

Crohnova choroba – dieta, léčebný režim

Silvie Kalafusová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Silvie Kalafusová**
Osobní číslo: **H13860**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Crohnova choroba – dieta a léčebný režim**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a zdrojů.

Zpracování teoretické části bakalářské práce.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se Crohnové choroby, diety a léčebného režimu.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu pomocí dotazníkového šetření na vybraných pracovištích.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.



Rozsah bakalářské práce:
Rozsah příloh:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
FULLER, Susan. Ulcerative Colitis & Crohn's Disease. Ulcerative Colitis, Crohn's Disease & Ibs Treatment Including. 1st ed. United States: Ocean Blue Publishing, 2015. 162 p. ISBN 978-1-910547-06-9.
HOLUBOVÁ, Adéla et al. Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 267 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2806-6.
KLENER, Pavel. Vnitřní lékařství. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. sv. 1. Praha: Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-2.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**
Ústav zdravotnických věd
Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**
Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 8.2.16.....

.....
Kalašnická

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá Crohnovou chorobou patřící do skupiny idiopatických zánětů střev. Obsahuje charakteristiku onemocnění, její příznaky, léčbu a komplikace. Cílem práce je porovnání vědomostí pacientů s Crohnovou chorobou v oblasti diety a léčebného režimu s realitou. Dále se pak zaměřuje na zjištění, jak probíhá edukace v oblasti diety a léčebného režimu po diagnostikování choroby.

Klíčová slova:

Crohnova choroba, pacient, dietní opatření, léčebný režim, edukace, vědomost

ABSTRACT

The topic of this bachelor thesis is Crohn's disease. Crohn's disease belongs to a group of idiopathic inflammations of the intestinal system. It includes points such as characteristics of the disease, its symptoms, treatment and complications. Objective of this work is to compare knowledge of patients regarding dietology and treatment process with how they really follow suggested regime in reality. This work is also focused on how patients are educated about dietology and treatment process, ones disease is diagnosed.

Keywords:

Crohn's disease, patient, dietary measures, treatment regime, education, knowledge

Chtěla bych velmi poděkovat PhDr. Pavle Kudlové, PhD., za cenné rady, připomínky a odborné vedení bakalářské práce. Děkuji respondentům za ochotu a čas, který strávili při vyplňování dotazníků. Děkuji také své rodině a příteli za pomoc a podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 CROHNOVA CHOROBA	11
1.1 DEFINICE, VÝSKYT A ETIOLOGIE CROHNOVY CHOROBY	11
1.2 KLINICKÉ PROJEVY A DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY	11
1.2.1 Klinické projevy.....	11
1.2.1.1 Mimostřevní projevy.....	13
1.2.1.2 Lokální střevní komplikace	13
1.2.2 Diagnostika Crohnovy choroby	14
1.3 KLASIFIKACE CROHNOVY CHOROBY	16
1.3.1 CDAI.....	17
1.4 LÉČBA CROHNOVY CHOROBY	17
1.4.1 Farmakologická léčba	19
1.4.2 Chirurgická léčba	20
2 EDUKACE	22
2.1 EDUKAČNÍ PROCES	22
2.2 EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	22
2.3 FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU.....	23
2.4 ROLE SESTRY – EDUKÁTORKY	24
2.4.1 Funkce sestry v roli edukátorky	24
2.5 METODY A FORMY EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	24
2.6 ADHERENCE, COMPLIANCE A PERZISTENCE	25
2.7 SPECIFIKA V EDUKACI PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU.....	25
2.7.1 Edukace ke změně v životosprávě	26
2.7.2 Edukace diety u Crohnovy choroby	26
2.7.3 Dodržování pravidelných kontrol v ambulanci a předepsané medikace.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
3 CÍLE PRŮZKUMU	29
4 METODIKA PRŮZKUMU	30
4.1 CHARAKTERISTIKA METODY SBĚRU DAT	30
4.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	30
4.3 ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	31
4.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	31
5 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
DISKUZE	84
ZÁVĚR	91
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	92
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	97
SEZNAM TABULEK	98
SEZNAM GRAFŮ	100
SEZNAM PŘÍLOH	102

ÚVOD

Téma pro svou bakalářskou práci „Crohnova choroba – dieta a léčebný režim“ jsem si vybrala z několika důvodů. Již na střední škole mě velice zajímala gastroenterologie. Během odborné praxe na vysoké škole, ale i v osobním životě, jsem poznala mnoho osob, které trpí idiopatickým zánětem střeva. Počet nemocných s Crohnovou chorobou stále roste. Zvýšená incidence nemoci vyžaduje seznámení široké veřejnosti s touto nemocí. Společnost mnohdy neví, jak vážné autoimunitní onemocnění postihlo jejich blízké a známé. Myslí si, že pacienti s Crohnovou chorobou své potíže přehánjí a zneužívají situace. Kolikrát i nemocní neznají podstatu svého onemocnění, nedodržují dietní omezení a nastavený léčebný režim.

Crohnova choroba patří do skupiny idiopatických zánětů střev. Její etiologie není doposud zcela jasná. Nejčastěji postihuje mladé jedince ve věku okolo 20 až 30 let. Léčba tohoto onemocnění není jednoduchá. Jedná se o chronické onemocnění. Chronické onemocnění je zátěží nejen pro samotného nemocného, ale i pro jeho blízké. Projevy a komplikace Crohnovy choroby ovlivňují život pacienta ve všech směrech. Je velice důležité, aby pacienti měli dostatek informací o své nemoci a mohli se s ní naučit žít.

Práce je zaměřená na porovnání vědomostí pacientů s Crohnovou chorobou v oblasti diety a léčebného režimu s realitou. Během praxe jsem poznala nespočet osob, které trpěli chronickým onemocněním, avšak nedodržovali nastavený léčebný režim. V tomto případě musí zdravotníci opakovaně a systematicky pacienty edukovat. Měli by používat prostředky, jako jsou písemné materiály a ukázkové modely, které zlepšují pochopení chronického onemocnění. Tyto kroky jsou nezbytným předpokladem pro zlepšení spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem. Práce se dále zaměřuje na zjištění, jak probíhá edukace v oblasti diety a léčebného režimu po diagnostikování choroby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CROHNOVA CHOROBA

1.1 Definice, výskyt a etiologie Crohnovy choroby

Crohnova choroba (též Crohnova nemoc nebo regionální enteritida) je „*chronické zánětlivé onemocnění trávicího traktu, které postihuje jakoukoliv její část. Nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého střeva s tlustým. Ohraničený (segmentární) zánět zachvacuje celou tloušťku stěny trávicí trubice (transmulární) a způsobuje zde vředy (ulcerace), zúženiny (stenózy) a píštěle (fistulace)*“ (Červenková, 2009, s. 15; Klener et al., 2011, s. 614 aj.).

Crohnova choroba patří do skupiny zánětlivých onemocnění označovaných IBD (anglicky Inflammatory Bowel Disease). IBD postihují přibližně 0,3–0,5 % naší populace. Z řady příčin se tyto záněty zařadily mezi nejsledovanější onemocnění v oblasti gastroenterologie (Bortík, 2015, s. 341).

Incidence Crohnovy choroby v České republice je asi 1,7–2/100 000 obyvatel. Prevalence je okolo 20 nemocných na 100 000 obyvatel. Obě pohlaví jsou postihnuta stejnou mírou. Onemocnění postihuje především mladší věkovou skupinu ve věku okolo 25 let, dále se pak objevuje u 50–70 letých. IBD se častěji vyskytují v průmyslově vyspělých zemích (Klener et al., 2011, s. 611; Zeman a Krška, 2014, s. 239).

Příčinou poškození tkáně je lokální imunitní odpověď. Na vzniku nemoci se podílí také genetická predispozice. Výskyt IBD bývá v rodinách nemocných mnohonásobně vyšší. Dalšími významnými faktory pro rozvoj nemoci mohou být prodělané virové a bakteriální infekce, špatná životospráva, kouření, nedostatek pohybu, či nevhodná dieta – zvýšený příjem tuků a sacharidů a snížený příjem vlákniny (Klener et al., 2006, s. 600–601; Valenta et al., 2007, s. 132).

1.2 Klinické projevy a diagnostika Crohnovy choroby

1.2.1 Klinické projevy

Projevy v trávicí soustavě mohou být různorodé, jelikož může být postižená jakákoliv část zažívacího traktu. Asi u 40 % pacientů se zánět nejčastěji vyskytuje v ileocekální oblasti. Mezi hlavní příznaky řadíme bolesti břicha, průjmy, hubnutí a teplotu. Bolesti břicha mohou mít dvojí charakter. Křečovité bolesti kolem pupku objevující se po jídle, a stálé bolesti, které napodobují apendicitidu, mohou signalizovat existující komplikaci. Průjmy jsou většinou bez příměsi krve. V pravém podbřišku v oblasti jámy kyčelní může být hmatná

tuhá rezistence, která odpovídá zánětlivému infiltrátu ileocékálního přechodu (Červenková, 2009, s. 15–16; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 231).

Při postižení tenkého střeva nemocní neprospívají, hubnou a trpí dolním dyspeptickým syndromem, který se projevuje přeléváním střevního obsahu, říháním, nadýmáním, a bolestí břicha po jídle. Objevuje se i anémie. V této oblasti se mohou tvořit stenózy (zúženiny tenkého střeva), nebo může vzniknout neprůchodnost tenkého střeva. U této formy se mimostřevní projevy nevyskytují (Červenková, 2009, s. 15–17; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 231).

Při postižení tlustého střeva se u pacientů objevují křečovitě bolesti břicha pod pupkem, častější průjmy, enteroragie či teploty. Časté jsou mimostřevní projevy. Dominuje vysoká zánětlivá aktivita (Červenková, 2009, s. 16; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 231).

Zánět v anorektální oblasti bývá vzácný a prognosticky velmi nepříznivý. Mívá agresivní a vleklý průběh. U této formy bývají téměř vždy přítomny abscesy (hnisavé projevy konečníku). Dále se tvoří píštěle u konečníku, vředy v řitním kanále a infiltrované anální papily, které mohou způsobit bolestivé výrůstky v konečníku (Červenková, 2009, s. 17; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 231).

Podle Kelnera (2011, s. 614–615) můžeme rozlišit tři formy choroby:

Zánětlivá forma je charakterizována vleklým průjmem, který je bez příměsi krve. Nemocní mají 3–6 stolic za den. Bolesti jsou přítomné v pravém dolním kvadrantu břicha. Dalšími příznaky jsou únava, hubnutí, subfebrilie až febrilie. Při rozsáhlém postižení tenkého střeva může vzniknout malabsorční syndrom.

Fistulizující forma je charakterizována vznikem píštělí. Píštěle mohou být entrokutální, entroenterální, entrovezikulární nebo entrovaginální. Tato forma bývá často rezistentní na konzervativní terapii.

Stenózující forma je charakterizována vznikem zúžených míst (striktury) ve střevě, které mohou mít za následek subileózní stav. Striktury jsou pro Crohnovu chorobu charakteristické. Zúžené místa ve střevě představují důsledek dlouhodobého zánětu. Mohou se vyskytovat v kterékoliv části zažívací trubice. Navracejí se po operaci, bývají často v anastomóze po resekci. Nemocní se stenózou střeva nemusí mít delší dobu potíže. Jakmile se stávají méně průchodnými, bývají přítomné křečovitě bolesti břicha.

1.2.1.1 Mimosřevní projevy

IBD mohou ovlivňovat celý organismus. Důkazem toho je výskyt mimosřevních projevů. Tyto projevy se objevují u nemocných s postižením tlustého střeva (nejčastěji s Crohnovou chorobou tračníku). V průběhu života mohou mimosřevní projevy postihnout až 40 % nemocných. Mimosřevní projevy postihují např. klouby, oči a kůži (Bortlík, 2010, s. 24).

Nejčastěji jsou postiženy klouby, zvláště kloub kolenní a hlezenní. Vzniká akutní zánět nitrokloubní blány – enteropatická artritida. V kloubu se tvoří výpotek. Celý kloub je zarudlý a velice bolestivý. Tento projev se zhojí zcela bez následků. Mimosřevní projevy postihují i oči. Záněty spojivky, rohovky, duhovky či řasnatého tělíska jsou komplikací velmi bolestivou, naštěstí nezanechávají trvalé následky. U pacientů, kteří mají Crohnovu chorobu tlustého střeva, se může objevit nodózní erytém. Ten se projevuje zduřením podkoží a kůže většinou na bérkách. Tyto zduřenininy bývají velice bolestivé (Červenková, 2009, s. 27).

1.2.1.2 Lokální střevní komplikace

Mezi lokální střevní komplikace můžeme zařadit zúžení průsvitu střeva (stenóza), která se objevuje až u 40 % nemocných. Stenóza může způsobit střevní neprůchodnost. Mezi další komplikaci můžeme zařadit perforaci střeva. K té dochází v případě, kdy hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva. Výsledkem je vznik píštěle a abscesu, který je uložen mimo střevní stěnu (Červenková, 2009, s. 25–26).

Perianální absces a píštěle jsou podle některých odborníků charakteristickým projevem podtypu nemoci. Postihují tlusté střevo. Jsou nebezpečné, neboť vedou ke vzniku flegmóny, tedy neohraničeného zánětu. Mohou také poškodit anální svěrače (Červenková, 2009, s. 26).

Toxické megakolon je výjimečná, avšak velmi závažná komplikace Crohnovy choroby. Komplikace postihuje spíše pacienty s colitis ulcerosa. Dochází k rozpětí střeva a následné neprůchodnosti. To může vyústit až v perforaci střeva. Bakterie a toxické produkty se hromadí a přes stěnu střeva se dostávají do dutiny břišní. To může vyústit až v perforaci střeva (Červenková, 2009, s. 26).

Adenokarinom tenkého střeva je u pacientů s ileální formou Crohnovy choroby zvýšeno až 32krát ve srovnání s běžnou populací. Riziko vzniku tohoto karcinomu je však velmi nízké (Drastich, 2013, s. 536).

1.2.2 Diagnostika Crohnovy choroby

Diagnostika Crohnovy choroby je založená na anamnéze, fyzikálním vyšetření a endoskopickém, rentgenologickém, laboratorním a histologickém obraze. Je zapotřebí odlišit aktivitu a tíži onemocnění. Aktivita zahrnuje známky klinické, laboratorní, endoskopické a histologické. Tíže představuje soubor projevů nemoci (Gabalec, 2009, s. 17).

V anamnéze nás zajímá především rodinný výskyt Crohnovy choroby, ulcerózní kolitidy, celiakie, či jiného autoimunitního onemocnění. Dále zjišťujeme speciální dietní návyky, užívání léků a hormonální antikoncepce. Důležitou informací je také abusus alkoholu, drog a cigaret. Nedílnou součástí anamnézy je popis nynějšího problému, např. počátek prvních příznaků, nebo přehled dosavadních vyšetření (Zbořil, 2004, s. 3).

Laboratorní vyšetření krve řadíme mezi základní vyšetření. Provádí se odběry biochemické, hematologické a imunologické. V hematologii sledujeme krevní obraz, který nám může odhalit anémii, či zvýšenou sedimentaci a CRP. Svou úlohu v diagnostice zastává také stanovení imunoglobulinů v séru a stanovení specifických protilátek. U Crohnovy choroby jsou to protilátky *Saccharomyces cerevisiae* – ASCA (Mitrová, 2012, s. 389).

Laboratorní vyšetření stolice patří taktéž mezi základní vyšetření. Biochemické vyšetření nám pomůže odhalit okultní krvácení, či zbytky potravy. Mikrobiologické vyšetření nám může prokázat střevní parazity. Vždy je nutné vyloučit, ať už kultivačně či serologicky, infekční příčinu obtíží. V současnosti se do popředí dostává stanovení zánětlivých markerů ve stolici (kalprotektin, laktoferin). Tato metoda se využívá také při monitorování nemoci, umožňuje včasné odhalení hrozícího relapsu (Kohout, 2006, s. 27; Mitrová, 2012, s. 389; Slezáková et al., 2012, s. 70).

Endoskopické vyšetření řadíme mezi důležité diagnostické metody. Koloskopie je nejpřesnější a nejdůležitější vyšetření, které umožňuje lékaři prohlédnout si prostřednictvím endoskopu sliznici tlustého střeva a ileocékální oblast. Vyšetření umožňuje sledovat rozsah nemoci, či poslouží při odběru vzorku tkáně na histologické vyšetření (Kožehulová, 2010, s. 36).

Ezofagogastroduodenoskopie je endoskopické vyšetření horní části trávicí trubice. Vyšetření je indikováno, pokud pacient uvádí potíže, které vyvolávají podezření na patologické změny v horním zažívacím traktu (Kožehulová, 2010, s. 38).

Kapslová endoskopie spočívá v požití kapsle s minifotoaparátem, který zhotovuje snímky podobu 6–8 hodin. Lékaři získají okolo 60 tisíc snímků, které pak v počítačovém programu vyhodnocují. Tímto způsobem se získají potřebné informace o zánětlivých změnách na tenkém střevě. Nevýhodou tohoto vyšetření je, že lékař nemůže odebrat vzorek postižené tkáně. Kapsle může také uvíznout v zažívacím traktu (Červenková, 2009, s. 36; Holubová et al., 2013, s. 110–111).

Enteroskopie umožňuje vyšetření celého tenkého střeva. Při tomto vyšetření mohou lékaři odebrat vzorek patologické sliznice. Vyšetření je však poměrně bolestivé, proto probíhá v hluboké analgosedaci (Červenková, 2009, s. 36).

Mezi další diagnostické metody řadíme i zobrazovací vyšetření. Sonografické vyšetření patří mezi metody základní. USG zobrazuje stěnu tenkého a tlustého střeva, její tloušťku a strukturu. Dále hodnotí stav jaterního parenchymu. Díky ultrazvuku může lékař diagnostikovat komplikace jako přítomnost píštělí, abscesů, přítomnost zánětlivého infiltrátu, či šíření patologických změn do okolí (Kožehulová, 2010, s. 34; Vodička, 2014, s. 257).

Enteroklýza je radiologické vyšetření tenkého střeva pomocí kontrastní látky, která se aplikuje přes sondu do tenkého střeva. Látka na sliznici vytvoří tenký povlak baryové suspenze. Lékař sleduje a zhotovuje snímky tenkého střeva. Vyšetření trvá asi hodinu a provádí se v leže, kdy pacient mění polohy podle pokynů lékaře. Na snímcích může lékař vidět přítomné stenózy či patologické změny střeva (Jelínková, 2014, s. 63; Klener, 2009, s. 253).

Irigografie je radiologické vyšetření tlustého střeva pomocí kontrastní látky. Kontrastní látka (baryová kaše) se podává rektálně pomocí klyzmatu. Lékař na monitoru sleduje průchodnost kontrastní látky střevem. Po vyprázdnění baryové suspenze a insuflací vzduchu se objeví reliéfový obraz tračníku, který nám potvrdí Crohnovu chorobu (Jelínková, 2014, s. 64; Lukáš a Žák, 2007, s. 56)

Výpočetní tomografie (CT) pomáhá odhalit změny, které je možné získat i enteroklýzou. CT však umožňuje současně zobrazit postižení měkkých tkání a okolních orgánů v břišní dutině a odhalí komplikace, např. abscesy či píštěle. Nevýhodou CT vyšetření je vysoká dávka ionizujícího záření (Jelínková, 2014, s. 65; Kožehulová, 2010, s. 35).

Magnetická resonance má stejné využití jako CT, avšak jeho výhodou je fakt, že organismus nezatěžuje rentgenovým zářením. MR můžeme využít u nemocných, u kterých je nutné vy-

šetření opakovat v krátkém sledu po sobě. Dále je využíváno u mladých pacientů v reprodukčním věku. MR je indikována při podezření na píštěle v oblasti trávicí trubice včetně konečníku (Kožehulová, 2010, s. 35).

Při diagnostikování nemoci se provádí také biopsie. Enterobiopsie je vyšetřovací metoda, která se používá pro odběr části střevní sliznice. Bioptická kapsle, jejíž součástí je nožík, projde trávicí trubicí. Nožík odřízne část nasáté postižené sliznice a uzavře ji uvnitř. Získaný slizniční vzorek je vyšetřen pomocí histologie a histochemie. (Slezáková, 2012, s. 70)

1.3 Klasifikace Crohnovy choroby

Existuje několik základních klasifikací Crohnovy choroby, které na sebe do jisté míry navazují. Mezi starší řadíme De Dombalovou klasifikaci z roku 1971, které rozlišuje dva základní typy nemoci – perforující a fibrostenózuující. Greensteinova klasifikace z roku 1984 k nim přidala typ zánětlivý. V dnešní době se používá Vídeňská klasifikace z roku 1998 a Montrealská z roku 2006. Tyto klasifikace rozlišují tři základní hodnocené parametry: věk při vzniku nemoci, lokalizaci a chování nemoci. V posledních letech se vytvářely nové klasifikace, nicméně do klinické praxe nepronikly (Zbořil et al., 2012, s. 22–23).

Tabulka č. 1 Klasifikace Crohnovy choroby (Zbořil et al., 2012, s. 22)

Klasifikace	Vídeňská	Montrealská
Věk při stanovení diagnózy	A1 = věk < 40 let A2 = věk > 40 let	A1 = věk < 16 let A2 = věk 17 – 40 let A3 = věk > 40 let
Lokalizace	L1 = terminální ileum L2 = kolon L3 = ileokolon L4 = horní GIT	L1 = terminální ileum L2 = kolon L3 = ileokolon L4 = horní GIT
Charakteristika nemoci	B1 = nestenózuující, neperforující – zánětlivý typ B2 = stenózuující typ B3 = perforující typ	B1 = nestenózuující, neperforující – zánětlivý typ B2 = stenózuující typ B3 = perforující typ B4 = perianální typ

1.3.1 CDAI

„Aktivita nemoci je posuzována dle Crohn's Disease Activity Index (CDAI), ale protože není dostatečné rozlišení mezi symptomy a zánětem, není tento index v klinické praxi běžně užíván“ (Klener et al., 2011. s 614).

Nízký stupeň aktivity (CDAI 150-220)

Pacient se stravuje per os, úbytek na váze je méně než 10 %. Nemá bolesti ani zvýšené teploty. Je chodící. Nevyskytují se příznaky obstrukce, dehydratace nebo abdominálního tumoru. Hodnoty CRP mohou být mírně zvýšené (Greguš, Huorka a Lukáč, 2007, s. 1).

Střední stupeň aktivity))(CDAI 220-450)

Typickým projevem je intermitentní zvracení, úbytek na váze je více než 10 %. Je přítomná abdominální palpační citlivost, avšak je zde absence střevní obstrukce. Hodnoty CRP bývají vysoké (Greguš, Huorka a Lukáč, 2007, s. 1).

Vysoký stupeň aktivity (CDAI > 450)

Příznačná je kachexie, hodnota BMI bývá 18 kg/m² a nižší. Dále se projevuje příznaky obstrukce nebo abscesu. I přes adekvátní léčbu přetrvávají klinické příznaky. Hodnoty CRP jsou vysoké (Greguš, Huorka a Lukáč, 2007, s. 1).

1.4 Léčba Crohnovy choroby

V první fázi výskytu nemoci postupujeme vždy konzervativně. Lékař ordinuje dietu s vysokým podílem bílkovin. Dále může pacientovi přidat enterální či parenterální výživu. Důležitý je tělesný a duševní klid. Tato terapie však musí být doplněna i farmakologickou terapií (Valenta, 2007, s. 133; Vodička, 2014, s. 161).

Dietní režim

Dietní přístupy jsou trvalou součástí léčby. U pacientů s Crohnovou chorobou je třeba počítat s možnou malnutricí, hypoproteinemií, nedostatkem vitamínů rozpustných v tucích, s nedostatkem železa či folátů a epizodami průjmu s rizikem dehydratace. Onemocnění může vyvolat řadu nutričních nedostatků např. neschopnost střeva absorbovat všechny živiny (Fuller, 2015, p. 47; Holubová et al., 2013, s. 215).

V období relapsu volíme pro pacienta bezsezbytkovou dietu. Z jídelníčku vyloučíme nerozpustnou vlákninu, která je obsažená v čerstvém ovoci, zelenině a v luštěninách. Dále

vyloučíme těžce stravitelná jídla s vysokým obsahem tuků. Tyto tuky je potřeba nahradit například kvalitním olivovým olejem, pro správné vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Vhodná je strava s vysokým obsahem škrobů (např. těstoviny), potraviny s vyšším obsahem bílkovin, železa a vápníku. Dbáme na příjem vitamínu C a B komplexu. Rozpustnou vlákninu neomezujeme. Pokrmy vaříme doměkka či je mechanicky velmi jemně upravíme. Denní příjem potravin rozdělíme do 6 menších porcí. Důležitý je pitný režim. Tekutiny se snažíme oddělit od jídla (Šachlová, 2011, s. 404–405).

V období remise může pacient jíst potraviny, které mu nepůsobí potíže. Je vhodné omezit nadýmavé pokrmy, smažená jídla a tučná masa. Velmi důležitý je i pitný režim. Pacienti se stenózující formou musí dodržovat bezezbytkovou dietu i v klidové fázi (Šachlová, 2011, s. 405).

Enterální výživa

Enterální výživu můžeme podávat více způsoby. První způsob podávání je tzv. sipping. Slovo sipping pochází z anglického slova „to sip“, což v českém jazyce znamená usrkávat. Je to nejjednodušší cesta aplikace enterální výživy perorální cestou. Pacienti popijí ochucené přípravy s příchutí ovoce či čokolády. Většinou se jedná o doplňkovou výživu. Nemocní přijímají běžnou stravu a k tomu popijí enterální přípravky. V některých případech lze sipping použít jako krátkodobou komplexní výživu. Druhý způsob podávání enterální výživy je aplikace přípravků nazojejunální sondou. Ta se zavádí pomocí vodiče do tenkého střeva, přesněji do jejunu (lačník), pod skiaskopickou kontrolou či endoskopicky. Do nazojejunální sondy se mohou podávat pouze přípravky farmaceuticky připravené. Aplikace výživy do jejunu stimuluje střevní mikroflóru, umožňuje přívod živin buňkám střevní sliznice (regenerace sliznice) a vyskytují se zde podstatně méně komplikací, než u výživy parenterální. Touto sondou se strava podává nejčastěji kontinuálně přes enterální pumpu. Tento způsob léčby podstupují hlavně pacienti, kteří jsou schopni spolupráce. Nemocný může být se sondou propuštěn domů do domácí léčby. Nemocného zdravotnický personál poučí, jak pracovat s enterální pumpou a jak se má starat o nazojejunální sondu. Enterální výživu podávanou přes sondu oceníme tehdy, pokud pacient nedostatečně přijímá potravu per os a trávicí trakt je funkční. Cílem je zlepšit nebo alespoň udržet stávající nutriční stav. Opožděné podání při rozvinuté malnutrici je neúčinné. Další možností podávání enterální výživy je přes perkutánní endoskopickou gastrostomii. PEG je zaváděn nejčastěji endoskopicky, méně chirurgicky. Výživa se podává bolusově 6–8 krát denně v množství, které pacient toleruje,

většinou je to okolo 250 mililitrů (Dastych, 2012, s. 154; Šachlová, 2011, s. 404; Vrzalová, Konečný, Ehrmann, 2011, s. 338).

Parenterální výživa

Parenterální výživa se pacientům s Crohnovou chorobou ordinuje při relapsu nemoci, při přípravě nemocného k operačnímu výkonu či v pooperačním období a při malnutrici. Parenterální výživa se může podávat do periferního nebo centrálního cévního řečiště. V dnešní době se používají k parenterální výživě vaky v systému „all in one“. Systém zajišťuje lepší využití živin, menší riziko vzniku infekce a nižší výskyt metabolických komplikací. Vaky obsahují minerály, aminokyseliny, tuky, cukry, vitamíny a stopové prvky. Mohou být individuálně připraveny v lékárně pro jednotlivé pacienty. Pokud má nemocný např. syndrom krátkého střeva je možné mu podávat parenterální výživu i v domácím prostředí (Vrzalová, Konečný, Ehrmann, 2011, s. 338).

1.4.1 Farmakologická léčba

*„Základní skupiny farmakoterapie, kterou používáme v léčbě idiopatických střevních zá-
nětů, jsou aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva a biologická terapie. Jako
doplňující léčbu lze chápat antibiotika, probiotika, respektive prebiotika“* (Zbořil et al.,
2012, s. 38).

Aminosalicyláty

Do této lékové skupiny řadíme zástupce Sulfasalazin, který působí protizánětlivě i protibak-
teriálně. Má ovšem řadu nežádoucích účinků jako jsou bolesti hlavy, pocit na zvracení a
bolest v podbřišku. Taktéž může měnit hodnoty krevního obrazu či zvyšovat hodnotu jater-
ních testů, proto se nyní užívá podstatně méně, než v minulosti. Sulfasalazin se ovšem stal
základem pro vznik nového léku zvaného Mesalazinu. Jeho dominantou je dobrá tolerance
s minimem vedlejších účinků (Červenková, 2009, s. 41–42; Marek et al., 2010, s. 202).

Léčba Mesalazinem je indikována pacientům s mírně aktivní Crohnovou chorobou v oblasti
terminálního ilea a pravého tračníku a u pacientů po resekci tlustého nebo tenkého střeva.
V tomto případě slouží léčba jako profylaktická terapie recidivy nemoci. Mesalazin také
snižuje riziko vzniku nádoru ve střevě. Pokud zánět postihne rektum, je indikován Mesalazin
ve formě klyzmat (Douda, 2010, s. 43; Marek et al., 2010, s. 202).

Kortikosteroidy

Kortikosteroidy jsou synteticky vyrobené hormony. Působí protizánětlivě a výrazně imunosupresivně. Aplikují se ve formě tablet, čípků, klyzmat nebo parenterálně. Podávají se pouze při akutním vzplanutí choroby, pro své vedlejší účinky (např. osteoporóza, steroidní diabetes) nemají místo v udržovací terapii (Douda, 2010, s. 43; Marek et al., 2010, s. 202).

Topické steroidy jsou nový typem kortikosteroidů. U pacientů s Crohnovou nemocí nejvíce uspěl Budesonid. Výrazně pomáhá pacientům s mírnou až střední aktivní Crohnovou chorobou v oblasti ileocéka. Tyto steroidy nemají negativní vedlejší účinky. Jediným mínusem může být větší křehkost kožních kapilár (Červenková, 2009, s. 44; Marek et al., 2010, s. 203).

Imunosupresiva

Imunosupresiva jsou skupina léků, které slouží k tlumení imunitního systému. Indikací pro léčbu imunosupresivy jsou akutní stavy s vysokou aktivitou nemoci, avšak v posledních letech jsou užívány i pro léčbu dlouhodobou. V léčbě Crohnovy nemoci se užívá azathioprin a 6-merkaptourin. Azathiorin (např. Imuran) má vysokou schopnost imunosuprese, avšak nástup jeho účinku je pozvolný a trvá až několik měsíců. Mohou se objevit vedlejší účinky, mezi které patří útlum krvetvorby či vznik sekundární infekce (Marek et al., 2010, s. 203).

Biologická léčba

„Jedná se o aplikaci látek, které tlumí specifická místa zánětlivé reakce, kdy cílová molekula má klíčové postavení v procesu vedoucím k nemoci. U idiopatických střevních zánětů se jedná o látky potlačující efekt prozánětlivé bílkoviny – tumor necrosis factor (anti-TNF-protilátky)“ (Douda, 2010, s.47).

Biologickou léčbu podstupují pacienti, u kterých léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala. Biologická terapie je nejúčinnější současnou léčbou, ovšem je nesmírně nákladná. Aby pacient tuto léčbu mohl podstoupit, musí být znám přesný rozsah a lokalizace zánětu. Dále je třeba vyloučit abscesy v dutině břišní a v malé pánvi (Červenková, 2009, s. 48).

1.4.2 Chirurgická léčba

Téměř 70 % pacientů s Crohnovou chorobou se podrobí chirurgické terapii. Chirurgická léčba je indikována u střevních stenóz, píštělí, nitrobřišních abscesů, u krvácení či při perforaci střeva. Základním chirurgickým výkonem je resekce postiženého střeva s následnou anastomózou (Vodička, 2014, s. 258).

Ileocekální resekce se provádí při nejčastější komplikaci nemoci, kterou je stenóza v oblasti přechodu tenkého a tlustého střeva. Zdravé konce střeva se následně k sobě sešijí a vznikne tzv. anastomóza, neboli spojka (Červenková, 2009, s. 53).

Strikturoplastika se provádí tehdy, pokud je na tenkém střevě více zúžených míst. Přední stěna střevní se podélně nařízne a následně se sešije napříč. Tím se obnoví velikost střevního průsvitu, aniž by se zmenšila plocha tenkého střeva, která je schopná vstřebávat živiny. Strikturoplastika se na tlustém střevě neprovádí z důvodu velkého rizika vzniku zhoubného nádoru (Červenková, 2009, s. 53–54, Šerclová, 2010, s. 56).

Perianální píštěle se léčí jak konzervativně tak chirurgicky. Píštěle musí chirurg vyšetřit v celkové anestezii. Hnisavá ložiska se musí vyprázdnit pomocí drenáže. Drenáž také kontroluje zánět a zmírňuje bolestivé projevy zánětu. Pokud nemocnému drenáž nevádí, je možná ji ponechat i několik měsíců. Pokud se píštěle dotýkají např. pochvy, lékař vytvoří slizniční laloky, kterými překryje vnitřní ústí píštěle (Červenková, 2009, s. 54; Šerclová, 2010, s. 57).

2 EDUKACE

Pojem edukace pochází z latinského slova „*educō*“ v překladu vychovávat, či vést vpřed. Edukaci lze formulovat jako proces soustavného ovlivňování jednání či chování jedince. Cílem edukace je navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech jedince. Edukace tedy znamená výchovu a vzdělání (Juřeníková, 2010, s. 9).

2.1 Edukační proces

Edukační proces je realizovaný systematicky, racionálními metodami plánování a poskytování péče o klienta. Cílem procesu ve zdravotnictví je zhodnotit zdravotní stav klienta, skutečné a potencionální problémy v péči o zdraví. Dalším cílem je zhodnocení skutečných a potencionálních problémů v péči o zdraví (Edukace v ošetrovatelství, 2008, s. 13).

Na edukační proces mají vliv čtyři základní determinanty a to edukant (subjekt učení), edukátor (aktér edukační aktivity), edukační konstrukty a edukační prostředí (Průcha, 2002, s. 66–68).

Edukátor je jeden z hlavních účastníků celého edukačního procesu. Ve zdravotnictví to bývá nejčastější lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut či fyzioterapeut. Dalším z hlavních účastníků edukačního procesu je samotný edukant - nemocný/zdravý klient. Každý edukant je individuální osobnost, který je charakterizován svými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. (Juřeníková, 2010, s. 10).

Mezi edukační konstrukty řadíme zákony, předpisy, plány, edukační standardy a materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační prostředí (ambulance, edukační místnost) je místo, kde probíhá samotná edukace. Edukaci může ovlivnit například osvětlení, zkuv, nábytek, ale i sociální klima a atmosféra edukace (Juřeníková, 2010, s. 10).

2.2 Edukace ve zdravotnictví

Edukace ve zdravotnictví hraje důležitou roli. Předchází nemocem, udržuje a navrácí zdraví a přispívá ke zkvalitnění života jedince. Edukace je také důležitá v rámci prevence (primární, sekundární i terciální). Edukaci lze rozdělit na základní, reedukaci a edukaci komplexní. Za základní edukaci lze považovat, takovou edukaci, kdy edukátor předává edukantovi nové vědomosti a dovednosti. Ve zdravotnictví se s touto edukací setkáváme u nově diagnostiko-

vaných nemocí. Při reedukační edukaci má edukátor možnost navázat na předchozí vědomosti a dovednosti edukanta. Při edukaci tyto vědomosti a dovednosti dále prohlubuje. Komplexní edukace je taková edukace, kdy se edukantovi předávají ucelené vědomosti a jsou budovány nové dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních, která vedou ke zlepšení nebo udržení zdraví (Juřeníková, 2010, s. 10–12).

Edukační standard je závazná norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Vede k jednotnému postupu při edukaci. Nejčastěji se používají standardy pro klienty s konkrétním onemocněním. Ve standardu je stanoveno, kdo může klienta edukovat (lékař, všeobecná sestra, zdravotnický asistent). (Juřeníková, 2010, s. 11; Nováková, 2013, s. 36–37).

2.3 Fáze edukačního procesu

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Edukátor zjišťuje potřebné informace pomocí pozorování či rozhovoru. Snaží se odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta. Tato fáze je důležitá pro stanovení budoucích edukačních cílů (Juřeníková, 2010, s. 21).

Fáze projektování

V této fázi si edukátor plánuje cíle edukace. Plánuje si, jakou formou bude klienta edukovat, co bude edukace obsahovat, jak dlouho bude proces trvat a co všechno v průběhu edukace použije za pomůcky či jakým způsobem edukaci zhodnotí (Juřeníková, 2010, s. 21).

Fáze realizace

Vnitřní nebo vnější motivace edukanta je prvním krokem v této fázi. Na tuto fázi navazuje tzv. expozice, kdy edukantům předává edukátor nové poznatky a informace. Edukant by se měl v této fázi aktivně podílet. S expozicí souvisí fixace. Získané vědomosti a dovednosti je nutné procvičovat a opakovat. Na fixaci navazuje průběžná diagnostika, kdy se edukátor snaží prověřit, hodnotit a diagnostikovat pochopení daného učiva a zájem edukanta. Na závěr přichází aplikace, kdy edukant získané nové dovednosti a znalosti začne používat v praxi (Juřeníková, 2010, s. 21).

Fáze upevnění a prohlubování učiva

Je velmi důležité, aby se vědomosti a dovednosti uchovaly v dlouhodobé paměti. Až 50 % osvojeného učiva edukant do druhého dne může zapomenout. Je tedy nezbytné s edukantem

systematicky procvičovat a opakovat, aby docházelo k fixaci vědomostí a dovedností. Při edukaci ve zdravotnictví je tato fáze poměrně často opomíjena (Juřeníková, 2010, s. 21).

Fáze zpětné vazby

V této fázi edukátor hodnotí nejen výsledky edukanta, ale i výsledky své. Hodnocení výsledků nám dává možnost zpětné vazby. Edukátor se přesvědčí, že edukace probíhala správně (Juřeníková, 2010, s. 22).

2.4 Role sestry – edukátorky

Aby všeobecná sestra mohla vykonávat roli edukátorky, musí mít několik předpokladů. První a velmi důležitý předpoklad jsou dostatečné znalosti v oblasti medicíny a ošetrovatelství. Dále by měla mít komunikační a didaktické dovednosti. Při edukaci by sestra měla respektovat etnicko-kulturní odlišnosti pacientů, intelektuální předpoklady, sociální postavení a osobnost pacienta. Musí vytvářet podporující a motivující prostředí. Informace o diagnostikovaném onemocnění může podávat pouze lékař. Sestra je oprávněna podávat poučení pouze v rámci svých kompetencí (Svěráková, 2012, s. 36–37).

2.4.1 Funkce sestry v roli edukátorky

Sestra, která provádí edukaci, zjišťuje individuální znalosti a dovednosti pacienta, které se týká udržení a obnovení zdraví. Dále poskytuje nemocnému či rodinným příslušníkům informace, týkající se ošetrovatelského procesu. Edukátorka rozvíjí znalosti a dovednosti pacienta k udržení jeho zdraví a motivuje ho ke změně postojů v jeho chování (Svěráková, 2012, s. 36–37).

2.5 Metody a formy edukace v ošetrovatelství

Individuální edukace znamená, že se edukátor věnuje jednomu pacientovi formou rozhovoru, výkladu, konzultace či, instruktáže. Skupinová edukace má výhodu v tom, že si pacienti mohou vyměnit své vlastní názory mezi sebou. Tyto skupinové edukace probíhají formou besed, přednášek, cvičení aj. Edukátor může používat k edukaci pacientů tištěné materiály (plakáty, brožury, letáčky), audiovizuální nahrávky či prosté mluvené slovo (Svěráková, 2012, s. 38–39).

2.6 Adherence, compliance a perzistence

Adherence, compliance a perzistence jsou termíny, které se používají k popisu chování nemocných při dodržování doporučených zásad chování. Nejde tedy pouze o správné užívání farmakoterapie, ale i o dodržování diety, životního stylu a podobně. (Vrablík, 2013, s. 369).

Příkryl a Kučerová ve svém článku uvádí, že „adherence k léčbě“ vychází s konceptu Haynese, který adherenci charakterizoval jako míru souznění mezi chováním pacienta (brání doporučených léků, přijetí dietních návyků a životního stylu) a radou lékaře (Příkryl a Kučerová, 2009, s. 171)

Adherenci může ovlivnit lékař i jiní zdravotničtí pracovníci. Systematická edukace, která využívá prostředky, které zlepšují účinnost (např. využití názorných materiálů) zlepšují pochopení onemocnění i léčebné intervence ze strany pacienta (Vrablík, 2013, s. 369).

Pojem compliance, vyjadřuje spíše ochotu nemocného podvolit se odborným doporučením. Někteří autoři tento termín vysvětlují jako dodržování farmakoterapie a jako takovou ji berou za podmnožinu pojmu adherence. Perzistence vyjadřuje nakolik je nemocný schopen dlouhodobě správně užívat předepsanou medikaci a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim (Vrablík, 2013, s. 369).

Nízká adherence k léčbě

Odhady Světové zdravotnické organizace (WHO) udávají, že nemocní s chronickou chorobou užívají jen 70 % své medikace, pesimistické odhady uvádí pouze 30%. V prvních měsících léčby vysadí užívání předepsaných léků až 50% nemocných a dokonce prvního roku je to až 70 % dlouhodobě nemocných (Kulhavý, 2015, s. 165)

Existuje mnoho faktorů, které určují nízkou adherenci k léčbě. Některé z nich nelze ovlivnit, např. osobnost pacienta, pohlavní, věk, kognitivní schopnosti či špatné ekonomické podmínky. Předpokladem k úspěchu při zlepšování adherence nemocných je porozumění nemoci, kterou trpí a pochopení principu léčby. Edukace má vždy lepší výsledky, pokud edukátor používá pomůcky (modely, brožury, videa). Edukaci musí zdravotník opakovat a přizpůsobit nemocnému (Vrablík, 2013, s. 370–371).

2.7 Specifika v edukaci pacientů s Crohnovou chorobou

Edukace klienta, ale i jeho rodiny, je důležitou součástí komplexní péče u Crohnovy choroby. Je velmi důležité seznámit edukanta s jeho onemocněním. V edukačním programu se

edukátor zaměřuje na změnu životosprávy, dodržování pravidelných kontrol v odborné ambulanci, dodržování předepsané medikace a dietních opatření (Vrublová, 2011, s. 44).

2.7.1 Edukace ke změně v životosprávě

Kouření tabákových výrobků je pro pacienty s Crohnovou chorobou velice rizikové. Kouření přispívá k horšímu průběhu nemoci. Medikamentózní terapie, včetně biologické léčby ztrácí na účinnosti. Kouření může způsobit také trvalou aktivitu nemoci a častější operace. Je velice důležité, aby pacienti s Crohnovou nemocí kouření zanechali. Toto opatření může významně zlepšit průběh nemoci. Konzumace alkoholických nápojů se taktéž nedoporučuje. (Červenková, 2009, s. 78; Lukáš, 2010, s. 31).

Stres, nevyrovnanost, nespokojenost v práci a ve vztazích může vyvolat Crohnovou nemoc či způsobit relaps onemocnění. Nemocní by měli mít vytvořené dobré a příjemné rodinné zázemí. Měli by volit práci, která je nebude stresovat. Pokud docílí této rovnováhy, předpokládá se příznivější průběh nemoci (Lukáš, 2010, s. 31).

Fyzická aktivita zvyšuje kvalitu života (např. prevence kardiovaskulárních chorob). Pokud je onemocnění v klidové fázi, nemusí pacienti omezovat fyzickou aktivitu, avšak sporty na vrcholové úrovni se nedoporučují. Úplné vynechání fyzické aktivity je taktéž nevhodné. Pokud je Crohnova choroba aktivní, je vhodné dodržovat klidový režim (www.gastroped.cz, 2013–2015).

2.7.2 Edukace diety u Crohnovy choroby

Ve fázi remise by se dieta neměla lišit od racionální diety. Dieta by měla být lehce stravitelná, měla by obsahovat plnohodnotné bílkoviny (lehce stravitelná masa – drůbež, ryby), vitamíny, minerální látky a jako hlavní zdroj energie jsou preferovány především škroby (Kohout, 2010, s. 69). V příloze III. se nachází tabulka s vhodnými a nevhodnými potravinami.

Ve fázi relapsu se pacientům podává bezezbytková dieta. Je nutné vynechat z jídelníčku potraviny s nerozpustnou vlákninou (čerstvé ovce a zelenina, luštěniny, celozrnné obiloviny). Jídla s velkým obsahem tuků, smažené nebo grilované se taktéž musí vynechat. Cílem diety je podpořit hojivé účinky. Preferuje se lehce stravitelná sacharidová dieta s vysokým obsahem škrobu, bílkovin, železa a s dostatečným množstvím vitamínů C a B-komplexu. Porce jídel by měly být menší a jíst by se mělo častěji, doporučuje se až 6x denně. Strava se

musí důkladně rozkousat. Doporučuje se oddělit tuhá strava od tekutin. Vhodné technologické úpravy jídel jsou vaření, dušení, příprava v páře a pečení v horkovzdušné troubě (Kohout, 2010, s. 69). V příloze VI. se nachází tabulka s vhodnými a nevhodnými potravinami. Při stenózující formě Crohnovy choroby je nutné dodržovat bezsezbytkovou dietu i v klidové fázi. V nejhorším případě by špatná dieta mohla způsobit ileus (Kohout, 2010, s. 69).

2.7.3 Dodržování pravidelných kontrol v ambulanci a předepsané medikace

Je vhodné, aby lékař zapojil pacienta do rozhodování o způsobu léčby. Informovaný pacient má mnohem lepší adherenci k léčbě. Dostatečná adherence je klíčovým předpokladem pro úspěšnou léčbu Crohnovy choroby. Pacienti si vědomě vysazují léčbu nebo snižují předepsané dávky léčivých přípravků a to z důvodu zlepšení zdravotního stavu. Je důležité pacienta poučit, aby pravidelně užíval předepsané léky a chodil na kontroly ke gastroenterologovi. Prohlídka u gastroenterologa se doporučuje většinou 1x za rok, při akutní fázi nemoci i vícekrát ročně (Douda, 2010, s. 39–40).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRŮZKUMU

Cíl č. 1 Zjistit, zda mají respondenti vědomosti o dietě při Crohnově chorobě

Cíl č. 2 Zjistit, zda mají respondenti vědomosti o léčebném režimu při Crohnově chorobě

Cíl č. 3 Zjistit, zda respondenti dodržují dietu při Crohnově chorobě

Cíl č. 4 Zjistit, zda respondenti dodržují léčebný režim při Crohnově chorobě

Cíl č. 5 Zjistit, jak probíhá edukace o dietě a léčebném režimu při Crohnově chorobě

4 METODIKA PRŮZKUMU

4.1 Charakteristika metody sběru dat

Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí nestandardizovaného dotazníku. Vlastnímu šetření předcházelo vytvoření dotazníku, kdy jsme sestavili jednotlivé položky k cílům. V dotazníku se objevuje 5 otázek ze standardizovaného dotazníku EDUTOOL. Otázky byly poupraveny. Dotazník obsahoval 51 otázek, pro průzkum byly použity všechny položky. Dotazník použitý pro průzkum a EDUTOOL dotazník najdete v příloze č. 1 a 2.

Dotazník obsahuje informace o osobě tazatele a informace o šetření samotném. Respondenti byli seznámeni s tématem bakalářské práce. Dotazník byl zcela anonymní a byl použit pouze pro účely bakalářské práce.

Další část dotazníku obsahovala celkem 51 otázek. Otázky byly zaměřené na získání základních dat a demografických údajů, na projevy nemoci, na vědomosti pacientů v oblasti diety a léčebného režimu, na to jak pacienti dietu a léčebný režim dodržují a jak byli edukováni po diagnostikování nemoci. U většiny otázek měli respondenti možnost zvolit z nabízených odpovědí. Dotazník obsahoval i otázky otevřené, kde respondenti odpověděli vlastními slovy.

K cíli č. 1 se vztahují otázky č. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 a jsou to otázky uzavřené. K cíli č. 2 se vztahují otázky č. 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 a jsou to otázky uzavřené. K cíli č. 3 se vztahují otázky č. 36, 39, 42, 43. Otázky jsou uzavřené. Na otázku č. 39 odpovídali pouze respondenti, kteří konzumovali alkohol před léčbou Crohnovy nemoci. K cíli č. 4 se vztahují otázky č. 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44. Otázky jsou uzavřené. Na otázku č. 35 odpovídali pouze respondenti, kteří kouřili tabákové výrobky před léčbou Crohnovi nemoci. K cíli č. 5 se vztahují otázky č. 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51. Otázky byly uzavřené i polootevřené (45, 46, 47, 50, 51).

4.2 Charakteristika souboru respondentů

Šlo o záměrný výběr. Respondenti byli vybráni dle těchto kritérií: pacienti s diagnostikovanou Crohnovou chorobou, starší 18 let, pacienti dispenzarizováni v ambulancích v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, ve Fakultní nemocnici Bohunice v Brně a v Nemocnici v Novém Jičíně.

4.3 Organizace průzkumného šetření

Průzkumné šetření bylo realizováno v měsíci únoru a březnu 2016. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků a to v Krajské Nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, ve Fakultní nemocnici Bohunice v Brně a v Nemocnici v Novém Jičíně. Vrátilo se 101 vyplněných dotazníků, tj. 84 %. 6 dotazníků bylo nutné vyřadit z důvodu nedostatečné vyplněných formulářů.

4.4 Zpracování získaných dat

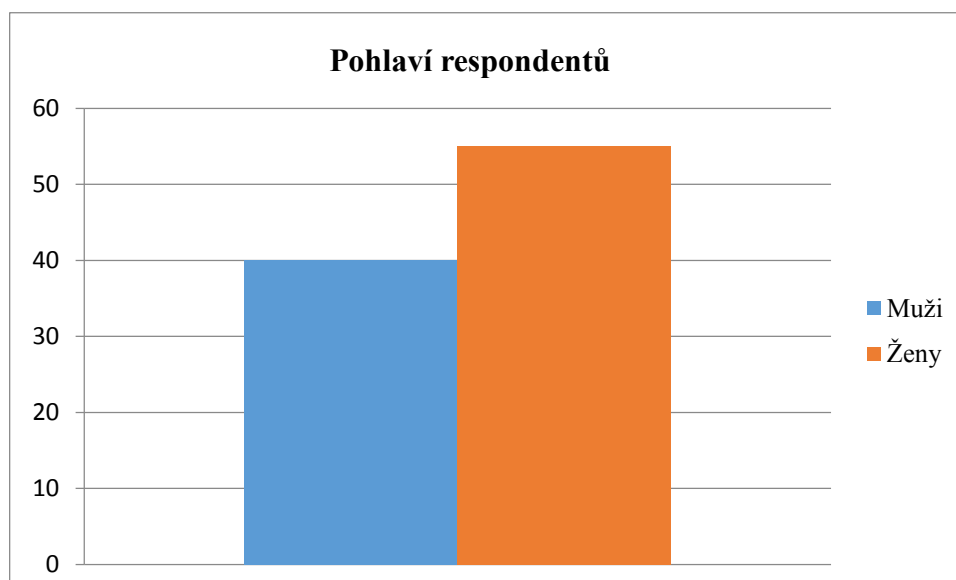
Při zpracování výsledků šetření jsme vycházeli z 95 kompletně vyplněných dotazníkových formulářů. Počet 95 je ve zpracování brán jako 100 %. Získaná data jsou zpracována do tabulek v absolutní a relativní četnosti. Celkem bylo zpracováno 51 položek. Získaná data byla zpracována do tabulek a grafů v programech Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Položka č. 1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Muž	40	42 %
Žena	55	58 %
Celkem	95	100 %



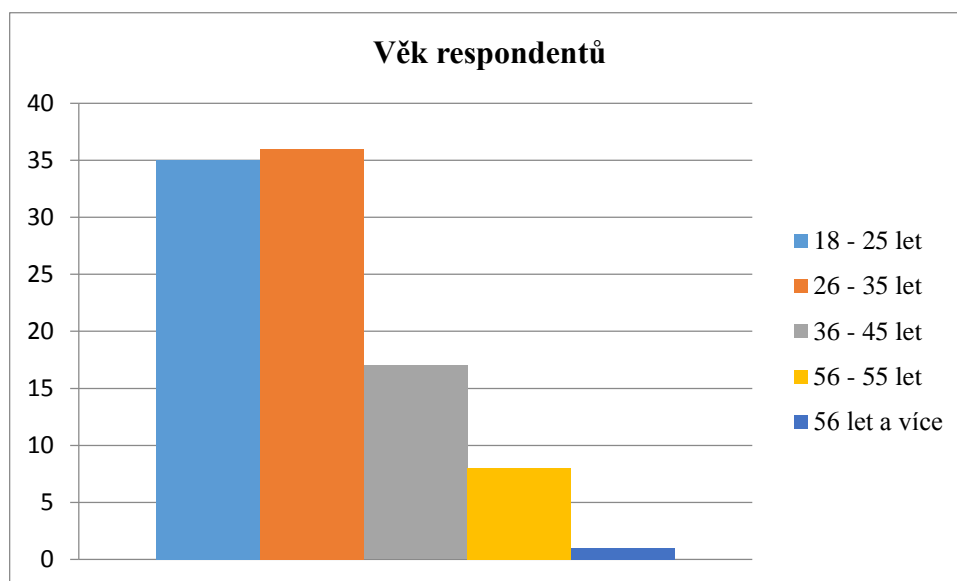
Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Komentář: Průzkumného šetření se zúčastnilo 95 respondentů, z toho 40 mužů (42 %) a 55 žen (58 %).

Položka č. 2 Věk respondentů

Tabulka č. 3 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
18 - 25 let	33	35 %
26 - 35 let	34	36 %
36 - 45 let	16	17 %
46 - 55 let	8	8 %
56 let a více	4	4 %
Celkem	95	100 %



Graf č. 2 Věk respondentů

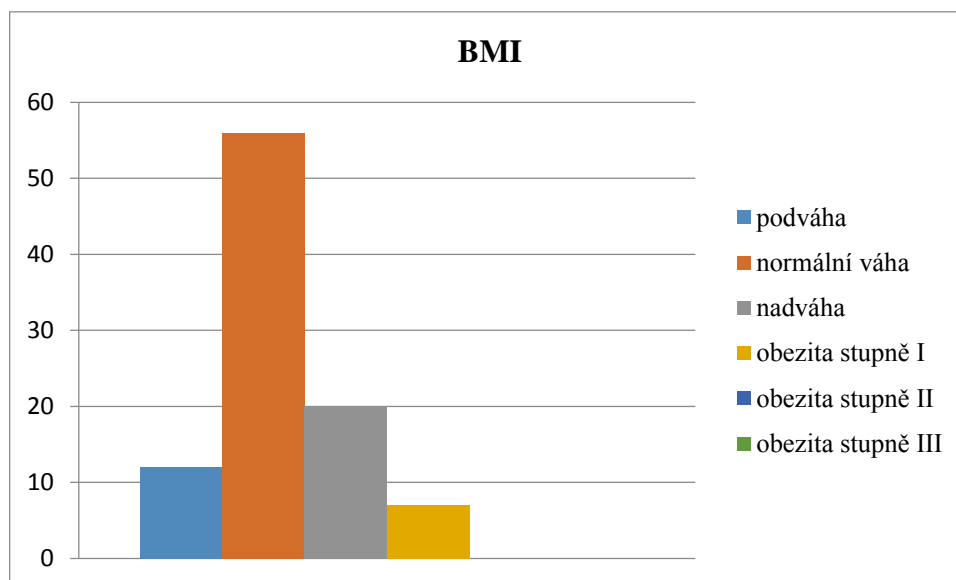
Komentář:

Z celkového počtu 95 dotazovaných (100 %) má 33 respondentů (35 %) věk mezi 16–25 rokem, 34 respondentů (36 %) uvedlo věk 26–35 let, 16 pacientů (17 %) mělo věk v intervalu 36–45 let, 8 pacientů (8 %) mělo věk v intervalu 46–55 let a 4 pacienti (4 %) uvedli 56 let a více.

Položka č. 3 a č. 4 Výška, váha

Tabulka č. 4 BMI respondentů

BMI	Kategorie dle WHO	Absolutní četnost	Relativní četnost %
< 18,5	podváha	12	13 %
18,5-24,9	normální váha	56	59 %
25-29,9	nadváha	20	21 %
30-34,5	obezita stupně I	7	7 %
35-39,9	obezita stupně II	0	0 %
>40	obezita stupně III	0	0 %
Celkem	-	95	100 %



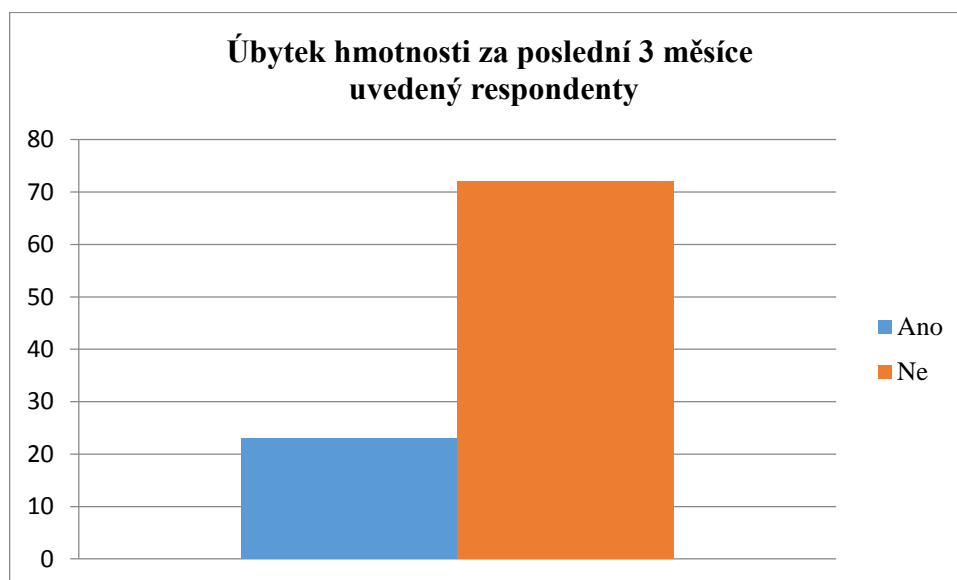
Graf č. 3 BMI

Komentář: Položka č. 3 a č. 4 zjišťovala váhu a výšku respondentů. Na tuto otázku odpovědělo všech 95 (100%) respondentů. Zjištěné hodnoty byly poté individuálně přepočteny na hodnoty BMI a rozříděny do kategorií dle WHO. Normální váhu (BMI 18,5–24,5) vykazuje 56 (59 %) respondentů, 20 (21 %) respondentů vykazuje nadváhu (BMI 25–29,9), obezitu 1. stupně (BMI 30–34,5) vykazuje 7 (7 %) respondentů. 12 (13 %) respondentů vykazuje podváhu. Žádný z dotazovaných nevykazoval obezitu 2. a 3. stupně.

Položka č. 5 Nechtěný úbytek hmotnosti 3 kg za poslední 3 měsíce uvedený respondenty

Tabulka č. 5 Nechtěný úbytek hmotnosti 3 kg za poslední 3 měsíce uvedený respondenty

Úbytek hmotnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	23	24 %
Ne	72	76 %
Celkem	95	100 %



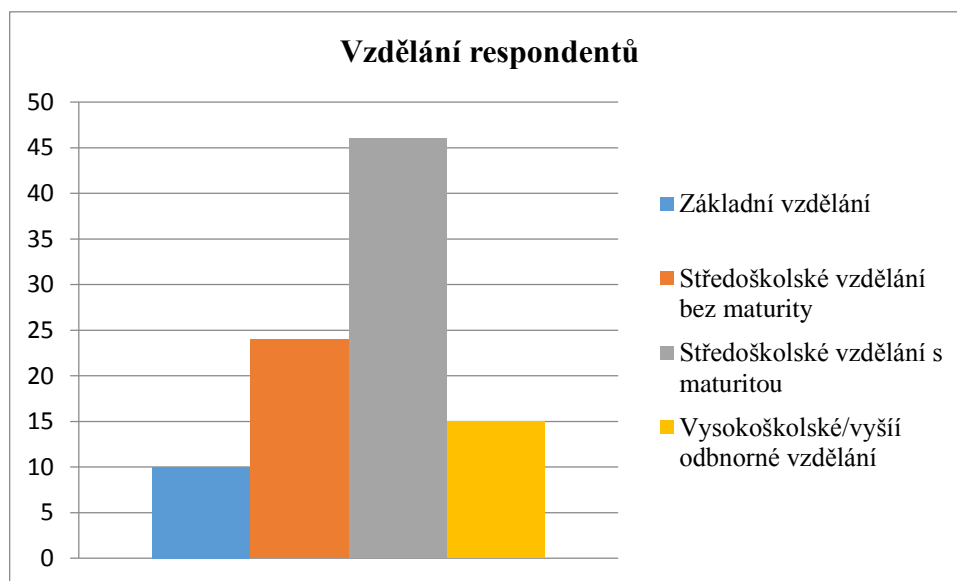
Graf č. 4 Nechtěný úbytek hmotnosti 3 kg za poslední 3 měsíce uvedený respondenty

Komentář: Z průzkumného šetření vyplívá, že u 23 (24 %) respondentů došlo k nechtěnému váhovému úbytku o více než 3 kg za poslední 3 měsíce a u 72 (76 %) respondentů k váhovému úbytku nedošlo.

Položka č. 6 Vzdělání respondentů

Tabulka č. 6 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Základní vzdělání	10	11 %
Středoškolské vzdělání bez maturity	24	25 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	46	48 %
Vysokoškolské/ vyšší odborné vzdělání	15	16 %
Celkem	95	100 %



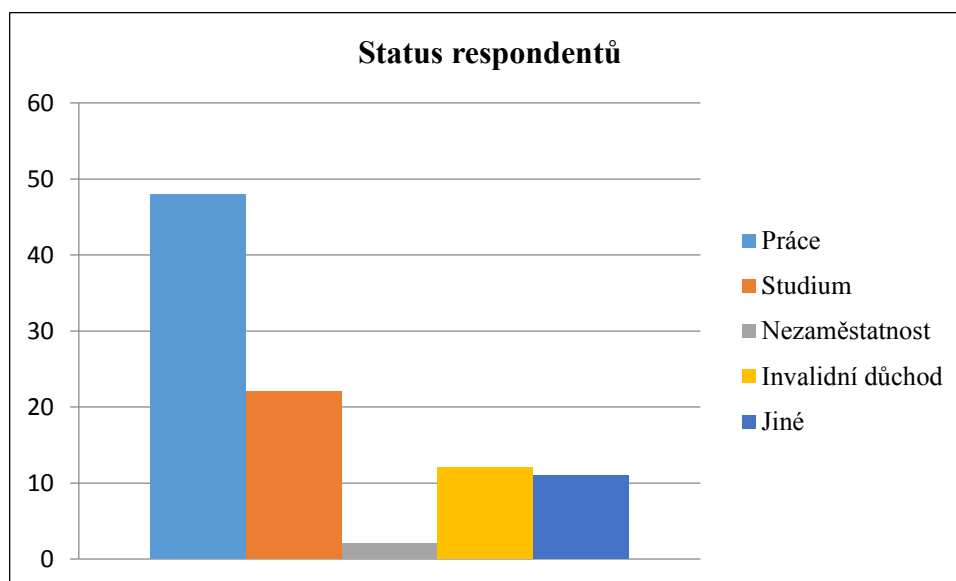
Graf č. 5 Vzdělání respondentů

Komentář: Na otázku, jaké je nevyšší dosažené vzdělání, odpovědělo 10 respondentů (11 %), že dosáhlo základního vzdělání, 24 respondentů (25%) uvedlo středoškolské vzdělání bez maturity. Největší počet, 46 respondentů (48 %) uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou a 15 respondentů (16 %) uvedlo vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání.

Položka č. 7 Status respondentů

Tabulka č. 7 Status respondentů

Status respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Práce	48	50 %
Studium	22	23 %
Nezaměstnanost	2	2 %
Invalidní důchod	12	13 %
Jiné	11	12 %
Celkem	95	100 %



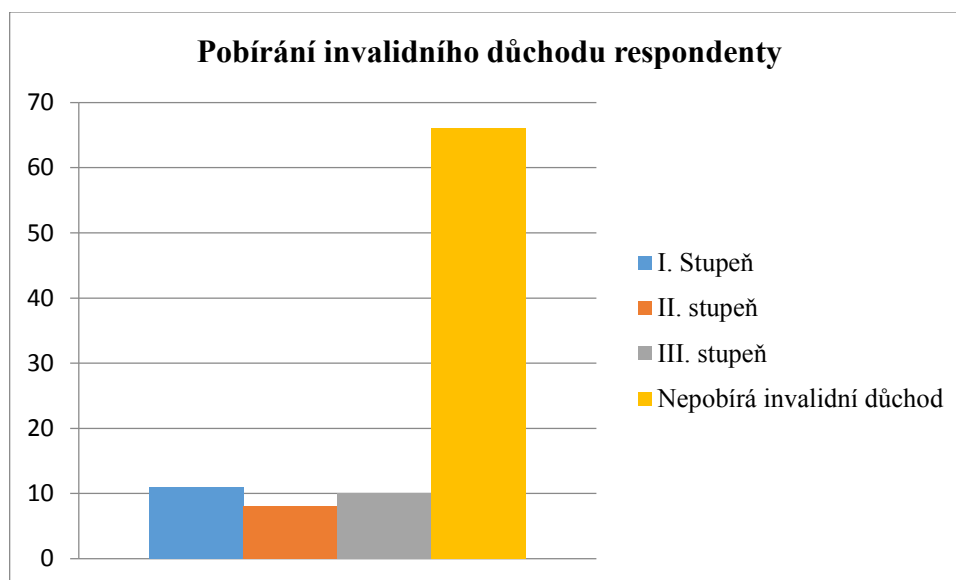
Graf č. 6 Status respondentů

Komentář: Nejvíce respondentů tj. 48 (50 %) pracovalo, 22 (23 %) respondentů studovalo, 2 (2 %) respondenti byli nezaměstnaní a 12 (13 %) pobírali pouze invalidní důchod. Položku jiné zahrnovalo 11 (12 %) respondentů. Do kolonky respondenti uvedli 4× rodičovskou dovolenou, 4× pracovní neschopnost a 3× starobní důchod.

Položka č. 8 Pobírání invalidního důchodu respondenty

Tabulka č. 8 Pobírání invalidního důchodu respondenty

Pobírání invalidního důchodu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
I. stupeň	11	12 %
II. stupeň	8	8 %
III. stupeň	10	11 %
Nepobírá invalidní důchod	66	69 %
Celkem	95	100 %



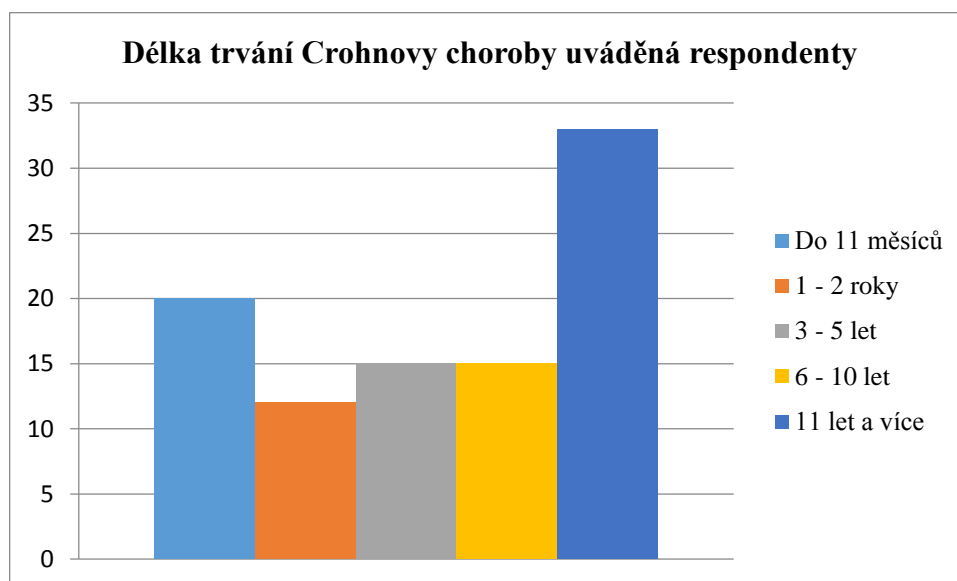
Graf č. 7 Pobírání invalidního důchodu respondenty

Komentář: 11 (12 %) respondentů pobíralo invalidní důchod prvního stupně, 8 (8 %) respondentů pobíralo invalidní důchod II. stupně a invalidní důchod III. stupně pobíralo 10 (11 %) respondentů. Zbytek respondentů tj. 66 (69 %) invalidní důchod nepobíralo.

Položka č. 9 Délka trvání nemoci Crohnovy choroby uváděná respondenty

Tabulka č. 9 Délka trvání Crohnovy choroby uváděná respondenty

Doba trvání nemoci	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Do 11 měsíců	20	21 %
1 – 2 roky	12	12 %
3 – 5 let	15	16 %
6 – 10 let	15	16 %
11 let a více	33	35 %
Celkem	95	100 %



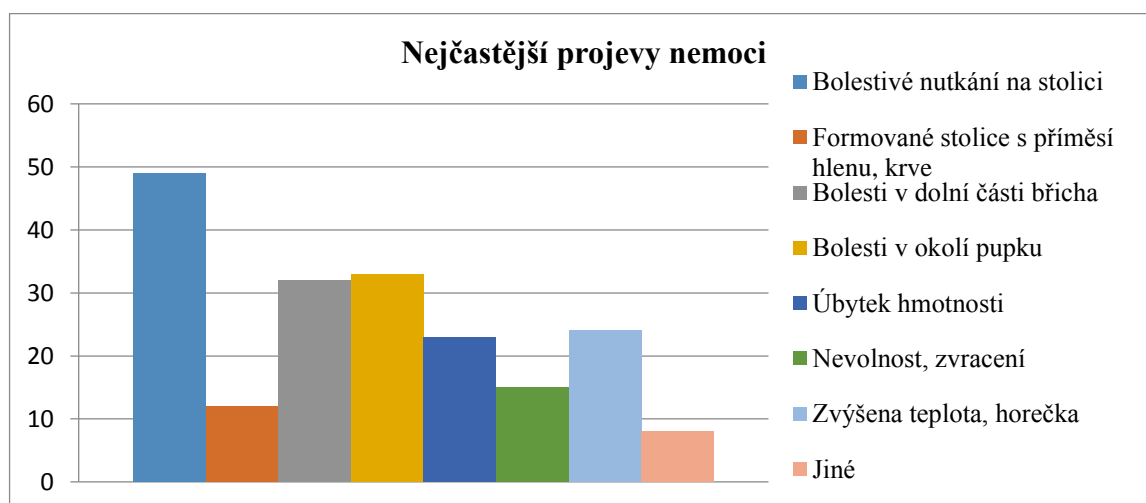
Graf č. 8 Délka trvání Crohnovy choroby uváděná respondenty

Komentář: Méně než 11 měsíců se s Crohnovou nemocí léčilo 20 (21 %) respondentů, 1–2 roky 12 (12 %) respondentů, 3–5 let 15 (16 %) respondentů, 6–10 let se léčilo 15 (16 %) respondentů a 33 (35 %) respondentů se léčilo více než 11 let.

Položka č. 10 Nejčastější projevy Crohnovy choroby u respondentů

Tabulka č. 10 Nejčastější projevy Crohnovy choroby u respondentů

Nejčastější projevy	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Častým, bolestivým nutkáním na stolici s odchodem hlenu či krve	49	25 %
Formovanou stolicí s příměsí hlenu či krve	12	6 %
Opakujícími se epizody kruté bolesti převážně v pravé dolní části břicha	32	16 %
Opakujícími se epizody kruté bolesti v okolí pupku, či v jiné lokalizaci	33	17 %
Nechtěným úbytkem hmotnosti za poslední 3 měsíce	23	12 %
Nevolností a zvracením	15	8 %
Zvýšenou teplotou až horečkou	24	12 %
Jiné	8	4 %
Celkem	196	100 %



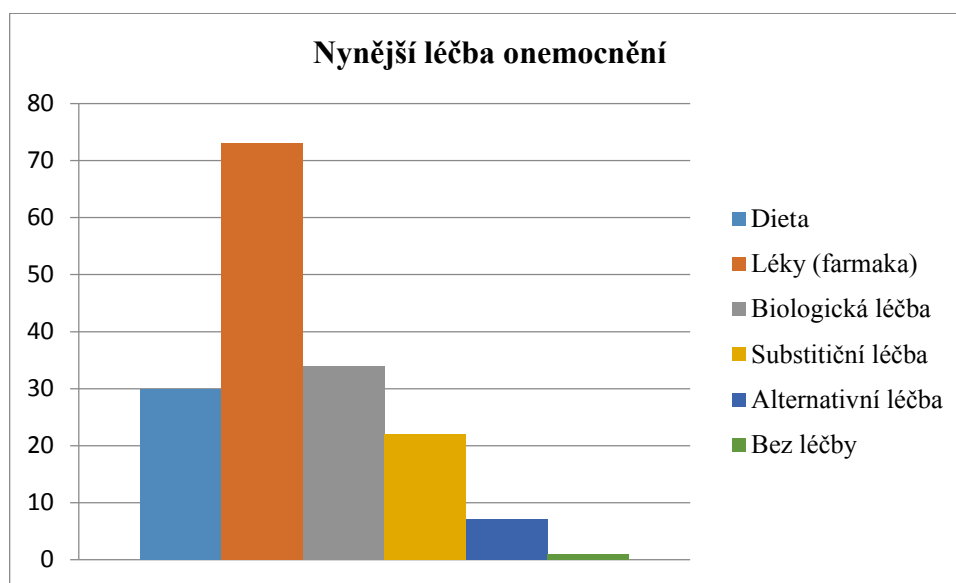
Graf č. 9 Nejčastější projevy Crohnovy choroby u respondentů

Komentář: U této položky mohli respondenti zatrhnout více odpovědí. Nejčastější projev nemoci u zkoumaného vzorku byla položka časté, bolestivé nutkání na stolicí s odchodem krve či hlenu, respondenti tuto položku zatrhli 49× (25 %). Položku formovaná stolice s příměsí hlenu či krve zvolili respondenti 12× (6 %). Celkem 32× (16 %) respondenti uvedlo, že trpí krutou bolestí v pravé dolní oblasti břicha a 33× (17 %) respondenti uvedli krutou bolest v okolí pupku, či jiné lokalizaci. Úbytek hmotnosti o více než 3 kila za poslední 3 měsíce volili respondenti 23× (12 %). Odpověď nevolnost a zvracení uvedli respondenti 15× (8 %). Zvýšenou teplotou nebo horečkou respondenti zatrhli 24× (12 %). Jiné zatrhli respondenti 8× (4 %). Mezi odpovědi bylo uvedeno: nechutenství, únava, bolesti kloubů, průjem, špatné polykání, záněty očí, kazivost zubů, edém, třesavka, zácpa.

Položka č. 11 Nynější léčba Crohnovy choroby u respondentů

Tabulka č. 11 Nynější léčba Crohnovy choroby u respondentů

Nynější léčba onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Dieta	30	18 %
Užívání léků (farmaka)	73	44 %
Biologická léčba	34	20 %
Substituční léčba	22	13 %
Alternativní léčba	7	4 %
Bez léčby	1	1 %
Celkem	167	100



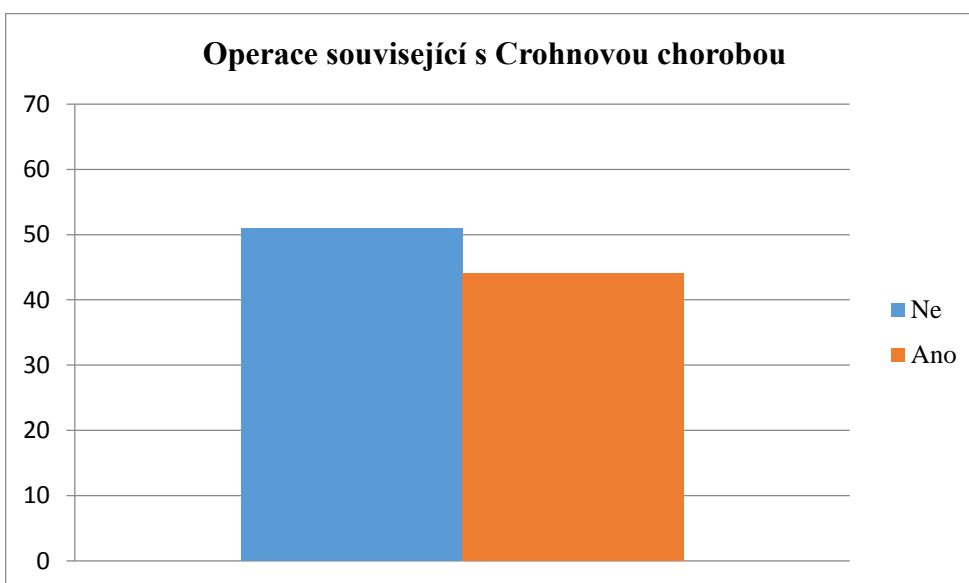
Graf č. 10 Nynější léčba Crohnovy choroby u respondentů

Komentář: U této položky mohli respondenti zatrhnout více odpovědí. Nejvíce odpovědí získala položka užívání léku, kterou respondenti zvolili 73× (44 %). Respondenti mohli do kolonky napsat, jaké léky užívají. Nejvíce uváděli kortikosteroidy a imunosupresiva. Biologickou léčbu respondenti zatrhli 34× (20 %). 30× (18 %) respondenti zatrhli léčbu dietou. Možnost substituční léčba zvolili respondenti 22x (13 %) a 7× (4 %) zatrhli respondenti alternativní léčbu. Pouze 1× (1%) respondent uvádí, že byl bez léčby.

Položka č. 12 Operace související s Crohnovou chorobou

Tabulka č. 12 Operace související s Crohnovou chorobou

Operace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ne	51	54 %
Ano	44	46 %
Celkem	95	100 %



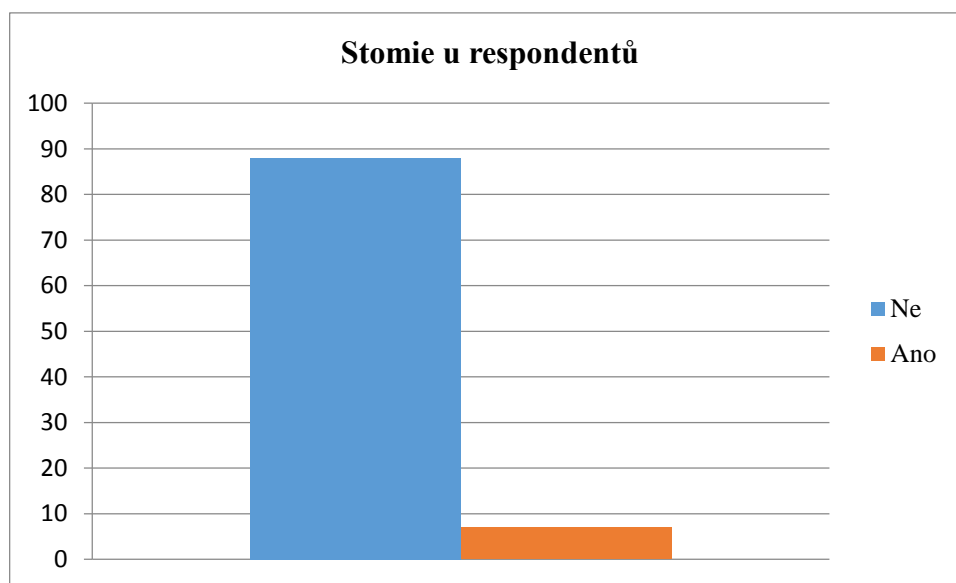
Graf č. 11 Operace související s Crohnovou chorobou

Komentář: Z celkového počtu dotazovaných uvedlo 51 (54 %) respondentů, že nebylo na operaci, která by souvisela s Crohnovou chorobou a 44 (46 %) respondentů na operaci bylo. Respondenti mohli uvést, jaké operace podstoupili. Nejčastěji uváděli resekce ileocéka a plastiky píštělí.

Položka č. 13 Stomie u respondentů

Tabulka č. 13 Stomie u respondentů

Stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ne	88	93 %
Ano	7	7 %
Celkem	95	100 %



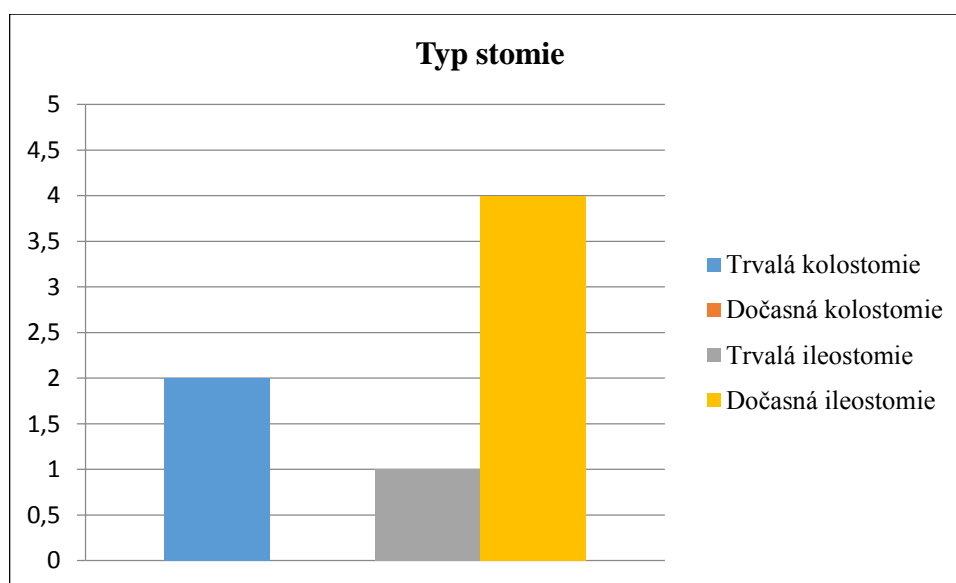
Graf č. 12 Stomie u respondentů

Komentář: Z průzkumného vzorku 88 (93 %) respondentů odpovědělo, že v době, kdy probíhalo dotazníkové šetření, stomii nemělo a 7 (7 %) respondentů uvedlo, že stomii mělo.

Položka č. 14 Typ stomie

Tabulka 14 Typ stomie

Typ stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Trvalá kolostomie	2	29 %
Dočasná kolostomie	0	0 %
Trvalá ileostomie	1	14 %
Dočasná ileostomie	4	57 %
Celkem	7	100 %



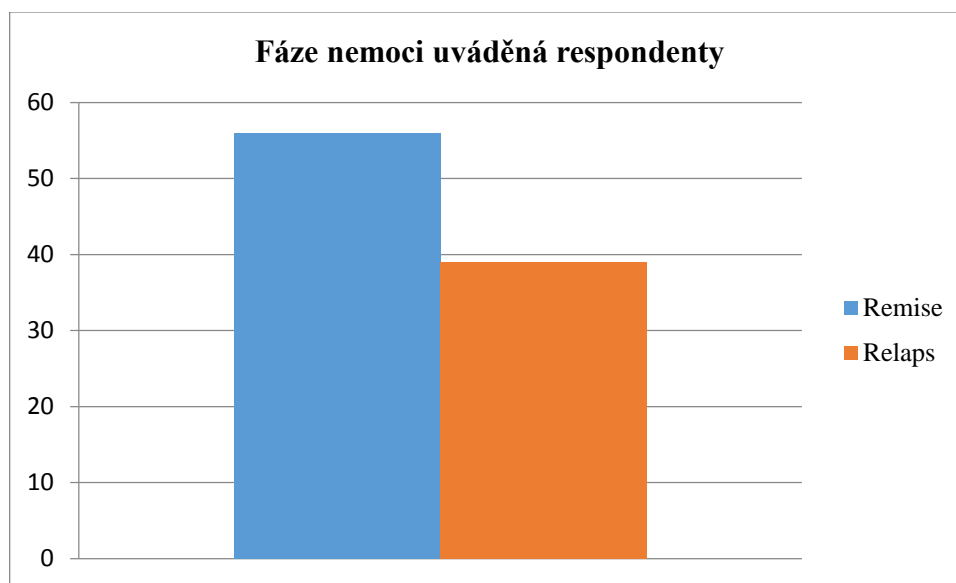
Graf č. 13 Typ stomie

Komentář: Na tuto otázku odpovídalo pouze 7 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že mají stomii. Trvalou kolostomii zatrhl 2 (29 %) respondenti, trvalou ileostomii zatrhl 1 (14 %) respondent a 4 respondenti (57 %) zvolili položku dočasnou ileostomii. Trvalou ileostomii nezvolil žádný respondent.

Položka č. 15 Fáze nemoci uváděná respondenty

Tabulka č. 15 Fáze nemoci uváděná respondenty

Fáze nemoci	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Remise	56	59 %
Relaps	39	41 %
Celkem	95	100 %



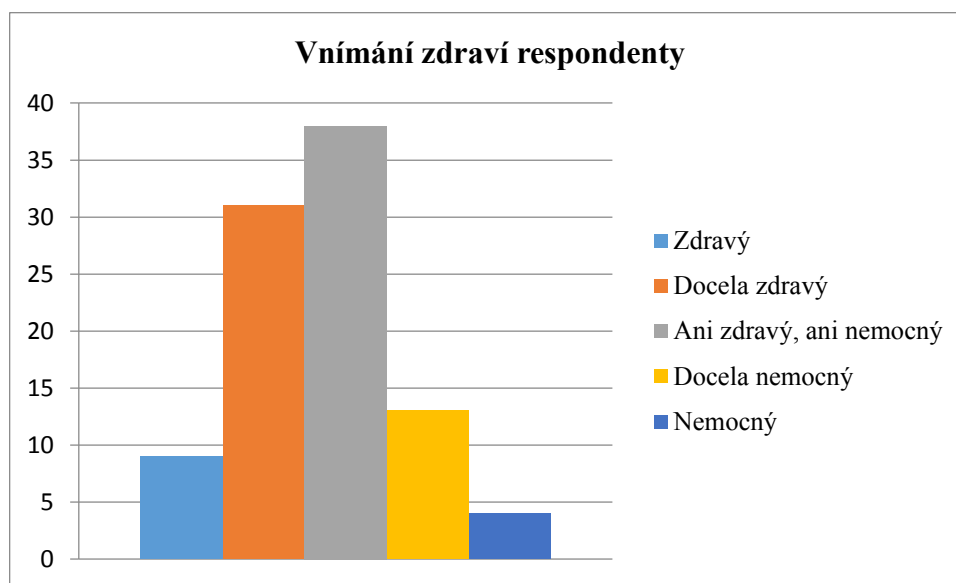
Graf č. 14 Fáze nemoci uváděná respondenty

Komentář: Z celkového počtu respondentů bylo ve fázi remise 56 (59 %) respondentů a ve fázi relapsu 39 (41 %) respondentů.

Položka č. 16 Vnímání zdraví respondenty

Tabulka č. 16 Vnímání zdraví respondenty

Vnímání zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Zdravý	9	9 %
Docela zdravý	31	33 %
Ani zdravá, ani nemocný	38	40 %
Docela nemocný	13	14 %
Nemocný	4	4 %
Celkem	95	100 %



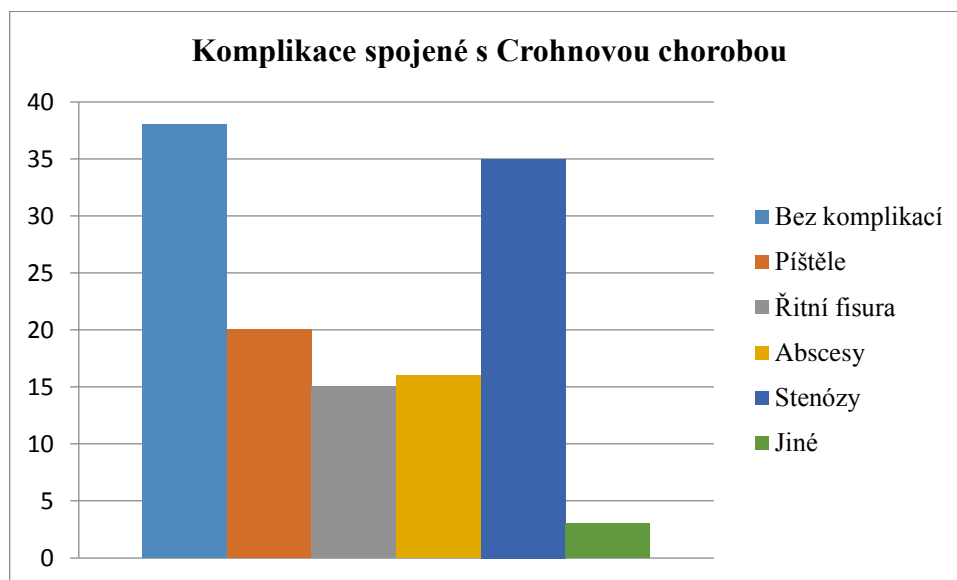
Graf č. 15 Vnímání zdraví respondenty

Komentář: Tato otázka zjišťovala, jak se respondenti momentálně cítili. 9 (9 %) respondentů zvolilo možnost zdravý, 31 (33 %) respondentů zvolilo možnost docela zdravý. Nejvíce respondenti volili položku ani zdravý, ani nemocný a to v počtu 38 (40 %). Docela nemocný zahrlo 13 (14 %) respondentů a položku nemocný 4 (4 %) respondenti.

Položka č. 17 Komplikace spojené s Crohnovou chorobou u respondentů

Tabulka č. 17 Komplikace spojené s Crohnovou chorobou u respondentů

Komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Bez komplikací	38	30 %
Píštěle	20	16 %
Řitní fisura	15	12 %
Abscesy	16	13 %
Stenózy	35	27 %
Jiné	3	2 %
Celkem	127	100 %



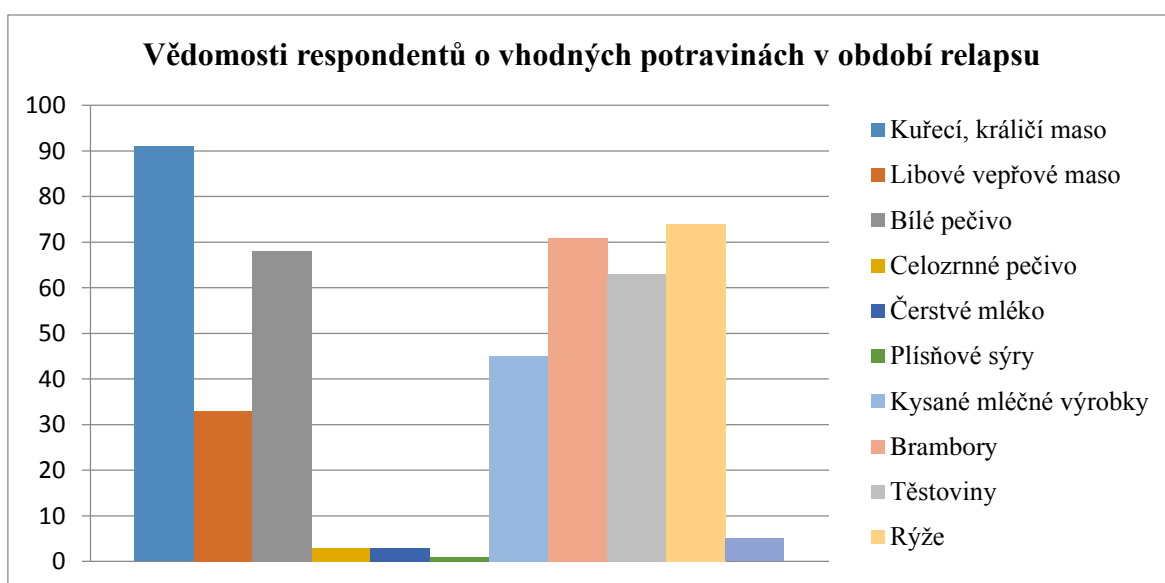
Graf č. 16 Komplikace spojené s Crohnovou chorobou u respondentů

Komentář: U této položky mohli respondenti zatrhnout více odpovědí. Respondenti 38× (30 %) zvolili položku bez komplikací. 20× (16 %) respondenti zatrhli píštěle, 15× (12 %) respondenti zatrhli řitní fisuru a 16× (13 %) respondenti zatrhli položku abscesy. Možnost stenózy zvolili respondenti 35× (27 %). Možnost jiné zvolili 3× (3 %) Mezi jiné uvedli: špatná imunita, afty a srůsty po operacích.

Položka č. 18 Vědomosti respondentů o vhodných potravinách v období relapsu

Tabulka č. 18 Vědomosti respondentů o vhodných potravinách v období relapsu

Potraviny	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Kuřecí, králičí maso	91	20 %
Libové vepřové maso	33	7 %
Bílé pečivo	68	15 %
Celozrnné pečivo	3	1 %
Čerstvé mléko	3	1 %
Plísňové sýry	1	0 %
Kysané mléčné výrobky	45	10 %
Brambory	71	15 %
Těstoviny	63	14 %
Rýže	74	16 %
Čerstvé ovoce	5	1 %
Celkem	457	100 %



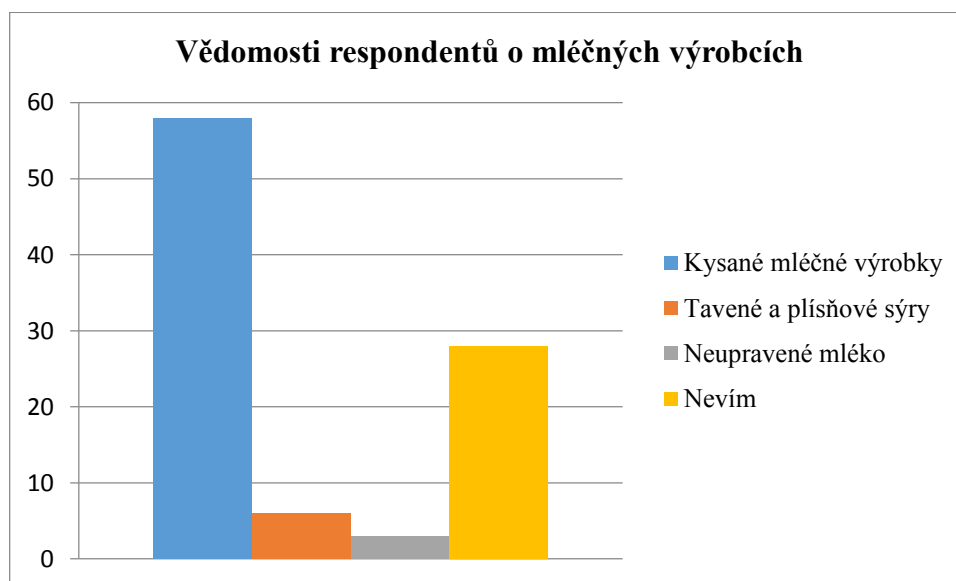
Graf č. 17 Vědomosti respondentů o vhodných potravinách v období relapsu

Komentář: V této položce měli respondenti zatrhnout všechny správné odpovědi. Respondenti uvedli celkem 457 odpovědí. První položka, kuřecí a králičí maso, byla respondenty zvolena 91× (20 %). Libové vepřové maso zvolili respondenti 33× (7 %) a bílé pečivo zvolili respondenti 68× (15 %). Respondenti 45× (10 %) zatrhli možnost kysané mléčné výrobky. Položku brambory zvolili respondenti 71× (15 %), těstoviny 63x (14 %) a položku rýže 74× (16 %). Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 18 a grafu č. 17.

Položka č. 19 Vědomosti respondentů o mléčných výrobcích, které jsou preferovány

Tabulka č. 19 Vědomosti respondentů o mléčných výrobcích, které jsou preferovány

Mléčné výrobky	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Kysané mléčné výrobky	58	61 %
Tavené a plísňové sýry	6	6 %
Neupravené mléko	3	3 %
Nevím	28	30 %
Celkem	95	100 %



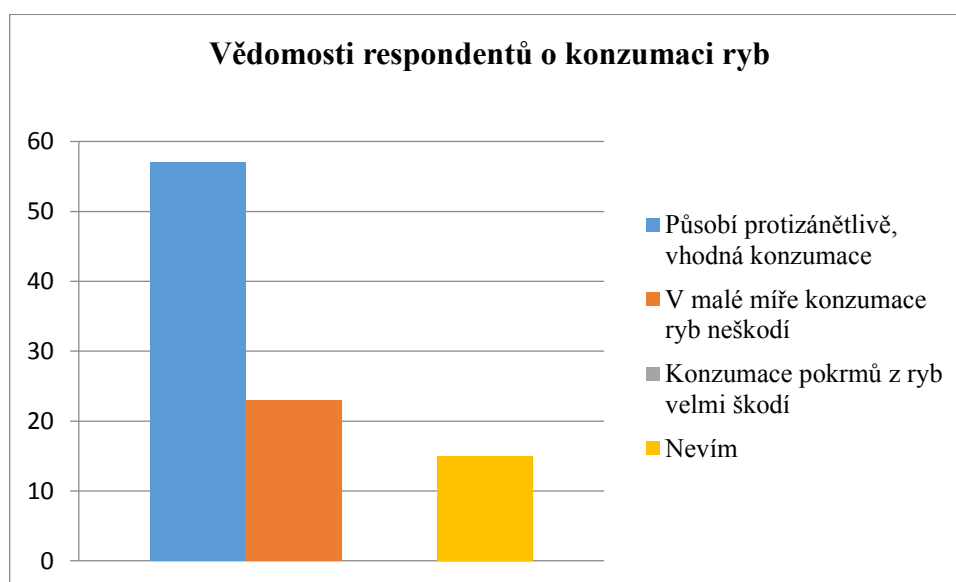
Graf č. 18 Vědomosti respondentů o mléčných výrobcích, které jsou preferovány

Komentář: Na tuto otázku odpovědělo 58 (61 %) respondentů, že nejlépe jsou snášeny kysané mléčné výrobky a 28 (30 %) respondentů neví, které z uvedených výrobků jsou lépe snášeny. 6 (6 %) respondentů zahrlo položku tavené a plísňové sýry a 3 (3 %) respondenti neupravené mléko.

Položka č. 20 Vědomosti respondentů o konzumaci ryb

Tabulka č. 20 Vědomosti respondentů o konzumaci ryb

Konzumace ryb	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Působí protizánětlivě, vhodné je konzumovat pokrmy z ryb až 2x týdně	57	60 %
V malé míře konzumace ryb neškodí	23	24 %
Konzumace pokrmů z ryb velmi škodí	0	0 %
Nevím	15	16 %
Celkem	95	100 %



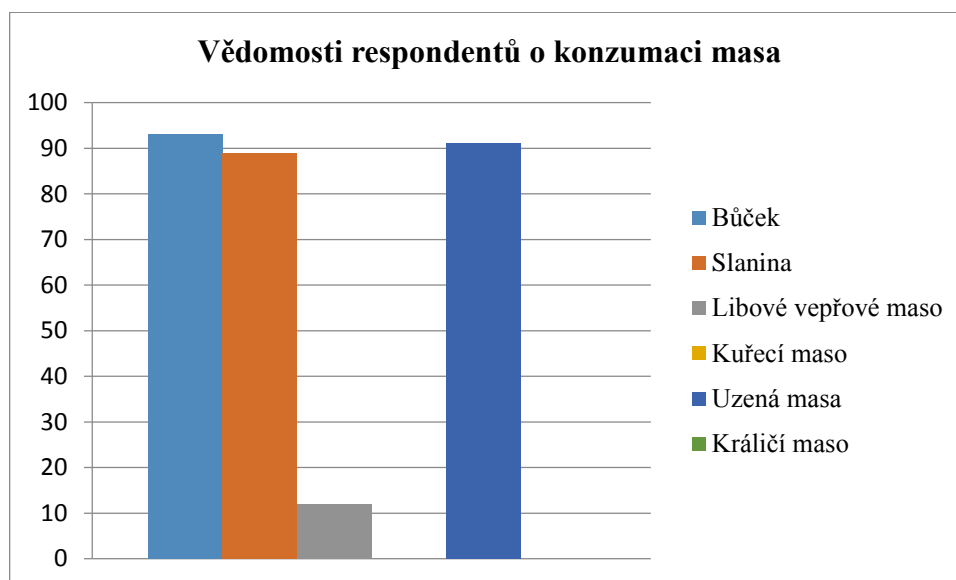
Graf č. 19 Vědomosti respondentů o konzumaci ryb

Komentář: Ze zkoumaného vzorku zahrlo 57 (60 %) respondentů první možnost – působí protizánětlivě, vhodné je konzumovat pokrmy z ryb až 2× týdně. V malé míře konzumace ryb neškodí, zvolilo 23 (24 %) respondentů. Třetí položku, konzumace pokrmů z ryb velmi škodí, nezahrlo žádný respondent, avšak 15 (16 %) respondentů zvolilo položku nevím.

Položka č. 21 Vědomosti respondentů o konzumaci masa

Tabulka č. 21 Vědomosti respondentů o konzumaci masa

Masa, masné výrobky	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Bůček	93	33 %
Slanina	89	31 %
Libové vepřové maso	12	4 %.
Kuřecí maso	0	0 %
Uzená masa	91	32 %
Králíčí maso	0	0 %
Celkem	285	100 %



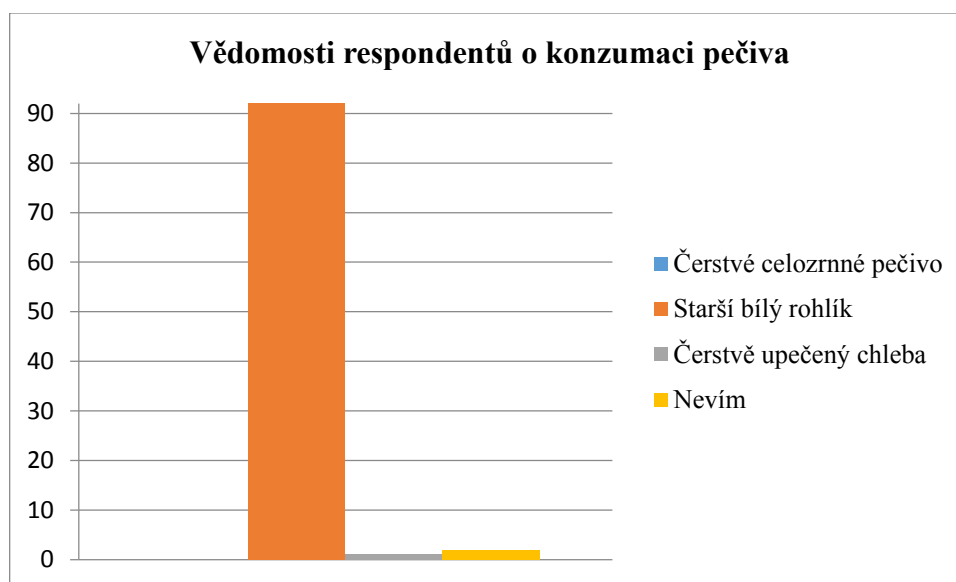
Graf č. 20 Vědomosti respondentů o konzumaci masa

Komentář: V této položce měli respondenti zatrhnout všechny správné odpovědi. Uvedli celkem 285 odpovědí. Respondenti 93× (33 %) zvolili možnost bůček, 89× (31 %) zatrhli položku slanina a 91× (32 %) respondenti zatrhli možnost uzená masa. Libové vepřové maso bylo zatrhnuto 12× (4 %). Kuřecí maso a králíčí maso nezvolil žádný respondent.

Položka č. 22 Vědomosti respondentů o konzumaci pečiva

Tabulka č. 22 Vědomosti respondentů o konzumaci pečiva

Pečivo	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Čerstvé celozrnné pečivo	0	0 %
Starší bílý rohlík	92	97 %
Čerstvě upečený chleba	1	1 %
Nevím	2	2 %
Celkem	95	100 %



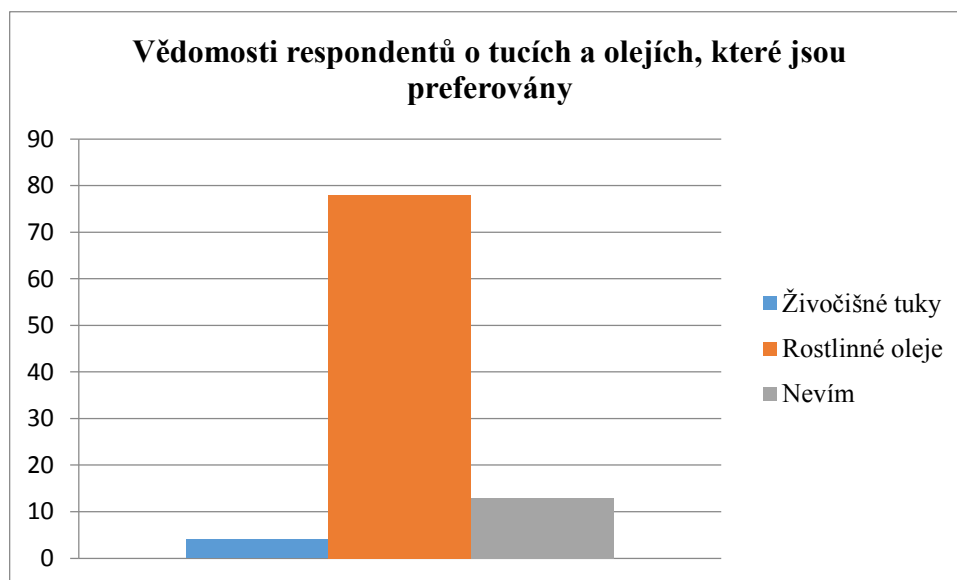
Graf č. 21 Vědomosti respondentů o konzumaci pečiva

Komentář: Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů a to v počtu 92 (97 %) na položku starší bílý rohlík. Položku čerstvě upečený chleba zvolil 1 (1 %) respondent a položku nevím 2 (2 %) respondenti. Čerstvé celozrnné pečivo nezvolil žádný respondent.

Položka č. 23 Vědomosti respondentů o tucích a olejích, které jsou preferovány

Tabulka č. 23 Vědomosti respondentů o tucích a olejích, které jsou preferovány

Tuky a oleje	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Živočišné tuky	4	4 %
Rostlinné oleje	78	82 %
Nevím	13	14 %
Celkem	95	100 %



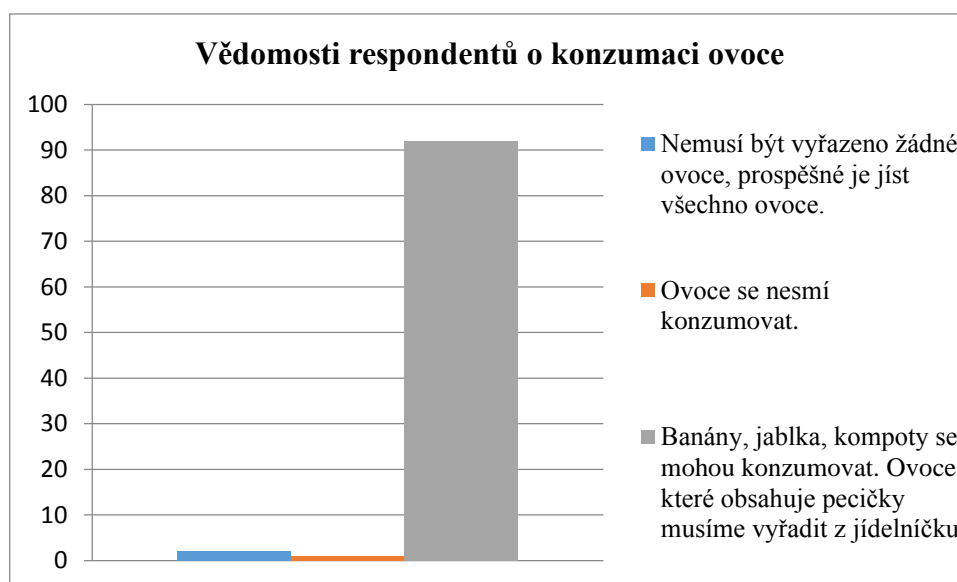
Graf č. 22 Vědomosti respondentů o tucích a olejích, které jsou preferovány

Komentář: 4 (4 %) respondentů zadrželo odpověď živočišné tuky, 78 (82 %) respondentů zadrželo rostlinné oleje a položku nevím zadrželo 13 (14 %) respondentů.

Položka č. 24 Vědomosti respondentů o konzumaci ovoce

Tabulka č. 24 Vědomosti respondentů o konzumaci ovoce

Správné tvrzení	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Z jídelníčku nemusí být vyřazeno žádné ovoce, naopak je velice prospěšné jíst všechno ovoce v přiměřeném množství.	2	2 %
Ovoce se při Crohnově chorobě v žádném případě nesmí konzumovat.	1	1 %
Banány, oloupaná jablka, kompoty se mohou konzumovat, ovšem ovoce, které obsahuje malé pečičky (jahody, angrešt'), musíme vyřadit z jídelníčku.	92	97 %
Celkem	95	100 %



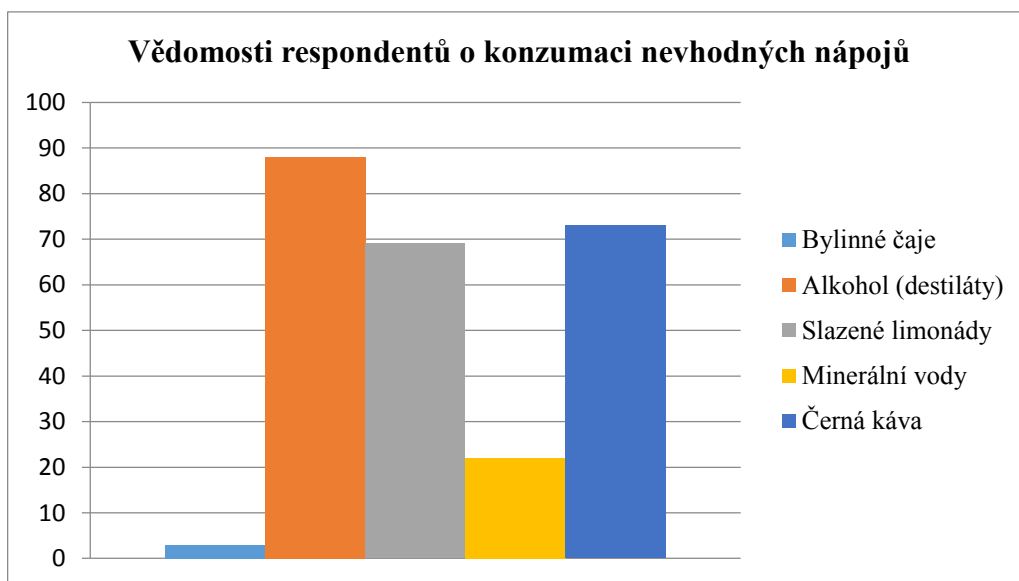
Graf č. 23 Vědomosti respondentů o konzumaci ovoce

Komentář: Položku s tvrzením: „*Banány, oloupaná jablka, kompoty se mohou konzumovat, ovšem ovoce, které obsahuje malé pečičky (jahody, angrešt'), musíme vyřadit z jídelníčku.*“ zadrželo 92 (97 %) respondentů. Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 24 a grafu č. 23.

Položka č. 25 Vědomosti respondentů o konzumaci nevhodných nápojů

Tabulka č. 25 Vědomosti respondentů o konzumaci nevhodných nápojů

Nevhodné nápoje	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Bylinné čaje	3	1 %
Alkohol (destiláty)	88	35 %
Slazené limonády	69	26 %
Minerální vody	22	9 %
Černá káva	73	29 %
Celkem	255	100 %



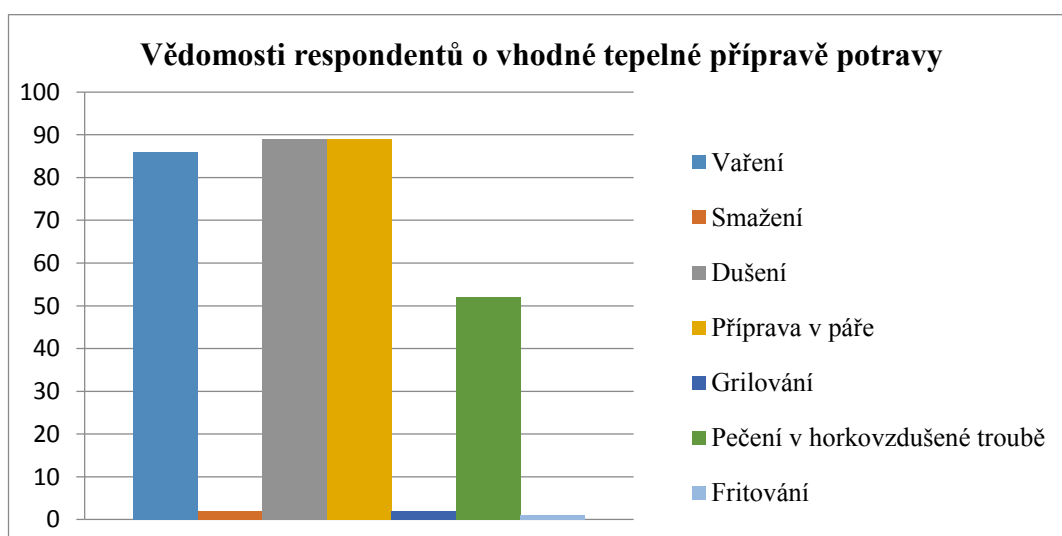
Graf č. 24 Vědomosti respondentů o konzumaci nevhodných nápojů

Komentář: V této položce měli respondenti zatrhnout všechny správné odpovědi. Položku bylinné čaje zatrhli respondenti 3× (1 %), položku alkohol zatrhli respondenti 88× (35 %), položku slazené limonády zatrhli respondenti 69× (26 %), položku minerální vody zatrhli respondenti 22× (9 %) a položku černá káva zatrhli respondenti 73× (29 %).

Položka č. 26 Vědomosti respondentů o vhodné tepelné přípravě potravy

Tabulka č. 26 Vědomosti respondentů o vhodné tepelné přípravě potravy

Tepelná příprava	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaření	86	27 %
Smažení	2	1 %
Dušení	89	28 %
Příprava v páře	89	28 %
Grilování	2	1 %
Pečení v horkovzdušné troubě	52	16 %
Fritování	1	0 %
Celkem	321	100%



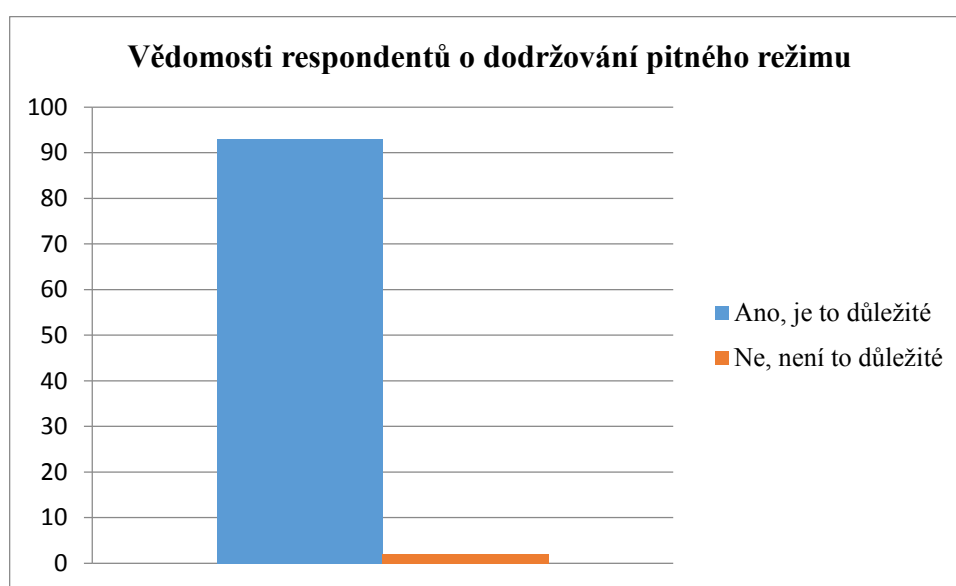
Graf č. 25 Vědomosti respondentů o vhodné tepelné přípravě potravy

Komentář: V této položce měli respondenti zatrhnout všechny správné odpovědi. Respondenti uvedli celkem 321 odpovědí. Jako vhodnou tepelnou přípravu zatrhlí respondenti nejvíce dušení a příprava v páře a to v počtu 89 (28 %) odpovědí v obou případech. V 86 případech (27 %) bylo zatrhnuto vaření. Pečení v horkovzdušné troubě bylo zatrženo 52× (16 %). Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 26 a grafu č. 25.

Položka č. 27 Vědomosti respondentů o dodržování pitného režimu

Tabulka č. 27 Vědomosti respondentů o dodržování pitného režimu

Dodržování pitného režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, je to důležité	93	98 %
Ne, není to důležité	2	2 %
Celkem	95	100 %



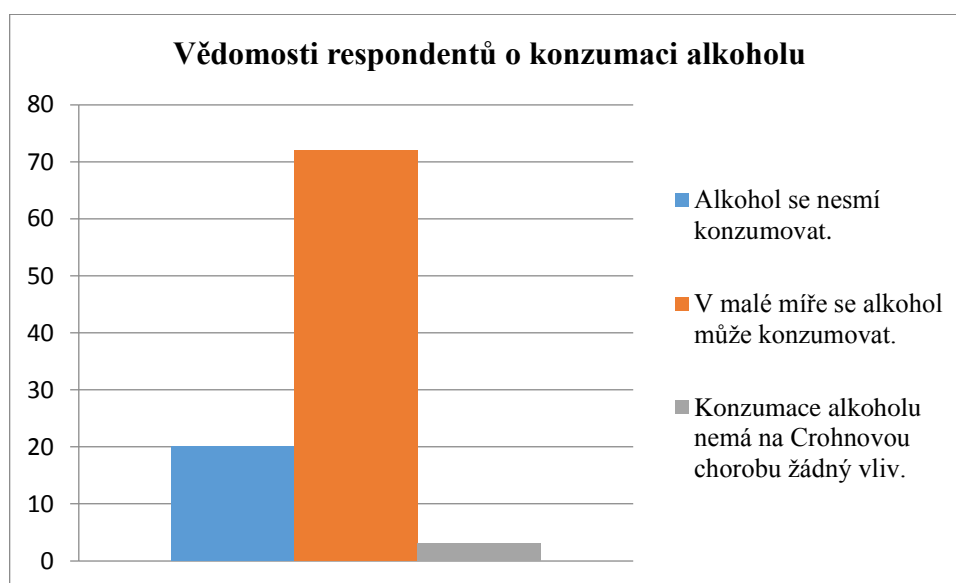
Graf č. 26 Vědomosti respondentů o dodržování pitného režimu

Komentář: 93 (98 %) respondentů uvedlo, že je důležité dodržovat pitný režim. 2 (2 %) respondenti uvedli, že dodržovat pitný režim není důležité.

Položka č. 28 Vědomosti respondentů o konzumaci alkoholu

Tabulka č. 28 Vědomosti respondentů o konzumaci alkoholu

Konzumace alkoholu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
V žádném případě se nesmí konzumovat alkohol.	20	21 %
V malé míře se alkohol může konzumovat, destiláty ovšem nejsou doporučovány.	72	76 %
Konzumace alkoholu nemá na Crohnovou chorobu žádný vliv.	3	3 %
Celkem	95	100 %



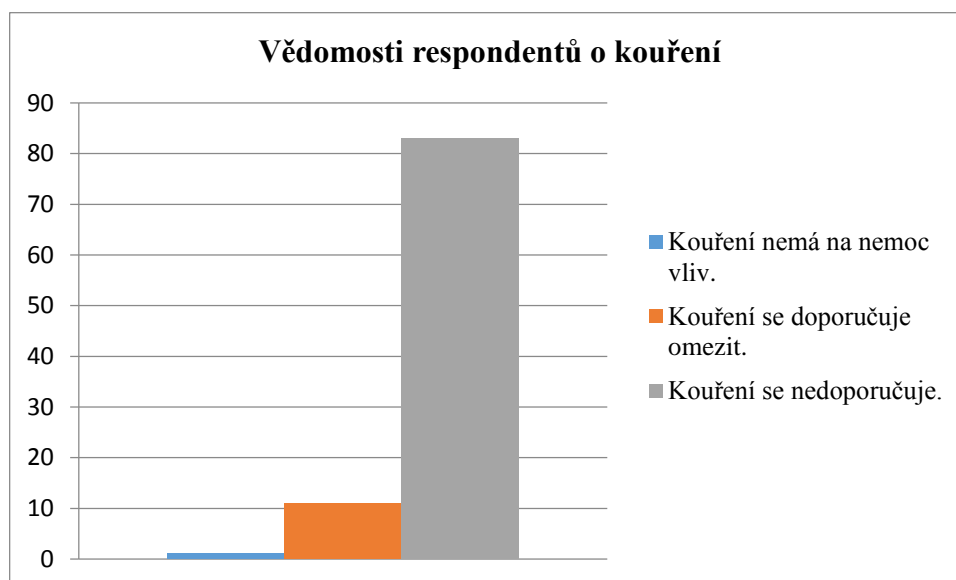
Graf č. 27 Vědomosti respondentů o konzumaci alkoholu

Komentář: Respondenti nejvíce volili možnost - v malé míře se alkohol může konzumovat, destiláty ovšem nejsou doporučovány a to v počtu 72 (76 %). 20 respondentů (20 %) zadrželo možnost - v žádném případě se nesmí konzumovat alkohol. 3 respondenti (3 %) zadrželi možnost konzumace alkoholu nemá žádný vliv na Crohnovou chorobu.

Položka č. 29 Vědomosti respondentů o kouření

Tabulka č. 29 Vědomosti respondentů o kouření

Kouření	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Kouření nemá na nemoc vliv.	1	1 %
Kouření se doporučuje omezit.	11	12%
Kouření se nedoporučuje.	83	87 %
Celkem	95	100 %



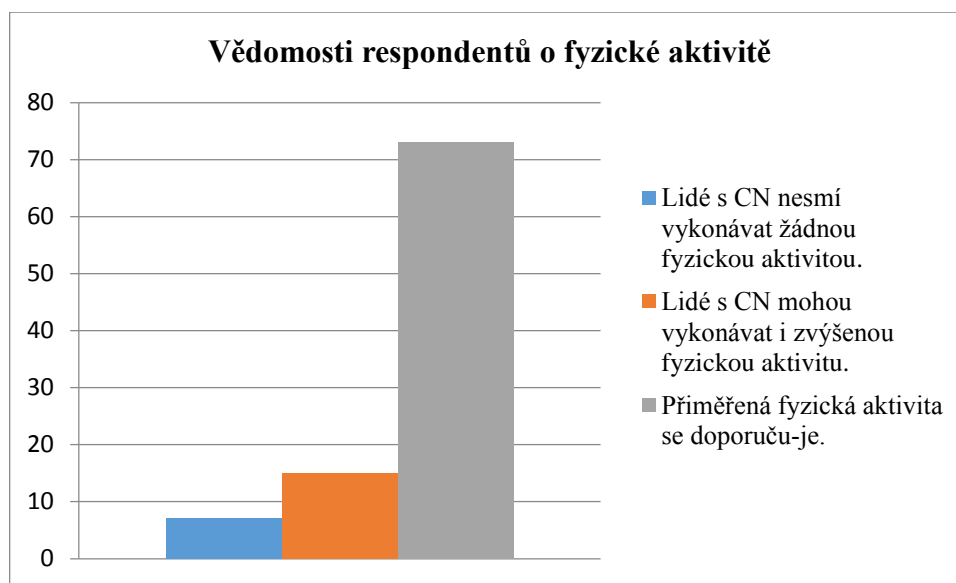
Graf č. 28 Vědomosti respondentů o kouření

Komentář: Nejvíce respondentů zvolilo třetí odpověď kouření se nedoporučuje a to v počtu 83 (87 %). 11 respondentů zahrlo odpověď kouření se doporučuje omezit a 1 (1 %) respondent označil možnost, kouření nemá na nemoc vliv.

Položka č. 30 Vědomosti respondentů o fyzické aktivitě

Tabulka č. 30 Vědomosti respondentů o fyzické aktivitě

Fyzická aktivita	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Lidé s CN nesmí vykonávat žádnou fyzickou aktivitou.	7	7 %
Lidé s CN mohou vykonávat i zvýšenou fyzickou aktivitu.	15	16 %
Přiměřená fyzická aktivita se doporučuje.	73	77 %
Celkem	95	100 %



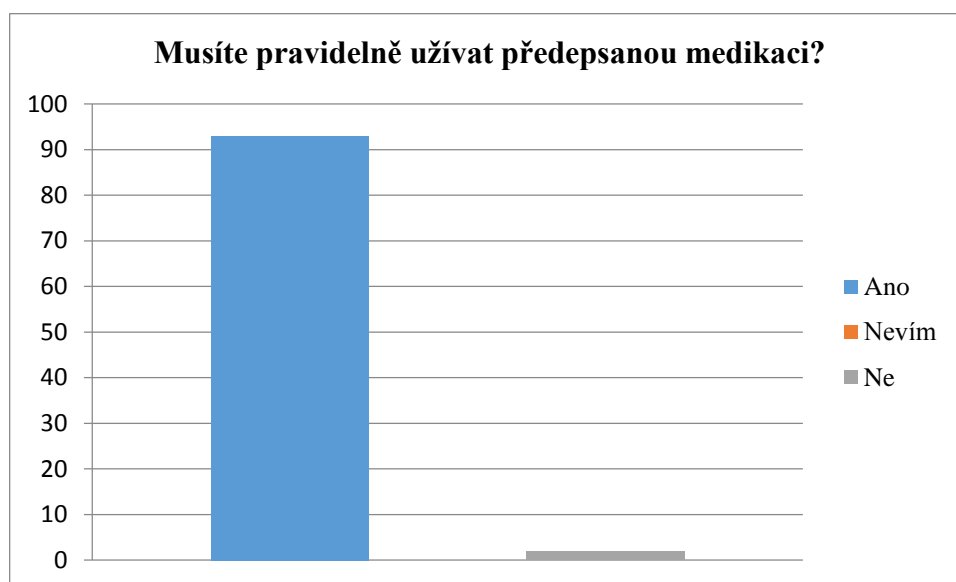
Graf č. 29 Vědomosti respondentů o fyzické aktivitě

Komentář: 73 (77 %) respondentů zvolilo položku - přiměřená fyzická aktivita se doporučuje. 15 (16 %) respondentů zvolilo odpověď – lidé s CN mohou vykonávat i zvýšenou fyzickou aktivitu a 7 (7 %) respondentů zvolilo položku – lidé s CN nesmí vykonávat žádnou fyzickou aktivitu.

Položka č. 31 Vědomosti respondentů o nutnosti užívání medikace

Tabulka č. 31 Vědomosti respondentů o nutnosti užívání medikace

Předepsaná medikace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	93	98 %
Nevím	0	0 %
Ne	2	2 %
Celkem	95	100 %



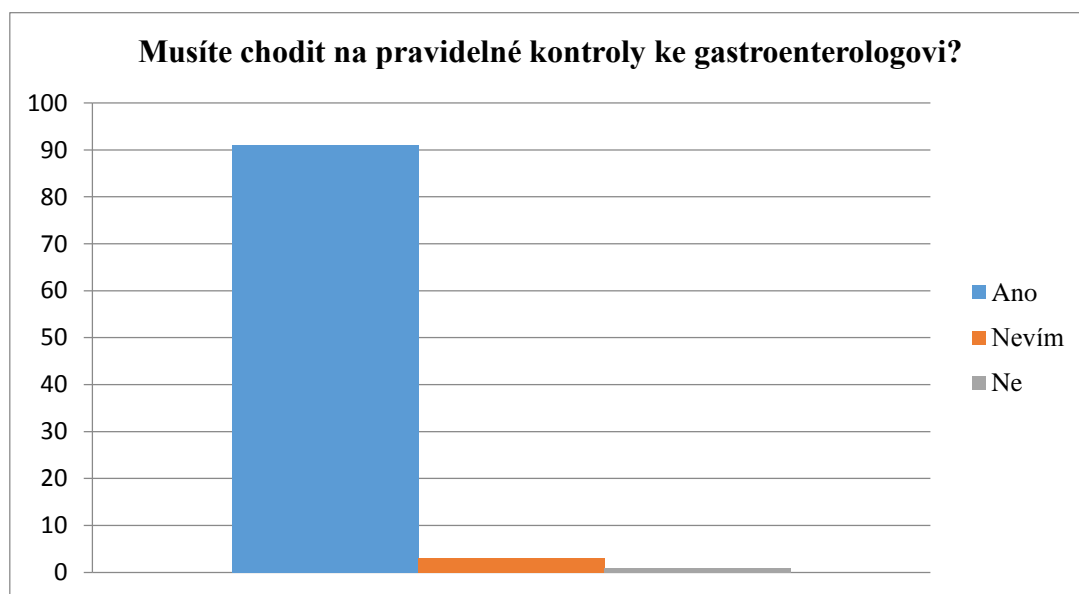
Graf č. 30 Vědomosti respondentů o nutnosti užívání medikace

Komentář: U této otázky většina respondentů, tj. 93 (98 %), zadržela možnost ano. Možnost ne zadrželi 2 (2 %) respondenti. Položku nevím nezadržel ani jeden respondent.

Položka č. 32 Vědomosti respondentů o nutnosti dodržování kontrol u gastroenterologa

Tabulka č. 32 Vědomosti respondentů o nutnosti dodržování kontrol u gastroenterologa

Pravidelné kontroly	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	91	96 %
Nevím	3	3 %
Ne	1	1 %
Celkem	95	100 %



Graf č. 31 Vědomosti respondentů o nutnosti dodržování kontrol u gastroenterologa

Komentář: Většina respondentů, tj. 91 (96 %), zvolila odpověď ano, 3 (3 %) respondenti zatrhlí nevím a 1 (1 %) respondent zatrhl ne.

Položka č. 33 Vědomosti respondentů - jak často musí chodit na koloskopické kontroly

Tabulka č. 33 Vědomosti respondentů - jak často musí chodit na koloskopické kontroly

Koloskopické kontroly	Absolutní četnost	Relativní četnost %
2x do roka	26	28 %
1x za rok, pokud neurčí lékař jinak	51	54 %
Většinou 1x za pět let	5	5 %
Nevím	12	13 %
Celkem	95	100 %



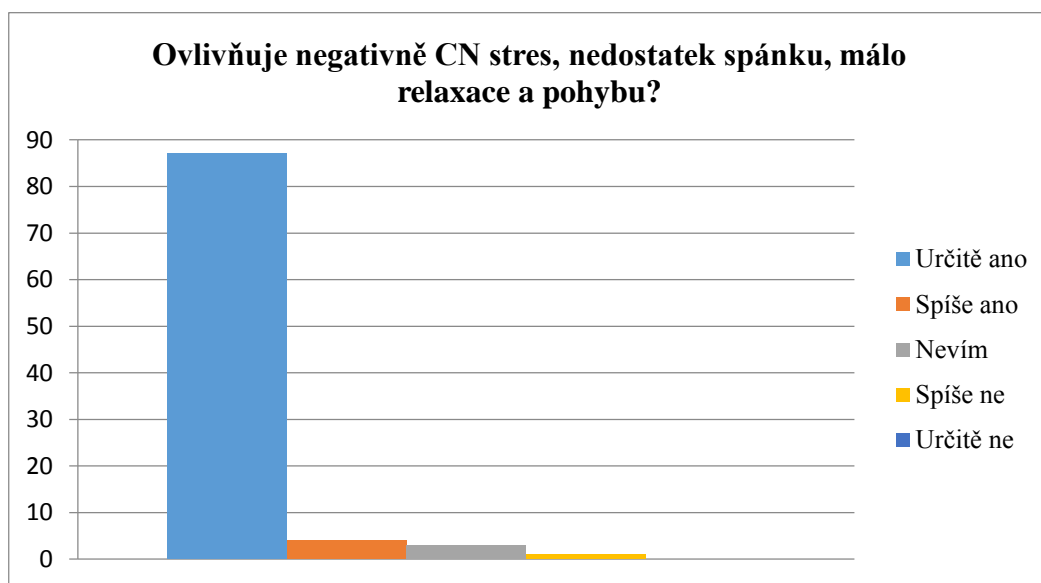
Graf č. 32 Jak Vědomosti respondentů - jak často musí chodit na koloskopické kontroly

Komentář: Nejvíce odpovědí získala možnost 1x za rok, pokud neurčí lékař jinak, ztrhlo ji 51 (54 %) respondentů. Možnost 2x do roka ztrhlo 26 (18 %) respondentů, možnost 1x za pět let ztrhlo 5 (5 %) respondentů a možnost nevím 12 (15 %) respondentů.

Položka č. 34 Vědomosti respondentů v oblasti spánku, stresu, relaxaci, pohybu

Tabulka č. 34 Vědomosti respondentů v oblasti spánku, stresu, relaxaci, pohybu

Stres, nedostatek spánku, relaxace a pohybu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Určitě ano	87	92 %
Spíše ano	4	4 %
Nevím	3	3 %
Spíše ne	1	1 %
Určitě ne	0	0 %
Celkem	95	100 %



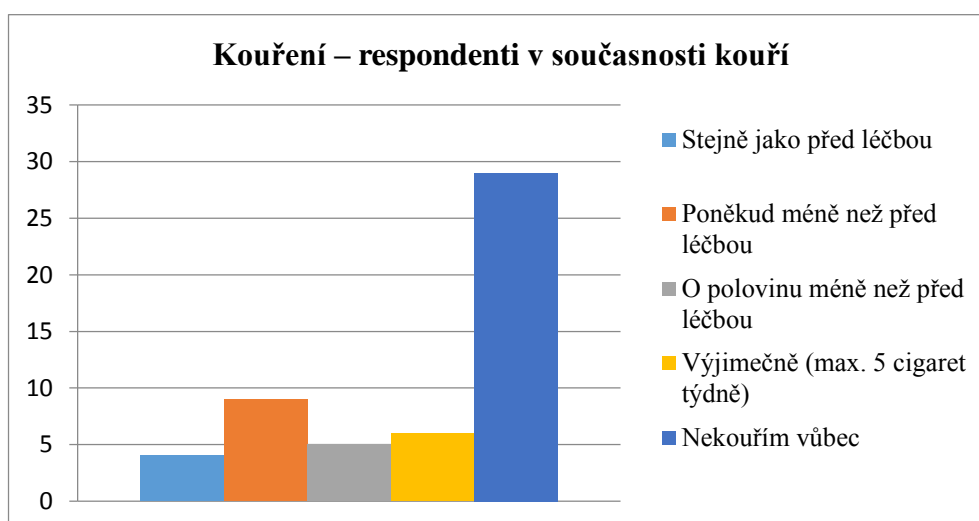
Graf č. 33 Vědomosti respondentů v oblasti spánku, stresu, relaxaci, pohybu

Komentář: Respondenti nejvíce zvolili možnost určitě ano, a to v počtu 87 (92 %). Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 34 a grafu č. 33.

Položka č. 35 Kouření – respondenti v současnosti kouří

Tabulka č. 35 Kouření – respondenti v současnosti kouří

Kouření v současnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Stejně jako před léčbou	4	8 %
Poněkud méně než před léčbou	9	17 %
O polovinu méně než před léčbou	5	9 %
Výjimečně (5 cigaret denně)	6	11 %
Nekouřím vůbec	29	55 %
Celkem	53	100 %



Graf č. 34 Kouření – respondenti v současnosti kouří

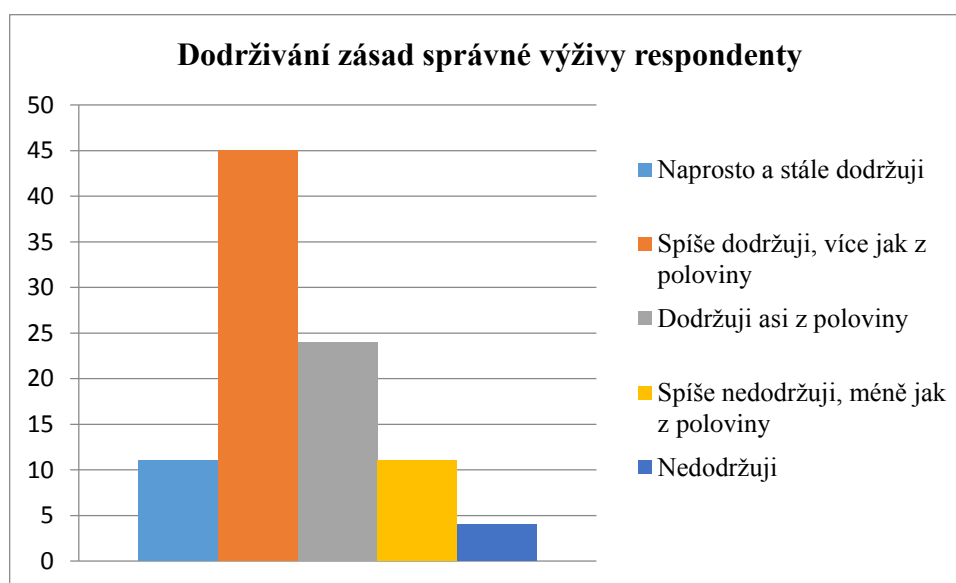
Komentář: 29 (55 %) respondentů uvedlo, že v době průzkumu nekouřilo, 6 (11 %) respondentů kouřilo výjimečně, 5 (9 %) respondentů kouřilo o polovinu méně, než před léčbou, 9 (17 %) respondentů kouřilo poněkud méně než před léčbou a 4 (8 %) respondenti kouřilo stejně jako před léčbou.

Na tuto otázku odpovídali pouze ti, co kouřili před léčbou Crohnovi nemoci. Z celkového počtu 95 (100 %) neodpovědělo 42 (44 %) respondentů, z čehož vyplývá, že tyto respondenti byli nekuřáci již před diagnostikovaním choroby. 53 (56 %) respondentů kouřilo před diagnostikovaním choroby.

Položka č. 36 Dodržování zásad správné výživy respondenty

Tabulka č. 36 Dodržování zásad správné výživy respondenty

Dodržování zásad správné výživy	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Naprosto a stále dodržuji	11	12 %
Spíše dodržuji, více jak z poloviny	45	47 %
Dodržuji asi z poloviny	24	25 %
Spíše nedodržuji, méně jak z poloviny	11	12 %
Nedodržuji	4	4 %
Celkem	95	100 %



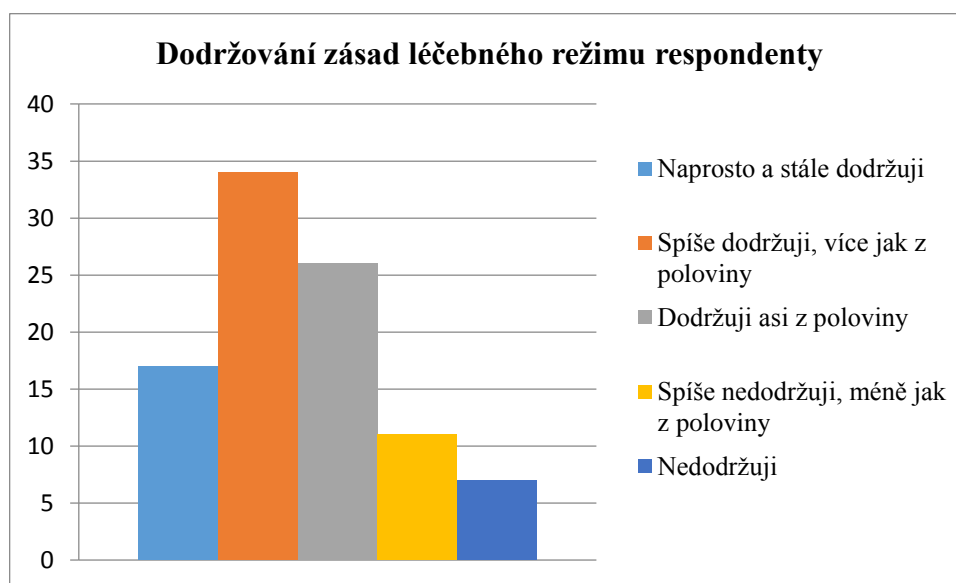
Graf č. 35 Dodržování zásad správné výživy respondenty

Komentář: 45 (47 %) respondentů uvedlo, že zásady správné výživy spíše dodržují, více jak z poloviny. 24 (25 %) respondentů uvedlo, že zásady správné výživy dodržují asi z poloviny. Zásady správné výživy naprosto a stále dodržuje 11 (12 %) a stejná čísla se objevují i o položky spíše nedodržuji, méně jak z poloviny. 4 (4 %) respondenti uvedli, že nedodržují správnou výživu.

Položka č. 37 Dodržování zásad léčebného režimu respondenty

Tabulka č. 37 Dodržování zásad léčebného režimu respondenty

Dodržování zásad léčebného režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Naprosto a stále dodržuji	17	18 %
Spíše dodržuji, více jak z poloviny	34	36 %
Dodržuji asi z poloviny	26	27 %
Spíše nedodržuji, méně jak z poloviny	11	12 %
Nedodržuji	7	7 %
Celkem	95	100 %



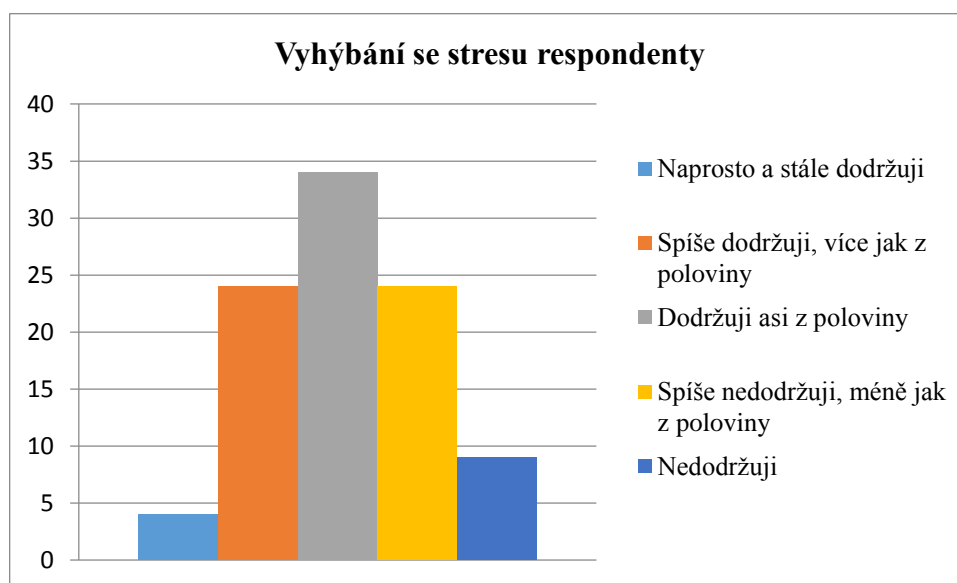
Graf č. 36 Dodržování zásad léčebného režimu respondenty

Komentář: Zásady léčebného režimu naprosto a stále dodržovalo 17 (18 %) respondentů, 34 (36 %) respondentů uvedlo, že zásady léčebného režimu spíše dodržuji, více jak z poloviny, 26 (27 %) respondentů uvedlo, že zásady léčebného režimu dodržují asi z poloviny. Léčebný režim spíše nedodržovalo, méně jak z poloviny 11 (12 %) respondentů a 7 (7 %) respondentů uvedlo, že léčebný režim nedodržují vůbec.

Položka č. 38 Vyhýbání se stresu respondenty

Tabulka č. 38 Vyhýbání se stresu respondenty

Vyhýbání se stresu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Naprosto a stále dodržuji	4	4 %
Spíše dodržuji, více jak z poloviny	24	25 %
Dodržuji asi z poloviny	34	37 %
Spíše nedodržuji, méně jak z poloviny	24	25 %
Nedodržuji	9	9 %
Celkem	95	100 %



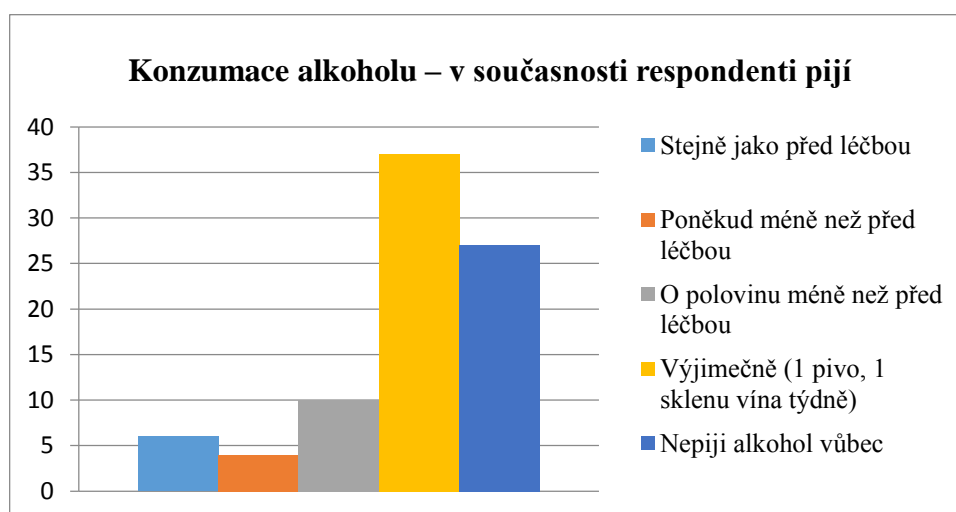
Graf č. 37 Vyhýbání se stresu respondenty

Komentář: Položku naprosto a stále dodržuji, zatrhl 4 (4 % respondentů), položku spíše dodržují, více jak z poloviny zatrhl 24 (25 %) respondentů a položku dodržuji asi z poloviny, zatrhl 34 (37 %) respondentů. Spíše nedodržuji, méně jak z poloviny zvolilo 24 % respondentů a 9 (9 %) respondentů zatrhl položku nedodržuji.

Položka č. 39 Konzumace alkoholu – v současnosti respondenti

Tabulka č. 39 Konzumace alkoholu – v současnosti respondenti pijí

Konzumace alkoholu – v současnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Stejně jako před léčbou	6	7 %
Poněkud méně než před léčbou	4	5 %
O polovinu méně než před léčbou	10	12 %
Výjimečně (1 pivo, 1 sklenku vína týdně)	37	44 %
Nepijí alkohol vůbec	27	32 %
Součet	84	100 %



Graf č. 38 Konzumace alkoholu – v současnosti respondenti pijí

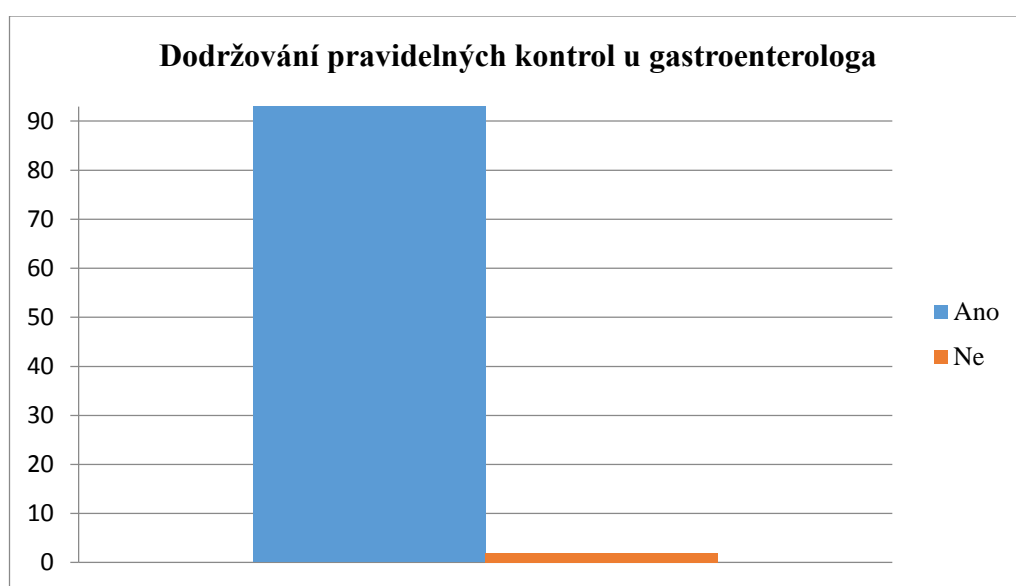
Komentář: 6 (7 %) respondentů uvedlo, že konzumují alkohol stejně jako před léčbou. 4 (5 %) respondentů uvedlo, že alkohol konzumují poněkud méně než před léčbou. 10 (12 %) respondentů uvedlo, že alkohol konzumují o polovinu méně než před léčbou. 37 (44 %) respondentů uvedlo, že alkohol konzumují výjimečně. 27 (32 %) respondentů uvedlo, že nyní již alkohol nepijí.

Na tuto otázku odpovídali pouze ti, co konzumovali alkohol před léčbou Crohnovy choroby. Z celkového počtu 95 (100 %) neodpovědělo 11 (12 %) respondentů, z čehož vyplývá, že tito respondenti byli abstinenti již před diagnostikováním choroby. 84 (88 %) respondentů konzumovalo alkohol před diagnostikováním choroby.

Položka č. 40 Dodržování pravidelných kontrol respondenty u gastroenterologa

Tabulka č. 40 Dodržování pravidelných kontrol respondenty u gastroenterologa

Pravidelné kontroly	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	93	98 %
Ne	2	2 %
Celkem	95	100 %



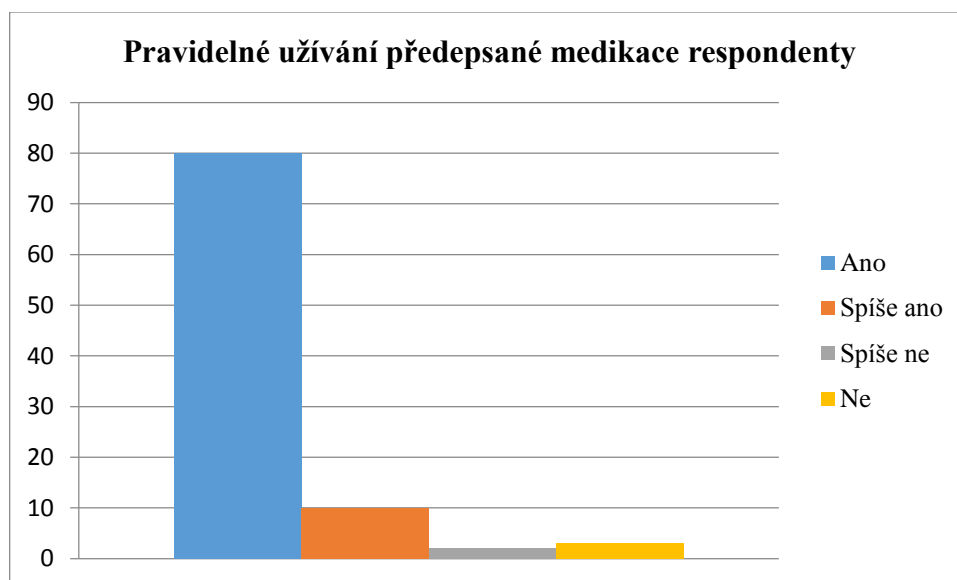
Graf č. 39 Dodržování pravidelných kontrol respondenty u gastroenterologa

Komentář: Pravidelné kontroly u gastroenterologa dodržuje 93 (98 %) respondentů. 2 (2 %) respondenti uvedli, že pravidelné kontroly nedodržují.

Položka č. 41 Pravidelné užívání předepsané medikace respondenty

Tabulka č. 41 Pravidelné užívání předepsané medikace respondenty

Pravidelné užívání medikace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	80	84 %
Spíše ano	10	11 %
Spíše ne	2	2 %
Ne	3	3 %
Celkem	95	100



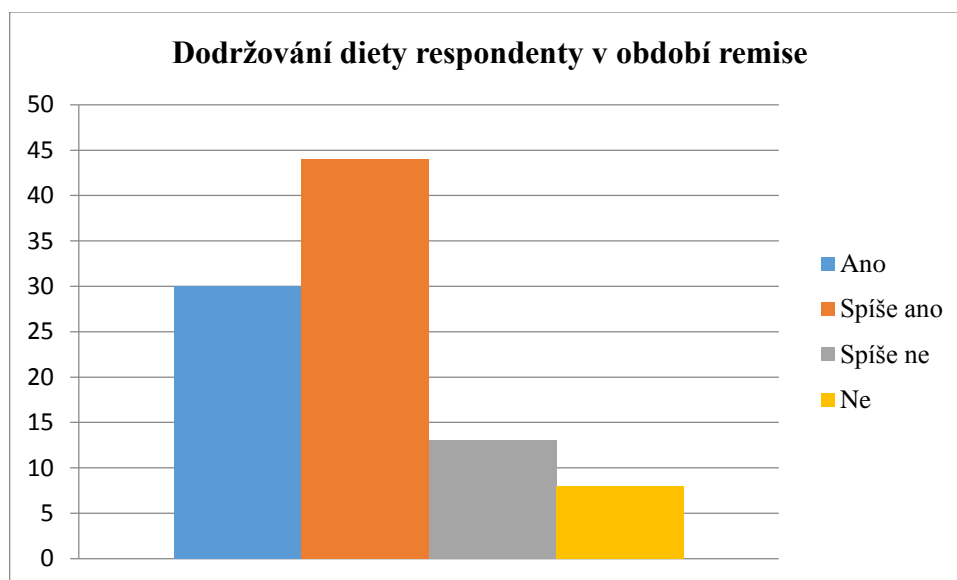
Graf č. 40 Pravidelné užívání předepsané medikace respondenty

Komentář: 80 (84 %) respondentů uvedlo, že pravidelně užívalo předepsanou medikaci. 10 (11 %) respondentů uvedlo položku spíše ano a 2 (2 %) respondentů uvedlo spíše ne. 3 (3 %) respondenti uvedli, že neužívají pravidelně předepsanou medikaci.

Položka č. 42 Dodržování diety respondenty v období remise

Tabulka č. 42 Dodržování diety respondenty v období remise

Dodržování diety v období remise	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	30	32 %
Spíše ano	44	46 %
Spíše ne	13	14 %
Ne	8	8 %
Celkem	95	100 %



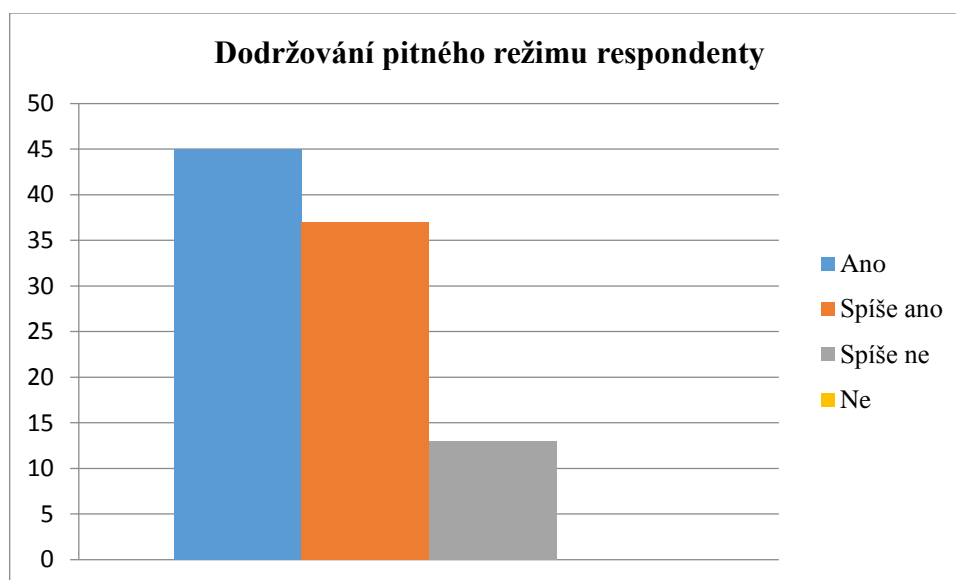
Graf č. 41 Dodržování diety respondenty v období remise

Komentář: 30 (32 %) respondentů zadržlo položku *ano*, *spíše ano* zadržlo 44 (46 %) respondentů. 13 (14 %) respondentů zadržlo položku *spíše ne* a položku *ne* zadržlo 8 (8 %) respondentů.

Položka č. 43 Dodržování pitného režimu respondenty

Tabulka č. 43 Dodržování pitného režimu respondenty

Dodržování pitného režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	45	47 %
Spíše ano	37	39 %
Spíše ne	13	14 %
Ne	0	0 %
Celkem	95	100 %



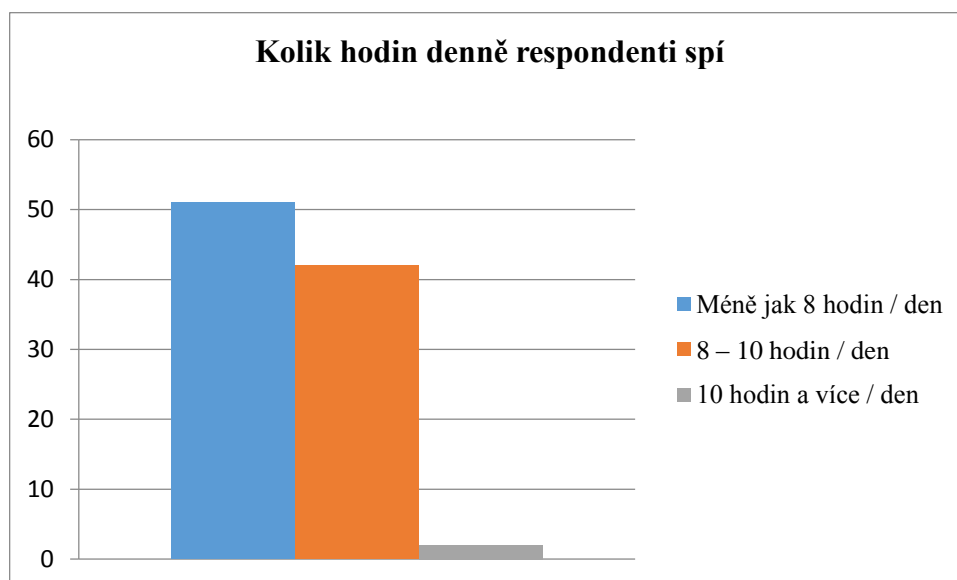
Graf č. 42 Dodržování pitného režimu respondenty

Komentář: 45 (47 %) respondentů uvedlo, že dodržuje pitný režim. 37 (39 %) respondentů zahrlo možnost *spíše ano*. *Spíše ne* zahrlo 13 (14 %) respondentů.

Položka č. 44 Kolik hodin denně respondenti spí

Tabulka č. 44 Kolik hodin denně respondenti spí

Spánek	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Méně jak 8 hodin / den	51	54 %
8 – 10 hodin / den	42	44 %
10 hodin a více / den	2	2 %
Celkem	95	100 %



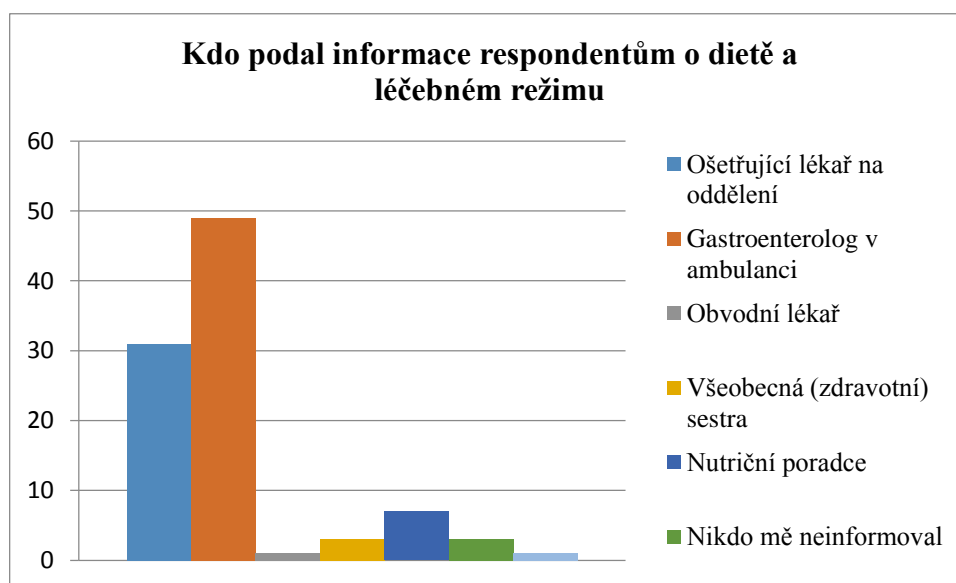
Graf č. 43 Kolik hodin denně respondenti spí

Komentář: 51 (54 %) respondentů uvedlo, že spí méně jak 8 hodin denně. 42 (44 %) respondentů uvedlo, že spí 8 – 10 hodin denně. Jen 2 (2 %) respondenti uvedli, že spí více jak 10 hodin denně.

Položka č. 45 Kdo podal první informace respondentům o dietě a léčebném režimu

Tabulka č. 45 Kdo podal první informace respondentům o dietě a léčebném režimu

Kdo podal informace o dietě a léčebném režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ošetřující lékař na oddělení	31	33
Gastroenterolog v ambulanci	49	52
Obvodní lékař	1	1
Všeobecná (zdravotní) sestra	3	3
Nutriční poradce	7	7
Nikdo mě neinformoval	3	3
Jiné	1	1
Celkem	95	100 %



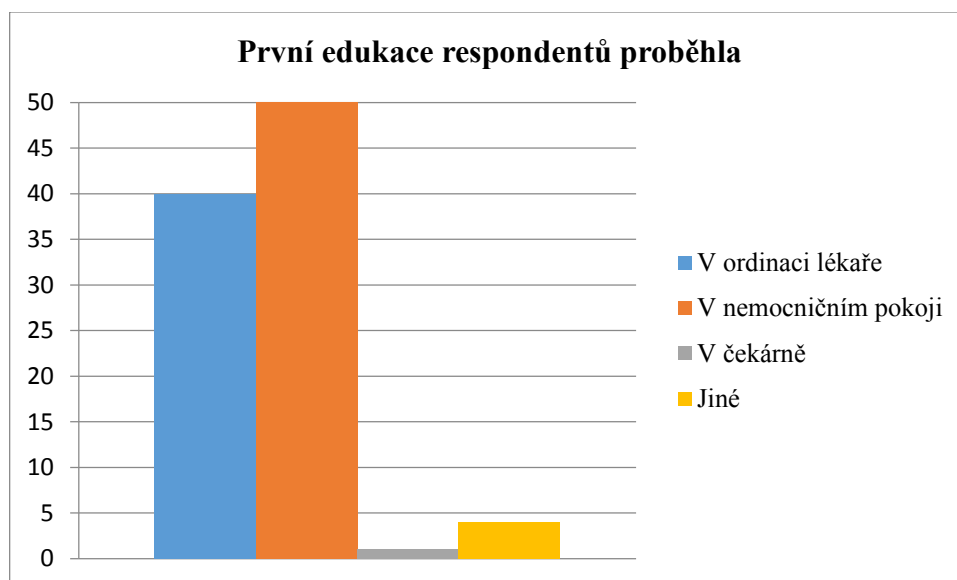
Graf č. 44 Kdo podal první informace respondentům o dietě a léčebném režimu

Komentář: Nejvíce respondenti zatrhlí možnost, 48 (50 %), že je jako první informoval gastroenterolog v ambulanci. 31 (33 %) respondentů jako první informoval ošetřující lékař na oddělení. Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 45 a grafu č. 44. Kategorie „jiné“ byla označena v 1 případě a respondent uvedl svou manželku.

Položka č. 46 První edukace respondentů proběhla

Tabulka č. 46 První edukace respondentů proběhla

První edukace proběhla	Absolutní četnost	Relativní četnost %
V ordinaci lékaře	40	42 %
V nemocničním pokoji	50	53 %
V čekárně	1	1 %
Jiné	4	4 %
Celkem	95	100 %



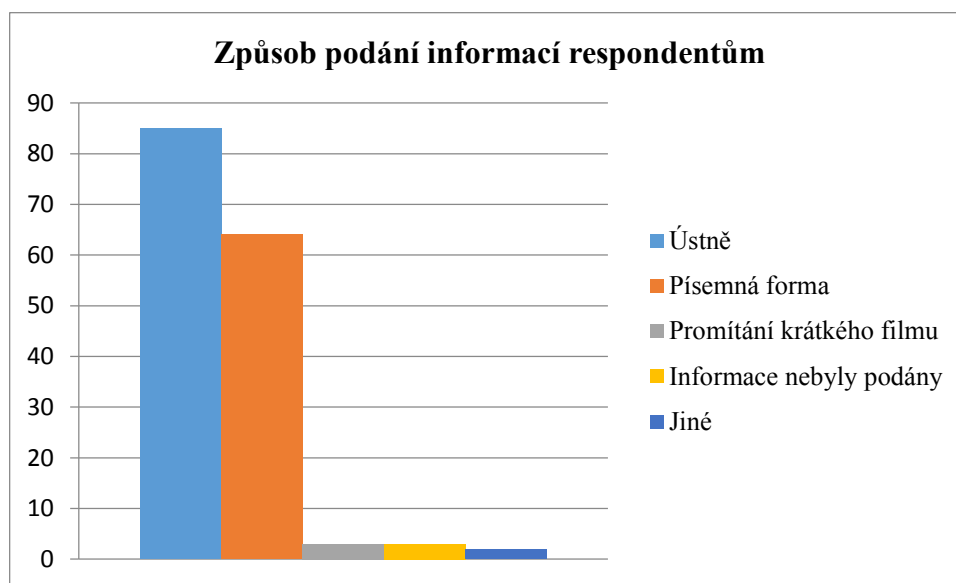
Graf č. 45 První edukace respondentů proběhla

Komentář: Nejvíce, tj. 50 (53 %), byli respondenti poprvé edukováni v nemocničním pokoji. 40 (42 %) respondentů bylo poprvé edukováno v ordinaci lékaře. 1 respondent (1 %) uvedl, že byl edukován v čekárně. 4 (4 %) respondenti zahrli možnost jiné a do kolonky uvedli: doma, nikde a 2x na internetu.

Položka č. 47 Způsob podání informací respondentům

Tabulka č. 47 Způsob podání informací respondentům

Způsob podání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ústně	85	54 %
Písemnou formou (letáček, brožura)	64	41 %
Promítání krátkého filmu	3	2 %
Informace mi nebyly podány	3	2 %
Jiné	2	1 %
Celkem	157	100 %



Graf č. 46 Způsob podání informací respondentům

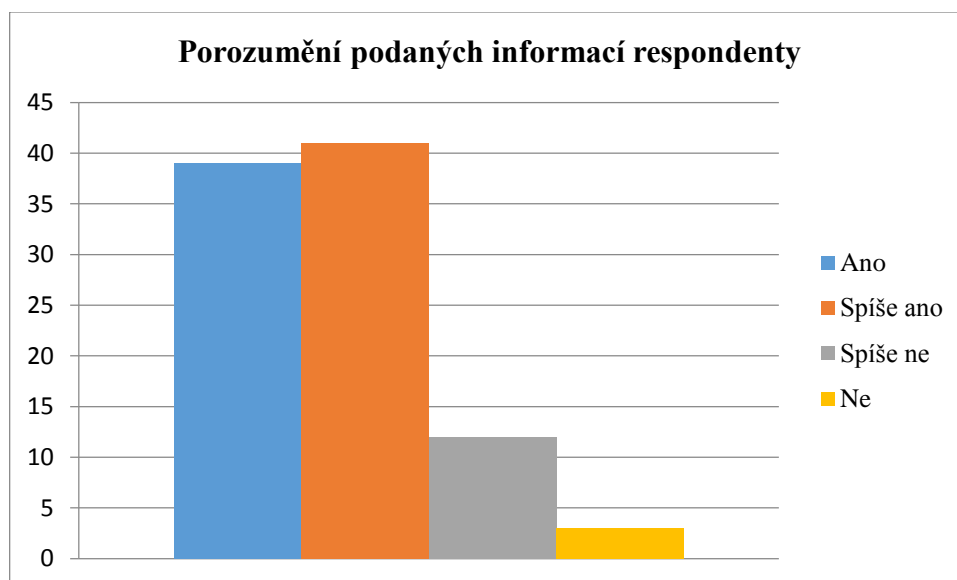
Komentář: U této položky mohli respondenti zatrhnout více odpovědí. Respondenti 85× (54 %) zvolili položku ústně. 64× (41 %) respondenti zatrhli položku písemnou formou. Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 47 a grafu č. 46.

Kategorie jiné byla označena v 2 případech a respondenti uvedli: informace jsem si našel sám na internetu a informace byly podány rodičům.

Položka č. 48 Porozumění podaných informací respondenty

Tabulka č. 48 Porozumění podaných informací respondenty

Porozumění podaným informacím	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	39	41 %
Spíše ano	41	43 %
Spíše ne	12	13 %
Ne	3	3 %
Celkem	95	100 %



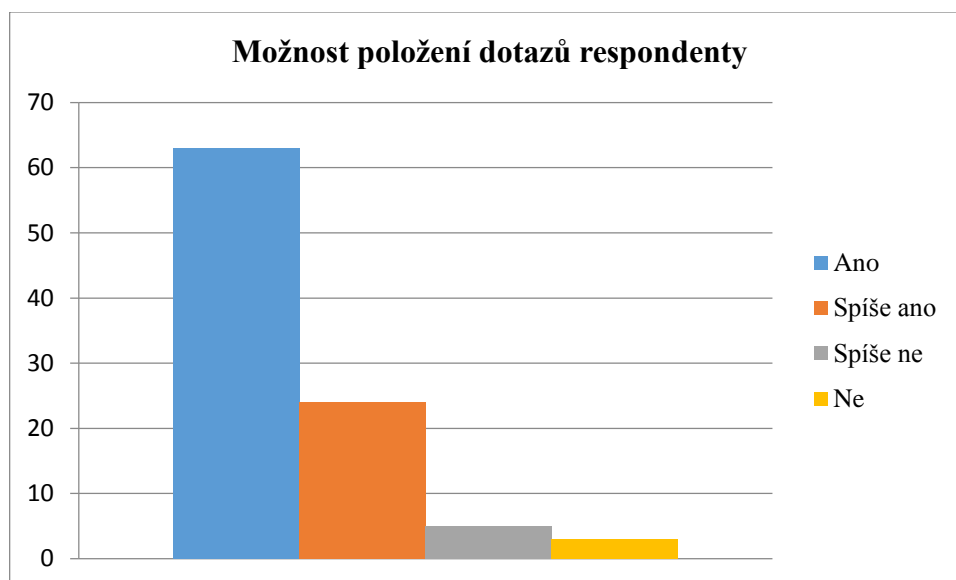
Graf č. 47 Porozumění podaných informací respondenty

Komentář: 39 (41 %) respondentů uvedlo, že porozuměli podaným informacím. 41 (43 %) respondentů zadrželo položku spíše ano, spíše ne zadrželo 12 (13 %) respondentů. 3 (3 %) respondenti neporozuměli podaným informacím.

Položka č. 49 Možnost položení dotazů respondenty

Tabulka č. 49 Možnost položení dotazů respondenty

Možnost položení dotazů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	63	66 %
Spíše ano	24	26 %
Spíše	5	5 %
Ne	3	3 %
Celkem	95	100 %



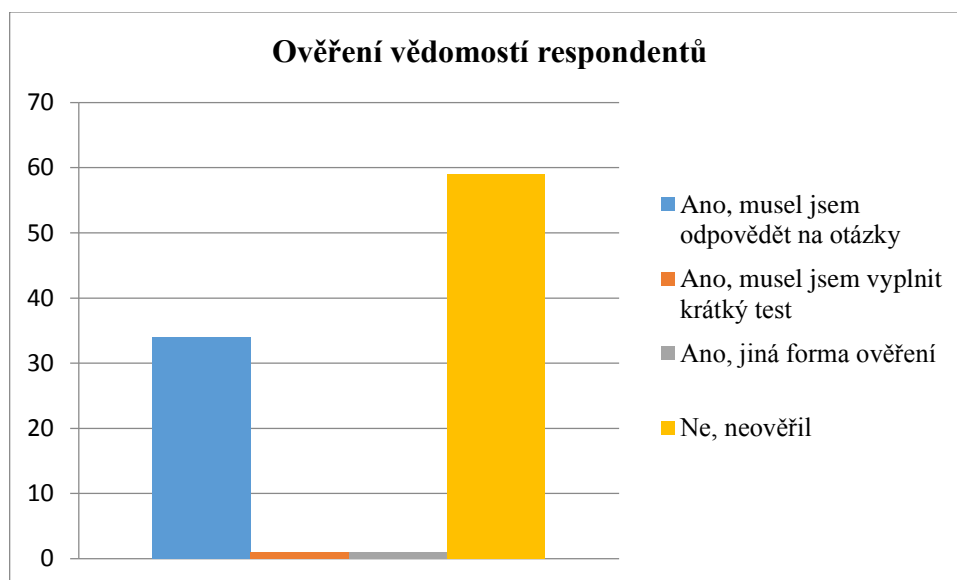
Graf č. 48 Možnost položení dotazů respondenty

Komentář: Nejvíce odpovědí, tj. 63 (66 %), získala položka ano. Respondenti tedy měli možnost klást otázky. 24 (26 %) respondentů zadrželo možnost spíše ano. Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 49 a grafu č. 48.

Položka č. 50 Ověření vědomostí respondentů

Tabulka č. 50 Ověření vědomostí respondentů

Ověření informací zdravotníkem	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, musel jsem odpovědět na otázky	34	36 %
Ano, musel jsem vyplnit krátký test	1	1 %
Ano, jiná forma ověření	1	1 %
Ne, neověřil	59	62 %
Celkem	95	100 %



Graf č. 49 Ověření vědomostí respondentů

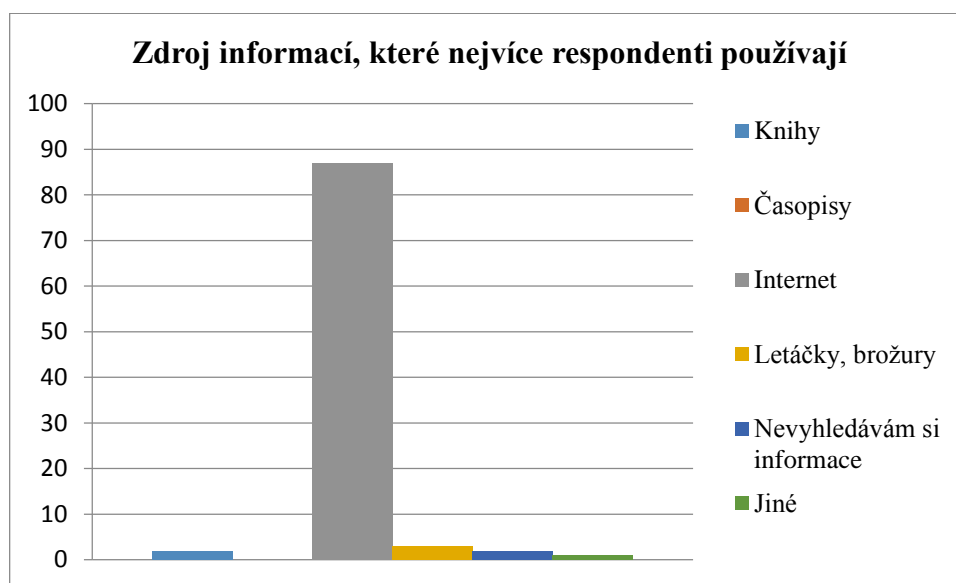
Komentář: Nejvíce respondenti zatrhli odpověď ne, neověřil a to v počtu 59 (62 %). 34 (36 %) respondentů muselo odpovědět na otázky. Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 50 a grafu č. 49.

Kategorie ano, jiná forma ověření byla označena v 1 případě a respondent uvedl: nepamatují se.

Položka č. 51 Zdroj informací, které nejvíce respondenti používají

Tabulka č. 51 Zdroj informací, které nejvíce respondenti používají

Zdroj informací	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Knihy	2	2 %
Časopisy	0	0 %
Internet	87	92 %
Letáčky, brožury	3	3 %
Nevyhledávám si informace	2	2 %
Jiné	1	1 %
Celkem	95	100 %



Graf č. 50 Zdroj informací, které nejvíce respondenti používají

Komentář: Většina respondentů, tj. 87 (92 %), si vyhledávala informace na internetu. Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 51 a grafu č. 50.

Kategorie jiné byla označena v 1 případě a respondent uvedl: informace mi vyhledávají známí a blízcí.

DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo porovnání vědomostí pacientů s Crohnovou chorobou v oblasti diety a léčebného režimu s realitou. Dále se práce zaměřovala na zjištění, jak probíhá edukace v oblasti diety a léčebného režimu po diagnostikování choroby. V průzkumném šetření jsme si stanovili pět cílů.

V diskuzi porovnáváme zjištěná data s prací Hany Barnatové (2014) na téma „Dietní systém pacientů s ulcerózní colitidou a Crohnovou chorobou“. Autorka použila pro svůj průzkum kvalitativní i kvantitativní metodu. V kvantitativním průzkumu použila dotazník EDUTOOL. Pracovala s výsledky 29 pacientů, kteří měli diagnostikovanou Crohnovou chorobu. Další práce, se kterou porovnáváme naše výsledky, je bakalářská práce od Terezy Štěpáňové (2011) s názvem „Edukace pacientů s Crohnovou chorobou“. Pro svůj výzkum použila dotazníkové šetření a pracovala celkem s výsledky od 61 pacientů. Jako poslední bakalářskou práci k porovnání jsme si vybrali práci od Anety Jackowské (2009) s názvem „Problematika malnutrice u pacientů s Crohnovou chorobou“. S Jackowskou porovnáváme BMI respondentů. Některá zjištěná data porovnáváme s Celoevropským průzkumem IMPACT, který proběhl od listopadu 2010 až do srpna 2011. Tento průzkum proběhl pod záštitou Evropské federace sdružení pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu.

Otázky č. 1 až č. 17 jsou zaměřeny sociodemograficky a jsou informativní.

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 95 (100 %) respondentů z toho bylo 55 (58 %) žen a 40 (42 %) mužů. Pro zajímavost uvádíme poznatek od MUDr. Tomáše Krechlera, který v roce 2010 v článku Epidemiologické ukazatelé nespecifických střevních zánětů napsal, že pohlavní rozdíly u IBD nebyly jednoznačně potvrzeny, avšak některé práce referují o tom, že v místech vysokého výskytu IBD onemocní o 30 % více žen, než mužů.

Druhá položka zjišťovala věk respondentů. Největší zastoupení měla věková hranice od 26–35 let a to v počtu 34 (36 %) respondentů. Druhou nejvíce zastoupenou věkovou hranicí v počtu 33 (35 %) respondentů byla věková skupina 18–25 let. I literatura uvádí, že onemocnění postihuje především mladší věkovou skupinu ve věku okolo 25 let. Ve skupině 36–45 let bylo 16 (17 %) respondentů, ve skupině 46–55 let bylo 8 (8 %) respondentů a 4 respondenti byli ve skupině 56 let a více.

Třetí a čtvrtá položka zjišťovala výšku a váhu respondentů. Zjištěné hodnoty byly poté individuálně přepočteny na hodnoty BMI a rozříděny do kategorií podle WHO. Nejvíce respondentů, tj. 56 (59 %) bylo v kategorii normální váha. 20 (21 %) respondentů bylo v kategorii nadváha a 7 (7 %) respondentů bylo v kategorii obezita prvního stupně I. 12 (13 %) respondentů bylo v kategorii podváha. Tento výsledek nás mile překvapil, neboť jsme očekávali, že více respondentů bude v kategorii podváha. Jackowská ve své práci uvádí, že skoro čtvrtina zkoumaného vzorku, přesně 23 % spadala do kategorie podváha. V páté položce jsme zjišťovali, zda u respondentů došlo k nechtěnému váhovému úbytku 3 kg za poslední 3 měsíce a 24 % respondentů uvedlo, že ano. Tento zjištěný fakt nám potvrzuje položka, kde jsme zjišťovali, jak se nejčastěji u respondentů projevuje Crohnova choroba. 23× byla zahrnuta nechtěným úbytkem hmotnosti. MUDr. Martin Bortík, Ph.D. napsal: pro Crohnovu chorobu je typické, že vlastní střevní projevy (průjem, bolesti břicha) nemusí být alarmující; v popředí naproti tomu bývají celkové důsledky aktivní Crohnovy choroby a to je celkové neprospívání, hubnutí, zvýšená teplota nebo i horečka.

Další položka zjišťovala, zda respondenti podstoupili operace, které souvisejí s Crohnovou chorobou. 44 (46 %) respondentů uvedlo, že na operaci bylo. Podobné číslo se objevuje v průzkumu IMPACT. Tento průzkum uvádí, že 40 % pacientů s IBD muselo podstoupit minimálně jednu operaci. Pro zajímavost z našeho průzkumného šetření uvádíme, že 24 respondentů, kteří trpí CN více jak 11 let, podstoupilo operaci. 8 respondentů, kteří podstoupili operaci, mělo CN 6–10 let. Dále 6 respondentů, co bylo pro CN operováno mělo CN 3–5 let a 4 respondenti měli CN do 11 měsíců. 2 respondenti, co podstoupili operaci, měli CN 1-2 roky.

Dále jsme zjišťovali, v jaké fázi respondenti byli. Ve fázi relapsu bylo 41 % respondentů. V průzkumu IMPACT vyšlo, že 48 % pacientů s IBD popisuje své onemocnění jako chronicky aktivní nebo aktivní s periodickými propuknutími, resp. náhlými zhoršeními.

V cíli č. 1 jsme zjišťovali, zda mají respondenti vědomosti o dietě při Crohnově chorobě. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

V otázce č. 18 měli respondenti vybrat potraviny, které se doporučují v období relapsu. Za správné odpovědi považujeme položky kuřecí a králičí maso, libové vepřové maso, bílé pečivo, kysané mléčné výrobky, brambory, těstoviny a rýži. Doufali jsme, že správné položky budou zahrnuty nejméně u $\frac{3}{4}$ respondentů. Zjistili jsme, že 53 % respondentů neví o možnosti konzumace kysaných mléčných výrobků a 66 % respondentů o konzumaci libového

vepřového masa. Tyto potraviny doporučuje ve svém článku MUDr. Katarína Mitrová. Špatné odpovědi ovšem byly zatrhnuty v minimálním počtu.

Jako velký nedostatek u respondentů hodnotíme vědomosti o konzumaci mléčných výrobků, ryb a alkoholu. Z průzkumu vyplynulo, že 39 % respondentů neví, které mléčné výrobky jsou lépe snášeny. Můžeme se domnívat, že tento výsledek, může být také z části zapříčiněn často vyskytující se intolerancí laktózy. Ryby obsahují omega-3 mastné kyseliny a mohou pomoci utlumit probíhající zánět. Proto jako nedostatek vidíme, že 40 % respondentů tuhle skutečnost neví. 76 % respondentů v otázce týkající se alkoholu zatrhla možnost, že v malé míře se alkohol konzumovat může. Alkohol zatěžuje střevní sliznici jak u zdravých osob, tak u osob trpící CN. U tohoto onemocnění je důležité omezit konzumaci na minimum, doporučuje se úplná abstinence.

Kladně ovšem hodnotíme vědomosti v oblasti konzumace masa, pečiva a ovoce. Respondenti ve většině správně vybrali vhodné nápoje a znají doporučené tepelné úpravy jídel, tedy vaření, dušení, přípravu jídla v páře a pečení v horkovzdušné troubě. Respondenti jsou si vědomi toho, že dodržování pitného režimu je velmi důležité. Předpokládali jsme, že pacienti budou znát doporučenou dietu při Crohnově chorobě. Z průzkumu vyplynulo, že respondenti mají celkem dostatečné vědomosti o potravinách, které mohou konzumovat.

V cíli č. 2 zjišťovali, zda mají respondenti vědomosti o léčebném režimu při Crohnově chorobě. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34.

Je důležité, aby pacienti s Crohnovou nemocí eliminovali kouření ze svého života. MUDr. Milan Lukáš, CSc. napsal, že kouření cigaret je významným rizikem pro pacienty s CN. Vede k horšímu průběhu nemoci, častějším operacím, trvalé aktivitě choroby a menší účinnosti podávané medikamentózní terapie, včetně biologické léčby. Proto je nutné, aby všichni pacienti s CN co nejdříve kouření zanechali. Je to jediné opatření, o kterém v současné době víme, že může významně zlepšit průběh tohoto onemocnění. Nemile nás překvapil negativní výsledek ve vědomostech respondentů v oblasti kouření, kdy 13% respondentů nevědělo, že kouření má na CN špatný vliv.

Dále jsme zjišťovali, zda respondenti mají vědomosti o fyzické aktivitě (sporty), tedy přesněji, zda mohou fyzickou aktivitu vykonávat. Pracovní skupina pro dětskou gastroenterologii a výživu České pediatrické společnosti na svých stránkách uvádí: pokud je onemocnění v klidové fázi, není třeba zásadně omezovat fyzickou aktivitu. Ta zvyšuje kvalitu života, zvyšuje pevnost kostí a je prevencí kardiovaskulárních chorob. Nebylo prokázáno, že by

fyzická aktivita aktivovala střevní zánět. Sporty na vrcholové úrovni s intenzivními tréninky mohou vést k dlouhodobému vyčerpání a nejsou pravděpodobně pro pacienty se zánětlivými střevními onemocněními vhodné. Naopak úplné vynechání fyzické aktivity považujeme za nevhodné. Z našeho průzkumu vyšlo, že 77 % respondentů zatrhlo variantu, která shrnovala tuto skutečnost.

Další nedostatek, který vyšel z průzkumu je, že 13 % respondentů neví, jak často se chodí na pravidelné kontroly ke gastroenterologovi na koloskopii. Dispenzarizace nemocných je velmi důležitá. Pravidelné kontroly informují lékaře o stavu sliznice střeva a mimo jiné i o účinnosti léčby. MUDr. Milan Lukáš, CSc. Ve svém článku napsal: koloskopické vyšetření je hlavní vyšetřovací a terapeutická metoda, která se využívá u všech pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Její největší význam spočívá při stanovení diagnózy IBD, zjištění zánětlivé aktivity a rozsahu postižení tlustého střeva. V současné době se stále ve větší míře používá při zhodnocení účinnosti podávané biologické a imunosupresivní léčby. U vybraných pacientů je základní metodou pro aplikaci některých terapeutických postupů, jako je provádění dilatací střevních stenóz.

Mile nás ovšem překvapil výsledek, kdy více než 90 % respondentů uvedlo, že musí chodit na pravidelné kontroly k lékaři (poradna) a musí užívat pravidelně předepsanou medikaci. Také více než 90 % respondentů si je vědoma, že stres, nedostatek spánku, málo relaxace a pohybu ovlivňuje negativně průběh Crohnovy choroby. Z průzkumu tedy vyplynulo, že respondenti mají docela dostatečné znalosti o léčebném režimu.

V cíli č. 3 jsme zjišťovali, zda respondenti dodržují doporučenou dietu při Crohnově chorobě. K tomu to cíli se vztahují otázky č. 36, 39, 42, 43. Otázky č. 36 a č. 39 jsou otázky použité z dotazníku EDUTOOL.

Zajímalo nás, zda respondenti dodržují zásady správné výživy. Z našeho průzkumu vyplynulo, že 12 % respondentů zásady naprosto a stále dodržuje a 47 % respondentů tyto zásady dodržují více jako z poloviny. Za zmínku stojí, že 25 % respondentů tyto zásady dodržují alespoň z poloviny. Výsledky hodnotíme pozitivně. Barnatová ve svém průzkumu položila stejnou otázku. Výsledky se nám procentuálně shodují, až na dvě položky, kdy ji žádný respondent nezatrhlo položku - nedodržuji. O to více respondentů, tj. 49 %, uvedlo, že zásady dodržují asi z poloviny. S touto položkou souvisela otázka, zda respondenti dodržují dietu v období remise, kdy 32 % respondentů uvedlo, že striktně a 46 % respondentů uvedlo, že

spíše ano. Toto zjištění nás velmi mile překvapilo. Předpokládali jsme, že respondenti v období remise doporučenou dietu dodržovat nebudou. Štěpářová ve své práci položila stejnou otázku, kdy ji z průzkumu vyšlo, že 11 % respondentů striktně dodržuje dietu, 72 % respondentů uvedlo, že spíše dietu dodržují. Dále jsme zjišťovali, jestli respondenti konzumují alkoholická nápoje. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří pili alkohol i před diagnostikování choroby. Pozitivně hodnotíme, že jenom 7 % respondentů (kdy 100 % bereme pouze 88 respondentů) pije alkohol stejně jako před léčbou. 44 % alkohol pije výjimečně a 32 % respondentů uvedlo, že alkohol nepije vůbec. Výsledky průzkumného šetření Barnatové se s našimi nepodobají. Uvádí, že jen 17 % respondentů alkohol nepije. Pozitivně hodnotíme i dodržování pitného režimu, kdy 47 % respondentů striktně režim dodržuje a 39 % spíše dodržuje.

Z průzkumu vyplynulo, že respondenti ve velké míře dodržují doporučenou dietu i pitný režim. Vycházíme také z výsledku prvního cíle, kdy jsme zjistili, že respondenti mají vědomosti o dietě. Tuto část jsme porovnávali s bakalářskou prací Barnatové a Štěpářové. Pozitivně hodnotíme, že jen 7 % respondentů konzumuje alkohol stejně jako před léčbou.

K cíli č. 4 se vztahují otázky č. 35, 37,38, 40, 41, 44. Otázky č. 35, 37, 38 jsou z dotazníku EDUTOOL.

Z průzkumu vyplynulo, že z celkového počtu respondentů, tj. 95, 42 (44 %) respondentů nekouřilo před diagnostikování choroby. 53 (56 %) respondentů kouřilo již před diagnostikování choroby. Barnatová položila ve svém průzkumu podobnou otázku. Při procentuálním porovnání vyplynulo, že v našem průzkumu bylo více respondentů, kteří kouřili před diagnostikování choroby. Z počtu 53 respondentů jen 8 % (tj. 4 respondenti) kouří stejně jako před léčbou, 17 % respondentů kouří poněkud méně a 9 % kouří o polovinu méně než před léčbou. Pozitivum je, že celkem 74 % respondentů v průběhu dotazníkového šetření nekouřilo. Z průzkumu Barnatové vyšlo, že 49 % pacientů při léčbě již nekouří.

Velmi pozitivně hodnotíme, že většina, tj. 98 %, respondentů chodí pravidelně k lékaři na kontroly. Výsledek je velice pozitivní. Pacienti, kteří se nacházejí ve fázi remise, mohou nabýt dojmu, že lékařské prohlídky nepotřebují. Pravidelné prohlídky jsou velmi důležité, proto je třeba dbát na edukaci. Dále jen 3 % respondentů uvedlo, že neužívají pravidelnou medikaci. Štěpářová ve své práci položila podobný dotaz a její výsledky dopadly podobně jako ty naše. Jan Kulhavý ve svém článku napsal, že optimistické odhady WHO udávají, že chronicky nemocní skutečně podle předpisu užívají jen 70 % své medikace, pesimisté pak,

že pouze 30 %. V prvních měsících léčby vysadí užívání předepsaných léků 30–50 % dlouhodobě nemocných, do konce prvního roku léčby je to až 70 %.

Z našeho šetření vyplývá, že více jak 60 % respondentů se snaží vyhýbat stresu, avšak v průzkumu IMPACT vyšlo, že 61 % pacientů pociťuje stres nebo se cítí pod tlakem kvůli absenci v zaměstnání související s jejich IBD. Jediné negativum vidíme v oblasti spánku, kde polovina respondentů spí méně jako 8 hodin. Nedostatek spánku můžeme přisuzovat dnešní uspěchané době, ale také např. nočním bolestem, průjmům a nevolností při vzplanutí nemoci.

K cíli č. 5 se vztahovali otázky č. 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51.

Zajímalo nás, kdo jako první informoval pacienty o dietě a léčebném režimu při Crohnově chorobě. Nejvíce respondenti uváděli a to v 52 % gastroenterologa v ambulanci a ve 33 % ošetřujícího lékaře na oddělení. 7 % respondentů uvedlo nutričního terapeuta. Jen 3 (2 %) respondenti uvedli, že jim informace nebyly podány. První edukace u tohoto onemocnění je velmi důležitá a měl by ji provádět lékař, avšak všeobecná sestra by měla být schopna odpovědět pacientovi na jeho dotazy. Výsledky hodnotíme docela kladně, 85 % respondentů bylo poprvé o svém onemocnění informováno lékařem. Nejvíce respondentů, tj. 53 %, bylo edukováno v nemocničním pokoji ošetřujícím lékařem. V ordinaci lékaře bylo edukováno 42 % respondentů. V čekárně byl edukován 1 respondent a 4 % respondentů uvedlo položku jiné a dopsali: doma, nikde a 2× na internetu. První edukace klienta je velmi důležitá. Nemocní mnohdy neví, co za onemocnění vlastně mají a je třeba jim vše řádně vysvětlit. Proto je lepší, když si edukátor vezme klienta do klidného prostředí. Negativně tedy hodnotíme, že polovina respondentů byla edukována v nemocničním pokoji, před ostatními pacienty. Dále nás zajímalo, jakým způsobem byly respondentům informace podány. Respondenti 85x (54 %) zatrhli možnost ústně, 64x (41 %) zatrhli možnost písemnou formou. Velmi zajímavé je, že 3 (2 %) respondentům byl promítnut krátký film o onemocnění. Jeden respondent si musel najít informace sám a druhý respondent uvedl, že informace byly předány rodičům. Štěpářová v průzkumu položila podobnou otázku a vyšlo jí, že 64 % respondentů dostalo informace ústně a 36 % respondentů dostalo informace ústně i písemně. Podle nás je vhodné pacientům u první edukace poskytnout i různé tištěné materiály, neboť nemocní většinu informací zapomenou, nebo přeslechnou. Celkem 84 % respondentů uvedlo, že rozuměli či spíše rozuměli tomu, co jim edukátor sdělil. 16 % neporozumělo. Celkem 8 % respondentů mělo pocit, že nemohlo položit při první edukaci dotazy, nebo jim dotazy nebyly vysvětleny. V průzkumu Štěpářové vyšlo, že všichni respondenti měli možnost položit dotazy což u nás nevyšlo úplně na 100 %.

Velmi nás zajímalo, zda si lékař, či jiný zdravotnický pracovník ověřil, zda pacienti edukaci porozuměli. Celkem 62 % respondentů uvedlo, že si lékař předané informace zpětně neověřil. 36 % muselo lékaři odpovědět na otázky a dokonce 1 respondent uvedl, že musel vyplnit krátký test. Podle nás je velice důležité, aby si edukující osoba ověřila, zda pacient všemu porozuměl. Jednak může po ověření informací chybějící informace doplnit, a za druhé mu to poskytne zpětnou vazbu v tom smyslu, že pozná, zda edukaci provádí dobře a efektivně. Výsledky hodnotíme negativně. Více jak u poloviny respondentů neproběhlo žádné ověření. V poslední otázce jsme zjišťovali, kde si respondenti nejčastěji hledají informace. 87 (92 %) respondentů si vyhledává informace na internetu. Poté byly uvedeny knihy, letáčky, informace si nevyhledávám a v položce jiné 1 respondent uvedl, že mu informace vyhledávají blízcí. Štěpářová položila podobnou otázku ve svém výzkumu a vyšli ji podobné výsledky. Z průzkumu vyplynulo, že většina respondentů byla informována lékařem, avšak více jak 50 % respondentů byla edukována v nemocničním pokoji, což bereme jako negativní výsledek. Jako další negativum vidíme fakt, že u 62 % respondentů si edukující osoba neověřila, zda porozuměli předaným informacím.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřená na Crohnovu chorobu, dietu a léčebný režim. Teoretická část se zabývá definicí, etiologií, klinickými projevy, diagnostikou, léčbou a komplikacemi choroby. Dále se zabývá edukací pacienta při Crohnově chorobě.

V praktické části bakalářské práce jsme zjišťovali vědomosti pacientů v oblasti diety. Z průzkumného šetření vyšlo, že pacienti mají docela dostatečná znalosti o dietě při Crohnově chorobě a také, že respondenti tyto dietní doporučení dodržují. To nás velice mile překvapilo. Očekávali jsme, že více respondentů nebude tyto dietní opatření respektovat. Z šetření tedy vyplývá, že respondenti jsou docela dobře edukováni. V některých oblastech jsme ovšem zjistili nedostatky.

V průzkumu jsme zjišťovali, zda respondenti mají vědomosti v oblasti léčebného režimu. Celkem 13 % respondentů nevědělo, že kouření má na Crohnovu chorobu špatný vliv, 4 respondenti kouří stejně jako před léčbou. Více jak 90 % respondentů ví, že musí chodit na pravidelné prohlídky a toto doporučení dodržují. Stejně výsledky jsme zaznamenali při dodržování pravidelné medikace. Z průzkumu tedy vyplynulo, že respondenti jsou docela dobře edukováni v oblasti léčebného režimu a doporučení dodržují.

Dále jsme zjišťovali, jak probíhá edukace pacientů po diagnostikování choroby. Většina respondentů uvedlo, že byla poprvé edukována lékařem, což hodnotíme velmi kladně. Více jak 50 % respondentů bylo poprvé edukováno v nemocničním pokoji. Myslíme si, že pro sdělování informací je důležité také zvolit vhodné místo a poskytnout k edukaci dostatek času. Crohnova choroba je onemocnění na celý život a je nesmírně důležité, aby byl pacient dostatečně seznámen s následujícím režimem. Také je vhodné pacientům poskytnout i různé tištěné materiály, neboť nemocní většinu informací zapomenou, nebo přeslechnou.

Přínosem bakalářské práce je realizovaný průzkum s podrobně popsány výsledky a jejich porovnání s jinými průzkumy. Práce je přínosná jak pro zdravotníky, tak pro pacienty s Crohnovou chorobou. V průzkumném šetření jsme zjistili, jaké mají respondenti vědomosti o dietě, léčebném režimu a jak tyto vědomosti dodržují a také jak probíhala edukace po diagnostikování choroby. Všechny cíle tak byly splněny. Jako výstup jsme zpracovali brožuru pro pacienty, která obsahuje stručné informace o dietě a životním stylu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARNATOVÁ, Hana, 2014. *Dietní systém pacientů s ulcerózní colitidou a Crohnovou chorobou*. České Budějovice. Dostupné také z: http://theses.cz/id/vdkbek/Bakalsk_prce_-_dietn_systm_pacient_s_ulcerzn_kolitidou_a_.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

BORTLÍK, Martin, 2015. Vývoj léčby idiopatických střevních zánětů v posledních 20. letech. *Gastroenterologie a hepatologie*. [online]. **69**(4), 341-350 [cit. 2016-05-17]. ISSN 1804803X. Dostupné z: <http://www.csgh.info/cs/intro>

BORTLÍK, Martin, 2010. Základní údaje o idiopatických střevních zánětech. In: *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida* [online]. Připravila Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty ve spolupráci se společností Medimport. S. 16-24 [cit. 2016-05-16]. Ke stažení dostupné z: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ulcerozni-kolitida/informacni-brozury-o-ibd-u-dospelych-a-detskych-pacientu/>

ČERVENKOVÁ, Renata, 2009. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.

DASTYCH, Milan, 2012. Enterální výživa v klinické praxi. *Interní medicína pro praxi* [online]. 14(4), 152-156 [cit.2016-05-17]. ISSN1803-5256.Dostupné z: <http://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2012/04/04.pdf>

DOUDA, Tomáš, 2010. Medikamentózní léčba idiopatických střevních zánětů. In: *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*[online]. Připravila Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty ve spolupráci se společností Medimport. S. 39-52 [cit. 2016-05-16]. Ke stažení dostupné z:<http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ulcerozni-kolitida/informacni-brozury-o-ibd-u-dospelych-a-detskych-pacientu/>

DRASTICH, Pavel, 2013. Premaligní stavy tenkého střeva. *Klinická onkologie* [online]. Supplementum, **26**, 34 - 37 [cit. 2016-05-17]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/archiv/>

Edukace v ošetrovatelství [online], 2008. Studijní materiál ke kurzu Mentor klinické praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence [cit. 2016-05-16]. II. část. Ke stažení dostupné z:<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>

EVROPSKÁ FEDERACE PRO CROHNOVU CHOROBU A ULCERÓZNÍ KOLITIDU. Průzkum IMPACT. [online], dostupné z www: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OK4b2LFGKpkJ:www.crohnova-nemoc.cz/App_Publisher/User-Files/Articles/4_IMPACT_MINI_POSTERSCS.docx+pr%C5%AFzkum+impact&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz [cit. 2016-05-05].

FULLER, Susan, 2015. *Ulcerative Colitis & Crohn's Disease. Ulcerative Colitis, Crohn' Disease & Ibs Treatment Including*. 1st ed. United States: Ocean Blue Publishing, 162 p. ISBN 978-1-910547-06-9.

GABALEC, Libor, 2009. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi* [online]. **11**(1), 16 - 20 [cit. 2016-05-17]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>

GREGUŠ, M, M HUORKA a L LUKAČ, 2007. *Metodický list racionálnej farmakoterapie* [online]. **11**(5 - 6) [cit. 2016-05-17]. Dostupné z: http://www.sgssls.sk/content/sgs/_files/publikacie/metodicke-listy/racionalna-liecba-chronickyh-nespecifikovanych-zapalov-creva.pdf

HOLUBOVÁ, Adéla et al., 2013 *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.

JACKOVSKÁ, Aneta, 2009. *Problematika malnutrice u pacientů s Crohnovou chorobou*. Brno. Dostupné také z: http://is.muni.cz/th/209903/lf_b/. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce MUDr. Milan Dastych.

JELÍNKOVÁ, Ilona, 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5093-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KRECHLER, T. Epidemiologické ukazatele nespecifických střevních zánětů, [online], dostupné z www:<http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/epidemiologicke-ukazatele-nespecifickyh-strevnich-zanetu-124143> [cit. 2013-05-05].

KLENER, Pavel, 2006. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-24612526.

KLENER, Pavel, 2011. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 80-903-8200-2.

KOŽELUHOVÁ, Jana, 2010. Diagnostika idiopatických střevních zánětů. In: *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida* [online]. Připravila Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty ve spolupráci se společností Medimport. S. 32-38 [cit. 2016-05-16]. Ke stažení dostupné z: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ulcerozni-kolitida/informacni-brozury-o-ibd-u-dospelych-a-detskych-pacientu/>

KULHAVÝ, Jan, 2015. ECCO – Inflammatory Bowel Diseases 2015. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. **69**(2), 165 - 168 [cit. 2016-05-17]. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <http://www.csgh.info/cs/intro>

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

MAREK, Josef et al., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2639-7.

MITROVA, Katarina, 2012. Zánětlivá střevní onemocnění u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. **13**(6), 388 - 390 [cit. 2016-05-17]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/07.pdf>

NOVÁKOVÁ, Miroslava, 2013. *Edukace seniorů s anémií*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Dostupné také z: http://is.muni.cz/th/116749/lf_m/. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeniková, Ph.D.

PRŮCHA, Jan, 2002. *Moderní pedagogika*. 2., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8631-4.

PŘIKRYL, Radovan a Hana KUČEROVÁ, 2009. Adherence a postoj pacientů k medikaci antipsychotiky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **10**(4), 171 - 174 [cit. 2016-05-17]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/04/04.pdf>

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2012. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. Interna*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. 2012. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. Praha: Galén, s. 63. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠACHLOVÁ, Milana, 2011. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? *Interní medicína pro praxi* [online]. **13**(10), 403 - 405 [cit. 2016-05-17]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>

ŠERCLOVÁ, Zuzana, 2010. Chirurgická léčba. In: *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida* [online]. Připravila Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty ve spolupráci se společností Medimport. S. 53-63 [cit. 2016-05-16]. Ke stažení dostupné z: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ulcerozni-kolitida/informacni-brozyro-o-ibd-u-dospelych-a-detskych-pacientu/>

ŠTĚPÁŘOVÁ, Tereza, 2011. *Edukace pacientů s Crohnovou chorobou*. Plzeň. Dostupné také z: <https://portal.zcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Marie Blažková.

VALENTA, Jiří, 2007. *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-403-4.

VODIČKA, Josef, 2014. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2512-6.

VRABLÍK, Michal, 2013. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Medicína pro praxi* [online]. **10**(11 - 12), 369 - 371 [cit. 2016-05-17]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/11/03.pdf>

VRZALOVÁ, Drahomíra, Michal KONEČNÝ a Jiří EHRMANN, 2011. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. *Medicína pro praxi* [online]. **8**(7-8), 337-338 [cit.2016-05-17].ISSN1803-5310.Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/08.pdf>

VRUBLOVÁ, Yvetta, 2011. *Ošetřovatelská péče v interních oborech*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-052-0.

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

ZBOŘIL, Vladimír, 2004. Doporučený diagnostický postup u Crohnovy nemoci. In: *Standardy diagnostiky a léčby idiopatických střevních zánětů 2004* [online]. Pracovní skupina pro ISZ. S. 3-6 [cit. 2016-05-16]. Ke stažení dostupné z:<http://www.prolekare.cz/gastroneterologie-materialy-ke-stazeni/standardy-diagnostiky-a-lecby-idiopatickych-strevnich-zanetu-2756>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
ASCA	protilátky proti <i>Saccharomyces cerevisiae</i>
TNF	tumor necrosis factor
BMI	body mass index
CDAI	Crohn's Disease Activity Index
cit.	citováno
CN	Crohnova choroba
CRP	C-Reaktivní Protein
CT	počítačová tomografie
dopl.	doplněné
et al.	a kolektiv
IBD	Inflammatory Bowel Disease
kg	kilogram
m ²	metr čtvereční
MR	magnetická resonance
např.	například
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
přepřac.	přepřacované

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Klasifikace Crohnovy choroby (Zbořil et al., 2012, s. 22)	16
Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů	32
Tabulka č. 3 Věk respondentů	33
Tabulka č. 4 BMI respondentů	34
Tabulka č. 5 Nechtěný úbytek hmotnosti 3 kg za poslední 3 měsíce	35
Tabulka č. 6 Vzdělání respondentů	36
Tabulka č. 7 Status respondentů	37
Tabulka č. 8 Pobírání invalidního důchodu respondenty	38
Tabulka č. 9 Délka trvání Crohnovy choroby uváděná respondenty	39
Tabulka č. 10 Nejčastější projevy Crohnovy choroby u respondentů	40
Tabulka č. 11 Nynější léčba Crohnovy choroby u respondentů	42
Tabulka č. 12 Operace související s Crohnovou chorobou	43
Tabulka č. 13 Stomie u respondentů	44
Tabulka 14 Typ stomie	45
Tabulka č. 15 Fáze nemoci uváděná respondenty	46
Tabulka č. 16 Vnímání zdraví respondenty	47
Tabulka č. 17 Komplikace spojené s Crohnovou chorobou	48
Tabulka č. 18 Vědomosti respondentů o vhodných potravinách v období relapsu	49
Tabulka č. 19 Vědomosti respondentů o mléčných výrobcích, které jsou	51
Tabulka č. 20 Vědomosti respondentů o konzumaci ryb	52
Tabulka č. 21 Vědomosti respondentů o konzumaci masa	53
Tabulka č. 22 Vědomosti respondentů o konzumaci pečiva	54
Tabulka č. 23 Vědomosti respondentů o tucích a olejích, které jsou	55
Tabulka č. 24 Vědomosti respondentů o konzumaci ovoce	56
Tabulka č. 25 Vědomosti respondentů o konzumaci nevhodných nápojů	57
Tabulka č. 26 Vědomosti respondentů o vhodné tepelné přípravě potravy	58
Tabulka č. 27 Vědomosti respondentů o dodržování pitného režimu	59
Tabulka č. 28 Vědomosti respondentů o konzumaci alkoholu	60
Tabulka č. 29 Vědomosti respondentů o kouření	61
Tabulka č. 30 Vědomosti respondentů o fyzické aktivitě	62
Tabulka č. 31 Vědomosti respondentů o nutnosti užívání medikace	63

Tabulka č. 32 Vědomosti respondentů o nutnosti dodržování kontrol u gastroenterologa	64
Tabulka č. 33 Vědomosti respondentů - jak často musí chodit na koloskopické kontroly	65
Tabulka č. 34 Vědomosti respondentů v oblasti spánku, stresu, relaxaci, pohybu	66
Tabulka č. 35 Kouření – respondenti v současnosti kouří.....	67
Tabulka č. 36 Dodržování zásad správné výživy respondenty	68
Tabulka č. 37 Dodržování zásad léčebného režimu respondenty.....	69
Tabulka č. 38 Vyhýbání se stresu respondenty.....	70
Tabulka č. 39 Konzumace alkoholu – v současnosti respondenti pijí	71
Tabulka č. 40 Dodržování pravidelných kontrol respondenty u gastroenterologa	72
Tabulka č. 41 Pravidelné užívání předepsané medicíny respondenty	73
Tabulka č. 42 Dodržování diety respondenty v období remise	74
Tabulka č. 43 Dodržování pitného režimu respondenty	75
Tabulka č. 44 Kolik hodin denně respondenti spí	76
Tabulka č. 45 Kdo podal první informace respondentům o dietě a léčebném režimu.....	77
Tabulka č. 46 První edukace respondentů proběhla	78
Tabulka č. 47 Způsob podání informací respondentům	79
Tabulka č. 48 Porozumění podaných informací respondenty.....	80
Tabulka č. 49 Možnost položení dotazů respondenty.....	81
Tabulka č. 50 Ověření vědomostí respondentů	82
Tabulka č. 51 Zdroj informací, které nejvíce respondenti používají	83
Tabulka č. 52 Vhodné a nevhodné potraviny v období remise	111
Tabulka č. 53 Vhodné a nevhodné potraviny v období relapsu.....	112

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	32
Graf č. 2 Věk respondentů	33
Graf č. 3 BMI.....	34
Graf č. 4 Nechtěný úbytek hmotnosti 3 kg za poslední 3 měsíce uvedený	35
Graf č. 5 Vzdělání respondentů	36
Graf č. 6 Status respondentů	37
Graf č. 7 Pobírání invalidního důchodu respondenty	38
Graf č. 8 Délka trvání Crohnovy choroby uváděná respondenty	39
Graf č. 9 Nejčastější projevy Crohnovy choroby u respondentů	40
Graf č. 10 Nynější léčba Crohnovy choroby u respondentů.....	42
Graf č. 11 Operace související s Crohnovou chorobou	43
Graf č. 12 Stomie u respondentů	44
Graf č. 13 Typ stomie	45
Graf č. 14 Fáze nemoci uváděná respondenty	46
Graf č. 15 Vnímání zdraví respondenty.....	47
Graf č. 16 Komplikace spojené s Crohnovou chorobou u respondentů	48
Graf č. 17 Vědomosti respondentů o vhodných potravinách v období relapsu.....	49
Graf č. 18 Vědomosti respondentů o mléčných výrobcích, které jsou	51
Graf č. 19 Vědomosti respondentů o konzumaci ryb	52
Graf č. 20 Vědomosti respondentů o konzumaci masa	53
Graf č. 21 Vědomosti respondentů o konzumaci pečiva	54
Graf č. 22 Vědomosti respondentů o tucích a olejích, které jsou preferovány.....	55
Graf č. 23 Vědomosti respondentů o konzumaci ovoce	56
Graf č. 24 Vědomosti respondentů o konzumaci nevhodných nápojů	57
Graf č. 25 Vědomosti respondentů o vhodné tepelné přípravě potravy	58
Graf č. 26 Vědomosti respondentů o dodržování pitného režimu	59
Graf č. 27 Vědomosti respondentů o konzumaci alkoholu.....	60
Graf č. 28 Vědomosti respondentů o kouření	61
Graf č. 29 Vědomosti respondentů o fyzické aktivitě	62
Graf č. 30 Vědomosti respondentů o nutnosti užívání medikace	63
Graf č. 31 Vědomosti respondentů o nutnosti dodržování kontrol u gastroenterologa	64

Graf č. 32 Jak Vědomosti respondentů - jak často musí chodit na koloskopické kontroly	65
Graf č. 33 Vědomosti respondentů v oblasti spánku, stresu, relaxaci, pohybu	66
Graf č. 34 Kouření – respondenti v současnosti kouří.....	67
Graf č. 35 Dodržování zásad správné výživy respondenty.....	68
Graf č. 36 Dodržování zásad léčebného režimu respondenty.....	69
Graf č. 37 Vyhýbání se stresu respondenty	70
Graf č. 38 Konzumace alkoholu – v současnosti respondenti pijí.....	71
Graf č. 39 Dodržování pravidelných kontrol respondenty u gastroenterologa.....	72
Graf č. 40 Pravidelné užívání předepsané medikace respondenty.....	73
Graf č. 41 Dodržování diety respondenty v období remise	74
Graf č. 42 Dodržování pitného režimu respondenty	75
Graf č. 43 Kolik hodin denně respondenti spí	76
Graf č. 44 Kdo podal první informace respondentům o dietě a léčebném režimu	77
Graf č. 45 První edukace respondentů proběhla	78
Graf č. 46 Způsob podání informací respondentům	79
Graf č. 47 Porozumění podaných informací respondenty	80
Graf č. 48 Možnost položení dotazů respondenty	81
Graf č. 49 Ověření vědomostí respondentů	82
Graf č. 50 Zdroj informací, které nejvíce respondenti používají.....	83

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník pro pacienty

P II: EDUTOOL – obecně

P III: Vhodné a nevhodné potraviny v období remise

P IV: Vhodné a nevhodné potraviny v období relapsu

P V: Žádost o dotazníkové šetření v KNTB Zlín

P VI: Žádost o dotazníkové šetření v Nemocnici v Novém Jičíně

P VII: Žádost o dotazníkové šetření ve Fakultní nemocnici v Brně

P VIII: Brožura pro pacienty

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Vážená paní/ vážený pane,

jmenuji se Silvie Kalafusová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám společně s paní PhDr. Pavlou Kudlovou, PhD. bakalářskou práci na téma: „Crohnova choroba – dieta a léčebný režim“. Chci Vás touto cestou požádat o spolupráci při vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a uvedené údaje budou použity výhradně k výzkumným účelům v rámci mé bakalářské práce. Zakroužkujte prosím, jednu možnou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas při vyplnění dotazníku.

1. **Jste:**
 - a) muž
 - b) žena
2. **Váš věk:**
 - a) let
3. **Vaše výška:**
 - a)cm
4. **Vaše současná hmotnost:**
 - a)kg
5. **Došlo u Vás v posledních 3 měsících k nechtěnému úbytku hmotnosti více než 3 kg?**
 - a) ano
 - b) ne
6. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 - a) základní vzdělání
 - b) středoškolské vzdělání bez maturity
 - c) středoškolské vzdělání s maturitou
 - d) vysokoškolské/ Vyšší odborné vzdělání
7. **V současné době:**
 - a) pracujete
 - b) studujete
 - c) jste nezaměstnaný/á
 - d) pobíráte invalidní důchod
 - e) jiná možnost (doplňte):
8. **Pobíráte invalidní důchod (pokud invalidní důchod nepobíráte, neodpovídejte prosím):**
 - a) I. stupně
 - b) II. stupně
 - c) III. stupně
9. **Jak dlouho se léčíte s Crohnovou chorobou?**
 - a)

10. Crohnova choroba se u Vás nejčastěji projevuje (možnost více odpovědí):

- a) častým, bolestivým nutkáním na stolicí s odchodem hlenu či krve
- b) formovanou stolicí s příměsí hlenu či krve
- c) opakujícími se epizody kruté bolesti převážně v pravé dolní části břicha
- d) opakujícími se epizody kruté bolesti v okolí pupku, či v jiné lokalizaci
- e) nechtěným úbytkem hmotnosti za poslední 3 měsíce
- f) nevolností a zvracením
- g) zvýšenou teplotou až horečkou
- h) jiné (uved'te).....

11. V současné době jste léčen? (možnost více odpovědí)

- a) dieta
- b) užíváním léků (doplňte jaké.....)
(např. kortikoidy, imunosupresiva, aminosalicyláty - Salofalk)
- c) biologická léčba (např. Adalimumab)
- d) substituční léčba (doplňky jako železo, kalcium..)
- e) alternativní léčba (např. používání bylin)
- f) bez léčby

12. Máte za sebou operace, které souvisejí s Crohnovou chorobou? (pokud odpovíte ano, vypište prosím, jaké operace jste proděl/a)

- a) ne, na žádné operaci jsem nebyla
- b) ano,

13. Máte stomii - vývod střeva na stěnu břicha?

- a) ne
- b) ano

14. Pokud máte stomii, zakroužkujte prosím, o jaký typ stomie se jedná:

- a) trvalá kolostomie
- b) dočasná kolostomie
- c) trvalá ileostomie
- d) dočasná ileostomie

15. V jaké fázi nemoci se nacházíte?

- a) remise (vymizení příznaků a projevů nemoci)
- b) relaps (opětovné objevení příznaků nemoci)

16. Jak se momentálně cítíte?

1	2	3	4	5
Zdravý	Docela zdravý	Ani zdravý, ani nemocný	Docela nemocný	Nemocný

17. Máte komplikace, které jsou spojené s Crohnovou chorobou? (možnost více odpovědí)

- a) ne, nemám žádné komplikace
- b) ano, tvorba píštělí (spojka mezi střevem a orgáne, tělní dutinou)
- c) ano, tvorba řitní fisury (trhlina v anální oblasti)
- d) ano, tvorba abscesů (dutina vyplnění hnisem)
- e) ano, tvorba stenózy (zúžení dutého orgánu, tedy střeva)
- f) jiné (doplňte).....

18. Vyberte potraviny, které jsou doporučovány v období relapsu: (možnost více odpovědí)

- a) kuřecí, králičí maso
- b) libové vepřové maso
- c) bílé pečivo
- d) celozrnné pečivo
- e) čerstvé mléko
- f) plísňové sýry
- g) kysané mléčné výrobky
- h) brambory
- i) těstoviny
- j) rýže
- k) čerstvé ovoce

19. Z mléčných výrobků jsou lépe snášeny:

- a) kysané mléčné výrobky
- b) tavené a plísňové sýry
- c) neupravené mléko
- d) nevím

20. Vyberte správné tvrzení, která platí u konzumaci ryb

- a) působí protizánětlivě, vhodné je konzumovat pokrmy z ryb až 2x týdně
- b) v malá míře konzumace ryb neškodí
- c) konzumace pokrmů z ryb velmi škodí
- d) nevím

21. Které z uvedených mas a masných výrobků se nedoporučuje konzumovat: (možnost více odpovědí)

- a) bůček
- b) slanina
- c) libové vepřové maso
- d) kuřecí maso
- e) uzené masa
- f) králičí maso

22. Jaké pečivo je lépe snášeno:

- a) čerstvé celozrnné pečivo
- b) starší bílý rohlík, houska
- c) čerstvě upečený chleba
- d) nevím

23. Které tuky a oleje jsou preferovány:

- a) živočišné tuky, např. sádlo
- b) rostlinné oleje (slunečnicový, olivový), rostlinné tuky
- c) nevím

24. Vyberte správné tvrzení o konzumaci ovoce:

- a) Z jídelníčku nemusí být vyřazeno žádné ovoce, naopak je velice prospěšné jíst všechno ovoce v přiměřeném množství.
- b) Ovoce se při Crohnově chorobě v žádném případě nesmí konzumovat.
- c) Banány, oloupaná jablka, kompoty se mohou konzumovat, ovšem ovoce, které obsahuje malé pečičky (jahody, angrešt), musíme vyřadit z jídelníčku.

- 25. Jaké nápoje nejsou doporučovány při Crohnově chorobě? (možnost více odpovědí)**
- a) bylinné čaje
 - b) alkohol (destiláty)
 - c) slazené limonády
 - d) minerální vody
 - e) černá káva
- 26. Jaká je vhodná tepelná příprava potravy? (možnost více odpovědí)**
- a) vaření
 - b) smažení
 - c) dušení
 - d) příprava v páře
 - e) grilování
 - f) pečení v horkovzdušné troubě
 - g) fritování
- 27. Je důležité dodržovat pitný režim?**
- a) ano, denně by se mělo vypít až 2,5 l tekutin
 - b) ne, při tomto onemocnění nemusíme dodržovat pitný režim
- 28. Může se při Crohnově chorobě konzumovat alkohol?**
- a) v žádném případě se nesmí konzumovat alkohol
 - b) v malé míře se může konzumovat pivo, či víno, destiláty ovšem nejsou doporučovány
 - c) konzumace alkoholu nemá na Crohnovu chorobu žádný vliv, tedy konzumace alkoholu nevadí
- 29. Mohou lidé s Crohnovou chorobou kouřit?**
- a) ano, kouření nemá na Crohnovu chorobu žádný vliv
 - b) doporučuje se kouření omezit
 - c) kouření se při Crohnově chorobě nedoporučuje vůbec
- 30. Je nutné omezit fyzickou aktivitu (např. sport)?**
- a) ano, lidé s Crohnovou chorobou nesmí vykonávat žádnou fyzickou aktivitu
 - b) ne, lidé s Crohnovou chorobou mohou vykonávat i zvýšenou fyzickou aktivitu
 - c) lidé s Crohnovou chorobou by neměly vykonávat zvýšenou fyzickou aktivitu, ale přiměřená fyzická aktivita se naopak doporučuje
- 31. Musíte dodržovat pravidelně předepsanou medikaci od lékaře?**
- a) ano
 - b) nevím
 - c) ne
- 32. Musíte chodit na pravidelné kontroly ke gastroenterologii?**
- a) ano
 - b) nevím
 - c) ne
- 33. Jak často musíte chodit na kontroly ke gastroenterologii na kolonoskopii?**
- a) 2x do roka
 - b) většinou 1x za rok, pokud lékař neurčí jinak
 - c) většinou 1x za pět let
 - d) nevím

- 34. Ovlivňuje Crohnovou chorobu negativně stres, nedostatek spánku, málo relaxace a pohybu?**
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) ne
- 35. Kouření: (pokud jste před léčbou byl/a nekuřákem, tuto otázku prosím nezodpovídejte). V současnosti kouřím cigarety/doutníky/dýmku (nehodící se typ tabákového výrobku prosím škrtněte):**
- a) stejně jako před léčbou
 - b) poněkud méně než před léčbou
 - c) podstatně méně, jistě o polovinu méně než před léčbou
 - d) kouřím výjimečně, do 5 cigaret, 1 doutník, 1 dýmku týdně
 - e) nekouřím vůbec
- 36. Dodržování zásad správné výživy – v současnosti tyto zásady:**
- a) naprosto a stále dodržuji
 - b) spíše dodržuji, více jak z poloviny
 - c) dodržuji asi z poloviny
 - d) spíše nedodržuji, méně než z poloviny
 - e) nedodržuji
- 37. Dodržování zásad léčebného/pohybového režimu a aplikačních/cvičebních návyků – v současnosti tyto zásady:**
- a) naprosto a stále dodržuji
 - b) spíše dodržuji, více jak z poloviny
 - c) dodržuji asi z poloviny
 - d) spíše nedodržuji, méně jak z poloviny
 - e) nedodržuji
- 38. Vyhýbání se stresu, aktivní protistresový režim – v současnosti tyto zásady a postupy:**
- a) naprosto a stále dodržuji
 - b) spíše dodržuji, více jak z poloviny
 - c) dodržuji asi z poloviny
 - d) spíše nedodržuji, méně jak z poloviny
 - e) nedodržuji
- 39. Požívání alkoholu – v současnosti požívám alkoholické nápoje: (pokud jste před léčbou alkohol nepožíval/a, tuto otázku prosím nezodpovídejte)**
- a) stejně jako před léčbou
 - b) poněkud méně než před léčbou
 - c) podstatně méně, o polovinu méně než před léčbou
 - d) alkohol piji výjimečně, průměrně 1 pivo, 1 sklenku (2 dl) vína či 1 sklenku (0,5 dl) lihovin týdně
 - e) nepiji vůbec alkohol
- 40. Dodržujete pravidelné kontroly u vaše ošetřujícího lékaře/ gastroenterologa?**
- a) ano
 - b) ne

- 41. Dodržujete ošetřujícím lékařem/ gastroenterologem předepsanou medikaci?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 42. Dodržujete v období remise doporučenou dietu?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 43. Dodržujete pitný režim?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 44. Kolik hodin denně spíte**
- a) méně jak 8 hodin denně
 - b) 8-10 hodin denně
 - c) více jak 10 hodin denně
- 45. Kdo Vás jako první informoval o dietě a léčebném režimu při Crohnově chorobě?**
- a) ošetřující lékař na oddělení
 - b) gastroenterolog v ambulanci
 - c) obvodní lékař
 - d) všeobecná (zdravotní) sestra
 - e) nutriční poradce
 - f) jiné (doplňte).....
 - g) Nikdo mě neinformoval
- 46. Kde jste byl poprvé informován/edukován o dietě a léčebném režimu?**
- a) v ordinaci lékaře
 - b) v nemocničním pokoji
 - c) v čekárně
 - d) jiné (doplňte).....
- 47. Jakým způsobem Vám byly informace podány? (možnost více odpovědí)**
- a) ústně
 - b) písemnou formou (letáček, brožura)
 - c) promítání krátkého filmu, týkající se onemocnění
 - d) informace mi nebyly podány
 - e) jiné (doplňte).....
- 48. Porozuměl jste všem informacím, které Vám edukující osoba sdělila?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 49. Měl jste možnost položit dotazy a byly Vám vysvětleny?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

50. Ověřoval si lékař/ zdravotnický pracovník, zda jste porozuměl všem informacím, které Vám sdělil?

- a) ano, musel jsem mu odpovědět na otázky
- b) ano, musel jsem vyplnit krátký test
- c) ano, (jiná forma ověření, doplňte prosím, jaká).....
- d) ne, neověřil

51. Pokud si hledáte informace o dietě a léčebném režimu, co nejvíce používáte? (1 odpověď)

- a) knihy
- b) časopisy
- c) internet
- d) letáčky, brožury, které jsou k dispozici v čekárnách u lékaře
- e) nevyhledávám si žádné informace
- f) jiné (doplňte):.....

P II: EDUTOOL - OBECNĚ

1. verze dotazníku EDUTOOL

Nadační fond EMA
náměstí Přemysla Otakara II., č.p. 19
370 01 České Budějovice

Nadační fond EMA
Mgr. Hana Kalová, RFA
předsedkyně správní rady

copyright: EMA-services, s. r. o., České Budějovice

EDUTOOL – obecně dotazník o stupni a stálosti výsledku edukačních intervencí

Jsem **M** – muž

Ž – žena (označte)

Můj věk je ... let (doplňte)

V tomto dotazníku odpovíte na pět jednoduchých otázek. Odpovězte prosím ihned, bez porady, podle své první pohnutky.

Odpověď, která nejvíce vystihuje současný stav, označte prosím zakroužkováním čísla odpovědi.

1. Kouření:

(pokud jste před léčbou byl/a nekuřákem, tuto otázku prosím nezodpovídejte)

V současnosti kouřím cigarety/doutníky/dýmku (nehodící se typ tabákového výrobku prosím škrtněte):

1. Stejně jako před léčbou
2. Poněkud méně než před léčbou
3. Podstatně méně, jistě o polovinu méně než před léčbou
4. Kouřím výjimečně, do 5 cigaret, 1 doutník, 1 dýmku týdně
5. Nekuřím vůbec

2. Dodržování zásad zdravé výživy – v současnosti tyto zásady:

1. Naprosto a stále dodržuji
2. Spíše dodržuji, jistě ze tří čtvrtin zásad i doby, po kterou je dodržuji
3. Dodržuji asi z poloviny
4. Spíše nedodržuji, jistě méně než čtvrtinu zásad i doby, po kterou je dodržuji
5. Nedodržuji

3. Dodržování zásad léčebného/pohybového režimu a aplikačních/cvičebních návyků – v současnosti tyto zásady:

1. Naprosto a stále dodržuji
2. Spíše dodržuji, jistě ze tří čtvrtin zásad i doby, po kterou je dodržuji/cvičím
3. Dodržuji asi z poloviny
4. Spíše nedodržuji, jistě méně než čtvrtinu zásad i doby, po kterou je dodržuji/cvičím
5. Nedodržuji

4. Vyhýbání se stresu, aktivní protistresový režim – v současnosti tyto zásady a postupy:

1. Naprosto a stále dodržuji
2. Spíše dodržuji, jistě ze tří čtvrtin zásad i doby, po kterou je dodržuji
3. Dodržuji asi z poloviny
4. Spíše nedodržuji, jistě méně než čtvrtinu zásad i doby, po kterou je dodržuji
5. Nedodržuji

5. Požívání alkoholu – v současnosti požívám alkoholické nápoje:

(pokud jste před léčbou alkohol nepožíval/a, tuto otázku prosím nezodpovídejte)

1. Stejně jako před léčbou
2. Poněkud méně než před léčbou
3. Podstatně méně, jistě o polovinu méně než před léčbou
4. Alkohol piji výjimečně, průměrně 1 pivo, 1 sklenku (2 dl) vína či 1 sklenku (0,5 dl) lihovin týdně
5. Nepiji vůbec alkohol

P III: VHODNÉ A NEVHODNÉ POTRAVINY V OBDOBÍ REMISE

Tabulka č. 52 Vhodné a nevhodné potraviny v období remise (Šachlová, 2011, s. 404)


Potraviny	Vhodné	Nevhodné
Maso a uzeniny	Ryby bez kůže, drůbež, šunka, krutí rolády	Tučná masa, smažená masa, škvarky, slanina, ostré klobásy
Mléčné výrobky	zakysané mléčné výrobky, přírodní tvaroh, tavené sýry, nápoje s probiotiky	syrové mléko
Ovoce a zelenina	oloupaná jablka, meruňky, broskve, ovocné pyré a kaše, špenát, kořenová zelenina, dýně	hrušky, syrové ovoce se slupkami a zrníčky, ořechy, semena, houby, květák, brokolice
Polévky	zeleninové a netučné vývary, zahuštěné nasucho opraženou moukou	omezit polévky z luštěnin, příliš tučné a kořeněné
Omáčky	rajská, svíčková	pálivá paprika, pepř a kari koření v omáčkách
Tuky	olivový olej, čerstvé máslo	sádlo, slanina

P IV: VHODNÉ A NEVHODNÉ POTRAVINY V OBDOBÍ RELAPSU

Tabulka č. 53 Vhodné a nevhodné potraviny v období relapsu (Šachlová, 2011, s. 404)

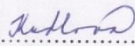

Potraviny	Vhodné	Nevhodné
Maso a uzeniny	kuřecí, krutí, králičí, telecí, libové vepřové, libová šunka a šunka pro děti	marinované masa, uzená masa, tučné ryby, tučné vepřové, tučné uzeniny
Mléčné výrobky	kysané mléčné výrobky, tvarohové a přírodní sýry, jogurtová mléka s probiotiky	plísňové sýry, čerstvé mléko, syrečky
Pečivo	bílý chléb, bílé pečivo, piškoty	celozrnné pečivo, čerstvě kynuté pečivo
Ovoce a zelenina	ředěné džusy, zeleninové pyré, ovocné kaše	syrové ovoce a zelenina, semínka, ořechy, slupky
Nápoje	slabý čaj, nesycená voda, ředěná ovocná šťáva	alkohol, čokoláda, silná káva

P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V KNTB ZLÍN

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

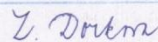
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční ~~kombinovaná~~ forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Silvie Kalafusová	
Téma bakalářské práce	Crohnova choroba – dieta a léčebný režim	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s diagnostikovanou Crohnovou chorobou, minimální věk 18 let a více.	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
KNTB, a.s. - Centrum biologické léčby nespecifických střevních zánětů a gastroenterologické ambulance	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Ing. Marcela Dráňková

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 13. 01. 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd




.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábreží 600
762 75 Zlín

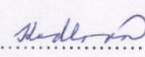
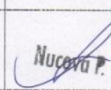

 (9)
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V NEMOCNICI V NOVÉM JIČÍNĚ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

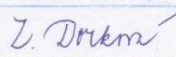
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).


Jméno a příjmení studenta	Silvie Kalafusová		
Téma bakalářské práce	Crohnova choroba – dieta a léčebný režim		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.		
	 podpis		
Skupina respondentů	Pacienti s diagnostikovanou Crohnovou chorobou, minimální věk 18 let a více.		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Nemocnice Nový Jičín a.s. – Interní ambulance, Gastroenterologická poradna	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Nemocnice Nový Jičín a. s. – Chirurgické oddělení	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 13-01-2016


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

 Nemocnice Nový Jičín a.s.

burkyněova 2138/16, 741 01 Nový Jičín
IČO: 25886207 DIČ: CZ699000899

..... tel.: 556 270 110
razítko a podpis zástupce zařízení


Bc. M. Vaňková
hlavní sestra

P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ VE FAKULTNÍ NEMOCNICI V BRNĚ



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 602 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí úřadu
JUDr. Alena Tobišková, MBA
tel.: 532 232 106, fax: 532 232 293
e-mail: atobias@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Silvie Kalafusova.....

Datum narození: 5. 6. 1994..... Telefon: ... 777847064..... E-mail: silviekalafusova@gmail.com

Adresa pro doručení dat: Straník 133, Nový Jičín, 741 01

Přesný název školy/fakulty: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.....

Obor studia: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: Crohnova choroba – dieta, léčebný režim.....

Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce

sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplňuje „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní „Nahlížení do zdravotnické dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 70

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: ... 3. 2016 do: ... 8. 4. 2016.....

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: Centrum pro idiopatické střevní záněty a biologickou terapií

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů:

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:

vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:

z kterého pracoviště:

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: do:

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum: 29.2.2016 Podpis: Silvie Kalafusová

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 29-02-2016 pod číslem: 6016/23532/FN/BRNO-1638

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: IGER

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 07-03-2016

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru: na pozici:

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:

07-03-2016

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

referent/vedoucí OOR

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Požadovaná data medicínského/nemedicínského útvaru doručena na OOR

Požadovaná data postoupena

převzal žadatel osobně dne v počtu

Převzal:

(podpis žadatele)

08-03-2016

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Žádost uzavřena dne:

podpis vedoucího/referenta OOR

P VIII: BROŽURA PRO PACIENTY

Potravinová pyramida

Vypijte nejméně 2 litry nápojů denně

Cukr a sůl používejte střídmě

Snězte 3 kusy zeleniny denně

Snězte 2 kusy ovoce denně

Nekonzumujte alkohol

Eliminujte kouření



Crohnova choroba

Stručné informace o dietě a životním stylu

Vedoucí práce:
PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
Vypracovala:
Silvie Kalafusová
Studentka oboru Všeobecná sestra
na Univerzitě Tomáši Bati ve Zlíně
Výstup bakalářské práce
© 2016

Crohnova choroba

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které postihuje jakoukoli její část. Nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého střeva s tlustým. Etiologie Crohnovy choroby je nejasná. Typické příznaky pro tuto nemoc jsou bolesti břicha, plynatost, časté průjmy, hlen a krev ve stolici, zvýšená teplota, hubnutí a ztráta chutí k jídlu.

Změna životního stylu je důležitá

Při Crohnově chorobě je důležité dbát na zdravý životní styl. Dodržování doporučené diety a správné životosprávy pomáhá udržet onemocnění v klidové fázi – remisi.

Kouření

Kouření vede k horšímu průběhu nemoci, častějším operacím, trvalé aktivitě nemoci – relaps, a menší účinnosti terapie. Je naprosto nutností, abyste eliminovali kouření ze svého života. Je to jediné opatření, o kterém v současné době víme, že může významně zlepšit průběh onemocnění.

Další důležité změny v životosprávě

Je vhodné, abyste omezili konzumaci alkoholu. Alkohol nepříznivě ovlivňuje střevní sliznici, kterou máte postiženou zánětem. Zvýšená konzumace alkoholu může mít za následek aktivitu nemoci.

Pokud jste v klidové fázi nemoci, využijte svých možností a zkuste rekreační sporty, jako je např. turistika, míčové hry či jízda na kole. Přiměřená fyzická aktivita pozitivně ovlivňuje zdravotní stav člověka. Věnujte se svým koníčkům a vyhýbejte se stresu. Ten často bývá spouštěčem aktivity nemoci.

Dieta

Diетní opatření jsou odlišná u pacientů v období relapsu a v období remise. Na další stránce najdete doporučení, jak se v jednotlivých fázích stravovat.

Ve fázi remise

V této fázi by se neměla dieta lišit od racionální stravy. Volte potraviny lehce stravitelné, které obsahují plnohodnotné bílkoviny (drůbeží maso, ryby), vitamíny, minerální látky a škroby.

Přehled vhodných potravin

Polévky	Zeleninové polévky, netučné vývary
Masa	Ryby bez kůže, drůbež, libové vepřové
Přilohy	Těstoviny, rýže, brambory, knedlíky
Omáčky	Rajská, svičková, šťávy zahustit nasucho opraženou moukou
Mléčné výrobky	Zakysané výrobky, přírodní tvaroh, nápoje s probiotiky, sýry tavené i krájené
Ovoce a zelenina	Ovoce bez šlupky, meruňky, pyré a kaše, špenát, dýně, kořenová zelenina

Přehled nevhodných potravin

Polévky	Omezit polévky z luštěnin, tučné
Masa	Tučné, kořenění, uzené, pikantní
Přilohy	Smažené přílohy, kynuté knedlíky
Omáčky	Pálivá paprika, kari a pepř v omáčkách
Mléčné výrobky	Syrové mléko
Ovoce a zelenina	Ovoce se slupkami a zrníčky, květák, houby, brokolice

PRO ZAJÍMAVOST!

U osob s Crohnovou chorobou je často v povrchové vrstvě buněk tenkého střeva snižena aktivita enzymu (laktázy) štěpícího mléčný cukr, proto často nemocní netolerují mléko či mléčné výrobky. Odborně se tomu říká laktózní intolerance.

Ve fázi relapsu

V této fázi dodržujte bezbeztukovou dietu. Porce jídel by měly být menší a jíst by se mělo častěji, doporučuje se až 6x denně. Stravu důkladně rozkousejte. Doporučuje se oddělit tuhá strava od tekutin.

Přehled vhodných potravin

Masa	Kuřecí, krutí, králíčí, libové vepřové maso
Přilohy	Bramborová kaše, rýže, těstoviny
Mléčné výrobky	Zakysané výrobky, přírodní tvaroh, nápoje s probiotiky
Pečivo	Bílý chléb, bílé pečivo, pšičky
Ovoce a zelenina	Ředěné džusy, zeleninové pyré, ovocné kaše
Nápoje	Slabý čaj, nasyčená voda, ředěná ovocná šťáva

Přehled nevhodných potravin

Masa	Marinovaná, uzená, tučná ryba, uzeniny, tučná masa
Přilohy	Kynuté knedlíky, fritované přílohy
Mléčné výrobky	Plišňové sýry, čerstvé mléko, syrečky
Pečivo	Celozrné pečivo, čerstvé kynuté pečivo
Ovoce a zelenina	Syrové ovoce a zelenina, semínka, ořechy
Nápoje	Alkohol, černá káva, čokoláda

POZOR!

Pokud trpíte stenozující formou (máte zúžená místa na Vašem střevě), je nutné podávat bezbeztukovou dietu i v klidové fázi. Dieta s vyšším obsahem vlákniny by Vás mohla poškodit, způsobit bolesti břicha a průjem, nebo dokonce střevní neprůchodnost.