



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Životní styl pacientů s chronickým střevním
onemocněním**

Diplomová práce

Autor: Bc. Zuzana Franková

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

**Patients with chronic intestinal disease and their
lifestyles**

Diploma Thesis

Author: Bc. Zuzana Franková

Study programme: Specialization in Education

Study of Programme: Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

2016

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Zuzana Franková

Název diplomové práce: Životní styl pacientů s chronickým střevním onemocněním

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2016

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá životním stylem pacientů s chronickým střevním onemocněním. Teoretická část obsahuje okruhy teoretických poznatků, stěžejních pro orientaci v dané problematice. Popisuje zásady zdravého životního stylu, problematiku chronického střevního onemocnění zejména Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu jako onemocnění od klinických projevů, diagnostiky až po léčbu. Důležitou kapitolou teoretické části práce jsou dopady IBD na životní styl u chronicky nemocných pacientů.

Empirická část se zabývá kvalitativním výzkumem. Pro získávání dat byla vybrána a použita metoda dotazování technikou narativního rozhovoru. Metodologie narativního rozhovoru byla rozšířena o specifické metody sběru dat, metodu životní křivky. Obsahem každé interpretace je závěrečný přehled, ve kterém jsou shrnuty vyzorované skutečnosti související s odpověďmi na sestavené výzkumné otázky. Významné prvky z rozhovorů jsou zaznamenány do přehledných tabulek.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, v jakých oblastech a jakým způsobem změnily vybrané osoby s chronickým onemocněním střev svůj životní styl. Zprostředkovat veřejnosti informace o omezeních pacientů s chronickým onemocněním střev, které bezprostředně ovlivňují jejich život každý den. V neposlední řadě napomáhat toleranci společnosti k omezením pacientů s chronickým onemocněním střev.

Klíčová slova:

Crohnova choroba, chronické střevní onemocnění, omezení s IBD, ulcerózní kolitida, zdravý životní styl.

Abstract:

The thesis deals with the lifestyle of patients with chronic intestinal disease. The theoretical part contains topics of theoretical knowledge essential to the orientation in the issue. It describes the principles of a healthy lifestyle, the issue of chronic intestinal disease, especially Crohn's disease and ulcerative colitis as a disease of clinical manifestations, from diagnosis to treatment. An important chapter of the theoretical part of the work are the impacts of IBD on lifestyle at chronically ill patients.

The empirical part deals with the qualitative research. For data collecting was chosen and used the method of questioning with narrative interview technique. Methodology of narrative interview was expanded to include specific methods of collection data, the life curve method. The content of each interpretation is the final report that summarizes the observed facts associated with answers to research questions. Significant elements of the interviews are recorded in tables.

The aim of the thesis was to find out in what areas and how the selected people with chronic intestinal diseases have changed their lifestyle. To provide information to the public about the limitations of patients with chronic intestinal diseases that directly affect their everyday lives. Finally to assist society tolerance to constraints of patients with chronic intestinal disease.

Keywords:

Crohn's disease, Healthy lifestyle, chronic intestinal disease, limitation IBD, ulcerative colitis.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a 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.

České Budějovice 20. duben 2016

Zuzana Franková

Poděkování:

Děkuji Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu v průběhu zpracování mé diplomové práce.

OBSAH

Úvod	10
1 Teoretická část	11
1.1 Životní styl	11
1.1.1 Zásady zdravého životního stylu	12
1.2 Střevní záněty obecně	13
1.2.1 Idiopatické střevní záněty	13
1.2.2 Crohnova nemoc	14
1.2.3 Ulcerózní kolitida	14
1.2.4 Epidemiologie IBD	15
1.2.5 Diagnostika IBD	19
1.2.5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	19
1.2.5.2 Laboratorní vyšetření	19
1.2.5.3 Zobrazovací metody	20
1.2.5.4 Endoskopické metody	21
1.2.6 Léčba IBD	22
1.2.6.1 Medikamentózní léčba	22
1.2.6.2 Chirurgická léčba	23
1.2.6.3 Nutriční léčba	24
1.2.6.4 Psychosociální léčba	25
1.3 Dopady IBD na životní styl	26
1.3.1 Fyzické dopady	26
1.3.2 Psychické dopady	28
1.3.3 Sociální dopady	29
1.3.4 Spirituální dopady	30
2 Empirická část	32
2.1 Cíle práce a výzkumné otázky	32
2.1.1 Cíle práce	32
2.1.2 Výzkumné otázky	32
2.2 Metodika	33
2.2.1 Charakteristika výzkumného souboru	33
2.2.2 Proces sběru dat	34
2.3 Výsledky	35
2.3.1 Analýza a interpretace rozhovorů	35
2.3.2 Narativní rozhovor 1	36
2.3.3 Narativní rozhovor 2	40
2.3.4 Narativní rozhovor 3	44

2.3.5	Narativní rozhovor 4.....	48
2.3.6	Narativní rozhovor 5.....	52
2.3.7	Narativní rozhovor 6.....	56
3	Diskuze	61
4	Závěr	69
5	Seznam použitých zdrojů.....	71

ÚVOD

Téma diplomové práce ovlivnila má profese, ale také úvahy o způsobu našeho života a úvahy o rychle a zásadně měnící se společnosti, v níž žijeme. O společnosti, která nám sice dovoluje posouvat hranice našich možností, ale také nás nabádá, abychom dosahovali vyšších cílů a kladli větší a větší nároky na sebe i na ostatní.

I v této náročné době bych chtěla věřit, že společnost, jejíž jsme součástí, je nejen dynamická, rozmanitá a moderní, ale především zdravá, spravedlivá a ohleduplná. Věřím, že současná společnost, která se otevírá světu, bude otevřená i sama k sobě a přizná, že je tvořena nejen lidmi s různými názory a iluzemi, ale také lidmi s různými možnostmi a potřebami. Věřím, že najde rovnováhu mezi handicapem menšiny a pochopením většiny.

Při získávání podkladů pro diplomovou práci jsem nahlédla do života lidí, kteří tvoří jednu specifickou skupinu společnosti. Ne proto, že by si tuto skupinu sami zvolili, ale proto, že jejich životní možnosti je nutí se do této skupiny zařadit nebo ji alespoň neustále vnímat. Diplomovou práci jsem zpracovala na téma „Životní styl pacientů s chronickým střevním onemocněním“. Týká se, podle mého názoru, skupiny lidí, které „my ostatní“ téměř nevidíme. Nemyslím si, že je vidět nechceme, ale myslím, že o nich málo víme. Nesnaží se na sebe výrazně upozorňovat a své problémy svěřují zpravidla jen svým nejbližším. Vytvořili si svůj životní styl na základě ohraničených možností a specifických zdravotních omezení.

Téma práce mi bylo blízké díky mé profesi. Pracuji jako zdravotní sestra na gastroenterologickém oddělení. Často se tak setkávám s lidmi se střevním onemocněním. Nemoc, kterou prožívají a následky její léčby jim připravují v každodenním životě překážky, s nimiž se s různou měrou úspěšnosti vyrovnávají. Pod vlivem nemoci, množství vnějších faktorů a osobnostních rysů se přizpůsobují životu ve společnosti a vytvářejí si svůj nový životní styl.

Měla jsem příležitost pracovat s lidmi, kteří bez ohledu na překážky a omezení se dokážou na svůj život podívat pozitivně a s nadhledem. Za poznatky získané v rámci diplomové práce, stejně tak i za cenné osobní zkušenosti jim patří můj velký dík.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je široké a velmi důležité téma v dnešní postmoderní době. V ČR se téma zdravého životního stylu veřejně otevírá až po roce 1989. Zdraví člověka a jeho ochrana patří mezi základní priority všech států celého světa. K celkovému zdraví přispívá velkou měrou také zdravý životní styl. Zdraví člověka je chápáno jako vyvážený stav tělesné, duševní, sociální a spirituální pohody. Zdraví je ovlivňováno mnoha aspekty, jako je styl života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí, bezpečí člověka atd. (SZÚ, 2008, online).

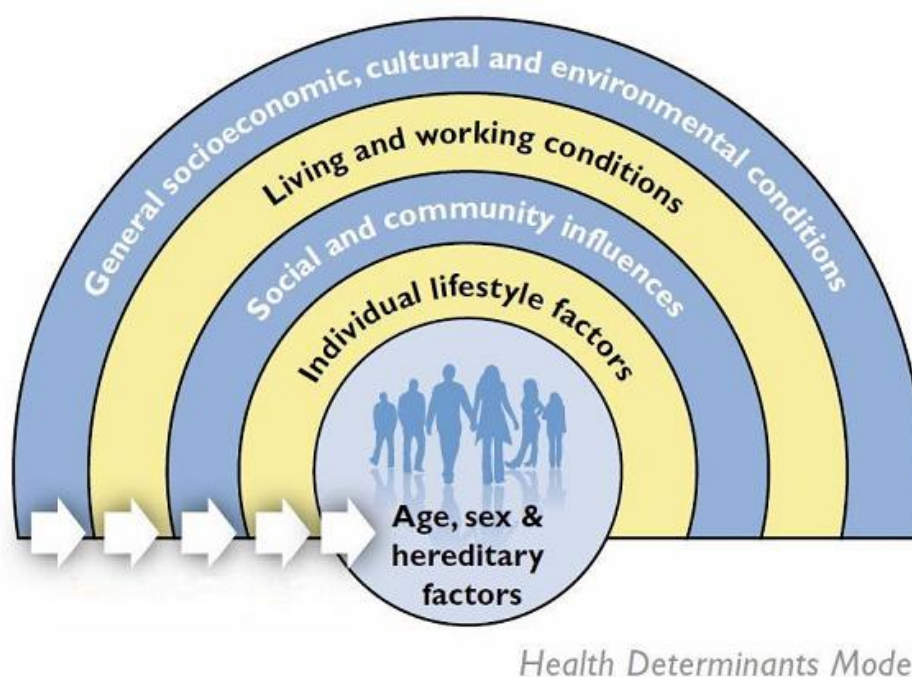
Pojem životní styl je často zaměňován s jinými pojmy, které spolu jistě souvisí. V různých odborných i neodborných textech se setkáváme s názvy životní způsob, kvalita života, životní úroveň, životní sloh, životní podmínky aj. Odborníci zabývající se zdravým životním stylem se také jednotně nevyjadřují, ale v jádru se shodují, že životní styl je výběrem chování a životních možností jednotlivce (Čeledová a Čevela, 2010). Kukačka (2010) o zdravém životním stylu píše, že je základním determinantem zdraví a je velice pravděpodobné, že dobré zdraví je zásadně ovlivněno zdravým životním stylem.

Determinanty zdraví jsou definovány jako osobní, společenské, ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které se vzájemně proměňují a významně ovlivňují, a tak určují zdravotní stav jedince či skupiny lidí nebo celé společnosti. Determinanty zdraví jsou propojeny komplexem velmi složitých vzájemných vztahů (Janatová a Uličná, 2008).

Vliv determinantů na zdraví (Kebza, 2005):

- faktory životního prostředí ovlivňují zdraví z cca 15 – 20 %,
- genetické faktory ovlivňují zdraví z cca 10 – 15 %,
- skupina faktorů životního stylu ovlivňuje zdraví celými 50 %,
- efektivita, kvalita a dostupnost zdravotní péče ovlivňuje zdraví z cca 10 – 15 %.

Obrázek č. 1 Model determinantů zdraví



Zdroj: Health Determinants (Dahlgren and Whitehead, 1991, online)

Ovlivnění zdravotního stavu jedince i společnosti závisí na rozdílech nerovnosti determinantů zdraví. Spravedlnost ve zdraví znamená, že v ideálních podmínkách má každý jedinec stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu. Tohoto tvrzení prakticky nelze stoprocentně dosáhnout, ale lze nerovnosti výrazně snížit. Nerovnost přístupu ke zdraví je ovlivnitelná na mikroúrovni (jedinec), mezoúrovni (skupina) i makroúrovni (stát, EU), (Čeledová a Čevela, 2010).

1.1.1 ZÁSADY ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU

Postupem času a s objevem nových poznatků se zásady zdravého životního stylu mění a měnit budou. Základem zdravého životního stylu je vyrovnaný a pravidelný denní režim, do kterého patří životospráva, dostatek pohybové aktivity, dodržování zásad osobní hygieny, duševní pohoda, co nejmenší styk s nezdravými látkami, odolnost proti škodlivým vlivům jako je například kouření, konzumace alkoholu a drog. Nedílnou součástí zdravého životního stylu jsou dobré mezilidské vztahy. Každý člověk si představuje zdravý životní styl jinak. I odborníci, kteří se tímto tématem léta zabývají, se neshodují v konkrétním receptu, jak žít zdravě (Kukačka, 2010).

Všeobecné doporučení zahrnuje nejdůležitější oblasti, které jsou:

- dostatečná pohybová aktivita,
- zdravá výživa,
- nekouření,
- limitovaná konzumace alkoholu,
- vyvarování se působení škodlivých a rizikových látek,
- dostatek spánku,
- optimismus a dobrá nálada,
- radost ze života (Krejčí a Čábalová, 2012).

Znalosti, vzdělání a informace o zdraví jsou velmi důležité. Naučit se chovat zdravě je na bedrech jedince, rodiny, školy, komunity i státu. Žít zdravě je často ovlivněno přírodními, sociálními, ekonomickými, kulturními podmínkami, které působí na rozhodování jednotlivce, skupiny i celého společenství (Čeledová a Čevela, 2010).

1.2 STŘEVNÍ ZÁNĚTY OBECNĚ

Zánět je obecně žádoucí obrannou reakcí organismu. Zánětlivou reakci spouští náš imunitní systém jako projev správné obranné funkce proti nežádoucímu působení škodlivých vlivů. Zánět může vzniknout kdekoliv v těle. Problém nastává tehdy, kdy intenzita reakce těla překročí určitou mez. Některé orgány lidského těla jsou více náchylné k poškození (Lukáš, 2011).

Záněty střev lze rozdělit dle několika hledisek:

- Podle orgánu, ve kterém se vyskytují – záněty tenkého a tlustého střeva.
- Podle etiologie- specifické, nespecifické a záněty s nejasnou etiologií.
- Podle rozsahu postižení- záněty difuzní a segmentální (Mařatka, 1999).

1.2.1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

Termín idiopatické se používá u nemocí, u nichž není známá jejich příčina. Pro idiopatické střevní záněty se používá zkratka IBD- Inflammatory Bowel Diseases - zánětlivé střevní choroby (Souček, 2011). Idiopatické střevní záněty jsou celoživotní onemocnění trávicího

traktu s různým průběhem. Pod zkratkou IBD řadíme dvě choroby: Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu. (Lukáš et al., 2011).

1.2.2 CROHNOVA NEMOC

Definice Crohnovy choroby je chronický nespecifický zánět kterékoli části trávicí trubice. Má segmentální charakter a postihuje stěnu zažívací trubice transmurně ve všech jejích vrstvách (Souček et al., 2011). Z hlediska klasifikace je řazena do skupiny idiopatických střevních zánětů (IBD). Ve starších publikacích můžeme toto onemocnění nalézt pod názvem: „Nespecifické střevní záněty“. Z důvodů nepřesnosti se postupem času od tohoto označení upustilo. V případě idiopatických střevních zánětů se jedná o chronické zánětlivé postižení, původ neinfekční. Ve světě je tato nemoc známa pod názvem Crohn's Disease, proto se často používá zkratka CD. Další používané názvy pro tuto chorobu jsou regionální enteritida, granulomatózní enteritida či terminální ileitida (Souček et al., 2011).

Objevitel, který první toto onemocnění popsal, byl Burill Bernard Crohn. Crohnova choroba je velice podobná s onemocněním nazvaném ulcerózní kolitida. Tyto dvě choroby jsou si velice podobné. U mnoha pacientů nelze často onemocnění pevně stanovit a přesně určit, tento stav nazýváme indeterminovaná kolitida (Bureš a Horáček, 2014).

Odlišnost od ulcerózní kolitidy je v segmentálním charakteru, což znamená, že zánětlivé úseky se střídají s nepostíženými. U ulcerózní kolitidy je typické postižení v jednom kuse bez přerušování. Crohnova choroba se nejčastěji vyskytuje v tenkém a tlustém střevě a postihuje všechny vrstvy zažívací trubice tzv. transmurní postižení (Karges a Al Dahouk, 2011).

1.2.3 ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Ulcerózní kolitida (idiopatická proktokolitida) je chronické onemocnění střevní sliznice. Je to onemocnění, které začíná obvykle postižením konečníku a omezuje se na tlusté střevo, málokdy může být zánětem poškozena i konečná část tenkého střeva (terminální ileum). Ulcerózní kolitida poškozuje sliznici a působí zánětlivé změny a vředy na jejím povrchu. Onemocnění probíhá chronicky, často se střídají klidná bezpříznaková období s fázemi aktivace nemoci (Whayman et al., 2011).

Rozlišujeme tři formy ulcerózní kolitidy podle rozsahu postižení:

- **Distální tvar** – postižen je pouze konečník (rektum) popřípadě esovitá klička (kolon sigmoideum)
- **Levostranný tvar** – postižena je pacientova levá polovina tračníku (konečník, esovitá klička a sestupný tračník)
- **Extenzivní tvar** – postižení sahá od levé poloviny tračníku směrem k tenkému střevu až k postižení tračníku jako celku, tedy rektum, esovitá klička, sestupný tračník, příčný tračník, vzestupný tračník a cékum (Klener, 2011).

Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida jsou chronická zánětlivá střevní onemocnění, které patří do skupiny tzv. civilizačních nemocí. Jejich příčina není zcela objasněna, ale nepochybně jejich vznik souvisí se změnou přípravy pokrmů, diety a stravování, ke kterému došlo v posledních letech. Obě nemoci postihují především mladé lidi mezi 20.–30. rokem života (Lukáš a Žák, 2014).

1.2.4 EPIDEMIOLOGIE IBD

Zkoumáním výskytu nemocí v populaci se zabývá obor zvaný epidemiologie. Celosvětové epidemiologické studie poskytují důležité informace o výskytu nových i komplikovaných případů ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci. Pojem incidence, který se v epidemiologických studiích často vyskytuje, znamená počet nově diagnostikovaných případů a celkovou frekvenci onemocnění v populaci o velikosti 100 000 obyvatel za 1 rok. Prevalence, jeden ze základních ukazatelů v epidemiologii, je celkový počet nemocných v populaci 100 000 obyvatel v daném okamžiku (Göpfertová et al., 2013).

Nejen ze statistických důvodů má velký význam zkoumat výskyt nespecifických střevních zánětů v populaci. Výskyt ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby se v různých částech světa a v průběhu času značně mění. Nejvyšší výskyt IBD je v současnosti zjišťován v zemích Evropy a v Severní Americe. V posledních letech se počty nemocných s Crohnovou chorobou blíží hodnotám nemocných s ulcerózní kolitidou. Z údajů epidemiologického šetření vyplývá, že na 100 000 obyvatel je v Evropě a Severní Americe diagnostikováno přibližně 10 nových pacientů s ulcerózní kolitidou a 5–10 nemocných s Crohnovou chorobou za rok. V oblastech s vysokou frekvencí chronických střevních

zánětů se výskyt nových onemocnění stále zvyšuje. Celkový počet nemocných pacientů s IBD se odhaduje na 200–250 případů na 100 000 obyvatel. Někteří odborníci předpokládají, že idiopatické střevní záněty postihují až 0,3–0,5 % populace (ECCO, 2015, online).

V ČR by mohlo být 30–50 tisíc nemocných s IBD. Dle údajů ÚZIS z roku 2012 se incidence Crohnovy choroby v ČR udává v rozmezí 1,7 – 2 nových případů na 100 000 obyvatel za rok. U ulcerózní kolitidy je incidence v ČR 3-5 nových případů na 100 000 obyvatel za rok. Je zajímavé, že dlouhodobě nejvíce nových případů IBD statistici zaznamenávají v Jihomoravském kraji. Nejnížší prevalence je zjištěna v Jihočeském kraji a nejvyšší v Severočeském kraji (Typltová-ÚZIS, 2012, online).

Ze studií týkajících se geografického rozložení idiopatických střevních zánětů vyplývá, že vyšší výskyt se objevuje v severně položených státech, např. Skandinávie, Severní Amerika a postkomunistické země Evropy. Velmi nízká incidence je prokázána v Africe, Asii a Jižní Americe. Odborníci předpokládají, že rozdíly jsou nejspíše ovlivněny klimatickými podmínkami, výživou a socioekonomickou úrovní obyvatelstva v daných zemích. Významnou roli hraje také nízká úroveň zdravotní péče. Dalšími ovlivňujícími ukazateli IBD je věk, pohlaví a rasa. Věk, ve kterém se ulcerózní kolitida a Crohnova choroba nejčastěji objevuje je mezi 15. – 30. rokem věku (Bickston a Bloomfeld, 2010).

Například je známo, že Crohnova choroba je objevena 3-8krát častěji u židovské či hispánské populace. Incidence ulcerózní kolitidy u židovské populace je 2-5krát větší. Idiopatické střevní záněty jsou častější u obyvatelstva bělošského než černošského. Věková hranice je také důležitá pro epidemiologický ukazatel nazývaný mortalita. Úmrtnost nemocných s IBD je nejvyšší v prvních letech a při vzniku choroby před 20. rokem života (Krechler, 2015, online).

Tabulka č. 2 Prevalence IBD ve světě

Prevalence (number of existing cases per 100,000 population)	
Crohn's disease	Ulcerative colitis
26 to 199 cases per 100,000 persons	37 to 246 cases per 100,000 persons
201 per 100,000 adults	238 per 100,000 adults

Zdroj: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention

Tabulka č. 3 Incidence IBD ve světě

Incidence Rate (number of newly diagnosed cases per 100,000 person-years)	
Crohn's disease	Ulcerative colitis
3.1 to 14.6 cases per 100,000 person-years	2.2 to 14.3 cases per 100,000 person-years

Zdroj: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention.

Celosvětové zkušenosti ukazují, že diagnostika IBD je velice obtížná a zdlouhavá. Od prvních příznaků idiopatického střevního zánětu a stanovením diagnózy Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy uplyne průměrně jeden rok. Příčin je více. Hlavním problémem je široké množství příznaků, které chorobu doprovázejí. Mohou být akutní i chronické, střevní i celkové (ECCO, 2015, online).

Akutní příznaky jsou vzácné, statistici uvádějí asi do 10 % případů. Nemoc často začíná jako akutní zánět slepého střeva, až při otevření dutiny břišní chirurgem je zjištěno, že zánět zasahuje i jiné části střev. Prvním akutním příznakem u Crohnovy choroby bývá píštěl či absces v oblasti konečníku. Po zjištění takového nálezu by měla následovat důkladná diagnostika zaměřená k určení správné diagnózy. Velice často se Crohnova choroba zaměňuje s ulcerózní kolitidou (Červenková, 2009).

Většina pacientů má však průběh chronický, kde se manifestují střevní a mimostřevní příznaky. Střevní příznaky se projevují průjmy, přítomností krve a hlenů ve stolici, bolestivým pocitem na stolici, křečemi. Další příznaky signalizují zhoršení střevní průchodnosti - zvracení, zhoršené vyprazdňování plynů či stolice, nafouknuté břicho (Mařatka, 1999). Mezi celkové příznaky patří horečka, zimnice, slabost, malátnost, nechutenství, hubnutí. V počátcích se projevují obě dvě nemoci pouze chudokrevností ve výsledcích krevního obrazu. I pro tyto příznaky, které jsou přítomny u jiných chorob, je velice svízelné správně a časně diagnostikovat idiopatické střevní záněty. Je třeba velkých zkušeností a znalostí lékaře, který se s takto nemocným pacientem setká. Málokdy ke správné diagnostice dochází u obvodního lékaře. Pacient se často dostává na specializované oddělení, až když choroba je značně pokročilá a léčba obtížná a zdlouhavá. Dalším zvláštním rysem je vznik mimostřevních příznaků a častý vznik komplikací (Češka et al., 2010). Je velmi důležité vědět, že vzplanutí nemoci může předcházet mnoho

mimostřevních příznaků. Do této skupiny patří několik zánětlivých projevů. Příznaky kloubní jsou nejčastější, postihují přibližně třetinu pacientů. Projevují se obtěžujícími a stěhovavými bolestmi kloubů. Především v oblasti skloubení mezi kostí kyčelní a křížovou. K bolestem se opakovaně přidává okem viditelný kloubní zánět. Příznaky kožní se projevují tzv. nodozním erytémem. To znamená, že na kůži, především na bérkách a předloktí, vznikají bolestivé, zarudlé krusty, které se taktéž opakují a stěhují. Vzácnější kožní projev je tzv. pyoderma gangrenosum. Hluboké kožní vředy, které při zhojení zanechávají nevzhledné jizvy. U pacientů s Crohnovou nemocí se zhorší lupénka. (Cetkovská et al., 2010) K příznakům očním patří záněty rohovky a duhovky, které vedou k vážnému a trvalému poškození zraku. Příznaky ze strany žlučových cest jsou častější u onemocnění ulcerózní kolitidy. Patří sem tzv. autoimunní hepatitidy, záněty žlučodů tzv. primární sklerozující cholangitida. Onemocnění jater a žlučových cest je velmi závažné a vyžaduje pečlivou léčbu (Drastich, 2010).

IBD probíhá v několika fázích. Projevy onemocnění závisí na rozsahu a aktivitě zánětu v počátku onemocnění, na věku, na době trvání. U menšího počtu nemocných je onemocnění vleklé, ale i s těžkými příznaky a s trvajícím potížením i v klidové fázi. U většiny pacientů je průběh onemocnění střídavý tzv. chronicky intermitentní (Gabalec, 2009).

První ataka může začít nenápadným průjmem, ve kterém se později objeví krev. V průběhu týdnů se příznaky zhoršují. První ataka bývá často lehká, někdy zůstane nemoc nerozpoznána. S první atakou přicházejí pacienti nejčastěji kolem 20. a 40. roku věku, u mladších osob bývají příznaky těžší. Při velmi těžké první atace je důležité odstranit část nebo celé tlusté střevo (Lukáš a Bortlík, 2011). Další fáze se nazývá remise. V tomto období příznaky vymizí a pacient nemá žádné obtíže. Již při diagnostikované chorobě je důležité nastavit léčbu tak, aby se akutní fáze zklidnila a prodloužilo se období remise. Tím se sníží riziko, kdy je jediné řešení odstranění střeva. Relaps je poslední popsané období, během kterého střevní zánět opakovaně vzplane. Relaps se u jednotlivých pacientů liší, délka je ovlivněna více faktory, důležitou roli hraje vhodná léčba (Adamcová, 2010).

Relapsy se rozdělují dle četnosti výskytu:

- Remitující relapsy- vyskytují se častěji než jednou ročně.
- Intermitující relapsy- mezi vzplanutími uplyne více než jeden rok.

Trvá-li ataka déle než jeden rok, jedná se o chronický průběh. Pokud onemocnění proběhne velmi prudce s rychlým zánětem, nazýváme průběh perakutní. Reaktivací je situace, kdy zánět znovu vzplane v tomtéž úseku střeva, kde zánět již proběhl. Recidiva je onemocnění části střeva zánětem, která doposud postižena nebyla. Rekurence je pouze u Crohnovy nemoci a jde o stav, kdy se po odstranění všech zasažených tkání znovu objeví zánět na střevní sliznici (Banovic et al., 2011). Relapsu předchází velmi často dietní chyba, psychický stres, infekce v organismu, léčba antibiotiky, užívání některých protizánětlivých léků či vysazení samotné léčby. Užívání hormonální antikoncepce i kouření náchylnost k relapsu výrazně zvyšují (Meisnerová, 2011). U Crohnovy choroby se relapsy častěji vyskytují u postižení tlustého střeva. Vzácně se relaps objevuje při postižení tenkého střeva (Lukáš et al., 2011).

1.2.5 DIAGNOSTIKA IBD

1.2.5.1 ANAMNÉZA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Již při první návštěvě pacienta u gastroenterologa je velice důležité správně a pečlivě odebrat anamnézu. Lékař specialista by se měl soustředit na tíživé problémy, které pacienta trápí a klást otázky, které mohou pomoci odhalit správnou diagnózu. Nejen správně odebraná anamnéza, ale i komplexní fyzikální vyšetření dopomáhá k včasné a správné diagnóze. Je třeba si uvědomit, že stanovení diagnózy není jednoduché. U IBD můžeme dokonce říci, že v mnoha případech je velice obtížné a je třeba využít mnoho dalších pomocných vyšetření. Někdy určit definitivní diagnózu trvá několik měsíců až let (Červenková, 2009).

1.2.5.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Základem laboratorního vyšetření je provedení krevních testů, které nejsou přesné jen pro idiopatické střevní záněty a jsou tedy pouze orientační. Mezi tyto vyšetření patří krevní obraz, který stanoví počet krevních elementů. Biochemické vyšetření krve může například odhalit nedostatek železa, které může způsobit neviditelné krvácení ve stolici.

Současně kontrolujeme hodnoty související s funkcí jater, ledvin a homeostázou. K dalším a zásadním laboratorním vyšetřením patří zánětlivé parametry tzv. CRPZ (C-reaktivní protein) a tzv. nutriční (výživové) parametry (Průša, 2012). Jde o vyšetření celkové bílkoviny, albuminu, prealbuminu a cholinesterázy, které nám pomůže stanovit stupeň narušení výživy. Imunologické markery umožňují rozpoznat Crohnovu nemoc od ulcerózní kolitidy. U ulcerózní kolitidy jsou přítomny protilátky p-ANCA, u Crohnovy nemoci jsou pozitivní protilátky ASCA (Karges a Al Dahouk, 2011).

Další laboratorní vyšetření musí být mikrobiologické vyšetření stolice. Infekční střevní onemocnění mohou mít příznaky, které připomínají idiopatické střevní záněty. Proto tuto možnost je třeba vyloučit či potvrdit. Pomocí tzv. kalprotektinu můžeme předpovědět akutní vzplanutí idiopatického střevního zánětu. Diagnostická metoda slouží k odlišení funkčních poruch zažívacího ústrojí od zánětlivého postižení střeva (Zima, 2007).

1.2.5.3 ZOBRAZOVACÍ METODY

Nejen laboratorní vyšetření je důležité použít při diagnostice IBD, ale i zobrazovací metody jsou součástí přesné diagnostiky. V dnešní době se používá více možností, kde často spolupracuje lékař a moderní medicínské technologie (Češka, 2010).

Mezi časté zobrazovací metody patří sonografie břicha. Je to základní zobrazovací metoda, která pomůže vyloučit například zánětlivý infiltrát, kameny v žlučníku či v ledvinách, zhodnotit stav jater nebo šíři žlučových cest. Vyšetření nazývané sonografie gastrointestinálního traktu dokáže zobrazit změny na stěně trávicí trubice, tenkého a tlustého střeva (Seidl a Vaněčková, 2014).

Enteroklýza je rentgenové vyšetření střeva. S pomocí kontrastní látky se postupně zobrazují jednotlivé úseky tenkého a tlustého střeva. Toto vyšetření nám umožňuje nalézt zánětlivé místo v trávicím traktu (Černocho, 2012).

Počítačová tomografie nahradila spoustu dříve používaných rentgenových metod. Dnes se konkrétně využívá CT enterografie, CT holografie. Podáním kontrastní látky se můžou odhalit změny na tenkém či tlustém střevě. Na rozdíl od enteroklýzy umožňuje CT zobrazit i postižení měkkých tkání a okolních orgánů v dutině břišní, nalézt abscesy a píštěle (Seidl, 2012).

Magnetická rezonance má výhodu oproti CT, že nezatěžuje pacienty nadměrným rentgenovým zářením. MR můžeme využít zejména u pacientů, kde potřebujeme vyšetření opakovat v krátkém čase po sobě nebo u mladých pacientů. Metodu MR volíme v případě, kdy máme podezření na píštěle v trávicí trubici a v konečníku (Seidl a Vaněčková, 2014).

Kapslová enteroskopie je poměrně novou moderní metodou v diagnostice postižení tenkého střeva. Využívá se tam, kde se lékař nedostane kolonoskopem či gastrokopem.

Pacient spolkně malou kapsli s kamerou, která pořizuje záznamy z tenkého střeva. Po skončení vyšetření záznamy vyhodnocuje počítač. Velkou výhodou je zobrazení i minimálních změn na tenkém střevě, které někdy neodhalí ani CT a ani MR. Zásadní nevýhodou je nemožnost odebrání vzorku tkáně na histologické vyšetření (Zavoral, 2005).

1.2.5.4 ENDOSKOPICKÉ METODY

Nejpřesnější metodou, která umožňuje prohlédnout endoskopem vnitřek tlustého a část tenkého střeva, se nazývá koloskopie. Tato metoda umožňuje nejlepší stanovení diagnózy a rozsah onemocnění. Při tomto vyšetření bývá odebrána část sliznice na mikroskopické vyšetření. V současné době je koloskopie zcela šetrná k pacientovi. Důležitá je příprava pacienta před výkonem. Pacient je mírně utlumen, ale zůstává při vědomí. Vyšetření je ve většině případů nebolestivé. Záleží však na citlivosti jednotlivého pacienta. Po vyšetření pacient v doprovodu odchází domů. Ihned po zákroku je pacientovi sdělen výsledek (Falt et al., 2015). Z výsledků histologického vyšetření, které jsou známy do deseti dnů, můžeme velice přesně diagnostikovat Crohnovu chorobu a pro ni typické tzv. epiteloidní granulomy či histiocyty. Ulcerózní kolitida se vyznačuje přítomností kryptitidy nebo kryptových abscesů (Lüllmann-Rauch, 2012).

Ezofagogastroduodenoskopie je endoskopické vyšetření, které začíná v horním trávicím traktu a končí ve dvanácterníku. Využívá se u podezření na Crohnovu nemoc (Zicha et al., 2001).

Enteroskopie je metoda, kde je endoskopem vyšetřeno celé tenké střevo. I u tohoto vyšetření se může odebrat tkáň na histologické vyšetření. Zároveň je možné provést speciální léčebný zákrok, jako je například stavění krvácení nebo dilatace části tenkého střeva (Bureš et al., 2001).

Vyšetřovací postupy ke stanovení správné diagnózy nejsou vždy rychlé a jednoduché. Velmi často je třeba kombinovat několik vyšetřovacích metod. Lékař a pacient by měli spolupracovat, aby všechny informace byly srozumitelné a volená diagnostika byla co nejšetrnější (Zicha et al., 2001).

1.2.6 LÉČBA IBD

Terapie nespecifických střevních zánětů je kombinací léčby konzervativní a chirurgické. Ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc nejsou však farmakologicky zcela ovlivnitelné a vyléčitelné. Je velmi podstatné, aby pacient dodržoval dietní opatření, nejlépe změnil svůj dosavadní životní styl (Gurková, 2011).

1.2.6.1 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Léčba je odlišná při prvních projevech nemoci nebo při relapsu onemocnění. U nového vzplanutí je důležité léčbou navodit a udržet remisi. Při medikamentózní léčbě jsou nejdříve užívány léky běžné, které mají minimální vedlejší účinky. Pokud nedojde ke snížení obtíží nebo nezhojení střevního zánětu, tak se volí další léčba. Je nutné, aby léčba byla „šitá na míru“ každému pacientovi. Farmakoterapie je upravena podle průběhu choroby u konkrétního pacienta a podle reakce na předchozí léčbu. Je třeba sledovat a léčit i mimostřevní projevy onemocnění (Drastych, 2010).

Do základní farmakoterapie patří několik lékových skupin. Jako první volba lékové terapie jsou aminosalicyláty a probiotika. Probiotika jsou nepatogenní mikroorganismy. Příznivě ovlivňují zdravotní stav pacienta tím, že stabilizují střevní flóru (Frič, 2010).

Antibiotika jsou voleny k léčbě zánětů a při léčbě pístěle (Lukáš, 2010). Kortikoidy jsou protizánětlivé léky. Užívají se k léčbě idiopatických střevních zánětů při akutním vzplanutím choroby. Při udržení klidového stavu se nepoužívají. Kortikoidy mohou být podávány dle lokality a závažnosti onemocnění, celkově nebo místně (Heetun et al., 2007). Imunosupresiva potlačují obranyschopnost organismu. Mají dlouhodobý efekt na průběh ulcerózní kolitidy i Crohnovy choroby. Podle mechanismu účinku jsou to látky potlačující nežádoucí imunitní reakce (CGS, 2015, online).

S novým pojmem biologická léčba se často setkáváme v médiích. Nejen v gastroenterologii, ale i v revmatologii a onkologii je tato léčba denně aplikována.

Biologická léčba je schválená u pacientů s agresivní formou onemocnění, s vysokou zánětlivou aktivitou. Pacienti převedeni na biologickou léčbu už nereagují na standardní terapii kortikoidy, imunosupresivy, antibiotiky a aminosalicyláty. Terapie je moderní a vysoce účinná, ale ekonomicky náročná a u některých případů se vyskytly závažné vedlejší a nežádoucí účinky (Pavelka et al., 2014).

1.2.6.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Operací se často řeší komplikace IBD. U nemocných s Crohnovou chorobou se chirurgická léčba využívá častěji než u nemocných s ulcerózní kolitidou.

Důvody k operaci mohou být akutní, kdy je pacient ohrožen na životě. V těchto případech je vyšší procento vzniku pooperačních komplikací. Akutní důvody k operaci jsou: perforace střeva, zánět pobřišnice, velké krvácení do zažívacího traktu, těžký zánět střev, abscesy, akutní neprůchodnost střevní (Zeman et al., 2011).

U většiny nemocných pacientů s idiopatickými střevními záněty je důvod k operaci chronický a lze pacienta předem připravit na operační výkon. Důvodů k plánované operaci je více. Patří mezi ně selhání nebo nesnášenlivost medikamentózní léčby, zhoubný nádor střeva, prekancerózní stav střeva, chronická neprůchodnost střevní, střevní píštěl, vleklé krvácení (Fried, 2011).

Základem chirurgické léčby IBD je v dnešní době co nejšetrnější zásah, proto se často volí laparoskopický zákrok. Miniinvazivní výkony přináší méně pooperačních komplikací, kratší dobu hospitalizace a také minimální kosmetický zásah, který je pro všechny pacienty důležitý (Gabalec, 2009). Bohužel i přes velkou snahu operátorů se někdy musí zvolit větší chirurgický výkon. Jedny z nejčastějších operací jsou ileocékální resekce, drenáže perianálních abscesů, neelastické ligatury, strikturoplastiky stenóz, proktokolektomie (Schumpelick, 2013). Při těžkém postižení střeva je nutné provést střevní vývod. Stomie neboli střevní vývod odvádí střevní obsah do stomické pomůcky upevněné na stěně břišní. Stomie jsou dočasné, pokud se předpokládá jejich následné uzavření. Trvalé stomie mají nemocní, jimž byl odstraněn konečník i se svěračem, nebo zánět trvá (Zachová, 2010).

1.2.6.3 NUTRIČNÍ LÉČBA

Změna výživových zvyklostí a způsobu života je velice důležitá při léčbě IBD. Vyšší výskyt IBD je spjat s moderním způsobem života. V dnešní stravě se objevuje malé množství vlákniny, zvyšuje se příjem cukrů a rostlinných ztužených tuků. Nezanedbatelné je také častější léčba antibiotiky, používání desinfekčních prostředků v domácnosti, kratší doba kojení aj. (Kohout, 2010).

Dietní opatření jsou výrazně odlišná ve fázi akutního vzplanutí a v období remise. Ohled je nutné brát na pacienty se zúžením střeva, u pacientů se střevním vývodem. Často se u pacientů s Crohnovou nemocí i ulcerózní kolitidou objevuje stav nazvaný malnutrice (Kohout, 2011). Podvýživa bývá zapříčiněna sníženým příjmem potravy. Důvodů je několik: snížení chuti k jídlu při probíhajícím zánětu, bolesti či dlouhodobě pokračující nemoc. Strava by měla být lehce stravitelná. Hlavním zdrojem energie jsou především škroby. Dieta u IBD by měla obsahovat plnohodnotné bílkoviny např. dobře stravitelná masa, vejce, mléko a mléčné výrobky. Množství tuků odpovídá racionální dietě. Samozřejmostí je dostatek vitamínů a minerálních látek, především vápníku (Nevoral, 2013).

Ve fázi relapsu je nutná bezsezbytková dieta. Zcela důležité je vynechat v potravě nerozpustnou vlákninu a jídla s velkým obsahem tuků, smažené či grilované. Naopak je vhodné dodat tělu rozpustnou vlákninu a přidat probiotika (Kasper, 2015). Pacient by měl jíst častěji a menší porce, nehltat a stravu pořádně rozkousat. Doporučuje se také oddělit příjem stravy od příjmu tekutin. Tekutiny by měly být vlažné a nepožívat sycené nápoje.

Pro úpravu potravin by se mělo využít vaření, dušení, příprava v páře, pečení v horkovzdušné troubě, případně v alobalu či mikrovlnné troubě. Naopak smažení, grilování a fritování úplně vypustit (Vránová, 2013).

Dieta ve stadiu remise je podobná jako u pacientů s cukrovkou. V období normalizace stavu je vhodné se vyvarovat nadýmavým pokrmům, alkoholu, tučným masům. V zájmu každého pacienta s IBD je vhodné, aby si sám pacient vytipoval potraviny, které mu nezpůsobují bolesti a průjemy. Energetický příjem musí zabezpečovat denní fyzickou aktivitu jedince. Obzvláště důležitý je pitný režim, nutno vypít 2–2,5 litru tekutin denně (Kohout et al., 2010).

1.2.6.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ LÉČBA

Pacient s idiopatickým střevním zánětem si je vědom, že trpí onemocněním, které lékařská věda zatím nedokáže zcela vyléčit. To je pro spoustu nemocných psychický stres. Fyzický stav mu někdy dovolí na chorobu zapomenout, ale časem se zdravotní stav zhorší (Hofmann, 2008).

Jedním ze základních úkolů organismu je, snížit stres. Imunitní systém reaguje na akutní a chronický stres. Pacienti postižení idiopatickým střevním zánětem jsou dlouhodobě velice stresováni. O příznacích intimního rázu se obtížně hovoří s blízkými, se zdravotnickými pracovníky. Onemocnění narušuje soukromé plány, intimní život a hrozí dlouhodobá pracovní neschopnost či invalidní důchod, což má výrazné sociální dopady. Nemoc změní zásadně pacientův život (Evans a Gilbert, 2011).

Nemocný s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou musí zvládnout chronické onemocnění. Projít psychické etapy chronického onemocnění, přes fázi šoku až k vyřešení krize. Pokud pacient projde úspěšně všemi fázemi, dojde k adaptaci na nemoc (Křivohlavý, 2010).

Adaptace nemusí vždy proběhnout jednoznačně hladce. Může dojít a často dochází k menší či větší maladaptaci. Pacient svůj stav nepřijal a není schopen přijmout fakta, která jsou s nemocí spjata. K maladaptaci výrazně přispívá neočekávaná změna zdravotního stavu, nejasnosti v léčbě, nedostatek informací, nedůvěra k lékaři, problémy v zaměstnání, partnerské neshody, ztráta výdělků aj. Pacient i jeho okolí, by se měli snažit najít co nejvíce informací k nevyřešenému problému. Pomocť zde můžou poradenské služby, kterých je v dnešní době dostatek (Kuzníková, 2011).

Nejpoužívanější léčbou psychiky pacientů s IBD je psychoterapie. Základem je terapeutický rozhovor. Cíl rozhovoru je sebezpozorování pacienta a vyjasnění konfliktů, které nemoc zhoršují. Předpokladem správného rozhovoru je navázání vztahu mezi lékařem a pacientem, dobře kladené otázky ze strany lékaře, vhodná doba trvání rozhovoru. Mohou se samozřejmě používat další techniky jako například meditace, autogenní trénink aj. (Vybíral a Roubal, 2011).

1.3 DOPADY IBD NA ŽIVOTNÍ STYL

Chronická onemocnění, kam patří i skupina IBD, má dopad na celý život jedince. Nemocný si často neuvědomuje, že s chronickým onemocněním bude žít dlouhou dobu, s velkou pravděpodobností až do smrti. Chronický průběh nemoci se mnohdy přibližuje plíživě. U chronických střevních zánětů je střídavý průběh nemoci častý. Pacient prožívá různě dlouhá období, kdy mu je celkem dobře, avšak v důsledku chronicity se onemocnění opět probudí a s různou intenzitou znovu udeří. V tomto období je možno pozorovat jak fyzické, psychické i sociální problémy u pacienta, ale i jeho blízkých. Obecně se dá říci, že chronické onemocnění mění jedince i jeho vztahy k ostatním lidem, jeho vnitřní prožívání i schopnost vyrovnat se stresem (Křivohlavý, 2002).

S jistotou se dá říci, že člověk s chronickým onemocněním prochází velkou životní změnou a musí se naučit žít s dopady, které jsou způsobeny nemocí. Životní styl, kam spousta lidí řadí označení týkající se hlavně výživy, se u chronických pacientů zásadně mění. Změna ve vnímání denních zvyklostí, aktivit, životních podmínek je značná. Proto v této kapitole popisují nejen fyzické dopady, ale i psychické, sociální i spirituální dopady, tzv. holistické pojetí zdraví (Lukáš et al., 2011).

1.3.1 FYZICKÉ DOPADY

Dopady na fyzický stav pacienta s IBD jsou poměrně široké. Musíme rozlišit, v jaké fázi se pacient právě nachází (remise, relaps) a míru poškození celého organismu zánětem. Úhlavním bojem u pacientů trpících IBD je dlouhodobá bolest. Ta někdy neodezní ani v klidové fázi a je ovlivněna převážně dietním opatřením. Jelikož jsou tyto záněty špatně diagnostikovány, setkáváme se u pacientů s malnutricí. Podvýživou chroničtí pacienti trpí až z 80-90%. Důvodů pro malnutrici je mnoho, např. bolest břicha, průjemy, nechutenství, krvácení do GIT, operace střev aj. (Češka et al., 2010).

Další dopady na tělo pacientů s chronickým střevním zánětem jsou odvozeny od mimostřevních projevů. Mezi tyto projevy patří kožní erytém, zánětlivé kloubní postižení a zánět rohovky a duhovky (Drastych, 2010).

Samostatnou kapitolou, která výrazně a vážně postihuje fyzickou, ale i psychickou stránku života pacienta s IBD, je stomie. Tato chirurgická léčba se velmi často provádí již v akutní fázi a má mnoho indikací. Výhodou je, když lékař předem může pacienta a jeho blízké na

stomii připravit, ne vždy je to možné. U chronického onemocnění střev se nejvíce setkáváme s trvalou stomií. Tu mají nemocní, jimž byl odstraněn konečník i se svěračem, nebo u nich zánět trvá (Zachová, 2010).

Úkolem zdravotnického personálu je naučit pacienta se samostatně starat o stomii a tím zvýšit kvalitu jeho života po propuštění z nemocnice. Pacienti se stomií obvykle nemají omezení v zaměstnání, mohou cestovat a sportovat. Pacient s chronickým střevním zánětem se může dočasně cítit fyzicky jako zdravý člověk, ale dobře si uvědomuje, že trpí onemocněním, které zatím medicína nedokáže úplně vyléčit (Lukáš et al., 2011).

Jak už bylo v předchozí části řečeno, tak změna výživových návyků je nejčastějším dopadem u všech pacientů trpících chronickým střevním zánětem. U každého pacienta je tolerance potravin jiná, ale existují všeobecná doporučení, kterými se může pacient s IBD řídit. Rozdílná strava se podává v období akutního splnutí, v období remise a jiná strava je v období relapsu. Rozdíl ve výživě je také u pacientů, kteří trpí idiopatickou kolitidou a jiná strava je u pacientů s Crohnovou chorobou.

Ohled na konzistenci stravy musí brát pacient se zúžením střeva, se střevním vývodem, případně po opakovaných resekcích střeva (Lukáš et al., 2011).

Dieta by se zásadně neměla lišit od racionální výživy. V žádném případě by se neměl omezit příjem důležitých živin, minerálů nebo vitamínů. Při sestavování jídelníčku se musí vycházet z chutí a zvyklostí každého jednotlivého pacienta. Zde může velmi pomoci nutriční terapeut (Kukačka, 2010). Často pacienti i u chronického charakteru onemocnění trpí podvýživou. Proto by měla mít dieta velký zdroj energie, ale být lehce stravitelná. Měla by obsahovat plnohodnotné bílkoviny (např. bílá masa, vejce, mléko, mléčné výrobky), výrazně omezit nasycené tuky a dbát na dostatek vitamínů a minerálů. Stravu přizpůsobit počtu a konzistenci stolic (Kohout, 2010). Z toho vyplývá, že nesmíme opomenout i pitný režim, nejlépe pít čerstvou vodu bez nasycení, vynechat horké nápoje. Vhodná úprava pokrmů pro pacienty s IBD je vaření, dušení, příprava v páře či horkovzduchu. Denní porce by měly být menší a častější a doporučuje se stravu důkladně rozmělnit a hlavně nehltat (Vránová, 2013).

Fáze relapsu má své specifika. Je nutná strava bezesbytku a zcela vyloučit nerozpustnou vlákninu. Naopak je třeba dodat rozpustnou vlákninu a probiotika. Ve fázi relapsu je

ideální strava s vysokým obsahem škrobů, bílkovin, železa, vápníku a vitamínů C a B řady (Nevoral, 2013). Základní dietní doporučení pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu ve fázi relapsu zní- podpořit hojení organismu tím, že pacient nebude trpět podvýživou (Kohout, 2010).

V období remise se celkový stav pacienta normalizuje, a tím je také nutno normalizovat jídelníček. Neznamená to však, že se pacient vrhne na všechno jídlo, které doma objeví. Stále musí dbát na základy racionální výživy a vyhýbat se tučným masům, alkoholu, cigaretám a nadýmavým jídlům. Je nutné, aby si sám pacient vytipoval pokrmy, které mu nezpůsobují nějaké obtíže, a tím předešel opakovanému zhoršení onemocnění. Dobré je mít na paměti, že dieta v klidovém období by měla mít dostatek energie s přísunem bílkovin, které se dobře vstřebají (Meisnerová, 2011).

Po opakovaných resekcích tenkého střeva jsou nutná speciální dietní opatření. Dieta musí obsahovat dostatečné množství energie a bílkovin, oddělit podávání tekutin od pevných potravin. Zde doporučují nutriční terapeuti využít přípravků, které obsahují větší množství minerálů (hlavně sodíku), cukrů a snížit množství laktózy. Porce by měly být také menší a častější. U pacientů po resekci střeva je nutné doplnit vitamín B12 (Gabalec, 2009).

1.3.2 PSYCHICKÉ DOPADY

Psychické problémy přímo ovlivňují fyzickou kondici. Je vědecky prokázáno, že psychické vlivy působí především na stav obranyschopnosti. Chronický stres výrazně snižuje imunoglobulin IgA, který zásadně ovlivňuje obranyschopnost sliznic v lidském těle. Je tedy zřejmé, že chronický stres je méně intenzivní, ale trvá podstatně déle, řadu měsíců i let a provází ho střídání tzv. mikrostressů. Chronický stres je způsoben neřešitelnými životními situacemi, které jedinec nemůže dostat pod kontrolu a nemůže je dlouhodobě vyřešit. Dochází k psychické rezignaci a imunitní systém oslabuje (Lukáš et al., 2011).

Mezi chronickými chorobami zaujímají Crohnova choroba a ulcerózní kolitida z hlediska psychické náročnosti významné místo. Charakter nemoci a průvodních obtíží je velmi náročný, zasahuje do intimní sféry a je obtížné o ní hovořit i se zdravotnickým personálem, natož se svým okolím. Onemocnění zasahuje lidi převážně v produktivním věku. Proces adaptace na onemocnění klade na pacienta řadu nároků. Adaptace musí proběhnout jako zdravá, taková, kdy pacient bere nemoc jako výzvu, která ho posune

osobnostně vpřed (Hofmann, 2008).

U idiopatických střevních zánětů dochází bohužel k maladaptaci. Skoro u poloviny pacientů s IBD se setkáváme s nepříjetím svého onemocnění. Důvodů k maladaptaci je mnoho např. nepředvídatelné změny zdravotního stavu, nejasnosti v diagnóze či léčebných postupech, nedůvěra k zdravotnímu personálu, nedostatek informací aj. (Gabalec, 2009).

Jak čelit stresu při chronickém onemocnění popsal vhodně a srozumitelně v deseti krocích psycholog Křivohlavý (2002, s. 108):

- „1) Kognitivní očista – zbavování se falešných představ a uznání, že člověk je smrtelný a já jsem jen člověk.*
- 2) Rozlišování dvou druhů skutečností:*
 - a) toho, co se změnit nedá za žádnou cenu (operace),*
 - b) toho, co se změnit dá vlastním přístupem k handicapu.*
- 3) Soustředit se na to, co se dá změnit, vytipovat si vlastní realistický (nikoli fantastický), žádoucí a dosažitelný cíl a zaměřit se na něj.*
- 4) Rozčlenit si cestu ke vzdálenému cíli na řadu po sobě následujících dílčích cílů.*
- 5) Upřesnit první etapu cesty k cíli, přesně definovat kritéria úspěšného zvládnutí prvního kroku a udělat první krok. Poté se odměnit za splnění prvního kroku.*
- 6) Vydržet ještě jeden další krok – a potom se zase zaměřit vždy jen na jeden jediný další krok a ten realizovat.*
- 7) Zvládat vnitřní dialog (rozhovor sama se sebou), kdy si říkám na jedné straně „to nezvládnou“ a na druhé straně „to musím zvládnout“.*
- 8) Učit se žít se zdravotním postižením – i když je to těžké.*
- 9) Žít cele v přítomnost, tj. neutápět se v minulosti (např. v myšlenkách na to, jaké to dříve bylo) ani ve fantastické budoucnosti (v myšlenkách, jaké to mohlo být, kdyby nebylo zdravotního postižení).*
- 10) Mít život rád, i když je to život někdy dosti těžký, a radovat se na každém kroku vzdor všemu i z každé maličkosti. “*

1.3.3 SOCIÁLNÍ DOPADY

Mezi náročné životní situace se řadí i dlouhodobá pracovní neschopnost, která jedince frustruje, protože zamezuje přístup k dosažení svých potřeb. Vyloučení z pracovního

procesu a starost o své zdraví vyvolává stresovou situaci, která u chronického onemocnění trvá dlouhou dobu. Mnohdy se jedinec stává částečně závislým na svých nejbližších i péči státu. Sociálnímu vyloučení pomáhá zabránit pomoc blízkých lidí, s nimiž společně žijeme a udržujeme dobré vztahy. Pokud jedinec, který sám není schopen se vyrovnat s tíživou sociální událostí a je vyloučen ze sociálních interakcí, začne psychicky strádat a objevují se zdravotní komplikace (Křivohlavý, 2002).

Sociální událostí se nemoc stává, pokud vyvolá potřebu péče třetí osobou a způsobí pracovní neschopnost. Jedinec, který nemůže zabránit poruše svého zdraví či nemá dost vlastních sil a zdrojů, aby tuto poruchu odstranil, léčil se a rehabilitoval, potřebuje pomoc jiné osoby, pomoc peněžní (ekonomickou) či pomoc institucionální (službu). S problematikou sociálního zabezpečení a státní sociální podpory se chronicky nemocný jedinec často potýká. Z úplného zdraví je člověk vystaven nepříjemným situacím, kdy náhle vystupuje jako zdravotně handicapovaný, za svou situaci se stydí a má zábrany při komunikaci. Ale jak už bylo v předchozí kapitole zmíněno, informace jsou důležité pro psychickou, tělesnou i sociální pohodu člověka. Zdrojů informací k sociální adaptaci je mnoho. V dnešní době internetu má každý úřad dostatek informací na svých webových stránkách včetně potřebných formulářů (Kahoun, 2013).

1.3.4 SPIRITUÁLNÍ DOPADY

Tato kapitola úzce souvisí s psychologickými dopady. Vážné onemocnění s sebou přináší potřebu člověka hledat smysl svého života. Často pacienti s chronickým onemocněním začnou přehodnocovat svůj dosavadní život a náhlé hodnocení se dotkne i duchovního světa. Spiritualita je způsob duchovního života, který dává určitý směr životu člověka. Jde o hledání vyšší moci. Náboženství, které jistě patří do spirituální stránky života člověka, je organizovaný systém určité víry v něco. Všechna náboženství mají svoje tradice a rituály (Kupka, 2014).

Chronicky nemocný mnohdy vnímá priority svých potřeb jinak, než když byl zdravý. U některých nemocných mohou být duchovní potřeby důležitější než potřeby biologické. Duchovní potřeby se velmi těžko odhadují, nedají se změřit a je jim kladen malý význam. V období krize, které je způsobeno vážným onemocněním, se často objevuje duchovní tíseň. Pacient v těžké krizi hledá oporu a pomoc. Pokud nemoc je těžká a nevléčitelná,

tak pacient důvěru k sobě, k ostatním lidem i k Bohu ztrácí. Proto by měla být důležitá i duchovní péče. Nepostradatelná péče pro všechny pacienty s IBD bez rozdílu. Duchovní rozjímání, rozhovor, dodání naděje, povzbuzení či modlitba pro někoho může znamenat velký zdroj síly a možnosti se lépe adaptovat na nový život s chronickým onemocněním (Kalvach, 2010).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1.1 CÍLE PRÁCE

- Zjistit, v jakých oblastech a jakým způsobem změnily vybrané osoby s chronickým onemocněním střev svůj životní styl.
- Zprostředkovat veřejnosti informace o omezeních pacientů s chronickým onemocněním střev, které bezprostředně ovlivňují jejich život každý den.
- Napomáhat toleranci společnosti k omezením pacientů s chronickým onemocněním střev.

2.1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Při sestavování výzkumných otázek bylo čerpáno z poznatků od autorů Reichela (2009) a Hendla (2012). Oba autoři se shodují, že výzkumné otázky jemněji diferencují výzkumné cíle. Dobře sestavené výzkumné otázky napomáhají konkretizovat zkoumané téma.

1. Jaký je vztah mezi chronickými střevními záněty a životem pacientů (aspekty fyzické, psychické a sociální)?
2. Jaký je vztah mezi chronickými střevními záněty a adaptací pacientů na nový životní styl?
3. Jaká změna v životním stylu je pacientem vnímána jako nejobtížnější?
4. Jsou vnímány souvislosti mezi chronickými střevními záněty a disharmonií v osobních vztazích?
5. Jaký je vztah mezi chronickými střevními záněty a seberealizací pacienta v pracovní profesní oblasti?
6. Jaký je vztah mezi způsobem prožívání chronického střevního onemocnění a osobní spokojeností se životem?

2.2 METODIKA

Jádrem předkládané praktické části této diplomové práce je provedený kvalitativní výzkum. Byl optimálním východiskem pro výzkumnou strategii, jejímž cílem bylo získání poznatků o životním stylu lidí s chronickým střevním onemocněním. Získání cenných informací prostřednictvím rozhovorů o prožívání každodenních událostí.

Významný metodolog Creswell (1998) definoval kvalitativní výzkum takto: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2012, s. 48).

Pro získávání dat byla vybrána a použita metoda dotazování technikou narativního rozhovoru. Chrz (2004) uvádí, že opěrným pilířem narativního pojetí je vyprávění. Hendl (2012) navazuje myšlenkou, že existují subjektivní významové struktury o určitých událostech, které se neprojeví při cíleném dotazování, ale projeví se při volném vyprávění.

Výzkumné rozhovory obsahovaly obě uvedené části. Začaly volným vyprávěním a končily cíleným dotazováním. Vyprávěné události a životní příběhy respondentů dokreslily jejich život a odhalily vnitřní realitu.

Metodologie narativního rozhovoru byla rozšířena o specifické metody sběru dat. Jedná se o metodu životní křivky, kterou uvádí ve své práci Chrz (2004) a doporučuje ji v kombinaci s narativním interview. Ve výzkumné práci bylo užito předtištěné schéma pro zachycení životní křivky. Schéma obsahovalo svislou a vodorovnou osu, jejichž průsečíkem je bod narození respondenta. Vodorovná osa zachycuje významné životní události v životě respondenta, svislá osa intenzitu a význam těchto událostí.

Respondenti závěrem na pomocné ose graficky znázornili svou spokojenost se současným životem v rozmezí od 0 do 100 %.

2.2.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor pro mou diplomovou práci tvoří šest respondentů. Všichni jsou současnými klienty ambulantní části gastroenterologické ordinace v Českých Budějovicích. Díky úzké spolupráci se zmíněnou ordinací mi bylo umožněno vtipovat si respondenty,

kterým byla diagnostikována Crohnova choroba či ulcerózní kolitida. Výzkumný soubor byl záměrně sestaven tak, aby obsahoval respondenty různých věkových kategorií, odlišných profesí i různých rodinných vazeb. Výzkumný soubor tak tvoří čtyři muži a dvě ženy ve věku od 31 do 64 let, jejichž profese je náročná psychicky či fyzicky a jejichž rodinné zázemí je odlišné.

Respondenty jsem oslovila, popsala jsem jim cíl své práce a ubezpečila je, že plánované rozhovory budou anonymní a že nebudou využity pro jiné účely. Všichni respondenti se spoluprací souhlasili. Domnívají se, že je třeba se Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou zabývat a do povědomí společnosti vnášet informace o nepříjemných dopadech nemoci. Dokonce jsem nabyla dojmu, že rádi přispěli svými postřehy a svým životním příběhem.

Všichni respondenti byli již se svou chorobou smířeni a po psychické stránce celkem vyrovnáni.

2.2.2 PROCES SBĚRU DAT

Rozhovory byly dobrovolné a probíhaly v domácím prostředí. Na termínu rozhovoru jsem se s každým respondentem domluvila v dostatečném předstihu. Nechtěla jsem, aby měl pocit, že na něj vyvíjím tlak, ani jsem nechtěla narušit respondentův denní režim. Někomu vyhovoval spíše dopolední termín, někomu naopak večerní.

Vždy jsem respondentovi nabídla teplý nápoj a probírali jsme různá společenská témata. Mým cílem bylo navodit příjemné klima, aby se respondent dobře cítil a rozhovor mohl proběhnout v atmosféře nezbytné důvěry.

Samotný rozhovor byl veden spíše neformálně.

Ačkoliv jsme se s respondenty domluvili, že nemusí odhalovat téma, které bude pro ně nepříjemné, hovořili velmi otevřeně a zodpověděli ochotně všechny mé doplňující otázky.

Rozhovor jsem natáčela na diktafon, abych ho později mohla přepsat. Vždy jsem se respondenta zeptala, zda naše povídání mohu nahrát. Zároveň jsem ho ujistila, že nahrávku nebudu šířit dál a po přepsání ji smažu. Než jsem diktafon zapnula, respondentovi jsem vysvětlila, jaký je účel a cíl mé práce, jaká je jeho role atd. Svým způsobem jsem jen zopakovala to, co bylo řečeno už při prvním kontaktu, kdy jsem

respondenta žádala o spolupráci.

Koncept rozhovoru jsem měla rozdělený na několik částí. Na začátku jsem respondenta požádala, zda by mohl rozhovor uvést pár slovy o sobě, ve smyslu stručného úvodního představení. Dále jsem respondenta požádala, aby na předložené ose vlastního života vyznačil body, které z jakéhokoliv důvodu považuje za důležité. Ani jeden z respondentů nepřešel své onemocnění, každý je považuje za důležitý mezník svého života.

Většina respondentů vyznačené body rovnou komentovala a pomalu rozkrývala svou složitou a strastiplnou cestu léčby. V této chvíli začal samotný rozhovor, ve kterém jsme probírali oblasti spojené s chorobou - stravu, zaměstnání, rodinné zázemí a také respondentovu fyzickou a psychickou stránku.

Poslední část rozhovoru tvořily doplňující otázky, které jsem každému respondentovi položila v podobném znění.

Na závěr jsem respondentovi poděkovala za důvěru a spolupráci. V atmosféře spolupráce, důvěry a přátelství jsme se také rozcházeli. Cením si toho, že všichni respondenti ochotně akceptovali mé požadavky a že mi poskytli své výpovědi.

2.3 VÝSLEDKY

2.3.1 ANALÝZA A INTERPRETACE ROZHovorŮ

Vzhledem k tomu, že oslovení respondenti byli velmi vstřícní a otevření, vznikla z každého rozhovoru zhruba hodinová nahrávka, kterou bylo třeba protřídit. Vzhledem k neformálnosti rozhovoru se leckdy stalo, že respondent lehce odbočil od tématu. Snažila jsem se proto vyselektovat pasáže, které s prací přímo nesouvisely. Výsledný text je ale autentický.

Obsahem každé interpretace je závěrečný přehled, ve kterém shrnuji vypozerované skutečnosti související s odpověďmi na sestavené výzkumné otázky.

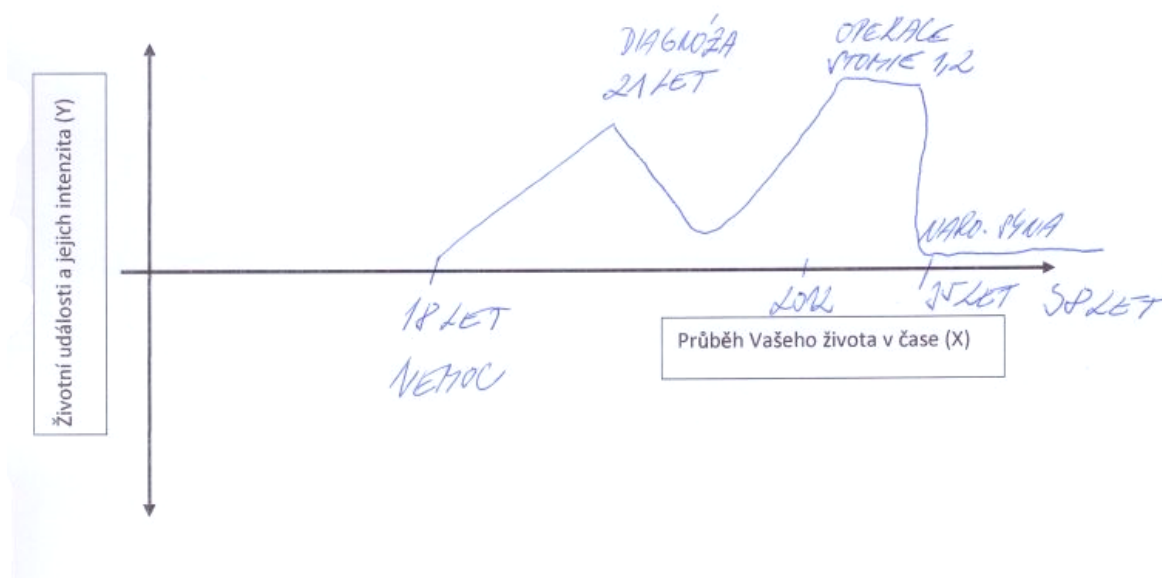
Významné prvky z rozhovorů jsou v tabulce obsaženy pod pojmy *liminalita* a *stigma*, jak uvádí (Hendl 2012, s. 179).

2.3.2 NARATIVNÍ ROZHOVOR 1

Popis osoby respondenta

„Je mi 38 let. Máme se ženou postavený domek zde v Českých Budějovicích. Mám jednoho dneska už tříletého syna. Je to moje velká radost. Co se týká zaměstnání, tak pracuji v administrativě. Celý den v kanceláři. Také se ženou provozujeme malou kavárnu, ale to je spíš její záležitostí. Zapomněl bych na rodiče a bratra, jsou vcelku zdraví a samozřejmě jsou moji velkou oporou.“

Životní křivka



Vyprávění

„Hrál jsem aktivně fotbal, což mi přinášelo určitý stres, protože tréninky byly náročné. K tomu stres ze školy... Kombinace těchto dvou faktorů byla spouštěčem nemoci. Bylo mi osmnáct let. Měl jsem časté bolesti břicha, průjmy, křeče... Po měsíci jsem šel na vyšetření a tím začala peripetie mé nemoci. Samotná diagnóza ale trvala tři roky. Nejdříve jsem byl totiž léčený v Českých Budějovicích na vředy. Po všech vyšetřeních, sondách a hadicích zjistili, že mám postižený trávicí trakt od jícnu až do střev. Dva roky se to nelepšilo, tak jsem šel na další vyšetření, kde mi zjistili Crohna celého trávicího traktu.“

„Snášel jsem to docela v klidu. Dodnes to nijak neprožívám. Myslím si, že to je základ toho, že jsem v pohodě. Hlavní je nepodlehnout. Na začátku se to dalo zvládnout, bral jsem hodně léků. Nakonec se mi uzdravil jícen a žaludek, takže to bylo dobré. Problém byl ale“

v přechodu tenkého a tlustého střeva. Podle lékařů prý časovaná bomba. Věděl jsem, že mě nemine operace. Musel jsem se chovat rozumně. Nepít a tak dále. Samozřejmě to v tak mladém věku bylo leckdy těžké. Hlídal jsem si také jídelníček, i když nijak výrazně. Leckdy se stalo, že jsem snědl například knedlo, vepřo, zelo... Věděl jsem, že budu trpět, ale nedalo se odolat. Několikrát jsem ale musel i do nemocnice, kde jsem zůstal na pozorování. Křeče byly opravdu hrozné. To byla daň za to, že jsem si dal zelí...Samozřejmě jsem věděl, že to dopadne špatně, ale nemohl jsem jinak. Jedl jsem, co jsem neměl. Víím to a věděl jsem to i tenkrát. Každopádně z hlediska diety... Bylo to spíše o množství. Ale operace. Rozhodl jsem se pro operaci. V roce 2012 jsem tedy nastoupil do nemocnice a za dva dny mě operovali. Bylo mi opravdu zle. A bylo to stále horší a horší. Znovu mě tedy otevřeli a udělali mi první stomii. I tak to ale bylo pořád horší. Šel jsem tedy na další operaci, kdy mi udělali druhou stomii. Vůbec to nešlo dobře, nakonec jsem měl sepsi a vypadalo to se mnou zle. Probudil jsem se po třech dnech na umělé ventilaci. Celkově jsem byl v nemocnici 40 dní. Velmi těžké životní období, ale zvládl jsem ho..."

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Jaké nastaly změny ve Vašem životě?

„Mám rozsekané břicho, žádné svaly, ale tak to zkrátka je. Naučil jsem se starat o dva střevní vývody. Musím ale dodat, že nejvíc mě omezovaly píštěle, to jednoznačně. Člověk byl celkově rozmrzelý...To mě omezovalo ve všech směrech fyzicky a hlavně psychicky. No, a později jsem začal chodit opět do práce. Abych seděl doma a litoval se, to fakt není můj styl. Pracuji a celkově dobře funguji. Samozřejmě s jistým omezením, na které si časem zvykne asi každý. Obecně už funguji naplno, nebojím se cestování a rekreačně i sportuji tak uvidíme v budoucnosti...Snad už jsem si to nejhorší odbyl.“

Jakou změnu v životním stylu vnímáte jako nejobtížnější?

„Jídelníček, mám chatrnou vůli odolat jídlu, které mám rád. Vždycky když nastala komplikace v mém zdravotním stavu, tak na základě dietní chyby. Víím, co mi dělá špatně, ale přesto to někdy poruším.“

Nastaly u Vás změny v osobních vztazích?

„Ano. Ale v tom pozitivním smyslu. Rodina mi je vždycky velkou oporou. Jsme na sebe

hodně fixovaný. A naštěstí jsem potkal i skvělou ženu. Dnes už mou manželku. Taky mi moc pomáhá. Máme v rodině moc pěkné vztahy.“

Domníváte se, že chronické střevní onemocnění souvisí s profesním životem?

„S profesí ne. Alespoň v mém případě si to nemyslím. Spouštěčem byl určitě stres ze sportu a školy.“

Tabulka č. 4 Shrnutí zásadních informací – rozhovor č. 1

<p>Liminalita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta plného zdraví (časté bolesti břicha, křeče, průjmy) • diagnostické a vyšetřovací metody • opakovaná hospitalizace v nemocnici • změny přístupu k přijímání potravy
<p>Nastaly změny v životě respondenta? Jak zasáhly fyzickou, psychickou a sociální stránku života?</p> <p>Ano, v životě respondenta nastaly zásadní změny ve všech oblastech. Došlo k výrazné změně v jeho psychickém rozpoložení. Časté byly stavy rozmrzelosti, nervozity a nepohody související s překonáváním zdravotních potíží a omezení. V sociální oblasti zasáhlo onemocnění život respondenta mírněji. Díky silné vůli překonávat překážky, se dokázal vrátit do pracovního procesu i s novými zdravotními požadavky. Velké změny vnímá respondent po stránce fyzické. V důsledku prodělaných operací a léčby pociťuje úbytek svalové hmoty, celkově nižší výkonnost a neustálou starost o střevní vývody.</p>	
<p>Jak složité bylo změnit způsob života?</p> <p>Nejdůležitější bylo pro respondenta nastavit pravidla a dodržovat je. Dále dbát na přísný denní režim a naučit se aplikovat psychickou hygienu. Problematickou oblastí se ukázalo také stravování, kdy nové stravovací návyky, které jsou pro respondenta nutností, často i vědomě porušoval.</p>	
<p>Jaká změna v životním stylu je pacientem vnímána jako nejobtížnější?</p> <p>Dodržování potřebných stravovacích návyků a přísných dietních omezení.</p>	

Nastaly změny v osobních vztazích respondenta?

Osobní vztahy, především vztahy v rodině, vnímá respondent jako velmi důležité. Rodina je velkou oporou a představuje pomoc a motivaci. Změny ve vztazích nastaly, ale respondent je hodnotí jako změny k lepšímu. V rodině fungují pevné vazby. Manželka a syn mají zásadní význam pro pozitivní vnímání a vnitřní motivaci.

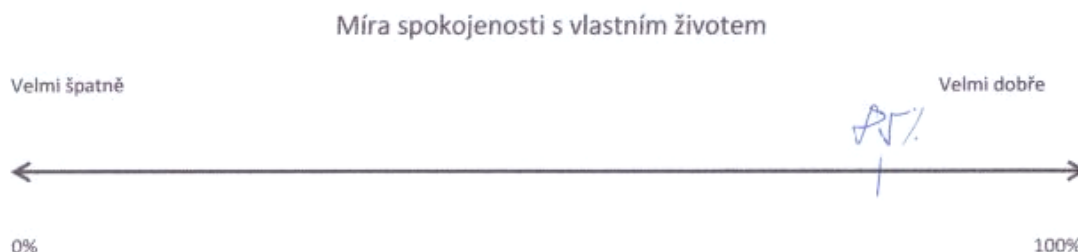
Jak zasáhlo chronické onemocnění do profesního života respondenta?

Spíše nezasáhlo. Respondent pracuje v kanceláři. Svůj profesní život sladil se zdravotními omezeními.

Vyjádření míry spokojenosti respondenta s vlastním životem.

Respondent je díky svému optimistickému životnímu přístupu smířený se současným způsobem života. Rekreačně sportuje, plánuje cestování s rodinou. Nebojí se překonávat překážky. Vnímá svůj život pozitivně.

Grafické vyjádření respondentem:



Stigma

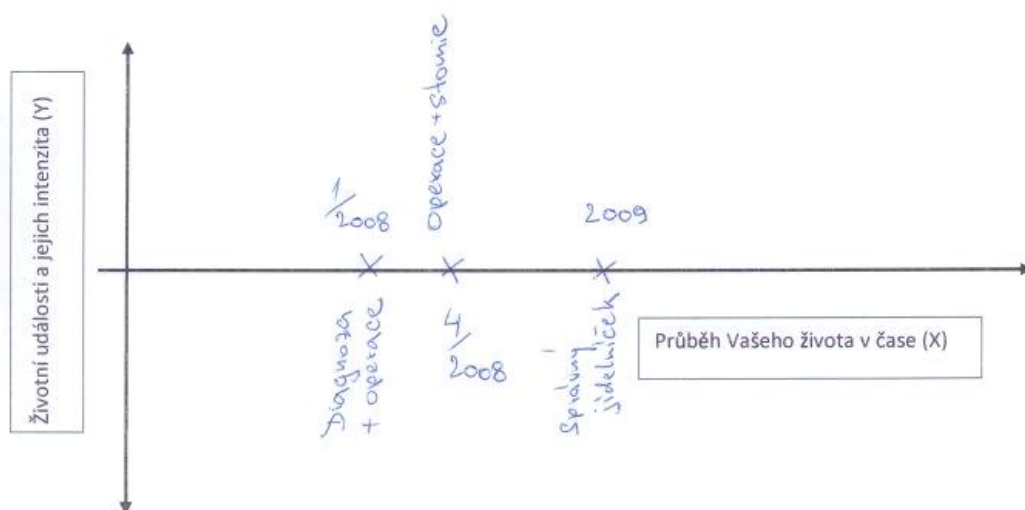
- změna těla v jeho anatomické stavbě (pooperační jizvy)
- snížení svalové síly
- neschopnost absorbovat určité výživné látky
- celoživotní medikamentózní léčba

2.3.3 NARATIVNÍ ROZHOVOR 2

Popis osoby respondenta

„Jsem důchodkyně, je mi 64 let. Bydlím v Českém Krumlově. Jsem rozvedená, ale žiju s přítelem už řadu let. Mám dvě děti. Dceru v Českých Budějovicích a syn žije v Praze. Mám čtyři vnoučátka. Často je hlídám. Jsem na děti zvyklá. Velkou část života jsem pracovala v mateřské školce. Práce mě bavila a hlavně naplňovala. Bohužel na základě zdravotních potíží jsem ji musela opustit a pak už jsem takové štěstí neměla. Zažila jsem spoustu pracovního stresu a vypětí.“

Životní křivka



Vyprávění

„Vše začalo zhruba před deseti lety. Nejdříve mi diagnostikovali helikobakterii v žaludku, poté kolitidu. To už jsem začala hubnout, ale v Českém Krumlově, odkud pocházím, se mnou nic nedělali. Doktorka mě tedy poslala na vyšetření do Českých Budějovic. To už byl začátek roku 2008. Když v Českých Budějovicích viděli, že mám 55 kilo, mrtvé oči, nemohu chodit, okamžitě mě pořádně vyšetřili a zjistili, že mám sepsi v celém střevě. Že to nebyla kolitida. Musím dodat, že mi v Krumlově vůbec neudělali kolonoskopii. V dubnu roku 2008 jsem zkolabovala u doktorky a o několik dní později následovala operace. Přišla jsem o 75 centimetrů střeva. Bylo to pro mě složité. Najednou jsem nemohla pořádně ven, bydlíte prakticky na záchodě, což pro mě bylo těžké, protože jsem zvyklá na pohyb ze školky, kde

jsem pracovala. Za prvořadou příčinu tomu přisuzuji stres. A že jsem ho neměla málo... Stres z výpovědi v práci, změn, problémů v rodině... Začala jsem se zanedbávat, víc kouřit a tak dále. Dokud jsem pracovala ve školce, udržovala jsem se, protože tam prostě zdravě jíte.

Můj muž je zatažený do sebe, nedává najevo své city. Prostě nevěděl, co se mnou má dělat... Jsem mu ale vděčná, že neodešel, protože plno chlapů by to udělalo. Naproti tomu lehké to s ním opravdu nemám. Co nadělám...Žijeme vedle sebe, ale každý tak po svém.

Po celou dobu nemoci se potýkám s jídelníčkem. Je spousta druhů jídel, které nesnesu. V nemocnici jsem dostávala fyziologický roztok, protože jsem nic jiného jíst nemohla. Ale faktem je, že na chirurgii pořádně nevěděli, jakou dietu mi naordinovat. Dostala jsem tehdy čočku a špenátovou polévku. Nakonec se mi za to primář omluvil. Tenkrát každopádně neexistovaly nutridrinky, které jsou vhodné. Doma se o mě starala dcera. Dělal mi třeba vývar.

Nemůžu třeba zeleninu, nic, co mě nadýmá. Jím hlavně ryby, kuřata... Ale zvládnou všechna masa, pokud nejsou posolená. Z hlediska diety je nejhorší začátek. Ono se říká, že jasně daná dieta není. Že si každý musí vyzkoušet, co mu sedí. Mně to trvalo celý rok. Třeba mohu laktózu, ale vím, že je plno lidí, kteří nikoli. A dneska už to za tak velký problém nepovažují. Navíc mám stomii, při které už vím, že si nemůžu dovolit chybu. I když mě samozřejmě chutě honí.

Ochutnala jsem třeba nedávno zelí... a pěkně jsem si zkusila. To bylo něco. Měla jsem z toho až křeče. Nemohu ani při vaření ochutnávat, ale přítel říká, že od té doby vařím líp. (smích) Vzpomínám si, jak jsem dřív pekla buchty, koláče a tak dále. Dnes už se na to jen mohu dívat v televizi. Ale nedá se nic dělat..."

Upřesňující fáze (kladění doplňujících otázek)

Jaké vnímáte změny v životě se stomií?

„Nechci se chlubit, ale jsem šikovná přes ruce, takže jsem se to naučila rychle. Hodně mi pomohla stomická sestra v Českých Budějovicích. Před dvěma lety jsem ale dostala alergii na jeden druh sáčků. Musela jsem tehdy na kožní. Obvolala jsem si několik firem, poslali mi vzorky a nakonec si vybrala vhodný sáček. Pak to bylo v pořádku. Za největší zásah do

života považuji ty omezení skrze stravování. Dokonce jsem už byla i plavat v Lipně. Sice příliš neuplavu, nemám sílu, ale jinak to jde. Celkově si myslím, že to zvládám celkem dobře.“

Změnil se vám život i z hlediska kulturního vyžití?

„Určitě ano. Občas jsme šli s přítelem na večeři, na pivo a tak dále. To přestalo. A když už výjimečně jdeme, dám si jen decku vína a dvě decky vody. Ale to už je i věkem. Také se bojím, co mi v restauraci předloží. Bojím se i výletů a cestování. Paní doktorka mi říkala, že když si uhlídám jídlo, neměl by to být problém. Faktem je, že je dnes všude v hotelích pečivo a tak dále. Člověk už si nemusí vozit tousty a housky z domova. Ale přesto nikam nejzdím.“

Jakou změnu v životním stylu pociťujete za nejobtížnější?

„Nastaly u mě změny komplet v celém životě. Život s těžkou, chronickou nemocí vám převrátí život vzhůru nohama. Ze začátku to byla změna po fyzické stránce a vůbec život s takovou nemocí. Také změna ohledně jídelníčku, ale člověk si opravdu zvykne. I po psychické stránce to nebylo jednoduché... Naštěstí jsem si nakonec našla práci, ve které jsem mohla fungovat, takže jsem byla mezi lidmi.“

Tabulka č. 5 Shrnutí zásadních informací – rozhovor č. 2

Liminalita	zdravotní problémy (ztráta fyzické kondice, úbytek tělesné hmotnosti, únava, kolapsové stavy) ztráta životních jistot (ztráta zaměstnání, hospitalizace, operace, léčba) narušená funkce rodiny (nestabilní vztah s partnerem)
Nastaly změny v životě respondenta? Jak zasáhly fyzickou, psychickou a sociální stránku života? Změny nastaly ve všech oblastech života. V první řadě musela respondentka řešit vážné fyzické problémy. Původní špatně stanovená diagnóza ještě snížila možnost zvládnutí prvních komplikací. Počátek nemoci doprovázela velká fyzická únava, úbytek tělesné hmotnosti a psychická vyčerpanost. Ta byla důsledkem fyzického stavu, ale i nejistoty a stresu z nového denního režimu. Velkou změnu do života přinesl střevní vývod a s ním spojené komplikace. Nemoci musela respondentka přizpůsobit veškerý pohyb mimo domov. Omezuje návštěvy restaurací, kulturních akcí, výlety, cestování.	

Jak složité bylo změnit způsob života?

Všechny změny vnímá respondentka jako vážné a složité. Téměř rok trvalo hledání vhodné diety, kterou musí nyní bezchybně dodržovat. Vědomí důsledků dietní chyby ovlivňuje její psychickou pohodu a omezuje plánování budoucích aktivit.

Jaká změna v životním stylu je pacientem vnímána jako nejobtížnější?

Za největší změnu v životě považuje respondentka přísná omezení ve způsobu stravování.

Nastaly změny v osobních vztazích respondenta?

Změny ve vztahu s manželem nepopisuje jako zásadní. Oceňuje, že partner vztah stále akceptuje, i když sama kvalitu vztahu nepovažuje za výjimečnou. Důležité jsou pro ni vazby na své děti a vnoučata. Často se jim věnuje.

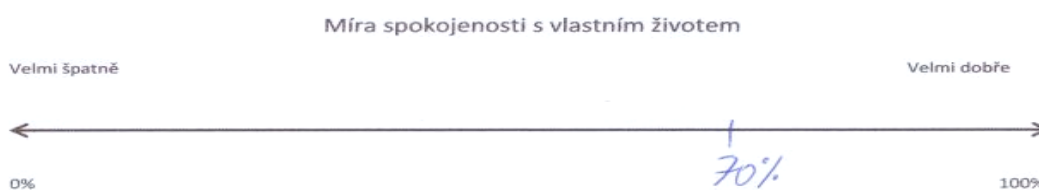
Jak zasáhlo chronické onemocnění do profesního života respondenta?

Z důvodu zdravotních potíží musela opustit zaměstnání, které ji naplňovalo. Jiné podobné a pro ni vhodné se jí zatím nepodařilo najít.

Vyjádření míry spokojenosti respondenta s vlastním životem.

Změny v životě stále vnímá a překonává. Omezují ji. Důležité je pro ni zapojení do pracovního procesu a znovu do běžného života společnosti. Je smířená se svým životním stylem, přizpůsobuje se nutným omezením. Uklidňuje ji stabilizovaný stav nemoci a způsob, jakým těžkosti překonává.

Grafické vyjádření respondentem:



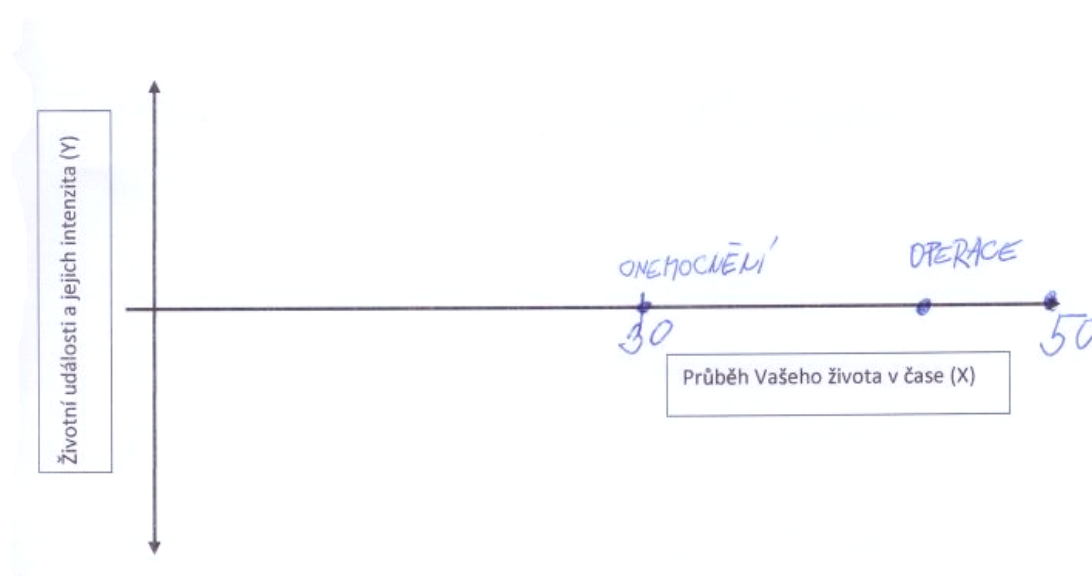
Stigma	<ul style="list-style-type: none"> • zdravotní invalidita • změna vnímání tělesného vzhledu (stomie) • ztráta svých životem vybudovaných koníčků (cestování, plavání) • převratné změny v celém životě
---------------	--

2.3.4 NARATIVNÍ ROZHOVOR 3

Popis osoby respondenta

„Je mi 50 let, mám dvě děti a jsem živnostník. Život mám spokojený, tedy až na zdravotní problémy. Faktem je, že v nemocnici jsem byl zničený, říkal jsem si, co budu dělat. Pak jsem se ale dal dohromady a opět začal normálně fungovat. Takže ano, stojím si za tím, že mám život v pohodě. Jinak bydlím kousek od Českých Budějovic. Rád pracuju na zahrádce, pěstuju domácí zeleninu. A můj největší přítel je můj pes Kazan.“

Životní křivka



Vyprávění

„Před třemi lety jsem byl na ultrazvuku, kde jsem se dozvěděl, že mi prosakuje tlusté střevo. Měl jsem jít následně na kontrolu, ale to už jsem nevydržel. V pátek jsem byl ještě na montáži, ale už mi bylo zle. Druhý den jsem proležel, a když mě objevil syn, okamžitě mi zavolal sanitku. V nemocnici mě akutně operovali. Byl jsem pěkně zdrchaný, nebudu lhát. Dalo mi to pořádně zabrat. Celkově jsem zhubnul 15 kilo. Pomalu se to ale začalo dávat do

pořádku. Začal jsem nabírat na váze, pomalu pracovat, opět fungovat. Kdybych se tomu poddal, nevím, jak by to dopadlo.

Mám toto onemocnění už 20 let, ale před třemi lety to vygradovalo. Musím říct, že je to rok od roku horší. Dříve se s tím tělo popralo, nyní už to tak nejde. Jezdil jsem normálně na dovolené, zkrátka fungoval bez problémů, ale dnes už je to složitější. Prášky beru celé ty roky. Jednou jsem je vynechal, říkal jsem si, že mi už nic není, že to zvládnou. Následky byly hrozné. Bylo mi fakt zle. Hodně zle. Navíc jsem si za to mohl sám.

Největší kompromisy musím dělat, když chci někam plánovaně vyrazit, vlastně i neplánovaně (smích). Když někam vyrážím večer, musím se vždy najíst hned ráno, aby to zažívání začalo pracovat. Do čtyř hodin jsem úplně vyprázdněný a je to v pohodě. Jakmile si dám ale třeba kafe, tak do hodiny musím na záchod. Kolikrát jsem si to neuvědomil, kafe si dal a vyrazil do města. Byl jsem pěkně opocený... Mám za sebou taky dvě operace píštěle, takže to není úplně jednoduché. Ale pokud si dám pozor, zvládnou to. Z jídel mám nejraději tatarák, prostě syrové maso! To myslím vážně, i když je mi jasné, že to zní... no, zajímavě. Nemohu ale třeba syrovou zeleninu. Zkrátka můžu všechno od masa, uzenin a jiných nezdravých pochoutek, ale nedovedu si představit sníst ovoce nebo zeleninu. To bych se svíjel bolestí. A říkám vám to popravdě, jak to je. Asi bych tohle ani neřekl u paní doktorky...“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Nastaly změny ve Vašem životě v souvislosti s onemocněním?

„Určitě ano. Nejvíce se týká práce. Přeci jenom jsem chlap a živitel rodiny. Celou dobu se snažím, abych to základní obstaral. Mám štěstí, že pracuju sám na sebe. Řadu let mám truhlářskou dílnu, a co se práce týká, mohu si vyhovět. Neumím si představit být někde 8 hodin pracovním sputaným. To bych nedal. Potřebuju neustále být poblíž toalety. Fyzicky i psychicky.“

Jak zasáhly fyzickou, psychickou a sociální stránku života?

„Těžko říct, kde začít. Mrzí mě, že fyzicky už nezvládnou tolik práce. Děláme tak pět hodin denně, někdy jsem tak unavený, že nepracuju vůbec. Také jsem hodně přibral, mám už 105 kilo. Jak ta kila tahám, bolí mě klouby. Také mi našli brániční kýlu, což ale nevím, jestli je

s tím spojené. Jakmile něco tahám, tak to cítím. Takže největší změnu pociťuji v práci a je to stále horší. Po psychické stránce to bylo nejtěžší v nemocnici, ale zvládl jsem to. Celkově k tomu přistupuji s nadhledem, abych se z toho nesesypal. Z hlediska sociálního zařazení nepociťuji žádnou újmu. Mám skupinu svých přátel a dokážu se normálně bavit i u piva...“

Pociťujete změny v osobních vztazích?

„Jak to vyjádřit. Považuji mou rodinu za stabilní. Samozřejmě v těch těžkých dobách operace mi byla zejména manželka velkou oporou. A o děti mám spíš obavu já. Bojím se třeba jisté dědičnosti. Nechtěl bych, aby prožívali to samé co já. Dcera teď ale měla jiný problém. Měla nález na děložním čípku. Je jí 24 let a měla namále. Snad je to už v pořádku.“

Tabulka č. 6 Shrnutí zásadních informací – rozhovor č. 3

<p>Liminalita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zdravotní potíže (poruchy střevní pasáže, časté a nepravidelné vyprazdňování) • negativní vývojové proměny dlouholeté chronické nemoci (zhoršení stavu, hubnutí, operace) • pomalejší rekonvalescence, zvýšená únava • přidružené zdravotní komplikace (anální píštěle) • pocit psychické nepohody v době hospitalizace • strach z budoucnosti
<p>Nastaly změny v životě respondenta? Jak zasáhly fyzickou, psychickou a sociální stránku života?</p> <p>Změny se projevily výrazně ve všech aspektech života. V důsledku nemoci respondent nejprve ztratil 15 kg tělesné hmotnosti, dnes bojuje s nadváhou. Pociťuje velký úbytek fyzických sil. Uvědomění si svého fyzického stavu, které nekorresponduje s jeho potřebou být v kondici, obstarat a zabezpečit rodinu, se negativně projevuje na psychické pohodě. Projevy nemoci překonává již 20 let, ale vnímá postupné horšení stavu. Největší psychické problémy se dostavily v průběhu hospitalizace v nemocnici. Byly spojené s beznadějí a otázkami jak dál. V sociální oblasti necítí respondent výraznou újmu. Má svou skupinu přátel, fungující rodinu a stejnou práci.</p>	

Jak složité bylo změnit způsob života?

Změny pociťuje respondent ve všech oblastech života, nejvíce vnímá změny související s fyzickou kondicí. Nezvládá stejnou zátěž jako dříve. Do svého denního režimu musel bezpodmínečně zařadit každodenní medikaci a dietní omezení. Přísnému stravovacímu režimu musí podřizovat veškeré aktivity.

Jaká změna v životním stylu je pacientem vnímána jako nejobtížnější?

Změny spojené s ubýváním fyzických sil a s fyzickými projevy nemoci.

Nastaly změny v osobních vztazích respondenta?

Spíše ne. Jeho rodina je stabilní a fungující, je mu oporou. Okruh blízkých přátel se nezměnil.

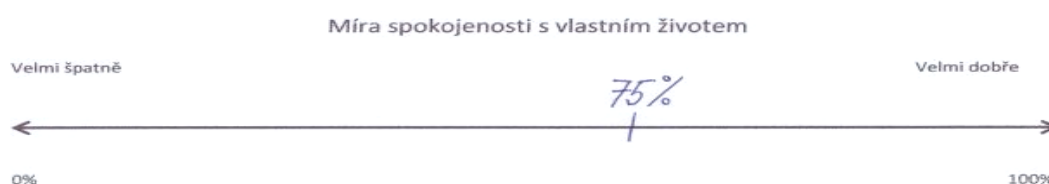
Jak zasáhlo chronické onemocnění do profesního života respondenta?

Nemoc zásadně ovlivnila jeho profesní život. Respondent pracuje jako truhlář. Nezvládá takovou fyzickou zátěž jako dříve. Musí svou pracovní dobu přizpůsobit momentálnímu fyzickému stavu. Vydělává „sám na sebe“ a může si vyhovět. Neustálá dostupnost toalety je zásadní pro fyzickou i psychickou pohodu.

Vyjádření míry spokojenosti respondenta s vlastním životem.

Respondent je se svým životním stylem smířený. Upevňuje se v přesvědčení, že jeho život je „v pohodě“. Naučil se zvládat život s těžkým onemocněním. Omezuje sice své dřívější aktivity (pracovní nasazení, cestování), ale zkušenosti mu dávají jistotu, že své naplánované akce zvládne. Objevují se obavy z dědičnosti a možných životních komplikací u jeho dětí. Rád pracuje na zahradě, věnuje se rodině a svému psovi.

Grafické vyjádření respondentem:



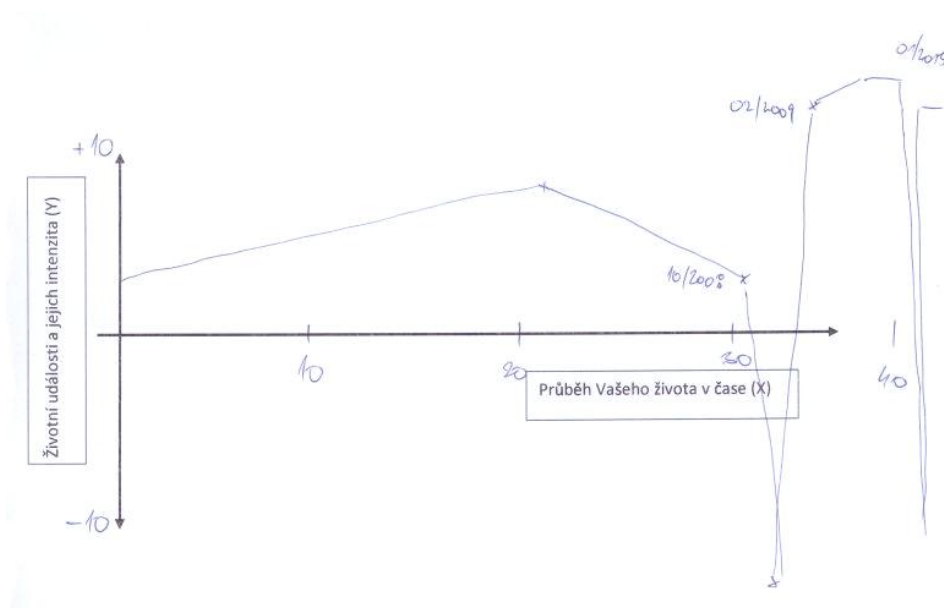
Stigma	<ul style="list-style-type: none"> • omezená pracovní výkonnost • ztráta fyzické kondice (únava, bolesti, nadváha) • strach z výskytu stejné diagnózy u svých dětí • doživotní lékařské kontroly a užívání medikace • budování a přizpůsobování si svého životního stylu, koníčků a sociálního zázemí
---------------	--

2.3.5 NARATIVNÍ ROZHOVOR 4

Popis osoby respondenta

„Je mi 41 let. Jsem ženatý a mám dvě malé děti. Pracuji jako ekonom. Pocházím z Českých Budějovic, kde současně také s rodinou bydlíme. Mám zatím oba rodiče a jednoho staršího bratra. Chronické střevní onemocnění vnímám jako rodinnou indispozici. Nemoc mám já, bratr i můj otec. Také moje babička trpěla zažívacími potížemi. Tehdy to ale nikdo neřešil.“

Životní křivka



Vyprávění

„Onemocněl jsem, když mi bylo 23 let. Deset let jsem se léčil pomocí kortikoidů, poté již přišla první operace. V únoru roku 2009. Už v roce 2008 jsem se dozvěděl, že jedinou cestou je chirurgický zákrok, s čímž jsem se ale nechtěl smířit. Na operaci jsem ale nakonec nastoupil a bylo mi odstraněno celé tlusté střevo. Potvrdilo se, že se jedná o ulcerózní

kolitidu. Musím říct, že jsem se po první operaci cítil jako Alenka v říši divů. Bylo mi tak dobře, že jsem se rozmýšlel, zda má vůbec cenu podstoupit druhou operaci. Proč se trápit, když mi bylo skvěle. Musel bych pak ale samozřejmě žít s vývodem, s čímž jsem ale takový problém neměl. S pomocí zdravotních sester jsem se brzy naučil se o něj starat. Samozřejmě vím, že pro řadu lidí je to omezující, možná potupné, ale mně bylo konečně dobře. Když víte, že je střeva nemocné, máte zánět v těle, nutí vás to neustále vyhledávat záchod, tak v takovém případě jsem stomii bez váhání přijal. Druhou operaci jsem ale naštěstí podstoupil. Hodně jsem váhal a zvažoval. Manželka mi byla velkou oporou a v konečném stadiu rozhodování mě plně podpořila. Operace dopadla dobře. Vyústění střeva mi zanořili zpět do dutiny břišní, provedli jakousi náročnou plastiku, ale věděl jsem, že mě čeká operace třetí. Podle moderního operačního přístupu k ulcerózní kolitidě mi lékaři vytvořili tzv. „pouch“. Jakýsi rezervoár, který nahrazuje konečník. Bez tohoto vaku bych byl navždy inkontinentní. No...období to bylo velmi náročné. Samá operace, pracovní neschopnost, strach z budoucnosti. Opravdu, kdo nezažije, jen stěží pochopí...No a můj příběh ještě nekončí... (smích). Uběhlo pět let a já se cítil fakt skvěle. Ale udělal jsem dietní chybu. Snědl jsem pomodoro a hrušky. Následky byly takové, že jsem musel na reoperaci. Je to paradox, mohu jitrnice, bůček a tak dále, ale ovoce a zeleninu nikoliv. Maximálně v džusu. To byla opravdu vysoká daň za chybu z hlediska stravování. Dnes už přesně vím, co mohu a co ne.“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Nastaly změny ve způsobu Vašeho života?

„Nastaly a poměrně velké. Byly vždy specifické pro dané období nemoci. Zda jsem byl zrovna před operací nebo těsně po ni. V pracovní neschopnosti nebo v práci. Byl jsem neustále pod vlivem tohoto onemocnění a plně jsem se mu musel přizpůsobovat. Vše ostatní šlo stranou. Vzdal jsem se sportu, volnočasových aktivit a nevyhledával jsem ani společnost a přítomnost kamarádů. Můj postoj byl vůči všemu odmítavý a negativní. Nemyslel jsem to zle, ale zkrátka bylo mi lépe o samotě. Jediné prostředí, kde jsem se cítil platný, byla práce. Naštěstí mě zaměstnavatel podpořil. Musím celkově říct, že mě práce dostala zpátky do života. Po druhé operaci jsem nastoupil do zaměstnání po 40 dnech.“

Jak tyto změny zasáhly fyzickou, psychickou a sociální stránku života?

„Po fyzické stránce to bylo velmi náročné. Neměl jsem energii. Také jsem se hrozně potil. Vlastně jsem se potil, i když jsem seděl. Nejhorší to bylo v létě, kdy bylo pocení opravdu extrémní. Člověk byl neustále nemocný, bylo mi často špatně. Po tolika operacích v podstatě nemám břišní svalstvo. Jen samé jizvy a srůsty. Také jsem trpěl na časté virózy, klidně jsem marodil i 10 krát do roka. U mě by ta samá negativa zaplnila celou stránku. Po psychické stránce to bylo těžké před operací. Po ní se mi naopak psychika velmi zlepšila. A podobně bych reagoval i na tu sociální stránku. Před operací jsem býval až asociální a po ní se to postupně zlepšovalo. Zní to tak zvláště, ale jakmile se střevo dostalo z těla ven, život se mi otočil o 180 stupňů. To bylo opravdu neskutečné. Dnes už se cítím naprosto zdrav.“

Zasáhly u Vás změny také osobní vztahy?

„Rodina mi byla oporou. Manželka moji nemoc vzala docela dobře. Nedistancovala se. Také se mi nezměnil sexuální život. I s vývodem... Technologie je na takové úrovni, že už vývod splyne s tělem.“

Tabulka č. 7 Shrnutí zásadních informací – rozhovor č. 4

Liminalita	<ul style="list-style-type: none">• strach z nejisté budoucnosti u chronického onemocnění• nedostatečná imunita pod vlivem zánětlivého onemocnění• omezení svalové síly (přetrvávající únava, ztráta energie, pocení)• ztráta životních plánů, koníčků, sportu• dlouhodobá medikamentózní léčba (kortikoidy)
Nastaly změny v životě respondenta? Jak zasáhly fyzickou, psychickou a sociální stránku života?	
Respondent prodělává velké změny, které ovlivňují jeho život po všech stránkách. Je neustále pod vlivem nemoci a plně se jí přizpůsobuje. Psychická, fyzická i sociální stránka života byla a je ovlivněna přímo aktuální fází léčby (období před operací, po operaci, horší nebo lepší období). Fyzicky se nemoc projevila v úbytku energie, častými virózami, nadměrným pocením, fyzickou nepohodou. V důsledku nutných operací má respondent poškozené břišní svalstvo, jizvy, srůsty a střevní vývody. Fyzickou stránku hodnotí jako velmi náročnou. S ní neustále úzce souvisí jeho psychická pohoda	

a sociální začlenění. V období, kdy se respondent cítil dobře fyzicky, psychicky nestrádal a vyhledával společnost, naopak v období fyzických problémů se společnosti vyhýbal, byl nejraději sám, zaujímal ke všemu odmítavý postoj, pociťoval strach z budoucnosti.

Jak složité bylo změnit způsob života?

Složité bylo vyrovnat se s fyzickou stránkou, úbytkem energie, bolestivými stavy, s neustálou potřebou dostupné toalety. Složité a dlouhodobé bylo sestavit potřebný dietní režim.

Jaká změna v životním stylu je pacientem vnímána jako nejobtížnější?

Respondent svůj životní styl plně přizpůsobuje projevům nemoci. Fyzická stránka ovlivňuje psychickou i sociální. Změny byly nejméně citelné v pracovní oblasti.

Nastaly změny v osobních vztazích respondenta?

V této oblasti změny nenastaly. Manželka i ostatní členové rodiny jsou mu oporou. Prožívá spokojený rodinný život.

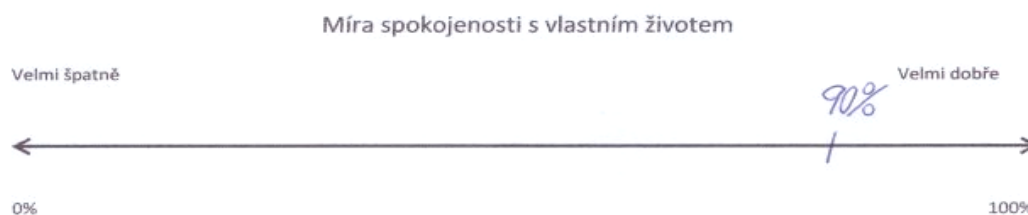
Jak zasáhlo chronické onemocnění do profesního života respondenta?

Práce je důležitým stimulem pro respondenta. Pracuje jako ekonom. Cítí, že právě práce ho vrátila do normálního života.

Vyjádření míry spokojenosti respondenta s vlastním životem.

Se svým životem je celkem spokojený. Uvědomuje si, jak složité stavy prožil. Dnes se cítí zdrav.

Grafické vyjádření respondentem:



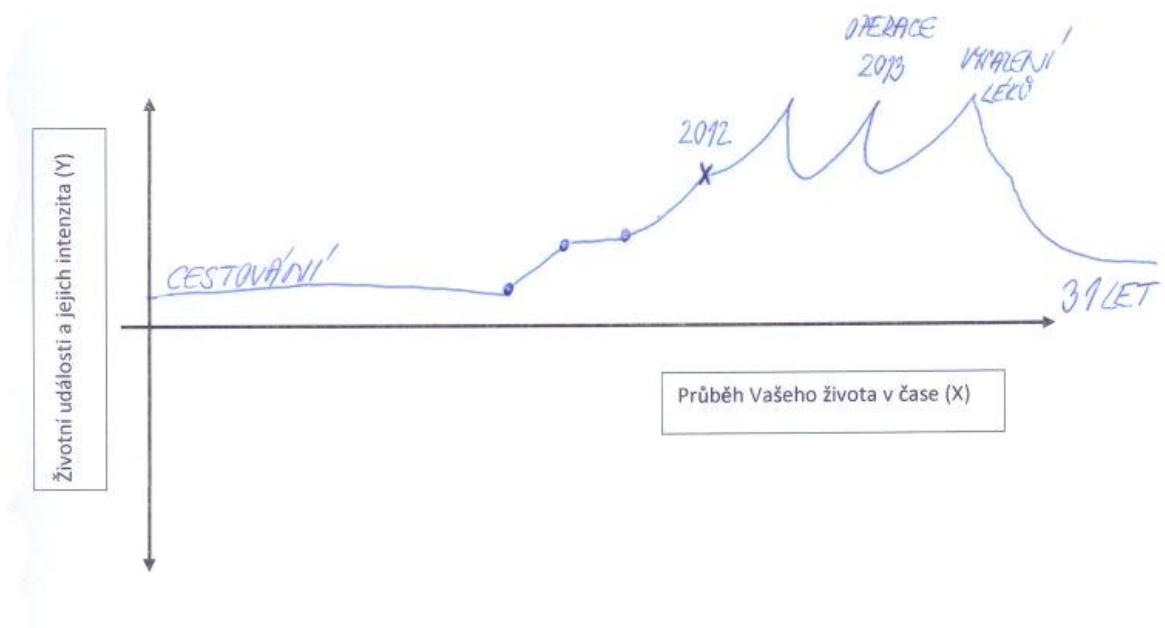
Stigma	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta plného zdraví (4 náročné operace, pooperační jizvy, srůsty, ztráta břišního svalstva) • změny tělesného vzhledu (dočasná stomie) • převratné změny v životě a životním stylu • celkové podrobení se vlivu chronické choroby • aktivní zájem o nové poznatky o zdravém způsobu života • stabilní rodinné prostředí
---------------	---

2.3.6 NARATIVNÍ ROZHOVOR 5

Popis osoby respondenta

„Je mi 31 let. Momentálně žiju v domku s mojí babičkou v Suchém Vrbném. Matka a moje dvě sestry bydlí v Praze. Považuji to za výhodu. Často tam jezdím do nemocnice na kontroly, takže tam mám super zázemí. Odmalička jsem hodně sportoval, ale nedá se říct, že bychom žili vyloženě zdravě. Vařilo se u nás úplně normálně. Maso, zelenina, zkrátka klasika... Po střední škole jsem začal hodně cestovat. Trávil jsem šest let na montážích v zahraničí a už tehdy jsem bojoval s průjmy.“

Životní křivka



Vyprávění

„Začátek onemocnění byl dost nejasný. Občas jsem cítil, že něco není v pořádku, ale o bolesti mluvit nemohu. Nijak extra mě to nebolelo. Spíš jsem se cítil nafouklý a tak dále. Ovšem později se začaly objevovat první návaly bolestí. Dlouho jsem vše přisuzoval cestování a samotné stravě. Bylo to vždy rychlé a skutečně nepříjemné. I tak jsem si ale kolikrát myslel, že jsem se jen přejedl. Později už všechno gradovalo. Časté průjmy, bolesti břicha a nevolnosti. Když jsem se ale v Čechách usadil, nemoc se rozjela. Po roce jsem už pociťoval velké problémy a šlo to nakonec dost rychle. V roce 2012 se mi kompletně zastavila peristaltika. Každý čtvrt rok jsem musel na gastro. Nakonec mi diagnostikovali Crohna v Motolské nemocnici. Tehdy jsem v Praze dělal, tak mě odvezli rovnou tam. Měl jsem zácpu a v noci už se křeče nedaly vydržet. V pražské nemocnici jsem byl čtyři dny, poté jsem už vše řešil v Českých Budějovicích. To bylo v lednu roku 2013. Vydržel jsem do léta, ale v červenci mě to už chytlo tak silně, že jsem nakonec musel na operaci. Bohužel mám ohnisko, které se mi po operaci vrátilo. Můžu si za to ale sám, protože jsem po čase vysadil léky. Také si uvědomuji můj absolutně nezdravý a nepravidelný životní styl. Z mého jídelníčku jsem musel naprosto vyloučit ovoce a zeleninu. To mi chybí, měl jsem je rád. Hodně mi dávají zabrat také houby. Jednou jsem si dal v hospodě špenát a až na konci jsem zjistil, že v něm byly i houby. Dva dny na to jsem byl na gastru. Měl jsem prý zevnitř podrápaná střeva. Je to hodně o hledání, každému sedí něco jiného. Informace si hledám na internetu. Existuje sdružení pacientů s Crohnovou nemocí. Dají se tam nalézt různé diskuze. Leckdy se člověk celkově dozví víc od samotných pacientů. Zkoušel jsem i různé recepty, které ostatní doporučují. Poslední rok mám nad sebou skutečně přísný bič. Dost jsem s jídlem bojoval... Jelikož jsem hodně cestoval, nemám pravidelné návyky. A ta nemoc je právě o pravidelných návycích. Musel jsem se naučit si sám vařit, což mi chvíli trvalo. Mám vlastní jídlo i v práci, už žádné restaurace a podobně. Mám výhodu, že jezdíme pracovat nejčastěji do Prahy, kde mám matku a sestru. Matka mi v případě potřeby vozí jídlo do práce. Strava je nesmírně důležitá, to si naplno uvědomuji. Taky jsem se musel usadit. Vždy jsem žil tak, abych se mohl ze dne na den sebrat a odjet na druhou stranu planety. Nikdy jsem neměl závazky, majetek... To skončilo. Bylo to složité se s tím smířit. Jsem často unavený, už nemám takovou fyzickou jako dříve. Fyzická výkonnost šla hodně dolů, byl jsem zvyklý pracovat i 300 hodin v měsíci. To už nejde. Po psychické stránce jsem byl zdeptaný hlavně na začátku, kdy jsem nevěděl, co s tím. Dnes už jsem

smířený, vím, že to budu mít do konce života.“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Jakou změnu ve Vašem životním vnímáte jako nejobtížnější?

„Určitě zmíněné usazení, kdy už nejsem schopný tak cestovat a sportovat. Jezdím na kole, ale považuji ho spíše za dopravní prostředek, nikoliv jako formu sportování. Pohyb mám každopádně rád, když se dlouho nehýbu, začíná mi to už chybět. Dále ztráta energie. Vidím to na práci. Když máme větší zakázku a děláme dlouho v kuse, tak to nevydržím. Hodně cítím únavu. Pracuji jako tesař, což je fyzicky náročné. Takže pracovní mě onemocnění hodně omezuje.“

Domníváte se, že chronické střevní onemocnění souvisí s profesním životem?

„Ano. S mojí profesí bylo spojené neustále cestování, což se na mně podepsalo. Už jen z hlediska potravy, kdy člověk žil na bagetách a podobně. Ale nebýt nemoci, mně by se takový život líbil.“

Podporuje vás rodina?

„Mám štěstí, že mě mí blízcí podporují. Matka, sestra, babička, ale i lidé v práci. Ženatý nejsem a nemám ani přítelkyni. Přiznám se, že ji ani nehledám. Nechci se na nikoho vázat vzhledem k mému zdravotnímu stavu. A navíc abych se přiznal, nechci se s důsledky mého onemocnění nikomu svěřovat.“

Tabulka č. 8 Shrnutí zásadních informací – rozhovor č. 5

Liminalita	<ul style="list-style-type: none">• gastrointestinální poruchy, zánětlivé procesy střeva• opakované lékařské kontroly a hospitalizace• strach o své zdraví a budoucnost• diagnostika Crohnovy choroby
Nastaly změny v životě respondenta? Jak zasáhly fyzickou, psychickou a sociální stránku života?	
Nastaly zásadní změny v životě, zasáhly všechny jeho stránky. Respondentovu fyzickou stránku ovlivňuje nemoc velmi negativně. Ubývají fyzické síly, výkonnost i celková energie. Projevy nemoci nutí respondenta zohledňovat své potřeby při většině denních činností. Psychická kondice je svázána s pocitem jistoty zvládnutí určité situace, či naopak	

s beznadějí, nejistotou a nepředvídatelností nezažitého. Výrazně se respondentovi změnil život také po stránce sociální. Před nástupem nemoci hodně cestoval, pobýval na různých místech, nevytvářel si žádné pevné zázemí, neměl v úmyslu se natrvalo usadit. S nástupem nemoci však musel změnit svůj přístup k životu, potřebě zázemí, pevným návykům, režimu dne i léčbě.

Jak složité bylo změnit způsob života?

Změny ovlivňují respondenta stále. Novému způsobu života se dosud přizpůsobuje. Uvědomuje si nepříznivou prognózu nemoci a doživotní omezení. Nepříznivě vnímá mimo jiné i zásah do jídelníčku. Musí přípravě jídla věnovat stálou pozornost. Nutností je i vlastní příprava jídel, naučil se vařit.

Jaká změna v životním stylu je pacientem vnímána jako nejobtížnější?

Nejvíce respondent vnímá změnu v nutném „usazení se“. Výrazně vnímá i změnu fyzické výkonnosti a ztrátu energie. Horší fyzická kondice ovlivňuje jeho profesi.

Nastaly změny v osobních vztazích respondenta?

Rodinné vazby zůstaly neporušené. Rodina je respondentovi oporou. V partnerské rovině však nemoc a její projevy zapříčinily vážné sociální kolize. Respondent dnes volí raději život bez stálého partnera než ztrátu svého intimního soukromí a nutnost sdělovat skutečnosti o svém zdravotním stavu jiné osobě.

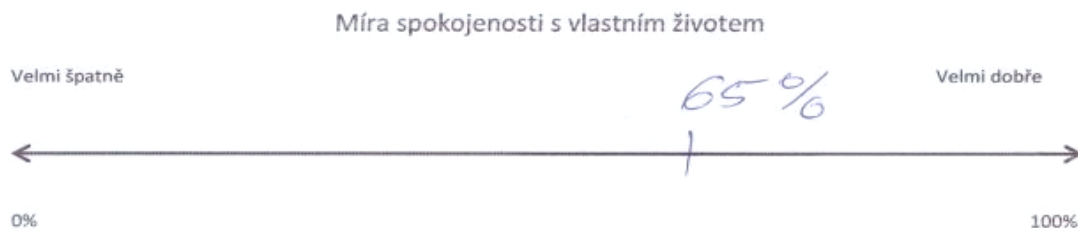
Jak zasáhlo chronické onemocnění do profesního života respondenta?

Respondent má fyzicky náročnou práci, pracuje jako tesař. Jeho současná nižší fyzická výkonnost jej tak přímo omezuje. Nemoc mu také brání cestovat za prací, hledat práci, či zhotovit větší zakázku podle svých představ.

Vyjádření míry spokojenosti respondenta s vlastním životem.

Respondent stále silně vnímá všechna omezení, která mu nemoc způsobuje, celkově je však se svým stavem smířený. Uvědomuje si, jak těžkou cestu prošel až k dnešnímu celkem stabilizovanému stavu. Svou současnou psychickou kondici kladně hodnotí ve srovnání s neuspokojivými předchozími obdobími.

Grafické vyjádření respondentem:



Stigma

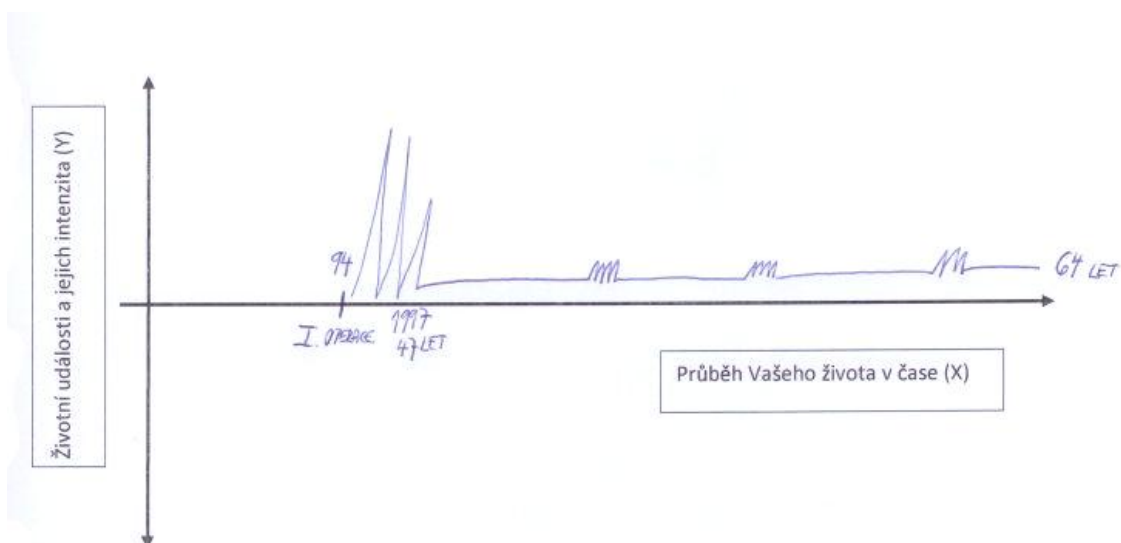
převratné změny v oblasti životního stylu (strava, pohybová aktivita, cestování)
obtížná fáze přijetí přítomnosti chronické choroby (pokles fyzické výkonnosti)
ztráta životních cílů a přání
aktivní informovanost o životě s Crohnovou chorobou (sdružení a vzájemné diskuze)
pevné rodinné zázemí a rodinné vazby
respektování individuality vůči svému zdravotnímu stavu

2.3.7 NARATIVNÍ ROZHOVOR 6

Popis osoby respondenta

„Před týdnem jsem oslavila 64. narozeniny. Nedávno jsme se s manželem přestěhovali do menšího bytu tady v Českých Budějovicích. Mám dvě dcery a už brzy čekáme na třetí vnoučátko. Dcery mi dělají velkou radost. Obě vystudovaly vysokou školu a máme společně pěkné vztahy. Přes mé domněnky, že nemoc není dědičná, se shodou okolností objevila i u mé starší sestry. Nikoliv v tak agresivní formě. Velkou část života jsem pracovala u jedné automobilky a prodávala nová vozidla.“

Životní křivka



Vyprávění

„Na první operaci jsem byla v roce 1997, když mi bylo 47 let. Už tři roky před tím jsem začínala mít bolesti. Bylo to jako na houpačce. Jeden den mě sužovala ostrá bolest v břiše a den na to mi bylo dobře. Nakonec to došlo tak daleko, že už jsem nemohla jíst. Vše jsem vyzvrátila. Samozřejmě jsem začala hubnout. Během tří let se ze mě stal úplně zdevastovaný člověk. Na kolonoskopii se ukázalo, že mám úplně uzavřené střevo. Byla tam velická polipóza. Okamžitě jsem tedy musela na operaci. Vzali mi třičtvrtě tlustého střeva. Chodila jsem tehdy až osmnáctkrát denně na záchod. Po třech měsících jsem opět začala mít problémy. Po všech vyšetřeních mi konstatovali Crohnovu chorobu. Následovala další operace, takže už vůbec nemám tlusté střevo, pouze konečnickovou část. V nemocnici jsem ležela tři neděle, poté mě pustili domů. Můj stav se začal zlepšovat a dnes jsem svým způsobem v pořádku. Tenké střevo mám podle slov pana doktora pěkné. Musím říct, že mi paní doktorka říkala, že jsem zvláštní případ. Chodím totiž vyměšovat už jen dvakrát denně. Samozřejmě v době klidové fáze onemocnění. Několikrát do roka mám stavy, kdy se ten zánět rozbují a to je potom na plenku. Počet stolic už ani nepočítám. Největší strach mám, že jednou budu muset mít vývod. Chodím na pravidelné kontroly a snažím se dělat všechno dobře, aby zánět nepostihl i ten konečník. Hodně jsem změnila životní styl. Nevím, zda k lepšímu, protože nesnesu žádné ovoce ani zeleninu. Můj jídelníček je ohromně nudný. Jím dva dny staré pečivo, mohu tedy maso a z příloh mi nedělají dobře brambory

a rýže. Ani sladká jídla nesnesu, to je pro mě jed. To už tak mám za ty léta vypozerované. Každopádně si nedovolím tuto dietu porušit. Zbláznila bych se bolestí a na záchodě bych musela snad bydlet...(smích). Velké omezení v mém životě pociťuji zejména ve volnočasových aktivitách. Byla jsem zvyklá hodně cestovat. To už si dnes nedovolím. Bojím se dlouhých cest, protože se stává, že mi stolice samovolně odejde. Je to nepříjemné. Zůstávám spíše doma, z jízdy autobusem mám přece jenom obavy. Ráda jsem plavala, chodila mezi lidmi do společnosti, ale opravdu to teď není možné.“

Upřesňující fáze (kladení doplňujících otázek)

Jakou změnu v životním stylu vnímáte nejobtížnější?

„Těžké to bylo z hlediska zaměstnání, protože jsem byla vždy velmi unavená. Přišla jsem domů a šla jsem rovnou spát. Ostatně unavená jsem pořád, ale to přikládám i věku. Psychickou stránku to samozřejmě zasáhlo. Bylo to náročné. A dodnes je pro mě přijetí těchto změn velmi náročné. Doslova jsem musela opustit kulturně – sociální akce.“

Nastaly změny ve Vašich osobních vztazích?

„Nikoliv. Manžel mi naopak velmi pomohl. Lehla jsem si a on vařil. Byly to nejhorší tři roky v mém životě. Už jsem pak i brečela, prostě hrozné...Manžel byl mou velkou oporou stejně jako dcery. Jsem jim za všechno moc vděčná.“

Domníváte se, že souvisí onemocnění s profesním životem?

„Nemyslím si, ale měla jsem dost náročné zaměstnání. Prodávala jsem auta, takže jsem neustále mluvila s klienty. Bojovala jsem s obrovskou únavou. Přišla jsem z práce a musela si jít hned lehnout. Bylo to nepříjemné i z toho důvodu, že jsem po první operaci měla obrovské kručení v břiše. A při neustálém kontaktu s lidmi to bylo velmi nepříjemné. Po druhé operaci se to zlepšilo.“

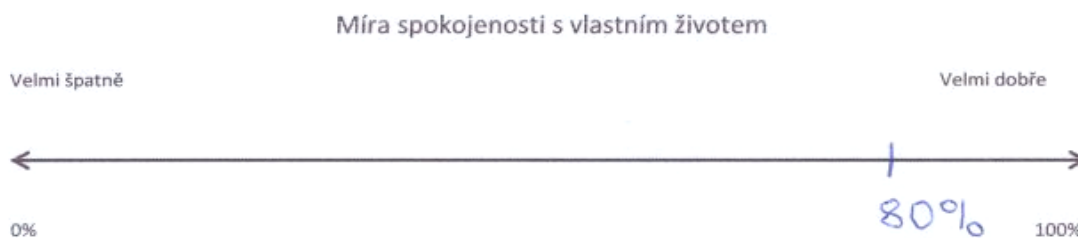
Tabulka č. 9 Shrnutí zásadních informací – rozhovor č. 6

Liminalita	<ul style="list-style-type: none"> • přetrvávající zdravotní problémy (bolesti břicha, nevolnosti, zvracení, hubnutí) • pocit tělesné nepohody (únava, časté vyprazdňování) • změny sebepojetí z důvodu chronického onemocnění (neschopnost pracovat)
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • změna duševní kapacity – strach, obavy • poruchy výživy
<p>Nastaly změny v životě respondenta? Jak zasáhly fyzickou, psychickou a sociální stránku života?</p> <p>Život respondentky se zásadně změnil, a to po všech stránkách. Fyzická únava a negativní projevy nemoci zasahují do jejího života každodenně. Psychická nepohoda je úměrná stále přítomnému fyzickému vyčerpání, pocitu závislosti, nejistoty, strachu z nemoci i budoucnosti. Respondentce nemoc brání žít stejným společenským životem jako dříve. Omezila kulturní život a úplně přestala cestovat.</p>	
<p>Jak složité bylo změnit způsob života?</p> <p>Dodnes změny respondentka výrazně vnímá a jen s nutností je přijímá. Omezuje kulturně společenský život i cestování. Projevy nemoci ji omezují fyzicky a zasahují tak i do její psychické pohody. Velké změny pociťuje v denní stravě, její jídelníček je okleštěný. Dietní režim musí ale dodržovat velmi přísně. Dlouhou dobu trvalo jídelníček nastavit.</p>	
<p>Jaká změna v životním stylu je pacientem vnímána jako nejobtížnější?</p> <p>Nejvýrazněji změnu respondentka cítí v oblasti pracovní. Změny jí znemožnily na pracovním místě setrvat. Výrazná změna pro ni nastala také v kulturně společenské oblasti.</p>	
<p>Nastaly změny v osobních vztazích respondenta?</p> <p>Přímo nemocí nebyly ovlivněny žádné rodinné ani partnerské vazby. Rodina je pro respondentku velkou oporou a radostí.</p>	
<p>Jak zasáhlo chronické onemocnění do profesního života respondenta?</p> <p>Nemoc respondentce znemožnila pracovat stejně jako dříve (prodej nových automobilů). Styk s klienty vyžadoval plné nasazení bez omezení.</p>	

Vyjádření míry spokojenosti respondenta s vlastním životem.

Respondentka se smiřuje se svým způsobem života. Považuje dnešní stav za celkem dobrý.



Stigma

- změny ve stravovacích zvyklostech
- sociální izolace
- velké omezení volnočasových aktivit (cestování, sport)
- ztráta důvěry v lepší budoucnost (strach ze stomie)
- opora v rodině
- aktivní spolupráce a účast na léčebném procesu

3 DISKUZE

Ve své diplomové práci se zabývám důležitým tématem dnešní doby, životním stylem. Nejedná se však o zkoumání životního stylu většinové populace, ale naopak o nahlédnutí do životního stylu populace menšinové, kterou spojují určitá životní omezení. Životní styl je často slýchaným pojmem, pod kterým si představujeme podobné oblasti života, ne však přesně definované jednotlivosti. Ani odborníci zabývající se životním stylem se neshodují na jasné definici životního stylu, v jádru se však shodují, že životní styl je výběrem chování a životních možností jednotlivce (Čeledová a Čevela 2010). Základní myšlenka, která provázela výzkumné šetření v rámci této diplomové práce, se týkala právě životních možností specifické skupiny osob, lidí, kteří se potýkají s důsledky vážného chronického onemocnění střev. Na základě výsledků provedených výzkumných šetření jsem chtěla odkrýt souvislosti mezi životními možnostmi této skupiny osob a jejím reálným způsobem života a pokusit se najít společné rysy chování této skupiny osob, které v kladných či záporných aspektech spoluvytvářejí jejich současný životní styl.

Výzkumné otázky jsem se snažila sestavit tak, aby odpovědi respondentů podávaly stručnou výpověď o jejich životním stylu před nástupem nemoci a životním stylu současném, ovlivněném následky léčby, či projevy nemoci samotné.

Vágnerová (2008) uvádí, že čím více samotné onemocnění naruší život osoby s chronickým onemocněním, čím více zasahuje do významných hodnot jedince, tím větší ztrátu představuje, a o to výraznější bude i reakce. S tímto tvrzením se ztotožňuji, jeho pravdivost jsem mimo jiné chtěla prostřednictvím rozhovorů a otevřených vyprávění respondentů také ověřit. Sledovala jsem, zda chronické onemocnění, které zasahuje do života lidí po fyzické stránce stejným nebo téměř stejným způsobem, ovlivňuje stejně i jejich životní styl. Přestože projevy nemoci působí všem respondentům podobné obtíže a omezení, respondenti se o stejných omezeních vyjadřují s různou vážností a důrazem. Tato omezení představují ztrátu pro ně různě významných životních hodnot. Všichni respondenti shodně vnímají jako nejpodstatnější změnu v jejich životě ztrátu plného zdraví a nemožnost se k životu s plným zdravím vrátit. Zdraví a jistota života bez zdravotních omezení stojí v žebříčku hodnot každého respondenta vysoko. Ve všech rozhovorech zaznělo toto téma nejdůrazněji. Vyžádalo si nejvíce pozornosti a projevilo se bezesporu jako největší omezení respondenta a potažmo i jeho rodiny a nejbližšího okolí.

Velikosti ztráty, tedy ztráty zdraví, odpovídá nejen naléhavost sdělení respondentů, ale i síla reakce, která u všech respondentů zapříčinila často vleklé psychické problémy a dysbalance.

O dalších životních hodnotách se respondenti vyjadřovali již s různou důležitostí, a proto ani jejich ztráta nebo absence nebyla hodnocena stejně. Síla jejich reakce na ztrátu té či oné hodnoty se lišila.

Rozborům jednotlivých rozhovorů a odpovědím na konkrétní otázky se věnuji v další části diskuze. Ráda bych se však nejdříve pozastavila u společných rysů všech rozhovorů, poznatků a dojmů, které jsem z těchto šesti rozhovorů získala.

Z výzkumných rozhovorů vyplynulo, že další vysoce postavenou hodnotou pro respondenty, hned po jejich zdraví, je uplatnění v pracovní oblasti. Výrazné reakce na omezení v zaměstnání souvisely se ztrátou finanční jistoty do budoucna, kterou respondenti spojují se ztrátou nezávislosti na ostatních. Jedná se tedy o ztrátu další vysoce ceněné životní hodnoty.

Podstatnou reakci u všech respondentů jsem zaznamenala na vynucenou a velkou změnu jejich současné výživy. Přestože všichni dotazovaní již měli vysledovaný svůj potřebný jídelníček, byla a stále je změna ve stravování tak zásadní, že si vyžaduje každodenní omezení a péči. Všichni respondenti si uvědomují, že není jiné východisko než se naučit žít s dopady a omezeními způsobenými nemocí, přičemž strava se mezi tato omezení bezpochyby řadí. Na základě rozhovorů s respondenty jsem však nabyla dojmu, že právě tím, že na jejich rozhodnutí a vůli závisí, co zařadí do své denní stravy, patří toto omezení k těm nejzrádnějším. Možnost volby neustále útočí na vůli a vytrvalost lidí s chronickým onemocněním, i když každá dietní chyba je vzápětí nekompromisně a přísně potrestána. Strava se tak stává důležitým fenoménem lidí s chronickým onemocněním střev. Ruku v ruce s ostatními nepříznivými projevy nemoci omezuje jejich životní volby. Navíc, podle mého názoru, vnímají respondenti problémy, které vznikly na základě porušení diety v jiné rovině, a to v rovině osobního selhání.

V důsledku získaných poznatků z výzkumných rozhovorů mohu plně podpořit myšlenku autorů Tyla a Schneiberga (1998), že osoba s chronickým onemocněním je stále konfrontována se skutečnostmi a životními událostmi, které mu chronické onemocnění

pozměnily, nebo onemocněním nově vznikly. Přičemž za životní událost se považuje tak významná sociální změna, kterou mohou lidé zakoušet jako součást každodenního života.

Vybraní respondenti již zažívají následky onemocnění delší dobu a mohu konstatovat, že jsou s nimi v rámci svých možností smířeni. Přesto jsou každodenně konfrontováni s životními událostmi. Běžný život člověka bez zdravotních omezení skýtá množství možných kolizí a nepřekonatelných problémů pro člověka s chronickým onemocněním střev. Díky bezprostředním rozhovorům s lidmi, kteří tato omezení velice silně vnímají, nabývá pro mne pojem „běžný život“ zcela jiný rozměr. Předpokládaná specifika životního stylu lidí s chronickým onemocněním střev, které se týkají způsobu stravování, trávení volného času, sportu, péče o fyzickou i psychickou stránku, pracovní aktivity, cestování atd. se pro mne rozšířila na základní denní činnosti, jako např. cestování hromadnými prostředky, pobývání s přáteli, ve společnosti nebo třeba navazování běžných lidských kontaktů.

Navzdory různým omezením, které přináší lidem chronické onemocnění střev, navzdory nestabilitě fyzické i psychické kondice, kterou přináší střídavý průběh nemoci i navzdory různé míře životního optimismu, kterou je člověk obdařen, jsem ráda, že všichni respondenti cítí svůj současný stav jako stabilizovaný a lepší, považují nejhorší problémy za překonané a svůj dnešní životní styl přijímají s pokorou, někteří dokonce jako životní výzvu.

Prostřednictvím narativních rozhovorů s respondenty a kladením doplňujících otázek jsem zjišťovala, **jaký je vztah mezi chronickými střevními záněty a životem pacientů**. Zajímaly mě aspekty fyzické, psychické i sociální. Díky širokému rozsahu otázky jsem z odpovědí mohla zjistit, kterou z uvedených oblastí považují respondenti za nejvíce nemocí ovlivněnou.

Všichni respondenti pociťují zásadní změny ve všech uvedených oblastech, ale jako nejvýraznější a nejcitelnější změnu uvádějí změnu jejich fyzického stavu. Všichni popisují zhoršení fyzické kondice, úbytek tělesné hmotnosti a velkou stále přítomnou únavu. Všichni se také shodují na tom, že samotné vnímání nepříjemného fyzického stavu se negativně odrazilo na jejich psychice. Změna fyzického vzhledu byla velmi důležitá především pro respondenta č. 1 a 4, které citelně zasáhlo nevratné poškození břišních svalů po operacích, jizvy, srůsty a také starost o střevní vývody. Ostatní respondenti

nevnímají tak výrazně vlastní změnu fyzického vzhledu, ale spíše změnu ve fyzické výkonnosti a tělesných dopadech nemoci.

Také psychické rozpoložení se s nástupem nemoci zhoršilo u všech respondentů. Celkově se dá říci, že psychická stránka života respondentů byla a je ovlivněna přímo aktuální fází léčby (období před operací, po operaci, horší nebo lepší období). Největší psychické problémy se dostavily u respondentů č. 3 a 4 v průběhu hospitalizace v nemocnici. Byly spojené s beznadějí a otázkami jak dál.

Bohužel všichni respondenti, i když v různé intenzitě, hovořili o stálém stresu pramenícím z některých následků a omezení způsobených nemocí. Pro respondenta č. 5 se psychická nepohoda odvíjí od fyzického vyčerpání, pocitu závislosti na druhých a nejistoty. Respondenti č. 1, 2 a 5 mluví o psychické vyčerpanosti, která je důsledkem stresu z nového denního režimu, nejistoty, strachu z nemoci i budoucnosti. Pro respondenta č. 3 stresovou zátěž představovala nejistota zabezpečit rodinu, a to v souvislosti s horšícím se zdravotním stavem (nemoc překonává již 20 let).

Výsledky výzkumného šetření mohou tedy potvrdit tvrzení, že chronický stres je způsoben neřešitelnými životními situacemi, které jedinec nemůže dostat pod kontrolu a nemůže je dlouhodobě vyřešit. Dochází tak k psychické rezignaci a imunitní systém oslabuje (Lukáš et al., 2011). Ukazuje se pravdivé i tvrzení, dle Hofmanna (2008) že mezi chronickými chorobami zaujímají Crohnova choroba a ulcerózní kolitida z hlediska psychické náročnosti přední místo.

V sociální oblasti zasáhlo onemocnění respondenty různou měrou. Křivohlavý (2002) uvádí, že chronické onemocnění mění jedince a jeho vztahy k ostatním lidem, jeho vnitřní prožívání i schopnost vyrovnat se se stresem.

Na vztazích respondentů k ostatním lidem se odrážela jejich vlastní povaha, schopnost a vůle překonávat překážky a také míra potřeby sociálních vazeb.

Díky silné vůli se respondent č. 1 dokázal vrátit do pracovního procesu i s novými zdravotními požadavky, rekreačně sportuje, věnuje se rodině. Sociální stránku jeho života zasáhlo onemocnění mírněji. Ani respondent č. 2 necítí v sociální oblasti výraznou újmu. Má svou skupinu přátel, fungující rodinu a stejnou práci.

Ostatní čtyři respondenti cítí sociální dopady nemoci podstatněji. Změnili své zvyky, koníčky, způsob trávení volného času i společnost, ve které se pohybují. Respondentka č. 3 kvůli fyzickým dopadům nemoci upravila veškerý pohyb mimo domov. Omezuje návštěvy restaurací, kulturních akcí, výlety, cestování. Obdobně je tomu i u respondentky č. 6, která přestala cestovat úplně. Pro respondenta č. 4 je sociální začlenění zásadně ovlivněno jeho pocitem pohody. V období, kdy se cítí dobře fyzicky, psychicky nestrádá, vyhledává společnost, naopak v období fyzických problémů se společnosti vyhýbá, byl by nejraději sám. Výrazně se změnil život po stránce sociální také respondentovi č. 4, který před nástupem nemoci hodně cestoval, bydlel na různých místech, nevytvářel si žádné pevné zázemí, neměl v úmyslu se natrvalo usadit. Nemoc ho donutila změnit přístup k životu, vztah k zázemí, pevným návykům, režimu dne i léčbě.

Druhou výzkumnou otázkou jsem zjišťovala, jaký je **vztah mezi chronickými střevními záněty a adaptací pacientů na nový životní styl**. Respondenti se shodně vyjadřují o těžkém překonávání počátečních fyzických změn a doprovodných psychických problémů. Nejsložitější pro ně bylo dodržovat pevný denní režim, učit se zásadám psychohygieny, pravidelně odpočívat. Ubývající fyzická kondice si vynutila změny v jejich pracovním nasazení i osobním životě.

Dalším shodně popisovaným velkým zásahem do jejich dosavadního životního stylu byl způsob stravování. Sestavování vlastního jídelníčku trvalo dlouhou dobu. Meisnerová (2011) uvádí, že je nutné, aby si sám pacient vytipoval pokrmy, které mu nezpůsobují nějaké obtíže, a tím předešel opakovanému zhoršení onemocnění. S tímto sdělením je nutné souhlasit. Respondenti se shodují na těžkých počátcích sestavování jejich jídelníčku právě proto, že existují pouze obecná doporučení, ale dopady na individuálního strávnicka s chronickým onemocněním střev se velmi liší. Každý z respondentů musel projít delším vlastním pozorováním účinků jednotlivých částí stravy a nastavit si svou vlastní dietu, na kterou musí každodenně brát zřetel. Dietní omezení se stalo pro respondenty těžkou zkouškou. Např. respondent č. 1 i přes znalost důsledků dietní chyby často svůj vysledovaný jídelníček vědomě porušoval. Respondent č. 5 považuje přípravu svých denních pokrmů za natolik svazující, že si začal svá jídla připravovat sám. Z toho důvodu se musel naučit vařit. Obecně se však všichni respondenti shodují, že sestavování jídelníčku a jeho striktní dodržování jim působilo a stále působí značné obtíže, které se promítají i do

dalších aktivit, jako cestování, návštěva společenských akcí i běžné občerstvení v restauraci.

Meisnerová (2011) ale dále uvádí, že pacient musí stále dbát na základy racionální výživy a vyhýbat se tučným masům, alkoholu, cigaretám a nadýmavým jídlům. Tato část tvrzení je však v rozporu s výpovědí respondenta č. 3, který uvádí, že do svého jídelníčku zařazuje bez problémů „všechno od masa“, uzeniny a jiné „nezdravé pochoutky“. Všichni se však shodují na problémech se stravou obsahující vlákninu.

Ve výzkumných rozhovorech jsme pokračovali dál a respondenti upřesňovali, **jakou změnu v jejich současném životním stylu vnímají jako nejobtížnější.**

Respondenti č. 1, 2 a 6 vnímají jako nejvýraznější změny současná stravovací omezení a nutnost jejich dodržování. Respondenti č. 3, 4 a také 5 a 6 vidí nejobtížnější změny ve fyzických možnostech, které je omezují ve společenských aktivitách i v pracovních činnostech, dříve provozovaných. Respondenta č. 5 donutily dopady nemoci se usadit a tím změnit svůj naprosto odlišný životní styl před nemocí.

Další výzkumná otázka směřovala do oblasti rodinných a partnerských vztahů. Ptala jsem se respondentů, jestli vnímají **souvislosti mezi chronickými střevními záněty a disharmonií v osobních vztazích.**

Všichni respondenti žijí s rodinou. Vysoce hodnotí funkci rodiny, rodinné zázemí, oporu a péči. U všech respondentů nemoc ovlivnila jejich rodinný život. Nenarušila však osobní vztahy, které se ukázaly ve většině případů pevné a stabilní. I když pro rodinu a nejbližší okolí je nemoc respondenta zátěží, ve všech případech rodina dokázala nabídnout pomoc a těžkou zkoušku zvládla. Stala se pro respondenty velkou oporou v těžkém životním období. Přestože dva respondenti nežijí pro ně v ideálních partnerských vztazích, jejich rodina je dostatečně stabilní. Jistotou ve smyslu rodiny jsou pro respondentku č. 2 její děti a vnoučata, pro respondenta č. 5 matka, sestry a babička.

Pro respondenta č. 5 jsou navíc fyzické problémy spojené s nemocí natolik choulostivé a osobní, že kvůli nim v současné době nežije s žádnou partnerkou a je toho názoru, že nebude partnerský vztah vyhledávat ani v budoucnu.

Dalším okruhem poznatků, které jsem chtěla získat pro svůj výzkum, byly zkušenosti respondentů s vlastním profesním životem. Zda se nemoc, kterou překonávají, citelně zapsala i do této oblasti jejich života, nebo zda se podařilo těžkosti v této oblasti naopak snáze překonat. Chtěla jsem zjistit, jaký je **vztah mezi chronickými střevními záněty a seberealizací pacienta v pracovní profesní oblasti**.

Obecně lze říci, že pracovní uplatnění pacientů s chronickým onemocněním je velmi omezeno (Bajerová et al., 2010). Onemocnění narušuje soukromé plány, intimní život a hrozí dlouhodobá pracovní neschopnost či invalidní důchod, což má výrazné sociální dopady. Nemoc změnila zásadně život pacientů (Evans a Gilbert, 2011). Bohužel tato tvrzení mohu na základě výpovědí respondentů zcela potvrdit.

Všechny respondenty zasáhla nemoc v pracovní oblasti po stránce fyzické a psychické kondice a nových zdravotních omezení. Dva z nich (respondenti č. 1 a 4) dokázali svůj profesní život zcela sladit se zdravotními omezeními. Pracují v kanceláři. Práce je pro ně důležitým stimulem, vrací je do normálního života. Naopak respondentky č. 2 (práce ve školce) a 6 (prodejce nových automobilů) z důvodu zdravotních potíží musely zaměstnání opustit. Respondenti č. 3 a 5 pracují fyzicky. Jejich profesní život ovlivnila nemoc také zásadně. Respondent č. 3 (truhlář, živnostník), respondent č. 5 (tesař, živnostník) velmi negativně pociťují úbytek fyzických sil a neustálou potřebu blízkosti toalety. Projevuje se nejistota z další práce, nejisté zvládnutí následujících pracovních období a zajištění potřebných financí. Dopady nemoci a potřebný denní režim znemožňují pracovní cesty za zhotovením zakázek, navíc úbytek fyzických sil a potřeba častého odpočinku jim znemožňuje hledat zaměstnání ve stejné profesi jinde.

Poslední výzkumnou otázkou jsem zjišťovala, **jaký je vztah mezi způsobem prožívání chronického střevního onemocnění a celkovou životní spokojeností**. Dle Křivohlavého (2001) základnu životní spokojenosti člověka tvoří klíčové oblasti, o něž člověk usiluje, protože dávají jeho životu smysl a naplňují jeho životní cíle.

Pod dojmem uvedeného tvrzení jsem očekávala vyjádření respondentů k jejich životní spokojenosti spíše negativní a pesimistické. Respondenti se však vyjadřovali o svém současném životě naopak většinou kladně. Na ose životní spokojenosti se pohybovali v rozmezí od 65 % do 90 %. Z toho vyplývá, že objektivně vnímanou spokojenost

respondenta se svým životem tvoří obecný aktuální pocit a obraz osobně prožívaného štěstí. Respondenti při detailnějších otázkách sice referovali o svých potížích, ale ani vědomí trvalosti problémů a dlouhodobosti jejich řešení nemá tak zásadní vliv na celkovou životní spokojenost.

4 ZÁVĚR

Na počátku úvah o obsahu diplomové práce a způsobu jejího zpracování jsem se zamýšlela také nad přínosem celého mého snažení. Stanovila jsem si tři pro mne dosažitelné cíle. Zda se mi podařilo tyto cíle naplnit a do jaké míry, mohu ale vyhodnotit jen částečně.

V první řadě jsem chtěla zjistit, v jakých oblastech a jakým způsobem změnilo vybrané osoby s chronickým onemocněním střev svůj životní styl. To byl první cíl práce, který si troufám vyhodnotit jako dosažený. Prostřednictvím narativních rozhovorů s respondenty jsem získala přesnější a ucelenější představu o jejich přístupu k životu, o denních návycích, ale také omezeních a obavách. Výpovědi respondentů potvrzovaly mou představu o složitosti a náročnosti jejich životního stylu. Všichni shodně vnímají nutnost, naléhavost, neodvratitelnost i trvalost zásadních rozdílů jejich současného životního stylu. Svůj život s onemocněním vnímají jako složitější a omezenější než před onemocněním. I přes naplnění mého poměrně pesimistického očekávání, kdy se potvrdilo snížení volnosti, zavedení přísného denního režimu a omezení možností lidí s chronickým onemocněním střev, jsem nevnímala u respondentů pocit beznaděje a deziluze. Naopak jsem musela ocenit jejich statečný a trpělivý přístup ke změnám i jejich posuzování životních hodnot.

Dalším cílem mé práce bylo zprostředkovat veřejnosti informace o omezeních pacientů s chronickým onemocněním střev, bezprostředně ovlivňujících jejich život. V tomto smyslu jsem se snažila přinést dostatek informací a srozumitelně tyto informace prezentovat v diskuzi a závěrech. Ráda bych vyzdvihla velkou ochotu a dostatečnou upřímnost respondentů při našich společných schůzkách. Jejich přístup k mé práci a jejich otevřenost byly pro mne milým překvapením.

Posledním mým stanoveným cílem, který jsem prostřednictvím diplomové práce chtěla dosáhnout, bylo napomáhat toleranci společnosti k omezením pacientů s chronickým onemocněním střev. Právě dosažení tohoto cíle si netroufám již nyní hodnotit. Snažila jsem se zpracovat svou práci přístupnou a zajímavou formou pro širší okruh čtenářů. Uvědomila jsem si, že velká část společnosti nemá informace a základní poznatky o onemocnění střev a jeho nepříjemných projevech, stejně tak jako o četnosti výskytu těchto onemocnění ve společnosti. Doufám, že získané povědomí čtenářů o této

problematice pomůže rozvoji úvah o omezeních, potřebách a způsobu života lidí s onemocněním střev. Přála bych lidem s touto diagnózou, aby jejich potřeby byly v běžném životě snáze dosažitelné a jejich „návrat“ k životnímu stylu před nemocí byl možný v plném rozsahu.

5 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAMCOVÁ, M. 2010. *Nespecifické střevní záněty v dětském věku.* Postgraduální medicína. 2010, roč. 12, č. 2. ISSN 1212-4184.

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

BICKSTON, S., BLOOMFELD, R. 2010. *Handbook of inflammatory bowel disease.* Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health. ISBN 0781766303.

BUREŠ, J., REJCHRT, S. 2001. *Vyšetření tenkého střeva a enteroskopický atlas.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-990-x.

BUREŠ, J., HORÁČEK, J., MALÝ, J. 2014. *Vnitřní lékařství.* 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-145-2.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC, 2015. [online]. [cit. 2015-10-17]. *Epidemiology of the IBD.* Dostupný z WWW: <http://www.cdc.gov/ibd/ibd-epidemiology.htm>

CETKOVSKÁ, P., PIZINGER, K., ŠTORK, J. 2010. *Kožní změny u interních onemocnění.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1004-4.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČERNOCH, J. 2012. *Prekancerózy v trávicím traktu.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3500-9.

ČERVENKOVÁ, R. 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.

ČESKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ. 2015 [online]. [cit. 2015-11-02]. *Guidelines.* Dostupný z WWW:

<http://www.cgs-cls.cz/guidelines/>

ČEŠKA, R., et al., 2010. *Interna*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. 1991 [online]. [cit. 2016-02-17]. *Policies & Strategies to Promote Equity In Health: Background Paper to WHO, Strategy Paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studies. Dostupný z WWW: <http://ci-journal.net/index.php/ciej/article/view/1183/1163>

DRASTICH, P. 2010. *Mimostřevní komplikace idiopatických střevních zánětů*. Zdravotnické noviny, 2010, n. 11, p. 7 – 9. ISSN 1805-2355.

EVANS, K., GILBERT, M. 2011. *Úvod do integrativní psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Triton, Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-446-9.

EUROPEAN CROHN'S AND COLITIS ORGANISATION – ECCO. 2015 [online]. [cit. 2015-10-17]. *Results from the epic study 2014*. Dostupný z WWW: <http://ecco-ibd.eu> .

FALT, P., URBAN, O., VÍTEK, P. 2015 *Koloskopie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5284-6.

FRIČ, P. 2010. *Střevní mikroflóra, gastrointestinální ekosystém a probiotika*. Medicína pro praxi. 2010, roč. 7, č. 11, s. 408–414. ISSN 1214-8687.

FRIED, M. 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2424-2.

GABALEC, L. 2009. *Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života*. Interní medicína pro praxi. ISSN 1212-7299.

GÖPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J. 2013. *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2223-1.

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HEETUN, Z., S., BYRNES, C., NEARY, P., O'MORAIN, C. 2007. *Reproduction in the Patient*

With Inflammatory Bowel Disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 26 (4), 513 – 533. ISSN 1365-2036.

HENDL, J. 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.

HOFMANN, A. 2008. *EMDR: terapie psychotraumatických stresových syndrómov*. Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 978-80-88952-51-0.

CHRZ, V. 2004. *Výzkum jako narativní rekonstrukce*. Kvalitativní přístup ve vědách o člověku. Sborník z konference. Kvalitativní přístup a metody. Olomouc: FFUP.

JANATOVÁ, H. ULIČNÁ, E. 2008. *Zlepšení rovnosti ve zdraví v EU ovlivněním sociálních determinant zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-303-7.

KAHOUN, V. 2013. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-733-0.

KALVACH, Z. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KARGES, W., DAHOUK, J., al. S. 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3108-7.

KASPER, H. 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

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

KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., ŠERCLOVÁ, Z. 2010. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. 1. vyd. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-08-2.

KOHOUT, P. 2011. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. 1. vyd. v nakl. Forsapi. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-12-9.

KOHOUT, P. 2010. *Potraviny - součást zdravého životního stylu.* Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-39-5.

KRECHLER, T. 2015. *Epidemiologické ukazatele nespecifických střevních zánětů.*

Občanské sdružení pacientů s IBD. [online]. [cit. 2015–10–17]. Dostupné z:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?detailSubCatCode=126&productID=301>.

KREJČÍ, M., ČÁBALOVÁ, D. 2012. *Výchova ke zdravému životnímu stylu: pro 2. stupeň ZŠ a odpovídající ročníky víceletých gymnázií.* 1. vyd. Plzeň: Fraus. ISBN 978-80-7238-930-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu.* 1. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

KUKAČKA, V. 2010. *Udržitelnost zdraví.* České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta. ISBN 978-80-7394-217-5.

KUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUZNÍKOVÁ, I. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T. 2010. *Gastroenterologie.* 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, M. 2010. *Účinnost udržovací terapie u ulcerózní kolitidy je ovlivněna farmakokinetikou mesalazinu a adherencí k medikamentózní léčbě.* Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie. 2010, roč. 64, č. 5, s. 26-29. ISSN 1213-323X.

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.

LUKÁŠ, M. et al. 2011. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat.* 1. vyd. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. ISBN 978-80-905120-0-9.

LUKÁŠ, M., BORTLÍK, M. 2011. *Etiologie a patogeneze ulcerózní kolitidy. Stále více otazníků než jasných odpovědí.* Gastroenterologie a hepatologie. 2011, roč. 65, č. 2. ISSN 1804-803X.

LÜLLMANN-RAUCH, R. 2012. *Histologie.* 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3729-4.

MAŘATKA, Z. 1999. *Gastroenterologie.* Vyd. 1. V Praze: Karolinum. ISBN 80-7184-561-2.

MEISNEROVÁ, E. 2011. *Nutriční podpora u střevních zánětů.* Interní medicína. 2011, roč. 13, č. 1, s. 35-37. ISSN 1212-7299.

NEVORAL, J. 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2863-9.

PAVELKA, K., ARENBERGER, P., LUKÁŠ, M., et al. 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii.* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5048-4.

PRŮŠA, R. 2012. *Průvodce laboratorními nálezy.* Praha: Raabe. ISBN 978-80-87553-68-8.

REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

SEIDL, Z., VANĚČKOVÁ, M. 2014. *Diagnostická radiologie.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4546-6.

SEIDL, Z. 2012. *Radiologie pro studium i praxi.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4108-6.

SCHUMPELICK, V. 2013. *Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4531-2.

SOUČEK, M. 2011. *Vnitřní lékařství.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.

TYL, J., SCHNEIBERG, F. 1998. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-654-6.

TYPLTOVÁ, J. 2012. *Činnost oboru gastroenterologie v ČR v roce 2011.* Ústav

zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2015–11–07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gastroenterologie-cr-roce-2011>.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VRÁNOVÁ, D. 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.

VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. 2010. *Současná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.

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

ZACHOVÁ, V. 2010. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.

ZAVORAL, M. 2005. *Karcinom pankreatu*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-348-6.

ZEMAN, M., KRŠKA, Z. 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

ZICHA, J. et al. 2001. *Rukověť základů praktické interny*. 1. vyd. Brno: Masarykova universita. ISBN 80-210-2561-1.

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