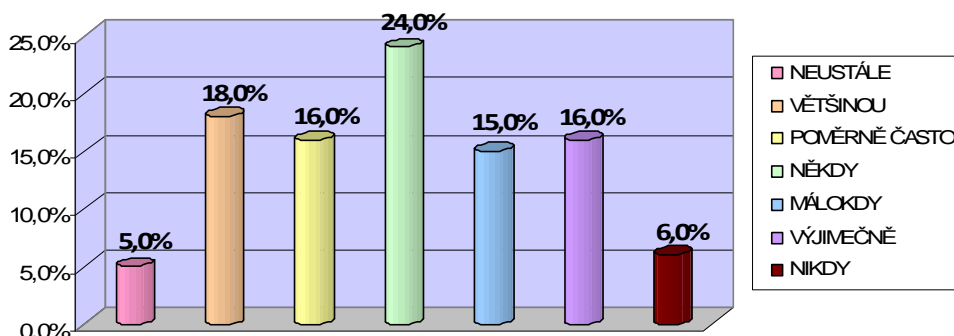
Graf 2 shrnuje odpovědi na otázku, jak často respondenty trápily během posledních dvou týdnů křeče v břiše. Nejvíce respondentů (31; 31,0 %) uvedlo, že nikdy. Druhou nejčastější odpovědí bylo „výjimečně“, kterou označilo 25 (25,0 %) respondentů. 16 respondentů (16,0 %) zvolilo odpověď „poměrně často, 14 (14,0 %) odpověď „někdy“. Ostatní možnosti odpovědí byly označovány zřídka.

Graf 3 Krvácení do konečníku



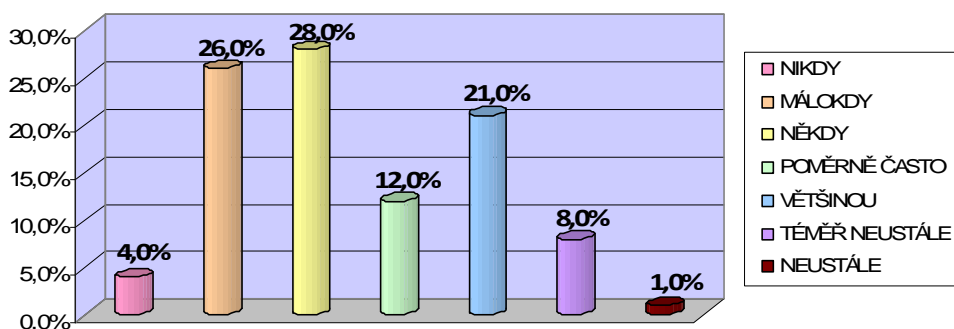
Rozvržení odpovědí na otázku zjišťující přítomnost potíží s krvácením z konečníku při vyprazdňování v posledních dvou týdnech je patrné z grafu 3. Nadpoloviční většina dotazovaných (68; 68,0 %) zvolila odpověď „nikdy“. Zbytek odpovědí byl zhruba rovnoměrně rozdělen do zbytku možností.

Graf 4 Vyčerpanost a únava



Graf 4 shrnuje odpovědi na otázku týkající se pocitu vyčerpanosti a únavy v posledních dvou týdnech. Nejvíce byla v tomto případě volena možnost „někdy“, kterou zvolilo 24 respondentů (24,0 %). Druhou nejčtenější odpovědí bylo s 18 respondenty (18,0 %) „většinou“. Stejný počet odpovědí zaznamenaly možnosti „poměrně často“ a „výjimečně“, které volilo 16 odpovídajících (16,0 %). 15 respondentů (15,0 %) si vybralo možnost „málokdy“ a nejméně odpovědí bylo sečteno v krajních možnostech „neustále“ (5; 5,0 %) a „nikdy“ (6; 6,0 %).

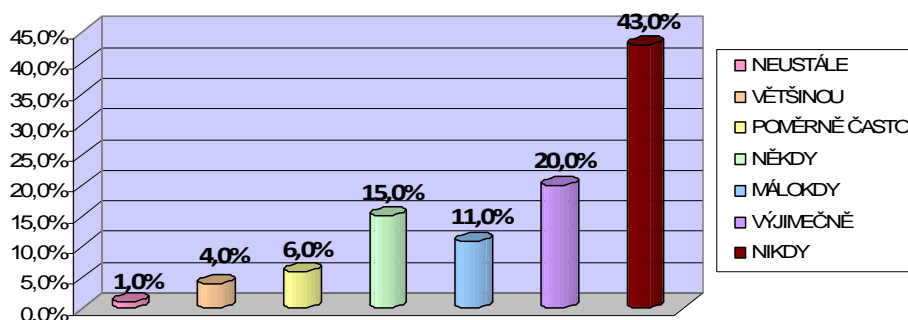
Graf 5 Pocit odpočínutí a uvolnění



Nejvíce označovanou odpovědí na otázku týkající se pocitu odpočínutí a uvolnění v posledních dvou týdnech se stala možnost „někdy“, kterou zvolilo 28 respondentů (28,0 %). Pouze o dva respondenty méně zaznamenala odpověď

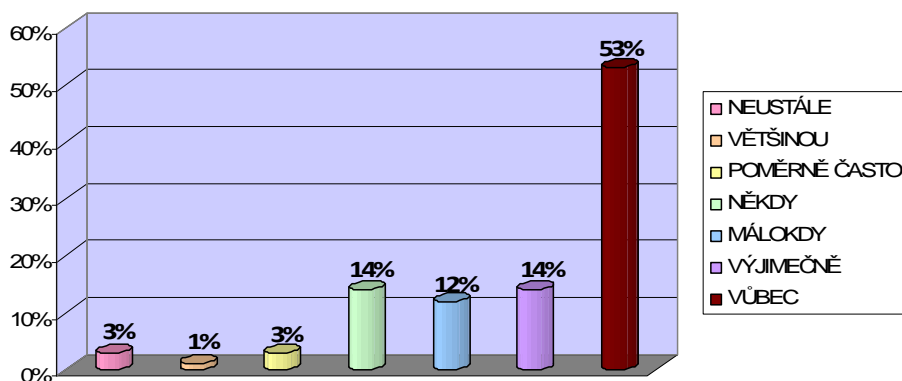
„málokdy“, zvolilo ji tedy 26 dotazovaných (26,0 %). 21 respondentů (21,0 %) se rozhodlo pro možnost „většinou“, 12 (12,0 %) pro možnost „poměrně často“, 8 (8,0 %) pro možnost „téměř neustále“, 4 (4,0 %) pro krajní možnost „nikdy“ a jediný respondent (1,0 %) zvolil druhou krajní možnost „neustále“.

Graf 6 Žaludeční nevolnost



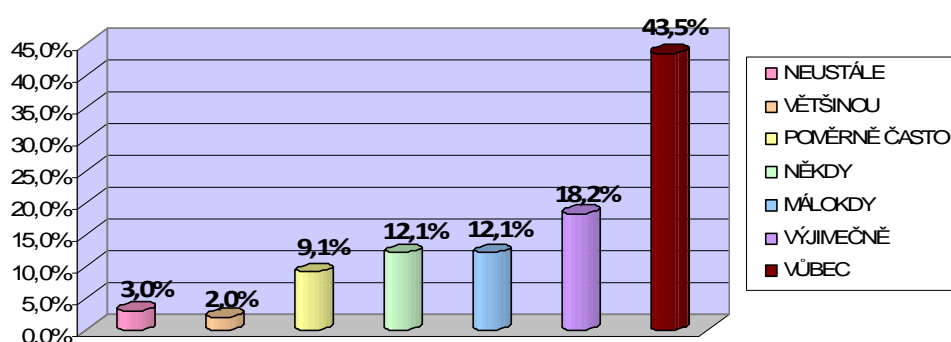
Otázka vztahující se k žaludeční nevolnosti v posledních dvou týdnech zaznamenala největší počet odpovědí u krajní možnosti „nikdy“, kterou zvolilo 43 respondentů (43,0 %). 20 dotazovaných (20,0 %) označilo tento stav za výjimečný, 15 dotazovaných (15,0 %) se s ním někdy v posledních dvou týdnech setkala. 11 respondentů (11,0 %) zvolilo odpověď „málokdy“, 6 (6,0 %) „poměrně často“, 4 (4,0 %) „většinou“ a pouze 1 respondent (1,0 %) má žaludeční nevolnost neustále.

Graf 7 Obava z operace



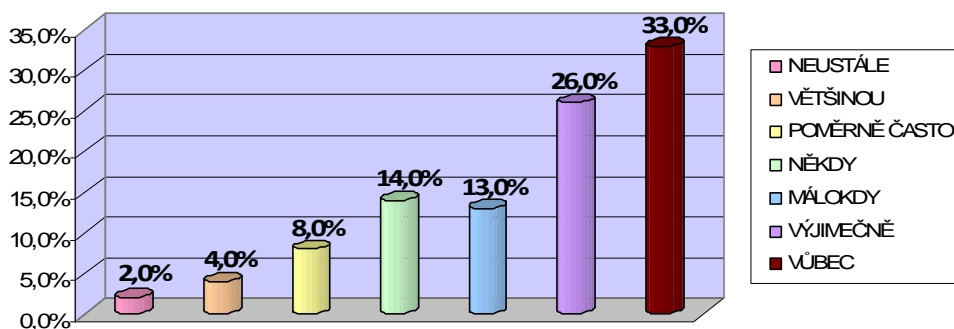
Graf 7 znázorňuje četnost odpovědí na otázku týkající se obavy z možnosti nutné operaci v důsledku střevních obtíží. Nadpoloviční většina respondentů (53; 53,0 %) vyjádřilo, že tuto obavu nepociťuje vůbec. Stejný počet dotazovaných (14; 14,0 %) vybralo odpověď „výjimečně“ a „někdy“. Málokdy má tuto obavu 12 respondentů (12,0 %), poměrně často 3 respondenti (3,0 %), většinou 1 respondent (1,0 %) a neustále se s touto obavou potýkají 3 dotazovaní (3,0 %).

Graf 8 Strach z nenalezení toalety



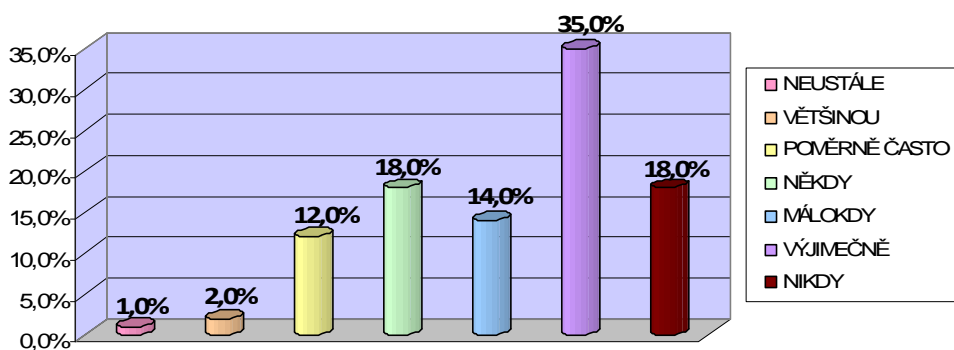
Na dotaz strachu, že respondent nenajde toaletu neodpovědělo všech 100 dotazovaných, proto jsou výsledky relativních četností zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Graf 8 shrnuje tato procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí. 43,5 % dotazovaných (43 dotazovaných) tento strach v posledních dvou týdnech vůbec nemělo. 18,2 % (18 respondentů) označilo odpověď „výjimečně“. 12,1 % (12 respondentů) bylo vypočteno u možností „málokdy“ a „někdy“. 9,1 % (9 respondentů) z celkového počtu dotazovaných má tento strach poměrně často, 2,0 % (2 respondenti) většinou a 3,0 % (3 respondenti) neustále.

Graf 9 Deprese



Výskyt depresí při Crohnově chorobě shrnuje graf 9, na kterém je vidět, že největší počet respondentů (33; 33,0 %) nepocítují deprese vůbec. Druhá nejčastěji zastoupená odpověď zní „výjimečně“, kterou vybralo 26 (26,0 %) respondentů. 14 dotazovaných (14,0 %) se rozhodlo pro odpověď „někdy“, 13 (13,0 %) pro odpověď „málokdy“, 8 (8,0 %) pro odpověď „poměrně často“, 4 (4,0 %) pro odpověď „většinou“ a 2 respondenti (2,0 %) zvolili krajní možnost „neustále“.

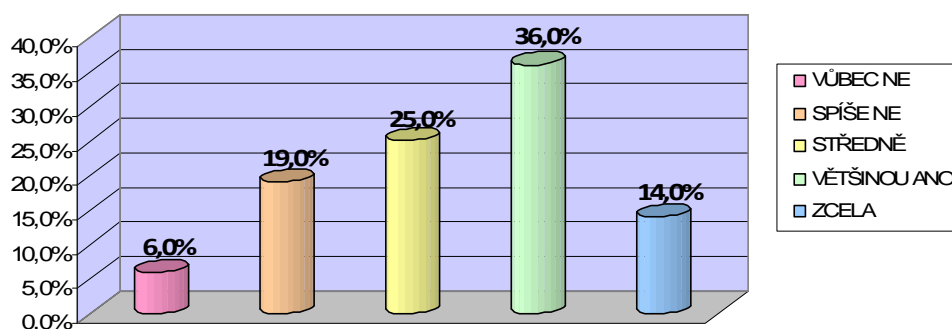
Graf 10 Podrážděnost



Výskyt podrážděnosti při Crohnově chorobě znázorňuje graf 10. Největší počet respondentů (35; 35,0 %) označuje výskyt podrážděnosti v posledních dvou týdnech jako výjimečný. Stejný počet dotazovaných (18; 18,0 %) zvolilo odpověď „nikdy“.

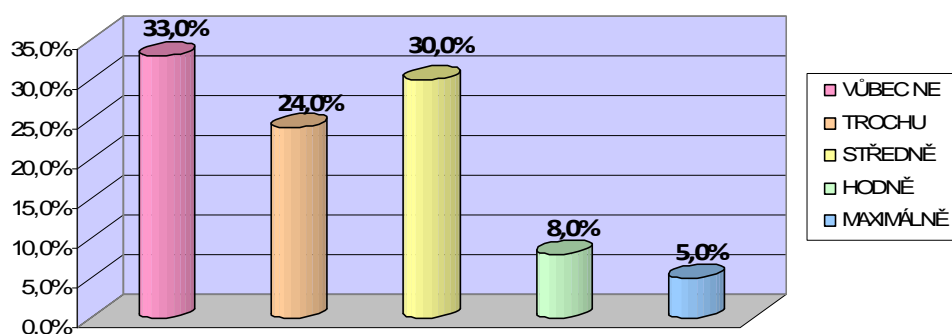
a „někdy“. 14 respondentů (14,0 %) má tento stav málokdy, 12 (12,0 %) poměrně často, 2 (2,0 %) většinou a pouze 1 (1,0 %) neustále.

Graf 11 Finance



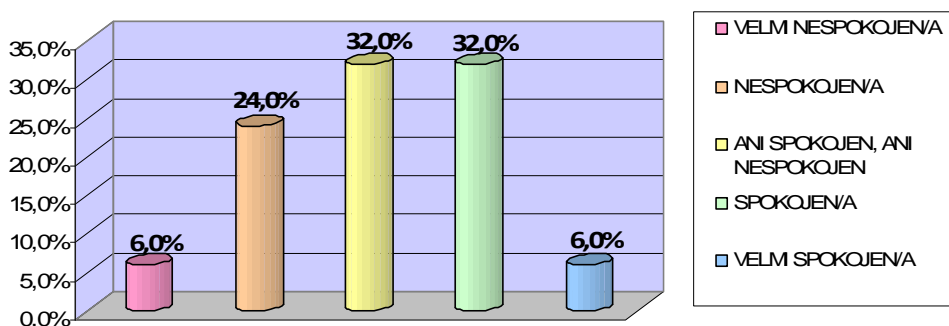
Graf 11 shrnuje, jak respondenti odpovídali na otázku, zdali mají dost peněz k uspokojení svých potřeb. Největší část dotazovaných (36; 36,0 %) odpovědělo, že většinou ano. Možnost „středně“ zvolilo 25 dotazovaných (25,0 %). 19 respondentů vyjádřilo nespokojenost odpovědí „spíše ne“, 6 (6,0 %) dokonce odpovědí „vůbec ne“. Naopak 14 dotazovaných (14,0 %) si na svou finanční situaci vůbec neztěžuje, což vyjádřili odpovědí „zcela“.

Graf 12 Finanční potíže



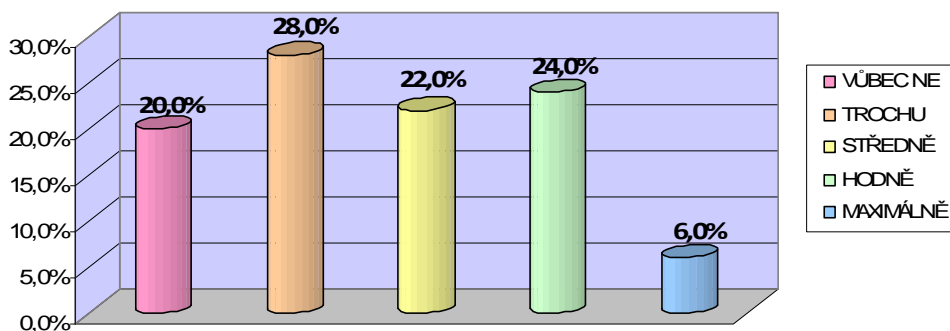
Otázku finančních potíží znázorňuje graf 12. 33 respondentů (33,0 %) na tuto otázku odpovědělo pozitivně „vůbec ne“, 30 (30,0 %) „středně“, 24 (24,0 %) „trochu“, 8 (8,0 %) „hodně“ a nejméně respondentů (5; 5,0 %) se vyjádřilo negativní odpovědí „maximálně“.

Graf 13 Spokojenost s finanční situací



Jak jsou respondenti spokojeni se svou finanční situací zobrazuje graf 13, kde je patrné, že nejvíce respondentů (32; 32,0 %) se shodlo na odpovědích „spokojen“ a „ani spokojen, ani nespokojen“. 24 dotazovaných (24, 0%) je nespokojeno a po 6 respondentech (6,0 %) se vyjádřilo v krajních možnostech „velmi nespokojen“ a „velmi spokojen“.

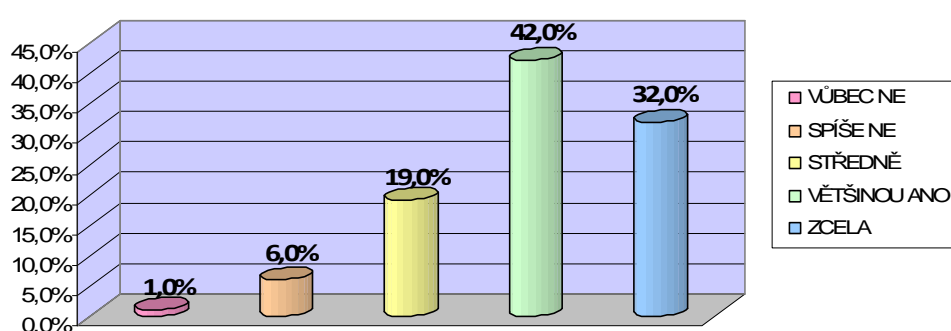
Graf 14 Starosti kvůli penězům





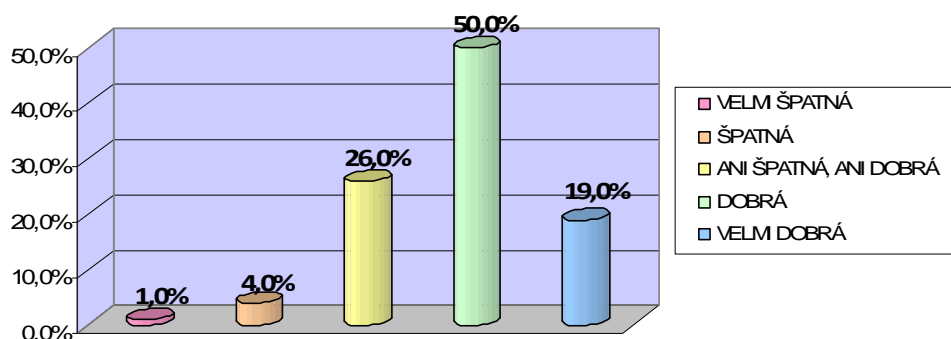
Do jaké míry si respondenti dělají starosti kvůli penězům zjišťovala jedna z otázek, jejíž výsledky jsou shrnuty v grafu 14. Největší část respondentů (28; 28,0 %) uvedla odpověď „trochu“. Četnostně velmi podobné odpovědi byly zjištěny u možností „hodně“ (24; 24,0 %), „středně“ (22; 22,0 %) a „vůbec ne“ (20; 20,0 %). Krajní odpověď „maximálně“ zvolilo 6 dotazovaných (6,0 %).

Graf 15 Schopnost pracovat



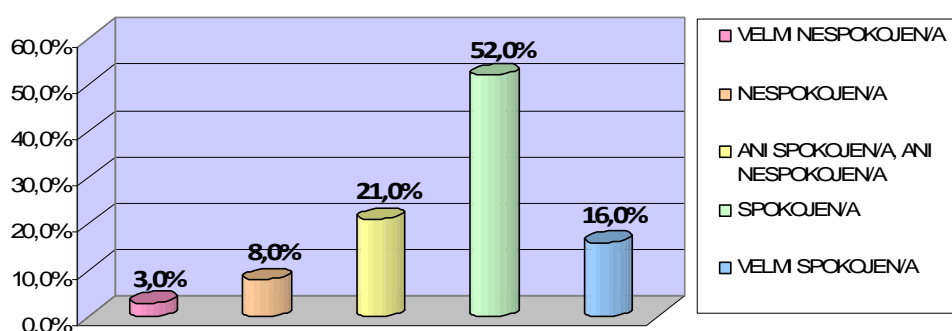
Zdali jsou dotazovaní schopni pracovat popisuje graf 15. Většina (42; 42,0 %) uvádí, že většinou jsou schopni pracovat, druhá nejpočetnější skupina (31; 32,0 %) se shoduje, že mohou pracovat zcela. 19 respondentů (19,0 %) zvolilo možnost „středně“, 6 (6,0 %) „spíše ne“ a jediný respondent (1,0 %) není vůbec schopen práce.

Graf 16 Vlastní ohodnocení pracovní schopnosti



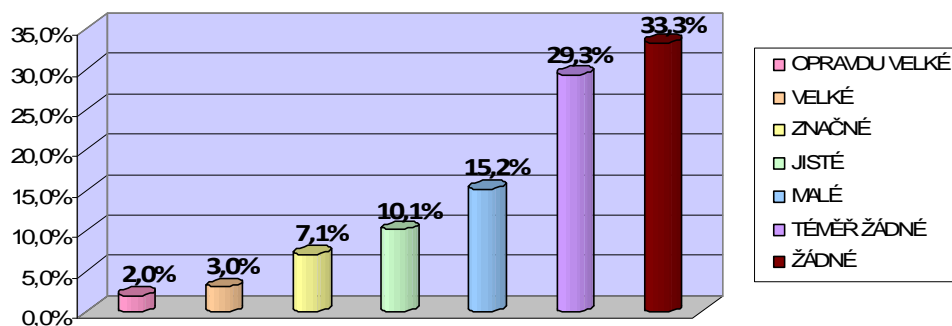
Jak respondenti sami sebe hodnotí v oblasti pracovní schopnosti ukazuje graf 16, kde je zřetelné, že přesná polovina dotazovaných (50; 50,0 %) hodnotí svou schopnost pracovat jako „dobrou“. 26 respondentů (26,0 %) zvolilo neurčitý střed, možnost „ani špatná, ani dobrá“. 19 dotazovaných (19,0 %) hodnotí tuto schopnost jako velmi dobrou, 4 (4,0 %) jako špatnou a pouze 1 respondent (1,0 %) jako velmi špatnou.

Graf 17 Spokojenost s pracovním výkonem



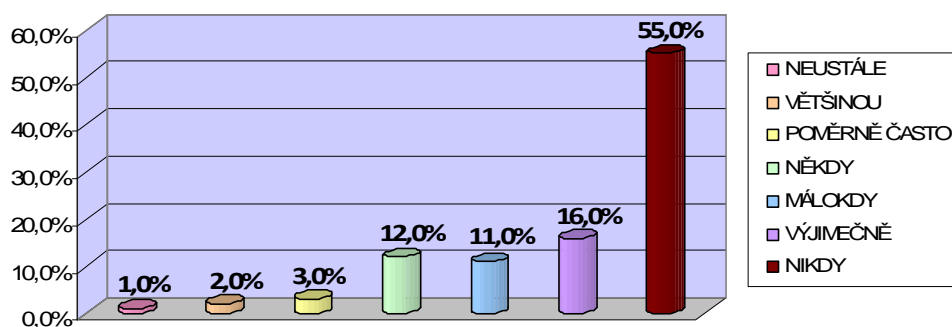
Graf 17 znázorňuje, jak jsou respondenti spokojeni se svým pracovním výkonem. Nadpoloviční většina (52; 52,0 %) je spokojena. Možnost „ani spokojen, ani nespokojen“ si vybralo 21 dotazovaných (21,0 %). Velmi spokojeno je 16 respondentů (16,0 %). 8 dotazovaných (8,0 %) je nespokojeno a 3 (3,0 %) velmi nespokojeno.

Graf 18 Problémy při využívání volného času



Graf 18 shrnuje odpovědi na otázku týkající se problémů při využívání volného času. Na tuto otázku neodpověděli všichni dotazovaní, proto jsou výsledky relativních četností zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Výsledky ukazují nejvíce odpovědí v nejpozitivnější možnosti a následně pravidelné klesání k negativní možnosti, která čítá nejméně odpovědí. Žádné obtíže při využívání volného času nemá 33,3 % respondentů (33 dotazovaných) a opravdu velké problémy uvádí pouze 2,0 % respondentů (2 dotazovaní).

Graf 19 Společenské závazky



Jak často museli respondenti během posledních dvou týdnů odkládat nebo rušit své společenské závazky zobrazuje graf 19, kde je patrné, že nadpoloviční většina (55; 55,0 %) toto nemusela učinit nikdy. 16 dotazovaných (16,0 %) označila „výjimečně“, 12 (12,0 %) „někdy“, 11 (11,0 %) „málokdy“. S postupem do negativnějších možností četnost odpovědí upadá, tudíž 3 respondenti (3,0 %) označilo „poměrně často“, 2 (2,0 %) „většinou“ a pouze 1 (1,0 %) má tento problém neustále.

### 4.3 Vyhodnocení dat pomocí popisné statistiky

Tabulka 4 Křeče v břiše

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	3	3,0%	3,0%	3	3,0%
2. většinou	4	4,0%	4,0%	7	7,0%
3. poměrně často	16	16,0%	16,0%	23	23,0%
4. někdy	14	14,0%	14,0%	37	37,0%
5. málokdy	7	7,0%	7,0%	44	44,0%
6. výjimečně	25	25,0%	25,0%	69	69,0%
7. nikdy	31	31,0%	31,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$ ;  $\bar{x} = 5,170$ ; Modus = 7; Medián = 6;  $s = 1,755$ ;

Pokud se týká problému s břišními křečemi, je jejich výskyt ve výběrovém souboru osob s Crohnovou chorobou nižší. Nikdy tyto křeče v posledních dvou týdnech nepocítila téměř 1/3 (31,0 %) respondentů. I vyšší hodnota váženého aritmetického průměru ( $\bar{x}$ ) signalizuje, že tyto problémy se v případě střevní oblasti vyskytují méně často.

Tabulka 5 Krvácení z konečníku

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	3	3,0%	3,0%	3	3,0%
2. většinou	1	1,0%	1,0%	4	4,0%
3. poměrně často	4	4,0%	4,0%	8	8,0%
4. někdy	9	9,0%	9,0%	17	17,0%
5. málokdy	6	6,0%	6,0%	23	23,0%
6. výjimečně	9	9,0%	9,0%	32	32,0%
7. nikdy	68	68,0%	68,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 6,130$ ; Modus = 7; Medián = 7;  $s = 1,534$ ;

Potíže s krvácením z konečníku patří mezi ty symptomy Crohnovy choroby, se kterými se respondenti s touto diagnózou setkávali nejméně často. V posledních dvou týdnech tento problém nemělo 68,0 % dotázaných.

Tabulka 6 Vyčerpanost a únava

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	5	5,0%	5,0%	5	5,0%
2. většinou	18	18,0%	18,0%	23	23,0%
3. poměrně často	16	16,0%	16,0%	39	39,0%
4. někdy	24	24,0%	24,0%	63	63,0%
5. málokdy	15	15,0%	15,0%	78	78,0%
6. výjimečně	16	16,0%	16,0%	94	94,0%
7. nikdy	6	6,0%	6,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 3,980$ ; Modus = 4; Medián = 4;  $s = 1,631$ ;

Pocity vyčerpanosti a únavy patří mezi ty, které se u pacientů s Crohnovou chorobou objevují častěji. Jejich výskyt je poměrně rovnoměrně rozložen od krajního

bodů škály, vyjadřující nejvyšší četnost (neustále) až po opačný krajní bod škály, vyjadřující nejmenší četnost (nikdy). Nízká hodnota váženého aritmetického průměru, Modu a Mediánu naznačuje, že tento problém se v souvislosti s Crohnovou nemocí vyskytuje častěji.

Tabulka 7 Pocit odpočinutí a uvolnění

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. nikdy	4	4,0%	4,0%	4	4,0%
2. málokdy	26	26,0%	26,0%	30	30,0%
3. někdy	28	28,0%	28,0%	58	58,0%
4. poměrně často	12	12,0%	12,0%	70	70,0%
5. většinou	21	21,0%	21,0%	91	91,0%
6. téměř neustále	8	8,0%	8,0%	99	99,0%
7. neustále	1	1,0%	1,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 3,480$  Modus = 3; Medián = 3;  $s = 1,425$ ;

Tato otázka je formulována s opačným znaménkem, tedy pozitivně. I když škála odpovědí je řazena, podobně jako u ostatních otázek, od negativního hodnocení k pozitivnímu, může mít opačné znaménko v textu otázky vliv na postoje respondentů (působení „haló efektu“). Tomu nasvědčuje i výrazně nižší hodnota indexu ( $\bar{x}$ ) v porovnání s ostatními faktory. Tato nízká hodnota signalizuje, že pacienti se zánětlivým onemocněním střev nejvíce trpí pocitem, že nejsou odpočinutí a uvolnění. Znamená to, že tento faktor je ovlivňuje nejvíce.

Tabulka 8 Žaludeční nevolnost

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	1	1,0%	1,0%	1	1,0%
2. většinou	4	4,0%	4,0%	5	5,0%
3. poměrně často	6	6,0%	6,0%	11	11,0%
4. někdy	15	15,0%	15,0%	26	26,0%
5. málokdy	11	11,0%	11,0%	37	37,0%
6. výjimečně	20	20,0%	20,0%	57	57,0%
7. nikdy	43	43,0%	43,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 5,630$ ; Modus = 7; Medián = 6;  $s = 1,560$ ;

S problémem žaludeční nevolnosti se v posledních dvou týdnech setkala 57,0 % respondentů, i když většina z nich zvolila hodnocení „výjimečně“. Z celkového porovnání vyplývá, že problémy tohoto charakteru patří mezi méně časté.

Tabulka 9 Obava z operace

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	3	3,0%	3,0%	3	3,0%
2. většinou	1	1,0%	1,0%	4	4,0%
3. poměrně často	3	3,0%	3,0%	7	7,0%
4. někdy	14	14,0%	14,0%	21	21,0%
5. málokdy	12	12,0%	12,0%	33	33,0%
6. výjimečně	14	14,0%	14,0%	47	47,0%
7. nikdy	53	53,0%	53,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 5,850$  Modus = 7; Medián = 7;  $s = 1,539$ ;

Pacienti s Crohnovou nemocí pociťují obavy z možnosti nutné operace v menší míře. Většina z nich (53,0 %) uvedla, že těmito obavami netrpí, dalších 40,0 % má tyto obavy v menší míře (odpovědi „někdy“, „málokdy“ a „výjimečně“). Vysoká hodnota

váženého aritmetického průměru napovídá, že tento faktor se u respondentů objevuje v menší míře.

Tabulka 10 Strach z nenalezení toalety

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	3	3,0%	3,0%	3	3,0%
2. většinou	2	2,0%	2,0%	5	5,0%
3. poměrně často	9	9,0%	9,1%	14	14,0%
4. někdy	12	12,0%	12,1%	26	26,0%
5. málokdy	12	12,0%	12,1%	38	38,0%
6. výjimečně	18	18,0%	18,2%	56	56,0%
7. nikdy	43	43,0%	43,4%	99	99,0%
Neodpovědělo	1	1,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 99$   $\bar{x} = 5,566$  Modus = 7; Medián = 6;  $s = 1,659$ ;

Obavy z toho, že nenajdou v případě potřeby toaletu patří mezi faktory, které mohou závažným způsobem pacientům s Crohnovou chorobou komplikovat každodenní život. V porovnání s ostatními faktory emocionální oblasti patří tento faktor mezi ty, které působí v menší míře.

Tabulka 11 Deprese

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	2	2,0%	2,0%	2	2,0%
2. většinou	4	4,0%	4,0%	6	6,0%
3. poměrně často	8	8,0%	8,0%	14	14,0%
4. někdy	14	14,0%	14,0%	28	28,0%
5. málokdy	13	13,0%	13,0%	41	41,0%
6. výjimečně	26	26,0%	26,0%	67	67,0%
7. nikdy	33	33,0%	33,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>



$N = 100$   $\bar{x} = 5,420$  Modus = 7; Medián = 6;  $s = 1,595$ ;

Jedna třetina (33,0 %) dotázaných uvádí, že v posledních 2 týdnech depresi nebo malomyslnost nepociťovala. Výjimečně tomu bylo ve 26,0 % případů. Skupinu, která těmito pocity trpí častěji (odpovědi „neustále“, „většinou“ a „poměrně často“) tvoří 14,0 % dotázaných. V porovnání s ostatními faktory emocionální oblasti patří tento faktor mezi ty, které se vykytují méně často.

Tabulka 12 Podrážděnost

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	1	1,0%	1,0%	1	1,0%
2. většinou	2	2,0%	2,0%	3	3,0%
3. poměrně často	12	12,0%	12,0%	15	15,0%
4. někdy	18	18,0%	18,0%	33	33,0%
5. málokdy	14	14,0%	14,0%	47	47,0%
6. výjimečně	35	35,0%	35,0%	82	82,0%
7. nikdy	18	18,0%	18,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 5,190$  Modus = 6; Medián = 6;  $s = 1,426$ ;

Mezi čtenější pocity v porovnání s ostatními indikátory emoční oblasti patří pocity podrážděnosti, byť největší část dotázaných (35,0 %) uvedla, že jimi trpěla v posledních 2 týdnech výjimečně. Hodnota indexu však řadí pocity podrážděnosti mezi ty, které se v porovnání s ostatními problémy v emoční oblasti vyskytují u pacientů s Crohnovou chorobou častěji.

Tabulka 13 Finance

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. vůbec ne	6	6,0%	6,0%	6	6,0%
2. spíše ne	19	19,0%	19,0%	25	25,0%
3. středně	25	25,0%	25,0%	50	50,0%
4. většinou ano	36	36,0%	36,0%	86	86,0%
5. zcela	14	14,0%	14,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 3,330$  Modus = 4; Medián = 3;  $s = 1,114$ ;

Jedna čtvrtina (25,0 %) respondentů uvádí, že k uspokojování svých potřeb nemá dostatek peněz (odpovědi „vůbec ne“ a „spíše ne“). Další ¼ (25,0 %) hodnotí situaci v této oblasti „tak napůl“, zbývajících ½ dotázaných pacientů s Crohnovou nemocí je schopna většinou nebo zcela své potřeby z hlediska financí uspokojit.

Tabulka 14 Finanční potíže

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. vůbec ne	33	33,0%	33,0%	33	33,0%
2. trochu	24	24,0%	24,0%	57	57,0%
3. středně	30	30,0%	30,0%	87	87,0%
4. hodně	8	8,0%	8,0%	95	95,0%
5. maximálně	5	5,0%	5,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 2,280$  Modus = 1; Medián = 2;  $s = 1,150$ ;

Žádné finanční potíže nemá 1/3 (33,0 %) dotázaných pacientů s diagnózou Crohnovy choroby. Malé potíže připouští necelá ¼ (24,0 %) dotázaných, střední 30,0 % respondentů. Vážné finanční potíže přiznává zbývajících 13 % respondentů. Škála je v tomto případě otočená.

Tabulka 15 Spokojenost s finanční situací

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. velmi nespokojen/a	6	6,0%	6,0%	6	6,0%
2. nespokojen/a	24	24,0%	24,0%	30	30,0%
3. ani spokojen/a ani nespokojen/a	32	32,0%	32,0%	62	62,0%
4. spokojen/a	32	32,0%	32,0%	94	94,0%
5. velmi spokojen/a	6	6,0%	6,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 3,080$  Modus = 3; Medián = 3;  $s = 1,017$ ;

Nespokojenost se svou finanční situací vyjádřilo 30,0 % dotázaných pacientů s Crohnovou nemocí, spokojenost 38,0 % dotázaných. Zbývající necelá 1/3 (32,0 %) hodnotí svou finanční situaci „tak napůl“. Rozložení relativních četností na ose je blízké tvaru normálního rozdělení, mírně převažuje spokojenost s finanční situací.

Tabulka 16 Starosti kvůli penězům

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. vůbec ne	20	20,0%	20,0%	20	20,0%
2. trochu	28	28,0%	28,0%	48	48,0%
3. středně	22	22,0%	22,0%	70	70,0%
4. hodně	24	24,0%	24,0%	94	94,0%
5. maximálně	6	6,0%	6,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 2,680$  Modus = 2; Medián = 3;  $s = 1,207$ ;

Žádné starosti kvůli penězům si nedělá 1/5 (20,0 %) dotázaných, menší starosti připouští 28,0 % pacientů s Crohnovou nemocí. Starosti si naopak připouští 30,0 % dotázaných, zbývajících 22,0 % volí střední polohu. V případě této položky je škála otočená, proto nelze porovnávat položky dle váženého aritmetického průměru.

Tabulka 17 Schopnost pracovat

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. vůbec ne	1	1,0%	1,0%	1	1,0%
2. spíše ne	6	6,0%	6,0%	7	7,0%
3. středně	19	19,0%	19,0%	26	26,0%
4. většinou ano	42	42,0%	42,0%	68	68,0%
5. zcela	32	32,0%	32,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 3,980$  Modus = 4; Medián = 4;  $s = 0,916$

Žádné omezení schopnosti pracovat nepocítuje necelá 1/3 (32,0 %) osob trpících Crohnovou nemocí. Jen malé omezení (odpověď „většinou ano“) uvádí 42,0 % dotázaných. Lze konstatovat, že většina respondentů s Crohnovou nemocí uvádí, že jí zůstala zachována schopnost pracovat.

Tabulka 18 Vlastní ohodnocení pracovní schopnosti

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. velmi špatná	1	1,0%	1,0%	1	1,0%
2. špatná	4	4,0%	4,0%	5	5,0%
3. ani špatná ani dobrá	26	26,0%	26,0%	31	31,0%
4. dobrá	50	50,0%	50,0%	81	81,0%
5. velmi dobrá	19	19,0%	19,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 3,820$  Modus = 4; Medián = 4;  $s = 0,817$ ;

Téměř 1/5 (19,0 %) pacientů s Crohnovou nemocí hodnotí svou schopnost pracovat jako velmi dobrou. Polovina z nich zvolila hodnocení „dobrá“ a více než ¼ (26,0 %) dotázaných se přiklonila k neutrálnímu hodnocení (ani špatná, ani dobrá). Jen 5 % respondentů hodnotilo svou schopnost pracovat jako špatnou nebo velmi špatnou.

Tabulka 19 Spokojenost s pracovním výkonem

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. velmi nespokojen/a	3	3,0%	3,0%	3	3,0%
2. nespokojen/a	8	8,0%	8,0%	11	11,0%
3. ani spokojen/a ani nespokojen/a	21	21,0%	21,0%	32	32,0%
4. spokojen/a	52	52,0%	52,0%	84	84,0%
5. velmi spokojen/a	16	16,0%	16,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 3,700$  Modus = 4; Medián = 4;  $s = 0,933$ ;

Většina pacientů s diagnózou Crohnovy choroby je se svým pracovním výkonem spokojena (52,0 %) nebo velmi spokojena (16,0 %). Nespokojenost vyjádřilo pouze 1,0 % dotázaných. Lze uzavřít, že u osob s Crohnovou nemocí vysoce převládá spokojenost s pracovním výkonem nad nespokojeností.

Tabulka 20 Problémy při využívání volného času

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. opravdu velké; znemožňovaly mi výkon uvedených činností	2	2,0%	2,0%	2	2,0%
2. velké	3	3,0%	3,0%	5	5,0%
3. značné	7	7,0%	7,1%	12	12,0%
4. jisté	10	10,0%	10,1%	22	22,0%
5. malé	15	15,0%	15,2%	37	37,0%
6. téměř žádné	29	29,0%	29,3%	66	66,0%
7. žádné; střední potíže uvedené činnosti nijak neomezovaly	33	33,0%	33,3%	99	99,0%
Neodpovědělo	1	1,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 99$   $\bar{x} = 5,545$ ; Modus = 7; Medián = 6;  $s = 1,519$ ;

Opravdu velké potíže, které znemožňovaly vykonávat oblíbené činnosti, spojené s využíváním volného času nebo se sportováním měly v posledních 2 týdnech pouze 2,0 % dotázaných. Naopak 1/3 (33,3 %) pacientů se zánětlivým onemocněním střev uvádí, že se s žádnými potížemi v tomto směru nesetkala, dalších 29,3 % volí hodnocení „téměř žádné“. Výše indexu v podobě váženého aritmetického průměru signalizuje, že se s potížemi při provozování svých oblíbených činností setkávají pacienti s Crohnovou chorobou méně často.

Tabulka 21 Společenské závazky

znak	absolutní četnost	relativní četnost	relativní četnost validní	kumulativní součty	kumulativní součty relativní
1. neustále	1	1,0%	1,0%	1	1,0%
2. většinou	2	2,0%	2,0%	3	3,0%
3. poměrně často	3	3,0%	3,0%	6	6,0%
4. někdy	12	12,0%	12,0%	18	18,0%
5. málokdy	11	11,0%	11,0%	29	29,0%
6. výjimečně	16	16,0%	16,0%	45	45,0%
7. nikdy	55	55,0%	55,0%	100	100,0%
Neodpovědělo	0	0,0%	0,0%	100	100,0%
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

$N = 100$   $\bar{x} = 5,980$ ; Modus = 7; Medián = 7;  $s = 1,407$ ;

Ani rušení nejrůznějších společenských závazků v důsledku střevních obtíží nepatří mezi faktory, které nejvýrazněji ovlivňují kvalitu života pacienta s Crohnovou chorobou. V posledních 2 týdnech nemuselo nikdy rušit své společenské závazky 55,0 % dotázaných, dalších 27,0 % tak činilo jen málokdy nebo výjimečně. Výše indexu v podobě váženého aritmetického průměru ( $\bar{x}$ ) napovídá, že tento problém postihuje respondenty v menší míře.

## 5. Diskuse

V počátku naší diskuse bychom rádi rozebrali některé výsledky charakterizující náš výzkumný soubor. V první řadě jde o zastoupení mužů a žen mezi našimi respondenty. Na tento konečný údaj jsme byli vcelku zvědaví, jelikož při průběžném sběru dotazníků se nám zdálo, že mezi respondenty převládá o mnoho více žen než mužů, přičemž dle literatury by přítomnost onemocnění neměla mít na pohlaví vliv (např. Češka et al., 2010). Dle konečných výsledků (graf 1) vidíme, že tato naše domněnka byla sice správná, avšak nejedná se o nijak markantní rozdíl, jelikož jak je možné v grafu 1 vidět, procentuální zastoupení žen činilo 56 % a mužů 42 %. Věkové zastoupení respondentů v našem výzkumném souboru (tabulka 1) však je v plné shodě s literaturou (např. Souček et al., 2011), výsledky totiž ukazují největší zastoupení ve věkové kategorii 20 – 35 let, tak jak uvádí literatura.

První hypotéza pro naše šetření (H1) zní „Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy ve fyzické oblasti. Při ověřování této hypotézy jsme postupovali přes dílčí hypotézu H1.1 Pacienti s Crohnovou chorobou mají křeče v břiše. K této hypotéze se vztahuje 9. otázka specifického dotazníku IBDQ. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti a statistické výsledky ukazují (graf 2), že výskyt tohoto problému je u pacientů s Crohnovou chorobou méně častý, což nás vcelku překvapilo. Tento výsledek totiž příliš nekorresponduje s literaturou, kdy např. Češka et al. (2010) ve své publikaci uvádějí, že křeče v břiše jsou typickým projevem při progresi zánětu v ileocékální oblasti, přičemž je známo, že ileocékální lokalizace Crohnovy choroby je právě tou nejčastější. Na základě statistické analýzy této otázky můžeme dílčí hypotézu H1.1 zamítnout.

Další dílčí hypotézou vztahující se k H1 je H1.2 Pacienti s Crohnovou chorobou mají potíže s krvácením z konečníku. Tento předpoklad byl ověřován na otázce specifického dotazníku IBDQ, která se ptá na četnost potíží s krvácením do konečníku při vyprazdňování (graf 3). Zde se absolutní většina dotazovaných (68 %) vyjádřila krajně pozitivní možností „nikdy“ a pouhá 3 % krajně negativní možností „neustále“. Statistické zpracování této otázky ukázalo, že tento symptom byl u dotazovaných respondentů nejméně častý. Samotný tento výsledek by nás příliš nezaskočil, literatura

sice uvádí tento symptom jako jeden z možných, avšak vyskytující se ve větší míře u sesterské choroby, tedy u ulcerózní kolitidy (Souček et al., 2011; Klener et al., 2011). Výsledky nás ale zejména překvapily při porovnání se studií Gabalece (2009), který při podobném výzkumu analyzoval tento problém u 45 % respondentů, přičemž jeho výzkumný soubor byl podoben našemu, čítal 108 pacientů s Crohnovou chorobou. Na základě našich výsledků však můžeme i tuto dílčí hypotézu zamítnout.

Třetí dílčí hypotéza pomáhající ověřovat H1 je předpoklad, že pacienti s Crohnovou chorobou pociťují únavu (H1.3). Tato podhypotéza byla testována na dvojici otázek ze specifického dotazníku IBDQ a sice na otázce č. 2, která je formulována negativně a rovněž na otázce č. 21, která je formulována pozitivně. Statistický výsledek otázky č. 2 ukazuje, že problém s únavou patří mezi poměrně časté symptomy (graf 4). Odpovědi respondentů jsou zde poměrně rozmanité, avšak více převažují negativní vyjádření ve formě „neustále“, „většinou“ či „poměrně často“, přičemž nikdy únavu nepociťuje pouhých 6 % respondentů. Toto zjištění dokládá i výsledek z otázky č. 21, která je od otázky č. 2 opačně formulována, což jak dokládá připomínka statistika, může mít vliv na postoje respondentů v rámci působení „haló efektu“. Zde nacházíme velice podobné výsledky jako v předchozím případě, jen opačně formulované (graf 5). Výsledky z této otázky ukazují, že pacienti s Crohnovou chorobou trpí pocitem, že nejsou odpočínutí a uvolnění, což koresponduje s výsledky z otázky č. 2. Na základě těchto údajů potvrzujeme platnost hypotézy H1.3 Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují únavu. Tento výsledek je v plné shodě s literaturou, a proto jsme ho samozřejmě předvíдали. Již samotná diagnóza Crohnovy choroby, ač může být zrovna v klidovém stadiu, ubírá těmto lidem velké množství energie. Ke tomuto se navíc dále přidává zátěž ve formě mnohdy velice náročné terapie. Zajímavá je například studie Banovice et al. (2011), kteří se zabývali výskytem únavy u pacientů s Crohnovou chorobou a zjistili, že příčinnými faktory tohoto problému jsou zejména bolest a závažnost onemocnění, přičemž je zajímavý jejich další poznatek, že únava u těchto nemocných přetrvává i v případě ústupu choroby.

Poslední námi stanovená hypotéza vztahující se k H1 je H1.4 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy s žaludeční nevolností. Analýza tohoto problému



probíhala za pomoci otázky specifického dotazníku IBDQ, která se ptá na četnost žaludeční nevolnosti nebo pocitu zvedání žaludku. Tyto symptomy nejsou pro Crohnovu chorobu zcela typické, respektive nepatří mezi nejčastěji se objevující, jak uvádí literatura (Češka et al., 2010). Stanovením této hypotézy jsme tedy mimo jiné chtěli zjistit, do jaké míry se tyto netypické symptomy vyskytují v našem výzkumném souboru (graf 6). Celých 43 % dotazovaných nemá tento problém nikdy, oproti tomu pouhé 1 % dotazovaných se s ním potýká neustále. Analýza sesbíraných dat z této otázky přinesla výsledek, že problém s žaludeční nevolností je méně častým symptomem u pacientů s Crohnovou chorobou, což je tedy v plné shodě z výše zmíněnou literaturou. Na základě tohoto výsledku můžeme zamítnout hypotézu H1.4.

Zdali mají pacienti s Crohnovou nemocí problémy ve fyzické oblasti jsme zjišťovali prostřednictvím čtyř dílčích hypotéz, z nichž pouze jedna byla potvrzena a to u předpokladu, že pacienti s Crohnovou chorobou pociťují únavu. Ostatní tři hypotézy byly zamítnuty, tudíž můžeme rovněž zamítnout hlavní hypotézu H1. Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy ve fyzické oblasti. Takto pozitivní výsledky nás vskutku překvapily, zvláště když se jedná o fyzickou oblast této choroby, u které jsme předpokládali jedno z největších zatížení kvality života.

Další námi zvolená hypotéza je H2. Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v psychické oblasti. Stejně jako v předchozím případě jsme tuto hypotézu ověřovali prostřednictvím čtyř dílčích hypotéz. První z nich je H2.1. Pacienti s Crohnovou chorobou mají obavy z možnosti nutné operace. Na tento problém se ptá otázka č. 7 specifického dotazníku IBDQ. Na tuto otázku odpověděla více jak polovina dotazovaných (53 %), že tyto obavy nepociťují nikdy, přičemž opačnou krajní možnost „neustále“ využili pouze 3 % dotazovaných (graf 7). Statistická analýza této otázky ukazuje výsledek, že pacienti s Crohnovou chorobou pociťují obavy z možné operace v malé míře. Tímto můžeme H2.1 zamítnout. Tento pozitivní výsledek nás opět překvapil, porovnáme-li ho totiž s dostupnou literaturou, podle které je známo, že chirurgické zákroky jsou u těchto pacientů vcelku časté a to zejména z důvodu četných komplikací ve formě píštělí, perforací či stenóz (Češka et al., 2010; Souček et al.,

2011)., je zvláštní a zároveň obdivuhodné, že většina respondentů nepociťuje obavy z možné operace.

H2 dále pomáhá ověřovat H2.2, která zní „Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují strach, že nenajdou toaletu“. Pro ověření této hypotézy jsme potřebovali analyzovat data z otázky specifického dotazníku IBDQ, která zjišťuje, jak často byli pacienti s Crohnovou nemocí znepokojeni strachem, že nenajdou toaletu. I v tomto případě jsme byli mile překvapeni pozitivitou výsledků, jelikož bylo z dat od respondentů zjištěno, že tyto pocity strachu trápí pacienty ojediněle (graf 8), jelikož 73,8 % respondentů zvolilo jednu z pozitivních odpovědí „málokdy“, „výjimečně“ či „vůbec“. Oproti tomu pouhých 14,1 % respondentů volilo negativní možnosti „neustále“, „většinou“ či „poměrně často“. Výsledky v podobě jednoho desetinného místa byly u této otázky způsobeny tím, že jeden respondent tuto otázku vynechal. I přes to však můžeme bezpečně považovat výsledky za validní, jelikož se jedná o pouhé 1 % respondentů, kteří neodpověděli. Naše potěšení z pozitivního výsledku této hypotézy navíc umocňuje fakt, že se jedná o faktor, který vážným způsobem zasahuje do kvality života těchto pacientů.

Třetí dílčí hypotézou vztahující se k H2 je H2.3 Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují deprese. Výzkumy ukazují, že úzkost a deprese se u lidí s IBD vyskytuje v 29 – 35 % v remisi a až v 80 % při relapsu (Tress et al., 2008). Zejména z těchto důvodů jsme byli zvědaví na výsledky u našeho výzkumného souboru. Analýzu jsme provedli na otázce č. 15 specifického dotazníku IBDQ (graf 9). V porovnání s výše zmíněnými zdroji jsou naše výsledky opět podstatně pozitivnější, jelikož jedna třetina (33 %) z našeho výzkumného souboru uvedla, že tyto problémy nemá vůbec a o málo menší skupina (26 % dotazovaných), že pociťuje deprese nebo malomyslnost pouze výjimečně. Na základě těchto údajů zamítáme i tuto dílčí hypotézu. Budou nás však zajímat výsledky z ověřování hypotézy týkající se problémů ekonomických, jelikož Cho, Yoo a Yang zkoumali rizikové faktory vzniku depresí u Crohnovy choroby a zjistili, že vznik deprese u této nemoci nejvíce ovlivňuje ekonomický stav, vzdělání a úroveň kvality života (Tress et al., 2008; Cho et al., 2012). Přičemž co se týká vzdělání u našich respondentů (tabulka 2), přesná polovina dosáhla středního vzdělání

s maturitou a dalších 10 % dokonce vysokoškolského vzdělání, což považujeme za standardní výsledek.

Hypotéza uzavírající ověřování H2 je předpoklad, že pacienti s Crohnovou chorobou pocítují podrážděnost (H2.4). Na četnost výskytu podrážděnosti v posledních dvou týdnech se respondentů ptala jedna z otázek specifického dotazníku IBDQ. Největší část dotazovaných (35 %) sice odpověděla, že pocítují podrážděnost výjimečně, hodnota indexu však řadí pocity podrážděnosti mezi ty, které se v porovnání s ostatními problémy v emoční oblasti vyskytují u pacientů s Crohnovou chorobou častěji (graf 10). S tímto výsledkem jsme počítali a na jeho základě potvrzujeme H2.4.

Postupně jsme ověřovali čtyři dílčí hypotézy týkající se psychických problémů, abychom byli schopni konstatovat, zdali je H2 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v psychické oblasti pravdivá či nikoliv. Díky pozitivní sérii výsledků u hypotéz H2.1, H2.2 a H2.3 můžeme H2 zamítnout, jelikož nám výsledky ukázaly, že pouze jediný faktor trápí pacienty s Crohnovou nemocí ve větší míře a tím je poslední testovaná podrážděnost. Nejen my, ale i odborná literatura (např. Klener et al., 2011) považuje Crohnovu chorobu za závažné chronické onemocnění, přičemž už jen ona chronicita dokáže většinou velmi negativně zasáhnout psychickou složku osobnosti. Předpokládali jsme tedy, že si budou respondenti na tuto oblast stěžovat v mnohem větší míře, než ukázaly naše výsledky. Je jen škoda, že se psychickou problematikou u pacientů s Crohnovou chorobou téměř vůbec nezabývá česká literatura, se kterou bychom mohli naše výsledky porovnat, jelikož je známo, že postoje k nemoci jsou odlišné u různých kultur a nás nejvíce zajímá psychika českého pacienta s tímto onemocněním, protože náš výzkumný soubor je samozřejmě tuzemský.

Poslední hlavní hypotézou, kterou jsme se snažili ověřit, je H3 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v sociální oblasti. K této hypotéze jsme v první řadě vztáhli předpoklad, že pacienti s Crohnovou chorobou mají ekonomické problémy (H3.1). Pro ověření této dílčí hypotézy jsme vybrali otázky z dotazníku WHOQOL-100 a to jednak ty, které se týkají finanční situace a jednak také ty, které se týkají pracovních schopností. Výběr obou těchto oblastí jsme učinili, abychom získali validní informace ohledně ekonomických problémů u pacientů s Crohnovou chorobou, jelikož

bez analýzy otázek týkajících se pracovních schopností bychom si nebyli jisti, zdali výsledky ekonomické situace jsou závislé na přítomnosti Crohnovy nemoci či nikoliv.

První námi vybraná otázka z oblasti ekonomické se týkala dostatku peněz k uspokojení vlastních potřeb. Výsledky z této otázky ukazují, že polovina respondentů má zcela nebo většinou dost peněz k uspokojení svých potřeb, čtvrtina dotazovaných zvolila neutrální odpověď „středně“ a poslední čtvrtina se uchýlila k negativní odpovědi (graf 11). Tyto výsledky můžeme považovat za překvapivé, uvážíme-li kolik lidí bez diagnózy Crohnovy choroby v dnešní době nemá dostatek peněz k uspokojení svých potřeb. Vzhledem k tomu, že většina respondentů volila pozitivně laděné odpovědi, hodnotíme tuto otázku kladně.

Další vybraná otázka z této oblasti se týkala přítomnosti finančních potíží. Zde jsou výsledky ještě o něco pozitivnější, jelikož největší skupina respondentů (přes 50 %) zvolila kladné odpovědi ve formě „vůbec“ či „trochu“. Neutrální střed označilo 30 % dotazovaných a negativně položené odpovědi zvolilo pouze 13 % respondentů (graf 12). I tato data jsou vcelku překvapivá, jelikož zamyslíme-li se nad samotnou touto otázkou, mohli na ni negativně odpovídat i respondenti, u nichž výskyt finančních potíží nemusel být způsoben přítomností Crohnovy nemoci. Výsledky této otázky tedy rovněž hodnotíme kladně.

Další z otázek týkající se finanční situace směřovala ke spokojenosti s finanční situací. U této otázky jsou výsledky mírně rozporuplné, jelikož jsou odpovědi na pozitivní i negativní straně téměř stejné (graf 13). Pod slůvkem „téměř“ se ale skrývá fakt přesnosti, že 38 % vyjádřilo spokojenost a 30 % nespokojenost. Zbytek respondentů se vyjádřil neutrálně. Jak je tedy vidět, spokojenost našich respondentů mírně převažuje nad nespokojeností, proto i nyní hodnotíme výsledky z této otázky pozitivně.

Poslední hodnocená otázka z této oblasti se týkala starostí kvůli penězům. Zde se 48 % respondentů uchýlilo ke kladným odpovědím, že si nedělají starosti vůbec či trochu. Naopak negativní situaci přiznalo 30 % respondentů. Zbytek se opět uchýlil k neurčitému středu (graf 14). I v tomto posledním případě ekonomické oblasti

převažují pozitivní vyjádření nad negativními, proto hodnotíme tuto otázku rovněž kladně.

Jak jsme již uvedli výše, s touto ekonomickou oblastí nyní porovnáme pracovní schopnost respondentů. První otázka tohoto faktoru se ptala na omezení pracovní schopnosti. Zde žádné omezení uvádí 32 % dotazovaných, 42 % zvolilo krajní pozitivní odpověď „většinou ano“. Negativně laděné odpovědi se u této otázky vyskytovaly pouze v 7 % (graf 15). Z těchto výsledků je patrné, že pacientům s Crohnovou chorobou zůstala schopnost pracovat zachována.

Dále jsme analyzovali otázku, kde respondenti sami sebe zhodnotili ohledně schopnosti pracovat. V případě takto položené otázky se celých 69 % respondentů vyjádřilo pozitivními odpověďmi ve formě „velmi dobrá“ či „dobrá“ a negativní hodnocení své pracovní schopnosti zvolilo pouze 5 % dotazovaných prostřednictvím možností „velmi špatná“ či „špatná“ (graf 16). Tyto výsledky jsou na první pohled kladné, tudíž hodnotíme výsledky z této otázky pozitivně.

Poslední otázka, kterou jsme vybrali do oblasti pracovní schopnosti, se týkala spokojenosti s pracovním výkonem. Jistou míru spokojenosti vyjádřilo 68 % dotazovaných (odpovědi „velmi spokojen“ a „spokojen“). Nespokojených se svým pracovním výkonem je dle našich výsledků pouze 11 % respondentů, ostatní se vyjádřili formou „ani spokojen, ani nespokojen“ (graf 17). Vzhledem k výrazně převažující spokojenosti hodnotíme i tuto otázku kladně. Je zajímavé porovnat tři předchozí, velmi podobné otázky, kdy pozitivnější výsledky ukazuje situace, kdy respondenti sami hodnotili vlastní pracovní schopnost a kdy měli označit míru spokojenosti s pracovním výkonem, než přináší výsledky z holé otázky, zda-li jsou nebo nejsou schopni pracovat. Domníváme se, že to souvisí s dobrou adaptabilitou respondentů na přítomnost jejich onemocnění, kdy někteří respondenti mohou být uznáni jako práce neschopní, avšak jejich přizpůsobivost na daný stav mohla způsobit kladné hodnocení vlastní pracovní schopnosti a spokojenost s vlastním pracovním výkonem.

Z výše popsanych výsledků otázek vztahujících se k H3.1 je patrné, že převažují pozitivní výsledky. Detailnějším porovnáním však můžeme zjistit, že otázky z oblasti pracovních schopností získali pozitivnější výsledky, než otázky z oblasti ekonomické

situace. Z tohoto poznatku vyplývá, že pokud někteří respondenti vyjádřili, že mají problémy se svou ekonomickou situací, přítomností diagnózy Crohnova choroba je to dle našeho názoru ovlivněno ve velmi malém procentu případů. Celkově tedy můžeme uzavřít ověřování hypotézy H3.1 výsledkem, že pacienti s Crohnovou chorobou nemají znatelné ekonomické problémy, tímto tedy zamítáme hypotézu H3.1.

Vrátíme-li se nyní s tímto výsledkem k ověřování dílčí hypotézy H2.3 Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují deprese, zjistíme, že tento výsledek týkající se ekonomických problémů koresponduje s výsledkem problémů s depresemi. Jak již bylo zmíněno výše, Cho, Yoo a Yang totiž ve své studii zjistili, které faktory nejvíce ovlivňující vznik depresí u pacientů s Crohnovou chorobou, mezi nimiž je právě i ekonomická situace těchto osob. Naše pozitivní výsledky z hypotézy H2.3 a H3.1 jsou tedy v plné souvislosti s dostupnými zdroji (Cho et al., 2012).

Postoupíme-li na další dílčí hypotézu, jako jeden z článků H3, máme před sebou H3.2 Pacienti s Crohnovou chorobou jsou omezeni ve využívání volného času. K ověření této hypotézy jsme analyzovali otázku č. 12 specifického dotazníku IBDQ. U této otázky chybí odpověď jednoho respondenta, který ji přešel bez označení jakékoliv možnosti. Absencí odpovědi jednoho respondenta jsou však naše výsledky stále validní a ukazují, že 62,6 % respondentů nemělo žádné nebo téměř žádné obtíže při využívání volnočasových aktivit (graf 18). Protipólem těchto odpovědí byly možnosti „opravdu velké“ a „velké“, které využilo pouhých 5 % dotazovaných. Podobně jako v předchozích případech jsme zde čekali více negativních odpovědí, jelikož je známo, že Crohnova nemoc dokáže svými neblahými příznaky ovlivňovat či přímo znemožňovat některé koníčky. Avšak vzpomeneme-li pozitivní výsledky z fyzické oblasti, jsou tyto pozitivní výsledky pochopitelné. Na základě těchto údajů můžeme zamítnout dílčí hypotézu H3.2.

Poslední dílčí hypotézou ověřovanou u našeho souboru respondentů je H3.3 Pacienti s Crohnovou chorobou jsou omezeni v účasti na společenských akcích. K této hypotéze se vztahuje otázka specifického dotazníku IBDQ, která zjišťuje, jak často museli respondenti odkládat nebo rušit společenské závazky. Statistická analýza této otázky přináší velmi pozitivní výsledky, kde celých 55 % dotazovaných uvedlo, že

nemuselo své společenské závazky rušit nikdy a oproti tomu stojí pouhé 1 % respondentů, kteří uvedli, že mají tento společenský problém neustále (graf 19). Tento výsledek dle našeho názoru rovněž souvisí s pozitivními výsledky ve fyzické oblasti jako v předchozím případě. Na základě těchto zřetelných výsledků zamítáme hypotézu H3.3.

Shrneme-li výsledky z hypotéz H3.1, H3.2 a H3.3, můžeme s klidem konstatovat, že náš výzkumný soubor pacientů s Crohnovou chorobou nemá problémy v sociální oblasti, což nás již poněkolkáté překvapilo. Problematikou sociálních faktorů u Crohnovy choroby či idiopatických zánětů vůbec se zabývá pramálo literatury, ale např. Gabalec a jeho studie kvality života u Crohnovy choroby z roku 2009 rovněž ukazuje, že sociální faktory nejsou těmi hlavními, co ovlivňují kvalitu života těchto pacientů, ba dokonce při jeho porovnání s běžnou populací jsou některé výsledky v těchto oblastech pozitivnější, než u zdravé populace. Tento fakt Gabalec vysvětluje poznatkem, že přítomnost dlouhodobé nemoci aktivuje u člověka značnou snahu přizpůsobit se do té míry, aby byl s životem spokojen a upraví svá očekávání změněným podmínkám v nemoci (Gabalec et al., 2009). Na základě našich výsledků tedy zamítáme také hypotézu H3.

## 6. Závěr

Tato diplomová práce nese název „Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou“. Její teoretická část přibližuje problematiku Crohnovy choroby z medicínského a ošetrovatelského hlediska. Pojednává o projevech Crohnovy choroby, diagnostice, komplikacích, veškeré dosud známé léčbě, ale i o dopadech této nemoci na psychiku člověka, reprodukci při této nemoci a také o úloze sestry v péči o tyto pacienty. Pro tuto práci byl stanoven cíl „Zjistit kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou“.

Pro dosažení tohoto cíle byly stanoveny 3 hypotézy: H1 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy ve fyzické oblasti, H2 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v psychické oblasti a H3 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v sociální oblasti. Každá z těchto hypotéz se dále skládala z několika dílčích hypotéz, jejichž postupným ověřováním docházelo k celkovému ověření H1, H2 a H3.

Dílčí hypotézy k H1 zní H1.1 Pacienti s Crohnovou chorobou mají křeče v břiše, H1.2 Pacienti s Crohnovou chorobou mají potíže s krvácením do konečníku, H1.3 Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují únavu a H1.4 Pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy s žaludeční nevolností. Z těchto hypotéz byla potvrzena pouze H1.3. Při ověřování ostatních hypotéz jsme vždy zaznamenali vskutku pozitivní výsledky. H1 byla tedy zamítnuta.

K H2 byly stanoveny tyto dílčí hypotézy: H2.1 Pacienti s Crohnovou chorobou mají obavy z možnosti nutné operace, H2.2 Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují strach, že nenajdou toaletu, H2.3 Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují depresi a H2.4 Pacienti s Crohnovou chorobou pociťují podrážděnost. Pouze poslední z výše jmenovaných hypotéz byla potvrzena. U ostatních jsme podobně jako v předchozím případě zaznamenali velice pozitivní výsledky, na jejichž základě jsme zamítli H2.

K poslední základní hypotéze (H3) byly stanoveny 3 dílčí hypotézy: H3.1 Pacienti s Crohnovou chorobou mají ekonomické problémy, H3.2 Pacienti s Crohnovou chorobou jsou omezeni ve využívání volného času a H3.3 Pacienti s Crohnovou chorobou jsou omezeni v účasti na společenských akcích. V případě těchto hypotéz byly



zaznamenány rovněž samé pozitivní výsledky, všechny dílčí hypotézy zamítnuty a tím zamítnuta i H3.

Pozitivita výše uvedených výsledků nás velice překvapila a zároveň potěšila, neznamená to však, že pacienti s Crohnovou chorobou nemají žádné problémy. Naše výsledky ale ukazují, že pacienti s touto nemocí umí žít kvalitní život a jistě by se dalo říci, že u mnohých pacientů je to díky kvalitní léčbě, které se jim dostává. Toto si dovoluujeme konstatovat na základě faktu, že velká část sebraných dat pochází od respondentů dispenzarizovaných ve velkých gastroenterologických centrech, kde se jim dostává té nejadekvátnější léčby.

Výstupem této práce je článek v odborném časopisu Kontakt, který nese název „Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry“ a příspěvek připravený pro prezentaci na mezinárodní ošetrovatelské konferenci v Nitře. Výsledky této práce mohou zejména pomoci při práci gastroenterologických sester a v dnešní době již také tzv. IBD sester, jelikož tato sesterská funkce se začíná více objevovat a to hlavně ve velkých gastroenterologických centrech. Přičemž právě IBD sestry nejvíce zajímá kvalita života těchto pacientů. Tato práce může sloužit také jako výukový materiál a může být využita pro další výzkum této problematiky.

## 7. Seznam použitých zdrojů

BANOVIC, I., PÉDINIELLI, J-L., GILIBERT, D., JEBRANE, A. a J. COSNES, 2011. La fatigue des patients atteints d'une maladie de Crohn en rémission : exploration du rôle du parcours médical et des facteurs psychologiques. *Annales Médico-Psychologiques*. **170** (3), 157 – 162. ISSN 0003-4487.

BEN-HORIN, S., YAVZORI, M., KOPYLOV, U., PICARD, O., FUDIM, E., ELIAKIM, R., CHOWERS, Y. a A. LANG, 2011. Detection of infliximab in breast milk of nursing mothers with inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. **5**, 555 – 558. ISSN 1873-9946.

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

BUREŠ, Jan a Jiří HORÁČEK, 2003. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén. ISBN 80-246-0673-9.

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

CASSINOTTI, A., KESHAV, S., ARDIZZONE, S., MORTENSEN, N., SAMPIETRO, G., FOCIANI, P., DUCA, P., GEORGE, B., LAZZARONI, M., MANES, G., WARREN, B., FOSCHI, D., VAGO, G., PORRO, G., B. a S. TRAVIS, 2009. IBD care in Europe: A comparative audit of the inpatient management of Crohn's disease and ulcerative colitis using the national UK IBD audit tool. *Journal of Crohn's and Colitis*. **3**, 291 – 301. ISSN 1873-9946.

ČESKO, 2012. Biologická léčba: Jak je organizovaná v ČR. In: Crohnova nemoc [online]. Abbott Laboratories, s.r.o., [cit. 2012-11-17]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/biologicka-lecba/jak-je-organizovana-v-cr.html>

ČEŠKA, Richard et al., 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.

DE LA POZA, G., LOPÉZ-SANROMAN, A., TAXONERA, C., MARÍN-JIMENÉZ, I., GISBERT, J., P., BERMEJO, F., OPIO, V a A. MURIEL, 2012. Genital fistulas in female Crohn's disease patients. Clinical characteristics and response to therapy. *Journal of Crohn's and Colitis*. **6**, 276 – 280. ISSN 1873-9946.

DEJMKOVÁ, H., LACINA, L., ŠEDOVIÁ, L., GATTEROVÁ, J. a K. PAVELKA, 2006. Diagnóza, diferenciální diagnóza a terapie erythema nodosum. *Česká revmatologie*. **14** (4), 154 – 158. ISSN 1210-7905.

DÍTĚ, Petr et al., 2007. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-496-6.

FERENČÍK, M., ROVENSKÝ, J., SHOENFELD, Y. a V. MAŤHA, 2005. *Imunitní systém: Informace pro každého*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1196-6.

FOLPRECHTOVÁ, Ivana a Jiřina BRANDEJSOVÁ, 2006. Informovanost pacientů s idiopatickými střevními záněty. *Sestra*. **16** (9), 57 – 58. ISSN 1210-0404.

FORNASA, F., CH. BENASSUTI a L. BENAZZATO, 2011. Role of Magnetic Resonance Enterography in Differentiating between Fibrotic and Active Inflammatory Small Bowel Stenosis in Patients with Crohn's Disease. *Journal of clinical imaging science*. **35** (1), 1 – 7. ISSN 2156-7514.

GABALEC, L., BUREŠ, J., ŠEDOVIÁ, M. a Z. VALENTA, 2009. Kvalita života u Crohnovy nemoci. *Časopis lékařů českých*. **148** (5), 201 – 205. ISSN 0008 – 7335.

GABALEC, Libor, 2009. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*. **11** (1), 16 – 20. ISSN 1212-7299.

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HÁJEK, Zdeněk et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.

HEETUN, Z., S., BYRNES, C., NEARY, P. a C. O'MORAIN, 2007. Reproduction in the Patient With Inflammatory Bowel Disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. **26** (4), 513 – 533. ISSN 1365-2036.

HOFMANNOVÁ, Irena a Ilona SAMCOVÁ, 2009. Kapslová endoskopie. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **5** (5), 22 – 23. ISSN 1801-1349.

HOŘEJŠÍ, Václav a Jiřina BARTUŇKOVÁ, 2005. *Základy imunologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-686-4.

CHO, O-H., Y-S. YOO a S-K YANG, 2012. Depression and Risk Factors in Patients with Crohn's Disease. *Korean Society of Nursing Science*. **42** (2), 207 – 216. ISSN 2005-3673.

JÄGHULT, A., SABOONCHI, F., JOHANSSON, U., WREDLING, R. a M. KAPRAALI, 2011. Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration. *Journal of Clinical Nursing*. **20**, 1578 – 1587. ISSN 1365-270.

KARGES, Wolfram a Sascha AL DAHOUK, 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3108-7.

KLENER, Pavel et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1986-6.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2006. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0.

KRECHLER, Tomáš. Epidemiologické ukazatele nespecifických střevních zánětů. *Občanské sdružení pacientů s IBD*. [online]. [cit. 2012–11–17]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?detailSubCatCode=126&productID=301>

LICHTENSTEIN, G., R., YAN, S., BALA, M. a S. HANAUER, 2004. Remission in Patients with Crohn's Disease is Associated with improvement in Employment and Quality of Life and a Decrease in Hospitalizations and Surgeries. *The American Journal of Gastroenterology*. **99** (1), 561 – 568. ISSN 0002-9270.

LIN, M., V., W. BLONSKI a G. R. LICHTENSTEIN, 2010. What is the Optimal Therapy for Crohn's Disease: Step-up or Top-down? Expert Review of Gastroenterology and Hepatology. **4** (2), 167 – 180. ISSN 1747-4124.

LOFTUS, E., V., FEAGAN, B., G., COLOMBEL, J., F., RUBIN, D., T., WU, E., Q., YU, A., P., POLLACK, P., F., CHAO, J. a P. MULANI, 2008. Effects of Adalimumab Maintenance Therapy on Health-Related Quality of Life of Patients with Crohn's Disease: Patient-Reported Outcomes of the CHARM Trial. *The American Journal of Gastroenterology*. **103** (12), 3132-3141. ISSN 0002-9270.

LUKÁŠ, Karel et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.

LUKÁŠ, Milan, 2008. Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Lékařské listy*. **57** (2), 3 – 5. ISSN 0044-1996.

MAREK, Josef et al., 2005. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0839-6.

MAREŠOVÁ, Helena a Táňa VAŇKOVÁ, 2007. Edukace před koloskopií. *Sestra*. **17** (2), 48 – 49. ISSN 1210-0404.

McNAMARA, D., A., S. BROPHY a J. M. P. HYLAND, 2004. Perianal Crohn's disease and infliximab therapy. *The Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. **2** (5), 249 – 311. ISSN 1479-666X.

MIROW, L., SCHWANDNER, O., FISCHER, F., FARKE, S. a P. BRUCH, 2006. Minimal invasive surgery for Crohn's disease – indication, technique and results. *European Surgery*. **38** (4), 302 – 306. ISSN 1682-4016.

NAVRÁTIL, Leoš et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

OLEJÁROVÁ, Marta, 2010. *Biologická léčba v revmatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2281-1.

PAYNE, Jan et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

PĚCHOUČKOVÁ, Irena, 2005. Příprava na endoskopická vyšetření. In LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.

PIZINGER, K., H. ULÍKOVÁ a M. KOFROŇOVÁ, 2008. Pyoderma gangrenosum. *Dermatológia pre prax*. 2 (3), 134 – 136. ISSN 1337-1746.

RICHARDS, Ann a Aharon EDWARDS, 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.

SAJADINEJAD, M., S., ASGARI, K., MOLAVI, H., KALANTARI, M. a P. ADIBI, 2012. Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Praxice*. (1), 1 – 11. ISSN 1687-6121.

SOUČEK, Miroslav et al., 2011. *Vnitřní lékařství I. díl*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2110-1.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

ŠPIČÁK, Julius et al., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.

TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT, 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-309-3.

TYPLTOVÁ, Jolana, 2012. Činnost oboru gastroenterologie v ČR v roce 2011. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2013-07-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gastroenterologie-cr-roce-2011>.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO et al., 2005. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-058-5.

WHAYMAN, K., J. DUNCAN a M. O'CONNOR, 2011. *Inflammatory Bowel Disease Nursing*. London: Quay Books Division. ISBN 1-85642-404-9.

ZBOŘIL, Vladimír et al., 2005. *Mikroflóra trávicího traktu: Klinické souvislosti*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0584-2.

ZIMA, Tomáš, 2007. *Laboratorní diagnostika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-372-3.



## **8. Klíčová slova**

Crohnova choroba

Gastroenterologie

Idiopatické střevní záněty

Kvalita života

Ošetřovatelství

Pacient

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Dotazník Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)

Příloha 2 Dotazník WHOQOL-100

## Příloha 1 Dotazník Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)

### Dotazník kvality života při zánětlivém onemocnění střev (IBDQ)

**Tento dotazník nám má pomoci zjistit, jak jste se cítili v posledních 2 týdnech. Budeme se Vás ptát na to, jaké příznaky jste měli v důsledku Vašeho zánětlivého onemocnění střev, jak jste se celkově cítili a jakou jste měli náladu.**

1. Jak často jste byli na toaletě během posledních 2 týdnů? Vyznačte laskavě zaškrtnutím jedné z uvedených možností, jak často bylo nucení na toaletě během posledních 2 týdnů:
  1. Počet stolic byl stejný nebo větší než kdykoli dříve
  2. Mimofádně často
  3. Velmi často
  4. Střední vzestup počtu stolic
  5. Jistý vzestup počtu stolic
  6. Nepatrný vzestup počtu stolic
  7. Počet stolic byl normální, bez vzestupu
  
2. Jak často jste během minulých 2 týdnů pocítovali vyčerpání nebo jste měli problémy s únavou a pocitem vyčerpání? Vyznačte laskavě zaškrtnutím jedné z uvedených možností, jak často jste se během posledních 2 týdnů cítili unaveni nebo vyčerpáni:
  1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
  
3. Jak často jste během posledních 2 týdnů pocítovali znechucení, netrpělivost nebo neklid? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
  1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual Property at McMaster University, email: [mio@mcmaster.ca](mailto:mio@mcmaster.ca) for details.

Version 4 – amended November, 2007

Czech

4. Jak často jste během posledních 2 týdnů nebyli v důsledku stěvních potíží schopni jít do školy nebo vykonávat svoji práci? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
5. Jak často jste během posledních 2 týdnů měli řidkou stolici? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
6. Kolik energie jste měli během posledních 2 týdnů? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Žádnou
  2. Velmi malou
  3. Malou
  4. Mírnou
  5. Střední
  6. Značnou
  7. Velkou
7. Jak často jste během posledních 2 týdnů pociťovali obavu z možnosti nutné operace v úsledku svých stěvních problémů? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

2

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual Property at McMaster University. email: [orcip@mcmaster.ca](mailto:orcip@mcmaster.ca) for details.

Version 4 – amended November, 2007

Czech

8. Jak často jste během posledních 2 týdnů museli v důsledku svých střevních problémů odkládat nebo rušit společenské závazky? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:

1. Neustále
2. Většinou
3. Poměrně často
4. Někdy
5. Málokdy
6. Výjimečně
7. Nikdy

9. Jak často Vás během posledních 2 týdnů trápily křeče v břiše? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:

1. Neustále
2. Většinou
3. Poměrně často
4. Někdy
5. Málokdy
6. Výjimečně
7. Nikdy

10. Jak často jste se během posledních 2 týdnů cítili celkově špatně? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:

1. Neustále
2. Většinou
3. Poměrně často
4. Někdy
5. Málokdy
6. Výjimečně
7. Nikdy

11. Jak často jste během posledních 2 týdnů byli znepokojeni strachem, že nenajdete toaletu? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:

1. Neustále
2. Většinou
3. Poměrně často
4. Někdy
5. Málokdy
6. Výjimečně
7. Nikdy

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual Property at McMaster University. email: [orcip@mcmaster.ca](mailto:orcip@mcmaster.ca) for details.

12. Jaké těžkosti jste během posledních 2 týdnů měli v důsledku svých střevních potíží při oblíbených činnostech spojených s využíváním volného času nebo sportováním? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Opravdu velké; znemožňovaly mi výkon uvedených činností
  2. Velké
  3. Značné
  4. Jisté
  5. Malé
  6. Téměř žádné
  7. Žádné; střevní potíže uvedené činnosti nijak neomezovaly
13. Jak často Vás během posledních 2 týdnů trápily bolesti břicha? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
14. Jak často jste během posledních 2 týdnů měli problémy s dostatečným spánkem nebo nočním buzením? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
15. Jak často jste během posledních 2 týdnů pociťovali depresi nebo malomyslnost? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual Property at McMaster University, email: [orcip@mcmaster.ca](mailto:orcip@mcmaster.ca) for details.

16. Jak často jste se během posledních 2 týdnů museli vyhnout účasti na akcích, když tam nebyla v blízkosti toaleta? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
17. Jakým problémem pro Vás byla během posledních 2 týdnů silná plynatost? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Hlavním problémem
  2. Velkým problémem
  3. Značným problémem
  4. Jistým problémem
  5. Malým problémem
  6. Téměř žádným problémem
  7. Žádným problémem
18. Jakým problémem pro Vás během posledních 2 týdnů bylo udržování nebo dosahování Vámi požadované tělesné hmotnosti? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Hlavním problémem
  2. Velkým problémem
  3. Značným problémem
  4. Jistým problémem
  5. Malým problémem
  6. Téměř žádným problémem
  7. Žádným problémem
19. Mnozí pacienti se střevními potížemi často mívají starosti a znepokojení v souvislosti se svou chorobou. K nim patří znepokojení ze vzniku rakoviny, neklid z toho, že se už nikdy nebudou cítit lépe, a znepokojení ze zhoršování daného stavu. Jak často jste během posledních 2 týdnů měli takové starosti nebo znepokojení? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual Property at McMaster University, email: [orcip@mcmaster.ca](mailto:orcip@mcmaster.ca) for details.

20. Jak často jste během posledních 2 týdnů měli nepříjemnosti s nadýmáním? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
21. Jak často jste se během posledních 2 týdnů cítili odpočinutí a uvolnění? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Nikdy
  2. Málokdy
  3. Někdy
  4. Poměrně často
  5. Většinou
  6. Téměř neustále
  7. Neustále
22. Jak často jste během posledních 2 týdnů při vyprazdňování měli potíže s krvácením z konečníku? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
23. Jak často Vás během posledních 2 týdnů přiváděly Vaše střevní potíže do nesnáží? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

6

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual Property at McMaster University, email: [orcip@mcmaster.ca](mailto:orcip@mcmaster.ca) for details.

Version 4 – amended November, 2007

Czech



24. Jak často Vás během posledních 2 týdnů obtěžovalo nutkání jít na toaletu, přestože jste měli prázdná střeva? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:

1. Neustále
2. Většinou
3. Poměrně často
4. Někdy
5. Málokdy
6. Výjimečně
7. Nikdy

25. Jak často jste během posledních 2 týdnů pociťovali plačtivost nebo rozčilení? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:

1. Neustále
2. Většinou
3. Poměrně často
4. Někdy
5. Málokdy
6. Výjimečně
7. Nikdy

26. Jak často jste během posledních 2 týdnů měli potíže s náhodným ušpiněním spodního prádla? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:

1. Neustále
2. Většinou
3. Poměrně často
4. Někdy
5. Málokdy
6. Výjimečně
7. Nikdy

27. Jak často jste se během posledních 2 týdnů cítili rozzlobeně v důsledku svých střevních potíží? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:

1. Neustále
2. Většinou
3. Poměrně často
4. Někdy
5. Málokdy
6. Výjimečně
7. Nikdy

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual Property at McMaster University, email: [orcip@mcmaster.ca](mailto:orcip@mcmaster.ca) for details.

28. Do jaké míry během posledních 2 týdnů **střevní problémy** omezovaly Vaši sexuální aktivitu? Vyberte si laskavě jednu z:
1. Úplně; znemožňovaly sexuální aktivitu
  2. Výrazně
  3. Mírně
  4. Do jisté míry
  5. Trochu
  6. Téměř neomezovaly
  7. Neomezovaly
29. Jak často jste během posledních 2 týdnů měli žaludeční nevolnost nebo pocit zvedání žaludku? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
30. Jak často jste během posledních 2 týdnů pocítovali podrážděnost? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy
31. Jak často jste během minulých 2 týdnů měli pocit, že pro Vás ostatní nemají dostatečné pochopení? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností:
1. Neustále
  2. Většinou
  3. Poměrně často
  4. Někdy
  5. Málokdy
  6. Výjimečně
  7. Nikdy

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

8

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual Property at McMaster University, email: [orcip@mcmaster.ca](mailto:orcip@mcmaster.ca) for details.

Version 4 – amended November, 2007

Czech

32. Jaké uspokojení, štěstí nebo radost jste během posledních 2 týdnů pocítili v osobním životě?  
Vyberte si laskavě jednu z následujících možností:

1. Většinou velké neuspokojení a pocit smutku
2. Obecné neuspokojení a pocit smutku
3. Jisté neuspokojení a pocit smutku
4. Obecné uspokojení a radost
5. Většinou uspokojení a pocit štěstí
6. Většinou velké uspokojení a pocit štěstí
7. Mimofádné uspokojení; štěstí a spokojenost nemohly být větší

© Copyright McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
This is a translation from the original English version validated and protected under copyright laws.  
Tento překlad z původní anglické verze je validován a chráněn zákony o autorských právech.

Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate  
licensing agreement. Please contact the Office of Research Contracts & Intellectual  
Property at McMaster University, email: [orcip@mcmaster.ca](mailto:orcip@mcmaster.ca) for details.

Version 4 – amended November, 2007

Czech

## WHOQOL 100 – česká verze

### Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**.

Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

### Děláte si starosti se svým zdravím?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste se strachoval/a o své zdraví během posledních dvou týdnů. Pokud jste se „hodně“ strachoval/a o zdraví, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste si „vůbec“ nedělal/a starosti o zdraví, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, např. kladné pocity jako je štěstí nebo spokojenost. Pokud jste měl/a tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo u slova „maximálně“. Pokud jste tyto pocity vůbec neměl/a, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

F1.2 Znepokojuje Vás bolest nebo nepříjemné pocity?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F1.3 Jak je pro Vás těžké zvládat bolest nebo nepříjemné pocity?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F1.4 Do jaké míry Vám bolest brání dělat věci, které potřebujete dělat?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F2.2 Jak snadno se unavíte?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F2.4 Jak moc Vás trápí únava?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F3.2 Máte nějaké problémy se spaním?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F3.4 Jak moc Vás problémy se spaním znepokojují?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F4.1 Jak moc Vás těší život?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F4.3 Nakolik vidíte svou budoucnost příznivě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F4.4 Nakolik ve svém životě prožíváte kladné pocity?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F5.3 Jak se dokážete soustředit?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F6.1 Jak moc si vážíte sám/sama sebe?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F6.2 Jak moc si věříte?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F7.2 Cítíte se znevýhodněn/a svým vzhledem?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F7.3 Je ve Vašem vzhledu něco, kvůli čemu se necítíte dobře?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F8.2 Nakolik si děláte starosti?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F8.3 Jak moc Vám pocity smutku nebo deprese překážejí ve vašich každodenních činnostech?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F8.4 Jak moc Vás trápí pocity deprese?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F10.2 Do jaké míry máte problémy při vykonávání každodenních činností?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F10.4 Jak moc Vás obtěžují případná omezení při provádění každodenních činností?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F11.2 Jak moc potřebujete léky, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F11.3 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F11.4 Do jaké míry závisí kvalita Vašeho života na užívání léků nebo na lékařské péči?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F13.1 Jak osamělý/á se cítíte ve svém životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F15.2 Jak jsou naplněny Vaše sexuální potřeby?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F15.4 Trápí vás nějaké problémy v sexuálním životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F16.1 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5



F16.2 Pripadá Vám, že žijete v bezpečném prostředí?

vůbec ne	spíše ne	středně	spíše ano	maximálně
1	2	3	4	5

F16.3 Jak moc si děláte starosti se svým bezpečím?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F17.1 Jak příjemné je místo, kde žijete?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F17.4 Jak moc máte rád/a místo, kde žijete?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F18.2 Máte finanční potíže?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F18.4 Jak moc si děláte starosti kvůli penězům?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F19.1 Je pro Vás kvalitní lékařská péče snadno dostupná?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F21.3 Jak moc Vás těší volný čas?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F22.1 Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

vůbec ne	spíše ne	středně	spíše ano	maximálně
1	2	3	4	5

F22.2 Obtěžuje Vás v místě, kde žijete, hluk?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F23.2 Do jaké míry máte problémy s dopravou?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F23.4 Jak moc omezují problémy s dopravou Váš život?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. každodenní činnosti jako je mytí, oblékání a jídlo. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel, která leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

F2.1 Máte dost energie pro každodenní život?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F7.1 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F10.1 Nakolik jste schopen/schopna provádět každodenní činnosti?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F11.1 Jak nezbytně potřebujete léky?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F14.1 Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F14.2 Do jaké míry můžete počítat se svými přáteli, když je potřebujete?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F17.2 Nakolik odpovídá kvalita Vašeho bydlení Vaším potřebám?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F18.1 Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F20.1 Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F20.2 Máte možnost získat informace, které podle Vašeho názoru potřebujete?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F21.1 Máte možnost věnovat se svým zálibám?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F21.2 Nakolik si můžete odpočinout a pobavit se?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F23.1 Máte k dispozici vhodné dopravní prostředky?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á** nebo **spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svým rodinným životem nebo s tím, kolik jste měl/a energie. Rozhodněte, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/á s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

G2 Jak jste spokojen/a s kvalitou svého života?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

G3 Jak jste celkově spokojen/a se svým životem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

G4 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F2.3 Jak jste spokojen/a s tím, kolik máte energie?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F3.3 Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F5.2 Jak jste spokojen/a se svou schopností se učit nové věci?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F5.4 Jak jste spokojen/a se svou schopností se rozhodovat?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F6.3 Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F6.4 Jak jste spokojen/a se svými schopnostmi?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F7.4 Jak jste spokojen/a se svým tělesným vzhledem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F10.3 Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F13.3 Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F15.3 Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F14.3 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytuje rodina?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F14.4 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F13.4 Jak jste spokojen/a s tím, co můžete dělat pro druhé?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F16.4 Jak jste spokojen/a se svým osobním bezpečím?

velmi nespokojen/a 1	nespokojen/a 2	ani spokojen/a ani nespokojen/a 3	spokojen/a 4	velmi spokojen/a 5
----------------------------	-------------------	---	-----------------	-----------------------

F17.3 Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

velmi nespokojen/a 1	nespokojen/a 2	ani spokojen/a ani nespokojen/a 3	spokojen/a 4	velmi spokojen/a 5
----------------------------	-------------------	---	-----------------	-----------------------

F18.3 Jak jste spokojen/a se svou finanční situací?

velmi nespokojen/a 1	nespokojen/a 2	ani spokojen/a ani nespokojen/a 3	spokojen/a 4	velmi spokojen/a 5
----------------------------	-------------------	---	-----------------	-----------------------

F19.3 Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

velmi nespokojen/a 1	nespokojen/a 2	ani spokojen/a ani nespokojen/a 3	spokojen/a 4	velmi spokojen/a 5
----------------------------	-------------------	---	-----------------	-----------------------

F19.4 Jak jste spokojen/a se sociální péčí?

velmi nespokojen/a 1	nespokojen/a 2	ani spokojen/a ani nespokojen/a 3	spokojen/a 4	velmi spokojen/a 5
----------------------------	-------------------	---	-----------------	-----------------------

F20.3 Jak jste spokojen/a s možností získávat nové dovednosti?

velmi nespokojen/a 1	nespokojen/a 2	ani spokojen/a ani nespokojen/a 3	spokojen/a 4	velmi spokojen/a 5
----------------------------	-------------------	---	-----------------	-----------------------



F20.4 Jak jste spokojen/a se svými možnostmi dozvědět se něco nového?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F21.4 Jak jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj volný čas?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F22.3 Jak jste spokojen/a se svým životním prostředím (např. znečištění ovzduší, podnebí, hluk, krása místa)?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F22.4 Jak jste spokojen/a s podnebím v místě, kde žijete?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F23.3 Jak jste spokojen/a s dopravou?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F13.2 Cítíte se šťastný/á ve vztazích se členy své rodiny?

velmi nešťastný/á	nešťastný/á	ani šťastný/á ani nešťastný/á	šťastný/á	velmi šťastný/á
1	2	3	4	5



G1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

F15.1 Jak byste hodnotil/a svůj sexuální život?

velmi špatný	špatný	ani špatný ani dobrý	dobry	velmi dobrý
1	2	3	4	5

F3.1 Jak dobře spíte?

velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

F5.1 Jak byste hodnotil/a svou paměť?

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

F19.2 Jak byste hodnotil/a kvalitu sociálních služeb, které máte k dispozici?

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci, jako je například podpora od rodiny nebo přátel, nebo nepříjemné zážitky jako například pocit ohrožení. Pokud jste během posledních dvou týdnů neměl/a žádné takové zážitky, zakroužkujte číslo u výrazu „nikdy“. Pokud jste je prožil/a, uvědomte si, jak to bylo často, a zakroužkujte příslušné číslo. Pokud jste například měl/a během posledních dvou týdnů neustále bolesti, zakroužkujte číslo u výrazu „neustále“. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

F1.1 Jak často máte bolesti?

nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
1	2	3	4	5

F4.2 Cítíte se celkově spokojený/á?

nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
1	2	3	4	5

F8.1 Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají jakékoli **práce**, kterou děláte. Práci se zde míní jakákoli hlavní činnost, kterou se zabýváte. Patří sem dobrovolná práce, studium, starost o domácnost, péče o děti, placená i neplacená práce. Za práci zde považujeme ty činnosti, kterým věnujete podstatnou část svého času a energie. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

F12.1 Jste schopen/schopna pracovat?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F12.2 Máte pocit, že dokážete plnit své povinnosti?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F12.4 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F12.3 Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovat?

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

Několik dalších otázek zjišťuje, **jak jste se mohli/a pohybovat** v posledních dvou týdnech. Týká se to Vaší fyzické schopnosti se pohybovat a zabývat se věcmi, které chcete dělat nebo které potřebujete vykonávat.

F9.1 Jak se dokážete pohybovat?

velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

F9.3 Nakolik Vás obtěžují případné problémy s pohyblivostí?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F9.4 Do jaké míry narušují pohybové obtíže Váš způsob života?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F9.2 Jste spokojen/a s tím, jak se můžete pohybovat?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

Následujících několik otázek je zaměřeno na Vaši **osobní filosofii nebo víru** a její vliv na kvalitu Vašeho života. Tyto otázky se týkají náboženství, duchovní oblasti a dalších názorů a přesvědčení, které zastáváte. Otázky se opět vztahují k posledním dvěma týdnům.

F24.1 Dává Vaše osobní víra smysl Vašemu životu?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F24.2 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F24.3 Nakolik Vám Vaše osobní víra dává sílu čelit těžkostem?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F24.4 Nakolik Vám pomáhá Vaše osobní víra chápat těžkosti života?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

## OSOBNÍ ÚDAJE

**Pohlaví:** muž žena

**Datum narození:** \_\_\_\_\_ (den, měsíc, rok)

**Nejvyšší ukončené vzdělání:**

- základní
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vysokoškolské

**Rodinný stav:**

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- žiji v partnerském svazku jako bych byl/a ženatý/vdaná
- žiji odděleně
- rozvedený/á
- ovdovělý/á

Jaký je Váš zdravotní stav? (G1.2)

velmi špatný 1	špatný 2	ani špatný ani dobrý 3	dobrý 4	velmi dobrý 5
-------------------	-------------	------------------------------	------------	------------------

**Jste v současné době nemocný/á?** Ano Ne

Pokud ano, uveďte diagnózu \_\_\_\_\_

Máte nějaké připomínky k dotazníku?

**DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI**