

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecná sestra

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S ULCEROZNÍ KOLITIDOU

Bakalářská práce

Autor práce: Tina Pangrácová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Truplová

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Tina Pangrácová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Kvalita života pacientů s Ulcerózní kolitidou
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Truplová
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu života pacientů s ulcerózní kolitidou.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života pacientů s idiopatickými střevními záněty, konkrétně s ulcerózní kolitidou. Ulcerózní kolitida je autoimunitní onemocnění střeva, které je v dnešní době hojně rozšířeno, postihuje zejména mladou populaci. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na onemocnění samotné a na to, jak ovlivňuje kvalitu života. Popisuje symptomy, diagnostiku, komplikace a možnosti léčby. Přináší informace o úrovni kvality života v průběhu onemocnění a změnách, které přináší fáze onemocnění. Praktická část je zpracována formou dotazníkového šetření. Cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu života pacientů s ulcerózní kolitidou.

Klíčová slova

Idiopatické střevní záněty; ulcerózní kolitida; kvalita života

Abstract

The bachelor thesis focuses on the quality of life of patients with idiopathic inflammatory bowel diseases, specifically ulcerative colitis. Ulcerative colitis is an autoimmune disease of the intestine, which is currently widespread and predominantly affects the young population. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part focuses on the disease itself and how it affects the quality of life. It describes symptoms, diagnosis, complications and treatment options. It provides information on the level of quality of life during the course of the disease and the changes brought about by its phases. The practical part is conducted in the form of a questionnaire survey. The aim of the bachelor thesis is to determine the quality of life of patients with ulcerative colitis.

Keywords

Inflammatory bowel disease; ulcerative colitis; quality of life

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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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 mě 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 2. května 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Truplové za odborné vedení bakalářské práce, za trpělivost, vstřícný přístup a ochotu poradit a nasměrovat. Dále bych chtěla neskutečně poděkovat všem respondentům, kteří se ochotně a v tak velkém počtu zapojili. Mnoho z nich mi napsalo osobně a já tak našla skvělé nové přátelé. Na závěr bych chtěla poděkovat své milované rodině, která je pro mě vším, věnovali mi neskutečnou podporu během celého studia. Chtěla bych poděkovat i svým přátelům, především své spolužačce Ivě Pavlů za neskutečnou vřelost, pomoc a podporu.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam zkratk	8
Úvod	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Anatomie a fyziologie trávicího systému	10
1.2 Idiopatické střevní záněty.....	13
1.3 Ulcerózní kolitida	15
1.4 Komplikace ulcerózní kolitidy	17
1.5 Diagnostika ulcerózní kolitidy	18
1.6 Léčba ulcerózní kolitidy	19
1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s UC	20
1.8 Kvalita života.....	22
2 Výzkumná část	24
2.1 Cíl práce	24
2.2 Výzkumné otázky.....	24
2.3 Metodika a průběh výzkumu.....	24
2.4 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného šetření	24
2.5 Průběh výzkumu.....	24
2.6 Výsledky výzkumu	25
3 Diskuse.....	38
4 Návrh řešení a doporučení po praxi	42
Závěr.....	43
Seznam použité literatury.....	44
Přílohy	47

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví	25
Graf 2 Věk respondentů	25
Graf 3 Zaměření respondentů	26
Graf 4 Délka nemoci	26
Graf 5 Spokojenost se zdravím	27
Graf 6 Celkové zdraví	27
Graf 7 Fáze onemocnění	28
Graf 8 Počet vyprázdnění	28
Graf 9 Výskyt bolestí	29
Graf 10 Míra bolestí bránící práci	29
Graf 11 Hospitalizace	30
Graf 12 Operativní řešení	30
Graf 13 Osobní život	31
Graf 14 Denní činnosti	31
Graf 15 Zájmy/koníčky	32
Graf 16 Zdravotní a emocionální obtíže	32
Graf 17 Intimní život	33
Graf 18 Dlouhodobé emoční napětí	33
Graf 19 Energie	34
Graf 20 Boj s nemocí	34
Graf 21 Zdravotní péče a kvalita života	35
Graf 22 Dostupnost zdravotní péče	35
Graf 23 Informace o nemoci	36
Graf 24 Pozitivní přístup zdravotní sestry	36
Graf 25 Pozitivní přístup sestry a kvalita života	37
Graf 26 Dotazy	37

Seznam zkratek

ASCA	Anti – saccharomyces cerevisiae protilátky
ATB	Antibiotika
BDI	Beck Depression Inventory – Beckova škála deprese
CRP	C-reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie – computer tomography
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
FW	Sedimentace erytrocytů
GIT	Gastrointestinální trakt
IBD	Inflammatory bowel disease
KO	Krevní obraz
P	Puls – srdeční frekvence
pANCA	Perinukleární antineutrofilní cytoplasmatické protilátky
RTG	Rentgen
SF-36	Short Form Health Survey – zkrácený formulář zdravotnického šetření
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
UC	Ulcerózní kolitida
UZ	Ultrazvuk

Úvod

Ulcerózní kolitida spadá do idiopatických střevních zánětů, jedná se o chronické celoživotní onemocnění bez známé příčiny. Onemocnění se vyznačuje střídáním jednotlivých fází, fáze vzplanutí a fáze klidu. Ačkoli se vyskytuje čím dál častěji, a především začíná v brzkém věku, stále nedosahuje vysoké informovanosti u populace. Mnoho jedinců nemá ponětí, že taková nemoc existuje.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou část a výzkumnou část. Teoretická část zahrnuje charakteristiku samotného onemocnění. Ulcerózní kolitida postihuje především konečník a část tlustého střeva, jedná se o zánět charakteristický krvavým nebo vředovitým postižením různých úseků ve střevě. Příčina onemocnění není zcela známá, ale podílí se několik rizikových faktorů jako věk, etnikum, pozitivní rodinná anamnéza, imunita nebo kouření. Dále teoretická část obsahuje etiologii, klinický obraz, možné komplikace, diagnostiku a léčbu, ošetrovatelskou péči u pacientů s UC a kvalitu života v obecném znění.

Výzkumná část se zabývá zjišťováním stavu kvality života pomocí kvantitativního dotazníkového šetření, který byl realizován z části ve zdravotnickém zařízení a z části prostřednictvím sociálních sítí. Data z dotazníkového šetření byla zpracována do grafů.

Motivací k výběru tématu byly moje dosavadní sesterské zkušenosti s tímto onemocněním. Pracuji na Gastroenterologickém pracovišti v Jihlavě a setkala jsem se zde s tímto onemocněním, než jsem nastoupila nevěděla jsem o nemoci zdaleka nic, až po setkání s nemocnými lidmi jsem zjistila, jak moc je nemoc zrádná a jak výrazně ovlivňuje život člověka. Díky tomu jsem se rozhodla zaměřit svoji práci právě na kvalitu života s tímto onemocněním, protože lidé s ulcerózní kolitidou prochází každodenním bojem, nemoc zasahuje do jejich osobní zóny, do jejich práce a denních činností. Mnoho z nich je odkázáno na invalidní důchod, mnoho z nich nedokončí studia nebo ztratí rodinu. Nemoc výrazně změní jejich dosavadní život. Chtěla jsem vědět jaká je úroveň jejich kvality života, jak moc nemoc narušuje jejich životy, co jim bere a co naopak ne, proto jsem si zvolila za cíl zjistit kvalitu života s onemocněním ulcerózní kolitida.

1 Současný stav problematiky

Současný stav problematiky se zaměřuje teorií ulcerózní kolitidy. Část je rozdělena na jednotlivé kapitoly, které zahrnují obecnou anatomii střeva, problematiku idiopatických střevních zánětů a část, která se zabývá samotnou ulcerózní kolitidou. Ukazuje příčiny, příznaky, diagnostiku, komplikace a možnosti léčby. Závěr je zaměřen na ošetrovatelskou péči a kvalitu života s onemocněním.

1.1 Anatomie a fyziologie trávicího systému

Trávicí systém se dělí na dvě části, na trávicí trubici a na žlázy. Žlázy trávicího systému představují velké samostatné žlázy a drobné žlázy. Drobné žlázy jsou uloženy ve stěně trávicí trubice, jsou nazývané podle úseku, ve kterém leží. Velké samostatné žlázy představují velké slinné žlázy, které ústí do dutiny ústní. Do tenkého střeva ústí vývody jater a slinivky břišní. Žlázy dělíme na exokrinní, které produkují sekrety do trávicí trubice a na žlázy endokrinní, které produkují řadu hormonů (Dylevský, 2019).

Trávicí trubice začíná dutinou ústní, následuje hltan, jícen, žaludek, tenké a tlusté střevo, konečník a končí řitním otvorem. Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř základních vrstev. První vrstvu tvoří sliznice, kterou tvoří epitel sloužící jako krycí vrstva. Pokrývají ji sliny nebo hlen a v některých úsecích je složena do typických řas. Druhou vrstvu tvoří podslizniční vazivo, které obsahuje krevní a mízní cévy a nervové pleteně. Třetí vrstvu tvoří svalovina, která zajišťuje aktivní pohyb jednotlivých oddílů trávicí trubice. Čtvrtou vrstvu tvoří vnější povrchová vrstva neboli pojivová vrstva (Kachlík, 2018).

Trávicí systém (GIT) má řadu funkcí, mezi základní funkce patří příjem potravy, zpracování potravy, proces trávení a vstřebávání. Dále se také podílí na procesu látkové přeměny a procesu skladování řady důležitých látek. Mezi další důležité funkce patří odstraňování nestrávených zbytků tráveniny a odvod odpadních látek (Orel, 2019).

Zpracování potravy (trávení) funguje posouváním potravy jednotlivými úseky. *Horní úsek GIT* je první úsek, který zahrnuje ústa, jícen a žaludek, má za úkol mechanické rozmělnění potravy. Probíhá zde i chemické zpracování potravy, a to pomocí enzymů trávicích šťáv (Kittnar a kolektiv, 2020).

Trávicí šťávy obsahují vodu, bílkovinné látky a enzymy. Jednotlivé enzymy jsou schopny štěpit bílkoviny, cukry a tuky (Dylevský, 2019).

Během tohoto procesu zpracování vznikne trávenina neboli chymus, který putuje do tenkého střeva reprezentujícího *střední úsek GIT*. Dalším úsekem je tlusté střevo, které patří do *dolního úseku GIT*, zde dochází k zahušťování tráveniny a k působení bakterií. Následkem procesu je vznik stolice, která je vyloučena defekačním reflexem (Kittnar, a kolektiv, 2020).

1.1.1 Tenké střevo

Tenké střevo tvoří nejdelší část trávicí trubice, jeho délka je 3–5 metrů. Mezi částmi tenkého střeva patří dvanáctník, lačník a kyčelník. Sliznice je pokrytá jednovrstevným cylindrickým epitelem, který obsahuje buňky enterocyty (Kachlík, 2018).

Povrch enterocytů je tvořen drobnými výběžky nazývanými se *mikroklky*, které obsahují řadu enzymů a transportních látek. Střevní stěnu tvoří početné drobné výběžky, jež se nazývají *klky*, které zvětšují povrch střevní stěny (Orel, 2019).

Klky, výběžky střevní stěny jsou kryté jednovrstevným resorpčním epitelem. Podslizniční vrstvu tvoří mohutné cévní pleteně. Přes klky se vstřebané živiny dostávají do krevního oběhu a následně putují do jater (Dylevský, 2019).

V tenkém střevě dochází k neustálému promíchávání tráveniny, následně je zajištěn posun tráveniny z tenkého střeva do tlustého střeva, posun je zprostředkován peristaltickými pohyby (Orel, 2019).

Dvanáctník (duodenum) představuje první úsek tenkého střeva, navazuje na žaludek a v jeho ohbí se nachází slinivka břišní (Orel, 2019).

Dvanáctník je velmi důležitý v procesu trávení, přitéká do něj žluč společně se šťávou ze slinivky břišní, která obsahuje trávicí enzymy (Lukáš, Hoch a kolektiv, 2018).

V oblasti dvanáctníku se nachází *vaterská papila*, kde se nachází společný vývod žlučových cest a slinivky břišní (Orel, 2019).

Lačník (jejunum) představuje druhý úsek tenkého střeva, dosahuje délky 2 m a probíhá v něm největší resorpce natrávené potravy. Sliznice tvoří četné příčné řasy, které zvětšují plochu pro resorpci potravy. Z řas vystupují četné drobné klky (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015).

Lačník má bohaté cévní zásobení a obsahuje mízní tkáň. Pozvolna přechází v další část tenkého střeva, kyčelník (Kachlík, 2018).

Kyčelník (ileum) představuje třetí úsek tenkého střeva, který je o něco delší než lačník. Sliznice obsahuje méně četné řasy než sliznice lačníku, ale nachází se zde větší množství mízní tkáně (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015).

Kyčelník přechází do tlustého střeva, místo vyústění se nazývá *ileocekální chlopeň*, která uzavírá průchod mezi oddíly (Dylevský, 2019).

Mezi hlavní funkce lačníku a kyčelníku patří dokončení procesu zpracování tráveniny, důkladné promíchání, smíchání se střevní šťávou, následné štěpení a vstřebávání jednotlivých složek do krevních a mízních cév (Kachlík, 2018).

1.1.2 Tlusté střevo

Tlusté střevo je posledním úsekem trávicí trubice a skládá se z *tračníku* a *konečníku*, oproti tenkému střevu má větší průsvit (Kachlík, 2018).

Tlusté střevo začíná místem, které se nazývá *Bauhiňská chlopeň* (ileocekální chlopeň), jejímž úkolem je bránit zpětnému toku potravy do tenkého střeva. Tlusté střevo obkružuje celou dutinu břišní (Muknšnáblova, 2018).

Tlusté střevo má různé polohy, jeho začátek je v oblasti pravého podbříšku, následně jde pod pravý oblouk žeberní, šikmá část střeva směřuje k levému žebernímu oblouku a v oblasti levého podbříšku směřuje střevo směrem dolů. V oblasti pravého a levého žeberního oblouku se střevo upíná svými vazy (Schulte, 2017).

Vnější povrch střeva kryje pobřišnice, vzestupný a sestupný tračník není kryt pobřišnicí, ale kryje ho zadní břišní stěna (Kachlík, 2018).

Tlusté střevo dosahuje délky přibližně 1,5 metru. Sliznice kryje jednovrstevný cylindrický epitel, oproti tenkému střevu je sliznice v tlustém střevě plochá, nemá klky. Nachází se zde podélné vazivové pruhy, které se nazývají *ténie* (Orel, 2019).

Podle Orla (2019) je tlusté střevo důležité v procesu vstřebávání. V tlustém střevě dochází ke vstřebávání vody, iontů, vitamínů a dalších látek. K vyprázdnění střeva pozitivně přispívají nestrávené zbytky potravy, především vláknina.

K hlavní funkci tlustého střeva patří funkce rezervoáru, skladuje se v něm stolice až do vyprázdnění střeva. V tlustém střevě probíhají peristaltické pohyby, díky kterým se posouvá stolice. Vyprazdňování stolice (defekace) je závislé na správné funkci rekta a análního kanálu. Oblast rekta je většinou prázdná, před defekací dojde k naplnění a následně působením tlaku dojde k uvolnění vnitřního svěrače a k stažení neboli kontrakci zevního svěrače. Při roztažení rekta dojde k impulsu pro peristaltickou vlnu, která tlačí obsah do ánu (Rokyta, a kolektiv 2015).

Muknšábllová (2018) uvádí, že tlusté střevo má funkci zpětně resorbovat vodu, zahušťovat nestrávené zbytky potravy a produkovat hlen. Dále se podílí na kvasných a hnilobných procesech.

Slepé střevo je nejširší částí tlustého střeva, do které ústí kyčelník, místem vyústění je ileocekální přechod. Nachází se v pravé jámě kyčelní a kryje ho pobřišnice. Ze slepého střeva vystupuje *červovitý výběžek*, který obsahuje hodně mízní tkáně. Často u něj hrozí zanícení (Kachlík, 2018).

Tračník skládá se z několika úseků, vzestupného, příčného, sestupného tračníku a esovité kličky. *Vzestupný tračník* je nepohyblivý úsek tlustého střeva a přiléhá na zadní stěnu břišní a přechází v příčný tračník. *Příčný tračník* je pohyblivý úsek připomínající tvar písmene U či V, který je zavěšen před kličkami tenkého střeva. Třetím úsekem je *sestupný tračník* přiléhající na zadní stěnu břišní a v levé kyčelní jámě přechází na čtvrtou část, esovitou kličku. *Esovitá klička* je zakřivená a pohyblivá část tlustého střeva, která v oblasti malé pánve přechází v konečník (Kachlík, 2018).

Konečník neboli *rektum* představuje poslední úsek trávicí trubice, který je uložen v malé pánvi před křížovou kostí. K závěrečnému úseku konečníku patří svěrače a řitní otvor. Při podráždění konečníku dojde k otevření vnitřního svěrače, následně dojde k přenosu informace do centra pro vyprazdňování, který se nachází v sakrální míše. Odtud informace putují do mozku, který rozhodne o tom, zda dojde k otevření zevního svěrače (Muknšábllová, 2018).

Konečník má prostornou část nazývanou *ampulla recti* a úzkou část, která končí řitním otvorem. Podsliznice řitního kanálu obsahuje hojné množství žilních pletení, které se mohou v některých případech zvětšit nebo vyklenout, čímž vzniknou hemeroidy. Svalovina řitního kanálu se skládá z vnitřního svěrače, který nelze vůlí ovládat a z vnějšího svěrače, který lze vůlí ovládat (Kachlík, 2018).

Hlavní funkcí konečníku je především shromáždění, udržení a následné vypuzení stolice. Z hlediska kliniky je konečník významný pro různá vyšetření. Vyšetření *per rectum* umožňuje vyšetření pánevních orgánů, endoskopické vyšetření (rektoskopie a kolonoskopie) je důležité pro vyšetření celého tlustého střeva. Lze vyšetřit i pomocí zobrazovacích metod jako

je především RTG s kontrastem. Co se týče farmakologie, přes konečník lze podávat léky, a to ve formě čípků (Kachlík, 2018).

1.2 Idiopatické střevní záněty

Idiopatické střevní záněty neboli IBD (v angličtině Inflammatory bowel disease) patří mezi chronická onemocnění, které postihují trávicí trakt, především oblast tlustého střeva. Onemocnění je charakteristické svým průběhem, střídá se období klidu nazývanými se remise, kdy jsou příznaky minimální s obdobími akutního vzplanutí, kdy jsou příznaky velmi výrazné. Mezi idiopatické střevní záněty se řadí dvě základní onemocnění, Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Liší se lokací, ale mají společný znak, vznikají přehnanou reakcí imunitního systému. Idiopatické onemocnění střev nelze úplně vyléčit, cílem léčby je zajistit a udržet u nemocného co nejdelší období klidu neboli remise. Pro vhodnou léčbu je důležitá včasná diagnostika, úprava životosprávy, vhodná strava a vyhýbání se rizikovým spouštěčům nemoci (Dudík, 2017).

Jak uvádí Douda (2022, str.256): „*Incidence a prevalence idiopatických střevních zánětů celosvětově vzrůstá a postihuje zejména mladé lidi v reprodukčním věku. V Evropě je postiženo 1,5 milionu lidí a přímé náklady na jejich léčbu tvoří téměř 6 bilionů euro ročně. V České republice se výskyt IBD od roku 2005 výrazně zvýšil (Crohnova choroba o 44 % a ulcerózní kolitida o 20 %) a zánětlivým střevním onemocněním je postiženo 60 000 pacientů.*“

Podle Dujsíkové (2018) se onemocnění nejčastěji vyskytuje mezi 15.-30. a mezi 45.-60. rokem života.

Příčina vzniku onemocnění, jak napovídá název není známá, avšak existují faktory, které se výrazně podílejí na vzniku. Především se jedná o genetiku, změnu v imunitní reakci střeva a změny ve složení bakteriálního osídlení střeva, kdy dojde k narušení rovnováhy neboli dysbióze. Tyto změny v osídlení bakterií mohou přispívat k nepřiměřeným reakcím imunitního systému střeva, což je pro IBD klíčové (Dudík, 2017).

Podle Lukáše (2014) se na vzniku podílí dědičnost, abnormální slizniční imunita a přítomnost různých aspektů zevního prostředí. Mezi vlivy zevního prostředí patří kouření, užívání některých léčiv, psychický stres a bakteriální složení trávicího traktu. Jak ale uvádí Dudík (2017): „*V současnosti je však nutné provést ještě velké množství výzkumů, které by vysvětlily tyto mechanismy a napomohly by tak k novým způsobům léčby těchto onemocnění.*“

Idiopatické střevní záněty (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida) se nejčastěji projevují křečovitými bolestmi břicha, průjemovitou stolicí s krví nebo bez, časté vyprazdňování během dne i v noci (Dujsíková, 2018).

K základním příznakům nemoci patří vleklé průjmy, bolesti břicha, krvácení z konečníku, časté neuspokojivé nucení na stolicí, dále anémie, hubnutí, zvýšená teplota, celkové vyčerpání, perianální projevy a mimostřevní projevy (Douada, 2020).

Crohnova choroba se může napoprvé projevit perianálním abscesem, u ulcerózní kolitidy dominují tenesmy, což je stav úporného nucení na stolicí, kdy odchází pouze minimální množství stolice (Dujsíková, 2018). Z mimostřevních projevů jde nejčastěji o postižené klouby, objevuje se bolest, zarudnutí a omezený pohyb po ránu. V oblasti očí se jedná především o záněty a na kůži se objevuje *erythema nodosum* (Dujsíková, 2018).

Komplikace idiopatických střevních zánětů zahrnují anální píštěle, anální stenózy bránící odchodu stolice, dále se uvádí vyšší riziko vzniku rakoviny tlustého střeva. Ke komplikacím se řadí vzniklá anémie, podvýživa nebo toxický megakolon. V některých případech může dojít až k perforaci střeva (Cleveland Clinic, 2021). U některých jedinců se objevuje artritida nebo ztráta kostní hmoty, ale i různé kožní onemocnění, záněty očí nebo poruchy jater a ledvin. Mimostřevní příznaky IBD jsou zároveň i komplikacemi (Cassoobhoy, 2023).

Diagnostika pro Crohnovu chorobu či ulcerózní kolitidu není přímá, žádný přímý test neexistuje. Aby byla stanovena diagnóza, je nutné zeptat se podrobně na všechny příznaky (Cleveland Clinic, 2021).

V rámci diagnostiky je klíčové anamnestické vyšetření, vyšetření kultivace stolice, laboratorní vyšetření, koloskopie a zobrazovací vyšetření. Z laboratorního vyšetření je to hlavně odběr na KO, odběr výživových parametrů zejména albumin, metabolismus železa a zánětlivé parametry jako je CRP. Provádí se vyšetření ze stolice, především fekální kalprotektin, ten je důležitým ukazatelem vzplanutí zánětu (Dujsíková, 2018).

Vyšetření stolice zahrnuje i vyloučení bakteriální, virové či parazitární příčiny průjmů a vyšetření na skryté krvácení. Z laboratorního vyšetření je zejména klíčový KO, kde se kontrolují hladiny leukocytů a trombocytů, hladina hemoglobinu z důvodu možné anémie, odběr sedimentace a specifický odběr pANCA (Cassoobhoy, 2023).

Základní vyšetřovací metodou je hlavně koloskopie, kdy se vyhledávají místa aktivního zánětu, pátrá se po zarudnutí, aftech, vředových lézích, jizev a dalších abnormalitách. Následně se z postižených míst odebere vzorek na histologii. V případě potřeby je možné provést gastrokopii či kapslovou endoskopii. K diagnostice velmi dobře přispívá i ultrasonografické vyšetření, které rozpozná aktivitu zánětu či stenózy (Dujsíková, 2018).

Léčba je velmi rozmanitá, protože neexistuje možnost úplného vyléčení, zaměřuje se léčba IBD především na léčbu akutního vzplanutí nemoci tedy relapsu, na udržení co nejdelšího klidového období neboli remise a na léčbu komplikací (Dujsíková, 2018).

Důležitá je komplexní léčba u onemocnění, součástí toho je mezioborová spolupráce, především mezi gastroenterology, chirurgy, psychology, mnohdy i gynekology a dalšími. Ke standardní léčbě se řadí zejména medikamentózní léčba, která zahrnuje aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva a mnohdy je indikována biologická léčba. Další metodou léčby je chirurgický výkon, který je volen u velmi vážných průběhů onemocnění nebo u vážných komplikacích (Pacienti IBD a Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty, 2021).

Jak uvádí Cassoobhoy (2023) lékařská péče spočívá v potlačení abnormálního zánětu střeva, tak aby se mohla střevní tkáň uzdravit. Dojde k eliminaci příznaků, jakmile budou příznaky pod kontrolou, léčba se zaměří na udržení co nejdelší remise prostřednictvím snahy snížit frekvenci akutního vzplanutí nemoci. V léčbě hraje roli i sebek péče, která zahrnuje úpravu jídelníčku, vhodnou dietu, úpravu životního stylu a psychickou pohodu. Klíčová je eliminace stresu, volba vhodných činností pro potlačení stresové situace.

1.3 Ulcerózní kolitida

Patří mezi idiopatické nemoci střeva, je charakteristická svým krvácivým, hlenovitým a mnohdy vředovitým postižením sliznice konečníku, někdy i různě dlouhého úseku tlustého střeva. Pro onemocnění je typické střídání klidového období neboli remise s obdobím akutního vzplanutí neboli relapsu (Slezáková, 2023). Může dojít k recidivě, kdy se nemoc projeví na dosud nepostiženém místě anebo dojde k reaktivaci, což je vzplanutí choroby na místě, které už bylo zhojené (Souček, Svačina a kolektiv, 2019).

První okamžik objevení nemoci se nazývá jako první ataka nemoci. V průběhu prvního roku nemoci jsou pacienti s UC děleni do několika skupin lišící se průběhem nemoci. První skupinka je typ remitující, kdy se akutní vzplanutí neboli relaps objeví jedenkrát do roka. Intermitující typ má oproti remitujícímu typu relaps méně jak jednou ročně. Může se objevit i typ fulminantní, který je u minima pacientů, ve většině případů vyžaduje chirurgický zásah. V průběhu nemoci se pak k těmto skupinkám může přidat typ chronicky aktivní (Souček, Svačina a kolektiv, 2019).

Existují různá dělení UC, které se odvíjí od lokalizace postižení způsobené nemocí. Řadí se sem **ulcerózní proktitida**, kdy zánět postihuje výhradně konečník, signálem pro tento typ může být krvácení z konečníku. **Proktosigmoiditida** je typ UC, který se zaměřuje na rektum a sigmoidální úsek tlustého střeva neboli esovitou kličku. Dalším typem je **levostranná kolitida**, kdy je zasažen konečník, esovitá klička a sestupná část tlustého střeva zánětem, zánět se šíří od konečníku směrem nahoru. Posledním typem je **pankolitida**, kdy dochází k postižení celého tlustého střeva (Faubion, 2022). Slezáková (2023) uvádí ještě **subtotální tvar kolitidy**, který postihuje konečník, esovitou kličku, sestupný tračník a v neposlední řadě i ten příčný. Dále může být UC rozdělena podle toho, jak aktivní je zánět střeva. Dělí se na lehkou, střední a těžkou formu (Mináriková, 2021).

Klasifikace UC je velmi klíčová pro klinickou praxi a probíhá pomocí různých indexů. Jde především o indexy, které se zaměřují na aktivitu probíhajícího zánětu. Používají se dva indexy pro UC, Montrealská klasifikace a tzv. Mayo index (Mayo skóre). Montrealská klasifikace je klíčová pro klasifikaci Crohnovy choroby, ovšem lze ji využít i u ulcerózní kolitidy. V praxi se ale více využívá Mayo index, který se zaměřuje na endoskopický nález, počet stolic, přítomnost krve ve stolici, vzhled sliznice a na celkové hodnocení stavu pacienta lékařem (Mináriková, 2021).

Nemoc se může vyskytovat v jakémkoli věku, obvykle ale postihuje mladší osoby, typicky do 30. roku života. Ovšem existují případy, kdy se nemoc projevila až kolem 60 let. Roli při výskytu hraje i etnikum, nejvyšší riziko výskytu je u bělochů (Faubion, 2022).

1.3.1 Příčiny ulcerózní kolitidy

Příčiny u UC stále nejsou známy, ale existují rizikové faktory, které mohou přispívat vzniku nemoci. Věk je prvním rizikovým faktorem, obvykle začíná před 30. rokem života, ale může se objevit i později. Z hlediska rasy nebo etnika se ukazuje, že nejvyšší riziko mají běloši, ale nemoc se může projevit i u kohokoliv jiného a dále hraje roli rodinná historie. Pokud je nemocný někdo z blízkých, je vyšší pravděpodobnost propuknutí nemoci i v našem případě. Nemoc může vzniknout i u člověka, u kterého není pozitivní rodinná anamnéza (Faubion, 2022). Odborníci pro výzkum přicházejí se spojitostí nemoci s problémy imunitního systému, genetikou, mikrobiomem a se sníženou bariérou střeva. Jedná se pouze o teorie (Jones, 2023).

Imunitní systém je komplexní, velmi složitý systém plnící řadu důležitých funkcí a obsahující početné množství specializovaných buněk. Buňky se navzájem ovlivňují, žádná z nich nepracuje samostatně, tvoří komplexní propojující a řídicí síť v našem těle. Koordinovaná spolupráce, reakce všech imunitních složek je nazývána jako imunitní reakce (Říhová a Šťastný, 2021). Doménou imunitního systému je napadání patogenů jako jsou bakterie či viry, tyto patogeny způsobují různá onemocnění jako nachlazení či infekce. V případě autoimunitního onemocnění dochází k tomu, že imunitní systém nedokáže správně rozlišit zdravé buňky od těch škodlivých a nesprávně tak napadá buňky prospěšné tělu. V případě ulcerózní kolitidy si lidské tělo myslí, že dobré bakterie a buňky v tlustém střevě jsou škodlivé, a tak je imunitní systém začne napadat a škodit. Díky tomu se UC může řadit mezi autoimunitní onemocnění (Jones, 2023).

Mikrobiom

Mikrobiom představuje společenství mikroorganismů, které osidlují lidské tělo. Radíme sem bakterie, viry, houby či parazity. V našem těle najdeme hojně rozšířenou mikrobiotu, může být střevní, kožní nebo i respirační (Pipek, 2019).

Mikroby jsou na světě miliardy let, kdyby se dali dohromady všechny, došlo by ke vzniku biomasy, která by svojí velikostí předčila společenství rostlin a zvířat. Mikroby lidské tělo osídlí hned jak je to možné, každý čerstvý novorozenec je hned osídlen mikroby. Nacházejí se v uších, ústech, pokožce a v každém otvoru lidského těla (Sonnenburgovi, 2015). Mikroorganismy tvoří ekosystém plnící funkci metabolickou, respirační a plní funkci bariéry. U každého člověka je osídlení mikroorganismy velmi individuální, hraje roli genetika a vnější prostředí (Pipek, 2019).

Střevní mikrobiota hraje velkou roli ve zdraví a nemoci, zejména autoimunitní onemocnění je s tímto úzce spojeno, dochází totiž ke změnám v evolučně stabilním bakteriálním osídlení střeva (Pipek, 2019). Střeva obsahují až 500 různých druhů bakterií, existují jak prospěšné bakterie, tak i škodlivé. Mikrobiomu škodí především nezdravá strava, zejména v podobě rafinovaného cukru, který přináší zvýšené množství kvasinek, což může vést k zánětu. Dále je to vysoký příjem nasycených tuků, nízké zastoupení ovoce a zeleniny, přičemž vláknina ve formě ovoce, zeleniny či luštěnin je pro střevo nezbytná. Důležité jsou i mléčné výrobky, zejména zakysané mléčné výrobky obsahující probiotika a probiotika, které přispívají k tvorbě prospěšných bakterií střeva. Na závěr je důležité zahrnout do jídelníčku i celozrnné produkty. Mikrobiomu škodí ale i léky jako jsou nesteroidní antirevmatika ale i ATB, dále stres, alkohol, oslabený pitný režim a pesticidy. Díky těmto všem vlivům může dojít k dysbióze neboli nerovnováze prospěšných bakterií a škodících, což ovlivňuje naše zdraví (Halusková a Votava, 2019).

Rizikové faktory

Kromě dvou předchozích témat, které se podílí na vzniku, existuje řada podstatných rizikových faktorů nemoci. Prvním je **věk**, UC může vzniknout v jakémkoli věku, ale zpravidla bývá výskyt častěji u mladistvých nebo mladých dospělých, věk okolo 20 a 30 let. Co se týče **pohlaví** je nemoc v tomto ohledu rovnoměrná. **Rodinná anamnéza** má taky podstatnou roli, u části nemocných s UC je zaznamenán výskyt nemoci u příbuzného prvního stupně jako je rodič nebo sourozenec. Ukazuje se, že vliv má i **zeměpisná poloha**, nemoc se více vyskytuje v oblastech chladnějšího podnebí. Rizikovým faktorem je i **kouření**, výzkumy ukazují zvýšené riziko UC u lidí, kteří kouřili a jsou ve fázi odvykání. Dále se sem řadí strava, nesprávný životní styl či léky (Jones, 2023).

1.3.2 Příznaky ulcerózní kolitidy

Příznaky se mohou lišit u jednotlivých typů UC a roli hraje i stupeň poškození střeva, tedy rozsah zánětu.

Rektální syndrom, který zahrnuje tenesmy (bolestivé nutkání na stolicí, kdy nedojde k uspokojivému vyprázdnění), může být přítomna krev či hlen. Tento příznak se vyskytuje nejčastěji u proktitidy (Mináriková, 2021). S tímto se ztotožňuje i Slezáková (2023).

Kolitický syndrom je u jednostranného postižení, objevuje se vodnatá stolice s příměsí krve či hlenu (Slezáková, 2023). Mináriková (2021) uvádí, že je přítomna i bolest břicha.

Další obecné příznaky zahrnují průjem s příměsí krve či hlenu, frekventovanou stolicí několikrát během dne i noci, krvácení z konečníku, hubnutí, únavu a vyčerpanost, horečku. Příznaky mohou být mírné až středně závažné, průběh nemoci se tedy může velmi lišit. Někteří pacienti můžou být delší čas ve fázi odeznívajících příznaků, někteří jsou ve fázi akutního vzplanutí nemoci a příznaky jsou závažnější (Faubion, 2022).

Mimostřevní projevy

Častý mimostřevní projev na kůži je *erythema nodosum*, kdy se objevují podkožní uzly nejčastěji v místě bérců, jsou zarudlé a vystupující a často bolestivé. Dále se může objevit méně častý kožní projev, pyoderma gangrenosum, která ale postihuje minimum pacientů. Nejprve vznikne malá papula, z té se postupně vyvine větší neohraničený vřed, který může zasahovat do hloubky tkání. Nejvíce se opět objevuje na bércích, hojí se hůře jak *erythema nodosum*. Často dochází i k očním potížím, zejména k zánětům, více ale oční potíže postihují pacienty s Crohnovou chorobou. Dalším mimostřevním projevem může být zánět žlučových cest, který je mnohdy na podkladu imunity nazývaný se primární sklerotizující cholangitida (Bortlík, 2024).

Erythema nodosum je kožní projev, kdy se objevují podkožní uzly nejčastěji v místě bérců, jsou zarudlé a vystupující a často bolestivé. Dále se může objevit méně častý kožní projev, pyoderma gangrenosum, která ale postihuje minimum pacientů. Nejprve vznikne malá papula, z které se postupně vyvine větší neohraničený vřed, který může zasahovat do hloubky tkání. Nejvíce se opět objevuje na bércích, hojí se hůře jak *erythema nodosum*. Často dochází i k očním potížím, zejména k zánětům, více ale oční potíže postihují pacienty s Crohnovou chorobou. Dalším mimostřevním projevem může být zánět žlučových cest, který je mnohdy na podkladu imunity (Pacienti IBD z.s., 2024).

1.4 Komplikace ulcerózní kolitidy

V průběhu onemocnění může dojít ke komplikacím, které se mohou týkat jak samotného střeva, tak i dalších orgánů. Mezi nejčastější komplikace týkající se střeva patří zánětlivá polypóza, kdy se objevují zánětlivé výrůstky ze sliznice střeva. Polypy jsou zrádné zejména z toho důvodu, že jsou prekancerózou karcinomu tlustého střeva, u UC je známo vyšší riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Nejzávažnější a nejvíce život ohrožující komplikací je toxické megakolon. Mezi další střevní komplikace patří perforace tlustého střeva, krvácení a střevní stenózy. Perforace, tedy proděravění a krvácení v oblasti tlustého střeva často vyžadují chirurgický zásah (Konieczny, 2022).

Komplikací UC může být i anémie, která je v důsledku zvýšeného krvácení z tlustého střeva. Osteoporóza může vzniknout díky rozšíření zánětu do kostí a kloubů. Může dojít k primární sklerotizující cholangitidě (Cleveland Clinic, 2023).

Mezi nouzové komplikace, které vyžadují okamžitý zásah patří dehydratace, perforace, závažné krvácení, krevní sraženiny a toxické megakolon. Dehydratace je v důsledku vodnatých průjmů, při častém vyprazdňování dochází ke zvýšeným ztrátám tekutin. Krevní sraženiny jsou rizikem UC, mohou zasahovat tepny, žíly či kapiláry, od místa postižení se odvíjí toto riziko (Cleveland Clinic, 2023).

Nejvíce život ohrožující komplikací je toxické megakolon, vyskytuje se i u Crohnovy choroby. Jde o stav, kdy dojde k rozšíření tlustého střeva s následným zvětšením objemu, to vede k městnání obsahu a následné paralýze při toxickém poškození střevních svalů. U tohoto stavu jsou přítomny lokální i celkové příznaky, k lokálním patří zvýšená četnost stolic, masivní krvácení a tenesmy. Celkové příznaky zahrnují horečku s tachykardií, celkovou zchvácenost a v případě anémie, může dojít k jejímu zhoršení. Dále může dojít k velmi vážné sepsi, která výrazně zvyšuje mortalitu, nemělo by k ní nikdy dojít. Důležité je začít co nejdříve s terapií, která se odvíjí od včasného zachytu. Terapie spočívá v úplné parenterální výživě, podání ATB, můžou se podat i kortikoidy. Ve většině případů ale musí být zahájen chirurgický zásah, který je mnohdy indikován předčasně, v tomto případě to zachrání pacienta, nikoli ho to vystavuje zbytečnému zákroku (Souček, Svačina a kolektiv, 2019).

1.5 Diagnostika ulcerózní kolitidy

Ulcerózní kolitida společně s Crohnovou chorobou patří do idiopatických střevních onemocnění, diagnostika je tedy mnohdy totožná a odvíjí se od diagnostiky IBD. Začátečním bodem diagnostiky je **anamnéza a fyzikální vyšetření**. V anamnéze jsou důležité všechny příznaky, které pacient má. Lékař se ptá na začátek příznaků, jak často dochází k vyprazdňování, zda je přítomna krev a jaké je množství, zda je chuť k jídlu nebo naopak dochází ke ztrátám hmotnosti a další (Tresca, 2024).

Laboratorní vyšetření se provádí z krve a stolice. Krevní testy zahrnují KO, kde se kontrolují červené a bílé krvinky, červené z důvodu možné anémie a bílé krvinky kvůli známce zánětu. Důležité jsou i hladiny elektrolytů, dále CRP jako ukazatel zánětu v těle společně i s FW a albumin jako ukazatel stavu výživy. Specifickým krevním testem jsou ASCA a P-ANCA, které pomáhají odlišit UC od Crohnovy choroby (Jones, 2023). Tyto vyšetření nejsou v diagnostice nejpřesnější, ale mají hlavně pomocný význam, vždy je toto vyšetření spojené s jinou diagnostikou, nejvíce s kolonoskopií. ASCA protilátky jsou významnější pro Crohnovu chorobu, naopak P-ANCA jsou naopak významné u UC (Pacienti IBD z.s., 2021).

Testy stolice jsou pomocným vyšetřením, které ukazují na závažnost zánětu, měl by následovat za přesnějším vyšetřením. Důležité je vyšetřit stolicí na známky infekce, příznaky infekčních chorob ve střevě se mnohdy můžou podobat těm u ulcerózní kolitidy. Typickým vyšetřením stolice týkající se IBD je fekální kalprotektin, kalprotektin je protein vyskytující se ve velkém množství právě u pacientů s IBD (Tresca, 2024).

Kolonoskopie patří mezi endoskopické vyšetřovací metody, vyšetření provádí gastroenterolog a vyšetřuje tlusté střevo (Jones, 2023). Kolonoskopie je nejpřesnější a nejvíce důležitá v rámci

diagnostiky. Důležitá je z hlediska samotné diagnostiky onemocnění, k určení rozsahu onemocnění, aktivity, stupně onemocnění a k monitoraci efektivity léčby a k celkovému sledování nemocných v průběhu nemoci. Během vyšetření jsou rozpoznány změny na sliznici tlustého střeva, zarudnutí, celkový úbytek cévní kresby nebo krvácení (Mináriková, 2021). Hledají se známky aktivity zánětu jako je zarudnutí, afty, vředové léze nebo i bělavé jizvy nebo polypy. Z těchto míst postižených zánětem se odebírá vzorek a posílá se k histologickému vyšetření (Dujsíková, 2018). Tyto vzorky neboli biopsie představují odběr malého kousku tkáně a jsou odeslány na patologii (Tresca, 2023).

Zobrazovací metody zahrnují radiologická vyšetření, které zobrazí zánětlivé postižení. UZ je velmi výhodná a šetrná metoda, ovšem u ulcerózní kolitidy není tak kvalitní, ale dokáže zobrazit možné komplikace. Využívá se i CT, k zobrazení zánětu je nejvíce vhodná CT enterografie, avšak kvůli záření se od CT mnohdy upouští. Nejvíce časná zobrazovací metoda je magnetická rezonance, která dokáže určit rozsah zánětu v poškozeném úseku střeva, které nebylo možné vyšetřit kolonoskopicky. V případě mimostřevních projevů hraje magnetická rezonance svoji roli, zejména u primární sklerozující cholangitidy dokáže nahradit invazivní vyšetřovací metodu zvanou ERCP. To je zejména výhodné pro pacienty (Mináriková, 2021).

Diagnostika jako taková je mnohdy velmi obtížná a může být dlouhodobá. Onemocnění má určitý vývoj, který je u každého člověka jiný a díky tomu mohou být diagnostické metody použity víckrát v průběhu nemoci a mnohdy na testy pacienti chodí pravidelně (Tresca, 2024).

1.6 Léčba ulcerózní kolitidy

Ulcerózní kolitida společně s Crohnovou chorobou patří mezi onemocnění IBD, léčba tohoto onemocnění je dlouhodobá a měla by být komplexní. Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba má stejný základ léčby, ovšem v něčem se liší (Pacienti IBD z.s., 2021).

Léčba zahrnuje dietní a nutritivní opatření, medikamentózní léčbu, psychoterapii a chirurgickou léčbu. Dietním opatřením byla dříve kolitická dieta neboli bezezbytková, která už dnes nemá velký význam. Medikamentózní léčba zahrnuje léky jako jsou aminosalicyláty, kortikoidy, imunosupresiva, ATB a probiotika a biologická léčba. Psychoterapie má velký význam v nemoci, v praxi o ní není velký zájem. Chirurgická léčba se ve většině případů indikuje v případě selhání medikamentózní léčby (Slezáková, 2023).

Důležitými aspekty léčby u UC a Crohnovy choroby je léčba akutního vzplanutí nemoci, udržení co nejdelší remise a léčba možných komplikací. V udržovací fázi nemoci se nejvíce osvědčují imunosupresiva a biologické léčba. Aminosalicyláty se používají velmi často, lék Mesazalin se používá nejvíce u ulcerózní kolitidy. Může se podávat ve formě čípků, klysmat nebo pěn. Pokud zánět postihuje pouze konečník, podávají se nejvíce Mesazalin čípky. Při jednostranném poškození se podává Mesazalin perorálně a zároveň se podávají i čípky, kombinovaná léčba je vždy účinnější. V případě poškození celého střeva se využívá Mesazalin ve vyšších dávkách a podává se perorálně a zároveň se podávají nálevy. Pokud nedojde ke zlepšení, útlumu zánětu, přechází se nejčastěji na léčbu kortikoidy nebo na biologickou léčbu. V případě, že dojde k útlumu relapsu neboli aktivní fázi zánětu dochází ke snižování dávky Mesazalinu, podává se minimální dávka (Dujsíková, 2018).

Biologická léčba je v současnosti velkým trendem, patří mezi nejvíce účinné způsoby léčby střední a vyšší aktivity zánětu střeva, využívá se v případě nízké efektivity farmakoterapie pomocí kortikoidů nebo aminosalicylátů a v případě komplikací (Dujsíková, 2018). Biologická léčba představuje látky přirozené pro tělo nebo od nich odvozené, mají většinou bílkovinnou povahu a fungují jako protilátky účastníci se v procesu zánětu a fungují jako blokáda cesty aktivovaných bílých krvinek do místa zánětu. Mezi nejčastější a nejdéle používané zástupce biologické léčby patří infliximab a adalimumab (Pacienti IBD z.s., 2021).

Nutriční opatření je zejména v případě, že je potřeba zvýšit příjem živin. Enterální forma výživy zahrnuje SIPPING nebo podání výživy sondou, může být použita jako hlavní zdroj nebo jako doplněk stravy. Parenterální výživa je nejčastěji indikovaná v případě selhávání enterální výživy, nebo když není zcela dostatečná (Dujsíková, 2018). Z obecného hlediska diety a nutričního opatření existují doporučené a nedoporučené potraviny. Při aktivním vzplanutí nemoci je vhodné vyloučit potraviny s nerozpustnou vlákninou jako jsou luštěniny, oříšky, houby nebo čerstvá zelenina a ovoce, mnohdy dělají potíže i mléčné výrobky, droždí nebo citrusy. Neplatí to jednotně u každého člověka, je to zcela individuální. Doporučuje se jíst v menších porcích a pravidelně, nejlépe konzumovat dušené, vařené nebo v páře připravované potraviny (Pacienti IBD z.s., 2021).

Chirurgická léčba je v případě UC velmi účinným řešením, dokáže definitivně nemoc potlačit. Obvykle to vyžaduje odstranění celého tlustého střeva i s konečníkem, což vede k následnému vývodu střeva, v tomto případě tenkého střeva, který bude trvalý (Pacienti IBD z.s., 2021). Tento výkon se nazývá proktokolektomie a spočívá v odstranění konečníku a tlustého střeva s ponecháním svěračů. Proveďte se tzv. pouch neboli rezervoár stolice, výkon spočívá ve vytvoření náhrady konečníku z terminálního ilea. Pouch se napojí na svěrače pomocí anastomózy, která se nazývá ileopouchální (Ryska a kolektiv, 2022).

1.7 Ošetřovatelská péče o pacienta s UC

Průběžné sledování je u pacientů s UC nebo i Crohnovou chorobou základ, je důležité pravidelně kontrolovat střevo prostřednictvím kolonoskopie, volí se kontroly za kratší časový interval. Sleduje se stav zánětu a možné komplikace, zejména kolorektální karcinom. Obecně je důležité poučit pacienta o důležitosti léčby, péče o sebe samotného, o výživě a zajistit psychickou podporu.

V celém procesu hraje klíčovou roli anamnéza, kde se pátrá po rodinném zatížení, zjišťují se aktuální potíže, změny ve vyprazdňování, možné hubnutí, jaké bere pacient léky, zda kouří a další. Dalším aspektem je vyšetření zahrnující fyzikální vyšetření, laboratorní či zobrazovací vyšetření. Fyzikální vyšetření zahrnuje vyšetření břicha pohmatem, vyšetření činnosti střeva poslechem, per rectum vyšetření a zhodnocení celkového stavu a přítomnosti možných mimostřevních projevů nemoci pohledem. Laboratorní vyšetření zahrnuje odběr vzorku stolice, krevní odběry a zobrazovací vyšetření jako CT nebo RTG. Důležité je dostatečně připravit člověka na vyšetřovací procedury, nejde jen o fyzikální přípravu ale i psychická by měla mít svůj podíl. Hlavní roli v zobrazení střeva zaujímá kolonoskopie.

V samotné péči je důležité zajímat se o celkovou pohodu pacienta, zajistit pohodlí, vhodnou výživu, pečovat o bolest, zajistit dostatečný pitný režim, podávat vhodné léky, eliminovat stres,

sledovat vyprazdňování, monitorovat vývoj a možné komplikace nemoci. U výživy je ku prospěchu zajistit spolupráci se specialistou přes stravu IBD, dále podávat stravu v menších porcích během relapsu a vyhýbat se rizikovým skupinám stravy, doplnit pitný režim. Důležité je dostatečně informovat o tom, jaké léky má člověk brát a v jakých intervalech a hlavně pravidelně. Eliminace stresu je velmi klíčová, stres není přímo spouštěčem onemocnění, ale výrazně ho může zhoršit. Je vhodné, aby zdravotní personál zajistil přátelské prostředí, podpořil pacienta v celém léčebném procesu, zajistil vhodné podmínky a umožnil pacientovi činnosti odbourávající stres. Pacient by se ale neměl výrazně zatěžovat, velká námaha nemoci škodí (Wagner, 2023).

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy u UC:

- akutní bolest související se zánětem střeva
- průjem způsobený zánětem střeva a změnou funkce střeva
- nedostatečná výživa související s dietními opatřeními a malabsorpcí
- nedostatečný spánek způsobený bolestmi břicha, naléhavostí se vyprázdnit
- riziko infekce z důvodu zhoršené imunity, užívání imunosupresiv
- riziko nedostatečného objemu tekutin způsobené průjmy a zvýšenými metabolickými nároky (Sarwar, 2024)

Ošetřovatelské intervence u akutní bolesti:

- zvládnutí bolesti pomocí podávání léků tišící bolest, relaxační techniky, léčby teplem (Sarwar, 2024)
- monitorace bolesti, zhodnocení (stupeň 0-10), dokumentace charakteru bolesti
- všímání si projevů bolesti (slovní nebo mimoslovní projevy)
- monitorace spouštěcích faktorů a jejich eliminace (stres, nevhodná strava)
- zajištění vhodné polohy, která tlumí bolest
- podávání léků na bolest, informovat o nich pacienta a řádně poučit
- ošetření konečníku při bolestech (hygiena po vyprázdnění, měkké ubrousky místo toaletního papíru, ošetření, sedací koupele)
- zajištění psychoterapie, podpora pacienta při zvládání nemoci (Wagner, 2023)

Ošetřovatelské intervence při průjmech:

- léčba průjmu prostřednictvím monitorace průjmu, dostatečného pitného režimu, nastavení vhodné diety (Sarwar, 2024)
- monitorace spouštěcích faktorů, frekvence stolice a charakteru průjmu (barva, příměs)
- odebrat vzorek stolice
- zajistit vhodnou výživu – doporučuje se bezsezbytková, dostatek tekutin, obměnit jídelníček
- podávání léků tišících průjem
- odeslání k nutričnímu specialistovi, dietologovi přes IBD (Wagner, 2023)

Další ošetřovatelské intervence:

- zajištění výživy pomocí nastavení vhodné diety, dodržování dietních opatření, zavedení nutričních doplňků v případě potřeby

- podpora spánku pomocí spánkové hygieny, zajištění vhodného prostředí pro spánek, relaxace
- prevence infekce prostřednictvím pravidelných kontrol známek infekce, poučení pacienta o důkladné hygieně, hygienických opatřeních
- podpora tekutin pomocí pravidelné monitorace tekutin, aplikace intravenózních tekutin (Sarwar, 2024)

1.8 Kvalita života

Kvalita života představuje určitý koncept, který zahrnuje určité aspekty týkající se především oblasti fyzického zdraví, duševního zdraví, duchovna, mezilidských vztahů, vzdělání, pracovní oblasti, oblasti sociální a ekonomické, ale zahrnuje i pocity jistoty a bezpečí, potřebu svobody a možnost rozhodovat se a další (Teoli a Bhardwaj, 2023).

Kvalita života je jakási míra určující, jak je jedinec zdravý, pohodlný, schopný procházet životními událostmi a užívat si je. Pojem kvality života není zcela jednoznačný, protože je odrazem každého jedince a jeho zkušenosti se životem a závisí i na podmínkách, ve kterých člověk žije. Jde tedy o velmi individuální a subjektivní oblast, každý jedinec vychází z jiných předpokladů, pro každého je důležité něco jiného. Pro některé jedince je určující oblastí v otázce kvality života bohatství a sláva, pro některé jsou rozhodující podmínky pro schopnost vést plnohodnotný život. V případě zdravotně znevýhodněného člověka nemusí být kvalita života automaticky narušená, naopak může mít velmi vysokou hodnotu kvality života než zdravý člověk. Každý člověk má jiné hodnoty (Jenkinson, 2024).

Kvalita života neboli QOL je důležitým aspektem v oblasti medicíny, funguje jako významný pojem pro praxi. Pochopení kvality života je klíčové zejména pro zajištění úlevy od symptomů, pro péči a následnou rehabilitaci u pacientů. Jednotlivé údaje od pacientů umožňují zlepšení péče a léčby v problémové oblasti, kterou pacienti uvedli. Kvalita života ve zdraví neboli HRQOL především ukazuje na aspekty života odrážející dopad vnímavého zdraví na schopnost žít plnohodnotný život jedince. QOL je interpretována mnoha způsoby v rámci oborů, není přesně daná definice, tudíž se neví, co přesně znamená a co měří (Haraldstad a kolektiv, 2019).

V oblasti zdravotnictví představuje kvalita života především fyzickou, emocionální a sociální pohodu.

Historie pojmu kvality života sahá až do doby po druhé světové válce, kdy o ní vzrostl zájem. Docházela k různým výzkumům v oblasti subjektivní pohody u člověka a následné kvality života. Pohled ze strany pacienta k vlastnímu zdraví hrál dlouhou dobu zásadní roli během lékařských konzultací (Jenkinson, 2024).

1.8.1 Měření kvality života

Existuje mnoho způsobů pro měření kvality života, patří mezi ně generická měření sloužící k hodnocení kvality života v oblasti zdraví u jakékoli skupiny nemocných. Příkladem měření kvality života je dotazník SF-36 neboli Short Form Health Survey nebo BDI neboli Beck Depression Inventory. Existují ale i specifická měření, konkrétně cílená na oblast zdraví, jako je škála měření pro hodnocení dopadu artritidy anebo dotazník pro Parkinsonovu nemoc. Měřicí škály či dotazníky pro jakoukoli skupinu nemocných slouží především k monitoraci různých aspektů

života zahrnující fyzické fungování, emocionální vyrovnanost a schopnost fungovat v práci nebo společnosti. V případě konkrétních škál zaměřujících se na konkrétní nemoc se hodnotí navíc problémy, které převládají u konkrétního onemocnění (Jenkinson, 2024).

1.8.2 Pohled na kvalitu života

V případě měření kvality života v oblasti zdravotnictví se pracuje se subjektivními údaji, které jsou zcela individuální u jednotlivců. Zdravotníkům to umožní více nahlédnout do života pacienta a může přinést hodnoty, které jiné diagnostické vyšetření nemůže. Ve zdravotnictví dominují různé lékařské metody a vyšetření, protože přímo ukazují objektivní údaje. Pohledy ze strany zdravotníků a pacientů jsou mnohdy výrazně odlišné, lékaři mnohdy neberou v potaz to, že pacient se necítí zcela komfortně a jeho pohled na jeho blahobyt je odlišný od toho lékařova. Je důležité tedy v léčbě, brát v potaz názor pacienta a začlenit ho do léčby, jedině tak se zajistí odpovídající blahobyt (Jenkinson, 2024).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu života pacientů s ulcerózní kolitidou.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je kvalita života pacientů v oblasti fyzického zdraví?

Výzkumná otázka č. 2: Jak onemocnění zasahuje do kvality osobního života pacientů?

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je kvalita života pacientů v oblasti prožívání?

Výzkumná otázka č. 4: Jak se podílí zdravotní péče na kvalitě života?

2.3 Metodika a průběh výzkumu

Pro výzkum byla zvolena kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření sloužícího k získání informací. Dotazníkové šetření se skládá z vlastně vytvořených otázek a z části ze standardizovaného dotazníku SF-36, který slouží k obecnému hodnocení kvality života u populace. Dotazník je složen z 26 otázek, většina otázek je vlastně vytvořena a část otázek je použita ze standardizovaného dotazníku SF-36, zahrnuje to otázku číslo 6, 10 a 16. Jednotlivé vlastně vytvořené otázky vycházejí z výzkumných otázek a na začátku jsou použity zjišťovací otázky zaměřující se na pohlaví, věk, zaměření a dobu trvání nemoci. Dotazník je zcela anonymní.

2.4 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného šetření

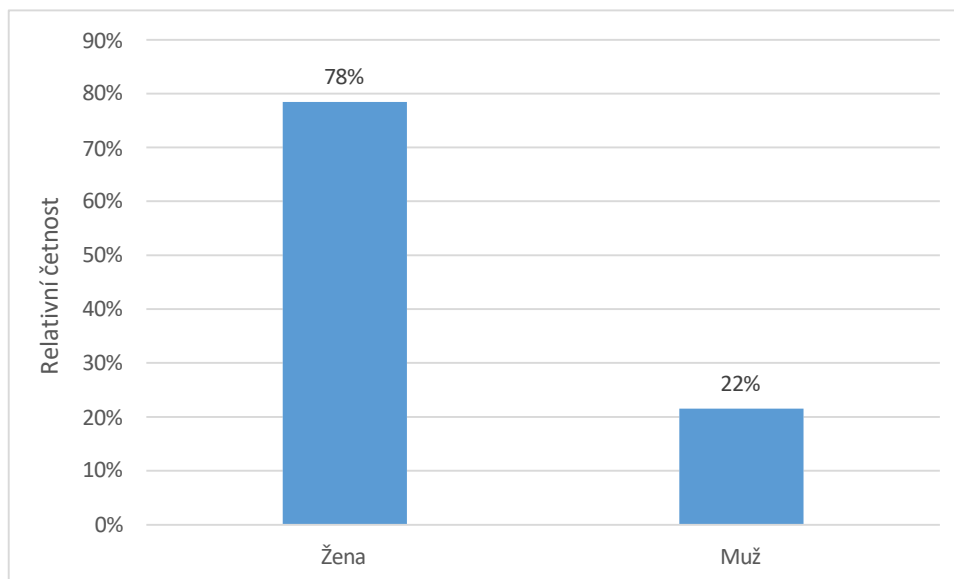
Cílovou skupinou pro výzkumné šetření byli pacienti s onemocněním ulcerózní kolitida. Osloveni byli prostřednictvím elektronického dotazníkového šetření na sociálních sítích a část byla oslovena na gastroenterologickém pracovišti v nemocnici v Jihlavě. Celkem bylo rozdáno 311 dotazníků, vyplněných se vrátilo 311. Úspěšnost byla tedy 100 %.

2.5 Průběh výzkumu

Sběr informací pro výzkum probíhal od ledna 2024 do dubna 2024. Dotazníkové šetření probíhalo z velké části elektronickou formou, kdy byl dotazník vytvořen online pomocí internetového zdroje Google Forms. Respondenti byli osloveni na sociálních sítích, kam byl s prosbou o vyplnění dotazník poslán. Byla kontaktována i skupina Pacienti IBD,z.s. prostřednictvím emailu. Povolení k provedení výzkumu bylo prostřednictvím oslovení samotných jedinců nebo správců skupin. V případě skupiny Pacienti IBD,z.s. byl dotazník zaslán emailem manažerce vzdělávacího programu. Anonymita dotazníků byla zajištěna anonymními otázkami a v úvodu bylo prohlášeno, že je dotazník zcela anonymní. Zároveň se v úvodu respondent seznámil s jménem výzkumníka, s názvem a cílem výzkumného šetření. Druhou část tvoří online vytvořené dotazníky v tištěné formě, které byly předány na gastroenterologické pracoviště v Jihlavě, cíleně pacientům s UC. Závěrem výzkumu byla data zpracována pomocí Microsoft Office Excel do grafů.

2.6 Výsledky výzkumu

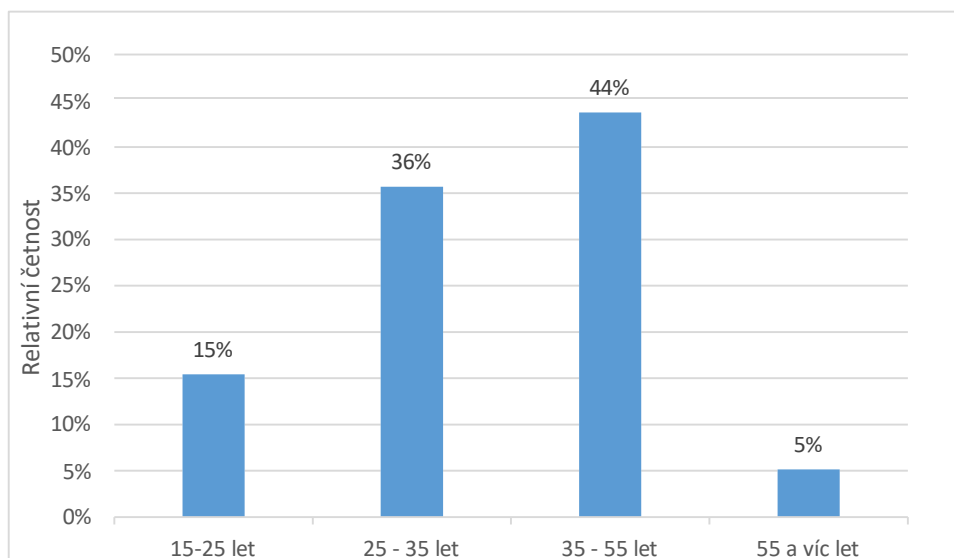
Otázka 1: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví

V grafu 1 je uvedeno pohlaví respondentů, 78 % (244) tvoří ženy a 22 % (67) tvoří muži z celkových 100 % (311) respondentů.

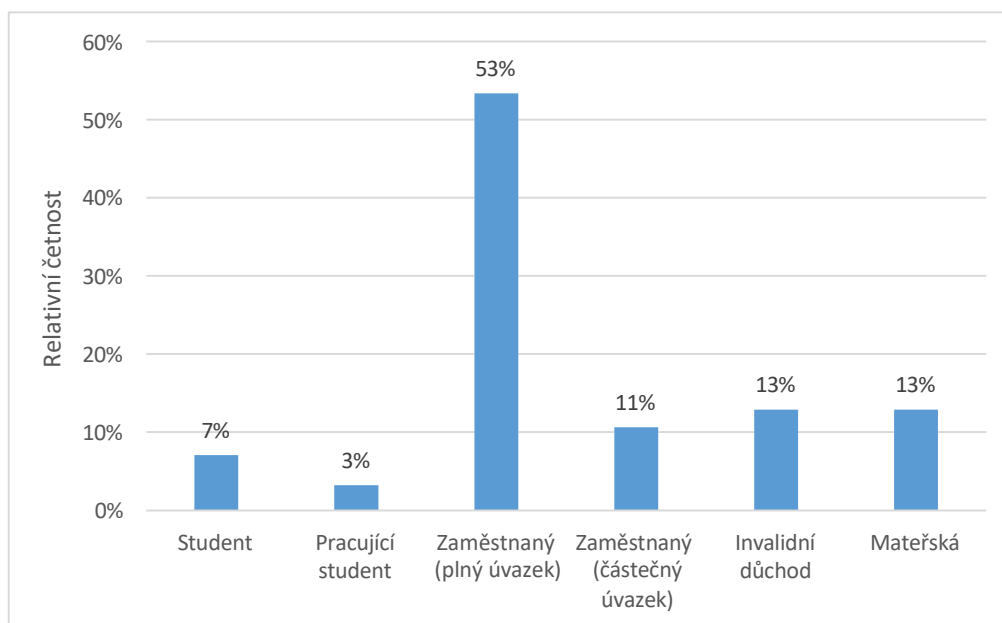
Otázka 2: Kolik je Vám let?



Graf 2 Věk respondentů

V grafu 2 je uveden věk respondentů. Ve věku 15–25 let bylo 15 % (48) respondentů. 36 % (111) respondentů bylo ve věku 25–35 let, 44 % (136) respondentů bylo ve věku 35–55 let. Ve věku 55 a více let bylo 5 % (16) respondentů.

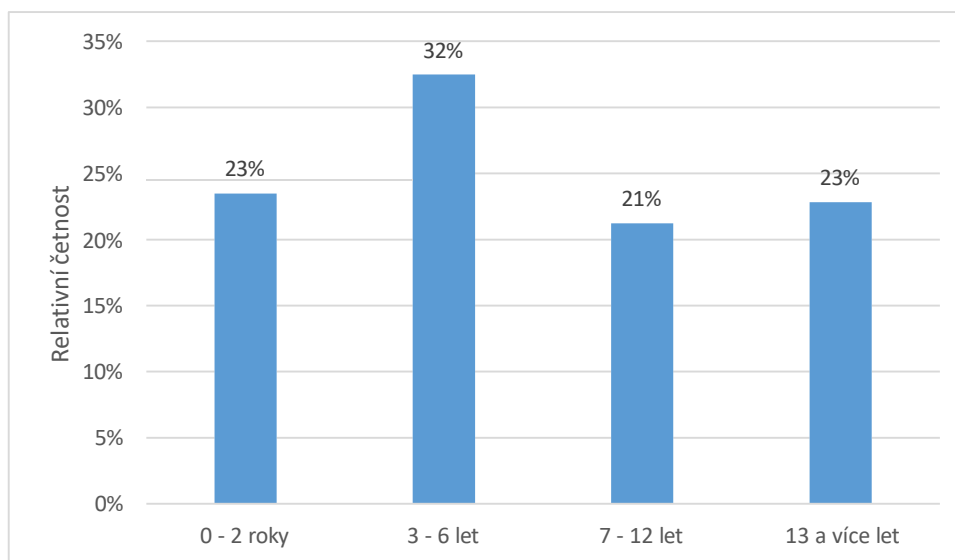
Otázka 3: Jste?



Graf 3 Zaměření respondentů

V grafu 3 je uvedeno zaměření respondentů. Skupinu studentů tvoří 7 % (22) respondentů, pracující studenti mezi respondenty tvoří 3 % (10). Zaměstnaných respondentů na plný úvazek bylo 53 % (166), zaměstnaných respondentů na částečný úvazek bylo 11 % (33), v invalidním důchodu bylo 13 % (40) respondentů a na mateřské bylo opět 13 % (40) respondentů.

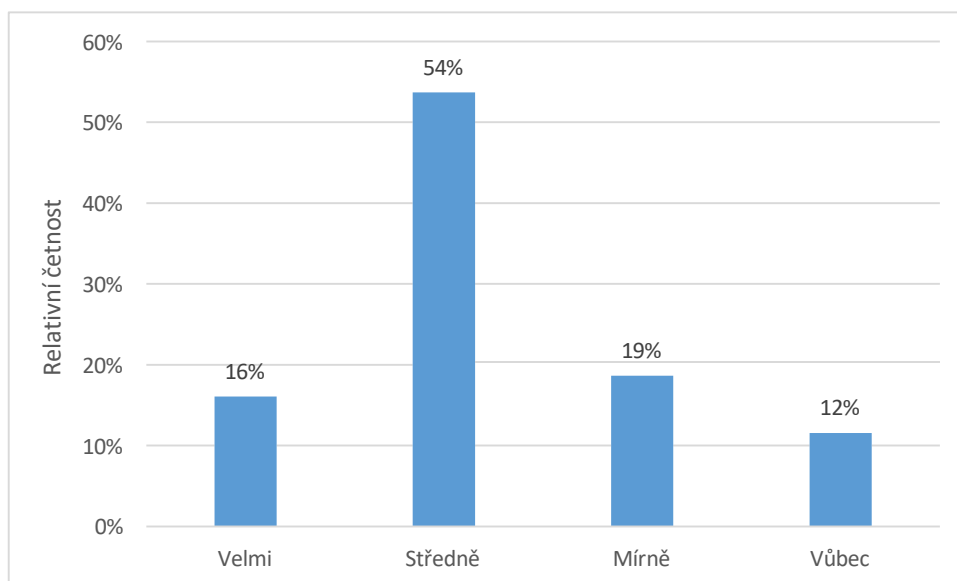
Otázka 4: Jak dlouho trvá Vaše onemocnění?



Graf 4 Délka nemoci

V grafu 4 je uvedeno, že 0–2 roky trvá nemoc u 23 % (73) respondentů. 3-6 let má nemoc 32 % (101) respondentů, 7-12 let má nemoc 21 % (66) respondentů a 13 a více let trvá onemocnění u 23 % (71) respondentů.

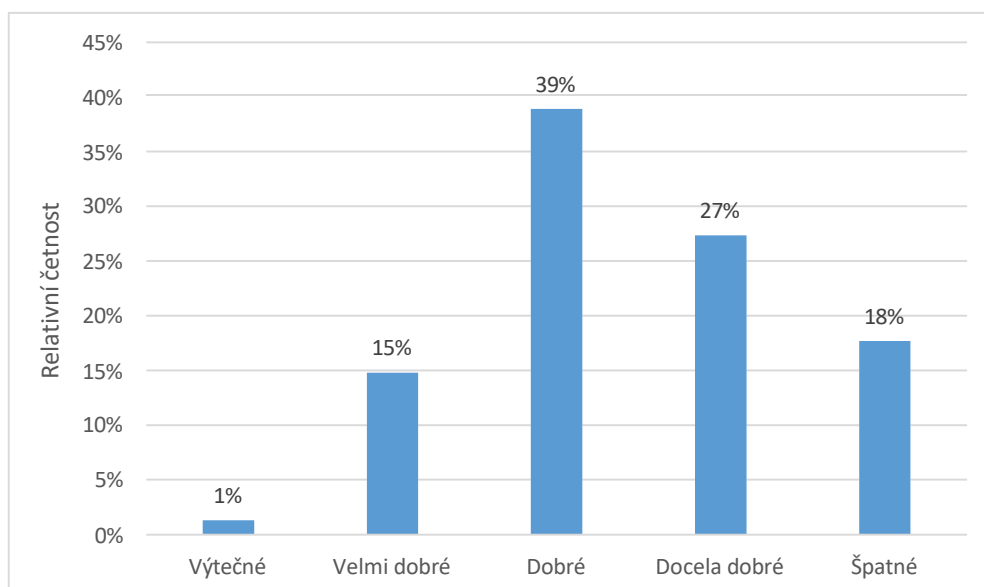
Otázka 5: Jak jste spokojen/a se svým současným zdravotním stavem?



Graf 5 Spokojenost se zdravím

V grafu 5 je uvedeno, že velmi spokojeno se současným zdravotním stavem je 16 % (50) respondentů, středně spokojeno je 54 % (167) respondentů. 19 % (58) respondentů uvádí, že je mírně spokojené se svým současným zdravotním stavem a 12 % (36) uvádí, že není vůbec spokojeno.

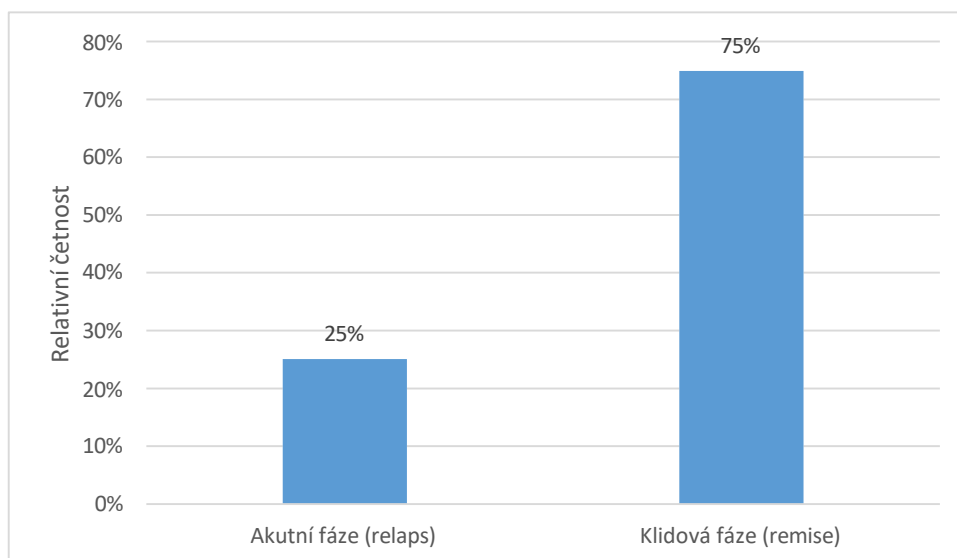
Otázka 6: Řekla/a byste, že Vaše zdraví je celkově?



Graf 6 Celkové zdraví

V grafu 6 je zobrazeno, že výtečné zdraví udává 1 % (4) respondentů, velmi dobré zdraví udává 15 % (46) respondentů, 39 % (121) respondentů hodnotí své zdraví jako dobré, 27 % (85) respondentů hodnotí své zdraví jako docela dobré a špatné zdraví udává 18 % (55) respondentů.

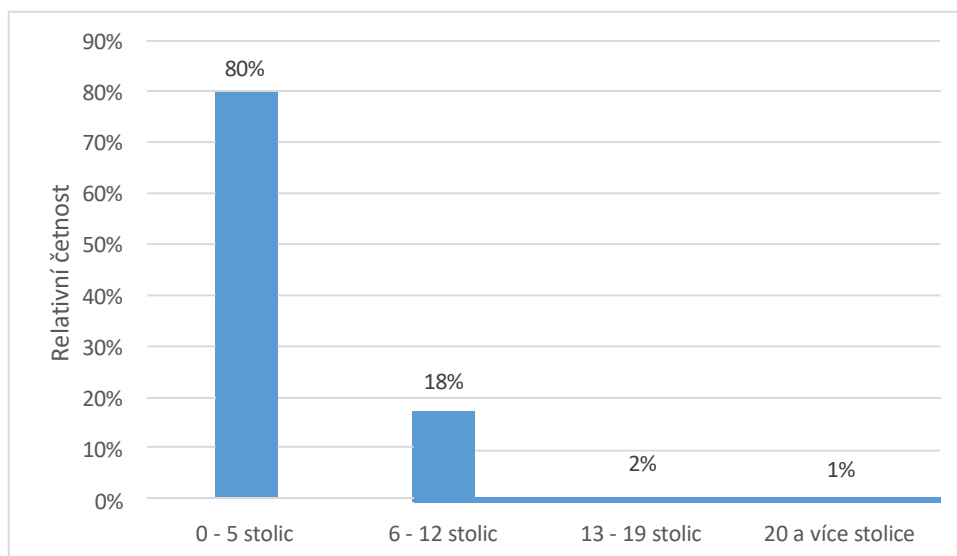
Otázka 7: V jaké fázi onemocnění se v současnosti nacházíte?



Graf 7 Fáze onemocnění

Graf 7 zobrazuje, že 25 % (78) respondentů je v akutní fázi onemocnění a 75 % (233) respondentů je v klidové fázi onemocnění.

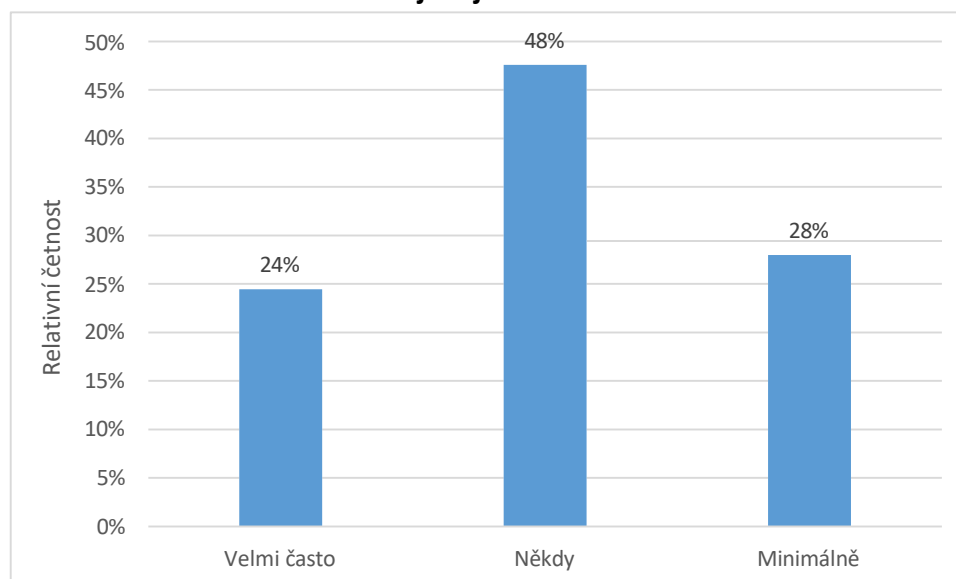
Otázka 8: Kolikrát denně se vyprazdňujete?



Graf 8 Počet vyprázdnění

Graf 8 popisuje, že 0-5 stolic denně má 80 % (248) respondentů, 6-12 stolic denně má 18 % (55) respondentů, 2 % (6) respondentů mají 13-19 stolic během dne a 1 % (2) respondentů mají 20 a více stolic za den.

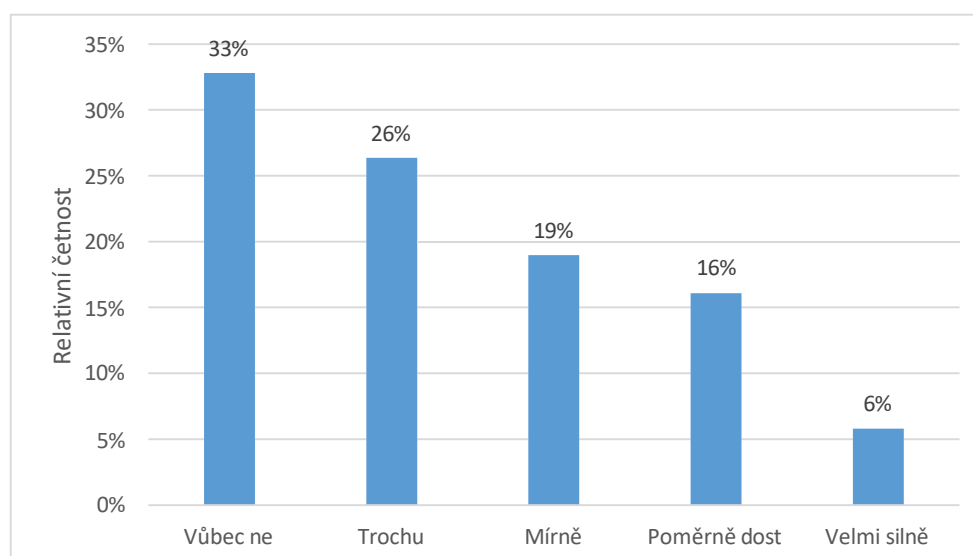
Otázka 9: Jak často se u Vás objevují bolesti břicha?



Graf 9 Výskyt bolestí

V grafu 9 je popisováno, jak často se objevují bolesti, 24 % (76) respondentů má bolesti velmi často. U 48 % (148) se objevují bolesti břicha někdy a u 28 % (87) se objevují bolesti břicha minimálně.

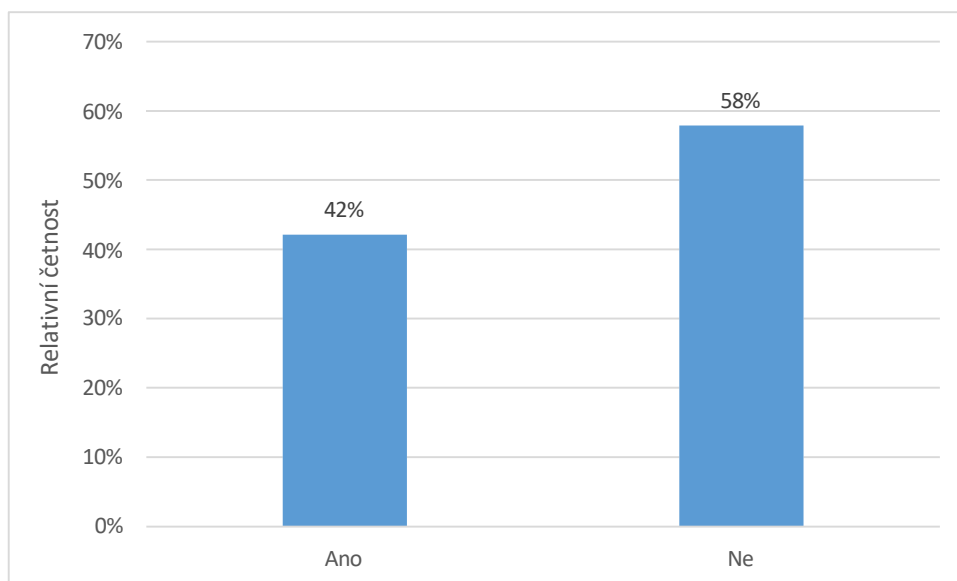
Otázka 10: Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (zaměstnání či doma) v posledních 4 týdnech?



Graf 10 Míra bolestí bránící práci

V grafu 10 je znázorněno, jak moc bolest ovlivňuje práci člověka, 33 % (102) respondentů uvádí, že jim bolest v práci vůbec nevadila v posledních 4 týdnech. U 26 % (82) respondentů trochu bránila bolest v práci, u 19 % (59) respondentů byla míra bolesti bránící práci mírná. 16 % (50) respondentů uvádí, že jejich práci bolesti bránily poměrně dost a 6 % (18) respondentů uvádí, že velmi silně bránily bolesti jejich práci.

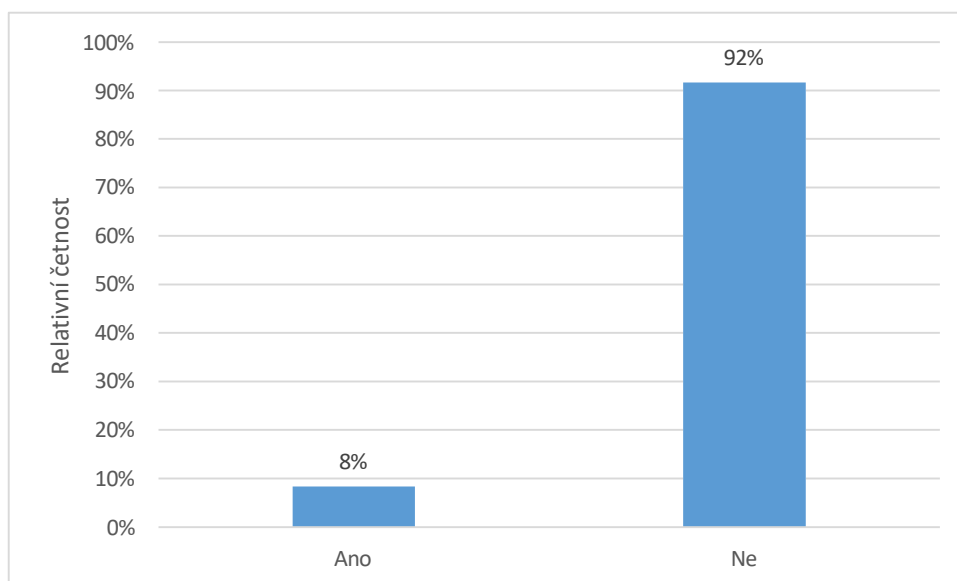
Otázka 11: Objevily se u Vás komplikace, které si vyžádaly hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení?



Graf 11 Hospitalizace

Graf 11 uvádí, že 42 % (131) respondentů mělo komplikace v důsledku nemoci, které si vyžádaly hospitalizaci a 58 % (180) respondentů uvádí, že komplikace vyžadující hospitalizaci se u nich neobjevily.

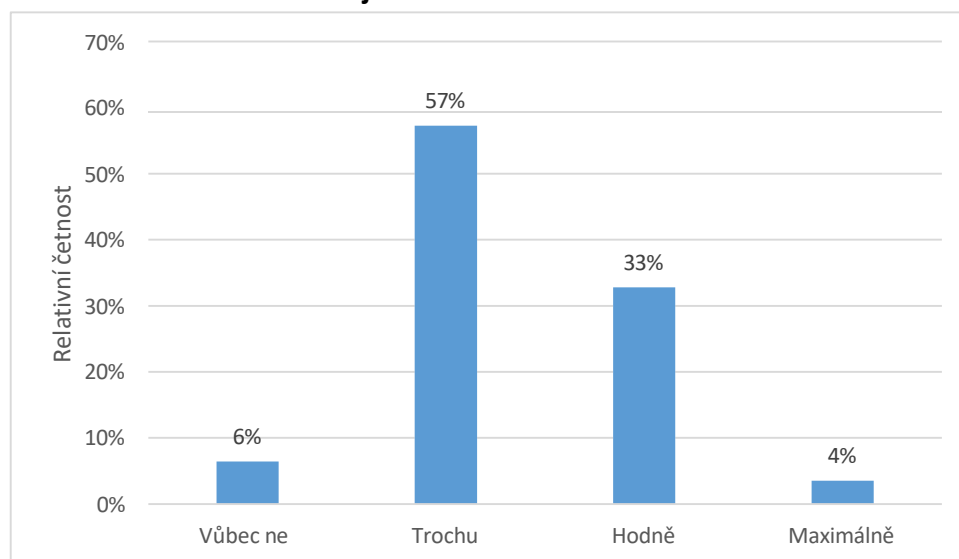
Otázka 12: Podstoupil/a jste operativní řešení (stomie, pouch) nemoci?



Graf 12 Operativní řešení

Graf 12 znázorňuje, že 8 % (26) respondentů podstoupilo kvůli nemoci operativní řešení a 92 % (285) respondentů operativní zákrok nepodstoupilo.

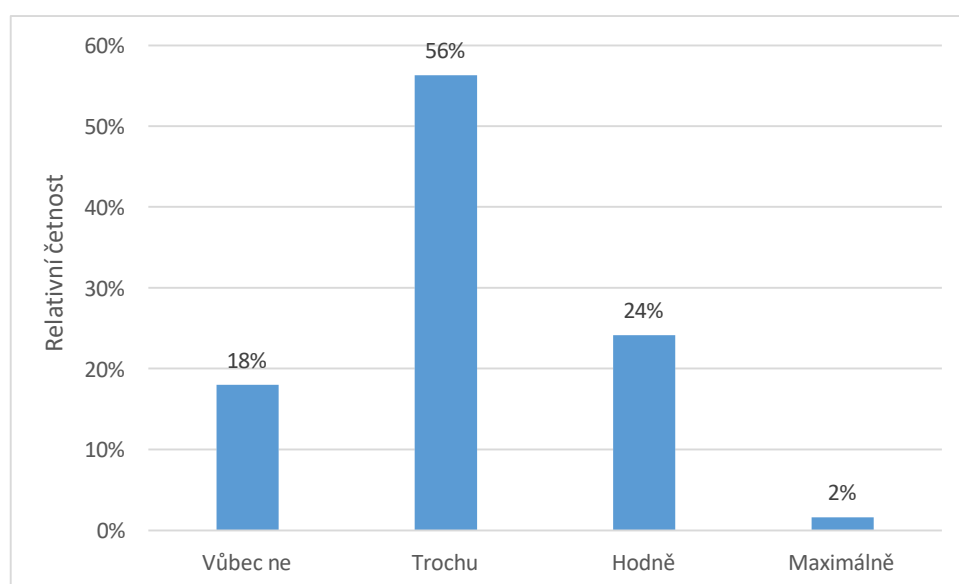
Otázka 13: Jak moc narušuje nemoc Váš osobní život?



Graf 13 Osobní život

V grafu 13 je zobrazeno, že u 6 % (20) respondentů nemoc vůbec nenarušuje jejich osobní život. 57 % (178) respondentů uvádí, že nemoc trochu narušuje jejich osobní život, 33 % (102) respondentů uvádí, že nemoc hodně narušuje jejich osobní život a 4 % (11) respondentů uvádí, že jejich osobní život nemoc ovlivňuje maximálně.

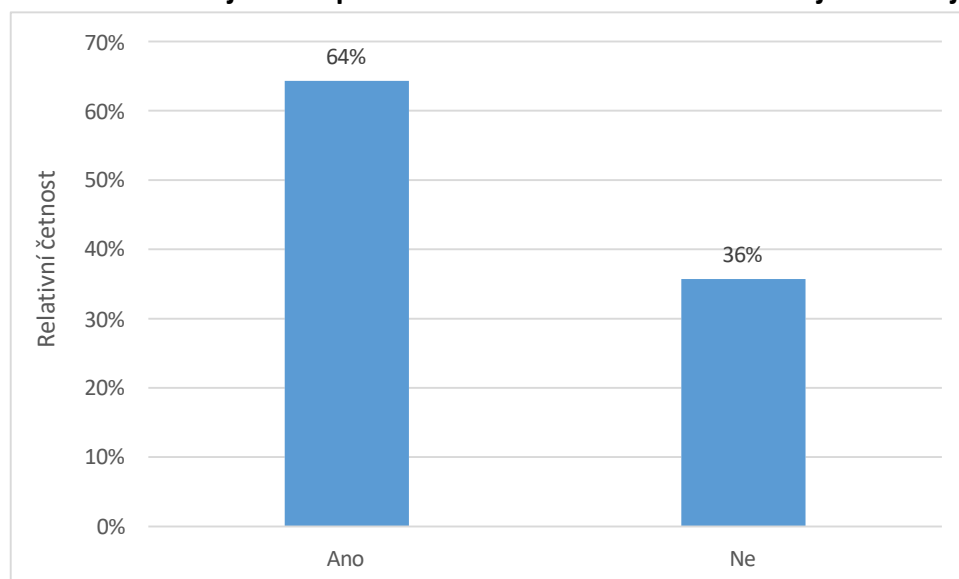
Otázka 14: Omezuje Vás nemoc v běžných denních činnostech?



Graf 14 Denní činnosti

Graf 14 ukazuje, že u 18 % (56) respondentů nemoc vůbec nebránila v běžných denních činnostech. U 56 % (175) respondentů nemoc trochu bránila v běžných denních činnostech, u 24 % (75) respondentů bránila nemoc hodně a u 2 % (5) respondentů bránila nemoc maximálně.

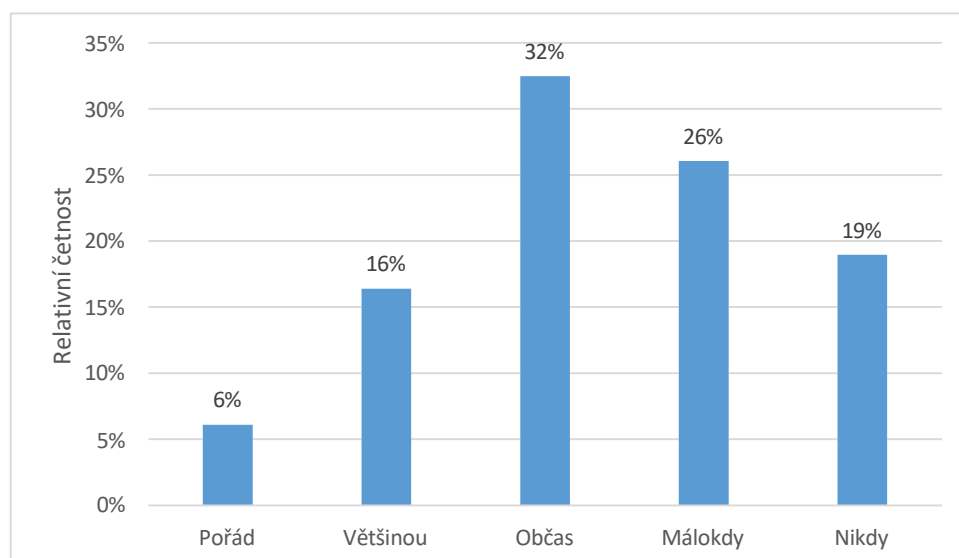
Otázka 15: Věnujete se i přes nemoc ve svém volném čase nějakému zájmu/koníčku?



Graf 15 Zájmy/koníčky

Graf 15 zobrazuje, že 64 % (200) respondentů se věnuje zájmu/koníčku ve svém volném čase i přes nemoc a 36 % (111) respondentů uvádí, že ne.

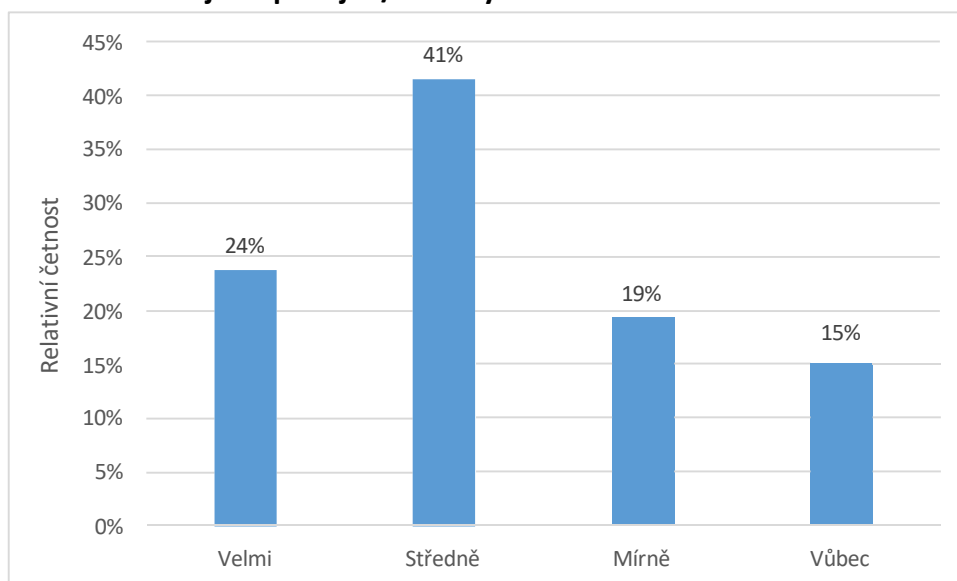
Otázka 16: Jak často bránily zdravotní či emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (kulturní akce, návštěvy přátel či rodiny) v posledních 4 týdnech?



Graf 16 Zdravotní a emocionální obtíže

V grafu 16 je znázorněno, že u 6 % (19) respondentů bránily zdravotní a emocionální obtíže společenskému životu pořád v posledních 4 týdnech. 16 % (51) respondentů uvádí, že jim emocionální a zdravotní obtíže bránily většinou, 32 % (101) respondentů uvádí občas. U 26 % (81) respondentů bránily zdravotní a emocionální obtíže společenskému životu málokdy a u 19 % (59) respondentů nikdy zdravotní a emocionální obtíže nebránily společenskému životu v posledních 4 týdnech.

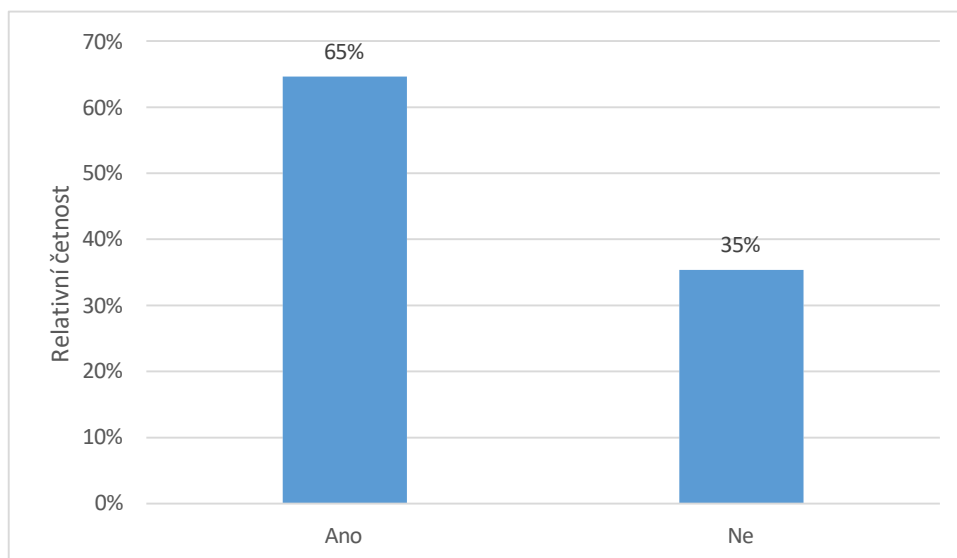
Otázka 17: Jak jste spokojen/a se svým intimním životem?



Graf 17 Intimní život

Graf 17 popisuje, jak moc jsou respondenti spokojeni se svým intimním životem s nemocí, 24 % (74) respondentů je velmi spokojeno, 41 % (129) je středně spokojeno, 19 % (60) je mírně spokojeno a 15 % (48) není vůbec spokojeno se svým intimním životem

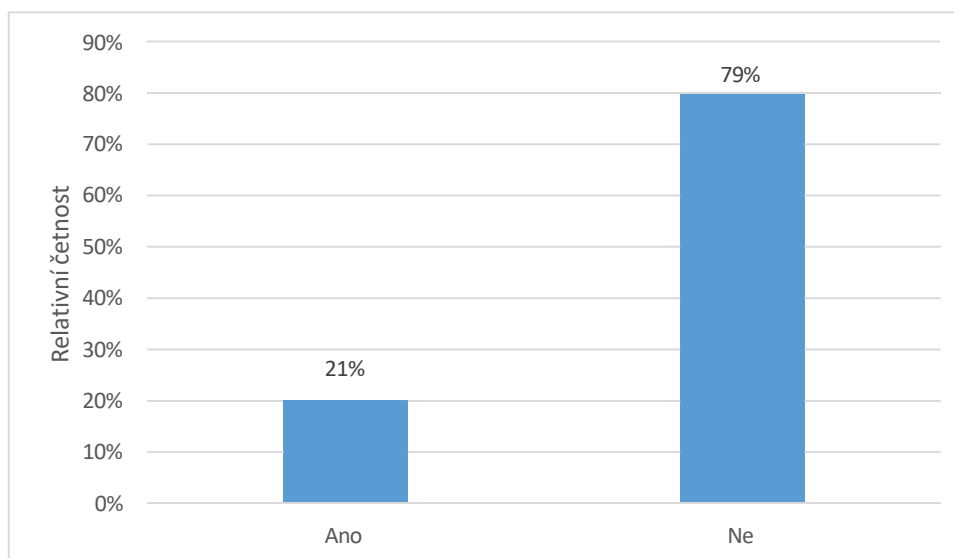
Otázka 18: Prožíváte dlouhodobé emoční napětí?



Graf 18 Dlouhodobé emoční napětí

V grafu je znázorněno, zda nemocní prožívají dlouhodobé emoční napětí, 65 % (201) respondentů prožívá dlouhodobé emoční napětí a 35 % (110) respondentů neprožívá emoční napětí dlouhodobě.

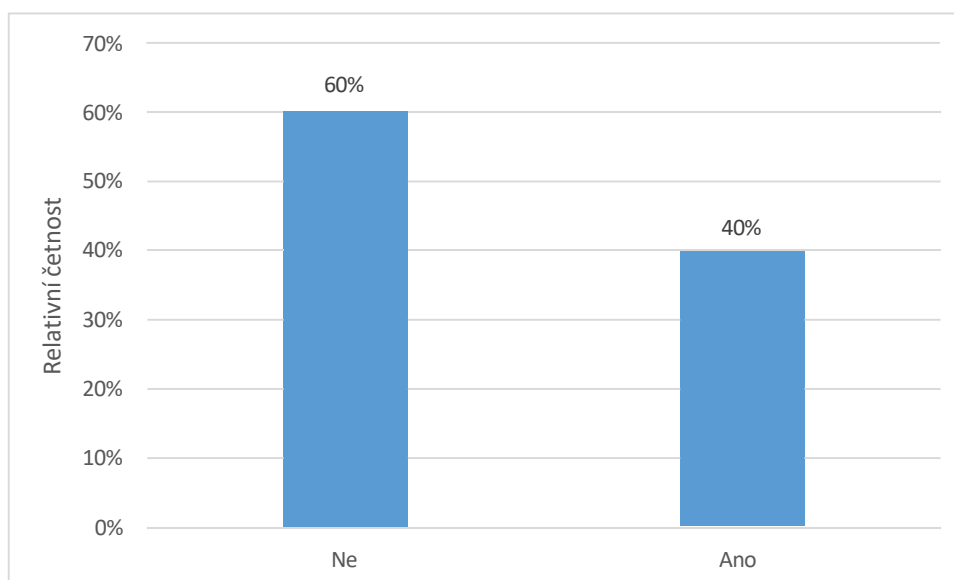
Otázka 19: Přejde Vám, že máte dost energie v životě?



Graf 19 Energie

V grafu je znázorněno, zda mají nemocní dostatek energie ve svém životě, 21 % (66) respondentů má dost energie v životě a 79 % (245) respondentů postrádá dostatek energie.

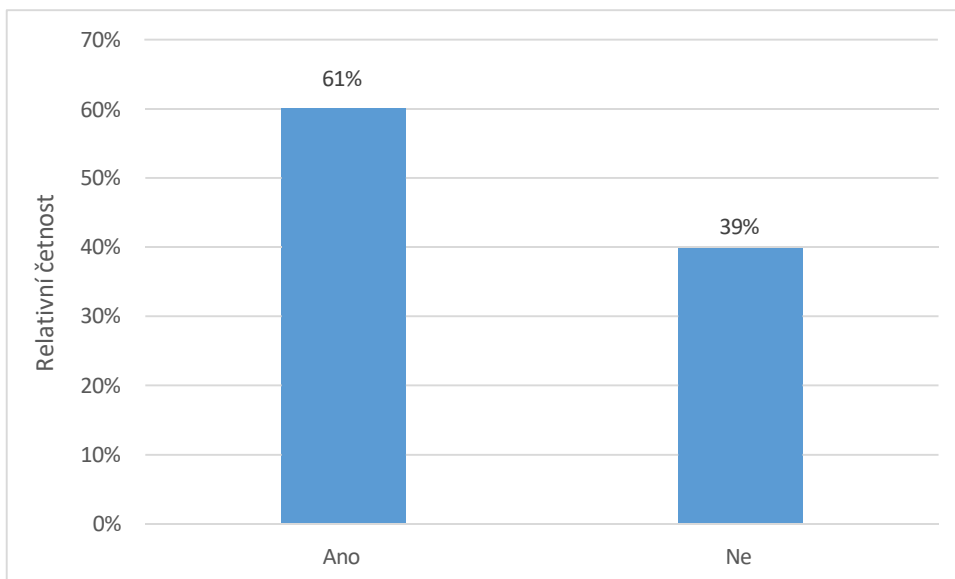
Otázka 20: Měli jste někdy chuť vzdát se boje s nemocí?



Graf 20 Boj s nemocí

Graf popisuje, zda měli respondenti někdy chuť vzdát se boje s nemocí. 60 % (188) respondentů nepocítilo někdy chuť vzdát se a 40 % (123) mělo chuť někdy svůj boj vzdát.

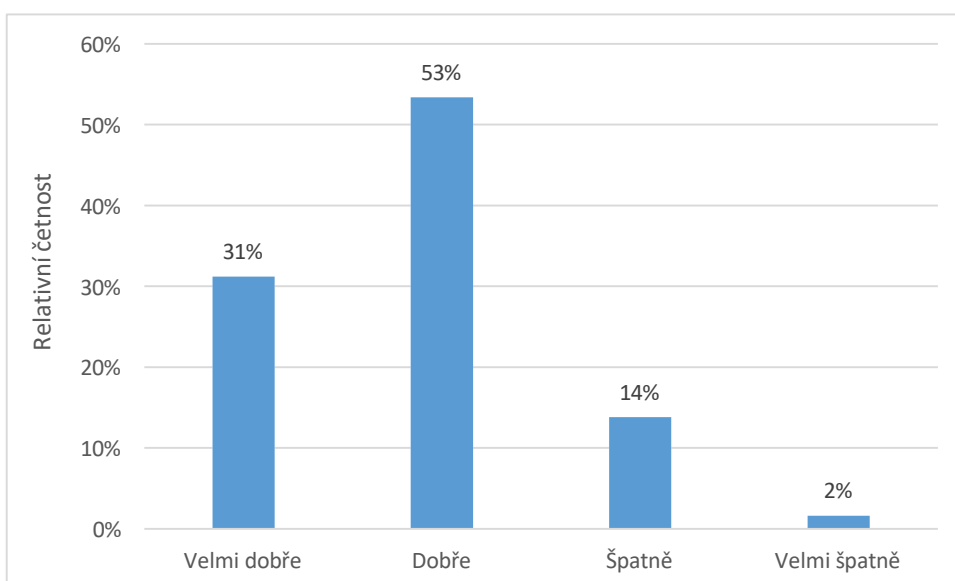
Otázka 21: Máte pocit, že se zdravotní péče dostatečně zaměřuje na kvalitu Vašeho života?



Graf 21 Zdravotní péče a kvalita života

Graf popisuje, zda mají respondenti pocit, že se zdravotní péče dostatečně zaměřuje na kvalitu jejich života. 61 % (189) respondentů má pocit, že ano a 39 % (122) má pocit, že ne.

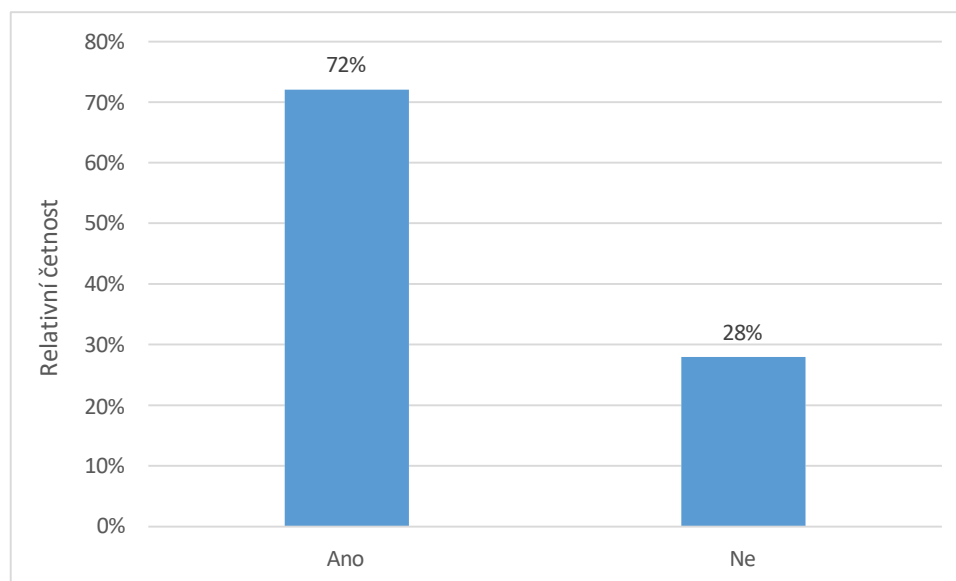
Otázka 22: Jak vnímáte dostupnost zdravotní péče?



Graf 22 Dostupnost zdravotní péče

V grafu je ukázáno vnímání dostupnosti zdravotní péče z pohledu respondentů. 31 % (97) respondentů vnímá dostupnost zdravotní péče velmi dobře, 53 % (166) respondentů vnímá dostupnost zdravotní péče dobře, 14 % (43) respondentů vnímá špatnou dostupnost zdravotní péče a 2 % (5) respondentů ji vnímá velmi špatně.

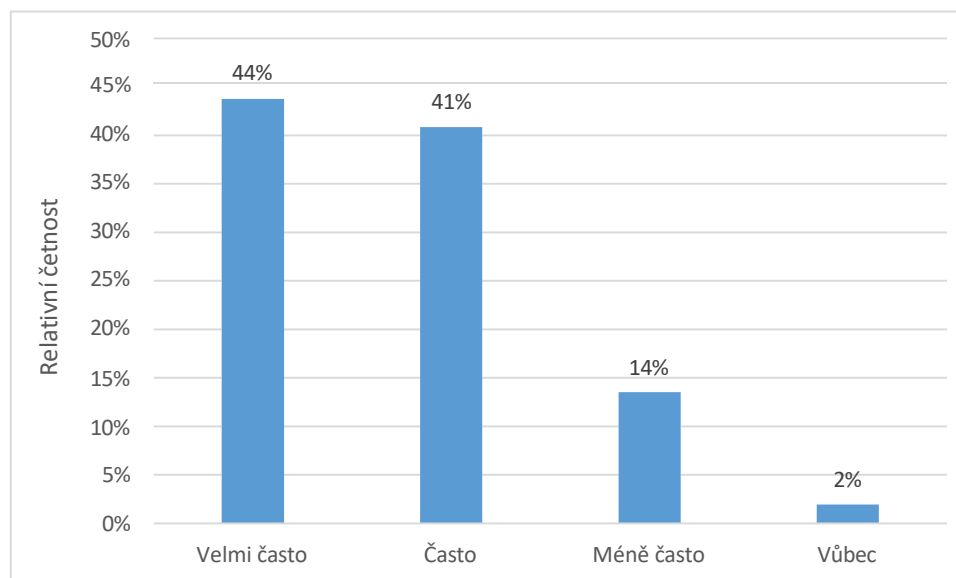
Otázka 23: Během Vaší návštěvy zdravotnického zařízení, je Vám poskytnuto dostatek informací o nemoci?



Graf 23 Informace o nemoci

V grafu je znázorněno, zda respondenti dostávají dostatek informací o své nemoci během návštěvy zdravotnického zařízení. 72 % (224) respondentů uvádí, že je jim poskytnuto dostatek informací a 28 % (87) uvádí, že jim není poskytnuto dostatek informací o nemoci.

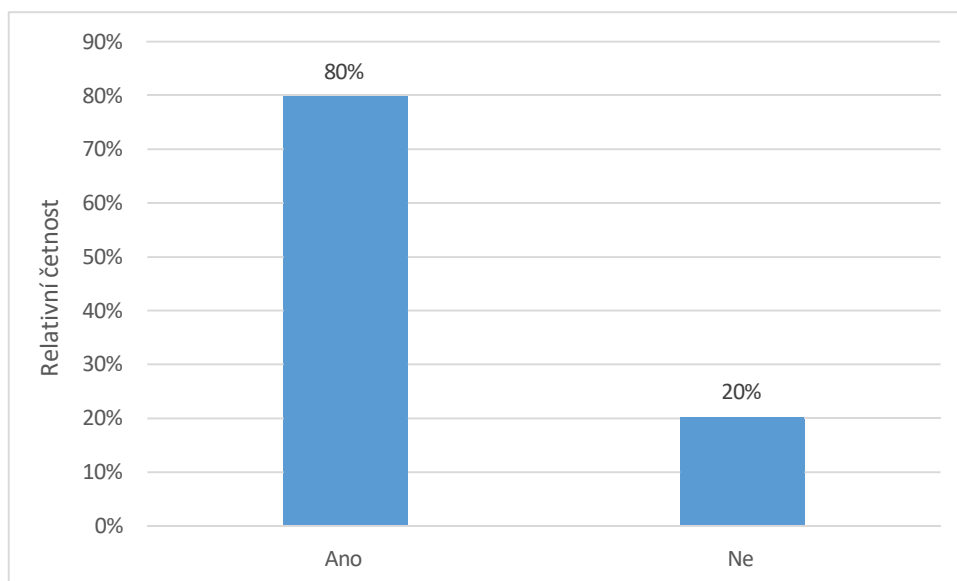
Otázka 24: Jak často jste se setkal/a během návštěvy zdravotnického zařízení s pozitivním přístupem zdravotní sestry?



Graf 24 Pozitivní přístup zdravotní sestry

Graf popisuje, jak často se respondenti setkali s pozitivním přístupem sestry během jejich návštěvy daného zdravotnického zařízení. 44 % (136) respondentů uvádí, že se velmi často setkali s pozitivním přístupem, 41 % (127) respondentů se často setkali s pozitivním přístupem, u 14 % (42) respondentů bylo setkání s pozitivním přístupem zdravotní sestry méně časté a 2 % (6) respondentů se vůbec nesetkali s pozitivním přístupem zdravotní sestry.

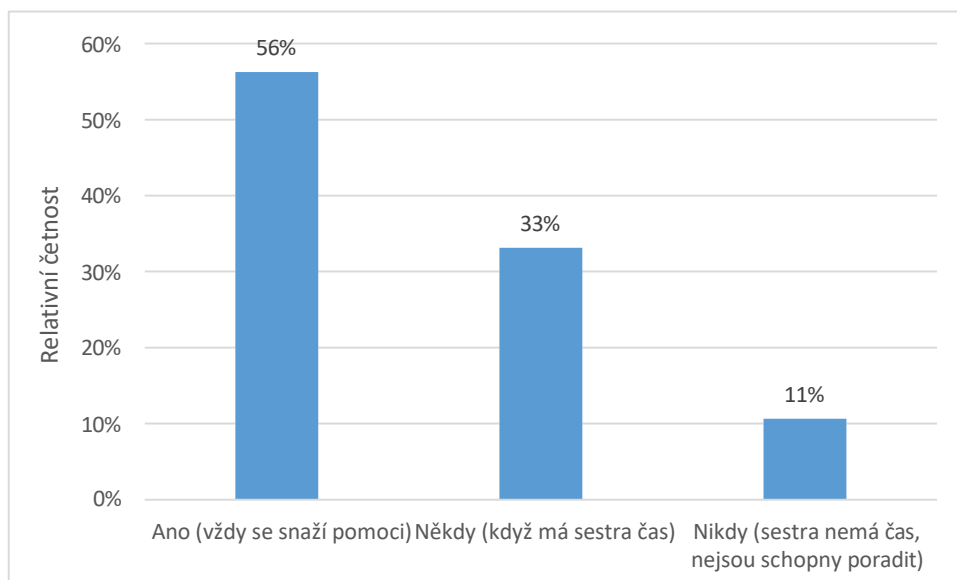
Otázka 25: Ovlivňuje pozitivní (přátelský) přístup zdravotní sestry kvalitu Vašeho života?



Graf 25 Pozitivní přístup sestry a kvalita života

Graf ukazuje, zda pozitivní přístup zdravotní sestry ovlivňuje kvalitu života respondentů. 80 % (248) respondentů uvádí, že pozitivní přístup ovlivňuje kvalitu jejich života a 20 % (63) respondentů uvádí, že ne.

Otázka 26: Můžete se obrátit na zdravotní sestru s dotazy ohledně své nemoci (příprava před vyšetřením, dieta, psychická podpora, ...) ?



Graf 26 Dotazy

V grafu je znázorněno, zda se respondenti mohou se vším obrátit na zdravotní sestru během své návštěvy zdravotnického zařízení. U 56 % (175) respondentů byla odpověď ano, vždy se jim sestra snaží pomoci. 33 % (103) respondentů se na zdravotní sestru může obrátit jen někdy, když má zrovna čas a 11 % (33) respondentů uvedlo, že se na zdravotní sestru nemůže nikdy se vším obrátit, nemá na ně čas.

3 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života pacientů s ulcerózní kolitidou. Byl zvolen kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření skládajícího se z vlastně vytvořených otázek a z části ze standardizovaného dotazníku SF-36. Pro výzkum byly zvoleny čtyři výzkumné otázky vycházející z cíle práce, a navíc byly přidány zjišťovací otázky, které se zaměřovaly na pohlaví, věk, zaměření člověka a na délku nemoci. Dotazník byl zcela anonymní a sloužil jen pro účely bakalářské práce. Distribuce dotazníku byla prostřednictvím různých sociálních sítí, kde jsem přímo oslovila jednotlivce nebo vedoucí skupin a část byla distribuována na Gastroenterologické pracoviště Nemocnice Jihlava. Výzkumná data jsem porovnávala se studii, které se zaměřovali obecně na idiopatické střevní záněty, mezi které ulcerózní kolitida patří. Téma samotné ulcerózní kolitidy není téměř nijak zpracované. Data byla porovnána s bakalářskou prací Zahradníkové (2016) z Vysoké Polytechnické školy v Jihlavě, diplomovou prací Matunové (2014) z Univerzity Palackého v Olomouci a se zahraniční studií, zabývající

se kvalitou života u pacientů se zánětlivým onemocněním střev, která se prováděla s respondenty z Řecka.

Celkem bylo distribuováno 311 dotazníků a návratnost byla 100 %. Z celkového počtu respondentů bylo 244 (78 %) žen a 67 (22 %) mužů. S těmito výsledky se ztotožňuje výzkum Zahradníkové (2016), z celkového počtu 159 respondentů bylo 111 žen (69,81 %) a 48 mužů (30,19 %). Ačkoli jsou práce od sebe staré o 8 let, stále je značná převaha žen. Ze zahraničního výzkumu autorů Mitropoulou, Fradelos, Lee a dalších vyplývá, že z 68 respondentů bylo 66,2 % žen. Nejvíce respondentů bylo ve věku 25–35 let a 35–55 let. Tyto věkové kategorie byly nejvíce zastoupené i v práci Matunové (2014) s menším rozdílem věkových hranic. V otázce zabývající se zaměřením nemocného tvořilo skupinu studentů 22 respondentů (7 %), skupinu pracujících studentů tvořilo 10 respondentů (3 %), skupinu zaměstnaných na plný úvazek tvořilo 166 respondentů (53 %), skupinu zaměstnaných na částečný úvazek tvořilo 33 respondentů (11 %), skupinu v invalidním důchodu tvořilo 40 respondentů (13 %) a skupinu na mateřské tvořilo 40 respondentů (13 %). Z výzkumu zahraniční studie autorů Mitropoulou, Fradelos, Lee a dalších vyplývá, že 4 respondenti (5,9 %) byli v důchodu a 46 respondentů (67,6 %) bylo zaměstnaných. Nejvíce respondentů uvedlo, že jejich nemoc trvá 3–6 let (32 %) a druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s nemocí trvající více jak 13 let (23 %). Výsledky délky nemoci byly porovnány s výsledky Zahradníkové (2016), největší zastoupení v obou studiích tvoří oblast délky nemoci v rozmezí 3–6 let.

Výzkumná otázka č. 1 Jaká je kvalita života pacientů v oblasti fyzického zdraví?

K výzkumné otázce se vztahovaly otázky 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12.

Otázka 5 zobrazuje, jak jsou respondenti spokojeni se svým zdravím. Skupinu velmi spokojených tvoří 50 respondentů (16 %), středně spokojených tvoří 167 respondentů (54 %), mírně spokojenou tvoří 58 respondentů (19 %) a skupinu vůbec nespokojených tvoří 36 respondentů (12 %). Z těchto výsledků vyplývá, že u většiny lidí je spokojenost se zdravím na střední příčce žebříčku spokojenosti, tudíž je stále co zlepšovat.

Otázka 6 zobrazuje, jak respondenti hodnotí své zdraví celkově, otázka vychází ze standardizovaného dotazníku SF-36. Výtečné zdraví uvádí 4 respondenti (1 %), velmi dobré

zdraví uvádí 46 respondentů (15 %), dobré zdraví uvádí 121 respondentů (39 %), docela dobré zdraví uvádí 85 respondentů (27 %) a špatné zdraví uvádí 55 respondentů (18 %). Výsledky byly porovnány se studií Matunové (2014), kdy nejvíce respondentů hodnotí své zdraví celkově jako dobré, ale 8,3 % respondentů hodnotí své zdraví jako výtečné a 32,9 % jako docela dobré, což je vyšší než v mé studii.

Otázka číslo 7 znázorňuje fázi onemocnění, ve které se respondent momentálně nachází. V akutní fázi se nachází 78 respondentů (25 %) a v klidové fázi se momentálně nachází 233 respondentů (75 %). S čímž se shoduje Zahradníková (2016), kdy u respondentů výrazně převládá klidová fáze a zahraniční studie autorů Mitropoulou, Fradelos, Lee, u kterých klidová fáze taky převládá. Z jejich celkového počtu 68 respondentů není 47 (69,1 %) v akutní fázi. Nachází se v klidové fázi onemocnění.

Otázka 8 znázorňuje, jak často se pacient kvůli nemoci vyprazdňuje. Nejpočetnější skupina respondentů (80 %) uvedla, že má 0–5 stolic za den. Avšak 6–12 stolic má 55 respondentů (18 %), 13–19 stolic má 6 respondentů (2 %) a překvapivě 2 respondenti (1 %) má 20 a více stolic.

Otázka 9 se zaměřuje na výskyt bolestí břicha, kdy 76 respondentů (24 %) má velmi často bolesti, u 148 respondentů (48 %) se bolesti břicha vyskytují někdy a u 87 respondentů (28 %) se vyskytuje minimální bolest břicha.

Otázka 10 znázorňuje míru bolestí břicha bránící v práci v posledních 4 týdnech, tato otázka je převzata ze standardizovaného dotazníku SF-36. Z výzkumu vyplývá, že u 102 respondentů (33 %) bolesti vůbec nebránily v práci, u 82 respondentů (26 %) bolesti trochu bránily v práci. 59 respondentů (19 %) uvedlo, že jim bolesti mírně bránily v práci, u 50 respondentů (16 %) bolesti bránily poměrně dost a u 18 respondentů (6 %) byla míra bolestí bránící práci velmi silná. Naopak Matunová (2014) uvádí, že nejvíce respondentů má bolesti, které trochu brání v práci. Rozdílné výsledky se týkají i velmi silných bolestí, ve studii Matunové (2014) žádný z respondentů neuvádí velmi silné bolesti bránící v práci.

Otázka 11 zobrazuje, zda respondenti podstoupili hospitalizaci kvůli komplikacím nemoci. 131 respondentů (42 %) podstoupilo hospitalizaci a 180 respondentů (58 %) nepodstoupilo. Naopak u výzkumu zahraniční studie autorů Mitropoulou, Fradelos, Lee a dalších 44 respondentů (65,7 %) bylo hospitalizováno a 23 respondentů (34,3 %) nebylo hospitalizováno.

Otázka 12 znázorňuje, zda respondenti podstoupili nějaké operativní řešení nemoci zahrnující vyvedení stomie nebo provedení pouche. Z výzkumného šetření vyplývá, že 26 respondentů (8 %) podstoupilo nějaké z výše uvedených operativních řešení a 285 respondentů (92 %) žádné operativní řešení nepodstoupilo. S tímto se shoduje zahraniční studie autorů Mitropoulou, Fradelos, Lee a dalších, i v jejich výzkumu bylo více respondentů co nepodstoupilo operaci.

Výzkumná otázka č 2 Jak onemocnění zasahuje do kvality osobního života pacientů?

K výzkumné otázce se vztahovaly otázky 13, 14, 15 a 17

Otázka 13 zobrazuje, jak moc nemoc narušuje osobní život. 20 respondentů (6 %) odpovědělo, že nemoc vůbec nezasahuje do jejich osobního života, u 178 respondentů (57 %) se vyskytuje nemoc, která trochu zasahuje do jejich osobního života. 102 respondentů (33 %) má hodně narušený osobní život vlivem nemoci a překvapivě 11 respondentů (4 %) pociťuje maximální

narušení jejich osobního života vlivem nemoci. Celkově se dá říct, že onemocnění ve větší míře zasahuje do osobního života pacientů.

Otázka 14 znázorňuje omezení respondentů v běžných denních činnostech kvůli nemoci. Z výzkumného šetření vyplývá, že 56 respondentů (18 %) není nijak omezeno v běžných denních činnostech kvůli své nemoci a 175 respondentů (56 %) je trochu omezováno v běžných denních činnostech kvůli své nemoci. U 75 respondentů (24 %) je omezení v běžných denních činnostech hodně znát a 5 respondentů (2 %) dokonce uvádí, že je nemoc maximálně omezuje v běžných denních činnostech.

Otázka 15 se zaměřuje na zájmy/koníčky u respondentů. Výsledky tohoto šetření mě velmi překvapili, většina respondentů se i přes svoji nemoc věnuje nějakému zájmu/koníčku. Přesněji se jedná o 200 respondentů (64 %). Naopak je pořád mnoho respondentů, které nemoc limituje a nemůžou se tak věnovat zájmům/koníčkům. Jedná se o 111 respondentů (36 %).

Otázka 17 zobrazuje, jak jsou respondenti spokojeni se svým intimním životem. Velmi spokojeno je 74 respondentů (24 %), středně spokojeno je 129 respondentů (41 %). 60 respondentů (19 %) je mírně spokojeno se svým intimním životem, tudíž je nemoc výrazně limituje v této oblasti. 48 respondentů (15 %) dokonce uvádí, že nejsou vůbec spokojeni se svým intimním životem. Intimita je v životě velmi důležitá a mnoho lidí je z důvodu nemoci omezeno a nemá tak kvalitní intimní život. Zahraniční studie autorů Mitropoulou, Fradelos, Lee a dalších se zaměřila cíleně na otázku sexuálního styku. Z jejich šetření vyplývá, že 23 mužů respondentů (33,8 %) a 45 žen respondentek (66,2 %) má sexuální styk i přes svoji nemoc.

Výzkumná otázka č 3 Jaká je kvalita života pacienta v oblasti prožívání?

K výzkumné otázce se vztahují otázky 16, 18, 19 a 20.

V otázce 16 je znázorněno, jak často zdravotní či emocionální obtíže bránily společenskému životu v posledních 4 týdnech. U 19 respondentů (6 %) bránily emocionální a zdravotní obtíže pořád jejich společenskému životu, u 51 respondentů (16 %) bránily zdravotní a emocionální obtíže většinou, tudíž většinou byli ochuzeni o společenský život. 101 respondentů (32 %) odpovědělo, že emocionální a zdravotní obtíže občas limitují jejich společenský život, 81 respondentů (26 %) je málokdy omezováno ve společenském životě kvůli zdravotním a emocionálním obtížím. Na závěr 59 respondentů (19 %) uvedlo, že zdravotní a emocionální obtíže nikdy nebrání jejich životu ve společnosti. S tímto se úplně neshoduje Matunová (2014), která uvedla možnost, že emocionální a zdravotní obtíže trochu brání ve společenském životě. Tuto možnost v jejím výzkumu zvolilo nejvíce respondentů. Naopak v mém šetření se vyskytuje u většiny respondentů možnost občas.

Otázka 18 zobrazuje, zda respondenti prožívají dlouhodobé emoční napětí. 201 respondentů (65 %) odpovědělo, že ano a 110 respondentů (35 %) uvedlo, že neprožívá dlouhodobé emoční napětí. Z této otázky jasně vyplývá, že nemoc výrazným způsobem zasahuje do emoční oblasti lidí s UC.

Otázka 19 znázorňuje, zda respondenti pociťují dostatek energie ve svém životě. Tato otázka měla podobně jak ta předchozí negativní výsledky. U 66 respondentů (21 %) se vyskytuje dostatek energie pro život, ale je mnoho respondentů, co postrádá dostatek energie pro jejich život. Přesněji jde o 245 respondentů (79 %), kteří pociťují velký nedostatek energie.

Otázka 20 zobrazuje, zda měli respondenti někdy chuť vzdát se boje s nemocí. 123 respondentů (40 %) mělo chuť vzdát se boje, oproti tomu větší skupinka 188 respondentů (60 %) neměla chuť vzdát se boje s nemocí.

Výzkumná otázka č. 4 Jak se podílí zdravotní péče na kvalitě života?

K výzkumné otázce se vztahují otázky 21, 22, 23, 24, 25 a 26.

Otázka 21 zobrazuje, zda se dostatečně zdravotní péče zaměřuje na kvalitu života u respondentů. Většina respondentů vnímá, že se zdravotní péče dostatečně zaměřuje na kvalitu života. Jedná se o 189 respondentů (61 %). Oproti tomu 122 respondentů (39 %) má za to, že se zdravotní péče nedostatečně zaměřuje na kvalitu života.

Otázka 22 zobrazuje dostupnost zdravotní péče z pohledu respondentů, kdy 97 respondentů (31 %) velmi dobře vnímá dostupnost zdravotní péče. Nejpočetnější skupina respondentů uvedla dobrou dostupnost zdravotní péče, šlo o 166 respondentů (53 %). Oproti tomu 43 respondentů (14 %) vnímá dostupnost zdravotní péče špatně a 5 respondentů (2 %) uvedlo, že zdravotní péče je velmi špatně dostupná. Z výsledků dotazníkového šetření lze celkově říct, že dostupnost zdravotní péče je na relativně dobré úrovni.

Otázka 23 znázorňuje, zda jsou respondenti dostatečně informováni o své nemoci během návštěvy zdravotnického zařízení. 224 respondentů (72 %) uvedlo, že má dostatek informací ohledně své nemoci, oproti tomu 87 respondentů (28 %) uvedlo, že během své návštěvy zdravotnického zařízení neobdrží dostatek informací. Z výsledků vyplývá, že informovanost lidí je celkem relativně vysoká, ale pořád je určité procento lidí, co důležité informace postrádá.

Otázka 24 zobrazuje, zda se respondenti setkali s pozitivním přístupem zdravotní sestry během návštěvy zdravotnického zařízení. 136 respondentů (44 %) se velmi často setkalo s pozitivním přístupem, 127 respondentů (41 %) se často setkalo, ovšem 42 respondentů (14 %) se méně často setkalo s pozitivním přístupem zdravotní sestry a dokonce 6 respondentů (2 %) se nesetkalo vůbec s pozitivním přístupem. Celkově se mnoho respondentů setkalo s pozitivním přístupem, ale stále je určité procento respondentů, co tuto možnost nemělo.

Otázka 25 zobrazuje, zda podle respondentů ovlivňuje jejich kvalitu života přátelský přístup zdravotní sestry. 248 respondentů (80 %) uvedlo, že ano. Podle nich přátelský přístup sestry ovlivňuje kvalitu jejich života. 63 respondentů (20 %) uvedlo, že přátelský přístup sestry nijak neovlivňuje jejich kvalitu života.

Otázka 26 zobrazuje, zda se respondenti mohou během návštěvy zdravotnického zařízení obrátit se svými dotazy na zdravotní sestru. 175 respondentů (56 %) se může vždy obrátit na zdravotní sestru s dotazy, 103 respondentů (33 %) se pouze někdy může obrátit s dotazy na zdravotní sestru, a to pouze v případě, že má čas. Se svými dotazy se na zdravotní sestru nikdy nemůže obrátit 33 respondentů (11 %), z důvodu nedostatku času zdravotní sestry. Z mého pohledu je velmi důležité poskytnout prostor pacientům pro jejich dotazy a udělat si na ně čas, protože ochota a trpělivost je klíčová pro vybudování si důvěry u pacienta.

4 Návrh řešení a doporučení po praxi

V současné době rychle přibývá nemocných s idiopatickými střevními záněty jako je UC nebo Crohnova choroba, což vím i z vlastní zkušenosti zdravotní sestry. V případě nemoci je velmi těžké vyvarovat se příčině, která to způsobuje, protože příčina není stále zcela známá. Avšak jsou rizikové faktory, které jedinci mohou ovlivnit. Hlavním rizikovým faktorem je nesprávná životospráva, především oblast stravování. Strava by měla být vyvážená, měla by obsahovat dostatek vlákniny, ovoce a zeleniny, luštěnin, bílkovin či mléčných výrobků, naopak by neměla obsahovat velké množství nasycených tuků a rafinovaných cukrů. Je důležité abychom mysleli v dobrém na své tělo, pak nám to v dobrém oplatí. V dnešní době je celkově velkým problémem u nemocných jejich nesprávný životní styl, lidé zapomínají na důležité věci v životě jako je pohyb, spánek, pestré stravování, radování se z maličkostí a vyhýbání se škodlivým látkám. Dalším rizikovým faktorem je užívání ATB nebo nesteroidních antirevmatik, v dnešní době většina lékařů předepisuje ve vrcholném množství ATB, které ale dokážou našemu tělu i velmi škodit. Kromě léků našemu tělu výrazně škodí i stres, který zaujímá vysoké místo v žebříčku rizikových faktorů u mnoha nemocí. Stres pociťuje mnoho lidí, ale je důležité udržet ho ve fázi kdy nás bude spíše pobízet k lepším výkonům než nám způsobovat problémy.

Zpracování této bakalářské práce mi umožnilo zjistit, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života. Překvapilo mě velmi, že úroveň kvality života respondentů není tak nízká, jak jsem si myslela. Z výzkumu vyplynulo, že zdravotní péče se relativně velmi dobře podílí na kvalitě života, většina respondentů má velmi dobré zkušenosti se zdravotními zařízeními, což mě mile potěšilo. Jsou, ale i oblasti podílející se na kvalitě života, které by chtěly zlepšení.

Nejvíce zlepšit by podle mě potřebovala především osobní sféra a oblast prožívání. Z výzkumného šetření vyplynulo, že mnoho lidí se potýká s nedostatkem energie pro běžné fungování nebo prožívá dlouhodobé emoční napětí. Mnoho respondentů uvedlo, že mělo i chuť vzdát se boje s nemocí. Mám za to, že oblast prožívání by opravdu potřebovala zlepšení. Vhodným řešením by bylo více podporovat jedince během vyšetření, během hospitalizace ale i prostřednictvím reklamy nebo různých kampaní. Díky tomu nemocní budou vědět, že na nemoc nejsou sami. Zároveň by bylo dobré zvýšit informovanost o nemoci u běžné populace, což dá prostor nahlédnout do problematiky onemocnění a následně povede k lepšímu pochopení nemocných. Zároveň se tím prolomí tabu této nemoci, málo nemocných bude otevřeně hovořit o své nemoci s někým kdo tomu nerozumí, a hlavně rozumět nechce. Dalším vhodným řešením pro podporu nemocných by byly kluby nebo sdružení, velmi se mi líbí skupina Pacienti IBD. Tato skupina se věnuje tomuto onemocnění, jak to jen jde. Pořádá různé akce, ale nabízí i poradenství pro nemocné. Dokonce existuje i Světový den IBD. Myslím si, že takovéto organizace mohou velmi prospět pacientům po duševní stránce, dozvědí se užitečné rady a novinky od lidí co si nemoc taky prožívají. Za mě by bylo potřeba mít víc takových organizací. Co mě velmi překvapilo bylo, jak spolu lidé s touto nemocí komunikují prostřednictvím sociálních sítí, velmi se mi líbilo členství mezi nimi, i když nemoc nemám. Pacienti jsou mezi sebou otevření a jsou k sobě vlídní a navzájem si velmi pomáhají. Je škoda, že tato komunikace je čistě jen mezi nimi a není i pro širší veřejnost, která by díky tomu mohla lépe pochopit s čím se nemocní potýkají a naučila by se s nimi lépe komunikovat.

Závěr

Bakalářská práce je věnována onemocnění ulcerózní kolitida, kdy hlavním cílem bylo zjistit kvalitu života pacientů s touto nemocí. Práce je rozdělena na dvě část, teoretickou část a část výzkumnou.

Teoretická část se zabývá základní anatomií a samotným onemocněním. Přináší informace o diagnostice a následné léčbě. Na závěr vysvětluje pojem kvalita života a poskytuje základní informace o ošetrovatelské péči u pacientů s ulcerózní kolitidou.

Výzkumná část se zaměřila na hlavní cíl, kterým bylo zjistit kvalitu života s onemocněním ulcerózní kolitida prostřednictvím kvantitativní metody pomocí dotazníkového šetření. Jednotlivé výsledky byly zobrazeny v grafech. Byly stanoveny výzkumné otázky, které vycházely z hlavního cíle, k jednotlivým výzkumným otázkám byly stanoveny otázky pro dotazník. Kromě těchto otázek, byly použity i zjišťovací otázky na pohlaví, věk, délku nemoci a zaměření jednotlivce. Výzkumné šetření ukázalo, že v otázce pohlaví, především dominovaly ženy. Nejvíce respondentů bylo ve věku mezi 25–55 lety a jsou zaměstnaní na plný úvazek. Co se týče délky nemoci, nejvíce zastoupená skupina respondentů má nemoc 3–6 let, ale 23 % respondentů má nemoc více jak 13 let.

V první výzkumné otázce byla zjišťována kvalita života pacientů v oblasti fyzického zdraví. Respondenti jsou se svým zdravím středně spokojeni a z celkového hlediska ho hodnotí jako dobré. I přestože, že se u nich někdy vyskytnou bolesti a trochu jim brání v činnostech. U 24 % se bolesti objevují velmi často a 6 % respondentů velmi často brání bolest v činnostech. Většina respondentů je v klidové fázi a má 0–5 stolic za den. S menší převahou převládají respondenti, kteří nebyli nikdy hospitalizováni kvůli komplikacím, ale je dost respondentů, co hospitalizováni byli. Větší skupina nepodstoupila operativní řešení.

Druhá výzkumná otázka zkoumala, jak nemoc zasahuje do kvality osobního života pacientů. Z výsledků vyplývá, že respondentům nemoc trochu zasahuje do osobního života. U většiny respondentů nemoc trochu brání běžným denním činnostem, u 24 % nemoc brání hodně. I přesto se, ale většina (64 %) věnuje ve svém volném čase nějakému zájmu/koníčku. Co se týče intimního života, tam je nejvíce respondentů středně spokojeno. Avšak 15 % udává, že vůbec nejsou spokojeni.

Třetí výzkumná otázka se zabývá kvalitou života v oblasti prožívání. Z výzkumného šetření vyplývá, že tato oblast na tom není moc dobře. Ačkoli většina respondentů uvádí, že jim zdravotní a emocionální obtíže občas nebo málokdy bránily ve společenském životě, 65 % respondentů je ve stavu, kdy prožívá dlouhodobé emoční napětí, 79 % nemá dost energie v životě a 40 % mělo chuť vzdát se boje s nemocí.

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala tím, jak se podílí zdravotní péče na kvalitě života. Z výzkumného šetření se potvrdilo, že zdravotní péče se dostatečně zaměřuje na kvalitu života. 53 % respondentů uvádí, že je zdravotní péče i dobře dostupná, 72 % respondentů má dostatek informací o své nemoci. Informace jsou jim poskytnuty během návštěvy zdravotnického zařízení. Na kvalitě života se podílí podle 80 % respondentů i pozitivní přístup zdravotní sestry a většina se velmi často nebo alespoň často s tímto pozitivním přístupem setkala během své návštěvy zdravotnického zařízení. Většina respondentů uvádí, že se na zdravotní sestru může kdykoli obrátit se svými dotazy ohledně nemoci.

Seznam použité literatury

BORTLÍK, Martin. *Mimostřevní projevy a komplikace IBD*. Praha: Pacienti IBD, 2024. ISBN 978-80-909122-0-5.

CASOOBHOY, Murtaza. WEBMD EDITORIAL CONTRIBUTORS. *Inflammatory bowel disease: symptoms and treatment* [online]. 2023 [cit. 14.3.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.webmd.com/ibd-crohns-disease/inflammatory-bowel-syndrome>

CLEVELAND CLINIC. *Inflammatory Bowel Disease*. Online. C2024. Dostupné z: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15587-inflammatory-bowel-disease-overview>. [cit. 2024-04-30].

DOUDA, Tomáš. Inflammatory bowel diseases from the perspective of general practitioners. Online. *Medicina pro praxi*. 2022, roč. 19, č. 4, s. 255-258. ISSN 12148687. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2022.039>. [cit. 2024-04-30].

DUDÍK, Boris. *Jaký je rozdíl mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou?* [online]. [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.symprove.cz/crohnova-choroba-ulcerozni-kolitida/>

DUJSÍKOVÁ, Hana. *Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů* [online]. 2018 [cit. 14.3.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2019/01/06.pdf>

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2019. ISBN 9788027126620.

FAUBION, William. *Ulcerative colitis*. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/ulcerative-colitis/symptoms-causes/syc-20353326>. [cit. 2024-04-30].

FIALA, Pavel; VALENTA, Jiří a EBERLOVÁ, Lada. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-802-4626-932.

HALUSKOVÁ, Veronika; VOTAVA, Jiří. *Zdravé střevo je základ celkového zdraví* [online]. 2019 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.brainmarket.cz/nase-novinky/zdrave-strevo/>

HARALDSTAD, K. a kol. *A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences* [online]. 2019 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6761255/>

JENKINSON, Crispin. *Quality Of Life* [online]. 2024 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.britannica.com/topic/quality-of-life>

JONES, Brandi. *What Causes Ulcerative Colitis?* [online]. 2023 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.health.com/ulcerative-colitis-causes-7094338>

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-802-4640-587.

KAREL, Lukáš a HOCH, Jiří a kolektiv. *Nemoci střev*. Praha: Grada, 2018. ISBN 9788027103539.

KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-802-4719-634.

KONIECZNY, Tomáš. *Ulcerózní kolitida - příčiny, příznaky, léčba, dieta* [online]. 2022 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.herbalus.cz/blog/6677086-ulcerozni-kolitida-priciny-priznaky-lecba-dieta>

Lukáš, M. *Etiologie a patogeneze idiopatických střevních zánětů*. Vnitr Lek, 2014, vol. 60, iss. 7-8, p. 640-644.

MATUNOVÁ, Aneta. *Kvalita života nemocných s idiopatickými střevními záněty*. Diplomová práce, vedoucí Jitka Tomanová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014.

MINÁRIKOVÁ, Petra. *Diagnostika idiopatických střevních zánětů* [online]. [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.tribune.cz/archiv/diagnostika-idiopatickych-strevnich-zanetu/>

MITROPOULOU, Maria-Andriani; FRADELOS, Evangelos C; LEE, Ka Y; MALLI, Foteini; TSARAS, Konstantinos et al. Quality of Life in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Importance of Psychological Symptoms. Online. *Cureus*. ISSN 2168-8184. Dostupné z: <https://doi.org/10.7759/cureus.28502>. [cit. 2024-05-01].

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Anatomické poznámky pro nelékařská povolání*. Praha: PhDr. Martina Muknšnáblova MBA, PhD., 2018. ISBN 9788027044986.

OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. 1. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0531-1.

PIPEK, Barbora. Inflammatory bowel disease and the importance of probiotics treatment. Online. *Medicina pro praxi*. 2019, roč. 16, č. 4, s. 215-219. ISSN 12148687. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2019.032>. [cit. 2024-04-30].

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

RYSKA, Miroslav a kolektiv. *Chirurgie 2*. Code Creator, 2022. ISBN 978-80-88246-89-3.

ŘÍHOVÁ, Blanka a ŠŤASTNÝ, Marek. *Jak se dělá imunita*. 1. vydání. V Brně: CPress, 2021. 215 stran. ISBN 978-80-264-3571-6.

SARWAR, Arslan. *Nursing Care Plan For Ulcerative Colitis* [online]. 2024 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.madeformedical.com/nursing-care-plan-for-ulcerative-colitis/>

SCHULTE, Adrian. *Jak si hýčkat zdravá střeva: proč střeva ovlivňují náš zdravotní stav i hmotnost*. Brno: CPress, 2017. ISBN 978-802-6416-166.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v interně I*. Sestra (Mladá fronta). Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-1743-7.

SOBOTÍK, Zdeněk; PETR, Petr. *Dotazník kvality života SF* [online]. [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/sf-36/sf-36-formular.pdf>

SONNENBURG, Justin a SONNENBURG, Erica. *Zdravá střeva : poznejte tajemství mikrobioty a získejte dlouhodobou kontrolu nad svou váhou, náladou a zdravím*. Vydání první. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2016. 279 stran. ISBN 978-80-7555-999-9.

SOUČEK, Miroslav a SVAČINA, Petr. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2289-9.

TEOLI, Dac; BHARDWAJ, Abhishek. *Quality Of Life* [online]. 2023 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.ncbi>

TRESCA, Amber J.. *What Is Ulcerative Colitis?* [online]. 2023 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.verywellhealth.com/ulcerative-colitis-7111961>

Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat : I. a II. díl. 3. vydání, 1. vydání v tomto souboru. Praha: Pacienti IBD z.s, 2021. 162 stran. ISBN 978-80-907566-5-6.

WAGNER, Maegan. *Ulcerative Colitis: Nursing Diagnoses, Care Plans, Assessment & Interventions* [online]. 2023 [cit. 30.4.2024]. Dostupný na WWW: <https://www.nursetogether.com/ulcerative-colitis-nursing-diagnosis-care-plan/>

ZAHRADNÍKOVÁ, Michaela. *Kvalita života u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Bakalářská práce, vedoucí Petra Helmanová. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016.

Přílohy

Příloha 1 Dotazník měření kvality života pacientů s ulcerózní kolitidou

Příloha 2 Dotazník kvality života SF-36

Příloha 3 Žádost o umožnění dotazníkového šetření