

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Martina Skalíková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Specifika práce sestry v péči o pacienty s Crohnovou chorobou
v gastroenterologické ambulanci

2022

Martina Skalíková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Martina Skalíková**
Osobní číslo: **Z18439**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Specifika práce sestry v péči o pacienty s Crohnovou chorobou v gastroenterologické ambulanci**
Téma práce anglicky: **Specifics of work of nurses that care about patients with Crohn disease in gastroenterological consulting room**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešení problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

Seznam doporučené literatury:

ČEŠKA, Richard a kol. *Interna. 2.*, aktualizované vydání [brožované ve 3 svazcích]. V Praze: Stanislav Juhaňák – Triton, 2015. 870 s. ISBN 978-80-7387-885-6.
KOHOUT, Pavel a kol. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2016. Informační servis pro lékaře. 143 s. ISBN 978-80-87250-32-7.
LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing, 2018. 736 s. ISBN 978-80-271-0353-9.
LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada Publishing, 2020. 248 s. ISBN 978-80-271-1208-1.
SOUČEK, Miroslav a kol. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2011. 1788 s. ISBN 978-80-210-5418-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

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

L.S.

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

V Pardubicích dne 14. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Specifika práce sestry v péči o pacienta s Crohnovou chorobou v gastroenterologické ambulanci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24.6. 2022

Martina Skalíková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Haně Ochtinské, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří všem všeobecným sestřám z gastroenterologických ambulancí za ochotu a vstřícnost mi poskytnout rozhovory.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřena na „Specifika práce sestry v péči o pacienty s Crohnovou chorobou v gastroenterologické ambulanci“. V teoretické části je popsána anatomie a fyziologie trávicího traktu, vysvětlen pojem idiopatické střevní záněty, Crohnova choroba, vyšetřovací metody a léčba onemocnění. V závěru teoretické části je popsáno, co obnáší práce sestry v gastroenterologické ambulanci a náležitosti zdravotnické ambulance. Průzkumná část je provedena kvalitativním průzkumem, který je zpracován pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami v gastroenterologických ambulancích s péčí o pacienty s Crohnovou chorobou.

KLÍČOVÁ SLOVA

Crohnova choroba, gastroenterologická ambulance, idiopatické střevní záněty, zdravotnická dokumentace

TITLE

Specifics of work of nurses that care about patients with Crohn disease in gastroenterological consulting room.

ANNOTATION

My bachelor thesis is focused on the Specifics of work of nurses that care about patients with Crohn disease in gastroenterological consulting room. The theoretical part is focused on anatomy and physiology of gastrointestinal system and there is explained the term idiopathic bowel disease, diagnostics, therapy as well. At the end of the theoretical part there is medical documentation and its requirements. The research part is focused on quantitative survey, which is done by the semistructured interview with nurses in gastroenterological consulting room.

KEYWORDS

Crohn disease, gastroenterological consulting room, idiopathic bowel disease, medical documentation

OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce	12
Cíle teoretické části.....	12
Cíle průzkumné části	12
I Teoretická část.....	13
1 Anatomie a fyziologie trávicího traktu	13
2 Crohnova nemoc	15
2.1 Etiopatogeneze	15
2.2 Klinický obraz.....	16
2.3 Komplikace	17
2.4 Diagnostika	18
2.4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření.....	18
2.4.2 Laboratorní vyšetření.....	19
2.4.3 Endoskopické a zobrazovací metody.....	19
3 Terapie Crohnovy choroby	22
3.1 Enterální výživa a dietoterapie.....	22
3.1.1 Dieta CDED	23
3.2 Farmakoterapie.....	24
3.3 Biologická terapie	24
3.4 Chirurgická terapie.....	25
4 Ošetrovatelská péče v gastroenterologické ambulanci	27
II průzkumná část.....	31
5 Kvalitativní průzkum	32
5.1 Metodika průzkumu a sběru dat.....	32
5.2 Výzkumný vzorek	33
6 Prezentace výsledků.....	35

6.1	Identifikační údaje respondentů	35
6.2	Specifika práce sestry v gastroenterologické ambulanci	37
6.3	Dodržování pravidelných kontrol	42
6.4	Způsob edukace, témata edukace pacientů, dietní opatření	44
6.5	Začlenění pacientů s Crohnovou chorobou do společnosti.....	49
6.6	Terapie Crohnovy nemoci.....	54
7	Diskuze	59
8	Závěr	65
9	Použitá literatura	68
10	Seznam příloh	71

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 Identifikační údaje respondentů.....	35
Tabulka č. 2 Specifika práce sestry v gastroenterologické ambulanci.....	37
Tabulka č. 3 Dodržování pravidelných kontrol.....	40
Tabulka č. 4 Metody edukace pacientů, dietní opatření.....	42
Tabulka č. 5. Začlenění pacientů s Crohnovou chorobou do společnosti.....	47
Tabulka č. 6 Terapie Crohnovy nemoci.....	52
Graf č. 1 Dosažené vzdělání respondentů.....	36

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CD	Crohnova choroba (Crohn's disease)
CDED	(Crohn's disease exclusion diet) eliminační dieta
CRP	C-reaktivní protein
EEV	Exkluzivní enterální výživa
GIT	Gastrointestinální systém/gastrointestinální trakt
IBD	(Inflammatory Bowel Diseases) nespecifické střevní záněty
IFX	Infliximab
MTX	Metotrexát
USG	Ultrasonografie
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	(World Health Organisation) Světová zdravotnická organizace
ZPZL	Zákon o péči o zdraví lidu

ÚVOD

Crohnovu chorobu řadíme mezi idiopatické střevní záněty (IBD Inflammatory Bowel Diseases) a jedná se o tzv. autoimunitní onemocnění, které postihuje osoby různého věku, nejčastěji však mezi dvacátým až čtyřicátým rokem života. Epidemiologické studie dle Lukáše, 2020, ukázaly, že největší výskyt IBD je ve vysoce ekonomicky rozvinutých zemích, tedy v západní a severní Evropě, Severní Americe a Oceánii. Z hlediska statistických ukazatelů ÚZIS Ministerstva zdravotnictví ČR činila v roce 2018 prevalence pacientů s Crohnovou nemocí na území ČR 27 977 pacientů. Celková prevalence pacientů s IBD čítala 56 407 osob. Dle srovnání počtu nemocných v letech 2010-2018 se ukázalo, že prevalence roste každý rok o 8-9 %. V dnešní době incidence IBD stoupá a vzhledem k efektivitě terapie a výraznému posunu zdravotnictví mortalita klesá (Lukáš, 2020, s. 6).

Je důležité edukovat veřejnost ohledně onemocnění idiopatických střevních nemocí, především Crohnovou chorobou, kterou se zabývá tato bakalářská práce. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění nespécifické příčiny, které je léčitelné, ale doživotní. Nedílnou součástí této choroby je dodržování dietních opatření a zároveň zamezení komplikací, či zhoršování nemoci. Následující kapitoly jsou zaměřeny na úskalí tohoto onemocnění a co mohou pacienti očekávat, že se bude dít při diagnostice Crohnovy nemoci a následné terapii. Nesmírně důležitý je pravidelný lékařský i sesterský dohled v gastroenterologických ambulancích. Četnost návštěv se liší dle závažnosti klinického stavu pacienta.

Tato bakalářská práce je zaměřena na „Specifika práce sestry v péči o pacienty s Crohnovou chorobou v gastroenterologické ambulanci“. Práce je zaměřena na každodenní práci sester a péči o pacienty s tímto onemocněním. Dále je také věnována pozornost postupu při nově diagnostikovaném onemocnění. Nedílnou součástí jsou vyšetření, která se provádí v souvislosti s danou nemocí. Cílem mé práce je popsat pracovní náplň sester a její specifika v gastroenterologické ambulanci.

V současné době není k dispozici literatura, která by se zabývala prací nebo pracovní náplní sestry v gastroenterologické ambulanci. Z tohoto důvodu je bakalářská práce zaměřena na postoj, přístup a hlavně na zkušenosti sester pracujících v těchto specializovaných ambulancích.

CÍLE PRÁCE

Cíle samotné bakalářské práce byly rozděleny na cíle teoretické části a cíle průzkumné části.

Cíle teoretické části

Cílem teoretické části je popsat Crohnovu chorobu, její průběh, příčiny, příznaky, diagnostiku, léčbu, chirurgickou intervenci a definovat pojem gastroenterologická ambulance a zdravotnická dokumentace v ambulantní péči.

Cíle průzkumné části

1. Zjistit, jaká jsou specifika práce sester o nemocné s Crohnovou chorobou v gastroenterologických ambulancích.
2. Zjistit, zda pacienti chodí na pravidelné kontroly ke svému specialistovi nezávisle na potížích a jaké jsou nejčastější důvody jejich návštěvy.
3. Zjistit, jakou metodou všeobecné sestry edukují pacienty a jaké informace dostávají pacienti od sester ohledně edukace Crohnovy nemoci.
4. Zjistit prostřednictvím sester, jak se pacienti vyrovnávají s Crohnovou chorobou.
5. Zjistit, jaké se využívají nejčastější léčebné modalitty u pacientů postižených Crohnovou nemocí.

I TEORETICKÁ ČÁST

Na začátku teoretické části je popsána anatomie zažívacího traktu spolu s fyziologií. Poté je vysvětlen pojem, co jsou idiopatické střevní záněty a jak je dělíme. Následně je podrobněji popsána Crohnova choroba, která je hlavním předmětem této práce. Dále je popsán klinický obraz nemoci, příznaky, komplikace, diagnostika a léčba tohoto onemocnění, případně možná chirurgická intervence. V závěru této části je rozebrána ošetrovatelská dokumentace a specifika práce sestry v gastroenterologické ambulanci.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO TRAKTU

Činnost trávicí soustavy (*Systema digestorium*) je nezbytná pro přísun a vstřebávání živin do organismu. Jakmile dojde k poškození jakékoli části GIT (gastrointestinální systém), dojde k narušení celé trávicí soustavy. Crohnova choroba může zasáhnout kteroukoli část trávicí trubice (Hudák, 2017, s. 171).

Stěna trávicího traktu má hlavní úlohu ve zpracování a prostupu většiny látek do vnitřního prostředí organismu. Gastrointestinální systém (GIT) se podílí na vstřebávání potravy jak cestou fyzikální (mechanickou), tak i cestou chemickou. Mezi hlavní úkoly trávicího traktu patří trávení a vstřebávání potravy. Činnost GIT je řízena nervově, přímým mechanickým a chemickým působením obsahu na stěnu trávicího traktu (Rokyta, 2015, s. 221-222).

Obecná stavba trávicího traktu se skládá ze sliznice (*Tunica mucosa*), která může být hladká nebo je tvořena klky, řasami nebo papilami. Další vrstvou je podslizniční vazivo (*Tela submucosa*), které obsahuje cévy, lymfatickou tkáň a nervovou pletěň a podslizniční žlázy. Svalová vrstva (*Tunica muscularis*) obsahuje kosterní a hladkou svalovinu. Kosterní svalovina se nachází v dutině ústní, hltanu, 1/3 jícnu a aborální část konečníku a je ovládána vůlí. Ve zbylých částech trávicího systému se nachází hladká svalovina, kterou neovládáme vůlí. Poslední je povrchová vnější vrstva (*Tunica externa*), lišící se podle toho, ve které části je uložena (Hudák, 2017, s.171).

Trávicí trakt začíná dutinou ústní (*cavitas oris*), kde je strava rozžvýkána a promísená se slinami. Sliny na potravě vytvářejí kluzký film, který obsahuje enzymy a obranné látky. Hltan (*pharynx*) je svalový orgán v lebeční spodině. Je to společný orgán pro trávicí i dýchací trakt a plní funkci polykací, dýchací a podílí se i na mluvení. Jícen (*oesophagus*) je orgán dlouhý přibližně 25 cm. Horní 1/3 jícnu je příčně pruhovaná, ovládaná vůlí. Spodní 1/3 je tvořena hladkou svalovinou, kterou neovládáme vůlí a prostřední 1/3 jícnu je smíšená. Spojuje hltan a

žaludek a transportuje sousto do žaludku pomocí peristaltických vln. Dolní jícnový svěrač brání zpětnému návratu žaludečních šťáv. V žaludku (gaster, ventrikulus) dochází k natrávení potravy a vytváří se natrávenina (chymus). Natrávenina prostupuje do tenkého střeva (intestinum tenue), kde se štěpí enzymy pankreatu. Pro trávení tuků jsou důležité také soli žlučových kyselin. Všechny produkty trávení spolu s vodou, minerálními látkami a vitamíny jsou vstřebávány v tenkém střevě. Částmi tenkého střeva je duodenum, jejunum a ileum, což je dvanáctník, lačník a kyčelník. Tenké střevo přechází z ilea do tlustého střeva (intestinum crassum). Prvotní část tlustého střeva tvoří caecum, tzv. slepé střevo. Je uloženo v pravé jámě kyčelní a je dlouhé přibližně 7 cm. Červovitý přívěsek (apendix vermiformis) odstupuje ze slepého střeva. Tlusté střevo přestupuje ve vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum) a sestupný tračník (colon descendens). Navazuje esovitá klička (colon sigmoideum), která je dvojitě zahnutá a přechází v konečník (rektum), který je uložen v malé pánvi a vyústí uje řitním otvorem (anus) (Hudák, 2017, s.181-195).

2 CROHNOVA NEMOC

Idiopatické střevní nemoci, označované jako IBD (Inflammatory Bowel Diseases), jsou nemoci zažívacího traktu, mezi které zařazujeme Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu. Tyto záněty se vyznačují především nejasnou etiologií. Pacienti s IBD mají odlišné zastoupení množství bakterií ve střevech. U těchto pacientů je nižší výskyt bifidobakterií, ruminokoků, klostridií, laktobacilů. Četnější výskyt je u proteobacterií, fusobacterií, enterobacteriaceae a některých kmenů *Escherichia coli*. U pacientů s IBD je zvýšená přítomnost potenciálně patogenních mikroorganismů ve střevě. Tyto bakterie dokáží přežít ve změněném zánětlivém prostředí střevní sliznice a tím poškozují genetickou nedostatečnost imunitního systému u těchto pacientů. Pro některé fenotypy idiopatických střevních zánětů jsou specifické změny na sliznici střeva (např. zvýšený výskyt AEIC – adherent – invasive *E. coli*, která se vyskytuje u pacientů s Crohnovou chorobou s ileální formou. Dále je pozorován nižší výskyt SCFA (mastných kyselin s krátkým řetězcem) a zvýšená tvorba toxinů. U pacientů s idiopatickými střevními záněty se syntetizuje méně aminokyselin (AMK) a lépe dokáží zvládat oxidativní stres. Z důvodu sníženého množství AMK musí stavební kameny buňky získat jinde, tedy z okolních tkání, které jsou poškozovány. Takto vzniká zánět, který je doprovázen oxidačním stresem (Lukáš, 2018, s. 50).

Crohnova choroba (Crohn's Disease) CD je autoimunitní zánětlivé onemocnění, které může vzniknout ve kterékoli části trávicího traktu – v jícnu, žaludku, duodenu i jejunu. Toto onemocnění se vyskytuje převážně na konci tenkého střeva a při přechodu tenkého a tlustého střeva, tedy v ileocekální oblasti. Dále patří mezi častá místa výskytu kolická a anorektální oblast. Podkladem Crohnovy choroby je vznik zánětu, který se utvořil na celé střevní stěně. Onemocnění se projevuje v určitých vlnách klidu a znovu objevení příznaků. Jedná se o onemocnění, které je léčitelné, ale nevyлéčitelné. Pacient má doživotně recidivy (znovu vzplanutí nemoci nebo příznaků) a remise (následné vymizení příznaků). Mezi typický projev patří aftózní vřed s bílým středem a zarudlým okolím. Zarudlou sliznici rozdělují hluboké fisury a má tzv. vzhled dlažebních kostek. Onemocnění se vyznačuje segmentárním charakterem, jelikož se v průběhu GIT střídají postižené úseky s nepostiženými (Lukáš, 2018, s. 319, Wawita, 2020).

2.1 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze Crohnovy choroby je komplexní a hraje zde roli celá řada faktorů, například: genetika, životní styl, nadměrný stres, dysmikrobie. Příčiny vzniku tohoto onemocnění nejsou

známé, tudíž se označují jako idiopatické. Jedná se o civilizační onemocnění. Toto onemocnění vykazuje jisté známky dědičnosti. Riziko genetické predispozice pro Crohnovu chorobu mezi příbuznými prvního stupně je až desetkrát vyšší než v celkové populaci. Udává se, že kojení má projektivní účinek proti vzniku CD. Zvýšené riziko pro vznik tohoto onemocnění je také u žen, které užívají perorální kontraceptiva, užívání nesteroidních antiflogistik, zvýšený příjem rafinovaného cukru v potravě a také nedostatek vlákniny. Aktivní kuřáci mají dvakrát vyšší riziko vzniku Crohnovy nemoci oproti bývalým kuřákům. Crohnovu nemoc zhoršuje aktivní kouření, které komplikuje léčbu a zvyšuje potřebu chirurgických zákroků (Lukáš, 2018, s. 324).

2.2 Klinický obraz

Crohnova choroba se klinicky projevuje různorodě a vyskytuje se v různých formách. Klinický obraz pacienta s Crohnovou chorobou se odvíjí od dominance postižení GIT. Typické příznaky choroby jsou průjmy, bolesti břicha, subfebrilie. Přítomnost a intenzita průjmů souvisí s lokalizací nemoci. Při levostranné crohnovské kolitidě jsou četné defekace s řídkou konzistencí s příměsí krve a hlenu. U pacientů s anorektální CD jsou časté mimovolné defekace zejména v noci. U těchto pacientů hrozí riziko poruchy kontinence. Bolest může být tlaková nebo kolikovitá v pravém podbřišku a kolem pupku. Má tendenci napodobovat jiná onemocnění, zejména apendicitidu. Prvotnímu nárazu klinické manifestace se říká „první ataka“. Vlivem opakované exacerbace se onemocnění dostává do tzv. relapsu. Postupem času a díky vhodné léčbě se choroba dostává do stadia remise, což znamená klidová fáze, kdy příznaky pominou, ale přetrvává aktivita, která je prokazatelná laboratorně, histologicky, rentgenologicky a endoskopicky. Opětovné vzplanutí příznaků v jiné lokalizaci než předchozí označujeme termínem „recidiva“ (Češka, 2015, s. 428, Zbořil, 2018, s. 88).

Příznaky se mírně liší tím, ve které části trávicího traktu je nově vzniklé postižení. Nejčastějším místem je ileocekální chlopeň. Udává se, že v tomto místě bývá nejčastěji choroba poprvé indikována. Projevuje se zvýšenými teplotami, bolestmi břicha, častými průjmy bez přítomnosti krve a hubnutím. Pokud dojde k postižení tenkého střeva (jejunum, ileum), projevuje se celkovým neprospíváním, hubnutím a rozvíjí se dolní dyspeptický syndrom. Ten má za následek nadýmání, říhání, přelévání střevního obsahu a bolestivost břicha za hodinu až dvě po jídle. Anorektální lokalizace bývá velmi vzácná. Z hlediska prognózy bývá velmi nepříznivá a agresivní. Typický je dlouhý vleklý průběh, který provází spousta komplikací. Crohnovu chorobu může doprovázet i řada mimostřevních příznaků. Mohou se objevovat kožní problémy, např.: zduření kůže a podkoží (erythema nodosum), drobný vředovitý defekt (pyoderma gangraenosum). Dále se mohou vyskytovat kloubní obtíže, jako jsou artritidy, artralgie,

sakroileitidy. Sarkoileitida je postižení křížokyčelního kloubu s poruchou periferních nervů. Vyskytuje se nezávisle na střevní aktivitě. Mohou se objevovat i jiné zdravotní problémy, např.: záněty spojivek, rohovek, jaterní, plicní i ledvinové obtíže (Češka, 2015, s. 429).

Existuje několik klasifikací Crohnovy choroby, které na sebe do jisté míry navazují. První De Dombalova klasifikace rozlišovala dva základní typy. Typ perforující a fibrostenozující. Greensteinova klasifikace k nim přidala typ zánětlivý a je rozdělována na typ A, B a typ C z hlediska průběhu nemoci. První typ je charakterizován agresivním průběhem se sklonem k tvorbě píštělí a abscesů. Často je nutná chirurgická intervence. Tento typ je označován typem „A“ tzv. agresivní. Druhý typ „B“ je nazýván jako indolentní. U druhého typu není výskyt častých atak, ale častější je tvorba stenóz. Typ B nevyžaduje příliš častou chirurgickou léčbu. Typ „C“ je zánětlivý a vykazuje známky obou typů dohromady, ale intenzita se střídá a postupně kolísá. Dále existují klasifikace Vídeňská a Montreálská. Tyto klasifikace jsou si velmi podobné. Liší se pouze v detailech (viz. příloha č. 1) (Zbořil, 2018, s. 97).

Aktivita Crohnovy nemoci je rozdělena na stupně aktivity nemoci dle ECCO konsenzu. Mírným stupněm aktivity rozumíme, že pacient je soběstačný, přijímá výživu per os a nejsou žádné známky dehydratace. Pacient nepocítuje bolesti břicha a ztráta tělesné hmotnosti není vyšší jak 10 %. C – reaktivní protein bývá zvýšený. Pokud pacient trpí častým zvracením a úbytek tělesné hmotnosti je výrazný, jedná se o střední stupeň aktivity Crohnovy choroby. U tohoto stupně je pozorována nedostatečná reakce na léčbu a může se vyskytnout bolestivá rezistence v břiše. Silný stupeň aktivity je výrazný u kachektických pacientů s BMI indexem nižším než 18. I navzdory intenzivní léčbě symptomy přetrvávají a bývá vysoké CRP (Lukáš, 2018, s. 331).

V roce 1974 byl vypracováno De Dombalem první hodnocení aktivity Crohnovy nemoci. Nejčastěji používaným indexem k hodnocení aktivity CD je Bestův index (CDAI – Croh'n Disease Activity Index. (viz. příloha č. 2) Jednodušší formou je index Harvey-Bradshawův (Zbořil, 2012, s. 67).

2.3 Komplikace

Komplikací rozumíme stav, kdy dojde ke zhoršení daného onemocnění. Mezi komplikace CD řadíme stenózy, což jsou zúžené části postiženého střeva a perforace. Perforace vzniká z abscesu, který je utvářen ve stěně střeva, nebo výjimečně do volné dutiny břišní se vznikem difúzní peritonitidy. Další komplikací je tvorba píštělí, které vzniknou penetrací transmurálního zánětu střeva mimo jeho stěnu. Píštěle mohou být slepě zakončeny nebo komunikují

s abscesovou dutinou nebo jiným dutým orgánem. Například mohou prorůst do močového měchýře, močovodu, může dojít ke spojení s vaginou nebo povrchem těla. Pokud se vytvoří fibrózní stenóza, dojde ke vzniku obstrukční komplikace v podobě subileózních a ileózních stavů a indikuje se chirurgická léčba (Češka, 2015, s. 429).

2.4 Diagnostika

Z důvodu rozmanitosti CD je její diagnostika složitější. V posledních letech jsou diagnostické metody vyvinuty natolik, že Crohnova choroba je diagnostikována nejpozději do jednoho roku. Mezi diagnostické metody patří klinický obraz, laboratorní a endoskopické vyšetření s histologickým nálezem a výsledky zobrazovacích metod (Češka, 2015, s. 429).

„Diagnostika se stanovuje na základě kombinace hodnocení klinických příznaků, zobrazovacích metod, krevních testů.“ (ECCO EFCCA, 2018)

2.4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Součástí anamnézy je vstupní vyšetření a dále kontroly, které jsou strukturované dle cíle kontrolního vyšetření. Zda se jedná o zhoršení stavu, kontrolu efektivity léčby či průběžné dispenzární vyšetření. Pokud se jedná o vstupní vyšetření, je nutné si vyhradit delší čas na pacienta. Důležité je poučení pacienta ohledně nemoci a možností léčby. Z hlediska anamnézy se ptáme na výskyt celiakie, ulcerózní kolitidy, Crohnovy choroby, autoimunitní a revmatologické choroby v rodině. Dále se pacienta dotazujeme, zda neprodělal závažné infekční onemocnění jako je TBC nebo virová hepatitida. Toto je důležité v případě plánování biologické léčby. Pacienta se ptáme na dietní návyky, zda je kuřák, případně jaké léky užívá. Při edukaci pacienta se snažíme informace omezit na základní údaje o nemoci, příznacích, rizikových faktorech zhoršení nemoci a možných nežádoucích účincích léčby. Lékař se snaží, aby edukace pro pacienta nebyla vyčerpávající, tudíž je dobré, když pacientovi poskytneme letáčky s informacemi týkajícími se daného onemocnění. Pacient má možnost si vše v klidu prostudovat. Vhodné je také pacientovi doporučit internetové zdroje, které se zabývají problematikou Crohnovy choroby a kde se může o nemoci dozvědět více. Na závěr je nutné dát pacientovi prostor na otázky, zda porozuměl výkladu. Pokud pacient dochází na pravidelná kontrolní vyšetření, je nutné zjistit, zda od poslední návštěvy prodělal jakékoliv nemoci či zákroky mimo oblast IBD. Lékař se dotazuje, zda užíval léky jako jsou antibiotika a nesteroidní antirevmatika. Součástí každé další návštěvy je rozšíření informací o dané chorobě a její léčbě. Při fyzikálním vyšetření se hodnotí palpačně citlivost a bolestivost nad postiženým úsekem střeva. Může být hmatná bolestivá rezistence při přestupu zánětu do okolí. Můžeme také

pozorovat peritoneální dráždění při vzniku abscesu nebo perforaci střeva. Z důvodu případného krvácení v trávicím traktu je na pacientovi viditelně bledá kůže, sliznice, spojivky (Zbořil, 2018, s. 153, Češka, 2015, s. 429).

2.4.2 Laboratorní vyšetření

Laboratorní ukazatele jsou využívány v průběhu celé léčby, od diagnostického procesu, přes diferenciální diagnostiku v průběhu celého onemocnění až k hodnocení odpovědi organismu na účinnost léčby. Jedním z nejdůležitějších známek zánětlivého procesu jsou parametry diferenciálních leukocytů a C-reaktivního proteinu (CRP). Jedná se o jeden z nejdůležitějších parametrů v akutní fázi zánětlivých procesů. U Crohnovy choroby je hladina aktivity zánětu vyjádřena výrazněji než u ulcerózní kolitidy. Příčina rozdílu je nejasná, ale hypotézy naznačují rozdílnost typu zánětu (transmurální u CD a slizniční u UC). Dále to mohou být známky sideropenické anémie a při malnutrici hypoalbuminémie. Mezi důležité parametry patří také stanovení hladiny fekálního kalprotektinu, který patří do zánětlivých markerů. Fekální kalprotektin je tedy zánětlivý marker uvolňovaný do stolice. Mezi další fekální markery řadíme např. laktoferrin, PNM elastázu, M2-pyruvát kinázu a další. Fekální kalprotektin je jediným ukazatelem, který se v klinické praxi využívá. Kalprotektin je vhodným markerem pro hodnocení aktivity Crohnovy choroby. Mezi specifické stanovení diagnózy patří serologické vyšetření stanovením protilátek ASCA (anti-saccharomyces-cerevisce – antibody) a ANCA. Pro hodnocení aktivity nemoci jsou k využití indexy. Nejznámější z nich je Bestův index CDAI (Crohn's disease Activity Index) (Češka, 2015, s. 429, Souček, 2011, s. 352, Zbořil, 2018, s. 159).

„Pro sledování úspěšnosti léčby se využívá CRP a markery přítomné ve stolici (př.: fekální kalprotektin nebo laktoferin). Podle těchto markerů se dá předpovídat možný relaps a umožňuje sledovat nemoc v krátkodobém horizontu.“ (ECCO EFCCA, 2018)

2.4.3 Endoskopické a zobrazovací metody

Endoskopická vyšetření patří mezi základní diagnostické metody u nemocných Crohnovou chorobou. V současné době představuje koloskopie tzv. zlatý standard diagnostických metod u idiopatických střevních zánětů (IBD). Velký význam má při diagnostice, určení rozsahu a aktivity nemoci, sledování nemocných po resekcích GIT a také při vyhledávání komplikací IBD. U pacientů s Crohnovou nemocí je důležité pravidelné provádění koloskopií. Mnoho pacientů se tohoto vyšetření však obává. Toto vyšetření spočívá v zavedení koloskopu do tlustého střeva až ke spojení se stěvem tenkým. Pomocí tohoto vyšetření se dostaneme až do

části terminálního ilea. V dnešní době dostávají pacienti léky, které utlumí celý organismus pacienta. Z tohoto důvodu je nutné si zajistit odvoz z ambulance domů. Toto vyšetření se provádí opakovaně u pacientů trpících Crohnovou nemocí. Postupem času ho ale mohou ztížit srůsty ve střevě. Pokud však dojde k těmto nežádoucím srůstům, provádí se kolonoskopie v analgosedaci. Příprava k tomuto vyšetření není moc příjemná. Před vyšetřením je nutné dodržovat tekutou dietu dva dny předem a den před samotným vyšetřením vypít projímavou tekutinu. Nutno je vypít 4 l projímavé látky během 4 hodin. Pokud pacient nezvládne vypít takovéto množství za poměrně krátkou dobu, je mu podáno salinické projímadlo z magneziové či fosfátové soli. Objem tohoto projímadla je přibližně 250 ml. Ovšem je nutno před vyšetřením vypít 1,5 -2 l tekutin. Po tomto vyprázdnění nemusí být střeva vyčištěna dostatečně. Kolonoskopii se vyhnout nelze, jelikož slouží k diagnostice různých střevních onemocnění. V rámci tohoto vyšetření lze odebírat i bioptické vzorky s následným histologickým rozбором (Špičák, 2015, s. 137).

Změny na trávicí trubici jsou lokalizovány segmentárně. Pod endoskopickým vyšetřením jsou viditelné aftoidní vředy nebo vředy umístěné v podélné ose střeva. Z hlediska histologického vyšetření jsou nejčastější fokální zánětlivé změny, což znamená střídání postižených ložisek s normální sliznicí v jedné biopsii. Dalším průkazem IBD mohou být z hlediska histologie hluboké fisurální vředy, které pronikají až k seróze. Vyskytují se epiteloidní granulomy. Mezi další vyšetřovací metody patří MR (MR – enterografie, MR – malé pánve). Diferenciální diagnostika (viz. příloha č. 3) (Češka, 2015, s. 430).

Mezi nejmodernější technologie patří kapslová endoskopie. Nejčastější indikací je krvácení do GIT, kdy není jasné, ze které části trávicího traktu pochází. Mezi další indikace řadíme diagnostiku Crohnovy choroby a sledování průběhu nemoci. Absolutní kontraindikací kapslové enteroskopie jsou stenózy, píštěle tenkého střeva, dysfagie, divertikulóza tenkého střeva. Toto vyšetření probíhá spolknutím kapsle, která má mini fotoaparát a vyhotovuje dva snímky za sekundu. Celý průběh trvá 6 až 8 hodin. Lékař tak získá potřebné informace o zánětlivých změnách na tenkém střevě. Rozdíl mezi kolonoskopií a kapslovou endoskopií je ten, že u kolonoskopie, nelze vyšetřit tenké střevo. Dalším zásadním rozdílem je, že u kapslové endoskopie nelze odebírat bioptické vzorky na střevní sliznici. Nevýhodou je, že se může stát, že pacientovi uvízne kapsle v trávicím traktu. U pacientů s podezřením na CD bez příznaků obstrukce je pravděpodobnost uvíznutí malá. Naopak u pacientů, kterým už byla CD diagnostikována, se riziko retence zvyšuje. Proto se u těchto pacientů provádí vyšetření CT, MR enterografie nebo se použije patentní (rozpadová) kapsle. Pokud dojde k uvíznutí kapsle,

je doporučována konzervativní terapie a následně extrakce pomocí dvoubalónové enteroskopie. Pokud je extrakce neúspěšná, je nutné kapsli odstranit chirurgicky nejpozději do 30-40 dnů (Zbořil, 2018, s. 195).

3 TERAPIE CROHNOVY CHOROBY

Jelikož toto onemocnění má příčinu nejasnou, projevuje se cyklickými fázemi klidu a znovu vzplanutí nemoci, tudíž terapie není snadná. Léčbu rozdělujeme na oblasti výživy, farmakoterapie, biologické léčby a chirurgické léčby (Střevní záněty, 2021).

3.1 Enterální výživa a dietoterapie

V terapii Crohnovy nemoci hraje velkou roli dodržování diety. V dnešní době se upouští od bezezbytkové diety. Dieta spočívá v omezení hrubé vlákniny. Dieta by měla odpovídat racionální dietě a zamezit tak vzniku malnutrice. Každý pacient by si měl sestavit dietu dle toho, jaké potraviny mu vyhovují. Na každý organismus působí potraviny jiným způsobem a každému vyhovuje něco jiného. K sestavení jídelníčku je zapotřebí nutriční terapeut. Mělo by se jednat o lehce stravitelnou potravu. Hlavním zdrojem energie jsou škroby a ty jsou zdrojem plnohodnotných bílkovin. Dále se doporučuje omezit konzumaci čerstvého mléka kvůli špatné toleranci laktózy. Naopak kysané mléčné výrobky jsou doporučovány. Strava by měla být připravována z čerstvých surovin (Lukáš, 2020, s. 155).

U pacientů s Crohnovou nemocí může vzniknout podvýživa. Důležité je zajistit prevenci vzniku malnutrice u pacienta, kterému byla nově tato nemoc diagnostikována. Stav výživy by měl být pravidelně kontrolován. Pokud se tak stane u pacienta, který má jít na chirurgický výkon, měl by se tento výkon odsunout o sedm až čtrnáct dnů a měla by být zahájena intenzivní nutriční péče (Lukáš, 2020, s. 147).

„Pracovní skupina ESPEN definuje malnutrici, jako přítomnost alespoň jedno z následujících kritérií: ztrátou hmotnosti více jak 10-15 % během šesti měsíců, BMI pod 18,5 kg/m², sérový albumin je pod 30 g/l (bez průkazu jaterní či renální dysfunkce).“ (Lukáš, 2020, s. 147)

Energetická potřeba u pacientů s Crohnovou nemocí je stejná jako u zdravého člověka. Měla by být vyvážena fyzickou aktivitou. Denní potřeba bílkovin se zvedá na 1,2-1,5 g/kg tělesné hmotnosti u pacientů, kteří jsou ve fázi relapsu. V remisi se potřeba bílkovin nijak neliší a odpovídá 1 g/kg tělesné hmotnosti. U pacientů s malnutricí trpící Crohnovou chorobou se v praxi využívá enterální výživa. Tato výživa spočívá v podávání farmaceuticky připravovaných roztoků. Tyto roztoky se dělí na polymerní, tím rozumíme výživu na bázi bílkovin, oligomerní na bázi oligopeptidů a elementární na bázi aminokyselin. U podávání této výživy se neprokázal rozdíl v účinku. Nejvíce jsou však užívány přípravky polymerní. V současné době je tato výživa nedílnou součástí terapie Crohnovy nemoci. Exkluzivní enterální výživou (EEV) rozumíme podávání přípravků po dobu šesti až osmi týdnů a musí se

vyločit jakákoliv jiná potrava. Tato výživa je podávána formou sippingu, což znamená pomalé popíjení. Tento druh výživy a zároveň i terapie se využívá jak u dětí, tak u dospělých pacientů. Uvádí se také, že EEV má vyšší účinky než užívání glukokortikoidů. Enterální výživa způsobuje hojení zánětlivých ložisek ve střevech a celém GIT. Tento druh terapie je efektivní i u komplikovaných forem CD (Lukáš, 2020, s. 147-148).

V relapsu Crohnovy choroby je důležité dodržovat dietu s omezením hrubé vlákniny. V této fázi je nutné podpořit hojivé procesy a zabránit tak nedostatku minerálů, živin, vitamínů a stopových prvků. Tato dieta spočívá ve vyloučení nerozpustné vlákniny tzn. čerstvého ovoce a čerstvé zeleniny, luštěnin, výrobků z celozrnných obilovin. Dále vyloučení hůře stravitelných jídel s velkým obsahem tuků, smažených a grilovaných jídel. Není nutno omezovat množství rozpustné vlákniny a doporučují se potraviny s probatickým obsahem bakterií. Preferují se potraviny obsahující škroby, dostatek bílkovin, železa, vápníku. Důležitý je dostatek vitamínů C a B – komplexu. Je vhodné si dostatečné množství jídla rozložit do více porcí za den (5x – 6x/den). Stravu je nutné pořádně pokousat, jíst pomalu. Mezi další zásady patří oddělit tuhou stravu od tekuté. Tekutin by mělo být dostatek, ale měly by být vlažné. Omezit by se měly sycené nápoje. Preferuje se vaření, dušení, přípravu stravy v páře. V akutní fázi by měla být dieta přísnější než v klidové fázi. Pokud se pacientova Crohnova choroba nachází ve stenozující fázi, je nutné dodržovat dietu do té doby, než je stenóza vyřešena chirurgickým zákrokem nebo endoskopickou dilatací. Pokud není dodrženo dietní opatření, může tento stav vyústit až ve střevní neprůchodnost. Dieta v remisi se nijak neliší od dietního režimu v relapsu. Důležitá je fyzická aktivita, dostatečný příjem tekutin 2 – 2,5 l/den. Nedoporučuje se požívání alkoholických nápojů. Vhodné je také snížit přísun laktózy. U pacientů po resekci terminálního ilea je nutné suplementovat vit. B12 (Kohout, 2016, s. 72-74).

3.1.1 Dieta CDED

Dieta CDED je považována za vylučovací nebo tzv. eliminační dietu, odtud název CDED (Crohn's disease exclusion diet). Tato dieta nepovoluje žádný lepek, pečivo, mléčné výrobky, živočišný tuk, potraviny průmyslově zpracovávané, potraviny, které obsahují emulgátory. Jako každá dieta spočívá ve vyloučení některých potravin ze stravy a v konzumaci čerstvé stravy. Dle dřívějších klinických studií bylo prokázáno, že parciální enterální výživa, která byla kombinována s běžnou stravou, byla nevyhovující a nedocházelo k remisi onemocnění. Nová dieta CDED je pod vedením A. Levina založena na úplném vyloučení některých složek potravy a tím se zajistí tzv. stálé vnitřní prostředí (střevní homeostáza). Udržením stálého vnitřního prostředí se zachová funkce střeva a předchází se vzniku zánětlivých změn na sliznici střeva.

Tato dieta je složena ze dvou fází a každá trvá šest týdnů. První fáze je striktnější a to jak ve výběru potravin, tak i v tepelné úpravě potravy. Tato dieta byla publikována už v roce 2014, ale nepodařilo se prokázat efektivitu diety a nedošlo ani ke zlepšení zánětlivých parametrů. Dle Lukáše (2020) nové studie prokázaly, že u pacientů, u kterých nedošlo k odpovědi na anti-TNF léčbu nebo kombinovanou imunosupresivní terapii, se efekt diety potvrdil. Ve většině případů došlo k remisi onemocnění. Podrobnější složení diety CDED (viz. příloha č. 4). V dnešní době je možné využít dietu CDED jako náhradu EEV pro potlačení zánětlivého onemocnění Crohnovy choroby. Důležité je sledování dietním terapeutem (Lukáš, 2020, s. 150).

3.2 Farmakoterapie

Z hlediska farmakoterapie důležitou roli z aminosalicylátů hraje mesalazin (5-aminosalicylová kyselina, 5-ASA). Význam této látky je sporný v udržení remise, což je bezpříznakové období, období vymizení příznaků. Dle lokalizace nemoci se volí vhodný přípravek, který je účinný. Formy mesalazinu se liší mechanismem a místem, kde se látka uvolňuje. Salofalk, Asacol a Pentasa jsou látky, které se mohou podávat perorálně nebo rektálně formou čípků či klyzmatů. Kortikoidy se podávají převážně v relapsu CD. Mají mnoho nežádoucích účinků. Způsobují hyperglykemii, zadržují vodu v těle a může vzniknout až hypertenze. Kortikoidy mohou být podávány intravenózně, perorálně nebo lokálně pomocí čípků či nálevů. Léčba pomocí kortikoidů je využívána při lehké či středně aktivní Crohnově nemoci. U těžkých stavů je nutné využití systémových kortikoidů. Imunosupresiva působí dlouhodobě na průběh CD. Jsou to tzv. thiopuriny, např. Azathioprin, Merkaptopurin, thioguanin a mezi nežádoucí účinky této léčby řadíme gastrointestinální intoleranci a může vzniknout akutní pankreatitida. Nutné je tedy kontrolovat krevní obraz a jaterní testy. Do skupiny imunosupresiv patří metotrexát a je to možná alternativa, pokud pacienti nemohou užívat thiopuriny. Mezi antibiotickou léčbu řadíme metronidazol a ciprofloxacin. Tato terapie je indikována u infekčních či septických komplikací, především u perianální formy Crohnovy choroby (Češka, 2015, s. 430, Zbořil, 2018, s. 39, Lata, 2010, s. 101).

Mezi nejefektivnější terapii CD řadíme biologickou léčbu. Je indikována v případech, pokud nepomůže konvenční léčba, nebo pokud je Crohnova nemoc ve fulminantní fázi a jsou případné komplikace (Dujsíková, 2018).

3.3 Biologická terapie

Biologická léčba cíleně zasahuje do biologických procesů, které probíhají v poškozeném nebo nemocném organismu. V biologické léčbě se uplatňují vysoce účinné látky biologické povahy,

kteřé mohou být shodné s látkami produkovanými v samotném organismu či jim velmi podobné. Řadí se mezi ně funkční agonisté, antagonisté a blokátory (Zbořil, 2018, s. 360).

FDA (Food and Drug Administration - americký Úřad pro kontrolu léčiv a potravin) zařazuje mezi preparáty biologické léčby následující: terapeutická séra, toxiny, antitoxiny, produkty virů, bakterií a kvasinek nebo jiných usmrcených či živých mikroorganismů. V léčbě idiopatických střevních zánětů se uplatňují látky blokující TNF – α a inhibitory adhezivních molekul (Zbořil, 2018, s. 363).

TNF – α (Tumor nekrotizující faktor alfa) je jeden z hlavních prozánětlivých cytokinů. TNF – α je molekula, která se účastní zánětlivé reakce v organismu a nese tam řadu funkcí. U Crohnovy choroby se kumuluje ve sliznicích a v séru. U Crohnovy choroby je TNF – α udržovatel zánětu. Zablokováním TNF – α se daří tlumit chronický zánětlivý proces. Uvádíme několik základních látek blokujících TNF – α : Infliximab, Adalimumab. Infliximab je monoklonální protilátka, která má vysokou afinitu k volnému TNF – α (Zbořil, 2018, s. 364).

Tato léčba je indikována u pacientů, u kterých se neprojevila žádná odpověď na zmíněnou farmakologickou léčbu, nebo u pacientů, u kterých se objevily nežádoucí účinky či projevy intolerance. Cílem biologické léčby je především zlepšení kvality života a odstranění obtíží způsobených zvýšenou aktivitou zánětu střev a také snížení rizika chirurgického zákroku vedoucího k možné následné hospitalizaci (Čoupková, 2012, s. 77, Pavelka, 2014, s. 255).

3.4 Chirurgická terapie

Pokud se vyskytnou u Crohnovy choroby komplikace, které nelze vyřešit konzervativně, je nutná chirurgická intervence. Nejčastěji se vyskytují píštěle, perforace, abscesy a akutní obstrukce. U většiny nemocných s Crohnovou chorobou je alespoň jednou za život indikována chirurgická terapie. Týká se to 70-80 % postižených touto nemocí. Ileocekální resekce je nejčastěji prováděný operační výkon u Crohnovy choroby. Postupem času se upouští od extenzivních resekcí jako je hemikolektomie, subtotální kolektomie nebo rozsáhlé resekce tenkého střeva. Jde o zachování největší možné délky střeva a zabránění syndromu krátkého střeva (Souček, 2011, Češka, 2015, s. 431).

U stenózy střeva se provádí balónová dilatace, roztažení střeva, která se realizuje v rámci endoskopického vyšetření. Provádí se také resekce postiženého místa. U vzniku perforace je nutné chirurgické odstranění části střeva. Perforací se rozumí postupně se rozvíjející komplikace, u které vzniká vředovitý defekt, který prorůstá celou vrstvou trávicí trubice. Kolem se vytváří blány, které ohraničují zánět. K peritonitidě ve většině případů nedojde. Pokud

vzniknou perianální abscesy a píštěle, bývá nasazena medikamentózní léčba. Podávají se antibiotika, imunosupresiva a biologická léčba v kombinaci s chirurgickou terapií. Nebezpečí představuje vznik neohraničených zánětů (flegmón), které mohou vést k poruše funkce análních sfinkterů. Septický průběh je řešen intenzivní lékařskou terapií, podáváním kortikoidů, případně chirurgickou intervencí. Mezi nejzávažnější komplikace řadíme toxické megakolon. Vzniká perforace, proděravění střeva a následný hnisavý zánět peritonitidy. Možné vzniklé krvácení vyžaduje neodkladnou chirurgickou operaci. Chirurgicky se vyjme celé tlusté střevo (Červenková, ©2009, s. 25, 26).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

V GASTROENTEROLOGICKÉ AMBULANCI

Gastroenterologie je medicínský obor zabývající se chorobami trávicího traktu. Na základě potíží, které pacienta trápí, odešle praktický lékař jedince do specializované ambulance. Ambulancí rozumíme ordinační místnost lékaře, která slouží k ošetření pacienta bez pobytu v nemocničním zařízení. Ve specializované ambulanci se provádí diagnostika chorob zažívacího traktu a následná léčba daného onemocnění, konkrétně tedy Crohnovy nemoci (Zbořil, 2018, s. 49). Do gastroenterologické ambulance pacient dochází za lékařem na pravidelné kontroly a ten vyhodnocuje, jak se nemoc vyvíjí. Tuto ambulanci navštěvují také pacienti, kteří sem byli odesláni na základě doporučení praktického lékaře a mají trávicí obtíže. Na základě výsledků vyšetření jim byla diagnostikována Crohnova choroba. U pacientů s nově diagnostikovanou Crohnovou chorobou je nutné, aby lékař pacienta seznámil s diagnózou, vysvětlil mu problém chronicity, nevyлéčitelnost nemoci. Ale také ho uklidnil, že pokud pacient dodrží stanovenou dietu, nastávají klidové fáze tohoto onemocnění. V tomto období se liší od zdravých lidí jen nepatrně nebo téměř vůbec (Zbořil, 2018, s. 49). U pacientů postižených touto chorobou je velké riziko malnutrice, tudíž je nutné kontrolovat váhu a zaznamenávat ji do ambulantní karty. Sestra plní tzv. asistenci lékaře. Její činnost spočívá v odběrech biologického materiálu, vyšetření krve, moči, stolice. U odběrů krve se zaměřujeme na krevní obraz, biochemické vyšetření krve, podrobněji minerály (železo, draslík, magnesium, kalcium). Pacient dochází pravidelně na odběry krve jednou za čtvrt roku. Dále je nutné změřit CRP, takzvaný C – reaktivní protein, hodnoty vitamínu B12, D a také hodnoty jaterních a pankreatických enzymů. Odběry moče a stolice provádí pacienti sami. Je nutné pacienta poučit o správném odběru stolice, při odběru moče tzv. středním proudem. V rámci odběru stolice se provádí test na okultní krvácení a přítomnost kalprotektinu. Následné vyhodnocení výsledků provádí lékař. Lékař provede základní fyzikální vyšetření pohmatem, poslechem a poklepem na dutinu břišní, případně vyšetření per rectum. Dle stavu pacienta lékař zváží další možná vyšetření, jako je kolonoskopie či USG břicha. Pokud je nezbytná nová či další medikace nebo pokud pacient užívá dlouhodobou medikaci, lékař předepíše pacientovi recept. U nově diagnostikované Crohnovy nemoci je důležité poučit pacienta o dietním režimu, co je a není pro něj vhodné. Základem je racionální dieta s omezením hrubé vlákniny. Tolerance potravin je velmi individuální, každému vyhovuje něco jiného. Doporučeny jsou pacientům i vitamíny skupiny A, E, C, D, B a železo. Vitamín D se doporučuje u pacientů, kteří užívají kortikoidy jako prevence vzniku osteoporózy. U pacientů, kteří užívají aminosalicyláty, je vhodné doplnit

vitamín B12, který přispívá ke správné krve tvorbě. Také je doporučen pacientům s chronickými průjmy. Další činností sestry je objednávání pacienta na další kontrolu a vyřizování telefonátů. V rámci ambulantní péče chodí pacienti pravidelně na preventivní koloskopické vyšetření. U těchto pacientů je prováděno jednou ročně. Pokud má však pacient obtíže, může být tato doba kratší než jeden rok. Toto se stanovuje dle doporučení lékaře (Vytejková, 2013, Střevní záněty, 2016).

Nezastupitelnou část má u tohoto onemocnění léčba medikamentózní i biologická. Medikamentózní léčbu dělíme do dvou kategorií dle určeného cíle léčby, výběru příslušných léčiv a délky podávání. Prvním typem je léčba indukční, kdy cílem je snížit zánětlivou aktivitu choroby a zajistit ústup klinických, laboratorních a endoskopických známek aktivity nemoci. U indukční léčby jsou využívány aminosalicyláty, antibiotika, glukokortikoidy a biologické preparáty. Druhá kategorie je dlouhodobá (udržovací) terapie, která zabraňuje dalšímu vzplanutí nemoci a návratu projevů a komplikací Crohnovy nemoci. Při dlouhodobé terapii jsou využity aminosalicyláty, imunosupresiva a biologika (Pavelka, 2014, s. 248). U nemocných, u kterých nenastala odpověď na předchozí medikamentózní léčbu nebo byla spojena s nežádoucími účinky či projevy intolerance, je indikace k zahájení biologické terapie (Pavelka, 2014, 254). Preparáty biologické léčby mají bílkovinnou povahu, tudíž je nelze podat ústy, protože by byly inaktivovány v žaludku a následně v tenkém střevu. Biologika jsou podávána formou intravenózní infuze, jiné formou podkožní injekce, některé kombinací nitrožilní infuze a dále už aplikací subkutánních injekcí. Při podávání biologických preparátů intravenózní formou je nutná vždy návštěva zdravotnického zařízení. Subkutánní injekce si pacient může aplikovat sám doma po zaškolení všeobecnou sestrou či lékařem (Pacienti IBD, 2019, s. 15).

Sestra může pacientovi nabídnout ověřené internetové zdroje, ze kterých se může dozvědět osobní zkušenosti lidí s tímto onemocněním. Velkou pomocí mohou být také pacientské organizace, kde si pacienti s daným onemocněním sdělují své zkušenosti s nemocí. Důležitá je také psychická podpora nejbližších osob (Zbořil 2018, s. 49).

V rámci ambulantní péče je nedílnou součástí i zdravotnická dokumentace. Zdravotnická dokumentace obsahuje informace a údaje o pacientovi, o jeho zdravotním stavu a péči, která je mu poskytována. Tyto informace, které jsou v dokumentaci o pacientovi, jsou vedeny v listinné a elektronické formě. Dle zdravotnické dokumentace lékař volí správnou diagnostiku a léčbu pacienta. Snaží se předejít nebo zmírnit jeho zdravotní obtíže. Základem zdravotnické

dokumentace je anamnéza. Jedná se o soubor informací o pacientovi, o jeho zdravotním stavu, dále alergická anamnéza, rodinná, sociální a pracovní (NZIP, 2021).

Pokud lékař pacientovi doporučí vzhledem k jeho zdravotnímu stavu vyšetření či chirurgickou léčbu, je nutné před každým úkonem sepsat informovaný souhlas pacienta. Jedná se o úřední dokument, který vyjadřuje, že pacient souhlasí s daným výkonem. Je to takzvaná vzájemná dohoda mezi zdravotníkem a pacientem. Informovaný souhlas se skládá ze dvou fází. První fáze nastává, když kvalifikovaný zdravotnický pracovník, tedy lékař, sdělí pacientovi potřebné informace ohledně výkonu. Druhá fáze nastává tehdy, když pacient je seznámen s daným výkonem či zákrokem. Záleží na pacientovi, zda se rozhodne, že souhlasí či nikoli (NZIP, 2021).

Zdravotnická dokumentace obsahuje i část ošetrovatelskou, tedy ošetrovatelskou dokumentaci. Tato dokumentace je nedílnou součástí práce sester a je tzv. nástrojem profesionální praxe, která by měla podporovat proces péče. Vedení ošetrovatelské dokumentace chrání pacienty tím, že je prováděna ošetrovatelská péče dle standardů. Ošetrovatelská dokumentace podporuje lepší komunikaci a předávání informací mezi jednotlivými zdravotníky. Dále zajišťuje přesný popis plánu péče a poskytované péče a časné vyhledávání možných problémů. Dokumentace musí dodržovat logickou a metodickou posloupnost a spočívá ve správném nastavení cílů ošetrovatelského procesu pro vedení ošetrovatelské dokumentace. Od roku 1998 je ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví dáno, že ošetrovatelská dokumentace je součástí dokumentace zdravotnické. Od 1. 7. 2001 nabyt účinností zákon č. 260/2001 Sb. Zákon v § 67 a) b), že povinností zdravotnického zařízení je vedení zdravotnické dokumentace a vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester. Mezi základní složky dokumentace řadíme ošetrovatelskou anamnézu, záznam vývoje stavu pacienta, ošetrovatelský plán a propouštěcí či překládovou zprávu. Záznamy by neměly obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze. Záznamy by měly být konkrétní, psány přehledně, chronologicky, čitelně a tak, aby nemohl být text vymazán. Veškeré zápisy je nutné provést hned po vykonání daného úkonu. Všechny záznamy musí být opatřeny datem, časem a podpisem sestry, která záznam provedla. Dokumentace by měla identifikovat problém, který u pacienta nastal, a kroky k jeho řešení, které byly provedeny. Zachování důvěrnosti dokumentace pacienta zajišťuje zákon č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů. Tato dokumentace patří zdravotnické organizaci, ale informace v ní jsou důvěrné. Platí zde povinná mlčenlivost. Na povinnou mlčenlivost se váže zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách. Povinností poskytovatele zdravotních služeb je zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozví v souvislosti s

poskytováním služeb. Nedílnou součástí je také vyhláška č. 98/2012 a její novela č. 279/2020, vyhláška o zdravotnické dokumentaci (Česká asociace sester, 2017, Právo21, 2020).

V dnešní době, která je ovlivněna pandemií covid-19, se ambulantní péče mírně odlišuje. Pacientům, kteří mají dlouhodobou terapii, léky předepíše lékař na základě telefonické konzultace a zašle pacientovi e-recept. Pravidelné odběry biologického materiálu a koloskopické vyšetření nejsou omezeny a probíhají standardně. U pacientů postižených Crohnovou chorobou je popisován častější výskyt virové, mykotické nebo bakteriální infekce. U pacientů léčených thiopuriny, glukokortikoidy nebo biologickými léčivy je velké riziko vzniku těchto infekcí. Mohli by být ve zvýšeném riziku získání nově vzniklé infekce SARS-CoV-2. Uvádí se také, že mohou inklinovat k těžšímu průběhu covid-19. Pacienti postižení syndromem krátkého střeva a také Crohnovou chorobou patří do skupiny rizikových pacientů s onemocněním covid-19. Terapie pomocí glukokortikoidů může zhoršit průběh nemoci covid-19. V dnešní době se pacienti s Crohnovou nemocí snaží eliminovat kontakt s ostatními lidmi a předejít tak možné nákaze (Lukáš, 2020, s. 14).

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumné otázky:

1. Jaká jsou specifika práce sestry v gastroenterologických ambulancích o nemocné s Crohnovou chorobou?
2. Dodržují pacienti pravidelné kontroly ve své gastroenterologické ambulanci nezávisle na potížích a jaké jsou nejčastější důvody jejich návštěvy?
3. Jaké metody edukace využívají všeobecné sestry v ambulanci pro pacienty s Crohnovou nemocí a jaké informace dostávají pacienti od sester?
4. Jaká jsou nejčastější témata edukace u nemocných s Crohnovou chorobou?
5. Jakým způsobem se pacienti vyrovnávají s Crohnovou chorobou z pohledu sester?
6. Jaké jsou nejčastější léčebné modalitty u pacientů léčící se Crohnovou chorobou?

5 KVALITATIVNÍ PRŮZKUM

Kvalitativním průzkumem rozumíme analytické zkoumání jevů, odhalení elementárních složek, odhalení propojení a závislostí mezi nimi. Kvalitativní průzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímá. Tento průzkum má údaje charakteru textu. Badatel tedy sbírá informace, které přeformuluje do jiných textů a ty se stávají případovými studiemi (Kutnohorská, 2009, s. 22).

Důležitou složkou kvalitativního průzkumu jsou respondenti. Jedná se o osoby, které soustřeďují údaje o daném tématu. Respondenti jsou vybíráni na základě určitého konceptu pro dané téma práce. Soubor respondentů pro kvalitativní průzkum je poměrně malý a využívá hloubkové individuální rozhovory. Kvalitativní průzkum probíhá v místech, které mají pro výzkumníka smysl, např. nemocniční prostředí, odborná ambulance. V ošetrovatelství je upřednostňována kvalitativní vědecká metoda. Vycházíme z holistického přístupu k člověku, tzn. vnímat člověka z hlediska jeho bio-psycho-sociální jednoty (Kutnohorská, 2009, s. 23).

Rozdíl mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem je ten, že kvantitativní průzkum je založen na přesném zpracování dat pomocí čísel zpracovaných ve formě diagramů a tabulek. Závěrem kvalitativního průzkumu je specifické vyprávění o myšlenkách a činech zkoumaných osob (Kutnohorská, 2009, s. 20).

Úkolem této bakalářské práce bylo provedení průzkumné části pomocí polostrukturovaného rozhovoru. V rozhovoru byly rozebrány specifické okruhy otázek. Prostřednictvím nich byli respondenti dotazováni. Pořadí bylo možné v průběhu rozhovoru zaměňovat. Polostrukturovaný rozhovor obsahuje otázky, které byly zodpovězeny během rozhovoru, případně byly sestřím položeny další otázky. Máme tak jistotu, že jsme na nic nezapomněli a všechna témata budou probrána (Kutnohorská, 2009, s. 40).

5.1 Metodika průzkumu a sběru dat

Průzkumná část bakalářské práce zaměřená na specifika práce sestry v gastroenterologické ambulanci v péči o pacienty s Crohnovou chorobou je provedena pomocí kvalitativního průzkumu. Průzkumnou metodou této práce je využití polostrukturovaných rozhovorů. Před samotným průzkumem byl proveden pilotní průzkum, který ukázal vhodnost zvolených otázek, ale také otázky, které bylo nutno pozměnit či doplnit. Pilotního průzkumu se účastnili dva respondenti.

Ke sběru dat byl použit předem připravený polostrukturovaný rozhovor, který byl sestaven z okruhů otázek. Mezi jednotlivé okruhy řadíme identifikační údaje respondentů, specifika práce sestry v gastroenterologické ambulanci. Třetím okruhem je dodržování pravidelných kontrol pacientů navštěvujících gastroenterologickou ambulanci. Dalším okruhem jsou metody edukace pacientů a dietní opatření. K pátému okruhu řadíme adaptaci na nemoc pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sester. Posledním zkoumaným okruhem je terapie Crohnovy choroby. Celkem bylo položeno v každém rozhovoru sedmnáct otázek. Pokládané otázky (viz. příloha č. 7)

Rozhovory byly prováděny v období od března 2021 do května 2021 v gastroenterologických ambulancích Olomouckého kraje. Se souhlasem respondentů byly rozhovory nahrávány a následně přepisovány do písemné podoby. Před samotným průzkumem byly osloveny jednotlivé ambulance pro poskytnutí rozhovorů sester k průzkumné části bakalářské práce. Ve státních ambulancích jsem musela požádat náměstkyni ošetrovatelské péče o povolení průzkumu k bakalářské práci. Dále jsem oslovila vrchní sestru gastroenterologie, zda by byly sestry ochotné mi rozhovor poskytnout. Vybrané sestry byly kontaktovány a byly domluveny termíny, kdy se rozhovor uskutečnil. V soukromých ambulancích to byl lékař, který musel souhlasit s provedením průzkumu. Dále byly osloveny sestry soukromých gastroenterologických ambulancí. Se sestrami byl domluven den a čas, kdy bude rozhovor probíhat. Respondentům byl předem poskytnut okruh otázek do rozhovoru. Rozhovory probíhaly za provozu ambulance a trvaly přibližně 15-20 minut. Před každým rozhovorem byla sestra tázána, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru. Nahrávky byly použity jen pro účely této bakalářské práce. Kvůli zachování anonymity jsou sestry označeny R1 – R8. Nahrávané rozhovory nejsou součástí bakalářské práce, taktéž doslovné přepisy rozhovorů. Ty jsou k dispozici u autorky práce. Výzkumná část obsahuje přímé citace respondentů a parafrázování. V bakalářské práci jsou uváděny nejčastější a nejzajímavější odpovědi. Zpracování výsledků probíhalo prostřednictvím metody „papír tužka“. Na vtištěných rozhovorech byly vyznačovány jednotlivé kódy barevně. Tato klíčová slova v přímých citacích byla rozčleněna do kategorií, pod kterou spadaly. Následné rozčlenění uvidíme v další kapitole v prezentaci výsledků.

5.2 Výzkumný vzorek

Prostřednictvím průzkumu této bakalářské práce bylo osloveno jedenáct respondentů. Z tohoto množství respondentů, kteří byli osloveni, tři z nich vzhledem k pracovnímu vytížení moji žádost o rozhovor odmítli. Zbylých osm respondentů bylo ochotno mi rozhovor poskytnout.

Průzkumné rozhovory byly následně zpracovány do kapitoly průzkumné části. Respondenty jsou všeobecné sestry pracující v gastroenterologických ambulancích. Dotazované sestry měly dosažené středoškolské, bakalářské i magisterské vzdělání. Všechny tyto sestry pracují v těchto specializovaných ambulancích minimálně 2 roky a znají potřeby pacientů postižených Crohnovou chorobou. Na mé otázky odpovídaly sestry zaměstnané v soukromých i státních ambulancích. Respondentky jsou vybrány ze tří gastroenterologických ambulancí. Jsou to ambulance, kde jsou prováděny endoskopické vyšetřovací metody, ale také ambulance s biologickou léčbou.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této části jsou podrobněji popsány výsledky získané prostřednictvím kvalitativního průzkumu. Jsou zde i tabulky, které umožňují větší přehlednost získaných dat.

6.1 Identifikační údaje respondentů

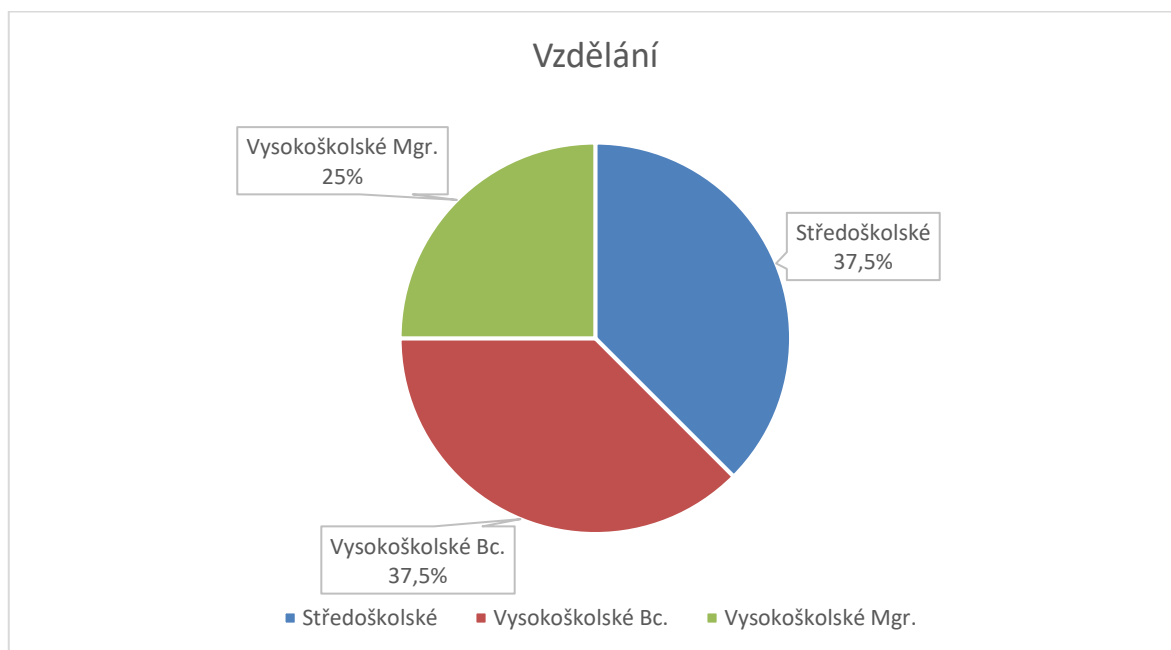
Kvůli respondentkám se shodnými iniciálami jsem zvolila označení R1 až R8, pro lepší přehlednost a orientaci. V textu už je uvedeno pouze R1 až R8. V tabulce číslo 1 je také uvedena délka praxe všeobecných sester pracujících v gastroenterologických ambulancích. Procentuální vyjádření dosaženého vzdělání respondentek je uvedeno v grafu číslo 1.

Tabulka 1 - Identifikační údaje respondentů

Respondenti	Délka praxe
R1	7 let
R2	15 let
R3	20 let
R4	30 let
R5	35 let
R6	25 let
R7	10 let
R8	25 let

Průzkumný vzorek tvoří 8 respondentek. V tabulce č. 1 máme uvedenou délku praxe jednotlivých respondentek. Délka praxe vybraných respondentek v gastroenterologické ambulanci činí více než 2 roky, což bylo i kritériem výběru respondentek. Délka praxe respondentky R1 je 7 let a je nejnižší v tomto průzkumu. Nejdélší praxi v gastroenterologické ambulanci má respondentka R5, která působí ve své praxi již 35 let. Ostatní respondentky se pohybují se svou délkou praxe v rozmezí od 10 do 25 let.

Graf 1 - Dosažené vzdělání respondentek



Z průzkumného vzorku osmi respondentek bylo zjištěno, že vzdělání všeobecných sester je různé. Tři respondentky, R2, R5, R6, mají středoškolské vzdělání. Zbytek respondentek má vysokoškolské vzdělání, z nichž tři mají dosažené vzdělání bakalářského studium a dvě magisterské studium. Z toho vyplývá, že 37,5 % respondentek má dosažené středoškolské vzdělání a taktéž 37,5 % respondentek dosáhlo vysokoškolského bakalářského vzdělání. Pouhých 25 % respondentek má nejvyšší možné magisterské vzdělání.

6.2 Specifika práce sestry v gastroenterologické ambulanci

V oblasti specifík práce sestry je hlavním cílem zjistit, jaké jsou náležitosti práce sestry a jaké se provádějí výkony ve zkoumaných ambulancích. Tyto údaje jsou uvedené v tabulce číslo 2.

Tabulka 2 - Specifika práce sestry v gastroenterologické ambulanci

Respondentky	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Registrace pacienta	×	×	×	×	×	×	×	×
Objednávání pacientů	×	×	×	×	×	×	×	×
Telefonická konzultace			×					
Žádanky na UZ	×	×	×	×	×	×	×	×
Edukace před endoskopickým vyšetřením	×	×	×	×	×	×	×	×
Péče o pacienta po výkonu (endoskopie)	×	×	×	×	×	×	×	×
Péče o endoskop/péče o přístroje	×	×	×	×	×	×	×	×
Diagnostika pacientů lékařem	×	×	×	×	×	×	×	×
Pravidelné kontroly pacientů	×	×	×	×	×	×	×	×
Odběry biologického materiálu	×	×	×	×	×	×	×	×
Stanovení vhodné léčby lékařem	×	×	×	×	×	×	×	×
Endoskopické vyšetření	×	×	×	×	×	×	×	×
Biologická léčba		×	×					×

V ambulancích je prováděna registrace pacientů, objednávání pacientů, telefonické konzultace, vyplňovány žádanky na UZ vyšetření. Ve všech zkoumaných ambulancích jsou prováděna endoskopická vyšetření. S tímto vyšetřením se také pojí edukce pacienta před vyšetřením, péče o pacienta po výkonu a také péče o přístroj (endoskop). Lékař dle výsledků stanoví pacientovi diagnózu. Nedílnou součástí je nutnost dodržování pravidelných návštěv u svého lékaře. Ve všech ambulancích se provádí odběry biologického materiálu, což vede lékaře k diagnostice daného onemocnění. Dle všech potřebných vyšetření lékař stanoví vhodnou léčbu pro pacienta. Biologická léčba je podávána pouze ve třech ze zkoumaných ambulancí.

Respondentka R1 zmínila, že do gastroenterologické ambulance chodí nově diagnostikovaní pacienti, kteří jsou odesláni praktickým lékařem. *„Praktický lékař jim provede vyšetření a je diagnostikována Crohnova choroba i na základě histologického vyšetření vzorku z tenkého nebo tlustého střeva. Záleží, ve kterém místě se nemoc nachází. A potom pacienti, kteří už mají nemoc diagnostikovanou, tak dochází na pravidelné kontroly jak na odběry krve, tak na vyšetření endoskopické, které se provádějí periodicky. Je to podle potíží a podle celkového stavu. To určí pan doktor.“* Respondentka číslo 2 odpověděla, že gastroenterologická ambulance je z hlediska výkonů náročnější. *„To naše „gró“ jsou spíš ty endoskopický výkony. Takže tady ty pacienty sledujeme vlastně v ambulancích, tak jako každý pacient, co tady patří do té odbornosti, ale spíš se jedná o ty endoskopie. Všeobecně je ta práce taková náročná, chce si to asi dobře zorganizovat a správně pečovat o ty pacienty.“* Dle třetí respondentky je sestřička hodně důležitá pro pacienta. *„My jsme vlastně specializované zařízení, kde se shromažďují hodně pacienti s touhle diagnózou. Podáváme i biologickou léčbu. Jsme centrem a vlastně my jsme takoví hlavní velitelé co se týče té léčby. Pacienti vlastně volají sestřičkám, proberou nějaký problém, co se týče diety nebo nějakých akutních problémů, co se týče bolesti břicha, počtu stolic, atd. Sestřička vlastně, jelikož jsou tady holky docela už profesně zdatné, tak vlastně usoudí, jestli to je akutní, jestli musí třeba ten pacient přijít hned nebo jestli to počká. Samozřejmě pokud potřebují napsat třeba léky. Takoví ti pacienti, co jsou víceméně v pořádku a chodí na kontroly co půl roku. Jsme takový poradní orgán pro ty pacienty.“* Čtvrtá respondentka uvedla, že v ambulanci jsou dispenzarizovaní pacienti s Crohnovou chorobou. Podle toho, jaký mají jednotliví pacienti průběh nemoci, zda se nachází v remisi nebo jsou zhoršení, dochází na kontroly do gastroenterologické ambulance. *„Pokud jsou pacienti v remisi, chodí jedenkrát za půl roku na kontrolu a jednou za rok se jim dělají krevní odběry. Jednou za tři roky se jim dělá endoskopie. Pokud jsou zhoršení, tak chodí podle potřeby na krevní odběry. Endoskopické vyšetření se dělá taky podle potřeby.“*

Pátá respondentka už pracuje v gastroenterologické ambulanci 25 let, tudíž bylo pro ni těžké říct, jaká jsou specifika její práce. Nakonec sdělila, co je náplní její práce. „*Tady u nás je to jiné v tom, že my vlastně máme endoskopii i gastroenterologii v jednom. Takže k nám jsou odesíláni pacienti především od ambulantních lékařů. Když jde o screeningové vyšetření, jsou pozitivní na OK nebo mají nějaké potíže jako průjmy, bolesti břicha. Praktici je odešlou k nám a my jim děláme gastroenterologické vyšetření. No, a tak co moje práce? Moje práce spočívá v tom, že registruju ty pacienty, případně je objednávám na ty konzultace, nebo rovnou na koloskopii. Péče o endoskopy, příprava pacienta ke koloskopii, edukace případně o té přípravě, jak si má lehnout, co se bude dít.*“ Respondentka 6 na otázku jaká jsou specifika práce sestry odpověděla: „*Co se týká odborných výkonů, tak pacienti se kontrolují tím, že se vyšetřují pravidelně, tlusté střevo se vyšetřuje pravidelně, takže kolonoskopie. Pan doktor se domlouvá s pacientama na léčbě, popřípadě odešle na vyšší pracoviště, kde léčí už tady tu Crohnovu chorobu na vyšší úrovni i co se týče biologické léčby. Potom třeba přijdou za dva za tři roky a je to všechno nanovo, znovu. Takže je to různé podle toho, jak se k tomu člověk staví.*“ Dle respondentky č. 7 je specifická gastroenterologická ambulance v tom, že se provádí vyšetření a péče o přístroje. „*Tam je základ ta diagnostika a pak kontroly. Administrativa, to je jak v normální ambulanci. Karta, která se zakládá do kartotéky.*“ Respondentka č. 8 uvádí, že ambulance, ve které pracuje, je rozdělena na samostatnou ambulanci a endoskopické sálky. „*Nás se týká samostatně ambulance, což znamená objednávání pacientů na dané vyšetření. Někteří už ví danou diagnózu, u některých se zjistí, že mají tu danou nemoc. Objednáváme je potom na daná vyšetření, jako je ultrazvuk břicha, kolonoskopie. U nás podáváme i biologickou léčbu.*“

Respondentka R5 nám popsala detailně, jak probíhá celý den, když se provádí endoskopická vyšetření. „*Ráno při příchodu do práce, před tím, než přijdou pacienti, tak se musí připravit vyšetřovna. Připraví se akcesória, dají se vyprat endoskopii do myčky endoskopu, protože endoskopy jsou uloženy ve skříních. Pokud jsou sušící skříně, tak to lze vyndat ten endoskop pouze z té sušící skříně a může se hned použít na pacienta. Pokud není v ordinaci sušící skříň, tak se musí ten endoskop po 8 hodinách znovu vyprat a vydezinfikovat. Musí proběhnout ta dvoustupňová dezinfekce. Takže vlastně ráno, když přijdeme do práce, tak provedeme dvoustupňovou dezinfekci v myčce, dezinfektoru endoskopu, který vlastně ten den budeme používat, podle toho, jaký máme naplánovaný program. Během toho, co probíhá ta dezinfekce, se připraví vyšetřovna, lehátka, prostře se rouškou, připraví se emitka, buničina, kousátko, když je to ke gastrokopii, připraví se léky jako medikace, když se dává premedikace, tak se připraví*

ty léky, nachystají se akcesory, aby byly při ruce, rozjedou počítače.“ Pacienti chodí na endoskopické vyšetření z indikace a musí mít žádanku. *„Když je gastrokopie, tak příprava není žádná, stačí jen, aby pacient přišel nalačno.*“ Pokud se provádí kolonoskopie, je nutná edukace lékařem či sestrou před vyšetřením. Záleží, zda endoskopické vyšetření indikoval odborný či praktický lékař nebo gastroenterolog. Lékař, co indikuje vyšetření, provádí i edukaci pacienta, jaký má dodržovat režim před vyšetřením. Respondentka R4 uvádí, že pacient, který přichází ke kolonoskopii, si přijde týden před vyšetřením pro vyprazdňovací roztok. Je poučen, aby dodržel bezezbytkovou stravu, aby sedm dní před vyšetřením dodržoval předepsanou dietu. Pokud užívá léky na ředění krve, je nutné je vysadit. Dále respondentka číslo 5 uvádí, že je nutné vysadit železo a den před vyšetřením vypít vyprazdňovací roztok. Vyprazdňovacích roztoků je několik druhů, většinou o objemu 4-5 litrů tekutin. Pijí se pomalu, pozvolna. *„Fortrans je sám o sobě 4 litrový, tak tam už většinou nikdo nic moc nezvládne dalšího vypít. Ty šetrnější jsou méně objemové, ale musí se to dopít prostě dalším objemem tekutin, jakýchkoli. Ten den, kdy se pije vyprazdňovací roztok už se nejí žádné potraviny, už se pijí pouze tekutiny, jako zdroj energie vývar z masa, zeleniny, ale jenom ta čistá voda a jinak další čiré tekutiny.*“ Je možné také provést přípravu dělenou. *„Když je pacient objednaný až druhý den v poledne, tak lze udělat, rozdělit tu přípravu, že vlastně část vyprazdňovadla vypije večer a další část potom vypije ráno. To tak děláme většinou, když jsou objednaní na půl dvanáctou nebo na dvanáct hodin.*“ Dále je také důležité, zda pacienti dostanou premedikaci, či nikoli. *„Premedikace se podává pouze v případě, že tady mají u nás doprovod, nebo když je k dispozici dospávací pokoj, protože během toho vyšetření se pacient musí monitorovat a samozřejmě i po té narkóze taky.*“ Pacient si odloží od pasu dolů v případě kolonoskopie, položí se na lehátko a provádí se vyšetření. Vyšetření trvá zhruba půl hodiny. Záleží, zda se bere bioptický vzorek na histologické vyšetření nebo dochází k odstranění polypů. Během vyšetření se pacientovi musí monitorovat vitální funkce, zda nemá bolesti. Po vyšetření se pacient převleče, lékař pacientovi sdělí závěr. Pokud je odebrán bioptický vzorek, výsledky bývají do 10 dnů. Respondentka R4 nám sdělila, že pacienti, kteří jdou na gastrokopické vyšetření, nesmí od půlnoci jíst, pít a kouřit a nebrat léky. *„Podle toho, jestli je anestezie nebo se vystříkává lokální anestezie Lidokainem, tak potom nemůže dvě hodiny jíst a pít. Jinak potom není žádný omezení.*“ Respondentka R5 uvedla: *„U gastrokopie je to jednodušší, položí se, vyndá se zubní protéza, položí se na levý bok. Zavede se endoskop a za tři minuty je to hotovo. Buďto se berou vzorky, nebo se může stavět krvácení, nebo podle toho, co je tam aktuálně k řešení.*“ Po vyšetření pacient odchází, uklidí se pomůcky, připraví se akcesory ke sterilizaci.

Kromě endoskopického vyšetření se v některých ambulancích aplikuje i biologická léčba. Respondentka číslo 3 nám sdělila, jaká je příprava pacienta před aplikací, v průběhu a po aplikaci. *„Následuje samozřejmě takové podrobnější vyšetření, aby se vyloučily oportunní infekce, plicní vyšetření, včetně kvantiferinu nebo tykpotu. Když máme tady tyhle vyšetření všechny hotový, tak pan doktor napíše takový vstupní vyšetření, kdy zkontroluje výsledky a určí, co vlastně pacient dostává. Potom pacient dostane už termín aplikace a vlastně v rámci té první aplikace dostane takovou edukaci, dostane materiál edukační, samozřejmě už předem je mu řečeno, jak to bude ta indukce probíhat u toho léku.“* Dále respondentka R3 uvedla, že všichni pacienti po aplikaci první dávky jsou sledovaní další dvě hodiny po aplikaci, aby nedošlo k alergické reakci. *„Co půl hodku měříme tlak, teplotu, samozřejmě ty nežádoucí účinky, který jsou, naštěstí jich moc nemáme. Odchází s tím, že dostanou další termín aplikace. Pokud jsou to ty subkutánní injekce, tak většinou první tři aplikace jsou u nás po těch čtrnácti dnech a potom pokud se to naučí za těch čtrnáct dní píchat, tak dostává ty medikamenty na dva měsíce domů.“* Ať už se jedná o podání intravenózní či subkutánní, po třetí dávce je nutná kontrola u lékaře, zda je léčba efektivní či nikoli a pokračuje se dál v léčbě.

6.3 Dodržování pravidelných kontrol

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda pacienti dodržují pravidelné kontroly v gastroenterologické ambulanci, jaký je interval návštěv u lékaře u pacientů bez potíží, jak často dochází ke svému lékaři pacienti v období relapsu, jak často dochází pacienti na preventivní koloskopické vyšetření a důvody návštěv v gastroenterologické ambulanci.

Tabulka 3 - Dodržování pravidelných kontrol

Respondentky	Dodržování pravidelných kontrol	Při remisi	Při relapsu	Kolonoskopie
R1	ano	1x za 3 měsíce	Po 14 dnech	1x za rok
R2	ano	1x za 3-6 měsíců	1x za měsíc	1x za rok
R3	ano	1x za půl roku	1x za 3 měsíce	1x za rok
R4	ano	1x za rok	dle potřeby	1x za 3 roky
R5	většina ano	1x za 3-6 měsíců	1x za měsíc	1x za rok
R6	většina ano	1x za půl roku	často	1x za rok
R7	ano	1x za rok	1x za měsíc, 1x za 3 měsíce	1x za rok
R8	Většina ano	1x za 3-6 měsíců	často	1x za rok

Od všech respondentek jsme se dozvěděli, že většina pacientů dodržuje dané návštěvy v gastroenterologické ambulanci. Dodržování návštěv pacientů se liší podle toho, jak moc závažnou formou nemoci jsou jednotlivci postiženi. Pacienti trpící těžším průběhem dodržují pravidelné návštěvy. Vzhledem k jejich stavu a nežádoucím příznakům jsou nuceni k tomu, aby kontroly dodržovali a jejich zdravotní stav se zlepšoval. Jak uvádí respondentka č. 1 *Nemáme tady nikoho, kdo by podceňoval nemoc nebo by nedocházel na kontroly. Myslím si, že informovaní jsou, a i na základě potíží, které měli, než byli zaléčení, tak si myslím, že nechcují, aby se ten jejich zdravotní stav nějakým způsobem zhoršoval. Maximálně přijdou, že se zhoršují po nějaké dietní chybě, že mají zase průjemové potíže. To se potom domluví s doktorem a upraví se léčba farmakologická a dietní.* Lehčí průběh nemoci může vést pacienty k tomu, že se na kontrolu mnohdy nedostaví. Závisí to na každém jedinci, jak se k danému onemocnění staví a jak dokáže dodržovat předepsaná dietní omezení. Druhá

respondentka řekla, že si to většinou hlídají a je to v jejich zájmu nemít potíže a docházet pravidelně na kontroly.

Také respondentka 8 uvedla: „*Je to individuální u těch pacientů. Někteří ani nedocházejí za půl roku na kontrolu. Někteří si vzpomenu, až když jim je špatně, a přijdou třeba za dva roky. I to se nám stává, že skutečně až ten stav se zhorší, i léky, které mají užívat, neužívají. Většinou toto dělají mladí, protože mají hodně práce.*“

Dále jsem srovnávala, jak často pacienti chodí na kontroly ke svému specialistovi, když je onemocnění v tzv. „klidové fázi“. Respondentka R1 uvedla jednou za tři měsíce. Tři respondentky uvedly, že je to individuální podle typu onemocnění, a tudíž pacienti dochází na kontroly 1x za 3-6 měsíců. Respondentky R3, R6 sdělily, že pacienti dochází na kontroly 1x za půl roku. R4 a R7 uvedly, že pacienti dochází na kontroly jednou ročně. Nejčastější odpovědi zkoumaných respondentek na danou otázku byla od 3 měsíců do půl roku. Pokud je onemocnění v relapsu, tzn. vzplanutí nemoci, návštěvy u lékaře jsou četnější. Respondentka číslo 3 uvedla, že pacienti, kteří mají potíže, dochází 1x za 3 měsíce na kontroly. Dvě respondentky R2 a R5 uvedly, že pacienti v daném případě dochází na kontroly jednou měsíčně. Respondentka číslo 7 nám sdělila, že pacienti s obtížemi spojenými s Crohnovou nemocí dochází k lékaři 1x za 1 měsíc nebo 1x za 3 měsíce, každopádně je to individuální u každého pacienta. R1 nám dokonce uvedla, že četnost návštěv je po čtrnácti dnech. Dvě respondentky R6, R8 řekly, že četnost návštěv je „častá“. Respondentka s číslem 4 neuvedla, za jak dlouho pacienti dochází na kontroly. Uvedla, že k lékaři dochází „dle potřeby“. Z toho vyplývá, že nejčastější odpovědi respondentek bývá návštěvnost pacientů 1x za 1 měsíc, nebo 1x za 3 měsíce. U všech respondentek kromě R4 se provádí kolonoskopické vyšetření jednou za rok. Pouze jedna respondentka číslo 4 uvedla, že pacienti na toto vyšetření chodí 1x za 3 roky.

Mezi nejčastější důvody, které zmiňovaly respondentky, patří diagnostika onemocnění, docházení na pravidelné kontroly a pacienti, kteří mají akutní potíže při onemocnění Crohnovy choroby. Respondentka R2 řekla: „*Tak to je pravidelná kontrola, zhoršení stavu, nějací noví pacienti, kteří přijdou. Takže se prvně udělá endoskopie, zjistí se nález a pak chodí do ambulance.*“ Vyjádření respondentky číslo 5 zní: „*Zhoršení potíží, třeba častější průjmy nebo je bolí břicho nebo se celkově cítí špatně. Oni to už na sobě poznají, že se to zhoršuje.*“ U respondentky č. 8, kde je podávána ambulantně i biologická léčba, tak pacienti chodí k aplikaci této léčby.

6.4 Způsob edukace, témata edukace pacientů, dietní opatření

V kategorii edukace pacientů byly sestry dotazovány, jakým způsobem probíhá edukace pacienta s problematikou Crohnovy nemoci a na co se pacienti nejčastěji ptají v souvislosti s daným onemocněním. V návaznosti na nejčastější odpovědi jsem se podrobněji zabývala dietním režimem a nejvhodnějšími potravinami pro pacienty. Nedílnou součástí je také užívání doplňků stravy.

Tabulka 4 – Způsob edukace, témata edukace pacientů, dietní opatření

	Respondentky	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Způsob edukace	Rozhovor	×	×	×	×	×	×	×	×
	Edukační letáčky	×	×			×	×	×	×
	Nutriční poradny	×		×	×				
	Internet	×					×	×	×
	Literatura						×		
	Seminář	×							
Nejčastěji dotazována témata	Dietní režim	×	×	×	×	Respondentka č. 5 nedokáže odpovědět.	×	×	×
	Léčba nemoci	×		×	×				×
	Kouření			×					
	Omezení v práci		×				×		×
	Otěhotnění, těhotenství, kojení			×				×	×
	Nárok na invalidní důchod				×				
Doplňky stravy		Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Na první otázku, jakým způsobem probíhá edukace pacientů, jsem se u všech respondentek dozvěděla, že využívají rozhovor, který vede lékař. Také hodně využívají edukační letáčky. V dnešní době sestry odkazují pacienty na internetové stránky, které se zabývají problematikou IBD např. crohn.cz. V mnohých ambulancích pacienti odkazují na nutriční terapeutky. Respondentka číslo 3 nám sdělila tyto informace: „*Určitě takový ty prvotní informace dostane od lékaře, pokud je mu tato diagnóza nějakým způsobem přirčena. Jinak máme možnost edukační sestřičky, která si s ním může probrat nějaké ty edukační letáčky, jsou různé knížky, které je možno jim předat. Třeba od pana doktora Kohouta. Přímo existují i brožurky. Potom určitě doporučujeme, zda jsou zdatní alespoň trošku na počítači, tak existuje hrozně hezké sdružení pacienti IBD a oni mají hezké stránky Crohn.cz, kde je spousta edukačního materiálu. Funguje tam i poradna. Je tam spousta odpovědí na otázky. Pokud mají s nutriční nějakou potíž, máme zde možnost i nutriční ambulance, kde potom oni dostávají sippingy a doporučuje se, co by pacient mohl nebo na co si dát pozor ve stravě.*“ Na tuto otázku odpověděla respondentka č. 8 slovy: „*Je to vysvětlení, podání informací. Tak samozřejmě máme i letáčky, které jim dáváme. Informujeme, že jsou nějaké stránky, na které jsou velmi dobré ohlasy, kde se můžou informovat, kontaktovat, něco si tam přečíst, tak jak to má být, protože samozřejmě některý ty internetové stránky nejsou takové, jaké by měly být. Píše se tam to, co by pacienti potřebovali. Takže máme stránky, na které je odkazujeme. Máme i letáčky na to.*“ Respondentka uvedla stránku www.crohn.cz, která je nejběžnější. Je tam toho hodně i odkazy na další stránky. „*Hodně nám sami pacienti říkají, že už ji znají, podívali se na ty stránky.*“

Další otázkou jsme se snažili zjistit, jaké jsou nejčastější dotazy vztažené ke Crohnově nemoci. Všechny respondentky nám na tuto otázku odpověděly, kromě respondentky číslo 5, ta nám sdělila, že na tuto otázku nedokáže odpovědět. Respondentky odpovídaly, že mezi nejčastější otázky respondentů patří dietní režim, léčba nemoci, kouření, omezení v práci a u mladých žen také otázka otěhotnění a těhotenství. Vybrala jsem čtyři respondentky. První respondentka se vyjádřila k této otázce: „*Někdo, kdo přijde a o té chorobě vůbec nic neví, tak jsou zaskočení. Mají obavy, protože pan doktor, když jim řekne, že je to chronický onemocnění, nevyléčitelný, tak každé má z toho strašnej strach. Životosprávou a vlastně těma lékama jsou schopni vést normální život, který je nijak neomezuje. Ale jsou samozřejmě výjimky, že i přes veškerou léčbu to tělo prostě neposlechne a stejně to skončí třeba resekce. Ptají se, který potraviny můžou a nemůžou jíst. Třeba přijdou s průjmama, mají bolesti břicha. Dále se ptají, jestli to někdy skončí, jestli se to upraví stravou, jaký můžou mít komplikace. Když mají píštěle nebo stenózy, tak jsou z toho hodně psychicky špatní. Potom třeba i z hlediska bazénů, koupání, sexuální*

hygieny. Takže spíš to, že jsou na tom psychicky špatní, že neví, jestli to někdy skončí, jestli to spraví léky nebo operace. U nich je to běh na dlouhou trať a není to něco, co by člověk řekl, vemte si tady léky a ono to zmizí a bude to dobrý.“ Respondentka číslo 3 řekla k dané otázce: „My musíme připomínat, že je důležité brát léky pravidelně, pacienti se zajímají o diety, máme možnost konzultace s nutričním terapeutem, který to s něma probere. Dále se samozřejmě ptají na kouření, což u toho Crohna je samozřejmě nežádoucí. Edukujeme o zdravém životním stylu, aby nekouřili. Potom se ptají, co se týče léků a eventuelně možností otěhotnění. Tam je důležité těm ženám říct, že musí být víceméně v pořádku, že by to těhotenství mělo být plánované. Je tam spousta okruhů, že můžou mít i mimostřevní projevy u Crohna, že to může být spojené s nějakýma revmatickýma potížema, nebo s očnima, kožnima, atd. Těch témat je moc, nebo ted'ka stran očkování proti covidu.“ Od respondentky 4 jsem se dozvěděla, že pacienty nejvíce zajímá léčba, jak to postupuje dále. Taky je zajímá, jakou musí držet dietu a jaká jsou omezení. Zda můžou mít příspěvek na dietu, nárok na invalidní důchod, sociální aspekty. V rozhovoru s respondentkou č. 8 jsem zjistila, že to jsou otázky mířené především na léky, jak pravidelně je užívat, jaké jsou kontroly. Jestli je tato nemoc bude nějak omezovat v práci. Dále se často ptají, jak je to se stravou a jaká jsou doporučení. Dále také otázky mířené na těhotenství. „Máme hodně mladých žen, tak se ptají, jak je to s těhotenstvím, rodičovstvím, s kojením. Toto je velmi důležitá věc.“

V předcházející otázce jsem zjistila, že nejčastěji respondentky zodpovídají otázky ohledně dietního režimu. Jelikož v některých ambulancích je to náplní práce sester, v jiných poučí pacienty o dietním režimu lékař, v některých odesílají pacienty k nutričnímu specialistovi. Dále bylo zjišťováno, jaké informace sdělují sestry pacientům. Všechny respondentky nám sdělily, že dietní režim je hodně individuální. Záleží na stavu pacienta, zda je pacient v remisi či relapsu. Respondentka č. 1 a 2 mi sdělily, že z časových důvodů se u nich v ambulanci edukace neprovádí a odesílají pacienty k nutričním terapeutům. Nicméně respondentka č. 2 mi na tuto otázku odpověděla: „Dietní opatření jsou odlišný u pacientů ve fázi relapsu a v remisi. V klidové fázi je normální racionální strava. Výjimkou jsou pacienti se stenózou střeva. Ta dieta by měla být především lehce stravitelná, aby tam byl zdroj energie, jsou preferovány škroby. Měla by obsahovat lehce stravitelnou vlákninu, maso, ryby, vejce, mléčné výrobky a měla by obsahovat dostatek vitamínů, minerálů. Pokud je pacient v relapsu, tak by se měly podpořit hojivý procesy a zabránit nedostatečnému příjmu živin, minerálů, vitamínů a stopových prvků. Proto je nutný podávat tzv. bezsezbytkovou dietu, tj. dietu s omezením hrubé vlákniny. Je nutné zcela vyloučit nerozpustnou vlákninu. To je vlastně čerstvá zelenina, čerstvý ovoce, luštěniny,

celozrnný pečivo a hůře stravitelná jídla. To všechno mu řekne nutriční terapeutka a sestaví mu jídelníček.“ Respondentky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8 se shodly, že dieta je individuální u každého pacienta specifická. V relapsu onemocnění se doporučuje bezzbytková dieta. Respondentka 3 mi sdělila: „Musím samozřejmě zhodnotit, jak ten pacient na tom je. Tam je hrozně důležitý to, že vlastně záleží na každém pacientovi, nejde doporučit jen jednu dietu pro všechny pacienty. Je to opravdu o tom, co ten pacient snáší, co toleruje. Jsou potraviny, co prostě nemůže vůbec, ani když je v remisi onemocnění. Ale jsou pacienti, kteří když jsou v pořádku v té remisi, tak můžou sníst v podstatě všechno. Nedá se říct, že by ta dieta byla jednoznačná pro všechny pacienty.“ Od respondentky číslo 5 jsem se dozvěděla, že pokud má pacient hodně zasažené střevo a nachází se ve stavu akutního vzplanutí onemocnění, tak se doporučuje bezzbytková strava. Pokud ale po léčbě potíže vymizí, je lepší racionální strava, pestrá, aby se nevyhýbali vláknině. Není to přínosné. „Samozřejmě musí si sami na sobě poznat, které potraviny jim ty potíže zhoršují, nebo jim vyvolají ty potíže. Ti, kteří mají to onemocnění delší dobu, prošli různými peripetemi, tak oni sami ví, že třeba někomu dělají špatně rajčata, někomu třeba červené víno i v jídle. Je to individuální, to si každé pozoruje sám, co může a co nemůže.“ Respondentka 7 se zmínila o kouření. „Důležitý je třeba omezit kouření. Dělá to hodně zle u těch Crohnů. Takže přestat kouřit, víc vitamínů.“ Respondentka č. 8 poučí respondenty ohledně diety: „Je to individuální, každý už ví, jaká potravina jim sedí a jaká nesesí. Někomu červená paprika nic nedělá, někomu zas ta červená paprika nedělá dobře. Zelí není doporučováno, ale někomu to zelí zas vůbec nevadí. Skutečně je to individuální.“

Čtvrtou otázkou jsem zjišťovala, jaké potraviny pacientům vyhovují nejvíce a které naopak vůbec. Od všech respondentek jsem zjistila, že dieta je hodně individuální a každému vyhovují jiné potraviny. Respondentka č. 1 se zmínila: „Tak určitě ty nadýmavý, co klasicky vždycky říkáme, cibule, zelí, takový ty brukvovitý, kedlubny, tak to jim může dělat hodně potíže. Hlavně pak pokud mají stenózy nebo akutní stádium zánětu. Je to třeba i potvrzený na CT nebo tady u koloskopie, tak se nedoporučuje určitě nějaká zbytková strava, takže se doporučuje bezzbytková. To jim může dělat problémy, že pak mají hodně průjmovitý stolice, může tam být i krev, mají křeče v břiše. Takže určitě vynechat všechny tady tyhle potraviny a jíst prostě bílý pečivo, ale zas někdo to netoleruje. Někoho to hodně nadýmá, takže zase řeknem, že ať to pečivo není úplně čerstvý, ať si ho nechají den, dva staré. Každému vyhovuje něco jinýho. Někdo řekne, že je na přesnídávkách, jogurtech, někomu třeba ty jogurty můžou dělat špatně. Odlehčí si stravu, ale určitě ne takovou tuhou a těžce stravitelnou. Prostě aby ta strava u nich byla taková jednoduchá, dobře tepelně zpracovaná. Aby nebyla založená na nestravitelných potravinách,

na zelenině, ořechách. To by neměli vůbec. Kořeněný, pálivý, alkohol se ještě nedoporučuje.“ Všechny respondentky se zmínily o bezezbytkové stravě, která je doporučována především u akutní fáze Crohnovy nemoci. Respondentka číslo 5 uvedla, že pokud už je pacient dobře zaléčený, tak by měl přejít na plnohodnotnou racionální stravu a neměl by se člověk vyhýbat vláknině. Není to přínosné. Osmá respondentka uvedla, že i postupné zařazování potravin, které pacientovi nevyhovují, může být přínosné a tělo se na danou potravinu pomalu adaptuje. *„Každý už potom ví, že když zhřeší, tak dostane průjemy, křeče, není mu dobře. Pacienti říkají: My to přetrpíme dva, tři dny, ale víme, z čeho to máme. Když je grilovačka a mají na to chuť, tak si to dají. Ví, z čeho to je. Postupně jim říkáme, že tu danou potravinu můžou pomalu do toho jídelníčku zařazovat. Protože jde o to, že oni postupně budou tu potravinu zařazovat a čím postupují opatrně, tělo si na to začne zvykat a nebude mu to tak vadit, jak mu to vadilo na začátku. Říkáme, že to zkusí 15x, 15x jim nebude dobře, ale po šestnácté jim to nebude vůbec nic dělat. Máme to vyzkoušené a skutečně se to ověřilo. Ale je to individuální. Tam je ještě to podvědomí, jak ten pacient to skutečně přijme.“*

Poslední otázka je zaměřena na užívání doplňků stravy. Od respondentky č. 1 jsem se dozvěděla, že pacienti užívají vitamíny. Tito pacienti trpí často anémií, proto se doporučuje železo. Dle respondentky č. 2 pacienti s tímto onemocněním užívají probiotika. Třetí respondentka uvedla: *„Ano, užívají, ptají se na to. Měla jsem jednoho pacienta, kterej si kupoval Mannu. To jsou vyloženě takový koktejlův diety a strašně krásně se zpravil, přibral. Oni fakt ti pacienti zkouší stran těch diet, co jim sedí, a to je asi úplně nejlepší.“* Dle respondentky 4 pacienti užívají vitamíny, ale asi tak obecně jako každý. Respondentka číslo 5 se podělila, co doporučují v ambulanci: *„Doporučujeme probiotika. Když mají minerální deficit, tak se jim dává třeba magnezium, doplňuje se železo, nebo Calcichew na doplnění vápníku. Takže to je individuální podle těch odběrů, podle toho, jak moc jsou nemocní nebo jak se daří zvládat ta choroba.“* Respondentka číslo 7 odpověděla na otázku slovy: *„Jak jsou anemičtí, tak B12, železo, vitamíny, probiotika. To jsou takový ty zásadní.“* Osmá respondentka se vyjádřila k dané otázce: *„Ano, užívají. Je to takovej menší počet, ale užívají. Záleží, jestli jsou po těch operacích. Jestli mají výživu jako nutridrinky, module. Ale určitě i jako vitamíny, doplňky. To je fakt individuální. Ale ty nutridrinky, module, když jsou pacienti skutečně po těch operacích, jsou podvyživení. Potom se doporučuje vitamín D. Aktuálně naši doktoři hodně doporučují Calcichew.“*

6.5 Začlenění pacientů s Crohnovou chorobou do společnosti

V této části jsem se zaměřila na charakteristiku pacientů, o které respondentky pečují, konkrétně jak Crohnova choroba ovlivňuje pacienty v běžném životě. Dotazovala jsem se respondentek, jak zvládají toto onemocnění a jak moc je toto onemocnění limituje. Druhá otázka je zaměřena na zaměstnání pacientů s Crohnovou nemocí, zda zvládají své zaměstnání, případné změny v zaměstnání nebo jsou v invalidním důchodu. Ve čtvrté otázce jsem se informovala, jak tato nemoc pacienty ovlivňuje z hlediska sociálních kontaktů a zda navštěvují podpůrné skupiny.

Tabulka 5 – Začlenění pacientů s Crohnovou chorobou do společnosti

Respondent	Omezení	Zaměstnaní x invalidní důchod	Změna zaměstnání	Ovlivnění sociálních kontaktů	Podpůrné skupiny
R1	Ano	Zaměstnaní, invalidní důchod	Ano	Ano	Ano
R2	Ano	Zaměstnaní	Ne	Spíše ne	Ano
R3	Ano	Spíše zaměstnaní	Spíše ne	Ano	Ano
R4	Ano	Zaměstnaní	Spíše ne	Ano	Ano
R5	Spíše ne	Zaměstnaní	Nevím	Ano	Nevím
R6	Individuální	Spíše zaměstnaní	Ano	Spíše ne	Nevím
R7	Ano	Zaměstnaní	Ano	Spíše ne	Nevím
R8	Individuální	Zaměstnaní, invalidní důchod	Ano	Ano	Ano

Od většiny respondentek jsem se dozvěděla, že jsou pacienti limitováni tímto onemocněním. Dvě respondentky R6 a R8 na tuto otázku odpověděly, že je to individuální u každého pacienta a závisí to na formě onemocnění. Pouze R5 řekla, že to pacienty nijak neomezuje. Druhou otázkou v tabulce vidíme, zda pacienti zvládají chodit do zaměstnání či mají invalidní důchod. Většina pacientů podle respondentek zvládá běžné pracovní zatížení, případně mají zkrácenou pracovní dobu. Respondentky R2, R4, R5, R7 odpověděly, že mají pacienty, kteří jsou zaměstnaní a nemají pacienty, kteří by byli v invalidním důchodě. R3 a R6 mají pacienty, kteří jsou spíše zaměstnaní. Dvě respondentky R1 a R8, které mají ve své ambulanci pacienty plně

zaměstnané i v invalidním důchodu. Otázkou týkající se změny zaměstnání jsem zjistila, že většina pacientů skutečně musí změnit práci. Podle respondentek R3 a R4 pacienti spíše nemění zaměstnání. Jedna respondentka R2 odpověděla, že nemá v ambulanci nikoho, kdo by musel změnit své zaměstnání. Poslední respondentka R5 uvedla, že neví, zda nějaký pacient měnil své zaměstnání. Většina respondentek R1, R3, R4, R5, R8 sdělila, že pacienti toto onemocnění ovlivňuje z hlediska sociálních kontaktů. Pouze respondentky R2, R6, R7 si myslí, že toto onemocnění spíše neovlivňuje pacienti. Poslední otázkou jsem zjišťovala, zda pacienti navštěvují podpůrné skupiny. Většina odpověděla, že ano. Pouze respondentky R5, R6, R7 neví, zda pacienti tyto skupiny navštěvují. Také v dnešní době jsou to spíše internetové skupiny.

Respondentka 1 se vyjádřila k první otázce, která je zaměřena na to, jak toto onemocnění pacienta s Crohnovou chorobou omezuje. *„Kdo je bez potíží a nemá nějaký akutní komplikace, tak onemocnění zvládají dobře. Znáám někoho z pacientů, kteří normálně chodí do zaměstnání, potíže nemají, dokonce pán byl i po resekci střeva a vůbec neměl žádný potíže. Ale jinak pacienti hodně přechází z nočních služeb a právě i tam má vliv taková ta spánková hygiena a pravidelnej denní režim, že se nedoporučují noční směny. To jim třeba taky dělá problémy, že ten organismus se rozhodí tím, že směnují, že většinou mají třeba jednosměnnej provoz.“* Respondentka č. 2 uvádí, že mají spíše mladší pacienti. *„Spíš, pokud trpí těma průjmama, tak je to může omezit i při tom zaměstnání. Jinak si myslím, že v tom zaměstnání to není zas tak problém. Já bych řekla, že až tak neomezuje nějak extrémně.“* Respondentka 5 uvádí, že je to individuální. *„To je jak kteří. Spousta jich je normálně pracovně činná. Já myslím, že to snášejí dobře. A ti, kteří to mají horší...nemyslím, že by z toho byl někdo úplně hodně špatnej. Pracují s tím a žijí.“* Respondentka se k dané otázce vyjádřila: *„Záleží, v jaké jsou věkové hranici, jestli jsou mladí studenti, jestli jsou to pracující, nebo jestli jsou to důchodci. Záleží, do jaké práce chodí, jaký post v práci mají. Hodně je to ovlivňuje, jestli mají nějaké vedoucí postavení v té práci. Nebo prodavačky, to je velmi ovlivněné, protože oni celý den stojí za tou kasou a je to pro ně fyzicky náročné. Jde o to, že oni vlastně o tu práci kvůli tomu přijdou. Měli jsme pár pacientů, protože to nezvládli za tou kasou celý den být a když ten stav přijde, že musí si odskočit, tak vlastně u toho to nejde.“*

Následující otázka se zaměřuje na to, zda pacienti zvládají své zaměstnání nebo dostali invalidní důchod. Respondentka č. 2 řekla: *„Nevím o nikom, že by byl v invalidním důchodě s touhle diagnózou. Myslím si, že to zvládají.“* Od respondentky číslo 3 jsem se dozvěděla, že záleží, jak rozsáhlé je postižení střeva. *„Jsou pacienti, kteří chodí do práce úplně normálně, zvláště to jsou pacienti zase po těch operacích. Ti jsou limitovaní, mají stomie, atd. Tak ti už mají třeba*

invalidní důchod. Ale snaží se i začleňovat, ale je to individuální.“ Respondentka 4 na tuto otázku odpověděla, že ti mladší určitě zvládají zaměstnání. Mohou mít „homeoffice“, ale snaží se co nejvíc chodit do zaměstnání. Pokud už to nejde, tak to nejde. Respondentka číslo 5 sdělila, že většina je zaměstnaná a invalidní důchod má jen malé procento lidí postižených Crohnovou chorobou. Respondentka uvedla, že když už se vystavuje invalidní důchod, tak většinou jen částečný. Respondentka 8 odpověděla na tuto otázku slovy: *„Máme pacienty buď s částečným, nebo plně invalidním důchodem. Skutečně je to takové nespravedlivé, že ti, kteří by si to zasloužili, ten invalidní důchod vůbec nedostanou, i když to onemocnění je ve stádiu rizikovém nebo těžkém. Ale prostě nedostanou a musí chodit do té práce. Máme pár takových pacientů. Teď to aktuálně řešíme, že oni ten invalidní důchod úplně zamítli. Paní byla i na biologické léčbě, má 25 let odpracováno, prostě jí to zamítli. Našla si nějakou práci, protože bez práce to nejde. Psychicky se nám úplně zhroutila.“*

Třetí otázka je zaměřena na to, zda jsou pacienti, kteří museli změnit své zaměstnání. Respondentka R3 na tuto otázku odpověděla: *„Určitě se to stává, ale spíše ne. Oni si spíš zkrátí dobu, to takhle vím od těch pacientů, že až tak moc ne.“* Respondentka číslo 4 nám sdělila, že si neuvědomuje, že by nějaký pacient musel měnit zaměstnání. *„Pokud to nejde, tak jdou do toho invalidního důchodu, dočasněho aspoň.“* Respondentka 6 odpověděla slovy: *„Určitě někdo má takové potíže, že musí přehodnotit své zaměstnání. Třeba takový řidič kamionu nemůže zastavit kdekoliv nebo aby měl toaletu poblíž i ten komfort.“* Dle respondentky číslo 7 museli změnit své zaměstnání pacienti, kteří nezvládali své zaměstnání a které bylo psychicky náročné. *„Vím, že paní doktorka psala papír, že kvůli zdravotnímu stavu může pracovat ten člověk jenom na ranní směny, aby ten zaměstnavatel věděl.“* Respondentka číslo 8 nám sdělila příběh o paní, které neuznali invalidní důchod. *„Paní pracovala v obchodě, chtěla odtamtud odejít, protože to skutečně nezvládala. V té práci byla už 12 roků, prostě to nedávala. Tím, že oni doplňují regály, těžké věci se musí zvedat. Nezvládala to. O tu práci přišla, zůstala doma, ten invalidní důchod jí zamítli. A teď si našla na čtyři hodiny práci. Prodává párky v rohlíku. Říká, že se našla, aby si aspoň na ty čtyři hodiny psychicky odpočla. Brala Neurol, protože to psychicky nedávala, zamítli jí ten invalidní důchod. Neovlivňuje to samozřejmě každého, ale jsou pacienti, kteří museli změnit to zaměstnání, kteří o to zaměstnání i přišli.“*

Čtvrtou otázkou je ovlivnění sociálních kontaktů způsobené Crohnovou chorobou. Respondentka 1 si myslí, že svým způsobem to může lidi limitovat. Lidé necestují, nejedí na dovolené, protože jsou pořád vázání na domov a toaletu. Pokud mají pacienti i stenózy, tak jsou na tom i psychicky špatně, stydí se za to a straní se těch sociálních kontaktů a jsou v ústraní.

Respondentka číslo 2 nám řekla, že si nemyslí, že by lidi Crohnova nemoc nějak omezovala. Respondentka 3 nám sdělila: „*Když si uvědomíme, že prostě mladá krásná ženská má najednou stomii, určitě to ovlivňuje. Nejenom mladá, ale i v tom starším věku, muži, ženy, je to úplně jedno. Může to ovlivnit i ty sociální dopady.*“ Respondentka číslo 5 si myslí, že to ty pacienty ovlivňuje. „*Záleží na tom, v jakém stádiu onemocnění ten člověk je a jestli má třeba vývod, jestli je po operaci, není po operaci. To jsou samozřejmě rozdíly, protože někdo je jenom na léčbě nebo jsou natolik v remisi, že léčbu medikamentózní nepotřebují. Samozřejmě určitě jim to ovlivňuje život jenom tím, že musí často chodit na stolici. Takže se bojí najíst, když někam jdou, když je čeká nějaká dlouhá cesta, tak třeba nejí, aby nemuseli na toaletu. Takže je to určitě omezuje. A pokud mají vývod, tak je to určitě taky omezuje v určitých společenských oblastech.*“ Respondentka 8 mi sdělila, že to pacienty ovlivňuje. „*Řeší to, když potřebujou do obchodu si něco nakoupit, potřebujou do drogerie, tak mi několikrát pacienti říkali, že než jdou do toho obchodu, tak se připravují i psychicky, než někam jdou. Oni si tyto výlety stanovují až na pozdější hodinu, protože ráno několikrát musí na tu toaletu. Skutečně, než někam vyrazí, musí zhodnotit, jestli je tam WC, jestli si tam budou moct někde odskočit. Neradi chodí do divadla. Co je hodně ovlivňuje, že my dáváme tu biologickou léčbu. Tak pacienti nám hodně říkají, že už můžou chodit do divadla, že už mohli jet na kole. Že jeli 20 km na kole a nemuseli se ničeho bát, že by je to někde chytlo, měli křeče, bolesti a museli vyhledávat tu toaletu. Ted' jsme měli pacientku, která říkala, že se ji už párkrát stalo, že, že v drogerii ji to hrozně chytlo, ten stav...bolest břicha, křeče, a to hrozné nutkání. Ted' si tam dřepala a prodavačky přišly, že je hrozně bledá...prostě to ze mě vyhrklo a hotovo. Tady to člověk neovlivní. Raději nejí od rána, když mají přijít do ambulance, aby je to někde nepotkalo. Když k nám přijdou, automaticky se ptají: Máte toaletu? To je jako první otázka když přijdou do dveří.*“

V poslední otázce jsem se zaměřila na to, zda pacienti navštěvují podpůrné skupiny. Respondentka 1 odpověděla: „*V naší ambulanci, co znám ty pacienty, tak spíš sledují internet. Nemyslím si, že osobně navštěvují nějaký skupiny. To možná v těch větších městech, ale tady určitě taková skupina není. Spíš ty internetové skupiny, tak tam si myslím, že si přečtou, popovídají nebo si vyměňují zkušenosti, co mají vzhledem k onemocnění.*“ Respondentka číslo 2 mi sdělila, že existuje občanské sdružení pro pacienty s IBD. „*Mají i nějaký facebookový skupiny, kde si radí, komunikují, ale těch sdružení je víc. Myslím si, že mají i nějaký sezení, ale ted' kvůli tomu covidu to probíhá online. Ale vím o jednom pacientovi, co v té skupině je, takže asi určitě to využívají nebo můžou využívat.*“ Respondentka číslo 5 mi sdělila, že o těchto věcech neví, zda mají tito pacienti nějaké možnosti být součástí podpůrných skupin.

Respondentka 8 ví, že mají pacienti své facebookové stránky a že mezi sebou lidé hodně komunikují. *„O tom vím, že to je, ale osobně jsem na nich nebyla, takže jen vím, že jsou.“*

6.6 Terapie Crohnovy nemoci

Poslední část bakalářské práce je věnována léčbě Crohnovy choroby. Byly zjišťovány možnosti jak operační, tak konzervativní léčby a jejího přínosu pro pacienta. Poslední otázka je věnována léčebným modalitám u Crohnovy choroby.

Tabulka 6 - Terapie Crohnovy nemoci

	Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Nejčastější operace	Ileocekální resekce	×		×	×	×	×	×	×
	Stenózy	×			×			×	×
	Fisury		×						
	Abscesy		×						×
	Píštěle		×			×			×
	Vředy		×						
Zlepšení stavu po operaci	Dočasné	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	U stenóz ano
Léčba	Imunosupresiva	×	×	×	×	×		×	
	Kortikoidy		×	×		×		×	×
	Aminosalicyllová skupina			×	×			×	
	Aminosulfáty		×						
	Salazopyriny	×					×		×
	ATB							×	
	Biologická léčba		×	×					

V první otázce jsem zjišťovala, jaké operace se provádí nejčastěji v souvislosti s Crohnovou chorobou. Respondentky R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8 odpověděly, že jednou z nejčastěji prováděných operací je ileocekální resekce. Dalším nejčastějším operativním řešením je zrušení stenóz. Toto zmínila respondentka R1, R4, R7, R8. Respondentky R2, R5, R8 zmínily odstranění abscesů, píštělí a vředů. V následující otázce jsem se ptala, zda dochází po operativním zákroku ke zlepšení stavu pacienta. Téměř všechny respondentky uvedly, že ano. Od respondentky R1 jsem se dozvěděla, že je to pouze dočasné zlepšení stavu, a respondentka R8 odpověděla, že u stenóz ano. Poslední otázka je zaměřena na používanou léčbu v gastroenterologických ambulancích. Respondentky R1, R2, R4, R5, R7 uvedly, že jednou z nejčastěji užívaných látek jsou imunosupresiva. Dále respondentky R2, R5, R7, R8 zmínily užívání kortikoidů. R1 zmínila Salazopyriny, R2 aminosulfáty, R4, R7 aminosalicyláty, R6 Mesalazin a R8 Sulfasalazin. Jsou to léčivé látky patřící pod Sulfasalazin. Respondentky R2 a R3 zmínily biologickou léčbu.

Respondentka R1 na první otázku odpověděla: *„Je to hlavně odstranění stenóz. Taky jsme měli tady paní, která měla potíže, byla to ileocekální oblast, kdy se muselo odstranit část tlustýho střeva pravostranné hemikolektomie, takže spíš tady v těch oblastech, když prostě nereaguje tady ta léčba. To byla zrovna pacientka, která netolerovala kortikoidy. Pan doktor jí měnil několikrát léky, imunosupresiva a taky po nich měla různý potíže. Byla ospalá, vůbec nemohla přemýšlet, psychicky se necítila dobře. To střevo šlo čím dál víc a víc do zánětu, do stenózy až jí vadila jakákoliv strava.“* Respondentka uvedla, že pacienti si myslí, že když se odstraní zánětlivá část střeva chirurgicky, tak je člověk vyléčený a žije si svůj život, jak kdyby tu nemoc neměl. Ale toto vede k tomu, že se to vrátí znovu, třeba na jiném místě a bude to ještě horší. Respondentka 2 na otázku týkající se operací na střevech sdělila: *„Mají hlavně trhliny, to jsou takový bolestivý fisury konečnicku, který krvácí při vyprazdňování. Pak jsou to abscesy a píštěle. To jsou rány a vředy ve střevě, které mohou vyústit až v perforaci a spojení dvou částí střeva, nebo střeva a jiného orgánu. Třeba pochvy nebo močového měchýře.“* Dle respondentky č. 3 se chirurgové snaží, aby došlo k co nejmenšímu odstranění, nebo nejmenší části střeva. Respondentka udává, že toto probíhá ve dvou etapách. Nejdřív když má pacient potíže, tak se mu vyšije stomie, a až se jeho stav zklidní, tak poté se napojí stomie zase zpátky. Respondentka R4 uvádí, že se operace v souvislosti s Crohnovou chorobou provádí úplně minimálně. *„Většinou jsou to zúžení a resekce střev, provádí se rozrušení stenóz.“* Respondentka 7 řekla: *„U těch Crohnů tam jsou resekce postiženého úseku tlustého střeva. Většinou tam jsou stenózy, tak ty se musí operovat, jinak by došlo k uzavření.“*

Následující otázkou jsem zjišťovala, zda se zlepší stav pacienta po operaci. Respondentka číslo 1 na tuto otázku odpověděla slovy: „Záleží na životosprávě a dodržování všech pravidel. Musí se o sebe trošku starat, a ne si říct, že tou operací je to vyřešený a tím pádem můžou zase všechno, jako kdyby byli zdraví. Je to spíš dočasný. Záleží, jak se k tomu člověk postaví a jak bude dodržovat nějak zdravý životní styl a přístup k sobě samému.“ Druhá respondentka zmínila, že to zlepšení bývá pokaždé. Dle respondentky je to nevyzpytatelné, jelikož se píštěle nebo abscesy mohou vyskytnout kdykoli znovu. „Je to i o ukázněnosti pacienta, jestli bere pravidelně medikaci. Pár pacientů tady máme po tom chirurgickém zákroku a myslím si, že jsou dobří.“ Respondentka R3 si myslí, že dochází u pacientů po operaci ke zlepšení. „Bohužel jak jsem říkala, ten Crohn může postihnout jakoukoli část. Opravdu je důležité při těch restričních výkonech, aby docházelo k té resekci v co nejmenším rozsahu. U Crohna může docházet k opakovaným řešením chirurgickým.“ Dle respondentky č. 4 se už tolik neoperuje. „Pokud jsou to ty stenózy, tak se operují, ale většinou jsou spíš na biologické léčbě. Chirurgická léčba už moc není, protože jsou jiné možnosti léčby. Samozřejmě biologická léčba, to je něco jiného, funguje to na ty píštěle.“ Respondentka R7 se k danému tématu vyjádřila slovy: „Určitě dochází ke zlepšení, ale určitě to není napořád, může se to opakovat. Většinou se to vrací, ne hned, ale po několika letech. Je to třeba úsek o kousek dál, nebo v tom místě.“ Respondentka 8 uvedla, že některé pacientky mající vaginální píštěle, podstoupily několikrát operace, které se nepodařily. Dle této respondentky je stav stejný, někdy lepší, ale také v některých případech i horší. Pacienti, u kterých nedochází po operaci ke zlepšení, jsou na tom špatně psychicky i fyzicky. Pokud se jedná o zúžení střev, mnohdy pacienti zaznamenají zlepšení po operačním výkonu.

V poslední otázce jsem se ptala na léčbu, která je využita v gastroenterologické ambulanci. Respondentka R1 odpověděla: „Dostávají salazopyriny, to je salofalk, imunosupresiva, imuran. Ze začátku se jim dává vyšší dávka, potom se hlídají jaterní testy, pankreaticky enzymy. Tělo může zareagovat i tak, že ti lidi mají pankreatitidy vyvolané těma lékama. Z počátku se dává vyšší dávka, aby se zánět dostal do klidu, pak se postupně snižuje. To je na základě celkového stavu pacienta a laboratorních výsledků.“ Respondentka 2 uvedla, že se nejčastěji podávají aminosulfáty, což je Asacol, Pentasa, Salofalk. „K udržení toho onemocnění jsou imunosupresiva, tj. Imuran. Při vysoké aktivitě toho onemocnění se dávají kortikosteroidy. Takže v podstatě medikamentózní léčba. Teďka se nám tady rozjíždí biologická léčba. Ta je metodou volby pro pacienty s těžkou formou onemocnění a tvorbou píštělí, těžké rozsáhlé postižení či rektální formu Crohnovy choroby, případně není-li dosavadní léčba účinná.“

V mnoha případech může zvrátit těžkou formu onemocnění, takže není potřeba operačního výkonu.“ Třetí respondentka sdělila, že mají v gastroenterologické ambulanci nejvyšší škálu léčby Crohnovy nemoci. „Máme biologickou léčbu, spolupracujeme s našimi chirurgickými specialisty. Máme takové skupiny IBD stran vlastně samotných gastroenterologů tady na naší klinice. I co se týče pacientů probraných i v chirurgii, nebo na kožní klinice, když mají nějaký ty kožní projevy atd. Takže veškerá ta léčba tady je.“ Respondentka R4 uvádí, že se podává kyselina salicylová, imunosupresiva. „Pokud je pacient zhoršený natolik, má biologickou léčbu a chodí na kontroly k nám do ambulance.“ Pátá respondentka odpověděla na otázku slovy: „My používáme imunosupresiva, kortikoidy. Při zhoršení potíží odesíláme na biologickou léčbu nebo k operaci.“ Respondentka číslo 6 uvedla, že se nejčastěji používá Pentasa. Od respondentky R7 jsem zjistila, že se podávají aminosalicyláty, imunosupresiva, kortikoidy. „Kortikoidy se snažíme v akutní fázi vysazovat. Když pacient nereaguje na ty léky, který dáváme, tak se navrhuje biologická léčba. Pak doktorka posílá ke zvážení biologické léčby. Někteří na to dosáhnou, někteří ne.“ Respondentka ještě uvedla, že v akutnější fázi se mohou podávat ATB a Normix. Poslední respondentkou, která odpovídala na otázku týkající se léčby využívané v gastroenterologické ambulanci je respondentka číslo 8. Respondentka uvedla podávání kortikoidů, Sulfasalazin a také biologickou léčbu.

Otázkou ohledně biologické léčby jsem se doptávala, jaká je péče o pacienta v průběhu a po aplikaci biologické léčby. Dvě respondentky uvedly, že v gastroenterologické ambulanci, ve které pracují, se podává biologická léčba. Respondentka R3 mi sdělila, že se před podáváním biologické léčby musí provést podrobnější vyšetření, aby se vyloučily oportunní infekce a plicní vyšetření. Lékař napíše vstupní vyšetření, zkontroluje výsledky a určí, jakou biologickou látku pacient dostane. Dále už k samotné aplikaci biologické látky. Respondentka R2 uvedla, že pacient by měl být nalačno. Dle respondentky R2 se u některých biologik podává Hydrocortizon, abychom předešli alergické reakci. Pacient v průběhu podávání biologické léčby nesmí pít. V průběhu podávání látky je pacient sledován na monitoru a biologická látka kape přes infuzní pumpu. R2 uvádí: „Jsou biologika, který kapou hodinu, některý půl hodiny. Co je stejný, tak ta péče po biologické léčbě. Hodinku by se ten pacient měl sledovat. Je napojený na EKG, hlídáme saturaci a v pravidelných intervalech se měří tlak a puls.“

Biologická léčba může být podávána intravenózně či subkutánně. Intravenózní biologická léčba je podávána v biologických centrech a subkutánní si pacient může aplikovat sám doma po předchozí edukaci. Respondentka R3 uvádí: „Většinou ty první tři aplikace jsou u nás po těch čtrnácti dnech a potom pokud se to naučí píchat, dostává pacient medikamenty na dva měsíce.“

Vždycky ta indukce je tři dávky, ať už je to intravenózní či subkutánní podání, následuje kontrola lékaře, který zjistí, zda to funguje, či ne, a pokračujeme dál.“ Respondentka R2 k aplikaci subkutánních injekcí zmínila: „My je to tady naučíme, máme tady takový zkušební aplikátory, aby si to mohli zkusit. Potom přijdou za ty dva měsíce, kde se odebere krev, udělá se přešetření a zase je vybavíme domů téma biologikama. Toto je možný, ale není to vhodný u všech pacientů.“

7 DISKUZE

V diskuzi jsem se zaměřila na vyhodnocení a porovnání výsledků průzkumné části s jinými bakalářskými pracemi, odbornými články a literaturou. Prvním cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika práce sester v gastroenterologických ambulancích u pacientů s Crohnovou chorobou. Prostřednictvím druhého cíle bylo zjišťováno, zda pacienti dochází na pravidelné kontroly ke svému gastroenterologovi a jaké jsou nejčastější důvody návštěv. Bylo zjištěno, jakou metodou sestry edukují pacienty a jaké informace ohledně Crohnovy nemoci dostávají pacienti od sester, jak se pacienti s danou nemocí vyrovnávají. Poslední zkoumanou oblastí byly nejčastější léčebné modalit u pacientů s Crohnovou chorobou.

První průzkumná otázka: „Jaká jsou specifika práce sestry v gastroenterologických ambulancích o nemocné s Crohnovou chorobou?“

Bylo zjištěno, co spočívá v práci gastroenterologických sester. Prostřednictvím průzkumu jsem se dozvěděla, jaké výkony se v ambulanci provádí. Přes diagnostiku onemocnění, endoskopická vyšetření, odběry krve, pravidelné kontroly až k léčbě Crohnovy nemoci, objednávání pacientů, registrace nových pacientů a telefonické konzultace. R1 uvádí: *„Jsou to nově diagnostikovaní pacienti, kteří jsou odesláni na základě problému.“* Vytejková (2013) uvádí, že náplní sestry v gastroenterologické ambulanci jsou odběry biologického materiálu, edukace ohledně dietního režimu, dále provádění endoskopických výkonů a objednávání pacientů na kontroly. Respondentka R3 sdělila, že je ambulance jako tzv. „poradní orgán“, kdy pacient si zavolá a sdělí, jaké má potíže, a sestra je schopna pacientovi do určité míry poradit nebo odhadnout, o jak závažný stav se jedná. Ve většině případů se jedná o pacienty, kteří dochází na kontroly co půl roku a netrpí závažnějšími problémy. Naopak literatura od Zbořila (2018) uvádí, že u nově diagnostikovaných pacientů je toto vyloučeno a je nutná návštěva gastroenterologické ambulance, kde lékař stanoví závažnost nemoci a dle ní zvolí vhodnou léčbu. Respondentky popsaly svoji každodenní práci a jaké se provádí výkony. Všechny zkoumané respondentky uvedly, že provádí převážně endoskopické výkony spolu s lékařem. *„Naše „gró“ jsou spíš endoskopický výkony,“* uvedla respondentka číslo 2. Z průzkumu bylo odhaleno, jak často pacienti dochází do gastroenterologických ambulancí na pravidelné koloskopické vyšetření. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že nejčastěji pacienti dochází jednou ročně k endoskopickému výkonu, pokud se nejedná o zhoršení nemoci. V tom případě dochází ke koloskopii častěji dle stavu pacienta. Respondentka R4 jako jediná uvedla, že pacienti dochází pravidelně k endoskopii jednou za 3 roky. Pokud dojde k relapsu onemocnění, je nutné provést koloskopii dle potřeby, jak to stanoví lékař. Na základě odpovědí respondentek vyplynulo, jak

probíhá kolonoskopické vyšetření a jak je nutné připravit pacienta k danému výkonu. Pacienta sestra edukuje o dodržování bezezbytkové stravy po dobu sedmi dní. Důležité je vysazení antikoagulancií, pokud pacient tyto léky užívá, dále vynechat léky z preparátů železa. Zádorová (2013) uvádí, že je nutné vynechat 7 dní preparáty železa a pouze tři dny vyloučit zbytkovou stravu. Pokud jsou to pacienti trpící zácpou, měli by mít zhruba 2-3 dny tekutou stravu. Den před vyšetřením pijí pacienti vyprazdňovací roztok, který je nejčastěji 4-5 litrový. Dle Zádorové (2013) je nejčastěji používán izosmolární elektrolytový roztok s polyetylglykolem, který je osmoticky vyvážený a bezpečný i u nemocných s kardiálním, jaterním a renálním onemocněním. Jedná se o roztok, který je tři až čtyřlitrový. Den, kdy pacienti pijí vyprazdňovací roztok, už nejí žádné potraviny. Přípravu lze rozdělit na dělenou a nedělenou. Dělená se provádí v případě, že pacient jde na vyšetření až druhý den v poledne. Část vyprazdňovacího roztoku pacient vypije večer a část následně ráno. Nedílnou součástí je také příprava vyšetřovny a všech potřebných pomůcek. Respondentka R5 uvedla, že ráno při příchodu do ambulance připraví akcesoria, endoskopy musí projít dvoustupňovou dezinfekcí. Endoskopy se volí dle toho, jaký je naplánovaný program na den, zda se bude provádět gastrokopie či kolonoskopie. Dále se připraví vyšetřovna, tzn. lehátko, které se prostře rouškou, připraví se emitní miska a buničina. Pokud se jedná o gastrokopii, připraví se navíc kousátko. U gastrokopie se příprava výrazně liší. Respondentka R4 uvedla, že pacienti jsou poučeni od sestry či lékaře a od půlnoci nesmí jíst, pít ani kouřit a nebrat léky. Ať už se jedná o kolonoskopii či gastrokopii, poloha pacienta při vyšetření je na levém boku. Respondentka R2 uvedla: „*Někdy v průběhu toho vyšetření se může měnit poloha, tzn., že pacient může ležet na zádech, nebo může ležet na pravém boku. Je to prostě individuální, jak si řekne ten lékař.*“ Zádorová (2013) ve svém článku uvádí: Kolonoskop délky 160-170 cm lékař zavádí v poloze na levém boku. Před samotným vyšetřením je nutné vyšetření per rectum také na levém boku. Dále také uvádí, že sestra pomáhá lékaři tlakem ruky na břišní stěnu k fixaci střevních kliček, případně pacienta polohuje na záda či pravý bok. Pacientovi lze provádět vyšetření v anestezii či nikoliv a tím se odlišuje péče po vyšetření. Pokud je nutná anestezie, pacient nesmí po výkonu dvě hodiny jíst a pít. U pacientů bez anestezie nejsou žádné požadavky. Pacient po výkonu není nijak limitován. Pokud lékař stanoví premedikaci, je nutností ji předem připravit. Zádorová (2013) uvádí, že někteří pacienti mají obavy z bolesti a stud z vyšetření. Vyšetření je možné provádět bez premedikace, ale může v pacientovi vyvolat velmi nepříjemný zážitek. Pokud se pacient rozhodne podstoupit výkon bez premedikace, lze podat analgosedaci i během výkonu. Před vyšetřením je zajištěn žilní přístup, který má pacient ještě 30 minut po vyšetření. Nejčastěji je používán Midazolam (3-5 mg). Naopak respondentka číslo 2 udává nejčastější podání Fentanylu, tedy slabého opiátu.

Všechny respondentky sdělily, že je nutné pacientovi říct, že pokud mu bude podána premedikace, musí s ním přijít doprovod. Někdy je také k dispozici dospávací pokoj. Pacient, který byl pod narkózou, se musí monitorovat v průběhu vyšetření i následně po vyšetření. Respondentka R5 uvedla, že se musí u pacienta monitorovat dech, zda má bolesti a případně na to reagovat, pokud je pacient při vědomí. Naopak Zádorová (2013) popisuje, že v průběhu vyšetření může dojít k tkáňové hypoxii. Ohroženi jsou zejména staří a pacienti ohrožení kardiorespiračními komplikacemi. Také analgosedace může způsobit útlum dechového centra. Z tohoto důvodu je nutné provádět kolonoskopické vyšetření s pulzní oxymetrií a u rizikových pacientů s monitorací EKG a krevního tlaku. Po vyšetření je zakázáno řízení motorových vozidel po dobu 24 hodin a také je nezbytné poskytnout pacientovi telefonický kontakt pro případ pozdních komplikací.

Druhá průzkumná otázka: „Dodržují pacienti pravidelné kontroly ve své gastroenterologické ambulanci?“

Bylo prozkoumáno, v jakých intervalech dochází pacienti ke svému lékaři, zda dodržují pravidelné kontroly a jaké jsou důvody návštěvy gastroenterologické ambulance. Dle výsledků odpovědí všichni pacienti dochází na kontroly ke svému specialistovi. Rovněž byl porovnáván časový interval návštěv u pacientů v remisi, následně v relapsu a také, jak často probíhá kolonoskopické vyšetření u pacientů léčících se s touto nemocí. Většina respondentek uvedla, že pacienti v remisi dochází na pravidelné kontroly jednou za půl roku. Dvě ze zkoumaných respondentek uvedly, že časový interval návštěv u pacientů v remisi je jednou ročně. Jedna respondentka sdělila, že období mezi jednotlivými návštěvami může být i 3 měsíce. Záleží na tom, jakou má pacient formu nemoci a za jaký časový interval si lékař pacienta pozve. Následně je v kompetenci sestry, aby pacienta objednala na dané období, kdy se má pacient dostavit. U pacientů, kteří se nachází v relapsu, byla nejčastější odpověď respondentek 1x za měsíc. Dvě respondentky, které se podrobily průzkumu, uvedly četnost návštěv 1x za 3 měsíce. Jedna respondentka dokonce uvedla, že pacienti v relapsu onemocnění dochází k lékaři po čtrnácti dnech. Zbylé respondentky odpověděly, že kontroly probíhají v období relapsu výrazně častěji, a to následně závisí na stavu pacienta. Četnost daných návštěv určuje lékař. Z toho vyplývá, že u pacientů, kteří se nachází v relapsu, probíhá kontrola častěji než u pacientů, kteří jsou v remisi. Dle Vytejškové (2013) pacienti dochází pravidelně na odběry krve jednou za čtvrt roku a pravidelné kolonoskopické prohlídky jsou jednou ročně. Naopak Bortlík (2021) uvádí, že frekvence laboratorních vyšetření není nijak pevně stanovena a je individuální u každého pacienta. Pokud se jedná o pacienta, který má dlouhodobě stabilizovanou chorobu v klidové

fázi při minimální terapii např. aminosalicyláty, může jít na odběr krve třeba jednou ročně. U pacienta s aktivní formou nemoci je nutná laboratorní kontrola 1x měsíčně až do nástupu remise. Důležitá je i kontrola u pacientů na imunosupresivní a biologické léčbě, kdy je možný záchyt nežádoucích účinků léčby. Bortlík (2021) uvádí příklad kontroly krevního obrazu u pacientů na iminosupresivech (Imasup, Imuran). *„Pátráme po možném útlumu krvetvorby, zejména produkce bílých krvinek. Takový pacient musí absolvovat zpočátku po nasazení terapie laboratorní vyšetření každé 2 týdny, interval se postupně prodlužuje až na 3 měsíce, tato frekvence je pak dodržována po celou dobu imunosupresivní léčby.“* Pacienti postižení touto nemocí musí docházet pravidelně na koloskopická vyšetření. Z průzkumu bylo zjištěno, že nejčastěji se provádí toto vyšetření jednou ročně. Pouze jedna respondentka uvedla, že interval kolonoskopického vyšetření u těchto pacientů je 1x za 3 roky.

Třetí průzkumná otázka: „Jakým způsobem edukují sestry pacienty a jaká jsou nejčastější témata edukace pacientů s Crohnovou chorobou? Jaká jsou dietní opatření pro tyto pacienty?“

Prostřednictvím třetí průzkumné otázky bylo zkoumáno, jakým způsobem probíhá edukace pacienta a na co se pacienti nejčastěji ptají v souvislosti s danou nemocí. Dozvěděli jsme se, že mezi nejčastěji používané metody edukace patří rozhovor a edukační letáčky. Polovina respondentek zmínila využití internetu. Jedna z nejčastějších otázek od pacientů s Crohnovou nemocí je ohledně dietního režimu, co mohou jíst a co naopak vůbec. Pacienti se zajímají, jaké mohou nastat komplikace u Crohnovy choroby. Kuřáci postižení touto nemocí se ptají, zda mohou nadále kouřit. V článku „Nikotin: stane se zbraní proti střevním zánětům?“ Střevní záněty (2013) je popsáno, že pacienti postižení Crohnovou nemocí by měli s kouřením co nejrychleji přestat. Mohou se tak vyhnout zhoršování nemoci. Stejně tak působí i pasivní kouření. Někteří pacienti se ptají, zda budou zvládat své zaměstnání a nebudou mít omezení a také, zda mají nárok na invalidní důchod. U mladých žen je nejčastější otázkou otěhotnění, těhotenství a kojení. Bortlík (2021) uvádí, že pokud se Crohnova nemoc nachází v remisi, žena má srovnatelnou fertilitu se zdravou ženou. Pokud je ale onemocnění v relapsu, snižuje se možnost otěhotnění. Pokud dojde k otěhotnění v klidové fázi nemoci, může dojít k relapsu v průběhu gravidity. Dle Bortlíka (2021) taková situace nastává u jedné třetiny pacientek. Pokud pacientka otěhotněla v průběhu relapsu, může tento průběh přetrvávat u dvou třetin pacientek. U jedné třetiny dochází ke klidovému stadiu nemoci. Onemocnění v aktivní fázi zvyšuje riziko předčasného porodu nebo nízké porodní váhy novorozence. Nedílnou součástí léčby u této nemoci je také poučení ohledně dietního režimu. Záleží na tom, zda se pacient nachází ve fázi

remise nebo relapsu onemocnění. Pokud má pacient potíže, od respondentek bylo zjištěno, že se doporučuje tzv. bezsezbytková dieta a všechny respondentky se shodly, že dieta je individuální u každého pacienta. Respondentka č. 2 doporučuje lehce stravitelnou vlákninu, maso, ryby, vejce, mléčné výrobky, dostatek vitamínů a minerálů. Dále doporučuje omezit čerstvou zeleninu a ovoce, luštěniny, celozrnné pečivo. Vhodnost potravin zařazovaných do jídelníčku je individuální. Kohout (2016) uvádí dietu s vyloučením nerozpustné vlákniny, tzn. vyloučení čerstvého ovoce a zeleniny, luštěnin, výrobků z celozrnných obilovin, vyloučení jídel s velkým obsahem tuků, smažených a grilovaných jídel. Dle Kohouta (2016) se doporučují potraviny, které obsahují škroby, bílkoviny, železo a vápník. Jako doplňky stravy se doporučuje užívat vitamíny B12, D, Mg, Fe, Ca. Intenzita suplementace danými vitamíny se odvíjí dle laboratorních hodnot každého pacienta. Celkově všem pacientům lékaři doporučují užívat probiotika. Naopak dle Lukáše (2020) se v dnešní době upouští od bezsezbytkové diety. Zaměřuje se na individuální dietu a zároveň zamezení malnutrici.

Čtvrtá průzkumná otázka: „Jakým způsobem se pacienti adaptují na Crohnovu chorobu z pohledu sester?“

Odpověď na průzkumnou otázku, jak jsou pacienti s Crohnovou chorobou omezeni, případně jak zvládají dané onemocnění, většina respondentek formulovala tak, že tato nemoc pacienty limituje v běžném každodenním životě. Obecně pacienti moc nevycházejí z domova, mají obavy, aby se nedostavily nežádoucí příznaky, jako je např.: průjem. Omezení se dostavuje při běžném nákupu, vyřizování, dovolené a u některých pacientů také při práci. Musilová (2017) se ve své bakalářské práci zaměřila na adaptaci nemocných s Crohnovou chorobou. V bakalářské práci uvádí, že nejvíce je ovlivněna sociální oblast, tedy trávení volného času a osobní život. Bylo zjištěno, že pacienti postižení danou nemocí chodí do zaměstnání nebo museli zůstat v invalidním důchodu. Výsledkem průzkumu bylo potvrzeno, že tři čtvrtiny pacientů s Crohnovou chorobou má trvalé zaměstnání. Jedna čtvrtina všech respondentek uvedla, že většina pacientů je zaměstnaných, ale jsou i pacienti, kteří jsou v invalidním důchodu. K otázce o změně zaměstnání se čtyři respondentky vyjádřily, že pacienti většinou musí mít upravenou pracovní dobu, případně vyloučeny noční směny. Bortlík (2021) uvádí, že invalidní důchod je uznán dle vyhlášky č. 359/2009 Sb. o posuzování invalidity, která stanoví, jaká je meze pracovní neschopnosti u pacientů s Crohnovou chorobou v závislosti na stavu pacienta. Zda se jedná o mírnou, střední aktivitu či těžkou formu nemoci. Na otázku zjišťující ovlivnění sociálních kontaktů většina respondentek odpověděla, že toto onemocnění pacienty v běžném životě limituje. Pacienti moc necestují, mívají i psychický blok jít nakoupit.

V poslední otázce byla zkoumána návštěvnost podpůrných skupin. Většina pacientů o těchto skupinách ví, ale v dnešní době vyhledávají spíše internetové stránky či stránky facebookové. K internetovým stránkám radíme pacienti IBD, crohn.cz, strevni-zanety.cz.

Pátá průzkumná otázka: „Jaké jsou nejčastější léčebné modalitty u pacientů léčící se Crohnovou chorobou?“

Prostřednictvím páté průzkumné otázky bylo zjišťováno, jaké operace pacienti s danou nemocí podstupují nejčastěji. Nejčastější operací u pacientů s Crohnovou chorobou je ileocekální resekce, dále operace stenóz, píštělí, abscesů a vředů. Češka (2015) uvádí, že nejčastěji prováděnou operací u Crohnovy nemoci je ileocekální oblast. Na základě výsledků zkoumání respondentky odpověděly, že po operačním výkonu dochází ke zlepšení stavu pacienta. Jedna osmina respondentek dodala, že je to pouze dočasné zlepšení a zlepšení po operaci viditelné pouze u stenóz. V rámci medikamentózní terapie jsou hojně využívány imunosupresiva a kortikosteroidy. Dle Bortlíka (2017) je v současné době nejúčinnější způsob medikamentózní terapie Crohnovy nemoci biologická léčba. Udává se lepší kvalita života nemocných, nižší počet relapsů nemoci a také se zvyšuje kvalita pracovní schopnosti pacientů.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na specifika práce sester v péči o pacienty s Crohnovou nemocí ve specializovaných gastroenterologických ambulancích. Protože nenajdeme přímo literaturu, která by se zabývala specifikací a prováděním úkonů v gastroenterologické ambulanci, zaměřila jsem se na to, co obnáší práce sestry a co je důležité při onemocnění Crohnovou chorobou. Tato bakalářská práce může být případně doporučením pro studenty oboru všeobecná sestra, kteří by chtěli pracovat v gastroenterologické ambulanci. Bakalářská práce obsahuje část teoretickou i praktickou, tudíž je rozčleněna na dvě části.

První část byla věnována popisu trávicího traktu z hlediska anatomie a fyziologie. V další kapitole byla detailně popsána samotná Crohnova choroba, příčiny jejího vzniku, příznaky, komplikace. Dále pomocí jakých metod se tato nemoc diagnostikuje. Terapii řadíme do další části, kdy jsem se zaměřila na enterální výživu a dietoterapii. Následně byla vysvětlena dieta CDED, která spočívá ve vyloučení jistých složek z potravy, tím zajistíme stálé vnitřní prostředí střevní sliznice. Do kapitoly s názvem Terapie jsem zařadila farmakoterapii a také velice uznávanou biologickou léčbu Crohnovy nemoci. Nesmí chybět ani kapitola ošetrovatelské péče o pacienty postižené Crohnovou chorobou v ambulantní péči. V posledním odstavci byla popsána chirurgická terapie.

Druhou část tvoří průzkumná část, která byla vedena pomocí kvalitativního průzkumu prostřednictvím nestandardizovaného rozhovoru se sestrami gastroenterologických ambulancích. Stanovila jsem si šest průzkumných otázek. Jsou zaměřené na specifika práce sester v gastroenterologické ambulanci u Crohnovy nemoci, dodržování pravidelných kontrol u pacientů a nejčastější důvody návštěvy. V této práci popisuji metody edukace pacientů s Crohnovou chorobou, které se využívají ve zmíněných gastroenterologických ambulancích. Prostřednictvím rozhovorů se sestrami jsem zjistila, jakým způsobem se pacienti vyrovnávají s Crohnovou nemocí a jaké jsou nejčastější léčebné metody u této nemoci. Dále probíhal samotný průzkum, do kterého bylo vybráno osm respondentek pracujících v gastroenterologických ambulancích Olomouckého kraje. Z předem připravených průzkumných otázek bylo vytvořeno šest zkoumaných okruhů. Jednotlivé rozhovory byly nahrávány a následně přepisovány. V bakalářské práci jsou uvedeny ve zkrácené verzi tak, aby obsahovaly odpovědi na jednotlivé otázky.

Prostřednictvím průzkumné otázky zabývající se specifiky práce sestry v gastroenterologické ambulanci bylo zjištěno, že práce sestry v těchto ambulancích se liší pouze ve vykonávaných

vyšetřeních, jako jsou endoskopická vyšetření a další doporučení, která souvisí s následnou terapií. V některých ambulancích je možnost podání biologické léčby, na kterou se specializují přímo některá centra. Ve většině případů jsou pacienti odesláni na tato pracoviště. Pro všeobecné sestry jsou důležité znalosti z oboru gastroenterologie. U jedné respondentky bylo zjištěno, že jsou tzv. „poradní orgán“. Na tomto pracovišti jsou sestry profesně zdatné a po telefonickém hovoru s pacientem jsou schopny mu poradit. Sestra také na základě potíží pacienta dokáže odhadnout, zda se jedná o akutní stav či nikoliv.

Z průzkumu bylo zjištěno, že pacienti dodržují pravidelné návštěvy u svého gastroenterologa. Pacienti, kteří se nachází v remisi onemocnění, dochází na kontroly nejčastěji jednou za půl roku. Pacienti jsou rádi, když je nemoc v období remise, tudíž dodržování pravidelných kontrol je pro pacienty velmi důležité. Četnost kontrol v období relapsu bývá častější, odvíjí se dle závažnosti stavu pacienta. Z průzkumu bylo zjištěno, že kolonoskopické vyšetření se provádí u postižených Crohnovou chorobou nejčastěji 1x ročně. Z toho vyplývá, že pacienti léčící se s tímto onemocněním jsou pod neustálým lékařským i sesterským dohledem.

Ve třetí průzkumné otázce bylo od respondentek zjištěno, že nejčastější metodou edukace je využití rozhovoru, který ve většině případů provádí lékař. Spolu s rozhovorem je třeba využít edukační leták, který slouží pacientovi pro přehlednost a k lepšímu zapamatování si daných informací ohledně dietního režimu. Některé gastroenterologické ambulance odkazují pacienty ke svému nutričnímu terapeutovi, který jim doporučí vhodnou stravu a sestaví jim přesný jídelníček.

V další otázce bylo zkoumáno, zda jsou pacienti omezeni a v jakých oblastech života. Prostřednictvím tohoto průzkumu bylo zjištěno, že v zaměstnání pacienty nejvíce limituje práce během noční směny. U této nemoci je vyloučeno pracovat v noci. Změnou denního režimu se může nemoc výrazně zhoršit. Z průzkumu bylo zjištěno, že většina pacientů postižených Crohnovou chorobou je zaměstnaných, pouze někteří mají invalidní důchod. Ve většině ambulancích uvedly sestry, že pacienti mění zaměstnání jen ojediněle. Sestřičky také popisovaly, jak jsou pacienti limitováni v každodenním životě, např.: mají obavy jít do obchodu. Cestou do obchodů a do práce si zmapují, kde se nachází toaleta.

Pátá otázka byla zaměřena na léčbu Crohnovy nemoci. Léčba zahrnuje medikamentózní terapii a operační řešení. Mezi nejčastěji prováděné operace řadíme ileocekální resekce, stenózy a píštěle. Ve většině případů je viditelné zlepšení, je to však pouze dočasné. V některých ambulancích se využívá i biologická terapie, která má v dnešní době velmi pozitivní vliv na

pacienty postižené Crohnovou chorobou. Četnost návštěv kvůli aplikaci biologické léčby je z počátku častější. V průzkumu respondentky uvedly, že pro aplikaci subkutánní injekce prvních třech dávek, které se aplikují po čtrnácti dnech, pacienti dochází do biologického centra. Poté pokud zvládají aplikaci sami, dostanou injekce na dva měsíce domů. Z průzkumu jsme zjistili, že mezi nejčastěji využívané léky byly zařazeny aminosalicyllová kyselina, imunosupresiva a kortikoidy.

Ačkoliv je Crohnova choroba onemocnění, které je nevléčitelné, existuje celá řada doporučení a postupů, jak s chorobou nakládat. Nutno podotknout, že pro mnohé osoby toto onemocnění představuje nejen psychickou zátěž, ale také fyzickou a sociální. Díky bakalářské práci jsem se více ponořila do podstaty choroby a zamyslela jsem se nad tím, jak může být pro pacienty obtížné v běžném životě s tímto handicapem obstat. Jsem ráda, že jsem mohla vést rozhovory se sestrami s dlouholetými zkušenostmi v daném oboru. Jsou to osoby na svém místě a ochotny pacientům poradit a dát jim cenné rady.

9 POUŽITÁ LITERATURA

BORTLÍK, Martin a kol. *Doporučení pro podávání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů: třetí, aktualizované vydání*. Gastroenterologie a hepatologie [online] 2016, 70(1), 11-27, [cit. 22.1. 2022] ISSN 18047874. Dostupné z: <https://www.cgs-cls.cz/wp-content/uploads/2017/02/03.pdf>

BORTLÍK, Martin a kol. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat. I. a II. díl*. Praha: Pacienti IBD, 2021. ISBN 978-80-907566-5-6.

ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, ©2009. 112s. ISBN 978-80-7262-600-7.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online] 2017 [cit. 21. 4. 2021] cna.cz. Dostupné z: <https://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace#:~:text=O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20dokumentace%20je%20eoceniteln%C3%BD%20zp%C5%AFsob%20podpory%20komunikace%20v,pr%C3%A1ce%20i%20d%C5%AFle%C5%BEit%C3%BDm%20n%C3%A1strojem%20zvy%C5%A1ov%C3%A1n%C3%AD%20kvality%20zdravotnick%C3%A9%20p%C3%A9C4%8De>.

ČEŠKA, Richard a kol. *Interna. 2.*, aktualizované vydání [brožované ve 3 svazcích]. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-885-6.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.

DUJSÍKOVÁ, Hana. *Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů*. [online] 2018 [cit. 1. 4. 2021] Klinická farmakologie. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2018/03/02.pdf>

ECCO EFCCA *Doporučení pro pacienty s Crohnovou chorobou (CD)*. Praha: Pacienti IBD, 2018. ISBN 978-80-905120-7-8.

HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Ilustroval Jan BALKO, ilustroval Šárka ZAVÁZALOVÁ. Praha: Triton, 2017. ISBN 978-80-7553-420-0.

KOHOUT, Pavel a kol. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2016. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-32-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LATA, Jan a kol. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-692-2.

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

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

NOVÝ, František. *Nežádoucí účinky biologické léčby*. [online] 2019 [cit. 18. 4. 2021] Linkos.cz. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/nezadouci-ucinky-lecby-chemo/nezadouci-ucinky-biologicke-lecby/>

NZIP. Zdravotnická dokumentace. nzip.cz [online] 2021 [cit. 26. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1074-zdravotnicka-dokumentace>

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

POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.

PRÁVO 21, *Povinná mlčenlivost ve zdravotnictví není bezbřehá. V praxi se ale setkáváme s nedostatky*. [online] 2020 [cit. 21. 4. 2021] pravo21.cz. Dostupné z: <https://pravo21.cz/pravo/povinna-mlcenlivost-ve-zdravotnictvi-neni-bezbreha-v-praxi-se-ale-setkavame-s-nedostatky>

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

SOUČEK, Miroslav a kol. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-210-5418-9.

STŘEVNÍ ZÁNĚTY. *Doplňky stravy pro pacienty s IBD*. Střevní-záněty.cz [online] 2016 [cit. 9. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.strevni-zanety.cz/aktuality/doplanky-stravy-pro-pacienty-s-ibd-maji-vubec-smysl-46986>

STŘEVNÍ ZÁNĚTY. *Léčba*. Střevní-záněty.cz [online] 2021 [cit. 17. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.strevni-zanety.cz/lecba>

STŘEVNÍ ZÁNĚTY. *Nikotin: stane se zbraní proti střevním zánětům*. Střevní-záněty.cz [online] 2013 [cit. 7. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.strevni-zanety.cz/aktuality/nikotin-stane-se-zbrani-proti-strevnim-zanetum-46917>

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.

ŠPIČÁK, Julius a Ondřej URBAN. *Novinky v digestivní endoskopii*. [online] 2015 [cit. 17. 4. 2021] Praha: Grada Publishing. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/novinky-v-digestivni-endoskopii-502181/>

ZÁDOROVÁ, Zdena. *Kolonoskopie. Doporučený postup endoskopického vyšetření tlustého střeva*. Praha: III. Interní klinika 3. LF a FNKV, Gastroent Hepatol, 2013 (Guidelines). [cit. 25. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.cgs-cls.cz/wp-content/uploads/2015/04/guidelines-endoskopicke-vysetreni-tlusteho-streva.pdf>

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

ZBOŘIL, Vladimír. *Idiopatické střevní záněty*. Ilustroval Jiří HLAVÁČEK. Praha: Mladá fronta, 2018. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4720-3.

Všechno, co jste chtěli vědět o biologické léčbě u idiopatických střevních zánětů, ale báli jste se zeptat. 2. vydání. Praha: Pacienti IBD, 2019. ISBN 978-80-905120-9-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II*. [online] 2013. [cit. 30. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelske-postupy-v-peci-o-nemocne-ii-524/>

WAVITA. *Crohnova choroba, tichý a nenápadný nepřítel střev*. Klubzdravi.cz [online]. © 2020 [cit. 14. 2. 2021]. Dostupné z: <http://www.klubzdravi.cz/a/crohnova-choroba-tichy-a-nenapsadny-nepritel-strev>

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Klasifikace Crohnovy choroby.....	72
Příloha č. 2 Bestův index CDAI.....	73
Příloha č. 3 Diferenciální diagnostika Crohnovy nemoci dle lokalizace onemocnění.....	74
Příloha č. 4 Složení diety CDED.....	75
Příloha č. 5 Pyramida biologických léčiv užívaných z hlediska bezpečnosti.....	78
Příloha č. 6 Algoritmus při výběru biologické léčby.....	79
Příloha č. 7 Seznam pokládaných otázek.....	80
Příloha č. 8 Informovaný souhlas k provedení kvalitativního průzkumu.....	81

Příloha č. 1 Klasifikace Crohnovy choroby

Tab. 4.22 Klasifikace Crohnovy nemoci

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

(Zbořil, 2018, s. 97)

Příloha č. 2 Bestův index CDAI (Crohn 's Disease Activity Index)

1	Průjem	Počet řídkých stolic během posledních 7 dnů	x2	
2	Bolesti břicha	Součet bolestí břicha během posledních 7 dnů	x5	
		0 = žádné 1 = slabé 2 = výrazné 3 = silné		
3	Celkový stav	Součet za posledních 7 dnů	x7	
		0 = dobře 1 = skoro dobře 2 = špatně 3 = velmi špatně 4 = hrozně		
4	Mimostřevní projevy	Iritida, uveitida:	Artritida, artralgie:	x20
		Ano = 1 Ne = 0	Ano = 1 Ne = 0	
		Erythema nodosum:	Fissura ani, fistula, absces:	
		Ano = 1 Ne = 0	Ano = 1 Ne = 0	
		Pyoderma gangrenosum:	Jiné fistule:	
		Ano = 1 Ne = 0	Ano = 1 Ne = 0	
		Stomatitis aphtosa:	Febrilie:	
		Ano = 1 Ne = 0	Ano = 1 Ne = 0	
5	Potřeba antiidiaroidik	Ano = 1 Ne = 0	x30	
6	Rezistence v břiše	0 = žádná 1 = nejistá 2 = jistá	x10	
7	Hematokrit	Muži: 47 – skutečný hematokrit	x6	
		Ženy: 42 – skutečný hematokrit		
8	Hmotnost	1 – hmotnost reálná/hmotnost standardní x 100		
Součet				

Součet bodů CDAI	Aktivita
<150	Remise
150 - 220	Mírná aktivita
220 - 450	Střední aktivita
>450	Vysoká aktivita

(Zbořil, 2012, s. 67)

Příloha č. 3 Diferenciální diagnostika Crohnovy nemoci dle lokalizace onemocnění

<p><u>CD na tenkém střevě</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Karcinom tenkého střeva - Lymfom – primární B-lymfom nebo v rámci generalizace - T-lymfom - NSA enteropatie - Post-ischemická stenóza střeva - Leiomyom tenkého střeva
<p><u>CD v ileocekální lokalizaci</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infekce (yersinie, capmpylobacter) - Komplikovaná apendicitida - Adnexitida nebo tumor adnexa u žen - Karcinom céka - Lymfom v oblasti terminálního ilea - NSA enterokolopatie <p>Vzácně:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volvulus céka, intususcepcce terminálního ilea, objemný divertikl céka - Tuberkulóza tenkého střeva - karcinoid
<p><u>CD na tlustém střevě</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - infekce, pseudomembranózní kolitida - ulcerózní kolitida - NSA kolopatie - Kolitida při divertikulární nemoci - Sekundární zánětlivé změny při neoplastických procesech - Ischemická kolitida
<p><u>CD v anorektální a perianální lokalizaci</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Karcinom v anorektální a perianální oblasti - Pohlavně přenosné nemoci (anorektální forma lues, lymphogranuloma venereum, anorektální forma AIDS) <ul style="list-style-type: none"> - Komplikovaný průběh hemoroidů - Těžce probíhající hydrosadenitida

(Češka, 2015, s. 430)

Příloha č. 4 Složení diety CDED

Tab. 11.1 Složení CDED. Upraveno podle (27)

Fáze 1 (prvních 6 týdnů)	Fáze 2 (druhých 6 týdnů)
povinné či povolené potraviny spolu s polymerní enterální výživou (50 % kalorií)	povinné či povolené potraviny spolu s polymerní enterální výživou (25 % kalorií)
dieta by měla být předepisována školeným nutričním terapeutem či lékařem	dieta by měla být předepisována školeným nutričním terapeutem či lékařem
Povinné potraviny denně a jejich množství	Povinné potraviny denně a jejich množství
čerstvá kuřecí prsa 150–200 g/den	čerstvá kuřecí prsa 150–200 g/den
2 vejce/den	2 vejce/den
2 banány/den	2 banány/den
1 čerstvé jablko/den	1 čerstvé jablko/den
2 brambory/den brambory musí být před konzumací uvařené a poté ochlazené	2 brambory/den nebo ½ batátu (sladký brambor) a 1 obyčejný brambor brambory musí být před konzumací uvařené a poté ochlazené
Povolené potraviny denně	Povolené potraviny denně
čerstvé jahody	čerstvé jahody
čerstvý žlutý meloun (1 plátek)	čerstvý žlutý meloun (1 plátek)
rýžová mouka	rýžová mouka
bílá rýže a rýžové nudle (neomezeně)	bílá rýže a rýžové nudle (neomezeně)
2 rajčata (další porce povolené k vaření)	2 rajčata (další porce povolené k vaření)
2 okurky (středně velké)	2 okurky (středně velké)
2 poloviny avokáda	2 poloviny avokáda
1 mrkev	1 mrkev
1 šálek čerstvých listů špenátu	1 šálek čerstvých listů špenátu
hlávkový salát (3 listy)	hlávkový salát (3 listy)
cibule	cibule
čerstvé byliny (např. bazalka, petržel, koriandr, rozmarýn, tymián, máta, kopr)	čerstvé byliny (např. bazalka, petržel, koriandr, rozmarýn, tymián, máta, kopr)
1 sklenice čerstvě vymačkané šťávy z pomeranče (ne z kartonu či lahve)	1 sklenice čerstvě vymačkané šťávy z pomeranče (ne z kartonu či lahve)
voda neperlivá i perlivá	voda neperlivá i perlivá
sůl, pepř, paprika, skořice, kmín, kurkuma	sůl, pepř, paprika, skořice, kmín, kurkuma
3 polévkové lžičky medu	3 polévkové lžičky medu
4 kávové lžičky cukru	4 kávové lžičky cukru
čerstvý zázvor, stroužky česneku	čerstvý zázvor, stroužky česneku
citrony a limetky	jeden celý celozrnný krajíc chleba denně
	quinoa
	3 polévkové lžičky vařené čočky nebo hrachu

Tab. 11.1 Složení CDED. Upraveno podle (27) – pokračování

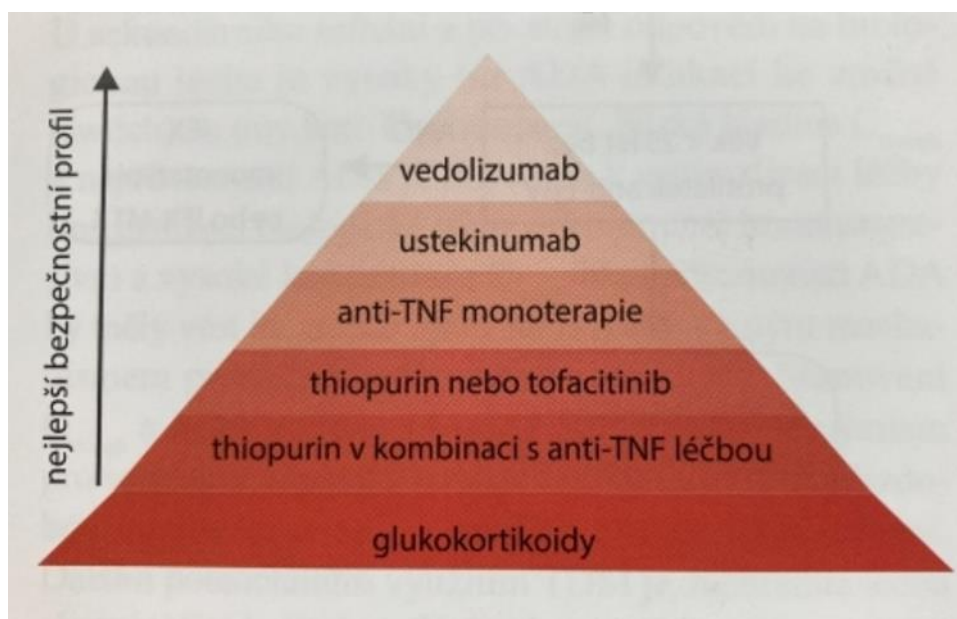
	6 mandlí nebo vlašských ořechů (nezpracované, nesolené, neochucené)
	jedlá soda
Potraviny povolené pouze jednou za týden	Potraviny povolené pouze jednou za týden
čerstvá libová* ryba (ne smažená či fritovaná, po dohodě s nutričním terapeutem)	čerstvá libová* ryba (ne smažená či fritovaná, po dohodě s nutričním terapeutem)
*obsah tuku v sušíně je méně než 2 %	maximálně 200 g hovězí svíčkové nebo steaku
	maximálně 1 krajíc celozrnného chleba
	1 konzerva tuňáka (v olivovém či jiném rostlinném oleji) po slití oleje
	½ šálku ovesné kaše či ovesných vloček
	Další potraviny denně od 7. týdne
	2 růžičky brokolice nebo květáku denně
	4 čerstvé houby (nekonzervované)
	½ červené papriky
	1 cuketa nebo plátek dýně
	1 hruška nebo kiwi nebo zralá nektarinka
	Další potraviny denně od 10. týdne
	většina zeleniny (omezené množství podle doporučení nutričního terapeuta)
	většina ovoce (omezené množství podle doporučení nutričního terapeuta)
	quinoa
	3–4 polévkové lžíce čočky nebo hrachu
Zakázané potraviny	Zakázané potraviny
neúplný seznam (potraviny, které nejsou povoleny výše, jsou zakázané)	neúplný seznam (potraviny, které nejsou povoleny výše, jsou zakázané)
mléčné výrobky	mléčné výrobky
živočišný tuk	živočišný tuk
pšenice	pšenice
emulgátory	emulgátory
umělá sladidla	umělá sladidla
jiné části kuřete než prsa	jiné části kuřete než prsa
jiné zdroje živočišné či sójové bílkoviny	jiné zdroje živočišné či sójové bílkoviny
karageny	karageny
maltodextriny (nebo sacharóza)	maltodextriny (nebo sacharóza)
potraviny obsahující sulfáty	potraviny obsahující sulfáty
xanthanová guma	xanthanová guma

Tab. 11.1 Složení CEED. Upraveno podle (27) – pokračování

balené, konzervované či mražené předvařené potraviny, těsta, pečivo	balené, konzervované či mražené předvařené potraviny, těsta, pečivo
mražené či konzervované ovoce a zelenina	mražené či konzervované ovoce a zelenina
p. o. suplementace železa	p. o. suplementace železa
sójové nebo bezlepkové produkty	sójové nebo bezlepkové produkty
předpřipravené kupované nebo průmyslově vyráběné omáčky, sirupy, pomazánky, dresinky, margaríny, máslo	předpřipravené kupované nebo průmyslově vyráběné omáčky, sirupy, pomazánky, dresinky, margaríny, máslo
ocet, sójová omáčka, kečup, majonéza	ocet, sójová omáčka, kečup, majonéza
alkoholické nápoje, limonády, džusy	alkoholické nápoje, limonády, džusy
smažené, fritované či velmi tučné potraviny	smažené, fritované či velmi tučné potraviny

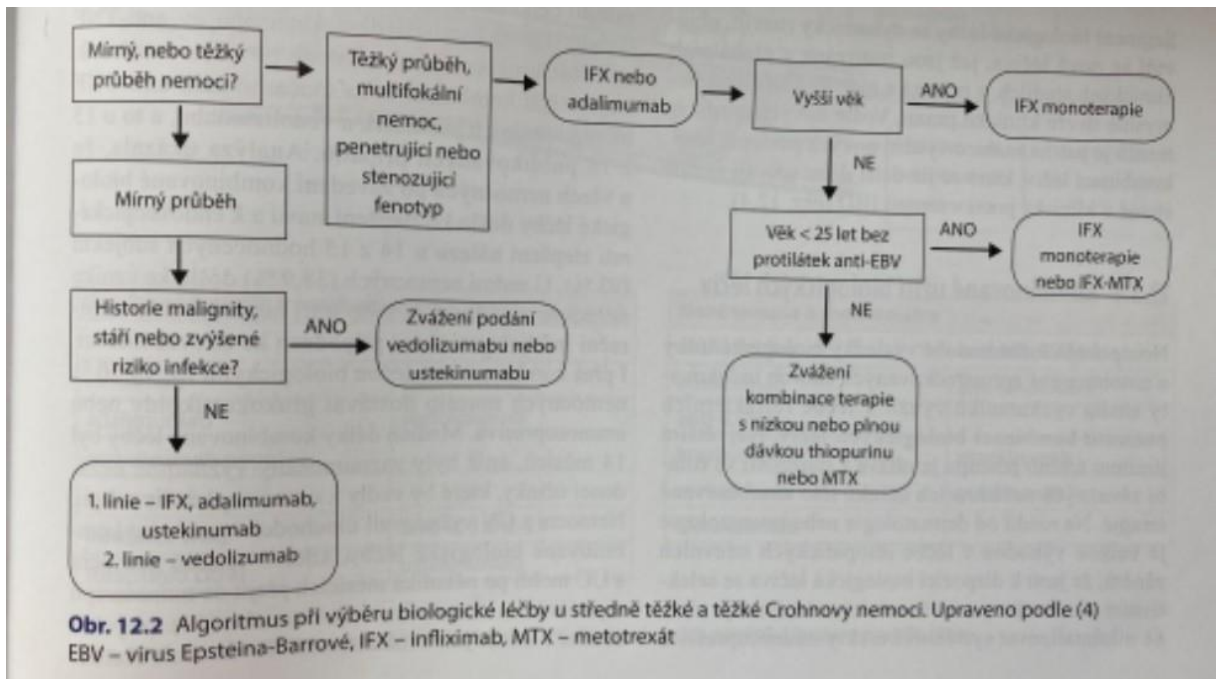
(Lukáš, 2020, s. 150-152)

Příloha č. 5 Pyramida biologických léčiv užívaných z hlediska bezpečnosti



(Lukáš, 2020, s. 164)

Příloha č. 6 Algoritmus při výběru biologické léčby



(Lukáš, 2020, s. 163)

Příloha č. 7 Seznam pokládaných otázek do rozhovoru

Pokládané otázky:

1. Popište Vaši práci o nemocného s Crohnovou chorobou, je něčím práce sestry specifická v gastroenterologické ambulanci?
2. V jakých pravidelných intervalech navštěvují pacienti gastroenterologickou ambulanci, i když nemají zrovna žádné potíže?
3. Dochází pacienti pravidelně na kontroly ke svému specialistovi?
4. Jaké jsou důvody návštěvy v gastroenterologické ambulanci
5. Jakým způsobem probíhá edukace pacienta s problematikou Crohnovy choroby?
6. Na co se pacienti nejčastěji ptají v souvislosti s daným onemocněním?
7. Jak poučíte pacienta ohledně dietního režimu s daným onemocněním?
8. Jaké potraviny pacientům vyhovují nejvíce a jaké naopak vůbec?
9. Užívají pacienti doplňky stravy?
10. Do jaké míry omezuje Crohnova nemoc Vaše pacienty? Případně jak zvládají pacienti toto onemocnění?
11. Zvládají pacienti chodit do svého zaměstnání nebo jsou v invalidním důchodě?
12. Jsou pacienti, kteří museli změnit své zaměstnání?
13. Ovlivňuje toto onemocnění pacienta z hlediska sociálních kontaktů?
14. Navštěvují pacienti podpůrné skupiny?
15. Jaké operace podstupují pacienti nejčastěji spojené s danou nemocí?
16. Pokud je provedena operace v souvislosti s Crohnovou nemocí, dochází u pacientů k následnému zlepšení jejich stavu?
17. Jaká léčba je využita u pacientů ve Vaší gastroenterologické ambulanci?

Příloha č. 8 Informovaný souhlas k provedení kvalitativního průzkumu

Vážená sestřičko

Příjmení a jméno:

Odkud jste:

Kontakt na Vás:

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU

Vážená sestřičko,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia (prezenční forma – obor Všeobecná sestra), na Katedře ošetrovatelství Fakulty Zdravotnických Studií Univerzity Pardubice a obracím se na Vás s žádostí o možnost realizace výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce na téma „*Specifika práce sestry v péči o pacienty s Crohnovou chorobou v gastroenterologické ambulanci*“; (školitelkou mé práce je Mgr. Hana Ochtinská). Výzkum je zaměřen na specifika sesterské práce v dané ambulanci a jaká je péče o pacienty postižené Crohnovou chorobou.

Výzkum bude proveden kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhoru.

Interview by proběhla jako polostrukturovaný rozhovor v předpokládané délce cca 20-35 minut na jeden rozhovor v klidné, nerušené místnosti. Struktura rozhovoru bude obsahovat předem definované otázky, které v průběhu rozhovoru, vplyne-li taková potřeba, případně doplním či dovysvětlím. Uvedené otázky přikládám s tímto souhlasem, abyste se s nimi mohla seznámit před zahájením rozhovoru. Rozhovory by byly s Vaším souhlasem nahrávány na záznamové zařízení (MP3 přehrávač či diktafon) a následně přepsány do elektronické podoby.

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

Cílem práce je:

- Zjistit, jaká jsou specifika práce sester o nemocné s Crohnovou nemocí v gastroenterologické ambulanci.
- Zjistit, zda pacienti docházejí na pravidelné kontroly ke svému specialistovi a jaké jsou nejčastější důvody jejich návštěvy.
- Zjistit, jakou metodou sestry edukují pacienty a jaké informace dostávají pacienti od sester ohledně edukace Crohnovy choroby.
- Zjistit, prostřednictvím sester, jak se pacienti vyrovnávají s Crohnovou chorobou.
- Zjistit, jaké se využívají nejčastější léčebné modalitty u pacientů postižených Crohnovou nemocí.

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

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

S úctou Skalíková Martina

V Pardubicích dne

Podpis