

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Hana Podolcová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Stravovací návyky pacientů s diagnózou Crohnova choroba

Hana Podolcová

Bakalářská práce

2021

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Hana Podolcová**  
Osobní číslo: **Z17283**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Stravovací návyky pacientů s diagnózou Crohnova choroba**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2011, 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.  
LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH. *Nemoci střev*. Praha: Grada, 2018, 736 s. ISBN 978-80-271-0353-9.  
PAVELKA, Karel a kol. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v reumatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada, 2014, 384 s. ISBN 978-80-247-5048-4.  
VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013, 183 s. ISBN 978-80-7263-788-1.  
ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Mladá fronta, 2018, 575 s. ISBN 978-80-204-4720-3.

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

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

L.S.

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

**Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 3. 05. 2021

Hana Podolcová v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Haně Ochtinské za její odborný dohled, trpělivost, vstřícnost a užitečné rady při vedení této bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům, kteří mi ochotně poskytli rozhovor a důležité informace pro zpracování průzkumné části. Mé poděkování patří i mé rodině za podporu a pomoc v průběhu celého studia.

## **ANOTACE**

Téma bakalářské práce je zaměřeno na stravovací návyky pacientů s diagnózou Crohnova choroba. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část se skládá ze stručného popisu nemoci, příčin, příznaků nemoci a možných komplikací, diagnostice, vyšetřovacích metod a druhů léčby. Zvláštní část teoretické části je věnována nutriční podpoře, rozlišení způsobu stravování v období remise a relapsu. Součástí teorie je ošetřovatelský proces pacienta s Crohnovou chorobou. Praktická část je vytvořena pomocí kvalitativního průzkumu, který je uskutečněný pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sedmi respondenty. Otázky jsou vedené na téma stravování, kde a kým byli pacienti informováni, o způsobu stravování a případném omezení změnou výživy v každodenním životě.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Crohnova choroba, nutriční podpora, ošetřovatelský proces, relaps, remise.

## **TITLE**

Eating habits of patients diagnosed with Crohn's disease

## **ANNOTATION**

The major topic of the bachelor thesis is eating habits of patients diagnosed with Crohn's disease. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part provides a brief description of the disease, its primary causes, typical symptoms and potential complications, diagnostics, examination methods and types of treatment. A special attention is devoted to nutrition support and different diets during relapse and remission period. An integral part of the theory is a treatment procedure of a patient suffering from Crohn's disease. A qualitative research is conducted in the practical part. The research is based on semi-structured interviews with seven respondents. The interviews comprise questions related to patients' eating habits. The questions are focused on the place and people that were patients informed by, on their diets and potential limitations of their everyday diets.

## **KEYWORDS**

Crohn's disease, nutrition support, treatment procedure, relapse, remission

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1 CÍL PRÁCE:</b> .....	<b>7</b>
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
2.1 Crohnova choroba .....	8
2.1.1 Historie Crohnovy choroby .....	8
2.1.2 Etiologie a patogeneze .....	9
2.1.3 Klinický obraz.....	10
2.2 Diagnostika .....	12
2.2.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření.....	12
2.2.2 Laboratorní vyšetření .....	12
2.2.3 Endoskopické vyšetření .....	12
2.2.4 Radiologické a jiné zobrazovací metody .....	13
2.3 Léčba Crohnovy choroby .....	14
2.3.1 Farmakologická léčba .....	14
2.3.2 Biologická léčba .....	15
2.3.3 Chirurgická léčba.....	16
2.4 Nutriční podpora .....	16
2.4.1 Malnutrice.....	16
2.4.2 Enterální a parenterální výživa .....	17
2.4.3 Exkluzivní enterální výživa .....	17
2.4.4 Dieta CDED.....	18
2.4.5 Dieta CD-TREAT .....	19
2.4.6 Dieta SCD .....	19
2.4.7 Dieta low-FODMAP .....	19
2.4.8 Paleolitická strava .....	20
2.4.9 Semivegetariánská strava.....	20
2.4.10 Bezezbytková dieta .....	20
2.5 Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou .....	21
<b>3 PRŮZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>23</b>
3.1 Průzkumné otázky .....	23
3.2 Metodika průzkumu .....	23
3.3 Charakteristika průzkumného souboru .....	24



3.4	Prezentace výsledků .....	25
3.4.1	Základní informace o respondentech .....	25
3.4.2	Způsob stravování, informovanost, adherence k dietě .....	29
3.4.3	Tolerance potravin, doplňky stravy .....	33
3.4.4	Případná omezení spojená se změnou stravování v důsledku onemocnění.....	37
<b>4</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>50</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>53</b>

## SEZNAM TABULEK A ILUSTRACÍ

Tabulka 1 – Základní informace o respondentech .....	25
Tabulka 2 – Jaký druh léčby respondenti podstoupili .....	26
Tabulka 3 – Příznaky pro rozlišení relapsu/remise onemocnění v období 1 týden zpětně.....	27
Obrázek 1 – Pravidelnost stravování .....	29
Obrázek 2 – Příjem tekutin .....	30
Obrázek 3 – Informovanost o stravování a dodržování doporučené diety .....	32
Obrázek 4 – Potraviny, které nezpůsobují potíže .....	33
Obrázek 5 – Potraviny, které způsobují potíže .....	35
Obrázek 6 – Užívání potravinových doplňků .....	36
Obrázek 7 – Omezení v běžném či pracovním životě .....	38
Obrázek 8 – Čeho se museli respondenti vzdát v důvodu změny jídelníčku .....	40
Obrázek 9 – Vnímání onemocnění v rodině .....	41

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BMI	Body mass index
CD	Crohn's Disease
CDED	Crohn's Disease Exclusion Diet
CEUS	Contrast-enhanced ultrasonography
CRP	C-reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
ECCO	European Crohn's and Colitis Organisation
EV	Enterální výživa
EEV	Exkluzivní enterální výživa
FODMAP	Eliminační dieta
FZS	Fakulta zdravotnických studií
GAS	General adaptation syndrome
IBD	Inflammatory Bowel Disease
ISZ	Idiopatické střevní záněty
MR	Magnetická rezonance
NGS	Nazogastrická sonda
NJS	Nazojejunální sonda
NOD	Nukleotid vázající oligomerizační doména
NPB	Náhlé příhody bříšní
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
NRHZS	Národní registr hrazených služeb
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	Perkutánní endoskopická jejunostomie
PEV	Parciální enterální výživa
RTG	Rentgenové vyšetření
SCD	Specific Carbohydrate Diet
TBC	Tuberkulóza
TNF	Tumor nekrotizujícího faktoru
TRUS	Rektální endosonografie
UZ	Ultrasonografické vyšetření

## ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na velmi aktuální problematiku týkající se idiopatických střevních zánětů, dále jen IBD (z angl. Inflammatory Bowel Disease), a mezi ně patří Crohnovu chorobu (dále jen CD). Z důvodu narůstající incidence hlavně u mladých lidí ve věku 20–30 let je potřeba dostat do povědomí společnosti informace o této závažné nemoci. Vzhledem k příznakům Crohnovy choroby se často lidé stydí o svých potížích otevřeně mluvit a návštěvu lékaře odkládají. Onemocnění se v populaci vyskytuje bez rozdílu pohlaví. V České republice bylo v roce 2018 podle Národního registru hrazených zdravotních služeb (dále jen NRHZS) evidováno 27 977 osob léčených pro Crohnovu chorobu (Lukáš, 2020, s. 6–7).

Crohnova choroba z velké části ovlivňuje kvalitu života jedince, negativně zasahuje do průceschopnosti, tak do soukromého života. Nejčastějšími symptomy, které pacienti uvádějí, jsou únava, slabost, vyčerpanost, průjmovité stolice a bolesti břicha. Jen 9 % pacientů nepocítuje žádné obtíže v souvislosti s onemocněním (Ďuricová, 2018, s. 14–17).

Ještě donedávna bylo snahou udržet pacienta s CD co nejdéle v klinické remisi a léčily se především příznaky nemoci. V současné době se léčba zaměřuje na aktivitu onemocnění a včasnou intervencí při odhalení progresu zánětu, tím dochází ke snížení frekvence relapsů a zlepšení kvality života pacientů s CD (Maličková, 2020, s. 18–19).

Každá léčba, ať už medikamentózní nebo chirurgická, je ušita pacientovi doslova na míru. Vzhledem k tomu, že se jedná o nevléčitelnou nemoc, znamená to pro každého jedince celoživotní léčbu a s ní i spojené pravidelné kontroly v gastroenterologické poradně nebo v centru biologické léčby. Na počátku onemocnění nebo při závažných komplikacích může dojít i k hospitalizaci pacienta nejčastěji na interním oddělení. Pacienti s CD jsou v relapsu kromě jiného ohroženi i podvýživou a malnutricí, jejich denní spotřeba bílkovin se zvyšuje. Proto je zde důležitá spolupráce s nutričním terapeutem, který sestaví pacientovi jídelníček dle jeho potřeb (Ochtinská, Gabalec, Bureš, 2018).

Na Crohnovu chorobu má kromě jiného velký vliv způsob stravování, a to už před stanovením samotné diagnózy nebo později při remisích či relapsech onemocnění. Cílem této práce je zjistit, jaké stravovací návyky mají respondenti v průběhu onemocnění a zda svůj jídelníček přizpůsobili svému zdravotnímu stavu a dodržují doporučená výživová opatření. Důležitou informací je i to, jak pacienti subjektivně vnímají svůj soukromý a pracovní život v souvislosti se změnou stravování při CD.

# **1 CÍL PRÁCE:**

## **Cíle pro teoretickou část:**

1. Zmapovat problematiku Crohnovy choroby, příčiny, příznaky, komplikace onemocnění, vyšetřovací metody, léčbu.
2. Popsat jednotlivé druhy a způsoby nutriční podpory, vhodné potraviny v relapsu a v remisi onemocnění, ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou.

## **Cíle pro průzkumnou část:**

1. Zjistit, jaké mají pacienti stravovací návyky.
2. Zjistit, kde pacienti získali informace o vhodném stravování.
3. Zjistit, jaké druhy potravin v období relapsu a remise preferují a jaké naopak museli ze svého jídelníčku vyřadit.
4. Zjistit, zda pacientům stravování a obtíže spojené s onemocněním zasahují do soukromého či pracovního života.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je zaměřena na definici a klasifikaci Crohnovy choroby, historii, etiopatogenezi, klinický obraz, diagnostiku, léčbu medikamentózní, chirurgickou, biologickou. Závěr teoretické práce je zaměřen na nutriční terapii a ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou.

### 2.1 Crohnova choroba

Crohnova choroba (dále jen CD) patří mezi idiopatické střevní záněty (dále jen ISZ) a je definována jako chronický nespecifický zánět střeva tenkého nebo tlustého či obou. Může se ale objevit v kterékoliv části trávicí trubice, od úst až po anus. Zánět je charakterizován jako segmentární, postihující transmúrně stěnu trávicí trubice ve všech jejích vrstvách. Může být doprovázen tvorbou granulomů (Klener a kol., 2014, s. 614).

Onemocnění probíhá chronicky s obdobími obnovenými výskyty symptomů neboli relapsy a remisí zánětu, jedná se o stav, kdy nejsou více než tři stolice za den bez příměsí krve a nutkání k defekaci. Onemocnění nelze medikamentózně ani chirurgicky definitivně vyléčit. Terapie pouze potlačuje hlavní projevy nemoci a brání vzniku komplikací, cílem je zkvalitnit průběh života (Lukáš, Pavelka a kol., 2014, s. 247).

Crohnova choroba patří mezi civilizační choroby se zvyšující se incidencí, je imunitně zprostředkovaná a má neznámou vyvolávající příčinu. Rozhodující roli v patofyziologii je ztráta tolerance imunitního systému ke společně se vyskytujícím střevním mikrobiomům (Lukáš, Tesař a kol. 2018, s. 209).

V České republice se během let 2007–2013 počet dispenzarizovaných pacientů s Crohnovou chorobou zvedl z 16,6 na 27,6/100000 obyvatel (Zbořil a kol. 2018, s. 17). NRHZS zaznamenal prevalenci léčených pacientů s CD za rok 2018 ve výši 27 977 nemocných. Po srovnání počtu nemocných z roku 2010 a 2018 došel NRHZS k výsledku, že prevalence pacientů s IBD každý rok narůstá o 8–9 %. Na základě těchto výpočtů se ukazuje predikce léčených pacientů s IBD do roku 2030 až o 31% vyšší (Lukáš, 2020, s. 6–7).

#### 2.1.1 Historie Crohnovy choroby

První písemné zprávy o onemocnění podobnému Crohnově chorobě skryté pod diagnózou střevní tuberkulózy nalézáme koncem 19. století. Jako samostatné onemocnění se Crohnova choroba datuje k 1932, když Crohn, Ginzburg a Oppenheimer publikovali svou práci o regionální ileitidě jako samostatné nozologické jednotce (Konečný a kol., 2014). Z toho plyne

i název onemocnění podle amerického gastroenterologa Burilla Bernarda Crohna (Lukáš, 2017).

Ve druhé polovině 20. století se začaly objevovat první epidemiologické studie, kde se prokázal vyšší nárůst onemocnění v západních zemích. Přisuzoval se modernímu stylu života spojený s psychickým stresem a nezdravých dietních návyků se zvýšeným příjmem cukrů, tuků a nedostatku pohybu (Zbořil, 2018, s. 16-19).

V České republice to byl lékař prof. Zdeněk Mařatka, který podrobně seznámil českou odbornou veřejnost s problematikou idiopatických střevních zánětů. Svou autoritou a bohatými zkušenostmi sjednotil lékaře rozličných odborností internisty, gastroenterology, chirurgy a pediatriy. Jeho dílo patří bezpochyby k velkým fenoménům české medicíny 20. století (Konečný a kol., 2014; Lukáš, 2014).

### **2.1.2 Etiologie a patogeneze**

I přes veškerý moderní výzkum je etiopatogeneze Crohnovy choroby stále nejasná. Rozhodující pro rozvoj onemocnění se v současné době přikládá ke změně ve složení střevní mikrobioty a její nepřiměřenou reakci na neškodný podnět nebo neznámý patogen (Zbořil, 2018, s. 51). Často jsou v interakci tři součásti a to genetika, imunita a zevní prostředí, poté dochází nejdříve k akutní a následně k chronickému poškození sliznice střeva. (Lukáš a kol., 2018, s. 323).

Genetickou predispozici již předpokládala epidemiologická zkoumání ve 30. letech 20. století, pozorováním v rodinách a na dvojčatech. Tyto studie nastartovaly první vlnu genetických analýz v polovině 90. let 20. století. V roce 1996 vznikla první genetická analýza Crohnovy choroby, a to na chromozomu 16q12, který se nazývá NOD2/CARD15. Jedná se o varianty v genu, které ovšem ještě nejsou dostatečně prostudovány. V budoucnu by další analýzy genomu měly vytvořit komplexní model patogeneze a tím i zlepšit terapii pacientů (Zbořil a kol. 2018, s. 32–40).

Jedním ze základních faktorů, které mohou ovlivnit obranyschopnost neboli imunitu jedince je stres. Rozdílně reaguje imunitní systém na akutní stres a chronický stres. K výraznému snížení obranyschopnosti dochází u chronického dlouhodobého stresu. Velkou roli zde hraje i osobnost člověka a jeho citlivost vůči psychickým vlivům. Jak organismus reaguje na stres již v 50. letech 20. století popsal Hans Selye ve své psychosomatické koncepci tzv. GAS (general adaptation syndrome), kde odlišil eustres od distresu (Zbořil a kol. 2018, s. 45–46).

Významným rizikovým faktorem je vysoký socioekonomický standard a prostředí, ve kterém děti vyrůstají. Neboť přehnaná „sterilizace“ okolního prostředí neprospívá vývoji imunitního systému. Je prokázáno, že děti vyrůstající na venkově mající kontakt se zvířaty mají nižší výskyt onemocnění (Zbořil a kol., 2018, s. 19).

Crohnova choroba má zvýšenou prevalenci u kuřáků a její agresivnější průběh, perforující komplikace a horší odpověď na imunosupresivní a biologickou léčbu. Dalším rizikovým faktorem je nedostatek přirozeného pohybu a strava s vyšší spotřebou živočišných produktů, rafinovaných cukrů a sníženým příjmem dietní vlákniny, která je v západní populaci oblíbená (Lukáš, 2014, s. 642–644). Spouštěcím faktorem onemocnění může být i dlouhodobé nebo opakované užívání některých druhů léčiv, které mají vliv na střevní bariéru. Jsou to především antibiotika, nesteroidní antiflogistika, antikonceptiva a postmenopauzální hormonální terapie (Lukáš a kol., 2018, s. 323).

### **2.1.3 Klinický obraz**

Klinické manifestace se mohou lišit podle rozsahu onemocnění, jeho lokalizace, stupni zánětu a přítomnosti komplikací. Nemoc je charakteristická třemi formami. První, zánětlivá forma neboli luminální je provázena dlouhodobými průjmy, bolestmi břicha, malabsorpcí, subfebriliemi či febriliemi. Druhá forma je stenozující a vzniká v důsledku dlouhodobého zánětu, striktury se ale mohou objevit i po resekci střeva přímo v anastomóze. V případě snížení průchodnosti úseku, může docházet k subileozním stavům. Třetí forma je fistulující, dochází při ní k tvorbě píštělí a abscesů (Klener a kol., 2014, s. 614–615).

Klasifikaci Crohnovy choroby lze vyjádřit podle zasažení jednotlivých segmentů:

- Jejunoileitida (5 %) – má tendence k fibrózním stenózám.
- Ileitida (25-35 %) – typické jsou kolikovitě bolesti, krvácení, perforace, striktury, píštěle a tvorba abscesů.
- Ilekokolitida, ileocekální nebo ileokolonická forma (45 %) – projevuje se perforacemi, krvácením, tvorbou striktur s následnou obstrukcí, píštělemi, abscesy a opětovným výskytem potíží po chirurgickém výkonu.
- Kolitida (30 %) – extraintestinální manifestace nejčastěji artritidy, perianální postižení.
- Anorektální onemocnění (30–40 %) – v kombinaci s kolitidou nebo ileokolitidou.
- Zasažení apendixu (50 %) – výskyt při ileokolitidě.



- Onemocnění jícnu/ žaludku (2 %) – ve spojení s ileokolitidou.
- Lokalizace v duodenu (0,5–4 %) – převážně v distálním duodenu se tvoří aftózní a hluboké ulcerace, stenózy.
- Orofaciální zasažení (0,5 %) – projevy jsou granulomatózní cheilitida, aftózní stomatitida, pyostomatitis vegetans, mukozální nodularity, Melkerssonův-Rosethalův syndrom (Lukáš a kol., 2018, s. 321).

Nejčastější lokalizací Crohnovy choroby je oblast terminálního ilea, céka a proximální části tračnicku (Lukáš, 2018, s. 330). Postižení tenkého střeva se projevuje zvracením, průjmy, enteroragií, křečovými bolestmi v oblasti pravého dolního kvadrantu, třesavkou, nočním pocením, únavou, úbytkem váhy a malabsorbčním syndromem (deficit vitamínů, anemie, sideropenie). Může dojít i k poruchám pasáže střeva a následně k vnitřním či zevním píštělím (Lukáš, 2018, s. 179, Lukáš, Pavelka a kol., 2014, s. 247). Je-li postiženo tlusté střevo a konečník, trpí pacienti průjmy s příměsí krve a hlenu, jsou přítomny hnisavé projevy v perianální lokalizaci (abcesy, píštěle, anální fisury, vředy). U 30–40 % pacientů se při postižení tlustého střeva objevují i mimostřevní projevy kožní (nodózní erytém), kloubní změny (enteropatická artritida I. typu) nebo recidivující oční záněty (episkleritida, iridocyklitida) (Klener, 2014, s. 614–615).

Klasifikace Crohnovy choroby dle Greensteina rozděluje onemocnění na dva typy podle chování nemoci. První typ je agresivní perforující, kdy dochází k často se opakujícím relapsům a komplikacím, které je nutno řešit chirurgicky. Druhým typem indolentní forma, kdy dochází k méně častým komplikacím a relapsům, obejde se často bez chirurgického zákroku (Lukáš, 2018, s. 323).

Aktivita Crohnovy choroby se rozděluje dle konsenzu ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) do třech stupňů:

Mírná – pacient je soběstačný, bez bolestí břicha a komplikací, dostatečně hydratovaný, hodnota CRP (C-reaktivní protein) může být zvýšená.

Střední – ztráta tělesné hmotnosti je větší než 10 %, objevuje se občasné zvracení, odpověď na léčbu je nedostatečná, přetrvávají bolesti břicha a hodnota CRP je zvýšená.

Silná – pacient má výrazný váhový úbytek BMI (body-mass index) <18, mohou nastat komplikace ileus, absces a léčba nemusí být dostačující na potlačení symptomů, hodnota CRP je zvýšená (Lukáš, 2018, s. 331).

## **2.2 Diagnostika**

Určení diagnózy Crohnovy choroby od prvotních příznaků bývá zdlouhavé, v minulosti trvalo roky. V posledních letech se ale díky modernějším diagnostickým metodám a větší informovanosti o ISZ zkrátil interval na maximálně jeden rok (Lukáš, 2018, s. 336).

### **2.2.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření**

Základem diagnostiky je osobní anamnéza, kterou stanoví osobní lékař pacienta. Anamnéza zahrnuje informace o aktuálních problémech pacienta, výše zmiňovaných symptomech onemocnění, prodělaných infekčních onemocněních (včetně tuberkulózy a virových hepatitid), očkování, dietních návycích. V neposlední řadě se prověří rodinná anamnéza, tj. zda se již v rodině vyskytla ISZ, malabsorbční syndrom, celiakie, revma či autoimunní onemocnění, kolorektální nádor, cenný je též údaj o kouření v rodině (Zbořil a kol., 2018). Z fyzikálních vyšetření bude pro praktického lékaře stěžejní celkový pohled na stav pacienta, únava, tj. váhový úbytek, otoky a zarudnutí kloubů, postižení dutiny ústní afty, fisury nebo hluboké ulcerace, kožní změny. Pohmatem se zaměří na citlivost stěny břišní, případně vyšetření per rectum. Pokud má v závěru vyšetření praktický lékař podezření na Crohnovu chorobu, indikuje pacientovi vyšetření v gastroenterologické poradně (Keil a kol., 2012).

### **2.2.2 Laboratorní vyšetření**

Laboratorní vyšetření biomarkerů patří mezi prvotní diagnostiku Crohnovy choroby a určení aktivity zánětlivého onemocnění. Základním vyšetřením je kompletní krevní obraz, hladina albuminu, železa a sedimentace erytrocytů. Pomocí C-reaktivního proteinu (dále jen CRP) lze zjistit, v jaké fázi onemocnění je. Při dramatickém nárůstu hladiny CRP jde o aktivní fázi zánětu neboli relaps a při poklesu CRP hovoříme o remisi, avšak negativní hladiny CRP nemusí hned znamenat nepřítomnost aktivního zánětu (Zbořil a kol., 2018). Dalším zánětlivým markerem je fekální kalprotektin, ten napomáhá odlišit funkční obtíže charakteru dráždivého tračníku od aktivního zánětlivého procesu gastrointestinálním traktu. Hladina kalprotektinu bývá zvýšena i u jiných zánětů, proto nelze pomocí tohoto markeru Crohnovu chorobu jednoznačně diagnostikovat (Keil a kol., 2012).

### **2.2.3 Endoskopické vyšetření**

Zásadním vyšetřením k určení diagnózy Crohnovy choroby jsou endoskopické metody mající funkci diagnostickou i terapeutickou. Postižení horní části trávicího ústrojí je vzácné, proto gastroscopie a endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie není dominantní vyšetřovací metodou v případě Crohnovy choroby. Nejčastějším a nejtypičtějším lokalizací

onemocnění je tenké a tlusté střevo. Proto mezi prvotní endoskopické vyšetření patří kolonoskopie. Důležité je rozdělit toto vyšetření na primární neboli vstupní, jehož součástí je biopsie, a sekundární neboli kontrolní. Kontrolní kolonoskopie je indikována po nástupu relapsu ke zhodnocení efektu medikamentózní léčby, dále po operačních zákrocích, v remisi jako dispenzární kontrola nádorových změn, v relapsu dekomprese kolon při krvácení (Zbořil a kol., 2018).

Mezi doplňková invazivní vyšetření tenkého střeva a horní části trávicího traktu patří enteroskopie kapslová, double balloon enteroskopie a push enteroskopie. K těmto vyšetřovacím metodám se přistupuje vzhledem k možným závažným komplikacím, například při diagnostice slizničních lézí tenkého střeva, či cílené extrakci endoskopické kapsle. Toto vyšetření jinak nemá ve vyšetřovacích metodách Crohnovy choroby své opodstatnění, a to vzhledem k jeho náročnosti finanční i časové a omezenému rozsahu vyšetření (Keil a kol. 2012).

Počátkem 90. let 20.století se stala poměrně dostupnou a precizní zobrazovací metodou rektální endosonografie (dále jen TRUS). Díky této metodě lze stanovit rozsah nádorové infiltrace stěny anu i rekta, identifikovat lymfatické uzliny v mezorektu a invazivnost tumorů do orgánů v okolí rekta. TRUS doplňuje diagnostiku u pacientů s poruchami inkontinence (Zbořil a kol., 2018).

#### **2.2.4 Radiologické a jiné zobrazovací metody**

Ultrasonografické vyšetření (dále jen UZ) je velmi přínosnou a šetrnou vyšetřovací metodou, zvláště pro svou neinvazivnost, dostupnost a výpovědní hodnotu při prvotní diagnostice. Pacienti nejsou při vyšetření vystaveni radiační zátěži, nemusí lačnět, ani se na vyšetření speciálně připravovat. UZ umožňuje posoudit samotnou stěnu střevní a její jednotlivé vrstvy, střevní řasy, vaskularizaci stěny střevní, prokrvení pomocí Dopplerovy sondy, hypermotilitu, ale i změny v okolí střeva a trávicí trubice, jako jsou uzliny či mesenterium. Stoupá i širší využití kontrastních látek při sonografii (CEUS – contrast-enhanced ultrasonography), přesto není vyšetření tak podrobné jako při endoskopickém vyšetření nebo konvenční enteroklyze. Ultrazvukové vyšetření je limitováno složitějším vyšetřením u obézních pacientů (plynová náplň tlustého střeva, subjektivní hodnocení patologických změn). Obtížněji se vyšetřují i pacienti s atypickými anatomickými poměry v dutině břišní po komplikovaných či opakovaných resekcích výkonech (Zbořil, 2018, s. 222–223).

Výpočetní tomografie (dále jen CT) a magnetická rezonance (dále jen MR) jsou v současné době standardem ve stanovení diagnózy Crohnovy choroby. Obě techniky lze provést s kontrastem a mají přibližně stejnou senzitivitu. Vyšetření pomocí CT je dostupnější, levnější

a časově méně náročné než MR a uplatňuje se především v akutních stavech. U mladých jedinců při chronickém průběhu onemocnění je ale spíše zvažována metoda MR, neboť se předpokládá, že se vyšetření v průběhu let bude opakovat a docházelo by tak k zátěži organismu radiačním zářením (Zbořil, 2018, s. 232–241).

Mezi základní zobrazovací metody při diagnostice tenkého a tlustého střeva donedávna patřily enteroklýza a irigografie neboli rtg skiaskopicko-skiagrafické metody. V dnešní době jsou ale v popředí vyšetření pomocí multidetektorových CT a MR přístrojů. K indikaci enteroklýzy nebo irigografie dochází při nejasném výsledku ostatních zobrazovacích metod, nebo pokud z různých příčin nelze provést endoskopické vyšetření (Zbořil, 2018, s. 228).

Scintigrafické vyšetření pomocí značených leukocytů bylo v minulosti spíše zřídka využívanou metodou k posouzení komplikací a aktivity u Crohnovy choroby. Jak uvádí (Zbořil, 2018, s. 247): „*Využití metod nukleární medicíny je – vzhledem k citlivosti a dostupnosti ostatních zobrazovacích a endoskopických metod – v dnešní praxi již okrajové až raritní.*“

## **2.3 Léčba Crohnovy choroby**

Hlavním cílem terapie při Crohnově chorobě bylo vždy dosažení a co nejdelší udržení klinické remise a zároveň terapie případných komplikací onemocnění (Zbořil, 2018).

### **2.3.1 Farmakologická léčba**

Léčba CD je v klinické praxi vedena dvěma směry: indukční terapií a udržovací terapií.

Indukční terapie spočívá ve zvládnutí akutní fáze onemocnění a potlačení laboratorní aktivity zánětu s navozením remise pomocí léků s rychlým nástupem účinku. Děje se tak pomocí biologické léčby, případně kortikosteroidy či aminosalicyláty, někdy i kombinací těchto léčiv. V případě potřeby je možno doplnit léčbu o antibiotika a v neposlední řadě o nutriční terapii.

Udržovací terapie je prevence komplikací a opětovného relapsu onemocnění za pomoci udržovací léčby aminosalicyláty, některých imunosupresiv nebo pomocí biologické léčby (Lukáš, 2018, s. 346–347).

**Aminosalicyláty** byly v minulosti základním lékem, ale dle nových poznatků nevykazují významný efekt oproti placebo, přesto jsou v České republice a v dalších zemích Evropy stále používána (Zbořil, 2018, s. 280). V indukční terapii lze využít k léčbě mírně aktivní formě CD lokalizace ileokolická, nesmí být přítomny hluboké vředy + mírná zánětlivá aktivita. Při příznivé reakci v indukční terapii lze pokračovat s léčbou i v terapii udržovací (Lukáš, 2018, s. 349).

**Imunosupresiva** mají pozvolný nástup a spočívají v potlačování nežádoucích aktivit imunitního systému (Keil, 2012). Léčba v zastoupení především thiopuriny je závislá na lokalizaci choroby a její aktivitě. Je účinná v prodloužení remise při ileální a kolonické formě, při perianálních fistulacích a pooperační profyaxi, avšak u chronicky aktivní choroby její účinnost selhává (Zbořil, 2018, s. 326).

**Kortikoidy** jsou jedním ze základních a rychle působících protizánětlivých léků podávané v akutní fázi onemocnění (Klener, 2011). Indikují se při středně až vysoké aktivitě lumenální formy lokalizované ileocekálně, v kolonu a lačniku, méně zkušeností, avšak pozitivních je pro podání při zasažení onemocněním žaludku či jícnu. Pro své nežádoucí účinky nejsou vhodnou volbou pro udržovací terapii. Při dlouhodobém užívání kortikoidů hrozí například Cushingův syndrom, katarakta, osteoporóza, myopatie a další (Zbořil, 2018, s. 306–313).

**Antibiotika** využívají se k ovlivnění střevní mikrobioty u lumenální formy onemocnění, při zánětlivých komplikacích, abscesech či infiltrátech. K pooperační prevenci a u pacientů se stenozující formou onemocnění v nejčastějším zastoupení metronidazolem (Zbořil, 2018, s. 349).

**Probiotika a prebiotika** zajišťují růst a aktivitu zdravých prospěšných bakterií ve střevech, tím snižují pH v tlustém střevě a příznivě ovlivňují metabolické funkce ve střevech. Lze je rozdělit na imunostimulační a protizánětlivá, výrazný léčebný efekt mají širokospektrá probiotika (Zbořil, 2018).

### **2.3.2 Biologická léčba**

Biologické preparáty jsou vysoce účinné látky shodné či velmi podobné s látkami produkovány samotným organismem. Podstatou léčby je zásah do biologických procesů v poškozeném organismu. Je indikována k léčbě CD se střední až vysokou aktivitou choroby (Zbořil a kol., 2018). Důležité je začít s biologickou léčbou co nejdříve, zabráníme tak zbytečnému zvyšování kortikosteroidů a jejich vedlejším účinkům. Dále nedochází ke komplikacím a nutnosti chirurgického zákroku (Lukáš, 2017).

Před zahájením biologické léčby je důležité podstoupit screeningová vyšetření a vyloučit latentní TBC. Kontraindikací pro podání biologické léčby může být akutní infekce, malignity, demyelinizační onemocnění, NPB, břišní absces, hepatitidy, masivní krvácení, zvýšené alergické reakce a další. Nejčastějším nežádoucím účinkem biologické léčby jsou infekční komplikace, kde nejrizikovější jsou malnutriční pacienti (Lukáš a kol., 2018, s. 360–361).

Podle lokalizace zánětu lze rozdělit biologické preparáty do tří skupin – Anti-TNF $\alpha$  léčiva, anti-IL12/IL23 monoklonální protilátky a antiintegrinové monoklonální protilátky (Tesař a kol., 2018). Využití zástupců jednotlivých skupin léčiv se liší podle území. „V České republice jsou k dispozici monoklonální protilátky proti tumor nekrotizujícímu faktoru  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) – infliximab, adalimumab, protilátka proti intergrinovým receptorům  $\alpha4\beta7$ -vedolizumab a protilátka proti interleukinu 12 a 23 – ustekinumab.“ (Dujsíková, 2018, s. 30).

V průběhu biologické léčby se může objevit postupná ztráta léčebné odpovědi, stává se tak u 10–30 % pacientů a je to důvod k přerušení či ukončení léčby (Lukáš, 2018, s. 346).

### **2.3.3 Chirurgická léčba**

Chirurgická léčba je indikována v případě léčby komplikací, jako jsou stenózy, píštěle, abscesy, kancerogeneze nebo selhání konzervativní léčby, a v neposlední řadě i v akutních stavech, kdy dochází k masivnímu krvácení či perforaci. Výsledkem chirurgického zákroku tedy není úplné vyléčení CD, ale záchrana a zkvalitnění života pacienta. Pacienti s CD jsou často na počátku léčby ve velmi špatném nutričním stavu, mají sníženou imunitu a trpí poruchami hojení. Proto je důležité zvážit všechny tyto okolnosti a přistupovat ke každému pacientovi individuálně (Kala a spol., 2014). Komplikacím chirurgické léčby nelze nikdy zcela zabránit. Lze ale snížit riziko jejich vzniku, a to vhodnou přípravou pacienta na výkon, proto je zde nutná spolupráce chirurga a gastroenterologa-nutricionisty (Zbořil, 2018). Druhy operačních výkonů lze rozdělit na resekční a neresekční. Při resekčním výkonu se odstraňuje postižený úsek střeva a neresekční například strikturoplastika, kde chirurg odstraňuje překážku na tenkém střevě. Na tlustém střevě se strikturoplastiky neprovádějí z důvodu rizika karcinomu. Při krátkém postižení tlustého střeva, lze provést segmentální resekci, která je ke střevu šetrná. K chirurgické léčbě řadíme také stomie, které mohou být indikovány dočasně nebo trvale (Lukáš a kol., 2018, s. 376–377).

## **2.4 Nutriční podpora**

Úprava stravy u pacientů s CD je nedílnou součástí léčebného procesu, je nutné rozlišit fáze onemocnění, jídelníček se bude lišit v akutní fázi a v období remise. Mnoho nemocných v období relapsu drží striktní jídelníček, což zvyšuje riziko malnutrice (Vránová, 2013, s. 37).

### **2.4.1 Malnutrice**

Jedná se o dlouhodobě patologický stav pacienta, který vede k podvýživě z nedostatku energetického a proteinového pokrytí potřeb nemocného, k hypovitaminóze a nedostatku stopových prvků. Při stanovení diagnózy CD je 65–75 % pacientů v malnutrici (Zbořil, 2018). Příčinou může být snížený příjem potravin z důvodu nechuti k jídlu nebo anorexie. Dále mohou

mít pacienti strach z jídla před cestováním z důvodů obavy z bolesti, průjmů či zvracení po jídle. Další příčinou může být neadekvátní dietní a v neposlední řadě i vedlejší účinek léků (Lukáš a kol., 2018). Další příčinou vzniku malnutrice je zvýšená ztráta tekutin, elektrolytů, bílkovin, krve z důvodu krvácení, průjmu, zvracení, ztráty píštělí či stomií. Sníženou absorpci živin zapříčiňují zánětlivé změny sliznice střeva (především tenkého) nebo zrychlení pasáže trávicím traktem. Další příčinou může být zmenšení absorpční plochy například po chirurgickém zákroku nebo při postižení střeva píštělí a syndromu bakteriálního přerůstání. Malnutrice má dopad na pooperační morbiditu, snižuje imunitu, zvyšuje riziko infekčních komplikací a zhoršuje sebeobsluhu a kvalitu života pacientů s CD (Zbořil a kol., 2018). Dietní režim by měl být na základě doporučení gastroenterologa či nutričního terapeuta pro každého pacienta individuální (Vránová, 2013, s. 38–39).

#### **2.4.2 Enterální a parenterální výživa**

Pokud pacient nemá dostatečnou nutriční kompenzaci, lze přistoupit k výživě enterální a parenterální. Nejčastěji je upřednostňována výživa enterální (EV). Jde o podávání farmaceuticky připravených roztoků do trávicího traktu dvěma způsoby, a to perorálně (sipping), nebo pomocí nazojejunální (NJS) a nazogastrické sondy (NGS) v případě, že pacient netoleruje sipping. Při dlouhodobém nebo trvalém podávání enterální výživy, které je delší než 6 týdnů, je zavedena endoskopicky punkcí břišní stěny perkutánní endoskopická gastrostomie ve zkratce (PEG) nebo jejunostomie (PEJ). Další možnou formou dlouhodobého podávání výživy je výživový knoflík (FB – feeding button), jedná se o gastrostomii v úrovni kůže. Enterální výživu lze podávat bolusově nebo kontinuálně. Parenterální výživa je aplikace přípravků umělé výživy mimo trávicí trakt cestou žilního systému. Nejčastěji je indikována před operačními zákroky a v případě, že je enterální výživa nedostačující. Dále se využívá při potřebě úplného vyřazení střeva při konzervativní léčbě píštělí nebo po opakovaných resekcích střeva, kdy může dojít zmenšením resorpční plochy střeva k takzvanému syndromu krátkého střeva (Zbořil a kol., 2018, s. 448–454).

#### **2.4.3 Exkluzivní enterální výživa**

Enterální výživa (dále jen EEV) byla v roce 2014 doporučena jako preferovaná forma terapie hlavně u dětí. Tato léčba byla upřednostňována před léčbou kortikoidy z důvodu zlepšení nutričního stavu dětských pacientů a nežádoucích účinků při užívání kortikoidů. Porovnání léčebného efektu EEV a kortikoidů z roku 2007 se u dětí a dospělých lišila, kortikoidy prokazovaly u dospělých vyšší léčebný efekt v navození remise (Karásková, 2015). Z výsledků analýzy provedené autorem B. Pigneur et al. v roce 2019 je zřejmé, že EEV dosahuje oproti

léčbě glukokortikoidy vyššího slizničního hojení u dětí i dospělých, což je též jeden z hlavních cílů léčebné terapie Crohnovy choroby (Lukáš, 2020, s. 148).

EEV je svým složením podobná komplexní polymerní, elementární nebo oligomerní enterální výživě. Je v tekuté formě a užívá se per os nebo sondou. Léčebná terapie probíhá pouze 6–8 týdnů, žádné další potraviny nejsou po dobu terapie povoleny. Výjimkou jsou tekutiny v podobě čisté vody, což je pro pacienty náročné, buď mají problém spojený s nechutenstvím užít celé určené množství EEV, nebo odmítají monotónní chuť výživy. Proto se u těchto pacientů zavádí nazogastrická nebo nazojejunální sonda, což sebou nese možné komplikace, jako jsou dekubity nebo neprůchodnost sondy. Do nazojejunální sondy je možné podávat EEV jen kontinuálně, do nazogastrické sondy lze podávat jak bolusově, tak kontinuálně. Důležité je edukací předcházet sociálním problémům, a to hlavně u dětí, které nechtějí se sondou chodit mezi své vrstevníky a EEV odmítají (Karásková, 2015).

O ukončení terapie EEV ve svém článku Karásková uvádí „*V posledních dnech podávání EEV se postupně zavádí bezsezbytková šetrící strava. Forma návratu pacienta od EEV k běžné stravě není dosud standardizována. Některá data podporují příznivý efekt na prodloužení doby remise CN, pokud po EEV následuje podávání parciální enterální výživy.*“ (Karásková, 2015). Parciální enterální výživa (PEV) neboli částečná enterální výživa v kombinaci s běžnou stravou sama o sobě nevede k navození stavu remise (Lukáš, 2020, s. 149).

Z důvodu krátkodobé terapie EEV, která trvá jen 6–8 týdnů, je pokračovací léčebné strategie nejasné a pacienti mají problém vydržet celý léčebný proces bez užití jiných potravin. Proto stále častěji před EEV upřednostňují dietu složenou převážně z běžné stravy. Na základě těchto poznatků byla předložena další vysoce efektivní dietní terapie, tzv. dieta pro Crohnovu chorobu (CDED), založená na vyloučení konkrétních potravin (Nabil El-Lababidi, 2020).

V roce 2019 proběhla 12týdenní vědecká studie, kde se porovnála účinnost EEV a CDED s PEV. Po 6 týdnech byl výsledek nutričních terapií srovnatelný, ale po 12 týdnech byla terapie CDED s PEV jednoznačně účinnější než EEV (Nabil El-Lababidi, 2020).

#### **2.4.4 Dieta CDED**

Jedná se o nutriční terapii, kdy jsou pacientovi z jídelníčku vyloučeny konkrétní potraviny, proto si též nazývá eliminační. Dieta je rozdělena na tři druhy potravin – zakázané, povolené a povinné. S délkou diety se rozšiřují povolené potraviny a zakázané potraviny se naopak snižují. CDED se rozděluje na tři fáze. První fáze trvá 6 týdnů a skládá se 50 % z PEV a 50 % definované stravy, je zde povoleno upravovat potraviny jen formou vaření a výběr potravin je



restriktivnější. Druhá fáze trvá též 6 týdnů a skládá se 25 % z PEV a zbytek kalorií jde z diety, kromě vaření je zde povoleno i smažení a konzumace dalších druhů potravin. Třetí fáze CDED závisí na ochotě pacienta a jeho spolupráci pokračovat v dietě, pacient může 2 dny konzumovat libovolné potraviny, zbylé dny jsou podobné druhé fázi (Nabil El-Lababidi, 2020). Studie dokazují, že dochází s CDED ke zlepšení střevního mikrobiomu, snížení hodnot CRP a kalprotektinu (Lukáš, 2020, s. 149).

#### **2.4.5 Dieta CD-TREAT**

Další forma diety pro navození remise CD-TREAT byla vyvinuta na základě sestavení jídelníčku jen z běžně dostupných potravin a vyloučením určitých druhů alkoholu, lepku a laktózy podobně jako u EEV. Tato dieta byla lépe tolerována hlavně u dospělých pacientů, ale nevykazovala vyšší léčebný efekt než EEV. V současné době chybí další data o účinnosti diety u dospělých i dětí, proto v léčbě IBD není zatím doporučována (Lukáš, 2020, s. 152).

#### **2.4.6 Dieta SCD**

Mezi velmi diskutovanou speciální sacharidovou dietu, používanou dříve u celiakie, patří dieta SCD (specific carbohydrate diet). Kromě lepku vylučuje z jídelníčku i komplexní sacharidy a disacharidy, které vedou k bakteriálnímu přerůstání ve střevě a následně k zánětům. Do jídelníčku jsou zahrnuty sacharidy jen z čerstvého ovoce, zeleniny a medu. Jde o vysoce restriktivní dietu, náročnou na dodržování pacientem. Hrozí zde i riziko nedostatku určitých živin a patologické závislosti na zdravé výživě neboli ortorexii. Pro nedostatek dat o účinnosti diety v relapsu i remisi není zatím dieta v současné době indikována (Lukáš, 2020, s. 152).

#### **2.4.7 Dieta low-FODMAP**

V období remise mohou přetrvávat u 35 % pacientů funkční střevní obtíže, které se nazývají syndrom dráždivého tračníku. Jako velmi prospěšná dieta se jeví tzv. low-FODMAP, kde je omezený příjem fermentovaných oligosacharidů, disacharidů, monosacharidů a polyolů (Lukáš, 2020, s. 153–155). Jedná se o sacharidy s krátkými řetězci, které nejsou v těle dostatečně absorbovány. Dochází tak k zadržování vody v tenkém střevě a zvýšené tvorbě plynů ve střevě tlustém, to má za následek bolesti břicha, nadýmání a průjemy (Lukáš, 2018, s. 626). Dieta se skládá ze tří fází. První, restriktivní fáze trvá 4–8 týdnů. Druhá, reintrodukční fáze trvá 6–10 týdnů. Jako poslední je fáze personalizační. Potraviny jsou rozděleny na low-FODMAP a high-FODMAP. V první fázi jsou povoleny potraviny s nízkým obsahem FODMAP (low-FODMAP), jde o velmi omezený jídelníček pod dohledem nutričního terapeuta. Při dobré snášenlivosti se v druhé fázi pomalu zařazují potraviny s vysokým podílem

FODMAP (high-FODMAP). Ve třetí fázi je snaha o co nejpestřejší jídelníček s vyřazením problémových potravin (Lukáš, 2020, s. 153–155).

#### **2.4.8 Paleolitická strava**

Nazývaná také paleo dieta nebo dieta doby kamenné. Teorie vychází z poznatků o pravěku, kdy se lidé živili pouze lovem a sběrem. Zastánci této diety argumentují, že lidský organismus se doposud neadaptoval na současný způsob stravování. Hlavní motivací je nemít na talíři průmyslově zpracované potraviny. Základem tohoto jídelníčku by mělo být libové maso, ryby, hmyz, vejce, zdrojem sacharidů pouze ovoce a zelenina, ořechy, semínka a houby. Denní příjem bílkovin by měl činit 30–35 % a příjem vlákniny z jiných zdrojů než z obilovin 45–100 g/ den. Dodržování této diety při onemocnění CD nemá žádné vědecké poznatky o její účinnosti (Lukáš, 2020, s. 155).

#### **2.4.9 Semivegetariánská strava**

Tato strava vylučuje z jídelníčku všechna červená masa a pokrmy z fastfoodu. Jedná se lehkou formu vegetariánství, kde jsou povolena v omezeném množství bílá masa z hrabavé drůbeže, ryby a mořské plody. Dále jsou povolena vejce, mléko a mléčné výrobky. Ovoce, zelenina a průmyslově nezpracované pokrmy mají v jídelníčku převahu. Tento způsob stravy by mohl mít pozitivní vliv na udržení remise u pacientů s CD (Lukáš, 2020, s. 155).

#### **2.4.10 Bezezbytková dieta**

Dříve se tato dieta striktně doporučovala, dnes tomu už tak není (Lukáš, 2020, s. 155). Obecně není doporučována žádná speciální dieta v průběhu remise, od racionální výživy zdravé populace se nijak neliší (Zbořil a kol., 2018). Je třeba brát zřetel na vlastní toleranci každého pacienta a potraviny způsobující potíže je nutné vynechat. Dostačující pitný režim by měl být okolo 2–2,5 litrů denně, pivo nebo víno v malém množství neškodí, nevhodné jsou destiláty a kouření (Šachlová, 2011). Rozdíl ve výživě nastává v období těžkého relapsu, u syndromu krátkého střeva a u pacientů se stenozy formou, kde stále platí striktní dieta i v klidové fázi onemocnění. V případě rekonvalescence po relapsu onemocnění se po váhovém a svalovém úbytku doporučuje vyšší podíl bílkovin. Za velmi prospěšné lze v remisi považovat perorální nutriční doplňky, které doplní stravu o hodnotné živiny například v období nechutenství (Vránová, 2013).

## 2.5 Ošetřovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Plánování ošetřovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou je úzce spjata s jeho aktuálním stavem, tj. zda se nachází v období remise či relapsu a v jakém je psychickém stavu. Velkou zátěží na psychiku pacienta je informace, že jde o chronickou nemoc, která ho bude provázet již po zbytek života (Zbořil, 2018, s. 510). Na počátku onemocnění nebo při závažných komplikacích může dojít k hospitalizaci pacienta nejčastěji na interním oddělení (Ochtinská, Gabalec, Bureš, 2018). Všeobecná sestra sleduje u hospitalizovaného pacienta základní příznaky onemocnění a jeho psychický stav. Důležité je nezatěžovat nemocného v akutním stádiu informativním rozhovorem, ale zajistit mu klidné a nerušené prostředí v dosahu toalety (Slezáková, 2012, s. 259–261). S tím úzce souvisí zhodnocení soběstačnosti pacienta v oblasti vyprazdňování a hygieny. V souvislosti s onemocněním Crohnovou chorobou nebo v důsledku jiného onemocnění se může stát nemocný částečně nebo zcela nesoběstačný. Zde musí být sestra velmi taktní. Měla by dopomoci pacientovi se sebepéčí, zajistit mu pomůcky pro vyprazdňování, respektovat jeho soukromí a intimitu, aby nedošlo k narušení jeho sebeúcty a sebekoncepcie (Trachtová, 2018, s. 114–115). Pohybový režim se odvíjí od aktuálního stavu nemocného. V akutní fázi se doporučuje spíše klid na lůžku a úlevová poloha s pokrčenými dolními končetinami (Slezáková, 2012, s. 261).

Do dekurzu sestra každý den zaznamenává fyziologické funkce pacienta, výskyt bolesti, její charakter, lokalizaci a intenzitu, četnost stolic, příměsi ve stolici a její barvu, příjem a výdej tekutin, zhodnocení stavu invazivních vstupů. Při vzniku komplikací, například píštělí, je nutné vše ihned hlásit ošetřujícímu lékaři. Pacient je edukován o zvýšené hygienické péči v oblasti konečníku, kde mohou v důsledku častých stolic vznikat opruzeniny (Slezáková, 2012, s. 261).

Nezbytnou součástí léčebného procesu je nutriční terapie. Pacienti s Crohnovou chorobou často trpí podvýživou neboli malnutricí. Příčiny mohou být ze sníženého příjmu výživy, poruchy střevní motility, stenózy a jiné mechanické obstrukce ve střevě. Zvýšený energetický výdej je spojený s katabolismem organismu při vysokých horečkách a zánětech, sníženou absorpcí živin ve střevech, vysokou ztrátou tekutin, elektrolytů, bílkovin a krve v důsledku opakovaných průjmů. Další příčinou může být špatný psychický stav pacienta (Zbořil, 2018, s. 169). Při stravování pacienta v nemocničním prostředí, je důležité zajistit vhodné prostředí pro stravování. Dále je důležité edukovat nemocného o vhodném složení výživy, zajistit doplňky stravy, dle ordinace lékaře podávat enterální či parenterální výživu. V případě potřeby navštíví pacienta nutriční terapeut, který sestaví individuální jídelníček dle stavu nemocného. Důležitá je motivace k jídlu v případě nechutenství, ke kterému může dojít kvůli užívání léků k léčbě

relapsu nebo udržení remise. Zhodnocení nutričního stavu pacienta získá sestra pomocí nutričního screeningu (Slezáková, 2012, s. 262, Zbořil, 2018, s. 171).

Při propouštění pacienta do domácí péče je nutná dispenzarizace, edukace pacienta o důležitosti pravidelných kontrol v ambulanci a dodržování doporučených způsobů stravování. Pokud nemoc pacientovi omezuje výkon jeho zaměstnání, sestra či lékař poskytne kontakt na sociálního pracovníka, který pacientovi pomůže se zajišťováním částečného nebo úplného invalidního důchodu (Slezáková, 2012, s. 263).

### **Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacienta s diagnózou Crohnova choroba**

- **Průjem (00013)** – chronický průjem je jedním z charakteristických příznaků ISZ (Lukáš, 2018, s. 318)
- **Únava (00093)** – snížená schopnost k fyzické a duševní práci z důvodu narušených metabolických procesů, podvýživy, špatného psychického stavu a nedostatečného spánku (Trachtová, 2018, s. 86)
- **Bolest akutní (00132)** – fázi relapsu provázejí křečovitě bolesti v oblasti břicha před defekací neboli tenesmy, které po odchodu stolice odeznívají (Zbořil, 2018, s. 88).
- **Bolest chronická (00133)** – ve fázi remise se mohou nezávisle na defekaci objevit neurčité mírné bolesti charakterizované jako tlakové (Zbořil, 2018, s. 88).
- **Riziko infekce (00004)** – invazivní vstupy – periferní nebo centrální žilní katetr (Ochtinská, 2014, s. 25).
- **Riziko narušení integrity kůže (00047)** – v důsledku častých stolic mohou vznikat opruzeniny (Slezáková, 2012, s. 261).
- **Riziko deficitu tělesných tekutin (00028)** – vysoké ztráty tekutin v souvislosti s průjmy (Trachtová, 2018, s. 117).
- **Nevyvážená výživa (00002)** – k omezení příjmu potravy může docházet z důvodu nechutenství při užívání léků, nejčastěji kortikosteroidů, častých průjmů a s nimi spojených bolestí břicha (Zbořil, 2018, s. 446).
- **Narušený obraz těla (00118)** – chronicita onemocnění může výrazně negativně ovlivnit dosavadní způsob života, ohrozit základní hodnoty a sebepojetí pacienta (Zbořil, 2018, s. 510).

## 3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato část práce obsahuje popis metodiky a průzkumného souboru, prezentaci dat z polostrukturovaných rozhovorů.

### 3.1 Průzkumné otázky

V rozhovorech byly pokládány níže uvedené otázky:

- **Průzkumná otázka č. 1:** Jaké mají pacienti stravovací návyky?
- **Průzkumná otázka č. 2:** Kde pacienti získali informace o vhodném stravování?
- **Průzkumná otázka č. 3:** Jaké druhy potravin v období relapsu a remise preferují a jaké naopak museli ze svého jídelníčku vyřadit?
- **Průzkumná otázka č. 4:** Jaká omezení pacientům přinesla změna jídelníčku v soukromém a pracovním životě?

### 3.2 Metodika průzkumu

Pro vypracování průzkumné části byla zvolena metodika kvalitativního průzkumu, a to formou polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Osobně jsem navštívila Centrum pro biologickou léčbu nespecifických střevních zánětů. **Centrum biologické léčby nespecifických střevních zánětů** je součástí interního oddělení a zabývá se problematikou idiopatických střevních zánětů (Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy). Působí zde tým gastroenterologů, který zajišťuje diagnostiku a péči o pacienty s IBD prostřednictvím endoskopického centra a jednotlivých specializovaných poraden, součástí je i Centrum biologické léčby, které má charakter stacionáře. Při komplikacích IBD je zde i lůžková část s jednotkou intenzivní péče.

Před zahájením průzkumu byla vrchní sestra požádána o udělení souhlasu s uskutečněním průzkumného šetření s vybranými respondenty. Kritéria pro výběr respondentů byla: již diagnostikovaná Crohnova choroba, věk 18 +, písemný souhlas s uskutečněním anonymního rozhovoru. Rozhovory probíhaly v předem připravené samostatné místnosti, která zajistila dostatek soukromí, anonymitu a nerušený průběh průzkumného šetření.

V ambulanci biologické léčby se dobrovolně zúčastnilo rozhovoru celkem pět respondentů. Další dva respondenty jsem oslovila mimo ambulanci – jednalo se o mé přátele, o jejichž onemocnění Crohnovou chorobou jsem již několik let věděla. Rozhovor s respondenty mimo ambulanci probíhal u nich doma ve vyhrazené místnosti, a to bez rodinných příslušníků. Po uskutečnění sedmého rozhovoru se začaly odpovědi opakovat, proto rozšíření výzkumu o další respondenty nebylo třeba.

Před zahájením samotného polostrukturovaného rozhovoru mohli všichni respondenti nahlédnout do předem připravených otázek (viz příloha). Po podepsání písemného souhlasu s rozhovorem (viz příloha) jsem zahájila průzkumné šetření. Součástí písemného souhlasu s rozhovorem byl i souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon. Takto získaná data budou následně zpracována do bakalářské práce. Formulář obsahoval též informaci o anonymitě rozhovoru a právu kdykoliv z průzkumu odstoupit. Na základě předem připravených otázek jsem v ambulanci biologické léčby se dvěma respondenty provedla pilotní průzkum, který zjišťoval, zda jsou položené otázky srozumitelné a zda nebude potřeba dalších úprav. Po pilotáži nebylo potřeba dalších úprav a tyto dva respondenty, ženu a muže, jsem zařadila do průzkumného vzorku. Jednotlivé rozhovory trvaly 10–15 min.

Rozhovory nahrávané na diktafon jsem přepsala doslovně v programu MS Word a vyhodnotila metodikou kódování v programu ATLAS, který slouží ke zpracování a interpretaci kvalitativních dat. Do programu se vloží data, v mém případě rozhovory přepsané v programu MS Word. Může se ale jednat i o fotografie, obrázky. Následně se k vybraným úryvkům, které spolu souvisí, přiřazují kódy a program následně vytvoří síťové náhledy. Ke zpracování výsledků do tabulek byl použit program EXCEL.

### **3.3 Charakteristika průzkumného souboru**

Do průzkumného šetření bylo zahrnuto dohromady sedm respondentů, dvě ženy a pět mužů. Dvě ženy a tři muži byli dotazováni v Centru biologické léčby a dva muže jsem kontaktovala mimo ambulanci. Všichni zúčastnění splňovali výše uvedená kritéria. Do průzkumu se všichni respondenti zapojili dobrovolně a nikdo z nich rozhovor neodmítl. Všech sedm rozhovorů probíhalo v období od ledna 2020 do března 2020.

### 3.4 Prezentace výsledků

Prezentace výsledků průzkumu zaměřeného na stravovací návyky pacientů s diagnózou Crohnova choroba, získaných pomocí polostrukturovaných rozhovorů, zpracovaných programem ATLAS. TI. Prezentace je rozdělena do čtyř částí.

#### 3.4.1 Základní informace o respondentech

První část prezentace obsahuje základní rozlišení respondentů a bližší informace o jejich aktuálním zdravotním stavu. Výsledky šetření jsou znázorněny do tří tabulek.

Tabulka 1 – Základní informace o respondentech

<b>Respondent</b>	<b>pohlaví</b>	<b>věk</b>	<b>kouření</b>	<b>alkohol</b>	<b>alergie</b>	<b>doba léčby</b>
<b>Respondent 1</b>	muž	45	ne	příležitostně	ne	20 let
<b>Respondent 2</b>	žena	48	ano	příležitostně	ne	7 let
<b>Respondent 3</b>	muž	36	ne	příležitostně	ne	16 let
<b>Respondent 4</b>	žena	57	ne	příležitostně	ne	30 let
<b>Respondent 5</b>	muž	36	ne	ne	ne	5 let
<b>Respondent 6</b>	muž	43	ano	ne	ne	9 let
<b>Respondent 7</b>	muž	39	ne	denně	ne	17 let

Tabulka 1 je obsahuje informace o respondentech – jejich pohlaví, věk, zda jsou v době výzkumu kuřáky, zda užívají po dobu onemocnění alkohol, zda trpí potravinovou alergií a jak dlouho se od prvotní diagnostiky onemocnění léčí.

Věkové rozmezí respondentů bylo od 36–57 let, jednalo se o dvě ženy a pět mužů. Jeden muž a jedna žena byli kuřáci, zbytek respondentů nekouřil. Absolutní abstinenti byli dva muži, další dva uvedli, že pijí jen příležitostně a jeden muž uvedl, že pije alkohol denně. R7 odpověděl: „Denně piju pivo a při oslavách i tvrděj alkohol“. Obě ženy užívají alkohol příležitostně, a to jen ve formě piva nebo vína. R1 odpověděla: „Piju jen příležitostně pivo, ale destiláty nemůžu, nedělají mi dobře.“ R4 odpověděla: „Dám si jen na oslavách pivo nebo víno“. Na otázku týkající se potravinové nebo jiné alergie odpověděli všichni respondenti stejně, tedy že netrpí žádnou z forem alergií. Doba léčby od prvotní diagnostiky onemocnění se u každého respondenta lišila, pohybovala se v rozmezí 5–30 let.

Tabulka 2 – Jaký druh léčby respondenti podstoupili

<b>Respondent</b>	<b>Farmakologická léčba</b>	<b>Biologická léčba</b>	<b>Kombinace léčby</b>	<b>Chirurgická léčba</b>
<b>R1</b>	ano	ano	ano	ne
<b>R2</b>	ano	ano	ano	ne
<b>R3</b>	ano	ano	ano	ne
<b>R4</b>	ano	ano	ano	ne
<b>R5</b>	ano	ano	ano	ne
<b>R6</b>	ano	ne	ne	ne
<b>R7</b>	ano	ano	ano	ne

V tabulce 2 jsou informace o druhu léčby, který respondenti podstoupili.

Žádný ze sedmi dotazovaných nepodstoupil v minulosti chirurgickou léčbu, šest respondentů podstupuje biologickou léčbu v kombinaci s farmakologickou. Respondent R6, který je na farmakologické léčbě, odpověděl: „Ze začátku jsem bral Pentasu, ale ta mi nevyhovovala. Perfektně mi zabírají kortikoidy. Z toho důvodu mi byla zamítnuta biologická léčba. Trvale beru Budenofalk a při relapsu Prednison. Od potíží se žlučníkem také Duspatalin, spasmolytikum Buscopan a Pangrol na trávení. Na žaludek Nolpazu, dříve Omeprazol. Při relapsu mi většinou přibudou ještě antibiotika.“

Imunosupresiva užívá všech šest dotazovaných na biologické léčbě. R1 je teprve na začátku biologické léčby, užívá navíc ještě glukokortikoidový lék, inhibitor protonové pumpy a antianemika. Doporučená dávka kortikoidu by se měla v průběhu léčby postupně snižovat a léčba by měla pokračovat na bázi biologické léčby v kombinaci s imunosupresivy uvedl R1. R7 v souvislosti s častými průjmy v remisi užívá navíc k biologické léčbě probiotika a antidiarhoika. R7 odpověděl: „Ze začátku to byly léky Prednison a takový, dále Salofalk a po nějaký době jsem přešel na biologickou léčbu. Občas si koupím probiotika a když mám průjem tak Imodium.“



Tabulka 3 – Příznaky pro rozlišení relapsu/remise onemocnění v období 1 týden zpětně

Příznaky relapsu	Odpovědi respondentů						
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Průjem</b>	8x denně	4xdenně	4–5x	ne	ne	15x denně	5x denně
<b>Bolesti břicha</b>	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ani ne
<b>Křeče v oblasti břicha</b>	ano	před stolicí	ne	ne	ne	ano	ne
<b>Únava</b>	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ne
<b>Slabost</b>	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ne
<b>Narušený spánek</b>	ano	ne	ne	ne	ne	ani ne	ne
<b>Úbytek na váze</b>	8 kg	ne	ne	ne	ne	ne	ne
<b>Bolesti kloubů</b>	ne	ne	ne	občas	ne	ano	občas
<b>Užívání antidiarhoik</b>	ne	ne	ne	ne	ne	užívám trvale	ano

Tabulka 3 znázorňuje rozlišení respondentů dle příznaků, zda se právě nachází v období relapsu či remise.

Pro rozlišení respondentů dle příznaků jsem položila 9 podotázek zaměřených na příznaky v relapsu v období 1 týden zpětně. Při sestavování podotázek jsem vycházela z aktivity CD a klinické symptomatologie uvedené v odborné literatuře (Zbořil, 2018, s. 90–91). Nejčastějším příznakem právě probíhajícího relapsu jsou frekventní průjmy, bolesti nebo křeče v oblasti břicha, úbytek na váze, únava, slabost, narušený spánek, bolesti kloubů a možné užívání antidiarhoik v souvislosti s průjmy. Z výsledků vyplývá, že dva muži R1 a R6 se v době rozhovoru nacházeli v relapsu a zbytek dotazovaných v remisi. R1 potvrdil všechny uvedené příznaky kromě bolesti kloubů a užívání antidiarhoik. R6 též potvrdil všechny uvedené příznaky, jen nepocíťoval narušený spánek a nezaznamenal váhový úbytek. Zbylí respondenti uvedené příznaky nepotvrdili. R2 pocíťuje křeče v oblasti břicha jen těsně před vyprázdněním střev. R4 a R7 mívají bolesti kloubů jen občas a R7 užívá antidiarhoika dle potřeby, a to z důvodu nedodržování dietního režimu a následného průjmu, jak sám uvedl.

### **Vybrané odpovědi na otázku, jak se respondenti cítí:**

R1 odpověděl: „*Momentálně dost špatně, od včera od 16 hodin jsem už nejedl, protože jsem věděl, že dnes budu cestovat, jsem unavený, mám bolesti břicha a pořád lítám na záchod, jsem teprve na začátku biologický léčby, tak snad to brzy zabere. Vždycky když vím, že musím někam jet, radši už den předtím nejím a najím se, až se vrátím domů.*“

R2 odpověděla: „*Cítím se teď v pohodě, v klidu, nic mě nebolí, takže dobrý, biologická léčba zabírá perfektně.*“

R3 odpověděl: „*Chodím 4–5x denně na záchod, ale je to hodně o psychice, když se něčím zabavím, tak tolikrát nejdu, záleží na psychice.*“

R4 odpověděla: „*Cítím se od začátku biologické léčby už dobře, snažím se být pozitivní, dřív jsme lpěla na malichernostech a teď jsem přehodnotila svůj život a cítím se dobře a jsem veselá.*“

R5 odpověděl: „*Teď se cítím už dobře, ale před třemi týdny jsem byl v relapsu, nedělá mi dobře stres, když musím něco honem rychle stihnout, jakmile na mě někdo spěchá, začnu běhat na záchod.*“

R6 odpověděl: „*V současnosti mám kromě relapsu i výrazné potíže v oblasti žlučových cest. Jedno ovlivňuje druhé. Relaps se u mě většinou projevuje zvýšenou únavou, následuje zhoršení bolesti kloubů, potom přijde motýlovitý ekzém v obličeji, bolesti a křeče v břiše a nakonec průjem.*“

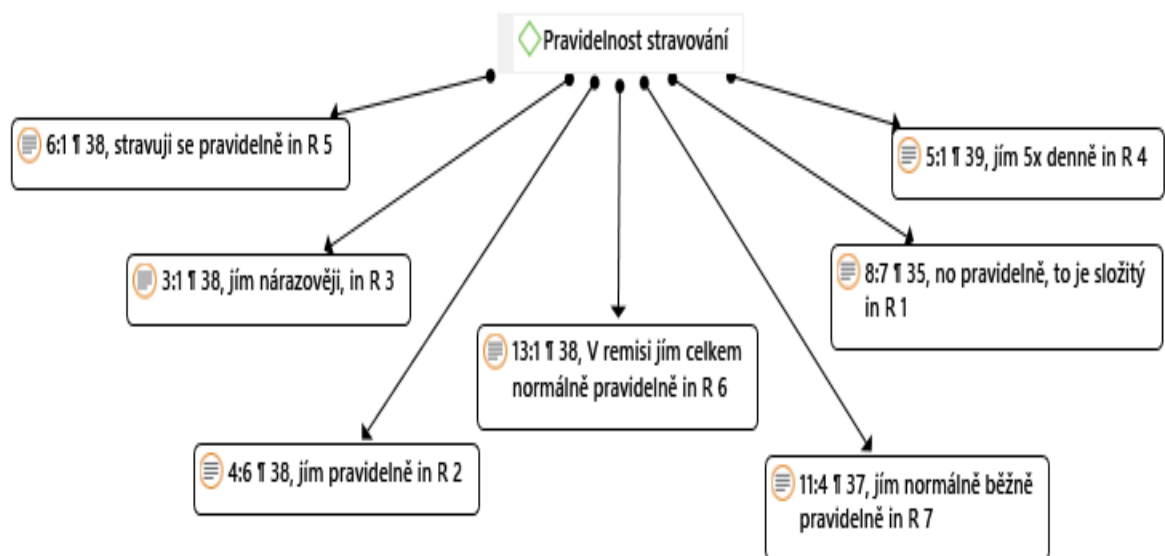
R7 odpověděl: „*Mám teď tak pět stolic za den průjemovitý, takže se to teď trochu zhoršilo, ale ještě to není taková hrůza jako jindy, je to spojený hodně s psychikou, chodím hned po jídle, něco sním a hned jdu na záchod, taky jsme měli nedávno menší oslavu a pil jsem tvrdý alkohol a jedl mastný, potom vždycky lítám víc na záchod.*“

### 3.4.2 Způsob stravování, informovanost, adherence k dietě

Druhá část průzkumu je rozdělena na tři podotázky, zaměřené na způsoby stravování a denní příjem tekutin. Informovanost respondentů o vhodném stravování, adherenci k doporučené stravě. Odpovědi respondentů jsou zhodnoceny zvlášť do jednotlivých sítí kódů.

#### Podotázka č. 1: Můžete mi prosím popsat, jak se stravujete? Stravujete se pravidelně? Kolikrát denně a v jakém množství?

Respondentů jsem se dotazovala na způsob stravování, zda si vymezí čas pro jídlo jak v zaměstnání, tak doma, zda kladou důraz na pravidelnost stravování, kolik a jak velké porce si denně dopřejí.



Obrázek 1 – Pravidelnost stravování

Z odpovědí respondentů vyplývá, že dvě ženy a dva muži si vymezí čas na jídlo a stravují se relativně pravidelně 4-5 x denně, porce mají přiměřené. Další dva muži se stravují nepravidelně, R3 v důsledku nedostatku času v práci a R1 ve spojitosti s právě probíhajícím relapsem a komplikacemi s ním spojené při cestování. Jeden respondent se v remisi stravuje pravidelně, ale v období relapsu se snaží nejíst raději vůbec, nebo v malé množství sipping Nutridrinků a vybraných kysaných mléčných produktů.

#### Vybrané úryvky z rozhovorů, zda se respondenti pravidelně stravují:

R1 odpověděl: „No pravidelně, to je složitý, dneska jsem věděl, že jedu do nemocnice, tak jsem naposledy jedl včera v 16h odpoledne, já bych nevydržel tu cestu s průjemem a najím se, až se zase vrátím domů. Když nikam necestuju, tak jím celkem pravidelně a menší porce.“

R2 odpověděla: „Jím pravidelně, snídám, svačiny v práci i doma a porce podle chuti.“

R3 odpověděl: „*Jím nárazověji, v práci to je ve spěchu a jím až doma odpoledne v klidu za to ale větší porce, mám hlad po celém dni, vím, že to není zdravé, ale v práci na to není čas.*“

R4 odpověděla: „*Jím normálně, chutná mi, jím 5x denně, menší porce a dá se říct, že můžu už všechno, od té doby, co mi zabrala biologická léčba, jím bez problémů téměř vše.*“

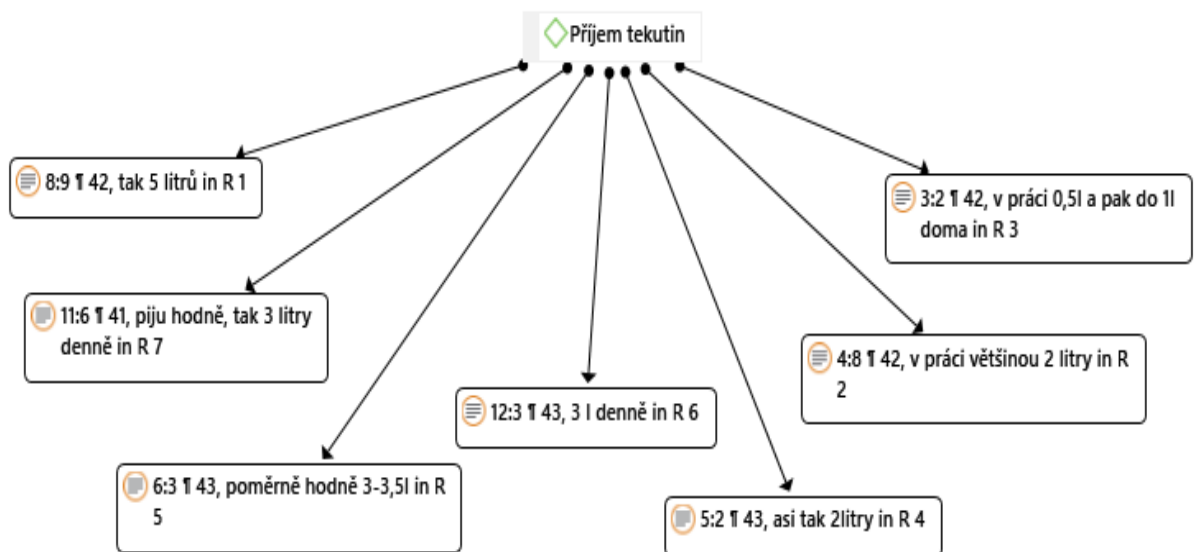
R5 odpověděl: „*Stravuji se pravidelně, většinou 4x denně, jím v posledním období od relapsu bezzbytkovou stravu.*“

R6 odpověděl: „*Při relapsu je to jednoduché, nejlepší je nejíst vůbec. To přežívám na Nutridrincích, jogurtech a kefíru. V remisi jím celkem normálně a pravidelně.*“

R7 odpověděl: „*Jím normálně běžně pravidelně, snídám, v práci si dám oběd, pak doma svačtinu i večeri, večer si dám rád pivo, nijak se neomezuju.*“

## **Podotázka č. 2: Kolik tekutin vypijete denně? A které tekutiny preferujete? Pijete kávu?**

Respondentům jsem položila otázku týkající se denního příjmu tekutin.res. jaké tekutiny preferují a zda pijí tekutiny s obsahem kofeinu.



Obrázek 2 – Příjem tekutin

Výrazné rozdíly v příjmu tekutin byly u dvou respondentů, respondent R1 vypije až 5 litrů tekutin denně a druhý respondent R3 do 1 litru tekutin za den. Zbylí respondenti mají denní příjem tekutin mezi 2 až 3 litry. Preferují obyčejnou vodu, minerálku a čaje. Tekutiny s obsahem kofeinu neužívá šest respondentů ze sedmi, buď mají žaludeční obtíže nebo kofein nevyhledávají pro jeho specifickou chuť.

### **Vybrané úryvky z rozhovorů o denním příjmu tekutin:**

R1 odpověděl: „Vypiju tak 5 litrů denně, většinou Mattonku, Magnesii, káva mi nedělá dobře na žaludek, takže s obsahem kofeinu nic nepiju.“

R2 odpověděla: „V práci většinou tak 2 litry neperlivý vody bez příchuti nebo s příchutí, kafe si dám 3x denně, mám nízký tlak, tak mi ho lékař doporučil a nevadí mi na střeva ani žaludek.“

R3 odpověděl: „Já piju málo, vím, že bych měl víc, ale nemám žízeň, v práci 0,5l a pak do 1 l doma, většinou čaj ovocný, mám rád taky sladké limonády, ale kafe nepiju, nechutná mi.“

R4 odpověděla: „Vypiju asi tak 2 litry denně, spíš vodu a minerálky, kávu moc nemusím, nedělá mi moc dobře na žaludek.“

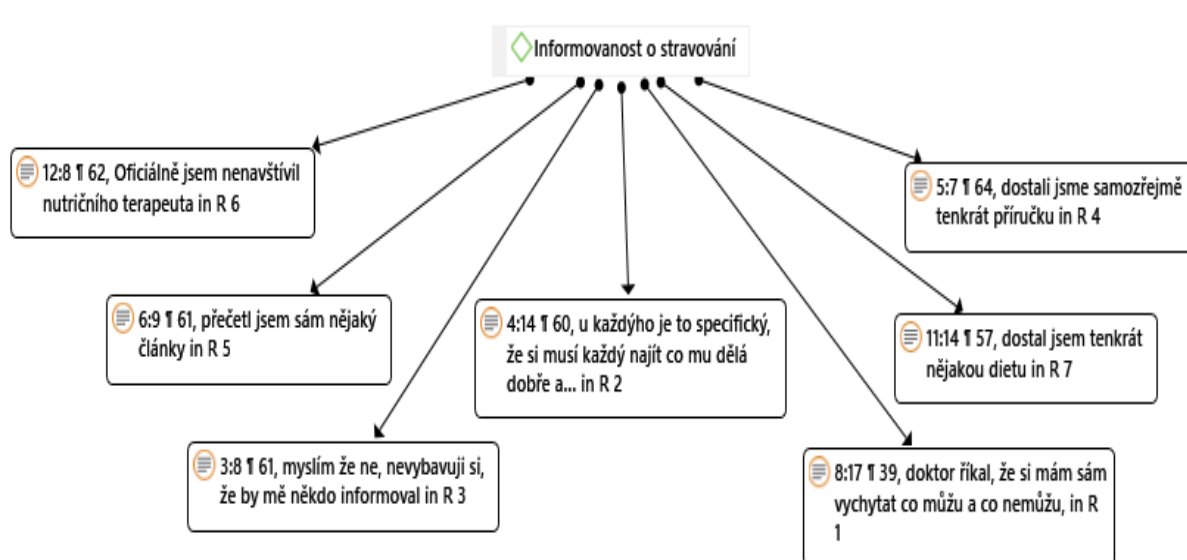
R5 odpověděl: „Tekutin vypiji poměrně 3 – 3,5 l, obyčejnou vodu, kávu nepiji, nemusím ji.“

R6 odpověděl: „Pití je pro mě snad důležitější než jídlo. Pokud nevypiji kolem 3 l denně, tak mám potíže trávicí i jiné. Piji čaje, černý nejvíce, potom zelený a bylinné. Ovocné mi nedělají moc dobře na žaludek. Potom kohoutkovou vodu. Ostatní minimálně. Kávu vůbec nemůžu, způsobuje mi taky žaludeční potíže.“

R7 odpověděl: „Přes den piju hodně, tak 3 litry denně a taky záleží, kolik si dám večer piv, to se do toho taky počítá? V práci většinou piju čaj, šťávu, kafe nepiju a ani jsem nikdy nepil.“

**Podotázka č. 3: Navštívil/a jste nutričního terapeuta? Pokud ano, byly pro Vás informace ohledně stravování přínosné a srozumitelné? Musíte dodržovat nějakou lékařem doporučenou dietu?**

Otázky byly zaměřeny na informovanost o vhodném stravování pro pacienty s diagnózou Crohnova choroba, zda byly informace při diagnostice přínosné, zda sami vyhledali informace o stravování či navštívili nutričního terapeuta a zda dodržují doporučené diety.



Obrázek 3 – Informovanost o stravování a dodržování doporučené diety

Kontakt s nutričním terapeutem měl jeden respondent v době své hospitalizace. Byly mu podány informace ohledně vhodného stravování, avšak doporučení se nedrží. Zbylí dotazovaní nebyli informováni nutričním terapeutem a ani terapeuta sami nevyhledali. Pět respondentů získalo informace od gastroenterologa nebo svého praktického lékaře. Respondent R3 si ani nevybavuje, že by byl kýmkoliv informován o vhodném stravování. Více informací si na internetu v odborných člancích vyhledal respondent R5. Tři respondenti si časem sami vysledovali potraviny, které jim nedělají dobře na zažívání, a podle toho se stravují. Respondent R6 pracuje ve zdravotnictví, dochází pro rady ohledně stravování k dietní sestře těmito radami se řídí. Doporučenou bezsezbytkovou stravu gastroenterologem má respondent R5, kterou i striktně dodržuje.

### **Vybrané úryvky z rozhovorů, jak jsou respondenti informováni o vhodném stravování a zda dodržují doporučenou dietu:**

R1 odpověděl: „*Tak můj doktor říkal, že si mám sám vychytat co můžu a co nemůžu, takže po těch x letech to mám už vyzkoušený. Nutričního terapeuta jsem nenavštívil, byl za mnou jen v nemocnici, když jsem tam ležel a dal mě soupis, co mám jíst, ale toho se nedržím.*“

R2 odpověděla: „*Jako pan doktor v nemocnici, když mně to našli tu nemoc tak říkal, že u každého je to specifický, že si musí každý najít co mu dělá dobře a co nedělá. Já ale žádnou dietu nedržím.*“

R3 odpověděl: „*Myslím že ne, nevybavuji si, že by mě někdo informoval. Dietu nedržím*“

R4 odpověděla: „Nenavštívila jsem terapeuta, dostali jsme samozřejmě tenkrát příručku v nemocnici, co máme jíst, ale žádnou dietu nedodržuju.“

R5 odpověděl: „Byla mi doporučena bezsezbytková strava, přečetl jsem sám nějaký články, co o tom psali nějaký odborníci, co se tím zabývají, tu dodržuji pravidelně.“

R6 odpověděl: „Konkrétní dieta na Crohna neexistuje, každý to má jinak se snášenlivostí. Já už mám za ty roky celkem vyzorováno, co snesu a co mi nesvědčí. Největší potíže mi dělá to, co jsem měl dříve nejradši, Oficiálně jsem nenavštívil nutričního terapeuta, ale pracuji ve zdravotnictví, tak chodím na rady k dietní sestře v zaměstnání.“

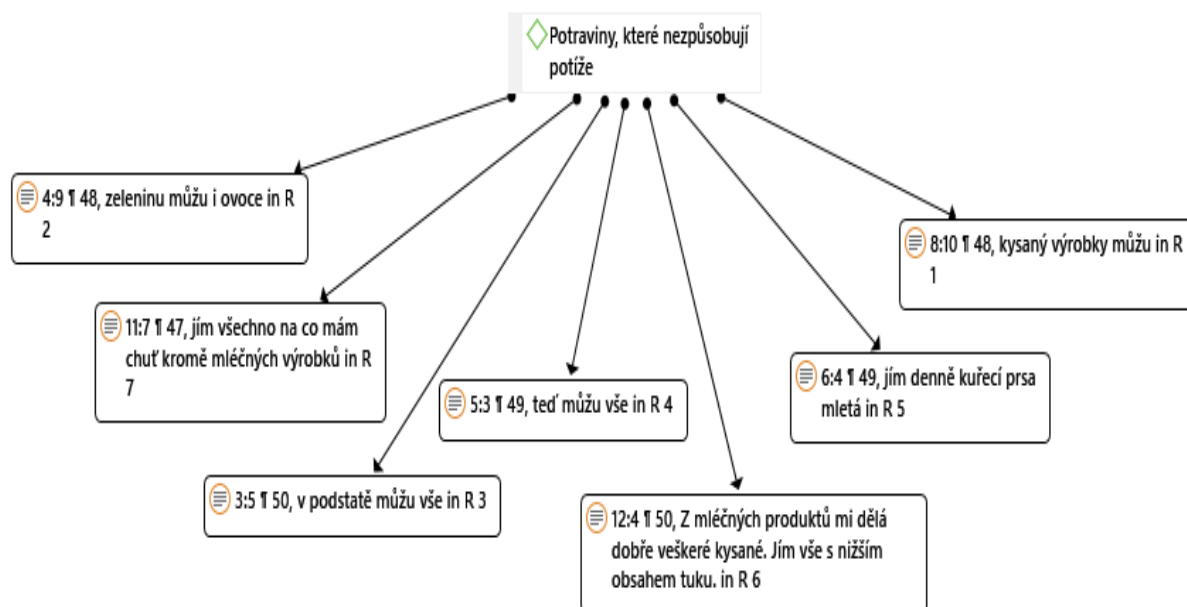
R7 odpověděl: „Nenavštívil, dostal jsem tenkrát nějakou dietu, ale co to je dieta jako nejíst? Tady na to neexistuje přesná dieta.“

### 3.4.3 Tolerance potravin, doplňky stravy

Třetí část průzkumu je rozdělena na tři podotázky, zaměřené na toleranci a intoleranci potravin, užívání potravinových doplňků. Odpovědi respondentů jsou znázorněny v jednotlivých sítích.

#### Podotázka č. 1: Jaké potraviny můžete jíst a nedělají Vám problémy (např. průjem, bolest, nadýmání...)?

Respondenti zde jmenovali druhy potravin, které preferují ve svém jídelníčku buď pro jejich příznivé účinky na zažívací trakt, nebo jim vysloveně chutnají a nezpůsobují obtíže při trávení.



Obrázek 4 – Potraviny, které nezpůsobují potíže

U dvou respondentů dochází k velmi dobrým zažitacím pochodům při konzumaci kysaných mléčných výrobků. Čtyřem respondentům většina potravin již nezpůsobuje potíže a konzumují v podstatě vše dle chuti. Respondentka R2 nyní toleruje ve stravě čerstvou zeleninu a ovoce, které dříve nemohla, protože jí způsobovaly obtíže s trávením. Respondent R4 nacházející se krátce po relapsu zatím toleruje mletou stravu, která mu nepřináší obtíže ve střevech, vzpomíná, že v minulosti před samotnou diagnózou Crohnovy choroby, mu potíže se zažíváním uklidnily nezdravá jídla ve formě slaných brambůrků a coly.

**Vybrané úryvky z rozhovorů, kde respondenti uvádějí potraviny, co jim nezpůsobují obtíže:**

R1 odpověděl: „*Hlavně kysaný výrobky můžu, ty mi dělají moc dobře na střeva, dopřávám si je denně.*“

R2 odpověděla: „*Pro mě je důležité, že mohu zeleninu i ovoce, to jsem dřív nemohla, snažím se jíst zdravě, čerstvá zelenina a ovoce má v mém jídelníčku denně velké zastoupení.*“

R3 odpověděl: „*V podstatě teď můžu vše, nedržím žádnou dietu, jím, na co mám chuť a problémy nemám.*“

R4 odpověděla: „*Teď můžu vše. Vařím pro celou rodinu a nijak se neomezují.*“

R5 odpověděl: „*Teď jím denně kuřecí prsa mletá s bramborovou kaší z vody, dělá mi dobře mleté jídlo, tuhé mi dráždí tlusté střevo. V minulosti, ještě před tím, než mi byla Crohnova choroba diagnostikována, mi dělaly dobře nezdravý jídla slaný brambůrky a cola, teď už to nemohu, způsobuje mi to obtíže v zažívání.*“

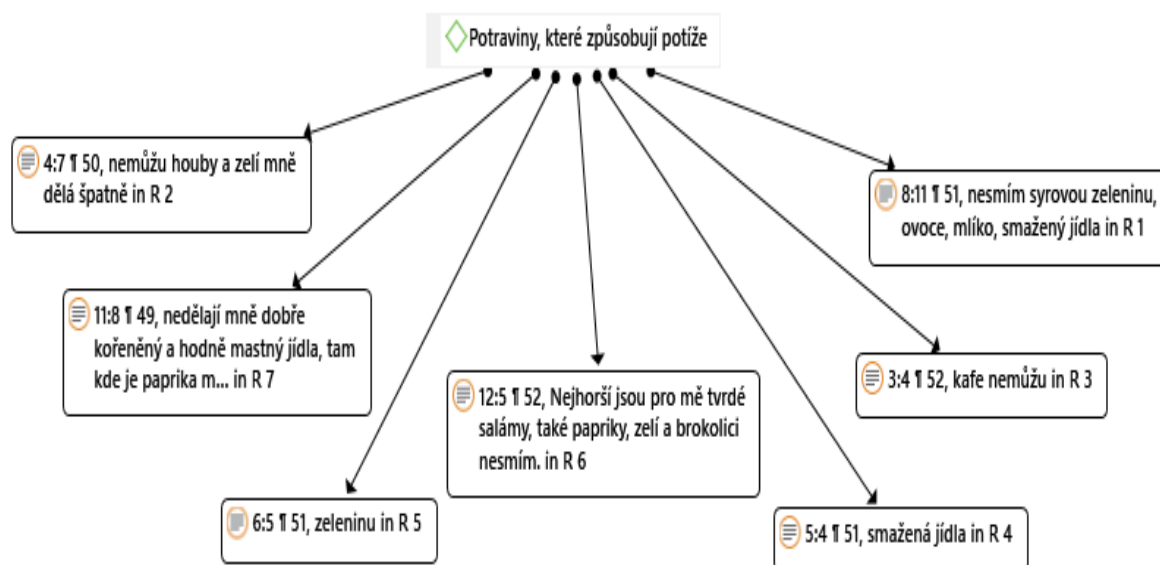
R6 odpověděl: „*Z mléčných produktů mi dělá dobře veškeré kysané. Jím vše s nižším obsahem tuku. Tvrdé sýry do 30 %, nízkotučné tvarohy, tvarohové sýry. V podstatě, jedu hlavně na mlíko. Kromě taveňáků a většího množství syrového mléka, hrníček snesu, jinak mám křeče. Pečivo jím bílé, rohlíky, veky, tousty, vánočky. Celozrnné a tmavé si můžu dovolit jen malé množství. Jo a hlavně odleželé, čerstvé pečivo mě hodně nadýmá. Buchty a sladké pečivo ne moc kynuté a mastné. Pak samozřejmě piškoty jsou dobré. Vejce mi v rozumném množství potíže nedělají.*“

R7 odpověděl: „*Jím všechno, na co mám chuť, kromě mléčných výrobků, ty mi tenkrát zakázali, tak je nejím, už jsem si na to zvykl a ani nemám potřebu je jíst.*“



## Podotázka číslo 2: Jaké potraviny nemůžete jíst, protože je Vám po nich špatně (průjem, bolest, nadýmání)?

Respondenti zde jmenovali potraviny, které museli ze svého jídelníčku zcela vyřadit, neboť jim působily potíže se zažíváním.



Obrázek 5 – Potraviny, které způsobují potíže

Tepelná úprava potravin smažením přináší potíže v zažívání třem respondentům. Kořeněná jídla nesnesou dva respondenti. Mléčné výrobky úplně vyřadili z jídelníčku dva respondenti, další respondent snese maximálně 1 skleničku mléka, při větším množství se spustí křeče a průjemy. Čerstvou zeleninu nesnesou dva respondenti, dalším dvěma respondentům konkrétně přítomnost papriky působí potíže se zažíváním. Jeden respondent pociťuje zhoršení průběhu onemocnění i po čerstvém ovoci. Kysané zelí uvedli dva respondenti. Další respondent označil jako v minulosti problematické užití kofeinového nápoje, který mu způsobil nepříjemné komplikace. V jednom případě je problematické čerstvé pečivo, které respondenta nadýmá a způsobuje mu křeče.

### Vybrané úryvky z rozhovorů, kde respondenti uvádějí potraviny, co jim způsobují obtíže:

R1 odpověděl: „Mám vysledované, že nesmím syrovou zeleninu, ovoce, mlíko a smažené jídla, zhoršilo mi to vždycky průběh onemocnění, a tak si dávám už pozor.“

R2 odpověděla: „Nemůžu houby a zelí mně dělá špatně, mám po něm hrozný křeče ve střevech a pak průjem.“

R3 odpověděl: „Asi kafe nemůžu, to jsem zkoušel v roce 2005 a to jsem zvracel, měl zimnici a průjem, od té doby ho nepiju, jinak s ničím problém nemám.“

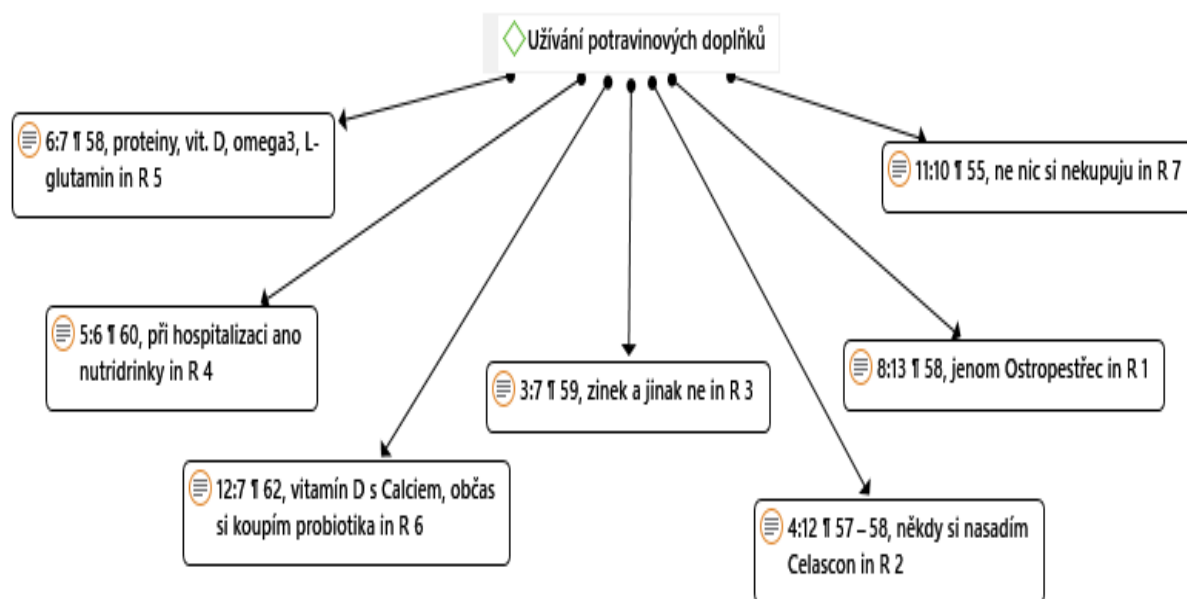
R4 odpověděla: „Nemůžu smažená jídla a ani mně nechutnají, rodina je zvyklá, že neupravujeme pokrmy smažením, takže to pro nás neznamena nějaké omezení, navíc to není ani zdravé smažit.“

R5 odpověděl: „V minulosti jsem pozoroval, že mi nedělají dobře ostrý jídla a omezil jsem teď čerstvou zeleninu, špatně jsem ji trávil.“

R6 odpověděl: „Nejhorší jsou pro mě tvrdé salámy, také papriky, zelí a brokolici jsem musel omezit, hrozny mi dělají také ve střevech paseku. Nejím čerstvé pečivo, to mě hrozně nadýmá a mám pak křeče, mlíko můžu jen skleničku, jinak mám po něm taky křeče ve střevech.“

R7 odpověděl: „Nedělají mně dobře kořeněná a hodně mastná jídla, tam kde je i paprika mi nedělá dobře, nejím vůbec mléčné výrobky až na to, že si občas dám plátkový sýr nebo hermelín, oni mi řekli, že bych neměl mléčné výrobky, tak je nejím.“

### Podotázka č. 3: Užíváte ke stravě ještě nějaké potravinové doplňky (vitamíny, minerály, nutriční podpora)?



Obrázek 6 – Užívání potravinových doplňků

Užívání potravinových doplňků je u respondentů velmi rozmanité. U většiny se jedná o běžně dostupné vitamíny z lékárny pro podporu imunitního systému. Jeden respondent neužívá žádné potravinové doplňky a jedna respondentka se snaží přijímat vitamíny hlavně z čerstvého ovoce a zeleniny. Zkušenost s Nutridinky mají tři respondenti, jeden z nich je nadále užívá v období relapsů. Potravinové doplňky podporující růst svalové hmoty užívá v období remise jeden respondent, který pravidelně navštěvuje posilovnu.

### **Vybrané úryvky z rozhovorů o užívání potravinových doplňků:**

R1 odpověděl: „*Užívám jenom ostropestřec z důvodu, že beru hodně léků, jinak nic.*“

R2 odpověděla: „*Ne neuvívám nic, nemám ráda slazené, a Nutridinky jsou na mě moc sladký, někdy si nasadím celascon.*“

R3 odpověděl: „*Občas užívám zinek a jinak nic.*“

R4 odpověděla: „*Tenkrát na začátku onemocnění při hospitalizaci jsem dostávala Nutridinky, jinak nic navíc nejím jen přírodně vitamíny v zelenině a ovoci.*“

R5 odpověděl: „*Chodím do posilovny, tak když cvičím, tak si dávám doplňky stravy hlavně proteiny, vit. D, omega3, L-glutamin, vlastně spolýkám docela dost potravinových doplňků z lékárny.*“

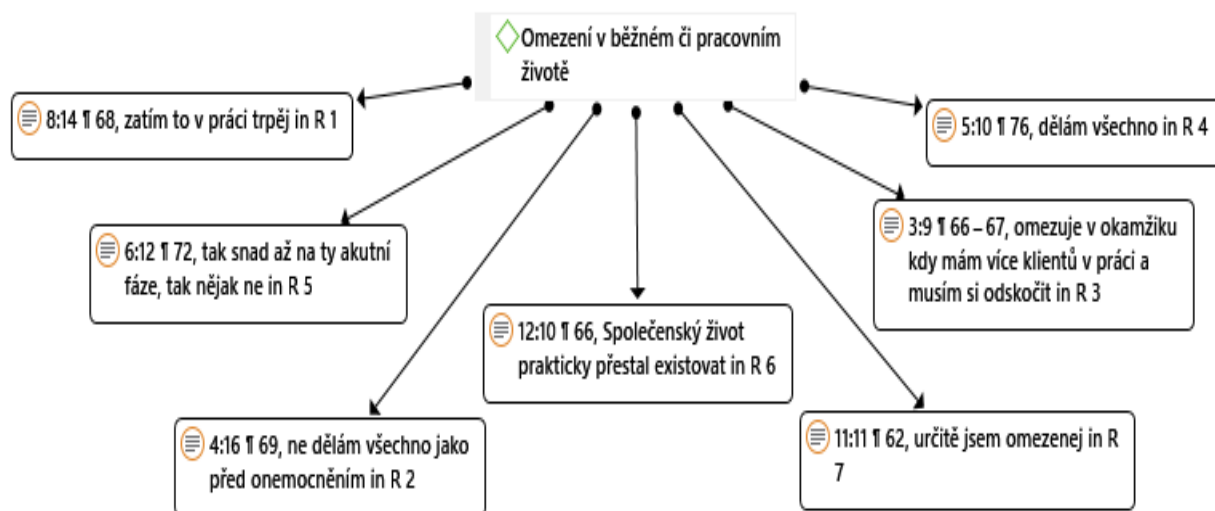
R6 odpověděl: „*Lékař mi předepisuje vitamín D s calciem, občas si koupím probiotika. Při relapsu jsem závislí na nutridrincích.*“

R7 odpověděl: „*Ne nic si nekupuju.*“

#### **3.4.4 Případná omezení spojená se změnou stravování v důsledku onemocnění**

Čtvrtá část průzkumného šetření je rozdělena na tři podotázky zjišťující, zda došlo u respondentů k omezení v běžném či pracovním životě v souvislosti se stravováním, zda jsou respondenti zaměstnaní a nedošlo k nějaké změně v oblasti profesní a zda se museli ve svém životě něčeho důležitého vzdát v souvislosti s onemocněním a změnou stravování. Dále jsem se doptávala na to, jak rodina vnímá onemocnění respondentů a jejich změnu jídelníčku. Odpovědi respondentů jsou znázorněny v jednotlivých sítích.

**Podotázka č. 1: Jste nějakým způsobem limitován/a v soukromém či pracovním životě, co se týče stravy? Jste zaměstnaný/á?**



Obrázek 7 – Omezení v běžném či pracovním životě

Omezení pociťují tři respondenti v oblasti cestování ať už se jedná o dovolenou nebo jen cestu k lékaři. Před cestováním vzniká respondentovi R7 stres, zda v případě potřeby včas vyhledá toaletu a tento stres spouští i častější potřebu na toaletu. Jeden respondent nacházející se momentálně v relapsu raději den před cestováním se už od 16 h nestravuje, aby neměl potřebu navštívit toaletu. Další dva respondenti pociťují omezení v období relapsu a to hlavně z důvodu častých průjmů. Jen jedna respondentka se necítí být ničím omezená. V zaměstnání se cítí omezení dva respondenti, R3 při pracovních schůzkách, ze kterých musí častěji odbíhat na toaletu, R5 nezvládá pracovat na nočních směnách, neboť mu zhoršují symptomy onemocnění. Zaměstnání musel změnit jeden respondent a začal zároveň pobírat invalidní důchod II. stupně, z toho důvodu se cítí být omezený hlavně finančně. Další omezení pociťuje v základním plnění životních funkcí pro ubývající sílu a vyčerpanost z onemocnění. Vyřazení některých druhů potravin respondentům nečiní zásadní omezení v soukromém ani v pracovním životě.

**Vybrané úryvky z rozhovorů, jakým způsobem jsou respondenti limitováni v osobním či pracovním životě a zda jsou zaměstnaní:**

R1 odpověděl: „Jsem zaměstnaný, a zatím to v práci trpí, že pořád běhám na záchod. Mám hlavně potíže před cestováním např. když vím, že pojedou druhý den k doktorovi, tak den předem už od 16 hodin nejím, abych nemusel na záchod, nedovedu si představit cestovat třeba autobusem, to bych nedal. Na dovolenou jezdíme jen po Čechách a autem, musí být vždy v blízkosti záchod a vaříme si sami.“

R2 odpověděla: „Ano jsem zaměstnaná, nejsem nijak omezená, dělám všechno jako před onemocněním včetně stravování.“

R3 odpověděl: „Momentálně jsem zaměstnaný, já jsem si tuhle práci našel, až po propuknutí onemocnění, omezuje mě to v okamžiku, kdy mám více klientů v práci a musím si odskočit na záchod a oni na mě čekají, je to trapné, snažím se vždycky spěchat, co se týče jídla tak chodím na obědy normálně v práci.“

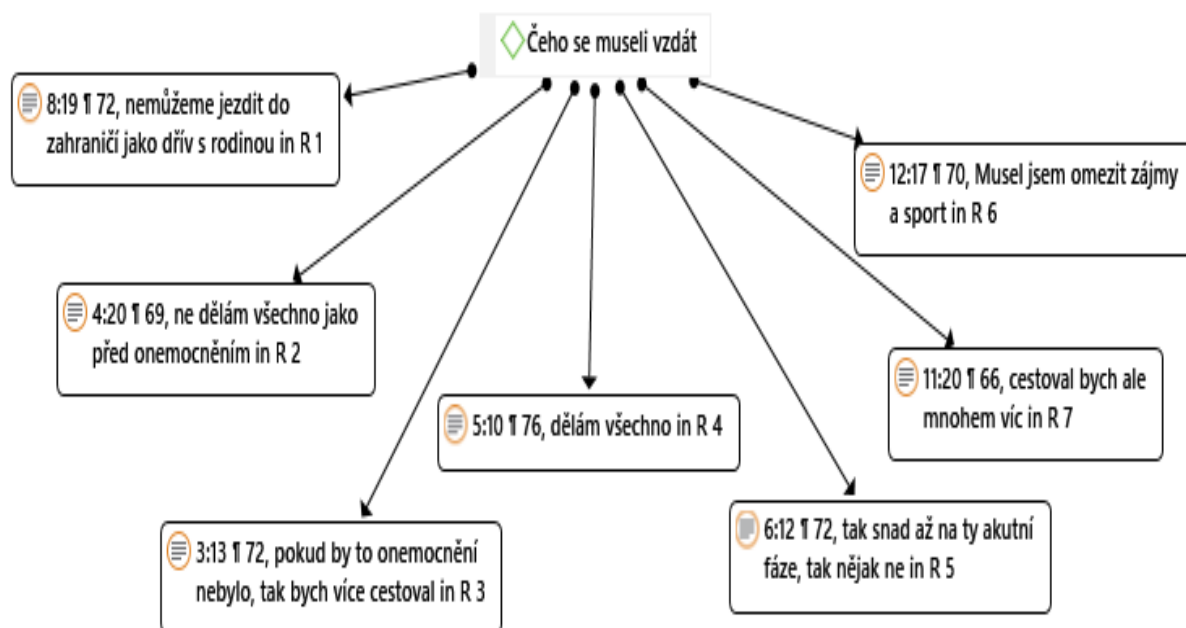
R4 odpověděla: „Ano jsem zaměstnaná, jsme v práci malý kolektiv, prodávám v malé firmě, takže mně vyšli vždycky vstříc, když jsem musela odběhnout na záchod, jinak dělám všechno jako dřív. Obtíže nebyly dříve spojené se stravováním, ale spíš se stresem, když jsem potřebovala někam zajet, v akutní fázi jsem necestovala radši vůbec, měla jsem panickou hrůzu, když jsem musela někam z domu, zda stihnu doběhnout na toaletu.“

R5 odpověděl: „Zaměstnaný jsem a zas tak omezený nejsem, co se týče práce. Nedělají mi dobře noční směny, když se nevyspím, tak to má negativní vliv a nedělá mi dobře stres, když někam moc spěchám. Jinak s přítelkyní necestujeme, chodíme kromě práce jen do posilovny a tam mám záchod blízko, když je potřeba, a jídlo si do práce i do posilovny chystám sám, nebo přítelkyně, tak snad až na ty akutní fáze tak nějak omezený nejsem.“

R6 odpověděl: „Pracuji jako sanitář, mám invalidní důchod II. stupně, takže jsem značně omezený hlavně finančně. Společenský život pro mě prakticky přestal existovat. Musím přemýšlet co v konkrétní den udělám, protože mám omezenou sílu, podle toho si chystám i jídlo. Když přečerpám můžu už jen ležet. Mívám také cestovní průjmy.“

R7 odpověděl: „Jsem zaměstnaný a určitě jsem omezený jak v práci, tak mimo, nevím, jestli to je psychický, záleží, kde jsem, když jsem v lese, tak jsem v klidu, můžu si kdekoli odskočit, ale když jedu třeba do Hradce, tak už předem jsem ve stresu, kde si zajdu na záchod, a to mi hned způsobí, že chodím častěji na záchod, takže v tom se cítím omezený, jídlo až tak neřeším.“

**Podotázka č. 2: Musel/a jste se něčeho ve svém životě vzdát z důvodu změny jídelníčku (cestování, koníček, sport, ...)?**



Obrázek 8 – Čeho se museli respondenti vzdát v důvodu změny jídelníčku

Dva respondenti se museli vzdát cestování do zahraničí, a to nejen z důvodu neustálého vyhledávání toalet, ale také z obav ze stravování. Respondent R7 si pořídil karavan s kuchyní a toaletou, aby mohl nadále s rodinou cestovat. Obě respondentky dělají vše jako před onemocněním. Jeden respondent se hlavně v období relapsu musí obejít bez svých koníčků, a to z důvodu častých průjmů, křečí, únavy a striktního jídelníčku, který i po navození remise dodržuje formou bezezbytkové diety. Respondent R6 byl nucen nemoci přizpůsobit pracovní i soukromý život, musel se vzdát sportování i koníčků nejen z důvodu změny stravování, ale i vyčerpání.

**Vybrané úryvky z rozhovorů respondentů, zda se něčeho museli v životě vzdát v důvodu změny jídelníčku:**

R1 odpověděl: „Už nemůžeme jezdit do zahraničí jako dřív s rodinou. Nepřál bych to nikomu tuhle nemoc. My s manželkou neumíme dobře cizí jazyky, a tak bych těžko někde hledal toalety a s jídlem by to bylo taky komplikované. Jezdíme už jen po Čechách svým autem.“

R2 odpověděla: „Dělám všechno jako před onemocněním, neomezuju se ani v jídle.“

R3 odpověděl: „Vzdát ne, ale pokud by to onemocnění nebylo, tak bych více cestoval.“

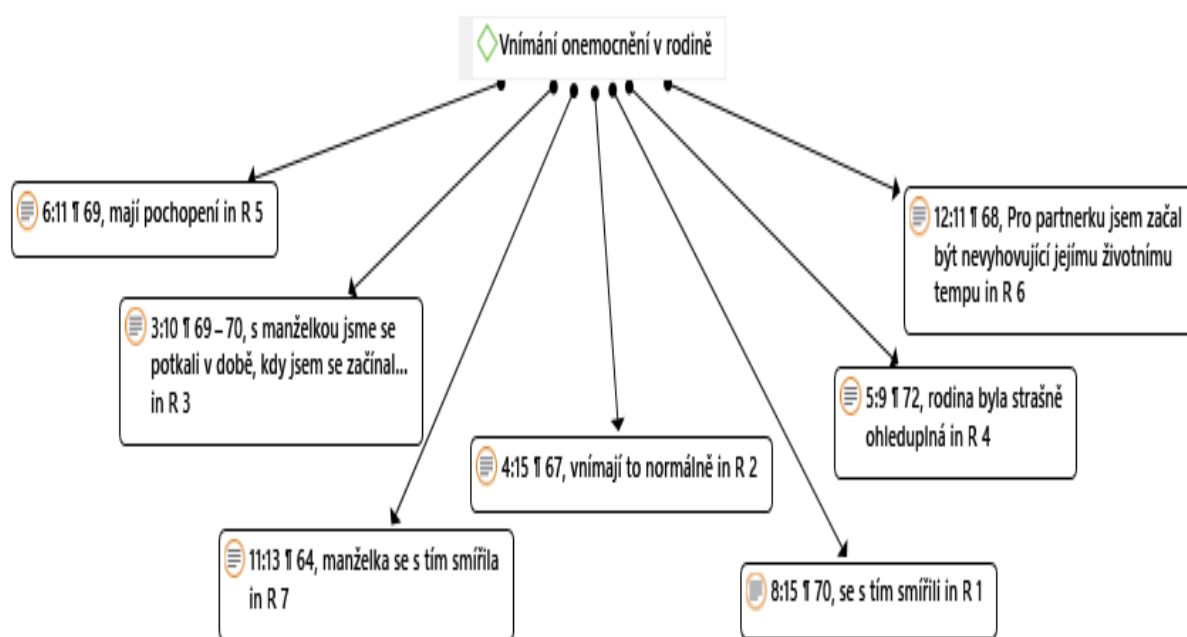
R4 odpověděla: „Tak já nikdy moc nesportovala, ale teď dělám všechno, jezdím na kole, turistiku, takže normální aktivity teď, když jsem v pořádku.“

R5 odpověděl: „*Tak snad až na ty akutní fáze, tak nějak ne, já teda moc necestuju, takže ne, nesmím hlavně někam spěchat, dodržuji bezsezbytkovou stravu i v remisi, a tak si jídla chystám sám nebo partnerka.*“

R6 odpověděl: „*Musím přemýšlet co v konkrétní den udělám, chystám si na každý den jídlo dopředu. Z důvodu nemoci jsem musel změnit i zaměstnání a moje pracovní výkonnost v oboru nadále klesá. Musel jsem omezit zájmy a sport, a to nejen z důvodu stravování, ale hlavně z nedostatku energie, jsem často unavený.*“

R7 odpověděl: „*Pořídil jsem karavan, abychom mohli s rodinou cestovat, jsem klidnější, že mám za sebou záchod a kuchyň, cestoval bych ale mnohem víc, s karavanem se nedá všude dojet.*“

### Podotázka č. 3: Jak vnímá Vaše onemocnění Vaše rodina (děti, rodiče, manžel/ka) ve spojitosti se stravováním?



Obrázek 9 – Vnímání onemocnění v rodině

Výpovědi respondentů jsou velmi kladné, kromě respondenta R6, toho partnerka opustila z důvodu nemoci a s ní spojenými komplikacemi. Přestěhoval se k rodičům a žije sám, cítí to jako velkou prohru. Má ale oporu v rodičích, maminka pomáhá respondentovi s přípravou jídel. Zbývající respondenti se shodli, že jejich rodiny jsou ohleduplné a přizpůsobily se potřebám respondentů. Rodiny u obou respondentek už dokonce ani nepocítují jejich přítomnost onemocnění a příprava pokrmů probíhá již bez omezení.

**Vybrané úryvky z rozhovorů, jak vnímá rodina, blízký či kamarádi onemocnění respondentů ve spojitosti se stravováním:**

R1 odpověděl: „*Se s tím doma smířili, s tím nejde už nic dělat no, jezdí sem se mnou a podporují mě. Manželka z toho byla ze začátku špatná, ale už si zvykla, naučila se vařit bez potravin, které nemohu.*“

R2 odpověděla: „*Vnímají to normálně, nejsem nijak omezená.*“

R3 odpověděl: „*Já bych řekl dobře, respektive s manželkou jsme se potkali v době, kdy jsem se začínal léčit, takže je za ty roky zvyklá.*“

R4 odpověděla: „*Rodina byla strašně ohleduplná, i děti, když jsem byla rok doma a marodila jsem, tak se snažily pomáhat i s vařením, vždycky trpělivě čekaly, když jsme někam jeli a já musela odběhnout na záchod. Teď kromě smažených jídel můžu vše, a tak už doma ani nepociťuji, že nějakou nemoc mám.*“

R5 odpověděl: „*No tak jsou rádi, když mi je dobře, mají pochopení, když jsem protivný, když mi není dobře, s přítelkyní jsme se poznali, když už jsem tu nemoc měl, a tak se snaží mi v jídlech vyhovět, abych neměl potíže.*“

R6 odpověděl: „*Pro partnerku jsem začal být nevyhovující jejímu životnímu tempu, tak ode mě odešla, žiji sám u rodičů a ty naštěstí začínají chápat, že prostě někdy nemůžu. Matka mi občas pomáhá s přípravou jídla na následující den a vaření tak nějak přizpůsobila mým potřebám.*“

R7 odpověděl: „*Manželka se s tím smířila, začalo mi to krátce po svatbě. Je to pro ně omezení, když na mě musí pořád někde čekat no, ale co se dá dělat. Už si zvykli, že často hledám záchod. Když vaří dětem něco z mlíka, tak mně dělá jídlo zvlášť.*“



## 4 DISKUZE

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jaké mají stravovací návyky pacienti s diagnózou Crohnova choroba. Mile mě překvapila ochota a vstřícnost personálu v Centru biologické léčby. Obávala jsem se, že někteří respondenti budou mít problém s odpověďmi na diskrétní otázky, například co se týče vyprazdňování. Obavy se nenaplnily, všichni oslovení hovořili otevřeně a neměli problém s upřímnou odpovědí na kteroukoliv otázku. Chtěli též vědět, zda bude možné do mé bakalářské práce nahlédnout a seznámit se s jejími výsledky. Velmi mě zájem respondentů potěšil. Očekávala jsem, že se průzkumu zúčastní více respondentů, kteří se v době rozhovoru nacházejí v období relapsu. Nakonec to ze všech sedmi dotazovaných byli jen dva respondenti.

Na Crohnovu chorobu má kromě jiného velký vliv způsob stravování, a to před stanovením samotné diagnózy i později na průběh remise či relapsu. V průzkumu jsem se zaměřila na způsob stravování respondentů a jejich adhezenci k léčbě. Překvapily mě výpovědi některých zúčastněných, že ač si jsou vědomi, že jim některé druhy potravin či tekutin nedělají dobře, občas si je dopřávají. Jako pozitivum vnímám vývoj u jedné respondentky, u níž došlo s příchodem nemoci ke zlepšení její životosprávy, začala sportovat a zahrnula do svého jídelníčku více zdraví prospěšných potravin.

Výsledky své práce jsem porovnávala s výsledky bakalářské práce Veroniky Musilové *Adaptace nemocného na Crohnovu nemoc*. Práce vznikla v roce 2017 na Univerzitě Pardubice. Kvalitativní výzkum probíhal za pomoci nestandardizovaných rozhovorů s osmi respondenty. Tři výzkumné otázky byly zaměřeny na hlavní potřeby v oblasti biologické, sociální a psychologické. Výzkum probíhal ve zdravotnickém zařízení v Pardubickém kraji.

Dále byla k porovnání využita bakalářská práce Moniky Textorové z Masarykovy univerzity v Brně. Tato práce z roku 2016 nese název *Vliv životosprávy na průběh Crohnovy choroby*. K realizaci výzkumu byla použita kvantitativní metoda a dotazníkové šetření. Otázky byly zaměřeny na oblast životosprávy pacientů, jejich informovanost ze strany zdravotnického personálu a vliv onemocnění na pacienta. Výzkum probíhal ve třech zdravotnických zařízeních v Brně a zúčastnilo se jej 97 respondentů. Zda musíme zohlednit, že se jednalo o jiný druh šetření a rozdílný počet respondentů.

K porovnání výsledků svého šetření jsem dále použila práci Denisy Vyšínové z Univerzity v Liberci z roku 2018. Bakalářská práce s názvem *Výživa u pacienta s Crohnovou chorobou*

*z pohledu ošetřovatelství* byla provedena na základě kvalitativního šetření prostřednictvím nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru. Otázky se týkaly vlivu životosprávy a výživy na průběh onemocnění CD. Výzkum probíhal v Libereckém kraji a celkem se jej zúčastnilo pět respondentů.

Další porovnávanou prací byla bakalářská práce Barbory Midlochové z Univerzity Pardubice z roku 2016. Práce s názvem *Život pacientů s Crohnovou chorobou* využívala kvantitativního šetření dotazníkovou metodou. Sběr dat probíhal v blíže neurčené gastroenterologické ambulanci. Celkem se výzkumu zúčastnilo 36 respondentů. Otázky v dotazníku byly zaměřené na subjektivní pocity pacientů s diagnózou Crohnova choroba a na vliv stravování na průběh onemocnění. I u tohoto porovnávání musíme brát zřetel na jiný druh šetření a rozdíl v počtu respondentů.

Poslední porovnávanou prací byla bakalářská práce Kristýny Stloukalové z Univerzity v Brně z roku 2015. Bakalářská práce nese název *Stravovací návyky pacientů před a po diagnostikování onemocnění Morbus Crohn*. Průzkum byl proveden ve Fakultní nemocnici Brno prostřednictvím kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru s deseti respondenty. Otázky se týkaly stravovacích návyků pacientů před propuknutím nemoci a v jejím průběhu.

Prvním úkolem průzkumného šetření bylo zjistit základní informace o respondentech. Nejstaršímu respondentovi bylo v době rozhovoru 57 let a nejmladšímu 36 let. Nemoc u nich propukla ve věku 20–41 let. Tímto se potvrzuje, že nemoc postihuje populaci v produktivním věku 20–30, jak uvádí Dušek (2019) ve svém článku *Epidemiologie idiopatických střevních zánětů v české populaci: dostupné datové zdroje, prevalence léčených pacientů a celková mortalita*. Dále jsem se doptávala, zda respondenti kouří a požívají alkohol. Čtyři respondenti byli nekuřáci a dva byli kuřáci, jednalo se o jednoho muže a ženu, přitom právě kouření je jedním z hlavních důvodů zvyšování incidence CD ve vyspělých zemích, jak ve své knize *Idiopatické střevní záněty* uvádí Zbořil a kol. (2018). Absolutní abstinenti byli dva respondenti, čtyři pijí jen příležitostně pivo nebo víno. Překvapila mě výpověď jednoho respondenta, který holduje alkoholu denně, občas si dopřává i tvrdého alkoholu, přestože mu, jak sám uvádí, zhoršuje průběh onemocnění. Textorová (2016) ve své práci uvádí, že z celkového počtu 97 respondentů 13 pije alkohol, a to pivo nebo víno. Pouze jeden respondent uvedl, že konzumuje i tvrdý alkohol. Potvrzuje se fakt, že i když alkohol dráždí střevní sliznici a může navodit fázi relapsu, najdou se i tací, kteří si jej nedokáží odepřít. Další otázka byla zaměřena na přítomnost alergie u respondentů, ta se u žádného z dotazovaných nepotvrdila. Očekávala jsem, že některý

z respondentů bude před operačním zákrokem nebo po něm, ale tento předpoklad nebyl potvrzen.

### **Průzkumná otázka č. 1: Jaké mají pacienti stravovací návyky?**

Obsahem této části práce byly otázky zaměřené na pravidelnost stravování, velikost porcí a to, zda si respondenti vymezí čas na jídlo. Další otázka zjišťovala denní příjem tekutin a konzumaci tekutin s příměsí kofeinu. Z průzkumu vyplývá, že pravidelně se stravuje pět respondentů, dopřávají si přiměřené porce. Dva respondenti se stravují nepravidelně, jeden z důsledku právě probíhajícího relapsu a s ním spojenými častými průjmy. Před cestou k lékaři přestane den předem už od 16 hodin jíst, aby ho po cestě do ordinace nezastihla potřeba jít na toaletu. Druhý respondent se nestravuje pravidelně kvůli nedostatku času v práci, o to větší porce si pak dopřeje doma. Zbořil a kol. (2018) ve své knize *Idiopatické střevní záněty* uvádí, že pravidelná strava o menších porcích je při onemocnění CD velmi důležitá. Základem každého zdravého jídelníčku by měl být i dostatečný pitný režim. Šachlová (2011) ve svém článku *Jak volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou?* uvádí, že by měl jedinec vypít 2–2,5 litrů denně. Z mého průzkumu vyplývá, že doporučený pitný režim dodržuje pět respondentů. Další respondent měl zvýšený příjem tekutin 5 litrů za den, což může být v důsledku právě probíhajícího relapsu s četnými průjmy. Poslední dotazující má příjem do 1 litru za den. Textorová (2016) ve své práci uvádí, že více než polovina dotazovaných vypije denně 2–3 litry, což se potvrdilo i v mém průzkumu. Kofeinové přípravky neužívá šest respondentů ze sedmi – buď jim káva nechutná, nebo způsobuje potíže se zažíváním. Šachlová (2011) ve svém článku *Jak volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou?* poukazuje na úplné vyřazení tekutin s kofeinem jen v období relapsu, nicméně Lukáš a kol. (2020) ve své knize *Idiopatické střevní záněty, nové trendy a mezioborové souvislosti* uvádí, že každý pacient by si měl v průběhu onemocnění sám vytříbit potraviny a tekutiny, které netoleruje a vyřadit je.

### **Průzkumná otázka č. 2: Kde získali informace o vhodném stravování?**

Respondentů jsem se ptala, kým byli informováni o vhodném stravování, zda navštívili nutričního terapeuta a zda dodržují doporučené diety. V oblasti informovanosti respondentů jsem zaznamenala nejvíce nedostatků. Kontakt s nutričním terapeutem měl pouze jeden dotazovaný, který zároveň přiznal, že doporučené diety nedodržuje. Dalších pět respondentů bylo informováno gastroenterologem nebo praktickým lékařem, ale na přesné informace si už nevzpomínají. Prý si museli sami vytříbit potraviny, které tolerují bez potíží a které ne. Jeden respondent si dokonce ani nevzpomíná, že by ho někdo informoval. Stejnou zkušenost

s neinformovaností zmiňuje ve své práci Vyšínová (2018), podle níž jeden z pěti respondentů nebyl edukován o vhodném způsobu stravování. Zde vidím hlavní problém v přetížení respondentů informacemi na počátku onemocnění. Podobně to vidí i Slezáková (2012) ve své knize *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*, podle které je vhodné nepřetěžovat pacienty při prvotních návštěvách informacemi, edukovat postupně a hlavně srozumitelně. Je také velmi důležité pacientovi zprostředkovat kontakt s dietní sestrou či nutričním terapeutem a předat mu veškeré informace písemně, a to včetně kontaktů na důvěryhodné internetové zdroje.

### **Průzkumná otázka č. 3: Jaké druhy potravin v období relapsu a remise preferují a jaké naopak museli ze svého jídelníčku vyřadit?**

Cílem této části bylo zjistit, jaké potraviny způsobují respondentům potíže a jaké naopak ne. Dále jsem se dotazovala na výživové doplňky. U dvou respondentů se potvrdila teze o dobré snášenlivosti kysaných mléčných výrobků, jak také uvádí Lukáš a kol. (2020) v knize *Idiopatické střevní záněty, nové trendy a mezioborové souvislosti*. Přestože je v některých případech nutné úplně vyloučit čerstvé mléko z důvodu špatné tolerance laktózy, bývají kysané mléčné výrobky snášeny velmi dobře. Dále se mi potvrdilo úsloví, které často používají specialisté při edukaci pacienta s CD, například Lukáš a kol. (2020) ve své knize *Idiopatické střevní záněty, nové trendy a mezioborové souvislosti*, že potraviny, které jednomu pacientovi působí potíže, může naopak druhý pacient snášet velmi dobře. Taktéž si musí každý pacient sám vytříbit potraviny, které mu budou či nebudou činit potíže se zažíváním. Většina respondentů mi potvrdila, že neexistuje přesně daná dieta na CD. Přesto by se sestavením jídelníčku pacientům měl pomoci nutriční terapeut či dietní sestra, aby nedošlo k omezení makro i mikronutrientů. Stloukalová (2015) ve své práci uvádí, že osm z deseti respondentů změnilo v důsledku onemocnění své stravovací návyky a všech deset respondentů eliminovalo ze své stravy dráždivé potraviny. Dalším tvrzením Stloukalové (2015) bylo, že osm z deseti respondentů dodržuje bezzbytkovou stravu. Ani jedno z tvrzení se v mé práci nepotvrdilo, a to i z důvodu jiného počtu dotazovaných. Čtyři respondenti uvedli, že se stravují jako před onemocněním, tedy s minimem omezení. Pouze jeden respondent dodržuje i v období remise bezzbytkovou stravu, která mu byla doporučena. Většina respondenty uvedených výživových doplňků se týkala jen vitamínů pro podporu imunity, které jsou běžně dostupné v lékárnách. Přestože s Nutridinky měli zkušenost tři respondenti, k občasnému užití hlavně v období relapsů se hlásil pouze jeden respondent. O příznivém účinku hojení střevní sliznice a rychlém navození remise se ve své knize *Idiopatické střevní záněty, nové trendy a mezioborové*

*souvislosti* zmiňuje Lukáš a kol. (2020) a dodává, že strava hraje důležitou roli při aktivitě zánětu a je nedílnou součástí léčby CD.

#### **Průzkumná otázka č.4: Jaká omezení pacientům přinesla změna jídelníčku v soukromém a pracovním životě?**

V této části bylo cílem zjistit, zda jsou respondenti nějakým způsobem limitováni v osobním či profesním životě v souvislosti se stravováním, zda jsou zaměstnaní a jak vnímá jejich rodina onemocnění ve spojitosti se změnou stravování. Odpovědi respondentů nebyly nijak překvapivé, neboť stravování úzce souvisí s vyprazdňováním. Většina dotazovaných se cítí omezena v oblasti cestování a plánování volného času. To samé se potvrdilo u sedmi respondentů z celkových osmi v práci Musilové (2017), kteří musí předem zjišťovat dostupnost toalet a smířit se s faktem, že nemohou konzumovat vše jako ostatní. V profesním životě specifické stravování respondenty neomezuje, většina si připravuje jídla doma. Midlochová (2016) ve své práci uvádí, že z celkových 36 respondentů jich 11 nebylo nuceno změnit v důsledku onemocnění své zaměstnání a 7 respondentů uvedlo, že je v invalidním důchodu. Z mého šetření však plyne, že 6 ze 7 respondentů nebylo nuceno změnit zaměstnání a jeden respondent je v důsledku onemocnění v invalidním důchodu II. stupně. Přestože se jedná o jiný druh šetření a rozdílný počet dotazovaných, je zřejmé, že nemoc může některým pacientům natolik ovlivnit život, že nejsou schopni vykonávat svou profesi jako před onemocněním. Mile mě překvapily odpovědi šesti respondentů, kteří uvedli, že jejich rodiny či partneři jim byli oporou a přizpůsobili se změnám jejich stravování. Pouze u jednoho respondenta nedošlo k pochopení ze strany partnerky a ta ho na počátku onemocnění opustila. Ke stejným závěrům došla ve svém šetření i Musilová (2017), šest respondentů z osmi hodnotilo přístup své rodiny k onemocnění kladě, tj. členové rodiny se přizpůsobili jejich stravování a byli trpěliví v období relapsů a komplikací.

## 5 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na stravovací návyky pacientů s diagnózou Crohnova choroba. tj. jakým způsobem se respondenti stravují a zda přizpůsobili své stravovací zvyklosti onemocnění. Práce je rozdělena na dvě části teoretickou a průzkumnou.

V teoretické části jsem se zaměřila na definici a klasifikaci Crohnovy choroby, historii, etiopatogenezi, klinický obraz, diagnostiku, léčbu medikamentózní, chirurgickou a biologickou. Velká část teoretické práce je zaměřena na nutriční terapii, ve které jsem detailně popsala nové poznatky v oblasti doporučovaných diet a jejich vliv na onemocnění. V závěru teoretické části je popsán ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou.

Druhou část bakalářské práce tvoří průzkumné šetření. Pro vypracování této části práce byla zvolena metodika kvalitativního průzkumu, a to formou polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Celkem čtyři průzkumné otázky byly zaměřeny na stravovací návyky pacientů, toleranci potravin a případná omezení v soukromém či pracovním životě v souvislosti se stravováním. Do průzkumu bylo zařazeno celkem sedm respondentů. Pět dotazovaných bylo osloveno v Centru biologické léčby, dva respondenty jsem oslovila z řad mých přátel, o jejichž onemocnění CD jsem již několik let věděla. Průzkum probíhal v období ledna až března roku 2020. Cílem tohoto průzkumu bylo zjistit, jaké mají pacienti stravovací návyky. Výsledky z průzkumu jsem porovnávala s literárními prameny z odborných knih a časopisů a vybranými bakalářskými pracemi.

Na základě výsledků mého průzkumu jsem došla k názoru, že stravovací návyky pacientů jsou ve většině případů přizpůsobeny fázi onemocnění, tj. zda se jedná o relaps či remisi. Všichni respondenti si jsou vědomi, že strava má velký vliv na průběh onemocnění a že při nedodržení režimu lze očekávat ataky průjmu a dalších symptomů onemocnění i v období remise. Překvapila mě výpověď jednoho respondenta, který vědomě porušuje dietní opatření, hlavně v oblasti konzumace alkoholu a nezdravých jídel. Takový přístup může dle odborné literatury vést ke zhoršení onemocnění, opětovnému relapsu a následně ke komplikacím. V době rozhovoru se tento respondent nacházel v období remise. Sám uvedl, že v důsledku špatné životosprávy trpí častými průjmy a bolestmi břicha i v období remise. Pouze v jednom případě respondentka uvedla, že kompletně změnila svůj životní styl k lepšímu. Začala vyhledávat jen zdravé potraviny, jíst pravidelně více ovoce a zeleniny a sportovat. Momentálně se nachází v dlouhodobé remisi. Propuknutí nemoci vnímá jako poslední tečku za svým nezdravým životním stylem. Pociťuje teď více energie a radosti ze života. Zbylí dotazovaní vyřadili ze

svého jídelníčku pouze dráždivé potraviny, ale na změnu celkového životního stylu se nezaměřili. Otázka je, zda jsou respondenti dostatečně informováni a zda jsou sami aktivní ve vyhledávání informací o této nemoci, vhodném stravování a zdravějším způsobu života.

Většina dotázaných uvedla, že neexistuje přesně daná dieta, což potvrzují i odborníci v literatuře. Co může jednomu pacientovi činit potíže, druhý snese bez problémů. Jde tedy hlavně o vlastní individuální selekci potravin.

Velké omezení pocívali respondenti v oblasti cestování. Při plánování dovolené vyřešili někteří respondenti problém se stravováním vlastní přípravou pokrmů. Jiní přestali cestovat do zahraničí z důvodu jazykové bariéry a strachu z konzumace dráždivých potravin a následnému vzplanutí komplikací. Dalším problémem na cestách byl stres spojený s včasným nalezením toalety. Za těmito účely vyvinula organizace Pacienti IBD mobilní aplikaci s názvem WC kompas, která na základě GPS polohy vyhledá nejbližší možnou toaletu. Nedostatky této aplikace spočívají v reálné dostupnosti WC, jelikož ve výsledcích vyhledávání jsou zahrnuty i obecní úřady, jejich otevírací doba je omezená.

Závěrem lze konstatovat, že změnou stravovacích návyků mohou pacienti s CD dospět k dlouhodobému udržení remise a zvýšit tak kvalitu svého života. Je však nezbytné poctivě dodržovat stanovený dietní režim, což může být pro mnoho pacientů obtížné. Vyrovnávání se se skutečností, že se jedná o celoživotní chronické onemocnění, je obtížným životním obdobím pro pacienta i jeho nejbližší okolí. Mnoho nemocných musí omezit své dosud samozřejmé aktivity a odřít si dříve běžné věci.

Díky této bakalářské práci jsem si uvědomila, jak obtížný život pacienti s CD mají. Je nutné informace o tomto onemocnění dostat více do povědomí široké veřejnosti, aby lidé v případě prvních potíží neodkládali návštěvu u lékaře a předešli tak možným komplikacím.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

### Literární zdroje

BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-145-2.

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

HEJNAROVÁ, Eva a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. I, Interna*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3601-3

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2018-2020: 11. vydání*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-0710-0.

KASPER, Heinrich a Walter BURGHARDT. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.

KEIL, Radan a 2 UNIVERZITA KARLOVA. LÉKAŘSKÁ FAKULTA. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1970-5.

LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH. *Nemoci střev*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9.

LUKÁŠ, Milan a kol. *Idiopatické střevní záněty, nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1208-1.

PAVELKA, Karel a kol. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5048-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3601-3.

TESAŘ, Vladimír a kol. *Biologická a cílená léčba*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4960-3.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*.



Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1.

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

ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4720-3.

### **Internetové zdroje**

DUŠEK, Ladislav a kol., 2018. Díl II. – Epidemiologie idiopatických střevních zánětů v české populaci: dostupné datové zdroje, prevalence léčených pacientů a celková mortalita. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 73(2), 163-166 [cit.2021-12-01]. ISSN: 1804-7874. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/dil-ii-epidemiologie-idiopatickych-strevnich-zanetu-v-ceske-populaci-dostupne-datove-zdroje-prevalence-lecenyh-pacientu-a-celkova-mortalita-11019>

ŘURICOVÁ, Dana a kol., 2018. Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty v České republice – multicentrická studie. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 72(1), 11-19 [cit.2021-12-01]. ISSN: 1804-7874. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/kvalita-zivota-pacientu-s-idiopatickymi-strevnimi-zanety-v-ceske-republice-multicentricka-studie-10879>

KARÁSKOVÁ, Eva, 2015. Výlučná enterální výživa – léčba první volby Crohnovy choroby u dětí. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 69(6), 531-535 [cit.2021-20-01]. ISSN: 1804-7874. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/vylucna-enteralni-vyziva-lecba-prvni-volby-crohnovy-choroby-u-deti-10641>

KLENER, Pavel a kol. 2014. *Vnitřní lékařství* [online]. Galén [cit.2021-20-01]. ISBN 978-80-7262-857-5. Dostupné z <https://www.bookport.cz/kniha/vnitri-lekarstvi-3576/>

MALÍČKOVÁ, Karin a kol., 2020. Telemedicína a idiopatické střevní záněty – výsledky pilotního projektu IBD Asistent. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 74(1), 18-27 [cit.2021-12-01]. ISSN: 1804-7874. Dostupné z <https://www.csgh.info/cs/clanek/telemedicina-a-idiopaticke-strevni-zanety-vysledky-pilotniho-projektu-ibd-asistent-11100>

NABIL, El Lababidi, 2020. Aktuální vědecké podklady pro dietu pro Crohnovu chorobu založenou na vyloučení konkrétních potravin (CDED). *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 74(3), 240-245 [cit.2021-12-01]. ISSN: 1804-7874. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/aktualni-vedecke-podklady-pro-dietu-pro-crohnovu-chorobu-zalozenu-na-vyloucení-konkretních-potravin-cded-11143>

OCHTINSKÁ, Hana, 2014. Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou na interním oddělení. *Florence* [online]. 9, 23-25 [cit.2021-12-01]. ISSN: 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/9/osetrovatelska-pece-o-pacienta-s-crohnovou-chorobou-na-internim-oddeleni/>

ŠACHLOVÁ, Milana. 2011. Jak volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? *Interní medicína pro praxi* [online]. 13(10), 403-405 [cit.2021-10-2]. ISSN: 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>

### **Kvalifikační práce**

MIDLOCHOVÁ, Barbora. *Život pacientů s Crohnovou chorobou*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Hana Ochtinská.

MUSILOVÁ, Veronika. *Adaptace nemocného na Crohnovu nemoc*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Hana Ochtinská.

TEXTOROVÁ, Monika. *Vliv životosprávy na průběh Crohnovy choroby*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Jana Straková, Ph.D.

STLOUKALOVÁ, Kristýna. *Stravovací návyky pacientů před a po diagnostikování onemocnění Morbus Crohn*. Brno, 2015. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Jana Straková, Ph.D.

VYŠÍNOVÁ, Denisa. *Výživa u pacienta s Crohnovou chorobou z pohledu ošetrovatelství*. Liberec, 2018. Bakalářská práce. Technická Univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Petra Pažoutová, Dis.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A Otázky do rozhovoru s respondenty .....	54
Příloha B Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a nahráváním.....	55

### **Otázky do rozhovoru s respondenty**

1. Jaké mají pacienti stravovací návyky?
  - Můžete mi prosím popsat, jak se stravujete? Stravujete se pravidelně? Kolikrát denně a v jakém množství?
  - Kolik tekutin vypijete denně? A kterým druhům tekutin dáváte přednost? Pijete kávu?
2. Kde získali informace o vhodném stravování?
  - Navštívil/a jste nutričního terapeuta? Pokud ano, byly pro Vás informace ohledně stravování přínosné a srozumitelné? Musíte dodržovat nějakou lékařem doporučenou dietu?
3. Jaké druhy potravin v období relapsu a remise preferují a jaké jste naopak museli ze svého jídelníčku vyřadit?
  - Jaké potraviny můžete jíst a nedělají Vám problémy (např. průjem, bolest, nadýmání...)?
  - Jaké potraviny nemůžete jíst, protože je Vám po nich špatně (průjem, bolest, nadýmání)?
  - Užíváte ke stravě ještě nějaké potravinové doplňky (vitamíny, minerály, nutriční podpora)?
4. Jaká omezení pacientům přinesla změna jídelníčku v soukromém a pracovním životě?
  - Jste nějakým způsobem limitován/a v soukromém/pracovním životě, co se týče stravy? Jste zaměstnaný/á?
  - Musel/a jste se něčeho ve svém životě vzdát z důvodu změny jídelníčku (cestování, koníček, sport, ...)?
  - Jak vnímá Vaše onemocnění Vaše rodina (děti, rodiče, manžel/ka) ve spojitosti se stravováním?

## **Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a nahráváním**

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PRŮZKUMU

Vážená paní/pane

Jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia (kombinovaná forma – obor Všeobecná sestra), na Katedře ošetrovatelství Fakulty Zdravotnických Studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás se žádostí o možnost realizace průzkumu, který je součástí mé bakalářské práce na téma „**Stravovací návyky pacientů s diagnózou Crohnova choroba**“; (školicí je Mgr. Hana Ochtinská). Průzkum je zaměřen na zvyklosti pacientů s diagnózou Crohnova choroba v oblasti stravování.

Průzkum bude proveden kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Interview by proběhla jako polostrukturovaný rozhovor v předpokládané délce cca 15-20 minut na jeden rozhovor v klidné, nerušené místnosti. Struktura rozhovoru bude obsahovat předem definované otázky, které v průběhu rozhovoru, v případě potřeby případně doplním či dovysvětlím. Uvedené otázky přikládám 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 jaké mají stravovací návyky pacienti s diagnózou Crohnova choroba.

Pokud byste se vyjádřil/a kladně, prosím Vás o podpis. Žádost s podpisem bude součástí složky studenta, které bude uchováno ve zdejšímu archivu FZS.

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

**S úctou Hana Podolcová**

V Pardubicích                      dne

Podpis