



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií



Výživa u pacienta s Crohnovou chorobou z pohledu ošetřovatelství

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Denisa Vyšínová**
Vedoucí práce: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.





Nutrition in a Crohn's disease patient from the perspective of nursing

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Denisa Vyšínová**
Supervisor: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa Vyšíňová**
Osobní číslo: **D15000100**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Výživa u pacienta s Crohnovou chorobou z pohledu ošetřovatelství**
Zadávající katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

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

Cíle práce:

1. Zjistit, jak ovlivňuje samotná výživa pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě.
2. Zjistit vliv výživy na průběh Crohnovy choroby.
3. Zjistit pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů.
4. Zjistit změnu jídelních návyků kvůli medikamentům.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Idiopatické střevní záněty jsou komplexním onemocněním s množstvím typických i mimostřevních příznaků se zvýšeným rizikem nedostatečného krytí nutričních potřeb. Dietní opatření odpovídající fázi choroby, tíží onemocnění a dodržování léčebného režimu. Společně s nutriční podporou tvoří základ komplexní péče o nemocné s idiopatickými střevními záněty.

Výstupem z bakalářské práce bude vytvoření článku, připraveného k publikaci v odborném periodiku.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

1. Vedla diagnostika Crohnovy choroby ke změně stravovacích návyků?
2. Jaký je projev zdravotních problémů při nedodržení dietního režimu?
3. Užívají pacienti naordinované medikamenty pravidelně?
4. Jakým způsobem byla potřeba změnit stravovací návyky kvůli příjmu medikamentů?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Nestandardizovaný rozhovor

Získaná data budou následně zpracována do diagramů. Text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2016.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: Liberecký kraj

Čas výzkumu: prosinec 2017únor 2018

Vzorek:

Pacient s půl až rok diagnostikovanou Crohnovou chorobou, počet 5.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

28. dubna 2017

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2018



prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2017

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- AMY, Myers. 2016. Autoimunitní řešení: prevence a odvrácení celého spektra zánětlivých symptomů a nemocí. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7554-043-0.
- BARNATOVÁ, Hana. 2014. Dietní systém pacientů s ulcerózní colitidou a Crohnovou chorobou. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra klinických a preklinických oborů.
Dostupné také z: http://theses.cz/id/vdkbek/Bakalsk_prce_-_dietn_systm_pacient_s_ulcerzn_kolitidou_a_.pdf
- HEINDRICH, Casper. 2015. Výživa v medicíně a dietetika. 11. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.
- KOHOUT, Pavel. 2011. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře. 13(2), s. 122-127. ISSN 1212-4184.
- KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. 2012. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-0-8.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. 2014. Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.
- PAVELKA, Karel. 2014. Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5048-4.
- RAJESH, Arumgam a Rakesh SINHA, eds. 2015. Crohn's disease: current concepts. Cham: Springer. ISBN 978-3-319-01912-3. Dostupné také z: <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-01913-0>
- VRÁNOVÁ, Dagmar. 2013. Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.
- VRZALOVÁ, Drahomíra et al. 2011. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Medicína pro praxi. 8(7-8), s. 337-338. ISSN 1214-8687.
- ZLATOHLÁVEK, Lukáš. 2016. Klinická dietologie a výživa. Praha: Current Media. ISBN 978-80-88129-03-5.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 15.6.2018

Podpis: Vyšňková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Petře Pažoutové, DiS. za odborné vedení této práce, za poskytování cenných rad, ochotu a spolupráci. Dále bych ráda poděkovala všem ze zúčastněných respondentů za ochotu při realizaci výzkumu této práce.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Denisa Vyšínová

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název bakalářské práce: Výživa u pacienta s Crohnovou chorobou z pohledu ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Počet stran: 61

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2018

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá výživou u pacienta s Crohnovou chorobou z pohledu ošetřovatelství a je rozdělena do dvou částí. Teoretická část práce se zabývá Crohnovou nemocí jako celkem, její etiologií, klinickými příznaky, diagnostikou a především dietním opatřením a léčbou. Dále se věnuje edukaci a ošetřovatelským specifikům u pacientů v remisi a u pacientů v relapsu onemocnění. Výzkumná část obsahuje kvalitativní výzkumné šetření formou nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru, kdy respondenty byli pacienti, kteří mají Crohnovou chorobou diagnostikovanou půl roku až rok. Tato bakalářská práce si klade za cíl zjistit, jak ovlivňuje samotná výživa pacienta v každodenním životě, a prozkoumat informovanost pacientů z hlediska onemocnění a užívání medikamentů v souvislosti se stravou.

Klíčová slova: Crohnova nemoc, výživa, edukace, ošetřovatelství

Annotation

Name and Surname: Denisa Vyšínová

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Medical Studies

Title: Nutrition in a Crohn's disease patient from the perspective of nursing

Supervisor: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Pages: 61

Appendix: 8

Year of Defence: 2018

Annotation:

This Bachelor thesis concerns, from a nursing perspective, nutrition for a patient with Crohn's disease and is divided into two sections. The theoretical part details Crohn's disease as a whole, its etiology, clinical symptoms, diagnosis and above all dietary measures and treatment. It is further focuses on education and the specific nursing aspects for patients in remission and for those suffering a relapse of the disease. The research part includes a qualitative research survey in the form of a non-standardized, semi-structured interview, with the correspondents being patients who had been diagnosed with Crohn's disease six months to one year previously. The aim of this Bachelor thesis was to ascertain how each individual patient's nutrition affects their daily life and to examine how well informed the patients were, as regards illness and the use of medication in relation to diet.

Keywords: Crohn's disease, nutrition, education, nursing

Obsah

1 Úvod	13
2 Teoretická část.....	14
2.1 Idiopatické střevní záněty	14
2.2 Crohnova choroba	14
2.2.1 Etiologie, patogeneze a rizikové faktory	14
2.2.2 Klinické příznaky	15
2.2.3 Diagnostika.....	16
2.2.4 Průběh onemocnění a komplikace.....	17
2.2.5 Léčba	18
2.3 Charakteristika edukačního procesu u Crohnovy choroby.....	19
2.3.1 Specifika ošetrovatelské a nutriční péče o pacienta v období remise onemocnění .	19
2.3.2 Specifika ošetrovatelské a nutriční péče o pacienta v období relapsu onemocnění.	20
2.4 Farmakoterapie u CD z pohledu všeobecné sestry	25
3 Výzkumná část	28
3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	28
3.1.1 Cíle práce.....	28
3.1.2 Výzkumné otázky.....	28
3.2 Metodika výzkumu.....	28
3.3 Kategorizace a analýza výsledků.....	29
3.3.1 Seznam kategorií a podkategorií	29
3.3.2 1. Kategorie	31
3.3.2.1 Podkategorie 1	31
3.3.2.2 Podkategorie 2	32
3.3.2.3 Podkategorie 3	34
3.3.3 2. Kategorie	35
3.3.3.1 Podkategorie 1	35
3.3.3.2 Podkategorie 2	36
3.3.4 3. Kategorie	37
3.3.5 4. Kategorie	38
3.3.5.1 Podkategorie 1	38
3.3.5.2 Podkategorie 2	40
3.3.5.3 Podkategorie 3	41

3.3.5.4 Podkategorie 4	42
3.3.6 5.Kategorie	43
3.3.6.1 Podkategorie 2	44
3.4 Analýza výzkumných cílů a otázek	45
4 Diskuze	49
5 Návrh doporučení pro praxi.....	54
6 Závěr.....	55
Seznam literatury.....	57
Seznam tabulek	60
Seznam příloh.....	61

Seznam použitých zkratk

IBD	Inflammatory Bowel Disease
CD	Crohn's Disease
UC	Ulcerative Colitis
tzn.	to znamená
např.	na příklad
NSAID	nesteroidní antiflogistikum
GIT	gastrointestinální trakt
CRP	C - reaktivní protein
ESR	sedimentace erytrocytů
MRI	magnetická rezonance
CT	počítačová tomografie
PEG	perkutánní gastrostomie
PEJ	perkutánní jejunostomie
per os	per orálně
MCT tuky	medium chain triglycerides
CVK	centrální venózní katetr
PVK	periferní venózní katetr
Tbl.	tableta

1 Úvod

Nemoc pro člověka znamená zátěž, omezení a narušení průběhu života. Přijetí nemoci je náročný proces vyžadující trvalou změnu životního stylu v podobě režimového, léčebného a jídelního opatření, zvláště, jedná-li se o nemoci chronické. Pro úspěšné zvládnání chronického onemocnění, v tomto případě Crohnovy choroby, jednoho z idiopatických střevních zánětů, je nejdůležitější aktivní přístup pacienta, kterého se zdravotnický personál snaží dosáhnout dostatečnou edukací (Vránová, 2013). Crohnova choroba může být diagnostikována v jakémkoliv věku. Nejčastěji se však projevuje mezi 20. a 35. rokem života. V České republice se odhaduje prevalence této choroby 20 - 30 pacientů na 100 000 obyvatel (Kohout, 2012). Důvodem nárůstu prevalence a incidence u idiopatických střevních zánětů je právě moderní životní styl (Kohout a Pavlíčková, 2011). Podle Bernatové jsou idiopatické střevní záněty, především Crohnova nemoc, považovány za onemocnění dvacátého století. Vyskytují se čím dál tím častěji a z tohoto důvodu je téma velice aktuální (Bernatová, 2014).

Bakalářská práce se zabývá tématem výživy u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu všeobecné sestry, edukací a ošetrovatelskými specifiky. Pro chronická zánětlivá střevní onemocnění však neexistují žádná stálá a uniformní dietetická pravidla, jak je tomu u jiných onemocnění závislých na dietě, například u diabetu mellitu. Navzdory tomu je však dietní opatření velmi podstatné a nevyhnutelné. Dieta je společně s farmakologickou léčbou, chirurgickými zákroky a dalšími nefarmakologickými opatřeními stěžejním předpokladem úspěšné léčby (Vlček, 2014).

Cílem této práce je především zjistit problematiku samotné výživy pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě a vliv na celkový průběh choroby. Dále se práce zabývá problematikou změny jídelních návyků kvůli medikamentům. Pro dosažení těchto cílů bude využito metody nestandardizovaného rozhovoru, pro pacienty, kteří mají diagnostikovanou Crohnovou chorobou půl roku až rok. Respondenti budou vybráni náhodně ve skupinách sdružujících pacienty s Crohnovou chorobou. Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku připraveného k publikaci v odborném periodiku.

2 Teoretická část

2.1 Idiopatické střevní záněty

Idiopatické střevní záněty – z anglického Inflammatory Bowel Diseases (IBD) – jsou choroby, u kterých není zcela známá příčina vzniku a zcela prozkoumaná patogeneze. IBD jsou imunitou podmíněná onemocnění, která se projevují u pacientů s genetickou predispozicí zároveň vystavených konkrétním vlivům vnějšího prostředí. Jedná se o zánětlivá onemocnění gastrointestinálního traktu, která bezprostředně souvisí s výživou (Dudley, 2017). Crohnova nemoc (CD, Crohns Disease) a ulcerózní kolitida (UC, Ulcerative Colitis) představují jediné dva zástupce IBD. Obě zmíněné chorobné jednotky probíhají chronicky a průběh onemocnění je charakterizován relapsy a remisemi. Odlišují se postižením rozsahu a hloubky trávicí trubice. Ulcerózní kolitida, dříve označovaná také jako idiopatická proktokolitida, je hemoragicko-katarální zánět sliznice. Je charakteristická tím, že postihuje primárně konečník a větší či menší proximální části tlustého střeva. Nestřídají se zde úseky zdravého a postiženého střeva jako u CD, zánětlivé změny na tlustém střevě jsou kontinuální. Lze ji vyléčit chirurgickým zákrokem (Kohout, 2012).

2.2 Crohnova choroba

Crohnova choroba je transmulární granulomatózní zánětlivé onemocnění postihující převážně mladé lidi. Jsou pro ni charakteristické segmentální zánětlivé změny s diskontinuálním postižením jednoho a více úseků gastrointestinálního traktu (Vlček, 2014). Většinou postihuje terminální ileum nebo ileocekální oblast (Rajesh, 2015). U 50 % pacientů bývá zasaženo tenké i tlusté střevo najednou. Projevy specifické pro CD lze vzácně najít i v horní části gastrointestinálního traktu např. v žaludku, dvanáctníku či v horní části tenkého střeva (Deretić, 2012).

2.2.1 Etiologie, patogeneze a rizikové faktory

I přes nové poznatky z oblasti imunologie, molekulární biologie, genetiky a dalších vědeckých disciplín zůstává CD stále velkou klinickou záhadou (Rajesh, 2015). Je jisté, že změna stravování (zpracování, příprava a uchování potravin) a způsobu života během posledního století je důvodem nárůstu incidence CD (Kohout, 2004).

V současnosti jsou nejvíce diskutovány hygienické návyky populace a genetická predispozice. Konzumací téměř sterilních potravin imunitní systém střeva přichází o patogenní mikroby, proti nimž by měl působit. U predisponovaných pacientů dochází ke ztrátě imunitní tolerance vůči fyziologické mikrobiální flóře. Náš imunitní systém začne agresivně napadat vlastní buňky, v tomto případě tkáň vlastní střevní stěny (Vlček, 2014). Literatura uvádí, že etiologie patrně zahrnuje kombinaci genetických, imunitních procesů a faktorů zevního prostředí – např. stresu, infekci i běžně předepisované medikace včetně nesteroidních protizánětlivých léků (Rajesh, 2015).

Jednu z důležitých predispozic pro vývoj chronického zánětlivého onemocnění představuje genetika. Byla identifikována řada genů zvyšujících vnímavost, nejznámějším je gen NOD2/CARD15. Na základě této genetické predispozice dojde k chybnému nasměrování vrozené a adaptivní imunitní reakce. Reakci napomůže porušená slizniční bariéra se zvýšenou permeabilitou střevní stěny a s částečnou ztrátou obranyschopnosti proti průniku škodlivin. Důsledkem je zvýšená imunitní odpověď na střevní mikroflóru, taktéž mizí reakce tolerance (Kasper, 2015).

U CD pokládáme za rizikovou skupinu obyvatel příbuzné pacientů s IBD, obyvatele měst a kuřáky (Kohout, 2012). Za velmi rizikovou je pokládána konzumace nevhodné stravy (např. potraviny s vysokým obsahem nenasycených tuků, rafinovaného cukru, snížený příjem vlákniny a sterilovaných a konzervovaných potravin). Počátečním impulzem pro rozvoj CD může být i dlouhotrvající stres (Vránová, 2013).

2.2.2 Klinické příznaky

Projevy CD se mohou objevit náhle a mít odlišný průběh: jsou závislé na rozsahu, lokalizaci a aktivitě choroby (Červenková, 2009). Je-li zasažena oblast spojení tenkého a tlustého střeva, onemocnění se často projevuje těžkými průjmy obvykle bez příměsí krve, břišním diskomfortem (kolikovitou bolestí v pravém podbřišku obvykle po jídle), subfebriliemi a únavou. Je-li zasaženo spíše střevo tlusté, CD se projevuje průjmy s příměsí krve a hlenu, velmi často je zjištěna přítomnost hnisavých projevů v perianální (abscesy, píštěle) a anální lokalizaci (Vlček, 2014). Při lokalizaci CD na tenkém střevě může být prvním příznakem ileus nebo výrazný váhový pokles až těžká podvýživa zapříčiněná malabsorpčním syndromem (Kohout, 2012).

Extraintestinální projevy CD jsou výhradně imunitní reakcí organismu. Mohou postihnout celou řadu mimostřevních orgánů a tkání – nejčastěji klouby, kůže, oči nebo játra. Manifestují se nejčastěji onemocněními pohybového aparátu, záněty kolenních a hlezenních kloubů, deformitami prstů nebo osteoporózou. Dalšími z bolestivých komplikací CD jsou záněty spojivek a rohovky, eventuálně závažnější záněty duhovky nebo řasnatého tělíska (Červenková, 2009). V případě diagnostiky CD v dětském věku dochází k poruchám růstu a zdravého vývoje kvůli nedostatečné výživě organismu. Na kůži se projevují většinou dříve než projevy střevní např. nodózním erytémem v oblasti bérce či hnisavými projevy na kůži. Mimostřevní projevy postihují i hluboký žilní systém. Pacienti jsou ohroženi trombózou nebo embolií (Deretić, 2012).

2.2.3 Diagnostika

Diagnóza se určuje na základě celkové prohlídky pacienta a kombinací několika vyšetření. Pro stoprocentní jistotu je zapotřebí provést hodnocení klinických projevů, krevní testy, zobrazovací metody, endoskopické a histologické vyšetření (Dudley, 2017). Anamnéza začíná pečlivým rozbořem obtíží pacienta. Důležitým údajem je užívání antibiotik a NSAID v současnosti i v minulosti. Lékař se táže na známé rizikové faktory vzniku CD, jimiž jsou rodinná anamnéza IBD, provedená apendektomie v raném věku, prodělaná bakteriální nebo virová infekce GIT a tabakismus (Dudley, 2017). Při fyzikálním vyšetření lékař zhodnotí stav výživy, přítomnost perianálního nálezu a eventuálně extraintestinálních projevů (Vlček, 2014).

Laboratorní vyšetření krve může prokázat ukazatele akutního a chronického zánětu, např. CRP nebo ESR. Významným příznakem při diagnostice CD je anémie, trombocytóza nebo dehydratace. Neopomíjí se kontrola známek malabsorbce z důvodu poruchy vstřebávání živin (nízká hladina krevní bílkoviny, albuminu a prealbuminu) a následná malnutrice. Aktivitu onemocnění lze zjistit pomocí hladiny fekálního kalprotektinu. Ani jeden z těchto testů není zcela specifický pro odlišení CD a UC (Dudley, 2017).

Endoskopické vyšetření je u pacientů s CD nevyhnutelné a hraje hlavní roli v cestě k dosažení diagnózy (Kohout, 2012). Pro diagnostiku zánětlivého procesu konečníku, tlustého střeva a konečné části střeva tenkého je nezbytné provedení koloskopie a bioptické vyšetření materiálu. Bioptické vzorky jsou odebírány při endoskopii z různé části gastrointestinálního traktu nebo získávány odstraněním částí střeva při chirurgickém výkonu

(Pacienti IBD, 2015). Právě analýza řady bioptických vzorků bývá nejspolehlivější v diagnostice CD (Dudley, 2017).

V rámci diferenciální diagnostiky musí být CD odlišena od jiných chorob. CD se musí diferencovat od průjmů z různé příčiny (celiakie, laktózová intolerance), od teploty z jiné příčiny. U déletrvajícího zánětu s větším rozsahem postižení je důležité rozeznat malnutrici a anémii z jiné příčiny. Při nálezů hmatného útvaru v břišní dutině nebo při nálezů zúžení střeva při rentgenovém vyšetření je nutné vyloučit postižení střeva nádorem (Kohout, 2012)

Kapslová koloskopie je zvažována v případě vyčerpání ostatních diagnostických i zobrazovacích metod. Jedná se o vyšetření plně nahrazující koloskopii. Základním rizikem a problémem se stává vlastní příprava den předem a v den vyšetření polyethylenglykolem a podání boosteru pomocí fosfátových solí. Právě samotná příprava snižuje adherenci k vyšetření a ochotu spolupracovat (Vojtěchová, 2013). Použití této metody je nevhodné při poruchách polykání, obstrukcích, strikturách, píštělích, po implantaci elektromedicinálního zařízení (Dudley, 2017) nebo u nemocných rizikových pro podání fosfátových solí (nemocní vysokého věku, s poruchou střevní peristaltiky, se selháváním ledvin nebo jater, s jaterní cirhózou či s těžkým srdečním selháváním) (Vojtěchová, 2013).

Mezi zobrazovací metody, které se stále častěji podílí na diagnostice, hodnocení rozsahu a aktivitě CD na základě tloušťky střevní stěny, vředů a otoků patří magnetická rezonance (MRI) a počítačová tomografie (CT) (Červenková, 2009). Z radiologických metod je metodou první volby enteroklýza. Pro dokonalejší snímek sliznice a celé střevní stěny je výhodné použít kombinaci enteroklýzy a CT (Vlček, 2014).

2.2.4 Průběh onemocnění a komplikace

Nemoc má charakteristické relapsující a remitující období zánětu a provází pacienty po celý život. Preventivním podáváním medikamentů je usilováno o zabránění vzniku nového relapsu. CD má tři typy průběhu nemoci - zánětlivé, stenozyující a píštělové (Červenková, 2009).

Komplikací Crohnovy choroby je mnoho a je důležité jim předcházet. Delším trváním zánětu dochází ke ztlustění střevní stěny, tím ke zmenšení průsvitu a úplné nebo částečné střevní neprůchodnosti, což může vést až k ohrožení pacienta na životě (Deretiš, 2012). S délkou trvání nemoci, s nepříznivou reakcí na léčbu a s četností akutních vzplanutí se zvyšuje riziko vzniku komplikací, jimiž jsou stenózy, střevní píštěle, abscesy a nádory (Vránová, 2013).

2.2.5 Léčba

Jelikož příčina vzniku není známa, nelze toto onemocnění vyléčit, potlačují se pouze příznaky nemoci a minimalizují vedlejší účinky léčby (Deretić, 2012). Před určením léčebného postupu CD musí být postup projednán s pacientem. U léčby CD je nutné brát ohled na aktivitu onemocnění. Je rozdíl, zda léčíme akutní fázi vzplanutí (relaps) nebo klidové stádium (remisi) (Kohout, 2012). Principy léčby CD lze rozvrhnout do dvou fází. V první řadě je nutné potlačit zánětlivou odpověď a docílit remise. V druhé řadě jde o zachování remise onemocnění (Rajesh, 2015).

Přestože neexistují žádná pevná a jednotná dietetická pravidla, dieta je v léčbě CD velmi významná. Společně s farmakologickou léčbou, chirurgickými zákroky a dalšími nefarmakologickými opatřeními tvoří základ úspěšné terapie. Zvolit optimální dietu u pacientů s CD je nelehký úkol. Dieta v období relapsu se liší od diety v období remise onemocnění. Neexistují dietní opatření aplikovatelná pro všechny pacienty, navíc je třeba brát v potaz individuální reakce každého pacienta. Nedostatečnou nutriční je nutno korigovat správně zvoleným jídelníčkem a substitucí vitamínů, minerálů a dalších energetických zdrojů. Snahou zdravotnického personálu je předcházet malnutriční, jelikož tento stav oslabuje celkovou imunitu a zvyšuje riziko relapsu nemoci. Při relapsu bývá příjem živin a aktivních látek snížen a skrze postižené části sliznice dochází ke ztrátě bílkovin a následné celkové slabosti pacienta, ztrátě hmotnosti a odolnosti (Vlček, 2014). Blíže viz kapitola 2.3.1 , 2.3.2. Farmakoterapie u CD z pohledu všeobecné sestry viz kapitola 2.4.

Biologická léčba cíleně zasahuje do biologických procesů v postiženém organismu. „*Uskutečňuje se pomocí vysoce účinných látek biologické povahy, které jsou shodné či velmi podobné s látkami produkovány v samotném organismu: Mohou být také jejich funkčními agonisty, antagonisty nebo blokátory.*“ (Zbořil et al, 2016, s. 11). Biologická léčba bývá využívána u pacientů s těžkým průběhem onemocnění, kteří nereagují na úvodní léčbu kortikosteroidy a imunosupresivy vůbec, mají nízkou odezvu nebo nejsou vhodní pro chirurgickou léčbu (Červenková, 2009). Nežádoucím účinkem u podávání biologické léčby bývá často alergická reakce, jelikož biologické produkty bývají vnímány jako antigeny (Zbořil et al, 2016).

Chirurgická léčba je indikována u pacientů s CD v případě, že konzervativní léčba steroidy neodpovídá, či v případě akutních či dlouhodobých komplikací (Kohout, 2012). Základem

chirurgické léčby je resekce postižené části střeva, většinou se provádí ileocekální resekce a ileo-ascendentoanastomóza. Odstraněním ložiska zánětu nelze chorobu plně vyléčit, zánět je totiž rekurentní a vrací se do oblasti střev dříve zdravých. Šetřící variantou je neresekční typ operace, tzv. strikturoplastika, jež se používá u pacientů s vícečetnými stenózami na tenkém střevě (Vlček, 2014).

2.3 Charakteristika edukačního procesu u Crohnovy choroby

V ošetrovatelském procesu zaujímá edukační činnost všeobecné sestry u pacientů s Crohnovou chorobou jednu z nejdůležitějších rolí. Edukační proces je širě chápáný proces výchovy a vzdělávání nemocného. Cílem edukačního procesu je nasměrování pacienta k osvojení náležitých dovedností, vztahových postojů a hodnot; jednoduše řečeno k získávání určitých vědomostí a poznatků a k dosažení určité změny v chování a v přístupu pacienta. Sestra se snaží docílit samostatnější péče pacienta o vlastní onemocnění. V rámci tohoto procesu dochází k přebírání větší části odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe samého. Správná a účinná edukace nespočívá pouze v předávání informací pacientovi. Sestra ve spolupráci s pacientem sestavuje edukační program pro usnadnění realizace již zmíněné změny chování. Svědomitá příprava edukačního programu ulehčuje práci sester a především motivuje pacienta. Edukace rovněž slouží ke zlepšení spolupráce mezi pacientem a zdravotnickým týmem. Za edukační procese v ošetrovatelství považujeme činnost, kdy se edukant, v tomto případě pacient, učí novým poznatkům a edukátor, v tomto případě sestra, mu toto učení zprostředkovává (Svěráková, 2012).

Ve výsledku edukačního procesu by měl pacient získat nové informace (např. o výživových přípravcích, doplňcích stravy či přípravě dietní stravy), porozumět jim a umět je ve svém životě využít. Důležitou náležitostí edukace je samozřejmě poučení pacienta o dodržování léčebného režimu, které spočívá v pravidelném užívání předepsaných medikamentů. Edukace je nedílnou součástí léčebné a ošetrovatelské péče (Svěráková, 2012).

2.3.1 Specifika ošetrovatelské a nutriční péče o pacienta v období remise onemocnění

Výživa je pro člověka jediným energetickým příjmem. Dobrý stav výživy znamená pro pacienta celkově dobrou kondici. O specifikách vhodného stravování pacienta s CD edukuje lékař nebo nutriční terapeut. V případě, že ve zdravotnickém zařízení není profese

nutričního terapeuta zastoupena, je edukace na všeobecné sestře. U pacientů v klidovém stádiu by se obecně výživa neměla lišit od diety racionální, redukuje se pouze potraviny, které pacient netoleruje. Obecným a jednoduchým doporučením pro pacienty s CD je jíst to, co jim dělá dobře. Sestra seznámí pacienta s ideálním postupem, jímž je vedení denního záznamu o jídle, který pacientům dále pomáhá zoptimalizovat jejich stravovací režim a vyřadit problematické potraviny. Nutno také říci, že dietní režim je zcela individuální (Vlček, 2014). Edukace pacienta o výživě je nezbytná, jelikož velké množství nemocných dodržuje v období remise až zbytečně striktní jídelníček. Důsledkem bývá nedostatečné energetické krytí organismu, proteinová malnutrice, hypovitaminóza (A, B1, B12, C, D, K, kyselina listová) nebo deficit minerálních látek (hořčík, vápník, železo, draslík, zinek, měď, selen) (Vránová, 2013). Pacient musí vědět, že deficitu nutričně důležitých látek je nutné předcházet pestřejší a kvalitní stravou, vyšším energetickým příjmem, konzumací kvalitních bílkovin a případně přispěním doplňkových produktů. Nejpodstatnější je, aby si pacient udržoval přiměřenou hmotnost a pořizoval si její zápisy. Další důležitou edukací ze strany sestry je výpočet BMI. Energetický a biologický příjem musí pokrýt potřebnou fyzickou aktivitu nemocného. Velmi důležitá je, jak již bylo řečeno, zvýšená potřeba bílkoviny v dietě (cca 1,0-1,5 g na kg tělesné hmotnosti). Pacienti při běžné dietě nemají problém s dosažením tohoto množství. Dieta pro pacienty v období remise by měla obsahovat lehce stravitelná masa, vejce, mléko a mléčné výrobky, netrpí-li pacient laktózovou intolerancí. Nelze opominout ani pitný režim, který by měl být nejméně 1-1,5 litru denně (Vlček, 2014). Problémem v dietě CD bývá cukr, který zvyšuje propustnost střevní sliznice, což může vést ke vstřebávání většího množství alergenů a toxinů. Vysoký obsah cukru mění i složení střevní mikrobioty, proto by se cukrů měli pacienti vyvarovat, případně je nahradit umělými sladidly (Kohout, 2004).

2.3.2 Specifika ošetrovatelské a nutriční péče o pacienta v období relapsu onemocnění

Po zjištění onemocnění představují první zdroj informací pro pacienta právě všeobecná sestra a lékař. Pokud je pacient dostatečně edukován o svém onemocnění, může se aktivně zapojit do ošetrovatelského procesu společně se sestrou. Podstatné je, aby pacient dospěl ke změně životního stylu. Lékař spolu se sestrou musí pacientovi vysvětlit varovné příznaky nemoci a provést dostatečnou edukaci. Ve fázi ataky je třeba striktně pacientovi vysvětlit nutnost dodržování správného stravování. V období relapsu zánětu je nejnutnější změnou ve stravování přechod na přísnou bezsezbytkovou dietu u všech pacientů. Pacient je poučen o nutnosti

preferování lehké sacharidové diety s vysokým obsahem škrobů, bílkovin, železa, vápníku a se zvýšeným množstvím vitamínu C a B-komplexu. Správně nastavená dieta podle doporučení ošetřujícího gastroenterologa nebo nutričního terapeuta eliminuje riziko nedostatečného příjmu všech důležitých živin, vitamínů, minerálů a stopových prvků. V akutní fázi zlepšuje hojící procesy a zkracuje dobu rekonvalescence (Vránová, 2013). Pacienta je nezbytné edukovat o nutnosti vyvarování se v období relapsu špatně stravitelným tučným jídlům, destilátům, nadýmavým, dráždivým pokrmům, ostřejším a tvrdším kouskům stravy (slupky, kůrka, semínka, ořechy), které by mohly zanícené střevo ještě více podráždit. Musí vědět, že u bezezbytkové diety je nutné vyhnout se příjmu nerozpustné vlákniny, především celulózy a polyfruktanů, obsažených v čerstvém ovoci a zelenině. Množství rozpustné vlákniny není potřeba omezovat vůbec (Vlček, 2014). Pacientům s Crohnovou chorobou ve fázi ataky není doporučeno konzumovat pšeničný, žitný nebo ječný lepek či laktózu z důvodu velice časté intolerance. Stravu je nutné konzumovat déle, v klidu a vsedě. Vhodná je konzumace stravy alespoň 5 - 6 krát denně po menších porcích, pacient musí porci v ústech pořádně rozmělnit a oddělit od příjmu tekutin. Hlavním úkolem dietního opatření v období relapsu je snížit zatěžování postiženého střeva běžnou stravou. V četných případech si zdravotní stav v relapsu vyžádá hospitalizaci (Švédová, 2017).

U pacientů s CD v období relapsu onemocnění je u některých komplikovanějších případů nutná umělá výživa. Umělá výživa znamená parenterální a enterální podávání farmaceuticky vyrobených nutričních substrátů. V první řadě je důležité stanovit cílovou dávku enterální výživy. Podle výpočtu denní energetické potřeby pacienta se zjistí nezbytné množství enterálního přípravku. K tomuto výpočtu se využívá buď výpočet pomocí Harris-Benedictovy rovnice, nebo je energetická potřeba posouzena podle znalosti energetické potřeby na kg/den. Potřeba tekutin u nekomplikovaných pacientů je 30-40 ml na kg a den, u kritických stavů potřeba tekutin stoupá. Umělá výživa musí obsahovat všechny potřebné složky makronutrientů (tuky, cukry, aminokyseliny) a mikronutrientů (ionty, vitamíny, stopové prvky) podle potřeby výživy pacienta. Enterální výživa má u pacientů s CD ať už v období relapsu nebo remise onemocnění dvě hlavní indikace. Za prvé u pacientů, u nichž je zapotřebí ovlivnit aktivitu, navodit a udržet remisi vlastní nemoci, a za druhé u pacientů malnutričních (Dastych, 2012).

I u nejtěžších forem CD je vždy upřednostňována enterální výživa před parenterální kvůli zachování motility střev. Podmínkami pro enterální výživu jsou funkčnost gastrointestinálního

traktu a schopnost střeva absorbovat potřebné množství všech živin i energie. Rozlišují se dva základní typy enterálních formulí. V první řadě polymerní výživa, tedy vysokomolekulární nutričně definované diety či diety s definovaným složením živin. Jsou to většinou živiny v původní formě. Zdrojem dusíku je čištěná definovaná bílkovina např. vaječný albumin nebo sójový protein. Sestra je kompetentní aplikovat polymerní výživu do žaludku, duodena i jejunu. Za druhé oligomerní výživa, která je chemicky definovaná a obsahuje nízkomolekulární peptidy (Vlček, 2014). Přípravky enterální oligomerní výživy jsou voleny v případě, kdy polymerní přípravky nejsou tolerovány. Oligomerní diety jsou nízkomolekulární, rozštěpené a nevyžadují tedy štěpení trávicími enzymy. Je to výživa nízkenergetická, jelikož ke své resorpci potřebuje menší množství energie. Enterální cestou aplikuje sestra pacientovi bilancované roztoky do gastrointestinálního traktu sondou, případně je pacient popíjí sám. Sipping je nejjednodušší formou podávání enterální výživy. Užívá se per os, většinou jako doplňková enterální výživa u malnutričních pacientů s CD. Další z možností je aplikace výživy kontinuální kapkovou infuzí do sondy (nazogastrickou, nazoduodenální, nazojejunální) pomocí enterální pumpy nebo na spád (Vlček, 2014). Nazogastrickou sondu se širším lumenem zavádí sestra při potřebě krátkodobé enterální výživy. Naopak při riziku aspirace a při potřebě delší enterální výživy je volena sonda nazojejunální, jež se zavádí za Treitzovu řasu do první kličky jejunu. Další možností podání enterální výživy je zavedení perkutánní endoskopické jejunostomie (PEJ) nebo gastrostomie (PEG). Před realizací tohoto výkonu je nezbytné, aby sestra na indikaci lékaře provedla odběr venózní krve. Je nutné laboratorně vyšetřit koagulační parametry. PEG je pacientem lépe snášena, z ošetrovatelského hlediska se lépe ošetřuje a má lepší kosmetický efekt než nazoenterální sonda. Způsob aplikace enterální výživy bývá buď bolusově či kontinuálně, často s pomocí peristaltické pumpy (Kohout, 2004). Podle snášenlivosti pacienta lékař volí velikost bolusů a sestra aplikuje mezi 250 a 350 ml každé 2 - 3 hodiny s noční pauzou. Při kontinuálním podání enterální výživy je většinou rychlost 100 až 150 ml za hodinu. U pacientů s CD je preferována kontinuální aplikace tenkou sondou do první kličky jejunu (Dastych, 2012).

Účinnost aplikace polymerní a oligomerní enterální výživy při léčbě akutního relapsu u CD a u vlivu navození remise je srovnatelná. Výsledný účinek enterální výživy u CD je dvojitý. Za prvé svým imunomodulačním působením na sliznici střeva ovlivňuje aktivitu choroby a za druhé výrazně zlepšuje nutriční stav pacientů (Dastych, 2012). Enterální výživa má v hojení zánětu střeva u CD srovnatelné výsledky jako kortikoidy (Zlatohlávek et al, 2016).

Redukuje riziko relapsu při dávce větší jak 1000 – 1200kcal/den a je jedno, zda je aplikována popíjením nebo sondou. Čím je dávka přijaté enterální výživy vyšší, tím je riziko relapsu nemoci menší. U CD postihující část tračníku je efekt výživy velmi malý. U pacientů v akutní fázi nemoci je k vyvolání a udržení remise nutná doba podávání plné enterální výživy 2000 kcal/den a to v době minimálně 6 – 8 týdnů (Dastyh, 2012).

V případě zlepšení celkového stavu pacienta je možnost návratu k normální dietě podle snášenlivosti pacienta. Pacientovi je umožněn standartní příjem potravy per os. Během dne se u většiny pacientů užívá tzv. doplňková enterální výživa formou sippingu. Nutností je edukace pacienta o rychlosti užívání sippingu minimálně 1,5-2 hodiny. K závažným komplikacím spojeným s aplikací enterální výživy patří např. dekubitální vředy v oblasti doteku sond, parastomální infekce, sinusitidy, průjem a aspirace kvůli nevhodnému způsobu aplikace enterální výživy. Metabolické a nutriční komplikace se objevují málokdy, ale je nutné, aby o nich byl pacient informován (Dastyh, 2012). Sestra provede edukaci pacienta ohledně nutnosti enterální výživy, informuje ho o snaze docílit terapií remise onemocnění, zlepšení nutričních parametrů a následného zvýšení odolnosti organismu. Enterální výživa musí být podávána tak dlouho, dokud jsou přítomny známky zánětu (Vrzalová, 2011).

Nezbytná je pečlivá monitorace eventuálních komplikací, proto je nutné provádět pravidelné kontroly. Sestra provádí monitoraci enterální výživy u pacienta v akutní fázi následujícím způsobem. Začíná ověřením správné polohy sondy, dále pravidelně sleduje a zapisuje reziduum aspirované ze žaludku před každým dalším bolusem. V počátečních týdnech aplikace enterální výživy je nutné, aby sestra věnovala pozornost bilanci tekutin, zapisovala, hodnotila a konzultovala s lékařem příjem tekutin, renální a extrarenální ztráty. Při sledování klinického stavu sestra rozpoznává přítomnost či nepřítomnost trávicích potíží pacienta (např. regurgitace nebo meteorismus). Sestra sleduje možné lokální komplikace v místě zavedení vstupu do trávicího traktu (PEG, jejunostomie, NG a NJ sonda), eventuálně provádí převazy dle potřeby. Tělesná hmotnost se sleduje první dva týdny ob 3 dny. Následně sestra pacienta váží či měří kaliperem pouze jedenkrát týdně. Frekvence a rozsah biochemických kontrol a škála sledovaných parametrů se odvíjí od klinického stavu pacienta. Všeobecně jsou tyto kontroly prováděny méně často než u pacientů na parenterální výživě. (Dastyh, 2012).

Bylo zjištěno, že 80-90 % pacientů s IBD v období příjmu do nemocnice z různých důvodů trpí malnutricí. Nejčastější příčinou bývá snížený příjem potravy z důvodu snížené chuti k jídlu,

bolesti kvůli obstrukci střeva, snížení množství potravy v souvislosti s operací či kvůli pouhé obavě z bolesti nebo průjmu (Kohout, 2011). Nikdy neexistuje pouze jeden marker, který by dal jasnou odpověď na to, zda a jak je pacient s CD ohrožen malnutricí a v jakém stavu jsou jeho orgánové funkce. Pro úspěšnou léčbu malnutrice u pacientů s CD je nejdůležitější její včasná diagnostika a léčba. K té lékař společně se sestrou používá jednak nutriční screening a jednak objektivní hodnocení výživy. Na první pohled si všímají vymizení tukové hmoty, otoku nohou nebo vymizení svalstva. Součástí objektivního hodnocení výživy je kromě antropometrických a anamnestických údajů i laboratorní vyšetření (Brodská, 2015). Dlouhodobý zánět je velmi často příčinou zvýšení katabolismu a energetického výdeje. Tímto stavem dochází k energetické či proteinové malnutrici (Kohout, 2011).

U malnutričních pacientů s CD, jejichž hodnota BMI je nižší než 18,5, došlo u nich ke klinicky významnému váhovému úbytku nebo k poklesu hladiny albuminu, je nutné enterální výživu indikovat dlouhodobě. V těchto případech sestra podává enterální výživu formou sippingu, sondou nebo kombinací obou metod dle ordinace lékaře. Nejčastěji je enterální výživa aplikována formou sippingu, a to popíjením v dávce 300 – 600 kcal/den. Další možností je přechodná plná aplikace sondou 2000 kcal/den či formou nočního podávání sondou 1000 kcal/den s následným sippingem. Vzhledem k tomu, že u tohoto způsobu léčby nejsou přítomny farmakologicky nežádoucí účinky a způsob podávání enterální výživy je velice jednoduchý, lze ji podávat dlouhodobě, opakovaně a bezpečně i v domácím prostředí. Tento způsob využití se týká zejména léčby komplikovaných případů CD, často rezistentních na léčbu farmaky nebo po opakovaných střevních resekcích. Cyklické použití enterální výživy (2x ročně na 2 měsíce) zlepšuje u těchto pacientů stav výživy a významně snižuje možnost relapsu s rizikem střevní resekce a vzniku syndromu krátkého střeva (Dastyh, 2012). U pacientů s malnutricí při zahájení aplikace enterální výživy udělá sestra odběry ve složení glykémie, urea, kreatinin, Na, K, Cl, P, Mg. Dle ordinace lékaře odběry opakuje každý druhý den a jedenkrát týdně zjišťuje bilirubin, jaterní testy, triacylglyceroly, cholesterol, albumin, CRP. V průběhu dlouhodobé aplikace enterální výživy postačí méně časté, spíše orientační sledování. U pacientů ve stabilizovaném stavu sestra provádí odběry jedenkrát za týden v rozsahu vymezení kreatin, urea, základní minerály - Na, K, Cl, magnezium, albumin, CRP, triacylglyceroly, cholesterol, glykémie, fosfor (Dastyh, 2012). Sestra věnuje pozornost také průchodnosti sond. Dále je zapotřebí respektovat maximální povolenou dobu zavedení nasogastrické a nasojejunální sondy, případně provést jejich výměnu (Dastyh, 2012).

V závažných případech, kdy enterální příjem nestačí k dostatečné suplementaci organismu, nebo u kontraindikace enterální výživy je nutné obejít gastrointestinální trakt a aplikovat živiny parenterální cestou (Vrzalová, 2011). Při parenterální výživě je dosaženo funkčního zklidnění střeva, dochází k omezení motility, sekrece, perfuze a propustnosti střeva i trofického účinku gastroduodenálních hormonů. Dochází ke zlepšení buněčné imunity a urychlení hojivých procesů. Finálním a požadovaným efektem je zmírnění místního zánětu ve střevě, uvolnění zánětlivých obstrukcí střeva a hojení ulcerací ve sliznici (Vlček, 2014). U komplikovaných stavů (např. ileus, syndrom krátkého střeva nebo po resekci) je nevyhnutelná plná parenterální výživa (Zlatohlávek et al, 2016). U pacientů na parenterální výživě je nedílnou a důležitou součástí monitorace, jelikož je u této výživy vyšší riziko vzniku metabolických komplikací, ale též infekce (Brodská, 2015). Monitorace celkového klinického stavu pacienta, bilance tekutin, laboratorní a antropometrické vyšetření se shodují s vyšetřením pacienta v akutní fázi na enterální výživě. Podle závažnosti metabolického rozvratu podává sestra na indikaci lékaře výživu buď do periferního řečiště, nebo do řečiště centrálního. V případě, že pacient trpí lehčí poruchou výživy a předpokládá se, že období léčby bude krátkodobější, je možné aplikovat parciální parenterální výživu do periferního řečiště. Jestliže je pacient závislý pouze na parenterálním příjmu živin (ale také v případě závažné poruchy výživy a metabolismu), je na místě podávat komplexní parenterální výživu do centrálního cévního řečiště. Sestra musí důkladně pečovat o periferní i centrální žilní katetr (Vrzalová, 2011). Sestra provádí převazy dle potřeby, několikrát denně kontroluje funkčnost použitého materiálu a případné známky infekce (Janíková, 2013).

2.4 Farmakoterapie u CD z pohledu všeobecné sestry

V dnešní době je známo, že CD je v rámci konzervativní i chirurgické léčby vnímána jako nevyléčitelné onemocnění, přesto je léčba z následujících důvodů velmi důležitá. Farmakoterapie je orientována primárně na zaléčení aktivní fáze nemoci a sekundárně na prevenci vzplanutí v remisi onemocnění. Medikamentózní léčba bývá efektivní a zajišťuje pacientům kvalitní život bez větších omezení. Z výzkumů provedených v gastroenterologických centrech po celé České republice vyplynulo, že pacienti samovolně vysazují léčbu, upravují si dávkování léku, zapomínají na dávky a neinformují lékaře v době výskytu nežádoucích účinků, což snižuje adherenci k léčbě (Vlček, 2014).

Salicyl-azo-sulfapyridin patří mezi aminosalicyláty a obsahuje antibakteriálně působící sulfonamid sulfapyridin a protizánětlivě působící kyselinu 5-aminosalicylovou. Je indikován při léčbě akutních atak a exacerbací CD. Doporučená účinná perorální denní dávka této látky je 4–6 g, rozdělená ve dvou až čtyřech dílčích dávkách denně. V udržovací terapii se dlouhodobě podávají zhruba poloviční dávky (Lukáš, 2011). Při ústupu symptomů by měla být dávka postupně snižována. Je důležité edukovat pacienta o užívání přípravku při jídle a o nutnosti zapít dostatečným množstvím tekutiny. Tablety se polykají celé a nesmějí být rozkousány nebo drceny z důvodu snížení nežádoucích účinků na zažívací ústrojí. Mezi obecné nežádoucí účinky patří vyrážka, ztráta chuti k jídlu či zvýšená teplota. Mezi málo časté, specifické nežádoucí účinky se řadí leukopenie, trombocytopenie, deprese, insomnie, atd. (Anon, 2016b).

Granule s prodlouženým uvolňováním mesalazinu je přípravek se speciálně upraveným povrchem. Na cílovém místě ve střevě se vytvoří gel a účinná látka se z něj postupně uvolňuje od dvanáctníku po konečník. Lékař edukuje pacienta o zásadách způsobu užití. Přípravek uložený v sáčku si pacient vysype přímo do úst a zapije vodou nebo ovocnou šťávou. Výhodou granulí je, že účinnost přípravku není ovlivněna současným podáváním jídla. Doba, kdy se pacient nají, neovlivní rychlost průchodu ani účinnost léčiva. Dávka je stanovena vždy individuálně, přípravek by měl pacient užívat přesně podle pokynů svého lékaře. Doporučená dávka u udržovací léčby jsou 2–4 g denně v rozdělených dávkách. V akutní fázi je možnost podání až 4 g v jedné dávce nebo v rozložených dávkách. Pacient nesmí přípravek kousat. Pokud pacient neužije z nějakého důvodu jednu dávku, měl by užít přípravek, jakmile to zjistí, a dále pokračovat v předepsaném dávkování. Nežádoucí účinky se mohou projevit průjmem, nevolností, vyrážkou, bolestí břicha, závratí i perikarditidou. Tablety s prodlouženým uvolňováním mesalazinu umožňují pomalé a konstantní uvolňování mesalazinu v průběhu celého střeva. Tablety s prodlouženým uvolňováním se nesmí žvýkat. Pro usnadnění polknutí se mohou tablety rozptýlit v 50 ml studené vody, zamíchat a ihned vypít (Anon, 2014).

Glukokortikoidy se systémovým účinkem seštra aplikuje dle ordinace lékaře v dávce 0,5 – 1,0 mg/kg perorálně nebo parenterálně podle závažnosti onemocnění pacienta. V některých případech ordinuje lékař užívání přípravku ob den. Cílem léčby kortikoidy je co nejrychleji navodit klinickou remisi a během 3–4 měsíců terapii vysadit. Seštra nebo lékař informují pacienta o tom, že v průběhu léčby není vhodné konzumovat alkoholické nápoje kvůli

zvýšenému riziku vzniku vředů a krvácení v žaludku a ve střevech. Edukují pacienta o správném užívání tablet. Pacient musí užívat tablety před jídlem nebo po jídle a zapíjet je vždy vodou. Pokud si zapomene vzít dávku, měl by si ji vzít co nejdříve, jakmile si vzpomene. Vynechat ji je možné pouze pokud již je čas na další dávku. Je nutné upozornit pacienta, aby nezdvojnásoboval následující dávku, ve snaze nahradil vynechanou dávku. Léčba glukokortikoidy je obvykle dlouhodobá a je důležité, aby se dávka snižovala postupně. Mezi možné nežádoucí účinky řadíme například poruchy srdečního rytmu, zvýšený počet leukocytů v krvi, neklid, nadměrné hromadění tuku v epidurálním prostoru nebo změny chování a nálad (Anon, 2016a).

Léčivé látky azathioprin a 6-merkaptopurin patří do skupiny léčiv zvaných imunosupresiva. Tablety se užívají při jídle a zapíjejí se sklenicí tekutiny. Dosažení léčebného účinku může trvat několik týdnů či měsíců. Obvyklé dávkování je 1-3 mg/kg tělesné hmotnosti denně. Pacient je edukován o správném příjmu medikamentů při jídle a zapitím vodou. Dosažení požadovaného účinku trvá týdny až měsíce. Užívání tablet je nutné vysadit pod pečlivým dohledem. Velmi často se projevuje útlum kostní dřeně, leukopenie nebo trombocytopenie (Anon, 2015).

U všech léků je důležité zjistit, zda pacient není na danou látku alergický. Důležité je také zjištění všech ostatních užívaných léků. Účinky přípravků v kombinaci se souběžným podáváním jiných léků mohou mít negativní dopady na léčbu. Nežádoucí účinky se mohou projevit u každého z přípravků, nemusí se však vyskytnout u každého pacienta (Anon, 2016a).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

3.1.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak ovlivňuje samotná výživa pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě.
2. Zjistit vliv výživy na průběh Crohnovy choroby.
3. Zjistit pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů.
4. Zjistit změnu jídelních návyků kvůli medikamentům.

3.1.2 Výzkumné otázky

1. Vedla diagnostika Crohnovy choroby ke změně stravovacích návyků?
2. Jaký je projev zdravotních problémů při nedodržení dietního režimu?
3. Užívají pacienti naordinované medikamenty pravidelně?
4. Jakým způsobem byla potřeba změnit stravovací návyky kvůli příjmu medikamentů?

3.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativní. Sběr dat byl zprostředkován formou nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru (viz příloha A). Byly vytvořeny čtyři výzkumné cíle, ke každému následovně jedna výzkumná otázka. Otázky v rozhovoru byly formulovány na základě stanovených cílů a výzkumných otázek. Výzkum byl zaměřený na pacienty s Crohnovou chorobou, kterým byla diagnostikována tato nemoc v období půl roku až rok zpětně. Výzkum byl realizován v Libereckém kraji. Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2017 až do února 2018. Respondenti byli vybíráni namátkově. Celkem bylo získáno pět respondentů a s nimi byl realizován rozhovor o dvanácti otázkách, který byl celý nahráván. Tři z respondentů byli aktivně vyhledáváni a požádáni o schůzku a rozhovor přes internetovou skupinu sdružující pacienty s Crohnovou chorobou. Na další dva respondenty byl získán kontakt na základě doporučení. Rozhovory byly pořízeny ve veřejných kavárnách,

což ale nijak nesnížilo jejich kvalitu. Přepisy rozhovorů jsou dostupné k nahlédnutí viz příloha C – G. Každý z respondentů předem souhlasil s pořízením audionahrávky rozhovoru. Souhlasy s pořízením audionahrávky nejsou součástí bakalářské práce z důvodu zachování anonymity. Rozhovory probíhaly většinou v rušném prostředí kavárny. Rozhovory byly nahrávány pomocí mobilního telefonu. Ke každému z cílů byly zvoleny dvě nebo tři otázky. Respondentům bylo celkem položeno dvanáct otázek zjišťujících vliv výživy na průběh Crohnovy choroby, na jejich každodenní život, pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů a změny stravování týkající se užívaných medikamentů. Následně byla data zpracována pomocí metody tužka- papír podle vytvořených pěti kategorií. Do kategorií byly zařazeny všechny otázky obsažené v rozhovoru. Výsledky dat byly zpracovány dle jednotlivých kategorií do schémat v programu Microsoft Office Word 2016.

3.3 Kategorizace a analýza výsledků

Kategorie byly vytvořeny na základě kategorizace. V souhrnu pod každou z kategorií jsou následně použity úryvky odpovědí všech respondentů. Výsledky byly po té znázorněny v grafických schématech.

3.3.1 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie 1 - Výživa pacientů s Crohnovou chorobou v každodenním životě

Podkategorie 1 - Zásah onemocnění do každodenního života

Podkategorie 2 - Změna jídelních návyků po diagnostice onemocnění

Podkategorie 3 - Informovanost pacienta ze strany ošetrovatelského personálu

Kategorie 2 - Vliv výživy na průběh Crohnovy choroby

Podkategorie 1 - Možnost vytvoření pauzy na jídlo v zaměstnání

Podkategorie 2 - Projevy nedodržení dietního režimu

Kategorie 3 - Aktuální léčba

Kategorie 4 - Užívání medikamentů

Podkategorie 1 - Druh užívaného medikamentu a doba užívání

Podkategorie 2 - Pravidelnost užívaných medikamentů

Podkategorie 3 - Jednání po vynechání dávky léku

Podkategorie 4 - Doplnky stravy

Kategorie 5 - Závislost příjmu medikamentů na stravě

Podkategorie 1 - Důležitost užívání medikamentů v návaznosti na stravování

Podkategorie 2 - Změna stravovacích návyků kvůli medikamentům

3.3.2 1. Kategorie

Výživa pacientů s Crohnovou chorobou v každodenním životě

3.3.2.1 Podkategorie 1

Zásah onemocnění do každodenního života



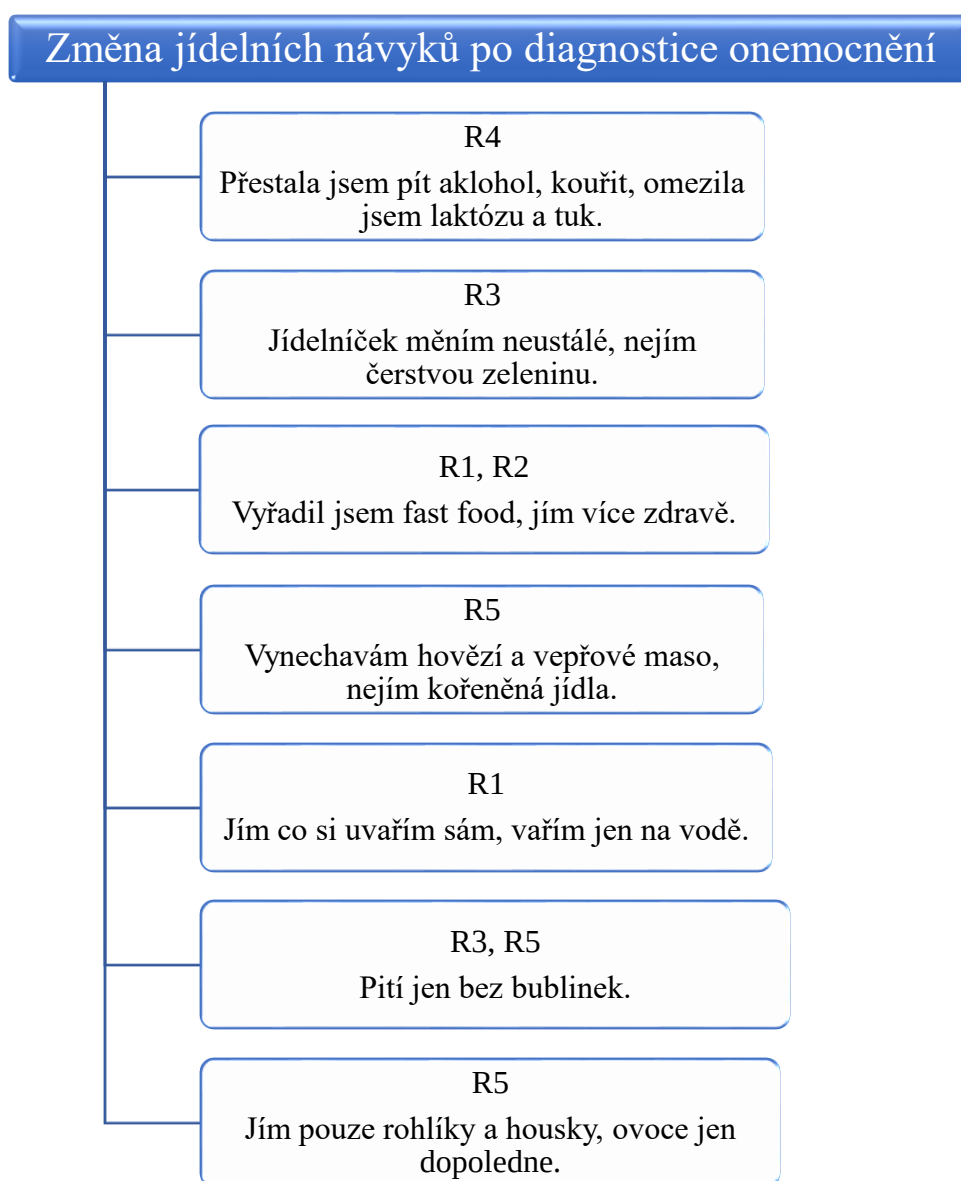
Obrázek 1 – Zásah onemocnění do každodenního života (Zdroj: autor)

Schéma 1 znázorňuje oblasti všedního života, které respondentům diagnostika Crohnovy choroby zkomplikovala. Nejvíce respondentů odpovědělo, že komplikace nastaly v zaměstnání. Tři z pěti respondentů omezuje toto onemocnění ve sportu. Pouze jeden respondent uvedl změny v chování a náladách. **Respondent 1** zmínil: „A život mi to zkomplikovalo úplně totálně

všude že jo, protože jakýkoliv všední věci pro normálního člověka, jako jít do obchodu a jet někam na výlet nebo létat někam letadlem na dovolený a sportovat a dalších milion věcí. Jako jsou dám příklad kolektivní sporty.“ **Respondent 4** se vyjádřil: „No do osobního života mi zasáhlo dost, musím říct. V 18 letech mi diagnostikovali crohn, musela jsem pro dlouhodobou léčbu ukončit 4. maturitní ročník na střední škole a opakovat jej znova. Což bylo nepříjemné.“

3.3.2.2 Podkategorie 2

Změna jídelních návyků po diagnostice onemocnění

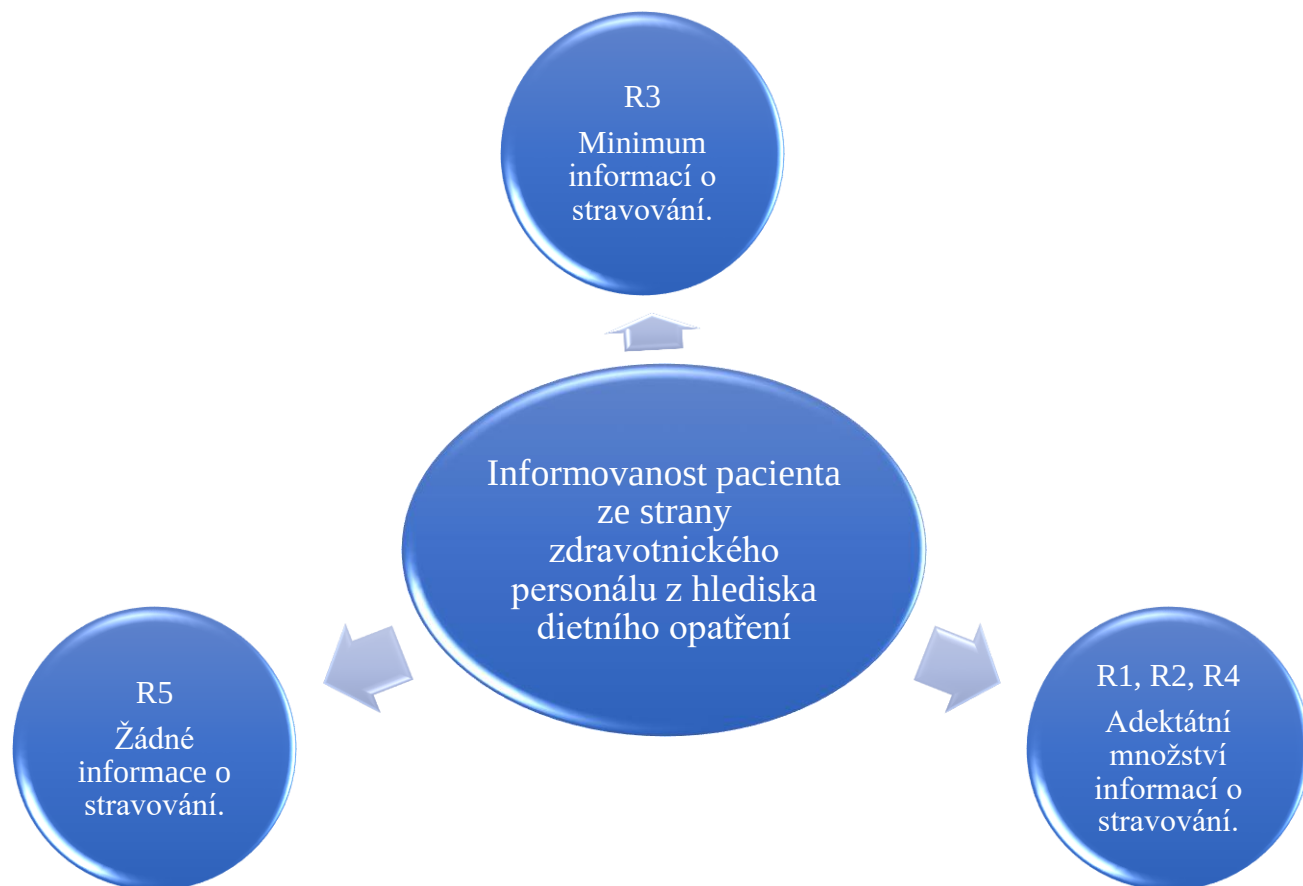


Obrázek 2 - Změna jídelních návyků po diagnostice onemocnění (Zdroj: autor)

Schéma 2 znázorňuje změnu jídelních návyků po diagnostice Crohnovy choroby, která byla velice individuální. Dva respondenti odpověděli, že vyřadili ze svého jídelníčku fast food a berou ohled na to, aby jedli zdravě. Jeden z respondentů se zmínil o vynechání alkoholu, kouření, tuků i mléčných výrobků. Pouze jeden respondent uvedl, že stále přichází na to co mu nedělá dobře a jeho jídelníček se stále mění. **Respondent 1** řekl: „*Více méně jsem jedl dobře, nejedl jsem žádný junk food a ostatní věci, ale vyřadil jsem rozhodně jako fast food a takové ty věci když člověk nestíhá nebo se někde zastaví, tak radši si to teďka odpustím.*“ **Respondent 2** také odpověděl: „*Například fast food, kola nebo tak.*“ **Respondenta 3** poskytl mnoho důležitých informací: „*Svůj jídelníček vlastně měním neustále do teď. Ale na začátku jsem ho změnila zásadně. Více méně jsem dodržovala bezsezbytkovou dietu. Nejedly jsem skoro čerstvou zeleninu, třeba červená řepa mi dělala hrozný potíže a také vláknina třeba. Pomeranče nebo jablko se šlupkou moje střeva vůbec nezvládala, taky rýže mi dělala potíže. Pak když mi nasadili medikamenty, tak se mi to celkem srovnalo a začala jsem jíst víc věcí než jen bílé pečivo a pomazánky, které mi byly doporučeny. Momentálně se snažím hlídat v tom, co jím a neustále přicházím na nové věci, které mi nedělají dobře, ale na druhou stranu jak už jsem řekla jím mnohem víc věcí než po diagnostice Crohna. Dávám si pozor, abych vše pořádně kousala, vyhýbám se kávě a pítím, které obsahují bublinky.*“

3.3.2.3 Podkategorie 3

Informovanost pacienta ze strany zdravotnického personálu z hlediska dietního opatření



Obrázek 3 - Informovanost pacienta ze strany zdravotnického personálu z hlediska dietního opatření (Zdroj: autor)

Schéma 3 popisuje informovanost pacientů ze strany zdravotnického personálu ohledně dietního opatření. Tři respondenti se vyjádřili, že byli informováni adekvátním množstvím informací o stravování ať už ze strany sester nebo lékařů. Pouze jeden respondent uvedl, že neobdržel žádné informace o stravování při diagnostice nemoci. **Respondent 1** uvedl: „Tak v Londýně když mě to diagnostikovali tak tam mě neinformovali vůbec. Proto jsem taky odletěl pryč zpátky do Čech, kde jsem vlastně začal tu léčbu v Praze. Z té diety mi vlastně říkali jenom, že je dobrá bezesbytková strava a málo vlákniny. Ale také řekli, že každý člověk si na to musí přijít sám, protože je to hrozně individuální.“ Na druhou stranu **respondent 5** odpověděl: „Po oznámení diagnózy mě nikdo neinformoval, co můžu jíst. To vůbec. Prý to má každý individuální říkali v nemocnici. Informace jsem hledala sama na internetu, v knížkách a celkově

v různé literatuře.“ **Respondent 3** sdělit zásadní informaci: „Při diagnostice Crohnovy choroby mi bylo v podstatě sděleno minimum informací. Spíš z pohledu nemoci jako takové. O co se jedná, co budu podstupovat dál za vyšetření a tak normálka. Ale z hlediska dietního opatření nic moc. Dostala jsem nějakou brožuru myslím, ale vše jsem si načítala v knížkách a časopisech a zjišťovala více méně sama.“

3.3.3 2. Kategorie

Vliv výživy na průběh Crohnovy choroby

3.3.3.1 Podkategorie 1

Možnost vytvoření pauzy na jídlo v zaměstnání



Obrázek 4 - Omezení pacienta v jídle povoláním (Zdroj: autor)

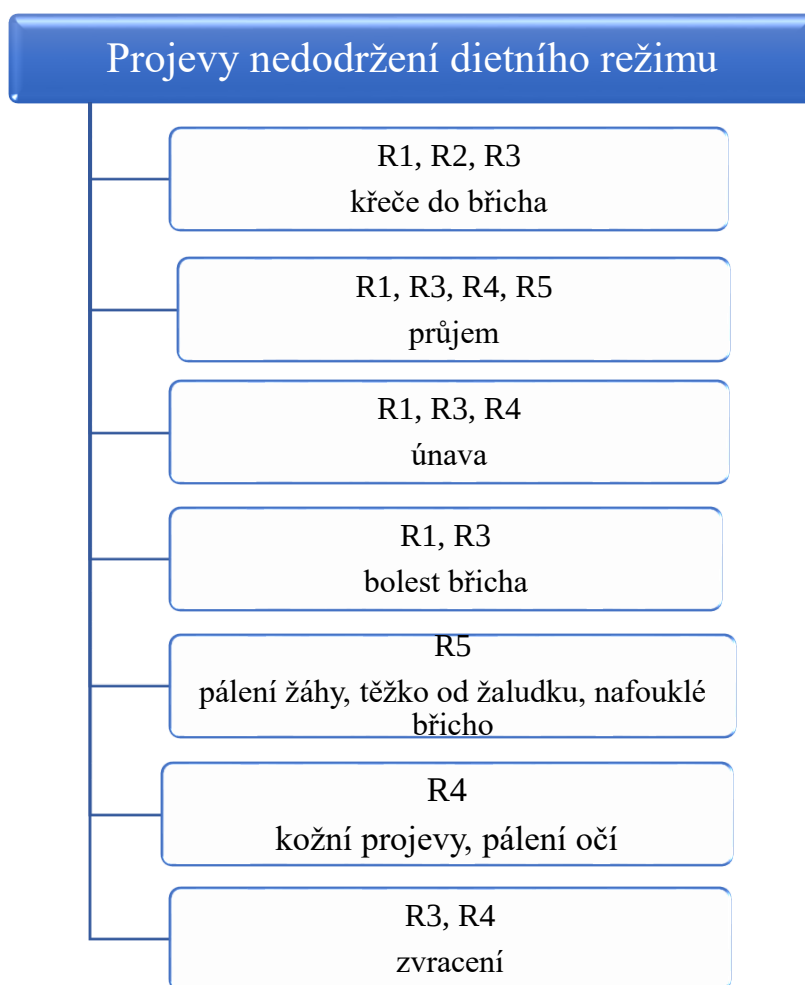
Schéma 4 ukazuje jak jsou pacienti s Crohnovou chorobou omezení v jídle svým povoláním. Čtyři respondenti odpověděli, že je práce v rozvrhu jídla na den nijak neomezuje. **Respondent 5** uvedl: „Práci si časově organizuji podle toho, jak se cítím, mám i možnost pracovat z domova. Jídlo si nosím své, a jím podle toho, jak potřebuji v tomhle mám štěstí.“ **Respondent 1** řekl: „Omezenej nejsem v práci, protože pracuji jako wellness manažer a osobní trenér, takže si uzpůsobuju vlastně klienty i práci jak chci. Takže v tomhle tom mám dobrý, prostor jíst jak

chci.“ Pouze jeden respondent řekl, že je v práci omezen natolik, že jí když je zrovna čas.

Respondent 3 se vyjádřil: „*Určitým způsobem omezená jsem, jelikož dělám ve zdravotnictví a jak určitě víš, tak se jí když je zrovna čas. Takže oběd mívám celkem pravidelně, ale jinak moc nestíhám. A je to pro mě celkem problém jak už jsem říkala s tou únavou.*“

3.3.3.2 Podkategorie 2

Projevy nedodržení dietního režimu



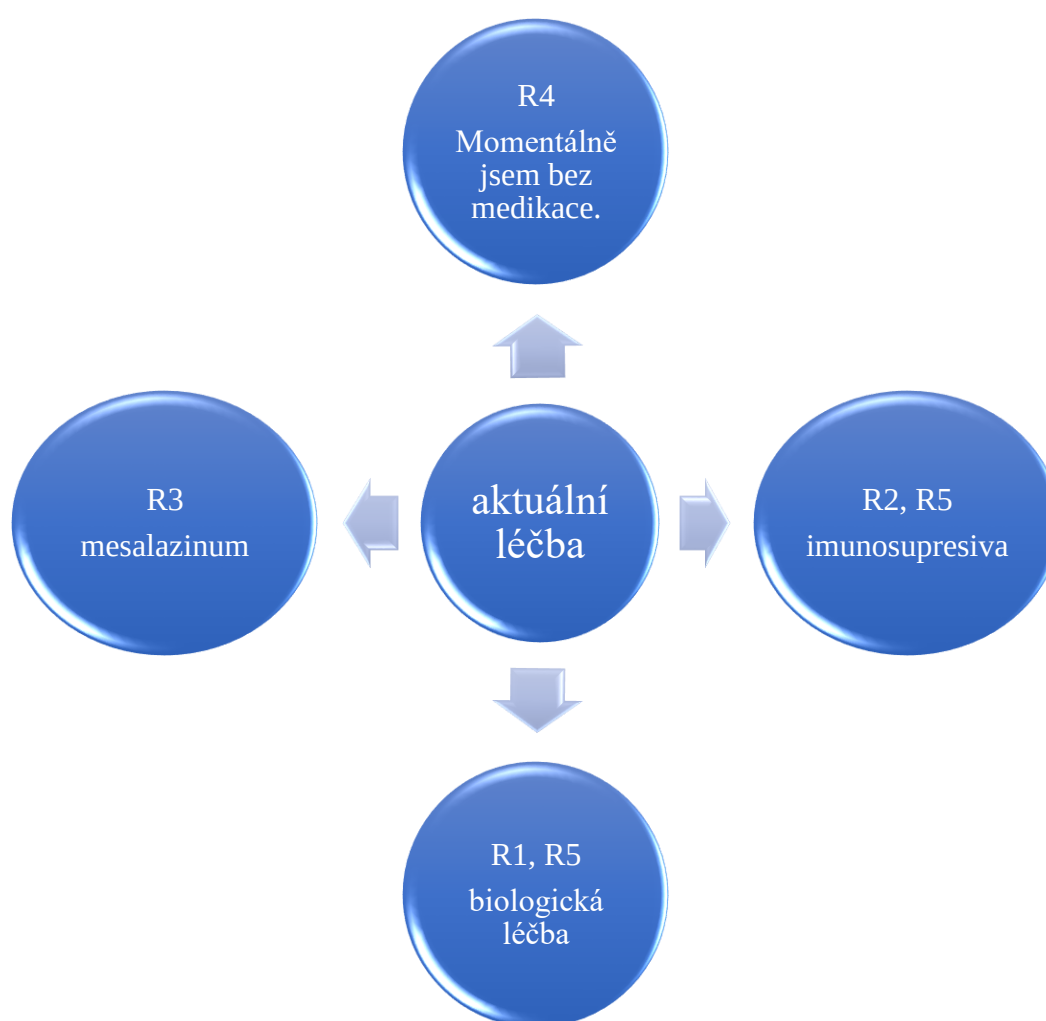
Obrázek 5 - Projevy nedodržení dietního režimu (Zdroj: autor)

Schéma 5 uvádí projevy pacientů při nedodržení dietního režimu. Podle výpovědi respondentů je zřejmé, že nejčastějším projevem nedoržení dietního režimu je průjem a křeče. **Respondent 3** odpověděl: „*Projevuje se u mě různě. Někdy mě břicho jen pobolívá, někdy mám neuvěřitelné křeče, že si musím lehnout. Mám takovou úlevovou polohu, o které si myslím, že mi pomáhá, ale těžko říct. Většinou právě když mám ty šílené křeče, tak chodím pak zvracet. Klidně šestkrát až*

*desetkrát a pak to většinou přejde. Problémem pro mě je právě to, že po takové atace jsem šíleně unavená.“ Pouze jeden z dotazovaných respondentů uvedl kožní projevy a pálení očí. U respondentů se také často objevuje únava. **Respondent 4** udává: „Nedodržení mé diety, i jen trošku, je každopádně průjem, pak také to zvracení, vždy únava, někdy kožní záležitosti, zanícená místa na kůži. A pálení očí také. Je to protivné.“*

3.3.4 3. Kategorie

Aktuální léčba



Obrázek 6 – Aktuální léčba (Zdroj: autor)

Schéma 6 ukazuje aktuální léčbu respondentů. Dva respondenti aktuálně podstupují biologickou léčbu. **Respondent 1** se vyjádřil: „Momentálně podstupuju biologickou léčbu. Jak už jsem zmínil v první otázce, nevím přesný název, ale je to zase infuzema a po osmi

týdnech je to perem pod kůži. “ Další dva respondenti jsou léčeni imunosupresivy.

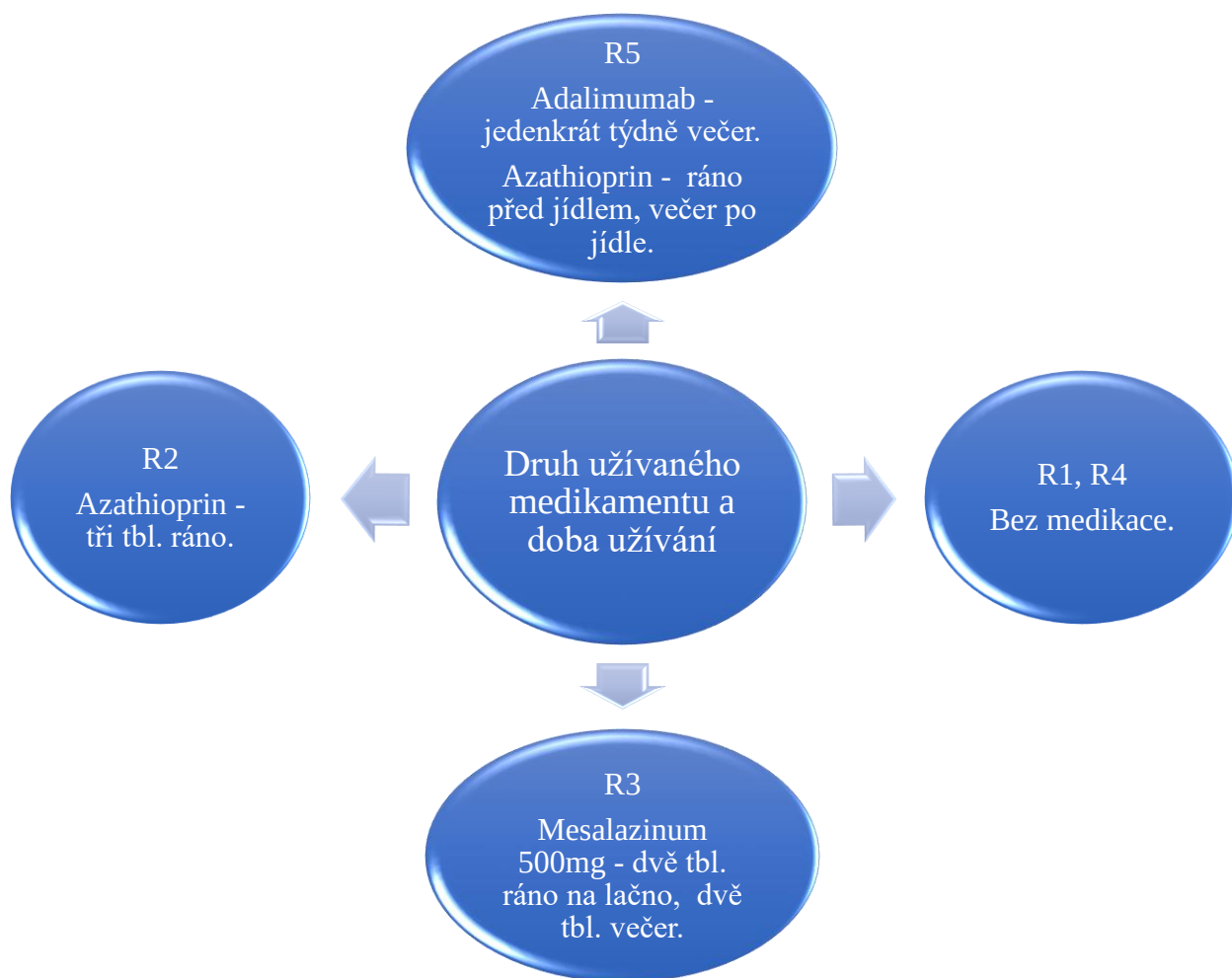
Respondent 2 odpověděl: „*Momentálně mám můj zrdavotní stav v remisi, jestli se to takhle dá říct. A užívám akorát imuran.* “ Pouze jeden respondent se vyjádřil, že je momentálně bez medikace. **Respondent 4** prozradil: „*Momentálně jsem bez medikace, odmítla jsem se smířit s tím, že budu celý život na práškách, který mi nedělají dobře.* “

3.3.5 4. Kategorie

Užívání medikamentů

3.3.5.1 Podkategorie 1

Druh užívaného medikamentu a doba užívání

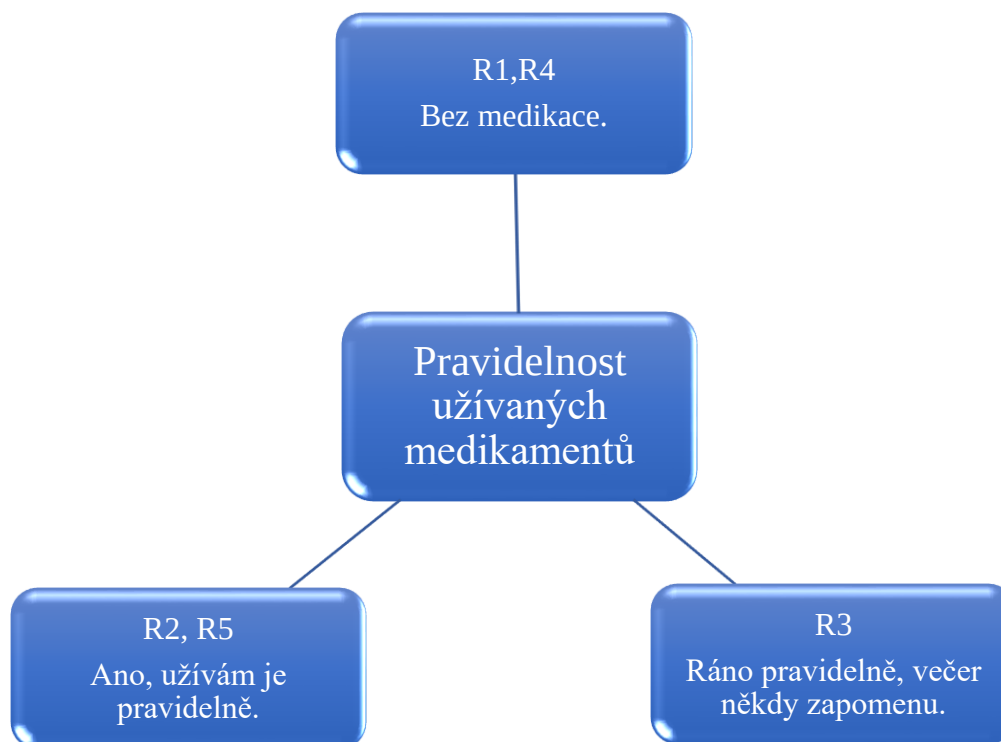


Obrázek 7 - Druh užívaného medikamentu a doba užívání (Zdroj: autor)

Schéma 7 popisuje druh užívaného medikamentu a dobu užívání. Dva respondenti udávají, že jsou bez aktuální medikace. Respondent 4 odpověděl, že je bez aktuální medikace, a přesto zodpovídal otázku týkající druhu užívaného medikamentu a dobu užívání. Důvodem zařazení jeho odpovědi do výzkumu je fakt, že medikamentózní léčbu v minulosti také podstupoval a má bohaté zkušenosti. **Respondent 4** se vyjádřil: „Jsem bez medikace, ale byly doby, kdy jsem měla 28 prášků denně. Pentasa, imuran, ten vyměněn za azaprin, byla jsem z toho přecitlivělá, často jsem se rozbředla, takový psycho stavy. Ze začátku prednison, za půl roku jsem přibrala 10 kg, jen voda v těle. Vše po jídle no a jinak asi už nic.“ Pouze jeden respondent uvedl, že užívá medikament s účinnou látkou mesalazinum a to dvě tbl. Ráno na lačno a dvě tbl. večer. **Respondent 3** se vyjádřil: „Momentálně užívám pouze pentasu. Beru dvě tablety ráno na lačno a dvě беру večer před spaním. Mají myslím gramáž 500mg. Ale je to pár měsíců, co mi můj gastroenterolog dávku takhle snížil. Předtím jsem brala ještě dvě tablety v době oběda.“ Další respondent se vyjádřil, že užívá lék s účinnou látkou azathioprin a bere tři tbl. ráno. **Respondent 5** uvedl: „No tak popořadě. Humira aplikuji 1x týdně večer, je to injekční roztok. A Imuran 150 mg ráno a večer dávám, ráno před jídlem, večer po jídle.“

3.3.5.2 Podkategorie 2

Pravidelnost užívaných medikamentů

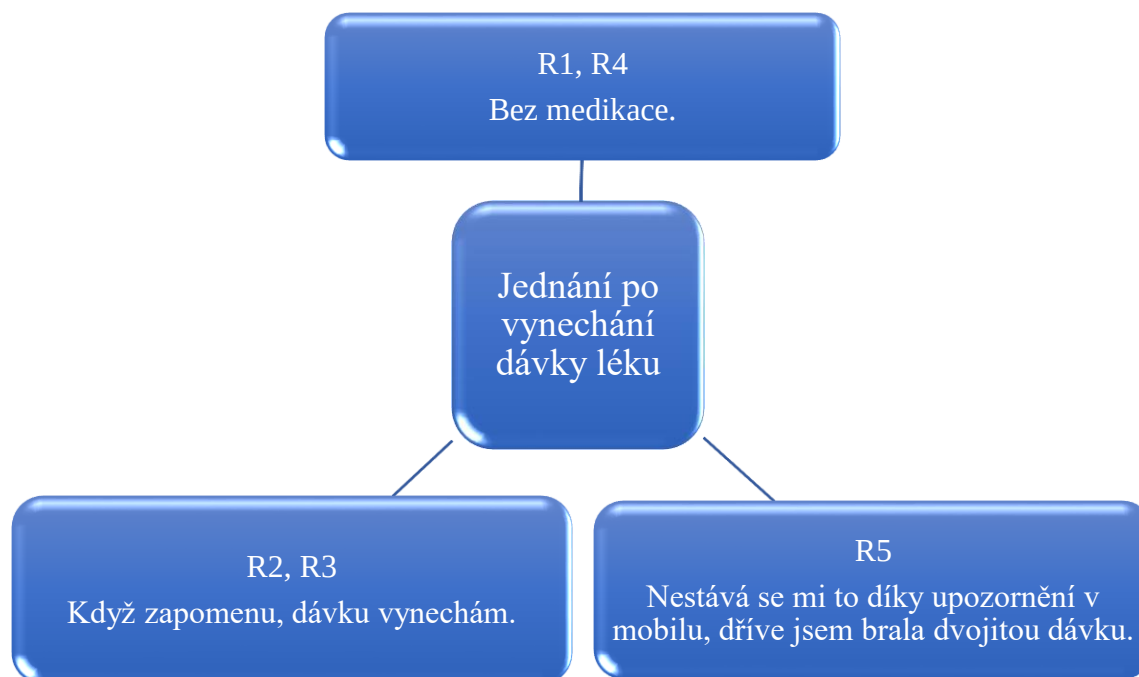


Obrázek 8 - Pravidelnost užívaných medikamentů (Zdroj: autor)

Podle schématu 8 užívají dva respondenti medikamenty pravidelně. Jeden respondent uvedl, že ráno bere medikamenty pravidelně a večer někdy zapomene. **Respondent 3** se zmínil: „*Ráno je většinou pravidelně užívám . Mám z toho už takový rituál, ale večer někdy zapomenu, ale stává se to opravdu minimálně. Spíš když jsem mimo dům. Když jedeme na nějakou akci nebo tak.*“ Dva respondenti jsou bez medikace. **Respondent 5** řekl: „*Ano, mám kvůli nim nařízeno upozornění na mobilu radši. Ale postupem času už si na to zvykám a asi bych si už i sama vždy vzpomněla. Ale jistota je jistota že jo.*“ Respondent 4 je bez aktuální medikace, i přesto zodpovídal otázku týkající se pravidelnosti užívání naordinovaných medikamentů. Důvodem zařazení jeho odpovědi do výzkumu je fakt, že medikamentózní léčbu v minulosti také podstupoval a má bohaté zkušenosti. **Respondent 4 se vyjádřil:** „*Tehdy jsem si kvůli těm depkám snižovala dávky azaprinu, ale aspoň mě to nakoplo se s tím nesmířit. Ty silné psychické nežádoucí účinky byly šílené a nepochopení doktora mě nakonec dovedlo k nedodržování pravidel a hledání jiných alternativ. Nebrala jsem vše jak jsem měla bohužel.*“

3.3.5.3 Podkategorie 3

Jednání po vynechání dávky léku

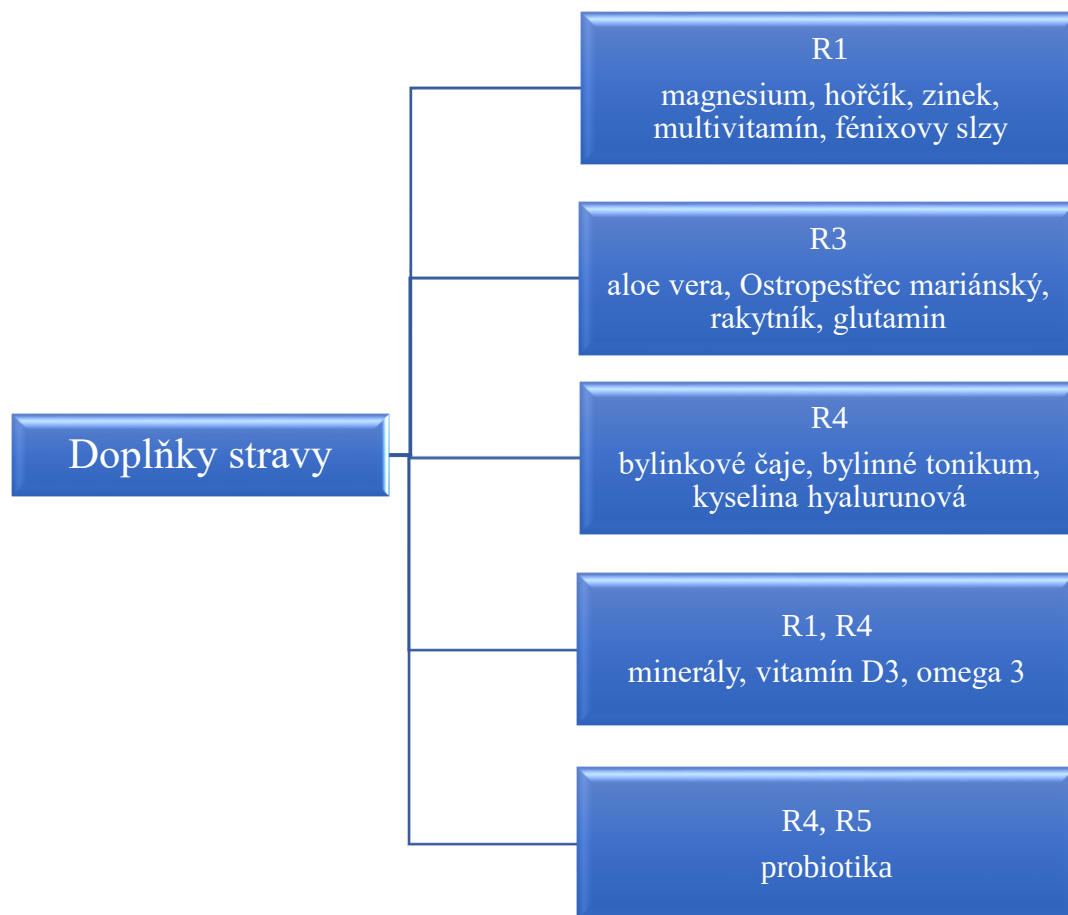


Obrázek 9 - Jednání po vynechání dávky léku (Zdroj: autor)

Schéma 9 znázorňuje jednání pacientů po vynechání dávky medikamentu v případě, že zapomenou. Dva respondenti uvádí, že když zapomenou na svojí pravidelnou dávku léku tak ji jednoduše vynechají. **Respondent 5** popsal: „*Jak už jsem řekla, mám to upozornění a díky upozornění na mobilu se mi to nestává. Než jsem to však zavedla tak jsem si klidně vzala dvojitou . Hlavně abych za ten den vzala vše co jsem měla.*“ **Respondent 2** uvedl: „*Většinou nezapomenou, ale když náhodou jo, tak to neřeším a v ten den prostě dávku vynechám.*“ Dva respondenti jsou bez medikace. Respondent 4 je aktuálně bez medikace, i přesto zodpovídal otázku týkající se jednání po vynechání dávky léku. Důvodem zařazení jeho odpovědí do výzkumu je fakt, že medikamentózní léčbu v minulosti také podstupoval. **Respondent 4** řekl: „*To ne, to se mi nestávalo moc. To bylo výjimečně, spíš jen trochu opožděně, to jsem si to vzala a další dávku dala zase o trochu později a pak se to srovnalo.*“

3.3.5.4 Podkategorie 4

Doplňky stravy



Obrázek 10 - Doplňky stravy (Zdroj: autor)

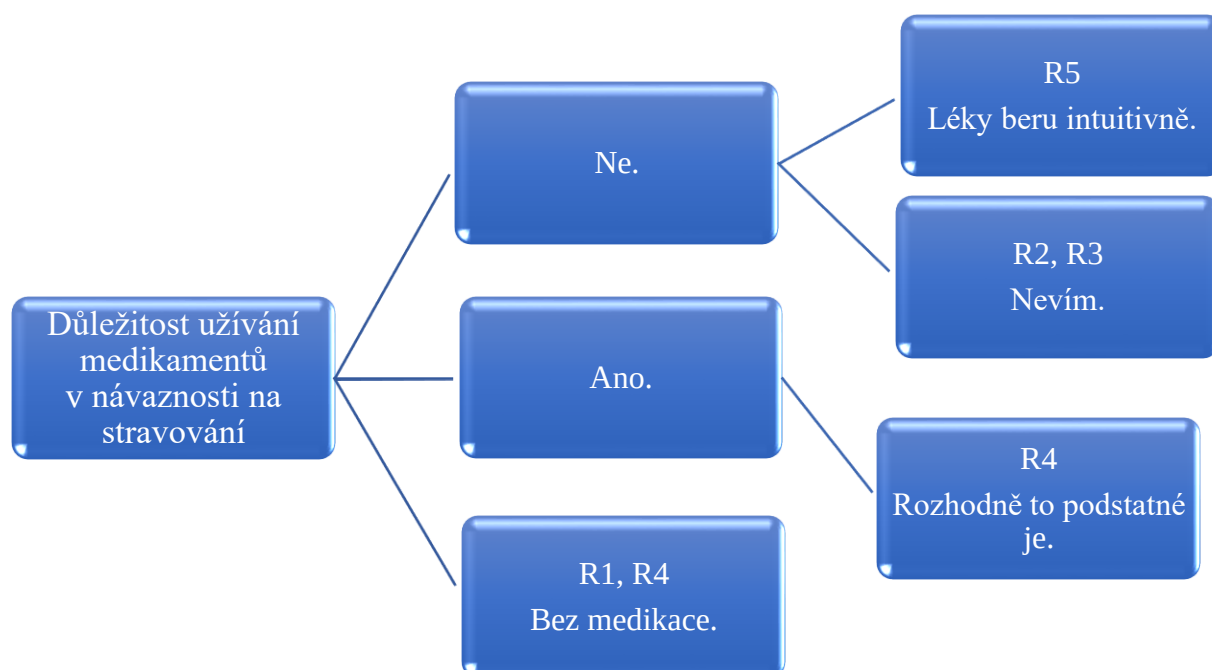
Schéma 10 nám popisuje jaké doplňky užívají pacienti s Crohnovou chorobou. Dva respondenti udávají minerály, vitamín D3 a omega 3. Dva další respondenti uvedli, že užívají probiotika. Dva respondenti vyjmenovali řadu výrobků z přírodní medicíny. Jeden z respondentů uvedl užívání magnesia, hořčíku, zinku, multivitaminu a fénixových slz. **Respondent 1** se vyjádřil: „Užívám, vzhledem k tomu, že se stále snažím aktivně sportovat. Užívám minerály, vitamíny. Do toho používám vitamín D3. Dost používám taky věci jako přímo na ty střeva, jako jsou fénixovy slzy, což je jedna z věcí, která mi hodně pomohla, když jsem nemohl spát, takže jsem si to dal a spal jsem. Prospal jsem se celou noc, což je super věc. Do toho taky hodně používám tuků jako je omega 3 například nebo kokosový olej.“ **Respondent 4** se zmínil: „Přejít na bylinky mě zachránilo.“ „Našla jsem si tak super doplňky stravy od jedné nejmenované firmy, zaprvé jsou čisté, certifikované v Kanadě, což je země, která má nejprísnější kritéria pro bio

věci na zeměkouli, pouze příroda a skvělá práce dobrých lidí, doporučuji. Pak také že jsou ty věci tekuté, luxus pro nás, hned se vstřebává, není potřeba zbytečných poživ.“

3.3.6 5.Kategorie

Závislost příjmu medikamentů na stravě

Podkategorie 1- Důležitost užívání medikamentů v návaznosti na stravování



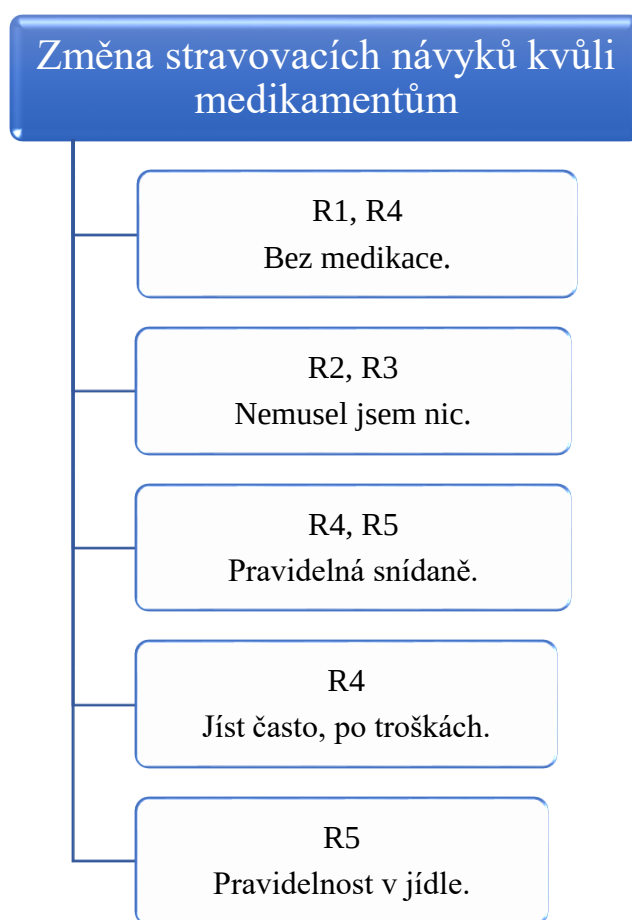
Obrázek 11 - Důležitost užívání medikamentů v návaznosti na stravování (Zdroj: autor)

Schéma 11 znázorňuje informovanost respondentů o tom, jak je důležitostí užívání medikamentů v návaznosti na stravování. Dva z respondentů prozradili, že neví jak mají léky užívat. **Respondent 2** uvedl: *Neřeším to. Nevím to. Ráno si je vezmu na lačno.* Jeden z respondentů uvedl, že je rozhodně podstatné zda si medikamenty bere před jídlem nebo po jídle a že to vždy praktikoval tak jak mu bylo řečeno. **Respondent 4** řekl: *„Rozhodně to podstatné je. Je potřeba řídit se pravidly konzumace léků jakýkoliv podle mě.“* Důležitou informací je, že respondent 4, je bez aktuální medikace. Přesto odpovídal na položenou otázku týkající se

důležitosti užívání medikamentů v návaznosti na stravu, jelikož rozsáhlou medikamentózní léčbu v minulosti také podtupoval a má mnoho zkušeností. Jeden z respondentů uvedl, že medikamenty bere intuitivně. **Respondent 5** pronesl: „*Léky беру intuitivně, nikdo mě neupozornil na nic, že bych je měla užívat před nebo po jídle.*“ Dva respondenti uvedli, že jsou aktuálně bez medikace.

3.3.6.1 Podkategorie 2

Změna stravovacích návyků kvůli medikamentům



Obrázek 12 - Změna stravovacích návyků kvůli medikamentům (Zdroj: autor)

Schéma 12 vypovídá o změně stravovacích návyků kvůli užívání medikamentů. Dva respondenti udali, že byli nuceni začít sníst. Dva respondenti uvedli, že své stravování nemuseli žádným způsobem upravovat. **Respondent 3** se vyjádřil: „*To jsem v podstatě musela zásadně. Ráno jsem nesnídala nikdy, takže si vždy nejdříve zapiju léky a pak snídám. A odpoledne mě to už vůbec neomezuje.*“ Jeden z respondentů se vyjádřil, že je potřeba jíst

často a po troškách. Jeden z respondentů se zmínil, že se musel naučit dodržovat určitou pravidelnost v jídle i po zbytek dne. **Respondent 4** řekl: „*To souvisí s nemocí, že musíte jíst hodně často a po troškách. Snídaně je první jídlo dne, člověk by si měl ze snídaně udělat radost.*“ Dva respondenti uvedli, že jsou aktuálně bez medikace. Respondent 4 je bez aktuální medikace a přesto zodpovídal otázku týkající se změny stravovacích návyků kvůli medikamentům, jelikož medikamentózní léčbu v minulosti také podstupoval.

3.4 Analýza výzkumných cílů a otázek

Analýza výzkumných cílů a otázek probíhala na základě nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kterým byla před půl rokem až rokem diagnostikována Crohnova choroba. Rozhovor byl vytvořen v závislosti na výzkumných otázkách s následnou kategorizací dat metodou tužka – papír. Na základě výzkumných dat byly zpracovány výsledné tabulky v programu Microsoft Word 2016.

Prvním cílem bylo zjistit, **jak ovlivňuje samotná výživa pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě**. Výzkumná otázka 1 zněla: **Vedla diagnostika Crohnovy choroby ke změně stravovacích návyků?** Tento cíl se podařilo splnit pomocí cílených otázek týkajících se zásahu onemocnění do každodenního života pacienta nebo změny jídelních návyků po diagnostice onemocnění. Respondenti byli také dotazováni ohledně informovanosti o dietě ze strany zdravotnického personálu. K tomuto účelu sloužily otázky rozhovoru číslo 1, 3, 4. Po kategorizaci a jejich následné analýze byla zjištěna tato data:

Tabulka 1 - Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky 1

	Počet respondentů
Zásah onemocnění do každodenního života.	5
Změna jídelních návyků po diagnostice onemocnění.	5
Informovanost pacienta ze strany zdravotnického personálu z hlediska dietního opatření.	3

Závěr analýzy: Z rozhovorů vyplynulo, že Crohnova choroba zasáhla do každodenního života všem z dotazovaných respondentů. Všichni respondenti se shodli, že museli změnit své jídelní návyky po diagnostice onemocnění. Z rozhovoru také vyplynulo, že více jak polovina pacientů byla adekvátně informována o dietním opatření ze strany zdravotnického personálu. Výzkumný cíl byl splněn.

Druhý cíl práce zní, **zjistit vliv výživy na průběh Crohnovy choroby**. Výzkumná otázka číslo 2 zněla: **Jaký je projev zdravotních problémů při nedodržení dietního režimu?** K tomuto účelu sloužily otázky rozhovoru číslo 2, 5. Po kategorizaci a jejich následné analýze byla zjištěna tato data:

Tabulka 2 - Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky 2

	Počet respondentů
Objev projevů při nedodržení dietního režimu.	5
Křeče do břicha.	3
Průjem.	4
Únava.	3
Bolest břicha.	2
Pálení žáhy, těžko od žaludku, nafouklé břicho.	1
Kožní projevy, pálení očí.	1
Zvracení.	2
Možnost vytvoření pauzy na jídlo v zaměstnání.	4

Závěr analýzy: Z rozhovorů vyplynulo, že všichni respondenti odpověděli, že při nedodržení dietního režimu se vždy objeví nějaké projevy. Je tedy jasné, že nedodržením dietního režimu s následujícími projevy po jeho nedodržení si prošli všichni dotazovaní respondenti, důvodem

je nejspíš fakt, že byli dotazováni respondenti s půl roku až rok diagnostikovanou Crohnovou chorobou, kteří mohou být stále ve fázi pokus - omyl. Podle výpovědi respondentů je zřejmé, že nejčastějším projevem nedoržení dietního režimu je průjem a křeče. Pouze jeden z dotazovaných respondentů uvedl kožní projevy a pálení očí. U respondentů se také často objevuje únava. Čtyři respondenti nejsou omezeni onemocněním v zaměstnání, tedy mohou si libovolně dělat pauzy na jídlo podle jejich potřeby. Při tom základní věcí je dodržování pravidelného stravování, po malých porcích a v klidném prostředí. Výzkumný cíl se podařilo splnit.

Třetí výzkumný cíl zní, **zjistit pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů.** Výzkumná otázka číslo 3 zněla: **Užívají pacienti naordinované medikamenty pravidelně?** K tomuto účelu sloužily otázky rozhovoru číslo 7, 8, 9. Po kategorizaci a jejich následné analýze byla zjištěna tato data:

Tabulka 3 - Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky 3

	Počet respondentů
Určitý druh užívaného medikamentu a správná doba užívání.	1
Pravidelné užívání naordinovaných medikamentů.	2
Správné jednání po vynechání dávky.	2
Doplňky stravy.	5

Závěr analýzy: Z rozhovorů vyplynulo, že pouze dva respondenti užívají medikamenty pravidelně dle ordinace lékaře. Překvapujícím zjištěním bylo, že pouze jeden respondent užívá medikamenty správně, tak jak je napsáno v příbalovém letáku. Stejný počet respondentů se umí zachovat správně po vynechání dávky medikamentu. Všichni z dotazovaných respondentů užívají doplňky stravy. Výzkumný cíl byl splněn.

Čtvrtý výzkumný cíl zní, **zjistit změnu jídelních návyků kvůli medikamentům.** Výzkumná otázka číslo 4 zněla: **Jakým způsobem byla potřeba změnit stravovací návyky kvůli příjmu**

medikamentů? K tomuto účelu sloužily otázky rozhovoru číslo 10, 11. Po kategorizaci a jejich následné analýze byla zjištěna tato data:

Tabulka 4 - Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky 4

Počet respondentů	
Důležitost užívání medikamentů v návaznosti na stravování	1
Změna stravovacích návyků kvůli medikamentům	5

Závěr analýzy: Z rozhovorů vyplynulo, že užívání medikamentů v návaznosti na stravu, tedy jestli se mají medikamenty brát před jídlem nebo po jídle považuje za důležité pouze jeden z dotazovaných respondentů. Každopádně v otázce, zda museli stravovací návyky kvůli medikamentům změnit, odpověděli dva respondenti, že ano. A dva naopak nemuseli provádět změny jídelních návyků, protože nemají medikaci. Výzkumný cíl se podařilo splnit.

4 Diskuze

Tato bakalářská práce se zaměřuje na výživu pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu všeobecné sestry. Cílem této práce bylo především zjistit, jak ovlivňuje samotná výživa pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě, a zjistit vliv výživy na celkový průběh choroby. Také byla zkoumána informovanost pacientů o dietním režimu ze strany personálu a problematiku změny jídelních návyků kvůli medikamentům.

Záměrem prvního výzkumného cíle bylo zjistit, jak ovlivňuje samotná výživa pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka číslo 1, která zněla: Vedla diagnostika Crohnovy choroby ke změně stravovacích návyků? Všichni respondenti se shodli, že po diagnostice onemocnění museli své jídelní návyky bezprostředně změnit. Vlček tvrdí, že po stabilizaci stavu u Crohnovy choroby jsou naprosto nevhodná kořeněná jídla, a naopak říká, že vhodná je konzumace bílého masa (např. ryb, drůbeže) nejlépe formou vaření ve vodě nebo v páře. Zelenina musí být prý vždy povařená a lze ji konzumovat pouze v malém množství (Vlček, 2014). Což je v souladu s výpovědí respondenta, který v rozhovoru potvrdil jeho tvrzení, když řekl, že přestal jíst vepřové a hovězí maso, jelikož mu je po něm těžko. Dále popsal, že zeleninu většinou dusí a konzumuje ji v omezené míře. Nakonec pronesl, že nesmí konzumovat kořeněná jídla a jídla obsahující glutamát. Dva respondenti se vyjádřili, že ze svého jídelníčku zcela vynechali fast food a nepili Colu. Jeden z respondentů zmínil, že nemůže jíst čerstvé pečivo, jediné den staré. Zarážející je, že pouze jeden respondent zmínil pojem bezezbytková strava, což je u výživy pacientů s Crohnovou nemocí klíčový pojem, který by měl být znám všem respondentům. Podle Vránové (2012) je v období relapsu zánětu u každého z pacientů nejdůležitější změnou ve stravování právě přechod na přísnou bezezbytkovou dietu. Pacientů byla také položena otázka, zda jim zasahuje onemocnění do běžného života. Lze tedy říct, že každý z oslovených respondentů je tímto onemocněním omezen v každodenním životě, ať už při výběru povolání, školy, při návštěvě veřejných akcí, při nákupu, dovolených, výletech či v možnosti věnovat se sportu. Jeden z respondentů se vyjádřil, že musel při diagnostice Crohnovy choroby dokonce přerušit studium maturitního ročníku a znovu jej opakovat. Respondentům byla pokládána i otázka, jakým způsobem byli informováni o dietním opatření ze strany zdravotnického personálu. Vránová popisuje, že po zjištění onemocnění představují první zdroj informací pro pacienta právě všeobecná sestra a lékař. Pokud je pacient dostatečně edukován o svém

onemocnění, může se aktivně zapojit do ošetrovatelského procesu společně se sestrou. Podstatné je, aby pacient dospěl ke změně životního stylu. Lékař spolu se sestrou musí pacientovi vysvětlit varovné příznaky nemoci a provést dostatečnou edukaci. Ve fázi ataky je třeba striktně pacientovi vysvětlit nutnost dodržování správného stravování. V období relapsu zánětu je nejnutnější změnou ve stravování přechod na přísnou bezsezbytkovou dietu u všech pacientů (Vránová, 2012). Z rozhovoru však vyplynulo, že pouze tři respondenti se cítí adekvátně informováni ze strany zdravotnického personálu. Pouze jeden z respondentů uvedl, že nebyl informován vůbec. Respondenti se vyjádřili, že byli informováni především o tom, co nemoc je, jaká obnáší rizika a o postupu další léčby. Většina z oslovených pacientů pronesla, že informace týkající se stravování dohledávala na internetových stránkách, v knihách nebo v periodikách. S jistotou lze také říci, že všichni respondenti dospěli ke změně životního stylu, jak zmiňuje právě Vránová.

Úkolem druhého výzkumného cíle bylo zjistit vliv výživy na průběh Crohnovy choroby. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka číslo 2: Jaký je projev zdravotních problémů při nedodržení dietního režimu? Z výsledků lze jednoznačně říct, že tvrzení respondentů se shodují s popisem Vlčka, který se týká obecných projevů, tedy: Je-li zasažena oblast spojení tenkého a tlustého střeva, onemocnění se často projevuje těžkými průjmy obvykle bez příměsí krve, břišním diskomfortem, kolikovitou bolestí v pravém podbříšku obvykle po jídle, subfebriliemi a únavou (Vlček, 2014). Každý z respondentů zmínil minimálně jeden z těchto projevů při nedodržení dietního režimu. Nejčastěji zmíněným projevem byl průjem, ten uvedli čtyři z dotazovaných pacientů, dále únava a křeče do břicha. K méně častým příznakům patří např. zvracení, kožní projevy, pálení očí, nafouklé břicho nebo pálení žáhy. Barnatová ve své práci tvrdí, že u pacientů s Crohnovou nemocí dodržuje 87 % z nich zásady dietního režimu, tzn., že tito pacienti považují dietu za důležitou součást léčby (Barnatová, 2014). Z tohoto výzkumu je jasné, že nedodržením dietního režimu (a následujícími projevy po jeho nedodržení) si prošli všichni dotazovaní respondenti. Důvodem je nejspíš fakt, že byli dotazováni respondenti s půl roku až rok diagnostikovanou Crohnovou chorobou, kteří mohou být stále ve fázi pokus - omyl. Ideálním postupem je podle Vlčka (2014) seznámení pacienta s vedením denního záznamu o jídle, který pacientům pomáhá zoptimalizovat jejich stravovací režim a vyřadit problematické potraviny. Respondentům byla také položena otázka týkající se omezení v zaměstnání, kdy bylo potřeba zjistit, zda respondenti můžou jíst, když zrovna potřebují. Z rozhovorů jednoznačně vyplynulo, že většina z respondentů si může stravování přizpůsobit v zaměstnání svým

potřebám, tedy udělají si pauzu na jídlo, kdy potřebují. Překvapivě pouze jeden respondent je omezen. Vyjádřil se, že jí, když je zrovna čas. Kohout ve své publikaci důrazně doporučuje jíst častěji a menší porce minimálně 5 - 6krát denně (Kohout, 2011).

Třetím výzkumným cílem bylo nutno ověřit, pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka číslo 3: Užívají pacienti naordinované medikamenty pravidelně? Bylo zjištěno, že pouze dva pacienti užívají naordinované medikamenty pravidelně, tak jak jim bylo řečeno. Vlček ve své publikaci uvedl: Z výzkumů provedených v gastroenterologických centrech po celé České republice vyplynulo, že pacienti samovolně vysazují léčbu, upravují si dávkování léku, zapomínají na dávky a neinformují lékaře v době výskytu nežádoucích účinků, což snižuje adherenci k léčbě (Vlček, 2014). Tento závěr byl jedním z respondentů zcela potvrzen. Jeden z respondentů se přiznal, že snižoval dávky léčiv a hledal jiné alternativy léčby, než byly doporučeny gastroenterologem. Zjišťován byl také druh užívaného medikamentu pacienty a doba užívání. V příbalovém letáku azathioprinu patřící do skupiny léčiv zvaných imunosupresiva bylo napsáno, že tablety se užívají při jídle a zapíjejí se sklenicí tekutiny (Anon, 2015). Z tohoto vyjádření a odpovědí respondentů vyplynulo, že jeden respondent tento medikament užívá chybně. Respondent se vyjádřil, že tento medikament užívá ráno před jídlem, přestože v příbalovém letáku je užívání doporučeno jinak. Respondenti byli také dotazováni, jak se zachovají, když si zapomenou vzít předepsanou dávku medikamentu. V příbalových letácích bylo jasně definováno správné užívání léčiv, tedy: pokud si zapomene pacient vzít dávku, měl by si ji vzít co nejdříve, jakmile si vzpomene. Vynechat ji je možné pouze v případě, pokud je již čas na další dávku. Je nutné upozornit pacienta, aby nezdvojnásoboval následující dávku ve snaze nahradit vynechanou dávku (Anon, 2016a). Dva z respondentů se zmínili, že dávku jednoduše vynechají, což je podle Anon (2016a) správné jednání, pokud se již blíží čas na další dávku. Jeden z respondentů odpověděl, že dávky zdvojnásobuje. Další otázka se týkala užívání doplňků stravy. Zde se samozřejmě odpovědi značně lišily. Je však překvapivé, že každý z respondentů užívá velké množství doplňků stravy. Mezi nejčastější užívané doplňky stravy patří např. minerály, vitamín D3, omega 3 nebo probiotika. Dva z respondentů preferují přírodní léčbu. Zmínili např. aloe vera, ostropestřec mariánský, rakytník, kyselinu hyaluronovou nebo bylinkové čaje.

Záměrem čtvrtého výzkumného cíle bylo zjistit změnu jídelních návyků kvůli medikamentům. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka číslo 4: Jakým způsobem byla potřeba změnit stravovací návyky kvůli příjmu medikamentů? Dva z respondentů odpověděli, že je nutné své stravovací návyky přizpůsobit tím, že začnete pořádně a pravidelně snídat. Mezi další způsoby změny stravování patří to, že pacienti musí jíst často, po menších porcích a pravidelně, jak vyplynulo z rozhovoru. Souhrnně lze říct, že stravovací návyky kvůli medikamentům museli změnit pouze dva respondenti. Dva respondenti jsou bez trvalé medikace a dva další se vyjádřili, že naopak nemuseli žádným způsobem měnit své stravovací návyky. Trvalá medikace je důležitá k potlačení nemoci, udržení remise a prevenci relapsu. Někteří z respondentů však léčbu i přes tuto informaci odmítají. Další otázka se týkala užívání medikamentů v návaznosti na stravu, tedy jestli se mají medikamenty brát před jídlem, během jídla nebo po něm. Toto považuje za důležité pouze jeden z dotazovaných respondentů, přestože v příbalových letácích je správné užívání medikamentů jasně definováno. Dva respondenti na tuto otázku odpověděli, že nevědí, z toho lze usuzovat, že pacienti nečtou příbalové letáky medikamentů, které užívají. Tito pacienti by měli být informováni také ze strany lékařů či lékárníků. Jeden z respondentů se vyjádřil, že medikamenty užívá intuitivně, jelikož nebyl nikým upozorněn, že by je měl brát jinak než je bere. Respondent 4 je aktuálně bez medikamentózní léčby, odpovídal však na všechny otázky týkající se medikamentů. V minulosti podstupoval rozsáhlou medikamentózní léčbu mesalazinem, azathioprinem a kortikoidy, jak uvedl, užíval i 28 tablet denně.

Respondenti byli také dotazováni, jakou léčbu právě užívají. Tato otázka však není zahrnuta ve výzkumných cílech. Dva respondenti jsou aktuálně bez medikamentózní léčby z důvodu jejího odmítnutí. Jeden z respondentů se vyjádřil, že po domluvě s gastroenterologem mu bylo dovoleno podstupovat pouze pravidelné kontroly. Další z respondentů, který je v remisi zmínil, že podstupuje pouze léčbu imunosupresivy, což jsou dle Červenkové léčiva užívající se k udržení remisního stavu nemoci (Červenková, 2009). U pacientů s těžkým průběhem onemocnění, kteří nereagují na úvodní léčbu kortikosteroidy a imunosupresivy vůbec, mají nízkou odezvu nebo nejsou vhodní pro chirurgickou léčbu, bývá podle Červenkové využívána biologická léčba (Červenková, 2009), což je případ druhého z respondentů. Vyjádřil se, že se nejdříve léčil v Anglii, kde mu byla diagnostikována ulcerózní kolitida; když se vrátil do České republiky, doktoři zjistili, že trpí Crohnovou chorobou. Zprvu byl léčen mesalazinem a kortikoidy, léčba však nepomáhala. Proto byla následně nasazena biologická léčba, kterou pacient podstupuje do teď. Poslední z respondentů je momentálně léčen kombinací biologické

léčby a imunosupresiv. Vyjádřil se, že biologickou léčbu v injekční formě aplikuje jednou týdně vždy večer a imunosupresivní léčbu tabletu ráno na lačno a večer po jídle.

5 Návrh doporučení pro praxi

Cílem bakalářské práce bylo především zmapovat problematiku výživy pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě a její vliv na celkový průběh choroby. Dále se práce zabývá problematikou změny jídelních návyků kvůli medikamentům a informovaností pacientů o dietním režimu ze strany personálu. Výsledky výzkumu ukázaly, že pacienti s Crohnovou chorobou nejsou po diagnostice jejich onemocnění dostatečně informováni o nutném dietetickém opatření. Z výzkumu také vyplynulo, že znalosti pacientů ohledně užívání medikamentů nejsou dostačující. Důvodem je často i fakt, že pacienti nečtou příbalové letáky medikamentů, které užívají – a tudíž nevědí, zda mají léky užívat před jídlem, během něj nebo po něm. Edukace o medikamentech a jejich užívání je kompetencí lékařů a lékárníků.

Řešením je seznámení sester s problematikou dietního režimu u pacientů s Crohnovou chorobou. Každému nově diagnostikovanému pacientovi by měla být doporučena konzultace s nutričním terapeutem. Pokud není v nemocničním zařízení tato profese zastoupena, měla by proběhnout konzultace o výživě s gastroenterologem nebo všeobecnou sestrou.

Jak již bylo zmíněno, velkým problémem je fakt, že pacienti mají možnost číst příbalové letáky medikamentů, které užívají, ale nedělají to. Jediným řešením opakované upozorňování pacienta lékařem. Výstupem bakalářské práce je článek s výsledky výzkumu připravený k publikaci v odborném periodiku (viz příloha H).

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem výživy u Crohnovy choroby z pohledu ošetřovatelství. Téma bylo vybráno pro svou aktuálnost, jelikož idiopatické střevní záněty, především Crohnova nemoc, jsou považovány za onemocnění dvacátého století. Práce obsahuje část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část práce se zabývá Crohnovou nemocí jako celkem, její etiologií, klinickými příznaky, diagnostikou a především dietním opatřením a léčbou. Cílem celé práce bylo zmapovat, jak pacienta s Crohnovou chorobou ovlivňuje samotná výživa v každodenním životě, jaký vliv má výživa na celkový průběh choroby a v jaké míře jsou pacienti ze strany personálu informováni o dietním režimu; dále též popsat problematiku změny jídelních návyků vlivem užívání předepsaných medikamentů. Teoretická část bakalářské práce se dále věnuje edukaci a ošetřovatelským specifikům u pacientů v remisi onemocnění, u pacientů v relapsu onemocnění a farmakoterapii z pohledu všeobecné sestry. Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativní. Sběr dat byl zprostředkován formou nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru. Byly vytvořeny čtyři výzkumné cíle, ke každému z cílů následně jedna otázka. Prvním výzkumným cílem bylo zjistit, **jak ovlivňuje samotná výživa pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě**. Výzkum ukázal, že každý z pacientů s Crohnovou chorobou je negativně ovlivněn v mnoha oblastech každodenního života, ať už se jedná o výživu, běžné denní činnosti, sport nebo zaměstnání. Zároveň, po shodě všech respondentů, z výzkumu vyplynulo, že po diagnostice onemocnění je naprostou nutností své jídelní návyky změnit. Druhý cíl práce zní, **zjistit vliv výživy na průběh Crohnovy choroby**. Výzkum odhalil, že projevy při nedodržení diety postihují každého z dotazovaných respondentů, nejčastějšími projevy bývá průjem, křeče do břicha a únava. Překvapivým zjištěním bylo, že pouze jednoho respondenta omezuje jeho povolání v potřebě stravování. Tedy, že nemá dostatek času na jídlo ve chvíli, kdy zrovna potřebuje. Třetím výzkumným cílem bylo **zjistit pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů**. Z výzkumu vyplynulo, že znalosti pacientů ohledně užívání medikamentů nejsou dostačující. Čtvrtý výzkumný cíl zní, **zjistit změnu jídelních návyků kvůli medikamentům**. Podle výzkumu považuje pouze jediný z respondentů za důležité to, zda medikamenty užívá před jídlem, během jídla nebo po jídle, přestože v příbalových letácích je správné užívání medikamentů jasně definováno. Z výzkumu tedy lze usuzovat, že pacienti mají možnost číst příbalové letáky medikamentů, které užívají, ale nevyužívají toho. Výstupem bakalářské práce je připravený článek k publikaci v odborném periodiku, který pojednává o edukaci

a ošetrovateľských špecifikách u pacientů s Crohnovou chorobou v remisi onemocnění, u pacientů v relapsu onemocnění a farmakoterapii z pohľadu všeobecnej sestry.

Seznam literatury

ALIX, Jean-Claude. 2016. *Jde o vaše střevo – Klíč k trvalému zdraví*. Liberec: Dialog. ISBN 978-80-7424-078-2.

ANON. 2015. *Azathioprin Medac 25 Mg Potahované Tablety* [příbalový leták]. Wedel: Medac, aktualiz. 2015-06-25. Dostupné také z: <https://pribalovy-letak.info/azathioprin-medac-25-mg-potahovane-tablety>

ANON. 2016a. *Prednison 20 Léčiva* [příbalový leták]. Praha: Zentiva, k.s, aktualiz. 2016-02-09. Dostupné také z: <https://pribalove-letaky.cz/prednison-20-leciva>

ANON. 2016b. *Sulfasalazin k-en tbl.ent.100X500MG* [příbalový leták]. Novo mesto: Krka, aktualiz. 2016-02. Dostupné také z: <https://www.lekarna-doktorka.cz/3838989503680-sulfasalazin-k-en-tbl-ent-100x500mg>

ANON. 2014. *Pentasa Sachet 2g granule s prodlouženým uvolňováním mesalazinum* [příbalový leták]. Jesenice u Prahy: Ferring-Léčiva, a.s., aktualiz. 2014-10-29. Dostupné také z: <http://www.ferring.cz/pil/pentasa-sachet-2-g-pil.pdf>

BERNATOVÁ, Hana. 2014. *Dietní systém pacientů s ulcerózní colitidou a Crohnovou chorobou*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra klinických a preklinických oborů. Dostupné také z: http://theses.cz/id/vdkbek/Bakalsk_prce_-_dietn_systm_pacient_s_ulcerzn_kolitidou_a_.pdf

BRODSKÁ, Helena. 2015. Laboratorní markery malnutrice, biochemické monitorování nemocného s umělou výživou. *Zdraví a medicína* [online]. 2015(1), 38-40. ISSN 2336-2987. Dostupné také z: https://zdravi.euro.cz/clanek/laboratorni-markery-malnutrice-biochemicke-monitorovani-nemocneho-s-umelou-vyzivou-477891?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz

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

DASTYCH, Milan. 2012. Entrální výživa v klinické praxi. *Interní medicína pro praxi* [online]. 14(4): 152–156. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/04/04.pdf>

DASTYCH, Milan a Michal ŠENKYŘÍK. 2012. Využití léčebné enterální výživy v gastroenterologii. *Acta Medicinea: vnitřní lékařství* [online]. 2012(5). ISSN 1805-398X. Dostupné také z: <http://www.avkv.cz/Novinky-a-aktuality/Novinky-a-aktuality/Vyuziti-lecebne-enteralni-vyzivy-v-gastroenterologii/7-L-36.article.aspx>

DERETIĆ, Danica. 2012. Crohnova choroba. *Váš poradce pro lidské zdraví >> Medixa.org* [online]. Chomutov: Medixa, aktualiz. 2012-04-14 [cit. 2018-06-29]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/crohnova-choroba>

DUDLEY, Marc et al. 2017. *ECCO EFCCA patient guidelines on Crohn's disease (CD), Czech*. Barcelona: ECCO, aktualiz. 2017-02. Dostupné také z: <https://www.ecco-ibd.eu/publications/ecco-efcca-patient-guidelines.html>

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-802-474-412-4.

KASPER, Heinrich. 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

KOHOUT, Pavel. 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-023-2.

KOHOUT, Pavel. 2011. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. 13(2), 122-127. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/vyziva-u-pacietu-s-idiopatickymi-strevnimi-zanety-457915>

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. 2012. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-0-8.

MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-802-475-376-8.

Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP - Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty. 2012. *Všechno co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat - II. díl* [online]. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty - Pacienti IBD, aktualiz. 2017-07-01 [cit. 2018-06-29]. ISBN 978-80-905120-2-3. Dostupné také z: https://www.crohn.cz/co5R1sdRB/uploads/2017/07/2.-dil_jednotlive_stranky_final.pdf

RAJESH, Arumgam a Rakesh SINHA, eds. 2015. *Crohn's disease: current concepts*. Cham: Springer. ISBN 978-3-319-01912-3. Dostupné také z: <http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-01913-0>

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry Úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠVÉDOVÁ, Zuzana. 2017. Jak se stravovat při Crohnově chorobě. *Informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny* >> *Celostní medicína.cz* [online]. Chrudim: Celostní medicína, aktualiz. 2017-04-24 [cit. 2018-06-29]. Dostupné také z: www.celostnimedicina.cz/jak-se-stravovat-pri-crohnove-chorobe.htm

VLČEK, Jiří et al. 2014. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada. ISBN 978-802-474-532-9.

VOJTĚCHOVÁ, Gabriela et al. 2013. Kapslová endoskopie trávicí trubice. *Lékařské listy* [online]. 2013(1), 14-16. ISSN 0044-1996. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/covers>

VRÁNOVÁ, Dagmar. 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-788-1.

VRZALOVÁ, Drahomíra et al. 2011. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. *Medicina pro praxi* [online]. 8(7-8), 337-338. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: https://www.solen.cz/artkey/med-201107-0008_Enterální_a_parenterální_vyživa_u_pacientu_s_nespecifickými_střevními_záněty.php

ZBOŘIL, Vladimír et al. 2016. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4035-8.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš. 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. ISBN 978-80-88129-03-5.

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky 1

Tabulka 2 - Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky 2

Tabulka 3 - Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky 3

Tabulka 4 - Analýza výzkumného cíle a výzkumné otázky 4

Seznam příloh

Příloha A	Nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor
Příloha B	Metoda tužka - papír
Příloha C	Respondent 1
Příloha D	Respondent 2
Příloha E	Respondent 3
Příloha F	Respondent 4
Příloha G	Respondent 5
Příloha H	Článek do odborného periodika

Příloha A – Nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor

- 1.) Jakým způsobem Vám onemocnění zasáhlo do osobního života?
- 2.) Jste nějakým způsobem omezen/á v práci co se týká jídla? (že potřebujete například jíst vícekrát denně, ale nedostanete na to prostor?)
- 3.) Jakým způsobem Vás zdravotnický personál informoval o vašem onemocnění z hlediska dietního opatření?
- 4.) Jak jste změnil/a svůj jídelníček po zjištění onemocnění?
- 5.) Jakým způsobem se u Vás projeví nedodržení dietního režimu?
- 6.) Jakou léčbu momentálně podstupujete?
- 7.) Uveďte prosím jaké léky nyní užíváte a jak je berete ?
- 8.) Užíváte naordinované medikamenty pravidelně ?
- 9.) Jak to děláte když si zapomenete vzít dávku?
- 10.) Je podstatné zda si Vaše medikamenty vezmete během jídla či nikoli?
- 11.) Musel/a jste nějakým způsobem změnit stravovací návyky kvůli medikamentům?
- 12.) Užíváte kromě předepsaných medikamentů i doplňky stravy?

2. Kategorie

Podkategorie 2 – Projevy nedodržení dietního režimu

Jakým způsobem se u Vás projeví nedodržení dietního režimu?

R1: Projeví se bolestí břicha, křečema i únavou hodně a střevníma potížema, takže musím hodně běhat na toaletu. Nic moc.

R2: Občas mám lehké křeče do břicha, jinak nemám žádné problémy.

R3: Projevuje se u mě různě. Někdy mě břicho jen pobolívá, někdy mám neuvěřitelné křeče, že si musím lehnout. Mám takovou úlevovou polohu, o které si myslím, že mi pomáhá, ale těžko říct. Většinou právě když mám ty šílené křeče tak chodím pak zvracet. Klidně šestkrát až desetkrát a pak to většinou přejde. Problémem pro mě je právě to, že po takové atace jsem šíleně unavená. Jště jsem chtěla něco říct. Jo a musím chodit často na záchod, ale to je u Crohna klasika.

R4: Nedodržení mé diety, i jen trošku, je každopádně průjem, pak také to zvracení, vždy únava, někdy kožní záležitosti, zanícená místa na kůži. A pálení očí také. Je to protivné.

R5: Pokud zhřeším tak si to užiju, je mi těžko od žaludku, pálí mě žáha, jsem nafouknutá, nebo mám průjem i několik dní. Tak ve směs jako ostaní. Nic extra.

Souhlasíte se zařazením do mého výzkumného šetření a s audionahrávkou rozhovoru ?

R1: Ano, souhlasím.

Jakým způsobem Vám onemocnění zasáhlo do osobního života?

R1: Zasáhlo mi velkým způsobem, protože jsem vlastně byl hodně zdravý člověk asi do svých 22 let. Byl jsem v cizině, hodně jsem cesoval, žil jsem v Austrálii dlouho na Zélandu a neměl jsem žádné potíže , vůbec nic. Pak jsem vlastně letěl na Maledivy z Austrálie kde jsem byl asi 3 týdny, tam jsem byl taky pořád v pořádku. Vrátil jsem se do Čech jenom navštívit rodiče. Po týdnu, po čtrnácti dnech jsem začal mít střevní potíže, takže jsem si říkal , že to bylo asi z toho cestování, jak jsem měnil časové pásmo o dvanáct hodin po několika letech. A do toho jsem se vracel do Londýna zpět, kde jsem měl byt a tam ty potíže vůbec neustupovaly. Tam jsem pracoval, bylo to horší a horší, intenzivnější a intenzivnější a asi zhruba po dvou měsících jsem začal mít i krev. Takže jakmile jsem měl krev jakmile jsem to zjistil tak jsem šel na vyšetření, akorát že ten NAG program v anglii je hrozně špatnej, to zdravotnictví je nic moc. Takže tam jsem třeba čekal dva měsíce na vyšetření, takže jsem se tam rozhodl po tomhle všem, že ten byt prodám a vrátím se zpátky do Čech kde jsem vyrůstal. Do svého rodiště, do Jánských lázní a čekal jsem nějakou změnu, že se aspoň trochu uklidním, protože jsem si hodně uvědomoval, že je to stresová nemoc. Do toho jsem měl známého náměstka na Bulovce v nemocnici v Praze, kde jsem vlastně odjel hned první týden co jsem se vrátil na vyšetření. Kde mi vlastně diagnostikovali Crohnovu chorobu, ale nebyli si úplně tak jistý, protože v anglii mi diagnostikovali Ulcerózní kolitidu, takže jsem to měl takový na hraně. Takže do teď vůbec nevědí co mám přesně. Takže jsme nasadili vlastně prášky, ještě zmíním s tou Anglií, tak tam vlastně mi nasadili asekol, ale neměl žádný efekt, takže to byl vlastně můj první medikament, který jsem bral a užíval na tu nemoc. Pak v Čechách vlastně mi nasadili taky asakol a do toho i prednison aby mi to uklidnili, což mi ty kortikoidy trochu pomohli, ale zase jsem měl jiný vedlejší potíže, který nebyly úplně super s tím, že sportuju tak to nebylo úplně nejlepší. Po nějaké době co mi ta jejich léčba nepomáhala, ty medikamenty vůbec nazabíraly, to jsme jich zkusili několik. Já jsem i rezignoval ohledně toho, protože už jsem je brát ani nechtěl, protože jsem v tom neviděl vůbec žádný význam tak mi nasadili první biologickou léčbu Humeru, což jsem si vlastně píchal perem do břicha a ta mi nepomáhala taky vůbec, to jsme asi po třech měsících vzdali s doktorem taky. Takže jsme vymysleli druhou biologickou léčbu a tím bylo

Infleximap a to byly vlastně infuze nitrožilně, takže jsem vlastně jezdil na infuze do Prahy, kde jsem vždycky seděl čtyři hodiny a prali to do mě. To mi taky vlastně nepomáhalo, bez výsledků, takže jsem vlastně vysadil a byl jsem zhruba asi tři, čtyři měsíce bez jakých koliv prášků a medikamentů a bylo mi líp paradoxně. A teďka momentálně jsem už asi čtyři týdny na nějaký nový léčeně a ta se jmenuje... to si teď asi nevzpomenu přesně, ale je to biologická léčba taky. První dávka byla zase na infuzích a teď další dávka bude po osmi týdnech a bude to zase jenom perem do břicha, což zatím nepocituju žádný efekt a asi to z toho zase nejspíš spadne, protože to ani brát nebudu necítím vůbec žádnou změnu. A život mi to zkomplikovalo úplně totálně všude že jo, protože jakýkoliv všední věci pro normálního člověka, jako jít do obchodu a jet někam na výlet nebo létat někam letadlem na dovolený a sportovat a dalších milion věcí jako jsou dám příklad kolektivní sporty. Protože já jsem hrál rugby hrozně dlouho v cizině a teďka hrát vlastně ani nemůžu kvůli tomu, protože vlastně při kolektivním sportu se ta hra nemůže stopnout když vám třeba není dobře a tak. Nemůžete odejít na toaletu. Takže jsem vlastně musel přestat sportovat tímhle způsobem a do toho říkám ty všední věci i celkově, že to zasahuje do života jako s prací, kdy je vlastně člověk unavený když vstává třeba v noci kvůli té nemoci a celkově má stres z toho, že třeba někde nejsou záchody. Musí to mít zmapovaný všechno aby neměl stres, což je nic moc. Takže si myslím, že jako do života tahle nemoc zasahuje úplně maximálně a ten člověk který to nemá tak asi nepocítí nebo si asi ani neuvědomí jaký to je.

Jste nějakým způsobem omezen/á v práci co se týká jídla? (že potřebujete například jíst víckrát denně, ale nedostanete na to prostor?)

R1: Omezenej nejsem v práci, protože pracuji jako wellness manažer a osobní trenér, takže si uzpůsobuju vlastně klienty i práci jak chci. Takže v tomhle tom mám dobrý prostor jíst jak chci.

Jakým způsobem Vás zdravotnický personál informoval o vašem onemocnění z hlediska dietního opatření?

R1: Tak v Londýně když mě to dignostikovali tak tam mě neinformovali vůbec, tam mě vlastně jenom oznámili, že mám ulcerózní kolitidu, ale že by mi řekli přesný informace co to přesně je nebo co to způsobuje nebo jak se to léčí tak to mi vlastně nenastínili. Proto jsem taky odletěl pryč zpátky do Čech, kde jsem vlasně začal tu léčbu v Praze. Tam mi pan doktor Pešta vlastně vysvětlil co to je ta nemoc. Taky to diagnostikoval jako Crohnovu chorobu spíš a informoval mě více méně dobře. A musím jako říct, že i ten zdravotnický persovál, sestřičky a vše okolo je fakt výborný.

A z hlediska té diety ? Říkali ti jakoby co by si měl a co by si neměl ?

R1: Z té diety mi vlastně říkali jenom, že je dobrá bezezbytková strava a málo vlákniny. Ale také řekli, že každý člověk si na to musí přijít sám, protože je to hrozně individuální. A já musím říct, že asi po třech letech stále nevím co je pro mě nejlepší a to jsem zkusil fakt hodně věcí.

Jak jste změnil/a svůj jídelníček po zjištění onemocnění?

R1: Změnil jsem se ho zásadním způsobem víceméně, ale i taky moc nezměnil, protože jsem žil zdravě. Více méně jsem jedl dobře, nejedl jsem žádný junk food a ostatní věci, ale vyřadil jsem rozhodně jako fast food a takové ty věci když člověk nestíhá nebo se někde zastaví, tak radši si to teďka odpustím. Jím fakt vážně co si uvařím sám. Taky i v restauracích si dávám dost pozor na to co mi dělají. Určitě se nehrnu do žádných omáček a třeba tak knedlíky s omáčkou jsem neměl třeba už tři roky od té doby co to mám. Takže teď momentálně žiju hodně na rýži a občas na bramborech a více méně hodně věcí na vodě.

Jakým způsobem se u Vás projeví nedodržení dietního režimu?

R1: Projeví se bolestí břicha, křečema i únavou hodně a střevníma potížema, takže musím hodně běhat na toaletu. Nic moc.

Jakou léčbu momentálně podstupujete?

R1: Momentálně podstupuju biologickou léčbu. Jak už jsem zmínil v první otázce, nevím přesný název, ale je to zase infuzema a po osmi týdnech je to perem pod kůží. Takže takhle.

Uveďte prosím jaké léky nyní užíváte a jak je berete ?

R1: Momentálně neužívám žádné léky ani nic neberu.

Užíváte naordinované medikamenty pravidelně ?

– Bez medikace

Jak to děláte když si zapomenete vzít dávku?

– Bez medikace

Je podstatné zda si Vaše medikamenty vezmete během jídla či nikoli?

– Bez medikace

Musel/a jste nějakým způsobem změnit stravovací návyky kvůli medikamentům?

– Bez medikace

Užíváte kromě předepsaných medikamentů i doplňky stravy?

R1: Užívám, vzhledem k tomu, že stále se snažím aktivně sportovat. Užívám minerály, vitamíny. Z minerálů hodně používám magnesium, hořčík, zinek pak používám multivitamin sportovní co se jmenuje Nexgempr. Což je dělaný v chalátových vazbách tudíž to moje tělo ztráví a tráví to hodně dobře, což mi hodně pomáhá ikdyž se cítím uvenej nebo když se snažím trochu uzdravit když jsem trochu nastydlejší mě tyhle věci hodně pomáhají. Pak používám ještě hodně Viredal potacium, což je odrůda taky hořčíku, což mi pomáhá s únavou. Do toho používám vitamín D3. Dost používám taky věci jako přímo na ty střeva jako jsou fénixovy slzy, což je jedna z věcí, která mi hodně pomohla když jsem nemohl spát, takže sem si to dal a spal jsem. Prospal jsem celou noc, což je super věc. Do toho taky hodně používám tuků jako je omega3 například nebo kokosový olej, MS tuky hodně. Více méně to je momentálně co teďka беру všechno, ale v minulosti jsem bral hodně věcí jako je třeba mumium, hodně těhletěch věcí na toho Crohna což mi jako moc nepomáhalo. Pak i hodně bylinek, to byla řimbaba, pak tam byly různé od pana Jukla od jednoho léčitele různé věci, což mi taky moc nepomáhaly. Byly tam nějaký přírodní antibiotika a do toho jsem zkoušel i hodně čajů a jeden čaj, který se mi osvědčuje je arjuvedský čaj na Crohna. Což si myslím si, že když člověk dává dobře tak mu to může hodně jakoby pomoci. Pak jsem zkoušel taky velkaku což je vlastně kůra líán z Peru, což je teda nechutný čaj, ale docela i to pomáhalo taky, než mi došel ale to je tak více méně to vše co jsem kdy zkoušel. A z vitamínů asi momentálně taky teďka co беру, ale pomáhá mi to dost. Myslím si, že bez vitamínů teďka když chce člověk sportovat a má tuhle nemoc to ani nejde.

Děkuji

Příloha D – Respondent 2

Souhlasíte se zařazením do mého výzkumného šetření a s audionahrávkou rozhovoru ?

R2: Ano.

Jakým způsobem Vám onemocnění zasáhlo do osobního života?

R2: Ze začátku hodně v náladě. Jsem byl takový hodně negativní a v takovém tom celkovém chování, v tom přístupu k práci, k životu a ve výsledku vlastně i ve sportu mě to omezovalo.

Jste nějakým způsobem omezen/á v práci co se týká jídla?

R2: V minulý práci i současný sem mohl jíst kdy chci co chci, takže mě to vůbec neomezovalo.

Jakým způsobem Vás zdravotnický personál informoval o vašem onemocnění z hlediska dietního opatření?

R2: Po zjištění onemocnění mě personál informoval co je vhodné a nevhodné konzumovat a více méně do nějakých detailů nebo tak co konzumovat jsme neprobírali.

Jak jste změnil/a svůj jídelníček po zjištění onemocnění?

R2: Dříve jsem jedl více méně co jsem chtěl a nehleděl jsem, jestli je to zdravé nebo nezdravé. Například fastfood, kola nebo tak, ale po zjištění nemoci jím více zdravě a víc se hlídám.

Jakým způsobem se u Vás projeví nedodržení dietního režimu?

R2: Občas mám lehké křeče do břicha, jinak nemám žádné problémy.

Jakou léčbu momentálně podstupujete?

R2: Momentálně mám můj zdravotní stav remisi, jestli se to takhle dá říct. A užívám akorát imuran.

Uveďte prosím jaké léky nyní užíváte a jak je berete ?

R2: Dříve jsem užíval pentasu a nyní užívám jen třikrát denně imuran. Tři tablety ráno.

Užíváte naordinované medikamenty pravidelně ?

R2: Ano, užívám.

Jak to děláte když si zapomenete vzít dávku?

R2: Většinou nezapomenu, ale když náhodou jo tak to neřeším a v ten den prostě dávku vynechám.

Je podstatné zda si Vaše medikamenty vezmete během jídla či nikoli?

R2: Neřeším to. Nevím to. Ráno si je vezmu na lačno.

Musel/a jste nějakým způsobem změnit stravovací návyky kvůli medikamentům?

R2: Nemusel jsem změnit nic.

Užíváte kromě předepsaných medikamentů i doplňky stravy?

R2: Občas užívám vitamín C, zinek, omegu 3, mastné kyseliny a ještě něco. No takové ty obecné vitamíny.

Dobře děkuju.

Souhlasíte se zařazením do mého výzkumného šetření a s audionahrávkou rozhovoru ?

R3: Ano, souhlasím.

Jakým způsobem Vám onemocnění zasáhlo do osobního života?

R3: Tak onemocnění mi zasáhlo do života dost a to v různých ohledech. Ať už ze strany práce a dříve školy, ze strany sportu i v osobním životě. No je to obtěžující. Musím přemýšlet dost dopředu. Připravuju si do práce výživná jídla, abych vydžela, jelikož jsem neustále unavená. Když chodím cvičit do posilovny tak mi tato nemoc dělá také problémy. Mám často nafouklé břicho, do toho ještě ta únava, takže v tom si myslím, že mám určitou nevýhodu. A nedej bože když s ním něco, co mi neudělá dobře. To jsem úplně nepoužitelná několik hodin. Ale nenaděláme nic.

Jste nějakým způsobem omezen/á v práci co se týká jídla?

R3: Určitým způsobem omezená jsem, jelikož dělám ve zdravotnictví a jak určitě víš tak se jí když je zrovna čas. Takže oběd mívám celkem pravidelně, ale jinak moc nestíhám. A je to pro mě celkem problém jak už jsem říkala s tou únavou. Navíc když jsem hladová, tak mě pak bolí dost břicho. Nejsem si pak ani jistá, jestli je to z hladu nebo od Crohna.

Jakým způsobem Vás zdravotnický personál informoval o vašem onemocnění z hlediska dietního opatření?

R3: Při diagnostice Crohnovy choroby mi bylo v podstatě sděleno minimum informací. Spíš z pohledu nemoci jako takové. O co se jedná, co budu podstupovat dál za vyšetření a tak normálka. Ale z hlediska dietního opatření nic moc. Dostala jsem nějakou brožuru myslím, ale vše jsem si načítala v knížkách a časopisech a zjišťovala více méně sama.

Jak jste změnil/a svůj jídelníček po zjištění onemocnění?

R3: Svůj jídelníček vlastně měním neustále do teď. Ale na začátku jsem ho změnila zásadně. Více méně jsem dodržovala bezezbytkovou dietu. Nejedly jsem skoro čerstvou zeleninu, třeba červená řepa mi dělala hrozný potíže a také vláknina třeba. Pomeranče nebo jablko se šlupkou moje střevo vůbec nezvládala, taky rýže mi dělala potíže. Pak když mi nasadili medikamenty tak se mi to celkem srovnalo a začala jsem jíst víc věcí než jen bílé pečivo a pomazánky, které

mi byly doporučené. Momentálně se snažím hlídat v tom co jím a neustále přicházím na nové věci, které mi nedělají dobře, ale na druhou stranu jak už jsem řekla jím mnohem víc věcí než po diagnostice Crohna. Dávám si pozor, abych vše pořádně kousala, vyhýbám se kávě a pítím, které obsahují bublinky. Toť asi vše.

Jakým způsobem se u Vás projeví nedodržení dietního režimu?

R3: Projevuje se u mě různě. Někdy mě břicho jen pobolívá, někdy mám neuvěřitelné křeče, že si musím lehnout. Mám takovou úlevovou polohu, o které si myslím, že mi pomáhá, ale těžko říct. Většinou právě když mám ty šílené křeče tak chodím pak zvracet. Klidně šestkrát až desetkrát a pak to většinou přejde. Problémem pro mě je právě to, že po takové atace jsem šíleně unavená. Ještě jsem chtěla něco říct. Jo a musím chodit často na záchod, ale to je u Crohna klasika.

Jakou léčbu momentálně podstupujete?

R3: Nyní podstupuju medikamentózní léčbu. Užívám pentázu a nějaké doplňky stravy. Dříve jsem do toho měla ještě prednison, ale nechtěla jsem ho užívat, takže jsem ho měla asi jen tři měsíce.

Uveďte prosím jaké léky nyní užíváte a jak je berete ?

R3: Momentálně užívám pouze pentasu. Beru dvě tablety ráno na lačno a dvě беру večer před spaním. Mají myslím gramáž 500mg. Ale je to pár měsíců, co mi můj gastroenterolog dávku takhle snížil. Předtím jsem brala ještě dvě tablety v době oběda.

Užíváte naordinované medikamenty pravidelně ?

R3: Ráno je většinou pravidelně užívám . Mám z toho už takový rituál, ale večer někdy zapomenou, ale stává se to opravdu minimálně. Spíš když jsem mimo dům. Když jedeme na nějakou akci nebo tak. Zapomínala jsem právě když jsem brala pentazu kolem toho oběda. To se mi stalo kolikrát, že jsem v tom frmolu vynechala.

Jak to děláte když si zapomenete vzít dávku?

R3: Když zapomenou, tak ji prostě vynechám.

Je podstatné zda si Vaše medikamenty vezmete během jídla či nikoli?

R3: Ráno mám pentásu brát na lačno a večer je to asi jedno. Ale nijak podrobněji jsem to nezjišťovala. Nevím.

Musel/a jste nějakým způsobem změnit stravovací návyky kvůli medikamentům?

R3: To jsem v podstatě nemusela vůbec. Ráno jsem snídala vždy, takže si vždy nejdříve zapiju léky a pak snídám. A odpoledne mě to už vůbec neomezuje.

Užíváte kromě předepsaných medikamentů i doplňky stravy?

R3: Užívám různé přírodní věci o kterých jsem se dočetla, že jsou dobré. Je to například aloe vera, které piju také ráno na lačno. Pak také různé oleje například ostropestřec mariánský. Dále rakytník, který obsahuje hodně vitamínu C. A taky glutamin, což je aminokyselina tuším.

Děkuji Vám.

Souhlasíte se zařazením do mého výzkumného šetření a s audionahrávkou rozhovoru ?

R4: Ano, souhlasím.

Jakým způsobem Vám onemocnění zasáhlo do osobního života?

R4: No do osobního života mi zasáhlo dost, musím říct. V 18 letech mi diagnostikovali Crohn, musela jsem pro dlouhodobou léčbu ukončit 4. maturitní ročník na střední škole a opakovat jej znovu. Což bylo nepříjemné.

Jste nějakým způsobem omezen/á v práci co se týká jídla?

R4: Člověk s Crohnem jako já potřebuje mít k dispozici stále toaletu, taky žádná velká fyzická ani psychická zátěž a tak . Jíst co 2 hodiny se dá vyřešit se smoothie. Dělam to tak každý den ve směs a velice mi to pomáhá, můžu jen doporučit. Dále bych chtěla říct, že jsem dokázala ve svém životě to, co jsem tolik chtěla a po čem jsem tolik toužila, něco přes rok už jsem vlastním pánem, dělám, to co mě baví, mám výtvarný atelier se soukromým kroužkem pro děti a jezdím tetovat do studia, takže ve své práci stres nezažívám ani nemám jiná omezení. A to je asi vše k téhle otázce.

Jakým způsobem Vás zdravotnický personál informoval o vašem onemocnění z hlediska dietního opatření?

R4: Nejsem si úplně tak jistá abych řekla pravdu, ale mám dojem, že mi v kostce povídali o dietních režimech, kterými se mám řídit, ale také hlavně to, že je tato nemoc u každého jiná. Že sama uvidím. Že si sama musím vychytat co jíst, co ne a naučit se s tím žít, aniž bych si ubližovala. Dále jsem dostala také kromě rad 2 knížečky o nemoci a recepty, to bylo fajn. Myslím, že jsem tehdy dostala adekvátní informace.

Jak jste změnil/a svůj jídelníček po zjištění onemocnění?

R4: V první řadě jsem musela přestat pít alkohol a kouřit, jelikož jsem byla šílená umprumačka a moje středoškolské období bylo naprosto nezdravé. Možná můžu říct, že to bylo podle mě strůjcem mé choroby, každopádně jsem s tím bojovala leta, ale už nekouřím a takřka nepiju alkohol, vůbec. Jsem v remisi. Co se týče jídelníčku, postupně jsem velmi omezila laktózu a tuk. To mě tehdy hodně rozbíjelo.

Jakým způsobem se u Vás projeví nedodržení dietního režimu?

R4: Nedodržení mé diety, i jen trošku, je každopádně průjem, pak také to zvracení, vždy únava, někdy kožní záležitosti, zanícená místa na kůži. A pálení očí také. Je to protivné.

Jakou léčbu momentálně podstupujete? (medikamentózní, biologická léčba)

R4: Momentálně jsem bez medikace, odmítla jsem se smířit s tím, že budu celý život na práškách, který mi nedělají dobře, taky jsem si nerozuměla se svým gastroenterologem. Loni jsem se rozhodla zaregistrovat u nového doktora, abych měla jistotu, že je vše v pořádku, ať jsem ve sledování a dopadlo to skvěle, doktor potvrdil, že jsem v pohodě, objednal mě na kontrolu za rok, na září tuším, to půjdu na endoskopii. Že jsem bez medikace mi schválil, není potřeba co léčit prý. A já jsem jediné ráda.

Uved'te prosím jaké léky nyní užíváte a jak je berete ? (Uved'te prosím zda je berete ráno na lačno nebo po jídle, kdy odpoledne a večer)

R4: Jsem bez medikace, ale byly doby, kdy jsem měla 28 prášků denně. Pentasa, imuran, ten vyměněn za azaprin, byla jsem z toho přecitlivělá, často jsem se rozbrečela, takový psycho stav. Ze začátku prednison, za půl roku jsem přibrala 10 kg, jen voda v těle. Vše po jídle no a jinak asi už nic.

Užíváte naordinované medikamenty pravidelně ?

R4: Tehdy jsem si kvůli těm depkám snižovala dávky azaprinu, ale aspoň mě to nakoplo se s tím nesmířit. Ty silné psychické nežádoucí účinky byly šílené a nepochopení doktora mě nakonec dovedlo k nedodržování pravidel a hledání jiných alternativ. Nebrala jsem vše jak jsem měla bohužel.

Jak to děláte když si zapomenete vzít dávku?

R4: To ne, to se mi nestávalo moc. To bylo výjimečně, spíš jen trochu opožděně, to jsem si to vzala a další dávku dala zase o trochu později a pak se to srovnalo.

Je podstatné zda si Vaše medikamenty vezmete během jídla či nikoli?

R4: Rozhodně to podstatné je. Je potřeba řídit se pravidly konzumace léků jakýchkoli podle mě. Já je brala jak mi bylo řečeno. Až na tu dobu kdy jsem naschvál něco vynechávala nebo snižovala dávky.

Musel/a jste nějakým způsobem změnit stravovací návyky kvůli medikamentům?

R4: To souvisí s nemocí, že musíte jíst hodně často a po troškách. Snídaně je první jídlo dne, člověk by si měl ze snídaně udělat radost. Někdy je to složité, třeba na dovči, když zrovna nechcete být v all inclusive vězení, ale všechno jde, když se chce.

Užíváte kromě předepsaných medikamentů i doplňky stravy?

R4: Jistě. Přejít na bylinky mě zachránilo. Když jsem tehdy na začátku při zánětu měla těžký bolesti, i 40x za den stavy bolesti tak velké, že mě to ochromovalo, to mi pak museli přes veškerou opravdu velkou a náročnou snahu v vzít 20 cm tlustého a 20 cm tenkého střeva, pomohla mi jako analgetikum marihuana, naprosto mě zklidnila, bolest mžikem nebyla. No a pak všemožné bylinkové čaje, začala jsem je doma studovat, sbírat a pak i sádit doma. Mám doma udělané své směsi na různé potíže. To právě je moje božská mana, bylinky. Taký tedy jím denně probiotika. No v dnešní době je to nejen pro nás s dg crohn nutné. Našla jsem si tak super doplňky stravy od jedné nejmenované firmy, zaprvé jsou čisté, certifikované v Kanadě, což je země, která má nejpřísnější kritéria pro bio věci na zeměkouli, pouze příroda a skvělá práce dobrých lidí, doporučuji. Pak také že jsou ty věci tekuté, luxus pro nás, hned se vstřebává, není potřeba zbytečných pojiv. Momentálně od nich užívám probiotika, alveo, což je tinktura z bylin, taková multifunkční a onyx, minerály, rybí tuk, kys. hyaluronová, vit. D3. Jsem hubená, mám 42kg, ale malá 154cm a mám dost málo tuku v těle, takže si vybírám doplňky stravy na míru.

Moc děkuji za rozhovor.

Souhlasíte se zařazením do mého výzkumného šetření a s audionahrávkou rozhovoru ?

R5: Jistě, souhlasím.

Jakým způsobem Vám onemocnění zasáhlo do osobního života?

R5: Crohnova choroba mě donutila změnit spoustu věcí. Například cestování, bydlíme na vesnici, do zaměstnání jsme jezdili vlakem jenže v současné době jezdím jen autem, abych s sebou mohla vozit věci na převlečení pro případ potřeby a cesta je pro mě rychlejší. Autobusem necestuji vůbec, protože tam není wc. Omezila jsem výlety s rodinou, miluji hrady a zámky jenomže vidina toho, že prohlídka trvá třeba hodinu, a já budu muset na wc, je pro mě strašná. Proto už nejedím, nebo na rodinu čekám venku a nechám si to vyprávět. Je to hold úděl. Omezila jsem všechny návštěvy u kamarádů, kamarádek a tak různě. U známých, abych nemusela neznalým vysvětlovat, proč nechci ochutnat nabízené pohoštění, nebo proč se jako první zajímám o to, kde mají toaletu, je mi to trapné, ale bez toho to nejde. Nakupovat jezdím jen do nákupních center, která mají wc, jako například Tesco, Kaufland nebo ten Albert. Musela jsem změnit koníčky i třeba. Z různých věcí tedy činností, které vyžadují pohyb jsem přešla spíše na klidnější aktivity, které mohu vykonávat třeba doma. Nerada chodím na akce, kde je hodně lidí, a tím i jistota front na wc, taneční zábavy, ohňostroje, trhy a podobně. Není to jednoduché se takhle přizpůsobovat a omezovat se, je to nepříjemné i pro moje děti. Docela tím trpím musím říct.

Jste nějakým způsobem omezen/á v práci co se týká jídla?

R5: Co se týče stravování nejsem nijak omezena, pracuji v kanceláři, tu mám celou sama pro sebe, takže paráda. Práci si časově organizuji podle toho, jak se cítím, mám i možnost pracovat z domova, takže tak. Takže tohle řešení práce je pro mě úplně nejlepší. Jídlo si nosím své, a jím podle toho, jak potřebuji v tomhle mám štěstí.

Jakým způsobem Vás zdravotnický personál informoval o vašem onemocnění z hlediska dietního opatření?

R5: Po oznámení diagnózy mě nikdo neinformoval, co můžu jíst. To vůbec. Prý to má každý individuální říkali v nemocnici. Informace jsem hledala sama na internetu, v knížkách a celkově

v různé literatuře. Chce to čas, já si postupem času metodou pokus – omyl vyzkoušela, co mi vyhovuje a které potraviny mi nedělají a které dělají dobře. Už tak nějak vím a řídím se tím.

Jak jste změnil/a svůj jídelníček po zjištění onemocnění?

R5: Přestala jsem jíst hovězí a vepřové maso, je mi po tom mase těžko. Zeleninu si většinou dusím taky ovoce jím jen dopoledne a v omezené míře. Nejím kořeněná jídla, nebo taky jídla která obsahují glutamáty. Z pečiva jím pouze rohlíky a housky, no to co je z bílé mouky a jeden den staré to musí být. Čerstvé mě nadýmá hrozně. Piju vše bez bublinek, ty mi taky nedělají dobře a co jsem se dočetla by se vůbec neměly. Nemůžu ovocné čaje taky džusy si musím ředit, protože mě jinak po nich zas pálí žába. Hodně jsem omezila mléčné výrobky a všechno sladké.

Jakým způsobem se u Vás projeví nedodržení dietního režimu?

R5: Pokud zhřeším tak si to užiju, je mi těžko od žaludku, pálí mě žába, jsem nafouknutá, nebo mám průjem i několik dní. Tak ve směs jako ostaní. Nic extra.

Jakou léčbu momentálně podstupujete? (medikamentózní, biologická léčba)

R5: Momentálně jsem na biologické léčbě .Plus užívám i imunosupresiva.

Uved'te prosím jaké léky nyní užíváte a jak je berete ? (Uved'te prosím zda je berete ráno na lačno nebo po jídle, kdy odpoledne a večer)

R5: No tak popořadě. Humira aplikuji 1x týdně večer, je to injekční roztok. A Imuran 150 mg ráno a večer dávám, ráno před jídlem, večer po jídle.

Užíváte naordinované medikamenty pravidelně?

R5: Ano, mám kvůli nim nařízeno upozornění na mobilu radši. Ale postupem času už si na to zvykám a asi bych si už i sama vždy vzpomněla. Ale jistota je jistota že jo.

Jak to děláte, když si zapomenete vzít dávku?

R5: Jak už jsem řekla, mám to upozornění a díky upozornění na mobilu se mi to nestává. Než jsem to však zavedla tak jsem si klidně vzala dvojitou . Hlavně abych za ten den vzala vše co jsem měla. Nebo jsem tu další dávku vzala taky později když to šlo. Dnes už se mi to nestane téměř nikdy.

Je podstatné zda si Vaše medikamenty vezmete během jídla či nikoli?

R5: Léky беру intuitivně, nikdo mě neupozornil na nic, že bych je měla užívat před nebo po jídle. Vyhovuje mi to tak, jak jsem uvedla. Před cestou do práce si vezmu doma léky, v kanceláři si udělám snídani a v klidu se najím. Předejdu tím riziku, že budu muset cestou do práce hledat toaletu . No a večer si беру léky těsně před spaním.

Musel/a jste nějakým způsobem změnit stravovací návyky kvůli medikamentům?

R5: Ano, začala jsem pravidelně snídat po 8 hodině, protože jinak jsem ani moc nesnídla. A snažím se taky dodržovat určitou pravidelnost v jídle i po zbytek dne.

Užíváte kromě předepsaných medikamentů i doplňky stravy? (a jaké)

R5: Pokud mám antibiotika, tak užívám probiotika, jinak více méně neužívám nic. Někdy vitamín c, ale jen v období chřipek.

Děkuji Vám za ochotu.

Výživa u Crohnovy choroby z pohledu ošetřovatelství. Co dělají pacienti nesprávně ?

Název bakalářské práce: Výživa u pacienta s Crohnovou chorobou z pohledu ošetřovatelství

Title: Nutrition in a Crohn's disease patient from the perspective of nursing

Institute: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Autoři

Autor: Denisa Vyšínová

Spoluautor: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Výsledky výzkumu ukázaly, že pacienti s Crohnovou chorobou nejsou po diagnostice jejich onemocnění dostatečně informováni o nutném dietetickém opatření. Důsledkem může být nepřítomnost nutričního terapeuta v nemocničním zařízení, neochota lékařů edukovat pacienta o nutričním opatření či nedostatečné seznámení sester s problematikou dietního režimu u pacientů s Crohnovou chorobou. Výzkumné šetření také ukázalo, že znalosti pacientů ohledně užívání medikamentů nejsou dostačující.

The results of the research showed that, following diagnosis, patients with Crohn's disease are not sufficiently informed about the necessary dietary measures. The implication could be the absence of nutritional therapists in hospitals, the reluctance of doctors to educate the patients about nutritional measures or the lack of awareness of diet issues for patients with Crohn's diseases within the nursing community. The research also showed that patients' knowledge regarding the use of medication was insufficient.

Klíčová slova: Crohnova nemoc, výživa, edukace, ošetřovatelství

Keywords: Crohn's disease, nutrition, education, nursing

Úvod

Nemoc pro člověka znamená zátěž, omezení a narušení průběhu života. Přijetí nemoci je náročný proces vyžadující trvalou změnu životního stylu v podobě režimového, léčebného a jídelního opatření, zvláště, jedná-li se o nemoci chronické. Pro úspěšné zvládání chronického onemocnění, v tomto případě Crohnovy choroby, jednoho z idiopatických střevních zánětů, je nejdůležitější aktivní přístup pacienta, kterého se zdravotnický personál snaží dosáhnout dostatečnou edukací (Vránová, 2013). Crohnova choroba může být diagnostikována v jakémkoliv věku. Nejčastěji se však projevuje mezi 20. a 35. rokem života. V České republice se odhaduje prevalence této choroby 20 - 30 pacientů na 100 000 obyvatel (Kohout, 2012). Důvodem nárůstu prevalence a incidence u idiopatických střevních zánětů je právě moderní životní styl (Kohout a Pavlíčková, 2011). Podle Bernatové jsou idiopatické střevní záněty, především Crohnova nemoc, považovány za onemocnění dvacátého století. Vyskytují se čím dál tím častěji a z tohoto důvodu je téma velice aktuální (Bernatová, 2014).

Metodika

Pro výzkum byla zvolena metoda kvalitativní. Sběr dat byl zprostředkován formou nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru. Byly vytvořeny čtyři výzkumné cíle, ke každému následovně jedna výzkumná otázka. Otázky pro respondenty byly formulovány na základě stanovených cílů a výzkumných otázek. Výzkum byl zaměřený na pacienty s Crohnovou chorobou, kterým byla diagnostikována tato nemoc v období půl až rok zpětně. Respondenti byli vybíráni namátkově. Celkem bylo získáno pět respondentů, s nimiž bylo usktečněno nahrávání rozhovoru. Tři z respondentů byli aktivně vyhledáváni a požádáni o schůzku a rozhovor přes internetovou skupinu sdružující pacienty s Crohnovou chorobou. Na další dva respondenty byl získán kontakt přes známé. Rozhovory byly pořizeny ve veřejných kavárnách. Respondentům bylo celkem položeno dvanáct otázek zjišťujících vliv výživy na průběh Crohnovy choroby, na jejich každodenní život, pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů a změny stravování týkající se užívaných medikamentů. Následně byla data zpracována pomocí metody tužka- papír podle vytvořených pěti kategorií. Do kategorií byly zařazeny všechny otázky obsažené v rozhovoru. Výsledky dat byly zpracovány dle jednotlivých kategorií do schémat.

Analýza šetření

Úkolem prvního výzkumného cílem bylo zjistit, jak ovlivňuje samotná výživa pacienta s Crohnovou chorobou v každodenním životě. Výzkum ukázal, že každý z pacientů s Crohnovou chorobou je negativně ovlivněn v mnoha oblastech každodenního života, ať už se jedná o výživu, běžné denní činnosti, sport nebo zaměstnání. Zároveň, po shodě všech respondentů, z výzkumu vyplynulo, že po diagnostice onemocnění je naprostou nutností své jídelní návyky změnit.

Druhý cíl práce zní, zjistit vliv výživy na průběh Crohnovy choroby. Výzkum odhalil, že projevy při nedodržení diety postihují každého z dotazovaných respondentů, nejčastějšími projevy bývá průjem, křeče do břicha a únava. Překvapivým zjištěním bylo, že pouze jednoho respondenta omezuje jeho povolání v potřebě stravování. Tedy, že nemá dostatek času na jídlo ve chvíli, kdy zrovna potřebuje.

Záměrem třetího výzkumného cílem bylo zjistit pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů. Z výzkumu vyplynulo, že znalosti pacientů ohledně užívání medikamentů nejsou dostačující. Bylo zjištěno, že pouze dva pacienti užívají naordinované medikamenty pravidelně, tak jak jim bylo řečeno. Vlček ve své publikaci uvedl: Z výzkumů provedených v gastroenterologických centrech po celé České republice vyplynulo, že pacienti samovolně vysazují léčbu, upravují si dávkování léku, zapomínají na dávky a neinformují lékaře v době výskytu nežádoucích účinků, což snižuje adherenci k léčbě (Vlček, 2014). Tento závěr byl jedním z respondentů zcela potvrzen. Jeden z respondentů se přiznal, že snižoval dávky léčiv a hledal jiné alternativy léčby, než byly doporučeny gastroenterologem.

Čtvrtý výzkumný cíl zní, zjistit změnu jídelních návyků kvůli medikamentům. Podle výzkumu považuje pouze jediný z respondentů za důležité to, zda medikamenty užívá před jídlem, během jídla nebo po jídle, přestože v příbalových letácích je správné užívání medikamentů jasně definováno. Z výzkumu tedy lze usuzovat, že pacienti nečtou příbalové letáky medikamentů, které užívají.

Diskuze

Nejprve byli respondenti dotazováni jak je ovlivňuje samotná výživa v každodenním životě. Všichni respondenti se shodli, že po diagnostice onemocnění museli bezprostředně změnit své jídelní návyky. Vlček tvrdí, že po stabilizaci stavu u Crohnovy choroby jsou naprosto nevhodná

kořeněná jídla, a naopak říká, že vhodná je konzumace bílého masa (např. ryb, drůbeže) nejlépe formou vaření ve vodě nebo v páře. Zelenina musí být prý vždy povařená a lze ji konzumovat pouze v malém množství (Vlček, 2014). Což je v souladu s výpovědí respondenta, který v rozhovoru potvrdil jeho tvrzení, když řekl, že přestal jíst vepřové a hovězí maso, jelikož mu je po něm těžko. Dále popsal, že zeleninu většinou dusí a konzumuje ji v omezené míře. Zarážející je, že pouze jeden respondent zmínil pojem bezezbytková strava, což je u výživy pacientů s Crohnovou nemocí klíčový pojem, který by měl být znám všem respondentům. Respondentům byla pokládána i otázka, jakým způsobem byli informováni o dietním opatření ze strany zdravotnického personálu. Vránová popisuje, že po zjištění onemocnění představují první zdroj informací pro pacienta právě všeobecná sestra a lékař. Z rozhovoru však vyplynulo, že pouze tři respondenti se cítí adekvátně informováni ze strany zdravotnického personálu. Pouze jeden z respondentů uvedl, že nebyl informován vůbec.

Dále byl zkoumán vliv výživy na průběh Crohnovy choroby. Z výsledků lze jednoznačně říct, že tvrzení respondentů se shodují s popisem Vlčka, který se týká obecných projevů, tedy: Je-li zasažena oblast spojení tenkého a tlustého střeva, onemocnění se často projevuje těžkými průjmy obvykle bez příměsí krve, břišním diskomfortem, kolikovitou bolestí v pravém podbřišku obvykle po jídle, subfebriliemi a únavou (Vlček, 2014). Každý z respondentů zmínil minimálně jeden z těchto projevů při nedodržení dietního režimu. Nejčastěji zmíněným projevem byl průjem, ten uvedli čtyři z dotazovaných pacientů, dále únava a křeče do břicha. Barnatová ve své práci tvrdí, že u pacientů s Crohnovou nemocí dodržuje 87 % z nich zásady dietního režimu, tzn., že tito pacienti považují dietu za důležitou součást léčby (Barnatová, 2014). Z tohoto výzkumu je jasné, že nedodržením dietního režimu (a následujícími projevy po jeho nedodržení) si prošli všichni dotazovaní respondenti. Důvodem je nejspíš fakt, že byli dotazováni respondenti s půl roku až rok diagnostikovanou Crohnovou chorobou, kteří mohou být stále ve fázi pokus - omyl.

Dále bylo nutné ověřit, pravidelnost užívání naordinovaných medikamentů. Bylo zjištěno, že pouze dva pacienti užívají naordinované medikamenty pravidelně, tak jak jim bylo řečeno. Vlček ve své publikaci uvedl: Z výzkumů provedených v gastroenterologických centrech po celé České republice vyplynulo, že pacienti samovolně vysazují léčbu, upravují si dávkování léku, zapomínají na dávky a neinformují lékaře v době výskytu nežádoucích účinků, což snižuje adherenci k léčbě (Vlček, 2014). Tento závěr byl jedním z respondentů zcela potvrzen.

Záměrem čtvrtého výzkumného cíle bylo zjistit změnu jídelních návyků kvůli medikamentům. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že je nutné své stravovací návyky přizpůsobit tím, že začnete pořádně a pravidelně snídat. Mezi další způsoby změny stravování patří to, že pacienti musí jíst často, po menších porcích a pravidelně, jak vyplynulo z rozhovoru. To, zda se léky berou před, během nebo jídle považuje za důležité pouze jeden z dotazovaných respondentů, přestože v příbalových letácích je správné užívání medikamentů jasně definováno. Dva respondenti na tuto otázku odpověděli, že nevědí, z toho lze usuzovat, že pacienti nečtou příbalové letáky medikamentů, které užívají. Pacienti mají možnost příbalové letáky číst, ale nedělají to.

Závěr

Cílem výzkumu bylo zmapovat, jak pacienta s Crohnovou chorobou ovlivňuje samotná výživa v každodenním životě, jaký vliv má výživa na celkový průběh choroby a v jaké míře jsou pacienti ze strany personálu informováni o dietním režimu; dále též popsat problematiku změny jídelních návyků vlivem užívání předepsaných medikamentů. Za prvé bylo zjištěno, že pacienti nejsou po diagnostice Crohnovy choroby dostatečně informováni o nutném dietetickém opatření. Řešením tohoto problému by mohlo být seznámení sester s problematikou dietního režimu u pacientů s Crohnovou chorobou. Každému nově diagnostikovanému pacientovi by měla být doporučena konzultace s nutričním terapeutem. Pokud není v nemocničním zařízení tato profese zastoupena, měla by proběhnout konzultace o výživě s gastroenterologem nebo všeobecnou sestrou. Za druhé výzkumné šetření ukázalo, že znalosti pacientů ohledně užívání medikamentů jsou nedostačující. Velkým problémem je fakt, že pacienti mají možnost číst příbalové letáky medikamentů, které užívají, ale nedělají to. Jediným možným řešením je opakované upozorňování pacienta lékařem či lékárníkem.

Seznam použité literatury

- BERNATOVÁ, Hana. 2014. *Dietní systém pacientů s ulcerózní colitidou a Crohnovou chorobou*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra klinických a preklinických oborů. Dostupné také z: http://theses.cz/id/vdkbek/Bakalsk_prce_-_dietn_systm_pacient_s_ulcerzn_kolitidou_a_.pdf
- KOHOUT, Pavel. 2011. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. 13(2), 122-127. ISSN 1212-4184.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. 2012. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-0-8.

VRÁNOVÁ, Dagmar. 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-788-1.

VLČEK, Jiří et al. 2014. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada. ISBN 978-802-474-532-9.