

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Renáta Klímová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života u pacientů s Crohnovou chorobou

Bakalářská práce

2022

Renáta Klímová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Renáta Klímová**
Osobní číslo: **Z19109**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Kvalita života u pacientů s Crohnovou chorobou**
Téma práce anglicky: **Quality of life in patients with Crohn's disease**
Zadávací 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 průzkumného 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:

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
HLAVATÝ, Tibor a Anna KRAJČOVIČOVÁ. *Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitidou*. Druhé preprac. a rozšíř. vyd. Bratislava: A-medi management, 2020. ISBN 978-80-89797-57-8.
HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, 2013. Sestra. ISBN 978-80-204-2806-6.
LUKÁŠ A KOL., Milan, ed. *Idiopatické střevní záněty: Nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1996-7.
ZBOŘIL, Vladimír. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4035-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

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

L.S.

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

V Pardubicích dne 8. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života u pacientů s Crohnovou chorobou jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen 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 4.5. 2022

Renáta Klímová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Velice ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu práce, Mgr. et Mgr. Michalovi Kopeckému, za cenné rady, ochotu a laskavý přístup při vedení mé bakalářské práce. Mé poděkování rovněž patří celé mé rodině, která je mi celou dobu oporou a v neposlední řadě bych chtěla poděkovat za spolupráci při zpracování průzkumné části práce všem respondentům.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na téma Kvalita života u pacientů s Crohnovou chorobou. Práce je rozdělena na dvě části, kdy první část je zaměřena na samotné onemocnění. Co je to Crohnova choroba, jak se projevuje, jaká je její diagnostika a následná léčba, možné komplikace onemocnění a ošetrovatelská péče, zejména jakou dietu by měl pacient dodržovat. V poslední části v kapitole teorie je vysvětleno, co je kvalita života, jaké používáme nástroje pro měření a jaké faktory ji mohou ovlivňovat. Pomocí dotazníku, který je inspirován standardizovaným dotazníkem IBDQ, byly sesbírány data od pacientů, kteří podstupují léčbu Crohnovy choroby a následně bylo provedeno vyhodnocení výsledků, které jsou zobrazeny v grafech.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, Crohnova choroba, IBD, nespecifické střevní záněty, kvantitativní průzkum

TITLE

Quality of life in patients with Crohn's disease.

ANNOTATION

The bachelor's thesis is focused on "Quality of life in patients with Crohn's disease." The Bachelor thesis is divided into two parts. The first discusses a theory that focuses on the anatomy of the digestive tract, what Crohn's disease is, how it occurs, how its diagnosis and subsequent treatment is. There are also potential complications of illness and nursing care. What diet should the patient follow, what foods are appropriate and vice versa. The last part of the theory explains what quality of life is, what tools we use to measure it, and what factors may influence it. The survey strand is focused on a quantitative survey, which is processed using questionnaires distributed to patients with the condition and subsequent evaluation of the results.

KEYWORDS

Quality of life, Crohn's disease, IBD, non-specific intestinal inflammation, quantitative survey

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	12
ÚVOD.....	15
1 CÍLE PRÁCE.....	16
1.1 Dílčí cíle.....	16
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	17
2 CROHNOVA CHOROBA	17
2.1 Epidemiologie.....	18
2.2 Etiologie.....	18
2.3 Klinický obraz onemocnění	19
2.4 Diagnostika	21
2.5 Léčba.....	23
2.5.1 Medikamentózní léčba.....	23
2.5.2 Biologická léčba	25
2.5.3 Chirurgická léčba.....	25
2.6 Komplikace onemocnění	27
3 Ošetřovatelská péče	29
3.1 Dietní opatření	29
3.1.1 Dietní opatření při remisi	30
3.1.2 Dietní opatření při relapsu	30
3.1.3 Bezezbytková dieta	31
3.2 Životospráva	32
3.3 Pooperační rekonvalescence	34

3.4	Péče o stomii	34
4	KVALITA ŽIVOTA	36
4.1	Definice kvality života	36
4.2	Kvalita života s Crohnovou chorobou	37
4.3	Nástroje měření kvality života	40
4.3.1	Dotazník IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire)	40
II.	PRŮZKUMNÁ ČÁST	42
5	Metodika průzkumu	43
5.1	Metoda sběru dat	43
5.2	Charakteristika průzkumného vzorku	43
5.3	Realizace průzkumu	44
6	Výsledky	45
	DISKUSE	75
	ZÁVĚR	82
	POUŽITÁ LITERATURA	84
	PŘÍLOHY	87

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf zobrazující délku léčby respondenta.....	45
Obrázek 2 Graf zobrazující nynější stádium onemocnění.....	46
Obrázek 3 Graf zobrazující nejčastější projevy onemocnění	47
Obrázek 4 Graf zaměřen na zvládání lehkých každodenních aktivit	48
Obrázek 5 Graf zaměřen na zvládání těžších denních aktivit	49
Obrázek 6 Graf zaměřující se na omezení v indoorových sportech	50
Obrázek 7 Graf zaměřující se na omezení v outdoorových sportech	51
Obrázek 8 Graf zobrazující omezení ve společenském životě (krátkodobé aktivity).....	52
Obrázek 9 Graf zobrazující omezení ve společenském životě (dlouhodobé aktivity)	53
Obrázek 10 Graf zobrazující úvahu o změně zaměstnání	54
Obrázek 11 Graf zobrazující vliv stravování na průběh onemocnění	55
Obrázek 12 Graf zobrazující změnu jídelníčku kvůli onemocnění	56
Obrázek 13 Graf o dodržování jídelníčku	57
Obrázek 14 Graf zobrazující vliv nemoci na psychickou stránku respondenta	58
Obrázek 15 Graf zobrazující vnímání vlastního těla – v porovnání před onemocněním a v současné době	59
Obrázek 16 Graf zobrazující lásku k sobě samému – v porovnání před onemocněním a v současné době	60
Obrázek 17 Graf zobrazující omezení spánku kvůli onemocnění.....	61
Obrázek 18 Graf zobrazující zátěž onemocnění pro respondenta	62
Obrázek 19 Graf zobrazující, zda je respondent více ve stresu v porovnání před onemocněním a v současné době.....	63
Obrázek 20 Graf zobrazující vliv onemocnění na partnerský život	64
Obrázek 21 Graf zobrazující vliv onemocnění na sexuální život.....	65

Obrázek 22	Graf zobrazující, zda respondent uzpůsobuje aktivity kvůli onemocnění	66
Obrázek 23	Graf zobrazující způsob léčby respondenta	67
Obrázek 24	Graf zobrazující omezení z důvodu léčby	68
Obrázek 25	Graf zobrazující operace kvůli onemocnění	69
Obrázek 26	Graf zobrazující hospitalizaci kvůli onemocnění	70
Obrázek 27	Graf kvality života respondentů	71
Obrázek 28	Graf zobrazující pohlaví	72
Obrázek 29	Graf zobrazující rodinný stav respondentů	73
Obrázek 30	Graf zobrazující nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	74

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Atd.	a tak dále
CD	z anglického Crohn disease (Crohnova choroba)
CMP	cévní mozková příhoda
CT	počítačová tomografie (zobrazovací metoda)
GIT	gastrointestinální trakt
IBD	z anglického Inflammatory Bowel Disease (nespecifické střevní záněty)
MR	magnetická rezonance (zobrazovací metoda)
Např.	například
S.	stránka
SONO	sonografické vyšetření (ultrazvuk – zobrazovací metoda)
Tzv.	takzvané
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

TERMINOLOGIE

Absces – ohraničená dutina vyplněná hnisem

Aftózní stomatitida – vřídky s bílým povlakem v dutině ústní

Drén – trubicová gumová nebo plastová trubička, rourka, proužek gázy – odvádí tekutiny a sekrety z těla (po operacích...)

Endoskopie – zobrazovací metoda tělních dutin a dutých orgánů pomocí optického přístroje – endoskopu

Episkleritida – zánět bělimy

Erythema nodosum – zánět podkožní i tukové tkáně, nejčastěji na bérkách – vystouplé zarudlé hrbolky (uzly)

Gastrofibroskopie – endoskopické vyšetření horní části trávicího traktu

Gingivitida – zánět dásní

Hnisavá pyodermis – hnisavé kožní infekce

Hyperkoagulační stav – náchylnost ke zvýšené tvorbě krevních destiček

Cholecystolitiáza – přítomnost žlučových kamenů ve žlučových cestách nebo ve žlučníku

Ileocekální oblast – oblast, kdy se napojuje konec tenkého na začátek tlustého střeva

Iritida – zánět duhovky

Kalprotektin – bílkovina s antimikrobiálními vlastnostmi, je zjišťován ve vyšší koncentraci při střevních zánětech

Kapslová endoskopie – vyšetření trávicího traktu (jícen a střeva) pomocí malé polykací kapsle, která má na obou koncích umístěnou mikrokameru

Kolonoskopie – vyšetření tlustého střeva pomocí endoskopu

Kvalita života – subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům a očekáváním

Malabsorpce – stav, kdy je narušeno vstřebávání živin

Obstrukce – ucpání, uzavření, neprůchodnost

Osteoporóza – úbytek kostní hmoty a zvýšení křehkosti kostí

Píštěl (fistula) - nepřirozené kanálkovité propojení mezi orgány, cévami...

Relaps – znovuvzplanutí nemoci, znovu zasažen stavem, který proběhl i v minulosti

Remise – návrat k původnímu fungování nemocného před vypuknutím nemoci, období klidu

Stenóza – zúžení, zhoršení průchodnosti

Trombocytóza – zvýšený počet krevních destiček v krvi – zvýšená srážlivost krve

Uveitida – zánět živnatky, vnitřní část oka, zajišťuje výživu oku

ÚVOD

Crohnova choroba je chronická, tzv. civilizační choroba. Výskyt nespecifických střevních zánětů, též IBD zánětů z anglického Inflammatory bowel diseases, rapidně stoupá, především ve Spojených státech a v Evropě. Důležité je, že nezáleží na pohlaví nebo věku. Průměrný věk vzniku nemoci se pohybuje mezi 20. až 40. rokem věku. Nespecifické střevní záněty jsou zánětlivá onemocnění postihující gastrointestinální trakt. Mezi hlavní příznaky IBD patří průjemy, bolesti břicha a nechutenství. Hlavní rozdíl mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou je v tom, že Crohnova choroba může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice, zatímco ulcerózní kolitida postihuje pouze sliznici tlustého střeva a konečníku. Toto onemocnění výrazně zasahuje do běžného života nemocných. Pro nemocného je těžké se přizpůsobit na nevyhlášenou nemoc s dlouhodobou medikací, u které se střídá období klidu (remise) a vzplanutí (relapsu). Při těžkém průběhu a vzniku různých komplikací se přistupuje až k chirurgické léčbě, která je složitá, protože se nemoc může opět objevit na jiném místě v trávicím traktu. (Musilová, 2017)

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, a to teoretické a praktické. Teoretická část má tři hlavní kapitoly. V první kapitole popisuji samotné onemocnění, klinický obraz onemocnění, jak onemocnění diagnostikujeme, možné komplikace, které mohou nastat a léčbu. Druhá kapitola je věnována ošetrovatelské péči, kde je podrobně popsáno omezení ve stravě, fyzická aktivita či životní styl. V poslední kapitole teoretické části se zabývám kvalitou života a způsoby, jakými ji lze hodnotit. Praktická část je věnována kvantitativnímu průzkumu. Obsahuje metodiku průzkumu, jeho průběh, charakteristiku průzkumného prostředí a respondentů a jsou zde popsány i zpracování průzkumných dat a výsledky dotazníkového šetření. Hlavní cíl bakalářské práce je zhodnocení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou ve věku od 20-30 let. Dále jsem si stanovila čtyři dílčí cíle. V prvním cíli zjišťuji, jak respondentům ovlivňuje Crohnova choroba každodenní život. Ve druhém cíli mě zajímá, jak Crohnova choroba ovlivňuje fyzickou stránku respondenta. Třetí cíl zjišťuje, jak onemocnění ovlivňuje psychickou stránku respondenta a poslední cíl se zabývá sociální stránkou respondenta, jak ji ovlivňuje Crohnova choroba. Na základě těchto cílů jsem si v průzkumné části stanovila pět průzkumných otázek a dále sestavila nestandardizovaný anonymní dotazník, který je inspirovaný standardizovaným dotazníkem IBDQ. Prezentací výsledků dotazníkového šetření jsem zjistila odpovědi na průzkumné otázky, které jsou uvedeny v kapitole diskuse.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit kvalitu života u osob s Crohnovou chorobou ve věku od 20-30 let.

1.1 Dílčí cíle

- 1) Zjistit, jak ovlivňuje Crohnova choroba každodenní život.
- 2) Zjistit, jak ovlivňuje Crohnova choroba fyzickou stránku člověka.
- 3) Zjistit, jak ovlivňuje Crohnova choroba psychickou stránku člověka.
- 4) Zjistit, jak ovlivňuje Crohnova choroba sociální vztahy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Na začátku této kapitoly je stručně popsáno, o jaké onemocnění se jedná, stručná charakteristika. V další části je zmíněna, jaká je etiologie a epidemiologie onemocnění, dále je zde popsán klinický obraz onemocnění, jak se onemocnění diagnostikuje, jaké jsou možnosti léčby, jaké komplikace mohou vzniknout a je zde také vysvětlena ošetrovatelská péče, zejména důležitá dietní opatření, pohybový režim a další. Dále v teoretické části je vysvětlena, co je to kvalita života, co si pod tímto pojmem představit, jaké faktory ji mohou ovlivnit a jakými nástroji se může změřit.

2 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba se řadí mezi idiopatické střevní záněty. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje trávicí trakt. Zánět se vyskytuje v jakékoliv části trávicí trubice a mezi postiženými oblastmi se nacházejí úseky zdravé sliznice, nepostižené zánětem. Zánět je přítomný v celé tloušťce sliznice nebo stěny orgánu – postihuje stěnu do hloubky a může se rozšiřovat i do okolí. Nejčastější postižení sliznice je na konci tenkého střeva (ileocekální chlopeč) a celé tlusté střevo, ale postižení může zasáhnout i jícen a další části trávicí trubice. Crohnovu chorobu můžeme také definovat jako chronické zánětlivé onemocnění střev, které způsobuje zjizvení a zhrubnutí střevních stěn a často vede k obstrukci. (Hlavatý a kol., 2020, s. 21)

Crohnova nemoc se označuje jako bakteriální nemoc. Toto onemocnění je následkem vrozené vady imunitního systému střev, jelikož v každé sliznici střev se nacházejí peptidy – defenziny. Tyto peptidy působí jako přírodní antibiotika. U nemocných s CD je tato složka obranyschopnosti neúplná, na rozdíl od zdravých pacientů. U pacientů s CD se na stěnu střev uchycují bakterie, kvůli chybění defenzinu a proto tyto uchycené bakterie vyvolávají zánět a následně průjmy. (Dr. Klante, 2020, s. 12-13)

Crohnova nemoc je pojmenována podle Burrilla Crohna, amerického gastroenterologa, který poprvé popsal onemocnění v roce 1932. (Medicinenet.com, 2021) V odborné literatuře existuje několik definic Crohnovy choroby. Crohnova choroba je autoimunitní onemocnění, které se řadí do skupiny chorob známých jako idiopatické střevní záněty. Crohnova choroba primárně postihuje tenké a tlusté střevo a způsobuje poškození tkání. Crohnova choroba je celoživotní stav, při kterém se části trávicího systému zanítí. (www.nhs.uk, 2018)

2.1 Epidemiologie

V roce 2016 v květnu došlo k přijetí změny legislativy a novely zákona č.372/2011 Sb., která umožnila realizovat v ÚZIS ČR nové statistické informační systémy. Tyto systémy dovolují posoudit výskyt onemocnění a využívání léčebné péče v populaci ČR. Jde o Národní registr hrazených zdravotních služeb. Tento registr zaznamenává prevalenci pacientů v léčbě, vykázané výkony, použitý typ léčby, migraci pacientů, kteří čerpají hrazenou péči, a také počet kontaktů pacienta s určitou diagnózou se zdravotnickým systémem. Od roku 2010 do roku 2018 byla pozornost zaměřena na diagnózy K50 (Crohnova choroba) a K51 (ulcerózní kolitida) na základě dostupných dat z registru v novém systému. V roce 2017 bylo zaevidováno 27 004 pacientů s Crohnovou chorobou. Následující rok, 2018, byl celkový počet pacientů vyšší- 27 977 pacientů. Ve srovnání počtu pacientů od roku 2010 do roku 2018 se ukázalo, že prevalence IBD (Inflammatory Bowel Disease) každý rok vzroste o 8-9 %. Nejvyšší prevalence pacientů s Crohnovou chorobou je mezi 20. – 40. rokem věku. Posledních 10 letech se nemění. Nemocí nejčastěji trpí lidé z vyspělých zemích, běloši a Východoevropani. (Lukáš a kol., 2020, s. 6-7)

2.2 Etiologie

Příčina Crohnovy choroby zatím není úplně známá. Jde o kombinaci vrozených predispozicí, nepříznivé faktory životního stylu a působení okolí. Dalšími faktory by mohli být vlivy v raném dětství, jako je kojení, vyrůstání ve městě nebo na vesnici, kontakt se zvířaty nebo jiné vlivy, které se přidávají v průběhu života jako je kouření, stravování nebo užívání antikoncepce. Jediným rizikovým faktorem, který byl do teď nejvíce prokázáný je kouření a špatné hygienické návyky v dětství. Dochází k abnormálnímu nahromadění bakterií ve stěně střeva. Zánět typický pro toto onemocnění je imunitní reakce na vlastní střevní flóru. Takto vznikne autoimunitní reakce a dochází k transmurálnímu zánětu. To znamená, že dojde k zánětu, který postihuje celou stěnu střeva, který často přechází i do mezenteria (část pobřišnice). Z hlediska dlouhodobého postižení zánětem může dojít k zúžení střeva, zjizvení tkáně, vytvářejí se abscesy a píštěle. Dále tato zánětlivá reakce může mít za následek postižení i v jiných orgánech, nemusí se objevit jenom v trávicím traktu. To jsou například klouby, kůže, oči a další. (Hlavatý a kol., 2020, s. 21)

Crohnova choroba má tendenci se vyskytovat v rodinách, takže pokud vy nebo váš blízký příbuzný trpíte touto nemocí, členové vaší rodiny mají výrazně zvýšenou šanci na rozvoj

Crohnovy choroby. Studie ukázaly, že 5 až 20 % postižených jedinců má příbuzného prvního stupně (rodiče, dítě nebo sourozence) s některou z nemocí. Riziko je větší u Crohnovy choroby než u ulcerózní kolitidy. Riziko je také podstatně vyšší, když oba rodiče mají IBD. Zdá se, že svou roli hraje i prostředí, ve kterém žijete. IBD je častější v rozvinutých zemích spíše než v nerozvinutých zemích, v městských spíše než venkovských oblastech a v severním než jižním podnebí. (EFCCA, 2022)

2.3 Klinický obraz onemocnění

Lidé se zánětlivým střevním onemocněním (IBD) zažívají epizody průjmu, břišní křeče a bolesti, krvácení z konečníku, hubnutí, horečku a únavu. Obě onemocnění mohou být doprovázena různými mimo střevními projevy např. v očích a kloubech nebo na kůži. Intenzita příznaků se může v průběhu času velmi lišit. Pacienti mohou zaznamenat dlouhá období remise nebo opakující se vzplanutí. (EFCCA, 2022)

Z morfologického pohledu je typickým nálezem pro Crohnovu chorobu aftózní vředy s bělavým středem a zarudlým lemem ve stěně střeva. Sliznice je prosáklá, zarudlá, s hlubokými fisurami a cévní kresba zde chybí. Vnitřní povrch střeva někdy připomíná až vzhled dlažebních kostek. U Crohnovy choroby se objevuje segmentální postižení GIT. To znamená střídání zánětlivých a nepostižených úseků střeva – skip lesions. Crohnova choroba je autoimunitní onemocnění, což znamená, že se nemoc projevuje ve více systémech jako další takové onemocnění. Typické projevy jsou v trávicím traktu, ale postižení se může objevit na kůži, na sliznicích, játra, ledviny, oči nebo může být porušena krevní homeostáza. (Lukáš, Hoch, 2018, Mefanet, 2021)

První projevy Crohnovy choroby se obvykle objeví v mladém a středním věku. Řada nemocných pozoruje příznaky i řadu let před přesným stanovením diagnózy. Nejčastějším pozorovaným příznakem je váhový úbytek, časté průjmovité stolice, bolest břicha křečovitého někdy i trvalého charakteru. Výskyt všech příznaků bývá závislý zejména na lokalizaci onemocnění. Zda se postižení vykytuje na tenkém střevě, tlustém střevě nebo na jiném místě gastrointestinálního traktu. Nejčastěji se u nemocných objevují bolesti břicha (výrazné křeče), zažívací problémy – průjmy, hubnutí, teploty (až horečka), krev nebo hlen ve stolici, bolest v ústech (při aftech), objevuje se snížená chuť k jídlu, chronická únava, nutkání na stolici (tenesmus), bolest v okolí konečníku a zánět v okolí konečníku. V okolí konečníku se můžou vyskytnout fisury, abscesy a píštěle. (Ochtiská, 2021, s. 24, Mefanet, 2021)

Všechny příznaky závisí na tom, která část trávicí trubice je postižená. Při postižení horní části trávicí trubice se objevují v ústech vředy (afly), při postižení jícnu se obtížně polyká. Při zánětu žaludku a dvanáctníku se objevují příznaky jako hubnutí, bolesti břicha nebo až zvracení. Dále se může objevit zánět v tenkém střevě. Při tomto postižení je hlavní příznak únava, hubnutí, teploty, chudokrevnost. Při postižení tlustého střeva se projevuje průjmy někdy je přítomna krev nebo hlen ve stolici. Pokud je postižený konečník, jsou přítomny bolesti konečníku a výtok. Při lokalizaci zánětu v oblasti ileocekální chlopně si nemocní stěžují na bolest v pravém podbřišku a je zde možné nahmatat bolestivou rezistenci. Bolest je křečovitého charakteru. Zhoršuje se zejména po najedení a bolest může být doprovázena vzdučím břicha, nauzeou, zvracením a průjmy. Nemocní tento stav nechtějí prožívat, proto omezují příjem potravy a následkem tohoto problému hubnou. Pokud je bolest stálá, signalizuje to nějakou komplikaci. V době, kdy se stanovuje přesná diagnóza, mohou být příznaky Crohnovy nemoci zaměňovány s diagnózou akutní apendicitida. Při postižení části tenkého střeva většinou dochází k výraznému úbytku na váze, malnutrici. Při nutričním deficitu je nedostatek železa, kyseliny listové, vitamínu B12, kalcia, magnézia, zinku a někdy i vitamíny rozpustné v tucích. Pacienti bývají výrazně unavení, slabí a velmi vyčerpaní. Dalším příznakem je subfebrilie. Při postižení tlustého střeva se zánět projevuje bolestmi břicha, průjmy, někdy i krvavými průjmy. V oblasti konečníku a řitního otvoru se vyskytují především abscesy, píštěle nebo řitní bolestivé trhlíny. (Hlavatý a kol., 2020, s. 22-23, Ochtinská, 2021, s. 25)

Méně typická lokalizace Crohnovy nemoci v horní části gastrointestinálního traktu se projevuje afly, dysfagií, odynofagií, pyrózou, bolestí na hrudníku, bolestí v epigastriu a pocitem plnosti. Při obstrukci horní části trávicího traktu se také může objevovat nauzea až zvracení a také váhový úbytek. (Lukáš, Hoch, 2018)

Průjem je obvyklým problémem u lidí s Crohnovou chorobou. Intenzivnější střevní křeče mohou být jednou z příčin průjmu. Dalším příznakem Crohnovy choroby je horečka a únava. Horečka může být způsobena pravděpodobně v důsledku zánětu nebo infekce právě Crohnovou chorobou. Nemocní se mohou často cítit unaveni, protože nemají dostatek energie. Zánět a ulcerace mohou ovlivnit pohyb zažívacího traktu, a právě tyto problémy vedou k bolestem a křečím. Nemocní mohou pocítit mírný stav nepohodlí, nekomfort nebo až silnou bolest, která se projevuje také nauzeou až zvracením. Uvádí se, že bolest se vyskytuje pravidelně 1 hodinu po jídle a nejčastěji je bolest soustředěna v oblasti kolem pupku, v pravém podbřišku nebo v obou oblastech najednou. Dále nemocní vidí krev jasně červené barvy v toaletní míse, nebo

krev tmavší barvy obsaženou ve stolici. Je to opět způsobeno zánětem ve střevě nebo kvůli vzniklým komplikacím jako jsou například abscesy. (Ochtinská, 2021, s. 25)

Klinický obraz CD je podstatně mnohotvárnější a pestřejší. Crohnova choroba typicky postihuje oblast ileocekální, v takovém případě bývají v popředí bolesti břicha, průjem je méně častý nebo se objevují celkové projevy – především hubnutí, celková nevykonnost a únava. Postižení tenkého střeva se projevuje jako malabsorpční syndrom. Až v polovině případů se setkáváme s některým z mimo střevních projevů IBD. Ty postihují nejčastěji klouby (artritidy velkých kloubů nebo artralgie drobných ručních kloubů), kůže (nodózní erytém a gangrenózní pyodermie) a oči (episkleritida, iridocyklitida). Pro Crohnovu chorobu jsou dále typické perianální zánětlivé projevy – abscesy a perianální píštěle. (Bortlík, 2014)

Crohnova choroba se může projevovat i mimo střevními příznaky. U pacientů jsou tyto příznaky ve více jak 40 % pozitivní.

Hlavní systémy, které bývají postižené jsou například:

- kosterní systém – osteoporóza a porucha růstu – nedostatečný energetický příjem, malabsorbce (porucha trávení a vstřebávání) ztráty bílkovin atd.,
- kožní systém a sliznice – erythema nodosum na bérkách (zánětlivé postižení podkožní tkáně), hnisavá pyodermie (hnisavá kožní infekce), aftózní stomatitida, gingivitida (zánět dásně), atd.,
- oči – iritida, uveitida, episkleritida, atd.,
- játra a slinivka břišní- cholecystolitiáza, atd.,
- cévní systém – hyperkoagulační stav (zvýšená koncentrace fibrinu, trombocytóza) - tento stav může způsobit CMP, plicní embolii nebo hlubokou žilní trombózu,
- ledviny a močové cesty – močové kameny, píštěle (Mefanet, 2021, Dr. Klante, 2020, s.85-92)

2.4 Diagnostika

Crohnova choroba se diagnostikuje prokázáním zánětu v těle, buď vyšetřením z krve, nebo vyšetřením ze stolice. Klíčové laboratorní vyšetření – pozitivní kalprotektin ve stolici. Kalprotektin je bílkovina, která se nachází v bílých krvinkách. Pokud je přítomný zánět v těle,

dochází k vyloučení bílých krvinek do stolice a s nimi i kalprotektin. Jako další vyšetřovací metody se používají například ultrazvuk, endoskopie, CT, MR, gastrofibroskopie. Důležitým vyšetřením a klíčovým je endoskopické vyšetření – kolonoskopie. (Hlavatý a kol., 2020, s. 23-24)

Ultrazvuk neboli SONO je neinvazivní zobrazovací metoda pomocí sondy přes stěnu břišní. Příprava u tohoto vyšetření není nějak zvláštní. Je důležité, aby pacient byl 5-6 hodin před vyšetřením lačný a od půlnoci nekouřil, nežvýkal žvýkačky z důvodu vzduchu v žaludku a ve střevech – vzduch narušuje sonografický obraz. Dále by neměl hodinu před vyšetřením močit, aby byl močový měchýř naplněný z důvodu viditelnosti při vyšetření. Při MR a CT je důležité odstranit všechny šperky, hodinky, zubní protézy atd. U pacientů s implantovaným kardiostimulátorem je kontraindikovaná magnetická rezonance. (Mefanet, 2021)

Kolonoskopie slouží k zobrazení celého tlustého střeva a koncovou část tenkého střeva pomocí ohybného endoskopu, kdy na jeho konci se nachází optický systém. Endoskop se zavádí přes konečník. Toto vyšetření umožňuje zobrazení sliznice střeva, odběr vzorku sliznice například na histologii nebo odstranění různých polypů a abscesů, které jsou na sliznici střeva. Příprava na vyšetření je velmi důležitá. S přípravou se začíná už 3-5 dnů před vyšetřením. Začíná se bezobzbovkovou dietou. Strava je lehká, bez jader, bez slupek, bez oříšků atd. Každý pacient dostane projímadlo (např. Fortrans). Den před vyšetřením k obědu si pacient vezme jenom vývar a ten den večer začne s vyprazdňováním pomocí projímadla předepsaného od lékaře. Jsou to 2-4 litry tekutin s projímadlem. Toto pití pacient přijímá do té doby, dokud nebude vyprazdňovat čistou vodu maximálně hodně světle hnědou vodu. Pokud je stolice průjemovitá nebo je stále tmavá voda, je to špatně a musí stále přijímat projímavý roztok. V den vyšetření je pacient lačný, zcela vyprázdněný. Odstraní si všechny šperky (náramky, náušnice, řetízký atd.), zubní protézu. Dle ordinace a předchozí domluvě s lékařem sestra podá analgetika (léky proti bolesti) a sedativa (uvolnění napětí). U dětí se většinou toto vyšetření provádí v celkové narkóze. Poté je spolupráce i s anesteziologem. Po vyšetření pacient odchází domů, kdy pacient je edukován o dietě – lehká strava, stravitelná potrava. Pokud nastanou během vyšetření jakékoliv komplikace nebo došlo k většímu zákroku, pacient se ponechá hospitalizován. Jako další zobrazovací metoda se užívá kapslová endoskopie pro zobrazení tenkého střeva. Toto vyšetření spočívá ve snímání v průběhu tenkého střeva. Příprava je podobná jako u kolonoskopie. Pacient 1-2 dny před vyšetřením přijímá bezobzbovkovou stravu. Večer před vyšetřením vypije velké množství tekutin (až 4 litry), případně po domluvě

s lékařem 2 litry projímavého roztoku (Fortrans). V den vyšetření pacient dostane kapsli, kterou zapije trochou vody. Tato kapsle má schopnost fotit průběh tenkého střeva- 2 snímky za vteřinu. Pacient leží a má připevněné elektrody na břicho, které právě snímají průběh kapsle. Poté se snímky ukládají pomocí těchto elektrod do počítače. Počítač po ukončení vyšetření vytvoří videozáznam. Toto vyšetření se provádí ambulantně a trvá až 10 hodin. Po ukončení vyšetření pacient může jíst po 4 hodinách. Kapsle vyjde za 1-5 dní přirozenou cestou. Toto vyšetření je kontraindikováno při podezření na stenózu, obstrukci atd. a u dětí do 10 let. Po takovém vyšetření se může objevit jako komplikace retence kapsle. To znamená, že kapsle zůstává více jak 14 dní ve střevě – pokud kapsle nezpůsobuje obtíže, nic se neděje, nechá se přirozeně odejít. (Hlavatý a kol., 2020, s. 24, 53-55, 57, Holubová, 2013, s.110-114)

2.5 Léčba

Léčba Crohnovy závisí na místě postižení. Tato léčba je dlouhodobá a u velké většiny pacientů i doživotní. Léčba Crohnovy choroby se zaměřuje zejména na tlumení přehnané obranné reakce organismu, která je namířena na střevní flóru. Proto tato léčba spočívá v podání léků, které potlačují reakci imunitní reakci. Pokud dojde k vysazení léčby, dochází u většiny pacientů k relapsu neboli znovuvzplanutí onemocnění. (Hlavatý a kol., 2020, s.24-25)

Crohnova choroba je nemocí nevléčitelnou. Pokud je však zvolena správná léčba, mohou se nemocní těšit na velmi efektivní z kvalitnějšího života. Základní cíl léčby spočívá ve snížení klinických obtíží na minimum, úpravě a normalizaci laboratorních a endoskopických ukazatelů aktivity CD a předcházení vzniku komplikací. Pokud je choroba v relapsu, pomocí terapie lze dosáhnout ústupu do remise, která je vždy žádoucí (Vlček et al., 2014).

Důležité je myslet na fakt, že Crohnova choroba je pro svůj rozsah postižení, závažnost i klinické projevy nemoci rozmanitá, proto je u nemocných v oblasti terapie velmi důležitý individuální přístup (Pavelka et al., 2014).

2.5.1 Medikamentózní léčba

Aminosalicyláty

U nejlehčí formy Crohnovy choroby spočívá léčba v podávání aminosalicylátů. Tyto léky potlačují zánětlivou aktivitu, působí lokálně na postiženou sliznici střeva. Pacienti, kteří prochází aktivní formou onemocnění tyto léky nestačí a musí se zvolit jiný způsob léčby. Z aminosalicylátů jsou zástupci například sulfasalazin nebo mesalazin. Požívání těchto léků je

bezpečné i během těhotenství a kojení, ale vždy je nutné se domluvit s lékařem. U sulfasalazinu je prokázáno, že inhibuje absorpci a metabolismus kyseliny listové, proto je doporučeno užívat kyselinu listovou ve vyšších dávkách, než je obvyklé. (Pacienti IBD, 2016)

- Sulfasalazin- 1. účinná látka v léčbě Crohnovy nemoci. V tlustém střevě se tato látka štěpí bakteriálními enzymy na látku sulfapyridin a působící protizánětlivou kyselinu aminosalicilovou.
- Mesazalin – Tato účinná látka se používá jak v perorální formě, tak v lokální formě – například forma čípků, pěny nebo také klysmat. Firemní název pro tyto léky jsou například Pentasa nebo Salofalk.

Kortikosteroidy

Při aktivní formě onemocnění už aminosalicyláty nepomáhají, proto se nastavuje léčba pomocí kortikosteroidů. Nejčastější používané léky už desítky let jsou například prednison, budezonid nebo medrol. Tyto léky se nasazují při akutním znovuzplanutí nemoci a začíná se vždy vyššími dávkami, které se postupně snižují. Vyšší dávky proto, aby se co nejdříve nemoc vrátila zpět do období remise. Tyto léky mají silný protizánětlivý efekt. Bohužel u těchto léků se objevují nežádoucí účinky. Například potlačení imunitní reakce a následné vyšší riziko ke vzniku bakteriálních či virových infekcí, zvýšený pocit hladu, špatné hojení ran nebo zvýšená glukóza v krvi. (Hlavatý a kol., 2020, s. 65-69)

- Systémové kortikosteroidy-Tyto léky působí v celém těle, všechny systémy, proto u těchto léků se nežádoucí účinky objevující se na různých orgánech. Například astma nebo revmatoidní artritida.
- Topické kortikosteroidy-Tato léčba působí lokálně, přímo v tlustém střevě. Z toho plyne, že nežádoucí účinky se neobjevují v takové míře jako u jiných léků.

Imunosupresiva

Jako další možnost léčby je dostupné užívání imunosupresiv. Tyto léčiva se však užívají při dlouhodobé aktivaci onemocnění, kdy už nepomáhají ani kortikosteroidy. Nejčastějšími užívanými léky jsou thiopuriny (azatioprin) nebo methotrexát. U thiopurinů je nástup účinku velmi pomalý, což je nevýhodou. Methotrexát se užívá méně než thiopuriny. Užívá se, když pacientovi thiopuriny neúčinkují. Důležitý rozdíl mezi nimi je, že methotrexát je

kontraindikován těhotným a kojícím ženám, naopak u thiopurinů je užívání bezpečné při těhotenství i kojení. (Hlavatý a kol., 2020, s. 73-75)

2.5.2 Biologická léčba

Další možností léčení je biologická léčba. Je to nejnovější možnost léčby, velmi efektivní a bezpečná. Ta se nastavuje v případě kontraindikace nebo neúčinkování všech ostatních metod nebo když léčba imunosupresivy už nestačí a musí se nastavit jiná a účinnější léčba. Biologická léčba se používá při středně závažné až těžké aktivní formě Crohnovy choroby. Jako u jiných metod, tak i u této se mohou objevit nežádoucí účinky. Jsou to například alergické reakce, kožní či kloubní problémy nebo imunitní reakce. Léčba spočívá v tom, že se aplikují imunoglobuliny zaměřené na onemocnění. Nejznámějšími léky z biologické léčby jsou infliximab nebo adalimumab. (Zbořil, 2016, s. 11)

- **Infliximab**-Léčba spočívá v infuzní terapii. Začíná se indukční terapií třemi infuzemi po 5 mg/kg. První dávka se podává v 0. týdnu, další ve 2. týdnu a poslední v 6. týdnu. Pokud dojde k pozitivní odpovědi organismu, tím se zjistí, že lék účinkuje. Poté se přechází na dlouhodobou udržovací léčbu v intervalu 8 týdnů. (Zbořil, 2016, s. 82-87)
- **Adalimumab**-Tento lék je naopak aplikován podkožně. Podává se ve stejném intervalu jako předchozí lék. V 0. týdnu se aplikuje 160 mg podkožně, následný podání je v poloviční dávce- 80 mg. Další dávka je 40 mg a další postup je stejný jako u předchozího léku. Začíná se také udržovací terapie, která je nutná u všech pacientů, kteří v 6. týdnu odpověděli pozitivně na léčbu. U tohoto léku se v udržovací léčbě podává 40 mg podkožně 1x za 2 týdny. Nežádoucí účinky u tohoto léku mohou být bolesti hlavy, bolesti břicha nebo nevolnost. (Zbořil, 2016, s. 91-92)

Pokud se objeví komplikace jako jsou například fistuly či abscesy, nastavuje se léčba i na tuto problematiku. Například antibiotiky, různými doplňky stravy nebo se podávají analgetika.

2.5.3 Chirurgická léčba

Další a poslední možností léčby je operace. V některých případech je tato léčba nejlepší a nejvhodnější. Bohužel tato forma léčby neznamena definitivní vyléčení onemocnění, jelikož je postižena většina částí trávicího traktu, to znamená, že nelze odstranit celý trávicí trakt, proto není možné k úplnému vyléčení. Většinou každý nemocný podstoupí minimálně jednu operaci. Důvody k operaci jsou většinou píštěle či abscesy nebo odstranění postiženého úseku střeva.

Obvykle dochází i k odstranění krátkého úseku střeva až do 5 cm při stenóze střeva. Tento zákrok se nazývá stikturoplastika. Při opakované nebo vysoké resekci tenkého střeva může dojít k tzv. syndromu krátkého střeva. U tohoto syndromu hrozí porucha vstřebávání živin a následný malabsorbční syndrom. Proto je poté nutné nastavit umělou výživu, aby k tomuto problému nedošlo. K operačnímu zákroku dochází tehdy, když už není jiná možnost a onemocnění je komplikované. Například jsou přítomny stenózy střev, které způsobují neprůchodnost střev, dále je nutné odstranit chirurgicky abscesy nebo píštěle. V pooperačním období je nutné nastavit medikamentózní léčbu, aby nedošlo k dalším komplikacím a opakování. Při operaci tenkého střeva, je nezbytně nutné odstranit pouze tu část, která je opravdu postižená a pokud to jde, snažíme se zanechat co nejdelší část tenkého střeva. Hlavním důvodem nechat co nejdelší úsek tenkého střeva je kvůli výživě nemocného nebo kvůli opakované operaci. Naopak když se provádí operace tlustého střeva, provede se odstranění postižené části tračníku a dojde ke spojení částí zdravých tračníků. Bohužel pokud je těžce postižená část konečníku nebo oblast kolem konečníku, která nejde jinak konzervativně či operativně vyléčit, dochází tak ke vzniku vývodu neboli stomie. (Pacienti IBD, 2016, Hlavatý a kol., 2020, s. 95–97)

Střevní vývod neboli stomie znamená trvalé vyvedení střeva na povrch stěny břišní. K tomuto zákroku dochází, jak už bylo zmiňováno, při velkém zánětlivém postižení v oblasti konečníku a nelze jinak vyléčit. Po tomto zákroku tedy stolice odchází do stomického sáčku, který je přilepen na stěnu břišní, právě tam, kde je vyústěné střevo. To znamená, že stolice konečníkem už neodchází, ale nahradil ho právě tento stomický sáček, který se pravidelně mění. U pacientů, kteří mají poruchu funkčnosti svěračů a nejsou schopni udržet stolici, trpí tzv. inkontinencí stolice se může stomie provést také. V takové situaci je tato možnost léčby nejlepší, jelikož nedochází k opruzeninám a dalším komplikacím a mají tak i lepší kvalitu života. Dochází i ke stomiím dočasným. K těmto vývodům dochází tehdy, když ve střevech jsou přítomny anastomózy tzv. střevní spojky. Tento problém je charakterizován tak, že dojde ke spojení dvou dutých orgánů, částí střev a vzniká tak neprůchodnost. Tento problém se tedy řeší dočasnou stomií. Stomie se vyvede v místě nad anastomózou, aby se postižené místo odlehčilo a mohlo dojít k chirurgickému odstranění spojky. Po rekonvalescenci dojde k navrácení střeva do dutiny břišní, stomie se uzavře. Nejčastější postižení Crohnovou nemocí je místo, které přechází z tenkého střeva (terminální ileum) do tlustého střeva (cékum). Na začátku tlustého střeva je tzv. Bauhinská chlopeč. Je to zvětšená řasa, která brání zpětnému toku střevního obsahu do tenkého střeva. Pokud dojde v této oblasti k zúžení je indikována operace – ileocekální resekce. To znamená, že dojde k chirurgickému odstranění konce tenkého střeva a začátku tlustého střeva

a následnému napojení zdravých částí střev. Operace probíhají buď v klasickém řezu – laparotomie, nebo pomocí laparoskopické metody. Z chirurgické léčby je už i v České republice možnost transplantace tenkého střeva. K transplantaci dochází u nemocných, kteří nemají tenké střevo, jsou vyživováni nitrožilně a jsou ohroženi na životě kvůli komplikacím právě z podávání nitrožilní výživy. Nemocní jsou poté odkázáni na trvalou léčbu, která snižuje obranyschopnost, kvůli odhojení transplantovaného střeva. (Pacienti IBD, 2016)

Před každou operací je důležitá předoperační příprava, jelikož se tato příprava odrazí v pooperačním období. Důležité je zlepšit stav výživy, aby po operaci bylo lehké pooperační zhojení. Je důležité, aby si nemocný nastavil a zlepšil dietní návyky před operací. Těsně před operací je důležité, aby jedl lehce stravitelnou stravu a v den operace, aby střevo bylo vyprázdněné a připravené na operaci. Přesněji tuhou stravu nesmí pacient jíst maximálně 6 hodin před operací a tekutiny maximálně 2 hodiny před operací. Největší snahou je, aby střevo bylo co nejkratší dobu bez příjmu výživy a zároveň snížit i operační stres. Pokud je nutné při operaci nebo po operaci zkontrolovat střevo endoskopicky, poté je nutné, aby střevo bylo zcela vyprázdněné. (Pacienti IBD, 2016, Hlavatý a kol., 2020, s. 103)

2.6 Komplikace onemocnění

Crohnova choroba má více komplikací. Zejména u Crohnovy choroby dochází k zúžení střeva až možnému úplnému uzavření střeva-poté dochází ke střevní neprůchodnosti (ileu). Jako nejčastější komplikací se objevují fistuly (píštěle) okolo konečníku nebo mezi střevem a jednotlivými orgány či i mezi střevními kličkami. Jako fistuly se okolo konečníku mohou vyskytovat abscesy. Abscesem se rozumí ohraničená dutina, která je vyplněná hnisem a příčinou bývá prostup bakterií střevní stěnou při CD. Léčba abscesu se léčí vyprázdněním neboli drenáží. Drén se zavede buď pod RTG kontrolou, nebo chirurgickou cestou. Naopak fistula znamená srůst dvou trubicových orgánů nebo orgánu a povrch těla. Nejčastější objevující se fistula (píštěl) je v oblasti rekta. Taková fistula mokvá, je bolestivá a svědí. Léčba u této komplikace je hlavně chirurgická, kdy se zavede opět drén a naordinuje se antibiotická léčba. (Pacienti IBD, 2016, Hlavatý a kol. 2020, s. 25-26)

Obecně pacienti s nespecifickými střevními záněty jsou ohroženi osteoporózou. Osteoporóza se charakterizuje řídnutím kostí z důvodu sníženého vstřebávání vápníku a vitaminů D. Léčba se provádí za pomoci kortikoidů. Pacienti jsou dále ohroženi chudokrevností z důvodu špatného vstřebávání železa, kyseliny listové nebo vitamínu B6 a B12. V neposlední řadě dochází

ke špatnému vstřebávání živin z důvodu změny mikroflóry ve střevě zánětem nebo z důvodu zkrácení střeva po operaci. Při této komplikaci dochází k podvýživě a nedostatku některých vitamínů a minerálů. (Holubová, 2013, s. 215)

Pokud dojde ke zkrácení tenkého střeva, je zde riziko, že vznikne tzv. syndrom krátkého střeva. K tomuto stavu dochází, když střevo je rozsáhle postižené zánětem a už nereaguje na konzervativní léčbu. Provádí se operace, kdy se část postiženého střeva odstraní, většinou jsou to opakované operace a poté dojde k tomu, že délka tenkého střeva už nestačí. Střevo, které tam zůstane sice funguje dobře, ale už je tak krátké, že k výživě nemocného nestačí. V tenkém střevě dochází ke štěpení a také ke vstřebávání potravy. Tento syndrom se objevuje u méně jak 5 % nemocných, ale v současné době se tomu snaží předcházet, aby k tomu nedocházelo. Co se týče tlustého střeva, na výživě se podílí maximálně v 10 %, proto pokud by došlo k jeho odstranění, v oblasti stavu výživy by to nemělo velký význam. (Pacienti IBD, 2016)

Dlouhodobý průběh IBD je spojen s vysokým výskytem kolorektálního karcinomu. Mezi faktory ovlivňující rozvoj kolorektálního karcinomu patří délka trvání nemoci, rozsah postižení tlustého střeva zánětem a intenzita zánětlivých změn. Riziko vzniku se po třiceti letech trvání Crohnovy nemoci blíží k 20 %. Vyšší pravděpodobnost vzniku karcinomu je také spojena s pozitivní rodinnou anamnézou, v tomto případě se riziko zdvojnásobuje. Dispenzární program pro pacienty s IBD zahrnuje pravidelné koloskopické prohlídky s biopsií. Dlouhodobá aplikace preventivně působících látek, jsou obsaženy v aminosalicylátech, v dávce vyšší než 1,2 g denně prokazatelně snižují výskyt dysplazie a karcinomu až o 84 %. (Vlček et al., 2014)

3 Ošetrovatelská péče

V této kapitole jsou popsány opatření zejména dietní a režimová, například jaká dieta je nevhodnější pro nemocné, co vyřadit z příjmu nebo naopak co přidat do jídelníčku, jaká potravina zhoršuje stav a jaká naopak pomáhá v udržení klidného stavu onemocnění, dále z režimových opatření, jaký je vhodný sport, aktivita nebo zda je nutné dodržovat nějaký denní režim. Jsou zde vypsány i příklady organizací a spolků, které pomáhají lidem s Crohnovou chorobou nebo jsou zde zmíněny i tzv. vychytávky pro nemocné, které pomáhají zlepšit každodenní život u nemocných.

Ošetrovatelská péče je pacientovi poskytována formou ošetrovatelského procesu, který je charakterizován jako komplexní výkon ošetrovatelské činnosti zaměřující se na potřeby nemocného, předcházení jeho problémům a jejich řešení. Ošetrovatelský proces se dělí do pěti fází: zhodnocení (sběr informací a hodnocení zdravotního stavu pacienta), diagnostika (analýza získaných dat, stanovení existujících a potenciálních problémů), plánování (stanovení priorit a cílů, určení činností vedoucích k dosažení cílů), realizace (samotné uskutečnění plánu péče) a vyhodnocení (shrnutí a posouzení dosažení vytyčených cílů). Aby byla ošetrovatelská péče poskytována efektivně, je nutné brát každého nemocného jako holistickou bytost a podle toho přistupovat k uspokojování potřeb. (Tóthová, 2014)

3.1 Dietní opatření

Pro onemocnění CD není žádná oficiální dieta, ale existuje několik dietních opatření, které jsou důležité pro udržování remise. Při aktivizaci onemocnění se dodržuje dieta tzv. bezezbytková. Při této dietě je zcela vyřazena vláknina a potraviny neobsahují nestravitelné zbytky. U každého pacienta je jídelníček individuální. Záleží na stavu střev a na celkovém stavu nemocného. Doporučuje se každému nemocnému zavést si tzv. stravovací deník, do kterého si podrobně zapisuje každé jídlo, které sní a podle toho poté může vyhodnotit, jaké potraviny nemocnému dělají dobře, a které naopak zhoršují stav. Důležité při dietě je dostatečný příjem základních živin – cukry, tuky, bílkoviny, dále vitamíny, minerály i stopové prvky. Strava by měla být bohatá na energii a z kvalitních surovin z důvodu, že při aktivním stádiu nemoci, například při nechutenství, průjemech nebo při zhoršeném vstřebávání se člověk cítí vitálnější a silnější a lépe funguje imunitní systém. (Hlavatý a kol., 2020, s. 105-107)

3.1.1 Dietní opatření při remisi

Pokud se nemocný nachází v období klidu (remise), strava se nijak neliší od běžné stravy. Samozřejmě pokud má pacient například alergie na určité potraviny, musí dodržovat dietu, kvůli jinému onemocnění nebo jsou přítomny anatomické změny na střevě, musí pacient stravu přizpůsobit. Nemocný by se měl vyhnout konzervovaným, chemicky upraveným potravinám a také polotovarům. Strava by měla být pestrá a lehce stravitelná. Nejsou vhodné potraviny, které nadýmají, neměly by být příliš mastné, neměli by se používat umělá sladidla a neměl by být velký příjem sladkostí. Nemocný by měl jíst 5x-6x denně v menších porcích. Příjem vlákniny by měl být přiměřený, ale pozornost by se měla věnovat i pitnému režimu. Doporučuje se vypít 2-2,5 litrů tekutin za den. Příjem bílkovin by měl být o trochu vyšší než v běžně zdravé populaci (1-1,2 g na 1 kg hmotnosti). Z úprav stravy je nejvhodnější používat vaření, vaření v páře, dušení, pečení, opékání nasucho a příprava pokrmů vlobalu. (Pacienti IBD, 2021)

3.1.2 Dietní opatření při relapsu

Pokud se nachází onemocnění v aktivním stádiu, je důležité dodržovat základní principy. Důležité je jíst po menších porcích 5x-6x denně, při aktivní CD je důležité vynechat vlákninu – bezsezbytková dieta, vyhnout se dráždivým potravinám, jíst jenom čerstvé potraviny a vyhnout se polotovarům, baleným potravinám, vyloučit konzervované potraviny, zvýšit příjem tekutin- 2,5 litru za den, při příjmu stravy je důležitý klid, jíst bez stresu, a hlavně je třeba, aby jídlo bylo pořádně rozkousáno nebo jíst i kašovitou stravu. Při aktivní formě CD je důležité si udržet svou hmotnost. Musí se zabránit úbytku na váze. U nemocného nemůže dojít ke ztrátě základních živin, vitamínů a minerálů. Dojde-li ke zúžení střeva je nutné dodržovat přísnou bezsezbytkovou dietu. Zejména úplně vyřazení listové zeleniny, ořechů a semen, kukuřice, třešně nebo další podobné potraviny. Tyto potraviny jsou rizikové pro ucpaní střeva a následné hospitalizace z důvodu vzniku ileu (úplné zastavení peristaltiky a vznik neprůchodnosti střev). Vhodné je při tomto problému upravit stravu na měkčí, nejlépe kašovitou konzistenci. Pokud je však zúžení střeva větší je nutné přijímat tekutou stravu. Je doporučeno přijímat k tekuté stravě i speciální přípravky pro enterální výživu, která zajistí příjem všech potřebných živin. Pokud nemocný trpí syndromem krátkého střeva musí dodržovat také přísnou dietu a platí určité zásady při této komplikaci. Při odstranění více jak 100 centimetrů střeva nebo častých operacích může dojít k syndromu krátkého střeva. Nejčastějšími příznaky při tomto syndromu jsou průjemy, hubnutí, mastná stolice-steatorea a dehydratace s kolapsovými stavy. Je to způsobené právě poruchou trávení a vstřebávání živin z důvodu krátkého střeva. Existuje proto riziko,

že nemocný bude mít málo vitamínů, minerálů, stopových prvků a často tyto ztráty vedou k podvýživě. Proto se doporučuje při krátkém střevě užívat speciální přípravky pro enterální výživu a doplňky vitamínů a minerálů. Důležité je dodržovat určitá dietní opatření a zásady. Nemocný by měl ze začátku po operaci užívat sipping (popíjení) a postupně přecházet na běžnou stravu. Pokud má pacient větší výdej tekutin například stomií nebo trpí těžkých průjmem, je důležité podat rehydratační roztoky nebo speciální přípravky enterální výživy. Doporučeno je jíst malé porce 6x-8x za den a podle toleranci přizpůsobovat množství a frekvenci. Jídlo by mělo obsahovat velký podíl bílkovin. Jsou to například ryby, libové maso, vejce, mléčné výrobky. Dále by mělo obsahovat dostatek kalorií, naopak málo vlákniny a tuků, ale ty nevyločit ze stravy úplně, jelikož jsou potřeba pro vitamíny rozpustné v tucích – A, D, E, K. Pacient by měl omezit sladké, kofein. Není doporučeno během jídla a ihned po jídle přijímat hodně tekutin, aby se neurychlila peristaltika a posun potravy střevem. Doporučováno je přijímat probiotika a vitamínové doplňky. (Dr. Klante, 2020, s. 29-30, Pacienti IBD, 2021)

3.1.3 Bezezbytková dieta

Bezezbytková dieta se charakterizuje tím, že obsahuje nízký obsah vlákniny a nezanechává nestravitelné zbytky. Tato dieta je součástí nutriční terapie a podpory. Označuje se jako dieta 5. Dieta obsahuje méně než 10-15 g vlákniny. Dieta se užívá hlavně při onemocnění střev. Například při průjmovitým onemocnění, při zánětech střev jako je Crohnova choroba či ulcerózní kolitida, enterokolitida nebo nádorové onemocnění. Úkolem této diety je snížit dráždění střevní sliznice. Vlákna je nestravitelná část potravin rostlinného původu a nachází se například v zelenině, ovoci, v obilovinách, ořechách nebo semenech. Platí, že potraviny bohaté na vlákninu způsobují zvýšení objemu stolice a urychlují průchod stolice přes střeva a tím je nemocný více ohrožený průjmem. V živočišných produktech se vláknina neobjevuje, pokud jsou obiloviny upraveny, zbaveny klíčků nebo obalů, a proto se mohou konzumovat. Do těchto potravin se řadí například libové maso, ryby, mléčné výrobky, vejce, bílé pečivo, těstoviny nebo rýže. Při bezezbytkové dietě se zcela vylučují potraviny s tzv. nerozpustnou vlákninou. To jsou například slupky od zeleniny nebo ovoce, celozrnné pečivo, ořechy, semínka, jelikož tyto potraviny zhoršují průběh a zánět při aktivitě onemocnění. Při vynechání vlákniny z jídelníčku je prokázáno, že dochází k ústupu zánětu a zlepšení příznaků. Vhodnými potravinami z obilnin jsou například bílé pečivo, rýže, těstoviny, dále bramborový a kukuřičný škrob, obilná zrna bez obalů a klíčků nebo i pšeničná mouka. Z mléčných výrobků je vhodné zařadit do jídelníčku libové maso, vejce, mléko, mléčné výrobky – jogurty, sýry, tofu a dále je

dobré zařadit do stravy i zeleninový vývar. Dále je možné zařadit do jídelníčku potraviny jako jsou brambory, máslo, tavené sýry, zeleninové šťávy, oloupaná nebo uvařená zelenina a ovoce nebo ovocné šťávy, ale u těchto potravin je důležité, aby se konzumovali s mírou. To znamená, že není dobré je konzumovat každý den, stačí občas. Naopak nevhodnými potravinami jsou celá zrna, grahamové mouky, celozrnné pečivo, těstoviny, dále vařená kukuřice, popcorn, ořechy, semínka, mastné a uzené maso, slupky od zeleniny a ovoce, jádérka z ovoce a zeleniny, listová zelenina a nadýmavá zelenina, například brokolice, česnek, cibule nebo květák. Dále je nevhodné konzumovat ostré, mastné a uzené potraviny, které způsobují nadýmavost a následnou bolest břicha, alkohol, nadměrné používání cukru nebo požívání sladkostí, které mohou zhoršit průběh průjmu, kofein – káva, čaj, cola, dále sycené a ledové nápoje, konzervy, emulgátory nebo průmyslově upravované potraviny. Mimo potravin záleží také na pitném režimu. Dospělému člověku se doporučuje vypít minimálně 2 litry tekutin za den. Pokud pacient trpí průjmem nebo se více potí, příjem tekutin by měl být samozřejmě vyšší. Vhodnými nápoji jsou například čistá voda, bylinkové čaje nebo ovocné šťávy zředěné s vodou (bez dužiny). Optimální teplota nápojů je pokojová. Není vhodné pít studené nebo ledové nápoje z důvodu možného vyvolání křečí. Dále je důležité při příjmu tekutin pít pomalu a polykat malý objem. (Milatová, 2019, s.8-17)

3.2 Životospráva

Životospráva je stejně důležitá jako dietní opatření. Je nutné se zaměřit také na fyzickou stránku člověka, ale i psychickou, protože stres je jeden z rizikových faktorů, který velmi ovlivňuje průběh nemoci. V první řadě je důležité zmínit kouření. Člověk, který se léčí s Crohnovou chorobou, by měl přestat kouřit, jelikož je prokázáno, že pacient, který kouří má dvojnásobně vyšší pravděpodobnost relapsu onemocnění a vzniku komplikací. Většinou potřebují vyšší dávky léků a častěji jsou i operováni. Nikotin, který se nachází v cigaretách zhoršuje prokrvení sliznice střeva, obranyschopnost sliznice a podporuje vznik zánětlivých procesů ve střevě. Některý pacient zvládne přestat kouřit sám, ze dne na den, některý pacient potřebuje pomoc. Těmto pacientům mohou pomoci například nějaké nikotinové náhrady, léky proti kouření, návštěva psychologa nebo i samotná motivace. (Pacienti IBD, 2021, Gordan, 2017)

Fyzická aktivita při onemocnění je velmi důležitá, ale nesmí jí být hodně. Člověk si musí sporty vyzkoušet sám co mu vyhovuje a naopak, po čem se necítí dobře. Obecně by pacienti s tímto onemocněním neměli provozovat sport s velkou zátěží. Při extrémní fyzické zátěži dochází ke zhoršení prokrvení sliznice střeva, zvyšuje propustnost střeva nebo dokonce způsobuje

vředy na sliznici. Je důležité, aby si pacient stále držel stejnou tepovou frekvenci. Je to individuální pro každého člověka, ale například u 40letého muže, který je dobře trénovaný, měl by si držet frekvenci kolem 125 pulzů za minutu. Vhodné sporty pro pacienty s onemocněním IBD jsou vhodné delší procházky, například 3x týdně na 30 minut, dále je vhodná turistika, cyklistika a běh, ale jen rekreačně, plavání, ale i tanec. Dále je vhodné posilování s vlastní váhou, jóga, pilates nebo strečink. Fyzická aktivita je také důležitá u pacientů se stomií. Ať už mají dočasný, či trvalý vývod. Pozornost by měli zaměřit na důkladnou přípravu. Je třeba vybrat správnou a kvalitní stomickou pomůcku, kterou vymění těsně před sportováním. Před cvičením je vhodné snížit příjem potravy a jíst nenadýmavou stravu. Důraz se klade na rozcvičení, správné dýchání, velmi pozvolné zvyšování zátěže a správný postoj během cvičení. Pacienti se stomií mívají tendenci naklánět se na stranu se stomií, a to může vést k ortopedickým komplikacím. Pacienti s vývodem se mohou pustit i do plavání. Stomii lze krátkodobě uzavřít krytkou či použít tzv. minisáček. Existují také speciální plavky pro stomiky. (Hanzlíková, 2020)

Důležitým faktorem v každém onemocnění je stres. Stres narušuje rovnováhu organismu a pokud trvá dlouho, dochází k vyčerpání organismu. V období, kdy je pacient ve stresu a je intenzivnější dochází k rozvratu a onemocnění se z remise dostane do relapsu. Proto je důležité si osvojit nějaké relaxační techniky, techniky na zvládnutí stresu, a hlavně je důležité předcházet stresu, aby k němu nejlépe nedocházelo. V zaměstnání je dobré přizpůsobit míru zátěže k onemocnění, nezatěžovat se zbytečně moc prací, aby nedocházelo k této situaci. Dále je důležitá komunikace s rodinou a přáteli. Předcházet různým konfliktům v oblasti mezilidských vztahů. Důležité je hlavně dostatek spánku, meditace, jóga, tanec a střední fyzická aktivita. Při těchto aktivitách či sportech člověk zrelaxuje, přestane přemýšlet nad povinnostmi a udělá si tzv. chvílku pro sebe a své tělo. V neposlední řadě je nutné zde zmínit léky a látky, kterým by se měl pacient vyhnout, jelikož by mohlo dojít ke zhoršení stavu. Pacienti s IBD by se měli vyvarovat lékům proti bolesti ze skupiny tzv. nesteroidních antirevmatik. Jsou to léky například Ibuprofen, Diclofenac nebo Aspirin. Dále je nevhodné u žen užívat hormonální antikoncepci, zhoršuje průběh onemocnění. Dalším rizikem ke zhoršení průběhu onemocnění je dlouhodobé užívání antibiotik, více jak 10 dní. Proto je vždy vhodné, když pacient si není jistý v užívání, aby to zkontroloval se svým lékařem. (Hlavatý a kol., 2020, s.176–180)

Pacienti s Crohnovou chorobou zažívají velmi často obtíže s vyprazdňováním stolice. Vzhledem k tomu, že se jedná o problematiku velmi intimní, se nemocní většinou odmítají svěřit se svými problémy jiné osobě, avšak pokud se tyto zásadní potíže neřeší, symptomy se

mnohdy zhorší a pacient vyhledá odbornou péči až v neodkladné situaci, která obvykle vyžaduje složitější terapii. Pokud by se pacient přitom neostýchal o nepříjemných problémech mluvit dříve, by bylo výrazně snazší tyto příznaky eliminovat a zamezit vzniku komplikací. Z tohoto důvodu je v edukaci pacienta velmi důležitá role ošetřující sestry, která má za úkol získat si pacientovu důvěru natolik, aby mu mohla být nápomocná i s problémy v oblasti vyprazdňování (Sturm a White, 2018)

3.3 Pooperační rekonvalescence

Pooperační rekonvalescence je závislá na předoperační přípravě a zdravotním stavu nemocného před operací. Pacienti, kteří musí být operováni ve špatném zdravotním stavu, zejména nemocní, který trpí podvýživou nebo pacienti s těžkým střevním zánětem, obvykle mají vyšší riziko vzniku pooperačních komplikací, čímž se pooperační rekonvalescence prodlužuje. Pokud je nemocný v dobré kondici před operací a hojí se bez komplikací, je zde vyšší šance, že rekonvalescence bude rychlá. Bezprostředně po operaci je zajištěn příjem tekutin ústy, večer v den operace či následující den pacient vstává z lůžka a začíná chodit, tím začíná rehabilitace. Léčba bolesti je podávána nitrožilně. Nejvýhodnější cesta je epidurální (do prostoru páteřního kanálu), která nejméně ovlivňuje střevní pohyby. Kontraindikací podání do páteřního kanálu je zvýšená krvácivost, zánět kolem páteře nebo deformace páteřního kanálu. Pacient dostává léky na podporu střevní peristaltiky, protože pokud dojde ke zpomalení či zástavě motility střev, významně se prodlužuje rekonvalescence. Propuštění je možné obvykle 5.–8. den po operaci. Stehy z rány se odstraňují 8.–10. den. Pacient postupně přechází na běžnou stravu (bezezbytková dieta), může popíjet speciální přípravky enterální výživy k zajištění příjmu bílkovin. Stěna břišní se však hojí až 3 měsíce, proto je třeba jí celou tuto dobu nezatěžovat. Návrat do zaměstnání závisí na typu, kde pacient pracuje a na závažnosti operace. Při sedavém, lehčím zaměstnání je možné nastoupit do práce po 3 týdnech, pokud operace probíhala bez problémů a byla lehčí, po těžší operaci spíše po 6–12 týdnech. Při fyzicky namáhavém zaměstnání je nutné vyčkat až se stěna břišní zcela zahojí, což trvá 2-3 měsíce. Pokud se objeví komplikace po operaci, délka rekonvalescence se automaticky prodlužuje. (Pacienti IBD, 2016)

3.4 Péče o stomii

Co je stomie a kdy k ní může dojít už jsem zmiňovala v kapitole výše. Zde si popíšeme, jak o stomii pečovat, jaké existují pomůcky atd. Nejčastější stomie gastrointestinálního traktu jsou kolostomie a ileostomie. Rozdíl mezi nimi je takový, že u kolostomie je vyveden vývod

z tlustého střeva na povrch břišní stěny a stolice zde odchází většinou formovaná, zatímco u ileostomie je veden vývod z tenkého střeva, kdy obsah této stomie je stále řídké konzistence a obsah stomie je velmi agresivní ke kůži. Znamená to tedy, že u těchto stomií budou trochu jiné pomůcky k samotné stomii a pomůcky v ošetřování okolí stomie. Pomůcky pro ošetření stomie hradí už dnes plně zdravotní pojišťovny. Pomůcky jsou vyrobeny z hydrokoloidních adhezivních materiálů, jsou flexibilní a rezistentní vůči vodě. Výběr těchto pomůcek záleží na velikosti stomie, umístění a tvaru. Stomické systémy se dělí na jednodílné a dvoudílné. U jednodílných systémů je podložka z adhesivního materiálů spojená se sáčkem, do kterého odchází stolice. To znamená, že při výměně se odstraní vše, zatímco u dvoudílných systémů je podložka se sáčkem zvlášť. Při výměně tedy stačí odstranit sáček a podložka, pokud je funkční, může být ponechána 3-5 dní. Dále mohou být i sáčky výpustné, nevýpustné, průhledné nebo neprůhledné. Dále je možnost použít aktivní uhlíkový filtr, který eliminuje zápach. Co se týče pomůcek na ošetření okolí stomie, používají se různé ochranné a ošetřující krémy, ubrousky k očištění okolí například od lepidla z předešlé podložky, zásypový pudr na uklidnění pokožky, adhezivní pasta, která se využívá k vyrovnání nerovností, aby podložka dobře přilnula ke kůži a zároveň chrání pokožku. Dále je možnost využít přídržné pásky nebo speciální břišní pás, který drží stomii na stěně, aby nedošlo k odlepení. Co se týče stravy u pacientů stomiků, je velmi důležitá. Charakter potravin hodně ovlivňuje konzistenci stolice a tvorbu střevních plynů. Obecně je doporučeno, aby důkladně rozžvýkali stravu a jedli v pravidelných intervalech (3x denně). Stomici by se měli vyvarovat potravinám, které způsobují větší plynatost. Je to například růžičková kapusta, květák, zelí, okurky, vejce, fazole, cibule, kořeněná jídla nebo pivo. Dále k redukci tvorby plynů pomáhá vyhýbání se mluvení při jídle, pití brčkem, pití šumivých nápojů, hltání. Naopak je doporučováno jíst přírodní jogurty nebo popíjet mátový čaj. Zejména u pacientů s ileostomií je důležité více přijímat tekutiny, jelikož tito pacienti ztrácí více vody. Doporučeno je vypít až 3 litry tekutin za den. Dále je vhodné užívat vitamínové a minerální doplňky kvůli větší ztrátě. (Holubová, 2013, s. 241–243)

4 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života je velmi těžké definovat a za posledních 30 let je zkoumaná více. Představuje kategorii, která je často předmětem výzkumu či interpretačním východiskem pro řadu problémů. Kvalita života je pojem, který je používán v řadě vědních oborů například v medicíně, v ošetrovatelství, filozofii, sociologii, psychologii, pedagogice a mnoho dalších oborů. (Řehulková, 2008)

Termín kvalita života byl v 70. letech 20. století použit pro výzkumné účely. Bylo to celonárodní šetření kvality života obyvatel. Od 70. let 20. století se kvalita života začala sledovat také v medicíně a ve zdravotnictví. Je to jeden z hodnotících parametrů a používá se v klinických studiích. (Mandysová, Škvrňáková, 2016)

4.1 Definice kvality života

Kvalita života je „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem*“ (definice podle Světové zdravotnické organizace – WHO). Tuto definici kvality života lze chápat jako míru, do jaké je člověk podle vlastního mínění schopen být – tělesně, emočně, duševně a také společensky. (nzip.cz, 2022)

Definovat pojem kvalita života není snadné. Hovoříme-li o kvalitě života, obvykle sledujeme, jaký dopad má onemocnění jedince na jeho fyzický, psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty). (Slováček, 2004, s. 6-8)

Vyjádření pojmu kvality života v českém a slovenském slovníku je jakost nebo hodnota. Kvalita se vymezuje jako všeobecný výraz pro označení specifických charakteristik a vlastností, kterými se daná věc nebo objekt odlišuje od ostatních věcí či objektů bez důrazu na míru uspokojených potřeb. Pojem kvalita není absolutní, ale naopak relativní kategorií, jelikož může být vyjádřena jak kvantitativními, tak i kvalitativními indikátory kvality. Kvalitativní indikátory vycházejí z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje. Do tohoto systému jsou zařazené indikátory například rozhovor, naopak kvantitativní indikátory jsou objektivní a lze je měřit, do těchto indikátorů patří například dotazník. Nejčastějším objektem

hodnocení je individuální život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující člověka, živý organismus, v kontextu paradigmatu ošetrovatelství – lidského jednotlivce, osobu. Život jednotlivce není chápán jen v úzkém významu biologické existence, ale jako komplexní pojem zahrnující všechny projevy, oblasti jeho činností jako je například rodinný, společenský, pracovní a citový život. Kromě života jednotlivce může být předmětem hodnocení život skupiny, soubor jednotlivců, společnosti nebo populace. Konkrétně v oboru ošetrovatelství se například hodnotí kvalita života u pacientů s diabetes mellitus nebo s onkologickým onemocněním. V oboru sociologie se můžeme setkat například s hodnocením kvality života konkrétního národa, obyvatel. Setkáváme se se základním rozlišením dvou kvalit – objektivní nebo subjektivní kvality života. Například pokud je v hodnocení uvedeno, že kvalita života obyvatel v určité krajině je nízká, znamená to, že chybí objektivní podmínky pro kvalitní, dobrý život, což je například nedostatek potravin, nemožnost bydlení nebo špatná až chybějící zdravotnická péče. Pokud hodnotíme stav jedince, například, že žije špatně nebo se cítí špatně, znamená to subjektivní hodnocení kvality života. Zde hodnotíme například to, že je osamělý nebo že jedinec je fyzicky slabý, je nemocný. (Gurková, 2011, s.21- 22)

4.2 Kvalita života s Crohnovou chorobou

Pacienti s Crohnovou chorobou se potýkají s velkými problémy, které ovlivňují kvalitu života. Aktivita nemoci je nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím kvalitu života. Konzervativní i chirurgická léčba má zásadní vliv. Celá řada demografických faktorů, mladší věk, ženské pohlaví, kratší trvání nemoci a kouření negativně ovlivňují kvalitu života. Psychosociální, socioekonomické faktory a kvalita lékařské péče jsou považovány za významné při hodnocení kvality života. Kvalita života pacientů v období, kdy je onemocnění v klidu je srovnatelná s běžnou populací. Zavedení biologické léčby do klinické praxe nejen významně zlepšilo kvalitu života, ale také snížilo počet hospitalizací a chirurgických výkonů. (Gabalec, 2009, s. 16-20)

Na kvalitě života se podle WHO podílí šest oblastí:

- Fyzická kvalita života – indikátorem fyzické kvality života je prožívání bolesti, pracovní schopnosti a pohyb, závislost na lécích, subjektivní hodnocení energie.
- Psychická kvalita života – pro psychickou kvalitu života je indikátorem prožívání pozitivních a negativních emocí, sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu nebo schopnost soustředění se a učení se.

- Nezávislost – indikátory jsou různé omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na léky nebo pomůcky.
- Sociální vztahy – indikátorem pro tuto oblast je subjektivní hodnocení osobních vztahů, sexuálního života a adekvátnost sociální opory.
- Prostředí – indikátory jsou sociální a fyzikální aspekty prostředí (bydlení, okolí, dostupnost zdravotnictví, finanční situace).
- Náboženství a spiritualita – indikátorem je náboženské přesvědčení a spirituální prožívání.

Pokud dojde v životě k velké změně kvůli onemocnění, výrazně se tato změna projeví v kvalitě života u každého člověka. Pokud se zdravotní stav jedince lepší, tím jsou vyšší hodnoty kvality života. Jak už bylo zmíněno, dle WHO je zdraví definováno jako stav úplné psychické, fyzické a sociální pohody. Kvalita života se řadí mezi významnou složku zdraví a považuje se za důležitou část, která má vliv na průběh a výsledek léčby daného onemocnění. (Svitková, 2014)

Faktory, které zvyšují kvalitu života jsou například psychická pohoda, dále je důležitá důvěra k ošetřujícímu lékaři, dostatek informací o onemocnění, zejména zjistit, zda pacient všemu rozumí- tzv. zpětná vazba od pacienta, kontakt s lidmi, kteří jsou také postiženi Crohnovou nemocí, pokud tomu tak není, doporučit různé organizace, které se tímto onemocněním zabývají. Je to například skupina, která se nazývá Pacienti IBD. V této skupině je mnoho informací od léčících se pacientů, ale i od lékařů. Dále je důležité, aby byli dostatečně informovaní i rodinní příslušníci o onemocnění a aktuálním stavu pacienta. Největším faktorem, který má velký vliv na život a kvalitu u pacientů se střevním zánětem, je aktivita nemoci. Pokud se člověk nachází v období klidovém (remisi) mohou lidé vést plnohodnotný život bez striktních omezení, avšak pokud se pacient nachází v aktivním období (relapsu), je důležité dodržovat všechny omezení, a to zejména dietu. S tímto zhoršením přicházejí i různé komplikace a s tím další a další omezení, což znamená, že i toto omezování ubírá na plnohodnotném životě. (Vránová, 2013)

Onemocnění prochází několika stádii, od momentu, kdy se stanoví diagnóza až do doby, než se nemoc dostane do remise. Během této doby dochází k řadě změn souvisejících s Crohnovou chorobou. Vysoké procento pacientů s Crohnovou chorobou dojde až k operativnímu zákroku. Po zákroku nemocný zažívá dlouhotrvající remisi. Samozřejmě závisí na místě, kde onemocnění udeřilo a také jaký typ operace byl využit. Další změny jsou z důvodu

například používané medikace, kdy může dlouhou dobu trvat, než bude nastavena optimální léčba, která bude nemocnému vyhovovat. Mnoho preparátů užívaných pro léčbu Crohnovy choroby mohou mít vedlejší účinky, které způsobují změny v organismu. Léčba má také často vliv na sexuální život. S onemocněním je také spojena bolest, nejen akutní, ale i ta chronická bolest. Proto je důležité, aby pacienti znali způsob, jak se s ní vypořádat. Únava je jedním z nejobtížnějších symptomů Crohnovy choroby. Významným způsobem omezuje pracovní a společenské aktivity a brání ve zvládnání každodenních činností. Pacienti často udávají, že právě stavy vyčerpanosti jsou důsledkem špatného psychického stavu lidí postižených IBD. (EFCCA, 2012)

Důležité je si uvědomit, že pacienti s touto chorobou chtějí pokračovat ve svém životě jako před onemocněním, chtějí mít tu možnost návratu do života před nemocí. Je nutné si uvědomit, že mají úplně jiné problémy než před vypuknutím nemoci, které přispívají k nepohodlí, jak fyzickému, tak psychickému i sociálnímu. Mají například gastrointestinální potíže, což znamená, že tento problém se dotýká jak fyzické, ale i psychické stránky samotného člověka. Bohužel velký dopad těchto problémů samotného člověka to má i na pohodu rodiny, blízkých či kamarádů. Nejsou to jenom problémy gastrointestinální, ale například pacienti musí náhle v noci na toaletu, což znamená, že tento problém způsobuje spánkovou deprivaci a má dopad na jejich práci či společenský život. Lidé trpící Crohnovou chorobou mají nekontrolovatelné změny tělesné hmotnosti kvůli užívání kortikoidů, tím se mění i jejich vzhled, a to má poté velký dopad na jejich sebevědomí. Dále se objevují kožní problémy – akné, vyrážky. Tito pacienti mají strach a pocit nejistoty z důvodu komplikací, či dopad dlouhodobého užívání léků na jejich tělo. Mají obavy z toho, že neví, zda léčba bude fungovat a největší strach mají z možné operace a stomie, která může vzniknout. Co se týče psychologických aspektů, důležité je zmírnit stres a zajistit psychickou podporu, jelikož stres zhoršuje průběh onemocnění – vznikají křeče v břiše nebo náhlé nutkání na stolicí. Vysvětlit těmto pacientům důležitost sdílení zkušeností s jinými pacienty trpící touto nemocí. Nejdůležitějším aspektem pro pacienty při jejich léčbě je, že je potřeba jejich symptomy léčit či potlačit a uvést pacienta co nejdříve do stavu remise na co nejdélejší dobu. Pacienti se chtějí vyhnout operaci a případnému vzniku stomie. Pacienti chtějí zlepšit kvalitu života. To pro ně znamená například to, aby méně často navštěvovali toalety a vyhnuli se náhlému nutkání na toaletu. Je důležité, aby se snížil dopad jejich symptomů na pracovní a společenský život a největší nutností je potřeba zlepšit a zvýšit psychologickou podporu pro nemocné. (EFCCA, 2022)

4.3 Nástroje měření kvality života

Pojem kvalita není absolutní, ale naopak relativní kategorií, jelikož může být vyjádřena jak kvantitativními, tak i kvalitativními indikátory kvality. Kvalitativní indikátory vycházejí z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje. Do tohoto systému jsou zařazené indikátory například rozhovor, naopak kvantitativní indikátory jsou objektivní a lze je měřit, do těchto indikátorů patří například dotazník. (Gurková, 2011, s. 21)

Nástroje pro měření kvality jsou výsledkem snahy o co nejpřesnější identifikaci faktorů, které ovlivňují kvalitu života pacientů. Tyto nástroje hodnotí faktory, které bezprostředně souvisí s konkrétním onemocněním a hodnotí v rámci dotazníků například oblast symptomatologie. Prostřednictvím specifických nástrojů pro měření kvality není možné hodnotit všeobecné oblasti, které určují celkovou kvalitu života. Dotazníky obsahují specifické domény, které vycházejí z podmínek vlivu a požadavků konkrétního onemocnění a dosahují větší citlivosti na informace konkrétního onemocnění. Pro hodnocení kvality života u pacientů s chorobami gastrointestinálního traktu byly vytvořeny specifické dotazníky HRQoL. V této skupině dotazníků můžeme najít dvě skupiny dotazníků. První skupina jsou dotazníky zaměřené pro pacienty s virovou hepatitidou. Druhá skupina je zaměřena právě pro pacienty s nespecifickými záněty střev. Nejčastějším používaným dotazníkem je IBDQ – Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. Tento dotazník se zabývá čtyřmi oblastmi. První je střevní oblast, která se zaměřuje na problematiku daného onemocnění, v tomto případě Crohnova choroba, dále pak systémová, emocionální a sociální oblast. (Gurková, 2011, s.149, 158-159)

K hodnocení kvality života by se mělo přistupovat holisticky a komplexně. Není vhodné se zaměřovat pouze na pacienta a jeho onemocnění, ale i na rodinné příslušníky a celé jeho blízké prostředí. (Svitková, Kober, 2014)

4.3.1 Dotazník IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire)

Dotazník Inflammatory Bowel Disease Questionnaire – IBDQ byl vytvořen v Kanadě v roce 1988 na McMaster University. Tento dotazník se používá nejčastěji pro hodnocení kvality života pro dospělé pacienty s Crohnovou chorobou. Další jeho modifikované verze jsou například IBDQ-36, IBDQ-9 nebo The Rating Form of IBD Patient Concerns (RFIPC) a spousta dalších. Všechny tyto dotazníky byly vytvořeny v Severní Americe nebo v Evropě. Rozdíly mezi nimi jsou zejména počty a charakteristiky domén, počty otázek, hodnotící škály

nebo rozsah hodnotícího skóre. Co je důležité, tak většina z těchto dotazníků může vyplnit sám pacient. (Xin-Lin Chen et al., 2017)

IBDQ dotazník, je specifický dotazník, který je zaměřený zejména na hodnocení kvality života souvisejících se zdravím v posledních dvou týdnech u nemocných s idiopatickými střevními záněty. Na vytvoření dotazníku se podíleli autoři – Gordon Guvatt, Jan Irvin, Alba Dicenso at al. na McMaster University, jak už bylo zmiňováno. Tento dotazník je celosvětově licencován a je přeložen do 115 jazyků, včetně českého. Originálním jazykem je angličtina. (McMaster University, 2019)

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

V této části bakalářské práce je popsán kvantitativní průzkum této problematiky. Dále v této části je popsána metodika sběru dat od respondentů, charakteristika samotných respondentů a kritéria pro sběr dat. Dále jsou zde popsány výsledky ze sběru dat, kdy výsledky jsou zobrazeny pomocí grafu a pod každým grafem je krátké shrnutí.

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

- 1) Jak ovlivňuje Crohnova choroba pacienty v každodenním životě? (zaměstnání, škola...)
- 2) Jak ovlivňuje Crohnova choroba pacienty při fyzické zátěži? (běhání, plavání...)
- 3) Jak ovlivňuje Crohnova choroba pacienty v psychické oblasti?
- 4) Jak ovlivňuje Crohnova choroba pacienty v sociálních vztazích? (rodina, partnerský vztah...)
- 5) Jak pacienti hodnotí svou kvalitu života?

5 Metodika průzkumu

Ke sběru dat bylo využito dotazníkového šetření. Byl zvolen kvantitativní způsob zpracování. Dotazník jsem použila vlastní tvorby inspirovaný standardizovaným dotazníkem Inflammatory bowel disease questionnaire – IBDQ (viz příloha A).

5.1 Metoda sběru dat

Jak už bylo zmíněno výše, k hodnocení kvality života byl použit dotazník, který je inspirovaný standardizovaným dotazníkem pro nespecifické střevní záněty – Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). Byl vytvořen mnou a skládal se z 30 otázek. Otázky byly zaměřeny na kvalitu života u respondentů s tímto onemocněním. Většina otázek v dotazníku byly uzavřené, ale objevily se i polouzavřené. U uzavřených otázek bylo na výběr vždy ze čtyř možností odpovědi a zvolit se mohla pouze jedna odpověď. U otázek typu polouzavřených byla vždy jako poslední možnost napsána jiná odpověď a respondent si mohl svou odpověď dopsat, pokud se mu ani jedna z vypsaných možností nevyhovovala. V dotazníku se objevila i jedna otázka tzv. škálová otázka. U těchto možností otázek si respondent vybírá z bodů. Většinou jsou to body od 1 až do 5. Tuto možnost odpovědi jsem použila u otázky, jak hodnotí svou kvalitu života s Crohnovou chorobu. (Chráska, 2016, s. 160)

Otázky se zaměřovaly na každodenní život respondenta, jak zvládají denní aktivity, zda přizpůsobují aktivity svému onemocnění, jak dlouho se léčí a jakou léčbu užívají a zda dodržují jídelníček. Na konci tohoto dotazníku jsem použila tři identifikační otázky. Zaměřovaly se na pohlaví respondenta, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání respondenta. Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní a vyplnění bylo dobrovolné. Zároveň vyplněním tohoto dotazníku udělili souhlas ke zpracování jejich odpovědí a zařazení do průzkumu v mé bakalářské práci. Tyto informace byli uvedeny i v úvodní části rozdaného i elektronického dotazníku.

5.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Do průzkumného šetření byli zařazeni pacienti, kteří trpí Crohnovou nemocí. Kritériem pro možnost vyplnění dotazníku byli respondenti ve věku od 20 do 30 let a dobrovolný souhlas s vyplněním dotazníku a následným zpracováním do bakalářské práce. Jak už bylo zmíněno výše, tyto informace byli uvedeny v úvodní části dotazníku. U možnosti, kdy byl dotazník

tištěný jsem ho získala navrácením dotazníku, který byl vyplněný a u možnosti elektronického dotazníku mi byl udělen souhlas zpětným odesláním.

Formy sběru dotazníků byly dvě. První forma byla v tištěné verzi, který byl rozdán mým blízkým a kamarádům, které se s touto nemocí trápí a následně byl vybrán a výsledky zpracovány. Těchto dotazníků v tištěné verzi bylo 21. Jako druhá forma sběru byla elektronická. Tato verze byla odeslána přes internet do skupiny na sociální síti, ve které jsou pacienti s tímto onemocněním. Tato skupina funguje už několik let a pomáhá tak nemocným, předávají si zde užitečné informace a rady. Odkaz na dotazník byl zaslán správci skupiny, který ho distribuoval respondentům. Zde bylo posbíráno 86 dotazníků. Po sečtení se vrátilo 107 vyplněných dotazníků, které byli platné a splňovali předem určená kritéria. Průzkumného šetření se tedy zúčastnilo 107 respondentů. Z tohoto celkového počtu bylo 89 žen a 19 mužů.

5.3 Realizace průzkumu

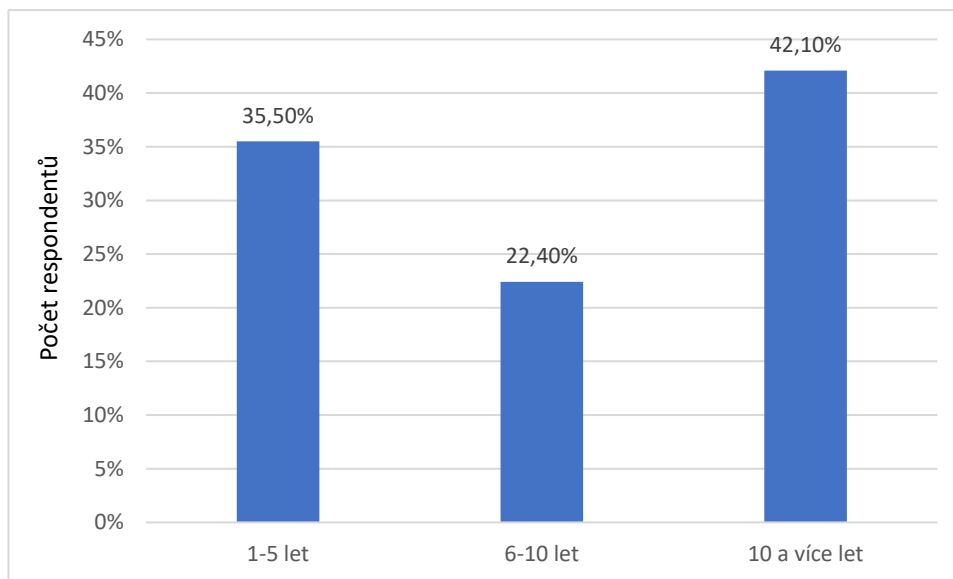
Po vytvoření a následném schválení dotazníku bylo rozdáno prvních pět dotazníků, tzv. pilotní šetření, blízkým osobám, které touto nemocí trpí, pro zjištění zpětné vazby od respondentů. Zda otázkám rozumí, zda jsou dobře položené, či zda jsou otázky srozumitelné a jednoznačné. Po zpětné vazbě bylo ještě pár otázek upraveno a po dalším schválení bylo zahájeno samotné průzkumné šetření. Bylo uskutečněno na podzim v roce 2021, konkrétně v listopadu.

Po návratu rozdaných dotazníků byly všechny zkontrolovány, zda jsou vyplněny správně a zda je vyplněno všechno, co má. Poté se data sečetla a k těmto datům byla přidána i data z odeslaných dotazníků v elektronické podobě. Takže konečný výsledek, jak už bylo uvedeno výše, je 107 dotazníků, respektive respondentů.

6 Výsledky

Výsledky dotazníkového šetření jsou popsány pomocí sloupcových grafů, které byly vytvořeny v programu Microsoft Excel a Word, kdy pod každým grafem jsou shrnuté výsledky do krátkého komentáře. Údaje jsou vyjádřeny v relativní četnosti v procentech (%).

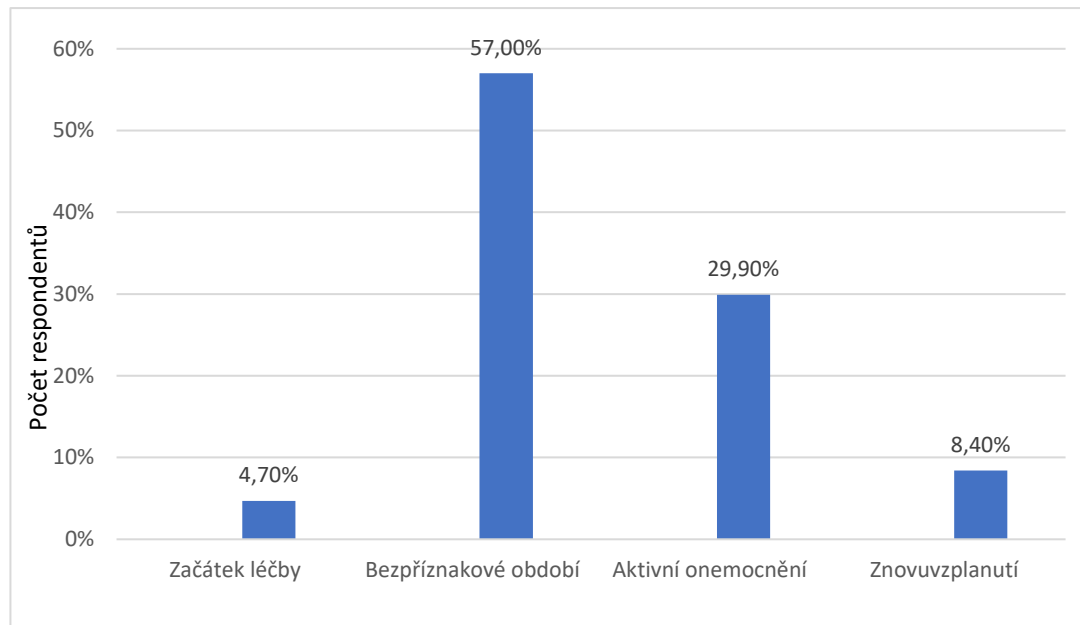
Otázka č. 1. Jak dlouho se léčíte s Crohnovou chorobou?



Obrázek 1 Graf zobrazující délku léčby respondenta

Jako první otázka dotazníkového šetření se dotazovala respondentů, jak dlouho už podstupují léčbu. Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) se 1-5 let léčí 38 respondentů (35,5 %), 6– 10 let trvá léčba u 24 respondentů (22,4 %) a 10 a více let užívá léčbu 45 respondentů (42,1 %).

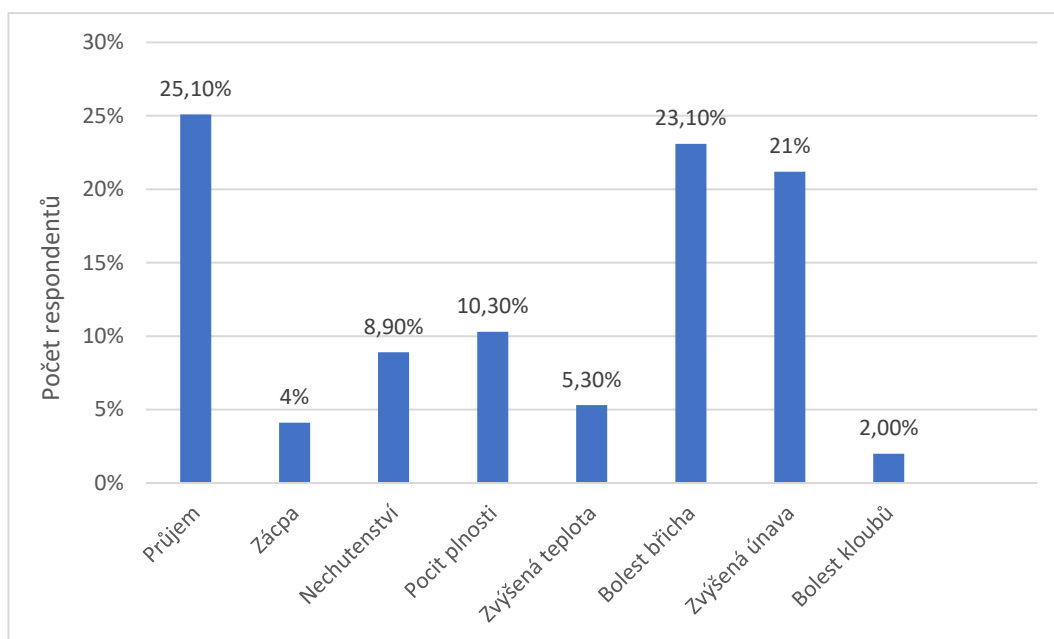
Otázka č. 2. V jakém stádiu se dle příznaků onemocnění právě nacházíte?



Obrázek 2 Graf zobrazující nynější stádium onemocnění

Z grafu č. 2 vyplývá, v jakém stádiu se nyní respondenti nacházejí. Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) odpovědělo 5 respondentů (4,7 %), kteří jsou na začátku léčby, v bezpriznakovém období se nyní nachází 61 respondentů (57 %). Naopak v aktivním období, kdy se objevují příznaky onemocnění se nachází 32 respondentů (29,9 %) a u 9 (8,4 %) respondentů došlo k relapsu neboli znovuvzplanutí onemocnění.

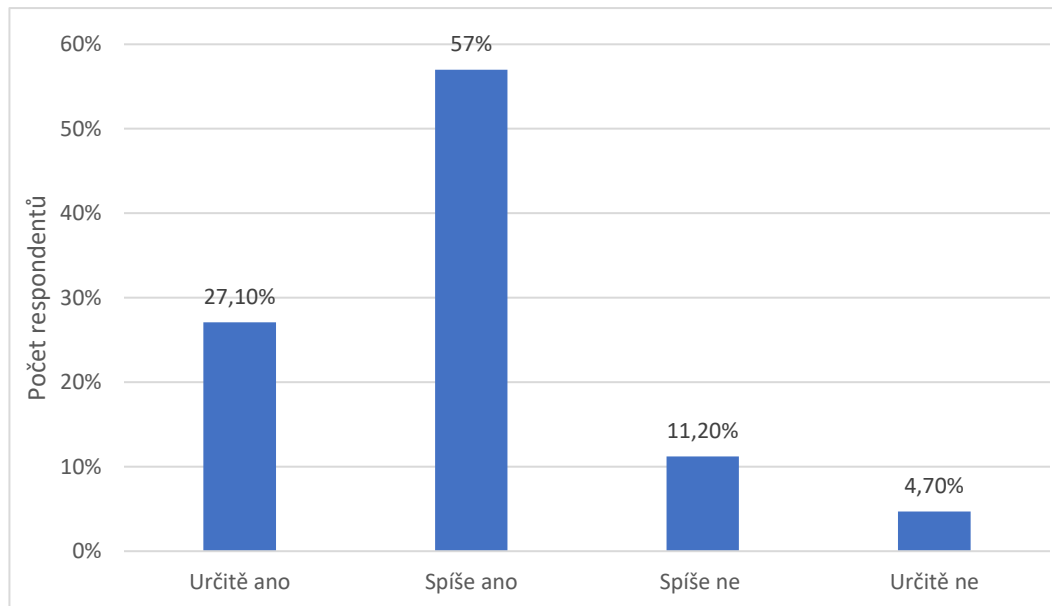
Otázka č. 3. Jaké jsou Vaše nejčastější projevy nemoci?



Obrázek 3 Graf zobrazující nejčastější projevy onemocnění

Z obrázku č. 3 je patrné, jaké jsou nejčastější příznaky respondentů. Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) je jako jeden z prvních, nejčastěji označován příznak průjem. Ten se objevuje u 90 respondentů (25,1 %). Dále se objevuje zácpa, ta se objevuje u 15 respondentů (4 %), dále nechutenství u 32 respondentů (8,9 %). Dalším příznakem u respondentů se objevuje pocit plnosti. Označen byl 37 respondenty (10,3 %). Zvýšená teplota se objevuje u 19 respondentů (5,3 %). Dalším častým příznakem se objevuje bolest břicha. Tento příznak označilo 83 respondentů (23,1 %) a zvýšená únava se objevuje u 76 respondentů (21 %). Jako posledním příznakem se objevuje bolest kloubů. Tento příznak označilo 7 respondentů (2 %).

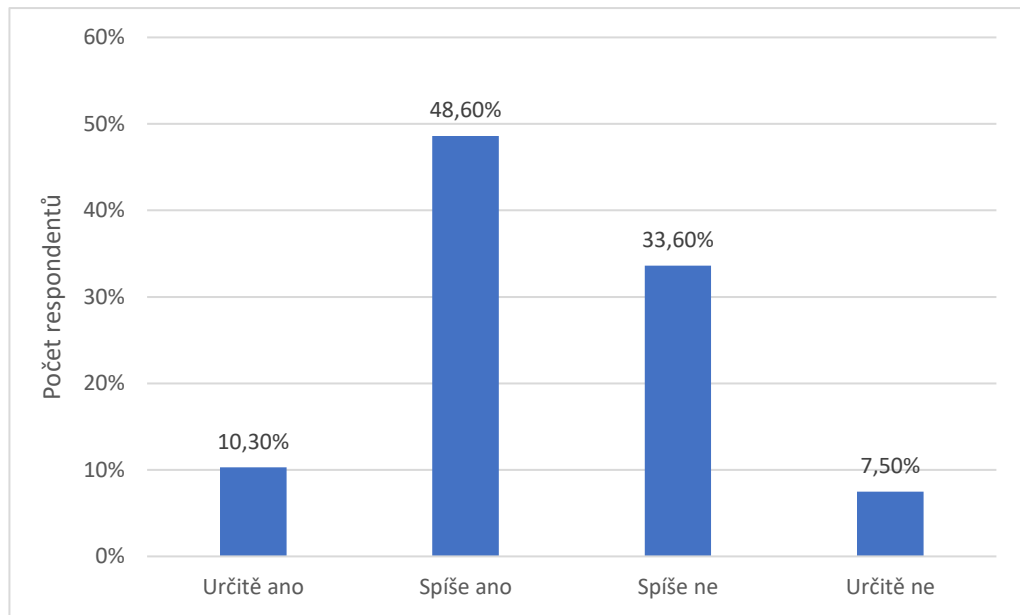
Otázka č. 4. Jste schopen/ schopna vykonávat každodenní aktivity – své zaměstnání, škola, nákupy potravin...?



Obrázek 4 Graf zaměřen na zvládnutí lehkých každodenních aktivit

Otázka č. 4 se zaměřuje na zvládnutí každodenních lehkých aktivit a z grafu je patrné, jak respondenti odpovídali. Průzkumného šetření se zúčastnilo 107 (100 %). Z tohoto celkového počtu označilo 29 respondentů (27,1 %) odpověď určitě ano. Odpověď spíše ano označilo 61 respondentů (57 %). Předposlední možnost, spíše ne, označilo 12 respondentů (11,2 %) a odpověď určitě ne označilo 5 respondentů (4,7 %).

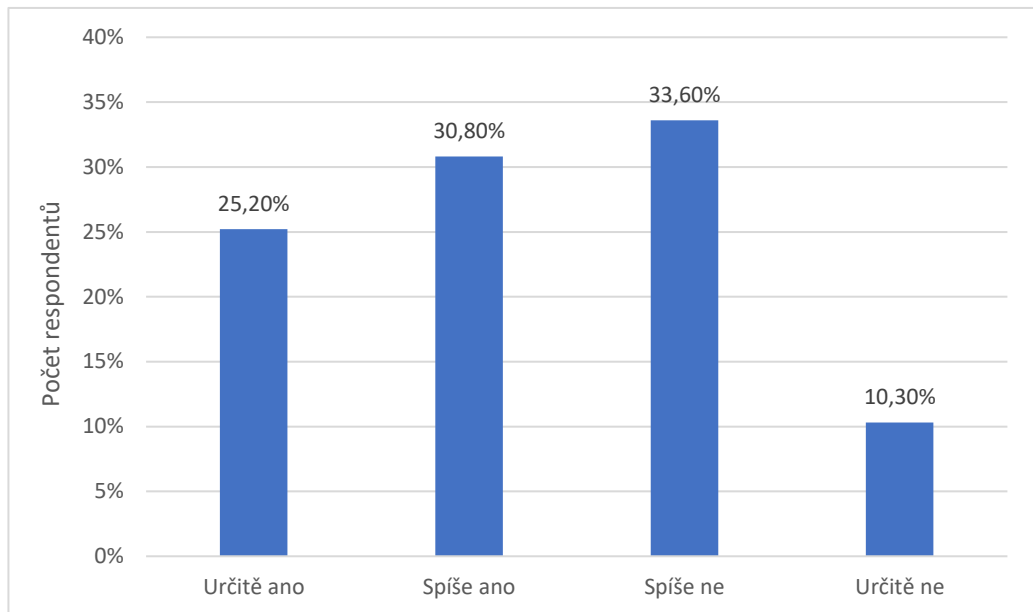
Otázka č. 5. Jste schopen/ schopna vykonávat těžší denní aktivity – práce na zahradě (okopávání záhonů, sečení trávy, hrabání listí, štípaní dřeva...)?



Obrázek 5 Graf zaměřen na zvládnutí těžších denních aktivit

Z grafu č. 5 je patrné, jak respondenti zvládají každodenní těžší aktivity. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) označilo odpověď určitě ano 11 respondentů (10,3 %), možnost spíše ano označilo nejvíce respondentů 52 (48,6 %), odpověď spíše ne označilo 36 respondentů (33,6 %) a určitě ne označilo 8 respondentů (7,5 %).

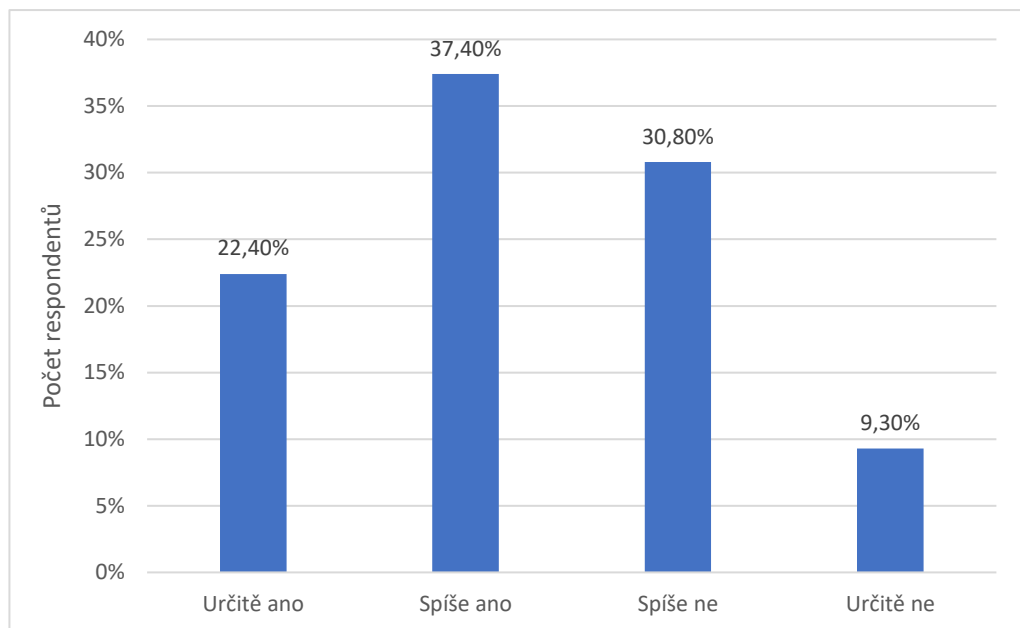
Otázka č. 6. Omezuje Vás onemocnění v indoorovém sportu – vnitřní sporty (cvičení v posilovně, jóga, plavání, spinning, zumba...)?



Obrázek 6 Graf zaměřující se na omezení v indoorových sportech

Z grafu č. 6 se dozvídáme, zda respondenty onemocnění omezuje v indoorových sportech. Ze 107 respondentů (100 %) označilo odpověď určitě ano 27 respondentů (25,2 %), spíše ano označilo 33 respondentů (30,8 %), odpověď spíše ne označilo 36 respondentů (33,6 %) a určitě ne označilo 11 respondentů (10,3 %).

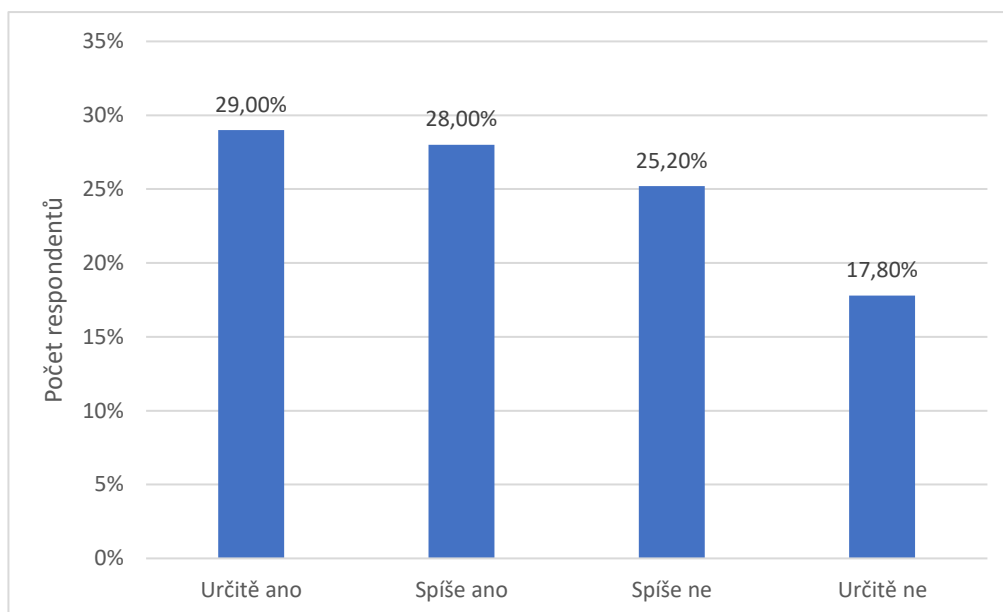
Otázka č. 7. Omezuje Vás onemocnění v outdoorovém sportu – venkovní sport (jízda na kole, běh, in-line bruslení, bruslení...)?



Obrázek 7 Graf zaměřující se na omezení v outdoorových sportech

Graf č. 7 se zaměřuje na omezení respondentů v outdoorových sportech. Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) odpovědělo určitě ano 24 respondentů (22,4 %), spíše ano odpovědělo 40 respondentů (37,4 %). Možnost spíše ne označilo 33 respondentů (30,8 %) a určitě ne označilo 10 respondentů (9,3 %).

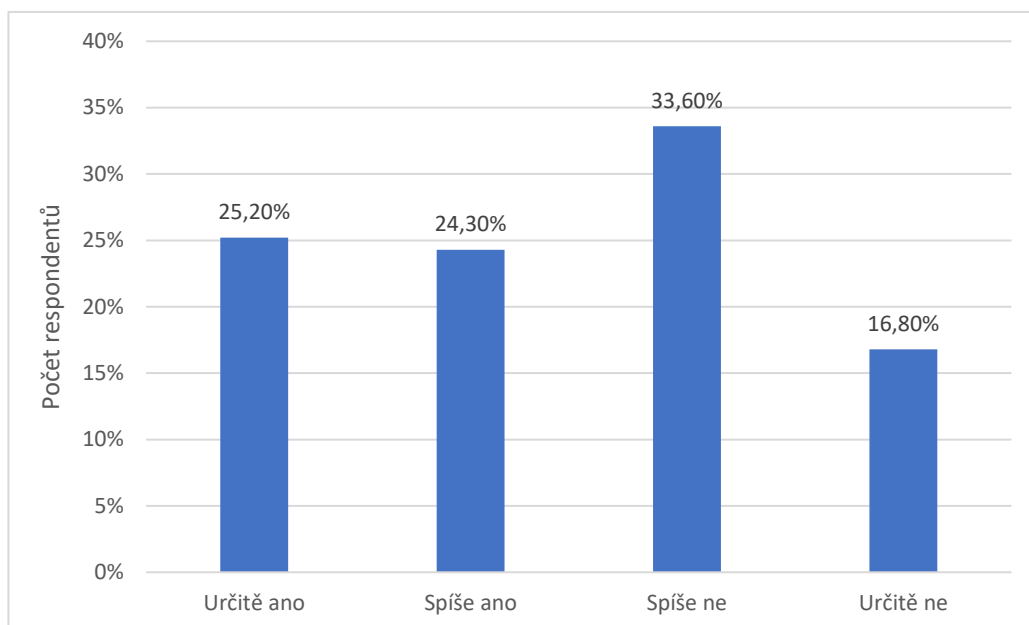
Otázka č. 8. Omezuje Vás onemocnění ve společenském životě – občerstvení ve fastfoodu, každodenní nákupy potravin, jízda v MHD...? (krátkodobé aktivity)



Obrázek 8 Graf zobrazující omezení ve společenském životě (krátkodobé aktivity)

U tohoto grafu č. 8 se dozvídáme, zda respondenty onemocnění omezuje ve společenském životě z pohledu krátkodobých aktivit. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) označilo odpověď určitě ano 31 respondentů (29 %), odpověď spíše ano uvedlo 30 respondentů (28 %), možnost spíše ne označilo 27 respondentů (25,2 %) a možnost určitě ne uvedlo 19 respondentů (17,8 %).

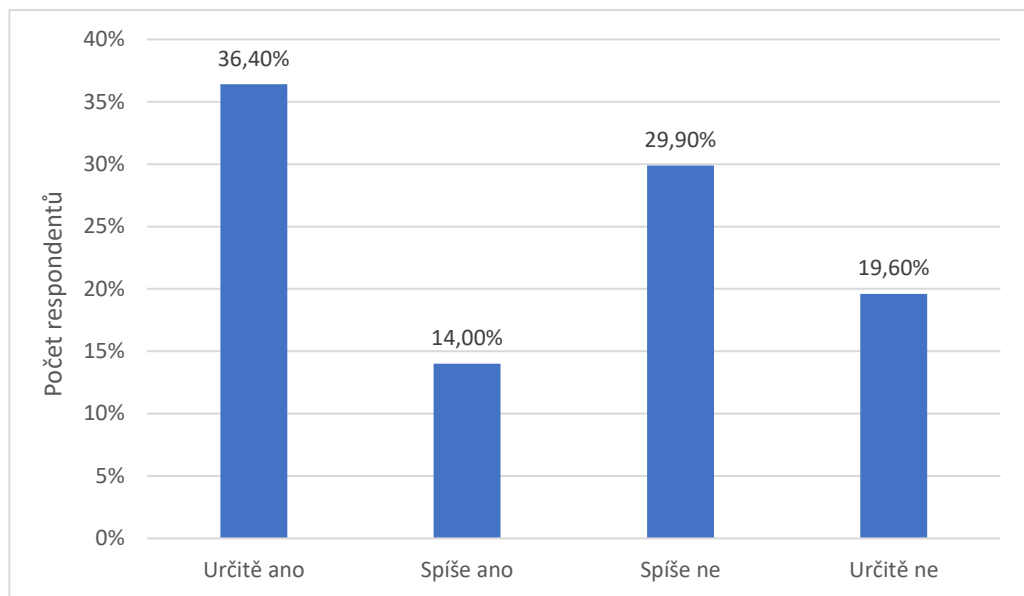
Otázka č. 9. Omezuje Vás onemocnění ve společenském životě – návštěva kina, divadla, restaurace, nákupy, dlouhé cesty v autě...? (dlouhodobé aktivity)



Obrázek 9 Graf zobrazující omezení ve společenském životě (dlouhodobé aktivity)

Otázka č. 9 se zaměřovala na omezení ve společenském životě z hlediska dlouhodobých aktivit u respondentů. Z můžeme vyčíst, že z celkového počtu 107 respondentů (100 %) odpovědělo určitě ano 27 respondentů (25,2 %). Možnost spíše ano označilo 26 respondentů (24,3 %). Odpověď spíše ne označilo 36 respondentů (33,6 %) a jako poslední možnost určitě ne označilo 18 respondentů (16,8 %).

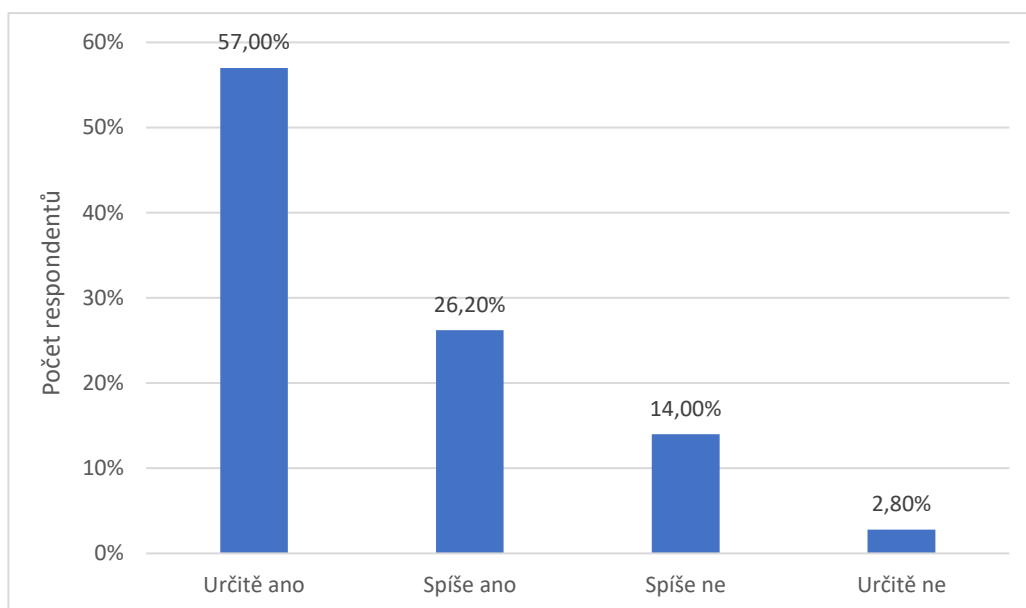
Otázka č. 10. Přemýšlel/a jste někdy nad tím, že budete muset změnit zaměstnání kvůli onemocnění?



Obrázek 10 Graf zobrazující úvahu o změně zaměstnání

Obrázek č. 10 nám ukazuje, zda respondenti přemýšleli o změně zaměstnání kvůli tomuto onemocnění. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) označilo odpověď určitě ano 39 respondentů (36,4 %). Možnost spíše ano označilo 15 respondentů (14 %). Odpověď spíše ne označilo 32 respondentů (29,9 %) a poslední možnost určitě ne označilo 21 respondentů (19,6 %).

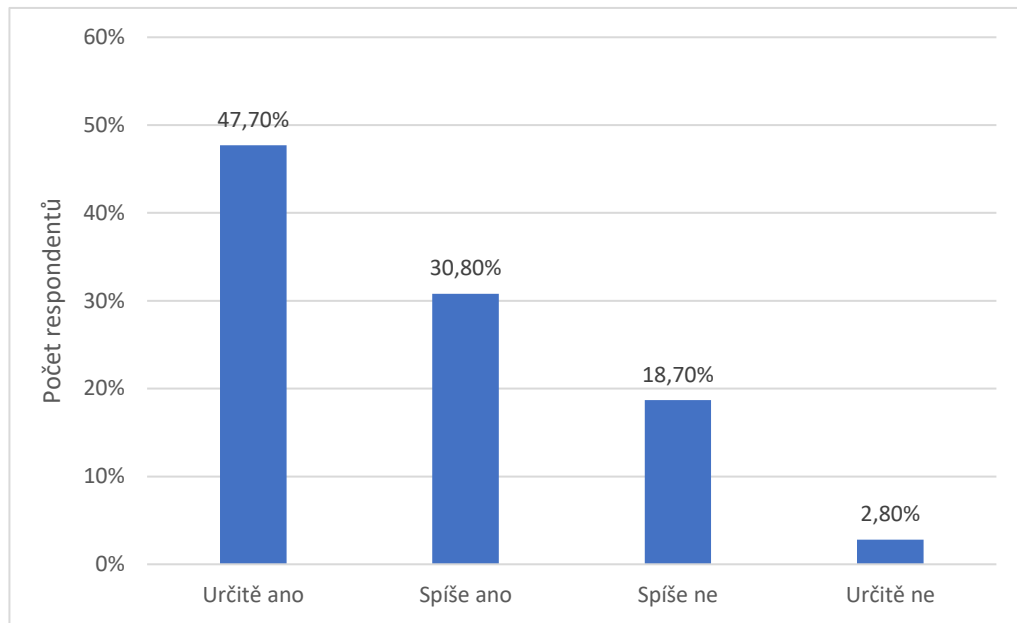
Otázka č. 11. Ovlivňuje Vaše stravování průběh onemocnění?



Obrázek 11 Graf zobrazující vliv stravování na průběh onemocnění

Z obrázku č. 11 je patrné, že respondenty ovlivňuje jejich stravování průběh onemocnění. Z celkového počtu účastněných průzkumného šetření 107 respondentů (100 %) označilo odpověď určitě ano 61 respondentů (57 %), spíše ano označilo 28 respondentů (26,2 %), spíše ne odpovědělo 15 respondentů (14 %) a určitě ne označili 3 respondenti (2,8 %).

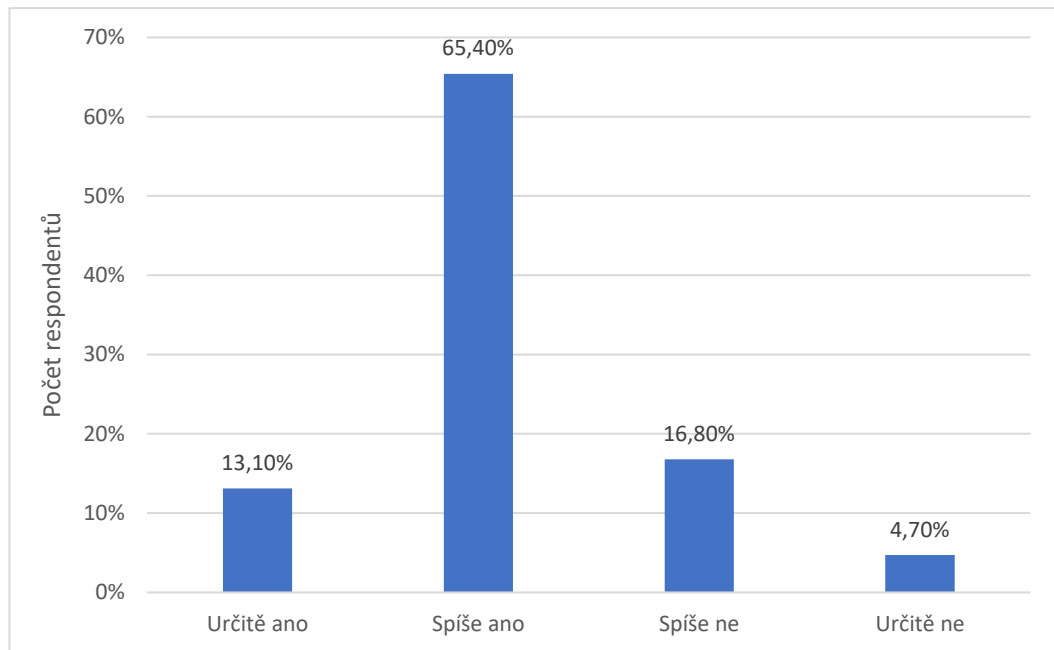
Otázka č. 12. Musel/a jste kvůli nemoci změnit jídelníček (oproti starému)?



Obrázek 12 Graf zobrazující změnu jídelníčku kvůli onemocnění

Obrázek č. 12 nám ukazuje, zda pacienti museli změnit jídelníček kvůli onemocnění. Ze 107 respondentů (100 %) odpovědělo určitě ano 51 respondentů (47,7 %), 33 respondentů (30,8 %) odpovědělo spíše ano, odpověď spíše ne označilo 20 respondentů (18,7 %) a poslední možnost určitě ne označili 3 respondenti (2,8 %).

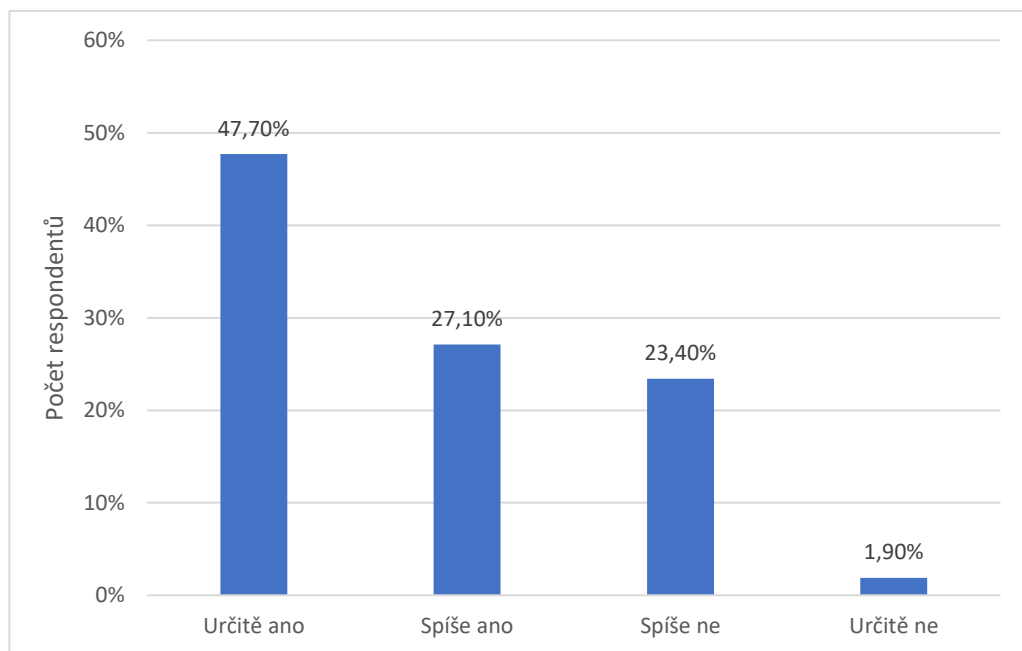
Otázka č. 13. Dodržujete svůj jídelníček?



Obrázek 13 Graf o dodržování jídelníčku

Z obrázku č. 13 můžeme vyčíst, zda pacienti dodržují svůj jídelníček. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) odpovědělo určitě ano 14 respondentů (13,1 %), nejčastější odpověď spíše ano označilo 70 respondentů (65,4 %), spíše ne označilo 18 respondentů (16,8 %) a poslední možnost určitě ne označilo 5 respondentů (4,7 %).

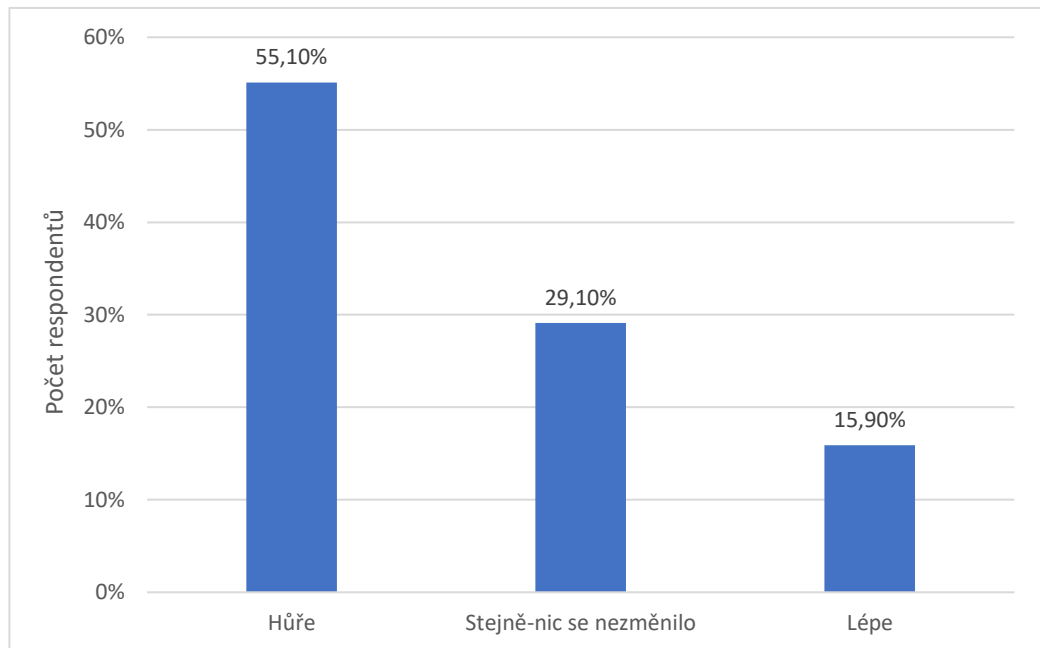
Otázka č. 14. Ovlivnila Vás nemoc po psychické stránce?



Obrázek 14 Graf zobrazující vliv nemoci na psychickou stránku respondenta

Z obrázku č. 14 můžeme zjistit, zda onemocnění ovlivnilo psychickou stránku respondenta. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) odpovědělo určitě ano 51 respondentů (47,7 %), možnost spíše ano odpovědělo 29 respondentů (27,1 %), odpověď spíše ne označilo 25 respondentů (23,4 %) a poslední možnost určitě ne označili 2 respondenti (1,9 %).

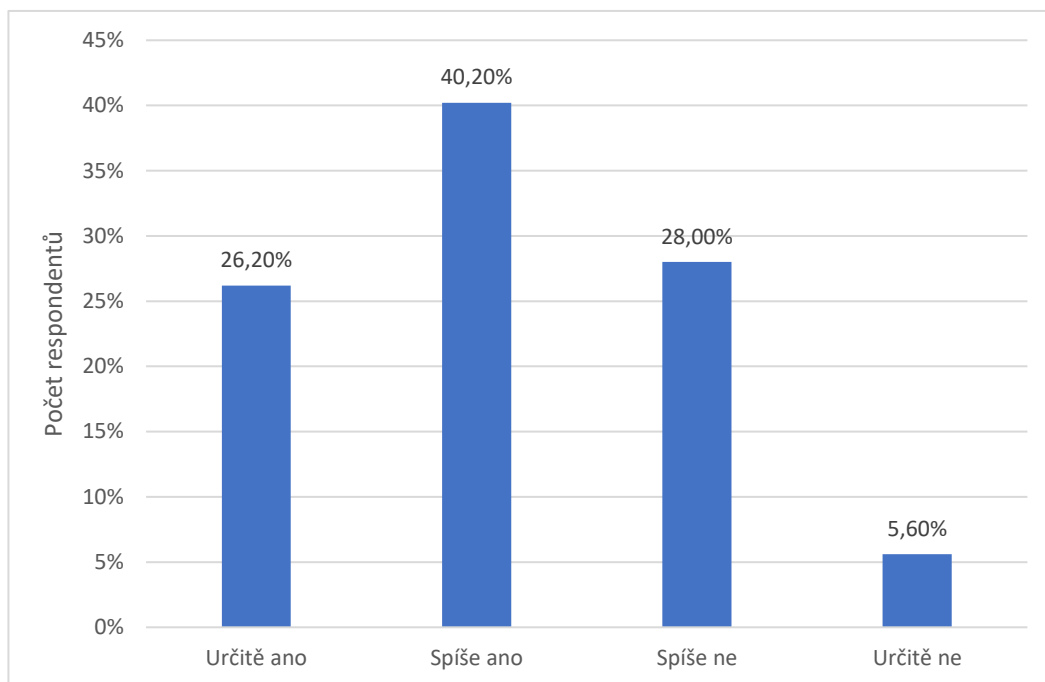
Otázka č. 15. Jak vnímáte své vlastní tělo – v porovnání před onemocněním a v současné době s onemocněním?



Obrázek 15 Graf zobrazující vnímání vlastního těla – v porovnání před onemocněním a v současné době

Otázka č. 15 se zaměřovala na vnímání vlastního těla v porovnání před onemocněním a nyní s onemocněním. Z grafu je patrné, že respondenti vnímají své tělo hůře než před onemocněním. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) označilo možnost hůře 59 respondentů (55,1 %), možnost stejně – nic se nezměnilo označilo 31 respondentů (29,1 %) a poslední možnost lépe označilo 17 respondentů (15,9 %).

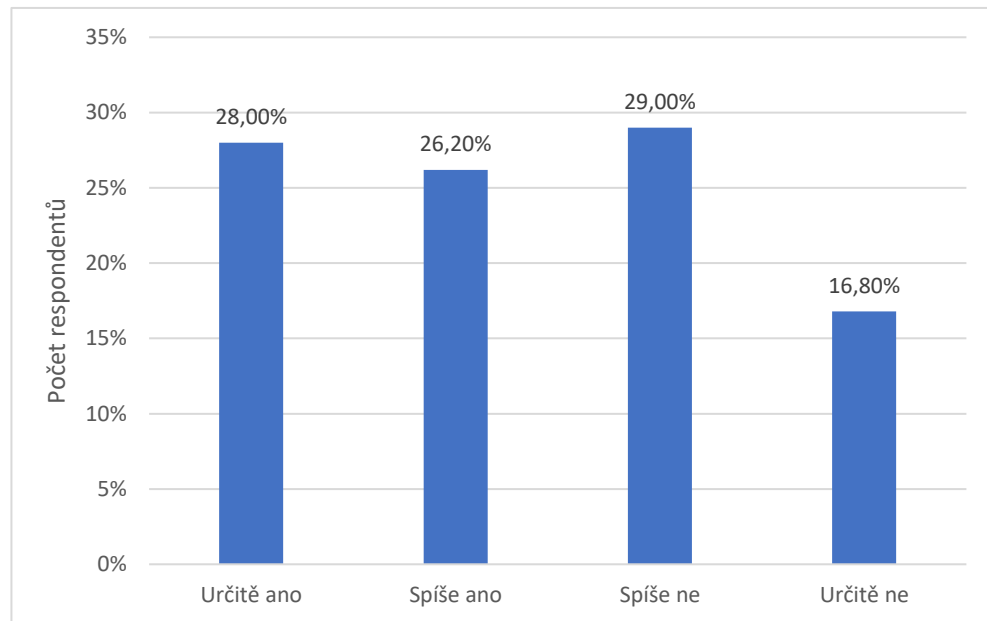
Otázka č. 16. Máte rádi sebe samotného více než před onemocněním?



Obrázek 16 Graf zobrazující lásku k sobě samému – v porovnání před onemocněním a v současné době

Otázka č. 16 se tázala respondentů, zda se mají rádi v současné době více než před onemocněním, zda si teď sebe váží více. Z celkového počtu průzkumného šetření 107 respondentů (100 %) odpovědělo určitě ano 28 respondentů (26,2 %), možnost spíše ano odpovědělo nejvíce respondentů a to 43 (40,2 %), odpověď spíše ne označilo 30 respondentů (28 %). Poslední možnost určitě ne označilo 6 respondentů (5,6 %).

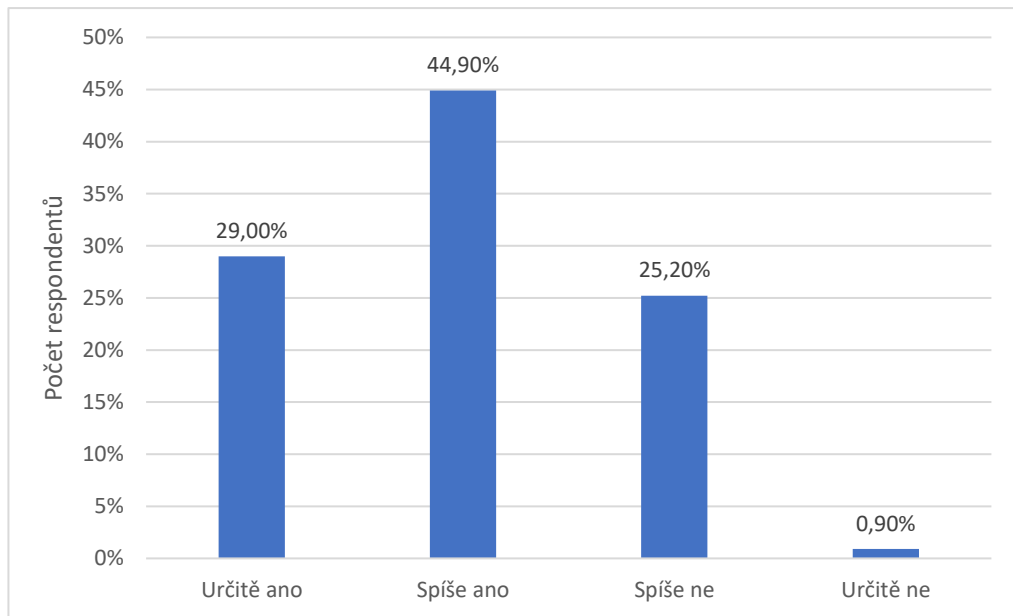
Otázka č. 17. Omezuje Vám onemocnění spánek?



Obrázek 17 Graf zobrazující omezení spánku kvůli onemocnění

Z obrázku č. 17 můžeme přečíst, zda jim onemocnění nějak narušilo spánek. Ze 107 respondentů (100 %) odpovědělo určitě ano 30 respondentů (28 %), spíše ano odpovědělo 28 respondentů (26,2 %), možnost spíše ne označilo 31 respondentů (29 %) a určitě ne označilo 18 respondentů (16,8 %).

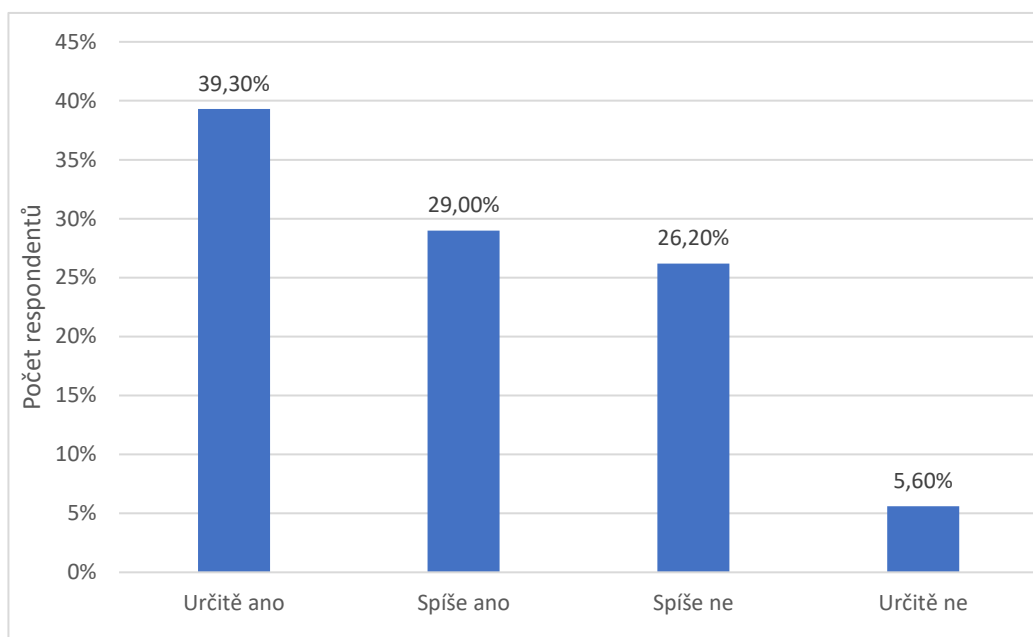
Otázka č. 18. Je pro Vás onemocnění velkou zátěží?



Obrázek 18 Graf zobrazující zátěž onemocnění pro respondenta

Z obrázku č. 18 můžeme přečíst, zda pro respondenty je onemocnění velkou zátěží. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) odpovědělo určitě ano 31 respondentů (29 %), spíše ano označilo 48 respondentů (44,9 %), možnost spíše ne označilo 27 respondentů (25,2 %) a poslední možnost určitě ne označil 1 respondent (0,9 %).

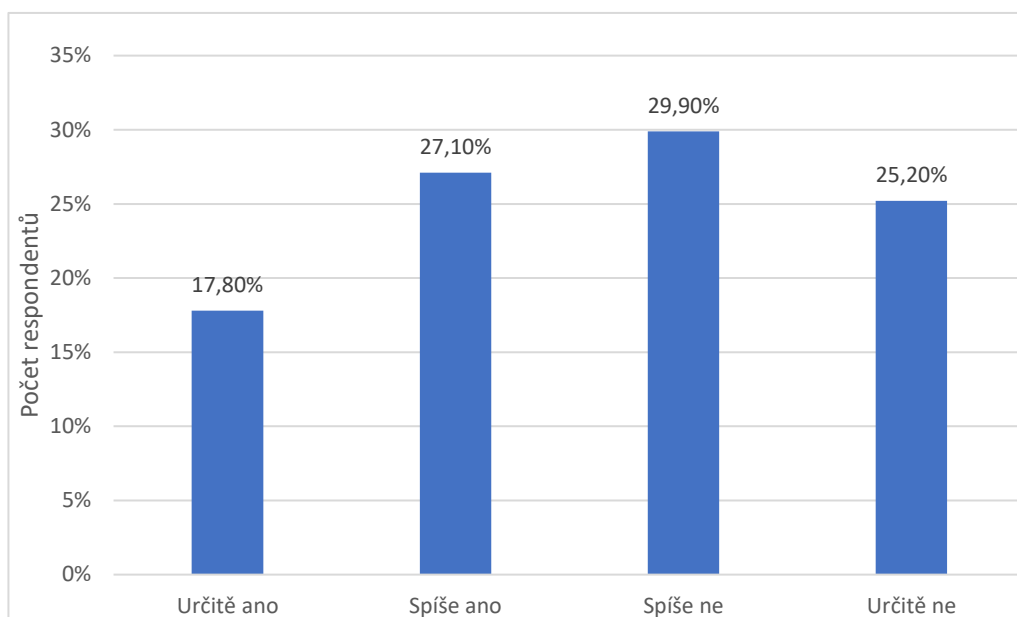
Otázka č. 19. Cítíte se ve stresu více než před vypuknutím nemoci?



Obrázek 19 Graf zobrazující, zda je respondent více ve stresu v porovnání před onemocněním a v současné době

Obrázek č. 19 nám ukazuje, zda se respondent cítí více ve stresu než před vypuknutím onemocnění. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) označilo určitě ano nejvíce respondentů a to 42 (39,3 %). Možnost spíše ano označilo 31 respondentů (29 %), možnost spíše ne označilo 28 respondentů (26,2 %) a poslední možnost určitě ne označilo 6 respondentů (5,6 %).

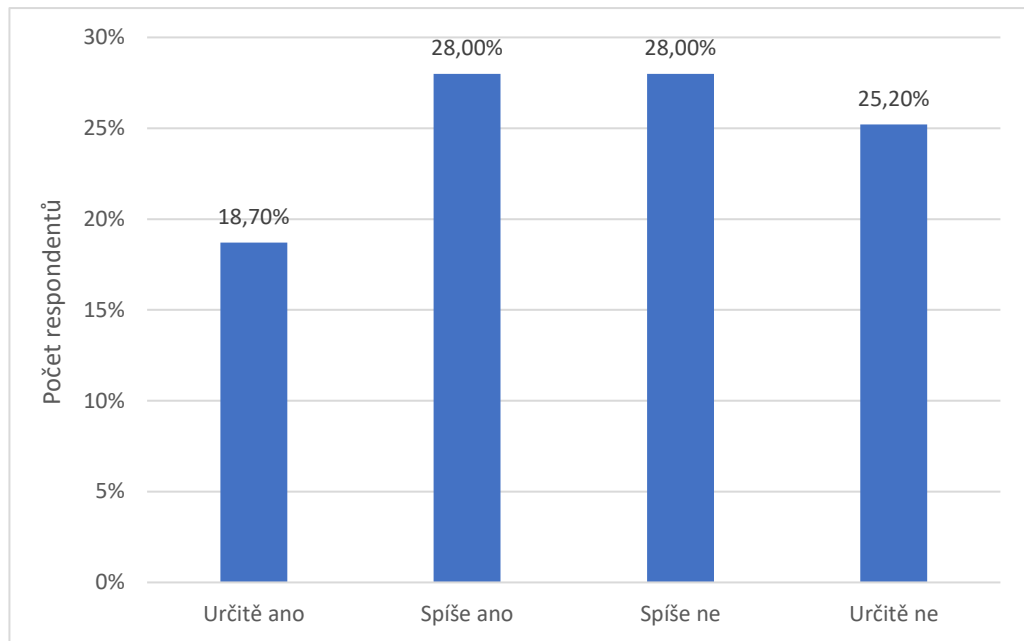
Otázka č. 20. Ovlivnilo Vám onemocnění partnerský život?



Obrázek 20 Graf zobrazující vliv onemocnění na partnerský život

Na obrázku č. 20 je graf, který nám ukazuje, zda onemocnění ovlivnilo respondentovi partnerský život. Ze 107 respondentů (100 %) označilo určitě ano 19 respondentů (17,8 %), odpověď spíše ano označilo 29 respondentů (27,1 %), možnost spíše ne označilo nejvíce respondentů a to 32 (29,9 %) a poslední možnost určitě ne označilo 27 respondentů (25,2 %).

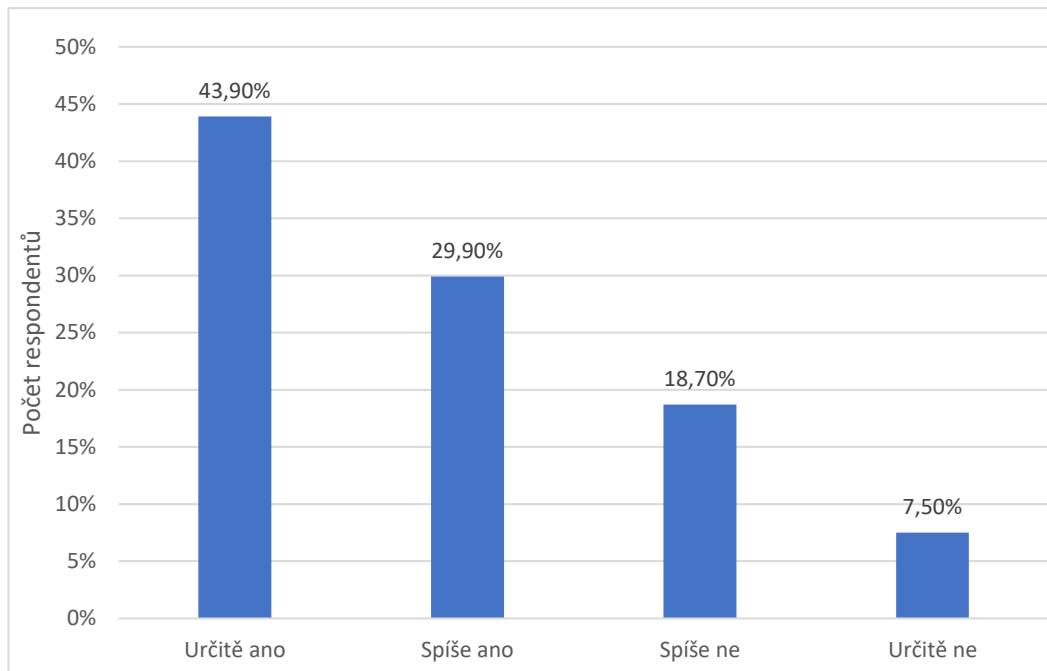
Otázka č. 21. Ovlivnilo Vám onemocnění sexuální život?



Obrázek 21 Graf zobrazující vliv onemocnění na sexuální život

Na obrázku č. 21 je graf, který nám zobrazuje, zda onemocnění ovlivnilo jejich sexuální život. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) odpovědělo určitě ano 20 respondentů (18,7 %), spíše ano odpovědělo 30 respondentů (28 %), možnost spíše ne označilo 30 respondentů (28 %) a poslední odpověď určitě ne označilo 27 respondentů (25,2 %).

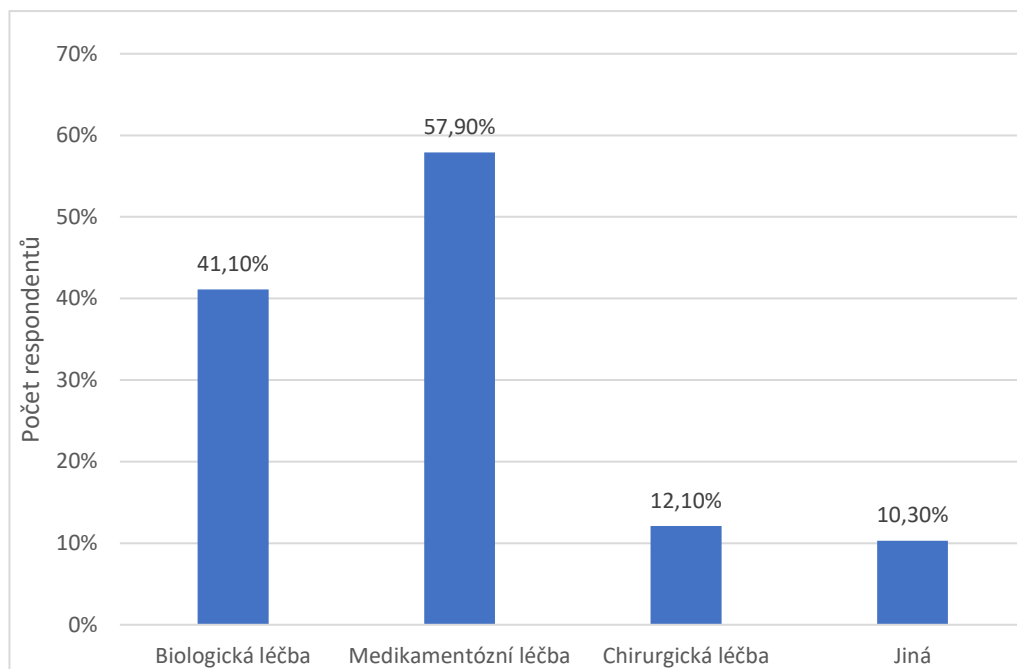
Otázka č. 22. Uzpůsobujete Vaše aktivity svému onemocnění (např. dostupnost toalet, restaurace s dostupností Vaší diety...)?



Obrázek 22 Graf zobrazující, zda respondent uzpůsobuje aktivity kvůli onemocnění

Obrázek č. 22 představuje, zda respondent uzpůsobuje své aktivity kvůli onemocnění. Ze 107 respondentů (100 %) odpovědělo nejvíce respondentů určitě ano a to 47 (43,9 %), spíše ano odpovědělo 32 respondentů (29,9 %), možnost spíše ne označilo 20 respondentů (18,7 %) a poslední možnost určitě ne 8 respondentů (7,5 %).

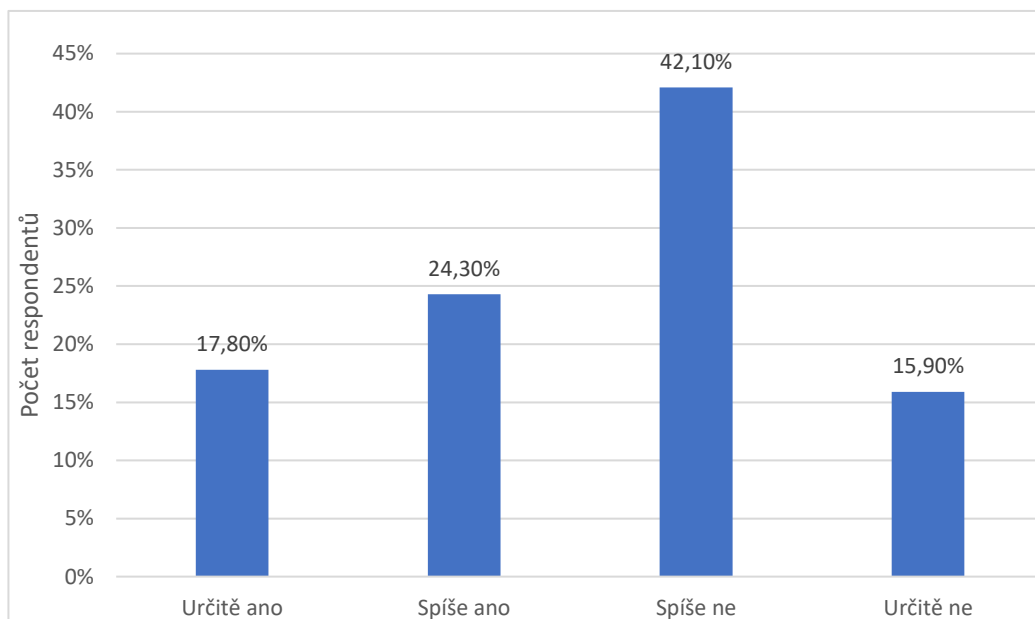
Otázka č. 23. Jaký způsob léčby momentálně využíváte?



Obrázek 23 Graf zobrazující způsob léčby respondentů

Otázka č. 23 se dotazovala respondentů, jakou léčbu užívají. Z grafu je patrné, že ze 107 respondentů (100 %) označilo možnost biologickou léčbu 44 respondenti (41,1 %), možnost medikamentózní léčbu označilo 62 respondentů (57,9 %), chirurgickou léčbu označilo 13 respondentů (12,1 %) a jinou léčbu označilo 11 respondentů (10,3 %).

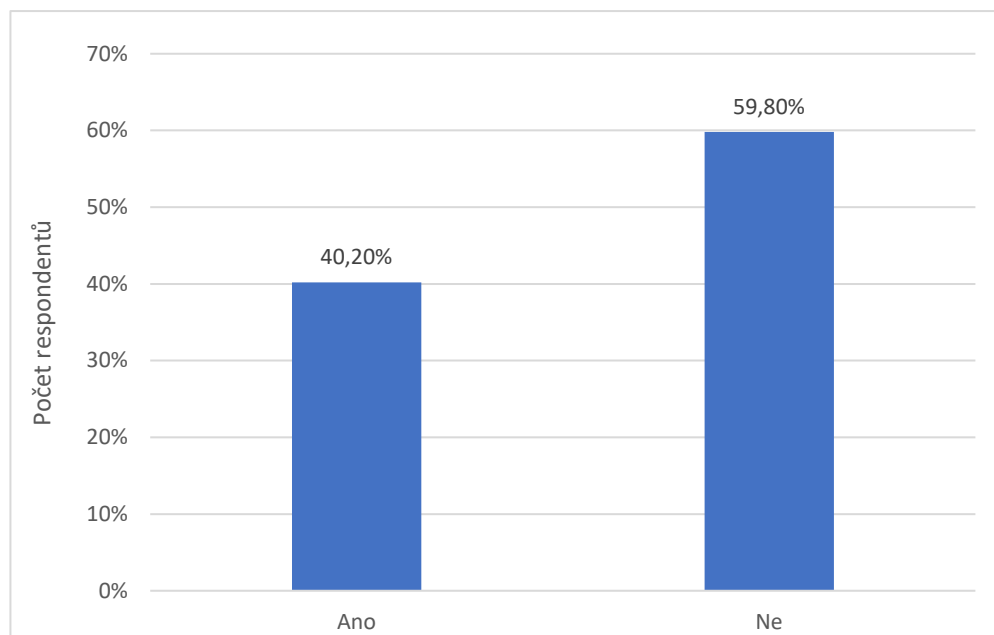
Otázka č. 24. Cítíte se být omezený/á z důvodu Vaší léčby?



Obrázek 24 Graf zobrazující omezení z důvodu léčby

Na obrázku č. 24 je graf, který nám zobrazuje, zda se respondenti cítí omezení z důvodu léčby onemocnění. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) označilo odpověď určitě ano 19 respondentů (17,8 %), spíše ano označilo 26 respondentů (24,3 %), možnost spíše ne označilo 45 respondentů (42,1 %) a možnost určitě ne označilo 17 respondentů (15,9 %).

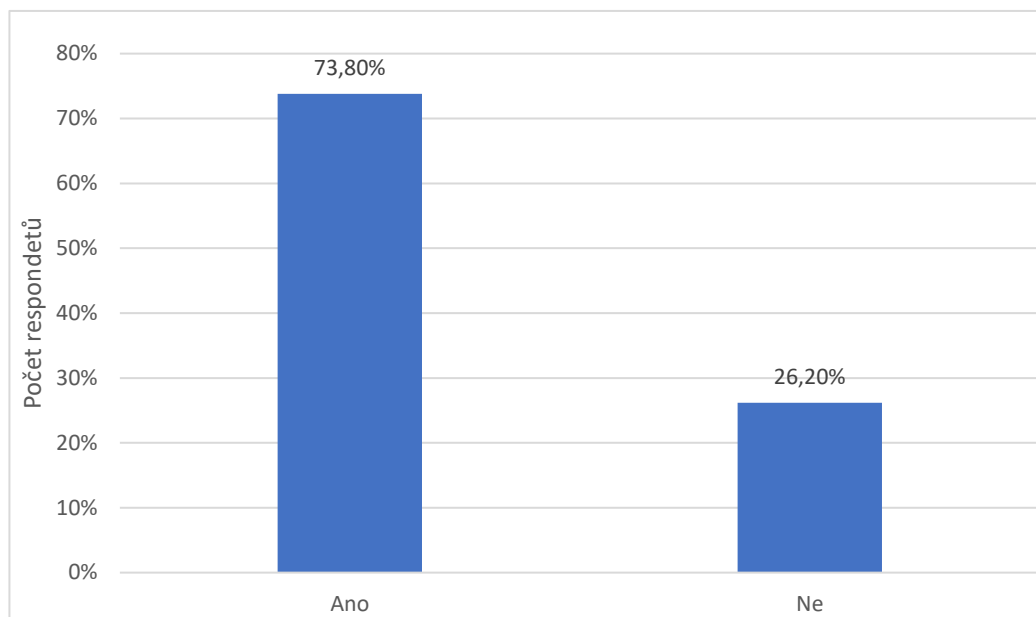
Otázka č. 25. Byl/a jste kvůli této nemoci na operaci?



Obrázek 25 Graf zobrazující operace kvůli onemocnění

Na obrázku č. 25 je graf, který nám ukazuje, zda respondenti byli kvůli tomuto onemocnění na operaci. Ze 107 respondentů (100 %) odpovědělo ano 43 respondentů (40,2 %) a odpověď ne označilo 64 respondentů (59,8 %).

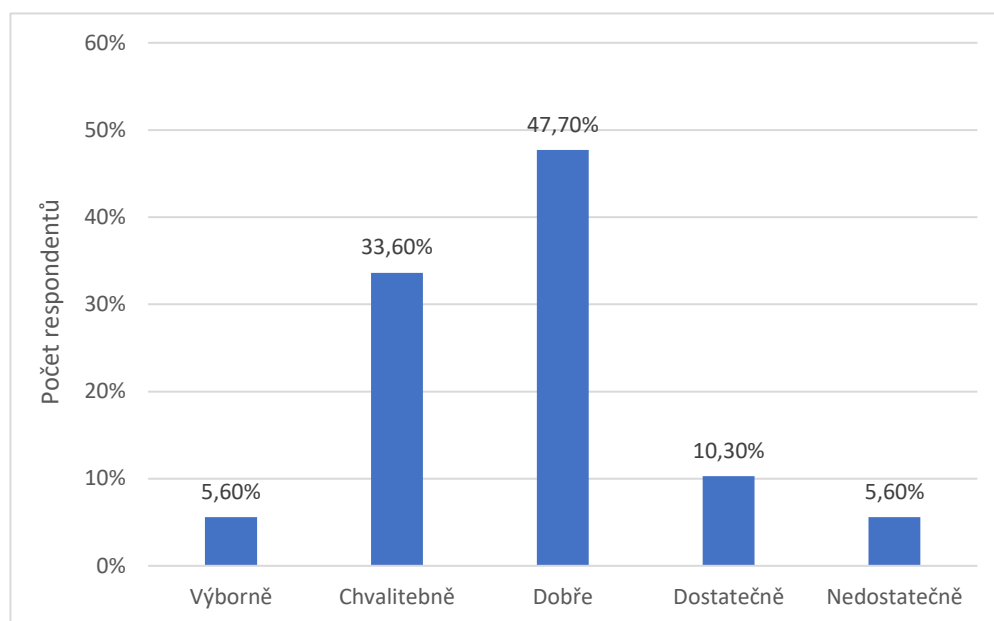
Otázka č. 26. Byl/a jste někdy hospitalizovaný/á v souvislosti s onemocněním?



Obrázek 26 Graf zobrazující hospitalizaci kvůli onemocnění

Na obrázku č. 26 nám graf představuje hospitalizace u respondentů kvůli onemocnění. Z celkového počtu 107 respondentů (100 %) bylo hospitalizováno 79 respondentů (73,8 %) a naopak 28 respondentů (26,2 %) uvedlo, že nebyli hospitalizováni kvůli onemocnění.

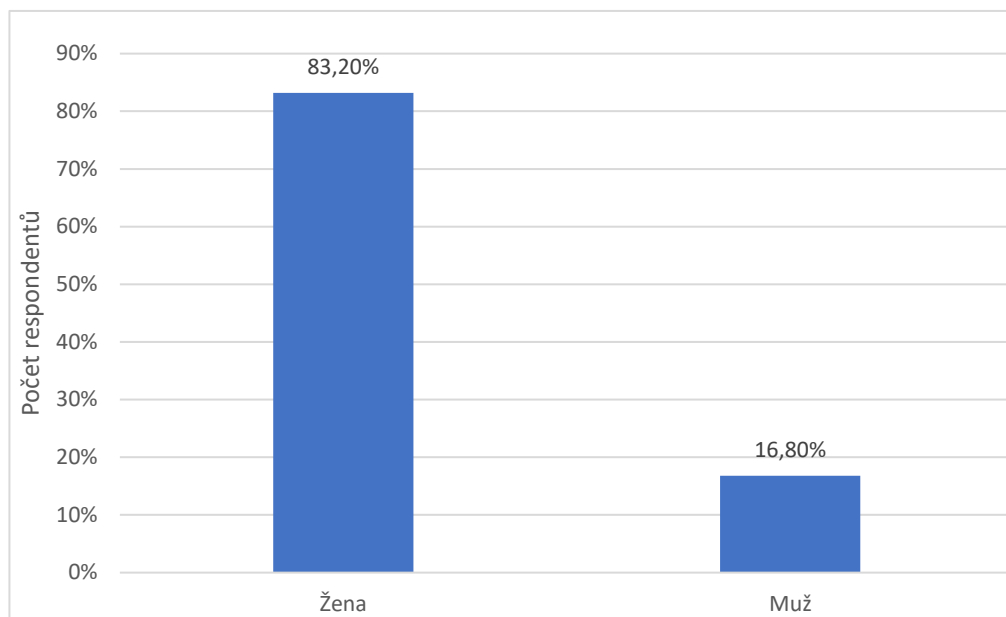
Otázka č. 27. Jak hodnotíte Vaši kvalitu života? (1- výborně, 5- nedostatečně)



Obrázek 27 Graf kvality života respondentů

Otázka č. 27 se zaměřovala na to, jak hodnotí svou kvalitu života s onemocněním. Z celkového počtu 107 respondentů uvedlo první možnost výborně pouze 6 respondentů (5,6 %), chvalitebně ji hodnotí 36 respondentů (33,6 %), odpověď dobře označilo nejvíce respondentů a to 51 (47,7 %), odpověď dostatečně zvolilo 11 respondentů (10,3 %) a odpověď nedostatečně označilo 6 respondentů (5,6 %).

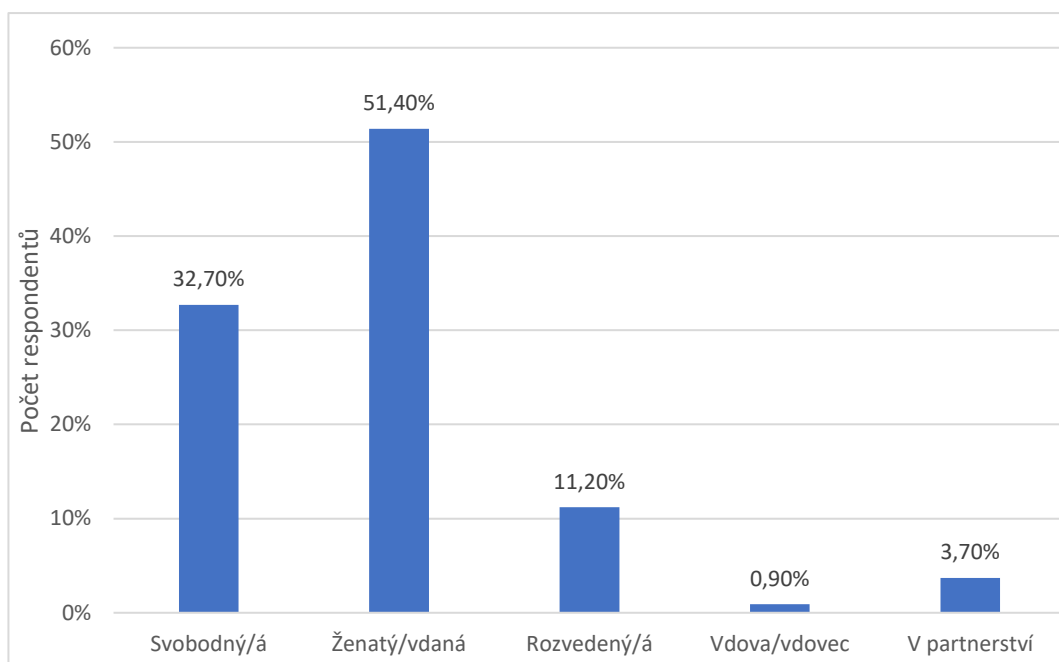
Otázka č. 28. Pohlaví:



Obrázek 28 Graf zobrazující pohlaví

Z obrázku č. 28 je patrné, jaké pohlaví převládalo v účasti průzkumného šetření. Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) se účastnilo 89 žen (83,2 %) a pouze 19 mužů (16,8 %).

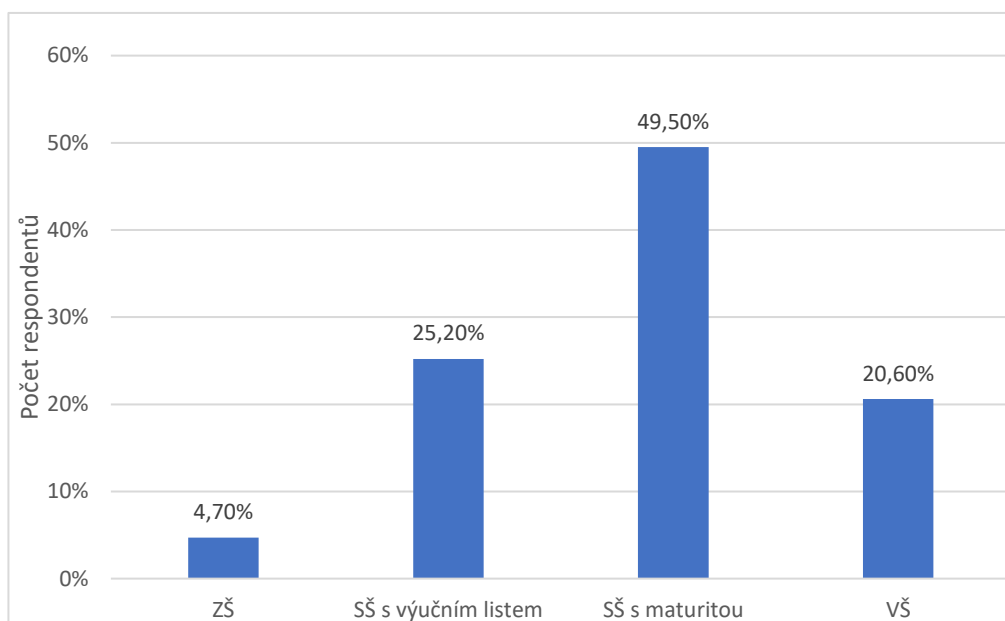
Otázka č. 29. Rodinný stav:



Obrázek 29 Graf zobrazující rodinný stav respondentů

Na obrázku č. 29 je graf, který nás informoval o rodinném stavu respondentů. Ze 107 respondentů (100 %) je svobodných 35 respondentů (32,7 %), nejvíce označovanou odpovědí jsou ženatí/ vdaný 55 respondentů (51,4 %), další možná odpověď byla rozvedený/á a tu označilo 12 respondentů (11,2 %), vdova/vdovec označil pouze 1 respondent (0,9 %) a poslední možnost byla v partnerství – tu označili 4 respondenti (3,7 %).

Otázka č. 30. Nejvyšší dosažené vzdělání



Obrázek 30 Graf zobrazující nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Poslední otázka průzkumného šetření se tázala respondentů, jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání. Z grafu můžeme vyčíst, že z celkového počtu 107 respondentů (100 %) má nejvyšší vzdělání základní školu 5 respondentů (4,7 %). Další možností je dosažená střední škola s výučním listem, tuto odpověď označilo 27 respondentů (25,2 %) a střední škola s maturitou byla označena nejvíce a to 53 respondenty (49,5 %). Poslední možnost označení byla vysoká škola, tuto odpověď označilo 22 respondentů (20,6 %).

DISKUSE

Tato část bakalářské práce se zabývá výsledky z průzkumného šetření. Zde, v této části práce, budou prezentovány výsledky a zároveň porovnávány s výsledky z jiných prací. Průzkumné šetření bylo realizováno v listopadu v roce 2021 a provádělo se pomocí mnou vypracovaného dotazníku. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou ve věku od 20 do 30 let věku. Na základě tohoto cíle bylo stanoveno pět průzkumných otázek, které zjišťovali, jak respondenti hodnotí svou kvalitu života, jak jim nemoc narušila kvalitu života v každodenním životě, v oblasti fyzické, psychické, ale i sociální.

První porovnávaná práce je bakalářská práce od Midlochové Barbory z Univerzity Pardubice s názvem *Život pacientů s Crohnovou chorobou* z roku 2016. Prováděla kvantitativní průzkum pomocí dotazníkového šetření. Šetření probíhalo v gastroenterologické ambulanci a v průzkumném vzorku měla celkem 36 respondentů. Dotazník použila vlastní tvorby, který byl inspirovaný dotazníkem IBDQ a skládal se z 22 otázek.

Druhá práce, se kterou jsem porovnávala výsledky byla diplomová práce od Lukáše Rendla z Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích z roku 2013 a jmenovala se *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*. U této práce byl prováděn také kvantitativní výzkum pomocí dotazníku. Dotazník použil WHOQOL – 100 a také specifický standardizovaný dotazník při zánětlivém onemocnění střev IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire). Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů a probíhalo v nemocnici v Českých Budějovicích, v nemocnici v Praze a v gastroenterologické ambulanci v Českých Budějovicích.

Třetí porovnávací práce byla od Kristýny Krbákové z Masarykovy Univerzity v Brně z roku 2011 s názvem *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*. Dotazník byl inspirován standardizovaným dotazníkem IBDQ a skládal se ze 40 otázek. Dotazníkové šetření probíhalo v nemocnici v Brně a u rodinných příslušníků a kamarádů, kteří touto chorobou trpí a účastnilo se 80 respondentů.

Další práce na porovnání byla diplomová práce od Richarda Večerky z Univerzity Palackého v Olomouci s názvem *Kvalita života u pacientů s Crohnovou chorobou* z roku 2018. K výzkumu použil standardizovaný dotazník IBDQ, který se skládal z 32 otázek. Výzkumného šetření se zúčastnilo 96 respondentů a probíhalo v nemocnici ve Zlíně, v Olomouci, ve Vsetínské nemocnici a v Uhersko-Hradištské nemocnici.

Poslední porovnávací prací byla bakalářská práce od Moniky Sedlářové z Vysoké školy polytechnické v Jihlavě z roku 2021 s názvem *Kvalita života pacienta s Crohnovou chorobou*. Při dotazníkovém šetření získala 99 respondentů a dotazník byl její tvorby, který obsahoval 18 otázek. Dotazníkové šetření probíhalo elektronicky na sociální síti Facebook, kdy vložila odkaz do skupiny, kde jsou pacienti s Crohnovou chorobou.

Průzkumná otázka č. 1: Jak ovlivňuje Crohnova choroba pacienty v každodenním životě?

Tato průzkumná otázka měla za úkol zjistit, jak respondenty ovlivňuje Crohnova choroba v každodenním životě. K této průzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 4 a 5.

Podle mých výsledků z průzkumu z hlediska lehčích každodenních aktivit (viz obrázek č. 4) respondenti zvládají jako například školu, zaměstnání nebo nákup. Ze 107 respondentů (100 %) odpověděla většina spíše ano 61 respondentů (57 %), možnost určitě ano označilo 29 respondentů (27,1 %), 12 respondentů (11,2 %) spíše nezvládají lehčí každodenní aktivity a 5 respondentů (4,7 %) aktivity vůbec nezvládají. V porovnání s prací Midlochové máme výsledky velmi podobné. Většina respondentů 21 (58 %) spíše zvládají denní aktivity a 9 respondentů (25 %) uvedlo, že určitě zvládají denní aktivity. Z hlediska těžších denních aktivit jako je například práce na zahradě (viz obrázek č. 5) většina spíše zvládá 52 respondentů (48,6 %), 36 respondentů (33,6 %) spíše nezvládá, zbytek 11 respondentů (10,3 %) zvládají určitě a 8 respondentů (7,5 %) nezvládají vůbec. V mém dotazníku jsem měla aktivity rozdělené, naopak u Midlochové v její práci, měla tyto aktivity spojené. Z toho vyplývá, že většina respondentů každodenní aktivity spíše zvládá. V práci Kristýny Krbálkové odpovídali respondenti na zvládání každodenních aktivit též kladně.

Průzkumná otázka č. 2: Jak ovlivňuje Crohnova choroba pacienty ve fyzické zátěži?

Tato otázka zjišťovala, zda respondenty Crohnova choroba ovlivňuje po fyzické stránce, zda mohou sportovat nebo cvičit, jestli je nemoc ovlivňuje v této oblasti. K průzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 6 a 7.

Z mého průzkumu ohledně fyzické zátěže (viz obrázek č. 6) vyplývá, že respondenti z hlediska indoorových sportů, například cvičení jógy, plavání či spinning většina spíše nezvládá. To je 36 respondentů (33,6 %) a 33 respondentů (30,8 %) spíše zvládají. Zbytek 27 respondentů (25,2 %) zvládají úplně a 11 respondentů (10,3 %) nezvládají vůbec. Co se týče outdoorových sportů (viz obrázek č. 7) respondenti naopak spíše zvládají. 40 respondentů (37,4 %) spíše zvládají outdoorové sporty a naopak 33 respondentů (30,8 %) spíše nezvládají tyto sporty.

V porovnání s diplomovou prací od Lukáše Rendla, kdy zjišťoval pomocí hypotéz, zda je problém pro pacienty s Crohnovou chorobou fyzická zátěž vyplynulo, že překvapivě pro ně fyzická zátěž takový problém není a spíše ji zvládají.

Průzkumná otázka č. 3: Jak ovlivňuje Crohnova choroba pacienty v psychické oblasti?

Tato průzkumná otázka se zabývala tím, zda respondenty Crohnova choroba ovlivňuje v psychické oblasti. K této průzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 14, 15, 16, 18, 19.

Otázka č. 14 se tázala respondentů, zda je toto onemocnění ovlivnilo po psychické stránce. Většina respondentů udává, že je onemocnění ovlivnilo určitě. Přesně to je 51 respondentů (47,7 %), 29 respondentů (27,1 %) onemocnění spíše ovlivnilo, 25 respondentů (23,4 %) spíše neovlivnilo po psychické stránce a pouze 2 respondenty (1,9 %) onemocnění neovlivnilo psychickou oblast vůbec. V práci Lukáše Rendla uvádí pomocí hypotéz, že onemocnění jeho respondenty v 53 % neovlivnilo psychickou stránku. Výsledky tedy nejsou stejné, jelikož v mé práci respondenty ovlivnilo onemocnění psychickou stránku, zatímco v práci Rendla onemocnění většinou neovlivnilo psychickou oblast respondenta.

Otázka č. 15 se zaměřuje na vnímání vlastního těla před onemocněním a teď s onemocněním. V mém průzkumu uvedlo 59 respondentů (55,1 %), což je většina, že své tělo vnímají hůře. U 31 respondentů (29,1 %) se nic nezměnilo, své tělo vnímají stejně a u 17 respondentů (15,9 %) své tělo vnímají lépe než před onemocněním. V práci u Kristýny Krbákové se objevila podobná otázka, zda respondenti akceptují svůj tělesný vzhled, zda jsou s ním spokojeni. V práci byli označovány nejčastěji dvě odpovědi. Většinou přijímají svůj vzhled a druhá možnost byla, že středně akceptují svůj vzhled. Z toho vyplývá, že v mé práci vidí své tělo a vzhled hůře než v práci Krbákové.

Otázka č. 16 se tázala respondentů, zda pocítují lásku k sobě samému více než před vypuknutím nemoci. Nejvíce označovaná odpověď byla, že si spíše váží sebe více než před onemocněním. Bylo to 43 respondentů (40,2 %), 28 respondentů (26,2 %) si váží sebe určitě více než před onemocněním, 30 respondentů (28 %) si spíše sebe neváží více a 6 respondentů (5,6 %) se nemají rádi více než před vypuknutím onemocnění, nic se u nich nezměnilo. V práci u Kristýny Krbákové se objevila podobná otázka, zda jsou respondenti spokojeni sami se sebou, kdy odpovídali na stupnici od 1 do 5. Nejčastější odpověď byla spokojen i nespokojen. Z toho

vyplývá, že v mé práci vnímají respondenti lásku k sobě podobně jako v práci Krbákové. Výsledky prací jsou si podobné.

Otázka č. 18 se zabývala, zda je onemocnění hodně zatížilo, či nikoli. Zde respondenti odpovídali nejvíce spíše ano 48 (44,9 %), určitě ano odpovědělo 31 respondentů (29 %), respondentů, které toto onemocnění spíše nezatížilo bylo 27 (25,2 %) a pouze 1 respondent (0,9 %) uvedl, že tato nemoc pro něj není zátěží vůbec. Tato otázka je velmi spojená s otázkou č. 14 a 15.

Otázka č. 19 se tázala respondentů, zda se cítí více ve stresu než před vypuknutím onemocnění. Většina respondentů 42 (39,3 %) odpovědělo určitě ano, spíše ano označilo 31 respondentů (29 %), možnost spíše ne označilo 28 respondentů (26,2 %) a 6 respondentů (5,6 %) označilo, že se necítí více ve stresu. V diplomové práci Večerky se objevují podobné otázky, které se zaměřují přímo na problém, například zda pociťují strach z operace nebo jestli se cítí neklidní a vyčerpaní. U těchto jeho otázek, které se zabývali emocemi byli odpovědi průměrné. Respondenti odpovídali ano i ne. Z toho vyplývá, že výsledky u těchto prací jsou mírně rozdílné, kdy v mé práci se cítí nebo pociťují více stresu v souvislosti s onemocněním než v práci Večerky, kdy v jeho práci respondenti odpovídají průměrně, ano i ne.

Průzkumná otázka č. 4: Jak ovlivňuje Crohnova choroba pacienty v sociálních vztazích?

Tato průzkumná otázka č. 4 se zabývala tím, zda respondenty ovlivňuje Crohnova choroba v sociálních vztazích. K této otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 8, 9, 10, 20, 21.

Na otázku č. 8, zda respondenty ovlivňuje nemoc ve společenském životě, z hlediska krátkodobých aktivit, například při jízdě MHD nebo občerstvení ve fastfoodu, odpovědělo nejvíce respondentů 31 (29 %) určitě ano, odpověď spíše je ovlivňuje odpovědělo 30 respondentů (28 %), spíše ne označilo 27 respondentů (25,2 %) a vůbec neovlivňuje 19 respondentů (17,8 %). V práci Sedlářové na podobnou otázku odpověděli respondenti, že je onemocnění neomezuje ve společenském životě. Je velmi zajímavé, že v mé práci respondenty omezuje onemocnění, a naopak v práci Sedlářové onemocnění neomezuje ve společenském životě. Zde záleží, kolik je let respondentům a v jaké fázi onemocnění se nyní nacházejí.

Otázka č. 9 je podobná otázce předešlé, ale zde se zaměřujeme na společenský život z hlediska dlouhodobých aktivit, například návštěva kina, divadla či restaurace. Zde nejvíce označovali respondenti odpověď, že spíše je neovlivňuje onemocnění ve společenském životě. Přesně 36 respondentů (33,6 %). Zde máme totožné výsledky s prací od Midlochové. Zde mě odpověď

velmi překvapila, jelikož z hlediska krátkodobých aktivit (viz předešlá otázka č. 8) respondenti označovali, že je velmi ovlivňují, ale naopak dlouhodobé aktivity je spíše neovlivňují.

Otázka č. 10 se tázala respondentů, zda někdy přemýšleli nad změnou zaměstnání z důvodu onemocnění. Zde 39 respondentů (36,4 %) odpovědělo určitě ano, což bylo nejvíce, 15 respondentů (14 %) odpovědělo spíše ano, 32 respondentů (29,9 %) označilo, že spíše o tom nepřemýšleli a 21 respondentů (19,6 %) o tom nepřemýšlelo vůbec. Z toho vyplývá, že většina respondentů o změně zaměstnání přemýšlelo, ale hodně respondentů také ne. V práci Midlochové je otázka, zda byli nuceni změnit zaměstnání z důvodu onemocnění. Zde respondenti odpovídali, že nikdy nemuseli měnit zaměstnání.

Otázka č. 20 se zaměřovala na partnerský život. Zda ho onemocnění ovlivňuje a další otázka č. 21 navazovala a tázala se respondentů, zda onemocnění ovlivňuje sexuální život respondentů. U partnerského života odpovídali respondenti, že je spíše neovlivňuje. Tuto odpověď označilo 32 respondentů (29,9 %) a hned poté nejvíce označovali, že je spíše ovlivňuje. Zde označilo 29 respondentů (27,1 %) tuto odpověď. Z toho vyplývá, že ohledně partnerského života je to průměrné, ano i ne. V porovnání s prací Krbákové jsou výsledky totožné. Ve druhé zmíněné otázce č. 21 jsem se zaměřila na sexuální život. Zde byly výsledky přesně půl na půl. Zde odpovědělo 30 respondentů (28 %), že je spíše ovlivňuje a 30 respondentů (28 %), že je spíše neovlivňuje. Zbytek respondentů odpovědělo, že je určitě ovlivňuje. To bylo 20 respondentů (18,7 %) a 27 respondentů (25,2 %) označilo, že je vůbec neovlivňuje. V práci Krbákové, se kterou jsme porovnávali i předešlou otázku vyšly také totožné výsledky. Zde nejvíce respondenti označovali odpověď ani spokojen/ani nespokojen- 20 respondentů (25 %). Z toho vyplývá, že výsledky u obou otázek jsou podobné až totožné. I v práci Midlochové jsou výsledky totožné.

U otázky č. 22 jsem se ptala, zda respondenti uzpůsobují své aktivity kvůli onemocnění. Například zda si plánují aktivity s dostupností toalet. Zde odpovědělo 47 respondentů (43,9 %), že určitě uzpůsobují své aktivity svému onemocnění. 32 respondentů (29,9 %) odpovědělo spíše ano, spíše ne odpovědělo 20 respondentů (18,7 %) a určitě ne odpovědělo 8 respondentů (7,5 %). V porovnání s prací od Krbákové, kde měla podobnou otázku ohledně uzpůsobování aktivit, vyplynulo, že 29 respondentů své aktivity někdy uzpůsobuje kvůli onemocnění.

Průzkumná otázka č. 5: Jak hodnotí pacienti svou kvalitu života?

Tato průzkumná otázka se zabývá kvalitou života u respondentů. K této otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 1, 2, 3, 11, 12, 13, 17, 23, 24, 25, 26, 27.

Otázka č. 2 se tázala respondentů, v jakém stádiu onemocnění se nacházejí. Nejvíce respondentů označilo v bezpříznakovém období 61 respondentů (57 %), v aktivním stádiu bylo 32 respondentů (29,9 %), odpověď na začátku léčby označilo 5 respondentů (4,7 %) a ve fázi vzplanutí se nachází 9 respondentů (8,4 %). V porovnání s prací od Midlochové, převažovala též odpověď bezpříznakové období, fáze remise.

Otázka č. 3 se tázala respondentů, jaké příznaky se u nich objevují. Nejčastějším objevujícím příznakem je průjem. Ten označilo 90 respondentů (25,1 %), dalším je bolest břicha 83 respondentů (23,1 %). Další objevující příznak označovali zvýšenou únavu. Tu označilo 76 respondentů (21 %). Poté nechutenství 32 respondentů (8,9 %), pocit plnosti 37 respondentů (10,3 %), zácpa 15 respondentů (4 %) a bolest kloubů 7 respondentů (2 %). V porovnání s prací od Sedlářové jsou výsledky totožné. Průjem je nejčastějším příznakem a druhým označovaným příznakem byla bolest břicha.

Otázka č. 11 se zaměřovala na stravování, zda respondent musel změnit jídelníček oproti starému. 61 respondentů (57 %) odpovědělo určitě ano, 28 respondentů (26,2 %) označilo spíše ano, spíše ne označilo 15 respondentů (14 %) a určitě ne označili 3 respondenti (2,8 %). V porovnání s prací od Sedlářové nastaly též změny v jídelníčku. Konkrétně v této práci respondenti nejvíce označovali, že jí méně, ale častěji.

Otázka č. 17 se zaměřovala na to, zda onemocnění nějak narušilo spánek respondentům. Nejvíce 31 respondentů (29 %) označilo odpověď spíše nenarušilo. 30 respondentů (28 %) označilo určitě ano. Spíše ano označilo 28 respondentů (26,2 %) a určitě ne označilo 18 respondentů (16,8 %). S prací od Večerky jsou výsledky podobné. V této práci respondenti označili odpověď někdy 32 respondentů (59 %). Naopak v práci Midlochové označilo odpověď, že spíše narušuje 14 respondentů (39 %).

Otázka č. 23 se zabývá léčbou respondentů. Nejčastější léčbou u respondentů je pomocí medikamentů. Tuto odpověď označilo 62 respondentů (57,9 %), biologickou léčbu označilo 44 respondentů (44,1 %), chirurgickou léčbu označilo 13 respondentů (12,1 %) a 11 respondentů (10,3 %) označilo možnost jinou léčbu. V práci Midlochové nejvíce

označovali léčbu imunosupresivy 16 respondentů (50 %) - medikamentózní léčba. Z toho vyplývá, že výsledky jsou totožné.

V otázce č. 25 jsme se dotazovali respondentů, zda byli někdy na operaci z důvodu onemocnění. 43 respondentů (40,2 %) odpovědělo ano a 64 respondentů (59,8 %) odpovědělo ne. V porovnání s prací od Midlochové označilo 26 respondentů (72 %), že nikdy nebyli na operaci a 10 respondentů (28 %), byli už na operaci v souvislosti s onemocněním. Z toho vyplývá, že výsledky jsou stejné.

Otázka č. 27 se zabývala samotným dotazováním na kvalitu života. Nejvíce respondentů 51 (47,7 %) odpovědělo, že ji hodnotí dobře – průměrně. Výborně označilo 6 respondentů (5,6 %), chvalitebně 36 respondentů (33,6 %), dostatečně 11 respondentů (10,3 %) a nedostatečně 6 respondentů (5,6 %). V porovnání s prací od Krbálkové označilo nejčastější odpověď- dobrá 29 respondentů (36 %), ale také odpověď ani dobrá-ani špatná označilo 29 respondentů (36 %), velmi špatnou kvalitu života označilo 7 respondentů (9 %), špatnou uvedlo 10 respondentů (12 %) a možnost velmi dobrou uvedlo 5 respondentů (7 %). Z toho vyplývá, že kvalita života je průměrná, dobrá. V porovnání s prací od Midlochové označilo nejčastěji odpověď dobrá kvalita života 21 respondentů (58 %). Z toho vyplývá, že stále je nejčastější odpovědí, že respondenti i přes takto těžké onemocnění mají průměrnou kvalitu života. Samozřejmě by mohla být i lepší, a proto je důležité jim být oporou a podporovat je.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak Crohnova choroba ovlivňuje kvalitu života u pacientů a dále byli stanoveny čtyři dílčí cíle, které zjišťovali, jak nemoc ovlivňuje pacienty v každodenním životě a v oblasti fyzické, psychické a sociální. Průzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření, který probíhal elektronicky, kdy dotazník byl zaslán do skupiny pacientů s nespecifickými střevními záněty, zejména s Crohnovou chorobou a probíhal i v tištěné formě, kdy dotazník byl rozdán mezi mé blízké a známé, kteří touto chorobou trpí. V praktické části práce jsem vyhodnocením dotazníků zjistila, jak moc nemoc ovlivňuje v jednotlivých oblastech respondenty.

Výsledky bakalářské práce jsou prezentovány v kapitole diskuse, kde jsou porovnávány i s jinými pracemi. Celkové hodnocení kvality života u pacientů vyšlo průměrně. Mojí bakalářskou práci jsem srovnávala v dalšími dvěma pracemi, kdy jim také vyšlo hodnocení průměrné, dobré. Z výsledků mě velmi překvapilo omezení v sociálních vztazích. Nemocní si musí plánovat aktivity například s dostupností toalet. Velmi důležité je, aby si hlídali své stravování, a to zejména ve fázi relapsu. Při porovnávání s ostatními pracemi nedošlo nikdy k velkému rozdílu. Odchyly se objevovali, ale k velkým rozdílům nedocházelo. Cílem práce bylo zjistit kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou. Tento cíl byl splněn. Další dílčí cíle se zabývali oblastí fyzickou, psychickou, sociální. Tyto cíle byli dodrženy a na průzkumné otázky bylo zodpovězeno.

První část bakalářské práce se zabývala popsáním teorie Crohnovy choroby. Zde je vysvětlena její definice a výskyt, dále je zde popsán klinický obraz, diagnostika. V rámci diagnostiky jsou zde popsány i přípravy na konkrétní vyšetření, například u koloskopie či kapslová endoskopie. Dále je zde vysvětlena možná léčba, a také komplikace, které se mohou objevit. V další teoretické části jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči, zejména dietní omezení, fyzická aktivita, či v případě vyvedení stomie, péče o ni. Poslední teoretická část je zaměřena na kvalitu života. V této kapitole je kvalita života vysvětlena, popsány metody měření a je zde popsán také dotazník IBDQ, kterým jsem se inspirovala pro mé dotazníkové šetření.

V praktické části bakalářské práce byla popsána metodika průzkumu, charakteristika respondentů a jak průzkum probíhal. Výsledky průzkumného šetření byly zpracovány do grafů, konkrétně do sloupcového grafu, pomocí programu Microsoft Excel a Word. Pod každým grafem je krátký popis grafu.

Pomocí této bakalářské práce bylo zjištěno více informací o chronickým a celoživotním onemocnění – Crohnově chorobě a čím vším si mohou lidé s tímto onemocněním procházet, zejména pokud jsou ve fázi relapsu. Tito pacienti si přejí, aby měli život plnohodnotný, jako kdyby byli zdraví a neměli toto onemocnění. Proto je důležité, abychom se zaměřovali na ošetrovatelskou péči a zajímali se o jejich kvalitu života. V oblasti fyzické, psychické i sociální. Aktivně se jich ptát a naslouchat jim, co je trápí, co by chtěli změnit nebo co jim nevyhovuje, například u léčby. Z mého průzkumu jsem zjistila, že kvalita života u těchto pacientů je narušena ve všech oblastech, jak ve fyzické, psychické, ale i sociální. I přes to, že tyto oblasti jsou ovlivněny, snaží si užívat život plnohodnotně a naplno. Pro pacienty je velmi důležitá opora rodiny a blízkých, ale hlavně i sestry. Vztah mezi pacientem a sestrou byl měl být založen na důvěře, aby se na ni pacient mohl spolehnout, slouží pro ně jako psychoterapie a sestra by se měla snažit pomoc řešit a pochopit jejich problémy a následně jim pomáhat a tolerovat.

POUŽITÁ LITERATURA

BORTLÍK M., Idiopatické střevní záněty, Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE I.V.F a.s., Praha, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN [online], [cit. 2022-04-27] Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2014-3/idiopaticke-strevni-zanety-49245/download?hl=cs>

Crohn's & Colitis UK. Crohn's & Colitis UK [online]. Copyright © Crohn [cit. 02.05.2022]. Dostupné z: <https://crohnsandcolitis.org.uk/>

EFCCA. 2012. Jak zvládat život s IBD. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty – Pacienti IBD. ISBN 978-80-905120-1-6.

EFCCA. Science EFCCA | European Federation of Chron's and Ulceratives Colitis Associations [online]. Dostupné z: <https://www.efcca.org/en/science>

GABALEC, L. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. [online]. Interní medicína pro praxi. 2009, roč. 1, č. 3 [cit. 2022-03-17] Dostupný z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>.

GIMUNOVÁ, Mgr. Marta Ph.D., Trávicí soustava (apparatus digestorius) | Základy anatomie pro využití ve sportu | Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity. *Informační systém* [online]. Copyright © 2021 Masarykova univerzita [cit. 2022-04-27]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/2020podzim/anatomie_sport/web/pages/07_travici_soustava.html

GORDAN, Alycia. 2017. What exercises are best for people with Crohn's? Medical Fitness Network [online]. MedFitNetwork.org, aktualiz. 2017-07-28 [cit. 2022-05-01]. Dostupné také z: <https://medicalfitnessnetwork.org/public/all-mfn/exercises-bestpeople-crohns/>

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HANZLÍKOVÁ Veronika, I s IBD je dobré pravidelně sportovat, strevni-zanety.cz, [online] Dostupné z: <https://www.strevni-zanety.cz/aktuality/i-s-ibd-je-dobre-pravidelne-sportovat-47083>

HLAVATÝ, Tibor a Anna KRAJČOVIČOVÁ. *Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitidou*. Druhé preprac. a rozšír. vyd. Bratislava: A-medi management, 2020. ISBN 978- 80- 89797-57-8.

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, 2013. Sestra. ISBN 978-80-204-2806-6.

KLANTE, Dirk. *Léčba Crohnovy nemoci, ulcerózní kolitidy a artritidy: místo kortizonu mrkvová polévka*. Přeložil Jan CIOSK. Olomouc: Fontána, [2020]. ISBN 978-80-7336-286-7.

LUKÁŠ A KOL., Milan, ed. *Idiopatické střevní záněty: Nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1996-7.

LUKÁŠ, K.; HOCH, J. 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada. 736 s. ISBN 978-80-271-0353-9.

MANDYSOVÁ, P.; ŠKVRŇÁKOVÁ, J. 2016. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0158-0.

McMASTER UNIVERSITY. IBDQ. [online]. [cit. 2022-04-27]. Dostupné z: <https://mcmaster.flintbox.com/public/project/641/>

MedicineNet - Health and Medical Information Produced by Doctors. MedicineNet - Health and Medical Information Produced by Doctors [online]. Copyright ©1996 [cit. 02.05.2022]. Dostupné z: <https://www.medicinenet.com/>

MEFANET, Crohnova choroba. In: *WikiSkripta*. [online]. 2021, [cit. 2022-03-17]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Crohnova_choroba

MILATOVÁ, Růžena a Pavel WOHL. *Bezezbytková dieta při onemocnění střev: 112 receptů*. Vydání druhé. V Praze: Vyšehrad, 2019. ISBN 978-80-7601-122-9.

Pacienti IBD – Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, Crohnova choroba [online]. Dostupné z: <https://www.crohn.cz/crohnova-choroba>

PACIENTI IBD, *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. 2. vydání. Praha: Pacienti IBD, 2016. ISBN 978-80-905120-5-4.

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

ŘEHULKOVÁ, O. a kol. 2008. Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-073-9. 28.

SLOVÁČEK, L. a kol. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. [online]. Vojenské zdravotnické listy. 2004, roč. LXXIII, č. 1 [cit. 2022- 03- 17] Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf.

SVITKOVÁ, Veronika a Lukáš Kober. Kvalita života s Crohnovou nemocí. Sestra. [online]. 2014. č. 5. [cit.2022- 04-27]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-s-crohnovou-nemoci-475390>

TÓTHOVÁ, Valérie. 2014. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-738-7785-9.

VLČEK, Jiří et al. 2014. Klinická farmacie II. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4532-9.

VRÁNOVÁ, Dagmar. Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření. Olomouc: ANAG, 2013. ISBN 9788072637881.

What Is Crohn's Disease? Symptoms, Diet, Causes, Treatment. MedicineNet - Health and Medical Information Produced by Doctors [online]. Copyright ©1996 [cit. 02.05.2022]. Dostupné z: https://www.medicinenet.com/crohns_disease/article.htm

XIN-LIN, CH. et al. 2017. Inflammatory bowel disease-specific health-related quality of life instruments: a systematic review of measurement properties. In Health and Quality of life Outcomes [online], č. 15, s. 177) [cit. 2022-04-27]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603012/pdf/12955_2017_Article_753.pdf.

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

PŘÍLOHY

Příloha A –Dotazník

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jmenuji se Renáta Klímová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o zapojení do průzkumného šetření zaměřeného na kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou. Toto zhodnocení spočívá ve vyplnění předloženého anonymního dotazníku. Dotazník se skládá z 30 otázek zaměřených na život s tímto onemocněním. Každou otázku zaškrtnete nebo vypíšete, kde je to třeba.

Cílem předloženého dotazníku je zjistit kvalitu života u pacientů (u Vás) s Crohnovou chorobou. Zda Vás nějak omezuje nebo nikoliv. Všechna získaná data budou zpracována anonymně a po jejich statistickém zpracování publikována v mé bakalářské práci. Vaše účast na výzkumu je zcela dobrovolná, není honorována, ani pro Vás není spojena s žádnými náklady. Zabere Vám maximálně 5 minut svého času. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas s účastí v průzkumu a zpracováním Vámi poskytnutých dat.

V případě zájmu o sdělení výsledků nebo zpětnému odstupu z výzkumu si prosím vyplňte kód (viz níže – ke každé odrážce vyplňte dle indicie) - při případném sdělení, mi tento kód zodpovíte.

Renáta Klímová, 3.ročník Univerzity Pardubice

Kód:

- 1- První písmeno jména Vaší matky
- 2- Poslední dvě čísla RČ za lomítkem
- 3- První písmeno města, kde žijete

POJMY:

- Kvalita života = Subjektivní vnímání vlastní životní situace. Na úrovni tělesné, duševní, pracovní a sociální pohody, a především na úrovni osobní spokojenosti a radosti ze života i přes jeho strasti a potíže.
- Medikamentózní léčba = Léčba chemickými látkami přirozeného nebo umělého původu (léky).
- Biologická léčba = Cílená léčba na určitý problém.
- Chirurgická léčba = Podstoupení operace.
- Relaps = „Znovuvzplanutí“ onemocnění, návrat nemoci např. po roce.
- Remise = Návrat k původnímu fungování nemocného před vypuknutím onemocnění, vymizení všech známek onemocnění, klidové období, bez příznaků.
- Indoorový sport = Sporty, které se provádějí uvnitř nějaké haly např. v tělocvičně, ve vnitřním bazénu...
- Outdoorový sport = Sporty, které se provádějí venku, v přírodě např. běh v přírodě nebo jízda na kole...

1. Jak dlouho se léčíte s Crohnovou chorobou?

- Nově zjištěné onemocnění
- 1-5 let
- 6-10 let
- 10 a více let

2. V jakém stádiu se dle příznaků onemocnění právě nachází?

- Začátek léčby
- Bezpříznakové období
- Aktivní, obtíže onemocnění
- Relaps
- Remise
- Jiné.....

3. Jaké jsou Vaše nejčastější projevy nemoci? (možno více odpovědí)

- Průjem
- Zácpa
- Nechutenství
- Pocit plnosti
- Zvýšená plynatost
- Bolest břicha
- Vyšší únava
- Jiné:

4. Jste schopen/schopna vykonávat každodenní aktivity - zaměstnání, škola, nákupy potravin,..?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

5. Jste schopen/schopna vykonávat těžší denní aktivity – práce na zahradě (okopávání, hrabání listí, štípání dřeva, sečení trávy,..)?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

6. Omezuje Vás onemocnění v indoorovém sportu (cvičení v posilovně, plavání, jóga, spinning, zumba,..)

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

7. Omezuje Vás onemocnění v outdoorovém sportu (jízda na kole, běh, bruslení, in-line bruslení...)

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

8. Omezuje Vás onemocnění ve společenském životě – občerstvení ve fastfoodu, každodenní nákupy potravin, jízda v MHD...? (krátkodobé aktivity)

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

9. Omezuje Vás onemocnění ve společenském životě – návštěva kina, divadla, restaurace, nákupy, dlouhé cesty v autě...? (dlouhodobé aktivity)

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

10. Přemýšlel/a jste někdy nad tím, že budete muset změnit zaměstnání kvůli onemocnění?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

11. Ovlivňuje Vaše stravování průběh onemocnění?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

12. Musel/a jste kvůli nemoci změnit jídelníček (oproti starému)?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

13. Dodržujete svůj jídelníček?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

14. Ovlivnila Vás nemoc po psychické stránce?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

15. Jak vnímáte své vlastní tělo – v porovnání před onemocněním a v současné době s onemocněním?

- Hůře
- Stejně – nic se nezměnilo
- Lépe

16. Máte rádi sebe samotného více než před onemocněním?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

17. Omezuje Vám onemocnění spánek?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

18. Je pro Vás onemocnění velkou zátěží?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

19. Cítíte se ve stresu více než před vypuknutím nemoci?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

20. Ovlivnilo Vám onemocnění partnerský život?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

21. Ovlivnilo Vám onemocnění sexuální život?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

22. Uzpůsobujete aktivity svému onemocnění (např. dostupnost toalet, restaurace s dostupností vaší diety...)?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

23. Jaký způsob léčby momentálně užíváte?

- Biologická léčba
- Medikamentózní léčba
- Chirurgická
- Jiná.....

24. Cítíte se být omezený/á z důvodu Vaší léčby?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

25. Byl jste kvůli této nemoci na operaci?

- Ano
- Ne

26. Byl/a jste někdy hospitalizovaný v souvislosti s onemocněním?

- Ano
- Ne

27. Jak hodnotíte Vaši kvalitu života? (1- výborně, 5-nedostatečně)

- 1- výborně
- 2- chvalitebně
- 3- dobrý
- 4- dostatečný
- 5- nedostatečný

28. Pohlaví:

- Žena
- Muž

29. Rodinný stav:

- Svobodný/á
- Ženatý/ vdaná
- Rozvedený/á
- Jiné.....

30. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Základní vzdělání
- Střední škola s výučním listem
- Střední škola s maturitou
- Vysoká škola