



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními
záněty (IBD - Inflammatory bowel disease)**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Kristýna Havelková

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Klímová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty – IBD“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu z citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 záznam o průběhu a obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

.....

Poděkování

Velice ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lence Klímové za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování této práce

Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty (IBD Inflammatory bowel disease)

Abstrakt

Nespecifické střevní záněty jsou mezi zdravotníky často diskutované téma v oblasti diagnostiky, léčby a prognózy, ale kvalita života bývá často opomíjena. Bakalářská práce si klade za cíl zjistit kvalitu života pacientů s idiopatickými střevními záněty. V teoretické části čtenáře seznámím s nespecifickými střevními záněty, kam patří Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Empirickou část jsem zaměřila přímo na kvalitu života u pacientů s IBD. Pro zpracování výzkumné části jsem užila standardizovaný dotazník Short Form 36 zaměřený na kvalitu života, který byl určen pacientům Jihočeského kraje. K dosažení cíle jsem si zvolila tři hlavní hypotézy, které zní:

H1: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v psychické oblasti.

H2: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy ve fyzické oblasti.

H3: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v sociální oblasti.

Výzkumné šetření jsem prováděla v programu Word Excel pomocí grafů a základní statistiky. Pozitivní výsledky respondentů mě velice překvapily, protože nejvíce respondentů odpovědělo na otázky týkající se kvality života pozitivně. Věřím, na to má vliv nejnovější dostupná léčba, včasná diagnostika, ale i snaha společnosti přistupovat k chronicky nemocným lidem s laskavostí a úctou. Výzkum mě přesvědčil, že i chronicky nemocní lidé mohou mít kvalitní život.

Téma mé bakalářské práce mě velice zajímalo a měla jsem opravdu jiné představy o výsledcích, tudíž mě výsledky překvapily. Psaní bakalářské práce bylo pro mě velmi přínosné. Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro sestry v praxi nebo studenty nelékařských zdravotnických oborů. Dále tato práce může sloužit jako podklad pro další výzkumné šetření.

Klíčová slova:

Nespecifické střevní záněty; Crohnova choroba; ulcerózní kolitida; kvalita života; gastroenterologie; pacient; ošetrovatelská péče; IBD.

Quality of Life of Patients with Inflammatory Bowel Disease

Abstract

Inflammatory bowel disease is often discussed topic among the medics in the field of diagnostics, treatment and prognosis, however what is usually ignored is quality of life. The bachelor thesis aims at revealing the quality of life of patients with idiopathic bowel disease. The theoretical part introduces inflammatory bowel disease with its principal types of Crohn's disease and ulcerative colitis. The empiric part is focused on IBD patients' quality of life. The research part of the thesis is based on standardized questionnaire Short Form 36, aimed at quality of life of patients in South Bohemia. For reaching the goal, three main hypotheses were selected:

H1: Patients with inflammatory bowel disease (IBD) have mental problems.

H2: Patients with inflammatory bowel disease (IBD) have physical problems.

H3: Patients with inflammatory bowel disease (IBD) have social problems.

The questionnaire construction was conducted in Word Excel programme using graphs and basic statistics. A positive output from the respondents was very surprising because the most of the respondents answered the questions concerning their quality of life positively. It is possible to state that this situation may be caused by the latest available treatment, timely diagnosis and also by a certain effort within our society to deal with chronically ill patients with kindness and respect. This survey convinced me that also people with chronic diseases can have good quality of life.

The topic of this bachelor thesis was highly interesting for me; my original presumptions were different, therefore the results were surprisingly pleasing. Creating this bachelor thesis was very helpful for me. This bachelor thesis can be used as informative material for nurses in hospitals or for students of non-medical health care branches. Furthermore, this thesis can be used for further study.

Key words: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, quality of life, gastroenterology, patient, nursing care, IBD.

Obsah

Úvod	- 8 -
1. Současný stav dané problematiky	- 9 -
1. 1 Historie.....	- 9 -
1. 2 Gastrointestinální trakt	- 10 -
1. 3 Nespecifická onemocnění – vymezení pojmu	- 11 -
1. 4 Nespecifické střevní záněty – vymezení pojmu.....	- 12 -
1. 4. 1 Crohnova choroba (CD – Crohn ‘s disease).....	- 13 -
1. 4. 2 Ulcerózní kolitida (UC – ulcerative colitis)	- 14 -
1. 5 Epidemiologie	- 14 -
1. 6 Etiologie a patogeneze	- 16 -
1. 7 Klinický obraz	- 17 -
1. 7. 1 Gastrointestinální projevy	- 17 -
1. 7. 2 Extraintestinální projevy	- 18 -
1. 8 Diagnostika	- 20 -
1. 9 Léčba	- 21 -
1. 9. 1 Dietní opatření a umělá výživa.....	- 22 -
1. 9. 2 Medikamentózní léčba.....	- 24 -
1. 9. 3 Chirurgická léčba.....	- 27 -
1. 9. 4 Psychoterapie.....	- 28 -
1. 10 Komplikace.....	- 29 -
1. 11 Ošetrovatelská péče	- 30 -
2. Kvalita života.....	- 33 -
2. 1 Definice zdraví	- 34 -
2. 2 Definice nemoci.....	- 34 -
2. 3 Pojetí a definice pojmu „kvalita života“	- 34 -
2. 4 Hodnocení kvality života	- 35 -
3. Cíle práce a hypotézy.....	- 37 -
3. 1 Cíle práce.....	- 37 -
3. 2 Hypotézy.....	- 37 -
4. Metodika	- 38 -
4. 1 Popis metodiky	- 38 -

4. 2 Charakteristika výzkumného souboru	- 38 -
4. 3 Zpracování dat	- 39 -
5. Výsledky	- 40 -
6. Diskuze	- 54 -
7. Závěr	- 62 -
8. Seznam použitých zdrojů	- 64 -
9. Přílohy	- 68 -
10. Seznam zkratek	- 72 -

Úvod

Jakékoliv onemocnění představuje pro jedince náročnou životní situaci, se kterou, se musí pacient vyrovnat. Nemoc zasahuje jak do biologické tak psychické stránky jedince a tím výrazně ovlivňuje kvalitu života, zvláště pak, pokud se jedná o onemocnění chronické, které postupem času velmi vyčerpává. Téma bakalářské práce je zaměřeno na idiopatické střevní záněty, kam patří onemocnění Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Nemoci se od sebe rozlišují zejména tím, že chronický zánět u Crohnovy nemoci postihuje celý trávicí trakt, zatímco u ulcerózní kolitidy pouze tlusté střevo. Obě onemocnění však spojuje nejasná etiologie, nejasná léčba a nejasná prognóza. U obou onemocnění se střídají fáze klidu (remise) a fáze vzplanutí (relapsu), kdy především druhá fáze ovlivňuje velmi negativně kvalitu života nemocného. A právě kvalitu života pacientů s nespecifickými střevními záněty má bakalářská práce zkoumat, poněvadž duševní pohoda pacienta ovlivňuje somatickou stránku a naopak.

Výskyt nespecifických střevních zánětů stále roste, zejména u mladé populace, kdy často slycháváme o vlivu rizikových faktorů na propuknutí onemocnění, jako je kouření, špatná životospráva, stres či snížená imunita. Ovšem příčina známá není. Onemocnění je tedy často diskutované v oblasti zdravotníků a podle mého názoru je malá informovanost o onemocnění v běžné populaci. Myslím si, že i přes to, kdy se o IBD ví, je kvalita života buď opomíjená, nebo je dána až na poslední místo v prioritách při léčbě o nemocného jedince. Každý zdravotník by měl mít na paměti, že dobrý zdravotní a psychický stav ovlivňuje kvalitu života a tím i následnou léčbu a adaptaci na případnou hospitalizaci. Zdravotník, pacient i informovaný občan by tedy měli vědět, které faktory nemocnému kvalitu života zlepšují a které zhoršují, aby mu mohli pomoci.

Mezi nemocnými se najdou ti, co jsou v remisi, ale i ti, co jsou v relapsu a objektivně je zřejmé, že jejich kvalita života bude snížena. Cílem mé bakalářské práce je zjištění kvality života pacientů s nespecifickými střevními záněty, bez ohledu na to, zda klient trpí Crohnovou chorobou či ulcerózní kolitidou. Výzkumný soubor jsem prováděla pomocí standardizovaného dotazníku Short Form 36 (SF 36) v Jihočeském kraji. Doufám, že má bakalářská práce, zejména výzkumná část, ukáže kvalitu života pacientů v pravém světle a že bude sloužit ke snaze zlepšení kvality života či dalšímu hlubšímu zkoumání.

1. Současný stav dané problematiky

Mezi idiopatické střevní záněty patří Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, kdy je zánětem postižena kterákoliv část trávicí trubice. Díky vysokým nárokům v práci, stresovým situacím i špatnému stravování stoupá počet nově diagnostikovaných případů. Příčina IBD je nejasná, ale jsou předpoklady, že genetická predispozice, poruchy imunity, stres i nepravidelné stravování, může mít vliv na propuknutí nemoci.

Vznik nespecifických střevních zánětů stále roste. V České Republice přibývá nespočet nových nemocných pacientů, kteří bojují s léčbou a relapsy idiopatických střevních zánětů. Na světě je nyní okolo 5 miliónů pacientů s IBD, v České republice téměř 50 000 a každý rok přibývají nové případy, popisuje Fuchsová (2012). Rendl et al. (2013) uvádějí za poslední dobu veliký nárůst idiopatických střevních zánětů v průmyslově vyspělých zemích, avšak vzestup Crohnovy choroby v České republice není tak významný jako u ulcerózní kolitidy, jejichž výskyt se za posledních dvacet let téměř zdvojnásobil.

1.1 Historie

Již od počátků 20. století kdy pokročila medicína a rozpoznávala se správná etiologie střevních zánětů, zejména se oddělily záněty infekční - vznikl pojem idiopatické střevní záněty. Dle Mařatky (1999) byl od té doby o idiopatické střevní záněty veliký zájem a popularita daného tématu výrazně rostla. Mařatka (1999) uvádí, že nespecifické střevní záněty, se tak staly nejdiskutovanější v současné gastroenterologii.

Lukáš et al. (1998) uvádějí, že v první čtvrtině dvacátého století byl původ ulcerózní kolitidy infekční. Dlouhá léta neslo onemocnění název bacilární dyzentérie. Významný rozvoj nových poznatků ve světě ohledně nespecifických střevních zánětů, především ulcerózní kolitidy byl v Anglii a ve Francii (Mařatka, 1999). U nás se ulcerózní kolitida stala samostatným onemocněním až v období po první světové válce, kdy přispěla monografie Zdeňka Mařatky z roku 1948 (Mařatka, 1999). Jedná se o první obsáhlé dílo o ulcerózní kolitidě v naší odborné literatuře (Lukáš et al., 1998). První zmínka o pacientovi, který pravděpodobně trpěl ulcerózní kolitidou, pochází z roku 1774. Jedná se o čtyřicetiletého muže, který umřel 18 let po prvních příznacích choroby (Lukáš et al., 1998).

Crohnova choroba se u nás začala odlišovat od ulcerózní kolitidy v druhé polovině šedesátých let. Popsána však byla jako onemocnění tlustého střeva na konci padesátých

let (Mařatka, 1999). Dle Lukáše et al. (1998) bylo popsáno prvních 13 nemocných s příznaky Crohnovy nemoci již v roce 1913, kdy byly při pitvě nalezeny na tlustém střevě změny typické pro Crohnovu chorobu. Crohnova nemoc nese název podle pana B. B. Crohna, který roku 1932 přispěl k první velké identifikaci nemoci. Popis Crohnovy choroby se od prvních zmínek do současné doby liší.

1. 2 Gastrointestinální trakt

Trávicí systém patří mezi nedůležitější systémy v lidském organismu, kdy každý systém souvisí s každým a při vynechání jedné funkce daného systému se projeví příznaky i na těch ostatních. Trávicí trakt se skládá z trávicí trubice a připojených žláz s vnější sekrecí (exokrinní). Stěna trávicí trubice je složena ze sliznice, podslizničního vaziva, svaloviny a z pobřišnice. Exokrinní žlázy zažívacího traktu produkují své sekrety do orgánových dutin. Mezi ně patří příušní žláza, podčelistní a podjazyková slinná žláza. Dále slinivka břišní, játra a ostatní drobné žlázy uložené přímo ve stěně trubice. Výjimku tvoří pankreas, který je i endogenní žlázou, tedy i s vnitřní sekrecí (Dylevský, 2007).

Trávicí trubice se skládá z dutiny ústní (cavitas oris), hltanu (pharynx), jícnu (oesophagus), žaludku (ventriculus), tenkého střeva a tlustého střeva (Dylevský, 2007). V prvním úseku trávicí dutině nalezneme dutinu ústní, jazyk, zuby, slinné žlázy, měkké patro, hltan a jícen. V dutině ústní najdeme jazyk, zuby a ústí drobných slizničních i velkých slinných žláz (příušní – glandulae parotis, podčelistní gl. submandibularis a podjazyková žláza – gl. sublingualis). Voda (99%), mucin, ptyalin a anorganické soli mají za následek vzniknutí slin. Dospělý jedinec má 32 zubů, zatím co dočasného chrupu je 20. Jícen je svalová trubice, spojující hltan se žaludkem (Merkunová et al., 2008).

V druhém úseku zažívacího traktu nalezneme žaludek, který je složen z kardia, těla a pyloru. Sliznice žaludku je tvořena řasy a důležitou složkou je žaludeční šťáva. Na žaludek navazuje tenké střevo, kde probíhá hlavní část trávení, vstřebávání a kde vzniká střevní šťáva. Ve sliznici tenkého střeva nalezneme klky. Délka trubice tenkého střeva je 3 – 5 metrů. Skládá se z dvanáctníku (duodenum), lačnicku (jejunum) a kyčelníku (ileum), (Dylevský, 2006).

Na tenké střevo navazuje tlusté střevo, které se skládá ze slepého střeva (caecum), červovitého přívěsku (apendix vermiformis), vzestupného tračnicku (colon ascendens), příčného tračnicku (colon transversum), sestupného tračnicku (colon descendens),

esovitého tračníku (colon sigmoideum) a konečníku (rectum). Stěna tlustého střeva je upravena pro vstřebávání vody a zahuštění obsahu pro dokončení trávení hnitím a kvašením zbytků potravy. Sliznice nemá klky. I zde najdeme množství hleny, který produkuje sliznice, jako ochrannou funkci stěny střeva před poškozením. V konečníku se formuje stolice z nestravitelných zbytků potravy. Ze střeva je stolice vyprázdněna pomocí reflexních stahů břišních svalů a bránice. Současně dochází k uvolnění svěračů (Dylevský, 2007).

Mezi největší metabolickou žlázou organismu patří játra (hepar). Jaterní lalůček je základní stavební jednotkou jater. Ten je složen z jaterních buněk, které produkují žluč. V játrech je uložen žlučový měchýř, který slouží jako rezervoár pro žluč (500-700ml). Další žlázou, která má vnitřní i vnější sekreci je slinivka břišní (pankreas), kde vzniká pankreatická šťáva, která je tvořena enzymy pro štěpení všech složek potravy. Ta odtéká spolu se žlučí do duodena. Mezi endogenní část pankreatu patří Langerhansovy ostrůvky produkující inzulín a glukagon (Merkunová et al., 2008).

Hlavními funkcemi zažívacího traktu je trávení, vstřebávání, skladování potravy a sekrece. Za den vznikne 5 -7 litrů trávicích šťáv, mezi které patří sliny, žaludeční šťáva, produkující mimo jiné kyselinu chlorovodíkovou. Dále pankreatická šťáva, která se smísí se žlučí. A šťáva duodena a tenkého střeva, která dokončuje trávení bílkovin a štěpí cukry. Další významnou funkcí trávicího traktu je vylučování, které pomáhá k odstraňování zplodin a škodlivých látek přijaté potravou či léky. Významnou úlohou je funkce obranná, která má za úkol chránit sliznici zažívacího traktu. Mezi ochranné faktory patří hlen, lysozomy, fagocyty, pH prostředí - slizniční bariéra. Neméně důležitou obrannou funkci má i běžná střevní flóra (Merkunová et al., 2008).

1. 3 Nespecifická onemocnění – vymezení pojmu

Nespecifická onemocnění, jinak řečeno autoimunitní choroby postihují přibližně 5 - 7% obyvatel ve vyspělých zemích a představují medicínský i společenský problém (Shoenfeld et al., 2007). Imunitní systém je hlavním obranným mechanismem organismu proti infekcím. Autoimunitní onemocnění tedy vzniká, pokud se vyskytne porucha imunitního systému, kdy může dojít k postižení, jakéhokoli orgánu či tkáně. Shoenfeld et al. (2007) rozdělují autoimunitní choroby podle mechanismu poškození do dvou skupin. První skupinou je poškození převážně buněčnými složkami imunity. Do druhé skupiny patří poškození protilátkami. Příčiny jsou multifaktoriální (Navrátil et al., 2008). Dle Bartůňkové et al. (2011) je předpokladem onemocnění zejména genetika,

poruchy imunity nebo hormonální změny. Shoenfeld et al. (2007) doplňují ovlivnění nemoci zevními vlivy, jako je například kouření, špatné stravovací návyky, stres, nedostatečný pohyb a další.

Autoimunitní choroby se rozdělují za prvé na *klasické autoimunitní choroby – systémové* (systémový lupus erythematoses), dále na *autoimunitní choroby orgánově specifické* (idiopatické střevní záněty), poslední skupinou jsou *choroby s částečnou nebo předpokládanou autoimunitní podstatou* (schizofrenie, ateroskleróza, autismus), (Bartůňková et al., 2011). Shoenfeld et al. (2007) ve své knize popisují, že přibližným odhadem výskytu autoimunitních chorob ve středoevropské populaci se na prvním místě hlásí revmatoidní artritida (1 : 100). Nespecifické střevní záněty (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba) zabírají deváté místo v tabulce (5: 100 000), (Shoenfeld et al., 2007).

1. 4 Nespecifické střevní záněty – vymezení pojmu

Pod pojmem nespecifické střevní záněty rozumíme postižení střeva, které je zapříčiněno zánětem nejasné etiologie (Lukáš et al., 2007). Kohout et al. (2006) uvádějí, že v jiné literatuře se můžeme setkat s podobným názvem: idiopatické střevní záněty (ISZ) a v anglickém překladu, který nalezneme odborné literatuře, nese označení Inflammatory Bowel Disease (IBD). Whayman et al. (2011) charakterizují IBD, jako idiopatickou, chronickou, repasující a remitující zánětlivou poruchu gastrointestinálního traktu. O vzniku onemocnění se stále spekuluje. Původ je nejasný, o čem svědčí i název idiopatický – neznámý původ (Navrátil et al., 2008). Střevní záněty specifické se od idiopatických liší právě tím, že známe jejich příčinu (Lukáš et al., 2007). Podle Kohouta et al., (2006) z oblasti specifických střevních zánětů se můžeme setkat například s průjmovitým onemocněním, kdy příčinou jsou bakterie *Salmonella* (Salmonelóza), nebo *E. Colli* či *Colostridium difficiele* a mnohé další. Existují i onemocnění, která mohou IBD napodobovat, ale u kterých nalezneme příčinu, např.: celiakie (nesnášenlivost lepku).

Do idiopatických střevních zánětů jsou klasifikovány dvě nemoci, podle typu postižení střevní sliznice (Červenková, 2009). Ulcerózní kolitida postihuje pouze sliznici, zatímco Crohnova choroba celou střevní stěnu (Navrátil et al., 2008). Choroby se od sebe liší i projevy. Ulcerózní kolitida napadá jen tlusté střevo a konečník, zatímco Crohnova choroba postihne jakoukoliv část trávicí trubice (Lukáš et al., 2007).

I když příčina pro vznik onemocnění není známá, Navrátil et al. (2008) uvádějí předpoklady, které mohou mít za následek vzniknutí nespecifických střevních zánětů jako je dědičnost (genetika), která hraje výraznou roli ve všech idiopatických onemocnění. Dle Kohouta et al., (2006) k propuknutí onemocnění pak mohou vést faktory zevního prostředí, jako je dietní chyba, oslabená imunita, infekční nebo psychické onemocnění, kdy je jedinec oslabený. Tím, že není jasná příčina, není ani lék, který by chorobu vyléčil (Lukáš et al., 2007). Podle Červenkové (2009) všechny prostředky léčby neléčí příčinu onemocnění, nýbrž pouze symptomy, projevy a následné komplikace nemoci a snaží se tak alespoň o zlepšení kvality života jedince. Díky stále lepším medikamentům lze onemocnění navodit do fáze remise, tedy fáze klidu, který se může teoreticky považovat za vyléčení (Červenková, 2009).

1. 4. 1 Crohnova choroba (CD – Crohn 's disease)

Jedná se o zánětlivé, progresivní onemocnění vyskytující se nejčastěji v oblasti tenkého či tlustého střeva nebo konečníku. Může ale postihnout jakoukoliv část trávicí trubice a dokonce i mimo střevní orgány (Kohout et al., 2006). Dle Keila et al. (2012) jde o zánět procházející celou střevní stěnou vedoucí často k fibrózám, penetracím přes serósu trávicí trubice. Typické pro onemocnění je, že zánět postihuje jakoukoliv část trávicí trubice od úst až po konečník (Keil et al., 2012). První kdo poprvé nemoc popsal, byl Burrill Bernard Crohn roku 1932 se spolupracovníky. Tehdy ji definoval pouze jako onemocnění poslední části tenkého střeva (terminální ileum), v oblasti, kdy se tenké střevo napojuje na tlusté střevo (ileocekální oblast). Později roku 1960 byla Crohnova choroba popsána i jako onemocnění tlustého střeva a odlišena od ulcerózní kolitidy (Mařatka, 1999). Bulton et al. (2011) popisují, že příznaky Crohnovi nemoci mohou být přítomny po značnou dobu, obvykle 3 – 4 roky před stanovením diagnózy. Při onemocnění je postižená celá střevní stěna, na které se střídají úseky zdravé a nemocné. Později se také zjistilo, že zánět postihuje v 20% pouze tenké střevo, v 20% pouze střevo tlusté a v 30%, obě střeva navzájem. Postižení samotného konečníku je v 30 % (Kohout et al., 2006). Lukáš et al. (2007), popisují trochu rozdílné procentuální zastoupení zánětu. Podle něj je tenké střevo postiženo ve 25 – 30%, tenké i tlusté střevo zároveň v 45%, tlusté střevo v 30% a postižení anorektální oblasti v 30 až 40%. Díky postižení celé střevní stěny mohou vznikat komplikace jako píštěle (propojení mezi střevem a dalšími orgány střevními kličky) a abscesy (dutiny vyplněné hnisem). Další neméně vážnou komplikací, která nastává po delší době onemocnění je zúžení průsvitu

střev způsobené hojením (zjizvením) zánětu a tak může nastat neprůchodnost střev (Keil et al., 2012). Tersigni et al. (2010) uvádí, že nejčastější projevení onemocnění je během 20 až 35 lety věku, avšak diagnostika může být i v dětském věku

1. 4. 2 Ulcerózní kolitida (UC – ulcerative colitis)

Dle Kohouta et al. (2006) se jedná se o zánětlivé onemocnění, které postihuje vždy konečník a k tomu různě dlouhou část tlustého střeva. Onemocnění se šíří vždy nepřerušovaně a souvisle. Nestřídají se na střevě zdravé a nemocné úseky jako u Crohnovy choroby (Červenková, 2009). Dle profesora Mařatky se můžeme setkat v jeho knihách i s názvem: idiopatická proktokolitida. Toto označení ale u nás nenašlo své místo (Mařatka, 1999). Keil et al. (2012) charakterizují onemocnění recidivujícími epizodami zánětlivého procesu, které postihuje pouze slizniční vrstvu tlustého střeva. Typickou lokalizací je rektum, zánět se však šíří kontinuálně orálním směrem na další část tračníku (Keil et al. 2012). Kouhout et al. (2006) popisují, že při postižení konečníku a esovité kličky, se jedná o lehkou formu, která postihuje 50% pacientů. U 20% pacientů se setkáváme se středně těžkou formou, kdy je postižen navíc i sestupný tračník. Při těžké formě je postiženo celé tlusté střevo, tedy i tračník příčný, vzestupný a oblast slepého střeva (30% pacientů). Klasifikace postižení se dle Lukáše et al. (2007) se mírně liší. Lehkou formu považuje u 30-50% nemocných, středně těžkou formu též u 30-50% nemocných a těžkou formu u 15-20% nemocných. Lukáš et al. (2007) navíc uvádí, že může být postiženo i střevo tenké. Komplikace u ulcerózní kolitidy jsou menší než u Crohnovy choroby. Zejména se zde nesetkáme s píštěli a abscesy, jelikož je postižena pouze střevní sliznice. Krev v průjemovité stolici je nejčestnější projev ulcerózní kolitidy (Kohout et al., 2006). Nejčastější diagnostika onemocnění bývá podle Keila et al. (2012) mezi 15 až 20 lety. Keil et al. (2012) ale popisují, že onemocnění může přijít i ve vyšším věku, nejčastěji mezi 50 až 60 lety. Podle Bultona et al. (2011) bývá někdy ulcerózní kolitida k nerozeznání od Crohnovy choroby, proto je důležité důkladné vyšetření.

1. 5 Epidemiologie

Vznik nespecifických střevních zánětů stále roste. V České Republice přibývá nespočet nových nemocných pacientů, kteří bojují s léčbou a relapsy idiopatických střevních zánětů. Kohout et al. (2006), uvádí, že se nemoc projevuje okolo třiceti let. Keil et al. (2012) popisují, že Crohnova choroba se ukáže nejčastěji v rozmezí mezi 20. – 35. rokem života, nicméně počet onemocnění diagnostikované v dětském věku

přibývá. Projevy ulcerózní kolitidy podle Keila et al. (2012) jsou mezi 15 - 25 lety věku, avšak nečastější první projevy jsou mezi 50 až 60 rokem života. Kohout et al. (2006) ve své knize dále uvádí, že výskyt se může objevit i mimo dané věkové hranice, výjimku netvoří ani vzniklé nové případy u dětí. V roce 1967 Mařatka s Nedbalem publikovali první epidemiologickou studii zabývající se ulcerózní kolitidou (Lukáš et al., 1998).

Už Luláš et al. (1998) se zmiňují, že věk, pohlaví, životní styl, geografická poloha, rasa, etika či socioekonomická struktura ovlivňují incidenci a prevalenci idiopatických střevních zánětů. Prevalence Crohnovy choroby v České Republice je podle Kohouta et al. (2006) 20 – 30 pacientů na 100 000 obyvatel. U ulcerózní kolitidy je 30 – 50 pacientů na 100 000 obyvatel. Keil et al. (2012), uvádějí prevalenci u Ulcerózní kolitidy mírně odlišnou, tedy v hodnotách 10 - 42 nemocných/100 000 obyvatel. V porovnání koncem 80. let 20. století, byla prevalence 40 – 45 pacientů na 100 000 obyvatel (Lukáš et al., 1998). Incidence, tedy počet nových pacientů v daném roce je podle starších dat u Crohnovy choroby 1 až 3 pacienti na 100 000 obyvatel, zatím co u ulcerózní kolitidy 3 až 10 nových pacientů na 100 000 obyvatel (Kohout et al., 2006). Incidence dle Keila et al. (2012) se liší tím, že počet nových případů stále roste a nyní se incidence u Crohnovy choroby odhaduje na 5 a více nemocných/100 000 obyvatel. Zatímco incidenci Keil et al. (2012) uvádějí u ulcerózní kolitidy v menším rozpětí než Kohout et al. (2006), tedy 3 – 5 nemocných/100 000 obyvatel. Koncem 80 let 20. století byla incidence 3 – 5 nově nemocných na 100 000 obyvatel (Lukáš et al. 1998). Nárůst nových pacientů a četnost onemocnění je vyšší u ulcerózní kolitidy. Incidence ulcerózní kolitidy se za posledních 20 let takřka ztrojnásobila (Typtlová, 2012).

Dalším faktorem, je regionální rozložení nemoci. Počet nových případů je podle výzkumů nejvyšší v jihomoravském kraji (Typtlová, 2012). Nevyšší incidenci v jihomoravském kraji uvádějí i autoři Lukáš et al. (1988), ve své knize. Dle Typtlové (2012) je nejčastější výskyt onemocnění v severočeském kraji, zatím co nejmenší výskyt v kraji jihočeském. V porovnání s Lukášem et al. (1998), kdy byl výzkum prováděn v letech 1990 - 1992, byla největší prevalence idiopatických střevních zánětů též v severočeském kraji, naopak nejnižší výskyt byl v kraji západočeském. Česka et al. (2001) ve své knize zmiňuje, že všeobecně nejčastější výskyt nespecifických střevních zánětů je u europoidní rasy. Kromě věku a rasy je i pohlaví ukazatelem pro výskyt IBD. Kohout et al. (2006) uvádí, že výskyt Crohnovy choroby není ovlivňován pohlavím, zatím co ulcerózní kolitida je 1,5x častější u žen. Dalším demografickým ukazatelem je mortalita, která se nyní u Crohnovy choroby pohybuje pod 1 %, ale i přes moderní

pokroky v medicíně a léčbě neklesá (Češka et al., 2010). Podle Lukáše et al. (1999), byla mortalita pacientů s Crohnovou chorobou ve 20. století 2,6% na 1 000 nemocných. Crohnova nemoc měla v letech 1950 – 1974 mírně zvýšenou mortalitu na rozdíl od ulcerózní kolitidy, která od roku 1950 výrazně klesla (Lukáš et al., 1998).

1. 6 Etiologie a patogeneze

Proč vznikají nespecifické střevní záněty, není stále jasné. Můžeme pouze spekulovat o rizikových faktorech, které mají za následek propuknutí nemoci. Předpokládá se vliv vrozených faktorů a faktorů zevního prostředí (Lukáš et al., 2007). Důležité obory zabývající se příčinou nespecifických střevních zánětů jsou kromě gastroenterologie, také imunologie a genetika (Navrátil, 2008). Existuje mnoho teorií, ale žádná není stoprocentně dokázaná.

Autoimunitní proces je zatím nejvíce pravděpodobnou teorií, kdy dochází ke vzniku místních změn a zmnožením lymfatické tkáně. Střevo je tak napadeno autoimunitním procesem, kdy jsou ničeny vlastní buňky (Příčiny..., 2016). Jedná se o abnormálně zvýšenou reakci buněk střevní sliznice na běžné součásti potravy, bakterie a jiné antigeny. V normálních případech tento proces slouží k ochraně organismu, ale v momentě, kdy jsou porušené, se tak obrátí proti vlastnímu tělu (Příčiny..., 2016). Důležitou roli dle Šafránkové et al. (2006), je porušení funkce slizniční bariéry, což vede právě k pronikání antigenů, jehož důsledkem je poškození střeva a zánět.

Infekce není příčinou nespecifického zánětu, ale i tak je mikrobiální osídlení střeva podmínkou pro chronický zánět u Crohnovy nemoci. Pro vznik Crohnovy choroby mají patričný význam aerobní bakterie (Šafránková et al., 2006). Infekční teorii potvrzuje léčba antibiotiky a sulfonamidy, díky nimž se po dlouhé době (několik měsíců) užívání zánět u Crohnovy choroby zhojí (Šafránková et al., 2006). Kohout et al. (2007), se také zmiňují o infekčním agens. Zmiňují se o infekci virem spalniček, Mykobakteriím podobným těm, které způsobují tuberkulózu, vlivy bakteriální či virové toxiny.

Dítě et al., (2007) se zmiňují o dědičném faktoru. Nespecifické střevní záněty se vyskytují familiárně u jednovaječných dvojčat. Díky rodinným vlivům jsou příbuzný podle Kohouta et al. (2007) nemocný asi v 5%. Kohout et al. (2007) se vyjadřují ke geneticky podmíněným vlastnostem, jako je zvýšená propustnost střevní sliznice a porucha imunitní reakce (tvorba protilátek, antigenů, alergické reakce). Šafránková et al. (2006) popisují důležitost vlivu zevního prostředí, životosprávy (málo vlákniny), dále kouření a stres. Zvláštností kouření je, že u Crohnovy choroby je nepříznivým

faktorem, zatím co u ulcerózní kolitidy faktorem ochranným. Choroba se pak projeví často po roce skončení s kouřením (Šafránková et al., 2006).

1. 7 Klinický obraz

Pacient se po zjištění diagnózy a po prvních příznacích (první ataka) potýká s problémy onemocnění celý život. Záleží pak na stavech klidu, neboli vymizení příznaků (remise) a vzplanutí choroby (relapsu), (Češka et al., 2010). U Crohnovy nemoci se jako obnova příznaků užívá výraz recidiva (Dítě et al., 2007). Podle těchto fází se odvíjejí i příznaky a kvalita života jedinců. Nedílnou součástí znalosti pacientů, je vědět jak eliminovat riziko vzniku relapsu, aby byl jedinec co v nejlepším zdravotním i psychickém stavu.

Mluvíme-li o Crohnově nemoci, či o ulcerózní kolitidě – obě nemoci mají mnoho společného, ale jsou odlišné tím, kterou část střeva postihují, nebo do jaké hloubky postihují střevní sliznici. Tím se odlišují i projevy idiopatických střevních zánětů (Dítě et al., 2007). Češka et al. (2010) uvádí, že manifestace se může vyskytnout jak přímo v zažívacím systému tak i mimo něj, tedy extraintestinální symptomatologie. Češka et al. (2010), podotýkají, že výjimku netvoří ani mírné abdominální problémy s výraznými mimostřevními manifestacemi. Kohout et al. (2006) zase uvádí i cyklický děj nemoci, kdy výrazné projevy mohou skončit a vymizí. Někdy nemoc může ustát i v nespecifických příznacích, jako je úbytek na váze, anémie, či subfebrilie (Češka et al., 2010).

1. 7. 1 Gastrointestinální projevy

Bolest břicha lokalizovaná nejčastěji v pravém podbříšku, průjmovitá stolice, většinou bez krve, zvýšená tělesná teplota a váhový úbytek, pocit plnosti, potíže po jídle – to jsou podle Češky et al. (2010) hlavní manifestací Crohnovy nemoci. Keil et al. (2012) doplňují příznaky o únavu a zveřejňují i protrhovaný průjem. Většinou se jedná o rychlý a náhlý začátek, který se diagnostikuje jako zánět slepého střeva (apendicitida), (Češka et al., 2010). Charakter bolesti je ze začátku tlakový. Při zhoršení zánětu se dle Navrátila et al. (2008), objevují křeče a dyspeptické potíže, jako je flatulence, říhání a nadýmání, nechutenství. Češka et al. (2010) tyto projevy popisuje jako dyspeptický syndrom. Pro tyto potíže je typický časový interval, tedy výskyt zhruba jednu hodinu po jídle (Navrátil et al., 2010). Češka et al. (2010) také popisují malnutrici, intermitentní bolesti břicha a zvracení nestráveného obsahu. Při Crohnově nemoci mohou být průjmy, ale i stolice formovaného tvaru. Keil et al. (2012) uvádějí, že minimálně 10%

nemocných průjmem netrpí. Souček et al. (2010) zmiňuje, že pro projev příznaků je důležité, která část trávicího traktu je postižena. Zajímavé je, že u Crohnovy nemoci je na břiše v pravé jámě kyčelní hmatná bolestivá a tuhá rezistence (Šafránková et al., 2006). Česka et al. (2010) uvádějí i příznaky v jícnu, kdy může dojít ke stenóze s vředy neboli zúžení, což má za následek dysfagii (obtížné polykání a tím pádem úbytek na váze. Mezi prvním specifickým příznakem u Crohnovy choroby může být střevní neprůchodnost (ileus), malabsorbční syndrom, neboli těžká podvýživa (Kohout et al., 2006). U Crohnovy nemoci se může při velkém postižení tenkého střeva objevit abscesy a píštěle (Keil et al., 2012). Důsledkem perforace střeva nebo zvětšením abscesu může dle popisu Součka et al. (2010) dojít k náhlé příhodě břišní.

Projevy dle Keila et al. (2012) u ulcerózní kolitidy závisí především na aktivitě a rozsahu onemocnění. Lokalizace křečových bolestí u ulcerózní kolitidy je podle Česky et al. (2010) pod pupkem. Hlavní projevy u ulcerózní kolitidy je průjem s příměsí hlenu a krve z konečníku (enteroragie). Při mírném stavu pacienti často popisují tenesmus, neboli nepříjemné až protrahované nucení na stolicí a krvavý hlen při stolici nebo mimo ni (Keil et al., 2012). Navrátil et al. (2008) se takto zmiňuje o rektálním syndromu. Podle Kohouta et al. (2006), je průjmovitá stolice s krví typická pro středně těžkou formu. Pokud se pacient potýká s vodnatými krvavými průjmy a horečkou, jedná se o těžký průběh zánětu s postižením celého střeva, kdy je riziko vzniku sepse a ohrožení života pacienta. Sepse (otrava krve), je stav, kdy je riziko rozvinutí šokového stavu a následkem smrt pacienta (Kohout et al., 2006). Šafránková et al. (2006), zmiňují, že průjem u ulcerózní kolitidy není závislý na jídle a na denní době. U ulcerózní kolitidy se častěji můžeme setkat také se závažným krvácením ze střeva, řešící se převážně chirurgicky. Další závažností především u ulcerózní kolitidy je perforace střeva se zánětem pobřišnice (Souček et al., 2010). Velmi závažným projevem je toxický megakolon, který popisují Keil et al. (2012), jemuž předchází horečka, bolest, tachykardie a paralytický ileus.

1. 7. 2 Extraintestinální projevy

Postižení trávicího traktu je hlavním projevem nespecifických střevních zánětů. Pokud je ale nemoc v těžkém stavu, dochází k poškození i jiných orgánů a tak můžeme sledovat extraintestinální projevy. Podle Kohouta et al. (2006), dochází k postižení jater, žlučového systému, kloubů, očí, kůže, sliznice, kardiovaskulárního systému, srdce a ledvin. Kohout et al. (2006) tyto projevy uvádějí jako mimostřevní – extraintestinální

manifestaci idiopatických střevních zánětů. S mimostřevními projevy podle Kohouta et al. (2006) se setkáváme častěji při postižení tlustého střeva než tenkého. Při Crohnově nemoci v tlustém střevě je vznik mimostřevních příznaků v 30%. Při postižení tenkého střeva u Crohnovy nemoci nebývají extraintestinální projevy přítomny (Češka et al., 2010). Při ulcerózní kolitidě se setkáváme nejčastěji s problémy kloubními a onemocněním kůže (Keil et al., 2012), zatímco problémy oční či cévní jsou méně časté.

Klouby jsou postiženy při obojích onemocnění a nejčastěji se setkáváme s artritidou, projevující se bolestmi kloubů (Kohout et al., 2006). Výjimkou nemusí být ani postižení páteře (spondylartritida), kterou zmiňují Keil et al. (2012). Zásadním rozdílem je, že při chirurgickém odstranění celého tlustého střeva, kloubní potíže zmizí pouze u ulcerózní kolitidy (Kohout et al., 2006). Při manifestaci kůže se můžeme setkat podle Keila et al. (2012) s erythema nodosum (červenofialové bolestivé skvrny) s nejčastější lokalizací na kůži bérců, které jsou závislé na aktivitě onemocnění. Dále Kohout et al. (2006) popisují hluboké špatně hojící se rány (pyoderma gangraenosum), lišeje či vředy na kůži.

Pacienti s Crohnovou chorobou se častěji potýkají s problémy očí a trápí je zánět spojivek, bělma, duhovky i sítnice, projevující se pálením, slzením očí a poruchou zraku (Keil et al., 2012). Iritida je typická pro Crohnovu nemoc, která omezuje kvalitu života jedince (Kohout et al., 2006). Afty se mohou podle Kohouta et al. (2006), vyskytnout na sliznici již před objevením střevních příznaků.

Častěji muže s ulcerózní kolitidou postihují problémy s játry a žlučovými cestami. Nejčastěji se vyskytuje zánět žlučových cest a vazivová přeměna žlučovodů (sklerotizující cholangitida) popisují Kohout et al. (2006). Dále se mohou vyskytnout projevy žloutenky se svěděním kůže, subfebrilií a rozvíjející se jaterní cirhózou. Na druhou stranu žlučnickové kameny (cholelithiasa) se projevuje především u Crohnovy choroby (Kohout et al., 2006). Rovněž je na tom podle Kohouta et al. (2006) i výskyt ledvinných kamenů, kdy jejich tvorbu mají za následek zvýšené vstřebávání oxalátů (soli kyseliny šťavelové).

Pacienti s idiopatickými střevními záněty mají i vyšší riziko trombózy (ucpání cév) a následně plicní embolie, tedy vmetení krevní sraženiny do plicnice, což vede k závažným komplikacím (Kohout et al., 2006). Klienti trpí často anémií neboli chudokrevností. Dle Kohouta et al. (2006), je to způsobeno nedostatečným, vstřebáváním železa, vitamínu B12 nebo kyseliny listové. Zánětlivé změny na střevní sliznici mají za následek špatné vstřebávání živin, které mohou vést k podvýživě

(malnutrici), hypovitaminóze (nedostatek některých vitamínů – A, D, E, K) či nedostatkem stopových prvků, zinku (Kohout et al., 2006). Průjmy také způsobují nedostatek některých minerálů, jako draslíku a hořčíku. Dochází tedy k celkovému neprospívání jedince, což se odráží i na jeho psychickém stavu. Aby měl organismus nemocného jedince všechny důležité výživové složky, musí pacient chybějící živiny, minerály či vitamíny doplnit (Kohout et al., 2006).

1. 8 Diagnostika

Základem každé diagnostiky je podle Keila et al. (2012) správně odebraná anamnéza, kdy důkladný rozhovor může odhalit spouštěč problémů. Pro lékaře jsou důležité všechny symptomy, včetně rodinné anamnézy. Lékaře zajímá, zda pacient kouří, jaké jsou jeho dietní návyky, či jestli neprožívá stresové situace. Pro lékaře je důležité znát četnost stolic a příměsí ve stolici, jako je hlen a krev. Zjištění přítomnosti tenesmů, poruchy pasáže a tělesné váhy je standardem. Dále následuje základní fyzikální vyšetření, kde jsou hlavní vyšetřovací metody doplněny vyšetřením per rectum. Lékař si všímá všech objektivních příznaků, které mohou s onemocněním souviset (Češka, et al., 2010). Nepostradatelným vyšetřením jsou endoskopie, díky nimž můžeme diagnostikovat onemocnění, odebrat vzorek tkáně na histologii a provádět terapeutické výkony (Špičák et al., 2008). Nejvýznamnější úlohu pro vyšetření tlustého střeva má koloskopie s následnou histologií (Holubová et al., 2013). Gastroskopie s provedenou biopsií je podle Keila et al. (2012) spolehlivou metodou při zjištění postižení jícnu či gastroduodena. Pokud je podezření na postižení tenkého střeva Češka et al. (2010) uvádějí kapslovou enteroskopii nebo double balloon enteroskopii, která umožní prohlédnout celé tenké střevo. Kapslová enteroskopie je neinvazivní a komfortní metoda pro celé tenké střevo (Holubová et al., 2013). Double balloon enteroskopie má výhodu v tom, že se může odebrat biopsický vzorek a provést terapeutické intervence v tenkém střevě (Keil et al., 2012). Mezi významné radiologické metody patří podle Holubové et al. (2013) nativní snímek břicha (RTG), používaný k vyloučení perforace, ilea či diagnostice toxického megakolon. Méně známá radiologická metoda podle Holubové et al. (2013) je irigografie – vyšetření tlustého střeva pomocí kontrastní látky. Znamější je naopak počítačová tomografie s kontrastní látkou (CT), nebo magnetická rezonance s kontrastní látkou (MRI) – enteroklýza. Obě vyšetření jsou přibližně stejné v diagnostice, ale CT enteroklýza je dostupnější, levnější a časově méně náročná než MRI (Češka et al., 2010). Neinvazivní, jednoduchou a

pacienta nezatěžující vyšetření je sonografie, které je ke klientovi naprosto šetrné (Holubová et al., 2013).

Důležité je podle Keila et al. (2012) i laboratorní diagnostika, která zahrnuje hematologické, biochemické a imunologické vyšetření. Ovšem Česka et al. (2010) také zmiňují, že laboratoř není stěžejní diagnostikou, nýbrž podpůrným vyšetřením a ukazatelem pro další plánování terapie. Dítě et al. (2007) popisují, že v hematologii je významná leukocytóza, anémie, trombocytóza a zvýšená sedimentace erytrocytů. V biochemické laboratoři stojí za zmínku zvýšený CRP, pro zjištění aktivity nemoci. Dále snížené železo a při malabsorpci snížená hladina celkové bílkoviny, albuminu a prealbuminu (Keil et al., 2012). V imunologii se vyšetřují protilátky, kdy pozitivní ASCA+ a negativní pANCA- jsou používány jako faktor podporující diagnózu Crohnovy nemoci. Zatím co negativita ASCA- a pozitivita pANCA+ ukazují na ulcerózní kolitidu (Cohen., 2011). Vyšetření těchto protilátek má význam především v dětské gastroenterologii a mohou se tak obě nemoci odlišit při nejednoznačném nálezu zobrazovacích vyšetření. Důležité je také vyšetření stolice, kdy se vzorek odesílá na bakteriologické vyšetření. Keil et al. (2012) uvádějí, že diagnostika nespecifických střevních zánětů je nyní dostupná a téměř přesná, když se pomýšlí na správné symptomy a provedou se základní důležitá vyšetření.

Mezi významnou diagnostickou metodou pouze u Crohnovy choroby uvádí Kelner et al. (2006) CDAI (Crohn's disease activity index). Jedná se o sledování osmi oblastí týkající se pacienta v průběhu sedmi dnů. Kelner et al. (2006) uvádějí, že tam patří počet řídkých stolic, léčba průjmu, bolesti břicha, pocit tělesné pohody, rezistence v břiše, hematokrit, tělesná hmotnost a v neposlední řadě základní příznaky Crohnovy nemoci. Ke každé oblasti připadá určitý počet bodů. Jestli se při součtu dostal pacient pod 150 bodů, znamená to je v remisi onemocnění. Hodnoty nad 400 ukazují na vysokou aktivitu zánětu a vyžadují hospitalizaci (Klener et al., 2006).

1. 9 Léčba

Léčba nespecifických střevních zánětů je mnohdy svízelnou situací jak pro intensity či chirurgy a vyžaduje často specifické ošetření. Terapie se propojuje mezi medikamentózní a chirurgickou léčbou, kde pacienti nesmí zapomínat na určité dietní patření. Zdravotníci by na druhou stranu neměli zanedbat, že onemocnění zasahuje hluboko do psychiky jedince a tak je nezbytná i psychologická pomoc.

Léčba se dle Součka et al. (2011) liší především podle aktivity onemocnění. Jiné zásahy jsou při akutním vzplanutí (relapsu) a jiné při remisi (klidu), kdy se udržovací léčbou snažíme zabránit nové atace. Vždy se nejprve začíná od nejšetrnější léčby, která pacienta nejméně zatěžuje a má menší podíl nežádoucích účinků. Když ale tyto metody nezabírají, postupuje se dále k agresivnější a radikálnější léčbě, která s sebou mnohdy nese i více nežádoucích účinků.

1. 9. 1 Dietní opatření a umělá výživa

Jedná se o šetřící dietu s omezením, nebo úplným vyloučením nestravitelné vlákniny (Svačina et al., 2008). Cílem diety ve fázi vzplanutí nespecifických střevních zánětů je podle Kohouta et al. (2010) podpořit hojivé procesy a zabránit nedostatečnému příjmu živin, vitamínů a stopových prvků. Je nezbytné dodržovat přísnou bezzbytkovou dietu a zcela se oprostít od nestravitelné vlákniny (ovoce, zelenina, celozrnné výrobky a luštěniny). Zakázána jsou tučná, smažená, kořeněná jídla, mléko, mléčné výrobky a vše co nadýmá (bílé, čerstvé pečivo), dále alkohol, černá káva, perlivé nápoje (Červenková et al., 2009). Naopak jsou vhodné polévkové vývary, vařené bílé maso, rýže, brambory, malá porce těstovin a ryby (Svačina et al., 2008). Množství rozpustné vlákniny se neomezuje (Kohout et al., 2010). Vhodné jsou lékové preparáty, nebo potravinové doplňky či funkční potraviny s obsahem probatických bakterií (Zadák et al., 2008).

Podle Svačiny et al. (2008) je vhodná lehce stravitelná sacharidová dieta – s vysokým obsahem škrobů, které získáme například z těstovin. Vhodné jsou potraviny se zvýšeným obsahem bílkovin, železa, vápníku a vitamínu C a B-komplexu (Červenková et al., 2009). Vhodné je ovoce a zeleninu mixovat nebo jemně strouhat, kdy je potřeba dávat pozor také na zrníčka. Důležité je dodržovat pitný režim, aby při častých průjmech nedocházelo k dehydrataci a minerálnímu rozvratu (Nevoral et al., 2013). Vhodné jsou džusy, pyré, rosoly a kaše. Při technologické úpravě by měla být zelenina zpracována do měkka a řádně rozmixována. Doporučuje se pít 2 – 2,5 l/den (Kohout et al., 2010).

Červenková et al. (2009) upozorňují, že zánětem postižené střevo je schopno tolerovat pouze menší dávky jídla a tak je vhodné stravu rozdělit do více denních porcí, alespoň 5x – 6x denně. Přijímanou potravu je nutné pořádně rozkousat (Nevoral et al., 2013). Především při jídle nechvátat, rychle nepolykat a nehltat. Jíst by měl klient především v klidu a v klidném prostředí. Kohout et al. (2010) doporučují oddělit tuhou

stravu od příjmu tekutin, které by měly být vlažné. Nevoral et al. (2013) nedoporučují sycené nápoje. U Crohnovy choroby se může vyskytnout i malabsorpce tuků a sacharidů. Znamená to, že se některé druhy potravin nevstřebávají. Při úplné nesnášenlivosti tuku, je nutná spolupráce s nutričním terapeutem (Kohout et al., 2010).

Je-li potrava nedostačující vůči energetické hodnotě a pacient není schopen přijímat větší množství potravy, jsou na místě podle Kohouta et al. (2010) dietetické moduly nebo sipping, které kombinujeme se stravou. Jedná se o bílkovinné a energetické přípravky, které doplní chybějící látky organismu (Nutridrink, Fresubin). K doplňkům pacient přijímá běžnou potravu, nebo se propojuje sipping s umělou výživou (Svačina et al., 2008). Jestliže je průběh natolik vážný, že pacient nemůže přijímat potravu ústy, nebo je výživa ústy nedostačující, přistupuje se k parenterální (žilní systém), či enterální (do střeva) výživě (Zadák, 2008).

Enterální výživa zcela nebo částečně nahrazuje běžnou potravu u pacientů, kteří trpí vleklým a aktivním zánětlivým procesem popisuje Zadák (2008). Nejjednodušší metodou podle Nevorala et al. (2013) popíjení již zmíněných modulových dietetik či kompletních přípravků – sipping. Enterální výživou rozumíme hlavně podávání výživy přímo do střeva nebo do žaludku pomocí sondy (Svačina et al., 2008). Enterální výživu lze podávat nasogastrickou sondou - NSG (do žaludku) nebo nasojejunální sondou - NSJ (do dvanáctníku). Také lze použít PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), kdy je výživa podávána rovnou do žaludku, nebo PEJ (perkutánní endoskopická jejunostomie), kdy je výživa podávána přímo do tenkého střeva. NSG sonda je určena zejména pro krátkodobou výživu, zatímco NSJ sonda je vhodnější pro delší aplikaci výživy (Zadák, 2009).

Parenterální výživou rozumíme výživu, kdy jsou živiny ve formě infuzních roztoků přiváděny přímo do krve (Zadák, 2008). V současnosti se výživa podává systémem All-in-one (vše v jednom), kde jsou smíchány všechny živiny (tuky, glukóza, aminokyseliny), vitamíny, stopové prvky a minerály. Podle Zadáka et al. (2008) parenterální výživě můžeme přistupovat při nedostatečné enterální výživě. Většinou se jedná o krátkodobé řešení u nemocných, kteří jsou v natolik vážném stavu, že jejich ústrojí neovládne zpracovat ani enterální stravu.

V remisi není v potravě výrazné omezení a tak může klient jíst téměř vše, říkájí Červenková et al. (2009). Dieta se v zásadě neliší od racionální. Po dosažení klidové fázi je vhodné postupně dietu uvolňovat a přidávat do stravy normální obsah vlákniny. Doporučuje se však držet lehká bezsezbytková dieta (Svačina et al., 2008). Dietní režim

je vysoce individuální. Pacient sám postupně zjistí, co může jíst a co mu naopak nedělá dobře. Časem sami přijdou na to, které jídlo je nadýmá, po kterém mají průjem, plynatost či bolesti břicha. Je nutné, aby klient spolupracoval s nutričním terapeutem a společně dali dohromady potraviny, které nevadí a jsou vyvážené a plnohodnotné (Kohout et al., 2010).

Stav výživy a následná nutriční péče je nedílnou součástí léčby idiopatických střevních zánětů. Neexistuje pro všechny pacienty jedna univerzální dieta. Platí jen určitá základní dietní opatření, a tak musí být pro kvalitní život ušitý jídelníček přímo na míru. Pacientům s IBD je nutné, zvláště v nemocnici zajistit individuální a plnohodnotný dietní režim, který se mnohdy kombinuje s umělou (enterální či parenterální) výživou. V neposlední řadě je důležitá edukace výživy v domácím prostředí. Významné je, aby klient věděl, co může jíst a co nikoliv, aby si uměl potraviny vhodně i chutně připravit. Aby svoji dietu nebral pouze jako nutnou léčbu, či prevenci předejít komplikacím, ale jako nedílnou součást života, na kterou se může těšit.

1. 9. 2 Medikamentózní léčba

Další konzervativní neboli medikamentózní léčbou se podle Kohouta et al. (2006) rozumí podávání protizánětlivých či protibakteriálních léčiv. Keil et al. (2012) uvádějí, že 20% pacientů při kombinované farmakoterapii se nedaří udržet v dlouhodobé a kvalitní remisi. Medikamentózní léčba u pacientů s IBD je rozsáhlá, kdy se nejprve začíná s aminosalicyláty, kam patří kyselina 5-aminosalicylová (5-ASA = mesalazin) a sulfasalazin (Martínková et al., 2017). Tato skupina léčiv ovlivňuje zánět v místě postižení na střevní sliznici. Keil et al. (2012) zmiňují, že hlavní indikací Salicylátů je udržovací léčba – tedy předcházení relapsu při zklidnění střevní sliznice po zvládnutí akutních stavů lehké či střední formy onemocnění. Medikamenty se podávají podle působení zánětu v různých formách. Pro postižení v oblasti konečníku a esovité kličky jsou vhodné čípky či klysmata, dále jsou vhodné tablety. Keil et al. (2012) uvádějí jako příklad tablety *Pentasa*, které jsou určeny pro celé tenké i tlusté střevo, dále tablety *Salofak* pro oblast ilea a začátek tlustého střeva a dále *Asacol* či *Colazide* pro celé tlusté střevo. Podle Martínkové et al. (2017) patří mesalazin mezi léčiva s minimem nežádoucích účinků a s dobrou snášenlivostí pro pacienty. Zřídka se může vyskytnout průjem, bolesti hlavy, nauzea, malátnost (Keil et al., 2012). K podpoře léků může být užitá podle Součka et al. (2011) i léčebná síla antibiotik, chemoterapeutik (metronidazol

či ciprofloxacin). Antibiotika se dávají výhradně při akutních stavech, kdy upravují septické a infekční komplikace (píštěle, toxický megakolon), (Keil et al, 2012). Podle Kohouta et al. (2006) je důležité věnovat pozornost širokospektrým antibiotikům, která mohou zánět ještě zhoršit, a je nutné terapii probrat s gastroenterologem. Antibiotika se podávají intravenózně a většinou dlouhodobě, tím se mohou projevit i nežádoucí účinky. U metronidazolu pacienti uvádějí dle Martínkové et al. (2007) dyspeptické potíže, závratě, deprese, kožní alergie. U ciprofloxacinu se málokdy může objevit nauzea, zvracení, průjem či vyrážka (Martínková et al., 2007).

Když tyto léky nestačí, musí se volit agresivnější léčba a své místo uplatňují systémové kortikoidy (Prednison, Medrol), v tabletových či intravenózních formách, které působí protizánětlivě a imunosupresivně (Martínková et al, 2007). Podle Keila et al. (2012) mají extrémně silný protizánětlivý účinek. Nevýhodou je postupná ztráta účinnosti a tak jsou k udržení klidového stavu při dlouhodobé léčbě nevhodná, proto se volí při akutním vzplanutí IBD s vysokou aktivitou nemoci, kdy mají výrazný terapeutický účinek (Keil et al., 2012). Jedná se o léky účinné a agresivní, což s sebou nese podle Martínkové et al. (2007) řadu nežádoucích účinků, jako je např.: Cushingův syndrom, nedostatečnost ledvin, osteoporóza, zhoršení pleti (akné), přibývání na váze, somatické změny (strie), změna psychiky, deprese, nespavost, možnost vzniku cukrovky, zvýšená vnímavost k infekcím, či minerální rozvrat. Všechny tyto změny, především ty viditelné a psychické mají veliký dopad na kvalitu života, a však v akutním stavu dokáží zánět rychle zmírnit (Kohout et al., 2006). Jsou tedy vhodné pouze při akutním vzplanutí, kdy se léčba zahajuje vysokou dávkou a pomalu se snižuje (Keil et al., 2012). Topické místní kortikoidy (Budesonid, Hydrocortison) jsou další možností, které mají menší nežádoucí účinky (Keil et al., 2012). Mezi ty patří např.: Budenofalk nebo Entocort ve formě čípků či klysmat. Látky tak působí přímo na střevní sliznici s minimem vstřebávání do krve (Kohout et al., 2006). Podle klientů je však účinek místních kortikoidů nedostačující (Martínková et al, 2007). Lékaři i pacienti se obávají kortikorezistence, což je dle Kohouta et al. (2006) stav, kdy nedejde ke zklidnění stavu ani při užití kortikoidů a je nutné dávky zvyšovat. Dalším strašákem je kortikodependence, kdy při snížení dávky kortikoidů nebo vysazení se objevuje nové vzplanutí nemoci. V obou případech je nutné zahájit další možnou a léčbu – imunosupresivní terapii (Kohout et al., 2006).

Imunosupresiva jsou léky, které blokují činnost imunitního systému (Souček et al., 2011). Podle Keila et al. (2012) jsou vhodné k dlouhodobé udržovací terapii při

chronicky aktivní chorobě. Nejčastější je Azathioprin, 6-merkaptopurin a méně užívaný cyklosporin (metotrexát), které se užívají u kortikodependentních pacientů. Kohout et al., (2006) ve své knize uvádějí, že klinické studie prokázali lepší efekt imunosupresivy u pacientů po chirurgickém zákroku, než po užívání mesalazinu. Imunosupresivní léčba má též plno nežádoucích účinků a je nutno pacienta informovat, že léky zabírají zhruba za půl roku po užití (Keil et al., 2012). Rozmezí je dáno dle daného typu léku, může to být od 2 až do 9 měsíců. Než začnou léky působit, musí být pacient léčen jinou metodou (Keil et al., 2012). Mezi nežádoucí účinky patří podle Martínkové et al. (2007), flu-syndrom (podobné chřipce), únava, deprese, nechutenství, svalové bolesti, bolesti hlavy, průjem nevíce ze začátku zahájení nové terapie. Dále se může rozvinout leukopenie, poškození jater či pankreatitida. Podle Součka et al. (2011) je nutné kvůli těmto projevům pravidelně kontrolovat krevní hodnoty.

Poslední očekávání na uzdravení v medikamentózní léčbě je biologická léčba (Keil et al., 2012). Biologická léčba je nadějí spousty pacientů na trvalou remisi a na zlepšení kvality života. Její dostupnost však není hojná a léčba je finančně drahá, proto se často neuplatní v pokročilých stavech a v případech, kdy by si to pacienti nejvíce zasloužili. Biologická léčba je podle Součka et al. (2011) indikována klientům zejména Crohnovy choroby, u nichž selhala veškerá předchozí léčba. Nyní se však indikace rozšířila i na těžký průběh ulcerózní kolitidy. Bickston et al. (2010) popisují indikace k biologické léčbě střední až vysokou aktivitu chronicky probíhající nemoci, i fulminantní průběh onemocnění, selhání standardní terapie, při vysazování kortikoidů, závažné mimostřevní projevy a při závažných nežádoucích účinků imunosupresiv. Kohout et al. (2006) popisují účinnost infliximbu (Remicade), což je přípravek, který byl připraven jako protilátka anti-TNF alfa (proti Tumor nekrotizující faktor), který má zásadní roli v patogenezi zánětu. Tuto protilátku tvoří z 75% lidská bílkovina a z 25% bílkovina myši a podává se perorálně (Keil et al., 2012). Protilátka proti TNF je nyní dle Kohouta et al. (2006) i plně humanizována – tvoří ji 100% lidská bílkovina a nazývá se adalimumab (Humira) a aplikuje se subkutánně, v dnešní době i pomocí inzulínových stříkaček pro lepší aplikaci (Špičák et al., 2008). V České republice jsou registrovány obě tyto látky a obě se dají užít při těžkém průběhu IBD a patří mezi nejúčinnější dostupné prostředky, které se mohou podávat i dlouhodobě, protože pomáhají jak v útočné tak v udržovací fázi (Keil et al., 2012). Kontraindikace biologické léčby je dle Keila et al. (2012) TBC, malignita, významná srdeční nedostatečnost, střevní stenóza či neléčený nitrobršniční absces. Jako u každé léčby i zde mohou vznikat nežádoucí účinky,

mezi které Keil et al. (2012) uvádějí ztrátu efektivity (po mnohaletém užívání), alergické projevy, závažné bakteriální a virové infekce (Herpes zoster, chronická Hepatitida B) a indukce autoimunity. Vznik maligního onemocnění není definitivní. Infekce by se měla dle odborníků projevit do roka užívání biologické léčby a při nežádoucích účincích se musí léčba přerušit. Prevencí před infekcí jsou laboratorní testy prováděné před zahájením léčby (Olejárová, 2010). Diskutovaná témata jsou dle Olejárové (2010) i chirurgické zákroky, kdy se doporučuje v předoperačním období biologickou léčbu přerušit, jelikož je zde vyšší výskyt infekce. Biologická léčba je převratnou léčbou idiopatických střevních zánětů, ovšem najdou se i pacienti, u kterých ani tato léčba nemá úspěch. Zhruba 30% pacientů odpovědí na léčbu úplnou remisí, 30% klientů se výrazně zlepší, ale 30% pacientů nereagují žádnou změnou na moderní léčbu (Špičák et al., 2008).

V léčbě můžeme podle Kohouta et al. (2006) uplatnit i probiotika, která mají ochranný charakter. Léky obsahují živou mikroflóru a ta působí pozitivně na zdravotní stav pacienta a jeho střeva, protože u pacientů s IBD dochází ke změně střevní mikroflóry. Léky se užívají v období remise, jako prevence dalšího relapsu. Užívají se preparáty s kmenem bakterií (např.: Lactobacillus, Bifidobacterium). Mezi preparáty uvádí Kohout et al. (2006) Probi flora či Lepicol. Klientům neuškodí ani jogurty a probiotické nápoje (Activia, Actimel), (Kohout et al., 2006). Dalšími pomocnými léky při léčbě IBD jsou antidiarhoika – protiprůjmové léky (Martínková et al., 2007), které mohou zmírnit projevy nemocného a tak i jeho náladu. A v neposlední řadě je důležité podávat doplňky, vitamíny a minerály, které pacientům kvůli onemocnění chybí (Kohout et al., 2006).

1. 9. 3 Chirurgická léčba

Podle Gabalce et al. (2009) je pro některé pacienty s IBD chirurgické řešení závažných nespecifických střevních zánětů nevyhnutelné. Komplikace patří mezi nejčastější indikace k operačnímu zákroku. Nejčastěji přivedou problémy u Crohnovy nemoci píštěle, perianální postižení, stenózy, obstrukce střev, které se bez chirurgického řešení neobejdou (Češka et al, 2010). Mezi nejčastější operace podle Čěšky et al. (2010) patří ileocekální resekce, která má za následek často totální kolektomii. Podle statistik se uvádí, že 80 – 90% s Crohnovou nemocí alespoň jednou za život navštíví operační sál (Keil et al., 2012). Po provedených resekcích, nastává po třech letech ze 70 – 80 % recidiva, která se dá endoskopicky objevit (Špičák et al., 2008). Keil et al. (2012)

uvádějí, že k chirurgickému zákroku dojde 5-10% nemocných s ulcerózní kolitidou. Indikací operačního zákroku u Ulcerózní kolitidy je především dlouhodobá neúčinná farmakoterapie, toxický megakolon nebo akutní fulminantní průběh, kdy se provádí nejčastěji proktokolektomie (odstranění části tlustého střeva). Zákrok je pro pacienty většinou kurativní a vede často k trvalému k vyústění střeva na povrch – ileostomií (Keil et al., 2012), oproti Crohnovi nemoci, kde operace nemá kurativní záměr.

V dnešní době se chirurgie snaží o co nejšetrnější zákroky, aby bylo hojení a rekonvalescence pro pacienta co nejkratší. Dává se tedy přednost podle Češky et al. (2010) miniinvazivním – laparoskopickým operacím. Laparoskopické operace přináší menší zásah do těla jedince, zkracují hospitalizační pobyt a jsou i kosmeticky přijatelnější.

1. 9. 4 Psychoterapie

O psychoterapii můžeme říct, že patří mezi základní terapii nespecifických střevních zánětů a neměla by se opomínat nebo zanedbávat. Psychologická léčba by měla jít ruku v ruce s medicínskými a farmaceutickými postupy. Nemoc, zvláště pak celoživotní výrazně zasahuje do psychiky jedince a naopak špatná psychika může být spouštěčem pro propuknutí nemoci v remisi a vyvolat relaps. Proto je významné pečovat nejen o somatickou stránku postiženého jedince, ale zajímat se i o jeho duši a pocity. Jedině vyváženost zdravého fyzického a psychického zdraví navozuje kvalitu života jedince.

Psychoterapeutických metod je mnoho, ale podle odborníků jsou u pacientů s IBD vhodné následující. Podle Tress et al. (2008) je terapeutický rozhovor základem psychoterapie. Záleží především na důvěrném vztahu mezi pacientem a lékařem. Při tomto rozhovoru musí lékař zvolit vhodně kladené otázky, které vedou k podněcování sebepozorování pacienta (Beran et al., 2010). Výsledkem je zjistit situace či konflikty, které nemoc zhoršují. Lékař nesmí řídit otázky, ale spolupracovat s pacientem, protože z jeho strany je velmi častá agrese. Tento rozhovor by neměl trvat více jak 20 minut, protože podle Berana et al. (2010) rozhovor pacienta vyčerpává a může prohloubit jeho depresivní osobnostní rysy. Lékař nesmí zapomínat na to, že tito pacienti mohou být zranitelní a nejistí, proto musí zvolit vhodnou verbální komunikaci. Lékař však musí s nepříjemnými reakcemi ze strany pacienta počítat a umět na ně reagovat (Tress et al., 2008). Určitě se nejedná o jednorázovou akci, ale o víc sezení s pacientem a postupnému navození důvěry o otevřenosti ze strany pacienta (Beran et al., 2010).

Relaxační techniky patří mezi další významnou skupinu psychoterapie u idiopatických střevních zánětů (Weimerová, 2010). Mezi nejznámější techniky podle Vymětala (2010) patří autogenní trénink, který se zaměřuje na navození svalových relaxací a následnému přivolání psychického i fyzického uvolnění zejména orgánových funkcí během šesti nacvičených úkolů (Weimerová, 2010). Další metodou je autogenní meditace, neboli Schulzův autogenní trénink (Vymětal, 2010). Kratochvíl (2010) popisuje, že se jedná o metodu, která má za úkol vyvolat a držet si živé představy určitých předmětů, osob, dějů a v následném využívání této dovednosti k dalšímu meditativnímu setrvání u osobně důležitých témat. Podle Weimerové (2010) autogenní metody přispívají při pravidelném provádění k rychlému navození sil a k odstranění příznaků napětí či neklidu. Působí na negativní příznaky, ale neovlivňuje příčinu onemocnění (Vymětal, 2010).

1. 10 Komplikace

Dítě et al. (2005) rozdělují komplikace idiopatických střevních zánětů do třech složek. První souvisí s akutním průběhem (masivní krvácení do GIT, toxické megakolon, střevní perforace), druhá skupina souvisí s chronickým průběhem (dysplazie a karcinom, střevní stenózy, píštěle) a poslední skupinou jsou komplikace spojené s akutním i chronickým průběhem zánětů (tromboembolické příhody, poruchy pasáže a poruchy růstu či pohlavního zrání v dětském věku).

Mezi střevní komplikace u Crohnovy nemoci patří stenóza neboli zúžení střevního průsvitu a následkem toho vznikne subileus, tedy stav, kdy je zhoršena průchodnost střev (Kohout et al., 2006). Může také dojít k úplnému uzavření střevní neprůchodnosti (ileus), který vznikne při akutním zánětu otokem, nebo zjizvením při hojení zánětu (Kohout et al., 2006). Známou komplikací jsou podle Šafránkové et al. (2006) píštěle, tedy spojky mezi jednotlivými střevními kličkami, nebo mezi střevem a jinými orgány (pochva, močový měchýř), či mezi střevem a povrchem těla. Mezi nejčastější píštěle jsou konečníku a řitního otvoru (Kohout et al., 2006). Šafránková et al. (2006) popisují abscesy, což jsou dutiny vyplněné hnisem. Můžeme je najít i mezi střevními kličkami či v okolí konečníku. Následkem těchto stavů Lukáš et al. (2007) popisují, že může nastat až destrukce análního svěrače a z toho vyplývající inkontinence stolice. Navrátil et al. (2008) se zmiňují, že na podkladě zánětu může vzniknout i masivní krvácení nebo vzácnější peritonitida (zánět pobřišnice).

Nejzávažnější komplikací u ulcerózní kolitidy je toxický megakolon (Lukáš et al., 2007). Jedná se o vážný vystupňovaný stav, kdy dochází ochrnutí hladkého svalstva střevní stěny (paralytický ileus) na podkladě septického stavu nebo vysokých dávek protiprůjmových léků. Lukáš et al. (2007), popisují tento stav, jako závažné pokračování kolitidy, kdy zánět prostupuje do hlubších vrstev a dochází k rozpětí střeva. Ochabnutím střeva dojde k jeho rozšíření (dilataci) a hromadění potravy ve střevě. Nebezpečí vzniká přemnožením bakterií (toxinů), hromaděním střevního obsahu a organismus tak zaplavují jedovaté toxiny ze střeva, kdy může následovat septicko – toxický šok (Kohout et al., 2006). Takovým stavem pak vzniká i riziko perforace střevního obsahu a následné peritonitidy (Šafránková et al., 2006). Léčba je intenzivní a většinou se jedná o chirurgické odstranění celého tlustého střeva (kolektomie), (Kohout et al., 2006). Šafránková et al. (2006), popisují fulminantní průběh, což jsou symptomy předcházející toxického megakolon. Mezi tyto projevy patří schvácenost, velmi silné bolesti, enteroragie nad 10 stolic denně, hypertermie nad 38 st. výrazná anémie, tachykardie, výrazný úbytek váhy a vysoké zánětlivé parametry.

Při delší době onemocnění ulcerózní kolitidou, se zvyšuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu. U těchto pacientů je důležité preventivní vyšetření kolonoskopií (Kohout et al., 2006). Riziko vzniku rakoviny je podle Lukáše et al. (2007) v některých zemích udáváno kolem 3-5%. U Crohnovy nemoci je riziko vzniku rakoviny nižší.

Všechny tyto zmíněné problémy mají veliký dopad na psychiku jedince a to se odráží v jeho chování a prožívání života. Kvalita života je výrazně omezena. Jedinec je sociálně a společensky kvůli výše uvedeným projevům omezen a spadá do depresí. Pacienti s IBD jsou tak ohroženi depresemi, změnami nálad, úzkostí. Podle výzkumů je dokázáno, že 29 – 35 % nemocných v remisi trápí úzkost. V relapsu je počet vyšší (Tress et al., 2008).

1. 11 Ošetrovatelská péče

V rámci ošetrovatelské péče má všeobecná sestra nezbytnou úlohu pečovat o pacienta a uspokojovat jeho biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby (Mastiliaková, 2014). Povinností zdravotnického personálu je starat se o pacienta v holistickém pojetí. Uspokojení všech potřeb vede ke zlepšení jak psychického tak fyzického stavu pacienta, což se pak odráží na jeho další léčbě a i projevech onemocnění. Sestra tedy zhodnotí všechny pacientovy symptomy a na základě nich

stanoví ošetrovateľské diagnózy (Šamánková, 2011). Mezi nejčastější biologické problémy u pacientů s IBD uvádí Holubová et al. (2013) bolesti břicha, poruchy vyprazdňování (průjem), snížení objemu tělesných tekutin (dehydratace), poruchy výživy (malnutrice, nechutenství), změny na kůži a sliznice v okolí konečníku. Významné jsou také poruchy v sociální oblasti a psychologické oblasti, jako bezmocnost, beznaděj, nejistota, strach, úzkost a v mnoha případech i nedostatečná informovanost a tím málo znalostí o nemoci (Mastiliáková, 2014). Na základě stanovených problémů individuálně pro daného pacienta se stanovují cíle a intervence, které vedou k odstranění problémů a k dosažení cílů (Šamánková, 2011). Kvalitní ošetrovateľskou péčí by se měly podle Burdy et al. (2015) zmírnit bolesti, navodit pravidelné vyprazdňování a udržet vhodný objem tělesných tekutin, dále bychom měli dbát na dostatečnou výživu a pečovat o citlivý konečník. V rámci psychologického uspokojení by sestra měla zmírnit pacientův strach, nejistotu a beznaděj dostatečným informováním o nemoci, výživě a být pacientovi vždy oporou aby se v těžkých situacích necítil sám a věděl, že se může na někoho obrátit (Holubová et al., 2013). Především je vhodná spolupráce s rodinou, aby pacienta neovlivňovaly nepříjemné problémy v jeho životě po propuštění z nemocnice a aby obnovil běžný životní styl, který vedl před nemocí. Burda et al. (2015) ukazují na vhodnou komunikaci a spolupráci s rodinnými příslušníky, která vede ke vzájemné spolupráci a tak i ke zlepšení kvality života jedince.

Šafránková et al. (2006) popisují, že pacienti s IBD se dostanou do nemocnice buď při zjištění diagnózy, nebo v akutní fázi vzplanutí nemoci či při výrazné dekompenzaci. Pacienti nemají pohybový režim výrazně omezení, ale je dobré dodržovat klidový režim. Na začátku sestra zhodnotí celkový stav pacienta a stanoví si ošetrovateľský plán, podle kterého uspokojuje pacientovy potřeby, které vedou k vyřešení ošetrovateľských diagnóz (Šamánková, 2011). Podle Holubové et al. (2013) sestra vyhodnotí soběstačnost pacienta a podle toho přistupuje v péči o jeho biologické potřeby. Sestra také hodnotí bolest pacienta a upravuje mu lůžko vhodné pro úlevovou polohu. V poslední řadě jsou podána analgetika podle ordinace lékaře, kdy se sleduje účinek léků, popřípadě nežádoucí účinky léků a vše řádně zapisuje do dokumentace (Šafránková et al., 2006). Důležité zaměření sestry podle Holubové et al. (2013) je vyprazdňování stolice. Inspekce stolice je důležitou aktivitou, kdy sestra pozoruje nejen zápach, barvu a konzistenci, ale i počet stolic za den, o kterých se vede záznam. Sestra by měla zvýšit hygienickou péči v oblasti genitálu a konečníku, kdy je tato oblast

poškozena drážděním průjmovité stolice (Burda et al., 2015). Při přijetí vyplňuje sestra nutriční screening, kdy při bodovém ohodnocení nad 4 body, by se měl tento výsledek hlásit nutričnímu specialistovi (Grofová, 2007). Pacient se pravidelně, alespoň 2x týdně váží a sestra sleduje jeho celkový stav výživy tak i hydrataci, protože pacient je ohrožen malnutricí (Červenková et al., 2009). V akutním relapsu má pacient zavedenou parenterální, enterální výživu a až v postupném zlepšení stavu se přistupuje k bezezbytkové dietě (Grofová, 2007). Péče o pokožku nemocného zejména v oblasti konečníku, péče o psychiku a o klidný spánek je podle Šamánkové (2011) samozřejmostí.

Další významnou úlohou sestry při poskytování ošetrovatelské je podávání léků v různých formách. Pacienti užívají tablety, čípky, klyzmata, ale i intravenózní léčiva ve formě infúzí, kdy je důležité brát na zřetel riziko infekce a tak dbát na aseptický postup při podávání léků intravenózně (Vytejková et al., 2015). Pravidelnou kontrolou intravenózního vstupu a včasného přepíchnutí se předchází podle Mikšové et al. (2006) flebitidě. Sestra také musí pacienta informovat o příznacích zánětu žil, aby se pacient nebál při jakýchkoli potížích sestru oslovit. Při aplikaci klyzmat či čípků samozřejmě dbáme na intimitu člověka a v případě jeho soběstačnosti a zájmu pacientovi sestra důkladně vysvětlí, jak se léky podávají (Vytejková et al., 2015). Postupem pokroku vznikající biologické léčby jsou přístupy pro podání biologické léčby intravenózní či subkutánní, kdy při podání musí sestra dbát na šetrnou manipulaci, protože aplikace bývá často bolestivá, zejména u podkožního podání. Sestra během aplikace sleduje celkový stav pacienta a měření fyziologických funkcí (Olejárová et al., 2010).

Vhodná komunikace, opora, empatie jsou klíčové vlastnosti, které by měla sestra vlastnit při poskytování ošetrovatelské péče, jak popisuje Šamánková (2011). Psychická pohoda pacienta beze strachu usnadňuje léčebný proces. Sestra nesmí opomenout i podávání informací, které má v kompetenci a to tak, aby byly pro pacienta srozumitelné (Burda et al., 2015). Získáním více informací pacient získá k sestře důvěru a nebude se bát svěřit s jeho problémy. Podle Burdy et al. (2015) je důležitá edukace ze strany sestry ohledně výživy, sportu a pohybu nebo péči o pokožku. Zejména důležité informace pro pacienta jsou před endoskopickým vyšetřením. Aby pacient pochopil a provedl správně veškerou přípravu, je na sestře, aby mu všechno podrobně vysvětlila. Díky pečlivé edukaci, správné přípravě a spolupráci pacienta může endoskopie dobře proběhnout (Šafránková et al., 2006). Jelikož se jedná o invazivní vyšetření, je logické, že pacienta provází strach. Kvalitními vědomostmi pacienta ohledně endoskopických vyšetření se

strach může snížit a spolupráce pacienta bude výrazně lepší (Mastiliáková et al., 2014). Kvalitní ošetrovatelská péče, která nezapomíná na potřeby pacienta, má pozitivní vliv na jeho kvalitu života i po propuštění z nemocnice.

2. Kvalita života

Kvalitu života pacientů s nespecifickými střevními záněty ovlivňuje mnoho faktorů, které však vycházejí z jejich chronické nemoci. Nejčastěji ovlivňuje kvalitu života průjem, bolesti, vedlejší účinky léků, jako například nevolnost, nebo kosmetické defekty při kortikosteroidní léčbě. Kvalita života je jistě odlišná, když je onemocnění ve fázi klidu nebo relapsu, to ale neznamená, že kvalita života u pacientů ve fázi remise je méně důležitá. Každý jedinec vnímá kvalitu života jinak a každý má odlišné představy, jak by jeho kvalita života mohla být lepší, ovšem jedno mají stejné a to chronický zánět zažívací trubice, který jedince omezuje nejen fyzicky ale i psychicky. Záleží také na zdravotnickém personálu, aby si uvědomil, že nemoc pacienta ovlivňuje v mnoha oblastech: osobní, pracovní, společenské a intimní úrovni a měli by se podle toho chovat. Spolupráce s rodinou, důvěra ve zdravotnický personál a kvalitní ošetrovatelská péče může posunout kvalitu života u pacientů s IBD k lepšímu (Svitková et al., 2014).

Fuchsová (2012) popisuje výzkum IMPACT, který ukazuje, že 60% pacientů trápí křečovitě bolesti břicha s pravidelnými záchvaty projevující se častěji než pětkrát do týdne. Dále popisuje, že polovina diagnostikovaných pacientů jsou v současné době v aktivní fázi onemocnění a až 96% nemocných pociťují v průběhu propuknutí onemocnění únavu, slabost a celkovou vyčerpanost, ale 83% procent nemocných pociťují tyto příznaky i ve fázi remise. Není tedy divu, že 49% respondentů uvedlo, že IBD výrazně ovlivňuje jejich život. Onemocnění má podle Fuchsové (2012) vysoké nároky na zdravotnické služby, protože až 85% pacientů bylo v posledních pěti letech hospitalizováno kvůli komplikacím, což představuje velmi vysokou četnost pobytu v nemocnici. Z těchto lidí 40% pacientů podstoupilo operační zákrok. Z výzkumu také vyplývá, že ač je biologická léčba dostupnější, přesto více jak polovina nemocných užívá kortikoidy i přes nežádoucí účinky. Studie IMPACT také zjistila, že nemoc má vliv na pacientovo místo ve společnosti. 40% pacientů uvedlo, že kvůli nemoci nemohou navázat partnerský vztah, nebo nemoc vedla k rozpadu vztahu. Dále bylo zjištěno, že rodině dělá problém tolerovat únavu nemocného a snížený výkon, či plánování aktivit podle stavu nemocného. I v pracovním poměru má většina pacientů

problém. Téměř všichni nemocní museli v roce 2011 požádat o pracovní volno a čtvrtina pacientů se setkává i s diskriminací (Fuchsová, 2012). I navzdory vyspělému evropskému zdravotnictví, mě překvapila studie IMPACT, která tvrdí, že přibližně pětina pacientů čeká na svoji diagnózu více jak pět let a až 64% nemocných potřebuje před zjištěním diagnózy akutní lékařskou péči (Fuchsová, 2012).

2. 1 Definice zdraví

Každý jedinec si pod pojmem zdraví, představuje něco jiného. Zdraví je velmi individuální stav osobnosti, který nese spousty definic. Nejznámější je podle WHO (1948): „*zdraví je stav úplné, fyzické, psychické a sociální pohody a nejen jako nepřítomnost choroby či slabosti*“, upřesňují Mastiliáková et al. (2014, s. 48). Čeledová et al. (2010, s. 16) popisují zdraví podle Parsonse: „*zdraví je stav, optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován*“.

2. 2 Definice nemoci

Nemoc je též velmi individuální a definovaná z různých pohledů. Čeledová et al. (2010, s. 20) definují nemoc: „*nemoc neboli choroba či onemocnění je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů*“. V jiné formě je nemoc takový stav, který jednotlivci způsobuje subjektivní obtíže, což je z lékařského hlediska nepravdivé, protože některá onemocnění zprvu nepřinášejí poškozenému subjektivní potíže (hypertenze). Jednalo by se tedy o definici pro rozvinutá stádia nemocí (Čeledová et al., 2010). Obecně se dá říci, že nemoc je porucha zdraví.

2. 3 Pojetí a definice pojmu „kvalita života“

Zájem společnosti o kvalitu života za poslední tři desetiletí výrazně stoupl. Uvádí tak Gurková (2011), kdy první zmínka o kvalitě života je zaznamenána roku 1983. Od té doby se význam kvality života stále rozvíjí, zejména v ošetrovatelské praxi, výzkumu a teorii. Pojem kvalita života je podle Gurkové (2011) špatně definovatelný. Definice podle Světové zdravotnické organizace, popisují Janiš et al. (2016, s. 56.): „*kvalita života je to, jak vnímá jedinec své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Jedná se o velmi široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný fyzickým zdravím jedince, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí*“. Hudáková et al. (2013) uvádějí kvalitu

života, jako dynamicky měnící proces, který je ovlivněn několika faktory. „*Pojem kvality života je individuální. Kvalitu života a životní spokojenost nelze chápat jako synonyma, ale jako blízké pojmy. Proces uspokojování lidských potřeb představuje jednu ze složek kvality života*“ (Šamánková et al., 2011, s. 31). Janiš et al. (2016) definují kvalitu života, která vede k naplnění a uspokojování potřeb z Maslowovy pyramidy potřeb. Gurková (2011) definuje kvalitu života jako osobní pohodu, zahrnující psycho - spirituální, tělesnou i sociální dimenzi. Pro pacienta to tedy může znamenat „cítit se dobře“. Tímto heslem by se měl zdravotník řídit, aby nemocnému mohl poskytnout takovou péči, aby se cítil dobře. Podle Hudákové et al. (2013) je kvalita života součástí společenského života a stává se tak kritériem i cílem ošetrovatelské péče. Podle Dvořáčkové (2012), musí zdravotník usilovat o osobní pohodu vždy a za každých okolností. Bužgová (2015) uvádí pět oblastí, které by nám měly zajistit kvalitní život. Mezi dané dimenze patří vést normální a společenský život, být šťastný a spokojený, dosáhnout osobních cílů, a mít mentální a fyzickou kapacitu. Kvůli chronické nemoci však mohou být tyto oblasti narušené. Schopnost vést normální a společenský život, být šťastný a spokojený se u mnoho pacientů s idiopatickými střevními záněty zdá být vzdálené. Plno nemocných s IBD se „cítit dobře“ nemusí. A tak při naplňování psychických, fyzických, sociálních či spirituálních potřeb můžeme dosáhnout určité pohody. Kvalita života je u nemocných vnímána subjektivně a pro každého představuje něco trochu jiného, ovšem Hudáková et al. (2013, s. 8) zmiňují, že: „*kvalita života člověka je přímo úměrná míře uspokojování jeho potřeb a naplňování jeho cílů*“. Gurková (2011) zmiňuje velmi odlišné subjektivní vnímání kvality života u chronicky nemocných, kdy s časovým odstupem může vnímat problémy, které ze začátku považoval za velmi omezující dnes s menší intenzitou, což se v kvalitě života odráží.

2. 4 Hodnocení kvality života

Kvalita života není podle Gurkové (2011) absolutní, nýbrž relativní kategorií, která se dá vyjádřit jak kvalitativními tak kvantitativními ukazateli. Když chybí objektivní podmínky pro dobrý život (dostatek potravin, bydlení, zdravotnická péče), Gurková (2011) uvádí, že se se jedná o objektivní kvalitu života, zatím co subjektivní kvalitou života se rozumí, jak se jedinec cítí a co prožívá. V rámci kvality života u idiopatických střevních zánětů nás zajímá subjektivní kvalita života. Výzkum kvality života odstartoval v 60. letech 20. století sociálními vědami. Kvalita života byla brána ve

vztahu k společnosti. Tehdy se pracovalo s objektivními podmínkami, které subjektivně hodnotila skupina lidí. V závěru vyšlo, že objektivní podmínky jsou v rozporu se subjektivně vnímanou kvalitou života (Gurková, 2011). Z těchto důvodů se zařadila do zájmu individuální kvalita života. Podle Bužgové (2015) je hodnocení kvality života nedílnou součástí ošetrovatelské péče u chronicky nemocných pacientů. Bužgová (2015) také uvádí, že hodnocení kvality života může být indikátorem pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Z toho vyplývá, že ošetrovatelská péče úzce souvisí s kvalitou života a navzájem na sebe obě složky působí.

Vytvoření různých oblastí modelu kvality života bylo významným postupem pro posuzování kvality života. Na psychické, fyzické, sociální a spirituální pohodě se shodne většina autorů, ovšem někteří navíc uvádějí doménu rodiny, obrazu těla, či reakce na diagnózu nebo léčbu (Gurková, 2011). Světová zdravotnická organizace (WHO) vystihuje šest oblastí kvality života: Tělesná oblast, prostředí, psychická oblast, nezávislost, sociální vztahy a spiritualita (Heřmanová, 2012). V ošetrovatelské praxi podle těchto domén hodnotíme kvalitu života (Gurková, 2011). Další důležitý vzestup podle Heřmanové (2012) zaznamenal vytvoření konceptu kvality života související se zdravím - Health Related Quality of Life (HRQoL). Oblasti, které koncept zahrnoval, se postupně vyvíjely nejprve od fyzických potřeb až po ty psychické a spirituální. Postupně tak vznikaly dotazníky, měřící kvalitu života. Jako příklad uvádí Gurková (2011) Short Form 36 (SF-36), EuroQoL (EQ-5D). Dotazníky jsou jak u nás tak i v zahraničí hojně užívány pro měření kvality života v souvislosti se zdravím. Nástroj pro měření kvality života vytvořený světovou zdravotnickou organizací se nazývá World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL). Na základě tohoto dotazníku vznikla i zkrácená verze a to WGOQOL-BREF (Svitková et al., 2014). Tyto všechny dotazníky jsou obecné a nevztahují na určené onemocnění (Heřmanová, 2012). Ovšem postupem času rostl zájem specifických dotazníků na dané onemocnění a tak vznikaly nové a nyní je i plno možností, jak zjistit kvalitu života u daného onemocnění. Specifický dotazník pro pacienty s IBD je Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), který vznikl roku 1988 v Kanadě (Svitková et al., 2014). V dotazníku najdeme 32 otázek rozdělené do oblastí střevních, systémových, emocionálních a sociálních (Špičák et al., 2008). Postupně vznikl podobný dotazník s 36 otázkami (IBDQ-36), kdy jsou domény odlišné a podle Gurkové (2011) zahrnují celkové příznaky (únava, spánek), střevní příznaky (četnost stolice, bolesti břicha, krvácení ve stolici), sociální

zhoršení (zaměstnání, škola, společenské zázemí) a zhoršení emočních funkcí (stres, strach, deprese).

Gabalec et al. (2009) prováděli výzkum, kdy sledovali vliv aktivity onemocnění na kvalitu života. Zúčastněných respondentů bylo 103, z toho 53 mužů a 50 žen, kteří byly podrobeni dotazníkovému šetření pomocí standardizovaného obecného dotazníku WHOQOL-BREF a pomocí specifického dotazníku IBDQ. Ve výzkumu se porovnávala kvalita života jak v relapsu a v remisi, tak i s běžnou českou populací. V záběru Gabalec et al. (2009) zjistili, že aktivita onemocnění má výrazný vliv na kvalitu života. Také užívání kortikosteroidů, imunospresiv a operace mají výrazný vliv na kvalitu života jedince. Naopak kvalita života pacientů v remisi je srovnatelná s kvalitou života běžné populace.

3. Cíle práce a hypotézy

3.1 Cíle práce

Cíl: Zjistit kvalitu života u pacientů s nespecifickými střevními záněty (IDB), jako je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida.

3.2 Hypotézy

H1: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v psychické oblasti.

H1. 1: Pacienti s IBD pociťují deprese.

H1. 2: Pacienti s IBD pociťují pesimismus a smutek.

H1. 3: Pacienti s IBD pociťují vyčerpanost.

H1. 4: Pacienti s IBD pociťují nervozitu.

H2: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy ve fyzické oblasti.

H2. 1: Pacienti s IBD mají bolesti.

H2. 2: Pacienti s IBD pociťují únavu.

H2. 3: Pacienti s IBD mají potíže s vykonáváním náročných aktivit.

H3: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v sociální oblasti.

H3. 1: Pacienti s IBD mají problémy v sociálních vztazích.

H3. 2: Pacienti s IBD jsou omezeni ve společenském životě.

H3. 3: Pacienti s IBD mají finanční problémy.

4. Metodika

Výzkumná část práce byla zpracována kvantitativně pomocí dotazníkového šetření. Pro pacienty byl využíván dotazník Short From 36, zaměřující se na kvalitu života. Sběr dat probíhal v nemocnicích Jihočeského kraje od ledna do března 2017.

4. 1 Popis metodiky

Ke kvantitativnímu výzkumnému šetření jsem užíla standardizovaný dotazník Short From 36 (SF 36), používaný ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím. Dotazník je obecný a využíván širokou společností ke zjištění kvality života u specifických a obecných onemocnění. Dotazník se hodí k posouzení nemoci jak po fyzické stránce, tak i na prozkoumání psychického a sociálního dopadu. Pro práci s dotazníkem SF 36 jsem nepotřebovala zakoupení licence, dotazník není zpoplatněný. Dotazník je určen pro samostatné vyplňování osobami staršími 14 let. Dotazník byl navržen k použití v klinické praxi - screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, porovnání léčebných nákladů různých nemocí a monitorování kvality života specifických a obecných populací. V ČR je dotazník SF 36 využíván k hodnocení indexu HRQL (health related quality of life) u mnoha somatických onemocnění např. diabetu, kardiologických onemocnění, neurologických onemocnění a dalších. Časová náročnost dotazníku je zhruba 20 – 30 minut.

Dotazník se již podle názvu rozděluje na 36 položek rozdělených do 11 otázek. Každá otázka obsahuje několik navržených odpovědí dle škálové stupnice (1 – výborné, 2 – dobré, 3 – špatné). Dotazník zasahuje dané oblasti, které zkoumá. Zkoumané oblasti jsou: fyzické fungování, fyzické omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví a popis současného zdraví v porovnání zdravotního stavu před rokem.

Dotazníky byly rozdávány náhodně bez ohledu na to, jestli pacienti trpěli Crohnovou nemocí nebo ulcerózní kolitidou a bez ohledu na to jestli byli pacienti v remisi nebo v relapsu. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků.

4. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenti tohoto výzkumného souboru byli pacienti Jihočeského kraje trpící nespécifickými střevními záněty bez ohledu na to, jestli mají Crohnovu nemoc nebo ulcerózní kolitidu, či jestli jsou ve fázi klidu nebo remise. Celkem jsem rozdala 130 dotazníků, kdy návratnost byla veliká. Vrátilo se mi 113 dotazníků. Respondece je téměř 87%. Z vrácených dotazníků jsem jich musela 13 vyřadit kvůli nesprávnému

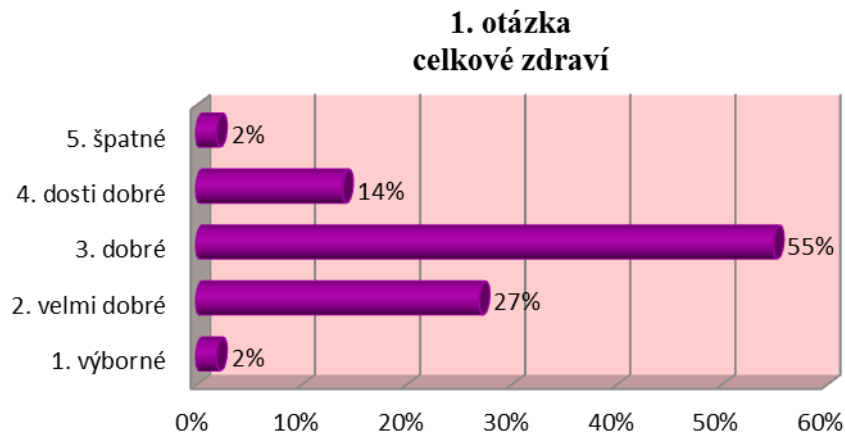
vyplnění. Výsledkem zbylo požadovaných 100 správně zodpovězených dotazníků. Dotazníky byly rozdávány náhodně bez ohledu na věk či pohlaví pacientů v různých nemocnicích Jihočeského kraje na gastroenterologických ambulancích.

4. 3 Zpracování dat

Data získaná z dotazníků jsem zpracovala v programu Microsoft Excel, kde jsem veškeré odpovědi z jednotlivých otázek shromáždila do tabulek a následně stanovila grafy a určila procentuální zastoupení odpovědí od respondentů. V Excelu jsem použila statistické funkce medián, modus a aritmetický průměr (\bar{x}). Medián je střední hodnota množiny zadaných čísel, modus zobrazuje hodnotu s nejvyšší četností ve výběrovém souboru a aritmetický průměr udává průměrnou hodnotu z vybraného vzorku.

5. Výsledky

Graf 1: Celkové zdraví

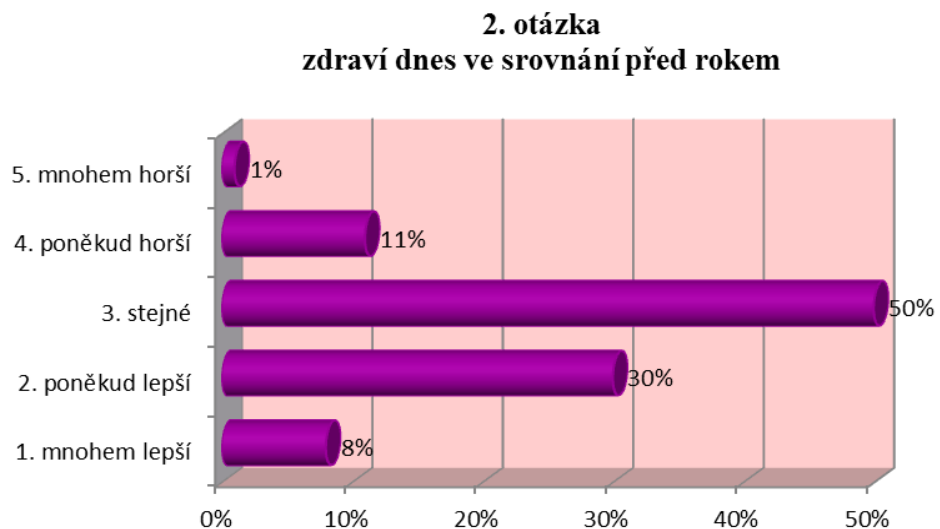


Tabulka 1: Celkové zdraví

otázka č. 1	1. výborné	2. velmi dobré	3. dobré	4. dosti dobré	5. špatné
Respondent i = 100%	2%	27%	55%	14%	2%
medián = 3	modus = 2	$\bar{x} = 2,78$			

Grafem 1 jsem zobrazila odpovědi, které vystihují jaké je celkové zdraví respondentů. Nejvíce respondentů (55; 55,0%) odpovědělo, že jejich zdraví je dobré. Zatím co nejméně respondentů (2; 2,0%) odpovědělo, že je jejich zdraví výborné a stejně tak i odpověděli, že je jejich zdraví špatné. Velmi dobré celkové zdraví ohodnotilo 27 respondentů (27%) a dosti dobré jej ohodnotilo 14 respondentů (14%). V tabulce 1 jsem zobrazila, že mediánem je odpověď 2 (velmi dobré) a modusem odpověď 3 (stejně). Aritmetický průměr je 2,78.

Graf 2: Zdraví dnes a před rokem

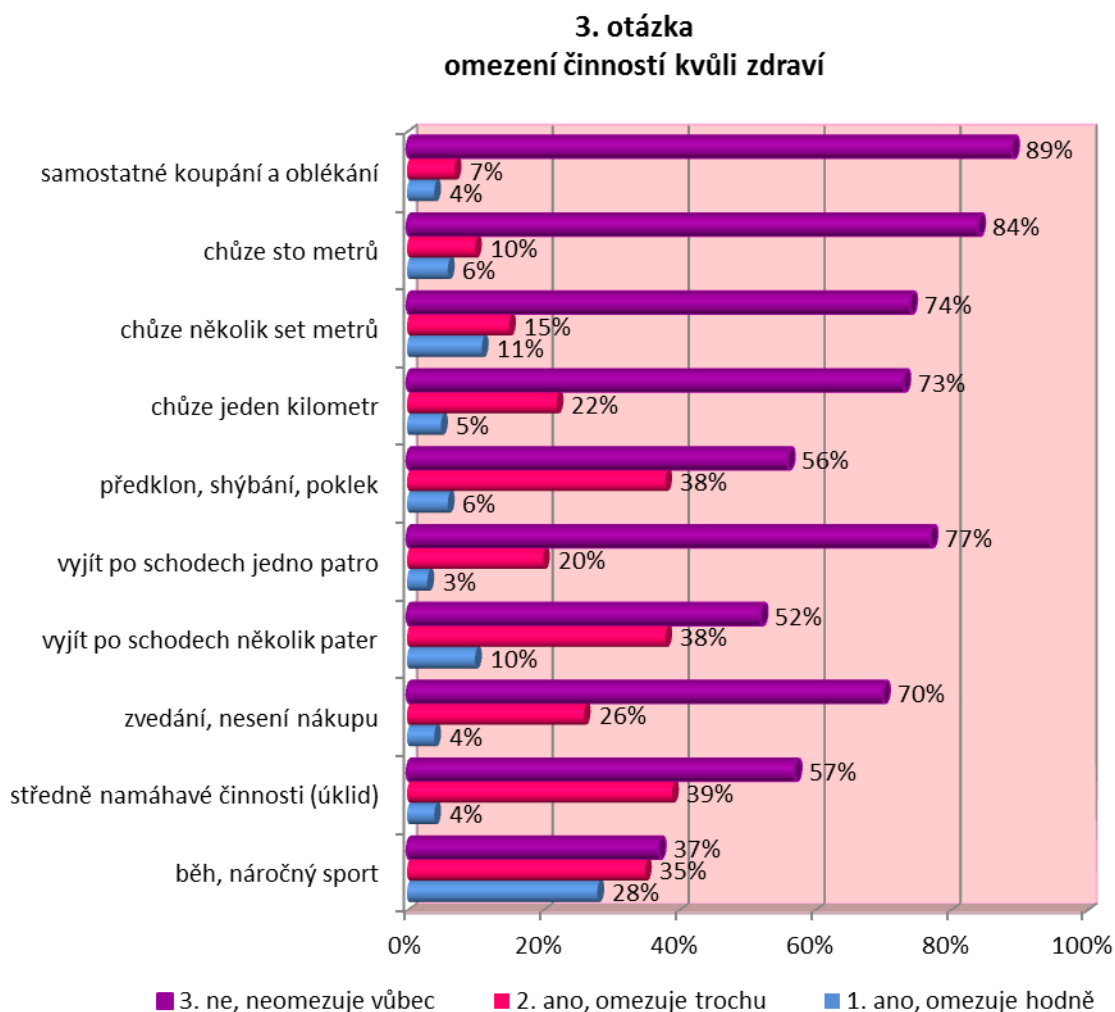


Tabulka 2: Zdraví dnes a před rokem

otázka č. 2	1. mnohem lepší	2. poněkud lepší	3. stejné	4. poněkud horší	5. mnohem horší
respondenti=100%	8%	30%	50%	11%	1%
Medián = 3	modus = 3	$\bar{x} = 2,67$			

Grafem 2 jsem znázornila zdraví respondentů dnes ve srovnání se stavem před rokem. Nejvíce respondentů odpovědělo, že je jejich zdraví stejné (50; 55,0%). Pouze 1 (1%) z dotazovaných zodpověděl, že je zdraví mnohem horší než před rokem. Na druhém místě odpovědí s nejvyšší četností (30; 30,0%) je „poněkud lepší“. Odpověď „poněkud horší“ volilo 11 respondentů (11,0%) a „mnohem lepší“ jich odpovědělo pouze 8; (8,0%). V tabulce 2 jsem znázornila, že mediánem a modusem je v tomto případě odpověď 3 (stejně). Aritmetický průměr je 2,67.

Graf 3: Omezení činností kvůli zdraví

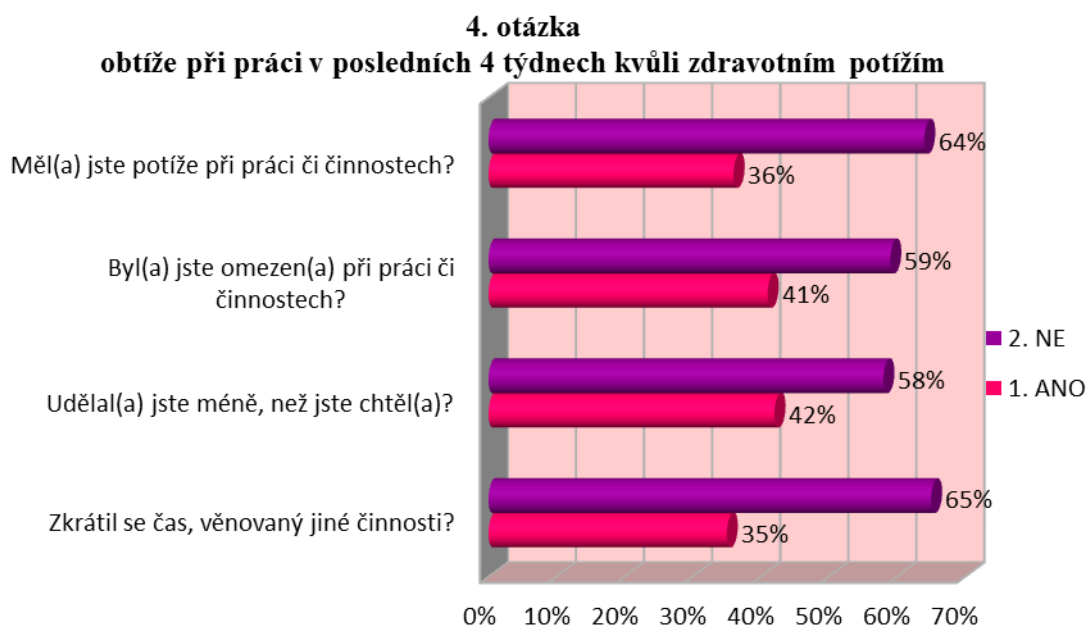


Tabula: 3 Omezení činností kvůli zdraví

otázka č. 3	1. ano, omezuje hodně	2. ano, omezuje trochu	3. ne, neomezuje vůbec		medián	modus	\bar{x}
běh, náročný sport	28%	35%	37%		2	3	2,09
středně namáhavé činnosti (úklid)	4%	39%	57%		3	3	2,53
zvedání, nesení nákupu	4%	26%	70%		3	3	2,66
vyjít po schodech několik pater	10%	38%	52%		3	3	2,42
vyjít po schodech jedno patro	3%	20%	77%		3	3	2,74
předklon, shýbání, poklek	6%	38%	56%		3	3	2,5
chůze jeden kilometr	5%	22%	73%		3	3	2,68
chůze několik set metrů	11%	15%	74%		3	3	2,63
chůze sto metrů	6%	10%	84%		3	3	2,78
samostatné koupání a oblékání	4%	7%	89%		3	3	2,85

Grafem 3 jsem zobrazila odpovědi na otázky týkající se činností, které respondenti vykonávají během svého typického dne. Otázkami zjišťuji, zda zdraví respondentů omezuje určité činnosti a pokud ano, tak do jaké míry. Omezení při usilovných činnostech jako je běh, zvedání těžkých břemen či náročný sport vyšlo ve všech odpovědích celkem rovnoměrně. Omezení při střední namáhavé činnosti, jako je úklid či jízda na kole odpovědělo nejvíce respondentů (57; 57%) „neomezuje vůbec“ zatím co 4 respondenti (4%) odpověděli „omezuje hodně“. Zdraví podle většiny respondentů (70; 70%) neovlivňuje zvedání či nesení běžného nákupu. Vyjít po schodech jedno patro neomezuje většinu respondentů (70; 70%). Vyjít po schodech několik pater „omezuje hodně“ 10 respondentů (10%) a „omezuje středně“ 38 (38%) respondentů. Předklon, shýbání či poklek dělá problém 6 respondentům (6%). Vyjít jedno patro omezuje hodně 3 respondenty (3%) a neomezuje vůbec 77 respondentů (77%). Chůze po ulici jeden metr, několik set metrů a jeden kilometr neomezuje většinu respondentů. Koupání doma či oblékání bez další pomoci zvládá samostatně až 89 respondentů (89%). Velké omezení v této oblasti udávají 4 respondenti (4%).

Graf 4: Obtíže při práci kvůli zdraví

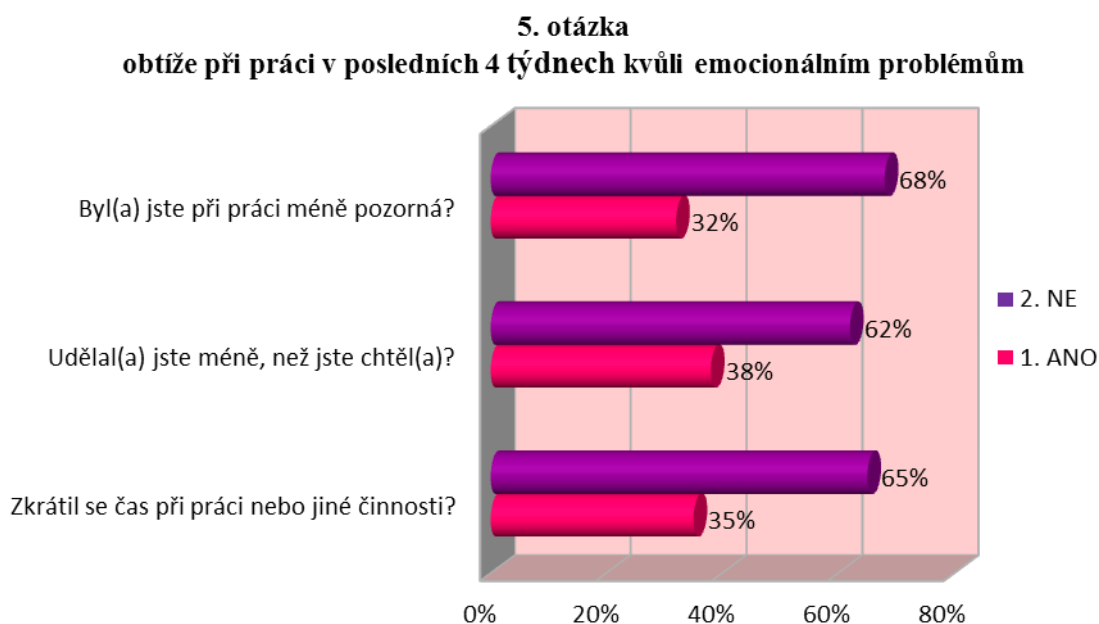


Tabulka 4: Obtíže při práci kvůli zdraví

otázka č. 4	1. ANO	2. NE		medián	modus	\bar{x}
Zkrátil se čas, věnovaný jiné činnosti?	35%	65%		2	2	1,65
Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?	42%	58%		2	2	1,58
Byl(a) jste omezen(a) při práci či činnostech?	41%	59%		2	2	1,59
Měl(a) jste potíže při práci či činnostech?	36%	64%		2	2	1,64

Grafem 4 jsem zobrazila, zda respondenti trpěli v posledních 4 týdnech danými problémy při práci či běžné činnosti kvůli zdravotním potížím. Většina respondentů nevedla problémy při práci či jiných činnostech kvůli svému zdraví. 35 respondentům (35%) se zkrátil čas, který věnovali práci či jiné činnosti. 42 respondentů (42%) udělalo méně práce, než chtěli. Omezení v práci nebo při jiných činnostech pocítilo 41 respondentů (41%). 36 respondentů (36%) uvedlo, že vynaložili větší úsilí při práci nebo měli jiné potíže při činnostech. V tabulce 4 jsem navíc vypočítala, že mediánem i modusem je ve všech otázkách odpověď 2 (ne). A aritmetický průměr u všech otázek zhruba stejný (1,5).

Graf 5: Obtíže při práci kvůli emocionálním problémům

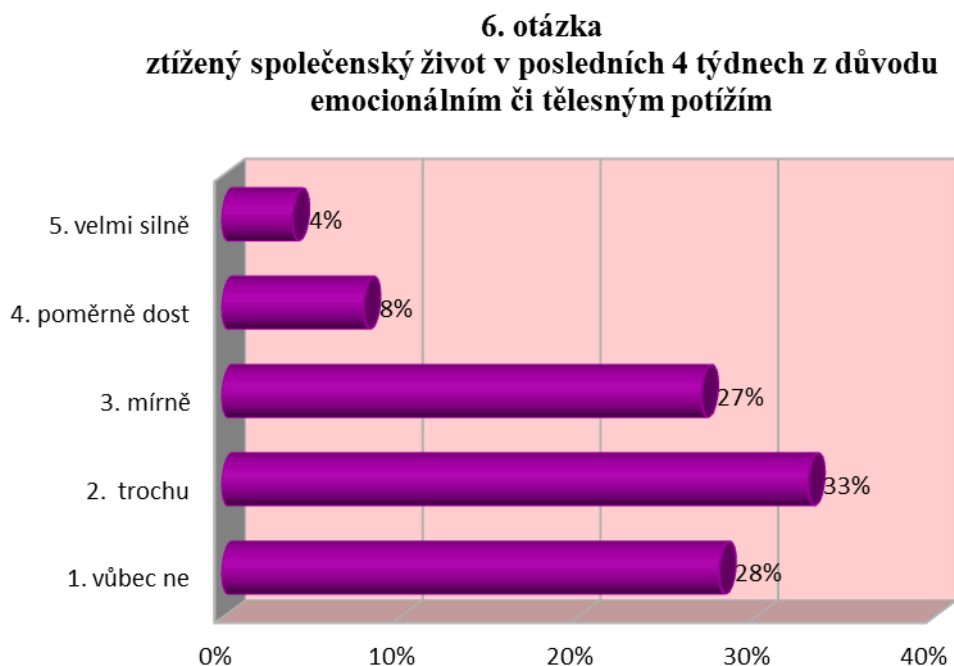


Tabulka 5: Obtíže při práci kvůli emocionálním problémům

otázka č. 5	1. ANO	2. NE	medián	modus	\bar{x}
Zkrátil se čas při práci nebo jiné činnosti?	35%	65%	2	2	1,65
Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?	38%	62%	2	2	1,62
Byl(a) jste při práci méně pozorná?	32%	68%	2	2	1,68

Grafem 5 jsem znázornila, zda respondenti trpěli v posledních 4 týdnech danými problémy při práci či běžné činnosti kvůli emocionálním potížím. Zhruba 60 respondentů (60%) odpovědělo, že obtíže v práci kvůli psychickým problémům nemají. Méně pozornosti při práci však pocítilo 32 respondentů (32%). 38 respondentů (38%) udělali v práci kvůli emocionálním problémům méně, než chtěli a 35 respondentů (35%) uvedlo, že strávili při práci méně času než obvykle. Medián i modus jsem popsala v tabulce 5. U obojího vyšlo u všech otázek odpověď 2 (ne) a aritmetický průměr kolem 1,65.

Graf 6: Ztížení společenského života



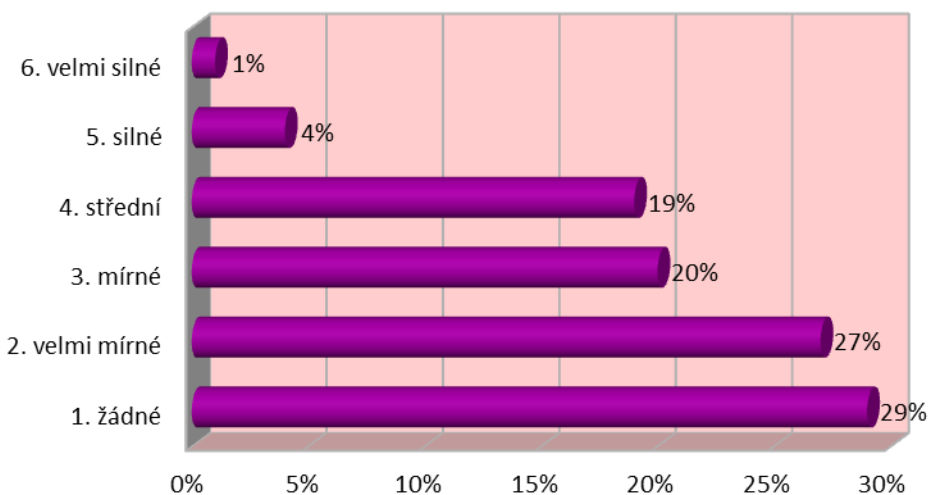
Tabulka 6: Ztížení společenského života

otázka č. 6	1. vůbec ne	2. trochu	3. mírně	4. poměrně dost	5. velmi silně
respondenti	28%	33%	27%	8%	4%
medián = 2	modus = 2	$\bar{x} = 2,27$			

Grafem 6 jsem vyobrazila, do jaké míry omezovaly respondenty tělesné či emocionální potíže v jejich normálním společenském životě (vztah s rodinou, mezi přáteli, sousedy) v posledních 4 týdnech. Zdravotní stav velmi silně omezil společenský život 4 respondentům (4%). Poměrně dost ztížený společenský život pocítilo 8 respondentů (8%). Nejvíce respondentů (33; 33%) se cítilo v posledních 4 týdnech v sociálním životě trochu omezení. Žádné problémy ve společenském životě nezaznamenalo 28 respondentů (28%). Mírné potíže, které bránili vést normální společenský život, uvedlo 27 respondentů (27%). Mediánem i modusem popisující v tabulce 6 je v obou případech odpověď dvě (trochu) a aritmetický průměr je 2,27.

Graf 7: Bolest

**7. otázka
bolesti v posledních 4 týdnech**

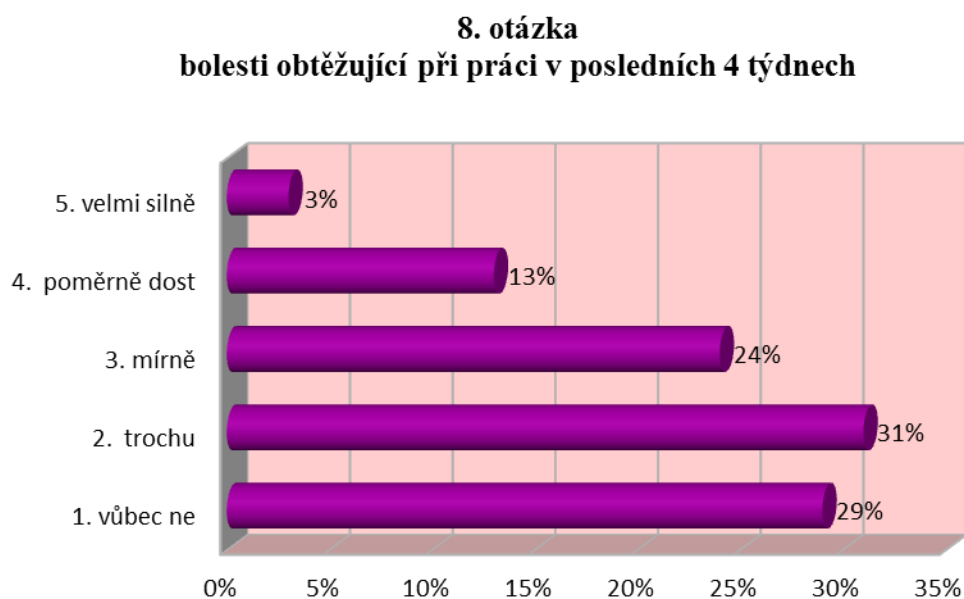


Tabulka 7: Bolest

otázka č. 7	1. žádné	2. velmi mírné	3. mírné	4. střední	5. silné	6. velmi silné
Respondenti	29%	27%	20%	19%	4%	1%
medián = 2	modus = 1	$\bar{x} = 2,45$				

Grafem 7 jsem zobrazila, jaké bolesti měli respondenti v posledních 4 týdnech. 1 respondent (1%) měl velmi silné bolesti. Silné bolesti uvedli 4 respondenti (4%) a střední bolesti v posledních dvou týdnech pociťovalo 19 respondentů (19%). Nejvíce respondentů však nemělo bolesti žádné (29; 29%). I když 27 respondentů (27%) odpověděli, že bolesti měli velmi mírné a 20 respondentů (20%) uvedli bolest v posledních 4 týdnech mírnou. Mediánem je v tabulce popsána odpověď 2 (velmi mírné) a modusem odpověď 1 (žádné). Aritmetický průměr je 2,45.

Graf 8: Bolesti obtěžující při práci

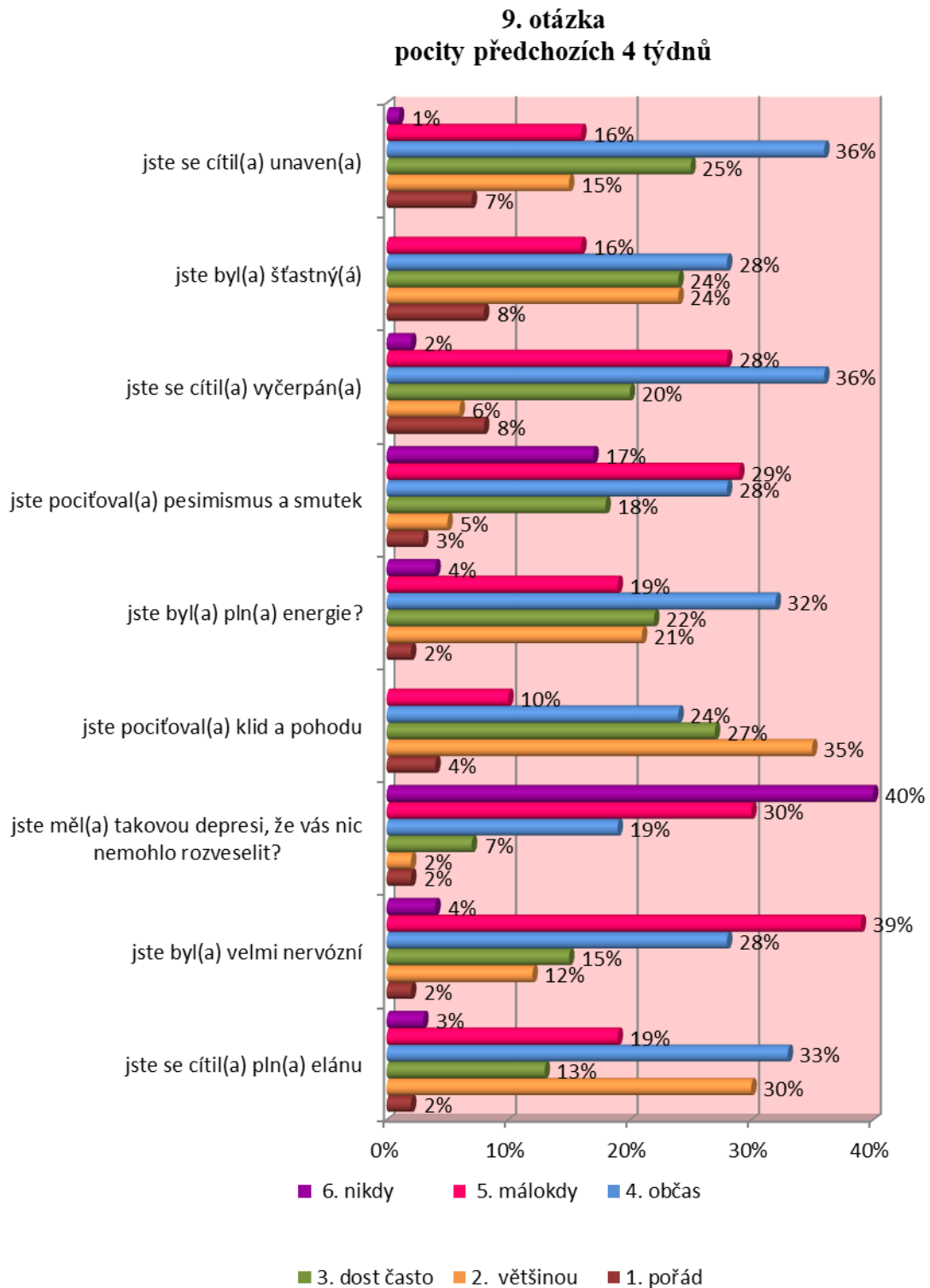


Tabulka 8: Bolesti obtěžující při práci

otázka č. 8	1. vůbec ne	2. trochu	3. mírně	4. poměrně dost	5. velmi silně
respondenti	29%	31%	24%	13%	3%
medián = 2	modus = 2	$\bar{x} = 2,3$			

Grafem 8 jsem vystihla, do jaké míry bránily bolesti respondentům v práci (doma, zaměstnání) v posledních 4 týdnech. Vůbec žádné bolesti nebránily v práci 29 respondentům (29%). Nejvíce respondentů (31; 31%) odpovědělo, že jim bolesti bránily při práci trochu. Dalších 24 (24%) respondentů odpovědělo, že jim bolesti bránily v práci mírně. Až 13 (13%) respondentů omezovaly bolesti při práci poměrně dost a velmi silně dělaly bolesti problémy v práci 3 respondentům (3%). Mediánem i modusem zde vyšla odpověď 2 (trochu) a aritmetický průměr 2,3, což je popsáno v tabulce 8.

Graf 9: Pocity předchozích 4 týdnů



Tabulka 9: Pocity předchozích 4 týdnů

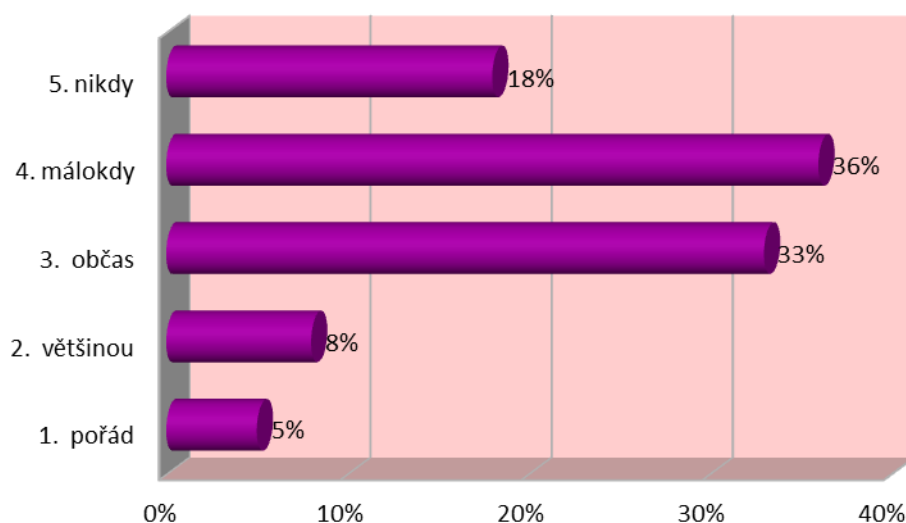
otázka č. 9	1. pořád	2. většinou	3. dost často	4. občas	5. málokdy	6. nikdy	medián	modus	\bar{x}
jste se cítil(a) pln(a) elánu	2%	30%	13%	33%	19%	3%	4	4	3,5
jste byl(a) velmi nervózní	2%	12%	15%	28%	39%	4%	4	5	4,2
jste měl(a) takovou depresi, že vás nic nemohlo rozveselit?	2%	2%	7%	19%	30%	40%	5	6	4,9
jste pociťoval(a) klid a pohodu	4%	35%	27%	24%	10%		3	2	3,0
jste byl(a) pln(a) energie?	2%	21%	22%	32%	19%	4%	4	4	3,6
jste pociťoval(a) pesimismus a smutek	3%	5%	18%	28%	29%	17%	4	5	4,2
jste se cítil(a) vyčerpán(a)	8%	6%	20%	36%	28%	2%	4	4	3,0
jste byl(a) šťastný(á)	8%	24%	24%	28%	16%		3	4	3,2
jste se cítil(a) unaven(a)	7%	15%	25%	36%	16%	1%	4	4	3,4

V Grafu 9 jsem zobrazila pocity respondentů v posledních 4 týdnech. Nejvíce respondentů (33; 33%) uvedlo, že se pouze občas cítili plni elánu. 3 respondenti (3%) se necítili vůbec plni elánu a 2 respondenti (2%) se cítili plni elánu pořád. K další otázce se vyjádřilo nejvíce 39 respondentů (39%), kteří byli málo kdy nervózní, zatímco 2 respondenti (2%) byli nervózní během posledních 4 týdnů pořád. Žádnou nervozitu v poslední době nezaznamenali 4 respondenti (4%). Dále jsem v grafu 9 zobrazila, že nejvíce respondentů (40; 40%) neměli nikdy takovou depresi, že by je nic nemohlo rozveselit a naopak 2 (2%) respondenti, takovou depresi v poslední době zažili. 35 respondentů (35%) pociťovalo ve většině času klid a pohodu, zatímco pořád

ji vnímali jen 2 respondenti (2%). Plni energie se cítili pořád 2 respondenti (2%) avšak nikdy se tak v posledním měsíci necítili 4 respondenti (4%). Nejvíce respondentů (32; 32%) odpovědělo „občas“. Dále jsem popsala, že pesimismus a smutek pocítovala většina respondentů v poslední době málokdy (29; 29%), ale 18 respondentů (18%) pocítovali smutek dost často a 3 respondenti (3%) pořád. Také popisují, že nejvíce respondentů (35; 35%) cítilo občas vyčerpání a 8 (8%) respondentů se cítilo na pokraji sil pořád. V poslední řadě popisují, že 7 (7%) respondentů bylo pořád unavení a 1 (1%) respondent nepocítil za poslední měsíc žádnou únavu. Nejvíce respondentů odpovědělo (36; 36%), že se cítili občas unaveni. V tabulce jsem zobrazila medián, modus a průměr, který se v každé otázce mírně liší.

Graf 10: Omezení společenského života

10. otázka
četnost omezení společenského života z důvodu tělesných či emocionálních potíží v posledních 4 týdnech

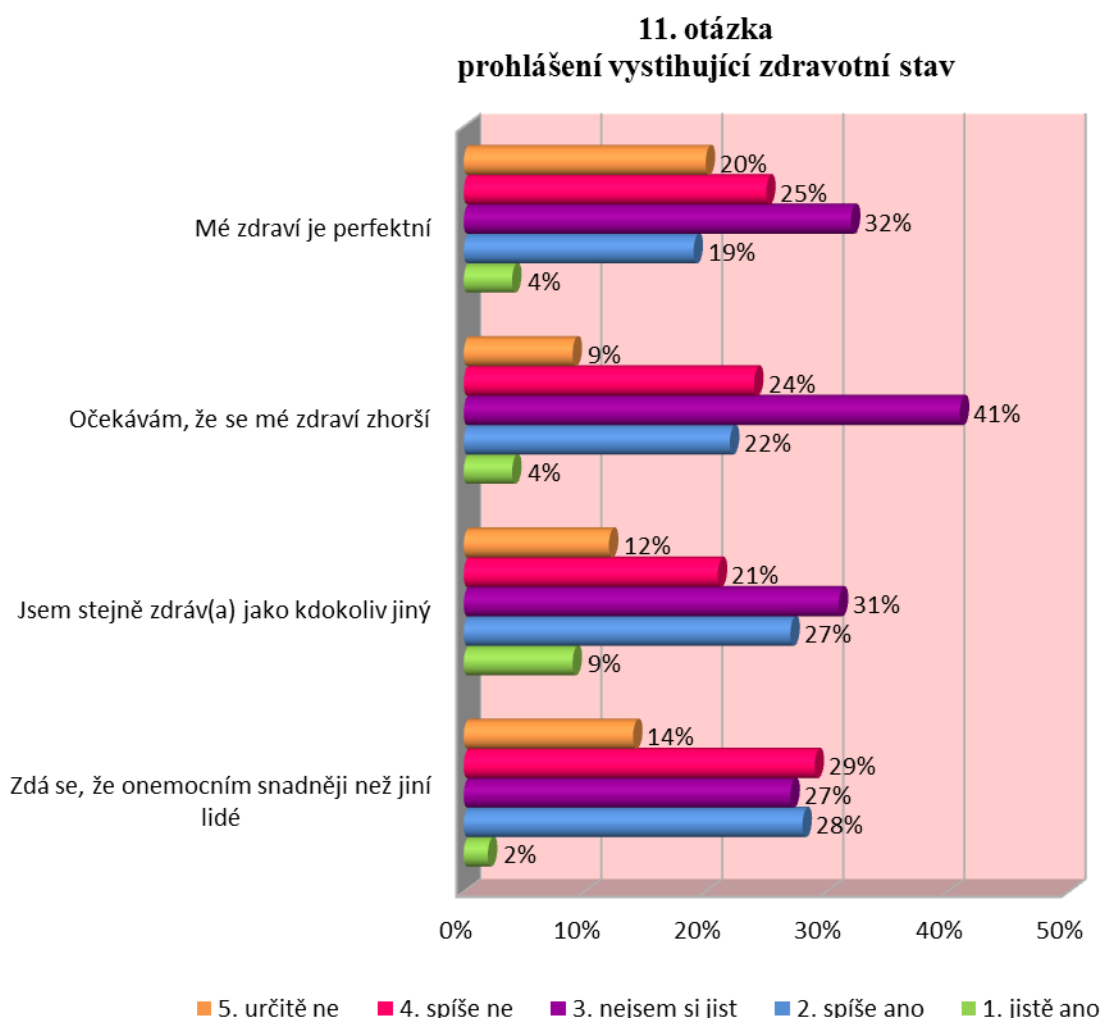


Tabulka 10: Omezení společenského života

otázka č. 10	1. pořád	2. většinou	3. občas	4. málokdy	5. nikdy
respondenti	5%	8%	33%	36%	18%
medián = 4	modus = 4	$\bar{x} = 3,54$			

Grafem 10 jsem znázornila, jak často bránily tělesné či psychické potíže společenskému životu respondentů v posledních 4 týdnech (návštěvy příbuzných, přátel atp.) Společenský život mělo 5 respondentů (5%) neustále omezený kvůli zdravotním nebo psychickým potížím. Zhoršený život v posledním měsíci pociťovalo většinu času 8 respondentů (8%). Nejvíce respondentům (36; 36%) bránily zdravotní potíže společenskému životu málokdy a 33 respondentům (33%) občas. Žádnou změnu ve společenském životě v poslední době nepocítilo 18 respondentů (18%). V tabulce 10 jsem vypočítala medián a průměr, který vyšel stejný 4 (málokdy). Aritmetický průměr je 3, 54.

Graf 11: Zdravotní stav



Tabulka 11: Zdravotní stav

otázka č. 11	1. jistě ano	2. spíše ano	3. nejsem si jist	4. spíše ne	5. určitě ne		medián	modus	\bar{x}
Zdá se, že onemocním snadněji než jiní lidé	2%	28%	27%	29%	14%		3	4	3,25
Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	9%	27%	31%	21%	12%		3	3	3
Očekávám, že se mé zdraví zhorší	4%	22%	41%	24%	9%		3	3	3,12
Mé zdraví je perfektní	4%	19%	32%	25%	20%		3	3	3,38

Grafem 11 jsem zachytila prohlášení respondentů o svém zdraví. Na otázku, zda si respondenti myslí, jestli onemocní snadněji, než jiní lidé, odpověděli téměř rovnoměrně: „spíše ano“ (28; 28%), „nejsem si jist“ (27; 27%), „spíše ne“ (29; 29%). 9 respondentů (9%) si myslí, že jsou stejně zdraví jako ostatní lidé, zatímco 12 respondentů (12%) si myslí, že určitě ne. Nejvíce respondentů (41; 41%) neví, jestli mají očekávat zhoršení jejich stavu, zatímco 4 respondenti (4%) očekávají jisté zhoršení stavu. Nejvíce respondentů (32; 32%) si není jistých, zda je jejich zdraví perfektní a 20 respondentů (20%) si myslí, že jejich zdraví není určitě perfektní. O svém dobrém zdraví nepochybují 4 respondenti (4%). V tabulce 11 jsem vyznačila medián a modus, který vyšel téměř všude 3 (nejsem si jist), pouze u prvního tvrzení je medián 4 (spíše ne). Aritmetický průměr je v rozmezí od 3 až po 3,38.

6. Diskuze

Již na začátku jsem měla představu, jak by mohl celý výzkum dopadnout, ale nakonec mě odpovědi mile překvapily. Po zpracování a celkového vyhodnocení odpovědí jsem dospěla k názoru, že nemocní s nespecifickými střevními záněty si umí zajistit celkem kvalitní život a naučili se s nemocí žít a vnímat ji jako součást života. Pacienti nedovolí nemoci příliš ovlivnit kvalitu jejich života, i když to podle výsledků vždy není snadné a ideální.

První hypotéza (H1) výzkumného šetření zní: „Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v psychické oblasti“. Z vyhodnocených odpovědí je jasné, že pacienti nějaké psychické problémy mají, ačkoliv nebyli příliš procentuálně zastoupeni. K ověření této hypotézy jsem postupovala pomocí dílčích hypotéz. První dílčí hypotézou (H1. 1) je: Pacienti s IBD pociťují deprese. Tuto hypotézu jsem ověřovala z různých otázek. V první otázce (Graf 1), jsem zobrazila, že 2 respondenti vnímají své celkové zdraví jako velmi špatné a 14 respondentů jako dosti dobré, což jsou nelichotivé odpovědi. Tím můžeme vydedukovat, že celkově špatný zdravotní vztah se odráží na psychickém zdraví a tím mohou vznikat deprese, ale i pesimismus, smutek, vyčerpanost a nervozitu probírající v dalších dílčích otázkách týkající se psychických problémů. Devátou otázkou (Graf 9) jsem zjistila, že pouze 2 respondenti měli v poslední době takovou depresi, že je nic nemohlo rozveselit ale 19 respondentů (19%) pociťovali tento stav občas, což je podle našeho názoru poměrně velké číslo. Dále jsem zaznamenala otázku 11 (Graf 11), kde druhou nejčastější odpovědí je tvrzení čtvrtiny respondentů, kteří si myslí, že onemocní jakoukoliv nemocí snadněji než jiní lidé, což může vést podle mého názoru k rozvoji či trvání depresivních stavů. I přes některé negativní odpovědi mi vyšlo (Graf 9), že přes 40 respondentů nikdy nezažili tak velkou depresi, že by je nic nemohlo rozveselit a druhý největší počet respondentů, pocítil depresi málokdy. To mě velice překvapilo, protože Tress at al. (2008) uvádějí, že deprese trpí při relapsu kolem 30% nemocných. Na základě těchto výsledků mohu první dílčí hypotézu zamítnout.

Druhá dílčí hypotéza (H1. 2) ověřuje, zda pacienti s IBD pociťují pesimismus a smutek. Touto hypotézou jsem se zabývala v otázce 9, kde mi vyšlo (Graf 9), že nejvíce respondentů pociťují pesimismus a smutek občas. Všichni respondenti kromě 2 respondentů někdy pociťovali během poslední doby pesimismus a smutek, což je podle mého názoru důležité zakomponovat do výsledků kvality života. K rozvoji

pesimistického ladění a smutku mohou vést i výsledky čtvrté otázky (Graf 4), kdy necelá polovina udělala v práci kvůli emocionálním potížím méně, než chtěla. Nicméně 17 respondentů nepociťovali pesimismus a smutek nikdy a nejvíce odpovědí málokdy (Graf 9). Díky převaze pozitivních odpovědí můžeme i tuto dílčí hypotézu zamítnout.

Třetí dílčí hypotéza (H1. 3), která pomáhá ověřit H1 zní: Pacienti s IBD pocítují vyčerpanost. Tuto hypotézu jsem ověřila v otázce 9 (Graf 9), kdy nejvíce respondentů jsou občas vyčerpaní. Neustále vyčerpaní se cítí 8 respondentů. V páté otázce (Graf 5) jsem zjistila, že čtvrtina respondentů byla při práci méně pozorná kvůli emocionálním potížím a tak se musela více soustředit, z toho tedy můžeme odvodit následnou vyčerpanost respondentů. Přesto více jak polovina respondentů nepociťovala při práci horší pozornost (Graf 5) a 28 respondentů pocítuje pouze občas vyčerpanost. Na základně těchto výsledků můžeme třetí dílčí hypotézu zamítnout a však podle výzkumu Impact pocítuje denní vyčerpanost až 83% nemocných bez ohledu zda jsou nemocní ve fázi remise či relapsu (Fuchsová, 2012).

Poslední dílčí hypotéza (H1. 4) vztahující k H1 říká: „Pacienti s IBD pocítují nervozitu“. Tuto dílčí hypotézu jsem ověřovala otázkou 9, kde mi vyšlo (Graf 9), že nejvíce respondentů (39%) se cítí nervózních málokdy. Na základě otázky 11, jsem zjistila, že necelá polovina respondentů si není jistá, jestli se jejich zdraví zlepší (Graf 11), což může podle mého mínění ovlivnit nervozitu nemocného. Přesto více jak polovina respondentů necítila kvůli nervozitě omezení při práci či jiné činnosti (Graf 4). Nakonec můžeme tedy i čtvrtou dílčí hypotézu zamítnout.

Na základě všech výsledků dílčích hypotéz jsem zamítla H1: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v psychické oblasti. Výsledek mě velice překvapil, protože jsem čekala, že když má pacient chronické onemocnění, bude mít více psychických problémů. Mé očekávání se nepotvrdilo, avšak mrzí mě, že se o problematice psychického stavu u pacientů s IBD tak málo mluví a i v odborné literatuře nenajdeme převratné množství informací o problematice psychiky, přestože je známo, že psychika jedince ovlivňuje fyzický stav a to vše následně ovlivňuje kvalitu života jedince. Například Martínková et al. (2007) udávají spojitosti s léčbou a psychickými stavy, kdy u některých antibiotik (metronidazol) se mohou objevit deprese, jako nežádoucí účinky. Též Martínková et al. (2007) popisují, že kortikoidy mají veliký vliv na psychiku a mohou vyvolat deprese, podrážděnost, nervozitu a vyčerpanost. Podle mého názoru pokud radikální léky ovlivní vzhled nemocného, jako je akné, obezita, strie, nemůže se to pozitivně odrazit v duši jedince. Proto i veškeré zhoršení

stavu nemocného, časté průjmy a komplikace s onemocněním zanechají stopy na psychickém stavu jedince.

Výsledky a analýzy hypotéz mě velmi překvapily, protože v rámci mé praxe při studiu na gastroenterologickém oddělení, kde se často setkávám s IBD pacienty, jsem zažila různé emocionální projevy nemocných. Je pravda, že hospitalizovaní pacienti byli v relapsu, tedy ve fázi akutního vzplanutí, kdy je celkový stav nemocného horší a to se projevuje i na jeho psychice, kdy opravdu v prvních kritických dnech, byli pacienti podráždění, nervózní. Zejména z bolesti a četného průjmu byli pacienti fyzicky i psychicky vyčerpáni a depresivně ladění. Nicméně i tyto špatné psychické stavy, které jsem u nemocných zpozorovala, vyvrací fakt, že, čím více se pacientův zdravotní stav zlepšil, tím i jejich psychika byla lepší a pacienti tak vyrovnanější. Postupným zlepšením zmizely deprese, vyčerpanost a nervozita. Mám zkušenosti i s nemocnými, kteří jsou v dlouhodobé remisi, a troufám si říci, že vypadají spokojeně bez známek deprese či pesimistického ladění. Podle mého názoru je tedy důležité vědět, v jaké fázi onemocnění se pacient nachází, abych dokázala dobře rozpoznat pacientův psychický stav a mohla mu být oporou pro lepší a kvalitní život. I když jsem H1 zamítla, je podstatné si uvědomit, že i menší procento zastoupení pacientů, kteří mají psychické problémy je významné a nesmíme se přestat o psychickou stránku jedince zajímat a pečovat.

Druhá hlavní hypotéza (H2), kterou jsem si stanovila, zní: „Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy ve fyzické oblasti“. Tuto hypotézu jsem rovněž ověřovala pomocí třech dílčích hypotéz. Ověřování platnosti této hypotézy, je předpoklad, že pacienti s IBD pociťují bolesti a to zejména bolesti či křeče břicha (H2. 1). Bolesti jsem zjišťovala v sedmé otázce, kde s velikým překvapením vyšlo (Graf 7), že nejvíce respondentů (39%) nemělo v poslední době žádné bolesti. Na druhém místě pociťovali pacienti bolesti velmi mírně a naopak velmi silné je zažilo pouze jedno procento. Byla jsem tím zaskočena, protože odborná literatura často uvádí mezi prvními nepříjemnými projevy právě bolesti či křeče břicha. Kohout et al. (2006) uvádějí, že bolesti břicha jsou celkem běžné. Rendl et al. (2012), také popisují, že bolesti břicha jsou závislé na místě postiženého střeva. Dále i Češka et al. (2010) popisují křečovitě bolesti břicha, zejména v okolí pupku u ulcerózní kolitidy a Kohout et al.(2006) popisují bolesti břicha nejčastěji lokalizované v pravém podbříšku u Crohnovy nemoci. I když výsledky hovoří pozitivně, tak snad v každé literatuře týkající se problematiky IBD najdeme problém s bolestí břicha. Kladnému hodnocení vděčíme

podle mého názoru výrazným pokrokem v léčbě. Podle mého mínění například biologická léčba odstartovala veliký krok pro zlepšení kvality života jedince a to zejména po fyzické stránce, tedy i zmírnění bolesti. Můžeme tedy říci, že pacienti v remisi díky dobré léčbě nemusí mít bolesti žádné, což mi ohodnotil právě výše zmíněný počet respondentů. Bolestí jsem se zabývala i v otázce 8 (Graf 8), kdy většina respondentů (31%) odpověděla, že je bolest pouze trochu omezuje při práci. Podobný počet respondentů (29%) nepociťují kvůli bolesti žádné omezení při práci. Nic méně 13% respondentů se cítí poměrně dost při práci omezení, což je podle mého úsudku velké číslo. Podle mého názoru i vleklé průjmy, které jedinci mají, vedou k bolestem břicha. Výsledky však naprosto nekorespondují z výzkumem Impact (2012). Ve studii Impact vyšlo, že až 60% nemocných trpí křečovitými bolestmi břicha, způsobenými propuknutím nebo záchvaty, vyskytující se až 5x do týdne (Fuchsová, 2012). Dále výzkum uvádí, že polovina nemocných prochází v současné době aktivní fázi, do které se právě bolesti břicha začleňují. Každopádně díky převaze pozitivních výsledků jsem první dílčí hypotézu zamítla.

Druhá dílčí hypotéza (H2. 2) ověřující platnost H1 potvrzuje, zda pacienti popisují únavu. Devátou otázkou jsem sledovala, zda se nemocní cítí unaveni (Graf 9). Většina respondentů odpověděla, že se cítí unavení občas. Při hlubším rozebrání otázek jsem zjistila, že v otázce, zda se nemocní cítí unavení, bylo téměř 50:50 kladných a záporných odpovědí. Celkem 53% respondentů odpovědělo: „občas“, „málokdy“, „nikdy“. Opačným směrem až 47% respondentů odpovědělo negativně: „pořád“, „většinou“, „dost často“. Téměř stejný výsledek mě motivoval vyhodnotit odpovědi opačného významu, zda se pacienti cítí plni elánu (Graf 9). Většina respondentů (55%) odpověděla negativně, tedy že se plni elánu moc často necítí, naopak plni elánu se z celkového počtu kladných odpovědí cítí o něco méně respondentů (45%). K ověření platnosti druhé dílčí hypotézy jsem se zaměřila ještě na otázku s opačným významem, jestli jsou pacienti plni energie. Většina respondentů (55%) odpověděla na tuto otázku negativně a 45% respondentů pozitivně. I když zní každá otázka rozdílně, tak mají společný cíl, který podtrhuje únavu nemocného. Až 7 % nemocných pociťuje únavu pořád. Na základě porovnání těchto výsledků jsem potvrdila platnost hypotézy H2. 2: Pacienti s IBD pociťují únavu. Toto tvrzení se shoduje i s odbornou literaturou. Například Červenková et al. (2009), popisují stravu nemocných s IBD, kdy nedostatek vitamínů, stopových prvků a železa může logicky nemocné vyčerpávat a vést k únavě. S tvrzením Červenkové et al (2009) se shodují Kohout et al. (2006), popisující, že

zhoršeným vstřebáváním živin, vitamínů, železa a následné malnutrice vede k vysoké únavě. Také náročná farmakologická léčba podle Martínkové et al. (2007) vede k únavě. Celkově náročná léčba zejména, pokud se stále hledá ta, která jedinci pomůže od jeho problémů, je velice zatěžující a ubírá nemocným plno energie. Zoufalství, že fáze relapsu neodezní, nebo strach a nejistota, jak dlouho potrvá fáze klidu, i to je zátěž přispívající k únavě. Keil et al. (2012) popisují zhoršení stavu při relapsu s náročnými průjmy a bolestí, což podle mého mínění jedince musí vyčerpávat a unavovat. K únavě vede i fakt, že jde o chronické a vleklé onemocnění, bez ohledu zda je jedinec v klidové fázi či v relapsu. Má hypotéza se shoduje se studií Impact, kteří popisují, že únavu pociťuje 96% pacientů bez ohledu na fázi klidu či relapsu ((Fuchsová, 2012)

Třetí a zároveň poslední dílčí hypotézou (H2. 3) vedoucí k ověření platnosti H2 je: Pacienti s IBD mají potíže s vykonáváním náročných aktivit. Tuto hypotézu jsem prověřila otázkou 3 (Graf 3), která má 10 podotázek vztahující se k náročným aktivitám. Otázkami jsem zjišťovala, jak pacienti zvládají aktivity provázející během běžného dne, což je podle mě důležitým bodem ve fyzické oblasti. Nejvíce respondentů nepociťuje omezení náročných aktivit kvůli svému onemocnění, avšak s „omezením trochu“ to vyšlo několikrát procentuálně velmi podobně. Usilovné činnosti, jako je běh, náročný sport či zvedání těžkých předmětů omezuje hodně čtvrtinu pacientů, zatímco středně namáhavé činnosti, jako je úklid, jízda na kole, hraní kuželek, zvedání či nesení nákupu, nebo samostatné koupání omezuje pouze 4 respondenty. Chůze několik set metrů dělá veliký problém kvůli onemocnění až 11 respondentům, zatímco chůze sto metrů nedělá výrazné většině problém. Vyjít jedno patro po schodech dělá problémy pouze 3 respondentům, zatímco několik pater už nezvládne 10 respondentů. Tato menší čísla, znázorňují, že většina respondentů nemá potíže s vykonáváním náročných aktivit. Odpovědi „Omezuje trochu“ a „neomezuje vůbec“ jednoznačně převládají. Podotázky jasně vyvrátily dílčí hypotézu, která mě příliš nepřekvapila, ale přesto jsem čekala odpovědi horší. O tom, zda mají pacienti potíže ve vykonávání různých běžných aktivit, není v odborné literatuře mnoho psáno, i když předpokládám, že fyzické problémy jako jsou bolesti, křeče, průjem a únava souvisí s následným vykonáváním činností během dne. Češka et al. (2010) zmiňují chirurgické zákroky, které podle mého mínění musí omezovat vykonávání nejen náročných činností, ale i těch lehčích. Ovšem je důležité upozorovat, zda chirurgický zákrok přinese problémy pouze v době hospitalizace až do doby zhojení a následně zlepši fyzickou kvalitu života, tak že díky chirurgickému zákroku může nemocný opět plně sportovat, anebo právě kvůli chirurgickému zákroku

musí se sportem skončit, protože radikální chirurgická léčba s sebou může nést řadu omezení. Kelner et al. (2006) se také zmiňují o chirurgických zákrocích, které nejsou vždy lehké a uzdravení může potrvát nějaký čas a tím se pacientům omezí vykonávání náročných aktivit. Také si myslím, že opět zde hraje velkou roli fáze relapsu a remise, kdy fyzický stav je odlišný.

V závěru jsem porovnávala všechny dílčí hypotézy týkající se fyzické oblasti a vyšlo mi, že H2. 1 s H2. 3 jsou neplatné a H2. 2 platí. Pouze jedna hypotéza ze třech byla potvrzena, ostatní byly zamítnuty, tudíž můžeme zamítnout hlavní hypotézu H2: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy ve fyzické oblasti. Tento výsledek mě překvapil, protože jsem čekala, že právě fyzická oblast bude pro respondenty nejnáročnější. Opět z mé zkušenosti při praxi na gastroenterologickém oddělení jsem se setkala s pacienty, kteří měli výrazné bolesti, cítili se unavení a často jim dělala problém hygiena, koupání či chůze po oddělení. Ovšem musím zmínit fakt, že se jednalo o pacienty ve fázi relapsu, zatímco pacienti ve fázi klidu, žádné výrazné fyzické problémy neměli. Výsledek mě překvapil, i proto, že v celé společnosti, na internetu a v odborných publikacích se mluví především o problémech fyzických. Můžeme být tedy rádi, že nemocným fyzické problémy neovlivňují příliš negativně kvalitu života. Na převahu kladných odpovědí má dle mého názoru vliv pokrok v léčbě, jakou je biologická léčba. Pacienti jsou tak schopni se dostat do dlouhodobé remise a tím i snížit fyzické problémy.

Poslední hlavní hypotézu, kterou jsem se snažila ověřit je H3: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v sociální oblasti. Jako u předchozích hypotéz i zde jsem si zvolila k ověření dílčí hypotézy. První dílčí hypotéza (H3. 1) zní: Pacienti s IBD mají problémy v sociálních vztazích. Desátou otázkou jsem chtěla zjistit, jak často v poslední době bránily zdravotní potíže společenským vztahům (návštěvy přátel, příbuzných, partnerů). Nejčtenější odpovědí (Graf 10) bylo málokdy, a hned za ní vedla odpověď občas a nikdy. Zatímco 5 respondentům bránil zdravotní stav neustále při setkávání s přáteli či rodinou a 8 respondentům většinu času. Na základě těchto výsledků můžeme první dílčí hypotézu zamítnout. Ze závěru jsem byla opět překvapena, protože výsledky se rozcházejí s výzkumem Impact, který ukazuje, že až 40% pacientů uvedlo, že jim nespecifické střevní záněty brání v navázání nového vztahu, nebo se jim kvůli onemocnění vztahy rozpadají (Fuchsová, 2012). Studie Impact ukazuje i na problematické vztahy v rodině kvůli onemocnění, jelikož pro rodinné příslušníky bývá náročné tolerovat častou únavu, menší schopnost spontánních aktivit a

nutnost plánovat veškeré denní aktivity v závislosti na pohybu střev (Fuchsová, 2012). Velké nároky pacientů narušují podle studie Impact jak rodinné vztahy pacienta tak i partnerské, protože je okolí neumí akceptovat. Vědomí o tom, že by pacienti mohli mít nějaké sociální problémy ve společnosti, není příliš velké. Je zřejmé, že z mého výzkumu vyplývá, leč méně procentuálně zastoupeného než studie Impact, že mají nemocní problémy v sociálních vztazích a charakter problému záleží na každém jedinci. Ráda bych ještě závěrem zmínila i fakt, že léčba například kortikosteroidy a její již výše zmíněné následky, jako kožní defekty, obezita (Červenková et al., 2009) mohou nepříjemně ovlivnit partnerské vztahy a též zmíněné chirurgické zákroky, střevní vývody mohou zapříčinit problémy v navázání nových partnerských vztahů.

Druhá dílčí hypotéza (H3. 2) vztahující se k H3 ověřuje, zda jsou pacienti s IBD omezeni ve společenském životě. Ke zjištění platnosti této hypotézy jsem se zabývala otázkou 6, pomocí které jsem sledovala, do jaké míry brání fyzické či emocionální potíže normálnímu společenskému životu mezi rodinou, partnery, přáteli, spolupracovníky či sousedy. Na základně vyhodnocení mi vyšlo (Graf 6), že nejvíce respondentů pocítilo problém ve společenském životě trochu a druhou nejčastější odpovědí vůbec ne. Zatímco velmi silné problémy ve společenském životě pocítují 4 respondenti a poměrně dost 8 respondentů. Prostřední odpovědí bylo mírné omezení normálního společenského života. Z toho vyplývá, že daleko častější odpovědi byly kladnější. Hypotézu jsem si ještě ověřila osmou otázkou, kde jsem zjišťovala, do jaké míry bránily bolesti respondentů jejich společenskému životu. Zhodnocením (Graf 8) jsem zjistila, že nejvyšší část respondentů (31%) měla ztížený společenský život kvůli bolestem trochu a druhý největší počet respondentů nikdy (29%). Na třetím místě uvedli respondenti mírně (24%), dále pak poměrně dost (13%) a nikdy (3%). Nemocných, kteří se cítili kvůli bolesti omezeni ve společenském životě, je méně, ale přesto by se o tom mělo ve společnosti více vědět, jak IBD umí zkomplikovat život. Studie Impact ukazuje, že až čtvrtina nemocných je v práci diskriminována nebo bývají nemocní terčem posměšných či nepříjemných urážek kvůli svému onemocnění (Fuchsová, 2012), což podle mého názoru velmi ovlivňuje společenský život. Každopádně je jasné, že i u této otázky bylo více kladných odpovědí a na základně pozitivních výsledků zamítám i druhou dílčí hypotézu.

Poslední dílčí hypotéza (H3. 3) potvrzující H3 je: Pacienti s IBD mají finanční problémy. Otázkou číslo 4 jsem hodnotila, zda měli respondenti v poslední době problémy v práci kvůli zdravotním potížím. Zjistila jsem (Graf 4), že více jak polovina

respondentů žádné problémy v práci kvůli zdraví neměla, avšak nemalá procentuální zastoupení je měla. Až 36% respondentů mělo při práci potíže, 41% respondentů cítilo v práci omezení, 42% respondentů udělalo méně práce, než chtěli a 35% zkracovali čas věnovaný při práci kvůli zdravotním potížím. Tyto otázky se netýkají vyloženě ekonomické stránky, ale je jasné, že když podávali v práci menší výsledky, pracovali kratší dobu, nebo měli jiné potíže, se odrazilo i na jejich platovém ohodnocení. Pokud si například respondenti museli brát více volna nebo byli více na nemocenské dovolené, určitě to ovlivnilo jejich finanční jistotu. Další otázkou číslo 5 jsem zjišťovala ty samé problémy vznikající ale kvůli emocionálním potížím. Většina respondentů odpověděla, že žádné potíže kvůli emocionálním problémům nemá. Ovšem opačné odpovědi nejsou vůbec zanedbatelné (Graf 5). 35% respondentů si zkrátilo čas při práci kvůli emocionálním problémům. 38% respondentů udělalo v práci méně, než chtělo a 32% respondentů bylo při práci méně pozorných. Zvláště pozornost v práci je potřebná k tomu, aby měl jedinec dobré výsledky. Je-li pozornost často ztížena, má to dopad i na pracovní výsledky a následné finanční ohodnocení. I když podle zpracování dat jsou kladnější odpovědi v průměru, je tedy poslední hypotéza neplatná, i když podle mého úsudku vyšla poměrně velká procentuální zastoupení respondentů, kteří mají problémy při práci kvůli fyzickým či psychickým problémům a tím jsem vydedukovala, že mají finanční potíže. Studie Impact potvrdila moji hypotézu, protože podle ní má IBD negativní vliv na kariéru nemocných. Podle jejich průzkumu musela většina pacientů požádat v roce 2011 o pracovní volno a čtvrtina z nich byla neschopná práce déle než 25 dní (Fuchsová, 2012), což je podle mého názoru poměrně dlouhá doba, jak se dají vyčerpat finanční zajištění. Navíc studie Impact (2012) zjistila, že až 85% nemocných bylo v posledních 5 letech (2007 – 2012) hospitalizováno, což je extrémně vysoké číslo.

S velkým překvapením jsem zamítla všechny hypotézy. Nakonec i nemocní s chronickým onemocněním, trpící nespecifickými střevními záněty, umí žít kvalitní život. Určitě velké díky patří nejnovější léčbě i včasější diagnóze. Kvalitu života především ovlivní i fáze onemocnění, protože ve fázi akutního vzplanutí bude kvalita života jedince rozdílná. I přes menší procento negativních odpovědí, tam přesto jsou, proto by se měl zdravotnický personál stále starat o jedince jak o holistickou osobnost v jeho bio – psycho – sociálním pojetí. Každou otázkou v dotazníku odvodíme psychickou, sociální i fyzickou složku jedince, protože každá tato složka ovlivňuje druhou a tvoří tak celek ukazatelů kvality života.

7. Závěr

Tato bakalářská práce měla za cíl zjistit kvalitu života pacientů s nespecifickými střevními záněty. Teoretická část přibližuje onemocnění jako takové a popisuje Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Bakalářská práce objasňuje historii onemocnění, epidemiologii, etiologii, diagnostiku, projevy, léčbu, případné komplikace a ošetrovatelskou péči. Mojí snahou bylo i v těchto medicínských či ošetrovatelských kapitolách zmínit kvalitu života, zejména to jak může být ovlivněna.

Pro dosažení cíle byly stanoveny tři hlavní hypotézy: H1: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v psychické oblasti. H2: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy ve fyzické oblasti. H3: Pacienti s nespecifickými střevními záněty (IBD) mají problémy v sociální oblasti. Platnost těchto hypotéz byla ověřována pomocí dílčích hypotéz, které byly ke každé hlavní hypotéze stanoveny.

Při ověřování H1 byly stanoveny dílčí hypotézy: H1. 1: Pacienti s IBD pociťují deprese. H1. 2: Pacienti s IBD pociťují pesimismus a smutek. H1. 3: Pacienti s IBD pociťují vyčerpanost. H1. 4: Pacienti s IBD pociťují nervozitu. Výsledky vyšly opravdu překvapivě a pozitivně. Z výzkumu vyplývá, že více jak polovina respondentů nepociťují deprese nebo jen velmi málo. Pesimismus, vyčerpanost i nervozita vyšly podobně. Tedy výsledek zní, že se pacienti v psychické oblasti cítí uspokojivě. Hlavní hypotéza byla tedy zamítnuta.

Při zjišťování platnosti H2 byli opět použity dílčí hypotézy: H2. 1: Pacienti s IBD mají bolesti. H2. 2: Pacienti s IBD pociťují únavu. H2. 3: Pacienti s IBD mají potíže s vykonáváním náročných aktivit. Na základě výsledků bylo zjištěno, že pacienti s IBD nemají tak časté a velké bolesti či křeče břicha ovšem unaveni se cítí větší počet respondentů. Poslední dílčí otázka objasnila, že pacienti nemají výrazné potíže při vykonávání náročných aktivit během svého dne. Za zmínku stojí informace, že nejvíce problémů nemocným dělá náročný sport. Díky převaze kladných odpovědí se H2 zamítla.

Poslední hlavní hypotéza byla též ověřována pomocí dílčích otázek: H3. 1: Pacienti s IBD mají problémy v sociálních vztazích. H3. 2: Pacienti s IBD jsou omezeni ve společenském životě. H3. 3: Pacienti s IBD mají finanční problémy. Na podkladě zpracovaných výsledků vyšlo, že většina respondentů necítí omezení ve společenském životě ani v sociálních vztazích, jako jsou rodinné či partnerské kontakty. Ohledně

finančního problému byly odpovědi sporné, ale většina (i když ne výrazná) nepocituje finanční problémy. Z těchto kladných výsledků byla i tato hypotéza zamítnuta.

Tato výzkumná část byla porovnána s výzkumem Impact z roku 2012, který se výrazně liší v odpovědích. Podle této studie většina pacientů trpí bolestí, vyčerpaností, psychickými i sociálními problémy, především po stránce partnerské a rodinné. Také poukazuje na problémy v pracovním životě, které pak vedou k ekonomickým problémům. Jediná shoda s výzkumem této bakalářské práce byla, že pacienti pocítují často únavu.

Pozitivita všech výsledků byla pro mě velice překvapující, což je samozřejmě dobře, ale neznamena to, že pacienti nemají žádné problémy. Leč malé procentuální zastoupení jak v psychické, fyzické či sociální sféře ukazuje na fakt, že někteří nemocní problémy mají a je třeba se kvalitě života nadále věnovat.

Díky psaní této bakalářské práce jsem se dozvěděla plno nových poznatků a budu ráda, když se o ně budu moci podělit. Bakalářská práce by mohla pomoci veřejnosti, která by se chtěla dozvědět nové informace o nespecifických střevních zánětech. Má práce by mohla sloužit i jako studijní materiál, nebo i podpůrný materiál k dalšímu hlubšímu zkoumání kvality života pacientů s IBD. Tím myslím zejména jako informační materiál pro sestry nebo studenty. Zejména pro gastroenterologické sestry pracující na ambulancích je toto téma důležité, protože jejich péče ovlivňuje kvalitu života každého jedince. Závěrečné zamyšlení věnuji všem pacientům s tímto závažným onemocněním, neboť toto onemocnění je vyčerpávající a zasahující do všech oblastí lidského života. Já mohu být pouze spokojená s tím, že pacienti, které jsem oslovila díky své práci, se snaží s onemocněním vyrovnat do té míry, že se jim daří udržet kvalitu života na poměrně dobré úrovni. Nicméně, právě proto nesmíme polevit v péči o ně, o jejich fyzické i psychické potřeby a musíme jim dát najevo, že chápeme jejich potřeby, specifika péče a ujistit je, že jsme jejich zázemím, protože pacient vždy bude pro nás na prvním místě.

8. Seznam použitých zdrojů

1. BARTŮŇKOVÁ, J. et al., 2011. *Vyšetřovací metody v imunologii*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3533-7
2. BERAN, J., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1125-6.
3. BICKSTON, S. et al., 2010. *Handbook of inflammatory bowel disease*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health. ISBN 9780781766302.
4. BOULTON, R. a et al. 2011. *A colour handbook gastroenterology*. London: Manson Publishing. ISBN 9781840760682.
5. BURDA, P. et al., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 9788024753331.
6. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 9788024754024.
7. ČELEDOVÁ, L. et al., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 9788024732138.
8. ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.
9. ČEŠKA, R. et al., 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.
10. COHEN, R. D. 2011. *Inflammatory bowel disease: diagnosis and therapeutics*. New York: Humana Press. ISBN 9781603274326.
11. DÍTĚ, P. et al., 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-305-2
12. DÍTĚ, P. et al., 2007. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-496-6
13. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024741383.
14. FUCHSOVÁ, K. 2012. *IBD - lidé se zánětlivým střevním onemocněním trpí diskriminací* [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/26552-ibd-lide-se-zanetlivym-strevnim-onemocnenim-trpi-diskriminaci>
15. GABALEC, L. et al., 2009. *Kvalita života u Crohnovy nemoci*. *Časopis lékařů českých*. 148 (5), 201 – 205. ISSN 0008 – 7335

16. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.
17. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
18. HEŘMAMNOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-106-0.
19. HOLUBOVÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6
20. HUDÁKOVÁ, A. et al., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 9788024747729.
21. JANIŠ, K. et al., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5535-9.
22. KEIL, R. et al., 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-264-1970-5
23. KLENER, P et al., 2006. *Vnitřní lékařství 3*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1252-6.
24. KOHOUT, P. et al., 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Foraspi. ISBN 80-903820-0-0
25. KOHOUT, P. et al., 2010. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-08-2.
26. LUKÁŠ, K. et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6
27. LUKÁŠ, M. et al., 1998. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-79-5
28. MARTÍNKOVÁ, J., 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 9788024713564.
29. MAŘATKA, Z., 1999. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum. 248 s. ISBN 80-7184-561-2
30. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 9788024753768.
31. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 8024714426.

32. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8
33. NEVORAL, J., 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2863-9.
34. OLEJÁROVÁ, M., 2010. *Biologická léčba v revmatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2281-1.
35. *Příčiny nespecifických střevních zánětů*, 2016 [online]. Střevní-záněty.cz. [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/priciny>
36. RENDL, L. et al., 2013. *Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sester*. KONTAKT [online]. [cit. 2017-03-12]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2013/1044-moznosti-zlepseni-kvality-zivota-u-pacientu-s-crohnovou-chorobou-z-pohledu-sestry>
37. SHOENFELD Y. et al., 2007. *Autoimunita: vnitřní nepřítel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2044-9
38. SOUČEK, M. et al., 2011. *Vnitřní lékařství 1. díl*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2110-1.
39. SVAČINA, Š. et al., 2008. *Dietologický slovník*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-062-1.
40. SVITKOVÁ, V., et al., 2014. *Kvalita života s Crohnovou nemocí. Sestra* [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-s-crohnovou-nemoci-475390>
41. ŠAFRÁNKOVÁ, A. et al., 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1148-6
42. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 9788024732237.
43. ŠPIČÁK, J. et al., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.
44. TERSIGNI, R. et al., 2010. *Crohn's disease: a multidisciplinary approach*. New York: Springer. ISBN 9788847014718.
45. TRESS, W. et al., 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-

46. TYPLTOVÁ, J., 2012. *Činnost oboru gastroenterologie v ČR v roce 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České Republiky. [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gastroenterologie-cr-roce-2011>.
47. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie 3*. Praha: Grada. ISBN 9788024726670.
48. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 9788024734217.
49. WEIMEROVÁ, M., 2010. *Autogenní trénink – návod ke cvičení* [online]. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/relaxace/autogenni-trenink>
50. WHAYMAN, K. et al., 2011. *Inflammatory bowel disease nursing*. London: Quay Books. ISBN 1856424049.
51. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči. 2*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

9. Přílohy

Příloha 1 Standardizovaný dotazník kvality života Short Form 36 (SF 36)

Dotazník SF – 36, česká verze.

Copyright ©

1996 New England Medical Center Hospitals, Inc.

All rights reserved.

Dotazník SF-36 o zdravotním stavu

Návod:

V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově: (zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dosti dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem? (zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů provozování náročných sport	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

4. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uvedte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech. (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech? (zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech? (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a). Jak často v předchozích 4 týdnech? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pociťoval(a) klid a pohodu	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uvedte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)? (zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

10. Seznam zkratek

IBD - Inflammatory bowel disease (nespecifické střevní záněty)

SF 36 – Dotazník Short fromn 36

CD – Crohn´s disease (Crohnova choroba)

UC – ulcerative colitis (ulcerózní kolitida)

RTG – nativní snímek břicha

MRI – magnetická rezonance s kontrastní látkou

CT - počítačová tomografie

CRP - C-reaktivní protein

NSG – nasogastrická sonda

NSJ - nasojejunální sonda

PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ - perkutánní endoskopická jejunostomie

WHO - World Health Organization (světová zdravotnická organizace)