

# Život s Crohnovou chorobou

Marie Smičková

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Marie SMIČKOVÁ

Osobní číslo: H10469

Studijní program: B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční

Téma práce: Život s Crohnovou chorobou

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury se zaměřením na Crohnovu chorobu a prožívání nemoci pacientem.

Zpracování cílů a předpokládaných výsledků práce.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace výzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Zpracování teoretické části práce.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Praha: Galén, 2009.**

**ISBN 978-80-7262-600-7.**

**KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida: rady lékaře, průvodce dietou. Praha: Forsapi, 2006. ISBN 80-903820-0-2.**

**ZAVORAL, Miroslav et al. Gastroenterologie a hepatologie. Praha: Triton, 2007.**

**ISBN 978-80-7254-902-3.**

**FÖLSCH, Ulrich R, Kurt KOCHSIEK a Robert F SCHMIDT. Patologická fyziologie. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0319-X.**

**KLENER, Pavel et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-430-X.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zuzana Sousedíková**

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

**7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013



doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.  
děkanka





Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....7.3.2013.....

..........

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Bakalářská práce pojednává o Crohnově chorobě, patřící do skupiny idiopatických střevních zánětů, tedy zánětů neznámé etiologie. Obsahuje základy anatomie, fyziologie a patofyziologie onemocnění s jeho základní charakteristikou, komplikacemi, diagnostickými a léčebnými metodami. Tato nemoc provází pacienta po celý život, její průběh tvoří zklidnění stavu a opakované vzplanutí onemocnění, což může mít dopad na psychiku nemocného, o které je v této práci také pojednáváno. Cílem mé práce je zjistit nejčastější příznaky limitující nemocné s Crohnovou chorobou v jejich běžném životě, jak Crohnova choroba ovlivňuje jejich sociální a společenskou oblast života, a jaké jsou její dopady na psychickou stránku nemocného.

Klíčová slova: Crohnova choroba, funkční změny, komplikace, endoskopie, medikamentózní léčba, chirurgická léčba, výživa, kvalita života.

## **ABSTRACT**

Abstrakt ve světovém jazyce

The subject of this bachelor thesis is a Crohn's Disease, an illness belonging to the group of so-called "idiopathic inflammatory bowel diseases". Anatomy, physiology and pathophysiology of this disease are described together with its clinical picture, complications, diagnosis and treatment. This is a lifelong disease, course of which consists of remissions and relapses that can have a serious impact on the patient's psyche which is also mentioned in this work. The objective of this work is firstly, to define the most prominent clinical features of Crohn's Disease which restrict the patients in their everyday life; and secondly, to analyse the social as well as psychological impact of the disease on the patients.

Keywords: Crohn's Disease, functional disorders, complications, endoscopy, medical treatment, surgical treatment, nutrition, the quality of life.

Děkuji vedoucí práce Mgr. Zuzaně Sousedíkové, za odbornou pomoc při vypracování mé bakalářské práce, dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého dotazníkového šetření a staničním sestřám jednotlivých oddělení za pomoc při jeho realizaci.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
1.1    DEFINICE CROHNOVY CHOROBY .....	12
1.2    HISTORIE CROHNOVY CHOROBY .....	12
1.3    VÝSKYT CROHNOVY CHOROBY .....	13
1.4    PŘÍČINA ONEMOCNĚNÍ CROHNOVY CHOROBY .....	13
1.5    PRŮBĚH A PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.5.1    Přirozený vývoj choroby .....	16
1.6    KOMPLIKACE U CROHNOVY CHOROBY .....	17
1.7    DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY .....	18
1.7.1    Laboratorní vyšetření .....	19
1.7.2    Zobrazovací metody .....	20
1.7.3    Diferenciální diagnostika .....	23
1.8    LÉČBA CROHNOVY CHOROBY .....	24
1.8.1    Medikamentózní terapie Crohnovy nemoci .....	24
1.8.1.1    Podpůrná a symptomatická terapie .....	26
1.8.2    Chirurgická léčba .....	27
1.8.3    Nutriční terapie.....	28
1.8.3.1    Dietní opatření u ISZ .....	29
1.8.3.2    Umělá výživa u idiopatických střevních zánětů .....	29
1.10    KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU .....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>2    METODIKA ŠETŘENÍ A ORGANIZACE PRŮZKUMU</b> .....	<b>34</b>
2.2    VOLBA VÝZKUMNÉ METODY A JEJÍ ZDŮVODNĚNÍ .....	36
2.3    DISTRIBUCE DOTAZNÍKŮ .....	37
<b>3    ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ</b> .....	<b>38</b>
3.1    INTERPRETACE VÝSLEDKŮ JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	39
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>87</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>89</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>90</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>93</b>



## ÚVOD

Téma bakalářské práce: *Život s Crohnovou chorobou*, jsem si zvolila především pro aktuálnost tématu, kdy Crohnova choroba je v dnešní době velmi diskutovaný problémem. Ten však s sebou nese mnohá úskalí nejen v léčbě, ale jak už samotný název napovídá, tak především v soužití se samotnou chorobou natolik, aby dané nemocné co nejméně ovlivňovala a limitovala v jejich běžném životě.

Crohnova choroba, neboli Ileitis terminalis, je chronické zánětlivé onemocnění postihující jakoukoliv část trávicího traktu, včetně přilehlých mízních uzlin. Zanícená místa se hojí jizvami, které zužují trávicí trubici a způsobují nemocnému časté komplikace. Příčina choroby není dosud zcela objasněná. Choroba se projevuje řadou symptomů, které jsou přesně popsány v kapitolách průběh a komplikace Crohnovy choroby. Tato choroba je sice léčitelná, ale doposud není vyléčitelná. Každé onemocnění a především to chronické, se stává zátěží na celý život. Vzplanutí nemoci je nepředvídatelné, proto mohou být nemocní zoufalí a psychicky nevyrovnaní, a to především z toho důvodu, že neví, kdy se u nich objeví další neohlášená ataka. Tito pacienti jsou poté odkázáni na lékařskou péči zahrnující diagnostické vyšetření a léčbu, opětovnou hospitalizací jsou omezováni jak v osobním, tak společenském a pracovním životě, což může jejich psychickou alteraci prohlubovat. Odborná klinická pracoviště testují nové léky a aplikují nové preparáty, které jsou doposud stále ve výzkumu.

Práce je složena z teoretické a praktické části. Část teoretická je zaměřena na etiologii onemocnění, průběh choroby s příznaky, možný vznik komplikací s jejich adekvátním řešením, diagnostiku a léčbu tohoto mnohdy zákeřného onemocnění. Samostatnou kapitolou je v závěru této části práce psychologická problematika nemocných s Crohnovou chorobou, která by neměla být u nemocných zejména v aktivní fázi onemocnění podceňována a v žádném případě zlehčována.

Praktická část této práce je provedena formou kvantitativního výzkumu, kde jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala, jaké příznaky choroby nemocné nejvíce limitují v jejich běžném životě, dále jak Crohnova choroba ovlivnila nemocné po stránce sociální a zda omezila jejich kontakty s okolím. Dále jsem zmapovala, jaké jsou dopady na psychickou stránku života těchto nemocných a s ní spojená prevence a případná léčba. Tato bakalářská práce může sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů nebo jako informační zdroj pro ty, kteří se touto problematikou zabývají, a to nejen

pro nemocné s Crohnovou chorobou, ale i pro zdravou populaci. Ráda bych všem zmíněným přiblížila, co tato nemoc obnáší a jak může být život s Crohnovou chorobou těžký.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## **CROHNOVA CHOROBA**

### **1.1 Definice Crohnovy choroby**

Crohnova choroba známá také pod pojmy enteritis regionalis nebo ileitis terminalis je granulomatózní a transmurální zánět postihující kteroukoliv část trávicí trubice. Patří stejně jako ulcerózní kolitida do skupiny idiopatických střevních zánětů, tedy zánětů neznámé etiologie. Tato choroba má chronický průběh, je charakteristická obdobími zhoršení (relaps) a zklidnění (remise) zánětu a doposud je jak medikamentózní, tak chirurgickou cestou nevyléčitelná (Kohout, 2004, s. 17).

### **1.2 Historie Crohnovy choroby**

Historie Crohnovy nemoci zasahuje až k roku 1612, kdy jistý doktor Fabry informoval o tom, že při pitvě adolescenta, který zemřel krátce poté, co si stěžoval na bolesti břicha a horečku, objevil stenózu terminálního ilea se zesílenou střevní stěnou, jež způsobila neprůchodnost střevní a perforaci. Také professor Thomayer popisuje roku 1893 případy nemocných s podobným klinickým průběhem. Počátkem 20. let minulého století v Newyorské nemocnici Mount Sinai se touto problematikou zánětlivých onemocnění střev zabývalo několik skupin lékařů. Moschowitz, Wilensky, Ginzburg s Oppenheimerem, slavný chirurg Berg a Dr. Crohn. Na objasnění problematiky a přípravě článku do odborného časopisu JAMA (Journal of the American Medical Association) se podíleli všichni výše jmenovaní lékaři kromě chirurga Berga, který se na sepisování nepodílel. Avšak JAMA uvedla do připravovaného programu přednášku pouze jediného autora, a to doktora Crohna (Červenková, 2009, s. 12). Oficiálně tedy Crohnovu chorobu popsal v roce 1932 Dr. B. B. Crohn (Ferenčík, 2005, s. 125). Novou chorobu označil názvem regionální ileitida a později v průběhu dalších let dostala jeho jméno.

V českých zemích se o poznání problematiky této choroby zasloužil prof. Mařatka se svými žáky doc. Nedbalem, doc. Bitterem a doc. Šetkou, z chirurgů především prof. Niederle (Kohout, 2004, s. 19).

### 1.3 VÝSKYT CROHNOVY CHOROBY

V České republice se výskyt Crohnovy choroby odhaduje na 20 - 30 pacientů na 100 000 obyvatel (Kohout, 2006, s. 26). Crohnova choroba postihuje chlapce i dívky nezávisle na věku s frekvencí asi 1 : 100000 (Paulík, 2005, s. 39), avšak nejčastěji se projevuje mezi 20. a 35. rokem věku (Kohout, 2006, s. 25).

### 1.4 PŘÍČINA ONEMOCNĚNÍ CROHNOVY CHOROBY

V současnosti jsou v rámci etiologie ISZ (idiopatických střevních zánětů) na prvním místě nejvíce diskutovány vlivy genetické, dále faktory vnějšího prostředí a infekce (Kohout, 2004, s. 19).

**Genetika:** v rámci familiárního výskytu je přítomná mutace genu NOD2-/CARD15 (Wolfram, Dahouk, 2011, s. 203) přibližně u 50 % pacientů s Crohnovou chorobou (Kohout, 2004, s. 20).

**Infekce:** místní nadprodukci zánětových cytokinů v důsledku antigenních stimulů pocházejících z některých střevních bakterií a jejich produktů dochází k aktivaci pomocných T - 1 Lymfocytů, které mohou poškozovat buňky GIT (gastrointestinálního traktu). Cytotoxicky působí také vzniklé protilátky IgM, vytvářející imunokomplexy s vyvolávajícím antigenem s následnou aktivací komplementu a neutrofilů. K samotnému poškozování tkáně přispívají volné kyslíkové radikály a proteolytické enzymy uvolňované neutrofily a makrofágy (Ferenčík, 2005, s. 125 – 126). Podkladem pro vznik Crohnovy choroby může být několik infekčních agens, např. infekce virem spalniček, pomalými viry, Mycobakteriem podobnému tomu, který způsobuje tuberkulózu či vliv bakteriálních nebo virových toxinů (Kohout, 2006, s. 23).

**Vlivy vnějšího prostředí:** se změnou životního prostředí incidence a prevalence ISZ mnohonásobně stoupla. Známým rizikovým faktorem vzniku Crohnovy choroby je kouření cigaret, které je také častým zlovykem u těchto nemocných pacientů a rizikovým faktorem relapsu. Mechanismus nepříznivého působení kouření není doposud znám. Doposud také nebyla zjištěna žádná jednoznačná závislost mezi určitým typem diety a vznikem ISZ (Kohout, 2004, s. 22).

Souvislost vyšší incidence ISZ s moderním způsobem života je zřejmá, ať jde o snížení příjmu vlákniny a nerafinované stravy, zvýšený příjem cukrů a rostlinných tuků, včetně ztužených, zvýšené množství aditiv ve stravě, častou léčbu antibiotiky, obranu dětí před infekcí (sterilizace lahvíček pro krmení, používání dezinfekčních prostředků apod.), či kratší dobu kojení. Důkaz o negativním vlivu jednotlivých faktorů na vznik ISZ je však obtížný (Kohout, 2011). Souvislost mezi vznikem Crohnovy choroby a dietními faktory naleznete v příloze č. 8, str. 105.

## 1.5 PRŮBĚH A PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ

Crohnova choroba postihuje kteroukoliv část GIT. Zánět se může šířit všemi vrstvami střevní stěny (mukóza, submukóza, svalová a pojivová vrstva). Ložiska zánětu se vyskytují roztroušeně (Zachová, 2010, s. 26). Onemocnění probíhá ve vlnách, střídají se období dočasného zlepšení s progresí a časté jsou recidivy. Klinika pacienta bývá zpočátku výrazná, často napodobuje obraz náhlé příhody břišní (Slezáková, 2010, s. 207). Klinické příznaky onemocnění jsou závislé na lokalitě postižení trávicí trubice. Nejčastěji bývá postižen úsek terminálního ilea, který se projevuje podobně jako akutní nebo chronická apendicitida. Proto jsou pacienti často indikováni k apendektomii (Navrátil, 2008, s. 270). Typickými třemi hlavními příznaky při tomto umístění (až 40 %) jsou bolesti břicha, průjmy a hubnutí (Červenková, 2009, s. 15). Bolest začíná nejdříve jako mírný pocit tlaku a diskomfortu v břiše, postupem onemocnění se charakter bolesti mění na bolest kolikovitou, zhoršující se po zatížení stravou a uvolňující se nalačno. K doprovodným dyspeptickým příznakům patří nevolnost a zvracení (Rokyta, 2009, s. 63). Přetrvávající bolest v pravém podbříšku může signalizovat již vzniklou komplikaci Crohnovy choroby. Časté průjmy úzce souvisí s požitím stravy, předcházejí jim nebo je doprovází bolesti břicha. Nemocní se tomuto stavu vyhýbají snížením příjmu potravy s následným hubnutím. Úbytek na hmotnosti je zapříčiněn také zánětlivou aktivitou choroby. Symptomatologii nemocného doplňuje únava, zvýšení tělesné teploty okolo 38 °C, celková slabost, nevykonnost a psychická alterace nemocného (Červenková, 2009, s. 15 - 16).

### Klasifikace Crohnovy nemoci dle anatomické lokalizace

1. postižení tenkého střeva (ileitida, jejunoileitida) – 25 – 35 %
2. postižení tenkého i tlustého střeva (ileokolitida) – 45 %
3. zánět tračníku (kolitida) – 30 %
4. anorektální onemocnění – 30 – 40 % (Šváb, 2008, s. 120).

Postižení žaludku Crohnovou nemocí je velice vzácné. Poprvé bylo popsáno v roce 1937 dr. Gottliebem. Výskyt lokalizovaného postižení žaludku je uváděn od 0,5 % do 4 % případů. Ohraničené postižení žaludku bývá nejčastěji v antru, difuzní změny žaludku se vyskytují jen mimořádně, stejně jako výjimečný vznik píštělí ze žaludku (abnormální spojení mezi dvěma orgány či střevem a povrchem těla). Indikací pro chirurgickou léčbu Crohnovy nemoci žaludku je porucha jeho evakuační schopnosti (Lukáš, 2013).

Duodenum je nejvíce postiženo v oblasti sestupného raménka, objeví-li se píštěl z duodena do tlustého střeva, nejčastěji transversa – (příčného tračníku), je přítomen vždy syndrom bakteriálního přerůstání a sekundární malabsorpční syndrom. Změny horní části trávicí bývají četnější u mladších jedinců (Lukáš, 2013).

Pokud je Crohnova choroba lokalizována na jícnu a duodenu, je velmi obtížné odlišit vředy crohnovské od vředové choroby (Navrátil, 2008, s. 270).

Postižení tlustého střeva je typické bolestmi břicha s průjmy, někdy i krvavými, s hnisavými projevy kolem konečníku a mimostřevními projevy jako jsou záněty kloubů, rohovky a duhovky, kožní změny – často erytém (Červenková, 2009, s. 17). Častá bývá u nemocného přítomná steatorea, neboli množství nestrávených tuků ve stolici (Zachová, 2010, s. 26).

Na tenkém střevě se Crohnova nemoc projevuje škálou potíží, jako jsou bolesti břicha, neprospívání, hubnutí a chudokrevnost. Při tomto postižení chybí průjmy a mimostřevní projevy, avšak hrozí zde opakovaná neprůchodnost tenkého střeva (Červenková, 2009, s. 17).

Hnisavé projevy u konečníku, a to opakované abscesy, píštěle u konečníku, vředy v řitním kanále a infiltrované anální papily jsou typické pro postižení oblasti konečníku a řitního kanálu (Červenková, 2009, s. 17).

Na začátku onemocnění mívá většina nemocných jen zánětlivé změny na střevní sliznici, ale po několika letech se přidružují takové, které vedou ke vzniku stenóz (zúžení) nebo píštělí (Červenková, 2009, s. 17).

U Crohnovy choroby rozlišujeme tedy tři hlavní typy chování nemoci, a to zánětlivý, stenózující a píštělový. Na konzervativní léčbu odpovídá nejlépe typ zánětlivý naopak stenózující a píštělový typ zánětu představuje často hlavní důvod k chirurgickému řešení, kdy operováno bývá až 80 % pacientů (Červenková, 2009, s. 15 - 17).

Tab. č. 1 Projevy Crohnovy nemoci v závislosti na lokalitu postižení

Tenké a tlusté střevo	Tlusté střevo	Tenké střevo	Konečník
bolest břicha	průjmy	bolest břicha	krvácení
subfebrilie	krvácení	hubnutí	tenesmy
průjmy	mimostřevní projevy	chudokrevnost	hnisání a píštěle (Červenková, 2009, s. 15 - 17)

### 1.5.1 Přirozený vývoj choroby

Existují 2 základní typy Crohnovy choroby dle DeDombalovy klasifikace.

**Typ A** dle klasifikace DeDombalovy označovaným jako agresivní – perforující. Je klinicky agresivní s častou nutností chirurgické intervence, časnou rekurencí (návrat objektivních morfologických známek choroby s nebo bez přítomnosti klinické symptomatologie). Tento typ onemocnění má sklon ke tvorbě píštělí, abscesů, zánětlivých pseudotumorů a má pochopitelně horší prognózu. Typ A je charakterizován méně než 20 % remisí, relapsem do jednoho roku u 30 % jedinců, do dvou let u 40 %, do 5 let u 90 – 100 % jedinců (Zbořil, 2007, s. 74).

**Typ B** dle klasifikace DeDombalovy označovaným jako indolentní. Chirurgická intervence je zde vzácná, bývá mírná rekurence. Typická je tendence ke vzniku fibrostenóz (vazivovitých zúžení), obstrukcí (uzávěrů) a zánětlivých struktur. Typ B je charakterizovaný 20 – 40 % remisí a relapsy v počtu 1 – 2 do 20 let trvání nemoci (Zbořil, 2007, s. 74).



## 1.6 KOMPLIKACE U CROHNOVY CHOROBY

Vznik komplikací u Crohnovy choroby je častou indikací k chirurgické léčbě. Zánětlivá tkáň se hojí jizvou, což způsobuje zúžení lumina střev, vznikají stenotické úseky, ve kterých je ztížena střevní pasáž. Rozsáhlá stenóza může manifestovat poruchu pasáže se vznikem ilea (střevní neprůchodnost). Pro Crohnovu chorobu je typický vznik píštělí, které mohou být perianální (v okolí análního otvoru), abscesů a perianálních fisur (trhlin v okolí řitního otvoru) (Zachová, 2010, s. 25 – 26).

K další komplikaci tohoto onemocnění je rozvoj toxického megacolonu, což je rozšíření tlustého střeva, jehož stěna má poškozenou inervaci. Střevo je edematózní, napjaté, bez peristaltických pohybů. Dochází k městnání střevního obsahu a prostup mikroorganismů přes oslabenou střevní stěnu. Tento stav může vyústit v septický šok nebo perforaci střeva s následnou sterkorální peritonitidou, jež ohrožuje pacienta na životě (Zachová, 2010, s. 25 – 26).

ISZ jsou příčinou přibližně 10 % všech krvácení do dolní části GIT. U Crohnovy choroby se vyskytuje enteroragie (příměs čerstvé krve ve stolici) při lokalizaci choroby v tlustém střevě a nebo rectu (konečniku) (Kohout, 2006, s. 33).

Poměrně vzácnou komplikací je těžké krvácení (Kohout, 2006, s. 33). Při delším průběhu onemocnění hrozí vznik kolorektálního karcinomu, tedy zhoubného nádoru tračnicku a konečniku (Slezáková, 2007, s. 69). Onemocnění později může doprovázet i malnutrice nemocného, způsobená zhoršenou absorpcí jednotlivých živin, ztrátou krve a bílkovin při průjemovitých stolicích či enterorhagiích, píštělemi či stomií, snížením absorpční plochy, způsobené opakovanými resekcemi postiženého úseku střeva (vznik tzv. syndromu krátkého střeva) nebo jako důsledek farmakoterapie (Kohout, 2004, s. 15).

### Příčiny vzniku malnutrice u ISZ

- snížení chuti k jídlu
- bolest břicha při jídle (komplikace Crohnovy choroby: stenózy, srůsty)
- zvýšená zánětlivá aktivita – zvýšení energetického výdeje (katabolismus, horečka)
- exsudativní enteropatie (onemocnění střev charakterizované nápadnými změnami na sliznici s rozšířenými mizními cévami, jimiž se ztrácí velké množství bílkovin)
- zhoršení absorpce (vstřebávání) jednotlivých živin (Kohout, 2004, s. 31)

- průjmy, ztráty krve při enteroragii (příměs čerstvé krve ve stolici)
- enterokutánní či enterokolické píštěle
- ztráty ileostomií (umělé vyústění tenkého střeva)
- syndrom krátkého střeva jako stav po opakovaných resekcích tenkého střeva
- medikamentózní léčba s katabolickým (kortikoidy) či anorektickým efektem (některá imunopresiva) či změnou střevní mikroflóry (antibiotika, chemoterapeutika aj.) (Kohout, 2004, s. 31)

Mezi mimostřevní projevy choroby řadíme artritidu (zánět kloubů), iridocyklitidu (zánět duhovky, lat. iris) a řasnatého tělesa (lat. corpus ciliare) oka, erythema nodosum (zánětlivé onemocnění kůže a podkoží s bolestivými červenými uzlíky), afty, cholangitidu (zánět žlučových cest), Bechtěrevovu chorobu (nazývanou také jako ankylózující spondylartritida - chronické zánětlivé onemocnění páteře a meziobratlových kloubů), cholelithiázu (žlučnickové kameny) a hepatitidu (zánětlivé onemocnění jater) (Zachová, 2010, s. 25 – 26).

## 1.7 DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY

Základem pro diagnostiku onemocnění je správně odebraná anamnéza neboli předchorobí nemocného, kdy zjišťujeme nejen aktuální potíže, se kterými nemocný k lékaři přichází (nynější onemocnění).

Získáváme přehled o počátcích prvních příznaků, datu stanovení diagnózy, přehled dosavadních vyšetření a jejich výsledků a přehled dosavadní terapie. Zajímají nás v této oblasti bolesti břicha nemocného, průměrný počet stolic za 24 hod. a dobu posledních 7 dnů, přítomnost patologických příměsí hlenů a krve stolici, přítomnost tenezmů, tělesná hmotnost (doba a hmotnostní změna), poruchy pasáže GIT nebo přítomnost píštělí, mimostřevní příznaky (kožní, kloubní, oční), teplota v posledních 7 dnech, celkový subjektivní stav (hodnotíme jako: dobrý, horší, špatný, velmi špatný) (Zbořil, 2004).

Dále nás zajímají dosavadní onemocnění a chirurgické či jiné invazivní zákroky, kterými nemocný po dosavadní dobu prošel (osobní anamnéza), případný familiární výskyt Crohnovy choroby (rodinná anamnéza), dále užívání medikamentů, které mohou onemocnění manifestovat (farmakologická anamnéza). Hodnotíme také pracovní zařazení nemocného, jeho náročnost, rizikovost vzhledem k možnému vzniku infekce, stresovou zátěž

aj. (pracovní anamnéza), jakým způsobem a v jakých podmínkách nemocný bydlí (sociální anamnéza) a užívání návykových látek zejména kouření cigaret považovaného jako jeden z možných nepříznivých rizikových faktorů vzniku onemocnění (toxikologická anamnéza). U žen se budeme informovat i v oblasti gynekologické z hlediska počtu porodů, potratů apod. (gynekologická anamnéza). Nezbytným vyšetřením v gastroenterologické oblasti je per rectum vyšetření, jež patří k základním fyzikálním vyšetřovacím technikám 5 P (poslech, pohmat, poklep, pohled a per rectum – přes konečník), pomocí kterého lze odhalit už mnohé potíže zprvopočátku.

Fyzikální vyšetření zahrnuje zjištění tělesné hmotnosti nemocného, jeho výšky, orientační zhodnocení stavu výživy, vyšetření přítomnosti rezistence v břiše a perianální afekce jakými mohou být píštěl, infiltrace nebo vřed, dále nález na mimobřišních orgánech zejména kloubech, očích, kůži (Zbořil, 2004).

### 1.7.1 Laboratorní vyšetření

Při diagnostice Crohnovy choroby laboratorním vyšetřením krve pomýšlíme na to, že mnoho pacientů s touto chorobou může trpět anemií (chudokrevností). Bývá snižená hladina železa v séru (tzv. sideropenická anemie), zrychlená sedimentace červených krvinek (FW), v rámci probíhajícího aktivního zánětu i zvýšení hladiny leukocytů, trombocytů a CRP (C reaktivní protein). Při rozsáhlém poškození střeva, kdy dochází často k malabsorpci na podkladě už dříve zmiňované poruchy vstřebávání živin potřebných pro tělo, můžeme sledovat proteinemii, nízkou hladinu krevní bílkoviny a dalších ukazatelů výživy (albumin, prealbumin aj.). Imunologickým vyšetřením zjistíme přítomnost autoprotilátek ASCA a ANCA jako vhodných markerů pro diagnostiku idiopatických střevních zánětů. K vyloučení infekčního původu střevního zánětu provádíme mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice a doplňujeme vyšetření stolice na okultní (skryté krvácení) a zbytky potravy (Kohout, 2006, s. 27) a vyšetření klostridiového toxinu A a sérologii protilátek cytomegalovirus (Zbořil, 2004).

Zjištění klinických a laboratorních parametrů nám umožňuje stanovit index aktivity Crohnovy nemoci dle Besta (CDAI - Crohn's Disease Activity Index) (Zbořil, 2004). CDAI byl navržen W. R. Bestem et al. z Midwest Regional Health Center v Illinois/USA, v roce 1976. Sčítá 8 proměnných po přenásobení jejich tělesnou hmotností. Za normu je považována hodnota CDAI do 150, vyšší hodnoty znamenají akutní vzplanutí choroby (Lambert, 2008). Ukázku CDAI naleznete v příloze č. 20, str. 121.

### 1.7.2 Zobrazovací metody

V posledních letech došlo k významnému rozvoji nových radio diagnostických, tak endoskopických metod, které nám napomáhají diagnózu Crohnovy choroby určit přesně a rychle.

Obsolentní metodou v diagnostice Crohnovy choroby se stalo použití *pasáže tenkým střevem*, kdy její diagnostická výtěžnost byla u pacientů vyšetřovaných pro krvácení do GIT z neurčitěho zdroje minimální. Standardní rentgenovou metodou je *enteroklýza*, kdy se provádí rentgenové vyšetření tenkého střeva, při němž se zavádí sonda do dvanáctníku, kterou se aplikuje kontrastní látka. Tato metoda má oproti předchozí pasáži vyšší diagnostickou výtěžnost (Špičák, 2008, s. 239). Další možností je provedení fistulografie, což je rentgenové posouzení píštělí ústících zevně na tělní povrch, zejména perianálních. Nezbytným vyšetřením je klasický nativní snímek břicha, a to k posouzení komplikací - toxického megakolon, perforace či ileozního stavu u nemocného (Zbořil, 2004).

Ke špičce v diagnostice v dnešní době řadíme moderní radiologické metody, jakými jsou *CT* (počítačová tomografie) a *MRI* (magnetická rezonanční enterografie). Tato vyšetření nám dokáží zhodnotit intraluminální aktivitu choroby, znázorní rozsah postižení tenkého střeva a stanoví přítomnost a závažnost transmurálního postižení a vzniklých komplikací ve formě penetrujících lézí (píštěle a abscesy) se stejnou senzitivitou (> 80 %) a specificitou (> 90 %). Další doplňující neinvazivní a zároveň šetrnou metodou volby bývá *sonografie* tenkého střeva. Limitací této metody je velice proměnlivá přehlednost abdominální dutiny u jednotlivých pacientů, a to u zejména hluboko uložených struktur. Nejpřehlednější oblastí je ileocékální oblast. Při použití *Dopplerovského mapování* jako jedné z metod ultrazvukového vyšetření za použití kontrastních látek (orální – polyethylenglykol nebo nitrožilní Levovist a Ultravist) může samotný kontrast zvýšit citlivost metody v hodnocení aktivity choroby. Přestože se jedná o metodu s výraznou variabilní a interindividuální přehledností, má ultrazvuk tenkého střeva na dobře materiálně a personálně vybavených pracovištích svou roli v rychlé finančně nenáročné diferenciální diagnostice a v diagnostice a monitorování extramurálních komplikací (Špinar, 2008, s. 225).

Endoskopické vyšetřovací metody se vyznačují celou řadou výhod, z nichž nejzásadnější je možnost velmi precizní diagnostiky již slizničních změn s odběrem cílených vzorků, ale lze i v případě indikace provést mnoho terapeutických úkonů, často i život zachraňujících (Špinar, 2008, s. 225).

Vzhledem k tomu, že Crohnova choroba může postihnout i horní část zažívacího traktu od jícnu až po dvanáctník, je vhodné vyšetřit tyto úseky pomocí *gastroskopie* za účelem diagnostickým, např. cílený odběr biologického materiálu (biopsii) bioptickými kleštěmi nebo terapeutickým, např. zastavení krvácení apod. (Krška, 2011, s. 48). Pozitivní diagnóza Crohnovy nemoci v mimostřevní lokalizaci (jícen, žaludek, duodenum) je někdy velmi obtížná a takřka vždy je záležitostí dlouhodobého sledování nemocného. Vycházíme především z charakteristického endoskopického nálezu, kdy mohou být v těchto oblastech přítomné mnohočetné fisurální nebo aftoidní vředy, či obraz tzv. dlažebních kostek, nebo stenózy. Využití má zde i *endosonografické vyšetření*, které může pomoci v diagnostice transmurálním postižením a nápadným prosáknutím submukózy (podslizniční vrstvy). Při lokalizaci v žaludku a duodenu je charakteristická negativita testů na přítomnost žaludeční bakterie *helicobakter pylori*. Ukázalo se, že velmi přínosné pro diagnózu Crohnovy nemoci v žaludku nebo duodenu je histologický nález tzv. fokálně aktivní foveolární gastritidy, vyskytující se v oblasti žaludečního antra (vstupu) a těla, aniž by musel být přítomen nějaký patologický endoskopický nález. Jedná se o ložiskovou neutrofilní a lymfocytární infiltraci epitelu žaludečních jamek s příměsí aktivovaných makrofágů (Lukáš, 2013).

*Enteroskopie*, tedy vyšetření tenkého střeva pomocí přístroje enteroskopu, je možností dalšího vyšetření při podezření na Crohnovu chorobu. Enteroskopie v plném rozsahu se provádí pouze ve specializovaných pracovištích. Existují různé metody vyšetření tenkého střeva. Push-enteroskopie umožňuje zavedení endoskopu jen do orální části jejunu. Dvojbalónková endoskopie (DBE) umožňuje vyšetření většího úseku tenkého střeva. K vyšetření se používá enteroskop a převlečná trubice (over-tube). Pro zobrazení celého tenkého střeva je často nutná kombinace orálního a aborálního přístupu (per rectum). Intraoperační enteroskopie představuje metodu nejen diagnostickou, ale i léčebnou. Umožňuje revizi celého tenkého střeva laparotomickou cestou (přes dutinu břišní) (Klener, 2009, s. 258).

Nejčastější metodou zůstává kolonoskopické vyšetření tlustého střeva v celém jeho rozsahu, tzv. *kompletní kolonoskopie* (vyšetření konečníku, esovité kličky a přilehlé části colon descendens neboli sestupného tračníku jako sigmoideoskopie). Vyšetření provádíme po předchozím vyčištění tlustého střeva osmoticky aktivními roztoky a klyzmaty. Při kompletní kolonoskopii je přístroj zaveden na zádech ležícímu nemocnému až do Bauhinské chlopně (Špínar, 2008, s. 226 – 227).

Vyšetřující tedy nahlíží až do ilea. Hodnoceny jsou zde slizniční změny s odebráním cílené biopsie, vždy až při vytahování koloskopu ze střevního lumen. Pomocí přístroje lze stavět přítomná krvácení (Špinar, 2008, s. 226 – 227). Pro Crohnovu chorobu je typický nález aftoidních lézí, mapovitých či podélných ulcerací tzv. snail trails (v příloze č. 13, str. 112), reliéf dlažebních kostek tzv. cobblestone, sliznice vypadá jako husí kůže. Sliznice však nebývá postižena difuzně, mezi vředy bývají ostrůvky zachovalé sliznice. Postižený úsek může být jen jeden, dva či více a bývají odděleny úseky nepostiženými tzv. přeskočené úseky (skip areas) (Wolfram, Dahouk, 2011, s. 204). Důsledkem těchto změn bývá zúžení střevního průsvitu, zánět proniká do okolních struktur s tvorbou zevních a vnitřních píštělí (v příloze č. 12, str. 111 můžete vidět resekát terminálního ilea a céka postiženého Crohnovou chorobou při stenóze).

*Kapslová endoskopie* je další diagnostickou metodou, jejíž základní indikací je vyšetření Crohnovy choroby tenkého střeva v případě negativního nebo nekonkluzivního patologického nálezu MRI/CT enterografie, při trvající klinické suspekci na postižení tenkého střeva a k vyloučení významné stenózy. Použití kapslové endoskopie může předcházet vyšetření průchodnosti GIT pomocí tzv. patentní neboli retenční kapsle (Hrdlička, 2011, s. 65 – 69). Tato kapsle je kryta nepropustnou membránou s výjimkou dvou propustných oken umožňujících po kontaktu se střevním obsahem její postupný rozpad v průběhu 30 hodin. Metoda je založená na snímání a bezdrátovém přenosu endoskopického obrazu gastrointestinálního traktu po polknutí zařízení ve tvaru a velikosti kapsle. Jde o vlastní „endoskop“, tedy digitální snímací zařízení umístěné v plastické kapsli o rozměrech přibližně 11 × 24 mm (dle typu). Základem je videočip, optická soustava, zdroj studeného světla a baterie, event. vysílač s anténou. Kapsle je v průběhu vyšetření posouvána peristaltickými pohyby trávicího traktu a snímá obraz s frekvencí 2 – 3 snímky za vteřinu. Dále vysílá obrazová data po celou dobu funkce baterií (8 – 12 hod.) a poté je vyloučena per vias naturales. Prohlížeč software umožňuje vyhodnocení a export nálezů ve formě obrázků či krátkých videosekvencí, ale také zobrazení pohybu kapsle tenkým střevem či její přibližnou polohu (Tachecí, 2011).

Další možností je vyhledání obrázků s vysokým podílem červené barvy, což nám může signalizovat zdroj suspektního krvácení, zobrazení barevně modifikovaného obrazu k zvýraznění patologických nálezů nebo odhad jejich velikosti. Vlastní vyhodnocení vyšetření provádí endoskopista se zkušeností s vyšetřením tenkého střeva pomocí diagnostického softwaru, který umožňuje přehrávání endoskopických videosekvencí (Tachecí, 2011).

Endoskopické vyšetřování nám umožňuje hodnocení slizničních změn klasifikací podle Blackstona z r. 1984. Následující tabulka znázorňuje postižení sliznice od stádia klidového, po stádium silné aktivity nemoci (Zbořil, 2004).

Tab. č. 2 Endoskopická klasifikace Crohnovy choroby dle Blackstona

<b>Endoskopická klasifikace Crohnovy choroby dle Blackstona</b>	
A – stádium klidové	vymizelá slizniční kresba, pozánětlivé změny, fibrinóza
B – stádium lehké aktivity	fokální či difúzní erytém
C – stádium střední aktivity	aftoidní vředy do 5 mm v počtu nižším než 5 na segment 10 cm střeva
D – stádium vysoké aktivity	vředy větší než 5 mm či v počtu vyšším než 5 na segment 10 cm střeva (Zbořil, 2004)

### 1.7.3 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika je výběr nejpravděpodobnější diagnózy z potenciálních diagnóz s podobnými příznaky, a to na základě anamnestických údajů, příznaků nemocného, objektivního fyzikálního nálezu a komplementárních vyšetření (Bydžovský, 2010, s. 10).

V rámci diferenciální diagnostiky by měly být před stanovením Crohnovy choroby vyloučeny především tato onemocnění:

- infekční entero - kolitidy (obligátní bakteriální patogeny, chlamydie, herpes viry, paraziti, sexuálně přenosné nemoci),
- cytomegalovirová kolitida (u imunokompromitovaných jedinců, sérologie protilátek proti cytomegaloviru, genetické vyšetření DNA/RNA cytomegalovirové infekce),
- kolitida při AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome neboli syndrom získaného selhání imunity),
- AAC (antibiotic – associated – colitis) včetně pseudomembranozní kolitidy klostridiové (anamnéza antibiotické terapie, vyšetření klostridiového toxinu A ve stolici),
- NSAID entero - kolitida (entero - kolitidy při užívání nesteroidních antirevmatik) (Zbořil, 2004),

- ischemická kolitida - vzniklá ischemií (nedokrvením) sliznice a hlubších vrstev stěvní stěny při cévním uzávěru nebo snížené perfúzi,
- kolitida při séronegativních spondylarthritidách (zánětlivé onemocnění kloubů),
- neutropenní kolitida – manifestace u nemocných s neutropenií nejčastěji po léčbě chemoterapeutiky a imunosupresivy po transplantaci orgánů,
- postradiační kolitida (kolitida vzniklá po ozařování) (Zbořil, 2004).

Základní rozlišovací příznaky ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci naleznete v příloze č. 19, str. 119.

## 1.8 LÉČBA CROHNOVY CHOROBY

Prioritou léčby ISZ je především léčba protizánětlivá, bezpečná a individuální, tedy stanovená podle lokalizace postižení, průběhu, aktivity a tíže onemocnění konkrétního pacienta. Léčbu rozlišujeme nárazovou při zahájení léčby, opětovném vzplanutí nemoci, zhoršení klinického obrazu apod. a léčbu udržovací u klidového stádia nemoci. Kromě léčby farmakologické a chirurgické je nezbytná i nutriční podpora nemocných (Vránová, 2013, s. 35).

### 1.8.1 Medikamentózní terapie Crohnovy nemoci

Terapie se řídí stupněm závažnosti onemocnění s cílem přerušeni nebo alespoň zmírnění zánětlivého procesu choroby s prodloužením interval bez příznaků či zabránění dalších atak. Při akutním vzplanutí choroby je standardní terapií *podávání glukokortikoidů*, např. prednisolonu per os (ústy) nebo intravenózně (žilním podáním). Účinnost terapie glukokortikoidy zvýší přívod mesalazinu neboli kyseliny 5-aminosalicylové. Pro antiflogistický (protizánětlivý) účinek je důležitý přímý kontakt látky s postiženou stěvní sliznicí (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004, s. 287 – 288).

*Kyselina 5-aminosalicylová* chemicky vázaná na sulfonamid se používá jako známé léčivo sulfasalazin. Intaktní molekula sulfasalazinu se neresorbuje, stěvní bakterie ji rozštěpí na působící sulfonamid sulfapyridin a na kyselinu 5-aminosalicylovou, která představuje účinnou látku při granulačních střečních zánětech (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004, s. 287 – 288).



Pokud se nepodaří akutní ataku onemocnění zmírnit pomocí glukokortikoidů a mesalazinu, snažíme se snížit proliferaci T-buněk aplikací antimetabolitů, a to *cytostatických imunosupresiv*. Radíme sem např. azathioprin, metotrexát či cyklofosfamid. Postačí nízké dávky léčiv, což vyhovuje nemocným především při nežádoucích účincích těchto medikament (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004, s. 287 – 288).

*Léčba antibiotiky* má také svoji úlohu ke zvládnutí akutní exacerbace choroby. Měla by trvat několik týdnů až měsíců. Je možné ji s odstupem zopakovat s použitím stejného preparátu nebo vystřídáním různých druhů antimikrobiálních léčiv. Lékem první volby u Crohnovy nemoci je metronidazol (dávka by měla být 20 mg/kg/den v případě septických komplikací a 10 mg/kg/den při indikaci u Crohnovy kolitidy) a dále také používaný ciprofloxacin. Pokud není tato terapie efektivní, zvažujeme podávání clarithromycinu (Lukáš, Chalupná, 2005).

*Biologická terapie* představuje nezpochybnitelný a významný pokrok v léčbě střevních zánětů. Efektivita biologické léčby u ISZ je hodnocena počtem navozených remisí nebo klinických odpovědí. Dlouhodobé remise jsou zaznamenávány u 20 – 40 % léčených nemocných. U 40 – 60 % nemocných je potom detekováno významné snížení indexu aktivity Crohnovy choroby (CDAI). Přibližně 30 % nemocných přechází po aplikaci biologické léčby do kompletní remise, stav 30 % nemocných se významně zlepší a 30 % pacientů s Crohnovou chorobou na léčbu nereaguje. O indikacích k zavedení biologické léčby se dočtete více v příloze č. 9, s. 106. Biologická léčba představuje látky proteinové povahy připravené metodami genetického inženýrství podávané většinou parenterálně (ne ústy). Nejvýznamnějším z nich je infliximab (REMICADE), monoklonální anti-TNF-alfa protilátka. (Špičák, 2008, s. 166 – 167). Je to chimérická, monoklonální protilátka typu IgG, složená ze 75 % lidské a 25 % myši bílkoviny. Navázáním infliximabu na TNF- $\alpha$  vznikají komplexy, které vážou complement. Tím je indukována apoptóza a následná lýza buněk produkujících TNF- $\alpha$  a rozpad granulomů (Fusek, 2012, s. 81). Způsob aplikace je formou infuzí po dobu 2 hodin ambulantní cestou (Červenková, 2009, s. 47).

Tato léčba s sebou bohužel nese i značná rizika, kterými jsou např. alergické reakce spojené s podáním infuse (přibližně u 20 % nemocných z klinické studie), většinou odeznívají spontánně nebo po zaléčení antihistaminiky. Vzácně se může objevit vznik anafylaktického šoku. Pozorovány byly také hypersenzitivní reakce jako: myalgie a artralgie (bolesti svalů a kloubů), horečka, svědění, bolesti hlavy, urtikariální erupce (kopřivovité výsevy na kůži), otoky rtů, obličej, či dysfagické potíže (Červenková, 2009, s. 46 - 48).

Dalším používaným preparátem je adalimumab (HUMIRA), jenž je plně humánní monoklonální protilátka IgG s mechanismem účinku obdobným jako u předchozího preparátu (Fusek, 2012, s. 81). Aplikuje se formou podkožních injekcí jednou za 2 týdny. Nežádoucí účinky tohoto preparátu jsou obdobné jako u infliximabu. Patří k nim zejména bolesti hlavy, návaly, závratě, častější vznik infekce, např. virové, CMV nebo herpetické až vyvoláním skryté tuberkulózní infekce. Vedle negativních nežádoucích účinků však existuje oproti účinné léčbě i výhoda neškodnosti těchto léčiv v těhotenství. I když je tato forma terapie doposud nejúčinnější léčbou a hitem medicíny, stále je finančně velice nákladná a mohou ji poskytovat jen vybraná pracoviště (Červenková, 2009, s. 46 - 48).

*Probiotická terapie* má v léčbě Crohnovy choroby také svůj význam. Probiotikem je živý mikrobiální substrát, jež má původ v trávicím traktu člověka. Není toxický a při průchodu GIT je rezistentní vůči žaludeční kyselině, proteolytickým enzymům a žlučovým kyselinám. Podstatou účinku je navození imunomodulačních změn sliznice střeva a následné vytěsňování patogenů snížením adhezivity patogenů ke střevní sliznici. Podáváním probiotik je docíleno optimalizace intestinální mikrobiální balance, která je u nemocných porušena. Z preparátů nejběžněji používaných je to např. E. coli Nissle 1917 (enterosolv) nebo kmeny rodů Lactobacillus a Bifidobacterium a kvasinka Sacharomyces boulardii (Marek, 2010, s. 204).

### **1.8.1.1 Podpůrná a symptomatická terapie**

- *antidiarhoika* neboli léky s protiprůjmovým účinkem (difenyloxylát, loperamid, cholestyramin),
- *vitaminy* (deficit vit. B12 po ileocékální resekci střev),
- *calcium* (vápník) u všech nemocných s extenzivním postižením tenkého střeva, u nemocných s kortikosteroidy, u všech žen po menopauze event. v kombinaci s bifosfonáty jako prevence metabolické osteopenie, podávání cholekalciferolu 1x měsíčně,
- *železo* po extenzivních resekcích tenkého střeva,
- *spasmoanalgetika* (kombinovaný lek, působí proti bolestem a uvolňuje křeče v hladké svalovině),
- *magnesium a zinek* u nemocných s rozsáhlým postižením tenkého střeva (Lukáš, Novotný, 2004).

Úzkost a celkově psychická deprivace se u nemocného prohlubuje nejen rozsáhlou léčbou, a to dlouhodobým podáváním kortikoidů, imunopresiv a ostatních medikamentů mající vedlejší nežádoucí účinky, ale také podstupováním, mnohdy i opakovaným, chirurgických zákroků. Často mohou projevy onemocnění ovlivňovat nemocného po pracovní stránce i v soukromém životě. Nemocný se může cítit osamocený, smutný a bezradný.

V terapii této psychické nadstavby se proto uplatnilo i podávání *anxiolytik* (léky proti úzkosti), případně *antidepresiv* (léky proti depresi). Zároveň celkové zklidnění nemocného prospívá nejen k léčbě při akutním vzplanutí nemoci, ale zároveň předchází vzniku samotného relapsu onemocnění.

### 1.8.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba patří do základního spektra léčebných postupů nemocných s ISZ. Crohnova choroba je onemocněním chirurgicky i konzervativně definitivně nevyлéčitelné (Moshe, Paul, 2011, s. 195). Většina nemocných zažije v rámci své choroby alespoň jednou za život operaci. U 80 % nemocných se projevy nemoci po čase vrátí (Červenková, 2009, s. 53). Operačně se řeší při komplikacích či komplikovaných projevech Crohnovy nemoci a konzervativní léčby. Chirurgicky lze navodit rychlou remisi onemocnění, avšak recidivující charakter onemocnění vede k obavám z navození syndromu krátkého střeva opakovanými resekčními výkony. Častější bývá funkční malnutrice způsobená ztrátou resorpční plochy tenkého střeva poškozeného zánětem, obstrukcí či z přítomnosti píštělí. Další obavou z chirurgického výkonu je pro nemocného nutnost frekventnější konstrukce stomie, někdy i trvalé při proktokolitidě či perianální formě nemoci. Kvalita života nemocných se po včasné a správně indikované derivaci stolice značně zlepšuje (Šerclová, Antoš, 2004). Chirurgie Crohnovy choroby vyžaduje tedy mnohem více zvažování, jelikož pacient operací nebude nikdy vyléčen. Opakované operace přispívají a pravděpodobně i jsou hlavním faktorem pro vývoj jevu tzv. zmrzačení Crohnovou chorobou a dokonce vedou i k předčasné smrti (Moshe, Paul, 2011, s. 195).

Při nejčastější komplikaci Crohnovy choroby, kterou je stenóza lumen tenkého nebo tlustého střeva, se provádí tzv. ileocékální resekce. Pokud je postižení tlustého střeva větší, operatér často přikročí k provedení pravostranné hemikolektomie a ileo-transverzoanastomózy, tzn., že vyjme postižený úsek na tenkém a přilehlém tlustém střevě a zformuje nové spojení obou střev (Červenková, 2009, s. 53).

Jestliže máme tenké střevo postižené mnohočetnými krátkými stenózami (do 5 – 7 cm), přiklání se operátor k provedení strikturoplastiky. Podélně stenózu protne a příčně sešije. Obnoví se tím velikost střevního průsvitu, aniž by se zmenšila plocha tenkého střeva důležitá pro vstřebávání živin. V některých případech lze těchto výkonů provést několik. Při perianálních píštělích se operátor snaží spojit píštěle v jeden kanál k zajištění jejich trvalé drenáže. Pokud anální či anorektální píštěl komunikuje s pochvou, vytvoří slizniční laloky, což jsou záplaty odebrané ze slizničního laloku ze zdravé tkáně. Jimi se překryje vnitřní ústí píštěle (Červenková, 2009, s. 53).

Indikace k operaci můžeme rozdělit na akutní, které vyžadují rychlý chirurgický zásah a elektivní, neboli plánované. Přesné rozdělení komplikací do těchto oblastí naleznete v příloze č. 10, str. 107.

### 1.8.3 Nutriční terapie

Jedním z průvodních jevů ISZ především v období zvýšené zánětlivé aktivity je malnutrice. Bývá způsobena efektem léků nebo zmenšením resorpční plochy po resekci tenkého střeva, vytvořením ileostomie, u vnitřních píštělí, či u pacientů se stenotickým postižením tenkého střeva. Samotná malnutrice může zhoršit průběh onemocnění, prodloužit dobu relapsu choroby, zhoršit výsledky operačních výkonů, přispět ke vzniku střevních, mimostřevních, infekčních a neinfekčních komplikací. Proto je nutné tento stav výživy včas diagnostikovat a vhodnou cestou upravit. Možností může být dietní intervence, enterální či parenterální výživa (Kohout, 2004, s. 30 - 40). Hlavní příčiny vzniku malnutrice jsou uvedeny v příloze č. 15, str. 114.

Ke klinickým projevům malnutrice můžeme zařadit zhoršenou transportní funkci krve při snížení viscerálních proteinů (bílkovin), snížení svalové síly na podkladě redukce proteinů ve svalech, zhoršení imunitní odpovědi se zvýšeným rizikem vzniku infekcí (více v příloze č. 17, na str. 117), ke tvorbě otoků a výpotku v tělních dutinách při snížení hladiny albumin (hypalbuminemie), ke zhoršenému hojení ran a střevních anastomóz po chirurgických zákrocích za vzniku dehiscence a sekundárního hojení ran (Kohout, 2004, s. 30 - 40).

Malnutrici je možné léčit úpravou diety, nutričními doplňky, enterální výživou či parenterální výživou při akutním stavu a těžké malnutrici (Kohout, 2004, s. 30 - 40).

### **1.8.3.1 Dietní opatření u ISZ**

Dietní opatření u ISZ je individuální a závisí na rozsahu a typu postižení. Ve stádiu klinické remise onemocnění se dieta příliš neliší od racionální diety a odpovídá zásadám zdravé výživy (Meisnerová, 2011, s. 232).

Mezi nevhodné potraviny zahrnujeme smažená, tučná a uzená jídla, pikantní pokrmy, salámy, ostré koření, čerstvé kynuté těsto. Intolerance bývá většinou na luštěniny a kravské mléko. Doporučuje se omezení syrového ovoce se zrníčky a slupkami pro vysoké množství nestravitelné vlákniny, a také semena a ořechy (Meisnerová, 2011, s. 232).

Je doporučováno zahrnout do dietního režimu i příjem rozpustné vlákniny, probiotik a vícenenasycených mastných kyselin řady  $\omega$ -3 (především mořské ryby). Ve stádiu relapsu střevního zánětu se stenózami je nutné podávat bezsezbytkovou dietu. Bezsezbytková dieta je šetřící plnohodnotnou dietou, kterou lze podávat dlouhodobě, má zvýšený obsah bílkovin bez nestravitelných zbytků (tzn. rozpustné a nerozpustné vlákniny). Technologická úprava stravy je šetřící s využitím částečné mechanické úpravy spočívající v mletí, mixování ovoce a zeleniny. Většině nemocných byly dle výsledků dotazníkové akce pro nemocné s Crohnovou chorobou dobře tolerovány důležité zdroje bílkovin jako: vajíčka, vařené hovězí či dušené vepřové maso, dále maso krůtí, králičí a kuřecí, ryby sladkovodní, i mořské (Meisnerová, 2011, s. 232).

### **1.8.3.2 Umělá výživa u idiopatických střevních zánětů**

Pokud nestačí samotná úprava diety, upravujeme stav zhoršené výživy umělou výživou. Jedná se o výživu enterální, kdy podáváme speciální výživové přípravky do trávicího traktu. Tato výživa se může podávat ve formě sippingu, kdy nemocný ji popíjí pomocí nasogastrické sondy (sondy zavedené nosem do žaludku), nazujejunální sondy (sondy zavedené do tenkého střeva) nebo perkutánní endoskopická gastrostomií - PEG (trubičkou zavedenou do žaludku přes břišní stěnu). Pokud nelze přijímat potřebnou dávku enterální výživy ústy, využíváme aplikaci formou nazojejunální sondy. Tj. sonda s užším lumen o průměru 2 - 3 mm, zavedená do první kličky jejunu. Zavádí se pomocí gastrokopu endoskopickou cestou, nebo pod rtg (rentgenovou) kontrolou. Nazojejunální sonda nepřekáží v nose a ani při polykání, při podávání výživy nezůstávají zbytky přípravku v žaludku, pacienti neztrácejí chuť k jídlu a mohou stravu a enterální výživu kombinovat (Kohout, 2011).

Tento postup je často používán v domácí péči s cílem noční aplikace enterální výživy. Tato výživa je vždy aplikovaná pomocí enterální pumpy časovaně. Metabolické komplikace enterální výživy jsou při postupném zvyšování její dávky minimální. K prevenci obstrukce se osvědčuje podávání preparátu obohaceného vlákninou. Nejčastější komplikací této výživy je obstrukce (ucpání) sondy, kterému zabráníme prováděním proplachů sondy v určitých časových intervalech a řádném proplachu sondy při přerušení aplikace výživy (Meisnerová, 2011, s. 232).

Přípravky enterální výživy jsou bezlaktózové, často bezlepkové a neobsahují cholesterol. Při deficitu bílkovin využíváme přípravky s jejich vyšším obsahem. Nejčastěji se podává polymerní enterální výživa s obsahem rozpustné vlákniny (Meisnerová, 2011, s. 232). Pokud nejsou nemocným tolerovány polymerní přípravky, lze použít oligomerní diety, tedy chemicky definovaných či nízkomolekulárních přípravků. Nevyžadují štěpení enzymy v trávicím traktu a k resorpci (vstřebání) potřebují menší množství energie. Jejich nevýhodou je však vyšší osmolalita (Kohout, 2004, s. 98). Mezi kontraindikace podávání enterální výživy patří bezprostřední pooperační období, gastrointestinální píštěle, těžký střevní zánět, ileózní stav (obstrukční stav) nebo toxické megakolon (Meisnerová, 2011, s. 232).

Pokud je trávicí trakt nemocného poškozen chorobou natolik, že nesnese nic podaného do střeva, nastupuje použití parenterální výživy, tedy aplikace speciálních přípravků do žilního systému nemocného. Lékař rozhodne, zda tuto výživu bude aplikovat do periferní nebo centrálních žíly (Kohout, 2011). Periferní parenterální výživa je aplikována buď krátkodobě cca do 3 týdnů, často jako příprava před operačním výkonem u dobře živených pacientů či jako doplněk stravy či enterální výživy (Kohout, 2004, s. 100 - 102).

Dlouhodobé podávání parenterální výživy je nutné aplikovat do centrální žíly (podklíčková nebo jugulární žíla), kterou lze podávat roztoky o vysoké osmolaritě a energetické hustotě. Pro domácí parenterální výživu lze použít dlouhodobý tunelovaný katétr, který zůstává zavedený i několik let. Dobře zaškolení pacienti v péči o tento katétr, mohou podávat výživu i v domácích podmínkách. Jinou možností podávání výživy parenterální cestou je použití port katétru po transkutánní punkci portu (Kohout, 2004, s. 100 - 102).

Parenterální výživa musí obsahovat všechny složky potravy, a to cukry i sacharidy, aminokyseliny, minerály, vitamíny a stopové prvky (např. vak all in one). Kontraindikace parenterální výživy jsou minimální, zahrnují šokový stav a etické aspekty (Kohout, 2004, s. 100 - 102). Případné komplikace parenterální výživy naleznete v příloze č. 16, s. 115.

## 1.9 PŘÍSTUP K NEMOCNÝM S CROHNOVOU CHOROBOU

Crohnova choroba vyžaduje nejen ze strany lékaře, ale i ošetřovatelského personálu individuální přístup. Požaduje kvalifikovaného odborníka, jenž je pro nemocné oporou. Vztah nemocný x lékař je založen na důvěře a etickém přístupu po celou dobu léčby onemocnění. Lékař je zároveň povinen nemocnému poskytovat srozumitelné informace o jeho zdravotním stavu, nejlépe v ničím nerušeném klidném prostředí. Empatický přístup by mu neměl být rovněž cizí, poněvadž nemocní bývají často psychicky alterováni, mnohdy vystrašení obavami z budoucna, jak vše budou zvládat, obavami z postojů svých rodin, partnerů, zaměstnavatele, z léčby, obav z případného vzniku komplikací a chirurgických zákroků. Často trvá nemocným dlouhou dobu, než se zadaptují na to, že život s Crohnovou chorobou je stavem trvalým, bohužel nezvratným. Proto je důležité využít i prvků komunikace, a to jak verbální, tak neverbální. Pohlazení, podržení za ruku nebo jen úsměv, jsou pro nás zdravotníky maličkosti, které můžeme nemocným poskytnout.

V léčbě Crohnovy nemoci se uplatňuje i týmová spolupráce, tzn. spolupráce mezi všemi zúčastněnými v léčbě nemocného, a to zejména gastroenterologa, chirurga, praktického lékaře, psychologa aj. odborníků.

Svůj bezpochybný význam mají i zavedené kluby, konaná shromáždění či jiné svépocné skupiny, kde crohnici získají potřebné informace o chorobě, ale mohou komunikovat s osobami se stejným postižením, což může v nemocném navodit dojem, že s touto nemocí není sám a ostatní se potýkají s podobnými problémy také. Snad nejznámějším sdružením v ČR je Občanské sdružení „Pacientů s IBD“ (inflammatory bowel disease) a nebo také občanské združení Slovak Crohn Club na Slovensku. Jaké jsou cíle sdružení pacientů s ISZ naleznete v příloze č. 18, s. 118.

## 1.10 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU

Nemocní s ISZ se potýkají i s mnoha problémy, ovlivňující jejich kvalitu života. Abychom mohli kvalitu života změřit, používáme dotazníky obecné a specifické. Nejčastěji užívané obecné dotazníky u ISZ jsou Short-Form 36 (SF 36) a dotazník Světové zdravotnické organizace (WHOQOLBref).

Nejznámější a nejvíce užívaný specifický dotazník je Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). Skládá ze 4 oblastí, a to střevní, sociální, emoční a systémové. Obsahuje 32 otázek a každá je hodnocena 7stupňovou škálou dle Likerta. Celkové skóre kolísá od 32 do 224 bodů. Čím je lepší kvalita života nemocného, tím je vyšší skóre.

Faktory ovlivňující kvalitu života rozdělujeme na faktory se vztahem ke Crohnově nemoci a faktory bez vztahu k nemoci. Aktivita nemoci je nejvýznamnější faktor ovlivňující kvalitu života. Léčba, ať už konzervativní nebo chirurgická má zásadní vliv na kvalitu života. Kvalitu života nemocných negativně ovlivňuje celá řada demografických faktorů, mladší věk, ženské pohlaví, kratší trvání nemoci a kouření. Při hodnocení kvality života jsou považovány za významné i faktory psychosociální a socioekonomické či kvalita lékařské péče. Zavedení biologické léčby v terapii Crohnovy choroby významně přispělo ke zlepšení kvality života nemocných a také snížilo počet hospitalizací a chirurgických výkonů (Gabalec, 2009). Ukázkou WHOQOL - BREF dotazníku (krátká verze) naleznete v příloze č. 11, s. 108.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 2 METODIKA ŠETŘENÍ A ORGANIZACE PRŮZKUMU

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, které symptomy onemocnění respondenty nejvíce limitují v jejich běžném životě, dále zjistit, zda Crohnova choroba ovlivnila nemocné po stránce sociální a zda omezila jejich kontakty s okolím. Posledním cílem bylo zjistit dopady Crohnovy choroby na psychickou stránku života klientů.

Výzkumného šetření se zúčastnili nemocní trpící Crohnovou chorobou, a to bez rozlišení, v jakém stádiu choroby se aktuálně nacházejí, tedy relapsu a remise onemocnění. Vzhledem k tomu, že Crohnova choroba má často nelehký chronický průběh, doprovázený řadou gastrointestinálních, ale i jiných potíží v různých oblastech, pro nemocné tohle onemocnění může znamenat určitá ovlivnění v oblasti sociální a v omezení kontaktů se svým okolím. Tato skutečnost je pro ně velice zatěžující po psychické stránce, tudíž se nemocní mohou potýkat s pocity rozmrzelosti, beznaděje, až různými stupni deprese, které mnohdy vyžadují lékařskou péči.

Dotazníkové šetření probíhalo na území Olomouckého a Zlínského kraje ČR. V Olomouckém kraji se konkrétně týkalo nemocných s Crohnovou chorobou docházejících na pravidelné kontroly, či na biologickou léčbu do Fakultní nemocnice Olomouc, II. interní kliniky gastro-enterologické a hepatologické. Šetření probíhalo jak v ambulantní části kliniky, tak na jejím lůžkovém oddělení 30 C. Malý vzorek respondentů byl osloven i na gastroenterologické a hepatologické ambulanci nemocnice Prostějov. V kraji Zlínském byli osloveni pacienti na gastroenterologické a hepatologické ambulanci a interní klinice IPVZ nemocnice Tomáše Bati.

Nejdelší a časově nejnáročnější z celkového harmonogramu šetření byla etapa distribuce a sběru dotazníků. Předcházela jí široká rešerše odborné literatury a dostupných zdrojů. Pro získání potřebných údajů jsem zvolila metodu anonymního dotazníku, který jsem po nastudování odborné literatury a zmapování těch nejčastějších potíží vyskytujících se u nemocných s Crohnovou chorobou sestavila (viz příloha č. 1, str. 94). I když existuje standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOLBref pro nemocné s Crohnovou chorobou, jeho použití jsem neshledávala přínosným nejen pro můj výzkum, ale celkově i pro sebe sama.

## 2.1 Cíle průzkumu

V rámci bakalářské práce jsem stanovila následující cíle a k nim přiřadila jednotlivé hypotézy, které formou výzkumného šetření potvrdím, či nikoli.

***Cíl 1. Zjistit, které symptomy onemocnění respondenty nejvíce limitují v jejich běžném životě.***

**Hypotéza 1:** Předpokládám, že více jak 50 % respondentů bude nejčastěji obtěžovat nutkání na toaletu a tenesmy/křeče.

***Cíl 2. Zjistit, zda Crohnova choroba ovlivnila nemocné po stránce sociální a zda choroba omezila jejich kontakty s okolím.***

**Hypotéza 2:** Předpokládám, že více jak 60 % respondentů udává potíže v pracovním/studentském životě.

**Hypotéza 3:** Předpokládám, že více jak 40 % respondentů udává potíže v soukromém/partnerském životě.

**Hypotéza 4:** Předpokládám, že více jak 40 % respondentů udává potíže ve svém společenském životě (výlety, sport apod.)

**Hypotéza 5:** Předpokládám, že více jak 50 % respondentů bude udávat, že kvůli onemocnění omezili kontakty se svým okolím.

***Cíl 3. Zjistit dopady Crohnovy choroby na psychickou stránku života klientů.***

**Hypotéza 6:** Předpokládám, že více jak 70 % respondentů bude vnímat časté negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese.

**Hypotéza 7:** Předpokládám, že více jak 30 % respondentů vyhledalo pomoc psychologa.

## 2.2 Volba výzkumné metody a její zdůvodnění

Nejvýhodnější metodou pro výzkumné šetření se mi jevilo použití dotazníku z důvodu, že touto metodou lze v krátkém časovém úseku získat poměrně velké množství dat od velkého počtu respondentů.

Nevýhodou zvolené metody šetření je nedostatečný osobní přístup při získávání dat a omezená možnost zajištění pravdivosti zvolených odpovědí v dotazníku. Tato metoda však umožňuje anonymitu respondentů, na kterou byl kladen v dotazníku důraz, proto věřím, že této možnosti nemocní plně využili k tomu, aby plně vyjádřili své pocity, názory nebo obavy.

Vlastní šetření probíhalo od 15. září do 15. března v akademickém roce 2012/2013 a bylo určeno nemocným trpícím Crohnovou chorobou.

Distribuce dotazníkových formulářů probíhala mnou osobně nebo za pomoci vrchních a staničních sester konkrétně v Nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, Nemocnici Prostějov a Fakultní nemocnici Olomouc. Všichni zúčastnění byli podrobně poučeni o významu a způsobu šetření a tvořili tak kompetentní prostředníky mezi mnou a dotazovanými respondenty.

V úvodní části dotazníku jsem respondenty seznámila s názvem tématu bakalářské práce a účelem dotazníkového šetření. Uvedla jsem elektronický kontakt na moji osobu, který mohli dotazovaní využít v případě jakýchkoli nejasností. Dále jsem požádala respondenty o jeho pečlivé a pravdivé vyplnění.

Další část dotazníku obsahuje celkem 23 otázek, kde jsem se zaměřila na získání základních dat a demografických údajů, nejčastějších limitujících obtíží doprovázejících Crohnovu chorobu, informovanost nemocných o svém onemocnění, jak choroba ovlivňuje nemocné po stránce sociální a zda omezila jejich kontakty s okolím, a také jakým způsobem je ovlivnila po stránce psychické.

Dotazník se skládá celkem z 23 otázek. U většiny otázek měli respondenti možnost zvolit z nabízených odpovědí. Jednalo se o položky uzavřeného charakteru, polytomické, kde zvolily jednu z odpovědí, pokud nebylo určeno jinak u dané otázky. Nebo šlo o otázky otevřené, kde respondenti odpověděli vlastními slovy.

Ke stanovenému cíli č. 1 je určena položka v dotazníku č.: 6. K cíli č. 2 spadají položky č.: 15, 17, 18 a 19. K poslednímu stanovenému cíli č. 3 se vztahují položky č.: 21, 22 a 23. Zbylé položky č. 1 - 5, 7 - 14, 16 a 20 jsou doplňkové a slouží k vytvoření celostního obrazu o dané problematice.

Před samotnou realizací výzkumného šetření jsem provedla tzv. pilotní šetření k vyloučení případných chyb a nesrovnalostí v dotazníkových formulářích. Šetření spočívalo v rozdáni pěti dotazníků osobám v mém blízkém okolí, zejména zdravotníkům, kteří mají povědomí o dané problematice Crohnovy choroby. Všichni účastníci pilotního šetření vyplnili dotazník bez výraznějších potíží a deklarovali, že jsou otázky formulovány srozumitelně, čímž jsem nabyla jistoty k jejich následné distribuci.

### 2.3 Distribuce dotazníků

Celkový počet distribuovaných dotazníků byl 70 v Olomouckém a 45 ve Zlínském kraji. Konkrétně v městech Olomouc, Prostějov a Zlín. 40 dotazníků bylo rozdáno na oddělení 30 C, II. interní kliniky - gastro-enterologické a hepatologické, ve FN Olomouc, zbývajících 20 dotazníků jsem distribuovala v ambulantní části téže kliniky. 10 dotazníků jsem distribuovala v nemocnici v Prostějově na gastroenterologické a hepatologické ambulanci, 35 dotazníků na gastroenterologické a hepatologické ambulanci v nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a 10 dotazníků na interním oddělení IPVZ téže kliniky.

Po obdržení všech souhlasů s provedením šetření s poskytnutím informací (viz přílohy č. 2, 3, 4, 5, 6 a 7, str. 94 - 104) pomocí dotazníkové metody v rámci realizace bakalářské práce, a to z jednotlivých nemocnic uvedených výše, jsem předala formuláře vrchním, případně po domluvě staničním sestřím jednotlivých pracovišť. Na II. Interní klinice v Olomouci jsem se na rozdávání dotazníků nemocným, kteří na oddělení chodili v pravidelných intervalech na poskytnutí biologické léčby, podílela z velké části osobně.

Managementu zdravotnických zařízení, kde šetření probíhalo, jsem poskytla podrobné informace o cílech bakalářské práce a podala instrukce k vyplnění formulářů. Je nutné podotknout, že některá zdravotnická zařízení byla ochotná účastnit se dotazníkového šetření jen za předpokladu, že obdrží získané výsledky šetření. Tato možnost jim byla zajisté poskytnuta.

Sběr dat probíhal v období od 15. září do 15. března v akademickém roce 2012/2013.

### 3 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole budou znázorněny výsledky provedeného dotazníkového šetření. K výzkumu bylo použito 94 dotazníkových formulářů, které jsem vyhodnocovala a zpracovala do tabulek a grafů pomocí počítačových programů Microsoft Word a Excel. Ke každé otázce dotazníku je vytvořena položka zahrnující tabulku, kde jsou prezentovány výsledky šetření jak v absolutní tak relativní četnosti.

Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:

$$f = n/N$$

$f$  - relativní četnost

$n$  - absolutní četnost

$N$  - celková četnost

V práci jsou použity pro lepší znázornění a přehlednost 2 typy grafů, a to sloupcový a výšečový graf.

Celkem jsem distribuovala 115 dotazníků. Celková návratnost byla všech 115 dotazníků, avšak 17 dotazníků se mi vrátilo nevyplněných, 4 vyplněné jen částečně, popř. nesprávně. Při analýze výsledků jsem tudíž vycházela z celkového vzorku 94 nemocných s Crohnovou chorobou ( $n = 94$ ).

Nejvíce dotazníků jsem získala ve Fakultní nemocnici Olomouc na II. interní klinice, což dle mého názoru je ovlivněno vlastní distribucí a výbornou spoluprací se zdravotníky, kteří poskytují biologickou léčbu v daném místě. Nejmenší počet respondentů jsem získala v nemocnici Prostějov, což přisuzuji subjektivně, tak i objektivně k nevelkému zájmu personálu podílet se na dotazníkovém šetření a malému počtu nemocných léčících se s Crohnovou chorobou na tomto místě.

### 3.1 Interpretace výsledků jednotlivých položek dotazníkového šetření

Tato část práce obsahuje interpretaci a analýzu výsledků šetření. Celkový počet dotazovaných respondentů byl  $n=94$ .

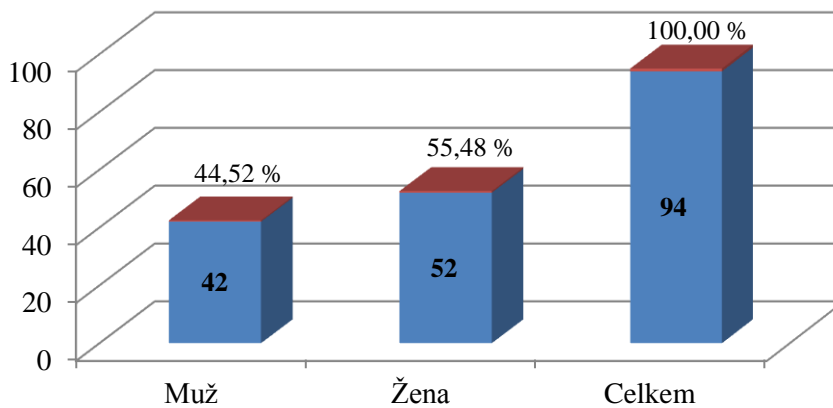
#### Položka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 3: Pohlaví respondentů.

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	42	44,52 %
Žena	52	55,48 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 94 respondentů s Crohnovou chorobou (100,00 %). 42 mužů (44,52 %) a 52 žen (55,48 %). Pro názornější představu slouží grafické znázornění níže.

Pohlaví respondentů



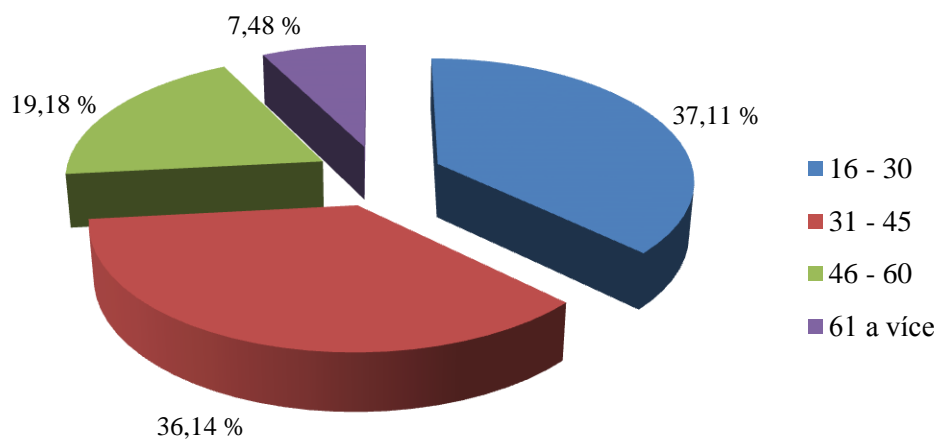
Graf 1 Pohlaví respondentů

**Položka č. 2 Uved'te, kolik je Vám let?**

Tab. 4: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
16 - 30	35	37,11 %
31 - 45	34	36,14 %
46 - 60	18	19,18 %
61 a více	7	7,48 %

Tato tabulka poskytuje informace o věku respondentů. Vzhledem k tomu, že z oslovených nemocných byli všichni hospitalizováni a vedeni na odděleních a ambulancích pro dospělé, stanovila jsem si první věkovou hranici od 16 – 30 let. V této věkové kategorii odpovídalo na otázky z dotazníku 35 respondentů, tedy (37,11 %). Další kategorie 31 – 45 let zahrnovala 34 respondentů (36,14 %), ve věku 46 – 60 let odpovídalo 18 respondentů (19,18 %) a nad 61 a více roků to bylo 7 nemocných (7,48 %).

**Věk respondentů**

Graf 2 Věk respondentů



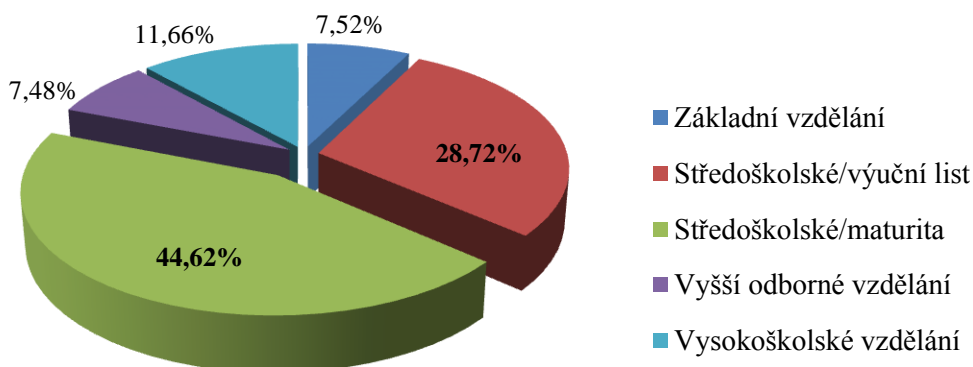
### Položka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní vzdělání	7	7,50 %
Středoškolské/výuční list	27	28,72 %
Středoškolské/maturita	42	44,62 %
Vyšší odborné vzdělání	7	7,50 %
Vysokoškolské vzdělání	11	11,66 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tato položka obsahuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z tabulky výše si můžeme všimnout, že nejvíce respondentů s Crohnovou chorobou, a to 42 (44,62 %), bylo středoškolsky vzdělaných s maturitou. Výuční list mělo 27 nemocných (28,72 %), vysokou školu 11 nemocných (11,66 %) a 7 (7,50 %) respondentů bylo s vyšším odborným a se základním vzděláním.

Nejvyšší dosažené vzdělání



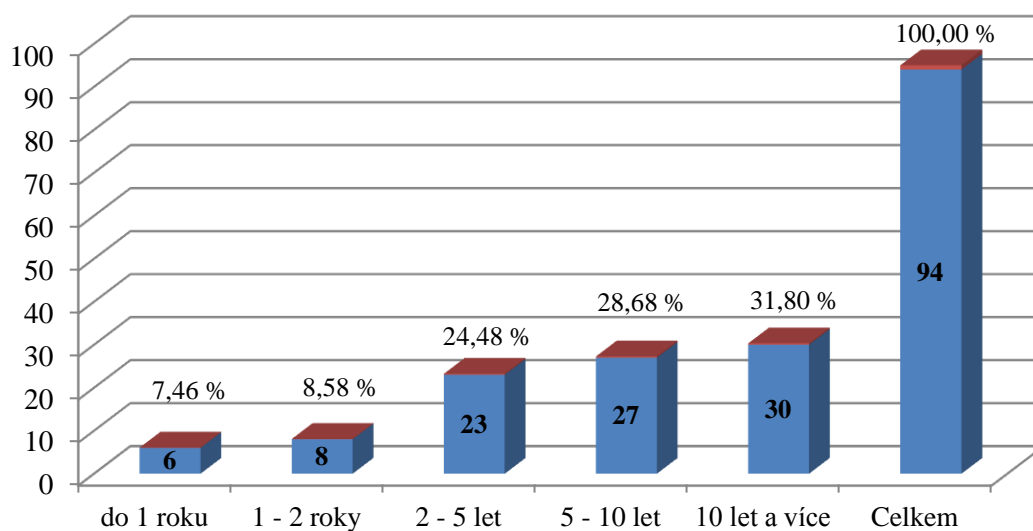
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

**Položka č. 4 Jak dlouho se s Crohnovou chorobou léčíte?**

Tab. 6: Délka trvání choroby

Délka trvání choroby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
do 1 roku	6	7,46 %
1 - 2 roky	8	8,58 %
2 - 5 let	23	24,48 %
5 - 10 let	27	28,68 %
10 let a více	30	31,80 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tato tabulka znázorňuje délku trvání Crohnovy choroby respondentů. Můžeme si všimnout, že s narůstající délkou trvání onemocnění stoupá počet nemocných. V kategorii délky trvání do 1 roku bylo 6 respondentů (7,46 %), 1 – 2 roky bylo nemocných 8 respondentů (8,58 %), 2 – 5 let bylo 23 respondentů (24,48 %), 5 – 10 let bylo 27 respondentů (28,68 %) a v kategorii 10 let a více bylo nejvíce respondentů, a to 30 (31,80 %).

**Délka trvání choroby**

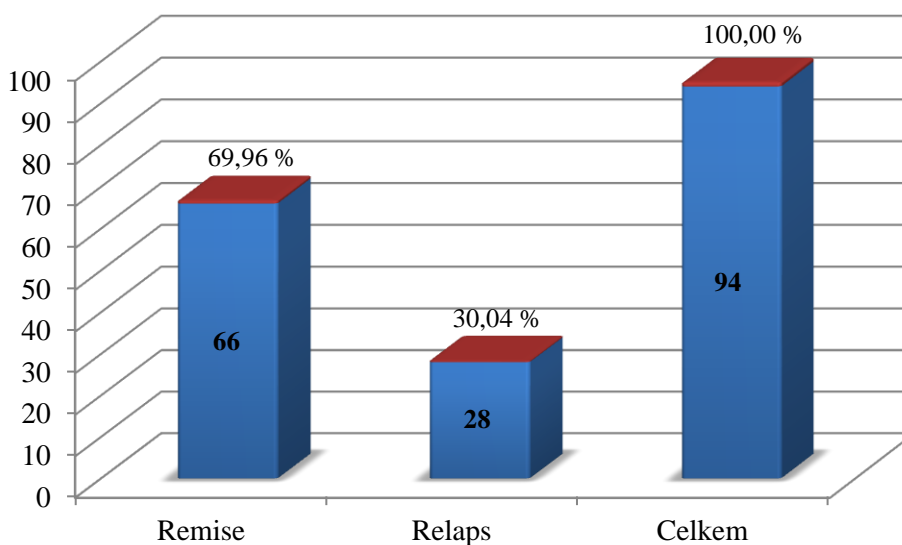
Graf 4 Délka trvání choroby

**Položka č. 5 V jaké fázi onemocnění se nyní nacházíte?**

Tab. 7: Fáze onemocnění

Fáze onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Remise	66	69,96 %
Relaps	28	30,04 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 7 poskytuje informace o fázi onemocnění, ve které se nemocní aktuálně nacházejí. V období remise, tedy v období klidovém, se nacházelo 66 nemocných (69,96 %). Podstatně menší částí respondentů bylo v období relapsu, tedy akutní fáze onemocnění, vyžadující aktivnější lékařskou péči, případně hospitalizaci nemocného.

**Fáze onemocnění**

Graf 5 Fáze onemocnění

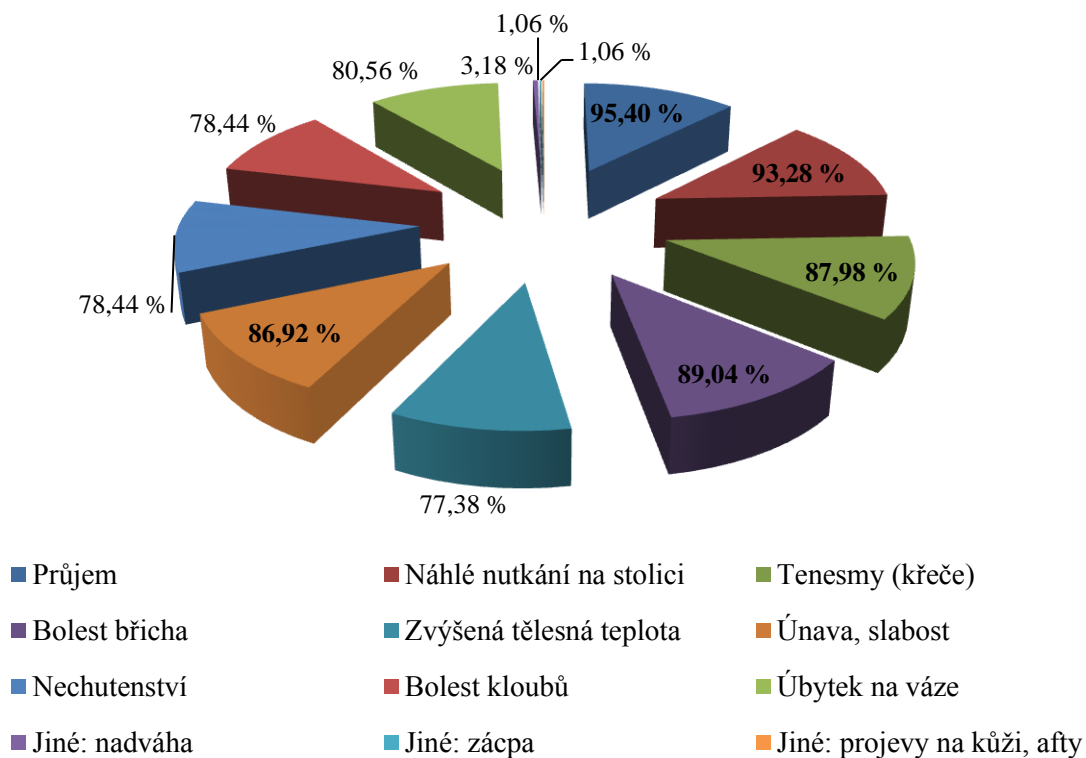
**Položka č. 6 Které projevy onemocnění Vás nejvíce limitují (obtěžují) v běžném životě? (Prosím, označte číslicemi 1 - 5 nejčastěji limitující příznaky (1 = nejvíce, 5 = nejméně limitující).**

Tab. 8: 5 nejčastějších projevů CD (Crohn disease – Crohnovy choroby)

<b>5 nejčastějších projevů CD</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Průjem</b>	<b>90</b>	<b>95,40 %</b>
<b>Náhlé nutkání na stolici</b>	<b>88</b>	<b>93,28 %</b>
<b>Tenesmy (křeče)</b>	<b>83</b>	<b>87,98 %</b>
<b>Bolest břicha</b>	<b>84</b>	<b>89,04 %</b>
Zvýšená tělesná teplota	73	77,38 %
<b>Únava, slabost</b>	<b>82</b>	<b>86,92 %</b>
Nechutenství	74	78,44 %
Bolest kloubů	74	78,44 %
Úbytek na váze	76	80,56 %
Jiné: nadváha	3	3,18 %
Jiné: zácpa	1	1,06 %
Jiné: projevy na kůži, afty	1	1,06 %

Tabulka č. 8 znázorňuje 5 nejčastěji se vyskytujících projevů, které nemocné limitují v jejich běžném životě. Podle očekávání je nejvíce omezujícím projevem u 90 nemocných (95,40 %) přítomný průjem, dále náhlé nutkání na stolici u 88 nemocných (93,28 %), bolesti břicha u 84 (89,04 %), tenesmy u 83 (87,98 %) a únava a celková slabost organismu u 82 nemocných (86,92 %). Z jiných projevů, které nemocní negativně vnímají je úbytek na váze u 76 nemocných (80,56 %), nechutenství a bolesti kloubů jsou zatěžující pro 74 respondentů (78,44 %), zvýšená tělesná teplota trápí 73 respondentů (77,38 %). Možnosti jiné odpovědi využilo celkem 5 nemocných, z nichž 3 trpí spíše nadváhou (3,18 %), 1 trápí zácpa (1,06 %). Tyto možnosti odpověděli nemocní ve stádiu remise, tedy v klidovém stádiu. U 1 nemocného jsou typické projevy na kůži a časté afty (1,06 %).

5 nejčastějších projevů CD



Graf 6 5 nejčastějších projevů CD

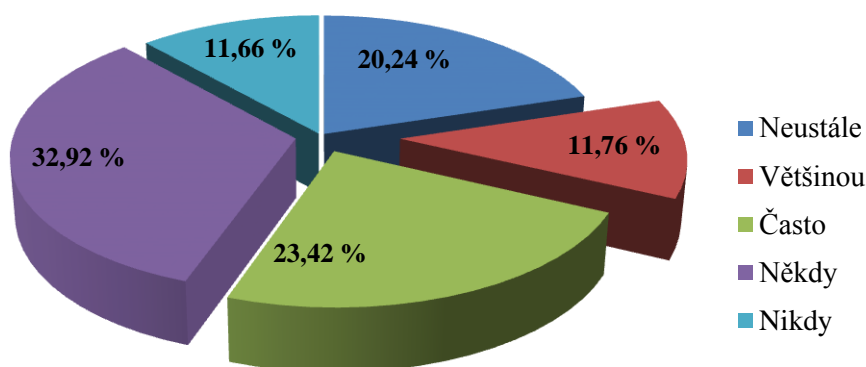
**Položka č. 7 Býváte často znepokojen/a na veřejnosti strachem, že nenajdete toaletu?**

Tab. 9: Strach z nenalezení toalety

Strach z nenalezení toalety	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Neustále	19	20,24 %
Většinou	11	11,71 %
Často	22	23,42 %
Někdy	31	32,92 %
Nikdy	11	11,71 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Položka č. 7 zjišťovala, zda mají nemocní s Crohnovou chorobou strach z možného nenalezení toalety, a to zejména v jim neznámém prostředí. Nejvíce, tedy 31 nemocných (32,92 %) odpovědělo, že strach pociťuje jen někdy, 22 nemocných (23,42 %) ho pociťuje často, 19 nemocných (20,24 %) neustále a po 11 odpovědích (11,71 %) byly odpovězeny možnosti většinou a nikdy.

**Strach z nenalezení toalety**



Graf 7 Strach z nenalezení toalety

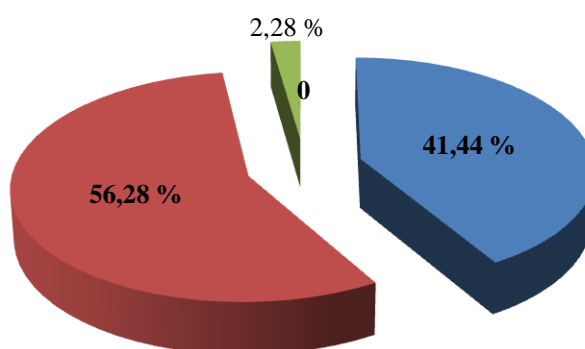
**Položka č. 8 Jste informován/a o správných stravovacích návycích vzhledem ke svému onemocnění a dodržujete je?**

Tab. 10: Znalost a dodržování stravovacích návyků

Znalost a dodržování stravovacích návyků	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, znám je a striktně dodržuji	39	41,44 %
Ano, znám je, ale striktně nedodržuji	53	56,28 %
Neznám je, tudíž nedodržuji, ale chci se o nich dozvědět	2	2,28 %
Neznám je, tudíž nedodržuji a nepotřebuji je znát	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 10 ukazuje, zda nemocní s Crohnovou chorobou znají a dodržují stravovací návyky nutné při jejich léčbě. 53 respondentů (56,28 %) uvedlo, že stravovací návyky zná, ale striktně je nedodržuje, 39 nemocných (41,44 %) uvedlo, že způsob stravování zná, a také ho striktně dodržuje. Pouze 2 respondenti (2,28 %) uvedli, že stravovací návyky neznají, tudíž je nedodržují, ale chtějí se o nich dozvědět. Tito respondenti byli hospitalizováni v nemocnici a nacházeli se v akutním stádiu onemocnění při jeho prvotním vzplanutí. Grafické znázornění naleznete níže.

**Znalost a dodržování stravovacích návyků**



- Ano, znám je a striktně dodržuji
- Ano, znám je, ale striktně nedodržuji
- Neznám je, tudíž nedodržuji, ale chci se o nich dozvědět
- Neznám je, tudíž nedodržuji a nepotřebuji je znát

Graf 8 Znalost a dodržování stravovacích návyků

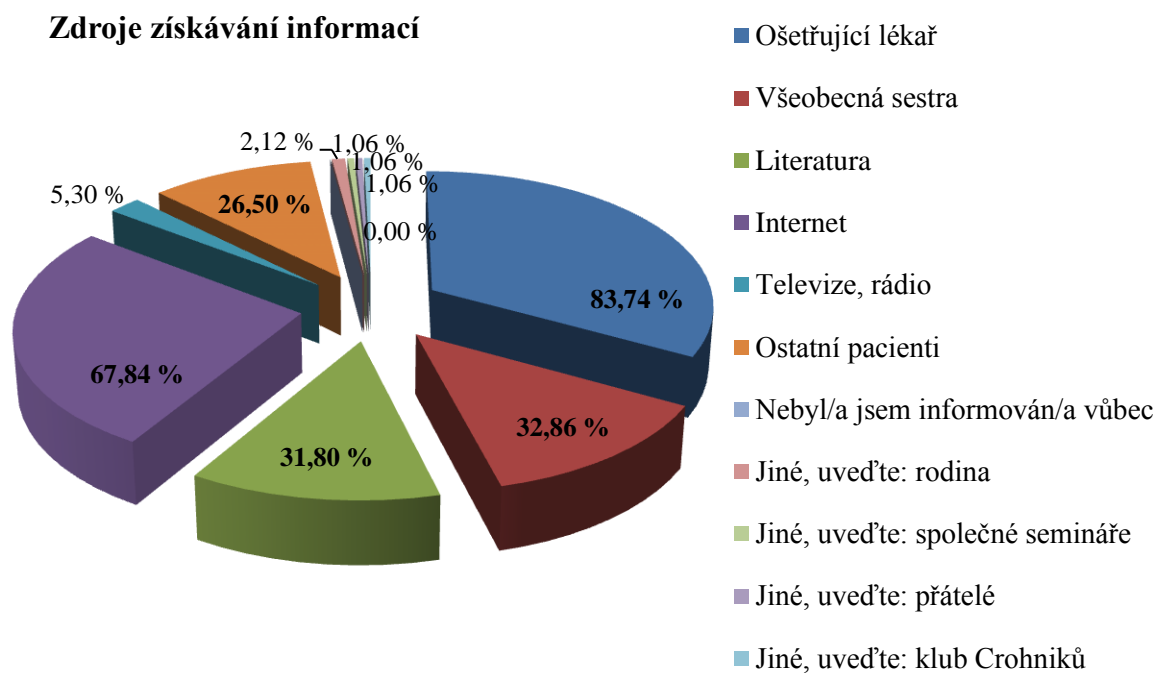
**Položka č. 9 Jakým způsobem jste získal/a nejvíce informací o Vašem onemocnění? (Označte více odpovědí).**

Tab. 11: Zdroje získávání informací

Zdroje získávání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ošetřující lékař	79	83,74 %
Všeobecná sestra	31	32,86 %
Literatura	30	31,80 %
Internet	64	67,84 %
Televize, rádio	5	5,30 %
Ostatní pacienti	25	26,50 %
Nebyl/a jsem informován/a vůbec	0	0,00 %
Jiné, uveďte: rodina	2	2,12 %
Jiné, uveďte: společné semináře	1	1,06 %
Jiné, uveďte: přátelé	1	1,06 %
Jiné, uveďte: klub Crohniků	1	1,06 %

Tato položka ukazuje, jakým způsobem nemocní získávají potřebné informace o svém onemocnění. Respondenti zde mohli využít možnosti jiné odpovědi. Největší počet, tedy 79 nemocných (83,74 %) získává informace od svého ošetřujícího lékaře, 64 nemocných (67,84 %) je vyhledává pomocí internetu, 31 nemocných (32,86 %) je získává od všeobecné sestry, 30 respondentů (31,80 %) je vyhledává v literatuře, 25 nemocných (26,50 %) je získává díky ostatním spolupacientům potkávajících se na ambulancích či za hospitalizace. Pouze 5 respondentů (5,30 %) informace získává z televize nebo rádia. Možnosti jiné odpovědi využilo celkem 5 respondentů, kdy 2 z nich uvedli (2,12 %), že informace získali za pomoci svojí rodiny, 1 (1,06 %) díky společným seminářům, 1 (1,06 %) pomocí svých přátelů a 1 (1,06 %) díky klubu Crohniků, kde je přihlášen. Grafické znázornění naleznete na následující straně.





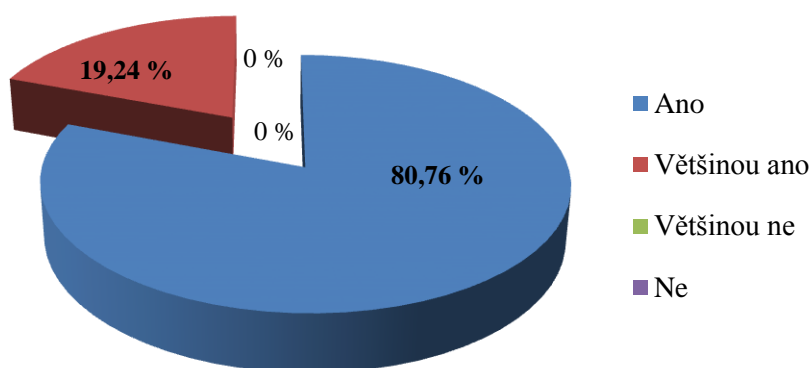
Graf 9 Zdroje získávání informací

**Položka č. 10 Dodržujete ošetřujícím lékařem/gastroenterologem předepsanou medikaci?**

Tab. 12: Dodržování předepsané medikace

Dodržování předepsané medikace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	76	80,76 %
Většinou ano	18	19,24 %
Většinou ne	0	0,00 %
Ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Z tabulky č. 12 výše vyplývá, že z velké většiny respondent 76 (80,76 %) dodržuje předepsanou medikaci svým ošetřujícím lékařem a 18 respondentů (19,24 % ji dodržuje většinou. Ostatní možnosti, většinou ne a ne, neoznačil žádný z respondentů (0,00 %), což je velice pozitivní poznatek.

**Dodržování předepsané medikace**

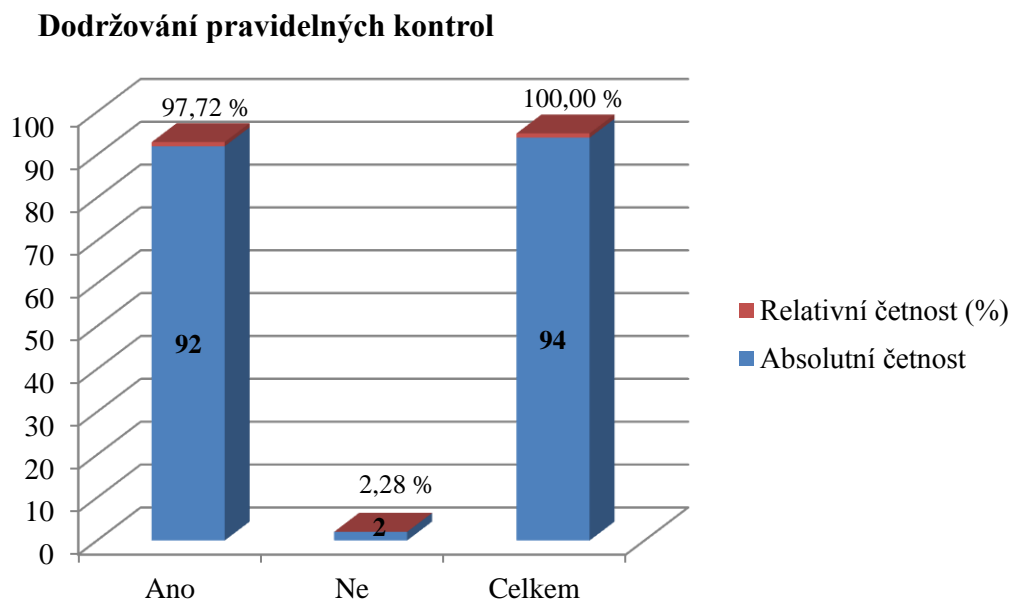
Graf 10 Dodržování předepsané medikace

**Položka č. 11 Dodržujete pravidelné kontroly u svého ošetřujícího lékaře/gastroenterologa?**

Tab. 13: Dodržování pravidelných kontrol

Dodržování pravidelných kontrol	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	92	97,72 %
Ne	2	2,28 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Položka č. 11 zjišťovala, zda nemocní s Crohnovou chorobou dodržují pravidelné kontroly u svého ošetřujícího lékaře. Výsledky jsou velmi příznivé. 92 (97,72 %) nemocných na pravidelné kontroly u svého gastroenterologa dochází pravidelně, 2 nemocní (2,28 %) nikoliv.



Graf 11 Dodržování pravidelných kontrol

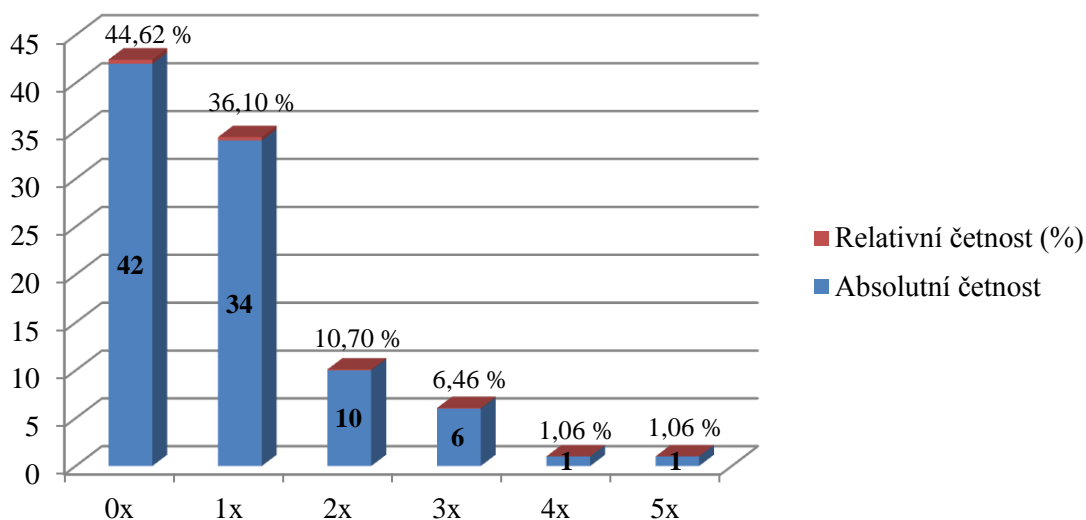
**Položka č. 12 Kolikrát jste byl/a v důsledku svého onemocnění hospitalizovaný/á v nemocnici za poslední rok?**

Tab. 14: Hospitalizace za poslední rok

Hospitalizace za poslední rok	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0x	42	44,62 %
1x	34	36,10 %
2x	10	10,70 %
3x	6	6,46 %
4x	1	1,06 %
5x	1	1,06 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 14 znázorňuje, kolikrát byl respondent v důsledku svého onemocnění hospitalizován v nemocnici za poslední rok. 42 respondentů (44,62 %) hospitalizaci v nemocnici během posledního roku nepotřebovali, 34 respondentů (36,10 %) bylo hospitalizováno v nemocnici 1x, 10 respondentů (10,70 %) 2x, 6 respondentů (6,46 %) 3x, 1 respondent (1,06 %) 4x a 1 respondent (1,06 %) dokonce 5x za poslední rok.

**Hospitalizace za poslední rok**



Graf 12 Hospitalizace za poslední rok

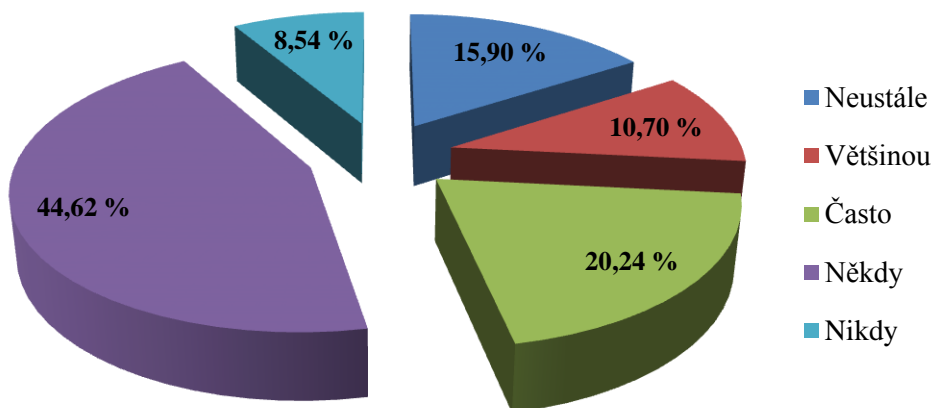
**Položka č. 13 Máte strach z chirurgického zákroku v důsledku možného vzniku komplikací svého onemocnění?**

Tab. 15: Strach z chirurgického zákroku

Strach z chirurgického zákroku	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Neustále	15	15,90 %
Většinou	10	10,70 %
Často	19	20,24 %
Někdy	42	44,62 %
Nikdy	8	8,54 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tato položka měla zhodnotit, zda mají respondenti strach z možného chirurgického zákroku v důsledku možného vzniku komplikací Crohnovy choroby. 42 respondentů (44,62 %) uvedlo, že strach pociťuje někdy, 19 respondentů (20,24 %) ho pociťuje často, 15 nemocných (19,90 %) neustále, 10 (10,70 %) většinou a 8 respondentů (8,54 %) ho nepociťuje nikdy.

**Strach z chirurgického zákroku**



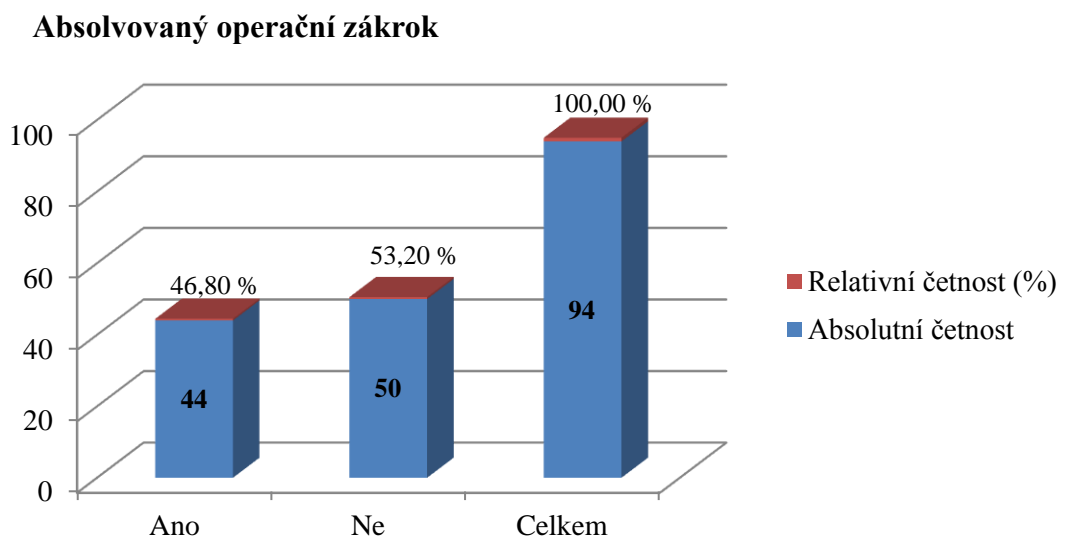
Graf 13 Strach z chirurgického zákroku

**Položka č. 14. Absolvoval/a jste doposud nějaký operační zákrok spojený s Vaším onemocněním?**

Tab. 16: Absolvovaný operační zákrok

Absolvovaný operační zákrok	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	44	46,80 %
Ne	50	53,20 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tato položka ukazuje, zda respondent doposud absolvoval nějaký operační zákrok spojený se svým onemocněním. Výsledky jsou si velice podobné. 50 respondentů (53,20 %) chirurgický zákrok doposud neabsolvovalo, zatímco 44 nemocných (46,80 %) ano.



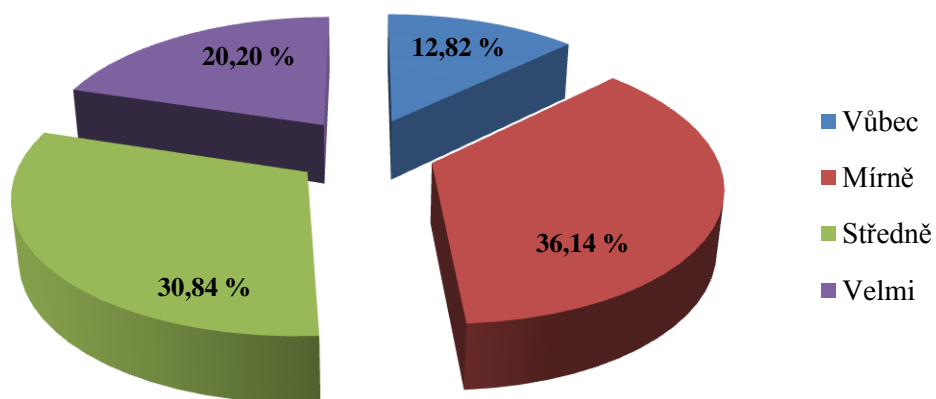
Graf 14 Absolvovaný operační zákrok

**Položka č. 15 Ovlivnila (ovlivňuje) Vás nemoc v pracovním/studentském životě?**

Tab. 17: Ovlivnění běžného života CD

Ovlivnění pracovního/ studentského života CD	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec	12	12,82 %
Mírně	34	36,14 %
Středně	29	30,84 %
Velmi	19	20,20 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

V tabulce č. 17 můžeme vidět, jak nemocné ovlivnila Crohnova choroba v pracovním a studentském životě. 34 respondentů (36,14 %) ovlivnila CD tuto oblast jen mírně, 29 nemocných (30,84 %) středně, 19 (20,20 %) velmi a 12 nemocných (12,82 %) neovlivnila CD tuhle oblast vůbec.

**Ovlivnění pracovního/studentského života**

Graf 15 Ovlivnění pracovního/studentského života

**Položka č. 16 Absence v zaměstnání/při studiu mě donutila k/ke (označte více odpovědí):**

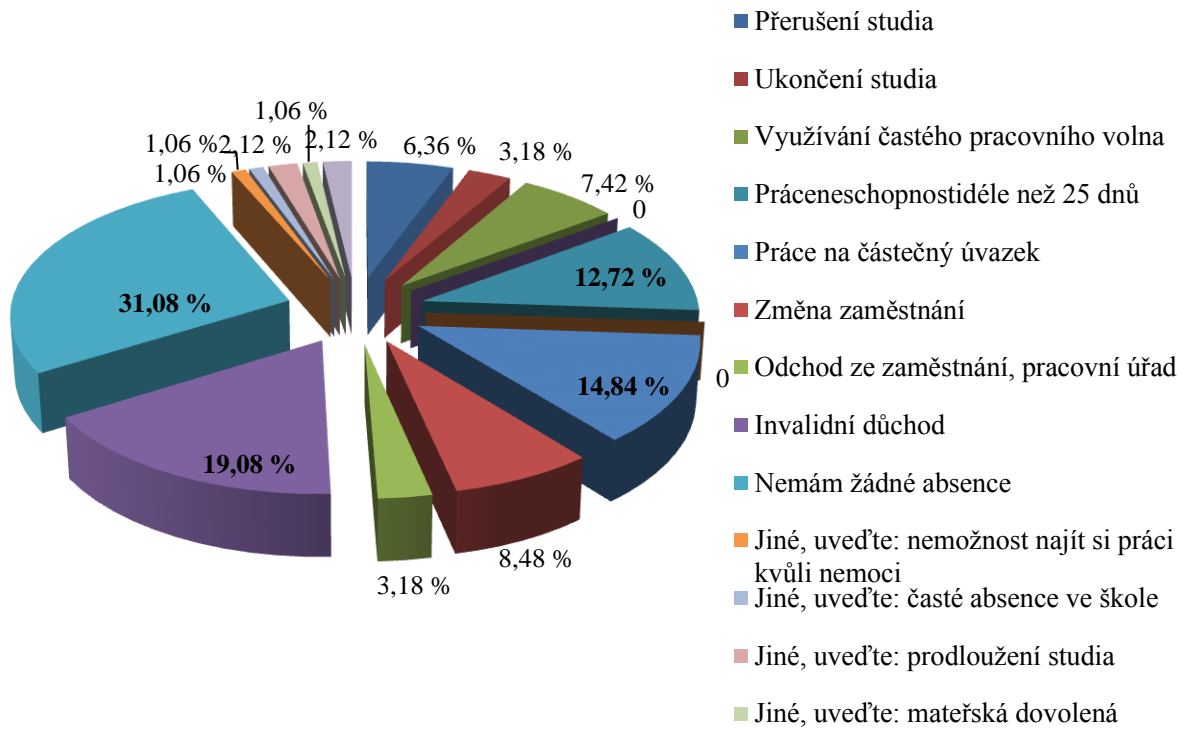
Tab. 18: Dopad CD na zaměstnání/studium

Dopad CD na zaměstnání/studium	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Přerušeni studia	6	6,36 %
Ukončení studia	3	3,18 %
Využívání častého pracovního volna v posledním roce	7	7,42 %
Práceschopnostidéle než 25 dnů v posledním roce	12	12,72 %
Práce na částečný úvazek	14	14,84 %
Změna zaměstnání	8	8,48 %
Odchod ze zaměstnání, pracovní úřad	3	3,18 %
Invalidní důchod	18	19,08 %
Nemám žádné absence	30	31,08 %
Jiné, uveďte: nemožnost najít si práci kvůli nemoci	1	1,06 %
Jiné, uveďte: časté absence ve škole	1	1,06 %
Jiné, uveďte: prodloužení studia	2	2,12 %
Jiné, uveďte: mateřská dovolená	1	1,06 %
Jiné, uveďte: starobní důchod	2	2,12 %

Položka č. 16 zjišťovala, k čemu nemocné donutila absence v zaměstnání nebo při studiu. 30 respondentů (31,08 %) uvedlo, že kvůli CD nemá žádné absence, 18 respondentů (19,08 %) bylo nuceno odejít do invalidního důchodu, což je relativně vysoké číslo. 14 nemocných (14,84 %) kvůli CD pracuje na částečný úvazek, 12 nemocných (12,72 %) je práceneschopných déle než 25 dnů v posledním roce, 7 (7,42 %) využívá častého pracovního volna v posledním roce, 6 nemocných (6,36 %) bylo donuceno kvůli CD přerušit studium, 3 (3,18 %) odešli ze zaměstnání a jsou na pracovním úřadě. Možnost jiné odpovědi využilo 7 respondentů (7,42 %). 2 respondenti (2,12 %) kvůli onemocnění přerušili studium, 2 (2,12 %) odešli do starobního důchodu, 1 nemocný (1,06 %) má časté absence ve škole a 1 respondentka (1,06 %) je na mateřské dovolené. Grafické znázornění dopadu CD na zaměstnání či studium naleznete na straně níže.



**Dopad CD na zaměstnání/studium**



Graf 16 Dopad CD na zaměstnání/studium

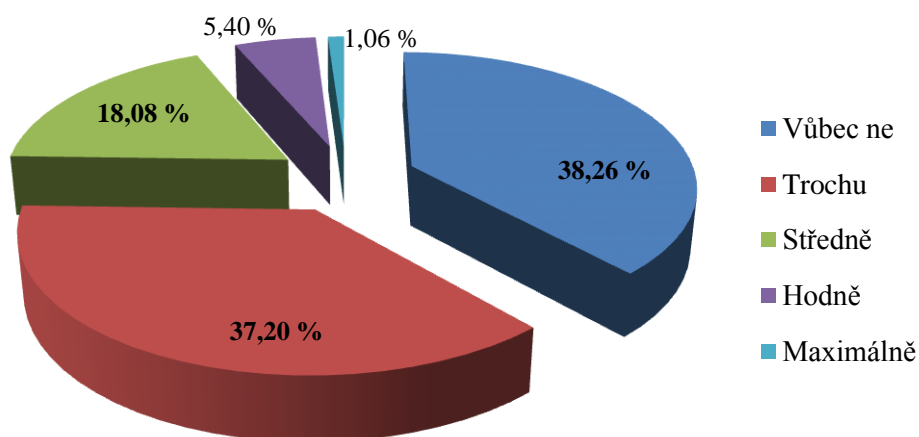
**Položka č. 17 Byl/a jste v důsledku svého onemocnění nucen/a omezit kontakty se svým okolím?**

Tab. 19: Omezení kontaktů s okolím

Omezení kontaktů s okolím	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	36	38,26 %
Trochu	35	37,2 %
Středně	17	18,08 %
Hodně	5	5,4 %
Maximálně	1	1,06 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulkou č. 19 získáváme přehled o tom, zda byl respondent nucen v důsledku svého onemocnění omezit kontakty se svým okolím. 36 nemocných (38,26 %) kontakty se svým okolím neomezilo, 35 nemocných (37,2 %) je omezilo jen trochu, 17 (18,08 %) středně, 5 respondentů (5,4 %) omezilo kontakty hodně a jen u 1 nemocného (1,06 %) je omezení kontaktů maximální.

**Omezení kontaktů s okolím**



Graf 17 Omezení kontaktů s okolím

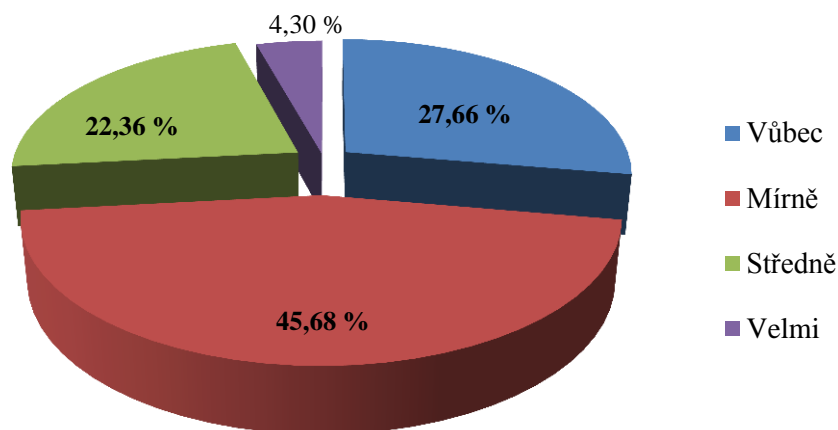
**Položka č. 18 Ovlivňuje Vás onemocnění v soukromém/partnerském životě (sexuální a společenská oblast)?**

Tab. 20: Ovlivnění soukromého/partnerského života

Ovlivnění soukromého/ partnerského života	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec	26	27,66 %
Mírně	43	45,68 %
Středně	21	22,36 %
Velmi	4	4,3 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

V této položce se zjišťovalo ovlivnění soukromého a partnerského života CD. 43 nemocných (45,68 %) uvádělo, že tuto oblast ovlivňuje CD mírně, 26 (27,66 %) nemocných neovlivňuje vůbec, 21 (22,36 %) ovlivňuje středně a 4 respondenty (4,3 %) ovlivňuje velmi.

**Ovlivnění soukromého/partnerského života**



Graf 18 Ovlivnění soukromého/partnerského života

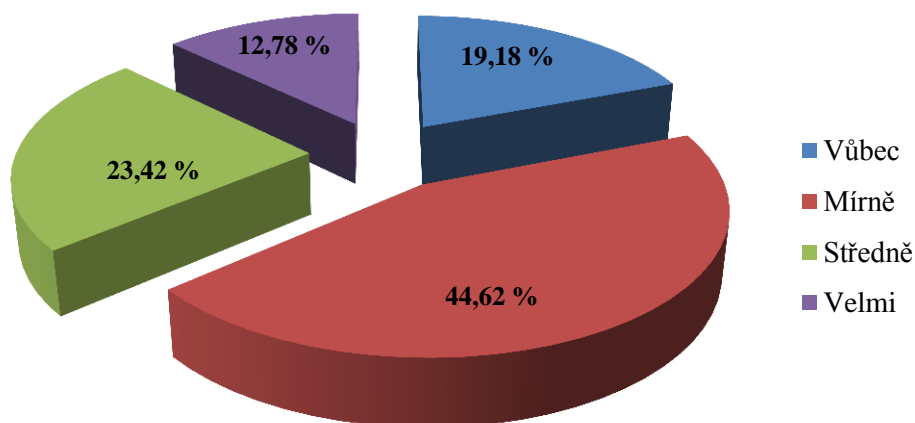
**Položka č. 19 Omezuje Vás onemocnění ve společenském životě (přátelé, sport, výlety apod..)?**

Tab. 21: Omezení ve společenském životě

Omezení ve společenském životě	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec	18	19,18 %
Mírně	42	44,62 %
Středně	22	23,42 %
Velmi	12	12,78 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Do jaké míry ovlivňuje nemocné CD ve společenském životě zjišťovala položka č. 19. 42 respondentů (44,62 %) ovlivňuje tuto oblast CD jen mírně, 22 nemocných (23,42 %) středně, u 18 nemocných (19,18 %) neovlivňuje CD společenský život vůbec a u 12 nemocných (12,78 %) je ovlivněn společenský život velmi.

**Omezení ve společenském životě**



Graf 19 Omezení ve společenském životě

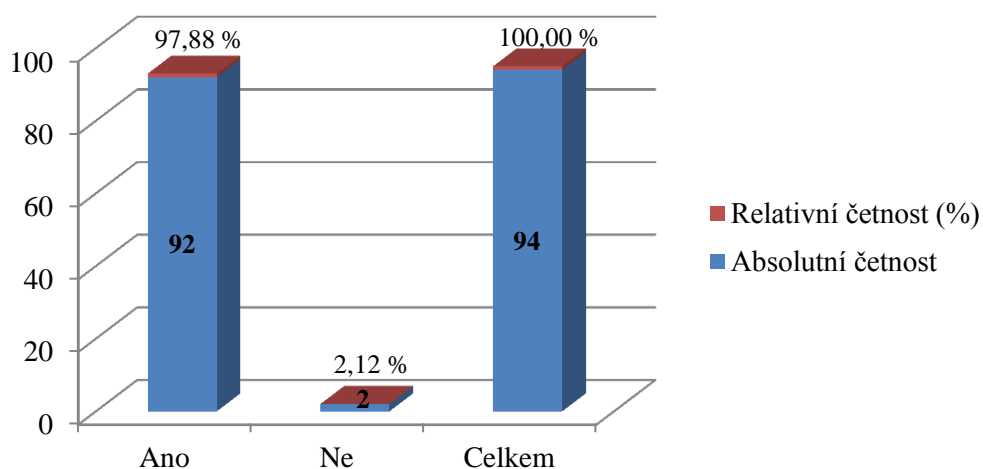
**Položka č. 20. Jste spokojen/a s lékařskou péčí, které se Vám v rámci Vašeho onemocnění dostává?**

Tab. 22: Spokojenost s lékařskou péčí

Spokojenost s lékařskou péčí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	92	97,88 %
Ne	2	2,12 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

V položce č. 20 bylo zjišťováno, zda jsou respondenti spokojeni s lékařskou péčí, které se jim dostává. Výsledky jsou velmi pozitivní. 92 nemocných (97,88 %) je se svou dosavadní léčbou onemocnění spokojená a pouze 2 respondenti (2,12 %) jsou nespokojeni s léčbou.

**Spokojenost s lékařskou péčí**



Graf 20 Spokojenost s lékařskou péčí

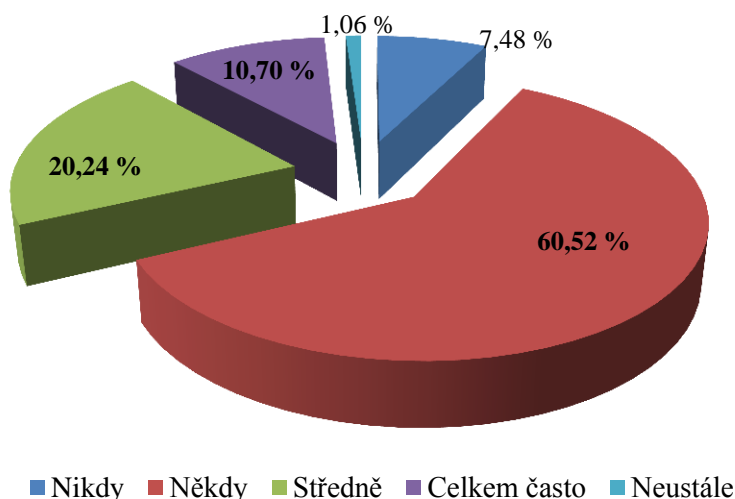
**Položka č. 21 Jak často prožíváte negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?**

Tab. 23: Prožívání negativních pocitů/rozmrzlost, deprese

Prožívání negativních pocitů /rozmrzlost, deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	7	7,48 %
Někdy	57	60,52 %
Středně	19	20,24 %
Celkem často	10	10,70 %
Neustále	1	1,06 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 23 nás informuje o prožívání negativních pocitů, jako je např. rozmrzelost a deprese. Je vcelku alarmující, že 87 respondentů (92,22 %) tyto pocity v jakékoliv míře vůbec má. 57 respondentů (60,52 %) odpovědělo, že tyto pocity prožívá jen někdy, 19 (20,24 %) respondentů je prožívá středně, 10 nemocných (10,70 %) celkem často, 7 nemocných (7,48 %) tyto pocity neprožívá nikdy a u 1 respondenta (1,06 %) se tyto pocity objevují neustále.

**Prožívání negativních pocitů/rozmrzlost, deprese**



Graf 21 Prožívání negativních pocitů/rozmrzlost, deprese

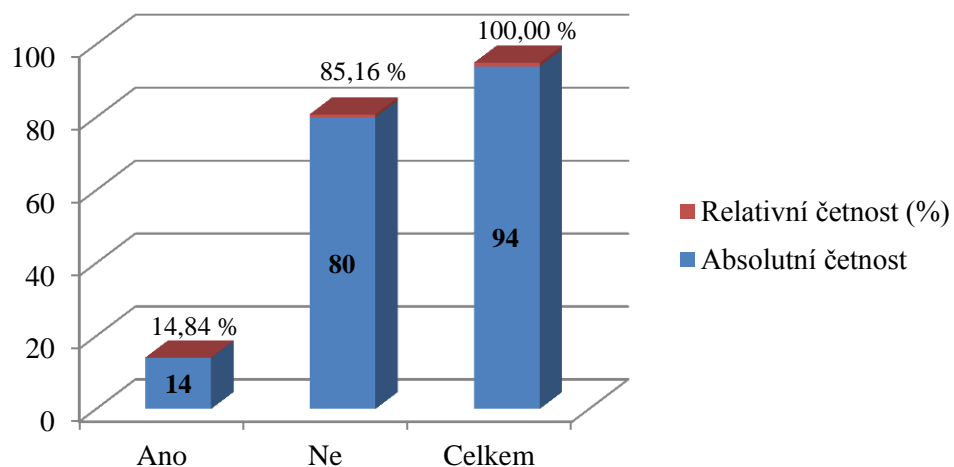
**Položka č. 22 Byl/a jste donucen/a vyhledat psychologickou (psychoterapeutickou) pomoc?**

Tab. 24: Vyhledání psychologické/psychoterapeutické pomoci

Vyhledání psychologické/ psychoterapeutické pomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	14	14,84 %
Ne	80	85,16 %
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100,00 %</b>

Tato položka zjišťovala vyhledání psychologické či psychoterapeutické pomoci respondenty v rámci svého nevléčitelného onemocnění, které je pro mnohé nemocné velkou zátěží. Výsledky ukazují, že 14 nemocných (14,84 %) pomoc psychologa či psychoterapeuta již vyhledalo a 80 nemocných (85,16 %) nikoliv.

**Vyhledání psychologické/psychoterapeutické pomoci**



Graf 22 Vyhledání psychologické/psychoterapeutické pomoci

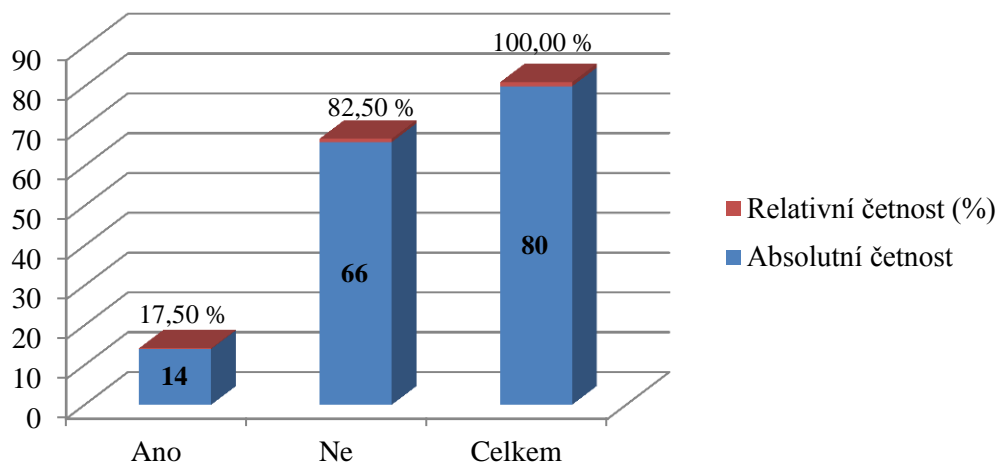
**Položka č. 23 Pokud jste odpověděli v předešlé otázce ne, zvažujete psychologickou/psychoterapeutickou pomoc?**

Tab. 25: Zvažování vyhledání psychologické/ psychoterapeutické pomoci

Zvažování vyhledání psychologické/ psychoterapeutické pomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	14	17,50 %
Ne	66	82,50 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100,00 %</b>

Možnost odpovídat na tuto otázku č. 23 měli jen respondenti, kteří odpověděli v předešlé položce v dotazníku možnost ne. Celkem se jednalo tedy o 80 respondentů (100 %). Tito respondenti byli tázáni, zda psychologickou či psychoterapeutickou pomoc zvažují. 14 nemocných (17,50 %) uvedlo, že tuto lékařskou pomoc zvažuje, 66 nemocných (82,50 %) nikoliv.

**Zvažování vyhledání psychologické/ psychoterapeutické pomoci**



Graf 23 Zvažování vyhledání psychologické/ psychoterapeutické pomoci



## DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabývala Crohnovou chorobou a jejím ovlivněním či dopadem na životy takto nemocných jedinců. Zaměřila jsem se v ní především na charakteristiku onemocnění Crohnovy choroby, na potíže, případně projevy, které nemocné při onemocnění doprovázejí a omezují jejich běžný denní život. Sběr dat byl proveden pomocí dotazníkového šetření, kdy jsem vyhodnotila data celkem od 94 respondentů. Vzhledem k tomu, že vyhledávání dostatečného počtu respondentů, tedy nemocných s Crohnovou chorobou, je dle mého názoru vcelku obtížné, a to především z toho důvodu, že léčba a sledování těchto nemocných se uskutečňuje většinou ve specializovaných centrech, kde je zajištěna vysoce odborná kvalifikovaná péče a nejmodernější léčba a i když incidence onemocnění CD narůstá, vzorek hospitalizovaných nemocných ve fázi relapsu choroby nebyl příliš vysoký. Část sběru dat pro předešlá fakta a získání dostatečně velkého vzorku, s kterým lze již validně pracovat, musela trvat poněkud delší dobu, a to ½ roku.

V diskuzi srovnávám moje zjištěná data s proběhlými klinickými studiemi a výsledky několika autorů bakalářských a 1 diplomové práce, kteří se podobnou problematikou jako já zabývali. Mezi autory, kteří dosavadní zjištěné poznatky publikovali v občanském sdružení pacientů s IBD, byl MUDr. Tomáš Krechler, lékař gastroenterologického centra Všeobecné fakultní nemocnice (dále VFN), IV. interní kliniky VFN a 1. LF UK v Praze, který se zabýval epidemiologickými ukazateli nespecifických střevních zánětů (2011). Cenné informace uvádí také v online poradně Crohnova nemoc.cz Doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc. Publikace Zuzany Grofové z r. 2007, a to Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry, byla také přínosem informací pro zpracování této části práce, stejně jako článek od MUDr. Jany Koželuhové z gastroenterologického oddělení Interní kliniky FN UK v Plzni s názvem Fertilita, gravidita a idiopatické střevní záněty. Zjištěná data porovnávám také s Celoevropským průzkumem IMPACT realizovaným mezi pacienty v období listopad 2010 – srpen 2011, který se uskutečnil pod záštitou Evropské federace sdružení pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu s cílem vyhodnotit vliv IBD na život pacientů, jejich mezilidské vztahy a výkonávání povolání. V rámci průzkumu bylo získáno 6 000 vyplněných dotazníků (63 % pacientů s Crohnovou nemocí a 33 % pacientů s ulcerózní kolitidou) od pacientů pocházejících z celkem 27 zemí. Dále jsem porovnávala výsledky bakalářské práce Kristýny Krbákové (2011) s názvem: Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou. Autorka se v druhé části dotazníku nechala inspirovat standardizovaným dotazníkem

kvality života pacientů při zánětlivém onemocnění střev (IBDQ) a ve třetí části dotazníku využila zkrácené verze standardizovaného dotazníku WHQOL-BREF v české formě. Pracovala celkem s výsledky 80 respondentů a výzkum byl proveden z převážné většiny z interní gastroenterologické kliniky a chirurgické kliniky ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice. Autorka Bc. Michaela Vepřovská se ve své magisterské práci (2010) zabývala podobným tématem jako předešlá Krbálková, a to kvalitou života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba. Celkový vzorek respondentů, s kterým autorka pracovala, byl 60 nemocných s CD. Výzkum byl proveden v gastroporadně v Nemocnici Písek, a.s. a stejně jako u mne ve Fakultní nemocnici Olomouc na II. gastro-enterologické a hepatologické klinice. Další autorkou bakalářské práce (2012) s názvem: Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou, byla Aneta Matunová. Pracovala s daty od 50 respondentů. Drobné poznatky jsem do diskuze začlenila i od prof. MUDr. Milana Lukáše, CSc., z klinického a výzkumného centra pro idiopatické střevní záněty Univerzity Karlovy v Praze (2009).

Pohlaví respondentů zjišťovala první položka v dotazníku, kdy z celkového množství 94 respondentů s Crohnovou chorobou (100,00 %) bylo 52 žen (55,48 %) a 42 mužů (44,52 %). Výsledky s převahou žen s CD se přibližují výsledkům Matunové na rozdíl od autorky Vepřovské, která měla převahu mužů s daným onemocněním. Za zmínku stojí zmínit poznatky Krechlera, který poukázal na možné pohlavní rozdíly výskytu IBD. Sice tyto rozdíly jednoznačně potvrzeny nebyly, avšak některé práce referují o tom, že v místech vysokého výskytu IBD onemocní o 30 % více žen, než mužů.

Ve druhé položce dotazníku jsme se mohli dozvědět, jaký byl věk dotazovaných respondentů. První věkovou hranici jsem stanovila od 16 do 30 roků, v které bylo také největší zastoupení respondentů, a to v celkovém počtu 35 (37,11 %). Další kategorie 31 – 45 let se zúčastnilo 34 respondentů (36,14 %), 46 – 60 let v počtu 18ti respondentů (19,18 %) a nad 61 a více roků to bylo 7 nemocných s CD (7,48 %). Podobného výsledku věkového rozložení dosáhly i autorky Krbálková a Matunová, ikdyž měly stanovené mírně odlišné věkové hranice.

Nejvyšší dosažené vzdělání zjišťovala položka v dotazníku č. 3. Výsledky byly opět velice podobné s autorkami bakalářských prací Krbálkové a Matunové, kdy nejvíce respondentů s Crohnovou chorobou, a to 42 (44,62 %), bylo středoškolsky vzdělaných s maturitou. Výuční list mělo 27 nemocných (28,72 %), vysokou školu 11 nemocných (11,66 %) a 7 (7,50 %) respondentů bylo s vyšším odborným a se základním vzděláním.

Čtvrtá položka v dotazníku se týkala délky trvání onemocnění u respondentů. V mém šetření jsem došla k výsledku, že s narůstající délkou trvání choroby stoupá počet nemocných. V kategorii délky trvání do 1 roku bylo 6 respondentů (7,46 %), což přisuzuji zejména hospitalizovaným nemocným, u kterých byla CD nově diagnostikována. Délka trvání CD v rozmezí 1 – 2 roky bylo u 8 respondentů (8,58 %), 2 – 5 let u 23 respondentů (24,48 %), 5 – 10 let u 27 respondentů (28,68 %) a v kategorii 10 let a více bylo respondentů nejvíce, a to 30 (31,80 %). Tento výsledek přisuzuji dle mého názoru k tomu, že CD je nevy léčitelnou nemocí typickou svými obdobími opakovaných remisí a relapsů, vznikem případných komplikací vyžadujících akutní lékařskou či ošetrovatelskou péči nebo bývá při vhodném pacientovi léčena cestou biologické léčby, která může být při přínosu pro nemocného i několikrát opakovatelná. Výsledky všech tří autorek bakalářských prací, kterých jsem využila pro srovnání, jsou poněkud odlišné, jelikož byly stanoveny hranice délky trvání choroby jiným způsobem.

Fáze onemocnění, ve které se nemocní aktuálně nacházejí, už byla položka v dotazníku, kterou lze relativně dobře použít pro srovnání zjištěných výsledků. V období remise, tedy v období klidovém, se nacházelo 66 nemocných (69,96 %). Podstatně menší částí respondentů 28 (30,04 %) bylo v období relapsu, akutním vzplanutím. Zbořil uvádí, že akutní vzplanutí CD může být zapříčiněno např. kouřením nemocného, a to jak u začínajících, tak u pokračujících kuřáků. Existuje mnoho klinických studií zasahujících až k r. 1984 (Holdstockova práce), kde bylo prokázáno, že kuřáci mají horší prognózu než nekuřáci. Vznikají častěji relapsy, ve větší míře trpí průjmy, častěji potřebují hospitalizační léčbu, a také jsou až o 2x více operováni. Riziko kuřáků oproti nekuřákům je asi o 60 % vyšší. Nesmíme opomínat ani pasivní kouření, které rovněž představuje pro nemocného určité riziko ověřené na podkladě studií u dětí s Crohnovou chorobou, jejíž rodiče byli kuřáci a naopak. V současné době mají nejvyšší riziko nepříznivého průběhu CD ženy kuřačky, užívající hormonální antikoncepci a konzumující vysoký podíl rafinovaných cukrů. Proto by si každá žena trpící CD měla uvědomit svůj zdravotní problém ještě před vznikem možných komplikací a pokud možno razantně ho řešit.

Šestá položka v dotazníku měla za úkol zjistit, *které symptomy onemocnění respondentů nejvíce limitují v jejich běžném životě*, což bylo tématem mého prvního cíle bakalářské práce. Očekávala jsem, že více jak 50 % respondentů bude nejčastěji obtěžovat nutkání na toaletu a tenesmy/křeče. Respondenti mohli v této položce uvádět libovolné množství odpovědí a bylo jim umožněno zvolení i jiné odpovědi, čehož někteří využili. Nejvíce omezujícím projevem u 90 nemocných (95,40 %) byl přítomný průjem, dále náhlé nutkání

na stolicí u 88 nemocných (93,28 %), bolesti břicha u 84 (89,04 %), tenesmy u 83 (87,98 %) a únava a celková slabost organismu u 82 nemocných (86,92 %). Obtěžující nutkání na toaletu a přítomnost tenesmů spadají do nejvíce limitujících potíží nemocného s převahou dokonce nad 80 %, tudíž se mi moje hypotéza potvrdila. Podle průzkumu IMPACT trpí křečovými bolestmi břicha způsobenými epizodickými propuknutími nebo záchvaty, které se vyskytují častěji než pětkrát do týdne až 60 % pacientů a 55 % pacientů (n=6000) více než pětkrát do týdne pociťuje náhlé nekontrolovatelné nutkání na stolicí. Z jiných projevů, které nemocní v mém šetření negativně vnímají, byl úbytek na váze u 76 nemocných (80,56 %), nechutenství a bolesti kloubů jsou zatěžující pro 74 respondentů (78,44 %). Dle Zbořila kloubními obtížemi trpí až 46 % nemocných s ISZ. Za vhodnou terapii považuje Zbořil u těchto nemocných lázeňskou revmatologicky zaměřenou péči. Problematiká je však indikace, na kterou současný lázeňský indikační seznam nepomýšlí. Podobných výsledků jako u Zbořila dosahuje i průzkum IMPACT, kde onemocněním kloubů trpí až 49 % pacientů (n=6000). Další potíží z mého výzkumu bývá u nemocných zvýšená tělesná teplota, která trápí 73 respondentů (77,38 %). Jiné odpovědi využilo celkem 5 nemocných. Úplně typickou potíží pro Crohnovu chorobu není nadváha, avšak může se vyskytnout. 3 respondenti z mého šetření (3,18 %), tyto potíže udávají. Užívání kortikosteroidů (např. lék Prednison) po dobu delší než 6 měsíců vede mimo jiných změn ke změnám v nastavení metabolismu základních živin, a to především cukrů a bílkovin. Může také zasahovat do režimu hospodaření organismu s vodou a některými minerály (zejména sodíkem, draslíkem, chloridy a vápníkem). Tato léková skupina po dlouhodobém užívání způsobuje, že ani po vysazení daného léku nemůže nemocný snížit tělesnou hmotnost. Dalším problémem trápící 1 nemocného je zácpa (1,06 %) a u 1 nemocného jsou to typické projevy na kůži a časté afty (1,06 %). Krbálková ve své práci dosáhla v některých případech výsledků podobných. Vzhledem k tomu, že autorka u výrazu tenesmy neměla uveden význam slova, obávám se, zda respondenti její výklad dostatečně pochopili. Autorka neměla v nabízených možnostech uvedené obtěžující nutkání na toaletu, pokud by tomu tak bylo, její zjištění 5 nejčastějších potíží limitujících život nemocných by bylo s menším rozdílem procentuálního zastoupení totožné s mým výsledkem.

Sedmá položka zjišťovala, zda mají nemocní s Crohnovou chorobou strach z možného nenalezení toalety, a to zejména v jim neznámém prostředí. Nejvíce, u 31 nemocných (32,92 %) odpovědělo, že strach pociťuje jen někdy, 22 nemocných (23,42 %) pociťuje strach z možného nenalezení toalety často a 19 nemocných (20,24 %) pociťuje strach neustále. Po 11 odpovědích (11,71 %) byly odpovězeny možnosti většinou a nikdy. Pouze v těchto případech jsou výsledky v porovnání s autorkou Krbálkovou rozlišné.

Znalost a dodržování stravovacích návyků nutných při léčbě zjišťovala osmá položka v dotazníku. 53 respondentů (56,28 %) uvedlo, že stravovací návyky zná, ale striktně

je nedodržuje, 39 nemocných (41,44 %) uvedlo, že způsob stravování zná, a také ho striktně dodržuje. Pouze 2 respondenti (2,28 %) uvedli, že stravovací návyky neznají, tudíž je nedodržují, ale chtějí se o nich dozvědět. Tito respondenti, jak už jsem dříve zmiňovala, byli hospitalizováni v nemocnici a nacházeli se v akutním stádiu onemocnění při zjištění diagnózy CD. Šetření Matunové mělo poněkud tragičtější výsledky. Pouze 19 respondentů (38 %) v jejím šetření (n=50) zná zásady správného stravování, zbývající respondenti zásady správného stravování neznají a ani neví, co by měli správně jíst a čemu se případně vyhýbat. Tento stav může být zapříčiněn nezájmem nemocných, tedy neefektivním léčebným režimem nebo jejich neznalostí, což v dnešní době při volném výběru ošetřujícího lékaře a s možným internetovým vyhledáváním není zcela pravděpodobné. I přesto je nutná opětovná reedukace v oblasti dietních opatření při CD s poukázáním na možná rizika při jejich nedodržování. Grofová poukazuje, že podle pracovní skupiny ESPEN Guidelines 2006 je dietní terapie složitější, jelikož žádné specifické dietní opatření v podstatě není nutné a ani není prokázáno, že by zabránilo recidivě akutního stavu onemocnění. Pacienta takové zjištění mnohdy rozladí, jelikož se musí on sám zapojit aktivně v léčbě a musí zjistit, které potraviny mu vyhovují a které nikoli. Strava musí být avšak energeticky a biologicky plnohodnotná se zvýšeným obsahem kvalitní bílkoviny. Doporučují se menší porce jídel až 6x denně s omezením dráždivých jídel a abstinencí alkoholu, což ne každý nemocný dodržuje. Krbálková se ve své práci konkrétně nezabývala znalostí a dodržováním stravovacích návyků, ale tím, zda respondenti změnili svoje stravovací návyky vzhledem ke svému onemocnění. 36 nemocných (n=80) uvedlo, že stravovací návyky vzhledem ke svému onemocnění změnilo. Z mého šetření 39 nemocných (n=94) stravovací návyky nejen zná, ale i je striktně dodržuje.

Devátá položka v dotazníku zjišťovala, jakým způsobem nemocní získávají potřebné informace o svém onemocnění. Výsledky Vepřovské byly odlišnější. V mém šetření 79 nemocných (83,74 %) získává informace od svého ošetřujícího lékaře, 64 nemocných (67,84 %) vyhledává informace pomocí internetu a 31 nemocných (32,86 %) je získává od všeobecné sestry. Tuto položku Vepřovská zahrnutou ve své magisterské práci neměla. Vyhledávání informací v literatuře využilo 30 respondentů (31,80 %). Možnost získávání informací od ostatních spolupacientů Vepřovská také neměla, což je podle mého názoru škoda. Dle zkušeností získaných na praxi na tomto oddělení a i při realizaci dotazníkového šetření, bylo pro nemocné velice pozitivní, že měli na pokoji nebo oddělení pacienta se stejným osudem, podobnými potížemi. V mém šetření této možnosti využilo 26,50 %

nemocných. Pouze 5 respondentů (5,30 %) informace získává z televize nebo rádia. Tyto možnosti Vepřovská také zahrnuté v šetření neměla. Možnosti jiné odpovědi využilo celkem 5 respondentů, kdy 2 z nich uvedli (2,12 %), že informace získali za pomoci své rodiny, 1 (1,06 %) díky společným seminářům, 1 (1,06 %) pomocí svých přátel a 1 (1,06 %) díky klubu Crohniků, kde je přihlášen, jezdí s nimi na výlety, komunikují spolu pomocí internetu apod. Za velice pozitivní výsledek v mém i v šetření Vepřovské považují, že nikdo z respondentů nevěděl, že o CD nebyl vůbec informován.

Předepsanou medikaci svým ošetřujícím lékařem dodržuje 76 (80,76 %) nemocných a 18 respondentů (19,24 %) ji dodržuje většinou. Tyto výsledky se velice podobají výsledkům Vepřovské. Možnost „ne“ a „většinou ne“ neoznačil žádný respondent (0,0 %) z našich šetření, což je opět velice pozitivní poznatek. Někteří nemocní vyskytující se ve fázi remise choroby mohou mnohdy nabýt dojmu, že léčba není momentálně nutná a naopak si myslí, že jim může uškodit. Zbořil udává, že léčba ISZ se soustředí do tří oblastí. 1. oblastí je léčba akutního vzplanutí nemoci, 2. je léčba komplikací choroby a 3. je tzv. profylaxí, tedy prevencí nutnou pro udržení nemoci v klidové fázi, a to po co nejdelší možnou dobu. Každá fáze s sebou nese jiné farmakologické zastoupení. Užívání léků v klidové fázi nemoci má velký význam, což mohou někteří nemocní podceňovat. Proto je nutná edukace a opakovaná reedukace nemocného.

Položka č. 11 zjišťovala, zda nemocní s CD dodržují pravidelné kontroly u svého gastroenterologa. Zjištěné výsledky jsou velmi příznivé. 92 (97,72 %) nemocných na pravidelné kontroly u svého gastroenterologa dochází pravidelně a pouze 2 nemocní (2,28 %) nikoliv. Tyto výsledky jsem mohla porovnat jen s šetřením Matunové, jsou si opět velice podobné. 99 % (n=50) dodržuje pravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře.

Ve dvanácté položce dotazníku jsem se snažila zjistit, jak často byli respondenti v rámci svého onemocnění hospitalizováni. Za časové měřítko jsem si zvolila období jednoho roku. Výsledky byly následující: 42 respondentů (44,62 %) hospitalizaci za poslední rok nepotřebovalo, 34 respondentů (36,10 %) bylo hospitalizováno 1x, 10 respondentů (10,70 %) 2x, 6 respondentů (6,46 %) 3x, 1 respondent (1,06 %) 4x a 1 respondent (1,06 %) dokonce 5x za poslední rok. S výsledky Vepřovské se lišíme v následujících případech: 19 respondentů (31,7 %) bylo hospitalizováno 4x a více, u mne to byl pouze 1 respondent (1,06 %). Podle Vepřovské, kdy všichni její respondenti byli během posledního roku hospitalizováni, mohu usoudit snad jen to, že autorka měla snad převahu respondentů za jejich hospitalizace.

Strach z chirurgického zákroku v důsledku možného vzniku komplikací Crohnovy choroby uvedlo 42 respondentů (44,62 %) Tito respondenti strach pociťují někdy. 19 respondentů (20,24 %) ho pociťuje často, 15 nemocných (19,90 %) neustále, 10 (10,70 %) většinou a 8 respondentů (8,54 %) ho nepociťuje nikdy. Pokud bychom vzali v úvahu pouze kladné odpovědi, zjistili bychom vcelku alarmující fakt, a to, že u 86 respondentů (95,46 %) bývá různou mírou přítomen strach. Tento poznatek by nás měl vést vzhledem k riziku vzniku depresivní poruchy při CD a možnému snížení kvality života nemocných k zamyšlení a případně k nalezení řešení či doporučení v této problematice. Některým nemocným může prospět konzultace s odborníkem - psychologem nebo psychiatrem, kteří pomohou nemocnému s vyrovnáním se s onemocněním. Mnoho psychických problémů často pramení z obav z neznáma či z nevědomosti, proto na počátku onemocnění musíme nemocného řádně edukovat o průběhu, léčbě a možném vzniku komplikací onemocnění. Pokud má nemocný plně funkční rodinu, rodinné zázemí či blízké přátele, je nutné vzít na vědomí, že psychickou podporu nemocnému by měli zajišťovat v první řadě oni, potom lékař či psycholog. Opět velice podobných výsledků dosáhlo šetření Krbálové, kdy z n=80 respondentů bývá 71 (89 %) z nich různou mírou znepokojeno strachem z operace.

Absolvovaný operační zákrok navazuje na předešlou položku v dotazníku. Možná právě kvůli dřívějšímu absolvování chirurgického zákroku mají respondenti strach a obávají se případně dalšího. Zjištěné výsledky jsou si velice podobné a poukazují na závažnost Crohnovy choroby. 50 respondentů (53,20 %) chirurgický zákrok doposud neabsolvovalo, zatímco 44 nemocných (46,80 %) ano. Výsledky se téměř shodují s průzkumem IMPACT, který uvádí, že 40 % pacientů (n=6000) muselo podstoupit během nemoci minimálně jednu operaci. Velice podobných výsledků dosahuje i šetření Vepřovské. Lukáš uvádí, že nejméně 70 % pacientů s Crohnovou nemocí a 10 % pacientů s ulcerózní kolitidou se podrobí minimálně jedenkrát za život chirurgické léčbě, což je pro pacienty krutým faktem. Dle Zbořila se abscesy a píštěle vytvářejí častěji u tzv. agresivního typu Crohnovy nemoci, kde pravděpodobnost relapsů choroby do 3 let dosahuje téměř 100 %. Vysoká je také nutnost opakovaných operačních řešení (uvádí se průměrně do 3 - 5 let). Stenózy se vytvářejí častěji u tzv. fibrostenozujícího typu Crohnovy nemoci, při které nejsou relapsy tak časté a riziko nového operačního řešení bývá obvykle po 7 a více letech. Zbořil však také poukazuje na to, že se v posledním desetiletí hlavně po nástupu biologické léčby dramaticky změnila prognóza nemocných ve smyslu zlepšení.

Výsledky šetření pomocí následujících položek nám odpoví na druhý stanovený cíl v mé bakalářské práci, a tím bylo *zjistit, zda Crohnova choroba ovlivnila nemocné po stránce sociální a zda choroba omezila jejich kontakty s okolím*. Předpokládala jsem, že více jak 60 % respondentů udává potíže v pracovním/studentském životě, a to se mi i potvrdilo. 82 respondentů (87,18 %) uvedlo, že CD je různou mírou ovlivnila v jejich pracovním a studentském životě. 34 respondentů (36,14 %) ovlivnila CD tuto oblast jen mírně, 29 nemocných (30,84 %) středně, 19 (20,20 %) velmi a jen u 12 nemocných (12,82 %) nedošlo k ovlivnění pracovního/studentského života CD vůbec. Vepřovská se k mým výsledkům přibližuje ve většině případů. Dle průzkumu IMPACT 52 % pacientů (n=6000) udává, že nebyli úplně schopni rozvinout svůj potenciál ve výchovně-vzdělávacím procesu. Většina pacientů s IBD pociťuje, že jejich choroba má vliv na dosažení studijních výsledků nebo negativně ovlivňuje výšku jejich příjmů v zaměstnání. 75 % pacientů dle průzkumu muselo zrušit pracovní schůzku nebo ji přesunout na jiný termín kvůli náhlému zhoršení svého zánětlivého střevního onemocnění a 61 % pacientů pociťuje stres nebo se cítí pod tlakem kvůli absenci v zaměstnání související s jejich onemocněním.

Položka č. 16 zjišťovala, k čemu nemocné donutila absence v zaměstnání nebo při studiu. 30 respondentů (31,08 %) uvedlo, že kvůli CD nemá žádné absence, 18 respondentů (19,08 %) odešlo do invalidního důchodu, což je dle mého názoru vysoké číslo. Vepřovská ve své práci zjišťovala vliv nemoci na invaliditu, kdy částečného či plného invalidního důchodu dosahuje podstatně více respondentů, než v mém šetření. Může to být však dáno rozlišným věkovým zastoupením našich respondentů. Z mého šetření dále vyplývá, že 14 nemocných (14,84 %) kvůli CD pracuje na částečný úvazek, 12 nemocných (12,72 %) je práceneschopných déle než 25 dnů v posledním roce, 7 (7,42 %) využívá častého pracovního volna v posledním roce, 6 nemocných (6,36 %) bylo donuceno kvůli CD přerušit studium, 3 (3,18 %) odešli ze zaměstnání a jsou vedeni na pracovním úřadě. 2 respondenti (2,12 %) kvůli onemocnění přerušili studium, 2 (2,12 %) odešli do starobního důchodu, 1 nemocný (1,06 %) má časté absence ve škole a 1 respondentka (1,06 %) je na mateřské dovolené. Do této oblasti musím zahrnout i některé poznatky průzkumu IMPACT, vzhledem k jejich závažnosti a psychické náročnosti pro nemocné. 25 % respondentů (n=6000) uvedlo, že na ně byla v zaměstnání podaná stížnost nebo byli dokonce terčem nevhodných poznámek a 21 % pacientů se stalo obětí diskriminace. Tohle mne vede k zamyšlení. Co všechno mají ještě už takto dost postižení lidé od naší společnosti snášet?! Nevím, zda by těmto lidem vzhledem k jejich charakterovým vlastnostem pomohla osvěta v dané pro-



blematicke onemocnení, ale každopádně by o daném onemocnení měl být dostatečně informován zaměstnavatel. Často by se jistě předešlo případným nedorozuměním a konfliktům. V dnešní době s vysokou nezaměstnaností je zřejmé, že nelze zrovna rychle opustit své povolání, ale pokud nám přináší stres, strach, obavy z budoucnosti, nemocný by se měl nad jinými možnostmi zaměstnání alespoň zamyslet a případně se o změnu pokoušet především kvůli tomu, že dlouhodobý stres bývá spouštěčem pro relaps CD. Výsledky ze studie IMPACT ukazují, že tyto změny jsou možné. 43 % pacientů (n=6000) udává, že bylo nuceno upravit svůj pracovní život (např. pracují z domova nebo přešli na pružnou pracovní dobu).

Dalším hypotézou ve druhém stanoveném cíli bylo, že více jak 40 % respondentů udává potíže v soukromém/partnerském životě. Touto problematikou se zabývala položka v dotazníku č. 18. 43 nemocných (45,68 %) uvádělo, že tuto oblast ovlivňuje CD mírně, 26 (27,66 %) nemocných neovlivňuje vůbec, 21 (22,36 %) ovlivňuje středně a 4 respondenty (4,3 %) ovlivňuje velmi. 68 respondentů (72,14 %) uvedlo, že má různě velké potíže v soukromém či partnerském životě, tudíž se mi tato hypotéza rovněž potvrdila. Výsledky Vepřovské jsou opět velice podobné těm mým. Z n=60 respondentů 6 osob (10,0 %) udalo, že je onemocnení v soukromém či partnerském životě neovlivňuje vůbec, zbývající respondenti jsou různou mírou ovlivnění v této oblasti. Za nezbytné považuji uvést některé výsledky průzkumu IMPACT, kdy ISZ mají negativní vliv na osobní život pacientů a sociální interakci v těchto oblastech: 40 % nemocných uvedlo, že jim jejich onemocnení brání navázat intimní partnerský vztah a 23 % jich uvedlo, že právě ISZ bylo příčinou rozpadu jejich partnerského svazku. Ze svého pohledu musím k této problematice podotknout, že deficit informací bývá často podceňován a nemocní s CD by zasloužili více pochopení ze stran svých blízkých. Na internetových diskusích pořádaných nejčastěji lékaři, gastroenerology, kteří se problematikou ISZ zabývají, jsem byla nemile překvapena, jak málo příbuzní a vůbec ti nejbližší ze strany nemocného vědí o Crohnově chorobě. Dokonce si myslí, když mají právě oni aktuálně střevní virózu apod., že by CD mohla být přenosná a obávají se jí. Tato skutečnost opravdu nemocným s CD nepřidá na psychice, proto se nemůžeme divit tomu, že jsou nemocní často psychicky alterováni, rozmrzelí až v některých případech upadají do deprese. Druhou nezodpovězenou otázkou přinášející obavy v partnerském životě bývá skutečnost, že CD může být bohužel chorobou dědičnou, což může vylekat jak partnera, tak samotného nemocného. Podle Koželuhové 85 % pacientek s ISZ má normální průběh gravidity, spontánní porod v termínu a zdravý plod s nor-

mální porodní hmotností, pakliže je otěhotnění v remisi onemocnění. Předěšlé informace nás samotné mohou navést k tomu, že otěhotnění při aktivním ISZ s sebou nese značná rizika, o kterých by měla být nejen sama nemocná, ale i partner informováni.

Ve čtvrté hypotéze jsem předpokládala, že více jak 40 % respondentů udává potíže ve svém společenském životě (výlety, sport apod.), což zjišťovala položka č. 19. 42 respondentů (44,62 %) ovlivňuje CD tuto oblast jen mírně, 22 nemocných (23,42 %) středně, u 18 nemocných (19,18 %) neovlivňuje CD společenský život vůbec a u 12 nemocných (12,78 %) je ovlivněn společenský život velmi. Tato hypotéza se mi také potvrdila. 76 respondentů (80,82 %) udává různě velké potíže ve svém společenském životě.

V páté hypotéze jsem předpokládala, že více jak 50 % respondentů bude udávat omezení kontaktů se svým okolím kvůli onemocnění CD. Informace jsem získala pomocí položky v dotazníku č. 17. 36 nemocných (38,26 %) kontakty se svým okolím neomezilo vůbec, 35 nemocných (37,2 %) je omezilo jen trochu, 17 (18,08 %) středně, 5 respondentů (5,4 %) omezilo kontakty hodně a jen u 1 nemocného (1,06 %) je omezení kontaktů maximální. 58 respondentů (61,74 %) uvedlo, že kvůli CD museli různou mírou omezit kontakty se svým okolím. Hypotéza se mi potvrdila. Výsledky Krbákové se k těm mým přibližovaly nejvíce. Průzkum IMPACT uvádí, že 29 % pacientům jejich zánětlivé střevní onemocnění brání navazovat nová přátelství nebo si své přátele udržet, což je pro samotné nemocné velkým stresujícím faktorem, zvláště když přátelství mají zakotvené vysoko v žebříčku svých hodnot. Těmto nemocným bych doporučila, aby hledali nové přátele z řad podobně postižených nemocných, kteří by byli za přátelství vděční a jistě by pomohlo oběma stranám. Existují už dříve zmiňované organizace, které takto nemocné shromažďují a pořádají společné akce jako výlety, přednášky apod. Nabízí se i možnost komunikace s těmito nemocnými přes internet aj. IMPACT uvádí, že 39 % pacientů (n=6000) se domnívá, že osobní kontakt s jinými lidmi trpícími IBD jim dodává více optimizmu do života a téměř dvě třetiny respondentů, kteří se stali členy některého ze sdružení pacientů, uvedlo, že to má blahodárný vliv na jejich život, což je velmi pozitivní.

V položce č. 20 jsem zjišťovala, zda jsou respondenti spokojeni s poskytovanou lékařskou péčí. Výsledky dopadly velice pozitivně. 92 nemocných (97,88 %) je se svou dosavadní terapií spokojená a pouze jen 2 respondenti (2,12 %) jsou nespokojeni. Vepřovská měla z n=60 dotazovaných 56 osob (93,3 %) spokojených s lékařskou péčí a 4 osoby (6,7 %) naopak nespokojených. Z průzkumu IMPACT bych ráda uvedla alespoň jedno zjištění, týkající se určitých obav a strachu ve smyslu komunikace zdravotník x nemocný. 53 %

v tomto průzkumu uvádí (n=6000), že kvalita komunikace při návštěvě lékaře potřebuje výrazné zlepšení. 53 % nemocných se dokonce domnívá, že odbornému lékaři z různých důvodů nemohli říci něco podle nich důležitého a 65 % nemocných by si přálo, aby jim lékař kladl více otázek směřujících k podstatě jejich zdravotního problému. Tyto skutečnosti nejsou pro naši společnost jistě příznivé a měly by být napravovány. To si klade za cíl i samotná Evropská federace sdružení pro Crohnovu nemoc, a to konkrétně zvýšit délku a frekvenci návštěv u odborného lékaře, zlepšit techniky komunikace v průběhu konzultací (na obou stranách – u lékaře i pacienta) s cílem zajistit hlubší analýzu problémů a jejich širší pokrytí. Zda svůj cíl organizace naplnila, se dozvíme jistě po realizaci dalšího podobného šetření nebo částečně i šetřením menším, např. v rámci diplomové práce apod. Na tuto problematiku bych se zaměřila případným pokračováním ve studiu i já osobně, jelikož mne informovanost nemocných s ISZ zajímá a dle mne by byla zjištění jistým přínosem pro dané kliniky a oddělení.

Třetím a posledním cílem bylo *zjistit dopady Crohnovy choroby na psychickou stránku života klientů*. Předpokládala jsem, že více jak 70 % respondentů bude vnímat negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese. Je alarmující, že 87 respondentů (92,22 %) tyto pocity v jakékoliv míře vůbec má! Tato hypotéza se mi také povrdila. 57 respondentů (60,52 %) odpovědělo, že tyto pocity prožívá jen někdy, 19 (20,24 %) respondentů je prožívá středně, 10 nemocných (10,70 %) celkem často, 7 nemocných (7,48 %) je neprožívá nikdy a u 1 respondenta (1,06 %) se tyto pocity objevují neustále. CD můžeme považovat za somatopsychické onemocnění, které svým průběhem a závažností může vyvolat následně potíže v oblasti psychiky nemocného. Jak už jsem v práci zmiňovala, důležité je vybudování terapeutického vztahu lékař, případně nelékařský zdravotní pracovník (NZZ) x nemocný, založeném na vzájemné důvěře a empatii, stejně jako partnerská či rodinná ohleduplnost. Do psychické alterace nemocných zařazujeme stavy jako je zvýšená depresivnost, úzkost či emoční labilita. Tyto potíže doprovází CD většinou jako následek onemocnění. Ovlivnění psychické oblasti jde ruku v ruce se snížením kvality života nemocného. Nemocný se zaměřuje na problematiku samotné léčby, pociťuje nejistotu a strach, jak se bude nemoc nadále vyvíjet, má obavy ze ztráty kontroly nad vyprazdňováním tlustého střeva, cítí se slabý, bez energie a nevykonný, prožívá potíže v rodinném či partnerském životě. Trpí depresí či úzkostnými poruchami. Každý z nás disponuje určitým nadáním vypořádání se s nepříjemnými zážitky, potížemi, zkušenostmi, avšak takové nadání má své meze, které jsou nám geneticky dané. U některého (méně psychicky odol-

ného) jedince jsou tyto meze překročeny dříve, u jiného naopak pomaleji. Pokud nemocný tyto meze překročí, není schopen zastávat svoji roli ve společnosti, ve své rodině, v životě. V takových případech je třeba nalézt správné řešení. Osobně bych doporučovala navštívení odborníka, nejlépe psychologa, psychiatra, jestliže komunikace s ošetřujícím lékařem, případně NZP je nedostatečná. U nemocného by měla být prováděna kvalitní psychoedukace, tedy dostatečně jasné sdělování informací k dané problematice holisticky zohledňující nemocného, a to po stránce bio-psycho-sociální a spirituální (duchovní), dále odvrácení nemocného od stálého úzkostného sledování projevů CD a nadměrně šetrného postoje vůči sobě, odvedení jeho pozornosti aj. K odvrácení či zmírnění psychických potíží existují metody jako je psychoterapie, používání relaxačních technik, kdy každý nemocný má svoji relaxační metodu šitou jemu na míru, a dále medikamentózní terapie.

U další hypotézy jsem předpokládala, že více jak 30 % respondentů vyhledalo pomoc psychologa, což se mi nepotvrdilo. Výsledky šetření ukazují, že 14 nemocných (14,84 %) pomoc psychologa či psychoterapeuta již vyhledalo a 80 nemocných (85,16 %) nikoliv. Výsledky Vepřovské jsou těm mým nejbližší. Z (n=60) 10 respondentů (16,7 %) udalo, že je onemocnění donutilo vyhledat psychologickou pomoc, zbývající respondenti psychologickou pomoc nevyhledali.

Poslední položka v dotazníku souvisela a navazovala na předchozí šetření. Možnost odpovídat na tuto otázku měli jen respondenti, kteří odpověděli v předešlé položce v dotazníku možnost ne, tedy pomoc psychologa nevyhledali (n=80). Respondenti byli tázáni, zda psychologickou či psychoterapeutickou pomoc zvažují. 14 nemocných (17,50 %) uvedlo, že tuto lékařskou pomoc zvažuje, 66 nemocných (82,50 %) nikoliv. Příčin dosažení těchto výsledků může být několik. Nemocný může mít strach z navštívení takového lékaře vzhledem k případným předsudkům, které řada z nás může mít, mohou mít obavy z toho, co by lidé řekli, když navštěvují psychiatra nebo jednoduše nemají povahu takovou, aby přiznali, že potřebují pomoci a řekli si o ni aj. Informovanost nemocných a nabídnutí pomocné ruky, jestliže neumí nemocný zvládat problémy doprovázející CD sám, případně se svojí rodinou, by měla být pro ošetřující lékaře určitým standardem. Zda lékaři tuto stránku opominají, je otázkou případného dalšího výzkumného šetření. Každopádně žádný z nemocných by neměl při návštěvě takového odborníka mít pocit, že nějakým způsobem selhal. Právě naopak. Dělá něco pro své zdraví, aby mohl žít plnohodnotně jako my ostatní.

## NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Dle analýzy výsledků dotazníkového šetření jsem stanovila k řešení zjištěných nedostatků následující postupy:

*- dostatečně edukovat nemocné s CD o podstatě onemocnění, jeho úskalích a léčbě se zaměřením na dodržování správných dietních opatření*

Edukační proces neboli vzdělávací proces, je nejjednodušší formou k získání potřebného množství informací a zmírnění tak strachu z neznámého. Roli edukátora/edukátorky by měl zaujímat vždy odborník ve svém oboru. V praxi takovým odborníkem může být dle mého názoru odborník – specialista, který se danou problematikou onemocnění zabývá a zná všechna její úskalí, např. ošetřující lékař - gastroenterolog, případně všeobecná sestra v jeho ambulanci či na oddělení nebo i nutriční terapeutka aj. Edukace je kontinuálním procesem, který využívá zpětné vazby u klientů pro správné pochopení tématu. Edukátor by v této roli měl umět efektivně komunikovat s nemocnými a měl by využívat ve své práci všech dostupných edukačních materiálů, jakými jsou např. obrázky, brožury, letáky, videa apod. Edukace je výborným prostředkem k tomu, abychom získali nejen klienta, ale i jeho rodinné příslušníky ke spolupráci, protože jen dostatečně informovaný/edukovaný klient se může plně aktivně zapojit do ošetřovatelského procesu. Slouží k tomu, aby klient dospěl k zásadním změnám ve svém životě a ulehčil se mu tím celkově „život s Crohnovou chorobou.“ Za tyto změny můžeme považovat např. stop kouření, správnou životosprávu, zodpovědné dodržování medikamentózní léčby a preventivních prohlídek u gastroenterologa aj. V edukačním procesu by mělo být klientům nabídnuto využití svépomocných skupin, např. Občanské sdružení klubu crohniků v ČR, který sdružuje nemocné s touto chorobou. Nemocný si se členy může předávat vzájemně informace a zkušenosti s onemocněním a mohou si být vzájemně oporou. Zdravotníci by jako edukátoři neměli také zapomínat na to, že ISZ mají významný vliv na mezilidské vztahy, proto případnou rozmrzelost nemocného či lítostivost musí brát jako skutečnost, fakt a nezbytností je zachování profesionálního přístupu. Rovněž by měla být jednotlivá zdravotnická zařízení pracující s těmito klienty edukována o nezbytnosti efektivní komunikace s těmito nemocnými, kteří přes možný případný ostych se bojí lékaře ptát na to, co je zajímavá, případně mu nesdělí všechny své potíže. Nemocný by měl mít pocit, že na něj lékař má čas, že ho jeho potíže zajímají. Uvedené potíže nemocného nesmí za žádných okolností zpo-

chybňovat. Edukací by tedy neměl procházet jen nemocný, ale i sám zdravotník, zaměstnavatel, případně jiný činitel, který s nemocným přichází často do styku. Pacienti s ISZ potřebují v rámci svého zaměstnání flexibilnější přístup, podporu a především nediskriminaci na samotném pracovišti. Pokud už nemocní diskriminaci zažívají, je nutné jim poskytnout pomoc, aby se jí dokázali efektivně bránit.

Vzhledem k tomu, že v mém šetření více jak polovina, tedy 55 respondentů (58,56 %) uvedlo, že správnou životosprávu příliš striktně nedodrжуje, když stravovací návyky znají, byla by pro nemocné jistě efektivní formou ke změně svých návyků edukace na téma možných komplikací Crohnovy choroby při neefektivně léčbě. Dle mého názoru si většina nemocných uvědomí dopad svého chování často až při prvních komplikacích a chirurgických zákrocích, což je zbytečně pozdě.

Pro informovanost nemocných o správných dietních opatřeních při Crohnově chorobě jsem v rámci své bakalářské práce vytvořila informační leták, ve kterém se mohou dozvědět nejen nemocní, ale i zdravotníci, studenti zdravotnických oborů, případně laici, kteří se o onemocnění chtějí něco dozvědět, jakým způsobem se stravovat ve fázi remise a relapsu onemocnění. Leták je přehledný a poskytuje všechny základní informace o dostupných dietních opatřeních. Osobně ho předám na všechna pracoviště, která mi pomohla uskutečnit dotazníkové šetření a budu ráda, když poslouží všem, které tato problematika zajímá.

*- poučit klienta o udržení dobré psychické pohody/kondice*

Jak už jsem ve své bakalářské práci několikrát zmiňovala, pro nemocné je povědomí, že trpí chronickým nevléčitelným onemocněním s možným vznikem i závažných komplikací, velice silná emoční zátěž. Ne každý nemocný umí přijmout fakt, že trpí Crohnovou chorobou a v podstatě se mu během několika okamžiků změní život. Každý člověk je individuum a tudíž se každý vyrovná s nevléčitelným onemocněním jinak. Výbornou ukázkou vyrovnání se s onemocněním je Kübler-Rossově model, známý jako pět fází smutku (naleznete více v příloze č. 14, s. 113). Je nutné si uvědomit, že ne každý pociťuje všech pět fází a ne každý, kdo je zažívá, je musí prožívat v daném pořadí. Tyto fáze by však měly být pouze přechodné a člověk se jejich překlenutím postupně s onemocněním vyrovnává.

Psychologická léčba je bohužel v dnešní době nedocenenou stránkou léčby nespecifických střevních zánětů. Pacienti musí v rámci relapsu onemocnění, či komplikací choroby přerušovat, ne-li ukončit studium, měnit zaměstnání, jsou diskriminováni pracovními omezeními, ocitají se v částečném, případně plném invalidním důchodě aj. Na tyto problémy

nasedají i potíže v osobním, rodinném a partnerském životě. Nemocný by si měl uvědomit, že pokud své problémy sám nezvládá, trpí depresí, může se bez jakýchkoliv předsudků obrátit na odborníka, který bude přinejmenším jeho potíže alespoň sdílet, když už sám nenachází z jakýchkoliv důvodů podporu např. ve své rodině. Tato psychologická péče by mu také měla být svým ošetřujícím lékařem doporučena.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala životem nemocných s Crohnovou chorobou. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. V úvodní, teoretické části jsem uvedla základní a ucelené dostupné poznatky k této problematice. Ve druhé, empirické části práce, jsem se zabývala zhodnocením nejvíce limitujících problémů při Crohnově chorobě, dodržování léčebného režimu, kam jsem zahrнула nejen dodržování pravidelných prohlídek u gastroenterologa, ale také správného užívání léků a efektivnost dietních opatření. Dále jsem zjistila, do jaké míry nemocná choroba ovlivnila v oblastech běžného života a do jaké míry jsou nemocní s CD psychicky alterováni.

Pro empirickou část jsem stanovila 3 cíle:

Cíl 1. Zjistit, které symptomy onemocnění respondenty nejčastěji limitují v jejich běžném životě.

Cíl 2. Zjistit, zda Crohnova choroba ovlivnila nemocné po stránce sociální a zda choroba omezila jejich kontakty s okolím.

Cíl 3. Zjistit dopady Crohnovy choroby na psychickou stránku života klientů.

*Cíle mé práce byly splněny.*

K jednotlivým cílům byla stanovena jedna či více hypotéz.

Hypotéza k cíli 1:

- Předpokládám, že více jak 50 % respondentů bude nejčastěji obtěžovat nutkání na toaletu a tenesmy/křeče. *Hypotéza byla potvrzena.* Nejvíce omezujícím projevem u 90 nemocných (95,40 %) byl přítomný průjem, dále u 88 nemocných (93,28 %) náhlé nutkání na stolicí, bolesti břicha u 84 respondentů (89,04 %), tenesmy u 83 (87,98 %) a únava a celková slabost organismu u 82 nemocných (86,92 %).

Hypotéza k cíli 2:

- Předpokládám, že více jak 60 % respondentů udává potíže v pracovním/studentském životě. *Hypotéza byla potvrzena.* 82 respondentů (87,18 %) uvedlo, že CD je různou mírou ovlivnila v jejich pracovním a studentském životě.



- Předpokládám, že více jak 40 % respondentů udává potíže v soukromém/partnerském životě. *Hypotéza byla potvrzena.* 68 respondentů (72,14 %) uvedlo, že má různě velké potíže v soukromém či partnerském životě.
- Předpokládám, že více jak 40 % respondentů udává potíže ve svém společenském životě (výlety, sport apod.) *Hypotéza byla potvrzena.* 76 respondentů (80,82 %) udává různě velké potíže ve svém společenském životě.
- Předpokládám, že více jak 50 % respondentů bude udávat, že kvůli onemocnění omezili kontakty se svým okolím. *Hypotéza byla potvrzena.* 58 respondentů (61,74 %) uvedlo, že kvůli CD museli různou mírou omezit kontakty se svým okolím.

#### Hypotéza k cíli 3:

- Předpokládám, že více jak 70 % respondentů bude vnímat časté negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese. *Hypotéza byla potvrzena.* 87 respondentů (92,22 %) tyto pocity v různé míře vnímá.
- Předpokládám, že více jak 30 % respondentů vyhledalo pomoc psychologa. *Hypotéza nebyla potvrzena.* 14 nemocných (14,84 %) pomoc psychologa či psychoterapeuta již vyhledalo a 80 nemocných (85,16 %) nikoliv.

*Smutným zjištěním* v šetření pro mě je, že 52 respondentů (55,38 %) muselo být v rámci relapsu, či komplikací CD za poslední rok hospitalizováno a 44 respondentů (42,4 %) během svého života s CD absolvovalo v důsledku komplikací onemocnění operační zákrok. Dalším smutným zjištěním pro mne bylo, že pouze 30 respondentů (31,08 %) nepociťuje žádné ovlivnění/omezení ve svém zaměstnání či při studiu, zatímco zbylých 64 respondentů (68,92 %) ano.

*Překvapivým zjištěním* pro mě v tomto šetření je, že 76 respondentů 80,76 % dodržuje předepsanou medikaci lékařem naprosto a 18 respondentů 19,24 % většinou. Žádný z respondentů neodpověděl záporně, všichni se snaží předepsanou medikaci užívat dle doporučení lékaře pravidelně.

*Pozitivní zjištění* vidím v tom, že 92 nemocných (97,88 %) je se svou dosavadní terapií spokojená a pouze jen 2 respondenti (2,12 %) jsou nespokojeni.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BYDŽOVSKÝ, J. *Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. s. ISBN 978-80-7387-352-3
- ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7
- FERENČÍK, M. *Imunitní systém: informace pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80-247-1196-6
- FUSEK, M.; VÍTEK L.; BLAHOŠ J.; HAJDÚCH M.; RUML T. A KOLEKTIV. *Biologická léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2012. 219 s. ISBN 978-80-708-0810-8
- GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 237 s. 978-80-247-1868-2
- IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 98 s. ISBN 978-80-244-1832-2
- KARGES, W.; DAHOUK, S. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 426 s. ISBN 978-80-247-3108-7
- KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, 2006. 1158 s. 80-7262-430-X
- KLENER, P. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, 2009. 324 s. ISBN: 978-80-726-2643-4
- KOHOUT, P. PAVLÍČKOVÁ, J. *Rady lékaře, průvodce dietou. Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 978-80-9038-200-8
- KOHOUT, P. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. 1. vyd. Praha: Jessenius maxdorf, 2004. 176 s. ISBN 80-7345-023-2
- KRŠKA, Z. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 264 s. ISBN: 978-80-247-3815-4
- LUKÁŠ, K. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN: 978-80-247-1283-3

- LÜLLMAN, H.; MOHR, K.; WEHLING, M. *Farmakologie a toxikologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. 725 s. ISBN 978-80-247-0836-2
- MAREK, J. a KOLEKTIV. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 777 s. ISBN 978-80-247-2639-7
- MOSCHE, S.; PAUL, R. *Urgentní břišní chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. 419 s. ISBN 978-80-247-2357-0
- NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství – pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN: 978-80-247-2319-8
- PAULÍK, M. *Vyšetřovací metody v imunologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0691-1
- ROKYTA, R. a KOLEKTIV. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 174 s. ISBN: 978-80-247-3012-7
- SLEZÁKOVÁ, L. a KOLEKTIV. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3
- SLEZÁKOVÁ, L. a KOLEKTIV. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2
- ŠPIČÁK, J. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 421 s. ISBN-13: 978-80-247-1783-8
- ŠPINAR, J. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 255 s. ISBN: 978-80-247-1749-4
- VRÁNOVÁ, D. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vyd. Olomouc: Anag, 2013, 184 s. ISBN 978-80-7263-788-1
- ZACHOVÁ, V. a KOLEKTIV. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5
- ZBOŘIL, V. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 126 s. ISBN 978-80-247-1563-6

**Elektronické zdroje**

- CESTA DOMŮ. *Kübler-Rossové model - fáze vyrovnávání se s nemocí*, [online], dostupné z www: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html> [cit. 2013-02-01].
- DRAGOMERICKÁ, E. *Kvalita života, dotazník světové zdravotnické organizace, WHOQOL-BREF (krátká verze)*, [online], dostupné z www: [http://www.drogy-in-fo.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/banka\\_evaluacnich\\_nastroju/dotazniky\\_kvality\\_zivota\\_sve\\_tove\\_zdravotnicke\\_organizace](http://www.drogy-in-fo.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotazniky_kvality_zivota_sve_tove_zdravotnicke_organizace) [cit. 2013-02-01].
- GABALEC, L. *Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života*, [online], dostupné z www: <http://www.solen.cz/artkey/int-200901-0003.php> [cit. 2013-02-02].
- EVROPSKÁ FEDERACE PRO CROHNOVU CHOROBU A ULCERÓZNÍ KOLITIDU. Průzkum IMPACT. [online], dostupné z www: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OK4b2LFGKpkJ:www.crohnova-moc.cz/App\\_Publisher/UserFiles/Articles/4\\_IMPACT\\_MINI\\_POSTERSCS.docx+pr%C5%AFzkum+impact&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OK4b2LFGKpkJ:www.crohnova-moc.cz/App_Publisher/UserFiles/Articles/4_IMPACT_MINI_POSTERSCS.docx+pr%C5%AFzkum+impact&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz) [cit. 2013-04-05].
- HRDLIČKA, L. *Doporučený postup pro vyšetření tenkého střeva u pacientů s Crohnovou chorobou*, [online], dostupné z www: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-gastro-clanek/doporuceny-postup-pro-vysetreni-tenkeho-streva-u-pacientu-s-crohnovou-chorobou-35093> [cit. 2013-03-02].
- KASALICKÝ, M. *Idiopatické střevní záněty a biologická léčba*, [online], dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/idiopaticke-strevni-zanety-447153> [cit. 2013-03-01].
- KOHOUT, P. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*, [online], dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vyziva-u-pacientu-s-idiopatickymi-strevnimi-zanety-457915> [cit. 2013-02-02].
- KOŽELUHOVÁ, J. *Fertilita, gravidita a idiopatické střevní záněty*, [online], dostupné z www: [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:kjFqoO1R41kJ:www.strevni-zanety.cz/dokumenty/guideline\\_.pdf+CDAI+best%C5%AFv+index&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESjWZ352fwt\\_T4WkpAOuSoqfDCksGquFSvg-](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:kjFqoO1R41kJ:www.strevni-zanety.cz/dokumenty/guideline_.pdf+CDAI+best%C5%AFv+index&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESjWZ352fwt_T4WkpAOuSoqfDCksGquFSvg-)

15dOTZ\_qa0zNLZNUneex-

23U0H9Z9FKui5I3oc0ctTwGtAntEZNto7zVEXd\_TVhWG3lwt9hickeey-

Va8DjN3Uu41gTz9c74LO&sig=AHIEtbQ8KAQ-Px5tm3fUPYYbjIcIXNAbJA [cit. 2013-04-04].

- KRBÁLKOVÁ, K. *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*, [online], dostupné z www: [http://is.muni.cz/th/326248/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/326248/lf_b/) [cit. 2013-03-02].

- KRECHLER, T. *Epidemiologické ukazatele nespecifických střevních zánětů*, [online], dostupné z www: <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?detailSubCatCode=126&productID=301> [cit. 2013-03-01].

- LAMBERT. *CDAI*, [online], dostupné z www: <http://www.mudr.org/web/cdai> [cit. 2013-02-01].

- LUKÁŠ, M. A KOLEKTIV. *Mimostřevní lokalizace Crohnovy choroby*, [online], dostupné z www: <http://www1.lf1.cuni.cz/~kocna/astra/nov-2t.htm> [cit. 2013-01-01].

- LUKÁŠ, M.; CHALUPNÁ, P. *Antibiotika v terapii idiopatických střevních zánětů*, [online], dostupné z [http://www.csgh.info/arch\\_detail.php?stat=32](http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=32) [cit. 2013-01-01].

- LUKÁŠ, M. *Biologická léčba Crohnovy nemoci*, [online], dostupné z [http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-2012020003\\_Biologicka\\_lecba\\_Crohnovy\\_nemoci.php](http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-2012020003_Biologicka_lecba_Crohnovy_nemoci.php) [cit. 2013-01-01].

- LUKÁŠ, M.; NOVOTNÝ, A. *Medikamentosní terapie Crohnovy nemoci*, [online], dostupné z www: <http://www1.lf1.cuni.cz/~kocna/astra/nov-2t.htm> [cit. 2013-01-01].

- LUKÁŠ, M. *Idiopatické střevní záněty a biologická léčba*, [online], dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/idiopaticke-strevni-zanety-447153> [cit. 2013-03-02].

- MATUNOVÁ, A. *Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou*, [http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/48610/3/MatunovaA\\_PripravaEdukacnih\\_o\\_LM\\_2012.pdf](http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/48610/3/MatunovaA_PripravaEdukacnih_o_LM_2012.pdf) [cit. 2013-02-03].

- MEISNEROVÁ, E. *Nutriční podpora u střevních zánětů*, [online], dostupné z www: [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:m4cMRwN1sosJ:www.solen.sk/index.php?page%3Dpdf\\_view%26pdf\\_id%3D5309+Mezi+kontraindikace+pod%3%A1v%C3%A1n%C3%AD+enter%C3%A1ln%C3%AD+v%C3%BD%C5%BEivy+pat%C5%99%C3%AD+bezprost%C5%99edn%C3%AD+poopera%C4%8Dn%C3%AD+obdob%C3%AD&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESjVM1bijp1eqReVyJUjQucebqVhho6Q3oMAS8mt1A7ZnWCZbv64dalmWm02EFZg6hd46c9jKI0HvVR5qFuUIBfPLtctQjx56yfxhYMNm8VtJdD](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:m4cMRwN1sosJ:www.solen.sk/index.php?page%3Dpdf_view%26pdf_id%3D5309+Mezi+kontraindikace+pod%3%A1v%C3%A1n%C3%AD+enter%C3%A1ln%C3%AD+v%C3%BD%C5%BEivy+pat%C5%99%C3%AD+bezprost%C5%99edn%C3%AD+poopera%C4%8Dn%C3%AD+obdob%C3%AD&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESjVM1bijp1eqReVyJUjQucebqVhho6Q3oMAS8mt1A7ZnWCZbv64dalmWm02EFZg6hd46c9jKI0HvVR5qFuUIBfPLtctQjx56yfxhYMNm8VtJdD)

UDKRhbAw-Y8TA6ZdD2-h0hhGt&sig=AHIEtbRicbnRU4vRWxOJJ32rBSRQdLSWXw  
[cit. 2013-02-02].

- SEGIMINOVSKÝ, B. *Diferenciální diagnóza idiopatických střevních zánětů*, [online], dostupné z www:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/print.asp?productid=297&detailSubCatCode=126> [cit. 2013-03-02].

- ŠERCLOVÁ, Z.; ANTOŠ, F. *Doporučené postupy chirurgické léčby ISZ*, [online], dostupné z www: <http://www1.lf1.cuni.cz/~kocna/astra/nov-2t.htm> [cit. 2013-01-01].

- TACHECÍ, I.; SUCHÁNEK, S.; SRASTICH, P.; LATA, J.; DĚDEK, P.; DOUDA, T.; REJCHRT, S.; KOPÁČOVÁ, M.; BUREŠ, J. *Standard ČGS pro kapslovou endoskopii tenkého střeva*, [online], dostupné z [http://www.csg.info/arch\\_detail.php?stat=525](http://www.csg.info/arch_detail.php?stat=525) [cit. 2013-01-01].

- VEPŘOVSKÁ, M. *Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba*, [online], dostupné z www: <http://theses.cz/id/34pn8g/83663-385507448.pdf> [cit. 2013-03-02].

- ZBOŘIL, V. *Doporučený diagnostický postup u Crohnovy nemoci*, [online], dostupné z www: [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:kjFqoO1R41kJ:www.strevni-zanety.cz/dokumenty/guideline\\_.pdf+CDAI+best%C5%AFv+index&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESjWZ352fwt\\_T4WkpAOuSoqfDCksGquFSvg-15dOTZ\\_qa0zNLZNUneex-23U0H9Z9FKui5I3oc0ctTwGtAntEZNto7zVEXd\\_TVhWG3lwt9hickeeeyp-Va8DjN3Uu41gTz9c74LO&sig=AHIEtbQ8KAQ-Px5tm3fUPYYbjIcIXNAbJA](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:kjFqoO1R41kJ:www.strevni-zanety.cz/dokumenty/guideline_.pdf+CDAI+best%C5%AFv+index&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESjWZ352fwt_T4WkpAOuSoqfDCksGquFSvg-15dOTZ_qa0zNLZNUneex-23U0H9Z9FKui5I3oc0ctTwGtAntEZNto7zVEXd_TVhWG3lwt9hickeeeyp-Va8DjN3Uu41gTz9c74LO&sig=AHIEtbQ8KAQ-Px5tm3fUPYYbjIcIXNAbJA) [cit. 2013-01-01].

- ZBOŘIL, V. *Crohnova nemoc.cz, online poradna*, [online], dostupné z www: <http://www.crohnovanemoc.cz/online-poradna/#34> [cit. 2013-08-04].

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
ATB	antibiotika
atd.	a tak dále
aj.	a jiné
ANCA	protilátky proti cytoplazmě neutrofilů
ASCA	protilátky proti <i>Sacharomyces cereviseae</i>
BP	bakalářská práce
Bc.	bakalář
č.	číslo
ČR	Česká republika
DP	diplomová práce
FN	Fakultní nemocnice
FN OL	Fakultní nemocnice Olomouc
FW	sedimentace / sedlivost červených krvinek
GIT	gastro-intestinální trakt
hod.	hodina
(IBDQ)	inflammatory Bowel Disease Questionnaire
IgG	imunoglobulin G
ISZ	idiopatické střevní záněty
lat.	latinsky
např.	například
NZP	nelékařský zdravotní pracovník
obr.	obrázek

---

příl.	příloha
s.	strana
str.	strana
TNF- $\alpha$	tumor-nekrozizující faktor alfa
tzn.	to znamená
tab.	tabulka
vit.	vitamín
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life



**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1 Endoskopický obraz Crohnovy kolitidy

s charakteristickými podélnými a hlubokými vředy ..... 111

Obr. 2 Resekát terminálního ilea a céka postiženého Crohnovou chorobou při stenóze 112

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1 Projevy Crohnovy nemoci v závislosti na lokalitu postižení .....	16
Tab. 2 Endoskopická klasifikace Crohnovy choroby dle Blackstona .....	23
Tab. 3 Pohlaví respondentů .....	39
Tab. 4 Věk respondentů .....	40
Tab. 5 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	41
Tab. 6 Délka trvání choroby .....	42
Tab. 7 Fáze onemocnění .....	43
Tab. 8 5 nejčastějších projevů CD (Crohn disease – Crohnovy choroby) .....	44
Tab. 9 Strach z nenalezení toalety .....	46
Tab. 10 Znalost a dodržování stravovacích návyků .....	47
Tab. 11 Zdroje získávání informací.....	48
Tab. 12 Dodržování předepsané medikace .....	50
Tab. 13 Dodržování pravidelných kontrol .....	51
Tab. 14 Hospitalizace za poslední rok .....	52
Tab. 15 Strach z chirurgického zákroku .....	53
Tab. 16 Absolvovaný operační zákrok.....	54
Tab. 17 Ovlivnění běžného života CD .....	55
Tab. 18 Dopad CD na zaměstnání/studium .....	56
Tab. 19 Omezení kontaktů s okolím .....	58
Tab. 20 Ovlivnění soukromého/partnerského života .....	59
Tab. 21 Omezení ve společenském životě .....	60
Tab. 22 Spokojenost s lékařskou péčí .....	61
Tab. 23 Prožívání negativních pocitů/rozmrzlost, deprese .....	62
Tab. 24 Vyhledání psychologické/psychoterapeutické pomoci .....	63

---

Tab. 25 Zvažování vyhledání psychologické/ psychoterapeutické pomoci .....	64
Tab. 26 Souvislost mezi vznikem Crohnovy choroby a dietními faktory .....	105
Tab. 27 Příčiny vzniku malnutrice u idiopatických střevních zánětů .....	114
Tab. 28 Komplikace PV .....	115
Tab. 29 Infekční komplikace u malnutrice .....	117
Tab. 30 Cíle sdružení pacientů s ISZ .....	118
Tab. 31 Základní rozlišovací příznaky ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci .....	119
Tab. 32 CDAI (Crohn's Disease Activity Index) .....	121

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	39
Graf 2 Věk respondentů .....	40
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	41
Graf 4 Délka trvání choroby .....	42
Graf 5 Fáze onemocnění .....	43
Graf 6 5 nejčastějších projevů CD .....	45
Graf 7 Strach z nenalezení toalety .....	46
Graf 8 Znalost a dodržování stravovacích návyků .....	47
Graf 9 Zdroje získávání informací .....	49
Graf 10 Dodržování předepsané medikace .....	50
Graf 11 Dodržování pravidelných kontrol .....	51
Graf 12 Hospitalizace za poslední rok .....	52
Graf 13 Strach z chirurgického zákroku .....	53
Graf 14 Absolvovaný operační zákrok.....	54
Graf 15 Ovlivnění pracovního/studentského života .....	55
Graf 16 Dopad CD na zaměstnání/studium .....	57
Graf 17 Omezení kontaktů s okolím .....	58
Graf 18 Ovlivnění soukromého/partnerského života .....	59
Graf 19 Omezení ve společenském životě .....	60
Graf 20 Spokojenost s lékařskou péčí .....	61
Graf 21 Prožívání negativních pocitů/rozmrzlost, deprese .....	62
Graf 22 Vyhledání psychologické/psychoterapeutické pomoci.....	63
Graf 23 Zvažování vyhledání psychologické/ psychoterapeutické pomoci .....	64

**SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Dotazník k bakalářské práci .....	94
Příloha 2 Žádost o poskytnutí informací ve FN Olomouc .....	99
Příloha 3 Povolení dotazníkového šetření ve FN Olomouc .....	100
Příloha 4 Žádost o umožnění dotazníkového šetření v nemocnici Prostějov/ Středomoravská nemocniční a.s. ....	101
Příloha 5 Žádost o umožnění přístupu k informacím v nemocnici Prostějov/ Středomoravská nemocniční a.s. ....	102
Příloha 6 Žádost o umožnění dotazníkového šetření v nemocnici ve Zlíně/ krajské nemocnici T. Bati, a.s. ....	103
Příloha 7 Žádost o umožnění přístupu k informacím v nemocnici ve Zlíně/ krajské nemocnici T. Bati, a.s. ....	104
Příloha 8 Souvislost mezi vznikem Crohnovy choroby a dietními faktory .....	105
Příloha 9 Indikace k zahájení biologické terapie u CN .....	106
Příloha 10 Indikace k chirurgickému výkonu .....	107
Příloha 11 WHOQOL - BREF (krátká verze) .....	108
Příloha 12 Resekát terminálního ilea a céka postiženého CD při stenóze .....	111
Příloha 13 Endoskopický obraz Crohnovy kolitidy .....	112
Příloha 14 Kübler-Rossově model - fáze vyrovnávání se s nemocí .....	113
Příloha 15 Příčiny vzniku malnutrice u idiopatických střevních zánětů .....	114
Příloha 16 Komplikace PV .....	115
Příloha 17 Infekční komplikace u malnutrice .....	117
Příloha 18 Cíle sdružení pacientů s ISZ .....	118
Příloha 19 Základní rozlišovací příznaky ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci .....	119
Příloha 20 Index aktivity Crohnovy choroby - CDAI (Crohn's Disease Activity Index) .....	121

## Příloha č. 1 Dotazník k bakalářské práci

Vážená paní/ vážený pane,

jmenuji se Marie Smičková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: „*Život s Crohnovou chorobou*“. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a získané informace budou použity výhradně k výzkumným účelům v rámci mé bakalářské práce. Zaškrtněte jednu možnou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

*Smičková Marie*

### 1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

### 2. Uveďte, kolik je Vám let?

.....

### 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní vzdělání
- b) středoškolské ukončené s výučním listem
- c) středoškolské ukončené maturitou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské vzdělání

### 4. Jak dlouho se s Crohnovou chorobou léčíte?

- a) do 1 roku
- b) od 1 roku do 2 let
- c) od 2 let do 5-ti let
- d) od 5-ti let do 10-ti let
- e) 10 a více let

**5. V jaké fázi onemocnění se nyní nacházíte?**

- a) fáze remise/klidové fáze
- b) fáze relapsu/aktivní vzplanutí nemoci

**6. Které projevy onemocnění Vás nejvíce limitují (obtěžují) v běžném životě? (Prosím, označte číslicemi 1 - 5 nejčastěji limitující příznaky (1 = nejvíce, 5 = nejméně limitující)).**

průjem	náhlé nutkání na stolici	tenesmy (křeče)	bolest břicha	zvýšená tělesná teplota	únava, slabost	nechutenství	bolest kloubů	úbytek na váze	Jiné, uveďte:

**7. Býváte často znepokojen/a na veřejnosti strachem, že nenajdete toaletu?**

- a) neustále
- b) většinou
- c) často
- d) někdy
- e) nikdy

**8. Jste informována o správných stravovacích návycích vzhledem ke svému onemocnění a dodržujete je?**

- a) ano, znám je a striktně dodržuji
- b) ano, znám je, ale striktně nedodržuji
- c) neznám je, tudíž nedodržuji, ale chci se o nich dozvědět
- d) neznám je, tudíž nedodržuji a nepotřebuji je znát

**9. Jakým způsobem jste získal/a nejvíce informací o Vašem onemocnění? (Označte více odpovědí).**

- a) ošetřující lékař
- b) všeobecná sestra
- c) literature
- d) internet
- e) televize, rádio
- f) ostatní pacienti
- g) nebyl/a jsem informován/a vůbec
- h) jiné, uveďte: .....

**10. Dodržujete ošetřujícím lékařem/gastroenterologem předepsanou medikaci?**

- a) ano
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) ne

**11. Dodržujete pravidelné kontroly u svého ošetřujícího lékaře/gastroenterologa?**

- a) ano
- b) ne

**12. Kolikrát jste byl/a v důsledku svého onemocnění hospitalizovaný/á v nemocnici za poslední rok?**

Uveďte: .....

**13. Máte strach z chirurgického zákroku v důsledku možného vzniku komplikací svého onemocnění?**

- a) neustále
- b) většinou
- c) často
- d) někdy
- e) nikdy

**14. Absolvovala jste doposud nějaký operační zákrok spojený s Vaším onemocněním?**

- a) ano
- b) ne

**15. Ovlivnila (ovlivňuje) Vás nemoc v pracovním/studentském životě?**

- a) vůbec
- b) mírně
- c) středně
- d) velmi



**16. Absence v zaměstnání/při studiu mě donutila k/ke: (označte více odpovědí)**

- a) přerušení studia
- b) ukončení studia
- c) využívání častého pracovního volna v posledním roce
- d) práceneschopnosti déle než 25 dnů v posledním roce
- e) práci na částečný úvazek
- f) změně zaměstnání
- g) odchodu ze zaměstnání, pracovní úřad
- h) invalidnímu důchodu
- i) nemám žádné absence
- j) jiné, uveďte: .....

**17. Byl/a jste v důsledku svého onemocnění nucen/a omezit kontakty se svým okolím?**

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) středně
- d) hodně
- e) maximálně

**18. Ovlivňuje Vás onemocnění v soukromém/partnerském životě (sexuální a společenská oblast)**

- a) vůbec
- b) mírně
- c) středně
- d) velmi

**19. Omezuje Vás onemocnění ve společenském životě (přátelé, sport, výlety apod..)?**

- a) vůbec
- b) mírně
- c) středně
- d) velmi

**20. Jste spokojen/a s lékařskou péčí, které se Vám v rámci Vašeho onemocnění dostává?**

- a) ano
- b) ne

**21. Jak často prožíváte negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?**

- a) nikdy
- b) někdy
- c) středně
- d) celkem často
- e) neustále

**22. Byl/a jste donucen/a vyhledat psychologickou (psychoterapeutickou) pomoc?**

- a) ano
- b) ne

**23. Pokud jste odpověděli v předešlé otázce ne, zvažujete psychologickou/ psychoterapeutickou pomoc?**

- a) ano
- b) ne

## Příloha č. 2 Žádost o poskytnutí informací ve FN Olomouc

## Žádost o poskytnutí informací ve FN Olomouc

vera.  
sukopova  
@fnol.cz

## Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: *Smíčková Marie*  
 Datum narození: 19.6.1990  
 Telefon: 773 604 402  
 Email: smickovamarie@seznam.cz  
 Adresa (pro zaslání vyjádření): *Smíčková Marie, Slatinky 21, Prostějov, 78342 p. Slatínice*  
 Škola/Fakulta: *Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně* Obor studia: všeobecná sestra

## Zaměstnavatel: XXX

\* vyplňte pouze v případě, že informace potřebujete v rámci studia

## Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

*Se svolením vrchní sestry II. INTERNÍ GASTROENTEROLOGICKO-HEPATOLOGICKÉ KLINIKY Mgr. Lenky Šeflové, Vás žádám o provedení dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce, která se týká seniorů s kognitivní poruchou. Dotazník je zaměřen na zjištění determinant, které ovlivňují život klientů s Chronnovou chorobou.*

**Způsob provedení sběru informací:** Dotazníkové šetření u klientů s Chronnovou chorobou/hospitalizovaných, případně ambulantně léčených.

**Termín sběru informací:** od 1.9.2012 do 19.12.2012

**Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat:** *Pracoviště II. INTERNÍ GASTROENTEROLOGICKO-HEPATOLOGICKÉ KLINIKY, odd. 30 C*

**Důvod požadovaných informací:** *Zjištění determinant ovlivňující život nemocných s Chronnovou chorobou, zaměření na bio-psycho-sociální stránku života nemocného.*

**Presentace informací:** *Získané informace budou poskytnuty FN v Olomouci a bude z nich zpracována výzkumná část mé bakalářské práce.*

**Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací:** X ANO  NE

**Poučení:**

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací. Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Olomouc je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 13.8.2012 .....

Podpis: *Suidž* .....

## Vyplňuje Fakultní nemocnice Olomouc

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

X ANO  
 NE

Souhlas s uvedením FN Olomouc

X ANO  
 NE

*M. G. Loh*  
 Datum: .....

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLMOUC  
 I.P.Pavlova 6, 775 20 Olomouc, tel. 585 44 2326  
 personální úsek  
 (15)

Mgr. Věra Sukopová  
 59503

Podpis a razítko

## Příloha č. 3 Povolení dotazníkového šetření ve FN Olomouc

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC

Personální úsek

Vážená paní  
Marie Smičková  
Slatinky 21  
783 42 Slatinice

VÁŠ DOPIS ZE DNE

NAŠE ZNAČKA  
Vzděl/2012VYŘIZUJE/LINKA  
Mgr. Věra SukopováDATUM  
25. září 2012**Povolení dotazníkového šetření**

Vážená paní Smičková,

k Vaší žádosti Vám sděluji, že souhlasím s tím, abyste v rámci bakalářského studia v oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně provedla dotazníkové šetření v rámci diplomové práce.

Šetření proběhne v termínu 1. 9. – 19. 12. 2012 na II.interní klinice – gastro-enterologické a hepatologické FNOL.

S pozdravem

Mgr. Věra Sukopová  
Personální úsek  
Fakultní nemocnice OlomoucFAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC  
I.P.Pavlova 6, 775 20 Olomouc, tel. 588 44 2326  
personální úsek  
(15)**na vědomí:**

- vrchní sestra II. IK FNOL

I. P. Pavlova 6  
775 20 Olomouc  
tel: +420 588 442 326fax: +420 585 413 841  
e-mail:  
vera.sukopova@fnol.cz  
www.fnol.czBank. spojení: Česká spořitelna, a. s.  
Číslo účtu: 2934392/0800IČ: 00098892  
DIČ: CZ00098892

## Příloha č. 4 Žádost o umožnění dotazníkového šetření v nemocnici Prostějov / Středomoravská nemocniční a.s.



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MARIE SHIČKOVÁ
Téma bakalářské práce	ŽIVOT S CROHNOVOU CHOROBOU
Skupina respondentů	KLIENTI S CROHNOVOU CHOROBOU
Pracoviště	NEMOCNICE PROSTĚJOV STŘEDOMORAVSKÁ NEMOCNIČNÍ a.s. GASTROENTEROLOGICKÉ ODDĚLENÍ, INTERNÍ ODDĚLENÍ

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 9. 2014



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

5. 10. 2014

*5. 10. 2014  
Středomoravská nemocniční a.s.  
Prostějov*



.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

## Příloha č. 5 Žádost o umožnění přístupu k informacím v nemocnici Prostějov / Středomoravská nemocniční a.s.



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MARIE SMIČKOVÁ
Téma bakalářské práce	ŽIVOT S CROHNNOVOU CHOROBOU
Pracoviště	NEMOCNICE PROSTĚJOV STŘEDOMORAVSKÁ NEMOCNIČNÍ a.s. GASTROENTEROLOGICKÉ ODĚLENÍ, INTERNÍ ODĚLENÍ

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 4. 9. 2012

*5. 10. 2012*  
*4. prodejnám delavského Zlíně*  
*11. nemocnici Prostějov delavského*

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

 **Středomoravská nemocniční**  
Středomoravská nemocniční a.s.  
Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

## Příloha č. 6 Žádost o umožnění dotazníkového šetření v nemocnici ve Zlíně / krajské nemocnici T. Bati, a.s.



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obrácíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MARIE SHIČKOVÁ
Téma bakalářské práce	ŽIVOT S CROHNNOU CHOROBOU
Skupina respondentů	KLIENTI S CROHNNOU CHOROBOU
Pracoviště	KNTB ZLÍN GASTROENTEROLOGIE - INTERNÍ KLINIKA IPR (GASTROENTEROLOGICKÝ ANIBLANCE)

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 9. 2012.



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín

razítko a podpis zástupce zařízení

## Příloha č. 7 Žádost o umožnění přístupu k informacím v nemocnici ve Zlíně / krajské nemocnici T. Bati, a.s.



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MARIE SMÍČKOVÁ
Téma bakalářské práce	ŽIVOT S CROHNNOVOU CHOROBOU
Pracoviště	KNTB ZLÍN GASTROENTEROLOGIE - INTERNÍ KLINIKA IPVZ GASTROENTEROLOGICKÁ PRÁKOVNICE

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 9. 2012



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo náměstí 600  
762 75 Zlín

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: [klimesova@fhs.utb.cz](mailto:klimesova@fhs.utb.cz), [izs@fhs.utb.cz](mailto:izs@fhs.utb.cz)



## Příloha č. 8 Souvislost mezi vznikem Crohnovy choroby a dietními faktory

Tab. 26: Souvislost mezi vznikem Crohnovy choroby a dietními faktory

<b>Faktor</b>	<b>Crohnova choroba</b>
kojení	různé výsledky
rafinovaný cukr	vyšší riziko
nízká spotřeba ovoce a zeleniny	vyšší riziko
vláknina	různé výsledky
cereálie	není souvislost
alkohol	není vyšší riziko (Kohout, 2004, s. 28)

## **Příloha č. 9 Indikace k zahájení biologické terapie u CN**

1. Střední a vysoká aktivita nereagující na léčbu kortikoidy a imunosupresivy.
2. Komplexní perianální píštěle.
3. Kortikodependentní průběh.
4. Vysoké riziko nepříznivého průběhu onemocnění.
5. Mimostřevní projevy vázané na aktivitu IBD (enteropatická artritida I. typu - typ seronegativní spondylartritidy, asociovaná střevním zánětem při ulcerózní kolitidě, Crohnově chorobě aj., nodózní erytém - symetrické zarudnutí kůže zejména v oblastech bérců, iridocyklitida - zánět duhovky (iris) a řasnatého tělesa (corpus ciliare) oka).
6. Některé mimostřevní projevy nebo koincidující nemoci nezávislé na aktivitě IBD (sakroileitida - zánět sakroiliakálního kloubu/kloub mezi kostí křížovou a pánví, ankylozující spondylitida - chronické zánětlivé onemocnění postihující sakroiliakální klouby a intervertebrální/meziobratlové klouby páteře) (Lukáš, 2012).

## **Příloha č. 10 Indikace k chirurgickému výkonu**

### **Akutní (urgentní) indikace**

1. Volná perforace (proděravění zánětu přes stěnu střeva s rizikem vzniku peritonitidy).
2. Masivní krvácení.
3. Toxická kolitida nebo megakolon.
4. Absces - preferujeme perkutánní drenáž pod CT nebo USG (ultrasonografickou) kontrolou. Peroperačně je provedena zásadně pouze drenáž a definitivní ošetření komplikace Crohnovy choroby je odloženo do odeznění zánětlivé afekce.
5. Obstrukce tenkého střeva nereagující na intenzivní konzervativní terapii či obstrukce tlustého střeva v terénu kolitidy Crohnova typu.

### **Elektivní (plánované) indikace k operaci**

1. Neúspěšnost konzervativní terapie, či její komplikace - přetrvávání symptomů, projevů malnutrice, růstových či vývojových retardací příp. některé rezistentní extraintestinální manifestace.
2. Nutnost dlouhodobého podávání vysokých dávek steroid.
3. Obstrukce tenkého střeva nereagující na konzervativní terapii.
4. Obstrukce tlustého střeva při podezření z malignity nebo může být příčinou toxické dilatace tračníku.
5. Fistulující forma Crohnovy nemoci při enterokutánních, enterokolických, enterogastričních, enterovesikálních, enterovaginálních a symptomatických enteroenterálních píštělích.
6. Perianální píštěle a pánevní sepse.
7. Karcinom či podezření z malignity.
8. Obstrukce močových cest (obstrukční uropathie) způsobená útlakem ze střevního zánětu (Šerclová, 2013).

## Příloha č. 11 WHOQOL - BREF (krátká verze)

### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. Odpovězte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za poslední dva týdny. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	<b>hodně</b> 4	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	-------------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	<b>vůbec ne</b> 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---	----------------------	-------------	--------------	------------	----------------

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

**Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnořte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.**

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

15. Jak se dokážete pohybovat?	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

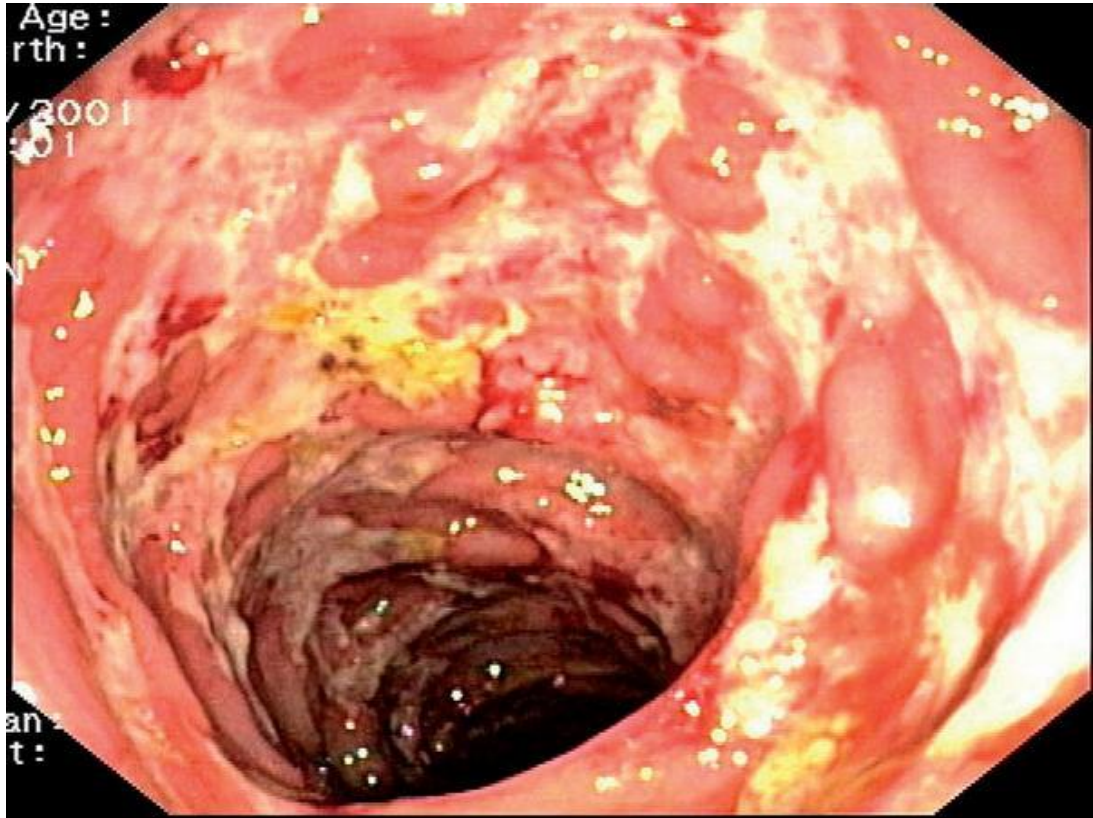
	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
--	-------	-------	---------	--------------	----------

(Dragomirecká, 2006)

**Příloha č. 12 Resekát terminálního ilea a céka postiženého CD při stenóze**



Obr. 1 Resekát terminálního ilea a céka postiženého Crohnovou chorobou při stenóze (Kasalický, 2009)

**Příloha č. 13 Endoskopický obraz Crohnovy kolitidy**

Obr. 2 Endoskopický obraz Crohnovy kolitidy s charakteristickými podélnými a hlubokými vředy (Kasalický, 2009)



## Příloha č. 14 Kübler-Rossové model - fáze vyrovnávání se s nemocí

1. *Popírání/šok* – jedinec se cítí dobře, podvědomě si namlouvá, že to musel být omyl, on není nemocný. Jedná se o šokovou situaci, která má různou délku trvání.

2. *Hněv/agrese* – nemocný si říká „proč zrovna já“, „kdo za to může?“ Nemocní mohou přestat spolupracovat a komunikovat se zdravotnickými pracovníky.

3. *Smlouvání* – „Dám všechny své peníze, za to, abych byl/a zdravá apod.“ V této fázi také dochází k hledání zázračného léku či alternativních metod léčby.

4. *Deprese* – u nemocného převládají pocity strachu, úzkosti, smutku a beznaděje. Nedoporučuje se dotyčného v této fázi rozveselovat. Jde o důležité období smutku, které musí proběhnout. V některých případech je nezbytné podat psychofarmaka.

5. *Smíření* – „Bude to v pořádku.“ Dochází k psychickému uvolnění a pacient je schopný na léčbě spolupracovat a přistupovat k ní rozumem (cesta domů, 2013).

## Příloha č. 15 Příčiny vzniku malnutrice u idiopatických střevních zánětů

Tab. 27: Příčiny vzniku malnutrice u idiopatických střevních zánětů

Snížená chuť k jídlu.
Bolest břicha při jídle.
Zvýšená zánětlivá aktivita – zvýšení energetického výdeje.
Exsudativní enteropatie (onemocnění střev charakterizované nápadnými změnami na sliznici s rozšířenými mízními cévami, jimiž se ztrácí velké množství bílkovin).
Zhoršené vstřebávání jednotlivých živin.
Průjmy a ztráty krve při enteroragii.
Enterokutánní (spojka mezi kličkou tenkého střeva a kůží na břiše) či enterokolické píštěle
Ztráty ileostomií (umělé vyústění tenkého střeva)
Syndrom krátkého střeva způsobený opakovanými resekcemi tenkého střeva
Medikamentózní léčba s katabolickým (kortikoidy) či anorektickým efektem (některá imunosupresiva) či změnou střevní mikroflóry (antibiotika) (Kohout, 2004, s. 31)

**Příloha č. 16 Komplikace PV**

Tab. 28: Komplikace PV

<b>Komplikace PV</b>
<b><i>Při zavádění katétru</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- pneumotorax (nahromadění vzduchu či jiného plynu v pleurální dutině).</li> <li>- hemotorax (přítomnost krve v pleurální dutině)</li> <li>- chylotorax (chylus/lymfa stéká do pleurální dutiny)</li> <li>- kanylace arterie/tepny</li> <li>- poškození nervově cévního svazku</li> </ul>
<b><i>Metabolické</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- hyperglykemie/zvýšená hladina krevního cukru či dekompenzace diabetes mellitus</li> <li>- minerálový rozvrat</li> <li>- refeeding syndrom (realimentační syndrom)</li> <li>- hyperhydratace či dehydratace</li> <li>- hypertriacylglycerolemie (zvýšená koncentrace triglyceridů v krvi)</li> <li>- steatóza jater (ztukovatění jater)</li> </ul>
<b><i>Infekční</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- infekce v místě vpichu</li> <li>- katéetrová sepse</li> </ul>
<b><i>Mechanické</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ucpání, vytažení a uplávání katétru</li> <li>- zavedení konce katétru do jugulárních žil</li> </ul>
<b><i>Další</i></b>

- trombózy (krevní sraženiny) ve velkých žilách
- embolie vzduchová (vniknutí vzduchové bubliny do periférních žil)
- cholecystitida (zánět žlučníku), cholecystolitiáza (přítomnost žlučových kamenů ve žlučníku nebo ve žlučových cestách) či sludge ve žlučníku (žlučové bláto) (Kohout, 2004, s. 101)

**Příloha č. 17    Infekční komplikace u malnutrice**

Tab. 29: Infekční komplikace u malnutrice

- bronchopneumonie (zánět průdušek)	
- urogenitální infekce (záněty močových cest)	
- abscesy (ložiska vyplněná hnisem)	
- sepse - katéťrová, dekubitární	(Kohout, 2004, s. 33)

**Příloha č. 18 Cíle sdružení pacientů s ISZ**

Tab. 30: Cíle sdružení pacientů s ISZ

1	Spolupracují s nejlepšími odborníky ze všech regionů, díky kterým zkvalitňují informovanost pacientů a lépe šíří tyto informace.
2	Podporují lékaře při jednání se zdravotními pojišťovnami (například za úhradu nákladných terapií, rekondicí..).
3	Mění vztah lékaře k pacientům na partnerský.
4	Jsou oporou pro všechny, kteří mají pocit, že se následkem nemoci ocitají v sociální izolaci.
5	Jsou místem, kde mohou pacienti s ISZ navázat nové přátelství či dokonce životního partnera (Červenková, 2009, s. 99).

## Příloha č. 19 Základní rozlišovací příznaky ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci

Tab. 31: Základní rozlišovací příznaky ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci

Klinické projevy	Ulcerózní kolitida	Crohnova nemoc
průjem	častý	častý
enteroragie	častá	může být
bolesti břicha	mohou být	časté
palpační rezistence	nebývá	častá
píštěle	vzácné	časté
stenózy	jen nahodile	časté
postížení tenkého střeva	nebývá, jen v rámci tzv. „backwash ileitis“ (postížení terminálního ilea zánětem)	časté
postížení konečníku	časté, min. v 95 %	příležitostné, v cca 50 %
extraintestinální příznaky	mohou být	mohou být
toxické megakolon	příležitostně	vzácné
rekurence onemocnění po kolektomii	nikdy	příležitostná
maligní zvrát u dlouhotrvajícího onemocnění	může být	vzácný
projevy malabsorpce	nebývají	časté
Endoskopické a rtg nálezy		
lokalizace změn	difúzní, postížení konečníku téměř vždy	regionální, postížení konečníku někdy
šíření	kontinuální	diskontinuální
počáteční stadium onemocnění	slizniční cévní kresba vymizelá, sliznice hyperemická,	cévy jsou patrné, afty, fo-

nění	fragilní	kální zarudnutí
stadium floridní	mnohočetné vředy, mapovité	fisury, na sliznici obraz „dlažebních kostek“ solitární vředy
pozdní stadium	absence hauster, zánětlivé polypy, slizniční atrofie	deformace střevního lumen, stenózy, píštěle
<b>Histopatologické nálezy</b>		
zánětlivé postižení	difúzní, submukózní	ložiskové, transmurální
edém	minimální	výrazný
hyperemie	výrazná	lehká
lymfoidní hyperplazie	vzácně ve sliznici a submukóze	častá, transmurální
kryptové abscesy	časté	vzácné
metaplazie Panetových buněk	častá	možná
přítomnost granulomů	nebývá	častá
pohárkové buňky	výrazně redukované	normální
zánětlivé polypy	časté	méně časté (Semiginovský, 2013)



## Příloha č. 20 Index aktivity Crohnovy choroby - CDAI (Crohn's Disease Activity Index)

Tab. 32: CDAI (Crohn's Disease Activity Index)

Klinická / laboratorní proměnná		Hodnota x váha
1	Počet tekutých nebo řídkých stolic za den v posledním týdnu	<input type="text"/> x 2
2	Bolest břicha (hodnocena na stupnici 0-3) v posledním týdnu	<input type="text"/> x 5
3	Celkový stav, subjektivně hodnocen od 0 (dobrý) do 4 (špatný) v posledním týdnu	<input type="text"/> x 7
4	Přítomnost komplikací *	<input type="text"/> x 20
5	Užívání Immodia či opiátů proti průjmu	<input type="checkbox"/> x 30
6	Přítomnost břišní masy (0 není, 2 podezření, 5 určitě)	<input type="text"/> x 10
7	Hematokrit <0.47 u mužů a <0.42 u žen	<input type="checkbox"/> x 6
8	Procentní odchylka od standardní hmotnosti	<input type="text"/> x 1
<b>Spočítat výsledek</b>		

**\* Po bodu je přidáno za každou skupinu komplikací:**

- bolest kloubů (artralgie) nebo dg. artritidy
- iridocyklitida, uveitida
- erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, aftózní vředy
- anální fissury, píštěle, abscesy
- jiné píštěle
- horečka během minulého týdne

*Remise Crohnovy nemoci* je definována jako pokles CDAI pod 150.

*Těžká Crohnova nemoc* je definována jako hodnota CDAI >450.

*Odpověď na léčbu Crohnovy nemoci* je obvykle definována jako pokles CDAI o 70 a více bodů (Lambert, 2008).