

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012
Bronislava Chvějová



Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Kvalita života nemocných s diagnózou Morbus Crohn

Quality of life of patients with a diagnosis Morbus Crohn

Bronislava Chvějová

Bakalářská práce
2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bronislava Chvějová**
Osobní číslo: **Z09000101**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Kvalita života nemocných s diagnózou Morbus Crohn**

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

Cíle výzkumu :

1. Zjistit zda-li nemoc Morbus Crohn výrazně ovlivní celkový životní styl nemocného
2. Zjistit zda-li se nemoc Morbus Crohn bude častěji vyskytovat mezi ženami nebo častěji mezi muži a jejich rozdíl ve vnímání nemoci
3. Zjistit, zda-li nemoc Morbus Crohn ovlivní výrazně rodinné, osobní či pracovní vztahy
4. Zjistí, zda-li se nemoc vyskytuje nejčastěji ve věku 20-29let

Teoretická východiska :

Bakalářská práce se bude skládat ze dvou částí - teoretické a praktické části.

V teoretické části bude zmíněna anatomie a fyziologie tlustého a tenkého střeva, definice Morbus Crohn, projevy, příčiny a léčba této choroby. V druhé části bude vyhodnocen dotazník a potvrzeny či vyvráceny hypotézy.

Výzkumné předpoklady :

1. Domnívám se, že nemoc Morbus Crohn výrazně ovlivní celkový životní styl nemocného-jeho pracovní uplatnění, volnočasové aktivity, sexuální a osobní život.
2. Domnívám se, že zvýšený výskyt nemoci Morbus Crohn bude u mužů než u žen a muži budou toto onemocnění vnímat citlivěji.
3. Předpokládám, že se nemoc Morbus Crohn bude zvýšeně vyskytovat u jedinců se zvýšenou stresovou zátěží.
4. Domnívám se, že u nemocných, kteří jsou plně pracovní vytížení budou největší obavy ze ztráty zaměstnání.
5. Předpokládám, že největší skupina s tímto onemocněním bude v rozmezí 20-29let.
6. Domnívám se, že po prvním objevení se příznaků onemocnění Morbus Crohn bude proveden první operační výkon do 5let.

Metoda :

kvantitativní, dotazníkové šetření

Technika :

formou dotazníku

Místo a čas výzkumu :

gastroenterologická poradna, chirurgické odd., interní gastroenterologické odd., známí, příbuzní

Vzorek :

vzorek respondentů budou tvořit nemocní v gastroenterologických poradnách, chirurgickém odd., interním gastro.odd., příbuzní známí s touto chorobou

Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek a 10 grafů

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ČERVENKOVÁ, R. spol. LUKÁŠ, M. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, 1.vyd. Praha : Galén, 2009 ISBN 978-80-7262-600-7

KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, 1.vyd. Praha: Forsapi 2006, 80 s. ISBN 80-903820-0-2

KLENER, P. et al. Vnitřní lékařství Druhé, doplněné vydání nakl. Galén a nakl. Karolinum 1991, 2001 ISBN 80-7262-101-7 (Galén) 949 s. ISBN 80-246-0273-3 (Karolinum)

LUKÁŠ, K. Idiopatické střevní záněty. 1.vyd. Praha : Triton, 1997. 175s. ISBN 80-85875-31-4

Elektronické zdroje

LUKÁŠ, M. Co je to Crohnova choroba a ulcerózní choroba. [online]

[cit.2011/03/27]. Dostupné z WWW: <www.crohn.ic.cz>

<http://www.crohnvanemoc.cz/zakladni-lecebne-metody/psychologicka-a-socialni-terapie.html> [cit.2011/03/25]. Dostupné z WWW:

www.crohnvanemoc.cz

LUKÁŠ, M., KOMÁREK, V. Střevní záněty. Dostupné na

WWW: www.strevni-zanety.cz/psychika-a-ibd [online].

Vedoucí bakalářské práce:

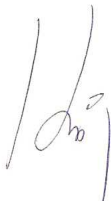
MUDr. Miroslav Baader

Ústav zdravotnických studií

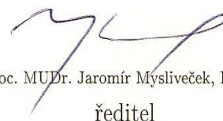
Datum zadání bakalářské práce: 15. září 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2012

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



V Liberci dne 30. listopadu 2010

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) 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 vědom(a) 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 vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 11.6. 2012

Podpis *Uryš Bronislava*

Děkuji **MUDr. Miroslavu Baaderovi** za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Bronislava Chvějová

Instituce: Technická univerzita v Liberci

Název práce: Kvalita života nemocných s diagnózou Morbus Crohn

Vedoucí práce: MUDr.Miroslav Baader

Počet stran: 72

Počet příloh: 12

Rok obhajoby: 2012

Souhrn :

Tématem této bakalářské práce je „Kvalita života nemocných s diagnózou Morbus Crohn“. Crohnova nemoc nebo též Morbus Crohn se řadí mezi nespecifické střevní záněty, neboli zánětlivá střevní onemocnění trávicí trubice, jejíž příčina není dosud známa. Výskyt tohoto onemocnění se zvyšuje a postihuje především mladší pacienty.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývá pojmy co je zdraví a nemoc, snaží se přiblížit různé pohledy na kvalitu života. V další kapitole práce seznamuje čtenáře s onemocněním Morbus Crohn, jeho projevy, komplikacemi, diagnostikou, léčbou a prognózou. V neposlední řadě je důležité neopomenout význam ošetrovatelské péče a uspokojení potřeb nemocného.

V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníků a zaznamenány do grafické podoby. Cílem výzkumné části bylo zjištění, zda-li onemocnění Morbus Crohn výrazně ovlivní dosavadní styl života nemocného, zda-li bude rozdílné vnímání nemoci u žen a u mužů, zda-li se onemocnění bude zvýšeně vyskytovat u jedinců se zvýšenou stresovou zátěží a z čeho má nemocný v průběhu nemoci největší obavy.

Na závěr práce je krátké zamýšlení nad výsledky a významem dotazníkového šetření.

Klíčová slova: Morbus Crohn, zdraví a nemoc, kvalita života, péče o nemocného, potřeby nemocného

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Bronislava Chvějová

Institution: Technical University of Liberec

Title: Quality of life of patients with a diagnosis Morbus Crohn

Supervisor: MUDr. Miroslav Baader

Pages: 72

Addenda: 12

Year: 2012

Summary:

The subject of this thesis is the „Quality of life the patients with a diagnosis Morbus Crohn“. The Crohn disease, also known as Morbus Crohn, belongs to the group of unspecific intestine inflammations or inflammatory bowel disease. The cause of the Crohn disease is not as yet known. The incidence of this disease increases, it affects primarily younger patients.

The thesis is divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical part deals with the terms health and illness, and presents various views of what should be understood as the „quality of life“. The following chapter introduces the reader to Morbus Crohn, its symptoms, complications, diagnostics, medical treatment and prognosis. Last, but not least, it deals with the importance of nursing and satisfying the patient's needs.

The practical part of the thesis evaluates, in a graphic form, results of questionnaires. The aim of the research was to find out whether or not the Morbus Crohn strongly influenced the style of the patient's everyday's life, if the disease differs according to the patient's sex, if the occurrence of the disease increases in people under stress and what the patients fear the most during the disease.

The thesis concludes by a short reflection on results and importance of the questionnaire research.

Key word: Morbus Crohn, health and illness, quality of life, care of the patient, needs of the patient

OBSAH.....	9
SEZNAM ZKRATEK.....	11
ÚVOD.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ZDRAVÍ A NEMOC	12
1.1 Členění nemocných dle druhu onemocnění	13
1.2 Prožívání nemoci v čase	14
1.3 Vztah mezi tělesnou a duševní stránkou nemoci	14
2 KVALITA ŽIVOTA	14
2.1 Přístupy k individuální kvalitě života v ošetřovatelství	15
2.2 Objektivní versus subjektivní kvalita života	16
2.3 Hodnocení kvality života v klinické praxi	16
2.4 Kvalita života a idiopatické střevní záněty	17
2.4.1 Faktory ovlivňující kvalitu života u nemocných s IBD	17
3 NEJČASTĚJŠÍ ZÁNĚTLIVÁ STŘEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	19
3.1 Idiopatické střevní záněty.....	19
3.2 Crohnova nemoc.....	20
3.2.1 Příznaky	20
3.2.2 Diagnostika Crohnovy nemoci.....	20
3.2.3 Léčba Crohnovy nemoci.....	22
3.2.4 Komplikace.....	25
3.2.5 Prognóza.....	26
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO	26
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	31

1 CÍLE, HYPOTÉZY A METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
1.1 Cíle výzkumného šetření.....	31
1.2 Stanovené hypotézy.....	31
1.3 Metodika výzkumného šetření.....	31
1.3.1 Výběr zkoumaného souboru respondentů.....	31
1.3.2 Použitá metoda výzkumného šetření	32
1.3.3 Zpracování výsledků výzkumného šetření	32
2 DISKUZE.....	48
3 ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM GRAFŮ.....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	59

Seznam použitých zkratk

ASCA – Anti *Saccharomyces cerevisiae* antibodies

ANCA – Anti neutrophil cytoplasmic antibodies

ALP – alkalická fosfatáza

CDAI – Crohn's disease activity index – index aktivity CN

CN – Crohnova nemoc

CRP – C reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

Fe – Ferrum - železo

GIT – gastrointestinální trakt

GMT – gama - glutamyltransferáza

IBD – Inflammatory Bowel Disease - idiopatické střevní záněty

KO – krevní obraz

RTG – rentgenové vyšetření

TNF – tumor nekrotizující faktor

UC – Ulcerózní kolitída

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

I Teoretická část

Úvod

Crohnova nemoc je řazena mezi tzv. nespecifické (idiopatické) střevní záněty. Jedná se o obtěžující chronické zánětlivé onemocnění s celou řadou komplikací, které může postihnout kteroukoliv část trávicího traktu. Příčina této nemoci není stále známa, její výskyt se stále zvyšuje a postihuje především mladší pacienty. Tím, že neznáme přesného vyvolavatele této nemoci, tím pádem je i její léčba komplikovaná a zdoluhavá.

Tato práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývá pojmy týkající se zdraví a nemoci; zároveň se snaží ukázat různé pohledy na kvalitu života pacientů. Další kapitola, blíže seznamuje čtenáře s Crohnovou nemocí a v neposlední řadě, připomíná, jak důležitý je význam ošetrovatelské péče a uspokojení potřeb nemocného.

V praktické části jsou vytyčeny cíle a výzkumné předpoklady. V další části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníků a zároveň zaznamenány do tabulek a grafické podoby.

Závěrem práce je krátké zamyšlení nad výsledky a významem dotazníkového šetření.

Můj výběr tohoto tématu byl ovlivněn přímým setkáním s těmito nemocnými, zajímavostí a neprobádaností tohoto onemocnění.

1 Zdraví a nemoc

Definování zdraví a nemoci je složitý a komplexní problém. **Zdraví** představuje v lidské společnosti tradičně jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou prakticky ve všech dobách a ve všech kulturách. V průběhu staletí se pojetí zdraví měnilo. I dnes se setkáváme s velice různorodým pojetím zdraví a to může být vnímáno v souvislosti se zdravím těla (fyzický stav člověka) nebo jako genetický předpoklad. Např. Křivohlavý definuje vztah zdraví a kvalitu zdraví ve spojitosti se spokojeností daného člověka s dosahováním cílů. „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Křivohlavý). Nejrozšířenější pojetí zdraví vychází z definice WHO 1947: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne

pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ V této definici je zdraví vymezeno třemi rovnocennými složkami – tělesnou, duševní a sociální.

Stejně tak jako zdraví má i **nemoc** několik definic. Slovo nemoc je definováno jako porucha zdraví. Nemoc je chápána jako stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to není dobré, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí.

Nemoc přináší potíže. Je pro většinu lidí náročnou životní situací, která je vnímána často jako obtížně zvládnutelná, někdy jako nezvládnutelná. Nemoc mění běžný způsob života, z velké části mění dosud navykklý denní stereotyp a denní program, na delší či kratší dobu omezuje člověka v jeho běžných zvyklostech. **Dochází tím k neuspokojení celé řady potřeb.**

1.1 Členění nemocných dle druhu onemocnění

Pro nemocného člověka je důležité, zda nemoc přichází z plného zdraví, jako **akutní forma** nebo jako **chronická forma** nebo, zda-li jde o osoby s **trvalým defektem** či s **velmi vážným onemocněním**. Ve všech těchto případech je důležité ovlivňovat psychický stav nemocného. Zdůraznit možnosti moderních léčebných metod, vytvořit prostředí důvěry a spolupráce a směřovat pacienta k cílům, které mají pro něho význam.

Chronická, dlouhodobá forma onemocnění, mezi které můžeme řadit i Crohnovu nemoc, trvá dlouho a často je problémem celoživotním. Mnohdy neznáme její začátek, ani konec. Prognóza je většinou nejistá. Chronické onemocnění je velkou zátěží pro nemocného, který se musí přizpůsobit novým podmínkám, často bývá depresivní, rezignuje, poddává se nemoci. Stejně problémy může prožívat i jeho nejbližší okolí.

1.2 Prožívání nemoci v čase

Nemoc jako obtížná životní situace pro člověka představuje zátěž v oblasti bio-psycho-sociální. Ošetřující personál by měl chápat, že každý jedinec je individualitou, má právo na své reakce a proto při ošetření je nutné přistupovat k různým jedincům různě, ale se stejným cílem.

Nemoc jako taková probíhá v různých fázích, ale i psychické prožívání nemoci se mění.

- **Premedicínská fáze** – je spojená s prvními příznaky a problémy organismu. Člověk je řeší samoléčbou, využívá rad známých, léčitelské techniky,...
- **Změna životního stereotypu** – vyvoláno onemocněním, které je spojeno s pracovní neschopností nebo hospitalizací
- **Aktivní adaptace** – přizpůsobení se nemoci a problémům s ní spojených a víru v rychlé uzdravení. Nemocný spolupracuje.
- **Psychická dekompenzace** – je závislá na průběhu onemocnění, na osobnosti nemocného.
- **Pasivní adaptace** – rezignace, nemocný se uzavírá do sebe, je mrzutý, nebojuje.

1.3 Vztah mezi tělesnou a duševní stránkou nemoci

Medicína a psychologie vycházejí z existence psychosomatické jednotky. Somatický stav ovlivňuje psychický stav a naopak. Každá choroba má svou psychickou a somatickou složku. Při tělesném onemocnění je dobré vědět, jak je daný jedinec psychicky odolný, jak je motivován k úzdavě a ke spolupráci s lékařem. Na druhé straně u každé duševní poruchy je důležité znát i tělesný stav, který může být zhoršen v důsledku psychické poruchy.(14)

2 Kvalita života

Problematika kvality života je zkoumaná v několika vědních oborech (v medicíně, ošetrovatelství, filozofii, sociologii,..). Co to vlastně je pojem kvalita života? Ve slovníku českého a slovenského jazyka je pojem kvalita vyjádřena jako jakost, hodnota.

Kvalita může být vyjádřena kvalitativními (vychází z hodnotového systému toho, kdo posuzuje) a kvantitativními (objektivními, měřitelnými) indikátory. Tím zahrnuje proces hodnocení. Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující lidského jednotlivce, osobu. Život jednotlivce zahrnuje všechny projevy, oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní, citový,...).Kromě života jednotlivce se může hodnotit i život skupiny, společnosti nebo populace (úroveň společnosti).

Běžně používaná slovní vyjádření – „jaký je to život“, „jak jde život“ – naznačují, že pojmem život vyjadřujeme, jak žijeme. Pojem kvalita života se v běžné komunikaci pojí s pozitivním vyjádřením pojmu kvalita (kvalitní = dobrý). Hodnocení, zda je, či není náš život kvalitní, je založené na porovnávání našeho života se žádoucí, očekávanou úrovní existence nebo se životem druhých lidí.

2.1 Přístupy k individuální kvalitě života v ošetrovatelství

Definování a měření kvality života v ošetrovatelství bylo ovlivněno přístupy psychologickými (subjektivní pohoda) a aplikačními medicínskými (související se zdravím).

Pohoda versus subjektivní pohoda se do popředí pozornosti dostává v souvislosti s rozvojem pozitivní psychologie a s jejím zaměřením na pozitivní aspekty (zkušenosti, osobnostní rysy) lidské existence. Jde o komplexní pojem, začleňující tělesnou, psycho – spirituální a sociální dimenzi života. V současnosti je výzkum pohody v psychologii zaměřený na dva hlavní přístupy – na štěstí, životní spokojenost a zažívání pozitivních emocí (zážitkový aspekt pohody) a na vývoj lidského potenciálu (smysl života, osobní růst).

Výzkum kvality života byl v rámci **systému zdravotní péče** iniciován v sedmdesátých letech 20. století. Dochází k odklonu od zaměření na chorobu a k důrazu na subjektivní prožívání pacienta, od prodloužení délky života ke zlepšení jeho kvality, od symptomatiky k běžnému dennímu fungování pacienta.

Souhrnně se dá říci, že definice kvality života v ošetrovatelství mají následující společné znaky:

- Kladou důraz na kognitivní aspekt, hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivní vnímání
- Definují kvalitu života ve významu celkové životní spokojenosti, pohody a nikoliv zdraví
- Nekladou důraz na vymezení hranic zdravím
- Kladou důraz na subjektivnost
- Je kulturně podmíněná
- Zaměřuje se na negativní, ale také pozitivní aspekty dopadu onemocnění

2.2 Objektivní versus subjektivní kvalita života

Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních požadavků života, fyzického zdraví jednotlivce. Subjektivní kvalita života se týká jeho subjektivní pohody a spokojenosti se životem, ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec.

Vzájemný vztah objektivní a subjektivní kvality života vystihuje matice, kterou navrhl Zapf (1984). Autor v ní uvádí čtyři koncepty – adaptaci, deprivaci, pohodu a disonanci (nesoulad). Adaptace představuje výsledek kombinace nepříznivých životních podmínek a jejich pozitivní hodnocení. Opakem je deprivace. Pohoda je výsledkem kombinace dobrých životních podmínek a jejich pozitivní hodnocení. Opakem je disonance – dilema nespokojeného života. (5)

2.3 Hodnocení kvality života v klinické praxi

Hodnocení kvality života v klinické praxi vystupuje do popředí u pacientů s chronickými, nevyléčitelnými chorobami. Jde především o onemocnění, která se pojí s příznaky jako jsou – nevyléčitelné, progredující často invalidizující, vyžadující celoživotní režimová opatření, omezující v běžných, každodenních aktivitách.

Dopad onemocnění na kvalitu života významně ovlivňují tyto faktory:

- Pacient musí nemoc zařadit do svého života změnou životních návyků a chování
- Celoživotním charakterem léčby
- Nejasnost prognózy
- Vědomí komplikací a akutních stavů

Kvalita života u těchto pacientů je závislá na intenzitě a trvání symptomů onemocnění. Rovněž je významně ovlivněna psychickými a sociálními faktory (sociální opora, aktuální psychický stav,...).

Kvalita života představuje dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče v oblasti zvyšování kvality života by se měla zaměřovat nejen na fyzickou stránku, ale především na návrat pacientů do běžného života, zvládnutí denních aktivit, ... Zjištění vnímání vlivu onemocnění na život pacient může být startem pro naplánování potřebných intervencí. Výsledky výzkumů mohou lépe pochopit, jak se nemoc a jeho léčba promítá do každodenního života pacienta, porozumět jeho preferencím, očekáváním, požadavkům v souvislosti s nemocí. (5)

2.4 Kvalita života a idiopatické střevní záněty

Nemocní s idiopatickými střevními záněty se potýkají s mnoha problémy, které ovlivňují jejich kvalitu života. Pro Crohnovu nemoc je typický chronický průběh s akutními exacerbacemi, během kterých může nemocný trpět bolestmi břicha, průjmy, ztrátou váhy, teplotami a rektálním krvácením. Chronický průběh vyžaduje terapii v době akutní exacerbace zánětu i udržovací léčbu v období remise onemocnění. Pro měření kvality života se u těchto pacientů nejvíce používá nejznámější specifický dotazník Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBQD).

Faktory, které ovlivňují kvalitu života se rozdělují na faktory se vztahem ke Crohnově chorobě nebo na faktory bez vztahu ke Crohnově chorobě. (15)

2.4.1 Faktory ovlivňující kvalitu života u nemocných s IBD

Faktory se vztahem k IBD

Vliv aktivity nemoci na kvalitu života

Kvalita života je závislá na aktivitě nemoci. K hodnocení se využívá celá řada indexů. Nejvíce je užívaný index CDAI.

Vliv klasifikace Crohnovy nemoci dle fenotypu na kvalitu života

Nejlepší klasifikace Crohnovy nemoci by byla klasifikace etiologická. Původ nemoci však není vysvětlen, proto se hledají odpovědi na otázky vyššího výskytu u různých ras, rodinného výskytu, zvýšeného výskytu u dvojčat. Hledají se vztahy mezi genotypem a fenotypem Crohnovy nemoci. Bylo vytvořeno několik klasifikací. První klasifikace byla vytvořena na lokalizaci nemoci. Greenstein et al. rozdělil pacienty podle indikace k operaci – perforující a neperforující. Římská klasifikace představuje kombinaci rozsahu nemoci a chirurgické anamnézy. Vídeňská klasifikace Crohnovy nemoci byla uvedena na kongresu ve Vídni v roce 1998. Nemocní jsou děleni dle věku v době diagnózy, lokalizace nemoci a chování nemoci.

Vliv léčby na kvalitu života – konzervativní léčba

Z pohledu léčby na hodnocení kvality života jsou důležité její efekty i nežádoucí účinky. Různé studie došly k závěru, že měření kvality života by pomohlo nalézt optimální dávkování léku.

Vliv léčby na kvalitu života – chirurgická léčba

Celkem 50 – 74 % nemocných s Crohnovou nemocí vyžadují alespoň jeden chirurgický zákrok během života, chirurgické výkony jsou resekční a strikturoplastiky. Byla prokázána vyšší kvalita života po chirurgických výkonech.

Kvalita života nemocných s Crohnovou chorobou a stomií

Nemocní mají z ileostomie obavy. Ve studii Carlssona měli nemocní s ileostomií nižší kvalitu života, největší zhoršení bylo prokázáno v oblasti intimity, zhoršena byla také oblast vitality.

Faktory bez vztahu k IBD

Vliv věku na kvalitu života

Věk je významný faktor, který může ovlivňovat kvalitu života. V adolescentním věku se může zhoršit vnímání nemoci, vlastního image a hledání identity. U starších nemocných může ovlivnit kvalitu života nedostatek sociální podpory, existuje i vztah mezi komorbiditou a konečnou kvalitou života.

Vliv pohlaví na kvalitu života

V řadě studií bylo prokázáno různé vnímání choroby mezi muži a ženami. U mladších žen s Crohnovou nemocí byla dle studií prokázána nižší kvalita života. Hlavní roli zde sehrávají psychologické faktory, větší vnímání nemoci a obavy. Ženy vnímají své příznaky jako těžší.

Vliv vzdělání a sociálně ekonomický stav na kvalitu života

Nemocní s nižším stupněm vzdělání mohou mít horší přístup k lékařské péči. Vyskytuje-li se nemoc v mladším věku může ovlivnit přístup ke vzdělání a dosažení plného vzdělání.

Vliv edukace na kvalitu života

Celá řada studií, zabývajících se vlivem edukace na kvalitu života, neshledala pozitivní vliv edukace na další kvalitu života.

Vliv psychického stavu a deprese na kvalitu života

Všichni nemocní trpící obavami, depresí nebo obojím mají nižší kvalitu života. Depresivní nálady mají velmi negativní vliv na průběh a tíži nemoci. (15)

3 Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění

3.1 Idiopatické střevní záněty

Byly dříve označovány v českém písemnictví jako nespecifické střevní záněty. Jde o chronické, při současných léčebných možnostech celoživotní, zánětlivé střevní onemocnění neinfekčního a dosud ne zcela vyjasněného původu.

Patří k nim dvě onemocnění: ulcerózní kolitida (UC) a Crohnova nemoc (CN). UC byla popsána poprvé Američanem Wilksem již v roce 1859, CN je mladší a první práci o této nemoci uveřejnil v roce 1932 C.C.Crohn, podle kterého choroba obdržela jméno. V posledních desetiletích se objevily poznatky, které vysvětlují, že původ obou nemocí je výslednicí interakce (vzájemného vlivu) mezi genetickou dispozicí a zevními faktory, především vlivem mikrobiálního osídlení trávicího traktu. Pokud zánět postihuje pouze tračník (tlusté střevo), může nastat situace, kdy přes využití veškerých moderních dia-

agnostických postupů není možné 100% rozlišit, zda se jedná o CN či UC. V takových případech se můžete setkat s názvem indeterminovaná kolitida.¹

3.2 Crohnova nemoc

Crohnova choroba je charakteristická těmito rysy :

Může postihnout jakoukoliv část trávicí trubice. Nejčastěji postižená je část přechodu tenkého a tlustého střeva tzv. oblast ileocekální,² následuje postižení tlustého střeva, tenkého střeva, oblast konečníku a nejméně častou oblastí postižení je jícen – žaludek – dvanácterník (0,5 – 2 %). Oblasti postižení se mohou měnit a to tak, že v původní oblasti může zcela zánět vyhasnout a objevit se zcela v jiné oblasti.

Onemocnění postihuje trávicí trubici nesouvisle, zcela zdravé úseky sousedí s postiženými

Zánět postihuje celou střevní stěnu – sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a serózu, povrchový kryt trávicí trubice. Toto vše je důvodem toho proč má tato choroba sklon k lokálním komplikacím mezi něž patří píštěle, abscesy nebo stenózy.

Crohnova nemoc je nejčastěji diagnostikována v období dospívání a v dospělosti ,stejněměrně u obou pohlaví tj. mezi 18.– 30. rokem života, ale vyskytnout se mohou kdykoli během života.

Choroba má celosvětovou incidenci 4 – 9 pacientů/1000000 obyvatel/rok. Nejvyšší je přitom v USA, u nás dosahuje 1,6 – 2,0 pacientů/100000 obyvatel/rok.(17)

Příznaky

Bolest břicha a to nejčastěji v pravém podbřišku, průjemovité stolice většinou bez příměsi krve, teplota do 38°C a úbytek tělesné hmotnosti. Náhlý začátek nemoci může připomínat zánět slepého střeva. Prvním příznakem může být až střevní neprůchodnost, při postižení velkého úseku střeva těžká podvýživa, případně i mimostřevní příznaky.

Diagnostika Crohnovy nemoci

Důležitou součástí správné diagnostiky tohoto onemocnění je **diagnostický algoritmus**. Je to pozitivní seznam vhodných vyšetření, která by měla být provedena při dia-

¹ Viz. Obrázek č.1, č. 2

² Viz. Obrázek č.3

gnostice. Vyšetření je koncipováno tak, aby bylo možné stanovit diagnózu, lokalizaci a laboratorní parametry umožňující STANOVIT INDEX AKTIVITY Crohnovy nemoci podle Besta (CDAI) a endoskopickou klasifikaci podle Backstona.³

Doporučený diagnostický postup zahrnuje:

1. Anamnézu
2. Fyzikální vyšetření
3. Biochemické vyšetření
4. Morfologické vyšetření
5. Pomocná vyšetření
6. Diagnostický závěr

1. Anamnéza

Rodinný výskyt crohnovy nemoci, colitis ulcerosa, celiakie a autoimunitních onemocnění
Předchorobí: kouření, užívání léků, dietní návyky, hormonální antikoncepce, radioterapie, chemoterapie

Nynější onemocnění: počátek prvních příznaků, přehled dosavadních vyšetření, datace stanovení diagnózy, přehled dosavadní terapie

2. Fyzikální vyšetření

Váha, výška, orientační zhodnocení stavu výživy, přítomnost rezistence v břiše, přítomnost perianálních afekcí, nález na mimobřišních orgánech

3. Biochemická vyšetření

Ke stanovení diagnózy – imunologické vyšetření – protilátky: ASCA (Anti - Saccharomyces cerevisiae antibodies – pивní kvasinka), ANCA (Perinukleární antinutrophil cytoplasmic antibodies), bakteriologické vyšetření stolice na Yersinia enterocolitica a pseudotuberculosis, Campylobacter jejuni, Salmonella enteritidis, parazitologické vyšetření stolice.

Ke zjištění aktivity onemocnění – FW, KO, CRP

Ke zjištění komplikací – ALP, GMT, prealbumin, celková bílkovina, cholesterol, Fe, urea, kreatinin, moč chemicky a sediment. Kultivační vyšetření moče.

4. Zobrazovací vyšetření

Endoskopie

- a) Kolonoskopie + histologické vyšetření biopsických vzorků postižené i normální sliznice

³ Viz. Obrázek č.9

- b) Gastroskopie + histologie
- c) Enteroskopie
- d) Endosonografické vyšetření

Endoskopická klasifikace Crohnovy nemoci dle Blackstona

Histologické vyšetření – je nezbytnou součástí základní diagnostiky při endoskopii.

Radiodiagnostické metody

- a) Enteroklýza – k posouzení rozsahu postižení tenkého střeva a méně pokročilých slizničních změn
- b) Rtg žaludku a pasáž tenkým střevem – k posouzení postižení žaludku a duodena, zhodnocení stenozujícího procesu na proximálním tenkém střevě
- c) Irrigografie
- d) Fistulografie
- e) Nativní snímek břicha
- f) Ultrasonografie
- g) CT vyšetření

Pomocná vyšetření – vhodné pouze při klinickém podezření na mimostřevní komplikace (oční vyšetření, kožní vyšetření, revmatologické vyšetření, pneumologické vyšetření,...).

Diagnostický závěr – měl by zahrnovat diagnózu, klasifikaci Crohnovy nemoci, lokalizaci, aktivitu

- a) Crohnova nemoc klasifikace
- b) Lokalizace (jícen, žaludek, ileocekální forma, ileokolitida,...)
- c) Aktivita (vyjádřena dle klinických známek aktivity empiricky – lehká, střední, vysoká nebo pomocí indexů)
- d) Komplikace (krvácení, perforace, striktury,...)

Léčba Crohnovy nemoci

Po stanovení diagnostického závěru se začne s cílenou léčbou Crohnovy nemoci (pyramida terapeutických postupů idiopatických střevních onemocnění).⁴

Protizánětlivé léky

⁴ Viz. Obrázek č.4

Mírnější formy Crohnovy choroby mají dobrou odezvu na nasazení 5-aminosalicylátů.⁵ Deriváty 5-ASA jako mesalazin, mesalamin a sulfasalazin poskytují dobré protizánětlivé účinky na zánětlivou tkáň. Aminosalicyláty mají rozmanité protizánětlivé účinky, které jsou cílené a ne systémové. Mají schopnost zabránit tvorbě volných kyslíkových radikálů. Přípravky obsahující sulfasalazin a 5-ASA omezují funkce lymfocytů a monocytů.

Antibiotika

Při léčbě Crohnovy nemoci jsou antibiotika používána, přestože nebyl doposud rozpoznán žádný mikrobiologický jev se specifickým faktorem. Mezi nejčastěji používaná antibiotika patří Metronidazol.

Léky na bázi steroidů

Adenokortikosteroidy (např. prednison) v kombinaci s protizánětlivými léky (sulfasalazin, mesalamin) zlepšují symptomy Crohnovy choroby u cca. 75% pacientů, kteří začnou být léčeni během 4-5ti let nekomplikovaného průběhu onemocnění nebo u stavů postresekčních recidiv.

Léčba kortikosteroidy je nedílnou součástí terapie při středně až těžších formách Crohnovy nemoci. Významnou výhodou této terapie je schopnost zasáhnout všechny postižené části.⁶

Léčba pomocí imunomodulátorů

Principem léčby je pokus změnit imunitní odpověď inhibicí přirozeného zabijáka buněčné aktivity a potlačení „T- cell“ funkce. Tato terapie se ukazuje být účinnější než léčba steroidy, především při terapiích udržovacích a je obvykle dobře snášena. Do této skupiny patří Azathioprin a 6-mercaptopurin. Mezi další silný „T- cell“ inhibitor patří cyklosporin, s charakteristickým rychlým nástupem účinku. Je úspěšně používán u pacientů nereagujících na léčbu steroidy a při komplikovanějších fistulujících stavech Crohnovy nemoci.

Biologická léčba

U pacientů kortikodependentních a kortikorezistentních s Crohnovou nemocí, zvláště, kdy selhala imunosupresivní léčba je možné využít protilátky proti cytokinům. Infliximab (Remicade), byl připravený jako chemická protilátka proti TNF, potlačení apoptózy T- lymfocytů.. Tato protilátka je tvořena z 90% lidskou a 10% myší bílkovinou. Druhý preparát Adalimumab (Humira) je plně humanizovaný.

⁵ Viz. Obrázek č.5

⁶ Viz. Obrázek č.6

Dietní opatření

Pro pacienty v akutní fázi Crohnovy nemoci je třeba dodržovat specifické dietní postupy. Mezi prvotní patří přijímat potravu složenou z jednoduchých cukrů a aminokyselin, které nevyžadují trávení. Tím se poskytne dočasná úleva pro GIT a čas pro lékařskou terapii. Využívá se enterální nebo parenterální nutrice. Pro úplnou parenterální výživu jsou následující indikace: - těžká akutní exacerbace, píštěle mezi jednotlivými částmi GIT, subileosní a ileozní stavy, těžké poruchy výživy .

V období remise není potřeba zásadních dietních opatření. Dieta by měla být nedráždivá, šetřící, dostatečně kaloricky výživná a vyvážená s dostatkem vitamínů. Nutný je individuální přístup a to dle snášenlivosti jednotlivých pokrmů. (8)

Psychoterapie

Na otázku, zda mohou psychické problémy ovlivnit průběh onemocnění, částečně odpovídá skutečnost, že existuje osa mezi mozkem a imunitním systémem. Stres tak může ovlivňovat míru imunitní reakce, může vyvolat akutní vzplanutí nemoci či naopak způsobit hlubokou imunosupresi. U pacientů je někdy potřeba pomoci psychickému zklidnění uklidňujícími léky – sedativy (8).

Chirurgická léčba

Pokud selhala konzervativní terapie či v případě akutních či dlouhodobých komplikací nemoci se využívá chirurgická léčba.

Indikace k urgentnímu výkonu jsou: krvácení ze střeva, ileus, zánět pobřišnice, těžký akutní zánět se septickým stavem.

Indikace k plánovanému výkonu jsou: výrazné zúžení střevního průsvitu, píštěle mezi střevními kličkami či mezi kličkami střeva a jinými orgány (kůží), selhání a komplikace konzervativní terapie, močové komplikace, karcinom a prekarcinózní stavy, projevy malnutrice.

Pokud lékař přistoupí k chirurgickému řešení onemocnění, měl by být tento výkon co nejšetrnější se zachováním co největší funkční části střeva.

Jsou možné dvě metody chirurgického řešení tohoto onemocnění při postihnutí tenkého střeva a ileocekální oblasti⁷:

- resekční řešení – odstranění úseku střeva, který je evidentně postižený zánětem.
- strikturoplastika – při tomto výkonu se neresekuje střevo, ale pouze se upravuje zúžené postižení.

⁷ Viz. Obrázek č.7

Operace při postižení tlustého střeva:

- o subtotální kolektomie
- o proktokolektomie

Operace při onemocnění rekta a análního kanálu:

- o incize abscesů
- o dilatace análního kanálu
- o založení kolostomie
- o drénování

Složitost léčby této nemoci vyjádřil anglický chirurg Alexandr Wiliams slovy: „ *V léčbě Crohnovy choroby je internista nemohoucí, chirurg nebezpečný a Bůh milosrdný.*“ (7)

Komplikace

Komplikace Crohnovy choroby můžeme dělit na střevní a mimostřevní.

Střevní komplikace:

Stenóza – zúžení střevního průsvitu

Subileus – zhoršená průchodnost tráveniny

Ileus – úplný uzávěr průchodnosti střeva

Píštěle – novotvořené spojky mezi kličkami střevními nebo mezi střevem a jiným orgánem (pochva, močový měchýř,...)

Abscesy – dutiny vyplněné hnisem, mezi střevními kličkami, v okolí konečníku nebo kdekoliv jinde⁸

Mimostřevní komplikace:

Kloubní – artritida, artralgie,....

Kožní - erytema nodosum, pyoderma gangrenosum

Slizniční - afty v dutině ústní, figury ústní,...

Oční – konjunktivitidy, uveitidy,...

Osteoporóza

Anemie

Hypovitaminózy

⁸ Viz. Obrázek č.8

Prognóza

Dlouhodobá prognóza je závislá na rozsahu, aktivitě a trvání choroby. Pokroky v konzervativní a chirurgické léčbě výrazně zlepšily prognózu a kvalitu života. Mnoho pacientů s „benigním“ průběhem se může na nemoc adaptovat. Podle různých studií 25 – 70% nemocných s Crohnovou chorobou vede normální život. Pacient, který neodpovídá adekvátně na léčbu, je omezený fyzickými i psychickými projevy tohoto onemocnění.(10)

4 Ošetrovatelská péče o nemocného

Ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, mající společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními potížemi. Kvalitní ošetrovatelská péče není tedy možná bez kontaktu mezi zdravotníkem a nemocným, bez vzájemné důvěry, porozumění, objektivního posouzení diagnosticko – terapeutických metod a úzké spolupráce s příbuznými. Propojení metody pozorování nemocného a rozhovoru s ním vede ke zkvalitnění péče. Zdravotnický pracovník by měl mít na paměti, že každý nemocný má různé postoje k nemoci a různé reakce na její průběh.(12)

Nemoc znamená pro nemocného člověka radikální, byť dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život. Život člověka můžeme charakterizovat neustálým **uspokojováním různých potřeb**. Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Potřeby jsou výsledkem propojení mezi organismem a prostředím. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjí na podkladě primárních, jsou velmi individuální a činí život bohatším a příjemnějším. Uspokojování potřeb nemocného se realizuje pomocí ošetrovatelského procesu. Zdravotnický pracovník se zabývá nemocným jako celkem, bytostí holistickou. Pohlíží na osobu jako celek v její bio – psycho – sociální jednotě, porucha jedné části by vedla k poruše jiné části.(12)

V péči o nemocné s IBD je potřeba se zaměřit na nejvíce obtěžující projevy a to jsou: **bolest břicha, urputné průjmy, snížení tělesné hmotnosti** a posléze i komplikace spojené s touto chorobou.

Bolest

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození...Bolest je vždy subjektivní...“ (Světová zdravotnická organizace). Bolest je účelná, ale jen do určité míry. Pokud její intenzita překročí snesitelnou míru, bolest ztrácí význam a je již vysloveně škodlivá. Pacienti s chronickou bolestí jsou často celkově frustrováni. Jsou v depresi, plní beznaděje. Chronická bolest mění psychiku člověka, jeho způsob života. Z hlediska ošetřovatelského je bolest ošetřovatelskou diagnózou, která vyjadřuje problém nemocného. Údaje, které je potřeba získat při anamnéze bolesti, jsou lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti, faktory, které ji vyvolávají, doprovodné symptomy, předcházející zkušenosti,...Nemocnému dáme příležitost ke slovnímu vyjádření vnímání bolesti a to nám usnadní pochopit nemocného i to jaký význam má pro nemocného bolest a jak ji zvládá. Léčba bolesti spočívá ve farmakologickém ovlivnění bolesti a psychoterapii bolesti.(12)

Průjem

Osoba s průjmem obtížně kontroluje nucení na stolicí. Průjem a strach z inkontinence, vědomí možnosti nestihnutí použití toalety jsou zdrojem nejistoty pacienta. S průjmem bývají spojeny křečovitě a bodavé bolesti břicha. Při dlouhotrvajícím průjmu se podráždění v okolí anální oblasti může rozšířit na perineum a gluteální oblast. Z tohoto důvodu je potřebná zvýšená péče o kůži v těchto partiích. Dále se může objevit únava, slabost, bolesti hlavy a hubnutí. Průjem může způsobit ztrátu tekutin a elektrolytů a tím i rozvrat vnitřního prostředí. Cíleně se dotazujeme na defekační zvyky, popis stolice a její změny, problémy s vyprazdňováním stolice, faktory ovlivňující vyprazdňování,....

Snížení tělesné hmotnosti a dietní opatření

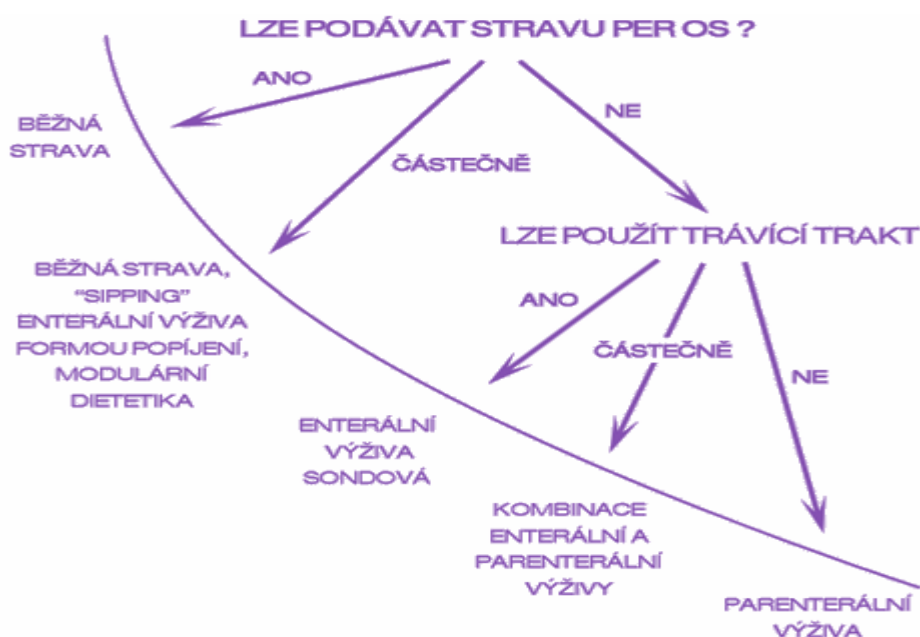
Snížení tělesné hmotnosti a celkové neprospívání souvisí se zvýšenou ztrátou vody, elektrolytů a nestrávených zbytků potravy způsobených vlastním onemocněním. Průjem a bolesti břicha snižují chuť k jídlu a vytvářejí obavy přijmout cokoli co by spustilo bolest a průjem.

V ošetřovatelské anamnéze se zaměříme na posouzení stavu výživy a to antropometrickým měřením, biochemickými údaji, klinickými příznaky a zjištěním výživové anamnézy. Podle anamnestických údajů a celkového hodnocení nemocného se může zjistit, u kterých nemocných lze předpokládat problémy v oblasti výživy, zejména s příjmem potravy, trávením, resorpcí, metabolismem živin.

Důležitou součástí léčby jsou dietní opatření. Tato dietní opatření nejsou univerzálně pro všechny stejné. Při sestavování jídelníčku musíme brát ohled na aktivitu nemoci. Jiná dieta je v době neaktivního období nemoci a jiná v době propuknutí. Dieta by měla dodat pacientovi dostatek energie, ale jídlo musí být zároveň lehce stravitelné. Pacientovi doporučíme, aby si zapisoval vše co sní a v jakém množství. Pokud příjem běžné stravy je nedostatečný nebo není možné ji běžně přijímat, přichází na řadu přípravky nutriční podpory. Tyto přípravky vhodně doplní omezenou stravu. Jde o kompletní a vyváženou tekutou výživu, vyvinutou pro pacienty se zvýšenou potřebou energie a živin. Pacient popíjí postupně během celého dne tuto výživu (tzv.sipping)⁹. Výhody sipingu jsou v přesně definovaném složení, vyváženém poměru živin a v snadné vstřebatelnosti. V dnešní době je na trhu těchto přípravků nepřehledné množství. Pokud není možná výživa ústy z jakéhokoliv důvodu, přichází na řadu sondová výživa. Dávky této stravy jsou řízeny nutriční pumpou. Tuto metodu je možné využít i v domácím prostředí a to po dostatečném zaškolení pacienta.(19)

Správně vedená nutriční podpora snižuje četnost komplikací, zlepšuje hojení ran, snižuje dobu pobytu v nemocnici a urychluje uzdravu. Vhodnost potravy- složení, přípravu, množství- je vhodné konzultovat s nutričním terapeutem.

Pro výběr výživy per os či sondové výživy nám může pomoci rozhodovací strom:



⁹Viz. Obrázek č.11

Psychika a psychická podpora u nespecifických střevních zánětů

Jeden nerozlučný celek tvoří jak tělesná, tak i duševní stránka člověka. Úzkost a napětí může průběh střevního onemocnění výrazně ovlivnit, ale není jeho jedinou příčinou. V době zvýšeného psychického napětí dochází ke snížené odolnosti organismu a v takovéto situaci dojde snadněji k relapsu onemocnění než v době, kdy je dotyčný bez zátěže. V době každého onemocnění je nutná psychická podpora. Na počátku onemocnění plně poučíme pacienta o nemoci a možnostech léčby. Mnoho psychických problémů vychází totiž z obav z neznámého, z nevědomosti a ze strachu z nejistoty.

V některých případech pacientovi pomůže konzultace s psychologem či psychiatrem. Platí, že sdělená starost je poloviční starost. (19)

Stomie

U některých nemocných nelze chorobu zvládnout konzervativně a je nutná operace. V některých případech je nutné chirurgické vyústění střeva – stomii. Lidé se stomií pak s sebou musí nosit sáček, do kterého odchází střevní obsah. V každém případě je ale potřeba, aby byl nemocný člověk na možnost, že mu bude zavedena stomie, připraven. Měl by být také upozorněn na to, že kvalita jeho života nebude tímto zákrokem nijak narušena.

U Crohnovy nemoci není stomie definitivním řešením, postižen může být jakýkoliv úsek střeva, a proto nelze vyloučit, že se pacient nebude muset za několik let po úspěšném chirurgickém výkonu podrobit další operaci.

Péče o stomii

V dnešní době je na trhu k dostání mnoho moderních pomůcek určených k péči o stomii. Jsou k dispozici různé typy sběrných sáčků a přípravky na ošetřování kůže v okolí stomie a další potřebné pomůcky.

Je potřeba, aby se pacient naučil o stomii postarat sám. K edukaci je určena specializovaná stomická zdravotní sestra. Ta pacienta seznámí se všemi možnostmi ošetřování vývodu, doporučí mu vhodné přípravky. Dále pacienta sleduje a pomáhá mu s každodenními drobnými obtížemi.

Moderní pomůcky jsou vyrobeny tak, aby působily velmi nenápadně a daly se snadno použít. **Pacient může vykonávat prakticky všechny běžné aktivity.** Nemocní s umělým střevním vývodem zakládají různé kluby, kde se setkávají lidé s podobnými problémy a mohou si tak navzájem vypomoci. (17)

Jakékoli onemocnění vyvolává v člověku nepříjemné pocity, pocity nejistoty, úzkosti a strachu. Absence v práci, pobyt v nemocnici, izolace, to vše nám bere pocit jistoty a bezpečí. Jistota a bezpečí jsou potřeby související s přežitím jedince, dá se o nich mluvit jako o potřebě sebezáchovy, o snaze vyhnout se ohrožení. Pokud není potřeba jistoty a bezpečí dostatečně uspokojena, nemocný psychicky a fyzicky strádá. Nastupuje strach a úzkost, které mohou být u nemocného vyvolány neinformovaností, bolestí, vyšetřením, zjištěním diagnózy,.....Rozhovorem s nemocným posoudíme a vyhodnotíme uspokojení či neuspokojení těchto potřeb.(12)

Z nejčastějších ošetrovatelských diagnóz bych vybrala z Nanda Taxonomie II tyto:

- Ochota ke zlepšení léčebného režimu (00162)
- Nedostatečná výživa (00002)
- Riziko deficitu tělesných tekutin (00028)
- Průjem (00013)
- Inkontinence stolice (00014)
- Únava (00093)
- Strach (00148)
- Úzkost (00146)
- Akutní bolest (00132)
- Chronická bolest (00133)
- Riziko infekce (00004)
- Riziko porušení kožní integrity (00047)
- Porušený obraz těla (00118)

(MAREČKOVÁ, 2006)

II Výzkumná část

1 Cíle, výzkumné předpoklady a metodika výzkumného šetření

1.1 Cíle výzkumného šetření

Cíl 1 – zjistit rozdílné vnímání nemoci u žen a mužů

Cíl 2 – Zjistit, zda-li se nemoc CN bude častěji vyskytovat mezi ženami nebo častěji mezi muži

Cíl 3 – Zjistit, zda-li nemoc CN ovlivní celkový životní styl nemocného

Cíl 4 – zjistit, zda-li se nemoc vyskytuje nejčastěji u pacientů ve věku 20-29 let

Cíl 5 – zjistit, zda-li nemoc CN ovlivní výrazně rodinné, osobní či pracovní vztahy

1.2 Stanovené výzkumné předpoklady

Hypotéza 1 – muži budou onemocnění CN vnímat citlivěji

Hypotéza 2 – zvýšený výskyt nemoci CN u mužů než u žen

Hypotéza 3 – výrazné ovlivnění celkového životního stylu u nemocného

Hypotéza 4 – největší skupina s tímto onemocněním bude v rozmezí 20-29 let

Hypotéza 5 – onemocnění CN ovlivní výrazně rodinné, osobní a pracovní vztahy

Hypotéza 6 – u nemocných, kteří jsou plně pracovně vytíženi budou největší obavy ze ztráty zaměstnání

Hypotéza 7 – zvýšený výskyt nemoci CN u jedinců se zvýšenou stresovou zátěží

1.3 Metodika výzkumného šetření

1.3.1 Výběr zkoumaného souboru respondentů

Výzkum byl zaměřený na soubor respondentů s klinickou diagnózou Morbus Crohn. Z největší části byl realizován v Nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského(NMSKB) v Praze a to na interním oddělení gastroenterologie, chirurgickém oddělení a v gastroenterologické poradně téhož zařízení. Menší část výzkumného šetření doplnili respondenti z řad známých. Výzkum byl prováděn v období září 2011 – únor

2012 po předchozím písemném souhlasu vedení NMSKB.¹⁰ Konečný soubor respondentů se skládal ze 46-ti osob a obsahoval muže i ženy, pacienty s diagnostikovanou crohnovou nemocí a to bez ohledu na to, zda-li podstoupili chirurgickou léčbu či ne.

1.3.2 Použitá metoda výzkumného šetření

Metodou k výzkumnému šetření vybraného vzorku pacientů byla použita kvantitativní metodika dotazníkového šetření. Dotazník byl zcela anonymní a jeho vyplnění bylo dobrovolné. Dotazník obsahoval 22 otázek, z toho 3 polootevřené a 1 zcela otevřenou. Jeho celkové znění je uvedeno v příloze – příloha č. 10.

1.3.3 Zpracování výsledků výzkumného šetření

Všechna získaná data byla zpracována ruční metodou a to čárkováním. Poté byla data převedena do tabulek s uvedením absolutních četností a relativních četností. Relativní četnosti jsou udány v procentech a zobrazeny byly v grafické úpravě. Pro vytvoření tabulek byl využit Microsoft Word a pro grafické úpravy Microsoft Excel.

Otázka č. 1

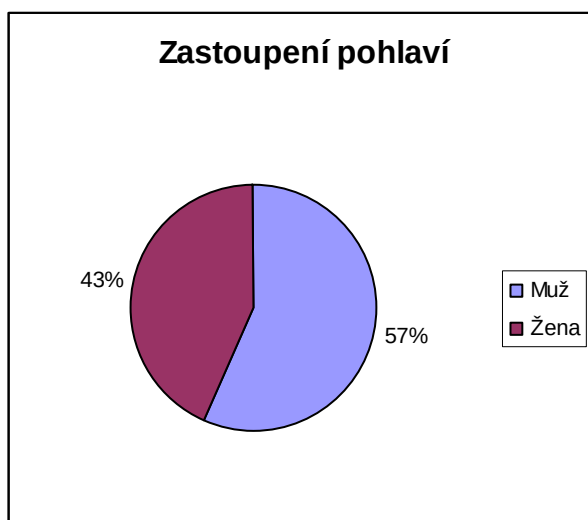
Pohlaví

Tab. 1 Zastoupení pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Muž	26	56,52%
Žena	20	43,48%
Celkem	46	100,00%

¹⁰ Viz.příloha č.12

Graf 1 Zastoupení pohlaví



Z celkového počtu 46-ti respondentů (100%) bylo 26 (57%) respondentů mužského pohlaví a 20 (43%) respondentů bylo ženského pohlaví.

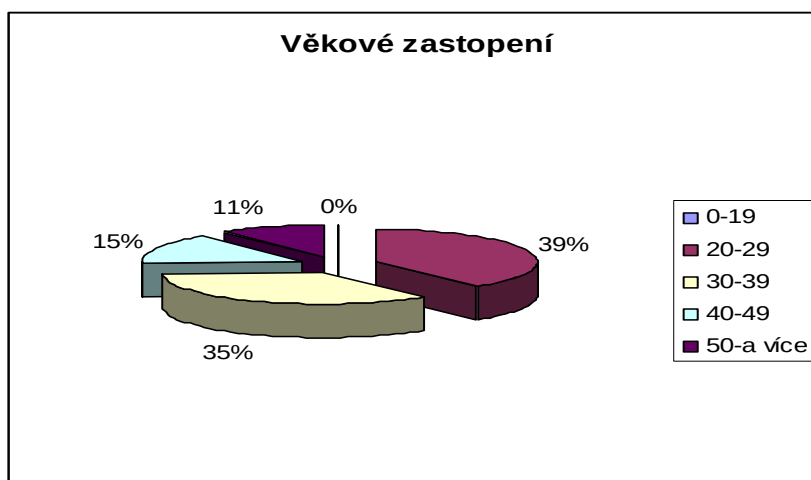
Otázka č. 2

Věk

Tab. 2 Věkové zastoupení

Věk	Muž	Žena	Absolutní četnost	Relativní četnost %
0-19	0	0	0	0,00%
20-29	8	10	18	39,13%
30-39	10	6	16	34,78%
40-49	4	3	7	15,22%
50-a více	4	1	5	10,87%
Celkem	26	20	46	100,00%

Graf 2 Věkové zastoupení



Z celkového počtu 46-ti respondentů mužů i žen bylo největší zastoupení pacientů ve věku 20-29 let a počet činil 18 (39%), ve věku 30-39 let činila četnost 16 (35%), ve věku 40-49 let byla četnost 15 (15%) a 50-a více let 10 (10%). Nejnižší a zároveň 0 (0%) zastoupení bylo ve věku 0-19 let.

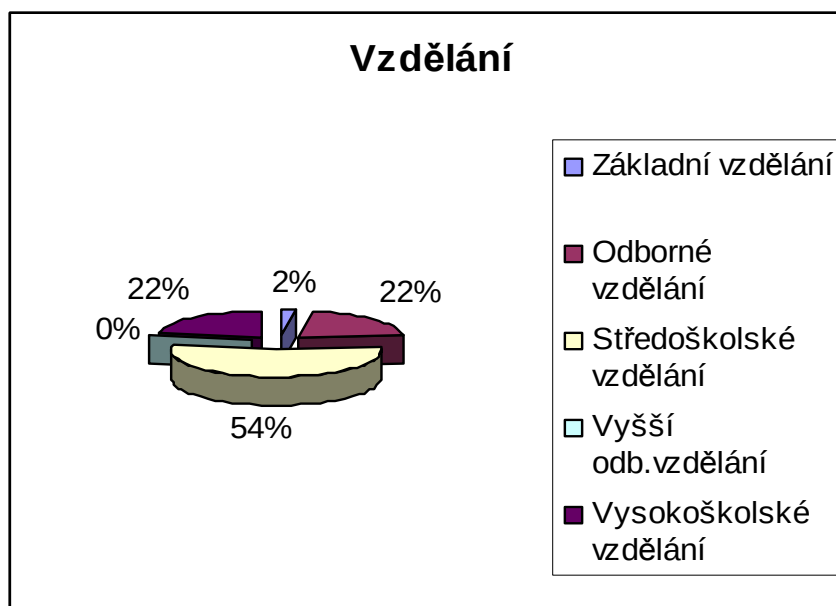
Otázka č. 3

Vaše nejvyšší ukončené vzdělání

Tab. 3 Nevyšší ukončené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Základní vzdělání	1	2,17%
Odborné vzdělání	10	21,74%
Středoškolské vzdělání	25	54,35%
Vyšší odb.vzdělání	0	0,00%
Vysokoškolské vzdělání	10	21,74%
Celkem	46	100,00%

Graf 3 Nejvyšší ukončené vzdělání



Nejvyšší procento zastoupení ve vzdělání tvořila skupina respondentů se středoškolským vzděláním 25 (54%), shodný počet 10 (22%) tvořila skupina respondentů s odborným a vysokoškolským vzděláním, 1 (2%) zaujímají respondenti se základním vzděláním a počet 0 (0%) zastoupení tvoří respondenti s vyšším odborným vzděláním.

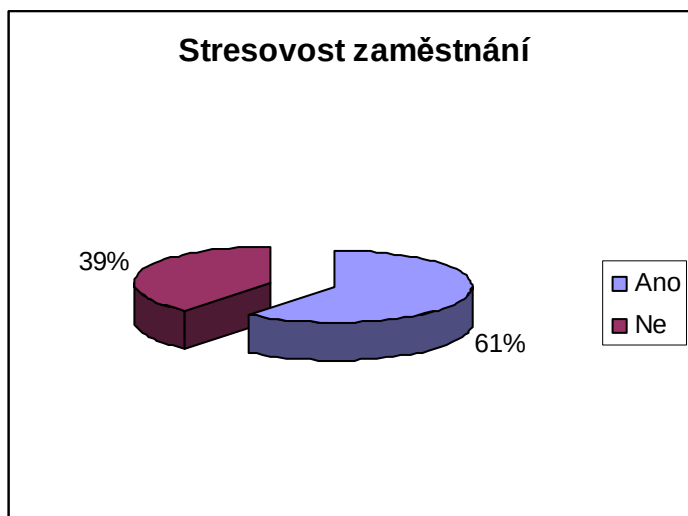
Otázka č.5

Myslíte si, že Vaše zaměstnání je stresové?

Tab. 5 Stresovost zaměstnání

Stres	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Muž	Relativní četnost %	Žena	Relativní četnost %
Ano	28	60,87%	18	69,23%	10	50,00%
Ne	18	39,13%	8	30,77%	10	50,00%
Celkem	46	100,00%	26	100,00%	20	100,00%

Graf 5 Stresovost zaměstnání



Na otázku, zda-li je pro dotazované osoby jejich zaměstnání stresové odpovědělo 28 osob (61%) ano a 18 osob (39%) ne. Dotazovaní byli dále rozděleni na vzorek mužů a na vzorek žen. Z dotazovaných mužů odpovědělo 18 osob (69%), že je pro ně zaměstnání stresové a 8 osob (31%) se vyjádřilo odpovědí ne. U žen se vyjádřilo pro odpověď ano 10 osob (50%) a pro odpověď ne též 10 osob (50%).

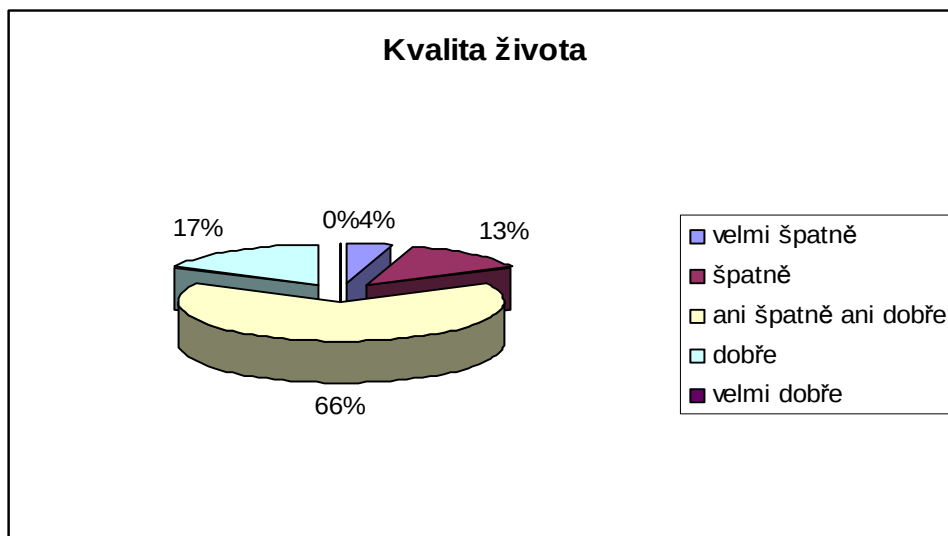
Otázka č.6

Jak hodnotíte kvalitu svého života s onemocněním Morbus Crohn?

Tab. 6 Hodnocení kvality života

Kvalita života	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Muž	Relativní četnost %	Žena	Relativní četnost %
velmi špatně	2	4,35%	0	0,00%	2	10,00%
špatně	6	13,04%	0	0,00%	6	30,00%
ani špatně ani dobře	30	65,22%	22	84,62%	8	40,00%
dobře	8	17,39%	4	15,38%	4	20,00%
velmi dobře	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
celkem	46	100,00%	26	100,00%	20	100,00%

Graf 6 Hodnocení kvality života s onemocněním



Kvalitu života s onemocněním MC hodnotí 30 (66%) respondentů ani špatně ani dobře, 8 (17%) ji hodnotí dobře a 6 (13%) respondentů se vyjádřilo, že kvalitu života s tímto onemocněním hodnotí špatně. Celkem 2 (4%) se vyjádřilo, že kvalitu života vnímají velmi špatně.

Při vyhodnocování zvláště mužské a ženské populace jsme došli k závěru, že 22 (85%) mužů hodnotí kvalitu života ani dobře ani špatně, 4 (15%) ji hodnotí dobře a u žen ji 8 (40%) hodnotí ani dobře ani špatně, 4 (20%) ji hodnotí dobře, ale 6 (30%) ji hodnotí špatně a 2 (10%) až velmi špatně.

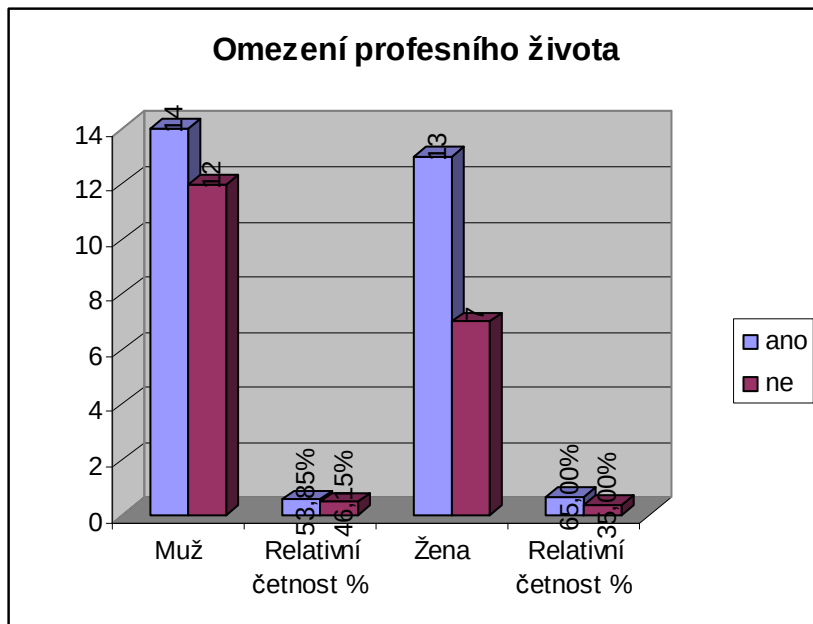
Otázka č.7

Omezuje Vás nemoc ve Vašem profesním životě?

Tab. 7 Omezení v profesním životě

Profesní život	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Muž	Relativní četnost %	Žena	Relativní četnost %
ano	35	76,09%	14	53,85%	13	65,00%
ne	11	23,91%	12	46,15%	7	35,00%
Celkem	46	100,00%	26	100,00%	20	100,00%

Graf 7 Omezení v profesním životě



Dle vyhodnocení odpovědí 46-ti (100%) respondentů jsme došli k závěru, že 35 (76%) respondentů je omezeno ve svém profesním životě a 11 (24%) odpovědělo, že není. Při vyhodnocení zvláště odpovědí u mužského a ženského pohlaví jsme došli k závěru, že u mužů je omezeno ve svém profesním životě 14 (54%) osob a u žen 13 (65%) osob.

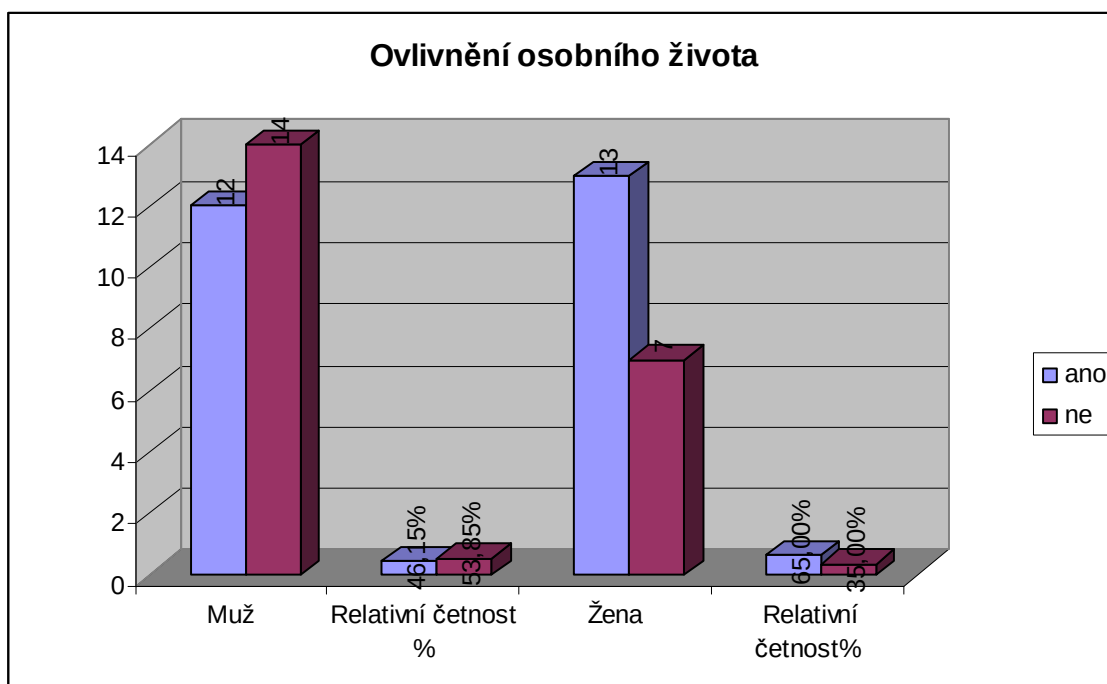
Otázka č. 8

Omezuje Vás nemoc v osobním životě?

Tab. 8 Omezení v osobním životě

Osobní život	Absolutní četnost	Relativní četnost	Muž	Relativní četnost %	Žena	Relativní četnost%
ano	25	54,35%	12	46,15%	13	65,00%
ne	21	45,65%	14	53,85%	7	35,00%
Celkem	46	100,00%	26	100,00%	20	100,00%

Graf 8 Omezení v osobním životě



Omezenost v osobním životě přiznalo 25 (54%) respondentů a 21 (46%) respondentů se vyjádřilo, že omezení v osobním životě nepocítují. Při vyjádření mužského a ženského pohlaví se pro omezení v osobním životě vyjádřilo u mužů 12 (46%) a u žen 13 (65%) osob.

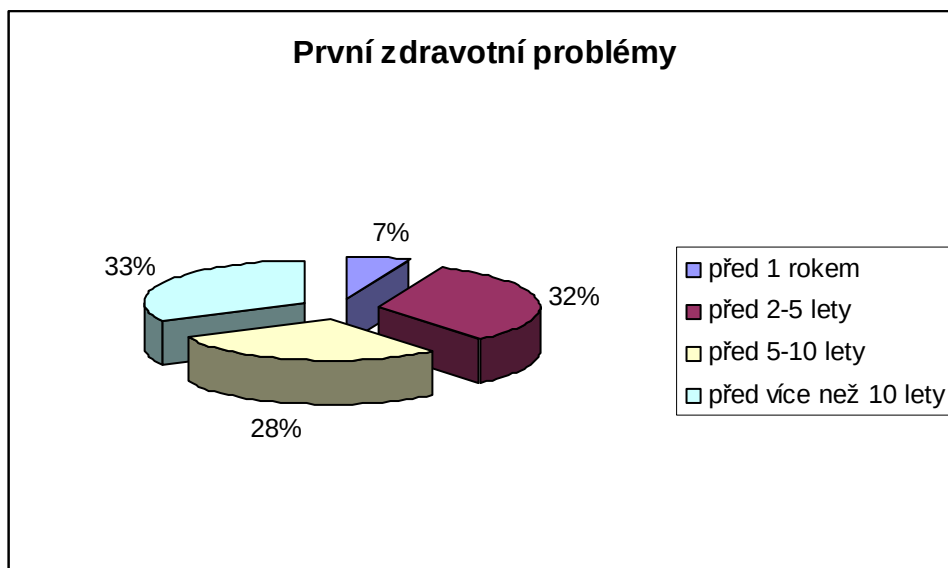
Otázka č. 9

Kdy jste začali mít první zdravotní problémy?

Tab. 9 První zdravotní problémy

Zdravotní problémy	Absolutní četnost	Relativní četnost %
před 1 rokem	3	6,52%
před 2-5 lety	15	32,61%
před 5-10 lety	13	28,26%
před více než 10 lety	15	32,61%
Celkem	46	100,00%

Graf 9 První zdravotní problémy



První zdravotní problémy týkající se onemocnění MC měli shodně respondenti s počtem 15 (33%) před 2-5 lety a před více než 10 lety, 13 (28%) respondentů uvedlo, že první zdravotní potíže zaznamenali před 5-10 lety a 3 (7%) respondenti uvedli, že je zaznamenali před 1 rokem.

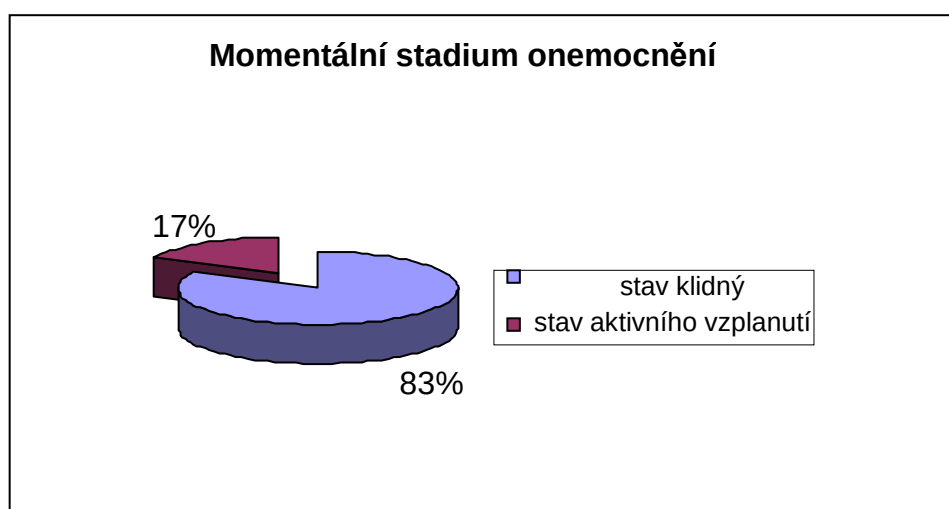
Otázka č. 10

Jaké je Vaše momentální stádium onemocnění?

Tab. 10 Momentální stav onemocnění

Stav onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost %
stav klidný	38	82,61%
stav aktivního vzplanutí	8	17,39%
Celkem	46	100,00%

Graf 10 Momentální stadium onemocnění



Na tuto otázku jaké je momentální stadium onemocnění 38 (83%) respondentů odpovědělo, že momentální stadium onemocnění je klidové a 8 (17%) respondentů odpovědělo, že jejich momentální stadium onemocnění je ve stádiu aktivního vzplanutí.

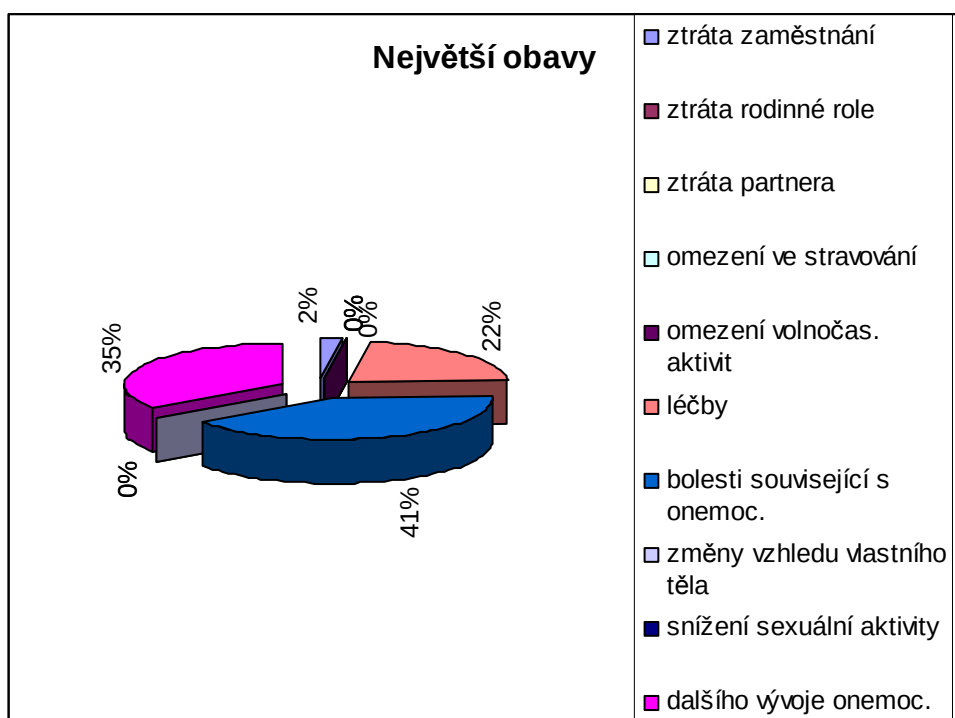
Otázka č. 11

Čeho se nejvíce obáváte při onemocnění MC?

Tab. 11 Největší obavy

Obavy	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ztráta zaměstnání	1	2,17%
ztráta rodinné role		
ztráta partnera		
omezení ve stravování		
omezení volnočas. aktivit		
léčby	10	21,74%
bolesti související s onemoc.	19	41,30%
změny vzhledu vlastního těla		
snížení sexuální aktivity		
dalšího vývoje onemoc.	16	34,78%

Graf 11 Největší obavy



Největší obavy při onemocnění MC vyjádřili respondenti z bolesti související s onemocněním MC a to 19 (41%), 16 (35%) se obávají dalšího vývoje onemocnění, 10 (22%) léčby a 1 (2%) ze ztráty zaměstnání.

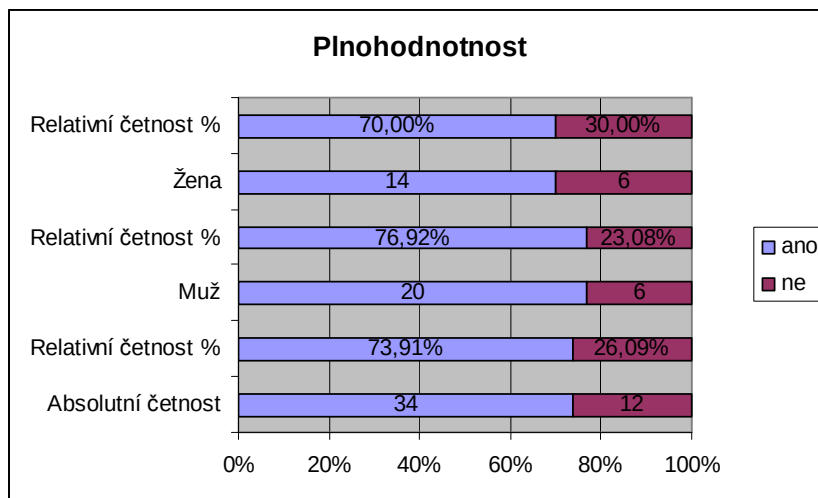
Otázka č. 12

Myslíte si, že Váš život s nemocí MC je plnohodnotný?

Tab. 12 Plnohodnotnost života s MC

Plnohodnotnost	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Muž	Relativní četnost %	Žena	Relativní četnost %
ano	34	73,91%	20	76,92%	14	70,00%
ne	12	26,09%	6	23,08%	6	30,00%
Celkem	46	100,00%	26	100,00%	20	100,00%

Graf 12 Plnohodnotnost



Z celkového počtu 46-ti (100%) respondentů 34 (74%) odpovědělo, že jejich život s onemocněním MC je plnohodnotný a 12 (26%) respondentů považuje svůj život neplnohodnotný. Při vyhodnocení mužského a ženského pohlaví považuje svůj život plnohodnotný 20 (77%) mužů a 14 (70%) žen.

Otázka č. 13

Docházíte pravidelně do gastroenterologické poradny?

Tab. 13 Docházka do gastroenterologické poradny

Gastroporadna	Absolutní četnosti	Relativní četnosti %
ano	40	86,96%
ne	6	13,04%
Celkem	46	100,00%

Do gastroenterologické poradny dochází pravidelně 40 (87%) respondentů, 6 (13%) uvedlo, že pravidelně nedochází.

Otázka č. 14

Řídíte se léčebnými pokyny Vašeho ošetřujícího lékaře?

Tab. 14 Řízení léčebnými pokyny

Léčebné pokyny	Absolutní četnosti	Relativní četnosti %
ano	44	95,65%
ne	0	0,00%
občas poruším	2	4,35%
Celkem	46	100,00%

Léčebnými pokyny ošetřujícího lékaře se řídí 44 (96%) všech respondentů a 2 (4%) občas léčebné pokyny poruší.

Otázka č. 15

Podstoupili jste léčbu.....

Tab. 15 Podstoupení léčby

Léčba	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Muž	Relativní četnost%	Žena	Relativní četnost%
dieta	10	17,86%	6	19,35%	4	16,00%
perorální	16	28,57%	9	29,03%	7	28,00%
biologická léčba	18	32,14%	10	32,26%	8	32,00%
operační výkon	12	21,43%	6	19,35%	6	24,00%
celkem	56	100,00%	31	100,00%	25	100,00%

Otázka umožňovala možnost více odpovědí. Z celkového počtu 56-ti (100%) odpovědí 18 (32%) respondentů uvedlo, že podstoupilo biologickou léčbu, 16 (29%) perorální terapii, 12 (21%) se podrobilo operačnímu výkonu a 10 (18%) dietnímu opatření.

Otázka č. 16

Jakými projevy onemocnění nejčastěji trpíte v důsledku onemocnění MC?

Tab. 16 Nejčastější projevy onemocnění

Projevy onemocnění	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
bolesti břicha	30	30,00%
průjmy	34	34,00%
nechutenství	2	2,00%
únava	24	24,00%
úbytek na váze	6	6,00%
zvýšená teplota	0	0%
jiné	4	4,00%

Tato otázka umožňovala více odpovědí u jednoho respondenta. Nejčastější projevy onemocnění MC uvedli respondenti u průjmů 34 (34%), bolesti břicha 30 (30%), únavu 24 (24%), úbytek na váze 6 (6%), jiné (píštěle, krvácení z rektu, bolesti konečníku) 4 (4%) a nechutenství uvedli ve 2 (2%) případech.

Otázka č. 17

Po prvním zjištění příznaků nemoci jsem podstoupil výkon....

Tab. 17 Podstoupení výkonu po prvním zjištění příznaků

Operační výkon	Absolutní četnosti	Relativní četnosti %
do 1roku	2	9,52%
do 1-5 let	6	28,57%
do 5-10 let	10	47,62%
za více než 10 let	3	14,29%
Celkem	21	100,00%

U 10 (47%) dotazovaných respondentů byl operační výkon proveden do 5-10 let, u 6 (28%) do 1-5 let, u 3 (14%) za více než 10 let a u 2 (9%) do 1 roku po prvním zjištění příznaků.

Otázka č. 18

Kolikrát jste byli v důsledku své nemoci hospitalizováni?

Tab. 18 Průměrný počet hospitalizací

Hospitalizace	Počet	Počet hospitalizací	Průměr
muž	24	92	3,83
žena	18	90	5,00
Celkem	42	182	4,33

Z celkového počtu 46-ti respondentů uvedlo nutnost hospitalizace v důsledku nemoci CN 42 osob, 24 mužů a 18 žen. Průměrný počet hospitalizací činí 4,33. U mužů činil průměr hospitalizací 3,83 a u žen 5,00.

Otázka č. 19

Změnil se Váš život po operačním výkonu?

Tab. 19 Změna života po operačním výkonu

Změna po op.výkonu	Absolutní četnosti	Relativní četnosti %
ano	19	90,48%
ne	2	9,52%
Celkem	21	100,00%

Operační výkon podstoupilo celkem 21 (100%) osob. U 19 (90%) dotazovaných respondentů se život po operačním výkonu změnil a 2 (10%) uvedlo, že k žádné změně nedošlo. Změna po operačním výkonu se týkala změny stravování, v profesním a osobním životě a to ve smyslu zlepšení.

Otázka č. 20

Máte dostatečný přístup k informacím týkající se onemocnění MC?

Tab. 20 Informovanost

Informovanost	Absolutní četnosti	Relativní četnosti %
ano	43	93,48%
ne	3	6,52%
Celkem	46	100,00%

Oslovení respondenti na dotaz dostatečné informovanosti odpověděli, že jsou z 93% informováni dostatečně a 7% odpovědělo, že přístup k informacím o onemocnění MC je nedostatečný.

Otázka č. 21

Z jakého zdroje informace čerpáte?

Tab. 21 Čerpání informací

Čerpání informací	Absolutní četnosti	Relativní četnosti %
odborná literatura	5	9,26%
internet	18	33,33%
lékař	26	48,15%
známí	4	7,41%
jiné	1	1,85%
Celkem	54	100,00%

Dotazovaní respondenti měli možnost odpovědět více možnostmi. Uvedli, že nejčastěji čerpají nové informace o onemocnění MC od lékaře 26 (48%), dále z internetu 18 (33%), z odborné literatury 5 (9%), od známých 4 (7%) a 1 respondent (2%) uvedl jiné (občanské sdružení IBD).

Otázka č. 22

Co by se dalo dle Vašeho názoru zlepšit v péči o pacienty s touto diagnózou?

Tab. 22 Zlepšení péče

Zlepšení	Absolutní čet- nost	Relativní čet- nost%
odpovědělo	22	47,83%
celkem	46	100%

Tato otázka patří mezi otevřené otázky a proto i možnosti odpovědí byly různorodé. Z celkového počtu 46-ti (100%) respondentů na tuto otázku odpovědělo 22 (48%) osob, 12 mužů a 10 žen. Dotazovaní odpověděli, že by se měla zlepšit dostupnost biologické léčby, dostatečná znalost potřebné diagnostiky k určení správné diagnózy MC, pokud je možná prevence, tak její rozšíření. 10 osob odpovědělo, že není potřeba nic zlepšovat a pozitivně ocenili péči o tyto nemocné.

2 Diskuze

Má bakalářská práce se zabývala kvalitou života u lidí s onemocněním Crohnovou chorobou. Na počátku výzkumné části jsme si k tomuto tématu stanovili pět cílů.

První cíl se zabýval rozdílností vnímání nemoci CN u mužského a ženského pohlaví. Z tohoto cíle byla stanovena hypotéza č.1, nemoc budou citlivěji vnímat muži než ženy. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č.1, č.6, č.10 a otázka č. 12. U otázky č.1 jsem zjišťovala pohlaví dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 46-ti dotazovaných respondentů, bylo 26 (57%) mužů a 20 (43%) žen. U otázky č.6 jsem se ptala dotazovaných respondentů, jak hodnotí kvalitu života s tímto onemocněním. Z celkového počtu 26-ti dotazovaných mužů 22 (85%) odpovědělo, že kvalitu života s tímto onemocněním hodnotí ani dobře ani špatně, 4 (15%) muži odpověděli, že dobře. Z celkového počtu 20-ti žen na tuto otázku odpovědělo 8 (40%) ani dobře ani špatně, 4 (20%) dobře, ale 6 (30%) žen ji hodnotí špatně a 2 (10%) dotazované ženy dokonce velmi špatně. Tyto výsledky ukazují, že ženy tuto chorobu vnímají hůře. Otázka č.10 se dotazuje respondentů na momentální stadium onemocnění. Z celkového počtu 46-ti (100%) dotázaných respondentů odpovědělo 38 (83%) , že momentální stadium onemocnění je v klidové fázi a 8 (17%) dotázaných se nacházelo v akutní fázi. Z těchto výsledků vyplývá, že 83% dotázaných nebyli v době dotazování ovlivněni akutním stavem nemoci. U otázky č. 12 byli respondenti dotazováni , zda-li je jejich život s onemocněním MC plnohodnotný. Na tuto otázku odpovědělo odpovědi ano 20 (77%) mužů a 14 (70%) žen. Z těchto výsledků opět vyplývá, že ženy vnímají plnohodnotnost života u tohoto onemocnění hůře než muži. **Hypotéza č. 1 nebyla potvrzena – ženy vnímají onemocnění MC hůře.**

Druhým cílem bakalářské práce je zjištění, zda-li se toto onemocnění bude více vyskytovat u mužů či u žen. Hypotéza č. 2 předpokládá, že zvýšený výskyt bude u mužů. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 1, kde se zjišťovalo pohlaví dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 46-ti (100%) oslovených respondentů bylo 26 (57%) mužů a 20 (43%) žen. **Hypotéza č. 2 byla potvrzena.**

Třetím cílem bylo zjištění, zdali onemocnění Morbus Crohn výrazně ovlivní celkový životní styl nemocného. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza č. 3 a v ní se předpokládá, že nemoc MC výrazně ovlivní celkový životní styl . K tomuto cíli se vztahují otázky č. 7, č. 8 a č. 12.

V otázce č.7 a č.8 byli respondenti dotazováni, zda-li je onemocnění omezuje v profesním (ot.č.7) a osobním (ot. č.8) životě. Omezení v profesním životě udalo 14 (56%) mužů a 13 (65%) žen, omezení v osobním životě udalo z mužského pohlaví 10 (46%) respondentů a 13 (65%) respondentů ženského pohlaví. Z těchto výsledků vyplývá, že onemocnění MC více omezuje v profesním i osobním životě ženy. Otázka č. 12 týkající se vnímání plnohodnotnosti života u mužů a u žen byla již vyhodnocena u hypotézy č. 1. Z výsledků vyplývá, že plnohodnotnost života vnímají hůře ženy. Z celkového počtu 46-ti (100%) respondentů vnímají plnohodnotně svůj život 74% dotázaných. Z odpovědí vyplývá, že nemoc MC ovlivňuje, jak osobní, tak profesní život nemocného, ale život vnímají nemocní plnohodnotně. **Hypotéza č. 3 nebyla potvrzena.**

Čtvrtým cílem bakalářské práce bylo zjištění, zda-li se onemocnění bude nejčastěji vyskytovat ve věku 20 – 29let. Hypotéza č. 4 předpokládá, že největší výskyt onemocnění bude ve věkovém rozmezí 20 – 29 let. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 2. V této otázce měli dotazovaní udat své věkové rozmezí. Z celkového počtu 46-ti (100%) respondentů nejvíce 18 (39%) uvedlo své věkové rozmezí 20 – 29 let. **Hypotéza č. 4 byla potvrzena.**

Pátým cílem bakalářské práce bylo zjištění, zda-li onemocnění výrazně ovlivní rodinné, pracovní a osobní vztahy. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 5, která předpokládá, že onemocnění MC výrazně ovlivní rodinné, pracovní a osobní vztahy. Hypotéza č. 6, která předpokládá u jedinců, kteří jsou plně pracovní vytiženi, že budou mít největší obavy ze ztráty zaměstnání. Hypotéza č. 7, která předpokládá zvýšený výskyt tohoto onemocnění u jedinců se zvýšenou stresovou zátěží. Některé otázky vztahující se k tomuto pátému cíli již byly vyhodnoceny u předchozí hypotézy. Patří sem otázka č. 6, č.7, č. 8 a č. 12. Z těchto otázek vyplynulo, že toto onemocnění zasahuje, jak do osobního, tak pracovního života a to více u žen, ale život nemocní vnímají plnohodnotně. **Hypotéza č. 5 se nepotvrdila.** Další otázky potvrzující či vyvracející hypotézy č. 6 a č. 7 jsou otázka č. 5 a č. 11. V otázce č. 5 jsou respondenti dotazováni, zda-li je jejich zaměstnání stresové. Z celkového počtu 46-ti (100%) dotázaných respondentů odpovědělo ano 28 (61%) a odpovědí ne odpovědělo zbývajících 18 (39%) dotázaných respondentů. Muži uvedli, že jejich zaměstnání je stresové u 18 (69%) odpovědí a u žen u 10 (50%) odpovědí. Z těchto odpovědí vyplývá, že většina dotázaných se pohybuje ve stresovém pracovním prostředí a u mužského pohlaví je to ve vyšším % než u ženského pohlaví. **Hypotéza č. 7 se potvrdila – zvýšený výskyt nemoci MC u nemocných,**

jenž se pohybují ve stresovém pracovním prostředí. Otázka č. 11 se vztahuje k hypotéze č. 6. Otázkou jsou respondenti dotazováni z čeho mají největší obavy ve spojitosti s onemocněním. Z odpovědí vyplynulo, že největší obavy mají nemocní z bolesti související s onemocněním 19 (41%), dále z vývoje onemocnění 16 (35%), léčby 10 (22%) a nakonec ze ztráty zaměstnání 1 (2%). **Hypotéza č.6 nebyla potvrzena – nemocní mají největší obavy z bolesti související s onemocněním bez ohledu na pracovní vytížení.**

Další otázky, přestože nejsou v přímé spojitosti se stanoveným cílem a hypotézou, nás informují o dodržování léčebného režimu a o informovanosti klientů. K těmto oblastem se vztahují otázky č. 13, č. 14, č. 18, č.20 a č.21. K oblasti týkající se dodržování léčebného režimu se vztahuje otázka č. 13, která se dotazuje respondentů, zda-li docházejí pravidelně do gastroporadny. Z celkového počtu 46-ti (100%) oslovených respondentů odpovědělo 40 (87%) ano a 6 (13%) ne. Otázka č.14 se dotazuje, zda-li se nemocní řídí léčebnými pokyny ošetřujícího lékaře. Z celkového počtu 46-ti (100%) dotazovaných, odpovědělo ano 44 (96%) osob a občasné porušení přiznalo 2 (4%) osob. Z těchto odpovědí vyplynulo, že nemocní s touto chorobou berou péči o své zdraví velice vážně a chtějí pro zmírnění nebo odstranění projevů této choroby udělat maximum.

K oblasti týkající se informovanosti o tomto onemocnění se vztahuje otázka č. 20, která se dotazuje respondentů, zda-li jsou dostatečně informováni o své chorobě. Z celkového počtu 46-ti (100%) odpovědělo 43 (93%) osob, že jejich informovanost je dostatečná a 3 (7%) osoby odpověděly, že informovanost je nedostatečná. Otázka č. 21 byla nasměrována na zdroj čerpání informací o této chorobě. Zde bylo možné uvést více zdrojů, z kterých nemocný čerpá. Z celkového počtu odpovědí 54 (100%) odpovědělo 26 (48%) osob, že dostatečné informace mu podává lékař, 18 (33%) osob udalo internet, 5 (9%) osob uvedlo odbornou literaturu, 4 (7%) osoby získává informace od známých a 1 (2%) osoba uvedla jiné. Z odpovědí vyplývá, že informovanost pacientů je dostatečná a nejčastějším uvedeným zdrojem zisku informací je lékař. Je pozitivní zjištění, že komunikace pacient x lékař funguje k uspokojení potřeby informovanosti pacienta. Z odpovědí týkající se otázky č.18, kde byli respondenti dotazováni na počet hospitalizací v důsledku tohoto onemocnění vyplývá, že průměrný počet hospitalizací v nemocnici je 4,33. Nemocní mají zkušenosti s hospitalizacemi, s péčí o nemocného a s komunikací zdravotnický personál x pacient.

Na závěr dotazníkového šetření byli respondenti požádáni o otevřenou odpověď na otázku č. 22, která zněla „Co by se dalo dle Vašeho názoru zlepšit v péči o pacienty s touto diagnózou?“. Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 46-ti (100%) respondentů 22 (48%) osob. Dotazovaní odpověděli, že by se měla zlepšit dostupnost biologické léčby, že by se měla zlepšit dostatečná znalost potřebné diagnostiky k určení správné diagnózy MC a pokud je možná prevence, tak její rozšíření. 10 osob odpovědělo, že není potřeba nic zlepšovat a pozitivně ocenili péči o tyto nemocné.

Návrh na řešení problémů :

Z výsledků, které byly vyhodnoceny u nemocných s klinickou diagnózou Morbus Crohn není potřeba speciálních změn, jen je potřeba neustále udržovat úroveň poskytované zdravotní péče.

- Zlepšení nebo alespoň pokračování v dosavadní informovanosti lékařského i ne-lékařského personálu o nemoci Morbus Crohn
- Zlepšení nebo pokračování v dosavadní informovanosti širší veřejnosti
- Zajímat se a uspokojovat jednotlivé potřeby pacienta v důsledku onemocnění Morbus Crohn
- Sledovat a hodnotit kvalitu života s onemocněním Morbus Crohn
- Mít možnosti znalostí o péči o zdraví , duševní hygieně, umění relaxace,.....

3 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjištění vlivu onemocnění Crohnovy choroby na kvalitu života nemocných. Bakalářská práce s tématem „Kvalita života nemocných s diagnózou Morbus Crohn“ je rozdělena na dvě hlavní části a to na teoretickou a výzkumnou.

Kapitola 1. *Zdraví a nemoc* vysvětluje tyto dva pojmy, rozčleňuje nemocné dle druhu onemocnění, seznamuje s možnostmi prožívání nemoci v čase a vyjadřuje důležitý vztah mezi tělesnou a duševní stránkou nemoci.

Kapitola 2. *Kvalita života* poskytuje čtenářům informace o samotném pojmu kvalita života. Dále se snaží seznámit s hodnocením kvality života v klinické praxi a jelikož se zabývá kvalitou života u nemocných s MC, tak i s faktory ovlivňující kvalitu života u této nemoci.

Kapitola 3. *Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění* nás seznamuje s dvěma možnostmi tohoto onemocnění a to s ulcerózní kolitidou a Crohnovou nemocí. Jelikož celá bakalářská práce pojednává o Crohnově nemoci, tak i bližší seznámení je pouze s touto nemocí. Podkapitoly nám přibližují příznaky, diagnostiku, léčbu, komplikace a prognostiku tohoto onemocnění.

Kapitola 4. *Ošetrovatelská péče o nemocného* se zmiňuje o důležitosti ošetrovatelské péče, o uspokojování jednotlivých potřeb nemocného, o péči o nemocného a jeho projevů onemocnění. Sem patří zvláště bolest, urputné průjmy a snížení tělesné hmotnosti.

Výzkumná část obsahuje na samém začátku cíle výzkumného šetření, stanovené hypotézy a metodiku výzkumného šetření. Výzkumná část se zaměřuje na zkoumání stanovených cílů a hypotéz. Výzkum byl prováděn formou anonymního dotazníkového šetření u 46-ti respondentů s diagnostikovanou nemocí Morbus Crohn. Samotný dotazník obsahoval 22 otázek. Odpovědi na tyto otázky byly zaznamenány a posléze graficky znázorněny. Výsledkem šetření byly potvrzeny či vyvráceny jednotlivé hypotézy.

Výzkumem jsme zjistili, že kvalita života s onemocněním MC je ovlivněna tímto onemocněním, ale v důsledku je plnohodnotnost života nemocných zachována. Informovanost nemocných o nemoci a jejích projevech je dostatečná a vlastní péči nemocného o zdraví je z jeho strany věnována dostatečná pozornost. Pro odstranění nebo alespoň zmírnění projevů tohoto onemocnění je děláno maximum.

Seznam použité literatury:

1. ČERVENKOVÁ, R.: *Crohnovy nemoc a ulcerózní kolitída*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-807262-600-7
2. ČIHÁK, R.: *Anatomie 2*. 2. vyd, Praha: Grada Publishing, 2002. 433 s. ISBN 80-247-0143-X
3. DYLEVSKÝ, I.: *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
4. GROFOVÁ, Z.: *Nutriční podpora, Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-796-5
5. GURKOVÁ, E.: *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9
6. KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
7. KLENER, P.: *Vnitřní lékařství Díl III*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 173 s. ISBN 80-7184-367-9
8. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J.: *Crohnovy choroba, ulcerózní kolitída*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-2
9. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 978-80-247-796-5
10. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A.: *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6

11. LUKÁŠ, K.: *Idiopatické střevní záněty*. 1. vyd. Praha: Triton, 1997. 175 s. ISBN 80-85875-31-7

12. TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4

13. VOKURKA, M., HUGO, J.: *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4

14. ZACHAROVÁ, E. a kol.: *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9

Elektronické zdroje:

15. GABALEC, L. : *Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života*. Časopis *Interní medicína pro praxi* [online], 2009;11 (1). [cit. 2012-03-30]. Dostupný z WWW : <http://www.solen.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>

16. LUKÁŠ, M., KOMÁREK, V.: *Střevní záněty*. Dostupné z WWW: <http://www.strevni-zanety.cz/> [online]. [cit. 2012-03-30]

17. DÍTĚ, P.: *Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění*. Časopis *Interní medicína pro praxi* [online], 2001;3 (10). Dostupný z WWW: www.solen.cz. [cit. 2012-02-28]

18. KRECHLER, T.: *Epidemiologické ukazatele nespecifických střevních zánětů*. Dostupné z WWW: <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?detailSubCatCode=126&productID=301> [online]. [cit. 2012-02-28].

19. EHRMANN, J.: *Záněty střev a dráždivý tračník*. Časopis *Interní medicína pro praxi* [online], 2009;11(2). Dostupné z WWW: <http://www.internimedicina.cz>. [cit. 2012-05-15]

Seznam tabulek

Tab. 1	Zastoupení pohlaví.....	32
Tab. 2	Věkové zastoupení.....	33
Tab. 3	Nevyšší ukončené vzdělání	34
Tab. 5	Stresovost zaměstnání.....	35
Tab. 6	Hodnocení kvality života	36
Tab. 7	Omezení v profesním životě	37
Tab. 8	Omezení v osobním životě	38
Tab. 9	První zdravotní problémy	39
Tab. 10	Momentální stav onemocnění	40
Tab. 11	Největší obavy.....	41
Tab. 12	Plnohodnotnost života s MC	42
Tab. 13	Docházka do gastroenterologické poradny	43
Tab. 14	Řízení léčebnými pokyny.....	44
Tab. 15	Podstoupení léčby.....	44
Tab. 16	Nejčastější projevy onemocnění.....	44
Tab. 17	Podstoupení výkonu po prvním zjištění příznaků	45
Tab. 18	Průměrný počet hospitalizací.....	45
Tab. 19	Změna života po operačním výkonu	45
Tab. 20	Informovanost	46
Tab. 21	Čerpání informací.....	46
Tab. 22	Zlepšení péče.....	47

Seznam grafů

Graf 1	Zastoupení pohlaví	33
Graf 2	Věkové zastoupení	34
Graf 3	Nejvyšší ukončené vzdělání.....	35
Graf 5	Stresovost zaměstnání	36
Graf 6	Hodnocení kvality života s onemocněním	37
Graf 7	Omezení v profesním životě.....	38
Graf 8	Omezení v osobním životě.....	39
Graf 9	První zdravotní problémy	40
Graf 10	Momentální stadium onemocnění	41
Graf 11	Největší obavy	42
Graf 12	Plnohodnotnost	43

Seznam příloh

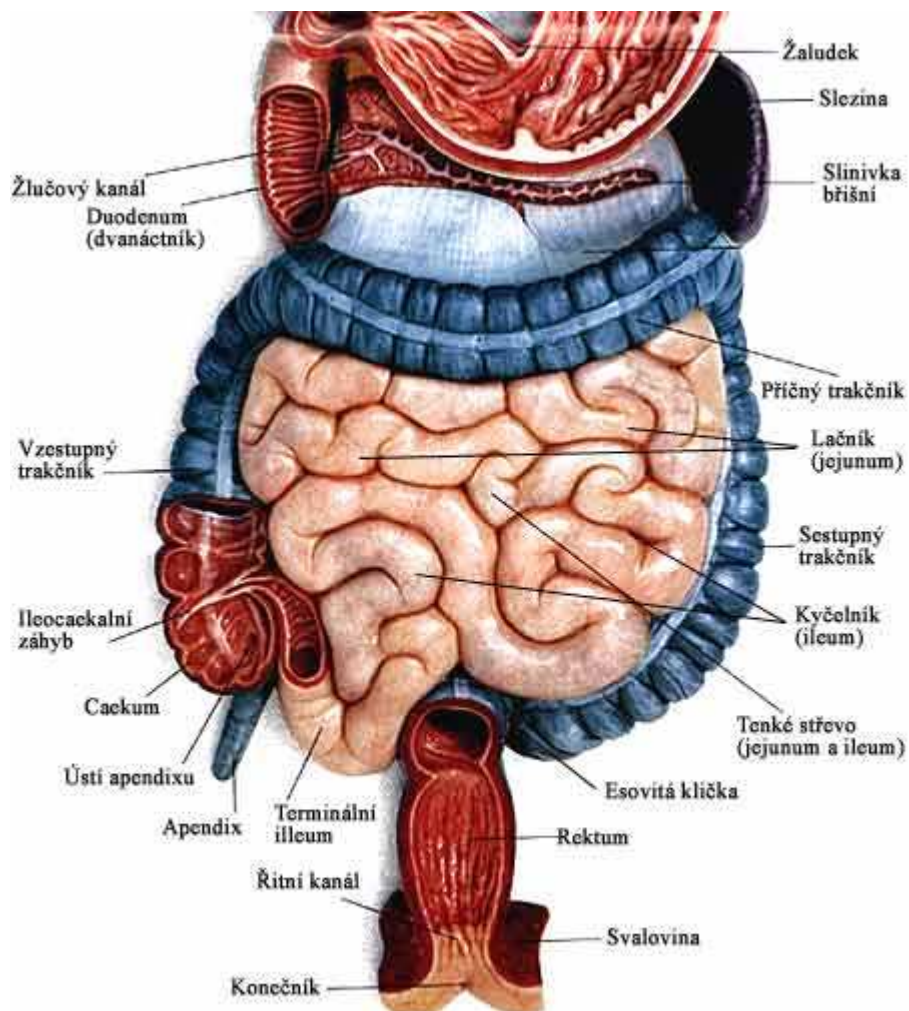
PŘÍLOHA Č. 1	59
Obrázek č. 1 Zažívací trakt	59
PŘÍLOHA Č. 2	60
Obrázek č.2 Odlišnosti Crohnovy nemoci a ulcerózní colitis	60
PŘÍLOHA Č. 3	61
Obrázek č. 3 Postiženost úseků.....	61
PŘÍLOHA Č. 4	62
Obrázek č. 4 Pyramida terapeutických postupů.....	62
PŘÍLOHA Č. 5	63
Obrázek č. 5 Místa působení 5- ASA	63
PŘÍLOHA Č. 6	64
Obrázek č. 6 Místa působení steroidů.....	64
PŘÍLOHA Č. 7	65
Obrázek č. 7 Resekce ceaca a ilea.....	65
PŘÍLOHA Č. 8	66
Obrázek č. 8 Typy Crohnovy choroby	66
PŘÍLOHA Č. 9	67
Obrázek č. 9 Vídeňská a Montrealská klasifikace M.Crohn	67
CDAI	67

PŘÍLOHA Č.10.....	69
Dotazník.....	69
PŘÍLOHA Č. 11.....	71
Obrázek č. 11	
Nutridrink compact.....	71
PŘÍLOHA Č.12.....	72
Protokol k provádění výzkumu.....	72

Příloha č. 1

Obrázek č. 1

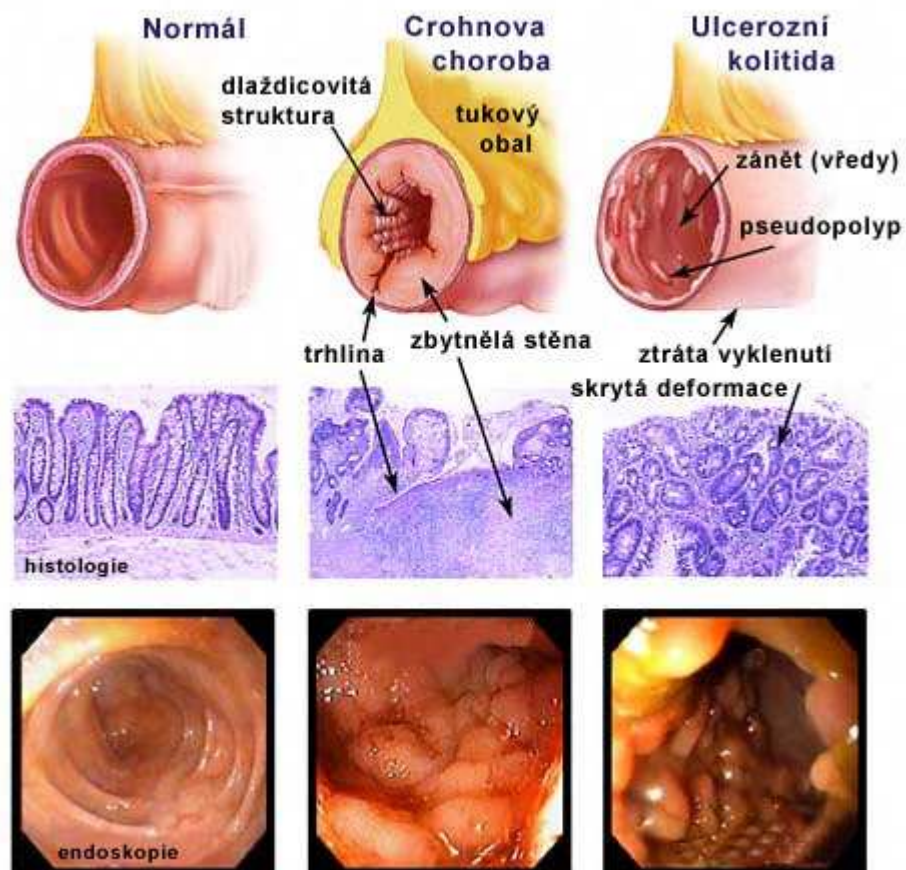
Zažívací trakt



Příloha č. 2

Obrázek č.2

Odlišnosti Crohnovy nemoci a ulcerózní colitis



Příloha č. 3

Obrázek č. 3

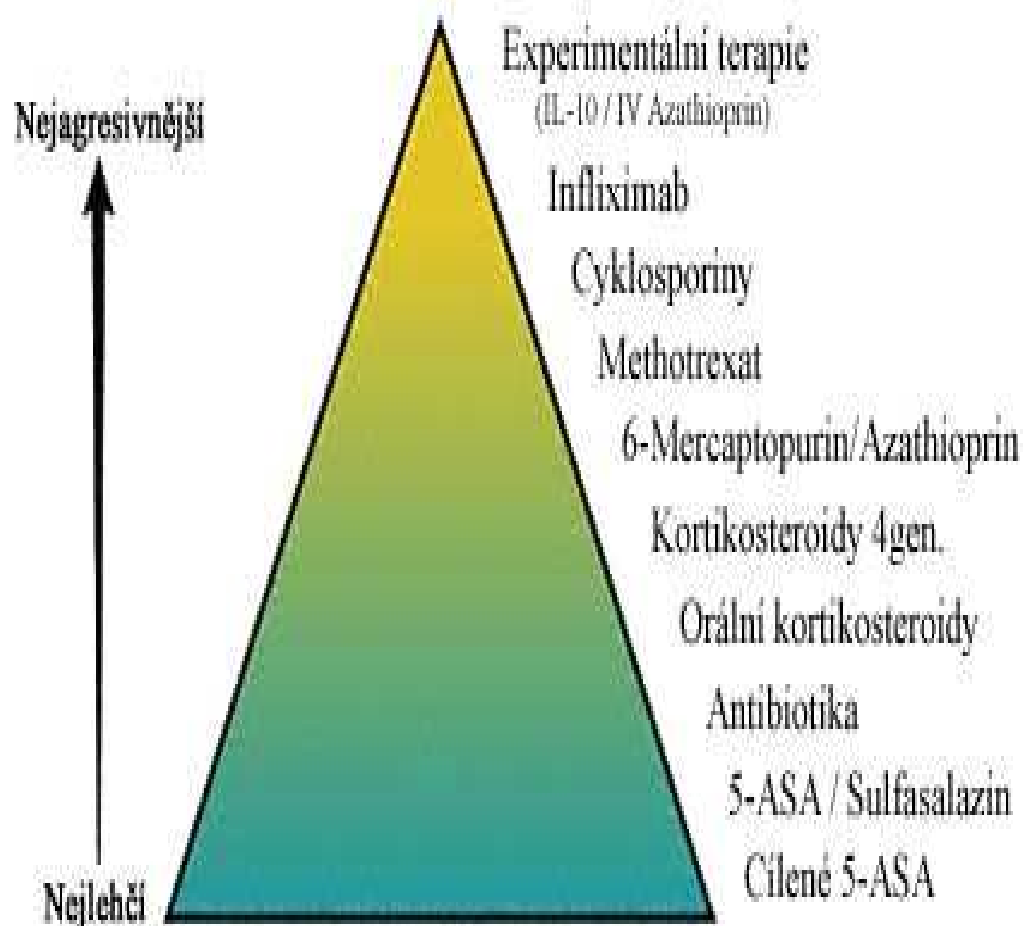
Postiženost úseků



Příloha č. 4

Obrázek č. 4

Pyramida terapeutických postupů

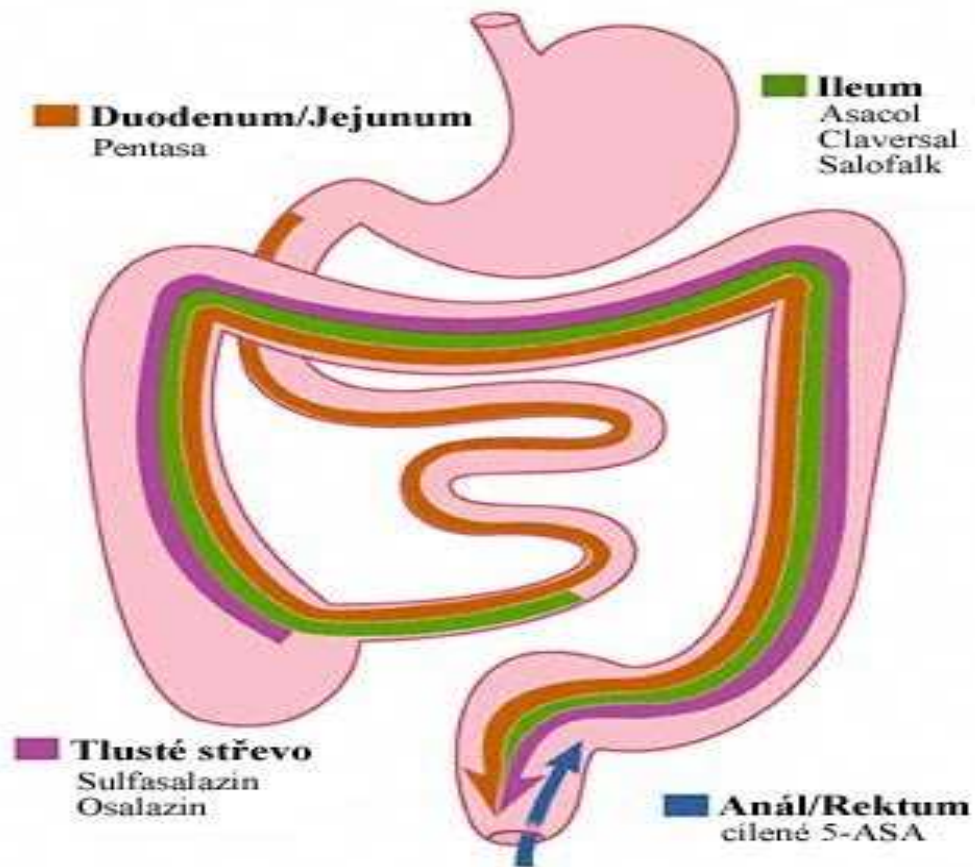


Pyramida terapeutických postupů při léčbě IBD

Příloha č. 5

Obrázek č. 5

Místa působení 5- ASA

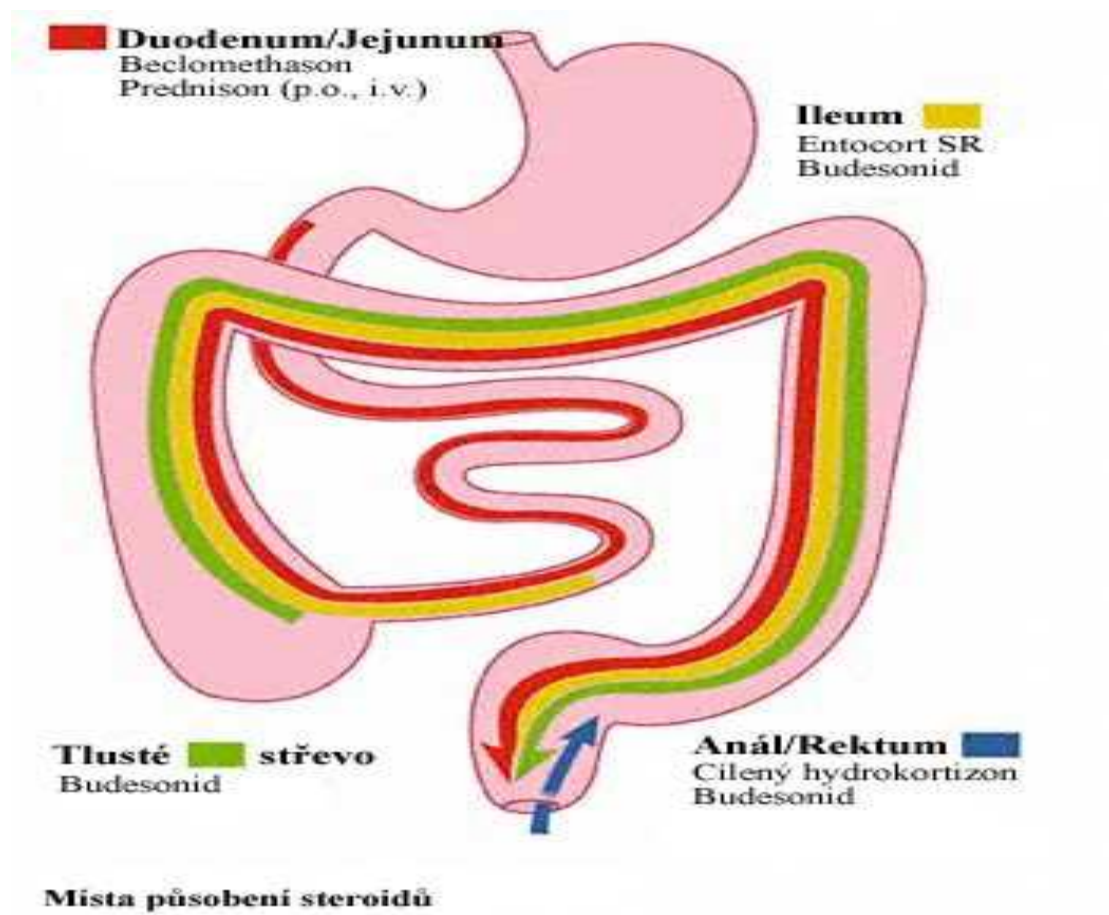


Místa působení 5-aminosalicylových kyselin (5-ASA)

Příloha č. 6

Obrázek č. 6

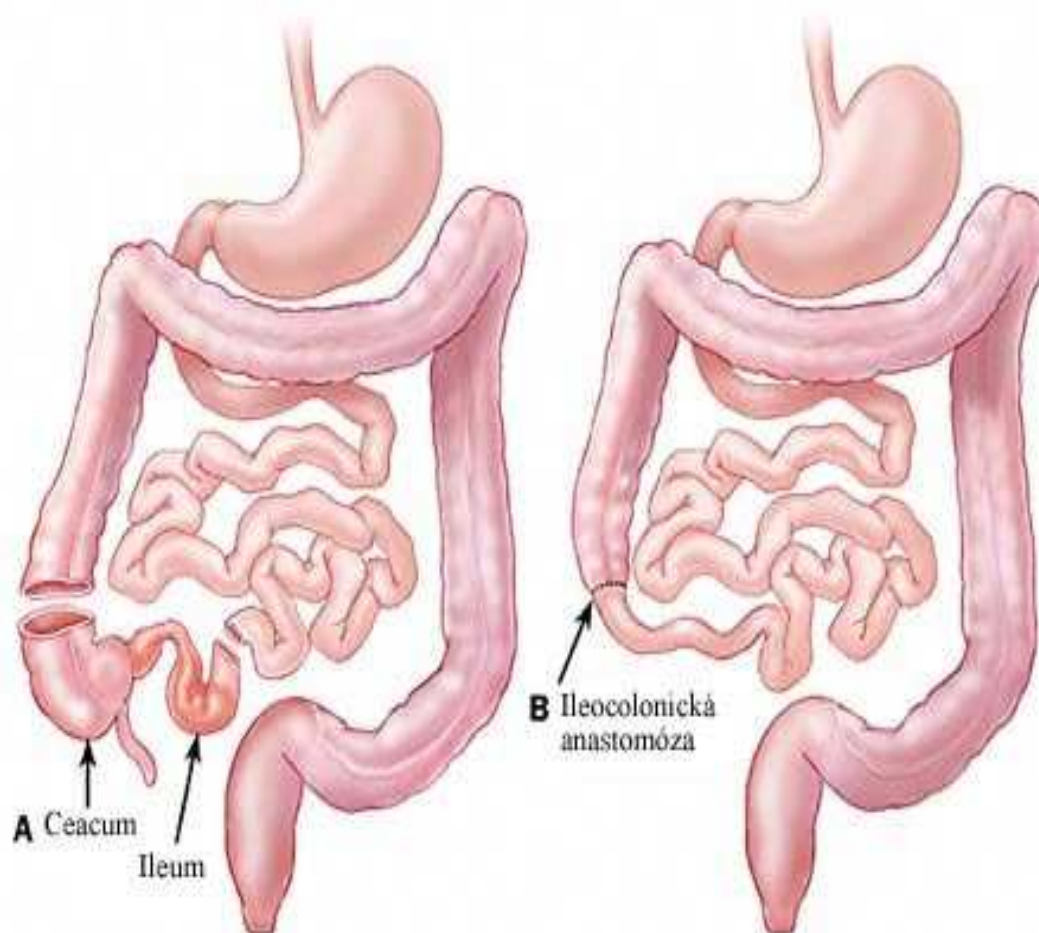
Místa působení steroidů



Příloha č. 7

Obrázek č. 7

Resekce ceaca a ilea

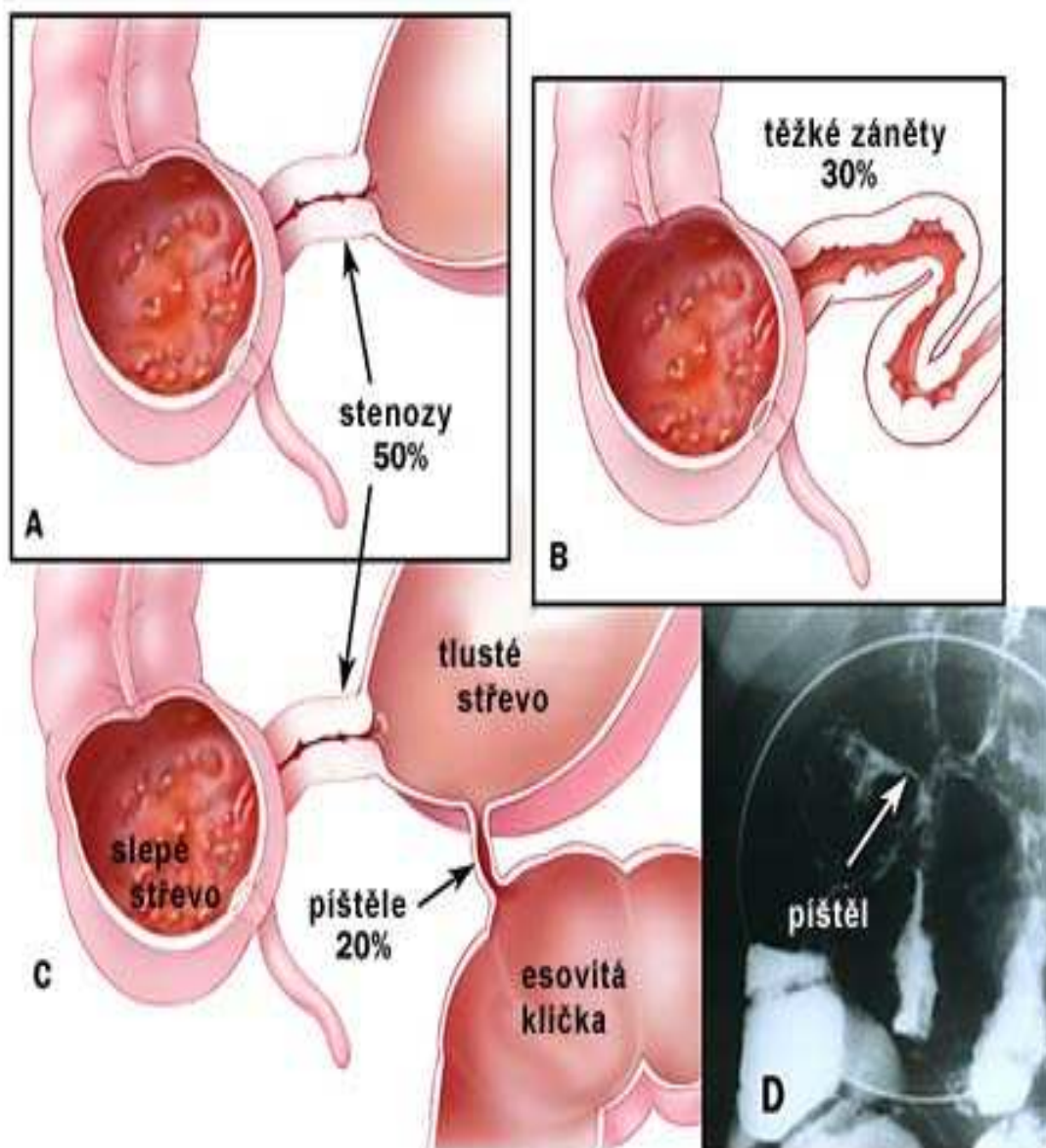


Resekce ceaca a ilea s ileocecalní anastomózou

Příloha č. 8

Obrázek č. 8

Typy Crohnovy choroby



Typy Crohnovy choroby: A) stenozy, B) tvorba těžkých zánětů, C) píštělizující forma
D) radiografický obrázek píštěle

Příloha č. 9

Obrázek č. 9

Vídeňská a Montrealská klasifikace M.Crohn

	Vídeňská	Montrealská
Věk diagnózy	A1 <40 let A2 >40 let	A1 <16 let A2 17-40 let A3 >40 let
Postižení¹⁾	L1 Ileum L2 Colon L3 Ileokolické L4 Horní	L1 Ileum L2 Colon L3 Ileokolické L4 Izolované horní
Forma²⁾	B1 Nestrikturní, nepenetrující B2 Strikturní B3 Penetrující	B1 Nestrikturní, nepenetrující B2 Strikturní B3 Penetrující P perianální postižení

1) Ve Vídeňské klasifikaci může být pouze jedno z L1-L4, Montrealská klasifikace umožňuje přidat L4 k L1-L3 (např. L1+L4).

2) V Montrealské klasifikaci lze P přidat k B1-B3.

CDAI

CDAI index byl navržen W.R. Bestem et al. z Midwest Regional Health Center v Illinois, USA, v roce 1976. Index počítá 8 proměnných po přenásobení jejich váhou.

Klinická / laboratorní proměnná		Hodnota x váha
1	Počet tekutých nebo řídkých stolic za den v posledním týdnu	 x 2
2	Bolest břicha (hodnocena na stupnici 0-3) v posledním týdnu	 x 5
3	Celkový stav, subjektivně hodnocen od 0 (dobrý) do 4 (špatný) v posledním týdnu	 x 7
4	Přítomnost komplikací *	 x 20
5	Užívání Immodia či opiátů proti průjmu	 x 30
6	Přítomnost břišní masy (0 není, 2 podezření, 5 určitě)	 x 10
7	Hematokrit <0.47 u mužů a <0.42 u žen	 x 6

8	Procentní odchylka od standardní hmotnosti	x 1
Spočítat výsledek		

*** Po bodu je přidáno za každou skupinu komplikací:**

- ▶ bolest kloubů (artralgie) nebo dg. artritidy
- ▶ iridocyklitida, uveitida
- ▶ erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, aftózní vředy
- ▶ anální fissury, píštěle, abscesy
- ▶ jiné píštěle
- ▶ horečka během minulého týdne

Remise Crohnovy nemoci je definována jako pokles CDAI pod 150. Těžká Crohnova nemoc je definována jako hodnota CDAI >450. Odpověď na léčbu Crohnovy nemoci je obvykle definována jako pokles CDAI o 70 a více bodů.

Příloha č. 10

DOTAZNÍK

Vážený pane, vážená paní,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí průzkumného šetření pro napsání diplomové práce na téma „ Kvalita života nemocných s diagnózou Morbus Crohn“.
Odpovědi budou naprosto anonymní, důvěrné a zjištěná data nebudou nikde jinde prezentována.
Velice Vám děkuji za spolupráci a za Váš čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Chvějová Bronislava
student bakalářského studia ošetrovatelství v Liberci
Ústav zdravotnických studií
461 17 Liberec 1, Studentská 2

Prosím, zaškrtněte nebo doplňte odpovídající položky:

1. Pohlaví muž
žena
2. Věk 0 – 19let
20 – 29let
30 – 39let
40 – 49let
50 – a více
3. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání základní vzdělání
odborné vzdělání
středoškolské vzdělání
vyšší odborné vzdělání
vysokoškolské vzdělání
4. Vaše zaměstnání(doplňte): **profese**.....
5. Myslíte si, že Vaše zaměstnání je stresové ano
ne
6. Jak hodnotíte kvalitu svého života s onemocněním morbus crohn? velmi špatně
špatně
ani špatně ani dobře
dobře
velmi dobře
7. Omezuje Vás nemoc ve Vašem profesním životě? ano
ne
- Pokud **ano**, jakým způsobem?..... (vyčerpanost, časté návštěvy u lékaře, potíže s trávením,
.....)
8. Omezuje Vás nemoc v osobním životě? ano
ne
- Pokud **ano**, jakým způsobem?.....
9. Kdy jste začali mít první zdravotní problémy? před 1 rokem
před 2-5 lety
před 5-10 lety
před více než 10 lety
10. Jaké je Vaše momentální stadium onemocnění?
stav klidný, bezpříznakový - uveďte současnou četnost stolic
stav aktivního vzplanutí nemoci, s příznaky - uveďte současnou četnost stolic
11. Čeho se nejvíce obáváte při onemocnění morbus crohn? (**prosím oznámkujte 1-10, přičemž 1 jsou největší obavy a 10 nejmenší**)

ztráta zaměstnání
 ztráta rodinné role
 ztráta partnera
 omezení ve stravování
 omezení volno časových aktivit
 léčby
 bolesti související s onemocněním
 změny vzhledu vlastního těla
 snížení sexuální aktivity
 dalšího vývoje onemocnění, komplikací

12. Myslíte si, že Váš život s nemocí morbus crohn je plnohodnotný? ano
ne

13. Docházíte pravidelně do gastroenterologické poradny? ano
ne

14. Řídíte se léčebnými pokyny Vašeho ošetřujícího lékaře? ano
ne
občas poruším

15. Podstoupili jste léčbu (můžete zaškrtnout i více možností):
 pouze dietním omezením(úprava stravování)
 léčbu perorálními léky(tablety)
 biologickou léčbu
 operační výkon

16. Jakými projevy onemocnění nejčastěji trpíte v důsledku onemocnění morbus crohn?
 bolesti břicha
 průjem
 nechutenství
 únava
 úbytek na váze
 zvýšená teplota
 jiné.....

17. Po prvním zjištění příznaků nemoci jsem podstoupil operační výkon:
 do 1 roku
 do 1-5 let
 do 5-10 let
 za více než 10 let

18. Kolikrát jste byli v důsledku své nemoci hospitalizováni?.....

19. Změnil se Váš život po operačním výkonu? ano
ne

Pokud **ano**, jakým způsobem?(doplňte)(omezení či zlepšení v profesním životě, v osobním životě, ve volnočasových aktivitách, ve stravování,.....)

20. Máte dostatečný přístup k informacím týkající se onemocnění morbus crohn? ano
ne

21. Z jakého zdroje informace čerpáte? odborná literatura
internet
lékař
známí
jiné.....

22. Co by se dalo dle Vašeho názoru zlepšit v péči o pacienty s touto diagnózou?(doplňte).....

Příloha č. 11

Obrázek č. 11

NUTRIČNÍ HODNOTY COMPACT NUTRIDRINKU

Průměrný obsah ve 100ml:

Energetická hodnota kcal 240/ 1010kJ

Bílkoviny (16 En %) g 9,6

Sacharidy (49 En %) g 29,7

z toho cukry g 15

laktóza méně než g 0,2

Tuky (35 En %) g 9,3

z toho nasycené g 0,9

Vláknina g

Minerální látky

Na mg 96

K mg 236

Cl mg 91

Ca mg 174

P mg 174

Mg mg 33

Stopové prvky

Fe mg 3,8

Zn mg 2,9

Cu µg 430

Mn mg 0,8

F mg 0,2

Mo µg 24

Se µg 14

Cr µg 16

I µg 32

Vitaminy

Vitamin A µg RE 240

Vitamin D3 µg 1,8

Vitamin E mg α-TE 3

Vitamin K µg 12,8

Thiamin (Vitamin B1) mg 0,4

Riboflavin (Vitamin B2) mg 0,4

Niacin (Vitamin B3) mg NE 4,3

Kyselina pantothenová mg 1,3

Vitamin B6 mg 0,4

Kyselina listová µg 64

Vitamin B12 µg 0,7

Biotin µg 9,6

Vitamin C mg 24

Jiné

Cholin mg 88

Osmolarita mOsmol/



Přílohač.12



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií
461 17 Liberec 1, Studentská 2
Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta <i>Chrástka Bronislava</i>			
Studijní obor <i>Obecná lékařství</i>	Osobní číslo studenta <i>204000 101</i>	Ročník <i>3. ročník</i>	
Téma práce <i>Kvalita života s diagnózou Morbus Crohn</i>			
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován <i>Gastrocn. ambulance, Interní odd., Chirurg. odd.</i>			
Jméno vedoucího práce <i>MUDr. Miroslav Zander</i>			
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu		Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce		☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis <i>MUDr. Zander II.</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení		☐ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis <i>Lenka Peichlová</i>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován		☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis <i>82631 Hodařová</i>	
Datum zahájení výzkumu <i>1.10. 2011</i>			
Datum ukončení výzkumu <i>22.2. 2012</i>			
Počet oslovených respondentů (personálu)			
Počet oslovených respondentů (klientů) <i>50</i>			
Poznámka:			

V *Praxe* dne *29.9. 2011*

Uroš B.

podpis studenta