

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Aneta Matunová**

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou  
chorobou**

**Aneta Matunová**

**Bakalářská práce**

**2012**

---

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Aneta Matunová**  
Osobní číslo: **Z08024**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury na téma Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou.
  2. Stanovení cílů.
  3. Stanovení výzkumných záměrů.
  4. Výběr metody výzkumu.
  5. Konzultace vybrané metody výzkumu a skupiny respondentů s vedoucím bakalářské práce.
  6. Provedení výzkumu, sběr dat.
  7. Analýza a interpretace získaných výsledků.
  8. Zhodnocení práce.
-

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

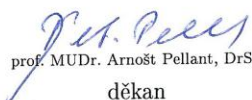
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. Čermáková, J. Crohnova choroba - vyšetřovací metody a léčba. Sestra, 2008, č. 12, s. 26. ISSN 1210-0404.
2. Červenková, R. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
3. Kohout, P.; Pavlíčková, J. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha : Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-8.
4. Slezáková, L. a kol. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2007. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
5. Šafránková, A.; Nejedlá, M. Interní ošetřovatelství I. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lucie Mlatečková  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010  
Termín odevzdání bakalářské práce: 16. července 2012

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

## **PROHLAŠUJI**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 10. července 2012

Aneta Matunová

# PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Lucii Mlatečkové za vedení při psaní bakalářské práce. Velice ráda bych chtěla poděkovat paní Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za vstřícnost a pomoc při psaní mé bakalářské práce.

Ráda bych také poděkovala paní Martině Pfeiferové, předsedkyni Občanského sdružení pro pacienty s IBD, za možnost uskutečnění výzkumu své bakalářské práce.

Dále děkuji všem respondentům, kteří ochotně spolupracovali při vyplňování dotazníků a mé rodině za trpělivost a pomoc během mého studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je věnována tématu Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou. V teoretické části se zabývám charakteristikou Crohnovy choroby, diagnostikou, léčbou, významem nutriční terapie u pacientů s touto chorobou a na využití edukace. Praktická část je tvořena dotazníkem se zaměřením na informovanost pacientů o Crohnově chorobě, a to převážně v oblasti správného stravování při tomto onemocnění. Odpovědi z dotazníku jsou zpracovány a využity pro přípravu edukačního plánu, který je uveden v příloze C.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Crohnova choroba, léčba, edukace, edukační plán

## **TITLE**

Preparation of educational plan for patients with Crohn's disease

## **ANNOTATION**

The present bachelor thesis deals with "Preparation of patient educational plan for people with Crohn's disease". In the theoretical part of my thesis I deal with the characteristics of Crohn's disease, diagnosis, treatment, importance of nutrition therapy for patients with this disease and practical use education. The practical part consists of a research questionnaire that maps patients' awareness of Crohn's disease, mainly in the knowledge of correct alimentation during this disease. Questionnaire responses were processed and used in order to prepare a patient educational plan which is given supplement C.

## **KEYWORDS**

Crohn's disease, treatment, education, educational plan

|   |    |
|---|----|
| Úvod .....  | 10 |
| Cíle .....  | 11 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST.....                                   | 12 |
| 1 Crohnova choroba .....                                  | 13 |
| 1.1 Historie Crohnovy choroby .....                       | 13 |
| 1.2 Etiologie onemocnění.....                             | 14 |
| 1.3 Lokalizace onemocnění .....                           | 14 |
| 1.4 Příčiny onemocnění.....                               | 15 |
| 1.5 Průběh a chování nemoci.....                          | 16 |
| 1.6 Klinické projevy.....                                 | 16 |
| 1.6.1 Projevy podle místa lokalizace zánětu .....         | 16 |
| 1.6.2 Projevy v trávicí soustavě.....                     | 17 |
| 1.6.3 Projevy na celkovém stavu .....                     | 17 |
| 1.6.4 Projevy mimo trávicí soustavu .....                 | 18 |
| 1.7 Diagnostika onemocnění .....                          | 18 |
| 1.7.1 Vyšetření pacienta.....                             | 18 |
| 1.7.2 Laboratorní vyšetření .....                         | 19 |
| 1.7.3 Ultrasonografické vyšetření.....                    | 19 |
| 1.7.4 Kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření ..... | 20 |
| 1.7.5 Endoskopická vyšetření.....                         | 20 |
| 1.8 Hodnocení průběhu onemocnění .....                    | 21 |
| 1.9 Komplikace onemocnění .....                           | 22 |
| 1.10 Léčba onemocnění .....                               | 23 |
| 1.10.1 Medikamentózní léčba .....                         | 23 |
| 1.10.2 Chirurgická léčba .....                            | 25 |
| 2 Nutriční péče o pacienty s Crohnovou chorobou.....      | 26 |
| 2.1 Dietní opatření .....                                 | 26 |



|   |    |
|---|----|
| 2.2 Stručné pokyny pro přípravu stravy při Crohnově chorobě ..... | 28 |
| 3 Edukace pacientů.....   | 29 |
| 3.1 Definice edukace, vysvětlení základních pojmů .....           | 29 |
| 3.2 Edukační proces.....  | 29 |
| 3.3 Edukační plán .....   | 30 |
| 3.4 Metody edukace.....   | 31 |
| 3.5 Edukační cíle .....   | 31 |
| 3.6 Edukační plán – Edukace pacienta s Crohnovou chorobou .....   | 31 |
| II. EMPIRICKÁ ČÁST .....  | 32 |
| 4 Metoda sběru dat .....  | 33 |
| 4.1 Dotazník a jeho obecná charakteristika.....                   | 33 |
| 4.2 Vlastní metoda sběru dat .....                                | 33 |
| 4.3 Prezentace výsledků .....                                     | 34 |
| 5 Výzkumné otázky.....  | 35 |
| 6 Vyhodnocení dotazníků .....                                     | 36 |
| 7 Diskuze .....   | 59 |
| 8 Závěr .....   | 64 |
| 9 Soupis bibliografických citací.....                             | 65 |
| 10 Seznam příloh:.....  | 67 |
| Příloha A - Dotazník .....  | 68 |
| Příloha B – Slovník pojmů a zkratk .....                          | 72 |
| Příloha C - Edukační plán pro pacienty s Crohnovou chorobou.....  | 73 |

## Úvod

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které postihuje jakoukoli její část. Ačkoli se jedná o závažné onemocnění, jehož incidence v posledních letech narůstá, zůstává jeho etiologie neznámá, i přes veškeré úsilí výzkumu a rozpoznání řady dílčích patogenetických mechanismů.

Tato choroba může postihnout jakéhokoliv člověka v mém okolí, rodině anebo dokonce i mne samotnou. Vzhledem k tomuto faktu a také díky výskytu tohoto onemocnění v mé rodině jsem se zajímala o toto téma a zaměřila jsem se na přípravu edukačního plánu pro pacienty s touto chorobou. Sama jsem přesvědčena, že edukace těchto pacientů je velice důležitá a často jim pomůže k návratu do běžného života.

V teoretické části mé bakalářské práce popisuji základní informace vztahující se k onemocnění Crohnovou chorobou. Vše podstatné o tomto onemocnění, rizikových faktorech, diagnostických metodách, léčebných trendech a nutriční podpoře. Dále se pak věnuji teorii edukace, základním pojmům v edukaci a edukačnímu procesu.

V empirické části mé bakalářské práce zjišťuji informovanost pacientů s Crohnovou chorobou o tomto onemocnění, dále pak znalosti ohledně režimových opatření a stravování při Crohnově chorobě. Na základě výsledků z dotazníkového šetření jsem vytvořila edukační plán pro pacienty s Crohnovou chorobou, který je uveden v příloze C.

## **Cíle**

### 1) Cíle části teoretické

Na základě dostupných literárních zdrojů popsat moderní způsoby diagnostiky a léčby Crohnovy choroby. Dále zjistit a popsat režimová opatření a význam nutriční péče o pacienty s tímto onemocněním.

### 2) Cíle části empirické

Zjistit, zda jsou pacienti s Crohnovou chorobou dostatečně informováni o tomto onemocnění a zda znají a dodržují zásady správného stravování při Crohnově chorobě. Na základě výsledků z dotazníkového šetření vytvořit edukační plán pro pacienty s Crohnovou chorobou.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 Crohnova choroba

Crohnova choroba je chronické zánětlivé zvrhodovatění jednoho nebo více úseků trávicího traktu (obvykle v tenkém či tlustém, nebo současně). Postihuje sliznici, podslizniční vrstvu, pojivovou a svalovou vrstvu. Zánět prostupuje celou střevní stěnou, postiženo bývá několik různých jejích oblastí, mezi nimiž jsou úseky zdravé tkáně (přerušované léze). Může se šířit od ústního otvoru k řitnímu včetně přilehlých mízních uzlin. Zanícená místa se hojí jizvami, které zužují trubici. (Čermáková, 2008)

## 1.1 Historie Crohnovy choroby

Na uznání své samostatnosti si musela Crohnova choroba počkat až do roku 1932. Už ve staré lékařské literatuře jsou však k nalezení popisy nemocných, které sedí i na současné pacienty. Například jistý doktor Fabry informuje v roce 1612 o tom, že při pitvě adolescenta, jenž zemřel krátce poté, co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku, objevil výraznou stenózu terminálního ilea s nápadně zesílenou střevní stěnou. Právě ta způsobila neprůchodnost střeva s následnou perforací. Také věhlasný profesor Thomayer popisuje ve svém legendárním spisu „Pathologie a terapie nemocí vnitřních“ z roku 1893 případy nemocných s „počasám katharem střevním“, jejichž klinický průběh stejně jako patologicko-anatomický nález při pitvě připomíná Crohnovu chorobu. (Červenková, 2009)

V slavné newyorské nemocnici Mount Sinai působilo počátkem 20.let minulého století hned několik pracovníků, kteří se problematikou zánětlivých onemocnění střev zabývali. Byli jimi Moschowitz a Wilensky, kteří již v roce 1923 popsali 4 případy nemocných s nespecifickou granulomatózou tenkého střeva a v r. 1927 přidali ještě dalšího pátého pacienta. Druhou skupinu tvořili Ginzuburg s Oppenheimerem a slavným chirurgem Bergem. Tato pracovní skupina měla zkušenosti celkem s 12 nemocnými, které sledovala od roku 1920. Všechny tyto pacienty odoperoval Berg a u všech byl podobný nález. Třetím, kdo měl ve stejné nemocnici zkušenosti s těmito pacienty, byl Crohn, který od roku 1930 léčil dva nemocné se střevním zánětem. (Lukáš, 1998)

Tehdejší šéfpatalog všem doporučil, aby dali hlavy dohromady a připravili článek do prestižního odborného časopisu JAMA (Journal of the American Medical Association). Podle tehdejších pravidel redakce podepsala autory v abecedním pořádku, nikoli podle badatelských zásluh. Navíc chirurg Berg se podepsat odmítl, protože se na sepisování nepodílel. Jinak by

na prvním místě figuroval právě on a my bychom dnes mluvili o Bergerově nemoci. (Červenková, 2009)

Až do konce 50. let se mělo za to, že regionální enteritida je jedinou lokalizací Crohnovy choroby. (Lukáš, 1998)

Teprve výzkumy v 50. a 60. letech minulého století definitivně prokázaly, že toto onemocnění postihuje rovněž tlusté střevo, ba dokonce jakoukoli část trávicí trubice. Počátkem 90. let se potom pohled na Crohnovu chorobu posunul ještě razantněji. Ukázalo se, že se jedná o heterogenní onemocnění s natolik různorodou lokalizací, projevy a komplikacemi, že je nutné klasifikovat ho mnohem přesněji, jinak by nebylo možné způsoby a výsledky léčby porovnávat. (Červenková, 2009)

## **1.2 Etiologie onemocnění**

Crohnovu chorobu řadíme mezi nespecifické střevní záněty, tj. zánětlivá onemocnění trávicí trubice, jejichž příčinu neznáme. Tím se liší od střevních zánětů specifických, které mají známou příčinu, jako jsou např. průjmovitá onemocnění způsobená bakterií *Salmonellou* (salmonelóza) nebo *Shigellou*, nebo virovým onemocněním, či se jedná o celiakii, která vzniká působením lepku na sliznici tenkého střeva. Dále se může jednat o střevní záněty po ozáření a podobně by bylo možno jmenovat řadu dalších chorob. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

Za rizikové skupiny obyvatelstva se považují u Crohnovy choroby příbuzní pacientů s Crohnovou chorobou, obyvatelé měst a kuřáci. Prevence onemocnění nespecifickými střevními záněty není známa vzhledem k tomu, že není známa ani příčina těchto nemocí. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

## **1.3 Lokalizace onemocnění**

Crohnova choroba postihuje celou trávicí trubici od úst po konečník, ale umístění v ústech a jícnu je velmi vzácné a je pospáno u několika málo případů na celém světě. Nejprve byla popsána Crohnova choroba v oblasti napojení tenkého střeva na tlusté (ileocékální oblast), resp. na konci tenkého střeva (terminální ileum), podle kterého byly první případy popsány jako ileitis terminalis – zánět konečné části tenkého střeva. Později se však zjistilo, že asi 20% pouze střevo tlusté a dalších 30% se vztahuje k tenkému i tlustému střevu. Ve 30% je postižen samostatně konečník. Typické pro tuto chorobu je, že postihuje vždy pouze určitý

úsek tenkého či tlustého střeva, úseky mezi jednotlivými segmenty mohou být zcela zdravé. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

Vyskytují se tři různé formy této nemoci:

1. **Stenozující** - důsledkem zánětu je zesílení stěny a zúžení průsvitu střeva, z toho vyplývající omezení průchodnosti střev či jejich úplná neprůchodnost
2. **Fistulující** - zánět proniká celou tloušťkou stěny, dochází ke slepení střeva s okolními orgány a vzniku fistulí (píštělí), tedy patologických propojení mezi orgány (mezi střevními kličkami navzájem či střeva s okolními orgány jako močový měchýř, pochva) či vyústění na povrch těla
3. **Zánět omezený na stěnu bez vzniku zúžení či píštělí** (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Pro Crohnovu chorobu je typické, že zánět postihuje střevo do hloubky, v celé šířce stěny, a proto je zde sklon k tvorbě píštělí a abscesů. Píštěle jsou spojky mezi střevem a dalšími orgány, mohou spojovat jednotlivé střevní kličky mezi sebou, dále střevo a kůži, močový měchýř či pochvu. Abscesy jsou dutiny vyplněné hnisem, které mohou vznikat v celém těle, nejčastěji však mezi střevními kličkami, v břišní dutině, okolo konečníku, ale např. i v hýždřovém svalstvu, ve stěně břišní, mohou být prvními příznaky Crohnovy choroby. Vzhledem k tomu, že zánět prochází celou střevní stěnou a po léčbě má sklon k jizvení, dochází ke zúžení průsvitu střeva s možností vzniku neprůchodnosti střevní. Střevní kličky postižené zánětem mají tendenci se spojovat, čímž vznikají srůsty mezi jednotlivými střevními úseky a další možnosti zúžení. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

## 1.4 Příčiny onemocnění

Příčina vzniku Crohnovy nemoci není plně objasněná, nejvíce důkazů však svědčí pro teorii, že k ní dochází v důsledku nepřiměřené obranné reakce na některé složky potravy a bakterie sídlící ve střevě. Ke vzniku této poruchy přispívají i některé vrozené předpoklady – až 20 % z postižených má mezi příbuznými dalšího nemocného s touto chorobou. (Čermáková, 2009)

Skutečnost, že není známa přesná příčina onemocnění však znamená, že není znám ani lék, který by tuto chorobu vyléčil. Léčba není tedy kauzální (léčící příčinu), ale

symptomatická, to znamená, že se léčí pouze příznaky onemocnění, případně jeho následky či komplikace.

## 1.5 Průběh a chování nemoci

Zatímco lokalizace nemoci se příliš nemění, její chování zásadně ano. Na začátku mívá většina nemocných pouze zánětlivé změny na střešní sliznici, ale v dalších letech se přidružují takové, které vedou ke vzniku zúženin nebo píštělí. Píštěl je abnormální spojení mezi dvěma dutými orgány nebo mezi střevem a povrchem těla, jež vzniká z hlubokého vředu. (Slezáková, 2007)

Ze třech typů chování nemoci (zánětlivý, stenózující, píštělový) odpovídá na konzervativní léčbu nejlépe typ zánětlivý. Stenózující typ představuje hlavní důvod k chirurgické intervenci. Také typ píštělový odpovídá hůř na konzervativní léčbu, proto takové pacienty často čeká operace a intenzivní léčba medikamenty. Během sedmi let přejde Crohnova nemoc do méně příznivé podoby u většiny nemocných. Operaci neujde asi 80 % z nich, opakovaně čeká kolem 20 % pacientů. (Červenková, 2009)

Ač je Crohnova nemoc nevléčitelná, u většiny postižených lékaři dosáhnou léčbou klidové fáze, takže mohou žít stejně kvalitní život jako zdraví vrstevníci. Pouze 5 % nemocných nemůže trvale pracovat a má i další významná omezení. (Červenková, 2009)

## 1.6 Klinické projevy

Průběh onemocnění je chronický, většinou se střídají období větších potíží s ústupem příznaků (relapsy a remise). U některých pacientů je průběh mírný, u jiných je zánět stále aktivní, nedaří se jej potlačit a šíří se na další úseky trávicí trubice. (Lukáš, 2008)

### 1.6.1 Projevy podle místa lokalizace zánětu

**Ileocéální oblast** – nejtypičtější umístění, vyskytující se až u 40% pacientů, se projevuje třemi hlavními příznaky: bolestmi břicha, průjmy a hubnutím. Bolesti jsou křečovité a dostavují se hlavně po jídle, a to do 30 až 60 minut. Stálá bolest v pravém podbříšku může signalizovat už existující komplikaci. Průjmy jsou pravidlem: úzce souvisejí s jídlem. Předcházejí jim nebo je provázejí bolesti břicha. Hubnutí je důsledkem nižšího příjmu potravy a zánětlivé aktivity choroby.

**Tlusté střevo** – je třeba počítat s bolestmi břicha, průjmy (někdy krvavými, hnisavými projevy kolem konečníku a často i mimostřešní projevy.



**Tenké střevo** – škála potíží zahrnuje bolesti břicha, neprospívání, hubnutí a chudokrevnost. Průjmy a mimostřední projevy chybějí, naopak hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva.

**Oblast konečníku a řitního kanálu** – jistotou jsou hnisavé projevy u konečníku, tedy opakované abscesy, píštěle u konečníku, vředy v řitním kanále a infiltrované anální papily, které vytvářejí bolestivé výrůstky v konečníku. (Červenková, 2009)

### 1.6.2 Projevy v trávicí soustavě

- **Bolesti v oblasti břišní dutiny** (Bolest se může projevit kdekoliv v oblasti břicha, nejčastěji však v pravém podbříšku.)
- **Průjmy** (Povaha průjmovitých projevů závisí na postižené části oblasti tenkého či tlustého střeva. Postižení tenkého střeva nemusí být průjmem doprovázeno vůbec nebo naopak být i příčinou silných, řídkých průjmů. Oproti tomu vývoj nemoci ve střevě tlustém způsobuje četnější průjmy menšího objemu. Konzistence průjmu může být různá. U těžších případů dochází k potřebě vyprazdňování i dvacetkrát za den. Perianální stupeň Crohnovy choroby může být doprovázen neschopností kontroly stolice – fekální inkontinencí.)
- **Perianální projevy** (Svědění, či bolest v oblasti konečníku může být náznakem vzniku zánětů, lokálních srůstů, píštělí či abscesů.)
- **Postižení žaludku** (Při postižení žaludku se objevuje bolest při polykání – odynofagie, bolest břicha a zvracení.)
- **Tvorba aftů v dutině ústní, zánětlivé onemocnění žlučovodu, nadýmání, krev ve stolici** (Lukáš, 2008)

### 1.6.3 Projevy na celkovém stavu

- **Teplota** (Bývá nižší, do 38,5°C. Pokud dojde ke komplikaci, jakou je např. absces, může být i vyšší.)
- **Snížení hmotnosti** (Příčinou je většinou snížení příjmu potravy, protože pacient se střevními komplikacemi se cítí lépe, pokud není nasycen. V případě rozšíření nemoci

v oblasti tenkého střeva může být pacient postižen také poruchou vstřebávání živin, malabsorpcí.)

- **Poruchy růstu** (protože se choroba může prokázat v období puberty, které je charakteristické rychlým růstem jedince, pozorujeme až u 30 % dětí s touto nemocí růstové poruchy). (Šafránková, Nejedlá, 2006)

#### 1.6.4 Projevy mimo trávicí soustavu

- **Postižení očí**, kam může patřit Iritis (zánětlivé onemocnění duhovky nebo celé uvey) a Episcleritis = vážné zánětlivé onemocnění očního bělma
- **Postižení pohybového aparátu, kam můžeme zařadit** Arthritis, Bechtěrovova nemoc, Osteoporóza – v důsledku nedostatku vápníku, vitamínu D či celkově nedostatečné výživě, Deformity konečků prstů a nehtů
- **Kožní projevy:** Erythema nodosum = rudé uzlinky (zpravidla vznikají v přední části podkolenní oblasti. Vznikají v tomto místě vlivem zánětu podkožní tkáně a projevují se v souvislosti s panniculitis - ohraničený nebo difúzní zánětlivý proces v tukové tkáni); Pyoderma gangrenosum = bolestivé hnisavé kožní projevy
- **Hematologické projevy:** Trombóza a plicní embolie – v důsledku vzniku krevních sraženin při větší tendenci ke srážení krve při aktivním zánět. (Lukáš, 1997)

### 1.7 Diagnostika onemocnění

#### 1.7.1 Vyšetření pacienta

Vyšetření pacienta počíná anamnézou, kde mimo vlastních potíží pátráme také po přítomnosti této choroby v rodině. Fyzikální vyšetření pacienta se při podezření na zánětlivé střevní onemocnění zaměřuje obzvlášť na oblasti břicha a konečníku. Fyzikální vyšetření sleduje také výskyt typických příznaků na kůži, sliznici, očích či kloubech. Zánětlivé změny lze rozeznat v řitní krajině a digitálním vyšetřením pak zjistit přítomnost stop krve. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995)

### 1.7.2 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření mají za úkol provést tzv. diferenciální diagnostiku jiného střevního onemocnění, vyloučit přítomnost infekce, která by mohla idiopatický střevní zánět napodobit či komplikovat. Dalším úkolem laboratorních vyšetření je zhodnotit stav laboratorní zánětlivé aktivity nemoci a přítomnost resp. významnost výživových komplikací (chudokrevnost, nedostatek železa, krevních bílkovin atd.). Při laboratorním vyšetření krve se u pacientů s Crohnovou chorobou objevuje anémie, snížení hladiny železa v séru, zrychlená sedimentace červených krvinek, zvýšení hladiny bílých krvinek a krevních destiček, což jsou faktory typické pro aktivní zánět. Při rozsáhlém poškození střeva dochází k malabsorpčnímu syndromu na podkladě poruchy vstřebávání živin potřebných pro organismus pacienta a k následné podvýživě s nízkou hladinou krevní bílkoviny a s otoky. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

Základní rozběr krve při Crohnově chorobě:

*Imunoglobuliny (ASCA, Panca)* tyto speciální protilátky jsou namířené proti zcela běžným a navíc prospěšným kvasinkám pekařských (pivních) kvasnic. Nikdo přesně neví, proč je má asi 60 % pacientů s Crohnovou chorobou, zejména pak ti, jimž zánět zachvátí tenké střevo v oblasti terminálního ilea – té části tenkého střeva, jež ústí do tlustého střeva. U zdravých lidí je jejich výskyt pouze dvouprocentní. Obecně však platí, že zatímco pozitivní výsledky testu ukazují s velkou pravděpodobností na „Crohna“, negativní nález ho ještě zcela nevylučuje. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

*Krevní obraz, C-reaktivní protein, hladina železa v séru.* O zánětu svědčí vyšší hodnota bílých krvinek, vyšší počet krevních destiček a úbytek červených krvinek stejně jako zvýšená koncentrace C-reaktivního proteinu (CRP). (Kohout, Pavlíčková, 1998)

Vyšetření stolice. V poslední době je stále častější. Známkou zánětu na střevní sliznici je vyšší koncentrace kalproktinu – bílkoviny, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě. (Červenková, 2008)

### 1.7.3 Ultrasonografické vyšetření

Vyšetření břicha ultrazvukem – vyšetření, které nejméně zatěžuje pacienty. Tímto vyšetřením můžeme odhalit původ hmatného zduření v břiše. Pokud je používán přístroj s dobrou rozlišovací schopností, je možné posoudit i tloušťku jednotlivých úseků střevní

stěny, a tak na některý z nespecifických střevních zánětů vyslovit podezření. Ultrazvukové vyšetření je vhodné i při podezření na absces. (Kohout, Pavlíčková, 1998).

Ultrasonograf není však všemocný: spolehlivé svědectví o stavu břicha a i střev nemusí vydat u lidí s velkou nadváhou. (Slezáková, 2007)

#### **1.7.4 Kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření**

Je vhodné pro pacienty u nichž Crohnova choroba postihla tenké střevo.

**Enteroklýza** – trvá kolem 60 – 90 minut a nález je díky dvojkontrastní náplni střeva plynem i bariem podrobnější a tedy preciznější než někdejší pasáž tenkým střevem. Rentgenolog zavádí tenkou cévku ústy do žaludku a jím dál do dvanáctníku. Cévkou vpraví do těla speciální řídký roztok baria a etylcelulózy a v krátkých časových intervalech pacienta snímkuje. (Kreuzberg, Ferdová, Mírka, Ferda, 2006)

**Počítačová tomografie (CT)** Moderní zobrazovací metoda, která využívá prozáření lidského těla Rentgenovými paprsky k vytvoření obrazů lidského těla. Vzniká vrstvé zobrazení, které dovoluje posuzovat změny ve vnitřních orgánech Nahrazuje klasické rentgenové snímkování a je absolutně bezbolestná. Výhodou její kombinace s enteroklýzou je, že ošetřující lékař získá prostorový obraz dutiny břišní, jenž je nesrovnatelně dokonalejší než rentgenový snímek. Při Crohnově chorobě používáme tuto metodu při podezření na nitrobřišní abscesy. (Kreuzberg, Ferdová, Mírka, Ferda, 2006)

**Magnetická rezonance (MR)** Největším přínosem je pro ty nemocné, jimž zánět zasáhl konečník či řitní kanál a způsobil jim zde hnisavé komplikace, jako jsou abscesy a píštěle. Dokonale a prostorově zcela přesně totiž ukáže, kudy píštěle probíhají a kde se v oblasti kolem řitního kanálu a pánevního dna nacházejí abscesy. K jejím přednostem patří kromě bezbolestnosti i fakt, že na rozdíl od rentgenového vyšetření lze tuto moderní zobrazovací metodu využít také u těhotných pacientek. (Červenková, 2009)

#### **1.7.5 Endoskopická vyšetření**

Endoskopické vyšetření je vyšetření trávicí trubice ohebným či tuhým přístrojem.

**Kolonoskopie** = endoskopické vyšetření tlustého střeva, případně tenkého. Provádí se při podezření na Crohnovu chorobu a zjišťuje, zda je postižen konečník, či tlusté střevo. Většinou lze proniknout i do konečné části střeva tenkého (terminální ileum), které Crohnova choroba typicky postihuje. (Tachecí, 2008)

**Endosonografické vyšetření rekta** = toto vyšetření umožňuje posoudit anatomickou situaci kolem konečníku a v jeho stěně. Proto ho lékaři používají hlavně u pacientů s postižením této oblasti. (Tachecí, 2008)

**ERCP** = kombinace rentgenologické a endoskopické metody dokáže zobrazit vývody žlučových cest a slinivky břišní. U nemocných s Crohnovou nemocí se využívá tehdy, je-li podezření na mimostřední komplikace s postižením žlučodů nebo slinivky břišní. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

**Kapslová endoskopie** = vyšetření spočívající v požití kapsle s minifotoaparátem, který zhotovuje dva snímky za vteřinu po dobu 6 – 8 hodin. Obraz přenáší snímací zařízení, které lékař umístí pacientovi na břicho. Získá tak potřebné informace o zánětlivých změnách na tenkém střevě. Minusem je, že nemocnému nemůže odebrat biotický vzorek střevní sliznice. Některým dokonce kapsle uvízne v trávicím traktu. Lze ji pak odstranit endoskopicky – operativní zákrok je zcela vyjimečný. (Tachecí, 2008)

Nejvhodnější indikací kapslové endoskopie u idiopatických zánětů je suspektní Crohnova choroba. Kapsle může detekovat časné postižení tenkého střeva Crohnovou chorobou přehlédnuté tradičními rentgenovými metodami. Senzitivita vyšetření je vyšší než u enteroskopie, CT/MR, enteroklýzy. (Douda, 2010)

**Gastroskopie** = endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku.

**Enteroskopie** = endoskopické vyšetření tenkého střeva, jehož nejmodernější formu představuje takzvaná dvoubalonová enteroskopie. Umožňuje vyšetření celého tenkého střeva. Oproti kapslové endoskopii mohou během ní lékaři odebrat nemocnému vzorky tkáně. Procedura je však poměrně bolestivá, a proto probíhá v hluboké analgosedaci. (Červenková, 2009)

## 1.8 Hodnocení průběhu onemocnění

Nespecifické střevní záněty jsou nemoci, které pacienty postihují po celý život, probíhají ve stádiích uklidnění a nových vzplanutí. Příčinu těchto vzplanutí nelze většinou zjistit. Novým vzplanutím se snažíme předejít preventivním podáváním medikamentů, proto průběh zcela neléčeného onemocnění nelze posoudit. Onemocnění může vést ke komplikacím či mimostřevním projevům, které jsou většinou závislé na aktivitě onemocnění. Některé z těchto komplikací je nutno řešit chirurgicky. (Lukáš, 2008)

Ke zjištění aktivity nemoci se užívá u Crohnovy choroby vypočítaného indexu – Bestův index neboli index aktivity Crohnovy choroby – CDAI (*Crohn's Disease Activity Index*). Při jeho výpočtu využíváme subjektivních údajů pacienta, vyšetření pacienta lékařem i vyšetření krve pacienta. K hodnocení slouží počet průjmovitých stolic v průběhu 1 týdne, počet epizod bolestí břicha za stejný časový úsek, pocit tělesné pohody, nutnost léčby průjmů léky k zastavení průjmu (antidiarhoiky). Další body přibývají při přítomnosti mimostřevních příznaků, při přítomnosti hmotného útvaru v břišní dutině, s určitou hodnotou obsahu červeného krevního barviva (hemoglobinu) a s poměrem skutečné tělesné hmotnosti pacienta k hmotnosti ideální. Jednotlivé údaje se násobí různými indexy, za normu je považována hodnota CDAI do 150, vyšší hodnoty znamenají vzplanutí onemocnění. (Lukáš, 2008)

Aktivitu onemocnění lze zjítit též při histologickém vyšetření vzorku postižené sliznice, hodnotou zánětlivých ukazatelů v krvi pacienta, případně vyšetřením indexu střevní propustnosti. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

## 1.9 Komplikace onemocnění

Komplikace Crohnovy choroby se rozdělují na střevní a mimostřevní.

Ke **střevním komplikacím** patří zúžení střevního průsvitu se zhoršenou průchodností tráveniny, s možností úplného uzavření střeva s následnými projevy střevní neprůchodnosti (ileus) na podkladě otoku při akutním zánětu či vazivovém zjizvení při hojení. Další typickou komplikací jsou píštěle- novotvořené spojky mezi jednotlivými kličkami střevními (enteroenterální píštěl), či mezi střevem a jinými orgány (např. pochva nebo močový měchýř), případně mezi střevem a povrchem těla (enterokutánní píštěle). Časté jsou píštěle okolo konečníku – perianální píštěle. Jinou komplikací Crohnovy choroby jsou abscesy, které se vytvářejí v břišní dutině – mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů, či kdekoliv v souvislosti se střevem. Další možnou komplikací je krvácení. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

**Mimostřevní komplikace** mohou postihovat různé orgány. Příčina vzniku mimostřevních projevů není dosud známa. Rozlišujeme projevy, které jsou závislé na zánětlivé aktivitě nemoci, a projevy, které s aktivitou nemoci nesouvisí. Tyto projevy se vyskytují častěji při postižení tlustého střeva než tenkého. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

Vzdálené mimostřevní projevy mohou postihovat klouby, kůži, sliznice, oči, cévní systém, játra a žlučový systém, ledviny, srdce. (Červenková, 2009)

Nespecifické střevní záněty, případné léky, které se užívají při jejich léčbě, mohou vyvolat některé další problémy. K nim patří osteoporóza – prořidnutí kostí při sníženém vstřebávání vápníku a vitamínu D, stav může zhoršit často přítomná intolerance laktózy nebo léčba kortikoidy. U pacientů s nespecifickými střevními záněty může dojít ke vzniku chudokrevnosti (anémie), a to především při špatném vstřebávání železa, kyseliny listové nebo vitamínu B<sub>6</sub> či B<sub>12</sub>. Špatné vstřebávání živin způsobené zánětlivými změnami na sliznici tenkého střeva, případně častými resekcemi střeva, může vést k podvýživě či nedostatku některých vitaminů (především v tuku rozpustných vitaminů A, D, E, K a vitamínu B<sub>12</sub>) či stopových prvků (zvláště zinku). Při průjmech se objevuje navíc nedostatek draslíku a hořčíku. Všechny tyto skutečnosti musí lékař vyšetřit, chybějící živiny, minerály či vitaminy a stopové prvky doplnit. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

## **1.10 Léčba onemocnění**

Léčba nespecifických zánětů se liší podle aktivity onemocnění a následně podle odpovědi na léčbu. Dále podle toho, zda léčíme akutní vzplanutí nemoci či v klidovém stádiu předcházíme nové atace onemocnění. Konzervativní léčbou se rozumí podávání léků s protizánětlivým, antibakteriálním či jiným účinkem a podávání umělé výživy do střeva nebo do žilního systému pacienta. Pomocnou roli může mít i psychoterapie. V případě, že konzervativní léčba není dostatečně účinná, přistupujeme k chirurgickému zákroku. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

### **1.10.1 Medikamentózní léčba**

Jejím cílem je zklidnit aktivní zánět tak, aby ho vystřídala remise. V této fázi léčby lékař předepisuje co nejvyšší dávky léků – obvykle hned více typů najednou. Až po zklidnění přichází na řadu léčba udržovací. Její snahou je udržet tento stav co nejdéle. Používají se aminosalicyláty, kortikoidy a imunosupresiva. (Červenková, 2009)

#### **– Preparáty kyseliny 5-aminosalicylové (5-ASA)**

Ovlivňují zánětlivou odpověď v místě zánětlivě změněné sliznice střeva. Používají se samostatně v léčbě lehkých a středně těžkých forem Crohnovy choroby. Jejich hlavní indikací je léčba udržovací (předcházení nového vzplanutí po zklidnění zánětu střevní sliznice). Preparáty 5-ASA se liší podle místa působení na určité oddíly trávicí trubice a podle toho se volí při různém rozsahu postižení různé preparáty. Pro

oblast konečníku a esovité kličky volíme čípky a klysmata, pro zbylou oblast zažívacího traktu jsou vhodnější tablety. Pro celé tenké i tlusté střevo jsou určeny tablety Pentasa, pro oblast ilea a počátek tlustého střeva jsou určeny tablety Salofalk, Sulfasalazin a pro tlusté střevo tablety Asacol a nově vyvinutá vysoce účinná léková forma 5-ASA v tobolkách Colazide, s velmi malým výskytem nežádoucích účinků. (Lukáš, 2008)

- **Kortikoidy** neboli kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin. K léčbě nespecifických střevních zánětů se používají od padesátých let 20. století. Využívá se jejich protizánětlivého a imunosupresivního účinku. Jsou účinné v léčbě akutního vzplanutí Crohnovy choroby, v navození klidového stavu a jeho prodloužení. Jsou to léky velmi účinné, ale mají také velké množství nežádoucích účinků, jako je např. osteoporóza, možnost vzniku diabetu mellitu nebo její zhoršení, akné, příbytek na váze, možnost vzplanutí bakteriální infekce, minerálový rozvrat, vznik žaludečních vředů atd. Ve fázi udržení se je snažíme vyměnit za preparáty mesalazinu nebo za imunosupresiva, pokud samotný mesalazin nestačí. (Lukáš, 2008)
- **Imunosupresiva** jsou to léky, které blokují činnost imunitního systému. Řadíme mezi ně *Azathioprim* a *6-merkaptopurin* se využívají u nespecifických střevních zánětů k náhradě vysoké dávky kortikoidů, k udržení klidového stavu, pokud mesalazin nestačí. (Lukáš, 2008)
- **Antibakteriální léky** Používání protibakteriálních léků je především empirické. (Kohout, Pavlíčková, 1998)
- **Biologická léčba**, Je hitem současné medicíny, který se časem bezpochyby promění ve stálou léčbu chronických střevních zánětů. Je určena pacientům, u nichž léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala či měla pouze nízkou odezvu, takže jejich nemoc dál probíhá velmi agresivně. Na rozdíl od farmakologické léčby, spočívající v podávání synteticky vyrobených léků, využívá léčba biologická výhradně přírodní produkty. K jejím nejznámějším reprezentantům patří například očkovací látky nebo přípravky, jež se vyrábějí z lidské krve. Mezi užívané účinné látky řadíme: INFLIXIMAB, ADULIMUMAB (Červenková, 2009)



### 1.10.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je využívána v případě, že konzervativní léčba selhala či v případě akutních či dlouhodobých komplikací nemoci. Rozlišujeme operační výkon urgentní (neodkladný), výkon prováděný v případě ohrožení života pacienta, a elektivní, to znamená výkon po dostatečné předchozí přípravě. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

Typy operačních výkonů používaných u Crohnovy nemoci:

**Strikturoplastika** = podélné roztěti střeva a sešití příčně. Vzhledem k postavení tlustého střeva v metabolismu jsou na něm prováděny resekční výkony bez problémů až po totální kolektomii. Rozsah resekcí na tenkém střevu je limitován nejnutnější délkou střeva nutnou k výživě a i ten je významně omezen, byť jen mikroskopickými změnami na sliznici omezujícími jeho základní funkci v trávení. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

**Bypassové výkony** – v současné době bypassové operace považujeme u nemocných s Crohnovou chorobou za nevhodné. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

**Ileocékální resekce** – v těchto případech se provádí resekce terminální ilea a céka s vytvořením anastomózy mezi ileem a ascendentem koncem ke konci. (Lukáš, 2008)

**Pravostranná, levostranná hemikolektomie** – provádí se při postižení izolované segmentární lokalizaci na tlustém stěvě. (Lukáš, 2008)

## 2 Nutriční péče o pacienty s Crohnovou chorobou

Malnutrice je častou komplikací Crohnovy choroby, na kterou je třeba myslet, včas a správně ji diagnostikovat a léčit. Pacienti s touto chorobou navíc velmi často mění stravovací návyky a dodržují zbytečně přísnou dietu, která je může následně ohrozit vznikem energetické či proteinové malnutrice, případně vznikem hypovitaminózy či karence stopových prvků. Přitom léčba malnutrice je jednoduchá, pokud je včas diagnostikována, ještě lépe je malnutrici předcházet úpravou dietních a výživových opatření v průběhu diagnostických vyšetření či terapeutických intervencí. Nepostačí-li individuálně připravovaná dieta, je nutné ji fortifikovat dietetickými moduly. Pokud ani samotná úprava diety nestačí, je nutné upravit stav zhoršené výživy umělou výživou. (Kohout, 2011)

### 2.1 Dietní opatření

Dietní opatření jsou odlišná u pacientů ve fázi akutního vzplanutí a v období, kdy se nemoc nachází v klidové fázi. Dieta by se v **klidové fázi Crohnovy choroby** v podstatě neměla lišit od racionální diety, kromě určitých výjimek. Nejsou nutné žádné speciální diety. Dieta by měla být především lehce stravitelná, jako hlavní zdroj energie jsou preferovány především škroby. Měla by samozřejmě obsahovat plnohodnotné bílkoviny, tzn. lehce stravitelná masa (drůbež, ryby), vejce, mléko a mléčné výrobky; co se týká tuků, doporučení odpovídají racionální výživě – mělo by být omezeno množství nasycených tuků a cholesterolu. (Kohout, 2011)

Dieta by měla obsahovat dostatek vitamínů a minerálních látek s ohledem na počet stolic, dále draslíku a hořčíku. (Kotrlíková, Křemen, Svačina. a kol., 2009)

Cílem diety ve **fázi relapsu Crohnovy choroby** je podpořit hojivé procesy a zabránit nedostatečnému příjmu živin, minerálů, vitamínů i stopových prvků. Ve fázi relapsu je nutné pacientům podávat bezezbytkovou dietu – tzn., je nutné zcela vyloučit z diety nerozpustnou vlákninu a hůře stravitelná jídla, množství rozpustné vlákniny není nutné omezovat vůbec, vhodné je přidání probatik. (Kotrlíková, Křemen, Svačina. a kol., 2009)

Pokud se týká denních porcí, doporučuje se jíst častěji a menší porce, alespoň 5-6krát denně, přijímanou stravu důkladně rozkousat. Dále je doporučeno oddělit příjem tuhé stravy od příjmu tekutin, které by měli být vlažné. Co se týká vhodných technologií, ve fázi relapsu je vhodné vaření, dušení, příprava v páře, pečení v horkovzdušné troubě, omezit naopak

smažení, grilování, fritování. Připravenou stravu je nutné konzumovat v klidu a v klidném prostředí vsedě u stolu. (Kohout, 2011)

Nepostačí-li individuálně připravovaná dieta, je nutné ji fortifikovat dietetickými moduly (Protifar – bílkovinný přípravek, Fantomalt – vysokoenergetický přípravek). (Kotrlíková, Křemen, Svačina. a kol., 2009)

Pokud běžná dieta k pokrytí potřeb pacienta nestačí, je nutný speciální dietní režim. Pokud by ani tento speciální režim nevedl ke zlepšení výživových parametrů, je nutné přidat moduly enterální výživy nebo kompletní enterální výživu. (Kohout, 2011)

U těžších forem má i přes závažnou poruchu funkce střeva přednost pokud možno výživa enterální před parenterální. Proto je upřednostňována úplná enterální výživa, nejčastěji sondová. Úplná parenterální výživa bývá vyhrazena pro stavy intolerance (především průjmy, bolesti, zhoršení enteroragie) a nedostatečného efektu enterální výživy (syndrom krátkého střeva po resekcích či u fistulující formy) nebo při jejích kontraindikacích (ileus u těžké stenózující formy). Využívána bývá i při potřebě vyřazení střeva, např. při konzervativní léčbě píštělí. Alespoň týdenní podávání umělé výživy bývá vhodné k úpravě nutričního stavu před plánovaným chirurgickým výkonem. (Kotrlíková, Křemen, Svačina. a kol., 2009)

### **Vhodné potraviny:**

**masa:** mladá libová - vepřové, hovězí, telecí, drůbež, králík, ryby,

šunka, párek dietní, salám šunkový, drůbeží uzeniny

**tuky:** máslo, rostlinné oleje, rostlinná másla - Rama, Perla, Flora ap.

**vejce:** bez omezení, dle individuální snášenlivosti

**příkrmy:** bez omezení

**zelenina:** mrkev strouhaná dušená, špenát dušený, rajčata bez slupky

nadrobno pokrájený hlávkový salát, zelenina do polévek, květák a hrášek v menším množství dle snášenlivosti, dýně

**ovoce:** jablka nastrohaná, banán, ovocná přesnídávka, kompoty - jablka, meruňky,

šťáva - pomeranč, mandarinka, meloun v menším množství bez pecek, kiwi v menším množství po 2. roce věku dítěte.

**koření:** sůl mírně, koření mimo nepovolených

**moučnický:** koláče, bábovky, ap. v menším množství nepříliš mastné a tučné

**tekutiny:** čaj ovocný, černý, bylinkový, minerálky, džusy - 100% nutno ředit

### **Nevhodné potraviny:**

masa tučná, uzená, pikantní, kaviár, sardinky, slanina, škvarky, sádlo, přepalovaný tuk, klobásy, salámy trvanlivé, konzervy, jelita, jitrnice, tlačěnka, instantní polévky a polévky ze sáčku, polotovary a hotová jídla, hamburgery, párky v rohlíku apod., chipsy, oříšky, černé koření, ostrá paprika, chilli, křen, česnek, pikantní koření, hořčice, zelenina syrová a všechna mimo povolené druhy, ovoce syrové všechno mimo povolené druhy, nápoje s CO<sub>2</sub> – bublinky. (Berková, 2010)

## **2.2 Stručné pokyny pro přípravu stravy při Crohnově chorobě**

Strava musí být energeticky a biologicky plnohodnotná, měla by být pestrá, lákavě chutově i vzhledově upravená. Doporučujeme stravu se zvýšeným obsahem bílkovin (mléko, mléčné výrobky, maso, vejce), zvýšený přívod železa, vápníku a vitamínů B, C. Doporučujeme nepoužívat ostrá, dráždivá koření (pálivá paprika, pepř, chilli ap.). Dietní léčba spočívá ve stravě s omezením zbytků - z potravy jsou vyloučeny potraviny, které neobsahují nestravitelnou vlákninu. Naopak rozpustná vláknina je prospěšná - jablka, banány. (Berková, 2010)

Příjem stravy má být v menších dávkách 5 - 6x denně. Nelze určit potraviny, které by měly vliv na recidivu onemocnění. Důležitý je dostatečný pitný režim - příjem tekutin oddělujeme od příjmu tuhé stravy. Je nutná absolutní abstinence alkoholu. (Kotrlíková, Křemen, Svačina. a kol., 2009)

Při změně stravovacích zvyklostí je nutná porada s dietní sestrou nebo ošetřujícím lékařem. (Berková, 2010)

### 3 Edukace pacientů

*„Hlavním cílem edukace je: učit žáka jak žít život rozvíjením mysli a jak vycházet s realitou. Výchova, které je zapotřebí, spočívá v teorii a koncepci. Žák musí být vyučován v oblasti myšlení, porozumění, integrace a osvojování. Musí se naučit vybavit si základní znalosti a vědomosti z minulosti a naučit se novým pomocí jeho vlastního chtění.“*

~Ayn Rand

#### 3.1 Definice edukace, vysvětlení základních pojmů

Pojem **Edukace** je odvozen z lastinského slova **educō, educare**, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako **proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech**. (Průcha, 1997)

**Edukantem** je subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastějším subjektem učení buď zdravý, nebo nemocný klient. (Průcha, 1997)

**Edukátor** je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut atd. (Průcha, 1997)

**Edukační prostředí** je místo, ve kterém edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí ovlivňují podmínky ergonomické, jako například osvětlení, barva, zvuk, prostor, ale i sociální klima a atmosféra edukace. (Juřeníková, 2010)

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

**Edukační proces** lze charakterizovat jako činnost lidí, během níž se nějaký subjekt učí za působení jiného subjektu. (Průcha, 1997)

#### 3.2 Edukační proces

*„Edukační proces je jakákoliv činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt instruuje (vyučuje) nebo se nějaký jiný subjekt učí.“* (Průcha, 1997, s. 69)

***Ve první fázi: Posouzení*** se snažíme zajistit co nejvíce informací o pacientovi. Jedná se především o snahu a ochotu učit se novému, kdy pacient samostatně vyhledává informace, čte knihy, letáky aktivně se ptá a má zájem o nové informace vzhledem k jeho nemoci.

***Ve druhé fázi: Motivace*** se zaměřujeme na přesvědčení o důležitosti učení se novému, toto zajišťuje odborný personál (edukační sestra, lékař). V této oblasti pomůže příjemné prostředí, vlídné chování a vedení k samostatnosti. Neméně podstatným faktorem je *socioekonomický status* pacienta, který může být zápornou překážkou v oblasti získávání nových informací a pomůcek. Podstatnou roli také hraje *styl učení*, který zvolíme. Měly bychom zvolit individuální přístup a pokusit se zapojit do výuky všechny smysly. Podstatnou roli také hraje věk pacienta, který ovlivňuje proces zapamatování si, vnímavost a vybavení naučeného.

***Ve třetí fázi: Expoziční*** se zaměřujeme na zásady stanovené cíly. Postup záleží na stanovených cílech a edukačním tématu. Např. zaměření se na zásady správné péče o jizvu.

***Ve čtvrté fázi: Fixační*** podáváme více informací pomocí letáků, knih, přístupu na internetové stránky. Zde si pacienti mohou zopakovat a vštípit již naučené či doplnit chybějící informace.

***V páté fázi: Hodnotící*** se provádí kontrola podaných informací, dotazování, zapisování do formulářů hodnotících edukační program. Více zmiňuji v následujících podkapitolách. (Špidurová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006)

Edukační sestry by měli projít vhodnými školeními, aby byly schopny podat pravdivé a vhodné informace vztahující se k danému problému na určité téma. Měla by mít schopnost vyhodnotit účelnost a možnosti edukačních bariér, které by mohly bránit pochopení podaných informací. Většinou využíváme stanovení edukační diagnózy dle NANDA taxonomie II. (Špidurová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006)

### **3.3 Edukační plán**

Navazuje na edukační proces, kde jsme získaly nejpodstatnější informace. Vychází z potřeb pacientů a motivuje je v oblasti edukace. Vyžaduje nezbytnou spolupráci sestry x pacient. Cíle v edukačním plánu sestavujeme společně s pacientem a zjišťujeme momentální potřeby především ve smyslu dlouhodobé změny životního stylu, společenského postavení a chování. Do této kategorie spadá vlastní plánování a stanovení předem určených cílů (Špidurová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006)

### 3.4 Metody edukace

Edukační metodu můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. (Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011)

Metody edukace je vždy nutné přizpůsobit každému pacientovi/klientovi individuálně. V praxi bývají nejčastěji užívány metody slovní (podání ústní a písemné) a metody demonstrační – ukázky, demonstrace, předvedení. Pro určitý cíl je tedy nutné zvolit vhodnou metodu výuky. (Juřeníková, 2010)

### 3.5 Edukační cíle

Cíle edukace slouží nejen ke stanovení edukačního plánu, ale jsou i měřítkem k hodnocení již proběhlé edukace. Cíle lze dělit na **krátkodobé** a **dlouhodobé**, **nižší** a **vyšší**. (Juřeníková, 2010)

Pro správné stanovení a formulaci cílů nám mohou pomoci taxonomie cílů pro jednotlivé oblasti, a to:

- Kognitivní cíle (vzdělávací)
- Afektivní cíle (postojové, hodnotové)
- Psychomotorické (výcvikové, praktické cvičení) (Juřeníková, 2010)

### 3.6 Edukační plán – Edukace pacienta s Crohnovou chorobou

Viz. Příloha C

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**



## 4 Metoda sběru dat

### 4.1 Dotazník a jeho obecná charakteristika

**Dotazník** = výzkumný a diagnostický prostředek ke shromažďování informací prostřednictvím dotazování osob. Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Umožňuje hromadně získat údaje od velkého množství respondentů s malou časovou investicí. Je třeba věnovat dostatečnou pozornost přípravě, zadávání a vyhodnocování údajů. (Gavora, 2000)

#### Typy otázek:

- 1) uzavřené otázky – nabízí hotové alternativní odpovědi. Respondent označí (zakroužkuje, podtrhne) vhodnou odpověď.
- 2) otevřené otázky – dávají respondentovi velkou volnost odpovědi. Otázka je jen nasměruje, neurčuje alternativní odpovědi.
- 3) polouzavřené otázky – nejprve nabízí alternativní odpověď a potom ještě žádají o vysvětlení nebo objasnění v podobě otevřené otázky,,
- 4) škálované otázky – škála poskytuje odstupňované hodnocení jevu. (Průcha, 2000)

### 4.2 Vlastní metoda sběru dat

Výzkum byl prováděn pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby v období březen – květen 2012. Skupinu respondentů tvořili pacienti s Crohnovou chorobou. Výzkum jsem prováděla u ambulantně léčených pacientů. V dotazníku jsou zmíněny otázky, které se týkají lokalizace, příznaků a komplikací onemocnění, podávání informací pacientům s Crohnovou chorobou, ale také jsou zde otázky, které se zaměřují na dodržování režimových opatření a to především v oblasti stravování. Využila jsem metod uzavřených otázek dichotomických, na které respondenti odpovídali pouze jednou odpovědí (kladnou či zápornou). Dále polyfonických výběrových a výčtových (na které odpovídali z výběru více variant) a otázky typu polouzavřených.

### **4.3 Prezentace výsledků**

Výzkum byl prováděn se souhlasem Občanského sdružení pacientů s IBD (idiopatickými střevními záněty) na semináři MUDr. Martina Bortlíka na téma Medikamentozní léčba IBD konaném 5.4.2012 v Základní škole pro zrakově postižené v Praze. Dále mé dotazníky byly zveřejněny online na webových stránkách zmíněného občanského sdružení ([www.crohn.cz](http://www.crohn.cz)).

Výzkum byl anonymní a zúčastnilo se ho 50 respondentů. Jedná se proto jen o výzkumný vzorek, a tudíž výsledky mého výzkumu nelze vztáhnout na celou populaci.

Získané výsledky v otázkách jsem hodnotila po jednotlivých bodech. Výsledky jsou vyjádřeny v absolutní četnosti a pro lepší přehlednost jsem některé výsledky převedla na četnost procentuální – relativní.

Dotazník je zařazen na konci bakalářské práce v přílohách (viz. Příloha A). Odpovědi jsou zpracovány v programu Microsoft Excel a vloženy do grafů. Diskuze a celkové hodnocení je uvedeno v závěrečné části práce.

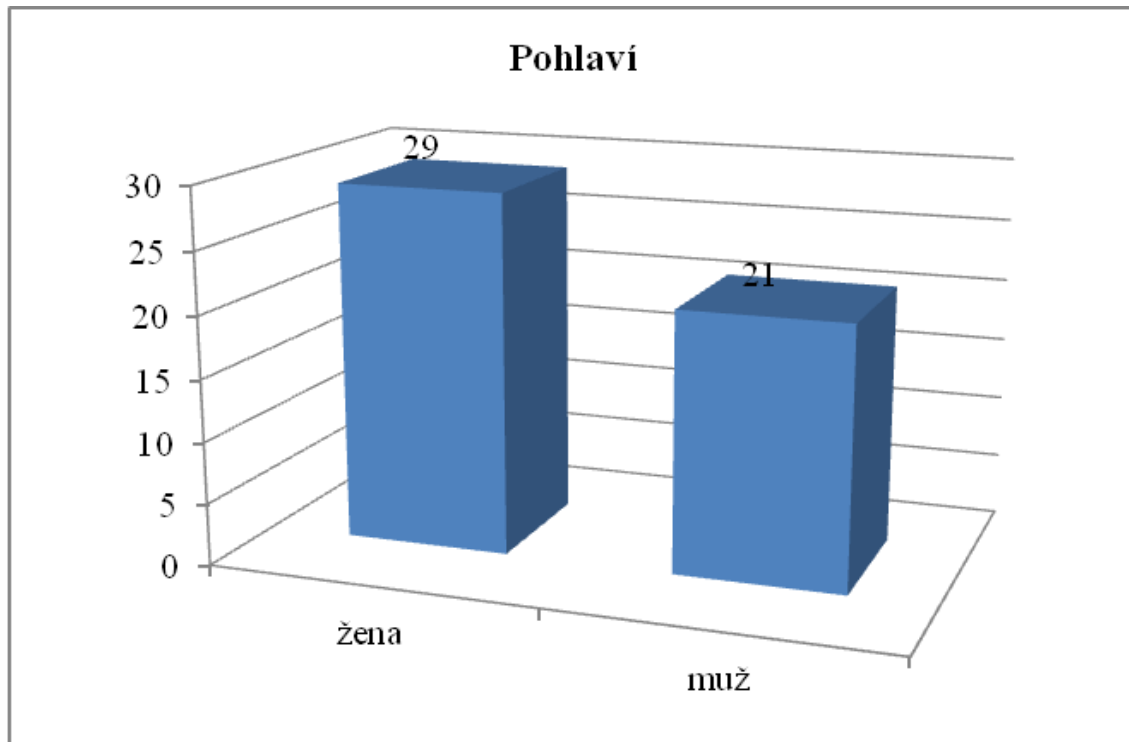
## 5 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsem specifikovala dle vybraného tématu a oblasti zaměření.

- 1) Vyskytuje se Crohnova choroba v rodinné anamnéze dotázaných pacientů?
- 2) Postihuje Crohnova choroba u více než  $\frac{1}{2}$  dotázaných pacientů ileocékální oblast trávicího traktu?
- 3) Jak časté jsou komplikace Crohnovy choroby a jaké to jsou?
- 4) Má Crohnova choroba negativní vliv na společenský život?
- 5) Vyhýbají se pacienti s Crohnovou chorobou některým pokrmům, protože vědí, že jim způsobují trávicí dyskomfort? Znají a dodržují pacienti zásady správného stravování?
- 6) Považují pacienti s Crohnovou chorobou informovanost o této chorobě za dostatečnou a chtěli by se dozvědět více o tomto onemocnění?

## 6 Vyhodnocení dotazníků

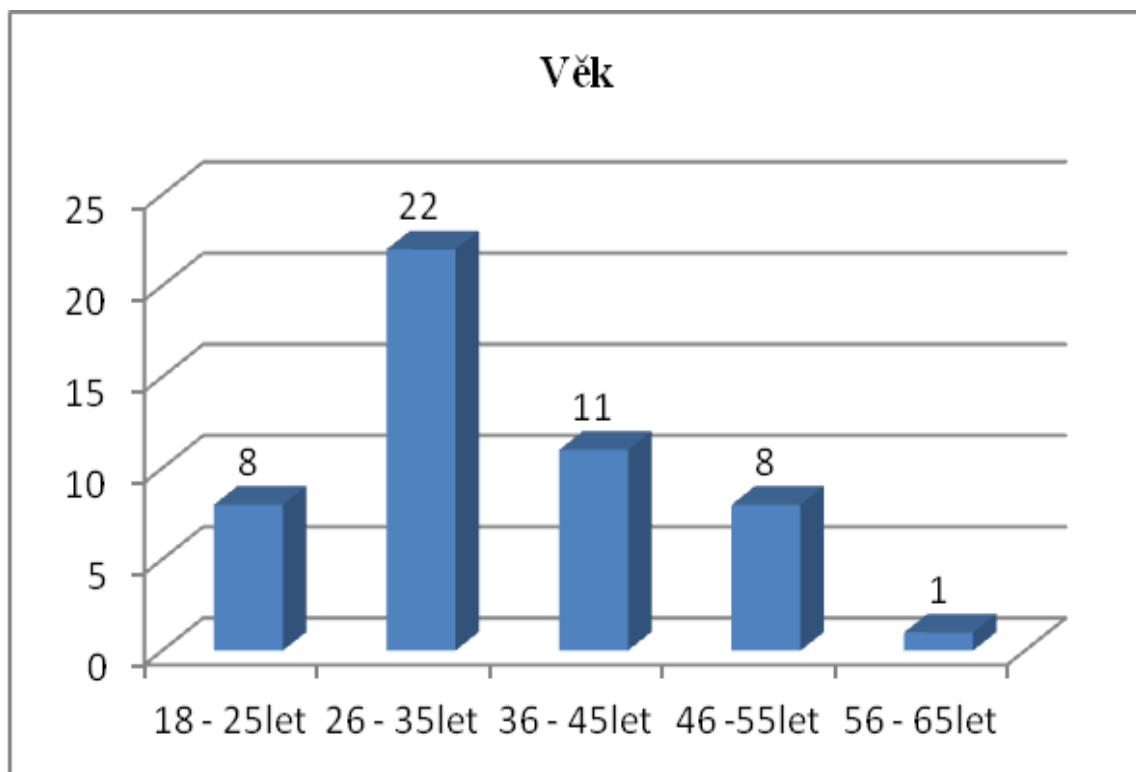
### Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?



Obr. 1 Graf – pohlaví

- V této otázce odpovědělo 29 žen, tedy 58% a 21 mužů, tedy 42%. Zastoupení mužů a žen v mém dotazníkovém šetření bylo tedy prakticky vyrovnané.

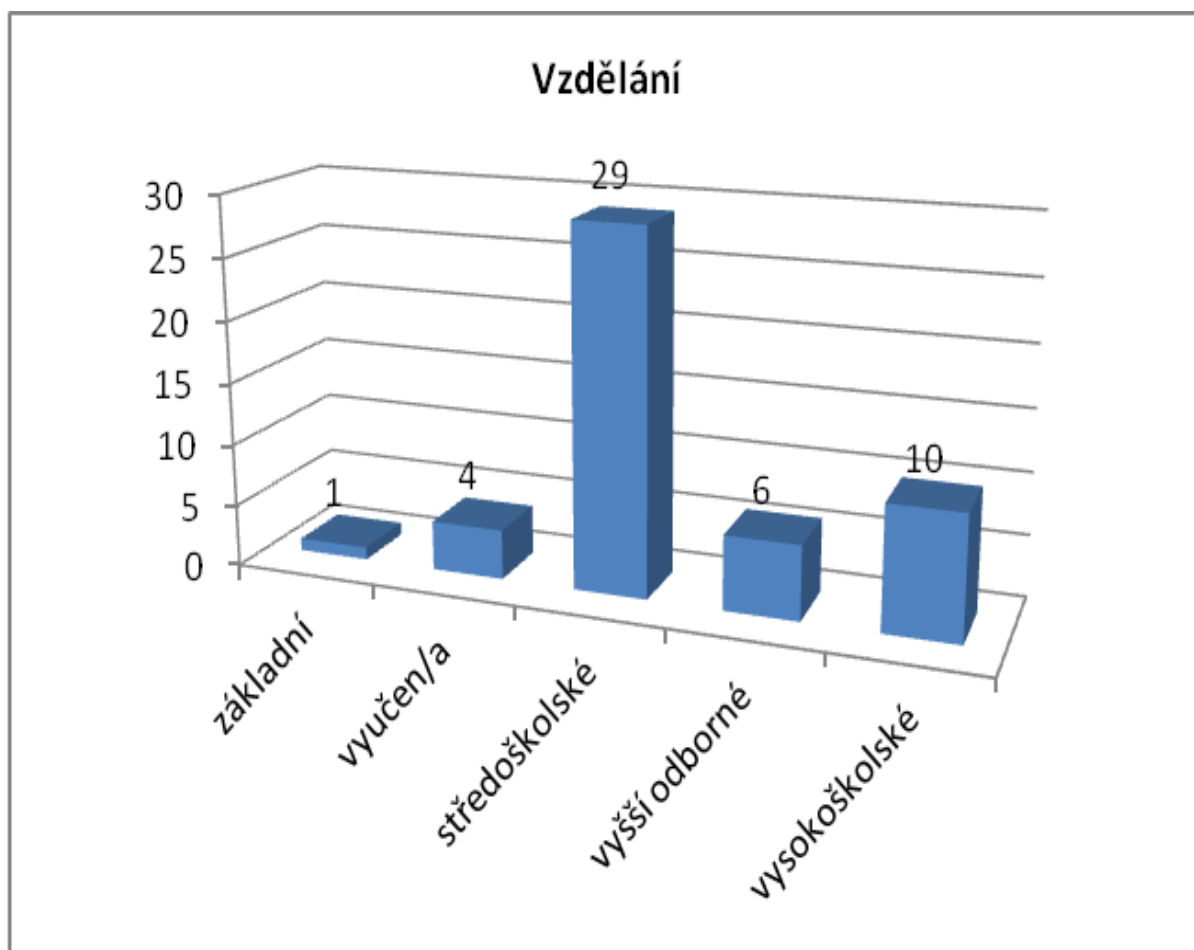
## Otázka č. 2 Kolik je Vám let?



Obr. 2 Graf – Věk

- Většině odpovídajících respondentů v počtu 22, tedy 44%, na tyto dotazníky bylo 26 – 35 let. V počtu 11 respondentů, tedy 22%, spadalo do skupiny 36 – 45 let. 8 respondentů ze skupiny 18 – 25 let a 8 respondentů ze skupiny 46 – 55 let, tedy u obojího 16%, byli ve stejném zastoupení. Pouze 1 respondent, tedy 2%, zapadal do věkové skupiny 56 – 65 let.

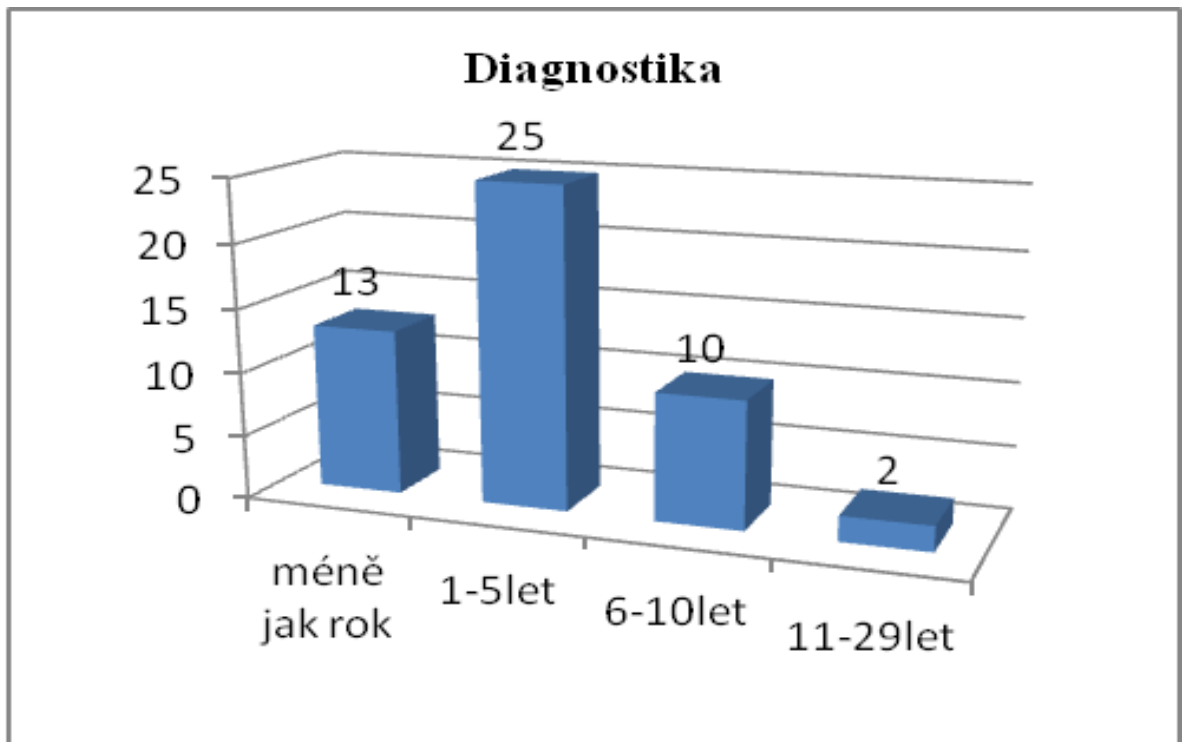
### Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obr. 3 Graf – vzdělání

- Největší počet respondentů 29, tedy 58%, odpovídajících na tuto otázku dosáhlo nejvyššího dosaženého vzdělání středoškolského s maturitou. 10 respondentů, tedy 20%, dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Vyšší odborné vzdělání následuje s počtem odpovědí 6, tedy 12%. Vyučen/a odpověděli 4 respondenti, tedy 8% a základní vzdělání má 1 respondent, což jsou 2% odpovídajících.

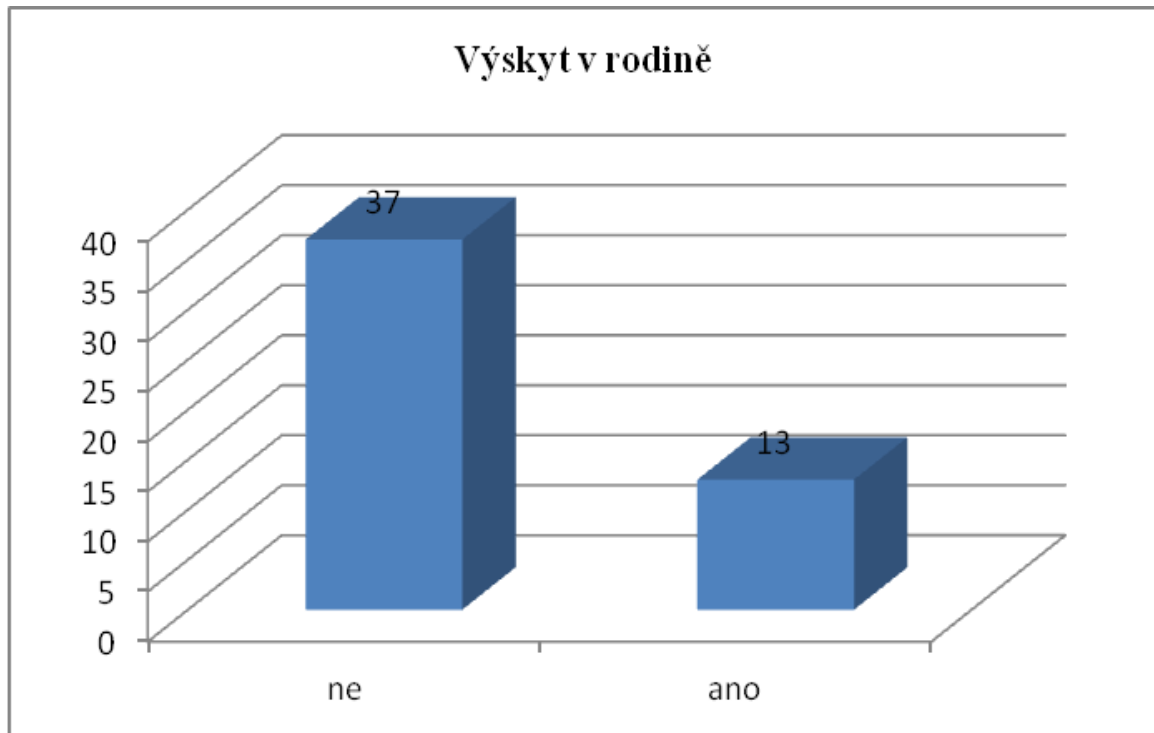
**Otázka č. 4 Jak je to dlouho, co Vám byla diagnostikována Crohnova choroba?**



Obr. 4 Graf – Diagnostika

- Na tuto otázku odpovědělo 25 odpovídajících, tedy 50%, že od doby stanovení diagnózy uplynulo 1 – 5 let. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď a) méně jak rok v počtu 13 odpovídajících, tedy 26%. 10 respondentů, tedy 20%, odpovědělo 6 – 10 let. Nejméně respondentů v počtu 2, tedy 4%, odpovědělo, že od stanovení diagnózy uplynulo 11 – 29 let.

## Otázka č. 5 Vyskytuje se ve Vaší rodině Crohnova choroba?

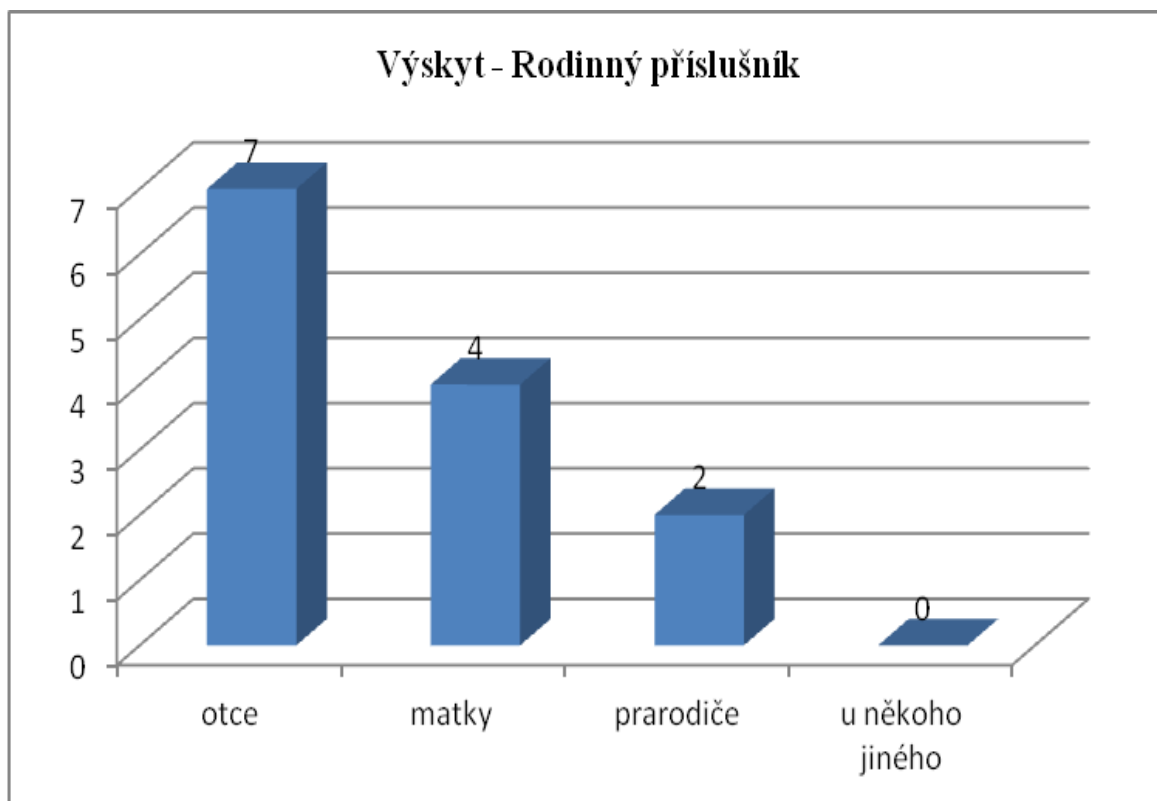


Obr. 5 Graf - Výskyt v rodině

- Nejpočetnější skupina respondentů odpověděla negativně, a to v 74%. Zde je patrné, že v mém výzkumném vzorku se Crohnova choroba v rodinné anamnéze pacientů nevyskytuje. 13 respondentů, tedy 26% z celkového počtu odpovědělo kladně.



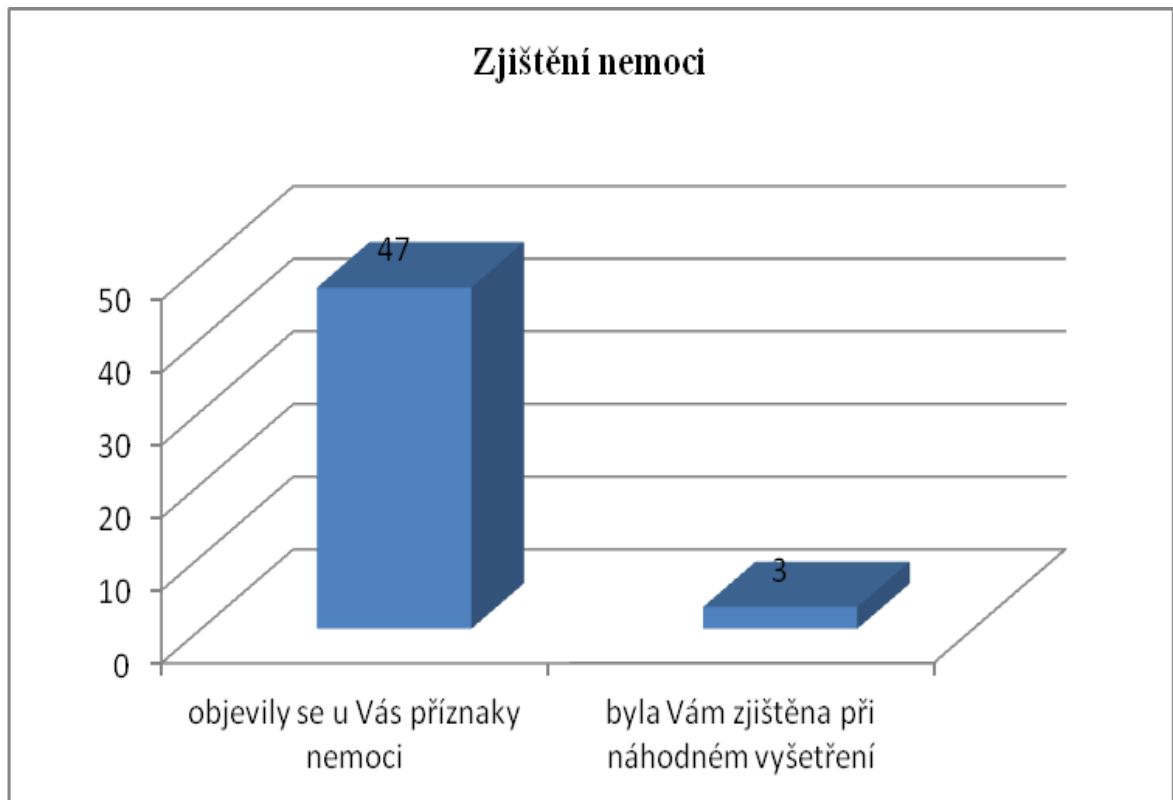
**Otázka č. 6 Pokud ano, u koho se Crohnova choroba vyskytla:**



Obr. 6 Graf – Výskyt – Rodinný příslušník

- Největší počet respondentů 7, tedy 54%, odpověděl, že Crohnova choroba se vyskytla u otce. Druhý největší počet respondentů 4, tedy 31%, odpověděl, že toto onemocnění se vyskytlo u matky. U prarodičů se Crohnova choroba objevila pouze v 15%, tj. u dvou respondentů. Možnost „u nikoho“ ne zvolil žádný respondent.

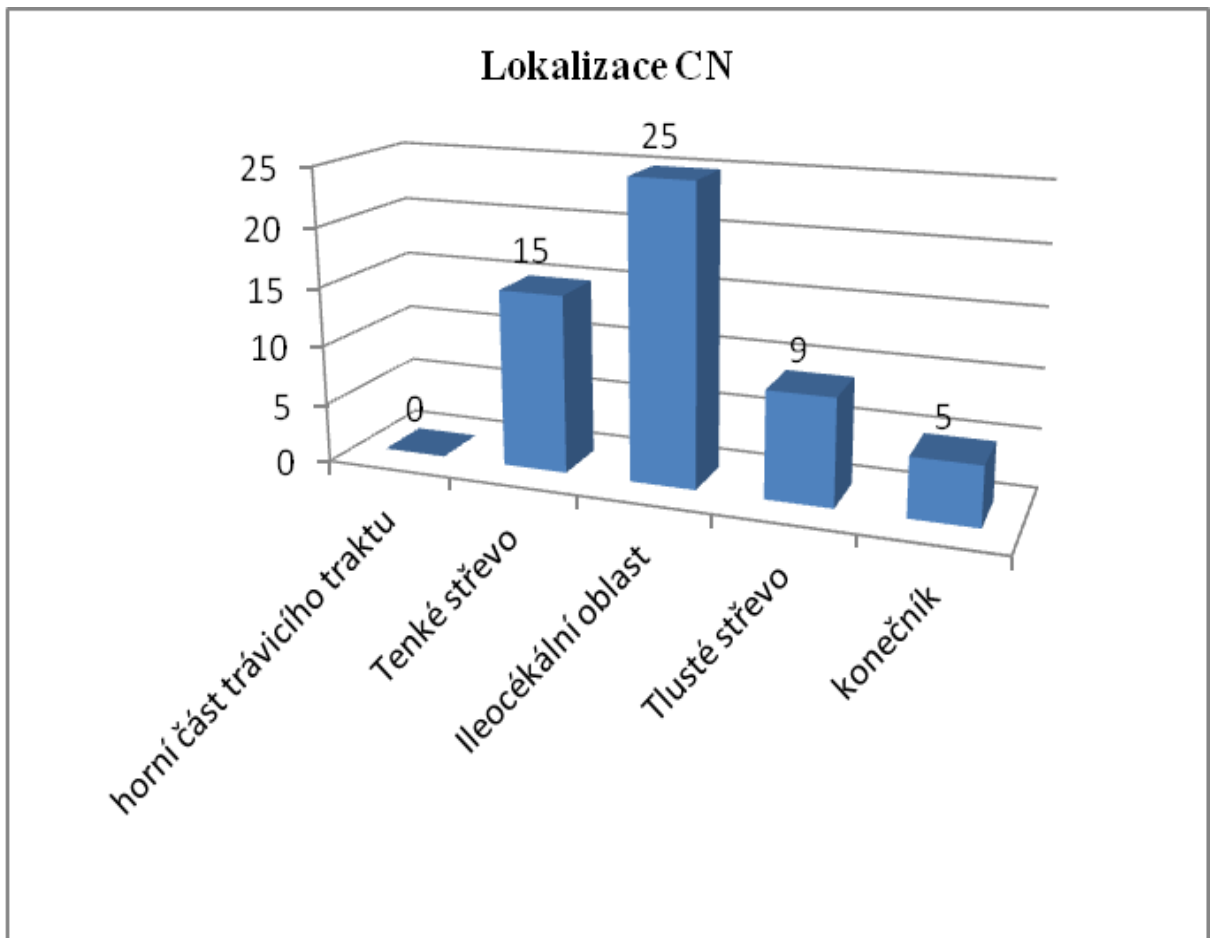
## Otázka č. 7 Jak Vám byla Crohnova choroba zjištěna?



Obr. 7 Graf – Zjištění nemoci

- U 47 odpovídajících, tedy 94%, došlo k zjištění Crohnovy choroby následkem objevení se příznaků tohoto onemocnění. Pouze u 3 odpovídajících, tedy u 6%, byla Crohnova choroba zjištěna při náhodném vyšetření.

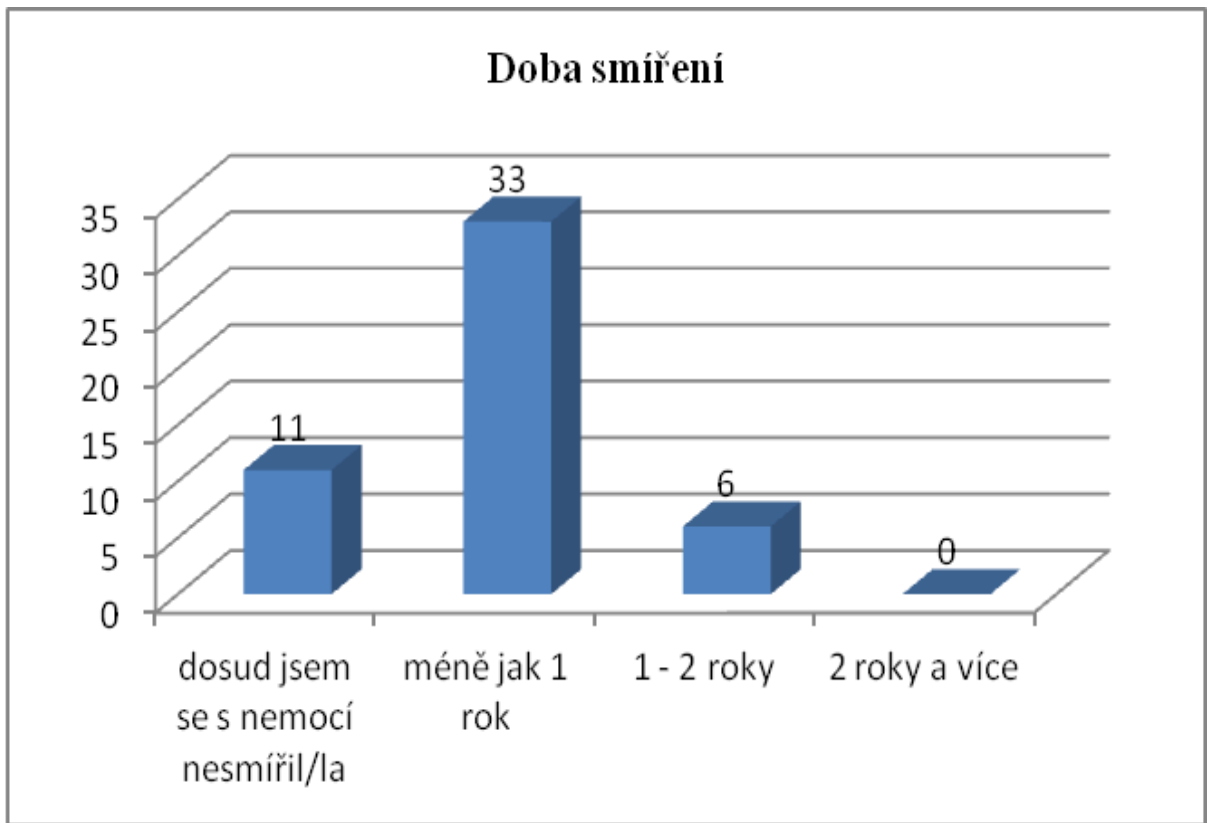
## Otázka č. 8 Jakou část trávicího traktu Vaše nemoc postihuje?



Obr. 8 Graf – Lokalizace CN

- Z grafu je patrné, že nejčastější lokalizace Crohnovy choroby je v ileocékální oblast a to v počtu 25 respondentů, tedy 46%. Druhým nejčastějším místem je tenké střevo v počtu 15 respondentů, tedy 28%. Odpověď tlusté střevo uvedli dotázaní v počtu 9 odpovědí. Místo lokalizace Crohnovy choroby v oblasti konečníku uvedlo pouze 5 dotázaných.

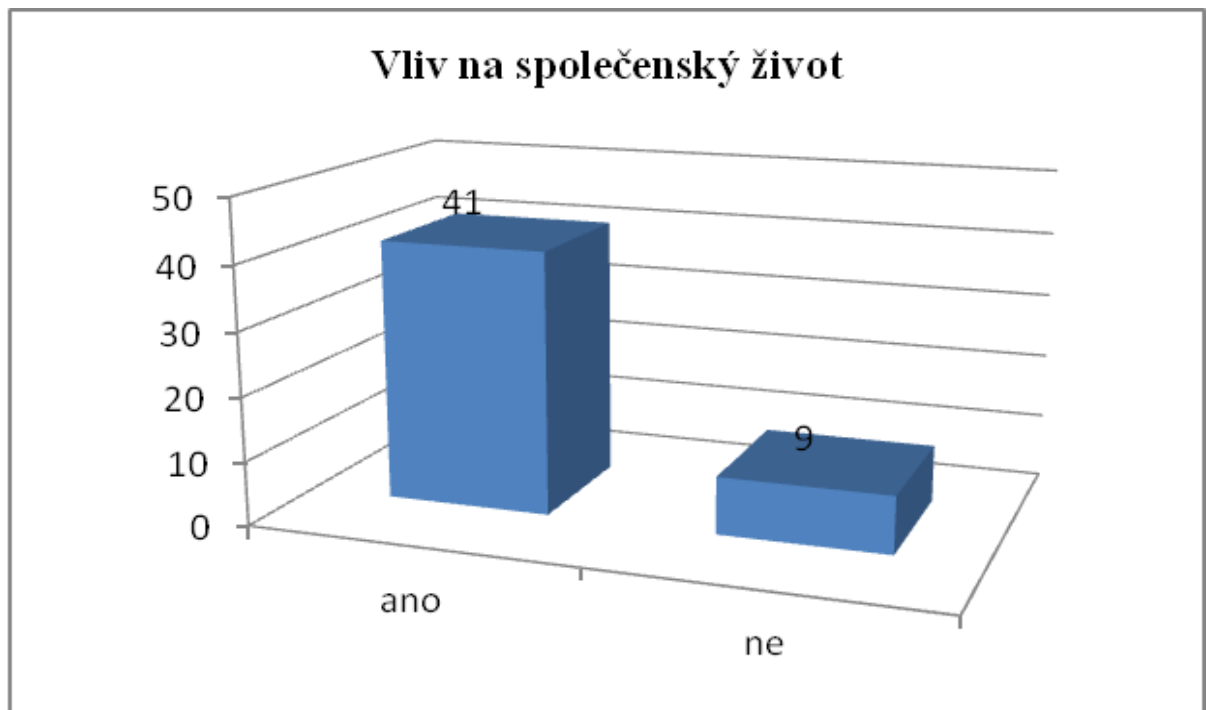
**Otázka č. 9 Jak dlouho Vám trvalo, než jste se s nemocí smířil/la?**



Obr. 9 Graf – Doba smíření

- Největší počet respondentů 33, tedy 66%, odpovědělo, že doba trvání smíření se s Crohnovou chorobou byla méně jak 1 rok. 11 respondentů, tedy 22%, se s nemocí dosud nesmířilo. Odpověď, že doba smíření trvala 1 – 2 roky byla zodpovězena pouze 6 respondenty, tedy 12%. Nikdo z oslovených respondentů neodpověděl 2 roky a více.

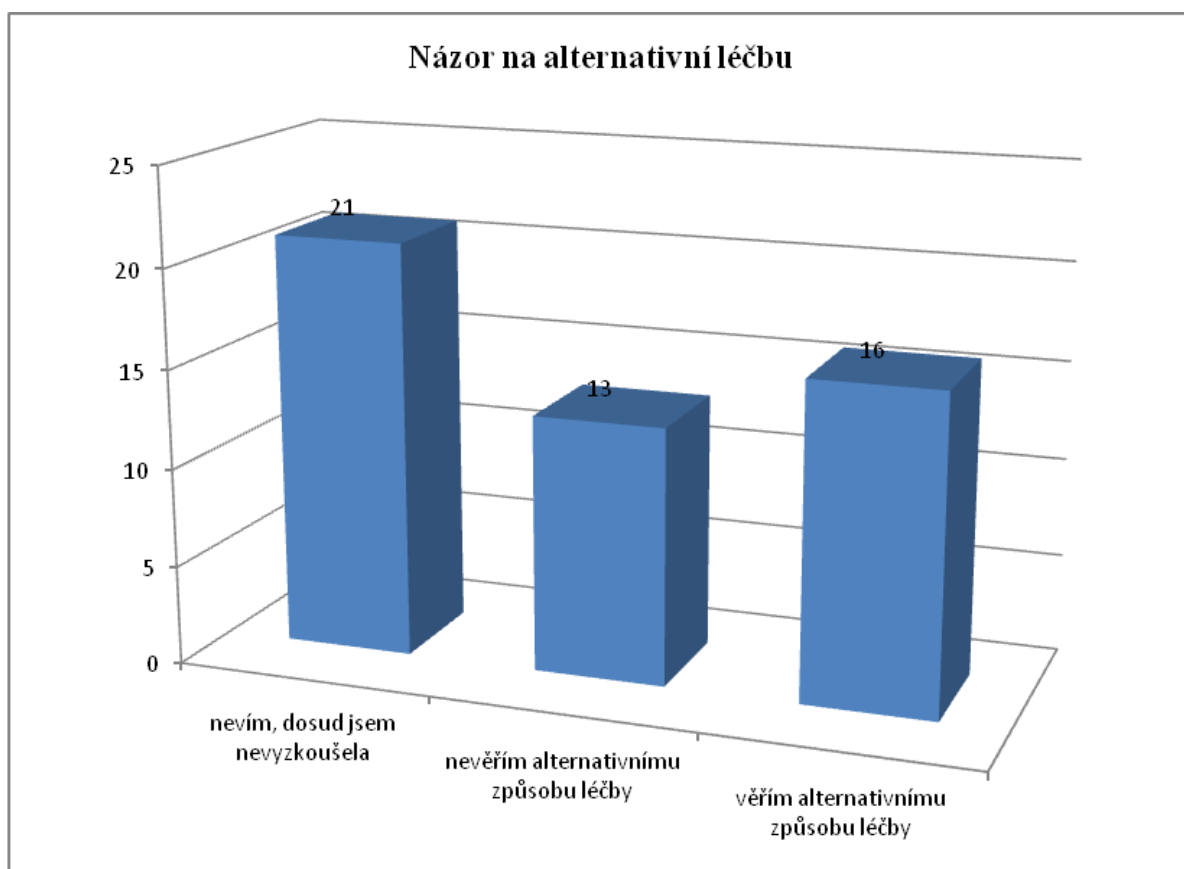
**Otázka č. 10 Způsobila Vám choroba nějaké potíže? (např. v zaměstnání, ve společnosti, ve škole...)**



Obr. 10 Graf – Vliv na společenský život

- Celkem 41, tedy 82%, dotázaných odpovědělo na tuto otázku kladně. Pouze 9 respondentů odpovědělo, že nemoc jim nezpůsobuje žádné potíže. Z grafu je patrné, že Crohnova choroba má velký vliv na společenský život pacientů.

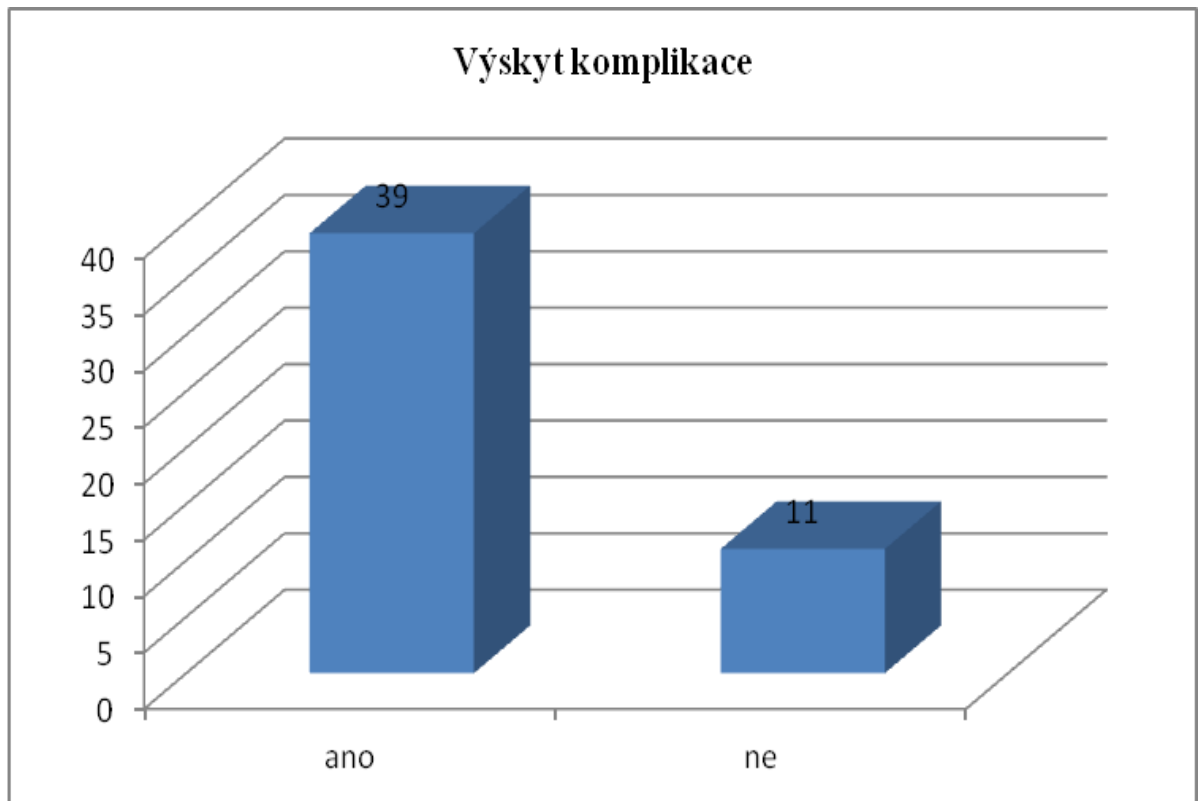
### Otázka č. 11 Jaký máte názor na alternativní způsob léčby?



Obr. 11 Graf – Názor na alternativní léčbu

- 21 dotázaných, 42%, odpovědělo, že neví a nemá zkušenost s alternativní léčbou. Alternativní léčbě věří 16 dotázaných, což je 32% a alternativní léčbě nevěří 13 respondentů, tedy 26%.

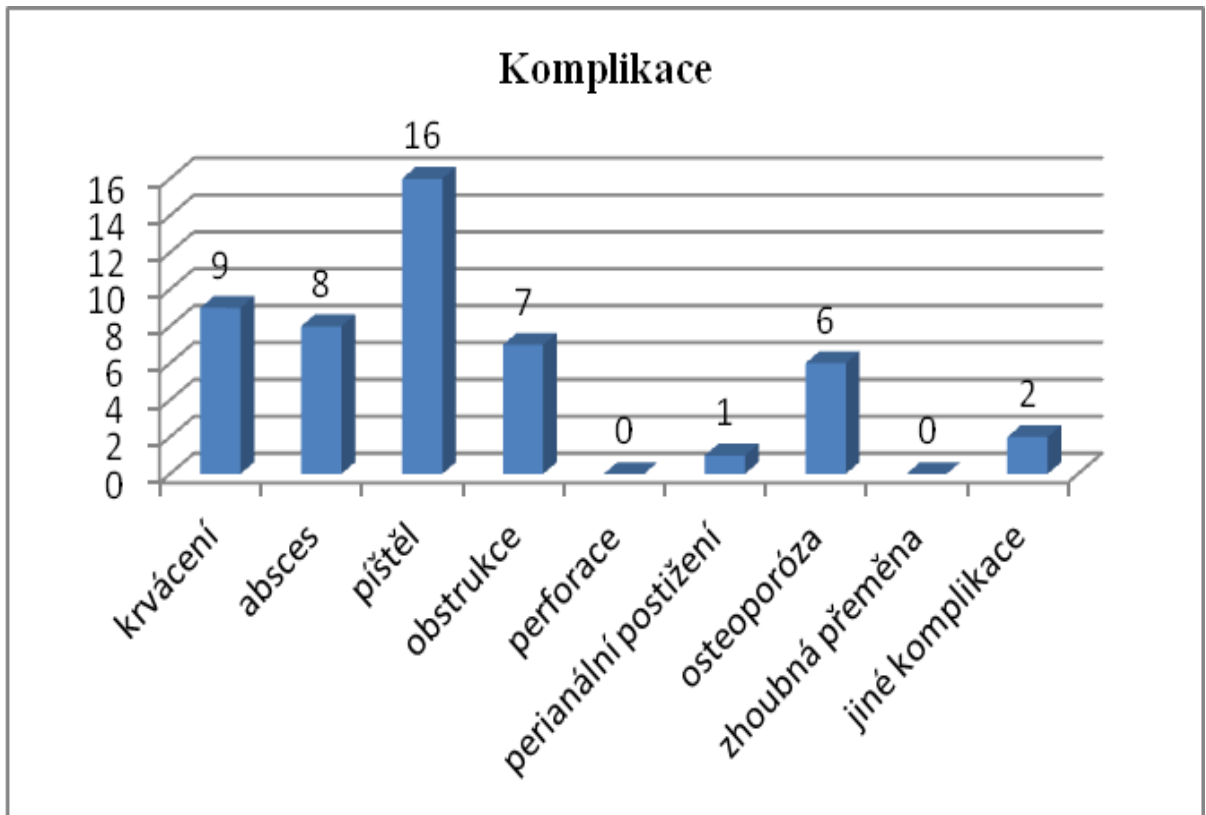
**Otázka č. 12 Vyskytla se u Vás někdy nějaká komplikace Crohnovy choroby?**



Obr. 12 Graf – Výskyt komplikace

- Největší počet dotázaných odpovědělo na tuto otázku kladně a to v počtu 39 respondentů, tedy 79%. Záporně odpovědělo pouze 11 respondentů, tedy 22%. Z grafu je tedy patrné, že prakticky u všech dotázaných pacientů se někdy vyskytla nějaká komplikace spojená s Crohnovou chorobou.

**Otázka č. 13 Pokud ano, která z následujících komplikací se u Vás vyskytla? (možnost zaškrtnout více odpovědí)**

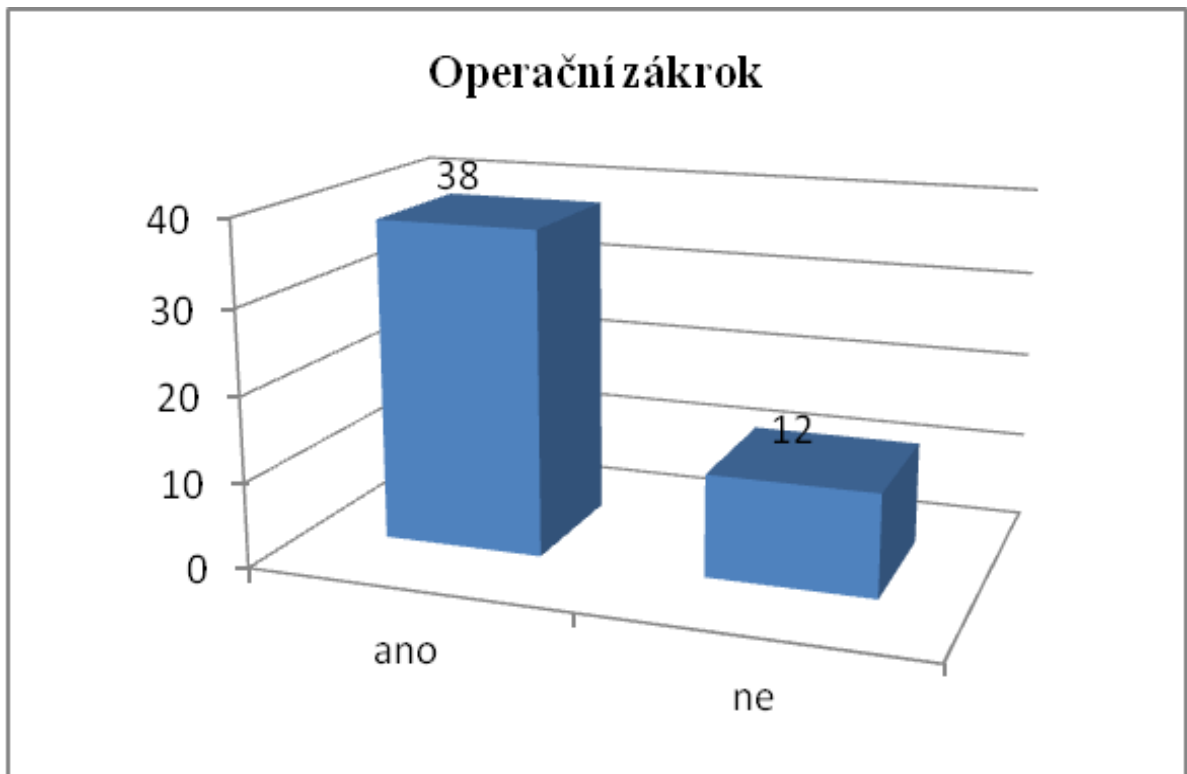


Obr. 13 Graf – Komplikace

- Z grafu je patrné, že nejčastější komplikací CN komplikace zvaná píštěl. V mém výzkumném vzorku takto odpovědělo na tuto otázku 16 dotázaných. Druhou nejčastější komplikací je krvácení v počtu 9. Dále odpovědělo 8 respondentů – absces, 7 respondentů – obstrukce, 6 respondentů – osteoporóza, 2 respondenti – jiné komplikace, 1 respondent – perianální postižení. Nikdo ne zvolil možnost perforace a zhoubná přeměna.



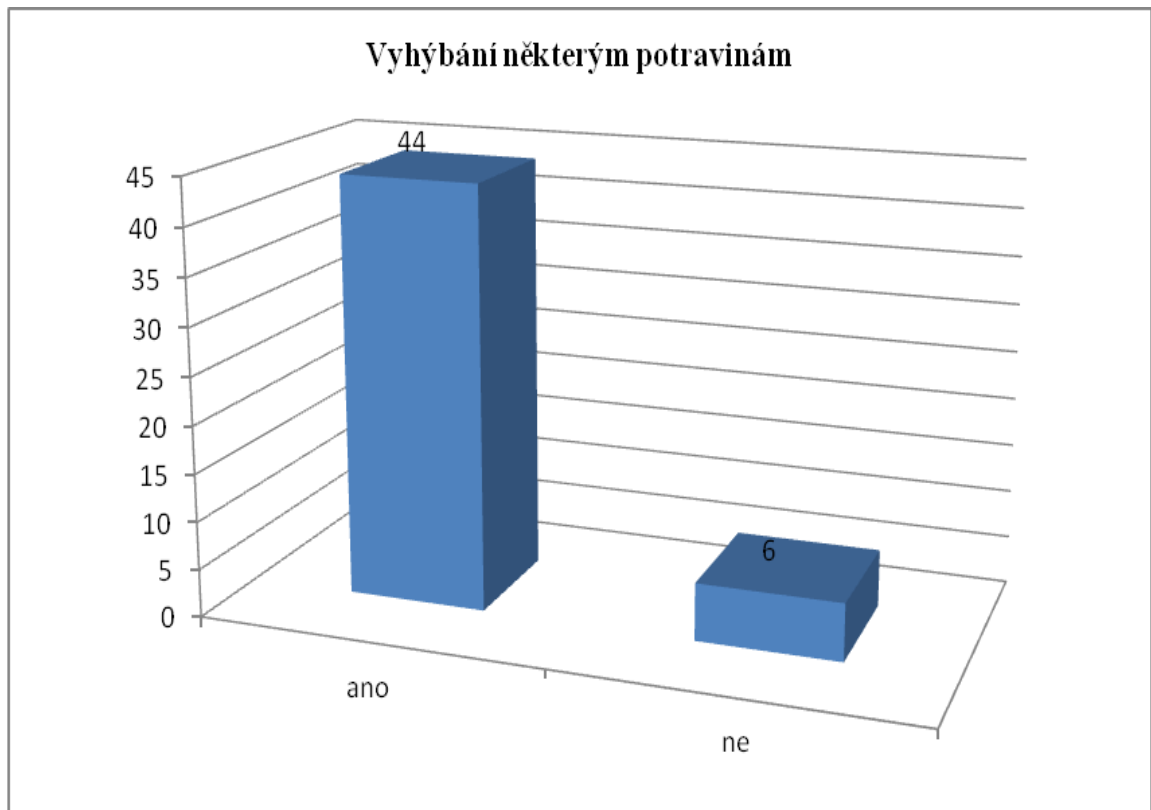
**Otázka č. 14 Absolvoval/a jste nějaký operační zákrok spojený s Vaší nemocí?**



Obr. 14 Graf – Operační zákrok

- Většina respondentů odpověděla na tuto otázku kladně a to v počtu 38, tedy 76%. 12 respondentů odpovědělo záporně v počtu 12, tedy 24%.

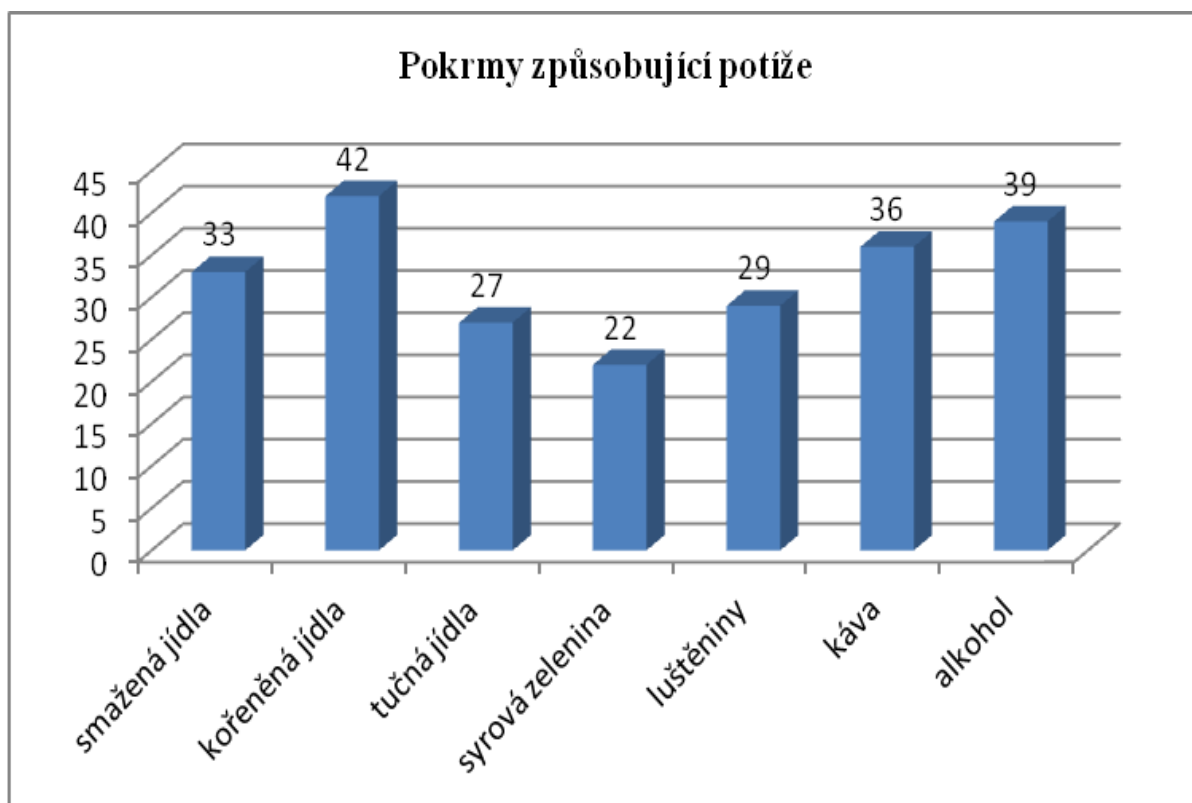
**Otázka č. 15 Vyhýbáte se některým pokrmům, protože víte, že Vám způsobují trávicí dyskomfort?**



Obr. 15 Graf – Vyhýbání některým potravinám

- Převážná většina respondentů odpověděla, že se vyhýbají některým potravinám pro jejich následný trávicí dyskomfort a to v počtu 44, tedy 88%. Pouze 6, tedy 12%, dotázaných odpovědělo, že se žádným potravinám nevyhýbají.

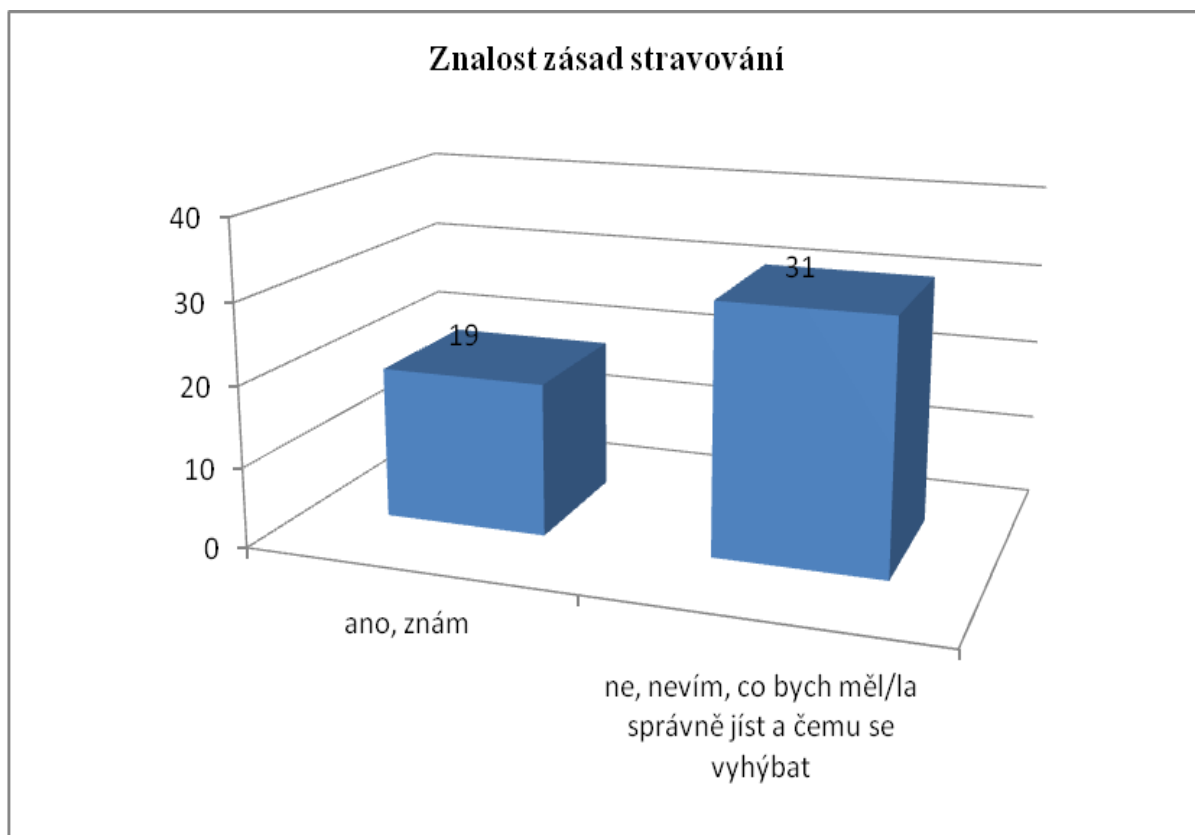
**Otázka č. 16 Pokud ano, vypište pokrmy, které Vám způsobují potíže.**



Obr. 16 Graf – Pokrmy způsobující potíže

- Při této otázce respondenti mohli vypsát jmenovitě jakékoliv potraviny, nápoje, které jim způsobují trávicí dyskomfort. Při zpracování výsledků z dotazníkového šetření jsem vypsané potraviny a nápoje musela kvůli velkému počtu vypsání jídel, pochutin, nápojů apod. rozdělit do výše jmenovaných kategorií. Výsledkem je graf znázorňující pokrmy způsobující trávicí dyskomfort.
- Největší počet respondentů uvedl celkem ve 42 odpovědích, tj. 18%, že jim způsobují potíže kořeněná jídla. Na druhém místě se umístil alkohol v počtu 39 odpovědí, tedy v 17%. Třetí nejvyšší dosažený počet měla káva a to v počtu 36 odpovědí, tedy 16%. Dále v počtu 33 odpovědí, tedy ve 14%, byla uvedena smažená jídla. Hned za nimi se umístily luštěniny v počtu 29 odpovědí, tj. 13%. Poté v počtu 27 odpovědí, tedy 12% se umístila smažená jídla. S nejmenším počtem odpovědí se umístila syrová zelenina, 22 odpovědí, tedy 10%.

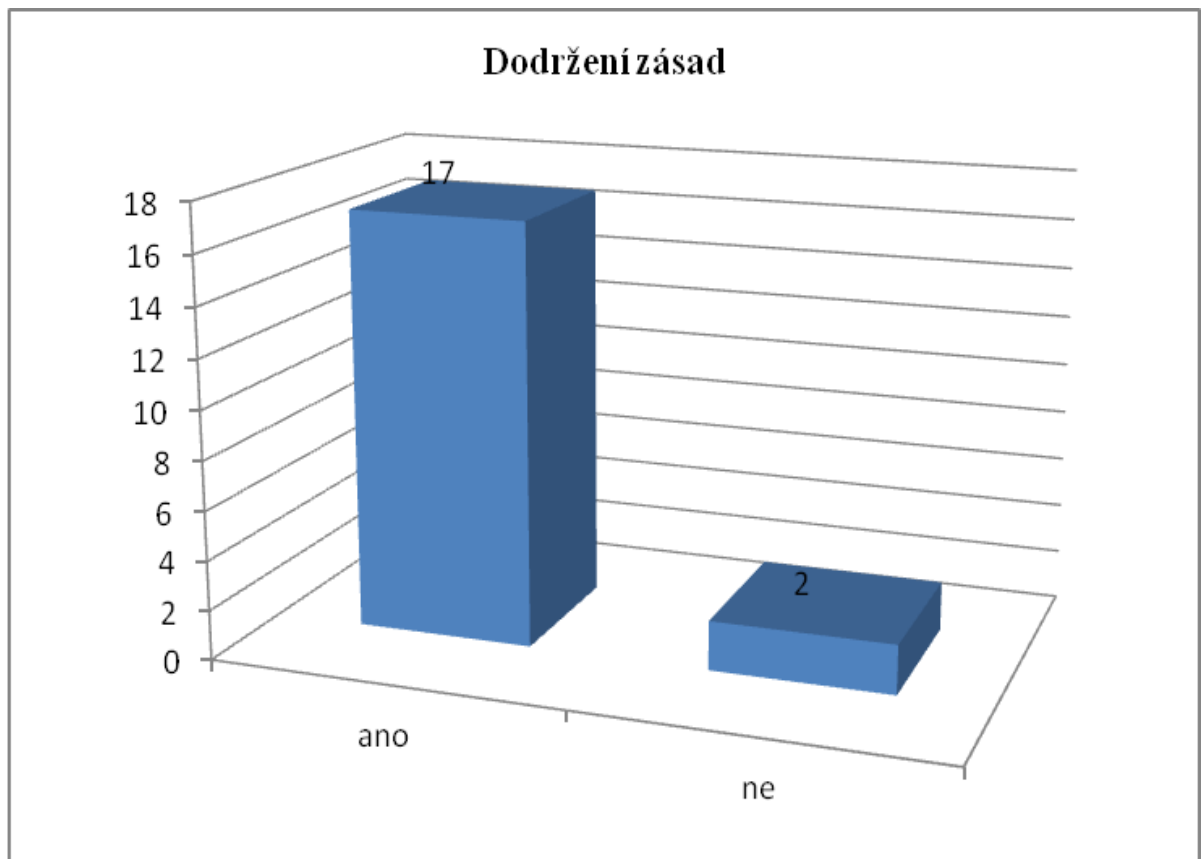
## Otázka č. 17 Znáte zásady správného stravování při Crohnově chorobě?



Obr. 17 Znalost zásad stravování

- Z tohoto grafu je patrné, že 31 respondentů, tedy 62%, v mém výzkumném vzorku nezná zásady správného stravování a ani tedy neví, co by měli správně jíst a čemu se případně vyhýbat. Naproti tomu 19 respondentů, tedy 38%, zná zásady správného stravování
- Toto zjištění je velice důležité, protože znalost zásad správného stravování je nutné při Crohnově chorobě a zde je patrné, že v mém výzkumném vzorku tito dotázaní opravdu v převážné většině tyto zásady nezná.

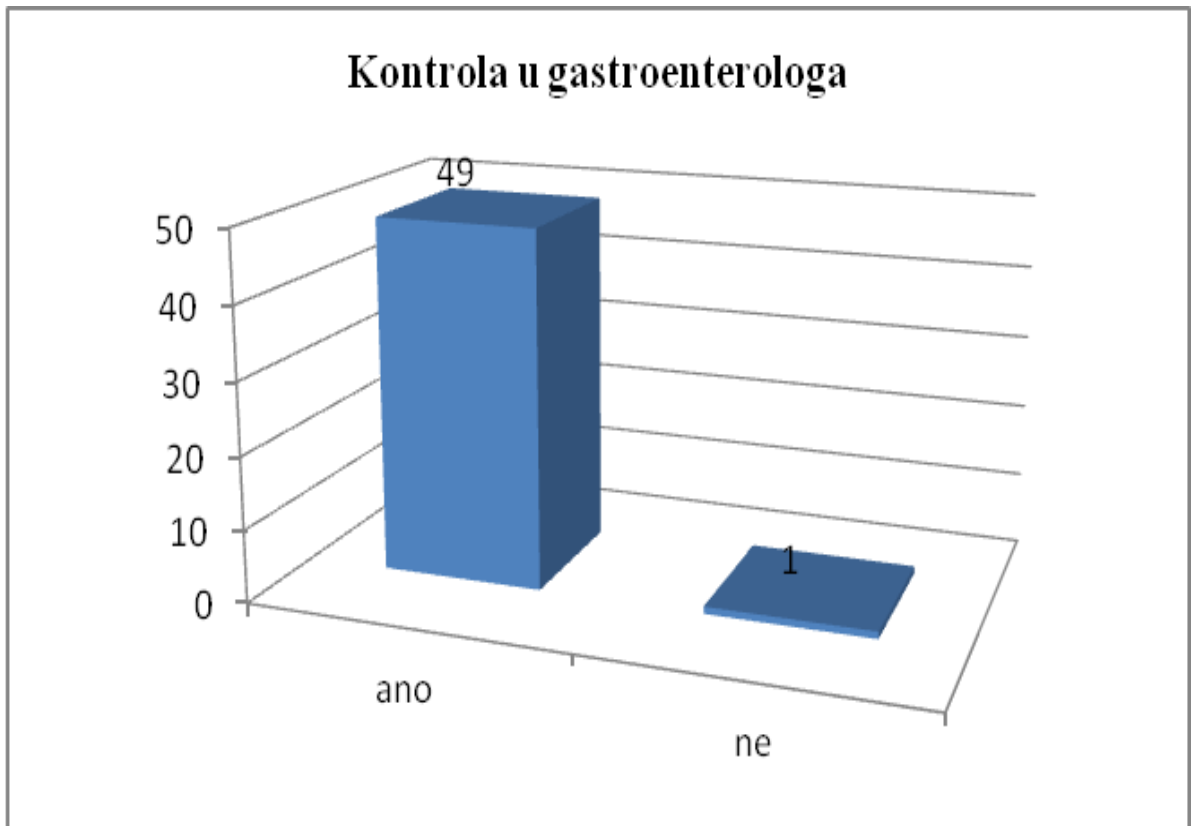
### Otázka č. 18 Pokud ano, dodržujete tyto zásady?



Obr. 18 Graf – Dodržení zásad

- Převážná většina dotázaných odpověděla, že zásady správného stravování dodržuje. Takto odpovědělo 17 respondentů z 19, což je 89%. Celkem 2 respondenti, tedy 11%, odpověděli, že zásady správného stravování zná, ale nedodržuje.

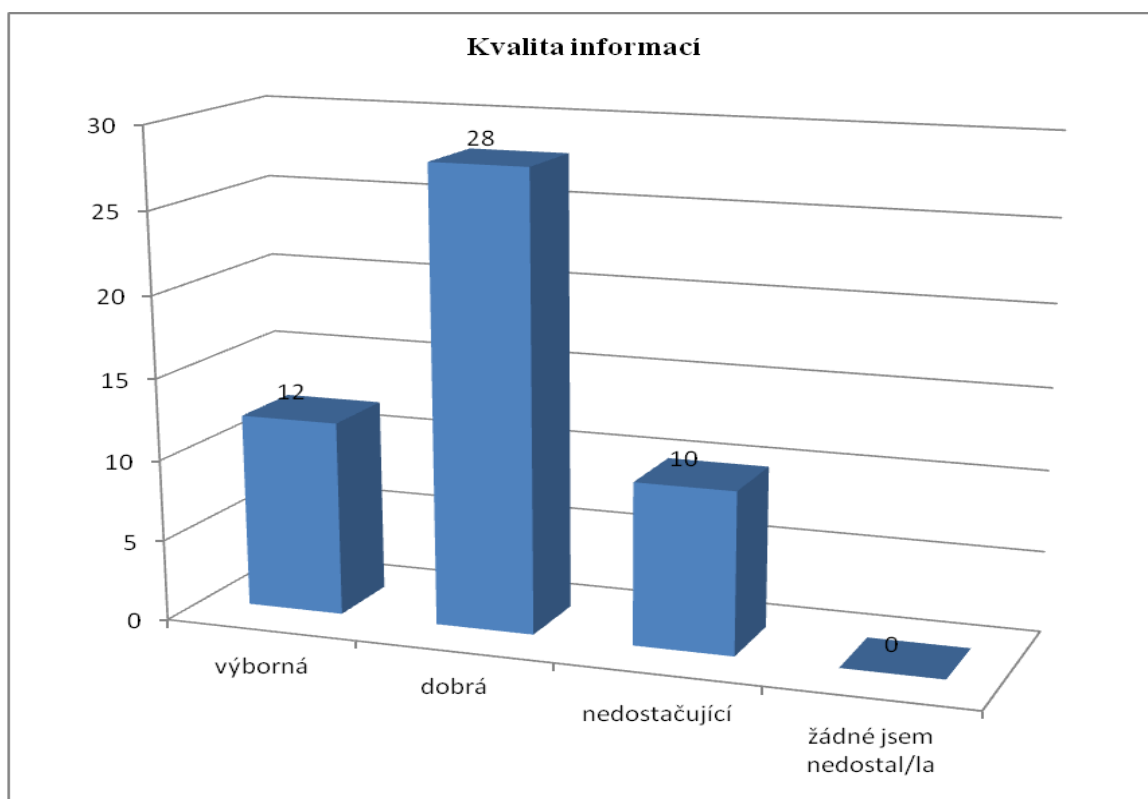
**Otázka č. 19 Dodržujete pravidelné kontroly u svého gastroenterologa?**



Obr. 19 Graf – Kontrola u gastroenterologa

- Pravidelné kontroly u svého gastroenterologa dodržuje 49 dotázaných respondentů z 50, což je 99%. Pouze 1 respondent pravidelné kontroly u svého gastroenterologa nedodržuje.

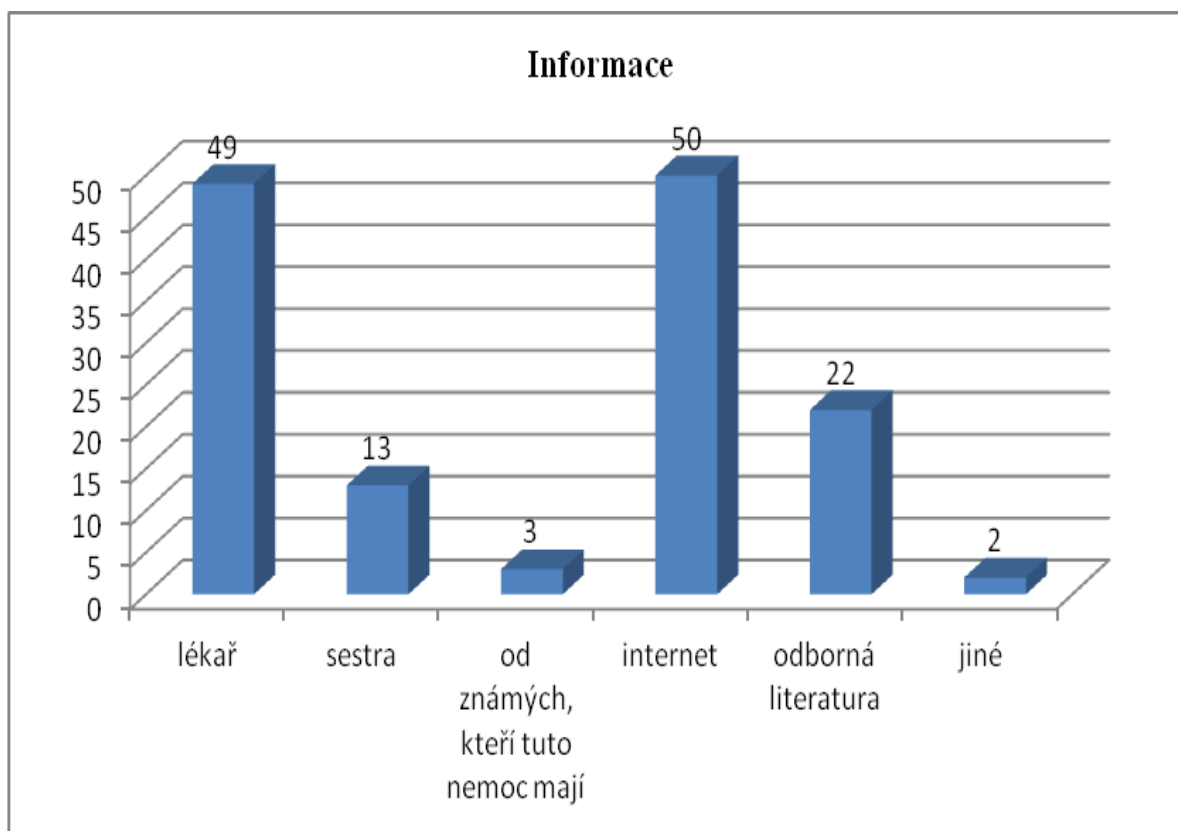
**Otázka č. 20 Jak byste ohodnotil/a kvalitu podaných informací o Crohnově chorobě, které Vám byly podány?**



Obr. 20 Graf – Kvalita informací

- Největší počet respondentů ohodnotil kvalitu podání informací o Crohnově chorobě jako dobrou a to v počtu 28 odpovědí, tedy 56%. Druhou nejčastější odpovědí bylo ohodnocení kvality podaných informací jako výborná a to v počtu 12 odpovědí, což je 24%. Jako nedostačující ohodnotilo kvalitu podaných informací o CN celkem 10 respondentu, tedy 20%. Nikdo neodpověděl, že žádné informace nedostal, což je velice pozitivní.

## Otázka č. 21 Odkud jste čerpal/a další informace o Vašem onemocnění?

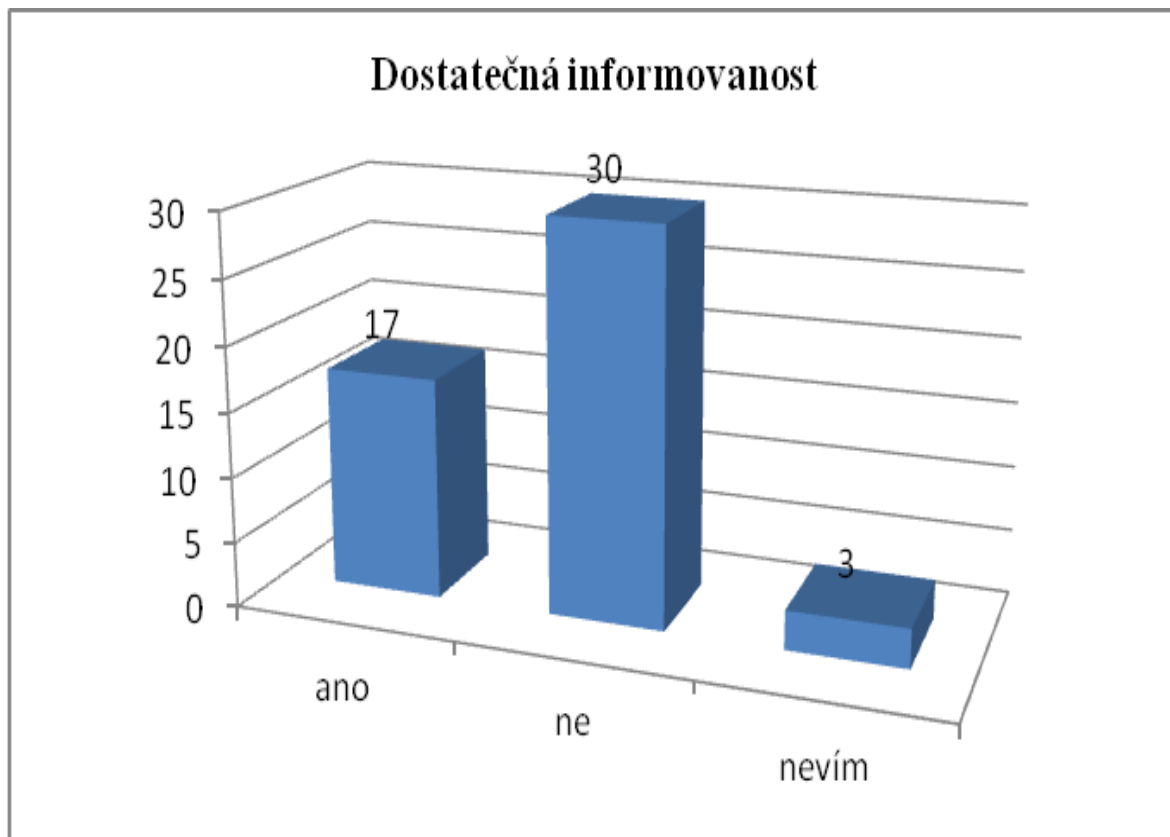


Obr. 21 Graf – Informace

- Při této otázce respondenti mohli zvolit více možností
- Všichni dotázaní respondenti v počtu 50, odpověděli, že informace čerpali z internetu. Zde je patrné, jak je v dnešní době internet rozšířená a oblíbená metoda získání informací. Hned za internetem se umístil lékař jako osobnost, která poskytla mým respondentům informace o jejich onemocnění. Tuto možnost zvolilo 49 dotázaných respondentů. 22 respondentů vyhledávalo informace v odborné literatuře a 13 dotázaných se informovalo u zdravotní sestry. V mém výzkumném vzorku byly 3 respondenti, kteří zvolili možnost, že informace získali, od známých, kteří tuto nemoc mají. Pouze 2 respondenti uvedli, že informace získali odjinud.



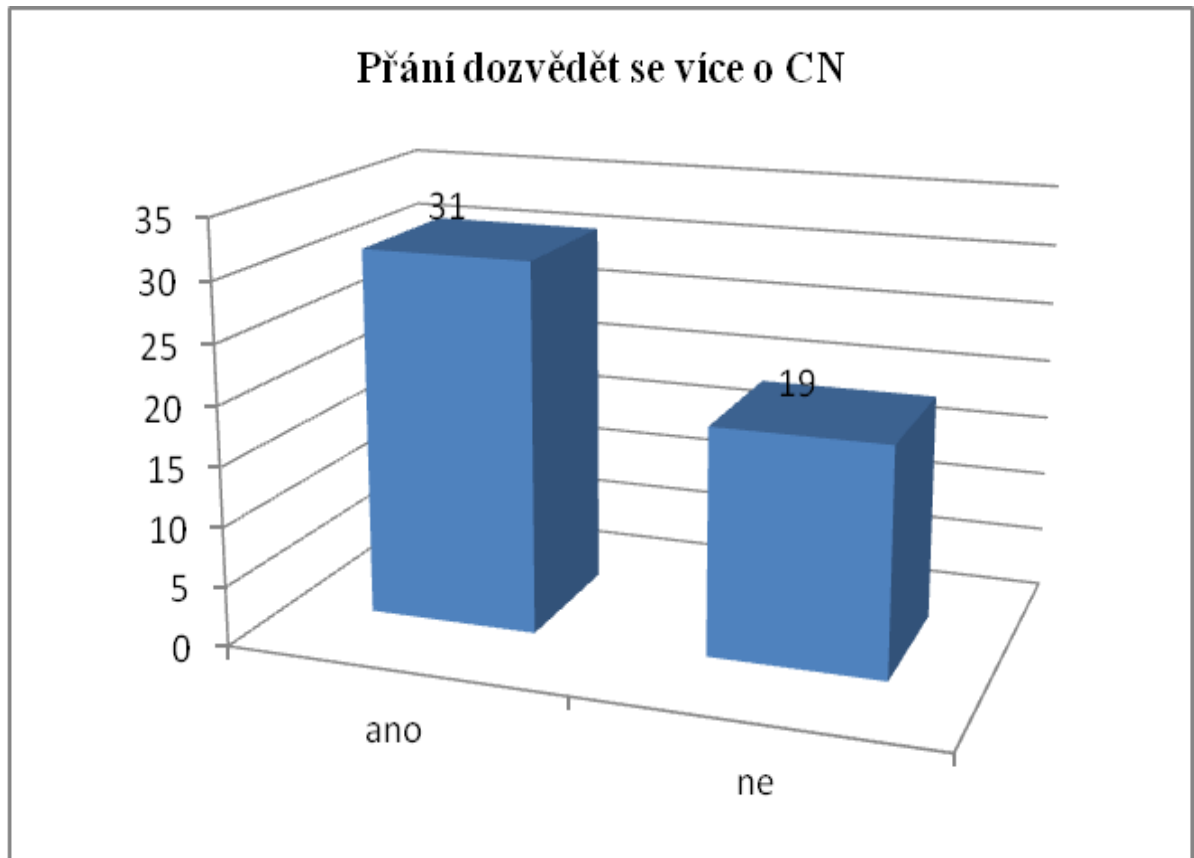
## Otázka č. 22 Považujete informovanost o této nemoci za dostatečnou?



Obr. 22 Graf – Dostatečná informovanost

- Celkem 30 dotázaných odpovědělo v této otázce záporně, což je 60%. 17 respondentů odpovědělo kladně, tedy 34%. Pouze 3 dotázaní odpověděli, že neví, tedy 6%.
- Sama se domnívám, že informovanost o tomto onemocnění je opravdu malá a že široká veřejnost o tomto onemocnění vskutku nic neví. Přitom je známo, že incidence tohoto onemocnění stále stoupá.

**Otázka č. 23 Chtěl/a byste se dozvědět více o Crohnově chorobě, schází Vám nějaké informace?**



Obr. 23 Graf – Přání dozvědět se více o CN

- Nejvíce respondentů odpovědělo, že by se chtěli dozvědět více o Crohnově chorobě a to v počtu 31 kladných odpovědí, což je 62%. 19 dotázaným, tedy 38%, neschází žádné další informace o Crohnově chorobě nebo si další informace o tomto onemocnění nepřejí.
- Výsledky z tohoto grafu jsou důležité a to proto, že dostatečná informovanost pacientů s tímto onemocněním je potřebná.

## 7 Diskuze

### **Výzkumná otázka č. 1: Vyskytuje se Crohnova choroba v rodinné anamnéze dotázaných pacientů?**

Na tuto výzkumnou otázku se v dotazníku ptám otázkou č. 5, 6.

Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že Crohnova choroba se v mém výzkumném vzorku vyskytuje pouze u 13 dotázaných z celkového počtu 50 dotázaných, což je 26%. V otázce č. 6 se ptám dotazovaných, kteří uvedli, že v jejich rodinné anamnéze se Crohnova choroba vyskytuje, u koho z jejich rodinných příslušníků se tato choroba vyskytla. Zjistila jsem, že Crohnova choroba se nejčastěji vyskytla u otce a to v 54%, což je u 7 dotázaných. U matky se tato choroba vyskytla u 4 dotázaných, tedy v 31% a u prarodičů pouze ve dvou případech, což je 15%.

Výsledek mé výzkumné otázky č. 1 mne překvapil. Sama jsem totiž předpokládala, že ve více než  $\frac{1}{2}$  dotázaných bude pozitivní rodinná anamnéza na Crohnovu chorobu.

### **Výzkumná otázka č. 2: Postihuje Crohnova choroba u více než $\frac{1}{2}$ dotázaných pacientů ileocékální oblast trávicího traktu?**

Na tuto výzkumnou otázku se ptám v otázce č. 8.

Z dotazníkového šetření je patrné, že Crohnova choroba postihuje ve 46% ileocékální oblast a to u 25 dotázaných. Výsledkem mé výzkumné otázky je, že Crohnova choroba nepostihuje u více než  $\frac{1}{2}$  dotázaných pacientů ileocékální oblast trávicího traktu.

Sama se domnívám, že lokalizace tohoto onemocnění v ileocékální oblasti je opravdu nejčastější. Domnívám se tak na základě dosavadních mých znalostí z literárních zdrojů a také jsem se o tom sama přesvědčila při mém dotazníkovém šetření, kdy respondenti uváděli nejčastěji postižení právě v této lokalizaci.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jak časté jsou komplikace Crohnovy choroby a jaké to jsou?**

Na tuto výzkumnou otázku se ptám v otázce č. 12, 13, 14.

Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že pacienti s Crohnovou chorobou se s komplikacemi spojenými s tímto onemocněním setkávají často. V mém výzkumném vzorku se komplikace CN objevily v 78%, tj. u 39 dotázaných. Pouze 11 dotázaných uvedlo, že se u nich nikdy žádná komplikace Crohnovy choroby nevyskytla.

Dále jsem zjišťovala u dotázaných, kteří uvedli, že se u nich komplikace vyskytly, jaké komplikace to přesně byly. Respondenti měli na výběr z několika možných komplikací s tím, že mohli vybrat více možností. Nejvíce dotázaných odpovědělo, že se u nich vyskytla píštěl (píštěl je v lékařství termín pro jakékoliv nepřírozené kanálkovité propojení mezi orgány, cévami, nebo i ven na kůži, obecně od epitelové tkáně opět k epitelové tkáni). Tato komplikace byla zvolena celkem 16 respondenty z 39, což je 33%. Druhou nejčastější komplikací Crohnovy choroby, v mém dotazníkovém šetření uvedenou, bylo krvácení a to v počtu 9 odpovědí, tedy v 19%. Třetí nejčastější komplikací CN byl absces (absces je dutina vzniklá zničením tkáně, obvykle způsobeným infekcí, jež je vyplněná hnisem, a obklopená zanícenou tkání). Dotázaní tuto komplikaci CN uvedli celkem 8x. Dále bylo patrné, že celkem často se u dotázaných objevila komplikace zvaná obstrukce. K této komplikaci může dojít na základě fibrózy, nadměrné produkce vaziva ve stěně střeva, a to může vést k postupnému zužování průsvitu střeva až k následné neprůchodnosti. Obstrukci jako komplikaci Crohnovy choroby uvedlo celkem 7 dotázaných. Dále dotázaní uváděli jako komplikace, které se u nich někdy objevily, osteoporózu, perianální postižení a dva dotázaní uvedli, že se u nich vyskytla nějaká jiná komplikace, než která byla v mých uvedených možných komplikacích.

Dále jsem v mém dotazníkovém šetření zjistila na základě otázky č. 14, že 76% dotázaných, tedy 38 respondentů, muselo podstoupit operační zákrok, který byl spojený s jejich onemocněním Crohnovou chorobou.

Zde je patrné, že komplikace provázené Crohnovu chorobu jsou velice časté. Otázkou je, zda se těmto komplikacím dá předcházet a zabránit.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Má Crohnova choroba negativní vliv na společenský život?**

Na tuto výzkumnou otázku se ptám v otázce č. 10, částečně sem patří i otázka č. 9.

Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že Crohnova choroba má značný negativní vliv na společenský život. V otázce č. 10 dotázaní odpověděli v 82% v počtu 41 respondentů, že toto onemocnění jim způsobilo potíže a to v oblasti zaměstnání, studia, ve společenském životě či v nějakém jiném odvětví. Je zde tedy patrné, že Crohnova choroba s sebou nese značné potíže v sociálním životě pacientů s tímto onemocněním.

Pokud se zamyslíme nad základními příznaky tohoto onemocnění, mezi které patří průjemy obtěžující pacienta i několikrát denně v jakoukoliv denní dobu, dále pak kolikovitě bolesti břicha, tak je zřejmý negativní vliv na společenský život. Tyto potíže postihují pacienta při každodenních činnostech a pokud není toto onemocnění adekvátně léčeno, za podmínek dodržování režimových opatření zahrnující nutriční terapii, stravovací návyky, denní režim apod., tak s sebou nese opravdu negativní dopad na společenský život těchto pacientů. Proto je důležitá edukace pacientů s Crohnovou chorobou o tomto onemocnění, správná terapie a pomoc, jak léčebná tak psychologická.

#### **Výzkumná otázka č. 5: Vyhýbají se pacienti s Crohnovou chorobou některým pokrmům, protože vědí, že jim způsobují trávicí dyskomfort? Znalí a dodržují pacienti s Crohnovou chorobou zásady správného stravování?**

Na tuto výzkumnou otázku se ptám v otázce č. 15, 16, 17, 18 a částečně také v otázce č. 19.

Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že 44 dotázaných, tedy 88%, se vyhýbá některým pokrmům, protože vědí, že jim způsobují trávicí dyskomfort. V otázce č. 16 jsem se pacientů s tímto onemocněním dotazovala, které potraviny jim zmiňovaný trávicí dyskomfort způsobují. Dotázaní nejčastěji uváděli kořeněná a smažená jídla, z nápojů alkohol a kávu.

U otázky č. 17, kde se respondentů ptám, zda znají zásady správného stravování při Crohnově chorobě, bylo pro mě překvapením, že pouze 19 dotázaných, což je 38%, uvedlo, že tyto zásady zná. Předpokládala jsem, že znalost zásad správného stravování bude lepší. 31 dotázaných, tedy 62%, tyto zásady nezná nebo neví, co by měli správně jíst a čemu se případně vyhýbat.

Tento výsledek mne opravdu překvapil. Nevím, kde je chyba. Ošetřující lékaři těchto pacientů nepodávají informace o správném stravování při Crohnově chorobě?

V otázce č. 18 se ptám odpovídajících, kteří uvedli, že znají zásady správného stravování, zda je opravdu i dodržují. Je potěšující, že 17 respondentů, tedy 89%, odpovědělo kladně. 2 odpovídající odpověděli, že přes to, že zásady správného stravování znají, tak tyto zásady nedodržují.

Jsem přesvědčena, že edukace v této oblasti je nedostačující a bylo by dobré edukaci v oblasti nutriční terapie, režimového opatření zlepšit.

V otázce č. 19 zjišťuji, zda pacienti s Crohnovou chorobou dodržují pravidelné kontroly u svého gastroenterologa. Výsledek tohoto šetření mne pro změnu pozitivně překvapil. Celkem 49 dotázaných, tedy 99%, odpovědělo, že pravidelné kontroly u svého gastroenterologa dodržuje. Pouze jeden dotázaný uvedl, že tyto pravidelné kontroly nedodržuje.

#### **Výzkumná otázka č. 6: Považují pacienti s Crohnovou chorobou informovanost o této chorobě za dostatečnou a chtěli by se dozvědět více o tomto onemocnění?**

Na tuto výzkumnou otázku se dotazuji v otázce č. 22, 23, částečně v otázce č. 21, 22.

Z odpovědí u otázky č. 22 vyplývá, že převážná většina dotazovaných nepovažuje informovanost o Crohnově chorobě za dostatečnou. Takto odpovědělo 30 dotazovaných, což je 60%. 17 dotazovaných, tedy 34%, považuje informovanost o tomto onemocnění za dostatečnou a 3 dotazovaní neví, zda je informovanost o Crohnově dostatečná či ne.

Na otázku č. 23 pacienti odpovídali, zda by se chtěli dozvědět více o CN a zda jim schází nějaké informace. Na tuto otázku 31, tedy 62%, dotázaných odpovědělo kladně. 19 dotázaných si nepřeje se dozvědět více o tomto onemocnění. Možná je to proto, že jak mi říkali někteří dotázaní, že pacienti s tímto onemocněním leckdy nechtějí vědět více, nechtějí se zabírat touto problematikou, dělají jakoby tuto nemoc neměli.

V otázce č. 20 jsem se ptala, jak by dotázaní ohodnotili kvalitu podání informací o Crohnově chorobě, které jim byly podány. Jako výbornou ohodnotilo podání informací celkem 12 odpovídajících, tedy 24%. Jako dobrou ohodnotilo toto podání informací celkem

28 odpovídajících, tedy 56%. Jako nedostačující ohodnotilo celkem 10 dotazovaných, tedy 20%. Možnost, že žádné informace pacient nedostal, neodpověděl nikdo.

V otázce č. 21 se pacientů ptám, odkud čerpali další informace o svém onemocnění. Dotazovaní měli na výběr z několika možností a mohli označit více nabídnutých položek. Nejvíce dotazovaní odpovídali, že informace čerpali z internetu. Takto odpovědělo 50 odpovídajících, tedy všichni. Je tedy zjevné, že význam informací poskytnutých na internetu je veliký. Hned na druhém místě s počtem 49 odpovědí se umístily informace podávané lékařem. 22 odpovídajících čerpalo informace z odborné literatury, 13 dotázaných získalo další informace o CN od zdravotní sestry, 3 dotázaní uvedli, že informace získali od známých, kteří tuto nemoc také mají a 2 dotázaní uvedli, že získali další informace o CN ještě z jiných zdrojů než byly uvedeny v mých možnostech.

## 8 Závěr

Podle českého statistického úřadu v roce 1999 republikový průměr Crohnovy choroby činil 4,1 případů na 10 000 obyvatel. Nejvyšší dispenzarizaci vykazovaly východní Čechy (7,8 případů na 10 000 obyvatel) a nejnižší severní Morava (2,1 na 10 000 obyvatel).

Počet nemocných stále přibývá, a proto by dnes tato statistika vykazovala jistě vyšší hodnoty než v roce 1999. Na základě těchto statistických údajů se péče o tyto pacienty stává stále aktuálnějším problémem.

V teoretické části jsem se věnovala způsobům diagnostiky a léčby Crohnovy choroby. Popsala jsem režimová opatření a význam nutriční péče o pacienty s tímto onemocněním a to na základě dostupných literárních zdrojů.

V praktické části jsem se věnovala výzkumu, který měl za cíl zjistit, zda jsou pacienti s Crohnovou chorobou dostatečně informováni o tomto onemocnění a zda znají a dodržují zásady správného stravování při Crohnově chorobě. Dále pak na základě výsledků z dotazníkového šetření jsem vytvořila edukační plán pro pacienty s Crohnovou chorobou, který je uveden v příloze C.

Z mého výzkumu je patrné, že pacienti s tímto onemocněním jsou informováni o Crohnově chorobě, ale pacienti vnímají tuto informovanost jako nedostatečnou. Dále je patrné, že pacienti s tímto onemocněním neznají dostatečně zásady správného stravování. Je pro mě opravdu zajímavé, že v mém výzkumném vzorku více jak  $\frac{1}{2}$  dotázaných nezná zásady správného stravování a neví, co by měli správně jíst a čemu se vyhýbat.

Z vlastního pozorování vím, že existují velmi dobře propracované edukační materiály pro pacienty s Crohnovou chorobou. Podle mého názoru je však nejdůležitější, aby byl pacient k léčbě Crohnovy choroby motivován svým lékařem a aby platilo pravidlo, že pacient by měl být svému lékaři rovnocenným partnerem, který je sám zodpovědný za své zdraví.



## 9 Soupis bibliografických citací

1. BERKOVÁ, K. Crohnova choroba : dietní léčba [online]. Fakultní nemocnice Olomouc, 2010 [cit. 2012-07-01]. Dostupný z WWW:<[http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CFYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fpublic.fnol.cz%2Fwww%2Fdk%2Fdiet%2Fcrohnova\\_choroba.pdf&ei=\\_wvwT-2\\_N8b\\_4QT67ajUDQ&usg=AFQjCNHgCwM1HGH4w7PO1c8U0yTEsMXxGQ](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CFYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fpublic.fnol.cz%2Fwww%2Fdk%2Fdiet%2Fcrohnova_choroba.pdf&ei=_wvwT-2_N8b_4QT67ajUDQ&usg=AFQjCNHgCwM1HGH4w7PO1c8U0yTEsMXxGQ)>.
2. ČERMÁKOVÁ, J. Crohnova choroba – vyšetřovací metody. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 2, s. 26. ISSN 1210-0404.
3. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7.
4. DOUDA, T. Kapslová endoskopie u IBD. *Endoskopie*. 2010, roč. 19, č. 3-4, s. 117. ISSN 1211-1074.
5. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-8593-179-6.
6. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2171-2.
7. KOHOUT, P.; PAVLÍČKOVÁ, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha : Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-8.
8. KOHOUT, P. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. *Postgraduální medicína : odborný časopis pro lékaře*. 2011, roč. 13, č. 2 (psychiatrie), s. 122-127. ISSN 1212-4184.
9. KOTRLÍKOVÁ, E.; KŘEMEN, J.; SVAČINA, Š. et kol.: *Enterální a parenterální výživa*. Praha : Mladá fronta a.s., 2009, ISBN 978-80-204-2070-1.
10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ R. *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0.
11. KREUZBERG, B., FERDOVÁ, E., MÍRKA, H., FERDA, J. *CT Trávicí trubice*. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-726-2436-9.
12. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha : Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-684-1.
13. LUKÁŠ, K. Crohnova choroba : Diagnostika a léčba Crohnovy choroby [online]. Odborná společnost gastroenterologická, c2002 [cit. 2012-06-29]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Dostupný z WWW:<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UzEIEbIGEasJ:www.cls.cz/dokumenty2/os/t283.rtf+&cd=7&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>>.

14. LUKÁŠ, K. et al.: *Idiopatické střevní záněty*. Praha : Triton, 1997, ISBN 80-85875-31-4.
15. LUKÁŠ, M. et al.: *Idiopatické střevní záněty: Nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. Praha : Galén, 1998, ISBN 80-85824-79-5.
16. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika: věda o edukačních procesech*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997, 495s. ISBN 80-7178-170-3.
17. PRŮCHA, J. *Přehled Pedagogiky – Úvod do studia oboru*, Praha : Portál 2000, str. 15. ISBN 80-7178-399-4.
18. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2007. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
19. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
20. ŠPIDUROVÁ, L.; TOMANOVÁ, D.; KUDLOVÁ, P.; HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
21. TACHECÍ, I. et al.: *Kapslová endoskopie*. Praha : Nucleus HK, 2008. ISBN 80-870-0945-1.
22. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdof 2007, 7.vyd., ISBN 987-80-7345-130-1.
23. VONDRÁČEK, L.; WIRTHOVÁ, V.; PAVLICOVÁ, J. *Základy praktické terminologie pro sestry : Příručka pro výuku a praxi*. Praha : Grada, 2011. ISBN 278-80-247-3697-6.

## **10 Seznam příloh:**

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Slovník pojmů

Příloha C – Edukační plán pro pacienty s Crohnovou chorobou

## **Příloha A - Dotazník**

### **DOTAZNÍK PRO PACIENTY S CROHNOVOU CHOROBOU**

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Matunová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra, na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tímto Vás prosím o pečlivé vyplnění tohoto dotazníku, na základě kterého budu zpracovávat data pro svou bakalářskou práci na téma: PŘÍPRAVA EDUKAČNÍHO PLÁNU PRO PACIENTY S CROHNOVOU CHOROBOU. Veškeré informace, které mi prostřednictvím tohoto dotazníku poskytnete, budou zcela anonymní a budou použity výhradně k výzkumným účelům v rámci mé bakalářské práce.

Správné odpovědi prosím zaškrtněte (u některých otázek je možno zaškrtnout i více odpovědí), popřípadě vypište.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený vyplňováním.

#### **1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Žena
- b) Muž

#### **2. Kolik je Vám let?**

.....

#### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní
- b) Vyučen/a
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské
- f) Zatím ještě studuji

#### **4. Jak je to dlouho, co Vám byla diagnostikována Crohnova choroba?**

- a) Méně jak rok
- b) 1-5let
- c) 6-10let
- d) 11-29let
- e) 30-49let

#### **5. Vyskytuje se ve Vaší rodině Crohnova choroba?**

- a) Ano
- b) Ne

**6. Pokud ano, u koho se Crohnova choroba vyskytla:**

- a) matky
- b) otce
- c) prarodiče
- d) u někoho jiného

**7. Jak Vám byla choroba zjištěna?**

- a) Objevily se u mě příznaky nemoci
- b) Byla Vám zjištěna při náhodném vyšetření

**8. Jakou část trávicího traktu Vaše nemoc postihuje?**

- a) Horní část trávicího traktu (dutina ústní, jícen)
- b) Tenké střevo
- c) Ileocékální oblast (spojení mezi tenkým a tlustým střevem)
- d) Tlusté střevo
- e) Konečník

**9. Jak dlouho Vám trvalo, než jste se svou nemocí smířil/a?**

- a) Dosud jsem s nemocí nesmířil/a.
- b) Méně jak 1 rok
- c) 1 rok – 2roky
- d) 2 roky a více

**10. Způsobila Vám choroba nějaké potíže? (např. v zaměstnání, ve škole, ve společnosti...)**

- a) Ne
- b) Ano

**11. Jaký máte názor na alternativní způsob léčby? (bylinky, potravinové doplňky...)**

- a) Nevím, dosud jsem nevyzkoušel/a
- b) Nevěřím alternativnímu způsobu léčby
- c) Věřím alternativnímu způsobu léčby

**12. Vyskytla se u Vás někdy nějaká komplikace crohnovy choroby? (např. krvácení, abscesy, píštěle...)**

- a) Ano
- b) Ne

**13. Pokud ano, která z následujících komplikací se u Vás vyskytla? (můžete zaškrtnout více možností)**

- a) Krvácení
- b) Absces (dutina vyplněná hnisem)
- c) Píštěl (abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem)
- d) Obstrukce (neprůchodnost)
- e) Perforace (proděravění)
- f) Perianální postižení (postižení kolem konečníku)
- g) Osteoporóza
- h) Zhoubná přeměna
- i) Jiné komplikace

**14. Absolvoval/a jste nějaký operační zákrok spojený s Vaším onemocněním?**

- a) Ano
- b) Ne

**15. Vyhýbáte se některým pokrmům, protože víte, že Vám způsobují trávicí dyskomfort? (nepříjemné pocity, nevolnost, průjem, křeče...)**

- a) Ne
- b) Ano

**16. Pokud ano, vypište pokrmy, které Vám způsobují potíže a vyhýbáte se jim.**

.....

**17. Znáte zásady správného stravování při Crohnově chorobě?**

- a) Ano, znám
- b) Ne, nevím co bych měl/la správně jíst a čemu se případně vyhýbat

**18. Pokud ano, dodržujete tyto zásady?**

- a) Ano
- b) Ne

**19. Dodržujete pravidelné kontroly u svého gastroenterologa?**

- a) Ano
- b) Ne

**20. Jak byste ohodnotil/la kvalitu podání informací o Crohnově chorobě, které Vám byly podány?**

- a) Výborná
- b) Dobrá
- c) Nedostačující
- d) Žádné jsem nedostala

**21. Odkud jste čerpal/la další informace o Vašem onemocnění?**

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Od známých, kteří tuto nemoc mají
- d) Internet
- e) Odborná literatura
- f) Jiné

**22. Považujete informovanost o této nemoci za dostatečnou?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**23. Chtěl/la byste se dozvědět více o Crohnově chorobě? Schází Vám nějaké informace?**

- a) Ano
- b) Ne

**Závěrem bych Vám chtěla velmi poděkovat za strávený čas nad tímto dotazníkem, děkuji.**

## **Příloha B – Slovník pojmů a zkratek**

**Absces:** Dutina vzniklá zničením tkáně, obvykle způsobeným infekcí, jež je vyplněná hnisem, a obklopená zanícenou tkání.

**CN:** Crohnova nemoc.

**CRP:** C – reaktivní protein.

**CT:** Počítačová tomografie.

**č.:** Číslo.

**Diagnóza:** Rozpoznání a určení choroby.

**Excize:** Chirurgické odstranění části orgánu nebo nádoru.

**Exulcerace:** Zvředovatění, vznik vředu.

**IBD:** Idiopatické střevní záněty.

**Ileitis terminalis:** Zánět konečného úseku tenkého střeva.

**Ileocékální oblast:** Oblast spojení mezi tenkým a tlustým střevem.

**Imunosupresiva:** Léky, které omezují nebo zabraňují činnosti imunitního systému.

**Imunomodulátor:** Látka, která je schopna měnit rozsah imunitní odpovědi.

**Incidence:** počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období.

**MR:** Magnetická rezonance.

**Pathologie:** Věda zabývající se studiem a diagnostikou nemocí a poruch živých systémů.

**Píštěl:** Lékařství termín pro jakékoliv nepřírozené kanálkovité propojení mezi orgány, cévami, nebo i ven na kůži, obecně od epitelové tkáně opět k epitelové tkáni.

**Relaps:** Etymologicky doslova „znovuvzplanutí“ nastává tehdy, když je člověk znovu zasažen stavem, který jej již v minulosti zasáhl.

**Remise:** Přejídné vymizení příznaků nemoci.

**UZ:** Ultrasonografické vyšetření.



## Příloha C - Edukační plán pro pacienty s Crohnovou chorobou

### Edukace pacienta/klienta s Crohnovou chorobou

| Pacient se naučí jak žít s Crohnovou chorobou  |   |                            |                        |  |   |  |
|--|---|----------------------------|------------------------|--|---|--|
| Stanovení dlouhodobého cíle  | Obsah edukace   | Edukační metody            | Čas potřebný k edukaci | Pomůcky  | Hodnocení   |  |
| Stanovení krátkodobých cílů  |   |                            |                        |  |   |  |
| 1. pacient vysvětlí základy anatomie a fyziologie trávicí soustavy – tenké a tlusté střevo z 80% přesnosti (kognitivní)                          | Anatomie a fyziologie trávicího traktu  | Přednáška                  | 30 min                 | Anatomický model (obrázek)trávicí soustavy               | Otázky a odpovědi, test   |  |
| 2. pacient je schopen vysvětlit, co je Crohnova choroba s 80% přesnosti (kognitivní)   | Etiologie onemocnění  | Přednáška, zhlédnutí filmu | 20 min                 | Odborná literatura, informační brožury, CD, PC           | Otázky a odpovědi   |  |
| 3. pacient vyjmenuje 4 příznaky Crohnovy choroby z 5. (kognitivní)   | Projevy Crohnovy choroby  | Rozhovor                   | 15 min                 | Obrázek stavby tenkého a tlustého střeva                 | Otázky a odpovědi   |  |
| 4. pacient sepiše vhodný jídelníček se 100% přesností a připraví jídlo ve spolupráci s nutričním terapeutem. (psychomotorický)                   | Výživa u pacientů s Crohnovou chorobou  | Přednáška, rozhovor        | 20 min                 | Psací potřeby, papír, suroviny potřebné k přípravě jídla | Pozorování správného sepsání vhodného jídelníčku a přípravy samotného jídla |  |
| 5. pacient ví na koho se obrátit v případě nejistoty, nedostatku informací. Zná síť podpůrných center a organizací s 80% přesností. (kognitivní) | Přehled zdravotnických zařízení, občanských sdruženích a zdravotníků poskytujících pomoc pacientům s Crohnovou chorobou | Přednáška, rozhovor        | 10 min                 | Informační brožury, internet, vizitky                    | Otázky a odpovědi   |  |
| 6. pacient předvede dávkování svých na ordínovaných svých léků a sdělí dobu užívání (psychomotorický) se 100% přesností                          | Medikamentózní léčba  | Názorná ukázka             | 5 min                  | Naordinované léky, lékováka                              | Pozorování, otázky, odpovědi  |  |
| 7. pacient verbalizuje obavy z nesprávného stravování (afektivní)  | Informační zdroje   | Diskuse                    | 10 min                 | Informační brožury, kontakt na nutričního terapeuta      | Rozhovor  |  |