

Edukovanost pacientů s onemocněním colitis ulcerosa

Nikola Gajdušková

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: **Nikola Gajdušková**
Osobní číslo: **H130086**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Edukovanost pacientů s onemocněním colitis ulcerosa**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury zaměřené na problematiku ideopatických střevních zánětů.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti edukace a colitis ulcerosa.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace průzkumu metodou dotazníkového šetření.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, zhodnocení cílů práce a formulování závěru.



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, c2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KOHOÚT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-2.

REDMAN, Barbara Klug. The practice of patient education: a case study approach. 10th ed. St. Louis, Mo.: Mosby, c2007. 157 p. ISBN 978-0-323-03905-5.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

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. Anežka Lengalová, 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 obhajoby ¹⁾;
- 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. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 § 60 ³⁾ 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 9.2.2016

..... 

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 nevydělčně 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 nahlížení 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, užívě-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 vzdělávacímu 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). *Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného 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 výdělků jim 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 přihlíží k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o edukovanosti pacientů s diagnostikovanou ulcerosní kolitidou, kdy tato nemoc se řadí do skupiny idiopatických střevních zánětů. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna na čtyři kapitoly, které zahrnují základy anatomie a fyziologie onemocnění s jeho základní charakteristikou, klinickým obrazem, komplikacemi, diagnostickými a léčebnými metodami. Dále teoretická část obsahuje informace o edukaci, která je následně aplikovaná na pacienty s ulcerosní kolitidou. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké informace pacienti nejčastěji postrádají, kdo je nejčastěji edukuje či do jaké míry se na edukaci podílejí všeobecné sestry. Budeme se zajímat i o to, jaké formě předávání informací, dávají respondenti přednost.

Klíčová slova: ulcerosní kolitida, komplikace, endoskopie, konzervativní léčba, chirurgická léčba, výživa, edukace.

ABSTRACT

The bachelor work is about education of patient with diagnosed ulcerative colitis, which belongs to group of idiopathic bowel inflammations. The work is divided into theoretical and practical part. Theoretical part is divided into four parts which contain basics of anatomy and physiology of an illness with its basic characteristic, clinical picture and complications, diagnostic and therapeutic methods. The theoretical part also contains information about education which is applied on patients with ulcerative colitis. The goal of the bachelor work is detect what information patients lack, who mostly educates them and to which extent nurses are taking part in education. We will be interested in form of information that patients prefers.

Keywords: ulcerative colitis, complications, endoscopy, conservative treatment, surgical treatment, nutrition, education.

Prohlášení

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

Ve Zlíně dne 30. 4. 2016

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za cenné rady, trpělivost, vstřícnost, podporu a ochotu kdykoli pomoci a poradit. Děkuji také svým přátelům a rodině, kteří mě při psaní této práce podporovali a především pak mým prarodičům za podporu a zázemí, které mi poskytují po celou dobu mého studia. Ráda bych poděkovala i Tomáši Kubinovi za dodávání motivace a odvahy do studia a psaní této práce, a také za to, že mi je celoživotní oporou.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 TRÁVICÍ TRAKT A JEHO FUNKCE	12
1.1 TENKÉ STŘEVO	12
1.2 TLUSTÉ STŘEVO	13
2 ULCEROSNÍ KOLITIDA	14
2.1 ETIOLOGIE ULCEROSNÍ KOLITIDY	14
2.2 KLINICKÝ OBRAZ ULCEROSNÍ KOLITIDY	15
2.3 KOMPLIKACE ULCEROSNÍ KOLITIDY	16
2.4 AKTIVITA NEMOCI.....	17
2.5 DIAGNOSTIKA ULCEROSNÍ KOLITIDY	17
2.5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	17
2.5.2 Laboratorní vyšetření	18
2.5.3 Zobrazovací metody.....	19
2.5.4 Endoskopické vyšetření	20
2.6 LÉČBA	22
2.6.1 Konvenční léčba.....	22
2.6.2 Biologická léčba u ulcerosní kolitidy.....	25
2.6.3 Chirurgická léčba ulcerosní kolitidy	27
3 EDUKACE	29
3.1 EDUKAČNÍ ROLE SESTRY	30
3.2 KOMUNIKACE PŘI EDUKACI.....	31
3.3 EDUKAČNÍ PROCES V OŠETŘOVATELSTVÍ	31
3.4 CÍLOVÁ SKUPINA	32
4 EDUKACE KLIENTA S ULCEROSNÍ KOLITIDOU	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
5.1 CÍLE VÝZKUMU	36
5.2 METODIKA VÝZKUMU	36
5.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	37
6 VÝSLEDKY A ANALÝZA ÚDAJŮ	38
DISKUZE	74
ZÁVĚR	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
SEZNAM TABULEK	85
SEZNAM GRAFŮ	86
SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

Ulcerosní kolitida, mnohdy také nazývaná ulcerosní proktokolitida, je pro širokou veřejnost méně známá nemoc. Jedná se o zánětlivé chronické onemocnění tlustého střeva, u kterého není zcela známá příčina vzniku. Z toho důvodu se této nemoci taktéž říká idiopatický střevní zánět. Ve 20. století byla a stále je ulcerosní kolitida společně s Crohnovou chorobou považována za civilizační choroby se stále se zvyšující incidencí i prevalencí. Ulcerosní kolitida se od Crohnovy choroby odlišuje především tím, že zánětlivý proces postihuje sliznice tračníku, kdežto Crohnova choroba je zánět, který se může vyskytovat v kterékoliv části gastrointestinálního traktu a její stěnu postihuje transmurálně - to znamená, že prochází celou stěnou střeva. V případě ulcerosní kolitidy se mohou zánětlivé změny šířit do hlubší vrstvy stěny pouze při vzniku komplikací - například typu fulminantní kolitidy a nebo toxického megakolonu (Navrátil a kolektiv, 2008, s. 269).

Výskyt ulcerosní kolitidy v České republice je 4 - 5 pacientů na 10 000 obyvatel. Bohužel čím dál tím více jsou to pacienti mladšího věku, u kterých lékař diagnostikuje tuto nemoc. Nejčastější propuknutí nemoci je mezi 20. a 35. rokem života. Příznaky jsou většinou pro tyto lidi velmi intimní a nepříjemné. Mnoho klientů se za toto onemocnění stydí a nechce o něm veřejně mluvit. Nemoc je omezuje jak zdravotně, tak i psychicky a sociálně. V dnešní době je několik možností, jak těmto lidem pomoci se s ulcerosní kolitidou vyrovnat. Je to včasná a efektivní edukace nemocného zdravotnickým personálem.

Cílem práce je zjistit, jaké informace pacienti s tímto onemocněním nejčastěji postrádají. Dalším cílem je zjistit, kdo a jak respondenty edukuje a do jaké míry se na edukaci podílejí všeobecné sestry. Posledním cílem práce je zjistit, jaké formě předávání informací dávají respondenti přednost.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TRÁVICÍ TRAKT A JEHO FUNKCE

Trávicí trakt člověka je orgánová soustava, která zajišťuje příjem potravy, její mechanické zpracování a chemické zpracování, vstřebávání živin, vyloučení nestrávených a nestravitelných zbytků.

V trávicím systému dochází k neustálé výměně látek a energie - metabolismu. Trávicí ústrojí má v látkové výměně dva hlavní úkoly. První je trávení neboli mechanické a chemické zpracování potravy. Druhý úkol je vstřebávání (resorpce) upravených látek. Mechanické rozmělnění potravy zajišťují zuby a jazyk v dutině ústní. Po dostatečném rozmělnění potravy se sousto přesouvá dále do hltanu a jícnem do žaludku. Pohyby žaludku a střev je trávenina dostatečně promíchaná s trávicími enzymy. Nestrávené zbytky potravy jsou zahuštěny, zformovány a vyloučeny v podobě stolice (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008, s. 89).

Chemické zpracování potravy charakterizuje především produkce šťáv žlázami trávicího ústrojí. Trávicí šťávy obsahují vodu a látky bílkovinné povahy - enzymy, které jsou schopny štěpit bílkoviny, cukry a tuky (Kolektiv autorů, 2010, s. 9).

Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř základních vrstev. První vrstva je sliznice, dále je podslizniční vazivo, svalová vrstva a vazivový obal. Sliznice vystýlá dutinu trávicí trubice. Je měkká, narůžovělá a zvlhčená sekretem. V podslizničním vazivu se nacházejí žlázy, které vytvářejí potřebný sekret. Další vrstvu trávicí trubice tvoří hladká svalovina, která je uspořádána v různých směrech. Poslední, nejsvrchnější vrstvou je vazivový obal, který zajišťuje optimální viskozitu trávicí trubice v dutině břišní (Kolektiv autorů, 2010, s. 9).

1.1 Tenké střevo

Tenké střevo (latinsky *intestinum tenue*) je nejdelším úsekem trávicího systému. Spojuje pylorus žaludku s tlustým střevem. Je inervováno pomocí nervus vagus, který je hlavní složkou parasympatického vegetativního nervového systému. V tomto úseku probíhá největší část trávení potravy a vstřebávání jednoduchých složek rozštěpené potravy. Tenké střevo se skládá ze tří základních částí: duodenum, jejunum a ileum. Dohromady vytvářejí kličky tenkého střeva tzv. *laquei intestine tenis*. Duodenum neboli dvanácterník navazuje na pylorus žaludku. Je dlouhý přibližně 25 - 30 cm a dělí se na 4 části. Pars superior, která je přímým pokračováním pyloru, pars descendens, kam ústní společný vývod

pankreatu a žlučovodu. Pars horizontalis a pars ascendens, na kterou přímo navazuje jejunum (lačník). Lačník je uložen v levé horní části dutiny břišní a tvoří zhruba 2/5 délky střeva. Přejít lačnicku a kyčelníku není nijak ostře ohraničen, ovšem s přibývajícím délkou se charakter sliznice i podslizničního vaziva vcelku mění. Ileum (kyčelník) je pak zakončen ileocékální valvou, která zajišťuje jednosměrný tok potravy. Přejít mezi střevem tenkým a tlustým, je střevo slepé (intestinum caecum). Slepé střevo je charakteristické svým červovitým přívěskem (apendix vermiformis), který může občas způsobit nemalé potíže (Kolektiv autorů, 2010, s. 12-13).

Tenké střevo vstřebává všechny druhy živin, které jsou trávicími šťávami dobře štěpené.

1.2 Tlusté střevo

Tlusté střevo (intestinum crassum) je poslední úsek trávicí trubice. Je dlouhé 1,2-1,5 metrů. Začíná v pravé jámě kyčelní nejobjemnější částí - slepým střevem. Pokračuje colon ascendens (vzestupným tračnickem), který je přímým pokračováním slepého střeva. Dále příčný tračník (colon transversum) a sestupný tračník (colon descendens). Sestupný tračník přechází do esovité kličky (colon sigmoideum), která je charakteristicky prohnutá a připomíná ležící písmeno Z. Na ni pak navazuje poslední část střeva, kterou je konečník neboli rektum (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 28).

Tlusté střevo zásobuje arteria mesenterica superior a inferior, ke konečníku přicházejí ještě větve z vnitřní kyčelní tepny, arteria iliaca interna (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 29).

Tlusté střevo aktivně nevstřebává žádné živiny. Jeho hlavní funkcí je vstřebávání vody a zahušťování obsahu do konečné formy stolice. Obsahuje také řadu střevních bakterií, které jsou důležité ke tvorbě vitamínu K, některých vitamínů skupiny B a dalších látek (Fiala, Valenta a Eberlová, 2008, s. 92).

2 ULCEROSNÍ KOLITIDA

Ulcerosní kolitida je hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva postihující vždy rektum a šířící se kontinuálně na různě rozsáhlou část tlustého střeva (Češka a kolektiv, 2010, s. 403).

„Ulcerosní kolitida je chronický zánět tlustého střeva, které postihuje v různém rozsahu, vždycky ale zachvátí také konečník. Zánět se šíří v povrchových vrstvách stěny tlustého střeva, tedy převážně ve sliznici a podslizniční části. Pouze ve výjimečných případech může proniknout i do hlubších vrstev“ (Červenková, c2009, s. 21).

Profesor Kohout definoval ulcerosní kolitidu v českém písemnictví taktéž označovanou jako idiopatická proktitida, jako zánětlivé onemocnění tlustého střeva, které postihuje vždy konečník a přidruženou různě dlouhou část tlustého střeva. Šíří se vždy kontinuálně, nestřídají se zdravé a nemocné úseky jako u Crohnovy choroby (Kohout, Pavlíčková, c2006, s. 7).

2.1 Etiologie ulcerosní kolitidy

Etiologie ulcerosní kolitidy není dodnes zcela známá, i přestože je choroba diagnostikovaná více než 100 let. Tato skutečnost do velké míry komplikuje veškerou péči o pacienty, kterým je toto nevléčitelné onemocnění zjištěno.

Podle klinických studií se na vzniku podílí kombinace mnoha faktorů. Jedním z nejvýznamnějších faktorů je genetická predispozice jedince. Genetickou predispozici dostává každý jedinec do života od svých rodičů a nemůže ji nijak ovlivnit. Dále se na vzniku nemoci mohou podílet infekční nemoci, vlivy okolí, imunologické faktory, nadbytek stresu, špatná životospráva a další. Proto mnoho autorů ve svých publikacích řadí ulcerosní kolitidu zároveň i s Crohnovou nemocí mezi autoimunitní onemocnění (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 95; Červenková, c2009, s. 9-11).

Zajímavým poznatkem a zároveň i jediným v současnosti známým faktorem, který má vliv na průběh idiopatických střevních zánětů (dále jen IDB) je kouření. Jde o faktor, který může každý člověk sám ovlivnit. Jeho vliv na ulcerosní kolitidu je do jisté míry užitečný, neboť kouření chrání člověka do určité míry před vznikem a jeho ukončením se riziko vzniku této choroby mírně zvyšuje.

2.2 Klinický obraz ulcerosní kolitidy

Klinický obraz se nejčastěji odvíjí podle rozsahu postižení střeva zánětem. Samozřejmě ne vždy musí odpovídat rozsahu postižení, tedy pro upřesnění, i u malého rozsahu postižení mohou klienti mít velké bolesti s průjmem a naopak.

Klinický obraz se často odvíjí od několika faktů, které se navzájem ovlivňují. Prvním a zároveň i nejvýznamnějším faktorem je již zmíněný celkový rozsah zánětu. Zjišťuje se, do jaké míry je tlusté střevo zánětem postižené. Druhým faktorem je intenzita zánětlivých změn a třetím je doprovodná porucha funkce střeva. Jejich vzájemnou kombinací vznikají pak klinické obtíže, které mohou mít u každého pacienta rozdílnou intenzitu. Pacienti mají nejčastěji tzv. triádu příznaků: trpí mnohočetnými průjmy, krvácením z konečníku a tenesmy, které mohou trvat i po omezení příjmu potravy a nezávisí na denní době (Červenková, c2009, s. 21; Kolektiv autorů, 2010, s. 22).

V rámci klinického obrazu se rozlišují dva příznakové soubory. První je **rektální syndrom**, který je doprovázený tenesmy. Jedná se o bolestivé nucení na stolicí s vyprázdněním malého množství stolice nebo krvavého hleny. Vyjma tenesmů, nemocní jsou bez větších obtíží. Ojedinele se může u pacientů s rektálním syndromem objevit zácpa nebo bolesti břicha. Pokud je průběh vleklý, může se po určité době objevit u pacienta anémie. Ta vzniká především z důvodu enteroragie (příměs nenatrávené krve) (Lata, Bureš, Váňásek et al., 2010, s. 92-98).

Druhým příznakovým souborem je kolitický syndrom, který je především u ohraničeného a levostranného tvaru nemoci. Charakteristický je přítomností stolice, která má kašovitou až vodnatou konzistenci a je promísena s krví a hleny. Při postižení levostranné části střeva bývají přítomny především zaživací problémy (průjmy, tenesmy, přítomnost krve a hleny ve stolici). U subtotálního a totálního postižení se přidávají ještě celkové příznaky, v podobě subfebrilních a febrilních stavů, váhového úbytku, závažnější jsou anémie a celkové změny stavu (Lukáš, Žák a kolektiv, 2007, s. 125-126). Ulcerosní kolitida je prekancerózou (Schneiderová, 2014, s. 117).

Klasifikace ulcerosní kolitidy podle rozsahu postižení

- **proktitida** (postihuje okolo 25 % klientů)
- **levostranná kolitida** (postihuje rektum a různou část levého tračníku)

- **extenzivní kolitida** (přítomnost zánětu, který přesahuje lienální flexuru a v některých případech zasahuje až na dno céka) (Češka a kolektiv, 2010, s. 403).

2.3 Komplikace ulcerosní kolitidy

Tak jako každé onemocnění, má i ulcerosní kolitida své komplikace. V některých případech může komplikace způsobit i narušení vstřebávání některých živin nebo žaludečních kyselin (Červenková, c2009, s. 25).

Fulminantní průběh nemoci je jedna z nejzávažnějších komplikací ulcerosní kolitidy. Zánět postupuje celou střevní stěnou s následným septicko-toxickým šokem. Projevuje se schváceností, krvavými průjmy nad 10 denně, silnými bolestmi jako peritoneální dráždění, horečky nad 38⁰ C, výrazná anémie, tachykardie nad 100/min, úbytek na váze nad 10 %, zvýšená sedimentace a leukocytóza. Nejhorším důsledkem je **toxický megakolon**. Jde o paralytický ileus tlustého střeva, který vede k dilataci tlustého střeva (především transversa) na více než 6 cm. Tento stav může způsobit samotné prasknutí tlustého střeva. Léčba je zde velmi intenzivní. Důležité jsou především antibiotika (zkratka ATB) a vysoké dávky kortikosteroidů. Nedojde-li u nemocného ke zlepšení do 24 až 48 hodin, je nutné zvážit chirurgické odstranění postižené části tlustého střeva (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 96; Češka a kolektiv, 2010, s. 403).

Ulcerosní kolitidu mohou provázet i mimostřevní příznaky, které signalizují aktivitu nemoci. Patří sem například **kožní** komplikace, jako jsou Pyoderma gangrenosum (drobný vředovitý defekt) a Erythema nodosum. Vznikají typicky v místě drobných poranění kůže, postupně se zvětšují a prohlubují. Nesmí se léčit chirurgicky - vyříznutím by mohl vzniknout obrovský, nehojící se defekt (Červenková, c2009, s. 27).

Kloubní komplikace jsou pak zejména artritidy, sakroileitidy a artralgie. Jsou postiženy nejčastěji kolenní klouby a hlezenní.

Mezi **oční** komplikace patří záněty spojivky a rohovky, případně závažnější záněty duhovky nebo řasnatého tělíska. Jedná se o komplikace nápadné a bolestivé, ale nezanechávají trvalé následky.

Jaterní jsou primární sklerózující cholangitidy (zánět žlučových cest) a granulomatózní hematologie. **Plicní** mohou být fibrózy a pneumonitidy. **Ledvinné** jsou intersticiální nefritidy (Červenková, c2009, s. 27-29).

2.4 Aktivita nemoci

Hodnocení aktivity nemoci není sice ujednocena, což do značné míry ovlivňuje hodnocení výsledků léčby a jejich porovnatelnost. Každopádně existuje řada klinických indexů aktivity, například Mayo Scoring Index (viz P4), SAI (Severity Activity Index) a mnoho dalších škál, které nám slouží k vyhodnocení aktivity nemoci. Jedním z nejpoužívanějších indexů je CAI (Colitis Activity Index podle Rachmilewitze)(viz P5). Ten hodnotí aktivitu nemoci ve dvou složkách. První je klinická aktivita a druhá část je endoskopický nález. Aktivitu nemoci dále posuzujeme ve třech rovinách:

- **Laboratorní parametry** - výsledky nás informují o zánětlivých změnách a nutričním stavu jedince. Zahrnujeme sem především C-reaktivní protein, sedimentaci, trombocytózu, celkovou bílkovinu, albumin, hladinu makroelementů a mikroelementů v krvi.
- **Změny v endoskopickém obraze** - zde spadá klasifikace dle Mařatky nebo Blackstona (používá se především u Crohnovy nemoci) a Mayo klasifikace, která se používá u ulcerosní kolitidy.
- **Vlastní postižení pacienta** - zaměřena na počet defekací včetně noční defekace, příměs ve stolici (hlen, krev), konzistence stolice, rektální syndrom a kolitický syndrom (Lata, Bureš, Vaňásek et al., 2010, s. 92-98).

2.5 Diagnostika ulcerosní kolitidy

Vyšetřovací postup ke stanovení správné diagnózy není proces rychlý ani jednoduchý. Velmi důležité je kombinovat postupně hned několik vyšetřovacích metod. Jedná se především o odběr anamnézy a správné fyzikální vyšetření. Dále se provádí laboratorní vyšetření, vyšetření zobrazovacími metodami a endoskopické vyšetření.

2.5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Mezi hlavní a základní vyšetřovací metody patří odběr anamnézy. Celková anamnéza by se měla skládat z osobní anamnézy, která obsahuje informace o všech obtížích nemocného, rodinné anamnézy, která je především zaměřená na posouzení dědičného rizika chorob. Dalšími položkami jsou anamnéza farmakologická, která se zaměřuje

na doposud užívané léky, pracovní anamnéza zahrnuje pracovní podmínky a rizika nemocného, sociální anamnéza hodnotí životní podmínky klienta, alergologická anamnéza, která nám objasňuje všechny alergie a přecitlivělost klienta a v neposlední řadě je to anamnéza nynějšího onemocnění. Lékař by měl také důkladně provést fyzikální vyšetření metody pomocí pohledu, pohmatu, poklepu, poslechu a vyšetření per rektum (Kohout, Pavlíčková, c2006, s. 27).

2.5.2 Laboratorní vyšetření

Základem vyšetřovacího procesu nejen u ulcerosní kolitidy, ale i u mnoha dalších onemocnění je provedení krevních testů, které slouží k doplnění celého diagnostického algoritmu.

Laboratorní vyšetření krve

Základním odběrem u ulcerosní kolitidy je odběr krve na krevní obraz, který je nutný především pro určení jednotlivých krevních elementů. Chudokrevnost, nebo také jinými slovy snížený počet červených krvinek a současně i menší množství krevního barviva (hemoglobinu), se nazývá anémie. U nemocných s diagnostikovanou ulcerosní kolitidou se vyskytuje anémie v důsledku sníženého množství železa v séru. Další potřebné hodnoty najdeme v biochemickém vyšetření krve. Zde sledujeme především zánětlivé parametry, kam řadíme hlavně zvýšenou koncentraci C - reaktivního proteinu. Dalším důvodem je zjištění sedimentace erytrocytů, která je u nemocných zvýšená. Stejně tak by byli zvýšené i hodnoty hladiny leukocytů a trombocytů. V případě těžkých průjmů může dojít k poruše vodního a minerálního hospodářství. V neposlední řadě se posílá odběr krve i na imunologické vyšetření, kde se zjišťují imunologické markery, které umožňují rozlišit Crohnovu chorobu od ulcerosní kolitidy. U ulcerosní kolitidy jsou převážně přítomny protilátky p-ANCA, zatímco u Crohnovy nemoci jsou naopak více pozitivní protilátky ASCA (Kohout, Pavlíčková, c2006, s. 27; Kolektiv autorů, 2010, s. 33).

Vyšetření stolice

Vyšetření stolice se provádí především z toho důvodu, aby se buď potvrdila či vyloučila bakteriální, virová nebo parazitární infekce. Infekční střevní onemocnění mohou

svými příznaky připomínat idiopatické střevní záněty. V poslední době je toto vyšetření stále častější. Odlišit je lze za pomoci mikrobiologického vyšetření stolice. Známkou zánětu na střevní sliznici je vyšší koncentrace **kalprotektinu** - bílkoviny, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě (Červenková, c2009, s. 32).

Další možnosti vyšetření je test na okulní krvácení a makroskopické vyšetření stolice. U makroskopického vyšetření se hodnotí především tvar, konzistence, množství, barva, zápach a patologické příměsi jako je hlen, krev, hnis, paraziti a nestrávené zbytky potravy. Čerstvá krev ve stolici se nazývá **enteroragie** a pochází vždy z tlustého střeva. Natrávená krev ve stolici je charakteristická svým černým dehtovitým vzhledem a je nazývána jako **meléna**. Bývá způsobena krvácením do horních oddílů trávicího traktu. K vyšetření na okulní krvácení slouží tzv. Haemocult test (Lukáš a kolektiv, 2005, s. 96). Zdrojem okulního krvácení mohou být polypy nebo nádory v trávicím traktu a jsou stejně nebezpečné jako krvácení viditelné.

2.5.3 Zobrazovací metody

Ultrasonografické vyšetření břicha

Ultrasonografie je vyšetření, které využívá různé schopnosti tkání propouštět nebo odrazet zvukové vlny. Jedná se o nejméně invazivní vyšetření nemoci. Ve většině případů ultrazvuk citlivě odhaluje změny v dutině břišní, jako jsou rozšíření střeva a ztlustění jeho stěny, změny vzhledu jater, žlučové kameny, ledvinové kameny, abscesy nebo poruchy odtoku moči z ledvin. Vyšetření je zcela neškodné, a proto se dá opakovat tak často, jak je třeba. Každý podezřelý nález může být přehodnocen a monitorován (Holubová, Novotná, Marečková a kolektiv, 2013, s. 69).

Před tímto vyšetřením je důležité, aby pacient došel do ambulance na lačno (od půlnoci nic nejedl, nepil, nekouřil). Po vyšetření může odejít ihned domů.

Aby se určil rozsah zánětu střeva, je nezbytné určit přesné místo zánětu. Pro tyto účely je dostupná řada vyšetření včetně endoskopie a rentgenového vyšetření.

Rentgenové vyšetření bez kontrastní látky

Rentgenové vyšetření (dále jen RTG) se využívá u diagnostiky této nemoci velmi málo. Lékař ho indikuje nejčastěji k vyloučení komplikací ulcerosní kolitidy jako je toxický megakolon, při kterém dochází k rozpětí tlustého střeva na podkladě ochrnutí svalových buněk tlustého střeva (Červenková, c2009, s. 35).

Rentgenové vyšetření s kontrastní látkou

Nejčastějším RTG vyšetřením za použití kontrastní látky je tzv. irigoskopie. Jedná se o radiologické vyšetření, při kterém se aplikuje do tlustého střeva kontrastní látka. Vyšetření umožňuje přímé zobrazení kliček tlustého střeva (Červenková, c2009, s. 36). Důležité je, aby byl pacient před vyšetřením dostatečně vyprázdněný. Den před vyšetřením smí pouze oběd. Zhruba okolo 15 hodin (dle zvyklostí jednotlivých oddělení) vypije jednu dávku vyprazdňovacího roztoku (dnes nejčastěji přípravek Fortrans). Další dávku vypije v 5 hodin ráno druhého dne. Od půlnoci nesmí pít, jíst, kouřit. Kontrastní látka se do střeva zavádí pomocí rektální rourky a irigátoru. Poté lékař provádí první snímek v odlitkové náplni. Po vyprázdnění klienta se provede reliéfní snímek. Po vyšetření se pacient může vyprázdnit na WC a odejít domů (Mařatka, 1999, s. 262).

Magnetická rezonance

Magnetická rezonance (dále jen MR) má velkou výhodu toho, že nezatěžuje tolik lidský organismus rentgenovým zářením. Jde tedy indikovat i u pacientů, kde je potřeba vyšetření několikrát opakovat v krátkém sledu po sobě nebo u mladých pacientů v reprodukčním věku. Tato vyšetřovací metoda se také velmi často volí v případě podezření na píštěle v oblasti trávicí trubice včetně konečníku. Nevýhodou použité MR je finanční náročnost.

2.5.4 Endoskopické vyšetření

Koloskopie

Koloskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečného úseku tenkého střeva. Jedná se o základní diagnostickou metodu pro stanovení diagnózy střevního zánětu,

odpovědi na léčbu, ověření remise nebo recidivy choroby. Koloskopie je nejpřesnější metoda, která umožňuje lékařům si prohlédnout vnitřek tlustého střeva, pomocí kamery, která je součástí endoskopu. Indikací k vyšetření nemusí být jen ulcerózní kolitida, ale i mnoho dalších onemocnění jako je potvrzení hemeroidů, zánětlivých a nádorových onemocnění na tlustém střevě a podobně (Červenková, c2009, s. 35). Toto vyšetření vyžaduje intenzivnější přípravu. Pacient nesmí konzumovat žádnou pevnou stravu během 24 hodin před vyšetřením. Den před vyšetřením se smí ráno nasnídat, a poté je v poledne povolen již jenom čistý vývar. Odpoledne musí pacient obvykle vypít dostatečné množství projímavého roztoku k vyčištění střeva. Jsou dostupné různé roztoky s různou příchutí. Během popíjení roztoku, může pacient popíjet minerální vodu nebo čaj.

Během vyšetření může lékař provést bezbolestný odběr vzorku sliznice na vyšetření pod mikroskopem - bioptické vyšetření tkáně (Kolektiv autorů, 2010, s. 36).

Po výkonu je důležité sledovat fyziologické funkce pacienta - především hodnoty krevního tlaku, tepovou frekvenci a saturaci kyslíkem. Pokud je pacient diabetik, je důležité sledovat hodnoty glykémie. Dále je monitorována přítomnost možných komplikací projevujících se bolestí břicha nebo krvácením, které se naštěstí vyskytují velmi zřídka (Kolektiv autorů, 2010, s. 38).

Kapslová endoskopie

Jedná se o vyšetření, které je alternativou koloskopického vyšetření. Bohužel se jedná o finančně náročné vyšetření, které je hrazené zdravotní pojišťovnou jen v případech, kdy ji schválí revizní lékař. V jiných případech si celé vyšetření hradí sám pacient. Cena vyšetření se pohybuje mezi 12 000 až 15 000 tisíci korun.

Princip vyšetření spočívá v tom, že pacient požře malou kapsli (velikosti velké vitamínové pilulky), která zcela přirozeně projde celým zažívacím traktem. Během cesty zažívacím traktem se zhotovují dva snímky za vteřinu po dobu 6 až 8 hodin. Obraz přenáší snímací zařízení, které lékař umístí pacientovi na břicho. Poté lékař získává všechny potřebné informace o zánětlivých změnách v zažívacím traktu.

Nevýhodou kapslové endoskopie je již zmíněná finanční náročnost a druhou negativní věcí je to, že lékař nemá možnost odebrat bioptický vzorek střevní sliznice. Někteří nemocní mohou mít problém s klasickým vyměšováním kapsle, kdy je potřeba kapsli

odejmout endoskopicky. K této komplikaci dochází ale zcela výjimečně (Kapslová endoskopie, ©2006 – 2011).

2.6 Léčba

Léčba ulcerosní kolitidy se léčí podle aktivity onemocnění, odpovědi na léčbu a také podle toho, zda se léčí akutní vzplanutí (relaps) nemoci či klidové stádium (remise). Preventivně předcházíme nové atace onemocnění tzv. udržovací léčbou. V remisi toto onemocnění většinou udrží pouze správně nastavená a dodržovaná terapie, přirozeně v kombinaci s doporučeným životním stylem. Léčbu můžeme dělit na chirurgickou a konzervativní. Konzervativní léčba zahrnuje především farmakoterapii a dietní opatření. Při léčbě ulcerosní kolitidy je většinou kombinace obojího. Jak léčby konzervativní, tak i léčby chirurgické (Kolektiv autorů, 2010, s. 39-41).

2.6.1 Konvenční léčba

Konvenční medikamentózní terapie slouží především ke zmírnění příznaků onemocnění (průjmy, krevní ztráty) a v případě úspěchu předcházet akutnímu vzplanutí. Obvyklým prvním krokem je použití léků, jejichž výběr závisí na závažnosti příznaků. Nejčastěji lékař předepisuje hned několik typů léků najednou, aby zvýšil pravděpodobnost toho, že léčba bude účinná. Až poté může na řadu dojít léčba, která se nazývá udržovací. Cílem udržovací léčby je snaha udržet příznaky v klidu co nejdéle. Nejčastějšími lékovými skupinami je v tomto případě podávání aminosalicylátů a imunosupresiv (Červenková, c2009, s. 41).

Aminosalicyláty

Nejstarším zástupcem této lékové skupiny je sulfasalazin, který má protibakteriální i protizánětlivé účinky. Může mít ovšem mnoho nežádoucích účinků. Druhým zástupcem aminosalicylátu je mesalazin, který lze používat lokálně, ve formě čípků, klyzmatu nebo pěny. Je to nejčastěji předepisovaný lék v gastroenterologii. Jeho výhodou je dobrá snášenlivost (Zadrazil, Horák, Karásek a kol., 2015, s. 248).

Kortikosteroidy

Kortikoidy mají protizánětlivý účinek. Používají se u ulcerosní kolitidy jen v případě akutního vzplanutí choroby. Nejčastějšími zástupci kortikoidů podávaných intravenózně jsou například Methylprednison, Hydrokortison. Perorálně užívané kortikoidy jsou například Prednison a Budenosid (Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 36).

Problém při užívání kortikoidů ve spojení s IDB je možnost kortikodependence nebo kortikorezistence. Jako kortikodependence je označován stav, kdy není možné vysadit jakoukoliv dávku kortikoidů, aniž by se neaktivoval střevní zánět. Kortikorezistence je pak stav, kdy po navození remise kortikoidy dochází při snižování jejich dávek k relapsu nereagujícím na opětovné navýšení dávky o 50%. Oba dva tyto stavy jsou pak důvodem k zahájení další imunosupresivní léčby (Kohout, Pavlíčková, c2006, s. 37).

Imunosupresiva

Imunosupresiva slouží k potlačování obranyschopnosti to má přímý a dlouhodobý efekt na průběh ulcerosní kolitidy (Kolektiv autorů, 2010, s. 45). Indikace imunosupresivní terapie při ulcerosní kolitidě je charakterizována především následujícími stavy: navození remise, prodloužení navozené remise, nebo také fáze zvaná profylaxe a léčba komplikací (Zbořil a kolektiv, 2012, s. 40).

Probiotika

Probiotika ovlivňují střevní bakteriální flóru a mohou úspěšně blokovat akutní ataky onemocnění. Jedná se o různé bakterie, jako jsou Escherichia coli Nissle nebo různé laktobacily (Zdražil, Horák, Karásek a kol., 2015, s. 249-250).

Režimová opatření

Důležitou roli v léčbě proktitidy jsou také režimová a dietní opatření. Pacient by neměl své oblíbené činnosti a aktivity měnit v případě, že je střevní zánět v klidovém období - fáze remise. V případě ale, kdy dojde ke vzplanutí nemoci je klient limitován zejména únavou, bolestí břicha a vysokou frekvencí stolice. V takových případech je pak klientovi spíše doporučený klidový režim (Kolektiv autorů, 2010, s. 49).

Dietní opatření u ulcerosní kolitidy

Dietní opatření jsou odlišná ve fázi akutního vzplanutí (fáze relapsu) a v období zklidnění (fáze remise). Ohled je nutné brát i na pacienty se zúžením střeva, se střevním vývodem nebo po opakovaných resekcích střeva, kdy je nutné nastavit individuální opatření (Kolektiv autorů, 2010, s. 69).

Pacienti léčící se s idiopatickými střevními záněty, mají na epitelu tenkého střeva sníženou aktivitu enzymů (laktázy) štěpícího mléčný cukr. Z tohoto důvodu tito pacienti obecně netolerují mléko nebo mléčné výrobky (laktózová intolerance), ale je to individuální.

Strava by měla:

- být lehce stravitelná
- mít hlavním zdrojem energie škroby
- obsahovat plnohodnotné bílkoviny z lehce stravitelného masa (drůbež, ryby), vejce a mléčné produkty (pokud netrpí laktózovou intolerancí)
- obsahovat minerály (hlavně Ca), vitamíny

Strava ve fázi relapsu:

- bezsezbytková
- vynechat nerozpustnou vlákninu (čerstvá zelenina, ovoce, luštěniny, obiloviny)
- vynechat těžce stravitelná jídla (tučná, smažená, grilovaná) (Skřička, Kohout a Balíková, 2001, s. 32).

Další vhodná a nevhodná jídla u pacientů s ulcerosní kolitidou viz P6.

Ne vždy úprava stravy stačí. Pak je nutné doplňovat živiny podáváním speciálních výživových přípravků (Nutridrink, Diasip, Cubitan). Pokud není nemocný schopen přijímat výživu ústy, je možné zavést sondu přes nos do žaludku (nasogastrická sonda), popřípadě do tenkého střeva (nasojejunální sonda). Poslední možnost, kterou lékař může naordinovat je zavedení sondy přímo do žaludku přes břišní stěnu (perkutánní endoskopická gastrostomie nebo také PEG) (Kolektiv autorů, 2010, s. 66).

2.6.2 Biologická léčba u ulcerosní kolitidy

V případě ulcerosní kolitidy se biologická léčba indikuje, pokud selhala konzervativní léčba nemoci. Pod pojmem biologická léčba se rozumí podávání látek, které tlumí specifická místa zánětlivé reakce, kdy cílová molekula má klíčové postavení v procesu vedoucím k nemoci (Kolektiv autorů, 2010, s. 47). Podstatou biologické léčby je cílený regulační zásah do biologických procesů, které probíhají v poškozeném nebo nemocném organismu. Uskutečňuje se pomocí vysoce účinných látek biologické povahy, které jsou shodné nebo velmi podobné s látkami produkovány v samotném lidském organismu. Mohou být také jejich funkčními agonisty, antagonisty nebo blokátory (Glasa, 2008, s. 51-52).

Terapie za pomoci biologické léčby je moderní a vysoce účinná a ve většině případů dochází k rychlému nástupu protizánětlivých účinků. Účinnost léků je ale v některých případech omezená, dalším problémem je ekonomická náročnost a možnost vzniku závažných vedlejších a nežádoucích účinků (Kolektiv autorů, 2010, s. 48).

Nejpoužívanější biologická léčiva jsou:

- *Infliximab*
 - 75 % lidský a 25 % myší imunoglobulin
 - je schopen se cíleně navázat na TNF a působit jako protilátka.
 - zabírá u 70-80 % dospělých a více než 90 % dětských pacientů s IDB
 - při jeho užívání se mohou nejpozději do roka vysadit kortikosteroidy
 - podává se formou infúze po dobu zhruba dvou hodin (Zadražil, Horák, Karásek a kol., 2015, s. 304).

- *Adalimumab*
 - 100 % lidský imunoglobulin
 - aplikuje se injekcí do podkoží jednou za dva týdny (Zadražil, Horák, Karásek a kol., 2015, s. 305)

Prognóza u biologické léčby

Zkušenosti z praxe ukázaly, že 80 % nemocných reaguje příznivě na tři infúze Infliximabu, přičemž 30 až 40 % z nich se ocitne ve fázi remise. U ostatních pacientů se sice

do určité míry zdravotní stav zlepší, ale během následujícího roku přestane zhruba u 20 % klientů infuzní terapie účinkovat.

Kontraindikace biologické léčby

Tak jako každý lék, má i biologická léčba své kontraindikace. Jedná se o těžké alergické reakce nebo anafylaktický šok, probíhající bakteriální nebo virová infekce, nebo dokonce sepse (Zadražil, Horák, Karásek a kol., 2015, s. 255; Zbořil a kolektiv, 2012, s. 112-113).

Cíle biologické léčby

- 1) Odstranit závažné zdravotní obtíže provázející agresivní zánět.
- 2) Omezit nutnost hospitalizace.
- 3) Snížit rizika chirurgické léčby.
- 4) Uzavřít píštěle nebo alespoň snížit sekreci z nich.
- 5) Zhojit vředy a tím zabránit změnám na trávicí trubici.
- 6) Zlepšit kvalitu života (Zbořil a kolektiv, 2012, s. 114).

Dostupnost biologické léčby u nás

Biologická léčba je sice nejúčinnější současnou léčbou idiopatických střevních zá-
nětů u nás. Bohužel se ale jedná o vysoce nákladnou léčbu - možná i z toho důvodu,
že většina pacientů potřebuje dlouhodobou nebo dokonce i trvalou terapii. V České repub-
lice ji poskytuje pouze 23 vybraných center. Výhodou je, že na těchto pracovištích pracují
specialisté, kteří mají s biologickou léčbou potřebné zkušenosti. Cena biologické léčby
se pohybuje zhruba okolo 40 000 až 80 000 Kč za měsíc.

2.6.3 Chirurgická léčba ulcerosní kolitidy

Pokud u klienta nezabere léčba "méně náročná", tedy konzervativní léčba, která není efektivní, musí lékař přistoupit k léčbě chirurgické. Chirurgický výkon musí podstoupit zhruba 15–30 % nemocných s ulcerosní kolitidou. Chirurgický výkon se u této diagnózy provádí ve třech situacích.

- 1) **Medikamentózní léčba nevede ke zklidnění zánětu** - pacienti mohou velmi trpět, zvláště pokud se jedná o léčbu kortikoidy, a to hlavně z důvodu nepříjemných dlouhodobých vedlejších účinků. Návrh na operaci obvykle přichází po několika letech střevního zánětu a její termín je plánovaný dopředu.
- 2) **Prudký průběh zánětu nereaguje na intenzivní léčbu** - pacientovi hrozí vážné komplikace, kterými je například masivní krvácení z konečníku nebo perforace tlustého střeva. Jediným řešením této situace je urgentní operace. Na sál jde pacient nejčastěji do 24 hodin od zjištěné komplikace.
- 3) **Vznik předrakovinových ložisek na sliznici tlustého střeva** - tento jev je také zvaný jako dysplazie a nejčastěji se objevuje po 15 až 20 letech trvání nemoci (Červenková, c2009, s. 54).

U operací ulcerosní kolitidy téměř vždy platí, že se musí odstranit celé tlusté střevo, i když byla postižená pouze jeho část. Bohužel je to především z toho důvodu, že do šesti měsíců od operace, se většinou z dosud neznámého důvodu objeví nový aktivní zánět v dosud nepostižené části střeva. Resekce tlustého střeva může být buď:

- 1) **Proktokolektomie** - jedná se o chirurgický zákrok, u kterého lékař vyjme konečník a celé tlusté střevo a vytvoří terminální ileostomii. Jde o méně často prováděný výkon, ale je vhodný pro pacienty ve vyšším věku. Pacienti po tomto zákroku nemusí dodržovat žádné dietní opatření a nemusí užívat žádnou medikaci.
- 2) **Ileorektální anastomóza se subtotální kolektomií** - během zákroku ponechá operátor konečník a napojí na něj tenké střevo. Jedná se o výkon, který se v dnešní době provádí méně. Jeho velkou výhodou je relativně menší náročnost na pacienta i na operátora. Nevýhodou je, že v postižené části konečníku může časem vzniknout opět zánětlivé onemocnění.
- 3) **Proktokolektomie a ileo - pouch - anální anastomóza** - velmi rozšířený zákrok. Chirurg v tomto případě odstraní celé tlusté střevo i konečník, z něhož ponechá jen

řitní kanál. Z několika kliček tenkého střeva vytvoří vak (pouch), obvykle ve tvaru písmene J, a na jeho bříško našije horní konec řitního kanálu. Z anatomického hlediska jde o ideální typ operace, protože na jedné straně zcela odstraní části zasažené zánětem (tlusté střevo a konečník), a na druhé straně zachová přirozený odchod střevního obsahu řitním otvorem (Kolektiv autorů, 2010, s. 58-59).

Obecně platí, že operace u ulcerosní kolitidy jsou dvojkolové. Nejprve operatér odstraní zánětlivé střevo, zkonstruuje pouch (vyslovuje se "pauč") a vytvoří dočasný vývod tenkého střeva. Ten zruší teprve s několikaměsíčním zpožděním. Vynutí - li si operace těžký průběh nemoci s komplikacemi, pak definitivní výkon většinou vyžaduje fáze tři.

Pooperační komplikace

Při každé střevní operaci může dojít ke znečištění rány střevním obsahem s následkem zahnisání rány. Počet komplikací je nižší u nemocných v dobré kondici, naopak je vyšší u nemocných trpících podvýživou, hnisavými ložisky v dutině břišní a podobně. Další nepříjemnou komplikací u operace střev může být střevní neprůchodnost. Ta je způsobena pooperačními srůsty mezi orgány dutiny břišní. Při odstranění velké části tenkého střeva jsou nemocní ohroženi podvýživou a nedostatečným vstřebáváním důležitých živin, vitamínů a stopových prvků, které je třeba umělo nahrazovat (Kolektiv autorů, 2010, s. 59).

„I přes vyjmenované pooperační následky a komplikace je průběh většiny operací a pooperačního hojení klidný a operace, je - li správně indikována, zlepši život nemocného“ (Kolektiv autorů, 2010, s. 58-60).

3 EDUKACE

Pojem edukace je definován jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeníková, 2010, s. 9). Edukace tedy znamená výchovu a vzdělání jedince.

„**Vzdělání** je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledným efektem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

„**Vzdělanost** odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě nebo národě. Pojem vzdělanost v sobě také zahrnuje i úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství, sociálně - kulturní život společnosti a podobně“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

„**Edukační standard** je závazná norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Standard je předem naplánovaná edukace pro klienta. V praxi se nejčastěji používají standardy pro klienta s konkrétním onemocněním“ (Juřeníková, 2010, s. 11).

Edukace ve zdravotnictví má sloužit k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Druhy edukace se odvíjejí od edukační činnosti, která se snaží udržovat, navracovat nebo předcházet poškození zdraví, a také zkvalitnit život v průběhu nemoci a dlouhodobě nemocných či invalidních klientů. **Primární edukace** se zaměřuje na zdravé jedince. **Sekundární edukace** nastupuje v případě nemoci, která u jedince vznikla. Spočívá především v poučení klienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoc léčit. **Terciální edukace** se týká osob, které se nemohou zcela uzdravit. Cílem je vyhnout se problémům a dalším možným komplikacím nemoci (Jarošová, 2000, s. 22; Závodná, 2005, s. 104-105).

Edukace v ošetrovatelství se rozděluje i na základní, komplexní a reedukační. **Základní edukace** začleňuje nejdůležitější informace o daném onemocnění a uskutečňuje se, když klient nemá žádné informace o dané problematice. Komplexní edukace je již rozšířenější, probíhá především u chronických onemocnění. Reedukace vědomosti zdokonaluje, aktualizuje, doplňuje a obohacuje o nové vědomosti, poznatky a postoje. Pokračování v edukaci je velmi důležité i z hlediska prohlubování a obnovení už získaných vědomostí a zručností (Magurová, Majerníková, 2009, s. 63; Juřeníková, 2010, s. 11; Závodná, 2005, s. 84).

Je nezbytné, aby zdravotnický personál vedl o každé edukaci tzv. edukační záznam. Ten by měl být součástí zdravotnické dokumentace a měl by obsahovat: téma, kdo, kdy, kde, koho edukuje, cíle, obsah edukace, pomůcky, metody a formy, zda byly cíle splněny, podpis edukujícího a edukovaného.

3.1 Edukační role sestry

Edukace by měla zahrnout vzájemnou spolupráci lékaře se sestrou, protože všeobecná sestra ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. § 4: „... edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, a připravuje pro ně informační materiály“ (Česko, 2011). Preventivní opatření jsou taktéž nedílnou součástí léčby, proto je sestra povinna řádně poučít klienta nebo pečující osoby nejen o způsobu ošetření, ale i o režimových opatřeních, které vede ke zlepšení průběhu léčby.

Všeobecná sestra aktivně povzbuzuje a edukuje jednotlivce, rodinu nebo komunitu, aby byly zodpovědní za své zdravý i zdravý způsob života. Vzdělání sestry je adekvátní její roli, postavení, zodpovědnosti a kompetencím. Edukační role sestry neznamena jen poskytovat klientům informace, ale aktivně se podílet na podpoře učení a vytváření podmínek k učení. Sestra - edukátorka by měla dokázat vytvořit situace, aby motivovala jedince učit se něčemu novému. Proto by sestra měla být schopná posoudit edukační potřeby pacienta a jeho rodiny, plánování, návrh edukace a realizace (Nemcová, Hlinková a kolektiv, 2010, s. 21; Magurová, Majerníková, 2009, s. 31-32).

Je nezbytné, aby zdravotníci jako edukátoři respektovali individualitu, věk, rozumové schopnosti a taktéž i aktuální zdravotní stav každého klienta. Klient, který je edukovaný by neměl být pasivní příjemce informací. Předpoklady sestry jako edukátorky jsou: teoretické znalosti a praktické dovednosti dané problematiky, ochota, trpělivost, empatie, respektování individuálního tempa každého jedince, verbální a nonverbální schopnost komunikace, vytvoření vzájemné důvěry mezi sestrou a klientem.

3.2 Komunikace při edukaci

„Jestliže se chceš vyvarovat chyb, pozorně sleduj pět věcí: s kým mluvíš, o kom, jak, kdy a kde.“ (W. E. Norris) (Juřeníková, 2010, s. 16)

Komunikace je jeden z nejdůležitějších dovedností při edukaci. Komunikovat můžeme buď verbálně, což je mluveným slovem, písmem, symboly a podobně, nebo neverbálně (mimika, gestika). Pokud se chceme podílet na edukaci, musíme být bezpodmínečně komunikačně zdatní, mít tedy jak dovednosti, ale i znalosti v oblasti komunikace. Člověk, který edukuje, by měl ovládat mluvené slovo, nemluvit v odborných výrazech, ale používat převážně česká slova. V průběhu komunikace se mohou objevit i tzv. komunikační šumy. To znamená, že může dojít ke zkreslení informací. Komunikační šumy mohou být způsobeny například nedostatkem pozornosti a koncentrace na edukaci z důvodu únavy klienta, bolesti, kterou trpí a dalšími nepříznivými faktory (Juřeníková, 2010, s. 16; Závodná, 2005, s. 86).

Pokud použijeme odborný termín, musíme jej umět i vysvětlit. Při edukaci bychom měli umět zaujmout daným tématem, neodbíhat od něj, mluvit přímo k edukovanému, mluvit srozumitelně a edukaci si naplánovat tak, aby bylo vyhovující i časově. Z hlediska počtu edukovaných k edukátorovi se jedná o formu individuální, skupinovou anebo hromadnou. Ideální počet klientů je 8 až 12 osob. Praktické aspekty edukace spočívají v již zmíněném čase, místě a počtu osob. Individuální edukace se může přizpůsobit osobnosti, schopnostem, emočnímu stavu, vzdělání a také věku edukované osoby. Nevýhodou je pak časová a ekonomická náročnost. Skupinová edukace se realizuje v různém počtu klientů, kteří musí splnit určitá kritéria jako je např. věk či zájem o danou věc. Nevýhodou je nerespektování individuálních potřeb. Hromadná edukace probíhá s celou skupinou klientů bez ohledu na členění (Juřeníková, 2010, s. 28; Jarošová, 2000, s. 22).

3.3 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukační proces se skládá z pěti fází. Jedná se o fázi **posuzování**, kdy se edukátor snaží nasbírat informace a data o nemocném, analyzuje se schopnost klienta učit se. Údaje získáváme z dokumentace klienta nebo metodou rozhovoru. Pozorováním se pak snažíme rozpoznat osobnostní vlastnosti klienta - motivace, předpoklady, jeho potřeby a další. Druhou fází je **stanovení edukační diagnózy a cílů**, kdy se identifikují problémy klienta.

Sestra přesně specifikuje vědomosti, dovednosti a návyky, které klient nemá a měl by mít. Ve fázi **plánování** sestra vytváří edukační plán, který by měl být flexibilní a komplexní. Důležité je stanovit si priority edukace. Správné zvolení metody a obsahu, plánuje učivo s ohledem na pedagogické principy a zásady výchovy, stanovuje cíle edukace v oblasti afektivní, psychomotorické a kognitivní. *Afektivní cíle* se týkají názorů, postojů a hodnot edukujícího. Klient bude mít zájem o léčbu ulcerosní kolitidy. *Kognitivní cíle* směřují ke složce vědomostí a intelektuální. Klient bude znát podstatu léčby ulcerosní kolitidy. Bude uplatňovat své poznatky a vědomosti při léčbě ulcerosní kolitidy. *Psychosomatické cíle* se týkají zručnosti manuálního charakteru. Klient bude schopen dodržovat správné dietní opatření.

Předposlední fází edukačního procesu je **realizace**. Realizaci uskutečňujeme nejprve motivací, kdy vyvoláme zájem klienta. Realizace naplánované vyučovací strategie probíhá tak, aby dosáhla žádoucího výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem klienta. Poslední část je **zhodnocení**, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace, zda si klient osvojil požadované dovednosti a vědomosti, zhodnocení efektivnosti edukačního plánu a zápis o edukaci klienta (Juřeníková, 2010, s. 21-24).

3.4 Cílová skupina

Cílovou skupinu edukace lze z hlediska působení na ně rozdělit hned na několik skupin. První skupinou je **skupina nedeterminovaná**. Jde o skupinu, která nemá jasně daná kritéria pro zařazení do edukace. Jako příklad uvádíme obyvatele České republiky, kteří momentálně sledují televizní program věnující se problematice výživy. Druhou skupinou edukace jsou **determinované skupiny**. Zařazení do této skupiny podléhá určitým kritériím, například věku, druhu onemocnění. Příkladem edukace prostřednictvím ovlivnění determinované skupiny jsou letáky určené pro pacienty s ulcerosní kolitidou. Poslední skupina, na kterou se zaměřují zdravotníci, se nazývá **cílová uživatelská skupina**. Této skupině je edukace individuálně plánována na základě jejich edukační potřeby. Příkladem je edukace klientů s ulcerosní kolitidou v gastroenterologické ambulanci. U této skupiny můžeme přesně hodnotit efekt edukace (Juřeníková, 2010, s. 12).

4 EDUKACE KLIANTA S ULCEROSNÍ KOLITIDOU

Vhodně zvolená edukace pomáhá jak klientům s ulcerosní kolitidou, tak i rodinným příslušníkům. Jedná o chronické onemocnění, se kterým se musí člověk naučit žít. Z tohoto důvodu může být pro mnoho klientů toto období psychicky i fyzicky náročné. V oblasti vlastní edukace klienta s ulcerosní kolitidou, by se měl edukátor zaměřit na pět hlavních oblastí.

Mezi jednu z nejdůležitějších věcí a základem celé edukace je **seznámení klienta s onemocněním**. V této oblasti by se měl klient dozvědět co nejvíce informací o svém onemocnění všeobecně. Je důležité také klienta seznámit s možnými závažnosti a uvést i konkrétní případy. V průběhu choroby má klient možnost se radit se svým ošetřujícím lékařem (nejčastěji ošetřujícím gastroenterologem). Každý klient má právo si svého ošetřujícího lékaře vybrat sám. Proto se doporučuje, aby si vedl záznamy o vyšetření, případech o operacích, vývoji choroby a léčbě. Důležitý je záznam každého léku a jeho vliv na průběh ulcerosní kolitidy. U léčby jakéhokoliv onemocnění je velmi důležitý vztah mezi lékařem a pacientem, kdy princip spočívá v tom, že pacient by se neměl bát svěřit lékaři. Tedy nehrozí pak to, že by klient mohl zatajit například nepříjemné příznaky, a tedy lékař by v čas nenasadil správnou a vhodnou léčbu (Kuberová, 2010, s. 37-46).

Druhou taktéž důležitou oblastí je **edukace o bezezbytkové dietě**. Dieta je nedílnou součástí léčby již zmíněného onemocnění. V této oblasti by měl být klient maximálně seznámen a poučen o vhodných a nevhodných potravinách. Doporučuje se seznámit klienta i s vhodnou přípravou jídel (například vaření, dušení a další) (Kolektiv autorů, 2010, s. 64-70).

Vzhledem k dnešní době je taktéž důležité poučení **klienta o aktivitě a fyzické námaze**. Klient by měl být především upozorněn, že chronický zánět by neměl zabránit účasti aktivit dle jeho vlastního výběru. Pouze při období relapsu onemocnění je vhodné, aby se klient vyhnul energicky náročným a namáhavým činnostem. Tedy aby se v období zhoršení více šetřil (Kuberová, 2010, s. 37-46).

Psychoterapie - udržení dobré psychické kondice je v dnešní době opravdu základem k dobré prognóze nemoci. Psychoterapie slouží především jako prevence rozvoje akutní fáze v emočně vypjatých situacích. Podvědomí, že trpí klient chronickým zánětlivým onemocněním s přidruženými problémy, vyvolává přirozeně velkou emoční zátěž. Je nezbytné dodržovat medikamentózní léčbu a pravidelně podstupovat mnoho vyšetření pro

zjištění stavu postižené části sliznice. Dále je velkým přínosem pro klienta doporučení a motivace. Motivace k tomu, aby měl snahu vést aktivní a normální život, jak jen to bude možné. Doporučení svépomocné skupiny je velmi dobrá volba, jak klientovi pomoci se vyrovnat s ulcerózní kolitidou. Velkou výhodou těchto skupin je, že se zde setkávají lidé, kteří trpí stejným onemocněním a tudíž i velmi podobnými problémy. V těchto skupinách si klienti mohou navzájem předávat své pozitivní či negativní zkušenosti (Kolektiv autorů, 2010, s. 80-84).

Poslední oblast edukace je **poučení klienta o možných komplikacích**. V tomto případě by měla edukace zahrnovat mimostřevní příznaky nemoci. Důležité je zmínit, že zánět střevní sliznice, může doprovázet také zvýšená tělesná teplota. Klient by v takovém případě měl užívat předepsanou medikamentózní léčbu, informovat lékaře, dodržovat klid na lůžku a dostatečný příjem tekutin. Edukace by měla obsahovat zmínku i o toxickém megakolonu (Kolektiv autorů, 2010, s. 85).

Klient je seznámen s tím, že může navštívit odbornou ambulanci s rodinným příslušníkem, pokud mu to dodá pocit bezpečí a jistoty. Výhodou přítomnosti blízké osoby, vyjma pocitu bezpečí, je i to, že sám člen rodiny je informován a nemoci jako takové. Předchází se tím i tomu, že mnoho příbuzných neví, jak se v případě komplikací zachovat, nebo jak svým blízkým pomoci. Je nutné k rodinným příslušníkům přistupovat obdobným způsobem jako ke klientovi s daným onemocněním. Pokud použijeme odborný termín, vysvětlíme jej. Při edukaci je třeba motivovat a zaujmout klienta daným tématem, neodbíhat od něj, mluvit přímo k edukovanému, mluvit srozumitelně a edukaci si naplánovat tak, aby bylo vyhovující i časově. Důležité je také to, aby si personál, který edukuje ověřoval, zda se klient či jeho příbuzný orientuje v probírané problematice. Zda rozuměl doposud řečeným informacím (Juřeníková, 2010, s. 28; Jarošová, 2000, s. 22).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu této práce je zjistit, jaké informace respondenti s diagnostikovanou ulcerósní kolitidou při edukaci nejčastěji postrádají.

Hlavní cíl práce byl naplněn pomocí tří dílčích cílů:

Cíl č. 1

Zjistit kdo a jak edukuje respondenty s onemocněním colitis ulcerosa.

Cíl č. 2

Zjistit, do jaké míry se na edukaci podílejí všeobecné sestry.

Cíl č. 3

Zjistit, jaké formě předávání informací dávají respondenti přednost.

5.2 Metodika výzkumu

K získání dat byla zvolena kvantitativní metoda, technika dotazníku. Dotazník se skládal z 30 - ti otázek, z toho 11 otázek bylo uzavřených. Dále z 5 otevřených a 14 polouzavřených otázek. Průměrná doba vyplnění dotazníku trvala okolo 10 až 15 minut.

Vzorek respondentů

Kritéria pro výběr respondentů byl následující - dotazník byl určen pro klienty s diagnostikovanou ulcerósní kolitidou v různé věkové kategorii, kdy minimální věk jsme stanovili nad 18 let. Dalším kritériem byla ochota spolupracovat a porozumět jednotlivým otázkám v dotazníku. Jiná kritéria výběru respondentů nebyla stanovena.

Organizace výzkumu

Před samotným rozdělením dotazníků byla realizována pilotní studie, kdy bylo rozdáno 5 tištěných dotazníků a 5 internetových dotazníků. Po navrácení dat bylo zjištěno několik nedostatků, kdy bylo zapotřebí udělat menší úpravy v šetření. Po potřebných úpravách

byly dotazníky distribuovány. Dotazníkové šetření probíhalo v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. ve Zlíně, kde byly dotazníky rozdány v gastroenterologické ambulanci a na lůžkovém oddělení interní kliniky (6. etáž). V tomto zařízení bylo celkem rozdáno 30 dotazníků s tím, že návratnost byla 100 %. Další spolupráce byla navázána s Kroměřížskou nemocnicí, a.s., kde bylo rozdáno 20 dotazníků. Návratnost v tomto zařízení byla 70 %. Po dohodě s Fakultní nemocnicí v Olomouci na II. interní klinice, zde bylo rozdáno pouze 10 dotazníků. Taktéž se jednalo o gastroenterologickou ambulanci. Návratnost byla 100 %. Dotazníky byly k dispozici od listopadu 2015 do března 2016 i na internetovém webu www.crohn.cz. Po ukončení sběru dat a přepočítání výsledků jsme došli k následujícímu závěru. Celkem se vrátilo 54 z 60 tištěných dotazníků. Na již zmíněných internetových stránkách bylo vyplněno 48 dotazníků. Zpracováno bylo tedy celkem 102 dotazníků.

5.3 Zpracování získaných informací

K výzkumu bylo použito 102 dotazníkových formulářů, které byly vyhodnocovány a zpracovány do tabulek a grafů pomocí počítačových programů Microsoft Word a Excel. Ke každé otázce dotazníku je vytvořena položka zahrnující tabulku, kde jsou prezentovány výsledky šetření jak v absolutní (n), tak relativní četnosti (f). Relativní četnost udává procentuální vyjádření (%) a byla vypočítána pomocí vzorce $f = n/N * 100$

f - relativní četnost

n - absolutní četnost

N - celková četnost

V práci jsou použity pro lepší znázornění a přehlednost 2 typy grafů, a to sloupcového a výsečového typu.

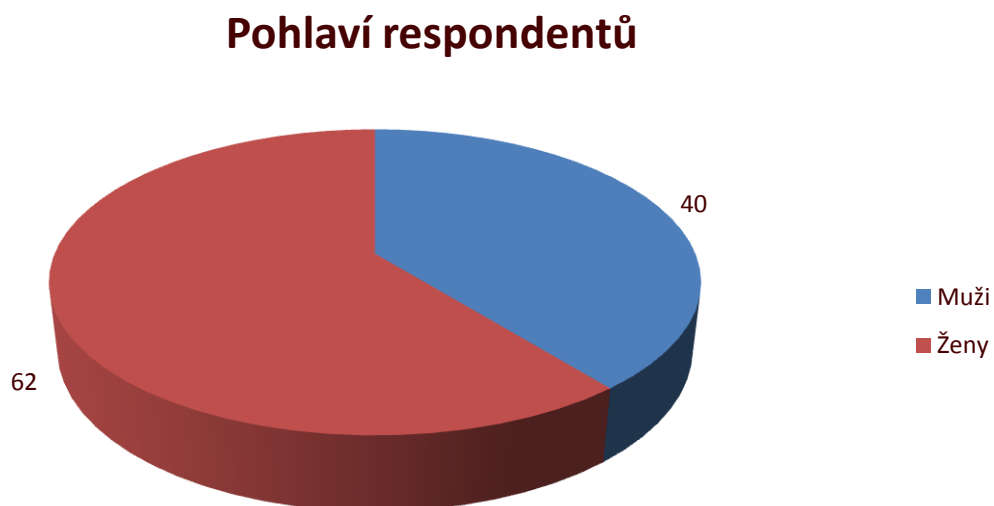
6 VÝSLEDKY A ANALÝZA ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Muži	40	39,22
Ženy	62	60,78
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



Komentář k otázce č. 1:

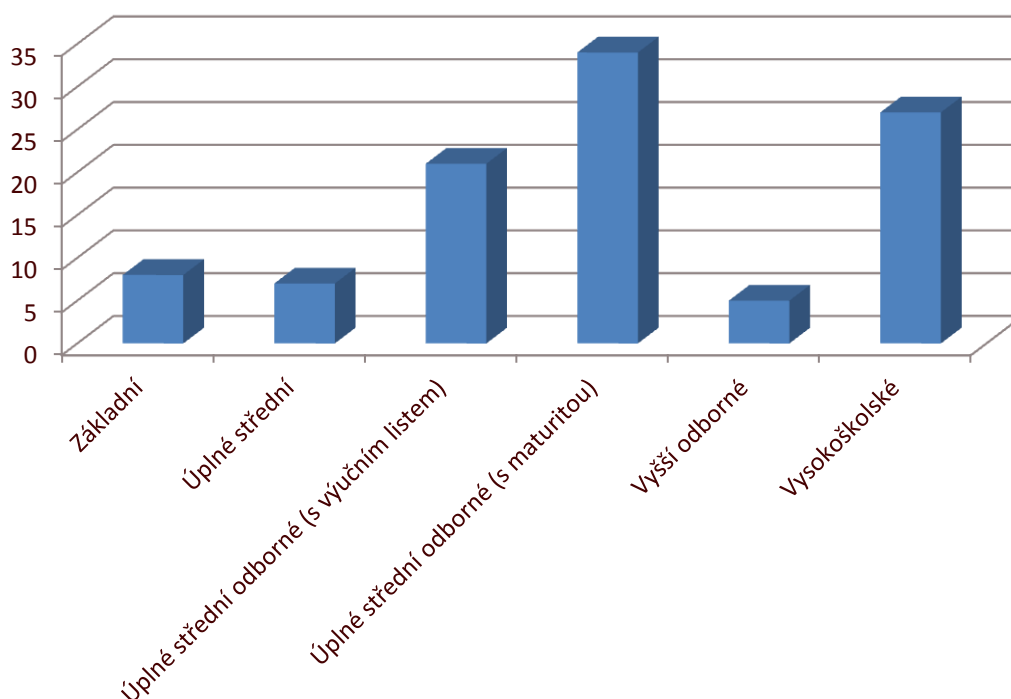
Šetření se zúčastnilo celkem 102 respondentů s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou (100,00 %). Konkrétně se jednalo o 40 mužů (39,22 %) a 62 (60,78 %) žen.

Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Základní	8	7,84
Úplné střední	7	6,86
Úplné střední odborné (s výučním listem)	21	20,59
Úplné střední odborné (s maturitou)	34	33,33
Vyšší odborné	5	4,90
Vysokoškolské	27	26,47
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání

Komentář k otázce č. 2:

Z grafu je viditelné, že největší skupina respondentů má vystudovanou střední odbornou školu s maturitou - 33,33 % a také vysokoškolské vzdělání - 26,5 %. Naopak do nejmenší skupiny respondentů patří lidé s vyšší odbornou školou 4,90 % a ukončeným základním vzděláním 7,84 %.

3. a 4. otázka

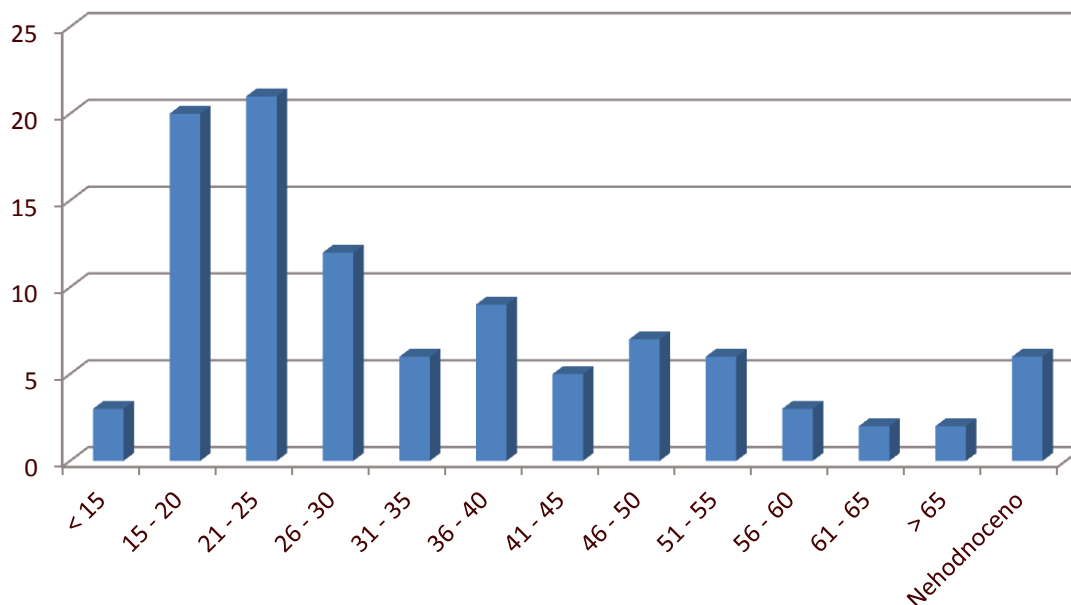
Otázky 3 a 4, které zjišťovaly současný věk respondentů a rok, kdy byla respondentům diagnostikována ulcerózní kolitida, byly spojeny do jedné. Výsledkem je vypočítaný věk, ve kterém u respondentů pravděpodobně došlo k propuknutí onemocnění.

Tabulka č. 3 – Věk respondentů při propuknutí onemocnění

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
< 15	3	2,94
15 - 20	20	19,61
21 - 25	21	20,59
26 - 30	12	11,76
31 - 35	6	5,88
36 - 40	9	8,82
41 - 45	5	4,90
46 - 50	7	6,86
51 - 55	6	5,88
56 - 60	3	2,94
61 - 65	2	1,96
> 65	2	1,96
Nehodnoceno	6	5,88
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 3 – Věk respondentů při propuknutí onemocnění

Věk respondentů při propuknutí onemocnění



Komentář k otázkám č. 3 a 4:

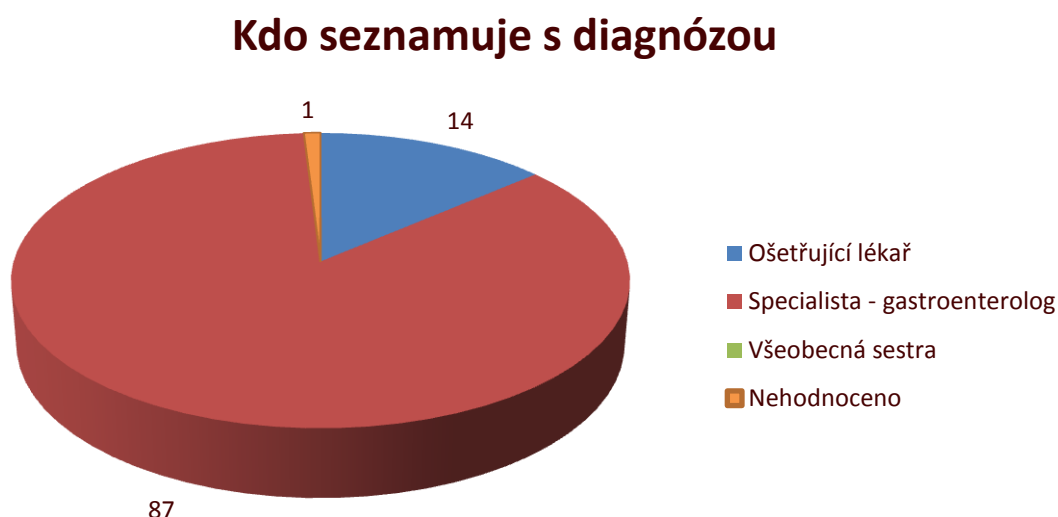
Z grafu je patrné, že nejčastěji nemoc propuká mezi 21. a 25. rokem života (20,59 %). Druhé nejčastěji zmíněné období vzniku prvních příznaků je mezi 15. a 20. rokem života (19,61 %). Naopak dle dotazníkového šetření se ulcerózní kolitida nejméně diagnostikuje v období mezi 61. a 65. rokem a také nad 65 let (po 1,96 %). U této otázky nebylo hodnoceno 6 dotazníků z důvodu absence jednoho z údajů potřebného k výpočtu období vypuknutí nemoci (5,88 % respondentů).

5. otázka: Kdo Vás seznámil s diagnózou?

Tabulka č. 4 – Kdo seznamuje s diagnózou

Zdravotník	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ošetřující lékař	14	13,73
Specialista - gastroenterolog	87	85,29
Všeobecná sestra	0	0,00
Nehodnoceno	1	0,98
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 4 – Kdo seznamuje s diagnózou



Komentář k otázce č. 4:

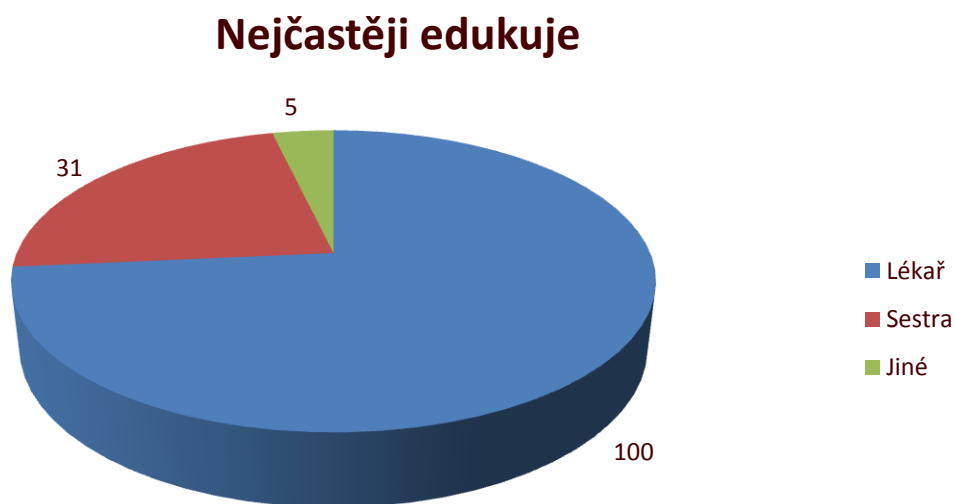
Tabulka s grafem poukazuje na to, že nejvíce klienty seznamuje s onemocněním specialista - gastroenterolog 85,29 %. Naopak z grafu vyplývá, že klienty s onemocněním neseznamuje všeobecná sestra. 13,73 % respondentů uvádí, že s daným onemocněním je seznámil jejich praktický lékař. 1 dotazník nebyl v této otázce hodnocen, z důvodu nevyplnění konkrétní odpovědi.

6. otázka: Kdo ze zdravotnických pracovníků Vás edukoval? (můžete vybrat více odpovědí)

Tabulka č. 5 – Nejčastěji edukuje

Zdravotník	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Lékař	100	73,53
Sestra	31	22,79
Jiné	5	3,68
Celková četnost (N)	136	100,00

Graf č. 5 – Nejčastěji edukuje



Komentář k otázce č. 6:

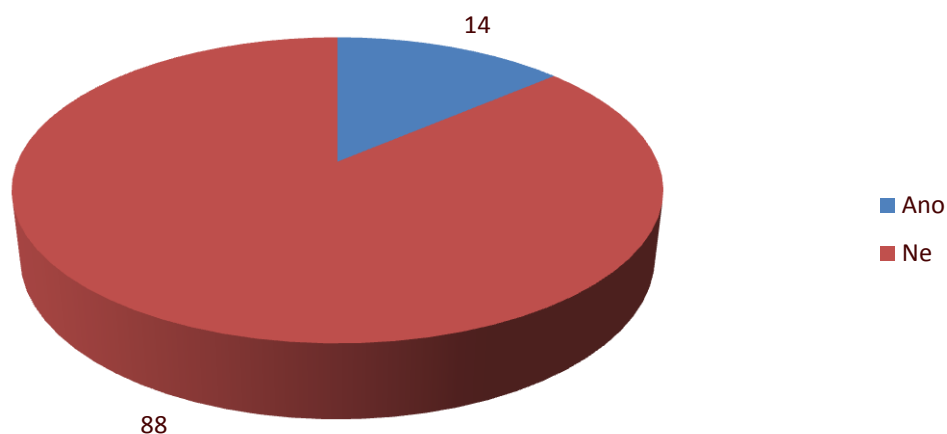
U otázky číslo šest, měli respondenti možnost volit více odpovědí. Z toho důvodu se celkový součet v tomto případě nerovná 102 odpovědí, ale celkovému počtu odpovědí, tj. 136. Z grafu vyplývá, že nejčastěji klienty edukuje lékař 73,53 %. Všeobecná sestra se na edukaci podílí dle oslovených respondentů z 22,79 %. Jeden pacient uvedl, že ho edukovala nutriční terapeutka, další možností bylo čerpání informací z brožury nebo z internetu.

7. otázka: Stalo se někdy, že Vám byly podány rozdílné informace?

Tabulka č. 6 – Rozdíl v podaných informacích

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ano	14	13,73
Ne	88	86,27
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 6 – Rozdíl v podaných informacích

Rozdíl v podaných informacích

Komentář k otázce č. 7:

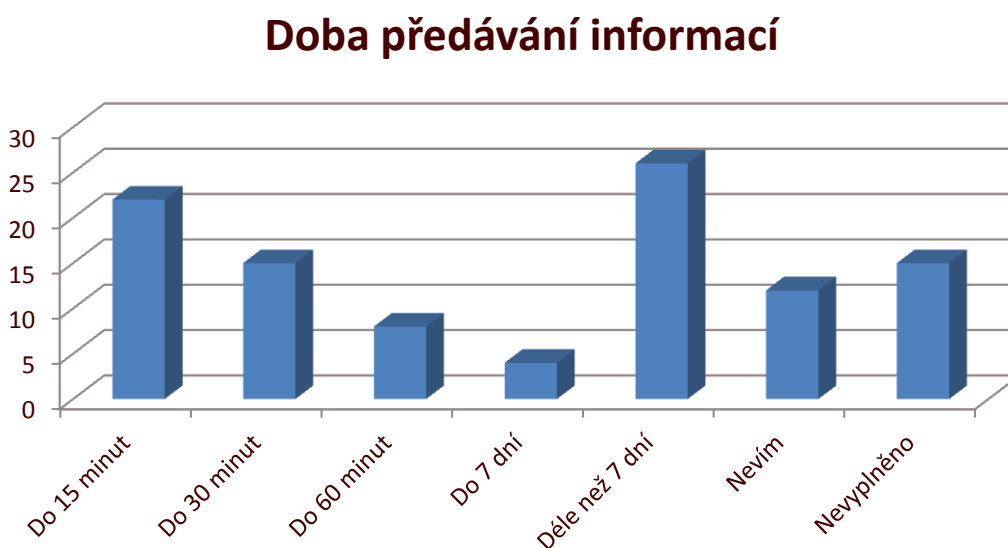
V grafu pro zjištění rozdílnosti v podaných informacích (například v oblasti výživy, sportu, těhotenství a dalších) vidíme, že 86,27 % respondentů označilo odpověď „Ne“. Tedy podané informace se vždy shodovaly. Pouze 13,73 % respondentů uvedlo, že dostali od zdravotnického personálu rozdílné informace. Respondenti nejčastěji dostávají rozdílné informace o dietních opatřeních a dalším problémem byly rozdílné možnosti léčby sdělené privátním lékařem a gastroenterologem.

8. otázka: Jak dlouho předávání informací přibližně trvalo? (případně opakovalo se?)

Tabulka č. 7 – Doba předávání informací

Doba předávání informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Do 15 minut	22	21,57
Do 30 minut	15	14,71
Do 60 minut	8	7,84
Do 7 dní	4	3,92
Déle než 7 dní	26	25,49
Nevím	12	11,76
Nevyplněno	15	14,71
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 7 – Doba předávání informací



Komentář k otázce č. 8:

Otázka číslo 8 byla otevřená a ze získaných výsledků byly následně vytvořeny jednotlivé skupiny, které můžete vidět v tabulce číslo sedm. Celkem 30 respondentů (29,41 %) dostává (dostávalo) informace postupně či opakovaně. Graf udává největší podíl respondentů, u kterých celková doba edukace překročila 7 dní, tedy se jednalo o reedukaci. Těchto respondentů je 26 (25,49 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvoří naopak respondenti, kteří dostali velice stručné informace předané zdravotníkem do 15 minut. Tuto situa-

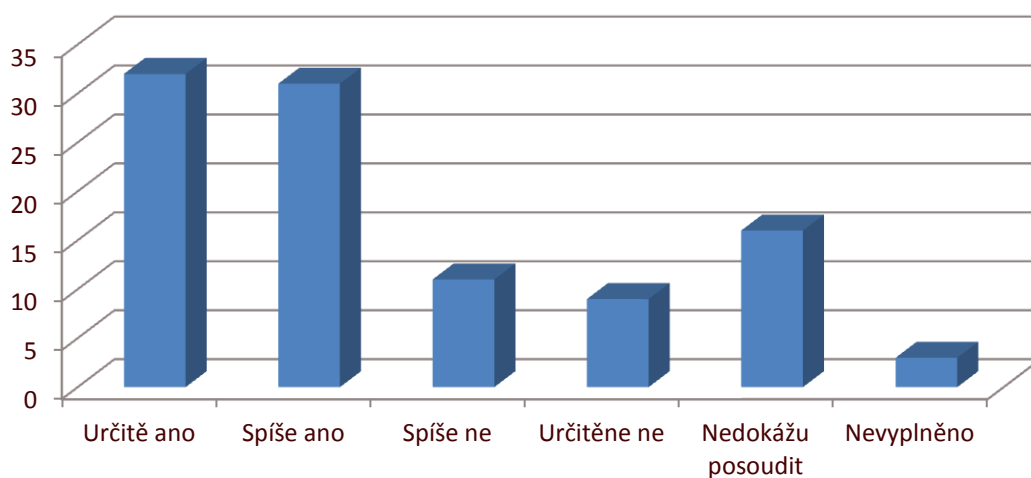
ci zaznačilo 22 dotazovaných, tedy (21,57 %). Dalších 15 respondentů (14,71 %) udává, že délka edukace netrvala více než 30 minut. Stejně velkou skupinu tvoří v tomto bodě i nevyplněné dotazníky. 12 respondentů (7,84 %) si již nevybavuje, jak dlouho jejich poučení trvalo. A nakonec 4 lidé (3,92 %) byli o ulcerózní kolitidě edukováni několikrát za dobu své hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, kde ovšem předávání informací netrvalo déle než 7 dní. Všechny edukace trávající déle než 60 minut jsou v tomto dotazníku zároveň reedukacemi.

9. otázka: Byl pro Vás tento čas dostatečný?

Tabulka č. 8 – Dostatek času na edukaci

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Určitě ano	32	31,37
Spíše ano	31	30,39
Spíše ne	11	10,78
Určitě ne	9	8,82
Nedokážu posoudit	16	15,69
Nevyplněno	3	2,94
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 8 – Dostatek času na edukaci

Dostatek času na edukaci

Komentář k otázce č. 9:

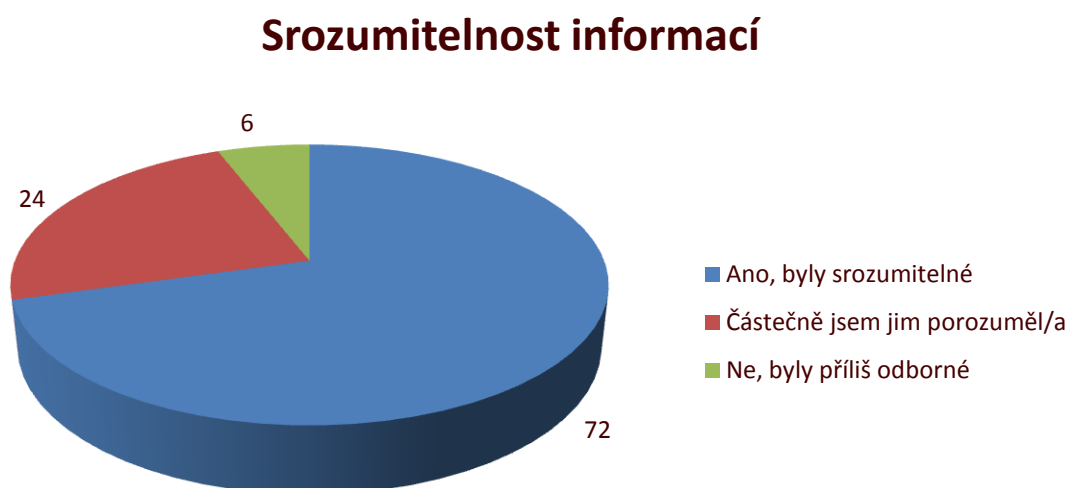
Pro 31,37 % a 30,39 % respondentů byl čas trvání edukace dostatečný na to, aby porozuměli předávaným informacím o daném onemocnění. Další respondenti 10,78 % a 8,82 % udává, že čas edukace pro ně nebyl dostačující. Tedy by uvítali, kdyby se jim v této oblasti více zdravotnický personál věnoval. U 15,69 % respondentů edukace proběhla již dávno a nedokážou posoudit, zda bylo jejich poučení efektivní. Tři dotazníky v této otázce nebyly vyplněny a jsou zaznačeny jako „nevyplněno“ 2,94 %.

10. otázka: Porozuměl/a jste poskytnutým informacím?

Tabulka č. 9 – Srozumitelnost informací

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ano, byly srozumitelné	72	70,59
Částečně jsem jim porozuměl/a	24	23,53
Ne, byly příliš odborné	6	5,88
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 9 – Srozumitelnost informací



Komentář k otázce č. 10:

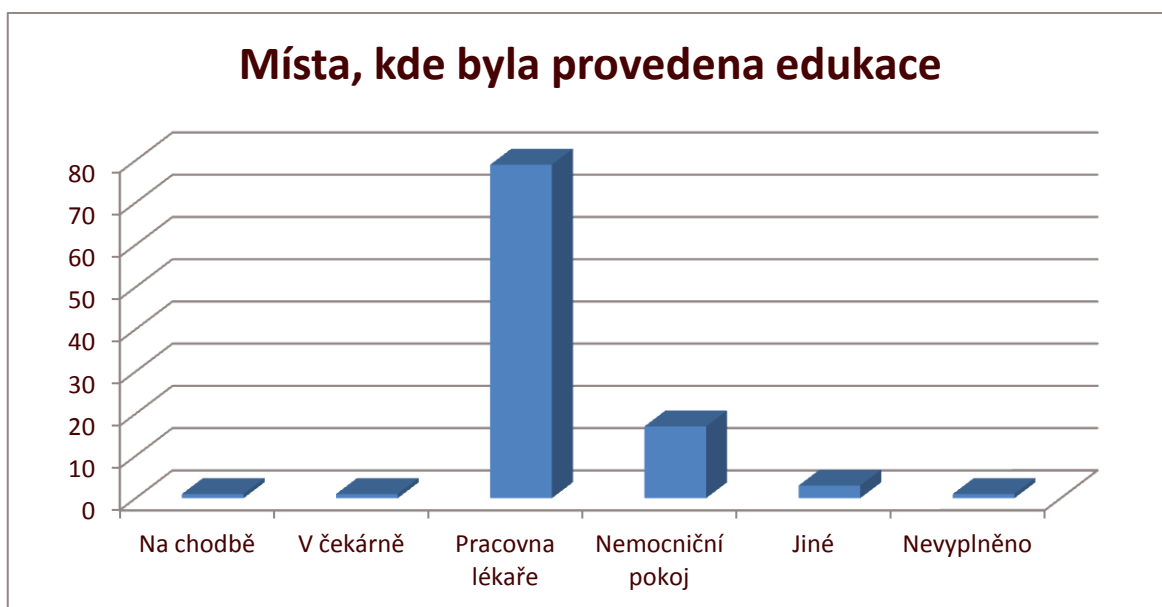
Zmíněná tabulka s grafem ukazují, že většina respondentů 70,59 % porozuměla předaným informacím o daném onemocnění. 23,53 % oslovených udává, že předaným informacím respondenti porozuměli pouze částečně. A to proto, že byly informace podány příliš odbornou terminologií. Pouze 5,88 % respondentů udává, že předaným informacím vůbec neporozuměli.

11. otázka: Kde Vám personál informace předával?

Tabulka č. 10 – Místa, kde byla provedena edukace

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Na chodbě	1	0,98
V čekárně	1	0,98
Pracovna lékaře	79	77,45
Nemocniční pokoj	17	16,67
Jiné	3	2,94
Nevyplněno	1	0,98
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 10 – Místa, kde byla provedena edukace



Komentář k otázce č. 11:

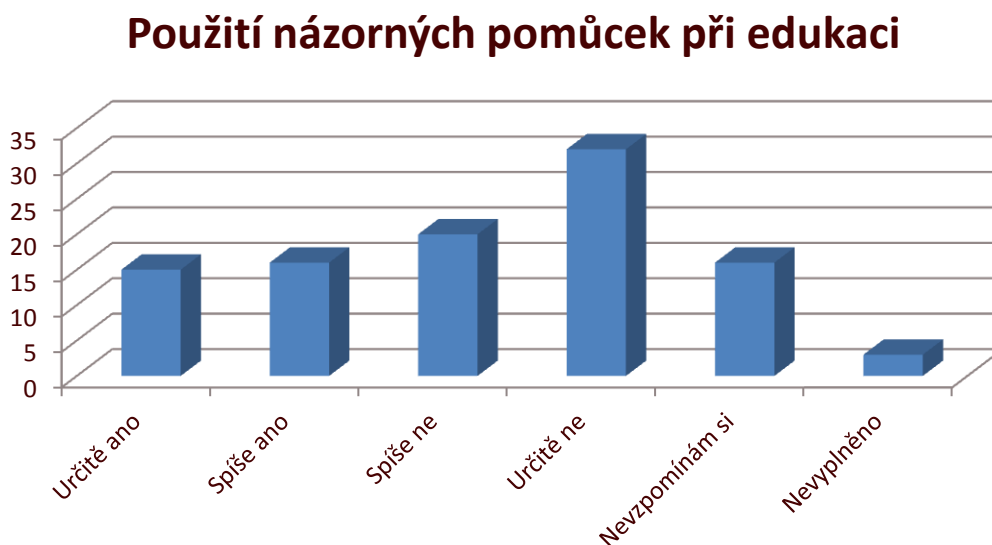
79 respondentů, to je 77,45 %, bylo poučeno v pracovně lékaře, což bylo očekávaným výsledkem v případě této otázky. 17 respondentů, tedy 16,67 %, zaznačilo, že předání informací probíhala za doby jejich hospitalizace a tedy jim byly informace předány v nemocničním pokoji. Jeden respondent zaznačil předání informací na chodbě 0,98 % a jeden respondent udává předání informací v čekárně gastroenterologické ambulance 0,98 %. Pod bodem „jiné“ tři respondenti, tj. 2,94% popsali sesternu. Dalších 0,98 % tvoří jeden dotazník v tomto bodě nevyplněný.

12. otázka: Používal zdravotnický personál při edukaci názorné pomůcky, které Vám pomohly pochopit předkládaný problém?

Tabulka č. 11 – Použití názorných pomůcek při edukaci

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Určitě ano	15	14,71
Spíše ano	16	15,69
Spíše ne	20	19,61
Určitě ne	32	31,37
Nevzpomínám si	16	15,69
Nevyplněno	3	2,94
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 11 – Použití názorných pomůcek při edukaci



Komentář k otázce č. 12:

Tato položka ukazuje, zda zdravotnický personál při edukaci používá názorné pomůcky (brožury, informační letáky a podobně). 31,37 % respondentů zde nejčastěji odpovědělo, že během edukace zdravotnický personál určitě nepoužil žádné názorné pomůcky a spíše ne 19,61 %. 15,69 % respondentů si nevzpomíná na to, že by informační letáky zdravotnický personál používal. Tedy pouze 14,71 % respondentů zaznačilo použití educačních materiálů a 15,69 % respondentů zaznačilo spíše ano. Tři dotazníky v této otázce nebyly vyplněny.

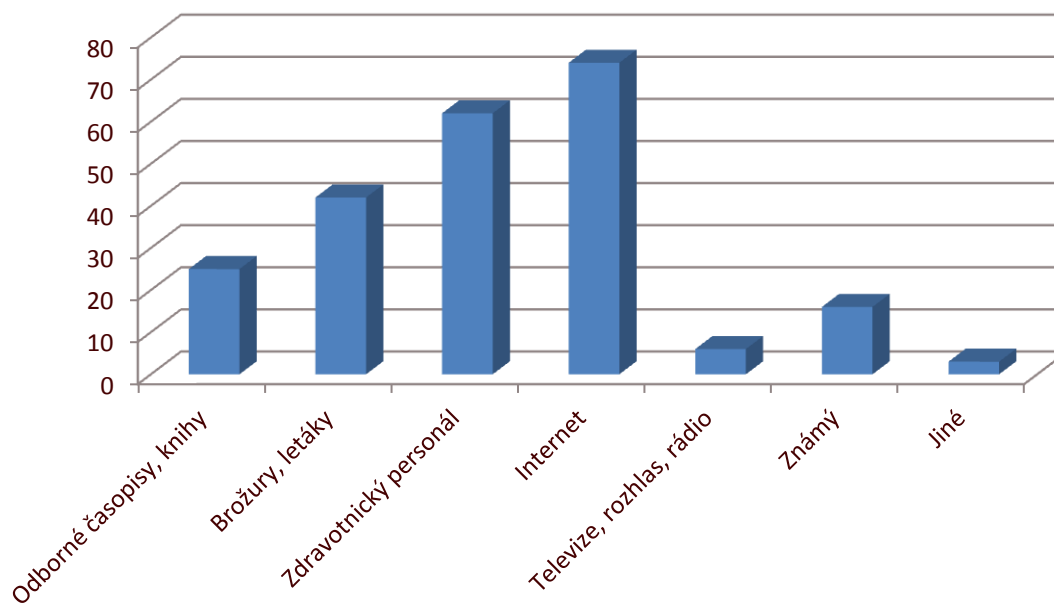
13. otázka: Z jakých zdrojů jste získal/a potřebné informace o nemoci, případně o režimových opatřeních?

Tabulka č. 12 – Zdroj informací o onemocnění

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Odborné časopisy, knihy	25	10,96
Brožury, letáky	42	18,42
Zdravotnický personál	62	27,19
Internet	74	32,46
Televize, rozhlas, rádio	6	2,63
Známý	16	7,02
Jiné	3	1,32
Celková četnost (N)	228	100,00

Graf č. 12 – Zdroj informací o onemocnění

Zdroj informací o onemocnění



Komentář k otázce č. 13:

V případě této otázky byla možnost zvolit více odpovědí. Absolutní četnost neodpovídá tedy 102 odpovědí, ale celkovému počtu odpovědí, tj. 228. Konkrétně 32,46 % respondentů získalo potřebné informace za pomoci různých internetových stránek. 27,19 %

respondentů získalo potřebné informace o daném onemocnění od zdravotnického personálu. 18,42 % respondentů pak k získání informací využilo brožury či informační letáky. Odborné časopisy a knihy využilo 10,96 % respondentů a 7,02 % respondentů získalo informace od známých. 2,63 % respondentů udalo, že informace získali z televize či rádia a také 1,32 % respondentů zaznačilo odpověď „jiné“. Klienti v tomto případě čerpali informace od sdružení IBD, z odborných přednášek, od spolupacientů v nemocničním zařízení během hospitalizace a jeden respondent měl své vlastní informace, které nabyt v rámci svého vzdělávání jako zdravotník.

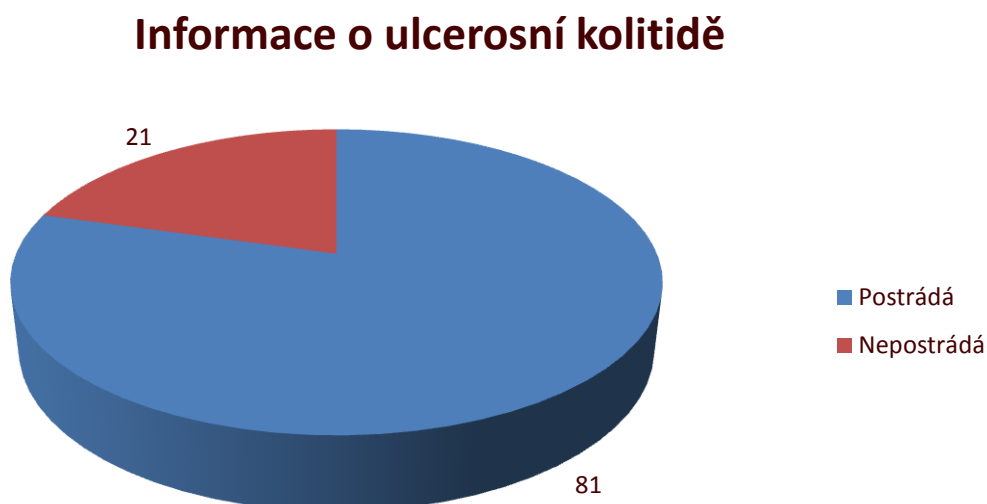
14. otázka: V jaké oblasti postrádáte nedostatek informací? (pokud nepostrádáte, nevyplňujte); (možno volit více odpovědí)

Podle vyplnění nebo naopak nevyplnění této otázky jsme zjistili, kolika respondentům chybí či naopak nechybí informace o ulcerosní kolitidě. Z tohoto důvodu jsou k této otázce, přiřazeny dvě tabulky s grafy.

Tabulka č. 13 – Informace o ulcerosní kolitidě

Informace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Postrádá	81	79,41
Nepostrádá	21	20,59
Celková četnost (N)	102	100,00

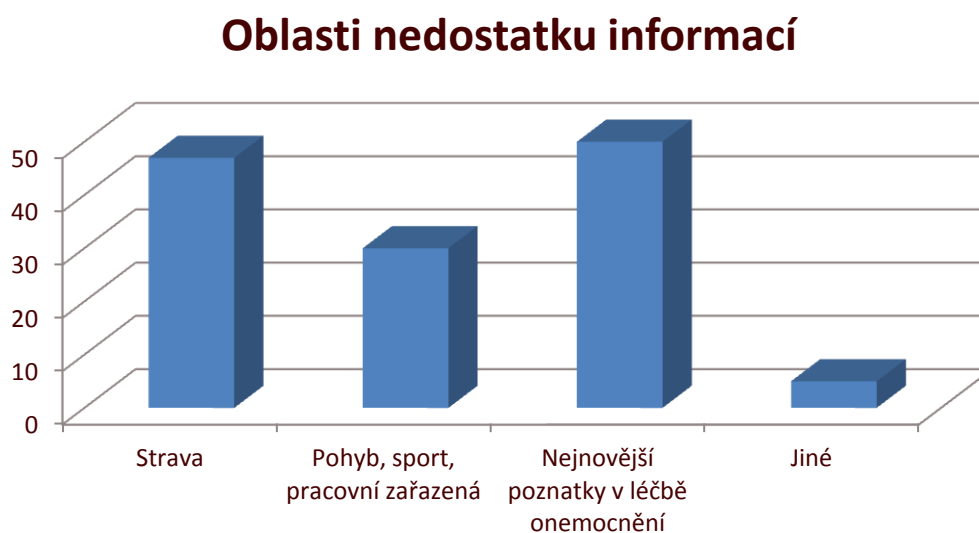
Graf č. 13 – Informace o ulcerosní kolitidě



Tabulka č. 14 – Oblasti nedostatku informací

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Strava	47	35,61
Pohyb, sport, pracovní zařazená	30	22,73
Nejnovější poznatky v léčbě onemocnění	50	37,88
Jiné	5	3,79
Celková četnost (N)	132	100,00

Graf č. 14 – Oblasti nedostatku informací



Komentář k otázce č. 14:

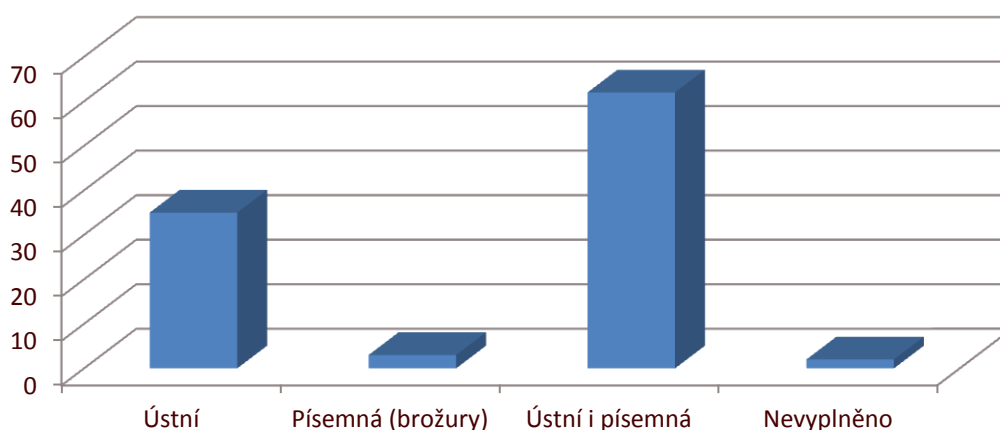
U otázky číslo 14 mohli respondenti uvést více odpovědí, nebo žádnou. Toho využilo 20,59 % respondentů, kteří nezaznačili žádnou odpověď, a tedy nepostrádají žádné informace. Absolutní četnost neodpovídá tedy 102 odpovědí, ale celkovému počtu odpovědí, tj. 132. Otázkou jsme chtěli především vyzkoumat, v jaké oblasti respondenti pociťují nedostatek informací. 37,88 % respondentů zaznačilo největší nedostatky informací v oblasti nových poznatků v léčbě onemocnění. Jako další velký nedostatek informací pociťují respondenti v oblasti dietních opatření 35,61 %. Pohyb, sport, pracovní nasazení je málo probírané pro 22,73 % dotazovaných respondentů. Odpověď jiné zvolilo 3,79 % respondentů. Ti postrádají informace hlavně v oblasti vlivu ulcerosní kolitidy na těhotenství, z dalšího vývoje onemocnění, operací, stomií a psychické stránky léčby.

15. otázka: Jakou formu předávání informací byste upřednostnil/a?

Tabulka č. 15 – Upřednostňovaná forma předávání informací

Forma	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ústní	35	34,31
Písemná (brožury)	3	2,94
Ústní i písemná	62	60,78
Nevyplněno	2	1,96
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 15 – Upřednostňovaná forma předávání informací

Upřednostňovaná forma předávání informací

Komentář k otázce č. 15:

Největší procento respondentů upřednostňuje předávání informací formou jak ústní tak i písemnou za pomoci brožurek či informačních letáků 60,78 %. Naopak 34,31 % respondentů upřednostňuje pouze ústní předávání informací a pouze 2,94 % respondentů zaznačilo, že by jim k předání informací stačily informační letáky či brožury o daném onemocnění.

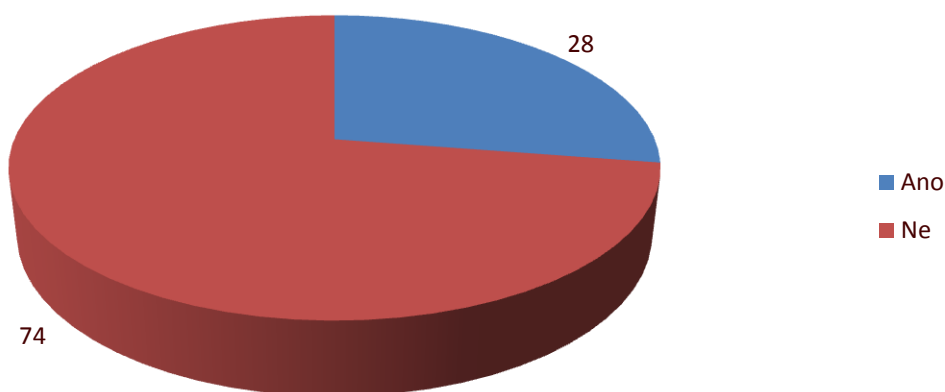
16. otázka: Byly Vám doporučeny další možnosti, kde hledat podrobné informace o Vašem onemocnění?

Tabulka č. 16 – Doporučení čerpání dalších informací

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ano	28	27,45
Ne	74	72,55
Celková četnost N)	102	100,00

Graf č. 16 – Doporučení čerpání dalších informací

Doporučení čerpání dalších informací



Komentář k otázce č. 16:

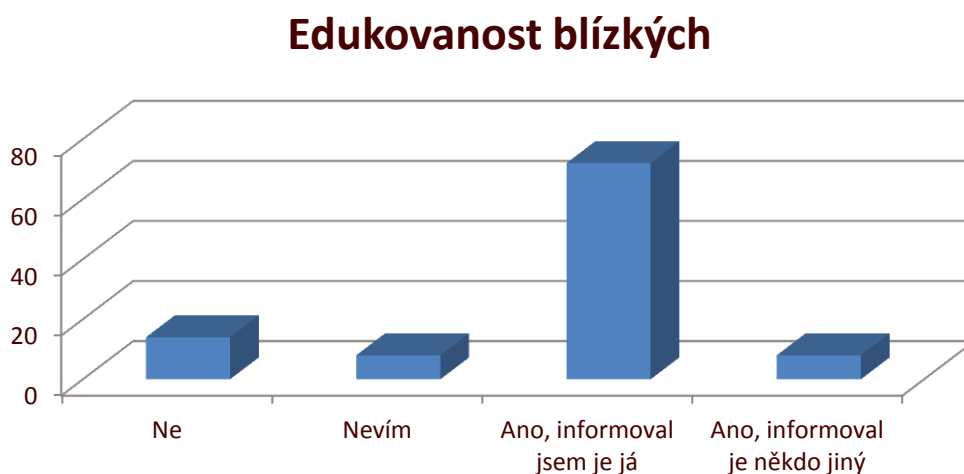
Pouze 27,45 % respondentů dostalo doporučení o tom, kde hledat další podrobné informace o daném onemocnění. Jednalo se především o ověřené zdroje zabývající se výhradně idiopatickými střevními záněty (například www.crohn.cz). Zbývajících 72,55 % oslovených respondentů zaznačilo, že jim nebylo sděleno, kde si mohou dále vyhledávat ověřené informace o nemoci.

17. otázka: Jsou Vaši blízcí informováni/poučeni o tom, jak se zachovat ve fázi zhoršení Vaší nemoci (jak Vám mohou pomoci)?

Tabulka č. 17 – Edukovanost blízkých

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ne	14	13,73
Nevím	8	7,84
Ano, informoval jsem je já	72	70,59
Ano, informoval je někdo jiný	8	7,84
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 17 – Edukovanost blízkých



Komentář k otázce č. 17:

Z uvedeného grafu je jednoznačně vidět, že blízké příbuzné informuje o daném onemocnění a s tím i spojeným zhoršeným stavem nejčastěji sám klient s daným onemocněním (70,59 % respondentů). 13,73 % respondentů neinformuje své blízké, jak jim v případě zhoršení stavu pomoci. Tedy tuto část lidí neinformoval ani zdravotnický personál, ani sám nemocný. 7,84 % respondentů uvedlo, že jejich blízcí byli edukováni o možnosti pomoci od lékaře či s různých internetových stránek. 7,84 % respondentů poté zaznačilo odpověď „nevím“. Tedy si nejsou jisti, zda by jim dokázala pomoci blízká osoba v případě zhoršení stavu.

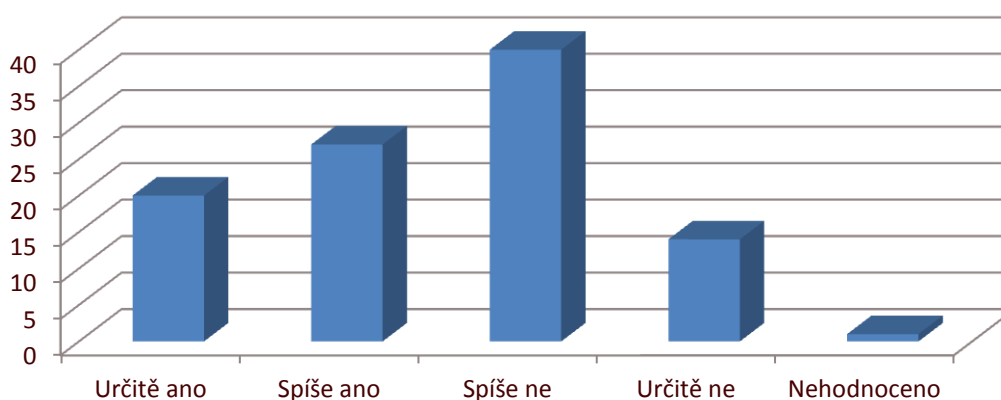
18. otázka: Informují Vás zdravotníci pravidelně o nových poznatcích a nejnovějších možnostech léčby Vaší nemoci?

Tabulka č. 18 – Sdělování nových poznatků a možností léčby zdravotníky

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Určitě ano	20	19,61
Spíše ano	27	26,47
Spíše ne	40	39,22
Určitě ne	14	13,73
Nehodnoceno	1	0,98
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 18 – Sdělování nových poznatků a možností léčby zdravotníky

Sdělování nových poznatků a možností léčby zdravotníky



Komentář k otázce č. 18:

Z grafu vyplývá, že 39,22 % respondentů nejspíše nedostává nejnovější informace o onemocnění a léčebných postupech a 13,73 % tyto informace nedostává vůbec. Dané informace jsou podpořeny otázkou číslo 8, která poukazuje na délku edukace a absenci reedukace. A právě z toho důvodu není možné, aby pacienti měli nejnovější informace. 26,47 % respondentů určité informace od zdravotníků dostává a jen 19,61 % dotazovaných je pravidelně informováno. Jeden respondent (0,98 %) tuto otázku nevyplnil.

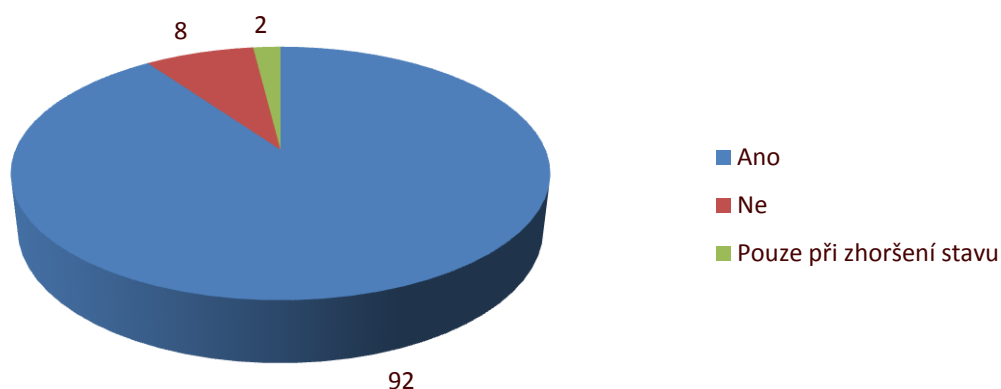
19. otázka: Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?

Tabulka č. 19 – Podrobování se pravidelným lékařským prohlídkám

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ano	92	90,20
Ne	8	7,84
Pouze při zhoršení stavu	2	1,96
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 19 – Podrobování se pravidelným lékařským prohlídkám

Podrobování se pravidelným lékařským prohlídkám



Komentář k otázce č. 19:

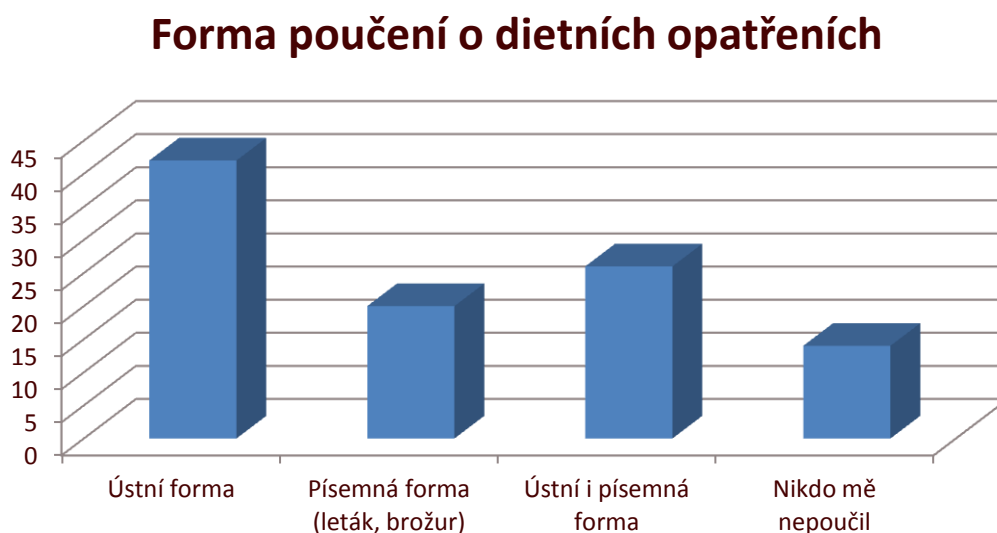
Převaha oslovených respondentů (90,20 %) se účastní pravidelných lékařských kontrol. Naopak 7,84 % oslovených respondentů na pravidelné kontroly k lékaři nechodí a 1,96 % oslovených navštíví lékaře pouze v případě zhoršení jejich zdravotního stavu.

20. otázka: Byl/a jste poučen/a o dietním opatření u Vašeho onemocnění?

Tabulka č. 20 – Forma poučení o dietních opatřeních

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ano, ústní formou	42	41,18
Ano, dostal/a jsem tištěnou brožuru, leták	20	19,61
Ano, ústní i písemnou formou	26	25,49
Ne, nikdo mě nepoučil	14	13,73
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 20 – Forma poučení o dietních opatřeních



Komentář k otázce č. 20:

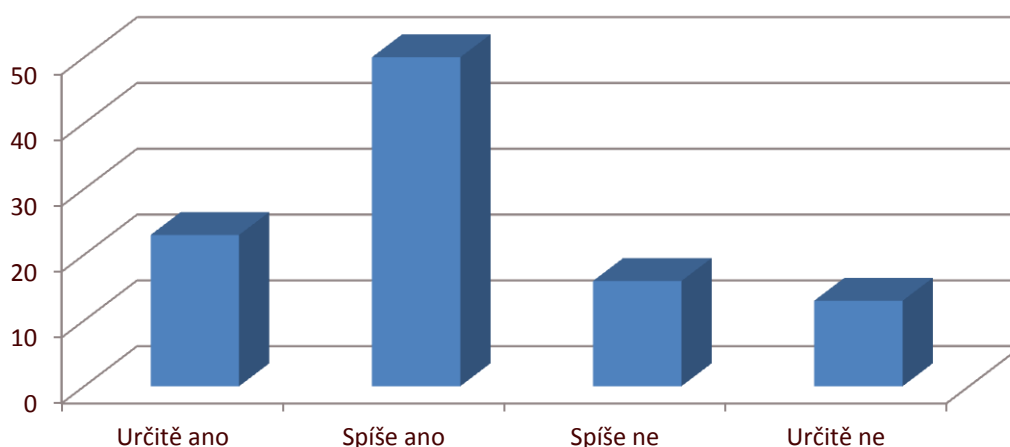
41,18 % respondentů byla poučena o dietním opatření ústní formou. 25,49 % respondentů byla poučena jak ústně, tak i písemně za pomoci brožur či letáku s informacemi o vhodné či nevhodné potravě. 19,61 % respondentů dostala dané informace pouze za pomoci brožur a letáků o vhodné a nevhodné stravě. 13,73 % respondentů nebylo o dietních opatřeních poučeno vůbec.

21. otázka: Dodržujete dietní opatření podle doporučení lékaře?

Tabulka č. 21 – Dodržování dietních opatření

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Určitě ano	23	22,55
Spíše ano	50	49,02
Spíše ne	16	15,69
Určitě ne	13	12,75
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 21 – Dodržování dietních opatření

Dodržování dietních opatření

Komentář k otázce č. 21:

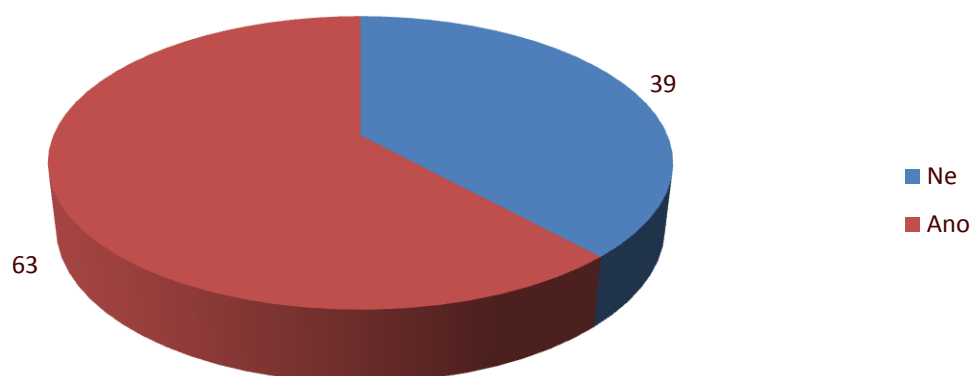
Na otázku, zda oslovení respondenti dodržují dietní opatření, byl výsledek následující. 49,02 % respondentů označilo, že dietní opatření spíše dodržují. 22,55 % respondentů dodržuje dietní opatření stále. 15,69 % oslovených dietní opatření spíše nedodržuje, pokud nedojde ke zhoršení jejich zdravotního stavu. 12,75 % oslovených dietní opatření nedodržuje vůbec z důvodu toho, že zmíněný respondent nevidí důvod se omezovat v oblasti stravování.

22. otázka: Liší se u Vás dieta ve fázi klidu a ve fázi zhoršení nemoci?

Tabulka č. 22 – Rozdílná dieta ve fázi klidu a zhoršení nemoci

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ne	39	38,24
Ano	63	61,76
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 22 – Rozdílná dieta ve fázi klidu a zhoršení nemoci

Rozdílná dieta ve fázi klidu a zhoršení nemoci

Komentář k otázce č. 22:

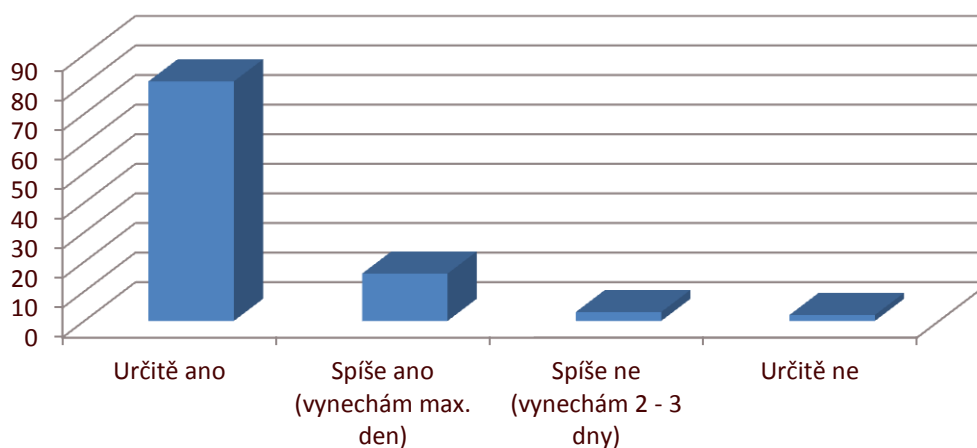
V případě zhoršení stavu se u 38,24 % respondentů dieta ve fázi klidu a zhoršení nemoci nějak specificky neliší. 61,76 % respondentů pak zaznačilo, že se u nich v období zhoršení dieta značně liší. Konkrétně se jednalo o změnu potravy. Dodržování bezsezbytkové diety, omezení sladkostí, čerstvé zeleniny a ovoce.

23. otázka: Užíváte pravidelně předepsané léky?

Tabulka č. 23 – Pravidelné užívání předepsané medikace

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Určitě ano	81	79,41
Spíše ano (vynechám max. den)	16	15,69
Spíše ne (vynechám 2 - 3 dny)	3	2,94
Určitě ne	2	1,96
Celkem (N)	102	100,00

Graf č. 23 – Pravidelné užívání předepsané medikace

Pravidelné užívání předepsané medikace

Komentář k otázce č. 23:

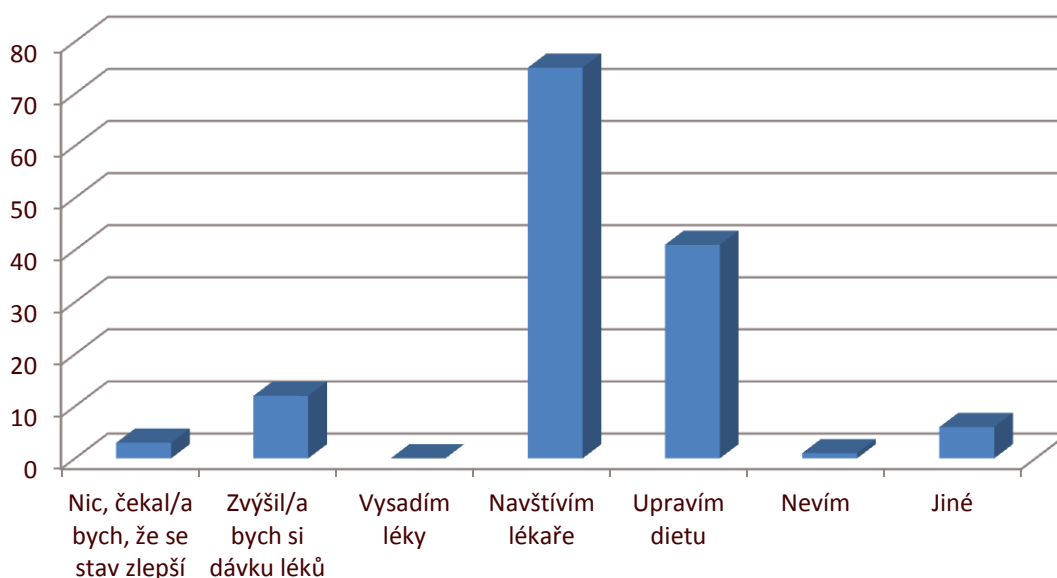
Na otázku, zda respondenti užívají pravidelně doporučené léky, odpovědělo 79,41 % respondentů, že určitě ano. 15,69 % respondentů udává, že vynechá maximálně jeden den v užívání medikace. 2,94 % respondentů zaznačilo, že pravidelnost užívání léků spíše nedodržuje, tedy vynechá i dva až tři dny mezi dávkami. Zbývajících 1,96 % respondentů zaznačilo, že doporučenou medikaci nedodržuje.

24. otázka: Jak byste se zachoval/a v případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu?

Tabulka č. 24 – Postup při zhoršení zdravotního stavu

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Nic, čekal/a bych, že se stav zlepší	3	2,17
Zvýšil/a bych si dávku léků	12	8,70
Vysadím léky	0	0,00
Navštívím lékaře	75	54,35
Upravím dietu	41	29,71
Nevím	1	0,72
Jiné	6	4,35
Celková četnost (N)	138	100,00

Graf č. 24 – Postup při zhoršení zdravotního stavu

Postup při zhoršení zdravotního stavu

Komentář k otázce č. 24:

Z grafu a tabulky je patrné, že pokud se objeví potíže a stav pacientů s ulcerózní chorobou se zhorší, tak v 75 případech navštíví lékaře (54,35 %). Druhou nejčastější variantou, jak tyto stavy řešit, je upravit dietu. Tato možnost byla respondenty zvolena celkem 41 krát (29,71 %). 12 osob by při zhoršení stavu zvýšilo dávky léků (8,70 %). 3 responden-

ti by čekali bez žádných zvláštních zásahů, než se jejich stav sám zlepší (2,17 %). Jeden respondent neví, co by dělal (0,72 %) a 6 jedinců zvolilo položku jiné. K ní se zmínili o tom, že na stavy zhoršení mají speciální léky a další variantou je pak odbourání stresu a klidový režim.

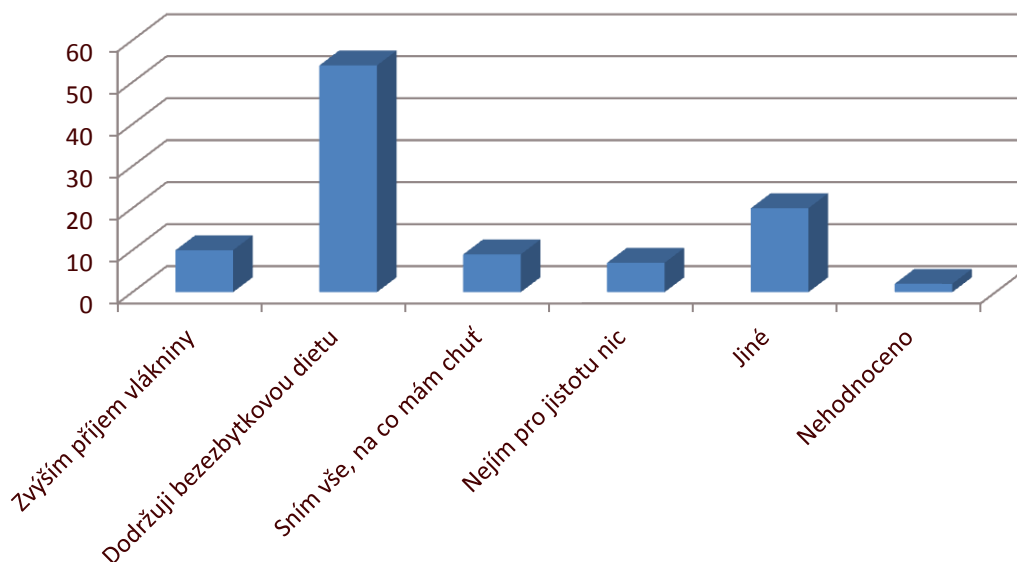
25. otázka: Jak se nejčastěji stravujete v období častých stolic nebo křečovitých bolestí?

Tabulka č. 25 – Stravování v období zhoršení nemoci

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Zvýším příjem vlákniny	10	9,80
Dodržuji bezzbytkovou dietu	54	52,94
Sním vše, na co mám chuť	9	8,82
Nejím pro jistotu nic	7	6,86
Jiné	20	19,61
Nehodnoceno	2	1,96
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 25 – Stravování v období zhoršení nemoci

Stravování v období zhoršení nemoci



Komentář k otázce č. 25:

Jak je patrné nejvíce respondentů (52,94 %) v období zhoršení nemoci dodržuje bezzbytkovou dietu. Naopak dietu bohatou na vlákninu dodržuje 10 respondentů (9,80 %). 9 respondentů (8,82 %) se dietou nezabývá a stravu mají totožnou s obdobím klidu. 7 dotazovaných (6,86 %) odpovědělo, že kvůli střevním obtížím raději nejedí nic. 20 jedinců

zvolilo odpověď jiné. Nejvíce zde popisovali bezlepkovou dietu s omezením množství přijaté potravy. Dalším omezením byl příjem tučných jídel, paleolitická dieta nebo speciální sacharidová dieta.

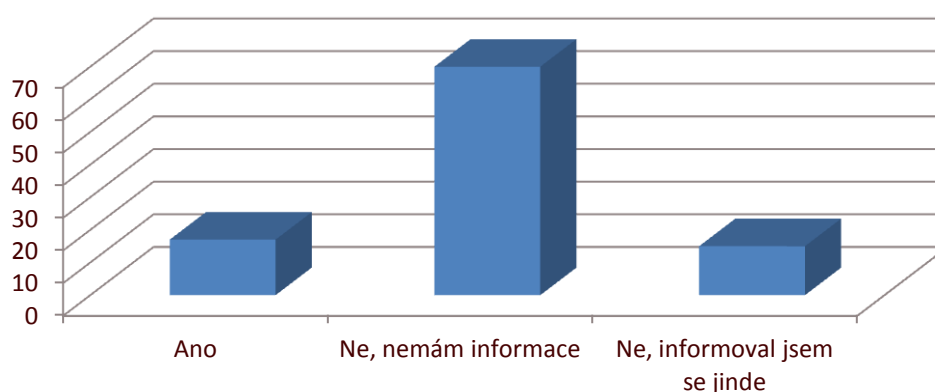
26. otázka: Podal Vám lékař informace o národních sdruženích pro IBD (nespecifické střevní záněty)?

Tabulka č. 26 – Informovanost o národních sdruženích pro IBD

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ano	17	16,67
Ne, nemám informace	70	68,63
Ne, informoval jsem se jinde	15	14,71
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 26 – Informovanost o národních sdruženích pro IBD

Informovanost o národních sdruženích pro IBD



Komentář k otázce č. 26:

Graf ukazuje, že 68,63 % respondentů nedostala informace od lékaře týkající se Národního sdružení pro pacienty s IDB (idiopatickými střevními záněty). 14,71 % respondentů si informace o tomto sdružení našla sama pomocí internetových stránek či příbuzných osob. 16,67 % respondentů dostala informace o sdružení od ošetřujícího lékaře.

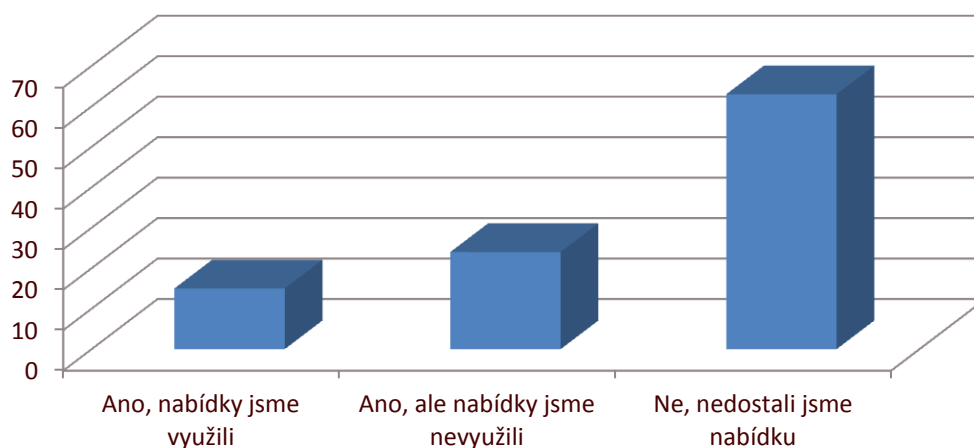
27. otázka: Byla Vám nabídnuta možnost přijít do ambulance na kontrolu s blízkou osobou, za účelem poskytnutí informací blízké osobě?

Tabulka č. 27 – Nabídka návštěvy ambulance s příbuzným

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ano, nabídky jsme využili	15	14,71
Ano, ale nabídky jsme nevyužili	24	23,53
Ne, nedostali jsme nabídku	63	61,76
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 27 – Nabídka návštěvy ambulance s příbuzným

Nabídka návštěvy ambulance s příbuzným



Komentář k otázce č. 27:

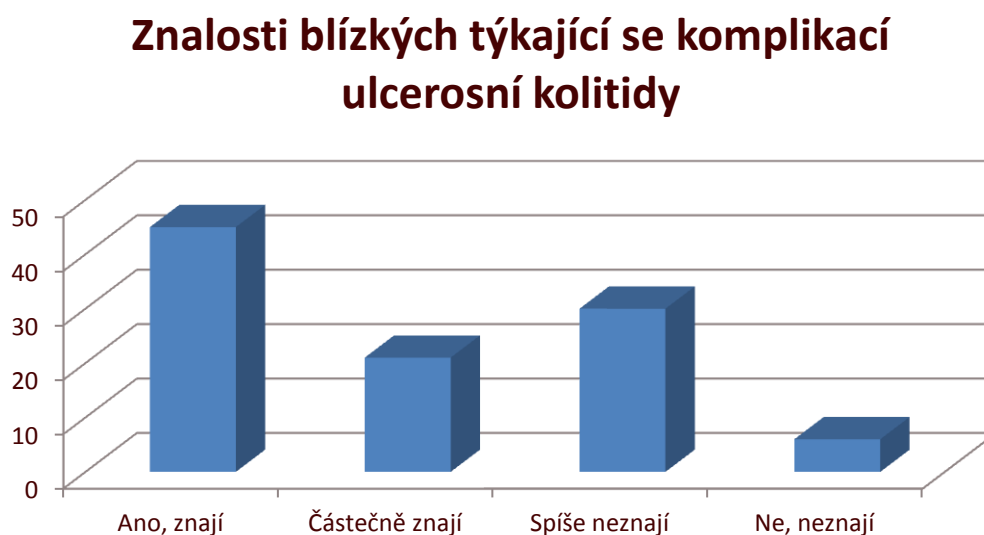
Z položené otázky, zda klientům byla nabídnuta možnost dojít do ambulance i s rodinným příslušníkem, jsem byla překvapená. 61,76 % respondentů zaznačilo možnost, která poukazuje na to, že jim nebylo nabídnuto dojít do ambulance i s blízkou osobou. 23,5 % respondentů pak zaznačilo, že jim tato možnost byla nabídnuta, ale z nějakého důvodu toho nevyužili a 14,71 % respondentů této možnosti využilo.

28. otázka: Znájí Vaši blízcí možnost komplikací, které mohou nastat v průběhu nemoci?

Tabulka č. 28 – Znalosti blízkých týkající se komplikací ulcerosní kolitidy

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Ano, znají	45	44,12
Částečně znají	21	20,59
Spíše neznají	30	29,41
Ne, neznají	6	5,88
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 28 – Znalosti blízkých týkající se komplikací ulcerosní kolitidy



Komentář k otázce č. 28:

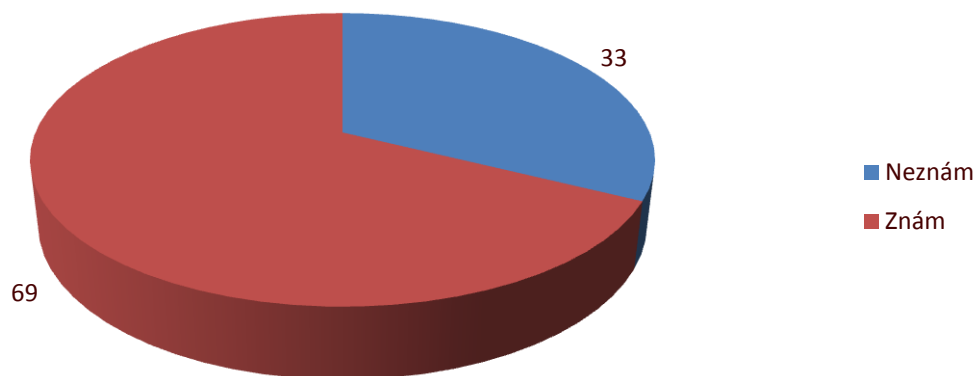
45 dotázaných (44,12 %) tvrdí, že jejich blízcí znají komplikace ulcerosní kolitidy. 21 respondentů (20,59 %) uvedlo, že jejich blízcí částečně znají komplikace, které se mohou objevit. 30 dotazovaných (29,41 %) odpovědělo, že jejich blízcí tyto komplikace spíše neznají a 6 osob (5,88 %) odpovědělo, že blízcí tyto informace nemají vůbec.

29. otázka: Znáte možné komplikace u ulcerosní kolitidy?

Tabulka č. 29 – Znalost komplikací ulcerosní kolitidy

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v % (f)
Neznám	33	32,35
Znám	69	67,65
Celková četnost (N)	102	100,00

Graf č. 29 – Znalost komplikací ulcerosní kolitidy

Znalost komplikací ulcerosní kolitidy

Komentář k otázce č. 29:

33 respondentů (32,35 %) tvrdí, že komplikace ulcerosní kolitidy neznají. 69 respondentů (67,65 %) naopak tyto komplikace zná. K nejčastěji zmiňovaným komplikacím patří například krvavé stolice, časté nucení na stolicí, křeče, únava, nechutenství, bolesti kloubů, karcinom tlustého střeva a další.

30. otázka: Prostor pro Vaše další vyjádření.

Na závěr celého dotazníkového šetření byl vymezen prostor pro vyjádření jednotlivých respondentů. Zde se vyjádřilo 22 respondentů, pro představu uvádíme některé z odpovědí:

1 - *„Ulcerosní kolitida je onemocnění, se kterým se dá normálně žít. Podmínkou je užívat předepsané léky pravidelně, dle doporučení lékaře.“*

2 - *„Po letech vím, jak s nemocí žít, snažím se být optimistou a nemocí se příliš nezátěžovat. Myslím si, že i díky takovému postoji mi nemoc nepřináší zásadní těžkosti a dá se říci, že mne zásadním způsobem neomezuje.“*

3 - *„Lékař mi poskytl informace pouze v oblasti léčby, především biologické léčby. Co se týká stravy, na tu jsem si pomocí pokus omyl přišla sama. Musela jsem omezit cukr, mléko, lepek. Místo toho užívám zelený ječmen. V současné době jsem zcela bez léků, jen při křečích a bolestech užívám nárazově čípky.“*

4 - *„Jsem aktivní člověk. Rád sportuji a fotím Českou republiku. Doufám, že se brzy na tuto nemoc najde pořádný lék, protože tato nemoc mě značně omezuje.“*

5 - *„I když můj postoj je občas negativní, jsem moc rád, že v současné době mám lékaře (za ta léta jich bylo hned několik), který má dle mého názoru absolutní přehled o možnostech léčby a je schopen a taky ochoten poskytnout mi tyto informace.“*

DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zabývali edukovaností klientů s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou. Po vymezení cílů jsme pomocí dotazníkového šetření, kterého se účastnilo 102 respondentů, přišli k následujícímu závěru.

V první části dotazníku byly zjištěny základní demografické údaje týkající se respondentů. Z celkového počtu dotazovaných se zúčastnilo výzkumu 62 žen a 40 mužů. Při dotazu na vzdělání odpovědělo 33,33% respondentů, že mají dokončené střední vzdělání s maturitou a 26,77% respondentů uvedlo dokončení vysokoškolského vzdělání. 20,59 % dokončilo střední školu s výučním listem, 6,86 % úplné střední vzdělání a 4,90 % vyšší odborné vzdělání. Dále po spojení dvou otázek jsme vypočítaly průměrný věk respondentů, který nám naznačil přibližný věk v době propuknutí nemoci. Ten poukázal a zároveň potvrdil i informace z prostudované literatury, že ulcerózní kolitida je onemocnění, které postihuje čím dál tím mladší kategorii jedinců. Tedy přibližně klienty mezi 15. až 30. rokem života.

Nyní se dostáváme k výsledkům bakalářské práce. Prvně bychom se zmínili o dílčích cílech, které byly vyřešeny na základě otázek v dotazníku. Následně je shrneme do hlavního cíle, čímž zjistíme, jaké informace respondenti s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou postrádají.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit kdo a jak edukuje respondenty s onemocněním colitis ulcerosa.

Většina respondentů se shodla a uvedla, že nejvíce informací jim podal odborný lékař - tedy gastroenterolog. Taktéž u dotazu, kdo klienty poučil o daném onemocnění, byl opět nejčastěji zaznačen lékař a v menší míře respondenti uvedli lékaře ve spolupráci všeobecné sestry. Dále 86,27 % oslovených odpovědělo, že jim nebyly podány rozdílné informace během edukace. Pouze 13,79 % oslovených uvedlo rozdílnost informací především mezi praktickým lékařem a lékařem specialistou - gastroenterologem a informace se lišily především v oblasti výživy. Průměrná doba edukace dle oslovených respondentů trvala déle než 7 dní (25,49 %) a hned vzápětí uvedlo 21,57 % respondentů délku edukace do 15 minut, 14,71 % pak do 30 minut. 70,59 % oslovených také uvedlo, že výše zmíněný průměrný čas byl pro pochopení daného onemocnění dostatečný. Naopak

10,78 % a 8,82 % uvedlo, že čas dostatečný nebyl. Místo předávání informací probíhalo v pracovně lékaře, jak uvedlo 77,45 % oslovených. 31,37 % a 19,61 % oslovených uvedlo, že během edukace nebyly použity žádné názorné pomůcky, které by pomohly respondentům pochopit danou problematiku.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, do jaké míry se na edukaci podílejí všeobecné sestry.

Podle informací plynoucích z výsledku dotazníku, se na edukaci pacientů podílely všeobecné sestry ve 31 případech (22,79 %), kdy ve většině případů spolupracovaly na edukaci s lékařem. Dle vyhlášky číslo 55/2011 Sb. § 4 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, může sestra „bez indikace a odborného dohledu edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály“ (Česko, 2011, s. 484-485). Vzhledem k nedostatkům v edukaci klientů, kterým chybí mnoho zásadních informací (například v oblasti výživy), by bylo vhodné zavést v nemocnicích funkci edukační sestry jak je tomu například ve Fakultní nemocnici v Olomouci. V tomto nemocničním zařízení mají pověřenou osobu, která se zabývá edukováním klientů s různými diagnózami. Pracovní náplní tohoto pracovníka je vytváření edukačních materiálů, brožur či jiných pomůcek k lepšímu pochopení dané problematiky. Dále edukační sestra vede individuální i skupinové edukace ve vymezených prostorách, které výhradně slouží k těmto účelům.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké formě předávání informací dávají respondenti přednost.

Tento stanovený třetí dílčí cíl, byl objasněn otázkou číslo 15 v dotazníkovém šetření, která zněla: „Jakou formu předávání informací byste upřednostnil/a?“. 62 respondentů, tedy 60,78 %, uvedlo, že upřednostňuje formu jak ústní, tak i písemnou za pomoci různých informačních brožur či letáků. Zajímavým výsledkem je zaznačení 34,31 % respondentů, kterým by stačilo pouze ústní předání informací.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké informace respondenti nejčastěji postrádají.

Přestože klienti upřednostňují získávání informací výše zmíněnými způsoby, tak se jim dané edukace nedostalo, neboť pociťují stále nedostatky v rámci svého onemocnění. Jedná se konkrétně o 37,88 % respondentů, kteří uvedli, že největší nedostatky mají v oblasti nejnovějších poznatků v léčbě onemocnění. Dalším výrazným nedostatkem jsou u 35,61 % dotazovaných nedostačující informace o vhodné stravě. Poukazovali tak na to, že nebyli o dietním opatření poučeni vůbec, nebo že nebyly podané informace dostačující. 22,73 % oslovených postrádá informace v oblasti sportu, pohybu či pracovního zařazení a 3,79 % zaznačilo odpověď „jiné“, kde se zmínili o nedostatku informací v oblasti komplikací či těhotenství.

Další položky v dotazníkovém šetření měly poukázat na nejčastější zdroj informací pro respondenty. Výsledek je následující - největším zdrojem informací pro oslovené respondenty s ulcerosní kolitidou jsou internetové zdroje (32,46 %), kde si klienti sami nejčastěji vyhledávají veškeré potřebné informace, které v danou chvíli postrádají. Druhým nejčastějším zdrojem byl označen zdravotnický personál (27,19 %). 18,42 % jsou zdroje získané pomocí informačních brožur či letáků, které získávají respondenti nejčastěji od zdravotnického personálu.

Otázka, nad kterou jsme se pozastavili, se týkala doporučení dalších možností, kde hledat podrobné informace o onemocnění, kdy 72,55 % respondentů nedostalo žádné informace o možnosti, kde hledat ověřené informace, které by se týkaly ulcerosní kolitidy. Tato možnost byla doporučena pouze 27,45 % oslovených respondentů. Další otázka se týkala poučení o dietním opatření, kdy 42 respondentů (41,18 %) uvedlo, že byli ústní formou poučeni o vhodných či nevhodných potravinách ve spojitosti s ulcerosní kolitidou. Dále 26 respondentů uvedlo poučení v oblasti výživy formou ústní a poté na doplnění dostali informační brožury zaměřené na dietní opatření. Taktéž 49,02 % oslovených uvedlo, že doporučený režim dodržují a tedy pouze 12,75 % uvedlo, že režim nedodržují z důvodu omezování sami sebe nebo z důvodu toho, že se u nich doposud neobjevilo stádium zhoršení stavu. 13,73 % respondentů v oblasti výživy poučení nebyli.

Dále nám ze šetření vyšlo, že v 61,76 % oslovených nedostalo nabídku, aby do ambulance mohli přijít v doprovodu blízké osoby. 23,53 % oslovených nabídku pro změnu dostalo, ale nevyužili ji a 14,71 % oslovených nabídku dostalo a zároveň ji využilo. Výhodou této možnosti je, že sám klient může pociťovat určitý pocit jistoty či bezpečí. Dále

blízká osoba slyší přímo od lékaře veškeré informace o nemoci, a tedy tyto osoby jsou lépe připraveny na to, aby klientovi v případě zhoršení stavu pomohly. Další otázka v dotazníkovém šetření se zabývala, zda blízcí znají možnost komplikací, které mohou nastat v průběhu nemoci, kdy 29,41 % uvedlo, že neznají a 20,59 % uvedlo, že znají pouze částečně. I v případě 44,12 % byli blízcí poučeni pouze od klientů s daným onemocněním.

V roce 2015 zpracovala bakalářskou práci s názvem Edukace klienta při ulcerosní kolitidě studentka Iva Večeřová z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty. Ve své práci použila jinou výzkumnou techniku, a to rozhovory. Konkrétně vedla osm rozhovorů s pacienty s diagnostikovanou ulcerosní kolitidou. Výsledky její práce se téměř neliší od výsledků plynoucích z této bakalářské práce. Z rozhovorů vyplynulo, že největší vědomosti mají pacienti v oblasti onemocnění a možných komplikacích. Ovšem stejně jako zde, tak i její výsledky poukázaly na slabší edukovanost v rámci dietních opatření, kdy si mnoho jedinců muselo „vyzkoušet“ jakým potravinám se vyhnout a naopak, které potraviny jsou vhodné (Večeřová, 2015)

ZÁVĚR

V současné době stále dochází k nárůstu nově diagnostikovaných případů s ulcerózní kolitidou. Z tohoto důvodu je zapotřebí zvyšovat uvědomění všeobecných sester nejen na gastroenterologickém oddělení a podporovat je v dalším vzdělávání, aby se zvýšila kvalita edukace klientů.

V této bakalářské práci jsme došli k závěru, že pacienti s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou nejsou dostatečně edukováni. Klienti s daným onemocněním stále postrádají mnoho informací v mnoha oblastech. Jak již bylo zmíněno, ulcerózní kolitida postihuje čím dál mladší populaci. Velký otazník tedy zůstává i v problematice těhotenství ve spojitosti s danou nemocí. Taktéž mnoho respondentů zmínilo, že nejsou příliš edukováni v oblasti výživy a nových poznatků léčby. Pod tím si můžeme představit pokroky v léčbě, široké možnosti léků, biologická léčba a další.

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. § 4 má všeobecná sestra povinnost edukovat pacienty, popřípadě i jiné osoby, jak v ošetrovatelských postupech, tak i pro pacienty připravovat různé informační materiály. Z tohoto důvodu si myslíme, že je velmi důležité, aby se všeobecné sestry více podílely na edukaci klientů, a to nejen s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou, ale i v mnoha dalších oblastech. Dle našeho názoru se za nedostatečnou edukací pacientů skrývá především přetížení sester, které plyne z nedostatku personálu nebo z jejich jiných povinností.

V návaznosti na daný výsledek by nebylo od věci, kdyby se všeobecné sestry především v gastroenterologických ambulancích účastnily různých besed a přednášek na téma idiopatických střevních zánětů, aby získaly větší rozhled o dané problematice. Přispět by to mohlo především k tomu, že by získané informace mohly předávat pacientům, kteří pociťují edukační nedostatky. Dalším doporučením, které by mohlo přispět k lepší edukovanosti pacientů, jsou i různé edukační programy, například skupinové edukace, kdy všeobecná sestra skupinově edukuje o daném onemocnění, popřípadě odpovídá pacientům na položené dotazy, na které neměli dostatek času v ordinaci lékaře, nebo které pacienty napadly po odchodu z odborné ambulance či nemocničního zařízení.

V rámci bakalářské práce jsme si stanovili hned několik cílů, které byly splněny. Věříme, že touto bakalářskou prací jsme poukázali na nedostatky v rámci edukace pacientů s ulcerózní kolitidou a to především i z důvodu, že tato problematika je pro širokou veřej-

nost stále málo probírané téma. Součástí bakalářské práce je i edukační materiál pro pacienty s diagnostikovanou ulcerosní kolitidou, který má sloužit k doplnění chybějících informací, které vyplynuly z dotazníkového šetření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČERVENKOVÁ, Renata, c2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.
- ČEŠKA, Richard a kolektiv, 2010. *Interna*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.
- FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ, 2008. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1491-5.
- HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ, Jana MAREČKOVÁ a kolektiv, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7042-318-8.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KLOUDOVÁ, Miroslava. *Co je třeba vědět o dietě při idiopatických střevních zánětech (ISZ)*. FN Hradec Králové 2. interní klinika – gastroenterologie.
- KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, c2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Vyd. 1 Praha: Forsapi. ISBN 80-903820-0-2.
- KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LATA, Jan, Jan BUREŠ, Tomáš VAŇÁSEK et al., 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
- LUKÁŠ, Karel a kolektiv, 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.
- LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kolektiv, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
- MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila, MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.

MAREK, Josef, Zdeněk KALVACH, Petr SUCHARDA a kolektiv, 2001. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-174-9.

MAŘATKA, Zdeněk, 1999. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-561-2.

NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Vyd. 1., Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ a kolektiv, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. KD Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.

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

REDMAN, Barbara Klug, 2007. *Patient Education: a case study approach*. St. Louis, Mo.: Mosby/ Elsevier. ISBN 978-0-323-03905-5.

SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ, 2000. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-01-3.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

ZADRAŽIL, Josef, Pavel HORÁK, David KARÁSEK a kol., 2015. *Moderní farmakoterapie autoimunitních chorob*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-445-6.

ZÁVODNÁ, Vlasta, 2005. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 2. vydanie. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-193-X.

ZBOŘIL, Vladimír a kolektiv, 2012. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 9788020426567.

Další zdroje:

Contemporary Management of Ulcerative Colitis, ©1994 - 2016. WebMD LLC [online]. New York [cit. 2016-5-9]. Dostupné z: http://www.medscape.org/viewarticle/541494_3

ČESKO, Zákon č. 51/2011 Sb. ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 2016-5-9] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

DÍTĚ, Petr, 2001. *Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění*. Interní medicína pro praxi [online]. roč. 2001, č. 10, str. 451-454 [cit. 2016-5-15]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200110-0004.php>

LUKÁŠ, Milan, a kol., 2005. *Idiopatické střevní záněty a kolorektální karcinom*. Interní medicína pro praxi [online]. roč. 2005, č. 5, str. 250-254 [cit. 2016-5-9]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200505-0007.php>

GABALEC, Libor, 2009. *Ulcerózní kolitida - klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života*. Interní medicína pro praxi [online]. roč. 2009, č. 6, str. 276-281 [cit. 2016-5-9]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200906-0006.php>

Kapslová endoskopie (Endoskopické vyšetření tlustého střeva kapslí), © 2015 – 2016. Institut klinické a experimentální medicíny [online]. Praha [cit. 2016-5-9]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-hepatogastroenterologie/o-nas/jaka-vysetreni-poskytujeme/kapslova-endoskopie-endoskopicke-vysetreni-tenkeho-streva-kapsli/a-1580/>

GLASA, Jozef, 2008. *Biologická léčba a racionálna farmakoterapia*. Klinická farmakologie a farmacie [online]. roč. 2008, č. 2, str. 51-52 [cit. 2016-5-9]. Dostupné z: <http://www.klinikafarmakologie.cz/pdfs/far/2008/02/01.pdf>

Kolektiv autorů, 2010. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Pacienti IBD, z.s. [online] Praha. [cit. 2016-5-9] Dostupné z: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ulcerozni-kolitida/informacni-brozury-o-ibd-u-dospelych-a-detskych-pacientu/>

Ošetřovatelství – Výuka – Edukace, ©2010-2012. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [online]. Hradec Králové [cit. 2016-5-9]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>

Ošetřovatelství – Výuka – Edukace, ©2010-2012. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [online]. Hradec Králové [cit. 2016-5-9]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=6>

Partial Mayo Scoring Index, ©2014. IBD Clinic [online]. Edmonton [cit. 2016-5-9]. Dostupné z: <http://www.ibdclinic.ca/resources/partial-mayo-scoring-index/>

VEČEŘOVÁ, Iva, 2015, *Edukace klienta při ulcerózní kolitidě* [online]. České Budějovice [cit. 2016-05-15]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/nys7rj/BP_Iva_Ve_e_ov.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ATB	Antibiotikum
IDB	Idiopatický střevní zánět
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
UC	Ulcerosní kolitida
CT	Počítačová tomografie
MR	Magnetická rezonance
IDB	Idiopatický střevní zánět
RTG	Rentgenové vyšetření
SAI	Severity Activity Index
CAI	Colitis Activity Index podle Rachmilewitze

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Pohlaví respondentů.....	38
Tabulka č. 2	Nejvyšší dosažené vzdělání	39
Tabulka č. 3	Věk respondentů při propuknutí onemocnění.....	41
Tabulka č. 4	Kdo seznamuje s diagnózou	43
Tabulka č. 5	Nejčastěji edukuje.....	44
Tabulka č. 6	Rozdíl v podaných informacích.....	45
Tabulka č. 7	Doba předávání informací	46
Tabulka č. 8	Dostatek času na edukaci.....	48
Tabulka č. 9	Srozumitelnost informací.....	49
Tabulka č. 10	Místa, kde byla provedena edukace	50
Tabulka č. 11	Použití názorných pomůcek při edukaci.....	51
Tabulka č. 12	Zdroj informací o onemocnění	52
Tabulka č. 13	Informace o ulcerosní kolitidě	54
Tabulka č. 14	Oblasti nedostatku informací	55
Tabulka č. 15	Upřednostňovaná forma předávání informací	56
Tabulka č. 16	Doporučení čerpání dalších informací.....	57
Tabulka č. 17	Edukovanost blízkých.....	58
Tabulka č. 18	Sdělování nových poznatků a možností léčby zdravotníky.....	59
Tabulka č. 19	Podrobování se pravidelným lékařským prohlídkám	60
Tabulka č. 20	Forma poučení o dietních opatřeních.....	61
Tabulka č. 21	Dodržování dietních opatření.....	62
Tabulka č. 22	Rozdílná dieta ve fázi klidu a zhoršení nemoci	63
Tabulka č. 23	Pravidelné užívání předepsané medikace	64
Tabulka č. 24	Postup při zhoršení zdravotního stavu	65
Tabulka č. 25	Stravování v období zhoršení nemoci.....	67
Tabulka č. 26	Informovanost o národních sdruženích pro IBD	69
Tabulka č. 27	Nabídka návštěvy ambulance s příbuzným	70
Tabulka č. 28	Znalosti blízkých týkající se komplikací ulcerosní kolitidy	71
Tabulka č. 29	Znalost komplikací ulcerosní kolitidy	72


SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Pohlaví respondentů	38
Graf č. 2	Nejvyšší dosažené vzdělání	39
Graf č. 3	Věk respondentů při propuknutí onemocnění	42
Graf č. 4	Kdo seznamuje s diagnózou	43
Graf č. 5	Nejčastěji edukuje.....	44
Graf č. 6	Rozdíl v podaných informacích.....	45
Graf č. 7	Doba předávání informací	46
Graf č. 8	Dostatek času na edukaci.....	48
Graf č. 9	Srozumitelnost informací	49
Graf č. 10	Místa, kde byla provedena edukace.....	50
Graf č. 11	Použití názorných pomůcek při edukaci.....	51
Graf č. 12	Zdroj informací o onemocnění	52
Graf č. 13	Informace o ulcerosní kolitidě.....	54
Graf č. 14	Oblasti nedostatku informací.....	55
Graf č. 15	Upřednostňovaná forma předávání informací	56
Graf č. 16	Doporučení čerpání dalších informací.....	57
Graf č. 17	Edukovanost blízkých	58
Graf č. 18	Sdělování nových poznatků a možností léčby zdravotníky	59
Graf č. 19	Podrobování se pravidelným lékařským prohlídkám	60
Graf č. 20	Forma poučení o dietních opatřeních	61
Graf č. 21	Dodržování dietních opatření	62
Graf č. 22	Rozdílná dieta ve fázi klidu a zhoršení nemoci.....	63
Graf č. 23	Pravidelné užívání předepsané medikace	64
Graf č. 24	Postup při zhoršení zdravotního stavu.....	65
Graf č. 25	Stravování v období zhoršení nemoci	67
Graf č. 26	Informovanost o národních sdruženích pro IBD	69
Graf č. 27	Nabídka návštěvy ambulance s příbuzným	70
Graf č. 28	Znalosti blízkých týkající se komplikací ulcerosní kolitidy.....	71
Graf č. 29	Znalost komplikací ulcerosní kolitidy	72

SEZNAM PŘÍLOH



- Příloha P 1: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Fakultní nemocnice Olomouc
- Příloha P 2: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Kroměřížská nemocnice, a.s.
- Příloha P 3: Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Krajská nemocnice T. Bati, a.s.
- Příloha P 4: Mayo scoring Index
- Příloha P 5: Clinical activity index
- Příloha P 6: Vhodná a nevhodná jídla u pacientů s ulcerózní kolitidou
- Příloha P 7: Dotazníkové šetření

PŘÍLOHA P 1: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

 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).

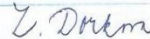
Jméno a příjmení studenta	Nikola Gajdušková	
Téma bakalářské práce	Edukovanost pacientů s onemocněním colitis ulceróza	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou, minimální věk 18 let.	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Fakultní nemocnice Olomouc II. interní klinika - gastroenterologie a hepatologie	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	Mgr. Petra Stejskalová II. interní klinika - gastroenterologie a hepatologie
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Mgr. Petra Stejskalová 08891
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

27-11-2015

Ve Zlíně dne

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd




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

Bc. Andrea Drobiličová
Pověřená vedením Sboru nelékařské péče
Fakultní nemocnice Olomouc*

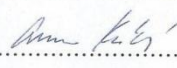
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P 2: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – KROMĚŘÍŽSKÁ NEMOCNICE, a.s.

 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 forma studia).

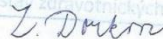
Jméno a příjmení studenta	Nikola Gajdušková	
Téma bakalářské práce	Edukovanost pacientů s onemocněním colitis ulceróza	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou, minimální věk 18 let.	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Kroměřížská nemocnice a.s. - Gastroenterologická ambulance	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím

Mgr. s. Mgr. Horák Emil

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

27 -11- 2015
Ve Zlíně dne

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



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


Christovská Marie

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

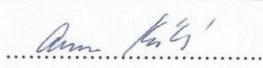

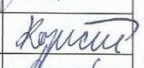
Kroměřížská nemocnice a.s.
Kroměřížská nemocnice a.s.
Kroměřížská nemocnice a.s.

PŘÍLOHA P 3: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, a.s.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

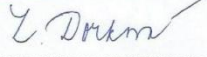
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

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	Nikola Gajdušková		
Téma bakalářské práce	Edukovanosť pacientů s onemocněním colitis ulceróza		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.		
	 podpis		
Skupina respondentů	Pacienti s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou, minimální věk 18 let.		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
KNTB, a.s. - Centrum biologické léčby nespecifických střevních zánětů a gastroenterologické ambulance	Souhlasím	Nesouhlasím	
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Ing. Marcela Drábková
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

27 -11- 2015
Ve Zlíně dne



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



 Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
 Savičského nábřeží 600
 762 75 Zlín (9)
 razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P 4: MAYO SCORING INDEX



Partial Mayo Scoring Index Assessment for Ulcerative Colitis Activity

Date: _____
Patient Name: _____
Date of Birth: _____
PHN/ULI: _____

Patient, please enter number of daily bowel motions you would have when in remission or before your diagnosis or symptoms of ulcerative colitis began. This number will be **Your Normal**:

Patients, please complete Questions number 1 and 2.

1. Stool Frequency (based on the past 3 days)

- Normal number of stools = 0
 1-2 stools more than normal = 1
 3-4 stools more than normal = 2
 5 or more stools more than normal = 3

2. Rectal Bleeding (based on the past 3 days)

- No blood seen = 0
 Streaks of blood with stool less than half the time = 1
 Obvious blood with stool most of the time = 2
 Blood alone passed = 3

Physician, please complete Questions number 3.

3. Physician's Global Assessment (to be completed by Physician)

- Normal (sub scores are mostly 0) = 0
 Mild disease (sub scores are mostly 1) = 1
 Moderate disease (sub scores are mostly 1 to 2) = 2
 Severe disease (sub scores are mostly 2 to 3) = 3

The physician's Global Assessment acknowledges the Sub scores, the daily record of abdominal discomfort and functional assessment and other observations such as physical findings, and the patient's performance status

Total Partial Mayo Index Score [sum of all above items]

Remission = 0-1
Mild Disease = 2-4
Moderate Disease = 5-6
Severe Disease = 7-9
Version June 2009

(Partial mayo scoring index, ©2014)

PŘÍLOHA P 5: CLINICAL ACTIVITY INDEX

Items	Scores				
	0	1	2	3	4
Number of stools/wk	< 18	18 - 35	36 - 60	> 60	-
Blood in stools/wk	None	-	Little	-	A lot
Investigator's global assessment of symptomatic state	Good	Average	Poor	Very poor	-
Abdominal pain/cramps	None	Mild	Moderate	Severe	-
Temperature due to colitis (°C)	37 - 38	-	-	> 38	-
Extra-intestinal manifestations (each rated 3 points)	-	-	-	Iritis, Erythema nodosum, Arthritis	-
Laboratory findings	-	ESR > 50 in 1 st hr	ESR > 100 in 1 st hr	-	Hemoglobin < 100 g/L
Total score = sum of the item scores					

(Contemporary Management of Ulcerative Colitis, ©1994 – 2016)

PŘÍLOHA P 6: VHODNÁ A NEVHODNÁ JÍDLA U PACIENTŮ S ULCEROSNÍ KOLITIDOU

Druh	Potraviny	
	Doporučené	Nedoporučené
Maso	Krůtí, kuřecí, králičí, telecí, libové hovězí, vepřové, libová šunka, šunkový salám	Tučná masa, zvěřina, uzeniny, slanina, škvarky, jitrnice a podobně
Mléčné výrobky	Kysané mléčné výrobky (jogurt, acidofilní mléko, kefír)	Plísňové sýry, mléko, tučné sýry
Pečivo	Pečivo starší jednoho dne; např. bílý toustový chleba, veka, piškotky, vánočka, mazanec	Kynuté těsto, celozrné výrobky, čerstvé pečivo
Přílohy	Brambory, rýže, těstoviny	Knedlíky z kynutého těsta, opékané brambory, hranolky, krokety a jiné fritované přílohy
Nápoje	Ovocné čaje, čistá voda	Káva, černý čaj, koncentrované ovocné džusy, syčené minerální vody
Ovoce a zelenina	Mrkev, celer, špenát, dýně, hlávkový salát, banány, jablka, meruňky, mandarinky, pomeranče, broskve (lepší je tyto produkty oloupat, případně tepelně zpracovat)	Ovoce a zelenina, která je syrová, neoloupaná nebo obsahuje zrníčka
Koření a dochucovadla	Pažitka, petrželka, vanilkový cukr	Paprika, chilli, ostrý kečup, hořčice a další dráždivé koření

(Vhodné potraviny z webu <http://www.strevni-zanety.cz/> podle Kloudové)

PŘÍLOHA P 7: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Vážený pane / vážená paní,

jmenuji se Nikola Gajdušková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „Edukovanost pacientů s onemocněním "colitis ulcerosa". Edukace je proces osvojování nových poznatků a jejich propojování s již známými informacemi. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a uvedené údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Pokud není uvedeno jinak, označte křížkem jen jednu odpověď, a to tu, která odpovídá Vašemu názoru, nebo doplňte slovní odpověď.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

1) Pohlaví:

muž

žena

2) Nejvyšší dosažené vzdělání:

Základní

Úplné střední odborné s výučním listem

Úplné střední odborné s maturitou

Úplné střední

Vyšší odborné

Vysokoškolské

3) Kolik je Vám let? (doplňte prosím)

.....

4) Kdy Vám diagnostikovali ulcerózní kolitidu? (doplňte prosím rok a měsíc)

.....

5) Kdo Vás seznámil s diagnózou?

Praktický lékař

Specialista – gastroenterolog

Všeobecná sestra

Jiné, (doplňte)

.....

6) Kdo ze zdravotnických pracovníků Vás edukoval? (můžete vybrat více odpovědí)

Lékař

Všeobecná sestra

Jiné, (doplňte)

7) Stalo se někdy, že Vám byly podány rozdílné informace? (Pokud ano, popište situaci)

.....

8) Jak dlouho předávání informací přibližně trvalo? (případně opakovalo se?); (doplňte)

.....

9) Byl pro Vás tento čas dostatečný?

Určitě ano

Spíše ne

Spíše ano

Určitě ne

Nedokážu posoudit

10) Porozuměl/a jste poskytnutým informacím?

Ano, byly srozumitelné

Částečně jsem jim porozuměl/a

Ne, byly příliš odborné

11) Kde Vám personál informace předával?

Na chodbě

V čekárně

V pracovně lékaře

Jiné, (doplňte).....

Nemocniční pokoj

.....

12) Používal zdravotnický personál při edukaci názorné pomůcky, které Vám pomohly pochopit předkládaný problém?

- Určitě ano Spíše ano
 Spíše ne Určitě ne
 Nevzpomínám si

13) Z jakých zdrojů jste získal/a potřebné informace o nemoci, případě o režimových opatřeních? (můžete vybrat více odpovědí)

- Odborné časopisy, knihy Brožury, letáky
 Zdravotnický personál Internet
 Televize, rozhlas, rádio Známý
 Jiné, (doplňte)

14) V jaké oblasti pociťujete nedostatek informací? (můžete vybrat více odpovědí); (pokud nepostrádáte, nevyplňujte)

- Strava Pohyb, sport, pracovní zařazení
 Nejnovější poznatky v léčbě onemocnění Jiné, (doplňte).....

15) Jakou formu předávání informací byste upřednostnil/a?

- Spíše ústní Spíše formou brožur
 Jak ústní tak písemná forma

16) Byly Vám doporučeny další možnosti, kde hledat podrobné informace o Vašem onemocnění?

- Ne Ano, získal jsem je z/od

17) Jsou Vaši blízcí informováni/poučeni o tom, jak se zachovat ve fázi zhoršení Vaší nemoci (jak Vám mohou pomoci)?

- Ne Ano, informoval/a jsem je já
 Nevím Ano, informoval je (doplňte kdo)....

18) Informují Vás zdravotníci pravidelně o nových poznatcích a nejnovějších možnostech léčby Vaší nemoci?

- Určitě ano Spíše ano
 Spíše ne Určitě ne

19) Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky?

- Ano, tak jak jsou předem plánované Pouze při zhoršení stavu
 Ne, protože (doplňte)

20) Byl/a jste poučen/a o dietním opatření u Vašeho onemocnění?

- Ano, ústní formou Ano, dostala jsem tištěnou brožuru, leták
 Ano, ústní i písemnou formou Ne, nikdo mě nepoučil

21) Dodržujete dietní opatření podle doporučení lékaře?

- Určitě ano Spíše ano
 Spíše ne, (proč) Určitě ne, (proč)

22) Liší se u Vás dieta ve fázi klidu a ve fázi zhoršení nemoci? (v případě odpovědi ano, dopište jak)

- Ne Ano, liší se v (doplňte)
.....

23) Užíváte pravidelně předepsané léky?

- Určitě ano Spíše ano (vynechám maximálně den)
 Spíše ne (vynechám 2-3 dny) Určitě ne

24) Jak byste se zachoval/a u případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu? (můžete vybrat více odpovědí)

- Nic, čekal/a bych, že se stavlepší Zvýšil/a bych si dávku
 Vysadím léky Navštívím lékaře
 Upravím dietu Nevím
 Jiné, (doplňte)

