

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Ludmila Klímová

Fakulta zdravotnických studií

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Ludmila Klímová, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO S MORBUS CROHN

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 05. 2019

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Rovněž děkuji respondentům za jejich čas a možnost provést výzkum.

Anotace

Příjmení a jméno: Ludmila Klímová, DiS.

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika nemocného s Morbus Crohn

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 84

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 24

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 58

Klíčová slova: Crohnova choroba - nespecifické střevní záněty - kvalita života – diagnostika - léčba.

Souhrn:

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se skládá z teorie Crohnovy choroby. Zabývá se výskytem, příčinami, průběhem, diagnostikou, léčbou, nezbytnou dietou a možnostmi reprodukce u pacientů s touto chorobou.

V praktické části, která doplňuje teoretickou část, jsou podrobně popsány kazuistiky respondentů, kteří Crohnovou chorobou onemocněli. Jsou zde popsány také jejich pocity při zjištění Crohnovy choroby. Analýza, interpretace a hodnocení dat v empirické části práce přináší informace o stupni kvality života jedinců s Crohnovou chorobou.

Annotation

Surname and name: Ludmila Klímová
Department: Department of Nursing and Midwifery
Title of thesis: Problems of the patient with Morbus Crohn
Consultant: Mgr. Lenka Kroupová
Number of pages – numbered: 84
Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 24
Number of appendices: 10
Number of literature items used: 58
Keywords: Crohn's disease, nonspecific intestinal inflammation, quality of life, diagnosis, treatment.

Summary:

This bachelor thesis is divided into two parts—the theoretical part and the empirical part. The theoretical part describes Crohn's disease theory. It contains a description of occurrence of this disease, its causes, its process, its diagnostics, its therapy, necessary diet and patient's abilities to reproduce. The empirical part describes in details two case reports of patients suffering from Crohn's disease. There are described also patient's emotions in the moment of the detection of Crohn's disease. Analysis, interpretation and evaluation of data in the empirical part of the paper provides information on the degree of quality of life in individuals with Crohn's disease.

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 MORBUS CROHN = CROHNOVA CHOROBA.....	14
1.1 Anatomie a fyziologie střev.....	14
1.1.1 Tenké střevo – intestinum tenae.....	14
1.1.2 Tlusté střevo – intestinum crassum.....	15
1.2 Crohnova choroba.....	16
1.2.1 Současný stav.....	16
1.2.2 Historie Crohnovy choroby.....	17
1.2.3 Etiologie Crohnovy choroby.....	17
1.2.4 Příznaky Crohnovy choroby.....	19
1.2.5 Rizikové faktory ovlivňující možný vznik Crohnovy choroby.....	20
1.2.6 Komplikace Crohnovy choroby.....	20
1.3 Diagnostika a léčba Crohnovy choroby.....	22
1.3.1 Diagnostika Crohnovy choroby.....	22
1.3.2 Farmakologická léčba Crohnovy choroby.....	25
1.3.3 Chirurgická léčba Crohnovy choroby.....	27
1.3.4 Stomie.....	28
1.3.5 Biologická léčba Crohnovy choroby.....	31
1.3.6 Psychoterapie při terapii Crohnovy choroby.....	32
1.4 Výživa při Crohnově chorobě.....	34
1.5 Kvalita života s Morbus Crohn.....	36
1.5.1 Definice kvality života.....	36
1.5.2 Faktory ovlivňující kvalitu života osob s Crohnovou chorobou.....	37
1.5.3 Objektivní posuzování kvality života u osob s Crohnovou chorobou.....	38
1.5.4 Problematika specifických potřeb osob s idiopatickými střevními záněty....	39
1.5.5 Biologické potřeby osoby s Crohnovou chorobou.....	39
1.5.6 Psychosociální potřeby člověka s Crohnovou chorobou.....	41
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
2.1 Metodika.....	44
2.1.1 Kvalitativní výzkum.....	44
2.1.2 Případová studie.....	45
2.1.3 Etické otázky výzkumu.....	45
2.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	46
2.3 Kazuistiky respondentů.....	47
2.3.1 Kazuistika č. I. - muž, 39 let.....	47
2.3.2 Kazuistika č. II. - žena, 43 let.....	49

2.3.3	Kazuistika č. III. - žena, 33 let.....	51
2.4	Osobní rozhovory s respondenty	52
2.4.1	Přepis rozhovoru I. – muž 39 let.....	53
2.4.2	Přepis rozhovoru I. – žena 43 let	56
2.4.3	Přepis rozhovoru III. – žena 33 let	60
2.5	Analýza výsledků.....	63
2.6	Ošetřovatelský proces	70
2.7	Ošetřovatelské diagnózy	73
2.8	Edukační plán.....	78
	DISKUZE	81
	ZÁVĚR.....	84
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM OBRÁZKŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Celosvětově a mimo jiné také v České republice žijí tisíce lidí s nespecifickými střevními záněty, jejich počet se každým rokem zvyšuje. Onemocnění se nejčastěji projevuje mezi 20. a 30. rokem života, ale jsou známy případy, kdy se onemocnění diagnostikuje i ve vyšším. Častěji však onemocnění postihuje mladé lidi, rovněž není výjimkou propuknutí onemocnění v dětském věku. Pokud zapátráme ve svém okruhu známých, přátel či rodiny, je velmi pravděpodobné, že i my nalezneme člověka, kterému byla Crohnova choroba diagnostikována.

Nespecifické střevní záněty ovlivňují kvalitu života nemocného. Je tedy nezbytné, věnovat se všem aspektům choroby, jak fyziologickým tak i psychosociálním. Mezi nespecifické střevní záněty se řadí Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Obě nemoci spadají do chronických zánětlivých onemocnění trávicího traktu, která zpravidla bývají provázena bohatými extraintestinálními příznaky. Obě onemocnění mají mnoho společných rysů, ale liší se hloubkou postižení střevní sliznice, lokalizací a rozsahem zánětu. Etiologie vzniku není známá, proto se nazývají idiopatické střevní záněty. Průběh nespecifických střevních zánětů probíhá ve dvou fázích. Při onemocnění se střídá období klidového stavu, které je popsáno jako remise. Při remisi nejsou přítomny žádné známky zánětu. Remisi poté střídá období opětovného vzplanutí zánětu tzv. relaps onemocnění.

Bakalářská práce přináší informace o Crohnově chorobě. Téma bakalářské práce bylo zvoleno na základě aktuálnosti a zajímavosti problematiky. Nemoc pro člověka vždy znamená zátěžovou situaci a narušení běhu jeho života, zvláště pak jedná-li se o onemocnění chronické, mezi které se Crohnova choroba řadí. Toto onemocnění ovlivňuje zásadním způsobem kvalitu života nemocného ve všech jeho směrech, proto je nezbytné, aby všichni zdravotníci a rodinní příslušníci především psychicky podporovali nemocného a byli nemocnému oporou.

Stěžejním cílem a úkolem zdravotníka, je vytvoření korektního vztahu s nemocným, tedy takového vztahu, který bude založený na vzájemné důvěře. Neboť důvěra může pozitivně ovlivňovat průběh terapie, minimálně po psychické stránce. V případech jakýchkoliv nejasností se mohou nemocní na zdravotníka obrátit a získat potřebné informace a rady, které by mohly vést k pochopení dané situace a tím i vést ke zkvalitnění běžného života. Charakter Crohnovy choroby je autoimunitní, způsobuje patologický boj proti vlastním tkáním, což je hlavní příčinou vzniku obtíží. Dosud není

známo, co tento autoimunitní mechanismus spouští, z tohoto důvodu je zánět označován jako idiopatický střední zánět. V současné době je Crohnova choroba taktéž zařazena mezi choroby civilizační a její manifestace se neorientuje pouze na střeva. Z toho důvodu je výskyt Crohnovy choroby možný v celé délce gastrointestinálního traktu, ovšem zánět je nejčastější lokalizován právě ve střevech.

Crohnova choroba je velice nepředvídatelné a nevléčitelné onemocnění. Crohnovu chorobu v současné době nelze žádnou medikamentózní léčbou definitivně vyléčit, pouze zmírnit její průběh. U většiny pacientů umožňuje aplikovaná léčba potlačit vedoucí projevy nemoci a zabránit vzniku možných komplikací. Zatěžuje člověka po fyzické stránce a samozřejmě i po stránce psychické. Nerovnováha v psychické oblasti se může projevit psychickou nevyrovnaností, depresemi či strachem z projevů onemocnění.

Bakalářská práce seznamuje s Crohnovou chorobou, jejími projevy a příznaky, léčbou a výživou při onemocnění. V druhé části se práce zabývá praktickým dopadem Crohnovy choroby na kvalitu života lidí, kteří Crohnovou chorobou onemocněli.

Cílem bakalářské práce je zjistit problematické oblasti a obtíže, které Crohnova choroba přináší do běžného života člověka. Pro sběr potřebných informací bylo využito polostrukturovaného rozhovorů a sestavení kazuistik nemocných s Crohnovou chorobou. U vybrané respondentky je podrobně zpracován ošetrovatelský proces se všemi jeho částmi. V diskuzi jsou zpracovány jednotlivé výzkumné otázky shrnutím získaných informací od oslovených respondentů.

Dostupné literární zdroje se zabývají převážně medicínským popisem Crohnovy choroby, ošetrovatelskou péčí o pacienta s Crohnovou chorobou a rozvojem znalostí a vědomostí o dané problematice. Literární publikace, které byly vybrány pro zpracování bakalářské práce, obsahují komplexní popis problematiky Crohnovy choroby.

1 MORBUS CROHN = CROHNOVA CHOROBA

Kapitola je věnována vzniku Crohnovy choroby, příznakům, rizikovým faktorům, diagnostice i možnostem léčby a výživě při onemocnění Crohnovou chorobou.

1.1 Anatomie a fyziologie střev

Střeva tvoří část trávicí trubice (obrázek 1) a dosahují délky 7 až 9 m. Šíře střev není po celé jejich délce stejná, liší se v jednotlivých oddílech. Tenké střevo navazuje na žaludek. Tenké střevo měří více než střevo tlusté a je taktéž i užší v porovnání s tlustým střevem (Páč, 2007, s. 19).

1.1.1 Tenké střevo – *intestinum tenae*

Tenké střevo tvoří nejdelší část trávicí trubice, v níž probíhá hlavní část trávení a vstřebávání živin, cukrů, tuků, vitamínů, bílkovin, minerálů a stopových prvků. Neméně důležitou funkcí tenkého střeva je tvorba endokrinních pŕsobků. Bez tenkého střeva není možné žít (Lukáš a kol., 2005, s. 27).

Tenké střevo začíná v oblasti prvního bederního obratle a končí v pravé jámě kyčelní, kde plynule přechází ve střevo tlusté. Dostupná literatura uvádí délku tenkého střeva v rozmezí 3 – 5 metrů v období života, po smrti může tenké střevo dosahovat délky až 7 metrů. Na jeho začátku je tenké střevo širší a směrem ke konci se průsvit střeva zužuje. Celkovou délku tenkého střeva ovlivňuje např. etnický původ či pohlaví, ženy mají kratší tenké střevo než muži (Oliverius, Kohout, 2017, s. 22). Tenké střevo vystýlá jednovrstevný cylindrický epitel, který je složen ze specializovaných vysokých a štíhlých buněk, které mají určitou funkci (Čihák, 2011, s. 27).

Základní části tenkého střeva:

Dvanáctník (duodenum) je první a nejkratší část tenkého střeva s délkou 25–30cm. Nachází se v pravé horní části dutiny břišní, je přirostlý k orgánům zadní stěny břišní a z velké části je pokryt nástěnnou pobřišnicí, díky tomu je téměř nepohyblivý. Do dvanáctníku přitéká tekutina ze slinivky břišní a žluč z jater (Lukáš a kol., 2005, s. 27).

Lačník a kyčelník (jejunum a ileum) patří mezi dalšími úseky tenkého střeva. Obě části střev plynule a bez určité hranice přecházejí do sebe, proto se někdy nazývají jejunoileum. Lačník tvoří 3/5 a kyčelník zbývající 2/5 jejunoilea. Jejunum je širší, delší a prokrvenější než ileum. Sliznice lačníku je pokryta hustěji s vyššími řasami, které se směrem k ileu zmenšují (Páč, 2007, s. 20).

Machová (2008) ve své publikaci hovoří o tenkém střevě jako o trubicovitém oddílu trávicí soustavy, kde dochází k dokončení trávení, vstřebávají se zde produkty trávení a třetí funkcí je posun nestravitelných a nestrávených zbytků potravy do tlustého střeva. V tenkém střevě probíhá největší část trávení a vstřebávání rozštěpených složek potravy. Dochází zde k dokončení trávení potravy a resorpci produktů štěpení společně s vodou, elektrolyty a vitaminy. (Naňka, Elišková, 2009, s. 157).

1.1.2 Tlusté střevo – *intestinum crassum*

Tlusté střevo je uloženo v dutině břišní a je posledním úsekem trávicí trubice. Dosahuje délky 1,5 m a jeho šíře závisí na aktuální náplni. Tlusté střevo se skládá z několika částí jako tenké střevo.

Základní rozdělení tlustého střeva:

Slepé střevo nebo-li *intestinum caecum*.

Červovitý výběžek (*apendix vermiformis*), který odstupuje z dolního konce céka a jeho délka je 5-10 cm.

Tračník (*colon*) je tvořen 4 oddíly. Těmi jsou tračník vzestupný (*colon ascendens*), tračník příčný (*colon transversum*), tračník sestupný (*colodescendens*), tračník esovitý (*colonsigmoideum*).

Konečník nebo-li *rektum*, měří 12-15 cm a nachází se těsně před křížovou kostí a řitním otvorem.

Tlusté střevo slouží jako rezervoár stolice a reguluje její objem a elektrolytické složení. V tlustém střevě pokračuje vstřebávání vody a elektrolytů, které bylo započato v tenkém střevě. Resorbují se zde i vitamíny, některé z nich jsou syntetizovány bakteriemi samotného tlustého střeva (Machová, 2008, s. 99).

1.2 Crohnova choroba

1.2.1 Současný stav

Crohnova choroba je multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které patří mezi celoživotní zánětlivá onemocnění trávicího traktu s neznámou etiologií a pouze částečně známou patogenezi (Postgraduální gastroenterologie a hematologie, 2017, s. 34). Německý lékař, kterému byla Crohnova choroba diagnostikována, ve své publikaci uvádí, že Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou chronickými civilizačními chorobami (Ulmichers, 2012, s. 26).

Zcela přesná příčina vzniku idiopatických střevních zánětů a jejich mechanismu rozvoje v současné době zatím není objasněna a literatura uvádí, že se jedná o civilizační chorobu, jejíž vznik je ovlivněn životním stylem, skladováním a úpravou stravy, užíváním antibiotik a jiných léčiv a v neposlední řadě negativním působením stresu na lidský organismus (Matějková, 2016, s. 8). Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba se řadí mezi onemocnění, jejichž příčina není zatím stoprocentně známa. Za významný rizikový faktor však můžeme považovat stravu. Proto mohou nemocní dodržováním dietních zásad zmírňovat negativní dopady těchto chorob na lidský organismus (Lukáš, 2004, s. 12).

„V České republice se pohybuje kolem dvou až čtyř onemocnění na 100 000 obyvatel a má trvale vzestupnou tendenci. V České republice je stále nejčastější postižení terminálního ilea. Jde o onemocnění mladých lidí ve věku mezi 20-30 lety (25-30 % pacientů je diagnostikováno před 20. rokem života)“ (Horák a kol., 2013, s. 205).

Chronické záněty tenkého a tlustého střeva - Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu, shrnuli čeští lékaři po letech jazykového tápání do termínu idiopatické střevní záněty. Původní význam slova „idiopatický“ pochází z řečtiny a označuje každou nemoc, která má neznámý původ. Pro označení těchto onemocnění se používá zkratka v anglickém jazyce IBD – Inflammatory Bowel Diseases. IBD choroby jsou vyvolané imunitní reakcí organismu, namířenou proti jeho vlastnímu trávicímu traktu, čímž dochází k jeho chronickému poškození. Staré označení pro obě onemocnění - nespecifické střevní záněty, zachycuje dosud neurčenou příčinu jejich vzniku (Červenková, 2009, s. 98).

Při Crohnově chorobě je střevo postiženo transmúlním zánětem, který vyvolá reakci okolního mezenteria a spádových uzlin (Postgraduální gastroenterologie a hematologie, 2016, s. 35).

1.2.2 Historie Crohnovy choroby

Crohnova choroba na své osamostatnění a pojmenování čekala až do roku 1932. Již ve dřívější lékařské literatuře jsou k dispozici popisy nemocných, které lze použít a přirovnat i na současné pacienty. Názorným příkladem je popis nemoci od lékaře Fabryho, který v roce 1612 informoval o pitvě adolescenta, jenž zemřel krátce poté, co si začal stěžovat na bolesti břicha doprovázené horečkou. Lékař Fabry při pitvě chlapce objevil výraznou stenózu terminálního ilea s viditelně zesílenou střevní stěnou. Zesílená střevní stěna způsobila neprůchodnost střeva a jeho následnou perforaci (Červenková, 2009, s. 101).

V uznávané newyorské nemocnici Mount Sinai působilo počátkem 20. let minulého století hned několik skupin lékařů, kteří se problematikou zánětlivých onemocnění střev zabývali. O zkoumání Crohnovy choroby se zasloužili hlavně tito lékaři, Moschowitz, Wilensky, Ginzburg, Oppenheimer s tehdy slavnými chirurgy Bergem a Crohnem (Červenková, 2009, s. 101).

Americký gastroenterolog Burrill Bernard Crohn, v dokumentacích z roku 1932 popsal celkem 14 nemocných s neobvyklým transmurálním zánětem terminálního ilea. Při svém zkoumání vyloučil možnost mykobakteriózy a tím odlišil Crohnovu chorobu od střevní tuberkulózy. Výzkumy, v 50. a 60. letech minulého století definitivně prokázaly, že onemocnění Crohnovou chorobou postihuje rovněž tlusté střevo nebo jakoukoli část gastrointestinálního traktu. Počátkem 90. let se prokázalo, že jde o heterogenní onemocnění s různorodou lokalizací, projevy a komplikacemi, které je potřeba klasifikovat mnohem přesněji a časněji, neboť by nebylo poté možné způsoby a výsledky léčby porovnávat (Červenková, 2009, s. 102).

V českých zemích se Crohnovou chorobou zabýval profesor Zdeněk Mařatka, který v roce 1948 vydal monografii „Colitisulcerosa“. Jeho dílo a mnoho dalších prací na téma idiopatických střevních zánětů, patří k základním pramenům informací o Crohnově chorobě jak v českém, tak i v celosvětovém měřítku (Bortlík, 2010, s. 56).

1.2.3 Etiologie Crohnovy choroby

Idiopatické střevní záněty (ISZ) se ve 25 % projevují již v dětství a adolescentním období života člověka. Čím dříve byl evidován nástup onemocnění, tím je nemoc a průběh považován za rizikovější. Také v některých případech může Crohnova choroba

propuknout v období těhotenství či po porodu. Je však nutno říci, že ISZ mohou manifestovat také v dospělosti či stáří v rozmezí 50. – 80. rokem (Nevoral a kol., 2013, s. 126).

Mechanismus Crohnovy nemoci zatím nebyl stoprocentně objasněn. Vznik onemocnění je přikládán porušení slizniční imunoregulace, což má za následek ztrátu tolerance střevních bakterií a tím ke vzniku zánětu.

Pacienti, kteří onemocnějí Crohnovou chorobou, jsou rozdělováni do dvou skupin. Rozdělení, ale neplatí absolutně, avšak hraje důležitou roli v terapii a prognóze nemoci. Typ A je charakteristický agresivitou, častými prudkými záchvaty, časnými a opakovanými chirurgickými zásahy, sklonem k tvorbě píštělí a abscesů. Typ B je naopak mírnější, záchvaty choroby jsou postupem času ojedinělé, nutnost chirurgických zásahů je nesrovnatelně menší. Typická pro tuto formu je tvorba stenóz, zatímco přítomnost abscesů a píštělí je spíše výjimečná (Nevoral a kol., 2013, s. 126).

Crohnova choroba je označována jako penetrující a zánětlivé střevní onemocnění, které může postihnout každou část zažívacího traktu od ústní dutiny, kde se tvoří afty až po rektum, kde mohou vznikat abscesy či píštěle. Nejčastěji však bývá postiženo tenké a tlusté střevo. Typickou lokalizací je terminální ileum, díky tomuto postižení se začal používat termín terminální ileitida (Bronský, 2013, s. 62).

Zánět, který je typický pro Crohnovu chorobu, může procházet celou střevní stěnou. Při tomto zánětu mohou vznikat abscesy, což jsou dutiny vyplněné hnisem. Současně mohou vznikat fistuly čili drobné kanálky, které spojují jednotlivé orgány nebo vyúsťují na povrch těla přes kůži (Hlavatý, 2013, s. 35).

Crohnova choroba patří mezi multifaktoriálně podmíněná onemocnění. Souvislost s genetickými predispozicemi byla zjištěna ve více případech v porovnání s ulcerózní kolitidou. Poznatky byly zjištěny prostřednictvím studií na dvojčatech, pomocí objevování společného genu. Vědcům a lékařům se podařilo identifikovat gen, který je lokalizován na 16. chromozomu a podílí se na vzniku Crohnovy choroby (Lukáš, 2002, s. 137).

Mezi zevní faktory Crohnovy choroby patří dieta, dále např. rafinované cukry, infekce, kouření cigaret, přičemž podíl kouření na vzniku Crohnovy choroby je velmi značný. Ale výjimkou nejsou ani pacienti, kteří nikdy nekouřili a Crohnovou chorobou také onemocněli. Mezi další nezanedbatelné příčiny Crohnovy choroby se řadí chronický stres, nadměrné užívání léků ze skupiny nesteroidních antirevmatik (NSAID), antibiotik, hormonálních kontraceptiv. K propuknutí Crohnovy choroby dochází tedy u geneticky disponovaných osob, u kterých jejich imunitní systém střevní sliznice přišel do kontaktu

s velkým spektrem antigenů a jejich vlivem dochází k selhání imunitní tolerance (Postgraduální gastroenterologie a hematologie, 2016, s. 42).

Literatura rozlišuje tři formy Crohnovy choroby:

Zánětlivá forma s mírným průběhem.

Maligní (agresivní) perforující forma, u níž dochází k častější recidivě a jsou přítomny abscesy, které zvyšují riziko perforace střev.

Benigní (indolentní) stenozující forma, při které je nižší frekvence relapsů, ale vyšší tendence tvorby fibrotizací a stenóz.

Dle anatomické lokalizace lze Crohnovu chorobu rozdělit dále do pěti skupin (obrázek 2) (Postgraduální gastroenterologie a hematologie, 2016, s. 43).

1.2.4 Příznaky Crohnovy choroby

Lidský organismus je denně vystaven stimulům z vnitřního a zevního prostředí, na tyto stimuly reaguje pomocí svého imunitního systému. Lidský organismus se pomocí obranného imunitního systému snaží zachovávat integritu a stálost vnitřního prostředí tzv. homeostázu. K udržování homeostázy slouží specifické a nespecifické mechanismy, hlavní roli zde hraje imunita buněčná a hormonální. Prostřednictvím adaptivní imunity je lidský organismus po kontaktu s antigenem protilátky, schopen si sám vytvořit ochranu proti opětovné infekci (Postgraduální gastroenterologie a hematologie, 2017, s. 28).

Mezi nejčastější příznaky Crohnovy choroby patří bolest břicha, zejména bolest v pravém podbříšku. Břišní dyskomfort, průjem, zvýšená tělesná teplota, anémie, únava, namáhavé a bolestivé vyprazdňování stolice, které se obvykle objevuje i během noci. Dále břišní křeče, přítomnost krve a hlenu ve stolici, úbytek hmotnosti. Průjmem se rozumí příliš časté vyprazdňování tekuté stolice, četnost stolic je důležité sledovat. (Hehlmann, 2010, s. 99).

Dle lokalizace postižené oblasti střeva lze rozlišit širokou škálu příznaků, jako jsou např. stenózy, fisury, hluboké vředy, píštěle, krvácení, malnutrice a mnoho dalších. Typické příznaky určují postižené místo. Např. u ileocekální formy Crohnovy choroby jsou přítomny bolesti v pravém podbříšku, subfebrilie, průjmy, někdy lze nahmatat infiltrát, který může napodobovat infiltrát jako při zánětu slepého střeva. (Ferko, Vobořil, Šmejkal, Bedrna, 2011, s. 328).

Charakteristickým znakem Crohnovy choroby bývá úbytek hmotnosti jedince, který je způsoben poruchou vstřebávání živin. Především v dětském věku může docházet ke zpomalení zdravého vývoje či dokonce k poruchám růstu (Zachová a kol., 2010, s 49).

Rozvoji typických klinických příznaků mohou předcházet příznaky mimo střevní. Mezi nejčastější mimo střevní příznaky se řadí příznaky kloubní, oční a kožní. Nemocní s Crohnovou chorobou mívají často onemocnění ledvin a urologické potíže s komplikacemi, postižení jater a žlučového systému (Vránová, 2013, s. 25).

1.2.5 Rizikové faktory ovlivňující možný vznik Crohnovy choroby

Přes mnohá bádání a úsilí, která byla zaměřena na zjištění příčin onemocnění, stále není zcela objasněno, jaká je příčina vzniku Crohnovy choroby. K propuknutí onemocnění je tedy pravděpodobně nutná kombinace více faktorů, vrozených i získaných. Jistá, vrozená predispozice se zajisté taktéž podílí na rozvoji Crohnovy choroby. K vrozené náchylnosti se v průběhu života přidávají faktory z prostředí tzv. enviromentální faktory. Mezi enviromentální faktory se řadí vlivy z raného dětství v podobě kojení, vyrůstání ve městě nebo na vesnici, případný kontakt se zvířaty atd. Dále jsou to vlivy, které se přidávají během života a to je kouření, typ stravy či užívání hormonální antikoncepce nebo nesteroidních antirevmatik. V jaké míře mohou enviromentální faktory ovlivnit a podpořit vznik onemocnění se dosud vedou diskuze a nynější výzkumy zatím jednoznačně nepotvrdily zvyšující se riziko vzniku onemocnění a zhoršení průběhu Crohnovy choroby v důsledku působení environmentální faktorů (Hlavatý, 2013, s. 51).

Mezi rizikové faktory, které mohou napomáhat rozvoji onemocnění lze zařadit dietu, zvýšenou spotřebu cukru, nižší spotřebu vlákniny, nižší spotřebu mastných kyselin řady omega 3, již zmíněné kojení a délku kojení či perinatální infekce. Psychické a sociální faktory jako jsou rodina, zaměstnání, styl chování, typ osobnosti, pracovní zařazení a sociální struktury či stres (Hlavatý, 2013, s. 52).

1.2.6 Komplikace Crohnovy choroby

V kapitole jsou zmíněny nejdůležitější a nejčastější komplikace, které se mohou objevit u osob s diagnostikovanou Crohnovou chorobou.

V průběhu celé léčby se mohou objevit různé obtíže týkající se zdravotního stavu člověka s Crohnovou chorobou. Obtíže vznikají v důsledku těžkého střevního zánětu, kdy dochází k imunitní reakci doprovázené narušeným vstřebáváním některých živin nebo žlučových kyselin. Při Crohnově chorobě dochází ke zhoršené schopnosti vstřebávání železa, a proto se u osob s tímto onemocněním objevují sideropenické anémie. Anémie v důsledku nedostatku železa (Matějková, 2016, s. 12).

U žen s Crohnovou chorobou je velmi častý výskyt genitálních píštělí, který je vždy doprovázen vaginálním výtokem. Problémy bohužel nastávají také v oblasti reprodukce, v těhotenství a při porodu. Vliv idiopatických střevních zánětů na těhotenství je velmi značný. Byl prokázán zvýšený výskyt spontánních potratů a to zejména u žen, které měly chorobu aktivní během těhotenství nebo podstoupily resekci střeva těsně před těhotenstvím (Červenková, 2009, s. 102).

Druhy komplikací:

Střevní obtíže, mezi které se řadí stenózy, abscesy a píštěle.

Mimo střevní obtíže, ke kterým patří obtíže kloubní, oční, kožní a ledvinové.

Nutriční obtíže, což jsou například anemie, malnutrice, metabolická osteopatie (Zvoníková, 2010, s. 32).

Stenózy se objevují u 30 – 40 % pacientů s Crohnovou chorobou, ve většině případů na tenkém střevě. Při stenózách pociťuje člověk bolesti břicha doprovázeny zvracením za nápadně slyšitelných střevních zvuků. Střevní stenózy se ošetřují strikturoplastikou. Princip strikturoplastiky spočívá v resekcii postiženého střeva nebo jeho balonové dilataci, tedy roztažení střeva. Celou operaci lze provést během endoskopického vyšetření.

Dalším velmi častou komplikací jsou perforace, česky řečeno proděravění. Perforace se rozvíjí postupně v průběhu silného zánětu. Následkem perforace vznikne píštěl nebo absces, který je uložen mimo střevní stěnu. Všechny výše popsané komplikace, jsou u pacientů s Crohnovou chorobou velice časté a postihují tlusté střevo (Červenková, 2009, s. 118).

Jako největší riziko se jeví vznik flegmóny, neohraňčeného hnisavého zánětu v oblasti hráze a následné poškození funkce řitních svěračů. Terapie flegmóny spočívá v kombinaci konzervativní a chirurgické léčby (Červenková, 2009, s. 119).

Kožními komplikacemi trpí asi 20 % pacientů. Kožní léze lze rozdělit na granulomatózní, reaktivní a sekundární lézi, což je důsledek nutričního defektu. Ke granulomatózním kožním lézím lze zařadit peristomální a perianální vředy

a pístěle. Do skupiny reaktivních lézí se počítají aftózní stomatitida, erythemanodosum, zánět v podkoží, pyodermagangraenosum a ulcerativní dermatitida (Drastich, 2010, s. 69).

Slzení, pálení, svědění očí či poruchy zraku mohou být prvními známkami **očních komplikací** při Crohnově chorobě. K nejčastějším nemocem očí patří episkleritida, zánět tkání v okolí skléry, který se nejčastěji projevuje jako ohraničená červená nebo nafialovělá skvrna. Dále skleritida (zánět bělimy) a uveitida (zánět živnatky). Léčba onemocnění oka je důležitá vzhledem k předcházení vzniku glaukomu (zeleného zákalu) nebo katarakty, šedého zákalu (Drastich, 2010, s. 7).

K neméně ojedinělým očním komplikacím patří iridocyklitida, neboli zánět duhovky a řasnatého tělesa. Při tomto extraintestinálním projevu bývá přítomna mióza a tzv. hluboká infekce, kdy je oblast skléry překrvená a jednotlivé cévy nelze rozeznat (Burch, 2008, s. 89).

Kloubní komplikace patří mezi nejčastější mimo střevní komplikace a postihují téměř 30 % pacientů. Hlavním zástupcem kloubních komplikací u Crohnovy choroby bývá enteropatická artropatie, jedná se o zánětlivé postižení kloubů. Klouby jsou ztuhlé hlavně ráno, ale bolesti mohou mít pacienti i v noci, kdy jsou bolesti přímo nesnesitelné. K farmakologické terapii se používají nesteroidní antirevmatika. Mezi preventivní i léčebné postupy se doporučuje zařadit pravidelné cvičení a dostatečný přísun kalcia a vitamínu D (Drastich, 2010, s. 8).

1.3 Diagnostika a léčba Crohnovy choroby

Stanovení přesné diagnózy Crohnovy choroby a provedení diferenciální diagnostiky je u idiopatických střevních zánětů mimořádně důležité. Zvolená léčebná strategie se skládá, ze znalosti přesného rozsahu a aktivitě nemoci (Tachecí, 2008, s. 55).

EFCCA (European Federation of Crohn's and Colitis Associations), federace sdružující pacientské organizace ve 26 zemích Evropy a jejím cílem je zlepšování životních podmínek pacientů s idiopatickými střevními záněty (Matějková, 2016, s. 50).

1.3.1 Diagnostika Crohnovy choroby

Anamnéza, základní a první diagnostická metodou při stanovení diagnózy. Získané informace se poté mohou porovnat s klinickým nálezem. Součástí anamnézy jsou

i informace o celkovém stavu člověka, současných chorobách, medikaci, alergii aj. Nakonec se zjišťují informace o aktuálních subjektivních potížích.

Klinické vyšetření nemocného, což je velmi důležité pro úspěšnou a optimální terapii Crohnovy choroby. Hodnotí se celkový stav nemocného, kvalita a barva pokožky, symetrie těla. Pohmatem a poslechem bolestivost a střevní zvuky v oblasti břišní dutiny.

Laboratorní testy, do standardního vyšetření z krevního vzorku je zařazeno vyšetření hladiny minerálů a bílkovin, které zahrnuje iontogram. Krevní obraz, kde se projevívá chudokrevnost, zájem je soustředěn na hladinu hemoglobinu. Zkoumá se tedy hladina hematokritu a počet červených krvinek (erytrocytů), sedimentace červených krvinek, počet bílých krvinek (leukocytů) a počet krevních destiček (trombocytů). CRP tzv. C-reaktivní protein, který se aktivuje zánětlivou reakcí, jeho fyziologická hladina je nízká, při aktivaci zánětu se hodnota značně zvýší. Dále se využívají jaterní testy, parametry renálních funkcí, stav nutriční, stav hladiny vitamínu D (Matějková, 2016, s. 50).

Kolonoskopie, patří mezi endoskopické vyšetření tlustého střeva od konečníku k místu spojení s tenkým stěvem. Toto vyšetření je důležité v diagnostice u zánětlivých onemocnění nebo nádorů. Vyšetření se provádí pomocí flexibilního kolonoskopu, který se zavádí přes konečník. Následně je do střeva vpraven plyn (insuflace), aby sliznice byla pro lékaře přehlednější.

Zobrazovací metody, využití ultrazvukového a rentgenového vyšetření břicha či počítačové tomografie, pomocí nichž se prokazují stěžejní parametry zánětlivé odpovědi a aktivity. Prostřednictvím zobrazovacích metod je možné detekovat zánětlivé změny střev, rozsah lumbálního či extraluminálního postižení, nebo odhalit možné komplikace v dutině břišní.

RTG snímek, informuje o struktuře postavení tvrdých tkání. Prostý nativní snímek břicha se využívá v akutních stavech, při podezření na střevní neprůchodnost nebo pneumoperitoneum při perforaci střeva. Fistulografie pomocí nástřiku jodové kontrastní látky se využívá k zobrazení píštělí. Nativní snímek se užívá zřídka při komplikacích choroby. (Postgraduální gastroenterologie a hematologie, 2016, 51).

Výpočetní tomografie – CT, která nahradila dříve používanou enteroklýzu, pomocí které bylo zjišťováno zúžení tenkého střeva, píštěle apod. umožňuje detailnější zobrazení strukturu tvrdých a měkkých tkání ve 3D obraze. K zobrazení měkkých tkání se využívá podávání kontrastní látky.

Pozitronová emisní tomografie – PET CT, metoda kombinující se s CT vyšetřením. Metoda využívaná především v onkologii.

Magnetická rezonance – MR, zobrazovací metoda bez radiační zátěže, ale s limitovanou dostupností.

Ultrasonografie – USG, neinvazivní vyšetření měkkých tkání. Nejzákladnější zobrazovací metoda břišní dutiny, střev, nazývaná CEUS, tedy kontrastní sonografie. Dále TRUS, tedy transrektální sonografie, která se většinou používá v kombinaci s MR, tedy magnetickou rezonancí rekta a malé pánve. Ve většině případů ultrazvuk citlivě odhaluje změny v dutině břišní, což je zejména užitečné pro odhalení abscesu (Postgraduální gastroenterologie a hematologie, 2016, 51).

Mikrobiologické vyšetření stolice slouží k vyloučení střevní bakteriální infekce. Doplnkovým vyšetřením mohou být sérové bio markery a stanovení fekálního kalproteinu. Díky tomu lze Crohnovu chorobu identifikovat a odlišit od ulcerózní kolitidy. Kalprotein je produkován neutrofily, monocyty, makrofágy tedy bílou krevní řadou v místě postiženého úseku daného střeva a je vylučován do stolice a množství odpovídá rozsahu a aktivitě střevního zánětu. Funkcí kalproteinu je vysoká antibakteriální a proti nádorová aktivita (Hoch a kol., 2016, s. 170).

CDAI neboli Bestův index, je index používaný k vyjádření aktivity Crohnovy choroby, norma indexu je do 150. K výpočtu indexu se používají subjektivní údaje osoby, trpící Crohnovou chorobou, dále vyšetření pacienta lékařem a vyšetření krve. Hodnotí se počet průjmovitých stolic, počet atak bolesti břicha, pocit tělesné pohody, nutnost léčby průjmů, léky k zastavení průjmů, přítomnost mimo střevních příznaků, přítomnost hmatného útvaru v břiše, hladina červeného krevního barviva a poměr skutečné tělesné hmotnosti člověka ke hmotnosti ideální, vše je sledováno v průběhu jednoho týdne. Hodnoty v součtu číslo 150, svědčí o akutním vzplanutí nemoci (Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 23).

Endoskopické metody patří k pilířům diagnostiky idiopatických střevních zánětů. Díky endoskopii lze určit zánětlivou aktivitu, rozsah postižení trávicí trubice či odhalit některé komplikace idiopatických střevních zánětů. Endoskopie taktéž umožňuje provedení některých terapeutických metod, kdy pomocí endoskopu lze např. dilatovat stenózu, ošetřit krvácení, zavést výživové sondy atd.

Endoskopické metody využívané při diagnostice jsou kolonoskopie a gastrokopie, pokud by tyto dvě metody byly při vstupním vyšetření negativní je indikována kapslová endoskopie, i tato metoda je při prevenci krvácení nahrazena CT angiografií či MR enterografií (Hoch a kol., 2016, s. 170).

Do endoskopických vyšetření patří také endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP), čili kapslová endoskopie a enteroskopie. Principem

kapslové endoskopie je polykání kapsle, se zabudovaným fotoaparátem, pacientem. Kapsle projde celým zažívacím ústrojím a provede se nespočet snímků, které se poté vyhodnotí (Holubová a kol., 2013).

„*ERCP je endoskopicko-rentgenová vyšetřovací metoda žlučových cest*“ (Jelínková, 2014, s. 69). Využívá se i u Crohnovy choroby při zjišťování mimo střevních komplikací, např. při postižení žlučovodů nebo slinivky břišní, kdy se pomocí fotoaparátu snímají informace o zánětlivých změnách na tenkém střevě. Nebezpečím se skrývá v uvíznutí kapsle přímo ve trávicím ústrojí, tu lze poté odstranit taktéž endoskopicky (Červenková, 2009, s. 52).

Vzorky z biopsie slouží k diagnostice a poté k nastavení vhodné léčby Crohnovy choroby. *Biopsie* znamená odebrání vzorků z tkání či tekutinových kolekcí pro jejich další biochemický, histologický či mikrobiologický rozbor. Pro spolehlivé stanovení diagnózy se doporučuje odebrání několika biopsií z pěti různých úseků střeva a to včetně rekta a ilea. Za nezbytné minimální množství jsou považovány dva vzorky z každého vyšetřeného úseku (Bronský, 2013, s. 39).

1.3.2 Farmakologická léčba Crohnovy choroby

Všechny formy léčebné terapie Crohnovy choroby jsou v současné době celosvětově založeny na nejnovějších poznatcích z oblasti gastroenterologie dětí a dospělých. Léčba pacientů s diagnózou Crohnova choroba by měla být komplexní, k tomu je nutná mezioborová spolupráce. Tradiční terapií je medikamentózní léčba, v případě výskytu komplikací je indikována léčba chirurgická. Individuálně je třeba nemocným podávat biologickou, podpůrnou a doplňkovou léčbu. Léčba Crohnovy choroby je nikdy nekončící proces. Vzhledem k tomu, že její vyléčení není zcela možné, lékaři se zaměřují především na léčbu aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí, pokud je nemoc v remisi (Červenková, 2009, s. 52).

Terapie však musí být dlouhodobá a v některých případech kombinovaná. Farmakologická léčba nespecifických střevních zánětů se skládá z tzv. léčby indukční, a cílem je, co nejrychleji snížit zánětlivou aktivitu a zajistit ústup klinických, laboratorních a endoskopických známek aktivity choroby. Další variantou je terapie udržovací, která je léčbou dlouhodobou a v neposlední řadě kombinovaná s nutriční podporou. Dnes je velká pozornost soustředěna k léčbě biologické, která se již stala klinickou rutinou. Biologická terapie spočívá v aplikaci protilátek, které jsou schopny blokovat činnost

specifických receptorů, čímž zabraňují rozvoji zánětu a inhibují jeho šíření (Lukáš, 2011, s. 114).

Farmakologická léčba, která patří ke konzervativnímu přístupu, se používá za cílem zklidnit aktivní zánět a ztlumit či zhodnotit intenzitu bolesti každého člověka. Pomůckou k zaznamenávání bolesti slouží vizuální analogová škála – VAS, která má vzhled rozevřených nůžek nebo vzhled úsečky (příloha 3). Číselná hodnota bolesti od 0 do 10 se stanoví po přiložení měřící úsečky. Dále lze bolest hodnotit slovně s hodnotami 0 až 5 dle Melzacka. Crohnovou chorobou mohou onemocnět i děti a u dětí lze intenzitu bolesti hodnotit pomocí vizuální obličejové škály bolesti pomocí smajlíků. Pro vhodné nastavení medikamentózní terapie, je nutné individuální posouzení a přihlídnutí k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta. Další účel podávání medikamentů spočívá v hojení sliznic, zlepšení nutrice pacienta, celkovém zlepšení stavu pacienta a následném udržení kvality života (Čermáková, 2008, s. 98).

Takřka u všech pacientů s Crohnovou chorobou se začíná s aminosalicyláty, což jsou léky potlačující zánět. Mezi nejznámější preparáty této řady v České republice patří mesalazin a sulfasalazin. Po léčbě aminosalicyláty se pokračuje v léčbě topickými či systémovými kortikosteroidy a imunosupresivy doplněnými o biologickou léčbu. Do skupiny imunosupresiv patří azathioprin, methotrexát nebo cyklosporin A. Metotrexát nelze užívat během těhotenství a kojení. Imunosupresiva jsou léky, které snižují bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigenní stimulaci. Medikamenty se podávají ve formě tablet, kapslí a granulátů pro užívání ústy. Další léčiva jsou ve formě čípků, pěny, léčebných nálevů či klyzmat nebo také jako podkožní injekce nebo nitrožilní infúze (Matějková, 2016, s. 52).

Kortikosteroidy mají vyšší protizánětlivý účinek, než aminosalicyláty, ale bohužel také více nežádoucích účinků. Mezi nežádoucí účinky kortikosteroidů patří otoky, osteoporóza, poruchy spánku a nálady, zvýšená vnímavost k infekcím atd. Nejvíce užívané kortikosteroidy, které se dnes používají, jsou Prednison a Medrol. Vrcholem léčby, je léčba biologická nebo chirurgická (Čermáková, 2008, s. 100).

Zřetel by měl být brán na užívání některých antibiotik, zejména penicilinové řady a užívání nesteroidních antirevmatik, jako je ibuprofen, diclofenak či indometacin, neboť při jejich užívání hrozí vysoké riziko vzniku relapsu onemocnění nebo prudké zhoršení průběhu aktivní fáze onemocnění (Matějčková, 2016, s. 53).

1.3.3 Chirurgická léčba Crohnovy choroby

Chirurgická léčba se využívá při řešení komplikací Crohnovy choroby. Pomocí chirurgické terapie se chirurgicky řeší stenózy, neprůchodnost střev, píštěle, abscesy, fisury, hemoroidy s výjimkou análního postižení Crohnovou chorobou. Chirurgická léčba spočívá ve zvýhodnění resekčních výkonů, široké střevní anastomózy typu end to end nebo side to side bez slepého vaku (Horák a kol., 2013, s. 206).

Chirurgická léčba a její výkon mohou u pacienta léčícího se s Crohnovou chorobou vyvolat nepříjemné pocity, doprovázené obavami a strachem. Prevencí vůči nepříjemným pocitům je dostatečná a vhodná komunikace ze strany zdravotnického personálu. Profesionální a empatický přístup nejen při komunikaci je alfou a omegou každého zdravotnického pracovníka, neboť vnímání a chápání podaných informací je zcela individuální záležitostí a proto by měly být informace zdravotníkem podány v souladu s osobnostními rysy pacienta (Janáčková, Weiss, 2008, s. 23).

Akutní indikací k chirurgické léčbě jsou perforace, nitrobřišní a retroperitoneální abscesy, akutní exacerbace zánětů, akutní obstrukce a krvácení. Nejčastější indikací k chirurgickému zákroku jsou stenózy, které způsobují obstrukční symptomy, píštěle, perianální postižení či selhání konzervativních postupů. By-passové operace jsou indikovány pouze výjimečně. Při chirurgické léčbě se lékaři snaží zachovat, co nejdelší úsek střeva, aby zabránili vzniku syndromu krátkého střeva. Primárně se odstraňují stenózy a resekují se postižené části střev s následným napojením zdravých konců střeva. Střevo se také může uměle vyústit s následným vytvořením v podobě stomie. Vyústění střeva na povrch těla stěnou břišní v důsledku odstranění konce trávicí trubice, včetně konečníku (Šerclová, 2015, s. 63).

Dalším výkonem, který se provádí je **strikturoplastika**, jež slouží k plastické úpravě střeva, kdy se střevo neresekuje, ale pouze zúží, aby nedocházelo k syndromu krátkého střeva. Syndrom krátkého střeva je stav, kdy v organismu člověka nedochází k dostatečnému štěpení a vstřebávání potravy a délka dobře fungujícího střeva pro příjem potravy nestačí k výživě. Postižený se nemůže stravovat normální stravou ústy a v této situaci je třeba podávat parenterální výživu (Kohout, Pavlíčková, 1998, s. 34).

Chirurgická léčba přímo souvisí s péčí o rány, což je jednou ze základních povinností zdravotní sestry.

Náplní práce a kompetencí všeobecné sestry:

je vedení rozhovoru mezi sestrou a pacientem, provádět odběry biologického materiálu v rozsahu svým kompetencí, příprava pacienta na vyšetření, asistence lékaři při odborných výkonech a vyšetřeních, příprava pacienta na operační sál, pooperační péče o pacienta a péče o rány, péče o stomii, edukace o výživě, edukace o hygieně. Sestramá povinnost sledovat krvácení pooperační rány, prosakování krycího materiálu, kdy sestra provádí výměnu vrchních vrstev krytí a asistuje lékaři při převazech rány. Dále je důležité kontrolovat drény, které jsou zavedeny v ráně, kontrolovat jejich uložení a množství odvedené tekutiny z rány. U operačních ran se sleduje také barva a vzhled kůže a okolí rány, možný zápach z operační rány (Slezáková, 2010, s. 84). Materiál používaný k převazování a ošetřování operační ran je např. mastný tyl, Inadine či aktuálně stále využívanější Mepilex Ag, který díky moderní nepřilnavé technologii, antibakteriální schopnosti a obsahu stříbra lze použít na celou plochu rány a tím již nedochází k přischnutí a poté při převazech ke stržení již epitelizujících buněk.

Hojení operačních ran měkkých tkání mohou komplikovat hematomy, otoky ran a okolí rány, infekce, ale také nedodržování klidového režimu samotným nemocným. Také nadměrná schopnost hojení ran komplikuje proces hojení, rychlý proces hojení způsobuje vznik hypertrofických jizev či keloidů v místě operační rány (Pazdera, 2014, s. 124).

1.3.4 Stomie

Stomie pochází z řeckého slova stoma, což v překladu znamená ústa, přeneseně řečeno otvor. První zmínky o provedení stomie u člověka jsou datovány z období 350 př. n. l., tehdy Praxagoras z Kósu vhodně upravil střevní vývod při poranění břicha. Z této doby se datují první zmínky o stomii, ale bližší porobnosti nejsou známy. Indikací k založení stomie jsou urgentní stavy při neprůchodnosti střev. Cílem stomie je zajištění a zkvalitnění lidského života (Lukáš, 2005, s. 257).

Dělené stomii:

Dle účelu se stomie dělí na *výživné* (gastrostomie, jejunostomie), *derivační* (ileostomie, kolostomie, urostomie). Výživné stomie se zakládají v horní části zažívacího traktu a slouží k zajištění speciálně upravené stravy do zažívacího ústrojí. Nejčastější prováděnou stomií na tenkém střevě je ileostomie. Naopak derivační stomie jsou zakládány za účelem odvodu střevního obsahu při nemožnosti přirozeného vyprazdňování.

Dle časového trvání se stomie dělí na *dočasné* (přechodné vývody) a *trvalé* (nezvratné, stomie po celý zbytek života). Trvalé stomie jsou založeny při nemožnosti

obnovit přirozenou cestu odchodu stolice nebo moči. Dočasná stomie je založena na přechodnou dobu, ale i dočasná stomie může přejít ve stomii trvalou, pokud se plně neobnosí funkce střev.

Dle způsobu konstrukce se stomie dělí na *nástěnnou*, která se často neprovádí, jejím principem je vyšití střeva k břišní stěně. Dalším typem stomie je stomie koncová, jednohlavňová či dvouhlavňová nebo li terminální (Zachová a kolektiv, 2010, s. 10).

Dle lokalizace, kde a na jakém tělním orgánu je stomie založena. Do této skupiny se řadí *kolostomie*, stomie v průběhu tlustého střeva, která se dělí a rozlišuje dle částí tlustého střeva (cékostomie, ascendentostomie, transverzostomie, descendentostomie, sigmoideostomie). Kolostomie bývá vyšita tak, aby vystupovala pouze v úrovni kůže. *Ileostomie*, chirurgické vyústění ilea, obecně řečeno vývod na tenkém střevě, která se dělí na duodenostomii, vývod na přední stěně tenkého střeva a jejunostomie, vývod v úseku jejunu. U ileostomie platí pravidla, např. užívané léky by se měly rozpustit v žaludku nebo tenkém střevě, neboť založením ileostomie je z funkce vyřazeno tlusté střevo. *Urostomie*, jsou stomie v oblasti urogenitálního traktu, kam se řadí nefrotomie (stomie v oblasti ledvinné pánvičky), ureterostomie (stomie v oblasti močového měchýře). Definicí slova stomie se tedy rozumí jakékoliv vyústění dutého orgánu na povrch těla, proto je možné se setkat i s jinými druhy stomií jako je např. *tracheostomie* (chirurgicky vytvořený otvor v průdušnici), *ezofagostomie* (vyústění jícnu), *gastrostomie* (vyústění žaludku), *cholecystotomie*, vyústění žlučníku pomocí drénu (Zachová a kolektiv, 2010, s. 37).

Nejčastější komplikace stomií:

Parastomická kýla je nejčastější komplikací stomie, která vzniká oslabením břišní stěny a částečným nebo úplným uvolněním facie od střevní kličky.

Krvácení při poranění cévní stěny nebo mechanickém poškození střeva se vždy řeší chirurgickou cestou.

Nekróza stomie z nedostatku prokrvované tkáně se řeší chirurgicky a spočívá v odstranění nekrotické části.

Dehiscence sutury stomie způsobuje zatékání stolice do rány a ztěžuje hojení stomické rány.

Nadměrná tvorba granulační tkáně, granulační tkáň je žádoucí při hojení ran, ale její zvýšená tvorba vede ke krvácení, přerůstání tkáně, zjizvení či stenóze stomie.

Nepříznivá reakce na adhezivní tkáň je reakcí na zvolené stomické pomůcky.

Kontaktní iritační dermatitida u ileostomika vzniká při chybném ošetření stomie, kdy mohl být zvolen špatný postup při ošetření či nevhodně aplikována stomická pomůcka.

Parastomální absces, zde je nutná derivace abscesu.

Otok stomie způsobený manipulací se střevem se řeší konzervativně např. chladivými obklady.

Macerace peristomální kůže se nejčastěji objevuje u ileostomií na tenkém střevě.

Kožní defekt způsoben mechanickými vlivy, kožní efekty se mohou objevit např. při nešetrném snímání stomického materiálu.

Retrakce stomie, vtažení stomie pod úroveň kůže.

Prolaps stomie jedná se o výhřez stomie před břišní stěnu.

Stenotická stomie je způsobená nepoměrem průměru střeva a otvorem v břišní stěně.

Píštěle okolo stomie, které způsobují nedostatečnou adhezi stomických pomůcek (Otradovcová a kol., 2006, s. 43).

Stručný popis péče o stomii a její okolí:

V prvních dnech po operaci se v nemocničním prostředí stará o pacienta stomická sestra, která pacienta se stomií v prvních dnech edukuje, všeobecná sestra pečuje o celkový stav pacienta a jeho fyziologické funkce. Důležitá je péče o stomii samotnou, na její vývod se přikládá dvoudílná stomická souprava. Nejprve v místě přiložení omyjeme kůži vlažnou vodou a řádně osušíme. Kůže v těchto místech nesmí být ošetřena přípravky, které brání přilnutí soupravy, jako je například olej, tělové mléko, krém a jiné. Nepoužívají se přípravky, které kůži odtučňují (benzin) nebo přípravky, které zvyšují riziko podráždění kůže. Otvor stomické soupravy musí navazovat na okraj vývodu, musí se tedy zvolit souprava o správné velikosti, kterou lze ještě upravit. V případě kožních řas a nerovností je možné použít ochranné a adhezivní pasty. Po nalepení podložky, se připevní sběrný sáček. Při výměně sáčku se postupuje opatrně s ohledem na riziko vytečení obsahu sáčku a znečištění okolního místa. Místo v okolí stomie se očistí a poté se připevní nový sběrný sáček. Po prvotní době o stomii pečuje zdravotnický personál, který pacientku edukuje, aby v domácím prostředí mohla pacientka/žena sběrný sáček nebo celou soupravu vyměnit sama.

Edukace probíhá pomocí slovního vysvětlení, názorných ukázek a využití např. zrcadla. V péči o stomického klienta, je důležitá konzultace ohledně životosprávy v domácím prostředí. Velmi důležité a nutné, je zajistit pacientce se stomií psychickou

podporu pro vyrovnání se s nepříjemnou životní situací, která zasáhne do jejího životního stylu. Zejména pro ženu je střevní vývod stresující záležitostí z pohledu vnímání své ženskosti.

Stomické pomůcky: Nyní se používají sběrné sáčky, v soupravě se samolepicí podložkou. Sáčky mohou být na jedno použití nebo s výpustí, kterou uzavírá sponka. Na krytu podložky je terčík se zakreslenými kruhy, podle nichž lze upravit otvor podle velikosti stomie.

1.3.5 Biologická léčba Crohnovy choroby

Po celé České republice existuje několik center, která se specializují na IBD problematiku. V současné době bylo zřízeno 34 pracovišť, která se věnují podávání biologické léčby (Matějková, 2016, s. 77).

Speciální léčbou, která se používá taktéž i u střevních idiopatických zánětů, je tzv. biologická léčba. Biologická léčba se aplikuje v onkologii, revmatologii, dermatologii, gastroenterologii, neurologii. V biologické léčbě se využívají látky, které jsou tělu přirozené nebo od nich odvozené, zástupci těchto látek jsou infiximab a adalimumab. Dle statistik z klinické praxe bylo zjištěno, že pacienti s diagnostikovanou Crohnovou chorobou úspěšně reagují na cíleně zvolenou biologickou léčbu (Pavelka a kol., 2014, s. 227).

Biologické preparáty jsou nadějí poslední doby nejen v léčbě Crohnovy choroby. Jedná se o farmaka zasahující do imunitních mechanismů svým účinkem na Tumor nekrotizující faktor (TNF). Tumor nekrotizující faktor za normálních okolností koluje v krvi a má za úkol chránit organismus před nádory. Ale u autoimunitních chorob, je výrazným činitelem v procesu nemoci. Preparáty biologické léčby jsou v medicíně považovány jako léky budoucnosti v léčbě Crohnovy choroby. Jedná se tedy o preparáty, které dovedou tumor nekrotizující faktor blokovat nebo ho úplně zničit. Cílem biologické léčby je zasáhnout do biologických procesů, které probíhají v poškozeném nebo nemocném organismu. Provádí se pomocí účinných látek biologické povahy, které jsou totožné či podobné látkám produkovaným samotným organismem (Zbořil, 2012, s. 108).

Biologická terapie je sice nejúčinnější současnou léčbou, ale je velice nákladná. Překážkou je finanční náročnost a neochota pojišťoven biologickou léčbu proplatit, pouze zlomek nemocných klientů podstoupí tuto účinnou terapii. I přesto, že současná moderní

léčba zásadním způsobem zlepšuje kvalitu života pacientů, oddaluje invaliditu a udržuje nemocné soběstačné a plně zapojené do pracovního procesu, je pro mnoho pacientů s nespecifickými střevními záněty stále nedostupná. Biologická léčba je finančně nákladná a po zdravotní stránce nevyhovuje nebo není vhodná pro všechny pacienty s Crohnovou chorobou či ulcerózní kolitidou.

Léčba nespecifických střevních zánětů se soustředí do center biologické léčby. Mohou to být jak gastroenterologická oddělení, tak i infuzní centra. V současné době existují centra ve všech krajích České republiky. Centra jsou rozdělená pro jednotlivé obory – gastroenterologie, revmatologie a dermatologie. V centrech biologické léčby pracuje profesionální tým pracovníků, úkolem týmu je poskytovat komplexní holistickou ošetrovatelskou péči. Náplní práce lékaře je léčení a edukace nemocného. Lékaři poskytují dostatečné informace o onemocnění, komplikacích a možnostech léčby. Naopak náplní sester je edukace nemocného v oblasti hygieny, péče o rány, úpravy stravy, úpravy prostředí (Olejárová, 2010, s. 74).

Každá léčba s sebou nese jistá rizika s nežádoucími účinky a biologická terapie bohužel není výjimkou. V souvislosti s léčbou biologickými preparáty se nejvíce objevují infekce tuberkulózy a neoplazie. Z infekcí se nejčastěji jedná o závažné bakteriální infekce především měkkých tkání, kůže a kloubů, granulomatózní infekce v podobě listeriózy, kandidózy apod. a virové infekce jako je herpes zoster či reaktivace chronické hepatitidy B. Dle některých odborníků se tyto infekce častěji vyskytují v prvním roce léčby. Při výskytu infekčních nežádoucích účinků se musí ihned léčba přerušit. Prevencí nežádoucích účinků jsou laboratorní vyšetření před zahájením biologické terapie (Olejárová, 2010, s. 75).

V souvislosti s biologickou terapií se mohou objevit i praktické problémy. Problémem bývá např. očkování, neboť kontraindikací je očkovat živými vakcínami zarděnek, spalniček, příušnic, (Olejárová, 2010, s. 75).

Kontraindikace biologické léčby mohou být relativní a absolutní. Mezi relativní kontraindikace patří těžké alergické reakce, infekce virovou hepatitidou B a C. Naopak mezi absolutní kontraindikace biologické léčby řadíme sepse s přítomností abscesů, tuberkulózu, autoimunitní choroby, rakovinotvorná onemocnění, demyelinizační onemocnění, pokročilé srdeční selhávání NYHA III-IV, náhlé břišní příhody (Zbořil, 2016, s. 113).

1.3.6 Psychoterapie při terapii Crohnovy choroby

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby pacientů s Crohnovou chorobou. Metod psychoterapie je nepřeberné množství, dle odborníků jsou některé metody velmi vhodné právě u pacientů s Crohnovou chorobou. Základem psychoterapie je terapeutický rozhovor mezi nemocným a odborníkem. Psychoterapie může být přínosem zejména u těžkých chronických forem Crohnovy choroby, kde není okamžitá a dostatečná reakce na farmakologickou léčbu. Psychoterapii lze využít pro pacienty po rozsáhlém zákroku při chirurgické léčbě (Matějčková, 2016, s. 76).

Crohnova choroba má velký vliv a dopad na psychický stav pacienta z důvodu trvání choroby po celý život člověka, což může působit na psychický stav člověka velmi negativně a vyvolávat stresové situace. Stres je součástí života každého jedince. Doposud nebylo prokázáno, že by stres aktivně vyvolal Crohnovu chorobu, přímou příčinou střevních zánětů sice stres není, ale značně zvyšuje nebezpečí propuknutí Crohnovy choroby. V literatuře je stres označován souhrnem fyzických a duševních reakcí na nepříjemný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními. Podle této definice je stres odpověď, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Stres je stav organismu, který je odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, buď fyzickou, či psychickou. Při stresu se uplatňují obranné mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí. V důsledku stresu hrozí nemocnému s Crohnovou chorobou deprese, úzkost, labilita či rozvoj anorexie. Výzkumy prokázaly, že úzkost a deprese se projeví u 35 % pacientů v remisi a u 80 % nemocných při relapsu (Tressa kol., 2008, s. 242).

Při Crohnově chorobě se člověk cítí unavený, má poruchy vnímání vlastního těla, též může mít strach ze sexuální nedostatečnosti nebo sociální izolace. Mnoho studií se zabývá vlivem stresu, který bývá považován za jednu z příčin vzniku na onemocnění. Někteří autoři přesně popisují, které osobnostní rysy mohou přispět k rozvoji Crohnovy choroby. Potenciálním rysem, který podporuje vznik Crohnovy choroby, může být například neuroticismus – náchylnost k emocionální a duševní labilitě, perfekcionismus – úsilí o dokonalý výkon a alexithymie. V případě alexithymie má člověk sníženou schopnost a dovednost pojmenovat své emoce, city, afekty, nálady a správně je posoudit. Tito jedinci mají vyšší sklon a pravděpodobnost, že u nich dojde rychleji k rozvoji onemocnění (Whayman a kol., 2011, s. 214).

Nejen psychoterapie napomáhá ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. Ale pokud má být léčba úspěšná, je potřeba zajistit nemocnému uspokojení jeho potřeb. Pokud dle Maslowovy pyramidy potřeb nebude mít člověk zajištěnou základní biologickou potřebu

jako je potřeba vyprazdňování, poté nemůže dojít k uspokojení vyšších potřeb a to např. potřeba sebeúcty nebude zachována (Zacharová a kol., 2007, s. 212).

Do Maslowovy pyramidy patří tyto potřeby a jsou seřazeny vzestupně od nejzákladnějších potřeb směrem vzhůru.

Maslowova pyramida potřeb:

Potřeba seberealizace

Potřeba uznání a úcty

Potřeba sounáležitosti

Potřeba bezpečí a jistoty

Biologické fyzické potřeby (Zacharová a kol., 2007, s. 212).

Ke zjištění všech potřeb nemocného je nezbytné s nemocným komunikovat, respektovat jeho přání a soukromí. Pokud, je člověk s Crohnovou chorobou hospitalizovaný v nemocničním zařízení je to především všeobecná sestra, která přijde s nemocným nejvíce do kontaktu. Vnímavá a empatická všeobecná sestra si mnohem snadněji získá důvěru nemocného člověka mnohem snadněji a rychleji než lékař, který přijde do styku s nemocným při odborných lékařských výkonech.

1.4 Výživa při Crohnově chorobě

Základem konzervativní léčby Crohnovy choroby je dieta. Dietní léčba se liší ve fázi remise a recidivy. Idiopatické střevní záněty, především Crohnova choroba vede k malabsorpci. Nejčastěji k energetické malabsorpci dochází u nemocných se stenózující a fistulující formou Crohnovy choroby, kdy je snížen příjem potravy nebo naopak zvýšený energetický výdej např. při vysokých horečkách (Postgraduální gastroenterologie a hematologie, 2016, s. 43).

Dieta, se liší dle aktuálně probíhající fáze onemocnění, hlavní rozdělení stravování je ve stádiu relapsu a dieta v remisi. Při fulminální atace se u pacientů s Crohnovou chorobou podává výhradně parenterální výživa (Holubová a kol., 2013, s. 55).

Parenterální výživa spočívá v dodávání potřebných živin do cévního systému bez využití trávicího ústrojí. Parenterální výživa může pomoci k navození remise, je vhodná v průběhu perioperační péče intravenózně. Při parenterální výživě hrozí zvýšené riziko vzniku komplikací, které jsou spojeny s nefyziologickou dodávkou živin do lidského organismu, prostřednictvím periferních či centrálních žil. Rozlišuje se tedy na periferní

a centrální podle lokality žilního vstupu. Nejčastěji se parenterální výživa aplikuje při syndromu krátkého střeva, ileózních stavech, střevních stenózách či píštělích, po rozsáhlých střevních operacích, akutních pankreatitidách, postradiačních enterokolitidách, poruchách disegce, malabsorpci, těžkých průjmech nebo zvracení, jaterní nedostatečnosti, dysfunkci travicího systému a při nespecifických střevních zánětech (Křížová a kol., 2014, s. 53).

Co se týče potravinových doplňků ve výživě, říká se, že neexistují faktem podložené studie, kdy vitaminové doplňky, actimel, přípravky s aloe vera, marihuana, doplňky s hlívu ústříčnou, doplňky s mladým ječmenem nebo chlorellou japan či nápoje z kombuchy a mnoho dalších měly pozitivní účinek na průběh a vývoj Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy (Matějková, 2016, s. 67).

Ve fázi relapsu je důležité jíst bezsezbytkovou dietu, která zahrnuje jídla lehce stravitelná, vyloučení jídel s podílem vlákniny jako je čerstvá zelenina, ovoce, luštěniny, tučná jídla, jídla dráždící střevní sliznici. Doporučuje se dopřát si k jídlu dostatek času a stravu dobře rozmělnit. Bezsezbytková dieta je doporučována u nemocných v klidové fázi stenózující formy Crohnovy choroby, kde vláknina může způsobovat bolest břicha a průjmy, neboť vláknina prochází zažívacím traktem bez metabolické přeměny a není tedy střevem vstřebávána, pouze zde váže vodu (Matouš a kol., 2010, s. 494).

Někteří nemocní mohou mít malabsorpci čili nesnášenlivost tuků a cukrů. Je tedy vhodné velmi omezit potraviny s vysokým obsahem tuků, ale není vhodné tyto potraviny striktně vyloučit. Pokud by se potraviny vyloučily úplně, mohl by nastat problém se vstřebáváním vitamínů rozpustných v tucích A, D, E, K. Pokud pacient není schopen přijmout stravu per os, lze stravování nahradit enterální nebo parenterální výživou.

Dieta v remisi je do jisté míry shodná s dietou racionální, kterou se stravují zdraví lidé s normálním obsahem vlákniny a s ohledem na toleranci jedince na danou potravinu. V remisi, ale stále platí omezení tučných jídel, nadýmavých jídel, kouření a destilátů (www.crohn.cz, 2018).

Tolerance potravin je individuální, není tedy nikde striktně dáno, co a kdy, který pacient by měl ze své stravy vyloučit. S ohledem na člověka se přihlíží k tomu, které potraviny člověk méně toleruje nebo vůbec a příprava stravy by měla být spíše na páře.

Méně tolerované potraviny jsou mléčné výrobky, droždí, luštěniny, některé druhy zeleniny a ovoce, citrusové plody, pšeničné produkty, ořechy. Naopak se ze stravy doporučují vyloučit potraviny s vysokým obsahem tuku, uzeniny, salámy, tučná masa, jídla připravovaná v rychlém občerstvení (Matějková, 2016, s. 68). Pacienti s nespecifickými střevními záněty jsou ohroženi nedostatečným přísunem makro- i mikronutrientů v důsledku

nedostatečné délky a funkčnosti střeva, proto jsou malnutricí zatíženi hlavně pacienti s Crohnovou chorobou. Hrozí, jim také ztráta tekutin a minerálů, což je způsobeno protrahovanými průjmy, které vedou ke ztrátě bílkovin. Nutriční terapie při Crohnově chorobě je závislá na formě a aktivitě onemocnění, neboť v průběhu onemocnění pacient trpí chronickým krvácením, které vede nedostatku železa a vitamínu B12. Pro zachování dostatečného množství živit v potřebné kvalitě, je možné doplnit stravu o perorální nutriční doplňky tzv. sipping.

Ve stádiu remise u Crohnovy choroby se při dobrém stavu výživy omezují pouze potraviny, které pacient netoleruje, např. může konzumovat i hrubou vlákninu. Naopak při nízké aktivitě zánětu je nutná úprava a kontrola diety s omezením nerozpustné vlákniny a je indikována doplňková enterální výživa. Enterální výživa je možná za předpokladu funkčního zažívacího traktu. Volit enterální výživu lze buď způsobem perkutánní gastostomie (PEG) či perkutánní jejunostomie (PEJ) nebo sondou (žaludeční či enterální). Pokud je enterální výživa nedostačující, nebo nevhodná, je plně indikovaná parenterální výživa, popřípadě kombinace obou možností. U těžkých forem nespecifických střevních zánětů má stále přednost strava enterální před parenterální. Denní energetický příjem pacienta s Crohnovou chorobou by měl být 30-35 kcal/kg. Důležité je hradit kyselinu listovou, železo, vitamin D, B12, stopové prvky. (Křížová a kol, 2014, s. 90).

1.5 Kvalita života s Morbus Crohn

Onemocnění Crohnovou chorobou s sebou přináší mnohá omezení a nesnáze, která mají vliv na kvalitu života člověka. Crohnova choroba ovlivňuje jak život člověka, který onemocněním trpí, tak i jeho blízké okolí, rodinu, přátele, dosavadní zaměstnání, které jedinec vykonával před onemocněním. Crohnova choroba, se řadí mezi chronické celoživotní onemocnění, které ovlivňuje kvalitu života pacienta.

1.5.1 Definice kvality života

Světová zdravotnická organizace WHO (World Health Organization) popisuje kvalitu života tak, jak člověk vnímá svou pozici v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, přičemž se přihlíží k jeho cílům, očekáváním a normám člověka (Slezáčková, 2012, s. 46).

Kvalita života je velmi těžko uchopitelný a definovatelný pojem. Mezi běžné individuality jedinců existují také výrazné změny ve vnímání kvality života u osob chronicky nemocných v porovnání s osobami zdravými. U chronicky nemocných lidí kvalita života znamená, že dopad nemoci a léčba výrazně neovlivňuje a neomezuje jen život pacient, ale i jeho hodnoty. Hodnoty těchto lidí v oblasti zdravotní péče zahrnují hodnoty ve vztahu k objektivním a subjektivním ukazatelům kvality života. Shrnout všechny tyto aspekty do jediné definice, je zcela nemožné. Pozornost při hodnocení kvality života byla dříve věnována chronicky nemocným a starým lidem. Vlivem pokroků v léčbě dochází ke zvýšení jejich počtu a tím i ke zvýšení množství problémů, které ovlivňují kvalitu života. Křivohlavý (2009) uvádí, že kvalita života je dána dle spokojenosti každého člověka a jeho uspokojováním jeho potřeb a cílů.

1.5.2 Faktory ovlivňující kvalitu života osob s Crohnovou chorobou

Kvalitu života ovlivňují dva druhy faktorů, jedná se o faktory zevní a vnitřní. Mezi zevní faktory patří sociální, stravovací a vzdělanostní vlivy. Do vnitřních faktorů se řadí přímo faktory, které jsou spojené s nemocí, s jejími klinickými příznaky a způsobem léčby. V průběhu onemocnění závisí kvalita života na intenzitě trvání nemoci a dynamice klinických příznaků onemocnění. Rozdíly jsou také u akutní nebo chronické fáze nemoci. Při konzervativní terapii, během které se podávají medikamenty, se mohou objevit nežádoucí účinky těchto podávaných léčiv, přičemž nežádoucí účinky také výrazně ovlivňují kvalitu života. V případě chirurgické léčby může dojít k vytvoření stomie, kdy je velice náročné posuzovat kvalitu života. Věk pacientů může hrát roli např. v období adolescence, kdy se může zhoršit vnímání choroby a hledání identity. Mnoho pacientů trpí depresemi a obavami, neboť onemocnění je celoživotní a mají strach z jeho průběhu. Nemalý vliv na kvalitu života má stravování. Správně vyživovaný pacient bude lépe reagovat na léčbu a lépe zvládne období aktivity onemocnění a pomůže oddálit jeho vzplanutí (Kober, 2014, s. 63).

Gabalec a kol. (2009) vypracovali studii o kvalitě života pacientů s Crohnovou chorobou, do které bylo zahrnuto 103 nemocných, z nichž 45 mělo zvýšenou aktivitu choroby a 58 bylo v remisi. Bylo prokázáno, že nejvýznamnějším vlivem, který ovlivňuje kvalitu života, byla samotná aktivita nemoci. Druhým zásadním ukazatelem byla léčba konzervativní i chirurgická. A dalšími významnými faktory při hodnocení kvality života jsou psychosociální vlivy, socioekonomické faktory a kvalita lékařské péče.

Další velmi zajímavou studii provedli američtí lékaři, kteří se zaměřili na účinek udržovací biologické terapie na kvalitu života. Do výzkumu byli zařazeni pacienti se středně závažnou aktivitou Crohnovy choroby. Porovnávali se pacienti, kterým byla podávána udržovací biologická léčba s pacienty, kteří dostávali pouze placebo. Pacientům s placebem se značně snížila kvalita života, která se opět výrazně zvýšila po 4 týdenní indukční léčbě. U těch pacientů, kteří po tyto čtyři týdny dostávali udržovací dávku biologické léčby, bylo zaznamenáno méně depresí, únavy, bolestí břicha a lepší skóre v IBDQ dotazníku - speciální dotazník pro střevní záněty, v porovnání s pacienty, kteří užívali placebo, což svědčí o výrazném zlepšení kvality života (Gabalec, 2009, s. 89).

Ve Stockholmu byla provedena další z mnoha studií, která se však netýkala pouze Crohnovy choroby, ale i kvality života u idiopatických střevních zánětů jako celku. Pacienti byli rozděleni do skupin dle aktivity a trvání nemoci. Ze získaných výsledků vyplynulo, že pacienti s kratším trváním nemoci mají nižší kvalitu života, než pacienti s dlouhým trváním. V posuzování kvality života hraje velkou roli proces adaptace na život s Crohnovou chorobou. Pacient, kterému je sdělena jeho diagnóza, vnímá sdělené informace s odstupem času méně intenzivně (Gabalec, 2009, s. 91).

Jak je již výše zmíněno, kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou ovlivňuje několik faktorů, v neposlední řadě je to stres, který může mít negativní účinek na zdraví člověka. Jedná li se o jednorázový stres, vždy dojde ke zvýšené aktivitě imunitního systému jedince, při dlouhodobém působení stresu na organismus naopak dochází k poklesu imunitní odpovědi (Křivohlavý, 2009, s. 169).

Stále však platí pravidlo, že nejmocnějším faktorem zůstává střevní zánět jako takový a s ním spojené bolesti břicha a časté průjmy. Velký vliv má i psychická pohoda, která se udrží hlavně díky rodině a blízkým. V neposlední řadě je důležitá důvěra ve svého lékaře a spolupráce s nutričním terapeutem. Největší podíl na dobré psychické pohodě má kontakt s lidmi např. i spolupráce s tzv. svépomocnými skupinami, kde se sdružují lidé, kteří trpí stejným onemocněním či obtížemi. Pacienti, si mezi sebou předávají zkušenosti a poznatky, které získali za dobu onemocnění. Získané informace dávají pacientovi pocit sounáležitosti, pocit, že někdo jiný má nebo může mít stejné zkušenosti a obtíže při Crohnově chorobě, což pacientům pomáhá se svou chorobou lépe vyrovnat a získat pocit, že na nemoc není sám (Vránová, 2013, s. 36).

1.5.3 Objektivní posuzování kvality života u osob s Crohnovou chorobou

Kvalitu života s Crohnovou chorobou posuzuje specifický dotazník. Tento dotazník nese název Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) a byl vytvořen v roce 1988 na kanadské McMaster univerzitě. Obsahuje 32 otázek rozdělených do čtyř domén: střevní, systémová, emocionální a sociální. Každá otázka je hodnocena 7 stupňovou Likertovou škálou a celkový počet bodů kolísá od 32 do 224, přičemž platí, že čím více bodů, tím vyšší kvalita života. Tento dotazník se používá často a v dnešní době existuje i jeho modifikovaná verze s 36 otázkami (IBDQ-36), (Gabalec, 2009, s. 78).

1.5.4 Problematika specifických potřeb osob s idiopatickými střevními záněty

Je zcela nezbytné se člověkem zabývat jako celkem, člověk je bytost bio psycho sociální, tedy bytost holistická. Holismus chápe jednotlivce jako hierarchicky uspořádaný systém. Jednotlivce je třeba brát jako celek a respektovat i jeho vztah a interakci s vnějším prostředím a jinými lidmi. Je velmi důležité, aby potřeby jedince byly ve vzájemné rovnováze. Při narušení, vzniká choroba a porucha jedné části ovlivňuje fungování člověka jako celku (Tomagová, 2008, s. 25).

Potřeby se rozdělují na dvě skupiny. Do první skupiny patří potřeby biologické, do další skupiny lze řadit psychické, sociální a duchovní. Toto rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti holistické, která se zaměřuje na bio psycho sociální potřeby (Tomagová, 2008, s. 26).

Nejnámější z teorií potřeb je teorie Abrahama Maslowa, který uspořádal potřeby do hierarchické klasifikace, známé jako Maslowova pyramida potřeb. Dle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádaný podle naléhavosti. Potřeby ve spodních patrech pyramidy se označují jako potřeby nižší (biologické potřeby a potřeba bezpečí), v horních patrech jsou potřeby vyšší - potřeby sounáležitosti, potřeby uznání a potřeby seberealizace (Plhánková, 2007, s. 36).

1.5.5 Biologické potřeby osoby s Crohnovou chorobou

I pro pacienty s idiopatickými střevními záněty, kteří se léčí biologickou léčbou je velmi žádoucí uspokojování potřeb biologických, psychických a sociálních. Všeobecná sestra se podílí na zvyšování kvality života nemocného tím, že prostřednictvím zjišťování

informací v rámci ošetrovatelského procesu, získá potřebné informace, dle kterých mohou být potřeby pacienta saturovány.

V oblasti biologických potřeb je péče zaměřena na vyprazdňování, mírnění či eliminaci bolesti, příjem potravy a tekutin, péče o tělo, spánek a odpočinek a na komfort a pohodlí. Vyprazdňování se může označit za jednu z nejproblémovějších oblastí u klientů s nespecifickými střevními záněty. Vyprazdňování je základní fyziologická funkce organismu a biologická potřeba člověka. Pro některé lidi je otázka vyprazdňování velmi intimní záležitostí a mají zábrany o problémech s vyprazdňováním mluvit. S osobami se střevními záněty je nezbytné o vyprazdňování mluvit, neboť lékař dokáže podle defekačních problémů diagnostikovat dané onemocnění. Při sběru informací, lékař zjišťuje typ stolice - průjem, zácpu, příměsi ve stolici a četnost stolic v průběhu dne. Informace jsou velice důležité k diagnostice a následné terapii (Tomagová, 2008, s. 31).

Co se týče příjmu potravy a tekutin, klienti s nespecifickými střevními záněty musí vynechat některá svá oblíbená jídla. Příjem potravy je provázen pozitivními emocemi a jídlo může být zdrojem spokojenosti člověka. A právě u některých pacientů se střevními záněty není tato potřeba uspokojována. Někteří lidé si nemohou dovolit své oblíbené jídlo, protože jim způsobuje zažívací problémy. Výživa tak ovlivňuje nejen psychickou pohodu, zdraví, ale také celkový zdravotní stav člověka. Proto některé osoby mohou trpět malnutricí v důsledku svého nedostatečného stravování během nemoci. Neexistují žádná pevná dietetická doporučení pro Crohnovu chorobu, strava u každého nemocného je individuální. V období remise může člověk jíst vše, co mu nedělá potíže, ale musí brát ohled na onemocnění. Dieta by měla dodat tělu dostatek energie, zároveň ale musí být jídlo lehké a snadno stravitelné. Pro některé klienty je obrovským problémem abstinence, která by měla být téměř absolutní, protože alkohol dráždí celý zažívací trakt. Pokud je člověk s Crohnovou chorobou hospitalizován v době relapsu, dostává výživu ve formě infuzí. Především v tomto případě je potřeba výživy zcela neuspokojena (Tomagová, 2008, s. 32).

Oblast hygienické péče je velice nezbytná pro uspokojení biologických potřeb u osob s Crohnovou chorobou. Potřeba čistoty je jednou z nejzákladnějších biologických potřeb. Potřeba hygieny je možné definovat ve třech rovinách – biologické, psychologické a sociální. Do biologické roviny patří čistota po hygienické péči, odstranění mikroorganismů, sekretů a exkretů z těla, péči o kůži, především v oblasti genitálií a konečníku z důvodu častých stolic, kontrola opruzenin a různých poranění. Všeopecná sestra se zaměřuje také na hygienu rukou pacienta a to především po vykonání potřeby na toaletě nebo při manipulaci se stomickými pomůckami (Procházková, 2013, s. 116).

K psychologickým aspektům hygieny patří pozitivní emoce a pocit spokojenosti. Do roviny sociální patří např. navození příjemného prostředí, ve kterém bude hygiena vykonána (Tomagová, 2008, s. 33).

Spánek a odpočinek jsou nezbytné pro zachování a udržení tělesného i psychického zdraví. Potřeba spánku a odpočinku je u každého člověka individuální, přičemž nemocný člověk má větší potřebu odpočinku a spánku než člověk zdravý. Psychické i somatické onemocnění je provázeno zvýšenou únavou. Někteří lidé s Crohnovou chorobou trpí poruchami spánku. Důvodem je časté vyprazdňování, které člověka doprovází i v noci.

Potřeba komfortu a pohodlí, souvisí především se soukromím při vyšetření. Každé vyšetření představuje pro člověka jistou dávku odhalování soukromí a intimity, což není pro většinu nemocných příjemné. Zdravotnický personál by na toto měl myslet a zajistit soukromí klientů (Tomagová, 2008, s. 35).

1.5.6 Psychosociální potřeby člověka s Crohnovou chorobou

Potvrzení diagnózy nemoci, kterou pacient trpí, vyvolává celou škálu reakcí, od úzkosti přes agresi a popření až k realisticky vyrovnanému postoji. Každý člověk je individuální, vyrovnávání se s onemocněním je u každého člověka jiné a i zdánlivě banální onemocnění vyvolává emoční zátěž, kdy každý jedinec reaguje na stejné obtíže rozdílně. Při chronických onemocněních se člověk chová a jedná jinak a odlišně než kdyby byl zdravý. Jeho odchylky chování se mohou negativně projevit i ve vztahu vůči druhým osobám (Křivohlavý, 2002, s. 132).

Člověk by měl mít alespoň základní povědomí o svém onemocnění. Pokud bude vědět, s čím bojuje, bude snazší pro něj se s onemocněním adaptovat a může mít taktéž motivaci a povzbuzení pro boj s nemocí. V některých případech může nemocnému prospět návštěva psychologa, který dotyčnému pomůže vyrovnat se snáze s problémem. Péče psychologa je zejména vhodná u klientů, kteří jsou přehnaně úzkostní a depresivní a také u nemocných s těžší formou nemoci.

V prvé řadě by měli podporu poskytovat nejbližší, příbuzní a známí a až poté lékaři a psychologové. Je důležité, aby se pacient svěřil se svým trápením a proto je nezbytné, aby byl nemocný empaticky vyslechnut. Je také důležité, aby choroba neřídila pacientův život. Jestliže se nemocný svojí nemocí nechá dovést do depresivních stavů, průběh choroby se zcela jistě zhorší. Může nastat relaps onemocnění, kdy se pacientovi zhorší jeho dosavadní zdravotní stav. Proto je důležité, aby pacienti získali potřebné kompetence

a eliminovali stres. Měli by se snažit vést aktivní život se mnoha zájmovými aktivitami, kterými by nijak nezhoršily průběh onemocnění (Matějková, 2016, s. 15).

Co se týká profesní kariéry a studování, v období akutního vzplanutí choroby jsou nemocní práce neschopní. U některých případů je nutné přerušit studium, změnit zaměstnání a dokonce se někteří pacienti mohou ocitnout v invalidním důchodu i ve velmi mladém věku, neboť je onemocnění velmi limituje v běžných denních činnostech. Omezení mají především pacienti, kteří podstoupili rozsáhlé nebo opakované břišní operace nebo chirurgické úpravy píštělí. V takových případech je nezbytné vyhýbat se fyzicky náročné práci a dát přednost sedavému zaměstnání a fyzicky méně zatěžující práci (Matějková, 2016, s. 16).

V této souvislosti Matějková (2016) uvádí, že pouze v období silných zánětlivých projevů by se měl klient vyhýbat fyzicky náročným sportům, jinak není ve sportu nijak omezen, s výjimkou vrcholového sportu, který je velmi fyzicky náročný a pro člověka s Crohnovou chorobou velmi vyčerpávající.

Fyzická aktivita v jakékoliv formě je podle odborníků doporučována. Hlavně např. u nemocných léčících se kortikoidy je pravidelné cvičení kloubů a svalů důležité, v rámci předchází nežádoucím účinkům těchto léků. Při cvičení je nutné dodržovat pitný režim. Z fyzických aktivit se doporučuje rychlá chůze, jóga, tai-chi a jogging. Všechny tyto aktivity mají blahodárny vliv fyzickou stránku člověka a psychickou pohodu člověka.

Nejčastější a nejcitlivější otázka u nemocných s ISZ je sexuální problematika. ISZ mohou sexuální život nepříznivě ovlivnit v mnoha směrech. V průběhu akutního vzplanutí nemoci je pravděpodobné, že sexuální život bude omezen. To samé platí při tvorbě píštělí, které mohou zasáhnout vnitřní nebo zevní pohlavní orgány. Především je nezbytná otevřená komunikace a vzájemné pochopení mezi partnery (Matějková, 2016, s. 29).

O vztahu nespécifických střevních zánětů a těhotenství neexistují žádné podklady pro domněnku, že by těhotenství mělo nepříznivý vliv na průběh těchto onemocnění. Těhotenství by mělo být naplánované tak, aby proběhlo v období, kdy se choroba zánětlivě neprojevuje. Je také nezbytné provádět předporodní kontroly, při kterých by měli spolupracovat gynekolog a lékař zabývající se vnitřním lékařstvím. Plodnost u žen s Crohnovou chorobou může být snížena v období relapsu anebo také, po chirurgických výkonech. Může se narušit průběh pravidelného menstruačního cyklu, případně dojít k jeho přechodné zástavě. Plodnost u mužů není nějak výrazně změněna. Pouze abscesy a píštěle v oblasti malé pánve mohou způsobit poruchy erekce a ejakulace (Matějková, 2016, s 29).

Sdružení pacientů s nespecifickými střevními záněty vznikla se záměrem informovat, pomáhat a sdružovat pacienty se stejnou diagnózou a obtížemi. Cílem sdružení je poskytnout vzájemnou podporu dětským i dospělým pacientům, předávat informace o Crohnově chorobě a jiných střevních zánětech, možnostech léčby i sociálních aspektech a organizovat setkávání pacientů a vzájemnou výměnu zkušeností. Mezi české organizace patří sdružení Crohn, CROKUS a Pacienti IBD. Ve světě existují organizace, které zastřešují a sdružují evropské organizace pacientů s nespecifickými střevními záněty, ECCO a EFFCA.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Metodika

Pro empirickou část bakalářské práce byl zvolen s ohledem na stanovené cíle kvalitativní výzkum. Pro výzkumnou část byl použit polostrukturovaný rozhovor se třemi respondenty a rozhovory byly doslovně i s lingvistickými chybami přepsány prostřednictvím programu Microsoft Office Word 2007. Výzkumné šetření bylo realizováno v domácím prostředí respondentů. Technika výzkumu představuje získání informací od respondentů, kdy je možné rychlé zmapování jejich aktuální situace přímo v průběhu rozhovoru (Sedláková, 2015, s. 51).

Všechny rozhovory byly zaznamenávány přímým dotazováním a zapisováním, rozhovory byly doplněny pozorováním respondentů, pozorováním jejich verbálních a neverbálních projevů při poskytování rozhovoru. Výzkumné šetření je realizováno pomocí výzkumných metod, polostrukturovaného rozhovoru s připravenými otázkami, pozorováním a sepsáním kazuistiky. Každý, proband byl před rozhovorem seznámen se zachováním jeho úplné anonymity, což bylo samozřejmě dodrženo. Kvalitativní přístup byl zvolen na základě výhod, které nabízí. Přednosti kvalitativního přístupu jsou ve zkoumání jedince v jeho přirozeném prostředí, dále v umožnění navrhování teorií a získávání podrobného popisu jedince (Hendl, 2016, s. 157).

2.1.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je protipólem výzkumu kvantitativního, jeho cílem je hlubší pohled do zkoumaných vzorků a hledání souvislostí mezi nimi. Technika, kvalitativního výzkumu umožňuje přímý kontakt s respondentem, kdy dotazující přímo pozoruje i neverbální projevy a komunikaci probanda (Hendl, 2016, s. 157).

Kvalitativní výzkum se zaměřuje na menší počet respondentů, v jejich zkoumání jde do hloubky problematiky a snaží se postihnout široký kontext událostí. Někteří autoři kvalitativní výzkum označují jako nedokonalý typ výzkumu, který by měl spíše doplňovat metodu kvantitativního výzkumu. I přesto je tato metoda často využívána především při studiu humanitních věd. Prvním krokem výzkumníka je zvolení tématu, které chce zpracovávat a sestavení základních otázek. Výhoda kvalitativního výzkumu tkví v tom,

že během sběru dat se mohou předem sestavené otázky dále rozvíjet, modifikovat a v nutném případě dokonce i vynechat. Výzkumník sbírá data v delším časovém úseku, pracuje v přirozeném prostředí, seznamuje se s novými lidmi a na konci výzkumu analyzuje získané údaje (Hendl, 2016, s. 98).

Další použitou technikou pro výzkumné šetření k této bakalářské práci bylo provedení skrytého zúčastněného pozorování, které bylo zaměřeno na stejný výzkumný soubor a probíhalo během rozhovorů. Pozorování bylo zaměřeno na neverbální projevy respondentů v průběhu rozhovoru. Kvalitativní výzkum uváděný v bakalářské práci byl proveden se třemi lidmi (jeden muž a dvě ženy) v období druhé poloviny roku 2017 do první poloviny roku 2018.

2.1.2 Případová studie

Data ve výzkumu byla sestavena do jedno případových klinických studií neboli klinických kazuistik, jejichž předmětem je pouze jediný člověk. Klinická kazuistika umožňuje možnost nahlédnutí do života jedince v celé jeho komplexnosti a vnímat jednotlivé vztahy mezi skutečností (Miovský, 2006, s. 91).

2.1.3 Etické otázky výzkumu

Během realizace výzkumu není možné se vyhnout některým etickým otázkám, na které je zapotřebí odpovědět. Účast respondentů byla na výzkumu zcela dobrovolná. Účastníci výzkumu tak měli možnost participaci na výzkumu zcela odmítnout. Zároveň měli možnost rozhovor kdykoliv přerušit nebo neodpovědět na otázku. O výše uvedených možnostech byli účastníci informováni.

V rámci výzkumu byla od účastníků získána pouze základní osobní data a to věk, pohlaví a délka onemocnění. Veškerá získaná data budou využita pouze pro stávající výzkum. Výsledky kvalitativního výzkumu budou v práci uvedeny anonymně.

Výzkum probíhal od prosince 2017 do konce února 2018 s informovaným souhlasem respondentů. Souhlasy jsou součástí příloh bakalářské práce.

2.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a nastínit problematiku života osob s Crohnovou chorobou. V bakalářské práci byly též stanoveny dílčí cíle.

Dílčí cíle bakalářské práce:

1. Zjistit psychickou zátěž člověka, kterému byla diagnostikována Crohnova choroba.
2. Zpracovat kazuistiky respondentů.
3. Zpracovat edukační leták pro laickou veřejnost.

Pro získání informací o vlivu Crohnovy choroby na život pacienta byly sestaveny otázky, které byly použity při polostrukturovaném rozhovoru s respondenty výzkumu.

Otázky pro polostrukturovaný rozhovor:

1. Kdy vám byla diagnostikována Crohnova choroba?
2. Co předcházelo období před rozvojem onemocnění (např. významné události v životě, jiná onemocnění)?
3. Jaké bylo vaše prožívání a pocity během hledání a stanovení diagnózy?
4. Jak se změnil se váš nynější život po stanovení diagnózy?
5. V čem vás Crohnova choroba omezila?
6. Jaká pozitiva ve vašem životě vnímáte po onemocnění Crohnovou chorobou?
7. Jaký je průběh vašeho onemocnění (remise, relaps, hospitalizace)?
8. Jak jste prožíval/a hospitalizace a další hospitalizace?
9. Objevilo se ve vaší rodinné anamnéze nějaké chronické onemocnění?
 9. a) Pokud ano, jaké?
10. Jak hodnotíte vaše dětství, dospívání, dospělost?
11. Jaké vztahy panovaly ve vaší rodině?
 11. a) Jaké byly vaše vztahy s rodiči a sourozenci?
12. Které životní události vás nejvíce ovlivnily?
13. Jak přijalo vaše okolí, že Vám byla diagnostikována Crohnova choroba?
14. Je pro vás nepříjemné mluvit o Crohnově chorobě?
15. Vyhledal/a jste v průběhu vašeho onemocnění psychologickou pomoc?

16. Navštěvujete či jste členem svépomocné skupiny, která se zaměřuje na osoby s idiopatickými střevními záněty?
17. Máte nějaké jiné zdravotní obtíže či komplikace kromě Crohnovy choroby?
18. Domníváte se, že jste sám/a schopen/a ovlivnit průběh vašeho onemocnění?
19. Dodržujete doporučení lékaře ohledně diety, léčebného režimu?
20. Co děláte pro redukci stresu a negativních emocí ve vašem životě?
21. Jak reagujete, pokud vás někdo rozčílí?
22. Dělá vám problém projevit city a říci si o pomoc?
23. Jaký je váš pohled na život?
24. Co je pro vás motivací ve vašem životě?
25. Jak si představujete váš život např. za 5 let?

2.3 Kazuistiky respondentů

2.3.1 Kazuistika č. I. - muž, 39 let

Osobní anamnéza

Muž ve věku 39 let, žijící společně se svojí partnerkou ve třípokojovém bytě ve městě. V květnu tohoto roku čekají narození dítěte, dle ultrazvukového vyšetření s největší pravděpodobností chlapečka. Muže je zaměstnán jako policista u Policie ČR. Vystudoval střední školu v oboru elektrikář, poté však díky možnosti stálého zaměstnání zvolil nábor k policii, u které pracuje již 19 let. Práce elektrikáře pro něj dodnes zůstala jeho koníčkem a ve volných chvílích se svému koníčku věnuje.

Z dětství neuvádí žádné významné onemocnění nebo úraz, pouze běžná dětská onemocnění. S Crohnovou chorobou se léčí od roku 2009. V první dekádě roku 2009 se mu vytvořil absces u konečníku, zprvu se muž domníval, že jde pouze o hemoroid a postačí odstranění tohoto hemoroidu. Absces byl vypuštěn, zrevidován a rovněž byl odebrán vzorek pro podezření na Crohnovu chorobu a bohužel se výsledky potvrdily. V průběhu trvání onemocnění se u muže objevila příměs hlenu a krve ve stolici při defekaci. První hospitalizace, byla v roce 2010, kdy zároveň proběhlo i první resekování části zaníceného tenkého střeva. Toto období bylo pro muže náročná po všech směrech, bylo to období plné nejistoty a strachu. Muž se obával, jak moc je jeho onemocnění závažné a jaká omezení ho do budoucna čekají. Druhá hospitalizace následovala po atace onemocnění v

roce 2015, při této hospitalizaci lékaři již neresekovali část tenkého střeva, ale provedli tzv. seříznutí, tenké střevo pouze upravili v místě zánětu.

První hospitalizace s resekováním části tenkého střeva s Crohnovou chorobou proběhla se symptomy, pokud by se mluvilo pouze o souvislostech s Crohnovou chorobou. Zvýšená teplota, bolesti břicha a úporné bolestivé průjmy. Od první hospitalizace je muž dispenzarizován na specializovaném pracovišti v Hořovicích.

Při druhé a zatím poslední hospitalizaci, které byla v důsledku Crohnovy choroby se u muže vyskytla kožní reakce na podávaný medikament (Remicade). Druhou hospitalizaci proto muž hodnotí subjektivně hůře, i přesto že při druhé hospitalizace nedošlo k chirurgickému zákroku jako při hospitalizaci první.

Nyní se jeho onemocnění nachází ve stavu remise, frekvence výskytu průjmů a dalších příznaků onemocnění u muže dlouhodobě kolísá. V současnosti na Crohnovu chorobu užívá léky Imusap 50mg, 4 tablety denně. Z možných komplikací Crohnovy choroby následků její léčby u sebe muž pozoruje velmi suchou pokožku a občasné tvoření vřídků kolem očních víček.

Rodinná anamnéza

Muž se narodil jako nejstarší ze tří dětí, a vyrůstal v malém rodinném domku na vesnici. O 3 roky mladší sestra se léčila pro chlopenní vady a o 10 let mladší bratr, který má diagnostikované astma. Jako starší bratr své sourozence v dětství často ochraňoval. Svě dětství popisuje jako šťastné, plné zážitků a nezbedností, za které byl svým otcem občas potrestán. Nikdy to však podle jeho slov nebylo neoprávněné a nemá mu to za zlé, tyto tresty vnímá jako spravedlivé. Jeho otec je dle muže rozumný, šikovný, pracovitý a spravedlivý člověk. Byl pro něj vzorem a je rád, že mu některé své vlastnosti předal. Otcí po 40. roku věku byly diagnostikovány vředy na dvanáctníku. Se svojí matkou má dodnes hezký vztah. V dětství ho často hájila před otcem, když něco provedl, a jako matka k němu byla shovívavější a v některých situacích až příliš opatrovnická.

Sociální a pracovní anamnéza

Po základní škole muž nastoupil na střední školu, obor elektrikář. Střední školu zdárně dokončil, ale oboru se po škole nevěnoval, neboť nemohl sehnat pracovní místo, kde by ho vzali bez předchozí praxe v oboru. Díky motivačnímu náboru a zvládnutí všech testů získal místo u policie, kde pracuje již 19 let.

Své dospívání popisuje jako zajímavé a bouřlivé. Vždy byl rád mezi svými přáteli a byl velmi společenský, ale také byly dny, kdy byl velmi rád sám. Po dokončení studia obdržel muž povolání na vojnu. Do vojenské služby nenastoupil, neboť získal modrou knížku. Ve svých 29 letech potkal bývalou manželku, se kterou žil 5let, manželství bylo bouřlivé, bývalá manželka se chtěla bavit a užívat života, muž toužil již po rodinném životě, manželka po 4 letech společného života otěhotněla, ale o dítě přišla. Potratem dítěte začala krize manželství, která vyvrcholila o rok později rozvodem. Nyní od 37 let žije s novou partnerkou, se kterou se jim v květnu tohoto roku narodí syn, manželé zatím nejsou. Partnerství hodnotí jako spokojené a klidné v porovnání s předchozím manželstvím.

2.3.2 Kazuistika č. II. - žena, 43 let

Osobní anamnéza

Žena ve věku 43 let, je vdaná, žije společně se svým manželem v mezonetovém bytě v krajském městě. Žena je subtilní postavy. Žena, je v plném invalidním důchodu, ale i přesto si přivydělává výrobou bytových dekorací. Vystudovala gymnázium a v 19ti letech se pokusila založit firmu na výrobu dekorací a bytových doplňků. Firmu se jí podařilo založit a rozjet, ale díky stresu (tedy sama žena tomu přikládá největší podíl) se u ní rozvinula Crohnova choroba. Tehdy sama absolutně netušila, co se s jejím tělem děje nebo jaké zdravotní komplikace ženu ještě čekají.

Z dětství neuvádí žádné významné onemocnění nebo úraz, pouze běžná dětská onemocnění. S Crohnovou chorobou se léčí od roku 1993. Diagnostika a léčba Crohnovy choroby byla tehdy dle respondentky velkou neznámou. O Crohnově chorobě se tehdy příliš nevědělo. Prvním příznakem onemocnění byl rozsáhlý zánět kyčelního kloubu, o kterém v prvé řadě žena ani nevěděla. K lékaři šla kvůli nesnesitelným bolestem a velmi omezené hybnosti kyčle a neustupujícím zvýšeným teplotám. Žena nemohla téměř na nohu došlápnout, vyhledávala úlevovou polohu, která nohu nejméně zatěžovala. Následující vyšetření potvrdily, že zánět kyčelního kloubu byla již komplikace Crohnovy choroby.

Toto období při zjištění diagnózy nebylo pro ženu až tak stresující, jako to, že díky nepohyblivému kyčelnímu kloubu se musela žena učit znovu chodit a rehabilitovat, tři měsíce strávila v rehabilitačním centru v Kladrubech. Celkový pobyt po zdravotnických zařízeních se protáhl na půl roku. Během půlročního pobytu po nemocnicích žena zažila chirurgické zákroky na pohybovém aparátu i v oblasti břicha.

První hospitalizace s resekováním části tenkého střeva s Crohnovou chorobou proběhla s velkými potížemi. Potíže nastaly již v den operace, žena měla horečku a bolesti v místě operační rány, rána se zanítla. Bolest po operaci kyčelního kloubu též neustupovala. Po gynekologické stránce se objevily problémy s menstruací a gynekologické výtoky. Ženě byl chirurgicky odebrán jeden vaječník. U ženy se díky bolestem a nedostatku soukromí objevily poruchy spánku, které přetrvávají dodnes. Žena spí v průměru pouze 4 hodiny denně, někdy nespí 48 hodin a poté se cítí velmi vyčerpaně. Přes všechny fyzické a psychické těžkosti nikdy nevyhledala pomoc psychologa či duchovního, vše chtěla zvládnout sama. Pokud by využila služeb psychologa, považovala by to za své selhání. Měla by pocit, že okolnostem nemoci podlehla a nedokázala se s tím sama vyrovnat. Od diagnostikování Crohnovy choroby užívá pravidelně každé ráno 4 tablety Imasup 50 mg.

V roce 1998 poprvé otěhotněla. Do 4. měsíce těhotenství však žena nevěděla, že je těhotná. Na těhotenství absolutně nepomyslela, neboť dle gynekologa byla malá pravděpodobnost při jejím stavu otěhotnět. Bolesti břicha a nevolnosti přikládala Crohnově chorobě. V 6. měsíci předčasně porodila. Chlapec je nyní dospělým mužem a těší se dobrému zdraví. Těhotenství a porod průběh Crohnovy choroby nijak výrazně neovlivnily. Během deseti let po prvním porodu proběhlo několik hospitalizací, které z dnešního pohledu shledává běžnými a bezproblémovými.

V roce 2008 ve 34 letech podruhé otěhotněla a Crohnova choroba se přihlásila o slovo velmi výrazně. Ženu sužovaly nesnesitelné bolesti břicha, teploty, na střevech se vytvořily píštěle, nastal problém odchodu stolice. Ženě byl založen dočasný vývod pro odchod stolice. Odborné pomoci se ženě dostalo v Klinickém centru ISCARE v Praze. Dle vyjádření ošetřujícího lékařského týmu se měla žena rozhodnout, zda podstoupí umělé přerušování těhotenství, či si dítě ponechá. Rodina ani přátelé tehdy její rozhodnutí nepochopili a nepodpořili ji, dítě si nechala, ale získala tím nelichotivé prvenství v České republice. Podstoupila biologickou léčbu s preparátem Remicade, jako první těhotná žena v České republice. Tuto hospitalizaci proto subjektivně hodnotí jako nejhorší stav svého života. Podporu psychologa opět nevyhledala, psychickou oporou jí byl prvorozený syn.

Nyní se nachází ve stavu remise, frekvence výskytu průjmů, dyskomfort v břišní dutině a dalších příznaků onemocnění u ní dlouhodobě kolísá. Podstoupila plastickou operaci a korekci pooperačních jizev břišní stěny. Pravidelně užívá léky Imusap 50mg, 4 tablety denně. Do rozhovoru vystřídala již všechny dostupné preparáty biologické léčby (Humira, Remicade). U obou přípravků se při aplikaci vyskytly nežádoucí účinky. Nyní

podstupuje biologickou léčbu s nejnovějším preparátem známým pod firemním názvem Entyvio, který je v České republice znám od roku 2016. Z možných komplikací Crohnovy choroby či následků její léčby měla žena ledvinové kameny a byla s nimi léčena v Praze v Motole. Žena také u sebe pozoruje velmi suchou pokožku, časté pálení nosohltanu a bolesti velkých kloubů.

Rodinná anamnéza

Žena se narodila jako nejstarší ze tří dětí do rodiny s chudými sociálními poměry. Vyrůstala v malém panelovém bytě 2+1 v malém městě. Měla o 2 roky mladšího bratra, který před pěti lety zemřel na předávkování drogami. O 5 let mladší sestra je též drogově závislá. Své dětství popisuje jako nešťastné, rodiče moc peněz neměli, s matkou si nerozuměla a otec byl stále pryč a sháněl či vydělával peníze. Své dospívání popisuje jako bouřlivé a nebezpečné, kdy si různými prohřešky vynucovala pozornost rodičů. Se sourozenci si moc nerozuměla, měli jiný pohled na život. O rodině se ženě příliš nechtělo mluvit, rozhovor o rodině byl pro ni nepříjemný. Nyní žije s manželem a desetiletou dcerou v nové zástavbě činžovních domů v krajském městě. Prvorozený syn již žije sám. Obě její děti jsou zdravé, příznaky Crohnovy choroby se u nich doposud neobjevily.

Sociální a pracovní anamnéza

Po základní škole vystudovala gymnázium. Po maturitě na gymnáziu se rozhodla založit malou firmu na výrobu dekorativních výrobků do domácnosti. Nyní firmu nevlastní, je v plném invalidním důchodu a dekorace vyrábí již jen pro známé.

2.3.3 Kazuistika č. III. - žena, 33 let

Osobní anamnéza

Žena ve věku 33 let, je vdaná a žije společně se svým manželem v malém domku na vesnici, kde společně vychovávají tříletého chlapečka. Žena, se bude na podzim tohoto roku vracet zpět do zaměstnání a pozici mzdové účetní. Manžel pracuje jako realitní makléř. Mezi ženiny zájmové aktivity patří sport, procházky do přírody, meditace, relaxace a trávení času s rodinou.

V dětství časté bronchitidy a záchvaty kašle, kdy jednou musela být hospitalizována s prasklou plící, kam ji musel být zaveden drén. S Crohnovou chorobou se léčí od roku 2010. Diagnostika a léčba Crohnovy choroby byla stanovena po dlouhodobých bolestech břicha, průjmech, rapidním úbytkem hmotnosti a absolutní neschopností si udržet váhu. Neopomenutelným příznakem byla i výrazná anémie z nedostatku železa. Od diagnostikování Crohnovy choroby užívá pravidelně každé ráno 4 tablety Imasup 50 mg.

V roce 2015 ve 29 letech poprvé otěhotněla a Crohnova choroba se o slovo přihlásila znovu velmi výrazně. Trpěla nesnesitelnými bolestmi břicha. Měla velmi nízký krevní tlak, byla bledá, chudokrevná, slabá, unavená. Těhotenství nebylo příliš šťastné období, ale vše se zdárně přečkalo a teď mají zdravého syna. I když je sama z deseti sourozenců další dítě neplánuje. Podstoupila biologickou léčbu s preparátem Humira.

Nyní se nachází ve stavu remise, frekvence výskytu průjmů, dyskomfort v břišní dutině a dalších příznaků onemocnění u ní dlouhodobě kolísá. Žena u sebe pozoruje velmi suchou pokožku, bolesti velkých kloubů a světloplachost.

Rodinná anamnéza

Žena se narodila jako třetí nejstarší z deseti dětí do rodiny s chudými sociálními poměry. Vyrůstala v malém domku na vesnici, ve které nyní s partnerem také žije. V rodině nepanovaly moc vstřícné rodinné vztahy a vazby a až nyní k sobě sourozenci pomalu nacházejí cestu. V roce 2016 se jí narodil zdravý syn, bez příznaků Crohnovy choroby. Manžel zdrav.

Sociální a pracovní anamnéza

Po základní škole vystudovala střední ekonomickou školu a po maturitě nastoupila jako mzdová účetní v místní firmě, do které se tohoto roku na podzim bude zpět vracet.

2.4 Osobní rozhovory s respondenty

Rozhovory s respondenty byly uskutečněny po písemném souhlasu. Rozhovory proběhly v přirozeném prostředí respondentů s ohledem na jejich soukromí a zachování anonymity. Rozhovory byly následně doslovně přepsány i s lingvistickými chybami.

2.4.1 Přepis rozhovoru I. – muž 39 let

1. Kdy vám byla diagnostikována Crohnova choroba?

M: „V 2009, po odoperování hemoroidu u konečníku, kde se vzal i vzorek, to jsem si, ale myslel, že je to jen hemoroid, dá se pryč a bude to dobrý.“

2. Co předcházelo období před rozvojem onemocnění (např. významné události v životě, jiná onemocnění)?

M: „Asi stres v práci, jsem policajt, furt něco, lidi, šéfové prudí, pořád něco. Bolelo mě často břicho a měl jsem průjem, říkal jsem si, že je to stresem z práce. Tak třeba už to tam bylo, nevím.“

3. Jaké bylo prožívání a pocity během hledání a stanovení diagnózy?

M: „Trochu strach co bude, co mě čeká.“

4. Jak se změnil váš nynější život po stanovení diagnózy?

M: „No, že pořád lítáš na záchod, a to zrovna, kdy se ti to nejmíň hodí. A taky, že se musím víc hlídat. S jídlem, s pivem, a tak. Už to není jako dřív. Na jednu stranu je to, ale dobře. Prostě změnil, nejsi na tom jako dřív.“

5. V čem vás Crohnova choroba omezila?

M: „Jak jsem říkal, všechno podřizuješ záchodu, no doběhnutí na něj, jíst a pít taky nemůžeš, co zrovna chceš a kolik toho chceš.“

6. Jaká pozitiva ve vašem životě vnímáte po onemocnění Crohnovou chorobou?

M: „Člověk si váží toho zdraví víc, víc se věnuju doma těhotný přítelkyni.“

7. Jaký je průběh vašeho onemocnění (remise, relaps, hospitalizace)?

M: „No, to máš střídavě. Někdy je období, kdy je ti zle, někdy je to lepší. Teď je mi docela dobře, ale bylo i dost zle, byly operace, biologická léčba a moji exmanželku dost dolehlo, teď nynější přítelkyně to asi víc chápe, ale vidím to na ní, že ji to teda asi mrzí.“

8. Jak jste prožíval hospitalizace?

M: „Při tom operování hemoroidu mi vzali kousek střeva na vyšetření a tam se to zjistilo. To bylo v roce 2009, tím to vlastně začalo. Vyndali mi tohle, zjistili i ten zánět, všelijaký vyšetření a přišli na Crohna. No nic moc, no.“

9. Objevilo se ve vaší rodinné anamnéze nějaké chronické onemocnění?

9. a) Pokud ano, jaké?

M: „Ne, myslím, že ne. O ničem nevím. Ségra má operovaný srdce, něco s chlopněma nebo co a brácha má astma, ale asi v pohodě, nemá na to žádný léky a ségra teda taky ne.“

10. Jak hodnotíte vaše dětství, dospívání, dospělost?

M: „Dětství? (smích) Fotbal, nohejbal, lezení po stromech, furt jsme s klukama někde lítali. Fotbal hlavně, furt jsme něco vymýšleli s klukama. Jako dospělák jsem se trochu zklidnil. (smích) Oženil jsem se, pak jsem se s manželkou rozvedl a teď mám přítelkyni a čekáme rodinu, jsem spokojenej.“

11. Jaké vztahy panovaly ve vaší rodině?

11. a) Vaše vztahy s rodiči a sourozenci?

M: „Se sourozencem si docela rozumím, ale taky jsme se někdy řezali jako malý. Ale jinak jsme se měli rádi.“

12. Které životní události vás nejvíce ovlivnily?

M: „Asi výchova rodičů, kdyby mě vychovali jinak, asi bych si to teď dost bral. Táta chtěl, abych se vyučil, že řemeslo se bude víc hodit, tak se ze mě stal elektrikář, ale po škole jsem to nedělal, zlákal mě peníze a nábor k policii, tak už tam jsem 19 let. Elektrikařím jen pro známý.“

13. Jak přijalo vaše okolí zjištění, že vám byla diagnostikována Crohnova choroba?

M: „Na začátku jsme nikdo nevěděl, co bude. Samozřejmě, že se báli. Určitě to bylo těžký, já to na nich viděl, to poznáš. Manželka mi říkala, že když poprvé byla za mnou v nemocnici, tak pak pomalu ani nevěděla, jak došla zpátky na autobus. Byla z toho hotová. Naši z toho taky hotový. No a jak šel čas, tak jsme se nakonec s manželkou rozvedli a ani vlastně nevím proč, ale možná i ta nemoc v tom byla, nevím, je to pryč. Teď jsem spokojenej, co mám a až se malej narodí, tak to bude zase něco. Ale je fakt, že můj Crohn taky přítelkyni zasáhnul, je smutná, když je mně zle.“

14. Je pro vás nepříjemné mluvit o Crohnově chorobě?

M: „Ne, ani ne. Mám kamaráda, co Crohna má taky a ten teda se nerad o tom baví, mně je to jedno, není to nic, za co se mám stydět, je to prostě nemoc.“

15. Vyhledal jste v průběhu vašeho onemocnění pomoc psychologa?

M: „Nikdy jsem nemusel, to asi proto, jak mě naši vychovali, prostě se z toho nezblázním, nějak bylo, nějak bude. Ale nic proti psychologovi nemám, když ho budu potřebovat, tak asi ho vyhledám.“

16. Navštěvujete či jste členem svépomocné skupiny, která se zaměřuje na osoby s idiopatickými střevními záněty?

M: „No, ne... (smích). Párkrát jsem kouknul na netu na něco, Crocus se to jmenuje nebo tak něco, ale ne, jsem v pohodě. Jinak jsem četl různý časopisy nebo mi v Hořovicích dali takový příručky.“

17. Máte nějaké jiné zdravotní obtíže či komplikace kromě Crohnovy choroby?

M: „Asi ani ne, jo možná vlastně suchou kůží, někdy. A přítelkyně říká, že jsem občas podrážděnej, ale to asi k tomu nepatří. No a občas se mi udělají jako by takový suchý vřídky kolem oka, očních víček, ale to je jen málokdy.“

18. Domníváte se, že jste sám schopen ovlivnit průběh vašeho onemocnění?

M: „Myslím, že ne. Jak? Nevím.“

19. Dodržujete doporučení lékaře ohledně diety, léčebného režimu?

M: „Vyloženě ne. Jen mi říkali, čemu se vyhybat. Mliko, ne moc uzenýho nebo mastnýho, abych prostě dodržel takovou nějakou životosprávu. Ale že občas, když si něco dám, co mi nedělá špatně, tak že můžu. Musím zaklepat, že zatím můžu všechno. I když nevím, jestli mi to třeba na to moje břicho nedělá zle. Občas mě pálí žába, nebo pak chodím častěji na záchod.“

20. Co děláte pro redukci stresu a negativních emocí ve vašem životě?

M: „Nestresovat se tolik, hraju fotbal, chodíme ven s kamarády, těším se na prcka a velkou oporou je mi moje přítelkyně, je to veselá kopa.“

21. Jak reagujete, pokud vás někdo rozčílí?

M: „No dost vyletím, ale pak se zase zklidním.“

22. Dělá vám problém projevit city a říci si o pomoc?

M: „Myslím, že ne. Řeknu, co si myslím a chci říct, no ale o pomoc si řeknu jen někdy.“

23. Jaký je váš pohled na život?

M: „Asi myslím pozitivní, zvládnu to, spolu to zvládneme, doma. Nechci se tomu poddat. Ale taky mám strach někdy, co bude a tak.. Nevím.“

24. Co je pro vás motivací ve vašem životě?

M: „Teď aktuálně, asi malej, teda až se narodí, těším se na něj, ale zase mám trochu strach, aby taky nebyl nemocnej jako já, protože je prý taky tady nějaký dědičný riziko, že by to měl, ale tyhle myšlenky zaháním a nemyslím na to. Pak mi dost pomáhá moje přítelkyně, fakt se hodně smějeme a kamarádi a taky celá rodina.“

25. Jak si představujete váš život např. za 5 let?

M: „No, nevím, snad to bude všechno dobrý.“

2.4.2 Přepis rozhovoru I. – žena 43 let

1. Kdy vám byla diagnostikována Crohnova choroba?

Ž: „V 1993, jsem dostudovala gymnázium a pokusila se založit firmu na doplňky do domácnosti, takový dekorace, které jsem sama vyráběla. Už od mala mě to šíleně zajímalo a bavilo. V té době jsem byla často unavená a bolela mě noha, přesněji pravá kyčel. Měla jsem k tomu téměř neustále vždy večer zvýšenou teplotu. A tím, jak jsem všude pobíhala, něco organizovala, sháněla, myslela jsem si, že jsem přetažená. Postupem času jsem už na nohu nemohla došlápnout, vyloženě jsem hledala úlevovou polohu, jen abych pravou nohu a kyčel nezatěžovala. Jednoho dne jsem to již nevydržela a šla do chirurgické ambulance. Po rentgenu se zjistilo, že mám obrovský zánět v kyčli a nejspíš budu muset podstoupit totální výměnu kyčelního kloubu. Byla jsem odeslána na ortopedii, kde mi byla vyměněna kyčel a bylo potřeba provést i plastiku kyčelní jamky. Bylo to pro mě hodně stresující, bolestivé a nesnesitelné. Hospitalizace po nemocnicích se protáhla na půl roku. Kvůli neschopnosti se postavit na nohy atd. Nedokázala jsem se postavit, natož udělat krok, musela jsem se znovu učit chodit v 19ti letech. Poté jsem byla odeslána do rehabilitačního centra v Kladrubech. Tehdy jsem to vnímala jako šílenou prohru, mladá holka a jde tam. Z toho stresu a všeho se mi dostavily poruchy spánku. Spím málo nebo vůbec. Denně v průměru spím tak 4 hodiny a někdy se mi stane, že neusnu i dva dny. Strašný. Nerada na to vzpomínám.“

2. Co předcházelo období před rozvojem onemocnění (např. významné události v životě, jiná onemocnění)?

Ž: „Jak jsem už říkala, prvopočátek byla ta kyčel, ale to nikdo netušil do té doby. Kyčel se zhojila, ale v břiše se asi něco dělo. Dle krevních výsledků jsem měla pořád nějaký zánět. Doktoři si se mnou nevěděli rady, posílali mě od čerta k ďáblu. Byla jsem vyhublá na kost, v té době jsem vážila necelých 45 kg a to měřím 166 cm. Mysleli si, že jsem anorektička, několik týdnů jsem strávila na oddělení pro poruchy příjmu potravy, ale tam se pak lékařům nezdálo, že sním vše do mi dají, přibírám a nemám s jídlem problém. Usoudili tedy, že na toto oddělení zjevně nepatřím. Psal se rok 1993/1994 a diagnóza anorexie nebyla ta pravá. Naštěstí se tehdy jednomu lékaři nezdál můj zdravotní stav, že mám křeče v břiše, časté průjmy, občas zvýšenou teplotu, tak mi nechal vyšetřit střeva, kde se zjistilo, že ve střevech je zánět, odebrali mi vzorek střeva a byla mi potvrzena Crohnova choroba. Zánět v kyčli byt tedy dle lékařů už komplikací probíhající agresivní Crohnovy nemoci.“

3. Jaké bylo prožívání a pocity během hledání a stanovení diagnózy?

Ž: „Bylo to hrozný, mladá holka, život před sebou, firma v začátku, mládí a najednou konec se vším. Plus, že si dost lékařů myslelo, že jsem hypochondr, že si vymýšlím, že nejspíš nechci studovat nebo pracovat a to vůbec neznali mě nebo moje zájmy.“

4. Jak se změnil váš nynější život po stanovení diagnózy?

Ž: „Je diametrálně odlišný. Jsi neustále na toaletě, hledáš a plánuješ si místa a výlety, tak aby vždy bylo kde jít na záchod. Musím si dát pozor i co kde jíst. Nejde to si dát v restauraci všechno, co si pomyslíš. Neříkám, že mám vyloženě nějaká omezení, ale člověk se hlídá. Dle mého ošetřujícího lékaře mám doporučeno jíst vše, neseparovat žádnou potravinu, neboť dle něj bych si mohla později na tu danou potravinu vypěstovat alergii. A teď už sama víc, která jídla mi nedělají dobře, jako např. citrusy nebo jogurty. Jogurt si i tak jednou za čas dám, ale pak tedy maličko trpím, mám bolesti břicha.“

5. V čem vás Crohnova choroba omezila?

Ž: „Omezila mě v takové svobodě, dodržuješ nějaká nepsaná pravidla stravování, cestování a pravidelných kontrol u lékaře.“

6. Jaká pozitiva vnímáte po onemocnění Crohnovou chorobou?

Ž: „Asi nic, ba naopak, vnímám to, že mi více nemoc vzala. No a možná jsem díky nemoci předčasně dospěla, ale to ani nevím, jestli mohu považovat jako pozitivní přínos.“

7. Jaký je průběh vašeho onemocnění (remise, relaps, hospitalizace)?

Ž: „Nyní je mi relativně dobře. Někdy je období, kdy je ti zle, někdy je to lepší. Ale bylo i velmi zle, byly operace, biologická léčba, nefungující podpora od rodiny, což mě dřív hodně mrzelo, teď už vím, že se můžu spolehnout jen na sebe a nečekat od nikoho pomoc a podporu. Nyní mám znovu dočasně založenou stomii, doufám, že je to opravdu jen dočasné. Mívám problémy s vyprazdňováním a je dost možné, že jednoho dne vývod budu mít.“

8. Jak jste prožívala hospitalizace?

Ž: „Všechny hospitalizace byly pro mě šílené, strašné. Nevidím v nich rozdíl, možná ale nejhorší bylo období, kdy jsem byla těhotná s malou, to byl rok 2008. První těhotenství s klukem bylo v roce 1998, a řekla bych, že proběhlo relativně v pořádku, zjistila jsem to ve 4. měsíci a v 6. měsíci jsem předčasně porodila. Absolutně jsem tehdy nepomyslela na to, že bych mohla být někdy těhotná. Při jedné z mnoha hospitalizací, které jsem prodělala, mi i po gynekologické stránce nebylo nejlépe, mi byl odebrán jeden vaječník a bylo řečeno, že je dost pravděpodobné, že neotěhotním. Syn se sice narodil velmi předčasně a díky bohu nemá žádné zdravotní komplikace a ani Crohnova choroba se u něj

zatím neobjevila. Druhé těhotenství už nebylo bezproblémové, ba naopak. Od prvních dnů, co jsem otěhotněla, mi bylo zle, ukrutné bolesti břicha, křeče, průjmy, teploty, nechutenství, zvracení, nakonec se mi zapálila zánětem nejčerstvější jizva na břiše. Volala jsem, jezdila jsem všude, po všech možných doktorech a nikdo mi nepomohl. Přes známou jsem se dozvěděla o velmi dobrém chirurgovi, ke kterému se takřka nelze objednat, objednala jsem se tedy přes protekci. Po měsíci od objednání jsme se dostavila k němu do ordinace. Při vstupu do ordinace, mě zpražil pár slovy hned v úvodu, že se k němu takto lidí nedostávají a že mám odejít, že mě neošetří. Plačíc jsem odešla. Ještě na schodech jsem volala svému ošetřujícímu lékaři, že jsem se vydala za oním specialistou na vlastní pěst a jak to celé dopadlo. Ošetřující lékař ihned zavolal specialistovi a sestřička mě zastihla už na parkovišti. Přijali mě, odoperovali, dostala jsem dočasný vývod. Po operaci se mi onen specialista přišel omluvit, přiznal svou chybu a řekl, že je rád, že jsem se nenechala odbýt a bojovala za sebe i své nenarozené dítě. Pro mě to byl jediný světlý moment z celé historie mé nemoci.“

9. Objevilo se ve vaší rodinné anamnéze nějaké chronické onemocnění?

9. a) Pokud ano, jaké?

Ž: „Ne, myslím, že ne. O ničem nevím. Setra je drogově závislá a bratr před pěti lety drogám podlehl, předávkoval se. Rodiče se s ničím neléčili.“

10. Jak hodnotíte vaše dětství, dospívání, dospělost?

Ž: „Dětství, příšerné. Jsem nejstarší ze tří dětí. Narodila jsem se rodičům, kteří se moc o svoje děti nestarali. Jako malá jsem sourozence pořád hlídala a v pubertě jsem dost revoltovala. A dospělost mi začala, tak jak začala...“

11. Jaké vztahy panovaly ve vaší rodině?

11. a) Vaše vztahy s rodiči a sourozenci?

Ž: „Se sourozenci si nerozumím, tedy se sestrou, bratr již není mezi živými, bohužel, možná pro něj bohudík. Je to smutné, ale pravdivé. Ať je mu země lehká. A o rodičích, ani nevím, co bych řekla. Promiňte, ale je mi to nepříjemné mluvit o rodině, jestli se moje rodina dá považovat za rodinu. Co se týče manžela a dětí, tak to je taktéž pro mě velmi soukromá a ožehavá věc. Nezlobte se.“

12. Které životní události vás nejvíce ovlivnily?

Ž: „Asi výchova či spíše nedostatečná výchova rodičů. A co mě jistě hodně ovlivnilo je to, že jsem se sama stala matkou a i přes veškerá úskalí, která mě potkala, nechci být jako moje matka. Svoje děti nadevše miluji, ale teď mohu s chladnou hlavou říci všem ženám s Crohnovou chorobou, že je pro jejich zdraví jak fyzické, tak psychické lepší nemít děti,

nebýt těhotná. Těhotenství neskutečně hodně zatíží organismus ženy. Možná teď budu na všechny působit jako sobec, ale je to má zkušenost, kdy jsem stála na prahu smrti a měla se rozhodnout, zda si dítě nechat či své relativní zdraví. Kdybych se rozhodovala nyní, rozhodla bych se jinak.“

13. Jak přijalo vaše okolí, že vám byla diagnostikována Crohnova choroba?

Ž: „Dá se říci, že nijak. Jak jsem říkala, z rodiny jsem podporu neměla a přátel taky moc ne. Mám jednu hodně dobrou přítelkyni, která ví, dalo by se říct asi nejvíc ze všech lidí, co mě znají, ale raději si vše řeším sama. Ve své podstatě asi ani nechci, aby někdo znal mé slabiny a strasti. Jsem ráda za děti, že u syna a ani dcery zatím nic nenasvědčuje tomu, že by se u nich Crohnova choroba mohla objevit.“

14. Je pro vás nepříjemné mluvit o Crohnově chorobě?

Ž: „Ano, je. Celkově moc nerada mluvím o svém soukromí.“

15. Vyhledala jste v průběhu vašeho onemocnění pomoc psychologickou pomoc?

Ž: „Ne, bylo mi to několikrát lékaři nabídnuto, ale nechtěla jsem. Snažila jsem se to zvládnout sama, nemám ve zvyku se někomu svěřovat.“

16. Navštěvujete či jste členem svépomocné skupiny, která se zaměřuje na osoby s idiopatickými střevními záněty?

Ž: „Ne. Párkrát jsem něco četla na internetu, ale působilo to na mě nějak zvláštně, asi možná neosobně, možná na druhé straně moc osobně, nevím. Nechci s nikým o nemoci moc hovořit, teď je mi relativně dobře, tak se spíš snažím negativní myšlenky ohledně Crohnovy choroby. Ale samozřejmě dřív, na začátku jsem hltala veškeré články, knihy o chorobě, které jsem objevila.“

17. Máte nějaké jiné zdravotní obtíže či komplikace kromě Crohnovy choroby?

Ž: „Suchá pokožka, podrážděný nosohltan po poslední aplikované kúře biologické léčby, ledvinové kameny, bolesti velkých kloubů a dost často se cítím unavená i po nepříliš velké fyzické zátěži.“

18. Domníváte se, že jste sama schopna ovlivnit průběh vašeho onemocnění?

Ž: „Myslím, že ne. Možná jakým si zdravým životním stylem.“

19. Dodržujete doporučení lékaře ohledně diety, léčebného režimu?

Ž: „Lékaři mi řekli a shodli se na to, že žádná speciální dietní opatření neexistují a tedy se mám stravovat víceméně jak chci sama, jak mi to mé tělo dovolí. Nevyhýbat se žádným potravinám, neseparovat, abych si na tu danou potravinu nevytvořila naopak alergii.“

20. Co děláte pro redukci stresu a negativních emocí ve vašem životě?

Ž: „Nestresovat se tolik, snažím se moc věci neřešit. Neriskuji. Když cítím, že si potřebuji odpočinout, odpočívám bez ohledu na okolnosti.“

21. Jak reagujete, pokud vás někdo rozčílí?

Ž: „Snažím se nerozčílit, raději odejdu.“

22. Dělá vám problém projevit city a říci si o pomoc?

Ž: „Moc si o pomoc neříkám, mám to tak od dětství.“

23. Jaký je váš pohled na život?

Ž: „Snažím se na to nemyslet. Nějak bylo, nějak bude, raději pozitivní přístup, i když to ne vždy jde. Snažím se to zvládat sama a tedy pro děti být silná.“

24. Co je pro vás motivací ve vašem životě?

Ž: „Děti, práce, tedy práce je mým koníčkem, i když jsem v plném invalidním důchodu.“

25. Jak si představujete váš život např. za 5 let?

Ž: „Že mi snad nebude tak zle jako v roce 2008 a mé děti nikdy nezažijí, to co já.“

2.4.3 Přepis rozhovoru III. – žena 33 let

1. Kdy vám byla diagnostikována Crohnova choroba?

Ž: „V 2010, bylo mi tehdy 24 let, netušila jsem co se děje, bolelo mě tehdy břicho, pořád jsem lítala na záchod a rapidně jsem zhubla, ve třiatdvaceti letech jsem při výšce 174 cm vážila pouhých 43 kg. Moje BMI bylo 14,2 tedy podváha. Ale jinak jsem od malička hubená, samá ruka, samá noha. Nikdo zprvu nevěděl, co se děje, až po četných vyšetřeních se stanovila diagnóza. Nechácala jsem, co se děje, myslela jsem si, že se zaléčím a budu zase vše v pořádku, jako třeba chřipka. Jako dítě jsem byla často nemocná, mívala jsem záchvaty kašle, často chycený průdušky a jednou to došlo tak daleko, že mi praskla plíce a bylo potřeba v nemocnici mi dát do plic drén.“

2. Co předcházelo období před rozvojem onemocnění (např. významné události v životě, jiná onemocnění)?

Ž: „Ani vlastně nevím, ale nejspíš bolesti břicha, průjemy, nechutenství a pak tedy i rapidní hubnutí.“

3. Jaké bylo prožívání a pocity během hledání a stanovení diagnózy?

Ž: „Bylo to hrozný, mladá holka, život před sebou. Kamarádi a ani rodina to nechápala. Jsem z deseti sourozenců a já jsem třetí nejstarší, nikdo v rodině Crohna nemá. Sice je nás hodně sourozenců, ale cestu si k sobě nacházíme asi až teď v dospělosti, kdy máme svoje

rodiny, dřív jsme si moc nerozuměli, proto jsem se raději svěřila se svými pocity psychologe než někomu z rodiny.“

4. Jak se změnil váš nynější život po stanovení diagnózy?

Ž: „Řekla bych, že se změnil v tom slova smyslu, že si víc vážím každého dne, kdy mě nebolí břicho, kdy nechodím tak často na záchod, kdy se můžu dát k jídlu, co chci. Ale musím si dát pozor na zeli, chléb a syrovou zeleninu, vyzozorovala jsem, že tyhle potraviny jsou u mě většinou spouštěčem potíží.“

5. V čem vás Crohnova choroba omezila?

Ž: „Omezila mě v takové svobodě a takovým tom bezstarostným životě mladý holky, teď už se s tím ale o hodně líp peru, než tomu tak bylo před deseti lety.“

6. Jaká pozitiva ve vašem životě vnímáte po onemocnění Crohnovou chorobou?

Ž: „Co mi Crohn dal? No už vím, začala jsem hodně meditovat, relaxovat, naučila jsem se odpočívat. No ono vám vlastně ani nic nezbuďte, když jste pořád unavená, slabá, když to zrovna na vás přijde.“

7. Jaký je průběh vašeho onemocnění (remise, relaps, hospitalizace)?

Ž: „Teď je mi relativně dobře. A už 3 roky jsem v remisi. Ale v těhotenství to byl mazec, celý těhotenství bylo v období relapsu, bylo mi hodně zle. Motala se mi hlava, pocity na omdlení, slabost. Musím brát železo v tabletkách nebo i.v., neboť jsem chudokrevná, ale i tak mi to přijde zbytečný, neboť těmi mými průjmy je hned po železe.“

8. Jak jste prožívala hospitalizace?

Ž: „Všechny hospitalizace byly strašný, ale bojuju s tím pozitivním myšlením, protože jsem bojovnice a nevzdám se a šťastná mysl, je šťastná mysl.“

9. Objevilo se ve vaší rodinné anamnéze nějaké chronické onemocnění?

9. a) Pokud ano, jaké?

Ž: „Ne. O ničem nevím.“

10. Jak hodnotíte vaše dětství, dospívání, dospělost?

Ž: „Je nás deset sourozenců, my ti starší jsme vždy měli na krku mladší sourozence a tím pádem dětství to asi úplně nebylo, museli jsme se postarat a mrňata, ale zase bych našim křivdila, že by to bylo pořád. Ale je fakt, že s problémy jsem se doma nikomu nesvěřovala, to jsem spíš potom v dospělosti vyhledala pomoc psychologa. A jsem dost tvrdohlavá a mými špatnými vlastnostmi je věčná nespokojenost, umím být neskutečně žárlivá a zákeřná a chybu trestám několikrát, neumím se k tomu nevrátit. Ale na druhou stranu bych se pro rodinu, blízké, známé roztrhla a snesla modré z nebe, aby všichni byli spokojeni.“

11. Jaké vztahy panovaly ve vaší rodině?

11. a) Vaše vztahy s rodiči a sourozenci?

Ž: *Jak už jsem říkala, nic moc, jako děti jsme se moc nerozuměli, starší hlídali ty mladší a cestu k sobě nachází až teď v dospělosti, kdy samy máme rodiny.*“

12. Které životní události vás nejvíce ovlivnily?

Ž: *„Porod mého syna, neboť celé těhotenství to byla muka a jeho příchodem se vše rázem změnilo, už se neřeším sama, ale snažím se, aby ve vše byl malý na prvním místě, abych mu toho na světě předala co nejvíc do té doby, dokud budu moct.“*

13. Jak přijalo vaše okolí, že vám byla diagnostikována Crohnova choroba?

Ž: *„Máma plakala a táta se opil. Můj přítel skvěle, je to moje opora, poznali jsme se právě týden po diagnostikování nemoci a všechny ty peripetie se mnou absolvoval a vydržel.“*

14. Je pro vás nepříjemné mluvit o Crohnově chorobě?

Ž: *„Teď už ne, dřív ano. Ale teď v době sociálních sítí je to úplně jiné, prostřednictvím instagramu sděluju lidem svoje pocity a poznatky s Crohnem a těší mě, že to má zpětnou vazbu.“*

15. Vyhledala jste v průběhu vašeho onemocnění pomoc psychologickou pomoc?

Ž: *„Ano psychologa. A dost ráda medituju, to je můj ventil a relax. Neboť někdy je toho opravdu moc, dítě, partner, nemoc atd.“*

16. Navštěvujete či jste členem svépomocné skupiny, která se zaměřuje na osoby s idiopatickými střevními záněty?

Ž: *„Jsem členem jednoho spolku a hlavně jsem aktivní přes ty sociální sítě, takhle člověk alespoň ví, že v tom není sám.“*

17. Máte nějaké jiné zdravotní obtíže či komplikace kromě Crohnovy choroby?

Ž: *„Dost mě bolí klouby, mám zjizvený břicho a absolutní neschopnost přibrat, vážím 46 kg, ale je fakt, že teď už nevypadám alespoň tak nezdravě jako dřív.“*

18. Domníváte se, že jste sama schopna ovlivnit průběh vašeho onemocnění?

Ž: *„Myslím, že ano, zdravým životním stylem. Sama se o to snažím, zdravě jím, nejím lepek, lehce sportuju a hodně odpočívám.“*

19. Dodržujete doporučení lékaře ohledně diety, léčebného režimu?

Ž: *„Vyloženě žádné diety nedoržím, ba naopak se snažím jíst hodně masa a zeleniny, ale zeleninu spíš tepelně upravenou, syrová zelenina mi nedělá moc dobře. Snažím se jíst bezsezbytkovou stravu a stravuju se pokud možno pravidelně.“*

20. Co děláte pro redukci stresu a negativních emocí ve vašem životě?

Ž: *„Jdu se do lesa vykřičet, medituju, relaxuju a hlavně jsem s naším malým kloučkem.“*

21. Jak reagujete, pokud vás někdo rozčílí?

Ž: „*Ječím a řvu, jak rychle vylitnu, tak zase rychle vychladnu.*“

22. Dělá vám problém projevit city a říci si o pomoc?

Ž: „*V dětství to byl pro mě velký problém, teď už ne.*“

23. Jaký je váš pohled na život?

Ž: „*Teď jsme tu a tady a je třeba myslet pozitivně.*“

24. Co je pro vás motivací ve vašem životě?

Ž: „*Syn, manžel, sport, relaxace.*“

25. Jak si představujete váš život např. za 5 let?

Ž: „*Že nebudu mít žádné nebo minimální potíže a budu šťastná a spokojená se svojí rodinou.*“

2.5 Analýza výsledků

Další použitou technikou pro výzkumné šetření k této bakalářské práci bylo provedení skrytého zúčastněného pozorování, které bylo zaměřeno na stejný výzkumný soubor a probíhalo během rozhovorů. Pozorování bylo zaměřeno na neverbální projevy respondentů v průběhu rozhovoru. Kvalitativní výzkum uváděný v bakalářské práci byl proveden na vzorku jednoho muže a dvou žen.

Otázky	Respondent č. 1 – muž 39 let	Respondentka č. 2 – žena 43 let	Respondentka č. 3 – žena 33 let
1. Kdy vám byla diagnostikována Crohnova choroba?	V r. 2009 (ve 30ti letech).	V r. 1993 (v 18ti letech)	V r. 2010 (v 24ti letech)
2. Co předcházelo období před rozvojem onemocnění (např.: významné události v životě, jiná onemocnění)?	Stres v práci (u PČR).	Zánět v kyčli, výměna kyčelního kloubu, poruchy spánku, nízká váha, křeče v břiše, průjemy a zvýšená teplota.	Dlouhodobé bolesti břicha, úporné průjemy, rapidní úbytek hmotnosti a neschopnost si udržet stabilní hmotnost, výrazná anémie z nedostatku železa, díky úporným průjmům.

3. Jaké bylo vaše prožívání a pocity během hledání a stanovení diagnózy?	Strach z budoucnosti	Bylo to hrozné – mládí a najednou konec se vším. Lékaři si mysleli, že jsem hypochondr, že nechci studovat nebo pracovat.	Bylo to hrozný, mladá holka, život před sebou. Kamarádi a ani rodina to nechápala. S rodinou si nerozumím a raději se svěřila se svými pocity psycholožce.
4. Jak se změnil se váš nynější život po stanovení diagnózy?	Častá potřeba toalety, hlídání stravy.	Jsi neustále na toaletě, vše plánuješ podle dosahu WC. Musím si dávat pozor, co kde jím (nemám vyloženě omezení, ale musím se hlídat).	Že si víc vážím každého dne, kdy mě nebolí břicho, kdy nechodím tak často na záchod, kdy se můžu dát k jídlu, co chci.
5. V čem vás Crohnova choroba omezila?	Podřízení pohybu dosahu toalety, omezení v jídle a pití	Omezila mě na svobodě – dodržuji nepsaná pravidla stavování, cestování, kontrol u lékaře.	Omezila mě v takové svobodě a bezstarostným životě mladý holky, teď už se s tím ale o hodně líp peru, než tomu tak bylo před deseti lety.
6. Jaká pozitiva ve vašem životě vnímáte po onemocnění Crohnovou chorobou?	Víc si vážím zdraví, vztahu	Asi nic, víc mi vzala. Možná jsem předčasně dospěla, ale to nevím, jestli je pozitivní.	Začala jsem hodně meditovat, relaxovat, naučila jsem se odpočívat.
7. Jaký je přibližný průběh vašeho (remise, relaps, hospitalizace)?	Střídavě – někdy je to lepší, jindy zle.	Někdy je relativně dobře, jindy je to	Teď je mi relativně dobře, 3 roky jsem

	Na bývalou manželku to dolehlo, současná přítelkyně to více chápe, ale mrzí ji to.	horší, bylo i velmi zle. Hodně mě mrzela nefungující podpora rodiny. Bojím se do budoucna možného založení vývodu.	v remisi. Ale celé těhotenství v období relapsu, bylo mi hodně zle. Motala se mi hlava, pocity na omdlení, slabost, jsem chudokrevná, přijde mi zbytečné užívat železo, když se díky úporným průjmům okamžitě vyloučí z těla.
8. Jak jste prožíval/a hospitalizace?	První hospitalizace celkem bez problémů, druhá s reakcí na medikamenty.	Všechny hospitalizace byly strašné (nejhorší byla hospitalizace s druhým těhotenstvím.	Všechny hospitalizace byly strašný, ale bojuju s tím pozitivním myšlením.
9. Objevilo se ve vaší rodinné anamnéze nějaké chronické onemocnění? 9. a) Pokud ano, jaké?	Ne. Jen sestra operace srdce a bratr astma, ale oba bez medikace.	Ne. Sestra je drogově závislá, bratr drogám podlehl.	Ne. O ničem nevím.
10. Jak hodnotíte vaše dětství, dospívání, dospělost?	Dětství veselé (klukoviny), první manželství divoké – rozvedl jsem se, nyní mám manželku, čekáme rodinu a jsem spokojený.	Příšerné – měla jsem dva mladší sourozence, rodiče se nestarali, musela jsem já. V pubertě jsem revoltovala a dospělost začala Crohnovou chorobou.	10 sourozenců, starší jsme vždy starali o mladší sourozence, dětství to úplně nebylo, s problémy jsem se nikomu nesvěřovala, v dospělosti jsem vyhledala pomoc psychologa. Mými

			špatnými vlastnostmi jsou tvrdohlavost, žárlivost, zákeřnost, na druhou str. bych pro rodinu, blízké, udělala vše.
11. Jaké vztahy panovaly ve vaší rodině? 11. a) Jaké byly vaše vztahy s rodiči a sourozenci?	Rozumíme si, máme se rádi.	Se sourozenci jsem si nerozuměla, o rodičích ani nevím. Je pro mě nepříjemné mluvit o rodině, je to má soukromá věc.	Jak už jsem říkala, nic moc, jako děti jsme se moc nerozuměli, starší hlídali ty mladší a cestu k sobě nacházíme až teď v dospělosti, kdy samy máme rodiny.
12. Které životní události Vás nejvíce ovlivnily?	Výchova rodičů.	Nevýchova rodičů. To, že jsem se stala matkou, děti miluji, ale pro ženy s Crohnovou chorobou je lepší nemít děti, nebýt těhotná – velmi to zatíží organismus ženy.	Porod mého syna, neboť celé těhotenství to byla muka, jeho příchodem se vše změnilo, už se neřeším sama, ale snažím se, aby ve všem byl malý na prvním místě, abych mu toho na světě předala co nejvíc.
13. Jak přijalo vaše okolí, že vám byla diagnostikována Crohnova choroba?	Strach z neznámého, nejdřív šok. S manželkou jsem se rozvedl – možná na to i Crohnova choroba měla svůj	Nijak, podporu rodiny jsem neměla. Raději si vše řeším sama.	Máma plakala, táta se opil. Můj přítel skvěle, je to mojí oporou, poznali jsme se právě týden po diagnostikování

	vliv. Přítelkyně současná je smutná, když je mi špatně.		nemoci a všechny ty peripetie se mnou absolvoval a vydržel.
14. Je pro vás nepříjemné mluvit o Crohnově chorobě?	Ne, není důvod se stydět, je to nemoc.	Ano je. Nerada mluvím o soukromí.	Ted' už ne, dřív ano. Ted' v době sociálních sítí je to úplně jiné, prostřednictvím instagramu sděluju lidem svoje pocity.
15. Vyhledal/a jste v průběhu vašeho onemocnění pomoc psychologickou pomoc?	Ne, nepotřeboval jsem. Ale kdybych potřeboval, tak vyhledám.	Ne, nechtěla jsem, snažila jsem se vše zvládnout sama.	Ano psychologa, kterého jsem vyhledala až v dospělosti. A medituju, to je můj ventil a relaxace.
16. Navštěvujete či jste členem svépomocné skupiny, která se zaměřuje na osoby s idiopatickými střevními záněty?	Ne. Občas se podívám na něco na netu, v časopisech, příručky z Hořovic.	Ne. Občas jsem četla něco na internetu, nechci o nemoci s nikým hovořit. Dřív jsem informace vyhledávala víc.	Jsem členem jednoho spolku a hlavně jsem aktivní přes sociální sítě, takhle člověk alespoň ví, že v tom není sám.
17. Máte nějaké jiné zdravotní obtíže či komplikace kromě Crohnovy choroby?	Ani ne. Někdy suchá kůže, podrážděnost, suché vřidky kolem oka – ale málokdy, to k tomu asi patří.	Suchá pokožka, podrážděný nosohltan (po poslední kůře biologické léčby), ledvinové kameny, bolesti velkých kloubů, únava.	Dost mě bolí klouby, m zjizvený břicho a absolutní neschopnost přibrat, vážím 46 kg.

18. Domníváte se, že jste sám/a schopen/a ovlivnit průběh vašeho onemocnění?	Asi ne, nevím.	Myslím, že ne. Možná zdravým životním stylem.	Myslím, že ano, zdravým životním stylem. Sama se o to snažím, zdravě jím, nejím lepek, lehce sportuju a hodně odpočívám.
19. Dodržujete doporučení lékaře ohledně diety, léčebného režimu?	Vyloženě ne. Jen vím, čemu se vyvarovat, ale zatím můžu všechno.	Žádná speciální dietní opatření neexistují, stravuji se, jak mi tělo dovolí. Žádnou potravinu bych neměla zcela separovat.	Vyloženě žádné diety nedržím, naopak se snažím jíst hodně masa a zeleniny, ale zeleninu spíš tepelně upravenou, syrová zelenina mi nedělá moc dobře. Snažím se jíst bezezbytkovou stravu a stravuju se pokud možno pravidelně. Nejím zelí v žádné úpravě.
20. Co děláte pro redukci stresu a negativních emocí ve vašem životě?	Nestresuji se, hraji fotbal, chodím ven s kamarády, těším se na prcka, velkou oporou je mi přítelkyně.	Nestresuji se tolik, snažím se věci neřešit, více odpočívám.	Jdu se do lesa vykřičet, medituju, relaxuju a hlavně jsem s naším malým kloučkem.
21. Jak reagujete, pokud vás někdo rozčílí?	Dost vyletím, ale potom se zklidním.	Snažím se nerozčílit, raději odejdu.	Ječím a řvu, jak rychle vylítanu, tak zase rychle vychladnu.

22. Dělá vám problém projevít city a říci si o pomoc?	Myslím, že ne. Řeknu, co si myslím, ale o pomoc si řeknu jen někdy.	Moc si o pomoc neříkám – od dětství.	V dětství pro mě velký problém, teď už ne.
23. Jaký je váš pohled na život?	Pozitivní. Zvládnou to, spolu to zvládneme. Někdy mám strach.	Snažím se zvládat vše sama a být tu pro děti, být silná.	Teď jsme tu a tady a je třeba myslet pozitivně.
24- Co je pro vás motivací ve vašem životě?	Syn, těším se, až se narodí. Jen mám strach, aby nebyl nemocný jako já. Přítelkyně, rodina.	Děti, práce (ta je mým koníčkem).	Syn, manžel, sport, relaxace.
Jak si představujete Váš život např. za 5 let?	Nevím, snad to bude vše dobrý	Že mi snad nebude tak zle jako v roce 2008 a děti tohle nikdy nezažijí.	Že nebudu mít žádné nebo minimální potíže a budu šťastná, spokojená s rodinou.

Pomocí analýzy získaných informací bylo ve výzkumném šetření zjištěna shodná informace, kterou popisuje odborná literatura. Shodným ukazatelem propuknutí prvních příznaků onemocnění nastává mezi 20. a 30. rokem života (Horák a kol., 2013). U ženy č. 1 bylo onemocnění Crohnovou chorobou potvrzeno v 18 letech a u muže ve 30. roce života, u ženy č. 2 ve věku 24 let, čímž byl předpoklad potvrzen.

Rozdílné informace, které byly získány pomocí rozhovoru, bylo vnímání a prožívání Crohnovy choroby s dotazovanými respondenty. Žena č. 1 působila při rozhovoru velmi smutně, nebylo jí příjemné o onemocnění hovořit. Žena č. 2 byla oproti první ženě sdílnější, komunikativnější, což bylo možná způsobeno i věkem a její komunikativností, jak osobně, tak i po sociálních sítích. Muž, nejevil známky ostychu či studu hovořit o svém soukromí a nemoci. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že nelze všechny osoby, které onemocní Crohnovou chorobou paušalizovat. Ke každé osobě je třeba přistupovat individuálně.

Dle literatury se taktéž potvrdila hypotéza o podílu stresu, který může ovlivňovat či napomáhat k rozvoji Crohnovy choroby. Muž je přesvědčen, že propuknutí nemoci

souviselo se stresem, který prožíval v zaměstnání. Žena č. 1 Crohnovu chorobu také připisuje stresu a hektickému způsobu života, který měla po ukončení studia na gymnáziu a založení vlastního podnikání.

2.6 Ošetřovatelský proces

Po zhodnocení anamnestických údajů byl vypracován individuální plán ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces byl zvolen dle modelu Majory Gordonové, tzv. „Model fungujícího zdraví, který umožňuje systematické zhodnocení zdravotního stavu nemocného ve všech oblastech ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces byl proveden u ženy č. 1, která byla vybrána díky získaným informacím a neblaze bohaté anamnéze onemocnění.

Funkční vzorce zdraví podle Gordonové

Model Majory Gordonové je odvozen z interakce osoba-prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio psycho sociální interakce. Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, které Gordonová označuje jako funkční vzorce zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být dysfunkční či funkční.

V koncepčním modelu (modelu funkčního typu zdraví) Marjory Gordon stanovila základní strukturu modelu pomocí 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví (zdravotního stavu) člověka, podle nichž sestra nebo porodní asistentka získává potřebné informace: 1. Vnímání zdraví 2. Výživa a metabolismus 3. Vylučování 4. Aktivita – cvičení 5. Spánek a odpočinek 6. Vnímání, citlivost a poznávání 7. Sebepojetí a sebeúcta 8. Role – mezilidské vztahy 9. Sexualita 10. Stres 11. Víra – životní hodnoty 12. Jiný. Model vyhovuje ošetřovatelské praxi, ale i vzdělávání a výzkumu, je výsledkem grantu, který byl v 80. letech min. století financován vládou USA (Pavlíková, 2006, s. 101).

Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordonové „Model funkčního typu zdraví“

Vnímání zdraví

Subjektivně: Žena se postupně se svým zdravotním stavem snaží vyrovnávat. Uvědomuje si, že takto zdravotně postižená není jediná. Doufá v možné vyléčení. Zmiňuje

se o časté svědivosti na horních a dolních končetinách a stavech smutku. Bolesti břicha po konzumaci nevhodných potravin nebo při průjmech.

Objektivně: Žena je se svou diagnózou a zdravotním stavem seznámena. Suchá pokožka. Zdravotní stav a založení potencionálně trvalé stomie vnímá jako nepříjemnou situaci, ale důležitou pro svůj zdravotní stav, aktuálně má žena založenou dočasnou ileostomii. Rozumí nutnosti operačního zákroku, neboť již před několika lety dočasnou stomii již měla. Žena rozumí informacím, ale život s trvalou stomií si neumí reálně představit. Obává se, negativního sociálního dopadu života se stomií. Je smutná, někdy uvádí pocity sklíčenosti a přemítání o životě. Dle Beckovy sebeposuzovací stupnice deprese se žena nachází v kategorii lehké až střední deprese.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Žena uvádí aktuální přírůstek na váze o 5 kg (BMI 28). V mládí trpěla spíše podvýživou, nyní její váha stagnuje nebo se pohybuje v rozmezí lehké nadváhy. Se stravou nemá žena problémy, má chuť a jí cokoliv, ale například po mléčných výrobcích vždy pociťuje nepříjemné křeče a bolesti břicha. Denní příjem tekutin se pohybuje v rozmezí 1,5-2 litry.

Objektivně: Žena středně vysoké postavy se sklonem ukládání tuků v oblasti břicha. Stravování v restauracích či kavárnách se spíše vyhýbá. Kůže suchá. Při posouzení dle nutričního skóre pro dospělé osoby by byla vhodná schůzka s dietní sestrou, žena dle součtu bodů, získala bodů 5.

Vylučování

Subjektivně: Ve fázi relapsu nemoci, trpí žena úpornými bolestivými průjmy, které se velmi často střídají s obstipací. Obtíže při močení nezaznamenala.

Objektivně: Při sběru informací v průběhu rozhovoru velmi obtížné hodnotit. Můžeme vycházet pouze z informací od samotné ženy, kdy udává velmi ojediněle inkontinenci malého množství stolice. Proto bylo u ženy hodnoceno provádění všedních činností dle Barthelova testu, kdy žena dosáhla součtem bodů číslo 95, což signalizuje lehkou závislost, přičemž hranice plného počtu bodů je 100 a značí úplnou nezávislost. Žena nezískala plný počet bodů v oblasti kontinence stolice.

Fyzická aktivita a cvičení

Subjektivně: Žena udává rychlejší nástup únavy během jakékoliv fyzické činnosti. Vyčerpá ji např. nákup v supermarketu, nebo pokud se delší čas věnuje výrobě dekorací, které jsou její zálibou a přivýdělkem. Občas pocítuje nepříjemný pocit a lehkou bolestivost v pravém kyčelním kloubu, dle VAS pocitově číslem 2.

Objektivně: Žádné problémy při běžných denních aktivitách či kratší chůzi. Pohyb bez kompenzačních pomůcek.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Žena udává krátkou dobu spánku až nespavost. Nemůže usnout i 48 hodin, poté si cítí velmi unavená a vyčerpaná.

Objektivně: Žena působí unaveně, viditelné kruhy pod očima.

Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Žena je se svou diagnózou a zdravotním stavem seznámena, ale o stomii se jí hovoří velmi těžce. Má obavy, jak bude zvládat život s trvalou stomií. Bojí se, jak ji přijme okolí a má strach z většího sociálního omezení, než které pocítuje nyní. Její obavy se týkají především zápachu a zvuků způsobených peristaltikou, ale i také možnosti vzniku proleženiny nebo otlaku v místě stomie. Žena je připravena dodržovat dietní pokyny, od kterých si slibuje eliminaci výše zmíněných projevů.

Objektivně: Žena, při rozhovoru o stomii, vyjadřuje obavy ze změněného vnímání ji jako ženy, dle jejích slov by se stomií již nebyla plnohodnotnou ženou. Žena vyslovila obavy s možným vznikem otlaku či proleženiny, ale podle posuzovací škály dekubitů dle Nortonové, ženě v této chvíli riziko vzniku dekubitu nehrozí, neboť aktuálně získala bodové skóre s 30 body. Nortonová uvádí riziko vzniku dekubitu při 25 a méně bodech.

Role a vztahy

Subjektivně: Žena žije s rodinou, manželem a dcerou ve větším krajském městě. Nejbližšími osobami jsou pro ni dcera a syn. S manželem mají komplikovaný vztah, nesdílí společné lože.

Objektivně: Není možné objektivně hodnotit, s rodinnými příslušníky nebylo možné se setkat.

Sexualita

Subjektivně: Předešlá zkušenost se stomií, ženu již poznamenala. Vzpomíná, jak bylo pro ní složité prožívat milostný život, styděla se a raději se mileneckému vztahu s manželem vyhýbala.

Objektivně: Není možné objektivně hodnotit. Dvě děti.

Citlivost a vnímání

Subjektivně: Žena si uvědomuje důležitost stomie, ale sama sebe se stomií již nebude vnímat jako plnohodnotnou ženu.

Objektivně: Citlivá žena, která chce zdravotní i rodinné problémy zvládat sama.

Stres

Subjektivně: Žena se ve stresu cítí vždy při vstupu do jakéhokoliv nemocničního zařízení, má negativní vzpomínky a nyní obavy ze založení potencionálně trvalé stomie.

Objektivně: Nyní žena nevykazuje známky stresu, ale jsou znatelné známky únavy.

Víra a životní hodnoty

Subjektivně: Věří, že se její zdravotní stav nebude extrémně zhoršovat.

Objektivně: Ateistka.

Jiné: Bolesti břicha spojené s průjmy. Při častém vyprazdňování stolice je bolest břicha intenzivnější, měřitelná pomocí škály bolesti dle Melzaca na číslo 4, což je bolest krutá. Bolest břicha se občas objeví i v klidovém období jako bolest mírná, hodnocená číslem 1.

2.7 Ošetřovatelské diagnózy

00013 – Vylučování, průjem související s relapsem Crohnovy choroby.

Subjektivně: Žena udává bolest a křeče v břiše, tenesmy, nechutenství.

Objektivně: V průběhu rozhovoru se žena vzdálila na toaletu 4krát.

Ošetřovatelský výsledek: Žena bude znát důvod průjmu související s onemocněním. Žena bude mít frekvenci vyprazdňování do pěti stolic denně. Žena nebude mít bolesti břicha a tenesmy. Žena nebude mít podrážděnou perianální kůži. Zlepší se chuť k jídlu.

Ošetrovatelské intervence: Zajisti úpravu diety na šetřící bezezbytkovou, kontroluj a podávej dostatečné množství tekutin, věnuj pozornost přidruženým projevům (např. zvýšená tělesná teplota, poruchy emočního stavu, zvýšené stresové působení).

Zajisti dostatečný perorální, enterální či parenterální příjem tekutin. Podej léky dle indikace lékaře.

Zajisti péči v perianální oblasti.

Zajisti dostatek soukromí, psychicky podporuj pacientku.

Dodej potraviny zajišťující správné složení střevní mikroflóry.

Hodnocení: Žena zná okolnosti důvodu průjmu, předchází mu stresové působení. Průjmové stolice se postupně upravují na 5-6 za den. Žena nemá bolesti břicha a křeče. Okolí konečníku je klidné bez podráždění a začervenání. Žena má chuť k jídlu.

00046 – Narušená integrita kůže v místě dříve založené stomie z důvodu porušené kůže a vzniklých jizev.

Subjektivně: Žena udává nepříjemný pocit v místě založené stomie, bolestivost.

Objektivě: Vytékající sekret.

Ošetrovatelský výsledek: Žena bude správně o stomii pečovat, zásady asepsy a správná technika manipulace s pomůckami. Výsledkem bude zdravá a správně ošetřená kůže v okolí stomie a prevence infekce.

Ošetrovatelské intervence:

Kontroluj stav kůže v okolí stomie, eviduj výskyt bolestivosti, zarudnutí, lézí. Informuj ženu o příčinách potíží.

Edukuj ženu o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a nutričně vyvážené stravy.

Dbej na správnou teplotu a konzistenci přijímané stravy a tekutin.

Edukuj ženu o zásadách správné osobní hygieny a o dostupných přípravcích a roztocích s léčebným a dezinfekčním účinkem.

Doporuč vyhnout se konzumaci alkoholu a kouření.

Při případné sekreci z rány postupuj přísně sterilně dle ošetrovatelských standardů, pátrej po známkách infekce v místě i okolí, o případných změnách informuj lékaře, kryj sterilním materiálem.

Hodnocení: Žena dokáže zopakovat a uplatňovat zásady v oblasti správné techniky ošetření. Infekce v okolí rány se neobjevila.

00093 – Únava související s nedostatečným spánkem

Subjektivně: Žena udává bolesti hlavy, schvácenost, nezájem o činnosti.

Objektivně: Ospalý výraz v obličeji, projevy zívání.

Ošetrovatelský výsledek: Žena nebude pociťovat únavu. Bude aktivně odpočívat.

Ošetrovatelské intervence:

Navrhni aktivní odpočinek pro ženu.

Doporuč procházky v druhé polovině dne, krátké procházky před spaním.

Navrhni plán dne, sleduj fyzickou a psychickou aktivitu ženy v průběhu dne.

Minimalizuj těžkou stravu a doplň dostatek tekutin.

Hodnocení: Žena bude dodržovat doporučené postupy k eliminaci únavy.

00095 – Porucha spánku související se změnou životního režimu

Subjektivně: Žena verbalizuje problémy se spánkem, únava, slabost, vyčerpání.

Objektivně: Kruhy pod očima, projevy zívání, viditelné známky únavy.

Ošetrovatelský výsledek: Žena spí minimálně 7 hodin denně, pociťuje úlevu a nevykazuje známky únavy.

Ošetrovatelské intervence:

Minimalizuj rušivé vlivy (ztlumení světla, hluku, zatažení závěsů).

Podporuj spánkové rituály, zajisti vhodné noční oblečení, vyprázdnění před spánkem, zajisti vhodné lůžko ke spaní.

Hodnocení: Žena bude dodržovat doporučené postupy k navození kvalitního spánku.

00118 – Narušený obraz těla z důvodu změněného vzhledu břišní stěny po založení stomie a četných jizvách v oblasti břicha.

Subjektivně: Snížené sebevědomí, žena udává obavy z reakce okolí na stomii.

Objektivně: Žena působí velmi uzavřeným a plachým dojmem s tendencí skrývat břišní krajinu.

Ošetrovatelský výsledek: Žena se bude cítit více jako žena, úspěšně se zadaptuje na svůj změněný vzhled a akceptuje aktuální léčebný postup.

Ošetrovatelské intervence:

Získej důvěru, nespěchej na ženu, vyslechni její obavy.

Respektuj ženu jako osobnost, vyzdvihni silné a dobré stránky ženy.

Posud' psychický stav ženy, všímej si neverbální komunikace.

Sleduj interakce ženy se svým okolím a rodinou.

Dopřej ženě čas se vyrovnat se svým hendikepem.

Hodnocení: Žena se pomalu smiřuje s trvalou změnou vzhledu svého těla.

00120 – Situačně snížená sebeúcta z důvodu porušeného obrazu svého těla,

Subjektivně: Snížené sebevědomí, nezájem o muže.

Objektivně: Žena působí na první pohled velmi uzavřeně s nechutí mluvit o sobě a jejím životě či soukromí.

Ošetrovatelský výsledek: Žena se bude cítit více jako žena, dovede o svých pocitech hovořit. Podpora sebevědomí a sebeúcty ženy.

Ošetrovatelské intervence: Dodržuj zásady vhodné a správné komunikace.

Poskytni dostatek prostoru k vyjádření odpovědi.

Získej důvěru, nespěchej na ženu.

Respektuj ženu jako osobnost, vyzdvihni silné a dobré stránky ženy.

Spolupracuj s rodinou ženy.

Hodnocení: Žena při druhém setkání více komunikuje, ale o soukromých záležitostech pouze okrajově, při prvním setkání zcela odmítala hovořit o soukromí.

00132 - Akutní bolest související s opakovanými průjmy a autoimunitním zánětem střeva

Subjektivně: Žena udává bolesti a křeče v oblasti břicha.

Objektivně: Žena vyhledává úlevovou polohu, je neklidná, v obličeji bolestivé grimasy.

Ošetrovatelský výsledek: Žena chápe příčiny bolesti, bolest se zmírní.

Ošetrovatelské intervence: Podej či dohlédni na užití analgetik dle ordinace lékaře.

Sleduj fyziologické funkce ženy.

Pozoruj vedlejší účinky podaných léků.

Pomáhej ke snížení bolesti úpravou polohy.

Hodnocení: Žena je klidnější, bolestivá grimasa v obličeji není patrná.

00133 - chronická bolest související s opakovanými průjmy a autoimunitním zánětem střeva.

Subjektivně: Obavy z opakování obtíží, únava, nechutenství, změny ve spánku.

Objektivně: Ospalost, unavený výraz v obličeji, otažitost, neklidné chování, depresivní rozlady.

Ošetřovatelský výsledek: Žena vyjádří úlevu. Zlepší se její spánek. Ženě se zlepší kvalita života. Rodina si osvojí možnosti zvládnání bolesti a spolupracuje.

Ošetřovatelské intervence: Posud' bolest a zjistí její projevy.

Zjistí možné příčiny bolesti.

Zhodnot' chování ženy s ohledem na věk a aktuální stav.

Hodnocení: Žena pocítí alespoň částečnou úlevu od chronických bolestí. Spánek je klidný, nepřerušovaný. Žena je schopna vést spokojenější život.

00148 – Strach o svoji budoucnost z aktuálního zdravotního stavu

Subjektivně: Žena verbalizuje změny nálad, obavy ze zdravotních a společenských obtíží, které její onemocnění přináší.

Objektivně: Pesimistický pohled na život, ale zároveň vykonávání zájmových aktivit pro zaměstnání myslí.

Ošetřovatelský výsledek: Žena bude otevřeně diskutovat o svých obavách a v případě potřeby využije pomoc příčinného odborníka.

Ošetřovatelské intervence:

Zjistí základní příčiny obav a strachu ženy

Mluv klidně, jasně, zřetelně, ponechej dostatečný prostor k vyjádření pro ženu.

Aktivně naslouchej se zájmem a respektem.

Všímej si fyzických projevů strachu, fyziologických funkcí a chování.

V případě nutnosti doporuč návštěvu odborníka, psychologa.

Hodnocení: Žena se učí hovořit o svých obavách se svojí rodinou (dětmi).

Psychologa zatím navštívit nechce.

2.7.1 Potencionální diagnózy

00004 – Riziko infekce v místě založení dočasné stomie

Očekávaný výsledek: Žena bude bez známek infekce, kůže v okolí stomie bude zdravá, celistvá, nemacerovaná, dobře prokrvená a hydratovaná.

Ošetrovatelské intervence:

Pravidelně pečuj o okolí stomie.

Dodržuj aseptické zásady ošetření stomie a péče o kůži v okolí stomie.

Dodržuj zásady vyváženého příjmu stravy a tekutin.

Edukuj ženu o příznacích a průběhu infekce.

Hodnocení: Žena je nyní bez známek infekce, stomie a její okolí jsou klidné.

00028 - Výživa, hydratace, riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti se silnými opakujícími se průjmy

Očekávaný výsledek: Žena zná důvod deficitu tekutin, umí vyhodnotit svá momentální rizika deficitu tekutin, sama se zapojí do sledování příjmu tekutin.

Ošetrovatelské intervence: Sleduj ztráty tekutin monitorováním počtu průjemových stolic. Zajisti dostupnost vhodných tekutin a pouč pacientku.

Sleduj stav kůže a sliznic.

Hodnocení: Žena umí zhodnotit ztráty tekutin, dokáže vzniklé ztráty tekutin kompenzovat, umí vyhodnotit rizika dehydratace.

2.8 Edukační plán

Edukace ženy probíhala individuálně v přirozeném prostředí formou rozhovoru a vysvětlováním.

Účelem edukace je poskytnout ženě dostatek informací a odpovědí týkajících se správné péči o své tělo a místo po stomii.

Ženě, byly poskytnuty edukační materiály a vzorky pomůcek s názornou ukázkou manipulace.

Žena se naučí odborné manipulace a ošetřování svého těla se stomií. Délka trvání edukace byla 23 minut.

2.8.1 Edukace ženy o správném provedení hygieny stomie a v péči o okolí stomie

Cílem péče o stomii je udržet zdravou pokožku v okolí dočasně založené stomie bez známek infekce.

Edukační cíle:

Afektivní oblast: Žena bude dodržovat standardy hygieny a péče o stomie a okolí.

Kognitivní cíl: Žena porozumí všem podaným informacím, které obdrží o dané problematice.

Psychomotorický cíl: Žena předvede správnou techniku hygieny a péče o stomii a její okolí, vybere vhodné pomůcky.

Edukační intervence:

Pouč ženu o riziku infekce v místě založené stomie nedostatečnou nebo nesprávnou technikou hygieny či péče.

Zhodnocení efektivity péče: Podpora jejich dětí a nejbližší kamarádky pomohla ženě cítit se dobře po psychické i fyzické stránce. Někdy si žena prosazuje názory na léčbu svého zdravotního stavu, ale omezení z důvodu onemocnění zvládá dobře. Žena měla o přijetí stomie pochybnosti, nyní chápe důležitost případného zákroku. Ve společných rozhovorech jsme probíraly zejména možnosti a omezení života se stomií. Žena chápe, že po založení stomie lze aktivně žít. Dobře se orientuje ve všech dostupných pomůckách a je seznámena s prevencí možných komplikací.

Tabulka č. 1: Edukační plán ženy

EDUKAČNÍ PLÁN				
Účel: Hygiena a péče o stomii a její okolí				
Cíl: Žena zvládne provést správnou techniku hygieny a péče o stomii a její okolí				
Pomůcky: rukavice, umyvadlo, teplá voda, toaletní potřeby, buničina, čtverce z netkaného textilu, odpadní nádoba, židle, lůžko, zrcadlo, nůžky, tužka, stomický sáček dle výběru.			Výukové metody: rozhovor, ukázka, nácvik, diskuze.	
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
K	Žena pochopí zásady správné péče o stomii a její okolí, bude obeznámena s jejím zdravotním stavem a nutností provádět důkladnou hygienu a péči o stomii a její okolí.	Ženě popíše jak postupovat při hygienické péči a manipulaci se stomickými pomůckami.	6 min	Žena dokáže říci jak správně postupovat při hygienické péči o stomii a její okolí a chápe její nezbytnost.

A	Přes vyslovené obavy, žena zvládne provést hygienickou péči a péči o stomii v dostatečné míře jako ve zdravotnickém zařízení.	Vysvětlím ženě, že nemusí mít obavy, že jí celý postup péče o stomii názorně ukáži a vysvětlím.	2 min	Žena je klidnější, její obavy se zmírnily.
P-M	Žena předvede naproti zrcadlu péči o stomii a její výměnu, jak tvarovatelné podložky, tak i výměnu kolostomického sáčku.	Naproti zrcadlu předvedu ženě správnou techniku výměny a péči o stomii a její okolí a jak zacházet s potřebnými pomůckami.	15 min	Žena si zvládla sám provést hygienu a ošetření stomie v požadované míře, za použití všech doporučených pomůcek.

Zdroj: Vlastní.

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala problematikou osob s Crohnovou chorobou, příčinou vzniku a rozvoje nemoci, jejími příznaky, diagnostikou a léčbou. Z rozhovorů s respondenty bylo zjištěno, v jaké životním období u nich nemoc naplno propukla a jakými příznaky byla nemoc doprovázena. S ohledem na věk Horák a kol. (2013) konstatuje, že idiopatické střevní záněty se nejčastěji objevují kolem 20. roku věku. Všem dotazovaným respondentům bylo onemocnění diagnostikováno mezi 20. až 30. rokem. Crohnova choroba postihuje převážně pacienty ve věku 20 až 40 let. Crohnova choroba propukne většinou u osob mladšího věku. Výzkumem bylo toto tvrzení potvrzeno, žena č. 1 onemocněla v 19 letech a muž ve 30 letech a žena č. 2 ve 24 letech.

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou zánětlivá onemocnění trávicího traktu s chronickým průběhem. Příčiny, které ke vzniku a rozvoji idiopatických střevních zánětů vedou, nejsou doposud plně objasněny. Lze však uvést, že určitou roli zde mohou hrát vlivy genetické, vlivy zevního prostředí, zvažovány jsou také vlivy imunologické a infekční. Jedná se o vlivy multifaktoriální (Vránová, 2013, s. 25). U dvou, respondentů se na vzniku onemocnění podílelo mnoho faktorů a společným zásadním spouštěcím faktorem byl jistě stres, který jak oba respondenti uvedli, na ně velmi působil. Třetí respondentka uvádí hlavní příčinu vzniku onemocnění rapidní hubnutí a neschopnost udržení stabilní hmotnosti, což bylo zapříčiněné úpornými průjmy

Matějčková (2016) uvádí, že Crohnova choroba se řadí k zánětlivým onemocněním, která doposud nelze vyléčit. Vyskytuje se hlavně v tenkém střevě, ale může napadnout celý zažívací trakt. Příčiny Crohnovy choroby, nejsou zatím stoprocentně objasněné a známé. Výzkumné šetření potvrdilo, že Crohnova choroba jako nevléčitelné onemocnění se pacienta dotýká v mnoha oblastech jeho života. Všichni respondenti potvrdili negativní vliv nemoci na úroveň kvality života. Kvalitu života osob s nespecifickými střevními záněty ovlivňují mnohé faktory. Jedním z faktorů je omezení zájmů a volnočasových aktivit. Všichni tři respondenti uvedli, že je Crohnova choroba do jisté míry omezuje v jejich zájmech s ohledem na četnost vyprazdňování. Žena č. 1 potvrzuje častý výskyt únavy a to i po mírné fyzické námaze. Muž na sobě pozoruje rychlejší nástup únavy během sportu. Ženě č. 2 naopak lehké sportování pomáhá k odreagování a relaxaci. Všichni respondenti potvrzují omezení v možnosti cestovat. Zmiňovali se především o omezení v zájmech, časové náročnosti, zaměstnání a žena č. 1 poukazuje na její

trvalou invaliditu. Červenková (2009) uvádí, že přiměřenou sportovní aktivitu doporučuje, jen se musí klienti vyhýbat nadměrné zátěži. To však jen potvrzuje omezení, s kterým musí nemocný počítat. Přestože aktivitu – sport dělat může, musí ji na rozdíl od lidí zdravých uzpůsobit onemocnění.

Dle literatury Gabalec (2009) uvádí, že zavedení biologické léčby do klinické praxe významně zlepšuje kvalitu života nemocných a také snižuje počet hospitalizací a chirurgických výkonů. Změny kvality života po biologické léčbě byly znatelné u všech respondentů, svorně hovoří o znovu navrácení života bez radikálního omezování. Jak obě ženy, tak i muž však volí výlety, procházky a různé další zájmové aktivity jen v blízkosti toalet, v důsledku častého vyprazdňování. Pro obě ženy je velmi nepříjemné na takto choulostivé téma hovořit, považují ho za velmi intimní záležitost, pro muže je tato konverzace snáze přijatelná. Po aplikaci biologické léčbě se u všech dotazovaných otázka vyprazdňování zlepšila a to již po prvních aplikacích biologické léčby.

Všichni tři dotazovaní měli anebo stále mají během relapsu nemoci, typické příznaky Crohnovy choroby. Typickými příznaky nemoci jsou časté průjemy, zvýšená teplota, nechutenství, bolesti břicha, únava. Stejně příznaky popisuje také Červenková (2009), kde uvádí, že si pacienti nejčastěji stěžují na průjemovité stolice, bolesti břicha, hubnutí, zvýšené teploty až dokonce horečky. U muže se již během trvání nemoci ve stolici vyskytla příměs krve a hlenu. I tento příznak onemocnění uvádí Červenková (2009) ve své publikaci.

Léčbu Crohnovy choroby je potřeba nastavit individuálně na míru konkrétnímu pacientovi, jak uvádí Červenková (2009), léčba by měla být komplexní a k tomu je velmi důležitá mezioborová spolupráce. Pro správný účinek léčby je potřeba, individuálně dle aktuálních potřeb konkrétního jedince, podávat nemocnému biologickou, podpůrnou a doplňkovou léčbu. K tomu, aby léčba byla úspěšná, je kromě správně nastavené léčby vedoucí ke zmírnění fyzických dopadů onemocnění, zapotřebí dbát také na psychickou pohodu. Aby léčba působila je tedy zapotřebí psychické pohody pacienta, na druhou stranu ale i naopak, aby pacient byl v psychické pohodě, potřebuje vědět, že léčba působí tak jak se od léčby očekává.

Crohnova choroba ovlivňuje člověka po všech stránkách. Člověk je vnímán jako celek se základními biologickými potřebami, ale i potřebami psychickými a sociálními. Dopad Crohnovy choroby na psychickou stránku člověka je patrný při posuzování sebe samého, ovlivňuje jednotlivé vztahy v rodině, i vztahy na pracovišti. S Křivohlavým (2002) lze tedy souhlasit, že chronická onemocnění, což Crohnova choroba samozřejmě je, velmi ovlivňují jak člověka trpícího Crohnovou chorobou, tak i jeho okolí, rodinu, přátele a jiné

další osoby. Chronické onemocnění má největší dopad v psychické oblasti, na sebepojetí člověka, identita člověka je poškozená nejvíce. V oblasti biologických potřeb je na prvním místě jistě fyziologická potřeba vyprazdňování, pokud nebude uspokojená základní biologická potřeba, nemohou být uspokojené potřeby ostatní.

Při zkoumání souvislostí vztahů s okolím a jejich vlivem na respondenta nemocného Crohnovou chorobou byl z pozorování i výpovědí respondentů zcela zřetelný rozdíl. Muž, který měl velmi dobré rodinné vztahy a zázemí, působil vyrovnanějším a klidnějším dojmem, s onemocněním byl smířený, měl ve svém blízkém okolí podporu a tím i menší obavy z vyloučení ze společnosti. Oproti tomu obě ženy, které neměly tak silné rodinné zázemí, byly obě mnohem nejistější, cítily mnohem více obav. Nemoc pro ně tedy představovala citelně větší psychickou zátěž. V případě kdy člověk nemá dostatečné zázemí, které by ho podpořilo nebo nechce své blízké svým onemocněním zatěžovat, ale odbornou pomoc vyhledat také nechce, může být řešením právě vyhledání patientské skupiny. Prostřednictvím patientské skupiny člověk přijde do kontaktu s lidmi, kteří nejsou jeho blízkými ani odborníky, přesto jeho situaci jsou schopni velmi dobře pochopit, vcítit se do jeho pocitů a podat nemocnému na věc jiný pohled, sdílet s ním své zkušenosti.

Stále je ale potřeba brát v úvahu individualitu každého pacienta a respektovat ji. Každému nevyhovuje stejná opatření a ne každý toleruje stejnou potravinu, proto by nutriční intervence měla být individuálně sestavena dle každého jedince a jeho individuálních potřeb. Matějková (2016) říká, že neexistují faktem podložené studie, kdy vitaminové doplňky jako actimel, přípravky s aloe vera, marihuana, doplňky s hlívou ústřičnou, doplňky s mladým ječmenem nebo chlorellou japan či nápoje z kombuchy a mnoho dalších měly pozitivní účinek na průběh a vývoj Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy. Pacientům s Crohnovou chorobou tedy můžeme tyto doplňky doporučit jako alternativu, ale výsledek jim nikdo nezaručí, každý si musí najít a vyzkoušet, co bude vyhovovat konkrétně jemu.

ZÁVĚR

V současné době počet pacientů s diagnostikovanou Crohnovou chorobou stále narůstá. Proto se domníváme, že edukace pacientů, ale i jejich příbuzných a blízkých, potažmo celé společnosti, je aktuálním tématem. U většiny chronických zánětů neexistuje léčba, která by byla schopna pacienta zcela vyléčit, pouze zmírnit průběh onemocnění. Nejvyšším cílem léčby je, aby pacient nepocíťoval příznaky nemoci, žil plnohodnotný život bez větších omezení a snížilo se u pacienta riziko nutného chirurgického zákroku, kdy chirurgické ošetření tenkého střeva podstoupí až 90 % pacientů s Crohnovou nemocí.

V teoretické části bakalářské práce jsme shrnuli všechny základní informace o tomto onemocnění. Zaměřili jsme se na charakteristiku, etiologii, příznaky, vyšetřovací metody, komplikace, léčbu, vliv nemoci na psychiku pacienta s tímto onemocněním. Největší přínos v gastroenterologii představuje biologická léčba pomocí monoklonálních protilátek. V současnosti je natolik efektivní, že ji zatím jiná léčba nemůže dostatečně nahradit či zastoupit.

V praktické části této práce jsme shrnuli všechny získané informace od respondentů, kteří Crohnovou chorobou onemocněli. Jedna z kapitol byla věnována edukaci. Edukace má podle nás velký význam nejen pro každého, komu je Crohnova choroba diagnostikována, ale také pro okolí nemocného.

Na základě výzkumného šetření byl vytvořen edukační leták pro klienty s nespecifickými střevními záněty. Obsahuje základní informace, které by měli klienti s IBD záněty vědět. K naplnění cílů nám pomohly výzkumné otázky, které byly pomocí doplňujících otázek sestaveny do polostrukturovaného rozhovoru s vybranými respondenty. Po analýze dat a sumarizaci získaných informací si dovoluujeme tvrdit, že všechny cíle bakalářské práce byly splněny a popsány.

Při srovnání uvedených kazuistik nacházíme shodné i nepatrně odlišné informace. Odlišné jsou zejména způsoby odhalení a diagnostikování Crohnovy choroby. U kazuistiky ženy č. 1 k odhalení Crohnovy choroby vedly bolesti pravé kyčle, kdežto u muže k odhalení onemocnění vedl absces u konečníku a u ženy č. 2 byly prvotními projevy úporné průjmy a neschopnost udržení stále tělesné hmotnosti. Ačkoliv projevy a způsob odhalení onemocnění byl ve všech třech případech odlišný, všichni respondenti shodně uvádějí, že jedním ze základních spouštěcích faktorů byl zcela jistě stres a příliš rychlý civilizační shon, což autor Hlavatý (2013) také uvádí jako možné příčiny rozvoje onemocnění.

Pocity při zjištění Crohnovy choroby byly u všech respondentů stejné. Strach z neznámého, z nemoci, z toho, jak budou s nemocí nadále žít. Muž měl oproti ženám podporu v rodině a jeho pozitivní pohled na svět mu umožnil pro něj lépe se s nemocí vyrovnat a lépe se adaptovat. Ženy podporu v rodině neměly, vše ohledně nemoci se snažily zvládat samy. Žena č. 2 nakonec odbornou pomoc psychologa vyhledala až v dospělosti. Žena č. 1 však své pocity a prožitky ohledně onemocnění s nikým nekonzultovala.

Život, s Crohnovou chorobou je u každého jedince jiný. Každý prožívá své onemocnění jiným způsobem, potřebuje jinou léčbu, jiný přístup, ale především jinou podporu. Proto je velmi důležité, aby pacient měl dostatek informací o nemoci a o tom, co ho čeká, ale také o tom jaké jsou jeho možnosti. Jaké jsou možnosti léčby, tak i možnosti podpory. V dnešní době je pestrá nabídka informací od tištěných materiálů, brožurek po klasiku ve formě vázané knihy až po snadno dostupné rozmanité informace v médiích, na internetu a na sociálních sítích, čehož hojně využívá respondentka č. 2.

Z toho vyplývá, že člověk je jedinečná bytost a je vhodné ke každé osobě přistupovat čistě individuálně s ohledem na jeho potřeby a prožitky. Každý nemocný vyžaduje individuální přístup ke zkvalitnění jeho života při onemocnění Crohnovou chorobou, o což se snažíme metodou ošetřovatelského procesu se zaměřením na komunikaci a edukaci pacienta.

LITERATURA A PRAMENY

1. BORTLÍK, Martin. *Základní údaje o idiopatických střevních zánětech. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Medimport. [online]. 06. únor 2018. [Citace: 06. únor 2018] http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brožura_dospeli_2.pdf
2. BRONSKÝ, Jiří. *Nespecifická zánětlivá střevní onemocnění u dětí*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. 72 s. ISBN 978-80-87023-16-7.
3. BURCH, Jennie. *Stoma care*. WestSussex: Wiley&Sons, 2008. 332 s. ISBN 978-0-470-03177-3.
4. *Crohn*. [Online] 09. březen 2018. [Citace: 09. březen 2018.] <https://www.crohn.cz/souvisejici-informace/informace-o-vyzive/dieta-pacienty-crohnovou-chorobou>
5. CYPRISOVÁ, Denisa. *Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku*. Plzeň: 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií.
6. ČERMÁKOVÁ, Jana. *Crohnova choroba-vyšetřovací metody a léčba*. Sestra. 2008. 11(1) 32 s. ISSN 1210-0404.
7. ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, 2009. 112 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
8. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. 3. upr. a dop. vyd. Praha: Grada, 2011. 552 s. ISBN 978-80-247-3817-8.
9. DRASTICH, Pavel. *Mimostřevní komplikace idiopatických střevních zánětů. Lékařské listy* [online]. 06. březen 2018. [Citace: 06. březen 2018] <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/mimostrevni-komplikaceidiopatickychstrevnich-zanetu-452136>

10. DRLÍKOVÁ, Kateřina a kol. *praktický průvodce stomika*. Praha: Grada, 2016. 196 s. ISBN 978-80-247-5712-4.
11. FERKO, Alexander a kol. *Chirurgie v kostce*. 5. dot. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 596 s. ISBN 978-80-247-0230-8.
12. HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně. Praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada, 2010. 450 s. ISBN 978-80-247-2612-0.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
14. HINĎOŠ, Miroslav. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Mladá fronta, 2017, roč. III, č. 2. 29 s. ISSN 2336-4998.
15. HLAVATÝ, Tibor. *Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitídou: kniha o črevných zápalových ochoreniach pre pacientov*. Brno: Grifart, 2013. 147 s. ISBN 978-80-905337-1-4.
16. HOCH, Jiří a František ANTOŠ a kol. *Koloproktologie: vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 240 s. ISBN 978-80-204-4179-9.
17. HOLUBOVÁ, Adéla a kol. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Academia, 2013. 272 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
18. HORÁK, Ladislav a kol. *Praktická proktologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. 218 s. ISBN 978-80-247-3595-5.
19. JANÁČKOVÁ Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
20. JELÍNKOVÁ, Ilona. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.

21. KOBER, Lukáš. *Kvalita života s Crohnovou nemocí*. Sestra. 11(1), 2014. 32 s. ISSN 1210-0404.
22. KOHOUT, Pavel. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. B.m.: Maxdorf, 2004. 174 s. ISBN 8073450232.
23. KOHOUT Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. Rady lékaře, průvodce dietou*. Praha: Forsapi, 2006. 74 s. ISBN 80-903820-0-8.
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7367-726-8.
25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
26. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
27. KŘÍŽOVÁ, Jarmila a kol. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta a.s., 2014. 141 s. ISBN 978-80-204-3326-8.
28. LUKÁŠ, Karel a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
29. LUKÁŠ, Karel. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově chorobě*. Praha: Triton, 2004. 88 s. ISBN 80-7254-473-X.
30. LUKÁŠ, Milan. *Diety při zánětlivém onemocnění střev*. Praha: Sdružení MAC, 2002. 31 s. ISBN 80-86015-87-4.
31. MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. 2. dot. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. 269 s. ISBN 978-80-7184-867-7.

32. MATĚJKOVÁ, Petra. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. Praha: Pacienti IBD, 2016. 78 s. ISBN 978-80-905120-5-4.
33. MATOUŠ, Bohuslav a kol. *Základy lékařské chemie a biochemie*. Praha: Galén, 2010. 540 s. ISBN 978-80-7262-702-8.
34. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GradaPublishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
35. NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
36. NEVORAL, Jiří a kol. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 680 s. ISBN 978-80-204-2863-9.
37. OLIVERIUS, Martin a Pavel KOHOUT a kol. *Selhání střeva a transplantace tenkého střev*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. 382 s. ISBN 978-80-204-4088-4.
38. OTRADOVCOVÁ Iva a kol. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.
39. PAVELKA, Karel a kol. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. 388 s. ISBN 978-80-247-5048-4.
40. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
41. PAZDERA, Jindřich. *Základní ústní a čelistní traumatologie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 184 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-3981-5.
42. PÁČ, Libor. *Anatomie člověka II: splachnologie, kardiovaskulární systém, žlázy s vnitřní sekrecí*. 1. vyd. B.m.: Masarykova univerzita, 2007. 244 s. ISBN 80-210-42915.

43. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2007. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.
44. PROKOPOVÁ, Lucie. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Mladá fronta, 2016, roč. II, č. 1. 29 s. ISSN 2336-4998.
45. SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií. nejužívanějších metod a techniky*. Praha: Grada, 2015. 548 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
46. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
47. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
48. *Střevní záněty*. [Online] 05. únor 2018. [Citace: 05. únor 2018.] <https://www.strevni-zanety.cz/anatomie-traviciho-traktu>
49. TACHECÍ, Ilja a kol. *Kapslová endoskopie*. Hradec Králové: Nucleus HK., 2008. 259 s. ISBN 978-80-87009-45-1.
50. TOMAGOVÁ Martina a Ivana BÓRIKOVÁ a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. 198 s. ISBN 80-806-3270-7.
51. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
52. TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
53. ULMICHERS, Andreas. *Morbus Crohn Colitis ulcerosa*. Nordestedt: Books on Demand GmbH, 2015. 328 s. ISBN 978-3-8448-3334-8.

54. VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013. 184 s. ISBN 978-80-7263-788-1.

55. WHAYMAN, K., J. DUNCAN a M. O'CONNOR. *Inflammatory Bowel Disease Nursing*. London: Quay Books Division. 2011. 445 s. ISBN 1-85642-404-9.

56. ZACHAROVÁ Eva a kol. *Zdravotnická psychologie. teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

57. ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

58. ZBOŘIL, Vladimír. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. 208 s. ISBN 978-80-204-4035-8.

SEZNAM ZKRATEK

A vitamín

Ag stříbro

B12 vitamín

BMI body mass index

C vitamín

CDAI Bestův index

CEUS kontrastní sonografie. cm centimetr

CRP Creaktivní protein, zvýšený u zánětů a malignit

CT computer tomography, výpočetní tomografie

D vitamín

E vitamín

ECCO a EFFCA European Crohn's Colitis Organization, nezisková evropská organizace zaměřená na IBD

EGDS ezafagogastroduodenoskopie

ERCP endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

Fe železo

IBD Inflammatory Bowel Disease, nespecifický střevní zánět

IBDQ Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, název dotazníku

ISZ idiopatické střevní záněty

K vitamín

kcal kilokalorie

kg kilogram

MR magnetická rezonance

m metr

mg miligram

Např. například

NSAID nesteroidní antirevmatika

NSZ nespecifické střevní záněty

PEG perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ perkutánní endoskopická jejunostomie

PET CT Pozitronová emisní tomografie

př. n. l. před našim letopočtem

RTG rentgenologické vyšetření

s stránka

TNF Tumor nekrotizující faktor

TRUS transrektální sonografie

USG ultrasonografické vyšetření

VAS vizuální analogová škála bolesti

WHO Světová zdravotnická organizace, World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Trávicí trakt

Obrázek 2: Skupiny Crohnovy choroby

Obrázek 3: Druhy kolostomických sáčků

Obrázek č. 1: Trávicí trakt



Zdroj: www.strevni-zanety.cz

Obrázek č. 2: Skupiny Crohnovy nemoci

Skupina	Četnost v %
Ileocekální	40
Tlusté střevo	30
Tenké střevo proximálně od TI	15-20
Orální (jícen, žaludek)	5-10
Anorektoperianální výskyt	12-90

Zdroj: Postgraduální gastroenterologie a hematologie

Obrázek č. 3: Druhy kolostomických sáčků



Zdroj: Vlastní.

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA č. 1: Informovaný souhlas – muž 39 let
- PŘÍLOHA č. 2: Informovaný souhlas – žena 43 let
- PŘÍLOHA č. 3: Informovaný souhlas – žena 33 let
- PŘÍLOHA č. 4: Barthelův test všedních činností
- PŘÍLOHA č. 5: Škála bolesti dle Melzaca
- PŘÍLOHA č. 6: BMI index
- PŘÍLOHA č. 7: Beckova stupnice pro hodnocení deprese
- PŘÍLOHA č. 8: Nutriční skóre pro dospělé
- PŘÍLOHA č. 9: Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové
- PŘÍLOHA č. 10: Informační letáček

**PŘÍLOHA Č. 1: INFORMOVANÝ SOUHLAS – MUŽ 39
LET**

Informovaný souhlas se zpracováním informací pro kvalitativní výzkum bakalářské práce

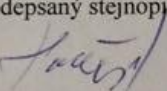
Název a popis studie: Problematika nemocného s morbus Crohn

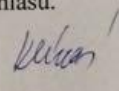
Pohlaví: muž

Věk: 39

Odpovědný výzkumník: Ludmila Klímová

1. Já, níže podepsaný (á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
 2. Byl (a) jsem podrobně informován (a) o cílu studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Výzkumník studie mi vysvětlil očekávané přínosy. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
 3. Byl (a) jsem informován (a) o tom, že studie a její výsledky jsou anonymní a budou použity pouze pro účely studie/výzkumu.
 4. Porozuměl (a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mého dalšího léčení. Moje účast ve studii je dobrovolná.
 5. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Do mé původní zdravotní dokumentace budou moci na základě mého uděleného souhlasu nahlédnout za účelem ověření získaných údajů. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
 6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já pak naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.
10. Převzal/a jsem podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Podpis zkoumaného: 

Podpis výzkumníka: 

Datum: 20.12.2017

Datum: 20.12.2017

Zdroj: Vlastní.

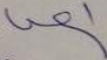
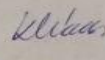
PŘÍLOHA Č. 2: INFORMOVANÝ SOUHLAS – ŽENA 43 LET

**Informovaný souhlas se zpracováním informací pro kvalitativní výzkum
bakalářské práce**

Název a popis studie: Problematika nemocného s MORBUS CROHN
Pohlaví: žena
Věk: 43
Odpovědný výzkumník: Ludmila Klímová

1. Já, níže podepsaný (á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl (a) jsem podrobně informován (a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Výzkumník studie mi vysvětlil očekávané přínosy. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Byl (a) jsem informován (a) o tom, že studie a její výsledky jsou anonymní a budou použity pouze pro účely studie/výzkumu.
4. Porozuměl (a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
5. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já pak naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

10. Převzal/a jsem podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Podpis zkoumaného:  Podpis výzkumníka: 

Datum: 21. 12. 2017 Datum: 21. 12. 2017


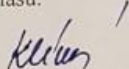
Zdroj: Vlastní.

PŘÍLOHA Č. 3: INFORMOVANÝ SOUHLAS – ŽENA 33 LET

*Informovaný souhlas se zpracováním informací pro kvalitativní výzkum
bakalářské práce*

Název a popis studie: Problematika nemocného s MORBUS CROHN
Pohlaví: žena
Věk: 33
Odpovědný výzkumník: Ludmila Klimová

1. Já, níže podepsaný (á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl (a) jsem podrobně informován (a) o cílu studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Výzkumník studie mi vysvětlil očekávané přínosy. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Byl (a) jsem informován (a) o tom, že studie a její výsledky jsou anonymní a budou použity pouze pro účely studie/výzkumu.
4. Porozuměl (a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mého dalšího léčení. Moje účast ve studii je dobrovolná.
5. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Do mé původní zdravotní dokumentace budou moci na základě mého uděleného souhlasu nahlédnout za účelem ověření získaných údajů. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já pak naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.
10. Převzal/a jsem podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Podpis zkoumaného:  Podpis výzkumníka: 

Datum: 05. 12. 2018 Datum: 05. 12. 2018

Zdroj: Vlastní.

PŘÍLOHA č. 4: Barthelův test všedních činností

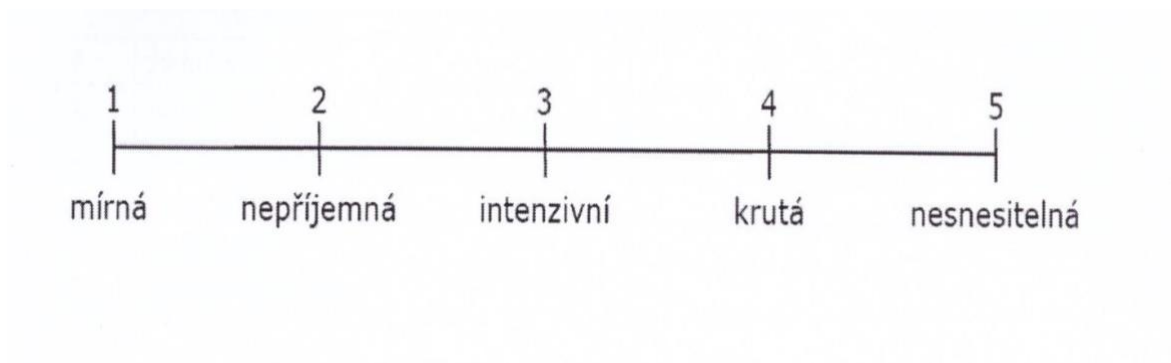
činnost	provedení činnosti	bodové skore
1. najedenní napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

PŘÍLOHA Č. 5: ŠKÁLA BOLESTI DLE MELZACA



Zdroj: CYPRISOVÁ, Denisa. *Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku*.
Plzeň: 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií.

PŘÍLOHA Č. 6: BMI INDEX

BMI	klasifikace
< 18,5	podváha
18,5 - 24,99	optimální váha
25 - 29,99	nadváha
30 - 34,99	obezita prvního stupně
35 - 39,99	obezita druhého stupně
> 40	obezita třetího stupně

Zdroj: CYPRISOVÁ, Denisa. *Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku*. Plzeň: 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií.

PŘÍLOHA Č. 7: BECKOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE

Nálada	0	nemám smutnou náladu
	1	cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
	2	jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
	3	jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
Pesimismus	0	do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
	1	poněkud se obávám budoucnosti
	2	vidím, že se už nemám na co těšit
	3	vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
Pocit neúspěchu	0	nemám pocit nějakého životního neúspěchu
	1	mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
	2	podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
	3	vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
Neuspokojení z činnosti	0	nejsem nijak zvlášť nespokojený
	1	nemám z věcí takové potěšení, jako jsem míval
	2	už mne netěší skoro vůbec nic
	3	ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení
Vina	0	necítím se nijak provinile
	1	občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
	2	mám trvalý pocit viny
	3	ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
Nenávist k sobě samému	0	necítím se zklamán sám sebou
	1	zklamal jsem se sám v sobě
	2	jsem dost znechucen sám sebou
	3	nenávidím se
Myšlenky na sebevraždu	0	vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat
	1	mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
	2	často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
	3	kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život
Sociální izolace	0	neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	1	mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
	2	ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít

Nerozhodnost	0	dokážu se rozhodnou v běžných situacích
	1	někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
	2	rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
Vlastní vzhled	0	vypadám stejně jako dříve
	1	mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2	mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3	mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
Potíže při práci	0	práce mi jde od ruky jako dříve
	1	musím se nutit, když chci něco dělat
	2	dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	nejsem schopen jakékoliv práce
Únavnost	0	necítím se více unaven než obvykle
	1	unavím se snáze než dříve
	2	všechno mne unavuje
	3	únava mne zabraňuje cokoli udělat
Nechutenství	0	mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval
	2	mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:

Norma - 00 – 08, 09

Lehká až střední deprese – 09- 24

Těžká deprese – 25 a více

Zdroj: CYPRISOVÁ, Denisa. *Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku.*

Plzeň: 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií.

PŘÍLOHA Č. 8: NUTRIČNÍ SKÓRE PRO DOSPĚLÉ

Věk	0	Do 65 let
	1	Nad 65 let
BMI	0	BMI 20 - 35
	1	BMI 18-20; nad 35
	2	BMI pod 18
Ztráta hmotnosti za 3 měsíce	1	ztráta 0-3 kg
	2	ztráta 3-6 kg
	3	3 ztráta nad 6 kg
Množství jídla za poslední 3 týdny	0	beze změny
	1	poloviční porce
	2	jí občas nebo nejl
Projevy nemoci v současné době	0	žádné
	1	nechutenství, bolesti břicha
	2	zvracení, průjem > 6 za den
Stres	0	žádný
	1	chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
	2	akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT
Nelze	2	nelze změřit a zvážit
	3	nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny

Vyhodnocení:

0 - 3	není nutná nutriční intervence
4 - 7	nutné vyšetření dietní sestrou
7 a více	nutná speciální nutriční intervence

Zdroj: CYPRISOVÁ, Denisa. *Ošetrovatelská péče o nemocné s nádorem v oblasti krku*. Plzeň: 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta zdravotnických studií.

PŘÍLOHA Č. 9: RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ DLE NORTONOVÉ

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

PŘÍLOHA Č. 10: INFORMAČNÍ LETÁČEK

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

KATEDRA OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCE

Vypravovala Ludmila Klímová

Základní pravidla pro vytvoření stoma koutku v domácím prostředí

Pacient do domácího ošetření odchází s:

- termínem a místem následující kontroly u lékaře/chirurga
- pomůckami na jeden měsíc
- telefonním číslem do proktologické poradny
- kontaktem na stomasestru
- kontaktem na agenturu domácí péče
- žádostí o sociální příspěvek
- firemní taštičkou a firemními kontakty

Zásady domácího ošetření stomie:

- ošetření stomie v klidném a čistém prostředí
- zpočátku může za pacientem do domácího prostředí docházet stomasestra či rodina a pomáhat při výměně stomických pomůcek
- vhodnou místností je koupelna
- koupelna stomika by měla být vybavena skříňkou na stomické pomůcky, prostorem na přípravu pomůcek, zrcadlem ve vhodné výši a sprchou

Další důležité pomůcky stomika:

- jemný toaletní papír
- holicí strojek na jedno použití
- černý pytel na použité pomůcky
- uzavíratelný odpadkový koš,
- buničitá vata, gáza
- podložky a sáčky
- emitní miska

- jednorázové rukavice
- papírová šablona, tužka,
- nedráždivé mýdlo, tělová voda
- nůžky, vykrajovač
- ochranná a adhezivní pasta,
- zásypový pudr,
- dignity (při velké plynatosti)
- ileogel (při vodnaté stolici)
- náplasti, ochranný film, odstraňovač náplasti
- krém na suchou kůži

Zdroj: OTRADOVCOVÁ Iva a kol. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.