

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Nikola Kindelmannová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Nikola Kindelmannová

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S ULCERÓZNÍ
KOLITIDOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2024

Prohlášení

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

V Plzni dne 28. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nikola Kindelmannová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacienta s ulcerózní kolitidou

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 98

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 61

Klíčová slova: idiopatické střevní záněty, ulcerózní kolitida, kvalita života, dotazník WHOQL – BREF, zánět

Souhrn:

Bakalářská práce hodnotí kvalitu života osob s ulcerózní kolitidou (UC). Teoretická část se věnuje UC, od etiologie až po terapii a komplikace, a dále analyzuje kvalitu života v jednotlivých kategoriích. V praktické části je standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF využit k získání dat o vlivu UC na denní život pacientů a jejich pohodu. Cílem je nabídnout ucelený pohled na UC a její dopad na život pacientů. Výsledky ukazují na to, že kvalita života pacientů s UC (po splnění podmínek po výzkumu) je ovlivněna ve všech doménách, jakožto fyzický a psychický stav, prostředí i požívání. V závěru bakalářské práce je vytvořen manuál pro ošetrovatelkou praxi u pacientů s ulcerózní kolitidou.

Abstract

Surname and name: Nikola Kindelmannová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Quality of life of a patient with ulcerative colitis

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 98

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 61

Keywords: idiopathic intestinal inflammations, ulcerative colitis, quality of life, WHOQOL-BREF questionnaire, inflammation

Summary:

The bachelor thesis evaluates the quality of life of individuals with ulcerative colitis (UC). The theoretical part addresses UC from etiology to therapy and complications, and further analyzes the quality of life in various categories. In the practical part, the WHOQOL-BREF questionnaire is utilized to gather data on the impact of UC on patients' daily life and well-being. The aim is to offer a comprehensive view of UC and its impact on the lives of patients. Results indicate that the quality of life of patients with UC (after meeting the criteria for respondent inclusion in the study) is affected in all domains, such as physical and psychological state, environment, and enjoyment. The bachelor thesis concludes with a manual for nursing practice in patients with ulcerative colitis.

Poděkování

S hlubokou vděčností bych rád poděkoval všem, kteří mě podpořili během tvorby mé bakalářské práce a studia.

Obzvláště děkuji Mgr. Lence Kroupové, vedoucí mé práce, za její odborné vedení, motivaci a neocenitelnou podporu.

Velké poděkování patří i mému partnerovi za osobní oporu a motivaci, mé rodině za neochvějnou víru a podporu.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	15
1.1 Současný stav problematiky	15
1.2 Popis rešeršních strategií	15
2 ULCERÓZNÍ KOLITIDA.....	17
2.1 Epidemiologie.....	17
2.2 Etiopatogeneze.....	18
2.3 Klinický obraz	19
2.4 Typy ulcerózní kolitidy	20
2.5 Komplikace.....	20
2.6 Klasifikace UC	23
2.6.1 Klasifikace – Mayo index.....	23
2.6.2 Klasifikace dle Montrealské	24
2.6.3 Aktivita dle Truelova a Wittse.....	25
2.7 Diagnostika.....	25
2.7.1 Anamnéza	25
2.7.2 Fyzikální vyšetření	26
2.7.3 Laboratorní testy.....	27
2.7.4 Endoskopické vyšetřovací metody	28
2.7.5 Zobrazovací vyšetřovací metody.....	30
2.8 Terapie ulcerózní kolitidy.....	31
2.8.1 Lékové skupiny určené k léčbě	32
2.8.2 Léčba chirurgická	34
2.8.3 Ošetrovatelský proces v perioperačním období.....	35
3 KVALITA ŽIVOTA.....	38
3.1 Historie kvality života	39
3.2 Naplnění potřeb nemocných v kontextu Maslowovy pyramidy.....	39
3.3 Hodnocení kvality života souvisejícím se zdravím	39
3.3.1 Inflammatory Bowel Disease Questionnaire	40
3.3.2 Sickness Impact Profile (SIP).....	40
3.3.3 Dotazník WHOQOL-BREF + WHOQOL-100	40
3.3.4 Rating Form of IBD Patient Concerns	41

3.4	Osobní rozvoj a pohoda.....	41
3.4.1	Psychická pohoda.....	41
3.4.2	Zvládání bolesti	42
3.4.3	Sebepoznání.....	42
3.4.4	Sebepřijetí.....	43
3.4.5	Sebeláska	43
3.5	Zdraví a životní styl.....	43
3.5.1	Výživa a stravovací návyky.....	43
3.5.2	Pohybové aktivity.....	44
3.5.3	Spánek a odpočinek.....	45
3.5.4	Sexuální život.....	45
3.6	Sociální a rodinné interakce	45
3.6.1	Role rodiny v péči o chronicky nemocné	45
3.6.2	Těhotenství a plodnost.....	46
3.6.3	Zaměstnanost / práce	46
3.6.4	Chráněné díly a chráněná pracoviště.....	47
3.6.5	Invalidní důchod.....	47
3.6.6	Studijní, pracovní a kariérní realizace	48
3.6.7	Společenský život a mezilidské vztahy	48
3.7	Volnočasové aktivity	48
3.8	Přístup k zdravotní péči a sociální podpory.....	49
3.8.1	Dostupnost a kvalita zdravotní péče.....	49
3.8.2	Náhrady za léčiva a pravidla lázeňské péče v České republice.....	49
3.9	Organizace pro pacienty	50
	PRAKTICKÁ ČÁST	52
4	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	52
5	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	53
5.1	Hlavní cíl	53
5.2	Díličí cíle a výzkumné předpoklady.....	53
5.3	Operacionalizace pojmů.....	54
6	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.....	55
6.1	Metodologie výzkumu.....	55
6.2	Charakteristika sledovaného souboru.....	56
6.3	Organizace výzkumu	56
6.4	Zpracování dat.....	57
6	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	58
7	VYHODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTA S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU..	97

DISKUZE	99
ZÁVĚR.....	111
SEZNAM LITERATURY.....	112
SEZNAM PŘÍLOH	119
PŘÍLOHY	120
Příloha A, objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL-BREF.....	120
Příloha B, dotazník.....	121
Příloha C, manuál pro ošetrovatelskou praxi u pacientů s ulcerózní kolitidou.....	126

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Odpovědi na otázku č.1	58
Tabulka 2 – Odpovědi na otázku č. 2	59
Tabulka 3 – Odpovědi na otázku č. 3	60
Tabulka 4 – Odpovědi na otázku č. 4	61
Tabulka 5 – Odpovědi na otázku č. 5	62
Tabulka 6 – Odpovědi na otázku č. 6	63
Tabulka 7 – Odpovědi na otázku č.7	64
Tabulka 8 – Odpovědi na otázku č. 8	65
Tabulka 9 – Odpovědi na otázku č. 9	66
Tabulka 10 – Odpovědi na otázku č. 10	67
Tabulka 11 – Odpovědi na otázku č. 11	68
Tabulka 12 – Odpovědi na otázku č. 12	69
Tabulka 13 – Odpovědi na otázku č. 13	70
Tabulka 14 – Odpovědi na otázku č.14	71
Tabulka 15 – Odpovědi na otázku č. 15	72
Tabulka 16 – Odpovědi na otázku č.16	73
Tabulka 17 – Odpovědi na otázku č. 17	74
Tabulka 18 – Odpovědi na otázku č. 18	75
Tabulka 19 – Odpovědi na otázku č. 19	76
Tabulka 20 – Odpovědi na otázku č. 20	77
Tabulka 21 – Odpovědi na otázku č. 21	78
Tabulka 22 – Odpovědi na otázku č. 22	79
Tabulka 23 – Odpovědi na otázku č. 23	80
Tabulka 24 – Odpovědi na otázku č. 24	81
Tabulka 25 – Odpovědi na otázku č. 25	82
Tabulka 26 – Odpovědi na otázku č. 26	83
Tabulka 27 – Odpovědi na otázku č.27	84
Tabulka 28 – Odpovědi na otázku č. 25	85
Tabulka 29 – Odpovědi na otázku č. 29	86
Tabulka 30 – Odpovědi na otázku č. 30	87
Tabulka 31 – Odpovědi na otázku č. 31	88
Tabulka 32 – Odpovědi na otázku č. 32	89

Tabulka 33 – Odpovědi na otázku č. 33	90
Tabulka 34 – Odpovědi na otázku č. 34	91
Tabulka 35 – Odpovědi na otázku č. 35	92
Tabulka 36 – Doména 1.....	93
Tabulka 37 – Doména 2.....	94
Tabulka 38 – Doména 3.....	95
Tabulka 39 – Doména 4.....	96
Tabulka 40 – Vyhodnocení hrubé skóre kvality života.....	97
Tabulka 41 - Vyhodnocení hrubé skóre spokojenosti se zdravím.....	97
Tabulka 42 – Vyhodnocení dle domén.....	98

SEZNAM ZKRATEK

ADA.....	Adalimumab
atd.	A tak dále
CT	Výpočetní tomografie
č.	Číslo
et al.	A kolektiv
FW	Sedimentace červených krvinek
Hb.....	Hemoglobin
HRQOL.....	Health-related quality of life
IBD.....	Inflammatory Bowel Diseases
IFX.....	Infliximab
INR.....	International Normalised Ratio
ISZ.....	Idiopatické střevní záněty
kol.	Kolektiv
MR.....	Magnetická rezonance
např.	Například
s.	Strana
SIP.....	Sickness Impact Profile
tzv.	takzvaný, takzvaně
UC.....	Ulcerózní kolitida
UZ.....	Ultrasonografie
WHOQOL-BREF.....	Standardizovaný dotazník kvality života

ÚVOD

Téma bakalářské práce "Kvalita života pacienta s ulcerózní kolitidou" se zabývá komplexním zkoumáním vlivu ulcerózní kolitidy (UC), jedné z hlavních forem zánětlivého onemocnění střev (IBD), na každodenní život pacientů. UC je chronický zánětlivý stav, který primárně postihuje sliznici tlustého střeva a vždy zahrnuje konečník, přičemž může mít různé rozsahy postižení. Onemocnění se projevuje individuálně u každého pacienta, přičemž se střídají období remise a záchvatů. V České republice je UC relativně časté onemocnění s prevalencí mezi 200–250 případy na 100 000 obyvatel a incidencí 3,1–4,9 případů na 100 000 obyvatel, což naznačuje vysokou míru výskytu v populaci. Příčiny UC jsou dosud plně neobjasněné, ale předpokládá se, že jde o onemocnění související se změnami životního stylu, stravovacími návyky, užíváním antibiotik a psychickým stresem. UC se může objevit v různých věkových skupinách, s vrcholy mezi 15.–30. a 50.–60. rokem života, a má lehce vyšší prevalenci u žen. Symptomy a závažnost onemocnění se liší, ale všechny mají významný dopad na kvalitu života pacientů. (Vašátko, 2021; Pacienti IBD, z.s., 2021, s. 10; Dujsíková, 2019, s. 29-30; Phillips, 2021; Olišarová a kol., 2012, s. 15-18)

Práce je strukturována do dvou hlavních částí – teoretické a praktické. V teoretické části jsou vymezena teoretická východiska, která zahrnují přehled současného stavu zkoumané problematiky a popis použitých výzkumných strategií. Dále se podrobně věnuje epidemiologii, klinickému obrazu, možným komplikacím, diagnostice a terapii, a především tomu, jak onemocnění ovlivňuje kvalitu života pacientů. Kvalita života je zde pojata jako komplexní fenomén, jehož součástí jsou různé složky, které jsou následně podrobněji rozebrány s ohledem na to, jak jsou ovlivněny a jak přispívají k celkovému stavu pacienta.

V praktické části práce se teoretické poznatky aplikují na skutečné případy. Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou hodnotí svou kvalitu života a následně zjistit její kvalitu ve čtyřech hlavních oblastech: fyzickém zdraví, sociálních vztazích, subjektivním prožívání a vlivu prostředí. K dosažení tohoto cíle byla zvolena kvantitativní metodologie, konkrétně byl využit nástroj WHOQOL-BREF, který obsahuje 24 položek rozdělených do čtyř domén – fyzická, psychologická, sociální a environmentální – a dvě položky zaměřené na celkovou kvalitu života. Pro empirickou část práce byl proveden záměrný výběr respondentů, mezi nimiž byli pacienti diagnostikovaní ve věkovém rozmezí 18 až 65 let. Kritériem pro zařazení do studie bylo, že respondenti nesměli mít založenou stomii a měli být ve fázi dočasného ústupu příznaků,

tedy v remisi. Dále byla kladena důležitost na geografickou dostupnost, omezenou na pacienty žijící v Praze, Plzeňském, Středočeském nebo Jihočeském kraji. Výsledky průzkumu jsou prezentovány v tabulkách.

Na základě získaných výsledků byl vypracován manuál pro ošetrovatelskou praxi u pacientů s ulcerózní kolitidou (viz příloha C).

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Současný stav problematiky

Inflammatory Bowel Diseases (IBD), zahrnuje Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu (UC). UC představuje skupinu dlouhodobých zánětlivých onemocnění ovlivňujících sliznici tlustého střeva, vždy postihující konečník a často i různé části tlustého střeva. Nejvyšší výskyt onemocnění byl zaznamenán v Severní Americe a v západní a střední Evropě. V České republice je prevalence odhadována na 200–250 osob na 100 000 obyvatel a incidence mezi 3,1 a 4,9 případy na 100 000 obyvatel podle údajů z roku 2018, což ukazuje na vysokou míru výskytu nemoci v zemi. Přestože přesná příčina zůstává nejasná, předpokládá se, že za vznikem stojí kombinace civilizačních faktorů, včetně změn v životním stylu, způsobu uchovávání a přípravy potravin, užívání antibiotik a nadměrného stresu. Je charakterizováno jako chronické onemocnění s obdobími remisí a relapsů, které může vést k řadě komplikací snižujících kvalitu života pacientů. Kvalita života, chápána jako vícedimenzionální a ovlivněná mnoha faktory. U pacientů s UC se může lišit a vyžaduje často implementaci změn v denní rutině, stravovacích návycích a přístupu k fyzické aktivitě, cestování či účasti na potenciálně vyprovokujících aktivitách. (Matějková a kol., 2021, s. 10, 12-13,15; Fusková, 2022; Molodecky et al. 2012; Lukáš a kol., 2018, s. 325; Gabalec, 2009, s. 276; Dujsíková, 2019, s. 28; Feuerstein et al., 2014; Gurková, 2011, s. 21-23; Olišarová a kol., 2012, s. 15-18; Phillips, 2021; Vašátko, 2021)

1.2 Popis rešeršních strategií

V této bakalářské práci byla věnována značná pozornost pečlivé a systematické rešerši literatury a dalších zdrojů informací relevantních pro téma idiopatických střevních zánětů a jejich vlivu na kvalitu života pacienta. Začínající s definováním klíčových slov a pojmů, jako jsou idiopatické střevní záněty, ulcerózní kolitida, kvalita života, dotazník WHOQL – BREF, zánět a jejich anglické ekvivalenty, bylo vyhledávání zaměřeno na databáze a zdroje jako Pubmed, Google Scholar, Medline a Bookport. Pro zpřesnění vyhledávání byly použity logické operátory (AND, OR, NOT) a filtry, jako jsou věkové skupiny a typy studií, které pomohly zúžit výsledky na nejrelevantnější zdroje. Byla použita literatura starší deseti let z důvodu omezené dostupnosti relevantních zdrojů na dané téma. Prio-

ritou bylo shromáždění dat z let 2013 až do současnosti, přičemž vyhledávání využívalo kombinace klíčových slov, logických operátorů a filtrů. Kritéria pro výběr a vyloučení zdrojů zahrnovala datum publikace, jazyk, geografickou oblast a kvalitu zdroje, duplicitu, což zajistilo, že do práce byly zařazeny pouze informace s vysokou mírou relevance a kvality. Získané zdroje byly pečlivě hodnoceny a selektovány s ohledem na jejich věrohodnost a relevanci, což umožnilo získat komplexní přehled o tématu a poskytl solidní základ pro teoretickou část práce a výzkumné otázky. Celkem bylo použito 61 zdrojů, přičemž byly čerpány informace z českých, slovenských a anglických zdrojů, vše citováno dle normy ISO 690:2022 ve stylu Harvard.

2 ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Inflammatory Bowel Diseases, známý pod zkratkou IBD, je termín, který zahrnuje dvě onemocnění: Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. V českém kontextu se tyto nemoci někdy označují jako idiopatické střevní záněty, což je výraz vyjadřující se pod zkratkou ISZ. UC je jedním z těchto dvou onemocnění. Jedná se o dlouhodobý zánětlivý stav ovlivňující povrchové vrstvy (sliznici) tlustého střeva, který postihuje vždy konečník a často také různé délky tlustého střeva. Průběh onemocnění je u každého pacienta individuální. Klidová fáze onemocnění se nazývá remise, aktivní fáze se nazývá záchvat nebo relaps. (Matějková a kol., 2021, s. 10; Fusková, 2022)

2.1 Epidemiologie

Roční incidence liší v závislosti na geografické lokalitě, celosvětově se odhad výskytu UC pohybuje v rozmezí od 0,5 do 24,5 případů na 100 000 obyvatel, od 0,6 do 24,3 na 100 000 obyvatel v Evropě, 0,1 až 6,3 na 100 000 obyvatel v Asii a na Středním východě a 0 až 19,2 na 100 000 obyvatel v Severní Americe. V České republice je podle údajů z Ústavu zdravotnických informací a statistiky MZ ČR z roku 2018 prevalence odhadována na 200–250 osob na 100 000 obyvatel a incidence se pohybuje mezi 3,1 a 4,9 případy na 100 000 obyvatel, což vychází z dat Global Burden of Diseases. To znamená, že Česko patří mezi země s vysokou mírou výskytu této nemoci.

Nejvyšší incidence a prevalence byla v Severní Americe, západní a střední Evropě, s nejvyšším počtem hlášených případů v Kanadě, severní Evropě a Austrálii. V postkomunistických zemích je pozorován vzestupný trend incidence, zatímco ve západní Evropě a Skandinávii je incidence stabilní. Rozdíly v prevalenci onemocnění mezi pohlavími nebyly konzistentní, což naznačuje, že se onemocnění vyskytuje u obou pohlaví stejně často. Incidence Crohnovy choroby i ulcerózní kolitidy byla nejvyšší mezi druhou a čtvrtou dekádou života. Toto znamená, že IBD postihuje jedince v nejaktivnějším a nejproduktivnějším období jejich života, což má za následek dlouhodobé finanční a sociální náklady pro pacienta, zdravotní péči i celou společnost. Ačkoli epidemiologické údaje z rozvojových zemí jsou omezené, s časem se zvyšuje incidence a prevalence IBD v různých geografických oblastech, což signalizuje, že se jedná o onemocnění s globálním dosahem. (Molodtcký et al. 2012; Lukáš a kol., 2018, s. 325; Gabalec, 2009, s. 276; Dujsíková, 2019, str. 28; Vašátko, 2021)

2.2 Etiopatogeneze

Přestože příčina tohoto zůstává neznámá, současná hypotéza předpokládá, že se jedná o nemoc civilizační povahy, vznikající jako reakce na změny v životním stylu, způsobu uchovávání a přípravy potravin, užívání antibiotik a nadměrný stres. Tyto změny se začaly objevovat v lidském životě během posledního století a naše imunitní systémy na ně reagují přehnaně agresivně. (Matějková a kol., 2021, s. 10)

Dědičnost – U lidí trpících UC je dědičný faktor méně výrazný, předpokládá se, že se na nemoci podílí zhruba 10 až 20 %. (Matějková a kol., 2021, s. 11)

Příčina je nejasná a její patogeneze je jen částečně objasněna. Klinické studie a experimenty na zvířatech ukazují, že vnější faktory a selhání v regulaci slizniční imunity mohou vyvolat zánět u geneticky náchylných osob. Ve srovnání s Crohnovou chorobou je vliv genetických faktorů méně výrazný. Geny HLA DRB1*0103, MDR1, MY0B9 jsou spojovány s výskytem těžší formy kolitidy, častých mimostřevních příznaků a potřebou chirurgické intervence. (Gabalec, 2009, s. 276)

Význam apendektomie se odráží ve významném snížení rizika vzniku UC. Konkrétně pacienti, kteří podstoupili operaci odstranění slepého střeva, mají o 69% nižší pravděpodobnost vzniku UC. (Koutroubakis et al., 2000)

UC je onemocnění, které se u kuřáků vyskytuje méně často, což naznačuje možný ochranný účinek nikotinu. Navzdory tomu, že přesný mechanismus tohoto účinku není plně pochopen, existují hypotézy, podle kterých by produkty metabolismu nikotinu mohly mít léčebný efekt na UC. Pro zkoumání těchto hypotéz je nezbytné hlubší pochopení farmakodynamiky a kinetiky nikotinu a také propustnosti střevní stěny, která je často narušena u osob s UC.

Na druhou stranu, nikotin ukázal variabilní efektivitu při léčení UC ve srovnání s placebem a standardními léky. Kvůli vysokému výskytu nežádoucích účinků je však jeho klinické využití omezené. I přesto existují předpoklady, že kuřáci mají snížený počet hospitalizací, méně často potřebují kolektomii nebo perorální kortikosteroidy a imunosupresiva. Za těmito pozorováními mohou stát různé mediátory přítomné v cigaretovém kouři, jako je např. nikotin a oxid uhelnatý, ale konkrétní mechanismus zůstává nejasný. Další výzkum je nezbytný pro pochopení těchto komplexních interakcí a možného terapeutické-

ho potenciálu nikotinu v léčení UC. (McGilligan et al., 2007; Lukáš a kol., 2018, s. 325, Lunney et al., 2012; Feuerstein et al., 2014)

Nejvyšší incidenci IBD byla zaznamenána mezi bělochy a Židy. Jednotlivci, jenž migrují z oblastí s nízkou prevalencí (např. Asie) do oblastí s vyšší prevalencí (např. Anglie) jsou pod větším rizikem vývoje IBD, což je zvláště patrné u dětí. Nicméně, nedostatek studií zaměřených na rasu a etnicitu v rozvinutých zemích a nedostatek dat pocházejících z rozvojových zemí vytváří v literatuře výraznou mezeru, kterou je nutné řešit v budoucích výzkumech. (Molodecky et al., 2012).

Nejčastější výskyt onemocnění vykazuje obvykle dvě maxima, první maximum nastává v mladších letech, konkrétně mezi patnáctým a třicátým rokem života, zatímco druhé maximum se objevuje mezi padesátým a šedesátým rokem. UC se o něco více vyskytuje u ženské populace. (Lukáš a kol., 2018, s. 325; Vašátko, 2021)

2.3 Klinický obraz

Symptomy mohou kolísat v závislosti na intenzitě zánětlivého procesu a jeho lokalizaci. Idiopatická střevní zánětlivost je celoživotní chronické onemocnění, které se typicky vyznačuje střídáním období remisí a relapsů. Průběh tohoto onemocnění může být progresivní, tedy postupující, stacionární, tedy stabilní, nebo regresivní, tedy ustupující.

Projevuje se jako difúzní, povrchový zánět střevní sliznice. Nejčastěji se projevuje formou průjmu s hlenem a krví ve stolici, či enteroragií, a také tenesmy (jedná se o stav, který se projevuje spastickými bolestmi v oblasti dolního břicha a jsou doprovázeny nutkáním na defekaci s eliminací krve a hlenu). Může také dojít k pocitu nutkání na defekaci, které je obvykle urgentní, především pokud je postižen konečník. Anorexie může být dalším projevem, který je způsoben strachem pacienta z jídla, což může vést k úbytku na váze. Některé případy mohou zahrnovat horečku a někdy i zácpu, zvláště když dojde k bolestivým křečím v anorektální oblasti.

Dalšími příznaky, které mohou pacienti projevovat, jsou rektální krvácení, proktalgie, tedy bolest v oblasti konečníku, a fatigo, což je stav silné únavy a vyčerpání. U pacientů v dětském věku může dojít k retardaci růstu. Dehydratace a anémie (z důvodu ztráty krve) mohou být také často součástí symptomatologie tohoto onemocnění. (Mayo Clinic, 2022; Matějková a kol., 2021, s. 12-15; Lukáš a kol., 2018, s. 325)

2.4 Typy ulcerózní kolitidy

Je kategorizována na základě místa, kde se vyskytuje. Symptomy různých typů se často překrývají. Následující typy UC jsou běžné: (Mayo Clinic 2022)

Ulcerózní proktitida – Onemocnění postihuje oblast nejbližší konečnicku, které je také označováno jako rektum. Krvácení z konečnicku může být jediným projevem onemocnění. Přibližně 25 % pacientů je tímto stavem zasaženo, což znamená, že z každých čtyř lidí jeden trpí tímto stavem. Číslo je poměrně vysoké a ukazuje, jak rozšířené je onemocnění mezi populací. Je důležité poznamenat, že tento výskyt může být ovlivněn řadou faktorů, včetně genetiky, životního stylu a životního prostředí. Z uvedeného důvodu by měla být věnována zvýšená pozornost prevenci a léčbě onemocnění, aby bylo možné snížit jeho výskyt a zlepšit kvalitu života postižených jedinců. (Mayo Clinic, 2022; Mináriková, 2021)

Proktosigmoiditida – Zánět ovlivňuje konečnick a sigmoidní část tlustého střeva, což je spodní část tlustého střeva. Symptomy mohou zahrnovat krvavý průjem, křeče a bolesti břicha a neschopnost vyprázdnit střeva, přestože je k tomu nutkání. Tento jev se nazývá tenesmus. (Mayo Clinic, 2022)

Levostranná kolitida – Zánět začíná u konečnicku a šíří se vzhůru skrze sigmoidní, sestupnou část tlustého střeva až po oblast lineární flexury. Příznaky mohou zahrnovat krvavý průjem, křeče v břiše a bolest na levé straně a potřeba vyprázdnit střeva. Diagnostiku tohoto onemocnění potvrzujeme u téměř poloviny pacientů (45 %). To znamená, že z každých deseti osob jich je pět diagnostikováno s tímto onemocněním, což ukazuje na vysokou prevalenci tohoto stavu.

Pankolitida – Ovlivňuje celé tlusté střevo a může způsobovat záchvaty těžkého krvavého průjmu, křeče a bolesti břicha, únavu a výrazný úbytek na váze. Objevuje se u přibližně třetiny pacientů (Mayo Clinic, 2022; Mináriková, 2021)

2.5 Komplikace

Akutní fulminantní kolitida je závažná nemoc ovlivňující léčbu asi čtvrtiny pacientů, způsobená intenzivními zánětlivými změnami postihujícími nejen sliznici, ale i hlubší struktury stěny tlustého střeva. Nemoc komplikuje průběh onemocnění u 18-25 % pacientů, často v prvním roce po diagnóze, a je spojena s vysokým rizikem vážných a často smrtelných komplikací. V léčebných postupech je využívána parenterální podávání kortikosteroidů v kombinaci s intenzivní péčí. Úmrtnost po operaci je u operací prováděných v nalé-

havém režimu výrazně vyšší ve srovnání s plánovanými nebo odloženými operacemi. V léčbě akutní těžké ulcerózní kolitidy se začíná objevovat jako slibná kombinace cyklosporinu A s antiintegrinovou protilátkou vedolizumabem. (Lukáš, 2019)

Pacienti trpící UC dlouhodobě mají ve srovnání s ostatní populací vyšší riziko výskytu **kolorektálního karcinomu**. Projevuje se kumulativním rizikem 2 % po 10 letech od diagnózy, 8 % po dvaceti letech a 18 % po třiceti letech. Tradičně udávaná míra výskytu karcinomu tlustého a konečníku se pohybuje od 5% do 10% po dvaceti letech trvání onemocnění a mezi 12% a 30% po třiceti až pětatřiceti letech od diagnózy choroby. Doporučení Amerických gastroenterologických asociací nabádají všechny pacienty k podstoupení preventivní kolonoskopie s několika biopsiemi tlustého střeva po 8 letech trvání onemocnění, aby se posoudil skutečný mikroskopický rozsah nemoci. Přestože bylo podniknuto mnoho kroků k identifikaci chemoprevenčních strategií, které by pomohly snížit výskyt rakoviny tlustého střeva a konečníku u pacientů s UC, dostupné důkazy jsou omezené. (Ordás et al., 2012; Feuerstein et al., 2014)

Pacienti trpící UC čelí významnému riziku **tromboembolických příhod**, které se objevují v rozmezí 1-8 % případů. Tyto komplikace jsou častěji zaznamenány u mladší populace, tedy pacientů mladších 50 let. Byly popsány případy hluboké žilní trombózy dolních končetin, plicní embolie, ale i příklady méně běžných lokalizací, jako je trombóza renálních žil, dolní duté žíly, a dokonce koronární trombóza. Dosud nebylo prokázáno žádné spojení mezi tromboembolickými komplikacemi a výskytem dědičných trombofilních stavů u pacientů. (Mokrá a kol., 2013, s. 313-315)

Toxické megakolon je spojován s onemocněními zánětlivého charakteru střev, zejména UC. Prevalence populaci není známá. Může se vyskytnout u obou pohlaví a ve všech věkových skupinách, nejvíce jsou ale vystaveni riziku pacienti s inflamatorním střevním onemocněním, zejména v jeho rané fázi. Při absenci adekvátní léčby může dojít k ruptuře toxického megakolonu. Perforace střeva, peritonitida, absces a abdominální kompartment syndrom (jeho etiologií je zvýšení tlaku v břišní dutině, což má za následek negativní ovlivnění dýchacích funkcí a oběhového systému, včetně mikrocirkulace. Manifestuje se snížením ventilace, adversními účinky na kardiovaskulární systém a selháním funkcí orgánů. Pro diagnostiku tohoto stavu se primárně využívá metoda měření tlaku v močovém měchýři v kombinaci s posouzením klinického obrazu pacienta. (Stránský a kol., 2017). Pozitivní výsledky nacházíme u pacientů, u kterých byl chirurgický zákrok

proveden brzy po diagnóze toxického megakolonu, zatímco zvýšenou mortalitu, především u pacientů ve věku nad 65 let. (Skomorochow a Pico, 2023)

Přestože přítomnost krve ve stolici je typickým projevem, epizody **masivního krvácení** jsou relativně vzácné a vyskytují se v 0-6 % případů. Nicméně, až 10 % zákroků urgentní kolektomie u pacientů s UC je provedeno z důvodu tohoto stavu. Situace, které ohrožují život pacienta kvůli krvácení, se objevují výlučně u pacientů s rozsáhlým postižením tlustého střeva, konkrétně u pankolitidy. Endoskopická intervence pro zastavení krvácení není považována za vhodnou. (Lukáš a kol., 2018, s. 372; Šerclová a kol., 2016, s. 257-258)

Perforace tračníku nastává přibližně ve dvou procentech všech případů. Vyskytuje se častěji po diagnostických nebo terapeutických koloskopích než u jiných onemocnění. Mezi hlavní rizikové faktory patří těžký aktivní zánět, kortikoterapie, vyšší věk a ženské pohlaví. Primární terapeutickou intervencí v případě perforace je urgentní subtotální kolektomie s ileostomií. (Šerclová a kol., 2016, s. 257)

Pacienti trpící akutními střevními záněty nebo chronickými záněty ve stadiu akutního propuknutí jsou primárně ohroženi **dehydratací, nedostatkem draslíku v krvi (hypokalemii)** a metabolickou acidózou. Symptomy dehydratace zahrnují bledost doprovázenou rychlým tepem a sníženým objemem krve. Může dojít k nízkému krevnímu tlaku a nestabilnímu držení těla při stání. Dalšími ukazateli mohou být zvýšená pružnost kůže a suché sliznice. Pacienti by měli být přijati do nemocnice především za účelem zajištění adekvátní hydratace. (Ehrmann a Konečný, 2012, s. 156; Tham Tony et al., 2017, s. 52)

Autoimunitní hepatitida je typ chronického onemocnění jater, které se vyznačuje přítomností cirkulujících autoprotilátek a hypergamaglobulinemií. Téměř třetina pacientů s chronickým zánětlivým onemocněním střev (IBD) vykazuje v laboratorních testech patologické hodnoty sérových aktivit různých jaterních enzymů. Byla opakovaně jasně prokázána souvislost mezi některými jaterními onemocněními a IBD. Onemocnění postihuje obě pohlaví a může se projevit v jakémkoliv věku. Pokud není léčena, může vést k jaterní cirhóze, selhání jater, transplantaci jater nebo dokonce smrti. Může být asymptomatická nebo se projevovat v různých formách, od subklinické po akutní selhání jater. (Lukáš a kol., 2020, str.85)

Primární sklerotizující cholangitida je nejčastějším onemocněním spojeným s IBD. Odhaduje se, že 70-80 % pacientů s tímto onemocněním trpí současně na IBD. Průměrný věk při diagnostice je 40 let. K detekci tohoto onemocnění se využívají neinvazivní zobrazovací techniky. (Lukáš a kol., 2020, s. 88-89)

Specifické dermatologické projevy – perianální forma: Existence kolitidy je silným indikátorem perianálního postižení ve srovnání s pacienty, u kterých je onemocnění omezeno pouze na tenké střevo. Fisury a fistuly jsou obvykle mnohočetné a nacházejí se po obvodu konečníku. Chronický otok a zánět v oblasti mohou vést k vytváření perianálních kožních abscesů. (Lukáš a kol., 2020, s. 99)

Urolitiáza je stav, kdy dochází k tvorbě kamenů v ledvinách a v močových cestách. Je to relativně běžné onemocnění, zejména po rozsáhlých resekcích operacích na střevech. Problémy spojené s tímto onemocněním spočívají nejen v akutních symptomech renální koliky s blokací odtoku moči, ale také v související infekci. Močové kameny se mohou objevit kdekoli v močových cestách a často způsobují bolest, krvácení, obstrukci a sekundární infekce. (Lukáš a kol., 2020, s.117)

Osteopenie a osteoporóza jsou hodnoceny jako mimostřevní projevy IBD. Osteoporóza je obvykle detekována pomocí kostní denzitometrie. Rychlý zásah a preventivní léčebné postupy zaměřené na snížení nadměrné ztráty kostní hmoty mohou napomoci při prevenci dlouhodobých důsledků ztráty kostní hmoty, včetně zlomenin. Mají přímé i nepřímé dopady na kostní remodelaci. Vitamin D hraje klíčovou roli při udržování kostní pevnosti, mineralizace a prevenci zlomenin. (Kupka a kol., 2020)

Oční komplikace spojené s IBD mohou zahrnovat episkleritidu (zánět episkléry) (s prevalencí 29 %), skleritidu (zánět bělimy) (méně častou, s prevalencí 18 %), a uveitidu (zánět duhovky a cévnatky), která se dále rozděluje na přední uveitidu, intermediální uveitidu, zadní uveitidu. (Štrofová a kol., 2013, s.70-72; Štrofová, 2016, s. 137)

2.6 Klasifikace UC

2.6.1 Klasifikace – Mayo index

Aktivitu UC hodnotil index vytvořený Truelovem a Wittsem v roce 1954. V dnešní klinické praxi je nejčastěji používaným systémem pro hodnocení aktivity tzv. Mayo index, který je založený na čtyřstupňové škále 0-3. (Mináriková, 2021)

Mayo skóre se skládá z dvou primárních segmentů a) endoskopický index a b) index klinických příznaků. Dále je segment a rozdělen na čtyři kategorie. **První kategorie (A)**, označená jako skóre 0, představuje normální nález bez jakýchkoliv patologických změn. **V kategorii (B)**, skóre 1, je patrný erytém neboli zarudnutí, a vymizení cévní kresby, což může být doprovázeno lehkou fragilitou, tedy křehkostí tkáně. **Třetí kategorii (C)**, skóre 2, je charakterizována významným erytémem, úplným vymizením cévní kresby, fragilitou a výskytem erozí, což jsou povrchové defekty sliznice. **Poslední kategorie (D)**, skóre 3, je nejzávažnější. V této kategorii dochází k spontánnímu krvácení a výskytu ulcerací, což jsou výraznější a hlubší poškození sliznice ve formě vředů. (Lukáš a kol., 2018, s. 321)

Segment b (skóre tíže podle Mayo) je rozdělena do čtyř kategorií a celkový rozsah skóre, kterého lze dosáhnout je od 0 do 12. **První kategorie** se týká počtu stolic. Skóre 0 znamená normální počet stolic. Skóre 1 je přiřazeno, pokud je o 1-2 stolice za den více než obvykle. Skóre 2 označuje o 3-4 stolice za den více než je normální a skóre 3 je přiřazeno, jestliže se jedná o 5 a více stolic za den více než normálně. **Druhá kategorie** se vztahuje na enteroragii, tedy krvácení ze střeva. Skóre 0 znamená žádné krvácení. Skóre 1 znamená malé množství krve v méně než polovině stolic. Skóre 2 je přiřazeno, pokud je krev ve stolici obvyklá a skóre 3 znamená odchod samotné krve. **Třetí kategorie** hodnotí vzhled stolice. Skóre 0 znamená normální vzhled stolice. Skóre 1 označuje lehkou nemoc s příznaky jako je erytém, méně výrazná cévní kresba a mírná křehkost. Skóre 2 se přiřazuje při středně těžké nemoci s příznaky jako výrazný erytém, nepřítomná cévní kresba, křehkost a eroze. Skóre 3 označuje těžkou nemoc, která se projevuje spontánním krvácením a erozemi. **Poslední, čtvrtá kategorie**, je celkové hodnocení lékaře. Skóre 0 znamená, že je pacient podle lékaře v normálním stavu. Skóre 1 značí lehkou nemoc, skóre 2 středně těžkou nemoc a skóre 3 těžkou nemoc. (Lukáš a kol., 2018, s. 321)

2.6.2 Klasifikace dle Montrealské

Tabulka Montrealské klasifikace aktivity UC je rozdělena na čtyři kategorie. **První kategorie**, označená jako S0, se nazývá klinická remise a je charakterizována absencí jakýchkoliv příznaků. **Druhá kategorie**, S1, označuje lehkou formu. Tato forma je charakterizována výskytem čtyř a více stolic za den, které mohou obsahovat krev. Přesto však nejsou přítomny žádné celkové příznaky a zánětlivé markery, označované jako FW, jsou v normálních hodnotách. **Třetí kategorie**, S2, je definována jako středně těžká. Charakterizuje ji výskyt více než čtyř stolic za den, které obsahují krev. Přesto jsou přítomny pouze

minimální příznaky celkové toxicity. **Poslední kategorie**, S3, označuje těžkou formu. Tato forma se projevuje nejméně šesti stolicemi denně, které obsahují krev, pulzem vyšším než 90, teplotou vyšší než 37,5 stupně Celsia, hladinou hemoglobinu nižší než 105 g/l, nebo hodnotou FW vyšší než 30 mm/h. (Lukáš a kol., 2018, s.320)

2.6.3 Aktivita dle Truelova a Wittse

V klinickém hodnocení je nemoc rozdělena do tří kategorií – lehká, středně těžká a těžká. Tato klasifikace je jednoduchá pro uplatnění v klinickém prostředí, avšak existují názory, že nedostatečně odráží závažnost nemoci u pacientů s lokalizovanou kolitidou.

Lehkou formu nemoci charakterizuje méně než 4 stolice denně, absence horečky a tachykardie, lehká anémie a s hodnotou sedimentace červených krvinek (FW) nižší než 30 mm/h. **Středně těžká forma** nemoci se pohybuje mezi lehkou a těžkou formou podle konkrétních nálezů. **Těžká forma nemoci** se projevuje více než 6 stolicemi denně s přítomností krve, horečkou vyšší než 37,5 stupňů Celsia, tachykardií s hodnotou vyšší než 90/min, anémií s hodnotou Hb (hemoglobinu) nižší než 75% normální hodnoty a FW s hodnotou vyšší než 30 mm/h. (Lukáš a kol., 2018, s.326, 686-687)

2.7 Diagnostika

V tuto chvíli neexistuje žádný specifický biochemický nebo genetický marker pro diagnostiku IBD. Diagnóza je určována na základě kombinace klinických příznaků, laboratorních testů, endoskopických vyšetření, radiologických snímků a histologických analýz tkání. Diagnostika vždy zahrnuje určení rozsahu, stanovení aktivity a závažnosti nemoci. Klíčem k diagnóze je stále důkladné klinické hodnocení, které zahrnuje pečlivě získanou anamnézu a fyzikální vyšetření. (Mináriková, 2021)

2.7.1 Anamnéza

Představuje komplexní souhrn informací o zdravotní historii pacienta od jeho narození až po současnost. Jejich hlavním úkolem je shromáždit co nejvíce relevantních údajů od pacienta, jeho příbuzných nebo doprovodů, které se týkají jeho aktuálního zdravotního stavu a které mohou přispět k diagnostice. Kvalitně zpracovaná anamnéza může významně přispět k určení správné diagnózy. Při jejím zjišťování je obvyklé postupovat v tomto pořadí:

Osobní údaje pacienta – zahrnují nálezy z předchozích lékařských záznamů, jako jsou operační záznamy, staré snímky nebo výsledky zobrazovacích vyšetření a EKG, které souvisejí s aktuálním onemocněním.

Rodinná a osobní anamnéza – zaměřují se na zdravotní historii pacientovy rodiny, včetně věku blízkých příbuzných a jejich zdravotních problémů, jaká byla příčina úmrtí a na pacientovu minulou zdravotní historii, včetně nemocí, úrazů a operací, které prodělal.

Farmakologická anamnéza – zaznamenává léky, které pacient užívá, včetně dávkování a případných alergií na léky.

Alergologická anamnéza – zjišťuje, zda pacient trpí alergiemi, a pokud ano, na co a jak často. Může zahrnovat astmatické záchvaty, kopřivku, alergii na včelí štípnutí, jod nebo jiné léky, alergickou rýmu, nebo atopický ekzém.

Gynekologická anamnéza – zahrnuje informace o menstruačním cyklu, těhotenstvích a gynekologických operacích u žen.

Pracovní anamnéza – zkoumá výskyt škodlivých látek v pracovním prostředí, které mohou ovlivnit zdravotní stav pacienta.

Sociální anamnéza – se zaměřuje na sociální kontakty pacienta a na to, zda je schopen vést samostatný život.

Nynější onemocnění – je popisováno několika větami, které uvádějí charakter a lokalizaci pacientových stížností, dobu jejich trvání a okolnosti, které vedly k jejich vzniku. Zaznamenávají se také vitální známky, jako je krevní tlak, tělesná teplota, dýchací frekvence a pulz. (Nejedlá, 2015 b, s.18-19)

2.7.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální diagnostika je proces, který využívá lidské smysly – zrak, sluch, hmat a v některých případech i čich. Tento proces je často označován pomocí pěti P: inspekce (pohled), palpace (pohmat), perkuse (poklep), auskultace (poslech) a vyšetření per rectum (konečníku).

Inspekce neboli pohled, se provádí pomocí zraku a je důležité, aby se prováděla za denního světla. Pacient by měl být pohodlně usazen a lékař by měl být důkladný a nepospíchat. Postup zahrnuje vyšetření celkového vzhledu, hlavy, krku, hrudníku, břicha, končetin a kůže.

Při **palpaci** neboli pohmatu, se využívá smysl hmatu. Palpace může být povrchová (s použitím pouze špiček prstů) nebo hluboká (s použitím celých prstů). Vyšetřujeme kůži, podkoží a břicho, získáváme informace o orgánech a tělesných strukturách, známých jako

rezistence. Vyšetření je prováděno od místa nejvzdálenějšího od udávané bolesti. Při vyšetření břicha pohmatem je pacient umístěn na zádech s pokrčenými končetinami.

Perkuse neboli poklep, vyžaduje, aby ruka lékaře byla položena na vyšetřovanou oblast, prsty se přitlačují na kůži a mírně roztahují. Poklep se provádí prostředníčkem pravé ruky na prostředníček levé ruky (pro praváky), který je přiložen na kůži. Zjišťujeme např. Pléniesův příznak (bolestivý poklep), bubínkový poklep (nad roztaženým střevem) nebo pokleповé ztemnění (nad nádorem nebo zánětem).

Auskultace neboli poslech, se obvykle provádí prostřednictvím fonendoskopu. Tímto způsobem vyšetřujeme břicho při podezření na poruchy střevní pasáže nebo cévní poruchy.

Vyšetření **per rectum** zahrnuje hodnocení hmatového nálezu v oblasti svěrače a ampuly, s ohledem stolici, která ulpí na rukavici po vyšetření. Provádí se u ležícího pacienta, a to buď na zádech, na levém boku s pokrčenými končetinami, nebo v genukubitální poloze. Pro vyšetření se používá gumová rukavice a prst potřený vazelínou. Vyšetření je nezbytné např. při podezření na krev nebo melénu ve stolici či možnou akutní břišní příhodu. (Nejedlá, 2015 a, s. 26-31, 170-175)

2.7.3 Laboratorní testy

V rámci diagnostických postupů je nezbytné vyřadit možnost bakteriální infekce, což se dosahuje prostřednictvím kultivace stolice. Důležité jsou rovněž standardní laboratorní vyšetření, kde se zaměřujeme na krevní testy, z nichž významnou roli hrají leukocytóza a trombocytóza, které jsou indikátory zánětlivé reakce. Tyto parametry mohou být často zvýšené. Dalším sledovaným ukazatelem je hladina hemoglobinu, jejíž stanovení umožňuje určit závažnost sideropenické anémie.

V kontextu biochemických parametrů posuzujeme především výživové ukazatele, jako jsou albumin a prealbumin, jejichž snížené hladiny mohou svědčit o hypalbuminémii u pacientů s těžkým zánětem spojeným s úbytkem hmotnosti. Skrze laboratorní testy také sledujeme metabolismus železa.

K doplnění informací o zánětlivých markerech slouží stanovení hladiny C-reaktivního proteinu a sedimentace erytrocytů, které jsou rovněž často zvýšené. Poslední dobou se v praxi stále častěji využívá testování fekálního kalprotektinu (FC) - proteinu nacházejícího se v cytosolu leukocytů a uvolňujícího se do střevního lumen. Hladina toho-

to proteinu získaná ze stolice může napomoci předpovědět blížící se exacerbaci zánětu. (Mináriková, 2021; Dujsíková, 2019, s. 29)

2.7.4 Endoskopické vyšetřovací metody

V současné době se mezi dostupné diagnostické postupy řadí i endoskopie, která se využívá jak pro diagnostické účely (umožňuje vizualizaci dutých orgánů, dutin a povrchů orgánů a zároveň umožňuje odběr vzorku tkáně pro další analýzy), tak i pro terapii (např. zastavení krvácení, odstranění cizích těles nebo nádorů). Provádí se pomocí trubice různé délky a průměru, která může být buď rigidní (neohebná) nebo flexibilní (ohebná). Vizualizace je poté přenesena na monitor. (Nejedlá, 2015 b, s. 149)

Kolonoskopie

Má význam pro diagnózu, diferenciální diagnostiku, stanovení aktivity a rozsahu onemocnění, ale také pro dlouhodobé sledování pacientů, sledování účinnosti léčby, včetně chirurgické léčby. Diagnostika UC pomocí kolonoskopie je založena na detekci změn sliznice, které začínají v rektu a postupně se šíří proximálně. V průběhu diagnostického procesu se zaměřujeme na identifikaci míst aktivního zánětu, které jsou charakterizovány různými patologickými jevy. Jedná se o zarudnutí (erytém), aftózní léze, vředové poškození, křehkost sliznice s krvácením a exsudátem. Změny sliznice mohou zahrnovat i ztrátu cévního vzoru, což je typický znak zánětu. Dále se věnujeme identifikaci a sledování potenciálních důsledků zánětu. Mezi důsledky mohou patřit bílé jizvy, deformace střevního lumen, pseudopolypy a ztráta haustrace. Z postižených oblastí či polypů odebíráme vzorky, které jsou následně určeny k histologickému zkoumání.

Podle rozsahu zánětu lze rozlišit tři základní formy UC, proktitidu, levotočivou formu a pankolitidu. U některých pacientů s pankolitidou lze detekovat zánětlivé změny v oblasti terminálního ilea, tzv. zpětný průtok ileitidy, bez zjevných vředů, možná stenóza, což odlišuje terminální ileitidu při Crohnově nemoci. (Mináriková, 2021; Dujsíková, 2019, str. 29)

Proces vyšetření zahrnuje aplikaci sedativ (např. Dormicum) a spasmolytik (např. Buscopan) do žíly. Následuje zavedení endoskopu, který byl předtím navlhčen Mesocainem, do konečníku po předchozím prohmatání prstem. Provádí se v poloze na levém boku s pokrčenými dolními končetinami. Pro lepší viditelnost je během vyšetření střevo naplněno vzduchem. Před vyšetřením je důležité vysadit antikoagulancia, dokonale vyčistit tlusté

střevo a zajistit hygienu konečníku a vyprázdnění močového měchýře. Po vyšetření je doporučováno 30 minut klidu na lůžku, po terapeutické kolonoskopii 12 hodin, po dvou hodinách po výkonu je potřeba zůstat lačný a ve večerních hodinách je doporučena tekutá strava. Je nutné sledovat fyziologické funkce, bolest, nauzeu, nadýmání, krev ve stolici a po ambulantním výkonu je potřeba zajistit doprovod (kvůli podání sedace). (Nejedlá, 2015 b, s. 154)

Gastroskopie

Gastroskopie je součástí diagnostického postupu při klinických příznacích, které naznačují možné postižení horních částí zažívacího traktu. V těchto případech je nezbytné provést diferenciální diagnostiku pro vyloučení jiných patologií, např. vředové choroby nebo celiakie. (Mináriková, 2021)

Rektoskopie a anoskopie

Rigidní endoskopické vyšetření konečníku a anu, které umožňuje přímou diagnostiku, odběr vzorků tkáně pro biopsii nebo případně terapeutický zákrok, jež je nezbytný pro jakékoliv pracoviště specializované na proktologii. Jedinou absolutní kontraindikací je stenóza anu, ať už je vrozená nebo získaná, což znemožňuje vložení přístroje. Také průjmová onemocnění, která jasně ukazují na infekční původ, jsou považována za relativní kontraindikaci. (Navrátil a kol., 2017, s. 207; Horák a kol., 2013, s. 54)

Rektoskopie je endoskopický proces, který se zaměřuje na prohlídku konečníku a dolní části sigmoidního střeva. Tato část gastrointestinálního traktu může být vizualizována až na vzdálenost 30 cm. Pro tento účel se využívá tuhý rektoskop. Vyšetření umožňuje odebrání vzorku tkáně pro biopsii. Během procedury je pacient ve výchozí poloze na kolenou a loktech, na boku nebo v gynekologické poloze. Před samotným vložením rektoskopu, lékař prozkoumá konečník prstem, poté vloží rektoskop potřený místním anestetikem Mesocainem. Příprava na tento zákrok zahrnuje dodržení stravy bez zbytků po dobu dvou dnů, vyprázdnění konečníku buď přirozeným procesem nebo pomocí čípku, a důkladná hygiena konečníku. (Nejedlá, 2015 b, str. 154)

Biopsie

Biopsie slouží spíše jako potvrzení diagnózy než jako její hlavní stanovení a obvykle odhalují přítomnost chronické aktivní kolitidy. Histologický náález je omezen na sliz-

niční vrstvy, kde je vidět variabilní stupeň infiltrace lymfocyty, plazmatickými buňkami a granulocyty. K dalším histologickým charakteristikám patří deformace kryptové architektury, a to jejím zkrácením a zmatením, atrofií krypt, abscesy krypt a větvením krypt. Navíc, přítomnost metaplastických Panethových buněk naznačuje dlouhotrvající zánětlivý proces. (Feuerstein et al., 2014)

2.7.5 Zobrazovací vyšetřovací metody

Radiologická vyšetření jsou klíčovou součástí diagnostického procesu IBD. Umožňují neinvazivní zobrazení trávicího traktu a hodnocení zánětlivých změn, včetně komplikací. Jsou také využívány pro dlouhodobé sledování účinnosti lékové a chirurgické léčby.

Ultrasonografie

Ultrasonografie (UZ) má v oblasti zobrazovacích vyšetření dominantní postavení díky své bezpečnosti, dostupnosti, nízké ceně a také absence nežádoucích účinků. Je méně vhodná pro vyšetření UC, jelikož zánět sliznice je téměř vždy lokalizován v rektu. Na druhé straně, UZ je častěji využívána při diagnostice Crohnovy nemoci, která je charakterizována transmurálním zánětem.

Výpočetní tomografie

Výpočetní tomografie (CT) je nyní široce dostupnou technikou používanou k zobrazování břišní dutiny po předchozím podání kontrastní látky perorálně a intravenózně. Typ a metoda aplikace kontrastního média se mění v závislosti na informacích, které chceme získat z daného vyšetření. Pro hodnocení rozsahu zánětlivého postižení střeva nejčastěji provádíme CT enterografii. CT vyšetření také slouží jako terapeutická metoda, která umožňuje intervenční léčbu, např. drenáž tekutinových kolekcí. Přestože vyšetření nabízí řadu výhod, je třeba vzít v úvahu radiační zátěž, která je s tímto vyšetřením spojena. Z tohoto důvodu v současnosti upřednostňujeme vyšetření střeva pomocí magnetické rezonance (MR).

MR enterografie

Použití magnetické rezonance (MR) v diagnostice IBD se stává stále běžnějším díky absenci radiace. Hlavním účelem magnetické rezonance je stanovení rozsahu zánětlivých změn ve střevě, které nelze prozkoumat endoskopicky. (Mináriková, 2021)

Prostý rentgenový snímek břicha

Skiagrafičká procedura je založena na vytvoření statického nativního (bez použití kontrastního média) sumačního rentgenového obrazu. Techniky využívající rentgenové záření jsou spojeny s radiační expozicí a malým, ale neméně významným, rizikem vzniku sekundárního nádoru. Nativní obrazový záznam je proveden ve stoje, s využitím horizontálního paprsku. Proces zahrnuje dva snímky – první s centrací paprsku na vrcholcích bránice a druhý snímek je zaměřen na střed břicha. (Lukáš a kol., 2018, s. 81)

2.8 Terapie ulcerózní kolitidy

Současné poznatky o etiopatogenezi idiopatických střevních zánětů neposkytují základ pro kauzální léčbu, je možné pouze provádět symptomatickou léčbu. Je důležité zahájit léčbu pacienta co nejrychleji po stanovení diagnózy, sledovat účinnost zvolené léčby v pravidelných intervalech a případně ji co nejdříve změnit, pokud není efektivní. Tímto způsobem lze zabránit progresi choroby do chronického stadia a umožnit pacientovi lepší kvalitu života. Klíčovými cíli této léčby jsou:

1. Řešení relapsů onemocnění – léčba vyžaduje použití léků s rychlým účinkem. K těmto lékům především patří kortikoidy, z imunosupresiv pak cyklosporin A a také biologická léčba.

2. Co nejdelší udržení období remise – udržení klidového období je zajišťováno pomocí imunosupresiv, obvykle thiopurinů, biologické léčby a v určitých případech také methotrexátu. Při méně závažných formách se opět používají aminosalicyláty. Specifickou složkou léčby představují enterální a parenterální výživa, antibiotika a možná i probiotika.

3. Léčba komplikací souvisejících s onemocněním – zařazujeme absces, píštěl, perforace, masivní krvácení, obstrukce, neoplazie a toxické megakolon v případě fulminantní kolitidy. Řešení těchto situací vyžaduje odborné zasáhnutí a je v kompetenci chirurga. (Dujsíková, 2019, s. 29–31)

Režimová opatření – během akutního stadia průjmu by měli pacienti minimalizovat fyzické zatížení a prioritou by mělo být především odpočívání. Nedodržení této zdánlivě základní rady může u starších jedinců vést k vážným následkům, včetně závažných zranění způsobených kolapsem nebo k smrtelným následkům srdeční arytmie, která může nastat v důsledku dehydratace a minerálního nerovnováhy. Na druhou stranu, absolutní klid na lůžku by neměl být doporučen, s odkazem na zvýšené riziko tromboembolického onemocnění. (Ehrmann a Konečný, 2012, s. 156-158)

2.8.1 Lékové skupiny určené k léčbě

Aminosalicyláty – základním prvkem léčby UC, která postihuje rektum, je aplikace lokálních forem mesalazinu v podobě čípků. Efektivní denní dávka je 1g mesalazinu, který je podáván jednou denně za účelem zvýšení pacientovy adherence k terapii. U pacientů s UC omezenou na levou stranu tlustého střeva se doporučuje kombinace orálního mesalazinu (minimálně 2g denně) s lokální terapií pro lepší účinnost. Kombinovaná terapie je efektivnější než jednoduchá lokální nebo perorální léčba. Při postižení celého tlustého střeva je klíčová orální dávka mesalazinu 4g denně s lokálními aplikacemi, jako jsou nálevy.

Kortikoidy – v rámci léčby ISZ uplatňujeme protizánětlivé a imunosupresivní vlastnosti kortikoidů. Jsou doporučovány pouze pro léčbu relapsů onemocnění, vzhledem k riziku nežádoucích účinků (například: hyperglykémie, katarakta, hypertenze atd.) a nedostatečné účinnosti nejsou vhodné pro udržení remise onemocnění.

Imunosupresiva – potlačují imunitní reakce organismu, mají přímý a dlouhodobý vliv na průběh idiopatických střevních zánětů. Thiopuriny jsou považovány za optimální lék pro udržovací léčbu těchto onemocnění. Mezi možné nevýhody patří potenciální nežádoucí účinky, jako je hematotoxicita s útlumem kostní dřeně, hepatotoxicita, gastrointestinální intolerance a akutní pankreatitida. Je nutné pravidelně sledovat krevní obraz a provádět jaterní testy po celou dobu léčby.

Cyklosporin A – v době biologické léčby, je považován za lék druhé volby při léčbě akutních těžkých ataků ulcerózní kolitidy (fulminantní kolitida), které jsou rezistentní na kortikoidy. Během celé doby léčby je nutné sledovat potenciální nežádoucí účinky, včetně bolestí hlavy, hypertenze a nefropatie. Vzácně se mohou objevit parciální záchvaty podobné epilepsii nebo poruchy vidění. Tyto příznaky obvykle zmizí během několika dní po ukončení užívání cyklosporinu A.

Biologická léčba – v současnosti je považována za nejefektivnější farmakologický způsob léčby idiopatických střevních zánětů. Je doporučována pro léčbu s mírnou až vysokou aktivitou onemocnění, v případě, kdy konvenční terapie (kortikoidy, imunosupresiva) neposkytuje dostatečný efekt. Je také vhodná pro pacienty s komplikacemi, jako je fulminantní průběh UC, přítomností některých extraintestinálních postižení nebo při průběhu onemocnění závislém na kortikoidu.

Infliximab (IFX) – jedná se o chimérickou monoklonální protilátku. Klinické zlepšení se očekává do 14 dní, endoskopická kontrola se provádí okolo 12. týdne. Pokud se projeví známky hojení, léčba pokračuje cyklicky každých 8 týdnů. IFX má rychlejší nástup účinku díky intravenóznímu podání, ale může způsobit alergickou reakci nebo selhání léčby kvůli přítomnosti myší bílkoviny.

Adalimumab (ADA) – kompletně humánní monoklonální protilátka, se podává subkutánně každých 14 dní. Počáteční dávka je 160 mg, následuje 80 mg a poté se pokračuje dávkou 40 mg každých 14 dní. Pokud není odpověď na léčbu dostatečná, lze dávku zvýšit na 40 mg každých 7 dní. ADA má minimální riziko alergických reakcí, ale účinek nastupuje pomaleji.

Golimumab – je zcela humánní monoklonální protilátka IgG1 a je indikován pouze pro léčbu UC. Počáteční dávka je 200 mg podávána subkutánně, následována dávkou 100 mg za 2 týdny. Pokračovací léčba závisí na hmotnosti pacienta - 50 mg nebo 100 mg subkutánně každé 4 týdny.

Vedolizumab a ustekinumab – jsou nové léky v léčbě idiopatických střevních zánětů, které byly schváleny na jaře 2018. Hlavní indikací pro jejich použití je léčba středně těžkých a těžkých forem těchto onemocnění, zejména u pacientů, u kterých byla léčba anti-TNF přípravky neúspěšná, nebo jejich terapeutická odpověď na ně byla nedostatečná.

Antibiotika – v případě závažného stavu pacienta podáváme antibiotika v konzultaci s antibiotickým centrem. Nejčastějšími důvody pro podání antibiotik jsou infekce, zá-
nětlivá ložiska v břiše či vnitřní píštěle. Nejčastěji používanými antibiotiky u pacientů s idiopatickými střevními záněty jsou Metronidazol, rifaximin a nifuroxazid.

Probiotika – nepatogenní mikroorganismy, které mohou pozitivně ovlivnit stav pacienta tím, že změnou nebo stabilizací střevní flóry. Probiotická léčba idiopatických střevních zánětů je indikována v případě lehkého až středně těžkého relapsu v kombinaci s mesalazinem, pro udržovací léčbu (jako alternativa k mesalazinu), pro prevenci vzniku pouchitidy (zánětu vaku vytvořeného z části tenkých střev u pacientů s ulcerózní kolitidou po odstranění tlustého střeva) a pro prevenci exacerbace chronické pouchitidy. Nejčastěji používaná probiotika obsahují kmeny lactobacilů, gram pozitivních koků, bifidobakterií a kvasinkové mikroorganismy – saccharomyces boulardi.

Nutriční podpora – podpora výživy je indikována u pacientů s idiopatickými střevními záněty, pokud je třeba zvýšit příjem živin nebo zlepšit nutriční stav pacienta, a to buď cestou sondy či sippingu (doplňky stravy). (Dujsíková, 2019, str. 29–31)

2.8.2 Léčba chirurgická

Přibližně 10 až 30 procent pacientů s postupně potřebuje chirurgický zákrok. Operace může být prováděna v rámci nouzových, naléhavých nebo volitelných případů. Nouzové operace se provádějí v případě život ohrožujících komplikací fulminantní kolitidy, která nereaguje na konzervativní léčbu. Záměrem jak nouzové, tak naléhavé chirurgie je obnova pacientova zdraví odstraněním zátěže zaníceného tlustého střeva. Hlavním řešením v těchto situacích je tedy parciální kolektomie s dočasnou ileostomií a bez odstranění rektálního pařezu. Po úplném zotavení pacienta lze provést restorativní operaci s vytvořením ileální kapsy s anální anastomózou (IPAA) a uzavřením ileostomie, což snižuje riziko komplikací. Proktokolektomie s IPAA je standardní postup při volitelné chirurgii. (Ordás et al., 2012)

Pacienti s toxickým megacolonem, perforací, nekontrolovatelným krvácením, neúspěšnou lékařskou terapií (např. závislost na kortikosteroidech) nebo dysplazií tlustého střeva či maligním nádorem by měli být indikováni k chirurgické intervenci. V akutních případech závažné je preferovaným chirurgickým řešením totální kolektomie doplněná Hartmanovým pouzdem. Tento postup může být následně převeden na kompletní proktokolektomii s koncovou ileostomií nebo ileoanálním rezervoárem. Většina pacientů preferuje ileoanální rezervoár, jelikož umožňuje zachování fyziologické cesty stolice. (Feuerstein et al., 2014)

Operace představuje jakýkoli výkon s diagnostickým, léčebným či preventivním účelem, jenž zahrnuje invazivní zásah do těla za použití nástrojů a zařízení. Takový zásah může mít dopad na fyzickou, psychickou, sociální i ekonomickou rovinu jedince, přičemž primárním cílem je obnovení zdraví, záchranu života nebo jeho prodloužení.

Indikace k chirurgickému zákroku odpovídá konkrétnímu zdravotnímu stavu pacienta, kdy je operace považována za nejadekvátnější metodu řešení zdravotního problému či záchránění života. **Absolutní indikace** k operaci se vztahuje na situace, kdy by pacient bez chirurgického zásahu zemřel. V takovém případě je operace považována za nevyhnutelnou a životně důležitou, což je označováno jako **vitální indikace**. **Realitní indikace** k operaci se týká onemocnění, kde život pacienta není bezprostředně ohrožen, avšak od operace lze

očekávat lepší nebo trvalejší léčebné výsledky ve srovnání s konzervativním léčebným přístupem.

2.8.3 Ošetrovatelský proces v perioperačním období

Proces předoperační péče se zahajuje v momentě, kdy je rozhodnuto o provedení chirurgického zákroku a pokračuje až do okamžiku, kdy je pacient transportován na operační sál. Doba nutná pro předoperační přípravu se liší a je ovlivněna naléhavostí provedení chirurgického výkonu. Cílem této přípravy je dosáhnout stabilizace pacienta před operací, minimalizovat rizika spojená s operací, předejít možným komplikacím po zákroku a poskytnout pacientovi informace o postupu po operaci.

Existují různé typy předoperační přípravy, které zahrnují **obecnou přípravu**, jež se týká všech pacientů bez rozdílu a jejíž rozsah je určen podle akutnosti zákroku a zahrnuje standardní opatření pro všechny pacienty. **Speciální příprava** se pak zaměřuje na konkrétní onemocnění, věk pacienta, typ použité anestezie a na rozsah a specifika plánované operace, a je doplněním obecné přípravy pro specifické situace. Dále se předoperační příprava dělí na **tělesnou, psychickou a medikamentózní**, která zahrnuje přípravu těla pacienta, edukaci a zmírnění jeho obav a případnou úpravu lékové terapie. Předoperační péče může být **dlouhodobá, krátkodobá nebo bezprostřední (viz níže)**, v závislosti na specifických potřebách a okolnostech.

Dlouhodobá příprava pacienta na chirurgický zákrok je závislá na jeho celkovém zdravotním stavu a na specifikách plánované operace. Provádí se standardní lékařské vyšetření (zdravotnická dokumentace, anamnéza, fyzikální prohlídka, interní a gynekologické vyšetření, hodnocení vitálních funkcí, laboratorní testy, elektrokardiografie, radiografie srdce a plic), určení anesteziologického rizika, doporučení autotransfúze u vybraných pacientů a nutriční podpora. Riziko tromboembolických komplikací závisí na délce a rozsahu operace, obezitě a imobilitě. Pro monitorování antikoagulační léčby se sledují hodnoty INR (International Normalised Ratio). Warfarin se přerušuje cca 5 až 7 dní před operací.

Krátkodobá předoperační příprava, prováděná do 24 hodin před chirurgickým zákrokem, je součástí pokračující dlouhodobé přípravy. V této fázi lékaři a sestry na základě svých kompetencí revidují informace a kontrolují výsledky předoperačních vyšetření, případně je doplňují dle pacientova zdravotního stavu. Rozhodnutí o typu anestezie je učiněno anesteziologickým konziliem a potvrzeno pacientem. Součástí je i pacientova edukace a určení premedikace. Pro optimální podmínky je nutné vynechat perorální příjem po-

travy a tekutin 6 hodin před zákrokem. Příprava zahrnuje ošetření operačního pole, přípravu gastrointestinálního traktu, podání léků dle předpisu, hygienickou péči a zajištění invazivních přístupů. Důležité je také pacienta informovat o nutnosti odstranění šperků, make-upu a protetických pomůcek před operací.

Bezprostřední příprava probíhá asi 2 hodiny před operací, zahrnuje revizi lékařské dokumentace, kontroly stavu hladu, psychiky, odstranění protetik, šperků a make-upu, hygieny a monitorování fyziologických funkcí. Dále zahrnuje ošetřovatelské intervence jako přikládání obvazů, zajištění invazivních přístupů a podání léků dle předpisu. Premedikace, podávaná orálně (ústí) nebo parenterálně (do svalu) 30-60 minut před operací, má za úkol snížit úzkost a sekreci slin a žaludečních šťáv, s důrazem na klid pacienta po aplikaci.

Období intraoperační péče začíná, když je pacient předán do péče týmu na operačním sále, a končí v momentě, kdy je transportován na jednotku intenzivní péče nebo na běžné chirurgické oddělení. Jedním z klíčových principů péče v operačním sále je spolupráce celého týmu, která zajišťuje pacientovi komplexní ošetření. Převoz pacienta na operační sál předchází proces, ve kterém pacient při vstupu změní své oblečení za operační košili a zakryje si hlavu operační čepicí. Je důležité pacienta neustále monitorovat, jelikož mu není dovoleno opustit lůžko. Ošetřující personál umístí pacienta na operační stůl, obvykle v poloze ležmo na zádech. Anesteziologická sestra připojí pacienta k monitoru, který sleduje životně důležité funkce během operace a zajistí připojení k periferní žíle pro podávání léků. Anesteziolog provede intubaci pacienta a připojí ho k ventilátoru, a pokud je to potřeba, vloží arteriální katetr. Během operace se vede podrobná dokumentace, do které se zaznamenává příprava, průběh, výsledky a případné komplikace operace.

Pooperační období je definováno jako čas od ukončení účinku anestezie do okamžiku, kdy je pacient připraven na propuštění domů. Bezprostředně po operaci, v rozmezí dvou až šesti hodin v závislosti na závažnosti operace, je pacient pečlivě monitorován na jednotce intenzivní péče nebo na standardním chirurgickém oddělení. Prvních 24 hodin po operaci je klíčové pro sledování pacienta, s důrazem na monitorování vitálních funkcí, detekci případných pooperačních komplikací, zvládnání bolesti a psychickou podporu. Veškeré pozorování a zásahy jsou zaznamenány v pacientově dokumentaci, včetně lékařských předpisů, které specifikují frekvenci monitorování vitálních funkcí, bilanci tekutin, laboratorní testy, podávání léků, dietní režim, pohybové omezení, péči o operační ránu a potřeb-

né další vyšetření. Důležité je také sledování odpadů, jako je krvácení, zvracení, stav operační rány a příznaky možných komplikací.

Pooperační komplikace, které mohou narušit běžný průběh zotavení, zahrnují hypoventilaci způsobenou anestezií, hypovolemický šok způsobený krevní ztrátou, výkyvy krevního tlaku a teploty, chirurgické komplikace jako je krvácení, předávkování léky, tromboembolické události, alergické reakce, vzduchovou embolií, poruchy močového systému, zvýšenou teplotu, poruchy homeostázy, funkční poruchy jater a GIT, a komplikace v operační ránu. (Janíková a Zelníková, 2013, s. 26-30, 34-40, 47-49; Libová a kol., 2019, s. 21, 42-48)

3 KVALITA ŽIVOTA

„Kvalita života je „subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“ (definice podle Světové zdravotnické organizace). Jinými slovy lze jako kvalitu života chápat míru, do jaké je člověk podle vlastního mínění schopen „fungovat“ nejen tělesně, ale i emočně, duševně a společensky. “ [cit. NZIP.CZ, 2023]

Koncepce kvality života pokrývá široké spektrum různých domén lidské zkušenosti, od fyzických funkcí po oblasti spojené s dosažením životních ambicí a prožíváním radosti ze života. Je důležité zdůraznit, že kvalita není pevně danou kategorií, ale je relativní, tedy může být vyhodnocována prostřednictvím kvalitativních a kvantitativních ukazatelů. Tento koncept se vztahuje na individuální život, který zahrnuje fenomény a aktivity charakterizující živou bytost. Život je tak považován za komplexní pojem, který zahrnujeme všechny sféry a projevy jeho aktivity – rodinný, společenský, pracovní, emocionální život atd. Kvalita života může být posuzována nejen u jedince, ale také u skupin, společností nebo populace. (Gurková, 2011, s. 21-23)

Při definování kvality života se často setkáváme s použitím prefixu multi. Kvalita života je tak popisována jako vícedimenzionální, ovlivněná mnoha faktory a je považována za multiúrovňový a multidisciplinární fenomén, tedy fenomén s vysokou úrovní složitosti. V každodenní komunikaci se pojem kvality života zpravidla pojí s pozitivní konotací pojmu kvalita (kvalitní=dobrý) nebo pojem vyjadřuje hodnotu. V odborné literatuře se setkáváme s rozlišením dvou typů kvality – objektivní a subjektivní. (Gurková, 2011, s. 21-23)

Stanovení kvality života je komplikovaný proces, jelikož je ovlivněn obrovským množstvím faktorů – od podmínek, v nichž jedinec existuje, přes socioekonomické aspekty až po zdravotní stav. Je třeba vzít v potaz také řadu dalších proměnných. V mnoha, především starších, definicích je kvalita života pojata z individuální perspektivy jako ekvivalent osobní spokojenosti, avšak je nutné zohlednit také konkrétní determinanty, které mohou kvalitu života ovlivňovat. (Olišarová a kol., 2012, s. 15-18)

Život s UC může vyžadovat implementaci modifikací denní rutiny, včetně změn ve stravovacích návycích až po způsob, jakým pacienti provádí fyzickou aktivitu, cestují

a participují v aktivitách, které by mohly potenciálně vyprovokovat nárůst symptomů. (Phillips, 2021)

3.1 Historie kvality života

V České republice se výzkum kvality života začal provádět na konci 20. století. První pokusy o její evaluaci byly zaznamenány v roce 1999, kdy byla kvalita života analyzována v rámci Selektivního průzkumu o zdravotní kondici české populace. (Olišarová a kol., 2012, s. 17)

3.2 Naplňování potřeb nemocných v kontextu Maslowovy pyramidy

Funkce seberealizace prakticky zaniká. Nemocný nevyhledává cesty k další realizaci, ale místo toho potřebuje ujištění o tom, že dosáhl určitých úspěchů a že jeho život měl smysl. **Sebeúctu** je možné posilovat tím, že se pacientovi dává najevo, že péče o něj není obtěžující. Je důležité dbát na jeho soukromí a osobní čistotu. **Láska a pocit příslušnosti** mohou být posíleny prokazováním porozumění a pomoci při vysvětlování osobních a vztahových nejasností. Pocit příslušnosti k určité skupině závisí na akceptaci jedince v jeho nemoci, pochopení jeho změněných potřeb a nároků. Tolerovat nemocného a jeho potřeby a projevovat individuální zájem o jeho osobu. Zajistit, že pacient nebude opuštěn a že nebude zůstat sám, je klíčové pro jeho **pocit bezpečí a jistoty**. Je třeba se pokusit zmírnit jeho bolest a pokud možno odstranit další doprovodné příznaky, jako je nevolnost, nechutenství nebo nespavost. **Fyziologické potřeby** zůstávají v centru zájmu nemocného po velmi dlouhou dobu. Zájem o jídlo a pití může postupně upadat. Poskytovatelé péče pak přebírají roli zabezpečení těchto fyziologických potřeb. (Šamánková, 2011, s. 36)

3.3 Hodnocení kvality života souvisejícím se zdravím

Zdravotně související kvalita života (HRQOL) je uznávána jako užitečný indikátor celkového zdravotního stavu, jelikož dokáže poskytnout informace o fyzickém a psychickém zdraví jednotlivců, stejně jako o dopadech jejich zdravotního stavu na kvalitu života. K hodnocení a kvantifikaci HRQOL na úrovni států a národů vypracovala Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) soubor čtyř základních otázek (CDC HRQOL-4): (1) Jak byste zhodnotili svoje zdraví obecně – jako vynikající, velmi dobré, dobré, slušné nebo špatné? (2) Mějte na paměti svoje tělesné zdraví, které zahrnuje fyzické nemoci a úrazy, kolik dnů v posledních 30 dnech jste považovali svoje fyzické zdraví za nedostatečné? (3) Mějte na paměti svoje duševní zdraví, tedy stres, deprese a emoční problémy, kolik dnů v posledních 30 dnech jste považovali svoje duševní zdraví za nedostatečné? (4) Kolik dnů

vám v posledních 30 dnech zhoršené fyzické nebo duševní zdraví bránilo ve vykonávání běžných činností, jako je péče o sebe, práce nebo odpočinek? (Yin et al., 2016)

3.3.1 Inflammatory Bowel Disease Questionnaire

Dotazník je nejfrekventovanějším nástrojem pro zjišťování stavu pacientů trpících nespecifickým zánětem střev. Byl vyvinut v roce 1988 a sestává z 32 otázek (**IBDQ-32**), které jsou hodnoceny pomocí 7stupňové Likertovy škály. IBDQ se zaměřuje na měření kvality života ve čtyřech oblastech: střevní symptomy, celkový zdravotní stav, sociální interakce a emoční stav. Skóre IBDQ-32 reflektuje změny vyplývající z terapie, což podporuje využití tohoto instrumentu pro měření výsledků kvality života u pacientů zapojených do klinických studií zaměřených na UC. Tento nástroj byl validován v mnoha zemích, včetně České republiky. Existují také různé varianty tohoto dotazníku, včetně **Short-IBDQL**, což je zkrácená verze obsahující pouze 10 otázek, které byly vybrány z původního IBDQ pomocí postupné regrese. Tato verze je optimalizovaná pro využití v klinickém prostředí. Další variantou je **IBDQ-36**, který obsahuje 36 otázek rozdělených do pěti oblastí: celkové příznaky, střevní příznaky, funkční zhoršení, sociální zhoršení a emoční zhoršení. Pro hodnocení je opět využita 7stupňová Likertova škála. (Gurková, 2011, s. 159; Gabalec, 2007; Yarlal et al., 2020)

3.3.2 Sickness Impact Profile (SIP)

SIP je standardizovaný dotazník sestávající ze 136 otázek, který hodnotí, jak pacient vnímá svůj denní život v souvislosti se svým onemocněním ve dvanácti oblastech. Každou kategorii lze shrnout a vyhodnotit v rámci fyzického a psychického aspektu, což tvoří celkové skóre. Tento dotazník také zahrnuje nezávislé kategorie jako je stravování, spánek a odpočinek, domácí práce či rekreace a zábava. (Gabalec, 2007)

3.3.3 Dotazník WHOQOL-BREF + WHOQOL-100

Nástroj WHOQOL, který byl původně navržen pro hodnocení kvality života u dospělé populace do 65 let, sestával ze 100 rozsáhlých položek. Tento instrument se v klinické praxi ukázal jako značně náročný, zejména pokud byl využíván společně s jinými dotazníky a hodnoticími metodami. V reakci na tuto skutečnost a s cílem zlepšit jeho praktickou aplikaci byla vytvořena zkrácená verze s názvem WHOQOL-BREF.

WHOQOL-BREF se skládá ze 26 položek, které pokrývají čtyři klíčové oblasti kvality života: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí. Zatímco původní dlouhá verze WHOQOL-100 obsahovala v každé facetě 4 otázky, pro tuto zkrácenou

verzi byla z každé facety vybrána pouze jedna otázka s nejlepšími psychometrickými vlastnostmi. Tato struktura umožňuje WHOQOL-BREF zahrnout 24 otázek přímo vztahujících se k těmto čtyřem oblastem, spolu se dvěma otázkami pro celkové hodnocení.

Nástroj hodnotí posledních 14 dní u respondentů na pětistupňové škále a vykazuje vysokou vnitřní konzistenci. Přestože WHOQOL-BREF zahrnuje všechny běžné oblasti života, nenabízí otázky, které jsou specificky relevantní pro pacienty s konkrétními nemocemi, jako je hodnocení nevolnosti. Rovněž nástroj nezachycuje problémy a zkušenosti typické pro starší věkové skupiny. Toto vedlo k rozhodnutí vytvořit speciální moduly WHOQOL, které by lépe odrážely potřeby těchto specifických populací. (Gabalec, 2007; Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s.14-15)

3.3.4 Rating Form of IBD Patient Concerns

Drossman v roce 1991 uvedl standardizovaný dotazník obsahující 25 položek, jehož účelem bylo odlišit IBD od ostatních střevních chorob a odhadnout vývoj nemoci. Odpovědi na otázky jsou hodnoceny na stupnici od 0 do 100. Existuje významná korelace mezi tímto dotazníkem a dotazníkem SIP. (Gabalec, 2007)

3.4 Osobní rozvoj a pohoda

3.4.1 Psychická pohoda

Stres představuje adaptivní odpověď organismu na interní či externí stimuly, které přesahují jeho adaptabilní kapacity a interferují s homeostatickými mechanismy, čímž indukují stav zvýšené pohotovosti až akutní adaptační reakce. Optimalizace strategií zvládnutí stresových faktorů je proto klíčová. Reakce na stres jsou produktem individuálních odpovědí na specifické situace či události. Percepce stresu je primárně podmíněna subjektivním interpretačním rámcem, který určuje, do jaké míry jsou určité situace či okolnosti pro jedince zatěžující a vedou k nadměrnému zatížení organismu. Přetrvávající expozice těmto stresorům bez adekvátní modifikace reakce může vést k chronickému stresu, který je signifikantním faktorem pro vznik syndromu vyhoření nebo funkčního kolapsu. Úplné eliminaci stresu nelze dosáhnout, avšak je možné jeho efekty minimalizovat a zlepšit mechanismy jeho zvládnutí prostřednictvím hlubší sebereflexe a self-monitoringu. (Hazuková, 2020, s. 32)

Život s UC může přinášet stres a často může vést k obdobím frustrace a melancholie. Pokud se po několik týdnů nebo déle cítí pacienti úzkost nebo deprese, je důležité vyhledat radu odborníka na mentální zdraví. U lidí s UC je častější výskyt depresí a úzkostí

než ve všeobecné populaci. Symptomy deprese mohou zahrnovat obtíže se soustředěním nebo s pamětí, ztrátu apetitu nebo naopak přejídání, podrážděnost nebo neklid, a trvalé pocity smutku nebo prázdňového pocitu. Terapeutické strategie zahrnují stanovení realistických cílů, rozdělení velkých úkolů na menší, a trávení kvalitního času s rodinou a přáteli. Stres je normální tělesná reakce na situace, dlouhotrvající stres nebo stres spojený s negativními pocity může negativně ovlivnit mentální a fyzické zdraví. Způsoby, jak snížit stres, mohou zahrnovat vědomí o umístění nejbližší toalety, nošení dodatečných toaletních potřeb a podporu od rodiny a přátel. (Phillips, 2021)

3.4.2 Zvládání bolesti

Obzvláště v obdobích, kdy se onemocnění zhoršuje, mohou pacienti zažívat trvalé bolesti břicha, průjem, nadýmání, plynatost a další obtěžující symptomy. V takových chvílích, pokud se setkávají s bolestí nebo nevolností, je důležité umožnit dostatek spánku a odpočinku. Někteří lidé postižení UC nalézají úlevu v aplikaci lehkého tepla na břišní oblast při křečích nebo pocitech nevolnosti. Doporučuje se také konzultovat s lékařem možnosti léčby, ať už se jedná o předepsané léky nebo přípravky dostupné bez receptu, pro kontrolu symptomů, včetně léků proti nevolnosti. (Phillips, 2021)

3.4.3 Sebepoznání

Autoreflexe a introspekce jsou základními stavebními kameny pro dosažení sebepřijetí, sebelásky a sebeúcty. Rozvoj osobního života a cílené směřování jsou neoddělitelně spjaty s hlubokým porozuměním vlastnímu já, jeho hodnotám a ambicím. U jedinců trpících chronickým onemocněním střev je sebepoznání nezbytnou kompetencí, která může vést k ustálení jak somatického, tak psychického zdraví. Pravidelná praxe seberefektivních technik, věnování času pro relaxaci a uvědomění si osobních potřeb a tužeb, umožňuje vytvoření hlubší citové vazby k vlastnímu já a přispívá k celkovému subjektivnímu pohodlí. Vědomé vyčlenění času pro sebe je zásadní pro schopnost aktivně naslouchat vlastním potřebám a adekvátně na ně reagovat. Prioritizace sebe sama vede k lepšímu porozumění fyzickým i psychickým požadavkům, neboť nejlépe je známe právě my sami. Je esenciální rozvíjet schopnost vnímat a interpretovat signály vysílané naším tělem, jako jsou pocity hladu, žízně, únavy, podrážděnosti, roztržitosti či vnitřní neklid, a tyto signály považovat za indikátory, které by neměly být přehlíženy. Tělo nám skrze tyto signály komunikuje své základní potřeby, které je nezbytné naplnit pro udržení zdraví a rovnováhy.

3.4.4 Sebeřijetí

Autopercepce a integrace somatických i psychických aspektů jsou nezbytné pro pochopení a efektivní fungování jedince ve svém životním kontextu. Omezení vyplývající z dietních opatření či modifikací denního režimu mohou působit rezistenci, neboť jedinec se může cítit vyčleněn ze společenských norem a tradic. Tyto adaptace, pokud nejsou akceptovány, mohou vést k negativním zdravotním výsledkům a psychickému diskomfortu. Přijetí vlastních fyzických omezení a integrace těchto aspektů do pocitu celistvé identity je komplexní proces, který vyžaduje akceptaci nejen toho, čím jedinec je, ale také toho, co není.

Identita a sebepercepce jsou klíčové pro psychickou stabilitu jedince. Kognitivní struktury a sebepojetí jsou základem, na kterém jedinec reaguje a adaptuje se na své vnitřní a vnější prostředí. Negativní sebeobraz má tendenci ovlivnit biologické reakce těla, což může negativně přispět k celkovému zdravotnímu a psychickému stavu. Proto je zásadní rozvoj pozitivního sebevědomí a afirmace, které podporují harmonickou interakci mezi mentálními a fyzickými aspekty osobnosti.

3.4.5 Sebeláska

Sebeláska se rodí z hluboce zakotveného sebevědomění a sebeakceptace. Její projevy jsou rozmanité a zahrnují osobní péči, projevy benevolence k sobě, rozvoj individuálních schopností a talentů, přijetí lásky a podpory od ostatních, pozitivní uznání, odpočinek a relaxaci.

Láska k sobě je základním stavebním kamenem funkčních mezilidských vztahů a hraje klíčovou roli v udržení životní rovnováhy. Když se máme rádi, usilujeme o to nejlepší pro sebe včetně kvalitní stravy, adekvátního a dostatečného fyzického pohybu, zdravých sociálních interakcí a smysluplného profesního uplatnění. (Hazuková, 2020, s. 33)

3.5 Zdraví a životní styl

3.5.1 Výživa a stravovací návyky

V období aktivního průběhu nemoci je nezbytné zcela dodržovat dietu bez zbytků. Strava je tvořena potravinami, které nenechávají ve stolici téměř žádné zbytky, a tím se snižuje střevní zátěž. Doporučuje se konzumovat jídlo pravidelně v šesti až sedmi porcích denně (každé 2,5-3 hodiny) v menších množstvích, přičemž poslední jídlo by mělo následovat 2-3 hodiny před spaním. Je důležité jídlo v ústech dostatečně rozemlít a tekutiny

konzumovat odděleně od pevné stravy. Strava je velice individuální a závisí na snášenlivosti specifických potravin a na stupni střevního poškození.

Optimální je nahrazovat živočišné tuky rostlinnými a konzumovat pouze oleje lisované z ořechů a semen. Vhodnější variantou jsou nízkotučné mléčné výrobky, polotučné podle tolerance, a dávat přednost zakysaným variantám. Polysacharidy, jako jsou brambory, bramborová kaše, bílá rýže, bílé těstoviny, jáhly, kroupy, ovesné a ječmenné vločky, je dobré zařadit do svého jídelníčku. Doporučuje se konzumace pouze libového masa. Ryby, které jsou bohatým zdrojem omega 3 nenasycených mastných kyselin zmírňujících zánět, by měly být součástí stravy minimálně 2-3x týdně. Cukry by měly být konzumovány v omezené míře. Vhodná zelenina zahrnuje mrkev, celer, petržel, rajčatový protlak, špenát bez česneku, cuketa, chřest, a dýně. Adekvátní druhy ovoce jsou například: jablka, banány, meruňky, broskve, a mandarinky. Čerstvé ovoce je lepší konzumovat loupané, strouhané, nebo vařené. Je důležité dodržovat pitný režim (přibližně 2 l tekutin denně). Vhodné jsou pitná voda, případně slabší zelený čaj, černý čaj, a podobně. Luštěniny nejsou pro konzumaci vhodné. Koření by mělo být používáno jen neдрáždivé, nejsou vhodné paprika, pepř, kari, a podobně. Při podvýživě se doporučuje zařadit do stravy sipping (výživný nápoj s vysokým obsahem nutričně významných látek). Existují různé typy sippingů, s vysokým obsahem proteinů, s rozpustnou vlákninou, energeticky bohatý, a tak dále. Sipping je vhodné popíjet během celého dne mezi jídly. Popíjení je doporučeno zpočátku po malých porcích (50-100 ml 4-6x denně), aby byla zajištěna dostatečná saturace organismu živinami.

Optimální metody tepelného zpracování jídel představují především vaření a dušení. Naopak, grilování a smažení jsou považovány za nejméně vhodné techniky tepelného zpracování potravin. (Vokounová, 2020)

3.5.2 Pohybové aktivity

Někteří pacienti trpící UC se domnívají, že dostatečná míra vhodných forem pohybové aktivity přispívá ke zlepšení jejich celkového pocitu. Možným vysvětlením je redukce stresu a podpora celkového pocitu pohody. Fyzická aktivita může také přinášet dlouhodobé prospěchy, jež mohou přispět k zvládnutí některých komplikací UC, včetně posílení kostní tkáně a potenciální snížení rizika vzniku kolorektálního karcinomu. Mezi důležité faktory patří: nevzdalovat se od toalety, udržovat dostatečný příjem tekutin, nepřetěžovat se, zajistit adekvátní odpočinek během exacerbace nemoci. (Phillips, 2021)

3.5.3 Spánek a odpočinek

Spánek je fyziologický a reverzibilní stav, který je především regulován neurobiologickými procesy, a je klíčovou součástí lidské existence nezbytnou pro zachování zdraví a pohodlí. Optimální doba spánku by měla přesahovat minimálně 7 hodin. Existuje výrazný vztah mezi nedostatkem spánku, výskytem kardiovaskulárních onemocnění a vznikem zánětlivých procesů v těle. (Sejbuk et al., 2022)

Hodnocení kvality života pacientů s IBD ukazuje, že nedostatečný nebo špatný spánek může představovat značný zdravotní problém. Souvislost mezi kvalitou spánku a aktivitou onemocnění byla zkoumána v několika studiích s různými výsledky. Výsledky ukazují významnou souvislost jak mezi subjektivní kvalitou spánku a aktivitou onemocnění, tak mezi účinností spánku a aktivitou onemocnění. Důkazy nasvědčují tomu, že špatná kvalita spánku, jak subjektivně, tak objektivně měřená, je spojena se zvýšeným rizikem aktivity onemocnění. Další větší experimentální studie jsou potřebné k potvrzení těchto závěrů a hlubšímu porozumění vlivu kvality spánku na změny ve střevní patologii. (Guilhao Hao et al., 2020, s. 301-308; Conley et al., 2021, s. 181-189)

3.5.4 Sexuální život

Sexuální život pacientů trpících IBD v remisi nevykazuje zásadní změny. Ovšem pacienti v aktivní fázi onemocnění mohou zaznamenat snížení libida v důsledku sekundárních hormonálních změn a celkového neuspokojivého zdravotního stavu. Specifickou skupinu tvoří pacienti s postižením konečníku, perianálními píštělemi a abscesy, u kterých může být sexuální život výrazně ovlivněn negativně. Tento efekt může být způsoben psychologickými bariérami v důsledku chorobného postižení intimních oblastí, jakož i nepříjemnými nebo bolestivými zážitky z intimního styku způsobenými zánětlivým procesem v malé pánvi. Podobné potíže mohou nastat po operacích pro perianální chorobu nebo po vytvoření ileoanálního pouzdra. U mužů může chirurgické odstranění konečníku vést k poruchám erekce nebo ejakulace. V těchto případech je klíčový citlivý a empatický přístup informovaného partnera. (Matějková a kol., 2021, s. 77)

3.6 Sociální a rodinné interakce

3.6.1 Role rodiny v péči o chronicky nemocné

Na rozdíl od náhlých infekčních onemocnění, která trvají jen několik týdnů nebo dní, se chronické onemocnění vyvíjí postupně a může značně narušit zdraví lidí. Dlouhodobost a často nevléčitelnost chronických onemocnění znamenají, že významnou roli hra-

jí každodenní život a rodinné vztahy nemocného. Kromě zdravotnických profesionálů a dalších pracovníků se na řízení nemoci a její léčby podílí také pacient a jeho rodina. Role rodiny se mění podle toho, jakou roli pacient zaujímá v ní. Nemoci, které nejsou lehké a nevedou k rychlému uzdravení, mohou zcela změnit fungování rodiny, jednotlivé role a rodinu jako celek. Chronické onemocnění může výrazně ovlivnit každodenní činnosti rodinného života. Rodina jako sociální skupina má proto nezastupitelnou roli v terapeutickém procesu, ovlivňuje chování nemocného a poskytuje širší podmínky pro jeho život, podporu, ocenění. Obvykle již od prvních fází nemoci pomáhá interpretovat symptomy zdravotního stavu a rozhoduje o vyhledání lékařské pomoci atd. Reakce společnosti na nemoc tvoří důležité sociologické téma. Je na společnosti, zda jsou pacienti postižení určitou chorobou vnímáni jako odepsaní jedinci nebo jako hrdinové. (Bártlová, 2005, s.53-56)

3.6.2 Těhotenství a plodnost

Reprodukční schopnost žen obecně nepodléhá redukci. Avšak, u pacientek podstupivších ileopouch-anální anastomózu (IPAA) v rámci léčby se eviduje až třikrát vyšší pravděpodobnost infertilitního výsledku. Optimum pro koncepci je období, kdy je onemocnění v remisi. V případě, že dojde k početí během remisní fáze zánětlivého onemocnění střev (IBD), pravděpodobnost recidivy během gravidity se pohybuje kolem 33 %. Naopak, pokud dojde k těhotenství v aktivní fázi IBD, aktivní symptomy přetrvávají u přibližně 66 % těhotných žen, zatímco u zbývajících třetiny může docházet k přechodu onemocnění do neaktivní fáze. Aktivní průběh onemocnění při těhotenství může vést k zvýšenému riziku předčasného porodu a narození dítěte s nízkou porodní hmotností. (Matějková a kol., 2021, s. 30-33)

3.6.3 Zaměstnanost / práce

Jako zdravotně znevýhodněný je identifikován jedinec, který trpí funkčním omezením nebo zdravotním postižením, jež sice nebrání v pravidelném vykonávání zaměstnání či jiné ekonomické činnosti, avšak významně snižuje jeho schopnost udržet si nebo získat pracovní pozici, uplatnit stávající profesi, využít své odborné znalosti, nebo tyto znalosti nově nabýt, a to především kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se vymezuje jako stav, který je dle lékařských poznatků předikován k trvání déle než jeden rok a který značně limituje psychické, fyzické či smyslové funkce, čímž omezuje možnost pracovní realizace dotčené osoby. (Černá, 2015, s. 201-202)

3.6.4 Chráněné díly a chráněná pracoviště

Chráněné pracovní místo představuje specificky adaptované pracovní prostředí, zřízené zaměstnavatelem pro zaměstnávání osob s handicapem, jejichž integrace do běžného pracovního procesu je komplikována zdravotním omezením. Pracovní místo je ustaveno na základě formální smlouvy s příslušným úřadem práce a je podmíněno minimální dvouletou operativností od data stanoveného ve smlouvě. Chráněná pracovní dílna je pak konceptem, který se vztahuje na zařízení zaměstnavatele, kde probíhá práce v podmínkách přizpůsobených pro osoby s postižením, a to v souladu s dohodnutými parametry s úřadem práce. (Černá a kol., 2015, s.203)

Zařízení, která integrují klienty do pracovního procesu, nabízejí významně přínosnou zaměstnanost, zajišťující regularitu v denních rutinách, sociální interakce a tvorbu mezilidských vazeb, a rovněž přispívají k rozvoji speciálních pracovních schopností. Účast na takových pracovních aktivitách obecně posiluje pocit sebejistoty a sebeúcty u jedinců. Instituce tohoto typu mají zásadní roli v poskytování pracovních příležitostí jednotlivcům, kteří by v kontextu standardního tržního hospodářství čelili minimálním nebo žádným šancím na získání zaměstnání. (Orel a kol., 2016, s .24)

3.6.5 Invalidní důchod

Invalidní důchod je kategorizován do tří stupňů na základě míry poklesu pracovní schopnosti. Nárok na tento důchod má pojištěnec, který ještě nedosáhl 65 let, je invalidní v rámci jednoho ze tří stupňů, a splnil nutnou dobu pojištění nebo jeho invalidita je důsledkem pracovního úrazu či nemoci z povolání.

Invalidita prvního stupně je definována poklesem pracovní schopnosti o 35 % až 49 %, druhého stupně 50 % až 69 % a třetího stupně je pokles o alespoň 70 %.

Podle vyhlášky o hodnocení invalidity jsou u pacientů s UC stanoveny určité úrovně snížení pracovní schopnosti v závislosti na jejich zdravotním stavu:

- 1) 10 % - 20 % - pacienti s mírně stabilizovaným stavem, který je občas narušen průjmy, s mírnou laboratorní aktivitou,
- 2) 30 % - 40 % - pacienti se středně těžkými formami onemocnění, častými průjmy, výraznými odchylkami v laboratorních výsledcích a významnými endoskopickými, radiologickými, radionuklidovými změnami, které vedou k výraznému snížení celkové výkonnosti,

- 3) 60 % - 70 % - pacienti s těžkými formami onemocnění, s komplikacemi zahrnujícími střevní (abscesy, stenózy, fistuly), mimo střevní (kloubní, kožní, oční, hepatobiliární, ledvinové) a nutriční (malnutrice, metabolická osteopatie, anémie), což vede k významnému snížení celkové výkonnosti.

Nárok na invalidní důchod má pacient, pokud splňuje výše uvedené zákonné požadavky. Klíčovým faktorem pro udělení invalidního důchodu je zdravotní stav pacienta, který je hodnocen posudkovým lékařem České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ). Lékař ve svém hodnocení uvede míru snížení pracovní schopnosti žadatele. Na základě tohoto posudku a dalších dokumentů rozhodne ČSSZ o udělení nebo zamítnutí invalidního důchodu. V případě odmítnutí je možné podat opravný prostředek. (Sýkora, 2014)

3.6.6 Studijní, pracovní a kariérní realizace

Pro pacienty je realizace velmi vhodná, včetně studia na všech úrovních vzdělávacího systému. Kontinuální sebevzdělávání a osobní rozvoj mohou sloužit jako efektivní motivační nástroje v boji s onemocněním, jež je charakterizováno jako celoživotní (Matějková a kol., 2021, s. 73)

3.6.7 Společenský život a mezilidské vztahy

V období dospělosti představuje schopnost vytvářet a prožívat mezilidské vztahy jednu z fundamentálních psychosociálních potřeb, přičemž v rané fázi dospělosti se kladný důraz na dosažení intimity, jež je protikladem k povrchním, proměnlivým či anonymním interakcím. Pro jedince trpící chronickým onemocněním střev může být toto období zvláště náročné vzhledem k nezbytnosti sdělení osobních potřeb souvisejících s trávicími a vylučovacími funkcemi, dietními omezeními, nebo s výzvami spojenými s častějšími hospitalizacemi a následným odloučením od sociálního prostředí. Pro pacienty je navíc podstatná aktivní účast ve vztazích z hlediska odreagování se od nemocného stavu a nabývání alternativních životních perspektiv. Izolace od vnějšího světa, vyhýbání se konfliktům a vztahům může vést k prohlubující se introspekci a úzkostem spojeným se ztrátou, zklamáním a pocitem opuštěnosti. (Hazuková, 2020, s. 22-23)

3.7 Volnočasové aktivity

Pokud má jedinec v plánu vyrazit na dovolenou, doporučuje se neprovádět rezervaci pro hotel nebo rekreační středisko, dokud není plně uspokojen s tím, že zařízení poskytuje všechny požadované služby. Vhodné je požádat o ubytování v blízkosti toalety. V případě, že plánuje cestu autem, je taktéž vhodné, aby si předem naplánoval zastávky na toa-

letu a stravování. Po konzultaci s lékařem by mělo být možné předepsat medikamenty, které může mít s sebou pro případ, že by došlo k rozvoji symptomů, jako je gastrointestinální infekce nebo průjem. (Phillips, 2021)

Při cestování je důležité dodržovat několik bodů, které mohou pomoci udržet zdraví a pohodu. Zajistit si dostatečný odpočinek, hydrataci těla konzumací dostatečného množství tekutin a omezit konzumaci alkoholu. Používat opalovací krém, pokud je to nezbytné, jelikož některé léky na UC mohou zvyšovat citlivost kůže na sluneční světlo. Procvičovat dobré hygienické návyky, jako je časté mytí rukou a používání dezinfekčních prostředků na ruce či ubrousky, aby se předešlo infekčním onemocněním. Vyhnout se konzumaci neznámých jídel a minimalizovat riziko infekce vyhýbáním se potenciálně nepasterizovaným mléčným výrobkům, pokrmům připravovaným při pokojové teplotě a potravinám obsahujícím oloupaná vejce nebo ovoce. (Phillips, 2021)

3.8 Přístup k zdravotní péči a sociální podpory

3.8.1 Dostupnost a kvalita zdravotní péče

Zákon o zdravotních službách stanovuje, že pacienti mají právo na poskytování zdravotní péče na odpovídající odborné úrovni. Odpovídající odborná úroveň zdravotní péče zahrnuje aplikaci léčebných postupů založených na vědeckých důkazech a uznávaných medicínských metodách, s přihlédnutím k individuálním potřebám pacienta, specifickým okolnostem a dostupnými zdroji. Zdravotní péče může být poskytnuta pacientovi pouze s jeho volným a informovaným souhlasem, kromě případů, kdy zákon stanoví výjimky, jako je poskytnutí neodkladné péče nebo situace, kdy pacient není schopen dát souhlas kvůli svému zdravotnímu stavu. Pacient má rovněž právo určit, které osoby mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a rozhodnout, zda tyto osoby mají přístup k jeho zdravotnické dokumentaci, mohou si požít výpisy nebo kopie, a zda mohou za pacienta souhlasit s poskytováním zdravotních služeb v případě, že je pacient neschopen dát souhlas. Kromě práv pacient také nese určité povinnosti, jako je dodržování léčebného režimu a pravidel zdravotnického zařízení. Dále má pacient právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb, který je oprávněn tyto služby poskytovat. (Matějková a kol., 2021, s. 144-150)

3.8.2 Náhrady za léčiva a pravidla lázeňské péče v České republice

V případě, že suma, kterou pojištěnec nebo jeho právní zástupce zaplatil za spoluúčast na léčivech nebo speciálních potravinách částečně krytých zdravotním pojištěním a vydaných na území České republiky, přesáhne během jednoho kalendářního roku stanove-

nou hranici, zdravotní pojišťovna je povinna vrátit nadměrně uhrazenou část. Tato hranice činí 5 000 Kč pro většinu pojištěnců, avšak pro děti do 18 let věku (včetně roku dosažení této věkové hranice) a pojištěnce ve věku 65 let a více (opět včetně roku dosažení tohoto věku) je stanovena ve výši 1 000 Kč. Pro osoby starší 70 let a ty, kteří pobírají invalidní důchod III. stupně, případně za určitých okolností i II. stupně, je limit nastaven na 500 Kč. Lze požádat o invalidní důchod (viz. kapitola 3.15.2).

Poskytování komplexní lázeňské péče je podmíněno doporučením praktického lékaře pacienta, který se řídí návrhem specializovaného lékaře. Po schválení této péče zdravotní pojišťovna pokrývá z prostředků veřejného zdravotního pojištění výdaje spojené s lékařskými vyšetřeními, stejně jako náklady na ubytování a stravu (vyjma lázeňských poplatků a možných nadstandardních služeb). Kromě toho je pacientovi přiznáno právo na tzv. pracovní neschopnost. (Matějková a kol., 2021, s. 57, 151–154)

3.9 Organizace pro pacienty

Pacientská organizace **Pacienti IBD z.s.** představuje důležitou roli v oblasti podpory a sdružování osob trpících idiopatickými střevními záněty, jako jsou Crohnova choroba a UC. S hlubokým porozuměním pro výzvy, kterým pacienti čelí, organizace nabízí nejen důležité informace, ale také emocionální podporu a platformu pro vzájemnou výměnu zkušeností. Prostřednictvím webu crohn.cz a facebookové stránky spolku vytváří virtuální prostředí, kde se pacienti mohou setkávat, sdílet své příběhy a rady, čímž vytváří pevnou komunitu vzájemné podpory.

Dalším významným sdružením je **České ILCO, z.s.**, které od roku 1992 zastupuje zájmy pacientů se stomií – osob s umělým vývodem. Tato organizace aktivně jedná s různými institucemi, včetně ministerstev a zdravotních pojišťoven, aby zlepšila kvalitu života a usnadnila jejich návrat do běžného života. Díky své dlouholeté činnosti a angažovanosti České ILCO efektivně přispívá ke zlepšování legislativního a sociálního prostředí, ve kterém žijí.

Společnost pro bezlepkovou dietu z.s. se zaměřuje na další specifickou skupinu pacientů, kteří vyžadují speciální dietní režim – osoby s celiakií nebo s intolerancí na lepek. Tato organizace poskytuje informace, podporu a vzdělávání o bezlepkové dietě, což je zásadní pro zlepšení kvality života lidí postižených tímto onemocněním. Sdružuje jednotlivce a rodiny, které se potýkají s výzvami spojenými s bezlepkovou dietou, a pomáhá jim

v orientaci v široké nabídce bezpečných produktů a v upraveném stravovacím režimu. (ČGS, 2024)

Stomická sestra jako edukátor vykazuje klíčové vlastnosti, jako jsou empatie, zájem a respekt, které jsou nezbytné pro účinný edukační proces. Její role zahrnuje nejen předávání informací, ale také podporu pacientů ve vytváření pozitivního vztahu k sobě i k svému sociálnímu prostředí v kontextu reintegrace do běžného života po zavedení stomie. Stomická sestra poskytuje komplexní péči, která facilituje adaptaci na život se stomií a připravuje pacienty na potenciální výzvy, které mohou negativně ovlivnit jejich sebeúctu a pocit jistoty. (Zlochová, 2010, s. 49-50)

WC kompas je interaktivní digitální platforma poskytující přehled veřejných sanitárních zařízení, umožňuje uživatelům identifikovat nejbližší veřejné toalety vzhledem k jejich aktuální lokaci. Tato platforma, obsahující databázi přesahující 13 tisíc toalet, je přístupná prostřednictvím bezplatné mobilní aplikace. Kromě toho je dostupná "WC karta", která zajišťuje urychlený přístup jak k veřejným, tak k soukromým sanitárním zařízením. Tato karta se může ukázat jako nepostradatelný nástroj v případech urgentních zdravotních situací, nabízí dvojjazyčné vysvětlení (v češtině a angličtině) o neinfekčním stavu uživatele s naléhavou potřebou použít toaletu, přičemž nezveřejňuje žádné osobní citlivé informace. (Matějková a kol., 2021, s. 162)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V České republice, podle dat z roku 2018 z Ústavu zdravotnických informací a statistiky Ministerstva zdravotnictví, se odhaduje, že prevalence UC dosahuje 200–250 osob na 100 000 obyvatel a incidence se pohybuje v rozmezí 3,1 a 4,9 případů na 100 000 obyvatel. To ukazuje, že Česko se řadí mezi země s vysokou prevalencí tohoto onemocnění.

Současné poznatky o původu a vývoji idiopatických střevních zánětů neumožňují cílenou léčbu zaměřenou přímo na příčinu onemocnění, nabízí se pouze symptomatická léčba. Je klíčové zahájit léčbu co nejdříve po stanovení diagnózy, pravidelně monitorovat efektivitu léčby a v případě potřeby ji rychle přizpůsobit a tím zlepšit se kvalita života pacienta. Terapie zaměřená na léčbu UC se soustředí na několik klíčových oblastí: řešení relapsů neboli návratů onemocnění, snahu o co nejdelší udržení pacienta v období remise, tedy klidové fáze onemocnění, a léčbu komplikací, které mohou s onemocněním souviset. Přístup je zásadní pro minimalizaci příznaků a zlepšení kvality života postižených.

Onemocnění se typicky objevuje nejčastěji ve dvou věkových skupinách: první vrchol připadá na období mezi patnáctým a třicátým rokem života, zatímco druhý vrchol je mezi padesátým a šedesátým rokem, mírně častěji se vyskytuje u žen.

Kvalita života je v této studii zkoumána ve čtyřech klíčových doménách, jež ovlivňuje ulcerózní kolitida: fyzické zdraví, subjektivní prožívání, sociální vztahy a životní prostředí. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s.14–23; Vašátko, 2021; Dujsíková a kol., 2019, s. 29–31; Mayo clinic, 2022)

Jak pacient s ulcerózní kolitidou hodnotí svou kvalitu života?

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jak pacient s ulcerózní kolitidou hodnotí svou kvalitu života.

5.2 Dílčí cíle a výzkumné předpoklady

Dílčí cíl 1: Zjistit kvalitu života pacienta s ulcerózní kolitidou v oblasti fyzického zdraví.

Výzkumný předpoklad 1: Předpokládám, že pacienti s ulcerózní kolitidou budou dosahovat v oblasti fyzického zdraví v hodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF průměrné hodnoty 15,00

Dílčí cíl 2: Zjistit kvalitu života pacienta s ulcerózní kolitidou v oblasti sociálních vztahů.

Výzkumný předpoklad 2: Předpokládám, že pacienti s ulcerózní kolitidou budou dosahovat v oblasti sociálních vztahů v hodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF průměrné hodnoty 12,5.

Dílčí cíl 3: Zjistit kvalitu života pacienta s ulcerózní kolitidou v oblasti prožívání.

Výzkumný předpoklad 3: Předpokládám, že pacienti s ulcerózní kolitidou budou dosahovat v oblasti prožívání v hodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF průměrné hodnoty 12,5.

Dílčí cíl 4: Zjistit kvalitu života pacienta s ulcerózní kolitidou v oblasti prostředí.

Výzkumný předpoklad 4: Předpokládám, že pacienti s ulcerózní kolitidou budou dosahovat v oblasti prostředí v hodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF průměrné hodnoty 15,00.

5.3 Operacionalizace pojmů

Životní prostředí: Skupina podmínek nezbytných pro existenci konkrétního živého tvora (Soukopová a kol., 2011, s. 17)

Prožívání: Je definováno jako vnitřní, subjektivní proces, probíhající v naší mysli (Heleus, 2011, s. 89)

Sociální vztah: Můžeme popsat jako spojení mezi sociálními jednotkami, což znamená mezi lidmi, kteří mají určité specifické sociální vlastnosti, nebo mezi sociálními skupinami, které přesahují jednotlivce. (Nový a kol., 2006, s. 56)

Fyzické zdraví: Jedná se o stav bez nemoci, kdy jsou nepoškozené fyziologické funkce a biologická integrita člověka. (Souček a kol., 2011)

6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

6.1 Metodologie výzkumu

Kvantitativní metodologie se soustředí na kvantifikaci rozsahu jevů. Cílem je určit frekvenci výskytu specifických postojů nebo vzorců chování v populaci. Získané informace jsou podrobeny statistické analýze, což umožňuje jejich objektivní interpretaci. V rámci této analýzy se typicky využívá extenzivních datových sad získaných od rozsáhlého počtu subjektů. Standardním nástrojem pro sběr dat je v tomto případě dotazník. Výslednými produkty přístupu jsou často tabulky a grafy, které reflektují výsledky statistického zpracování dat. (Tahal a kol., 2022, s. 33; Kutnohorská, 2009, s. 21-22)

Pro bakalářskou práci byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Je komponován z 24 položek seskupených do čtyř domén (fyzická, psychologická, sociální a environmentální) a dvou položek hodnotících celkovou kvalitu života.

Pro kvantifikaci kvality života s využitím nástroje WHOQOL-BREF je nutné vypočítat průměrné skóre pro každou doménu. Skóre jsou výsledkem standardizace průměrných hodnot jednotlivých položek, které jsou přiřazeny k dané doméně. Specificky pro doménu "Fyzické zdraví" se vypočítá průměrné skóre z položek q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18 (viz tabulka č. 36). V doméně "Prožívání" se průměrné skóre určí na základě šesti položek q5, q6, q7, q11, q19 a q26 (viz tabulka 37). "Sociální vztahy" jsou reprezentovány průměrným skóre z položek q20, q21 a q22 (viz tabulka 38). Pro doménu "Prostředí" se průměrné skóre stanoví z osmi položek q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25 (viz tabulka 39). Tyto průměrné skóre jsou následně standardizovány pro srovnání s doménami nástroje WHOQOL-100, kde skóre v každé doméně nabývá hodnot v rozmezí od 4 (minimum) do 20 (maximum), přičemž vyšší skóre indikuje lepší percepci kvality života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, str.14–23). Ke standardizovanému dotazníku byla zařazena druhá část – dotazník vlastní konstrukce, který obsahuje 9 otázek.

Hodnocení dotazníku pomocí výpočtu hrubého skóre:

- Doména 1 – Fyzické zdraví = $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$
- Doména 2 – Prožívání = $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$
- Doména 3 – Sociální vztahy = $Q20 + Q21 + Q22$

- Doména 4 – Prostředí = Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 44)

Dotazník zahrnuje tři specifické otázky, které jsou číslovány jako 3, 4 a 26, a tyto otázky jsou formátovány opačně než ostatní. Tato specifika jsou reflektována ve výpočetním vzorci pro určení bodového hodnocení v rámci různých sekcí dotazníku.

Po určení průměrného skóre jednotlivých domén, což je výsledek průměrování bodů z otázek náležících k této doméně, je nutné tuto průměrnou hodnotu zvýšit 4x.

6.2 Charakteristika sledovaného souboru

Pro účely empirické části bakalářské práce byl proveden záměrný výběr respondentů. Respondenty této studie tvořili pacienti diagnostikovaní s ulcerózní kolitidou ve věkovém rozmezí 18 až 65 let. Důležitým kritériem pro zařazení do výzkumu byl také fakt, že respondenti nesměli mít založenou stomii a měli se nacházet ve fázi dočasného ústupu příznaků, tedy v remisi. Kromě těchto zdravotních kritérií byl kladen důraz i na geografickou dostupnost respondentů. Studie se omezovala na pacienty žijící v Praze či Plzeňském/Středočeském nebo Jihočeském kraji. Tyto podmínky byly pro lepší přehlednost a důležitost zdůrazněny a po jejich splnění bylo možné dotazník odeslat. Respondenti vyplňovali dotazník bez nutnosti uvádět svou identitu, což zaručovalo zachování jejich anonymity a průměrný čas vyplnění dotazníku byl 5:33 minut.

6.3 Organizace výzkumu

V rámci sběru dat pro bakalářskou práci byla uplatněna metoda dotazníkového šetření, přičemž dotazník byl distribuován v elektronické podobě za pomoci programu Microsoft Forms prostřednictvím sociálních sítí, zejména pak skrze Facebook. Aby byl zajištěn dostatečný počet respondentů, bylo nutné identifikovat a oslovit relevantní skupiny na Facebooku s žádostí o publikaci a distribuci dotazníku mezi jejich členy. Dotazník byl zveřejněn na celkem 57 Facebookových stránkách. Před zahájením hlavního sběru dat bylo provedeno pilotní šetření dotazníku, jehož cílem bylo ověřit srozumitelnost a relevantnost otázek. Toto předběžné šetření si přečetlo 5 respondentů, kteří poskytli zpětnou vazbu, jež byla využita k případnému upravení a optimalizaci dotazníku před jeho širším distribuováním.

Zásadním aspektem realizace tohoto šetření bylo sledování počtu vyplněných dotazníků, přičemž sběr dat byl uskutečněn ve vlnách. První vlna sběru dat byla zahájena 4.

prosince 2023 a zaměřila se výhradně na Plzeňský kraj. V důsledku nedostatečné návratnosti respondentů bylo rozhodnuto rozšířit geografický rozsah šetření. Dne 2. února došlo k rozšíření výzkumu na Jihočeský kraj a dne 25. února bylo šetření dále rozšířeno na Prahu a Středočeský kraj, čímž bylo následně dosaženo požadovaného počtu respondentů. Dotazník byl možné vyplnit do 7. března 2024, následně byl sběr dat ukončen.

Celkově bylo obdrženo 83 vyplněných dotazníků. Avšak 5 z těchto dotazníků nebylo kompletně vyplněno a tyto proto nebyly zahrnuty do dalšího výzkumného šetření. Aby bylo zajištěno, že každý respondent vyplní dotazník pouze jednou a zároveň bylo umožněno sdílení dotazníku mezi potenciálními respondenty, byla aplikována specifická nastavení dotazníku. Tato opatření zajišťovala, že návratnost dotazníků byla dostatečná pro účely šetření.

6.4 Zpracování dat

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla analyzována s využitím metod relativní a absolutní frekvence, přičemž pro účely tabulární reprezentace byly využity softwarové nástroje Microsoft Office Word 2019 a Microsoft Office Excel 2019. Následné výpočty průměrných hodnot pro jednotlivé domény umožnily jejich komparaci s hodnotami populační normy.

6 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Analýza dat získaných ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF je prezentována skrze vytvořené tabulky, ve kterých jsou zvýrazněny hodnoty ukazující na nejčastější výskyty v jednotlivých položkách. Uvedené hodnoty byly upraveny pro zaokrouhlení na jedno desetinné místo.

Otázka č. 1 – Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka 1 – Odpovědi na otázku č.1

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi špatná	8	10,3 %
2 – špatná	10	12,8 %
3 – ani špatná, ani dobrá	16	20,5 %
4 – dobrá	27	34,6 %
5 – velmi dobrá	17	21,8 %
Celkem	78	100 %

Na otázku č. 1 "Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?" odpovědělo celkem 17 osob (21,8 %), že vnímají svou kvalitu života jako velmi dobrou. Dalších 27 respondentů (34,6 %) popisuje svou kvalitu života jako dobrou. Naopak, 16 účastníků (20,5 %) označilo svou situaci za ani dobrou, ani špatnou. Deset lidí (12,8 %) považuje svou kvalitu života za špatnou, zatímco 8 respondentů (10,3 %) označilo svou kvalitu života jako velmi špatnou.

Otázka č. 2 – Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Tabulka 2 – Odpovědi na otázku č. 2

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	7	9 %
2 – nespokojen/a	15	19,2 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojena	22	28,2 %
4 – spokojen/a	28	35,9 %
5 – velmi spokojen/a	6	7,7 %
Celkem	78	100 %

Na otázku č. 2 "Jak jste spokojen/a se svým zdravím?" odpovědělo celkem 6 osob (7,7 %), že jsou velmi spokojeni se svým zdravím. Dalších 28 respondentů (35,9 %) uvedlo, že jsou se svým zdravím spokojeni. Střední pozici zaujalo 22 účastníků průzkumu (28,2 %), kteří uvedli, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni se svým zdravím. Patnáct respondentů (19,2 %) vyjádřilo nespokojenost se svým zdravím a 7 osob (9 %) uvedlo, že jsou s ním velmi nespokojeni.

Otázka č. 3 – Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Tabulka 3 – Odpovědi na otázku č. 3

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	18	23,1 %
2 – trochu	26	33,3 %
3 – středně	16	20,5 %
4 – hodně	9	11,5 %
5 – maximálně	9	11,5 %
Celkem	78	100 %

Na otázku č. 3 "Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?" odpovědělo 18 účastníků (23,1 %), že jim bolest vůbec nebrání v jejich činnostech. Dále 26 respondentů (33,3 %) uvedlo, že jim bolest brání jen trochu. Střední míru obtíží kvůli bolesti zaznamenalo 16 lidí (20,5 %). Naopak, 9 účastníků (11,5 %) uvádí, že jim bolest brání hodně, a stejný počet respondentů (také 9, což představuje 11,5 %) označilo, že jim bolest brání maximálně.

Otázka č. 4 – Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Tabulka 4 – Odpovědi na otázku č. 4

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	22	28,2 %
2 – trochu	24	30,8 %
3 – středně	15	19,2 %
4 – hodně	10	12,8 %
5 – maximálně	7	9 %
Celkem	78	100 %

Na čtvrtou otázku, "Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?", byl nejčastěji vznesených odpovědí zjištění, že 24 respondentů (což představuje 30,8 %) potřebuje mírnou míru lékařské péče. Těsně za nimi, 22 účastníků (28,2 %) vyjádřilo názor, že pro své každodenní fungování nepotřebují žádnou lékařskou péči. Mírnou potřebu lékařské péče uvedlo 15 osob (19,2 %), zatímco 10 respondentů (12,8 %) cítilo silnou potřebu po lékařské péči. Nejméně, 7 respondentů (9 %), naznačilo, že jejich potřeba lékařské péče je maximální.

Otázka č. 5 – Jak moc Vás těší život?

Tabulka 5 – Odpovědi na otázku č. 5

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	5	6,4 %
2 – trochu	5	6,4 %
3 – středně	22	28,2 %
4 – hodně	29	37,2 %
5 – maximálně	17	21,8 %
Celkem	78	100 %

Při zkoumání, jak velkou radost z života mají respondenti, bylo zjištěno, že 29 z nich (37,2 %) pociťuje hodně radosti ze svého života. Dalších 22 lidí (28,2 %) svůj pocit radosti hodnotí jako střední. Počet osob, které cítí jen malou radost nebo radost vůbec, je shodně 5 (6,4 %) pro obě kategorie. Na druhé straně spektra, 17 respondentů (21,8 %) sdílí, že život jim přináší maximální míru radosti.

Otázka č. 6 – Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Tabulka 6 – Odpovědi na otázku č. 6

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	5	6,4 %
2 – trochu	9	11,5 %
3 – středně	15	19,2 %
4 – hodně	23	29,5 %
5 – maximálně	26	33,3 %
Celkem	78	100 %

Při zkoumání pocitu smysluplnosti života mezi respondenty bylo zjištěno, že největší skupinu tvoří 26 osob (33,3 %), které cítí, že jejich život má maximální smysl. Dále 23 respondentů (29,5 %) uvedlo, že jejich život má hodně smyslu. Střední pocit smysluplnosti života vyjádřilo 15 lidí (19,2 %). Menší část, 9 respondentů (11,5 %), cítí, že jejich život má smysl jen trochu, a 5 účastníků (6,4 %) vnímá, že jejich život smysl nemá vůbec.

Otázka č. 7 – Jak se dokážete soustředit?

Tabulka 7 – Odpovědi na otázku č.7

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	6	7,7 %
2 – trochu	6	7,7 %
3 – středně	26	33,3 %
4 – hodně	24	30,7 %
5 – maximálně	16	20,5 %
Celkem	78	100 %

Při posuzování schopnosti soustředění mezi účastníky průzkumu, 26 osob (33,3 %) uvedlo, že jejich schopnost soustředit se je na střední úrovni. O něco méně, 24 respondentů (30,7 %), hodnotilo svou schopnost soustředění jako vysokou. Na úrovni maximální schopnosti se soustředit se vidí 16 lidí (20,5 %). Skupiny, které cítí, že se dokážou soustředit minimálně nebo velmi málo, obě zahrnují po 6 respondentů (7,7 %).

Otázka č. 8 – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Tabulka 8 – Odpovědi na otázku č. 8

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	6	7,7 %
2 – trochu	5	6,4 %
3 – středně	29	37,2 %
4 – hodně	27	34,6 %
5 – maximálně	11	14,1 %
Celkem	78	100 %

Na otázku č. 8 "Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?" odpovědělo, že se cítí středně bezpečně, celkem 29 respondentů (37,2 %). Dalšíh 27 účastníků (34,6 %) uvedlo, že se cítí v každodenním životě hodně bezpečně. Skupina 11 lidí (14,1 %) pocítuje maximální úroveň bezpečí. Naopak, 6 respondentů (7,7 %) se cítí ve svém každodenním životě vůbec bezpečně, zatímco 5 osob (6,4 %) vyjádřilo, že se cítí jen trochu bezpečně.

Otázka č. 9 – Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Tabulka 9 – Odpovědi na otázku č. 9

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	4	5,1 %
2 – trochu	4	5,1 %
3 – středně	32	41 %
4 – hodně	28	35,9 %
5 – maximálně	10	12,8 %
Celkem	78	100 %

Devátá otázka se zabývá hodnocením zdravotního stavu prostředí, ve kterém respondenti žijí. Z výsledků vyplynulo, že 32 účastníků (41 %) hodnotí své životní prostředí jako středně zdravé. Dalších 28 respondentů (35,9 %) považuje své prostředí za hodně zdravé. Skupina 10 lidí (12,8 %) vnímá své životní prostředí jako maximálně zdravé. Na druhé straně spektra, po 4 osobách (shodně 5,1 %) uvedlo, že jejich prostředí je buď vůbec nezdravé nebo jen trochu zdravé.

Otázka č. 10 – Máte dost energie pro každodenní život?

Tabulka 10 – Odpovědi na otázku č. 10

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	8	10,3 %
2 – spíše ne	15	19,2 %
3 – středně	23	29,5 %
4 – většinou ano	26	33,3 %
5 – zcela	6	7,7 %
Celkem	78	100 %

Při pohledu na otázku číslo 10, která se týkala dostatku energie pro každodenní život, bylo zjištěno, že 26 lidí (33,3 %) uvádí, že mají většinou dostatek energie. Oproti tomu 23 respondentů (29,5 %) cítí, že jejich hladina energie je průměrná. Zatímco 15 účastníků průzkumu (19,2 %) má spíše nedostatek energie, 8 lidí (10,3 %) uvádí, že energie pro každodenní potřeby mají vůbec. Menší skupina, 6 respondentů (7,7 %), projevila, že mají energii zcela dostatek.

Otázka č. 11 – Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Tabulka 11 – Odpovědi na otázku č. 11

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	9	11,5 %
2 – spíše ne	15	19,2 %
3 – středně	21	26,9 %
4 – většinou ano	24	30,8 %
5 – zcela	9	11,5 %
Celkem	78	100 %

Při zjišťování, jak respondentům vyhovuje jejich tělesný vzhled podle jedenácté otázky, bylo zaznamenáno, že 24 lidí (30,8 %) je s vzhledem většinou spokojených. Střední úroveň spokojenosti s tělesným vzhledem vyjádřilo 21 respondentů (26,9 %). Na protějším pólu, 15 účastníků (19,2 %) spíše nesouhlasí s tím, že by byli se svým vzhledem spokojeni, a 9 osob (11,5 %) není se svým tělesným vzhledem spokojených vůbec. Taktéž 9 respondentů (11,5 %) cítí úplnou spokojenost se svým vzhledem.

Otázka č. 12 – Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Tabulka 12 – Odpovědi na otázku č. 12

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	10	12,8 %
2 – spíše ne	17	21,8 %
3 – středně	17	21,8 %
4 – většinou ano	24	30,8 %
5 – zcela	10	12,8 %
Celkem	78	100 %

Na dvanáctou otázku "Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?" odpovědělo, že většinou ano, 24 respondentů (30,8 %). Stejný počet lidí, 17 (21,8 %), uvedlo, že mají peněz jen středně dostatek nebo že je mají spíše nedostatek. Na obou koncích tabulky, 10 osob (12,8 %) projevilo, že mají peněz zcela dostatek, zatímco dalších 10 (12,8 %) cítí, že peněz mají na své potřeby vůbec nedostatek.

Otázka č. 13 – Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Tabulka 13 – Odpovědi na otázku č. 13

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	6	7,7 %
2 – spíše ne	8	10,3 %
3 – středně	18	23 %
4 – většinou ano	30	38,5 %
5 – zcela	16	20,5 %
Celkem	78	100 %

Při posuzování dostupnosti informací, nezbytných pro každodenní život respondentů, ukázala třináctá otázka, že 30 osob (38,5 %) má k těmto informacím většinou přístup. Dalších 18 respondentů (23 %) uvádí, že mají přístup k potřebným informacím na střední úrovni. 16 lidí (20,5 %) deklaruje, že mají k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život, úplný přístup. Menší skupina, 8 respondentů (10,3 %), má pocit, že ke potřebným informacím mají spíše omezený přístup, a 6 účastníků (7,7 %) uvádí, že k nim mají vůbec žádný přístup.

Otázka č. 14 – Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Tabulka 14 – Odpovědi na otázku č.14

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	5	6,4 %
2 – spíše ne	12	15,4 %
3 – středně	26	33,3 %
4 – většinou ano	27	34,6 %
5 – zcela	8	10,3 %
Celkem	78	100 %

Na otázku číslo 14, "Máte možnost věnovat se svým zálibám?", nejvíce respondentů, 27 (34,6 %), uvedlo, že se svým zálibám mohou většinou věnovat. Následuje skupina 26 osob (33,3 %), které svou možnost věnovat se zálibám hodnotí jako střední. Zatímco 12 účastníků (15,4 %) má pocit, že se svým zálibám mohou věnovat spíše méně, 5 respondentů (6,4 %) uvedlo, že se jim svým zálibám vůbec nemohou věnovat. Na druhé straně, 8 lidí (10,3 %) projevilo, že mají plnou možnost zapojit se do svých zálib.

Otázka č. 15 – Jak se dokážete pohybovat?

Tabulka 15 – Odpovědi na otázku č. 15

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	6	7,7 %
2 – spíše ne	5	6,4 %
3 – středně	15	19,2 %
4 – většinou ano	27	34,6 %
5 – zcela	25	32,1 %
Celkem	78	100 %

Na patnáctou otázku, "Jak se dokážete pohybovat?", většina účastníků průzkumu, 27 osob (34,6 %), odpověděla, že se dokážou pohybovat většinou dobře. Dalších 25 respondentů (32 %) uvedlo, že se dokážou pohybovat bez omezení. Střední úroveň pohyblivosti byla uvedena 15 lidmi (19,2 %). Zatímco 5 respondenti (6,4 %) cítí, že se mohou pohybovat spíše omezeně, 6 osob (7,7 %) uvedlo, že se vůbec nemohou pohybovat.

Otázka č. 16 – Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

Tabulka 16 – Odpovědi na otázku č.16

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	12	15,4 %
2 – nespokojen/a	10	12,8 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	18	23 %
4 – spokojen/a	28	35,9 %
5 – velmi spokojen/a	10	12,8 %
Celkem	78	100 %

V rámci šestnácté otázky, týkající se spokojenosti se spánkem, nejvíce respondentů, celkem 28 (35,9 %), vyjádřilo, že jsou se svým spánkem spokojeni. Skupina 18 účastníků (23 %) má smíšené pocity, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni. Zatímco 10 osob (12,8 %) indikuje určitou míru nespokojenosti se svým spánkem, stejný počet lidí (12,8 %) uvádí, že jsou se svým spánkem velmi spokojeni. Naopak, největší míru nespokojenosti vykazuje 12 respondentů (15,4 %), kteří jsou se svým spánkem velmi nespokojeni.

Otázka č. 17 – Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Tabulka 17 – Odpovědi na otázku č. 17

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	8	10,3 %
2 – nespokojen/a	8	10,3 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	23	29,5 %
4 – spokojen/a	29	37,2 %
5 – velmi spokojen/a	10	12,8 %
Celkem	78	100 %

V rámci sedmnácté otázky, která se týkala spokojenosti s vlastní schopností zvládat každodenní činnosti, největší počet respondentů, 29 osob (37,2 %), uvedlo, že jsou s touto schopností spokojeni. Dále 23 účastníků (29,5 %) má neutrální postoj, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni. Menší skupina, 8 lidí (10,3 %), vyjádřila nespokojenost se svou schopností provádět každodenní činnosti, a stejný počet respondentů (10,3 %) je s touto schopností velmi nespokojen. Naopak, 10 osob (12,8 %) je velmi spokojeno se svou schopností zvládat každodenní úkoly.

Otázka č. 18 – Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Tabulka 18 – Odpovědi na otázku č. 18

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	7	9 %
2 – nespokojen/a	11	14,1 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	19	24,4 %
4 – spokojen/a	28	35,9 %
5 – velmi spokojen/a	13	16,7 %
Celkem	78	100 %

Na osmnáctou otázku "Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?" odpovědělo, že jsou se svým výkonem spokojeni, celkem 28 respondentů (35,9 %). Dalších 19 účastníků (24,4 %) má neutrální názor, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni. Zatímco 11 lidí (14,1 %) vyjádřilo nespokojenost se svým pracovním výkonem, 13 respondentů (16,7 %) je s ním velmi spokojeno. Nejmenší skupina, 7 osob (9 %), je velmi nespokojena se svým pracovním výkonem.

Otázka č. 19 – Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

Tabulka 19 – Odpovědi na otázku č. 19

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	8	10,3 %
2 – nespokojen/a	13	16,7 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	23	29,5 %
4 – spokojen/a	27	34,6 %
5 – velmi spokojen/a	7	9 %
Celkem	78	100 %

Při posuzování osobní spokojenosti sám/a se sebou podle devatenácté otázky bylo zjištěno, že 27 respondentů (34,6 %) je se sebou spokojeno. Dalších 23 účastníků (29,5 %) vyjádřilo neutrální postoj, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni. Skupina 13 lidí (16,7 %) projevila nespokojenost se svým sebepojetím, zatímco 7 respondentů (9 %) cítí vysokou míru spokojenosti s sebou. Menší část, 8 osob (10,3 %), uvedla, že jsou velmi nespokojeni se svým vnímáním sebe sama.

Otázka č. 20 – Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

Tabulka 20 – Odpovědi na otázku č. 20

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	6	7,7 %
2 – nespokojen/a	10	12,8 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	20	25,6 %
4 – spokojen/a	32	41 %
5 – velmi spokojen/a	10	12,8 %
Celkem	78	100 %

Na dvacátou otázku, "Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?", odpovědělo, že jsou se svými vztahy spokojeni, 32 respondentů (41 %). Dalších 20 účastníků (25,6 %) má neutrální názor, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni s kvalitou svých osobních vztahů. Zatímco 10 lidí (12,8 %) vyjádřilo nespokojenost, stejný počet respondentů (12,8 %) je s kvalitou svých osobních vztahů velmi spokojen. Nejmenší skupina, 6 osob (7,7 %), uvedla velkou nespokojenost ve svých osobních vztazích.

Otázka č. 21 – Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Tabulka 21 – Odpovědi na otázku č. 21

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	8	10,3 %
2 – nespokojen/a	10	12,8 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	25	32 %
4 – spokojen/a	22	28,2 %
5 – velmi spokojen/a	13	16,7 %
Celkem	78	100 %

Při hodnocení spokojenosti se sexuálním životem v rámci dvacáté první otázky se ukázalo, že 22 respondentů (28,2 %) je se svým sexuálním životem spokojeno. Zatímco 25 účastníků (32 %) se nachází ve středu spektra, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni. Skupina 10 osob (12,8 %) projevila určitou míru nespokojenosti, a na druhé straně 13 respondentů (16,7 %) uvádí, že jsou se svým sexuálním životem velmi spokojeni. Nejnižší podíl, 8 účastníků (10,3 %), vyjádřilo velkou nespokojenost se svým sexuálním životem.

Otázka č. 22 – Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Tabulka 22 – Odpovědi na otázku č. 22

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	10	12,8 %
2 – nespokojen/a	11	14,1 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	17	21,8 %
4 – spokojen/a	24	30,8 %
5 – velmi spokojen/a	16	20,5 %
Celkem	78	100 %

Otázka č. 22 se zaměřila na míru spokojenosti s podporou poskytovanou přáteli. V této souvislosti 24 účastníků (30,8 %) uvedlo, že jsou se získanou podporou od přátel spokojeni. V neutrální zóně se nachází 17 respondentů (21,8 %), kteří svou spokojenost s podporou přátel hodnotí jako ani spokojenou, ani nespokojenou. Na pozitivním konci spektra, 16 lidí (20,5 %) vyjádřilo velkou spokojenost s podporou, kterou jim jejich přátelé nabízejí. V kontrastu s tím, menší skupina 11 účastníků (14,1 %) projevila nespokojenost a 10 osob (12,8 %) je s podporou od přátel velmi nespokojeno.

Otázka č. 23 – Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Tabulka 23 – Odpovědi na otázku č. 23

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	6	7,7 %
2 – nespokojen/a	14	18 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	24	30,8 %
4 – spokojen/a	25	32 %
5 – velmi spokojen/a	9	11,5 %
Celkem	78	100 %

Při zkoumání spokojenosti s podmínkami v místě bydliště prostřednictvím dvacáté třetí otázky bylo zjištěno, že 6 respondentů (7,7 %) je s nimi velmi nespokojeno. Dále 14 účastníků (18 %) vyjádřilo nespokojenost, zatímco 24 lidí (30,8 %) stojí na neutrální pozici, ani spokojeni, ani nespokojeni. Větší část, 25 respondentů (32 %), uvedla spokojenost s bydlištěm a 9 osob (11,5 %) prohlásilo, že jsou s podmínkami svého bydliště velmi spokojeni.

Otázka č. 24 – Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

Tabulka 24 – Odpovědi na otázku č. 24

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	5	6,4 %
2 – nespokojen/a	11	14,1 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	22	28,2 %
4 – spokojen/a	28	35,9 %
5 – velmi spokojen/a	12	15,4 %
Celkem	78	100 %

Při hodnocení spokojenosti s dostupností zdravotní péče, podle dvacáté čtvrté otázky, vyšlo najevo, že 28 respondentů (35,9 %) je s dostupností zdravotní péče ve své oblasti spokojeno. Druhou největší skupinu tvoří lidé, 22 (28,2 %), kteří mají k této otázce neutrální postoj. Dalších 12 účastníků průzkumu (15,4 %) pozitivně hodnotilo dostupnost zdravotní péče, uvádějící, že jsou s ní velmi spokojeni. Na straně nespokojených, 11 lidí (14,1 %) vyjádřilo nespokojenost s úrovní zdravotní péče, a menší počet, 5 respondentů (6,4 %), je s dostupností zdravotní péče velmi nespokojeno.

Otázka č. 25 – Jak jste spokojen/a s dopravou?

Tabulka 25 – Odpovědi na otázku č. 25

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojen/a	6	7,7 %
2 – nespokojen/a	12	15,4 %
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	16	20,5 %
4 – spokojen/a	32	41 %
5 – velmi spokojen/a	12	15,4 %
Celkem	78	100 %

Díky otázce č. 25, která se týkala spokojenosti s dopravními službami, bylo zjištěno, že většina, 32 lidí (41 %), hodnotí dopravu ve své oblasti kladně. Dalších 16 respondentů (20,5 %) se umístilo do středu spektra, uvádějí, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni. Naopak, 12 účastníků (15,4 %) vyjádřilo nespokojenost s dopravními službami, a stejný počet respondentů (15,4 %) uvedl, že jsou s dopravou ve svém okolí velmi spokojeni. Nejnižší počet, 6 osob (7,7 %), signalizovalo výraznou nespokojenost s dostupností a kvalitou dopravních služeb.

Otázka č. 26 – Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Tabulka 26 – Odpovědi na otázku č. 26

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – nikdy	7	9 %
2 – někdy	24	30,8 %
3 – středně	22	28,2 %
4 – celkem často	15	19,2 %
5 – neustále	10	12,8 %
Celkem	78	100 %

Na dvacátou šestou otázku, „Jak často prožíváte negativní pocity jako je například rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“, odpovědělo, že nikdy neprožívají tyto pocity, 7 osob (9 %). Další skupina, 24 respondentů (30,8 %), uvedla, že pocíťují tyto pocity někdy. Střední frekvenci v prožívání negativních pocitů zaznamenalo 22 účastníků (28,2 %). Zatímco 15 lidí (19,2 %) tyto pocity prožívá celkem často, 10 respondentů (12,8 %) je uvádí jako neustálé.

Druhá část – dotazník vlastní konstrukce

Otázka č. 27 – Uveďte pohlaví:

Tabulka 27 – Odpovědi na otázku č.27

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	48	61,5 %
Muž	27	34,6 %
Nechci uvádět	3	3,9 %
Celkem	78	100 %

Druhá část dotazníku, která se skládá z otázek navržených speciálně pro tento průzkum, začíná otázkou č. 27 týkající se pohlaví respondentů. V této kategorii uvedlo 48 účastníků, tedy 61,5 %, že jsou ženy, zatímco 27 respondentů, což představuje 34,6 %, se identifikovalo jako muži. Menšina, 3 osoby (3,9 %), preferovala nezveřejňovat své pohlaví

Otázka č. 28 – Uveďte svůj věk:

Tabulka 28 – Odpovědi na otázku č. 25

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
18–30	24	30,8 %
31–45	32	41 %
46–65	22	28,2 %
Celkem	78	100 %

Otázka č. 28 se dotazovala na věkové rozpětí respondentů. Z celkového počtu účastníků 24 osob, což činí 30,8 %, spadalo do věkové kategorie 18–30 let. Věková skupina 31–45 let byla nejpočetnější s 32 odpověďmi, představujícími 41 % respondentů. Skupinu osob ve věku 46–65 let tvořilo 22 respondentů, což je 28,2 %.

Otázka č. 29 – Jaké je Vaše současné zaměstnání

Tabulka 29 – Odpovědi na otázku č. 29

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zaměstnaný/á se zkráceným úvazkem	18	23 %
Zaměstnaný/á s plným úvazkem	35	44,9 %
Nezaměstnaný/á	13	16,7 %
Invalidní důchodce/ důchodkyně	6	7,7 %
Důchodce/ důchodkyně	6	7,7 %
Celkem	78	100 %

V otázce číslo 29, zaměřené na aktuální zaměstnání respondentů, bylo zjištěno, že na částečný úvazek pracuje 18 osob, což odpovídá 23 % účastníků. Největší skupinu tvoří ti, kteří jsou zaměstnaní na plný úvazek, s počtem 35 lidí, představující 44,9 %. Dalších 13 respondentů, což je 16,7 %, je aktuálně bez zaměstnání. Skupinu invalidních důchodců nebo důchodkyň tvoří 6 lidí, a stejný počet odpovědí připadá i na důchodce či důchodkyně, obě tyto kategorie mají zastoupení 7,7 %.

Otázka č. 30 – Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 30 – Odpovědi na otázku č. 30

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/á	28	35,9 %
Ženatý/vdaná	35	44,9 %
Rozvedený/á	10	12,8 %
Vdovec/vdova	5	6,4 %
Celkem	78	100 %

V otázce č. 30 se účastníci vyjádřili o svém rodinném stavu. Největší skupinu tvoří ženatí nebo vdaní respondenti, kteří činí 35 osob nebo 44,9 % z celkového počtu. Svobodných je 28 účastníků, což představuje 35,9 %. Dalších 10 respondentů (12,8 %) jsou rozvedení a menší skupina, 5 osob (6,4 %), jsou vdovci nebo vdovy.

Otázka č. 31 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 31 – Odpovědi na otázku č. 31

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	2	2,6 %
Středoškolské vzdělání, bez maturity	17	21,8 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	27	34,6 %
Vyšší odborné vzdělání	13	16,7 %
Vysokoškolské vzdělání	19	24,4 %
Celkem	78	100 %

Další otázkou dotazníku č. 31 bylo zjištění nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Z odpovědí vyplynulo, že nejvíce, konkrétně 27 účastníků, což odpovídá 34,6 %, má středoškolské vzdělání s maturitou. Vysokoškolské vzdělání deklarovalo 19 osob, představujících 24,4 %. Dále 13 respondentů, což činí 16,7 %, uvedlo, že dosáhli vyššího odborného vzdělání. Skupinu s ukončeným středoškolským vzděláním, ale bez maturity, tvoří 17 lidí, tedy 21,8 %. Pouze 2 respondenti (2,6 %) uvádějí, že mají základní vzdělání.

Otázka č. 32 – Jak dlouho máte diagnostikované onemocnění?

Tabulka 32 – Odpovědi na otázku č. 32

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-5 let	39	50 %
6-15 let	18	23 %
16-25 let	10	12,8 %
26 a více	11	14,1 %
Celkem	78	100 %

Ve 32. otázce dotazníku se účastníci vyjadřovali k tomu, jak dlouho již znají diagnózu svého onemocnění. Polovina dotázaných, 39 osob odpovídajících 50 %, uvedla, že jejich onemocnění bylo diagnostikováno v posledních 0 až 5 letech. Další 18 respondentů, představujících 23 %, žije s diagnózou svého onemocnění již 6 až 15 let. Menší skupina, 10 účastníků anketního šetření, což je 12,8 %, má diagnostikované onemocnění po dobu 16 až 25 let. V kategorii s nejdelším trváním onemocnění, 26 let a více, se nachází 11 lidí, což činí 14,1 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 33 – Jaké máte přidružené onemocnění? (možnost označit více odpovědí)

Tabulka 33 – Odpovědi na otázku č. 33

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Diabetes mellitus	6	6,4 %
Nádorová onemocnění	6	6,4 %
Chronické srdeční selhávání	8	8,5 %
Chronická obstrukční plicní nemoc	0	0 %
Chronické onemocnění ledvin	7	7,5 %
Neurodegenerativní onemocnění	4	4,3 %
Astma bronchiale	15	16 %
Žádné	31	33 %
Jiné	17	18,3 %
Celkem	94	100 %

V otázce č. 33 dotazníku byli účastníci dotázáni na přítomnost přidružených onemocnění, přičemž měli možnost označit více odpovědí. Nejčastěji, 31 osob, což je 33 %, uvedlo, že nemají žádné další diagnózy. Astma bronchiale bylo označeno 15 respondenty, což představuje 16 %. Další specifikované nemoci zahrnovaly chronické onemocnění ledvin s 7 odpověďmi (7,5 %), chronické srdeční selhání, které uvedlo 8 osob (8,5 %), a jak diabetes mellitus, tak nádorová onemocnění, každé s 6 záznamy (6,4 %). Neurodegenerativní onemocnění byla zmiňována 4 respondenty (4,3 %), zatímco chronická obstrukční

plicní nemoc nebyla uvedena žádným účastníkem (0 %). Mezi jinými onemocněními byla uváděna artritida 3krát, deprese 4krát, alergická rýma 3krát, úzkosti 2krát a hypertenze 5krát, což celkem tvoří 17 odpovědí, představujících 18,3 %.

Otázka č. 34 – Jaký máte typ ulcerózní kolitidy?

Tabulka 34 – Odpovědi na otázku č. 34

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ulcerózní proktitida	17	21,8 %
Proktosigmoitida	3	3,9 %
Levostranná kolitida	14	18 %
Pankolitida	0	0 %
Fulminantní kolitida	0	0 %
Nejsem si jistý/á	44	56,4 %
Celkem	78	100 %

Předposlední otázka č. 34, týkající se specifického typu ulcerózní kolitidy, většina účastníků, 44 osob neboli 56,4 %, uvedla, že nejsou si jistí svým specifickým typem onemocnění. Ulcerózní proktitida byla identifikována u 17 respondentů, což představuje 21,8 %, zatímco levostranná kolitida byla uvedena 14krát, tedy 18 %. Proktosigmoitida byla zaznamenána u 3 osob, což činí 3,9 %. Jak pankolitida, tak fulminantní kolitida nebyly označeny žádným z účastníků, s 0 %.

Otázka č. 35 – Jaký máte nyní typ léčby? (možnost označit více odpovědí)

Tabulka 35 – Odpovědi na otázku č. 35

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Medikamentózní léčba	38	39,6 %
Dietní opatření	25	26 %
Biologická léčba	12	12,5 %
Chirurgická léčba	2	2,1 %
Žádný	18	18,8 %
Jiný	1	1 %
Celkem	96	100 %

V otázce č. 35 dotazníku se účastníci vyjadřovali k tomu, jaký typ léčby v současnosti používají, přičemž měli možnost zaznamenat více odpovědí. Nejvíce, 38 respondentů, což je 39,6 %, uvedlo, že využívají medikamentózní léčbu. Dietní opatření byla zmiňována 25krát, což odpovídá 26 % účastníků. Biologická léčba byla označena 12 respondenty, tedy 12,5 %. Chirurgickou léčbu si vybralo pouze 2 osoby, což je 2,1 %, zatímco 18 osob neboli 18,8 %, uvedlo, že momentálně nepoužívají žádný typ léčby. Jeden respondent (1 %) preferoval neuvádět konkrétní typ léčby.

V následujících tabulkách, konkrétně 36, 37, 38 a 39, jsou ilustrovány průměrné hodnoty pro jednotlivé domény v porovnání s normami obecné populace. (Dragomirecká a Bratoňová, 2006, s.41) Tyto tabulky nabízí pohled na to, jak se průměrné odpovědi na konkrétní otázky v těchto doménách staví k populační normě. Zmíněné výsledky prošly úpravou, aby odpovídaly zaokrouhlení na dvě desetinná místa.

Doména první – fyzické zdraví

Tabulka 36 – Doména 1

Otázka	Průměrná hodnota	Populační norma
Č. 3 – Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	2,55	4,03
Č. 4 – Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	2,44	4,16
Č. 10 – Máte dost energie pro každodenní život?	3,09	3,62
Č. 15 – Jak se dokážete pohybovat?	3,77	4,27
Č.16 – Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	3,18	3,61
Č.17 – Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	3,32	3,76
Č.18 – Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	3,37	3,76

Tabulka 37 – Doména 2

Otázka	Průměrná hodnota	Populační norma
Č. 5 – Jak moc Vás těší život?	3,62	3,83
Č. 6 – Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	3,72	3,86
Č. 7 – Jak se dokážete soustředit?	3,49	3,55
Č. 11 – Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	3,12	3,90
Č.19 – Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	3,15	3,57
Č.26 – Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	2,96	3,47

Doména třetí – Sociální vztahy

Tabulka 38 – Doména 3

Otázka	Průměrná hodnota	Populační norma
Č. 20 – Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	3,38	3,75
Č. 21 – Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	3,28	3,64
Č. 22 – Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	3,32	3,85

Tabulka 39 – Doména 4

Otázka	Průměrná hodnota	Populační norma
Č. 8 – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	3,41	3,24
Č. 9 – Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	3,46	2,85
Č. 12 – Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	3,09	2,87
Č. 13 – Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	3,54	3,87
Č. 14 – Máte možnost věnovat se svým zálibám?	3,27	3,33
Č. 23 – Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	3,22	3,54
Č. 24 – Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	3,40	3,70
Č. 25 - Jak jste spokojen/a s dopravou?	3,41	3,19

7 VYHODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTA S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU

Tabulka 40 – Vyhodnocení hrubé skóre kvality života

	Otázka č. 1
Hodnota celkem	3,45
Horní norma	4,18
Spodní norma	3,46

průměrnou.

Vyhodnocení z Tabulky 40 na základě studie Dragomirecké a Bartoňové (2006, s. 41), zaměřující se na otázku č. 1 "Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?", odhaluje, že průměrné hrubé skóre kvality života je 3,45. Porovnání tohoto výsledku s normami studie ukazuje, že se hodnota nachází mezi spodní normou 3,46 a horní normou 4,18, což naznačuje, že kvalita života zkoumané skupiny je téměř na hranici považované za pod-

Tabulka 41 - Vyhodnocení hrubé skóre spokojenosti se zdravím

	Otázka č. 1
Hodnota celkem	3,14
Horní norma	4,10
Spodní norma	3,26

né skupiny je pod úrovní považované za standardní.

Vyhodnocení z Tabulky 41 podle studie Dragomirecké a Bartoňové (2006, s. 41), která se věnuje otázce č. 2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“, ukazuje, že průměrné hrubé skóre spokojenosti se zdravím dosahuje hodnoty 3,14. Tento výsledek, při srovnání s normami definovanými ve studii, upozorňuje na to, že hodnota je pod spodní normou 3,26 a výrazně nižší než horní norma 4,10. To naznačuje, že spokojenost se zdravím zkoumané skupiny je pod úrovní považované za standardní.

Tabulka 42 – Vyhodnocení dle domén

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4
Hodnota celkem	13,57	13,43	13,31	13,4
Horní norma	16,8	16,0	16,4	14,3
Spodní norma	14,3	13,6	13,5	12,3

V rámci komplexního vyhodnocení kvality života pacientů s ulcerózní kolitidou byla provedena analýza rozdělená do čtyř hlavních domén, které odrážejí různé aspekty jejich každodenního fungování a celkového stavu. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 42)

Doména 1 se týká fyzického zdraví, kde průměrná hodnota dosáhla 13,57, což je pod horní normou 16,8, ale těsně přesahuje spodní normu 14,3. Tento výsledek naznačuje, že ve fyzickém zdraví pacientů existuje prostor pro zlepšení.

Doména 2 se zaměřuje na prožívání pacientů, s průměrnou hodnotou 13,43 vůči normám 16,0 (horní) a 13,6 (spodní). Tato hodnota se nachází pod spodní normou, což může signalizovat, že problémy v psychologickém blahobytu pacientů mohou být výrazné.

V **doméně 3**, která se věnuje sociálním vztahům, byla průměrná hodnota 13,31, což je pod horní normou 16,4 a také pod spodní normou 13,5. Toto ukazuje, že sociální vztahy pacientů mohou být negativně ovlivněny jejich zdravotním stavem.

Doména 4 zahrnuje hodnocení úrovně prostředí s průměrnou hodnotou 13,4. V tomto případě hodnota přesahuje spodní normu 12,3, ale zůstává pod horní normou 14,3.

DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem pacient trpící UC hodnotí kvalitu svého života a dále prozkoumat, jaký vliv má UC na kvalitu života v jednotlivých oblastech. K vyhodnocení byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, rozdělený do čtyři segmentů, který umožňuje výpočet průměrného skóre. Toto skóre bylo následně porovnáno s obecným standardem populace.

Bylo obdrženo celkem 83 vyplněných dotazníků, avšak 5 z nich nebylo kompletně vyplněno, a proto nebyly tyto dotazníky zahrnuty do další analýzy. To znamená, že pro účely výzkumu bylo použito 78 plně vyplněných dotazníků. Respondenti byli vybráni na základě několika kritérií, včetně věku (18 až 65 let), diagnózy ulcerózní kolitidy, aktuálního stavu remise a geografické lokality (Praha a Plzeňský, Středočeský, Jihočeský kraj). Důležitým aspektem bylo, že respondenti neměli založenou stomii.

Dotazníky byly distribuovány elektronicky, především prostřednictvím sociálních sítí. Zveřejnění dotazníku na celkem 57 Facebookových stránkách a využití specifických nastavení dotazníku zajistilo, že dotazník byl vyplněn jednotlivými respondenty pouze jednou a zároveň umožnilo jeho šíření v rámci komunity pacientů s UC. Tato metoda sběru dat nejenže umožnila dosáhnout dostatečného počtu respondentů pro účely šetření, ale také zvýšila pohodlí pro respondenty, kteří mohli dotazník vyplnit na svém notebooku či mobilním telefonu v libovolném čase.

Primárním záměrem výzkumného šetření bylo zjistit, jak pacient s ulcerózní kolitidou hodnotí svou kvalitu života. V rámci diskuse k výzkumným výsledkům lze konstatovat, že na otázku ohledně hodnocení kvality života odpovědělo 17 respondentů, tedy 21,8 % z celkového počtu, že svůj život hodnotí jako velmi kvalitní. Zatímco 27 účastníků průzkumu, což představuje 34,6 %, uvedlo, že jejich kvalita života je dobrá. Na druhé straně spektra, 16 osob (20,5 %) popisuje svou kvalitu života jako neutrální, zatímco 10 respondentů (12,8 %) vnímá svou kvalitu života jako špatnou a 8 účastníků (10,3 %) jako velmi špatnou. Tato data odhalují rozmanité vnímání kvality života mezi účastníky průzkumu.

Pokud jde o spokojenost s vlastním zdravím, 6 respondentů, což je 7,7 %, uvedlo, že jsou velmi spokojeni. Dalších 28 účastníků (35,9 %) projevilo spokojenost se svým

zdravotním stavem. Ve středu spektra se umístilo 22 osob (28,2 %), které se nevyjádřily ani jako spokojené, ani jako nespokojené. Nespokojenost se svým zdravím vyjádřilo 15 respondentů (19,2 %), zatímco 7 účastníků (9 %) uvedlo, že jsou se svým zdravotním stavem velmi nespokojeni.

Tyto výsledky umožňují hlubší pohled na subjektivní vnímání kvality života a spokojenosti se zdravím mezi účastníky. Rozdílné odpovědi odhalují širokou škálu zkušeností a postojů, což naznačuje, že vnímání kvality života a zdravotního stavu je velmi individuální a může být ovlivněno množstvím různých faktorů. Negativně hodnotí svůj zdravotní stav přibližně 1/3 respondentů, což považují za velmi znepokojující, jedná se o impuls zvýšit kvalitu péče o pacienty s UC.

Dílčí cíl 1: Zjistit kvalitu života pacienta s ulcerózní kolitidou v oblasti fyzického zdraví.

Výzkumný předpoklad 1: Předpokládám, že pacienti s ulcerózní kolitidou budou dosahovat v oblasti fyzického zdraví v hodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF průměrné hodnoty 15,00.

Výzkumný předpoklad nebyl potvrzen. Realizace dílčího cíle 1, představujícího doménu 1, byla založena na shromažďování odpovědí na otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. V našem výzkumu průměrná hodnota v této doméně dosáhla 13,57. Výsledek se nachází pod standardní horní normou 16,8, ale zároveň mírně nachází pod dolní hranicí normy stanovenou na 14,3. Tato pozorování nám naznačují, že pacienti s ulcerózní kolitidou v remisi mají ve srovnání s obecnou populací nižší úroveň fyzického zdraví, avšak stále se udržují nad kritickou hranicí, která by signalizovala výrazně sníženou kvalitu života v této oblasti.

Podle Phillipse (2021) je nezbytné dodržovat několik zásad. Jednou z klíčových rad je pravidelný příjem dostatečného množství vody. Hydratace hraje v obecné péči o zdraví zásadní roli a u pacientů s UC může pomoci zmírnit některé symptomy. Dalším důležitým faktorem je vyhýbání se nadměrné fyzické námaze, která by mohla organismus přetěžovat a potenciálně vyvolat exacerbaci symptomů. Tyto jednoduché, avšak významné kroky mohou v praxi výrazně přispět k udržení stabilního zdravotního stavu pacientů s UC.

Přestože primárním zaměřením naší studie byli pacienti nacházející se ve fázi remise, získaná data ukazují, že i v těchto obdobích bez akutních projevů onemocnění si pacienti udržují vědomou praxi v zvládnání možných symptomů. V reakci na dotaz číslo 3, který

se týkal míry, v jaké bolesti omezuje jejich každodenní aktivitu, 18 účastníků (což představuje 23,1 %) uvedlo, že bolest neovlivňuje jejich schopnost vykonávat běžné činnosti. Navíc 26 respondentů (33,3 %) poznamenalo, že jejich činnosti jsou bolestí ovlivněny pouze minimálně. Tato odpověď naznačuje, že osoby s UC využívají efektivní strategie zvládnání symptomů, které aplikují i mimo období exacerbace. K těmto symptomům, zvláště během akutních fází onemocnění, patří často trvalé bolesti břicha, průjem, nadýmání a plynatost, které mohou významně ovlivnit kvalitu jejich života.

Další klíčový faktor zkoumaný v rámci naší studie se týkal míry, v jaké pacienti trpící ulcerózní kolitidou (UC) pocítují potřebu lékařské péče pro své každodenní fungování. V odpovědích na čtvrtou otázku "Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?" se ukázalo, že 24 respondentů (což je 30,8 %) vyžaduje pouze mírnou úroveň lékařské péče. Bezprostředně za nimi, s 22 odpověďmi (28,2 %), skupina účastníků uvedla, že pro svůj běžný život nepotřebují žádnou lékařskou péči. Toto zjištění koresponduje s názorem Dujsíkové (2019, s. 29), podle kterého je klíčové zahájit léčbu ihned po diagnostikování onemocnění, pravidelně monitorovat efektivitu léčby a případně ji včas upravit, pokud se ukáže být neúčinná. Takovým přístupem lze předejít přechodu nemoci do chronické fáze a zlepšit kvalitu života pacientů. Touto metodou může být, je-li léčba správně nastavena, potřeba lékařské péče minimální, což pozitivně ovlivňuje kvalitu života pacientů.

Byl zjištěn významný vztah mezi kvalitou spánku a aktivitou UC, což je v souladu s výzkumem provedeným Guihua Hao a spol. (2020) a Conley a spol. (2021). Tyto studie ukázaly, že jak subjektivní, tak objektivně měřená špatná kvalita spánku má spojitost se zvýšenou aktivitou onemocnění. Naše zjištění odrážejí podobnou souvislost, s tím, že pacienti ve fázi remise onemocnění udávali, že jsou se svým spánkem obecně spokojeni. To bylo zjištěno na základě odpovědí na šestnáctou otázku dotazníku týkající se spokojenosti se spánkem, kde 28 respondentů (tj. 35,9 %) uvedlo, že jsou s kvalitou svého spánku spokojeni. Dalších 18 účastníků studie (23 %) vyjádřilo smíšené pocity neboli cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni s kvalitou svého spánku. Tyto výsledky poukazují na důležitost kvality spánku v kontextu managementu UC a naznačují, že zlepšení spánku by mohlo hrát klíčovou roli v léčbě a celkové kvalitě života pacientů s UC.

Matějková (2021, s.73) se zaměřila na oblast osobního a profesního rozvoje. Významné je, že kontinuální sebevzdělávání a osobní rozvoj mohou fungovat jako významné

motivace a podpora pro pacienty s touto celoživotní nemocí. Souvisí to s definicí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, jak popisuje Černá (2015, s. 201-202), který je charakterizován jako trvající déle než jeden rok a značně omezující psychické, fyzické nebo smyslové funkce osoby, což má za následek omezení pracovních možností dotčeného jedince.

V tomto kontextu jsme se dotazovali pacientů na jejich spokojenost s pracovním výkonem (otázka č. 18). Ze získaných odpovědí vyplývá, že celkem 28 respondentů (tj. 35,9 %) je s vlastním pracovním výkonem spokojeno. Dalších 19 účastníků (24,4 %) vyjádřilo neutrální postoj, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni. Tato zjištění naznačují, že i přes výzvy spojené s jejich zdravotním stavem si mnoho pacientů nachází cesty k úspěšné profesní realizaci a udržuje pozitivní postoj k vlastnímu výkonu.

Dílčí cíl 2: Zjistit kvalitu života pacienta s ulcerózní kolitidou v oblasti sociálních vztahů.

Výzkumný předpoklad 2: Předpokládám, že pacienti s ulcerózní kolitidou budou dosahovat v oblasti sociálních vztahů v hodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF průměrné hodnoty 12,5.

Výzkumný předpoklad nebyl dosažen. Cíl spočívající ve zkoumání sociálních vztahů, reprezentovaný doménou 3, byl realizován prostřednictvím otázek č. 20, 21, 22. V této doméně bylo průměrně dosaženo skóre 13,31, což se nachází pod stanovenou horní hranicí normy 16,4 a rovněž pod dolní hranicí normy 13,5.

Dle zjištění Matějkové (2021, s.77), nejsou u pacientů s IBD v remisi pozorovány zásadní změny ve sexuálním životě. Naopak, u pacientů v aktivní fázi onemocnění může dojít ke snížení sexuální touhy, což může být důsledkem sekundárních hormonálních změn a obecně horšího zdravotního stavu. Z odpovědí na dvacátou první otázku vyplývá, že 22 respondentů (28,2 %) je s jejich sexuálním životem spokojeno, zatímco 25 účastníků (32 %) se umístilo do středu hodnotícího spektra, kdy nevyjádřili ani spokojenost, ani nespokojenost. Přestože článek uvádí, že nemají problémy, výzkum ukázal, že určité obtíže skutečně existují.

Podle Bártlové (2005, s. 53-56), na rozdíl od akutních infekčních onemocnění, která trvají pouze krátce, chronická onemocnění se vyvíjejí graduálně a mohou výrazně ovlivnit zdravotní stav člověka. Prodloužená povaha a často nevléčitelný charakter chronických onemocnění znamená, že významně ovlivňují každodenní život a rodinné vztahy pacienta. Na dvacátou otázku "Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?" odpovědělo, že jsou se svými vztahy spokojeni, 32 respondentů (41 %), zatímco dalších 20 účastníků (25,6 %) vyjádřilo neutrální postoj, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni s kvalitou svých osobních vztahů.

Dílčí cíl 3: Zjistit kvalitu života pacienta s ulcerózní kolitidou v oblasti prožívání.

Výzkumný předpoklad 3: Předpokládám, že pacienti s ulcerózní kolitidou budou dosahovat v oblasti prožívání v hodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF průměrné hodnoty 12,5.

Výzkumný předpoklad nebyl dosažen. Dílčí cíl 3 byl realizován rámci domény druhé, která se zaměřuje na prožívání, byly analyzovány otázky číslo 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Průměrná hodnota získaná z těchto otázek byla 13,43. Tato hodnota je uvedena ve srovnání s normami, kde horní norma je stanovena na 16,0 a spodní norma na 13,6. Zjištěná průměrná hodnota 13,43 se tedy nachází pod spodní normou.

Výsledek výzkumného šetření je v souladu se studií Phillipse (2021) jenž upozorňuje na zvýšený výskyt depresí a úzkostných poruch u lidí trpících ulcerózní kolitidou (UC) ve srovnání s celkovou populací. Projevy depresivních stavů mohou zahrnovat širokou škálu symptomů od problémů s koncentrací a pamětí, přes změny v chuti k jídlu, až po pocity smutku či prázdného pocitu. Tato zjištění podtrhují význam psychologické podpory a zásahů v rámci léčby UC. Na dvacátou šestou otázku týkající se četnosti prožívání negativních emocí, jako jsou rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, byla reakce značně proměnlivá. Celkem 24 respondentů, což představuje 30,8 %, uvedlo, že tyto pocity prožívají někdy. Tento údaj je významný, neboť odráží značný podíl účastníků, kteří se potýkají s negativními emocemi, ačkoliv ne na denní bázi. Dále 22 účastníků, což představuje 28,2 %, zaznamenalo střední frekvenci v prožívání těchto negativních pocitů. Tato data ukazují

na důležitost dalšího zkoumání příčin a okolností vedoucích k těmto emocím u zkoumané skupiny.

V kontextu Hanzukové (2020, s. 33) bylo zdůrazněno, že sebezpoznání hraje zásadní roli v managementu jak somatických, tak psychických aspektů onemocnění. Samopozorování a prioritizace vlastních potřeb pomáhají pacientům lépe reagovat na vlastní fyzické a emocionální stavy. Umožňuje to aktivní naslouchání vlastním potřebám a jejich adekvátní naplňování. Důležité je také uvědomit si, že sebeláska a péče o sebe může být významně ovlivněna dietními omezeními a změnami v životním stylu, které jsou často součástí léčby IBD. Tyto omezení mohou vést k pocitům izolace od společenských norem a tradic. Negativní vnímání sebe sama může negativně ovlivnit biologické funkce těla a přispět k horšímu zdravotnímu a psychickému stavu.

Při zkoumání míry radosti, kterou respondenti cítí ve svém životě, bylo zjištěno, že 29 z nich, což představuje 37,2 %, pociťuje hodně radosti ze svého života. Dalších 22 lidí, což je 28,2 %, svůj pocit radosti hodnotí jako střední. Tento výsledek ukazuje, že většina lidí má k životu pozitivní postoj.

V oblasti pocitu smysluplnosti života bylo zjištěno, že největší skupinu tvoří 26 osob (33,3 %), které cítí, že jejich život má maximální smysl. Dále 23 respondentů (29,5 %) uvedlo, že jejich život má hodně smyslu. Tyto výsledky naznačují, že většina lidí vidí svůj život jako smysluplný.

Když byla zkoumána schopnost soustředění mezi účastníky průzkumu, 26 osob (33,3 %) uvedlo, že jejich schopnost soustředit se je na střední úrovni, zatímco 24 respondentů (30,7 %) hodnotilo svou schopnost soustředění jako vysokou. To poukazuje na to, že mnoho lidí si je vědomo svých kognitivních schopností a uznává místo pro zlepšení.

Při posuzování spokojenosti s tělesným vzhledem bylo zjištěno, že 24 lidí (30,8 %) je s vzhledem většinou spokojených, zatímco 21 respondentů (26,9 %) vyjádřilo střední úroveň spokojenosti. Tyto výsledky odrážejí, jak se lidé dívají na svůj fyzický vzhled a jak se s ním vyrovnávají.

Poslední oblastí byla osobní spokojenost sám/a se sebou. Zde 27 respondentů (34,6 %) uvedlo, že je se sebou spokojeno, zatímco dalších 23 účastníků (29,5 %) vyjádřilo neutrální postoj, cítí se ani spokojeni, ani nespokojeni. Toto naznačuje, že zatímco někteří lidé

jsou se svými životy spokojeni, existuje i významný podíl těch, kteří hledají způsoby, jak zlepšit svůj vztah k sobě samým.

Dílčí cíl 4: Zjistit kvalitu života pacienta s ulcerózní kolitidou v oblasti prostředí.

Výzkumný předpoklad 4: Předpokládám, že pacienti s ulcerózní kolitidou budou dosahovat v oblasti prostředí v hodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF průměrné hodnoty 14,00.

Výzkumný předpoklad nebyl dosažen. Poslední dílčí cíl 4, pod doménou 4 – Pro prostředí, zahrnoval otázky 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Doména 4 zahrnuje hodnocení úrovně prostředí s průměrnou hodnotou 13,4. V tomto případě hodnota přesahuje spodní normu 12,3, ale zůstává pod horní normou 14,3.

Finanční situace může významně ovlivnit kvalitu života jednotlivců. Tento faktor hraje klíčovou roli nejen v běžném každodenním životě, ale i v kontextu zdravotní péče. Sýkora (2014) upozornil na to, že pacienti s UC mohou mít stanoveny různé úrovně snížení pracovní schopnosti v závislosti na svém zdravotním stavu, což má přímý dopad na jejich finanční situaci a možnosti přístupu k adekvátní péči. Phillips (2021) zdůraznil význam dodržování režimových opatření při cestování, jako je časté mytí rukou a používání dezinfekčních prostředků, k prevenci infekčních onemocnění, která mohou dále zhoršovat stav pacientů s UC.

Zákon o zdravotních službách přitom stanovuje, že pacienti mají právo na poskytování zdravotní péče na odpovídající odborné úrovni, a umožňuje jim volbu poskytovatele zdravotních služeb. Dále, jak uvádí Matějková (2021, s. 57, 151-154), existuje mechanismus vrácení části nákladů na léčiva a speciální potraviny částečně kryté zdravotním pojištěním, pokud výdaje přesáhnou stanovenou hranici během jednoho kalendářního roku. Tato opatření jsou důležitá pro zmírnění finančního tlaku na pacienty a pro podporu jejich přístupu k nezbytné péči. Finanční aspekty a dostupnost péče hrají zásadní roli v procesu léčby a ve zlepšování kvality života pacientů s UC a jinými chronickými onemocněními.

Výsledky výzkumu ukazují o tom, jak se lidé cítí ve svém každodenním životě, jak hodnotí zdraví svého okolí, jaký mají přístup k financím, informacím, jak jsou spokojeni s možnostmi věnovat se svým zálibám, jak hodnotí podmínky v místě bydliště, dostupnost zdravotní péče a dopravní služby.

Když byla kladena otázka č. 8 "Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?", 29 respondentů, což je 37,2 %, uvedlo, že se cítí středně bezpečně, zatímco dalších 27 účastníků (34,6 %) uvedlo, že se cítí velmi bezpečně. Tato data naznačují, že většina účastníků se cítí ve svém každodenním životě bezpečně.

Ve vztahu k hodnocení zdraví prostředí, ve kterém respondenti žijí (otázka č. 9), 32 účastníků (41 %) hodnotí své životní prostředí jako středně zdravé a 28 respondentů (35,9 %) jej považuje za velmi zdravé. To ukazuje, že většina respondentů vnímá své okolí jako zdravé.

Na otázku č. 12 "Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?" uvedlo, že většinou ano, 24 respondentů (30,8 %). Stejný počet lidí uvedlo, že mají peněz jen středně dostatek nebo že je mají spíše nedostatek, což poukazuje na to, že finanční situace je pro některé účastníky výzvou.

Při posuzování dostupnosti informací nezbytných pro každodenní život (otázka č. 13) uvedlo, že k těmto informacím má většinou přístup 30 osob (38,5 %).

Na otázku "Máte možnost věnovat se svým zálibám?" (č. 14) nejvíce respondentů, 27 (34,6 %), uvedlo, že se svým zálibám mohou většinou věnovat, zatímco 26 osob (33,3 %) hodnotí svou možnost jako střední.

Hodnocení spokojenosti s podmínkami v místě bydliště (otázka č. 23) ukázalo, že 6 respondentů (7,7 %) je velmi nespokojeno, zatímco 14 účastníků (18 %) vyjádřilo nespokojenost.

Když byla posuzována spokojenost s dostupností zdravotní péče (otázka č. 24), 28 respondentů (35,9 %) bylo s dostupností zdravotní péče ve své oblasti spokojeno, což naznačuje relativně dobré vnímání dostupnosti zdravotní péče.

V případě spokojenosti s dopravními službami (otázka č. 25) vyšlo najevo, že většina, 32 lidí (41 %), hodnotí dopravu ve své oblasti kladně, což ukazuje na pozitivní vnímání dopravních služeb mezi respondenty.

Z výsledků dotazníku vlastní konstrukce, kde bylo zjištěno, že 61,5 % respondentů jsou ženy a 34,6 % muži, je patrné, že výskyt ulcerózní kolitidy může být významnější u žen. Tato skutečnost, spolu s odkazem na Phillipse (2021), který uvádí vyšší preva-

lenci UC u žen, naznačuje potřebu zaměřit se na genderově specifické aspekty péče a podpory.

Výskyt onemocnění, jak uvádí Lukáš a kolektiv (2018), vykazuje dva věkové vrcholy. První vrchol se objevuje v mladším věku, konkrétně mezi 15. a 30. rokem života, zatímco druhý vrchol nastává později, mezi 50. a 60. rokem života. Přičemž Dragomirecká a Bartoňová (2006) uvádí, že kvalita života s přibývajícím věkem klesá ve všech doménách.

Podle výsledků dotazníku, 24 respondentů (30,8 %) spadalo do **věkové kategorie** 18–30 let, což koresponduje s prvním věkovým maximem dle Lukáše a kolektivu (2018, s. 325). Věková skupina 31–45 let, která je mezi dvěma vrcholy, byla nejpočetnější s 32 odpověďmi, což představuje 41 % respondentů. Skupina ve věku 46–65 let, která zahrnuje druhý vrchol, měla 22 respondentů (28,2 %). Toto rozdělení odpovídá tvrzení o dvou vrcholech výskytu UC, i když je nutné vzít v úvahu, že širší věkový rozsah druhé skupiny (46–65 let) může zahrnout i respondenty mimo typický vrcholový věk. Je však třeba vzít v úvahu, že širší věkový rozsah druhé skupiny (46–65 let) byl upraven s ohledem na ontogenetickou stupnici dospělosti a pro umožnění plynulosti výzkumu. Skupina středního věku byla rozšířena o 5 let, aby korespondovala s celkovým věkovým limitem studie, který byl stanoven na 18–65 let.

Pokud jde o **dobu trvání onemocnění**, polovina respondentů (50 %) uvedla, že jejich onemocnění bylo diagnostikováno v posledních 0 až 5 letech. Dalších 18 respondentů (23 %) žije s diagnózou 6 až 15 let. Menší skupina, 10 účastníků (12,8 %), má diagnostikované onemocnění po dobu 16 až 25 let, a v kategorii s nejdelším trváním onemocnění, 26 let a více, se nachází 11 lidí (14,1 %). Tyto výsledky ukazují, že většina nových diagnóz UC padá do mladších věkových kategorií, což podporuje tvrzení o prvním věkovém maximu. Současně výskyt diagnóz u starší populace naznačuje, že onemocnění zasahuje i druhé věkové maximum. Vzhledem k výsledkům je zřejmé, že výskyt UC odpovídá tvrzením o dvou věkových vrcholech.

Kvalita života pacientů s ulcerózní kolitidou (UC) je komplexně ovlivněna nejen samotným průběhem tohoto onemocnění, ale také přítomností **dalších zdravotních problémů**. Důležitou součástí komplexního přístupu k péči o tyto pacienty je tedy i identifikace a řešení těchto přidružených stavů, které mohou významně ovlivňovat jejich celkové zdraví a pohodu.

V rámci standardizovaného dotazníku byla proto zahrnuta otázka č. 33 s cílem zjistit, s jakými dalšími onemocněními se pacienti s UC potýkají. Tato data naznačují, že zatímco 33 % respondentů neuvádí žádné další diagnózy, zbytek skupiny trpí různými onemocněními, které mohou přidat další vrstvu výzev do jejich života. Mezi nejčastěji uváděnými onemocněními bylo astma bronchiale (16 %), chronické onemocnění ledvin (7,5 %), chronické srdeční selhání (8,5 %), diabetes mellitus a nádorová onemocnění (každé 6,4 %). Dále byly zmiňovány neurodegenerativní onemocnění, artritida, deprese, alergická rýma, úzkosti a hypertenze.

Zjištění poukazují na důležitost komplexního pohledu na pacienty s UC, zahrnujícího nejen léčbu základního onemocnění, ale i aktivní adresaci a management dalších zdánlivě nesouvisejících zdravotních problémů. Integrovaný přístup k péči, který zahrnuje multidisciplinární týmy zahrnující gastroenterology, kardiologii, nefrologii, psychologii a další specializace, může vést k lepší kvalitě života pacientů tím, že se zabývá širokým spektrem jejich potřeb. V zájmu zlepšení pohody pacientů s UC je tedy klíčové nejen soustředit se na léčbu samotné ulcerózní kolitidy, ale také identifikovat a řešit přidružená onemocnění.

Vztah mezi **pracovním zapojením** a stavem pacientů s UC je komplexní a může být ovlivněn širokou škálou faktorů, včetně jejich vzdělání. Informace o pracovní situaci respondentů ukazují, že 23 % z nich pracuje na částečný úvazek a 44,9 % na plný úvazek, přičemž 16,7 % je aktuálně bez zaměstnání a 7,7 % tvoří invalidní důchodci nebo důchodci. Tato data naznačují, že UC může mít významný vliv na pracovní schopnosti a preference typu zaměstnání jednotlivců. Avšak není zcela jasné, zda je rozhodnutí pro částečný úvazek ovlivněno přímo UC nebo jinými přidruženými onemocněními, což otevírá prostor pro další zkoumání vztahu mezi UC, pracovním životem a úrovní vzdělání pacientů.

Finanční situace jedince může mít významný dopad na jeho celkovou kvalitu života a schopnost řešit zdravotní problémy, včetně UC. Tento aspekt je úzce propojen s **rodinným stavem**, který může odrážet různé socioekonomické podmínky a dostupnost podpory v domácnosti. Z výzkumu, konkrétně na základě odpovědí na otázku č. 30, vyplývá, že největší skupinu tvoří ženatí nebo vdaní respondenti (44,9 %), následovaní svobodnými účastníky (35,9 %). Dalších 12,8 % respondentů jsou rozvedení a menší skupina, 6,4 %, jsou vdovci nebo vdovy.

UC je komplexní onemocnění s řadou různorodých projevů, které se mohou lišit v závislosti na specifickém typu a rozsahu zánětu v tlustém střevě. Vzhledem k rozmanitosti příznaků a jejich intenzity je pochopitelné, že odpovědi pacientů na otázky týkající se jejich života a zdravotního stavu mohou být ovlivněny **konkrétním typem** UC. Zajímavým zjištěním však je, že většina účastníků, tedy 56,4 %, uvedla, že nejsou si jistí svým typem ulcerózní kolitidy. Toto naznačuje, že může existovat určitá mezera ve vzdělávání pacientů o jejich onemocnění, což může mít dopad na jejich schopnost účinně řídit a léčit své stavy.

Podle poslední otázky č. 35 ze standardizovaného dotazníku bylo zjištěno, že výběr **léčebných metod** mezi pacienty s UC je rozmanitý, s největším počtem respondentů, 39,6 %, kteří preferují medikamentózní léčbu. Dalších 26 % účastníků se spoléhá na dietní opatření, což zdůrazňuje význam správné výživy a životního stylu v managementu UC. Překvapivě, 18,8 % respondentů uvedlo, že aktuálně nepoužívají žádný specifický typ léčby, což svědčí o potenciální potřebě dalšího vzdělávání a podpory v řízení jejich onemocnění.

Tato data ukazují na širokou paletu přístupů k léčbě UC, od konvenčních farmakologických metod po alternativní a podpůrné terapie, jako jsou dietní úpravy. Množství pacientů, kteří nepoužívají žádnou formu léčby, může signalizovat nedostatečnou informovanost o dostupných možnostech léčby nebo o jejich účincích, strach z vedlejších účinků, nebo i finanční nebo sociální bariéry přístupu k vhodné léčbě.

LIMITY VÝZKUMU

V kontextu omezení naší studie je potřeba přihlížet k tomu, že data byla získána z relativně malé a geograficky omezené skupiny respondentů, což může ovlivnit generalizovatelnost výsledků. Navíc, vzhledem k tomu, že respondenti byli ve fázi remise, tyto výsledky nemusí plně odrážet stav pacientů během akutní fáze UC.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Bakalářská práce se zaměřuje na zkoumání, jak ulcerózní kolitida ovlivňuje kvalitu života pacientů. Příčina tohoto onemocnění zůstává neznámá, ale současná hypotéza naznačuje spojitost s civilizačními faktory. Průběh nemoci je individuální a v České republice se jedná o onemocnění s vysokou mírou výskytu. Výsledky výzkumu vedly k vytvoření manuálu pro zdravotnické pracovníky, který může pomoci zlepšit kvalitu života pacientů s UC. Tento manuál je rozdělen do čtyř částí a je distribuován ve formátu PDF na gastroenterologická pracoviště (viz příloha C). Díky manuálu mohou zdravotničtí pracovníci reagovat na

zdravotní problémy a jak včas zasáhnout, což jim umožňuje efektivně udržovat stav remise u svých pacientů. Jsou tak schopni poskytnout optimální péči a zajistit, aby se nemoci nevracely s větší intenzitou.

ZÁVĚR

Bakalářské práci jsme se zaměřili na komplexní zkoumání kvality života pacientů s ulcerózní kolitidou. Teoretická část práce položila základy pro pochopení ulcerózní kolitidy, její epidemiologie, klinického obrazu, možných komplikací, diagnostických postupů, terapeutických přístupů a zejména vlivu onemocnění na kvalitu života pacientů. Praktická část práce přinesla výzkumné poznatky, které přispěly k hlubšímu porozumění tomu, jak onemocnění ovlivňuje každodenní život pacientů, a identifikovala klíčové faktory, které mohou kvalitu života buď zlepšit, nebo zhoršit.

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou hodnotí svou kvalitu života. K tomu jsme si stanovili další dílčí cíle číslo 1 až 4, které měly za úkol posoudit, jak je kvalita života ovlivněna v specifických oblastech, jako jsou fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání a prostředí.

V rámci kvantitativního výzkumu byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF spolu s vlastním dotazníkem obsahujícím 9 otázek. Analýza průměrných skóre v jednotlivých doménách "Fyzické zdraví", "Prožívání", "Sociální vztahy" a "Prostředí" umožnila komplexní hodnocení kvality života. Respondenty studie tvořili pacienti diagnostikovaní s ulcerózní kolitidou ve věku 18 až 65 let, kteří se nacházeli ve fázi remise a splňovali další zdravotní a geografická kritéria.

I přesto, že se pacienti nacházeli ve fázi remise, tedy v dočasném ústupu příznaků, výsledky výzkumu ukazují, že jejich kvalita života je stále významně ovlivněna v různých doménách kvality života. Tento poznatek potvrzuje, že ulcerózní kolitida má hluboký dopad na životy pacientů, a to nejen v obdobích akutních exacerbací, ale i během remisí.

Cíl bakalářské práce byl úspěšně dosažen. Práce nejen přispěla k hlubšímu porozumění vlivu ulcerózní kolitidy na různé aspekty života pacientů, ale také identifikovala klíčové faktory, které ovlivňují jejich každodenní život. Je to důkaz, že zlepšení kvality života pacientů s ulcerózní kolitidou je dosažitelným cílem, který vyžaduje společné úsilí pacientů, lékařů, výzkumníků i celé společnosti.

SEZNAM LITERATURY

Knižní publikace

- 1) BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1197-4.
- 2) ČERNÁ, Marie et al., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.
- 3) DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.
- 4) GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.
- 5) HAZUKOVÁ, Martina, 2020. *Psychologický průvodce pacienta při idiopatických střevních zánětech (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida)*. Praha: Pacienti IBD. ISBN 978-80-907566-1-8.
- 6) HELUS, Zdeněk, 2011. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3037-0.
- 7) HORÁK, Ladislav et al., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3595-5.
- 8) JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- 9) KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 10) LIBOVÁ, Lubica; BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2466-4.

- 11) LUKÁŠ, Karel a HOCH, Jiří (ed.), 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
- 12) LUKÁŠ, Milan et al., 2020. *Idiopatické střevní záněty: nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1208-1.
- 13) MATĚJKOVÁ, Petra; BORTLÍK Martin et al., 2021. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat: I. a II. díl*. 3. vyd., 1. vyd. v tomto souboru. Praha: Pacienti IBD. ISBN 978-80-907566-5-6.
- 14) NAVRÁTIL, Leoš et al., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.
- 15) NEJEDLÁ, Marie, 2015 a. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4449-0.
- 16) NEJEDLÁ, Marie, 2015 b. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4402-5.
- 17) NOVÝ, Ivan a SURYNEK, Alois, 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Manažer. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1705-0.
- 18) OREL, Miroslav et al., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5516-8.
- 19) SOUČEK, Miroslav; ŠPINAR, Jindřich a VORLÍČEK, Jiří (ed.), 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.
- 20) SOUKOPOVÁ, Jana, 2011. *Ekonomika životního prostředí*. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 978-80-210-5644-2.
- 21) ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 22) TAHAL, Radek et al., 2022. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. 2. vyd. Expert (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3535-6.
- 23) THAM, Tony C. K.; COLLINS, John S. A. a SOETIKNO, Roy, 2017. *Urgentní gastroenterologie*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0157-3.
- 24) ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.

Odborné články

- 25) BALLELIO, Andrea; ZAGARIA, Andrea; BACCINI, Flavia; MICHELI, Federica; DI NARDO, Giovanni et al., 2021. *A meta-analysis on sleep quality in inflammatory bowel disease*. Online. *Sleep Medicine Reviews*, roč. 60. ISSN 1087-0792. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101518>. [cit. 2023-12-12].
- 26) CONLEY, Samantha; JEON, Sangchoon; LEHNER, Vanessa; PROCTOR, Deborah D. a REDEKER, Nancy S., 2021. *Sleep Characteristics and Rest–Activity Rhythms Are Associated with Gastrointestinal Symptoms Among Adults with Inflammatory Bowel Disease*. Online. *Digestive Diseases and Sciences*, roč. 66, č. 1, s. 181-189. ISSN 0163-2116. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06213-6>. [cit.2023-10-12].
- 27) DUJSÍKOVÁ, Hana, 2019. *Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů*. Online. *Interní medicína pro praxi*, roč. 21, č. 1, s. 28-31. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2019/01/06.pdf>. [cit. 2023-12-24].
- 28) ĎURICOVÁ, Dana; PFEIFEROVÁ, Martina; BORTLÍK, Martin; PIPEK, Barbora; MIKOVINY KAJZRLÍKOVÁ, Ivana et al., 2018. *Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases in the Czech Republic – a multicentre study*. Online. *Gastroenterologie a hepatologie*, roč. 72, č. 1, s. 11-19. ISSN 1804-7874. Dostupné z: <https://doi.org/10.14735/amgh201811>. [cit. 2023-11-28].
- 29) EHRMANN, Jiří a KONEČNÝ, Michal, 2012. *Léčba střevních zánětů*. Online. *Praktické lékařství*, roč. 8, č. 4, s. 156-160. ISSN 1801-2434. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2012/04/02.pdf>. [cit. 2023-11-11].
- 30) FEUERSTEIN, Joseph D. a CHEIFETZ, Adam S., 2014. *Ulcerative Colitis*. Online. *Mayo Clinic Proceedings*, roč. 89, č. 11, s. 1553-1563. ISSN 0025-6196. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.07.002>. [cit. 2023-10-29].
- 31) GABALEC, Libor, 2007. *Quality of life in patients with Crohn's disease*. Online. *Folia Gastroenterologica et Hepatologica*, roč. 5, č. 2, s. 16-29. ISSN 1213-323X. Dostupné z: <http://ww.pro-fovia.org/files/1/2007/2/gabalec.pdf>. [cit. 2023-10-05].
- 32) GABALEC, Libor, 2009. *Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života*. Online. *Interní medicína pro praxi*, roč. 11, č. 6, s. 276-281. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/06.pdf>. [cit. 2023-10-05].

- 33) HAO, Guihua; ZHU, Bingqian; LI, Yousheng; WANG, Pengfei; LI, Li et al., 2020. *Sleep quality and disease activity in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis*. Online. *Sleep Medicine*, roč. 75, s. 301-308. ISSN 1389-9457. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.08.032>. [cit. 2023-12-12].
- 34) HØIVIK, Marte Lie; MOUM, Bjørn; SOLBERG, Inger Camilla; HENRIKSEN, Magne; CVANCAROVA, Milada et al., 2013. *Work disability in inflammatory bowel disease patients 10 years after disease onset: results from the IBSEN Study*. Online. *Gut*, roč. 62, č. 3, s. 368-375. ISSN 0017-5749. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302311>. [cit. 2023-12-24].
- 35) KOUTROUBAKIS, Ioannis E. a VLACHONIKOLIS, I. G., 2000. *Appendectomy and the development of ulcerative colitis: results of a metaanalysis of published case-control studies*. Online. *The American Journal of Gastroenterology*, roč. 95, č. 1, s. 171-176. ISSN 0002-9270. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.01680.x>. [cit. 2023-12-30].
- 36) KUPKA, Tomáš; SVOBODA, Pavel; BOJKOVÁ, Martina; BLAHO, Martin; VAŠŮRA, Adam et al., 2020. *Bone metabolism in inflammatory bowel diseases 1*. Online. *Vnitřní lékařství*, roč. 66, č. 7, s. e3-e7. ISSN 0042-773X. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/vnl.2020.131>. [cit. 2023-10-14].
- 37) LUNNEY, P. C. a LEONG, R. W. L., 2012. *Review article: ulcerative colitis, smoking and nicotine therapy*. Online. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, roč. 36, č. 11-12, s. 997-1008. ISSN 0269-2813. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/apt.12086>. [cit. 2023-10-14].
- 38) MCGILLIGAN, Victoria E.; WALLACE, Julie M. W.; HEAVEY, Patricia M.; RIDLEY, Diana L. a ROWLAND, Ian R., 2007. *Hypothesis about mechanisms through which nicotine might exert its effect on the interdependence of inflammation and gut barrier function in ulcerative colitis*. Online. *Inflammatory Bowel Diseases*, roč. 13, č. 1, s. 108-115. ISSN 1078-0998. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ibd.20020>. [cit. 2023-10-14].
- 39) MOKRÁ, D.; HÁŠA, J.; MASOPUST, O.; HLOCH, J.; CHARVÁT, J. et al., 2013. *Ulcerózní kolitida komplikovaná tromboembolizmem a toxickým megakolon – existuje souvislost toxického megakolon s antikoagulační terapií?: Ulcerative colitis complicated by tromboembolism and toxic megacolon – is there any connection between toxic megacolon and anticoagulative therapy?* Online. *Gastroent Hepatol*,

- roč. 67, č. 4, s. 313-316. Dostupné z: https://www.csgh.info/uploads/pdf/gh_2013_4_313_316.pdf. [cit. 2023-10-22].
- 40) MOLINIE, Florence; YZET Thierry; MERLE Véronique; GRANDBASTIEN Bruno; LEREBOURS Eric et al., 2004. *Opposite evolution in incidence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Northern France (1988-1999)*. Online. Gut, roč. 53, č. 6, s. 843-848. ISSN 0017-5749. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/gut.2003.025346>. [cit. 2023-12-1].
- 41) MOLODECKY, Natalie A.; SOON, Ing Shian; RABI, Doreen M.; GHALI, William A.; FERRIS, Mollie et al., 2012. *Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time, Based on Systematic Review*. Online. Gastroenterology, roč. 142, č. 1, s. 46-54.e42. ISSN 0016-5085. Dostupné z: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.10.001>. [cit. 2023-10-22].
- 42) OLÍŠAROVÁ, Věra; DOLÁK, František a TÓTHOVÁ, Valérie, 2013. *Kvalita života jako součást ošetřovatelství*. Online. Ošetřovatelství, roč. XV, č. 1, s. 14-21. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/01/03.pdf>. [cit. 2023-10-28].
- 43) ORDÁS, Ingrid; ECKMANN, Lars; TALAMINI, Mark; BAUMGART, Daniel C a SANDBORN, William J., 2012. *Ulcerative colitis*. Online. The Lancet, roč. 380, č. 9853, s. 1606-1619. ISSN 0140-6736. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60150-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60150-0). [cit. 2023-10-28].
- 44) RYSKA, Miroslav, 2015. *Preoperative staging in patients with pancreatic cancer*. Online. Gastroenterologie a hepatologie, roč. 69, č. 6, s. 525-529. ISSN 1804-7874. Dostupné z: <https://doi.org/10.14735/amgh2015525>. [cit. 2023-10-18].
- 45) SEJBUK, Monika; MIRONCZUK-CHODAKOWSKA, Iwona a WITKOWSKA, Anna Maria, 2022. *Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors*. Online. Nutrients, roč. 14, č. 9. ISSN 2072-6643. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu14091912>. [cit. 2024-11-02].
- 46) STRÁNSKÝ, Jan; ŠÍR, Milan a PLEVA, Leopold, 2017. *Abdominální kompartment syndrom u polytraumat*. Online. Úrazová chirurgie, č. 4. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/urazova-chirurgie/2017-4-12/abdominalni-kompartiment-syndrom-u-polytraumat-107087>. [cit. 2023-11-12].
- 47) ŠERCLOVÁ, Zuzana; RYSKA, Ondřej; BORTLÍK, Martin; ĎURICOVÁ, Dana; GÜRLICH, Robert et al., 2016. *Recommendation of surgical treatment in patients with inflammatory bowel diseases – part 3: ulcerative colitis, indications for surge-*

- ry. Online. Gastroenterologie a hepatologie, roč. 70, č. 3, s. 252-261. ISSN 1804-7874. Dostupné z: <https://doi.org/10.14735/amgh2015252>. [cit. 2023-10-25].
- 48) ŠTROFOVÁ, Helena a SVOZÍLKOVÁ, Petra, 2014. *Idiopatické střevní záněty a záněty oka*. Online. Interní medicína pro praxi, roč. 16, č. 2, s. 70-72. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2014/02/06.pdf>. [cit. 2023-10-12].
- 49) ŠTROFOVÁ, Helena, 2016. *Oční infekce*. Online. Medicína pro praxi, roč. 13, č. 3, s. 136-141. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/03/09.pdf>. [cit. 2023-10-12].
- 50) YIN, Shaoman; NJAI, Rashid; BARKER, Lawrence; SIEGEL, Paul Z. a LIAO, Youlian, 2016. *Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model*. Online. Population Health Metrics, roč. 14, č. 1. ISSN 1478-7954. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0091-3>. [cit. 2023-11-25].

Internetové zdroje

- 51) ČGS, 2024. *Pacientské organizace*. Online. In: Česká gastroenterologická společnost ČSL JEP. Dostupné z: <https://www.cgs-cls.cz/pacientske-organizace/>. [cit. 2024-02-18].
- 52) FUSKOVÁ, Jana, 2022. *Ulcerózní kolitida – příčiny, příznaky a léčba*. Online. In: EUC. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/ulcerozni-kolitida-priciny-priznaky-a-lecba/#co-je-ulcerozni-kolitida>. [cit. 2023-10-10].
- 53) LUKÁŠ, Milan, 2019. *Terapie těžké formy ulcerózní kolitidy*. Online. In: Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/terapie-tezke-formy-ulcerozni-kolitidy/>. [cit. 2023-10-15].
- 54) MAYO CLINIC, 2022. *Ulcerative colitis: Symptoms Causes*. Online. In: Mayo Foundation for Medical Education and Research. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/ulcerative-colitis/symptoms-causes/syc-20353326>. [cit. 2023-10-05].
- 55) MINÁRIKOVÁ, Petra, 2021. *Diagnostika idiopatických střevních zánětů*. Online. In: Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/diagnostika-idiopatickych-strevnich-zanetu/>. [cit. 2023-11-14].
- 56) NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. *Kvalita života*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a

- statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>. [cit. 2023-10-28].
- 57) PHILLIPS, Quinn, 2021. *Your Everyday Guide to Living Well With Ulcerative Colitis*. Online. In: *Everyday Health*. Dostupné z: <https://www.everydayhealth.com/ulcerative-colitis/everyday-guide-to-living-well/>. [cit. 2023-10-30].
- 58) SKOMOROCHOW, Ewelina a PICO, Jose, 2023. *Toxic Megacolon*. Online. In: *StatPearls*. Dostupné z: <https://www.statpearls.com/physician/cme/activity/89212>. [cit. 2023-10-30].
- 59) SÝKORA, Michal, 2014. *Za jakých podmínek si může pacient s IBD požádat o invalidní důchod?* Online. In: *Pacienti IBD*. Dostupné z: <https://www.crohn.cz/dotaz/za-jakych-podminek-si-muze-pacient-ibd-pozadat-invalidni-duchod>. [cit. 2024-02-01].
- 60) VAŠÁTKO, Martin, 2021. *Ulcerózní kolitida*. Online. In: *Pro lékaře*. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/ulcerozni-kolitida-126713/ulcerozni-kolitida>. [cit. 2023-10-05].
- 61) VOKOUNOVÁ, Kateřina, 2020. *Medicínské nutriční poradenství: Ulcerózní kolitida*. Online. In: *Medicínské centrum Praha*. Dostupné z: <https://www.mc-praha.cz/mcp/wp-content/uploads/2020/12/Ulcer%C3%B3zn%C3%AD-kolitida.pdf>. [cit. 2023-10-19].

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL-BREF

Příloha B – dotazník

Příloha C – manuál pro ošetrovatelskou praxi

PŘÍLOHY

Příloha A, objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL-BREF

29.11.23 15:24

Gmail - objednávkový formulář české verze dotazníku whoql-bref



Nikola Kindelmannová <nikolakindelmannova624@gmail.com>

objednávkový formulář české verze dotazníku whoql-bref

Počet zpráv: 5

Nikola Kindelmannová <nikolakindelmannova624@gmail.com>

3. listopadu 2023 v 15:07

Komu: eva.dragomirecka@ff.cuni.cz

Dobry den,

Jsem studentka na Fakultě zdravotnických studií v Plzni a aktuálně pracuji na své bakalářské práci. Téma mé práce je "kvalita života pacientů s ulcerózní kolitidou".

Ráda bych ve své práci použila standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který je obsažen v knize "WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace".

Dotazníkové šetření by proběhlo převážně v elektronické podobě a mělo by se uskutečnit na území Plzeňského kraje v České republice od listopadu 2023 do února 2024. Dotazník by byl doplněn o pár otázek vlastní konstrukce.

Ráda bych se informovala o tom, zda mohu tento dotazník použít pro svou bakalářskou práci a jaké jsou podmínky pro jeho použití.

Děkuji vám za váš čas a těším se na vaši odpověď.

S pozdravem,
Nikola Kindelmannová

Dragomirecká, Eva <Eva.Dragomirecka@ff.cuni.cz>

6. listopadu 2023 v 15:00

Komu: Nikola Kindelmannová <nikolakindelmannova624@gmail.com>

Vážená kolegyně,

podmínkou je pouze registrace. Vy jste mi již veškeré informace napsala do emailu, tak nemusíte posílat registrační list. Dotazník v elektronické podobě přikládám.

S pozdravem,

ED

Příloha B, dotazník

Vážená paní / Vážený pane,

Jmenuji se Nikola Kindelmannová a jsem studentkou třetího ročníku na Fakultě zdravotnických studií v Plzni. V rámci své bakalářské práce se zabývám výzkumem, který se zaměřuje na kvalitu života pacientů s ulcerózní kolitidou.

Prosím, o vyplnění dotazníku, pokud jste pacient s **ulcerózní kolitidou ve věku 18 až 65 let, bez založené stomie** a aktuálně se nacházíte **ve stádiu dočasného ústupu příznaků (remise)**. Pro výzkum je nutné, abyste **bydleli v Praze nebo v Plzeňském/Jihočeském či Středočeském kraji**.

Dotazník je určen k anonymnímu sběru dat, která budou použita pouze pro účely bakalářské práce. Vaše odpovědi zůstanou anonymní a bude s nimi zacházeno s nejvyšší mírou důvěrnosti.

Vyplnění dotazníku bude trvat přibližně 5-10 minut. U každé otázky je možné označit pouze 1 odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vyplněním souhlasíte s účastí na výzkumu. Máte právo kdykoli účast ukončit. Děkuji za Váš čas a za souhlasné stanovisko se zapojením do výzkumu, ochota sdílet vaše zkušenosti je velmi cenná.

S pozdravem,

Nikola Kindelmannová

Studentka Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF

Přečtěte si každou otázku, zhodnoťte své pocity a označte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Zdroj: Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s.88-90

Druhá část – dotazník vlastní konstrukce

1) Uved'te pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž
- c) Nechci uvádět

2) Uved'te svůj věk:

- a) 18–30
- b) 31–45
- c) 46–65

3) Jaké je Vaše současné zaměstnání?

- a) Zaměstnaný/á se zkráceným úvazkem
- b) Zaměstnaný/á s plným úvazkem
- c) Nezaměstnaný/á
- d) Invalidní důchodce/důchodkyně
- e) Důchodce/ důchodkyně

4) Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodný/á
- b) Ženatý/vdaná
- c) Rozvedený/á
- d) Vdovec/vdova

5) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Středoškolské vzdělání, bez maturity
- c) Středoškolské vzdělání s maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání

6) Jak dlouho máte diagnostikované onemocnění?

- a) 0-5 let
- b) 6-15 let
- c) 16-25 let
- d) 26 a více

7) Jaké máte přidružené onemocnění? (možnost označit více dopovědí)

- a) Diabetes mellitus
- b) Nádorová onemocnění
- c) Chronické srdeční selhávání

- d) Chronická obstrukční plicní nemoc
- e) Chronické onemocnění ledvin
- f) Neurodegenerativní onemocnění
- g) Astma bronchiale
- h) Jiné:

.....

.....

.....

.....

.....

8) Jaký máte typ ulcerózní kolitidy?

- a) Ulcerózní proktitida
- b) Proktosigmoitida
- c) Levostranná kolitida
- d) Pankolitida
- e) Fulminantní kolitida
- f) Nejsem si jistý/á

9) Jaký máte nyní typ léčby? (možnost označit více odpovědí)

- a) Medikamentózní léčba
- b) Dietní opatření
- c) Biologická léčba
- d) Chirurgická léčba
- e) Jiný:

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha C, manuál pro ošetrovatelskou praxi u pacientů s ulcerózní kolitidou

Téma bakalářské práce "Kvalita života pacienta s ulcerózní kolitidou" se zaměřuje na vliv ulcerózní kolitidy na každodenní život pacientů. Jedná se o dlouhodobý zánětlivý stav, který ovlivňuje tlusté střevo. Příčina onemocnění zůstává neznámá, ale současná hypotéza naznačuje, že je spojena s civilizačními faktory. Průběh onemocnění je individuální. Výsledky výzkumu vedly k vytvoření manuálu pro zdravotnické pracovníky, který může pomoci pacientům zlepšit kvalitu života. Díky manuálu mají zdravotničtí pracovníci návod, jak reagovat na jednotlivé zdravotní problémy a jak včas zasáhnout, což jim umožňuje efektivně udržovat stav remise u svých pacientů. Jsou tak schopni poskytnout optimální péči a zajistit, aby se nemoci nevracely s větší intenzitou.

Z analýzy dat a diskuse v rámci domény **fyzického zdraví** pacientů s UC vyplývá několik klíčových doporučení pro ošetrovatelskou praxi:

- **Zdůraznění významu adekvátní hydratace a odpočinku:** Vzhledem k tomu, že dehydratace a únava mohou exacerbaci symptomů UC zhoršit.
- **Zvýšená pozornost na nutnost mírné fyzické aktivity:** Přestože nadměrná fyzická námaha může být pro pacienty s UC problematická, mírná fyzická aktivita může přispět k lepšímu celkovému fyzickému zdraví a pohody.
- **Včasná a adekvátní léčba bolesti:** Zjištění naznačují, že bolest může pacientům významně zasahovat do každodenních aktivit.
- **Podpora v oblasti spánku:** S ohledem na významnou souvislost mezi kvalitou spánku a aktivitou UC je nezbytné, aby se zdravotnický tým zaměřil na zlepšení spánkových návyků pacientů.
- **Edukace o prevenci exacerbace a samosprávě:** Poskytování informací a nástrojů pro účinnou samosprávu UC může pomoci pacientům lépe zvládat svůj stav a předcházet exacerbacím.

Na základě uvedených informací a výsledků průzkumu by bylo možné formulovat následující doporučení pro ošetrovatelskou praxi, zaměřené na zlepšení kvality života pacientů s ulcerózní kolitidou **v oblasti sociálních vztahů:**

- Zvýšit edukaci o ulcerózní kolitidě: Zdravotnický personál by měl pacientům a jejich rodinám poskytovat komplexní informace o ulcerózní kolitidě, včetně možných dopadů na sociální život a vztahy. To může pomoci snížit nepochopení a stigma spojené s tímto onemocněním.
- Podpora v oblasti sexuálního života: Vzhledem k výsledkům výzkumu, které ukazují, že i pacienti s ulcerózní kolitidou v remisní fázi mohou zaznamenávat potíže ve svém sexuálním životě, je nezbytné, aby ošetrovatelský personál poskytoval prostor pro otevřenou komunikaci o tomto tématu. To by mělo zahrnovat poskytování relevantního poradenství a odkazů na specializované služby, které by pacientům mohly pomoci řešit tato témata a zlepšit tak kvalitu jejich života.
- Skupinová podpora a terapie: Zřízení skupin pro vzájemnou podporu pacientů s ulcerózní kolitidou by mohlo pomoci zlepšit jejich sociální vztahy a pocit sounáležitosti.
- Zdůraznění důležitosti komunikace: Je důležité podporovat pacienty v tom, aby otevřeně komunikovali se svými blízkými o svém onemocnění a potřebách.
- Vzdělávání rodinných příslušníků a přátel: Nabízet edukační programy pro rodinné příslušníky a přátele pacientů s cílem zlepšit jejich pochopení onemocnění a dopadů na sociální vztahy. To může pomoci zlepšit podporu, kterou rodina a přátelé mohou pacientům poskytnout.
- Podpora využívání online komunit a zdrojů: Doporučení pacientům, aby se zapojili do online komunit nebo využívali online zdroje určené lidem s ulcerózní kolitidou, může pomoci rozšířit jejich sociální síť a získat další podporu.

S ohledem na zjištění průzkumu a analýzu současné situace lze vypracovat soubor opatření pro ošetrovatelskou péči, které by mělo přispět ke zlepšení podmínek života pacientů trpících ulcerózní kolitidou v **oblasti jejich prostředí**.

- Vzdělávání pacientů o finančních a sociálních podporách: Informovat pacienty o dostupných finančních zdrojích, sociálních dávkách či příspěvcích na léčbu, které mohou zmírnit jejich finanční tíseň a umožnit jim lepší přístup k adekvátní péči. Jde o klíčový krok k zajištění, že pacienti využijí všechny dostupné zdroje pro zlepšení své situace.

- Podpora při správě domácnosti a každodenních aktivit: Nabízet služby nebo odkazy na organizace, které mohou pacientům pomoci se zvládnutím každodenních aktivit a úkolů, zejména v obdobích, kdy je jejich onemocnění aktivní. Tato podpora může zahrnovat pomoc s nákupy, úklidem, nebo doprovodem na lékařské vyšetření.
- Podpora přístupu k informacím: Zajištění, aby pacienti měli snadný přístup k informacím potřebným pro řízení svého onemocnění, včetně informací o výživě, režimových opatřeních a dostupných zdravotních službách.
- Fokus na sociální aktivizaci a hobby: Podpora pacientů v nalezení a zapojení se do činností, které je naplňují a poskytují jim pocit spokojenosti a účelu. To může zahrnovat zájmové kurzy či sportovní aktivity.

Na základě zjištěných výsledků v oblasti prožívání, kde průměrná hodnota se nachází mírně pod spodní normou, a přihlédnutí k poznatkům o zvýšeném výskytu depresí a úzkostných poruch u lidí trpících ulcerózní kolitidou, je zřejmé, že psychologická podpora a péče o duševní zdraví jsou klíčové. Z těchto informací vyplývá potřeba podporovat celkovou pohodu pacientů, která zahrnuje jak fyzické, tak psychické aspekty jejich zdraví. V tomto kontextu lze navrhnout následující ošetřovatelská doporučení pro zlepšení kvality života pacientů s ulcerózní kolitidou **ohledně prožívání:**

- Zvýšená psychologická podpora: Ošetřovatelský personál by měl být seznámen k rozpoznávání znaků depresí a úzkostí u pacientů a měl by být k dispozici prostor pro diskusi o psychickém zdraví. Poskytování odkazů na psychologické služby nebo psychoterapii by mělo být standardní součástí péče.
- Zaměření na význam pozitivních životních zážitků: Podporovat pacienty v objevování nových nebo stávajících zájmových aktivit, které mohou přinést radost a pocit smysluplnosti do jejich života. V rámci možností by měl být kladen důraz na sociální zapojení a realizaci osobních hobby.
- Podpora v oblasti kognitivních funkcí: Vzhledem k tomu, že někteří pacienti mohou zaznamenat problémy se soustředěním a pamětí, důležité je poskytnout jim informace o technikách a strategiích, které mohou pomoci zlepšit tyto kognitivní funkce.