

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Specifika ošetrovateľskej péče u pacientů se záněty střev

Bakalářská práce

Autor: Renáta Mastná

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vršecká

Jihlava 2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Renáta Mastná**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Obor: **Všeobecná sestra**
Název práce: **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů se záněty střev**
Cíl práce: **1. Zjistit informovanost pacientů o zánětech střev. 2. Zjistit dopad onemocnění zánětů střev na životní styl pacienta.**


Mgr. Petra Vršecká
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče u pacientů se záněty střev, do kterých patří Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Tato práce je rozčleněna na aktuální stav problematiky a výzkumnou část. Současný stav problematiky se zaměřuje na anatomii. Poté se zabývá nespecifickými střevními záněty, kde je konkrétně popsána Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Dále zde uvádím etiologii, klinický obraz, diagnostiku, komplikace, léčbu a lázeňskou péči u těchto onemocnění. Ve výzkumné části jsou vypracovány a zhodnoceny výsledky kvantitativního výzkumu. Byl proveden u pacientů, kteří dochází do gastroenterologické ambulance. Cílem této práce je zjistit informovanost pacientů o zánětech střev a dopad onemocnění zánětů střev na životní styl pacienta.

Klíčová slova

Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, edukace, omezení, životní styl

Abstract

The bachelor thesis is focused on the specifics of nursing care in patients with bowel inflammation, including Crohn's disease and ulcerative colitis. This thesis is divided into the current state of the issue and the research part. The present state of the issue focuses to anatomy. It then deals with non-specific intestinal inflammations, where Crohn's disease and ulcerative colitis are specifically described. Here I also mention the etiology, clinical picture, diagnosis, complications, treatment and spa treatment of these diseases. In the research part are developed and evaluated the results of the quantitative research. It was performed to patients who are going to a gastroenterological clinic. The aim of this work is to make patients aware of inflammation of the intestines and the impact of bowel inflammation on the patient's lifestyle.

Key words

Crohn's disease, ulcerative colitis, education, restrictions, lifestyle

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Petře Vršecké za ochotu, trpělivost a cenné rady v průběhu jejího zpracování. Děkuji také klientům, za poskytnutí informací a ochotu spolupracovat na výzkumné části práce.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Patofyziologický úvod do problematiky	9
1.1.1 Horní trávicí trakt.....	9
1.1.2 Dolní trávicí trakt.....	10
1.2 Nespecifické střevní záněty.....	10
1.2.1 Crohnova choroba.....	11
1.2.2 Ulcerózní kolitida	12
1.2.3 Etiologie.....	13
1.2.4 Klinický obraz.....	13
1.2.5 Diagnostika	14
1.2.6 Komplikace.....	19
1.2.7 Léčba.....	21
1.2.8 Lázeňská péče	24
2 Výzkumná část	25
2.1 Cíl výzkumu	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
2.3 Metodika výzkumu.....	26
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	26
2.5 Průběh výzkumu.....	27
2.6 Zpracování získaných dat.....	27
2.7 Výsledky výzkumu.....	28
2.8 Diskuze.....	43
2.9 Návrh na řešení a doporučení pro praxi	46
Závěr	47

Seznam použité literatury	48
Seznam grafů	50
Seznam použitých zkratk	51
Seznam příloh	52

Úvod

Téma bakalářské práce „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů se záněty střev“ jsem si vybrala, protože jsem se chtěla více dozvědět o této problematice a v blízkém okolí mám osoby, které trpí záněty střev.

Idiopatické střevní záněty jsou stále častější problematikou a zařazují se do civilizačních chorob. Jsou to zánětlivá onemocnění, která postihují gastrointestinální trakt. Patří sem Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Hlavní rozdíl těchto dvou nemocí je ten, že Crohnova choroba může zasáhnout celý trávicí trakt a ulcerózní kolitida postihuje pouze sliznici tlustého střeva a konečníku. Tato onemocnění jsou chronická a nemají jasnou etiologii. Zde je důležitá léčba a psychický stav pacienta, jak se s onemocněním srovná.

Současný stav problematiky bakalářské práce je zaměřen na celkovou problematiku onemocnění. Dále je zde uvedena anatomie, informace o nespecifických střevních zánětech, příznaky, etiologie, vyšetřovací metody, komplikace onemocnění, léčba a lázeňská péče.

Výzkumná část je věnována kvantitativnímu výzkumu. Cílem práce je zjistit informovanost pacientů o zánětech střev a dopad na jejich životní styl. Zde jsem se zaměřila na zpracování a vyhodnocení výsledků provedeného výzkumu.

1 Současný stav problematiky

V této kapitole se budu věnovat patofyziologickým úvodem do problematiky. Dále zde zmíním rozdělení nespecifických střevních zánětů. Také zde uvádím jejich etiologii, klinický obraz, diagnostiku, léčbu a lázeňskou péči.

1.1 Patofyziologický úvod do problematiky

Stavba stěny trávicí trubice tvoří sliznici (tunica mucosa), která tvoří rozhraní mezi zevním prostředím organismu, brání pronikání bakterií a dalších škodlivých látek a antigenu. Tato vrstva je pokryta slinami, hlenem nebo sekrety ze slinných žláz. Další stěna se nazývá podslizniční vazivo (tunica submucosa), která obsahuje krevní a mízní cévy a nervové pleteně. Také vytváří nebo vyrovnává slizniční řasy a umožňuje jejich pohyblivost. Další vrstvou je vrstva svalová (tunica muscularis). Je převážně tvořena hladkou svalovinou uspořádanou do vnitřní kruhové a zevní podélné vrstvy (Čihák, 2011).

1.1.1 Horní trávicí trakt

Do horního trávicího traktu řadíme dutinu ústní, hltan, jícen, žaludek a první část tenkého střeva (dvanáctník). Počátečním oddílem trávicí soustavy je dutina ústní (cavum oris). V dutině ústní je přijatá potrava, která je zpracována mechanicky a chemicky. Vzniklé sousto se jazykem posouvá do hltanu a pomocí polykacího reflexu do jícnu (Kachlík, 2013).

Hltan (pharynx) je společný trubicovitý orgán pro dýchací a trávicí systém. Ústní část hltanu je pod měkkým patrem otevřena do úst. Hrtanová část hltanu je proti vstupu do hrtanu neúplně uzavřena hrtanovou příklopkou. Dalším trubicovitým orgánem je jícen (oesophagus), který spojuje hltan se žaludkem (Čihák, 2011). Žaludek (ventriculus, gaster) je vakovitě rozšířená část trávicí trubice. Velikost žaludku a jeho poloha jsou individuální a závisí na množství náplně žaludku a poloze těla. V poloze ve stoje je horní část žaludku uložena pod levou brániční klenbou a konečný úsek se nachází vpravo od druhého až čtvrtého bederního obratle. V žaludku se potrava přechodně skladuje a mechanicky a chemicky zpracovává. Některé látky z potravy se přímo v žaludku vstřebávají do krevního oběhu. Potrava se v žaludku postupně

vrství. Kapacita žaludku může z 50 ml (na lačno) se zvýšit na 1500 ml. Posledním orgánem horní trávicí soustavy je první část tenkého střeva (dvanáctník). Je nejkratším úsekem tenkého střeva, ve kterém dochází například k trávení železa nebo některých léků. Do dvanáctníku ústí vývod žlučových cest a vývody slinivky břišní (Dylevský, 2009).

1.1.2 Dolní trávicí trakt

V dolním trávicím traktu nastává mechanické zpracování a trávení potravy. Dolní trávicí trakt je tvořen druhou (lačník) a třetí (kyčelník) částí tenkého střeva, tlustým střechem a konečníkem. V tenkém střevě dochází ke konečnému štěpení potravy, které nastalo již v dutině ústní (Čihák, 2011). Další částí je slepé střevo (caecum), první oddíl tlustého střeva. Natrávená potrava následně prochází vzestupným tračníkem, příčným a sestupným tračníkem. Poté projde esovitou kličkou a poslední částí, konečník. Funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody a anorganických látek.

Do trávicího systému spadá slinivka břišní, játra a žlučové cesty. Slinivka břišní je žláza se sekrecí vnitřní a vnější. Zevní sekrece produkuje pankreatickou šťávu. Tato šťáva se mísí se žlučí a společně ústí do duodena přes Vaterskou papilu. Langerhansovy ostrůvky zajišťují vnitřní sekreci. Skládají se z alfa a beta buněk. Alfa buňky produkují glukagon a beta buňky produkují inzulin (Kachlík, 2013). Játra jsou největším a nejtěžším orgánem v lidském těle. Skládají se z pravého, levého, čtverhranného laloku a laloku dolní duté žíly. Játra jsou umístěna pod pravou brániční klenbou a dolní okraj obvykle nepřesahuje žeberní oblouk. Mezi funkce jater se zahrnuje metabolismus cukrů, tuků a bílkovin. Další funkcí je detoxikace, kdy zneškodňují škodlivé či jedovaté látky. Dále zajišťují tvorbu žluče (Dylevský, 2009).

1.2 Nespecifické střevní záněty

Idiopatické střevní záněty (IBD, inflammatory bowel disease) obsahují v dnešní době dvě základní onemocnění: Crohnovu chorobu (CD, Crohn's disease) a ulcerózní kolitidu (UC, ulcerative colitis). Jedná se o střevní zánětlivá onemocnění neznámé etiologie. Výskyt těchto nemocí v naší populaci narůstá, hlavně u mladých lidí.

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida z historického pohledu jsou „mladými“ nemocemi. Anglický lékař sir Samuel Wilks v polovině 19. století jako první rozlišil

ulcerózní kolitidu od tehdy bacilární dyzentérie. Začátkem 20. století se tato nemoc zcela oddělila jako samostatná klinická jednotka od ostatních střevních zánětů. Crohnova choroba nese název podle amerického gastroenterologa B. B. Crohna. Tento název nese od roku 1932. Crohn se svými spolupracovníky z newyorské nemocnice Mount Sinai Ginzburgem a Oppenheimerem popsali 14 nemocných s vředovým zánětem terminálního ilea. V našich zemích je historicky nejvýznamnější prof. Mařátka, který napsal monografii Colitis ulcerosa v roce 1948 (Lukáš a kol., 2007).

1.2.1 Crohnova choroba

Crohnova choroba (CD – Crohn's disease), také zvaná segmentární kolitida nebo regionální enteritida. Jedná se o nespecifický zánět střev, který postihuje střevní stěnu v celé její šířce. U Crohnovy choroby v polovině minulého století převládal názor mezi lékaři, že tato nemoc postihuje pouze oblast terminálního ilea. Až v období 60. let se došlo k tomu, že nemoc může postihovat i tlusté střevo. U dalšího pozorování došlo k závěru, že nemoc může postihovat jakoukoli část trávicí trubice. Tím se odlišuje od ulcerózní kolitidy (Lukáš a kol., 2007). Toto onemocnění může postihovat trávicí část od jícnu až po konečník. Střídají se úseky nemocné s úseky zcela zdravými. Onemocnění se může objevit, jak v tenkém, tak i tlustém střevě nebo v oblasti konečníku. Také v jakékoli této kombinaci. Zde může dojít k zúžení střeva, vzniku píštělí, případně abscesu. Píštěle (spojky mezi střevními kličkami navzájem či na povrchu těla) ústí na kůži a vytéká z nich hlen, hnis nebo stolice, podle místa vzniku a průchodu na kůži. Absces (dutina vyplněná hnisem) převážně vzniká v okolí střevních kliček a konečníku. Průběh nemoci je chronický a střídají se období relapsů (zhoršování) a remisí (zklidňování). Crohnova choroba častěji postihuje mladší populaci mezi 25. – 28. rokem (Češka a kol., 2010).

Dělení Crohnovy choroby podle anatomické lokalizace

Ileitida – zánět, který postihuje terminální ileum, probíhá ve 25 – 35 % případů nemoci. Příznakem jsou velmi silné kolikovitě bolesti břicha, perforace střeva, tvorba abscesů a píštělí.

Jejunoileitida – zánět, který postihuje ileum i jejunum. Objevuje se jen v 5 % případů. Zde je důležité provést chirurgickou léčbu zejména píštělí a abscesů.

Ileokolitida – zánět, který postihuje terminální ileum a tračník. Tato forma Crohnovy choroby je nejčastější. Příznakem je krvácení, perforace, tvorba striktur a následná obstrukce, tvorba píštělí a abscesů.

Kolitida – zánět, který se vyskytuje ve 30 % případů, často doprovázen perianálním postižením a extraintestinální manifestací.

Anorektální postižení – je spojené zejména s kolitidou nebo ileokolitidou, u této formy projevy mohou být prvním příznakem Crohnovy choroby. Vyskytuje se u 30 – 40 % případů (Češka a kol., 2010).

Appendix – zánět slepého střeva, který je obvykle spojován se vznikem ileokolitidy. Probíhá u 50 % případů.

Gastroduodenální postižení – tato forma vzniká u 0,5 – 4 % případů.

Orální postižení – v častých případech probíhá při ileokolitidě (Lukáš a kol., 2007).

1.2.2 Ulcerózní kolitida

Srovnání těchto dvou onemocnění je ulcerózní kolitida jednodušší. Ulcerózní kolitida (UC – ulcerative colitis), dříve zvaná Idiopatická proktolitida, je zánětlivé hemoragické onemocnění sliznice, které postihuje vždy konečník a šíří se kontinuálně do tlustého střeva. Toto onemocnění je lokalizované pouze v tlustém střevě. Zánět postihuje jen povrchovou vrstvu – sliznici tlustého střeva. Sliznice je postižena v celé své délce bez zdravých úseků a často se objevuje krvácení. Onemocnění je chronické a střídají se fáze relapsu a remise (Červenková, 2009). Onemocnění se liší pouze rozsahem postižení střeva. V průběhu života se mění rozsah onemocnění. U některých pacientů vzniká rozšíření zánětu na místo, kde zánět dříve nebyl. Málo pravděpodobné je, že by se zánět zmenšoval. Často můžeme pozorovat nález, kdy se rozsah zánětu nemění (Keil a kol., 2012).

Dělení ulcerózní kolitidy podle anatomické lokalizace

Proktitida – zánět, který postihuje konečnou část tlustého střeva v délce až 15 centimetrů od análního okraje. Do příznaků patří velmi časté a bolestivé nutkání na stolicí. Může se objevit ve stolici hlen i krev. Tato forma postihuje 25 % případů.

Levostranná kolitida – zánět, který se objevuje v konečníku a různé části levého tračníku. Zde se vyskytuje průjemovitá stolice a krvácení z konečníku. Tuto formu může doprovázet zvýšená teplota a bolesti břicha. Postihuje až 45 % případů.

Extenzivní kolitida – zánět, který postihuje i příčný tračník. V některých případech postihuje celou délku tlustého střeva. Objevuje se u 30 % případů (Češka a kol., 2010).

1.2.3 Etiologie

Příčina výskytu nespecifických střevních zánětů je neznámá. Často se objevuje rodinný výskyt, kdy se dědí předpoklady pro vznik těchto chorob. K propuknutí onemocnění mají velký vliv zevního prostředí – dietní, infekční, psychické vlivy. Stres nebo jiné onemocnění, které snižuje imunitní systém, může začít tvorbu protilátek proti vlastnímu tělu. Jedná se o autoimunitní onemocnění. Poté vzniká začátek příznaků těchto onemocnění (Klener, 2011).

1.2.4 Klinický obraz

Crohnova choroba

Projevy tohoto onemocnění jsou dány lokalizací zánětu v trávicím traktu. Mezi hlavní charakteristické rysy je široká škála projevů a u jednotlivých pacientů se můžou značně lišit. Příznaky průjmů a bolesti břicha nemusí být tak alarmující oproti příznakům celkového neprospívání, hubnutí až podvýživy, zvýšené teploty nebo horečky. Patří k celkovým (systémovým) důsledkům aktivní Crohnovy choroby. Bolest přichází zejména po jídle a má křečovitý charakter. Stolice bývá průjemovitá bez příměsí krve (Navrátil, 2008). U tohoto onemocnění dochází k nadprodukci vaziva s následným vznikem stenóz (zúženin) a díky tomu vyskytující se příznaky – křečovité bolesti břicha, zvracení a v krajním případě střevní neprůchodností. Neprůchodnost je velmi vážný stav, který ohrožuje pacienta na životě (Červenková, 2009).

Ulcerózní kolitida

Příznaky ulcerózní kolitidy závisí na rozsahu a tíži onemocnění. Toto onemocnění se projevuje bolestí břicha, typickou v levém podbřišku a častým nucením na stolicí. Objevují se opakované průjmy s příměsí krve a hlenu. Krev má jasně červenou barvu (Karges, Dahouk, 2011). Příznaky UC můžeme tedy nazvat jako tzv. triádou – průjem, krvácení, tenesmy. Nutkavá stolice neboli tenesmy jsou bolestivé potíže s abnormálním odchodem hlenu a krve konečníkem. Stolice se objevuje u tenesmů nepatrně nebo zcela chybí. Tyto projevy se objevují nejen během dne, ale často i v noci. Tento příznak odděluje pacienty v aktivní fázi UC od jiných pacientů, kteří mají problémy s trávením a mají zvýšenou citlivost a dráždivost tlustého střeva – dráždivý tračník (Vlček a kol., 2014).

Idiopatické střevní záněty se mohou projevovat i mimostřevními problémy – bolestmi kloubů, zánětem kůže, zánětem duhovky a chudokrevností (Keil a kol., 2012).

1.2.5 Diagnostika

Onemocnění Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou se zabývá specializovaný odborník – gastroenterolog, který má na starost onemocnění trávicího ústrojí. Proto, aby určil správnou diagnózu a léčbu, musí znát výsledky mnoha vyšetření. Diagnostika u idiopatických střevních zánětů je složitá a může trvat velmi dlouho. Doba stanovení diagnózy může mít mnohdy pro pacienta negativní vliv. Mezi diagnostiku řadíme anamnézu, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a nejdůležitější endoskopická vyšetření (Ehrmann, 2011).

Anamnéza a fyzikální vyšetření

Při první návštěvě gastroenterologické ambulance je důležité nejprve odebrat anamnézu. Důkladně vyslechnout pacienta a zjistit veškeré problémy, které pacienta zatěžují. Důležitou roli hraje i onemocnění a problémy v rodině. Při anamnéze je důležité klást srozumitelné a jasné otázky. Pacienta se může ptát na určité otázky jak doktor, tak i sestra (Vránová, 2013).

Další vyšetření je fyzikální, které se skládá z pohmatu, poklepu, poslechu a vyšetření per rektum. Pomocí vyšetření poklepu a pohmatu dojde k zjištění přesné lokalizace bolesti a také infiltrátu. Pohledem u pacienta hodnotíme celkový vzhled, zbarvení

nebo možné defekty na kůži a také stav výživy. Střevní peristaltiku je lékař schopen vyšetřovat poslechem. Metodou vyšetření per rektum doktor je schopný odhalit důvod přítomnosti příměsí ve stolici, kde se může objevit hlen nebo krev (Červenková, 2009). Při tomto vyšetření lékař může vyšetřit děložní čípek u žen a stav prostaty u mužů (Holubová a kol., 2013).

Laboratorní vyšetření

V laboratorním vyšetření se provádí rozbor krve. Sestra krev odebere na lačno a pošle do laboratoře. V rozboru krve sledujeme zánětlivé markery, známky zánětu, anemie (Češka a kol., 2010). Krevní obraz je důležitý k určení počtu jednotlivých krevních elementů. V biochemickém vyšetření krve se vyšetřuje hladina B12, která dochází ke ztrátě při postižení konce tenkého střeva – ilea a v místě jeho vyústění do tlustého střeva, kde se B12 vstřebává. Při zjišťování aktuální aktivity zánětu se stanoví tzv. zánětlivé parametry. Základem je C – reaktivní protein. Dále se hodnotí nutriční (výživové) parametry – vyšetřuje se celková bílkovina, albumin, prealbumin a cholinesteráza. Tyto parametry jsou schopny určit stav výživy pacienta. Dále se vyšetřují protilátky p – ANCA a ASCA, které patří do imunologických markerů a jsou schopny rozlišit Crohnovu nemoc od ulcerózní kolitidy.

Vyšetření stolice patří také do laboratorního vyšetření. Infekční onemocnění svými projevy jsou schopny připomínat idiopatické střevní záněty, ale díky mikrobiologickému vyšetření stolice lze tyto možnosti odlišit (Klener, 2011).

Vyšetření stolice se provádí pro vyloučení bakteriální, virové nebo parazitární infekci ve střevě. Ve stolici sledujeme především kalprotektin neboli bílkovinu, která nám značí na přítomnost a velikost zánětu ve střevě. Vzorek odebíráme ze stolice o velikosti lískového oříšku do odběrové zkumavky. Toto vyšetření může určit funkční poruchu zažívacího traktu od zánětlivého postižení střeva. Tímto vyšetřením lze stanovit, jestli nedojde v brzké době k akutnímu vzplanutí nemoci (Navrátil, 2008).

Zobrazovací metody

Sonografie

Mezi základní zobrazovací metody se řadí sonografie břicha nebo též zvané sono. Tato metoda je neinvazivní, nezatěžuje pacienta a nemá žádné kontraindikace.

Ultrazvukové vyšetření nedokáže konkrétně určit diagnózu, ale využívá se k vyloučení komplikací (Pacienti IBD, 2012). Současně se tímto vyšetřením může zhodnotit stav jaterního parenchymu a změřit šíři žlučových cest. Sonografie GIT (gastrointestinálního traktu) je schopna vyhodnotit změny, které se týkají stěny trávicí trubice zejména tenkého a tlustého střeva a jeho okolí (Špinar a kol., 2008).

Enteroklýza

Patří do zobrazovací metody. Jedná se o rentgenové vyšetření střeva s kontrastní látkou. Zobrazují se jednotlivé úseky tenkého a tlustého střeva. Tato metoda umožňuje určit místa se zánětlivým postižením. Zde se hodnotí síla stěny a zúžení tenkého nebo tlustého střeva (Lukáš a kol., 2007).

Dvoukontrastní irrigografie

Původně se používala k rentgenovému zobrazení tlustého střeva baryová kontrastní látka. Dnes se již nevyužívá a nahrazuje se metodou přesnější. Zde spadá CT enterografie nebo CT kolografie (Špinar a kol., 2008).

Počítačová tomografie (CT)

CT je metoda velmi citlivá na jakoukoli změnu ve stavbě i ve struktuře orgánů (Navrátil, 2008). Toto vyšetření je založeno na rentgenovém zobrazení ze spousty zdrojů paprsků najednou. Poté se zobrazí v elektronickém zpracování v počítači. V CT se zjišťuje anatomická struktura střev a ostatních orgánů břišní dutiny. Používá se buď s kontrastní látkou, nebo bez ní (Holubová a kol., 2013). Dále umožňuje odhalit změny, které jsou možné získat i enteroklýzou. Od běžné enteroklýzy je CT schopno zobrazit postižení měkkých tkání, dalších orgánů v břišní dutině a určit nitrobřišní komplikace. Také abscesy a píštěle (Špinar a kolektiv., 2008).

Magnetická rezonance (MR)

Jedná se o vyšetření, které pracuje na podkladě silného magnetického pole. Kontrastní látka se aplikuje na zobrazení jednotlivých měkkých tkání (Špinar a spol., 2008). MR má stejné využití jako u CT. Výhodou této metody je, že nezatěžuje nadměrným rentgenovým zářením, takže MR je vhodná k využití u pacientů, kteří se musí

vyšetřovat opakovaně. Také se využívá v případech, kdy je podezření na píštěle v oblasti trávicí trubice a konečníku (Vlček a kol., 2014).

Kapslová enteroskopie

Moderní metoda v zobrazovacím vyšetření zejména v postižení tenkého střeva. Jedná se o úsek trávicí trubice, kam se nedostane kolonoskop nebo gastroskop. U této metody se spolknou malé kapsle s kamerou, která pořizuje záznamy do speciálního čtecího zařízení. Výhodou je zobrazení minimálních postižení či změn u tenkého střeva. Nevýhodou je neschopnost odebrat vzorek na histologické vyšetření (Vojtěchová a kol., 2013).

Endoskopické metody

V diagnostice hraje důležitou roli endoskopické vyšetření, které se provádí pomocí endoskopu. Endoskopie je schopna přímého vyšetření sliznice a stěny trávicího traktu. Také je výhodou odběr bioptického materiálu na histologické vyšetření. Endoskopická vyšetření se dělí na vyšetření horní části trávicího traktu a dolní části trávicího traktu. V horní části se používají přístroje zvané gastroskopy, duodenoskopy a enteroskopy. Pro dolní trávicí trakt se využívá kolposkop a sigmoideoskop (Špinar a kol., 2008).

Gastroskopie

U gastroskopie se vyšetřuje jícen, žaludek a začáteční část tenkého střeva (duodenum). Tato metoda se využívá u Crohnovy choroby, kde onemocnění postihuje celý trávicí trakt.

Kapslová endoskopie

Tato endoskopická metoda se dá použít na jakoukoli část trávicí trubice. Zejména tam, kde není možnost se dostat klasickým gastroskopem nebo kolonoskopem (Pacienti IBD, 2012). Kapslová endoskopie se provádí ambulantně. Pacienta to tolik nezatěžuje. Nevýhodou je, že kapsle není proplácena pojišťovnou a pacient si ji musí hradit sám. Mezi komplikací může být uvíznutí kapsle v trávicím traktu, kdy se poté musí řešit klasickou endoskopií nebo chirurgicky (Vojtěchová a kol., 2013).

Retrogrární cholangio-pankreatografie (ERCP)

Jedná se o invazivní metodu, která je velmi spolehlivá. Využívá se u Crohnovy choroby ke zjištění mimostřevních komplikací. Mimostřevní komplikace může být postižení žlučovodů nebo slinivky břišní (Červenková, 2009).

Enteroskopie

Je endoskopická metoda celého tenkého střeva. Metoda se provádí pomocí 2,2 metru dlouhého endoskopu. Při vyšetření je možnost odebrat vzorek na histologické vyšetření (Navrátil 2008).

Kolonoskopie (kolposkopie)

Je nejčastějším endoskopickým vyšetřením zejména u ulcerózní kolitidy. Tato metoda vyšetří celou část tlustého střeva a terminální část tenkého střeva (ilea). Kolonoskopie slouží hlavně k rozpoznání rozsahu postižení střeva (Červenková, 2009). Zároveň umožňuje nejpřesněji stanovit diagnózu a rozsah onemocnění. Nabízí přímý pohled do tlustého střeva a konečné části tenkého střeva. Při tomto vyšetření je možnost odebrat vzorek na histologické vyšetření (Lukáš a kol., 2007). Toto vyšetření je důležité při recidivách onemocnění. Zde je velmi důležitá příprava před vyšetřením řádného vyprázdnění střev pro lepší přehlednost střeva.

Sigmoideoskopie

Vyšetření konečníku a esovité kličky. Zde není nutné takové vyprázdnění střev jako u kolonoskopie.

Rektoskopie

Vyšetření provedené pouze v oblasti konečníku. Tato endoskopická metoda se využívá při podezření na záněty, hemeroidy, píštěle a abscesy. V dnešní době se rektoskopie již nepoužívá a je nahrazena výše zmíněnou sigmoideoskopií (Červenková, 2009).

1.2.6 Komplikace

U nespecifických střevních zánětů se mohou objevit různé komplikace. Vznikají následkem porušení střevní sliznice zánětem, reakcí imunitního systému pacienta nebo poškozené vstřebávání živin a žlučových kyselin (Lukáš a kol., 2007). Psychický a fyzický stav pacienta má také vliv na vznik komplikací (Zbořil a kol., 2012). Komplikace se dělí na střevní a mimostřevní. Do nejčastějších komplikací patří krvácení. Při vzniku nemoci často dochází k velkým ztrátám krve, kde poté nastává chronická anemie. Proto je zde důležité, aby sestra sledovala častost, množství a konzistenci stolice (Klener, 2011).

Komplikace mimostřevní se objevují jinde než ve střevě. Tyto komplikace postihují oči, klouby, kůži, cévní systém, žlučové cesty, dýchací systém, postižení ledvin a srdce (Keil a kol., 2012). Důvod těchto komplikací je neznámý. Nikdo nezjistil, proč napadají i ostatní systémy. Postižení jater a žlučových cest mohou mít spoustu podob. Na kůži se objevují změny. U Crohnovy choroby se vyskytují bolestivé a zarudlé podkožní uzly. U ulcerózní kolitidy se vyskytují hnisavé puchýřky (Červenková, 2009).

Crohnova choroba

U této choroby velmi často dochází ke vzniku abscesů, píštělí, stenóz a perforací. Další méně častou komplikací je krvácení, které se častěji objevuje u ulcerózní kolitidy.

Absces

Absces neboli dutina vyplněná hnisem nastává únikem střevního obsahu do peritoneální dutiny. Vznikají mezi střevními kličkami a v okolí konečníku. Mohou se objevit i mimo střeva. Tato komplikace se vyskytuje u 15 – 20 % pacientů (Češka a kol., 2010).

Píštěle

Píštěle jsou spojky mezi jednotlivými střevními kličkami. Rozdělují se na zevní (extraabdominální) a vnitřní (intraabdominální). Zevní píštěle ústí na kůži a vnitřní ústí mezi orgány dutiny břišní a smíšené. Zde je nebezpečí vzniku flegmóny (neohraničený hnisavý zánět). Řešení píštělí je chirurgická resekce postiženého místa.

Stenóza

Stenóza znamená zúžení střevního průsvitu. V důsledku zúžení může dojít i k střevní neprůchodnosti (ileus), která patří do náhlých příhod břišních. Tato komplikace se řeší chirurgicky a co nejdříve. Je pro pacienta životu ohrožující (Navrátil, 2008).

Perforace

Perforace znamená protržení střeva. Protržení může nastat v souvislosti se vznikem abscesu a následné perforace – krytá. Dále může nastat protržení vznikem difuzní peritonitidy do dutiny břišní – volná. Léčba spočívá vždy v chirurgickém zákroku, kde dojde k resekci postiženého střeva (Češka a kol., 2010).

Krvácení

Méně častou komplikací je krvácení, které u této choroby se objevuje zřídka. Pokud dojde ke vzniku krvácení, dochází k intenzivnímu rozvoji (Vránová, 2013).

Ulcerózní kolitida

Do nejčastějších komplikací se řadí krvácení, anorektální poruchy, toxický megakolon a rakovina tlustého střeva. Dalšími komplikacemi u UC jsou metabolické. Dochází k nedostatku soli, vitamínů a bílkovin v těle. Následně může dojít k vzniku osteoporózy a chudokrevnosti.

Krvácení

Velmi častou komplikací je masivní krvácení, které se objevuje v důsledku vředovitého zánětu střeva. Dalším faktorem je překrvení sliznice postiženého úseku střeva. Krvácení obvykle bývá trvalé.

Anorektální poruchy

Anorektální poruchy mají příčinu krvácení z hemeroidů, trhlin a abscesů. Tyto poruchy mají různé formy postižení a závažnosti (Navrátil, 2008).

Toxický megakolon

K tomuto stavu dochází při těžkých zánětech této nemoci. Dochází k ochrnutí svaloviny ve střevní stěně. Velkým rizikem zde je zánět pobřišnice (peritonitida) a proděravění střeva (perforace), v důsledku nahromadění toxických látek ve střevě.

Rakovina tlustého střeva

Vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva je u pacientů, kteří trpí ulcerózní kolitidou déle než 10 let. Tomuto stavu se předchází pravidelným endoskopickým vyšetřením (Červenková, 2009).

1.2.7 Léčba

Léčba idiopatických střevních zánětů se odlišuje podle aktuálního působení onemocnění a podle reakce na určenou léčbu. Terapie je přidělena podle fáze onemocnění. Velký vliv má pokud se léčí onemocnění v akutní fázi nebo ve fázi remisi. Období remise udržet co nejdéle je cílem léčby (Vlček a kol., 2014).

Léčba Crohnovy choroby je symptomatická, kdy jsou léčeny pouze příznaky, následky nebo komplikace onemocnění. Cílem léčby je snaha o zklidnění akutního zánětu (Červenková, 2009).

Léčba UC záleží na aktivitě onemocnění a období relapsu (znovu vzplanutí) nebo období remise (období klidu). Cílem léčby je dosažení fáze remise na co nejdelší dobu.

Do terapie se zahrnuje konzervativní léčba, do které spadá dietní opatření, medikamentózní léčba a psychoterapie. Pokud konzervativní léčba dostatečně nepůsobí na onemocnění, nastupuje chirurgická léčba nebo možnosti biologické léčby (Ehrmann, 2011).

Význam stravy a důležitost edukace

Strava u idiopatických střevních zánětů je velmi důležitá. Hraje hlavní roli v komplexní léčbě a dochází k omezení problémů a projevů spojené s touto problematikou. Při správném dodržování pokynů při stravování se pacientovi může z velké části ulevit od nepříjemných pocitů po jídle a omezování v běžném životě. Proto je nutné s nimi jejich jídelníček velmi podrobně probrat. Jestliže se pacient nachází v malnutrici

(podvýživě) či trpí karencí (nedostatek některé živiny), jeho léčba nikdy nemůže být dostatečně účinná a je podstatně obtížnější dosáhnout dlouhodobé remise v aktivitě IBD (Vránová, 2013).

Konzervativní léčba

Dietní opatření

Do konzervativní léčby se zahrnuje dietní opatření. Pacientům je doporučena bezsezbytková dieta a dieta s nízkým obsahem vlákniny. Pacient nesmí jíst to, co by nestrávil. Do nestravitelných potravin patří semínka, ořechy, slupky z ovoce a zeleniny. Ve fázi klidu se dieta tolik dodržovat nemusí. Pacient musí sám zjistit, která potravinu mu bude vyhovovat, a která by mu dělala problémy. Tvrdý alkohol je u těchto onemocnění zcela vyloučený (Vránová, 2013). Malé množství piva nebo vína je respektováno pouze v klidovém období. Je zde podstatné dodržovat pitný režim minimálně 1,5 l denně. Při výskytu průjmů je pitný režim velmi důležitý (Kasper, 2015).

Vyhovující dietní opatření zlepšuje jak stav nemocného tak jeho výživu. Také se zlepšuje proces léčby. Důležitost této léčby je dodání pacientovi chybějící vitamíny a ionty, které jsou ztráceny během onemocnění (Holt, 2017). U velmi závažných stavů onemocnění se podává umělá výživa formou enterální nebo parenterální. Tento postup výživy se poskytuje při toxickém megakolonu nebo v období relapsů (Grofová, 2007).

Medikamentózní léčba

Hlavním cílem této léčby je zklidnění akutní fáze nemoci a následně udržet fázi klidovou co nejdelší dobu. V terapii se aplikují léky zvané aminosalicyláty, kortikoidy a imunosupresiva (Červenková, 2009). Aminosalicyláty jsou preparáty, které předchází dalšímu vzplanutí zánětu střevní sliznice. Kortikoidy se podávají, pokud selhala předchozí léčba. Účinek těchto preparátů je imunosupresivní a protizánětlivý. Mají pozitivní účinky, ale bohužel mají plno nežádoucích projevů. Pokud kortikoidy nemají pro onemocnění pozitivní efekt, přechází se na imunosupresiva. Tyto léky udržují onemocnění v klidovém stádiu a předchází vzplanutí. Dlouhodobě působí na organismus pacienta. Jejich účinek je potlačující k imunitě.

Nevýhodou imunosupresiv je, že mají velmi pomalý nástup účinku (Ehrmann, 2011). V akutní fázi nemoci se musí kombinovat s jinou léčbou, která má okamžitý účinek. Nejvíce se kombinuje s kortikoidy nebo biologickou léčbou (Zbořil a kol., 2012).

Psychoterapie

Proces idiopatických střevních zánětů a psychika pacienta se navzájem ovlivňují a na sebe působí. Stresové faktory v průběhu onemocnění velmi často nepříznivě působí na psychiku nemocného a jeho celkový stav. Tyto faktory mohou mít za následek akutní vzplanutí onemocnění. Při zvolení vhodné psychoterapie, onemocnění může být v klidové fázi.

Psychoterapie má pozitivní vliv na psychiku pacienta, ale nemá vliv na léčení onemocnění.

Touto léčbou se může zlepšit celkový stav pacienta a tím i psychický vliv, celkový pohled pacienta a srovnání s onemocněním (Lukáš a kol., 2007).

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se poskytuje v případě, že dojde k selhání léčby konzervativní. Také se poskytuje při akutních a dlouhodobých komplikacích onemocnění. Chirurgická léčba se dělí na akutní a plánované chirurgické výkony. Akutní forma chirurgické léčby je indikována pacientům s toxickým průběhem a při masivním krvácení (Červenková, 2009).

Crohnova choroba

Léčba chirurgickým způsobem je stanovena při selhání léčby konzervativní. Dalším důvodem je rakovinné bujení, objev komplikací onemocnění, jako jsou píštěle, stenózy, ileózní stavy. U CD je chirurgický zákrok ve většině případů nutností (Whayman, Duncan, O'connor, 2011). Resekce (vyjmutí části střeva zasažené zánětem a spojení střev) ileocekální se provádí nejčastěji při stenóze tenkého nebo tlustého střeva. V některých případech je indikováno stomické vyústění. Zde je nutné pacienta poučit a seznámit o péči o vyústění střeva a o stomických pomůckách. Dalším výkonem bývá strikturoplastika, kde se stenóza podélně protne a poté sešije příčně (Červenková, 2009).

Ulcerózní kolitida

Léčba chirurgickým způsobem u UC je při stavech, kdy nastane proděravění střeva, krvácení a při těžkém průběhu zánětu – toxické megacolon. Proktokolektomie se provádí nejčastěji. U tohoto výkonu se provádí odstranění tlustého střeva a konečníku. Poté se tenké střevo připojí na rezervoár stolice (chirurgicky vytvořený). Dalším způsobem je, že se tenké střevo vyvede na břišní stěnu – ileostomie. Operace u UC přináší vyléčení, ale mimostřevní příznaky se i přesto mohou objevit. U CD k vyléčení nedochází (Ehrmann, 2011).

1.2.8 Lázeňská péče

Lázeňská péče IBD se může stát účinnou komplexní léčbou jak Crohnovy choroby, tak ulcerózní kolitidy. Lázeňská péče by měla být určena pro pacienty s onemocněním ve stádiu remisi (klidu), protože období klidu se může následně prodloužit a mít pozitivní vliv na onemocnění. Tuto péči navrhuje gastroenterolog. Zpravidla se řadí do třítydenní lázeňské kúry, která je plně hrazena pojišťovnou. Po chirurgické léčbě, pacient má možnost tuto péči využít. Po operaci také předepisuje chirurg lázeňskou péči.

Tato péče nenahrazuje udržovací farmakoterapii, ale je pouze léčbou doplňkovou. U pacienta v akutním stádiu onemocnění je tato péče neúčinná a navíc může více škodit (Lukáš a kol., 2007).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu

Cíl č. 1: Zjistit informovanost pacientů o zánětech střev.

Cíl č. 2: Zjistit dopad onemocnění zánětů střev na životní styl pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Byli pacienti dostatečně informováni o zánětech střev?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký mají záněty střev dopad na životní styl pacienta?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký mají vliv záněty střev na zaměstnání pacienta?

2.3 Metodika výzkumu

Pro moji bakalářskou práci na téma Specifika ošetrovatelské péče u pacientů se záněty střev jsem si vybrala kvantitativní výzkumnou metodu. Nestandardizovaný, mnou vytvořený dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Dotazník obsahuje celkem 15 otázek.

Otázky 1 – 3 jsou statistické. Tyto otázky jsou zaměřeny na zjištění pohlaví, věku respondentů a na konkrétní onemocnění respondentů.

Otázky 4 – 9 zjišťují informovanost o zánětech střev před zjištěním diagnózy, informovanost o léčbě, kde získali tyto informace, jestli byly dostačující, srozumitelné a důležitost pravidelných kontrol u lékaře.

Otázky 10 – 12 jsou zaměřeny na dopad onemocnění na životní styl. Jestli pacienta onemocnění omezuje, v jakých běžných činnostech a jestli pacienti zlepšili životosprávu po zjištění onemocnění.

Otázky 13 – 15 se zabírají vlivem onemocnění na zaměstnání pacienta. Zde se objevují otázky, jak fyzicky náročnou práci pacienti provádí. Jestli si myslí, zda má práce vliv na vznik a průběh onemocnění.

V dotazníku jsou použity celkem 3 typy otázek. Otázky 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15 jsou uzavřené. Na některé lze odpovědět více odpověďmi ve výběru v dotazníku. Otázka 3 je polouzavřená, kdy respondent může odpovědět na otázku uvedenou odpovědí a lze zde odpověď i dopsat. Otázka 12 je otevřená a respondent zde může uvést svou vlastní odpověď.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazník byl podán respondentům s idiopatickými střevními záněty bez rozdílu pohlaví a věku (Příloha 1). Výzkum dotazníkového šetření probíhal v gastroenterologické ambulanci na poliklinice v Třebíči. Poskytnutí dotazníků respondentům v ambulanci bylo provedeno až na základě písemného schválení žádosti o provedení dotazníkového šetření (Příloha 2).

2.5 Průběh výzkumu

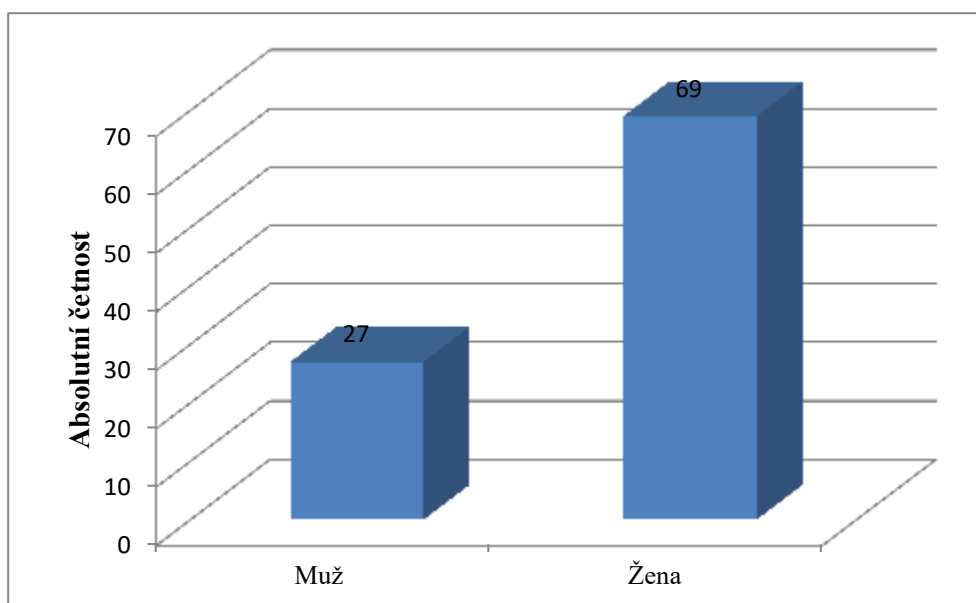
Dotazníkové šetření probíhalo listopad 2017 – únor 2018. V gastroenterologické ambulanci v Třebíči bylo rozdáno celkem 110 dotazníků a vráceno jich bylo 96. Dotazníky byly poskytovány respondentům s idiopatickými střevními záněty. Celková návratnost dotazníkového šetření byla 87,27 %.

2.6 Zpracování získaných dat

K vytvoření textu bakalářské práce byl využit program Microsoft Word 2010. Výsledky výzkumného šetření byly vypracovány v programu Microsoft Excel 2010, kde byly zpracovány grafy na základě odpovědí z dotazníku.

2.7 Výsledky výzkumu

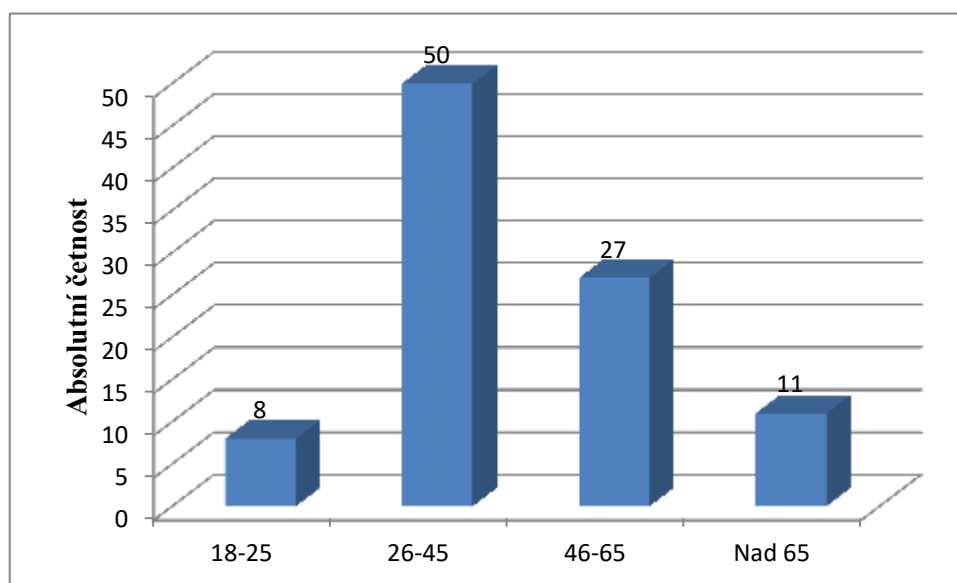
Otázka č. 1: Pohlaví



Graf 1 Poměr pohlaví respondentů

Graf 1 zobrazuje pohlaví dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 96 (100 %) vyplývá, že se výzkumu účastnilo 27 mužů (28,13 %) a 69 žen (71,88 %).

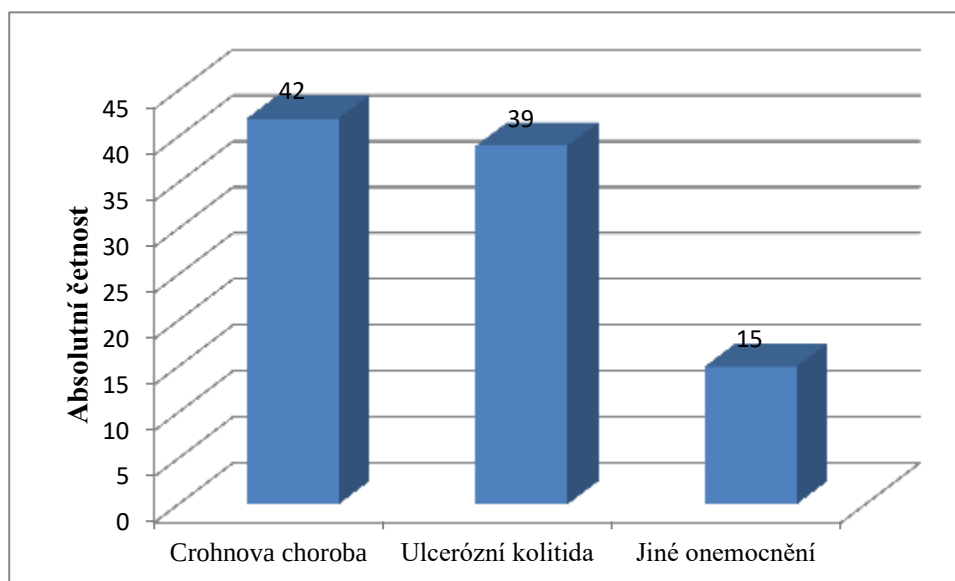
Otázka č. 2: Kolik je vám let?



Graf 2 Věk respondentů

Graf 2 zobrazuje věkovou skupinu respondentů. Z celkového počtu 96 (100 %) bylo 8 respondentů (8,33 %) ve věku 18 – 25 let. Respondentů ve věku 26 – 45 bylo 50 (52,08 %), 27 respondentů (28,13 %) bylo ve věku 46 – 65, nad 65 bylo 11 respondentů (11,46 %).

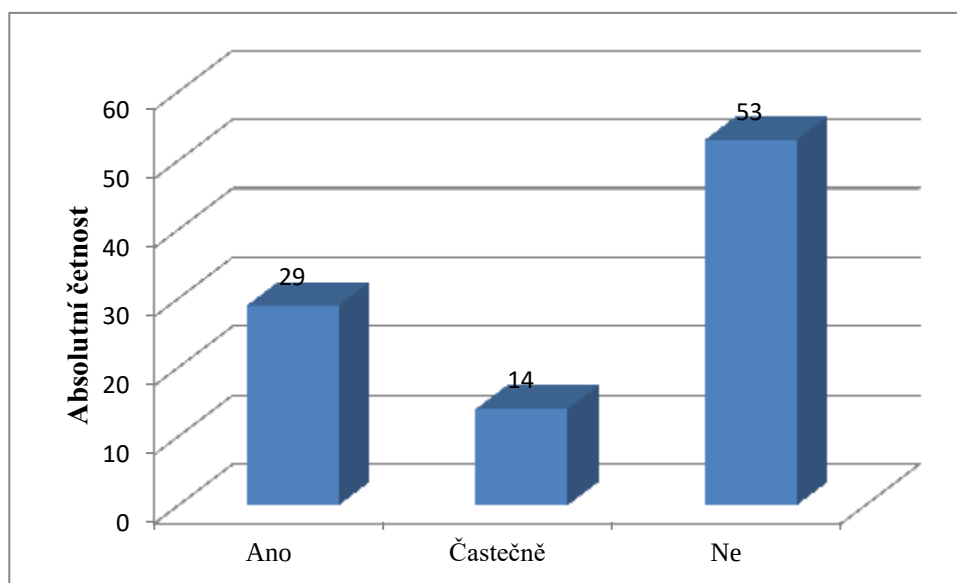
Otázka č. 3: Kterým onemocněním střev trpíte?



Graf 3 Druh onemocnění

Z celkového počtu všech dotazovaných odpovědělo 42 respondentů (43,75 %), že trpí Crohnovu chorobu, 39 respondentů (40,63 %) odpovědělo, že trpí ulcerózní kolitidou a 15 respondentů (15,63 %) odpovědělo, že trpí jiným onemocněním. Odpověď pro jiné onemocnění byla polouzavřená. Respondenti uvedli, že trpí onemocněním jater, žaludku, polypy a hemoroidy.

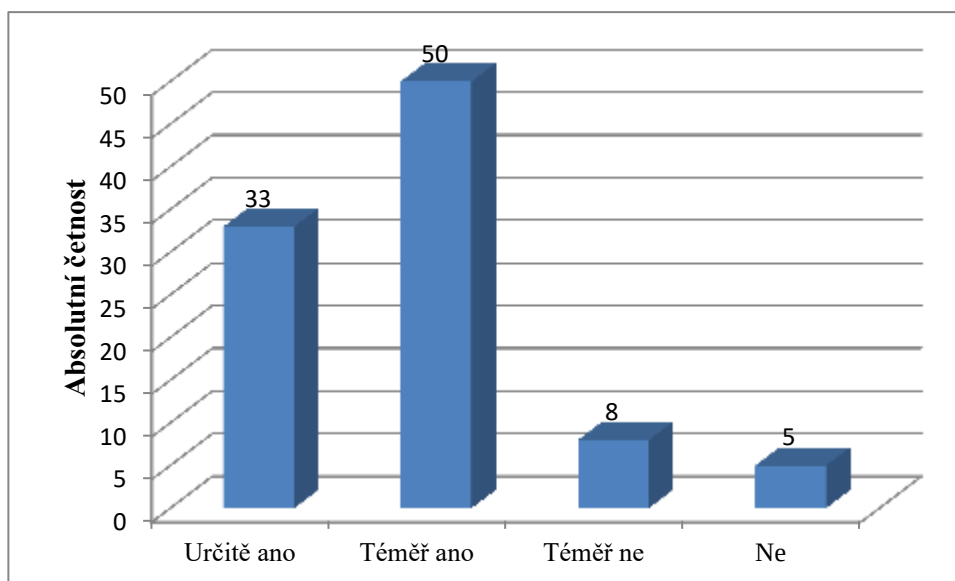
Otázka č. 4: Měli jste informace o zánětech střev před jeho zjištěním?



Graf 4 Informovanost respondentů před zjištěním onemocnění

Na grafu 4 je uvedeno, jestli měli respondenti informace před zjištěním diagnózy. Celkem 29 respondentů (30,21 %) odpovědělo, že měli informace ještě před zjištěním onemocnění. Částečně informováno bylo 14 respondentů (14,58 %) a žádné informace nemělo 53 respondentů (55,21 %).

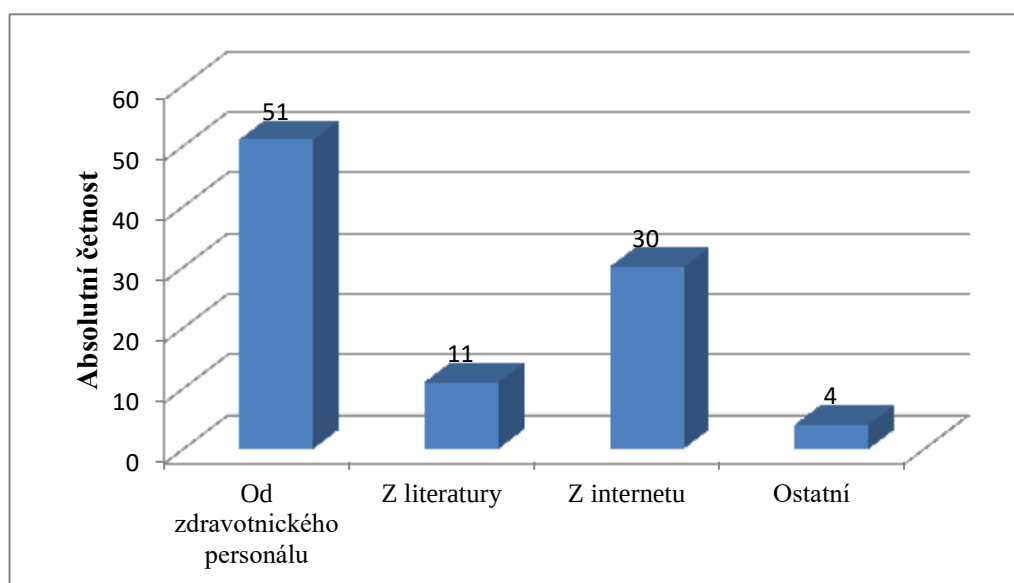
Otázka č. 5: Byli jste dostatečně informováni o léčbě tohoto onemocnění?



Graf 5 Dostatečná informovanost o léčbě onemocnění

Na grafu 5 je znázorněno, zda jsou respondenti dostatečně informováni o léčbě onemocnění. S odpovědí určitě ano, souhlasilo 33 respondentů (34,38 %). Respondentů, kteří odpověděli téměř ano, bylo 50 (52,08 %). Téměř ne, odpovědělo 8 respondentů (8,33 %) a nedostatečně o léčbě bylo informováno 5 respondentů (5,21 %).

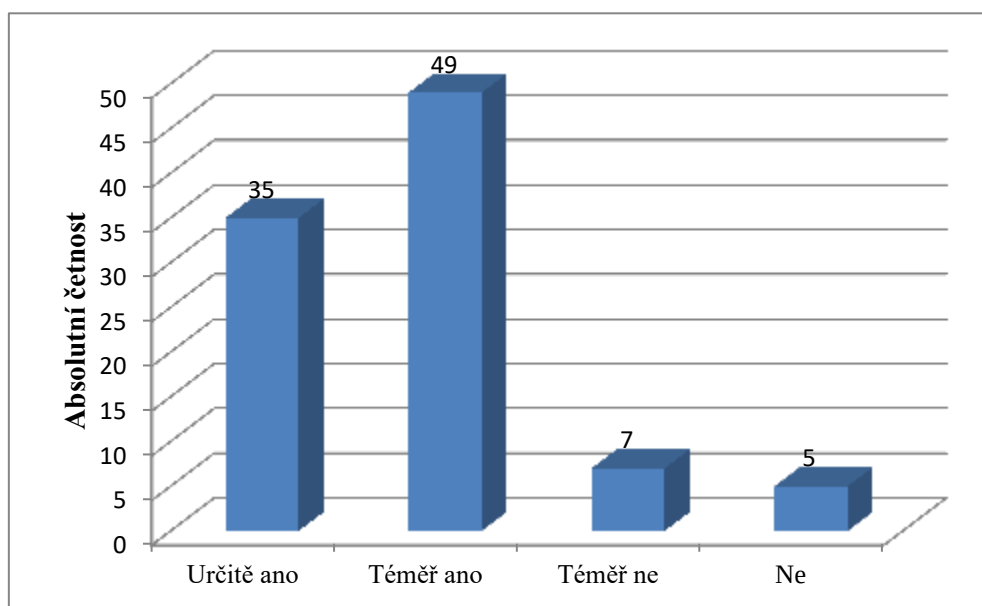
Otázka č. 6: Kde jste získali informace o onemocnění?



Graf 6 Sběr informací o onemocnění

Graf 6 je zaměřen na otázku, kde respondenti získali informace o onemocnění. U této otázky respondenti mohli odpovědět na více možností. Informace od zdravotnického personálu uvedlo 51 respondentů (53,13 %). Získané informace z literatury uvedlo 11 respondentů (11,46 %). Z internetu získávalo informace celkem 30 respondentů (31,25 %). Ostatní zdroj informací uvedli 4 respondenti (4,17 %).

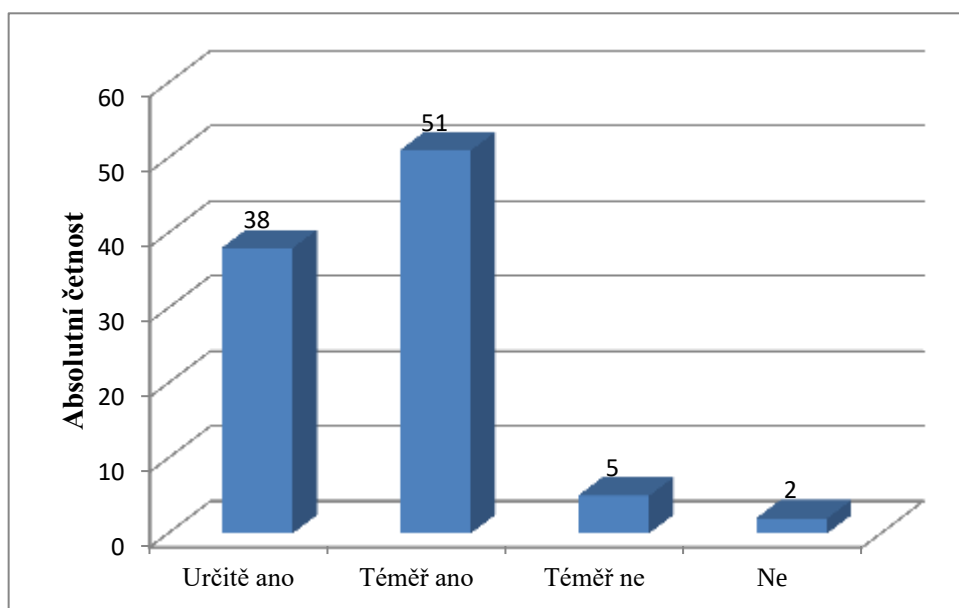
Otázka č. 7: Byly tyto informace dostačující?



Graf 7 Dostatečnost informací

Na grafu 7 je uvedeno, zda informace, které respondenti získali, byly dostačující. Celkem 35 respondentů (36,46 %) odpovědělo určitě ano. Odpovědí téměř ano, uvedlo 49 respondentů (51,04 %). Respondentů, kteří odpověděli téměř ne, bylo 7 (7,29 %) a 5 respondentů (5,21 %) uvedlo, že informace nebyly dostačující.

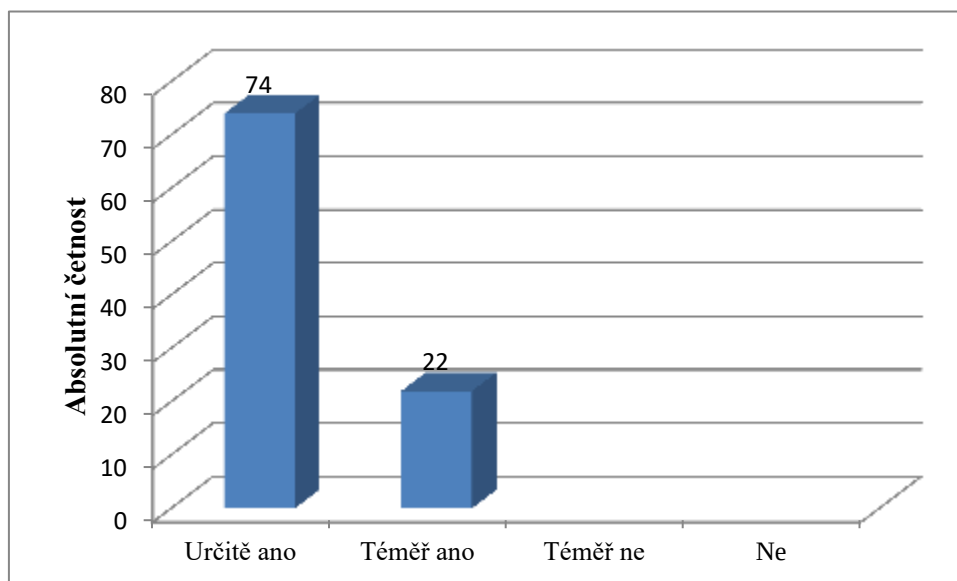
Otázka č. 8: Byly tyto informace srozumitelné?



Graf 8 Srozumitelnost informací

Na grafu 8 je uvedeno, zda informace, které respondenti získali, byly srozumitelné. Celkem 38 respondentů (39,58 %) odpovědělo určitě ano. Odpověď téměř ano, uvedlo 51 respondentů (53,13 %). Respondentů, kteří odpověděli téměř ne, bylo 5 (5,21 %). Pouze 2 respondenti (2,08 %) uvedli, že poskytované informace nebyli srozumitelné.

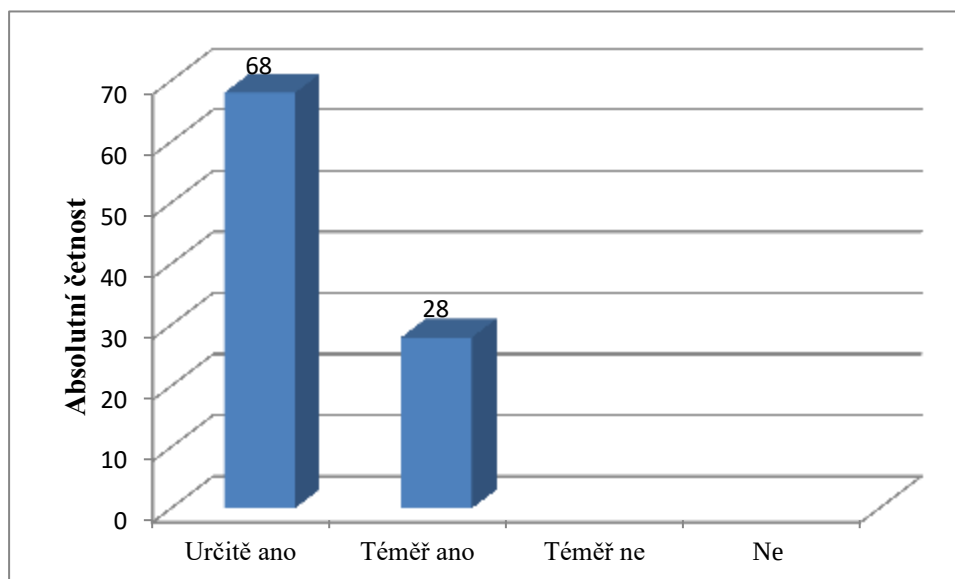
Otázka č. 9: Byli jste informováni o důležitosti pravidelných kontrol u lékaře?



Graf 9 Informovanost o pravidelných kontrolách u lékaře

Na grafu 9 je zobrazeno počet respondentů, kteří byli informováni o důležitosti pravidelných kontrol u lékaře. Celkem 74 respondentů (77,08 %) odpovědělo určitě ano. Téměř ano, odpovědělo 22 respondentů (22,92 %). Odpověď téměř ne a ne neuvedl žádný z respondentů.

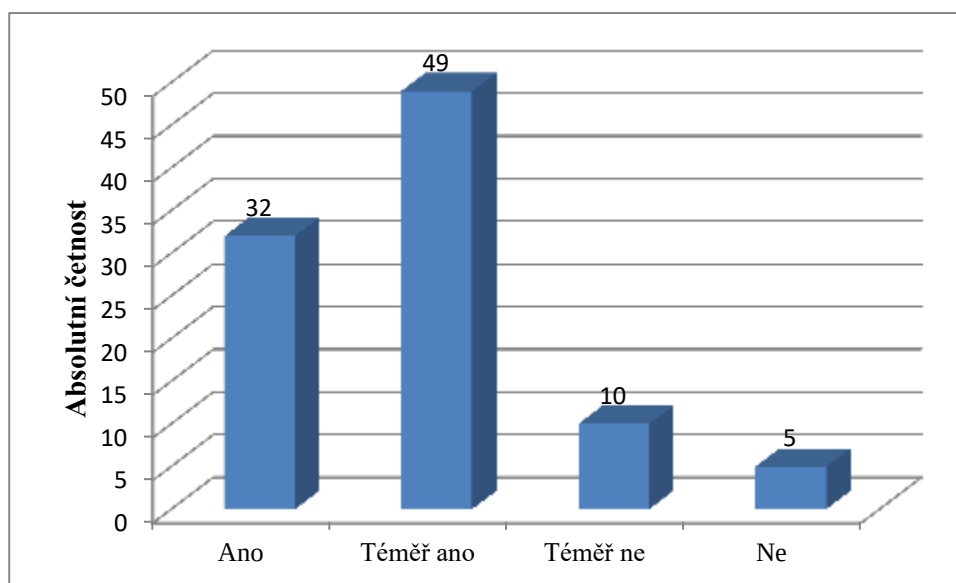
Otázka č. 10: Zlepšili jste životosprávu po zjištění nemoci? (stres, stravování, kouření)



Graf 10 Zlepšení životosprávy po zjištění onemocnění

Graf 10 udává počet respondentů, kteří se rozhodli zlepšit svou životosprávu po zjištění onemocnění. Přesně 68 respondentů (70,83 %) uvedlo odpověď určitě ano. Pro odpověď téměř ano se rozhodlo 28 respondentů (29,17 %). Pro odpověď téměř ne a ne se nerozhodl žádný z respondentů.

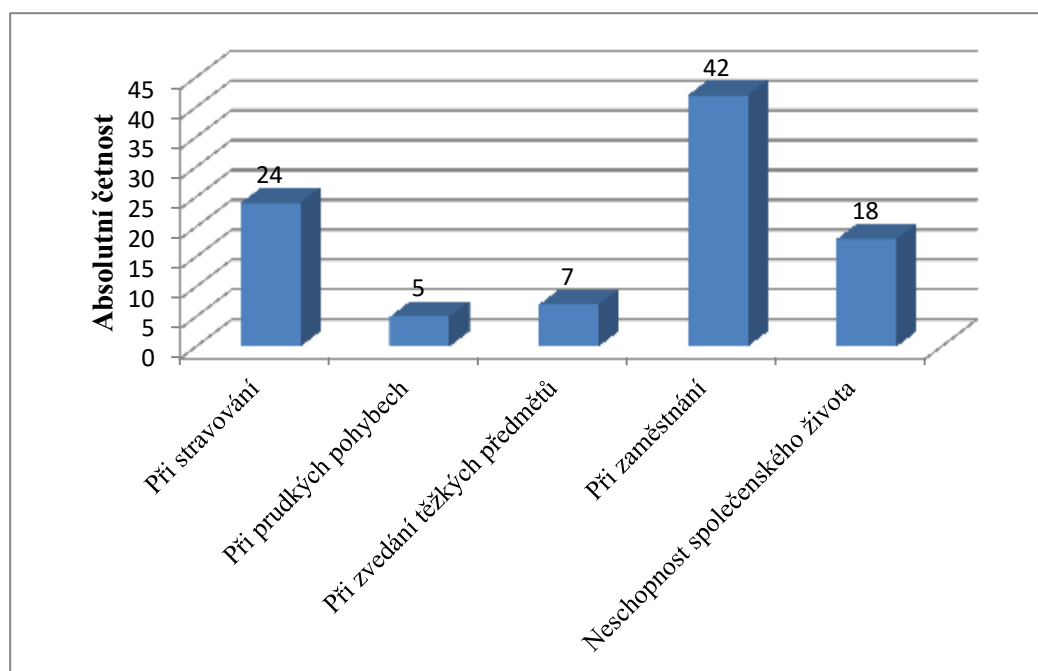
Otázka č. 11: Omezuje vás vaše onemocnění?



Graf 11 Omezení při onemocnění

Graf 11 zobrazuje, zda omezuje pacienty onemocnění. Omezení u onemocnění uvádí 32 respondentů (33,33 %), kdy odpověděli ano. Téměř ano, uvedlo 49 respondentů (51,04 %). Odpověď téměř ne, odpovědělo 10 respondentů (10,42 %). Respondentů, kteří uvedli, že je onemocnění neomezuje je 5 (5,21 %).

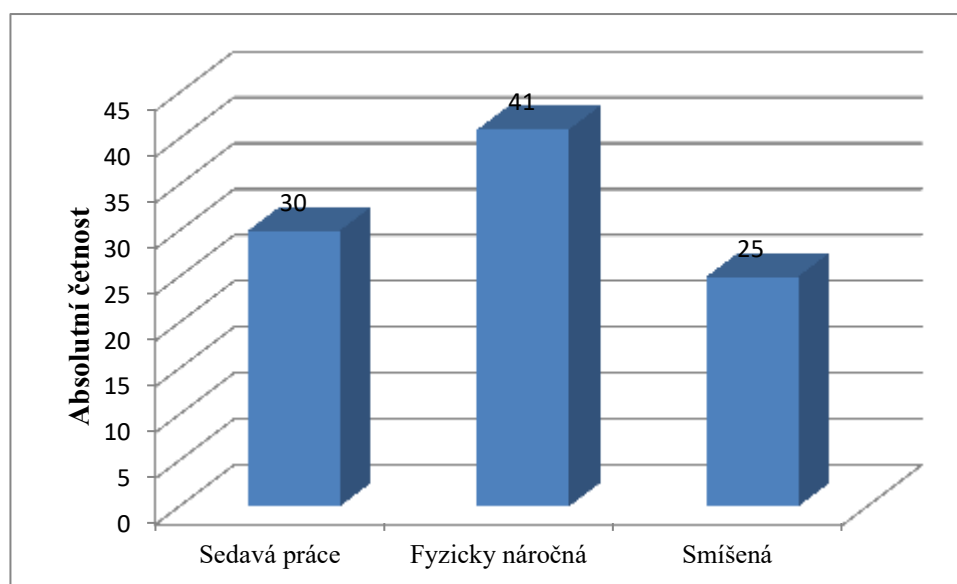
Otázka č. 12: Pokud jste odpověděli ano, tak v jakých běžných činnostech?



Graf 12 Omezení v běžných činnostech

Graf 12 znázorňuje omezení při běžných činnostech respondentů. Tato otázka úzce souvisí s grafem 11. Tuto otázku respondenti zodpověděli, pokud v předchozí otázce uvedli, že je jejich onemocnění omezuje. Otázka byla položena jako otevřená. Pacienti mohli zodpovědět, co je omezuje. Nejčastěji uváděli omezení při stravování, při prudkých pohybech, při zvedání těžkých předmětů, při zaměstnání a neschopnost společenského života. Omezení při stravování uvedlo 24 respondentů (25 %), další omezení uvedli při prudkých pohybech, uvedlo 5 respondentů (5,21 %). Omezení při zvedání těžkých předmětů uvedlo 7 respondentů (7,29 %). Problémy při zaměstnání zapsalo 42 respondentů (43,75 %). Neschopnost a omezení ve společenských situacích zaznamenalo 18 respondentů (18,75 %).

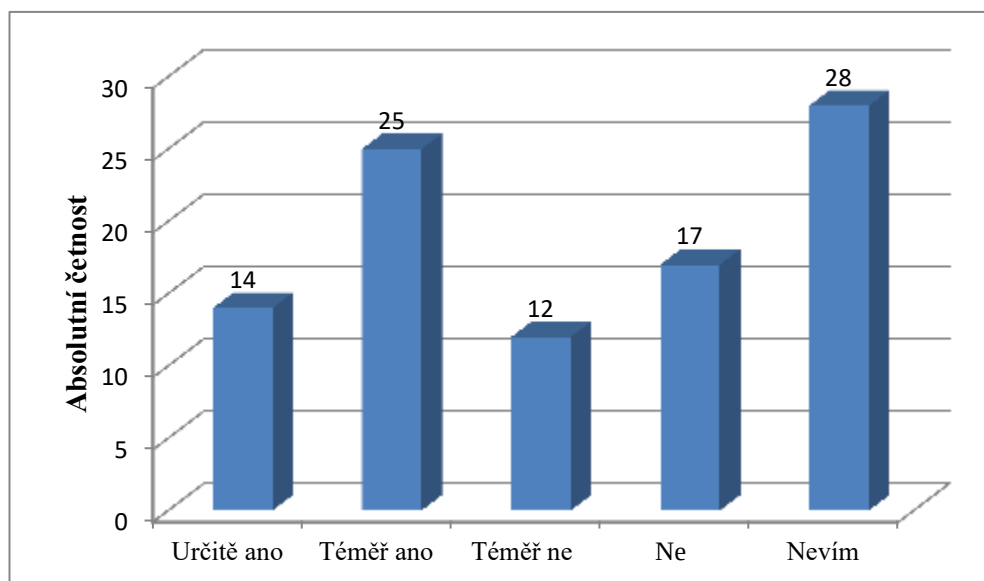
Otázka č. 13: Jak fyzicky náročné je vaše zaměstnání?



Graf 13 Druh zaměstnání

Tento graf uvádí druh zaměstnání, kteří pacienti provádí. Sedavou práci vykonává 30 respondentů (31,25 %). Fyzicky náročnou práci uvedlo, že vykonává 41 respondentů (42,71 %). Poslední uvedenou práci, jako smíšenou uvedlo 25 respondentů (26,04 %).

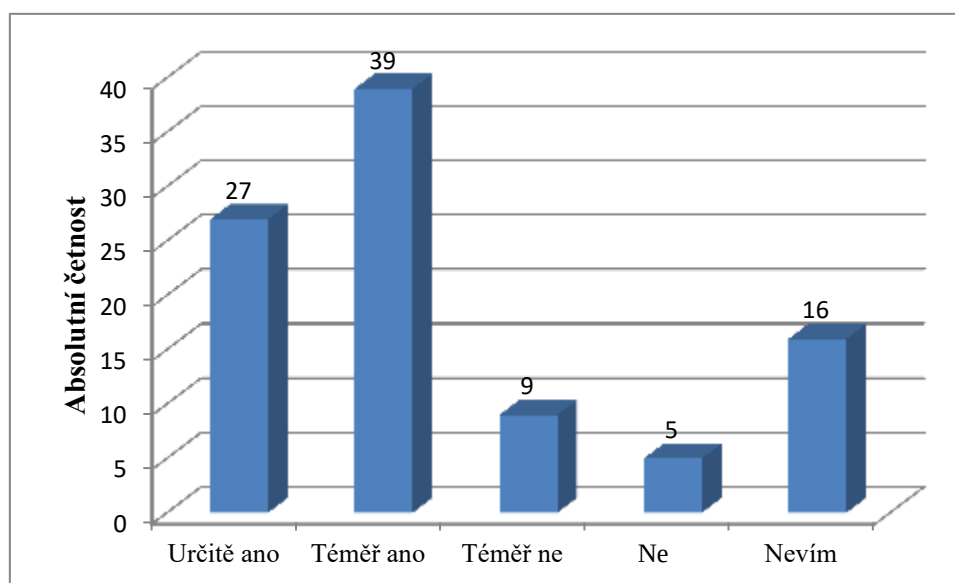
Otázka č. 14: Myslíte si, že má vaše práce vliv na vznik onemocnění?



Graf 14 Vliv zaměstnání na vznik onemocnění

Na grafu 14 je uvedeno, jestli si pacienti myslí, zda zaměstnání ovlivňuje vznik onemocnění. Určitě ano, uvedlo 14 respondentů (14,58 %), 25 respondentů (26,04 %) si myslí, že zaměstnání téměř ovlivňuje vznik onemocnění. Téměř ne, zodpovědělo 12 respondentů (12,5 %). Pro odpověď ne se rozhodlo 17 respondentů (17,71 %). Celkem 28 respondentů (29,17 %) neví, zda zaměstnání ovlivňuje vznik onemocnění.

Otázka č. 15: Myslíte si, že má vaše práce vliv na průběh onemocnění?



Graf 15 Vliv zaměstnání na průběh onemocnění.

Na grafu 15 jsou znázorněny odpovědi na otázku vlivu zaměstnání na průběh onemocnění. Pro odpověď určitě ano se rozhodlo 27 respondentů (28,13 %), 39 respondentů (40,63 %) si myslí, že téměř ovlivňuje zaměstnání průběh jejich onemocnění. Téměř ne, zodpovědělo 9 respondentů (9,38 %). Pro odpověď ne se rozhodlo 5 respondentů (5,21 %). Poslední možnost odpovědělo 16 respondentů (16,67 %) na základě toho, že neví, zda jejich zaměstnání ovlivňuje onemocnění.

2.8 Diskuze

Smyslem této práce je, zjistit informovanost pacientů o zánětech střev a dopad onemocnění na životní styl pacienta. K předem stanoveným cílům byly sestaveny 3 výzkumné otázky. K výzkumnému šetření sloužilo celkem 96 dotazníků, které byly sestaveny z 15 otázek. První otázka se týká pohlaví respondentů. Z toho vyplývá, že dotazník vyplnilo 69 žen a 27 mužů. Podobné orientační údaje o pohlaví uvádí i Zahradníková (2016) ve své bakalářské práci s názvem „*Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty*“. Jako podklad využila 159 (100 %) dotazníků, z čehož bylo 111 žen a 48 mužů. Shodujeme se v obdobném výsledku pohlaví respondentů, kdy bylo uvedeno více žen než mužů. Druhá otázka se týká věku, kdy nejvíce respondentů uvedlo věk mezi 26 – 45. V rozmezí 46 – 65 uvedlo 27 respondentů. Nad 65 let uvedlo 11 a nejméně respondentů uvedl věk v rozmezí 18 – 25 let. Třetí otázka se týká druhu onemocnění střev. Pacienti měli v nabídce k odpovědi Crohnovu chorobu, pro kterou se rozhodlo 42 respondentů. Další z odpovědí byla ulcerózní kolitida, kterou zapsalo 39 respondentů. Poslední možností odpovědi bylo uvedení jiného onemocnění, se kterým dochází na gastroenterologickou ambulanci a zapsalo se 15 respondentů. Zde měli možnost uvést, kterým jiným onemocněním pacienti trpí. Nejvíce uvedli onemocnění jater, žaludku, polypy a hemoroidy.

Výzkumná otázka č. 1: Byli pacienti dostatečně informováni o zánětech střev?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky 4, 5, 6, 7, 8, 9. Otázka 4 zjišťovala informovanost o zánětech střev před zjištěním diagnózy. Odpověď ano, uvedlo celkem 29 respondentů, 14 respondentů zapsalo, že částečně věděli o onemocnění. Pacienti, kteří vůbec nevěděli o onemocnění, bylo 53. Otázka 5 zkoumala dostatečnou informovanost o léčbě onemocnění. Dostatečně informováno bylo 33 respondentů. Téměř ano, uvedlo 50 respondentů. Pro odpověď téměř ne se rozhodlo 8 respondentů. Nedostatečně informováno o léčbě bylo 5 respondentů. Otázka 6 pojednávala, kde získali pacienti informace o onemocnění. Od zdravotnického personálu získalo informace 51 respondentů. Informace z literatury čerpá celkem 11 respondentů. Z internetu čerpá 30 respondentů a ostatní zdroje uvedli 4 respondenti. Otázka 7 se zaměřuje na dostatečnost informací. Dostatečnost informací uvedlo 35 respondentů.

Téměř ano, uvedlo 49 respondentů. Téměř ne, zapsalo 7 a nedostatečné informace mělo 5 respondentů. Obdobně uvedla Zahradníková (2016) ve svém výzkumu otázku o dostatečné informovanosti o nemoci. Uvedla, že dostatek informací mělo 125 respondentů. Nedostatečně informováno bylo 15 a 19 dotazovaných nevědělo. Shodujeme se u většiny respondentů, kteří uvedli, že dostatečně informováni byli. V Další výzkumu s názvem „*Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty v České republice – multicentrická studie*“ uvedla MUDr. Ďuricová Ph.D. ze svých podkladů od 1228 pacientů. Na otázku o dostatečnosti informací o problematice idiopatických střevních zánětů odpovědělo v jejím výzkumu 94 % respondentů, tedy většina. V mém výzkumu na tuto otázku celkem odpovědělo určitě ano 36,46 % a téměř ano 51,04 %, tedy celkem 87,5 %. Také se shodujeme, že pro většinu respondentů byly informace dostatečné. Otázka 8 zahrnuje srozumitelnost informací. Srozumitelné byly pro 38 dotazovaných. Ve velké většině 51 respondentů uvedlo téměř ano. Méně srozumitelné informace byly pro 5 pacientů a nesrozumitelné pro 2 respondenty. Poslední otázka týkající se výzkumné otázky č. 1 je otázka 9, která se zaměřuje na informovanost o důležitosti pravidelných kontrol u lékaře. Zcela jistě zapsalo 74 dotazovaných z celkového počtu. Téměř ano, uvedlo 22 respondentů. Pro odpověď téměř ne a odpověď ne, nezapsal žádný z respondentů, což je velmi dobrý výsledek.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký mají záněty střev dopad na životní styl pacienta?

K následující výzkumné otázce se vztahují otázky 10, 11, 12. Otázka 10 se zaměřila na zlepšení životosprávy po zjištění onemocnění. Většina (68) respondentů se shodlo, že změnili a zlepšili životosprávu po zjištění jejich onemocnění. Celkem 28 respondentů téměř zlepšilo životosprávu. Otázka 11 popisovala omezení pacientů při onemocnění. Celkem 32 respondentů zapsalo, že je onemocnění omezuje, 49 dotazovaných téměř omezuje jejich onemocnění. Opověď téměř ne, uvedlo 10 a u 5 respondentů je onemocnění neomezuje vůbec. U těchto odpovědí je zřejmé, že většinu respondentů onemocnění omezuje. Otázka 12 se zabývala omezení v běžných činnostech a úzce souvisí s otázkou 11. Tato otázka je pro dotazované, které onemocnění omezuje. Formou odpovědi byla zvolena otevřená odpověď, kde respondenti mohli napsat svou vlastní.

Nejčastěji zapisovali omezení při stravování (24 respondentů), při prudkých pohybech (5), při zvedání těžkých předmětů (7), při zaměstnání (42) a neschopnosti společenského života (18). Otázku ohledně omezení společenského života uvedla Havelková (2017) ve své bakalářské práci s názvem „*Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty*“. Její otázka je zaměřena na míru ovlivnění společenského života. Jako podklad využila 113 dotazníků, z čehož 33 % respondentů trochu omezuje onemocnění ve společenském životě. V mém výzkumu uvedlo tento důvod omezení 18 (18,75 %) respondentů. Lze říci, že společenský život pacientů z části omezuje jejich život. Otázku ohledně omezení při zaměstnání u onemocnění uvedla MUDr. Ďuricová Ph.D., kde v jejím dotazníku zapsala téměř polovina (43,2 %) respondentů, že je onemocnění omezuje v zaměstnání. Podobné výsledky mám ve svém výzkumu, kdy 42 (43,75 %) uvedlo omezení při zaměstnání. V tomto výsledku se téměř shodujeme.

Výzkumná otázka 3: Jaký mají vliv záněty střev na zaměstnání pacienta?

K následující výzkumné otázce souvisí otázky 13, 14, 15. Otázka 13 byla zaměřena na druh zaměstnání pacientů při onemocnění. Zaměstnání jsem rozdělila do třech oddílů. Pro sedavé zaměstnání bylo zvoleno 30 respondentů. Fyzické zaměstnání provádí 41 respondentů. Zaměstnání smíšené uvedlo 25 respondentů. Zde převládá fyzické zaměstnání, poté sedavé a poslední smíšené. Otázka 14 se zabývala, jestli si pacienti myslí, že má zaměstnání vliv na vznik onemocnění. Respondentů, kteří uvedli ano, bylo 14. Téměř ano, odpovědělo 25 respondentů. Téměř ne, odpovědělo 12 respondentů. Ti, kteří si nemyslí, že zaměstnání ovlivňuje, bylo 17. A 28 respondentů nevědělo, zda zaměstnání ovlivňuje vznik onemocnění. Otázka 15 byla zaměřena na vliv zaměstnání na průběh onemocnění. Respondentů, kteří si myslí, že má vliv, bylo 27. Téměř ano, odpovědělo 39 respondentů. Téměř ne, zapsalo 9. Ti, kteří si nemyslí, že zaměstnání ovlivňuje průběh onemocnění, bylo 5 a 16 respondentů nevědělo, zda má zaměstnání vliv na průběh nemoci.

2.9 Návrh na řešení a doporučení pro praxi

Cílem této práce bylo zjistit informovanost o zánětech střev a dopad zánětů střev na životní styl pacienta. Jak vyplynulo z výzkumu, zdravotnický personál se snaží ve většině případů edukovat pacienty v gastroenterologické ambulanci. Je nutné poukázat i na to, že v některých případech informace nebyly dost srozumitelné nebo dostačující. Proto by bylo vhodné, se více zaměřit na informace poskytované pacientům a důkladně se ptát, zda všemu rozuměli. Navrhovala bych umožnit pacientům i další prostředky pro získání informací než ústně. Zaměřila bych se více na poskytování různých brožur, knížek a vhodných internetových zdrojů. Také bych se zaměřila na to, aby veřejnost měla větší mínění o těchto onemocněních. Z výzkumu vyplývá, že 53 respondentů z 96 dotazovaných vůbec nevědělo o nemocech. Pro veřejnost by bylo přínosné alespoň trochu vědět o této problematice, ať už jen proto, že by mohli lépe porozumět například příbuznému nebo ostatním lidem, co tato onemocnění trápí. Zde by mohly být využívány letáčky a brožury v různých ambulancích, kde by si je veřejnost přečetla. Dále bych podotkla, že ve výzkumu jsem zjistila dopad onemocnění na životní styl pacienta. Kdy více než polovina dotazovaných uvádí, že je onemocnění omezuje i v běžných denních činnostech. Téměř polovina respondentů uvedla omezení při jejich zaměstnání. Proto bych kladla důraz a více se zaměřila v gastroenterologické ambulanci na problematiku v zaměstnání. Zde by bylo vhodné pacientům vysvětlit možné problémy a omezení v zaměstnání a o vhodné změně a alternativě zaměstnání. Vedla by k lepšímu prospívání pacientů. Zde si myslím, že by tato možnost vedla i k lepšímu psychickému stavu, protože zaměstnání pro člověka hraje důležitou roli. Pokud by se ještě jednalo i o mladší populaci. Velký důraz bych kladla i na rodinu, která má také velký vliv na pacienta. Rodina by mohla pomoci ve stravování, pochopit, proč se pacient musí stravovat jinak než ostatní, lépe se začleňovat do společnosti a brát zřetel na problémy pacienta. To by pomohlo i v psychice nemocného. Jako další způsob řešení situace bych nabízela i psychickou podporu odborníkem, který by vše s pacientem rozebral a pomohl mu lépe se vypořádat s různými situacemi.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala specifiky ošetrovatelské péče u pacientů se záněty střev, do kterých se zahrnuje Crohnova choroba a ulcerózní kolitida.

Bakalářská práce se skládá ze současného stavu problematiky a výzkumné části. V současném stavu problematiky jsem uvedla problematiku onemocnění. Zahrnula jsem zde anatomii trávicího traktu, který je rozdělen na horní a dolní trávicí trakt. Dále jsem popsala jednotlivá onemocnění a jejich charakteristiku. K těmto nemocem jsem uvedla etiologii, klinický obraz, diagnostiku. Určení diagnózy jsem rozdělila na základní vyšetření, zobrazovací metody a endoskopické metody. Také jsem uvedla komplikace a léčbu, kterou jsem podrobněji popsala. Poslední kapitolu, která spadala do současného stavu problematiky je lázeňská péče, která je důležitá pro komplexní léčbu a slouží jako doplňková léčba.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na informovanost pacienta o těchto onemocněních a dopad zánětů střev na životní styl pacienta. Zde jsem popsala metodu výzkumu, charakteristiku vzorku respondentů a výzkumného prostředí, které probíhalo v gastroenterologické ambulanci v Třebíči. Byl zde uveden průběh výzkumu, zpracování získaných dat, výsledky výzkumu, diskuze a návrh na řešení a doporučení pro praxi. Zpracování získaných dat jsem uvedla pomocí 15 grafů. V rámci výzkumné části jsem sestavila dva cíle a tři výzkumné otázky, které souvisí s dotazníkem.

K výzkumnému šetření sloužilo celkem 96 dotazníků, které byly sestaveny z 15 otázek. Každá otázka souvisela se svou výzkumnou otázkou. První výzkumná otázka vycházela z toho, jestli pacienti byli dostatečně informováni o zánětech střev. K této výzkumné otázce navazovalo 6 otázek v dotazníku. Pojednávaly o informovanosti nemoci před jeho zjištěním, dostatečnost informací o léčbě, kde pacienti získali tyto informace o nemoci, jestli byly dostačující a srozumitelné. Poslední otázkou, která souvisela s první výzkumnou otázkou, byla informovanost o důležitosti pravidelných kontrol u lékaře. Druhá výzkumná otázka pojednávala o dopadu zánětů střev na životní styl pacienta. Zde byly uvedeny celkem 3 otázky v dotazníku. Byly sestaveny z pohledu zlepšení životosprávy po zjištění nemoci, omezení pacientů při onemocnění a v jakých běžných činnostech pocítují omezení. Poslední výzkumná otázka pojednávala o vlivu zánětů střev na zaměstnání pacienta. Do této otázky spadaly 3 otázky v dotazníku. Jaké zaměstnání pacienti provádí, vliv zaměstnání na vznik a průběh onemocnění.

Seznam použité literatury

- ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. 111. s. ISBN 978-80-7262-600-7.
- ČEŠKA, R. a kolektiv, 2010. *Interna*. Praha: Triton. 855. s. ISBN 978-80-7387-423-0.
- ČIHÁK, R., 2011. *Anatomie 1*. 3. vyd. Praha 7: Grada Publishing a.s. 522. s. ISBN 978-80-247-3817-8.
- ĐURICOVÁ, D., 2018. *Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty v České republice – multicentrická studie*. Praha. [online]. [cit. 2018-09-03]. Dostupné z: redakce.ambitmedia.cz/index.php/gh/article/download/1405/213
- DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Vyd. 1. Praha: Grada. 544. s. ISBN 978-80-247-3240-4.
- EHRMANN, J., 2011. *Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů. Medicína pro praxi*. 435. s. ISSN 1214-8687.
- GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada. 248. s. ISBN 9788024718682.
- HAVELKOVÁ, K., 2017. *Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty*. [online]. [cit. 2018-05-03]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zru0un/>
- HOLT, D.Q., et al., 2017. *Patients with inflammatory bowel disease and their treating clinicians have different views regarding diet*. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. Issue 1. Pages 66-72. ISSN 09523871. 50.
- HOLUBOVÁ, A. a kolektiv, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. 367. s. ISBN 978-80-204-2806-6.
- KACHLÍK, D., 2013. *Úvod do preklinické medicíny: Anatomie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 135. s. ISBN 978-80-87878-01-9.
- KARGES, W., DAHOUK, S., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. 432. s. ISBN 978-80-247-3108-7.

- KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11.vyd. Praha: Grada. 592. s. ISBN 978-802-479-658-1.
- KEIL, R. a kolektiv, 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Karolinum. 86. s. ISBN 978-80-246-1970-5
- KLENER, P., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a doplň. vyd. Praha: Galén. 1131. s. ISBN 978-807-2627-059.
- LUKÁŠ, K. a kolektiv, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Grada Publishing. 380. s. ISBN 80-247-1283-0.
- NAVRÁTIL, L., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 428. s. ISBN 9788024723198.
- PACIENTI IBD, 2012. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat – II. díl*. Praha. 61. s. ISBN 978-80-905120-2-3.
- ŠPINAR, J. a kolektiv, 2008. *Propedeutika vyšetřovacích metod*. Praha: Grada. 255. s. ISBN 978-80-247-1749-4.
- VLČEK, a kolektiv, 2014. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada. 256. s. ISBN 978-802-474-532-9.
- VOJTĚCHOVÁ, G. a kolektiv, 2013. *Kapslová endoskopie trávicího traktu*. [online]. [cit. 2017-10-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kapslova-endoskopie-travici-trubice-468768>
- VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. 183. s. ISBN 978-80-7263-788-1.
- WHAYMAN K., DUNCAN, J., O'CONNOR, 2011. *Inflammatory Bowel Disease Nursing*. London: Quay Books Division. 443. p. ISBN 1-85642-404-9.
- ZAHRADNÍKOVÁ, M., 2016. *Kvalita života u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. [online]. [cit. 2018-11-03]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9vr1x2/>
- ZBOŘIL, V. a kolektiv, 2012. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s. 168. s. ISBN 978-80-204-2656-7.

Seznam grafů

Graf 1 Poměr pohlaví respondentů	28
Graf 2 Věk respondentů	29
Graf 3 Druh onemocnění	30
Graf 4 Informovanost respondentů před zjištěním onemocnění.....	31
Graf 5 Dostatečná informovanost o léčbě onemocnění	32
Graf 6 Sběr informací o onemocnění.....	33
Graf 7 Dostatečnost informací.....	34
Graf 8 Srozumitelnost informací	35
Graf 9 Informovanost o pravidelných kontrolách u lékaře	36
Graf 10 Zlepšení životodprávy po zjištění onemocnění	37
Graf 11 Omezení při onemocnění.....	38
Graf 12 Omezení v běžných činnostech	39
Graf 13 Druh zaměstnání	40
Graf 14 Vliv zaměstnání na vznik onemocnění.....	41
Graf 15 Vliv zaměstnání na průběh onemocnění.....	42

Seznam použitých zkratek

CD – Crohn's disease

CT – computer tomography

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

GIT – gastrointestinální trakt

IBD – Inflammatory Bowel Diseases

ml – mililitr

MR – magnetická rezonance

tzv. – takzvaný

UC – Ulcerative colitis

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Souhlas ambulance s dotazníkovým šetřením

