

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Veronika Musilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Adaptace nemocného na Crohnovu nemoc

Veronika Musilová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Musilová**
Osobní číslo: **Z14090**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Adaptace nemocného na Crohnovu chorobu**
Zadávající 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 stanovené 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/elektronická**

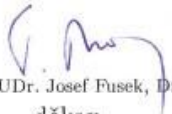
Seznam odborné literatury:

1. ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
3. NAVRÁTIL, Leoš. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 420 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
4. PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
5. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **21. července 2017**


prof. MUDr. Josef Fousek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Hráčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích 21. července 2017

Veronika Musilová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Haně Ochtinské za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování práce. Poděkování patří všem pacientům, kteří mají Crohnovou chorobu, za ochotu spolupracovat a poskytnutí rozhovorů.

ANOTACE

Bakalářská práce je napsána na téma „Adaptace nemocného na Crohnovu nemoc“. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je zaměřena na anatomii trávicího traktu, popis Crohnovi nemoci, její diagnostiku, léčbu, adaptaci po léčbě a potřeby člověka. V závěru teoretické části práce jsou uvedeny organizace pomáhající nemocným s idiopatickými střevními záněty. Výzkumná část je založena na kvalitativním výzkumu, který je zpracován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty s Crohnovou nemocí.

KLÍČOVÁ SLOVA

adaptace, crohnova nemoc, nemocný, potřeby, zdravotnické zařízení

TITLE

The adaptation of patients to Crohn's disease

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with „the adaptation of patients to Crohn's disease“. This work is divided into two main parts - the theoretical segment and the section of research. The theoretical part is focused on the anatomy of digestive system and a description of Crohn's disease, its diagnosis, treatment and adaptation after the treatment, and lastly on the needs of patients. Furthermore, at the end of this part are also mentioned organisations which help patients with idiopathic intestinal inflammation. The section of research is based on a qualitative research, that is drawn up by semi-structured interviews with patients who are under the treatment of Crohn's disease

KEYWORDS

adaptation, Crohn's disease, patient, needs, medical devices

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	11
ÚVOD	12
CÍLE PRÁCE.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu.....	14
2 Crohnova nemoc	17
2.1 Etiologie	17
2.2 Diagnostika	18
2.2.1 Laboratorní vyšetření.....	18
2.2.2 Zobrazovací metody	18
2.2.3 Endoskopické metody.....	19
3 Léčba Crohnovi nemoci.....	21
3.1 Medikamentózní léčba	21
3.1.1 Kortikosteroidy	21
3.1.2 Aminosalicyláty	21
3.1.3 Imunosupresiva.....	22
3.2 Chirurgická léčba	22
3.3 Dietní opatření.....	24
3.4 Biologická léčba.....	25
3.4.1 Indikace a kontraindikace k zahájení biologické léčby	26
4 Adaptace	27
4.1 Poruchy adaptace	28
4.2 Potřeby	28
4.2.2 Maslowova hierarchie potřeb.....	29
5 Organizace	31

II	VÝZKUMNÁ ČÁST	32
6	Kvalitativní výzkum	33
6.1	Polostrukturovaný rozhovor	33
6.2	Metodika výzkumu a sběru dat	34
6.3	Výzkumný vzorek	35
7	Prezentace výsledků.....	36
7.1	Anamnestické údaje	36
7.2	Biologické potřeby	39
7.3	Psychické potřeby	42
7.4	Sociální potřeby	45
	DISKUSE	48
	ZÁVĚR	53
	PŘÍLOHY	58

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 „Anamnestické údaje"	36
Tabulka 2 „Adaptace nemocných v oblasti biologických potřeb"	39
Tabulka 3 „ Adaptace nemocných v oblasti psychických potřeb"	42
Tabulka 4 „Adaptace nemocného v oblasti sociálních potřeb"	45

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

atd. – a tak dále

ASCA – protilátky proti Crohnově chorobě

BMI – body mass index

CCK – cholecystokinin, hormon napomáhající trávení

CT – počítačová tomografie

EFFCA – evropská organizace pomáhající lidem s nespecifickými střevními záněty

IBD – z anglického Inflammatory bowel disease (nespecifické chronické střevní záněty)

IgG – třída protilátek, ukazují stav imunitního systému

MCT – typ mastných kyselin

p- ANCA - typ protilátek

tj.- to je

z.s. – zapsaný spolek

ÚVOD

Crohnova choroba je idiopatický střevní zánět (IBD – inflammatory bowel diseases), objevující se spíše u mladých lidí mezi 20-30 rokem života a řadí se mezi tzv. civilizační nemoci. Největší výskyt onemocnění je v ekonomicky vyspělých zemích Evropy a Severní Ameriky. Dle nejnovějších statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) z roku 2013 dispenzarizováno v tomto roce v Pardubickém kraji 797 nemocných Crohnovou chorobou. Na území celé ČR bylo v tom stejném roce dispenzarizováno 20 444 klientů nemocných touto chorobou.

Nemoc může postihnout jakoukoliv část gastrointestinálního traktu, je chronická a s nejasnou příčinou. Onemocnění výrazně zasahuje do běžného života nemocných. Pro nemocného je složité se adaptovat na nevyčísitelnou nemoc s dlouhodobou medikací, u které se střídá období klidu (remise) a vzplanutí (relapsu). Při těžkém průběhu a komplikacích se přistupuje i k chirurgické léčbě, která je složitá, protože se nemoc může opět objevit jinde v trávicím traktu.

Bakalářská práce na téma „Adaptace nemocného na Crohnovu chorobu“ je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část je zaměřena na obecné informace o Crohnově nemoci, její příznaky, diagnostiku a možnost biologické léčby. Dále obsahuje anatomii a fyziologii tlustého střeva, adaptaci a oblasti potřeb u nemocného. Pro zajímavost jsou v závěru teoretické práce zmíněny organizace a sdružení fungující po celém světě pro lidi s nespecifickými střevními záněty. Ve výzkumné části zjišťuji anamnestické údaje, a jak se nemocní adaptovali na změny v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb. Byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Toto téma jsem si vybrala, protože v mém okolí začalo Crohnovou chorobou trpět čím dál více lidí, hlavně přátel v mém věku. Právě od těchto lidí vím, jak nemoc dokáže ze dne na den změnit člověku život a psychiku nemocného. Chtěla jsem zvýšit povědomí o tom, jak může být těžké zvyknout si na změnu životního stylu i u mladých lidí, pokud do života zasáhne chronické onemocnění.

CÍLE PRÁCE

Před samotným zpracováním práce byly stanoveny cíle bakalářské práce. Cíle byly pro přehlednost rozděleny na cíle teoretické části a cíle výzkumné části bakalářské práce.

Cíle teoretické části práce:

1. Vytvořit teoretický přehled o Crohnově nemoci a adaptaci.

Cíle výzkumné části práce:

1. Zjistit, jak se lidé adaptovali na Crohnovu nemoc v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb.
2. V jaké oblasti potřeb nejvíce negativně ovlivnila nemocného Crohnova nemoc.
3. Porovnat jak se lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním adaptovali na Crohnovu nemoc.

I TEORETICKÁ ČÁST

Tato část práce je zaměřena na teoretické poznatky o Crohnově nemoci, etiologii vzniku, její symptomy, diagnostika a druhy léčby. Je zde popsána anatomie gastrointestinálního traktu, jakým způsobem ovlivňují potřeby nemocného adaptační proces během onemocnění a jsou zde zmíněny také možnosti léčby. Závěr teoretické části je věnován organizacím, které se zabývají problematikou střevních onemocnění.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

Trávicí ústrojí je trubicový systém sloužící k chemickému a mechanickému zpracování potravy, vstřebávání živin a vyloučení odpadových produktů. Začíná dutinou ústní a končí řitním otvorem. Stěna každého dutého orgánu této soustavy se skládá ze sliznice, podslizničního vaziva, svalové vrstvy a povrchové vrstvy. (Fiala, 2015, s. 98)

Trávicí trubice začíná dutinou ústní (cavitas oris) a je ohraničená měkkým a tvrdým patrem, rty a tvářemi. Obsahem dutiny ústní jsou zuby, jazyk a drobné žlázy a vzadu pokračuje do hltanu. Mechanické zpracování potravy probíhá pomocí žvýkacích svalů. Žvýkáním je potrava drcena a míchána se slinami. Sliny se tvoří permanentně a jejich tvorba závisí na charakteru potravy. Během 24 hodin se vytvoří až 2 litry slin. Až je potrava dostatečně mechanicky zpracována dojde k polknutí. Posunem sousta dozadu vede k podráždění měkkého patra a kořene jazyka, a to vyvolá polykací reflex. (Dylevský, 2009, s. 311-312) (Mourek, 2012, s. 95-96)

Hltan (pharynx) je asi 12-15 cm dlouhá trubice, která v horní části navazuje na ústní a nosní dutinu a v dolním okraji hrtanu přechází do jícnu. Svalovina hltanu je tvořena příčně pruhovanými svaly, které vytvářejí svěrače a zdvihače hltanu. Svaly hltanu a měkkého patra se také podílí na polykání a mluvení. (Fiala, 2015, s. 102)

Jícen (oesophagus) je trubice spojující hltan se žaludkem. Začíná ve výši šestého krčního obratle a probíhá před krční a hrudní páteří a přes bránici se dostává do břišní dutiny, kde ústí do žaludku. Svalovina jícnu je v horní části tvořená příčně pruhovanými svaly a dolní třetina obsahuje pouze svalovinu hladkou, která se v místě přechodu do žaludku chová jako svěrač. (Dylevský, 2009, s. 321-322)

Žaludek (ventriculus) je vakovitý orgán ležící v levé brániční klenbě. Místo vstupu z jícnu se nazývá česlo (kardie). Další a největší část je tělo (corpus) a koncová část ústící do duodena (pylorus). Zajišťuje kromě mechanické úpravy potravy i chemické zpracování potravy. Stěna má mohutnou hladkou svalovinu a zvenku je obalen pobřišnicí (peritoneum). Žaludek obsahuje žlázy, které produkují základní složky žaludeční šťávy a hlenové žlázy tvořící ochranný hlen. Žaludeční šťávy se vytvoří asi 2 litry za 24 hodin. Tato šťáva zajišťuje vytvoření chymu (natráveniny). Obsahuje enzymy, štěpící bílkoviny na menší peptidy. Pepsiny se teprve v kyselém prostředí aktivují. Kyselost je způsobena kyselinou chlorovodíkovou (HCl) a ta je tvořena krycími buňkami žaludečních žlázek. Žaludeční sliznice produkuje také mucin, který odolává kyselému prostředí a tím chrání žaludeční sliznici před poškozením. (Dylevský, 2009, s. 322; Mourek, 2012, s. 97-98)

Dvanáctník (duodenum) přechází ohbím do tenkého střeva (lačník). Dle průběhu se rozlišuje rozšířený začátek (bulbus), sestupný úsek, do kterého ústí žlučový a vývod slinivky břišní, horizontální a vzestupný úsek kterým probíhá do lačníku. (Dylevský, 2009, s. 325)

Lačník (jejunum) a kyčelník (ileum) v sebe plynule přecházejí. Sliznice tvoří vysoké řasy a vybíhá v množství klků. Klky jsou pokryty střevními epitelovými buňkami (enterocyty) a mezi nimi endokrinní buňky produkující tkáňové hormony. Svalová vrstva je tvořena ze dvou vrstev hladké svaloviny, a to vnitřní cirkulární a zevní podélné. V tenkém střevě se chymus míchá s trávicími šťávami a žlučí a je promícháván kývavými a segmentačními pohyby, a nakonec je posunován pohyby peristaltickými. Do tlustého střeva se trávenina dostává ileocekálním svěračem. (Dylevský, 2009, s. 326)

Tlusté střevo má délku 1,5 - 1,8 metrů a dělí se na tračník (colon) a konečník (rectum). Podélná svalovina tračníku vytváří pruhy (taeniae). Mezi nimi se střevní stěna vyklenuje a tvoří tzv. haustra. Tračník se dělí na úseky – slepé střevo, vzestupný, příčný, sestupný tračník a esovitou kličku. Slepé střevo (caecum) je malý vakovitý začátek tlustého střeva, který je uložen v pravé jámě kyčelní. Tenké a tlusté střevo odděluje příčná řasa nazývaná

ileocekální (Bauhinova) chlopeň. Pod tímto spojením je malý červovitý výběžek, appendix vermiformis v jehož stěně je hojná lymfatická tkáň. Appendix bývá častým sídlem zánětu (appendicitis). Cékum a appendix jsou kryty peritoneem a jeho cévy probíhají v malém mezenteriu. (Dylevský, 2009, s. 327)

V tlustém střevě je tvořen především hlen, který podporuje hladký pohyb tráveniny. Tlusté střevo má skladovací funkci a reguluje objem vstřebávací kapacitou pro vodu. Pohyby střeva jsou charakterizovány posunem obsahu směrem k rektu. Ty jsou stimulovány nervy, chemickými látkami nebo mechanickými podněty (velikost objemu). K hormonům stimulující motilitu patří gastrin, sekretin a CCK (cholecystokinin). Velmi důležitou funkcí je resorpce vody a elektrolytů. (Mourek, 2012, s. 103)

2 CROHNOVA NEMOC

Crohnova nemoc, někdy nazývána jako Crohnova choroba, je autoimunitní zánětlivé onemocnění postihující celou trávicí trubici, nejčastěji tenké a tlusté střevo. Nemoc má širokou škálu projevů a její průběh je u každého jedince individuální. Pro průběh nemoci je typické střídání relapsu (tzv. vzplanutí) a remisí (tzv. klidné období). Z tohoto důvodu je obtížné předpovědět průběh, reakci na léčbu i komplikace onemocnění. U většiny pacientů se však při opětovném vzplanutí vyskytuje v místech původní lokalizace. Po chirurgické léčbě se objevuje nejčastěji těsně nad anastomózou. (Bortlík, 2010, s. 19-20)

Navrátil, 2008 definuje Crohnovu nemoc takto: „*Crohnova nemoc je chronický nespecifický zánět kterékoli části trávicí trubice, který má segmentární charakter a postihuje stěnu trávicí trubice transmurálně ve všech jejích vrstvách.*“ (Navrátil, 2008, s. 269)

Pro Crohnovu chorobu je typické, že zánět postihuje střevo do hloubky, a proto je zde sklon k píštělím a abscesům. Projevy nemoci se liší podle toho, jakou část trávicí trubice zánět postihl. Nejčastější umístění je na spojení tenkého a tlustého střeva a projevuje se bolestmi břicha, průjmy a hubnutím. Při lokalizaci na tlustém střevě jsou projevy bolesti břicha, občas krvavé průjmy, hnisavé projevy kolem konečníku a často mimostřevní projevy jako jsou záněty kloubů, rohovky a duhovky nebo erytém. Při postižení tenkého střeva se příznaky projevují bolestmi břicha, neprospíváním, hubnutím nebo chudokrevností. Neobjevují se zde mimostřevní projevy a průjmy, ale hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva. (Červenková, 2009, s. 9-15)

„*Na začátku mívá většina nemocných pouze zánětlivé změny na střevní sliznici, ale v dalších letech se přidružují takové, které vedou ke vzniku zúženin nebo píštělí.*“ (Červenková, 2009, s. 17)

2.1 Etiologie

Příčina nespecifických střevních zánětů není známa. V současnosti se vznik idiopatických střevních zánětů vysvětluje jako nepřiměřená reakce imunitního systému na některé bakterie uvnitř střeva. Je pravděpodobné, že ke vzniku zánětů přispívá genetická výbava jedince. Existuje i pravděpodobná souvislost, že vliv na vznik onemocnění má i změna životního stylu

a stravy. Nepříznivým, dlouho známým faktorem u Crohnovy choroby, je i kouření. (Červenková, 2009, s. 6; Šafránková, 2006, s. 230)

2.2 Diagnostika

Pro správnou diagnostiku onemocnění je důležitá podrobně odebraná anamnéza nemocného. Crohnova nemoc může být geneticky podmíněná, proto je významná i rodinná anamnéza. Diagnostika se opírá i o řadu pomocných vyšetření, která mohou diagnózu potvrdit. (Červenková, 2009, s. 31)

2.2.1 Laboratorní vyšetření

Základním vyšetřením krve je zjištění aktivity zánětu tvořící C-reaktivní protein, leukocytóza a sedimentace erytrocytů. Hodnotí se nutriční parametry, které pomáhají stanovit stupeň narušení výživy nemocného. Vyšetřuje se albumin, celková bílkovina, prealbumin a cholinesteráza. Dále se vyšetřují imunologické markery p-ANCA a ASCA. Tyto markery umožňují rozlišit Crohnovu nemoc od dalšího zánětlivého onemocnění střev nazývané ulcerózní kolitida. U Crohnovy nemoci je přítomno více protilátek ASCA. (Bortlík, 2010, s. 33)

Mikrobiologickým vyšetřením stolice lze odlišit infekční střevní onemocnění od idiopatických střevních zánětů. Provádí se vyšetření stolice k vyloučení bakteriální, virové nebo parazitární infekce ve střevě tzv. kalprotektinu. (Bortlík, 2010, s. 34)

2.2.2 Zobrazovací metody

Základní zobrazovací metodou je ultrasonografie břicha, kterou se zjišťují komplikace nemoci, kameny ve žlučníku i ledvinách a současně stav jaterního parenchymu. K vyšetření střev se využívá enteroklýza tj. rentgenové vyšetření střeva s kontrastní látkou. Při vyšetření se postupně zobrazují úseky tenkého a tlustého střeva umožňující identifikaci míst se zánětlivým postižením. Během vyšetření se hodnotí síla stěny event. zúžení střeva. (Červenková, 2009, s. 32)

Další zobrazovací metoda, která se využívá při diagnostice Crohnovi nemoci, je počítačová tomografie (CT). Jedná se o zobrazovací techniku, která je používána k získání nálezů na střevě po podání kontrastní látky. Na rozdíl od enteroklýzy umožňuje současně zobrazit postižení měkkých tkání, okolních orgánů v dutině břišní a zobrazit komplikace, zejména

píštěle a abscesy. V neposlední řadě mluvíme o magnetické rezonanci, která má podobné využití jako CT, ale nezatěžuje organismus nadměrným rentgenovým zářením. Často je aplikována především u mladých lidí a při opakovaném vyšetření v krátkém časovém sledu. (Červenková, 2009, s. 33)

2.2.3 Endoskopické metody

Nejčastější a nejpresnější endoskopickou metodou je kolonoskopie. K vyšetření se používá flexibilní endoskop, který má na svém konci umístěnou kameru. Lékař si může prostřednictvím endoskopu prohlédnout tlusté střevo a krátký úsek tenkého střeva zevnitř. Přístroj je zaveden konečníkem a pokračuje dále do střeva. Vyšetření umožňuje stanovení diagnózy a rozsahu nemoci, protože nabízí přímý pohled do střeva. Při vyšetření může být proveden odběr vzorku sliznice, který je dále podroben mikroskopickému prozkoumání. (Falt, 2015, s. 97)

Příprava na vyšetření spočívá v řádném vyprázdnění střev. Týden před výkonem je vhodné omezit zbytkovou stravu (ovoce se zrníčky, luštěniny, zelenina apod.). Den před kolonoskopií je nutné vypít speciální roztok makrogolu (Fortrans, Moviprep, apod.) nebo fosfátové činidlo. Toto projímadlo slouží k odstranění stolice a nestrávených zbytků ze střeva. V den vyšetření jsou povoleny pouze tekutiny a užití léků. Pacient je během vyšetření utlumen, ale zůstává při vědomí, aby mohl s lékařem spolupracovat. Délka vyšetření je individuální. Po výkonu se doporučuje klidový režim, v případě ambulantního vyšetření převoz domů v doprovodu jiné osoby. (Červenková, 2009, s. 31-37; Gabalec, 2009, s. 16-20; Falt, 2015, s. 97-100).

Při postižení tenkého střeva se kvůli nepřístupnosti do této oblasti gastrokopem a kolonoskopem využívá moderní metoda nazývaná kapslová enteroskopie. Vyšetření spočívá ve spolknutí malé kapsle s kamerou, která pořizuje záznamy, které jsou ukládány do čtecího zařízení. Po skončení vyšetření jsou záznamy vyhodnoceny počítačem. Výhodou je zobrazení i minimálních změn na tenkém střevě, které nejsou viditelné na CT ani magnetické rezonanci. Nevýhoda kapslové enteroskopie je nemožnost odebrání vzorku k případnému histologickému vyšetření. (Červenková, 2009, s. 32-34; Bortlík, 2010, s. 34-36)

2.3 Komplikace

Nejčastější lokální komplikací jsou píštěle, abscesy, stenózy a toxické megakolon, při kterém může dojít k perforaci střeva. Stenóza (zúžení) střeva se objevuje u 30 až 40% lidí s touto nemocí. Řešením stenózy je balónová dilatace střeva či resekce postiženého úseku. Perforace vzniká v případě proniknutí vředovitého defektu celou stěnou střeva. Tím vzniká píštěl a absces mimo střevní stěnu. Při této komplikaci se přistupuje k chirurgické resekcii postižené části střeva. (Lata, 2010, s. 99; Lukáš Karel, 2007, s. 127)

Vzdálené projevy komplikací vyvolává imunitní reakce organismu. Postihují pacienty se zánětem tlustého střeva. U pacientů se objevuje nodózní erytém – bolestivé zduřeniny podkoží a kůže objevující se většinou na bérkách. Vzniká v místě drobného poranění kůže a postupně se prohlubuje a zvětšuje. Vyříznutím by mohl vzniknout velký, nehojící se defekt. Dále mohou vznikat záněty spojivky a rohovky nebo velmi bolestivé záněty kloubů. Jedná se enteropatickou artritidu (akutní zánět nitrokloubní blány), která vede ke vzniku výpotku v kloubu. Obě výše zmíněné komplikace se dají hojit zcela bez následků. (Červenková, 2009, s. 25-29)

K dalším komplikacím může dojít díky špatnému vstřebávání živin, nebo z nežádoucích účinků kortikoidů. V případě dlouhodobého užívání kortikoidů může vzniknout další následná komplikace, a to osteoporóza. Ztráta krve či resekce terminálního ilea způsobuje nedostatek vitamínu B₁₂. Nemocní by proto měli dostávat vitamín B₁₂ injekční cestou. Po resekcii tenkého střeva mohou mít pacienti zvýšenou koncentraci kamenotvorných látek v moči. Příčinou je porušené vstřebávání žlučových kyselin. (Červenková, 2009, s. 28)

3 LÉČBA CROHNOVI NEMOCI

Léčba se řídí aktivitou, lokalizací a průběhem nemoci. Cílem léčby je dosažení remise, slizniční hojení, zlepšení výživy a celkové kvality života. Dělí se na chirurgickou a konzervativní (farmakologickou). Konzervativní léčba zahrnuje jak podávání léků, biologickou léčbu tak i změnu výživy a endoskopické zákroky. Z hlediska výživy může být menší frekvence stolic, pokud strava obsahuje menší obsah nestravitelných zbytků. (Červenková, 2009, s. 41)

3.1 Medikamentózní léčba

Cílem medikamentózní léčby je zklidnit zánět ve střevě, aby nastala remise – období klidu. V této části léčby se předepisují vysoké dávky i více typů léků. Poté přichází léčba udržovací pro udržení stavu pomocí aminosalicylátů a imunosupresiv. (Bortlík, 2010, s. 41)

3.1.1 Kortikosteroidy

Kortikoidy jsou protizánětlivé léky s rychlým účinkem, které se podávají v léčbě idiopatických střevních zánětů. Pro vedlejší účinky jsou indikovány pouze v akutním vzplanutí choroby. V závažných stavech při hospitalizaci jsou kortikoidy podávány nitrožilně (hydrokortison, methylprednison). Poté je léčba převáděna na tablety. Ke snižování dávky léku se přechází po dosažení klinického zlepšení. Mezi nežádoucí účinky patří zhoršení hojení ran, kožní atrofie a náchylnost k infekčním onemocněním. Dále by měli být pacienti sledováni lékařem kvůli odvápnění kostí. (Bortlík, 2010, s. 44)

3.1.2 Aminosalicyláty

Jako nejčastější lék se používá 5-aminosalicylová kyselina (mesalazin). Jeho výhodou je dobrá snášenlivost a cílené uvolňování. Tato léčba je indikována u pacientů s mírně aktivní formou nemoci v terminálním ileu a pravého tračníku a po resekci střeva jako profylaktická terapie. Vedlejší účinky jako alergie na aktivní složky se objevují vzácně. Nízké riziko může být i ve zhoršení funkce ledvin. (Dítě, 2011, s. 48)

3.1.3 Imunosupresiva

Imunosupresiva potlačují obranyschopnost nemocného. Rozdělují se do tří skupin podle mechanismu účinku. První skupinu představují thiopuriny (azathioprin, 6-merkaptopurin), druhou methotrexát a třetí cyklosporin A. (Dítě, 2011, s. 54; Zbořil, 2007, s. 17)

Azathioprin a 6-merkaptopurin

Patří mezi klasická imunosupresiva, která se využívají k udržení remise. Účinek nastává až po 3 měsících, proto musí být léčba dlouhodobá. Dále se indikují, pokud pacient dostává vysoké dávky kortikoidů. Podáním imunosupresiv lze dávku snížit. Během léčby může dojít ke snížení krvetvorby zejména leukocytů a útlumu kostní dřeně. Z tohoto důvodu jsou nutné časté kontroly krevního obrazu lékařem. Může nastat přecitlivělá reakce na léčivo nebo nesnášenlivost projevující se nucením na zvracení a bolestí břicha. Během terapie se nedoporučuje očkování oslabenými ani živými vakcínami. Léčba se nepřerušuje ani při těhotenství, protože nemá vliv na otěhotnění ani vývoj plodu. (Dítě, 2011, s. 58)

Cyklosporin A

U Crohnovy choroby se indikuje cyklosporin při postižení okolí konečníku a hráze s fistulemi. Užívá se ve formě tobolek nejlépe nalačno a musí se užívat pod přísným dohledem lékaře na pracovišti, které s ním mají zkušenosti. (Dítě, 2011, s. 61)

Metotrexát

Metotrexát je podáván zejména u mladých lidí, kteří netolerují thiopuriny. Podává se dávka 25mg jednou týdně nitrosvalově po dobu jednoho roku. Má časté vedlejší účinky jako postižení plic a toxické postižení jater. Léčba metotrexátem je kontraindikována v těhotenství, protože způsobuje vývojové vady a defekty. (Dítě, 2011, s. 59)

3.2 Chirurgická léčba

Operační výkony mohou být náhlé, kdy se musí nemocný operovat během několika hodin až dnů, nebo plánované. V akutních případech není možné udělat řádnou předoperační přípravu. Vzhledem k tomu, že většina nemocných trpí malnutricí, musí příprava na operaci obsahovat i stanovení nutričního screeningu. Screening obsahuje anamnézu (váhový úbytek, omezení příjmu potravy, BMI) a laboratorní vyšetření s nutričními parametry. Správná předoperační nutriční podpora snižuje riziko pooperačních komplikací. Pacienti s lehkou

malnutricí mají indikován sipping, který se ukázal jako efektivní v prevenci komplikací. Enterální výživa před operací je indikována u nemocných těžkou malnutricí. V tomto případě by měla být délka přípravy 10-14 dní. U pacientů, u kterých není možné dosáhnout dostatečného kalorického příjmu ani enterální výživou, se přistupuje k výživě parenterální. Může být podávána jako kombinace s enterální výživou alespoň 7-10 dní před operací nebo samostatně. Indikací k plánované operaci je nejčastěji selhání farmakologické léčby. Dále se přistupuje k operaci při podezření na střevní nádorové onemocnění nebo zhoubný nádor střeva. Riziko vzniku nádorového onemocnění střeva vzniká po 10 letech trvání choroby. V tomto případě je nejlepší řešení odstranění postižené části střeva před vznikem nádoru. Dále je zvažována operace, pokud trvají známky zúžení střeva. Při střevních píštělích vznikají hnisavá ložiska a abscesy, které je obvykle nutné vyprázdnit pomocí drenáže. Pokud je píštěl prokázána, léčí se konzervativně a poté je nabídnuta nemocnému operace. (Bortlík, 2010, s. 54)

Mezi indikace k akutní operaci patří vzácné perforace střeva, krvácení do zažívacího traktu, toxické megakolon, akutní střevní neprůchodnost a abscesy. Toxické megakolon vyžaduje hospitalizace na jednotce intenzivní péče a pokud se stav nemocného nezlepší, je nutné operační řešení s odstraněním celého tračníku. (Bortlík, 2010, s. 54-55)

Nemocní s Crohnovou chorobou jsou operováni opakovaně, proto je důležité odstranit co nejkratší část střeva. Nejobvyklejším místem zúžením je ileocekální oblast, proto je nejčastější operací tzv. ileocekální resekce. Zdravé konce se pak sešijí. Další operací je strikturoplastika, která se používá při zúžení více úseků střeva. Lze provést i několik desítek strikturoplastik najednou. Při této operaci se podélně nařízne přední stěna a sešije se napříč. V tomto případě se zánět zahojí a není třeba střevo resekovat. U nemocných s těžkým zánětem konečníku a postižení kolem konečníku se musí provést z horního zdravého konce stomie. Konečník se buď slepě zašije, nebo vyšije jako střevní píštěl. (Bortlík, 2010, s. 56; Červenková, 2009, s. 53)

Při píštělovité formě Crohnovi nemoci kolem konečníku je nutné nejprve píštěle vyšetřit chirurgem v celkové anestezii. Hnisavá ložiska se vydrénují a tím se zmírní bolestivé příznaky zánětu. Drén lze ponechat měsíce i léta. V některých případech se vnitřní otvor píštěle dá ošetřit pomocí posuvného lalůčku vytvořeného ze stěny konečníku. V závažných případech je nutné zlepšit hojení vytvořením vývodu, aby do oblasti konečníku nepronikala stolice. Po vyčerpání všech metod se provádí odstranění celého konečníku. Pooperační

komplikace jsou častější u nemocných se špatnou výživou, s hnisavými ložisky a píštělemi. (Bortlík, 2010, s. 56-57; Červenková, 2009, s. 53)

3.3 Dietní opatření

Nedílnou součástí života nemocných s Crohnovou chorobou je dietní opatření. Jídelníček se musí přizpůsobit podle toho, zda se nemocný nachází ve fázi relapsu či remise. Velké procento pacientů trpí deficitem ve výživě. Důvodem jsou časté průjmy, nechutenství s bolestmi břicha nebo následek medikamentózní terapie. Většina pacientů podstoupí alespoň jeden operační zákrok na střevě, který zvyšuje pravděpodobnost omezení resorpční plochy střeva a tím zhoršení vstřebávání důležitých látek. Opakovaným chirurgickým zákrokem dochází k neschopnosti vstřebávat organické látky a vzniká syndrom krátkého střeva. (Vránová, 2013, s. 37)

Dieta by měla být lehce stravitelná. Měla by obsahovat plnohodnotné bílkoviny (lehce stravitelná masa), vejce, mléko a mléčné výrobky. Mělo by být omezeno množství nasycených tuků a cholesterolu. Dále je preferována stravitelná sacharidová dieta (s vysokým obsahem škrobů) a dostatečné množství vitamínů C a B-komplexu. Doporučuje se jíst častěji a menší porce. (Bortlík, 2010, s.69)

Dietní režim by měl být stanoven odborníkem dle doporučení gastroenterologa. Při zhoršení projevů je nutno podávat bezsezbytkovou stravu. Ta nesmí obsahovat nerozpustnou vlákninu jako je ovoce, zelenina, luštěniny apod. Nemocný se musí vyvarovat těžce stravitelných pokrmů, jako jsou smažená a grilovaná jídla. Jídla by měla být připravovaná pouze dušením, v páře a vařením. Vhodné je přidání probiotik. (Vránová, 2013, s. 37)

Po odeznění akutního stádia se může jídelníček obohatit o vlákninu a musí eliminovat tučné a nadýmavé pokrmy. Dále se jídelníček přizpůsobuje individuální snášenlivosti potravin. V bezpříznakovém období je povolena konzumace malého množství piva nebo vína. Dojde-li k nedostatečné výživě, je potřeba přistoupit na aplikaci umělé výživy pomocí sondy nebo intravenózním vstupem. (Vránová, 2013, s. 37-41)

Při přechodu z umělé výživy na perorálně podávanou stravu musí být dieta přísnější. Měly by být vyloučeny potraviny s vysokým obsahem tuků. Doporučuje se zvýšit potraviny s MCT tuky (čerstvé máslo). Při stenózující formě Crohnovi choroby je nutné podávat bezsezbytkovou dietu i ve fázi remise. Vyšší obsah vlákniny způsobí bolesti břicha, průjem nebo ileus.

Nestačí-li individuální dieta a nemocný není schopný přijmout dostatečné množství energie, lze přidat dietetické moduly. Dietetické moduly jsou založené na sacharidové nebo bílkovinné bázi. Mezi tyto preparáty se řadí například protifar vyráběný z mléčné bílkoviny, který zahušťuje připravené pokrmy. Dále se používá Fantomalt, který hradí energetickou složku a je rozpustný i v tekutinách. (Bortlík, 2010, s.70)

Nemocným Crohnovou chorobou hrozí zvýšené riziko malnutrice. Důvodem mohou být bolesti a průjem po přijetí stravy a tím omezení příjmu potravy. V některých případech mohou vést k nechutenství i léky. Malnutrici je nutné včas diagnostikovat a léčit aby nedošlo ke zhoršení hojení střeva, horšímu působení léků a snížení svalové síly. K prevenci vzniku malnutrice postačí rozbor dietních zvyklostí nutričním terapeutem a případná úprava diety. (Bortlík, 2010, s. 66)

3.4 Biologická léčba

Jednou z moderních léčebných metod chronických střevních zánětů je biologická léčba. „*Podstatou biologické léčby je cílený regulační zásah do biologických procesů, probíhající v poškozeném nebo nemocném organismu.*“ (Zbořil, 2016, s. 11)

Tato léčba je určena především pro jedince, u kterých selhala léčba kortikosteroidy a imunosupresivy nebo měla velmi nízkou odezvu. Spočívá v podání výhradně přírodních produktů, které tlumí zánětlivé reakce. Tyto léky zablokují TNF (tumor nekrotizující faktor), který se uvolňuje ve tkáni. Pro léčbu Crohnovi nemoci je v České republice registrován infliximab a adalimumab. (Pavelka, 2014, s. 254; Fusek, 2012, s. 96)

Česká gastroenterologická společnost podpořila vznik registru CREdIT. Jedná se o registraci pacientů s idiopatickými střevními záněty léčené biologickou léčbou. Cílem je shromažďovat informace o aplikaci a průběhu biologické léčby v ČR a tak přispět k bezpečnosti a efektivitě léčby. (Bortlík, 2010, s. 67)

Infliximab

Infliximab je chimérická monoklonální protilátka IgG podávána ve formě intravenózní infuze. Léčba se zahajuje aplikací tří infuzí v týdnech 0, 2 a 6. Pokud mají příznivý účinek, následuje udržovací terapie jednou za 8 týdnů. Dlouhodobé podávání imunosupresiv zároveň s biologickou léčbou může zvyšovat výskyt nežádoucích účinků, zejména infekce. Poprvé byl

pro léčbu povolen v Evropě v roce 1999. Od roku 2007 byl schválen i pro léčbu dětských pacientů s Crohnovou nemocí. (Zbořil, 2016, s. 73; Fusek, 2012, s. 90)

Adalimumab

Adalimumab je kompletně humánní protilátka IgG. Podává se subkutánními injekcemi po 14 dnech. V počáteční fázi se podává 160mg v 0. týdnu a 80mg ve 2. týdnu. Následuje udržovací terapie 40mg jednou za 2 týdny. Indikací k podávání Adalimumabu jsou alergické reakce na Infliximab, nebo při ztrátě pozitivní odpovědi na Infliximab. Udržovací terapie by měla trvat nejméně rok. Zhodnocení účinnosti léčby se provádí po 6 týdnech od zahájení léčby. (Pavelka, 2014, s. 253; Fusek, 2012, s. 91)

3.4.1 Indikace a kontraindikace k zahájení biologické léčby

Indikací k biologické léčbě je aktivní Crohnova nemoc u pacientů, u kterých nedošlo ke zlepšení po léčbě kortikosteroidy, imunosupresivy nebo se nerozvinuly nežádoucí účinky biologické terapie. Dále perianální píštěle nereagující na antibiotika nebo imusupresiva s kombinací s chirurgickou léčbou. Během léčby nesmí být přítomen absces. Lépe se hojí píštěle simplexní a nekomunikující. Biologická léčba může být indikována i s cílem eliminovat léčbu kortikosteroidy nebo snížit jejich dávku s minimalizací jejich nežádoucí účinky. Mezi poslední indikace k biologické terapii jsou mimostřevní manifestace. (Zbořil, 2016, s. 112)

Mezi kontraindikace k zahájení biologické terapie patří těžká alergická reakce, která provází zejména podávání infliximabu. Tato reakce vzniká kvůli obsahu nehumánních proteinových složek a je to jeden z důvodů přechodu na léčbu adalimumabem. Absolutní kontraindikací je jakákoliv bakteriální nebo virová infekce či sepse. Před zahájením léčby je nutné provést screening na latentní tuberkulózu, protože biologická terapie zvyšuje riziko vzniku intracelulárních infekcí jako je tuberkulóza, listerióza nebo histoplazmóza. Při zahájení terapie hrozí riziko aktivace chronické hepatitidy, proto je nutné sérologické vyšetření markerů na zhodnocení stavu jater. Biologická léčba se nepodává během náhlé příhody břišní jako je masivní krvácení, penetrace nebo perforace trávicí trubice, toxické megakolon a ileózních stavů. (Pavelka, 2014, s. 255; Zbořil, 2016, s. 112-113)

4 ADAPTACE

Adaptace představuje takové chování, které umožňuje organismům přizpůsobení se podmínkám, v nichž žijí, a proto je nezbytnou podmínkou přežití. Je zajišťována schopností živého systému neustále se vyrovnávat s nároky a udržovat homeostázu. Adaptační schopnosti organismu lze označit pojmem adaptabilita. Dle J. Piageta se rozlišuje pasivní přizpůsobování se prostředí označované jako akomodace a aktivní adaptace nazývaná jako asimilace. Dle Paulíka (2010) asimilace vzniká přizpůsobením se jedince prostřednictvím změny v jeho okolí a akomodace vede jedince ke změnám ve vlastním systému tak, aby vyhovoval okolí. Projev asimilace v mezilidských vztazích je aktivita při jednání s lidmi podle míry ohleduplnosti k druhým lidem a respektování jejich potřeb. Toto chování se dá rozlišit na asertivní a agresivní. (Paulík, 2010, s. 11; Křivohlavý, 2009, s. 35)

Neúspěšná adaptace neboli maladaptace se projevuje konfliktem s ostatními lidmi, nespokojeností, kritickým sebehodnocením, nesamostatností apod. Maladaptovaný jedinec nevládá nároky svého života a problémy. Adaptační schopnost se nazývá adaptabilita. (Paulík, 2010, s. 13)

Jevy, které ovlivňují adaptaci lze rozdělit na vnější a vnitřní. Mezi nejvýznamnější vnější činitele ovlivňující adaptaci patří životní události, sociální vztahy a každodenní nepříjemnosti. Kromě sociálních vztahů mohou nepříjemnosti způsobovat fyzikální a chemické pravděpodobné ohrožení organismu či potřeb. Zátěž jedince zvyšují nejen životní události spojené s problémy, ale i nahromadění nepříjemností, které ji zvyšují až na neúnosnou úroveň stresu. Působení stresu omezuje sociální opora. Přírozeným zdrojem sociální opory je rodina, ve které je akceptování, povzbuzování a tvoření pocitu bezpečí, součástí funkcí každého člena. Mezi vnitřní činitele ve schopnosti adaptovat se je důležitou součástí inteligence. Součástí inteligence je mimo jiné řešení problémů a chápání vztahů umožňující hodnotit vztahy a události v okolí a rozlišovat podstatné od nepodstatného. (Paulík, 2010, s. 22-29; Mičák, 2011, s. 30)

Nemoc představuje zátěž v bio-psycho-sociální oblasti. Během průběhu nemoci se mění psychické vnímání člověka. Fázi adaptace na onemocnění se dělí na aktivní adaptaci, psychickou dekompenzaci a pasivní adaptaci. Aktivní adaptace je přizpůsobení se nemoci, komplikacím s ní spojenou a víru v rychlé uzdravení. V této fázi pacient spolupracuje při

léčbě i diagnostice nemoci. Psychická dekompenzace je závislá na mnoha faktorech jako osobnosti pacienta, jeho stavu a průběhu nemoci. Tato fáze vzniká především tam, kde nedošlo k aktivní adaptaci nebo je průběh nemoci vážný. Nemocný se stává lítostivým, netrpělivým, kritickým apod. Při pasivní adaptaci se nemocný uzavírá do sebe, je mrzutý, nebojuje a smíří se se špatným stavem. (Zacharová, Šrámková, Zdravotnická psychologie, 2007, s. 39)

4.1 Poruchy adaptace

Poruchy adaptace souvisí s mnoha dalšími problémy a nemocemi a ovlivňují samotnou adaptaci. Poruchy adaptační funkce jsou považovány za následek předchozího stresu. Vulnerabilita či zranitelnost znamená zvýšenou citlivost, křehkost a sníženou toleranci. Primární vulnerabilitu jedinec získává v prvním půlroce života. Později v procesu učení a působením nežádoucích vlivů vzniká sekundární vulnerabilita. Jedinec ji rozvíjí jednak na zkušenostech se stresujícími událostmi a zážitky, anebo na základě přebírání vzorců chování osob v okolí. Vulnerabilita spolu s charakterem stresorů jsou faktory rozhodující o důsledcích stresu např. u nemocí a zdravotních obtíží. (Paulík, 2010, s. 39)

Jedinec se s podněty zátěžové situace buď vyrovná a zvládne je běžnými adaptačními mechanismy, nebo proběhne stresová reakce. Pokud je v zátěžové situaci silně znepokojen, cítí se ohrožen ve svých potřebách a reaguje buď aktivně (hněvem, útekem, ústupem) nebo pasivně (úzkostí, studem, depresí). (Paulík, 2010, s. 42)

U nemocných s idiopatickými střevními záněty dochází k menší nebo větší maladaptaci. Pacient není schopen ani ochoten přijmout svůj stav a s ním spojenou léčbu. Pokud dojde u pacienta k maladaptaci, může být výsledkem nedostatečná ochota poslechnout rady lékaře. Nejdůležitější informační zdroj pro pacienta je lékař. Další informace by mohli nemocní dostávat pomocí písemných materiálů a internetu. (Zbořil, 2012, s. 58)

4.2 Potřeby

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.“
(Trachtová, 2013, s. 10)

Uspokojování potřeb v nemoci lze dělit na potřeby, které se nemocí nemění, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které nemocí vznikly. Potřeby, které se nemocí nemění jsou potřeba

vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování se, pocit pohodlí a bezpečí. V nemoci mohou být pocíťovány intenzivněji. Při pobytu ve zdravotnickém zařízení jsou tyto potřeby uspokojovány prostřednictvím zdravotnického pracovníka. Potřeby, které se nemocí modifikovaly jsou zejména potřeby sociální. Ty se mohou postupně vracet a redukovat. Dostatek informací přispívá ke klidu pacienta. Potřeby, které nemocí vznikly závisí na osobnosti pacienta, charakteru a druhu nemoci, informovanosti pacienta apod. Důležitá je potřeba tlumení bolesti a navracení zdraví. (Zacharová & Šimíčková-Čížková, Základy psychologie pro zdravotnické obory, 2011, s. 119)

4.2.2 Maslowova hierarchie potřeb

„Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci s neuspokojenými potřebami.“ (Trachtová, 2013, str. 15)

Lidské potřeby jsou uspořádané hierarchicky dle naléhavosti. Hierarchické uspořádání ukazuje, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládají nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Proto potřeba seberealizace je postavena nejvýše a vyžaduje uspokojení všech ostatních potřeb. Vyšší potřeby se objevují později v ontogenetickém vývoji. U novorozenců převládají potřeby hladu, žízně a bezpečí. Teprve na začátku adolescence vzniká potřeba seberealizace a plně jsou jimi jedinci ovládnuti až v dospělém věku. (Trachtová, 2013, s. 14)

Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby nazývané též biologické vyjadřují potřeby organismu a slouží k přežití. Většinou jedinec uspokojuje biologické potřeby, dříve, než se stanou aktuálními – uspokojování výživy, spánku apod. Ve chvíli, kdy se stávají aktuálními, ovlivňují celkové chování a jednání člověka. (Trachtová, 2013, s. 14)

V oblasti výživy se pacienti s nesespecifickými střevními záněty musí adaptovat na změnu stravy. Každý nemocný musí v akutní fázi dodržovat bezezbytkovou stravu a ve fázi klidové vyhledat potraviny, které pacientovi nedělají obtíže. Dále nemocní trpí častými průjmy a proto je velmi důležité v rámci adaptace, aby se tyto pacienti co nejvíce přizpůsobili na změny frekvence stolice a problémy s nimi spojenými. Mezi další fyziologické potřeby neboli potřeby biologické patří i potřeba spánku. Nemocní Crohnovou chorobou tuto oblast mohou mít narušenou z důvodu bolesti a častých průjmů. (Šafránková, 2006, s. 233-235)

Potřeba jistoty a bezpečí

Jde o potřebu vyvarovat se nebezpečí a ohrožení. U nemocného nebo potenciálně nemocného jedince jde vždy o ztrátu pocitu životní jistoty. Nejde pouze o pocit fyzického bezpečí, ale i vědomí, že je lékařská a ošetrovatelská péče kvalitní a bude respektována autonomie a potřeby nemocného. (Šamánková, 2011, s. 19; Trachtová, 2013, s. 14)

U pacientů s Crohnovou chorobou může být narušena potřeba jistoty zaměstnání. Nemocní často odchází vlivem nemoci do invalidního důchodu, nebo díky příčinám mají obtíže v zaměstnání, i na tyto změny se musí pacienti adaptovat. Pro nemocného je důležitou součástí opora a podpora jejich rodiny. Je potřeba, aby se rodina přizpůsobila změnám ve stravování nemocného, zároveň chápala změny chování a psychicky nemocného podporovala. (Šafránková, 2006, s. 233-235)

Potřeba lásky a sounáležitosti

Je to potřeba milovat, být milován a být sociálně integrován. V období nemoci by měla být potřeba lásky naplněna členy rodiny a přáteli. Od ošetrujícího personálu má právo nemocný očekávat empatii, laskavost a pochopení. Potřebu sounáležitosti lze naplnit začleněním nemocného do léčby. Tyto potřeby vystupují ve chvílích osamocení a opuštění. U chronicky nemocných pacientů je důležitá opora přátel, rodiny a partnerů. Pokud mají nemocní oporu v blízkých, mohou se lépe a rychleji adaptovat na onemocnění. (Trachtová, 2013, s. 14; Šafránková, 2006, s. 233-235)

Potřeba uznání a seberealizace

Jde o potřebu vnímat a poznávat, kultury, tvořit a v něčem být dobrý, uznávaný. Tyto potřeby jsou aktuální ve zdravotnických zařízeních s dlouhodobým pobytem jako rehabilitační ústavy, domovy pro seniory a léčebny dlouhodobě nemocných. u chronicky a dlouhodobě nemocných je důležité, aby tyto potřeby byli naplněny. Pokud splněny nejsou, může nemocný pociťovat deprese, smutek, beznaděj nebo marnost. Potřeby se dají naplnit díky pracovní terapii, kdy mají nemocní možnost naučit se novým věcem. Dále by měli mít tato zařízení možnost kulturního programu, estetické prostředí a měli by poskytovat možnost rozvíjet dovednosti a schopnosti. (Šafránková, 2006, s. 233-235)

5 ORGANIZACE

Od roku 2008 v České republice funguje Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty „Pacienti IBD“. Organizace sdružuje pacienty, příbuzné pacientů a lékaře. Na jejich webových stránkách lze najít veškeré informace o onemocnění i poradnu. Každý měsíc organizace pořádá semináře zaměřené na různá, odborná témata, kterých se např. účastní lékaři zabývající se střevní problematikou. Semináře jsou otevřeny všem zájemcům o danou problematiku. Sdružení spolupracuje i se slovenskou organizací Slovak CrohnClub.sk, která má za cíl také sbírat nejnovější informace o onemocnění a propagovat je, a dále spolupracuje s mezinárodní asociací EFCCA (European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations). Dalším českým sdružením je CROKUS.cz, který poskytuje informace a podporu dětským i dospělým pacientům. (Organizace pro pacienty s idiopatickými střevními záněty, 2008. Praha)

Organizace Pacienti s IBD z.s. vedou každý rok akce a semináře na kterých přednáší lékaři po celé ČR. Semináře jsou zaměřeny například i na dětské pacienty, na problematiku onemocnění v těhotenství, vyšetřovací metody a druhy léčby. Organizace pořádá společné výlety, jak pěší, tak cyklistické, soutěže a v neposlední řadě také vánoční setkání. Na svých internetových stránkách provozují i diskusní fórum, kde si mohou lidé s tímto onemocněním vyměnit své zkušenosti, rady nebo se mezi sebou seznámit. Zájemci mohou prostřednictvím internetového portálu využít také online poradnu, zastoupenou různými odborníky z řad lékařů. Je zde možné získat přehled o onemocnění, léčbě i výživě. (Organizace pro pacienty s idiopatickými střevními záněty, 2008. Praha)

Organizace Pacienti IBD z.s. nyní realizuje projekt na vydávání WC karet pro pacienty s idiopatickými střevními záněty. Projekt vznikl po vzoru zahraničních organizací a podpořilo jej Ministerstvo zdravotnictví. WC karta umožňuje držiteli požádat zpřístupnění veřejné i neveřejné toalety. Karta má vzhled kreditní karty a obsahuje informační text v českém i anglickém jazyce. Personalizace karty je zajištěna speciálním číslem, a tudíž nenesou žádné osobní údaje držitele. Karta se vydává na žádost nemocného a lékařského potvrzení. Velkou výhodou karty je i nově vzniklý online přehled, který ukazuje mapy konkrétních míst, kde je možné toalety najít. V celé České republice je nyní přes 300 toalet, které mohou držitelé karet využívat. (Organizace pro pacienty s idiopatickými střevními záněty, 2008. Praha)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Před zahájením výzkumného šetření bylo potřeba určit druh výzkumu a vhodnou výzkumnou metodu. Hlavním cílem výzkumné části bylo zjištění míry adaptace v jednotlivých potřebách nemocných, kteří trpí Crohnovou chorobou. Nejvhodnější formou výzkumu bylo zvoleno kvalitativní šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Výzkumné cíle

1. Zjistit, jak se lidé adaptovali na Crohnovu nemoc v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb.
2. V jaké oblasti potřeb nejvíce negativně ovlivnila nemocného Crohnova nemoc.
3. Porovnat jak se lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním adaptovali na Crohnovu nemoc.

Výzkumné otázky

1. Jak se nemocní adaptovali v oblasti biologických potřeb?
2. Jak se nemocní adaptovali v oblasti psychických potřeb?
3. Jak se nemocní adaptovali v oblasti sociálních potřeb?

6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

„Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají, a jejich poznání v přirozených podmínkách.“ (Kutnohorská, 2009, s. 22)

Kvalitativní výzkum získal postupně rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu. Dle Hendla (2008, s. 47) neexistuje jediný obecně uznávaný způsob, jak vymezit nebo dělat kvalitativní výzkum. Výhodou kvalitativního výzkumu je jeho pružnost. Během výzkumu, sběru dat a analýzy dat, lze otázky přeformulovat nebo doplňovat. Rozdílem mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem je délka sběru dat. U kvalitativního výzkumu se jedná o delší časový interval. Postup zpracování výzkumu je podobný jiným druhům výzkumu. Důležitý je výběr výzkumného tématu, dále se stanovují výzkumné otázky až k samotnému zpracování tématu. *„Analýza dat a jejich sběr probíhá současně – výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje, a začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou.“ (Hendl, 2008, s.48)*

Kvalitativní výzkum probíhá na místech, které mají pro výzkumníka smysl (např. nemocniční oddělení). Rozhovor je nej přirozenější a nejstarší způsob získávání informací. Patří mezi nejobtížnější, ale nejvýhodnější techniky pro získání kvalitativních dat. V ošetrovatelství je rozhovor použit ke zmapování životních osudů jednotlivců v nemoci a života s ní. (Kutnohorská, 2009, s. 38-39)

6.1 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor představuje seznam otázek či témat, které je nutné v rámci výzkumu probrat. Výzkumník určuje, jakým způsobem a v kterém pořadí získá informace o dané problematice a zároveň může přizpůsobovat formulaci otázek dle situace. Pomáhá udržet zaměření rozhovoru k tématu, současně umožňuje provést rozhovory s několika lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání.

6.2 Metodika výzkumu a sběru dat

Výzkumná část bakalářské práce má kvalitativní charakter. Zaměřuje se na nemocné Crohnovou chorobou ve zdravotnickém zařízení Pardubického kraje a jejich adaptaci na nemoc. Byla zvolena metoda sběru dat pomocí rozhovorů. Před zahájením samotného výzkumu byl proveden malý pilotní výzkum, který potvrdil vhodnost otázek, nebo naopak napověděl, které otázky bylo nutné pozměnit. Do pilotního výzkumu byl zařazen jeden respondent.

Ke sběru dat byl použit předem připravený nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor, který byl sestaven z okruhu otázek vztahující se k anamnestickým údajům, adaptaci v oblasti biologických potřeb, psychických potřeb a potřeb sociálních. Rozhovor obsahuje celkem 5 anamnestických otázek upřesňující věk nemocného, kdy byla jedinci nemoc diagnostikována, jak diagnostika probíhala, jakou podstupuje nemocný léčbu, zda během nemoci podstoupil léčbu chirurgickou, dosažené vzdělání nemocného a zda v současné době pracuje, studuje nebo pobírá invalidní důchod. Následují 4 otázky zaměřené na adaptaci změn ve výživě, ve vyprazdňování, adaptaci na bolest i případné změny v oblasti spánku a sexuální oblasti. Další 3 otázky zkoumají zda se jedinec dokázal již zadaptovat na onemocnění a délku adaptace, jestli choroba ovlivňuje psychiku jedince a zda pociťuje nemocný strach nebo úzkost vzhledem k onemocnění. Poslední 4 otázky zkoumají adaptaci v oblasti sociálních potřeb, kde bylo zjišťováno, zda měla rodina nemocného vliv na adaptaci. Zasahuje-li onemocnění do osobního života, přizpůsobení se ve škole či práci s tímto onemocněním a zda ovlivnilo jedince ve trávení volného času. Předem byla stanovena kritéria pro výběr respondentů. Respondent bude dospělá osoba od 18ti let s diagnózou Crohnova choroba docházející do zdravotnického zařízení. Dále k provedení výzkumu bylo důležité, aby byl stejný poměr respondentů s vysokoškolským a středoškolským vzděláním.

Rozhovory byly provedeny v období březen 2017 až květen 2017 ve zdravotnickém zařízení Pardubického kraje. Se souhlasem respondentů byly rozhovory nahrávány na diktafon a následně přepisovány do písemné podoby. Před započítím výzkumu mi byly vrchní sestrou interního oddělení sděleny termíny objednaných pacientů s Crohnovou chorobou k vyšetření, biologické léčbě či na ambulanci. Ve spolupráci ostatních sester z ambulancí jsem tyto respondenty navštívila, seznámila s problematikou výzkumu a anonymitě šetření. Během oslovení respondenta bylo ověřeno, zda jedinec má Crohnovu chorobu. S každým respondentem bylo předem domluveno, kde bude rozhovor probíhat tak, aby bylo místo pro

pacienta klidné a v soukromí. Každý oslovený respondent měl možnost si otázky k rozhovoru předem přečíst a poté podepsat informovaný souhlas s poskytnutí rozhovoru a nahráváním. Tři rozhovory probíhaly během hospitalizace nemocných na lůžkovém oddělení v klidné soukromé místnosti. Dalších pět respondentů bylo ochotných se v této místnosti také sejít, poté co absolvovali vyšetření v ambulanci lékaře. Délka každého rozhovoru byla cca 15 minut. Z důvodu zachování anonymity jsou pozměněny iniciály všech nemocných a doslovné přepisy rozhovorů nejsou součástí této bakalářské práce. Tyto přepisy jsou k dispozici na vyžádání u autorky. V textu se objevují přímé citace, které jsou doslovně přepsány tak, jak je respondenti vyslovili.

Přepisy rozhovorů byly podrobeny kvalitativní obsahové analýze. Na základě analýzy dat byly vytvořeny 4 kategorie: 1. anamnestické údaje, 2. biologické potřeby, 3. psychické potřeby, 4. sociální potřeby. Klíčová slova v jednotlivých kategoriích byla vyznačována barevně.

6.3 Výzkumný vzorek

Během výzkumu bylo osloveno 8 respondentů. Respondenty tvoří tři muži a pět žen ve věku od 20ti do 65ti let. Čtyři respondenti jsou vysokoškolského vzdělání a druhá polovina respondentů jsou vzdělání středoškolského. Vzhledem k jednomu z výzkumných cílů byli respondenti s určitým typem vzdělání vybíráni úmyslně. Dalším kritériem, podle kterého byli respondenti vybíráni, byla délka léčby. Dotazovaní se musí s Crohnovou nemocí léčit minimálně dva roky.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tato část práce se zaměřuje na podrobnou ukázkou výsledků kvalitativního šetření. V kapitole je možné najít také tabulky a grafy, které lépe vystihují a přehledně ukazují výsledky šetření.

7.1 Anamnestické údaje

První část výzkumu je rozčleněna na podkategorie věk respondenta, dosažené vzdělání, věk, ve kterém byla nemocnému Crohnova choroba diagnostikována, způsob léčby nemoci a zda v současné době nemocný studuje, pracuje nebo je v invalidním důchodu. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce číslo 1.

Tabulka 1 „Anamnestické údaje“

Iniciály	Věk	Dosažené vzdělání	Způsob léčby	Diagnostika nemoci	Stav
V.B.	20 let	středoškolské	biologická	18 let	student
A.L.	49 let	středoškolské	konzervativní	21 let	pracující
K.M.	25 let	vysokoškolské	biologická	19 let	pracující
P.L.	65 let	vysokoškolské	konzervativní	30 let	nezaměstnaný
J.T.	23 let	středoškolské	konzervativní	20 let	student
E.S.	41 let	vysokoškolské	konzervativní	14 let	invalidní důchodce
B.T.	29 let	středoškolské	konzervativní	22 let	pracující
P.H.	42 let	vysokoškolské	konzervativní	23 let	pracující

Výzkumný vzorek tvoří 8 respondentů. Věk dotazovaných se pohybuje od 20ti do 65ti let. Čtyři respondenti mají dosažené středoškolské vzdělání a další čtyři respondenti vzdělání vysokoškolské. Šest dotazovaných podstupuje v současné době léčbu konzervativní, tedy imunosupresivy nebo kortikoidy. Pouze dva respondenti podstupují léčbu biologickou a chirurgický zákrok během onemocnění podstoupili další dva z dotázaných.

Jednomu respondentovi byla Crohnova nemoc diagnostikována před osmnáctým rokem života, šesti dotazovaným v rozmezí od 18ti do 29let věku a pouze jednomu respondentovi ve 30ti letech. Čtyři respondenti jsou pracující, jeden nezaměstnaný, dva studenti a jeden dotazovaný se nachází v invalidním důchodu.

Slečně V.B. je 20 let a studuje vysokou školu. Nemoc jí byla diagnostikována před dvěma lety. V současné době podstupuje biologickou léčbu. Na otázky odpověděla: „*Nemoc mi byla diagnostikována v 18 letech, kdy jsem trpěla častými průjmy, kvůli kterým jsem musela zůstat i doma a zameškovávat školu. Následovalo plno vyšetření na alergologii kvůli potravinovým alergiím, odběry krve, potom vyšetření střeva. Tam mi hned řekli, že je to Crohn. Doktor mi více méně hned doporučil biologickou léčbu. Léčba zatím zabírá, a tak můžu dál studovat.*“

Paní A.L. už s nemocí žije 28let. Je pracující a její vzdělání je středoškolské. „*Tehdy mě do nemocnice přivezli se strašnou bolestí břicha, která už nějakou dobu trvala, průjmy a krvácením. Napadlo mě, že mám třeba salmonelu nebo jinou infekci, o téhle nemoci jsem neslyšela. V nemocnici mi udělali snad všechna vyšetření. V první chvíli mě napadlo, že to nezvládnou nebo že mě vyhodí z práce. Nejvíce mě děsila myšlenka, že bych někdy mohla skončit s vývodem střeva. Doktor mě na operaci i přemlouval, ale já to odmítla. Naštěstí mi léčba léky zabírá.*“

Slečně K.M. byla Crohnova nemoc zjištěna před šesti lety. Vystudovala vysokou školu a v současné době podstupuje biologickou léčbu. „*Zpočátku jsem chodila k obvodnímu lékaři pořád dokola se stejnými problémy. Doktorka mi psala různé léky, obvinila mě, že to mám ze zahraničních cest nebo stresu ve škole. Nakonec jsem skončila v nemocnici s četnými průjmy a na kolonoskopii. Teď už pracuju, ale v té době jsem začínala na vysoké a nechtěla jsem skončit. Naštěstí se to dalo zvládnout.*“

Panu P.L. byla jako jedinému nemoc diagnostikována až ve třicátém věku života. Má vystudovanou vysokou školu a nyní je nezaměstnaný. Léčí se úspěšně konzervativní léčbou a pravidelně dochází na kontrolní kolonoskopické vyšetření. Na otázku o diagnostice řekl: „*Operovali mě v jedné nejmenované nemocnici s podezřením na zánět slepého střeva, v nemocnici jsem byl strašně dlouho, rána se neléčila, hnisala. Poté jsem se nechal hospitalizovat v jiné nemocnici a tam ihned konstatovali Crohnovu nemoc.*“

Panu J.T. je 23let a nemoc mu diagnostikovali před třemi lety. V současné době studuje vysokou školu. Na tyto otázky odpověděl: „*Začalo to častým chozením na záchod a bolestmi břicha. Prvně jsem zkoušel přestat jíst různé potraviny, jestli to nepřejde, ale nepomáhalo to. Nakonec jsem po půl roce skončil u svého doktora, ten mě poslal do nemocnice. Druhý den mi*

řekli, že je to Crohn a určili léčbu. Prvně mi dali Prednison a Pentasu. Od té doby musím říct, že je to dobrý.“

Paní E.S. byla nemoc diagnostikována už ve 14ti letech. S nemocí se potýká již 27let. Má vystudovanou vysokou školu, ale nyní se nachází jako jediná respondentka v invalidním důchodu. *„Když mi bylo 14let rodiče mě odvezli do nemocnice se strašnými bolestmi, krvácením a dehydratací. Myslím, že tehdy byli rodiče vyděšenější než já. Dali mi prášky, ale časem jsem musela stejně do invalidního důchodu. Nechtěli mi dovolit ani těhotenství. Jeden čas jsem zkoušela ze zoufalství různé léčitele a bylinky. Podstoupila jsem i operaci kdy mi vzali kousek střeva.“*

Respondentka B.T. je pracující a středoškolsky vzdělaná žena. Nyní jí je 29let a nemoc ji diagnostikovali před 7 lety. *„Začalo mi být často špatně jakoby od žaludku a celkově divně. Měla jsem často průjem, a tak jsem šla k obvodnímu. Ten mě poslal na infekční. Z infekčního mě poslali na internu, tam mi udělali koloskopii, ultrazvuk břicha a biopsii. Potom následovalo nasazení léčby. Vždycky jsem se léčila naštěstí pouze léky a léčím do teď. Prvně mě léčily kortikoidama, mimo ně jsem brala i různé vitamíny, železo apod. Ted' aktuálně beru Asacol a Imuran.“*

Pan P.H. má 42let a Crohnovu nemoc má od svých 23let. Vystudoval vysokou školu a nyní pracuje. Na tento okruh otázek odpověděl: *„Zjistili mi to díky vyšetření střeva. Z toho jsem měl ze začátku taky velký strach. Ted' když tam chodím na kontroly tak to beru už jako odběr krve. Momentálně se léčím konzervativní léčbou, konkrétně Asacolem a před pěti lety jsem byl na částečné resekci střeva.“*

7.2 Biologické potřeby

V kategorii biologických potřeb bylo hlavním úkolem zjistit, jestli respondenti pocítili změny v oblasti výživy, vyprazdňování, bolesti, spánku a sexuálního života. Pokud nemoc jedince ovlivnila v těchto oblastech, bylo dále zjišťováno, zda se na tuto změnu již adaptovali. Jestli se respondenti adaptovali v určitých biologických potřebách, je znázorněno v tabulce číslo 2.

Tabulka 2 „Adaptace nemocných v oblasti biologických potřeb“

Iniciály	Výživa	Vyprazdňování	Bolest	Spánek	Sexuální oblast
V.B.	ano	ano	ano	ano	ano
A.L.	ano	ano	ano	ano	ano
K.M.	ne	ne	ano	ano	ano
P.L.	ano	ano	ano	ano	ano
J.T.	ano	ano	ano	ano	ano
E.S.	ne	ne	ano	ano	ne
B.T.	ne	ne	ano	ano	ano
P.H.	ano	ano	ano	ano	ano

Respondenti byli ve většině případů dobře adaptováni. Dva respondenti se neadaptovali v oblasti výživy a vyprazdňování, zbylých šest nemocných se dokázalo adaptovat bez problémů. Všichni dotazovaní měli problémy s dietou po diagnostice nemoci, kdy bylo obtížné přizpůsobit se změně stravy. Pouze tři respondenti mají problém s výběrem stravy i nyní a je pro ně obtížné dietu dodržovat nebo najít vhodné potraviny, které by jejich trávicí systém nezatěžovaly. V oblastech bolesti a spánku odpověděli všichni klienti, že neměli problémy s adaptací a všichni zmínili, že bolestmi trpí hlavně v období relapsu. Do sexuální oblasti zasáhla nemoc jednomu z dotazovaných.

Slečna V.B. je ve všech oblastech biologických potřeb adaptována. K otázce výživy řekla: *„Ze začátku jsou změny v jídle obtížné, ale časem jsem si našla potraviny, které mi nedělají tolik zle.“* V otázce vyprazdňování odpověděla: *„S vyprazdňováním jsem začala mít větší problémy loni, kdy jsem se nacházela v akutní fázi, nyní je to lepší, člověk musí být jen obezřetný, kvůli záchodům.“* Bolest, kterou pociťuje pouze v akutní fázi nemoci, zvládá bez problémů. Spánek a sexuální oblast ji nemoc nijak neovlivnila.

Paní A.L. na otázku výživy řekla: *„Po prvních letech diet jsem si zvykla na to, že nemůžu vše, co ostatní. Zkoušela jsem postupně, co mi zle nedělá, a tak už je míň potravin co vůbec*

nemůžu. Když jsem ale v akutní fázi tak spíš nejím.“ Na otázku vyprazdňování odpověděla: „Člověk si musí zkrátka promyslet, co s ní a jestli je v dosahu toalety. Mám ale pocit, že jsem se s tím naučila žít, akorát musím více plánovat.“ Bolest respondentka během nemoci nepocituje žádnou. Cítí se více unavená, ale spánek jí onemocnění nenarušuje. V sexuální oblasti žádnou změnu nepocítila.

Slečna K.M., která v oblasti vyprazdňování není zadaptovaná řekla: „Je hrozný, když někam chcete jít a musíte pořád myslet na to, aby se Vám nechtělo na záchod a kde ten záchod vlastně je.“ V otázce výživy odpověděla: „Musím se vyhýbat česneku, ořechům, zelí či kapustě, pálivému jídlu a hovězímu. Ze začátku jsem vše vařila na vodě, suchý, nemastný. Ani teď to není úplně jednoduchý.“ Na otázku změny ve spánku řekla: „Nevadí mi, že jsem více unavená, neomezuje mě to, prostě vstávám později a ignoruju komentáře rodiny, jak vstávám pozdě.“ Na otázku adaptace v sexuální oblasti uvedla: „Mám štěstí na extrémně tolerantního partnera, takže s adaptací nebyl problém.“

Pan P.L. odpověděl v oblasti výživy a vyprazdňování: „Prakticky jsem neměl problém se přizpůsobit změně jídelníčku. To ale neznamená, že si tu a tam nepochutnám na dobrém uzeném. S vyprazdňováním je to různé. Většinou jsem v klidové fázi, kdy nepotřebuju dostupnost toalety.“ Bolest při onemocnění nemá ani neměl. „Bolest jsem cítil asi jenom tehdy, než mi nemoc zjistili. Od té doby ne.“ Na sexuální oblast nemoc také vliv neměla. „V této oblasti díkybohu problém nemám ani jsem neměl.“

Respondent J.T. odpověděl na otázku výživy a vyprazdňování: „U mě je vše, co se týká jídla těžko předvídatelné. Někdy mi udělá špatně to, z čeho mi špatně předtím nebylo a naopak. Každopádně jsem musel omezit kořeněná jídla, mléčné výrobky, luštěniny, alkohol. Na to už jsem si zvyknul. S vyprazdňováním je to podobně. Někdy chodím častěji a někdy ne. Neomezuju se jak někteří, že nejezdí ani na dovolenou. Naučil jsem se s tím žít.“ V oblasti spánku odpověděl: „Občas si zdřímnu přes den, protože se cítím dost unavený. Ale jestli je to přímo nemocí nevím.“ Sexuální oblast se respondentovi nijak nezměnila a na otázku bolesti řekl: „Samotná bolest se dá skousnout v pohodě, horší jsou vystresovaní lidi kolem, když je mi špatně.“

Respondentka E.S. odpověděla na otázku z výživy a vyprazdňování: „*Vyhýbám se všemu, co mi dělá zle, celkově se vyhýbám jídlu, pokud nevím jistě, že nebudu doma nebo v blízkosti záchodů. Když někam jedu, zůstanu radši nalačno.*“ Bolest má respondentka pouze v akutních fázích nemoci. Na spánek má onemocnění vliv pouze v relapsu, kdy musí jít přes noc na záchod. Na změnu v sexuální oblasti odpověděla: „*Do mé sexuální oblasti nemoc poprvé vážně zasáhla ve dvaceti letech, když jsem byla poprvé těhotná. Doktor nechtěl, abych si vzhledem k progresi onemocnění miminko nechala. Já miminko ale chtěla, a tak jsem si oběhala všechny možný gastroenterology, aby potvrdili, že ta nemoc na těhotenství a na moje zdraví nebude mít tak strašný vliv. Ted' mám čtyři děti.*“

Paní B.T., která se ve výživě a vyprazdňování nezadaptovala, odpověděla na otázku takto: „*Musela jsem omezit mléčné výrobky, chleba, luštěniny, kořeněná jídla, alkohol, zeli, snad všechno, co jsem měla tak ráda. Nejde mi na to si zvyknout. S vyprazdňováním je to stejné. Přijdu si před ostatními jak strašně nemocný člověk vzbuzující lítost, když z ničeho nic musím začít hledat záchod.*“ Na otázku o bolesti a spánku respondentka řekla: „*Na bolest jsem si zvykla díky lékům, které mám odzkoušené, že mi zaberou. Klidová fáze je bez bolesti. Spánek mi to naštěstí nenarušilo.*“ V sexuální oblasti nemoc respondentku nijak neovlivnila.

Pan P.H. je ve všech oblastech zcela adaptovaný. V otázce výživy řekl, že se moc omezovat nemusí, a tudíž byla adaptace jednoduchá. „*Jediné, co je jinak je, že během relapsu spíš nejím.*“ S častějším vyprazdňováním se potýká méně od resekce střeva. K otázce o bolesti řekl: „*Bolesti jsem trpěl pouze při zhoršení stavu, přizpůsobovat jsem se nijak nemusel.*“ Sexuální oblast u tohoto respondenta nemoc nijak nezměnila.

7.3 Psychické potřeby

Kategorie psychických potřeb obsahovala pouze tři otázky a zabývá se celkovou adaptací na onemocnění. Pokud respondent odpověděl, že se již zcela adaptoval, následovala otázka, jak dlouho adaptace trvala. Dále bylo zjišťováno, zda má onemocnění vliv na psychiku nemocného a zda někdy pociťuje strach či úzkost vzhledem ke svému onemocnění. Zda se respondenti adaptovali, je znázorněno v tabulce číslo 3.

Tabulka 3 „ Adaptace nemocných v oblasti psychických potřeb“

Iniciály	Adaptace na onemocnění	Vliv onemocnění na psychiku	Úzkost nebo strach v souvislosti s onemocněním
V.B.	ano	ano	ne
A.L.	ano	ano	ano
K.M.	ano	ne	ne
P.L.	ano	ano	ano
J.T.	ano	ano	ano
E.S.	ne	ano	ne
B.T.	ne	ano	ano
P.H.	ano	ano	ne

Šest dotazovaných odpovědělo, že jsou zcela adaptováni na nemoc. Dva respondenti uvedli, že je pro ně onemocnění velkým zásahem do života a na nemoc se zcela neadaptovali. Psychickou stránku ovlivňuje nemoc šesti respondentům. Tito respondenti uvedli, že psychiku ovlivňují náhlé relapsy, nejistota a obava z nepřístupného WC. Strach nebo úzkost pociťují čtyři dotazovaní. Uváděli, že největší strach mají při náhlém zhoršení stavu a možné operace, jídla v restauracích nebo cestách do zahraničí.

Slečna V.B. k otázce adaptace řekla: „*Ze začátku jsem byla nešťastná a frustrovaná, pak sem si našla cestu. Třeba nedávno jsem začala chodit na jógu, a to mi docela pomáhá fyzicky i psychicky.*“ Na otázku, zda má onemocnění vliv na psychiku, odpověděla respondentka: „*Nejvíce v psychické nepohodě jsem při akutní fázi. To se nejvíce stresuju, jestli je někde záchod, jestli ho stihnu a co když tentokrát skončím v nemocnici.*“ Úzkost a strach kvůli onemocnění necítí ani necítila.

Respondentka A.L. je také na onemocnění adaptována. K otázce vlivu onemocnění na psychiku odpověděla: „*Za mě je nejhorší ta nejistota a nepředvídatelnost. Jestli zvládnou normálně pracovat.*“ Na otázku týkající se strachu a úzkosti řekla: „*Někdy mě přepadne děsná panika, co se mnou bude, kdy Crohn zase udeří a jak to všechno zvládnou. Proto se pravidelně setkávám s psychologem.*“

Slečna K.M. je zcela adaptována na onemocnění. Nemoc v ní nevyvolává strach či úzkost a neovlivňuje ani její psychickou stránku. Na tyto otázky odpověděla: „*S nemocí jsem se naučila žít, ale trvalo to asi 3 roky.* Na otázku, zda cítí někdy strach nebo úzkost řekla: „*Jediná chvíle, kdy jsem pocítila strach, bylo z obavy, jak na nemoc bude reagovat moje rodina nebo partner vzhledem k dietnímu omezení.*“

Pan P.L. je také na nemoc adaptován. „*Onemocnění jsem celou dobu příliš nevnímal nebo jsem si komplikace nepřipouštěl.*“ K otázce psychiky řekl: „*Honí se mi občas hlavou některé nezodpovězené otázky, ale nijak mě ta nemoc psychicky nezatěžuje.*“ Co se týká strachu a úzkosti respondent odpověděl: „*Úzkost nebo strach mám, když mě přepadne akutní fáze. Když musím být v nemocnici, a mám jít na vyšetření. Vždy mám strach, jak vše dopadne.*“

Pan J.T. na otázku adaptace řekl: „*Dokázal jsem se adaptovat, trvalo mi to asi 2-3 roky, je to běh na dlouhou trať, když víte, že to máte na celý život.*“ Respondentovi nemoc ovlivňuje i psychickou stránku. „*V období klidu mi psychiku výrazně neovlivňuje. Jen při atakách je to, jako když máte chřipku, trochu to omezuje a je to nepříjemné ale nic víc.*“ Strach nejvíce dotazovaný pocítuje ve chvíli, kdy neví, co s ním bude nebo jak dopadnou výsledky vyšetření.

Respondentka E.S. se na nemoc neadaptovala a na otázku odpověděla: „*S tím, co jsem si prožila, jsem se na to ještě za ty dlouhé léta nedokázala adaptovat. Ale doufám, že jednou se to zlomí a já to budu brát jako součást života a bez problémů.*“ Zda ovlivňuje nemoc psychickou stránku respondentky odpověděla: „*Někdy jsem v klidu, a jakmile mám jít z domu, tak se mi udělá zle, když si uvědomím, že není v blízkosti záchod.*“ Strach nebo úzkost vzhledem k onemocnění nepocítuje.

Paní B.T. která se na onemocnění nezadaptovala, odpověděla: „*Nikdy jsem si s tím nesmířila, ale moc se snažím žít normálně jako do doby před nemocí. Je to pro mě těžké.*“ Respondentku nemoc ovlivňuje i v oblasti psychické. „*Někdy nevím, jestli si nevyvolávám ty problémy psychicky třeba ze strachu. Občas mám pocit, že jsem všem okolo na obtíž se svým dietním omezením.*“ Na otázku zda-li cítí někdy strach nebo úzkost řekla: *Strach mívám, když nevím, co se děje nebo nemám dostatek informací. To si dohledávám na internetu.*“

Pan P.H. je na nemoc adaptován. Dobu adaptace udával stejně jako jiní respondenti kolem dvou až tří let. Po psychické stránce dotazovaného nemoc ovlivňuje málo, a to pouze v případech náhlých relapsů. Strach a úzkost způsobené onemocněním respondent necítí ani nepocítil během celé doby onemocnění. „*Asi nějaký menší strach, když jdu na vyšetření tam je, ale nic, co by mě ovlivňovalo.*“

Respondenti uváděli celkovou dobu adaptace v rozmezí jednoho roku až tří let od diagnostiky onemocnění. Pět dotazovaných při těchto otázkách zmínilo, že někdy kontaktovali sdružení nemocných s Crohnovou nemocí nebo hledali pomoc a informace na webových stránkách tohoto sdružení.

7.4 Sociální potřeby

V kategorii sociálních potřeb byli respondenti dotazováni, zda jejich rodina či partner/ka měli vliv na jejich adaptaci k onemocnění. Dále bylo zjišťováno, zda ovlivňuje onemocnění osobní život jedinců, přizpůsobení se v práci či ve škole a vliv nemoci na trávení volného času nemocných. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce číslo 4.

Tabulka 4 „Adaptace nemocného v oblasti sociálních potřeb“

Iniciály	Vliv partnera nebo rodiny na adaptaci	Vliv nemoci na osobní život	Adaptace ve škole/zaměstnání	Vliv nemoci na trávení volného času
V.B.	ano	ano	ano	ano
A.L.	ne	ne	ano	ne
K.M.	ano	ano	ne	ano
P.L.	ne	ne	ne	ano
J.T.	ano	ano	ano	ano
E.S.	ano	ano	ne	ano
B.T.	ano	ano	ano	ano
P.H.	ano	ano	ano	ano

Šest respondentů uvedlo, že na adaptaci měla vliv jejich rodina, která se snaží co nejvíce pomáhat. Pouze dva dotazovaní uvedli, že onemocnění nemá žádný vliv na jejich osobní život. Ostatní respondenti odpovídali, že onemocnění zasahuje do jejich osobního života. Nemocní musí například více plánovat, kam půjdou a nemohou jíst stejná jídla jako jejich okolí. V otázce o adaptaci ve škole nebo zaměstnání odpověděli všichni dotazovaní, že jsou zcela adaptováni až na tři respondenty. Na poslední otázku, jestli onemocnění ovlivnilo trávení volného času nemocných, odpověděli všichni až na jednu respondentku kladně. Dotazovanou nemoc nijak neovlivňuje a svůj volný čas nemusí přizpůsobovat nijak onemocnění. Zbýlých sedm nemocných odpovídalo, že musí více odpočívat kvůli rychlému vyčerpání.

Slečna V.B. uvedla, že v adaptaci na nemoc měla vliv rodina. *„Rodina mi pomohla při začátcích, dodnes mě podporují. Když jdeme někam na oběd partner i rodina respektují má omezení ve stravě.“* Na otázku o vlivu na osobní život řekla: *„Chození často na záchod, bolesti břicha mě omezují neskutečným způsobem, navíc z toho vznikají další nepříjemnosti, například hemeroidy.“* Adaptace ve škole nebyl pro respondentku problém. V trávení volného času nemoc respondentku ovlivňuje hlavně v období relapsu. *„V klidové fázi jsem úplně*

v pohodě a můžu dělat cokoliv jako všichni. V akutní fázi nemůžu dělat nic, jsem vyčerpaná a mám bolesti.“

Paní A.L. na otázku o vlivu rodiny řekla: *„S přizpůsobením se na nemoc mi nepomáhala ani rodina ani partner. Zvládla jsem to nějak sama. Můj současný partner mě poznal, když už jsem nemoc měla, takže si musel zvykat.*“ V osobním životě nemoc respondentku neovlivňuje. V zaměstnání se adaptovala dobře. *„Práci nemám fyzicky náročnou a nadřizení o mé nemoci vědí. Pokud jsem v akutní fázi tak mi volno tolerují.*“ Jako jedinou z dotazovaných tuto respondentku nemoc neovlivnila ani v trávení volného času. *„Snažím se dělat vše, co mám ráda, sportuji a mám své koníčky, ale samozřejmě všeho s mírou.*“

Respondentka K.M. na otázku, zda měla rodina vliv na adaptaci a osobní život odpověděla: *„Rodina byla pro mě v začátcích velkou oporou, partner mě má rád i se vším, co tato nemoc obnáší.*“ V zaměstnání se dotazovaná špatně adaptuje *„Vysokou školu jsem po roce raději vzdala. Byla jsem v akutní fázi nemoci a nedalo se to zvládnout. Nyní chodím na malý úvazek pracovat, aby mě to moc neomezovalo.*“ Do trávení volného času nemoc respondentce zasahuje kvůli plánování místa, kam jde, jestli je tam záchod apod.

U pana P.L. neměla ani rodina ani partnerka vliv na adaptaci, odpověděl: *„Rodina je samozřejmě informována, snaží se mi pomoci, ale já to nepotřebuji. Teda aspoň zatím.*“ Žádné změny v osobním životě kvůli nemoci respondent také nezaznamenal. Pan P.L. dále na otázku adaptace v zaměstnání uvedl: *„Momentálně jsem sice nezaměstnaný, ale předtím jsem dělal na manažerských pozicích a úplně bez problémů.*“ K otázce vlivu nemoci na trávení volného času řekl: *„Volný čas musím akorát lépe plánovat. Jinak jsem žádnou změnu za ty roky nepocítil.*“

Pan J.T. uvedl, že rodina a partnerka měla v jeho adaptaci na nemoc velký vliv. *„Rodina a přítelkyně při mně tehdy stáli, podporovali mě ve všem a do teď mi pokaždé dodávají odvahu, když jdu na vyšetření.*“ Nemoc zasáhla také do osobního života respondenta. *„Nemůžu se jen tak sbalit a jet na grilovačku, musím promyslet, jestli v tom místě bude třeba záchod, a to jiní lidi řešit prostě nemusí.*“ Ve studiu na vysoké škole respondenta nemoc nezasáhla natolik, aby se nemohl adaptovat. Do trávení volného času klientovi nemoc zasáhla, ale nebojí se odjet i do cizích zemí a to i do větších dálek. *„Je to trochu obtížnější než dřív, ale cestování je něco, co mě naplňuje a nechci se toho vzdát.*“

U paní E.S. měla na adaptaci také vliv rodina. Hlavně její rodiče a později i manžel. Nemoc jí zasahuje hodně do osobního života i trávení volné času. „*Nemůžu odjet kdykoliv kamkoliv bych chtěla. Nikdy nevím, jak nemoc zareaguje, jestli jsou v blízkosti záchody nebo jestli se nenajím a nebude mi zle.*“ Dále respondentka uvedla, že v zaměstnání se nemohla zadaptovat a proto se nyní nachází v invalidním důchodu. „*Bylo mi pořád špatně, většinu času jsem trávila na záchodě nebo doma. Nedokázala jsem najít už práci, kde by to nebyl problém.*“

Respondentce B.T. byla rodina s partnerem velkou oporou při diagnostice a prvních letech nemoci. „*Snaží se mi pomáhat pořád. Někdy mám pocit, že jsou s tím smířenější než já.*“ Do osobního života jí nemoc zasáhla v malé míře. V zaměstnání se přizpůsobila s nemocí jednoduše. „*Nemůžu jen tahat těžké věci a musím někdy více odpočívat, jinak problém žádný nebyl.*“ Na otázku změny v trávení volného času řekla: „*Nemůžu se smířit, že nemůžu jet, kdy chci a kam chci, jako dřív.*“

Pan P.H. odpověděl, že oporu měl tehdy hlavně v partnerce. „*I když to bylo ze začátku jakkoliv těžký, přítelkyně byla vždycky mojí oporou ať už ve vaření kvůli dietám nebo bolestech. Bylo a je pro mě důležitý, když vím, že mi někdo rozumí a chápe.*“ V zaměstnání nemá dotazovaný problémy díky dostupnosti WC i při akutní fázi, a proto ani adaptace nebyla nijak obtížná. Trávení volného času mu nemoc omezila stejně jako ostatním respondentům. „*Je to jak na houpačce, někdy si za celou dobu na záchod nevzpomenou, někdy prostě musím. Některé sporty dokážu dělat bez obtíží.*“

DISKUSE

V rámci praxe v nemocnicích jsem se s nemocnými s Crohnovou chorobou setkávala při hospitalizacích na interním nebo chirurgickém oddělení. Během výzkumu jsem byla mile překvapena ochotou oslovených respondentů. Všichni oslovení byli ochotni se mnou spolupracovat a poskytli mi rozhovor. Dotazovaným nevadily ani více osobní otázky. Nemocní byli ochotni o problémech hovořit otevřeně a bez problémů. Očekávala jsem, že ve výzkumu bude více nemocných, kteří se nedokázali zadaptovat na onemocnění.

Protože nemoc zasahuje do života hlavně svými projevy, byla výzkumná část zaměřena na změny v potřebách nemocného. Biologické, psychické a sociální potřeby spolu úzce souvisejí, jsou vzájemně propojené a utváří podmínky, ve kterých musí chronicky nemocný pacient žít. Každý jedinec se adaptuje individuálně, ale největší adaptační problémy uvádějí nemocní při období relapsu nebo prvotním vzplanutí nemoci. Touto prací jsem chtěla dostat do povědomí obtíže adaptace nemocných jakéhokoliv věku na celoživotní onemocnění zasahující do života svými nepříjemnými projevy a komplikacemi. Nemocní se nemusí chtít o této nemoci bavit, protože se za ni stydí, mohou se bát zeptat na informace a mít strach z reakce okolí. Tím může být adaptace pacientů značně ztížena.

Svou práci jsem srovnávala s bakalářskou prací Maškové Alice s názvem *Adaptace nemocných na nespecifické střevní záněty* z roku 2015. Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů a výzkumný vzorek obsahoval 6 respondentů. Dotazované klienty oslovila a hledala v Občanském sdružení pacientů s Idiopatickými střevními záněty.

Dále jsem práci srovnávala s diplomovou prací Bc. Matunové Aleny s názvem *Kvalita života nemocných s idiopatickými střevními záněty* z roku 2014. V jejím výzkumném vzorku bylo 88 respondentů. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření a probíhal na semináři s názvem „Novinky v léčbě IBD“. Další část dotazníků byla zveřejněna online na webových stránkách Občanského sdružení pacientů s Idiopatickými střevními záněty. Dotazník se skládal z otevřených, polouzavřených a otevřených otázek. Dotazník obsahuje otázky použité ze standardizovaného dotazníku SF – 36, které dále doplnila o své vlastní otázky. Celkový počet otázek je 19.

Další porovnávanou prací byla diplomová práce Bc. Vepřovské Michaely *Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba* z roku 2010 z Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum probíhal formou dotazníkové šetření. K výzkumnému šetření použila 60 dotazníků s vlastně vytvořenými otázkami. Výzkum proběhl ve FN Olomouc a gastroenterologické poradně v Nemocnici Písek a.s.

Ve své práci porovnávám výsledky výzkumného šetření i s dvěma odbornými články. První z nich se jmenuje *Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života* z roku 2009. Autorem tohoto článku je MUDr. Libor Gabalec. Druhý článek má název *Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry* z roku 2013 nacházející se v časopise Kontakt. Autorem článku je Bc. Lukáš Rendl z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Prvním cílem bylo zhodnotit, jak se lidé adaptovali na změny v oblasti lidských potřeb, které se nemocí změnil. Na tento cíl byly stanoveny výzkumné otázky, které jsou dále rozebrány a vyhodnoceny. Druhým cílem bylo zjistit, v jaké oblasti potřeb nejvíce negativně ovlivnila nemocného Crohnova choroba. Výzkum ukázal, že nejvíce nemoc ovlivňuje pacienty v jejich sociální oblasti potřeb, konkrétně v trávení volného času a osobním životě. Tento výsledek mě velmi překvapil, myslela jsem, že nejvíce bude onemocnění zasahovat do oblasti biologických potřeb.

Posledním cílem práce bylo zjistit, zda se adaptovali lépe nemocní s vysokoškolským nebo středoškolským vzděláním. Tedy jestli má inteligence vliv na adaptaci. Pokud bereme celkovou adaptaci na onemocnění, z výsledků výzkumu vyplývá, že se neadaptoval jeden respondent se středoškolským a jeden s vysokoškolským vzděláním. Z výsledku tohoto šetření vyplývá, že respondenti se adaptovali 2-3 roky bez ohledu na dosažené vzdělání.

Výzkumná část této bakalářské práce byla prováděna formou kvalitativního výzkumu. Pro získání potřebných dat byl použit nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor s nemocnými Crohnovou chorobou. Vzhledem k tomu, že je výzkumný vzorek hodnocen pouze pomocí 8 náhodně vybraných respondentů, jsou výsledky tohoto výzkumné šetření platné pouze pro výzkumný vzorek.

První výzkumná otázka: „Jak se nemocní adaptovali v oblasti biologických potřeb?“

Z poznanych projevů onemocnění, lze předpokládat negativní dopad v oblasti biologických potřeb. Dieta a změny ve vyprazdňování jsou velkými problémy tohoto onemocnění. Proto bylo důležité je zahrnout do zkoumaných otázek v procesu adaptace. V oblasti výživy se respondenti adaptovali dobře. Všichni respondenti uvedli, že změna ve výživě byla nejzásadnější a komplikovaná. Protože snášenlivost potravin je individuální, každý nemocný si musel najít potraviny, kterým je potřeba se vyhnout. Tři dotazovaní mají problém tyto nedráždivé potraviny stále najít. Dotazovaní také uvedli, že v období relapsu ztrácí chuť k jídlu. S výživou je úzce spojeno i vyprazdňování. Proto tito tři respondenti mají problém i v této oblasti. Někteří dotazovaní uvedli, že mají někdy obtíže s častými průjmy i v období remise.

Bolestí trpí všichni nemocní v období relapsů tedy akutních fázích onemocnění. Na tuto bolest jsou všichni dotazovaní adaptováni díky lékům proti bolesti, které mají vyzkoušeny. Dle rozhovorů vyplývá, že onemocnění nijak nezasahuje respondenty v oblasti spánku. Dotazovaní pouze uváděli, že se cítí více unavení v obdobích akutní fáze nemoci nebo že musí chodit častěji na záchod. V této oblasti jsou tedy respondenti adaptováni. Výsledky z diplomové práce Vepřovské Michaely ukazují na podobný výsledek. Z jejího výzkumu vyšlo najevo, že pouze 6% nemocných Crohnovou chorobou netrpí nikdy únavou.

Z celého výzkumného vzorku zasahuje nemoc do sexuální oblasti pouze jedné respondentce. A to z důvodu špatného zvládnutí nemoci jak po stránce psychické, tak i špatné prognózy onemocnění. Ostatní dotazovaní nezaznamenali žádné změny v této oblasti. Srovnatelné výsledky v oblasti biologických potřeb lze najít v bakalářské práci Maškové. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že největší problém s adaptací mají nemocní v této oblasti s výživou.

Druhá výzkumná otázka: „ Jak se nemocní adaptovali v oblasti psychických potřeb?“

Psychické prožívání je u každého nemocného subjektivní. Z rozhovorů vyplývá, že celkovou adaptaci na nemocnění zvládlo šest dotazovaných, zbylé dvě respondentky se na nemoc zatím nepřizpůsobily. U adaptovaných klientů se pohybovala celková doba adaptace dva až tři roky od diagnostiky nemoci.

Na psychickou stránku má nemoc vliv u šesti nemocných. Tito respondenti většinou udávali ovlivnění psychiky v souvislosti s příznaky nemoci. Tuto skutečnost zmiňuje i Lukáš Rendl ve svém článku *Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry*. V něm uvádí, že psychickou stránku člověka ovlivňují tělesné projevy nemoci. Pouze jedna z dotazovaných klientů vyhledala psychoterapeutickou pomoc. Vepřovská Michaela si ve své diplomové práci stanovila hypotézu, kde předpokládala, že 50% nemocných vyhledalo psychologickou pomoc. Hypotéza se nepotvrdila, protože pomoc vyhledalo 10 respondentů z 60 dotazovaných.

Strach pociťuje polovina nemocných hlavně v období relapsu, z možné hospitalizace a operace. Jedna respondentka uvedla, že má strach jezdit do zahraničí a jíst v neznámých restauracích. Tento strach je odůvodněný špatnou zkušeností. Ke stejnému výsledku došla ve své bakalářské práci i Mašková. Její výzkum potvrdil, že nemocní trpí strachem a úzkostí v období akutního vzplanutí nemoci. Pět z dotazovaných vyhledalo sdružení spojující nemocné s Crohnovou nemocí kvůli informacím a podpoře.

Třetí výzkumná otázka: „Jak se nemocní adaptovali v oblasti sociálních potřeb?“

Sociální potřeby zahrnují pomoc a vliv na adaptaci rodiny, partnera, vliv nemoci na osobní život, adaptaci ve škole nebo zaměstnání a trávení volného času. Tato oblast lidských potřeb byla vyhodnocena jako ta, do které onemocnění nejvíce pacienty zasahuje. Rodina je pro chronicky nemocné opora, stejně tak jako partneři. Dodává jim pocit jistoty, hlavně v začátcích nemoci. Respektuje změnu stravování i změnu chování nemocných v akutních fázích onemocnění. Takto odpovídalo všech šest respondentů. Pouze dva řekli, že rodina nebo partner neměl na jejich adaptaci vliv.

Do osobního života zasáhla nemoc šesti respondentům. Dvěma z dotazovaných nemoc nijak osobní život nezměnila. Nemoc do této oblasti zasahuje opět díky svým nepříjemným příznakům. Lukáš Rendl ve svém článku píše, že pacienti s Crohnovou chorobou nejčastěji uvádí strach zúčastňovat se společenských akcí z důvodu poruchy vyprazdňování. MUDr. Gabalec ve článku *Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života* konstatuje, že kvalita života nemocných v remisi je srovnatelná se životem zdravých lidí.

Pouze u jedné respondentky došlo vlivem choroby k nutnosti invalidního důchodu. Jedna pacientka musela kvůli projevům ukončit studium. Zbytek dotazovaných neměli nebo nemají problém s adaptací v zaměstnání. Matunová ve své výzkumné části zjistila, že největší omezení nalézají nemocní ve svém zaměstnání, a naopak nejmenší v trávení volného času. Tato skutečnost se neshoduje s mými výsledky. Na základě mého výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondenty nemoc nejvíce omezuje v trávení volného času. Ten tráví každý individuálně dle svých možností. V období relapsu se cítí unavenější a musí více odpočívat. Dotazování dále uváděli, že pokud se nachází v klidové fázi, tráví volný čas jako zdraví lidé. Takto odpovídalo sedm respondentů. Jeden respondent uvedl, že nemoc do jeho trávení volného času nijak významně nezasáhla.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na adaptaci nemocného s Crohnovou chorobou v oblasti fyzických, psychických a sociálních potřeb. Adaptací na nemoc znamená přizpůsobení se jedince, kdy jsou změněny potřeby vlivem nemoci v běžném životě nemocného ať už v jeho biologické, psychické nebo sociální oblasti. Adaptace je nikdy nekončící proces. Proto je těžké přizpůsobovat se něčemu trvalému jako je chronická nemoc. Protože se jedná o práci teoreticko-výzkumnou, je rozdělena na dvě části.

V první části je popsána anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu. Další kapitola se věnuje charakteristice Crohnovi nemoci, jeho diagnostice a léčbě. Dále je popsáno co je to adaptace, potřeby a vliv nemoci na změnu potřeb. Na závěr jsou zde uvedeny organizace pomáhající lidem trpícím tímto onemocněním.

Druhou část práce tvoří výzkumná část, která byla provedena kvalitativním výzkumným šetřením pomocí nestandardizovaných rozhovorů. Výzkumné otázky byly stanoveny tři. Zabývají se otázkou adaptace na hlavní oblasti potřeb – biologických, sociálních a psychických. Dále probíhal samotný výzkum, do kterého bylo osloveno 8 klientů zdravotnického zařízení Pardubického kraje. Výzkum proběhl v období od března do začátku května tohoto roku. Na základě předem připravených výzkumných otázek byly stanoveny 4 zkoumané okruhy. Rozhovory byly nahrávány a přepisovány. V práci jsou uvedeny ve zkrácené verzi tak, aby dostatečně interpretovaly odpovědi na otázky.

Výzkumná část práce potvrdila, že adaptace v oblasti lidských potřeb proběhla u oslovených poměrně dobře. V oblasti biologických potřeb byli respondenti nejhůře adaptováni ke změnám ve výživě a vyprazdňování. Dále z výzkumu vyplývá, že bolesti trpí všichni dotazovaní v období relapsů. Na tuto bolest jsou adaptováni díky lékům. Celkovou adaptaci na nemoc zvládlo šest dotazovaných, a to v průběhu dvou až tří let od diagnostiky nemoci. Do psychické stránky zasahuje šesti dotazovaným a polovina z nich někdy pociťuje strach v souvislosti k onemocnění. V oblasti sociálních potřeb šest dotazovaných uvedlo, že největší oporou při adaptaci na onemocnění byla jejich rodina či partner. Osobní život změnila nemoc také šesti respondentům. Ti se v této oblasti již adaptovali. V zaměstnání nebo škole se neadaptovali dvě dotazované. Jedna respondentka musela ukončit studium a u jedné došlo k nutnosti invalidního důchodu. Zbytek dotazovaných neměl s adaptací na pracovišti problémy. Sedm respondentů uvedlo, že nemoc zasahuje do trávení volného času v období

relapsů. Respondenti uváděli, že na tuto změnu se dá zvyknout, ale obtížně. K zobrazení výsledků a jejich interpretaci byla využita část práce pojmenovaná diskuse. K lepší přehlednosti byla u každé výzkumné otázky použita tabulka, která jednoznačně ukazuje odpovědi jednotlivých respondentů.

Mnohokrát jsem přemýšlela nad tím, jak doopravdy velký hendikep toto onemocnění přináší pro pacienty. Výsledky šetření mě ale mile překvapili a já mohu s jistotou potvrdit, že všichni z dotázaných žijí poměrně slušný život bez větších omezení nebo komplikací, které z onemocnění vyplývá.

Boj s touto nemocí je často velmi vyčerpávající a nese s sebou řadu omezení, jejíž porušení působí pacientům značné komplikace. Můj obdiv patří především mladým lidem, se kterými jsem se setkala během plnění výzkumné části práce. Optimismus a skromnost některých z nich mne překvapila a inspirovala. Jejich život není jednoduchý, a i přesto všechno byla většina plná života, který si i přes všechna omezení užívají naplno. Během psaní této práce a výzkumu jsem si uvědomila, že jednou z důležitých věcí, jak se vyrovnat s onemocněním je sice osobnost člověka, ale hlavně neztrácet naději a optimismus.

Na základě zjištění, že náhlé změny stravování jsou velkým zásahem do života nemocných Crohnovou chorobou, jsem vytvořila leták. Ten se nachází v příloze C této práce. Leták obsahuje stručný přehled vhodných a nevhodných potravin v období relapsu a remise nemoci.

BIBLIOGRAFIE

BORTLÍK, Martin et. al. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. [online] 2010. [citace: 19. 11. 2016.] http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brozura_dospeli_2.pdf.

ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, 2009. str. 111. ISBN: 9788072626007.

DÍTĚ, Petr. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Praha: Galén, 2011. str. 262. ISBN: 978-80-7262-704-2.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. str. 544. ISBN: 978-80-247-3240-4.

FALT Přemysl. *Koloskopie*. Praha: Grada, 2015, str. 320. ISBN: 978-80-247-5248-6.

FIALA, Pavel. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. 2015. str. 244. ISBN: 978-80-246-2693-2

FUSEK, Martin. *Biologická léčiva*. Praha: Grada, 2012, str. 219. ISBN: 978-80-247-3727-0.

GABALEC, Libor. *Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika*, Interní medicína pro praxi. [online] 2009. [citace: 10. 11. 2016.] <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. 2005, str. 408. ISBN: 978-80-7367-485-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 2009. str. 280. ISBN: 978-80-7367-568-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. s. 176. ISBN: 978-80-247-2713-4.

LATA, Jan, Jan BUREŠ, Tomáš VAŇÁŠEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. 2012. s. 256. ISBN: 978-80-7262-692-2

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

MAŠKOVÁ, Alice. *Adaptace nemocných na nespecifické střevní záněty*. Jihlava. 2015. s. 64. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce: Mgr. Radka Křepinská.

- MATUNOVÁ, Alena. *Kvalita života nemocných s idiopatickými střevními záněty*. Olomouc. 2014. s. 102. Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra antropologie a zdravotní vědy, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
- MIČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská Univerzita. 2011. s. 108. ISBN: 978-80-7368-951-3.
- MOUREK, Jindřich. *Fyziologie*. Praha: Grada, 2012. str. 224. ISBN: 978-80-247-3918-2.
- NAVRÁTIL, Lukáš. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2008. str. 424. ISBN: 978-80-247-2319-8.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. str. 240. ISBN: 978-80-247-2959-6.
- PAVELKA, Karel a kol. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění*. Praha: Grada, 2014. str. 384. ISBN: 978-80-247-5048-4.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 284. ISBN 978-80-247-1148-5.
- ŠACHLOVÁ, Milana. *Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou?*. [online] 2011. [citace: 13. 6. 2017.] <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, str. 136. ISBN: 978-80-247-3223-7.
- TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2013. s. 185, ISBN: 978-80-7013-553-2.
- VEPŘOVSKÁ, Michaela. *Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba*. Olomouc. 2010. s. 95. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce: Doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc.
- VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Praha: Nakladatelství ANAG, 2013. s. 183. ISBN: 978-80-7263-788-1.
- ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. str. 288. ISBN: 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. str. 232. 978-80-247-2068-5.

ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Grada, 2007. str. 126. ISBN: 80-247-1563-6.

ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2016. str. 208. ISBN: 978-80-204-4035-8.

Webové stránky: *Organizace pro pacienty s idiopatickými střevními záněty*, 2008 [online]. Praha: [cit. 28.4.2017].

Dostupné z <http://www.crohn.cz/kdo-jsme>

PŘÍLOHY

Příloha A: Otázky k rozhovoru

Příloha B: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a nahráváním

Příloha C: Leták

Příloha A

Otázky k rozhovoru

1. Kolik je Vám let?
2. Kdy Vám byla Crohnova nemoc diagnostikována?
3. Jakým způsobem se léčíte? Konzervativní léčbou nebo biologickou? Podstoupil/a jste během nemoci chirurgickou léčbu?
4. Jaké máte dosažené vzdělání?
5. Pracujete/studujete v současné době nebo jste v invalidním důchodu?

Otázky z oblasti biologických potřeb

1. Pociťujete nějaké rozdíly ve změnách ve výživě po diagnostikování nemoci? Jaká byla vaše adaptace na změny ve vyprazdňování?
2. Trpíte-li bolestmi v souvislosti s onemocněním, jak jste se adaptoval/a na bolest?
3. Jak jste se přizpůsobil/a na změny v oblasti spánku? Například při bolestech nebo častém chození v noci na WC. Cítíte se více unavení?
4. Pociťil/a jste změny v sexuální oblasti s tímto onemocněním? Jak jste se na ně adaptoval/a?

Otázky z oblasti psychických potřeb

5. Dokázala jste se již zadaptovat na toto onemocnění, pokud ano, jak dlouho Vám to trvalo?
6. Má onemocnění vliv na Vaši psychiku?
7. Pociťujete někdy strach nebo úzkost vzhledem k Vašemu onemocnění?

Sociální potřeby

8. Měla/Má Vaše rodina, partner/ka vliv na Vaši adaptaci na onemocnění? Pomáhají Vám? Jak?
9. Ovlivňuje Vás onemocnění ve Vašem osobním životě?
10. Jak jste se přizpůsobil/a v zaměstnání/škole s tímto onemocněním?
11. Ovlivnilo Vás onemocnění v trávení volného času?

Příloha B

Vážená paní/pane

Oslovení:

Odkud jste:

Kontakty na Vás:

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU

Vážená paní/pane

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia (prezenční forma – obor Všeobecná sestra), na Katedře ošetřovatelství Fakulty Zdravotnických Studií Univerzity Pardubice a obracím se na Vás se žádostí o možnost realizace výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce na téma „*Adaptace nemocného na Crohnovu chorobu*“; (školitelkou mé práce je Mgr. Hana Ochtinská). Výzkum je zaměřen na adaptaci nemocného v oblastech biologických, psychických a sociálních potřeb.

Výzkum bude proveden kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhoru.

Interview by proběhla jako polostrukturovaný rozhovor v předpokládané délce cca 30-45 minut na jeden rozhovor v klidné, nerušené místnosti. Struktura rozhovoru bude obsahovat předem definované otázky, které v průběhu rozhovoru, vyplyne-li taková potřeba, případně doplním či dovysvětlím. Uvedené otázky příkládám s tímto souhlasem, abyste se s nimi mohl/a seznámit před zahájením rozhovoru. Rozhovory by byly s Vaším souhlasem nahrávány na záznamové zařízení (MP3 přehrávač či diktafon) a následně přepsány do elektronické podoby.

Vaše identita zůstane skryta, budete evidováni pouze pod písmenem. Uvedená data budou uchovávána v anonymitě, zpracovávána jako celkový pohled na uvedenou problematiku.

Cílem práce je:

- Zjistit jak se nemocní s Crohnovou chorobou adaptovali v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb.

Pokud byste se vyjádřila kladně, prosím Vás o podpis. Žádost s podpisem bude součástí složky studenta, které bude uchováno ve zdejším archivu FZS.

Děkuji Vám za Vaše vyjádření k žádosti, pevně věřím, že kladné.

S úctou Musilová Veronika

V Pardubicích dne

Podpis

Příloha C

Strava při Crohnově Chorobě

Strava se liší podle toho, zda se nacházíte v akutní fázi (tzv. relaps) nebo klidové fázi nemoci (tzv. remise).

Co jíst a nejíst v období relapsu??

V období relapsu je vhodná tzv. bezsezbytková strava. To znamená vyloučení špatně stravitelných zbytků jako je nerozpustná vláknina. Doporučuje se jíst v menších porcích 5-6x za den.

Vhodné potraviny během relapsu

Maso	krůtí, králičí, kuřecí, telecí, libové vepřové
Uzeniny	libová šunka, šunka pro děti, šunková pěna
Mléčné výrobky	kysané mléčné výrobky, tvarohové sýry, přírodní sýry, jogurtová mléka s probiotiky
Pečivo	bílý chléb, bílé pečivo, piškot
Přílohy	brambory, bramborová kaše, noky, rýže, těstoviny
Nápoje	nesycená voda, slabý ovocný čaj, ředěná ovocná šťáva
Koření a dochucovadla	zelené bylinky, málo solené potraviny
Ovoce a zelenina	ředěné džusy, zeleninové pyré, ovocné kaše a rosoly

Nevhodné potraviny během relapsu

Maso	marinovaná masa, uzené, tučné ryby a tučné vepřové
Uzeniny	silně kořeněné a tučné uzeniny
Mléčné výrobky	čerstvé mléko, plísňové sýry, syrečky
Pečivo	čerstvě kynuté, celozrnné
Přílohy	kynuté knedlíky, fritované přílohy
Nápoje	alkohol, silná káva a silný čaj, čokoláda
Koření a ochucovadla	kořeněné potraviny, pokrmy s glutamátem sodným
Ovoce a zelenina	syrové ovoce a zelenina, semínka, ořechy a slupky

Co jíst a nejíst v období remise??

V klidové fázi je vhodné omezit nadýmavá jídla, tučné a smažené pokrmy, destiláty. Důležité je najít si potraviny, které způsobují obtíže a které ne. Důležitý je i pitný režim 2-2,5 litru za den.

Vhodné potraviny během remise

Maso	libové, drůbež, ryby bez kůže
Uzeniny	krůtí a králičí rolády, šunka
Polévky	zeleninové a netučné vývary, zahuštěné nasucho opraženou moukou
Příkrmy	těstoviny, rýže, vše z brambor, knedlíky s kypřícím práškem
Omáčky	rajská, pažitková, svičková, šťávy zahustit nasucho opraženou moukou
Ovoce a zelenina	oloupaná jablka, meruňky, broskve, ovocné pyré, ovocné kaše a pěny, kořenová zelenina, oloupaná rajčata, špenát, mladé kedlubny, dýně
Moučníky	málo sladké a málo tučné
Bezmasá jídla	ovocné knedlíky, žemlovky, rýžové nákypy
Tuky	čerstvé máslo, olivový olej
Mléčné výrobky	zakysané výrobky, sýry tavené i krájené, přírodní tvaroh, nápoje s probiotiky
Koření	zelené natě – celerová, libeček, pažitka, petržel, kopr, dle tolerance vývar z cibule, česneku, hub a kmínu

Nevhodné potraviny v období remise

Maso	tučná, smažená, uzená, nakládaná, škvarky, slanina, pikantní konzervy
Uzeniny	ostré klobásy
Polévky	omezit polévky z luštěnin a příliš tučné a kořeněné
Příkrmy	omezit smažené a kynuté
Omáčky	pálivá paprika, pepř a kari koření v omáčce
Ovoce a zelenina	hrušky, syrové ovoce se slupkami a zrníčky, ořechy a semena, květák, ředkev, brokolice, luštěniny
Moučníky	příliš tučné a příliš sladké
Bezmasá jídla	smažená a tučná
Tuky	slanina, škvarky
Mléčné výrobky	syrové mléko
Koření	ostré koření

Vypracovala Veronika Musilová 2017, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Tento leták byl zpracován jako součást bakalářské práce *Adaptace nemocného na Crohnovu chorobu*.

Kontaktní email: veronika.musilova@post.cz

Vedoucí práce: Mgr. Hana Ochtinská

Zdroj: ŠACHLOVÁ, Milana. *Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou?* [online] 2011. [citace: 13. 6. 2017.] <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>