

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Barbora Midlochová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Život pacientů s Crohnovou chorobou

Barbora Midlochová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Midlochová**  
Osobní číslo: **Z13021**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Život pacientů s Crohnovou chorobou**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

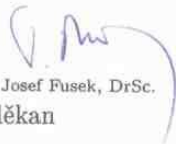
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná  
Seznam odborné literatury:


1. ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1.vyd Praha: Galen, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7.
2. KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. 1.vyd. Praha: Forsapi, 2006. ISBN 80-903820-0-2.
3. KOHOUT, Pavel et al. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-023-2.
4. LUKÁŠ, Karel et al. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Ochtinská  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2014  
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2016

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Hráčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 9. 5. 2016

Barbora Midlochová

## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Haně Ochtinské za pečlivé, zodpovědné a vstřícné vedení při vypracování této bakalářské práce a za její rady a připomínky.

Děkuji také za umožnění výzkumu v gastroenterologické ambulanci. Dále všem pracovníkům a pacientům, kteří se podíleli na výzkumu a sběru dat.

Zároveň děkuji své rodině za podporu při studiu a vypracování bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Tato bakalářské práce pojednává o Crohnově chorobě a subjektivní vnímání kvality života z pohledu klientů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Cílem teoretické části je seznámit se s Crohnovou chorobou, příznaky, komplikacemi, léčbou a kvalitou života.

V praktické části jsou analyzována informace od pacientů s Crohnovou chorobou. Pomocí dotazníku vlastní tvorby se snažím zjistit subjektivní vnímání kvality života a omezení v každodenním životě pacientů. Data pro výzkum byla získána v gastroenterologické ambulanci.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Crohnova choroba, kvalita života, ošetrovatelská péče

## **TITLE**

Crohn's disease, nursing care, quality of life

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis discusses Crohn's disease and subjective perception of quality of life from the patient's view. The work is divided in a theoretical and a practical part.

The subject of the theoretical part is to introduce Crohn's disease, its symptoms, complications, treatment and the quality of life.

The practical part analyzes informations from patients with Crohn's disease. Research is based on the data obtained in the gastroenterological surgery with my own questionnaire. Questionnaire inquire patients about the subjective perception of quality of life and limitations in their everyday life.

## Obsah

SEZNAM OBRÁZKŮ .....	10
SEZNAM TABULEK.....	10
ÚVOD .....	12
1 Anatomie a fyziologie trávicího traktu od jícnu po rectum.....	14
2 Crohnova choroba .....	15
2.1 Historie Crohnovy choroby .....	15
2.2 Etiologie .....	15
2.3 Klinický obraz onemocnění .....	16
2.4 Diagnostika .....	16
2.4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření .....	17
2.4.2 Laboratorní vyšetření .....	17
2.4.3 Ultrasonografické vyšetření .....	17
2.4.4 Kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření.....	18
2.4.5 Endoskopická vyšetření .....	18
2.5 Hodnocení průběhu nemoci .....	19
2.6 Komplikace .....	20
2.6.1 Střevní komplikace.....	20
2.6.2 Mimostřevní komplikace .....	21
2.7 Léčba Crohnovy choroby.....	21
2.7.1 Farmakologická léčba .....	22
2.7.2 Chirurgická léčba .....	23
2.7.3 Psychoterapie .....	24
2.8 Ošetrovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou.....	24
2.8.1 Výživa .....	25
2.8.2 Vylučování a výměna.....	25
2.8.3 Aktivita a odpočinek .....	25
2.8.4 Bezpečnost a ochrana.....	25
2.8.5 Psychosociální potřeby a komfort.....	25
2.8.6 Bolest .....	26
2.9 Crohnova choroba v graviditě.....	26
3 Kvalita života .....	28
3.1 Instrumenty měření kvality života .....	28



3.2	Faktory ovlivňující kvalitu života u Crohnovy choroby .....	29
3.2.1	Faktory se vztahem ke Crohnove chorobě .....	29
3.2.2	Faktory bez vztahu ke Crohnove chorobě .....	30
4	Výzkumná část .....	31
4.1	Výzkumné otázky .....	31
4.2	Metodika výzkumu .....	32
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku .....	32
5	Výsledky výzkumného šetření .....	33
6	Diskuze .....	55
7	Závěr .....	62
	Citovaná literatura .....	64
	Seznam příloh .....	66
	Příloha A: Bestův index hodnocení aktivity onemocnění - CDAI index .....	66
	Příloha B: Dotazník .....	66
	Příloha C: Leták o stravování pro pacienty s Crohnovou chorobou – praktický výstup práce .....	66

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Klinické stádium nemoci .....	33
Obr. 2 Nejčastější projevy nemoci.....	34
Obr. 3 Problémy klientů se spánkem .....	35
Obr. 4 Omezení klientů ve společenském životě související s nemocí .....	36
Obr. 5 Omezení klientů spojená s chorobou v osobním (partnerském životě).....	37
Obr. 6 Omezení klientů v oblasti sexuálního života.....	38
Obr. 7 Schopnost vykonávat každodenní aktivity .....	39
Obr. 8 Problémy klientů při využívání volného času v důsledku obtíží spojených s chorobou .....	40
Obr. 9 Omezení kontaktů klientů s okolím v důsledku choroby .....	41
Obr. 10 Nejčastější způsob léčby užívaný klienty .....	42
Obr. 11 Omezení klientů v důsledku léčby.....	43
Obr. 12 Vliv stravování klientů na průběh choroby .....	44
Obr. 13 Pocity omezení klientů z důvodu častých návštěv svého gastroenterologa .....	45
Obr. 14 Hodnocení kvality života klientů.....	46
Obr. 15 Obavy klientů ze ztráty zaměstnání v důsledku obtíží spojených s chorobou .....	47
Obr. 16 Vliv choroby klientů na zaměstnání .....	48
Obr. 17 Vliv choroby na spokojenost klientů se životem.....	49
Obr. 18 Obavy klientů z možné operace.....	50
Obr. 19 Poměr klientů, kteří nikdy nepodstoupili operaci a klientů, kteří ji již někdy podstoupili .....	51
Obr. 20 Strach klientů z nenalezení toalety .....	52
Obr. 21 Pohlaví klientů.....	53
Obr. 22 Délka léčby klientů s Crohnovou chorobou .....	54

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 - Bestův index aktivity Crohnovy nemoci. (Zbořil, 2012, s. 67).....	67
--	----

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CN	Crohnova nemoc
CD	Crohn's disease
FW	Fahræus Westergren
IBDQ	inflammatory bowel disease questionnaire
CDAI	crohn's disease activity index
CRP	C-reaktivní protein
CT	computer tomography
MR	magnetická rezonance
RTG	rentgen
EIM	extraintestinální manifestace
TNF	tumor nekrotizující faktor

## ÚVOD

Plnohodnotný, šťastný život a zdraví je přáním většiny lidí. Hodnota zdraví je důležitá pro dobrou kvalitu života, plnění sociálních rolí a seberealizaci. Zdraví souvisí s kvalitou života, která je nejčastěji hodnocena u chronicky nemocných. Crohnova choroba je nevléčitelné onemocnění, které člověka leckdy provází celý život.

Onemocnění je velmi zajímavé, má velice pestrou škálu projevů a proto jsem se chtěla dozvědět více o nich a také nové informace z oblasti diagnostiky a nových terapeutických postupech jako třeba biologické léčbě, která se používá i v jiných oblastech než jen u idiopatických střevních zánětů. V současné době lze nalézt nemálo literatury či webových stránek, které se touto problematikou zabývají, ale stále dodnes není známa přesná příčina nemoci a jak ji předcházet. Pravděpodobně se na jejím vzniku podílí faktory genetické a také životní styl, který se podřizuje dnešní hektické době.

Věková hranice vzniku prvních obtíží a diagnostiky se významně snižuje, dnes už není neobvyklé nalézt i dětské pacienty s touto chorobou, což bývalo v minulosti spíše výjimečnou situací. Vždyť při dětských klinikách vznikají gastroenterologické poradny.

Kvalita života je ovlivněna spokojeností člověka. Je velmi individuální, při hodnocení může pacienta s Crohnovou chorobou ovlivnit několik faktorů. Kromě aktuálních projevů nemoci to je rodina a její přístup, sociální a psychický stav člověka. Kvalitu života nelze hodnotit u všech pacientů stejně, protože každý vnímá onemocnění jinak.

V první části mé práce teoreticky popisuji příčinu, diagnostiku, průběh a léčbu Crohnovy nemoci, v poslední kapitole teoretické části se zmiňuji o kvalitě života jako takové i u pacientů s touto chorobou. Druhá část práce se zabývá výzkumem, kde se snažím zjistit některé problémy nemocných v každodenním životě, zda se cítí být nemocní Crohnovou nemocí omezení a jejich subjektivní vnímání kvality života s ohledem na to, zda se jejich onemocnění nachází právě v klinickém stadiu remise či relapsu.

# **CÍLE PRÁCE**

## **Cíle teoretické části:**

1. Popsat Crohnovu chorobu, příčiny, diagnostiku, léčbu a komplikace
2. Definovat pojem kvalita života

## **Cíle praktické části:**

1. Zhodnotit, jestli je vnímání kvality života rozdílné s délkou léčby
2. Porovnat, zda klienti v období klinického relapsu vnímají kvalitu života jako nižší oproti pacientům ve stadiu klinické remise.
3. Zjistit jaká omezení a problémy ovlivňují život pacientů nejvíce
4. Zjistit, zda se cítí respondenti podstupující biologickou léčbu více omezeni než ti, kteří ji nepodstupují.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

Bakalářská práce hodnotí kvalitu života klientů s Crohnovou chorobou. V této kapitole je uveden popis nemoci, její projevy, diagnostika, léčba, komplikace a ošetřovatelská péče. Další kapitola se týká kvality života.

## 1 Anatomie a fyziologie trávicího traktu od jícnu po rectum

Gastrointestinální trakt představuje pro organismus klíčovou vstupní bránu pro příjem živin a zajišťuje vstřebávání látek potřebných pro chod organismu.

Jícen (oesophagus) je trubice spojující hltan a žaludek. Jeho délka se pohybuje zhruba mezi 23-28cm a fyziologicky je uložen mezi šestým krčním a dvanáctým hrudním obratlem, za průdušnicí. Trubice je předozadně oploštělá a v průměru má asi 1,5 cm avšak při průchodu potravy se může roztáhnout až na dvojnásobek. (Naňka et al., 2009 s. 154-155)

Žaludek (ventriculus, gaster) je rozšířený oddíl trávicí trubice proměnlivého tvaru (závisí na náplni, poloze těla, konstituci, věku apod.). Celkem pojme asi 1-1,5 l rozmělněné potravy. Ta je zde mechanicky zpracována, promíchávána s žaludečními šťávami a posouvána do duodena. Žaludek je uložen v dutině břišní pod levou klenbou brániční. Rozeznáváme na něm kardií (česlo), přecházející do corpus gastricum (těla žaludku), které se vyklenuje doleva nahoru ve fundus gastricus. Směrem dolů tělo přechází do pars pylorica (pylorické části) a končí pylorem (vrátníkem) jímž žaludek přechází do duodena. (Lukáš et al., 2007 s. 40)

Tenké střevo je nejdelším úsekem trávicí trubice. Spojuje pylorus s tlustým střevem. V tomto úseku probíhá největší část trávení potravy a vstřebávání jednoduchých složek rozštěpené potravy. Délka je variabilní v rozmezí 3-5 metrů. Dělí se na 3 části: duodenum, jejunum a ileum. V sestupné části duodena můžeme nalézt vyvýšeninu papilla duodeni major, kde vyúsťuje hlavní vývod pankreatu, ductus pancreaticus major společně s vývodem žlučových cest, ductus choleduchus. Navazující jejunum tvoří asi 2/5 délky střeva. Ileum tvoří asi 3/5 délky střeva a společně s jejunem je zavěšeno na mesenteriu. V pravé jámě kyčelní se ileum napojuje na ileocekální ústí, ostium ileocaecale do tlustého střeva. (Naňka et al., 2009 s. 157-159)

Tlusté střevo se dělí na části caecum, colon ascendens, colon transversum, colon descendens, colon sigmoideum a rectum. Celkem má délku 1,2-1,5m při průsvitu 4-8cm. Caecum začíná

slepě vakem, z jehož vrcholu odstupuje červovitý výběžek, apendix vermiformis. Konečník, rectum je konečným úsekem tlustého střeva, kde jsou patrné 2 části, horní rozšířený asi 10cm dlouhý úsek ampulla recti a dolní úzký canalis analis, který prochází svalovou hrází a vyúsťuje zevně řitním otvorem, anus. Zevní svalovina anu je příčně pruhovaná, ovladatelná naší vůlí. (Naňka et al., 2009 s. 159-161)

## **2 Crohnova choroba**

*„Jde o chronický nespecifický zánět postihující diskontinuálním způsobem trávicí trubici. Postižena může být kterákoliv její část. Zánět proniká celou stěnou, nezřídka je granulomatózní povahy“* (Klener, 2006 s. 600)

Podle Červenkové *„je to chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které postihuje jakoukoli její část. Nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého střeva s tlustým. Ohraničený (segmentární) zánět zachvacuje celou tloušťku stěny trávicí trubice (transmurální) a způsobuje zde vředy (ulcerace), zúženiny (stenózy) a píštěle (fistulce).“* (Červenková, 2009 s. 15)

### **2.1 Historie Crohnovy choroby**

Nemoc byla samostatně uznána až v roce 1932. Avšak už ve staré lékařské literatuře můžeme nalézt popisy nemocných, které si jsou nápadně podobné s popisem současných pacientů s Crohnovou chorobou. Například již v roce 1612 jistý lékař informuje o tom, že při pitvě adolescenta, jenž zemřel krátce poté co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku, objevil nápadnou zúženinu v oblasti terminálního ilea, která způsobila neprůchodnost a následnou perforaci střeva. (Červenková, 2009 s. 12)

Pojmenování tato choroba dostala však až v roce 1932 dle Burilla Bernarda Crohna, amerického gastroenterologa, který společně s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem poprvé chorobu popsal. (Lukáš et al., 2007 s. 126)

### **2.2 Etiologie**

Příčina Crohnovy choroby není známa. Medicínský výzkum se však odhalením příčin intenzivně zabývá a jeho výsledky nabízejí některé teorie. V současnosti se vznik Crohnovy nemoci (CN) vysvětluje jako nepřiměřená reakce imunitního systému na některé podněty uvnitř střeva (nejspíše pocházející ze střevních mikrobů – bakterií) u člověka geneticky předurčeného k takovéto poruše. (Bortlík et al. 2010 s. 18)

Vliv genetických faktorů na vznik onemocnění uvádí i další článek. U prvního stupně příbuzenství je pravděpodobnost dalšího výskytu Crohnovy choroby až 40%. Podle tohoto článku jsou stejně jako genetická predispozice důležité i faktory životního prostředí. Jako potenciálně relevantní faktory zahrnuje prenatální vývoj, kojení, infekce v dětském věku, mikrobiální agens, kouření, užívání hormonální antikoncepce, strava, povolání, znečištění životního prostředí, apendektomie, tonsilektomie, krevní transfuze, kontakt se zvířaty a fyzická aktivita. Mimo to je za další faktor, který má vliv na onemocnění, považováno kouření, ale pro potvrzení této teorie je potřeba více výzkumů. (Fiocchi, 1998)

### **2.3 Klinický obraz onemocnění**

Onemocnění poprvé propuká obvykle u osob mladších, mezi 20. a 30. rokem věku. Klinický průběh může být velmi pestrý, typicky se střídají období relapsu, tedy aktivního vzplanutí nemoci a remise, kdy je onemocnění inaktivní. (Klener, 2006 s. 602)

Různá lokalizace zánětu je hlavní příčinou široké škály projevů. Nejčastějším subjektivním projevem CD je bolest břicha. Na přední břišní straně se obvykle propaguje do míst dle zánětlivého postižení střeva (může však být lokalizována neurčitě-nejčastěji kolem pupku). Je-li na střevě přítomna stenóza, bolest se objevuje nad místem, kde dochází k nadměrnému roztažení. (Bortlík, et al., 2010 s. 20)

U menší části nemocných postihuje CN horní část tenkého střeva, kde je hlavním projevem malabsorpční syndrom, který se navenek manifestuje jako hubnutí. Postižení ileocekální oblasti se projevuje obvykle bolestí doprovázenou průjmem. Dominuje-li postižení tlustého střeva, bývá přítomen průjem, který je někdy s příměsí hlenu a krve. (Bortlík et al., 2010 s. 20)

Pro Crohnovu chorobu je typické, že vlastní střevní projevy jako průjem a bolesti břicha nemusí být alarmující; v popředí bývají tzv. systémové důsledky: celkové neprospívání, hubnutí, subfebrilie nebo i febrilie. (Bortlík et al., 2010 s. 20)

### **2.4 Diagnostika**

*„Diagnóza je založena na anamnéze, fyzikálním vyšetření, endoskopickém, rentgenologickém, laboratorním a histologickém obraze.“ (Gabalec, 2009 s. 17)*



### **2.4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření**

Vyšetření by mělo začít odběrem osobní i rodinné anamnézy pacienta a fyzikálním vyšetřením, tedy pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem a v neposlední řadě per rectum. Pro postižení idiopatickým střevním zánětem může svědčit těžká podvýživa s otoky, infiltráty či bolestivý pohmat a poklep břicha, dále pak pozitivní nález v konečniku. (Kohout et al., 2006 s. 27)

### **2.4.2 Laboratorní vyšetření**

**Při laboratorním vyšetření krve** nacházíme zvýšenou sedimentaci červených krvinek (FW), sekundární anemii, snížení hladiny železa (sideropenii), zvýšení hladiny bílých krvinek (leukocytóza) a krevních destiček (trombocytóza) což ukazuje na aktivní zánět. Zvýšený bývá též C-reaktivní protein (CRP). Při rozsáhlejšímu postižení střeva můžeme také nalézt v důsledku malabsorpce sníženou hladinu ukazatelů výživy jako albumin a prealbumin. (Kohout et al., 2006 s. 27)

Přímo na CN nám při vyšetření krve ukazuje přítomnost dvou imunoglobulinu (ASCA a pANCA). Objevují se asi u 60 % pacientů, zejména těch, jimž zánět postihnul terminální ileum. U zdravé populace je výskyt těchto protilátek zhruba dvouprocentní. Negativní nález těchto protilátek Crohnovu chorobu ale bohužel nevylučuje.

**O laboratorním vyšetření stolice** se zmiňuje Červenková, která uvádí, že ve stolici nemocných je vyšší koncentrace kalpoprotektinu-bílkoviny, která se uvolňuje z bílých krvinek, jež se rozpadají ve střevě. (Červenková, 2009 s. 32)

K vyloučení infekčního původu zánětu je se provádí mikrobiologické a parazitologické vyšetření. (Kohout et al., 2006 s. 27)

### **2.4.3 Ultrasonografické vyšetření**

Vyšetření břicha ultrazvukem, které využívá různé schopnosti tkání propouštět či odrážet zvukové vlny, je pro pacienty spojeno s nejmenší zátěží (radiční a invazivitou). Tímto vyšetřením je možné rozlišit i původ hmatného zduření v břiše. Je-li použit přístroj s dobrou rozlišovací schopností je možné odhadnout i tloušťkou stěn jednotlivých úseků střeva. K zobrazení je vhodná především oblast přechodu tenkého do tlustého střeva. Ultrazvukovou

sondu je možné zavést i přímo do střeva pomocí endoskopu a zobrazit tak hloubku postižení střevní stěny, pak hovoříme o tzv. endosonografii (Kohout et al., 2006 s. 29)

#### **2.4.4 Kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření**

**Enteroklýza** je diagnosticky nejhodnotnějším vyšetřením tenkého střeva. Provádí se podáním kontrastní látky (baryová suspenze a pak roztok methylcelulózy) nozogastrickou sondou přímo do duodena. Tato kombinace dvou látek umožňuje zobrazení jemného reliéfu tenkého střeva a je doposud nejspolehlivější zobrazovací metodou v této části trávicí trubice. (Lukáš et al., 2007 s. 78)

**CT (počítačová tomografie)** se používá v případě podezření na nitrobrišní abscesy. Výhodou je možné použití v kombinaci s aplikací kontrastní látky do tenkého střeva pomocí nozogastrické sondy. Pak tedy hovoříme o CT enteroklýze. (Kohout et al., 2006 s. 30)

**Magnetická rezonance (MR)** má největší přínos pro ty nemocné, jimž zánět postihnul konečník či řitní otvor a způsobil jim abscesy či píštěle. MR dokáže totiž dokonale a přesně prostorově ukázat kudy píštěle probíhají a kde se v oblasti kolem řitního kanálu a pánevního dna nacházejí abscesy. K přednostem této vyšetřovací metody kromě neinvazivity patří i možnost použití u těhotných pacientek na rozdíl od RTG. (Červenková, 2009 s. 34)

#### **2.4.5 Endoskopická vyšetření**

Kromě klinického nálezu je v diagnostice IBD (idiopatické střevní záněty) zásadním vyšetřením endoskopie a následné histologické vyšetření bioptických vzorků. (Lukáš et al., 2007 s. 127)

**Endoskopie** je vyšetření trávicí trubice ohebným či tuhým přístrojem s odběrem vzorku tkáně-biopsií. (Kohout et al., 2006 s. 27)

**Kolonoskopie** (též koloskopie) s vyšetřením terminálního ilea a odebrání bioptických vzorků z jednotlivých segmentů tlustého střeva je považována za základní vyšetření. Pro CN je typicky nalezen segmentačního postižení obvykle nepostihujícího celý obvod trubice. Lokalizovaný erytém sliznice a aftoidní vředy jsou typické pro časnou fázi nemoci. Vředy typické pro CN jsou plazivé a podélně orientované. Charakteristický je také dlaždicový reliéf sliznice. (Gabalec, 2009 s. 17)

**Rektoskopie** se používá pro posouzení rekta a análního kanálu. Na rozdíl od kolonoskopie se používá rigidní přístroj, kterým lze proniknout pouze do vzdálenosti 25-30cm a příprava na toto vyšetření je zcela minimální, lze jej provést pouze po ranní defekaci. (Lukáš et al., 2007 s. 75)

**Sigmoideoskopie** v současné době nahrazuje rektoskopii. Jedná se o vyšetření konečníku a esovité kličky ohebným přístrojem, ke které není nutné kompletní vyčištění střeva. Pro přípravu se používají klysmata. (Kohout et al., 2006 s. 28)

**Gastroskopie**, tedy vyšetření jícnu a žaludku je používána vzhledem k tomu, že Crohnova choroba může postihnout i horní část GIT (gastrointestinální trakt). Umístění v ústech a jícnu je však velmi vzácné a je popsáno pouze u několika případů na celém světě. (Kohout et al., 2006 s. 24-28)

**Kapslová endoskopie a enteroskopie** jsou novější endoskopické metody, přínosné k vyšetření tenkého střeva, zvláště při negativním nebo neúspěšném vyšetření terminálního ilea při kolonoskopii u pacientů bez obstrukce. Kapslová endoskopie (pacient spolkně kapsli s mikrokamerou) má význam u pacientů ke stanovení rozsahu a tíže choroby v oblasti tenkého střeva, k vyloučení rekurence po operaci a při podezření na indeterminovanou kolitidu. Ke komplikacím kapslové endoskopie patří retence kapsle, což se dá obejít tzv. retenční kapsli, která se při uvíznutí postupně rozpadne a zbude 2 mm velké radiofrekvenční jádro. (Gabalec, 2009 s. 17)

**Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)** se u nemocných s Crohnovou chorobou využívá tehdy, je-li podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodů nebo slinivky břišní. Jedná se o kombinaci rentgenologické a endoskopické metody. (Červenková, 2009 s. 36)

## **2.5 Hodnocení průběhu nemoci**

Onemocnění se nedá zcela vyléčit a typicky se u 90 % pacientů střídají období relapsu a remise, tedy období vzplanutí zánětu a období jeho inaktivity. Můžeme rozlišovat remisi klinickou a kompletní, kdy dochází k ústupu nejen klinických změn, ale také k ústupu změn

morfologických, kde obvykle používáme kritéria redukce slizničních změn. V současné době je slizniční hojení považováno za maximum úspěchu v terapii, někdy je označováno jako hluboká remise.

Klinická remise je hodnocena jako pokles aktivity nemoci pod určitou hranici. Proto byly vytvořeny různé indexy měřící aktivitu. Nejpoužívanějším z nich je Bestův index neboli CDAI. Při jeho výpočtu pracujeme se subjektivními údaji pacienta, vyšetření lékařem i krve pacienta. Hodnotí se počet řídkých stolic, bolesti břicha, pocit celkové tělesné pohody, potřeba léčby antidiarhoiky (protiprůjmovými léky), mimostřevní projev, rezistence v břiše, hematokrit a tělesná hmotnost v průběhu 1 týdne. Jednotlivé údaje se násobí různými indexy, za normu jsou pak považovány hodnoty do 150, vyšší znamenají akutní vzplanutí zánětu. (Zbořil et al., 2012 s. 66)

## 2.6 Komplikace

Komplikace Crohnovy choroby se rozdělují na střevní a mimostřevní.

### 2.6.1 Střevní komplikace

**Stenóza** – významné zúžení lumen (průsvitu) trávicí trubice se zhoršenou průchodností způsobuje (subileus) až úplnou neprůchodností (ileus).

**Píštěl (fistula)** – novotvořená patologická spojka mezi střevními kličkami (enteroenterální píštěl), mezi střevem a jinými orgány (např.: močovým měchýřem (enterovesikální píštěl) či pochvou (enterovaginální píštěl), často je také přítomna komunikace s konečníkem (rektem), případně mezi střevem a povrchem těla (enterokutánní píštěl). Časté jsou píštěle kolem konečníku-perianální píštěle. (Kohout et al., 2006 s. 33)

**Abscesy** – jedná se o dutiny vyplněné hnisem, které se vznikají v dutině břišní – mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů či v okolí konečníku.

**Perforace** – není zcela výjimečnou komplikací CN. Rozvíjí se obvykle postupně v průběhu silného zánětu. Původně hluboký vředový defekt pronikne celou stěnou střeva. Kolem něj se vytvoří vazivové blány ohraničující šířící se zánět. Při perforaci střeva zatéká střevní obsah do dutiny břišní a způsobí těžký zánět. Rychlé operační řešení je jedinou možností léčby.

**Toxické megakolon** – vyskytuje se zhruba u 3 – 5 % pacientů s Crohnovou chorobou a pokud obtíže neustupují i přes intenzivní léčbu je ve většině případů řešením chirurgický

výkon. Je to „rozšíření tlustého střeva spojené se zvětšováním jeho objemu, městnání obsahu a paralýzou při toxickém poškození střevních svalů a nervů.“ (Souček et al., 2005 s. 201)

## 2.6.2 Mimostřevní komplikace

Výskyt mimostřevních projevů je důkazem toho, že idiopatické střevní záněty mohou ovlivňovat celý organizmus. Objevují se především u nemocných s postižením tlustého střeva, nejčastěji s Crohnovou chorobou tračníku, a v průběhu života postihují asi 30–40 % pacientů. (Bortlík et al., 2010 s. 24)

Rozlišujeme extraintestinální manifestace (mimostřevní projevy) které jsou závislé na aktivitě nemoci, a manifestace, jež s aktivitou nemoci nesouvisí.

Mezi nejčastější EIM (extraintestinální manifestace) patří **muskuloskeletální** komplikace s popisovanou frekvencí asi 23 %. Do nich můžeme zahrnout spondylitis, artritidy jednotlivých kloubů či polyartritidy, pelvickou osteomyelitis apod. Dalšími manifestacemi jsou **oční** objevující se asi u 13 % postižených CD. Zvýšené riziko pro oční komplikace je postižení tlustého střeva a projevy artritidy. Vyskytují se záněty spojivek, duhovky, bělma i sítnice. **Dermatologické** projevy se objevují zhruba u 15 % nemocných, nejvíce erythema nodosum, ale může být i pyoderma gangrenosum či psoriáza. Další EIM mohou být hepatobiliární, urologické, cévní a hematologické, endokrinní a metabolické, pulmonální, vzácně také neurologické a kardiální. (Zádorová, 2011 s. 8)

Pacienti mohou též trpět anémií a to zejména při poruše vstřebávání železa, kyseliny listové nebo vitamínu B6 a B12. Špatné vstřebávání živin v tenkém střevě postiženým zánětlivými změnami či rozsáhlejšími resekcemi mohou vést k malnutrici (podvýživě) či hypovitaminózám (především deficitu vitamínů A, D, E, K rozpustných v tucích). Při průjmech se navíc může projevit nedostatek magnesia a kalia. (Kohout et al., 2006 s. 34-35)

## 2.7 Léčba Crohnovy choroby

Specifická terapie neexistuje. Volba léčby závisí na lokalizaci zánětlivého procesu, rozsahu postižení a aktivitě nemoci. U všech nemocných se obecně doporučuje šetřící režim s adekvátní tělesnou aktivitou. (Klener, 2006 s. 602)

### 2.7.1 Farmakologická léčba

**Aminosalicyláty** – uplatňují se v léčbě Crohnovy choroby lokalizované na tračníku, lehké formy terminální ileitidy a v profylaxi recidivy onemocnění po ileocekální resekci. Jsou to vlastně deriváty kyseliny 5-aminosalicylové (5-ASA, mesalazin). 5-ASA je v preparátu buď vázána na nosič sulfonamid sulfapyridin, nebo je samostatně v tabletách krytých speciálním obalem, kdy se mesalazin uvolňuje v závislosti na pH v trávicí trubici, nebo v mikrogranulích obalených ethycelulózou, ze kterých se účinná látka uvolňuje postupně. Mesalazin je možné použít také lokálně, ve formě čípků, klysmat nebo pěny. (Bortlík et al., 2010 s. 42)

Užití preparátů 5- ASA se liší dle postižení trávicí trubice. Pro oblast konečníku a esovitých kliček jsou vhodné čípky a klyzmata, pro celé tenké i tlusté střevo jsou určeny tablety *Penatasa*, pro oblast ilea a počátek tlustého střeva *Salofalk* a *Sulfasalazin*, pro samotné tlusté střevo pak *Asacol* a *Colaside*.

Sulfasalazin je lék, který se objevil již ve 30. letech 20. století. Původně se používal pro pacienty s revmatoidní artritidou a teprve v roce 1976 bylo potvrzeno, že vlastní účinnou látkou je mesalazin a sulfapyridin slouží pouze jako nosič. Dnes se tento lék již tolik nevyužívá, zejména vzhledem k relativně častému výskytu nežádoucích účinků (u 15 – 20 % pacientů) a obecně horší snášenlivosti. (Lukáš, 2011 s. 361)

**Kortikosteroidy** – neboli kortikoidy jsou hormony kůry nadledvin. Efektivně navozují remisi, ale nepředchází relapsu. Pokyny ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) říkají, že dlouhodobá léčba kortikosteroidy je nevhodná a měla být vždy dobře zvažena, především pro vedlejší účinky těchto léků. Kortikosteroidy s nízkou systémovou biologickou dostupností jako budenosid jsou vhodné při mírné až střední aktivitě choroby. (Cummings et al., 2008)

Lukáš říká, že setrvalou odpověď na léčbu kortikoidy trvající více než jeden rok má asi jen třetina pacientů. U zbylých dvou třetin dochází ke ztrátě léčebné odpovědi nebo vznik závislosti podávání na kortikoidů. (Lukáš, 2011 s. 361)

Mezi četné nežádoucí účinky patří osteoporóza, možnost vzniku cukrovky nebo její zhoršení, akné, tloušťnutí, minerálový rozvrat (kalium, magnesium), možnost zhoršení psychóz. Užívají se jak místní (*Budenofalk*, *Entocort*), tak i celkové (*Prednison*) kortikosteroidy. (Kohout et al., 2006 s. 36-37)

**Imunosupresiva** – jsou léky, které blokují činnost imunitního systému. Na příznivý účinek je třeba čekat kolem 3 měsíců. Mezi základní imunosupresiva se řadí *Azathioprin* a *6-merkaptopurin*, který se využívají především k náhradě vysokých dávek kortikoidů a k udržení klidového stavu. Podobně účinkuje i cyklosporin A, který se využívá v těžkých stavech, kdy selhává jiná léčba jako poslední možnost před chirurgickou léčbou. Dále se používá metotrexát, jež má ale významné teratogenní účinky. (Bortlík et al., 2010 s. 45)

**Antibakterální léčiva** – v určitých situacích může být cílená modifikace složení mikrobiální střevní flóry probiotiky, chemoterapeutiky a antibiotiky prospěšná anebo až nevyhnutelná (sepse, píštěle a abscesy). (Lukáš, 2011 s. 363)

**Biologická léčba** – používá se u pacientů s těžkým průběhem nemoci, kdy selhává jiná léčba. Zbořil ve své knize definuje biologickou léčbu takto:

*„Podstatou biologické léčby je cílený regulační zásah do biologických procesů probíhajících v poškozeném nebo nemocném organismu. Uskutečňuje se pomocí vysoce účinných látek biologické povahy, které jsou shodné či velmi podobné s látkami produkoványými v samotném organismu. Mohou být také jejich funkčními antagonisty či blokátory.“* (Zbořil et al., 2012 s. 10)

U nás se používá účinná látka INFLIXIMAB, která blokuje tzv. tumor nekrotizující faktor (TNF). Za normálních podmínek tento faktor pomáhá v organismu při boji s infekcí, při Crohnově chorobě však vzniká jeho nadbytek a negativně ovlivňuje funkci imunitního systému. Indukční léčba spočívá ve 3 infuzích 0., 2. a 6. týden, dále v udržovací léčbě každý 8. týden (Červenková, 2009 s. 47).

Další látkou, která se v biologické terapii používá je ADALIMUMAB, což je plně humánní monoklonální protilátka též proti TNF. Podává se ve formě subkutánních injekcí pravidelně po dvou týdnech. Začíná se dvěma indukčními dávkami, první obsahuje 80-160mg, druhá 40-80mg. u pacientů s dobrou klinickou odpovědí se přechází na udržovací léčbu, která je realizována podáváním injekcí 1x za 2 týdny (Lukáš, 2011 s. 362).

### **2.7.2 Chirurgická léčba**

Je využívána v léčbě pacientů, u nichž selhala konzervativní terapie či v případě dlouhodobých komplikací nemoci. Rozlišujeme výkony akutní, kdy je klient v ohrožení života nebo hrozí těžké komplikace a plánované, po předchozí přípravě. Mezi urgentní indikace k chirurgické léčbě patří velké krvácení ze střeva, akutní střevní uzávěr (ileus), těžký

akutní uzávěr se septickým stavem (otravou krve), zánět pobřišnice (peritonitida). Indikací k plánovanému výkonu je pak selhání konzervativní terapie, výrazná stenóza střeva, píštěle, močové komplikace, rakovinné bujení, výrazné hubnutí, zastavení růstu u dětí či amyloidóza. Je třeba, aby resekce střeva byla co nejšetrnější, je zde riziko syndromu krátkého střeva. Výkon může také končit dočasnou či trvalou stomií (umělý vývod střeva na povrch těla. (Kohout et al., 2006 s. 40-41)

### **2.7.3 Psychoterapie**

Psychika může velmi ovlivnit průběh onemocnění, mezi mozkiem a imunitním systémem existuje jistá spojitost. Stres může až vyvolat relaps nebo naopak hlubokou imunosupresi. Naopak vhodná psychoterapie může nemoc zklidnit. (Kohout et al., 2006 s. 40)

Příznaky CN jsou intimního rázu, obtížně se o nich hovoří nejen se zdravotnickým personálem, ale i s blízkými. Pracovní a soukromý život může být výrazně narušen, hrozí dlouhodobá pracovní neschopnost nebo dokonce změna průběhu choroby – což má samozřejmě výrazné sociální dopady, někdy pacienty onemocnění vede také k přehodnocování životních plánů. Zkrátka je zde riziko, že nemoc změní zásadně život nemocného. Pacientovo pojetí vlastního zdravotního stavu je tzv. kognitivní pojetí nemoci (cognitio = poznání), nemusí mít nic společného s objektivním stavem nemoci.

Přijetí nemoci má několik fází a adaptaci ovlivňuje několik faktorů, mezi něž patří například to, z jakého socioekonomického prostředí pacient pochází, jaký typ osobnosti je, jeho věk, jak dlouho trvala diagnostika nemoci, progresse v léčbě a další. Z toho vyplývá, že je velmi důležitá informovanost pacienta o chorobě, její podstatě a podstaty léčby. Prvořadým zdrojem informací je lékař, který může doporučit vhodné písemné materiály, webové stránky či patientská sdružení. (Bortlík et al., 2010 s.78-79)

## **2.8 Ošetřovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou**

Ošetřovatelská péče o pacienty s CN je velmi individuální. Záleží na lokalizaci onemocnění a aktuálních obtížích. Je třeba, aby sestra sledovala přítomnost bolestí a jejich intenzitu, výskyt nových obtížích, příjem tekutin, fyziologické funkce, invazivní vstupy, psychický stav pacienta a také zda dodržuje dietní opatření.



### **2.8.1 Výživa**

U pacientů se může vyskytovat nechutenství, poruchy výživy v důsledku nevstřebávání živin, snížení objemu tělesných tekutin kvůli nadměrným ztrátám a sníženému příjmu. Sestra by měla zajistit naordinovanou dietu. V akutním stavu se obvykle podává bezsezbytková strava, která je vhodná k odlehčení střev. Sleduje se též bilance tekutin. Dále sestra zajišťuje konzultaci s nutričním terapeutem, který edukuje pacienta o vhodných potravinách. (Šafránková et al., 2006 s. 234-235)

### **2.8.2 Vylučování a výměna**

Bývají přítomny poruchy vyprazdňování, trávení, průjmy, plynatost. Pacienta může doprovázet dyskomfort a je tedy třeba sledovat počet stolic, jejich charakter, příměsy a vše zaznamenávat do dekurzu a informovat lékaře. Vyprazdňuje-li se pacient sám, musí jej sestra edukovat, aby hlásil všechny změny. Pokud je klient méně soběstačný, sestra zajistí, aby měl k dispozici podložní mísu či pokojový klozet. (Šafránková et al., 2006 s. 234)

### **2.8.3 Aktivita a odpočinek**

Pacient by měl dostatečně odpočívat a to fyzicky i psychicky a snažit se vyvarovat stresu. Sestra zajišťuje klidné prostředí pro kvalitní a dostatečný spánek. Ten může být někdy přerušován v akutní fázi onemocnění v noci nucením na stolicí. Je tedy třeba pacientovi umožnit i spánek během dne. (Šafránková et al., 2006 s. 32, 233-235)

### **2.8.4 Bezpečnost a ochrana**

U pacientů sleduje sestra systémové a lokální známky infekce. Asepticky pečuje o invazivní vstupy či rány, monitoruje fyziologické funkce, jejichž změna by mohla být příznakem infekce. V případě nutnosti omezuje počet návštěv. (Holubová et al., 2013 s. 20)

### **2.8.5 Psychosociální potřeby a komfort**

Sestra sleduje náladu pacienta, jak přijímá nové informace, kontakty s rodinou apod. Je možné pacientovi doporučit kontakt s obdobně postiženými osobami, v případě Crohnovy nemoci například Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, „Pacienti IBD“. Cílem je navodit pocit bezpečí a jistoty a odstranit obavy, úzkost a strach. Sestra pomáhá pacientovi verbalizovat jeho subjektivní pocity, hledat řešení a poskytuje oporu.

Někdy je nutná i psychoterapeutická pomoc. Psychický komfort ovlivňuje také bolest. (Šafránková et al., 2006 s. 30-31 a 234-235) a (Bortlík et al., 2010)

### **2.8.6 Bolest**

V případě, že jsou u klienta přítomny bolesti, je třeba komplexního posouzení, do kterého patří: lokalizace bolesti, charakteristika, nástup, trvání, frekvence, kvalita, intenzita, závažnost, vyvolávající faktory. Sestra pozorováním a dotazováním zjišťuje vliv bolesti na spánek, chuť k jídlu, náladu apod. a o změnách informuje lékaře. Dále pacienta pobízí k hledání úlevové polohy a používání jiných metod vhodných k eliminaci bolesti. Jsou-li nemocnému podávána analgetika, sestra podává informace o podávané léčbě (nežádoucí účinky, nástup účinku aj.). (Holubová et al. 2013 s. 33)

## **2.9 Crohnova choroba v graviditě**

Rodičovství a s ním spojená gravidita a laktace jsou klíčová období života každého člověka. U pacientů trpících střevními záněty je právě tato perioda života často zdrojem obav a nejistot. Není proto divu, že je to velmi časté téma, se kterým se při komunikaci nemocnými setkáváme. (Bortlík et al., 2010)

Rodičovství s touto chorobou by mělo být rozhodně plánované a početí pak v době remise. Názory na fertilitu žen při CN se liší. Kment ve svém článku uvádí, že „*Infertilita u žen nemocných s IBD je udávána mezi 7–12 %, což se neliší od běžné populace. Dřívější studie udávaly až 66% infertility, což bylo způsobeno tehdejší méně efektivní léčbou.*“ (Kment, 2008) zatímco prof. Lukáš říká, že „*U pacientek s Crohnovou chorobou je tato schopnost významně snížena. Nejčastější příčinou neschopnosti otěhotnět jsou u těchto žen pooperační a pozánětlivé změny v oblasti malé pánve, které postihují pohlavní orgány (vaječníky a vejcovody).*“ (Bortlík, a další, 2010) To, že je fertilita žen s Crohnovou nemocí snižena uvádí ve své disertační práci i Kolesárová: „*Po stanovení diagnózy Crohnovy choroby se zvýšil počet žen, které nemohly otěhotnět (definováno snahou o otěhotnění delší než 6 měsíců u žen, které neužívaly antikoncepci) a snížil se počet narozených dětí v porovnání se stejně zdravými ženami.*“ (Pintérová Kolesárová, 2009 s. 8)

Autoři se shodují, že u těhotných žen s CN není větší riziko malformací plodu. Ani většina farmak užívaných v léčbě nemá teratogenní účinky pro plod, s výjimkou metotrexátu, není

možné používat před ani v průběhu gravidity. Tento lék je absolutně kontraindikován, Vhodné je vysadit jej u žen a také u mužů nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Všechna ostatní léčiva jako aminosalicyláty (mesalazin, sulfasalazin), kortikoidy (budesonid, prednison, metylprednisolon), imunosupresiva (cyklosporin A, azathioprin, 6-merkaptopurin) je možné před i v průběhu gravidity a také v laktaci užívat. Biologická léčba se podává až do konce druhého trimestru gravidity, je-li matka v dlouhodobé remisi. V třetím trimestru již léčiva procházejí placentou k plodu, avšak bez zjevného negativního účinku. (Bortlík et al., 2010 s. 27)

Samotné těhotenství nepředstavuje pro další průběh choroby větší riziko, pokud je dítě počato během remise. Je-li koncepce v době aktivity střevního zánětu, pak je průběh gravidity většinou svízelný a těhotenství je ohroženo podvýživou plodu a nemusí proběhnout úspěšně. V těchto situacích jsou častější předčasné porody, samovolné potraty nebo porody mrtvého plodu. (Bortlík et al., 2010 s. 29)

To ve své práci potvrzuje i Kolesárová, která říká, že počet potratů je vyšší ve srovnání se zdravou populací. Také hmotnost novorozenců bývá nižší ve srovnání se zdravou populací. Počet provedených císařských řezů u žen s CD stoupá, zejména v souvislosti s anoperineálními píštělemi. Vše samozřejmě závisí na indikaci porodníka. (Pintérová Kolesárová, 2009 s. 11)

Chirurgické výkony jsou u těhotných s diagnózou idiopatického střevního zánětu neobvyklé a indikace stejné jako u netěhotných. (Kment, 2008 s. 335)

### 3 Kvalita života

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života podle toho, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury v níž žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Jinými slovy: kvalita života vyjadřuje to, jak člověk hodnotí svou životní situaci. (Gabalec, Libor, 2007 s. 17)

Podle WHO se na kvalitě života podílí šest oblastí, které zahrnují různý počet indikátorů. Tyto oblasti jsou: Fyzická kvalita života – indikátorem je prožívání bolesti, pracovní způsobilost a pohyb, závislost na lécích, subjektivní hodnocení energie. Psychická kvalita života – indikátorem je prožívání emocí, sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu, schopnost koncentrace a schopnost učit se. Nezávislost – indikátory jsou různé aspekty omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na léky a pomůcky. Sociální vztahy – indikátorem je subjektivní hodnocení osobních vztahů, sexuálního života a adekvátnost sociální opory. Prostředí – indikátory jsou sociální a fyzikální, tj. bydlení, okolí, finanční situace a dostupnost zdravotnictví. A v neposlední řadě náboženství, spiritualita – indikátorem je náboženské přesvědčení a spirituální prožívání. (Svitková et al., 2014)

#### 3.1 Instrumenty měření kvality života

Nejobvyklejší metodou zjišťování kvality života v ošetrovatelství a medicíně jsou dotazníky, jenž obsahují položky zachycující různé oblasti života jedince nebo strukturované rozhovory. Měření kvality života se využívá nejčastěji jako ukazatel hodnocení efektivity léčby, k rychlému rozpoznání problémů, sledování změn a odpovědi na léčbu. (Svitková et al., 2014)

Mezi všeobecné dotazníky kvality života patří například SF-36 nebo dotazník WHO. Ty ale nejsou dostatečně signifikantní pro pacienty s konkrétním onemocněním. Pro osoby s určitými obtížemi se používají dotazníky speciální, obsahující položky, které zjišťují dopad těchto obtíží na život pacienta. Dotazníky tohoto typu jsou schopny zachytit klinicky významné změny, ale jejich výsledky lze jen těžko srovnávat nebo zobecňovat. (Dragomirecká, 2006)

Pro pacienty s idiopatickými střevními záněty byl vyvinut v roce 1988 na McMaster Univerzitě v Kanadě dotazník IBDQ (Inflammatory bowel disease questionnaire). Obsahuje

celkem 32 otázek a užívá k hodnocení odpovědí Likertovu škálu (1 – velmi těžký problém, 7 – bez problémů. Celkové skóre má rozsah 32 – 224, čím vyšší hodnota, tím lepší kvalita života. Dotazník má velmi dobré psychometrické hodnocení a je dostupný ve více jak 20 jazycích, včetně českého. IBDQ měří kvalitu života ve 4 oblastech: střevní, celkové, sociální a emoční. (Gabalec, Libor, 2007 s. 19)

Faktory, které ovlivňují kvalitu života, se rozdělují na faktory se vztahem ke Crohnově chorobě a faktory bez vztahu k ní. Zásadním faktorem ovlivňující kvalitu života je aktivita nemoci. Dalšími významnými faktory jsou především konzervativní či chirurgická léčba, následně případná stomie. Nezanedbatelný vliv mají také věk, pohlaví, délka trvání nemoci, kouření, edukace.

Velmi významné při hodnocení kvality života jsou také psychosociální, socioekonomické faktory a kvalita lékařské péče. Kvalita života pacientů v období remise onemocnění je srovnatelná s běžnou populací. Zavedení biologické léčby významně zlepšilo kvalitu života pacientů a snížilo počet hospitalizací a chirurgických výkonů (Gabalec, Libor, 2007 s. 25)

### **3.2 Faktory ovlivňující kvalitu života u Crohnovy choroby**

Je mnoho faktorů ovlivňujících kvalitu života. U Crohnovy choroby je rozdělujeme na ty, jež mají vztah k nemoci a na faktory bez vztahu k onemocnění. Faktory se vztahem k nemoci bývají většinou neovlivnitelné.

#### **3.2.1 Faktory se vztahem ke Crohnove chorobě**

**Aktivita nemoci** – kvalita života velmi úzce souvisí s aktivitou nemoci. Klinické studie potvrdily sníženou kvalitu života u pacientů s aktivní chorobou. (Gabalec, Libor, 2007 s. 21)

**Léčba konzervativní** - při hodnocení kvality života z pohledu léčby jsou důležité efekty a nežádoucí účinky léčiv. Různé studie s využitím IBDQ došly k závěru, že měření kvality života by pomohlo nalézt i optimální dávkování léku.

**Léčba chirurgická** - Přibližně 50–74 % lidí s Crohnovou nemocí potřebovalo alespoň jeden chirurgický výkon. Při dosažení remise se kvalita života zlepšuje, bez ohledu na to, zda stavu bylo dosaženo cestou konzervativní nebo chirurgickou. (Svitková et al., 2014)

**Stomie** – podle hodnocení, které bylo provedeno dotazníkem SF – 36 a specifickým RFIPC, měli nižší kvalitu života pacienti, kteří měli zavedenou ileostomii. Největší zhoršení kvality

života bylo především v oblasti intimity a zhoršila se i oblast vitality. Pro pacienty s kolo či ileostomií je vyliďňován dotazník Stoma-QOL, který zahrnuje 4 domény (spánek, sexualitu, vztahy v rodině a vztahy s blízkými). (Gabalec, Libor, 2007 s. 25)

### **3.2.2 Faktory bez vztahu ke Crohnove chorobě**

**Věk** - v období puberty se může zhoršit vnímání nemoci, zatímco v období stáří může docházet ke stavu, kdy lidé mají málo sociální podpory. (Gabalec, Libor, 2007 s. 25)

**Pohlaví** - řada výzkumů se prokázala, že ženy hůře snášejí onemocnění, a tím se dokázala nižší kvalita života, kdy hlavní roli hrají psychologické faktory. (Svitková, a další et al., 2014)

**Edukace** - lidé s tímto onemocněním si často stěžují na nedostatek informací. U IBD byl vytvořen edukační program na zlepšení kvality života. Tak jako u jiných onemocnění může informovanost o nemoci, příznacích a možnostech léčby předejít různým negativním pocitům a stejně dodává naději na zlepšení stavu, což se také odráží na vnímání kvality života. nebyl však shledán pozitivní vliv edukace na kvalitu života. (Gabalec, Libor, 2007 s. 25)

**Sociálně-ekonomický stav** – nízký sociálně-ekonomický status může způsobit horší chápání a přizpůsobení se nemoci. Výskyt nemoci v mladším věku může mít za následek horší přístup ke vzdělání a jeho plného dosažení. (Svitková et al., 2014)

**Psychika** – nemocní trpící obavami a depresemi mají sníženou kvalitu života. Depresivní stavy se podílí negativně na průběhu a tíži choroby. Existují významné vztahy mezi psychickým stavem a funkčními střevními poruchami. (Gabalec, Libor, 2007 s. 25)

## **4 Výzkumná část**

Cílem této bakalářské práce je zjistit kvalitu života pacientů trpících Crohnovou chorobou a vliv nemoci na jejich každodenní život s ohledem na to, zda jsou pacienti momentálně v klinickém stadiu relapsu či remise.

### **4.1 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka č. 1: Je vnímání kvality života rozdílné s délkou léčby?

Výzkumná otázka č. 2: Uvádí pacienti v období klinické aktivity nemoci (relapsu), že mají sníženou kvalitu života proti pacientům, kteří jsou v období klinické remise?

Výzkumná otázka č. 3: Jaká omezení a problémy ovlivňují život pacientů s Crohnovou chorobou nejvíce?

Výzkumná otázka č. 4 : Cítí se být respondenti s biologickou léčbou více omezeni než pacienti, kteří ji nepodstupují?

## 4.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část byla realizována jako kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Použila jsem dotazník vlastní tvorby (viz. příloha). Inspirovala jsem se standardizovaným dotazníkem Inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ). Byly použity otázky otevřené i uzavřené, zaměřené na vnímání omezení klientů chorobou v běžném životě a subjektivní vnímání kvality života ve vztahu k nemoci. Formu dotazníku jsem zvolila zejména proto, že skýtá pro všechny respondenty stejné podmínky. Mimoto je také proveditelnost časově i ekonomicky nenáročná. V úvodu dotazníku jsem uvedla krátké vysvětlení, za jakým účelem data sbírám, jak ho vyplnit a ujistila potencionální respondenty o anonymitě. Kutnohorská ve své knize říká o výzkumu pomocí dotazníku, že tato „*technika charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu*“. (Kutnohorská, 2009)

## 4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Sběr dat probíhal v gastroenterologické ambulanci pro dospělé, s níž byl podepsán souhlas s výzkumem. Dotazníky byly distribuovány v období od března do dubna 2016. Celkem jich bylo rozdáno 40. Vyplněných dotazníků se vrátilo 36, návratnost tedy byla 90%. Všech 36 (100%) dotazníků bylo správně vyplněno. Anonymita byla zajištěna pomocí zapečetěného boxu na vyplněné dotazníky, který byl umístěn do čekárny a označen. O pomoc s distribucí dotazníků jsem požádala sestru, která klienty s Crohnovou chorobou upozorňovala na probíhající výzkum a to, že zapojení se do něj je dobrovolné.

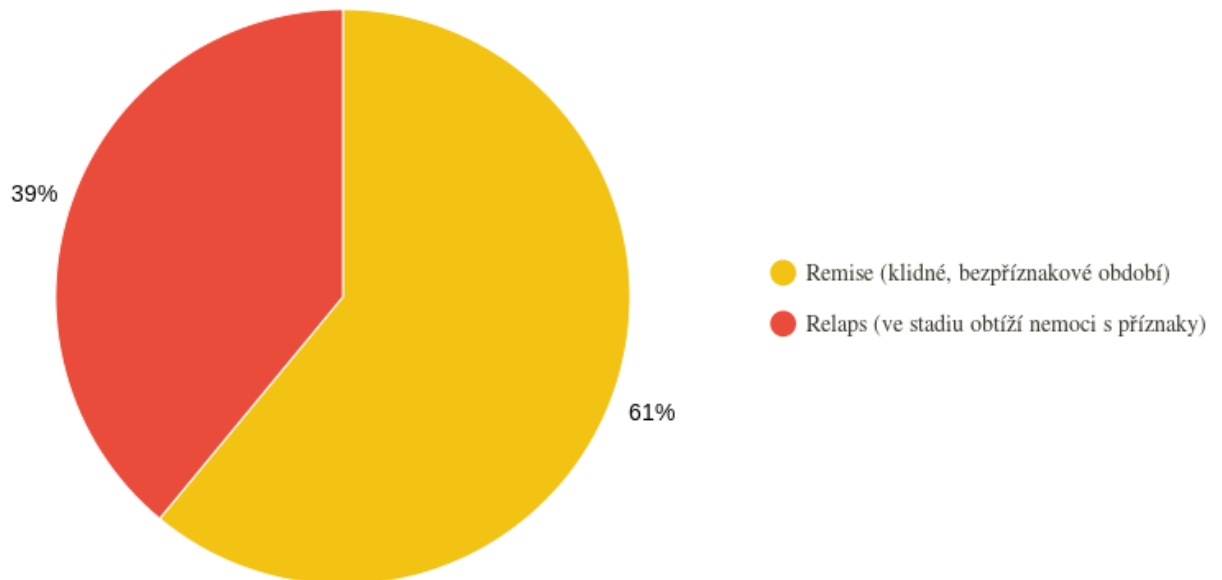
Abych si ověřila srozumitelnost dotazníku, provedla jsem pilotní výzkum u 5 respondentů. V návaznosti na výsledek předvýzkumu byla přidána ještě jedna otázka.

Data byla zpracovávána v Chart blocks, jsou uvedeny v kapitole výsledky výzkumného šetření v podobě grafů a jsou vyjádřeny v absolutní i relativní četnosti.



## 5 Výsledky výzkumného šetření

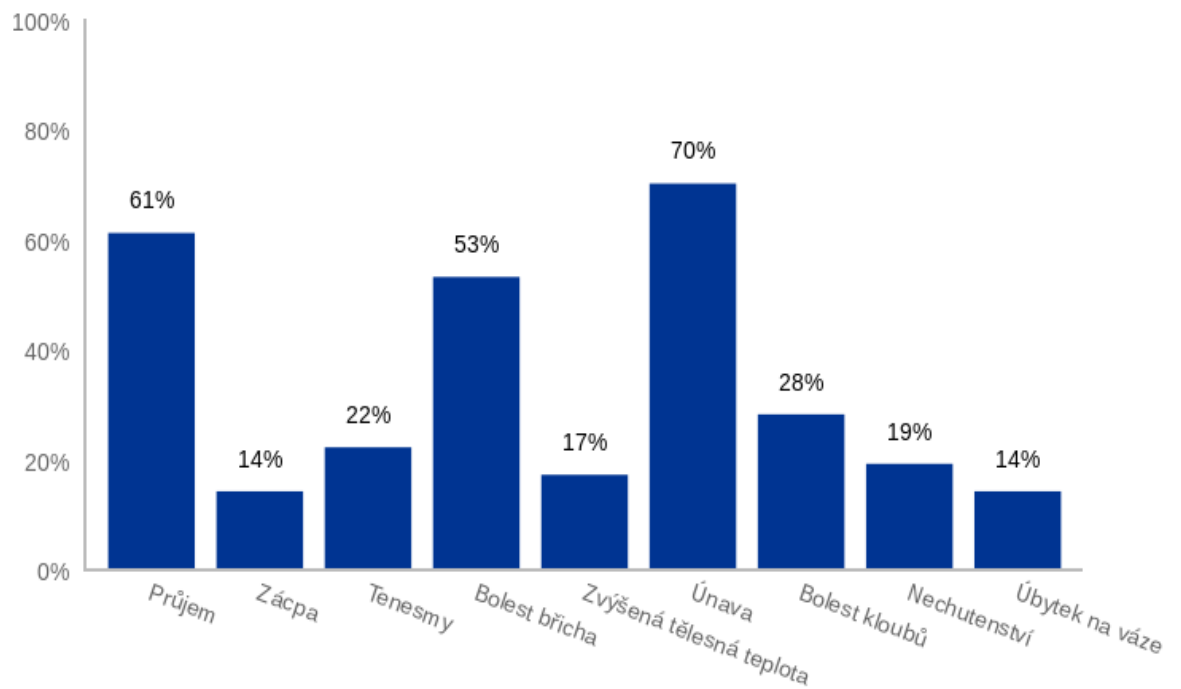
**Otázka č. 1: V jakém stádiu se dle klinických příznaků momentálně nachází Vaše onemocnění?**



Obr. 1 Klinické stádium nemoci

Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů bylo v klinické remisi 22 (61 %) klientů. Ostatní účastníci výzkumu, celkem 14 (39 %) pacientů, uvedlo, že se momentálně nachází ve stadiu klinického relapsu.

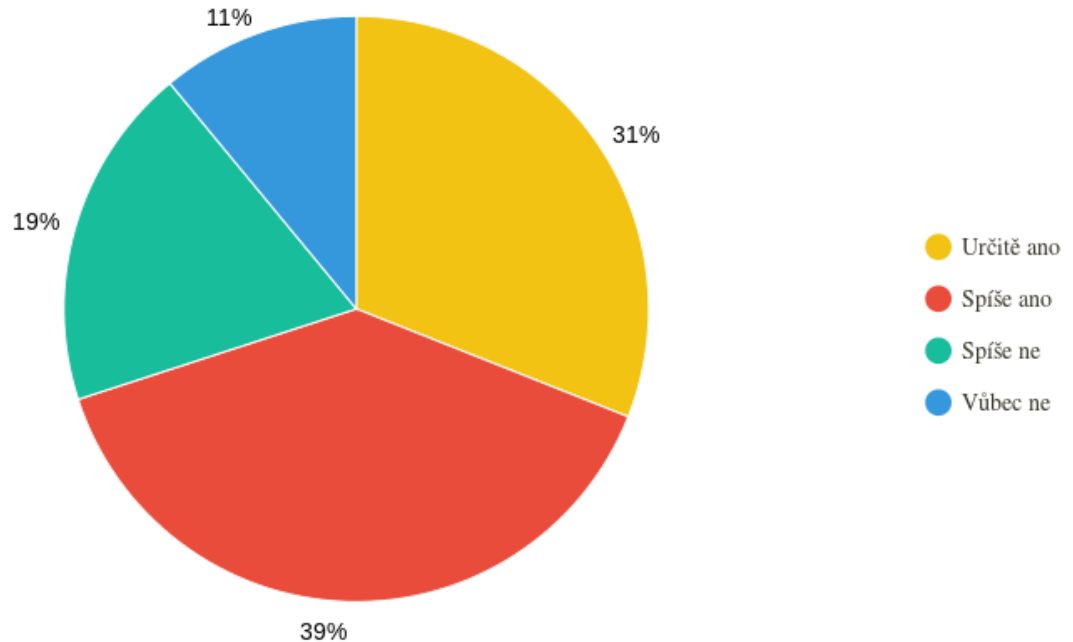
**Otázka č. 2: Jakými projevy v souvislosti s Vaší nemocí trpíte aktuálně nejčastěji? (zaškrtněte jednu nebo více odpovědí):**



Obr. 2 Nejčastější projevy nemoci

V otázce č. 2 mohli respondenti zvolit více odpovědí. Nejvíce respondentů odpovědělo únava - 28krát, druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byly průjemy - 23krát, další uvedenou odpovědí byla bolest břicha - 22krát, další bolest kloubů - 11krát, zvýšená tělesná teplota byla označena 7krát, úbytek na váze - 7krát, nechutenství - 6krát, tenesmy - 11krát, zácpa - 5krát.

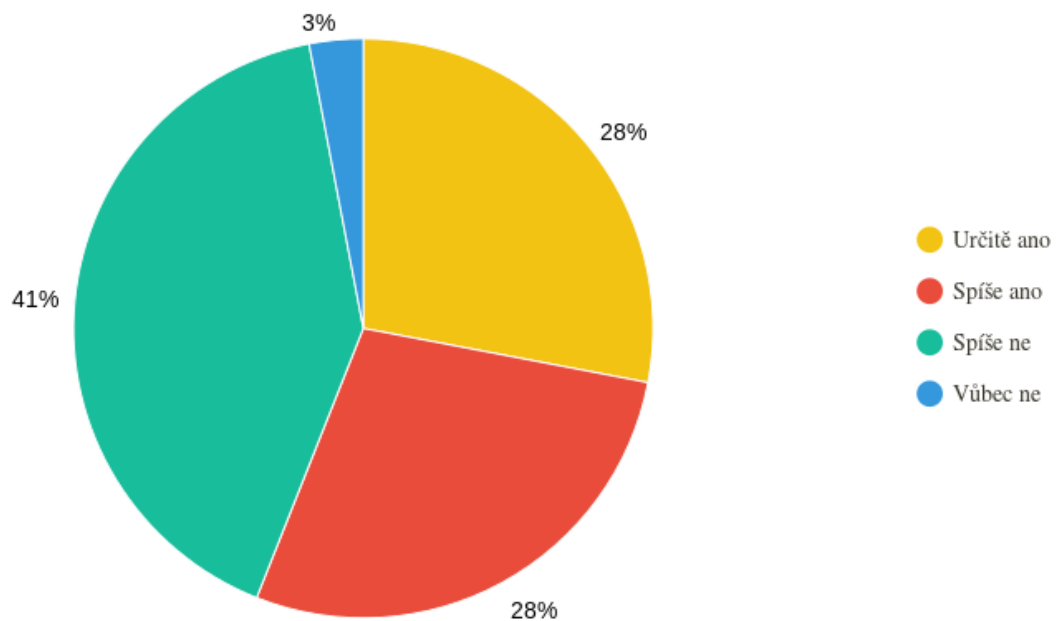
**Otázka č. 3: Máte v současné době problémy se spánkem? (Například dlouho usínáte, často se v noci budíte, po probuzení se necítíte dostatečně odpočatí)**



Obr. 3 Problémy klientů se spánkem

Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvedlo, že určitě má obtíže se spánkem 11 (31 %) pacientů. 14 (39%) klientů uvedlo, že spíše má obtíže se spánkem, 7 (19 %) klientů uvedlo, že spíše nemá potíže se spánkem. Pouze 4 (11 %) respondenti odpověděli, že vůbec nepocítují potíže se spánkem.

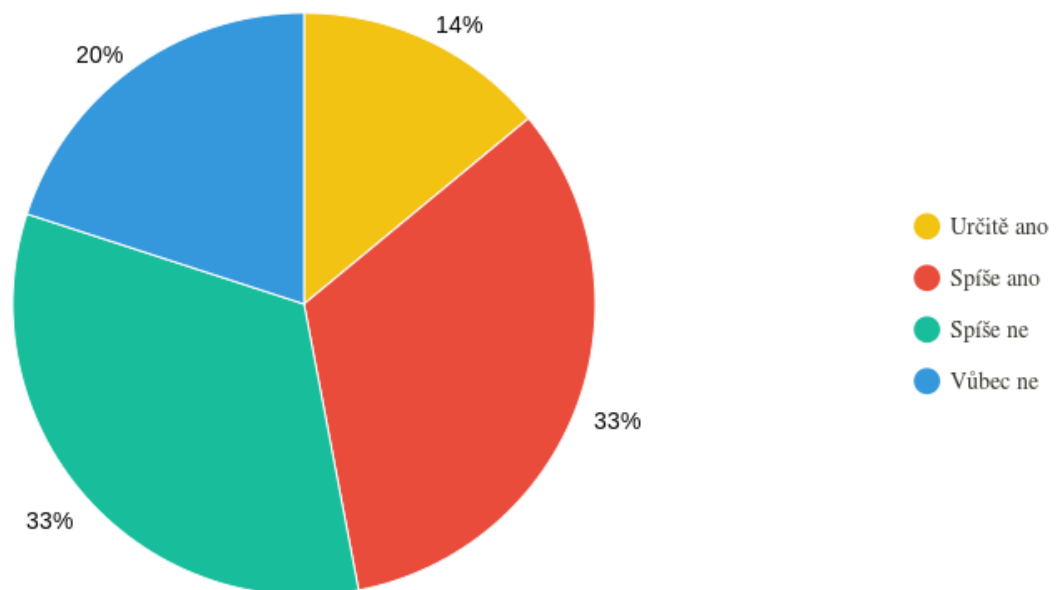
**Otázka č. 4: Pociťujete nějaká omezení spojená s Vaší chorobou ve Vašem společenském životě? (např.: návštěva divadla, restaurace, koncertu aj.)**



Obr. 4 Omezení klientů ve společenském životě související s nemocí

Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvedlo 10 (28%) klientů, že určitě pociťuje omezení ve společenském životě. Spíše pociťuje omezení ve společenském životě 10 (28%) klientů. 15 (41 %) uvedlo, že spíše nepociťuje omezení ve společenském životě a pouze 1 (3 %) respondent odpověděl, že vůbec nepociťuje omezení ve společenském životě.

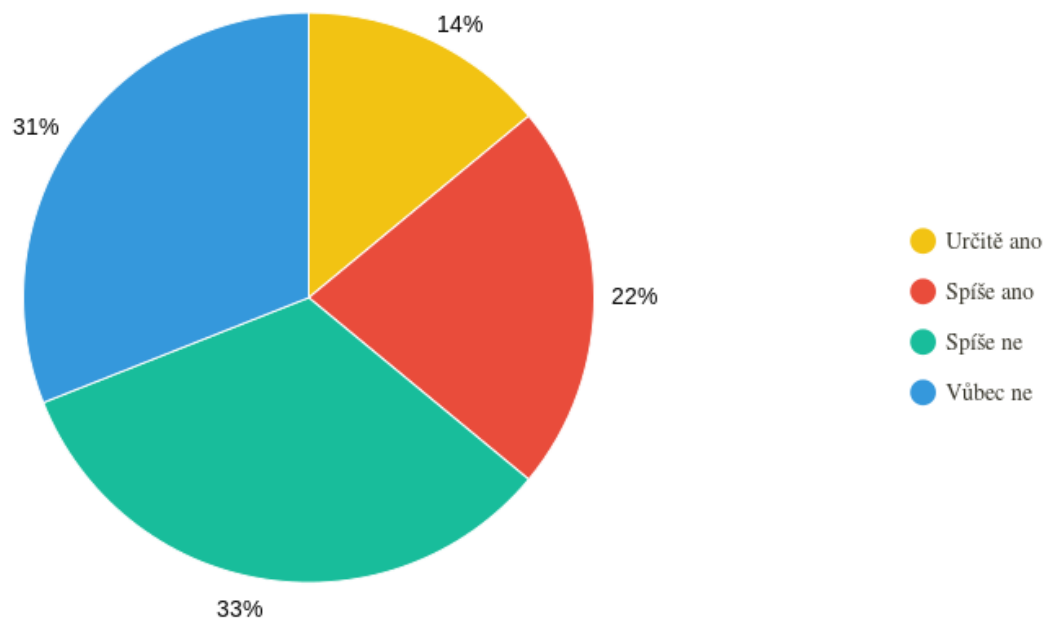
**Otázka č. 5: Pociťujete nějaká omezení spojená s Vaší chorobou v osobním (partnerském) životě?**



Obr. 5 Omezení klientů spojená s chorobou v osobním (partnerském životě)

Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvedlo 5 (14 %) klientů, že určitě pociťuje omezení v osobním životě, 12 (33 %) klientů uvedlo, že spíše pociťuje omezení v partnerském životě. 12 (33 %) nemocných uvedlo, že spíše nepociťuje omezení a 7 (19 %) respondentů odpovědělo, že vůbec nepociťuje omezení v osobním životě.

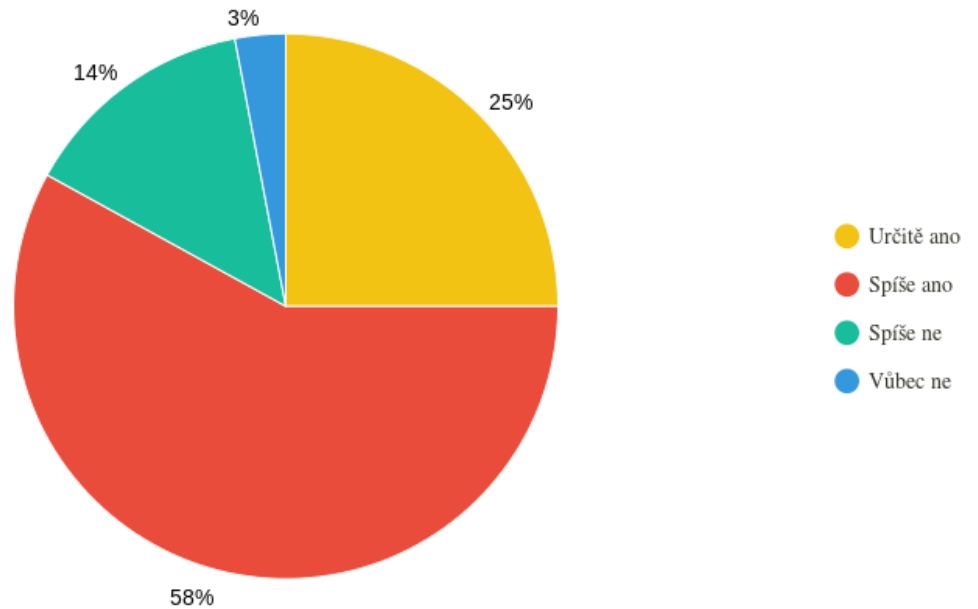
**Otázka č. 6: Pociťujete v současné době omezení v oblasti sexuálního života?**



Obr. 6 Omezení klientů v oblasti sexuálního života

Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvedlo, že určitě pociťuje omezení v oblasti sexuálního života 5 (14 %) klientů, 8 (22 %) klientů uvedlo, že spíše pociťuje omezení v oblasti sexuálního života. 12 (33 %) nemocných uvedlo, že spíše nepociťuje omezení a 11 (31 %) respondentů odpovědělo, že vůbec nepociťuje omezení v oblasti sexuálního života.

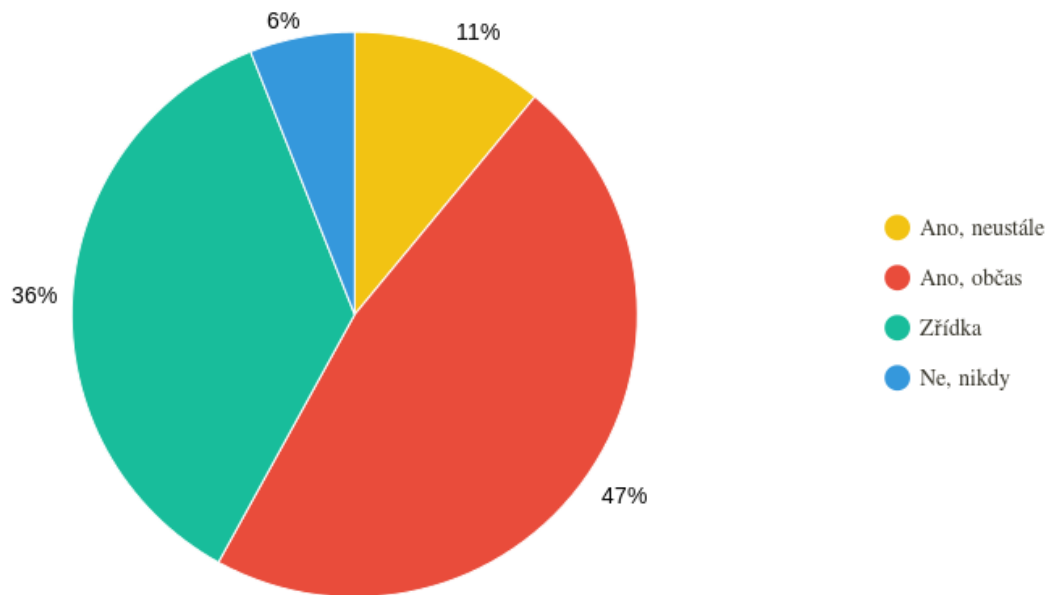
### Otázka č. 7: Jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?



Obr. 7 Schopnost vykonávat každodenní aktivity

Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvedlo 9 (25 %), že je určitě schopno vykonávat každodenní aktivity. 21 (58 %) klientů uvedlo, že je spíše schopno vykonávat každodenní aktivity. 5 (14 %) nemocných uvedlo, že spíše není schopno vykonávat každodenní aktivity a pouze 1 (3 %) respondent odpověděl, že vůbec není schopen vykonávat každodenní aktivity.

**Otázka č. 8: Máte problémy v důsledku obtíží spojených při využívání volného času a vykonávání zájmových aktivit či sportování?**

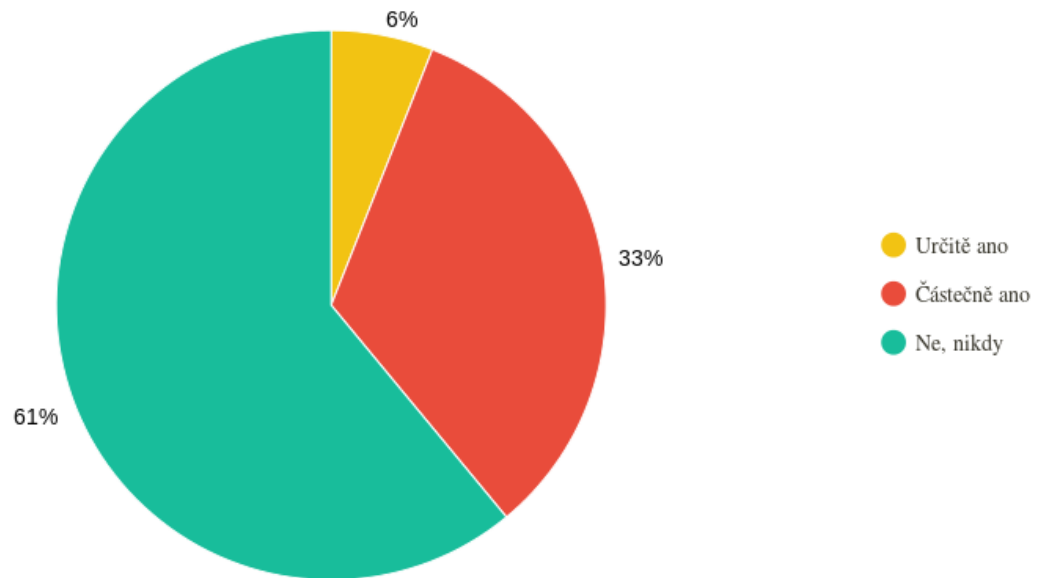


Obr. 8 Problémy klientů při využívání volného času v důsledku obtíží spojených s chorobou

Obrázek 8 znázorňuje, jak často mají nemocní s Crohnovou chorobou obtíže při využívání volného času. Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvedlo 4 (11 %) klientů, že má v důsledku choroby neustále problémy při využívání volného času. 17 (47 %) klientů uvedlo, že má občas problémy. 13 (36 %) nemocných uvedlo, že problémy s využíváním volného času má jen zřídka a 2 (6 %) klientů uvedlo, že nikdy.



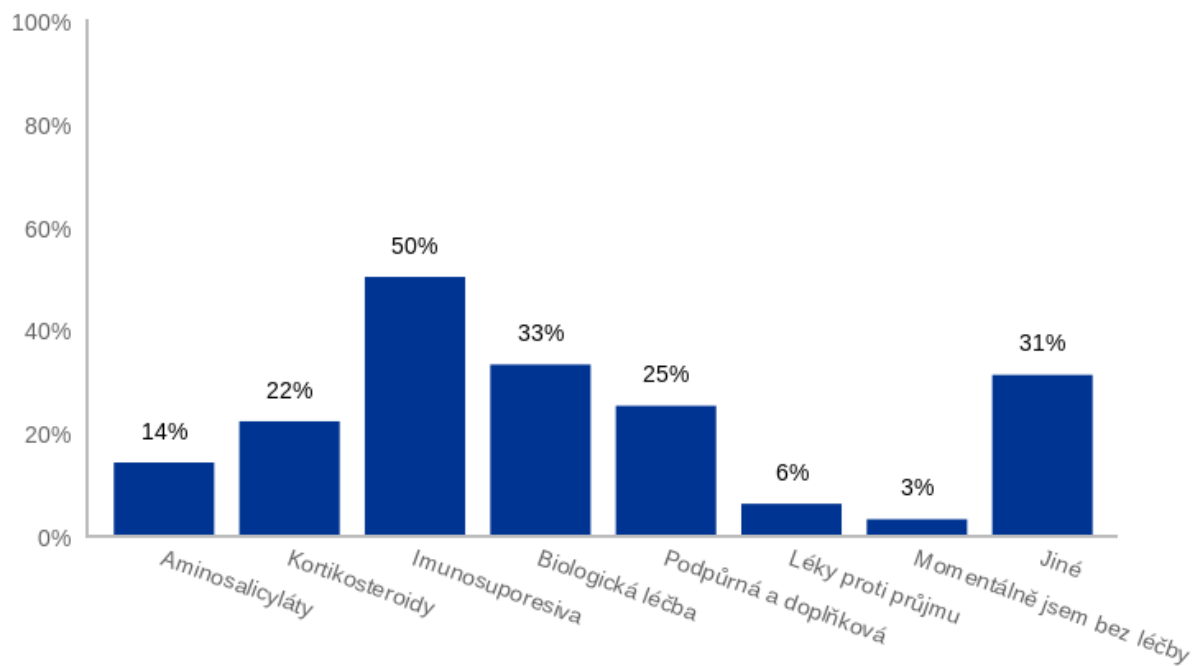
**Otázka č. 9: Jste momentálně v důsledku svého onemocnění nucen/a omezit kontakty s okolím?**



Obr. 9 Omezení kontaktů klientů s okolím v důsledku choroby

Obrázek 9 znázorňuje, zda museli klienti s Crohnovou chorobou v důsledku obtíží spojených s nemocí omezit kontakty s okolím. Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů odpovědělo 22 (61 %) klientů, že nikdy nemuselo omezit kontakty s okolím. Jen 2 (6 %) respondenti museli určitě omezit kontakty s okolím. Pouze částečně muselo omezit kontakty s okolím 12 (33 %) nemocných.

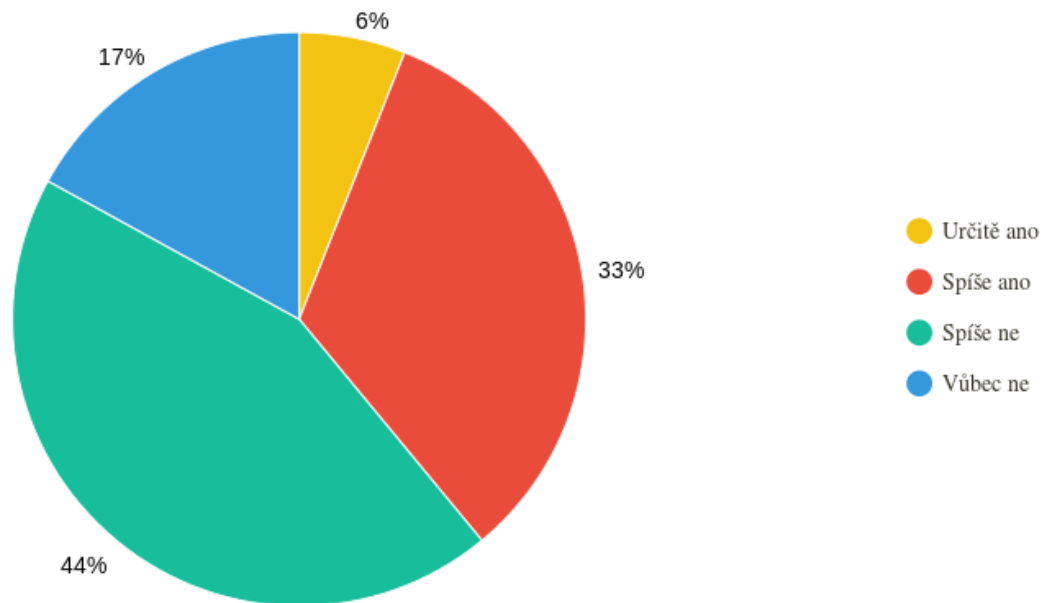
**Otázka č. 10: Jaký způsob léčby Crohnovy choroby v současné době užíváte?  
(zakroužkujte 1 nebo více odpovědí)**



Obr. 10 Nejčastější způsob léčby užívaný klienty

V otázce č. 10 mohli respondenti zvolit více odpovědí. Nejvíce respondentů odpovědělo imunosupresiva - 16krát. Další zvolenou odpovědí byly aminosalicyláty - 5krát, další uvedenou odpovědí byly kortikoidy- 8krát, odpověď léky proti průjmu byla zvolena – 2krát a 1krát byla zvolena odpověď momentálně jsem bez léčby. Odpověď biologická léčba byla zvolena - 12krát. Klienti, kteří ji zvolili byli požádáni, aby specifikovali, o jakou biologickou léčbu se jedná. Celkem 8krát byla uvedena odpověď Humira, další odpovědí bylo Remicade, celkem 2krát. 1krát bylo uvedeno Remsina a 1krát bylo uvedeno, že čeká na nastavení léčby. V odpovědi jiné byli klienti požádáni, aby specifikovali, co užívají. 1krát bylo uvedeno Tramadol, DHC continuous 120 mg a antidepresiva. 2krát bylo uvedeno konopí. V odpovědi podpůrná a doplňková terapie byli klienti též požádáni, aby doplnili, o jakou terapii se jedná. probiotika. byla uvedena - 14krát, enterální výživa byla uvedena- 3krát, substituční terapie byla uvedena – 2krát. 1krát byla uvedena kombinace enterální výživy, antibiotik a probiotik. 2 krát byla uvedena kombinace enterální výživy a probiotik a 1krát byla uvedena kombinace antibiotik a probiotik.

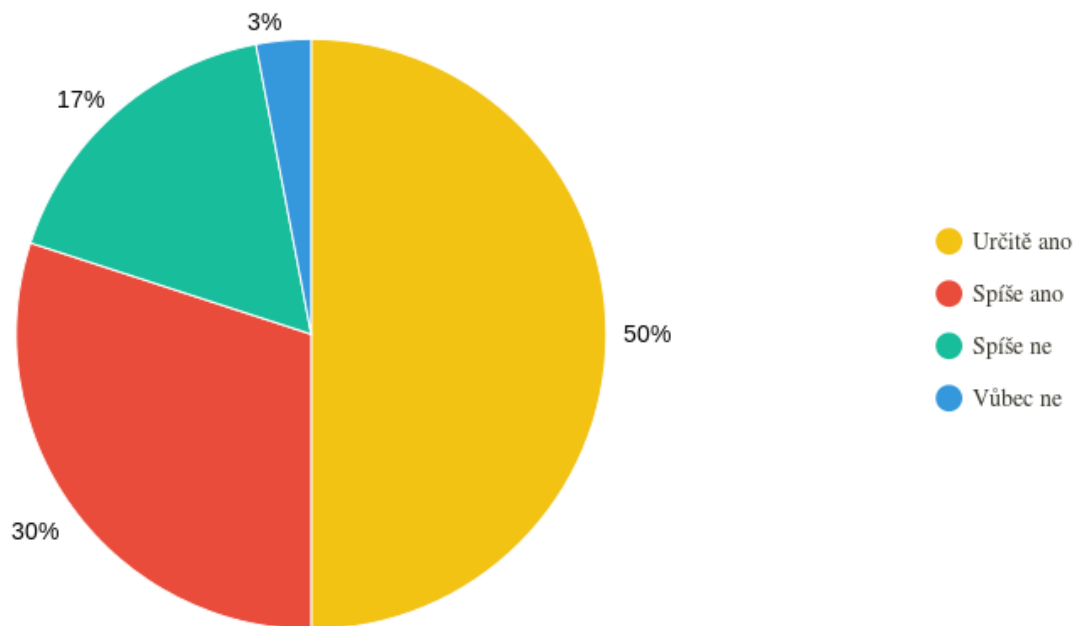
**Otázka č. 11: Cítíte se být omezen/a z důvodu této léčby?**



Obr. 11 Omezení klientů v důsledku léčby

Na obrázku 11 je vidět, zda se klienti s Crohnovou chorobou cítí omezení z důvodu léčby nemoci. Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů se cítí určitě omezeno 2 (6 %) klientů. Spíše omezeno se cítí 12 (33%) klientů. Spíše nepocítuje omezení spojené s léčbou 16 (44 %) respondentů. Vůbec nepocítuje omezení 6 (16 %) nemocných.

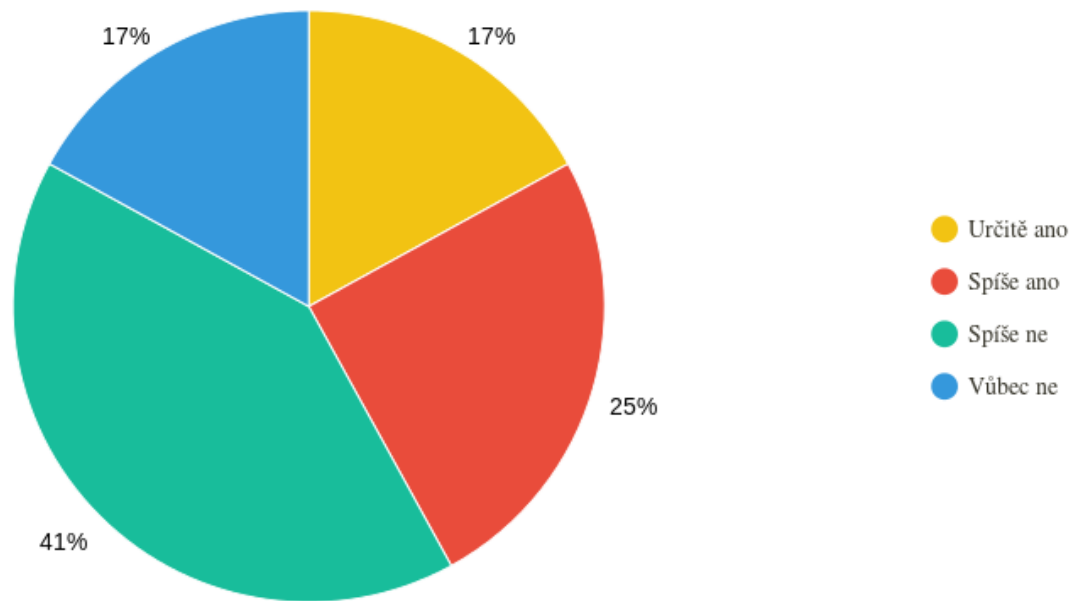
### Otázka č. 12: Ovlivňuje stravování průběh Vaší nemoci?



Obr. 12 Vliv stravování klientů na průběh choroby

Na obrázku 12 je vidět vliv stravování klientů na průběh choroby. Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvádí 18 (50 %) klientů, že stravování určitě má vliv na průběh jejich choroby. Spíše pocítuje vliv stravování na průběh nemoci 11 (30 %) respondentů, spíše ho nepocítuje 6 (17 %) klientů a pouze 1 (3 %) respondent uvedl, že stravování vůbec nemá vliv na průběh jeho nemoci.

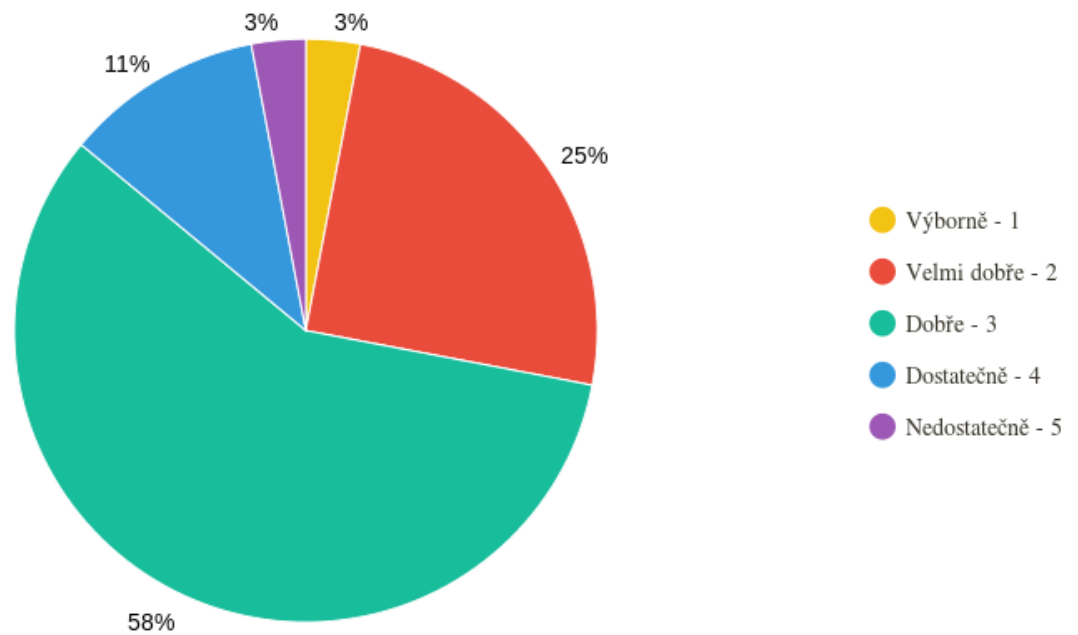
**Otázka č. 13: Cítíte omezení z důvodu častých návštěv u svého gastroenterologa?**



Obr. 13 Pocity omezení klientů z důvodu častých návštěv svého gastroenterologa

Obrázek 13 ukazuje pocity omezení klientů z důvodu častých návštěv gastroenterologa. Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvádí 6 (17 %) klientů, že se určitě cítí omezeno. Spíše omezeno se cítí být 9 (25 %) nemocných s Crohnovou chorobou. Spíše necítí omezení 15 (41 %) klientů a vůbec žádné omezení uvádí 6 (17 %) respondentů.

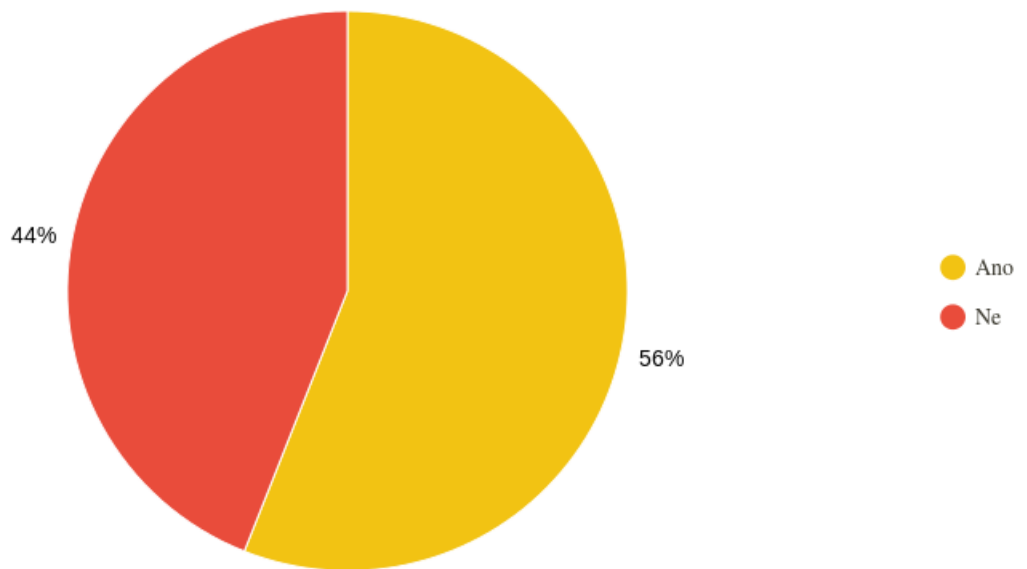
**Otázka č. 14: Jak hodnotíte kvalitu svého života? (Prosím vyhodnoťte jako ve škole)**



Obr. 14 Hodnocení kvality života klientů

Z obrázku 14 vyplývá, že z celkového počtu 36 (100 %) hodnotí svou kvalitu života jako výbornou 1 (3 %) klientů, velmi dobrou kvalitu života uvádí 9 (25 %) klientů. Jako dobrou označilo svoji kvalitu života 21 (58 %) respondentů. 4 (11 %) klientů hodnotí svou kvalitu života jako dostatečnou a 1 (3 %) respondentů ji hodnotí jako nedostatečnou.

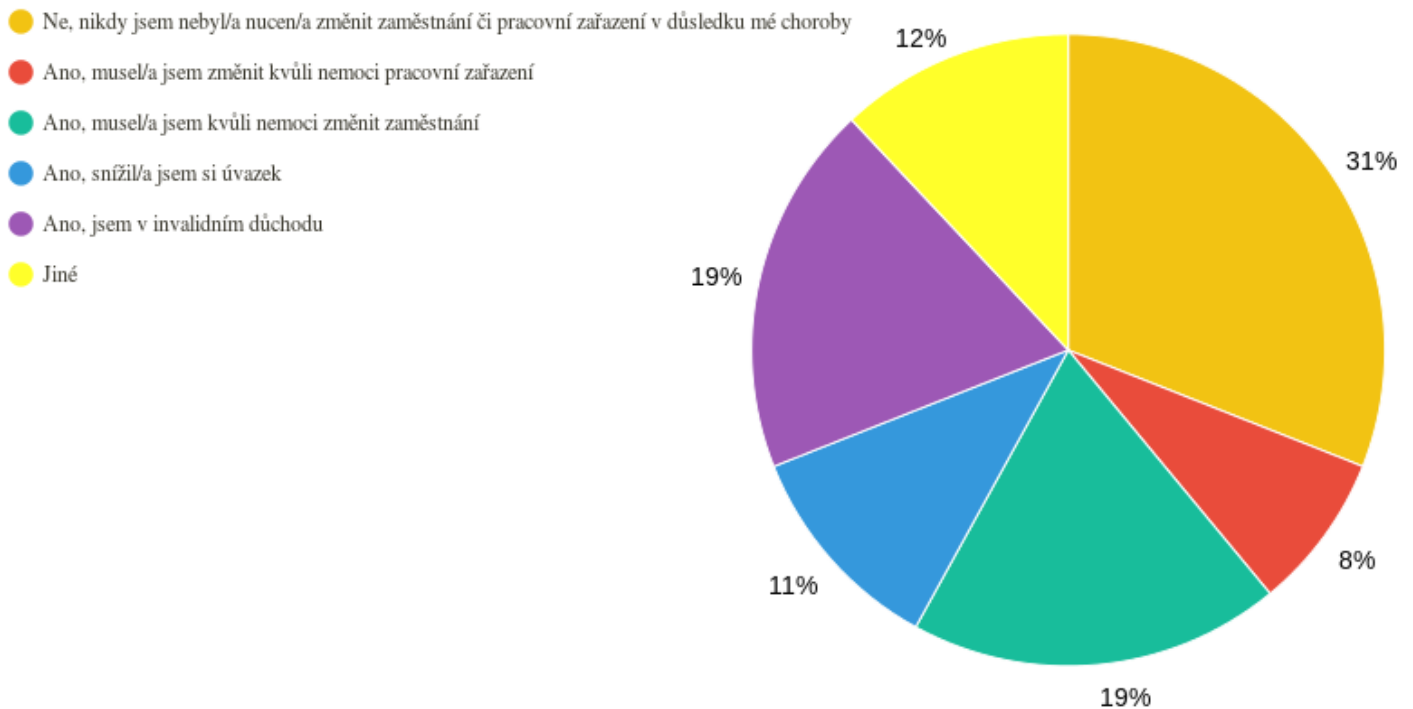
**Otázka č. 15: Bojíte se, že přijdete o zaměstnání v důsledku obtíží?**



Obr. 15 Obavy klientů ze ztráty zaměstnání v důsledku obtíží spojených s chorobou

Z obrázku 15 je patrné, že z celkového počtu 36 (100 %) respondentů s Crohnovou chorobou má 22 (56 %) klientů obavy ze ztráty zaměstnání v důsledku obtíží spojených s nemocí. Strach ze ztráty zaměstnání v důsledku obtíží spojených s nemocí nemá 14 (44 %) respondentů.

**Otázka č. 16: Ovlivnila Vás Vaše nemoc natolik, že jste byl/a někdy nucen/a změnit zaměstnání či pracovní zařazení?**

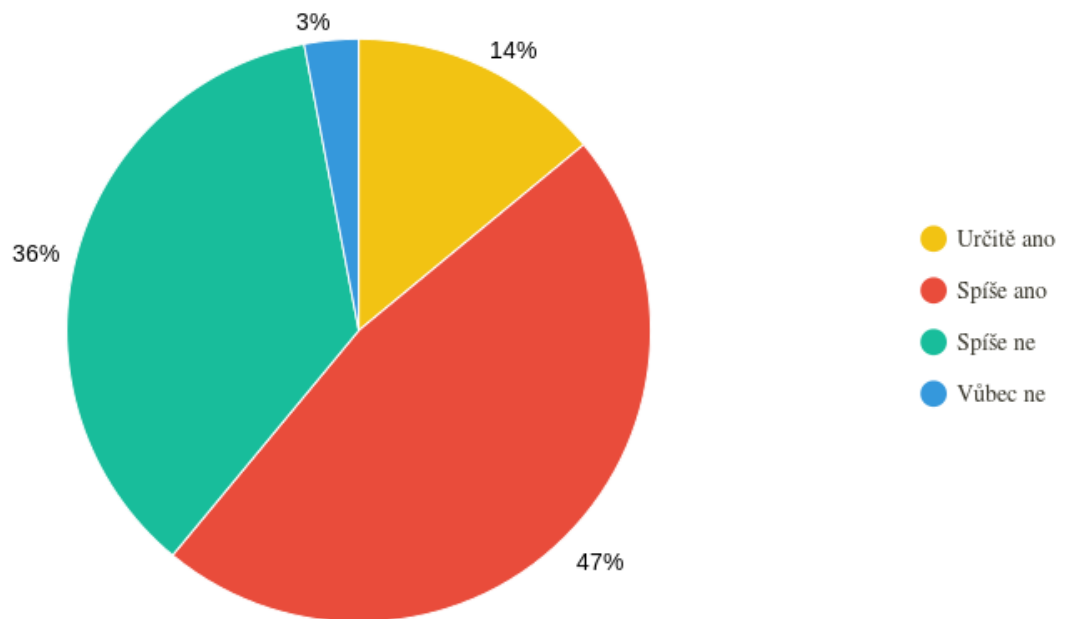


Obr. 16 Vliv choroby klientů na zaměstnání

Na obrázku 16 je vidět, že Crohnova choroba má vliv na zaměstnání nemocných. Pouze 11 (31 %) respondentů uvedlo, že nikdy nemuseli kvůli chorobě změnit zaměstnání ani pracovní zařazení. 3 (8 %) klientů uvádí, že muselo kvůli nemoci změnit pracovní zařazení, 7 (19%) klientů uvedlo, že je v invalidním důchodu, 7 (19 %) respondentů muselo změnit zaměstnání a 4 (11 %) klientů si snížilo úvazek. 4 (11 %) respondentů zvolilo otevřenou variantu, kde doplnili následující odpovědi: studuji, začal jsem podnikat, student gymnázia, student, ale nemusela jsem kvůli nemoci změnit školu.



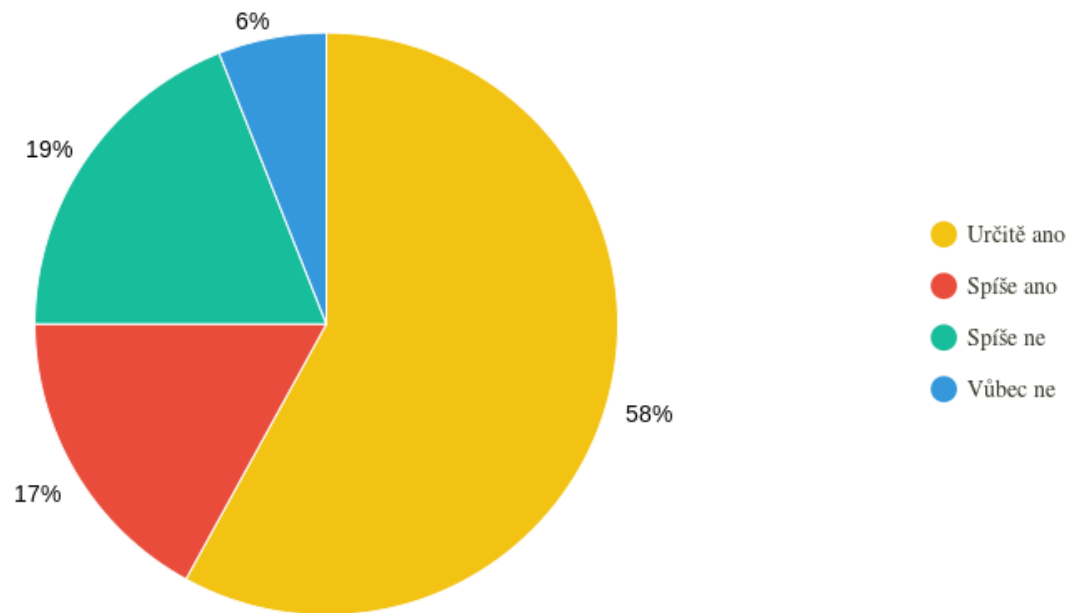
**Otázka č. 17: Ovlivňuje onemocnění Vaši spokojenost se životem?**



Obr. 17 Vliv choroby na spokojenost klientů se životem

Na obrázku 17 je vidět vliv choroby na spokojenost se životem. Z celkového počtu 36 (100 %) respondentů uvedlo 5 (14 %) klientů, že choroba určitě má vliv na jejich spokojenost se životem. 17 (47 %) klientů spíše pocítuje vliv nemoci na spokojenost se životem, 13 (36 %) klientů ho spíše nepocítuje a pouze 1 (3 %) respondent uvedl, že nemoc vůbec nemá vliv na jeho spokojenost se životem.

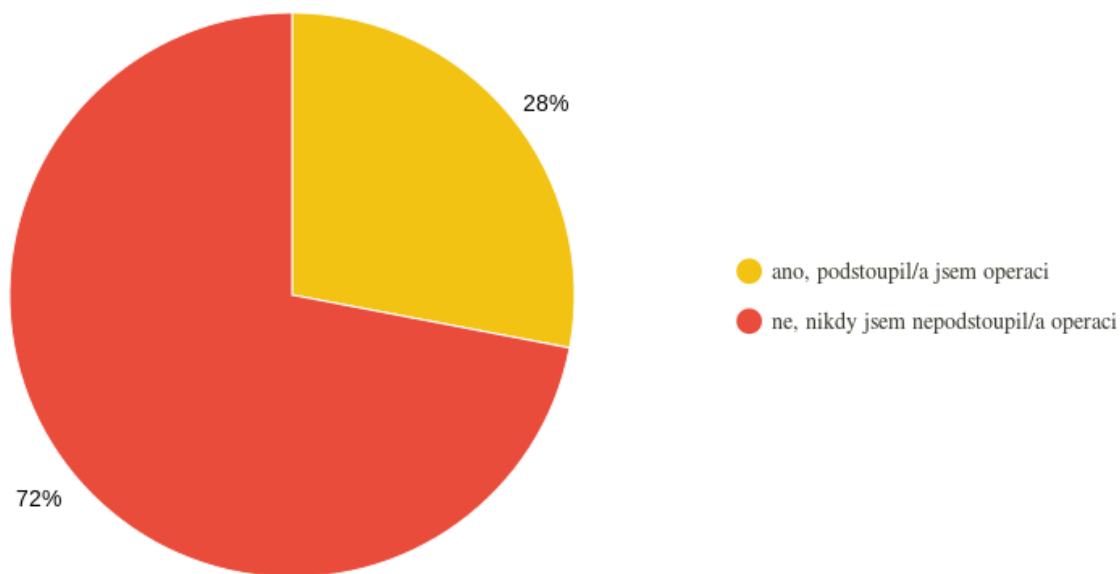
**Otázka č. 18: Máte obavy z možné operace?**



Obr. 18 Obavy klientů z možné operace

Obrázek 18 ukazuje obavy respondentů z možné operace. Z celkového počtu 36 (100 %) uvedlo 21 (58 %) respondentů, že určitě má obavy z možné operace. 6 (17 %) klientů spíše má obavy z operace, 7 (19 %) spíše nemá a 2 (6 %) vůbec nemá obavy z operace.

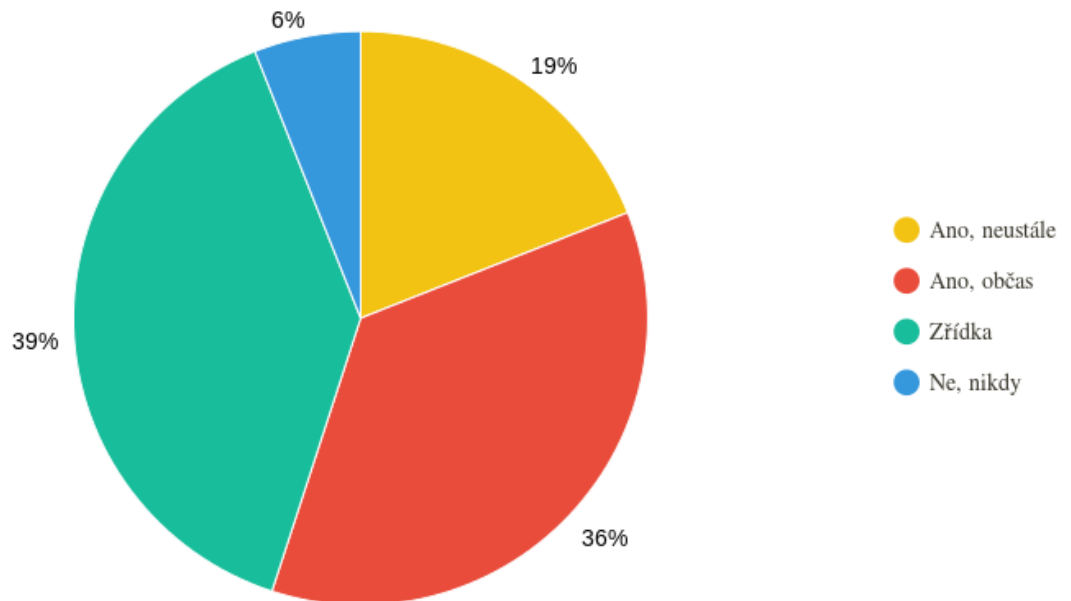
**Otázka č. 19: Musel/a jste v souvislosti s Vaší nemocí již někdy podstoupit operaci?**



Obr. 19 Poměr klientů, kteří nikdy nepodstoupili operaci a klientů, kteří ji již někdy podstoupili

Na obrázku 19 je vidět kolik respondentů již podstoupilo operaci. Z celkového počtu 36 (100 %) uvedlo 26 (72 %) klientů, že nikdy nemuseli podstoupit operaci v souvislosti s Crohnovou nemocí. Celkem 10 (28 %) klientů již někdy operaci podstoupilo. Klienti byli požádáni, aby specifikovali, o jakou operaci se jednalo. Odpovědi byly takovéto: 1 (3 %) respondent odpověděl operaci dvanáctníku, 1 (3 %) klient uvedl resekci sigmoidea 1999, 1 (3 %) respondent uvedl píštěle mezi tenkým a tlustým střevem, 1 (3 %) klient uvedl odnětí části tenkého střeva, 1 (3 %) klient uvedl recta, 1 (3 %) 2x na tlustém střevě, 1 (3%) klient uvedl perianální píštěle, 1 (3 %) klient uvedl na tenkém střevě a teď mám dočasnou ileostomii a 2 (6 %) respondenti nespécifikovali o jakou operaci se jednalo.

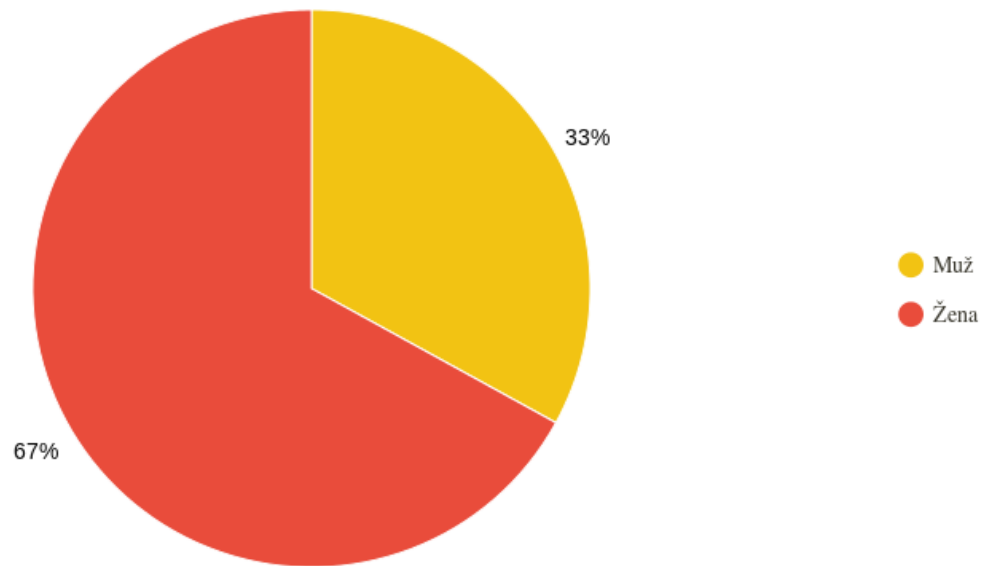
**Otázka č. 20: Jak často máte v současné době strach, že nenajdete toaletu?**



Obr. 20 Strach klientů z nenalezení toalety

Obrázek 20 znázorňuje strach respondentů z nenalezení toalety. Nejméně klientů, 2 (6 %) odpovědělo, že nikdy nemají strach z nenalezení toalety. Naopak nejvíce respondentů 14 (39 %) uvedlo, že tento strach mívá zřídka. Občas ho má 13 (36 %) nemocných a neustále ho vnímá 7 (19 %) klientů.

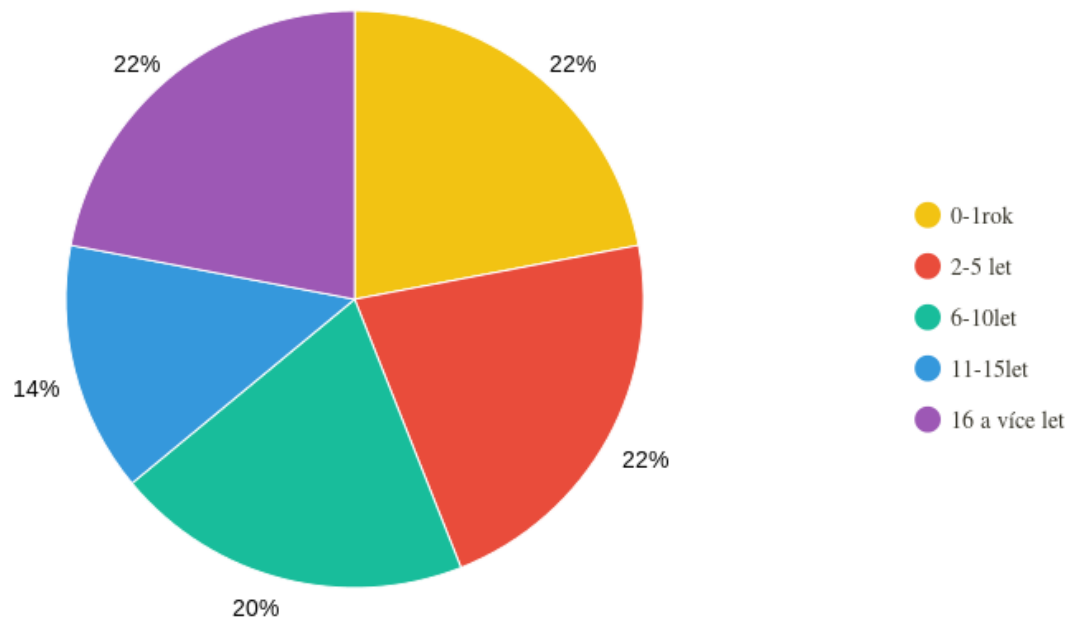
**Otázka č. 21: Jaké je Vaše pohlaví?**



Obr. 21 Pohlaví klientů

Obrázek 21 ukazuje poměr pohlaví respondentů. Větší část respondentů tvoří ženy 24 (67 %). Mužů bylo ve výzkumném vzorku 12 (33 %).

**Otázka č. 22: Jak dlouho se léčíte s Crohnovou chorobou?**



Obr. 22 Délka léčby klientů s Crohnovou chorobou

Na obrázku 22 je vidět jak dlouho se respondenti léčí s Crohnovou chorobou. 0-1 rok se léčí 8 (22 %) respondentů, stejně tak 2-5 let. 6-10 let se léčí 7 (20 %) klientů, 11-15 let 5 (14 %) a 16 a více let 8 (22 %).

## 6 Diskuze

V této části budou představeny výsledky výzkumné části bakalářské práce. Odpovědi na výzkumné otázky byly získávány pomocí dotazníku vytvořeného pro tuto práci. Cílenými otázkami se snažím zjistit vliv choroby na sociální život pacientů, vnímání kvality jejich života s ohledem na to, jak dlouho se s Crohnovou chorobou léčí a zda jsou momentálně ve stadiu klinické remise či relapsu.

Svou práci jsem srovnávala s prací Pavly Štéblové s názvem *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou* z roku 2014. V jejím výzkumném vzorku bylo celkem 64 respondentů (100%). Šetření probíhalo v nemocnici krajského typu, na chirurgickém i interním oddělení, v okresní nemocnici též na chirurgickém i interním oddělení, na sociální síti a na stránkách [ww.crohn.cz](http://www.crohn.cz). Pro výzkum použila 21 otázek ze standardizovaného dotazníku WHOQOL, které doplnila 5 vlastními otázkami.

Další porovnávanou prací byla bakalářská práce Kristýny Krbákové z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*. K analýze dat použila 80 dotazníků distribuovaných na gastroenterologické a chirurgické klinice ve FN Brno Bohunice, mezi přáteli a rodinnými příslušníky. Pro výzkum použila vlastní dotazník inspirovaný standardizovaným dotazníkem IBDQ a zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL. Studentka rozdala celkem 95 dotazníků, vrátilo se jí 85 (89 %) z nichž musela 5 (6 %) vyřadit kvůli nedostatečnému vyplnění údajů.

Také jsem porovnávala s disertační prací Gabalce *Kvalita života u nemocných s Crohnovou chorobou* z roku 2009. Do sledování byli zařazeni pacienti z gastroenterologického oddělení nemocnice v Ústí nad Orlicí a II. interní kliniky FN Hradec Králové.

Poslední porovnávanou prací byla diplomová práce Michaely Vepřovské z Univerzity Palackého v Olomouci *Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba*. K výzkumnému šetření použila 60 dotazníků. Větší část výzkumu byla realizována ve FN Olomouc a část v gastroenterologické poradně v Nemocnici Písek, a.s. K šetření použila vlastní dotazník.

## **Výzkumná otázka č. 1: Je vnímání kvality života s Crohnovou chorobou rozdílné s délkou léčby?**

Touto otázkou se v dotazníku zabývaly otázky 14, 17, 21 a 22.

V otázce č. 14 „*Jak hodnotíte kvalitu svého života? (Prosím vyhodnoťte jako ve škole)*“ nejvíce respondentů, tj. 21 (58 %) uvedlo, že hodnotí svoji kvalitu života *dobře* - 3, 9 (25 %) respondentů odpovědělo *velmi dobře*, 4 (11 %) respondenti odpověděli *dostatečně*, *výborně* hodnotí svoji kvalitu života pouze 1 (3 %) a nedostatečně hodnotí svoji kvalitu života též 1 (3 %) respondent. Srovnatelné odpovědi na otázku ohledně vnímání kvality života nemocných hodnotila ve své práci i studentka Krbálková. Na tuto otázku uvádí jako nejčastější odpověď respondentů prostřední možnost „*ani dobrá ani špatná*“.

Na otázku č. 17 „*Jak moc ovlivňuje onemocnění Vaší spokojenost se životem?*“ odpovědělo nejvíce klientů, tj. 17 (47 %) *spíše ano*, druhou nejčastější odpovědí, kterou uvedlo 13 (36 %) respondentů byla *spíše ne*, třetí nejčastější odpovědí byla *určitě ano*, uvedlo ji 5 (14 %) nemocných. Pouze 1 (3 %) odpověděl *vůbec ne*. Štéblová se ve své práci ptá na podobnou otázku: Do jaké míry je Váš život smysluplný? Nejvíce klientů 28 (44 %) odpovědělo *mírně*, druhou nejčastější odpovědí byla *velmi* 25 (39 %). Z toho lze usuzovat, že určitou měrou onemocnění Crohnova choroba ovlivňuje spokojenost se životem u většiny nemocných.

Dle odpovědí na otázku č. 21 „*Jaké je Vaše pohlaví?*“ se výzkumu zúčastnilo 24 (67 %) žen a 12 (33 %) mužů. Srovnatelný procentuální poměr žen a mužů se zúčastnil i výzkumu Štéblové. Z 64 (100 %) respondentů bylo 39 (61 %) žen a 25 (39 %) mužů. Naopak více mužů 43 (54 %) ve svém výzkumném vzorku měla Krbálková. Z porovnání hodnocení kvality života mezi muži a ženami ve sledovaném vzorku, kdy je průměrné hodnocení mužů 2, 83 a hodnocení žen 2,88 (na škále od 1 do 5, přičemž 5 je nedostatečná kvalita) vyplývá, že muži i ženy vnímají svou kvalitu života přibližně stejně. To potvrzuje i výzkum Gabalce provedený v rámci disertační práce, jehož závěrem bylo to, že vliv pohlaví na vnímání kvality života je na hranici statistické významnosti.

Otázkou č. 22 „*Jak dlouho se léčíte s Crohnovou chorobou?*“ jsem se snažila zjistit, zda doba, jakou se klienti léčí s nemocí má vliv na vnímání kvality jejich života. Délka léčby choroby patrně neovlivňuje subjektivní vnímání kvality života klientů nijak výrazně. Nejlepší průměrné hodnocení kvality života s hodnotou 2,13 udávala skupina pacientů, kteří se léčí 2-5



let, celkem 8 (22 %). Průměrné hodnocení u dalších skupin je srovnatelné. U pacientů, kteří se léčí 0-1 rok, celkem 8 (22 %) a 16 a více let, celkem 8 (22%) bylo průměrné hodnocení shodně 3,0. U klientů, kteří se léčí s nemocí 6-10 let, celkem 7 (20 %) je průměrné hodnocení 3,14 a u skupiny respondentů, kteří se léčí 11-15 let, celkem 5 (14 %) je průměrné hodnocení 3,2. Bakalářské práce Štěblové ani Krbálkové a diplomová práce Vepřoskové nenabízí srovnání délky léčby nemoci s hodnocením kvality života. Krbálková však ve své práci pomocí dotazníku šetří délku onemocnění. Její vzorek respondentů je poněkud odlišný. 16 a více let se s chorobou léčí pouze 1 (0,8 %) pacient, 14 (18 %) respondentů se léčí v krátké době do 11 měsíců.

**Výzkumná otázka č. 2: Uvádí pacienti v období klinické aktivity nemoci (relapsu), že mají sníženou kvalitu života proti pacientům, kteří jsou v období klinické remise?**

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 1, 14, 17

V otázce č. 1 *V jakém stádiu se dle klinických příznaků momentálně nachází Vaše onemocnění?* jsem se snažila zjistit v jakém stádiu onemocnění se respondenti nachází. Ve stavu klidném, ve stádiu *remise (klidném bezpříznakovém období)* se nacházelo 22 (61 %) respondentů. 14 (39 %) respondentů bylo v období *relapsu (ve stádiu obtíží nemoci s příznaky)*. Klienti v relapsu hodnotili kvalitu svého života o něco hůře, průměrné hodnocení (na škále od 1 do 5, přičemž 5 je nedostatečná kvalita) bylo 3,3. Zatímco u klientů v remisi bylo průměrné hodnocení 2,8. Podobné složení respondentů měla ve své práci i Krbálková, ve stádiu remise bylo 59 % respondentů a 41 % respondentů bylo v období relapsu). Také se snažila zjistit, zda respondenti v období relapsu udávají nižší kvalitu života. 29 (36 %) udávalo *dobrou* kvalitu života. Tento výsledek potvrzuje i výzkum provedený Gabalcem v rámci jeho disertační práce. Na základě zjištěných údajů uvádí, že kvalita života je významně ovlivněna aktivitou nemoci ve všech doménách obecného i specifického dotazníku.“

V otázce č. 14 *„Jak hodnotíte kvalitu svého života? (Prosím vyhodnoťte jako ve škole)“* (viz výše)

Otázka č. 17 *„Jak moc ovlivňuje onemocnění Vaši spokojenost se životem?“* (viz. výše)

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaká omezení a problémy ovlivňují život pacientů s Crohnovou chorobou nejvíce?**

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 19

Otázka č. 2 *Jakými projevy v souvislosti s Vaší nemocí trpíte aktuálně nejčastěji? (zaškrtněte jednu nebo více odpovědí)* V této otázce jsem zjišťovala, jaké projevy se u respondentů objevují nejčastěji. Respondenti mohli zvolit více odpovědí na tuto otázku. Nejčastějším střevním projevem nemoci byl průjem, který uvedlo 23 (64 %) respondentů. U mimostřevních byla nejčastějším projevem únava, kterou uvedlo 28 (78 %) klientů. V práci Krbáلكové uvedli klienti stejné nejčastější střevní i mimostřevní projevy.

Otázka č. 3 *„Máte v současné době problémy se spánkem? (Například dlouho usínáte, často se v noci budíte, po probuzení se necítíte dostatečně odpočatí)“* Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že klienti spíše nejsou spokojeni se svým spánkem. 11 (31 %) respondentů odpovědělo, že určitě má problémy se spánkem a 14 (39 %) uvedlo, že spíše má obtíže se s pánkem. Proti tomu v práci studentky Štéblové uvedlo 8 (13 %) respondentů, že je velmi spokojeno a 44 %, že je spokojeno se svým spánkem. Odlišné hodnocení klientů může být způsobeno rozdílným výzkumným vzorkem a také jeho odlišným rozsahem. Vzorek Štéblové čítal 64 (100 %) respondentů.

Otázka č. 4 *„Pociťujete nějaká omezení spojená s Vaší chorobou ve Vašem společenském životě? (např.: návštěva divadla, restaurace, koncertu aj.)“* Na tuto otázku odpovědělo 10 (28 %) respondentů určitě ano stejný počet odpověděl spíše ano. Na stejnou otázku se ve své diplomové práci ptala i Michaela Vepřovská se srovnatelnými výsledky.

Otázka č. 5 *„Pociťujete nějaká omezení spojená s Vaší chorobou v osobním (partnerském) životě?“* Omezení v této oblasti pociťuje určitě 5 (14 %) respondentů. Spíše ho pociťuje 12 (33 %) klientů. Podobné výsledky výzkumného šetření měly i studentky Krbáلكová a Štéblová.

Otázka č. 6 *„Pociťujete v současné době omezení v oblasti sexuálního života?“* Z odpovědí respondentů na tuto otázku vyplývá, že respondenti spíše nepociťují vliv Crohnovy choroby na sexuální život a nenarušuje tak jejich intimní partnerský život. Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo, že choroba spíše neovlivňuje jejich sexuální život, celkem 12 (33 %) odpovědí a druhou nejčastější odpovědí s 11 (31 %) byla, že choroba vůbec neovlivňuje sexuální život klientů. 8 (22 %) klientů uvedlo, že nemoc spíše má vliv na tuto stránku života a 5 (14 %)

klientů, že ji choroba určitě ovlivňuje. Z dat studentky Štéblové také vyplynulo, že klienti s Crohnovou chorobou jsou se svým sexuálním životem spokojeni a nemoc jej výrazně nenarušuje.

Otázka č. 7 „*Jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?*“ Většina respondentů 21 (58 %) uvedlo, že spíše je schopno vykonávat každodenní aktivity. 9 (25 %) uvedlo, že určitě je schopno vykonávat každodenní aktivity. To je pozitivním zjištěním proti datům studentky Štéblové, která uvádí jako nejčastější odpověď na otázku „*Jak jste spokojen/a s Vaší schopností vykonávat každodenní činnosti?*“ ani spokojen, ani nespokojen. Otázka č. 8 „*Máte problémy v důsledku obtíží spojených při využívání volného času a vykonávání zájmových aktivit či sportování?*“ Krbálková se respondentů ptala, zda mají možnost věnovat se svým zálibám. Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů, celkem 25 (31 %), většinou ano.

Otázka č. 9 „*Jste momentálně v důsledku svého onemocnění nucen/a omezit kontakty s okolím?*“ Z výsledků je patrné, že většina respondentů nemusí v důsledku choroby omezovat kontakty s okolím, což je pozitivním zjištěním. 22 (61 %) klientů uvedlo, že nikdy nemusí omezit kontakty s okolím, 12 (33 %) jen částečně a pouze 2 (6 %) uvedlo, že je určitě nuceno omezovat kontakty s okolím. Odpověď na tuto otázku zjišťovala ve své práci i Krbálková. Nejvíce respondentů 32 (40 %) z jejího výzkumného vzorku uvedlo, že museli omezit kontakty s okolím *trochu*.

Otázka č. 12 „*Ovlivňuje stravování průběh Vaší nemoci?*“ Vliv stravovacích návyků byl další položkou v dotazníkovém šetření. Zjišťovala jsem, zda má stravování klientů vliv na jejich onemocnění. Přesně polovina, 18 (50 %) respondentů, uvádí, že stravování určitě má vliv na průběh choroby a 11 (31 %) uvádí, že spíše ano. 6 (17 %) respondentů uvedlo, že stravování vliv spíše nemá a jen 1 (3 %), že vůbec ne. Krbálková se ve svém dotazníkovém šetření ptala klientů, zda museli změnit stravování kvůli nemoci a 36 (45 %) odpovědělo, že ano. Z toho je tedy zřejmé, že dieta má na průběh nemoci vliv.

Otázka č. 13 „*Cítíte omezení z důvodu častých návštěv u svého gastroenterologa?*“ 6 (17 %) klientů uvedlo, že je časté návštěvy gastroenterologa určitě zatěžují a 9 (25 %) uvedlo, že je tyto návštěvy spíše zatěžují. Pocit, že je návštěvy neomezují má 15 (42 %) respondentů. Vůbec žádné zatížení nevnímá 6 (17 %) klientů. V práci Vepřovské uvedlo u preventivních 46 (77 %) osob, že je vůbec nezatěžují. 11 (18 %) respondentů uvedlo, že je tyto prohlídky

zatěžují jen mírně, 2 (3 %) klientů zatěžují středně silně a pouze 1 (2 %) se cítí být prohlídkami zatížen velmi silně. To je poněkud odlišný výsledek.

Otázka č. 15 „*Ovlivnila Vás Vaše nemoc natolik, že jste byl/a někdy nucen/a změnit zaměstnání či pracovní zařazení?*“ 11 (31 %) respondentů uvedlo, že nikdy nebylo nuceno kvůli nemoci měnit zaměstnání či pracovní zařazení. 7 (19 %) klientů uvedlo, že je v invalidním důchodu. Proti tomu ve výzkumném vzorku Vepřovské bylo 31 (52 %) respondentů v částečném nebo invalidním důchodu.

Otázka č. 16 „*Bojíte se, že přijdete o zaměstnání v důsledku obtíží?*“ 20 (56 %) respondentů uvedlo, že má obavu ze ztráty zaměstnání v důsledku nemoci a 14 (44 %) uvedlo, že tuto obavu nemá. Vepřovská se v dotazníku respondentů ptá na vliv choroby na jejich pracovní či studentský život. Středně velký vliv uvádí nejvíce klientů, celkem 28 (47 %).

Otázka č. 18 „*Máte obavy z možné operace?*“ Většina 21 (58 %) klientů obavy z možné operace určitě má a 6 (17 %) je spíše má. Jen 2 (6 %) klientů je vůbec nemá a 7 (19 %) je spíše nemá. Stejnou otázku položila respondentům i Krbálková. Z jejího vzorku 80 (100 %) respondentů nikdy nemá strach z operace 9 (11 %) klientů.

Otázka č. 19 „*Museli jste v souvislosti s Vaší nemocí již někdy podstoupit operaci?*“ Operaci nikdy nemuselo podstoupit 26 (72 %). 10 (28 %) klientů již někdy operaci podstoupilo. V otevřené odpovědi, kde měli klienti uvést o jakou operaci se jednalo se odpovědi různily, 2 (6 %) nespecifikovalo o jakou operaci se jednalo. Na stejnou otázku se klientů dotazovala i Vepřovská. 36 (60 %) respondentů nikdy nepodstoupilo operaci. 24 (40 %) klientů již někdy podstoupilo operaci ve spojitosti s nemocí. Tato studentka Univerzity Palackého v Olomouci se dotazovala i na to, o jakou operaci se jednalo. Zvolila však uzavřené odpovědi a to stomie, resekce, ileoplastika.

Otázka č. 20 „*Jak často máte v současné době strach, že nenajdete toaletu?*“ Z odpovědí respondentů na tuto otázku vyplývá, že strach z nenalezení toalety je pro klienty s Crohnovou chorobou aktuálním tématem. 7 (19 %) respondentů odpovědělo, že strach z nenalezení toalety mají neustále. 13 (36 %) uvedlo, že mají strach z nenalezení toalety občas a 14 (39 %) má tento strach zřídka. Proti tomu 24 (30 %) respondentů výzkumného vzorku Krbálkové uvedlo, že nikdy není znepokojeno strachem z nenalezení toalety a jen 5 (6 %) pacientů je tímto strachem znepokojeno neustále.

**Výzkumná otázka č. 4: Cítí se být respondenti s biologickou léčbou více omezeni než pacienti, kteří ji nepodstupují?**

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 10 a 11

V otázce č. 10 „*Jaký způsob léčby Crohnovy choroby v současné době užíváte? (označte 1 nebo více odpovědí)*“ uvedlo 12 (33 %) z celkového počtu respondentů 36 (100 %), že užívá biologickou léčbu. Vepřovská uvádí, že biologickou léčbu podstupuje 16 (27 %) respondentů.

V otázce č. 11 „*Cítíte se být omezen/a z důvodu této léčby?*“ odpovídali klienti užívající biologickou léčbu takto: 6 (17 %) uvedlo, že se cítí spíše neomezeno z důvodu této léčby. Spíše omezeno se cítí 5 (14 %), 1 (3 %) se cítí určitě omezen. Žádný klient neuvedl, že se vůbec necítí omezen z důvodu biologické léčby. Vepřovská se ve svém dotazníku ptá, zda se klienti cítí být zatíženi léčebnými modalitami. U preventivních prohlídek uvedlo 46 (77 %) osob, že je vůbec nezatěžují. U medikace uvedlo 40 (67 %) klientů, že je vůbec nezatěžuje.

## 7 Závěr

Cílem mé práce bylo zmapovat aktuální situaci ve vnímání kvality života klientů s Crohnovou chorobou. Výzkumnou metodou bylo dotazníkové šetření a to pomocí dotazníku vlastní tvorby (viz. příloha), inspirovaném standardizovaným dotazníkem IBDQ. Z výzkumu je patrné, že kvalita života pacientů je touto chorobou poznamenána. Klienti vnímají změny v interpersonální, sexuální i pracovní oblasti.

Hlavním přínosem této práce je realizovaný průzkum jehož předmětem bylo zjistit, jaká omezení mají vliv na subjektivní vnímání kvality života klientů nejvíce. Výsledky jsou podrobně popsány a porovnávány s pracemi, které se zabývají stejným tématem.

Z výsledků šetření vyplývá, že větší část klientů má obavy, že v důsledku obtíží spojených s nemocí přijde o zaměstnání. To je nepříznivé zjištění vzhledem k tomu, že povolání je velmi důležitou rolí v životě každého. Srovnatelných výsledků ve svém výzkumu dosáhla i Vepřovská ve své diplomové práci. Na této oblasti života klientů je tedy třeba pracovat, zejména se snažit zvýšit povědomí o nemoci a tím i například pochopení zaměstnavatelů. Pozitivním zjištěním však určitě bylo to, že kvalitu života v porovnání s podobnými výzkumy vedenými v dřívějších letech udávají pacienti mírně lepší. Průměrné hodnocení výzkumného vzorku bylo 2,86, kdy hodnocení 1 znamená kvalitu výbornou a 5 nedostatečnou. Ve výzkumném vzorku Krbálkové bylo průměrné hodnocení kvality života o něco horší - 3,24 (hodnocení 1 znamená velmi dobrou kvalitu života a hodnocení 5 velmi špatnou kvalitu života).

Obavy z operace v důsledku obtíží spojených s Crohnovou nemocí mají klienti stále stejnou. 21 (58 %) uvedlo, že z možné operace určitě strach má. To potvrzují i výsledky odpovědí na stejnou otázku studentky Krbálkové. Z jejího vzorku 80 (100 %) respondentů uvedlo nejvíce klientů, že mají strach z operace alespoň někdy. Odpovědělo tak 37 (47 %) respondentů.

Ve výzkumu se také ukázalo, že strava klientů značně ovlivňuje obtíže spojené s nemocí a proto jsem se rozhodla vytvořit stručný leták (viz. příloha) o bezezbytkové dietě, která se doporučuje při tomto onemocnění nejčastěji

Závěrem bych chtěla dodat, že přes veškerou zdravotní péči a snahu pacientů i jejich rodin je Crohnova choroba znatelnou překážkou v životě pacientů, která brání v plnohodnotném

prožívání života. A je to právě výzkum kvality života, který může pomoci odhalit jejich problémy, což je prvním krokem k jejich řešení. Pokud chceme pomoci, nesmíme se zaleknout například i toho, že pacienti s touto nemocí jsou někdy nepřístupní a neradi o ní a problémech s ní spojených hovoří. Je třeba mít takt a cit. Pacientům může pomoci rodina a také kontakt mezi sebou. Obtíže se lépe snáší pokud vědí, že v dané situaci nejsou samotní.

## Citovaná literatura

- BORTLÍK, Martin et. al. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. [Online] 2010. [Citace: 4. 3. 2016.] [http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brozura\\_dospeli\\_2.pdf](http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brozura_dospeli_2.pdf).
- CUMMINGS, J. R. Fraser, Satish KESHAV and Simon P. L. TRAVIS,. Medical management of Crohn's disease. *US National Library of Medicine*. [Online] 2008. [Citace: 19. 3. 2016.] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376027/>.
- ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha : Galén, 2009. str. 111. ISBN 9788072626007.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva. Nemoc a kvalita života. *ZDN*. [Online] 2006. [Citace: 31. 3. 2016.] <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383>.
- FIOCCHI, Claudio. Inflammatory bowel disease: Etiology and pathogenesis. *www.gastrojournal.org*. [Online] 1998. [Citace: 13. 3. 2016.] [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(98\)70381-6/fulltext#Familial and genetic factors](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(98)70381-6/fulltext#Familial%20and%20genetic%20factors).
- GABALEC, Libor. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika,. *Interní medicína pro praxi*. [Online] 2009. [Citace: 13. 3. 2016.] <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>.
- GABALEC, Libor. Kvalita života u Crohnovy nemoci. *Folia Gastroenterologica et Hepatologica*. [Online] 2007. [Citace: 29. 3. 2016.] <http://www.pro-fovia.org/files/1/2007/2/gabalec.pdf>.
- GABALEC, Libor. *Kvalita života u nemocných s Crohnovou chorobou*. Hradec Králové, 2009. 135 s. : Univerzita Karlova v Praze, Katedra interních oborů Lékařské fakulty Hradec Králové. Školitel prof. MUDr. Jan Bureš, CSc.
- HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha : Mladá fronta a.s., 2013. s. 267. ISBN: 978-80-204-2806-6.
- KLENER, Pavel. 2006. *Vnitřní lékařství*. 3., přepr. a dopl. vyd. Praha : Karolinum, 2006. str. 1158. ISBN 80-246-1252-6.
- KMENT, Milan. Idiopatické střevní záněty v graviditě. *Interní medicína pro praxi*. [Online] 2008. [Citace: 29. 3. 2016.] <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/07/04.pdf>.
- KOHOUT, Pavel a Jaroslava, PAVLÍČKOVÁ. 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha : Forsapi, 2006. s. 74. ISBN 978-80-9038-200-8.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Sestra (Grada), 2009. str. 176. ISBN 978-80-247-2713-4.



LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. s. 380. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, Milan. Možnosti medikamentózní léčby IBD. *Interní medicína pro praxi*. [Online] 2011. [Citace: 8. 3. 2016.] <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2011/11/02.pdf>.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha : Galén, 2009. s. 416. ISBN 978-80-246-1717-6.

PINTÉROVÁ KOLESÁROVÁ, Martina. *Fertilita u idiopatických střevních zánětů*. Hradec Králové, 2009. 86 s. : Univerzita Karlova v Praze, Katedra interních oborů Lékařské fakulty Hradec Kárlové. Školitel prof. MUDr. Jan Bureš, CSc.

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR, a Petr SVAČINA. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. s. 380. ISBN 80-247-1367-5.

SVITKOVÁ, Veronika a Lukáš KOBER. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *Sestra*. [Online] 2014. [Citace: 29. 3. 2016.] Veronika Svitková, PhDr. Lukáš Kober,.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. s. 284. ISBN 978-80-247-1148-5.

ZÁDOROVÁ, Zdena. 2011. Léčba extraintestinálních manifestací. *Interní medicína pro praxi*. [Online] 2011. [Citace: 24. 3. 2016.] <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2012/01/02.pdf>.

ZBOŘIL, Vladimír, Milan DASTYCH a Lucie PROKOPOVÁ. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2012. s. 208. ISBN 978-80-204-2656-7.

## **Seznam příloh**

Příloha A: Bestův index hodnocení aktivity onemocnění - CDAI index

Příloha B: Dotazník

Příloha C: Leták o stravování pro pacienty s Crohnovou chorobou – praktický výstup práce

## Příloha A

Tab. 1 - Bestův index aktivity Crohnovy nemoci. (Zbořil, 2012, s. 67)

1	<b>Průjem</b>	Počet řídkých stolic během posledních 7 dnů				x 2
2	<b>Bolesti břicha</b>	Součet bolestí břicha během posledních 7 dnů				x 5
		0 = žádné	1 = slabé	2 = výrazné	3 = silné	
3	<b>Celkový stav</b>	Součet za posledních 7 dnů				x 7
		0 = dobře	1 = skoro dobře	2 = špatně	3 = velmi špatně 4 = hrozně	
4	<b>Mimostřevní projevy</b>	Iritida, uveitida:		Artritida, artralgie:		x 20
		ano = 1	ne = 0	ano = 1	ne = 0	
		Erythema nodosum:		Fissura ani, fistula, absces:		
		ano = 1	ne = 0	ano = 1	ne = 0	
		Pyoderma gangrenosum:		Jiné fistule:		
		ano = 1	ne = 0	ano = 1	ne = 0	
		Stomatitis aphtosa:		Febrilie:		
		ano = 1	ne = 0	ano = 1	ne = 0	
5	<b>Potřeba antidiaroidik</b>	ano = 1		ne = 0		x 30
6	<b>Rezistence v břiše</b>	0 = žádná		1 = nejistá	2 = jistá	x 10
7	<b>Hematokrit</b>	Muži: 47 – skutečný hematokrit				x 6
		Ženy: 42 – skutečný hematokrit				
8	<b>Hmotnost</b>	1 – hmotnost reálná/hmotnost standardní x 100				
	<b>SOUČET</b>					

Součet bodů CDAI	Aktivita
<150	Remise
150–220	Mírná aktivita
220–450	Střední aktivita
>450	Vysoká aktivita

## Příloha B Dotazník

Vážená paní/ vážený pane,

jmenuji se Barbora Midlochová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: „**Život pacientů s Crohnovou chorobou**“. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a získané výsledky budou použity pouze pro mé studijní účely. Zaškrtněte prosím **jednu možnou** odpověď, pokud **nebude uvedeno jinak**.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu spolupráce.

1. V jakém stádiu se dle klinických příznaků momentálně nachází Vaše onemocnění?
  - a) Remise (klidné, bezpříznakové období)
  - b) Relaps (ve stadiu obtíží nemoci s příznaky)
2. Jakými projevy v souvislosti s Vaší nemocí trpíte aktuálně nejčastěji? (zaškrtněte jednu nebo více odpovědí):

STŘEVNÍ:

- a) Průjem
- b) Zácpa
- c) Tenesmy (nucení na stolicí bez uspokojivého vyprázdnění)
- d) Bolest břicha

CELKOVÉ:

- e) Zvýšená tělesná teplota
  - f) Únava
  - g) Bolest kloubů
  - h) Nechutenství
  - i) Úbytek na váze
3. Máte v současné době problémy se spánkem? (Například dlouho usínáte, často se v noci budíte, po probuzení se necítíte dostatečně odpočatí)
    - a) Určitě ano
    - b) Spíše ano
    - c) Spíše ne
    - d) Vůbec ne

4. Pociťujete nějaká omezení spojená s Vaší chorobou ve Vašem společenském životě? (např.: návštěva divadla, restaurace, koncertu aj.)
- a) Určitě ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Vůbec ne
5. Pociťujete nějaká omezení spojená s Vaší chorobou v osobním (partnerském) životě?
- a) Určitě ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Vůbec ne
6. Pociťujete v současné době omezení v oblasti sexuálního života?
- a) Určitě ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Vůbec ne
7. Jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?
- a) Určitě ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Vůbec ne
8. Máte problémy v důsledku obtíží spojených při využívání volného času a vykonávání zájmových aktivit či sportování?
- a) Ano, neustále
  - b) Ano, občas
  - c) Zřídka
  - d) Ne, nikdy
9. Jste momentálně v důsledku svého onemocnění nucen/a omezit kontakty s okolím?
- a) Určitě ano
  - b) Částečně ano
  - c) Ne, nikdy

10. Jaký způsob léčby Crohnovy choroby v současné době užíváte? (zakroužkujte 1 nebo více odpovědí)

- a) Aminosalicyláty
- b) Kortikosteroidy
- c) Imunosupresiva
- d) Biologická léčba (jaká) .....
- e) Podpůrná a doplňková (prosím upřesněte)
  - I. enterální výživa (prochází trávicím ústrojím)
  - II. parenterální výživa (podání výživy skrze žilní řečiště)
  - III. substituční výživa
  - IV. antibiotika
  - V. probiotika
- f) Léky proti průjmu
- g) Momentálně jsem bez léčby
- h) Jiné (uved'te prosím) .....

11. Cítíte se být omezen/a z důvodu této léčby?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Vůbec ne

12. Ovlivňuje stravování průběh Vaší nemoci?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Vůbec ne

13. Cítíte omezení z důvodu častých návštěv u svého gastroenterologa?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, vůbec

14. Jak hodnotíte kvalitu svého života? (Prosím vyhodno'te jako ve škole)

- a) Výborně - 1
- b) Velmi dobře - 2
- c) Dobře - 3
- d) Dostatečně - 4
- e) Nedostatečně - 5

15. Bojíte se, že přijdete o zaměstnání v důsledku obtíží?

- a) Ano
- b) Ne

16. Ovlivnila Vás Vaše nemoc natolik, že jste byl/a někdy nucen/a změnit zaměstnání či pracovní zařazení?
- a) Ne, nikdy jsem nebyl/a nucen/a změnit zaměstnání či pracovní zařazení v důsledku mé choroby
  - b) Ano, musel/a jsem změnit kvůli nemoci pracovní zařazení
  - c) Ano, musel/a jsem kvůli nemoci změnit zaměstnání
  - d) Ano, snížil/a jsem si úvazek
  - e) Ano, jsem v invalidním důchodu
  - f) Pobírám starobní důchod
  - g) jiné .....
17. Ovlivňuje onemocnění Vaší spokojenost se životem?
- a) Určitě ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Vůbec ne
18. Máte obavy z možné operace?
- a) Určitě ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Vůbec ne
19. Musel/a jste v souvislosti s Vaší nemocí již někdy podstoupit operaci?
- a) ne, nikdy jsem nepodstoupil/a operaci
  - b) ano, podstoupil/a jsem operaci (uveďte prosím jakou).....
20. Jak často máte v současné době strach, že nenajdete toaletu?
- a) Ano, neustále
  - b) Ano, občas
  - c) Zřídka
  - d) Ne, nikdy
21. Pohlaví
- a) Žena
  - b) Muž
22. Jak dlouho se léčíte s Crohnovou chorobou?
- a) 0-1rok
  - b) 2-5 let
  - c) 6-10let
  - d) 11-15let
  - e) 16 a více let

## **Příloha C Leták o stravování pro pacienty s Crohnovou chorobou**

### **Crohnova nemoc a strava**

Vážená paní, vážený pane,

leták, který právě držíte v ruce, obsahuje stručné informace o stravování s nemocných s Crohnovou chorobou. Stravování je součástí léčebného režimu a je dobré jej konzultovat s Vaším gastroenterologem či nutriční sestrou.

Výživa a snášenlivost potravin je u pacientů s Crohnovou chorobou velmi individuální a nelze ji zcela zobecnit. Dietní opatření jsou odlišná u pacientů v období klidu (ve fázi remise) a v období akutního vzplanutí (ve fázi relapsu).

**Období remise** – není nutné striktní omezení a speciální diety. Důležité je držet se v podstatě zásad zdravé životosprávy. Strava by tedy měla být energeticky a biologicky plnohodnotná, pestrá, lehce stravitelná a příjem v několika menších porcích (5-6 denně). Jako zdroj energie jsou preferovány škroby a je kladen důraz na dostatečný příjem kvalitních bílkovin (zejména dobře stravitelná masa jako drůbež a ryby, dále vejce a mléko - netrpí-li nemocný zároveň intolerancí laktózy) Doporučuje se omezit jídla dráždivá a pálivá (chilli apod.), alkohol, kávu a ve větší míře jídla nadýmavá. Co se přípravy jídla týče, je lépe preferovat vaření, přípravu v páře a dušení před grilováním a smažením. Dostatečný pitný režim je samozřejmostí. Všechno však **záleží na individuální snášenlivosti**.

**Období relapsu** – v této fázi se nejčastěji přistupuje k tzv. bezezbytkové dietě. Ta je složena z potravin, které zanechávají ve stolici velmi málo zbytků a nedráždí tak stěnu střeva. V praxi to znamená, že se ze stravy vyloučí nerozpustná vláknina např. celozrnné výrobky, většina syrové zeleniny a ovoce se slupkou, luštěniny apod. Dále nejsou vhodná jídla s velkým obsahem nasycených tuků. Naopak se hodí do stravy přidat potraviny obsahující více bílkovin, sacharidy s vysokým obsahem škrobů (ideální jsou těstoviny a rýže), železo, vápník, vitamín C a B-komplex a probiotika (preparáty obsahující mikroorganismy zlepšující střevní mikroflóru). Nedoporučují se



také sycené a příliš horké či ledové nápoje. Samozřejmostí je též pravidelné stravování, v klidu.

Potraviny vhodné při bezsezbytkové dietě:

- Masa: nejvhodnější jsou masa z mořských ryb, dále sladkovodní ryby bez kůže, kuřecí, krůtí, králičí, telecí maso.
- Pečivo: večky, bílý chléb, bílé pečivo, moučníky z piškotového těsta
- Ovoce: kompotované ovoce bez slupek, banány, podušená oloupaná jablka
- Zelenina: mladá karotka, špenát, mladé kedlubny vždy nadrobno nastrohat a technologicky dobře upravit. Za syrova se používají pouze zeleninové šťávy.
- Mléko a mléčné výrobky: kravské mléko - někdy není tolerováno, kysané mléčné výrobky jsou snášeny lépe, jogurty, tvarohové sýry
- Vejce (s mírou)

Dodržování vhodného stravování může být jednou z možností jak zkvalitnit život.

Tento informační leták byl zpracován jako součást bakalářské práce *Život pacientů s Crohnovou chorobou*

Vypracovala Barbora Midlochová 2016, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Kontakt: e-mail: midlozenka@seznam.cz

Vedoucí práce: Mgr. Hana Ochtinská

Zdroj: BORTLÍK, Martin et al. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. [Online] 2010. [Citace: 4. 5. 2016.] [http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brozura\\_dospeli\\_2.pdf](http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brozura_dospeli_2.pdf).