



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra Ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Edukace klienta při ulcerózní kolitidě

Vypracoval: Večeřová Iva
Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Edukace klienta při ulcerózní kolitidě

Má bakalářská práce na téma „Edukace klienta při ulcerózní kolitidě“ je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část je zaměřena na charakteristiku ulcerózní kolitidy a edukace. Tato část je rozdělena na devět kapitol. Tyto kapitoly popisují anatomii a fyziologii tlustého střeva, definici dané choroby, její příčinu, příznaky a komplikace. Dále jsou kapitoly zaměřené na vyšetřovací metody a léčbu ulcerózní kolitidy a ošetrovatelskou péči. Poslední kapitola teoretické části je věnována edukaci.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle, a to zmapovat způsoby edukace klienta s ulcerózní kolitidou a zjistit efektivitu edukace u pacienta s ulcerózní kolitidou (s odstupem 3 měsíců od první edukace). Na základě daných cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky. Jaká je efektivita vlastní navržené edukace na zdravotní stav klienta s ulcerózní kolitidou? Má dodržování dietních opatření vliv na relaps onemocnění? Jakým způsobem ovlivňuje přiměřená fyzická a psychická zátěž onemocnění?

Praktická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Výzkum byl veden s respondenty, kterým je diagnostikována ulcerózní kolitida a se sestrami, které pracují na gastroenterologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Rozhovory byly následně přepsány a poté zpracovány technikou otevřeného kódování, pomocí metody tužka a papír. Poté byla použita technika vykládání karet. Z takto zpracovaných dat získaných z rozhovorů vzniklo pět kategorií a třináct podkategorií.

Výzkum byl rozdělen do tří částí. V první části byl rozhovor veden s osmi respondenty, kterým je diagnostikována ulcerózní kolitida. Respondenti byli nejprve informováni o důvodu vedení rozhovorů a s jejich zveřejněním souhlasili. Jednalo se o polo-strukturovaný rozhovor. Ten se skládal z osmnácti otázek zaměřených na průběh onemocnění, léčbu, edukaci respondenta, na dietní opatření a na vliv psychické a fyzické zátěže na onemocnění. Rozhovory byly vedeny osobně v klidném prostředí. Následně byli všichni respondenti edukováni pomocí vlastní edukace. Tato edukace

byla zaměřena na základy psychohygieny a bezsezbytkovou dietu. Byly zde popsány vhodné a nevhodné potraviny a součásti je též ukázka jídelníčku.

Druhá část rozhovorů byla vedena se třemi sestrami z gastroenterologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Dvě sestry pracují v IBD poradně, třetí sestra je zaměstnaná na lůžkové části gastroenterologického oddělení. Rozhovor je rovněž polo-strukturovaný. Obsahuje šestnáct otázek, které jsou pro lepší porovnání s respondenty položeny velice podobně. Otázky jsou zaměřeny na onemocnění, věk klientů při diagnostice, nejčastější léčbu, dále na edukace klientů, podávání informací o dietních opatřeních a fyzické a psychické zátěži. Rozhovory byly vedeny v soukromí IBD poradny. Sestry byly rovněž informovány o důvodu vedení rozhovoru a souhlasily s jeho uveřejněním.

Třetí část byla zaměřena na ověření znalostí a efektivity předešlé edukace u tří respondentů, kterým je diagnostikována ulcer. Rozhovor byl veden tři měsíce od edukace respondentů. Jednalo se o strukturovaný rozhovor. Ten obsahoval pět otázek. Byly zaměřeny na současný stav nemoci, dále na zhodnocení dodržování a účinnosti bezsezbytkové diety a základů psychohygieny. Rozhovory byly vedeny v domácím klidném prostředí.

Z výsledků prováděného výzkumu vyplývá, že respondenti mají deficit informací nejčastěji v oblasti fyzické a psychické zátěže a často také u bezsezbytkové diety. Ovšem v oblasti definice onemocnění a léčby jsou respondenti převážně dobře edukováni. Pouze jedna respondentka neměla informace ani v této oblasti. Ověření edukace, formou rozhovoru, bylo vedeno tři měsíce od první edukace. Rozhovor se týkal převážně dodržování bezsezbytkové diety a základů psychohygieny. Zde respondenti nové informace ocenili a shodli se, že dodržování daných pokynů příznivě ovlivňuje průběh choroby. Respondentka, která během těchto tří měsíců prodělala relaps onemocnění, přiznává, že dodržování diety v souvislosti s léčbou, ji navodilo zpět remisi onemocnění. V oblasti psychohygieny pokyny z důvodu nedostatku času nedodržovala. Zbylí dva respondenti se ovšem shodli, že dobrý psychický stav chorobu ovlivňuje a dodržování daných pokynů v oblasti psychohygieny, pocit klidu a pohody

pomohlo navodit. Z druhých rozhovorů je zřejmé, že kvalitní a obsáhlá edukace a dodržování pokynů, které obsahuje, příznivě ovlivňuje průběh choroby.

Ve výzkumu své bakalářské práce vidím přínos v tom, že správná edukace může pozitivně ovlivnit průběh choroby. Práce by také mohla být použita jako edukační materiál a pomoci zvýšit kvalitu edukace klientů s ulcerózní kolitidou.

Klíčová slova: Ulcerózní kolitida, edukace, respondent, sestra

Abstract

Client Education for Ulcerative Colitis

My bachelor thesis focused on „Client Education for Ulcerative Colitis“ has been split in theoretical part and practical part.

The theoretical part has been focused on characteristics of ulcerative colitis and education. This part has been split in nine chapters. The chapters describe anatomy and physiology of colon, definition of the disease, its causes, symptoms and complications. Furthermore, the chapters have been focused on examination methods and treatment of ulcerative colitis and nursing care. The last chapter of the theoretical part has been devoted to education.

There were two aims defined for the bachelor thesis; to describe methods of educating the clients suffering from ulcerative colitis and to determine efficiency of education for a patient suffering from ulcerative colitis (in the course of 3 months after the first education). Based on the specified aims, three investigation questions were asked. What is the effect of the suggested education on health status of a client suffering from ulcerative colitis? Does observance of diet measures affect relapse of the disease? How do reasonable physical strain and psychical stress affect the disease?

The practical part of the thesis has been processed through qualitative research. The research was made with respondents with the diagnoses of ulcerative colitis and with nurses who work at gastroenterologic ward in the hospital in České Budějovice, a.s. The interviews were then written down and processed through open coding, via pen and paper coding method. Then the ‘showdown’ technique was applied. Thus, processing of the data obtained from the interviews resulted in five categories and thirteen sub-categories.

The research was split in three parts. The first part included interviewing of eight respondents with the diagnoses of ulcerative colitis. Firstly, the respondents were informed about the reason of the interviews and they approved publishing of the interviews. The interview was semi-structured. This included eighteen questions focused on the progress of the disease, education of the respondent, diet measures and

influence of physical strain and psychological stress on the disease. The interviews were taken personally in calm environment. Then, each respondent was educated through the education. The education was focused on the basis of mental hygiene and low-residue diet. This included description of suitable and unsuitable food as well as example of the diet.

The second part included interviewing of three nurses from gastroenterologic ward in the hospital in České Budějovice, a.s. Two nurses work in IBD clinic, and the third one is employed in the ward block of the gastroenterologic department. The interview was semi-structured, too. It included sixteen questions which are very similar to allow better comparison with the patients. The questions have been focused on the disease, clients' age at the moment of diagnostics, the most frequent treatment, on education of the clients, telling information on diet measures and physical strain and psychological stress. The interviews were taken in private premises of IBD clinic. Nurses were also informed about the reason of the interviews and they approved publishing of the interviews.

The third part was focused on check of knowledge and efficiency of former education of three respondents. The interview was taken three months after the respondents had been educated. This was a structured interview. It included five questions. These were focused on present status of the disease, evaluation of observance and efficiency of the low-residue diet and the basis of mental hygiene. The interviews were taken in calm home environment.

Results of the research showed that the respondents have lack of information most frequently in the field of physical strain and psychological stress and often in the field of low-residue diet. However, the respondents are mainly well-educated about the definition of the disease and about treatment. There was only one respondent who did not have information in this field, either. Check of education, through interview, was carried out three months after the first education. The interview was related mainly to observance of the low-residue diet and the basis of mental hygiene. The respondent appreciated the new information and agreed that observance of the instructions has positive effect on progress of the disease. The respondent, who experienced relapse of the disease in the period of three months, admits that observance of the diet and the

treatment helped remission of the disease. Due to lack of time, she did not follow the instruction of mental hygiene. However, the other two respondents agreed that good psychical condition affected the disease and that observance of the instructions in the field of mental hygiene helped induce the feeling of calmness and comfort. The second interviews clearly show that perfect and comprehensive education and observance of instructions, which are included in the education, have positive effect on progress of the disease.

In my opinion, my bachelor thesis is helpful because it has proven that correct education may have positive effect on the progress of the disease. The thesis might be also used as education material and it might help improve education of clients with the diagnoses of ulcerative colitis.

Keywords: Ulcerative colitis, education, a respondent, a nurse

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 30. 4. 2015

.....

(Večeřová Iva)

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové za její cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu a čas, který mi věnovali při poskytování rozhovorů.

Hlavní sestře a vrchní sestře z gastroenterologického oddělení bych chtěla také poděkovat za umožnění vedení rozhovorů se sestrami na gastroenterologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Obsah

Úvod

1. Současný stav	13
1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva.....	13
1.1.1 Střevní flóra	13
1.1.2 Stěny tlustého střeva	14
1.1.3 Pohyby tračníku	14
1.1.4 Konečník, řitní otvor a defekace.....	14
1.2 Definice ulcerózní kolitidy.....	15
1.3 Příčina ulcerózní kolitidy	16
1.4 Příznaky ulcerózní kolitidy	16
1.5 Komplikace ulcerózní kolitidy	17
1.6 Vyšetřovací metody při ulcerózní kolitidě.....	17
1.6.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření.....	17
1.6.2 Laboratorní vyšetření	18
1.6.3 Zobrazovací metody	19
1.6.4 Endoskopické vyšetření	20
1.7 Léčba ulcerózní kolitidy.....	24
1.7.1 Dietní opatření	24
1.7.2 Konzervativní léčba	25
1.7.3 Chirurgická léčba.....	26
1.7.4 Biologická léčba	26
1.7.5 Psychoterapie	27
1.7.6 Helmintická terapie, léčba pomocí vybraných červů a prvoků	27

1.8	Ošetrovatelská péče.....	28
1.9	Edukace	29
1.9.1	Druhy edukace	30
1.9.2	Edukace klienta s ulcerózní kolitidou	31
2.	Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1	Cíle práce	33
2.2	Výzkumné otázky.....	33
3.	Metodologie výzkumného šetření	34
3.1	Použitá metoda výzkumného šetření.....	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4.	Výsledky	37
4.1	Kazuistiky respondentů s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou.....	37
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů.....	44
4.2.1	Léčba.....	44
4.2.2	Edukace klientů.....	47
4.2.3	Dietní opatření	51
4.2.4	Vliv zátěže na zdravotní stav	55
4.2.5	Ověření edukace	59
5.	Diskuze	62
6.	Závěr	68
7.	Seznam použitých zdrojů	70
8.	Přílohy	73
8.1	Seznam příloh.....	73

Úvod

Ulcerózní kolitida je pro širokou veřejnost málo známá nemoc. Jedná se o zánětlivé chronické onemocnění tlustého střeva, u kterého není známá příčina. I přesto jí trpí asi 45 lidí ze 100 000. Bohužel stále přibývá především mladých lidí s touto diagnózou. Příznaky jsou intimní a nepříjemné a mnoho lidí se za toto onemocnění stydí. Nemoc je omezuje zdravotně, duševně i sociálně. Je ale možnost jak těmto lidem pomoci se s ulcerózní kolitidou vyrovnat, a to včasnou a efektivní edukací klienta odborníkem.

Protože jsem se i já osobně s ulcerózní kolitidou setkala u člena mé rodiny, začala jsem se o danou nemoc podrobněji zajímat. Všimla jsem si, že můj příbuzný nebyl edukován v oblastech diety a psychohygieny. Nesl nemoc velmi špatně, nevěděl si rady ani při mírných potížích a všechny své problémy řešil zvyšováním léků. Začala jsem pro něj zjišťovat informace o dietách, o nemoci jsem si s ním povídala a zaznamenala jsem u něj pokrok v psychickém stavu a po několikadenní bezezbytkové dietě i zlepšení zdravotního stavu bez změny medikace.

Problematika mě zaujala natolik, že jsem se rozhodla vybrat si téma „*Edukace klienta při ulcerózní kolitidě*“ pro bakalářskou práci.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem byli lidé s tímto onemocněním edukováni, kdo edukaci prováděl, zda toto poučení bylo pro pacienta dostatečné. Dále bych ráda zjistila souvislosti mezi fyzickou a psychickou zátěží a opakujícími se relapsy nemoci. Po vypracování edukace k ulcerózní kolitidě bych chtěla vyzkoušet, zda bych klientům při realizaci daných pokynů k prodloužení remise popřípadě napomohla k zlepšení zdravotního stavu při relapsu onemocnění. Posledním cílem je porovnání odpovědí klientů s odpověďmi sester z gastroenterologického oddělení a z poradny zaměřené na idiopatické střevní záněty v nemocnici Českých Budějovicích.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo je poslední částí trávicí trubice a zahrnuje tři hlavní části. První oblastí tlustého střeva je slepé střevo (caecum), dalšími oddíly střeva jsou vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitá klička (colonsigmoideum) a konečník (rektum). Tračník měří asi 1,5 metru (1).

Když je dokončeno chemické štěpení potravy v tenkém střevě, vzniká částečně strávená a zkapalněná natrávenina (chymus). Ta prochází z tenkého střeva přes ileocekální chlopeč do slepého střeva. Odtud vstupuje do první části tračníku, vzestupného tračníku. Hlavní funkcí tračníku je přeměnit tekutou tráveninu na polotuhou stolici. Výstelkou tračníku jsou vstřebávány do krve a mízy sodík, chlorid a voda, tak se stolice zahušťuje. Výměnou za sodík a chlorid jsou v tračníku vyloučeny bikarbonát a draslík. V tračníku jsou přítomny také miliardy symbiotických bakterií (1).

1.1.1 Střevní flóra

Mikrobiální osídlení trávicího traktu patří fyziologicky a ontogeneticky k tzv. zevnímu prostředí organismu (2). Miliardy mikroorganismů, hlavně bakterií, žijí v trávicím traktu - převážně v tlustém střevě. Jde o střevní flóru, která je neškodná, pokud nepronikne do ostatních částí těla a je udržována v rovnováze. Bakterie vyrábějí enzymy rozkládající určité složky potravy, zvláště celulózu, kterou lidské enzymy nedokážou natrávit. Tímto způsobem bakterie spotřebovávají nestravitelné zbytky potravy, poskytují živiny, které mohou být vstřebány do těla a pomáhají snižovat množství stolice. Jako součást svého metabolismu produkuje střevní flóra také vitaminy K a B a plyny - vodík, oxid uhličitý, sirovodík a metan. Mimoto střevní flóra pomáhá potlačovat škodlivé mikroby, které by se mohly dostat do zažívacího systému a pomáhá

také imunitnímu systému bojovat s chorobami podporou tvorby protilátek a aktivity lymfatické tkáně ve výstelce tlustého střeva (1).

1.1.2 Stěny tlustého střeva

Stěna tlustého střeva je poměrně tenká, protože je redukována její svalová vrstva, podélná i cirkulární. Redukce podélné vrstvy se projevuje výdutěmi stěny, tzv. kastrací. Ve sliznici střeva je velké množství hlenových žlázek, jejichž produkt (hlen) chrání povrch střeva při tvorbě a posunu odpadních látek. Sliznici tlustého střeva chybějí klky a sliznice vytváří pouze nízké řasy s malým množstvím resorpčních buněk. Cévní a mízní pleteně jsou vytvořeny těsně pod sliznicí, kde se formují rozsáhlé sítě schopné resorbovat velké množství vody a minerálních látek (Na, K, Cl, Ca, aj.) (3).

1.1.3 Pohyby tračníku

Na rozdíl od tenkého střeva netvoří podélná svalovina ve stěně tlustého střeva souvislou vrstvu, ale je soustředěna do tří pruhů, tzv. taenie coli. Taenie se táhnou po celé délce tlustého střeva. Jejich tahem se střevo nakrčí a tím vzniknou zevně vypouklá místa, haustra. Pohyby svaloviny mísí a posunují obsah tračníku směrem k rektu. Pohyby mají různou rychlost, intenzitu a charakter, hlavně v závislosti na složení obsahu. Jsou tři hlavní typy pohybů, a to segmentační pohyby, peristaltické kontrakce a velké posunovací pohyby. Obsah v tlustém střevě se posunuje pomaleji než v tenkém střevě a tím je umožněna zpětná resorpce vody do krve v množství až dvou litrů denně (1).

1.1.4 Konečník, řitní otvor a defekace

Konečník je dlouhý 10 - 12 cm a většinu času je prázdný, s výjimkou těsně před a během defekace. Dolní část konečníku se nazývá anální kanál a měří asi 4 cm. Ve

stěnách análního kanálu jsou dva anální svěrače, vnitřní a zevní anální svěrač (1). Vnitřní svěrač je tvořen hladkou svalovinou, zevní je z příčně pruhovaného svalstva a má proto volní inervaci. Tímto svěračem je ovládáno vyprazdňování střeva (3).

Vyprazdňování stolice je reflexní děj, ke kterému dochází jednou za 24 hodin. Nahromaděním stolice v konečniku se v dutině konečniku zvýší tlak a napětí stěny vyvolá nucení na stolici. Ochabují svěrače konečniku a smršťují se břišní svaly a bránice, které zvyšují tlak na koncový úsek trávicí trubice, který se vyprazdňuje. Množství stolice závisí na množství přijímané potravy. Pohybuje se průměrně od 150 – 300 gramů. Defekační reflex lze potlačit vůlí. Opakované potlačování vyprazdňování stolice vede k ochabnutí svaloviny rekta a ke vzniku chronické zácpy - obstipace (3).

1.2 Definice ulcerózní kolitidy

„Ulcerózní kolitida je hemoragicko-katarální či ulcerózní zánět povrchových vrstev sliznice tlustého střeva. Postihuje vždy rektum a šíří se proximálně do různé vzdálenosti“ (4).

Ulcerózní kolitida probíhá nárazově nebo chronicky s exacerbacemi. Průběh se dělí podle četnosti exacerbací za poslední 3 roky. Intermitující - v posledních 2 letech byl maximálně jeden relaps, remitující relapsy se opakují během 1 roku, vleklý je nepřetržitý aktivní průběh bez remise, epizodický je relaps za déle než 2 roky, regresivní s postupným zlepšováním, progresivní je trvale aktivní se zhoršováním (4).

Podle rozsahu zánětu se rozlišují tři tvary ulcerózní kolitidy. **Proktitida** (lehký), kdy zánět postihuje konečnou část tlustého střeva v délce 10 až 15 cm od análního okraje, **ohraničený tvar** (středně těžký) zasahuje konečník a různě rozsáhlou část tlustého střeva až do oblasti slezinného ohbí tračníku, **rozsáhlý tvar** (extenzivní) postihuje už zmíněné části střeva, ale navíc ještě příčný tračník a v některých případech celé tlusté střevo (5). Tvar není trvalý, během vývoje nemoci může dojít k jeho změně (6).

1.3 Příčina ulcerózní kolitidy

Příčina ulcerózní kolitidy není vyjasněna, přestože je choroba známá více než 100 let. Dominující postavení v otázkách etiologie mají dnes teorie imunologické. Proto řada autorů řadí ulcerózní kolitidu a Crohnovu nemoc mezi autoimunitní onemocnění. Pravděpodobné jsou i genetické vlivy, zejména z doby, kdy Hugot popsal v Pausteurově ústavu v Paříži tzv. IBD-1 gen (7). Složení mikroflóry u nemocných s idiopatickými střevními záněty je odlišné kvantitativně, ale i kvalitativně a nemocní trpí významně vyšší bakteriální translokací (2). Dá se tedy předpokládat, že ke spuštění mechanismu chronického zánětlivého střevního onemocnění je třeba dvou složek: vnitřní genetické dispozice a zevních faktorů, neboli střevní mikroflóry a její produktů (7). Předpokládá se, že se na jejím vzniku podílí více faktorů, jako je dědičnost, **stres**, někteří infekční činitelé, **složení stravy** a porucha imunitního slizničního systému (8).

1.4 Příznaky ulcerózní kolitidy

Příznaky nemusí odpovídat rozsahu postižení, tedy u malého rozsahu postižení mohou být velké bolesti a průjem a naopak (4).

Nejčastější příznaky, které provázejí ulcerózní kolitidu, je průjem, který trvá i po vysazení potravy a nezávisí na denní době, bolest viscerální, kolikovitá, enteroragie, extraintestinální příznaky, jako jsou pyodermagangrenosum (hnisavé ložiska na kůži), atralgie, oční změny, nefrolitiáza, poruchy krvetvorby (sideropenická anémie) (4).

Rozlišují se dva příznakové soubory. **Syndrom rektální**, který provází tenezmy. To je bolestivé nucení na stolicí s vyprázdněním malého množství stolice nebo krvavého hlenu. Typické pro proktitidu nebývají bolesti břicha, kromě tenezmů jsou nemocní bez potíží. Může být i zácpa. Při vleklém průběhu nalézáme v důsledku enteroragie anemii (9). **Syndrom kolitický**, který je u ohraničeného a levostranného tvaru, je charakterizován přítomnou stolicí, která je kašovitá až vodnatá, promísena s krví a hleny. Při postižení levostranném bývají přítomny hlavně příznaky zažívací (průjmy, tenesmy, krev a hlen ve stolici), při subtotálním a totálním postižením se

přidávají příznaky celkové, v podobě subfebrilní a febrilní stavu, váhového úbytku, závažnější jsou anemie a celkové alterace stavu (6).

1.5 Komplikace ulcerózní kolitidy

Fulminantní průběh se projevuje schváceností, krvavými průjmy nad 10 denně, silnými bolestmi jako peritoneální dráždění, horečky nad 38°C, výrazná anémie, tachykardie nad 100/min a úbytek na váze nad 10%. Nejhorší důsledek je **toxický megakolon**, kdy hrozí perforace střeva a sterkorální perforace (9). Jedná se o závažný průběh kolitidy, kdy zánět proniká do hlubších vrstev a dochází tak k rozpětí tlustého střeva, neboli k paralytickému ileu a může dojít až k perforaci. Léčba musí být intenzivní s použitím ATB a vysokých dávek kortikosteroidů. Nedojde-li ke zlepšení do 24-48 hodin, je nutné provést chirurgické odstranění tlustého střeva (10).

Ulcerózní kolitidu často provází i mimostřevní příznaky, které svědčí pro aktivitu nemoci. **Kožní** komplikace jsou Pyoderma gangraenosum a Erythema nodosum (7). Jedná se o zánět podkoží. Je to akutní alergické zánětlivé onemocnění podkožní tkáně. Příčinou je zejména zánět cév v podkoží v důsledku ukládání imunitních komplexů (11). **Kloubní** komplikace jsou zejména artritidy, sakroileitidy a artralgie. Mezi **oční** komplikace se řadí iritidy, iridocyklitidy a keratokonjunktivitidy. **Jaterní** jsou primární sklerozující cholangitidy, granulomatózní hepatologie. **Plicní** mohou být fibrózy a pneumonitidy. **Ledvinné** jsou intersticiální nefritidy (7).

1.6 Vyšetřovací metody při ulcerózní kolitidě

1.6.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Každé vyšetření by mělo začínat důkladným rozbořem obtíží pacienta a fyzikálním vyšetřením lékařem pomocí pohledu, pohmatu, poklepu, poslechu a vyšetření per rektum (12). Hlavní složkou je anamnéza. Celková anamnéza by se měla skládat z osobní anamnézy, která by měla obsahovat informace o všech obtížích nemocného,

rodinná anamnéza, která je zaměřena na posouzení dědičného rizika chorob, farmakologická anamnéza, ta se zaměřuje na užívané léky, pracovní anamnéza zahrnuje pracovní podmínky a rizika nemocného, sociální anamnéza hodnotí životní podmínky klienta, alergologická anamnéza, která zahrnuje všechny alergie a přecitlivosti klienta a další je anamnéza na nynější onemocnění (13).

1.6.2 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření krve

Při laboratorním vyšetření krve se u pacientů s ulcerózní kolitidou objevuje anémie, snížená hladina železa v séru, zvýšená sedimentace erytrocytů, zvýšené hladiny leukocytů a trombocytů, dále je zvýšená koncentrace C-reaktivního proteinu. V případě těžkých průjmů může nastat porucha vodního a minerálového hospodářství (14).

Vyšetření stolice

Vyšetření stolice se provádí proto, aby se vyloučila případná bakteriální, virová nebo parazitární infekce. Infekční střevní onemocnění mohou některými svými příznaky nespecifické střevní záněty připomínat. Proto se provádí mikrobiologické vyšetření stolice, kterými je lze odlišit (14).

Vyšetření stolice se provádí makroskopicky, mikrobiologicky a dále jako vyšetření na okultní krvácení. U vyšetření makroskopického hodnotíme tvar, konzistenci, množství, barvu, zápach a patologické příměsi, jako krev, hlen, hnis, parazity a nestrávené zbytky. Čerstvá krev ve stolici se nazývá enteroragie a pochází vždy z tlustého střeva (9), natrávená krev ve stolici charakteristického dehtovitého vzhledu meléna je vyvolána krvácením do horních oddílů trávicího traktu. Hlen se podobá vaječnému bílku a doprovází záněty střev (4). Hnis je původu análního při píštěli nebo abscesu nebo z tlustého střeva při zánětech. Parazity lze rozdělit na škrkavky, které vypadají jako 10 cm dlouhé žížaly. Roupí jsou 1 cm dlouhé nitky a články tasemnice jsou bílé obdélníčky. Nestrávené zbytky jsou charakteristické pro poruchy trávení nebo rychlé střevní pasáže. U vyšetření mikrobiologického se provádí kultivace stolice

k průkazu mikrobiálního agens, je vhodné provádět u déletrvajících trávicích obtíží a vždy u průjmů zdánlivě bez příčiny (9). Vzorek se odebere z vyloučené stolice lopatkou, která je součástí víčka plastové nádoby. Nádobka se musí pevně uzavřít, označit a s průvodkou se odesílá do laboratoře. K vyšetření na okultní krvácení slouží Haemocult test (15). Zdrojem okultního krvácení mohou být polypy nebo nádory v trávicím traktu a je stejně nebezpečné jako krvácení viditelné (4).

1.6.3 Zobrazovací metody

Ultrasonografie

Ultrasonografie je vyšetření, které využívá různé schopnosti tkání propouštět či odrážet zvukové vlny. Pro pacienty je nejméně invazivní. Je jím možné posoudit tloušťku stěn jednotlivých úseků střeva, jejich prokrvení a původ hmatného zduření v břiše (14). Před vyšetřením je pacient na lačno. Po vyšetření odchází domů (9).

Rentgenové vyšetření bez kontrastní látky

RTG se užívá jen zřídka a je vhodné při podezření na komplikaci ulcerózní kolitidy, toxický megakolon, při kterém dochází k rozpětí tlustého střeva plyny na podkladě ochrnutí svalových buněk tlustého střeva (14).

Rentgenové vyšetření s kontrastní látkou- irigoskopie

Irigoskopie je radiologické vyšetření, při kterém se do tlustého střeva aplikuje baryová kontrastní látka a vzduch do konečníku. Vyšetření umožní přímé zobrazení klíčků tlustého střeva na rentgen (16). Irigoskopie se při diagnostice ulcerózní kolitidy používá pouze tehdy, když není možné vyšetřit tlusté střevo pomocí koloskopie (14).

Před vyšetřením musí být pacient vyprázdněn. Den předem sní jako poslední jídlo oběd. V 15 hodin vypije jednu dávku vyprazdňovacího roztoku (Fortrans), druhou dávku vypije v 5 hodin ráno. Pacient od půlnoci nepije. Před vyšetřením se klient svleče do naha a zabalí do prostěradla. Kontrastní látka je podávána přes rektální rourku a

irigátor. První snímek je v odlítkové náplni, po vyprázdnění klienta se provede reliéfní snímek. Po vyšetření se pacient může vyprázdnit na WC, odejít domů a najíst se (9).

1.6.4 Endoskopické vyšetření

Kolonoskopie

Kolonoskopické vyšetření umožňuje lékaři prohlédnout celý vnitřek tlustého střeva, od konečníku celý tračník a k dolnímu konci tenkého střeva (17). Provádí se při podezření na hemeroidy, zánětlivá a nádorová onemocnění tlustého střeva. Lékař může takto diagnostikovat známky zánětu, polypy, nebo nádory, ale také odebírat vzorky tkání pro histologické vyšetření nebo provádět menší léčebné zákroky (18).

K vyšetření se používá tzv. flexibilní kolonoskop. Ohebná hadice kolonoskopu bývá zakončena optickým systémem a pracovním kanálem. Tím se zavádějí do střeva malé nástroje, pomocí nichž lékař provádí malé zákroky (19). Proto by ve vybavení neměly chybět bioptické klíšťky, zařízení k polypektomii, k stavění krvácení a cévka k aplikaci kontrastní látky (20). Součástí kolonoskopuje tzv. endoskopická věž s jednotkou ke zpracování obrazu, zdrojem světla, monitorem, záznamovým zařízením, odsávačkou, jednotkou k oplachu a případně dalším příslušenstvím (18).

Přípravou před vyšetřením rozumíme kvalitní vyprázdnění tlustého střeva (20). Toho se dosáhne dietou a vypitím projímavých roztoků. Týden před vyšetřením je vhodné vysadit léky s obsahem železa a nejíst potraviny s vysokým obsahem zbytků, jako celozrnné pečivo, ovoce a zelenina se slupkou nebo zrnky. Protisrážlivou léčbu je potřeba individuálně konzultovat s lékařem. Účinná protisrážlivá léčba ovšem není pro diagnostickou kolonoskopii překážkou. Léky k léčbě vysokého krevního tlaku se nevysazují a ranní dávka se užívá dle ordinace lékaře (21).

Čištění střev makrogolem, přípravek tzv. FORTRANS, se užívá den předem. K snídani a obědu si klient dá pouze lehkou stravu, k večeři nic nejí a pije jen čaj nebo minerálku. Mezi 16. a 18. hodinou začne s přípravou. Balení FORTANSu obsahuje čtyři sáčky, každý je třeba rozpustit v 1 litru vlažné vody a vypít během 1 hodiny (21).

Při čištění střev fosfátovými solemi je klient nalačno, k snídani a obědu jí pouze kašovitou a tekutou stravu, k večeři nic nejí a pije jen čaj nebo minerálky. Každou dávku fosfátové soli je doporučeno rozpustit nejméně ve 150ml tekutiny a zapít ji nejméně 1 litrem vody. První dávka se vypije mezi 14. a 15. hodinou a druhá mezi 19. a 20. hodinou (21). Protože se klient postupně vyprazdňuje, je vhodné ho upozornit, aby přípravu prováděl v domácím prostředí a v klidu. Na vlastní vyšetření přijde klient nalačno a s doprovodem (19).

Při vlastním vyšetření klient zaujímá polohu na levém boku s pokrčenými dolními končetinami, v okamžiku dosažení kolon descendes až lineálního ohbí se pak otáčí pacient na záda (20). Konec kolonoskopu je natřen Mesocain gelem nebo silikonovým gelem pro snazší zavádění. Přes anus kolonoskop zavádí lékař, dále ho zasouvá sestra a hlásí vzdálenost v cm na kolposkopu (22). Lékař sleduje monitor a manévruje kolposkopem (20).

Po vyšetření je klient upozorněn na meteorismus a flatulenci (22). Po vyšetření je doporučeno zůstat v klidu, jíst a pít střídavě. Klient by měl dbát na doporučení lékaře po výkonu. Po vyšetření klient nesmí 24 hodin řídit motorové vozidlo, proto je vhodné mít s sebou doprovod, který klienta odveze do domácího prostředí (21).

Role sestry při kolonoskopickém vyšetření, začíná již objednáním klienta a edukací o přípravě k vyšetření. Vlastní vyšetření začíná přípravou pomůcek, zkontrolováním funkčnosti kolonoskopu a dokumentací. Po příchodu klienta do endoskopické vyšetřovny mu sestra pomůže převléct se do vhodného oděvu. Zavede klientovi permanentní žilní katétr pro aplikaci analgetik a sedativ dle ordinace lékaře. Při vlastním vyšetření sestra podává lékaři pomůcky, pomáhá při zavedení kolposkopu a klientovi měnit polohy během vyšetření. Při odebrání bioptických vzorků zkumavky označí a spolu s příslušnými žádankami odešle do laboratoře. Po skončení vyšetření pomůže klienta převést do odpočinkové místnosti, kde je klient sledován až do odeznění účinků analgetik a sedativ. Sestra dále použitý endoskop ošetří pomocí dvoustupňové dezinfekce. Nejprve dekontaminuje povrch endoskopu, ošetří jeho duté části, poté ho omyje v dezinfekčním přípravku, po uplynutí dané doby sestra endoskop omyje čistou vodou, osuší a uloží do uzavřených označených dezinfekčních kazet nebo před dalším

výkonem endoskop přikryje sterilními rouškami. Dále sestra uklidí a odezinfikuje vyšetřovnu a připraví pomůcky k dalšímu výkonu (23).

Rektoskopie

Rektoskopie je endoskopické vyšetření konečníku, případně i části esovité kličky tlustého střeva. Patří k nejstarším endoskopickým vyšetřením a ani po rozvoji fibroskopické techniky neztratila na své důležitosti. Je nenáročným, často prováděným vyšetřením, které slouží i jako součást onkologické prevence (20). K vyšetření se používá tzv. rektoskop, který umožňuje přehledné zobrazení konečné části trávicí trubice (24). Rektoskop je opatřen zdrojem se studeným světlem, optikou a pravidelně má 2-3 tubusy lišící se šířkou a délkou rozdílnou pro děti a dospělé (20).

Indikace k vyšetření bývá nejčastěji krvácení z konečníku. Důvodem tohoto vyšetření je odhalit zdroj krvácení (24), dále bolesti a jiné afekce konečníku, podezření na nádorové onemocnění, zánětlivá onemocnění střev a součást komplexního vyšetření u pacientů s různými příznaky dosud nezjištěné choroby (hubnutí, anémie,...) (20).

Před plánovaným výkonem je nutné vyprázdnit dolní část tlustého střeva. Dle zvyklostí oddělení a ambulancí se při hospitalizaci podává očistné klyzma nebo glycerinové čípky. Protože se dnes většinou provádí vyšetření ambulantně, pacient přichází těsně před vyšetřením a **přípravu** si obstarává sám v domácím prostředí. Přípravu provádí pomocí glycerinových čípků (jeden večer a druhý ráno) nebo se používá klyzma o malém obsahu YAL. Po aplikaci je nutné vyčkat, než začne účinkovat. U klientů s podezřením na zánětlivá onemocnění dolní části tlustého střeva se vyšetřuje bez klyzmatu, protože nález výmětů na sliznici (hlen, hnis) je diagnosticky velmi cenný (24).

Vlastní vyšetření není bolestivé. Někteří pacienti se mohou cítit špatně v poloze, ve které se vyšetření provádí (24). Klient zaujímá polohu kolenoprsní nebo vleže na levém boku s přitaženými dolními končetinami k břichu, někdy v gynekologické poloze (20). Po zaujetí příslušné pozice lékař nejprve zhodnotí zrakem okolí konečníku a prstem palpačně vyšetří ústí konečníku. Pak zavádí konečnou část tubusu rektoskopu, která je potřena znečitlivujícím gelem Mesocainem, do konečníku. Následně je

nasazena na rektoskop optická část se zdrojem světla a za zrakové kontroly je rektoskop zaveden do požadované hloubky. Poté lékař hodnotí sliznici konečníku (její barvu, změny cév, stop krve, hlenu a hnisu). Z podezřelých míst může lékař odebrat vzorky tkáně, také se někdy provádějí drobné léčebné zákroky, například odstranění polypu. V případě potřeby se pro lepší přehlednost aplikuje do střev malé množství vzduchu, které klient pocítuje jako mírný tlak na stolici (24).

Po vyšetření sestra pomáhá pacientovi a věnuje se očištění a desinfekci přístroje a dalšího instrumentária (20). Po vyšetření je možné jíst a pít, vykonávat jakoukoliv činnost. Není potřeba dodržovat speciální režim. Pouze v případě, že lékař odebíral ze střeva vzorek tkáně nebo odstraňoval polyp, je nutné setrvat asi hodinu v čekárně kvůli případnému krvácení. Pokud je vše v pořádku, pacient může odejít domů (24).

Také u rektoskopie **role sestry** začíná objednáním klienta na vyšetření. Sestra klienta edukuje o přípravě. Při hospitalizaci klientovi podá klyzma, při ambulantním vyšetření si klient sám zavede jeden glycerinový čípek večer a druhý ráno. Před příchodem klienta sestra přichystá pomůcky, zkontroluje funkčnost rektoskopu i optiky. Dále sestra zkontroluje a připraví dokumentaci. Po příchodu pacienta do ambulance ho sestra edukuje o poloze v které bude vyšetřován. Ukáže, kde si klient může odložit své oblečení, u méně pohyblivého pacienta ho pomůže odstrojit a zaujmout mu správnou polohu. Při vlastním vyšetření sestra asistuje lékaři. Nanese Mesocain gel na konec rektoskopu, který lékař následně zavede. Po skončení výkonu sestra pomůže klienta obléct a posílá ho za lékařem. Sama odezinfikuje vyšetřovací lůžko a použitý rektoskop odnese do mycí místnosti, kde provede vyšší stupeň dezinfekce. Po dezinfekci uloží rektoskop do připravených dezinfekčních kazet nebo nástroj připraví k dalšímu použití a přikryje sterilním rouškou (24).

1.7 Léčba ulcerózní kolitidy

Léčba ulcerózní kolitidy je dlouhodobá a komplexní (7).

1.7.1 Dietní opatření

U ulcerózní kolitidy se tradičně podává dieta bezezbytková. Studie dokazují, že není nezbytné dietu držet převážně při remisi choroby. Je důležité zdůraznit klientům, že náhlé změny dietních návyků jsou rizikové a mohou zapříčinit relaps choroby (7).

Je dobré při relapsu omezit přísun nerozpustné vlákniny a luštěnin a přidat střevní probiotickou mikroflóru. Doporučená je vysokobílkovinná strava s vyšším obsahem vitamínů a normálním obsahem tuků. Lépe jsou živiny přijímány v klidu, dobře rozžvýkané, vlažné, v menších a častějších porcích (25). V rámci edukace je klienta nutné upozornit na vhodnou přípravu jídla, vhodné a nevhodné potraviny. **Vhodná příprava je vaření, dušení a pečení bez tuku.** Naopak nevhodné je smažení, pečení v oleji nebo nedovaření. Pokrmy je nutné vždy pořádně uvařit, aby byly dostatečně měkké. Mezi **vhodné potraviny** patří například libové maso, mléčné výrobky, mléko, vejce, máslo, rostlinné tuky, den staré bílé pečivo, z příloh například bramborové knedlíky, těstoviny, lisované kroupy, z ovoce čerstvé banány, strouhaná jablka, ovocné pyré, kompoty, marmelády, ze zeleniny dušená a vařená mrkev, dýně, špenát, rajčatová šťáva bez jadérek a slupky, brambory. Z nápojů klienti mohou vodu, čaj, neperlivé minerálky, naředěné ovocné šťávy. Jako **nevhodné potraviny** jsou označeny celozrnné výrobky, ořechy a různá semínka, luštěniny, tučná masa a uzeniny, tučné mléčné výrobky (šlehačka, smetanové jogurty), houby, zelenina nadýmavá a těžká na žaludek, ovoce obsahující pecky, slupky a semínka, smažené přílohy (krokety, hranolky, smažené brambory), kynutý knedlík, dále chipsy, čokoláda, dráždivé koření, kečup, hořčice, pepř, česnek, cibule. Z nápojů se nedoporučují kakao, alkohol, káva a minerální vody (26).

Pokud zavedení bezezbytkové diety nestačí, je nutné upravit stav zhoršené výživy u klienta umělou výživou. Zpočátku je vhodné zkusit enterální výživu, to znamená podat

speciální výživové přípravky přímo do trávicího traktu. Tyto přípravky je možné vypít, případně je můžeme podat nazogastrickou sondou do žaludku nebo nazojejunální sondou do tenkého střeva nebo perkutánní endoskopickou gastrokopií přímo do žaludku přes břišní stěnu. Pokud je trávicí trakt nemocného chorobou poškozen natolik, že nesnáší cokoliv podaného do střeva, je nutné použít parenterální výživu, tedy aplikaci speciálních přípravků do žilního systému pacienta (27).

1.7.2 Konzervativní léčba

Léčba je zastoupena aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresivy, antibiotiky. Anticytokiny jsou zatím používané pouze v rovině klinického experimentu. Účinné látky mohou být podávány celkovou formou parenterální či orální, ale také lokální jako čípky, rektální pěny a rektální nálevy. Je zde třeba počítat s omezeným rozsahem působení (7).

Aminosalicyláty jsou základem léčby. Dominantní postavení mají dnes Sulfonamidy s vysokým obsahem melasazinu, mesalaminu (7). Tato látka má protizánětlivý účinek. Aminosalicyláty se používají ve formě tablet, čípků i klyzmat. Léky by měl pacient užívat dle ordinace lékaře i v remisi onemocnění, protože kromě léčby akutního vzplanutí choroby slouží aminosalicyláty i k prevenci opětovného vzplanutí nemoci, které je v remisi (28).

Kortikosteroidy, hormony kůry nadledvinek, se podávají zejména v aktivním období, kdy působí protizánětlivě, ale mohou být podávány i dlouhodobě k prevenci vzplanutí, obvykle jsou podávány v kombinaci s aminosalicyláty (8). Pro získání maximálního účinku je důležité dodržovat lékařem předepsané dávkovací schéma (7).

Antibiotika mohou výrazně snížit zánětlivou aktivitu ulcerózní kolitidy (28).

Imunosupresiva jsou léky, které potlačují imunitní reakce poškozující organismus (28). Při ulcerózní kolitidě se používají v případech kortikorezistence či naopak dependence. Léky slouží převážně k navození a udržení remise choroby (7).

1.7.3 Chirurgická léčba

Je nejčastěji indikována jako urgentní, provádí se ileostomie při toxickém megakolonu (7), kdy hrozí perforace střeva a sterkorální peritonitida (9), medikamentózní léčba nevede ke zklidnění zánětu nebo při vzniku předrakovinových ložisek na sliznici tlustého střeva. Vždy se musí odstranit celé tlusté střevo, i když by byla postižená jen část. To proto, že dosud z neznámých důvodů se do šesti měsíců objeví aktivní zánět v dosud nepostižené části střeva (5). Odstranění tlustého střeva je jediná možnost úplného vyléčení ulcerózní kolitidy (14). Vhodně indikovaný a odborně provedený chirurgický zákrok by měl nemocného definitivně zbavit choroby. Chirurgická léčba spočívá v provedení proktokolektomie a zpravidla následné konstrukci ileopouch-anální anastomózy (10).

1.7.4 Biologická léčba

Biologická léčba se u pacientů s ulcerózní kolitidou používá v případě, že je pacient rezistentní na konvenční terapii kortikosteroidy, imunosupresivy nebo se jedná o tzv. záchrannou léčbu při fulminantním průběhu (7).

Anti-TNF- α léčiva

Infliximab (REMICADE amp a 100mg) je chimérická monoklonální protilátka proti TNF α třídy IgG, která obsahuje 75% lidské bílkoviny a 25% bílkoviny myší. Infliximab se podává ve formě intravenózních infuzí. Iniciační léčba se aplikuje v týdnech 0,2 a 6 v podobě tří infuzí (29), je-li v 10. týdnu od zavedení léčby příznivá klinická odpověď, je nutná dlouhodobá udržovací terapie v osmitýdenních intervalech (30).

Adalimumab (HUMIRA amp a 40 mg) je rekombinantní humánní monoklonální protilátka proti TNF α třídy IgG. Adalimumab se aplikuje ve formě subkutánní injekce pravidelně po 14 dnech. Indukční léčba se skládá ze dvou dávek: první 80-160 mg, druhá 40-80mg, dále se pokračuje dávkou 40 mg (29).

Certolizumab (CIMZIA amp a 400mg) je humanizovaný Fab fragment monoklonální protilátky anti-TNF- α (29), který je navázán na polyetylglykol (30), což významně prodlužuje biologický poločas molekuly. Účinná látka se podává formou subkutánní injekce jednou za čtyři týdny v dávce 400 mg (29).

Natalizumab (ANTEGREN, TYSABRI) se řadí do skupiny inhibitorů adhezivních molekul. Tato skupina představuje blokátory integritů, které jsou potřebné k migraci leukocytů z kapilárního řečiště do tkáně (29). Léčivá látka se užívá pouze v USA, jako záchranná terapie u nemocných s idiopatickými střevními záněty, kteří selhali na standardní anti-TNF- α léčbě (30).

1.7.5 Psychoterapie

Psychoterapie může přispět k zabránění rozvoje akutní fáze v emočně vypjatých situacích. Je to však prospěšná léčba, která učí pacienta účelnému chování při dané chorobě a přístupům, jak se vyrovnat s problémy. Jisté však je, že ulcerózní kolitidu nelze psychoterapií vyléčit (31).

1.7.6 Helmintická terapie, léčba pomocí vybraných červů a prvoků

Nový alternativní způsob terapie ulcerózní kolitidy je použití vybraných červů a prvoků, v nedávné době je navrženo použití červů tenkohlavce prasečího (*Trichuris suis*). Při této léčebné metodě jsou pacientům perorálně aplikována vajíčka tenkohlavce. Přítomnost červů působí ve střevech jako imunomodulans. Dle klinické studie provedené u pacientů v USA se tato léčebná terapie jeví jako účinná, ale i bezpečná (28). V České republice se tomuto unikátnímu výzkumu věnují vědci z českobudějovického Parazitologického ústavu Akademie věd ČR a Přírodovědecké fakulty Jihočeské univerzity. I výzkumy v ČR ukazují, že prvoci nebo červi vloženi do střev pacientů mají schopnost tlumit či odstranit zdravotní potíže (32).

1.8 Ošetrovatelská péče

Nemocný bývá převážně přijat na interní oddělení z důvodu stanovení diagnózy a následného léčení, protože často přichází k lékaři již ve stavu, který vyžaduje nemocniční léčbu. Po upravení zdravotního stavu je nemocný propuštěn do domácího prostředí, ale nemocný je již nadále dispenzarizován. Nemoc často postihuje lidi v mladším a středním věku a bolest, poruchy trávení a opakované průjmy naruší jejich osobní, pracovní, ale i rodinný život. Nemocný má volný pohybový režim s dostatkem klidu na lůžku. Sestra zhodnotí stupeň soběstačnosti pacienta a podle něj zvolí vhodnou pomoc při plnění základních potřeb klienta. Pacient se při bolestech ukládá sám do úlevové polohy a sestra mu vhodně upraví lůžko (9). Sestra se zaměřuje na sledování a pomoc při vyprazdňování stolice. Sleduje počet, charakter stolice a vše zaznamenává do dekurzu. Sleduje příměsi krve a hlenu ve stolici, informuje lékaře. Vyprazdňuje-li se nemocný sám, poučí ho, aby veškeré změny hlásil. Pokud je klient méně soběstačný, zajistí mu podložní mísu nebo pokojový klozet. Důležité je zajistit soukromí klienta (4). Dále sestra sleduje výskyt bolesti, její intenzitu, charakter, lokalizaci, závislost, vyzařování, apod. Dvakrát týdně váží klienta a sleduje změny v hmotnosti klienta. Sleduje stav výživy a hydratace, bilanci tekutin, stav kůže a sliznic. Vzhled kůže sleduje zvláště v oblasti konečníku a zajistí zvýšenou hygienu a prevenci opruzenin a dekubitů. Sestra pravidelně podává pacientovi léky dle ordinace lékaře, které pacient užívá ve formě tablet per os, formou klyzmat, čípků nebo formou infuzí. Nemocného je třeba správně poučit, jak má léky užívat. Léky formou klyzmat a čípků si může soběstačný pacient sám aplikovat po poučení sestrou (9). Při přijetí je obvykle při poruchách výživy pacientovi zaveden periferní žilní katétr, kterým dostává léky v infuzní terapii, popř. parenterální výživu dle zdravotního stavu. Nezbytnou součástí léčby je dieta. V akutním stavu podáváme bezsezbytkovou dietu, která je vhodná k odlehčení střev, v těžkém stavu parenterální výživu. Po odeznění akutního stavu je vhodné přijímat potraviny, které nezatěžují zažívací trakt a mají omezený obsah vlákniny. Doporučíme vyřadit potraviny s vysokým obsahem histaminu: mléčné výrobky, tvrdé uzeniny, nakládané zelí a

kvasnicové výrobky. Nemocný by se měl též vyvarovat potravin, které dráždí zažívací trakt, jako jsou alkohol, kofein, čokoláda, kukuřice, vejce, potraviny s umělými sladidly, kořeněná a smažená jídla (4). Doporučují se k této stravě potravinové doplňky: vitaminy B-komplex, vitamin C, zinek a *Lactobacillus acidophilus*. Nemocný by měl dostatečně psychicky i duševně odpočívat a snažit se vyvarovat stresu. Při velké psychické zátěži je někdy nutné i psychoterapeutické pomoci (9). Po propuštění do domácího prostředí musí i nadále pacient dodržovat doporučený léčebný režim, včetně diety a správného způsobu života, pravidelně užívat léky dle ordinace lékaře a sledovat vyprazdňování. Pacient chodí na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance (4) a před propuštěním musí být řádně poučen o zásadách léčby a dodržování správné životosprávy (9).

1.9 Edukace

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (33).

Edukace znamená vzdělávání a výchovu jedince (33). Zdravotní výchova je proces vzdělání a výchovy, cílem kterého je zdraví (34). Pojmy výchova a vzdělání nejsou v současné terminologii jednoznačně vymezeny.

Vzdělání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, schopnosti a návyky. Výsledným efektem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání a kvalifikace. **Vzdělanost** odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národě. Pojem vzdělanost v sobě také zahrnuje i úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství, sociálně-kulturní život společnosti (33).

Cílem edukace je osvojení si nových poznatků, nových vědomostí, vytváření hodnotových, postojových či citových struktur osobnosti a dosažení změny chování (34).

Pro účelnou edukaci se vypracovávají Edukační standardy, které obsahují zaměření edukace, míru závažnosti, cíle edukace, kritéria edukace, způsob hodnocení a

metodiku kontroly standardů, *Edukační materiály*, které jsou dostupné, nebo které je třeba připravit. Jde o verbální a obrazové komponenty (33).

1.9.1 Druhy edukace

Edukace v ošetrovatelství může být základní, komplexní a pokračovací (reedukační). Můžeme ji realizovat individuálně, ale i ve skupinách. **Základní edukace** v ošetrovatelství představuje primární klíčové osvojení vědomostí v oblasti dané nemoci. Uplatňuje se tehdy, pokud dotyčný jedinec ještě nebyl vůbec obeznámen s problematikou své nemoci, zvláště u nemoci nově zjištěné. **Komplexní edukace** se realizuje v edukačních kurzech. V průběhu tohoto procesu edukátor nejen vysvětluje, ale i zapojuje každého edukanta do procesu cvičení a edukačních aktivit, sestavuje domácí program učení a cvičení, načrtává možnosti domácí stimulace a výchovné práce edukovaného jedince a rodinných příslušníků. Cílem je pozitivní rozvoj edukanta a dosahování pokroků. Edukátor také může rodinným příslušníkům poskytovat konzultace a rady v oblasti péče o daného jedince a zaškolit je do všech souvislostí a okolností. Tato metoda napomáhá předcházet problémům souvisejícím s onemocněním či s jinými potřebami jedince, nebo je překonávat. **Reedukace** je edukace pokračující, rozvíjející a napravující. Navazuje na předcházející vědomosti a zahrnuje i opakování a poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám (33).

Na edukaci se podílí **edukátor** (mluvčí), který vysílá sdělení edukantovi. **Edukant** (posluchač) musí zprávu určitým způsobem dekodovat a přiměřeným způsobem na ni reagovat (35). Celý proces probíhá v tzv. edukačním prostředí. Optimální prostředí na edukaci musí mít správné osvětlení, teplotu, musí být bez hluku a v nemocničním prostředí zajišťovat dostatečné soukromí (34).

Edukace má 5 fází edukačního procesu. Ten se skládá z **posuzování**, kdy se sbírají informace a data o nemocném, analyzuje se schopnost klienta učit se, posuzují se potřeby klienta získat nebo rozšířit si vědomosti, dovednosti a návyky, další je **stanovení edukační diagnózy**, kdy se identifikují problémy klienta. Sestra přesně specifikuje vědomosti, dovednosti a návyky, které klient nemá a měl by mít.

V **plánování** sestra stanovuje priority edukace, volí metody, vybírá obsah, plánuje učivo s ohledem na pedagogické principy a zásady výchovy, stanovuje cíle edukace v oblasti afektivní, psychomotorické a kognitivní. **Realizace** naplánované vyučovací strategie probíhá tak, aby dosáhla žádoucího výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem klienta. Poslední částí je **zhodnocení**, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace, zda si klient osvojil požadované dovednosti a vědomosti, zhodnocení efektivnosti edukačního plánu a zápis o edukaci klienta (36).

1.9.2 Edukace klienta s ulcerózní kolitidou

V oblasti vlastní edukace klienta s ulcerózní kolitidou, by se měl edukátor zaměřit, na pět hlavních oblastí (37).

První oblast se týká **seznámení klienta s onemocněním**. Zde by se měl klient dozvědět co nejvíce o své chorobě všeobecně a její závažnosti v konkrétních případech. V průběhu choroby se klient bude radit s různými lékaři, proto se klientům doporučuje, aby si vedl záznamy o vyšetření, případně o operacích, o vývoji choroby a o léčbě. Důležitý je záznam každého léku a jeho vliv na průběh ulcerózní kolitidy (37).

Další důležitou oblastí je **edukace o bezobzbovkové dietě**. Dieta je důležitou součástí léčby ulcerózní kolitidy. Zde by měl být klient seznámen s vhodnými a nevhodnými potravinami a vhodnou přípravou jídel (37).

Poučení klienta o aktivitě a fyzické námaze je další oblastí edukace. Zde by měl být klient především upozorněn, že chronický zánět nesmí zabránit účasti aktivit dle vlastního výběru. Pouze při relapsu onemocnění je vhodné se vyhýbat energicky náročným a namáhavým činnostem (37).

Důležité je také **poučit klienta o udržení dobré psychické kondice**. Podvědomí, že trpí chronickým zánětlivým onemocněním s přidruženými problémy, vyvolává emoční zátěž. Je nutné dodržovat medikamentózní léčbu a pravidelně podstupovat vyšetření pro zjištění stavu sliznice. Dále je dobré klientovi doporučit, aby měl snahu vést aktivní a normální život, jak jen to je možné. Doporučení svépomocné skupiny je

vhodnou volbou, jak pomoci klientovi, vyrovnat se s ulcerózní kolitidou. Dochází zde k setkání lidí, kteří se potýkají se stejnými problémy (37).

Poslední oblast edukace je **poučení klienta o možných komplikacích**. Zde by edukace měla zahrnovat mimostřední příznaky choroby. Důležité je zmínit, že zánět střevní sliznice, může doprovázet také zvýšená tělesná teplota. Klient by v takovém případě měl užívat předepsanou medikamentózní léčbu, informovat lékaře, mít klid na lůžku a dostatečný přísun tekutin. Dále by edukace měla také obsahovat zmínku o toxickém megakolonu (37).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1

Zmapovat způsoby edukace klienta s ulcerózní kolitidou.

Cíl č. 2

Zjistit efektivitu edukace u pacienta s ulcerózní kolitidou (s odstupem 3 měsíců od 1. edukace).

2.2 Výzkumné otázky

Otázka č. 1

Jaká je efektivita vlastní navržené edukace na zdravotní stav klienta s ulcerózní kolitidou?

Otázka č. 2

Má dodržování dietních opatření vliv na relaps onemocnění?

Otázka č. 3

Jakým způsobem ovlivňuje přiměřená fyzická a psychická zátěž onemocnění?

3. Metodologie výzkumného šetření

3.1 Použitá metoda výzkumného šetření

Ke zpracování výzkumného šetření k bakalářské práci na téma „Edukace klienta při ulcerózní kolitidě“ byla použita kvalitativní metoda šetření. Jednalo se o techniku polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření bylo rozděleno do tří fází.

V první fázi byl veden rozhovor s 8 klienty, kteří trpí ulcerózní kolitidou. Celkem bylo v rozhovoru použito 18 otázek. První čtyři otázky byly zaměřené na onemocnění a léčbu klientů. Další největší oblast otázek byla zaměřena na edukaci klientů při diagnostice nemoci. Otázky jedenáct až třináct jsou zaměřeny na dietní opatření. Jak dodržování diety ovlivňuje průběh choroby. Poslední otázky jsou zaměřeny na to, jakým způsobem fyzická a psychická zátěž působí na ulcerózní kolitidu, také jestli pracovní doba na směny ovlivňuje chorobu.

Rozhovory byly vedeny s klienty v jejich domácím prostředí. Hned po ukončení rozhovorů byl každý respondent edukován pomocí vlastní edukace. Edukace byla zaměřena na dietní opatření. Zde byli respondenti informováni o vhodných a nevhodných potravinách, o vhodné přípravě potravin, také jim byl poskytnutá ukázka jídelníčku. Dále byli klienti edukováni o základech psychohygieny. Tady byli klienti seznámeni s důležitostí dostatečného spánku, správné výživy, dostatku pohybu, správného dýchání, správném hospodaření s časem a doporučení k provozování oblíbených koníčků.

Následovala druhá fáze. Po třech měsících byl se třemi klienty proveden následný rozhovor. Ten se zaměřil hlavně na to, zda klient za poslední tři měsíce dodržoval dietní opatření, základy psychohygieny a jestli neměl relaps onemocnění.

Třetí fáze zahrnovala rozhovory se třemi sestrami z gastroenterologického oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. Dvě sestry pracovaly v poradně pro idiopatické střevní záněty, třetí sestra byla zaměstnaná na lůžkové části gastroenterologického oddělení. Rozhovory se sestrami byly vedeny v poradně pro idiopatické střevní záněty. V rozhovoru bylo celkem použito 16 otázek. Otázky byly pokládány podobně jako

otázky klientů. První čtyři otázky byly zaměřené na věk, kdy klienti onemocněli, na nejčastěji předepsanou léčbu klientů při remisi a relapsu, také jaký je průměrný čas opakování relapsu u klientů. Další a největší oblast se týká edukace klientů. Kdo je edukuje, jakým způsobem jsou informace klientům poskytovány, zda jsou klienti dostatečně edukováni a jaké otázky klienty nejčastěji zajímají. Otázky 11. A 12. se týkají dietních opatření. Poslední otázky jsou zaměřeny na vliv psychiky, fyzické a pracovní zátěže na nemoc z pohledu sestry.

Všichni respondenti s rozhovorem souhlasili, byli obeznámeni, z jakého důvodu je rozhovor veden a na jaké téma budou otázky pokládány. Pouze šest respondentů souhlasilo s nahráváním záznamu, zbylí dva respondenti a sestry si záznam nepřáli. Proto byly rozhovory zaznamenávány do předem připravených archů, dále byly přímým přepisem přepsány a zpracovány technikou otevřeného kódování a metodou tužka a papír.

Respondenti v rozhovorech udávali pouze své identifikační údaje formou iniciál, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, další údaje se týkaly onemocnění.

Cílem sběru dat bylo zjistit jakým způsobem a jak kvalitně jsou klienti s ulcerózní kolitidou edukováni, a zda dodržování diety, vyhýbání se fyzické a psychické zátěže má vliv na průběh onemocnění.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumného souboru bylo zahrnuto 8 klientů s ulcerózní kolitidou, dále se třemi sestrami z gastroenterologického oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. Rozhovory byly vedeny od února do dubna roku 2015. Z rozhovorů vyplývá, že dotazovaným respondentům bylo v rozmezí 22 až 63 let. Respondenti - pacienti byli vybráni podle toho, zda trpí ulcerózní kolitidou (Tabulka 1). Sestry byly vybrány záměrně, podmínkou bylo pracovat aspoň 5 let v oboru se zaměřením na gastroenterologii (Tabulka 2).

Tabulka 1 Identifikační údaje – respondenti pacienti

Respondent	Věk	Věk diagnostikování UC	Délka trvání choroby	Poslední relaps (rok)	Zavedená léčba
R1	22	18	4	2014-2015	per-os
R2	23	19	4	2014	per-os
R3	52	36	16	2013	per-os
R4	41	30	11	2006	chirurgická
R5	63	57	6	2009	žádná
R6	39	28	11	2011	chirurgická
R7	43	26	17	nyní	per-os
R8	32	28	4	2014	biologická

Tabulka 2 Identifikační údaje – respondenti sestry

Sestry	Věk	Počet odpracovaných let na oddělení	Oddělení
S1	52	8	IBD poradna
S2	56	10	IBD poradna
S3	31	4	Lůžková gastroenterologie

Tabulka 1 znázorňuje identifikaci respondentů, kterým je diagnostikována ulcerózní kolitida. Respondenti - pacienti budou dále označeny R1 až R8 podle tabulky. Tabulka znázorňuje současný věk respondenta, věk, ve kterém mu byla ulcerózní kolitida diagnostikována a dobu trvání choroby. Dále je zde uveden rok posledního relapsu. Jako poslední je zde uvedena léčba, kterou klient užívá při remisi choroby.

Tabulka 2 znázorňuje identifikaci respondentů - sester. Sestry budou dále označeny jako S1 až S3 v diskuzi jako sestry. Všechny pracují v nemocnici v Českých Budějovicích. V tabulce je uveden věk sester, počet odpracovaných let na daném oddělení. Jako poslední je zde uvedena část gastroenterologického oddělení, kde sestry pracují.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky respondentů s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou

Respondent 1

Prvním respondentem je slečna I.R., narozena v roce 1993. Klientce byla ulcerózní kolitida zjištěna v 18 letech. K lékaři respondentku přivedly dlouhodobé potíže, časté průjmy s příměsí krve a hlenu, nadýmání a křeče v břiše, další problémy měla s dýcháním, byla unavená, slabá a bledá. Po odebrání krve jí byla zjištěna těžká anémie. Po hospitalizaci v nemocnici a po vyšetřeních včetně kolonoskopie a gastrokopie byla respondentce diagnostikována ulcerózní kolitida.

První informace klientce podala ošetřující lékařka v nemocnici. Následně jí byly poskytnuty informační brožurky, které si prošla a mohla se ještě doptat na věci, kterým nerozuměla. Po propuštění z nemocnice si našla gastroenterologa v místě bydliště. Ten jí poskytl další informace a také odkazy na internet.

Respondetka je studentkou na vyšší odborné škole, má praxe, kde pracuje na ranních, odpoledních a denních směnách. Přiznává, že směnný provoz chorobu negativně ovlivňuje, stejně i stresy u maturity a ve zkuškovém období. Trápily ji převážně průjmy, které někdy přešly i do relapsu. U fyzické námahy si změň nevšimla.

V současné době je klientce zavedena per-orální léčba. Užívá Imuran a Salofalk, při mírných potížích se zažíváním klientka užívá i probiotika. Relaps onemocnění se u ní projevil na konci října 2014 a trval až do ledna 2015. Nejdříve jí byla naordinována místní léčba formou klyzmat a čípků Asacol. Léčba pomohla, ale asi po 2 týdnech se respondentce obtíže vrátily. Proto jí lékař ke stávající léčbě přidal i kortikosteroidy Medrol. Respondetka začínala na 46 mg Medrolu a každý týden o 8 mg dávku snížila.

V oblasti diety první informace respondentka získala od lékařky ústně a formou brožurek, další informace si vyhledala na internetu. Zaměřila se na vhodné a nevhodné potraviny, přípravu potravin a vyhledala si i ukázky jídelníčku, podle kterého se řídila. Klientka přiznává, že dodržování dietních opatření příznivě ovlivňuje průběh choroby.

Respondent 2

Druhým respondentem je slečna M.J., narozena v roce 1992. Ulcerózní kolitida byla slečně diagnostikována v 19 letech. K lékaři ji dovedly zažívací potíže časté průjmy s příměsí krve a hlenu, nadýmání a bolest kloubů, které trvaly asi měsíc. Klientka byla hospitalizovaná na gastroenterologickém oddělení, kde jí také byla diagnostikována ulcerózní kolitida.

S informovaností po propuštění respondentka nebyla spokojená. Nebyla informována ani o onemocnění a byla odkázána na informační brožurky a odkazy na internetu. Klientce byl poskytnut dostatečný prostor pro její otázky, ale protože neměla informace, tuto možnost nevyužila.

Respondentka užívá per-orální léčbu. Užívá Prednison 10mg a Salofalk. Poslední mírný relaps, prodělala přibližně před půl rokem. Relaps se u klientky projevuje nejprve střídáním zácpy s průjmy, poté přechází do průjmů, ze začátku s příměsí hlenu, později i krve. Bývá při relapsu unavená, trpí bolestí kloubů a někdy i subfebrilií. U relapsu je klientce podávána perorální léčba, Prednison 20 mg a Salofalk.

Respondetka byla informována pomocí brožurek o bezezbytkové dietě, kterou se snaží při relapsech onemocnění dodržovat.

Respondetka je studentkou na vysoké škole, bude skládat státní závěrečné zkoušky a přiznává, že začíná mít opět střevní potíže. Našla koníčky, které jí pomáhají se uklidnit a uvolnit. Přestože klientka pravidelně sportuje, žádných nepříznivých účinků na svém zdravotním stavu, si nevšimla. Věnuje se i svému psovi.

Respondent 3

Třetím respondentem je pan R.V., narozen v roce 1963. Ve 36 letech ho k lékaři přivedly krvavé průjmy doprovázené bolestí břicha, schváceností a horečkami. Byl hospitalizován v nemocnici, kde mu po kolonoskopii diagnostikovali ulcerózní kolitidu.

Informace klientovi sděloval lékař, který mu diagnostikoval ulcerózní kolitidu v nemocnici, další informace respondentovi poskytl jeho současný ošetřující lékař. Informace byly klientovi poskytnuty ústně od lékařů a z poskytnutých brožur. Klient

říká, že s edukací byl spokojený až na oblast péče o psychiku, kde nedostal žádné informace.

Respondent změnil zaměstnání a nyní pracuje ve společnosti CzechInvest, kde má pevnou pracovní dobu od 8:00 do 16:30 hodin. Dříve pracoval na směnný provoz, který mu zdravotní stav velice ovlivňoval. Také stres a nepravidelná životospráva nemoc zhoršuje. Přestože respondent pravidelně a aktivně jezdí na kole, neuvědomuje si, že by zvýšená fyzická zátěž někdy ovlivnila ulcerózní kolitidu.

V současné době je klientovi zavedena per-orální léčbě. Užívá Asacol tablety a Imuran 25mg. Poslední relaps měl přibližně před dvěma roky. Lékař klientovi nasadil k zavedené léčbě léčbu místní. Užíval klyzmata a čípky Asacol. Tato léčba klientovi zabrala. Poslední zánět se respondentovi projevoval silnou bolestí břicha, častými průjmy s příměsí hlenu a postupně i krve a i po vyprázdnění častým nucením na stoličce.

Respondent při posledním relapsu dodržoval dietní doporučení od lékaře. Řídil se informačními brožurkami, které mu lékař poskytl. Další recepty si klient vyhledal přes internet. Respondent poctivě dodržoval dietní opatření, vyhýbal se nevhodným potravinám a vedl si i deníček, kam si zapisoval, jaké potraviny jedl a reakci na ně. Takto vyloučil další potraviny, které mu nedělaly dobře a podle lékaře je směl. Když je u respondenta ulcerózní kolitida v remisi, klient dietu již nedodržuje.

Respondent 4

Čtvrtou respondentkou je paní O.R., narozena roku 1974. Je v invalidním důchodu.

Ulcerózní kolitida byla respondentce diagnostikována ve 30-ti letech v roce 2004. Klientce začaly problémy po porodu, projevovaly se častými průjmy s příměsí hlenu a krve, zvýšeným nadýmáním, bolestí kloubů, schváceností a únavou. Klientka byla hospitalizována v nemocnici, kde jí byla diagnostikována ulcerózní kolitida.

Základní informace klientka dostala v roce 2004 v nemocnici v Táboře. Asi rok poté se klientka dostala do Centra pro střevní záněty IS CARE v Praze - Holešovicích k MUDr. Milanu Lukasovi, CsC. Lékař v Táboře klientku téměř neinformoval. Po šesti měsících jí doporučil znovu otěhotnět, což klientce celkový stav velice zhoršilo.

Klientka po propuštění z nemocnice mnoho informací neměla. V roce 2006 podstoupila v Praze operaci, kde jí provedli resekci celého tlustého stěva.

V Praze byla respondentka hospitalizována mnohokrát, protože její tělo nereagovalo na žádnou léčbu. Na biologickou léčbu u klientky bohužel nedošlo z důvodu zkolabování imunitního a metabolického systému. V současné době je klientka po subtotální kolektomii a z tenkého stěva má vytvořen rezervoár.

Po propuštění z Pražské nemocnice respondentka měla již dostatek informací. Po operaci byla edukace zaměřena převážně na výživu, protože jí byla vyvedena ileostomie. Byla jí umožněna spolupráce s nutričním terapeutem. Klientka i před resekcí dodržovala dietu, ta pomáhala, ale bohužel při relapsu, který vedl k operaci, nepomohla.

V současné době klientka užívá jako léčbu jen probiotika. Po operaci má 10-15 vodnatých stolic za den, je unavená, málo spí, z důvodu časté návštěvy WC. Dále respondentka musí mít zvýšený příjem tekutin.

Respondentka dříve pracovala jako realitní makléřka, potom byla na mateřské dovolené a po první operaci má plný invalidní důchod, který má již doživotně. Respondentka přiznává, že i psychická a fyzická zátěž měla vliv na onemocnění.

Respondent 5

Pátým respondentem je pan B.N., narozen v roce 1952. Ulcerózní kolitida mu byla zjištěna v 57 letech. Nemoc se u něj projevila náhle. Dva dny trpěl krvavými průjmy, s nesnesitelnými bolestmi břicha. Respondent navštívil svou obvodní lékařku, která ho ihned poslala na gastroenterologickou ambulanci do nemocnice. Zde klienta vyšetřili pomocí odběru krve, ultrazvuku břicha a následně po přípravě i kolonoskopií, kterou se ulcerózní kolitida potvrdila.

Protože nemoc byla respondentovi zjištěna na gastroenterologické ambulanci, prvotní informace podával lékař hned po prokázání nemoci. Respondentovi byly poskytnuty informační brožurky a internetové odkazy. Další informace získal od své dcery, zdravotní sestry. Také se klient přihlásil na sociální síti Facebook do skupiny, která je zaměřena na ulcerózní kolitidu a Crohnovu chorobu.

V současné době respondent neužívá žádné léky, protože po diagnostice nemoci již žádný relaps u klienta neproběhl. Původně byl pan B.N. veden na perorální léčbě. Po zjištění nemoci mu lékař doporučil držet dietu, poskytl mu i informační brožurky a ukázky jídelníčku. Klient dietu držel poctivě asi měsíc, po konzultaci s lékařem začal přidávat další potraviny jako ovoce a zeleninu. Dietu klient v současné době již nedrží, pouze se vyhýbá dráždivým a nadýmavým potravinám.

Respondent pracuje jako automechanik ve společnosti Škoda Auto. Má trvale stanovenou pracovní dobu od 8:00 do 16:30. V souvislosti s prací si klient všiml, že zvýšená fyzická zátěž ovlivňuje onemocnění. I psychická zátěž, dle klienta, nemoc ovlivňuje. Respondent se rád věnuje cyklistice, turistice, ale také četbě a luštění křížovek. Tyto koníčky klientovi pomáhají se uklidnit a navodit pocit klidu a pohody.

Respondent 6

Šestou respondentkou je paní L.P., narozena v roce 1976. Ulcerózní kolitida jí byla diagnostikována ve 28 letech po třech letech potíží, jako časté průjmy, provázené bolestí břicha a hubnutím, nechutenstvím.

Protože respondentka je vystudovaná všeobecná zdravotní sestra, základní informace o ulcerózní kolitidě věděla. Bohužel informace ze strany zdravotnického personálu jí byly podány velice omezeně. Respondentce nebyly poskytnuty ani informační brožurky, proto si vyhledávala všechny informace přes internet a v knihách. Po propuštění z nemocnice byla respondentka informována pouze o diagnóze a léčbě.

V současné době je klientka po resekci tlustého střeva a z tenkého střeva je jí vytvořen rezervoár. Nyní užívá perorálně pouze vitamíny a Nolpazu na to, aby měla chuť k jídlu. K operaci došlo před čtyřmi lety po velice těžkém relapsu, který provázely horečky, průjmovitá stolice s příměsí krve, po vyprázdnění stolice už pouze krev.

Také v oblasti diet byla klientka po propuštění z nemocnice málo informována. Sama si vyhledala ukázky jídelníčku na internetu. Dietu dodržovala osm let, ať byla v remisi nebo měla relaps onemocnění. Po první operaci byla respondentce vyvedena ileostomie, až po jejím vyvedení byla respondentka informována jak dodržovat dietu, jaké potraviny jsou vhodné a jaké nevhodné a jaká je vhodná příprava stravy.

Respondentka, bývalá zdravotní sestra, si doplnila vzdělání a nyní pracuje jako sociální pracovnice v kanceláři a má trvale určenou pracovní dobu od 8:00 do 16:30. Respondentka upozorňuje, že jí často relaps začínal po zvýšené fyzické námaze nebo při stresové situaci. Klientka vyhledala několik koníčků, které nejsou fyzicky nenáročné, ale dokážou ji uklidnit.

Respondent 7

Sedmou respondentkou je paní D.K., narozena v roce 1972. Ulcerózní kolitida byla paní D.K. diagnostikována ve 26 letech. K lékaři ji přivedly bolestivé průjmy s příměsí krve a hlenu, které trvaly asi týden. Poté navštívila obvodní lékařku, která ji poslala na další vyšetření na gastroenterologii. Po několika vyšetřeních, která byla zakončena koloskopii, byla respondentce diagnostikována ulcerózní kolitida.

Základní informace klientce sdělil lékař z gastroenterologického oddělení, kde jí byla ulcerózní kolitida diagnostikována. Další informace respondentce poskytla obvodní lékařka. V roce 2012 se klientka zúčastnila semináře o idiopatických střevních zánětech, kde získala informační brožurky. Respondentka ještě podotýká, že sice měla dostatek času pro své otázky, ale protože jí bylo podáno mnoho informací pouze ústní formou, které si při jednom rozhovoru nemohla zapamatovat, pocítovala deficit v mnoha oblastech.

Klientka v současné době pracuje z důvodu nemoci v chráněné dílně na zkrácený úvazek od 8 do 12 hodin. I tak si všimla, že na její nemoc má vliv také fyzická zátěž. Klientka z tohoto důvodu sportuje jen mírně, věnuje se spíše klidnějším způsobům relaxace, jako jsou ruční práce a četba. Protože se klientce blíží posudková kontrola a nedaří se jí vyvarovat stresu, projevil se u ní relaps onemocnění.

Respondentka má zavedenou per-orální léčbu. Užívá Imuran 50mg, Sulfasalazin K-En, na bolesti užívá Biofenac, Novalgin nebo Movalis. Klientka má nyní relaps onemocnění, ten se projevuje zvýšeným nadýmáním a bolestí břicha, průjmovitou stolicí 2x-5x denně s příměsí hlenu a někdy i krve, dále bolestí kloubů. Proto jsou respondentce k zavedené léčbě přidána klyzmata a čípky Asacol.

O dietě klientka nebyla dostatečně informována. Potraviny, které jí ovlivňují zdravotní stav, měla vyhledat metodou pokus-omyl. Když klientka dietní opatření dodržovala, omezovala dráždivé potraviny a jedla střídavě, cítila se lépe.

Respondent 8

Osmým respondentem je pan P.T., narozený v roce 1983. Ulcerózní kolitida mu byla diagnostikována ve 28 letech po potížích trávicího traktu, jako byly časté průjmy s příměsí hlenu, postupně i s krví a bolestí břicha při vyprazdňování, které trvaly asi měsíc. Po následné kolonoskopii mu byla diagnostikována ulcerózní kolitida.

První informace o onemocnění, už když bylo vyřčeno podezření na ulcerózní kolitidu, panu P.T. podala jeho sestra, která trpí Crohnovou chorobou. Další informace klientovi podával lékař a následně i sestra formou rozhovoru tváří v tvář a poskytnutím informačních brožurek. I po propuštění z nemocnice byl klient s edukací spokojen.

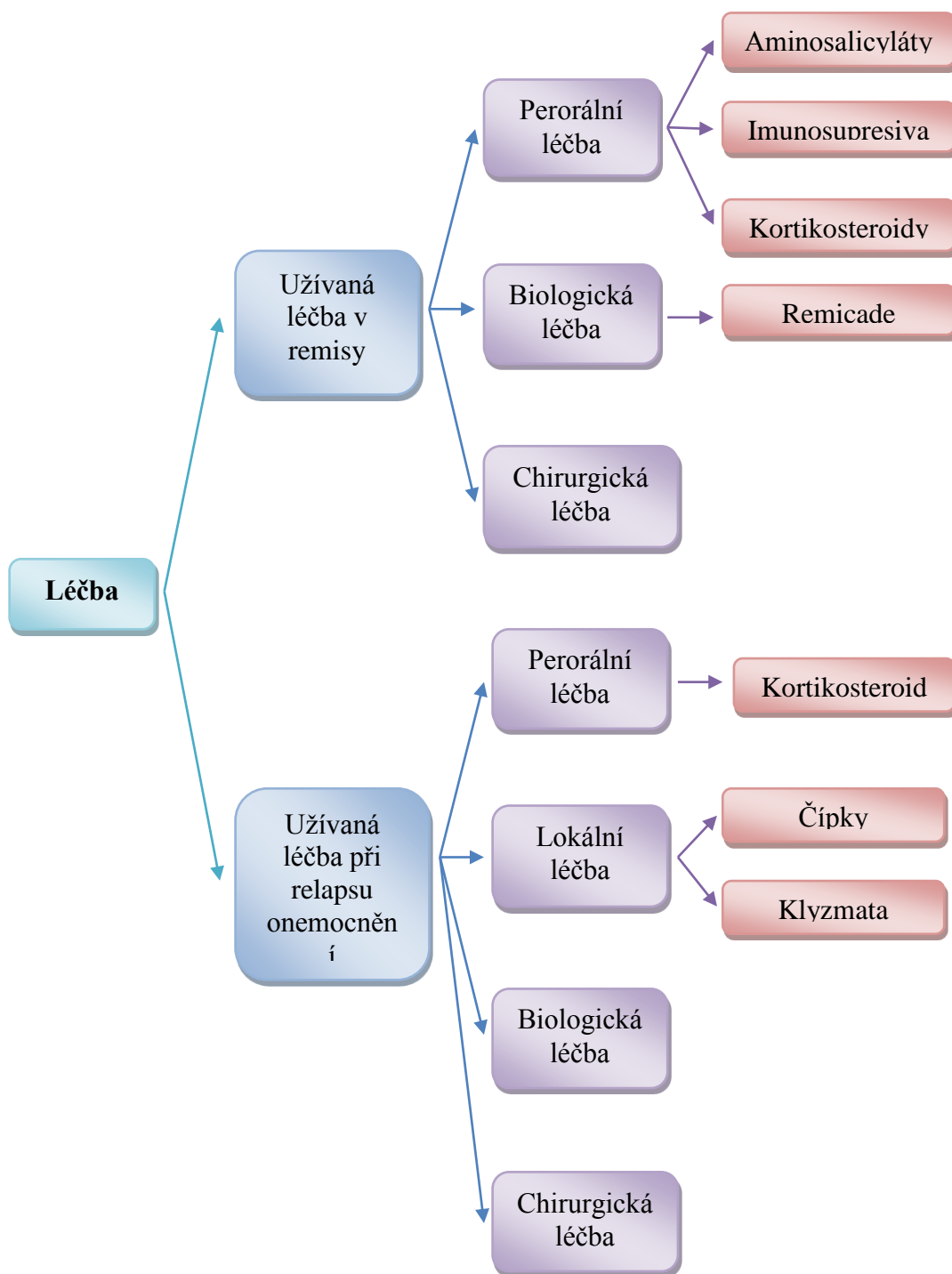
Léčba respondenta byla zahájena kortikoidy Prednizon 30mg, Salofalk a čípky a klyzmaty Asacol. Prednizon se u pana P.T. postupně snižoval až na 12mg, po této dávce se ovšem opět u něj projevil relaps onemocnění, takže byl hospitalizován na JIP. Zde klientovi byla poprvé podána biologická léčba Remicade. Až do léta 2014 byl jeho zdravotní stav stabilizován na biologické léčbě Remicade. Poté se opět objevil zánět a zkrátila se doba mezi jednotlivými dávkami Remicade ze dvou na 4 týdny. Léčba klientovi zabrala a v dnešní době se doba mezi jednotlivými dávkami Remicade prodloužila na 6 týdnů, k tomu má klient předepsané tablety Salofalk a čípky Salofalk.

O dietách byl respondent dostatečně informován. Dietu dodržoval poctivě cca 10 měsíců a po zlepšení zdravotního stavu a po konzultaci s lékařem přidával do jídelníčku další potraviny. Respondent se radil s nutričním terapeutem, když byl hospitalizován v roce 2013 na jednotce intenzivní péče. Ten mu podal další informace.

Respondent má flexibilní pracovní dobu od 7:00h do 15:30h. K zhoršení jeho zdravotního stavu přispělo stresové zaměstnání, špatná životospráva a stravovací návyky. Klient se snaží o dostatečný spánek a odpočinek, uklidňuje se četbou a procházkami se psem po lese. Klientovi byl sport doporučen, musí však mít dostatečný čas na regeneraci.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

4.2.1 Léčba



Kategorie Léčba je zaměřena na zmapování, jaké léky užívá klient při remisi a relapsu onemocnění a kdy měl klient poslední relaps. Po zpracování dat vznikly dvě podkategorie. Užívané léky v remisi a užívané léky při relapsu.

Užívané léky v remisi je první podkategorie. Perorální léčbu užívá R1, R2, R3 a R7. R5 neužívá žádné léky, protože od diagnostiky neměl žádný relaps choroby. Biologickou léčbou je léčen R8. Chirurgickou léčbu podstoupili R4 a R6.

Všem respondentům na perorální léčbě je podávána léková skupina Aminosalicyláty. Respondenti R1, R3 a R7 mají k této léčbě ještě přidány Imunosupresiva. R1 popisuje dávkování svých léků takto: „*Užívám Imuran 50mg 2-0-0, v pondělí, ve středu a v pátek 3-0-0, a také Salofalk 3-0-3. Někdy, když mi začínají potíže, užívám i volně prodejná probiotika.*“ R3 užívá léky Asacol2-0-1 a Imuran 25mg3-0-0. R7 též uvádí užívání léků: „*Já užívám Imuran 50mg 3-0-0, Sulfasalazin K-En 1-0-1, na bolesti užívám Biofenac, Novalgín nebo Movalis.*“ R2 užívá Prednison10mg0,5-0-0 a Salofalk 2-2-2.

R8, který je na biologické léčbě, užívá přípravek Remicade. „*Momentálně mám mezi jednotlivými dávkami Remicade 6 týdnů, k tomu užívám Salofalk tablety 3-0-3 a Salofalk čípky 1g.*“

Chirurgickou léčbu v roce 2006 podstoupila R4 a v roce 2011 R6. R4 dnes užívá pouze probiotika. R6 říká, že užívá: „*Pouze vitamíny a Nolpazu, abych měla chuť k jídlu.*“

Také sestry potvrzují, že prvotně je klientům vždy podávána perorální léčba, při nereagování na léčbu jsou klienti vedeni na biologické léčbě. Někdy ovšem nezabírá ani ta nebo mají klienti těžké komplikace a musí podstoupit léčbu chirurgickou.

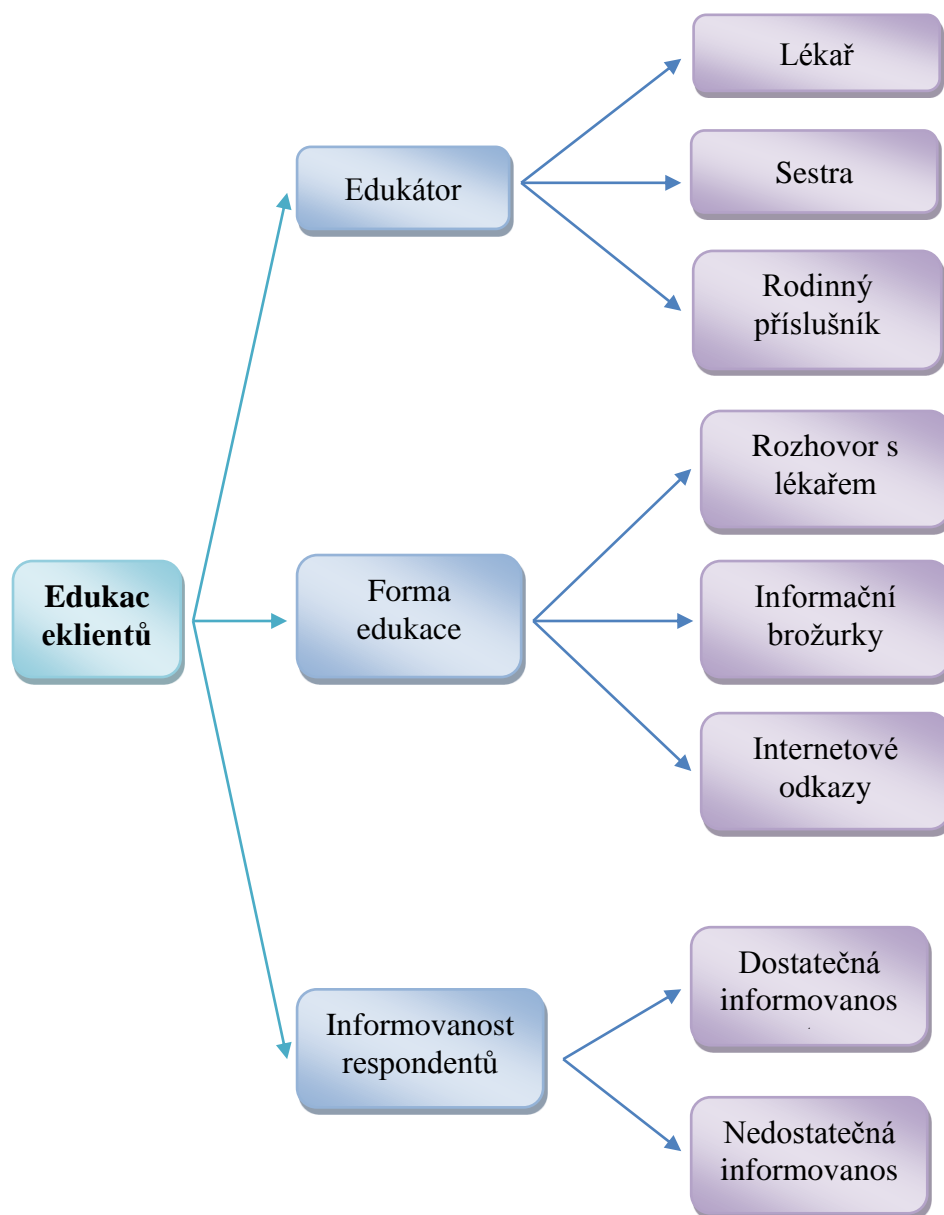
Další podkategorii jsou **Užívané léky při relapsu onemocnění**. V této podkategorii se zaměřím převážně na respondenty, kteří užívají perorální léčbu, protože R4 a R6 museli při posledním relapsu podstoupit resekci tlustého střeva.

Ovšem R8, který je v současné době veden na biologické léčbě, byla zkrácena doba mezi jednotlivými dávkami. Z 8 týdnů nejprve na 6 a později i na 4 týdny. Spolu s biologickou léčbou respondent užíval také tablety Salofalk a čípky a klyzmata Asacol.

Léčba relapsu se u klientů s perorální léčbou liší. R1 užívala tuto léčbu: „*Nejdřív jsem měla jen lokální léčbu pomocí klyzmat Asacol, které jsem brala 2x denně. Na ně jsem navázala čípky Asacol 1x denně. Tato léčba nezabrala, proto mi lékař předepsal kortikoidy Medrol. Začínala jsem na dávkování 2-1-0 a postupně o čtvrt tablety týdně ubírala. Tato léčba už zabrala.*“ R2 užívala léčbu jinou než předešlá respondentka. „*Při posledním relapsu jsem užívala Prednison 20 mg v dávce 1,5-0-0 a každý týden jsem o čtvrt tablety ubírala, k tomu jsem měla Salofalk 2-2-2.*“ R3 měl při posledním relapsu pouze léčbu místní. „*Dostal jsem klyzma Asacol, které jsem si dával dva týdny ráno a večer, a potom jsem měl dva týdny čípky Asacol ráno. Tato léčba mi naštěstí zabrala.*“ R7, která má relaps nyní, užívá též místní léčbu formou klyzmat a čípků Asacol. „*Ty mám teď po sobě brát každý večer po dobu dvou týdnů, tedy 14 dní klyzmata a 14 dní čípky.*“ R5, který měl poslední relaps při diagnostice, užíval Prednison a ze začátku měl také klyzmata a čípky Salofalk.

Také sestry se shodují, že klientům bývá nejčastěji podávaná léčba kortikosteroidy, dále čípky a klyzmaty. Například S2 uvádí: „*Nejčastěji kortikoidy, ale předepisují i lokální léčbu pomocí čípků a klyzmat.*“ (S3) „*Lékař u prvotního relapsu zde nejčastěji předepisuje kortikoidy jako je Prednison, Medrol, pak dále zavádí léčbu formou aminosaliylátů někdy také imunosupresiv a podává se i místní léčba formou čípků a klyzmat.*“

4.2.2 Edukace klientů



Kategorie edukace klientů popisuje, jak byli respondenti edukováni. Po zpracování rozhovorů byly vytvořeny tři podkategorie. Edukátor, forma edukace a informovanost respondentů.

V podkategorii **Edukátor** jsme se s respondenty zaměřili na to, kdo jim podával informace o onemocnění po jeho diagnostice.

Všichni respondenti potvrdili, že první informace jim podával lékař. R5 ještě doplňuje, že další informace mu podala jeho dcera, zdravotní sestra. Podobně také R8, tomu informace podala jeho sestra, která sama trpí Crohnovou chorobou. Například R7 uvádí: *„Některé informace mi podal lékař na gastroenterologii, další mi pak poskytla má obvodní doktorka a mnoho informací jsem pak také získala ve skupině na Facebooku.“*

Někteří respondenti ovšem nebyli s přístupem lékaře spokojeni. Jedná se o respondenty R2, R3, R4 a R6. R3 a R4 byly další informace podány jiným lékařem. R3 uvádí: *„Doktor, který mě propouštěl, moc vstřícný nebyl, ale můj současný doktor mi vše pořádně vysvětlil a poučil mě v základních věcech, co je to za nemoc, jak se projevuje, jak dodržovat diety, jak sportovat a co dělat při prvních známkách zánětu.“* (R4) *„Základní informace mi byly podány v Táboře, poté jsem se asi za rok dostala do centra pro střevní záněty do Prahy, kde mi lékař vše řádně vysvětlil.“* R2 nebyla s edukací vůbec spokojena: *„Doktorovi se nechtělo mi nějaké informace vysvětlovat, proto jsem si musela všechno vyhledat na internetu, z knížek a z brožurek.“* Podobné zkušenosti má také R6. *„Téměř nikdo mě neinformoval, ani po stránce stravy, vše jsem si hledala sama.“*

Kdo podává informace na gastroenterologickém oddělení a v IBD poradně v nemocnici v Českých Budějovicích jsem se ptala také sester. Sestry se zde shodují na tom, že informace podává nejčastěji lékař, ale i sestra. S1 například takto popisuje podávání informací klientům: *„Lékař nejprve podá informace o výsledcích, potom informace o onemocnění podávají lékaři a sestry.“*

Další podkategorii je **Forma edukace**, zde jsem se zaměřila na to, jakým způsobem podává ošetřující personál informace respondentům.

Nejčastější odpovědí bylo, že jsou respondentům podávány informace formou rozmluvy s lékařem, přes informační brožurky, někteří respondenti, například R5, dostali též odkazy na internetové zdroje.

Pouze R4 a R7 byli informováni pouze ústně a informační brožurky jim byly poskytnuty až u jiného lékaře. R6 nebyly informace poskytnuty jen velice omezeně ústně od lékaře a další informace si musela vyhledat sama.

Také sester jsem se ptala, jakým způsobem jsou zvyklé podávat informace klientům. S1 a S2, které pracují v IBD poradně, se shodly, že informace klientům podávají převážně individuálním rozhovorem, poskytnutím informačních brožurek a odkazy na internetové zdroje. S3, která pracuje na lůžkové části gastroenterologického oddělení, popisuje způsoby podávání informací takto: *„Informace zde klientům podáváme přes informovaný souhlas, rozmluvou s lékařem a sestrou na oddělení, a poté klienty posíláme do poradny pro idiopatické střevní záněty, kde jim jsou podány podrobnější informace.“*

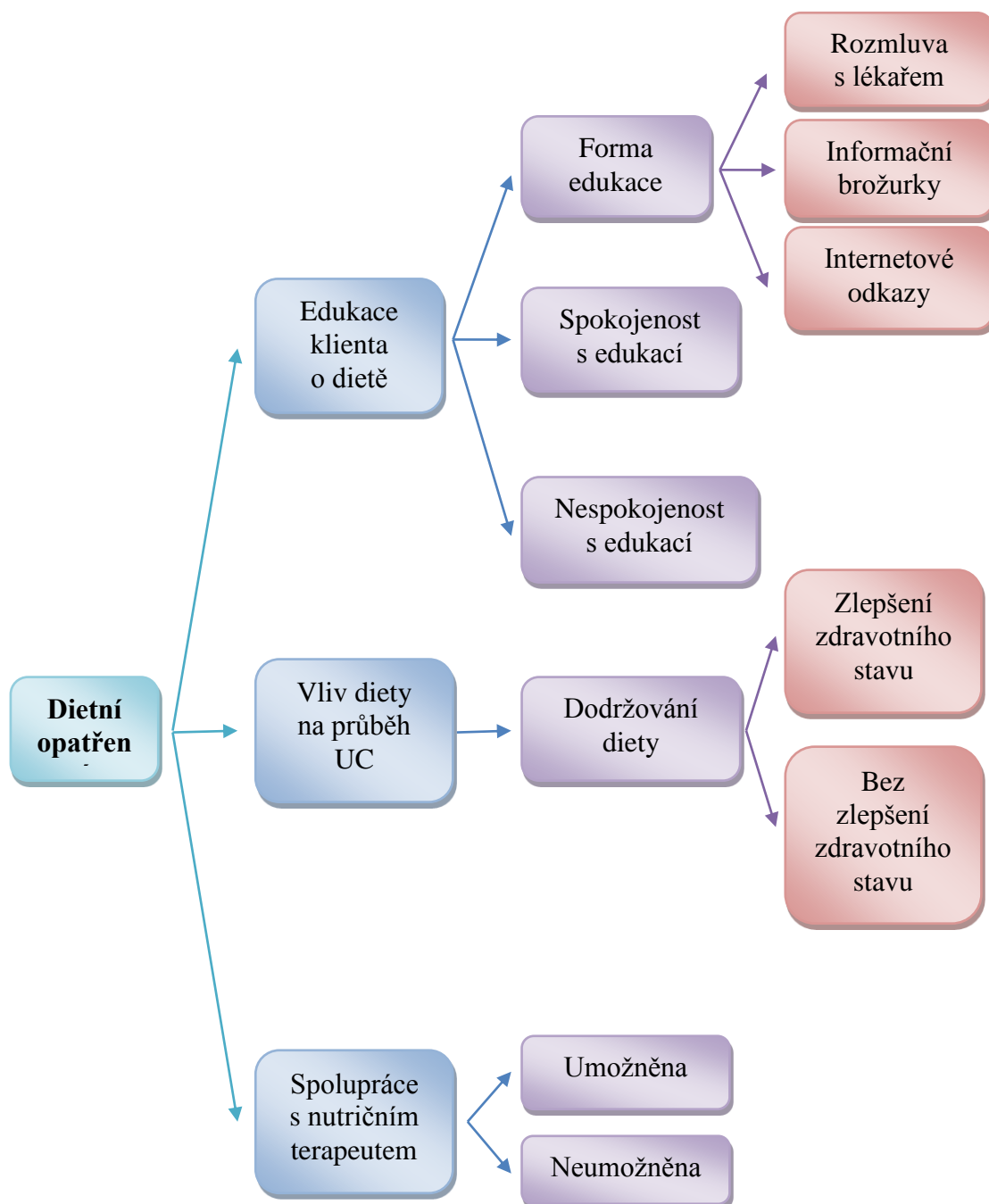
Poslední podkategorií je **Informovanost respondentů**. Tato podkapitola je zaměřena na zjištění, zda klienti měli dostatek informací po propuštění z nemocnice. Odpovědi klientů se zde velice liší. S podanými informacemi byli spokojeni R3, R5 a R8. Například R3 uvádí: *„Po propuštění z nemocnice a po následné konzultaci s mým současným lékařem, která proběhla asi dva týdny po propuštění, si myslím, že jsem měl informací opravdu dostatek.“* R8 svou spokojenost verbalizoval takto: *„Měl jsem dostatek informací, jak ohledně mého působení v pracovním procesu, tak i v osobním životě, jak na sebe dávat pozor, jak sportovat, ale nepřetěžovat se, jak se stravovat atd..“* R1 si na přístup ze strany ošetřujícího personálu nestěžovala, to co její edukaci ovlivnilo, byl čas. Respondentka v den, kdy jí byla ulcerózní kolitida diagnostikována, podstoupila gastrokopii a kolonoskopii v totální anestezii, proto první den moc informací nedostala. *„Paní doktorka byla ochotná, na všechny mé otázky odpověděla, i mi na ně dala dostatečný prostor, ale hned druhý den po diagnostice mě propouštěli, takže mi mnohé informace chyběly.“*

Kdo s podanými informacemi nebyl spokojen, jsou R2, R4, R6 a R7. Zde uvádím odpovědi všech nespokojených respondentů. (R2) *„Sice jsem měla prostor pro své*

otázky, ale nevěděla jsem, na co se mám ptát, když jsem ani nevěděla, co to onemocnění je.“ (R4) „Lékař v Táboře mě téměř neinformoval, naopak mi doporučil po šesti měsících po prvním porodu znovu otěhotnět, což mě dorazilo.“ (R6) „Vůbec žádné informace jsem neměla, jen o lécích a diagnóze.“ (R7) „Ze začátku jsem deficit informací měla skoro ve všem, nyní už jen co se týče psychohygieny, protože jediné, co mi bylo na toto téma řečeno bylo, že bych měla být v klidu... Ale jak toho docílit? Ač mi to dříve nikdy nepřipadalo, opravdu zjišťuji, že jsem „nervák“, takže kromě rodinné zátěže bude počátek mé nemoci asi tam.“

Také sester z nemocnice v Českých Budějovicích jsem se pro porovnání zeptala, jestli klientům podávají dostatek informací. Z jejich odpovědí vyplývá, že se klientům opravdu snaží poskytnout co nejvíce informací. Například S1 uvádí: *„Těch informací jim podáváme opravdu dostatečné množství a klienti i verbalizují spokojenost.“* S3 odpověděla: *„Vždy se snažíme nechat klientům dostatečný prostor pro otázky, poskytujeme jim i dobu na zpracování informací s tím, že když nebudou něčemu rozumět, mohou se ptát a rádi vždy odpovíme.“*

4.2.3 Dietní opatření



Kategorie dietní opatření je zaměřena na bezsezbytkovou dietu, která je při ulcerózní kolitidě zpravidla aktuálně doporučována. Cílem této kategorie je zjistit, v jaké míře jsou klienti edukováni o dietních opatření a zda správné dodržování diety má vliv na průběh ulcerózní kolitidy.

Po zpracování dat z rozhovorů vznikly tři podkategorie. Edukace klienta o dietě, vliv diety na průběh ulcerózní kolitidy a spolupráce s nutričním terapeutem.

Podkategorie **Edukace klienta o dietě** byla zaměřena na to, zda byly klientům podány informace o dietních opatřeních při ulcerózní kolitidě. Většina respondentů se shoduje, že jim informace o bezsezbytkové dietě byly poskytnuty. Ovšem R6 a R7 edukaci nepovažují za dostačující. R6 uvádí: „*Dietu jsem okoukala v nemocnici při prvním velkém relapsu a větší část nastudovala na internetu.*“ Další nespokojenost projevila také R7: „*Co se týče diety, bylo mi řečeno, že mám vyzkoušet, co mi bude dělat dobře a co ne, že bych měla mít kašovitou stravu. Víc nic.*“ Také R4 po diagnostice neměla dostatečné informace. Avšak po prodělání chirurgického zákroku - odstranění tlustého střeva, jí byly informace doplněny. „*Na metabolické JIP mi byly podány všechny informace jak o mém stavu, tak i o výživě.*“

Ostatní respondenti informace o bezsezbytkové dietě považují za dostačující. Informace jim podával lékař nebo jim byly poskytnuty informační brožurky, či internetové odkazy. Například R2 odpovídá: „*Dali mi brožurky, které obsahovaly informace o bezsezbytkové dietě a podle nich jsem se i řídila.*“ R8 ještě dodává: „*Byly mi poskytnuty i recepty, jaká jídla a z jakých potravin vařit a jak si připravovat stravu.*“

Také sester jsem se ptala, zda klienty s ulcerózní kolitidou o bezsezbytkové dietě informují. Všechny sestry potvrdily, že ano. Předkládám například odpovědi S2 a S3. (S2) „*Informujeme klienty hlavně o vhodných a nevhodných potravinách, o vhodném způsobu přípravy stravy, o důležitosti pravidelné stravy. Klienti by si měli také vést deník, kde si zapisují potraviny, které jedli a reakci na ně a tak vyřadí potraviny, které jim nedělají dobře.*“ (S3) „*Prvotně o dietách informuje lékař, potom klientům dáváme i brožurky.*“

Další podkategorie se nazývá **Vliv diety na průběh ulcerózní kolitidy**. V této podkategorii jsem se zaměřila na zjištění, zda dodržování diety příznivým způsobem ovlivňuje ulcerózní kolitidu.

Všichni respondenti se do značné míry shodli, že dodržování bezsezbytkové diety pozitivně průběh choroby ovlivňuje. U některých klientů, jako je například R1, R5, dieta zabírá samozřejmě více, zatímco u některých, jako je například R4, bohužel méně. R4 uvádí k poslednímu dodržování diety: „*Vše jsem dodržovala, ale bohužel došlo k rozpadu imunity a metabolického systému, byla mi zavedena výživa do tepen a ani ta nepomohla. Ve velice vážném stavu jsem byla operována. Má teplota byla několik dní více než 40 °C, nezabírala žádná ATB.*“

Vybrala jsem několik odpovědí klientů, ohledně dodržování diet. (R3) „*Dodržuji dietu vždy při zhoršení svého zdravotního stavu a zdá se mi, že pomáhá, proto je to taková ta první volba. Nikdy mě sice samotná dieta z rozjetého aktivního zánětu nedostane, ale vždy pomůže při léčbě a hlavně se po ní cítím podstatně lépe.*“ (R5) „*Když jsem dietu dodržoval, cítil jsem se mnohem lépe a zdálo se mi, že její dodržování zklidňovalo i příznaky nemoci.*“ (R8) „*V současné době už nedržím dietu na 100%, ale snažím se vyhýbat jídlům, která mi nedělají dobře.*“

Sester jsem se také samozřejmě zeptala, zda vypozorovaly při dodržování bezsezbytkové diety zlepšení zdravotního stavu klienta. Sestry se všechny též shodly, že dieta klientům pomůže, ale pouze v souvislosti s předepsanou léčbou. Například S1 odpověděla: „*Všimla jsem si, že dodržování diet při relapsu pomůže, ale musí se zároveň užívat léky. Sama dieta remisi nenavodí.*“ Podobně odpověděla také S2: „*Vždy pozoruji zlepšení v souvislosti diety s léčbou, ale u samotné diety to zlepšení nebylo nijak extra velké.*“

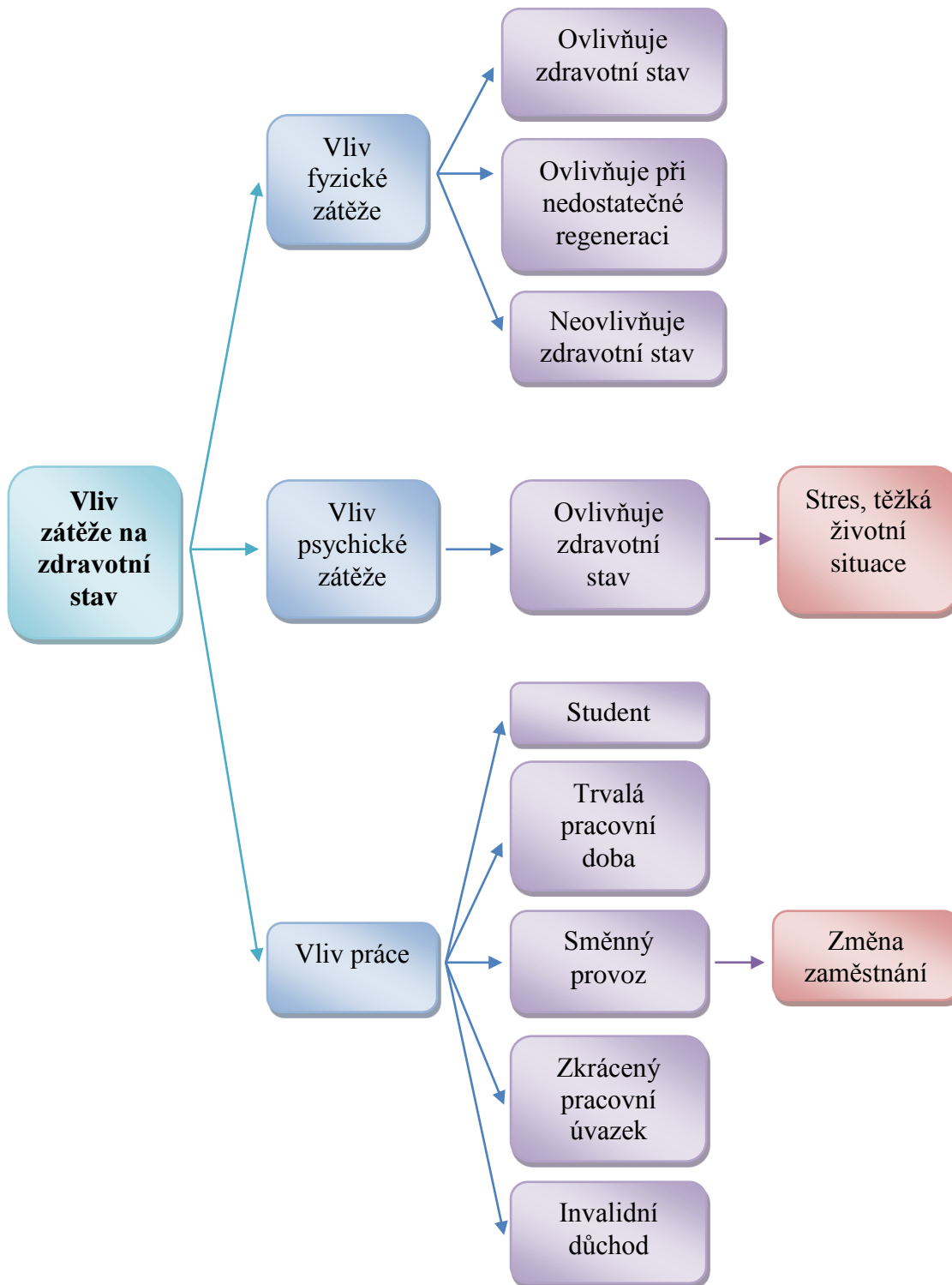
Třetí a poslední podkategorii je **Spolupráce s nutričním terapeutem**. Zde jsem se zaměřila na zjištění, zda je klientům umožněna spolupráce s nutričním terapeutem.

Zde mi R1, R2, R5, R6 a R7 odpověděli: „*Ne*“. Ovšem R3, R4 a R8, byla spolupráce s ním umožněna. R3 odpověděl: „*Ano, byla mi umožněna, ale odmítl jsem ji, protože jsem měl dostatek informací od svého ošetřujícího lékaře.*“ Další kdo měl možnost spolupráce, byla také R4. „*Spolupráce mi byla umožněna až po odstranění*

tlustého střeva.“ Posledním byl R8: *„Ano, během pobytu na JIPce jsem měl k dispozici doktora, který mi po téhle stránce sdělil vše potřebné.“*

Také sester jsem se ptala, zda je klientům umožněna spolupráce s nutričním terapeutem a v jakém případě. Při této otázce sestry odpověděly následovně: (S1) *„Dietní terapeut zde na oddělení není, proto klienty posíláme k MUDr. Staňkovi, to je lékař přes výživu, kterým jim poradí a doporučí vhodný postup.“* (S2) *„Ano, poskytujeme po domluvě s pacientem a většinou při malnutrici, která se nelepší.“* (S3) *„Poskytujeme ji zde při zájmu ze strany pacienta nebo při nelepšící se malnutrici klienta.“*

4.2.4 Vliv zátěže na zdravotní stav



Kategorie „Vliv zátěže na zdravotní stav“ se zaměřuje na to, jak ovlivňuje průběh ulcerózní kolitidy fyzická a psychická zátěž, a jaký vliv má práce na onemocnění. Výsledky rozhovorů byly zpracovány. Na základě výsledků vznikly tři podkategorie, které jsou: „Vliv fyzické zátěže, Vliv psychické zátěže a Vliv práce“.

U podkategorie **Vliv fyzické zátěže** se odpovědi respondentů liší. R1, R2 a R3 uvádí, že fyzická zátěž jim onemocnění neovlivňuje. R2 například odpovídá „*Sportuji normálně a nepociťuji potom bolesti ani nevolnost, samozřejmě nesmím to přehnat, to pak je zle asi každému.*“ R8 uvádí, že mu byl sport dokonce doporučen lékařem. Udržuje se jím v kondici, je odolnější vůči nemocem a nachlazením. Respondent ovšem uvádí „*Sport mi prospívá, ale nic se nemá samozřejmě přehánět, když po sportu není dostatečná regenerace, tak se mi několikrát po sportu problémy trochu objevily, ale jen výjimečně.*“ Oproti tomu R4, R5, R6 a také R7 verbalizují, že zvýšená fyzická zátěž chorobu ovlivnila. R4 odpovídá „*Fyzická zátěž měla velký vliv na ulcerózní kolitidu, jelikož jsem měla dvě miminka 1,5 roku od sebe. Bylo to velice náročné a měla jsem až 40 stolic za den a to pouze krev.*“ Také R5 uvádí svůj dojem, že zvýšená fyzická zátěž byla jedna z faktorů, která mu nemoc vyvolala, „*...jezdili jsme na kolech docela velké dálky a již v té době jsem začal mít prvotní příznaky.*“ R6 pouze uvádí, že jí zvýšená fyzická zátěž zdravotní stav ovlivňuje, a proto se mu snaží vyhýbat. R7 přiznává, že nesmí překročit své možnosti ani ve sportu ani v práci, „*..., udělá se mi zle a celkově se můj zdravotní stav zhorší, mám potom hrozné průjemy, které provází křeče v břiše.*“

Také sestřám byla položena otázka, jestli jim klienti sdělují, že má na onemocnění vliv zvýšená fyzická námaha. Všechny dotazované sestry se shodují, že vliv fyzické zátěže je velice individuální. Například S1 uvádí „*Někteří klienti sportují vrcholově a jsou v pořádku a u některých mírně zvýšená fyzická zátěž vyvolává potíže.*“ (S2) „*Jak u kterého klienta sport nemoc ovlivňuje, proto doporučuji sportovat při remisi, jak klient může, ale při relapsu aby byli klienti převážně v klidu. Spíš si klienti nestěžují.*“

Další podkategorií je **Vliv psychické zátěže**. V této podkategorii byli respondenti tázáni, zda si myslí, že psychická zátěž ovlivňuje průběh nemoci a jakým způsobem se klienti psychické zátěži vyhýbají a jak se s ní vyrovnávají.

Všichni klienti se shodli na tom, že psychická zátěž ulcerózní kolitidu ovlivňuje. Například R2 odpovídá: „*Stres ve škole u mě velice ovlivňuje stav nemoci, ať to jsou zkoušky, praxe, nebo blížící se státnice.*“ (R4) „*Psychicky jsem momentálně v pohodě, ale při zhoršení mého stavu jsem podléhala depresím, které asi také měly vliv na vývoj onemocnění.*“

Také všechny tázané sestry odpověděly, že psychická zátěž chorobu ovlivňuje. (S1) „*Myslím si, že by klienti měli mít i psychické a psychiatrické vyšetření. Protože pokud se s nemocí nedokážou vyrovnat sami, tak třeba odborná pomoc jim pomůže.*“ (S3) „*Často lidé přicházejí s problémy a při odběru anamnézy zjišťujeme, že měli stresové období.*“

Na otázku jakým způsobem se klienti vyhýbají psychické zátěži, všichni klienti odpověděli, že svými koníčky. Například R1 odpověděla: „*Často chodím na procházky se psem, věnuji se četbě, ráda maluji a dělám šperky z korálků, fima a teď i háčkují.*“ (R6) „*Čtení, autorelaxace, procházky v přírodě, většina těchto koníčků mi pomáhá k uklidnění, ale sport žádný neprovozují, raději se zaměřuji na méně náročné aktivity.*“

R3 a R8 udávají, že se snaží ke svým koníčkům dostatečně spát a mít správnou životosprávu.

Sester jsem se dotazovala, zda podávají nějaké informace o základech psychohygieny. S1 uvádí, že raději klientům doporučuje péči psychiatra nebo psychologa. S2 odpověděla: „*Málokdy klienty o psychohygieně informuji, protože bohužel není čas, ale pokud nějaký čas je, tak se snažíme a často i doporučuji psychiatra, ale záleží na klientech, jestli ho chtějí navštívit. Když řeknou ne, tak je nenutím a považuji to za uzavřené téma.*“ Na oddělení, kde pracuje S3, informace o základech psychohygieny klientům poskytuje lékař.

Poslední podkategorií je **Vliv práce** na onemocnění. V této části jsme se s klienty zaměřili na směnný provoz, ve kterém pracují a na celkový vliv práce na zdraví klienta.

Ohledně zaměstnání jsou odpovědi klientů velice různorodé. R1 a R2 jsou studentky. Obě uvádí, že také škola jim často nemoc ovlivňuje. Dále R1 má v rámci školy odbornou praxi. „*Všimla jsem si, že má směnný provoz vliv na onemocnění, a to*

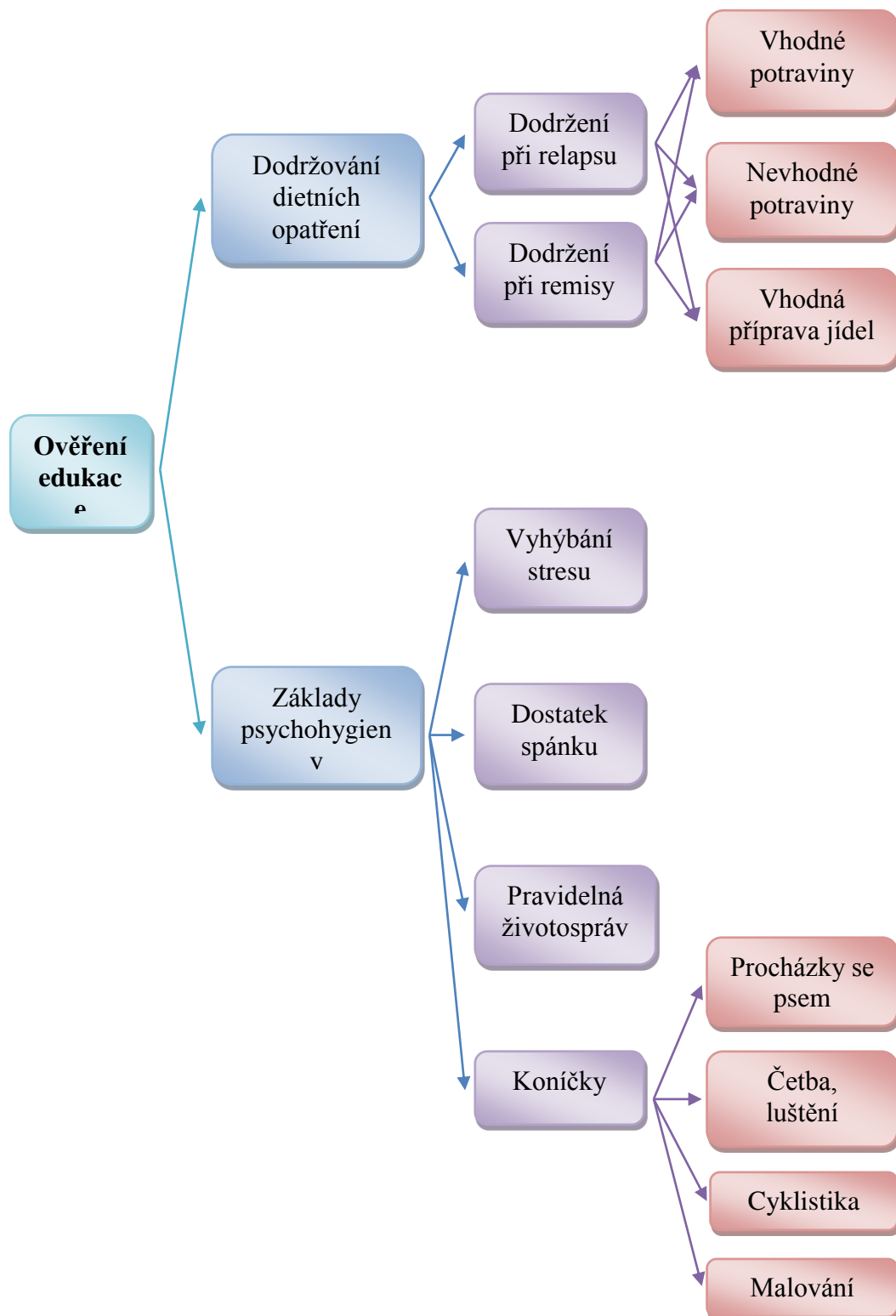
dělám jen přes den, ale často nemám čas ani na pravidelnou stravu a někdy je praxe hodně stresující.“

R3, R5, R6 a R8 mají trvale stanovenou pracovní dobu. Klienti přiznávají, že občas je práce stresující, ale v rámci možností jim nemoc neovlivňuje, protože při ní mohou dodržovat pravidelný režim. R3 a R6 ovšem museli změnit zaměstnání, jelikož dříve pracovali na směnný provoz. R3 popisuje důvod pro změnění zaměstnání takto: *„Dřív jsem pracoval na třísměnný provoz a měl jsem časté potíže, práce byla hodně stresová, strava nebyla pravidelná, a spal jsem, kdy se dalo, někdy přes den a někdy v noci. Proto jsem kvůli častým zánětům a na doporučení lékaře změnil zaměstnání.“* R6 je vystudovaná všeobecná sestra, ale pro časté potíže ve směnném provozu vystudovala vysokou školu a pracuje nyní jako sociální pracovníce v kanceláři.

R7 pracuje na zkrácený úvazek od 8 do 12 hodin v chráněné dílně. Respondentka uvádí, že nesmí práci přehnat, protože v takovém případě jí práce zdravotní stav ovlivňuje. R4 je v současnosti v invalidním důchodu. Respondentka dříve pracovala jako realitní makléřka, potom byla na mateřské dovolené a po první operaci má plný invalidní důchod, který má již doživotně.

Sestry byly dotázány na názor, zda směnný pracovní provoz ovlivňuje chorobu. Všechny tři sestry se shodují na tom, že směnný provoz má na onemocnění vliv. Proto klientům doporučují při častých relapsech onemocnění změnit zaměstnání. S2 například odpověděla takto: *„Při směnách mají klienti relapsy častější, protože nemají pravidelný životní styl, který nemoc taky ovlivňuje. Proto jim doporučujeme změnit zaměstnání, pokud je ta možnost.“*

4.2.5 Ověření edukace



Protože všichni klienti byli po prvním rozhovoru edukováni v oblasti bezezbytkové diety a základů psychohygieny, byl se třemi z nich veden druhý rozhovor. V rozhovoru jsme nezaměřili, zda správné dodržování diety a vyhýbání stresu má vliv na onemocnění. Po zpracování dat jsme vytvořili dvě podkategorie. Dodržování bezezbytková dieta a základy psychohygieny. Dotazovali jsme se R1, R3 a R5. Pouze R1, měla za uplynulé tři měsíce relaps onemocnění.

V první podkategorii **Dodržování diety**, jsem se snažila zjistit, zda klienti dodržovali v uplynulých třech měsících poskytnuté instrukce o dietě a zda jim dietní opatření pomohla.

Postupně jsem se všech respondentů dotázala, jak dietu drželi. R1 odpověděla: *„Řídila jsem se informacemi o vhodných a nevhodných potravinách, připravovala jsem si stravu hlavně pečením a dušením. Některé doporučené potraviny mi ovšem nedělaly dobře, proto jsem je ze svého jídelníčku vynechala.“* Protože respondentka měla relaps, dovoluji si uvést ještě jednu odpověď: *„I přes nasazenou léčbu jsem měla stále potíže, krvácela jsem a měla stále průjemy, proto jsem dietu asi týden opravdu poctivě dodržovala a problémy odezněly, dokonce už asi po třech dnech. Potom jsem dietu dodržovala už mírně, někdy jsem si dala i nějaké ovoce nebo zeleninu, i to smažené jídlo, ale vše velmi omezeně.“*

R3 k dodržování diety uvádí: *„Protože jsem neměl relaps, dodržoval jsem jen mírnou formu diety. Vyhýbal jsem se dráždivým a nadýmavým potravinám, ovoce a zeleninu jsem jedl také omezeně a co se týče přípravy jídel, no dal jsem si i smažená jídla, ale spíš jsem preferoval a preferuji dušená či pečená jídla.“* Poslední R5 odpověděl: *„Snažím se neustále omezovat dráždivá jídla a omezuji i ovoce a zeleninu a nadýmavým jídlům se snažím vyhýbat úplně.“*

Druhá podkategorie, **Základy psychohygieny**, je zaměřena na to, jak se respondentům dařilo dodržovat základní zásady.

Také zde uvádím odpovědi všech respondentů. (R1) *„Bohužel jsem nic extra nedodržovala, nebyl na to čas. Sice jsem se snažila dostatečně spát a vyhýbat se stresu, což bohužel v tomto období moc nešlo, ale vždy když jsem začala být hodně nervózní, uklidňovala jsem se svými koníčky, malováním a čtením, a až potom jsem začala dělat*

méně příjemné věci jako psaní absolventské práce. Až ukončím studium, chtěla bych začít aktivně cvičit jógu.“ (R3) „Snažil jsem se vyhýbat stresům, také jsem se snažil spát alespoň 8 hodin denně a jíst pravidelně v menších dávkách a vynechat pochutiny jako brambůrky, kolové nápoje a tak dále. Stále také aktivně jezdím na kole, ale našel jsem si několik dalších koníčků, jako je například čtení, luštění křížovek, dokonce jsme si pořídili i štěně, kterému se teď hodně věnuji. Všechny tyto koníčky mi pomáhají se odreagovat a zapomenout na mé problémy.“ (R5) „I když mě ulcerózní kolitida od diagnostikování již netrápila, stejně se snažím vyhýbat stresu a být v klidu a v pohodě, protože se mi nemoc projevila právě po větším stresu. Cítím se při dodržování lépe psychicky i fyzicky.“

5. Diskuze

V následující části bakalářské práce shrnujeme výsledky výzkumu a pokusíme se je uvést do souvislostí ve vztahu k poznatkům z teoretické části. Je nutné podotknout, že výsledky se vztahují pouze k mému výzkumnému souboru. Pro hlubší analýzu a zobecnění by bylo potřeba je ověřit dalším výzkumným šetřením.

Vzhledem ke stanoveným cílům práce byl kvalitativní výzkum, který byl vybrán pro praktickou část, rozdělen do tří fází. V první fázi byl veden polo-strukturovaný rozhovor s osmi lidmi, kteří onemocněli ulcerózní kolitidou. Respondenti byli následně edukováni pomocí vlastní připravené edukace se zaměřením na bezezbytkovou dietu a základy psychohygieny. Druhá fáze byla zaměřena na rozhovor se třemi respondenty. V této fázi se ověřovaly znalosti z předešlé edukace respondentů. Dále jsme zjišťovali, zda dodržování pokynů z edukace ovlivňuje průběh choroby. Ve třetí fázi byl veden polo-strukturovaný rozhovor se třemi sestrami, které pracují na gastroenterologickém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. Dvě sestry pracují v poradně pro idiopatické střevní záněty a jedna sestra na lůžkové části gastroenterologického oddělení. Zde byly sestram podávány podobné otázky jako klientům a posloužily k porovnání odpovědí z pohledu sester a respondentů.

Praktická část byla zaměřena na edukaci klientů při ulcerózní kolitidě. Práce měla dva cíle. První cíl byl zaměřen na zmapování způsobů edukace klienta s ulcerózní kolitidou. Druhý cíl měl zjistit efektivitu edukace u pacienta s ulcerózní kolitidou. K těmto cílům byly přiřazeny tři výzkumné otázky. „Jaká je efektivita vlastní navržené edukace na zdravotní stav klienta s ulcerózní kolitidou?“ „Má dodržování dietních opatření vliv na relaps onemocnění?“ a „Jakým způsobem ovlivňuje přiměřená fyzická a psychická zátěž onemocnění?“

První část otázek byla zaměřena na věk respondentů - pacientů, kdy jim byla choroba zjištěna, na rok posledního relapsu onemocnění. Dále na léčbu, která je klientovi v současnosti zavedena a na léčbu, kterou užíval při posledním relapsu. Věk u diagnostiky choroby respondentů se pohybuje od 18 do 57 let. Také sestry, které byly tázány v jakém průměrném věku je klientům ulcerózní kolitida diagnostikována, uvádí velice širokou škálu. Například S1 uvedla: „*Asi od 18 do 70 let klienta.*“ Ulcerózní

kolitida postihuje stále více lidí v mladším věku, protože příčina není známá, není možné této chorobě předcházet. Lukáš Karel a Jiřina Šatrová (2004) ve své knize „Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově chorobě“ popisují, že vznik nemoci nejčastěji ovlivní dědičnost, stres, někteří infekční činitelé, složení stravy a porucha imunitního slizničního systému. Také rok, kdy měli respondenti poslední relaps, se velice liší. Rozmezí je mezi rokem 2006 a únorem v roce 2015. Zde Nejedlá, Svobodová a Šafránková (2004) ve své knize uvádí, že se průběh ulcerózní kolitidy dělí podle četnosti exacerbací za poslední 3 roky. Jedná se o průběh intermitující, remitující, vleklý, epizodický, regresivní a progresivní. Dále z vedených rozhovorů vyplývá, že jeden respondent v současné době neužívá žádnou léčbu, čtyři respondenti užívají léčbu per-orální, jeden respondent je veden na léčbě biologické a dvě respondentky podstoupily léčbu chirurgickou. Z rozhovorů též vyplývá, že respondenti vedení na per-orální léčbě, nejčastěji při relapsu užívají lokální léčbu nebo jsou léčeni kortikosteroidy. Respondentovi, který je veden na biologické léčbě, je pouze zkrácen čas mezi jednotlivými dávkami přípravku Remicade. Poslední dvě respondentky jsou ty, které podstoupily chirurgické odstranění tlustého střeva z důvodu těžkého průběhu relapsu onemocnění. Také sestry uvádí, že lékař klientům s relapsem onemocnění nejčastěji předepisuje kortikosteroidy nebo aminosalicyláty formou tablet, čípků nebo klyzmat. Lata, Bureš a Vaňásek (2010) se zde shodují, že vždy se klientům podává per-orální léčba pomocí aminosalicylátů, kortikosteroidů, imunosupresiv, antibiotik. Pokud je klient rezistentní na konvenční terapii nebo se jedná o záchrannou léčbu při fulminantním průběhu, je převeden na léčbu biologickou. Když ani tato léčba nezabírá nebo vznikly komplikace ulcerózní kolitidy, jako je toxický megakolon, je nutné odstranění tlustého střeva a následné vytvoření ileopouch-anální anastomózy.

Dále jsme se v bakalářské práci zaměřili na samotnou edukaci respondentů. Z odpovědí vyplývá, že respondenti jsou převážně edukováni lékařem. Z tohoto důvodu nás velice potěšily odpovědi sester z gastroenterologického oddělení, kde kromě lékaře podávají informace také sestry. Edukace respondentům byla nejčastěji podána individuálním rozhovorem, poskytnutím informačních brožurek a odkazů na internetové zdroje. Bohužel některým respondentům, například R2 a R6, nebyly podány téměř

žádné informace a vše si klienti museli dohledat sami z internetu či dostupné literatury. Ohledně celkové informovanosti klientů po diagnostice choroby se odpovědi velice lišily. Zde byli 4 klienti s edukací celkově spokojeni, oproti tomu 4 respondenti s edukací spokojeni nebyli. V teoretické části je uveden článek, který popisuje, že by měla edukace klienta s ulcerózní kolitidou obsahovat pět základních oblastí. Seznámení klienta s onemocněním, edukace o bezezbytkové dietě, poučení klienta o aktivitě a fyzické námaze, poučit klienta o udržení dobré psychické kondice a poučení klienta o možných komplikacích. Nejčastěji měli respondenti deficit v oblasti informací o dietě a vlivu psychické a fyzické zátěže. V oblasti edukace zaměřené na vlastní chorobu a léčbu neměla většina respondentů výhrady. Opět nás mile překvapily sestry z gastroenterologie v nemocnici v Českých Budějovicích. Zde sestry, hlavně z poradny pro idiopatické střevní záněty, podávají klientům informace individuálním rozhovorem a též jim poskytují informační brožurky a internetové odkazy. Také klientům podávají informace o dietních opatřeních. Sestry též uvádí, že v oblasti psychiky nemají dostatek času na edukaci, proto klientům navrhuji návštěvu psychologa či psychiatra.

V oblasti dietních opatření jsme se zaměřili na edukaci klientů o bezezbytkové dietě, vliv diety na průběh ulcerózní kolitidy a spolupráci s nutričním terapeutem. O bezezbytkové dietě bylo informováno všech osm respondentů. Dva respondenti nebyli s edukací spokojeni. Nebyli seznámeni s vhodnými a nevhodnými potravinami ani s vhodnou přípravou jídel. Proto si většinu informací museli dohledat sami. Například R6 uvedla, že dietu okoukala v nemocnici při prvním velkém relapsu a větší část nastudovala přes internet. Také respondentka číslo 4 nejprve neměla dostatek informací, ovšem po chirurgické resekci tlustého střeva jí byly informace doplněny. Také jsme se ptali sester, zda klienty edukují. Všechny odpověděly, že ano, formou rozhovoru nebo pomocí informačních brožurek, kde jsou také ukázky jídelníčků.

Další částí zde byl vliv diety na průběh onemocnění. Zde se všichni klienti shodli, že dieta má na onemocnění vliv. Mnoho z respondentů potvrzuje, že kdyby dietu nedodržovali, bylo by jim zdravotně podstatně hůř. Častější nadýmání, průjem atd. Respondenti byli velice potěšeni informacemi o bezezbytkové dietě ve vlastní navržené edukaci, mnoho z nich projevilo zájem ji vyzkoušet. Sestry na otázku, zda dieta

ovlivňuje průběh onemocnění, odpověděly všechny, že ano, avšak dodávají, že pouze s pravidelným užíváním předepsaných léků. Nutriční terapeut nebyl nabídnut pěti klientům. Ze tří klientů, kterým byla spolupráce umožněna, ji využili pouze dva respondenti. Oba bohužel při těžkém průběhu choroby. Také sestry uvádí, že nutričního terapeuta klientům umožňují při malnutrici, která se nelepší, nebo na výslovné přání ze strany nemocného. V teoretické části bakalářské práce jsme se též zaměřili na dietní opatření. Zmiňovali jsme se zde o tom, že dietu není potřebné držet při remisi choroby. Je však důležité zdůraznit klientům, že náhlé změny v dietních návycích mohou vyvolat relaps choroby. Zde většina klientů uvedla, že v remisi dodržují bezezbytkovou dietu jen velice mírně. Převážně se vyhýbají potravinám, u kterých vyzorovali, že nepříznivě ovlivňují jejich zdravotní stav.

V následující oblasti, vlivu zátěže na zdravotní stav, jsme se zaměřili na vliv psychické a fyzické zátěže na onemocnění, zda pracovní provoz může chorobu ovlivnit. Ohledně fyzické zátěže respondenti odpověděli různě. Tři respondenti uvádí, že si žádných změn při zvýšené fyzické zátěži nevšimli. Další respondent odpověděl, že mu sport byl naopak doporučen, ovšem nesmí to s ním přehánět. Když nemá dostatečnou regeneraci, mohou se u něj výjimečně objevit potíže. Poslední čtyři respondenti uvádí, že fyzická zátěž má na onemocnění vliv. Někteří, viz. R4, přiznává, že fyzická zátěž měla vliv na průběh relapsu onemocnění. Sestry v této oblasti tvrdí, že vliv fyzické zátěže je individuální. S1 uvedla, že někteří klienti sportují vrcholově a jsou v pořádku a u některých i mírně zvýšená fyzická zátěž vyvolává potíže. Ohledně psychické zátěže se naopak všichni respondenti shodli, že psychika má na onemocnění velký vliv. Mnoho z respondentů uvádí, že stresová situace nejčastěji předchází vzniku relapsu ulcerózní kolitidy. Také sestry se shodují, že psychika má na onemocnění vliv. S1 dokonce doporučuje, aby každý klient s ulcerózní kolitidou podstoupil psychologická a psychiatrická vyšetření. Dále jsme se v této části také zaměřili na to, jakým způsobem se respondenti vyhýbají stresu. Zde všichni odpověděli, že pomocí svých koníčků. Pouze dva respondenti uvedli dostatečný spánek a správnou životosprávu. Když jsme se sester zeptali, zda edukují klienty o základech psychohygieny, se dvě sestry shodly, že pouze výjimečně pokud je čas. Na lůžkové části o základech psychohygieny edukuje

lékař. V teoretické části jsme psychoterapii též popsali. Zde Petr Petr (2000) ve své knize uvedl, že psychoterapie může zabránit k rozvoji akutní fáze choroby v emočně vypjatých situacích. Je to prospěšná léčba, která ovšem nemůže chorobu vyléčit. Také jsme se respondentů dotazovali na vliv práce. Dvě respondentky jsou studentkami. Jedna má v rámci školy také praxi, kde dělá ranní a odpolední směny. Podotýká, že i když dělá jen směny přes den, tak často vidí změny na svém zdravotním stavu, nejčastěji z důvodu nepravidelné stravy. Čtyři respondenti mají trvale stanovenou pracovní dobu. Ta jim vyhovuje, protože mají pravidelný režim, pracovní doba chorobu tolik neovlivňuje. Ovšem dva z těchto respondentů museli zaměstnání změnit, dříve pracovali na směnný provoz, který jim nepříznivě zdravotní stav ovlivňoval. Jedna respondentka z důvodu choroby pracuje jen na zkrácený úvazek od 8 do 12 hodin. Poslední respondentka má plný invalidní důchod v souvislosti s nepříznivým průběhem ulcerózní kolitidy. Samozřejmě i sester jsem se ptala, zda vyzorovaly změny ve zdravotním stavu klientů, kteří pracují na vícesměnný provoz. Všechny to potvrdily. Sestry z IBD poradny klientům také doporučují změnit zaměstnání nebo jim vypisují dokument pro zaměstnavatele, který potvrzuje, že by neměli pracovat na směny z důvodu této choroby.

Poslední kategorie je zaměřena na kontrolu znalostí z první edukace respondentů. Rozhovor byl veden po třech měsících od prvního rozhovoru, jehož součástí byla edukace. K rozhovoru byli pozváni pouze tři respondenti. Pouze jeden respondent měl za poslední tři měsíce relaps. V této oblasti jsme se zaměřili na dodržování diety a na základy psychohygieny. Obě tato témata byla součástí vlastní edukace. V dodržování diety jsme se ptali respondentů, zda dietu dodržovali a jakým způsobem. Všichni respondenti potvrdili, že se snažili aspoň o mírné dodržování diety. Pouze R1 říkala, že z důvodu relapsu dietu držela přesně podle edukace. Klientka měla přes léčbu kortikoidy stále potíže. Když ovšem začala držet dietu společně s léčbou, problémy velice rychle odezněly. Také ostatní respondenti uznávají, že i mírná forma diety pomáhá. Také v oblasti základů psychohygieny klienti verbalizovali zlepšení zdravotního stavu. Pouze R1 neměla možnost je dodržovat přesně podle instrukcí, ale

přesto se snažila. Také hned jak jí to čas umožní, chce základy psychohygieny vyzkoušet naplno.

Z výzkumného šetření se domníváme, že edukace respondentů není dostačující. Převážně v oblasti vlivu psychického a fyzického stavu a bezsezbytkové diety klientům informace chybí. Následný rozhovor nasvědčuje tomu, že podrobná edukace klientů může pomoci s vyrovnáním se s nemocí a pomoci navodit remisi či prodloužit její trvání. Naopak nás velice potěšily rozhovory se sestrami, hlavně z IBD poradny. Zde je klientům poskytnuto dostačující množství informací. Sestry také byly vstřícné a milé. Bohužel jsem neměla možnost mluvit s klientem, který navštěvuje gastroenterologické oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích.

6. Závěr

V současné době neustále dochází k nárůstu nově diagnostikovaných případů s ulcerózní kolitidou. Z toho důvodu je potřeba neustále zvyšovat kvalifikaci sester na gastroenterologickém oddělení, aby byla kvalita edukace klientů lepší.

Ve své práci jsem měla dva cíle. První cíl je „Zmapovat způsoby edukace klienta s ulcerózní kolitidou.“ K výzkumu byla použita kvalitativní metod výzkumu pomocí rozhovorů. Rozhovory byly polo-strukturované s možností doplnění dalšími otázkami. Celkem jsem vedla 11 rozhovorů. Tři rozhovory byly vedeny se sestrami z gastroenterologického oddělení nemocnice v Českých Budějovicích. Dále s osmi respondenty, kterým je diagnostikována ulcerózní kolitida. Respondenti - pacienti i sestry se shodli na tom, že nejčastěji jsou klienti edukováni formou individuálního rozhovoru, pomocí informačních brožurek a odkazy na internetové zdroje. Druhý cíl je „Zjistit efektivitu edukace u pacienta s ulcerózní kolitidou.“ Zde jsou odpovědi klientů různé. Pouze tři respondenti byli s edukací spokojeni. Jedna respondentka byla s edukací v rámci možností spokojena, ale z důvodu nedostatku času edukace nebyla kvalitní. Zbylí čtyři respondenti s edukací spokojeni nebyli. Sestry z Nemocnice České Budějovice, a.s. se shodly, že klienti, které edukují, verbalizují spokojenost.

Druhý rozhovor, na ověření efektivity vlastní navržené edukace byl veden po třech měsících od první edukace. Byl veden se třemi respondenty - pacienty. Všichni se shodují, že dodržování pokynů z edukace, zaměřené na bezobzbytkovou dietu a základy psychohygieny, pomohly zlepšit jejich zdravotní stav. Další výsledky, které se týkaly vlivu dietních opatření na relaps onemocnění, byly vyhodnoceny pozitivně. Zde všichni respondenti uvádí, že dodržování bezobzbytkové diety onemocnění příznivě ovlivňuje. Výsledky zaměřené na zvýšenou fyzickou zátěž uvádí, že zvýšená zátěž ovlivňuje chorobu u 4 respondentů. Jeden respondent, verbalizuje, že je mu sport při remisi doporučen a pouze v relapsu ho omezuje. Zbylí tři respondenti si změn po fyzické zátěži nepovšimli. Sestry se shodly na tom, že sport je u klientů s ulcerózní kolitidou individuální záležitost. Často doporučují při remisi sportovat, ale při relapsu onemocnění fyzickou zátěž omezit. U psychické zátěže se všichni klienti i sestry shodli,

že zvýšená stresová situace či jiná zvýšená psychická zátěž má na onemocnění negativní vliv.

Osobně si myslím, že kvalita edukace klientů s ulcerózní kolitidou, není dostatečná, hlavně v oblasti psychiky a dietních opatření.

Práce by dle mého názoru mohla být využita jako edukační materiál a zpětná vazba pro sestry pracující na gastroenterologickém oddělení.

7. Seznam použitých zdrojů

1. PARKER, Steve. *Lidské tělo*. Praha: Knižní klub, 2008. ISBN 978-80-242-2211-0.
2. ZBOŘIL, Vladimír. *Mikroflóra trávicího traktu: klinické souvislosti*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0584-2.
3. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.
4. NEJEDLÁ, M., H. SVOBODOVÁ a A. ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetřovatelství III/1*. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-030-X.
5. ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7.
6. SOUČEK, Miroslav a kol. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.
7. LATA, J., J. BUREŠ a T. VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-692-2.
8. LUKÁŠ, Karel a Jiřina ŠATROVÁ. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-473-X.
9. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
10. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
11. MLČOCH, Zbyněk. Erythemanodosum, zánět podkoží – příznaky, projevy, symptomy. In: Priznaky – projevy [online]. ©2012-2014 [cit. 2012-05-16]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/kozni/erythema-nodosum-zanet-podkozi-priznaky-projevy-symptomy>
12. KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida: dieta a rady lékaře*. Čestlice: P. Momčilová, 1998. ISBN 80-85936-23-2.
13. CS.WIKIPEDIA. Anamnéza [online]. © 2001-2015 [cit. 2013-03-17]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Anamn%C3%A9za>

14. KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi, 2006. ISBN 80-903820-0-2.
15. ROZSYPALOVÁ, M., E. HALADOVÁ a A. ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství II*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-97-1.
16. TOP LÉKAŘ. Irigoskopie [online]. ©2015 [cit. 2014-04-15].
Dostupné z: <http://www.toplekar.cz/vysetreni/irigoskopie.html>
17. IKEM. Kolonoskopie [online]. ©2006-2011.
Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1004176>
18. CS. WIKIPEDIA. Koloskopie [online]. ©2001-2015 [cit. 2015-01-05].
Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Koloskopie>
19. ORDINACE.CZ. Kolonoskopie [online]. ©2015 [cit. 2015-01-05].
Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/koloskopie/?chapter=0>
20. DÍTĚ, Petr. *Endoskopické, funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii*. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. ISBN 80-7013-183-7.
21. MUDR. ZRAZIL, Kolonoskopie [online]. ©2015 [2015-01-12].
Dostupné z: <http://www.mudr-zrazil.cz/uzitecne-info/koloskopie-priprava>
22. NEJEDLÁ, M., H. SVOBODOVÁ a A. ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství III/2*. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-031-8.
23. REMIDES. Kolonoskopie [online]. © 2014 [cit. 2014-09-16].
Dostupné z:
http://www.remedis.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=80
24. VITALION. Rektoskopie [online]. ©2015 [cit. 2013-05-30].
Dostupné z: <http://vysetreni.vitalion.cz/rektoskopie/>
25. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Dietní opatření při zánětech střev*. Zdravotnické noviny. 2015, č. 1, s. 14. ISSN 0044-1996.
26. SJÍDELNÍČEK. Bezezbytková dieta [online]. ©2010-2015 [cit. 2014-06-19].
Dostupné z: <http://sjidelnicek.cz/bezezbytkova-dieta/>

27. KOHOUT, Pavel. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Postgraduální medicína. 2011, č. 2, s. 9. ISSN 1212-4184.
28. CS.WIKIPEDIA. Ulcerózní kolitida [online]. ©2001-2015 [cit. 2015-03-25].
Dostupné z:
http://cs.wikipedia.org/wiki/Ulcer%C3%B3zn%C3%AD_kolitida#Farmakologic_k.C3.A1_1.C3.A9.C4.8Db.
29. ZBOŘIL, Vladimír. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2656-7.
30. FUSEK, Martin. *Biologická léčiva*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-2473-727-0.
31. PETR, Petr. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida: informace pro pacienty a jejich blízké*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN: 80-7040-406-X.
32. FLORENCE [online]. 2009-2014, roč. 5, [cit. 2014-01-27]. ISSN 1801-464X.
Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/vedci-chteji-strevni-nemoci-lecit-pomoci-vybranych-cervu-a-prvoku/>
33. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-648-1.
34. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Matin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-193-X.
35. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
36. OSE.ZSHK. Edukace [online]. ©2010-2012.
Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
37. OSE.ZSHK. Edukace klienta s IBD onemocněním [online]. ©2010-2012.
Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=6>

8. Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Edukační plán – klient s ulcerózní kolitidou

Příloha 2 – Vlastní navržená edukace

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru s respondenty s ulcerózní kolitidou – 1. rozhovor

Příloha 4 - Otázky k rozhovoru s respondenty s ulcerózní kolitidou – 2. rozhovor

Příloha 5 – Otázky k rozhovoru se sestrami

Edukační plán – klient s ulcerózní kolitidou

Vzdělávací oblast: Ulcerózní kolitida

Informace o edukantech: Respondenti s ulcerózní kolitidou

Edukační diagnóza: Deficit vědomostí a dovedností ve správné výživě a základech psychohygieny klienta s ulcerózní kolitidou

Potřeby edukátora: Naučit klienta správným stravovacím návykům a základům psychohygieny.

Druh edukace: Sekundární edukace

Téma edukačního setkání: Podat klientovi informace o správné výživě a základech psychohygieny.

Datum: Únor až březen 2015

Základní cíl edukačního setkání: Informovat klienta o správné výživě a základech psychohygieny.

Specifický cíl edukačního setkání a výsledná kritéria:

Afektivní cíl: Klient má zájem a snahu získat vědomostí a dovedností ve správné výživě a základech psychohygieny.

Výsledná kritéria: Klient ví, jak důležité je správně se stravovat při vzplanutí choroby a zná základy psychohygieny.

Kognitivní cíl: Klient má dostatek vědomostí o způsobech správného stravování a o základech psychohygieny.

Výsledná kritéria: Klient nám vyjmenoval, že musí jíst 6x denně, ví jaké jídlo a tekutiny nemůže a naopak může užívat. Klient nám dále vyjmenoval základy psychohygieny, jako je dostatek spánku, správná výživa, dostatek pohybu, správné hospodaření s časem. Dále nám klient vyjmenoval své koníčky.

Behaviorální cíl: Klient ví, jak si sestavit vhodný jídelníček a jak provést základy psychohygieny.

Výsledná kritéria: K/P nám názorně ukázal svůj vypracovaný jídelníček, podle kterého se stravuje. Dále klient popsal, jakým způsobem dodržuje základy psychohygieny.

Obsah edukačního setkání: Informace o správné výživě a o základech psychohygieny.

Forma edukace dle času: 1x 45 minut.

Forma edukace dle prostředí: V domácím prostředí.

Forma edukace dle uspořádání edukantů: Kontakt edukátora s klientem.

Zdroj: vlastní

Vlastní navržená edukace

Psychohygienu:

= soubor pravidel, která slouží k udržení, prohloubení nebo znovuzískání rovnováhy a duševního zdraví

Metody psychohygieny:

- 1) Dostatečná doba spánku
- 2) Správná výživa (nepřejídat se, vyvážená strava, pravidelnost, pestrost stravy, atd.)
- 3) Správné dýchání, dostatek pohybu
- 4) Správné hospodaření s časem (vyváženost času věnovaného práci a odpočinku)
- 5) Relaxační cvičení
- 6) Volný čas
 - Věnování času sám sobě a svým koníčkům
 - Důležité pro regeneraci a odreagování od každodenních starostí
 - Člověk by měl mít koníček (vede k dobré náladě a zkvalitnění života)

Bezezbytková dieta:

Vhodná příprava je vaření, dušení a pečení bez tuku. Naopak nevhodné je smažení, pečení v oleji nebo nedovaření. Pokrmy je nutné vždy pořádně uvařit, aby byly dostatečně měkké.

Vhodné potraviny.

Maso - libové hovězí, vepřové, jehněčí, telecí, kuřecí, krůtí i králičí bez blan, ryby, kuřecí játra, libové šunky, libové párky, salámy se sníženým obsahem tuku

Mléčné výrobky - jogurt bílý i ovocný (bez semínek, müsli, atd.), tvaroh, mléčné dezerty, tvrdé sýry, tvarohové sýry

Mléko - nejlépe zakysané - podmásli, kefír, jogurtové mléko

Vejce - 1 vejce denně

Tuky - máslo, rostlinné tuky

Pečivo - den staré pečivo (rohlíky, veka) i sladké (vánočka), suchary, bramborový knedlík

Obiloviny - těstoviny, rýže, lisované kroupy, výrobky z mouky

Sladidla - cukr, med - omezeně

Ovoce - čerstvé banány, strouhaná jablka, ovocné šťávy z čerstvého ovoce, ovocná pyré z čerstvého ovoce, citronová šťáva, kompot, marmeláda

Zelenina - vařená a dušená mrkev, dýně, špenát, hlávkový salát, vývar z celeru a petržele, rajčatová šťáva bez jadérek a slupky, rajský protlak, brambory (kaše)

Koření - kmín, mletá skořice, sladká paprika, majoránka, petrželová nať, bylinky, bobkový list, nové koření, vývar z cibule, vegeta, ocet v malém množství

Nápoje - voda, čaj, neperlivá minerálka, naředěná ovocná šťáva

Nevhodné potraviny:

Celozrnné výrobky - mouka, pečivo, rýže

Luštěniny

Tučná masa a uzeniny - klobásy, paštiky, škvarky, sádlo

Tučné mléčné výrobky - šlehačka, smetanové jogurty, tučné sýry

Houby

Zelenina - nadýmavá a těžká na žaludek

Ovoce - obsahující pecky, slupku a semínka

Přílohy - krokety, hranolky, smažené brambory, kynutý knedlík

Nápoje - mléko, kakao, káva, alkohol, minerální vody

Ostatní - chipsy, čokoláda, dráždivé koření, kečup, hořčice, bujón, dochucovadla, pepř, česnek, cibule, atd.)

Ukázka jídelníčku:

Snídaně: den starý rohlík s máslem a marmeládou, čaj

Svačina: banán

Oběd: dušené kuřecí nudličky, rýže

Svačina: špenátová palačinka se sýrem

Večeře: den starý rohlík s vajíčkovou pomazánkou

Snídaně: den starý rohlík se sýrem a máslem, ovocný džus naředěný vodou

Svačina: přibináček

Oběd: pečený losos, bramborová kaše

Svačina: den stará veka s pažitkovou tvarohovou pomazánkou

Večeře: těstovinový salát s kuřecím masem

Snídaně: den starý rohlík se šunkou a máslem, čaj

Svačina: strouhaná jablka (bez slupky)

Oběd: vařené hovězí s dušenou mrkví, bramborová kaše

Svačina: podmáslí

Večeře: kuřecí polévka s mrkví a petrželí, den starý rohlík s rybí pomazánkou

Zdroj: vlastní

Otázky k rozhovoru s respondenty s ulcerózní kolitidou – 1. rozhovor

1. V kolika letech Vám byla zjištěna UC?
2. Jaké léky užíváte a v jakém množství?
3. Jaké léky Vám lékař předepsal při posledním relapsu onemocnění?
4. Kdy jste měl poslední relaps nemoci?
5. Kdo Vám podával informace o onemocnění?
6. Jakým způsobem Vám byly informace podány (brožurky, ústně...)?
7. Měl/a jste prostor pro své otázky a komu jste je podával?
8. Byl/a jste informován o dietních opatřeních při relapsu onemocnění a jakým způsobem?
9. Měl/a jste dostatek informací po propuštění z nemocnice?
10. Měl/a jste v nějaké oblasti pocit, že jste měl deficit informací a v jaké?
11. Dodržel/a jste při posledním relapsu dietní opatření?
12. Měl/a jste pocit, že dodržování diety pomohlo?
13. Byla Vám umožněna spolupráce s nutričním terapeutem?
14. Všiml/a jste si, že by zvýšená fyzická zátěž měla vliv na onemocnění?
15. Pracujete na směny nebo máte trvale určenou pracovní dobu?
16. Máte pocit, že práce na směny ovlivňuje relaps onemocnění?
17. Používáte metody psychohygieny? A jaké? (relaxace, jóga...)
18. Všiml/a jste si, že by zvýšená psychická zátěž měla vliv na relaps onemocnění?

Zdroj: vlastní

Otázky k rozhovoru s respondenty s ulcerózní kolitidou – 2. rozhovor

1. Měl/a jste za poslední 3 měsíce (od 1. edukace) relaps onemocnění?
2. Dodržoval/a jste doporučená dietní opatření během uplynulé doby?
3. Cítíte se lépe po dodržování dietních opatření?
4. Dodržoval/a jste zásady psychohygieny?
5. Cítíte, že má dodržování psychohygieny vliv na onemocnění?

Zdroj: vlastní

Otázky k rozhovoru se sestrami

1. Jaký je průměrný věk zjištění nemoci u klienta?
2. Jaký druh léčby zde klienti mají nejčastěji?
3. Jaké léky nejčastěji předepisují lékaři klientům při relapsu onemocnění?
4. Jaký je průměrný čas opakovaného vzplanutí u klientů?
5. Kdo u Vás na oddělení podává informace klientům?
6. Jakým způsobem podáváte informace klientům?
7. Umožňujete klientům dostatečný prostor pro jejich otázky?
8. Kdo u Vás na oddělení podává informace ohledně dietních opatření při relapsu onemocnění?
9. Sdělují Vám klienti, že mají dostatek informací při zjištění onemocnění?
10. Jaké otázky nejčastěji klienti kladou?
11. Vypozorovala jste zlepšení při relapsu onemocnění, když klient dodržuje dietní opatření?
12. Umožňujete na oddělení kontakt pacienta a nutričního terapeuta? V jakých případech?
13. Sdělují Vám klienti, že má na onemocnění vliv zvýšená fyzická zátěž? Zda-li ano, jaké sporty nejčastěji?
14. Sdělují Vám klienti, a jakým způsobem, jestli má směnný pracovní provoz vliv na ulcerózní kolitidu?
15. Informujete klienta o metodách psychohygieny?
16. Sdělují Vám klienti, že má na onemocnění vliv zvýšená psychická zátěž a proč?

Zdroj: vlastní