

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství B3311

Studijní obor: Všeobecná sestra



Zuzana Hodášová

Idiopatické střevní záněty

(Problematika chronické nemoci)

Inflammatory bowel disease

(Problems of chronic illness)

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 10. 10. 2011

Zuzana Hodášová

Poděkování:

Především bych ráda poděkovala PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky k práci. Děkuji za její věnovaný čas, ochotu a trpělivost.

Také chci poděkovat MUDr. Miloslavu Samkovi za poskytnutí informací a odborné literatury, za konzultace a odbornou pomoc při psaní mé práce.

Zvláštní dík patří všem respondentům, kteří ochotně vyplnili anonymní dotazník a tím mi poskytli potřebné informace k výzkumnému šetření.

Hodásová, Zuzana. *Idiopatické střevní záněty, (Problematika chronické nemoci), Inflammatory bowel disease, (Problems of chronic Illnes)*, Praha 2011. 75 stran, 2 přílohy, Bakalářská práce (Bc) Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na klienty s chronickým onemocněním střev, a to Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část popisuje anatomii, historii, a charakteristiku obou nespecifických zánětů. Dále se zabývá kvalitou života chronicky nemocných. Ve výzkumné části jsou zpracovány a vyhodnoceny výsledky anonymního dotazníku, stanovení cílů a hypotéz. Práce je ukončena diskuzí a závěrem.

Klíčová slova:

Crohnova choroba

ulcerózní kolitida

kvalita života

chronická nemoc

klient

respondent

Abstract

This bachelor thesis is focused on the clients with chronic intestine disease that is Crohn disease and ulcer colitis. The thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part describes anatomy, history and characteristics features of the two non-specific disease. Second half of this part occupies with the quality of chronically ill person's life. The results of anonymous questionnaire are arranged and later evaluated in the practical part as well as goals determination and hypotheses. At the end of bachelor thesis there are discussion and conclusion.

Key words:

Crohn disease

ulcer colitis

quality of life

chronic illness

client

respondent

Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. Anatomie a fyziologie trávicí soustavy.....	10
1.2 Tenké střevo	10
1.2 Tlusté střevo	11
2. Idiopatické střevní záněty	12
2.1 Terminologie a historie.....	13
2.2 Epidemiologie.....	14
2.3 Základní údaje a popis idiopatických střevních zánětů	15
2.3.1 Crohnova choroba	15
2.3.2 Ulcerózní kolitida	17
2.4 Diagnostika idiopatických střevních zánětů	18
2.5 Léčba	20
2.5.1 Medikamentózní léčba.....	20
2.5.2 Podpurná, dietní a doplňková léčba.....	21
2.6 Chirurgická léčba.....	22
2.6.1 Crohnova choroba	22
2.6.2 Ulcerózní kolitida	23
2.7 Postižení dětí, fertilita a těhotenství.....	24
2.8 Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty	25
3. Kvalita života a zdraví chronicky nemocných.....	26
4. Úloha sestry u klientů s idiopatickými střevními záněty	29
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
5. Cíle práce a stanovení hypotézy	32
5.1 Cíle práce.....	32
5.2 Hypotézy.....	32
6. Metodika výzkumného šetření.....	32
6.1 Použitá metodika	32
6.2 Organizace výzkumného šetření.....	33
6.3 Charakteristika výzkumného souboru	33
7. Interpretace výzkumného šetření	40
Diskuze	67
Závěr	71
Použitá literatura.....	73
PŘÍLOHY	

Úvod

Chronické choroby existují již odedávna. Teprve v druhé polovině dvacátého století, v souvislosti s prodlužováním průměrného věku, se v průmyslových zemích staly hlavní skupinou mezi příčinami úmrtí. Jsou nejčastějším důvodem, proč člověk potřebuje zdravotní péči a jejich léčba spotřebovává podle některých odhadů největší část prostředků zdravotnických rozpočtů. Souběžně s tím, jak se zvyšuje jejich zdravotnický význam, stávají se samostatnou problematikou i z hlediska celkového pojetí léčby. Je stále zřejmější, že k jednotlivým chronickým chorobám nelze přistupovat izolovaně, ale že tvoří jeden komplexní problém.

Posun medicíny k zvládnání chronických onemocnění je hlavním důvodem k zásadní změně úlohy pacienta. Při chronickém onemocnění se pacient musí aktivně podílet na téměř každém kroku rozhodování o léčebném postupu. Nejde jen o to, že lidé dnes chtějí být obecně samostatnější, ale chtějí rozhodovat více i o svém zdraví. Ještě důležitější je, že bez aktivního partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem není efektivní léčba chronického onemocnění vůbec možná. Při chronickém onemocnění je pacientův život nevratně změněn. Cílem léčby není pacienta vyléčit (zbavit choroby), ale umožnit mu pokračovat v nezávislém životě a těšit se z něj. Mezi chronické choroby, kterými se ve své práci zabývám, řadíme idiopatické střevní záněty, což jsou zánětlivá onemocnění trávicí trubice, jejichž příčinu neznáme.

Do skupiny těchto střevních zánětů patří Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Obě choroby mají mnoho společného. Liší se tím, kterou část gastrointestinálního traktu postihují a do jaké hloubky postihují střevní stěnu. Obě se mohou poprvé objevit v jakémkoliv věku, výjimkou není ani postižení u dětských pacientů. Výskyt těchto onemocnění v poslední době stoupá.

Ke zpracování tohoto tématu mne dovedla situace, kdy mé kamarádce lékař diagnostikoval ulcerózní kolitidu. Zjištění, že trpí chorobou, která ji bude provázet celý život, byla pro ni jednou z nejtěžších životních chvil. Chyběly jí základní informace, pronásledovala nejistota a strach jak svou chorobu zvládne. Po několika lékařských konzultacích a podpoře blízkých se její psychický stav zlepšil. Pracuji na gastroenterologické ambulanci a každodenně se setkávám s klienty, kteří onemocněli některým z těchto chronických zánětů. Z praxe vím, že se pacienti s touto nově zjištěnou diagnózou jen těžce vyrovnávají. Trvá jim dlouho, než pochopí závažnost své choroby. Nechápejí důležitost své medikace, kterou nesmí vysadit ani v období, kdy je jim lépe a nemají žádné potíže. Proto jsem se rozhodla provést šetření, zda jsou klienti dostatečně informováni o své chorobě, do jaké míry je omezena jejich kvalita života při společenských, školních a pracovních povinnostech a zda mají obavy z budoucnosti při těchto chronických nemocech.

Svým výzkumem bych chtěla přispět k ověření, zda klienti při své doživotní chronické nemoci střeva, po jejím zvládnutí do klidového stadia, mohou mít přiměřeně stejnou kvalitu života jako zdravý člověk.

Teoretická část

1. Anatomie a fyziologie trávicí soustavy

Trávicí trakt je v podstatě trávicí trubice začínající ústy a končící řitním otvorem. Potrava a další látky se pomalu sunou celou jeho délkou a jsou postupně rozkládány na jednoduché částice, které tělo dokáže vstřebat. Trávicí systém má funkce trávení a vstřebávání látek, přeměnu a skladování živin, vylučování nestrávených zbytků potravy a zplodin metabolismu. Tyto činnosti jsou řízeny souhrou nervových a humorálních vlivů. Stěnu trávicího ústrojí tvoří od druhé třetiny jícnu pět vrstev. Vnitřní vrstvu tvoří mukóza, produkující velké množství hlenu, který chrání vnitřní povrch trávicí trubice. Submukóza (podslizniční vrstva) obsahuje krevní cévy, nervovou pletěň a žlázy odpovědné za sekreci trávicích enzymů. Vnitřní vrstvu svaloviny tvoří svalovina cirkulární, jejíž kontrakce vyvolávají místní (mísící) pohyby trávicí trubice. Vnější vrstva svaloviny je svalovina podélná, zodpovědná za peristaltické pohyby. Mezi oběma svalovými vrstvami je druhá nervová pletěň. Pátou vrstvu tvoří serózní blána, kterou se k trávicí trubici přivádějí arterie a kterou jsou odváděny žíly a lymfatické cévy. V trávicím systému je součástí stěn hladká svalovina. (Rokyta a kolektiv, 2008)

1.2 Tenké střevo

Tenké střevo je část trávicí trubice mezi žaludkem a tlustým střevem, kde dochází ke konečné fázi trávení a ke vstřebávání většiny živin. Anatomicky můžeme tenké střevo rozdělit na 3 části: Dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Všechny tři části na sebe plynule navazují. Duodenum navazuje na pylorus žaludku, prochází mezi játry a slinivkou, vyplňuje prostor pravého podžebří a vrací se zpět na levou stranu, kde přechází v jejunum. Svalovina dvanáctníku zajišťuje peristaltické pohyby, a tím i promíchávání a posun tráveniny.

V průběhu celého střeva je zejména ve sliznici a podslizniční vrstvě přítomno množství buněk podílejících se na imunitním dozoru a zajišťujících prozánětlivou

a protizánětlivou rovnováhu, a tím křehkou rovnováhu tolerance na hranici mezi zevním a vnitřním prostředím. Vývodem slinivky břišní (pankreatu) se do dvanáctníku dostávají trávicí enzymy, které pankreas produkuje. Do duodena ústí také žlučovod, přivádějící žluč vznikající v játrech. Žluč obsahuje především žlučová barviva a žlučové kyseliny, které pomáhají při trávení a vstřebávání tuků. Jejunum je nejdelší úsek tenkého střeva, probíhá v něm trávení potravy a absorpce živin. Ileum je poslední část tenkého střeva, kde dochází mimo jiné k absorpci vitamínu B12, solí žlučových kyselin a železa. Ileum přechází na pravé straně břišní dutiny, v pravém podbřišku, kde ústí na tzv. Bauhinské chlopni do tlustého střeva. (Rokyta a kolektiv, 2008)

1.2 Tlusté střevo

Tlusté střevo (intestinum crassum) je konečný úsek trávicí trubice, kde probíhá konečné zahušťování a vyměšování tráveniny z těla. Základní funkcí tlustého střeva je vstřebávání tekutin, iontů a vody, zahušťování obsahu, jeho zadržování do doby defekace, která je realizována esovitou kličkou a rectem. Kromě toho se zde činností bakterií produkuje vitamín K.

Tlusté střevo je dlouhé 1,2–1,5 metru, průsvitu 4–8 centimetrů, našedlé barvy a má několik částí. Slepé střevo (caecum) je dlouhé 10 centimetrů a je uloženo v pravé jámě kyčelní. Vzestupný tračník (colon ascendens) je dlouhé 16–20 centimetrů a směřuje vzhůru do podjaterní krajiny. Pod játry přechází svým ohbím do příčného tračníku (colon transversum). Příčný tračník je dlouhý v průměru 50 centimetrů, prochází v mírném oblouku napříč dutinou břišní na levou stranu a přechází v sestupnou část tlustého střeva (colon descendens). Dosahuje levou jámu kyčelní, kde přechází v esovitou kličku (colon sigmoideum). Konečník (rectum) je konečným úsekem tlustého střeva, který má dvě části. Horní rozšířený úsek (ampula recti) a dolní, úzký (canalis analis). (Rokyta a kolektiv, 2008)

2. Idiopatické střevní záněty

Idiopatické střevní záněty (neboli **IBD** - inflammatory bowel disease) jsou onemocnění, u kterých není zcela známa příčina vzniku. Tato skutečnost do velké míry komplikuje péči o tyto pacienty, neboť odstranění vyvolávající příčiny by teoreticky mohlo vést k úplnému vyléčení nemoci.

Medicínský výzkum se odhalením příčin intenzivně zabývá. Z možných příčin vzniku obou nemocí hraje roli imunitní reakce proti vlastním buňkám, při které buňky imunitního systému napadají trávicí systém. Často se také uvádí vliv dědičných faktorů, možnost vlivu proběhlé infekce, zvýšená alergická reakce, zvýšená propustnost střevní sliznice. Převažující výskyt těchto střevních zánětů v průmyslových oblastech světa vedl k vytvoření „hygienické hypotézy“, podle níž je jednou z hlavních příčin těchto chorob příliš čisté prostředí, do něhož se většina obyvatel postižených oblastí narodí. Čisté prostředí může vést k tomu, že náš imunitní systém není dostatečně stimulován na samém počátku našeho života a tím reaguje přecitlivělostí.

V současné době zahrnují idiopatické střevní záněty dvě základní chorobné jednotky: ulcerózní kolitidu (UC, ulcerative colitis) a Crohnovu chorobu (CD, Crohns disease). Obě onemocnění probíhají chronicky, v průběhu onemocnění se střídají období klidu a zmírnění příznaků s fázemi vzplanutí. Tíže problémů, které nemocný člověk prožívá, souvisí s rozsahem postižení a s aktivitou zánětu, období vzplanutí zánětu takzvaného relapsu, je aktivní období. Když je zánět mírnější, je nemocný obvykle bez příznaků a nemoc ustupuje (je v remisi). Výskyt těchto nemocí v naší populaci narůstá, a to zejména u mladých lidí na konci druhé a na začátku třetí dekády života. Neznámý původ a jen zčásti poznaný mechanismus obou chorob jsou hlavní příčinou dvou základních vlastností těchto onemocnění: neznáme způsob, jak jim předejít, a neumíme je definitivně vyléčit. (Lukáš, 1997)

2.1 Terminologie a historie

V české literatuře se setkáváme s různými názvy a zkratkami, které jsou pro označení Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy používány. Termíny „nespecifické střevní záněty“ (NSZ) a „idiopatické střevní záněty“ (ISZ) jsou používány jako synonyma. Stále častěji je i v českém písemnictví používána anglická zkratka IBD (inflammatory bowel disease), čili zánětlivé střevní onemocnění. Hlavním důvodem je snazší komunikace se zahraničními lékaři a specialisty v tomto oboru. Ulcerózní kolitida se někdy skrývá pod označením „idiopatická proktokolitida“. Tento název, zavedený profesorem Mařatkou, je z jazykového i medicínského hlediska sice správnější, ale i zde platí, že ulcerózní kolitida je celosvětově používaným, a všude srozumitelným termínem. Je také nutno vysvětlit, proč jsou uvedené záněty „idiopatické“. Výraz pochází z řečtiny a vyjadřuje neznámou příčinu onemocnění (idios - vlastní, sám od sebe, pathos - nemoc).

Ulcerózní kolitida byla popsána v roce 1859 Samuelem Wilksem a Moxonem a byla charakterizována klinicky rekurujícími epizodami krvavého průjmu a patologicky difuzními změnami postihující sliznici a submukózu, kontinuálně od rekta do levého kolon. Ale je možné, že první popis ulcerózní kolitidy je již z roku 1774 z Irska, jak popisuje Burche, šlo o komplikaci ulcerózní kolitidy provázenou atakami sklerotizující cholangitidy. V roce 1913 se již ulcerózní kolitida objevila na pořadu jednání lékařského kongresu v Paříži. V roce 1948 vydává MUDr. Mařatka první rozsáhlé dílo v naší odborné literatuře, které se těmito nespecifickými záněty zabývá.

Zřejmě již v roce 1769 popsal první případ Crohnovi choroby tenkého a tlustého střeva G. G. Morgagni. Podrobný popis onemocnění poskytl na počátku 20. století i polský chirurg Leśniowski. Za objevitele tohoto onemocnění se však dnes považuje všeobecně někdo jiný.

V roce 1932 popsala trojice amerických lékařů Burrill Bernard Crohn, Leon Ginsburg a Gordon Oppenheimer ze slavné newyorské nemocnice Mount Sinai, granulomatozní zánět terminálního ilea u 14 pacientů odoperovaných slavným chirurgem Bergem. Pojmenování dostala nemoc podle B. B. Crohna, který byl jako první, uveden v publikaci prestižního časopisu JAMA.

V našich zemích byl historicky nejvýznamnější osobností spojenou s oběma chorobami již zmíněný profesor Mařatka, který v roce 1948 vydal monografii Colitis ulcerosa. Mařatkova práce a řada dalších jeho publikací na téma střevních zánětů patří k základním pramenům informací o nespecifických střevních zánětech nejen v českém, ale i v celosvětovém měřítku. (Lukáš, 1997)

2.2 Epidemiologie

Zkoumáním frekvence nemocí v populaci se zabývá medicínský obor zvaný epidemiologie. Aby bylo možné lépe pátrat po etiologii a patogenezí nemoci, jsou nutné rozsáhlé epidemiologické studie, přinášející informace o vývoji nemoci, incidenci a prevalenci. Incidence je (počet nově diagnostikovaných případů v populaci o velikosti 100 000 obyvatel za 1 rok). Prevalence je (celkový počet nemocných v populaci na 100 000 obyvatel v daném okamžiku), čili celkový výskyt onemocnění v populaci. V řadě zemí, kde byly tyto studie prováděny, se zjistilo, že incidence i prevalence kolísají v závislosti na řadě činitelů, jako je geografická poloha, socioekonomická struktura společnosti, věk, životní styl a rasová nebo etnická příslušnost. (Lukáš a kolektiv 1997)

Nejvyšší výskyt idiopatických střevních zánětů je v současné době zjišťován v ekonomicky vyspělých zemích Evropy a v Severní Americe. Poslední údaje z epidemiologických šetření ukazují, že na 100 000 obyvatel je v průmyslových oblastech Evropy a Severní Ameriky každý rok nově diagnostikováno přibližně 10 pacientů nemocných s ulcerózní kolitidou a 4-9 nemocných s Crohnovou chorobou na 100 000 obyvatel (incidence).

Celkový počet nemocných ulcerózní kolitidou (prevalence) dosahuje v České republice 40–45 případů na 100 000 obyvatel. Pro Crohnovu chorobu je to 27–48 nemocných na 100 000 obyvatel. V České republice by tak mohlo být 30–50 tisíc nemocných s IBD. (www.crohn.cz)

2.3 Základní údaje a popis idiopatických střevních zánětů

2.3.1 Crohnova choroba

Je to chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje jakoukoli část trávicí trubice. Avšak postižení v ústech a jícnu je vzácné a je popsáno jen u několika málo případů. Nejčastěji je popisována tato choroba v oblasti ileocekální, neboli na konci tenkého střeva (terminální ileum). Typické pro Crohnovu chorobu je, že postihuje vždy pouze určitý úsek tenkého či tlustého střeva. Úseky mezi jednotlivými nemocnými oblastmi mohou být zcela zdravé, nepostižené („přeskočené“), tím se mimo jiné liší od ulcerózní kolitidy. Mikroskopicky je sliznice střeva je hypertrofická a edematózní. Slizniční reliéf je změněn a má buď granulární vzhled, nebo se objevuje zvláštní políčkování, připomínající dlažební kameny. Charakteristické jsou aftózní vředy, které mohou pronikat i do hlubších vrstev střevní vrstvy a vést i k perforaci střeva.

Pro Crohnovu chorobu je typické, že zánět postihuje střevo do hloubky v celé šířce střevní stěny, a proto je zde sklon k tvorbě píštělí a abscesů (odlišnost od ulcerózní kolitidy). Píštěle jsou různě dlouhé dutinky, které vyúsťují na kůži v okolí řitního otvoru a pronikají do tkáně kolem konečníku. Mohou končit slepě nebo komunikují se střevem. U žen mohou vzácně vytvářet komunikaci mezi konečníkem a vagínou. Z píštělí vytéká hnis, hlen nebo stolice (pokud komunikují se střevem). Absces je dutina vyplněná hnisem, která může vznikat kdekoliv v organismu, nejčastěji však mezi střevními kličkami, v břišní dutině, okolo konečníku. Abscesy v hýždřovém svalstvu nebo ve stěně břišní mohou být prvními příznaky Crohnovy choroby.

Vzhledem k tomu, že zánět prochází celou střevní stěnou a má po léčbě sklon k jizvení, dochází k zúžení střeva (stenosa) nebo k úplné neprůchodnosti střevní.

Postižené střevní kličky mají tendenci ke srůstům mezi jednotlivými střevními úseky a tím další možnosti zúžení. Převažujícími symptomy nemoci jsou průjem, bolesti břicha a úbytek na váze. Úvodní projevy nemoci nemusí být dramatické, pacienti si mohou po dobu mnoha měsíců až let stěžovat na neurčité bolesti v břiše a průjmy.

Často jsou prvními projevy Crohnovy choroby extraintestinální manifestace (postižení kůže, kloubů, očí, cév, ledvin, srdce, jater a žlučových cest). Typické je, že střevní projevy (průjem a bolesti břicha), nemusí být alarmující. V popředí bývají celkové důsledky aktivní Crohnovy choroby, jako je celkové neprospívání, hubnutí a zvýšená teplota, někdy až horečka. Projevy choroby jsou dány lokalizací zánětu v trávicí trubici. Postižení ileocékální (oblast přechodu tenkého a tlustého střeva) se manifestuje bolestí doprovázenou průjmem. Je-li postižení tlustého střeva, v popředí obtíží bývá průjem, někdy s příměsí krve a hlenu ve stolici. U menší části nemocných postihuje horní část tenkého střeva a proto je u těchto pacientů zhoršený stav výživy v důsledku poruchy vstřebávání živin, označovaný jako malabsorpční syndrom. Hlavním projevem této poruchy je hubnutí.

Při postižení tenkého střeva je typická chudokrevnost. Postižení jícnu se projevuje pyrózou, dysfagií, odynofagií nebo bolestí za sternem. Postižení žaludku a duodena se projevuje dyspeptickými potížemi, úbytkem na váze nebo bolestí v epigastriu. Protože je tato choroba provázena širokou škálou projevů a její průběh u jednotlivých nemocných se může značně lišit, je velice obtížné předpovědět průběh onemocnění, reakci na léčbu a riziko komplikací. Nepříznivým rysem je skutečnost, že většina komplikovaných stavů vyžaduje operační řešení. (Kolektiv autorů, 2010)

2.3.2 Ulcerózní kolitida

Je chronický zánět tlustého střeva, lokalizovaný pouze v tlustém střevě, vždy ale postihuje konečník. Tlusté střevo je postiženo kontinuálně, bez zdravých meziúseků. Zánětlivé místo je od zdravé sliznice vždy ostře odděleno.

Podle lokalizace a rozsahu rozeznáváme:

pankolitida (postižení celého tračníku)

subtotální forma (postižení tračníku od rekta po hepatické ohbí)

levostranná forma (tračník je postižen od rekta po lineární ohbí)

proktosigmoitida (postižené rektum a sigmoideum),

proktitida (postižen je konečník)

Dle aktivity rozeznáváme lehkou, střední a těžkou formu zánětu. Změny ve sliznici se projevují hemoragicko-katarálním zánětem. Sliznice bývá překrvená, prokrvácená a také snadno krvácí. V typických případech se objevují drobné eroze až hlubší vředy. V okrajích vředů jsou nacházeny i zánětlivé pseudopolypy. U těžkých akutně probíhajících zánětů se může vyskytnout obraz toxického megakolonu. Ulcerózní kolitida nemá tendenci ke vzniku píštělí či abscesů, většinou je postižena pouze sliznice střevní bez hlubší části střevní stěny. Dominantním příznakem je průjem, který může být spojen s příměsí krve ve stolici. Nemocný si může stěžovat na tenesmy, rektální bolest a časté nucení na stolicí. Při stolici, která je málo objemná, může odcházet nevelké množství krve nebo krvavého hlenu. V některých případech, při bolestivých spasmech v oblasti anorektální, může dojít k funkční obstrukci a následně k zácpě. Bolest břicha může být tupá nebo ostrá, lokalizovaná do dolní poloviny břicha. Pokud se bolest objevuje po jídle, pak je křečovitá a vymizí po vyprázdnění. Častým příznakem je anorexie, způsobená nauzeou, časným pocitem sytosti a bázni, že jídlo může vyvolat průjem. Dalším projevem bývá teplota a to u středně těžké až těžké formy.

U těžších forem hrozí další komplikace jako je toxické megakolon nebo dokonce perforace střeva. U většiny pacientů je období aktivity zánětu (relaps) zřetelně odlišeno od klidové fáze (remise), kdy je nemocný obvykle bez potíží. Pokud se nedaří udržet klidovou fázi, nebo jí lze dosáhnout pouze podáváním léčby s významnými nežádoucími účinky, je takový nemocný kandidát na operační řešení. Důvodem k operaci může být masivní krvácení, nebo rozvoj těžkého stavu, při vysoké aktivitě zánětu neodpovídající na léčbu a nemocný je ohrožen perforací střeva, těžkým zánětem pobřišnice a vysokým rizikem úmrtí, toxickým megakolon. Život zachraňujícím výkonem je urgentní operace: kolektomie s ileostomií. (Kolektiv autorů, 2010)

2.4 Diagnostika idiopatických střevních zánětů

K tomu, aby se lékař - gastroenterolog dopracoval ke správné diagnóze, včas zahájil správnou léčbu, případně odhalil možné komplikace, potřebuje znát výsledky mnoha vyšetření.

Při první návštěvě klienta u lékaře, je nutné odebrat správně anamnézu. Od klienta se očekává, že se svěří se všemi potížemi, které ho přivedly do gastroenterologické poradny. Součástí návštěvy v ordinaci lékaře je komplexní fyzikální vyšetření včetně vyšetření konečníku prstem (per rektum). Při objektivním vyšetření může lékař zjistit pohmatem rezistenci, nebo pohledem na kůži viditelné ústí píštěle. Je potřeba si uvědomit, že stanovení diagnózy není jednoduché, vyžaduje trpělivost pacienta, ale i lékaře, než choroba splní kriteria pro definitivní diagnózu.

Mnozí klienti netrpí tak výraznými obtížemi, přesto jejich střevo ničí zánět. Laboratorní ukazatelé jsou proto důležitou součástí diagnostiky. Za nejdůležitější považujeme hodnoty sedimentace, krevní obraz, zánětlivé parametry (CRP). Nutriční parametry (celková bílkovina, albumin) nám pomohou stanovit stupeň narušení výživy.

Speciální imunologické protilátky p-ANCA, p-ASCA nám umožní rozlišit Crohnovu chorobu od ulcerózní kolitidy. U Crohnovy choroby jsou přítomny p-ASCA protilátky, u kolitidy p-ANCA.

Sonografie břicha je základní zobrazovací metodou, která nám pomáhá zjistit možné zánětlivé změny, tloušťku stěvních stěn, průsvit střeva a její reliéf. Magnetická rezonance (MR) se provádí při podezření na píštěle v oblasti trávicí trubice včetně konečníku. Výhodou této metody je, že nezatěžuje nadměrným rentgenovým zářením a lze jí proto opakovat v krátkém sledu po sobě. Počítačová tomografie (CT), konkrétně CT enterografie se používá pro získání nálezů na tenkém a tlustém střevě po podání kontrastní látky. Enteroklýza je cílené vyšetření tenkého střeva, spočívající v podání kontrastní látky sondou přímo do tenkého střeva. Kontrastní látka se podává sondou zavedenou ústy nebo nosem přes žaludek do tenkého střeva. Kapslová enteroskopie je moderní vyšetřovací metoda, při které klient spolkně malou kapsli pořizující záznamy z tenkého střeva. Ty jsou počítačově zpracovány. Výhodou této vyšetřovací metody je zobrazení minimálních změn na tenkém střevě. Nevýhodou je nemožnost odebrat vzorek ze sliznice.

Kolonoskopie je nejdůležitější a nejpřesnější endoskopickou metodou. Umožňuje přímý pohled do tlustého střeva a konečné části tenkého střeva. Při vyšetření může být zcela bezbolestně odebrán vzorek sliznice, který se dále posílá k histologickému vyšetření. Enteroskopie je metoda, která se provádí jen v několika endoskopických centrech v České republice. Pomocí enteroskopie se dá vyšetřit celé tenké střevo a současně může být provedena biopsie tkáně na histologické vyšetření. Výsledky histologického vyšetření známe zhruba do týdne. Toto podrobné vyšetření nám dává odpověď na otázku, o jaký druh zánětu se jedná. Ezofagogastroduodenoskopie je endoskopické vyšetření horní trávicí trubice. (Červenková, 2009)

2.5 Léčba

Terapie pacientů s idiopatickými střevními záněty je konzervativní: medikamentózní, podpůrná, doplňková a chirurgická. Liší se při prvních projevech choroby nebo při relapsu onemocnění, kdy je cílem navodit remisi, od léčby v klidovém období, kdy je cílem remisi udržet. Je důležité, aby lékař dostatečně poučil klienta, jelikož bylo prokázáno, že někteří vědomě vysazují nebo snižují předepsané dávky léčivých přípravků. A to z důvodu relativního zlepšení stavu nebo přítomnosti nežádoucích účinků.

2.5.1 Medikamentózní léčba

Aminosaliciláty jsou prvními léky, které podstatně zasáhly do léčby zánětů. Nejstarším zástupcem je sulfasalazin. Působí protibakteriálně i protizánětlivě. Jeho využití je omezeno pro jeho vedlejší nežádoucí účinky. Vyvolává bolest hlavy, nauzeu, bolesti v nadbřišku, může měnit krevní obraz, zvyšovat jaterní testy a vyvolat alergii. Později bylo objeveno, že účinnou složkou těchto preparátů je 5-aminosalicylová kyselina, takzvané 5-ASA preparáty (mesalazin). Jsou to například Salofalk, Pentasa a Asacol, jejichž výhodou je forma podání (čípky, klyzmata a tablety), cílené uvolňování a dobrá snášenlivost.

Kortikoterapie působí blokádu manifestace zánětu, mají však četné nežádoucí účinky. Dnes se nejčastěji používá Prednison nebo Medrol. Výhody menšího výskytu nežádoucích účinků mají topické steroidy – především budesonid (Budenofalk nebo Entocort).

Imunosupresiva jsou léky snižující bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigenní stimulaci. Podávají se při kontraindikaci kortikoidů, nebo při selhání léčby kortikoidy. K imunosupresivní terapii se používá nejčastěji Imuran. Další skupinu imunosupresiv představují cyklosporin A a metotrexát. V těhotenství je však léčba metotrexátem absolutně kontraindikována, protože způsobuje vývojové vady a defekty.

Antibiotika léčí přidružené bakteriální infekce, septické perianální komplikace a píštěle. Na rozdíl od běžné klinické praxe se antibiotika užívají často dlouhodobě. Používají se především chinolony, gentamycin, v kombinaci s ampicinolyými preparáty a cefalosporiny. Často je využíván i metronidazol v tabletovém podání nebo jako čípky.

Biologická léčba představuje nejnovější farmakoterapii chronických nespecifických zánětů střevních tam, kde léčba kortikoidy, imunosupresivy selhala, nebo měla jen nízkou účinnost. Tato léčba využívající anti TNF alfa protilátky (infiximaba adalimumab) se podává ve formě infuzí, nebo injekční aplikací do podkoží i ambulantně. Nežádoucími účinky této léčby mohou být alergické reakce, dočasná bolest hlavy, návaly a infekce, často velmi závažné (například tuberkulóza), limitující je i vysoká cena terapie (schválené preparáty jsou Remicaid a Humira). (Červenková, 2009)

Probiotika mohou příznivě ovlivnit střevní flóru, která se mění u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Mezi ověřené indikace těchto preparátů v kombinaci s mesalazinem, patří lehký a středně těžký relaps ulcerózní kolitidy, udržovací terapie v remisi a prevence recidivy střevního zánětu. První studie prokázaly účinnost probiotik (ať již v monokultuře – například *Escherichia coli* kmen Nissle 1917, či ve směsích laktobacilů a bifidobakterií různé provenience) v udržení či prodloužení doby remise, především u poškození tračníku, další indikací je prevence pouchitidy. K léčbě relapsu Crohnovy choroby či ulcerózní kolitidy však vhodné nejsou.

2.5.2 Podpurná, dietní a doplňková léčba

Enterální výživa je podávání nutričně definované výživy, a to buď popíjením, podáváním sondou nebo gastrostomií. V současné době jsou k dispozici plnohodnotné nutriční přípravky ke krytí energie, iontů a vitaminů. Výživa neobsahuje laktózu, cholesterol, neobsahuje puriny ani gluten.

Parenterální výživa je aplikace infuzních roztoků umělé výživy mimo trávicí trakt. Docílí funkční zklidnění střeva, zmírnění místního zánětu, hojení ulcerací a snížení sekrece z píštělí. Lze jí výhodně kombinovat s medikamentózní léčbou. Je daleko účinnější u Crohnovy choroby než u ulcerózní kolitidy, u které má často nevelký podpůrný vliv.

Dietní opatření v období remise nejsou zásadní. Strava by měla být nedráždivá, šetřící a kaloricky vydatná a vyvážená, s dostatkem vitaminů s ohledem na snášenlivost jednotlivých pokrmů. V období průjmů a křečovitých bolestí břicha je důležité omezení vlákniny a většího množství kofeinu. Při zácpě se doporučuje zvýšený obsah vlákniny. U klientů s idiopatickými chorobami je nutný individuální přístup k požívání mléčných výrobků, jelikož je častá laktázová intolerance.

Doplňková léčba čeká všechny klienty léčené kortikoidy. Doplnujeme kalcium, kalium a magnezium ve formě tablet nebo šumivých preparátů. Při chronickém krvácení je nutné přidávat železo jako prevence anemie. Při léčbě sulfasalazinem dodáváme kyselinu listovou a při resekci ilea vitamin B12.

2.6 Chirurgická léčba

Přes veškerou známou a kvalifikovaně prováděnou konzervativní léčbu je mnohdy nutné přistoupit k chirurgickému řešení. Operace mohou být plánované, ale i akutní. Akutní důvody nedovolují potřebnou předoperační přípravu, což může být příčinou pooperačních komplikací.

2.6.1 Crohnova choroba

Většina klientů zažije operaci alespoň jednou za život, proto se chirurgický výkon provádí až ve chvíli, kdy nastanou značné komplikace a nelze již chorobu zvládnout jinými prostředky.

Ileocékální resekce se provádí při stenóze tenkého střeva a orální částí kolon. Operatér provede pravostrannou hemikolektomií a ileo-transverso-anastomózu. Resekce na tenkém střevě se provádí vždy v nejmenším možném rozsahu pro zachování resorpční schopnosti tenkého střeva.

Strikturoplastika se provádí při mnohočetných stenózách tenkého střeva. Stenóza se podélně protne a příčně sešíje, čímž se obnoví velikost střevního průsvitu, aniž by se zmenšila plocha tenkého střeva, které je schopno vstřebávat živiny.

Perianální píštěle, jejichž hnisavá ložiska musí operatér vyprázdnit pomocí drenáže.

2.6.2 Ulcerózní kolitida

Proktokolektomie je zásah, při kterém operatér vyjme konečník a celé tlusté střevo a provede ileostomii, čili vývod konce tenkého střeva. Pro klienty je to určitý handicap, ale je vykoupen skutečností, že choroba ustoupí a je odstraněn zdroj toxemie.

Ileorektální anastomóza se subtotální kolektomií je výkon, při kterém operatér ponechá konečník a napojí na něj tenké střevo. Tento výkon je dnes již vyjímečný. Nevýhodou je, že v postižené části konečníku mohou časem opět zasáhnout zánětlivé změny.

Proktokolektomie a ileo-pouch-anální anastomóza je výkon při kterém se odstraní celé tlusté střevo i konečník, z něhož se ponechá jen řitní kanál. Z několika kliček tenkého střeva se vytvoří vak (pouch) a na něj se našije horní konec řitního kanálu. Tento typ operace zcela odstraní části zasažené zánětem a zároveň zachová přirozený odchod střevního obsahu řitním otvorem. Komplikace tohoto zákroku může být vznik zánětu sliznice ve vytvořeném vaku, takzvaná pouchitida. U jiných zase neplní vak ideálně svou funkci, což má za následek časté nucení na stolicí a částečnou inkontinenci. (Červenková, 2009)

2.7 Postižení dětí, fertilita a těhotenství

Zjištění, že dítě trpí některou z těchto chorob, která ho bude provázet celý život, je pro rodiče vždy tou nejtěžší chvílí. Je důležité brát tuto vzniklou situaci jako realitu a začít se zajímat o to, jakým způsobem mohou příznivě ovlivnit zdravotní stav svého dítěte. Důležité jsou podstatné informace získané od lékaře.

U dětí se příznaky, průběh a léčba liší od dospělých. Propuknutí nemoci často předchází neprospívání. Dítě méně přibývá na váze, přestává růst a opožděno je i sexuální zrání. Klinické příznaky se objevují až po stagnaci růstu.

U dětí jsou častější agresivnější formy choroby. První ataky vypadají jako náhlá příhoda břišní nebo jako akutní zánět slepého střeva. Výskyt kolitidy u dětí je čtenější.

Mnoho žen, které onemocní idiopatickým střevním zánětem, je v reprodukčním věku. Vliv těchto zánětů na těhotenství je závažným klinickým problémem. Těhotenství by mělo být plánované, a to po konzultaci se svým ošetřujícím gastroenterologem. U ulcerózní kolitidy je schopnost početí prakticky stejná jako u zdravých žen. U žen s Crohnovou chorobou je schopnost těhotenství významně snížena. Nejčastější příčiny neschopnosti otěhotnět, jsou pooperační komplikace a pozánětlivé změny v oblasti pánve postihující vaječníky a vejcovody. Průběh gravidity nelze předvídat. Dojde-li k otěhotnění v klidové fázi nemoci, pak průběh bývá bez větších problémů a k aktivizaci střevního zánětu většinou nedochází. Pokud dojde k otěhotnění v aktivizaci zánětu, pak průběh bývá svízelný a těhotenství je ohroženo. Většina těhotných žen má obavy z užívaných léků a to hlavně z nežádoucího vlivu na vývoj plodu. Tento nesprávný přístup musí lékař dostatečně ozřejmit a řádně vše vysvětlit, jelikož tyto obavy mohou ohrožovat průběh gravidity. Pouze jediný lék a tím je metotrexát, není možné užívat před ani v průběhu gravidity.

U mužů s ulcerózní kolitidou je schopnost oplodnit partnerku stejná jako u mužů zdravých. U některých mužů vlivem léků jako je sulfasalazin, může dojít k poruše

spermatogeneze. U Crohnovy choroby s postižením perinea a rekta může být funkce pohlavních orgánů limitována. (Kolektiv autorů, 2010)

2.8 Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty

Klient je postaven před nelehký úkol, vyrovnat a naučit se žít se svou chorobou. S těmito problémy, které přirozeně zatěžují a ubírají mnoho sil, by měly kromě lékařů a sester pomáhat i pacientské organizace.

V říjnu 2008 díky iniciativě pacientů a lékařů bylo založeno Občanské sdružení pacientů „Pacienti IBD“. Tato organizace sdružuje pacienty, příbuzné a blízké pacientů, lékaře a všechny, kteří se o tuto problematiku zajímají. Cílem je zlepšit celkovou péči, podporu a pomoc klientům a jejich rodinným příslušníkům. Informace a podmínky registrace členů do tohoto sdružení lze najít na webových stránkách www.crohn.cz. Pro tyto klienty se každý měsíc pořádají semináře zaměřené na toto téma. Vždy je na těchto akcích přítomen lékař, kterého doprovází i další školený pracovník (sestra, poradce a jiní). K tématu probíhá přednáška, do které mohou klienti volně vstupovat se svými dotazy.

Jednou ročně je pořádána Svatováclavská konference rozsáhlejšího charakteru. Mnozí klienti jsou ze vzdálenějších koutů republiky, proto jsou semináře nahrávány a následně publikovány na webových stránkách. Díky těmto akcím a diskusnímu fóru na těchto stránkách, je možné osobně se seznámat, bez obav se svěřit a podělit o své zkušenosti s lidmi, kteří si prošli a prochází podobným utrpením. Semináře i konference jsou otevřené všem zájemcům o tuto problematiku.

Sdružení se též podílí na vydávání odborných publikací a snaží se podporovat výzkum, který v této problematice probíhá a to dotazníkovým šetřením v rámci základny občanského sdružení. Organizace vítá, že klienti přestávají být pasivními účastníky a aktivně se podílejí na rozhodování o způsobu své léčby a volbě lékaře, se kterým spolupracují, a kterému mohou důvěřovat. (www.crohn.cz.)

3. Kvalita života a zdraví chronicky nemocných

Většina z nás má určité intuitivní chápání toho, co je to kvalita života. Chceme-li však kvalitu života studovat, musíme být schopni naši intuici nějak pojmově zachytit. Jedna z definic vymezuje kvalitu života jako „subjektivní globální hodnocení vlastního života“. Většina lékařů se shoduje v názoru, že kvalita života vyjadřuje míru, do jaké nemoc a její léčba ovlivňuje pacientovu schopnost a možnost žít takový život, jenž mu škýtá uspokojení. Většina se také shoduje na dvou základních charakteristikách takto koncipované kvality života: mnohorozměrnou a subjektivní.

Mnohorozměrnost (multidimenzionalita) znamená, že se kvalita života týká vždy více oblastí. Je to oblast tělesných obtíží, funkční zdatnost, oblast sociální, psychologická/emocionální, oblast existencionální a duchovní. Subjektivnost vyjadřuje skutečnost, že dva různí pacienti budou tutéž nemoc prožívat zcela rozdílně. Osobnostní charakteristiky, stupeň sociální podpory a také schopnosti adaptace jsou pouze některé z faktorů, které ovlivní konečný výsledek. Moderní medicína se snaží prokázat oprávněnost svých postupů průkazem jejich účinnosti. Hovoří se o evidence based medicíně, tedy medicíně založené na důkazech. Pacientovo hodnocení situace je často diametrálně odlišné od hodnocení lékařova.

V 80. letech jsme svědky rychlého vývoje dotazníkových nástrojů, které sledují pacientovo hodnocení různých aspektů kvality života. Celkově lze říci, že dnes máme k dispozici více než 200 dotazníků zaměřených na různé aspekty kvality života. Liší se počtem otázek a počtem zkoumaných oblastí. Tyto dotazníky jsou používány pro výzkum a hodnocení kvality léků, způsobů terapie, studium hodnocení a názorů pacientů na své onemocnění. Ne vždy je rozsáhlost dotazníků vhodná pro každodenní praxi. Často používaný dotazník vztahující se ke Crohnově chorobě a ulcerózní kolitidě je dotazník skórování kvality života podmíněné zdravotním stavem – HRQOL (Health Related Quality of Life) nebo dotazník SF36 (Item Health Survey). (Payne, 2010)

Kvalitu života významně ovlivňuje celá řada faktorů jako je věk, pohlaví, vzdělání, doba trvání nemoci, kouření, dodržování dietního opatření. Významný podíl má druh léčby, chirurgický zákrok a hospitalizace, faktory psychosociální, socioekonomické a kvalita lékařské péče.

Nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím kvalitu života je aktivita nemoci. Výzkumy prokázaly, že období remise je srovnatelné s kvalitou života běžné populace. V období relapsu nemoci je kvalita života výrazně zhoršena.

V mladším věku je vnímána hůře vlastní nemoc. Ve stáří se kvalita života může zhoršit nedostatkem sociální podpory. Ženské pohlaví hodnotí své příznaky celkově jako těžší. Především mladší ženy více vnímají samotnou nemoc a mají obavy z možného zhoršování a neplodnosti. Klienti s nižším vzděláním mohou mít horší přístup k lékařské péči a tím se zhoršuje jejich kvalita života. Nemoc může ovlivnit přístup ke vzdělání a zabránit jeho plného dokončení.

Mezi chronickými chorobami zaujímají idiopatické střevní záněty z hlediska psychologické náročnosti významné místo. Sám charakter a průvodní obtíže, které tyto záněty provází, jsou společensky velmi náročné a zasahují do intimní sféry. Někteří trpí závažnými poruchami funkce konečnickových svěračů, vedoucími mnohdy až k inkontinenci. Velká část klientů se alespoň jednou během života podrobila chirurgickému zákroku. Bylo však prokázáno, že kvalita života po těchto výkonech je vyšší, ne však u klientů se zavedenou stomií. Ti prožívají těžkou psychickou zátěž, jelikož tento chirurgický zákrok zcela zásadně zasahuje do jejich intimity. Zavedením biologické léčby se významně snížil počet chirurgických zákroků a hospitalizací.

Proces adaptace klade na klienty řadu nároků, záleží na osobnosti každého z nich. Klienti o svých problémech těžko hovoří i se zdravotnickým personálem. Pod vlivem informací o chorobě a pod vlivem svého okolí, hlavně osob blízkých hodnotí svou chorobu jako lehkou, nebo naopak těžkou.

Bojí se, že nezvládnou úkoly související s chorobou (potíže, léčbu, nutnost provést případné změny v profesním životě). Musí se naučit zvládat rozbouřený svět vlastních emocí, nepropadat beznaději a zoufalství. Musí si osvojit v mezilidských vztazích nové postupy při řešení konfliktů a mnohdy změnit žebříček hodnot. Bohužel v polovině případů dochází k menší či větší maladaptaci, kdy klient nepřijal svůj stav a není ochoten přijmout fakta s chorobou spojená. Výsledkem může být neochota poslechnout rady lékaře.

Důležitou úlohu proto sehrává správná informovanost klienta, čili osobní kontakt lékaře s klientem. Dále pak empatie a vzdělanost zdravotnického personálu sehrává důležitou roli pro edukaci klienta. Kvalitní informace cestou písemných materiálů nebo internetu. Internetových zdrojů je mnoho, pouze některé jsou však vhodné pro edukaci. Doporučené stránky jsou například www.crohnovanemoc.cz.

Riziko nevhodných informací z internetových stránek je veliké! Často nejsou autorizovány, podávají zkreslené informace modifikované laiky, léčiteli, pacienti. Ne vždy se v nich pacient dokáže orientovat a správně pochopit záplavu často rozporuplných i chybných informací a doporučení.

Velkou pomocí při zvládání problémů spojených s chorobou se bezprostředně stává blízké klientovo okolí. Klienti trpí pocitem osamění a nepochopení ze strany blízkých. Nejbližší osoby je proto třeba seznámit s diagnózou, vysvětlit jim problém chronicity a nevléčitelnost choroby. Závažnost a chronicita vede mnohé klienty k otázce řešení snížené pracovní schopnosti nebo invalidního důchodu. Problematikou toho je sociální zabezpečení. Dosud zdravý a často mladý člověk najednou vystupuje jako hendikepovaný a je vystaven nepříjemným situacím za stran úředníků. Stydí se za vzniklou situaci a má zábrany při shánění informací týkajících se sociálního zabezpečení. (Payne, 2010)

4. Úloha sestry u klientů s idiopatickými střevními záněty

Úloha sestry u klientů s těmito chorobami je nelehká, ale důležitá a zajímavá.

Důležitost a zajímavost vyváží velký pocit odpovědnosti, který tato náročná práce vyvolává. Sestra pracující s těmito klienty by měla být především empatická a důvěryhodná, znalá problematiky těchto onemocnění, s dostatečnou odbornou i životní zkušeností. Musí si být vědomá skutečností, že pracuje s nemocným, často i velmi mladým klientem, kterému jednoho dne jeho lékař oznámil velice nepříjemnou diagnózu.

Čekáme od klienta, že ji přijme, a naučí se s ní žít. Lékař sdělí diagnózu, podá vysvětlení, ukáže obrázky a nastíní pohled do budoucna. A tady nastupuje sestra, zde začíná její úloha. V době, kdy k ní klient přichází, je nutností, aby při prvním kontaktu s vřelostí a úctou vhodně zvolila vztah mezi ní a klientem.

Zde má prostor pro vytvoření příjemného prostředí pro budoucí důvěru ze strany klienta. Informace o klientovi zadává sestra do databáze a vyřizuje veškerou administrativu. Součástí vstupních údajů jsou i dotazy na kvalitu života, a další potřebné informace. Klienti občas považují tyto otázky za dotěrné. Proto je třeba volit správná slova a ohleduplně získat co nejvíce informací, abychom klienta poznali blíže. Zjišťujeme, jak žije a s kým, jaké bude mít podmínky při léčebných postupech. Jaké má rodinné a sociální zázemí.

V dnešní době mají lidé přístup k mnohým informacím pomocí internetu, jsou stále více vzděláni v problematice své nemoci, v možnostech léčby, vhodného stravování. Proto se stále více ptají a kladou dotazy na zkušenost zdravotnického personálu ve vztahu k jejich chorobě. V poslední době sledují a vyptávají se na vzdělanost sestry, která o ně pečuje nebo bude pečovat. Jak je připravená na svou roli nejen týkající se ošetřování, ale také v edukační pomoci a přístupu ke klientovi.

Sestra musí umět samostatně myslet a zvolit vhodný psychologický přístup nejen ke klientovi, ale i k jeho rodině a blízkým.

V praxi to znamená, že je sestra postavena do role samostatného pracovníka s mimořádně náročnými pracovními postupy. Musí si být ale vědoma, že je součástí terapeutického týmu, že musí respektovat diagnostické a terapeutické postupy oddělení, kterého je součástí na současné odborné úrovni. Jedině tak získá odbornou i lidskou věrohodnost před pacientem i spolupracovníky.

Úloha sestry v ambulantní péči

Klienti při své chorobě musí pravidelně podstupovat kolonoskopické vyšetření, a zde je opět důležitá role sestry. Kolonoskopie není příjemné vyšetření, proto je důležité důsledně dodržet přípravu, aby se vyšetření nemuselo znovu opakovat. Sestra má proto významnou roli edukátora, musí důsledně vysvětlit dodržování dietního režimu, doporučit druhy tekutin a přípravu roztoků k vyprázdnění střev. Když klient vstoupí na vyšetřovnu, je sestra povinna vysvětlit mu jednotlivé postupy spadající do její kompetence. Samotné vyšetření popíše a vysvětlí lékař, který bude vyšetření provádět. Sestra vysvětlí klientovi, že obávat bolesti se nemusí, jelikož vždy před vyšetřením dostane zklidňující injekci. Během vyšetření sleduje sestra jeho vitální funkce, a pokud to klient žádá, komunikuje s ním i během vyšetření. Toto vyšetření je pro klienta velice nepříjemné a zasahuje do jeho intimity. Sestra musí být empatická, musí mít velice citlivý a individuální přístup. Je důležité uvědomit si, že jedná s nemocným a v tuto chvíli i psychicky rozrušeným klientem. Po vyšetření mu pomáhá při oblékání a odvede ho na expektační pokoj. Při odchodu zhodnotí jeho stav a teprve potom mu vydá nález a propustí ho domů.

Klienti také pravidelně dochází do gastroenterologické poradny, která zajišťuje dlouhodobé sledování a léčbu pacientů trpících chronickými chorobami zažívacího traktu. V poradnách má sestra opět důležitou roli edukátorky a záleží pouze na ní, jak se bude vyvíjet vztah sestra-klient. Zda si získá důvěru a bude se moci ptát na důležitá fakta, která při nedůvěře klient nikdy neprozradí.

Úloha sestry při hospitalizaci klienta

V akutní fázi onemocnění stav klienta může vyžadovat hospitalizaci. Nejčastěji je klient přijímán na interní, gastroenterologické nebo chirurgické lůžkové oddělení. Sestra klienta nejdříve doprovodí na jeho pokoj, seznámí ho s chodem a řádem oddělení.

Sestra pracuje podle ošetrovatelského procesu a vede ošetrovatelskou dokumentaci. Na základě zjištěných informací vypracuje ošetrovatelský plán, zaměřený na potřeby klienta. Zhodnotí stupeň sebepéče a dle potřeby zajišťuje dopomoc klientovi. Monitoruje bolest, teplotu a všechny potíže související s nemocí. Sleduje stav hydratace a výživy klienta, zajistí dostatek spánku a odpočinku. Sleduje frekvenci stolic a edukuje klienta o významu dostatečné hygieny v okolí konečníku.

Plní řádně ordinace lékaře a jejich splnění zaznamenává do dokumentace. Pokud podává infuzní terapii, sleduje porušení integrity kůže. Dle ordinace lékaře edukuje a připravuje klienta k jednotlivým výkonům a vyšetření. (Kolektiv autorů, 2010)

Výzkumná část

5. Cíle práce a stanovené hypotézy

5.1 Cíle práce

C1: Zjistit, zda jsou respondenti o své chronické nemoci dostatečně informováni.

C2: Zjistit rozdíl kvality života u respondentů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou.

C3: Zjistit, zda mají obavy ze zhoršování se svého zdravotního stavu.

5.2 Hypotézy

H1: Předpokládám, že více než 50 % respondentů má pocit, že jsou dostatečně o své nemoci informováni.

H2: Předpokládám, že u více než 10 % respondentů onemocněl někdo z rodinných příslušníků stejnou nemocí.

H3: Předpokládám, že respondenti s Crohnovou chorobou budou mít více chirurgických zákroků než respondenti s ulcerózní kolitidou.

H4: Předpokládám, že respondenti s Crohnovou chorobou budou mít kvalitu života horší než respondenti s ulcerózní kolitidou.

H5: Předpokládám, že více než 90% respondentů bude mít obavy ze zhoršování se jejich zdravotního stavu.

6. Metodika výzkumného šetření

6.1 Použitá metoda

Pro sběr dat ve výzkumné části bakalářské práce jsem použila metodu kvantitativního šetření pomocí anonymního dotazníku.

Inspirovala jsem se dotazníky skórování kvality života podmíněné zdravotním stavem – HRQOL (Health Related Quality of Life) a dotazníkem SF 36 (Item Health Survey). Tyto dotazníky jsem si pro své šetření upravila a doplnila je otázkami, které mi posloužily pro potřebné zjištění předem určených cílů a hypotéz. (příloha č. 1).

6.2 Organizace výzkumného šetření

Ve výzkumné části se zabývám zkoumáním života klientů s chronickou nemocí v oblasti tělesné, sociální a psychologické, v klidové fázi onemocnění. Zajímal mě rozdíl kvality života klientů s Crohnovou nemocí, v porovnání s klienty s ulcerózní kolitidou. Proto jsem na začátku šetření rozdala stejný počet a to 40 dotazníků respondentům obou chronických nemocí. Dle průběžné kontroly jsem některé neúplně, nebo špatně vyplněné musela vyřadit a doplnit jinými. Celkově jsem rozdala 87 dotazníků. Použito bylo 80 správně vyplněných dotazníků.

Výzkumné šetření jsem vedla osobně od března do května 2011 na gastroenterologickém ambulantním oddělení, kde v současné době pracuji. Nejdříve jsem požádala vedení nemocnice o možnost provádět toto šetření, a po písemném souhlasu jsem začala dotazníky distribuovat. Klienti na toto oddělení chodí k pravidelným kontrolám, čehož jsem využila pro jednodušší distribuci, řízení počtu a ověření správnosti vyplněných dotazníků.

Matematické zpracování

Všechna získaná data byla zpracována ručně, pomocí čárkovací metody. Po té převedena do tabulek a grafů. V práci jsou použity výsečové grafy. V tabulkách je absolutní četnost vyjádřena zkratkou n_i a relativní četnost f_i vyjádřena v procentech. Pro konstrukci tabulek byl použit Microsoft Word a pro konstrukci grafů Microsoft Excel.

6.3 Charakteristika sledovaného souboru

Dotazník obsahuje demografické údaje: Pohlaví, věk, rodinný stav, počet dětí, dosažené vzdělání a 26 otázek týkající se vlastní chronické nemoci.

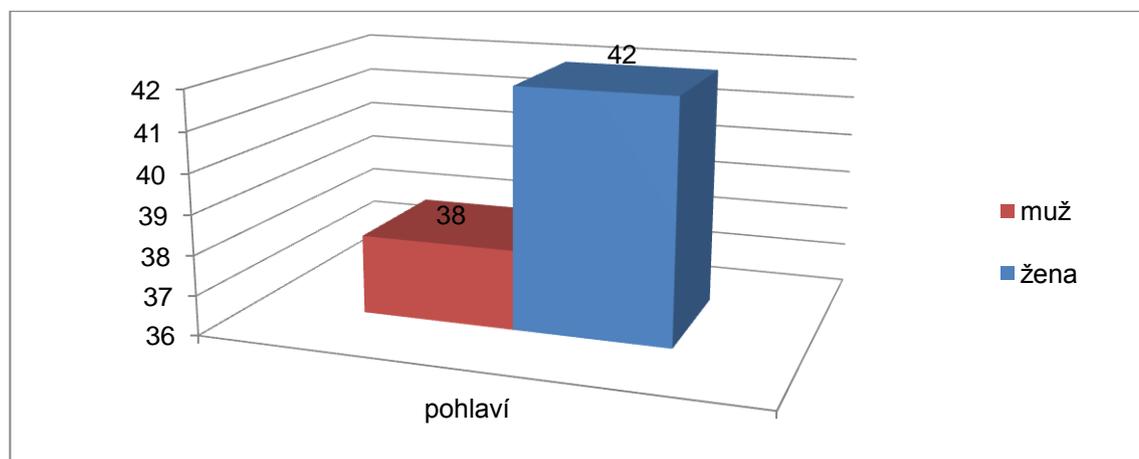
Tíže problémů, které nemocný člověk prožívá, se může neustále měnit, proto 12 otázek, týkajících se kvality života, jsem stanovila v časovém horizontu (za 4 poslední týdny).

Výzkumného šetření se zúčastnilo 38 mužů a 42 žen. Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 73 let. Průměrný věk respondentů byl 44 let. Ve svazku manželském žije 50 % respondentů. Nadpoloviční většina respondentů má střední odborné vzdělání. Největší procento 68,58 % respondentů je zaměstnaných. Jedno, dvě nebo tři děti má 83,75 % respondentů.

Tabulka č. 1 - Podíl mužů a žen na výzkumu

	n_i	$f_i \%$
muž	38	47,5
žena	42	52,5
celkem	80	100

Graf č. 1 - Podíl mužů a žen na výzkumu

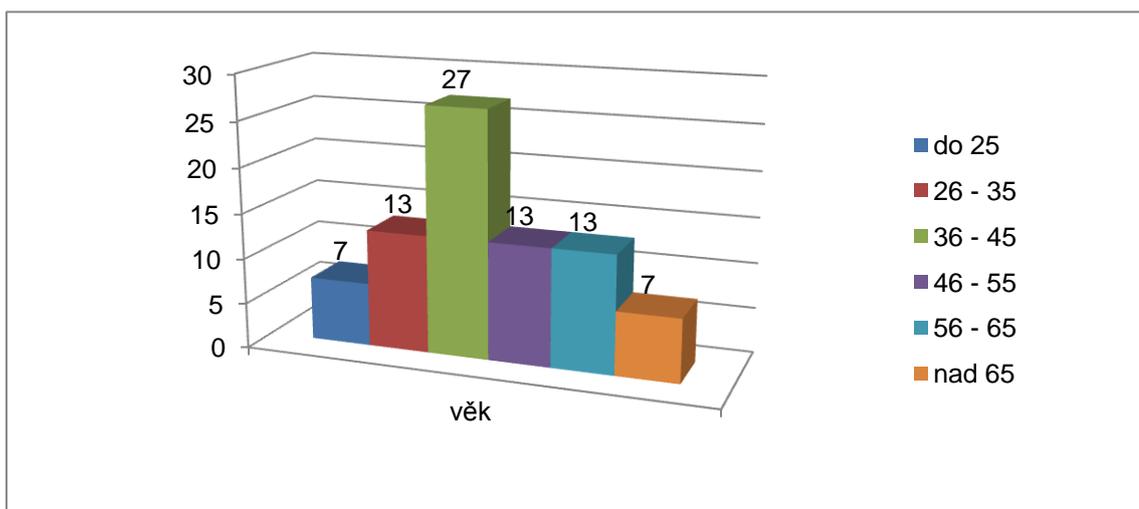


Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů se šetření zúčastnilo 38 (47,5 %) mužů a 42 (52,5 %) žen.

Tabulka č. 2 - Věkové skupiny respondentů

	n_i	$f_i \%$
do 25	7	8,75
26 - 35	13	16,25
36 - 45	27	33,75
46 - 55	13	16,25
56 - 65	13	16,25
nad 65	7	8,75
celkem	80	100

Graf č. 2 – Věkové skupiny respondentů



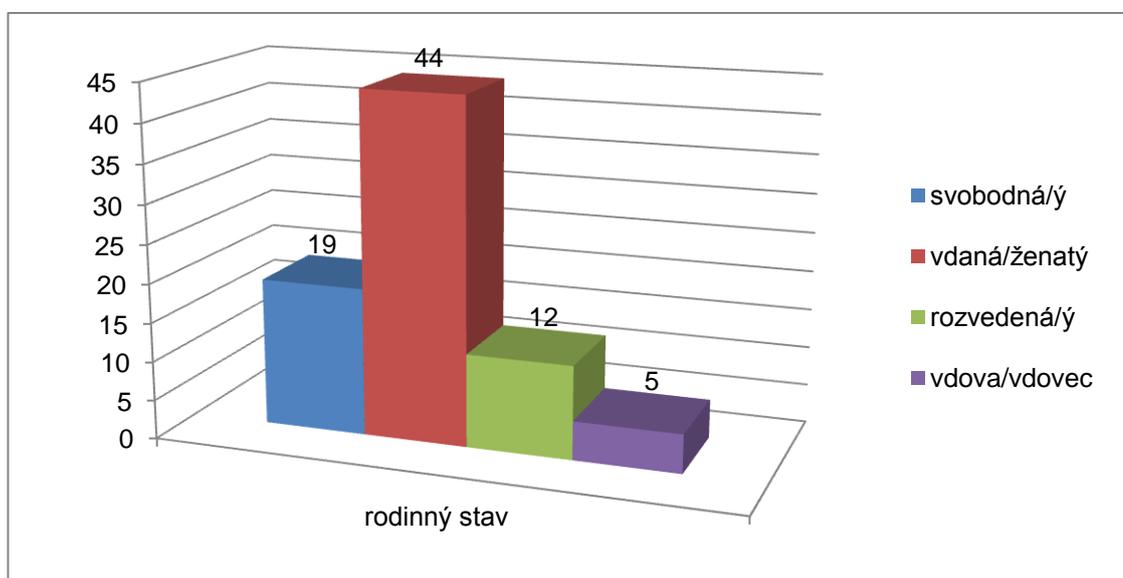
Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů bylo 7 (8,75 %) respondentů ve věku do 25 let, 13 (16,25 %) respondentů ve věkové kategorii 26 - 35 let, 27 (33,75 %) respondentů ve věku 36 - 45 let, 13 (16,25 %) respondentů ve věku 46 - 55 let, 13 (16,25 %) respondentů ve věku 56 - 65 let a 7 (8,75 %) nad 65 let.

Z šetření vyplývá, že nejvíce nemocí postižených respondentů je ve věku 36 - 45 let, nejmladšímu bylo 21 let a nejstaršímu 73 let. Je zřejmé, že jde o onemocnění mladšího, především produktivního věku.

Tabulka č. 3 - Rodinný stav

	n_i	$f_i \%$
svobodná / svobodný	19	23,8
vdaná / ženatý	44	55
rozvedená / rozvedený	12	15
vdova / vdovec	5	6,2
celkem	80	100

Graf č. 3 - Rodinný stav

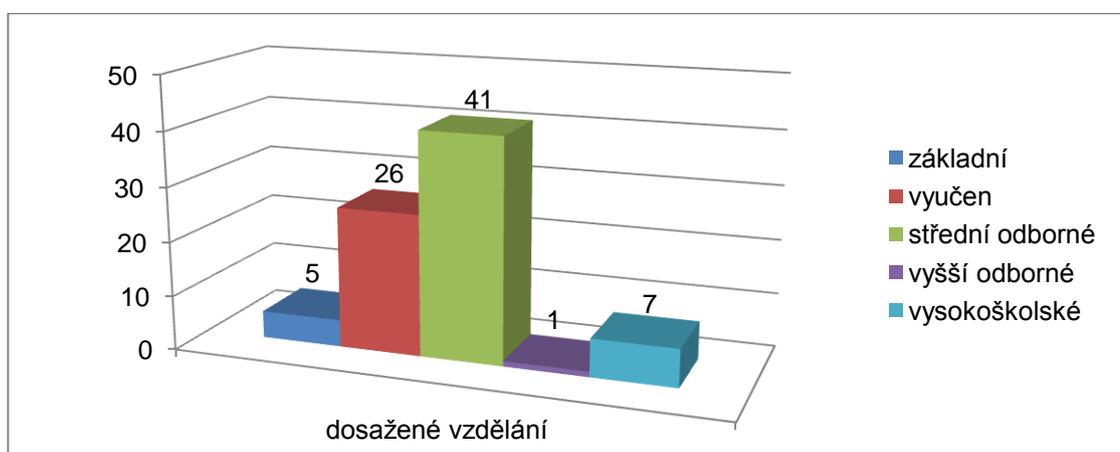


Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů je 19 (23,8 %) respondentů svobodných, 44 (55 %) respondentů ve svazku manželském, 12 (15 %) respondentů rozvedených, 5 (6,2 %) respondentů ovdovělo. Největší část a to 55 % respondentů žije ve svazku manželském, což je důležité pro možnost ambulantního a domácího ošetřování.

Tabulka č. 4 - Vzdělání respondentů

	n_i	$f_i \%$
základní	5	6,25
vyučen	26	32,5
střední odborné	41	51,25
vyšší odborné	1	1,25
vysokoškolské	7	8,75
celkem	80	100

Graf č. 4 - Vzdělání respondentů

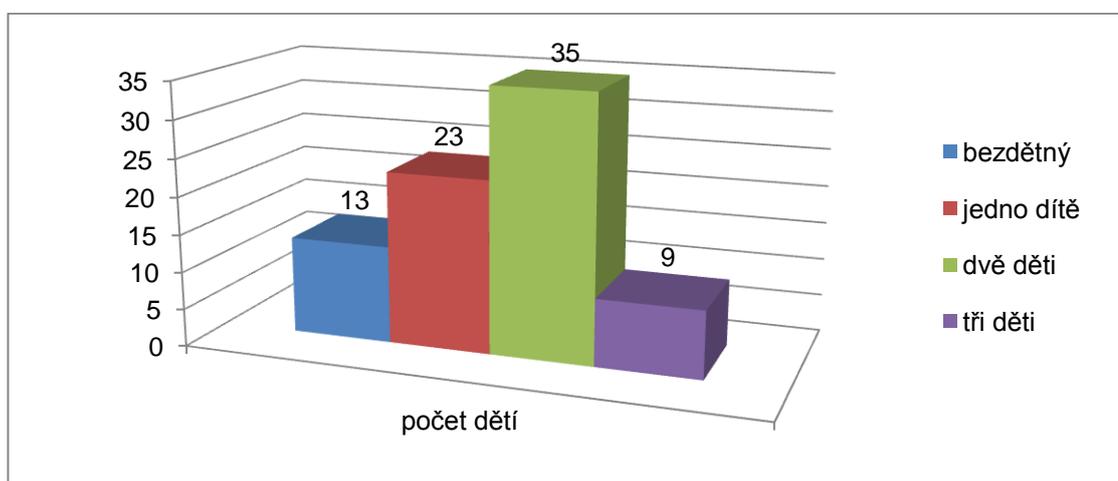


Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů má 5 (6,25 %) respondentů základní vzdělání, 26 (32,5 %) respondentů je vyučených, 41 (51,25 %) respondentů má střední odborné vzdělání, pouze 1 (1,25 %) respondent má vyšší odborné a 7 (8,75 %) respondentů má vysokoškolské vzdělání. Z šetření vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů má střední odborné vzdělání. Z toho usuzuji, že onemocnění pravděpodobně postihuje spíše respondenty s vyšším vzděláním, kteří jsou ovlivňováni většími vyššími rizikovými faktory, neboť často pracují pod zvýšeným psychickým napětím a stresem. Vyšší stupeň vzdělání respondentů, je dobrým předpokladem spolupráce, ale současně i náročnosti této skupiny na způsob chování a informovanost ošetřovatelského personálu.

Tabulka č. 5 - Počet dětí respondentů

	n_i	$f_i \%$
žádné	13	16,25
1	23	28,75
2	35	43,75
3	9	11,25
celkem	80	100

Graf č. 5 - Počet dětí respondentů

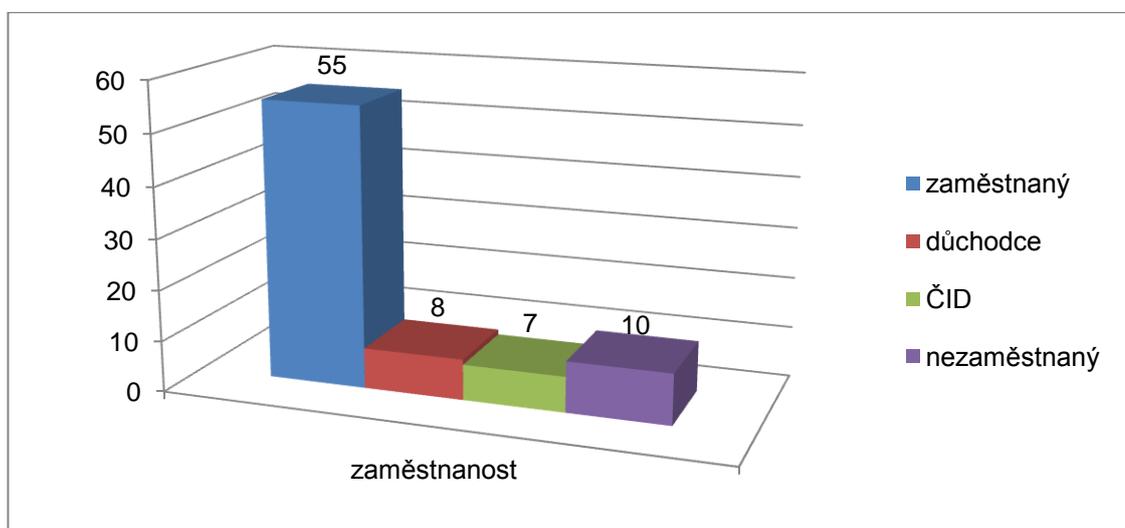


13 (16,25 %) respondentů je bezdětných, 23 (28,75 %) respondentů má jedno dítě, 35 (43,75 %) respondentů má dvě děti a 9 (11,25 %) respondentů má tři děti. Z šetření vyplývá, že pouze 13 respondentů je bezdětných, ostatních 67 respondentů děti má. U respondentů majících potomky, je nutné upozornit na možnost genetického rizika.

Tabulka č. 6 - Zaměstnanost oslovených respondentů

	n_i	$f_i \%$
zaměstnaný	55	68,75
důchodce	8	10
ČID	7	8,75
nezaměstnaný	10	12,5
celkem	80	100

Graf č. 6 - Zaměstnanost oslovených respondentů



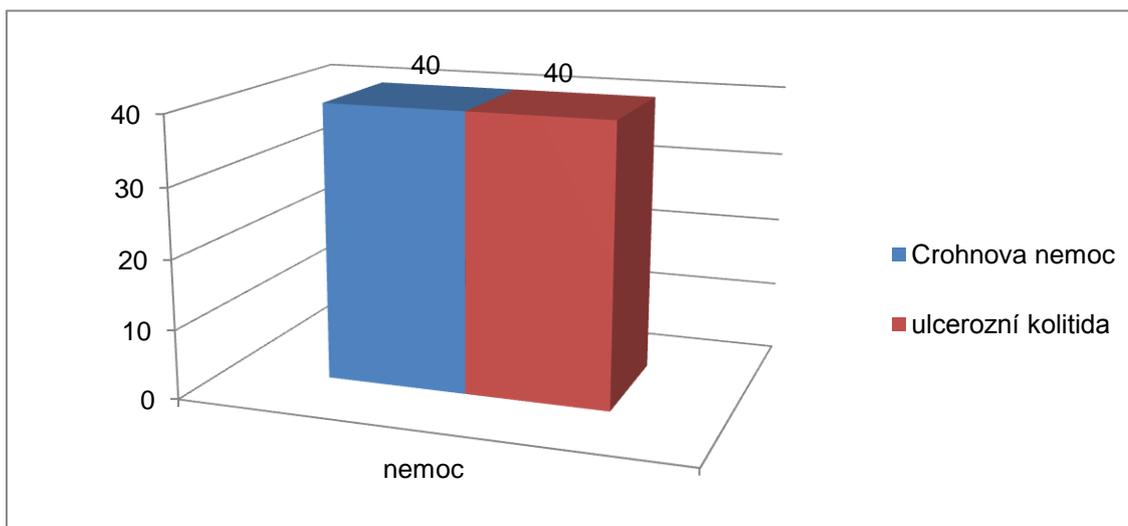
Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů je 55 (68,75 %) respondentů zaměstnaných, 8 (10 %) respondentů důchodci, 7 (8,25 %) respondentů v částečném invalidním důchodu (ČID) a 10 (12,5 %) respondentů nezaměstnaných. Z šetření vyplývá, že největší procento (68,58%) je zaměstnaných, což může svědčit o tom, že nemoc je v klidové fázi a respondenty nijak neomezuje v pracovní činnosti.

7. Interpretace výsledků

Tabulka č. 7 - Léčená nemoc u respondentů

	n_i	$f_i \%$
Crohnova choroba	40	50
ulcerózní kolitida	40	50
celkem	80	100

Graf č. 7 – Léčená nemoc u respondentů

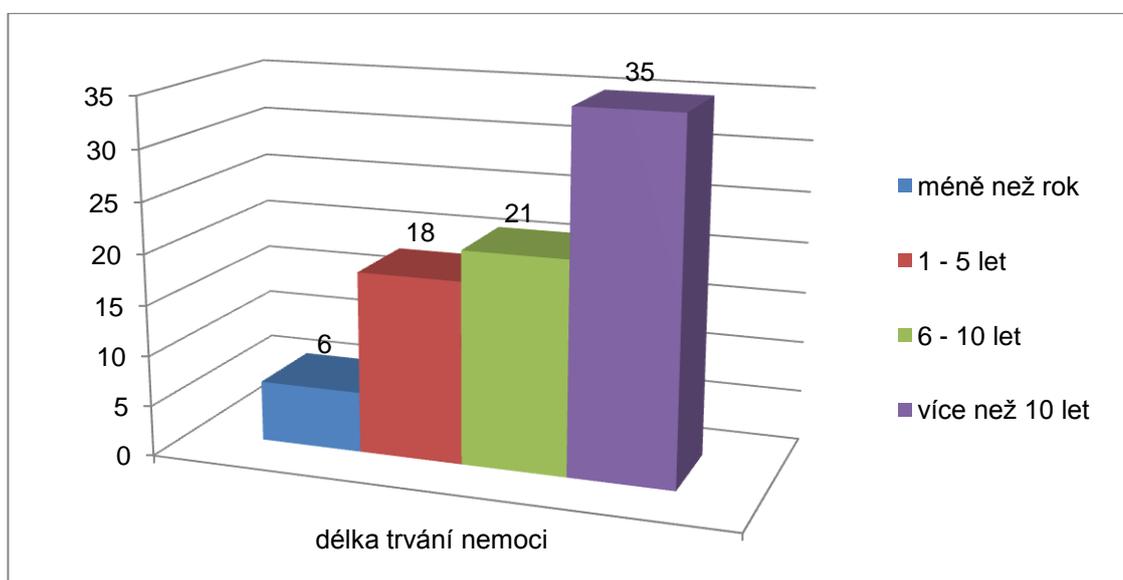


Poměr respondentů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou je zvolen záměrně stejný (viz kap. 6.2 Organizace výzkumného šetření), aby mohl být posouzen rozdíl kvality života respondentů u obou nemocí.

Tabulka č. 8 - Délka trvání nemoci

	n_i	$f_i \%$
méně než rok	6	7,5
1 - 5 let	18	22,5
6 - 10 let	21	26,25
více než 10 let	35	43,75
celkem	80	100

Graf č. 8 - Délka trvání nemoci

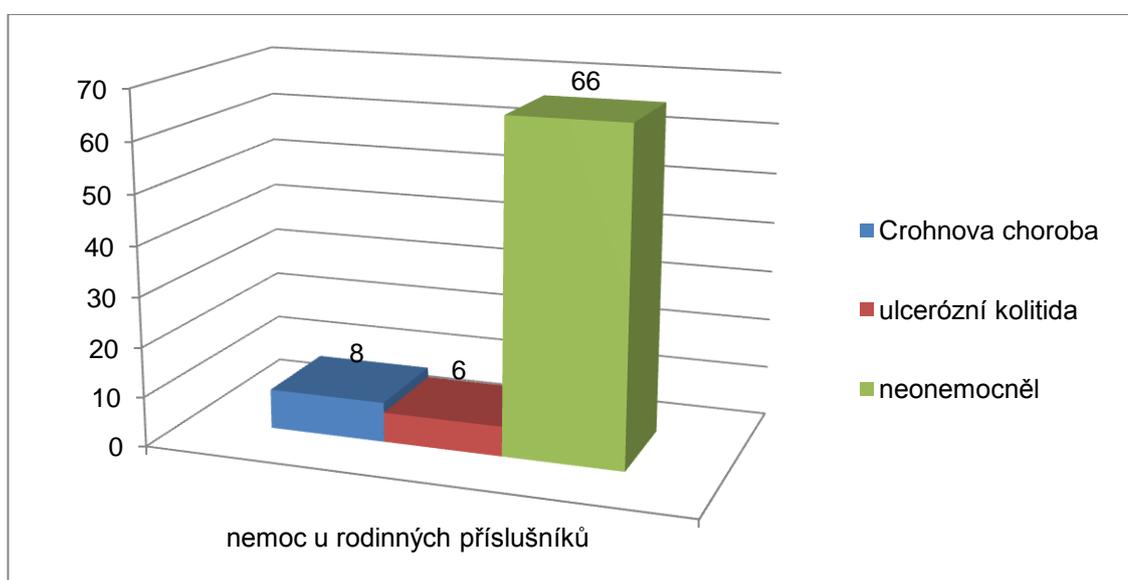


Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů, má 6 (7,5 %) respondentů nemoc méně než rok, 18 (22,5 %) respondentů má nemoc 1 – 5 let, 21 (26,25 %) respondentů 6 - 10 let a 35 (43,75 %) respondentů více než 10 let. Z celkového počtu dotazovaných je zřejmé, že nejvíce oslovených respondentů má chronickou nemoc více než 10 let.

Tabulka č. 9 - Nemoc rodinných příslušníků

	n_i	$f_i \%$
Crohnova choroba	8	10
ulcerózní kolitida	6	7,5
neonemocněl	66	82,5
celkem	80	100

Graf č. 9 - Nemoc rodinných příslušníků

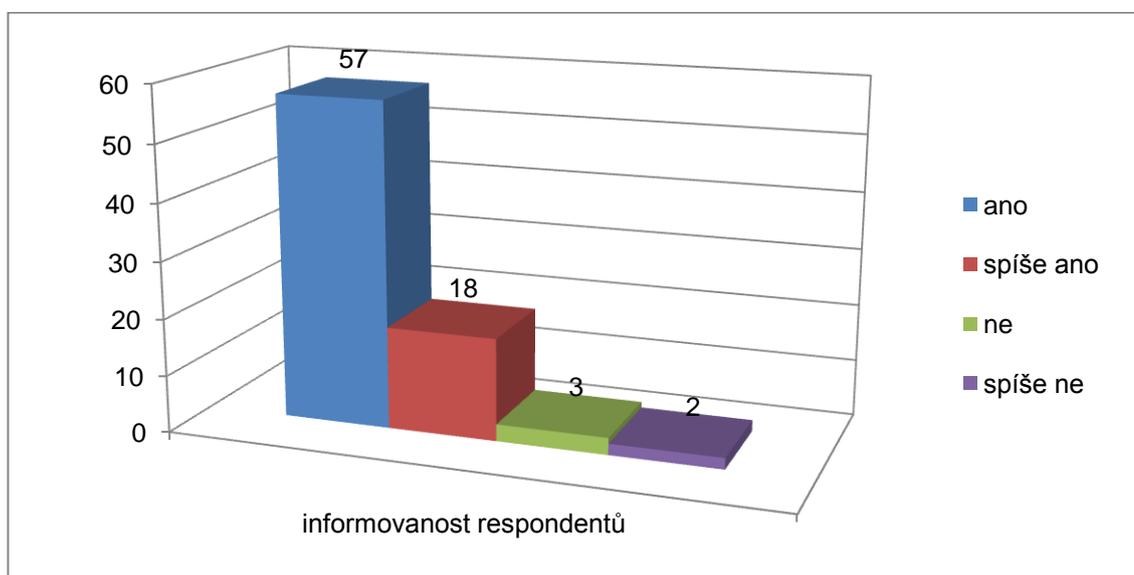


Z šetření vyplývá, že 8 (10 %) respondentů udává onemocnění Crohnovou nemocí u rodinných příslušníků, 6 (7,5 %) respondentů udává onemocnění ulcerózní kolitidy u rodinných příslušníků. 66 (82,5 %) z celkového počtu 80 (100 %) respondentů udává, že nikdo z rodinných příslušníků neonemocněl ani jednou z těchto chronických nemocí. Celkem 17,5 % respondentů udává onemocnění některou z chorob u rodinných příslušníků, což potvrzuje hypotézu H 2.

Tabulka č. 10 – Míra informovanosti o nemoci

	n_i	f_i %
ano	57	71,25
spíše ano	18	22,5
ne	3	3,75
spíše ne	2	2,5
celkem	80	100

Graf č. 10 - Míra informovanosti o nemoci

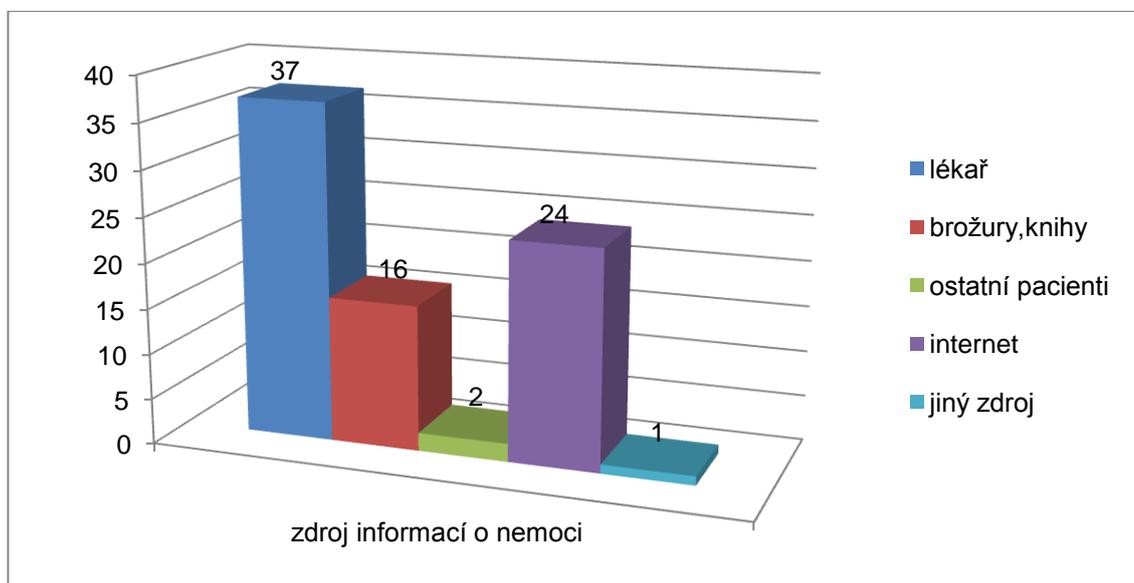


Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů má 57 (71,25 %) respondentů pocit, že jsou o své nemoci informováni dostatečně, 18 (22,5 %) respondentů si myslí, že spíše ano, 3 (3,75 %) respondenti si myslí, že nejsou dostatečně informováni a 2 (2,5 %) respondenti myslí, že spíše nejsou informováni. Tato otázka se vztahuje k hypotéze H1 a k cíli zjistit informovanost respondentů.

Tabulka č. 11 - Zdroj informací o nemoci

	n_i	$f_i \%$
lékař	37	46,25
brožury, knihy	16	20
ostatní pacienti	2	2,5
internet	24	30
jiný zdroj	1	1,25
celkem	80	100

Graf č. 11 - Zdroj informací o nemoci

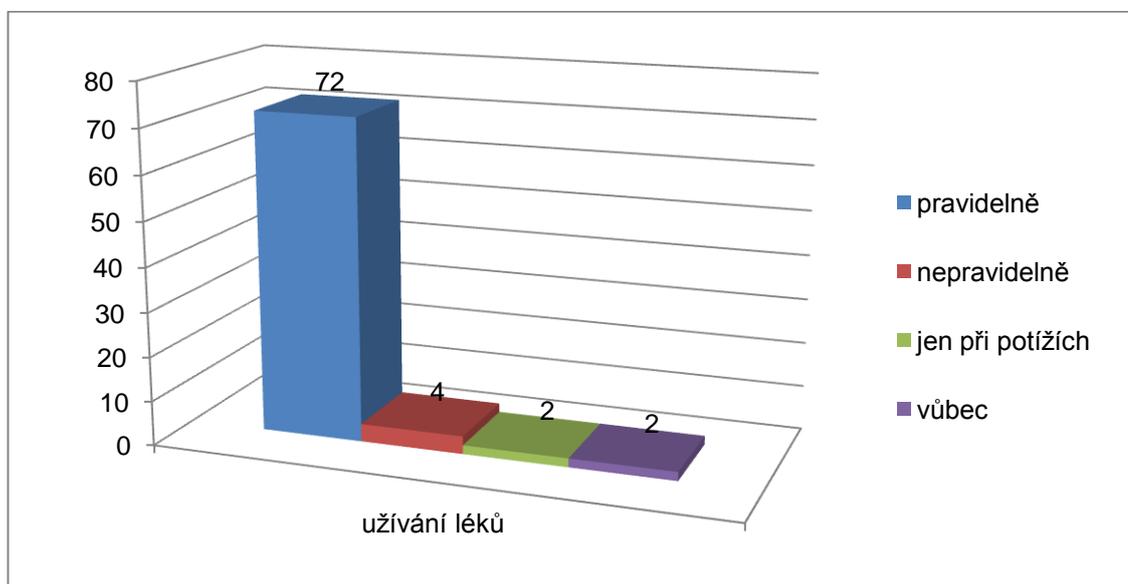


Nejvíce, a to 37 (46,25 %) respondentů získává informace od lékaře, druhou nejpočetnější skupinou zdroje informací je internet, tam čerpá informace 24 (30 %) respondentů, 16 (20 %) respondentů čerpá informace z brožur, nebo knih, 2 (2,5 %) respondenti od ostatních pacientů a 1 (1,25 %) respondent získává informace od zdravotní sestry, jak uvedl v dotazníku.

Tabulka č. 12 – Užívání předepsaných léků

	n_i	$f_i \%$
pravidelně	72	90
nepravidelně	4	5
jen při potížích	2	2,5
vůbec	2	2,5
celkem	80	100

Graf č. 12 – Užívání předepsaných léků

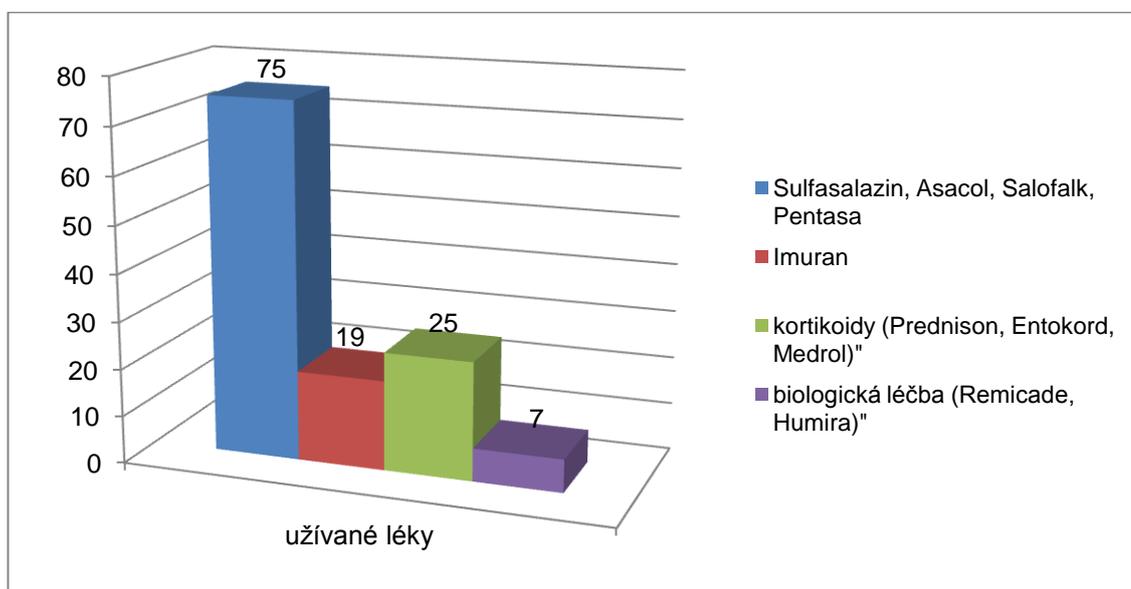


Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů užívá 72 (90 %) respondentů léky pravidelně, 4 (5 %) respondenti nepravidelně, 2 (2,5 %) respondenti jen při potížích a 2 (2,5 %) respondenti neužívají léky vůbec. Z šetření vyplývá, že pro udržení klidové fáze užívá 90 % respondentů léky pravidelně.

Tabulka č. 13 - Druhy užívaných léků

	n_i	$f_i\%$
(Sulfasalazin, Asacol, Salofalk, Pentasa)	75	59,52
Imuran	19	15,08
kortikoidy (Prednison, Entokord, Medrol)	25	19,84
biologická léčba (Remicade, Humira)	7	5,56
celkem	126	100

Graf č. 13 - Druhy užívaných léků

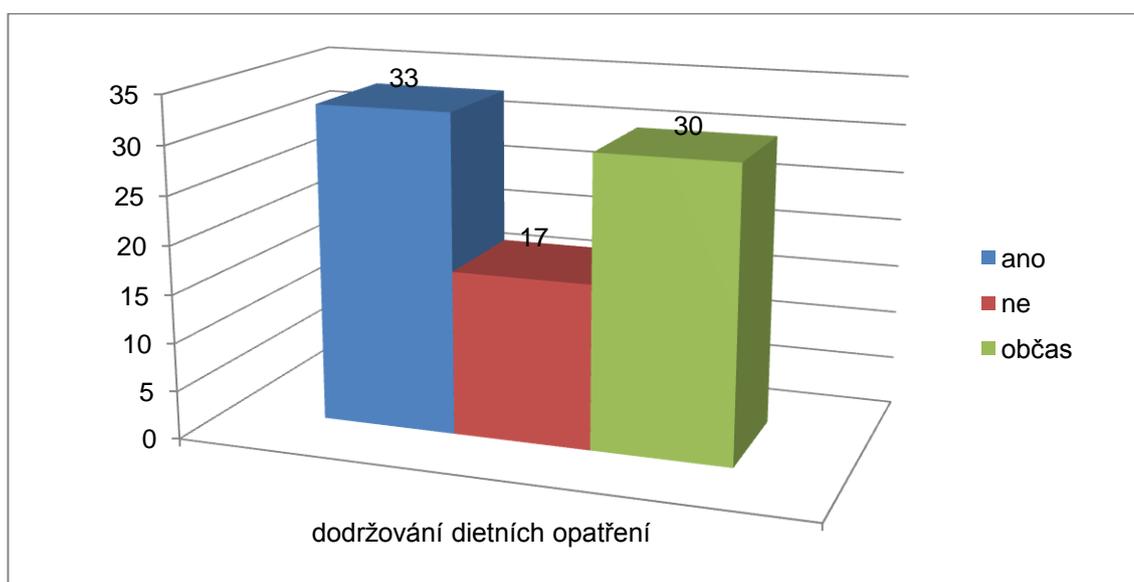


Vzhledem k tomu, že pacienti užívají kombinaci léků, získala jsem větší počet odpovědí než je respondentů. Imunosupresiva užívá 75 (59,52 %) respondentů, Imuran užívá 19 (15,08 %) respondentů, kortikoidy užívá 25 (19,84 %) respondentů a 7 (5,56 %) respondentů podstoupilo biologickou léčbu.

Tabulka č. 14 - Dodržování diety

	n_i	$f_i \%$
ano	33	41,25
ne	17	21,25
občas	30	37,5
celkem	80	100

Graf č. 14 - Dodržování diety

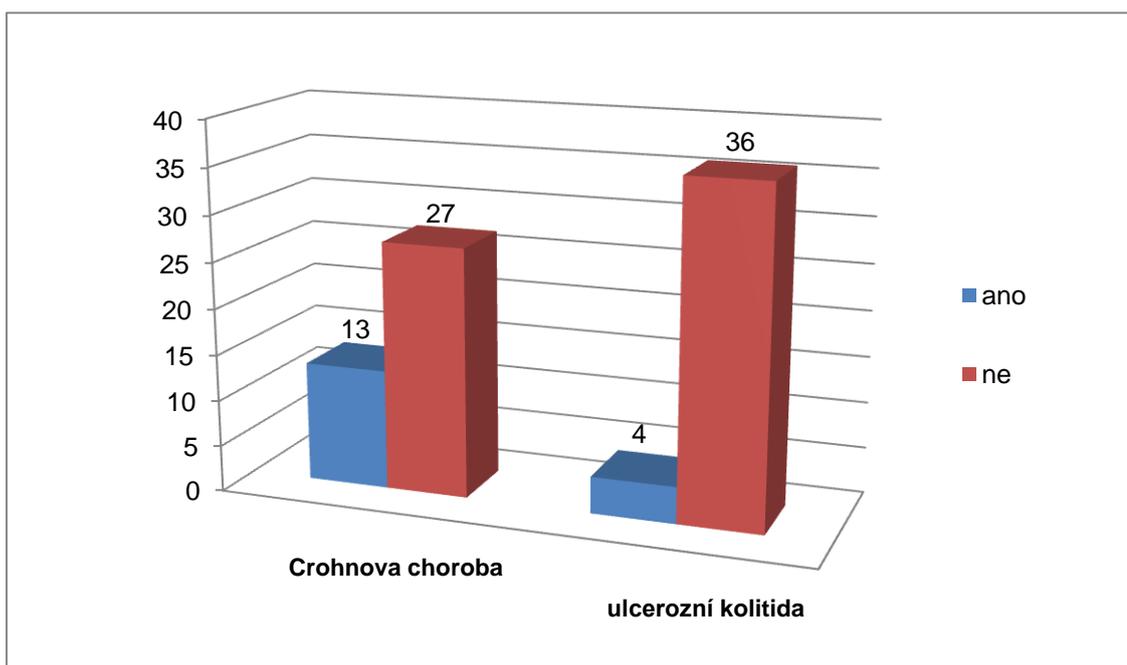


Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů 33 (41,25 %) respondentů dodržuje dietní opatření, 17 (21,25 %) respondentů dietní opatření nedodržuje a 30 (37,5 %) respondentů dietní opatření dodržuje občas. Z šetření vyplývá, že více než pětina dotázaných nepřikládá dodržování dietních opatření důležitost.

Tabulka č. 15 - Operační léčba

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
ano	13	32,5	4	10
ne	27	67,5	36	90
celkem	40	100	40	100

Graf č. 15 - Operační léčba



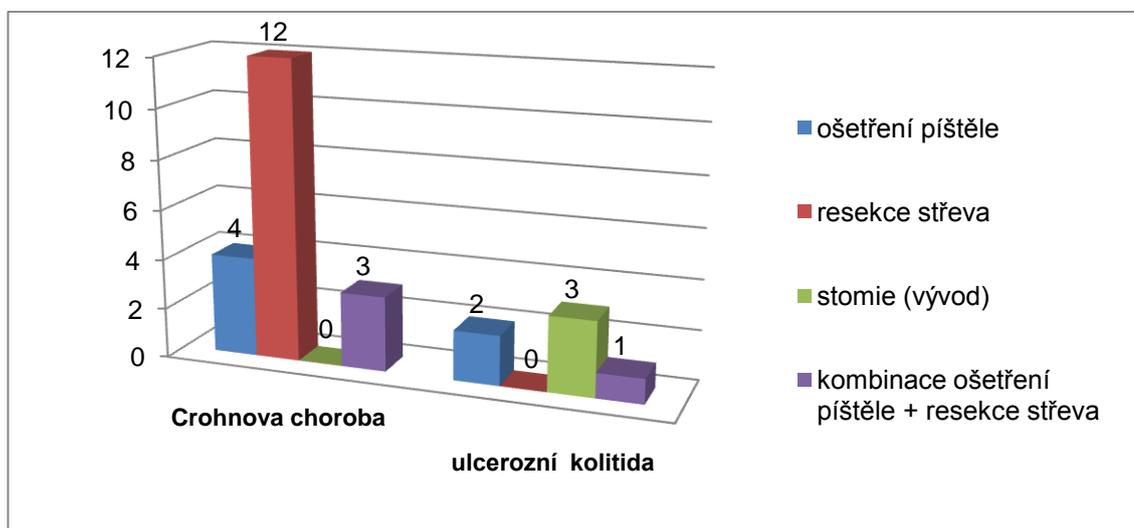
Chirurgicky léčeno bylo 13 (32,5%) respondentů s Crohnovou chorobou, 4(10%) s ulcerózní kolitidou.

Chirurgicky nebylo léčeno 27 (67,5 %) respondentů s Crohnovou chorobou, 36 (90 %) s ulcerózní kolitidou. Šetření ukázalo, že respondenti s ulcerózní kolitidou nemusí být tak často při své chronické nemoci chirurgicky ošetřeni.

Tabulka č. 16 - Druh chirurgického zákroku u respondentů

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
ošetření píštěle	4	21,05	2	33,33
resekce střeva	13	63,16	0	0,00
stomie (vývod střeva)	0	0,00	3	50,00
kombinace ošetření píštěle + resekce střeva	3	15,79	1	16,67
celkem	19	100	6	100

Graf č. 16 - Druh chirurgického zákroku u respondentů

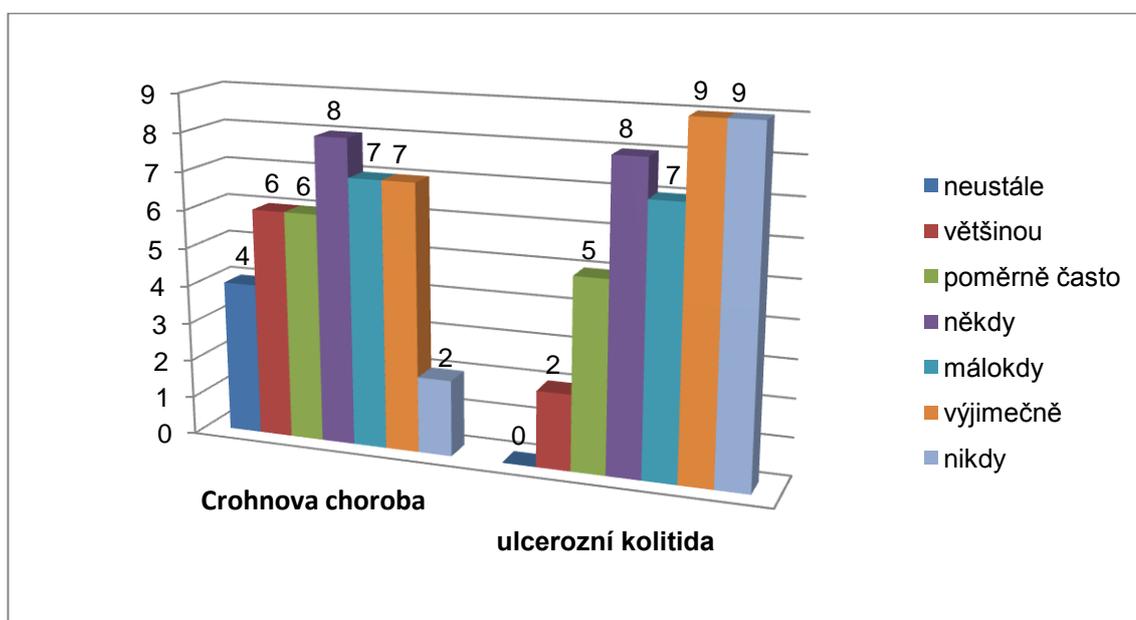


Někteří respondenti podstoupili operační zákrok opakovaně, proto se absolutní a relativní četnost liší. U respondentů s Crohnovou chorobou podstoupili 4 respondenti ošetření píštěle, 12 respondentů resekci střeva, nikdo nemá stomii, 3 respondenti kombinaci ošetření píštěle + resekce střeva. U respondentů s ulcerózní kolitidou 2 respondenti podstoupili ošetření píštěle, nikdo nepodstoupil resekci střeva, 3 mají stomii, 1 respondent má kombinaci ošetření píštěle + resekce střeva. Z šetření je patrné, že respondenti s Crohnovou chorobou nejčastěji podstoupili parciální resekci střeva a respondenti s ulcerózní kolitidou mají nejčastěji kolektomii.

Tabulka č. 17 - Četnost řídké stolice

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	f_i %	n_i	f_i %
neustále	4	10	0	0
většinou	6	15	2	5
poměrně často	6	15	5	12,5
někdy	8	20	8	20
málokdy	7	17,5	7	17,5
vyjíměčně	7	17,5	9	22,5
nikdy	2	5	9	22,5
celkem	40	100	40	100

Graf č. 17 - Četnost řídké stolice



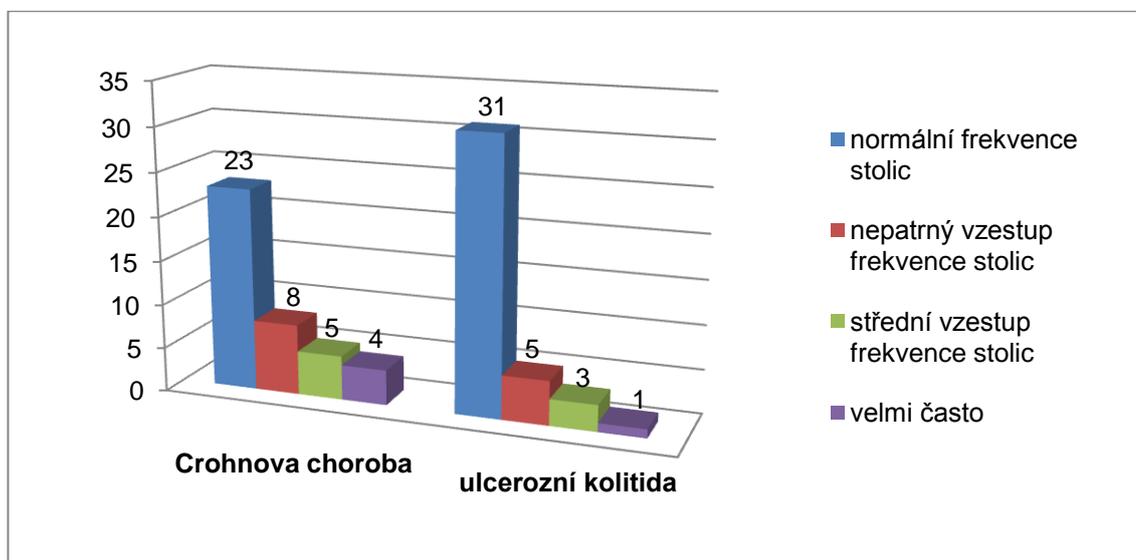
Respondenti s Crohnovou chorobou mají řídkou stolicí: 4 (10 %) neustále, 6 (15 %) většinou, 6 (15 %) poměrně často, 8 (20 %) někdy, 7 (17,5 %) málokdy, 7 (17,5 %) vyjíměčně, 2 (5 %) nikdy.

Respondenti s ulcerózní kolitidou mají řídkou stolicí: 0 (0 %) neustále, 2 (5 %) většinou, 5 (12,5 %) poměrně často, 8 (20 %) někdy, 7 (17,5 %) málokdy, 9 (22,5 %) vyjíměčně, 9 (22,5 %) nikdy.

Tabulka č. 18 - Frekvence stolic

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	f_i %	n_i	f_i %
frekvence stolic byla normální	23	57,5	31	77,5
nepatrný vzestup frekvence stolic	8	20	5	12,5
střední vzestup frekvence stolic	5	12,5	3	7,5
velmi často	4	10	1	2,5
celkem	40	100	40	100

Graf č. 18 - Frekvence stolic



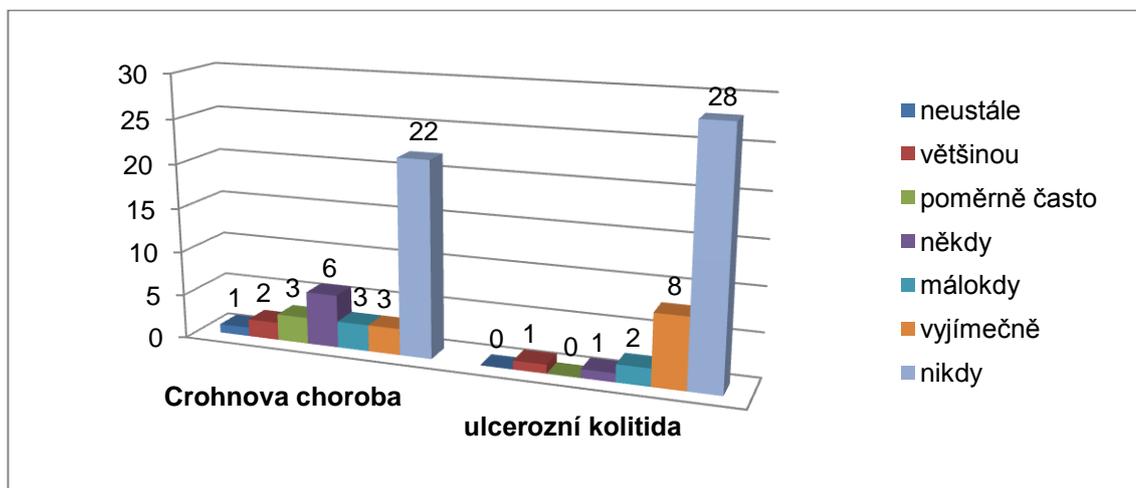
U respondentů s Crohnovou chorobou mělo 23 (57,5 %) frekvenci stolic normální, 8 (20 %) nepatrný vzestup frekvence stolic, 5 (12,5 %) střední vzestup frekvence stolic, 4 (10 %) měli stolici velmi často.

U respondentů s ulcerózní kolitidou mělo 31 (77,5 %) frekvenci stolic normální, 5 (12,5 %) nepatrný vzestup frekvence stolic, 3 (7,5 %) střední vzestup frekvence stolic, 1 (2,5 %) měl stolici velmi často.

Tabulka č. 19 - Docházka do školy a zaměstnání

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
neustále	1	2,5	0	0
většinou	2	5	1	2,5
poměrně často	3	7,5	0	0
někdy	6	15	1	2,5
málokdy	3	7,5	2	5
vyjíměčně	3	7,5	8	20
nikdy	22	55	28	70
celkem	40	100	40	100

Graf č. 19 - Docházka do školy a zaměstnání



V důsledku střevních potíží nebyli schopni jít do školy nebo vykonávat svoji práci respondenti s Crohnovou chorobou: 1 (2,5 %) neustále, 2 (5 %) většinou, 3 (7,5 %) poměrně často, 6 (15 %) někdy, 3 (7,5 %) málokdy, 3 (7,5 %) vyjíměčně, 22 (55 %) nikdy.

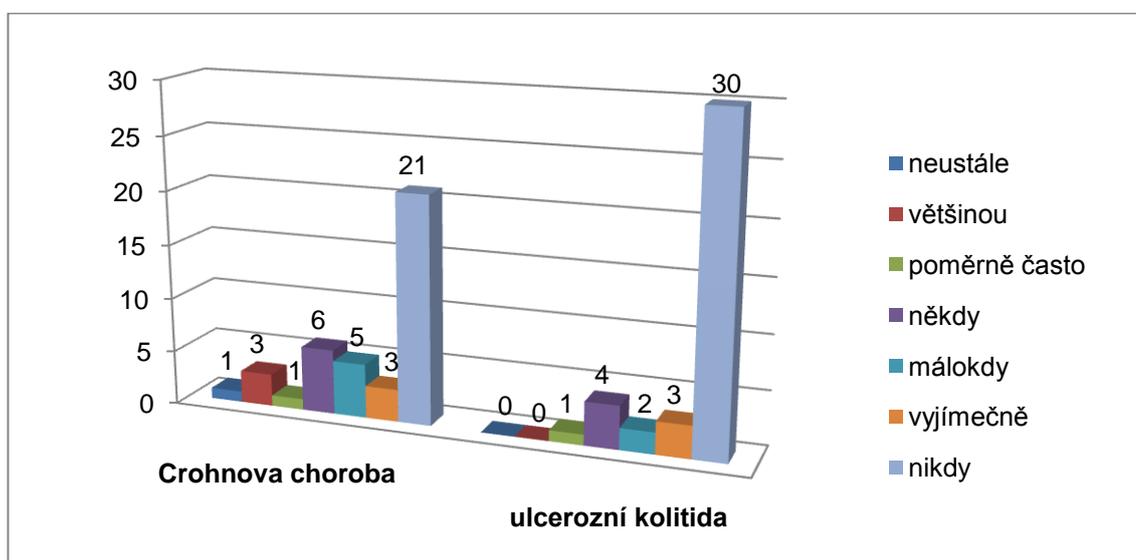
Respondenti s ulcerózní kolitidou: 0 (0 %) neustále, 1 (2,5 %) většinou, 0 (0 %) poměrně často, 1 (2,5 %) někdy, 2 (5 %) málokdy, 8 (20 %) vyjíměčně, 28 (70 %) nikdy.

Z šetření vyplývá, že občasné potíže neomezí respondenty v plnění svých povinností.

Tabulka č. 20 – Společenské závazky

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
neustále	1	2,5	0	0
většinou	3	7,5	0	0
poměrně často	1	2,5	1	2,5
někdy	6	15	4	10
málokdy	5	12,5	2	5
vyjíměčně	3	7,5	3	7,5
nikdy	21	52,5	30	75
celkem	40	100	40	100

Graf č. 20 - Společenské závazky



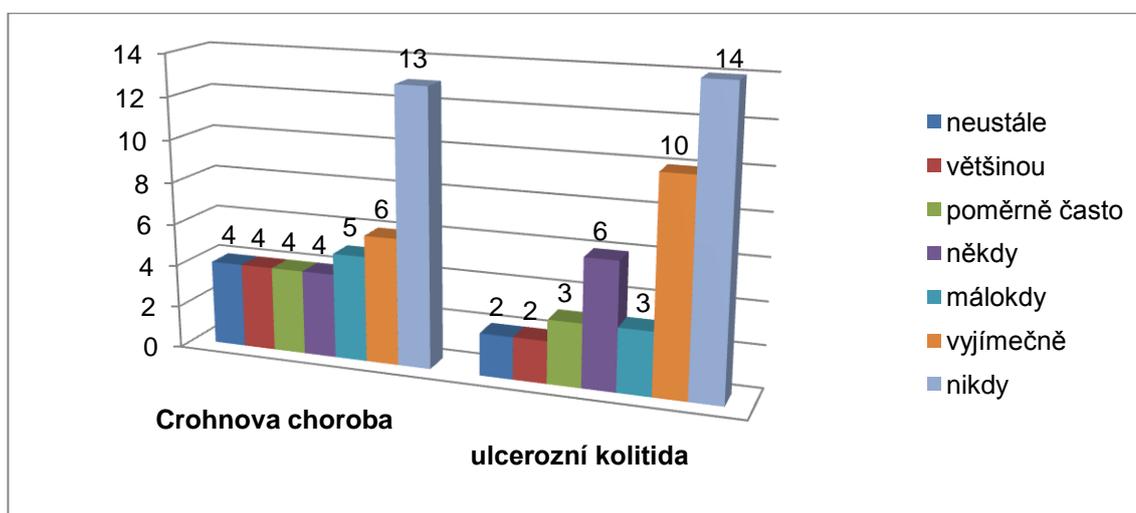
Rušit nebo odkládat společenské závazky museli respondenti s Crohnovou chorobou: 1 (2,5 %) neustále, 3 (7,5 %) většinou, 1 (2,5 %) poměrně často, 6 (15 %) někdy, 5 (12,5 %) vyjíměčně, 3 (7,5 %) vyjíměčně, 21 (52,5 %) nikdy.

S ulcerózní kolitidou: 0 (0 %) neustále, 0 (0 %) většinou, 1 (2,5 %) poměrně často, 4 (10 %) někdy, 2 (5 %) málokdy, 3 (7,5 %) vyjíměčně, 30 (75 %) nikdy.

Tabulka č. 21 – Strach z hledání toalety

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
neustále	4	10	2	5
většinou	4	10	2	5
poměrně často	4	10	3	7,5
někdy	4	10	6	15
málokdy	5	12,5	3	7,5
vyjíměčně	6	15	10	25
nikdy	13	32,5	14	35
celkem	40	100	40	100

Graf č. 21 - Strach z hledání toalety



Znepokojení strachem, že nenajdou toaletu, jsou respondenti s Crohnovou chorobou 4 (10 %) neustále, 4 (10 %) většinou, 4 (10 %) poměrně často, 4 (10 %) někdy, 5 (12,5 %) málokdy, 6 (15 %) vyjíměčně, 13 (32,5 %) nikdy.

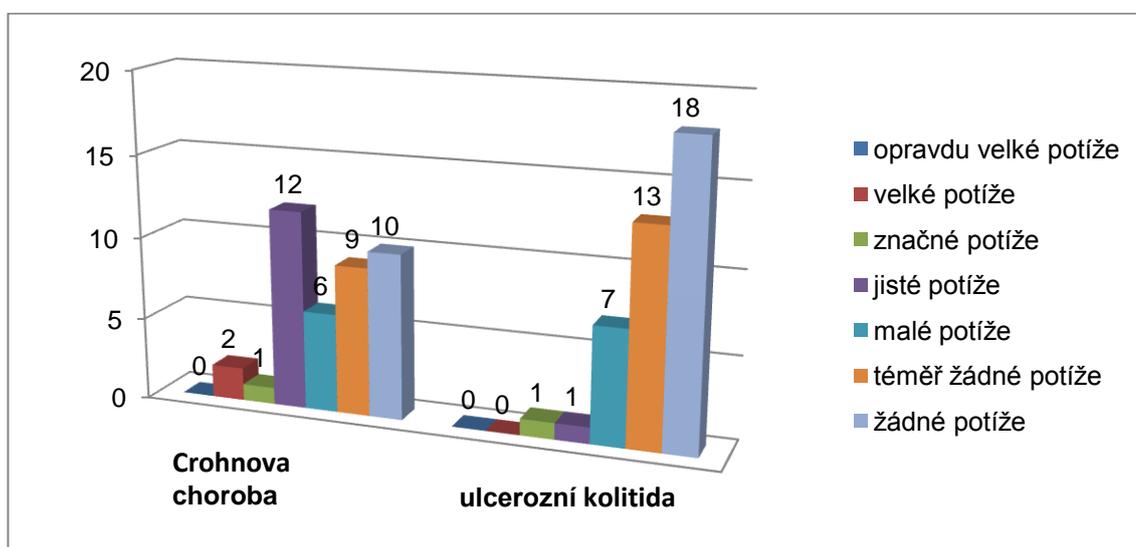
S ulcerózní kolitidou: 2 (5 %) neustále, 2 (5 %) většinou, 3 (7,5 %) poměrně často, 6 (15 %) někdy, 3 (7,5 %) málokdy, 10 (25 %) vyjíměčně, 14 (35 %) nikdy.

Z šetření vyplývá, že větší procento respondentů s Crohnovou chorobou má trvalý strach z toho, že nenajdou toaletu.

Tabulka č. 22 – Potíže s tělesnou aktivitou

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
opravdu velké potíže	0	0	0	0
velké potíže	2	5	0	0
značné potíže	1	2,5	1	2,5
jisté potíže	12	30	1	2,5
malé potíže	6	15	7	17,5
téměř žádné potíže	9	22,5	13	32,5
žádné potíže	10	25	18	45
celkem	40	100	40	100

Graf č. 22 - Potíže s tělesnou aktivitou



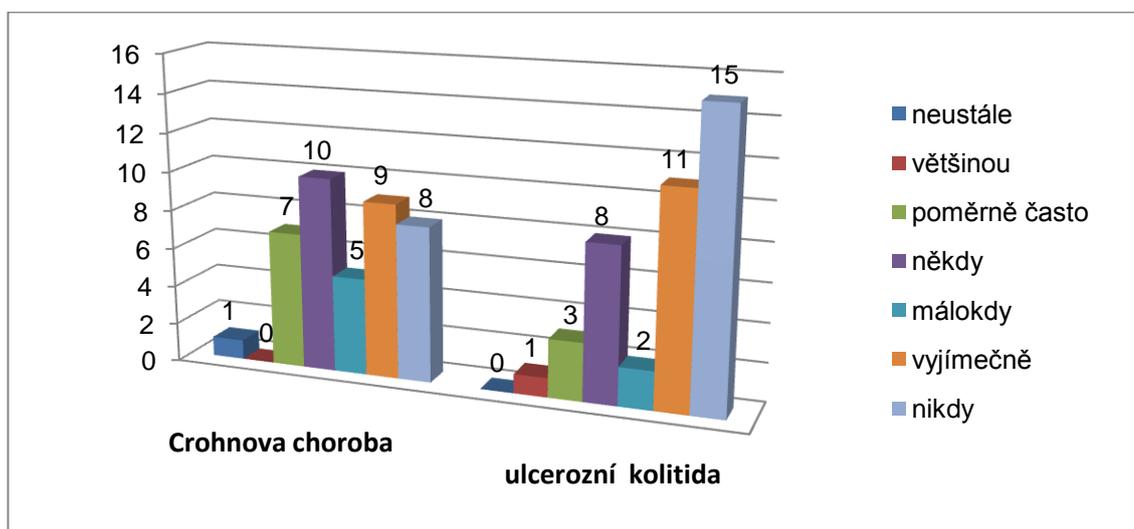
S využitím volného času a sportováním měli potíže respondenti s Crohnovou chorobou: 0 (0 %) opravdu velké, 2 (5 %) velké, 1 (2,5 %) značné, 12 (30 %) jisté, 6 (15 %) malé, 9 (22,5 %) téměř žádné, 10 (25 %) žádné potíže.

S ulcerózní kolitidou: 0 (0 %) opravdu velké, 0 (0 %) velké, 1 (2,5 %) značné, 1 (2,5 %) jisté, 7 (17,5 %) malé, 13 (32,5 %) téměř žádné, 18 (45 %) žádné.

Tabulka č. 23 - Frekvence bolesti břicha

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
neustále	1	2,5	0	0
většinou	0	0	1	2,5
poměrně často	7	17,5	3	7,5
někdy	10	25	8	20
málokdy	5	12,5	2	5
vyjímečně	9	22,5	11	27,5
nikdy	8	20	15	37,5
celkem	40	100	40	100

Graf č. 23 - Frekvence bolestí břicha



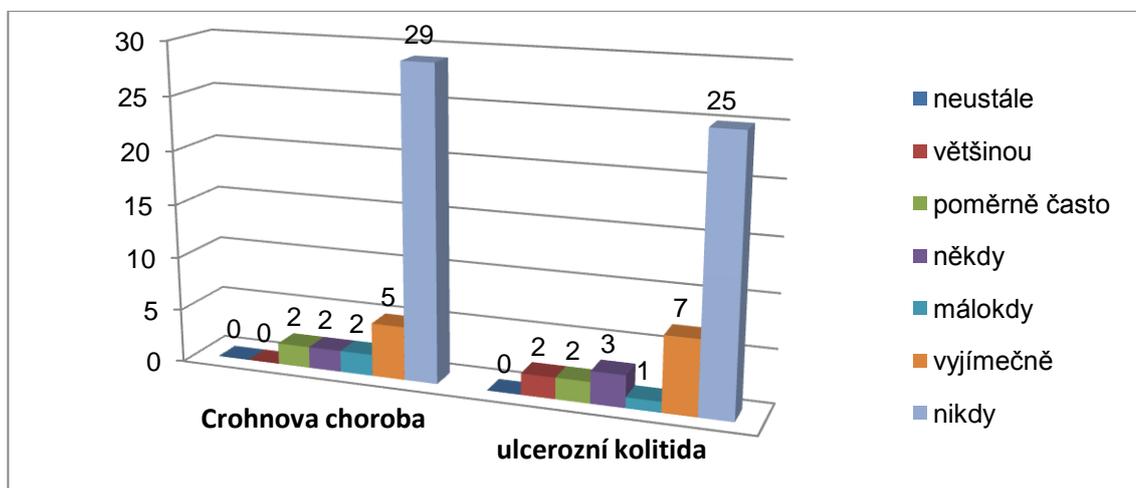
Bolest břicha trápila respondenty s Crohnovou nemocí 1 (2,5 %) neustále, 0 (0 %) většinou, 7 (17,5 %) poměrně často, 10 (25 %) někdy, 5 (12,5 %) málokdy, 9 (22,5 %) vyjímečně, 8 (20 %) nikdy.

Respondenty s ulcerózní kolitidou 0 (0 %) neustále, 1 (2,5 %) většinou, 3 (7,5 %) poměrně často, 8 (20 %) někdy, 2 (5 %) málokdy, 11 (27,5 %) vyjímečně, 15 (37,5 %) nikdy.

Tabulka č. 24 - Krvácení z konečníku

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	f_i %	n_i	f_i %
neustále	0	0	0	0
většinou	0	0	2	5
poměrně často	2	5	2	5
někdy	2	5	3	7,5
málokdy	2	5	1	2,5
vyjíměčně	5	12,5	7	17,5
nikdy	29	72,5	25	62,5
celkem	40	100	40	100

Graf č. 24 - Krvácení z konečníku



Krvácení z konečníku při vyprazdňování měli respondenti s Crohnovou chorobou 0 (0 %) neustále, 0 (0 %) většinou, 2 (5 %) poměrně často, 2 (5 %) někdy, 2 (5 %) málokdy, 5 (12,5 %) vyjíměčně, 29 (72,5 %) nikdy.

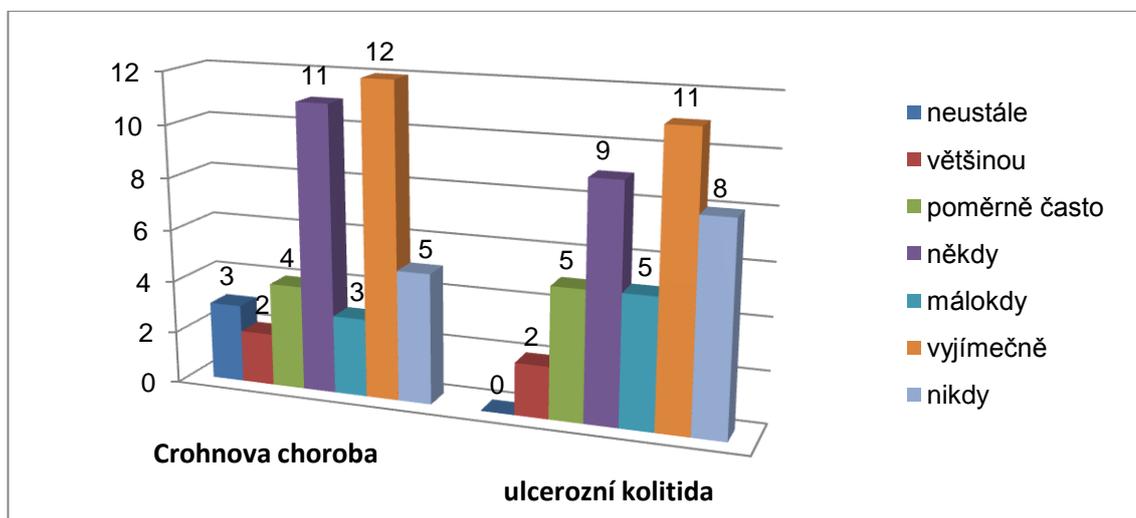
Respondenti s ulcerózní kolitidou 0 (0 %) neustále, 2 (5 %) většinou, 2 (5 %) poměrně často, 3 (7,5 %) někdy, 1 (2,5 %) málokdy, 7 (17,5 %) vyjíměčně, 25 (62,5 %) nikdy.

Z šetření vyplynulo, že respondenti s ulcerózní kolitidou trpí krvácením z konečníku častěji.

Tabulka č. 25 - Břišní nadýmání

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
neustále	3	7,5	0	0
většinou	2	5	2	5
poměrně často	4	10	5	12,5
někdy	11	27,5	9	22,5
málokdy	3	7,5	5	12,5
vyjíměčně	12	30	11	27,5
nikdy	5	12,5	8	20
celkem	40	100	40	100

Graf č. 25 - Břišní nadýmání



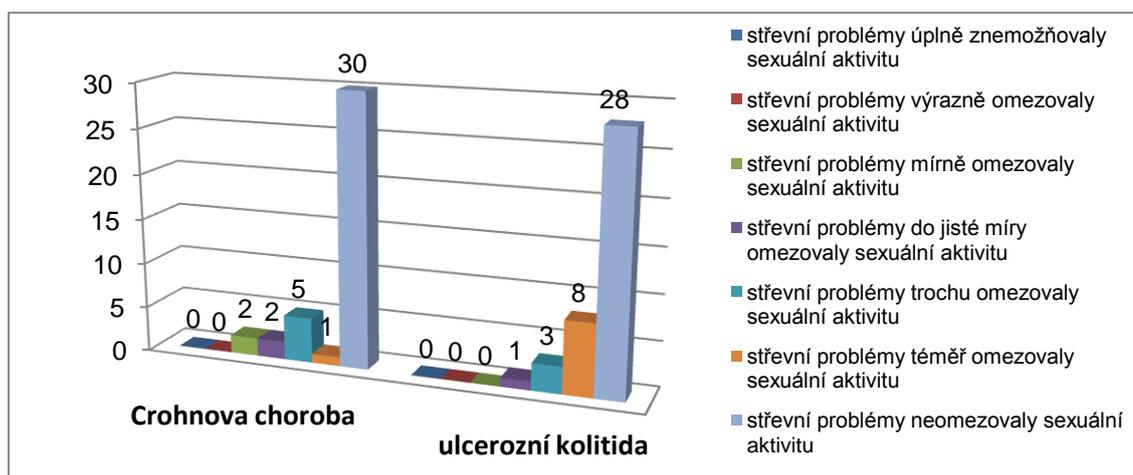
Nadýmání trápilo respondenty s Crohnovou chorobou 3 (7,5 %) neustále, 2 (5 %) většinou, 4 (10 %) poměrně často, 11 (27,5 %) někdy, 3 (7,5 %) málokdy, 12 (30 %) vyjíměčně, 5 (12,5 %) nikdy.

Respondenty s ulcerózní kolitidou 0 (0 %) neustále, 2 (5 %) většinou, 5 (12,5 %) poměrně často, 9 (22,5 %) někdy, 5 (12,5 %) málokdy, 11 (27,5 %) vyjíměčně, 8 (20 %) nikdy.

Tabulka č. 26 - Sexuální aktivita

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
střevní problémy úplně znemožňovaly sexuální aktivitu	0	0	0	0
střevní problémy výrazně omezovaly sexuální aktivitu	0	0	0	0
střevní problémy mírně omezovaly sexuální aktivitu	2	5	0	0
střevní problémy do jisté míry omezovaly sexuální aktivitu	2	5	1	2,5
střevní problémy trochu omezovaly sexuální aktivitu	5	12,5	3	7,5
střevní problémy téměř omezovaly sexuální aktivitu	1	2,5	8	20
střevní problémy neomezovaly sexuální aktivitu	30	75	28	70
celkem	40	100	40	100

Graf č. 26 - Sexuální aktivita



Sexuální aktivitu střevní problémy omezovaly respondenty s Crohnovou chorobou 0 (0 %) úplně, 0 (0 %) výrazně, 2 (5 %) mírně, 2 (5 %) do jisté míry, 5 (12,5 %) trochu, 1 (2,5 %) téměř, 30 (75 %) neomezovaly sexuální aktivitu.

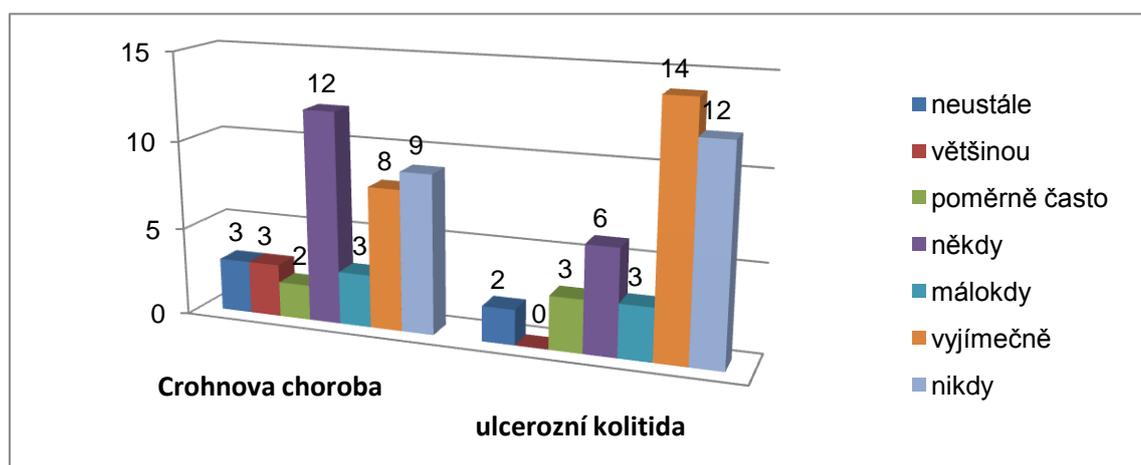
Sexuální aktivitu střevní problémy omezovaly respondenty s ulcerózní kolitidou 0 (0 %) úplně, 0 (0 %) výrazně, 0 (0 %) mírně, 1 (2,5 %) do jisté míry, 3 (7,5 %) trochu, 8 (20 %) téměř, 28 (70 %) neomezovaly sexuální aktivitu.

Domnívám se, že případná omezování v sexuální oblasti se respondenti stydí hodnotit.

Tabulka č. 27 - Spánek a buzení

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
neustále	3	7,5	2	5
většinou	3	7,5	0	0
poměrně často	2	5	3	7,5
někdy	12	30	6	15
málokdy	3	7,5	3	7,5
vyjímečně	8	20	14	35
nikdy	9	22,5	12	30
celkem	40	100	40	100

Graf č. 27 - Spánek a buzení



Problémy se spánkem měli respondenti s Crohnovou chorobou 3 (7,5 %) neustále, 3 (7,5 %) většinou, 2 (5 %) poměrně často, 12 (30 %) někdy, 3 (7,5 %) málokdy, 8 (20 %) vyjímečně, 9 (22,5 %) nikdy.

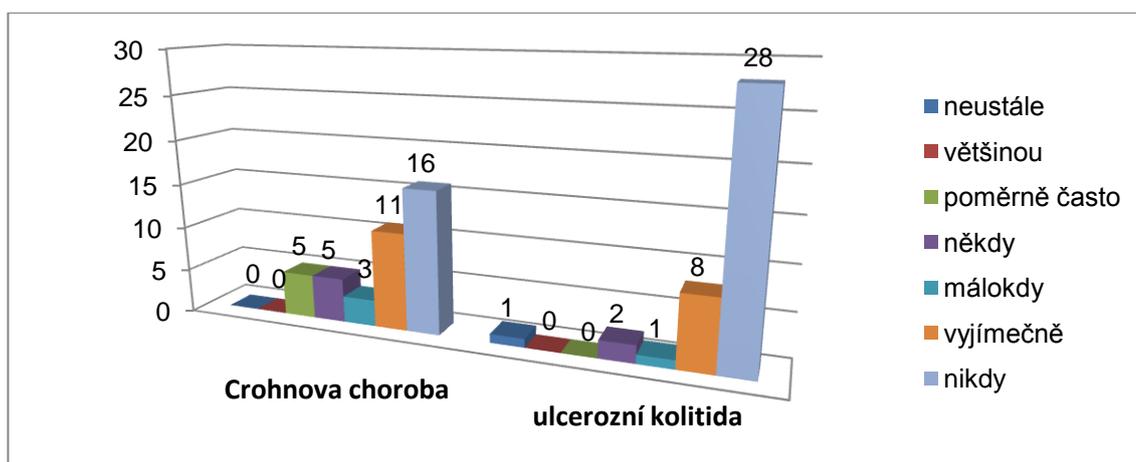
S ulcerózní kolitidou 2 (5 %) neustále, 0 (0 %) většinou, 3 (7,5 %) poměrně často, 6 (15 %) někdy, 3 (7,5 %) málokdy, 14 (35 %) vyjímečně, 12 (30 %) nikdy.

Z šetření vyplývá, že častější potíže se spánkem mají respondenti s Crohnovou chorobou, což mohou způsobovat noční bolesti, teploty nebo tenesmy.

Tabulka č. 28 - Žaludeční potíže

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
neustále	0	0	1	2,5
většinou	0	0	0	0
poměrně často	5	12,5	0	0
někdy	5	12,5	2	5
málokdy	3	7,5	1	2,5
vyjímečně	11	27,5	8	20
nikdy	16	40	28	70
celkem	40	100	40	100

Graf č. 28 - Žaludeční potíže



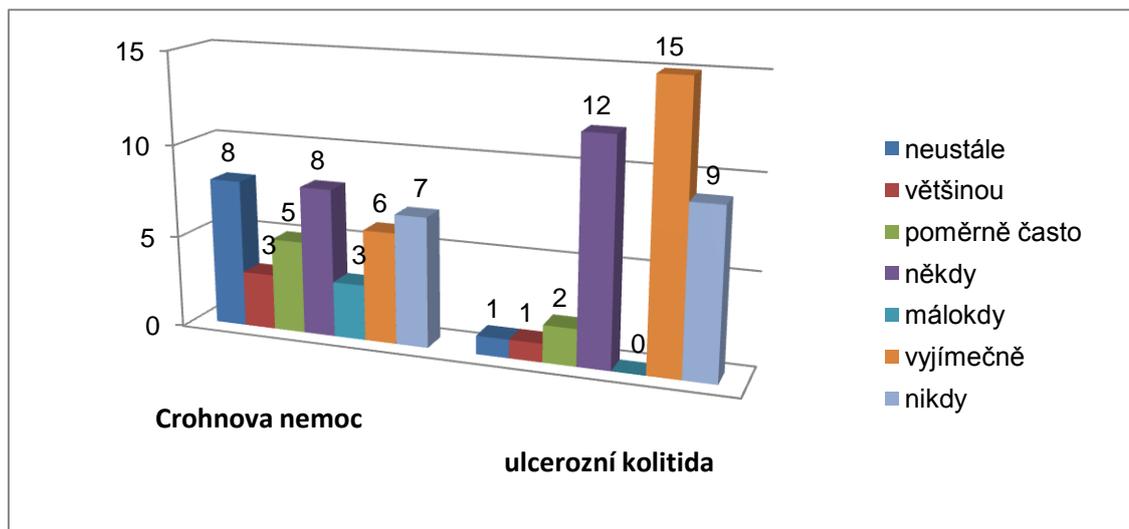
Žaludeční nevolnost mají respondenti s Crohnovou chorobou 0 (0 %) neustále, 0 (0 %) většinou, 5 (12,5 %) poměrně často, 5 (12,5%) někdy, 3 (7,5 %) málokdy, 11 (27,5 %) vyjímečně, 16 (40 %) nikdy. S ulcerózní kolitidou 1 (2,5 %) neustále, 0 (0 %) většinou, 0 (0 %) poměrně často, 2 (5 %) někdy, 1 (2,5 %) málokdy, 8 (20 %) vyjímečně, 28 (70 %) nikdy.

Větší potíže u Crohnovy choroby mohou být způsobené stenózami, častějšími vředy i záněty žaludeční a duodenální sliznice.

Tabulka č. 29 - Únava a vyčerpání

	Crohnova choroba		ulcerózní kolitida	
	n_i	$f_i \%$	n_i	$f_i \%$
neustále	8	20	1	2,5
většinou	3	7,5	1	2,5
poměrně často	5	12,5	2	5
někdy	8	20	12	30
málokdy	3	7,5	0	0
vyjíměčně	6	15	15	37,5
nikdy	7	17,5	9	22,5
celkem	40	100	40	100

Graf č. 29 - Únava a vyčerpání



Únava a vyčerpání trápily respondenty s Crohnovou chorobou 8 (20 %) neustále, 3 (7,5 %) většinou, 5 (12,5 %) poměrně často, 8 (20 %) někdy, 3 (7,5 %) málokdy, 6 (15 %) vyjíměčně, 7 (17,5 %) nikdy.

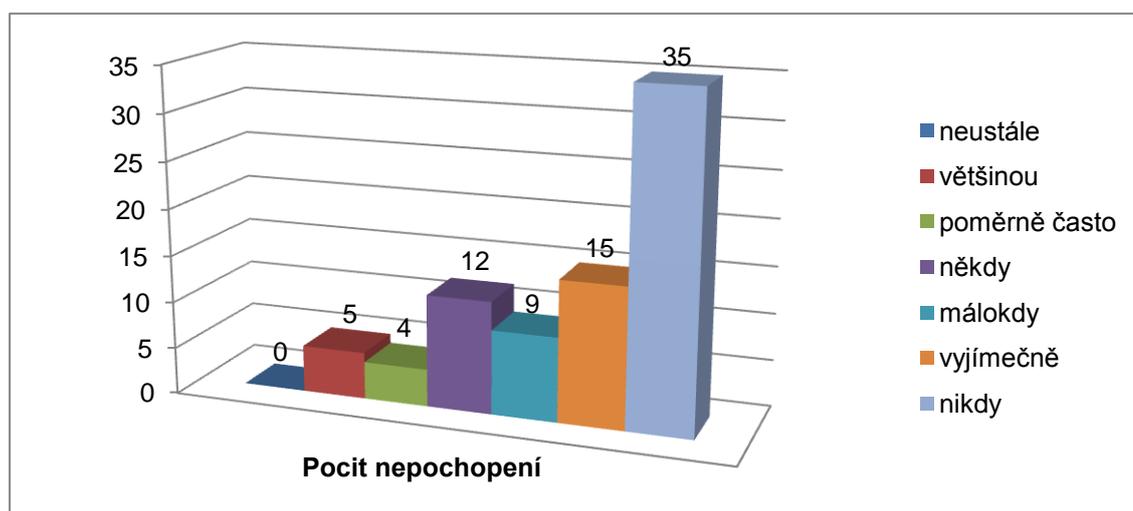
S ulcerózní kolitidou 1 (2,5 %) neustále, 1 (2,5 %) většinou, 2 (5 %) poměrně často, 12 (30 %) někdy, 0 (0 %) málokdy, 15 (37,5 %) vyjíměčně, 9 (22,5 %) nikdy.

Únavou a vyčerpáním trpí neustále 20 % respondentů s Crohnovou chorobou a pouze 2,5 % s ulcerózní kolitidou. Rozdíl je dán závažností a tíží onemocnění.

Tabulka č. 30 - Pocit nepochopení

	n_i	$f_i \%$
neustále	0	0
většinou	5	6,25
poměrně často	4	5
někdy	12	15
málokdy	9	11,25
vyjíměčně	15	18,75
nikdy	35	43,75
celkem	80	100

Graf č. 30 - Pocit nepochopení



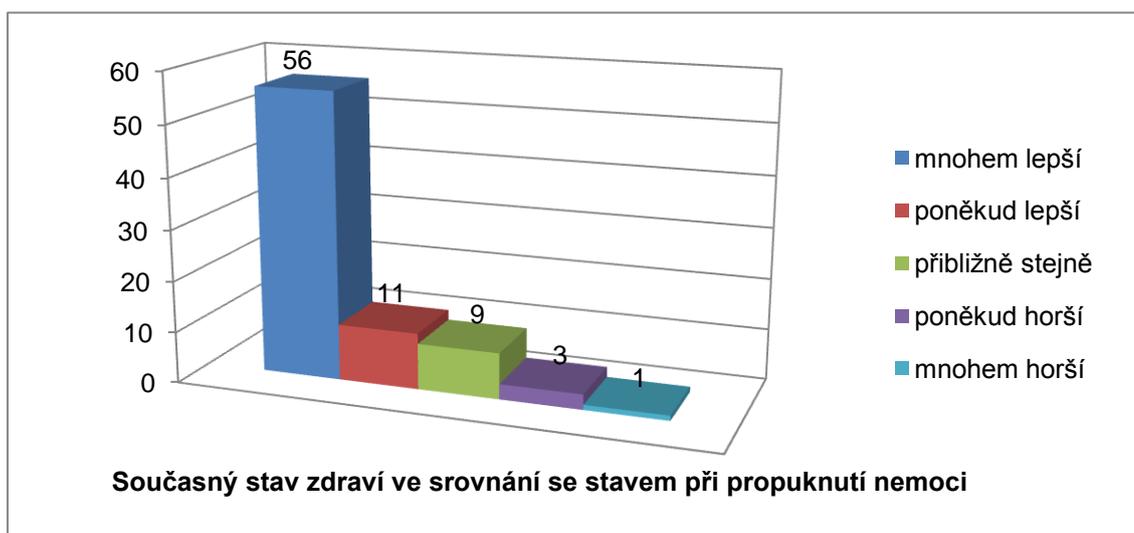
Pocit nepochopení ze strany ostatních, mají respondenti 0 (0 %) neustále, 5 (6,25 %) většinou, 4 (5 %) poměrně často, 12 (15 %) někdy, 9 (11,25 %) málokdy, 15 (18,75 %) vyjíměčně, 35 (43,75 %) nikdy.

Z šetření vyplynulo, že většina respondentů nemá pocit nepochopení ze strany okolí. Tento pozitivní výsledek šetření může vyplývat s dostatečné informovanosti populace o těchto chronických nemocech, o dobrých zkušenostech respondentů s okolím, o společnosti s dobrým charakterem.

Tabulka č. 31 - Hodnocení zdraví

	n_i	$f_i \%$
mnohem lepší	56	70
poněkud lepší	11	13,75
přibližně stejně	9	11,25
poněkud horší	3	3,75
mnohem horší	1	1,25
celkem	80	100

Graf č. 31 – Hodnocení zdraví



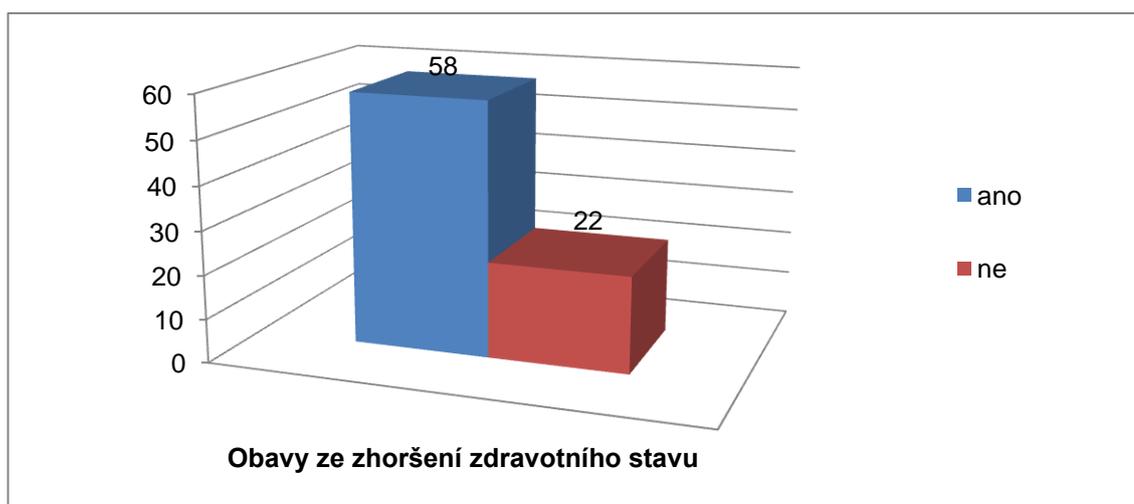
Své zdraví dnes ve srovnání se stavem při propuknutí své nemoci hodnotí 56 (70 %) dotázaných mnohem lepší, 11 (13,75 %) poněkud lepší, 9 (11,25 %) přibližně stejně, 3 (3,75 %) poněkud horší, 1 (1,25 %) mnohem horší.

Z šetření vyplývá, že 67 respondentů své zdraví hodnotí ve srovnání se stavem propuknutí nemoci mnohem nebo poněkud lepší. Toto zjištění potvrzuje, že mnou vybraná skupina respondentů je v současné době v klidové fázi onemocnění.

Tabulka č. 32 - Obavy ze zhoršení zdravotního stavu

	n_i	$f_i \%$
ano	58	72,5
ne	22	27,5
celkem	80	100

Graf č. 32 – Obavy ze zhoršení zdravotního stavu

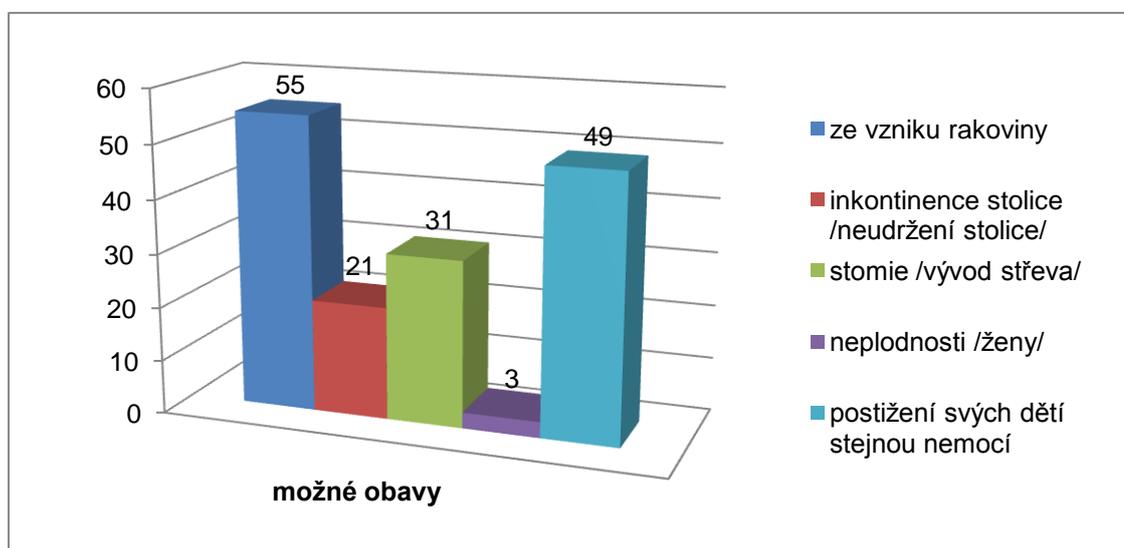


Z celkového počtu 80 (100 %) dotázaných respondentů, má 58 (72,5 %) respondentů strach ze zhoršování svého zdravotního stavu, 22 (27,5 %) obavy nemá. Má hypotéza **H5** se tímto nepotvrdila.

Tabulka č. 33 - Možné obavy

	n_i	$f_i \%$
ze vzniku rakoviny	55	34,6
inkontinence stolice /neudržení stolice/	21	13,2
stomie /vývod střeva/	31	19,5
neplodnosti /ženy/	3	1,9
postižení svých dětí stejnou nemocí	49	30,8
celkem	159	100

Graf č. 33 - Možné obavy



Respondenti v dotazníku měli možnost více odpovědí na otázku, která se týkala možných obav, proto se absolutní i relativní četnost liší. Nejvíce respondentů a to 55 (34,6 %) má strach ze vzniku rakoviny, 21 (13,2 %) z inkontinence, 31 (19,5 %) z vývodu střeva, 3 (1,9 %) z neplodnosti, 49 (30,8 %) z postižení svých dětí. Z šetření vyplývá, že nejvíce respondentů, a to 55 má strach z rakoviny, ale velká část a to 49 respondentů má strach s postižení svých dětí stejnou nemocí. Je to zřejmě dáno odpovědností respondentů vůči své rodině.

Diskuze

Chronická onemocnění jako je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida přinášejí nemocným zásadní změny životního stylu, jistá omezení, na které je mnohdy velice obtížné z různých důvodů se adaptovat. Pokud si klient zvykne na určitá omezení a najde způsob jak se s nemocí naučit žít, udělá velký pokrok v boji se svým onemocněním. Důležitou úlohu zde sehrávají zdravotníci, kteří se o klienty starají. Měli by si uvědomovat, že přístup a komunikace s osobami chronicky a zatím bohužel stále nevyléčitelně trpícími, musí probíhat na základě rovnocenného a partnerského vztahu. Dle mého názoru bychom se měli zajímat o problémy, které pacienti v důsledku jejich onemocnění trápí. Zajistit jim větší spolupráci psychologů, spolupracovat s rodinou nemocného, podávat dostatek informací.

Pro komunikaci s těmito klienty je zcela zásadní role sestry. Pro dosažení kvalitnější ošetrovatelské péče umožňuje většina zdravotnických zařízení sestřím pokračovat a prohlubovat své vzdělání. V některých zemích Evropské unie již byla konstituována profese takzvané IBD (nespecifické střevní záněty) sestry. Jsou to speciálně vyškolené zdravotnice, které se starají o pacienti s těmito nemocemi.

Dotazníkové šetření, dle mého názoru, je pro komunikaci, zlepšení péče a především edukace klienta důležité i v každodenní praxi. Klient si tím uvědomí, jak ho nemoc omezovala na začátku, v průběhu nemoci a v současné době. Klient tak dokáže diskutovat, hodnotit a hlavně uvědomit si své obtíže a také je pojmenovat.

Dotazníky, které jsem pro svou práci použila, jsem účelově upravila a zkrátila, tak, abych docílila soustředěnosti klientů při jejich vyplňování. Dle mého názoru jsou oficiální dotazníky zbytečně dlouhé a pro každodenní praxi špatně použitelné. Pokud bych tvořila dotazník v současné době znovu, položila bych některé otázky a varianty odpovědí jinak, jednodušeji. Někteří z mých klientů nedokázali z nabízených odpovědí vybrat tu, která nejlépe vystihuje míru jejich potíží. Klient při zjištění své nemoci si dost často vůbec neuvědomuje její závažnost, potíže zlehčuje a mnohdy

ani nedbá rad lékaře a nedodrhuje léčbu. To vše ztíží zvládnutí nemoci do klidové fáze.

Má skupina respondentů trpí chronickou nemocí již déle, pravděpodobně si zvykla na určitá omezení i na způsob jak se s nemocí vyrovnat, a tím udělala obrovský krok kupředu v boji s onemocněním a nyní se nachází v klidové fázi. Obě tyto chronické nemoci jsou však nevyzpytatelné a vážné, kdykoliv mohou znovu vzplanout a kvalita života se tím opět zhorší. Lékařský tým se snaží zvládnout a udržet nemoc v remisi co nejdéle, protože kvalita života klientů v remisi onemocnění je srovnatelná s kvalitou života běžné populace.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost respondentů, porovnat rozdíl kvality života v klidové fázi respondentů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Zjistit, zda mají respondenti obavy, že se jejich zdravotní stav v souvislosti s chronickou nemocí zhorší. Měla jsem možnost ve své práci srovnat některé údaje s bakalářskou prací Silvie Havelkové z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v roce 2011, která zpracovala práci na téma „Kvalita života pacientů s chronickým onemocněním střev“. Vzhledem k jinak položeným otázkám, je porovnání pouze orientační. V mé práci jsem obě nemoci šetřila odděleně, Silvie Havelková obě dohromady.

V otázce o délce trvání nemoci z šetření vyplynulo, že nejvíce a to 43,75 % respondentů trpí onemocněním více než 10 let, 26,25 % respondentů je nemocných 6 - 10 let, 22,5 % respondentů 1 – 5 let a pouze 7,5 % respondentů má nemoc méně než rok. Silvie Havelková ve své práci uvádí nejpočetnější skupinu respondentů 28 % s dobou nemoci 2 – 4 roky. V tomto šetření se naše výsledky rozcházejí, pravděpodobným důvodem je rozdílný výběr respondentů. V otázce, zda jsou respondenti o své nemoci dostatečně informováni, odpovědělo z celkového počtu 80 respondentů ano, nebo spíše ano 75 (93,75 %) respondentů. Pouze 5 (6,25 %) respondentů odpovědělo ne, nebo spíše ne.

V otázce, odkud získávají informace o své nemoci, odpovědělo nejvíce a to 46,25 % respondentů, že nejvíce informací jim poskytl lékař.

Podobně zaměřené otázky má i Silvie Havelková ve své práci. Na její otázku, zda informace byly dostačující, odpovědělo 60 % respondentů ano. Na otázku, kdo jim poskytl nejvíce informací, odpovědělo 68 % respondentů, že gastroenterologický lékař. Výsledky mého šetření korespondují s výsledky šetření v práci Silvie Havelkové, což vypovídá o tom, že dostatečné informace jsou nemocným poskytovány odbornými lékaři.

V otázce, zda užívají pravidelně léky, odpovědělo 90 % respondentů ano. Myslím si, že pokud respondenti dodržují léčebný postup, přispívá to pozitivně k zvládnutí nemoci do klidové fáze. Dále jsem šetřila, zda respondenti dodržují dietní opatření. 41,25 % respondentů dodržuje dietní opatření, 21,25 % respondentů nedodržuje a 37,5 % pouze občas. V práci Silvie Havelkové odpovědělo 48 % respondentů, že dietu dodržují, 16 % nedodržuje a 36 % dietu dodržuje občas. I v této otázce nám výsledky šetření korespondují, což opět hodnotím kladně.

Po vymezení cílů a hypotéz za pomoci anonymního dotazníkového šetření jsem došla k tomuto závěru: V otázce, zda jsou respondenti o své nemoci dostatečně informováni, odpovědělo z celkového počtu 80 respondentů ano, nebo spíše ano 93,75 % respondentů. Pouze 6,25 % respondentů odpovědělo ne, nebo spíše ne. Toto zjištění se vztahuje k hypotéze **H1: Předpokládám, že více než 50 % respondentů má pocit, že jsou dostatečně o své nemoci informováni.** Hypotéza byla potvrzena.

Často je uváděno, že jednou z možných příčin obou chronických nemocí mohou být dědičné faktory. Zajímalo mne, jak je to s touto příčinou u mnou dotazovaných respondentů. Toto zjištění se vztahuje k hypotéze **H2: Předpokládám, že u více než 10 % respondentů onemocněl někdo z rodinných příslušníků stejnou nemocí.**

Z šetření vyplynulo, že onemocnění u rodinných příslušníků udává 10 % respondentů s Crohnovou chorobou a 7,5 % respondentů s ulcerózní kolitidou. Hypotéza, že více než 10 % rodinných příslušníků onemocnělo některou z chronických nemocí, byla potvrzena.

Hypotéza **H3: Předpokládám, že respondenti s Crohnovou chorobou budou mít více chirurgických zákroků než respondenti s ulcerózní kolitidou**, byla potvrzena. Z šetření vyplynulo, že podstoupit chirurgickou léčbu muselo 13 (32,5 %) respondentů s Crohnovou chorobou a pouze 4 (10 %) s ulcerózní kolitidou. Toto zjištění potvrdilo, že respondenti s ulcerózní kolitidou nejsou tak často při své chronické nemoci chirurgicky ošetřeni.

V otázkách číslo 10-22 jsem šetřila rozdíl kvality života respondentů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Hypotéza **H4: Předpokládám, že respondenti s Crohnovou chorobou budou mít kvalitu života horší než respondenti s ulcerózní kolitidou**. Z celkového šetření vyplynulo, že tato hypotéza byla potvrzena, ale v mnohých položkách nejsou rozdíly tak výrazné. Kvalita života u respondentů s Crohnovou chorobou je však horší než u respondentů s ulcerózní kolitidou.

Poslední cíl a k němu stanovená hypotéza **H5: Předpokládám, že více jak 80 % respondentů bude mít obavy ze zhoršování se jejich zdravotního stavu**. Na otázku zda obavy mají, odpovědělo 72,5 % respondentů ano a 27,5 % že obavy nemá. Hypotéza se tímto zjištěním sice nepotvrdila, ale statisticky je tento výsledek velmi blízký mému předpokladu.

Výzkumným šetřením, bylo potvrzeno, že Crohnova choroba je závažnější a má horší průběh, ale pokud jsou respondenti v klidové fázi onemocnění, může být kvalita života u obou chronických nemocí hodnocena jako srovnatelná se zdravou populací. Respondenti jsou dostatečně informováni a tyto informace jsou nemocným poskytovány především odbornými lékaři.

Závěr

Tématem naší bakalářské práce byla chronická nemoc střeva a to Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je popsána anatomie, historie a charakteristika obou chronických nemocí. Výzkumná část je zaměřena na demografické údaje a život klientů s chronickou nemocí v oblasti tělesné, sociální a psychologické. Zajímali nás také rozdíly kvality života u klientů s Crohnovou nemocí, v porovnání s klienty s ulcerózní kolitidou v klidové fázi onemocnění. Práce je ukončena diskuzí a stručným závěrem.

Pro sběr dat ve výzkumné části jsem použila metodu kvantitativního šetření pomocí anonymního dotazníku. Dotazník obsahuje demografické údaje – pohlaví, věk, rodinný stav, počet dětí a dosažené vzdělání a 26 otázek týkajících se vlastní chronické nemoci. Tíže problémů, které nemocný člověk prožívá, se může neustále měnit, proto 12 otázek týkajících se kvality života, jsem stanovila v časovém horizontu (za 4 poslední týdny). Výzkumné šetření jsem vedla osobně od března do května 2011 na gastroenterologickém ambulantním oddělení, kde v současné době pracuji. Celkem jsem zpracovala 40 dotazníků respondentů s Crohnovou chorobou a 40 dotazníků respondentů s ulcerózní kolitidou. Tento stejný počet dotazníků obou chronických nemocí mi pomohl ke správnějšímu posouzení rozdílu kvality života s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 38 mužů a 42 žen. Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 73 let. Průměrný věk respondentů byl 44 let.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost respondentů, porovnat rozdíly kvality života v klidové fázi respondentů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Zjistit, zda mají respondenti obavy, zda se jejich zdravotní stav v souvislosti s chronickou nemocí zhorší. Stanovila jsem si níže uvedené hypotézy.

H1: Předpokládám, že více než 50% respondentů má pocit, že jsou dostatečně o své nemoci informováni. Hypotéza byla potvrzena.

H2: Předpokládám, že u více než 10% respondentů onemocněl někdo z rodinných příslušníků stejnou nemocí. Hypotéza byla potvrzena.

H3: Předpokládám, že respondenti s Crohnovou chorobou budou mít více chirurgických zákroků než respondenti s ulcerózní kolitidou. Hypotéza byla potvrzena.

H4: Předpokládám, že respondenti s Crohnovou chorobou budou mít kvalitu života horší než respondenti s ulcerózní kolitidou. Hypotéza byla potvrzena.

H5: Předpokládám, že více jak 80% respondentů bude mít obavy ze zhoršování se jejich zdravotního stavu. Hypotéza se tímto zjištěním sice nepotvrdila, ale statisticky je tento výsledek velmi blízký mému předpokladu.

Výzkumným šetřením bylo potvrzeno, že Crohnova choroba má závažnější a horší průběh, ale pokud jsou respondenti v klidové fázi onemocnění, může být kvalita života u obou chronických nemocí hodnocena jako srovnatelná se zdravou populací. Respondenti jsou dostatečně informováni a tyto informace jsou klientům poskytovány především odbornými lékaři.

Svým výzkumem jsem chtěla přispět k ověření, zda klienti při své doživotní chronické nemoci střeva, po jejím zvládnutí do klidového stadia, mohou mít přiměřeně stejnou kvalitu života jako zdravý člověk. Lékařský tým se snaží zvládnout a udržet nemoc v remisi co nejdéle, protože kvalita života klientů v remisi onemocnění je srovnatelná s běžnou populací.

Použitá literatura

1. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén 2009. ISBN 978-80-7262-600-7
2. ČEŠKA, R. *Interna*. Praha: Triton 2010 ISBN 978-80-7387-423-0
3. ČIHÁK, R. *Anatomie I* Praha: Grada 2001 ISBN 80-7169-970-5
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NCO a NZO 2008. ISBN 978-80-7013-467-2
5. FARKAŠOVÁ, D. A KOL. *Výzkum v ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-229-4
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Účinnost a bezpečnost IBD terapie*. Syllabus přednášek intenzivního kurzu IBD, Praha 2008
7. KOLEKTIV AUTORŮ. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Praha: Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty 2010
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada Publishing. 2002. ISBN 80-2470179-0
9. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4
10. LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T. et al.: *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-692-2

11. LUKÁŠ, K. A KOL. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, 2007. 95-97 s. ISBN 80-247-1283-0
12. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. A KOL. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6
13. LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-31-4
14. LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton, 1999 2. vydání. ISBN 80-85875-31-4
15. LUKÁŠ, M. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-5
16. MAŘATKA, Z., a spol.: *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-561-2
17. NAVRÁTIL, L. A KOL.: *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8
18. NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
19. PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
20. ROKYTA, R. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství, 2008. ISBN 80-86642-X

21. ROKYTA, R. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2. přepracované vydání. Praha: ISV, 2008. ISBN 80-86642-47-X.
22. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 264+4 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3129-2.
23. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
24. ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-246-2068-X.
25. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného*. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
26. ZAVORAL, M., DÍTĚ, P., ŠPIČÁK, J., BUREŠ, J. A KOL.: *Nové trendy v digestivní endoskopické diagnostice a léčbě*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-999-3

Zdroje dostupné na internetu:

1. MICHALA BLAŽKOVÁ. Občanské sdružení pacientů s IBD-výskyt Crohnovy choroby. Dostupné na www.crohn.cz
2. MILAN LUKÁŠ, VIKTOR KOMÁREK. Střevní záněty. Dostupné na www.strevni-zanety.cz

Příloha č. 1

Dotazník

Vážená paní, pane

dovoluji si Vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění dotazníku. Tento dotazník je zcela anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely bakalářské (závěrečné) práce s názvem: Idiopatické /nespecifické/ střevní záněty. Prosím Vás o zhodnocení vaší kvality života za poslední 4 týdny v souvislosti s vaším zánětlivým onemocněním střeva.

Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnost odpovědi.

Předem děkuji za kompletní vyplnění tohoto dotazníku.

Hodášová Zuzana

1. LF UK bakalářské studium ošetřovatelství

Pohlaví: muž
 žena

Věk:

Rodinný stav:

Počet dětí:

Dosažené vzdělání:

- základní
- vyučen
- střední odborné
- vysokoškolské

Zaměstnání (doplňte) :

1. Zaškrtněte nemoc, se kterou se léčíte:

- Crohnova nemoc
- ulcerózní kolitida

2. Jak dlouho se léčíte s touto nemocí (Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida)?

- ne déle než rok
- 1 – 5 let
- 5 – 10 let
- více jak 10 let

3. Onemocněl někdo z Vašich rodinných příslušníků nemocí:

- Crohnova nemoc
- ulcerózní kolitida
- neonemocněl

4. Máte pocit, že jste o své nemoci dostatečně informován/a?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

5. Kdo Vám poskytl nejvíce informací o své nemoci?

- lékař
- brožury, knihy
- ostatní pacienti
- internet
- jiný zdroj (doplňte).....

6. Užíváte předepsané léky na Vaší nemoc (Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida):

- pravidelně
- nepravidelně
- jen při potížích
- vůbec

7. Jaké léky užíváte? (možnost více odpovědí)

- Sulfasalazin, Asacol, Salofalk, Pentasa
- Imuran
- kortikoidy (Prednison, Entokord, Medrol)
- biologická léčba (Remicade, Humira)

8. Dodržíte dietní opatření (bezezbytková dieta) doporučené Vaším lékařem?

- ano
- ne
- občas

9 a. Byl/a jste léčen/a chirurgicky:

- ano
- ne

9 b. Pokud ano, označte, jaký zákrok Vám byl proveden:

- ošetření píštěle
- resekce střeva
- stomie (vývod)
- jiný zákrok (napíšte jaký).....

10. Jak často jste během posledních 4 týdnů měli řídkou stolicí?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

11. Jak často jste během posledních 4 týdnů byli na stolici?

- frekvence stolic byla normální
- nepatrný vzestup frekvence stolic
- střední vzestup frekvence stolic
- velmi často

12. Jak často jste během posledních 4 týdnů nebyli v důsledku střevních potíží schopni jít do školy nebo vykonávat svoji práci?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

13. Jak často jste během posledních 4 týdnů museli v důsledku svých střevních problémů odkládat nebo rušit společenské závazky?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

14. Jak často jste znepokojeni strachem, že nenajdete toaletu?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

15. Jaké těžkosti jste během posledních 4 týdnů měli v důsledku svých střevních potíží s prováděním činností spojených s využíváním volného času nebo sportováním, které byste rádi provozovali?

- opravdu velké potíže, znemožňovaly mi výkon uvedených činností
- velké potíže
- značné potíže
- jisté potíže
- malé potíže
- téměř žádné potíže
- žádné potíže, střevní potíže nijak neomezovaly činnosti spojené s využíváním volného času nebo sportování

16. Jak často vás během posledních 4 týdnů trápily bolesti břicha?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

17. Jak často jste během posledních 4 týdnů při vyprazdňování měli potíže s krvácením z konečníku?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

18. Jak často jste během posledních 4 týdnů měli nepříjemnosti s břišním nadýmáním?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

19. Do jaké míry během posledních 4 týdnů střevní problémy omezovaly vaši sexuální aktivitu?

- střevní problémy úplně znemožňovaly sexuální aktivitu
- střevní problémy výrazně omezovaly sexuální aktivitu
- střevní problémy mírně omezovaly sexuální aktivitu
- střevní problémy do jisté míry omezovaly sexuální aktivitu
- střevní problémy trochu omezovaly sexuální aktivitu
- střevní problémy téměř neomezovaly sexuální aktivitu
- střevní problémy neomezovaly sexuální aktivitu

20. Jak často jste během posledních 4 týdnů měli problémy s dostatečným spánkem v noci nebo nočním buzením?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

21. Jak často jste během posledních 4 týdnů měli žaludeční nevolnost nebo pocit zvedání žaludku?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

22. Jak často jste během minulých 4 týdnů pociťovali vyčerpanost nebo jste měli problémy s únavou a pocitem vyčerpání?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

23. Máte pocit, že pro vás ostatní nemají dostatečné pochopení?

- neustále
- většinou
- poměrně často
- někdy
- málokdy
- výjimečně
- nikdy

24. Jak byste hodnotil (a) své zdraví dnes, ve srovnání se stavem při propuknutí nemoci?

- mnohem lepší
- poněkud lepší
- přibližně stejně
- poněkud horší
- mnohem horší

25. Máte obavy ze zhoršování zdravotního stavu v souvislosti se svou nemocí?

- ano
- ne

26. Máte strach (možnost více odpovědí):

- ze vzniku rakoviny
- inkontinence stolice /neudržení stolice/
- stomie /vývod střeva/
- neplodnosti /ženy/
- postižení svých dětí stejnou nemocí

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Krajská zdravotní a.s. Teplice
Duchcovská 53
415 29 Teplice

28.1.2011

Věc : Žádost o umožnění výzkumného šetření

žádám Vás o umožnění výzkumného šetření na gastroenterologickém ambulantním oddělení, které je součástí mé bakalářské práce na téma: *Problematika chronické nemoci – Idiopatické /nespecifické/ střevní záněty.*

Zároveň přikládám dotazník pro zjištění potřebných údajů pro můj výzkum.

Zuzana Hodásová- student 3.ročníku
1. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze

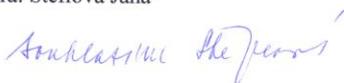
Předem Vám děkuji za schválení žádosti.

S pozdravem

Zuzana Hodásová
II. Interní odd. gastroenterologie

Vyjádření:

Vrchní sestra: Šteflová Jana



Hlavní sestra: Bc. Vágnerová Kateřina



Náměstek pro LPP: Prim MUDr. Woznica Vlastimil,

