

**UNIVERZITA KARLOVA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

**EDUKACE PACIENTA S CROHNOVOU  
CHOROBOU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Simona Térová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2022

**CHARLES UNIVERSITY**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

**PATIENT EDUCATION WITH CROHN'S  
DISEASE**

Bachelor's thesis

Author: **Simona Térová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2022

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

.....

Simona Térová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Evě Vachkové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. PharmDr. Kamilu Rudolfovi, Ph.D., MBA, za jeho laskavý přístup při odborné konzultaci teoretické části. Poděkování patří také zdravotnickému personálu za umožnění výzkumného šetření na jednotlivých pracovištích a distribuci dotazníků. Děkuji též všem zúčastněným pacientům za jejich ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu po celou dobu mého studia.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY</b> .....	<b>11</b>
1.1 Charakteristika idiopatických střevních zánětů.....	11
1.2 Porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy .....	12
1.3 Epidemiologie IBD .....	13
1.3.1 Incidence a prevalence ve světě .....	14
1.3.2 Incidence a prevalence v České republice.....	16
1.3.3 Mortalita a letalita .....	16
<b>2 CROHNOVA CHOROBA</b> .....	<b>18</b>
2.1 Definice .....	18
2.2 Historie .....	18
2.3 Etiopatogeneze .....	19
2.4 Patologický obraz.....	20
2.5 Průběh .....	20
2.6 Klinický obraz.....	21
2.6.1 Systémová symptomatologie.....	21
2.6.2 Intestinální manifestace.....	21
2.6.3 Extraintestinální manifestace .....	23
2.7 Diagnostika .....	26
2.7.1 Anamnéza.....	26
2.7.2 Fyzikální vyšetření .....	27
2.7.3 Laboratorní vyšetření .....	27
2.7.4 Zobrazovací metody .....	28
2.8 Diferenciální diagnostika .....	31
2.9 Terapie.....	31
2.9.1 Konzervativní léčba.....	31

2.9.2	Medikamentózní léčba .....	32
2.9.3	Biologická léčba.....	33
2.9.4	Chirurgická léčba .....	33
2.9.5	Podpůrná a doplňková léčba .....	34
2.10	Komplikace .....	35
2.11	Prognóza.....	36
<b>3</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CD .....</b>	<b>37</b>
3.1	Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s CD.....	37
3.1.1	Ambulantní péče .....	37
3.1.2	Nemocniční péče.....	38
3.1.3	Domácí péče.....	41
<b>4</b>	<b>PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI.....</b>	<b>42</b>
4.1	Definice zdraví a nemoci.....	42
4.2	Definice pojmu pacientovo pojetí nemoci.....	44
4.3	Metody zjišťující pacientovo pojetí nemoci.....	45
<b>5</b>	<b>EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....</b>	<b>46</b>
5.1	Definice edukace.....	46
5.2	Základní pojmy v edukaci.....	46
5.3	Druhy edukace.....	47
5.4	Formy edukace .....	48
5.5	Typy edukace .....	49
5.6	Metody edukace .....	49
5.7	Edukační role sestry .....	50
5.8	Edukační proces v ošetrovatelství .....	50
5.8.1	Fáze edukačního procesu .....	50
5.9	Specifika edukace zaměřené na pacienty s CD.....	52
5.9.1	Dietní opatření.....	52
5.9.2	Vyprazdňování .....	54
5.9.3	Pohybový režim (aktivita).....	54

5.9.4	Užívání farmakoterapie .....	55
5.9.5	Psychická kondice .....	56
<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>		<b>57</b>
<b>6</b>	<b>VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>58</b>
6.1	Cíle výzkumu .....	58
6.2	Metoda výzkumu a zpracování získaných dat.....	58
6.3	Charakteristika respondentů a organizace výzkumného šetření.....	59
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>60</b>
7.1	Výsledky nestandardizovaného dotazníku .....	60
7.2	Výsledky standardizovaného dotazníku IPQ-R-CZ (B).....	95
7.2.1	Vyhodnocení jednotlivých proměnných .....	125
7.3	Rozdílné pojetí nemoci u pacientů s Crohnovou chorobou.....	144
7.4	Intervence u vybraného pacienta .....	145
<b>8</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>146</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>		<b>160</b>
<b>ABSTRAKT .....</b>		<b>162</b>
<b>ABSTRACT .....</b>		<b>163</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>164</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZNAČEK A ZKRATEK.....</b>		<b>171</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>		<b>173</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>		<b>176</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>		<b>176</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>176</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>		<b>178</b>

# ÚVOD

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění, které může postihnout celý gastrointestinální trakt od dutiny ústní až po rektum. Spolu s ulcerózní kolitidou patří do skupiny idiopatických střevních zánětů, které jsou označovány za onemocnění dvacátého století. Incidence Crohnovy choroby na celém světě značně narůstá zejména v ekonomicky vyspělých zemích. Vzrůstající trend pravděpodobně koreluje s vyššími zdravotnickými standardy – technologickým vývojem přístrojů, novými a lepšími diagnostickými metodami či rozvojem lékařských oborů. V současné době postihuje především mladší generaci okolo 20. a 30. věku života a nevyhýbá se ani dětské populaci. Navzdory všem doposud proběhlým výzkumům se bohužel nepodařilo objasnit etiologii. K rizikovým faktorům patří stres, nevhodné stravování a nedostatek fyzické aktivity. Toto onemocnění negativně ovlivňuje pacientův život nejenom po fyzické, ale i psychické a sociální stránce. V současnosti díky vhodným léčebným postupům a dostatečně kvalitní edukací pacienta je možné dosáhnout dlouhodobého vymizení symptomů.

Téma bakalářské práce „Edukace pacienta s Crohnovou chorobou“ jsem si zvolila z toho důvodu, že právě vzdělávání pacientů a seznamování s jejich nemocí je důležitým předpokladem k zapojení do aktivního procesu léčby a spolupráce se zdravotníky. Domnívám se, že toto přispívá ke zlepšení jejich zdravotního stavu s lepšími šancemi na zvýšení kvality života a kontroly nad jejich nemocí. Nutným předpokladem je dostatek kvalitních informací o nemoci a terapii. V této oblasti sehrává důležitou roli sestra, neboť je s pacienty v neustálém kontaktu. Navíc se na ni často obracejí s dotazy, na které se kolikrát lékaři ostýchají dotázat. Rovněž bychom neměli opomenout důležitost podpory ze strany rodiny či přátel. V současné době mohou různé organizace poskytnout pomoc a podporu nejenom pacientům s nespecifickými střevními záněty, ale i rodinným příslušníkům.



Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a empirické. Teoretická část se zaměřuje na idiopatické střevní záněty, jejich charakteristiku, porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy a epidemiologii. V rámci samotné Crohnovy choroby se zabývám její definicí, historií, etiopatogenezí, patologickým a klinickým obrazem, průběhem, diagnostikou, terapií, komplikacemi a prognózou. V další části je zmíněna ošetrovatelská péče o pacienta s tímto onemocněním v ambulantní, nemocniční a domácí péči. Dále je uvedena problematika pacientova pojetí nemoci, jehož součástí je i definice zdraví a nemoci a metody zjišťující pacientův pohled na nemoc. Poslední kapitolou v teoretické části bakalářské práce je edukace v ošetrovatelství. Obsahuje samotnou definici, základní pojmy v edukaci, dále druhy, pojmy, typy a metody edukace. V neposlední řadě je zde uvedena edukační role sestry, edukační proces v ošetrovatelství a specifika edukace zaměřené na pacienty s tímto onemocněním.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit pacientovo pojetí nemoci a dosavadní úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou. Dalším cílem bylo zmapování a porovnání forem edukace na vybraných pracovištích. Také se zjišťovalo, zda pacienti mají v současné době k dispozici dostatek edukačních materiálů. Posledními cíli bylo identifikovat oblasti edukace, v nichž pacienti spatřují nedostatek informací a na základě získaných dat vytvořit edukační materiál pro tyto pacienty. Pro empirickou část bakalářské práce byl použit nestandardizovaný dotazník o 24 položkách a standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ (B) o 20 položkách zjišťující pacientovo pojetí nemoci.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

## 1.1 Charakteristika idiopatických střevních zánětů

Idiopatické střevní záněty (ISZ) jsou v zahraniční literatuře označovány zkratkou IBD (z anglického označení – „*Inflammatory Bowel Disease*“). V minulosti se pro rozlišení od specifického zánětu vyvolaného působením různých patogenů (bakterií, virů, prvoků či plísní) používal výraz „*nespecifické střevní záněty*“ (NSZ), který se v současnosti již nepoužívá (Bureš, 2014; Zbořil a kol., 2018). Termín „*idiopatický*“ pocházející z řeckých slov „*idios*“ – *vlastní* a „*pathos*“ – *nemoc*, vystihuje slovní spojení „*vzniklý z neznámé příčiny*“ či „*choroba vzniklá sama o sobě*“ (Vokurka, Hugo a kol., 2015).

IBD jsou chronická zánětlivá onemocnění postihující různé části gastrointestinálního traktu. Mají doposud neznámou etiologii a pouze částečně prozkoumanou patogenezí s bohatými intestinálními a extraintestinálními příznaky. To znamená, že mohou kromě gastrointestinálního traktu zasáhnout i jiné orgány, např.: klouby, oči, kůži apod. (Dujsíková, 2019).

U idiopatických střevních zánětů rozeznáváme dvě základní formy: Crohnovu chorobu (CD – Crohn's disease) a ulcerózní kolitidu (UC – ulcerative colitis) (Kumar, Clark, 2009).

I když si jsou obě onemocnění navzájem podobná, tak se v mnohém odlišují. Společnou charakteristikou je chronický průběh s obdobím relapsů (akutních stavů) a remisí (klidového období). Zásadní odlišnost spočívá v lokalizaci, intenzitě a hloubce postižení gastrointestinálního traktu (Bureš, 2014; Klener, 2002).

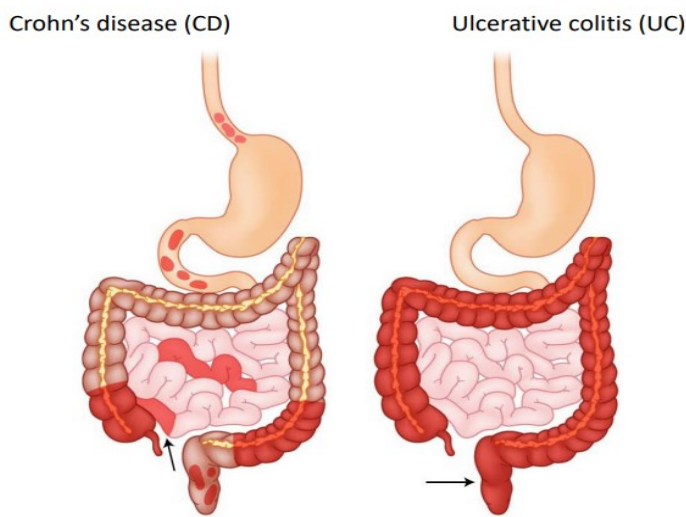
V 10 % případů není možné tato onemocnění od sebe jednoznačně odlišit a definitivně tak stanovit diagnózu, neboť dochází k překrývání jejich klinických projevů, histologických a radiologických abnormalit (Kumar, Clark, 2009). Takový stav se označuje jako neurčitá kolitida, rovněž indeterminovaná kolitida (Bureš, 2014). Mezi IBD se nově zařazují i kolitidy mikroskopické, přechodné nebo multifokální (Lukáš, Hoch, 2018).

## 1.2 Porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy

Zatímco UC zasahuje pouze oblast tlustého střeva (vždy rektum a různě rozsáhlý úsek tlustého střeva orálním směrem), tak CD může postihnout kteroukoliv část gastrointestinálního traktu od úst až po rektum, nejčastěji terminální ileum – tzv. ileocekální oblast (Červenková, Lukáš, 2009).

Pro CD je typický segmentální charakter. Sliznice je zpravidla postižena transmuraně (postiženy jsou všechny vrstvy střevní sliznice) s granulomatózní povahou. K hlavním symptomům patří bolesti břicha, průjemy (3–6krát denně, většinou bez příměsí), úbytek tělesné hmotnosti, subfebrilie až febrilie, poruchy růstu a vstřebávání živin v trávicím traktu. Komplikacemi může být vznik píštělí, stenóz a abscesů (Klener, 2002).

Naopak UC je hemoragicko-purulentní až ulcerózní zánět povrchových vrstev sliznice s kontinuálním šířením orálním směrem (střevo je zasaženo vcelku bez vložených intaktních úseků). Hlavním symptomem jsou krvavé průjemy s tenezmy (nepříjemně vnímaným nutkáním na stolici). Těžší formy jsou spojeny s celkovou manifestací (únava, slabost apod.). Poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy s kachexií a septickým stavem se vyskytují u nejtěžších forem onemocnění. Zjevné je zvýšené riziko vzniku karcinomu (Klener, 2002). Přehledné porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy je uvedeno v příloze č. 1.



**Obrázek 1:** Porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy

(zdroj: Nurath M.F., 2019 [online])

### 1.3 Epidemiologie IBD

Incidence a prevalence IBD celosvětově v posledních dvaceti letech významně narůstá, a to především u mladších věkových skupin včetně dětí. Z geografického hlediska postihují populaci zejména v ekonomicky vyspělých zemích jako je severní a západní Evropa (skandinávské země a Velká Británie), Severní Amerika a Oceánie (Lukáš, 2020; Zbořil, 2018).

Naopak nižší výskyt je evidován v Jižní Americe, Africe a Asii. Incidence je ovlivněna řadou faktorů, předpokládají se odlišné klimatické podmínky, jiný způsob výživy nebo rasové a etnické faktory. Nicméně i v dříve zaostalých a rozvojových zemích dochází ke zvyšování incidence využitím lepší diagnostiky (Lukáš, 2020; Zbořil, 2018).

Z etnického pohledu jsou k IBD nejnáchylnější běloši, především Židé. V rámci židovského etnika byly nicméně rovněž popsány významné rozdíly, které podléhají geografickému hledisku – střední a východní Evropa (aškenázští Židé) versus Středomoří, Balkán a Pyrenejský poloostrov (sefardští Židé) (Zbořil, 2018). Rovněž migrace přispívá k neustálému ovlivňování prevalence, například u Číňanů žijících v Hong Kongu je prevalence vyšší ve srovnání s pevninskou Čínou (Kumar, Clark, 2009).

IBD se mohou projevit v jakémkoliv věku. Nejčastěji postihují pacienty v produktivním období. CD se nejčastěji objevuje okolo 20. a 30. roku věku a UC mezi 20. a 40., poté mezi 50. a 70. rokem věku. CD se častěji vyskytuje u žen, zatímco UC u mužů. Z celkového počtu všech pacientů s IBD představuje 7–20 % dětskou populaci. Děti častěji postihuje CD než UC (Zbořil, 2018).

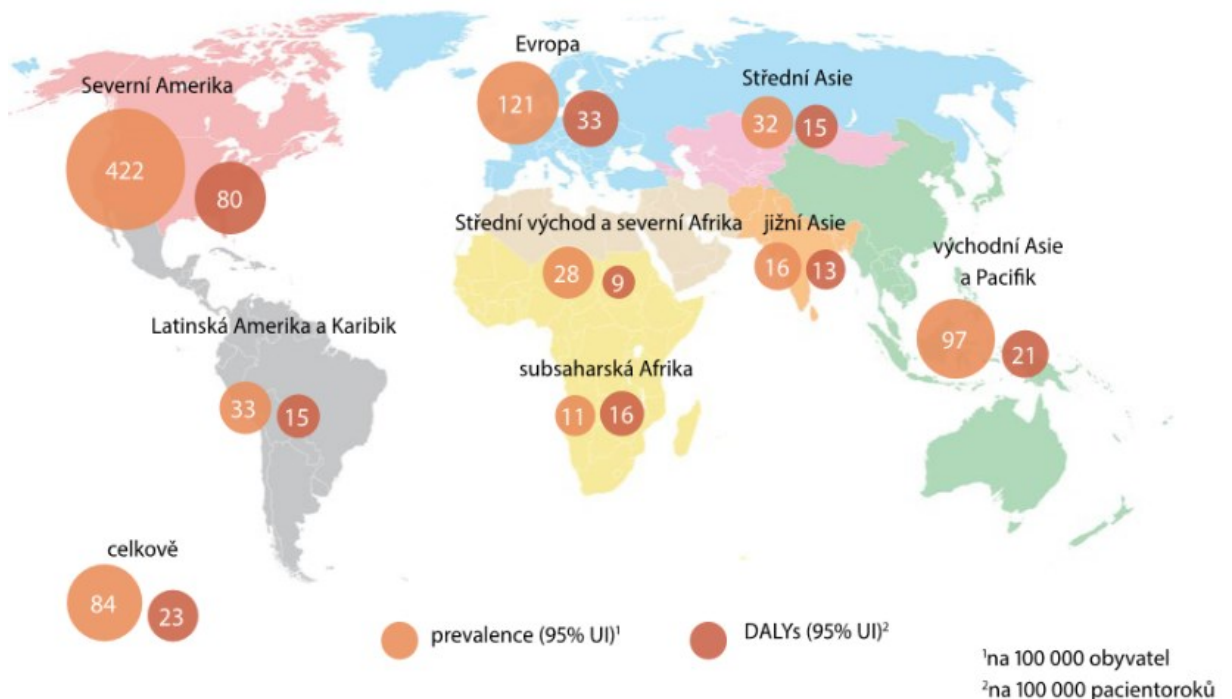
Lukáš a Hoch (2018) uvádějí, že přibližně u 25 % pacientů se začíná IBD projevovat do 20. roku života. Onemocnění postihuje 4 % dětí v předškolním věku. V dětství se CD objevuje až 2krát častěji než UC. Dětských pacientů se častěji týkají extraintestinální manifestace zahrnující opoždění růstu a sexuálního zrání, ztrátu tělesné hmotnosti, anémii a kloubní postižení. Při aktivním chronickém zánětu jsou děti také ohroženy tromboembolickými stavy.

### 1.3.1 Incidence a prevalence ve světě

Kumar a Clark (2009) uvádějí incidenci CD přibližně 4–10/100 000 obyvatel ročně, s prevalencí 27–106/100 000 obyvatel; incidence UC byla 6–15/100 000 obyvatel ročně, s prevalencí 80–150/100 000 obyvatel. V roce 2012 se incidence CD pohybovala mezi 0,1 a 16/100 000, UC mezi 0,5 a 24,5/100 000 obyvatel. Dle nejnovější studie z roku 2017 (Ng et al) je incidence CD 23,8/100 000 a UC 57,9/100 000 obyvatel (Zbořil, 2018).

Severní Amerika a Evropa patří k zemím s největší incidencí IBD, odhaduje se okolo 0,5–1,5 % nemocných. V Evropě se vyskytuje přibližně 2,2 milionů nemocných, v USA zhruba 1,4 milionů nemocných (Zbořil, 2018).

Lukáš (2020) uvádí, že na celém světě mezi lety 1990 a 2017 došlo ke zvýšení prevalence o 31 %. V roce 1990 byla 68,6/100 000 obyvatel, v roce 2017 dosahovala hodnot 89,6/100 000 obyvatel. Příčinou stoupající celkové prevalence je prodlužování průměrného věku a stárnutí populace.



**Obrázek 8:** Prevalence IBD z celosvětového hlediska  
(zdroj: Lukáš, 2020, s. 22)

Region	Crohnova choroba		Ulcerózní kolitida	
	Incidence	Prevalence	Incidence	Prevalence
Severní Amerika	23,8	318,5	23,1	286,3
Evropa	12,7	322	57,9	505
Asie, Blízký východ	8,4	53,1	6,5	106

**Tabulka č. 1:** Celosvětové rozdělení výskytu IBD

(nejvyšší incidence a prevalence na těchto kontinentech na 100 000 obyvatel) (Zbořil, 2018), upraveno

		Nejvyšší	Nejnižší
CD	Incidence	12,7 (Dánsko)	0,40 (Moldavsko/Grónsko)
	Prevalence	322 (Německo)	2,42 (Rumunsko)
UC	Incidence	57,9 (Faerské ostrovy)	0,97 (Rumunsko)
	Prevalence	505 (Norsko)	1,51 (Rumunsko)

**Tabulka č. 2:** Nejvyšší a nejnižší incidence a prevalence IBD v Evropě

(na 100 000 obyvatel) (Zbořil, 2018), upraveno

		Nejvyšší	Nejnižší
CD	Incidence	23,8 (Kanada – Nové Skotsko)	6,3 (USA – Kalifornie)
	Prevalence	318,5 (Kanada – Nové Skotsko)	96,3 (USA – Kalifornie)
UC	Incidence	23,1 (Kanada – Nové Skotsko)	8,8 (USA – Minnesota)
	Prevalence	286,3 (USA – Minnesota)	139,8 (Kanada – Québec)

**Tabulka č. 3:** Nejvyšší a nejnižší incidence a prevalence IBD v Severní Americe

(na 100 000 obyvatel) (Zbořil, 2018), upraveno

		Nejvyšší	Nejnižší
CD	Incidence	8,4 (Izrael)	0,09 (Srí Lanka)
	Prevalence	53,1 (Libanon)	1,05 (Taiwan)
UC	Incidence	6,5 (Izrael)	0,15 (Filipíny)
	Prevalence	106,2 (Libanon)	4,59 (Taiwan)

**Tabulka č. 4:** Nejvyšší a nejnižší incidence a prevalence IBD v Asii

(na 100 000 obyvatel) (Zbořil, 2018), upraveno

### 1.3.2 Incidence a prevalence v České republice

V ČR se incidence IBD pohybuje okolo 12–15/100 000 obyvatel a odpovídá střední hodnotě mezi západní a východní Evropou. Odhaduje se přibližně 30 000 pacientů s IBD. Data z roku 2015 ukazují, že incidence CD byla 22,7/100 000 obyvatel, s prevalencí 205,9/100 000 obyvatel. Incidence UC byla 27,6/100 000 obyvatel, s prevalencí 236,1/100 000 obyvatel (Jarkovský, 2017).

Dle Lukáše (2020) byl v roce 2018 celkový počet nemocných s IBD v ČR, kteří měli zajištěnou zdravotní péči 28 430 pacientů. Celková prevalence léčených pacientů s IBD byla 56 407 osob. Na základě získaných dat se ukázalo, že prevalence IBD každým rokem stoupá o 8–9 %. Odhaduje se, že v roce 2025 celková prevalence dispenzarizovaných pacientů bude vyšší než 69 000 a v roce 2030 dokonce přesáhne počet 78 000.

Diagnóza	Pozorovaná prevalence léčených		Predikce prevalence léčených (včetně 95% intervalů spolehlivosti)		
	rok 2017	rok 2018	rok 2020	rok 2025	rok 2030
<b>K50 (CD)</b>	27 004	27 977	29 006 (28 658-29 354)	35 208 (34 585-35 832)	39 938 (39 048-40 828)
<b>K51 (UC)</b>	28 263	28 430	30 374 (30 018-30 731)	34 367 (33 756-34 977)	38 234 (37 310-39 159)

*Tabulka č. 5: Dlouhodobá predikce počtu pacientů léčených s diagnózami K50 a K51*

*(zdroj dat NRHZS 2010–2018. Poissonův zobecněný lineární model predikční báze 2013–2018)*

*(Lukáš, 2018), upraveno*

### 1.3.3 Mortalita a letalita

IBD v dnešní době patří k onemocněním s relativně nízkou mortalitou. Celková mortalita v ČR se pohybuje mezi 30–40 úmrtími ročně. Mortalita u UC je až 6krát vyšší než u Crohnovy choroby. V ČR v roce 2015 byla mortalita pacientů s CD 0,39/100 000 obyvatel (41 pacientů). U UC bylo zjištěno 0,27/100 000 obyvatel (31 pacientů) (Jarkovský, 2017).



Lukáš (2020) uvádí, že v roce 2018 zemřelo 493 pacientů s diagnózou K50 (CD) s průměrným dožitým věkem 72,5 let a 917 pacientů s diagnózou K51 (UC) s průměrným dožitým věkem 75,7 let (z jakékoliv příčiny).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	průměrná meziroční změna
<b>Crohnova choroba (K50)</b>								
zemřelí (libovolná příčina)	226	272	331	381	442	488	493	+10,6 %
- na 100 000 obyvatel	2,15	2,59	3,14	3,61	4,18	4,61	4,64	+10,4 %
zemřelí (hlavní příčina (K50))	26	24	30	41	24	21	37	+10,7 %
- na 100 000 obyvatel	0,25	0,23	0,29	0,39	0,23	0,20	0,35	+13,9 %
<b>Ulcerózní kolitida (K51)</b>								
zemřelí (libovolná příčina)	388	515	572	678	710	779	917	+12,7 %
- na 100 000 obyvatel	3,69	4,90	5,43	6,43	6,72	7,36	8,63	+12,4 %
zemřelí (hlavní příčina K51)	28	50	28	31	31	29	20	-6,7 %
- na 100 000 obyvatel	0,27	0,48	0,27	0,29	0,29	0,27	0,19	-7,4 %

**Tabulka č. 6:** Letalita a mortalita u Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy

(v české populaci v časovém vývoji (2012–2018 zaznamenaná v registrech ÚZIS MZ ČR)

(Lukáš, 2020), upraveno

U pacientů s CD je oproti běžné populaci zjevná vyšší mortalita. K nejčastějším příčinám úmrtnosti patří zejména malignity (karcinom plic, melanom nebo malignity trávicího traktu). K dalším příčinám se řadí plicní, gastrointestinální a urogenitální onemocnění. Oproti tomu pacienti s UC mají podobné riziko úmrtí jako běžná populace. Mají nižší mortalitu na respirační malignity, ale vyšší na urogenitální malignity. Často umírají na CRC, pooperační komplikace nebo hepatální selhání (Zbořil, 2018).

V současné době je pacientům s IBD poskytována nákladná multidisciplinární péče zahrnující moderní diagnostiku a nové možnosti léčby, zejména podávání biologické léčby. Diagnostikovaní pacienti jsou lépe monitorováni a vyhledávají se aktivně komplikace, což vede ke zlepšení zdravotních následků (Lukáš, 2020).

## **2 CROHNOVA CHOROBA**

### **2.1 Definice**

Crohnova choroba je chronické autoimunitní onemocnění zánětlivé povahy patřící do skupiny IBD. Postihnout může jakoukoliv část gastrointestinálního traktu od úst až po rektum, nejčastěji se nachází v oblasti přechodu tenkého střeva na tlusté, tzv. ileocekální oblasti. Charakteristickou vlastností je transmurální postižení trávicí trubice. Vyznačuje se typickými segmentálními změnami, kde se mezi zdravými úseky střídají postižené (Lukáš, Hoch, 2018).

### **2.2 Historie**

První popisy IBD se datují již od roku 1769, kdy G. G. Morgagni popsal první případ segmentálního postižení tlustého a tenkého střeva. Poté v roce 1859 uvedl Samuel Wilks případ 42leté ženy s dlouhotrvajícími průjmy a horečkou. Z důvodu zjištěného transmurálního ulcerózního postižení tračnicku a terminálního ilea se předpokládalo, že se jedná o první popis UC. Později bylo ale zjištěno, že se jedná právě o CD. Na londýnském sympoziu bylo v roce 1907 představeno 317 nemocných. Příčinou úmrtí mnohých z nich byla perforace trávicího traktu, peritonitida, krvácení, sepse či embolie. Podrobnější informace týkající se vředových zánětů střeva podal roku 1913 T. Kennedy Dalziel (Lukáš, Hoch, 2018).

Crohnova choroba byla pojmenována podle slavného amerického gastroenterologa, B. B. Crohna, který ji popsal spolu s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem v roce 1932. Téhož roku uvedl Bargen termín regionální enteritida. V roce 1937 bylo Gottliebem poprvé popsáno postižení horní části GIT. V následujících letech se podařilo popsat postižení žaludku a jícnu (Lukáš a spol., 1999).

## 2.3 Etiopatogeneze

Ačkoli není etiologie Crohnovy choroby doposud stále známa, předpokládá se, že na vzniku zánětu se podílí více faktorů. Uvádějí se čtyři spolupůsobící faktory: genetické, imunologické, infekční a faktory životního prostředí (hygienické podmínky, dieta, mikrobiální expozice). Významnou roli hraje zejména genetická predispozice jedince, uvádí se zvýšený familiární výskyt – mutace NOD2-/CARD15 genu. Dále poruchy imunitního systému, kdy dochází k neadekvátní imunitní odpovědi, v jejímž důsledku se předpokládá zvýšená propustnost střevní sliznice. Rizikovým faktorem může být rovněž podklad infekce, např.: mykobakterie, E. coli či virus spalniček (Karges, Dahouk, 2011; Zbořil, 2018).

K rozvoji nemoci přispívá „západní styl života“. Spouštěčem může být kombinace stresu s nedostatkem přirozeného pohybu. U pacientů trpících CD se ukazuje nižší konzumace ovoce, zeleniny a vlákniny, a naopak vyšší spotřeba cukrů a tuků (Zbořil, 2018).

Aktivní kouření představuje až dvojnásobné riziko rozvoje CD se zhoršením jejího průběhu. Zvyšuje riziko vzniku relapsů a v neposlední řadě má také negativní dopad při terapii onemocnění. U UC se naopak překvapivě ukazuje, že aktivní kouření má jistý protektivní účinek, to ovšem neplatí u exkuřáků, kterým riziko vzniku narůstá (Zbořil, 2018).

Ukázalo se, že apendektomie může být rizikovým faktorem pro rozvoj CD, zejména u dospělých v prvních šesti měsících od provedené operace. Děti do 10. roku věku jsou bez zvýšeného rizika, kromě těch již diagnostikovaných. Naopak provedená apendektomie u UC má zjevně ochranný účinek (Zbořil, 2018).

Za rizikové je považováno také užívání hormonální antikoncepce, související podle všeho s délkou užívání a dávkou estrogenu. Nesteroidní antirevmatika (NSAID) mohou negativně působit na GIT, neboť svými účinky narušují intestinální bariéru, a tím může docházet ke zhoršení onemocnění. Opakované užívání antibiotik (ATB) či podklad infekce rovněž přispívá ke vzniku CD (Zbořil, 2018). Lukáš a Hoch (2018) uvádějí protektivní vliv kojení.

## 2.4 Patologický obraz

Charakteristické je transmurální postižení celé střevní stěny se segmentálními změnami, kde se mezi postiženými oblastmi vyskytují zdravé úseky (tzv. „přeskočené“ – *skipped areas*). Dochází zde k hypertrofii intestinální stěny a mesenteria s výskytem edému sliznic s podélnými rýhami (vzhledu dlažebních kostek). Často se objevují aftózní vředy s bělavým středem a zarudlým lemem. Patrný je také vznik polypů, fistulí (píštělí) a stenóz (zúženin) (Klener, 2002).

CD se nejčastěji objevuje v tzv. ileocekální oblasti (45–60 %) – v místě spojení tenkého a tlustého střeva, resp. na konci tenkého střeva (terminální ileum). Ve 25 % postihuje tračník, dále jen tenké střevo (5–15 %), rektum a anální oblast (5 %) a v některých případech žaludek, jícen nebo dutinu ústní (5 %) (Ehrmann, 2011).

Typické jsou granulomy z epiteloidních buněk a mnohояaderné obrovské buňky (40 % případů), hyperplazie spádových lymfatických uzlin (70 % případů), lymfangiektázie, aftózní slizniční ulcerace s fisurami a tvorbou píštělí (Herold, 2000).

## 2.5 Průběh

CD se vyznačuje chronickým průběhem, který se může postupně měnit. Může docházet ke střídání remise (klidové období) s relapsy (zhoršení/vzplanutí). Při remisi pacienti nemají žádné příznaky onemocnění ani známky aktivního zánětu, nebo mají jen velmi mírné příznaky. Relaps je stav, při kterém se příznaky vrací. Ke zhoršení stavu přispívají akutní infekty trávicího nebo respiračního systému (chřipka), dietní chyba nebo psychický stres (Červenková, Lukáš, 2009; Lukáš, Hoch, 2018).

U některých lidí mohou příznaky po většinu života chybět, zatímco jiní mají chronickou formu onemocnění, kdy k rozvinutí obrazu nemoci dochází většinou pozvolna. Někdy mohou příznaky přetrvávat a nikdy se nevyřeší. CD se může vzácně zpočátku manifestovat také akutními symptomy, které mohou simulovat apendicitidu (Červenková, Lukáš, 2009).

## 2.6 Klinický obraz

Klinické projevy mohou být velmi rozmanité a u jednotlivých pacientů se mohou lišit. Jsou dány především rozsahem postižení a lokalizací onemocnění. Nejčasnější příznaky zahrnují: bolesti břicha (80 %), průjem (70 %) – většinou bez příměsí krve, úbytek tělesné hmotnosti (60 %) a subfebrilii až febrilii (50 %) (Ferko, 2002; Navrátil a kol., 2017).

### 2.6.1 Systémová symptomatologie

Většinou se jedná o první příznaky, které pacienti zaznamenají. K celkovým nespecifickým projevům patří: úbytek tělesné hmotnosti, poruchy růstu, horečka a anémie.

**Úbytek tělesné hmotnosti** může jednak souviset s nedostatečným příjmem potravy, tak i se zvýšenou spotřebou energie při intenzivním zánětu nebo jako důsledek poruchy vstřebávání živin v trávicím traktu. S úbytkem tělesné hmotnosti se pojí slabost, únava, nauzea, zvracení či anorexie. Vyskytuje se u 10–20 % pacientů (úbytek až o 20 %). Často současně dochází k nedostatku železa, kyseliny listové, vitamínu B<sub>12</sub>, kalcia, magnezia a zinku.

**Poruchy růstu** se mohou vyskytovat až u 45 % dětí trpících CD. V období projevů choroby bývá charakteristický rychlý růst jedince.

**Horečka** vzniká z důvodu zvýšené tvorby protizánětlivých cytokinů.

**Anémie** se nachází až u 30 % pacientů. Nejčastěji je způsobená nedostatkem železa při krevních ztrátách, deficitu vitamínu B<sub>12</sub> či deficitu kyseliny listové (Klener, 2006; Lukáš, Hoch, 2018).

### 2.6.2 Intestinální manifestace

Intestinální manifestace neboli střevní příznaky se odvíjejí podle místa střevního postižení. Mezi typické příznaky patří křečovitá a navracející se záchvatovitá břišní bolest lokalizovaná do pravého hypogastria s doprovodnou nauzeou a případně zvracením. Často pozorujeme chronický průjem (s frekvencí 3–6 stolic denně, většinou bez příměsí krve). V oblasti konečníku se mohou vyskytnout fisury, perianální abscesy či píštěle. Někdy se může objevit i krvácení z konečníku, které ale není tak časté jako u UC (Klener, 2002).

Lukáš a Hoch (2018) uvádějí, že výskyt průjmů je multifaktoriální. Jednou z příčin může být porucha vodní a elektrolytové absorpce a sekrece či intestinální motility. K průjmům může rovněž dojít z důvodu malabsorpce nebo následkem zánětu.

### **Klinické projevy dle lokalizace a postižení GIT**

**Postižení ileocekální oblasti** se vyskytuje nejčastěji, uvádí se až ve 40 % případů. Ileocekální oblast se nachází v místě, kde tenké střevo přechází v tlusté. Této oblasti se říká také terminální ileum – terminální ileitida. Nemocní trpí tlakovými až křečovitými bolestmi břicha v pravém hypogastriu nebo okolo pupku, dále průjmy, zvýšenou teplotou, anémií, váhovým úbytkem, nauzeou, zvracením, meteorismem, flatulencí, říháním či pyrózou. Objevit se může hmatný infiltrát v pravé jámě kyčelní. Ke komplikacím patří perforace střeva či tvorba píštělí a abscesů (Zbořil, 2018).

**Postižení tlustého střeva** – tzv. kolitida se objevuje ve 30 % případů. Obtížné bývá rozlišení od UC z důvodu podobné symptomatologie. Častým projevem bývá křečovitá bolest břicha a vleklý průjem či enteroragie. Kolem konečníku se mohou objevit hnisavé projevy v podobě píštělí, abscesů a fisur. V případě postižení tlustého střeva se mohou objevit také extraintestinální projevy (Zbořil, 2018).

**Postižení tenkého střeva proximálně od terminálního ilea** – tzv. jejunoileitida se vyskytuje v 15–20 %. Příznaky zahrnují nechutenství, váhový úbytek, plynatost. Intermitentně se mohou vyskytnout kolikovitě bolesti břicha. U závažnějších forem se objevují poruchy pasáže (1–2 hodiny po příjmu potravy – říhání, nauzea, škroukání). Může se rozvinout malnutrice, anémie. Komplikacemi jsou většinou stenózy (Zbořil, 2018).

**Postižení tenkého a tlustého střeva** – tzv. ileokolická forma (ileokolitida) se vyskytuje u 45 % případů, kdy je postiženo tenké i tlusté střevo s povšechnou symptomatologií uvedenou výše (Lukáš, 2005).

**Postižení perianální oblasti** se objevuje při těžké formě CD. Postižena bývá oblast kolem konečníku a řitního otvoru. Projevuje se pocitem nedostatečně vyprázdněného konečníku, tzv. tenesmy. V této oblasti se často vyskytují abscesy, píštěle či stenózy (Zbořil, 2018).

**Atypické oblasti** – v 5–10 % může CD postihnout i horní úseky GIT (dutina ústní, jícen, žaludek a duodenum). Při postižení jícnu se vyskytují poruchy polykání, bolesti při polykání, pálení žáhy či retrosternální bolesti. V případě léze žaludku dochází k poruchám jeho vyprazdňování, tvoří se ulcerace až stenózy. K symptomům patří pocity plnosti, nauzea, zvracení. CD duodena postihuje zejména jeho distální část. Raritně se může vyskytnout akutní pankreatitida (Zbořil, 2018).

Dle Klenera (2011) rozlišujeme tři formy nemoci – formu zánětlivou neboli luminální, vyznačující se průjmy, bolestí hypogastria, váhovým úbytkem, únavou, subfebrilií či febrilií a malabsorpcí. Stenozující forma se vyskytuje u komplikované CD a projevuje se křečovitými bolestmi. Pro fistulizující formu je typický vznik abscesů a fistulí.

### **2.6.3 Extraintestinální manifestace**

Extraintestinální manifestace neboli mimostřevní symptomy CD se vyskytují u více než 1/3 pacientů a poukazují na progresi onemocnění. Postiženy mohou být různé orgánové systémy, nejčastěji pohybový, smyslový nebo kožní. Mezi nejzávažnější extraintestinální manifestace patří zejména postižení jater, slinivky břišní, ledvin, srdce a cév (Klener, 2002; Navrátil a kol., 2017).

#### **Oftalmologické manifestace**

Výskyt očních příznaků je spíše sporadický, uvádí se méně než u 10 % případů. Nicméně je častější než u UC. Dominantně dochází k zánětlivému postižení episkléry (pojivová tkáň mezi spojivkou a sklérou) – episkleritida, dále bývá postižena skléra (bělma – vnější bílá část oka) – skleritida, uvea (živnatka – cévnatá pigmentovaná vnitřní část oka) – uveitida či iris (duhovka) – iritida. Doprovodnými symptomy je tupá bolest oka se šířením do okolí, lakrimace, pálení, svědění, fotofobie, zarudnutí oka, zhoršení vizu, přítomnost serozních/hnisavých výpotků. Pacienti by proto měli být dispenzarizováni také oftalmologem z důvodu předejití trvalých následků poruchy vizu (Kohout, Pavlíčková, 2006; Štrofová a kol., 2013).

## **Revmatologické a muskuloskeletální manifestace**

Muskuloskeletální příznaky se objevují poměrně často, výskyt se odhaduje okolo 23 %. Periferní artropatie zahrnuje artritidu (zánět kloubu), entezitidu (zánět úponu šlachy, vazy nebo kloubního pouzdra), daktylitidu (zánět kloubů na prstech) a artralgií (bolest kloubů). Enteropatická artritida se nejčastěji projevuje zánětlivým infiltrátem v kloubním pouzdru. Za vhodnou léčbu považujeme užívání kortikoidů či punkci výpotků. Častější výskyt je evidován u UC. Mezi axiální artropatie patří ankylozující spondylitida a akroileitida (zánět sakroiliakálních kloubů), většinou nepříznaková, zjištěná náhodně při RTG vyšetření. Klinickým projevem bývá ranní ztuhlost a bolesti lokalizované v oblasti bederní páteře. Terapie spočívá v podávání NSAID s kombinovanou fyzioterapií (Zádorová, 2012).

## **Dermatologické manifestace**

Ke kožním projevům nejčastěji dochází při relapsu choroby. Nemocní s CD obvykle postihuje zánět podkožního vaziva, a to včetně tukové tkáně ve formě panikulitidy (*erythema nodosum*). Manifestace bývá doprovázena tvorbou nodulů neboli hrbolků, které bývají zarudlé až bolestivé. Nodózní erytém predominantně postihuje flexorové strany horních a dolních končetin (hlavně bérce). Další dermatologickou manifestací bývá *pyoderma gangrenosum*, jež častěji postihuje osoby nad 40 let v lokalizacích drobných poranění. Může se vyskytnout prakticky kdekoli, včetně sliznic. Projevuje se červenými, bolestivými noduly, jež se rozpadají a mění se v ulcerace. Další možné projevy zahrnují postižení sliznic aftózní stomatitidou (Gabalec, 2009; Zádorová, 2012).

## **Hepatobiliární a pankreatické manifestace**

Přibližně u 5 % pacientů s IBD se objevují hepatobiliární příznaky, které představují cholecystolitiázu či primární sklerozující cholangitidu (PSC). PSC je typická postižením zejména větších žlučových cest (intrahepatální a extrahepatální cesty). Postižení žlučových cest vede časem k jejich úplné obliteraci. Progrese bývá s velmi pozvolnou tendencí. Diagnóza se stanovuje na základě setrvalého zvýšení obstrukčních jaterních enzymů GMT, ALP, dále typického nálezu na MRI či při ERCP. Vlastní diagnóza je zpravidla potvrzena histopatologicky zpracováním vzorku tkáně odebraného při endoskopickém vyšetření. PSC většinou reaguje na terapii UDCA (Zádorová, 2012).



K závažným klinickým symptomům objevujících se při těžkém postižení hepatobiliárního systému patří únava, svědění (pruritus) či zežloutnutí kůže a sliznic (ikterus). Terminální stádium probíhá pod obrazem cirhózy s portální hypertenzí doprovázené ascitem a splenomegalií se sekvestrací trombocytů (trombocytopenie se zvýšenou krvácivostí), leukocytů (leukopenie) a erytrocytů ve slezině. K postižení pankreatu dochází vzácně, nejčastěji na základě užívané medikace – polékové postižení slinivky břišní. Popisována je akutní a chronická pankreatitida (Zádorová, 2012).

### **Urogenitální a renální manifestace**

Nejčastěji dochází k nefrolitiáze (urátové a oxalátové konkrementy v parenchymu ledvin). Příznakem bývají renální koliky, blokády močovodu, recidivující infekce močových cest. Dále vznik retroperitoneálního abscesu, obstrukční uropatie či intersticiální nefritidy v souvislosti s dlouhodobým podáváním *mesalazinu*. Renální poškození se může manifestovat sníženou funkcí ledvin a rozvojem proteinurie až nefrotického syndromu (Zádorová, 2012).

### **Hematologické a vaskulární manifestace**

Pacienti s IBD jsou signifikantně ohroženi vznikem tromboembolických komplikací. Za rizikové faktory se pokládá kouření, užívání hormonální antikoncepce u žen či imobilizace po operacích. V tomto případě je nutné preventivně podávat antikoagulancia. Anémie se vyskytuje u 30–50 % pacientů. Za nezbytné se pokládá vyšetření zásob železa, vitamínu B<sub>12</sub> a folátů. V případě deficitu B<sub>12</sub> a folátů může rovněž dojít k megaloblastické anémii (Zádorová, 2012).

### **Pulmonální manifestace**

Plicní příznaky se většinou objevují u žen nekuřáček. Do této skupiny patří bronchiolitida (zánět průdušinek), bronchiektázie (rozšíření a zesílení stěny průdušek), chronická bronchitida (zánět průdušek), akutní laryngotracheitida (zánět hrtanu a průdušnice) (Zádorová, 2012).

### **Kardiální manifestace**

Kardiální manifestace jsou u pacientů s IBD spíše vzácná, častěji se vyskytují u UC než u CD. Popisovány jsou např. perikarditida (zánět osrdečníku), kde léčba spočívá v podávání NSAID a v nezbytném případě eventuálně v provedení perikardiální drenáže; bakteriální

endokarditida (zánět vnitřní výstelky srdce) způsobená větší expozicí patogenů v případě častého vyšetření střev. Proto je třeba před vyšetřením zvážit profylaktické podání antibiotik (Zádorová, 2012).

### **Endokrinní a metabolické manifestace**

U 1/3 pacientů bývá diagnostikována osteoporóza z důvodu podávání vysokých dávek glukokortikoidů či omezeného kalorického příjmu a u nemocných s amenoreou. Důležité je sledovat hladiny vitamínu D a v případě deficitu jej substituovat. Onemocnění štítné žlázy je častější u pacientů s ulcerózní kolitidou. Z důvodu postižení tenkého střeva zánětem dochází ke zhoršenému vstřebávání a následnému deficitu důležitých minerálů (zinek, selen, mangan, chrom a další). Deficit těchto minerálů se může projevovat zhoršením hojení, alopecií, anorexií, myopatií, neuropatií a makrocytární anémií (Zádorová, 2012).

### **Neurologické manifestace**

Neurologické příznaky bývají naštěstí vzácné. Zahrnují demyelinizační onemocnění včetně roztroušené sklerózy, epilepsie, myastenie gravis, neuritidy zřakového nervu či sluchových poruch (Zádorová, 2012).

## **2.7 Diagnostika**

Základem rozpoznání nemoci, a tím určení správné diagnózy, je důkladný odběr anamnézy, provedení fyzikálního vyšetření a laboratorní odběr krve a stolice. Nepostradatelné je v diagnostice využití endoskopických metod s biopsií a dalších zobrazovacích metod (UZ, CT, MRI) (Bureš, 2014; Navrátil a kol., 2017).

### **2.7.1 Anamnéza**

Prioritní složkou diagnostiky je odběr anamnézy. Slovo „*anamnéza*“ pochází z řeckého slova „*anamnesis*“, což znamená „*vzpomínání*“. Jedná se o soubor informací o zdravotním stavu pacienta (Navrátil a kol., 2017).

Ptáme se cíleně, abychom mohli co nejdříve vystihnout problémy nemocného. První částí je nynější onemocnění pacienta, při kterém se zaměřujeme na současné obtíže. Osobní anamnéza obsahuje informace o všech nemocech, úrazech a případných operacích nemocného, které historicky prodělal. Dále se dotazujeme na abusus návykových látek, včetně nikotinu. Rodinná anamnéza se zaměřuje na hereditární zátěž za účelem odhalení rizikových faktorů a dědičných chorob. Alergická anamnéza udává případné alergie a přecitlivosti na různé noxy či léky. Farmakologická anamnéza informuje o současném užívání léčiv. Součástí sociální a pracovní anamnézy jsou informace týkající se sociálních, pracovních a životních podmínek (Lukáš, 2005).

### **2.7.2 Fyzikální vyšetření**

Fyzikální vyšetření se sestává z aspekce, palpáce, perkuse, auskultace a vyšetření konečnicku prstem neboli per rectum, kde se pátrá po potenciálních rezistencích nebo příměsích ve stolici.

Nejprve se zaměřujeme na celkový tělesný a duševní stav pacienta. Důležité je posouzení tělesné hmotnosti a výšky, nutričního stavu a kožního turgoru. Typickými nálezy v dutině ústní jsou afty a vyhlazený jazyk. Nalézáme také extraintestinální projevy choroby v podobě artritidy, očních a kožních onemocnění. Pro vyloučení známek peritoneálního dráždění se provádí vyšetření pohmatem břicha – břicho bývá palpačně citlivé dle anatomické lokalizace. Tlaková bolest a hmatná rezistence v pravém dolním hypogastriu je důsledkem ztluštělých střevních kliček a mesenteria či abscesu. Nicméně ale zůstává v řadě případů nález fyziologický (Bureš, 2014; Lukáš, Žák, 2007; Schaezlerová, Riker, 2011).

### **2.7.3 Laboratorní vyšetření**

#### **Vyšetření krve**

K potvrzení CD se kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření provádí laboratorní hematologické, biochemické a imunologické vyšetření krve, které je důležitým ukazatelem aktivity onemocnění. V případě nemoci jsou patrné známky zánětu (leukocytóza – zvýšený počet bílých krvinek, zvýšená hodnota CRP a sedimentace). Objevuje se hypalbuminemie

(snížená hodnota albuminu), anémie (sideropenická vlivem chronického krvácení nebo nedostatečného příjmu železa či megaloblastická způsobená střevní malabsorbí vitamínu B<sub>12</sub>) a trombocytóza (zvýšený počet krevních destiček) (Bureš, 2014; Kohout, Pavlíčková, 2006; Navrátil a kol., 2017).

U pacientů s IBD nalézáme zvýšené specifické sérologické markery – pANCA (perinukleární protilátka proti cytoplazmě neutrofilů) a ASCA (protilátka proti *Saccharomyces cerevisiae*). Pro CD je charakteristická protilátková odpověď ASCA+/pANCA. Z důvodu nedostatečné schopnosti vstřebávání živin může dojít k narušení rovnováhy tekutin a elektrolytů (Ferko, 2002; Navrátil a kol., 2017).

### **Vyšetření stolice**

Nezbytně důležité je u podezření na CD vyšetření stolice. Stolice se hodnotí makroskopicky – posuzujeme barvu, konzistenci, množství, patologické příměsi (krev, hlen, hnís, nestrávené zbytky) či zápach. Mikroskopické vyšetření se provádí pro možné vyloučení přítomnosti infekce bakteriálního, virového či parazitárního původu. Díky speciálnímu laboratornímu chemickému vyšetření lze určit množství tuku ve stolici.

Pro rychlé zjištění přítomnosti možného okultního krvácení, které není pouhým okem viditelné, se používá Haemoccult test (guajakový test). K určení rozsahu zánětu lze provést speciální laboratorní vyšetření stolice – vyšetření koncentrace fekálního kalprotektinu, což je bílkovina nacházející se v leukocytech (Klener, 2002; Schaezlerová, Riker, 2011).

#### **2.7.4 Zobrazovací metody**

Neméně důležitou roli v diagnostice CD hrají diagnostické vyšetřovací metody, pomocí kterých se zobrazí zasažené části GIT. V minulosti se využívaly zejména rentgenologické vyšetřovací metody. V dnešní době jsou nedílnou součástí diagnostiky také endoskopické metody (Lukáš, 2005).

**Ultrasonografie** břicha patří mezi základní používané zobrazovací metody. Jedná se o neinvazivní metodu, která využívá odrazu ultrazvukových vln od orgánů. Poskytuje nám tak informace o velikosti a struktuře orgánů (Schaenzlerová, Riker, 2011).

**MRI** (magnetická rezonance) nám poskytuje detailnější vizualizaci. Využívá se v případě, kdy dojde ke vzniku různých komplikací, jako jsou abscesy nebo píštěle. Vyšetření mohou podstoupit také gravidní ženy, neboť se nejedná o rentgenové vyšetření (Červenková, Lukáš, 2009; Lukáš, 2005).

### **Radiodiagnostické metody**

Radiodiagnostické metody jsou využívány k vyloučení zánětlivých změn střeva. Využívá se zejména enteroklýza, CT (výpočetní tomografie), irrigografie a fistulografie.

**Enteroklýza** umožňuje vyšetřit tenké střevo a díky tomu určit rozsah postižení. Jedná se o RTG vyšetření s použitím kontrastní látky (baryové suspenze) a následně metylcelulózy. Pacientovi se ústy nebo nosem zavede sonda do tenkého střeva, přes kterou se postupně aplikují zmíněná reagentia. Vyšetření je prováděno vleže, s polohováním (Klener, 2002).

**CT (výpočetní tomografie)** je standardní neinvazivní metodou při diagnostice CD, která pomocí rentgenového záření umožňuje ve vrstvách zobrazit struktury dané oblasti (postižené měkké tkáně, rozsah zánětlivých změn, píštěle, stenózy či abscesy) (Lukáš, 2005; Schaezlerová, Riker, 2011).

**Irrigografie** je rentgen-kontrastní vyšetření tlustého střeva, kdy se pacientovi po podání kontrastní látky konečníkem sleduje pasáž s provedením RTG snímků. Indikací je nemožnost provést endoskopii (Lukáš, 2005).

**Fistulografie** spočívá v podání kontrastní látky do ústí fistule (píštěle) (Lukáš, 2005).

## Endoskopické metody

Endoskopické metody jsou pro určení správné diagnózy rozhodující. Umožňují přímé prohlédnutí tělních dutin a dutých orgánů pomocí speciálních nástrojů – endoskopů. Moderní endoskopy umožňují pomocí videokamery zaznamenat sledovanou oblast, mohou se kombinovat s jinými vyšetřovacími metody jako je RTG, ultrasonografie a biopsie (Bureš, 2014; Schaenzlerová, Riker, 2011).

**Koloskopie** se používá ke zhodnocení tíže postižení tlustého střeva. Jedná se o často užívanou zobrazovací metodu, kdy je endoskop zaveden konečníkem do tlustého střeva a lékař tak může prohlédnout sliznici, která je u CD pozměněná v důsledku zánětu. Před vyšetřením musí být střevo pacienta dostatečně vyprázdněné. Pacienti dva dny před vyšetřením musí dodržovat tekutou dietu, jeden den před vyšetřením vypijí roztok na vyprázdnění.

Před samotným vyšetřením, které trvá zhruba 20 až 30 minut, se podává analgosedace ke zklidnění pacienta a útlumu bolesti. Kontraindikací je podezření na perforaci střeva, NPB, divertikulitidu či vznik toxického megakolon (při fulminantní fázi zánětu) (Klener, 2002; Lukáš, Hoch, 2018).

**Esofagogastroduodenoskopie** je endoskopické vyšetření umožňující prohlédnout jícen, žaludek a duodenum. Vyšetření nelze provést v případě nespolupracujícího pacienta, anatomických překážek, šoku a horečnatých stavů (Lukáš, 2005).

**Endoskopická biopsie** je typ endoskopického vyšetření, při kterém může lékař odebrat vzorek tkáně z postižené oblasti a odeslat ho na histologické vyšetření ke zjištění charakteru zánětu. Díky tomu se může posoudit stav sliznice střeva (Kumar, Clark, 2009).

**Kapslová endoskopie** je moderní neinvazivní vyšetřovací metoda umožňující zachycení celé trávicí trubice pomocí endoskopické kapsle s umístěnou videokamerou (přibližná velikost 2 x 1 cm). Ta je po spolknutí postupně posunována peristaltickými pohyby a snímá obraz (2 snímky za sekundu), který je následně vyhodnocen gastroenterologem. Kapslová endoskopie se využívá v případech, kdy je podezření na postižení tenkého střeva. Celé vyšetření trvá zhruba 12 hodin, kapsle se spolkne nalačno a zapije vodou, z těla odchází přirozenou cestou. Nevýhodou je nemožnost provést biopsii (Lukáš, 2005; Pavlíčková, Kohout, 2006).

## 2.8 Diferenciální diagnostika

V případě CD je diferenciální diagnostika velmi obtížná. Pozornost je třeba zaměřit na odlišení od UC, neboť se obě onemocnění mohou v oblasti tlustého střeva manifestovat stejně. Dále je třeba od CD odlišit ostatní neinfekční příčiny (ischemické kolitidy, enteropatie a kolopatie z nesteroidních antiflogistik, postradiační kolitidy, nádory a infekce (tuberkulóza, améby, yersinie, cytomegalovirus), celiakii a Behcetovu nemoc. Další problematikou jsou náhlé příhody břišní (akutní apendicitida) (Bureš, 2014; Ferko, 2002; Karges, Dahouk, 2011).

## 2.9 Terapie

Léčba CD je komplexní. Odvíjí se zejména od toho, v jaké fázi se onemocnění nachází. Zahrnuje změny ve stravě, použití několika typů léků, někdy i chirurgické řešení postižených částí trávicího traktu. V současné době se podávané léky zaměřují na potlačení abnormální zánětlivé reakce imunitního systému s cílem navodit remisi (klidovou fázi), udržet ji a popřípadě zvládnout komplikace související s onemocněním. Díky tomu dochází také ke zmírnění až vymizení nepříjemných symptomů doprovázejících onemocnění, jako je horečka, průjem nebo bolest. K tomu, aby se onemocnění udrželo pod kontrolou a pacient tak mohl vést plnohodnotný život, je často potřeba kombinovat různé možnosti léčby (Navrátil a kol., 2017).

### 2.9.1 Konzervativní léčba

U každého pacienta mohou existovat různé potraviny spouštějící symptomy onemocnění. Proto je velmi důležité se jim vyhýbat. Při vzplanutí (relapsu) nemoci se obecně doporučuje vynechat kořeněná nebo tučná jídla způsobující značné přetížení. K nevhodným potravinám patří celozrnné výrobky, ořechy, semínka, houby, nadýmavá zelenina, čokoláda. Při prokázané intoleranci laktózy (30 % pacientů) je nutné dodržovat bezmléčnou dietu (Herold, 2000). Neméně důležité je dodržování dostatečného příjmu tekutin. Doporučována je čistá voda, čaje, neperlivé minerální vody či naředěné ovocné šťávy. Naopak je nutné se vyhnout konzumaci alkoholu, kávy nebo kakaa (Klener, 2002).

## 2.9.2 Medikamentózní léčba

Farmakoterapie CD spočívá v podávání léčiv ovlivňujících mediátory zánětlivých procesů a potlačujících imunologické změny. Tím dochází k potlačení příznaků. První volbou lékaře je u mírných forem podání aminosalicylátů, v případě závažnějších forem se přistupuje ke kortikoidům nebo imunosupresivům. V posledních letech se uplatňuje nová skupina léčebných přípravků, tzv. biologická léčba, neúčinnější forma terapie ke zvládnutí onemocnění (Herold, 2000; Marek a kol., 2010).

**Aminosalicyláty** jsou v dnešní době široce používanou skupinou přípravků, jejichž účinnou látkou je *mesalazin* (*kyselina 5-aminosalicylová – 5-ASA*), která blokuje metabolismus kyseliny arachidonové, a tím působí protizánětlivě. Má minimum vedlejších účinků a řízené uvolňování dle střevního pH. Na výběr máme z různých lékových forem – čípky, rektální suspenze či enterosolventní tablety. Používány jsou v období remise i při vzniku relapsu. Dávkování se odvíjí dle lokalizace postižení a fáze onemocnění. V minulosti se využíval *sulfasalazin*, zejména u postižení tlustého střeva. Avšak kvůli vedlejším účinkům, jako byly bolesti hlavy, nauzea, změny v krevním obrazu, se dnes již téměř nevyužívá (Marek a kol., 2010; Klener, 2002; Lukáš, Žák, 2007).

**Kortikosteroidy** se stávají v potlačení zánětu účinnějšími léčivy zejména u pacientů s těžším průběhem nemoci. K dispozici jsou systémové kortikosteroidy (perorální nebo parenterální forma), které působí velmi rychle a efektivně. Méně účinnými jsou topicky působící kortikosteroidy (čípky, klyzmata), avšak s méně nežádoucími účinky. Systémové kortikosteroidy se podávají pouze krátkodobě, neboť častým užíváním jejich účinek slábne a zvyšuje se i riziko nežádoucích účinků, jako je arteriální hypertenze, obezita, osteoporóza, nebo steroidní diabetes (Marek a kol., 2010; Herold, 2000).

**Imunosupresiva** se využívají z důvodu náhrady vysokých dávek kortikoidů u aktivního zánětu, anoperineálního postižení, vzniku píštělí. Nejčastěji se v terapii CD používá *azathioprin*, *6-merkaptopurin*, *metotrexát*, *cyklosporin*, *takrolimus* a *mykofenolát* (Marek a kol., 2010).



**Antibiotika** (ATB) jsou v případě CD dlouhodobá a mohou se s odstupem času opakovat. ATB se využívají zejména u akutních IBD, většinou u závažných stavů a komplikací. Z jednotlivých skupin se nejčastěji používá *metronidazol* a *ciprofloxacin* (Marek a kol., 2010).

**Probiotika** jsou specifické živé mikrobiální substráty původem v gastrointestinálním traktu. Cílem jejich podání je navodit mikrobiální bilanci ve střevě, která je narušena. Výrazně podporují tvorbu hlenu ve střevě, a tím zajišťují ochrannou funkci střeva (Marek a kol., 2010).

### 2.9.3 Biologická léčba

Biologická léčba neboli cílená léčba patří k novým a nejúčinnějším možnostem léčby IBD. Uplatňuje se u pacientů s těžkým průběhem nemoci, špatně reagujících na léčbu kortikosteroidy a imunosupresivy. Obvykle doplňuje především léčbu aminosalicyláty. Principem biologické léčby je cílené zaměření na konkrétní molekulární cíle, které působí zánět. K možným nežádoucím účinkům patří alergie, bolesti hlavy a závratě. V současnosti biologickou léčbu poskytují jen vybraná pracoviště z důvodu finančně nákladné péče. Biologická léčba umožňuje zlepšení zdravotního stavu pacientů a snižuje nutnost chirurgického řešení (Marek a kol., 2010; Lukáš, 2011; Zbořil, 2012).

### 2.9.4 Chirurgická léčba

K chirurgickému řešení se v mnoha případech přistupuje i při správně nastavené medikaci a dodržování vhodné stravy. Chirurgická terapie je často indikována u anorektální formy a s tím souvisejícím vznikem abscesů, píštělí, krvácení či karcinomu.

Můžeme ji rozdělit na neodkladnou a elektivní. Principem operace je resekční zákrok v podobě odstranění postiženého segmentu střeva a následné znovuoobnovení kontinuity trávicí trubice. V některých případech je potřeba provést subtotální kolektomii s ileorektoanastomózou, jindy je nutné založení odlehčující ileostomie (Herold, 2000; Slezáková a kol., 2010).

### 2.9.5 Podpůrná a doplňková léčba

Cílem podpůrné a doplňkové léčby je podpořit stav nutriční a nahradit chybějící minerály a vitamíny. V případě malabsorpčního syndromu se substituují bílkoviny, kalorie, elektrolyty, vitamín B<sub>12</sub>, vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K), kalcium a další nedostatkové látky. Při hypochromní anémii se doplňuje železo. Pokud dojde k těžkému akutnímu nárazu choroby, přechází se na enterální nebo parenterální výživu (Herold, 2000).

**Enterální výživa** je indikována v případě, pokud přijímaná strava per os je nedostačující nebo je pacient v riziku malnutriční. Podmínkou je funkční trávicí trakt. K výhodám patří udržení bariéry tenkého střeva, peristaltiky a prevence bakteriálního přerůstání. Podstatou je podávání speciálních výživových přípravků přímo do trávicího traktu ústy ve formě sippingu, nebo sondou do žaludku (nazogastrická sonda) či tenkého střeva (nasojejunální sonda) nebo cestou stomie (gastrostomie/jejunostomie) (Zbořil, 2018).

Sippingem je myšleno popíjení či srkání ochucených přípravků s různými příchutěmi. Doplnují tak cíleně potřebnou energii. Existují výživově kompletní nebo obsahují jednotlivé součásti – moduly. Nasogastrická sonda (NGS) nebo nasojejunální sonda (NJS) jsou dalšími možnostmi enterální výživy, pokud pacient netoleruje popíjení sippingu. NGS je hadička, která se zavádí přes nos až do žaludku, je určena ke krátkodobému podávání enterální výživy. NJS nachází uplatnění v případě rizika aspirace. Je zaváděna nosem do tenkého střeva. Podávání je možné i u pacientů v domácím prostředí. Do sondy jsou podávány farmaceuticky připravené preparáty.

V případě potřeby dlouhodobého nebo trvalého zajištění výživy se přistupuje k chirurgickému zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) nebo perkutánní endoskopické jejunostomie (PEJ) (Zbořil, 2018).

**Parenterální výživa** je indikována zejména při relapsu onemocnění. Spočívá v podávání výživných roztoků mimo trávicí trakt, přímo do periferního nebo centrálního žilního řečiště. Využívá se firemně vyráběných nebo individuálně připravených vaků v lékárně. Součástí vaků jsou aminokyseliny, sacharidy, tuky, vitamíny, minerály a stopové prvky (tzv. all-in-one vaky). Parenterální výživa může být současně kombinována s enterální výživou/příjmem per os (Grofová, 2007; Zbořil, 2018).

**Psychoterapie** patří mezi další formy podpůrné léčby. Vychází z komplexního pohledu na člověka, kterého chápe jako bio-psycho-sociální bytost. Pomocí psychoterapie se pacient připravuje na zvládání míry stresu tak, aby jeho psychika neovlivňovala negativně průběh nemoci a kvalitu života. Využívají se různé psychologické prostředky s cílem změnit chování pacienta. Snahou psychoterapeuta je zmírnění negativních emocí, které doprovázejí IBD. Jedná se např. o úzkosti, obavy, strach, agresi, frustraci či depresi. K nejčastěji využívaným terapeutickým technikám a postupům řadíme sugesci, která spočívá v ovlivnění myšlenek. Dále relaxaci zahrnující autogenní trénink, meditaci či imaginativní techniky. Při depresích nachází zvýšené uplatnění především kognitivně-behaviorální terapie. S vnitřní rovnováhou a vytvářením zdravých interpersonálních interakcí pomáhá dynamická psychoterapie. Logoterapie se zaměřuje na hledání smyslu lidského bytí (Zbořil, 2018).

## 2.10 Komplikace

CD se vyznačuje poměrně častým výskytem komplikací. K nejčastějším intestinálním komplikacím patří abscesy, píštěle, stenózy, perforace, krvácení či vznik karcinomu. Mezi mimostřevní komplikace řadíme dermatologická, oftalmologická, muskuloskeletální a hepatobiliární onemocnění, která lze do jisté míry chápat také jako mimostřevní manifestace. Z důvodu postižení gastrointestinální sliznice zánětem je tendence k tvorbě abscesů, což jsou dutiny vyplněné hnisem, často doprovázeny bolestí a horečkou.

Přibližně 30 % pacientů se potýká se vznikem fistulí neboli píštělí. Jedná se o kanálkovité propojení mezi střevem a okolními orgány jako je močový měchýř či pochva nebo dochází k jejich vyústění na povrch těla. Nejčastěji se vyskytují v oblasti řitního otvoru. Stenóza neboli zúžení průsvitu střeva se vyskytuje u 30 až 40 % nemocných. Nejobávanější komplikací CD, která pacienta ohrožuje na životě, je toxické megakolon. Tento stav je velmi nebezpečný, neboť dochází k paralýze hladkého svalstva stěny střevní a k rozšíření střevního průsvitu, ve kterém se hromadí střevní obsah. Následně je z důvodu přerůstajících bakterií organismus zaplavován toxiny, což může vést až k perforaci střeva a difúzní sterkorální peritonitidě. Perforace střeva je poměrně častá komplikace. Z tohoto důvodu je nutná intenzivní péče zahrnující chirurgickou resekci postižené části střeva. Vzácnou komplikací je masivní krvácení do GIT způsobené narušením stěny větší cévy. V souvislosti s CD bývá 5–10krát zvýšený výskyt karcinomu tlustého střeva než u běžné populace (Dítě, 2007; Lukáš, 1999).

Mimostřevní komplikace CD se mohou nejčastěji týkat očí, kloubů, kůže, sliznic a jater. K oftalmologickým problémům řadíme záněty spojivek, duhovky, bělimy a sítnice. Kloubní problémy se vyskytují na končetinách i páteři ve formě artritidy. Kůže bývá postižena tvorbou ran, uzlíků a vředů. Zasažena bývá sliznice dutiny ústní, kde se mohou vyskytovat bolestivé afty. Výjimkou není ani postižení jater a žlučových cest zánětem. Příčina anémie může souviset s poruchou vstřebávání železa či nedostatku kyseliny listové a/nebo vitamínu B<sub>12</sub>. Z důvodu snížení kostní denzity se objevuje osteoporóza, která je významným rizikovým faktorem vzniku zlomenin (Červenková, Lukáš, 2009).

## 2.11 Prognóza

Crohnova choroba v současné době patří stále mezi nevyléčitelné onemocnění. Lze ji ovšem správně nastavenou medikací a změnou životního stylu udržet v remisi, a předejít tak různým dlouhodobým komplikacím. Většina pacientů může díky moderním léčebným postupům vést aktivní a plnohodnotný život.

Až 80 % diagnostikovaných pacientů vyžaduje podstoupit v určité fázi onemocnění chirurgický zákrok, nejčastěji v průběhu 10 let od prvních projevů nemoci. Zejména se jedná o ileální/ileocekální resekci z důvodu závažných komplikací jako je rozvoj zánětu, vznik fistulí, perforací či krvácení. Po provedené operaci dochází často v různém časovém intervalu k rekurenci obtíží, kdy zánět postihuje doposud nezasaženou část trávicího traktu.

Zhruba 30 % nemocných do 1 roku po operaci má endoskopické nálezy bez klinických příznaků. Do 10 let od provedené operace má 50 % nemocných symptomatickou rekurenci. U 10 % pacientů musí být provedena trvalá ileostomie. Pacienti by měli pravidelně docházet na kontrolní koloskopie ke svému gastroenterologovi z důvodu zvýšeného rizika vzniku kolorektálního karcinomu (Herold, 2000; Bureš, 2014).

## **3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CD**

Ošetřovatelská péče u pacientů s CD je individuální dle konkrétního pacienta a odvíjí se od aktivity onemocnění. K nejčastějším ošetřovatelským problémům patří poruchy vyprazdňování, bolesti břicha, snížený tělesný objem tekutin, poruchy výživy a změny na kůži a sliznici v okolí řitního otvoru. Pacienty trápí nejenom fyzické dopady nemoci, ale také psychické a sociální, vlivem změn životního stylu. V důsledku nejisté prognózy trpí bezmocností a nejistotou (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Někteří pacienti se také potýkají s nedostatkem informací o nemoci. Cílem ošetřovatelské péče je proto navodit fyziologické vyprazdňování, odstranit bolest, upravit stravovací návyky potřebám pacienta, snažit se navodit psychickou rovnováhu a předat pacientovi dostatek informací. V léčbě pacienta hraje důležitou roli také spolupracující rodina (Šafránková, Nejedlá, 2006).

### **3.1 Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s CD**

#### **3.1.1 Ambulantní péče**

Ambulantní péče je poskytována pacientům s CD z důvodu nutnosti pravidelného sledování v gastroenterologických ambulancích. Sestra na ambulanci vykonává mnoho činností (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Jedním z úkolů sestry je měření fyziologických funkcí, zajišťování odběru biologického materiálu (krev, moč, stolice), vážení pacienta z důvodu nutnosti sledování tělesné hmotnosti. Dále asistuje lékaři při vyšetřování, aplikuje léky, objednává pacienty na vyšetření nebo kontroly a vše zapisuje do zdravotnické dokumentace (Šafránková, Nejedlá, 2006).

### **3.1.2 Nemocniční péče**

Pacienti s CD vyžadují nemocniční péči v několika případech. Hospitalizováni jsou obvykle na počátku svého onemocnění při stanovení diagnózy, dále při akutním vzplanutí choroby anebo při různých komplikacích. Nejčastěji bývají přijati na interní oddělení, kde mají volný pohybový režim a klid na lůžku. Úkolem sestry je určit stupeň soběstačnosti nemocného a následně vyhodnotit potřebu dopomoci při konání základních potřeb (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Někteří pacienti jsou v důsledku zhoršeného zdravotního stavu nebo po operaci hospitalizováni na JIP, kde jim je poskytována komplexní ošetrovatelská péče, která spočívá zejména ve stabilizaci životně důležitých funkcí a saturaci základních potřeb (dýchání, výživa, vyprazdňování, hygiena, soběstačnost, psychická vyrovnanost apod.) Specifikou je péče o invazivní vstupy, enterální nebo parenterální výživu, dýchací cesty či polohování (Kapounová, 2020).

#### **Péče o vyprazdňování stolice**

Sestra od pacienta zjišťuje informace týkající se sledování vyprazdňování stolice, kdy sleduje nejen frekvenci, ale také charakter (konzistence, barva, zápach, obsah nestrávených zbytků, přítomnost tenesmů) a množství, vše následně zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Pacient je edukován o tom, že všechny změny musí hlásit. V případě výskytu krve ve stolici ihned informuje lékaře. Soběstačný pacient se vyprazdňuje sám, v případě potřeby je pacientovi podána podložní mísa nebo pokojový klozet (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Důsledkem operačního řešení může být vznik ileostomie nebo kolostomie. Edukace pacienta může probíhat před operací nebo po operaci ve stomické poradně. Sestra pacienta srozumitelně edukuje o správné manipulaci se stomickými pomůckami a o důkladné péči o stomii. Seznamuje ho s různými typy systémů, které lze použít. Informuje o úpravě stravovacího a pitného režimu (Kapounová, 2020).

#### **Péče o výživu a bilanci tekutin**

Dle aktuálního zdravotního stavu je pacientovi zajištěna vhodná dieta dle ordinace lékaře. Pacientům je ve fázi relapsu podávána tzv. bezezbytková strava k odlehčení střev

spočívající ve vyřazení příliš dráždivých, kořeněných a smažených jídel. Naopak doporučovány jsou lehce stravitelné pokrmy (Šafránková, Nejedlá, 2006).

U lehčích poruch výživy se podává doplňková perorální výživa ve formě sippingu. Pokud pacient netoleruje popíjení sippingu či je pro něho nedostačující, další možností je zavedení nasogastrické (NGS) nebo nasojejunální sondy (NJS). NGS sestra zavádí přes nos až do žaludku ve Fowlerově poloze. Důležitá je i spolupráce pacienta (pravidelné polykání při zavádění). NGS je možné podávat bolusově stříkačkou každé 3 hodiny, intermitentně samospádem nebo kontinuálně pomocí enterální pumpy. NJS je zaváděna nosem do tenkého střeva (jejuna). Podávání je možné pouze kontinuálně pomocí enterální pumpy.

V případě potřeby dlouhodobého či trvalého zajištění výživy se provádí perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) nebo perkutánní endoskopická jejunostomie (PEJ). PEG/PEJ je zaváděn gastroenterologem, pokud je potřeba enterální výživy déle než 3 týdny. Pokud má pacient zaveden PEG nebo PEJ, sestra o něj musí důkladně pečovat, kontrolovat a udržovat průchodnost, předcházet vzniku možných komplikací.

U relapsu, těžké malnutrici, přípravě k operačnímu výkonu či v pooperačním období se pacientům podává parenterální výživa. Aplikována je do venózního řečiště. K nevýhodám řadíme riziko při kanylaci velkých cév a náročnější ošetrovatelskou péči, která spočívá v dodržování sterility při ošetřování (Kapounová, 2020).

Sestra rovněž sleduje bilanci tekutin, neboť kvůli jejich nadměrným ztrátám a sníženému příjmu může docházet ke snížení objemu tělesných tekutin (Šafránková, Nejedlá, 2006).

### **Hygienická péče**

U pacientů s CD je důležitá péče o kůži z důvodu dráždění pokožky častými průjmy. Zvýšená pozornost by se měla věnovat zejména okolí konečníku. Důraz je kladen na šetrné omytí, lehké vysoušení a promazávání vhodnými krémy z důvodu předcházení opruzenin. Pacientovi zajistíme dostatek osobního a ložního prádla, důležité je pravidelné převlékání lůžka. V případě vzniku perianálních píštělí je nutné pravidelné provádění převazů (Slezáková a kol., 2007; Šafránková, Nejedlá, 2006).

## **Odběry biologického materiálu**

Dle ordinace lékaře provádí sestra odběry biologického materiálu. Odebírá krev a zasílá ji na biochemické, hematologické, sérologické a imunologické vyšetření. Dále se u pacientů odebírá moč či stolice pro zjištění možného okultního krvácení a hodnoty kalprotektinu, poukazující na střevní zánět (Červenková, Lukáš, 2009; Holubová a kol., 2013).

## **Podávání léků**

Pacienti s CD často užívají mnoho léčiv v různých formách (tablety, čípky, klyzmata, masti, i. m., s. c., i. v. aj.). Z tohoto důvodu je důležitá zkušenost sestry u konkrétní aplikaci léku a také znalost možných nežádoucích účinků u jednotlivých preparátů. Sestra musí pacienta dostatečně edukovat o nutnosti správného užívání léků. Soběstační pacienti si mohou léky aplikovat sami, popřípadě jim aplikaci provede sestra. Aplikace biologické léčby je v rukou gastroenterologické sestry. U aplikace klyzmat nebo čípků dbáme na intimitu pacienta. V případě nutnosti aplikace léků intravenózně se hodnotí stav intravenózní kanyly (Šafránková, Nejedlá, 2006; Zbořil, 2012).

## **Monitorace fyziologických funkcí a bolesti**

Sledování vitálních funkcí (tělesná teplota, pulz, krevní tlak, dýchání a vědomí) se na standardním oddělení provádí v pravidelných intervalech individuálně dle aktuálního stavu nemocného. Na JIP je monitorace kontinuální. Saturace hemoglobinu kyslíkem se provádí pomocí pulzního oxymetru (Janíková, Zeleníková, 2013).

Dle Vytečkové a kol. (2013) mohou být fyziologické funkce ovlivněny různými faktory, jako je věk, pohlaví, rasa, dědičnost, životní styl, tělesná aktivita, bolest, léky aj.

Sestra zjišťuje přítomnost a typ bolesti, dále její lokalizaci a intenzitu. Dle ordinace lékaře aplikuje analgetika, sleduje jejich účinek a provádí pečlivý záznam do zdravotnické dokumentace (Šafránková, Nejedná, 2006). Bolest je možno monitorovat podle různých škál, nejčastěji je využívána VAS (vizuální analogová škála). U pacientů, kteří nejsou schopni sami bolest hodnotit, se používá škála FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) (Janíková, Zeleníková, 2013).



### **Péče o invazivní vstupy**

Periferní žilní katétr (PŽK) je zaváděn, pokud je nutné podání léčiv, infuzních a transfuzních přípravků, parenterální výživy či diagnostických kontrastních látek do krevního oběhu. V případě potřebné intervence delší než 6 dnů nebo pokud je potřeba rychle podávat parenterální výživu, transfuzní přípravky či koncentrované roztoky, přistupujeme k zavedení centrálního žilního katétru (CŽK). Výhodou je i měření venózního tlaku. Při kontinuální monitoraci krevního tlaku nebo častých odběrů arteriální krve se zavádí arteriální katétr. Zaváděn je opět lékařem za asistence sestry (Kapounová, 2020).

Sestra důkladně pečuje o invazivní vstupy. Důraz klade na aseptický přístup (dodržování dezinfekce rukou, nasazení ochranných pomůcek apod.). Po zavedení je nezbytností sledovat průchodnost, bolestivost či začervenání okolí. Vše řádně zapisuje do zdravotnické dokumentace (Bartůněk a kol., 2016).

Permanентní močový katétr (PMK) je zaváděn do močového měchýře k zajištění stálého odtoku moče do sběrného sáčku. Sestra sleduje a zaznamenává příjem a výdej tekutin, hodnotí barvu, zápach, příměsi a množství (Kapounová, 2020).

### **Péče o operační ránu**

V pooperačním období je velmi důležitá péče o rány. Nejčastěji se jedná o rány po náročnějších chirurgických výkonech. Při převazu operační rány se dbá na aseptický přístup, volí vhodný obvazový materiál, reviduje uložení drénů, stabilitu a množství, zápach, barvu a hustotu odpadu z drénu. Sleduje případné zarudnutí nebo krvácení z rány. Asistuje lékaři při odstraňování stehů (Zeman a kol., 2011).

#### **3.1.3 Domácí péče**

Pacienti s CD jsou před propuštěním z nemocnice do domácího prostředí dostatečně edukováni ohledně dodržování doporučeného léčebného režimu. Pozornost musejí věnovat správnému užívání medikace, dodržovat dietu dle aktuální fáze onemocnění, změnit pohybový režim a sledovat vyprazdňování. Pacienti jsou také v pravidelných intervalech zváni na kontroly do gastroenterologických ambulancí (Šafránková, Nejedlá, 2006).

## 4 PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI

### 4.1 Definice zdraví a nemoci

Zdraví a nemoc jsou pojmy, které nelze jednoduše definovat. Zdraví je od nepaměti považováno za nejcennější lidskou hodnotu významnou k dosažení spokojenosti a splnění životních přání (Zacharová, 2017).

Aby jedinec mohl porozumět stavu nemoci, musí nejprve chápat stav zdraví. Pojem „zdraví“ je používán jak v laické veřejnosti, tak v odborné rovině. Ovšem nahlíženo na něho je z kulturních hledisek odlišně. V českém či slovenském jazyce je chápáno pozitivně jako protiklad pojmu „nemoc“. V angličtině se používá výraz „health“, který můžeme přeložit jako „zdravotní stav“, má tedy neutrální význam. Dalšími používanými výrazy jsou: „negative health“ („negativní zdraví“), „ill health“ („špatný zdravotní stav“) a „bad health“ („špatné zdraví“). Tyto tři zmíněné pojmy označují subjektivní pocit, že se někdo necítí dobře. „Positive health“ nebo „good health“ se v anglické literatuře využívají v případě, kdy je žádoucí vyjádřit pozitivní stav „zdraví – health“ (Mareš, Vachková a kol., 2010).

Jedna z nejnámějších definic zdraví pochází od Světové zdravotnické organizace (WHO, 1946). Je definováno takto: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody (well-being), nikoliv jen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Mareš, Vachková a kol., 2010).

WHO roku 1984 vydalo upravenou definici zdraví: „Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života, a ne jako cíl života“ (Zacharová, 2017).

Ze sociologického hlediska rozlišujeme různé pohledy na zdraví, a to pohled lékařů a zdravotníků (profesionálů), dále pohled neprofesionálních pečovatelů či lidových léčitelů a posledním je pohled laiků. Laické pojetí zdraví se v mnohém odlišuje od odborného pohledu (Mareš, Vachková a kol., 2010).

Zacharová (2017) uvádí, že nemoc má podobně jako zdraví mnoho různých definic. Často ji chápeme jako protiklad zdraví. V obecné rovině je nemocí myšlena porucha zdraví, kdy dochází k narušení systému mezi člověkem a prostředím, ve kterém se pohybuje. Na vzniku nemoci nebo jeho rozvoji se podílejí vzájemně působící faktory (Zacharová, 2017).

Nemoc můžeme charakterizovat jako stav organismu, který vzniká na základě působení zevních či vnitřních vlivů, čímž dochází k narušení rovnováhy a jeho správnému fungování. Nemoc můžeme vnímat z biologického, psychologického nebo sociálního pohledu (Mareš, Vachková, 2009).

Pojem „*nemoc*“ můžeme v anglické literatuře nalézt pod třemi různými termíny podle zkoumaného vědního oboru. Díky anglickým pojmům významově rozlišujeme mezi objektivním a subjektivním pohledem na nemoc.

„*Disease*“ neboli „*choroba*“ je medicínské označení pro organické poškození. Jedná se o objektivní pohled lékařů a zdravotníků na nemoc. Je známa etiologie, typický průběh, diagnostika a postupy terapie. Nemoc je klasifikována dle MKN-10 (ICD – International Classification of Disease).

„*Illness*“ můžeme přeložit jako „*nemoc*“. Tento termín je chápán z psychologického hlediska, tedy jako neschopnost daného jedince pracovat. Jedná se o subjektivní pohled laika na nemoc, který se u každého jedince liší v závislosti na jeho zkušenostech, kulturních a náboženských vlivech.

„*Sickness*“ znamená „*nezdravý*“, označujeme tím sociální stav, ve kterém se člověk z důvodu nemoci ocitá. Nemoc vnímáme ze sociologického pohledu – jedinec je úředně uznán za nemocného (Mareš, Vachková, 2009; Zacharová, 2017).

Gurková (2017) zmiňuje, že se v anglosaské literatuře můžeme také setkat s termíny „*chronic disease*“ a „*chronic illness*“ označující chronické onemocnění. „*Chronic disease*“ představuje z medicínského hlediska konkrétní nozologickou jednotku onemocnění. Jedná se o pohled zdravotníků na onemocnění. V případě subjektivního prožívání nemoci se používá termín „*chronic illness*“. Představuje pohled laika (pacienta), jak nemoc vnímá, interpretuje, hodnotí a prožívá.

## 4.2 Definice pojmu pacientovo pojetí nemoci

Pojetí nemoci se může v laické a odborné rovině značně lišit. Z tohoto důvodu je pro zdravotníky důležité porozumět, jak pacienti své onemocnění vnímají a pochopit tak jejich interpretaci nemoci a reakci na terapii (Gurková, 2017).

Pacientovo pojetí nemoci je laický pohled na nemoc. V České republice není tento pohled příliš častý. Jedná se o osobní názor nemocného či zdravého člověka, který má o nemoci nějaké poznatky, představy, zkušenosti, postoje nebo očekávání. Tento pohled je pro zdravotníky velmi důležitý, neboť díky němu získávají cenné informace o tom, jak pacienti o své nemoci uvažují, co si o ní myslí, jak se chovají, zda dodržují terapeutický režim a rady odborníků (Mareš, Vachková, 2009).

V případě, že je jedinec nemocný, je jeho snahou zlepšit svůj zdravotní stav nebo ho alespoň nezhoršit. Pacient se spolupodílí na tom, zda se bude aktivně podílet na terapii (Mareš, Vachková, 2009).

Znalost pacientova pojetí nemoci je klíčová pro vzájemnou kooperaci (*compliance, adherence*) mezi pacientem a lékařem či zdravotníkem, pro edukaci a reedukaci pacienta, pro efektivní individualizovanou ošetrovatelskou a léčebnou péči (Mareš, Vachková, 2009).

Aby se přiblížilo pacientovo pojetí nemoci k odbornému pohledu, je nutné, aby nemocný dobře pochopil svoji nemoc. První krok spočívá v diagnostice pacientova pojetí nemoci. Dalším krokem je ovlivnění cílenou intervencí v podobě individualizované edukace zaměřené na konkrétní lékařskou diagnózu a preventivní a terapeutické doporučení. Díky poskytnutým informacím by pacienti měli být motivováni a pozitivně ovlivněni k žádoucímu chování. V rámci poskytování ošetrovatelské péče se sestra spolupodílí na edukaci pacienta (Mareš, Vachková a kol., 2010).

V čase se může pacientovo pojetí nemoci měnit s ohledem na jedincovy získané znalosti a osobní zkušenosti. Pacient je ovlivněn jak odborníky, ke kterým patří učitelé, lékaři, zdravotníci, tak i rodinnými příslušníky, vrstevníky, spolupacienty a dalšími (Mareš, Vachková, 2009).

### 4.3 Metody zjišťující pacientovo pojetí nemoci

Ke zjištění pacientova pojetí nemoci lze využít různé diagnostické metody, které můžeme rozdělit z různých hledisek podle:

- a) podoby: kvantitativní (rozhovory, vyprávění), kvalitativní (dotazníky) a smíšené
- b) použitelnosti: generické, specifické a smíšené
- c) posuzovatele: jen pacient sám, jen jeho rodinní příslušníci, jen profesionálové, pacienti či osoby pečující (Mareš, Vachková, 2009).

Nejčastěji je využíván kvantitativní přístup za pomoci dotazníků. Nejznámější je dotazník IPQ (*Illness Perception Questionnaire*), který byl vytvořen v roce 1996 britskými autory (Weinman, Petrie, Moss-Morrisová) a vychází z Leventhalova modelu. Tento dotazník byl se souhlasem M. Moss-Morrisové přeložen do češtiny, čímž vznikla česká verze s označením IPQ-CZ (Mareš, Vachková, 2009).

V roce 2002 byl dotazník IPQ revidován a nahrazen za IPQ-R (*Revised-Illness Perception Questionnaire*). Tato verze dotazníku byla se souhlasem autorů originální verze přeložena do češtiny, a tím vznikl dotazník IPQ-R-CZ. Dotazník je možno uplatnit u pacientů s různými onemocněními (Mareš, Vachková a kol., 2010).

Dotazník IPQ-R-CZ skládající se z 38 položek musel být z důvodu klinické využitelnosti upraven. Byla vytvořena jeho zkrácená verze – IPQ-R-CZ (B), která činí 20 položek. Oproti „dlouhé“ verzi je tento zkrácený dotazník považován za dostačující k získání dat. Dotazník se dále dělí do pěti proměnných: 1. závažnost nemoci, 2. možnost ovlivnění, 3. porozumění nemoci, 4. negativní emoce, 5. sociální dopady nemoci. Dotazník obsahuje několik záměrně negativně položených otázek z toho důvodu, aby nedocházelo k mechanickému vyplňování.

Jak již bylo zmíněno, je využíván pro zjištění pacientova pojetí nemoci. Díky tomu může doplnit ošetřovatelskou anamnézu, a tím pomoci sestřám cíleně edukovat v konkrétních oblastech a zvolit individualizovanou péči (Mareš, Vachková a kol., 2011).

## 5 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

### 5.1 Definice edukace

Pojem „*edukace*“ pochází z latinského slova „*educō, educare*“, což znamená „*vést vpřed, vychovávat*“. Dle Juřeníkové (2010) je edukace proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.

### 5.2 Základní pojmy v edukaci

**Edukátor** je osoba vykonávající edukaci. Edukatorem může být člověk, skupina osob či technické médium (např. masmédia). Ve zdravotnictví edukuje nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut. Na roli edukátora jsou kladeny nejenom profesní požadavky (zkušenosti, odpovědnost za úspěšnost edukantů), ale i osobnostní požadavky (věk, zdravotní stav, temperament, komunikační dovednosti a didaktické schopnosti) (Dušová, 2019; Juřeníková, 2010; Průcha, 2002).

**Edukant** je označení pro osobu, která je ve výchovně-vzdělávacím procesu (objekt edukace, učící se subjekt). Jedná se o individuální bytost, která je charakterizovaná svými fyzickými (věk, pohlaví), afektivními (hodnoty, postoje, motivace, potřeby) a kognitivními (inteligence, styly učení) vlastnostmi. K faktorům ovlivňujícím charakteristiku edukanta patří také sociální a sociokulturní prostředí (vzdělanostní úroveň rodiny, etnická příslušnost). Ve zdravotnictví se nejčastěji pod tímto termínem označuje klient/pacient nebo jeho rodina (Dušová, 2019; Juřeníková, 2010; Průcha, 2002).

**Edukační proces** je dynamický vztah mezi sestrou a klientem, kdy dochází k předávání konkrétních informací konkrétnímu jednotlivci. Při tomto procesu dochází tedy k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně (Dušová, 2019; Juřeníková, 2010; Průcha, 2002).

**Edukační konstrukty** určují či ovlivňují edukační procesy. Mezi ně patří veškeré teorie, učební plány (kurikula), modely, edukační standardy, legislativa (zákony, vyhlášky, věštníky, předpisy), edukační materiály, edukační pomůcky a učebnice (Juřeníková, 2010).

**Edukační prostředí** je místo, ve kterém probíhá edukační proces. Je vymezeno fyzikálními podmínkami (nemocnice, školní třída, výuková místnost apod.), zúčastněnými subjekty a jejich psychosociálními vztahy. Velkou roli hraje také atmosféra pracoviště (Juřeníková, 2010; Průcha 2002).

**Edukační realita** je každá skutečnost odehrávající se v lidské společnosti, kde probíhají edukační procesy nebo jsou vyvíjeny edukační konstrukty (Průcha, 2002).

**Edukační standard** je závazná norma, která udržuje požadovanou úroveň kvality edukace. Jde o předem plánovanou edukaci, nejčastěji používanou pro klienta s konkrétní chorobou (Juřeníková, 2010).

### 5.3 Druhy edukace

Smyslem edukace ve zdravotnictví je pomoci vyhnout se nemoci, udržet nebo navrátit zdraví a v případě nevyléčitelného onemocnění přispět alespoň ke zkvalitnění života.

**Primární edukace** je zaměřena na zdravé jedince s cílem předcházet zdravotním problémům, zlepšuje také zdravotní stav jedince.

**Sekundární edukace** řeší způsob, jak pomoci nemocným, snaží se zabránit vzniku komplikací.

**Terciární edukace** – cílem je zkvalitnit život u jedinců s trvalými a nezvratnými změnami, kteří nemohou být vyléčeni (Jarošová, 2000).

## 5.4 Formy edukace

Slovo „*forma*“ pochází z latinského výrazu a znamená „*tvar*“ (Svěráková, 2012). Nejčastěji jsou popisovány formy edukace dle organizačního uspořádání edukace a interakce edukátora. Podle počtu účastníků edukace se rozlišuje na individuální, skupinovou a hromadnou formu (Juřeníková, 2010).

**Individuální forma** je ve zdravotnictví nejčastější formou edukace. Edukace je individuálně uzpůsobena každému na míru. Zdravotník je v úzkém kontaktu s edukantem. Tato forma často probíhá v ambulanci, u nemocničního lůžka či v ordinaci lékaře. Používanou edukační metodou je vysvětlování, rozhovor, instruktáž s praktickým cvičením apod. K výhodám této formy patří vysoká efektivita učení, neustálá aktivita edukanta, vysoká zpětná vazba mezi edukátorem a edukantem. Nevýhodou je nízká efektivita práce z hlediska edukátorova času vzhledem k počtu edukantů a také to, že edukanti nemají možnost spolupráce (Svěráková, 2012).

**Skupinová forma** spočívá v rozdělení edukantů do různě velkých skupin (optimálně 3–5 osob). Skupina je vedena edukátorem nebo jedním z edukantů, kdy kritéria při vytváření může sehrát věk, pohlaví, úroveň vědomostí a dovedností či druh onemocnění. Nejčastějšími metodami výuky se stává přednáška nebo diskuse. Výhodou této formy je možnost spolupráce a výměna zkušeností mezi edukanty. Naopak nevýhodou je, že se do práce nemusí zapojit všichni zúčastnění (Juřeníková, 2010).

**Hromadná forma** se orientuje na širší skupinu edukantů. Při této formě se typickou metodou stává přednáška, kdy všichni zúčastnění mají stejný obsah sdělení. Výhodou je možnost sdělení velkému počtu lidí, nevýhodou je omezená zpětná vazba mezi edukátorem a edukanty (Juřeníková, 2010).



## 5.5 Typy edukace

**Základní edukace** je edukace, při které jsou jedinci předávány nové vědomosti a dovednosti a zároveň je pacient motivován ke změně postojů a hodnotového žebříčku. Většinou ji provádí lékař s cílem poskytnout pacientovi dostatek informací a dovedností. Provádí se např. u pacienta s nově zjištěným diabetem mellitem, který o této problematice nemá informace.

**Reedukační edukace** neboli pokračující, rozvíjející či nápravná navazuje na dosavadní znalosti a dovednosti. Uplatňuje se u pacienta po prodělaném onemocnění (např. po infarktu myokardu).

**Komplexní edukace** rozšiřuje a posiluje základní dovednosti a znalosti. Pacientovi poskytuje ucelené poznatky ze všech oblastí. Nejčastěji je tento typ edukace užíván na různých kurzech (např. pro diabetiky) (Juřeníková, 2010; Svěráková, 2012).

## 5.6 Metody edukace

Termín „*metoda*“ pochází z řeckého slova „*methos*“, což znamená „*cesta k něčemu*“. V rámci edukace je tím myšlen způsob, jakým se předávají znalosti či dovednosti (Svěráková, 2012). Podle osobnosti edukanta, jeho znalostem, dovednostem a zkušenostem, volíme vhodnou metodu. Zaměřujeme se také na stanovené cíle, obsah a vybranou formu edukace (Juřeníková, 2010).

Třídění metod je možné z různých hledisek. Dle Juřeníkové (2010) je dělíme na teoretické (přednáška, přednáška s diskusí, cvičení, seminář), teoreticko-praktické (diskuzní metody, problémové metody, programová výuka, projektové metody) a praktické (instruktáž, coaching, asistování, exkurze). Dále je použitelný e-learning neboli vzdělávání pomocí multimediálních technologií.

## **5.7 Edukační role sestry**

Sestra v roli edukátorky musí mít určité předpoklady pro vykonávání edukační činnosti. Základ tvoří dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti z oblasti medicíny a ošetrovatelství. Nezastupitelnou roli hraje dostatek empatie, lidskost, trpělivost a ochota pomáhat. Pro efektivní edukaci je potřeba, aby sestra byla vybavena správnými verbálními a nonverbálními komunikačními schopnostmi a byla schopna využít didaktických dovedností.

Poskytování informací pacientovi musí předávat s citem v rámci svých profesních kompetencí, přičemž první informaci o onemocnění poskytuje ošetřující lékař. Zaměřuje se na poučení o rizikových faktorech či správném životním stylu. K pacientovi přistupuje jako k holistické bytosti s ohledem na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby jedince. Zohledňuje etnicko-kulturní specifika a respektuje intelektuální předpoklady a sociální postavení. Pacienta se snaží motivovat a podporovat v edukaci. Využívá povzbuzení či pochvalu.

Edukační činnost sestry vyžaduje celoživotní vzdělávání nejenom v oblasti ošetrovatelství, ale také v pedagogice či psychologii (Svěráková 2012).

## **5.8 Edukační proces v ošetrovatelství**

Edukační proces je jakákoliv činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt instruuje a nějaký subjekt se učí (Průcha, 2002). Ve zdravotnictví by měl být uzpůsoben konkrétnímu zdravotnickému zařízení, ve kterém probíhá (Juřeníková, 2010).

### **5.8.1 Fáze edukačního procesu**

Edukační proces se skládá z pěti fází, které na sebe plynule navazují: počáteční pedagogická diagnostika, projektování, realizace, upevňování a prohlubování učiva, fáze zpětné vazby. Tyto fáze by se měly přizpůsobit ošetrovatelskému procesu, což je nejčastěji užívaná metoda péče o nemocné.

## **Fáze počáteční pedagogické diagnostiky**

První fáze edukačního procesu je významná z hlediska stanovení budoucích edukačních cílů. Edukátor zjišťuje rozsah (úroveň) vědomostí, dovedností, návyků a postojů u edukanta. Snaží se odhalit edukační potřeby. Pro získání důležitých informací se uplatňuje pozorování nebo rozhovor (Juřeníková, 2010).

Ke zjištění edukačních potřeb lze využít standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ. Tento dotazník pomáhá porozumět pacientovu pojetí nemoci, a tím individualizovat ošetrovatelskou péči o pacienta. Konkrétní oblast edukační potřeby můžeme zjistit na základě získaného skóre v jednotlivých proměnných. K dispozici je 8 proměnných (1. trvání nemoci, její charakter z pohledu pacienta, 2. důsledky nemoci z pohledu pacienta, 3. možnost ovlivnění nemoci, 4. léčitelnost nemoci podle názoru pacienta, 5. pacientovo porozumění vlastní nemoci, 6. časový průběh nemoci z pohledu pacienta, 7. prožívání nemoci pacientem, 8. zavinění/příčiny onemocnění z pohledu pacienta. Na základě zhodnocení jednotlivých proměnných se zformuluje závěr (Mareš, Vachková a kol., 2010; Mareš, Vachková a kol., 2011).

## **Fáze projektování**

Smyslem druhé fáze je naplánování cílů a zvolení vhodných metod, forem, obsahu, pomůcek, časového rámce a způsobu evalvace edukace. Předpokladem správného naplánování cílů je důkladný sběr informací o pacientovi (Juřeníková, 2010).

## **Fáze realizace**

Třetí fáze se skládá z několika dalších navazujících fází. Nejprve je potřeba edukanta motivovat. Na motivaci navazuje expozice, během které se edukantům poskytnou nové poznatky za jejich aktivní účasti. Dále pokračuje fixace, při které je důležité získané vědomosti a dovednosti procvičovat a opakovat. Dále navazuje průběžná diagnostika s cílem diagnostikovat, prověřit a testovat pochopení daného tématu. Dalším krokem je aplikace, kdy je žádoucí, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti využít (Juřeníková, 2010).

## **Fáze upevnění a prohlubování učiva**

Čtvrtá fáze spočívá v uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Vyžadováno je systematické opakování, neboť až 50 % osvojeného učiva do druhého dne zapomínáme. Opakováním a procvičováním dochází k žádané fixaci. Jedná se o velmi důležitou fázi, která je bohužel v praxi často opomíjena (Juřeníková, 2010).

## **Fáze zpětné vazby**

Poslední fáze je typická pro hodnocení výsledků edukanta i nás samotných (tj. edukátorů). Touto fází je nám umožněno zpětné vazby. Závěrem je důležité podotknout, že jednotlivé fáze edukačního procesu je potřeba individuálně přizpůsobit vybrané metodě péče o pacienta (Juřeníková, 2010). Přehled edukačního procesu je uveden v příloze č. 4.

## **5.9 Specifika edukace zaměřené na pacienty s CD**

### **5.9.1 Dietní opatření**

Pacienti s CD mohou výběrem vhodné stravy ovlivnit svůj celkový zdravotní stav a další vývoj onemocnění. Měli by si proto osvojit nové stravovací návyky a dodržovat je. Významnou roli hraje fáze onemocnění, ve které se právě nacházejí.

Ve fázi remise se strava nemusí lišit od racionální diety. Měla by být lehce stravitelná a obsahovat plnohodnotné živiny (bílkoviny, vitamíny, minerály). Nutno podotknout, že každý pacient má odlišnou toleranci potravin (potraviny způsobující potíže je nutné vynechat) (Hulková, 2016).

Nutriční terapeut za základě doporučení od gastroenterologa individuálně sestaví jídelníček tak, aby splňoval kritéria racionální stravy a současně respektoval aktuální zdravotní stav nemocného (Vrzalová, 2011).

Ve fázi relapsu se podává bezsezbytková dieta (BZD) s nízkým obsahem vlákniny. V zahraniční literatuře je označována jako „*Low Residue Diet*“ (LRD). Při této dietě se snižuje podráždění střevní sliznice díky snížené střevní peristaltice (Milatová, Wohl, 2018).

Obecné zásady spočívají v příjmu plnohodnotných živin s vyloučením nadýmavých a kořeněných jídel. Dále jídla s velkým obsahem tuků (smažené, grilované pokrmy). Vynechat by se mělo i mléko, které je často špatně tolerováno a způsobuje průjemy.

Vhodná je dieta s vysokým obsahem škrobů (těstoviny), zvýšeným obsahem bílkovin, železa, vápníku, vitamínu B a C. Preferuje se měkká, lehce stravitelná strava. Porce jídel by měly být menší, doporučuje se 5–6krát denně. Pokrmy by se měly připravovat vařením, dušením, pečením. Stravu upravit doměkka (bez kůrek, slupek, zrníček). Důležité je jíst pomalu, neboť v dutině ústní a žaludku probíhá zpracování a úprava potravy, která pokračuje v tenkém střevě (Milatová, Wohl, 2018; Šachlová, 2011). Vhodné a nevhodné potraviny a pokrmy jsou uvedeny v příloze č. 3 a 4

U lehčích poruch výživy se podává doplňková perorální výživa ve formě sippingu, který se popíjí v průběhu dne. Dostupná je široká nabídka různých příchutí s přesně definovaným energetickým a proteinovým obsahem (s vitamíny a stopovými prvky). K nežádoucím účinkům může patřit nevolnost, nadýmání nebo průjem.

Nasogastrická (NGS) nebo nasojejunální sonda (NJS) jsou dalšími možnostmi enterální výživy, pokud pacient netoleruje popíjení sippingu. Podmínkou je funkční trávicí trakt. NGS se aplikuje do žaludku bolusově 5–8krát denně. NJS nachází uplatnění v případě střevních patologií. Podávání je možné pouze kontinuálně pomocí enterální pumpy. Do tenkého střeva jsou podávány pouze sterilní výživové roztoky (Šachlová, 2011).

V případě potřeby dlouhodobého zajištění výživy se přistupuje k chirurgickému zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) nebo perkutánní endoskopické jejunostomie (PEJ). Ošetřování je možné i v domácím prostředí se sníženým rizikem nozokomiálních nákaz. K tomu je potřeba vhodná edukace (obsluha enterální pumpy, péče o sondu) (Vrzalová, 2011).

U relapsu, těžké malnutrice, přípravě k operačnímu výkonu či v pooperačním období, se pacientům za hospitalizace podává parenterální výživa v systému all-in-one. Pacienti s CD by měli být součástí komplexní péče dostatečně edukováni o dietních opatřeních a možnostech umělé výživy (Vrzalová, 2011).

### 5.9.2 Vyprazdňování

Pacienti s CD mají často potíže s vyprazdňováním stolice, což představuje velmi intimní problematiku, se kterou se neradi svěřují. To vede k tomu, že pacienti vyhledají odbornou pomoc příliš pozdě a je nutné přistoupit ke složitější léčbě. Nezastupitelnou roli sehrává sestra, která může díky edukaci být pacientovi nápomocná i v této oblasti (Sturm, White, 2018).

Typickým příznakem CD je průjem, který se vyskytuje až u 77 % pacientů. Průjem často mívá chronický charakter a může být spojen i s anální inkontinencí. Pokud se u pacienta s IBD vyskytne nově průjem, je potřeba, aby byla pečlivě odebrána anamnéza k posouzení změn týkajících se frekvence, objemu a charakteristiky stolice, jídelních návyků a změn medikace. Součástí je i fyzikální a laboratorní vyšetření (Sturm, White, 2018).

### 5.9.3 Pohybový režim (aktivita)

Dle výsledků ze studií se ukázalo, že pravidelná fyzická aktivita u pacientů s IBD má pozitivní vliv na kvalitu jejich života. Pravidelným pohybem mohou snížit aktivitu nemoci a potřebu medikace. Pohyb má pozitivní vliv na psychickou pohodu – zlepšuje odolnost vůči stresu, pomáhá stabilizovat hmotnost, posiluje imunitní systém, snižuje riziko karcinomu tlustého střeva a předchází vzniku osteoporózy (Sturm, White, 2018).

Pacientům je všeobecně doporučováno pravidelné cvičení, zapojit se mohou do jakéhokoliv druhu sportu, který preferují. Důležité je zejména to, aby jim sport přinášel pozitivní prožitek. Pacienti by měli hlavně naslouchat svému tělu a dávat si realistické cíle. Fyzická aktivita musí být přiměřená dle jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu a fázi onemocnění. K nejoblíbenějším aktivitám patří zejména chůze nebo běh. Doporučováno je také plavání, neboť se příliš nezatěžují klouby a dochází k procvičení téměř všech svalových skupin.

Mezi další vhodné aktivity můžeme zařadit tanec, golf, tenis, volejbal nebo fotbal. Pro uvolnění či zbavení stresu mohou pacienti využít autogenní trénink, který je uznávanou relaxační metodou. K dalším oblíbeným aktivitám patří jóga, která pomáhá harmonizovat tělo i duši (Sturm, White, 2018).

Sport a IBD se v zásadě nevyklučují, existují ale určitá omezení, která se vztahují na určité sportovní aktivity. Při bolestech kloubů by se měli pacienti vyhnout sportům, při kterých je vyvíjen nadměrný tlak na klouby. V případě vytvořené stomie se nedoporučují sporty zatěžující břišní stěnu nebo kde hrozí riziko úderů či dopadů míče. Po operaci je třeba dle konkrétního stavu pacienta individualizovat aktivity. Pokud pacienta trápí perianální píštěle nebo abscesy, měl by se vyhnout jízdě na kole. Sportovní aktivity mohou být pro pacienty s IBD přínosem. Zásadní roli pro udržení pravidelného cvičení hraje motivace. Pacienty je proto třeba ve sportovních aktivitách podporovat, jelikož se tyto aktivity příznivě podílejí na komplexní péči o pacienty (Sturm, White, 2018).

V akutní fázi onemocnění by ale měli pacienti upřednostnit dostatek odpočinku a relaxovat. Při opakujících recidivách a relapsů jsou pacienti většinou nuceni být z důvodu zdravotních obtíží v pracovní neschopnosti. Ovšem někteří zvládají při méně namáhavém povolání v zaměstnání i setrvat (Červenková, Lukáš, 2009).

#### **5.9.4 Užívání farmakoterapie**

S užíváním předepsaných léků má mnoho pacientů potíže. Nedodržování pravidelného užívání léků (či jejich vynechávání) lze považovat za značný problém. Na dodržování farmakoterapie by měli být obzvláště opatrní ti jedinci, kteří trpí chronických, tedy vleklým onemocněním. Nespolupráce by v tomto ohledu vedla ke zhoršení celkové prognózy onemocnění, častým relapsům apod. Dodržování medikace je ovlivněno zejména vůlí a motivací nemocného.

Rovněž je vhodné podotknout, že je důležité poučení pacienta ohledně toho, proč má léky užívat a co se případně stane, pokud je užívat nebude. Pro odmítajícího pacienta z toho plyne možnost vyvození případných důsledků neužívání. Samozřejmě, vedle nedodržování farmakoterapie, existují i další pochybení v této oblasti. Všechna jednání mohou být, ať už vědomé, tak nevědomé (snížené či zvýšené dávkování). V případě, že pacient bude dlouhodobě užívat nižší dávky léků nebo je nebude užívat vůbec, dojde k tomu, že míra úspěšnosti léčby prudce klesne, sníží se pacientova kvalita života a bude následně vyžadovat zdravotnické služby ve zvýšené konzumaci, samozřejmě se zvýšenými náklady na zdravotní péči (Sturm, White, 2018).

Abychom u pacienta zlepšili přístup v dodržování farmakoterapie, musíme pacienta dostatečně informovat o příznacích nemoci, lécích, vedlejších účincích a dávkování. U pacientů s nově předepsanou imunosupresivní či biologickou léčbou hraje sestra klíčovou roli v rámci edukace (Sturm, White, 2018).

### **5.9.5 Psychická kondice**

Psychický stav pacienta hraje důležitou roli v procesu uzdravování. Prožívání chronického stresu a nepříznivých životních situací může u pacientů s IBD způsobit náhlé vzplanutí choroby. Ke stresorům, které pacienti prožívají a musí se s nimi vypořádat, patří: autoimunitní nemoc, nepředvídatelný stav do budoucnosti, nežádoucí účinky terapie, riziko rakoviny, možný vznik fistulí, trvalá stomie, rektální krvácení, nutnost použití klyzmatu, doprovodné příznaky nemoci (bolest, únava) či fekální inkontinence (Sturm, White, 2018).

Všechny výše zmíněné stresory, které s sebou CD přináší, jsou pro pacienta velmi zatěžující. Pacienti proto potřebují průběžnou odbornou pomoc a podporu. Často se u nich objevuje deprese, cítí se bezcenní, beznadějní a bezmocní. Pro pacienta může být psychicky náročné mluvit o tělesných příznacích nemoci, neboť se z části jedná o oblasti související se studem nebo o záležitostech společensky nevhodných. CD pro pacienta představuje velkou nejistotu; kdykoliv v průběhu času může dojít k relapsu, nepříjemnému vedlejšímu účinku léku či doporučení podstoupit operaci. Není proto divu, že pacienti prožívají strach a úzkost. Možností, jak snížit jejich úzkost, je dostatečná informovanost o nemoci a dopřání dostatku prostoru pro možné dotazy (Sturm, White, 2018).

Pacientům je doporučován tělesný i psychický odpočinek. Měli by se vyvarovat nadměrnému stresu. V případě potřeby je možné vyhledat psychoterapeutickou pomoc (Šafránková, Nejedlá, 2006).



## **EMPIRICKÁ ČÁST**

## 6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 6.1 Cíle výzkumu

- 1: Zjistit pacientovo pojetí Crohnovy choroby.
- 2: Zjistit dosavadní úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou.
- 3: Zmapovat a porovnat formy edukace na vybraných pracovištích.
- 4: Zjistit, zda mají pacienti v současné době k dispozici dostatek edukačních materiálů.
- 5: Identifikovat, ve které oblasti edukace pocítují pacienti nedostatek informací.
- 6: Na základě zjištěných údajů vypracovat přehledný a ucelený edukační materiál pro pacienty.

### 6.2 Metoda výzkumu a zpracování získaných dat

Pro vypracování empirické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu v podobě anonymních dotazníků. Sběr dat byl realizován s použitím standardizovaného dotazníku IPQ-R-CZ (B), který zjišťuje pacientovo pojetí nemoci. Dotazník obsahující 20 položek se dále dělí do pěti proměnných: 1. závažnost nemoci, 2. možnost ovlivnění, 3. porozumění nemoci, 4. negativní emoce, 5. sociální dopady nemoci. Respondenti mohli vybrat jednu z pěti možných odpovědí: „*souhlasím*“, „*spíše souhlasím*“, „*těžko rozhodnout*“, „*spíše nesouhlasím*“ a „*nesouhlasím*“. K vyhodnocení dotazníku byl použit klíč, který nebyl respondentům k dispozici. Dotazník IPQ-R-CZ (B) je uveden v příloze č. 6.

Výzkumné šetření bylo doplněno nestandardizovaným dotazníkem vlastní tvorby. Dotazník obsahoval celkem 24 otázek, z nichž 15 bylo uzavřených (1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 20, 21, 22, 23, 24), kde respondenti vybrali pouze jednu odpověď. Pro možnost jejich vlastního doplnění bylo použito 6 otevřených otázek (2, 8, 13, 16, 17, 18) a zbylé 3 otázky byly polouzavřené (9, 14, 19). U otázek 9, 12, 14, 19, 20 a 24 byla možnost zvolit více odpovědí. Otázky 1–3 zjišťovaly sociodemografické údaje. Otázky 4–11 se zabývaly základními informacemi o vlastním onemocnění. Otázky 12–18 se zaměřovaly na znalosti o Crohnově chorobě. Otázky 19–24 mapovaly oblast edukace. Nestandardizovaný dotazník je uveden v příloze č. 7.

Získaná data z dotazníkového šetření byla zpracována pomocí programu Microsoft Word 2021 a Microsoft Excel 2021. Následně byla data analyzována a poté znázorněna pomocí grafů a tabulek.

### **6.3 Charakteristika respondentů a organizace výzkumného šetření**

Zvolený soubor tvořili pacienti s Crohnovou chorobou od 18 do 89 let, přičemž nejpočetnější skupinu představovali osoby ve věku 40–49 let (31,7 %). Z celkového počtu 104 respondentů bylo 53 osob (51 %) ženského pohlaví a 51 osob (49 %) mužského pohlaví. Výzkumné šetření bylo realizováno v gastroenterologických ambulancích ve třech cíleně zvolených zdravotnických zařízeních, a to v Oblastní nemocnici Jičín, a. s., na II. Interní gastroenterologické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové a na Klinice hepatogastroenterologie v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. Sběr dat se uskutečnil v období od listopadu 2021 do dubna 2022.

Samotné realizaci výzkumného šetření předcházely zaslané žádosti o jeho umožnění na zmíněných pracovištích. Všem třem žádostem o šetření bylo kladně vyhověno, souhlasy jsou uvedeny v přílohách č. 8, 9, 10, 11 a 12.

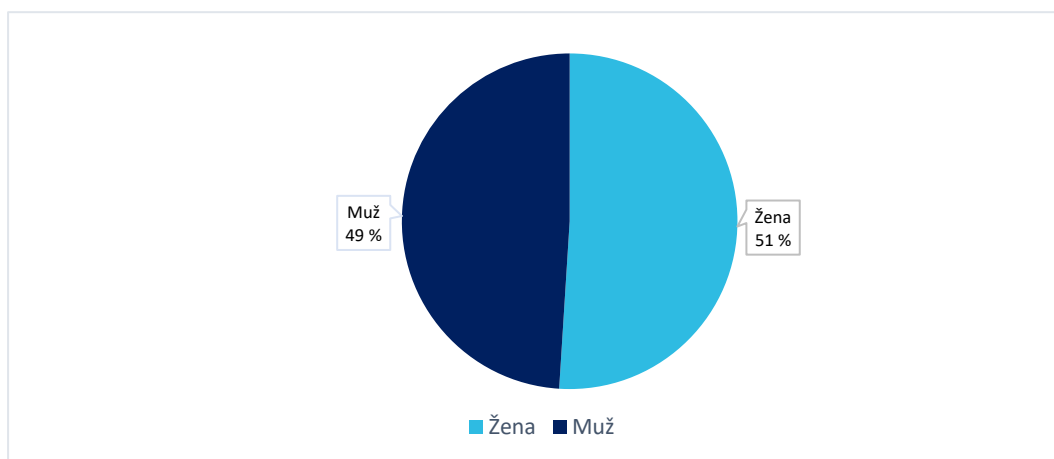
Na začátku listopadu 2021 bylo tedy rozdáno 100 dotazníků na II. Interní gastroenterologickou kliniku FNHK a 50 dotazníků do ON Jičín, a. s. Avšak kvůli značně omezenému ambulantnímu provozu z důvodu pandemie bylo vyplněno minimum dotazníků. Na základě tohoto zjištění bylo následně osloveno pracoviště IKEM, kde nedošlo k omezení provozu ambulancí. Zasláno tam bylo 80 dotazníků.

Výzkumným šetřením bylo celkem získáno 134 dotazníků, z toho platných dotazníků bylo 104. Stanoveným cílem bylo získat 100 dotazníků, celková procentuální návratnost tedy činila 134 %, přičemž v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení bylo v ON Jičín, a. s. vyplněno 22 dotazníků (17 platných), ve FNHK 51 dotazníků (41 platných) a v IKEM 61 dotazníků (46 platných). Návratnost dotazníků z ON Jičín, a. s. činila 44 %, z FNHK 50 % a z IKEM 76 %.

# 7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

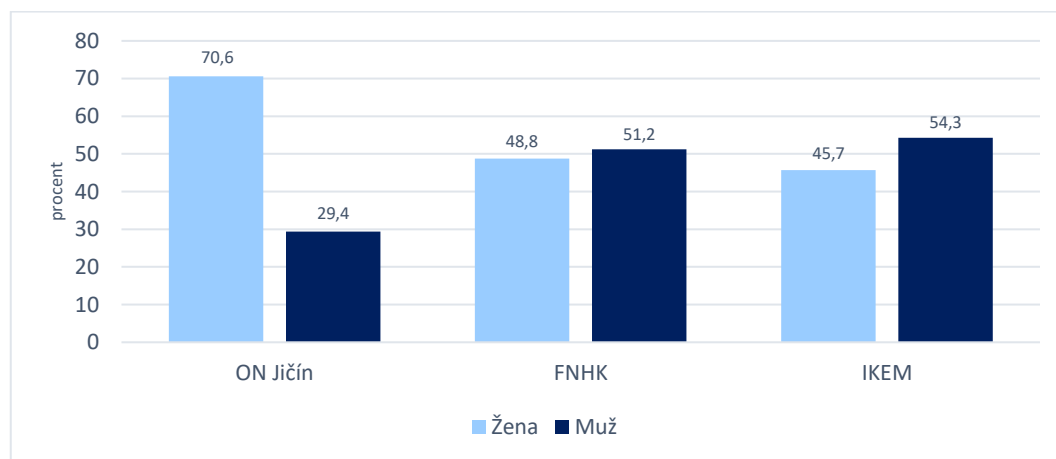
## 7.1 Výsledky nestandardizovaného dotazníku

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



Graf č. 1: Pohlaví respondentů (celkový počet)

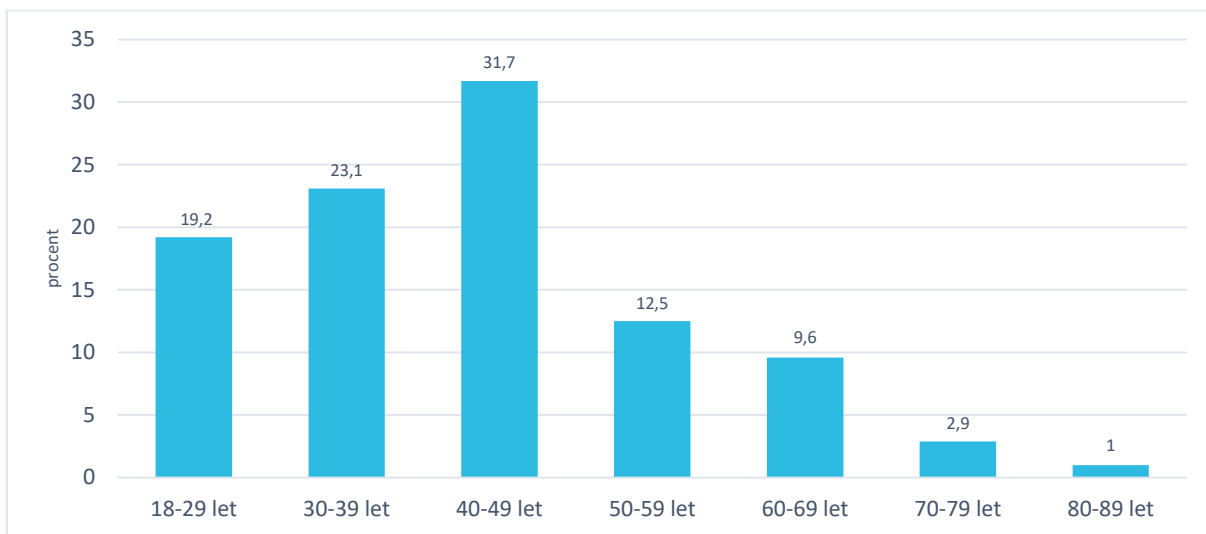
**Komentář:** Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů (100 %), z tohoto počtu bylo 53 žen (51 %) a 51 mužů (49 %).



Graf č. 2: Pohlaví respondentů (jednotlivá zdrav. zařízení)

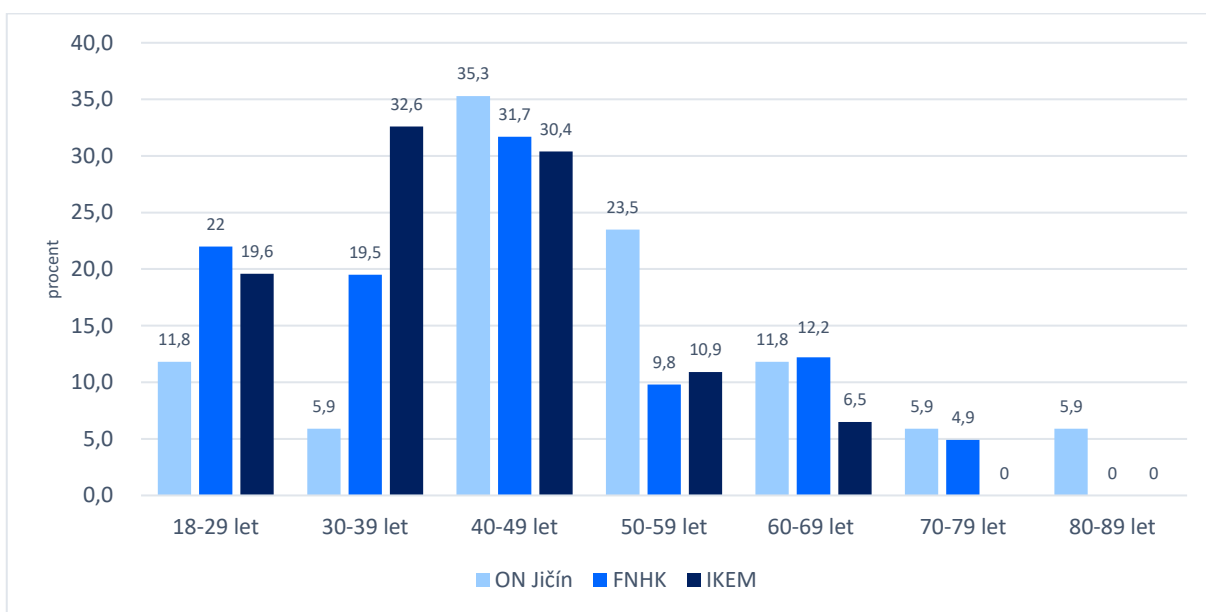
**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín bylo 12 žen (70,6 %) a 5 mužů (29,4 %). 41 respondentů (100 %) z FNHK bylo tvořeno 20 ženami (48,8 %) a 21 muži (51,2 %). 46 respondentů (100 %) z IKEM bylo ve složení 21 žen (45,7 %) a 25 mužů (54,3 %).

## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?



Graf č. 3: Věk respondentů (celkový počet)

**Komentář:** Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů (100 %) ve věku od 18 do 89 let. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti v kategorii 40–49 let, těch bylo 33 (31,7 %). 24 respondentů (23,1 %) spadalo do kategorie 30–39 let. Ve věkové kategorii 18–29 let bylo 20 respondentů (19,2 %). V rozmezí 50–59 let bylo 13 respondentů (12,5 %). Ve věku 60–69 let se nacházelo 10 respondentů (9,6 %). 3 respondenti (2,9 %) udali věk 70–79 let. V kategorii 80–89 let byl pouhý 1 respondent (1 %).



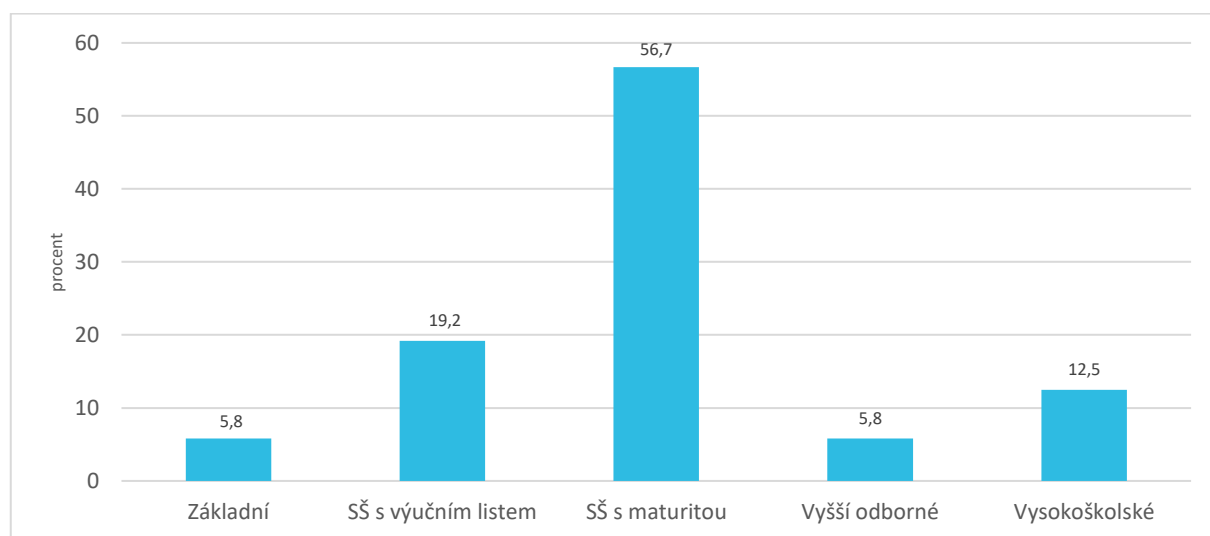
Graf č. 4: Věk respondentů (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín tvořilo nejpočetnější skupinu 6 respondentů (**35,3 %**) ve věkové kategorii 40–49 let. Ve věku 50–59 let byli 4 respondenti (**23,5 %**). 2 respondenti (**11,8 %**) patřili do věkové kategorie 18–29 let a 2 (**11,8 %**) byli ve věkové kategorii 60–69 let. Ve věkové kategorii 30–39 let, 70–79 let a 80–89 let byl pouze 1 respondent (**5,9 %**).

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK byla nejpočetnější skupina ve věkové kategorii 40–49 let, tvořilo ji 13 respondentů (**31,7 %**). 9 respondentů (**22 %**) bylo ve věku 18–29 let. Ve věkové kategorii 30–39 let se nacházelo 8 respondentů (**19,5 %**). 5 respondentů (**12,2 %**) patřilo do věkové kategorie 60–69 let, 4 respondenti (**9,8 %**) byli ve věku 50–59 let. Ve věku 70–79 let byli 2 respondenti (**4,9 %**). Věkovou kategorii 80–89 let neobsadil žádný respondent (**0 %**).

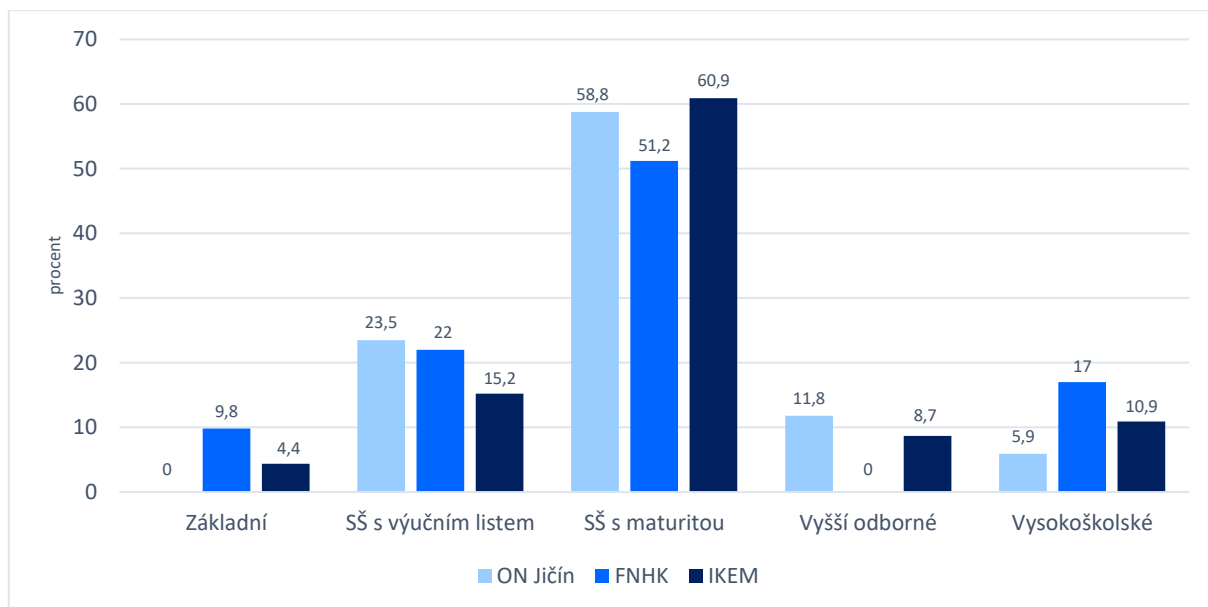
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM tvořilo nejpočetnější skupinu 15 respondentů (**32,6 %**) ve věku 30–39 let. 14 respondentů (**30,4 %**) patřilo do věkové kategorie 40–49 let. Ve věku 18–29 let bylo 9 respondentů (**19,6 %**). 5 respondentů (**10,9 %**) udalo věkovou kategorii 50–59 let a 3 respondenti (**6,5 %**) se nacházeli ve věkové kategorii 60–69 let. Věkové rozmezí 70–79 let a 80–89 let nebylo obsazeno (**0 %**).

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



**Graf č. 5:** Vzdělání respondentů (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 6 dosáhlo (5,8 %) základního vzdělání, 20 respondentů (19,2 %) středoškolského s výučním listem, 59 respondentů (56,7 %) středoškolského s maturitou, 6 respondentů (5,8 %) vyššího odborného a 13 respondentů (12,5 %) vysokoškolského.



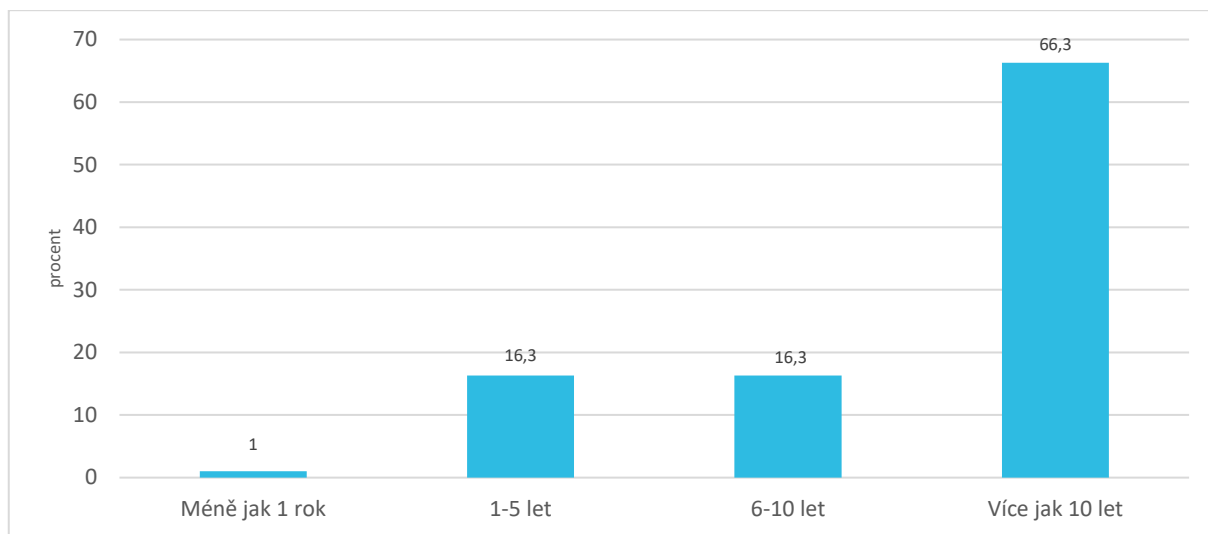
**Graf č. 6:** Vzdělání respondentů (jednotlivá zdravotní zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín nebyl žádný respondent (0 %) se základním vzděláním. 4 respondenti (23,5 %) získali středoškolské vzdělání s výučním listem, 10 respondentů (58,8 %) středoškolské s maturitou, 2 respondenti (11,8 %) vyšší odborné a 1 respondent (5,9 %) dosáhl vysokoškolského vzdělání.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK získali 4 respondenti (9,8 %) základní vzdělání, 9 respondentů (22 %) středoškolské s výučním listem, 21 respondentů (51,2 %) středoškolské s maturitou. Žádný respondent (0 %) nebyl s vyšším odborným vzděláním. 7 respondentů (17 %) mělo vysokoškolské vzdělání.

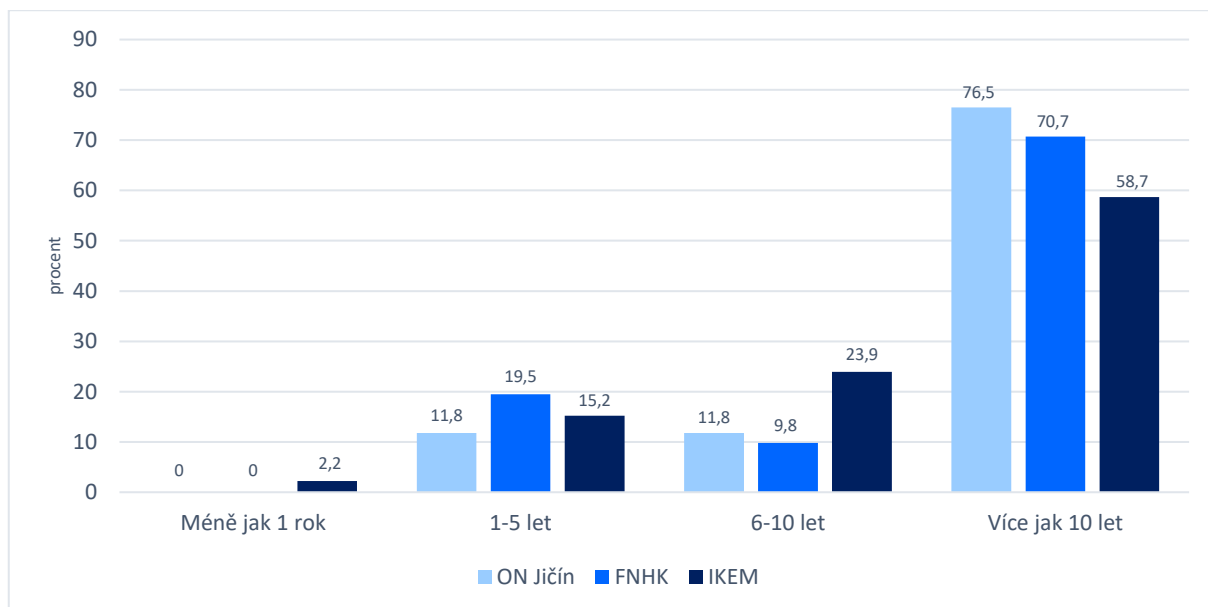
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM byli 2 respondenti (4,4 %) se základním vzděláním, 7 respondentů (15,2 %) se středoškolským s výučním listem, 28 respondentů (60,9 %) se středoškolským s maturitou, 4 respondenti (8,7 %) s vyšším odborným a 5 respondentů (10,9 %) s vysokoškolským vzděláním.

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



Graf č. 7: Doba od diagnostiky Crohnovy choroby (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů byla doba od diagnostiky Crohnovy choroby kratší 1 roku zaznamenána pouze u jednoho respondenta (1 %). 17 respondentů (16,3 %) uvedlo rozmezí 1–5 let od diagnostiky onemocnění. Stejný počet respondentů (16,3 %) byl diagnostikován před 6–10 lety. U 69 respondentů (66,3 %) uběhlo od diagnostiky více jak 10 let.



Graf č. 8: Doba od diagnostiky Crohnovy choroby (jednotlivá zdrav. zařízení)



**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín neměl žádný respondent (0 %) dobu od diagnostiky kratší 1 roku. 2 respondenti (11,8 %) byli diagnostikováni před 1–5 lety, 2 respondenti (11,8 %) před 6–10 lety a 13 respondentů (76,5 %) bylo diagnostikováno před více jak 10 lety.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK nebyl žádný respondent (0 %) diagnostikován před méně jak 1 rokem. 8 respondentů (19,5 %) uvedlo dobu od diagnostiky v rozmezí 1–5 let. Dobu 6–10 let uvedli 4 respondenti (9,8 %). U 29 respondentů (70,7 %) uběhlo více jak 10 let od diagnostiky.

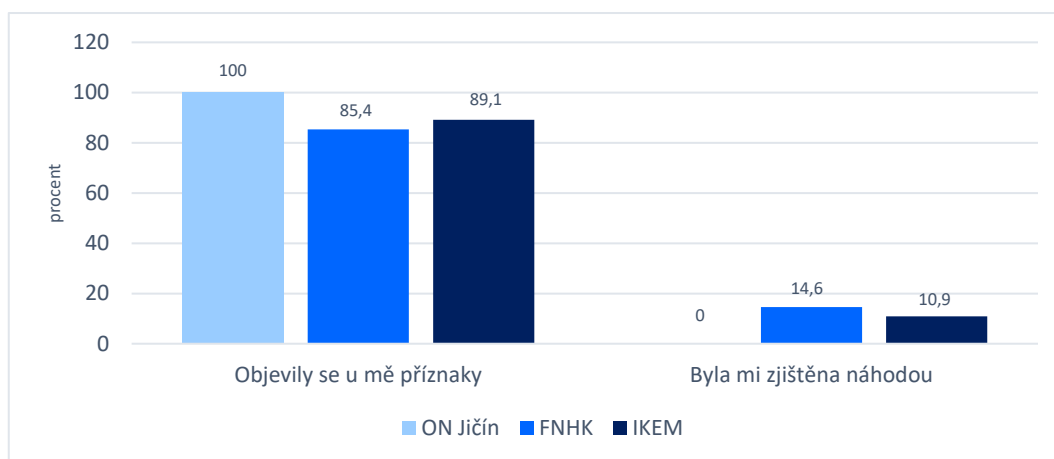
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM byl 1 respondent (2,2 %) diagnostikován před méně než 1 rokem. 7 respondentů (15,2 %) v období 1–5 let, 11 respondentů (23,9 %) v období 6–10 let a 27 respondentů (58,7 %) před více jak 10 lety.

#### Otázka č. 5: Jak Vám byla Crohnova choroba zjištěna?



**Graf č. 9:** Zjištění Crohnovy choroby (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 93 (89,4 %) odpovědělo, že Crohnova choroba jim byla zjištěna poté, co se u nich objevily příznaky. U 11 respondentů (10,6 %) bylo onemocnění zjištěno náhodou.



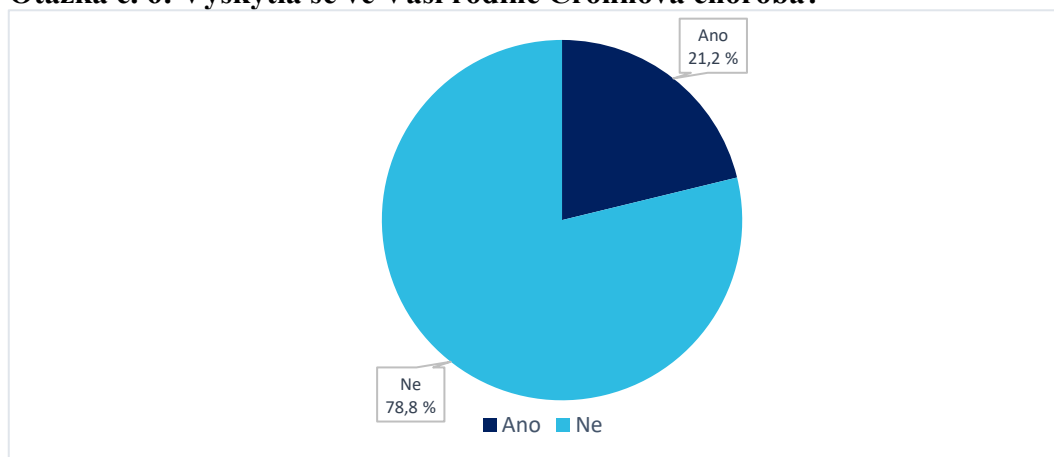
**Graf č. 10:** Zjištění Crohnovy choroby (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín všichni respondenti (100 %) odpověděli, že před diagnostikou Crohnovy choroby se jim projeví příznaky. Žádnému respondentovi (0 %) nebyla zjištěna náhodou.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 35 (85,4 %) odpovědělo, že se jim objevily příznaky. 6 respondentů (14,6 %) uvedlo, že jim onemocnění bylo zjištěno náhodou.

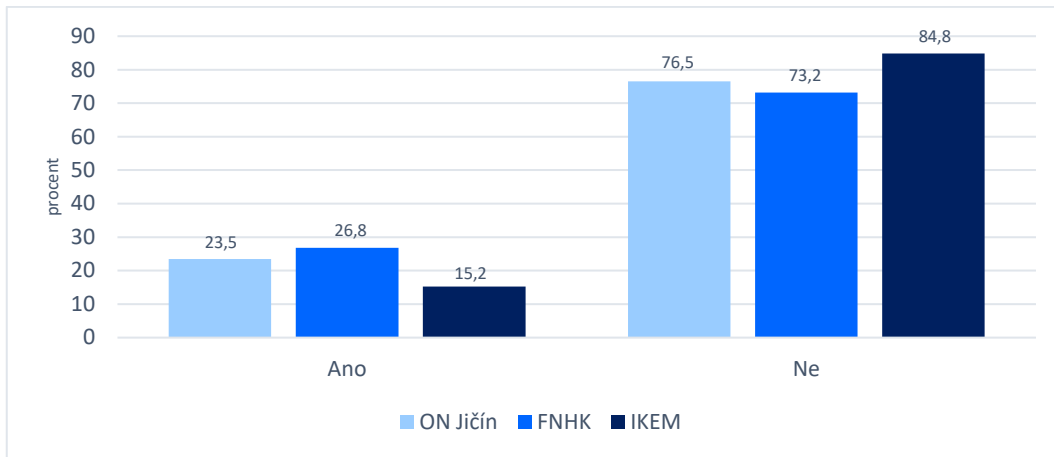
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 41 (89,1 %) odpovědělo, že před zjištěním Crohnovy choroby se jim objevily příznaky. U 5 respondentů (10,9 %) bylo onemocnění zjištěno náhodou.

**Otázka č. 6: Vyskytla se ve Vaší rodině Crohnova choroba?**



**Graf č. 11:** Výskyt Crohnovy choroby v rodině (celkový počet)

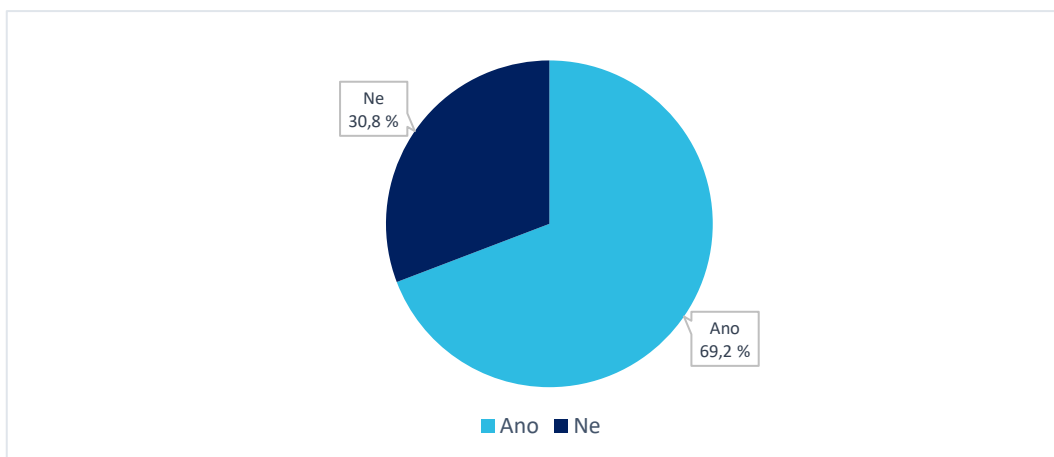
**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 22 (21,2 %) odpovědělo, že se Crohnova choroba vyskytla v jejich rodině. U 82 respondentů (78,8 %) se v rodině toto onemocnění nevyskytlo.



**Graf č. 12:** Výskyt Crohnovy choroby v rodině (jednotlivá zdrav. zařízení)

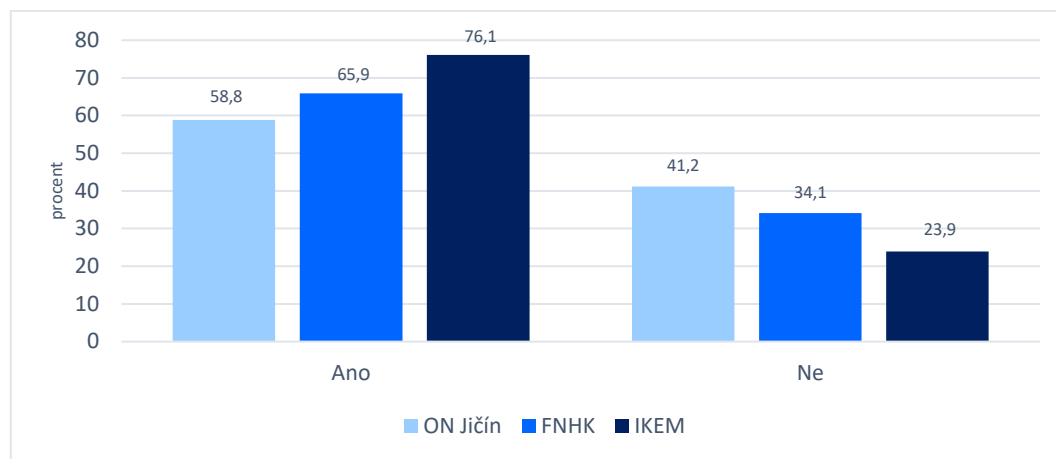
**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín se u 4 respondentů (23,5 %) vyskytla Crohnova choroba v rodině. 13 respondentů (76,5 %) nevedlo výskyt v rodině. Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK bylo u 11 respondentů (26,8 %) zaznamenáno onemocnění v rodině, u 30 respondentů (73,2 %) nebylo. Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM se u 7 respondentů (15,2 %) vyskytlo onemocnění v rodině, u 39 respondentů (84,8 %) se nevyskytlo.

#### Otázka č. 7: Ovlivnila Crohnova choroba Váš osobní život?



**Graf č. 13:** Ovlivnění osobního života (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 72 (**69,2 %**) uvedlo, že Crohnova choroba ovlivnila jejich osobní život. Pro 32 respondentů (**30,8 %**) jejich nemoc osobní život neovlivnila.



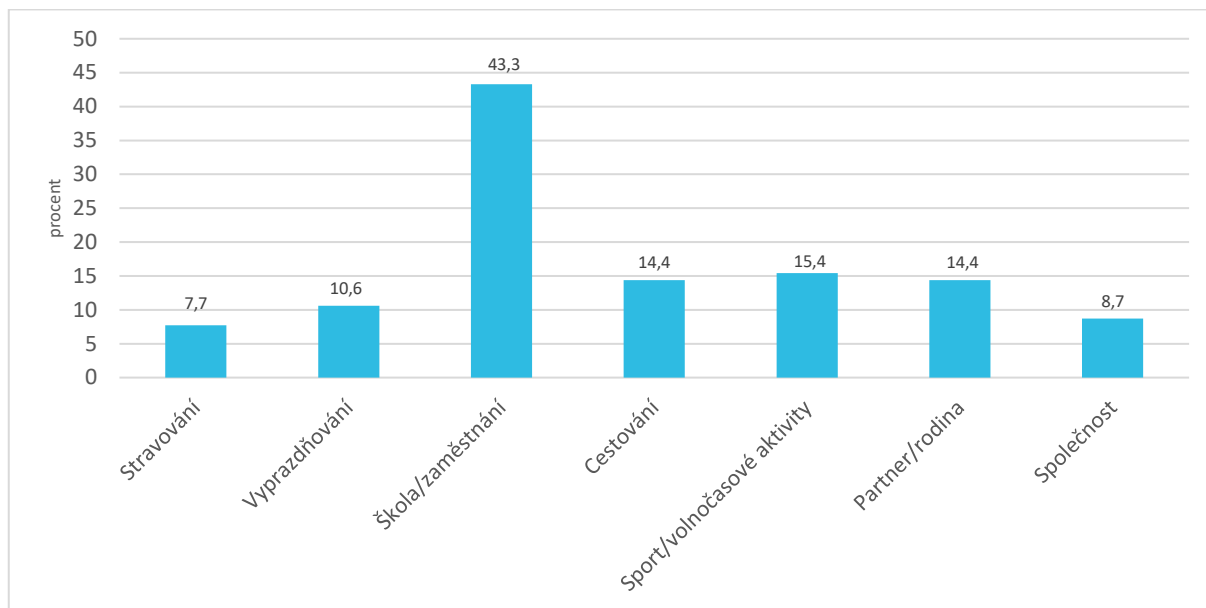
**Graf č. 14:** Ovlivnění osobního života (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín jich 10 (**58,8 %**) uvedlo, že Crohnova choroba ovlivnila jejich osobní život, 7 respondentů (**41,2 %**) se domnívá, že jim osobní život neovlivnila.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 27 (**65,9 %**) tvrdí, že jejich osobní život Crohnova choroba ovlivnila, 14 respondentů (**34,1 %**) uvádí opačné tvrzení.

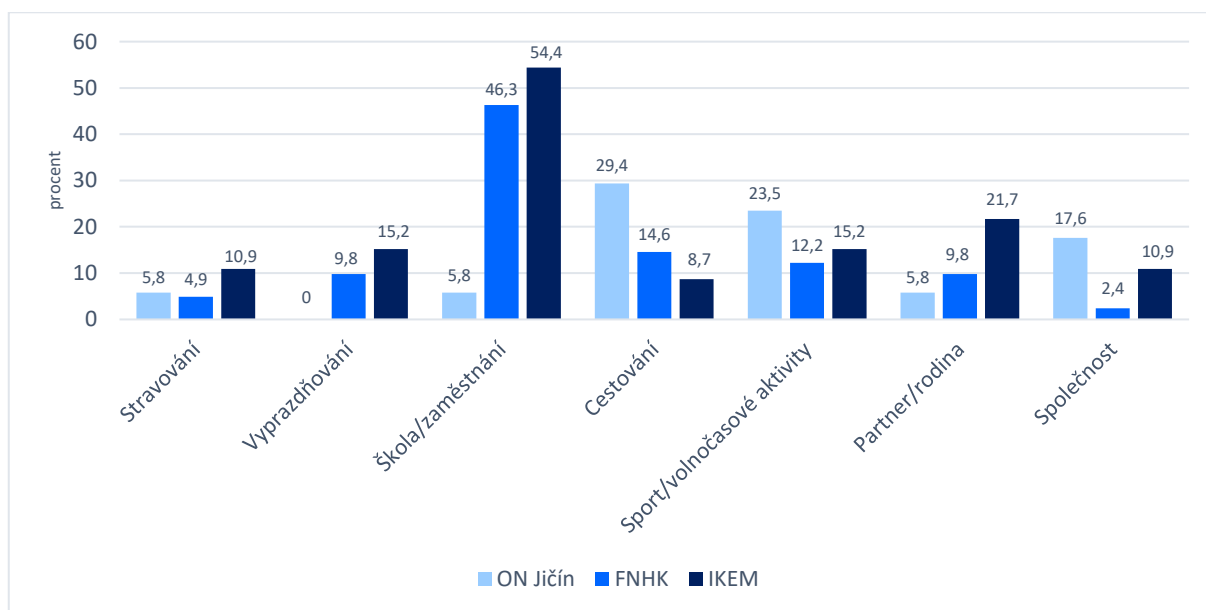
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 35 (**76,1 %**) udávalo, že toto onemocnění jejich osobní život ovlivnilo, u 11 respondentů (**23,9 %**) se toto tvrzení nepotvrdilo.

**Otázka č. 8: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, vypište, ve kterých oblastech. (Možnost více odpovědí)**



**Graf č. 15:** Oblasti osobního života ovlivněné Crohnovou chorobou (celkový počet)

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 72 respondentů (100 %), kterým nemoc ovlivnila jejich osobní život, byla nejčastěji zvolena varianta škola/zaměstnání u 45 respondentů (**43,3 %**). 16 respondentů (**15,4 %**) zvolilo oblast týkající se sportu/volnočasových aktivit. Možnost cestování a partner/rodina byla zvolena u 15 respondentů (**14,4 %**). Oblast vyprazdňování vybralo 11 respondentů (**10,6 %**). Crohnova choroba ovlivnila také společenský život u 9 respondentů (**8,7 %**). Oblast stravování zmínilo 8 respondentů (**7,7 %**).



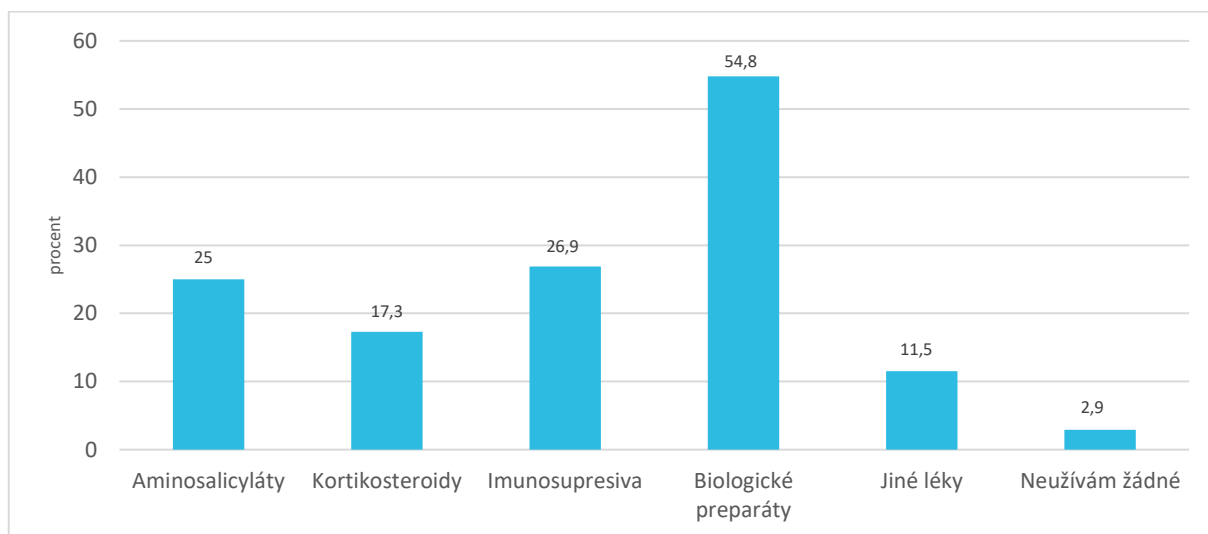
**Graf č. 16:** Oblasti osobního života ovlivněné Crohnovou chorobou (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 10 respondentů (100 %) z ON Jičín, kterým nemoc ovlivnila jejich osobní život, byla nejčastěji zvolena oblast cestování u 5 respondentů (**29,4 %**). U 4 respondentů (**23,5 %**) byl zvolen sport/volnočasové aktivity. 3 respondenti (**17,6 %**) uvedli, že jim onemocnění ovlivnilo společenský život. Oblast stravování, školy/zaměstnání a partnerského/rodinného života byla zmíněna ve všech případech 1 respondentem (**5,8 %**). Žádný respondent (**0 %**) nevybral oblast vyprazdňování.

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) z FNHK jich 19 (**46,3 %**) vybralo odpověď škola/zaměstnání. 6 respondentů (**14,6 %**) zvolilo možnost cestování, 5 respondentů (**12,2 %**) zvolilo sport/volnočasové aktivity. Oblast vyprazdňování a partnerského/rodinného života byla zvolena u 4 respondentů (**9,8 %**). 2 respondenti (**4,9 %**) uvedli oblast stravování a 1 respondent (**2,4 %**) zmínil společenský život.

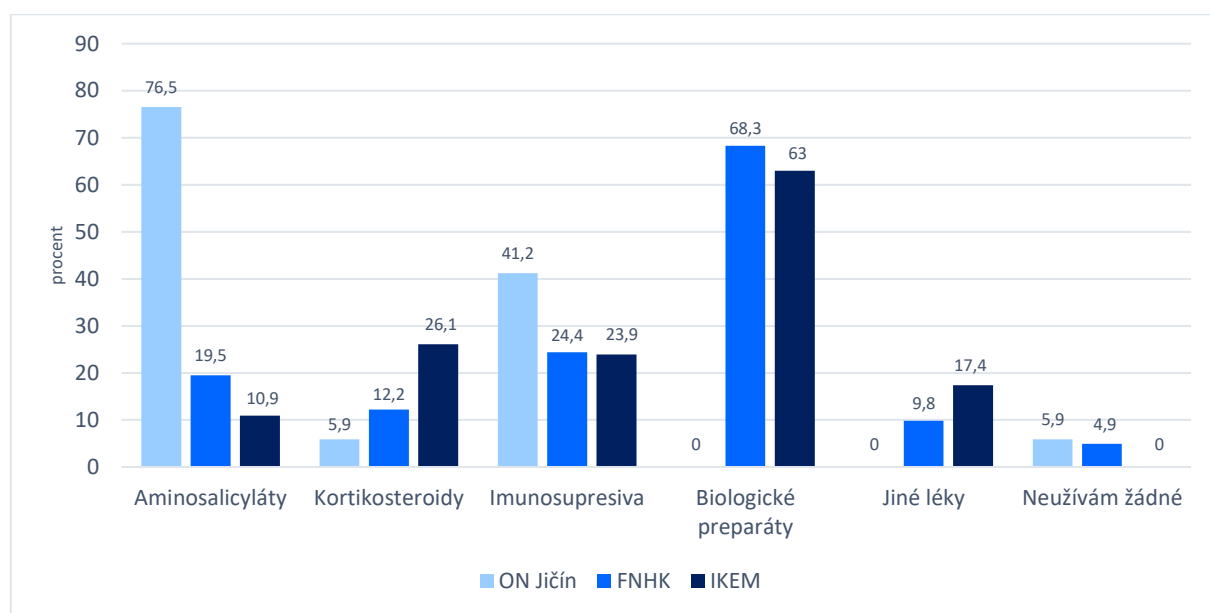
Z celkového počtu 35 respondentů (100 %) z IKEM jich 25 (**54,4 %**) uvedlo oblast školy/zaměstnání. U 10 respondentů (**21,7 %**) ovlivnilo onemocnění partnerský/rodinný život. Sport/volnočasové aktivity a vyprazdňování byli zmíněni u 7 respondentů (**15,2 %**). 5 respondentů (**10,9 %**) uvedlo oblast stravování a 4 respondenti (**8,7 %**) cestování.

#### Otázka č. 9: Jaké užíváte léky? (Možnost více odpovědí)



**Graf č. 17:** Užívané léky (celkový počet)

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) byly nejčastěji zmíněny biologické preparáty u 57 respondentů (**54,8 %**). U 28 respondentů (**26,9 %**) byly uvedeny imunosupresiva, aminosalicyláty u 26 respondentů (**25 %**). Kortikoidy zvolilo 18 respondentů (**17,3 %**). 12 respondentů (**11,5 %**) vybralo možnost jiných léků (doplňky stravy). 3 respondenti (**2,9 %**) neužívají žádné léky.



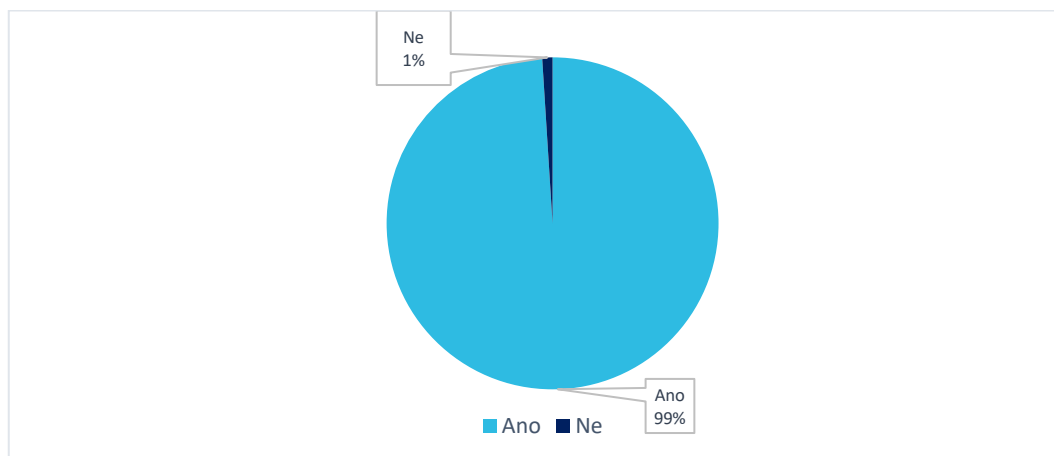
**Graf č. 18:** Užívané léky (jednotlivá zdravotní zařízení)

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín byly nejčastěji uvedeny aminosalicyláty u 13 respondentů (**76,5 %**). 7 respondentů (**41,2 %**) užívá imunosupresiva. 1 respondent (**5,9 %**) zmínil kortikoidy a 1 respondent (**5,9 %**) neužívá žádné léky. Biologické preparáty či jiné léky nebyly uvedeny (**0 %**).

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK byly nejčastěji uvedeny biologické preparáty u 28 respondentů (**68,3 %**). U 10 respondentů (**24,4 %**) byly uvedeny imunosupresiva. 8 respondentů (**19,5 %**) užívá aminosalicyláty, 5 respondentů (**12,2 %**) kortikosteroidy, 4 respondenti (**9,8 %**) uvedly možnost jiných léků a 2 respondenti (**4,9 %**) neužívají žádné léky.

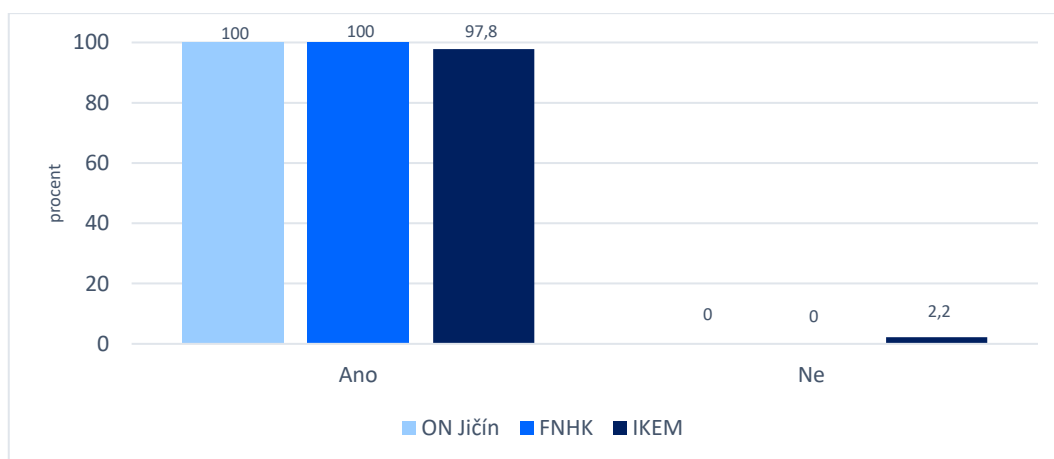
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM byli nejčastěji odpovězeny biologické preparáty u 39 respondentů (63 %). 12 respondentů (26,1 %) užívá kortikoidy, 11 respondentů (23,9 %) imunosupresiva. 8 respondentů (17,4 %) vybralo možnost užívání jiných léků. Aminosalicyláty byly uvedeny u 5 respondentů (10,9 %) a žádný respondent (0 %) ne užívá žádné léky.

#### Otázka č. 10: Dodržujete pravidelné kontroly u svého gastroenterologa?



Graf č. 19: Dodržování pravidelných kontrol (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 103 (99 %) odpovědělo, že dodržují pravidelné kontroly u svého gastroenterologa. Pouhý 1 respondent (1 %) nedodržuje pravidelné prohlídky.



Graf č. 20: Dodržování pravidelných kontrol (jednotlivá zdrav. zařízení)

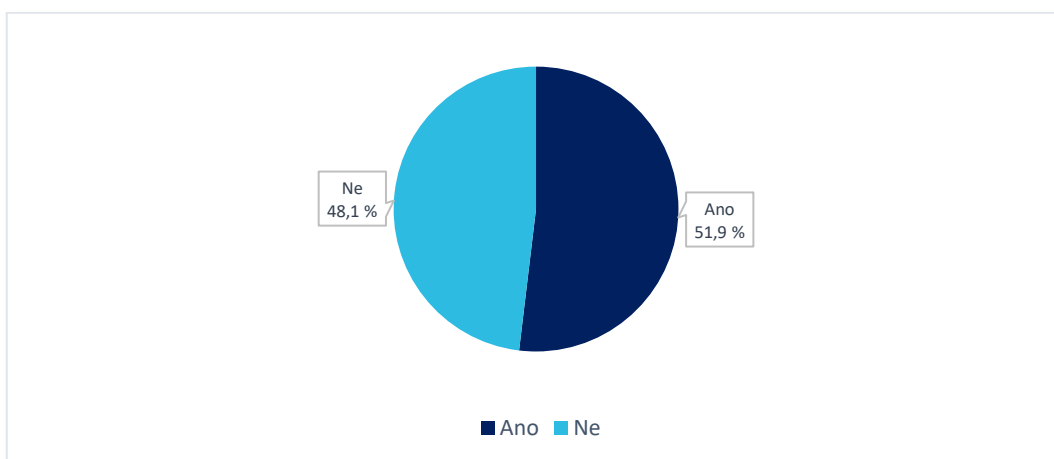
**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín všichni respondenti (100 %) odpověděli, že dodržují pravidelné kontroly u svého gastroenterologa. Žádný respondent (0 %) ne uvedl, že by pravidelné kontroly nedodržoval.



Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK všichni respondenti (**100 %**) uvedli pravidelné dodržování kontrol. U žádného respondenta (**0 %**) se nevyskytla opačná odpověď.

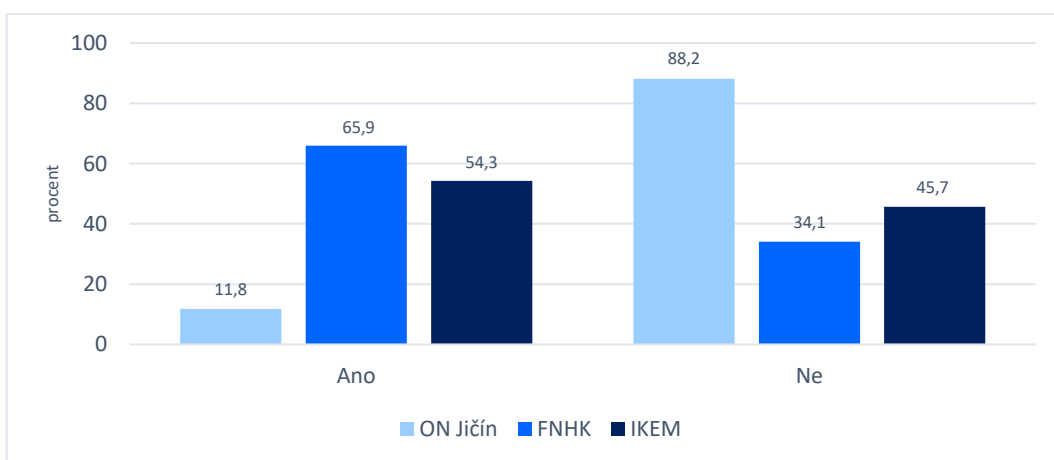
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 45 (**97,8 %**) odpovědělo, že dodržují pravidelné kontroly. Pouhý 1 respondent (**2,2 %**) nedodržuje pravidelné kontroly.

**Otázka č. 11: Absolvoval/a jste nějaký operační zákrok spojený s Vaším onemocněním?**



*Graf č. 21: Absolvování operačního zákroku (celkový počet)*

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 54 (**51,9 %**) odpovědělo, že absolvovali operační zákrok spojený s Crohnovou chorobou. 50 respondentů (**48,1 %**) doposud žádný operační zákrok nepodstoupilo.



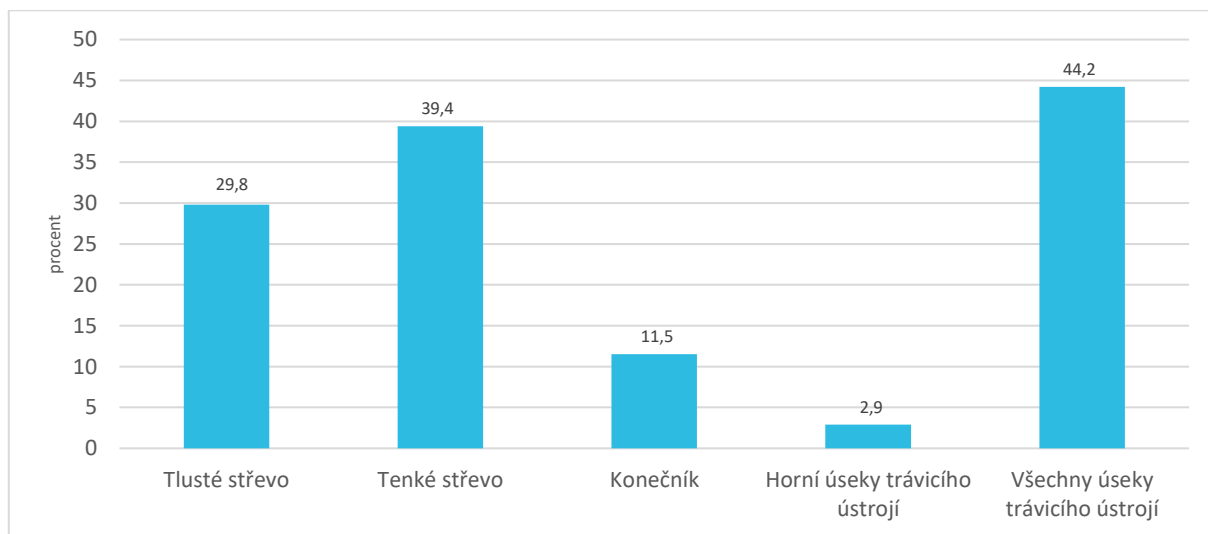
*Graf č. 22: Absolvování operačního zákroku (jednotlivá zdrav. zařízení)*

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín 2 respondenti (11,8 %) museli kvůli svému onemocnění podstoupit operační zákrok, 15 respondentů (88,2 %) doposud žádný operační zákrok podstoupit nemuselo.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 27 (65,9 %) odpovědělo, že podstoupili operační zákrok spojený se svým onemocněním, 14 respondentů (34,1 %) doposud operační zákrok neabsolvovalo.

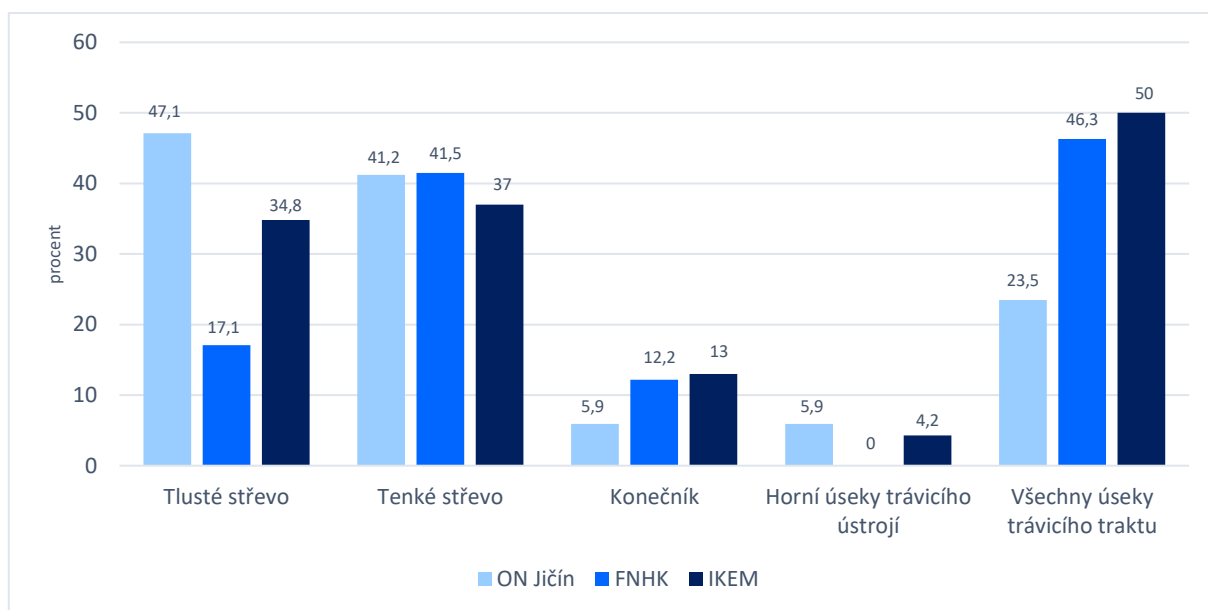
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 25 (54,3 %) odpovědělo, že jejich nemoc musela být řešena chirurgickým způsobem, u 21 respondentů (45,7 %) doposud nemusela.

**Otázka č. 12: Jakou část trávicího ústrojí může Crohnova choroba postihnout? (Možnost více odpovědí)**



**Graf č. 23:** Lokalizace postižení trávicího traktu (celkový počet)

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) byla správná odpověď (všechny úseky trávicího ústrojí) zvolena u 46 respondentů (44,2 %). 41 respondentů (39,4 %) vybralo pouze možnost tenké střevo. Tlusté střevo bylo zvoleno u 31 respondentů (29,8 %), konečník u 12 respondentů (11,5 %) a horní úseky trávicího ústrojí byly zvoleny u pouhých 3 respondentů (2,9 %).



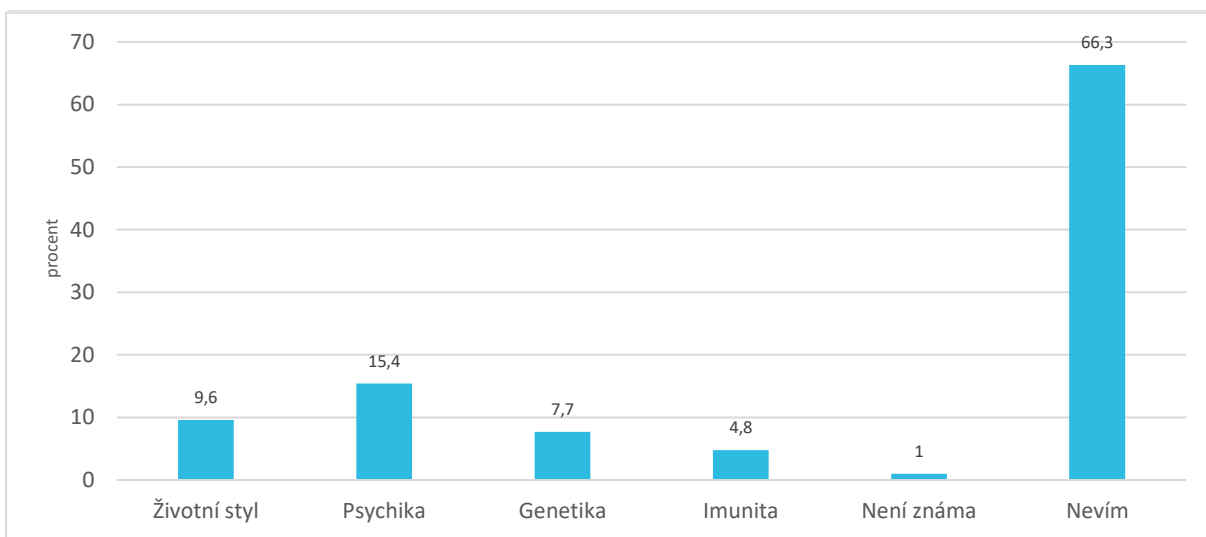
**Graf č. 24:** Lokalizace postižení trávicího traktu (jednotlivá zdravotní zařízení)

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín byla správná odpověď (všechny úseky trávicího ústrojí) zaznamenána u 4 respondentů (23,5 %). 8 respondentů (47,1 %) si myslí, že Crohnova choroba může postihnout pouze tlusté střevo, 7 respondentů (41,2 %) pouze tenké střevo, 1 respondent (5,9 %) pouze konečník a 1 respondent (5,9 %) pouze horní úseky trávicího ústrojí.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK byla zvolena správná odpověď (všechny úseky trávicího ústrojí) u 19 respondentů (46,3 %). 17 respondentů (41,5 %) vybralo lokalizaci pouze tlustého střeva, 7 respondentů (17,1 %) pouze tenkého střeva a 5 respondentů (12,2 %) pouze konečníku. Horní úseky nebyly vybrány u žádného respondenta (0 %).

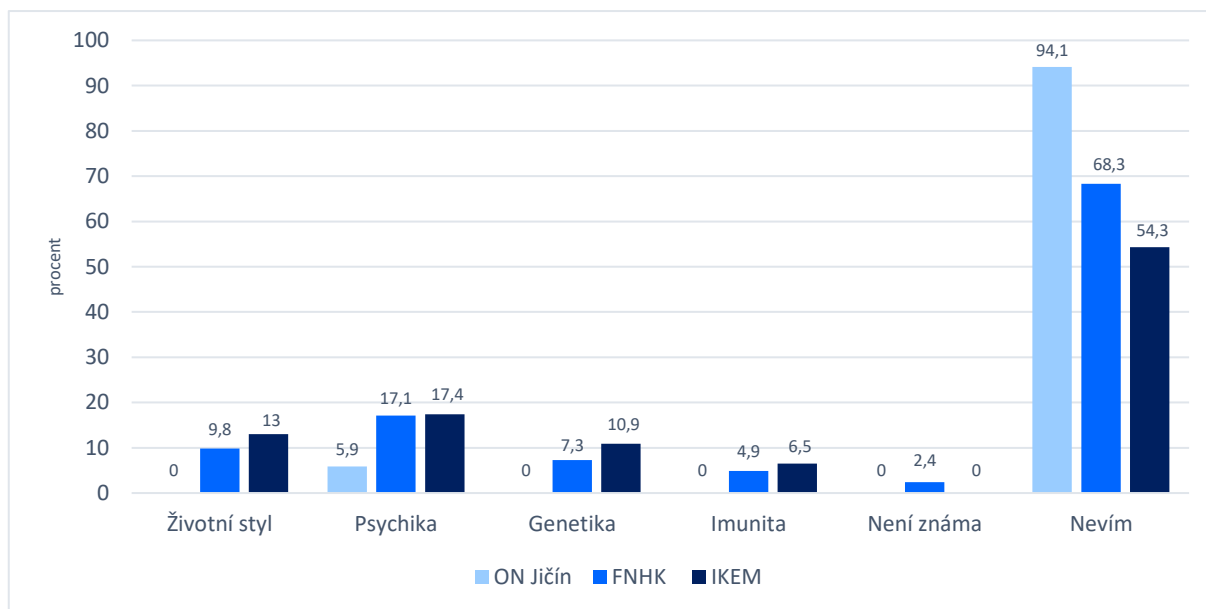
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM správně odpovědělo (všechny úseky trávicího ústrojí) 23 respondentů (50 %). 17 respondentů (37 %) odpovědělo, že jejich onemocnění postihuje pouze tenké střevo, 16 respondentů (34,8 %) pouze tlusté střevo a 6 respondentů (13 %) konečník. 2 respondenti (4,2 %) zvolili horní úseky trávicího ústrojí.

### Otázka č. 13: Znáte příčiny vzniku Vaší nemoci?



Graf č. 25: Příčiny vzniku nemoci (celkový počet)

**Komentář:** Respondenti mohli uvést více možných odpovědí. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) byla nejčastěji uvedena odpověď, že neznají příčiny vzniku svého onemocnění u 69 respondentů (66,3 %). Psychika byla zmíněna u 16 respondentů (15,4 %). Životní styl byl uveden u 10 respondentů (9,6 %), genetika u 8 respondentů (7,7 %) a imunita u 5 respondentů (4,8 %). 1 respondent (1 %) odpověděl, že příčina vzniku nemoci není známa (správná odpověď).



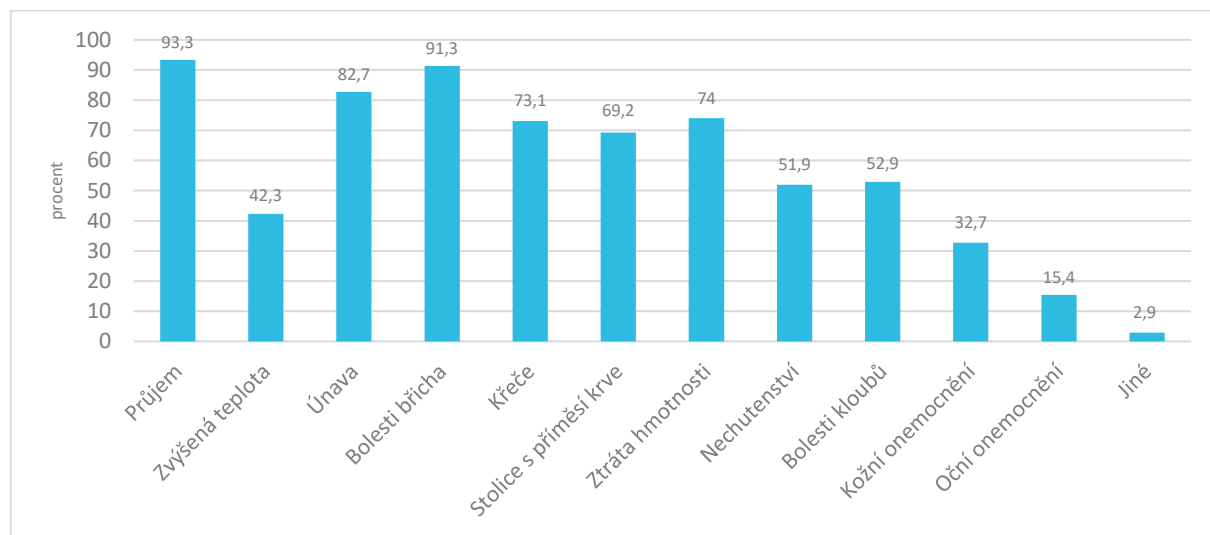
Graf č. 26: Příčiny vzniku nemoci (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Respondenti mohli uvést více možných odpovědí. Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín jich 16 (**94,1 %**) nezná příčiny svého onemocnění. Pouhý 1 respondent (**5,9 %**) se domnívá, že na vzniku onemocnění se podílí psychika. Žádný respondent (**0 %**) neuvedl životní styl, genetiku, imunitu nebo možnost, že příčina jejich nemoci není známa (správná odpověď).

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 28 (**68,3 %**) neví, co způsobilo jejich nemoc. 7 respondentů (**17,1 %**) uvedlo jako možnou příčinu psychiku, 4 respondenti (**9,8 %**) životní styl, 3 respondenti (**7,3 %**) genetiku, 2 respondenti (**4,9 %**) imunitu a 1 respondent (**2,4 %**) si myslí, že příčina není známa (správná odpověď).

Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 25 (**54,3 %**) neví, z jakého důvodu onemocněli. 8 respondentů (**17,4 %**) odpovědělo, že za příčinou stojí jejich psychika. U 6 respondentů (**13 %**) byl uveden životní styl, u 5 respondentů (**10,9 %**) genetika, u 3 respondentů (**6,5 %**) imunita. Žádná respondent (**0 %**) nezvolil možnost, že příčina onemocnění není známa (správná odpověď).

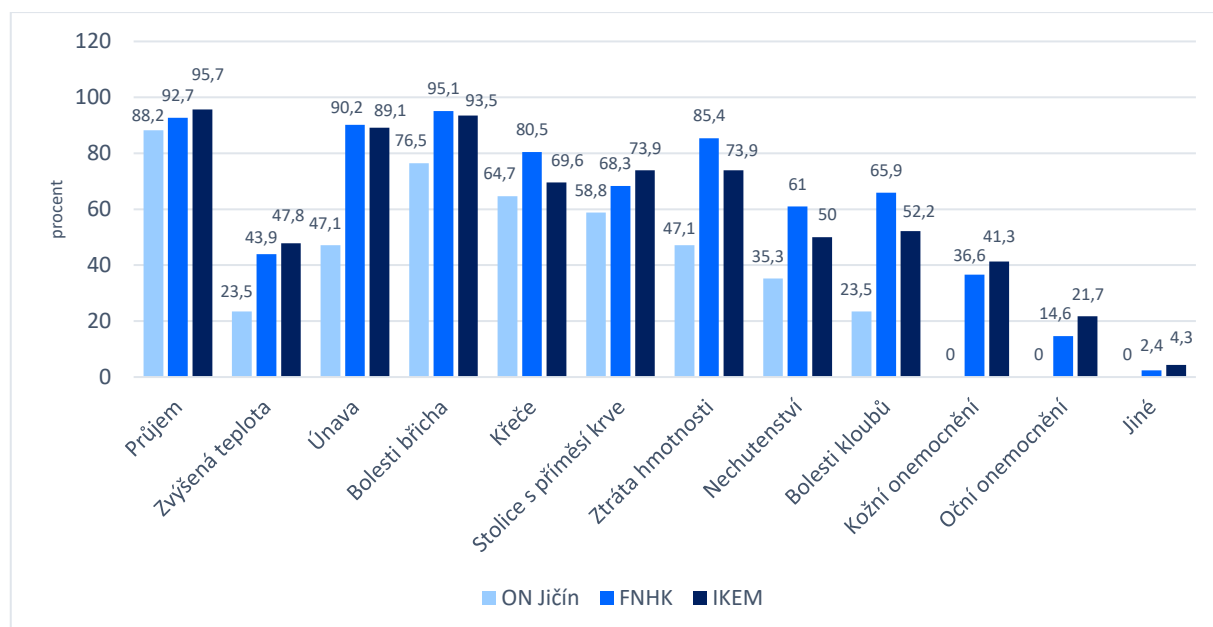
**Otázka č. 14: Znáte příznaky spojené s Crohnovou chorobou? (Možnost více odpovědí)**



**Graf č. 27: Příznaky Crohnovy choroby (celkový počet)**

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí, přičemž všechny byly správné. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) byla nejčastěji zvolena možnost průjem u 97 respondentů (**93,3 %**). 95 respondentů (**91,3 %**) vybralo odpověď bolesti břicha. Únava byla zaznamenána u 86 respondentů (**82,7 %**), ztráta hmotnosti u 77 respondentů (**74 %**), křeče

u 76 respondentů (73,1 %), stolice s příměsí krve u 72 respondentů (69,2 %), bolesti kloubů u 55 respondentů (52,9 %), nechutenství u 54 respondentů (51,9 %), kožní onemocnění u 34 respondentů (32,7 %) a oční onemocnění u 16 respondentů (15,4 %). Jinou odpověď než výše uvedenou zvolili pouze 3 respondenti (2,9 %).



**Graf č. 28:** Příznaky Crohnovy choroby (jednotlivá zdrav. zařízení)

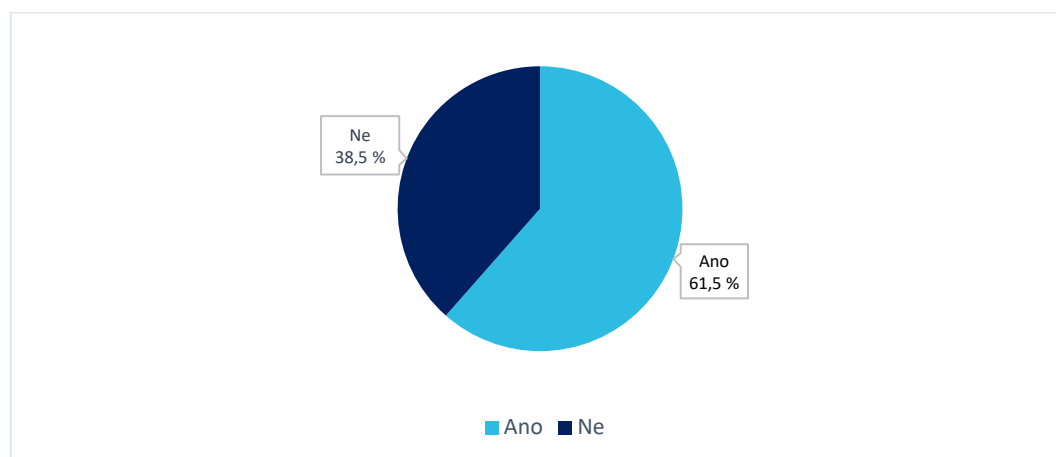
**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí, přičemž všechny byly správné. Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín byla nejčastěji zvolena varianta průjem u 15 respondentů (88,2 %). Bolesti břicha byly zvoleny u 13 respondentů (76,5 %), křeče u 11 respondentů (64,7 %), stolice s příměsí krve u 10 respondentů (58,8 %), únava u 8 respondentů (47,1 %), ztráta hmotnosti u 8 respondentů (47,1 %), nechutenství u 6 respondentů (35,3 %), zvýšená teplota u 4 respondentů (23,5 %), bolesti kloubů u 4 respondentů (23,5 %). Žádný respondent (0 %) nevybral možnost kožní a oční onemocnění nebo jiné.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK byla nejčastěji zvolena možnost bolesti břicha u 39 respondentů (95,1 %). Průjem byl vybrán u 38 respondentů (92,7 %), únava u 37 respondentů (90,2 %), ztráta hmotnosti u 35 respondentů (85,4 %), křeče u 33 respondentů (80,5 %), stolice s příměsí krve u 28 respondentů (68,3 %), bolesti kloubů u 27 respondentů (65,9 %), nechutenství u 25 respondentů (61 %), zvýšená teplota

u 18 respondentů (43,9 %), kožní onemocnění u 15 respondentů (36,6 %), oční onemocnění u 6 respondentů (14,6 %). 1 respondent (2,4 %) zvolil možnost jiné.

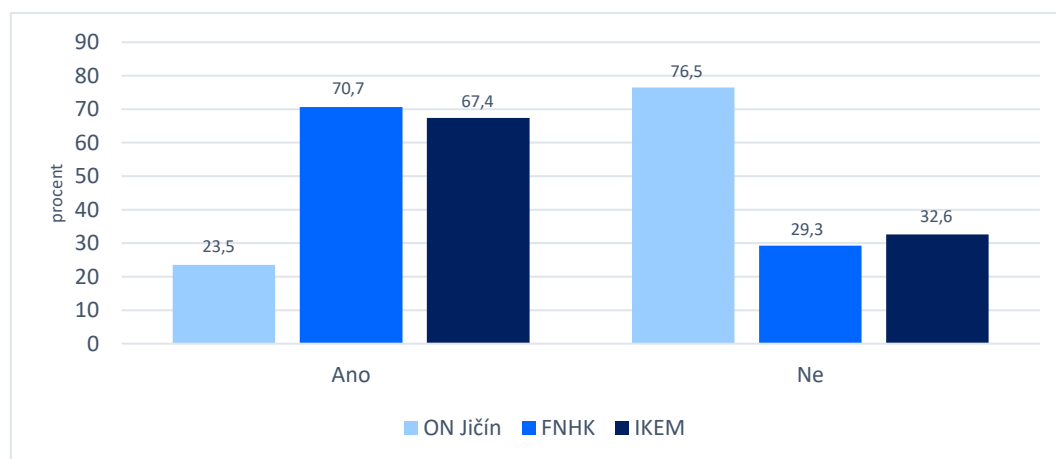
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM byla nejčastěji zvolena možnost průjem u 44 respondentů (95,7 %). Bolesti břicha byly vybrány u 43 respondentů (93,5 %), únava u 41 respondentů (89,1 %), stolice s příměsí krve u 34 respondentů (73,9 %), ztráta hmotnosti u 34 respondentů (73,9 %), křeče u 32 respondentů (69,6 %), bolesti kloubů u 24 respondentů (52,2 %), nechutenství u 23 respondentů (50 %), zvýšená teplota u 22 respondentů (47,8 %), kožní onemocnění u 19 respondentů (41,3 %), oční onemocnění u 10 respondentů (21,7 %). 2 respondenti (4,3 %) zvolili možnost jiné.

### Otázka 15: Víte, co je to biologická léčba?



Graf č. 29: Biologická léčba (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 64 odpovědělo (61,5 %), že vědí, co je to biologická léčba. 40 respondentů (38,5 %) neví, co je to biologická léčba.



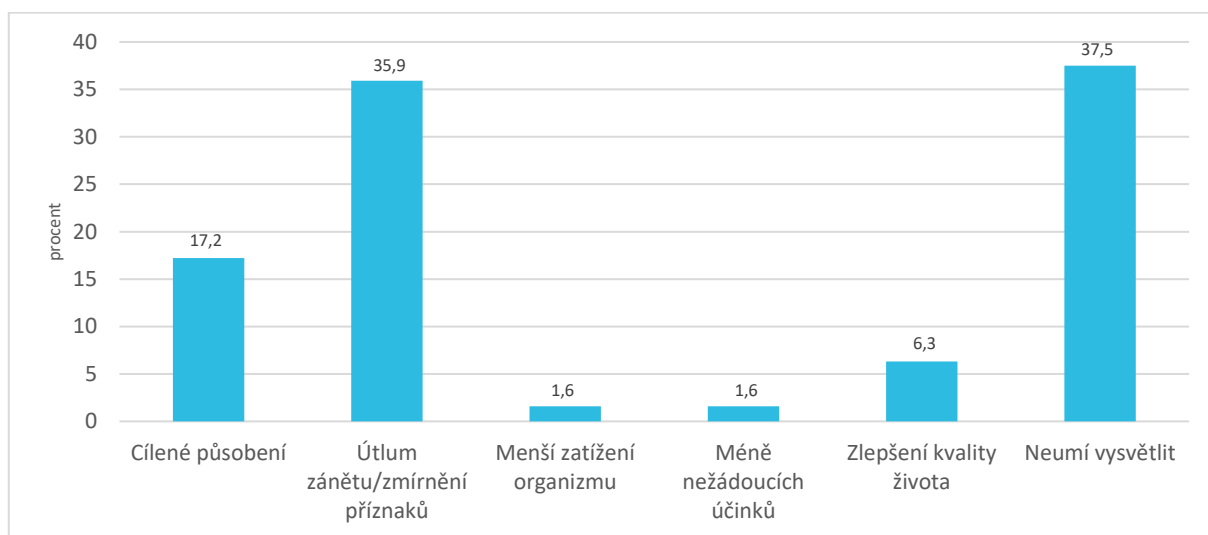
Graf č. 30: Biologická léčba (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín 4 respondenti (**23,5 %**) odpověděli, že vědí, co je to biologická léčba, 13 respondentů (**76,5 %**) o ní bohužel neví.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 29 (**70,7 %**) uvedlo, že znají biologickou léčbu, 12 respondentů (**29,3 %**) ji nezná.

Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 31 (**67,4 %**) zodpovědělo, že vědí, co je to biologická léčba, 15 respondentů (**32,6 %**) bohužel ne.

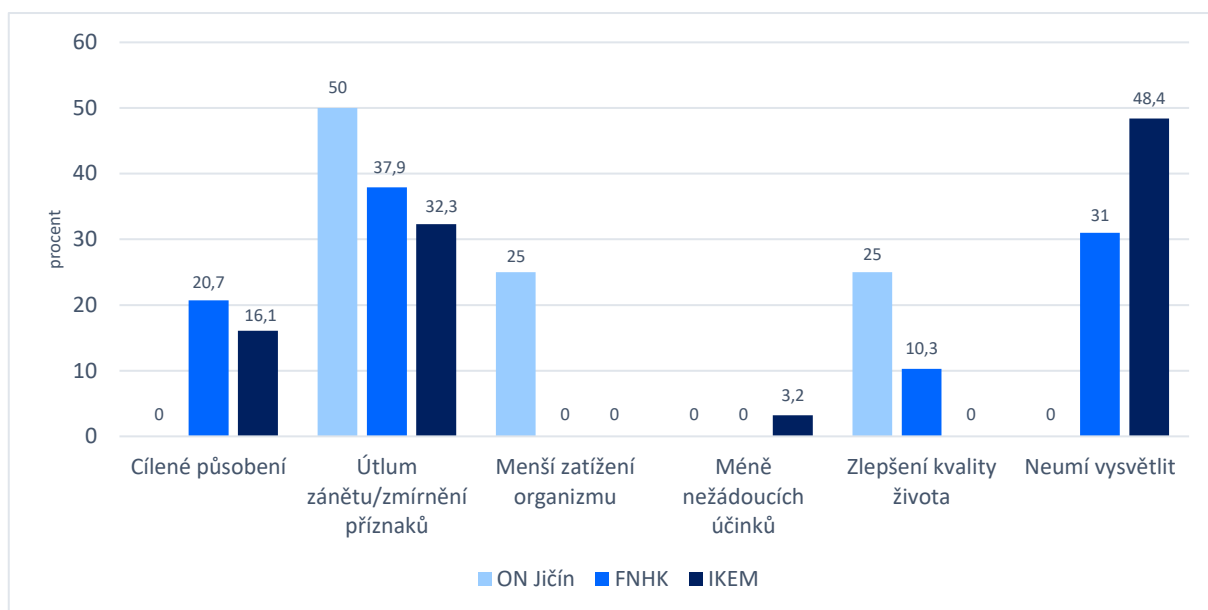
**Otázka č. 16: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, vysvětlíte význam biologické léčby.**



**Graf č. 31:** Význam biologické léčba (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 61 respondentů (100 %), kteří v předchozí otázce odpověděli, že vědí, co je to biologická léčba, jich 24 (**37,5 %**) neumělo vysvětlit její význam. 23 respondentů (**35,9 %**) zmínilo útlum zánětu či zmírnění příznaků. Pro 11 respondentů (**17,2 %**) je biologická léčba vnímaná jako cílená léčba. 4 respondenti (**6,3 %**) uvedli zlepšení kvality života v souvislosti s biologickou léčbou. 1 respondent (**1,6 %**) odpověděl menší zatížení organismu a 1 respondent (**1,6 %**) zmínil méně nežádoucích účinků.





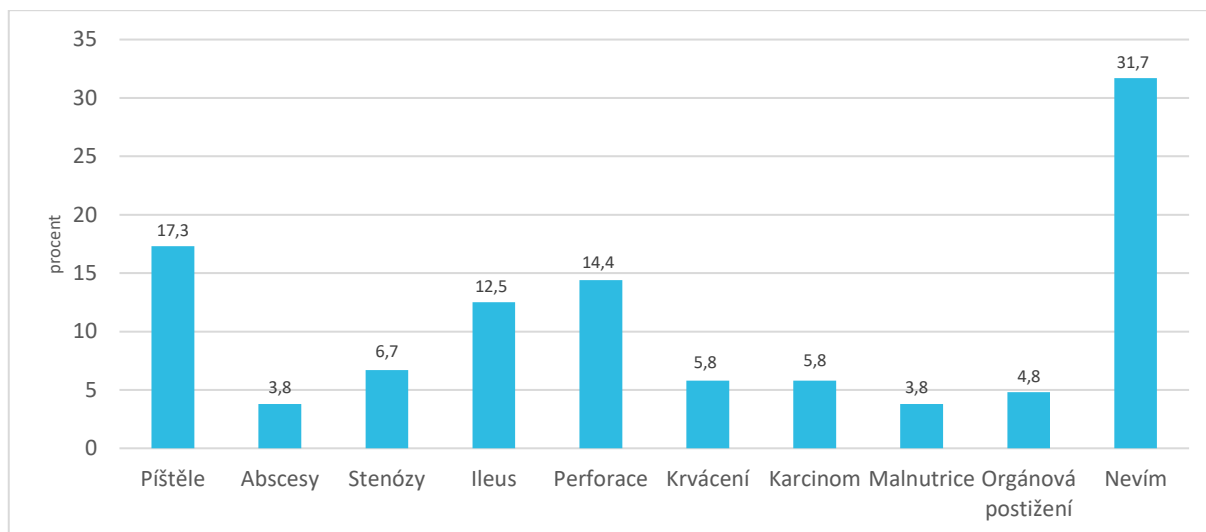
**Graf č. 32:** Význam biologické léčby (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 4 respondentů (100 %) z ON Jičín, kteří v předchozí otázce odpověděli, že vědí, co je to biologická léčba, tak 2 respondenti (**50 %**) zmínili útlum zánětu a zmírnění příznaků. 1 respondent (**25 %**) uvedl menší zatížení organismu a 1 respondent (**25 %**) zmínil zlepšení kvality života. Žádný respondent (**0 %**) nevedl cílené působení, méně nežádoucích účinků či nevysvětlil významu biologické léčby.

Z celkového počtu 29 respondentů (100 %) z FNHK, kteří v předchozí otázce odpověděli, že vědí, co je to biologická léčba, tak 11 respondentů (**37,9 %**) uvedlo zmírnění zánětu a zmírnění příznaků. 9 respondentů (**31 %**) neumělo význam vysvětlit. U 6 respondentů (**20,7 %**) bylo uveden cílené působení. 3 respondenti (**10,3 %**) zmínili zlepšení kvality života. Žádný respondent (**0 %**) nevedl menší zatížení organismu a méně nežádoucích účinků.

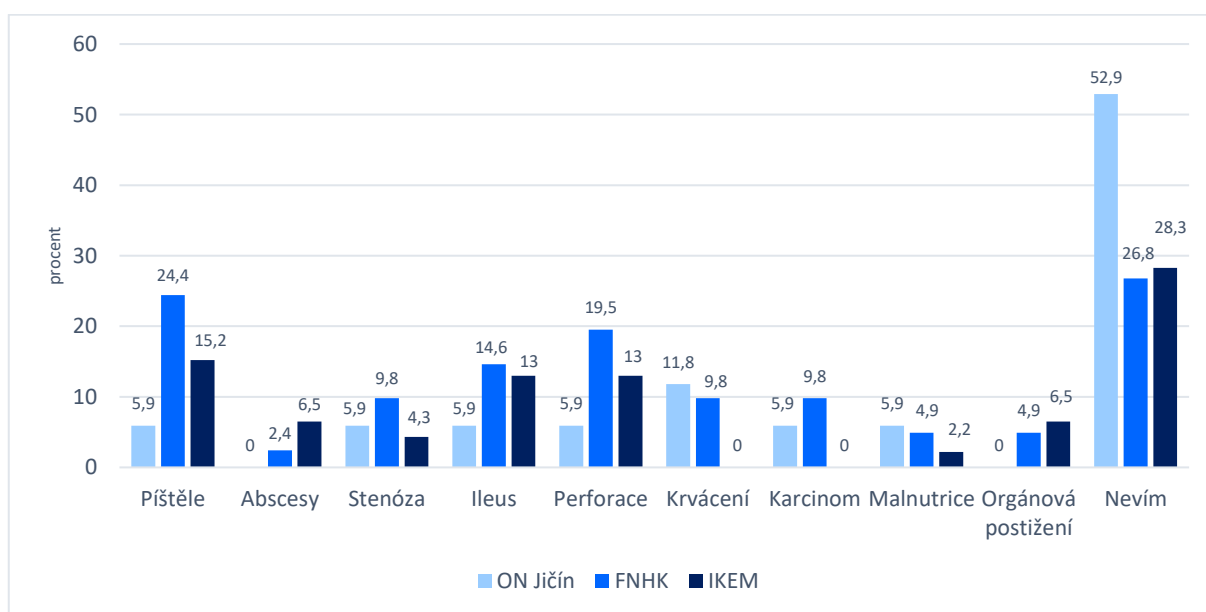
Z celkového počtu 31 respondentů (100 %) z IKEM, kteří v předchozí otázce odpověděli, že vědí, co je to biologická léčba, tak 15 respondentů (**48,4 %**) neumělo vysvětlit její význam. 10 respondentů (**32,3 %**) uvedlo útlum zánětu a zmírnění příznaků. U 5 respondentů (**16,1 %**) bylo zaznamenáno cílené působení. 1 respondent (**3,2 %**) zmínil méně nežádoucích účinků. Žádný respondent (**0 %**) nevedl menší zatížení organismu a zlepšení kvalit života.

### Otázka č. 17: Jaké komplikace mohou při Crohnově chorobě nastat?



Graf č. 33: Komplikace Crohnovy choroby (celkový počet)

**Komentář:** Respondenti měli možnost uvést více možných odpovědí. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 33 (31,7 %) neznalo komplikace spojené s Crohnovou chorobou. 18 respondentů (17,3 %) uvedlo píštěle, 15 respondentů (14,4 %) perforace, 13 respondentů (12,5 %) ileus, 7 respondentů (6,7 %) stenózy, 6 respondentů (5,8 %) krvácení, 5 respondentů (5,8 %) karcinom, 5 respondentů (4,8 %) orgánová postižení, 4 respondenti (3,8 %) abscesy a 4 respondenti (3,8 %) malnutrici.



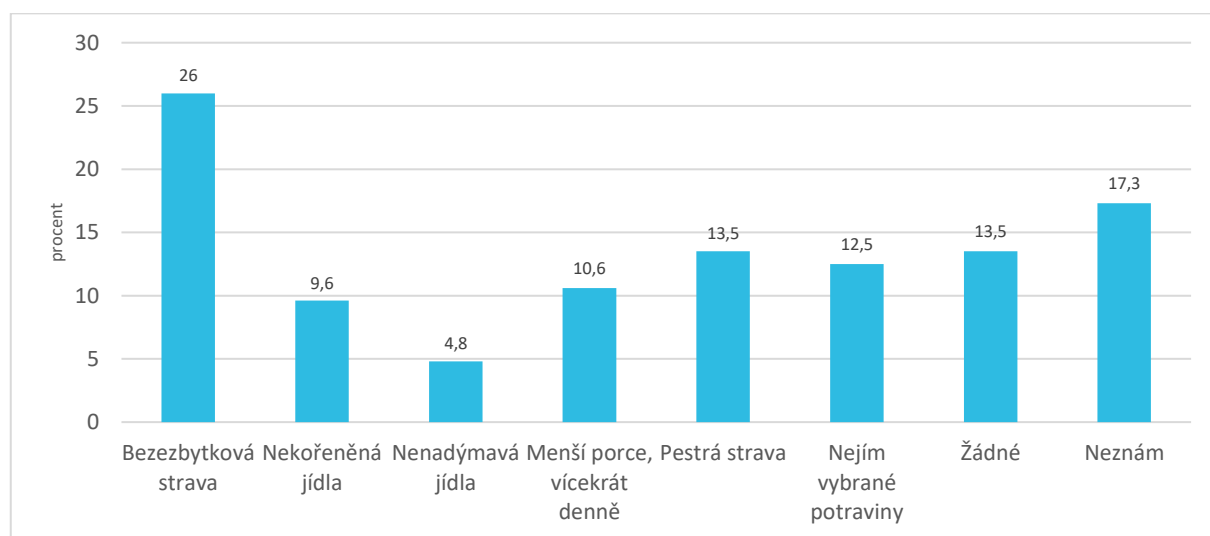
Graf č. 34: Komplikace Crohnovy choroby (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Respondenti měli možnost uvést více možných odpovědí. Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín jich 9 (**52,9 %**) neznalo komplikace Crohnovy choroby. Krvácení bylo uvedeno u 2 respondentů (**11,8 %**), píštěle u 1 respondenta (**5,9 %**), stenóza u 1 respondenta (**5,9 %**), ileus u 1 respondenta (**5,9 %**), perforace u 1 respondenta (**5,9 %**), karcinom u 1 respondenta (**5,9 %**) a malnutrice u 1 respondenta (**5,9 %**). Abscesy a orgánová postižení nebyly uvedeny z žádného respondenta (**0 %**).

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 11 (**26,8 %**) neznalo komplikace Crohnovy choroby. Píštěle byly uvedeny u 10 respondentů (**24,4 %**), perforace u 8 respondentů (**19,5 %**), ileus u 6 respondentů (**14,6 %**), stenóza u 4 respondentů (**9,8 %**), krvácení u 4 respondentů (**9,8 %**), karcinom u 4 respondentů (**9,8 %**), malnutrice u 2 respondentů (**4,9 %**), orgánová postižení u 2 respondentů (**4,9 %**) a abscesy u 1 respondenta (**2,4 %**).

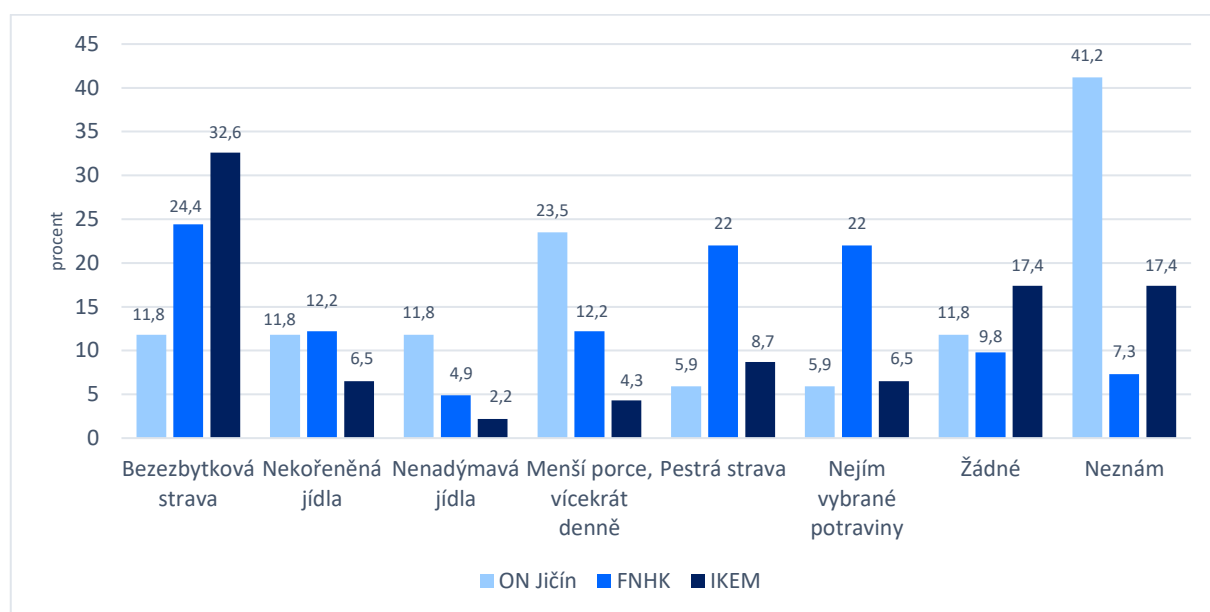
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 13 (**28,3 %**) neznalo komplikace Crohnovy choroby. Píštěle byly zmíněny u 7 respondentů (**15,2 %**), ileus u 6 respondentů (**13 %**), perforace u 6 respondentů (**13 %**), abscesy u 3 respondentů (**6,5 %**), orgánová postižení u 3 respondentů (**6,5 %**), stenóza u 2 respondentů (**4,3 %**) a malnutrice u 1 respondenta (**2,2 %**). Krvácení a karcinom nebyly uvedeny u žádného pacienta (**0 %**).

#### Otázka č. 18: Jaké zásady správného stravování při Crohnově chorobě dodržujete?



**Graf č. 35:** Zásady správného stravování (celkový počet)

**Komentář:** Respondenti mohli uvést více možných odpovědí. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 27 (26 %) uvedlo, že dodržují bezezbytkovou stravu. 18 respondentů (17,3 %) nezná zásady správného stravování. 14 respondentů (13,5 %) nedodržuje žádné zásady. Dalších 14 respondentů (13,5 %) zmiňuje pestrou stravu. Pro 13 respondentů (12,5 %) spočívají zásady správného stravování ve vyhýbání vybraných potravin. 11 respondentů (10,6 %) uvedlo menší porce vícekrát denně. 10 respondentů (9,6 %) odpovědělo, že se vyhýbají kořeněným jídlům a 5 respondentů (4,8 %) nejí nadýmavá jídla.



**Graf č. 36:** Zásady správného stravování (jednotlivá zdrav. zařízení)

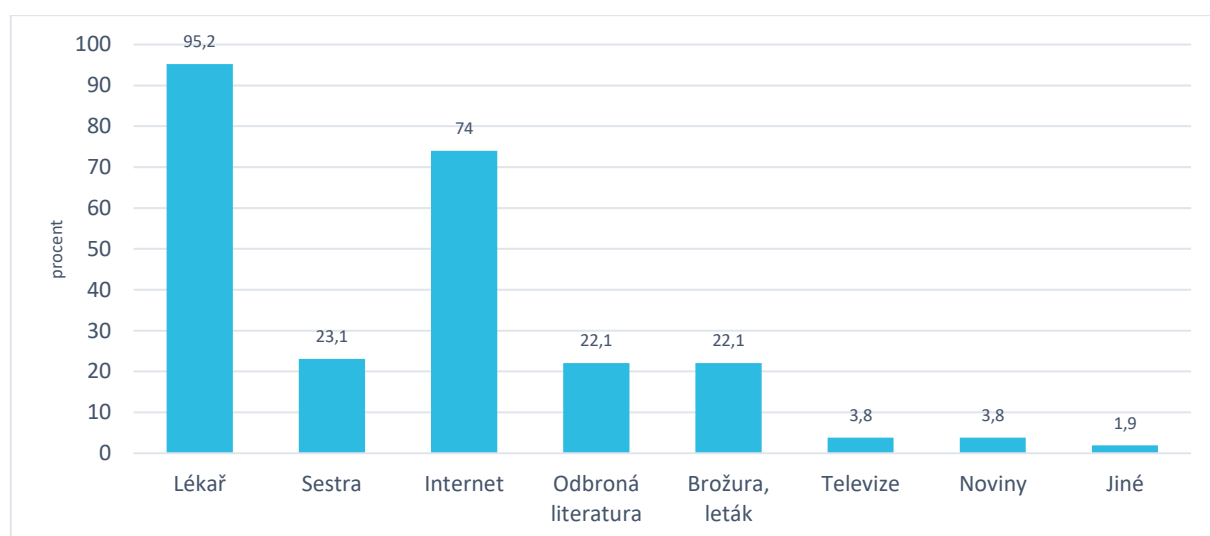
**Komentář:** Respondenti mohli uvést více možných odpovědí. Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín jich 7 (41,2 %) neznalo zásady správného stravování. Menší porce vícekrát denně byly uvedeny u 4 respondentů (23,5 %), bezezbytková strava u 2 respondentů (11,8 %), nekořeněná jídla u 2 respondentů (11,8 %), nenadýmavá jídla u 2 respondentů (11,8 %), žádné zásady u 2 respondentů (11,8 %), pestrá strava u 1 respondenta (5,9 %) a vyhýbání se vybraným potravinám u 1 respondenta (5,9 %).

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 10 (24,4 %) odpovědělo, že dodržují bezezbytkovou stravu. Pestrá strava byla uvedena u 9 respondentů (22 %), vyhýbání se vybraným potravinám u 9 respondentů (22 %), nekořeněná jídla u 5 respondentů (12,2 %), menší porce vícekrát denně u 5 respondentů (12,2 %) a nenadýmavá jídla u 2 (4,9 %).

Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 15 (**32,6 %**) dodržuje bezzbytkovou stravu. 8 respondentů (**17,4 %**) nezná žádné zásady správného stravování a 8 respondentů (**17,4 %**) žádné zásady nedodržuje. Pestrá strava byla uvedena u 4 respondentů (**8,7 %**), nekořeněná jídla u 3 respondentů (**6,5 %**), vyhýbání se určitým potravinám u 3 respondentů (**6,5 %**), menší porce vícekrát denně u 2 respondentů (**4,3 %**) a nenadýmavá jídla u 1 respondenta (**2,2 %**).

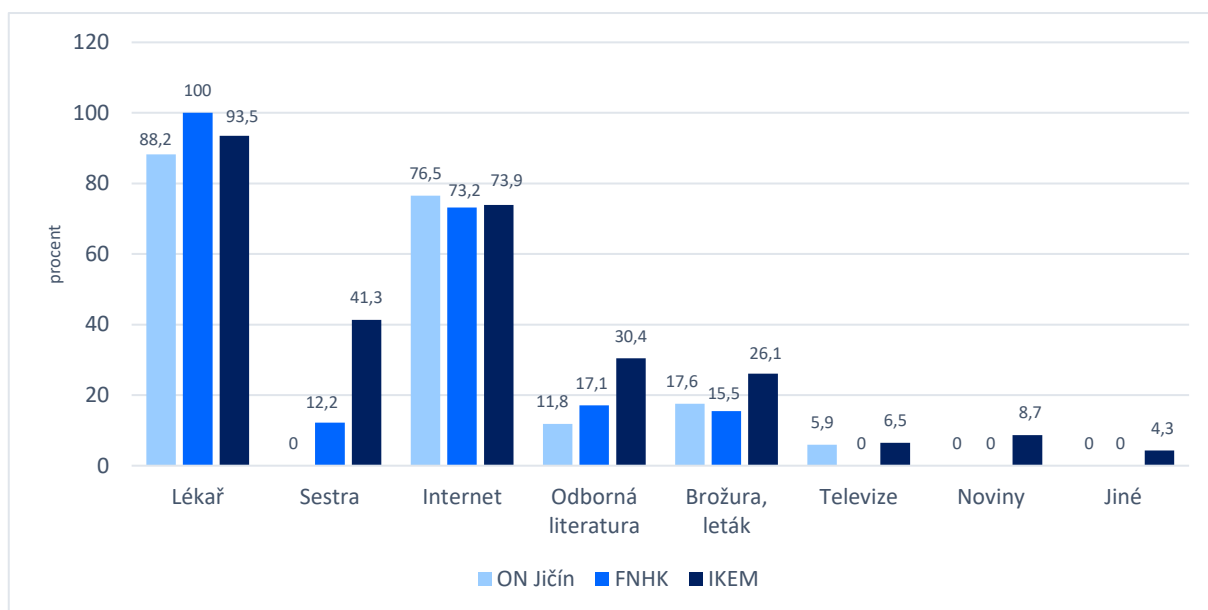
### Otázka č. 19: Odkud jste čerpal/a informace o Vašem onemocnění?

(Možnost více odpovědí)



Graf č. 37: Čerpání informací o onemocnění (celkový počet)

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 99 (**95,2 %**) zvolilo variantu lékař. 77 respondentů (**74 %**) odpovědělo, že informace získali na internetu. Edukace sestrou byla zvolena u 24 respondentů (**23,1 %**). 23 respondentů (**22,1 %**) využilo odbornou literaturu a 23 respondentů (**22,1 %**) mělo k dispozici brožuru nebo leták. 4 respondenti (**3,8 %**) byli informováni prostřednictvím televize a stejný počet respondentů (**3,8 %**) získal informace z novin. Jinou možnost zvolili 2 respondenti (**1,9 %**).



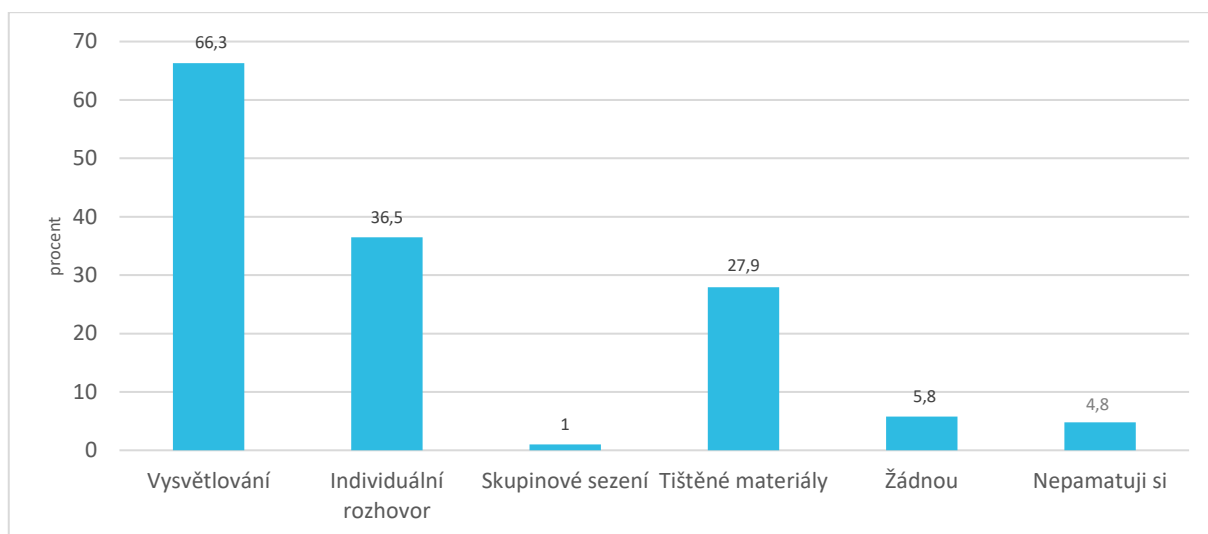
**Graf č. 38:** Čerpání informací o onemocnění (jednotlivá zdravotní zařízení)

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín jich 15 (**88,2 %**) získalo informace o Crohnově chorobě od lékaře. 13 respondentů (**76,5 %**) si našlo informace na internetu. 3 respondenti (**17,6 %**) čerpali informace z brožury nebo letáku. Odbornou literaturu využili 2 respondenti (**11,8 %**). Žádný respondent (**0 %**) neuvěděl, že by informace získal od sestry, z novin či jinou možností než výše uvedenou.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK všichni respondenti (**100 %**) uvedli, že o jejich onemocnění je informoval lékař. 30 respondentů (**73,2 %**) získalo informace na internetu. U 8 respondentů (**19,5 %**) byla využita brožura či leták. Odborná literatura byla uvedena u 7 respondentů (**17,1 %**). 5 respondentů (**12,2 %**) bylo edukováno sestrou. Žádný respondent (**0 %**) nezískal informace z televize, novin či jiných zdrojů.

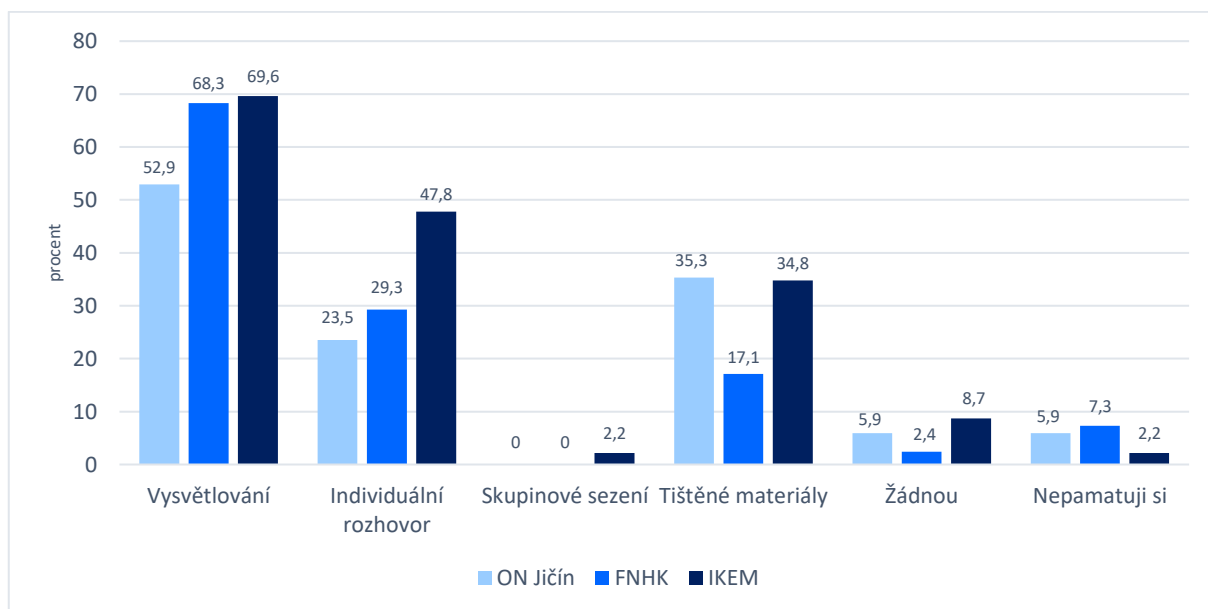
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 43 (**93,5 %**) uvedlo možnost lékaře. Internet využilo 34 respondentů (**73,9 %**). 19 respondentů (**41,3 %**) odpověděli, že jim informace byly předány sestrou. 14 respondentů (**30,4 %**) využilo odbornou literaturu a 12 respondentů (**26,1 %**) brožuru či leták. Noviny byly zaznamenány u 4 respondentů (**8,7 %**), televize u 3 respondentů (**6,5 %**) a jiná možnost u 2 respondentů (**4,3 %**).

**Otázka č. 20: Jakou formu edukace jste zažil/a? (Možnost více odpovědí)**



**Graf č. 39: Formy edukace (celkový počet)**

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 69 (**66,3 %**) uvedlo, že edukace probíhala formou vysvětlování. Individuální rozhovor byl uplatněn u 38 respondentů (**36,5 %**). 29 respondentů (**27,9 %**) získalo tištěné materiály. U 6 respondentů (**5,8 %**) neproběhla žádná edukace. 5 respondentů (**4,8 %**) si edukaci nepamatuje a 1 respondent (**1 %**) zažil skupinové sezení.



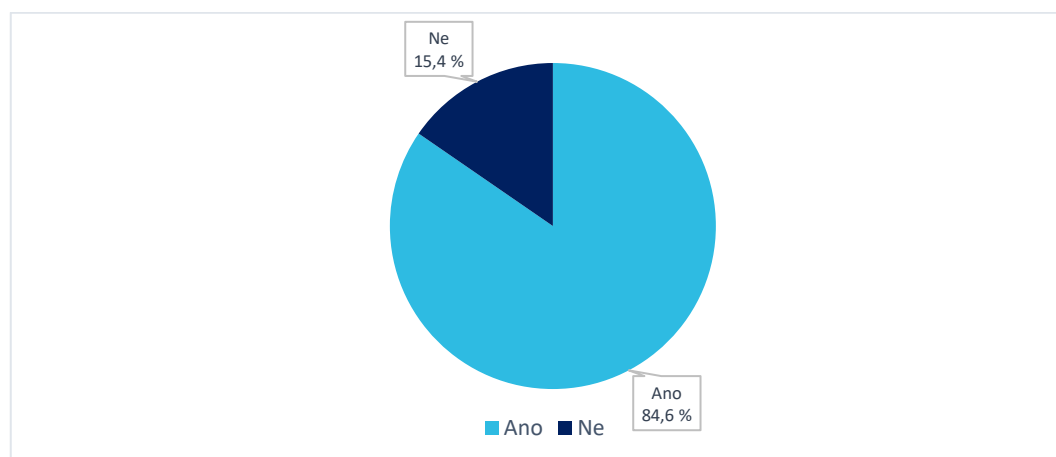
**Graf č. 40: Formy edukace (jednotlivá zdrav. zařízení)**

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín jich 9 (52,9 %) odpovědělo, že zažili vysvětlování. 6 respondentů (35,3 %) dostalo tištěné materiály. U 4 respondentů (23,5 %) proběhl individuální rozhovor. 1 respondent (5,9 %) nezažil žádnou edukaci a 1 respondent (5,9 %) si formu edukace nepamatuje. Skupinové sezení nebylo realizováno u žádného respondenta (0 %).

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK u 28 respondentů (68,3,9 %) proběhlo vysvětlování. 12 respondentů (29,3 %) uvedlo individuální rozhovor. Tištěné materiály získalo 7 respondentů (17,1 %). 3 respondenti (7,3 %) si formu edukace nepamatují. Žádná forma edukace byla zaznamenána u 1 respondenta (2,4 %) a skupinové sezení realizováno u nikoho nebylo (0 %).

Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 32 (69,6 %) v rámci edukace zažilo formu vysvětlování. U 22 respondentů (47,8 %) byl uskutečněn individuální rozhovor. 16 respondentů (34,8 %) obdrželo tištěné materiály. 4 respondenti (8,7 %) neměli žádnou formu edukace. U 1 respondenta (2,2 %) bylo realizováno skupinové sezení. 1 respondent (2,2 %) si formu edukace nepamatuje.

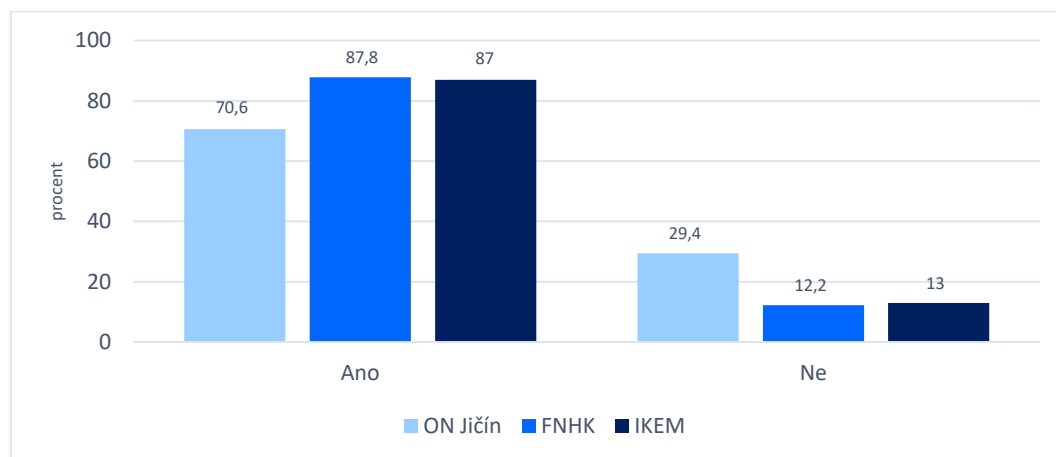
**Otázka č. 21: Máte v současné době k dispozici dostatek přehledných edukačních materiálů?**



**Graf č. 41:** Dispozice přehledných edukačních materiálů (celkový počet)



**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 88 (**84,6 %**) uvedlo, že v současné době mají k dispozici dostatek přehledných edukačních materiálů. 16 respondentů (**15,4 %**) postrádá dostatek edukačních materiálů.



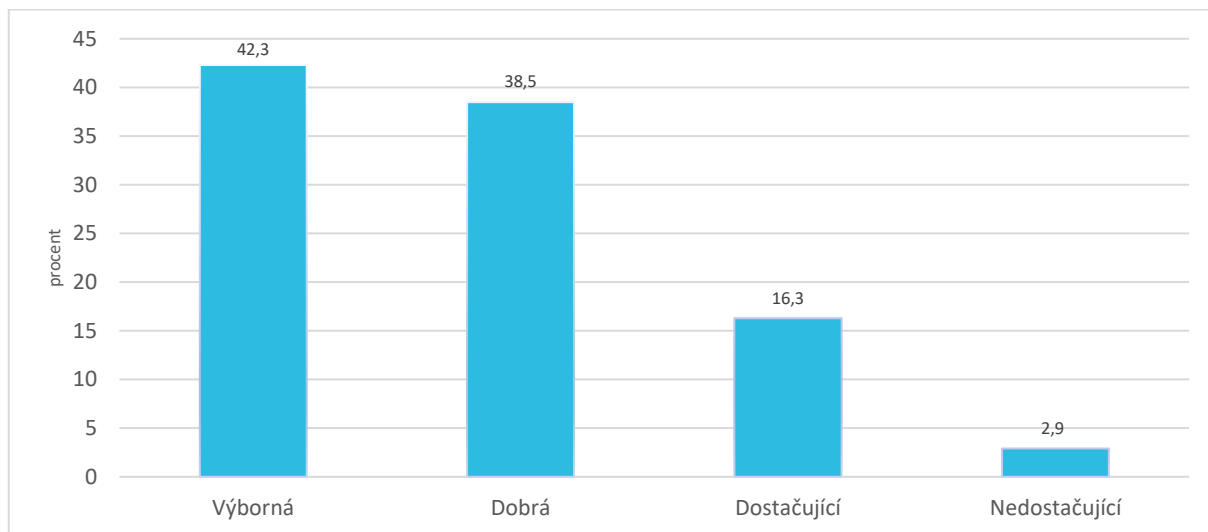
**Graf č. 42:** Dispozice přehledných edukačních materiálů (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín jich 12 (**70,6 %**) odpovědělo, že má dostatek přehledných edukačních materiálů, 5 respondentů (**29,4 %**) bohužel uvedlo, že v současnosti nemá.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 36 (**87,8 %**) odpovědělo, že má dostatek edukačních materiálů, u 5 respondentů (**12,2 %**) byl evidován jejich nedostatek.

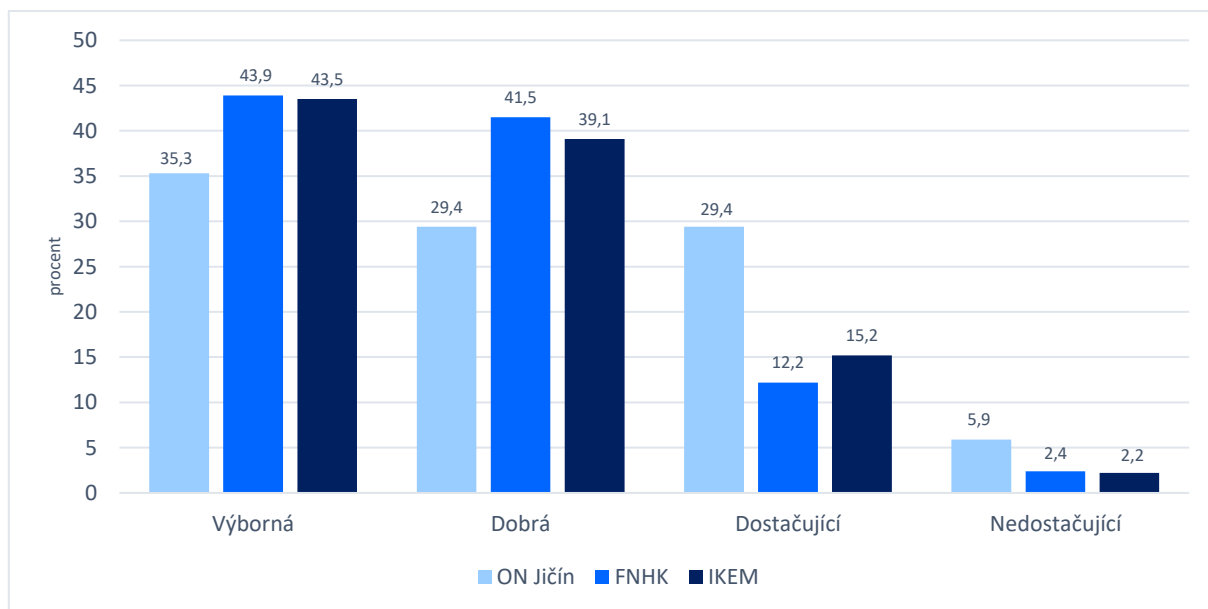
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 40 (**87 %**) má k dispozici edukační materiály o své nemoci, 6 respondentům (**13 %**) tyto materiály chybí.

**Otázka č. 22: Jak byste ohodnotil/a kvalitu podání informací o Crohnově chorobě, které Vám byly podány?**



**Graf č. 43:** Ohodnocení kvality podání informací (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 44 (**42,3 %**) odpovědělo, že kvalita podání informací o Crohnově chorobě jim byla podána výborně. 40 respondentů (**38,5 %**) hodnotilo podání informací dobře, 17 respondentů (**16,3 %**) dostatečně. Pro 3 respondenty (**2,9 %**) byla kvalita podání informací hodnocena nedostatečně.



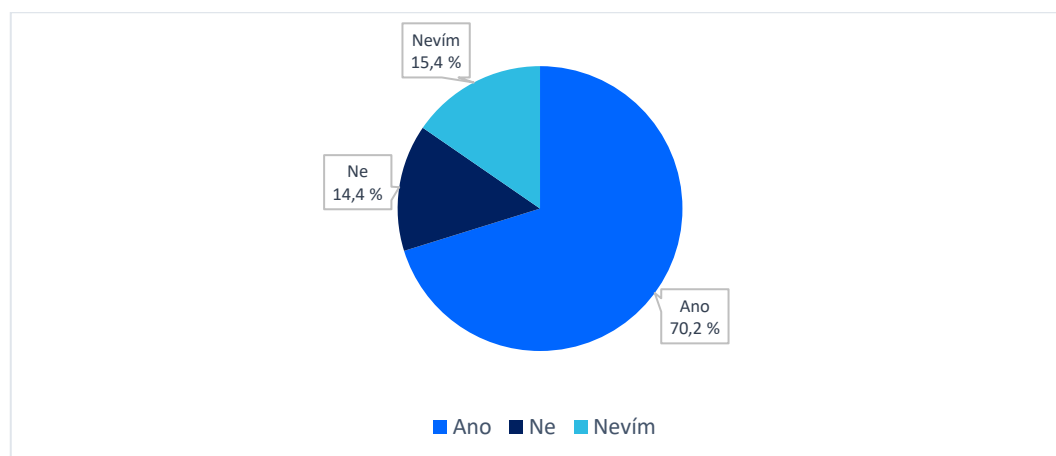
**Graf č. 44:** Ohodnocení kvality podání informací (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín jich 6 (35,3 %) ohodnotilo kvalitu podání informací o Crohnově chorobě výborně, 5 respondentů (29,4 %) dobře, 5 respondentů (29,4 %) dostatečně a pro 1 respondenta (5,9 %) bylo podání informací nedostatečné.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 18 (43,9 %) považuje kvalitu podání informací týkající se tohoto onemocnění za výbornou, 17 respondentů (41,5 %) hodnotilo kvalitu dobře, 5 respondentů (12,2 %) dostatečně a 1 respondent (2,4 %) nedostatečně.

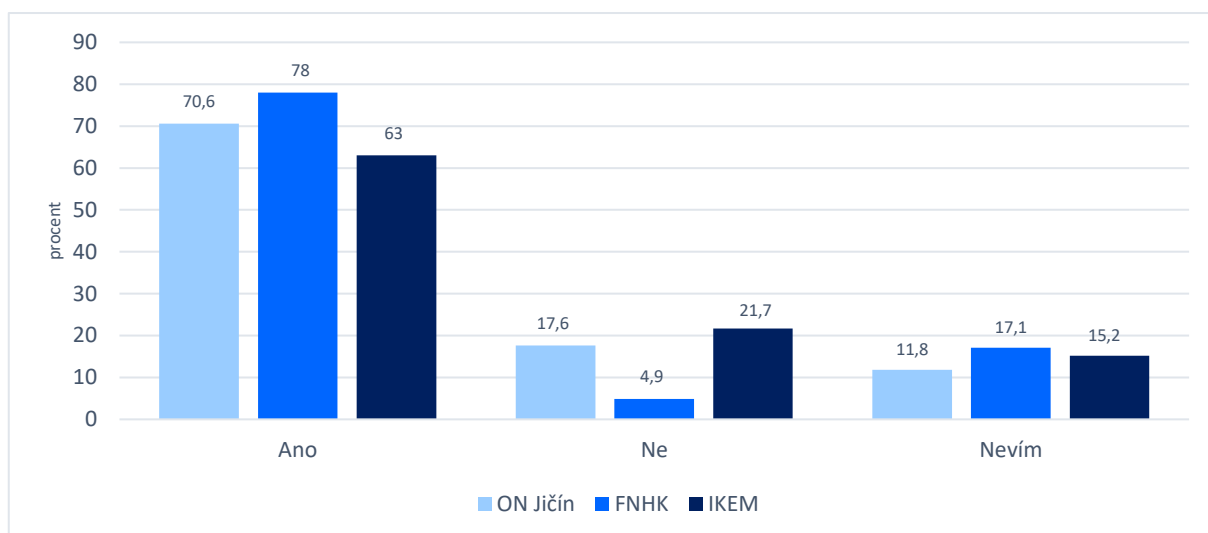
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 20 (43,5 %) uvedlo, že informace o jejich onemocnění jim byly předány výborně, 18 respondentů (39,1 %) se domnívá, že dobře, 7 respondentů (15,2 %) dostatečně a 1 respondent (2,2 %) nedostatečně.

#### Otázka č. 23: Považujete informovanost o této nemoci za dostatečnou?



Graf č. 45: Informovanost o nemoci (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) jich 73 (70,2 %) odpovědělo, že informovanost o Crohnově chorobě považují za dostatečnou. 15 respondentů (14,4 %) není dostatečně o onemocnění informováno a 16 respondentů (15,4 %) na tuto otázku nezná odpověď.



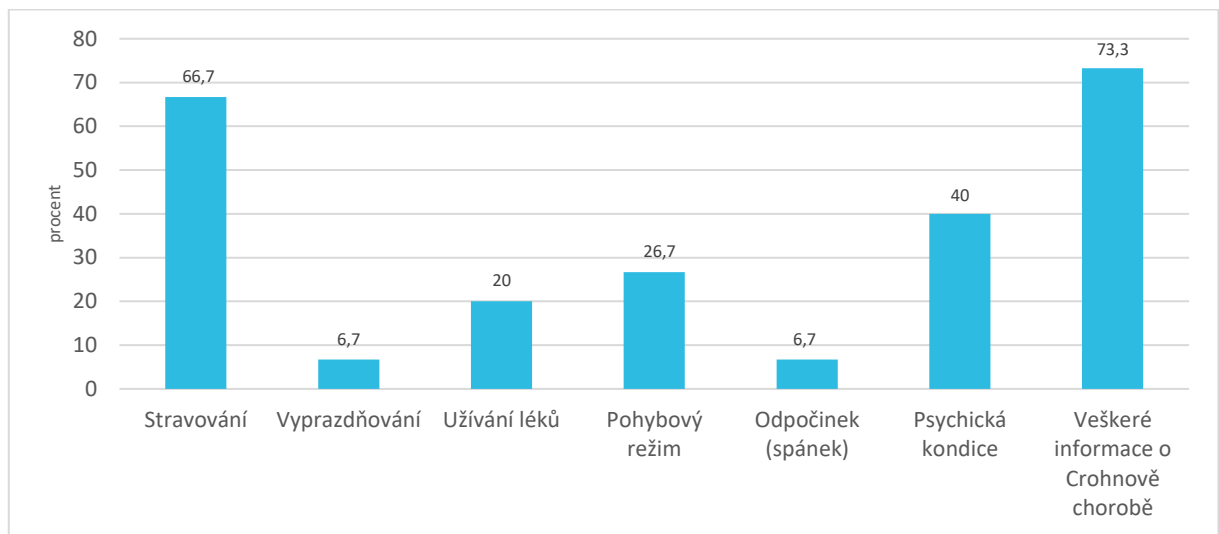
**Graf č. 46:** Informovanost o nemoci (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Z celkového počtu 17 respondentů (100 %) z ON Jičín se 12 respondentů (**70,6 %**) domnívá, že informovanost o Crohnově chorobě je dostatečná, 3 respondenti (**17,6 %**) odpověděli, že nemají dostatečné informace a 2 respondenti (**11,8 %**) si nejsou se svojí odpovědí jisti.

Z celkového počtu 41 respondentů (100 %) z FNHK jich 32 (**78 %**) uvedlo, že mají dostatek informací o svém onemocnění, 2 respondenti (**4,9 %**) odpověděli opačně. U 7 respondentů (**17,1 %**) byla zaznamenána nejasná odpověď.

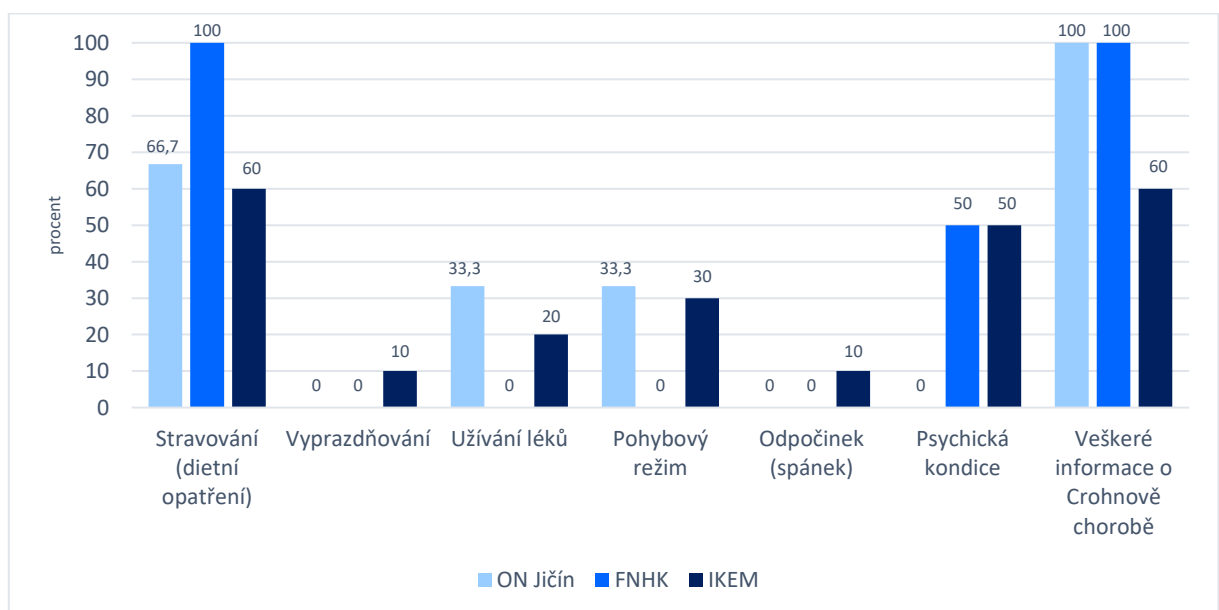
Z celkového počtu 46 respondentů (100 %) z IKEM jich 29 (**63 %**) si myslí, že jsou dostatečně informováni. 10 respondentů (**21,7 %**) udává informovanost za dostatečnou a 7 respondentů (**15,2 %**) nemá jednoznačnou odpověď.

**Otázka č. 24: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ne, vyberte, ve kterých oblastech potřebujete více informací? (Možnost více odpovědí)**



**Graf č. 47: Potřeba edukace v konkrétních oblastech (celkový počet)**

**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 15 respondentů (100 %), kteří v předchozí otázce nebyli dostatečně informováni o Crohnově chorobě jich 11 (73,3 %) potřebuje edukovat o příčinách, projevech, diagnostice, léčbě a komplikacích. 10 respondentů (66,7 %) uvedlo potřebu informací v oblasti stravování. Informace o psychické kondici by potřebovalo získat 6 respondentů (40 %), o pohybovém režimu 4 respondenti (26,7 %), o užívání léků 3 respondenti (20 %). 1 respondent (6,7 %) by potřeboval edukovat o oblasti vyprazdňování a 1 respondent (6,7 %) v oblasti odpočinku (spánku).



**Graf č. 48: Potřeba edukace v konkrétních oblastech (jednotlivá zdravotní zařízení)**

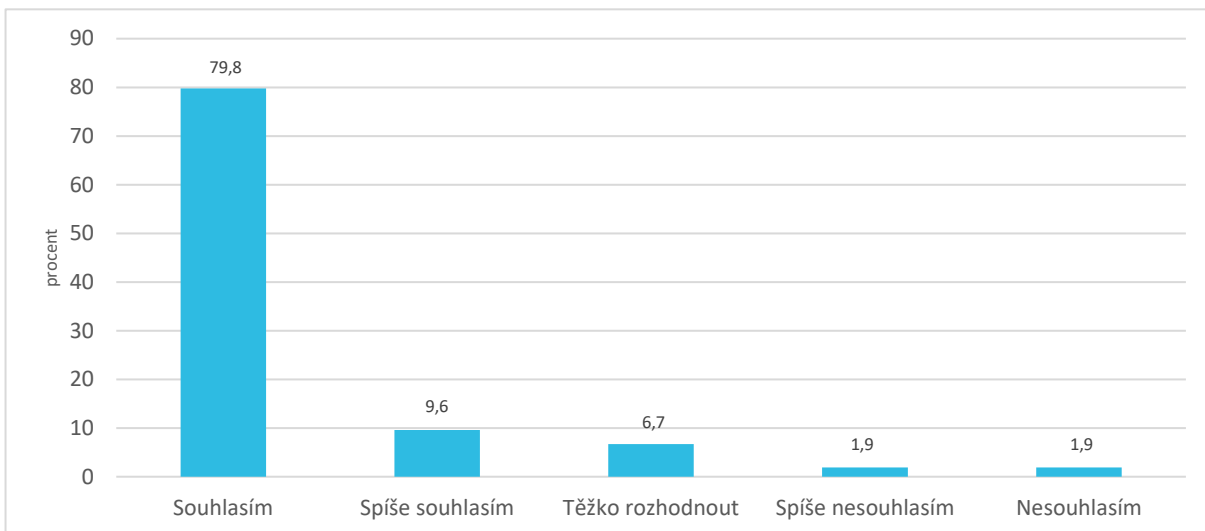
**Komentář:** Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Z celkového počtu 3 respondentů (100 %) z ON Jičín, kteří v předchozí otázce nebyli dostatečně informováni o Crohnově chorobě 3 respondenti (100 %) potřebují edukovat o příčinách, projevech, diagnostice, léčbě a komplikacích. 2 respondenti (66,7 %) uvedli potřebu informací v oblasti stravování, 1 respondent (33,3 %) o užívání léků a 1 respondent (33,3 %) o pohybovém režimu. Žádný respondent (0 %) neuvedl oblast vyprazdňování, odpočinku (spánku) a psychické kondice.

Z celkového počtu 2 respondentů (100 %) z FNHK, kteří v předchozí otázce nebyli dostatečně informováni o Crohnově chorobě 2 respondenti (100 %) potřebují edukovat o příčinách, projevech, diagnostice, léčbě a komplikacích. V oblasti stravování by potřebovali být informováni 2 respondenti (100 %). Žádný respondent (0 %) nezmínil oblast vyprazdňování, užívání léků, pohybový režim a odpočinek (spánek).

Z celkového počtu 10 respondentů (100 %) z IKEM, kteří v předchozí otázce nebyli dostatečně informováni o Crohnově chorobě 6 respondentů (60 %) potřebují edukovat o příčinách, projevech, diagnostice, léčbě a komplikacích. 6 respondentů (60 %) uvedlo potřebu informací v oblasti stravování. Informace týkající se psychické kondice by potřebovalo získat 5 respondentů (50 %), o pohybovém režimu 3 respondenti (30 %), o užívání léků 2 respondenti (20 %), o vyprazdňování 1 respondent (10 %) a v oblasti odpočinku (spánku) 1 respondent (10 %).

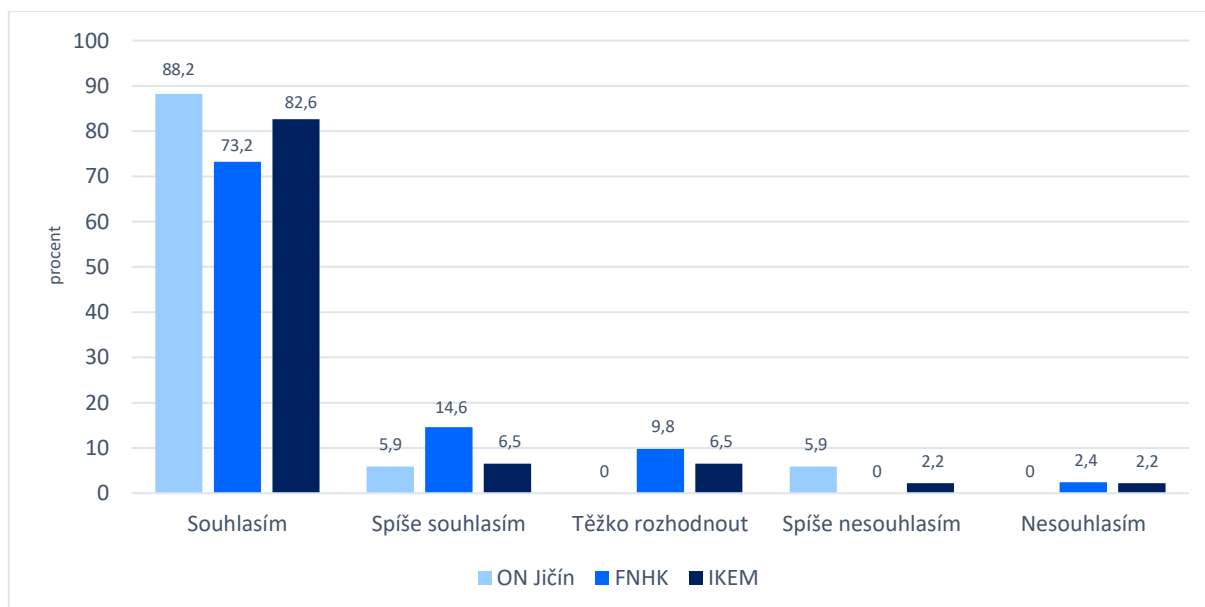
## 7.2 Výsledky standardizovaného dotazníku IPQ-R-CZ (B)

### Tvrzení č. 1: Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu



Graf č. 49: Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 83 respondentů (79,8 %) „Souhlasím“, 10 respondentů (9,6 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 7 (6,7 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 2 (1,9 %) odpověděli „Spíše nesouhlasím“ a 2 (1,9 %) odpověděli „Nesouhlasím“.



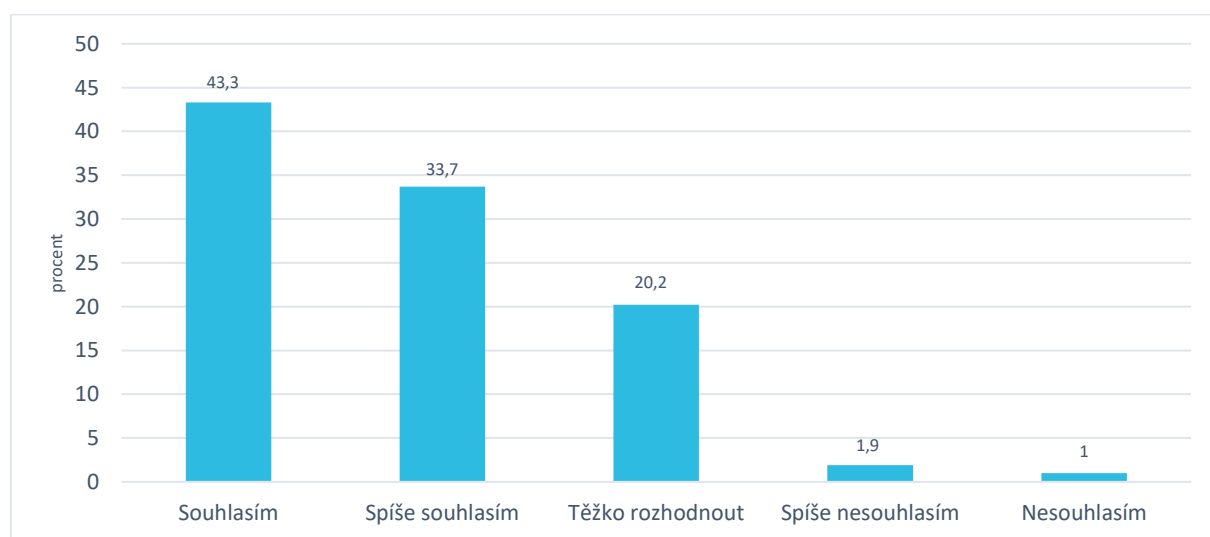
Graf č. 50: Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolilo 15 respondentů (**88,2 %**) odpověď „*Souhlasím*“, 1 respondent (**5,9 %**) odpověděl „*Spíše souhlasím*“, žádný respondent (**0 %**) nezvolil možnost „*Těžko rozhodnout*“, 1 respondent (**5,9 %**) odpověděl „*Spíše nesouhlasím*“ a žádný respondent (**0 %**) nevedl „*Nesouhlasím*“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolilo 30 respondentů (**73,2 %**) odpověď „*Souhlasím*“, 6 respondentů (**14,6 %**) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 4 respondenti (**9,8 %**) odpověděli „*Těžko rozhodnout*“, žádný respondent (**0 %**) nezvolil odpověď „*Spíše nesouhlasím*“ a 1 respondent (**2,4 %**) uvedl „*Nesouhlasím*“.

Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 38 respondentů (**82,6 %**) odpověď „*Souhlasím*“, 3 respondenti (**6,5 %**) odpověděli „*Spíše souhlasím*“, 3 respondenti (**6,5 %**) odpověděli „*Těžko rozhodnout*“, 1 respondent (**2,2 %**) zvolil „*Spíše nesouhlasím*“ a 1 (**2,2 %**) uvedl „*Nesouhlasím*“.

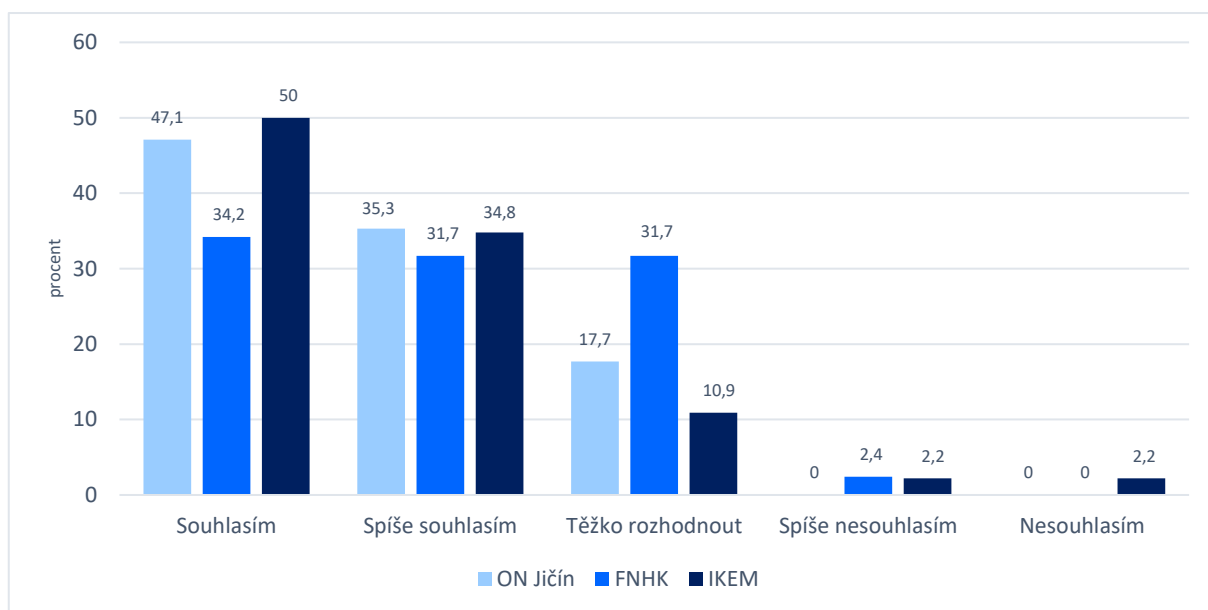
## Tvrzení č. 2: Moje nemoc je asi závažná



**Graf č. 51:** Moje nemoc je asi závažná (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 45 respondentů (**43,3 %**) „*Souhlasím*“, 35 respondentů (**33,7 %**) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 21 (**20,2 %**) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 2 (**1,9 %**) odpověděli „*Spíše nesouhlasím*“ a 1 (**1 %**) odpověděl „*Nesouhlasím*“.





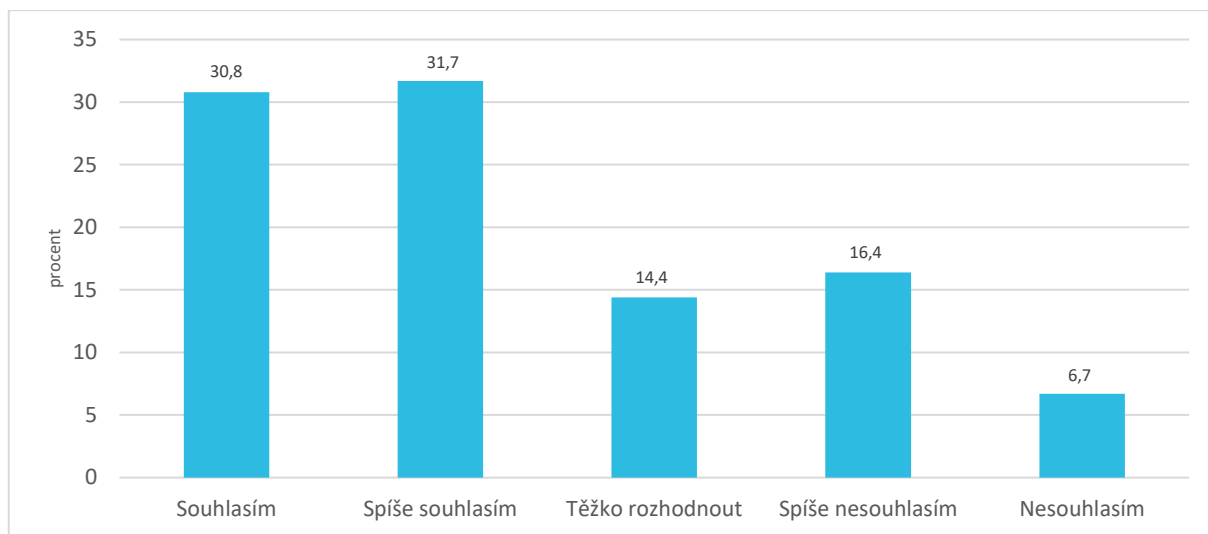
**Graf č. 52:** *Moje nemoc je asi závažná (jednotlivá zdravotní zařízení)*

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolilo 8 respondentů (**47,1 %**) odpověď „*Souhlasím*“, 6 respondentů (**35,3 %**) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 3 respondenti (**17,7 %**) zvolili možnost „*Těžko rozhodnout*“, žádný respondent (**0 %**) nevedl „*Spíše nesouhlasím*“ a žádný respondent (**0 %**) nevybral „*Nesouhlasím*“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolilo 14 respondentů (**34,2 %**) odpověď „*Souhlasím*“, 13 respondentů (**31,7 %**) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 13 respondentů (**31,7 %**) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 1 respondent (**2,4 %**) zvolil odpověď „*Spíše nesouhlasím*“ a žádný respondent (**0 %**) nevedl „*Nesouhlasím*“.

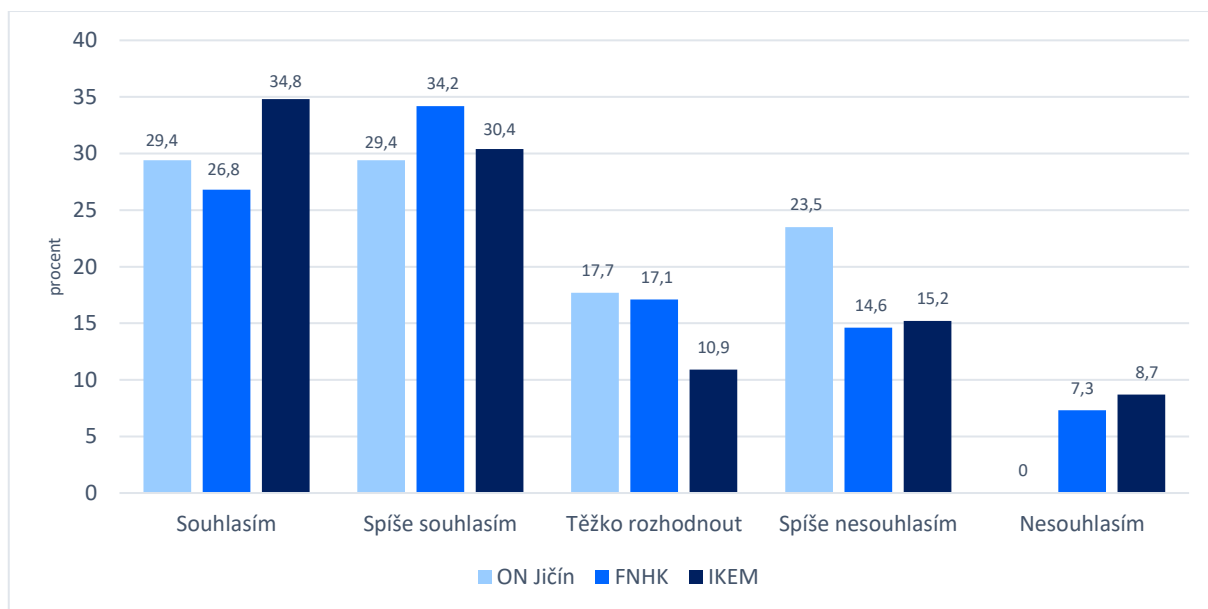
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 23 respondentů (**50 %**) odpověď „*Souhlasím*“, 16 respondentů (**34,8 %**) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 3 respondenti (**10,9 %**) odpověděli „*Těžko rozhodnout*“, 1 respondent (**2,2 %**) zvolil „*Spíše nesouhlasím*“ a 1 uvedl (**2,2 %**) „*Nesouhlasím*“.

### Tvrzení č. 3: Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život



Graf č. 53: Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 32 respondentů (30,8 %) „Souhlasím“, 33 respondentů (31,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 15 (14,4 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 17 (16,4 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 7 (6,7 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



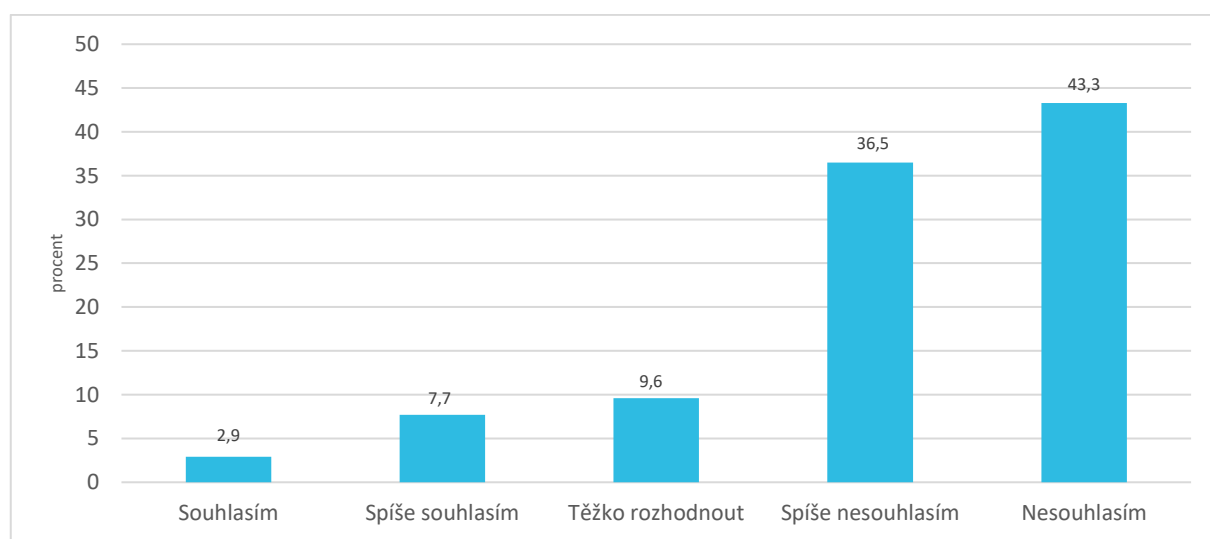
Graf č. 54: Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolilo 5 respondentů (29,4 %) odpověď „Souhlasím“, 5 respondentů (29,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 3 respondenti (17,7 %) zvolili možnost „Těžko rozhodnout“, 4 respondenti (23,5 %) zvolili odpověď „Spíše nesouhlasím“ a žádný respondent (0 %) nevybral „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolilo 11 respondentů (26,8 %) odpověď „Souhlasím“, 14 respondentů (34,2 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 7 respondentů (17,1 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 6 respondentů (14,6 %) zvolilo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 3 respondenti (7,3 %) odpověděli „Nesouhlasím“.

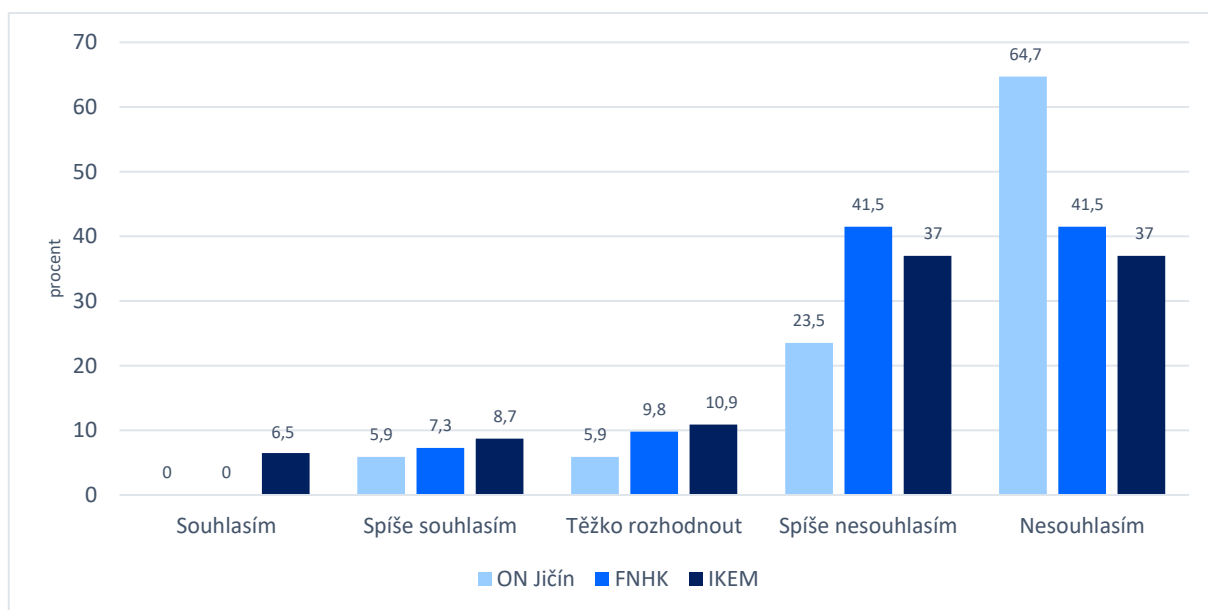
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 16 respondentů (34,8 %) odpověď „Souhlasím“, 14 respondentů (30,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 5 respondentů (10,9 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 7 respondentů (15,2 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 4 respondenti (8,7 %) uvedli „Nesouhlasím“.

#### Tvrzení č. 4: Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé



**Graf č. 55:** Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpověděli 3 respondenti (2,9 %) „Souhlasím“, 8 respondentů (7,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 10 (9,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 38 (36,5 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 45 (43,3 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



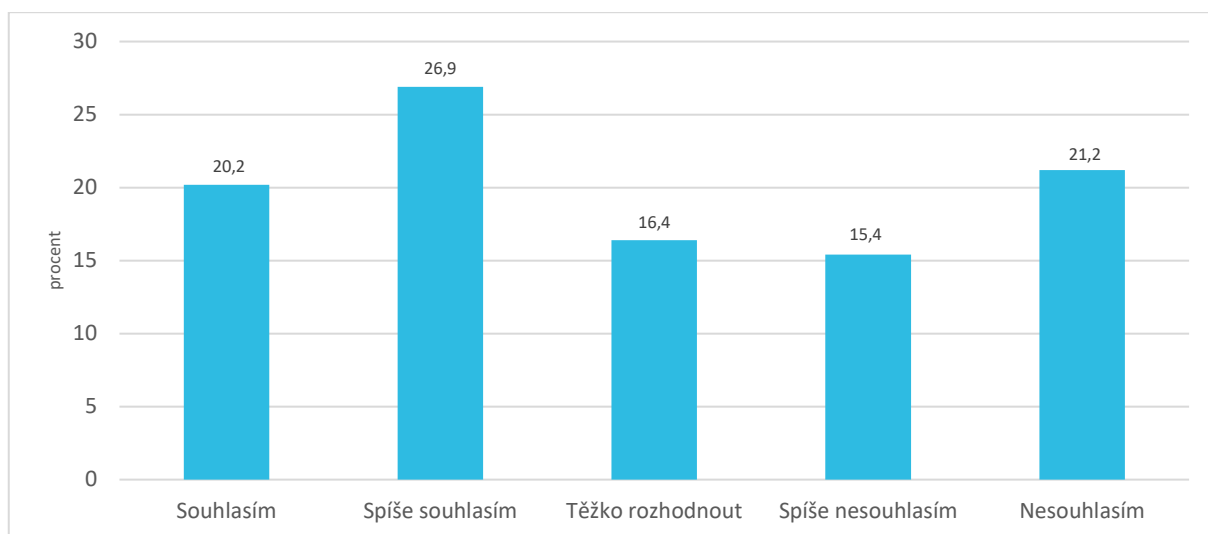
**Graf č. 56:** *Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé (jednotlivá zdravotní zařízení)*

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď „*Souhlasím*“, 1 respondent (5,9 %) odpověděl „*Spíše souhlasím*“, 1 respondent (5,9 %) zvolil možnost „*Těžko rozhodnout*“, 4 respondenti (23,5 %) odpověděli „*Spíše nesouhlasím*“ a 11 respondentů (64,7 %) odpovědělo „*Nesouhlasím*“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK žádný respondent (0 %) nezvolil možnost „*Souhlasím*“, 3 respondenti (7,3 %) odpověděli „*Spíše souhlasím*“, 4 respondenti (9,8 %) odpověděli „*Těžko rozhodnout*“, 17 respondentů (41,5 %) vybralo odpověď „*Spíše nesouhlasím*“ a 17 respondentů (41,5 %) odpovědělo „*Nesouhlasím*“.

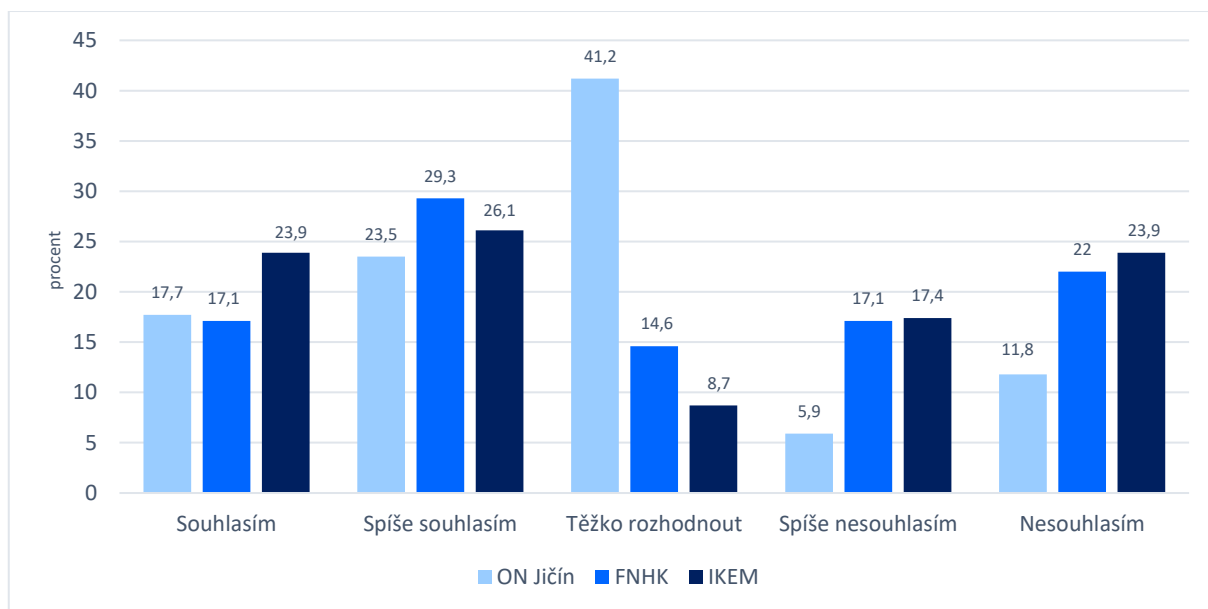
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolili 3 respondenti (6,5 %) odpověď „*Souhlasím*“, 4 respondenti (8,7 %) odpověděli „*Spíše souhlasím*“, 5 respondentů (10,9 %) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 17 respondentů (37 %) zvolilo „*Spíše nesouhlasím*“ a 17 respondentů (37 %) uvedlo „*Nesouhlasím*“.

### Tvrzení č. 5: S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra



Graf č. 57: S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 21 respondentů (20,2 %) „Souhlasím“, 28 respondentů (26,9 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 17 (16,4 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 16 (15,4 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 22 (21,2 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



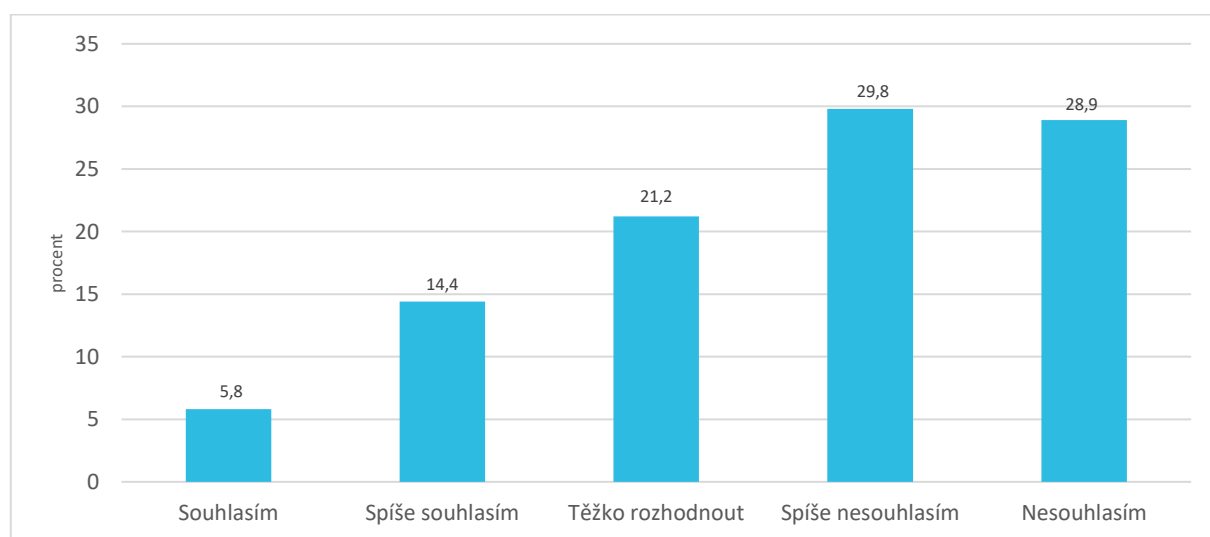
Graf č. 58: S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolili 3 respondenti (17,7 %) odpověď „Souhlasím“, 4 respondenti (23,5 %) odpověděli „Spíše souhlasím“, 7 respondentů (41,2 %) zvolilo možnost „Těžko rozhodnout“, 1 respondent (5,9 %) zvolil odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 2 respondenti (11,8 %) vybrali „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolilo 7 respondentů (17,1 %) odpověď „Souhlasím“, 12 respondentů (29,3 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 6 respondentů (14,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 7 respondentů (17,1 %) zvolilo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 9 respondentů (22 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

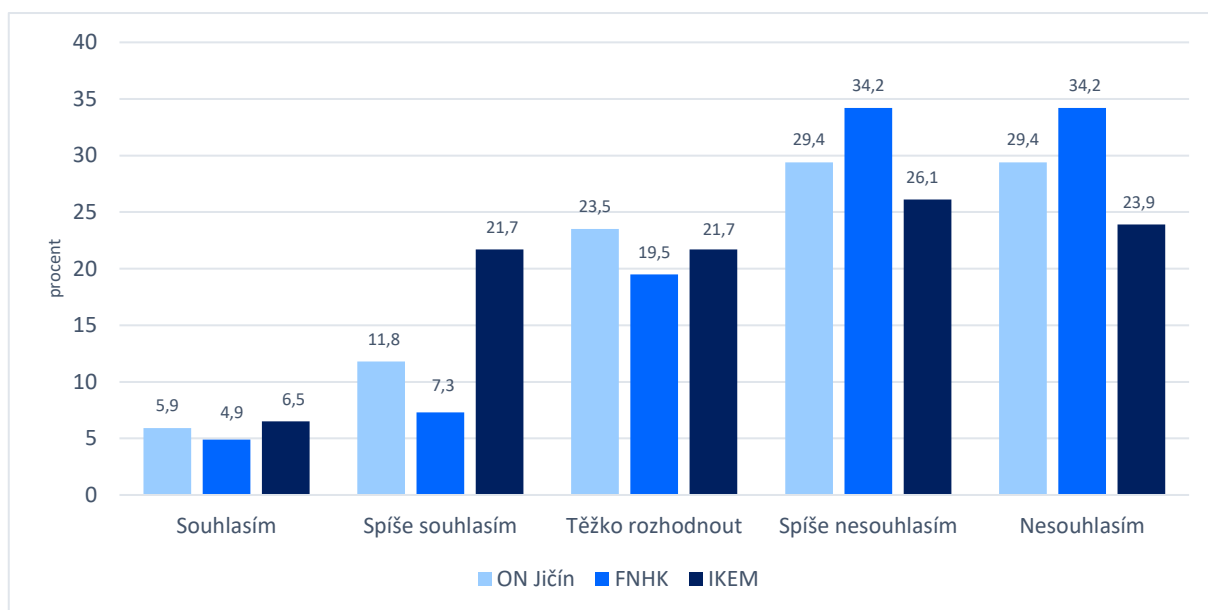
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 11 respondentů (23,9 %) odpověď „Souhlasím“, 12 respondentů (26,1 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 4 respondenti (8,7 %) odpověděli „Těžko rozhodnout“, 8 respondentů (17,4 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 11 respondentů (23,9 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

#### **Tvrzení č. 6: Nemoc, kterou mám má velké finanční dopady**



**Graf č. 59:** Nemoc, kterou mám má velké finanční dopady (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 6 respondentů (5,8 %) „Souhlasím“, 15 respondentů (14,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 22 (21,2 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 31 (29,8 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 30 (28,9 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



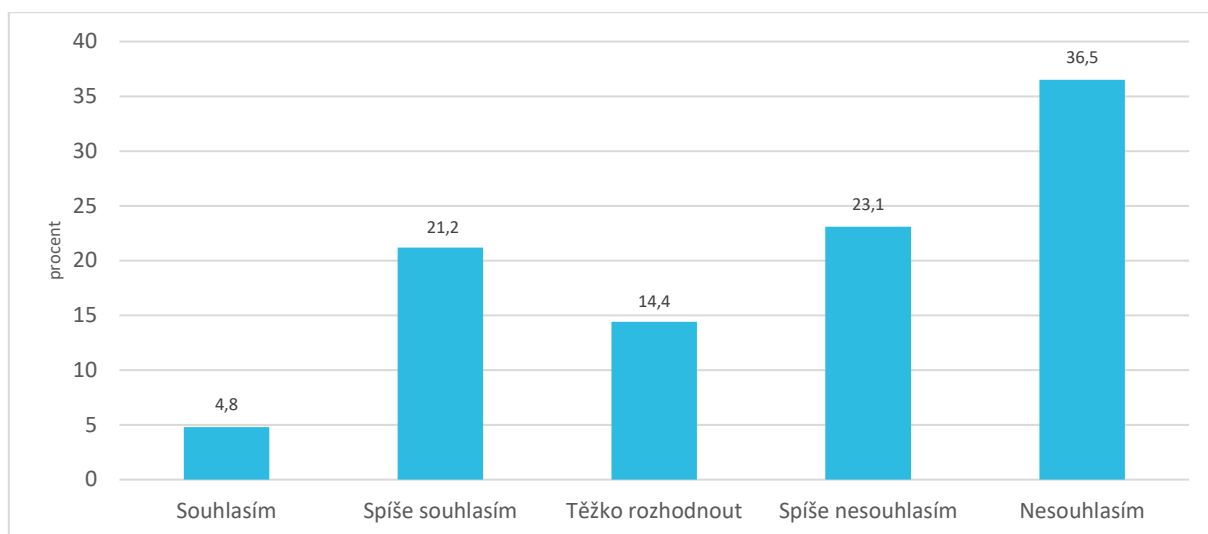
**Graf č. 60:** *Nemoc, kterou mám má velké finanční dopady (jednotlivá zdrav. zařízení)*

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín 1 respondent (**5,9 %**) zvolil odpověď „*Souhlasím*“, 2 respondenti (**11,8 %**) odpověděli „*Spíše souhlasím*“, 4 respondenti (**23,5 %**) odpověděli „*Těžko rozhodnout*“, 5 respondentů (**29,4 %**) odpovědělo „*Spíše nesouhlasím*“ a 5 respondentů (**29,4 %**) odpovědělo „*Nesouhlasím*“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK 2 respondenti (**4,9 %**) zvolili možnost „*Souhlasím*“, 3 respondenti (**7,3 %**) odpověděli „*Spíše souhlasím*“, 8 respondentů (**19,5 %**) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 14 respondentů (**34,2 %**) vybralo odpověď „*Spíše nesouhlasím*“ a 14 respondentů (**34,2 %**) odpovědělo „*Nesouhlasím*“.

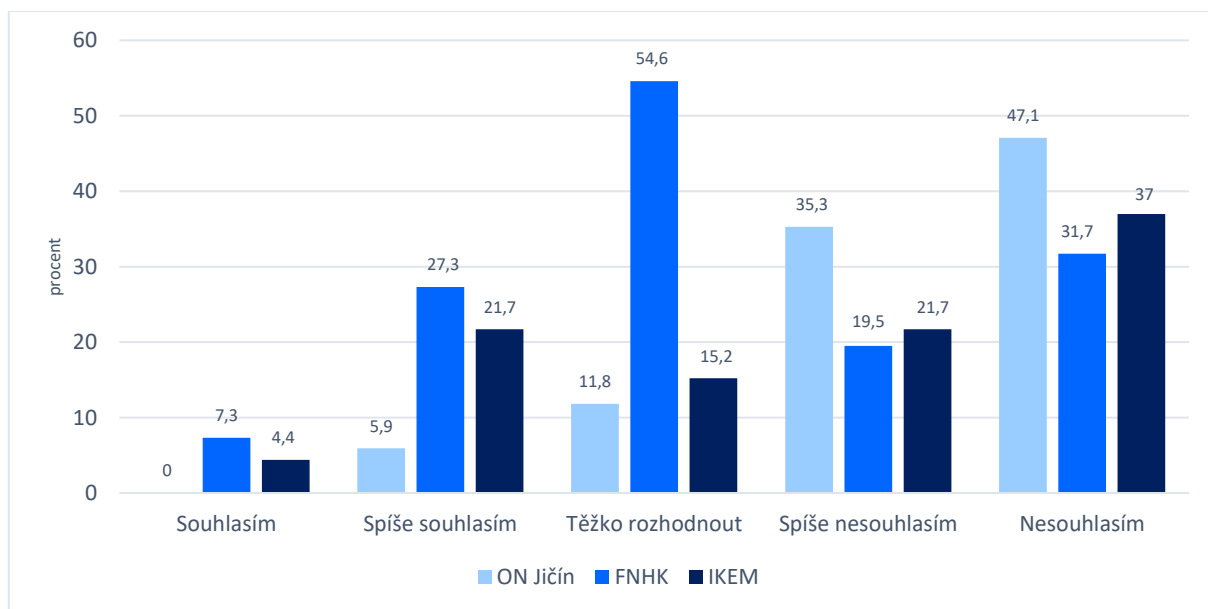
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolili 3 respondenti (**6,5 %**) odpověď „*Souhlasím*“, 10 respondentů (**21,7 %**) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 10 respondentů (**21,7 %**) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 12 respondentů (**26,1 %**) zvolilo „*Spíše nesouhlasím*“ a 11 respondentů (**23,9 %**) uvedlo „*Nesouhlasím*“.

### Tvrzení č. 7: Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým



**Graf č. 61:** Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 5 respondentů (4,8 %) „Souhlasím“, 22 respondentů (21,2 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 15 (14,4 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 24 (23,1 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 38 (36,5 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



**Graf č. 62:** Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým (jednotlivá zdrav. zařízení)

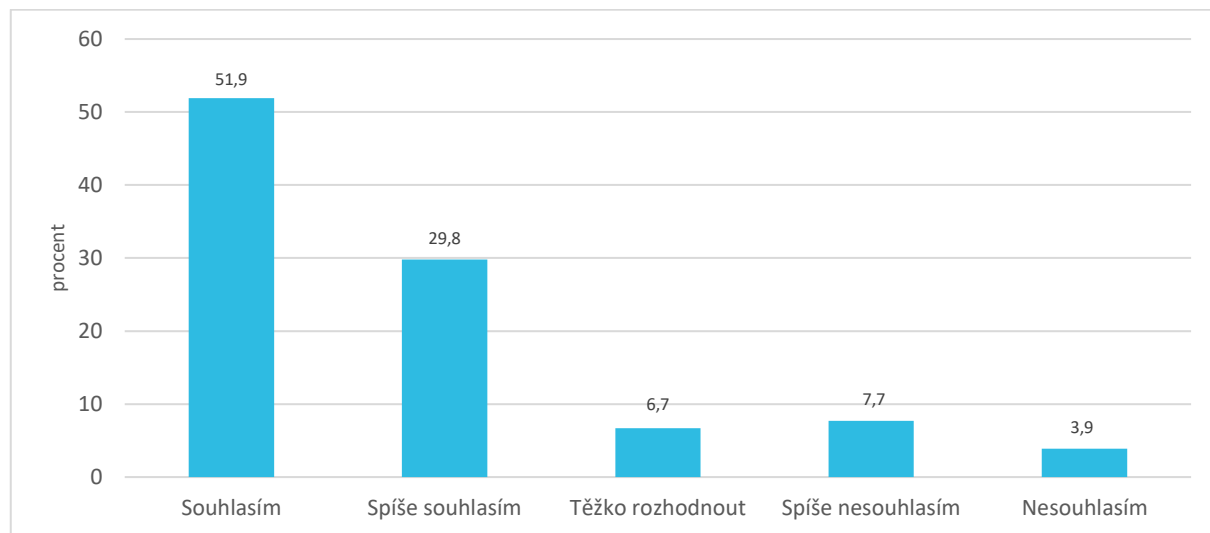


**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín žádný respondent (0 %) neuvedl odpověď „Souhlasím“, 1 respondent (5,9 %) odpověděl „Spíše souhlasím“, 2 respondenti (11,8 %) zvolili možnost „Těžko rozhodnout“, 6 respondentů (35,3 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 8 respondentů (47,1 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolili 3 respondenti (7,3 %) odpověď „Souhlasím“, 11 respondentů (27,3 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 6 respondentů (54,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 8 respondentů (19,5 %) zvolilo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 13 respondentů (31,7 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

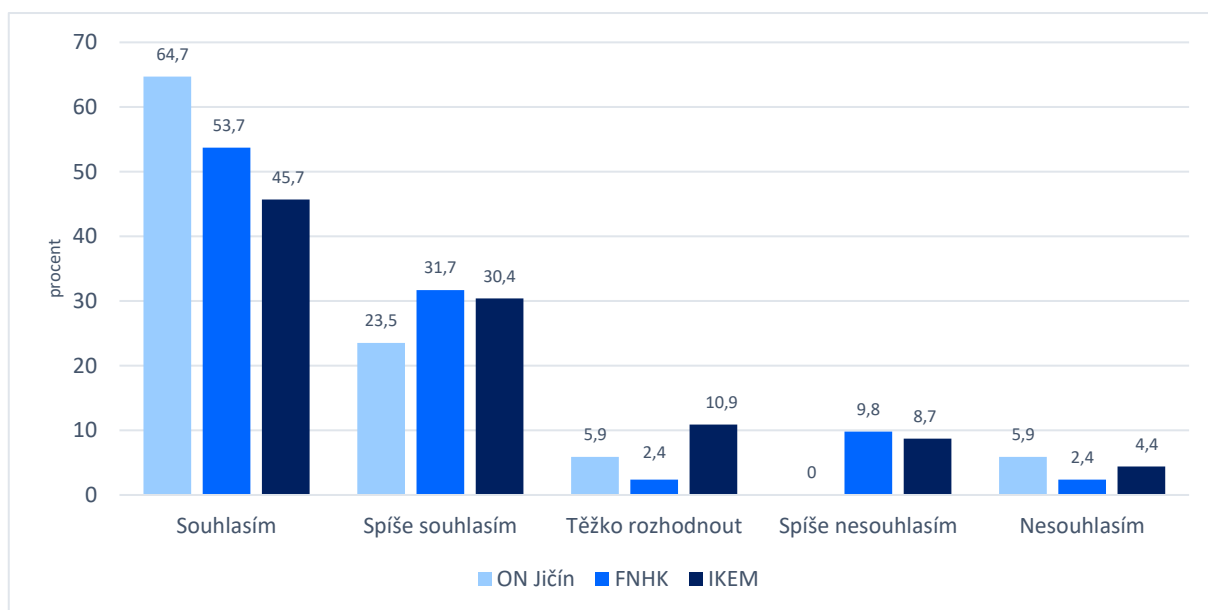
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolili 2 respondenti (4,4 %) odpověď „Souhlasím“, 10 respondentů (21,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 7 respondentů (15,2 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 10 respondentů (21,7 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 17 (37 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

#### **Tvrzení č. 8: Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci**



**Graf č. 63:** Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 54 respondentů (51,9 %) „Souhlasím“, 31 respondentů (29,8 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 7 (6,7 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 8 (7,7 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 4 (3,9 %) odpověděli „Nesouhlasím“.



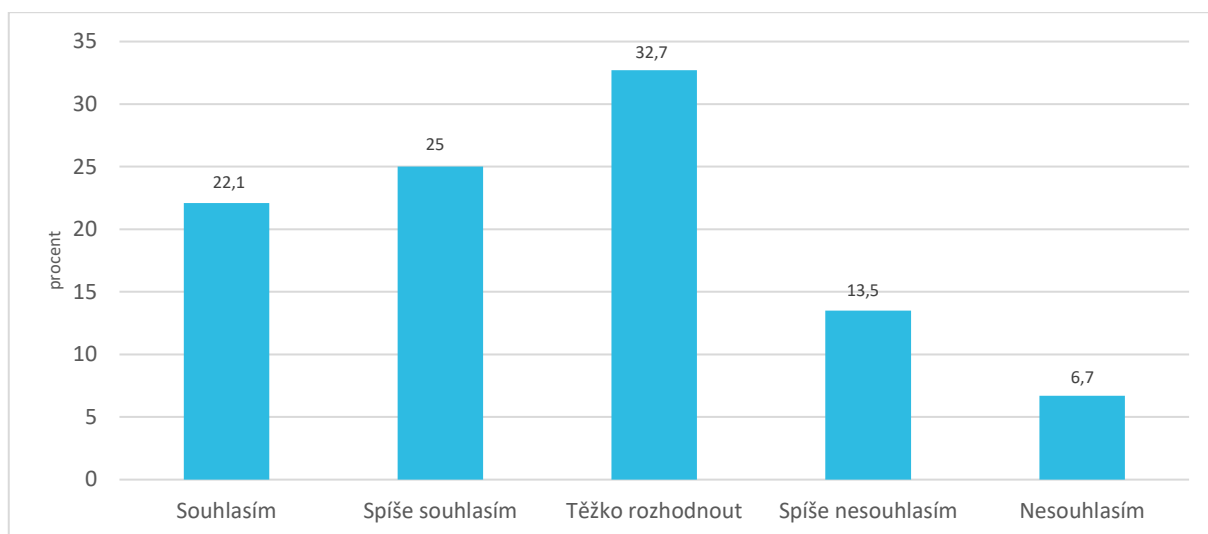
**Graf č. 64:** *Tim, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci (jednotlivá zdravotní zařízení)*

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolilo 11 respondentů (64,7 %) odpověď „Souhlasím“, 4 respondenti (23,5 %) odpověděli „Spíše souhlasím“, 1 respondent (5,9 %) odpověděl „Těžko rozhodnout“, žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 1 respondent (5,9 %) odpověděl „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolilo 22 respondentů (53,7 %) možnost „Souhlasím“, 13 respondentů (31,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 1 respondent (2,4 %) odpověděl „Těžko rozhodnout“, 4 respondenti (9,8 %) vybrali odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 1 respondent (2,4 %) odpověděl „Nesouhlasím“.

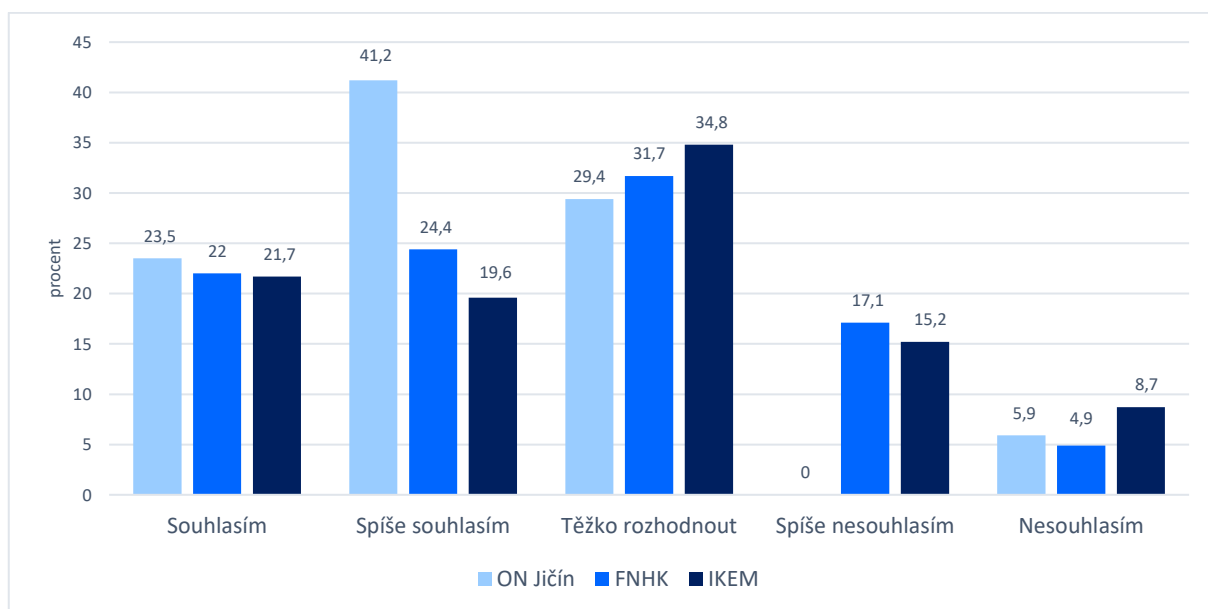
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 21 respondentů (45,7 %) odpověď „Souhlasím“, 14 respondentů (30,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 5 respondentů (10,9 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 4 respondenti (8,7 %) zvolili „Spíše nesouhlasím“ a 2 respondenti (4,4 %) uvedli „Nesouhlasím“.

### Tvrzení č. 9: Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá



Graf č. 65: Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 23 respondentů (22,1 %) „Souhlasím“, 26 respondentů (25,0 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 34 (32,7 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 14 (13,5 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 7 (6,7 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



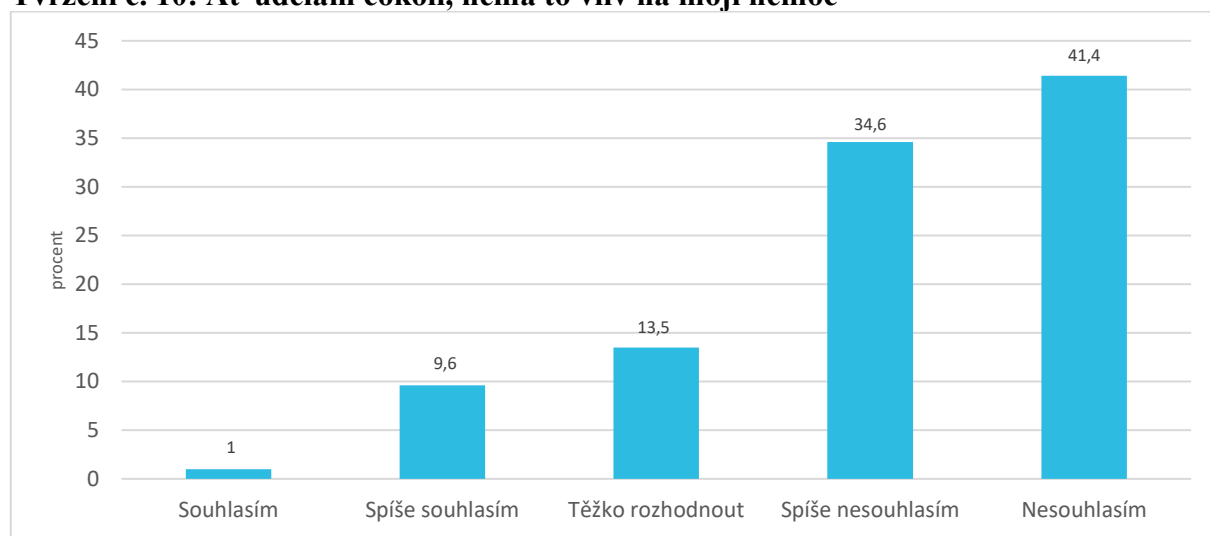
Graf č. 66: Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá (jednotlivá zdravotní zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolili 4 respondenti (23,5 %) odpověď „Souhlasím“, 7 respondentů (41,2 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 5 respondentů (29,4 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 1 respondent (5,9 %) odpověděl „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolilo 9 respondentů (22 %) možnost „Souhlasím“, 10 respondentů (24,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 13 respondentů (31,7 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 7 respondentů (17,1 %) vybralo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 2 respondenti (4,9 %) odpověděli „Nesouhlasím“.

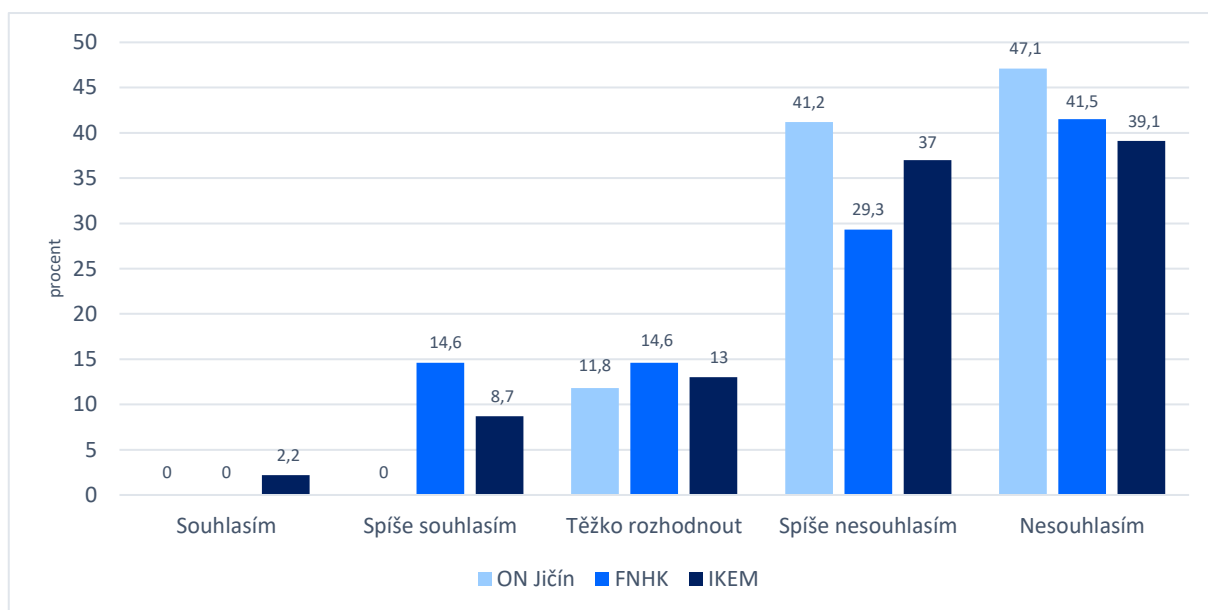
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 10 respondentů (21,7 %) odpověď „Souhlasím“, 9 respondentů (19,6 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 16 respondentů (34,8 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 7 respondentů (15,2 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 4 respondenti (8,7 %) uvedli „Nesouhlasím“.

#### Tvrzení č. 10: Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc



**Graf č. 67:** Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpověděl 1 respondent (1 %) „Souhlasím“, 10 respondentů (9,6 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 14 (13,5 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 36 (34,6 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 43 (41,4 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



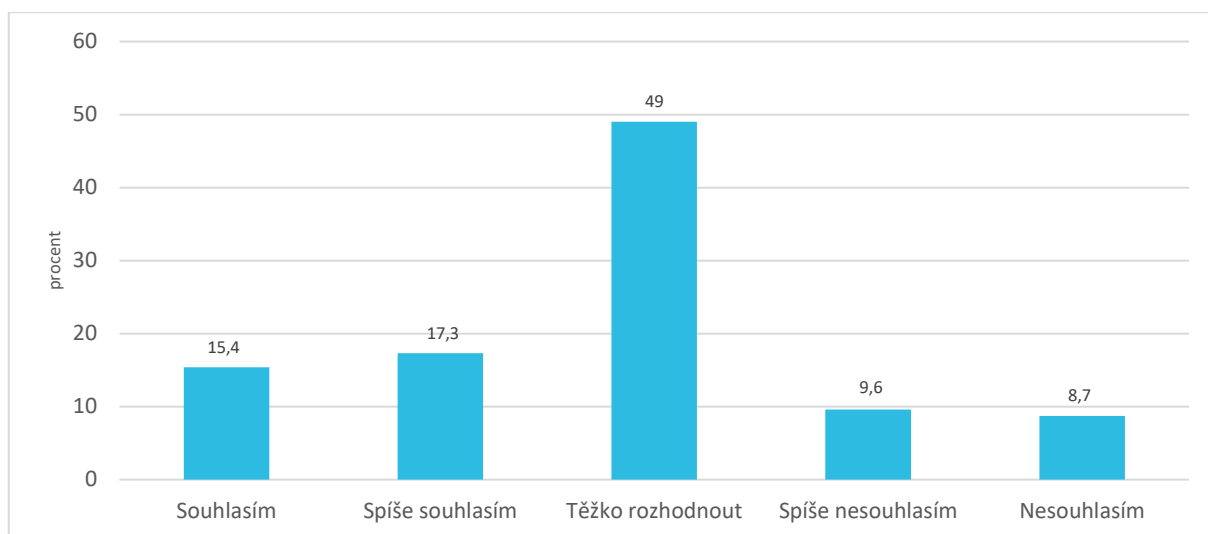
**Graf č. 68:** *Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc (jednotlivá zdrav. zařízení)*

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď „*Souhlasím*“, žádný respondent (0 %) neuvedl „*Spíše souhlasím*“, 2 respondenti (11,8 %) odpověděli „*Těžko rozhodnout*“, 7 respondentů (41,2 %) odpovědělo „*Spíše nesouhlasím*“ a 8 respondentů (47,1 %) odpovědělo „*Nesouhlasím*“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK žádný respondent (0 %) nezvolil možnost „*Souhlasím*“, 6 respondentů (14,6 %) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 6 respondentů (14,6 %) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 12 respondentů (29,3 %) vybralo odpověď „*Spíše nesouhlasím*“ a 17 respondentů (41,5 %) odpovědělo „*Nesouhlasím*“.

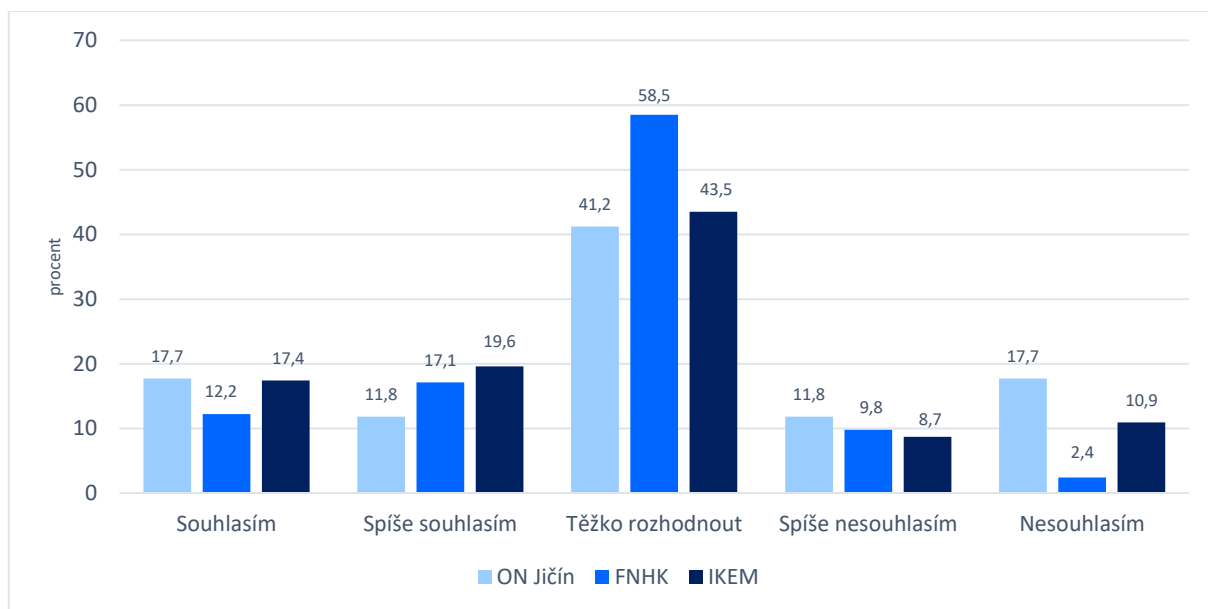
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolil 1 respondent (2,2 %) odpověď „*Souhlasím*“, 4 respondenti (8,7 %) odpověděli „*Spíše souhlasím*“, 6 respondentů (13,0 %) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 17 respondentů (37,0 %) zvolilo „*Spíše nesouhlasím*“ a 18 respondentů (39,1 %) uvedlo „*Nesouhlasím*“.

### Tvrzení č. 11: Můj zdravotní stav se časem zlepšil



Graf č. 69: Můj zdravotní stav se časem zlepšil (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 16 respondentů (15,4 %) „Souhlasím“, 18 respondentů (17,3 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 51 (49,0 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 10 (9,6 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 9 (8,7 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



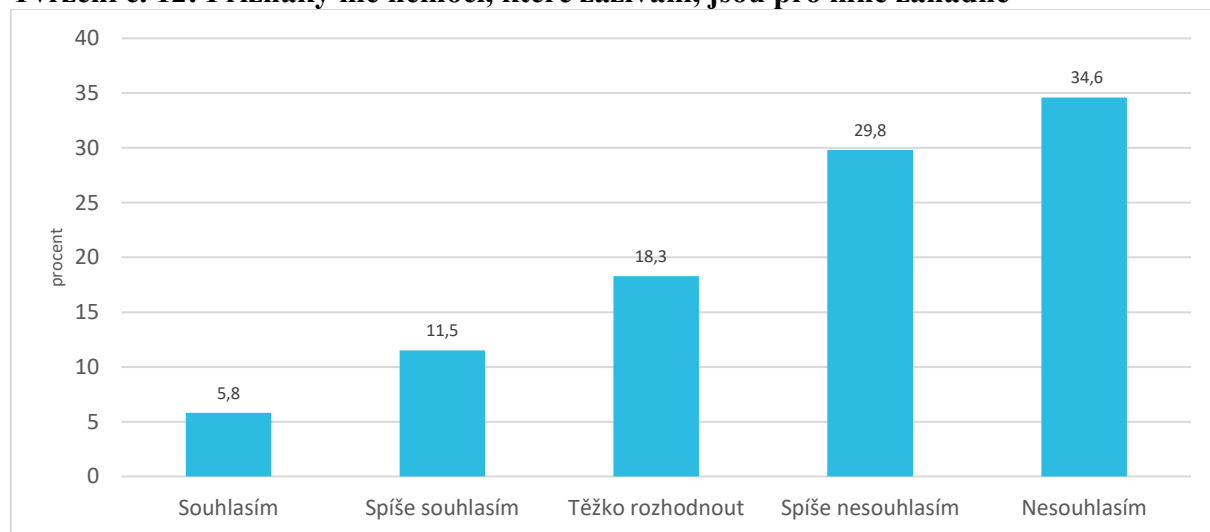
Graf č. 70: Můj zdravotní stav se časem zlepšil (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolili 3 respondenti (17,7 %) odpověď „Souhlasím“, 2 respondenti (11,8 %) odpověděli „Spíše souhlasím“, 7 respondentů (41,2 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 2 respondenti (11,8 %) odpověděli „Spíše nesouhlasím“ a 3 respondenti (17,7 %) zvolili odpověď „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolilo 5 respondentů (12,2 %) možnost „Souhlasím“, 7 respondentů (17,1 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 24 respondentů (58,5 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 4 respondenti (9,8 %) vybrali odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 1 respondent (2,4 %) odpověděl „Nesouhlasím“.

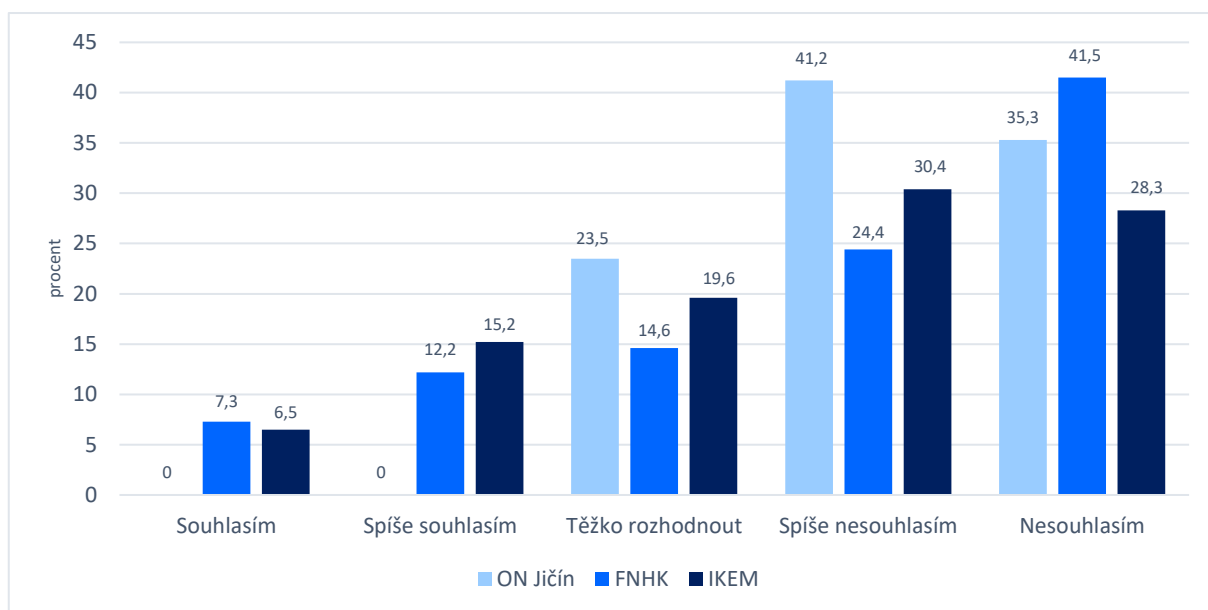
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 8 respondentů (17,4 %) odpověď „Souhlasím“, 9 respondentů (19,6 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 20 respondentů (43,5 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 4 respondenti (8,7 %) zvolili „Spíše nesouhlasím“ a 5 respondentů (10,9 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

#### Tvrzení č. 12: Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné



**Graf č. 71:** Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 6 respondentů (5,8 %) „Souhlasím“, 12 respondentů (11,5 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 19 (18,3 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 31 (29,8 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 36 (34,6 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



**Graf č. 72:** Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné (jednotlivá zdravotní zařízení)

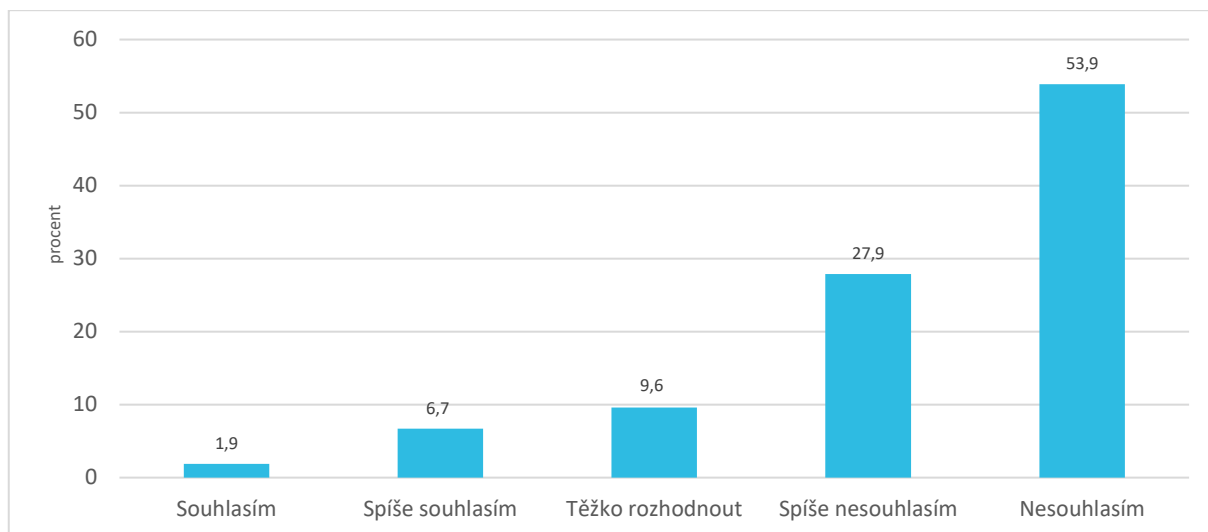
**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín žádný respondent (0 %) ne zvolil odpověď „Souhlasím“, žádný respondent (0 %) neodpověděl „Spíše souhlasím“, 4 respondenti (23,5 %) odpověděli „Těžko rozhodnout“, 7 respondentů (41,2 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 6 respondentů (35,3 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolili 3 respondenti (7,3 %) možnost „Souhlasím“, 5 respondentů (12,2 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 6 respondentů (14,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 10 respondentů (24,4 %) vybralo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 17 respondentů (41,5 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolili 3 respondenti (6,5 %) odpověď „Souhlasím“, 7 respondentů (15,2 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 9 respondentů (19,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 14 respondentů (30,4 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 13 respondentů (28,3 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

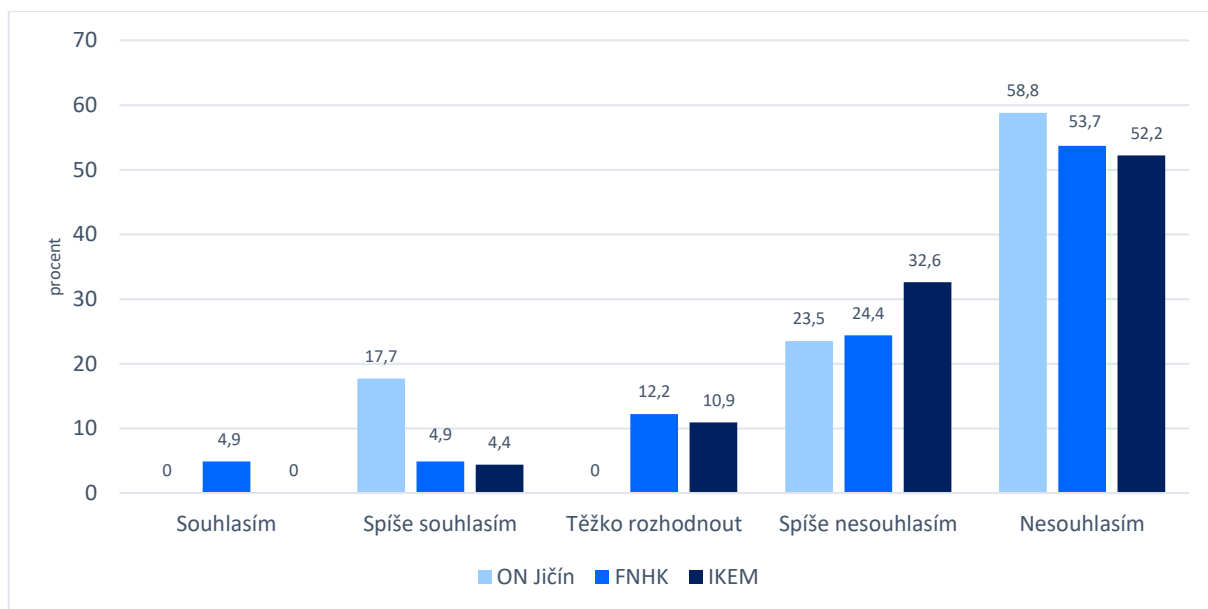


### Tvrzení č. 13: Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím



Graf č. 73: Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpověděli 2 respondenti (1,9 %) „Souhlasím“, 7 respondentů (6,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 10 (9,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 29 (27,9 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 56 (53,9 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



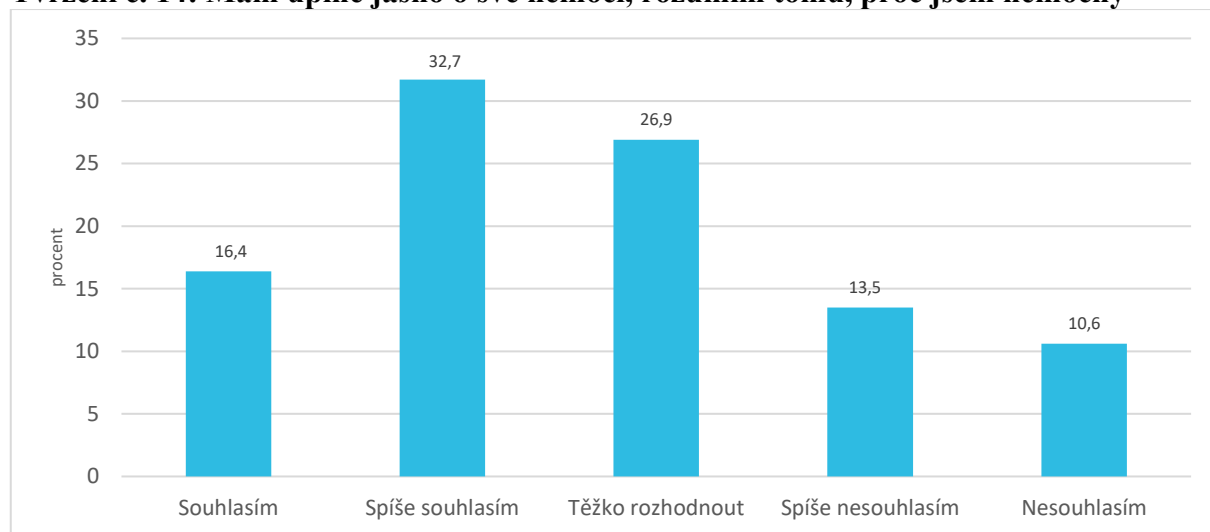
Graf č. 74: Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď „Souhlasím“, 3 respondenti (17,7 %) odpověděli „Spíše souhlasím“, žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď „Těžko rozhodnout“, 4 respondenti (23,5 %) odpověděli „Spíše nesouhlasím“ a 10 respondentů (58,8 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolili 2 respondenti (4,9 %) možnost „Souhlasím“, 2 respondenti (4,9 %) odpověděli „Spíše souhlasím“, 5 respondentů (12,2 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 10 respondentů (24,4 %) vybralo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 22 respondentů (53,7 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

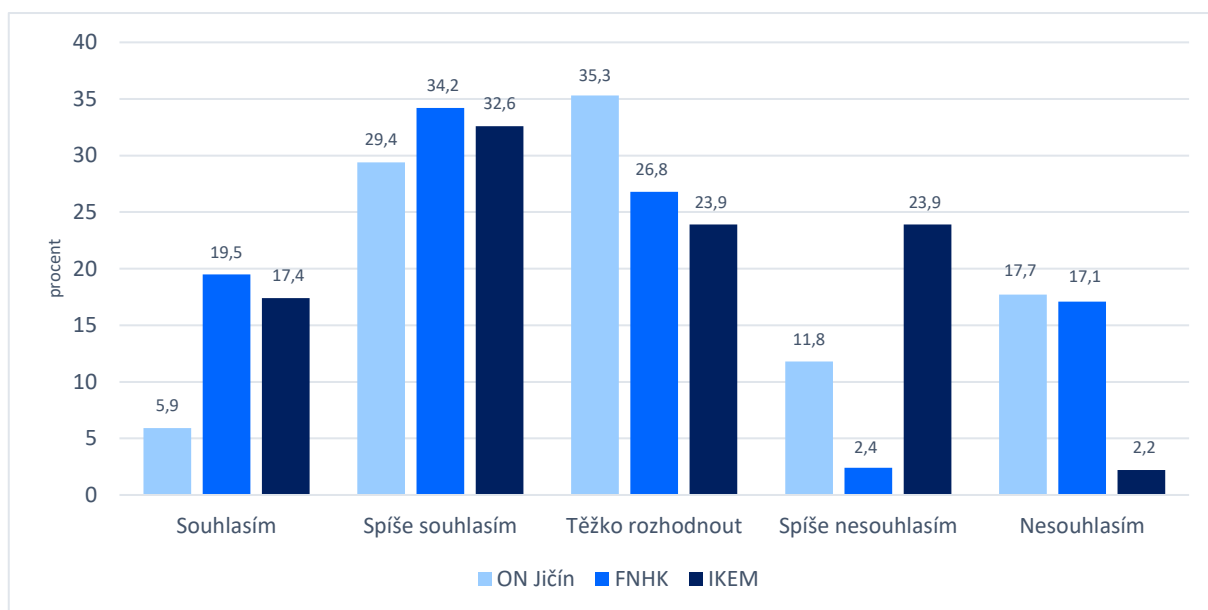
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď „Souhlasím“, 2 respondenti (4,4 %) odpověděli „Spíše souhlasím“, 5 respondentů (10,9 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 15 respondentů (32,6 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 24 respondentů (52,2 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

#### **Tvrzení č. 14: Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný**



**Graf č. 75:** Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 17 respondentů (16,4 %) „Souhlasím“, 34 respondentů (32,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 28 odpovědělo (26,9 %) „Těžko rozhodnout“, 14 (13,5 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 11 (10,6 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



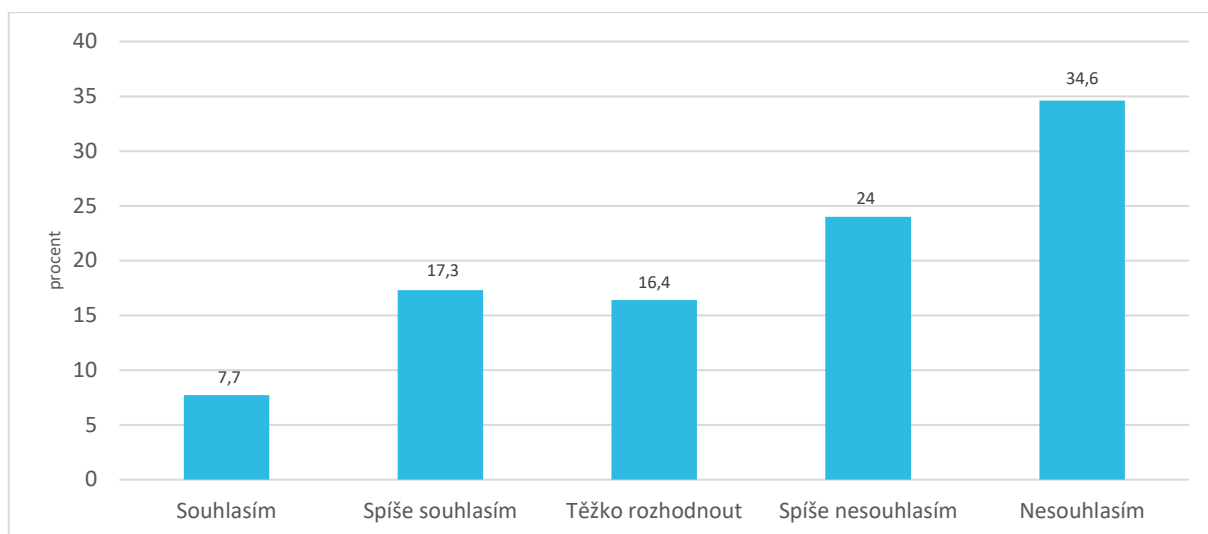
**Graf č. 76:** *Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný (jednotlivá zdravotní zařízení)*

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolil 1 respondent (5,9 %) odpověď „Souhlasím“, 5 respondentů (29,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 6 respondentů (35,3 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 2 respondenti (11,8 %) odpověděli „Spíše nesouhlasím“ a 3 respondenti (17,7 %) zvolili odpověď „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolilo 8 respondentů (19,5 %) možnost „Souhlasím“, 14 respondentů (34,2 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 11 respondentů (26,8 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 1 respondent (2,4 %) vybral odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 7 respondentů (17,1 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

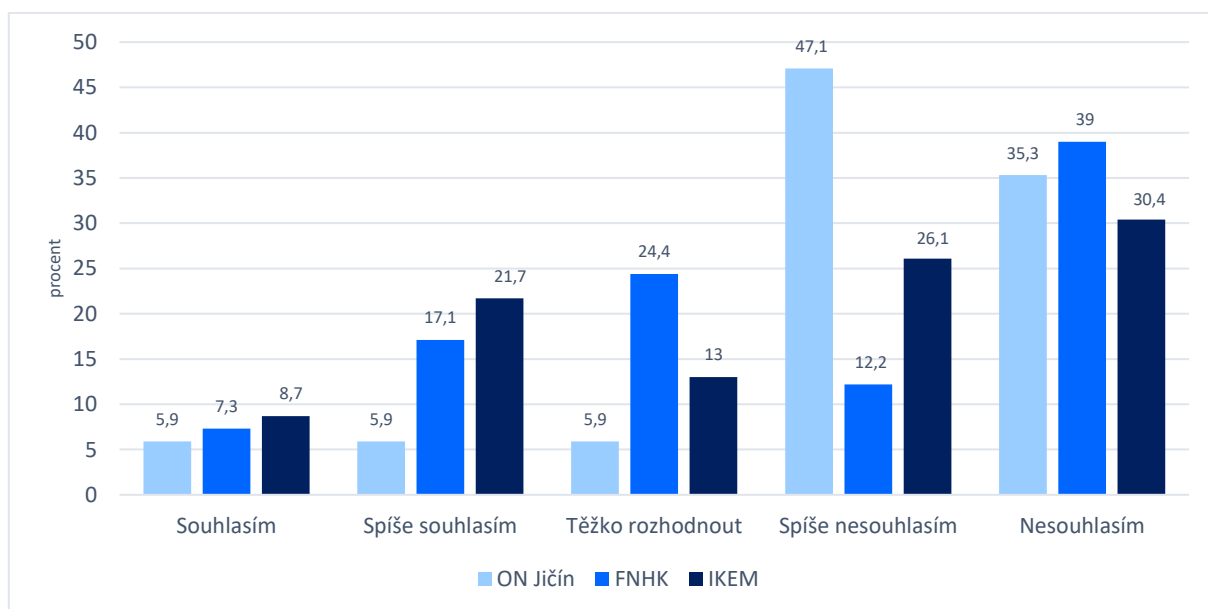
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 8 respondentů (17,4 %) odpověď „Souhlasím“, 15 respondentů (32,6 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 11 respondentů (23,9 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 11 respondentů (23,9 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 1 respondent (2,2 %) uvedl „Nesouhlasím“.

**Tvrzení č. 15: Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada**



**Graf č. 77:** Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 8 respondentů (7,7 %) „Souhlasím“, 18 respondentů (17,3 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 17 (16,4 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 25 (24,0 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 36 (34,6 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



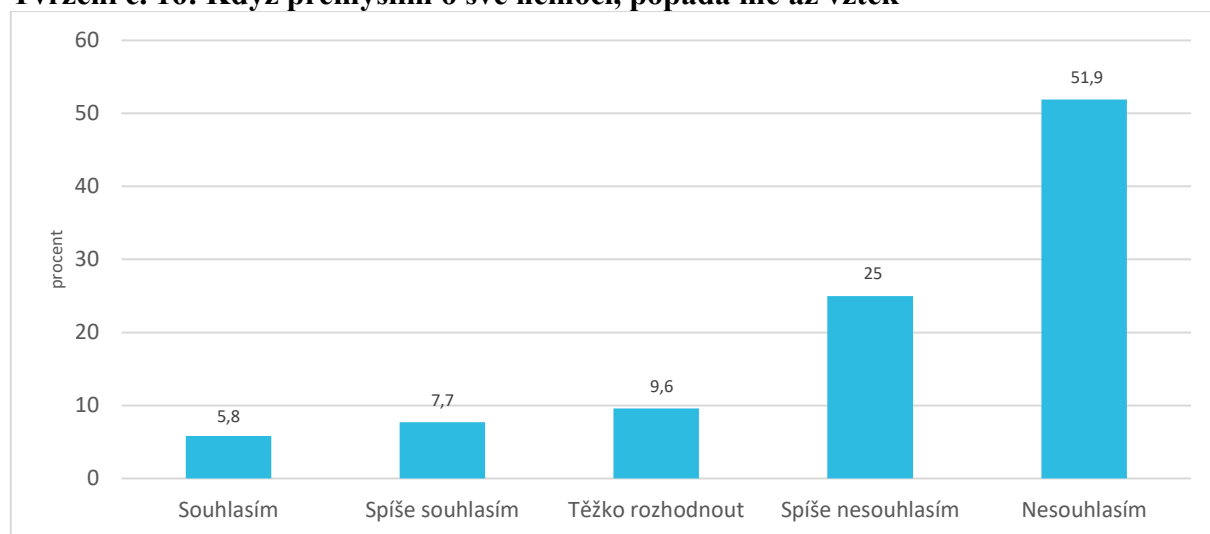
**Graf č. 78:** Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolil 1 respondent (5,9 %) odpověď „Souhlasím“, 1 respondent (5,9 %) odpověděl „Spíše souhlasím“, 1 respondent (5,9 %) odpověděl „Těžko rozhodnout“, 8 respondentů (47,1 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 6 respondentů (35,3 %) zvolilo odpověď „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolili 3 respondenti (7,3 %) možnost „Souhlasím“, 7 respondentů (17,1 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 10 respondentů (24,4 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 5 respondentů (12,2 %) vybralo odpověď „Spíše nesouhlasím“ 16 respondentů (39,0 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

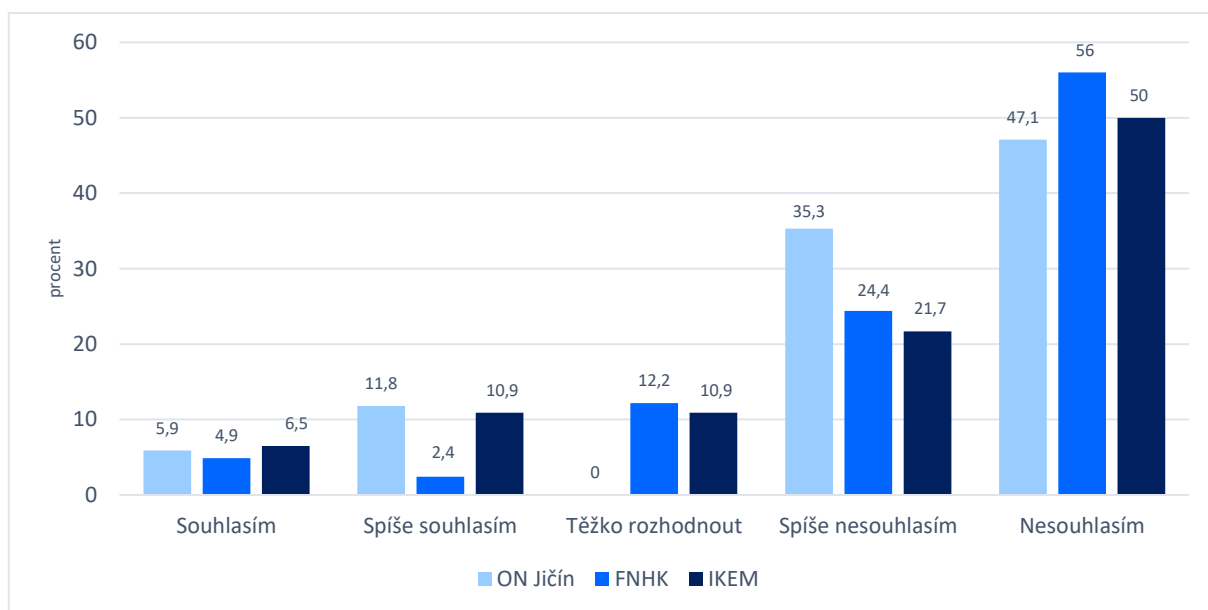
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolili 4 respondenti (8,7 %) odpověď „Souhlasím“, 10 respondentů (21,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 6 respondentů (13 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 12 respondentů (26,1 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 14 respondentů (30,4 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

**Tvrzení č. 16: Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek**



**Graf č. 79:** Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě vztek (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 6 respondentů (5,8 %) „Souhlasím“, 8 respondentů (7,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 10 (9,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 26 (25,0 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 54 (51,9 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



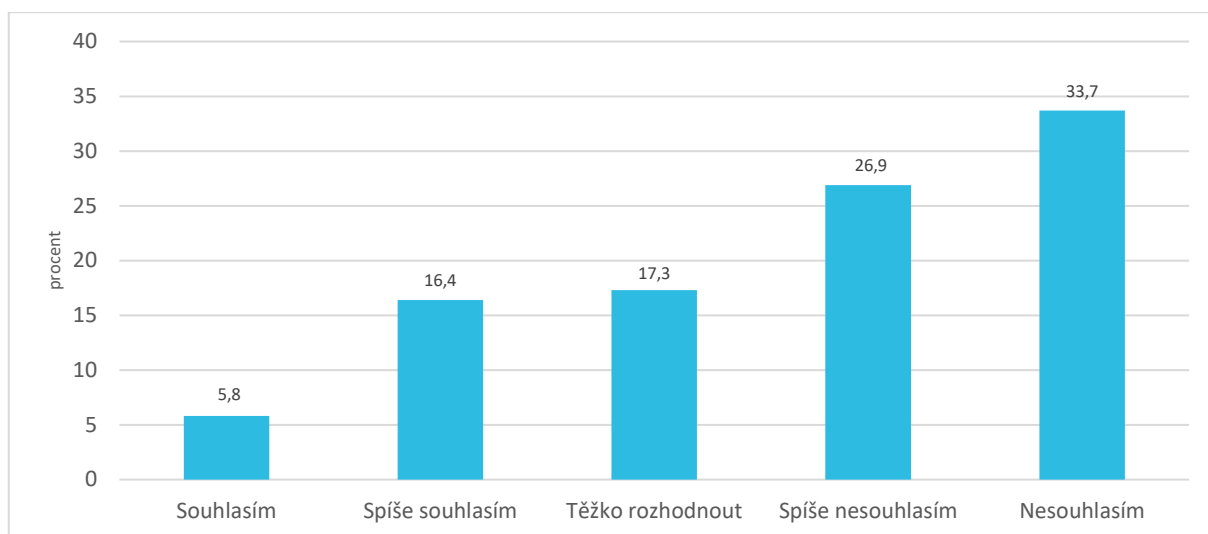
**Graf č. 80:** Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě vztek (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolil 1 respondent (5,9 %) odpověď „Souhlasím“, 2 respondenti (11,8 %) odpověděli „Spíše souhlasím“, žádný respondent (0 %) neodpověděl „Těžko rozhodnout“, 6 respondentů (35,3 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 8 respondentů (47,1 %) zvolilo odpověď „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolili 2 respondenti (4,9 %) možnost „Souhlasím“, 1 respondent (2,4 %) odpověděl „Spíše souhlasím“, 5 respondentů (12,2 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 10 respondentů (24,4 %) vybralo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 23 respondentů (56,0 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

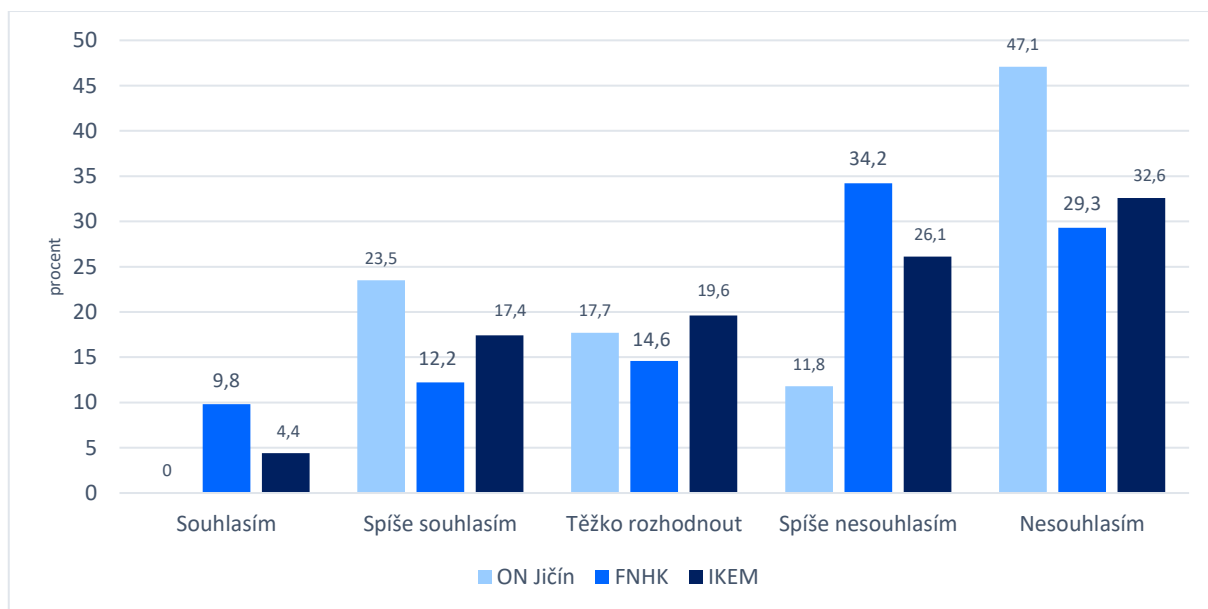
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolili 3 respondenti (6,5 %) odpověď „Souhlasím“, 5 respondentů (10,9 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 5 respondentů (10,9 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 10 respondentů (21,7 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 23 respondentů (50,0 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

### Tvrzení č. 17: Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti



Graf č. 81: Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 6 respondentů (5,8 %) „Souhlasím“, 17 respondentů (16,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 18 (17,3 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 28 (26,9 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 35 (33,7 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



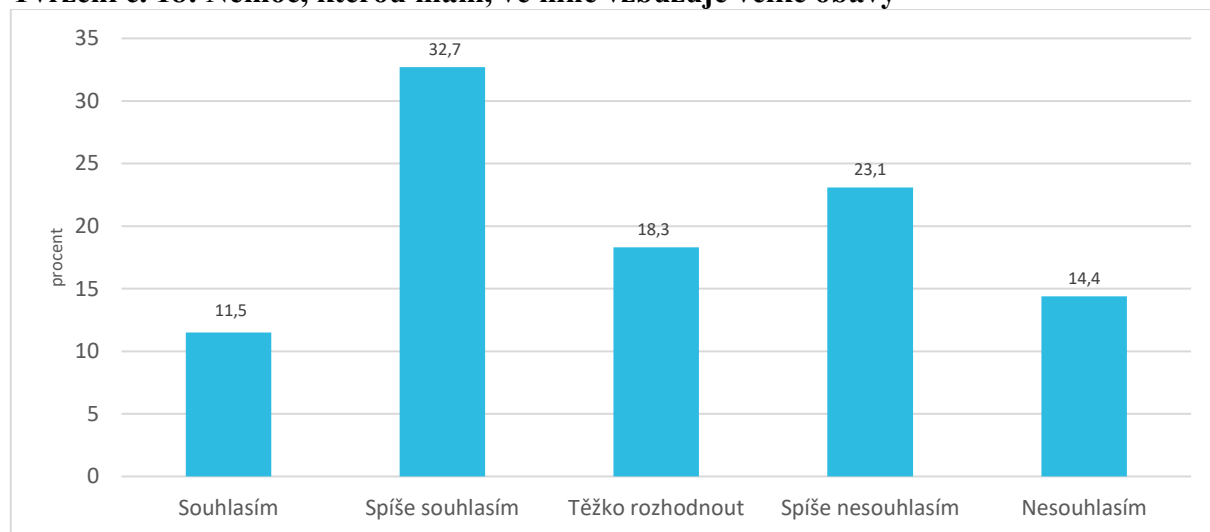
Graf č. 82: Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín žádný respondent (0 %) nezvolil odpověď „Souhlasím“, 4 respondenti (23,5 %) odpověděli „Spíše souhlasím“, 3 (17,7 %) odpověděli „Těžko rozhodnout“, 2 (11,8 %) odpověděli „Spíše nesouhlasím“ a 8 (47,1 %) zvolilo odpověď „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolili 4 respondenti (9,8 %) možnost „Souhlasím“, 5 respondentů (12,2 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 6 respondentů (14,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 14 respondentů (34,2 %) vybralo odpověď „Spíše nesouhlasím“ 12 respondentů (29,3 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolili 2 respondenti (4,4 %) odpověď „Souhlasím“, 8 respondentů (17,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 9 respondentů (19,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 12 respondentů (26,1 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 15 respondentů (32,6 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

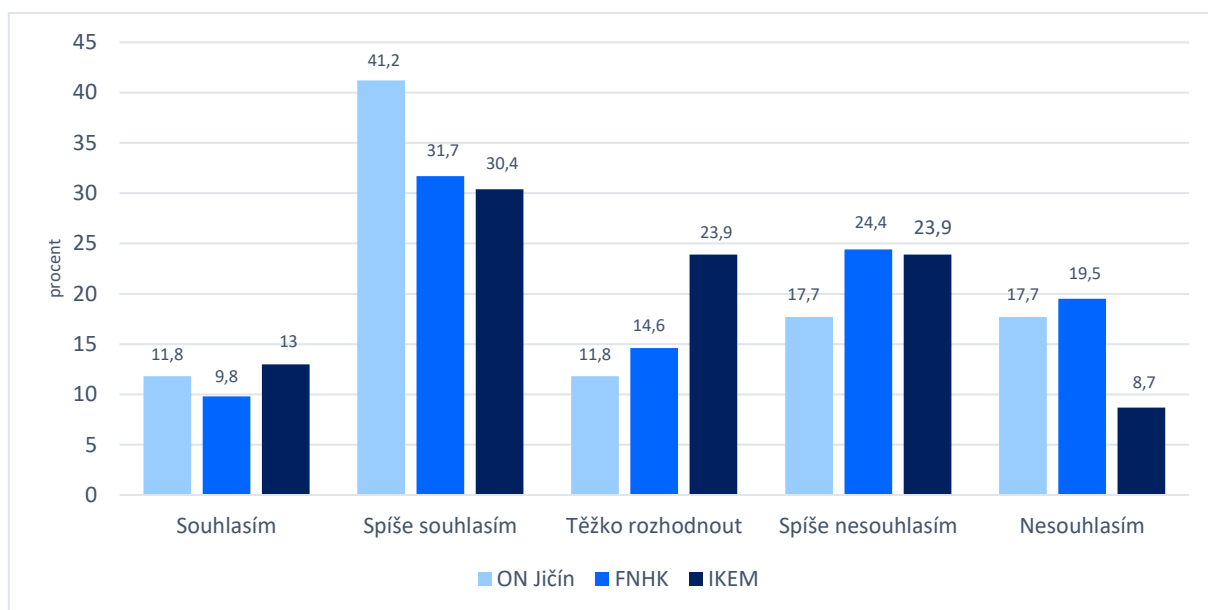
#### Tvrzení č. 18: Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy



**Graf č. 83:** Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 12 respondentů (11,5 %) „Souhlasím“, 34 respondentů (32,7 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 19 (18,3 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 24 (23,1 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 15 (14,4 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.





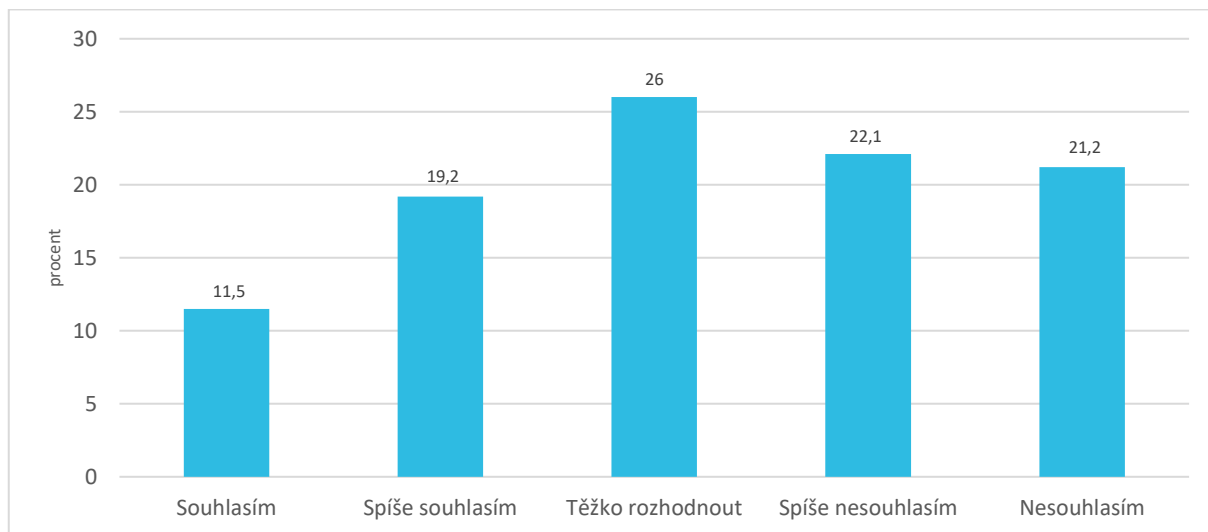
**Graf č. 84:** *Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy (jednotlivá zdravotní zařízení)*

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolili 2 respondenti (11,8 %) odpověď „*Souhlasím*“, 7 respondentů (41,2 %) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 2 respondenti (11,8 %) odpověděli „*Těžko rozhodnout*“, 3 respondenti (17,7 %) odpověděli „*Spíše nesouhlasím*“ a 3 respondenti (17,7 %) zvolili odpověď „*Nesouhlasím*“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK 4 respondenti (9,8 %) zvolili možnost „*Souhlasím*“, 13 respondentů (31,7 %) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 6 respondentů (14,6 %) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 10 respondentů (24,4 %) vybralo odpověď „*Spíše nesouhlasím*“ a 8 respondentů (19,5 %) odpovědělo „*Nesouhlasím*“.

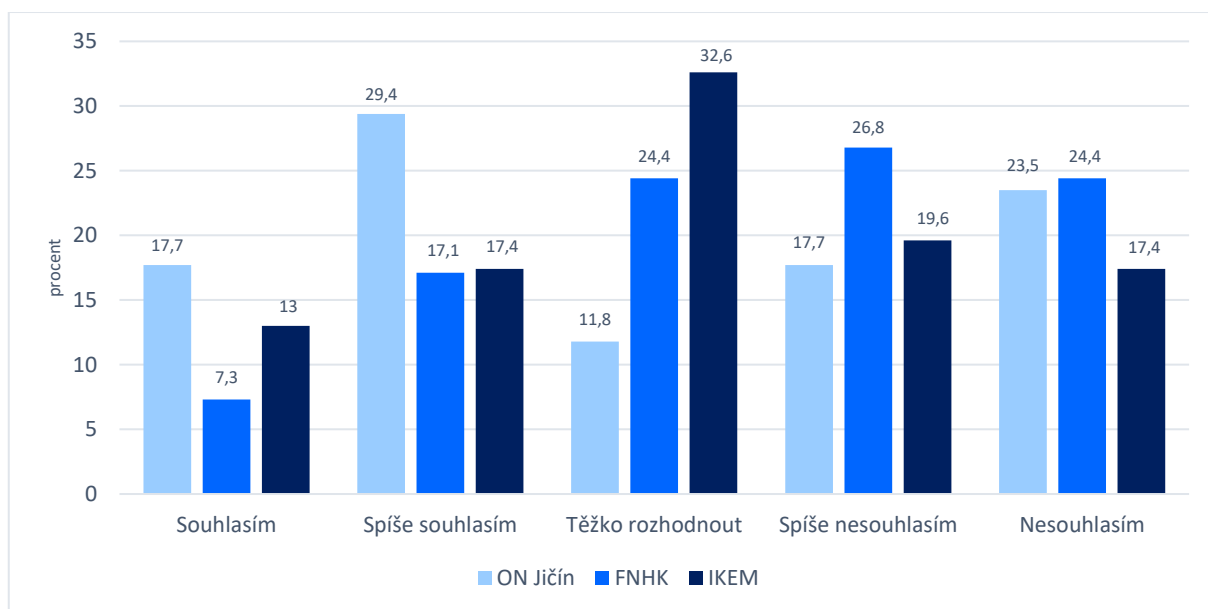
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 6 respondentů (13,0 %) odpověď „*Souhlasím*“, 14 respondentů (30,4 %) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 11 respondentů (23,9 %) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 11 respondentů (23,9 %) zvolilo „*Spíše nesouhlasím*“ a 4 respondenti (8,7 %) uvedli „*Nesouhlasím*“.

**Tvrzení č. 19: Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých intervalech**



**Graf č. 85:** Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých intervalech (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 12 respondentů (11,5 %) „Souhlasím“, 20 respondentů (19,2 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 27 (26,0 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 23 (22,1 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 22 (21,2 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



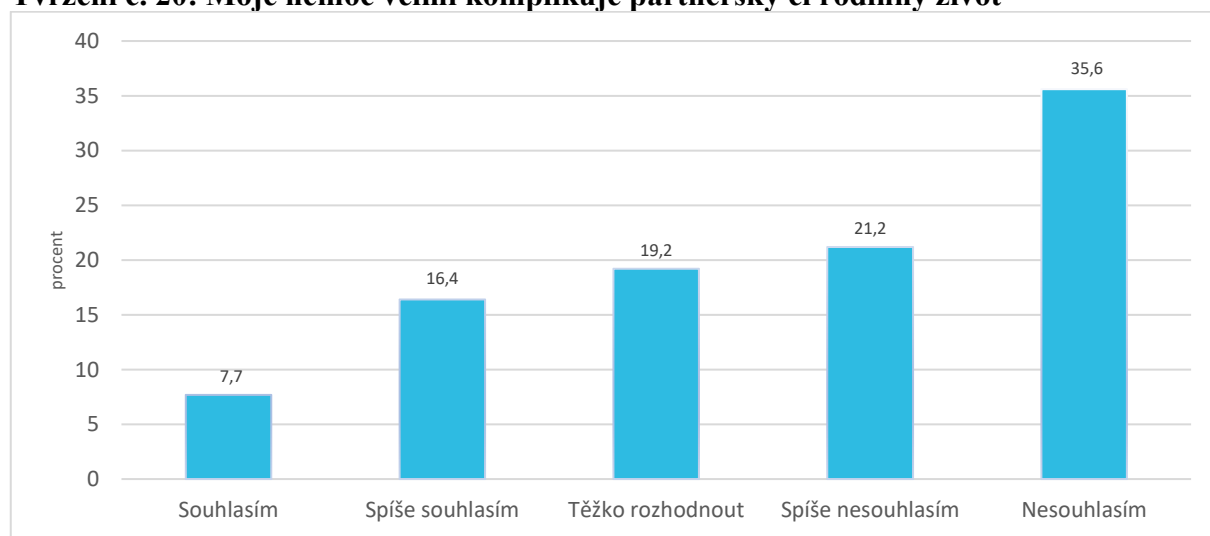
**Graf č. 86:** Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých intervalech (jednotlivá zdrav. zařízení)

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolili 3 respondenti (17,7 %) odpověď „Souhlasím“, 5 respondentů (29,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 2 respondenti (11,8 %) odpověděli „Těžko rozhodnout“, 3 respondenti (17,7 %) odpověděli „Spíše nesouhlasím“ a 4 respondenti (23,5 %) zvolili odpověď „Nesouhlasím“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK zvolili 3 respondenti (7,3 %) možnost „Souhlasím“, 7 respondentů (17,1 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 10 respondentů (24,4 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 11 respondentů (26,8 %) vybralo odpověď „Spíše nesouhlasím“ a 10 respondentů (24,4 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.

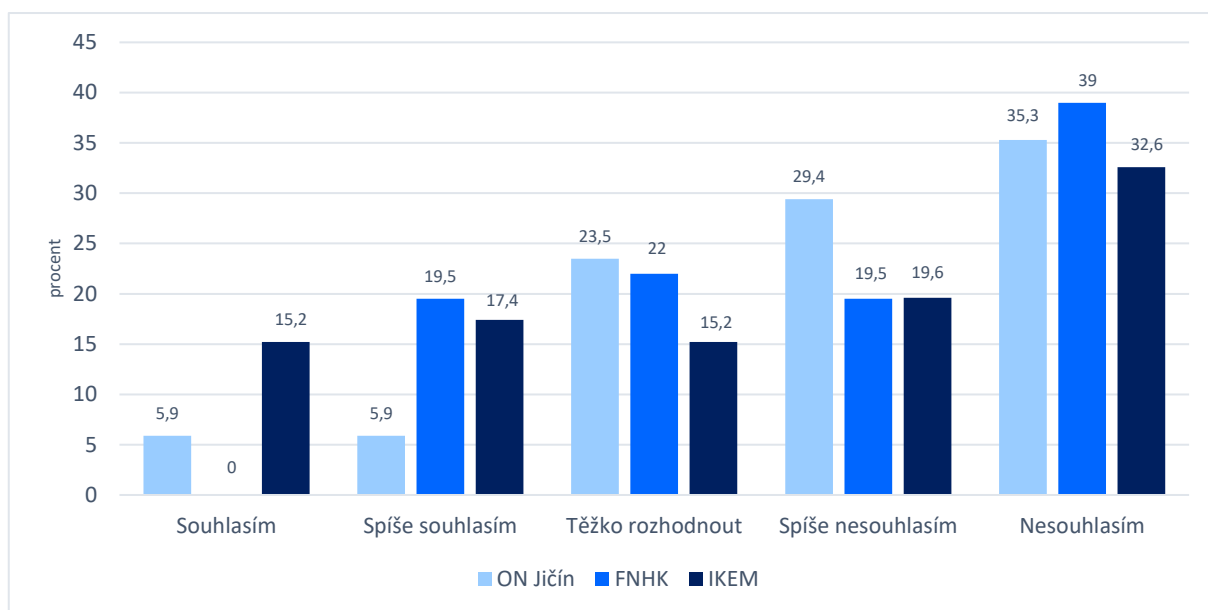
Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 6 respondentů (13,0 %) odpověď „Souhlasím“, 8 respondentů (17,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 15 respondentů (32,6 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 9 respondentů (19,6 %) zvolilo „Spíše nesouhlasím“ a 8 respondentů (17,4 %) uvedlo „Nesouhlasím“.

#### **Tvrzení č. 20: Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život**



**Graf č. 87:** Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život (celkový počet)

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 8 respondentů (7,7 %) „Souhlasím“, 17 respondentů (16,4 %) odpovědělo „Spíše souhlasím“, 20 (19,2 %) odpovědělo „Těžko rozhodnout“, 22 (21,2 %) odpovědělo „Spíše nesouhlasím“ a 37 (35,6 %) odpovědělo „Nesouhlasím“.



**Graf č. 88:** *Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život (jednotlivá zdrav. zařízení)*

**Komentář:** Ze 17 respondentů (100 %) z ON Jičín zvolil 1 respondent (5,9 %) odpověď „*Souhlasím*“, 1 respondent (5,9 %) odpověděl „*Spíše souhlasím*“, 4 respondenti (23,5 %) odpověděli „*Těžko rozhodnout*“, 5 respondentů (29,4 %) odpovědělo „*Spíše nesouhlasím*“ a 6 respondentů (35,3 %) zvolilo odpověď „*Nesouhlasím*“.

Ze 41 respondentů (100 %) z FNHK žádný respondent (0 %) nezvolil možnost „*Souhlasím*“, 8 respondentů (19,5 %) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 9 respondentů (22,0 %) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 8 respondentů (19,5 %) vybralo odpověď „*Spíše nesouhlasím*“ a 16 respondentů (39,0 %) odpovědělo „*Nesouhlasím*“.

Ze 46 respondentů (100 %) z IKEM zvolilo 7 respondentů (15,2 %) odpověď „*Souhlasím*“, 8 respondentů (17,4 %) odpovědělo „*Spíše souhlasím*“, 7 respondentů (15,2 %) odpovědělo „*Těžko rozhodnout*“, 9 respondentů (19,6 %) zvolilo „*Spíše nesouhlasím*“ a 15 respondentů (32,6 %) uvedlo „*Nesouhlasím*“.

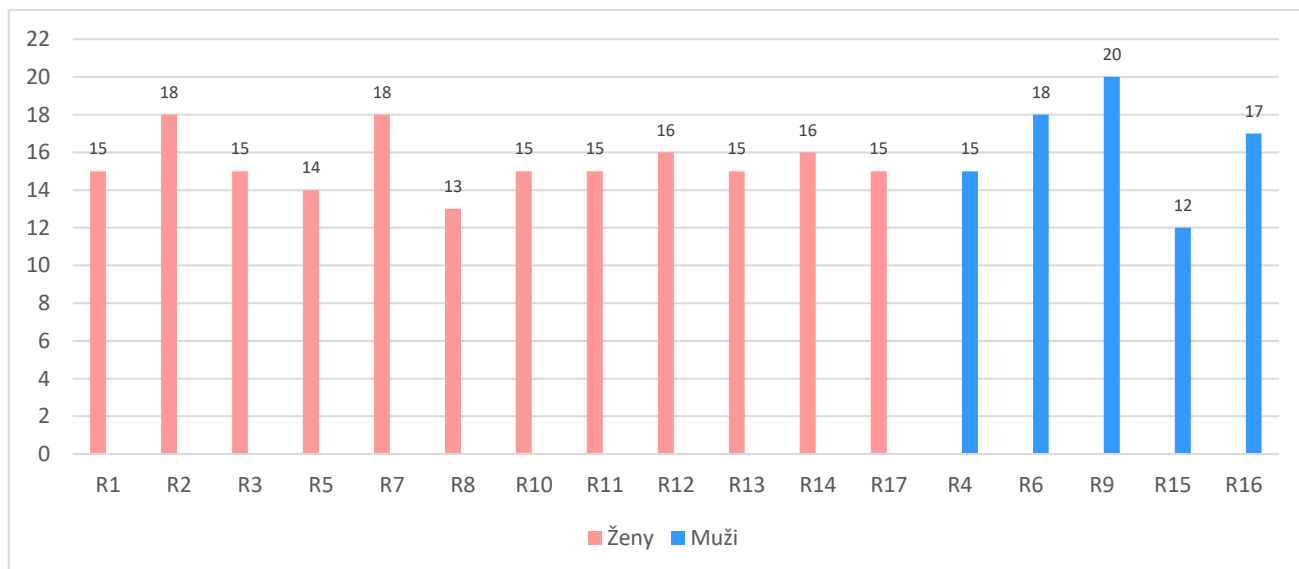
## 7.2.1 Vyhodnocení jednotlivých proměnných

### 1. proměnná – Závažnost nemoci

1. proměnná zjišťuje závažnost nemoci. Je sestavena ze 4 otázek (1, 2, 3 a 11) – viz tabulka č. 7. Respondenti mohli minimálně získat 4 body a maximálně 20 bodů. Čím je vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacienta závažnější charakter.

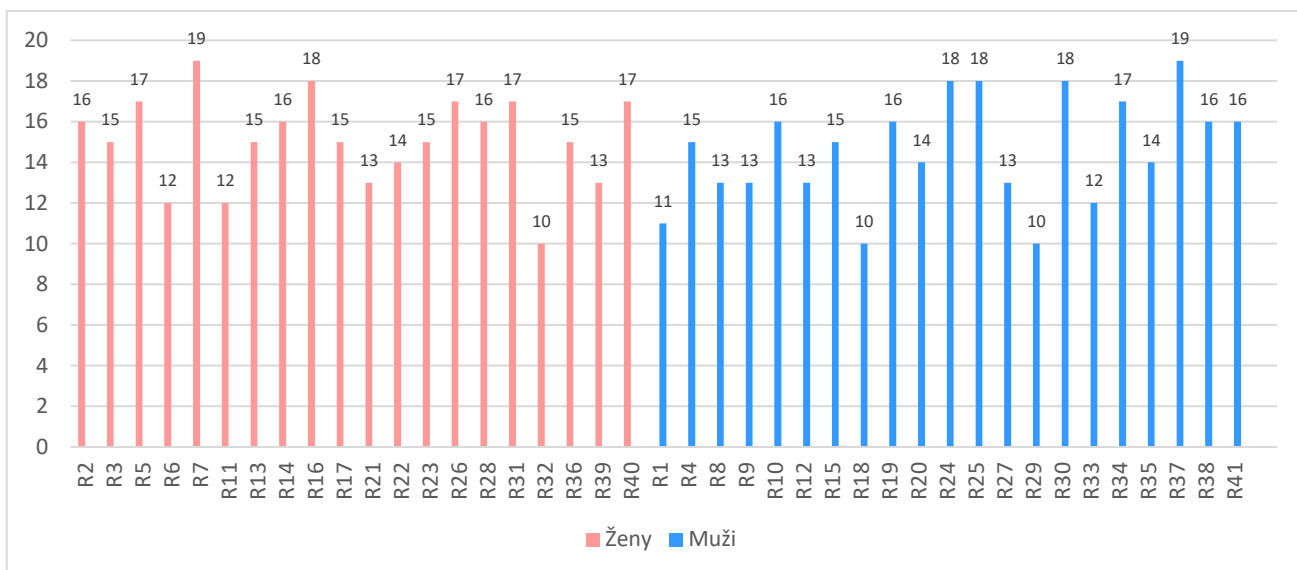
Závažnost nemoci	
Otázka č. 1	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu.
Otázka č. 2	Moje nemoc je asi závažná.
Otázka č. 3	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život.
Otázka č. 11	Můj zdravotní stav se časem zlepší.

Tabulka č. 7: Závažnost nemoci



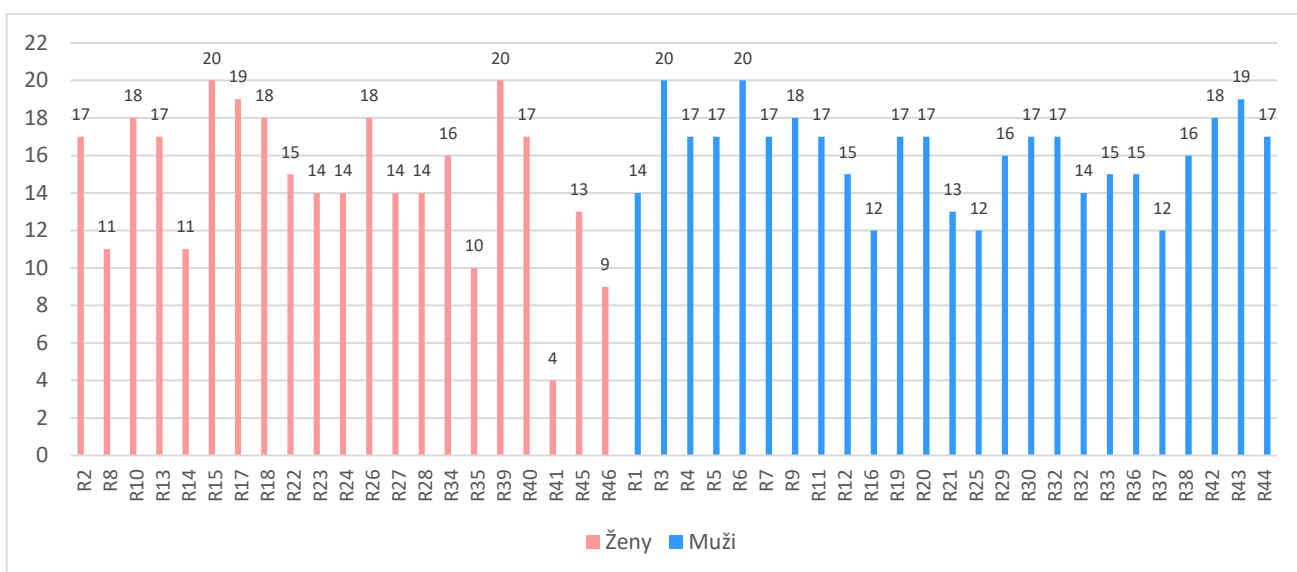
Graf č. 89: Závažnost nemoci – ženy a muži (ON Jičín)

**Komentář:** Ze všech respondentů z ON Jičín Crohnovu chorobu závažně vnímá 83letá žena (R2 – 18 bodů), 50letá žena (R7 – 18 bodů) a 55letý muž (R9 – 20 bodů). Naopak nejméně závažně vnímá onemocnění 45letá žena (R8 – 13 bodů) a 42letý muž (R15 – 12 bodů).



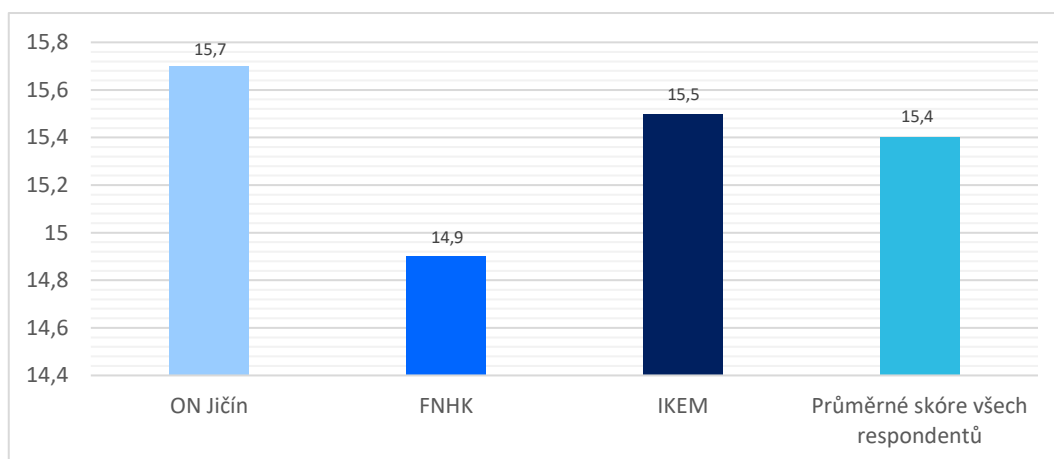
Graf č. 90: Závažnost nemoci – ženy a muži (FNHK)

**Komentář:** Ze všech respondentů z FNHK nejzávažněji Crohnovu chorobu vnímá 74letá žena (R7 – 19 bodů) a 23letý muž (R37 – 19 bodů). Naopak nejméně závažně vnímá onemocnění 53letá žena (R32 – 10 bodů), 21letý muž (R18 – 10 bodů) a 19letý muž (R29 – 10 bodů).



Graf č. 91: Závažnost nemoci – ženy a muži (IKEM)

**Komentář:** Ze všech respondentů z IKEM nejzávažněji Crohnovu chorobu vnímá 35letá žena (R15 – 20 bodů), 60letá žena (R39 – 20 bodů), 53letý muž (R3 – 20 bodů) a 47letý muž (R6 – 20 bodů). Naopak nejméně závažně vnímá onemocnění 30letá žena (R41 – 4 body), 38letý muž (R16 – 12 bodů), 60letý muž (R25 – 12 bodů) a 31letý muž (R37 – 12 bodů).



**Graf č. 92:** Závažnost nemoci (průměrné skóre)

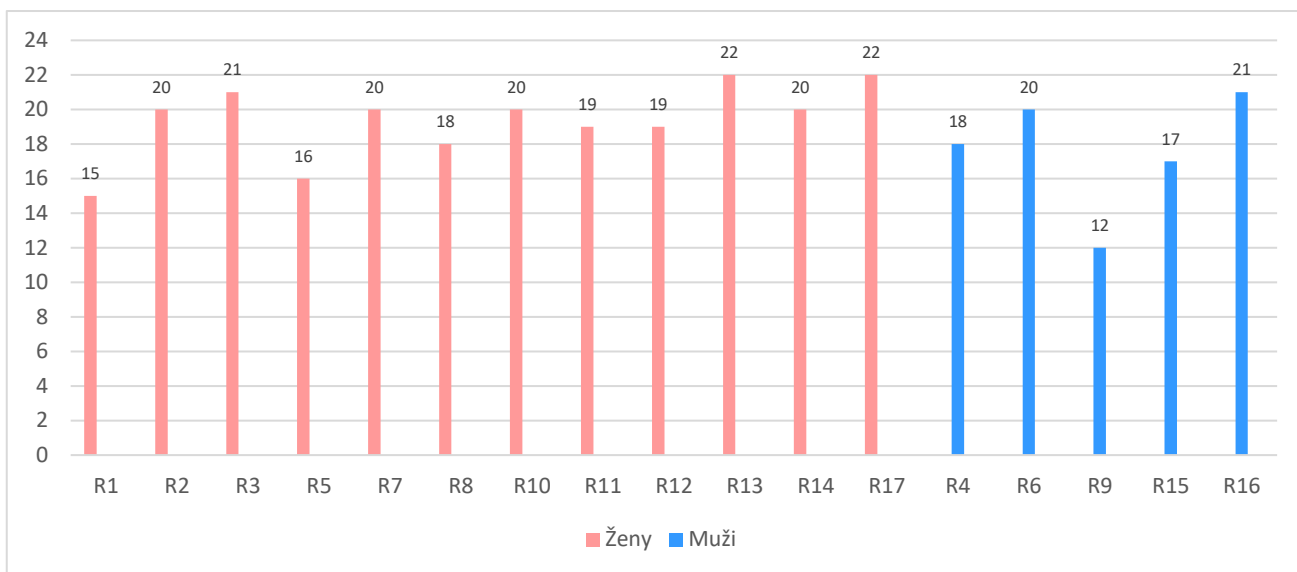
**Komentář:** Respondenti z ON Jičín dosáhli průměrného skóre **15,7 bodů**, z FNHK získali **14,9 bodů** a z IKEM **15,5 bodů**. Průměrné skóre všech respondentů bylo **15,4 bodů** z 20 bodů.

## 2. proměnná – Možnost ovlivnění nemoci

2. proměnná zjišťuje možnost ovlivnění nemoci. Je sestavena z 5 otázek (5, 8, 9, 10 a 19) – viz tabulka č. 8. Respondenti mohli minimálně získat 5 bodů a maximálně 25 bodů. Čím je vyšší skóre, tím je onemocnění pro pacienta lépe ovlivnitelné.

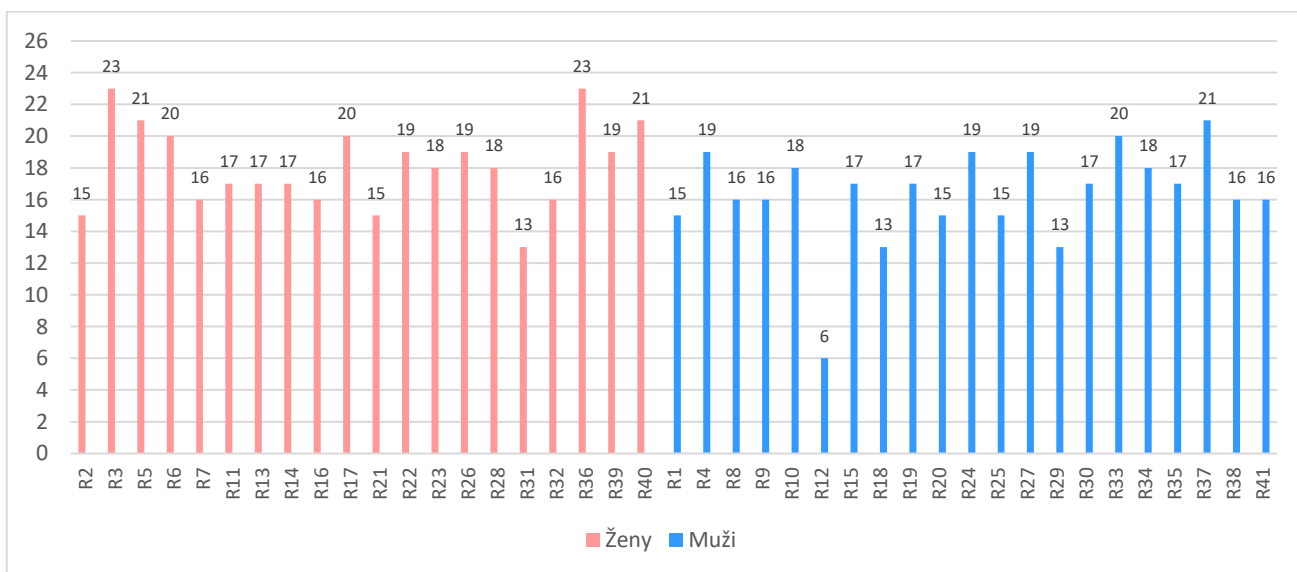
Možnost ovlivnění nemoci	
Otázka č. 5	S touthle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra.
Otázka č. 8	Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci.
Otázka č. 9	Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá.
Otázka č. 10	Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc.
Otázka č. 19	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech.

**Tabulka č. 8:** Možnost ovlivnění nemoci



**Graf č. 93:** Možnost ovlivnění nemoci – ženy a muži (ON Jičín)

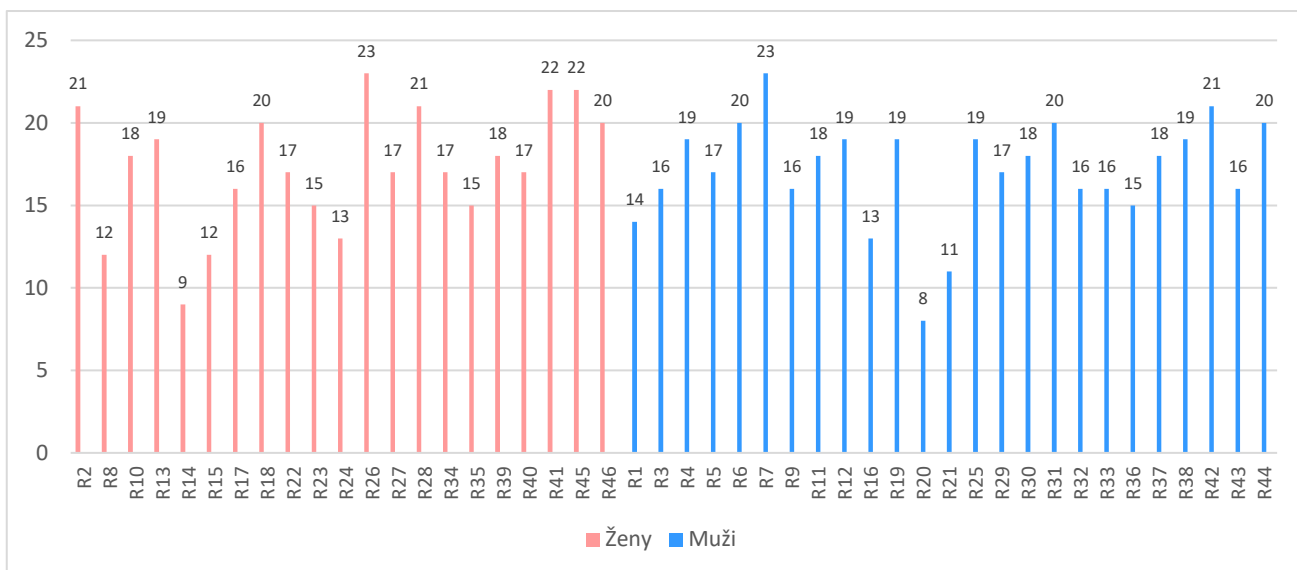
**Komentář:** Ze všech respondentů z ON Jičín je Crohnova choroba nejlépe ovlivnitelná pro 50letou ženu (R13 – 22 bodů), 21letou ženu (R17 – 22 bodů) a 68letého muže (R16 – 21 bodů). Nejméně ovlivnitelnou ji vnímá 40letá žena (R1 – 15 bodů) a 55letý muž (R9 – 12 bodů).



**Graf č. 94:** Možnost ovlivnění nemoci – ženy a muži (FNHK)

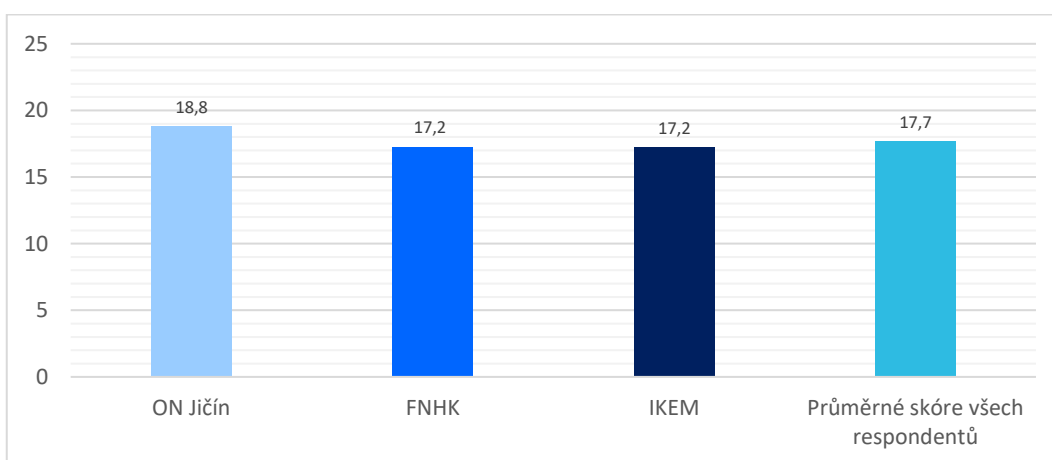
**Komentář:** Ze všech respondentů z FNHK je Crohnova choroba nejlépe ovlivnitelná pro 41letou ženu (R3 – 23 bodů), 72letou ženu (R36 – 23 bodů) a 45letého muže (R37 – 21 bodů). Nejméně ovlivnitelnou ji vnímá 56letá žena (R31 – 13 bodů) a 39letý muž (R12 – 6 bodů).





**Graf č. 95:** Možnost ovlivnění nemoci – ženy a muži (IKEM)

**Komentář:** Ze všech respondentů z IKEM je Crohnova choroba nejlépe ovlivnitelná pro 41letou ženu (R26 – 23 bodů) a 52letého muže (R7 – 23 bodů). Naopak nejméně ovlivnitelnou ji vnímá 47letá žena (R14 – 9 bodů) a 54letý muž (R20 – 8 bodů).



**Graf č. 96:** Možnost ovlivnění nemoci (průměrné skóre)

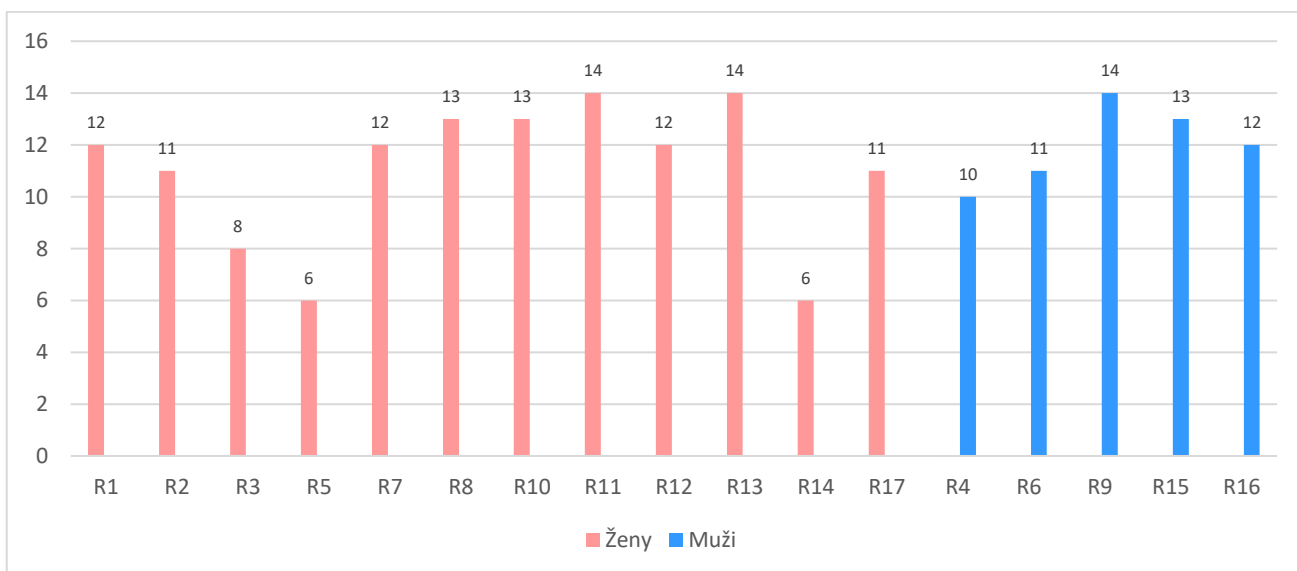
**Komentář:** Respondenti z ON Jičín dosáhli průměrného skóre **18,8 bodů**, z FNHK získali **17,2 bodů** a z IKEM **17,2 bodů**. Průměrné skóre všech respondentů bylo **17,7 bodů** z 25 bodů.

### 3. proměnná – Porozumění nemoci

3. proměnná se zabývá porozuměním nemoci. Je tvořena ze 3 otázek (12, 13 a 14) – viz tabulka č. 9. Respondenti mohli minimálně získat 3 body a maximálně 15 bodů. Čím je vyšší skóre, tím více pacient své nemoci rozumí.

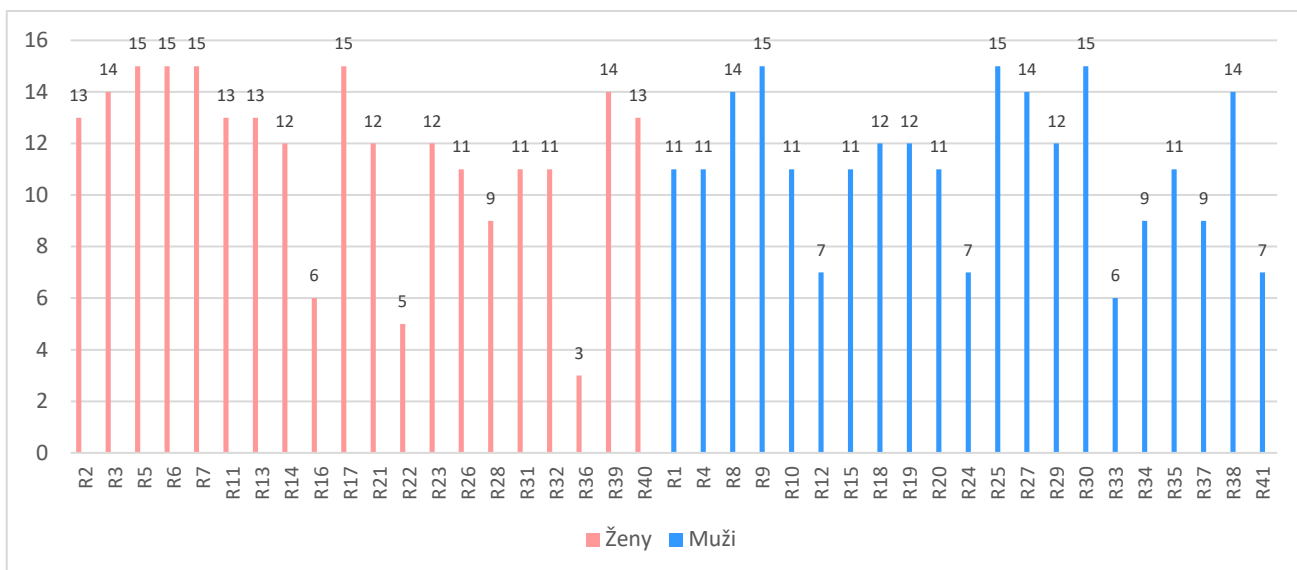
Porozumění nemoci	
Otázka č. 12	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné.
Otázka č. 13	Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím.
Otázka č. 14	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný.

Tabulka č. 9: Porozumění nemoci



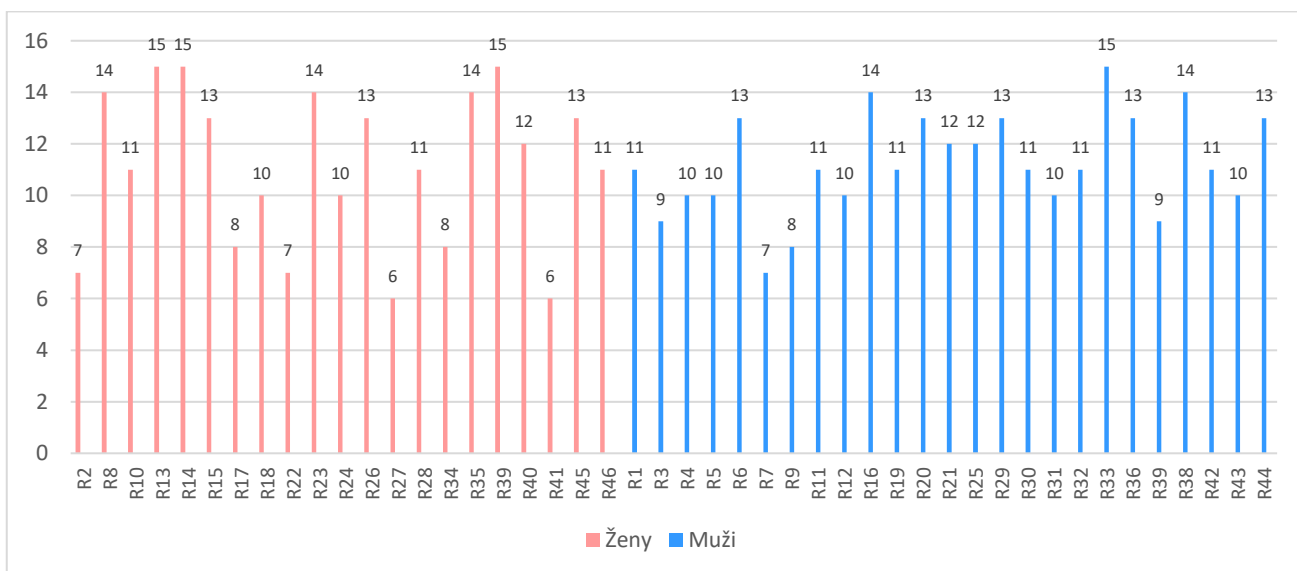
Graf č. 97: Porozumění nemoci – ženy a muži (ON Jičín)

**Komentář:** Ze všech respondentů z ON Jičín své nemoci nejlépe rozumí 71letá žena (R11 – 14 bodů), 50letá žena (R13 – 14 bodů) a 55letý muž (R9 – 14 bodů). Naopak nejméně své nemoci rozumí 49letá žena (R5 – 6 bodů), 60letá žena (R14 – 6 bodů) a 35letý muž (R4 – 10 bodů).



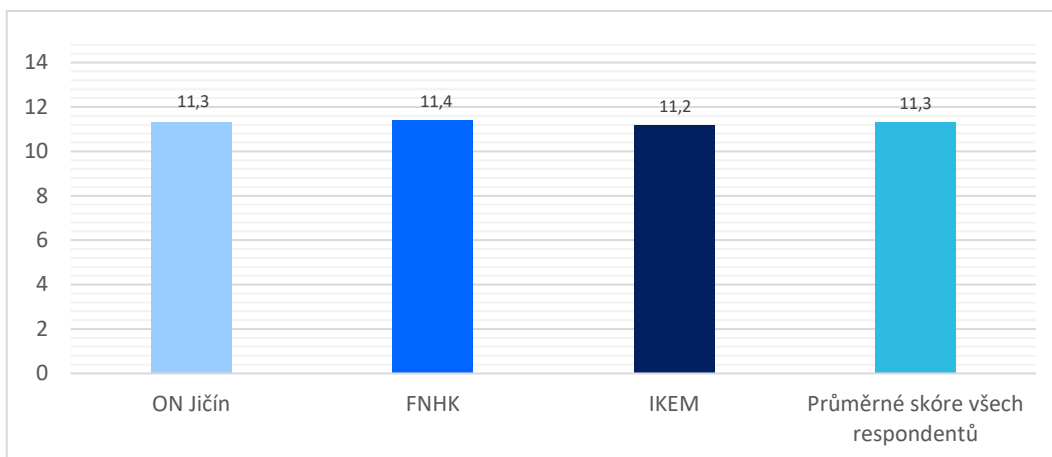
Graf č. 98: Porozumění nemoci – ženy a muži (FNHK)

**Komentář:** Ze všech respondentů z FNHK své nemoci nejlépe rozumí 43letá žena (R5 – 15 bodů), 29letá žena (R6 – 15 bodů), 74letá žena (R7 – 15 bodů), 50letá žena (R17 – 15 bodů) a 30letý muž (R9 – 15 bodů), 25letý muž (R25 – 15 bodů), 19letý muž (R30 – 15 bodů). Naopak nejméně své nemoci rozumí 72letá žena (R36 – 3 body) a 34letý muž (R33 – 6 bodů).



Graf č. 99: Porozumění nemoci – ženy a muži (IKEM)

**Komentář:** Ze všech respondentů z IKEM své nemoci nejlépe rozumí 37letá žena (R13 – 15 bodů), 47letá žena (R14 – 15 bodů), 60letá žena (R39 – 15 bodů) a 37letý muž (R33 – 15 bodů). Naopak nejméně své nemoci rozumí 29letá žena (R27 – 6 bodů), 30letá žena (R41 – 6 bodů) a 52letý muž (R7 – 7 bodů).



**Graf č. 100:** Porozumění nemoci (průměrné skóre)

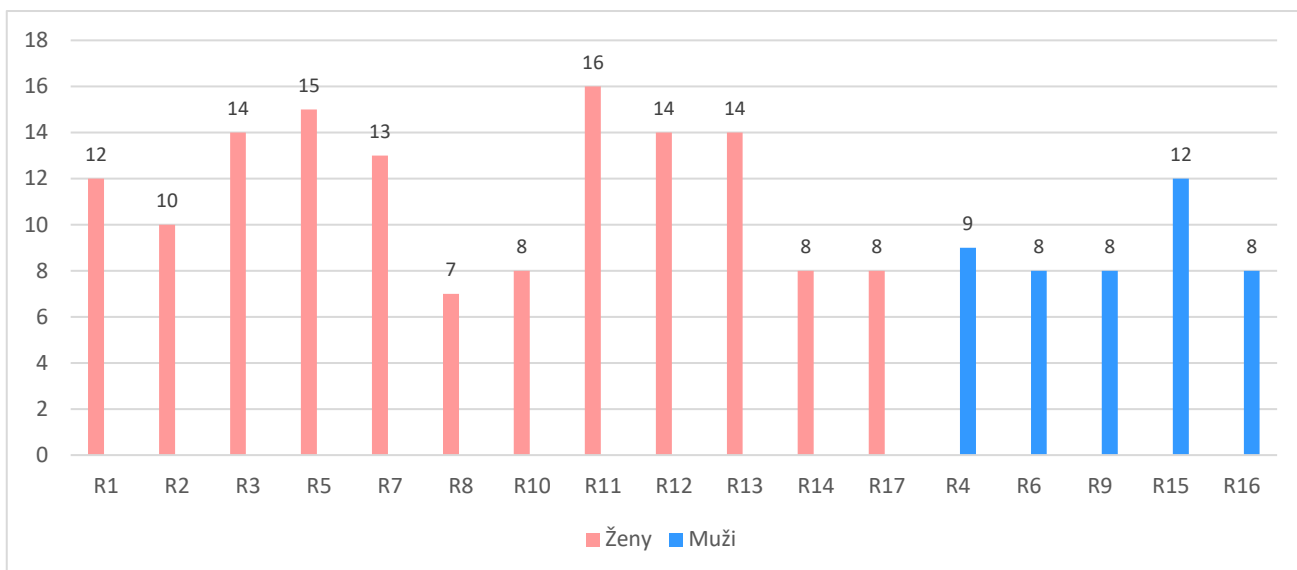
**Komentář:** Respondenti z ON Jičín dosáhli průměrného skóre **11,3 bodů**, z FNHK získali **11,4 bodů** a z IKEM **11,2 bodů**. Průměrné skóre všech respondentů bylo **11,3 bodů** z 15 bodů.

#### 4. proměnná – Negativní emoce

4. proměnná se zabývá negativními emocemi. Tvoří ji 4 otázky (15, 16, 17 a 18) – viz tabulka č. 10. Respondenti mohli minimálně získat 4 body a maximálně 20 bodů. Čím je vyšší skóre, tím hůře pacient onemocnění prožívá.

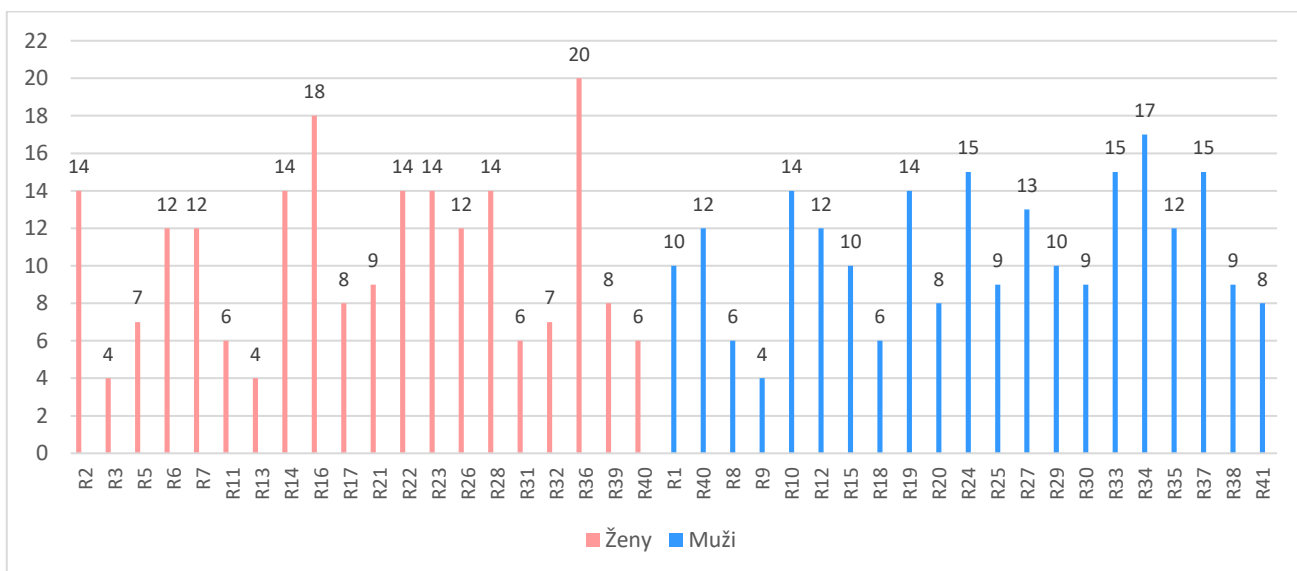
Negativní emoce	
Otázka č. 15	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada.
Otázka č. 16	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek.
Otázka č. 17	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti.
Otázka č. 18	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy.

**Tabulka č. 10:** Negativní emoce



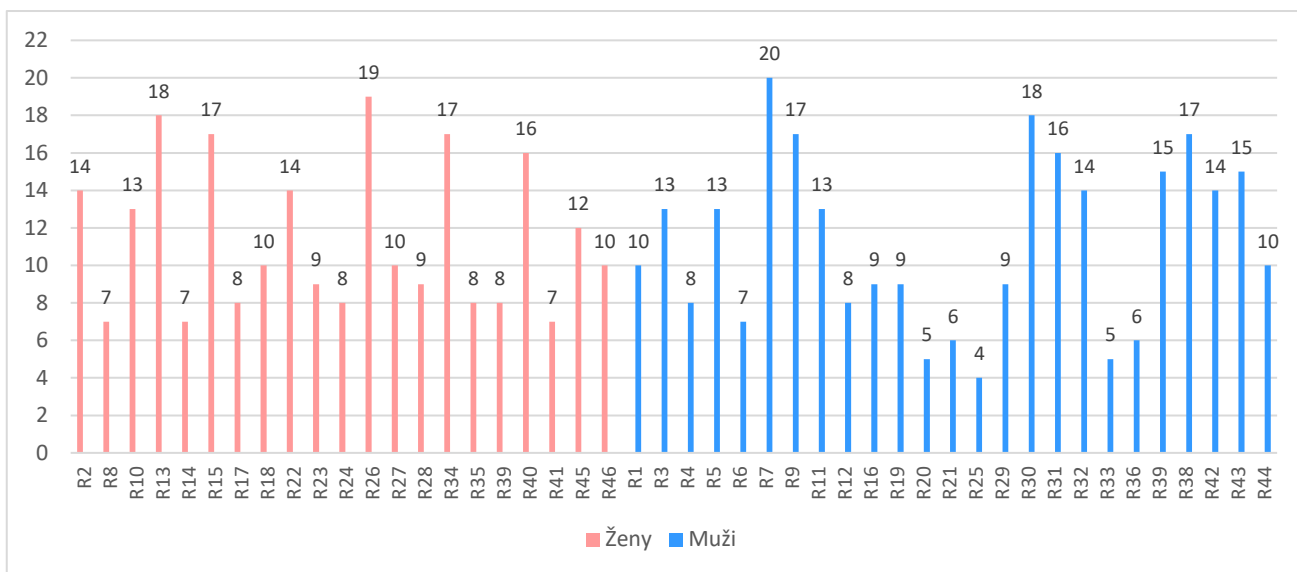
**Graf č. 101:** Negativní emoce – ženy a muži (ON Jičín)

**Komentář:** Ze všech respondentů z ON Jičín nejhůře své onemocnění prožívá 71letá žena (R11 – 16 bodů) a 42letý muž (R15 – 12 bodů). Naopak nejméně prožívá své onemocnění 45letá žena (R8 – 7 bodů) a 47letý muž (R6 – 8 bodů), 55letý muž (R9 – 8 bodů), 68letý muž (R16 – 8 bodů).



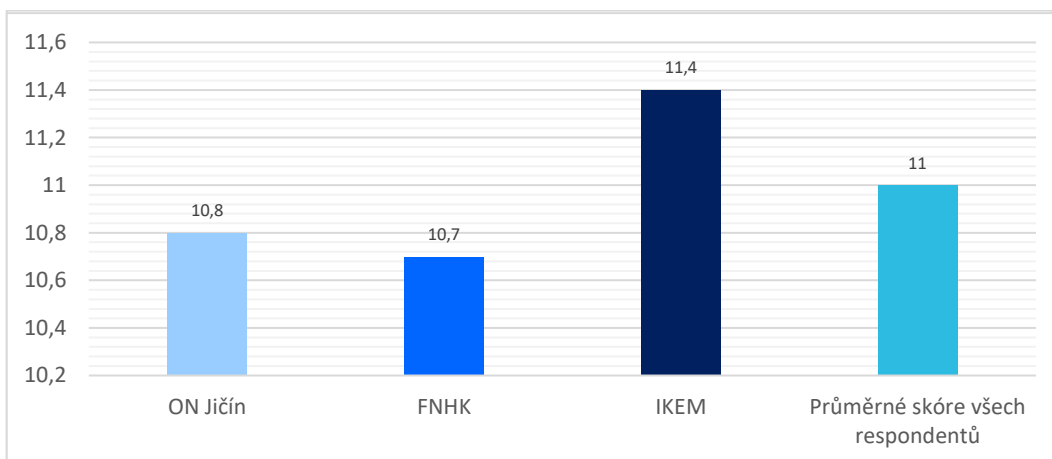
**Graf č. 102:** Negativní emoce – ženy a muži (FNHK)

**Komentář:** Ze všech respondentů z FNHK nejhůře své onemocnění prožívá 72letá žena (R36 – 20 bodů) a 42letý muž (R34 – 17 bodů). Naopak nejméně prožívá své onemocnění 51letá žena (R3 – 4 body), 26letá žena (R13 – 4 body) a 30letý muž (R9 – 4 body).



Graf č. 103: Negativní emoce – ženy a muži (IKEM)

**Komentář:** Ze všech respondentů z IKEM nejhůře prožívá své onemocnění 41letá žena (R26 – 19 bodů) a 52letý muž (R7 – 20 bodů). Naopak nejméně prožívá své onemocnění 45letá žena (R8 – 7 body), 47letá žena (R14 – 7 body), 30letá žena (R41 – 7 bodů) a 60letý muž (R25 – 4 body).



Graf č. 104: Negativní emoce (průměrné skóre)

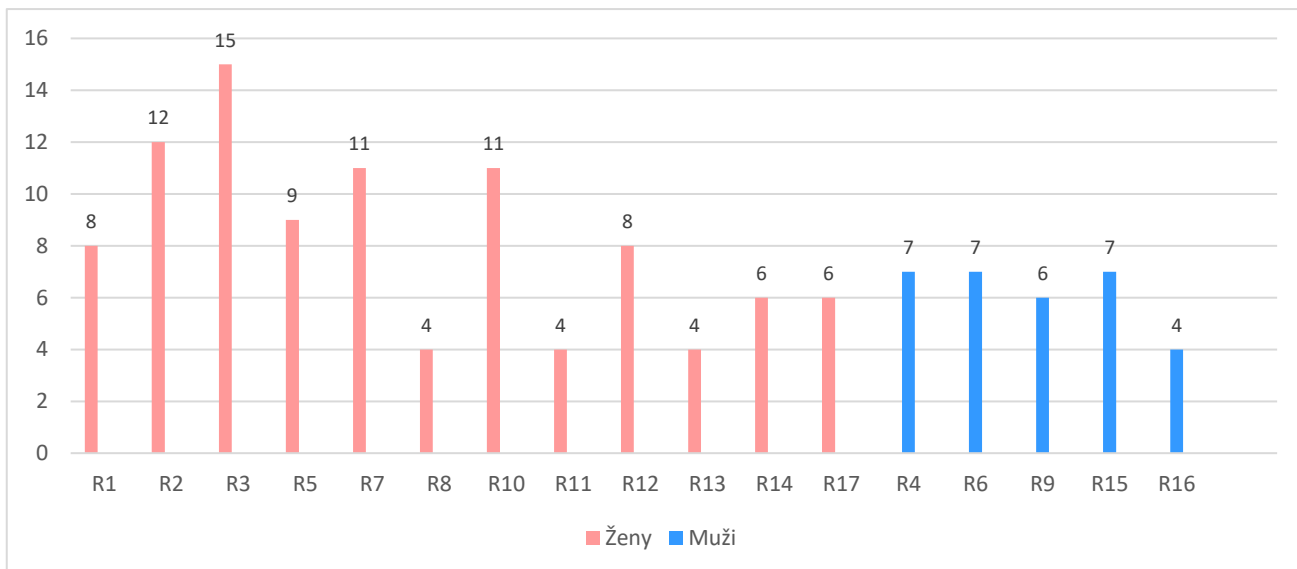
**Komentář:** Respondenti z ON Jičín dosáhli průměrného skóre **10,8 bodů**, z FNHK získali **10,7 bodů** a z IKEM **11,4 bodů**. Průměrné skóre všech respondentů bylo **11,0 bodů** z 20 bodů.

## 5. proměnná – Sociální dopady nemoci

5. proměnná zjišťuje sociální dopady nemoci. Tvoří ji 4 otázky (4, 6, 7 a 20) – viz tabulka č. 11. Respondenti mohli minimálně získat 4 body a maximálně 20 bodů. Čím je vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacienta větší sociální dopady.

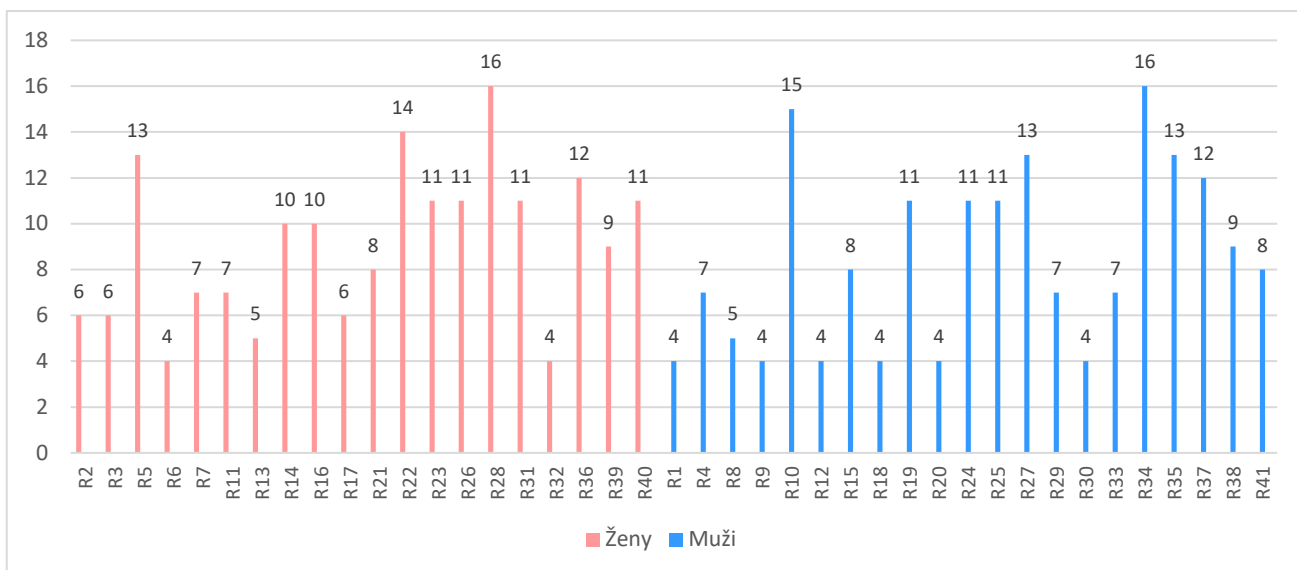
Sociální dopady nemoci	
Otázka č. 4	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé.
Otázka č. 6	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady.
Otázka č. 7	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým.
Otázka č. 20	Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život.

Tabulka č. 11: Sociální dopady nemoci



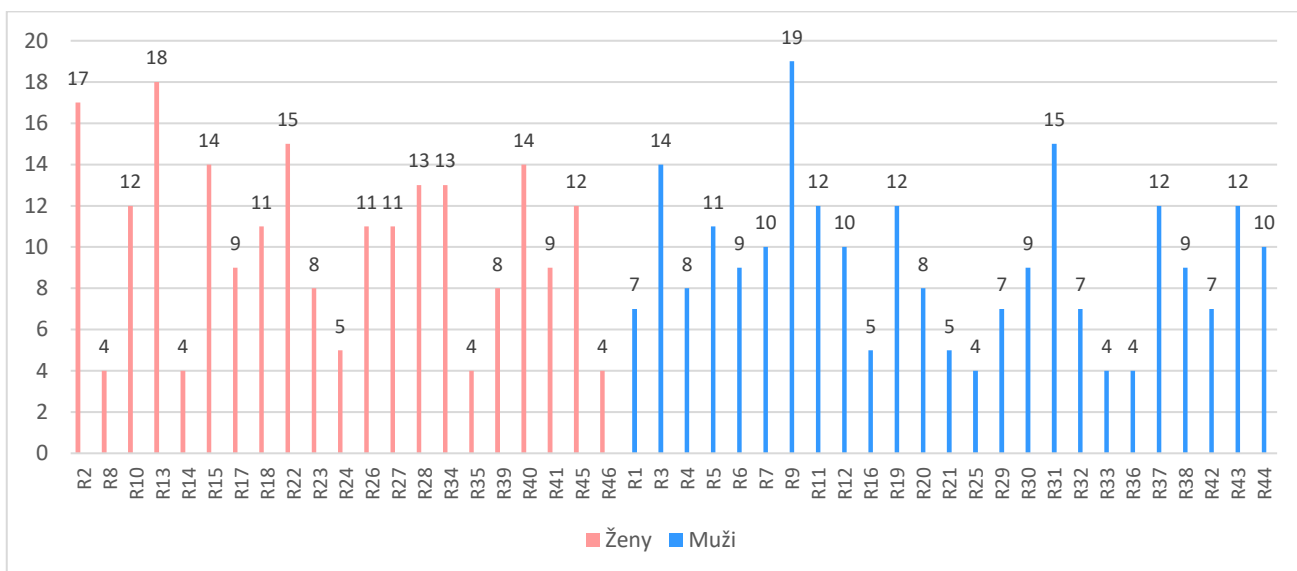
Graf č. 105: Sociální dopady nemoci – ženy a muži (ON Jičín)

**Komentář:** Z všech respondentů z ON Jičín mělo onemocnění největší sociální dopady pro 51letou ženu (R3 – 15 bodů) a pro 35letého muže (R4 – 7 bodů), 47letého muže (R6 – 7 bodů), 42letého muže (R15 – 7 bodů). Naopak nejmenší sociální dopady měla 45letá žena (R8 – 4 body), 71letá žena (R11 – 4 body), 50letá žena (R13 – 4 body) a 68letý muž (R16 – 4 body).



**Graf č. 106:** Sociální dopady nemoci – ženy a muži (FNHK)

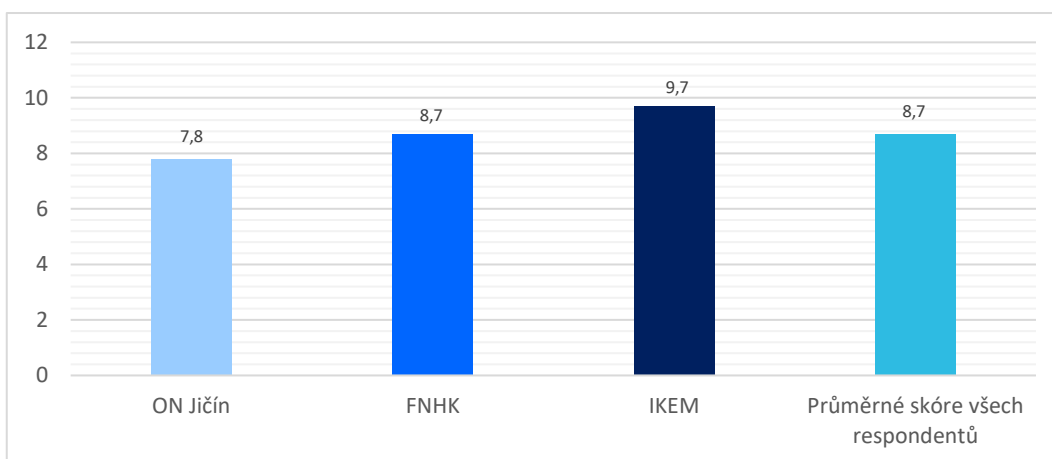
**Komentář:** Z všech respondentů z FNHK mělo onemocnění největší sociální dopady pro 42letou ženu (R28 – 16 bodů) a pro 42letého muže (R34 – 16 bodů). Naopak nejmenší sociální dopady měla 29letá žena (R6 – 4 body), 53letá žena (R32 – 4 body) a 63letý muž (R1 – 4 body), 30letý muž (R9 – 4 body), 39letý muž (R12 – 4 body), 21letý muž (R18 – 4 body), 46letý muž (R20 – 4 body), 19letý muž (R30 – 4 body).



**Graf č. 107:** Sociální dopady nemoci – ženy a muži (IKEM)

**Komentář:** Z všech respondentů z IKEM mělo onemocnění největší sociální dopady pro 37letou ženu (R13 – 18 bodů) a pro 41letého muže (R9 – 19 bodů). Naopak nejmenší sociální dopady měla 45letá žena (R8 – 4 body), 47letá žena (R14 – 4 body), 25letá žena (R35 – 4 body), 49letá žena (R46 – 4 body) a 60letý muž (R25 – 4 body), 37letý muž (R33 – 4 body), 20letý muž (R36 – 4 body).

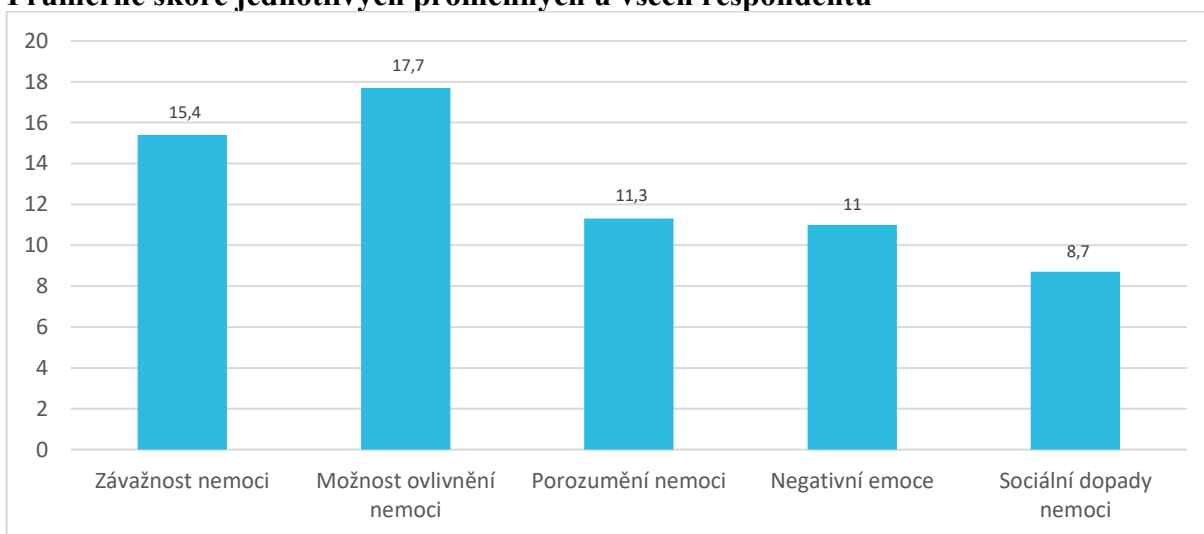




**Graf č. 108:** Sociální dopady nemoci (průměrné skóre)

**Komentář:** Respondenti z ON Jičín dosáhli průměrného skóre **7,8 bodů**, z FNHK získali **8,7 bodů** a z IKEM **9,7 bodů**. Průměrné skóre všech respondentů bylo **8,7 bodů** z 15 bodů.

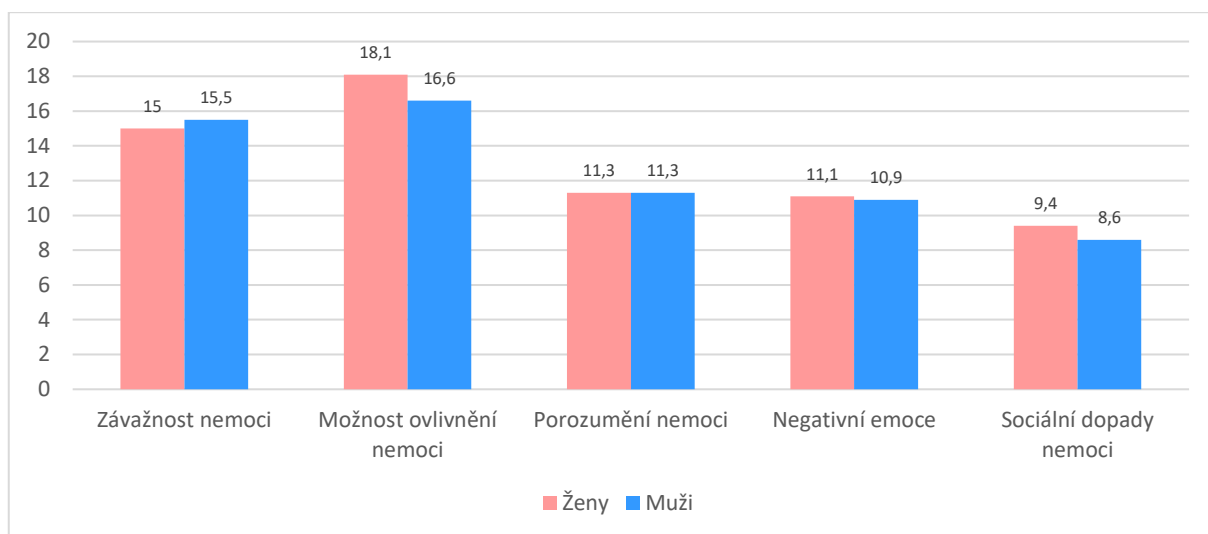
#### Průměrné skóre jednotlivých proměnných u všech respondentů



**Graf č. 109:** Průměrné skóre jednotlivých proměnných

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů bylo průměrně dosaženo v 1. proměnné **15,4 bodů** z možných 20 bodů, ve druhé proměnné **17,7 bodů** z 25 bodů, ve třetí proměnné **11,3 bodů** z 15 bodů, ve čtvrté proměnné **11,0 bodů** z 20 bodů a v páté proměnné **8,7 bodů** z 20 bodů. Dle výsledků 1. proměnné bylo zjištěno, že pacienti s Crohnovou chorobou vnímají své onemocnění velmi závažně. Podle 2. proměnné se dozvídáme, že onemocnění je u pacientů možné ovlivnit. Výsledek 3. proměnné vypovídá o tom, že dotázaní svému onemocnění zcela nerozumí. Dle 4. proměnné můžeme usuzovat, že negativní emoce pacienti prožívají středně. V 5. proměnné se ukázalo, že Crohnova choroba má malé sociální dopady na nemocné.

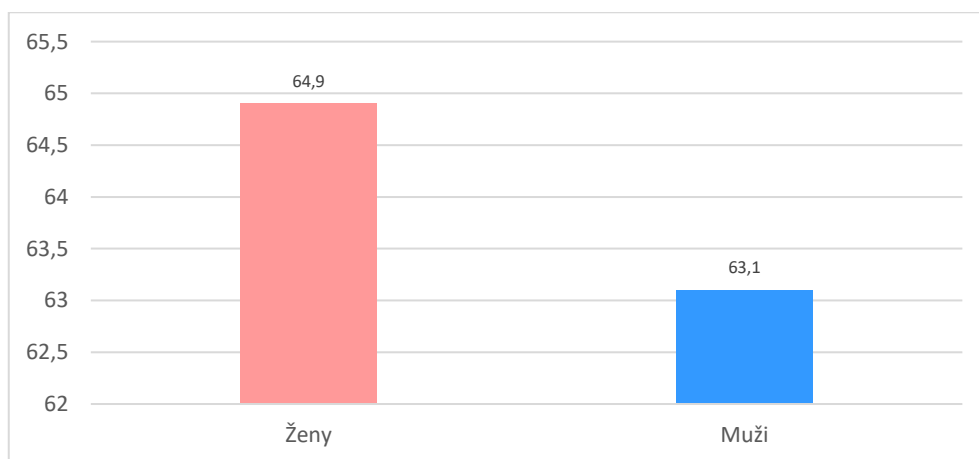
## Průměrné skóre jednotlivých proměnných a jeho srovnání mezi muži a ženami



Graf č. 110: Srovnání průměrného skóre jednotlivých proměnných mezi muži a ženami

**Komentář:** Ukázalo se, že ve vnímání, prožívání a hodnocení Crohnovy choroby jsou patrné rozdíly mezi muži a ženami. Crohnovu chorobu závažněji prožívají muži (**15,5 bodů**) oproti ženám (**15 bodů**). Lépe ovlivnitelné je onemocnění pro ženy (**18,1 bodů**) než muže (**18,6 bodů**). Svoji nemoci rozumí ženy i muži na stejné úrovni (**11,3 bodů**). Negativní emoce spojené s Crohnovou chorobou více vnímají ženy (**11,1 bodů**) oproti mužům (**10,9 bodů**). Sociální dopady nemoci jsou větší pro ženy (**9,4 bodů**) než muže (**8,6 bodů**).

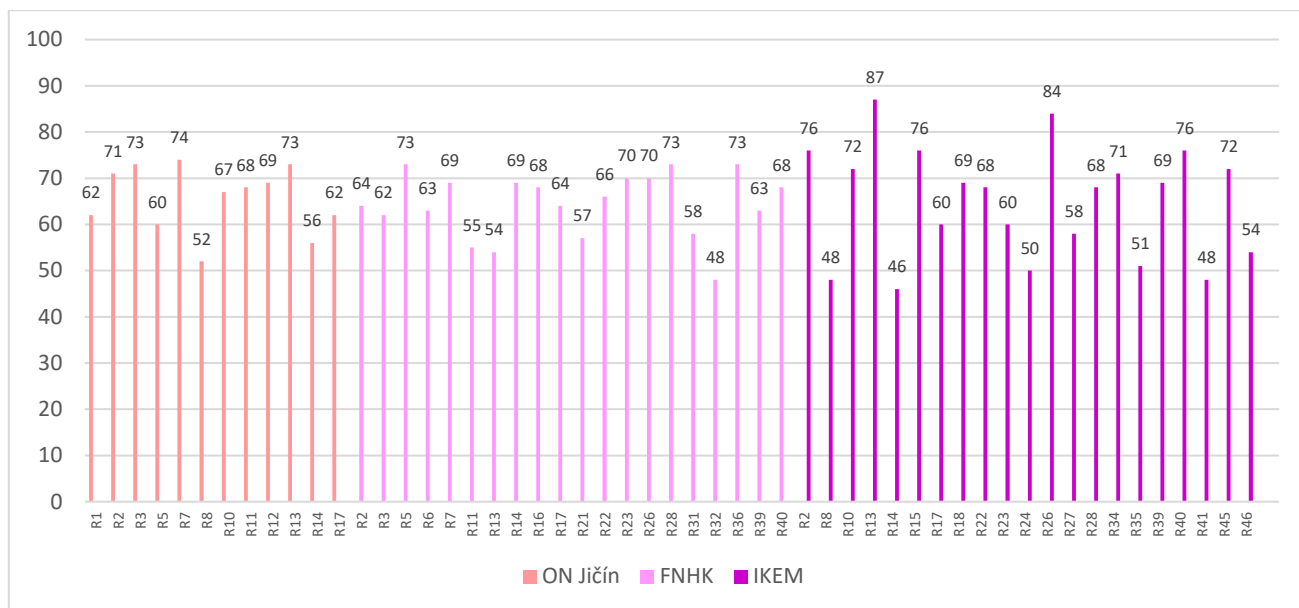
## Srovnání celkového průměrného skóre mezi muži a ženami



Graf č. 111: Srovnání celkového průměrného skóre mezi muži a ženami

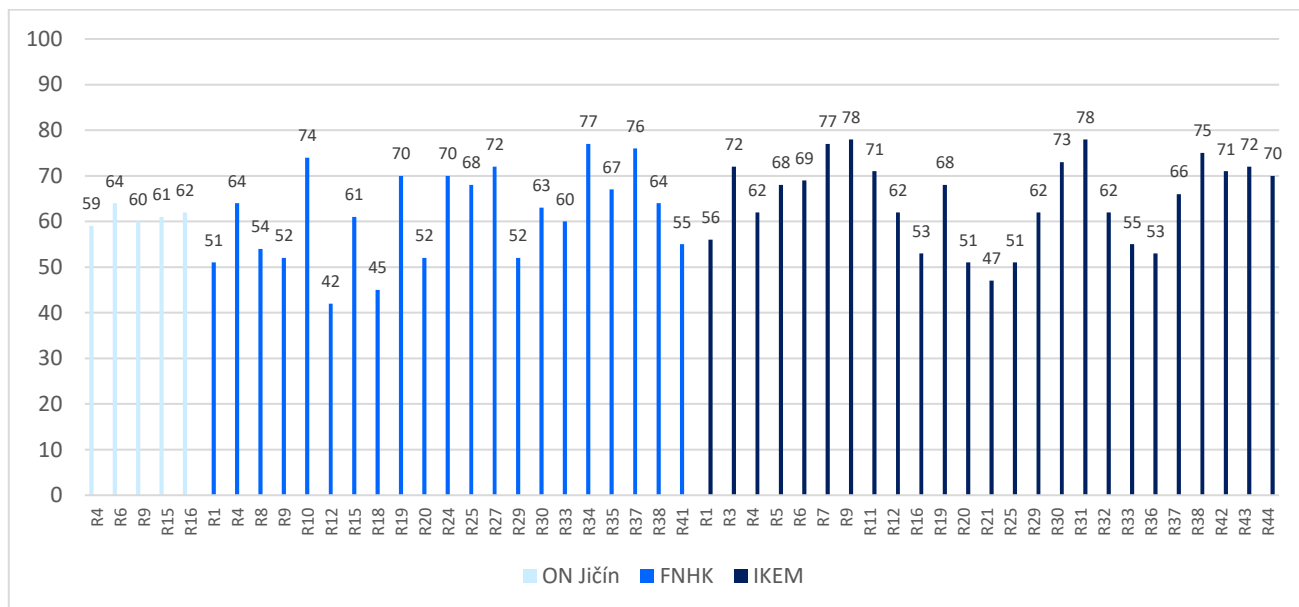
**Komentář:** Srovnání celkového průměrného skóre mezi muži a ženami se liší. Ženy dosáhly průměrného skóre **64,9 bodů** a muži **63,1 bodů**. Z grafu vyplývá, že Crohnova choroba je pro pacienty vnímána středně závažně, a tudíž je potřeba edukovat v konkrétních oblastech.

## Celkové skóre a srovnání jeho průměrných hodnot mezi pohlavími



Graf č. 112: Celkové skóre - ženy

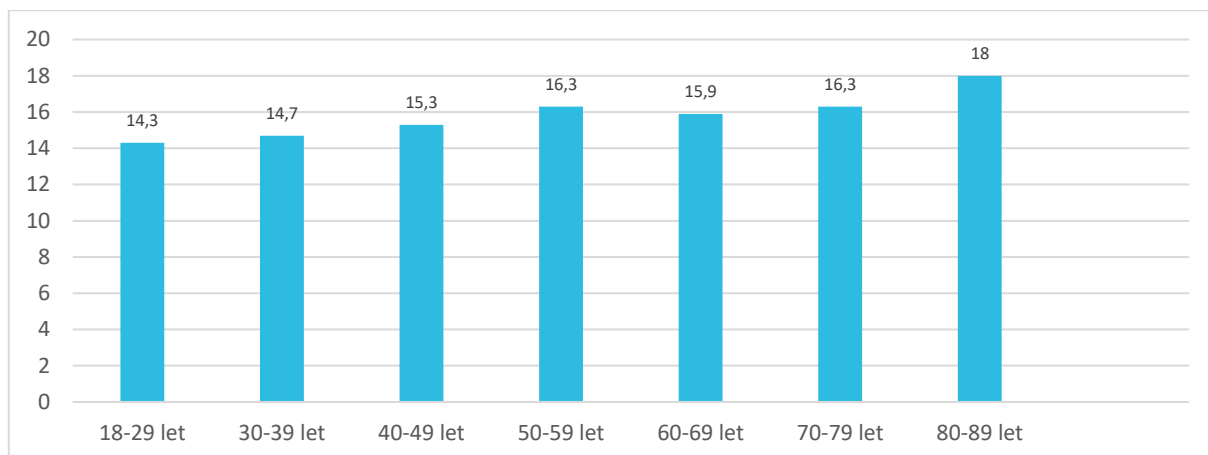
**Komentář:** Z celkového počtu 53 žen dosáhla nejvyššího skóre 37letá žena (R13) z IKEM s **87 body** a nejnižší skóre získala 47letá žena (R14) z IKEM se **46 body**.



Graf č. 113: Celkové skóre - muži

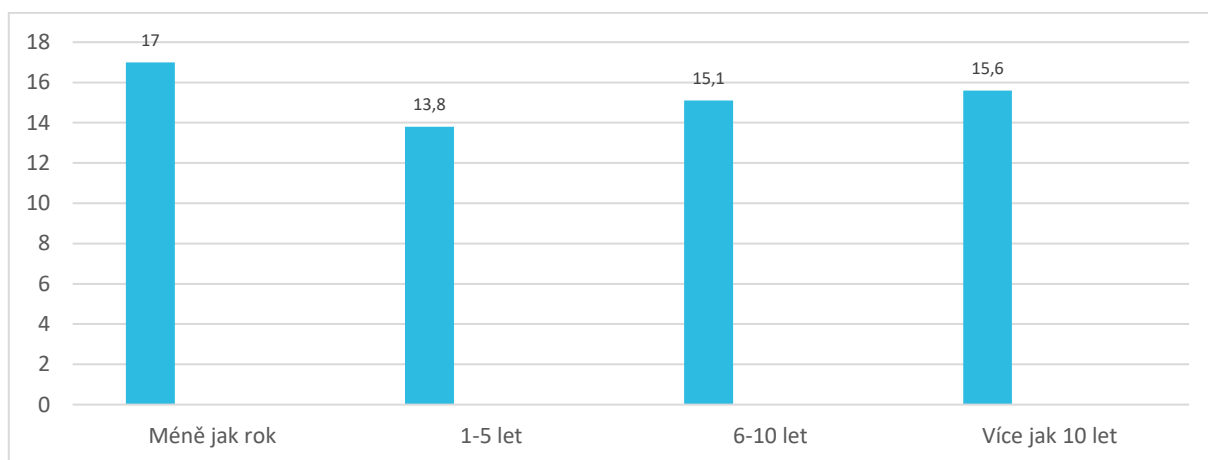
**Komentář:** Z celkového počtu 51 mužů dosáhli nejvyššího skóre dva muži z IKEM, 41letý (R9) a 40letý (R31) se **78 body**. Nejnižší skóre získal 25letý muž (R12) z FNHK se **42 body**.

## Výsledky jednotlivých proměnných v závislosti na sociodemografických údajích



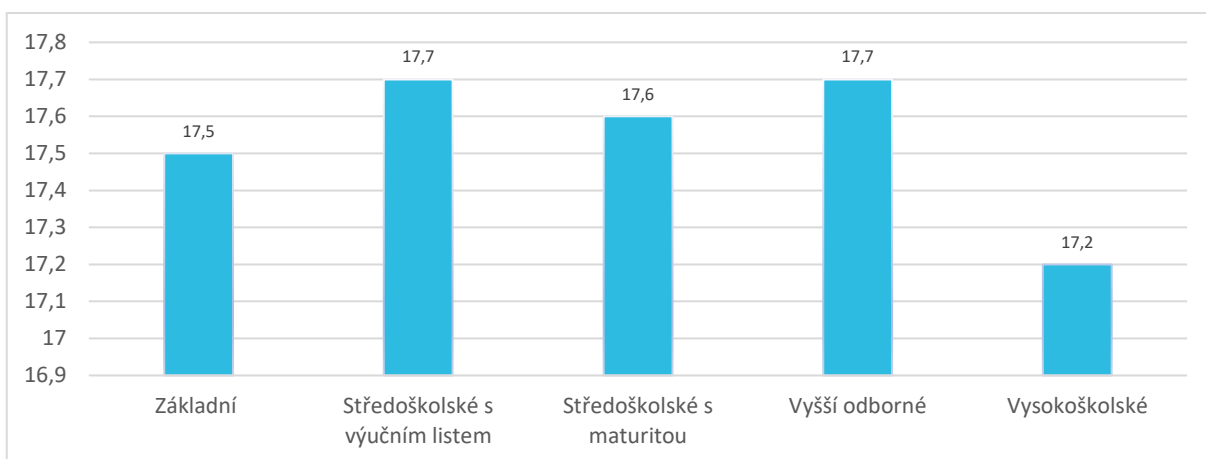
Graf č. 114: Závažnost nemoci v závislosti na věku

**Komentář:** Respondenti ve věku 18–29 let získali **14,3 bodů**, ve věku 30–39 let získali **14,7 bodů**, ve věku 40–49 let získali **15,3 bodů**, ve věku 50–59 let získali **16,3 bodů**, ve věku 60–69 let získali **15,9 bodů**, ve věku 70–79 let **16,3 bodů** a ve věku 80–89 let **18 bodů**. Z grafu vyplývá, že s přibývajícím věkem je tendence vnímání tohoto onemocnění závažnější.



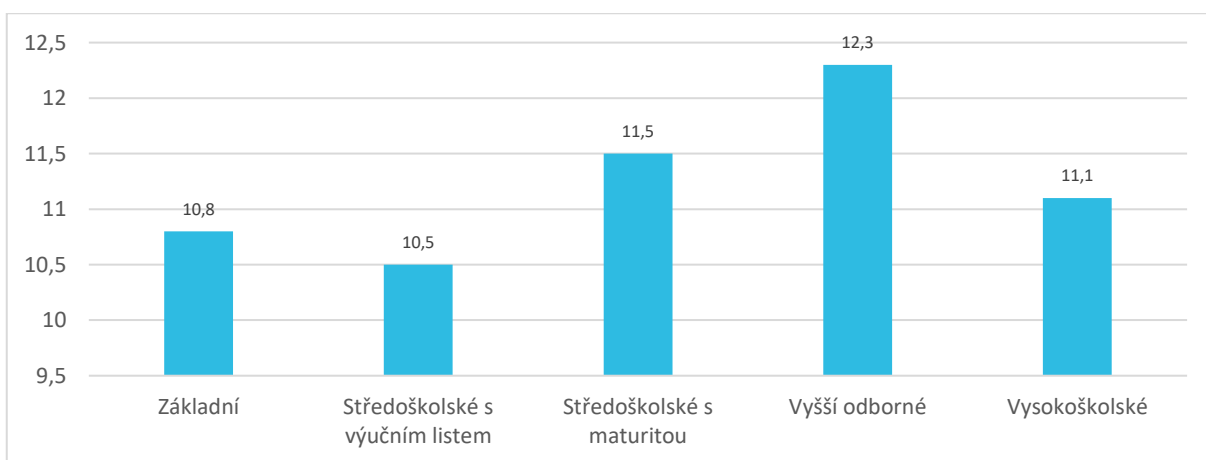
Graf č. 115: Závažnost nemoci v závislosti na době od diagnostiky

**Komentář:** Respondenti, u kterých je doba od diagnostiky Crohnovy choroby méně jak rok získali **17 bodů**. Respondenti v období 1–5 let od diagnostiky dosáhli **13,8 bodů**, v období 6–10 let od diagnostiky získali **15,1 bodů** a respondenti diagnostikovaní před více jak 10 lety získali **15,6 bodů**. Z grafu vyplývá, že respondenti s dobou od diagnostiky méně jak 1 rok vnímají své onemocnění nejzávažněji. Naopak u respondentů v období 1–5 let od diagnostiky je vnímána nejmenší závažnost nemoci. Ukázalo se, že u respondentů s dobou od diagnostiky 6–10 let a více jak 10 let se opět vnímání nemoci zhoršuje.



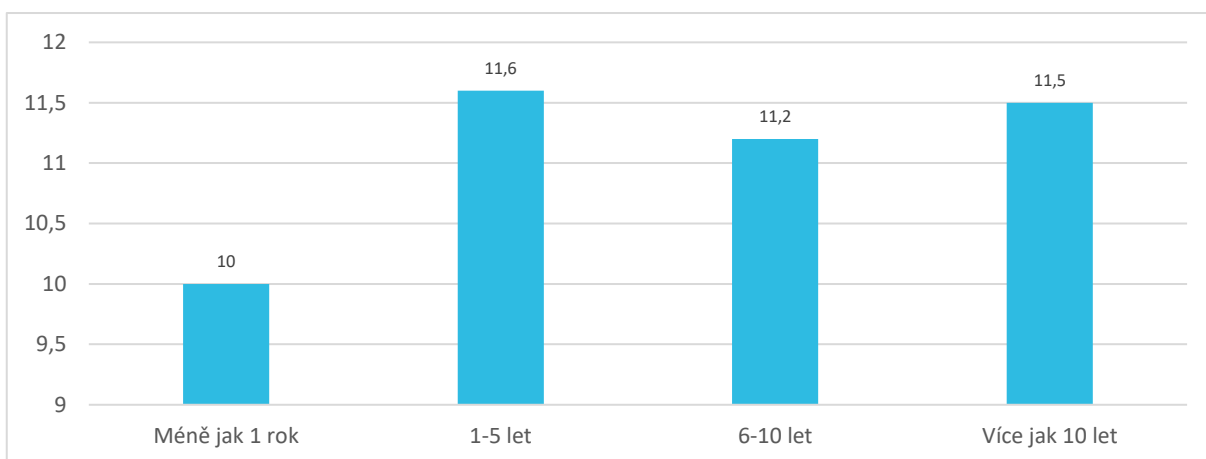
**Graf č. 116:** Možnost ovlivnění v závislosti na vzdělání

**Komentář:** Respondenti se základním vzděláním získali **17,5 bodů**, se středoškolským s výučním listem **17,7 bodů**, se středoškolským s maturitou **17,6 bodů**, s vyšším odborným **17,7 bodů** a s vysokoškolským **17,2 bodů**. Z grafu vyplývá, že nejlépe mohou svou nemoc ovlivnit respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem a vyšším odborným vzděláním. Naopak u respondentů s vysokoškolským vzděláním je možnost ovlivnění nejmenší.



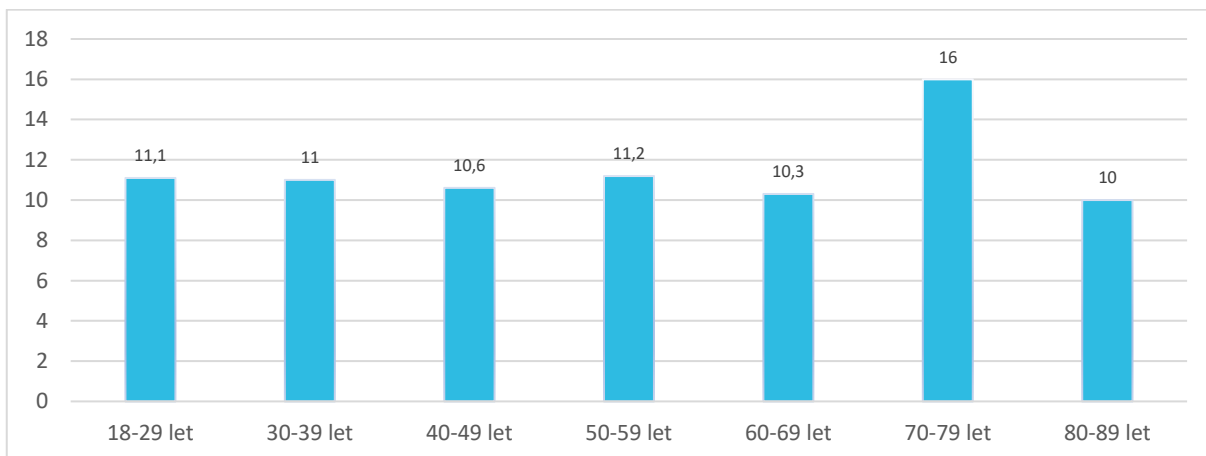
**Graf č. 117:** Porozumění nemoci v závislosti na vzdělání

**Komentář:** Respondenti se základním vzděláním získali **10,8 bodů**, se středoškolským s výučním listem **10,5 bodů**, se středoškolským s maturitou **11,5 bodů**, s vyšším odborným **12,3 bodů** a s vysokoškolským **11,1 bodů**. Z grafu vyplývá, že svému onemocnění nejlépe rozumí respondenti s vyšším odborným vzděláním. Naopak respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem chápou své onemocnění nejméně.



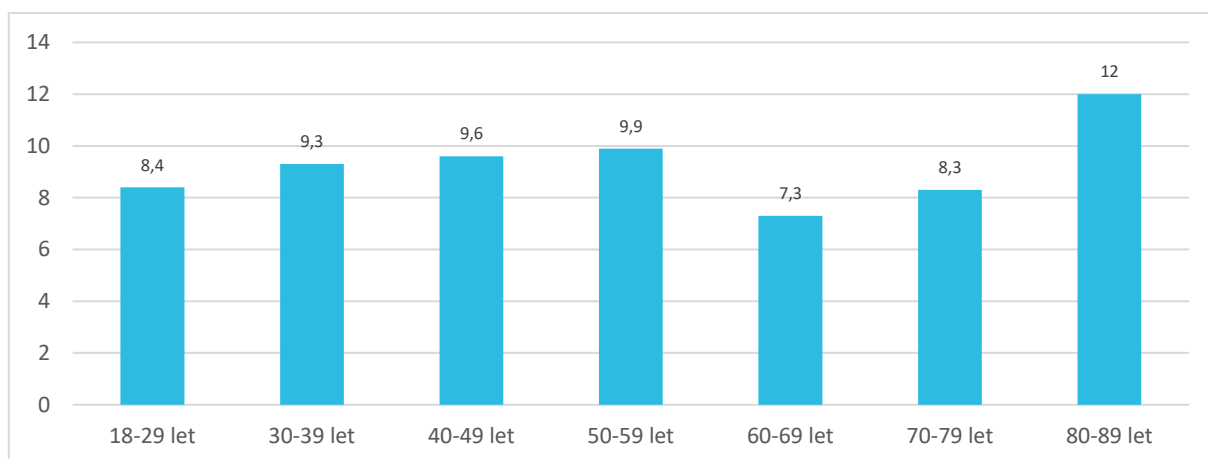
**Graf č. 118:** Porozumění nemoci v závislosti na době od diagnostiky

**Komentář:** Respondenti, kteří mají onemocnění diagnostikované před méně jak 1 rokem, získali **10 bodů**. V období 1–5 let od diagnostiky získali respondenti **11,6 bodů**. Respondenti, u kterých proběhla diagnostika před 6–10 lety, získali **11,2 bodů**. Respondenti s více jak 10 lety od diagnostiky získali **11,5 bodů**. Z grafu vyplývá, že svému onemocnění nejméně rozumí respondenti, kteří mají méně jak 1 rok od diagnostiky. U respondentů s dobou od diagnostiky delší jak 1 rok je zlepšení v porozumění nemoci.



**Graf č. 119:** Negativní emoce v závislosti na věku

**Komentář:** Respondenti ve věku 18–29 let získali **11,1 bodů**, ve věku 30–39 let získali **11 bodů**, ve věku 40–49 let získali **10,6 bodů**, ve věku 50–59 získali **11,2 bodů**, ve věku 60–69 let získali **10,3 bodů**, ve věku 70–79 let získali **16 bodů** a ve věku 80–89 let získali **10 bodů**. Z grafu vyplývá, že nejhůře své onemocnění prožívají respondenti ve věku 70–79 let. V ostatních věkových kategoriích je prožívání onemocnění podobné.



**Graf č. 120:** Sociální dopady nemoci v závislosti na věku

**Komentář:** Respondenti ve věku 18–29 let získali **8,4 bodů**, ve věku 30–39 let získali **9,3 bodů**, ve věku 40–49 let získali **9,6 bodů**, ve věku 50–59 let získali **9,9 bodů**, ve věku 60–69 let získali **7,3 bodů**, ve věku 70–79 let získali **8,3 bodů** a ve věku 80–89 let získal jeden respondent **12 bodů**. Z grafu vyplývá, že menší sociální dopady mají respondenti ve věkové kategorii 18–29 let, 60–69 let a 70–79 let. Větší sociální dopady byly zaznamenány ve věku 30–39 let, 40–49 let, 50–59 let. Největší sociální dopady byly u pouhého 1 respondenta ve věku 80–89, který získal nejvyšší počet bodů.

### 7.3 Rozdílné pojetí nemoci u pacientů s Crohnovou chorobou

Z celkového počtu 104 respondentů ze třech zdravotnických zařízení byly pro demonstraci odlišných výsledků skóre v jednotlivých proměnných vybráni čtyři pacienti trpící Crohnovou chorobou. Výsledky uvedené v tabulce č. 12 ukazují na odlišné pojetí nemoci mezi pacienty se stejnou diagnózou. U každého pacienta je potřeba zvolit individuální edukaci dle konkrétního pohledu na nemoc.

Jednotlivé proměnné	Dosažená hodnota skóre			
	R16 (žena, 67 let)	R24 (muž, 48 let)	R9 (muž, 55 let)	R14 (žena, 47 let)
1. proměnná (Závažnost nemoci)	18	18	20	11
2. proměnná (Možnost ovlivnění nemoci)	16	19	12	9
3. proměnná (Porozumění nemoci)	6	7	14	15
4. proměnná (Negativní emoce)	18	15	8	7
5. proměnná (Sociální dopady nemoci)	10	11	6	4

Tabulka č. 12: Odlišné pojetí nemoci u pacientů s Crohnovou chorobou

**Komentář:** První pacientka je 67letá žena (**R16**) z FNHK. Svě onemocnění vnímala velmi závažně. S možností ovlivnění nemoci si není úplně jistá. Pacientka své nemoci nerozumí. V souvislosti s nemocí prožívala negativní emoce. Sociální dopady nemoci pro ni byly středně závažné. Pro porovnání byl vybrán druhý pacient – 48letý muž (**R24**) z FNHK, který své onemocnění vnímá také velmi závažně. Naopak si ale myslí, že nemoc může ovlivnit. Svoji nemoc nechápe. Taktéž prožívá negativní emoce a nemoc mu přináší středně závažné sociální dopady. Z mužského zastoupení byl vybrán dále 55letý pacient (**R9**) z ON Jičín, který oproti předešlému pacientovi dosáhl v jednotlivých proměnných jiné skóre, a tudíž své onemocnění vnímá odlišně. Tento pacient Crohnovu chorobu vnímá také závažně a není si jistý, zda může své onemocnění ovlivnit. Ovšem podle dosažených bodů své nemoci rozumí. Negativní emoce pacienta skoro nezasáhly a sociální dopady nemoci má velmi malé. Čtvrtou pacientkou je 47letá žena (**R14**) z IKEM, která svoji nemoc vnímá středně závažně. Myslí si, že nemoc ovlivnit nemůže a je přesvědčena, že ji rozumí. Negativní emoce pacientku netrápí. Sociální dopady nemoci se pacientky netýkají.



## 7.4 Intervence u vybraného pacienta

Využitím dotazníku IPQ-R-CZ (B) je možno zjistit pacientovo pojetí nemoci a následně cíleně edukovat v konkrétních oblastech, ve kterých pacienti pocítují nedostatek informací.

Pro příkladnou intervenci byla zvolena 67letá respondentka (R16) z FNHK se středoškolským vzděláním (s výučním listem). Pacientka uvedla, že Crohnova choroba jí byla diagnostikována před více jak 10 lety. Byla jí zjištěna poté, co se u ní objevily příznaky. Onemocnění se u nikoho v její rodině nevyskytlo. Na otázku, zda Crohnova choroba ovlivnila její osobní život odpověděla, že ano, konkrétně v zaměstnání. Pacientka pravidelně dochází na kontroly ke svému gastroenterologovi, užívá biologické preparáty a doposud nemusela podstoupit žádný operační zákrok. V otázkách týkajících se znalostí o nemoci se ukázalo, že respondentka není zcela informována. Edukována byla lékařem a další informace získala z odborné literatury a brožury/letáku. V dotazníku uvedla, že informovanost o nemoci považuje za dostatečnou, ovšem postrádá dostatek přehledných edukačních materiálů.

Podle dosaženého skóre v jednotlivých proměnných – viz tabulka č. 12, je nutno pacientku (R16) edukovat ve všech proměnných (závažnost nemoci, možnost ovlivnění nemoci, porozumění nemoci, negativní emoce a sociální dopady nemoci).

K 1. proměnné se váže edukační diagnóza vztahující se k ošetrovatelským diagnózám, které se týkají podceňování onemocnění, nedodržování léčebného režimu, nesprávné výživy, postojů ke zdravotnímu chování, odmítání léčby a ošetřování, nedůvěrou a nespoluprací. 2. proměnná souvisí s potřebou edukace v oblasti dodržování léčebného režimu, doplnění informací o příčině a podpoření zdravého životního stylu. Ke 3. proměnné se váže potřeba důkladně edukovat o nemoci a doplnit tak deficit znalostí. U 4. proměnné je třeba se zaměřit na oblast psychické opory, která je často opomíjena. Tato oblast souvisí s poznáním nemoci, s léčebným režimem, diagnostikou, ošetrovatelskou péčí, se změnami postoje ke zdravotnímu chování. 5. proměnná se vztahuje k potřebě edukovat v oblasti sociálních dopadů.

## 8 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá edukací pacienta s Crohnovou chorobou. K výzkumnému šetření byl použit nestandardizovaný dotazník a standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ (B) zjišťující pacientovo pojetí nemoci. Cílem bakalářské práce bylo zjistit pacientovo pojetí nemoci a dosavadní úroveň znalostí. Dalším cílem bylo zmapovat a porovnat formy edukace na vybraných pracovištích. Dále nás zajímalo, zda pacienti v současné době mají k dispozici dostatek edukačních materiálů. Posledními cíli bylo identifikovat oblasti edukace, ve kterých pacienti pocítují nedostatek informací a na základě zjištěných údajů vytvořit přehledný edukační materiál.

Výsledky výzkumného šetření byly porovnány s bakalářskou prací Anety Matunové (2012) s názvem „Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou, která se zabývala informovaností pacientů s tímto onemocněním. K porovnání výsledků byla dále použita bakalářská práce Silvie Kalafusové (2016) na téma „Crohnova choroba – dieta, léčebný režim“ týkající se vědomostí pacientů s Crohnovou chorobou. Výsledky byly také porovnány s výzkumem Mareše a Vachkové (2009), kteří se věnovali problematice pacientova pojetí nemoci u chronicky nemocných.

**První část nestandardizovaného dotazníku** byla zaměřena na sociodemografické údaje dotazovaných (pohlaví, věk a vzdělání). Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů z gastroenterologických ambulancí Oblastní nemocnice Jičín, a. s., Fakultní nemocnice Hradec Králové a Institutu klinické a experimentální medicíny ve složení 53 žen (51 %) a 51 mužů (49 %). Zastoupení žen a mužů bylo ve FNHK a IKEM téměř vyrovnané, zatímco v ON Jičín byla převaha žen. Dle dostupné literatury je uváděno, že Crohnova choroba postihuje obě pohlaví stejně, jiné zdroje informují o větším výskytu onemocnění u žen. Výsledky našeho výzkumu ukazují na téměř stejné postižení u obou pohlaví s mírnou převahou u žen. Dotazovaní byli ve věku od 18 do 89 let, přičemž nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 40–49 let (31,7 %). Druhá nejpočetnější skupinu byla v rozmezí 30–39 let (23,1 %). Nejméně respondentů se nacházelo ve věku 70–79 let (2,9 %) a ve věku 80–89 let byl pouhý 1 respondent (1 %).

Z hlediska vzdělání byla nejpočetnější skupina se středoškolským vzděláním s maturitou, tvořila ji více než polovina respondentů (56,7 %). Dvě nejméně zastoupené skupiny byly tvořeny po 6 respondentech (5,8 %) se základním a vyšším odborným vzděláním.

**Druhá část nestandardizovaného dotazníku** se zabývala základními informacemi o vlastním onemocnění. Bylo zjištěno, že více jak 10 let od diagnostiky uplynulo u většiny dotazovaných (66,3 %). Naopak dobu kratší 1 roku od diagnostiky nemoci uvedl pouze 1 respondent (1 %). U téměř většiny respondentů (89,4 %) byla Crohnova choroba zjištěna poté, co se u nich objevily příznaky, zbylým respondentům (10,6 %) bylo onemocnění zjištěno náhodně.

Hereditární zátěž byla zaznamenána u pouhých 21,2 %, což je očekávaný výsledek dle dostupných dat. V porovnání s výzkumem Matunové (2012), která se také zaměřovala na výskyt Crohnovy choroby v rodině, jsme zjistili, že jsou výsledky podobné, neboť se u 26 % nemocných potvrdila pozitivní rodinná anamnéza.

Dále bylo zjištěno, že nemoc většině dotazovaných způsobuje značné negativní dopady v jejich osobním životě, a to u více než poloviny pacientů (69,2 %). Dle výsledků se ukázalo, že nejzasazenější oblastí je škola/zaměstnání u 43,3 %. Druhou nejvíce zmiňovanou oblastí byl sport/volnočasové aktivity u 15,4 %. Nejméně problematickou oblastí se jeví stravování, které bylo uvedeno u pouhých 7,7 %. V souvislosti s onemocněním, které s sebou přináší zdravotní obtíže, jako jsou například bolesti břicha, křeče a průjmy, je patrný negativní vliv na osobní život pacienta. Důležitou roli sehrává edukace, neboť dodržováním vhodných opatření lze zmírnit příznaky nemoci, a tím zlepšit kvalitu života ve všech oblastech. Výsledky byly porovnány s výzkumem Matunové (2012), která se rovněž ve své práci zabývala negativním vlivem Crohnovy choroby na život pacienta. Ukázalo se, že její výsledky jsou téměř totožné s naším výzkumem. U 82 % respondentů zaznamenala negativní dopad v oblasti zaměstnání, studia, ve společenském životě či v nějakém jiném odvětví.

Z léčiv byly nejvíce využívány biologické preparáty u pacientů dispenzarizovaných ve FNHK (68,3 %) a v IKEM (63 %). V ON Jičín byla nejvíce využívána léčba aminosalicyláty (76,6 %). Z výsledků v souvislosti s terapií onemocnění je zřejmé, že vyšší pracoviště spíše indikují u některých pacientů modernější a cílenější léčbu, přesto ekonomicky nákladnější.

Velkým překvapením pro mne bylo zjištění, že téměř všichni respondenti (99 %) dodržují pravidelné kontroly u svého lékaře. Tuto zjištěnou skutečnost nelze úplně validizovat, neboť odpovídali jen ti respondenti, kteří dotazník obdrželi a nelze posoudit pravdivost odpovědí.

V porovnání s výzkumem Matunové (2012), která se také zabývala dodržováním pravidelných kontrol u lékaře, jsme dospěli ke stejnému výsledku (99 %).

V souvislosti s Crohnovou chorobou musela přibližně polovina respondentů (51,9 %) podstoupit operační zákrok. V porovnání s výzkumem Matunové (2012), která se zabývala také nutností chirurgického řešení onemocnění se výsledek značně liší (76 %). Při porovnání s novějším výzkumem od Kalafusové (2016) bylo zjištěno, že potřebu podstoupení operace mělo 46 % respondentů. Domnívám se, že mezi faktory snižující potřebu operace Crohnovy choroby patří včasná diagnostika onemocnění a poskytování moderní léčby.

**Třetí část nestandardizovaného dotazníku** zjišťovala znalosti respondentů o Crohnově chorobě a **čtvrtá část** mapovala oblast edukace. Analýza dosažených výsledků je podrobně rozebrána v cíli č. 2 a 4.

### **Cíl č. 1: Zjistit pacientovo pojetí Crohnovy choroby.**

Pacientovo pojetí nemoci lze zjistit pomocí standardizovaného dotazníku IPQ-R-CZ (B) o 20 položkách, který se dále dělí do pěti proměnných (1. závažnost nemoci, 2. možnost ovlivnění, 3. porozumění nemoci, 4. negativní emoce, 5. sociální dopady nemoci. Tento dotazník je možný uplatnit u pacientů s různými onemocněními, a tím pomoci zdravotníkům cíleně edukovat v konkrétních oblastech a zvolit individualizovanou péči.

#### **1. Závažnost nemoci**

Na základě výsledků jsme zjistili, že pacienti s Crohnovou chorobou dosáhli průměrného skóre 15,4 bodů z možných 20 bodů. Z těchto výsledků můžeme usoudit, že toto onemocnění vnímají pacienti velmi závažně. Výsledky průměrného skóre v jednotlivých zdravotnických zařízeních jsou téměř vyrovnané.

V celkovém souboru pacientů byly značné odlišnosti v dosažení maximálních a minimálních bodů. Nejzávažněji vnímali svoji nemoc pacienti s dobou od diagnostiky více jak 10 let. Byli to 35letá (R15) žena, 60letá (R39) žena, 53letý (R3) muž z IKEM a 55letý (R9) muž z ON Jičín. Nejzávažněji také svoji nemoc vnímal 47letý (R6) muž z IKEM s dobou od diagnostiky 6–10 let. Všichni pacienti dosáhli maximálního počtu bodů. Naproti tomu nejméně závažně vnímala nemoc 30letá (R41) žena z IKEM se 4 body, která byla diagnostikována před

6–10 lety a muži z FNHK, 19letý (R29) s dobou od diagnostiky 1–5 let a 21letý (R18) s dobou od diagnostiky 6–10 let. Oba muži dosáhli 10 bodů.

Zjišťovali jsme závažnost nemoci mezi muži a ženami. Ukázalo se, že vnímání závažnosti nemoci u obou pohlaví je téměř vyrovnané s minimální převahou u mužů. Dále jsme zjišťovali závažnost nemoci v závislosti na věku. Dospěli jsme k závěru, že s přibývajícím věkem je tendence vnímání tohoto onemocnění závažnější. Dále nás zajímalo, zda je závažnost nemoci ovlivněna dobou od diagnostiky onemocnění. Zjistili jsme, že pacienti s dobou od diagnostiky kratší jak 1 rok vnímají své onemocnění nejzávažněji, naopak u pacientů v období 1–5 let od diagnostiky je vnímání závažnosti nejmenší. U nemocných nad 6 let od diagnostiky se vnímání závažnosti nemoci postupně zhoršuje. Domníváme se, že tyto výsledky ukazují na skutečnost, že pacienti krátce diagnostikovaní vnímají svoji nemoc závažněji z toho důvodu, že nemají dostatek informací o nemoci, mají obavy ohledně léčby či možných komplikací. Oproti tomu, pacienti, kteří se svojí nemocí žijí déle jak 1 rok, jsou lépe informováni. Doba delší jak 6 let od diagnostiky přináší vzrůstající trend z důvodu možné progresse a chronicity onemocnění.

## **2. Možnost ovlivnění nemoci**

Z výzkumu jsme zjistili, že pacienti dosáhli průměrného skóre 17,7 bodů z možných 25 bodů. Na základě těchto výsledků lze předpokládat, že pacienti svoje onemocnění mohou ovlivnit. Výsledky v rámci FNHK a IKEM jsou shodné, v ON Jičín je skóre dosažených bodů mírně vyšší.

V celkovém souboru pacientů byly značné odlišnosti v dosažení maximálních a minimální bodů. Nejlépe ovlivnitelné je onemocnění pro ženy z FNHK, 41letou (R3) se středoškolským vzděláním s maturitou a 72letou (R36) se základním vzděláním. Také pro dva pacienty z IKEM, 41letou (R26) ženu se středoškolským vzděláním s maturitou a 52letého (R7) muže se středoškolským vzděláním s výučním listem. Všichni pacienti, kteří se domnívají, že nemoc mohou nejlépe ovlivnit, dosáhli 23 bodů. Nejméně ovlivnitelná je nemoc pro 39letého (R12) muže z FNHK se středoškolským vzděláním s výučním listem, který dosáhl 6 bodů.

Porovnávali jsme, zda možnost ovlivnění nemoci se liší v závislosti na pohlaví. V této otázce jsme zjistili, že pro ženy je onemocnění lépe ovlivnitelné než pro muže. Zajímalo nás, zda má dosažené vzdělání u pacientů vliv na možnosti ovlivnění nemoci.

Překvapivým zjištěním bylo, že pacienti s vysokoškolským vzděláním si myslí, že mohou své onemocnění ovlivnit nejméně. Naopak nejlépe ovlivnitelné je onemocnění pro

pacienty se středoškolským vzděláním s výučním listem a vyšším odborným vzděláním. Z toho lze usoudit, že dosažené vzdělání pravděpodobně nemá přímý vliv na možnost ovlivnění nemoci.

Naše výsledky jsme porovnali s výzkumem Mareše a Vachkové (2009), kteří se zabývali pojetím nemoci také u chronicky nemocných pacientů. Z výsledků jejich výzkumu vyplývá, že ženy i muži jsou přesvědčeni o tom, že mohou své onemocnění ovlivnit. V jejich souboru byl ale i 48letý pacient a 28letá pacientka s Crohnovou chorobou naopak s nejnižším dosaženým počtem bodů, kteří se shodli na tom, že své onemocnění ovlivnit nemohou. Při porovnání jsme i v našem souboru našli nemocné s Crohnovou chorobou, kteří se domnívají, že nemohou své onemocnění ovlivnit.

### **3. Porozumění nemoci**

Dle získaných dat jsme zjistili, že průměrné skóre všech nemocných bylo 11,3 bodů z možných 15 bodů. Výsledky vypovídají o tom, že pacienti svému onemocnění zcela nerozumí, což ukazuje na nedostačující informovanost. Vhodná je proto cílená edukace zaměřená na konkrétní oblasti, ve kterých jednotliví pacienti spatřují nedostatek informací. V rámci jednotlivých zdravotnických zařízení je průměrné dosažené skóre vyrovnané.

V celkovém souboru pacientů byly značné odlišnosti v dosažení maximálních a minimálních bodů. Nejlépe své nemoci rozumí ženy z FNHK, 43letá (R5) a 50letá (R17) se středoškolským vzděláním s výučním listem (více jak 10 let od diagnostiky), 29letá (R6) s vysokoškolským vzděláním (1–5 let od diagnostiky), 74letá (R7) se středoškolským vzděláním s maturitou (1–5 let od diagnostiky). Ženy z IKEM – 37letá (R13) s vyšším odborným vzděláním (více než 10 let od diagnostiky), 47letá (R14) se středoškolským vzděláním s maturitou (více než 10 let od diagnostiky) a 60letá (R39) se základním vzděláním (více než 10 let od diagnostiky). Z mužů z FNHK nejlépe rozumí 30letý (R9), 25letý (R25) a 19letý (30), z IKEM 37letý (R33) – všichni se středoškolským vzděláním s maturitou (více než 10 let od diagnostiky), kteří dosáhli maximálního počtu 15 bodů. Naopak nejméně závažně vnímá nemoc 72letá (R36) žena z FNHK se základním vzděláním (1–5 let od diagnostiky), která získala pouhé 3 body.

Zajímalo nás, zda muži a ženy chápou své onemocnění odlišně. Překvapením bylo zjištění, že obě pohlaví rozumí své nemoci naprosto stejně. Dále nás zajímalo porozumění nemoci v závislosti na vzdělání. Ukázalo se, že pacienti s vyšším odborným vzděláním svému onemocnění rozumí nejlépe, naopak nemocní se středoškolským vzděláním s výučním listem

chápu své onemocnění nejméně. Z celkové zjištění vyplývá, že porozumění nemoci není přímo úměrné dosaženému vzdělání. Také jsme chtěli zjistit, zda je nějaká souvislost v porozumění nemoci v závislosti na době od diagnostiky. Výsledky nám ukázaly, že svému onemocnění nejméně rozumí pacienti, kteří mají méně jak 1 rok od diagnostiky Crohnovy choroby. U pacientů s dobou od diagnostiky delší jak 1 rok je patrné zlepšení v porozumění nemoci. Lze předpokládat, že pacienti s delší dobou od počátku diagnostiky získali více informací o nemoci, a tudíž rozumí své nemoci lépe.

Opět jsme porovnávali výsledky s výzkumem Mareše a Vachkové (2009), kteří došli k závěru, že jejich chroničtí pacienti ve většině případů svému onemocnění rozumí. Naopak v našem výzkumu se ukázalo, že pacienti svoji nemoc dostatečně nechápu. Ve výzkumu Mareše a Vachkové (2009) se ovšem objevil i 48letý pacient trpící Crohnovou chorobou, který dosáhl nízkého počtu bodů, z čehož vyplývá, že své onemocnění nechápe; u 28leté pacientky s Crohnovou chorobou byl průměrný počet bodů. Lze konstatovat, že porozumění nemoci je ovlivněno řadou faktorů, které závisí na dostatku informací, včasné edukaci apod.

#### **4. Negativní emoce**

Na základě výsledků jsme zjistili, že pacienti dosáhli průměrného skóre 11,0 bodů z možných 20 bodů. Z těchto získaných dat lze usuzovat, že negativní emoce pacienti prožívají středně závažně. V rámci jednotlivých zdravotnických zařízení jsou výsledky téměř vyrovnané, tudíž míru negativních emocí vnímají shodně.

V celkovém souboru pacientů byly značné odlišnosti v dosažení maximálních a minimálních bodů. Nejhůře své onemocnění prožívá 72letá (R36) žena z FNHK a 52letý (R7) muž z IKEM, oba pacienti získali maximální počet bodů. Naopak nejlépe onemocnění prožívají ženy z FNHK, 51letá (R3) a 26letá (R13) s minimálním počtem bodů. Z mužů 30letý (R9) z FNHK a 60letý (R25) z IKEM také s minimálním počtem bodů.

Zajímalo nás, zda je rozdíl mezi muži a ženami ve vnímání negativních emocí. Ukázalo se, že negativní emoce spojené s Crohnovou chorobou více vnímají ženy oproti mužům. Dále jsme se chtěli dozvědět, zda je souvislost negativních emocí na věku nemocných. Z výsledků vyplývá, že nejhůře své onemocnění prožívají pacienti ve věku 70–79 let. Domníváme se, že pacienti v pokročilejším věku mohou mít i jiné přidružené nemoci, které jejich psychický stav zhoršují. V ostatních věkových kategoriích je prožívání onemocnění méně intenzivní.

Při porovnání výsledků s výzkumem Mareše a Vachkové (2009), jsme zjistili, že jejich chroničtí pacienti ve většině případů nevykazují příliš velké negativní emoce. Naše výsledky

odpovídají výzkumu Mareše a Vachkové (2009). Při zjišťování prožívání nemoci u žen a mužů jsme došli k závěru, že ženy své onemocnění prožívají hůře než muži. To ovšem neplatí u výzkumu Mareše a Vachkové (2009), kde ženy byly odolnější vůči negativním emocím. Mezi jejich pacienty byli zaznamenáni i dva s Crohnovou chorobou, 48letý muž a 28letá žena s nejvyšším počtem bodů, z čehož plyne, že oba pacienti prožívají velké negativní emoce. Náš výzkum taktéž potvrdil výskyt pacientů s Crohnovou chorobou, kteří svoji nemoc prožívají negativně.

## **5. Sociální dopady nemoci**

Z výzkumu jsme zjistili, že pacienti dosáhli průměrného skóre 8,7 bodů v možných 20 bodů. Na základě tohoto zjištění se ukázalo, že Crohnova choroba má malé sociální dopady na nemocné. V rámci jednotlivých zdravotnických zařízení jsou výsledky téměř shodné.

V celkovém souboru pacientů byly značné odlišnosti v dosažení maximálních a minimálních bodů. Největší sociální dopady má 41letý muž (R9) z IKEM s 19 body. Naopak nejmenší sociální dopady jsou u 45leté (R8), 71leté (R11) a 50leté (R13) ženy z ON Jičín; dále u 29leté (R6) a 53leté (R32) ženy z FNHK; také u 45leté (R8), 47leté (R14), 25leté (R35) a 49leté (R46) ženy z IKEM. Tyto ženy získaly minimální počet bodů. Nejmenší sociální dopady vnímal 68letý (R16) muž z ON Jičín; dále 63letý (R1), 30letý (R9), 39letý (R12), 21letý (R18), 46letý (R20), 19letý (R30) z FNHK; také 60letý (R25), 37letý (R33) a 20letý (R36) muž z IKEM. Tito muži získali minimální počet bodů.

Zajímalo nás, zda sociální dopady nemoci mají větší vliv na ženy nebo muže. Z výsledků jsme zjistili, že sociální dopady nemoci jsou větší pro ženy. Z hlediska věku jsme došli k závěru, že největší sociální dopady byly u pouhého 1 respondenta ve věku 80–89 let. Větší sociální dopady byly zaznamenány u pacientů v produktivním věku od 30 do 59 let. Naopak menší sociální dopady nemoci mají pacienti ve věkové kategorii 18–29 let a 60–79 let. Tento fenomén pravděpodobně souvisí s tím, že pacienti v produktivním věku jsou do jisté míry svým onemocněním limitováni z důvodu manifestujících se nepříjemných klinických příznaků.

### **Cíl č. 2: Zjistit dosavadní úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou.**

K tomuto cíli směřovaly otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18 týkající se vědomostí o Crohnově chorobě. Cíl doplňovaly otázky č. 19, 22 a 23.



**V otázce č. 12** jsme se zaměřovali na znalosti pacientů ohledně lokalizace postižení trávicího traktu Crohnovou chorobou. Výsledky výzkumu hodnotíme pozitivně, neboť jsme zjistili, že přibližně polovina pacientů (44,2 %) zvolila správnou odpověď, tedy že nemoc může postihnout všechny úseky trávicího ústrojí. 39,4 % pacientů zvolilo variantu postižení pouze tenkého střeva a 29,8 % pacientů vybralo možnost pouze tlustého střeva. Méně častá odpověď byla postižení pouze konečnicku (11,5 %) a horních úseků trávicího ústrojí (2,9 %).

V dostupné literatuře je uváděn výskyt Crohnovy choroby nejčastěji v tzv. ileocekální oblasti neboli v místě přechodu tenkého střeva na tlusté. Postižení pouze tlustého střeva se vyskytuje u 30 % případů, zasažení pouze tenkého střeva je u 15–20 %. Tenké a tlusté střevo bývá postiženo u 45 % případů. Atypické oblasti (dutina ústní, jícen a žaludek) jsou ojediněle zasaženy (5–10 %) (Zbořil, 2018).

Z výzkumu vyplynulo, že pacienti jsou informováni pouze o nejčastějších místech postižení trávicího traktu Crohnovou chorobou. Atypické lokalizace zasažení jako je konečník a horní úseky trávicího ústrojí znali pacienti nejméně.

**U otázky č. 13** jsme se zabývali znalostí pacientů o příčinách svého onemocnění. Ukázalo se, že převážná část pacientů (66,3 %) nezná příčiny vzniku svého onemocnění. Správná odpověď, tedy že příčina není známa, byla zvolena pouze u 1 pacienta (1 %). Méně uvedenými odpověďmi byla psychika u 15,4 % pacientů, životní styl (9,6 %), genetika (7,7 %) a imunita (4,8 %).

Dle literatury není etiologie Crohnovy choroby doposud stále známa. Příčina vzniku je multifaktoriální, uvádějí se faktory genetické, imunologické, infekční a faktory životního prostředí. Na vzniku se může podílet stres, nedostatek fyzické aktivity, nevhodná strava či aktivní kouření. (Zbořil, 2018).

Z výzkumu se ukázalo, že malé procento pacientů zná rizikové faktory podílející se na vzniku jejich onemocnění, jako je psychika, životní styl, genetika či imunita. Bohužel většina pacientů neví, co by mohlo stát za vznikem jejich nemoci.

**Otázka č. 14** se soustředila na znalosti pacientů týkající se příznaků spojených s Crohnovou chorobou. Při analýze výsledků jsme zjistili, že pacienti nejčastěji zvolili možnost průjem (93,3 %), bolesti břicha (91,3 %), únava (82,7 %), ztráta hmotnosti (74 %), křeče (73,1 %), stolice s příměsí krve (69,2 %). Zhruba v polovině případů byly zvoleny bolesti

kloubů (52,9 %). Méně často byla vybrána kožní onemocnění (32,7 %) a oční onemocnění (15,4 %). U 3 pacientů (2,9 %) byla zvolena jiná než výše uvedená varianta.

Dle odborné literatury jsou symptomy Crohnovy choroby rozmanité a odvíjejí se zejména na lokalizaci a rozsahu postižení gastrointestinálního traktu. Hlavními symptomy jsou bolesti břicha, chronické průjmy, úbytek tělesné hmotnosti, subfebrilie až febrilie (Ferko, 2002; Navrátil a kol., 2017). Vyskytnout se mohou nejenom intestinální, ale i extraintestinální symptomy, které mohou být u více než 30 % pacientů. Postižení se týká různých orgánových systémů (pohybového, smyslového, kožního) včetně jater, slinivky břišní, ledvin, srdce a cév (Klener, 2002; Navrátil a kol., 2017).

Smyslem otázky bylo zmapovat, zda pacienti mají povědomí nejenom o častých, ale i méně obvyklých příznacích pojících se s touto nemocí. Ukázalo se, že nejvíce byly právě zmíněny nejčastější projevy. Z toho je patrné, že pacienti nejsou dostatečně informováni o všech možných symptomech.

**V otázce č. 15** jsme zjišťovali, zda pacienti vědí, co je to biologická léčba. Z výsledků výzkumu jsme byli překvapeni, neboť se ukázalo, že převážná část pacientů (61,5 %) ví, co je to biologická léčba. Zbývajících 38,5 % neví, co se pod tímto pojmem skrývá. Z hlediska jednotlivých zdravotnických zařízení se ukázaly patrné rozdíly. Pacienti z ON Jičín oproti pacientům z FNHK a IKEM se s tímto pojmem setkali méně, což si lze pravděpodobně vysvětlit tím, že právě biologickou léčbu poskytují vyšší pracoviště.

**Otázka č. 16** se zaměřovala na vysvětlení významu biologické léčby. Smyslem této otázky bylo zjistit, zda pacienti, kteří tvrdí, že znají pojem biologická léčba, umí význam této léčby vysvětlit. Zjistili jsme, že pacienti v 37,5 % neumí význam vysvětlit. U 35,9 % pacientů byl význam vysvětlen tak, že se jedná o útlum zánětu či zmírnění příznaků.

17,2 % dotazovaných zmínila cílenou léčbu. Velice nízký počet pacientů (6,3 %) se domnívá, že význam je spojen se zlepšením kvality života. Nejmenší část pacientů (1,6 %) si myslí, že význam spočívá v menším zatížení organismu či snížením nežádoucích účinků.

V odborné literatuře je zmiňováno, že biologická léčba je novou a nejúčinnější možností léčby u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Principem biologické léčby je cílené zaměření na konkrétní molekulární cíle, které působí zánět. V současnosti biologickou léčbu poskytují jen vybraná pracoviště z důvodu finančně nákladné péče. Biologická léčba umožňuje

zlepšení zdravotního stavu pacientů a snižuje nutnost chirurgického řešení (Marek a kol., 2010; Lukáš, 2011; Zbořil, 2012).

Z výsledků jsme byli překvapeni, jelikož 61,5 % pacientů v předchozí otázce zodpovědělo, že vědí, co je to biologická léčba. V této otázce jsme proto očekávali, že bude větší informovanost. Zdá se, že se pacienti s tímto pojmem již setkali, ale neznají přesný význam.

**U otázky č. 17** jsme se zajímali, zda mají pacienti dostatek vědomostí ohledně možných komplikací. Smyslem této otázky bylo zjistit, zda pacienti mají povědomí o všech možných komplikacích, které mohou nastat. Z výzkumu jsme bohužel zjistili, že 31,7 % pacientů nezná komplikace spojené s tímto onemocněním. Píštěle byly zvoleny u 17,3 %, perforace u 14,4 %, ileus u 12,5 % a stenózy u 6,7 %. Krvácení, karcinom a orgánová postižení uvedlo po pouhých 5,8 % dotázaných. 3,8 % pacientů zmínila abscesy a malnutrici.

V odborné literatuře se uvádí v souvislosti s Crohnovou chorobou častý výskyt komplikací. Nejčastěji dochází k tvorbě abscesů, píštělí, stenóz, perforací, krvácení či vzniku karcinomu (Dítě, 2007; Lukáš, 1999).

Prezentované výsledky poukazují na nízkou informovanost ohledně možných komplikací v souvislosti s Crohnovou chorobou. Domníváme se, že znalosti v oblasti možných komplikací jsou pro pacienty velmi důležité, neboť v případě jejich výskytu by se neměly podceňovat. Navíc lze vhodnými opatřeními některým komplikacím předejít.

**Otázka č. 18** zjišťovala, jaké stravovací zásady pacienti s Crohnovou chorobou dodržují. Cílem bylo zmapovat, jaké zásady pacienti dodržují, a tím i zjistit, zda si jsou vůbec vědomi, jak důležitá je otázka stravování při jejich nemoci. Z výsledků jsme zjistili, že 26 % pacientů dodržuje bezezbytkovou stravu. Pro 13,5 % je důležitá pestrá strava. 12,5 % pacientů nekonzumuje vybrané potraviny, které jim způsobují dyskomfort. Menší porce, které požívají vícekrát denně uvedlo 10,6 % dotázaných. Kořeněným pokrmům se vyhýbá 9,6 % a 4,8 % pacientů nejí nadýmavá jídla. Překvapivým zjištěním bylo, že 17,3 % pacientů nezná zásady správného stravování a 13,5 % žádné zásady nedodržuje. Výsledek u pacientů, kteří neznají zásady správného stravování byl negativně ovlivněn zejména dotazovanými z ON Jičín.

Výsledky jsme porovnali s výzkumem Matunové (2012), která se také zaměřovala na dodržování zásad v oblasti stravování u pacientů s Crohnovou chorobou. Došla k závěru, že 88 % pacientů se vyhýbá některým pokrmům, nejčastěji kořeněným a smaženým pokrmům.

Což v porovnání s našim výzkumem je překvapivé zjištění, neboť naši pacienti uvedli, že nekonzumují vybrané potraviny včetně kořeněných a nadýmavých pokrmů ve 26,9 %.

Z těchto výsledků vyplývá, že edukace v oblasti stravování je u pacientů s Crohnovou chorobou nutná. Dodržováním správného stravování se pacienti mohou vyhnout nežádoucím projevům nemoci, a tím příznivě ovlivnit kvalitu svého života.

**Otázka č. 19** se zaměřuje na zjištění zdrojů, ze kterých čerpali informace. Výzkum nám ukázal, že převážná část pacientů (95,2 %) byla informována o své nemoci lékařem. Druhá nejpočetnější skupina pacientů (74,0 %) získala informace na internetu a 23,1 % dotazovaných bylo edukováno sestrou. Odborná literatura i brožura či leták posloužily svými informacemi u 22,1 % pacientů. Prostřednictvím televize a novin se informovalo pouze 3,8 % pacientů. Nejmenší skupina 1,9 % pacientů uvedla jiné zdroje informací.

Z výsledků našeho výzkumu je překvapivé, že edukace ze strany sester byla u pouhých 24 pacientů (23,1 %) ze 104 dotázaných. Z hlediska našich vybraných zdravotnických zařízení byla edukace sestrou nejvíce zaznamenána v IKEM a v menším měřítku ve FNHK. V ON Jičín neproběhla žádná edukace sestrou.

Z výzkumu pozitivně hodnotíme zastoupení edukace ze strany lékaře, nicméně jsme očekávali větší zastoupení poskytované edukace sestrou, neboť i ta může přispět svými znalostmi a zkušenostmi k předání důležitých informací. V porovnání s výzkumem Matunové (2012) jsme zjistili, že se naše výsledky zcela neztotožňují. V jejím výzkumu nejvíce informací pacienti čerpali z internetu. Na druhém místě byl lékař, následovala odborná literatura a poté sestra. Nejméně pacientů mělo informace od známých nebo z jiných zdrojů.

**Otázka č. 22** hodnotí kvalitu podání informací o nemoci. Pozitivním zjištěním bylo, že převážná část pacientů (42,3 %) hodnotila kvalitu podání informací o Crohnově chorobě výborně. Pro 38,5 % pacientů byla kvalita podání informací dobrá. Za dostačující bylo podání informací pro 16,3 % dotázaných. Jako nedostačující kvalitu podaných informací hodnotilo 2,9 % pacientů.

Výsledky jsme opět porovnali s výzkumem Matunové (2012), která se zabývala kvalitou podaných informací o Crohnově chorobě. V jejich výsledcích se ukázalo, že pro 24 % pacientů byla kvalita hodnocena výborně. Přibližně polovina (56 %) dotázaných hodnotila jako dobrou. Pro 20 % bylo podání informací nedostačující a možnost žádných informací nebyla zvolena.

**Otázka č. 23** se zabývá informovaností pacientů s Crohnovou chorobou. Výsledkem výzkumu bylo pozitivní zjištění, že téměř 3/4 pacientů (70,2 %) považují informovanost o nemoci za dostatečnou. Pro 14,4 % pacientů není informovanost dostatečná. Zbýlých 15,4 % dotázaných neznalo na tuto otázku odpověď.

Z našeho výzkumu vyplývá, že pacienti jsou ve většině případů přesvědčeni o dostatku informací ohledně své nemoci. Naše výsledky jsme opět porovnali s výzkum Matunové (2012), která dospěla k odlišným výsledkům. Zjistila, že 60 % dotázaných považuje informovanost za nedostatečnou. Naopak 34 % považuje informovanost jako dostatečnou. Pouhých 6 % pacientů neví, zda jsou informace dostatečné či nikoliv.

### **Cíl č. 3: Zmapovat a porovnat formy edukace na vybraných pracovištích.**

K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 20 obsažená v nestandardizovaném dotazníku. Zajímalo nás, jakou formou byly pacientům s Crohnovou chorobou podány informace na jednotlivých pracovištích. Z dosažených výsledků vyplývá, že přibližně polovina pacientů (52,9 %) z ON Jičín získala informace formou vysvětlování. 35,3 % pacientů uvádí, že obdrželi tištěné materiály. Menší části pacientů (23,5 %) posloužil v rámci edukace individuální rozhovor. Překvapivým zjištěním bylo, že skupinové sezení nebylo realizováno u žádného pacienta. Pouhý 1 pacient nezažil žádnou edukaci a zároveň 1 pacient si formu edukace nepamatuje.

Výsledky z výzkumu ukázaly, že ve FNHK byla nejčastěji využita edukace formou vysvětlování, což bylo realizováno u 52,9 %. Druhou nejčastěji uplatněnou formou byl individuální rozhovor u 23,5 %. Pouhým 17 % pacientům byly poskytnuty tištěné materiály. Opětovným překvapením bylo, že skupinového sezení se nezúčastnil žádný pacient. Pouhý 1 pacient (2,4 %) je přesvědčen, že nebyl žádným způsobem edukován a další 3 pacienti (7,3 %) si nevzpomínají na žádnou formu edukace.

Zjistili jsme, že převážná část pacientů, tedy 69,6 % z IKEM zažila vysvětlování. Dále byl u 47,8 % uskutečněn individuální rozhovor. Tištěné materiály obdrželo 34,8 % pacientů. U 1 pacienta (2,2 %) bylo realizováno skupinové sezení. Bohužel 4 pacienti (8,7 %) nebyli o svém onemocnění seznámeni žádnou formou edukace.

Z výzkumu vyplynulo, že formy využívané edukace se na jednotlivých pracovištích liší. Je zřejmé, že individuální rozhovor poskytuje z uvedených pracovišť nejvíce pracoviště IKEM.

Forma vysvětlování je nejčastěji využívána ve FNHK a IKEM v téměř stejné míře. Tištěné materiály byly nejméně využity ve FNHK, zatímco v ON Jičín a IKEM posloužily vyššímu procentu pacientů. Překvapením bylo, že skupinové sezení nebylo téměř využito (kromě 1 pacienta na pracovišti IKEM).

#### **Cíl č. 4: Zjistit, zda mají pacienti v současné době k dispozici dostatek edukačních materiálů.**

K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 21 z nestandardizovaného dotazníku. Zajímalo nás, zda pacienti s Crohnovou chorobou mají v současnosti dostatek vzdělávacích prostředků o své nemoci. Z výzkumu vyplynulo, že většina dotazovaných, konkrétně 84,6 %, má k dispozici dostatek edukačních materiálů. V opačné situaci se nachází 15,4 % pacientů, kteří uvedli, že postrádají dostatek materiálů o nemoci. Z hlediska jednotlivých zdravotnických zařízení se ukázalo, že pacienti z FNHK (87,8 %) a IKEM (87,0 %) mají oproti pacientům z ON Jičín (70,6 %) k dispozici více edukačních materiálů. Výsledky výzkumu nás překvapily, neboť jsme neočekávali rozšíření edukačních materiálů v takové míře.

#### **Cíl č. 5: Identifikovat, ve které oblasti edukace pocít'ují pacienti nedostatek informací.**

K tomuto cíli se váže otázka č. 24 z nestandardizovaného dotazníku. Chtěli jsme zjistit, ve kterých oblastech by pacienti s Crohnovou chorobou chtěli doplnit informace týkající se jejich onemocnění. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce pacientů (73,3 %) potřebuje doplnit veškeré informace v souvislosti s onemocněním, to znamená jeho příčiny, projevy, diagnostiku, léčbu a případné komplikace. 66,7 % pacientů by rádo získalo více informací v oblasti stravování. Byli jsme překvapeni zjištěním, že 40 % pacientů má zájem o informace týkající se psychické kondice. Méně často byla uvedena oblast pohybového režimu (26,7 %) a užívání léků (20,0 %). Nejméně informací potřebují pacienti v oblasti vyprazdňování a odpočinku, kde byly výsledky totožné (6,7 %).

Z výzkumu jsme zjistili, že nejvíce zmiňovanými oblastmi jsou veškeré informace o nemoci, stravování a psychická kondice. Z toho vyplývá, že tyto oblasti jsou Crohnovou chorobou ovlivněny nejvíce.

Výsledky výzkumu jsme porovnali s bakalářskou prací Matunové (2012), která se ve svém výzkumu zabývala znalostí zásad správného stravování u pacientů s Crohnovou chorobou. Zjistila, že pouhých 38 % dotázaných zná zásady, zbylých 62 % respondentů neví, čemu se při tomto onemocnění vyvarovat. Dospěli jsme téměř ke stejnému závěru, tedy že v oblasti stravování si většina pacientů neví rady, a proto je zde potřebná dostatečná edukace.

**Cíl č. 6: Na základě zjištěných údajů vypracovat přehledný a ucelený edukační materiál pro pacienty.**

Součástí bakalářské práce je vypracovaný edukační materiál určený pacientům s Crohnovou chorobou – viz příloha č. 5. Edukační materiál obsahuje základní informace o nemoci, grafické znázornění trávicího traktu s jeho popisem, lokalizaci postižení trávicího traktu, příčiny, symptomy, diagnostiku, případné komplikace. Dále informace v oblasti stravování, vyprazdňování, pohybovém režimu, užívání farmakoterapie a psychické kondice. Vytvořený edukační materiál by měl posloužit pacientům jak nově diagnostikovaným, kteří o nemoci nemají doposud žádné informace, tak i pacientům, kteří se nějakou dobu s tímto onemocněním léčí a potřebovali by rozšířit znalosti o nemoci.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala edukací pacienta s Crohnovou chorobou. Práce byla rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsem se zaměřila na základní poznatky týkající se problematiky idiopatických střevních zánětů, dále na samotné onemocnění Crohnovy choroby – jeho definici, historii, etiopatogenezi, patologický a klinický obraz, diagnostiku, terapii, komplikace a prognózu. Poté jsem se soustředila na ošetrovatelskou péči o pacienta s tímto onemocněním. Rovněž jsem se zabývala problematikou pacientova pojetí nemoci. Závěr byl věnovaný nejenom obecné edukaci v ošetrovatelství, ale i specifické edukaci zaměřené na pacienty s Crohnovou chorobou.

V empirické části jsme se snažili zjistit pacientovo pojetí Crohnovy choroby a úroveň znalostí u těchto pacientů. Byla zvolena kvantitativní metoda pomocí standardizovaného dotazníku IPQ-R-CZ (B) o 20 položkách zjišťující pacientovo pojetí nemoci a nestandardizovaného dotazníku o 24 položkách zaměřující se na sociodemografické údaje, základní informace o vlastním onemocnění, znalosti o nemoci a mapování oblastí edukace. Výzkumného šetření se zúčastnilo 104 respondentů s Crohnovou chorobou v období od listopadu 2021 do dubna 2022 a probíhalo v gastroenterologických ambulancích v Oblastní nemocnici Jičín, a. s., ve Fakultní nemocnici Hradec Králové a v Institutu klinické a experimentální medicíny.

Z dosažených výsledků týkajících se pacientova pohledu na Crohnovu chorobu vyplývá, že nemoc je pacienty vnímána středně závažně. V porovnání mezi pohlavími bylo zjištěno, že ženy vnímají celkově svoji nemoc závažněji. Lze konstatovat, že pojetí nemoci je zcela individuální. Každý pacient může mít vlastní přesvědčení o své nemoci, které je ovlivněno řadou faktorů, které na pacienta působí. Pacient si utváří představu o své nemoci na základě názorů z okolí, informací od profesionálů, ale i vlastními zkušenostmi. Edukace pacientů by proto měla být vždy zaměřena na konkrétního pacienta s ohledem na jeho potřeby.

Dále nás zajímala úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou. Zjistili jsme, že pacienti mají informace pouze o nejčastějších místech postižení gastrointestinálního traktu Crohnovou chorobou. Překvapilo nás, že rizikové faktory nemoci zná pouze malé procento pacientů. Také jsme se zaměřili na znalosti týkající se symptomů nemoci. Výsledky byly



uspokojivé. Ukázalo se, že pacienti jsou dostatečně informováni o nejčastějších projevech nemoci. Tento výsledek poukazuje na to, že u každého pacienta se onemocnění manifestuje variabilně a z tohoto důvodu zřejmě pacienti neznají všechny možné symptomy. Z výsledků jsme také zjistili, že převážná část pacientů má povědomí o biologické léčbě, avšak většina z nich význam neumí vysvětlit. Dále jsme zjistili, že úroveň znalostí ohledně možných komplikací je nedostačující. Při zjišťování stravovacích zásad se ukázalo, že pacienti nemají dostatek informací o vhodné stravě. Došli jsme k závěru, že je nutná edukace pacientů s Crohnovou chorobou, neboť nemají zdaleka kompletní informace ve všech oblastech. Avšak toto tvrzení je v rozporu se subjektivním zjištěním, že informovanost o nemoci je ze strany pacientů považována za dostatečnou. Z výzkumu jsme také zjistili, že převážná část pacientů byla o svém onemocnění poučena lékařem, což hodnotíme kladně. Bohužel se ale ukázalo, že edukace ze strany sester byla jen u malého procenta pacientů. Pozitivním zjištěním bylo, že většina nemocných byla s kvalitou podání informací spokojena a hodnotila ji jako výbornou.

Dále jsme mapovali a porovnávali formy edukace na vybraných pracovištích. Zjistili jsme, že převážná část pacientů byla edukována formou vysvětlování, a to nejvíce ve FNHK a IKEM. Druhou nejčastěji zvolenou formou byl individuální rozhovor, který byl v největší míře využit v IKEM. Třetina pacientů získala informace prostřednictvím tištěných materiálů, které nejvíce posloužily pacientům z ON Jičín a IKEM.

Dále jsme zjišťovali, zda mají pacienti v současné době k dispozici dostatek edukačních materiálů. Výsledky byly překvapivé, neboť jsme zjistili, že 84,6 % pacientů má k dispozici dostatek edukačních materiálů. Takovýto výsledek byl nad naše očekávání.

Dalším cílem bylo identifikovat oblasti edukace, v nichž pacienti spatřují nedostatek informací. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce pacientů potřebuje doplnit veškeré informace o příčinách, projevech, diagnostice, léčbě a případných komplikacích.

Na základě získaných informací z našeho výzkumu byl pro pacienty s Crohnovou chorobou vytvořen edukační materiál, který by měl posloužit ke zvýšení informovanosti nejenom jim, ale i rodinným příslušníkům.

Domníváme se, že využití dotazníku IPQ-R-CZ (B) by mohlo být velkým přínosem v klinické praxi nejenom u pacientů s Crohnovou chorobou. Díky němu je totiž možné odhalit pacientův subjektivní pohled na nemoc a zdravotníkům tak pomoci s cílenou edukací v konkrétních oblastech.

# ABSTRAKT

<b>Autor:</b>	Simona Térová
<b>Instituce:</b>	Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav nelékařských studií
<b>Název práce:</b>	Edukace pacienta s Crohnovou chorobou
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
<b>Počet stran:</b>	199
<b>Počet příloh:</b>	12
<b>Rok obhajoby:</b>	2022
<b>Klíčová slova:</b>	idiopatické střevní záněty, Crohnova choroba, ošetrovatelská péče, pacientovo pojetí nemoci, edukace pacienta, IPQ-R-CZ (B)

Bakalářská práce se zabývá edukací pacienta s Crohnovou chorobou. Teoretická část seznamuje s idiopatickými střevními záněty, dále se soustředí na samotné onemocnění – jeho definici, historii, etiopatogenezi, průběh, patologický a klinický obraz, diagnostiku, terapii, možné komplikace a prognózu. Zaměřuje se také na specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty. Dále je zmíněna problematika pacientova pojetí nemoci. Poslední kapitola se věnuje samotné edukaci v ošetrovatelství zaměřené na pacienty s Crohnovou chorobou.

Empirická část je založena na kvantitativním výzkumném šetření pomocí standardizovaného dotazníku IPQ-R-CZ (B) zjišťující pacientovo pojetí nemoci. Doplněn je nestandardizovaným dotazníkem, který se zaměřuje na sociodemografické údaje, základní informace o vlastním onemocnění, znalosti o nemoci a mapování oblastí edukace. Výzkumného šetření se zúčastnilo 104 respondentů a uskutečnilo se ve třech vybraných zdravotnických zařízeních. Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou a na základě zjištěných údajů vytvořit edukační materiál pro pacienty s tímto onemocněním.

# ABSTRACT

<b>Author:</b>	Simona Térová
<b>Institution:</b>	Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Non-medical Studies
<b>Title:</b>	Patient Education with Crohn's Disease
<b>Supervisor:</b>	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
<b>Number of pages:</b>	199
<b>Number of appendixes:</b>	12
<b>Defended in:</b>	2022
<b>Key words:</b>	inflammatory bowel disease, Crohn's disease, nursing care, patient illness perception, patient education, IPQ-R-CZ (B)

This Bachelor's thesis deals with educating patients suffering from Crohn's disease. The theoretical part introduces inflammatory bowel disease in general and then describes the disease itself: its definition, history, aetiopathogenesis, course, pathophysiology, clinical picture, diagnostics, therapy, possible complications, and prognosis. It also examines the specifics of nursing care of these patients and mentions the issue of illness perception. The last chapter is then devoted to education in nursing as such, and specifically to patient education with Crohn's disease.

The empirical part is based on quantitative research using the standardized IPQ-R-CZ (B) questionnaire to learn about patient illness perception. Additionally, a non-standardized questionnaire explores the patients' sociodemographics, basic information about the disease itself, and their knowledge of the disease, while also mapping areas of patient education. The survey was conducted with 104 respondents across three selected health institutions. The aim of the Bachelor's thesis was to find the level of Crohn's disease patients' knowledge and to use this data to create an educational material for these patients.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## Tištěné publikace

BARTŮNĚK, Petr a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BUREŠ, Jan. *Vnitřní lékařství*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2014. 538 s. ISBN 978-80-7492-145-2.

ČERVENKOVÁ, Renata a Milan LUKÁŠ. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 112 s. ISBN 978-80-7262-600-7.

DÍTĚ, Petr. *Vnitřní lékařství*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.

DUŠOVÁ, Bohdana a kol. *Edukace v porodní asistenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.

FERKO, Alexander a kol. *Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 591 s. ISBN 80-247-0230-4.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 248 s. ISBN: 978-80-247-1868-2.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.

HEROLD, Gerd. *Vnitřní lékařství*. 1. vydání. Praha: Dlouhý, 2000. 735 s. ISBN 80-238-6356-8.

HOLUBOVÁ, Adéla a kol. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2013. 267 s. ISBN 978- 80-204-2806-6.

HULKOVÁ, Viera. *Štandardizácia v ošetrovatelstve*. 1. vydání. Bratislava: Grada Slovakia, 2016. 232 s. ISBN 978-80-8090-009-0.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-8893-7.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

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

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. 404 s. ISBN 978-80-271-1550-1.

KARGES, Wolfram J. P. a Sascha al DAHOUK. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 426 s. ISBN 978-80-247-3108-7.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 3. vydání. Praha: Galén. 2006. 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.

KLENER, Pavel a kol. *Gastroenterologie, hepatologie*. Vnitřní lékařství, Svazek IV. 1. vydání. Praha: Galén. 2002. 263 s. ISBN 80-7262-139-4.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vydání. Praha: Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-8.

KUMAR, Parveen a Michael CLARK. *Kumar and Clark's Clinical Medicine*. 7. vydání. Londýn: Saunders. 2009. 1271 s. ISBN 9780702029936.

LUKÁŠ, Karel, HOCH Jiří a kol. *Nemoci střev*. 1. vydání. Praha: Grada. 2018. 736 s. ISBN 978-80-271-0353-9.

LUKÁŠ Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, Karel a kol. *Idiopatické střevní záněty*. 2. vydání. Praha: Triton, 1999. 186 s. ISBN 80-7254-051-3.

LUKÁŠ, Karel a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 978-80-247-6694-2.

LUKÁŠ, Milan a kol. *Idiopatické střevní záněty: nové trendy a mezioborové souvislosti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2020. 248 s. ISBN 978-80-271-1208-1.

MAREK, Josef a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 2010. 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci I*. 1. vydání. Brno: MSD, 2009. 146 s. ISBN 978-80-7392-120-0.

MAREŠ, Jiří, VACHKOVÁ Eva a kol. *Pacientovo pojetí nemoci II*. 1. vydání. Brno: MSD, 2010. 103 s. ISBN 978-80-7392-150-7.

MAREŠ, Jiří, VACHKOVÁ Eva a kol. *Pacientovo pojetí nemoci III*. 1. vydání. Brno: MSD, 2011. 77 s. ISBN 978-80-7392-191-0.

MILATOVÁ, Růžena a Pavel WOHL. *Bezezbytková dieta při onemocnění střev*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2018. 76 s. ISBN 978-80-7429-905-6.

NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 2017. 560 s. ISBN 978-80-271-9181-9.

- PRŮCHA, Jiří. *Moderní pedagogika*. 2. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál. 2002. 481 s. ISBN 80-7178-631-4.
- SLEZÁKOVÁ a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I – Interna*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
- SLEZÁKOVÁ a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 268 s. ISBN 978-80-247-6918-9.
- SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- SCHAENZLEROVÁ, Nicole a Ulf RIKER. *Maly lékařský lexikon*. 1. vydání. Mnichov: Grafe und Unzer Verlag GmbH, 2011. 280 s. ISBN 978-80-249-2473-1.
- STURM, Andreas a Lydia WHITE. *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual*. 7. vydání. New York: Springer, 2018. 495 s. ISBN 978-3-319-75021-7.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-6915-8.
- VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. 288 s. ISBN 978-80-247-8468-7.
- VOKURKA, Martin, HUGO Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. 1119 s. ISBN 978-80-7345-456-2.
- ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
- ZBOŘIL, Vladimír. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2012. 168 s. ISBN 978-80-2044-035-8.

ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Idiopatické střevní záněty*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 575 s. ISBN 978-80-204-4720-3.

ZEMAN, Miroslav, KRŠKA Zdeněk a kol. *Chirurgická propedeutika*, 3., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN: 978-80-247-3770-6.

### **Elektronické zdroje**

DUJSÍKOVÁ, Hana. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2018/03/02.pdf>

EHRMANN Jiří. Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů. [online]. [cit. 2021-09-09]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/10/09.pdf>

GABALEC, Libor. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. [online]. [cit. 2021-09-09]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>

JARKOVSKÝ, Jiří a kol. Epidemiologie, hospitalizační léčba a migrace IBD pacientů za specializovanou péčí v České republice. [online]. [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: [https://www.csgh.info/uploads/pdf/10861\\_cs.pdf](https://www.csgh.info/uploads/pdf/10861_cs.pdf)

KALAFUSOVÁ, Silvie. Crohnova choroba – dieta, léčebný režim [online]. Zlín, 2016. [cit. 2022-07-07]. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37666/kalafusov%C3%A1\\_2016\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37666/kalafusov%C3%A1_2016_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

LUKÁŠ, Milan. Idiopatické střevní záněty a kolorektální karcinom. [online]. [cit. 2021-09-09]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/05/07.pdf>



LUKÁŠ, Milan. Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy. [online]. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/04.pdf>

MATUNOVÁ, Aneta. Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou [online]. Pardubice, 2012. [cit. 2022-07-05]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/48610/MatunovaA\\_PripravaEdukacniho\\_LM\\_2012.pdf?sequence=3](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/48610/MatunovaA_PripravaEdukacniho_LM_2012.pdf?sequence=3). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

ŠACHLOVÁ, Milada. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? [online]. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>

ŠTROFOVÁ, Helena. Idiopatické střevní záněty a záněty oka. [online]. [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2014/02/06.pdf>

VRZALOVÁ, Drahomíra. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. [online]. [cit. 2021-11-05]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/08.pdf>

ZÁDOROVÁ, Zdena. Léčba extraintestinálních manifestací idiopatických střevních zánětů. [online]. [cit. 2021-10-09]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/01/02.pdf>

## ***Obrázky***

Gastrointestinální trakt, 1998-2022. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER) [online]. [cit. 2022-07-15] Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/crohns-disease/symptoms-causes/syc-20353304>

Lokalizace, 2022. Gastroclinix [online]. [cit. 2022-07-14] Dostupné z: <https://www.gastroclinix.com/gastro-specialist.html>

Nevhodné potraviny, 2022. Vectorstock [online]. [cit. 2022-07-14] Dostupné z: <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/green-check-mark-and-red-cross-right-and-wrong-vector-25449827>

Pohybový režim, 2022. Sportsland.fr [online]. [cit. 2022-07-14] Dostupné z: <https://www.sportsland.fr/>

Porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy, 2019. In Neurath Markus F. Nature Immunology [online]. [cit. 2022-05-05] Dostupné z: [file:///C:/Users/42072/Downloads/Chris%20Lamb%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/42072/Downloads/Chris%20Lamb%20(1).pdf)

Psychika, 2009-2022. Depositphotos Inc. [online]. [cit. 2022-07-14] Dostupné z: <https://cz.depositphotos.com/12577366/stock-illustration-man-woman-faces-mind-thought.html>

Užívání léků, 2016. Superawesomevectors.com [online]. [cit. 2022-07-14] Dostupné z: <https://superawesomevectors.com/pills-vector-illustration/>

Vhodné potraviny, 2022. Vectorstock [online]. [cit. 2022-07-14] Dostupné z: <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/green-check-mark-and-red-cross-right-and-wrong-vector-25449827>

Vyprazdňování, 2022. VectorStock. [online]. [cit. 2022-07-14] Dostupné z: <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/wc-toilet-icon-vector-13653224>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZNAČEK A ZKRATEK

aj. – a jiné

ASCA – protilátky proti *Caccharomyces cerevisiae*

a. s. – akciová společnost

ATB – antibiotika

ALP – alkalická fosfatáza

BZP – bezlepková dieta

CD/CN – Crohnova choroba

cm – centimetr

CRP – C-reaktivní protein

CT – výpočetní tomografie

č. – číslo

ČR – Česká republika

*E. coli* – *Escherichia coli*

ERCP – endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie

FNHK – Fakultní nemocnice Hradec Králové

GIT – gastrointestinální trakt

GMT – gama-glutamyltransferáza

IBD – chronické střevní záněty

i. m. – intramuskulární

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

ISBN – Mezinárodní standardní číslo knihy

IPQ-R-CZ – dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci

ISZ – idiopatické střevní záněty

i. v. – intravenózní

JIP – jednotka intenzivní péče

LRD – Low Residue Diet

m – metr

MRI – magnetická rezonance

MRCP – magnetická rezonance cholangiopankreatografie

NGS – nasogastrická sonda

NJS – nasojejunální sonda

NOD2/CARD 15 gen – varianty genu

NPD – náhlé příhody břišní  
NSAID – nesteroidní protizánětlivé léky  
ON Jičín – Oblastní nemocnice Jičín  
pANCA – perinukleární protilátky proti cytoplasmě neutrofilů  
PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie  
PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie  
PMK – permanentní močový katétr  
PSC – primární sklerotizující cholangitida  
PŽK – periferní žilní katétr  
R – respondent  
RTG – rentgen  
resp. – respektive  
s. – strana  
s. c. – subkutánní  
tab. – tabulka  
TCHS – tracheostomie  
tj. – to je, to jest  
tzn. – to znamená  
tzv. – takzvaný  
UK/UC – ulcerózní kolitida  
UDCA – ursodeoxycholová kyselina  
USA – Spojené státy americké  
VAS – vizuální analogová stupnice  
zdrav. – zdravotnická  
5-ASA – 5- aminosalicilová kyselina

# SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf č. 1:</b> Pohlaví respondentů (celkový počet).....	60
<b>Graf č. 2:</b> Pohlaví respondentů (jednotlivá zdrav. zařízení).....	60
<b>Graf č. 3:</b> Věk respondentů (celkový počet).....	61
<b>Graf č. 4:</b> Věk respondentů (jednotlivá zdrav. zařízení).....	61
<b>Graf č. 5:</b> Vzdělání respondentů (celkový počet).....	62
<b>Graf č. 6:</b> Vzdělání respondentů (jednotlivá zdrav. zařízení).....	63
<b>Graf č. 7:</b> Doba od diagnostiky Crohnovy choroby (celkový počet).....	64
<b>Graf č. 8:</b> Doba od diagnostiky Crohnovy choroby (jednotlivá zdrav. zařízení).....	64
<b>Graf č. 9:</b> Zjištění Crohnovy choroby (celkový počet).....	65
<b>Graf č. 10:</b> Zjištění Crohnovy choroby (jednotlivá zdrav. zařízení).....	66
<b>Graf č. 11:</b> Výskyt Crohnovy choroby v rodině (celkový počet).....	66
<b>Graf č. 12:</b> Výskyt Crohnovy choroby v rodině (jednotlivá zdrav. zařízení).....	67
<b>Graf č. 13:</b> Ovlivnění osobního života (celkový počet).....	67
<b>Graf č. 14:</b> Ovlivnění osobního života (jednotlivá zdrav. zařízení).....	68
<b>Graf č. 15:</b> Oblasti osobního života ovlivněné Crohnovou chorobou (celkový počet).....	69
<b>Graf č. 16:</b> Oblasti osobního života ovlivněné Crohnovou chorobou (jednotlivá zdrav. zařízení).....	69
<b>Graf č. 17:</b> Užívané léky (celkový počet).....	70
<b>Graf č. 18:</b> Užívané léky (jednotlivá zdrav. zařízení).....	71
<b>Graf č. 19:</b> Dodržování pravidelných kontrol (celkový počet).....	72
<b>Graf č. 20:</b> Dodržování pravidelných kontrol (jednotlivá zdrav. zařízení).....	72
<b>Graf č. 21:</b> Absolvování operačního zákroku (celkový počet).....	73
<b>Graf č. 22:</b> Absolvování operačního zákroku (jednotlivá zdrav. zařízení).....	73
<b>Graf č. 23:</b> Lokalizace postižení trávicího traktu (celkový počet).....	74
<b>Graf č. 24:</b> Lokalizace postižení trávicího traktu (jednotlivá zdrav. zařízení).....	75
<b>Graf č. 25:</b> Příčiny vzniku nemoci (celkový počet).....	76
<b>Graf č. 26:</b> Příčiny vzniku nemoci (jednotlivá zdrav. zařízení).....	76
<b>Graf č. 27:</b> Příznaky Crohnovy choroby (celkový počet).....	77
<b>Graf č. 28:</b> Příznaky Crohnovy choroby (jednotlivá zdrav. zařízení).....	78
<b>Graf č. 29:</b> Biologická léčba (celkový počet).....	79
<b>Graf č. 30:</b> Biologická léčba (jednotlivá zdrav. zařízení).....	79
<b>Graf č. 31:</b> Význam biologické léčba (celkový počet).....	80
<b>Graf č. 32:</b> Význam biologické léčba (jednotlivá zdrav. zařízení).....	81
<b>Graf č. 33:</b> Komplikace Crohnovy choroby (celkový počet).....	82
<b>Graf č. 34:</b> Komplikace Crohnovy choroby (jednotlivá zdrav. zařízení).....	82
<b>Graf č. 35:</b> Zásady správného stravování (celkový počet).....	83
<b>Graf č. 36:</b> Zásady správného stravování (jednotlivá zdrav. zařízení).....	84
<b>Graf č. 37:</b> Čerpání informací o onemocnění (celkový počet).....	85
<b>Graf č. 38:</b> Čerpání informací o onemocnění (jednotlivá zdrav. zařízení).....	86
<b>Graf č. 39:</b> Formy edukace (celkový počet).....	87
<b>Graf č. 40:</b> Formy edukace (jednotlivá zdrav. zařízení).....	87
<b>Graf č. 41:</b> Dispozice přehledných edukačních materiálů (celkový počet).....	88
<b>Graf č. 42:</b> Dispozice přehledných edukačních materiálů (jednotlivá zdrav. zařízení).....	89

<b>Graf č. 43:</b> Ohodnocení kvality podání informací (celkový počet) .....	90
<b>Graf č. 44:</b> Ohodnocení kvality podání informací (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	90
<b>Graf č. 45:</b> Informovanost o nemoci (celkový počet) .....	91
<b>Graf č. 46:</b> Informovanost o nemoci (jednotlivá zdrav. zařízení).....	92
<b>Graf č. 47:</b> Potřeba edukace v konkrétních oblastech (celkový počet).....	93
<b>Graf č. 48:</b> Potřeba edukace v konkrétních oblastech (jednotlivá zdrav. zařízení).....	93
<b>Graf č. 49:</b> Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu (celkový počet) .....	95
<b>Graf č. 50:</b> Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	95
<b>Graf č. 51:</b> Moje nemoc je asi závažná (celkový počet).....	96
<b>Graf č. 52:</b> Moje nemoc je asi závažná (jednotlivá zdrav. zařízení).....	97
<b>Graf č. 53:</b> Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život (celkový počet) .....	98
<b>Graf č. 54:</b> Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	98
<b>Graf č. 55:</b> Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé (celkový počet) .....	99
<b>Graf č. 56:</b> Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	100
<b>Graf č. 57:</b> S touthle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra (celkový počet) .....	101
<b>Graf č. 58:</b> S touthle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	101
<b>Graf č. 59:</b> Nemoc, kterou mám má velké finanční dopady (celkový počet) .....	102
<b>Graf č. 60:</b> Nemoc, kterou mám má velké finanční dopady (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	103
<b>Graf č. 61:</b> Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým (celkový počet) .....	104
<b>Graf č. 62:</b> Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	104
<b>Graf č. 63:</b> Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci (celkový počet) ..	105
<b>Graf č. 64:</b> Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	106
<b>Graf č. 65:</b> Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá (celkový počet) .....	107
<b>Graf č. 66:</b> Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	107
<b>Graf č. 67:</b> Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc (celkový počet) .....	108
<b>Graf č. 68:</b> Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	109
<b>Graf č. 69:</b> Můj zdravotní stav se časemlepší (celkový počet) .....	110
<b>Graf č. 70:</b> Můj zdravotní stav se časemlepší (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	110
<b>Graf č. 71:</b> Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné (celkový počet) .....	111
<b>Graf č. 72:</b> Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	112
<b>Graf č. 73:</b> Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím (celkový počet).....	113
<b>Graf č. 74:</b> Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím (jednotlivá zdrav. zařízení).....	113
<b>Graf č. 75:</b> Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný (celkový počet) .....	114
<b>Graf č. 76:</b> Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	115
<b>Graf č. 77:</b> Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada (celkový počet) .....	116
<b>Graf č. 78:</b> Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	116
<b>Graf č. 79:</b> Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě vztek (celkový počet) .....	117
<b>Graf č. 80:</b> Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě vztek (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	118
<b>Graf č. 81:</b> Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti (celkový počet) .....	119
<b>Graf č. 82:</b> Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	119
<b>Graf č. 83:</b> Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy (celkový počet) .....	120
<b>Graf č. 84:</b> Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	121
<b>Graf č. 85:</b> Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých intervalech (celkový počet) .....	122

<b>Graf č. 86:</b> Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých intervalech (jednotlivá zdrav. zařízení) .....	122
<b>Graf č. 87:</b> Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život (celkový počet).....	123
<b>Graf č. 88:</b> Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život (jednotlivá zdrav. zařízení).....	124
<b>Graf č. 89:</b> Závažnost nemoci – ženy a muži (ON Jičín) .....	125
<b>Graf č. 90:</b> Závažnost nemoci – ženy a muži (FNHK).....	126
<b>Graf č. 91:</b> Závažnost nemoci – ženy a muži (IKEM) .....	126
<b>Graf č. 92:</b> Závažnost nemoci (průměrné skóre).....	127
<b>Graf č. 93:</b> Možnost ovlivnění nemoci – ženy a muži (ON Jičín).....	128
<b>Graf č. 94:</b> Možnost ovlivnění nemoci – ženy a muži (FNHK) .....	128
<b>Graf č. 95:</b> Možnost ovlivnění nemoci – ženy a muži (IKEM).....	129
<b>Graf č. 96:</b> Možnost ovlivnění nemoci (průměrné skóre) .....	129
<b>Graf č. 97:</b> Porozumění nemoci – ženy a muži (ON Jičín) .....	130
<b>Graf č. 98:</b> Porozumění nemoci – ženy a muži (FNHK).....	131
<b>Graf č. 99:</b> Porozumění nemoci – ženy a muži (IKEM).....	131
<b>Graf č. 100:</b> Porozumění nemoci (průměrné skóre).....	132
<b>Graf č. 101:</b> Negativní emoce – ženy a muži (ON Jičín) .....	133
<b>Graf č. 102:</b> Negativní emoce– ženy a muži (FNHK).....	133
<b>Graf č. 103:</b> Negativní emoce – ženy a muži (IKEM) .....	134
<b>Graf č. 104:</b> Negativní emoce (průměrné skóre).....	134
<b>Graf č. 105:</b> Sociální dopady nemoci – ženy a muži (ON Jičín).....	135
<b>Graf č. 106:</b> Sociální dopady nemoci – ženy a muži (FNHK) .....	136
<b>Graf č. 107:</b> Sociální dopady nemoci – ženy a muži (IKEM).....	136
<b>Graf č. 108:</b> Sociální dopady nemoci (průměrné skóre).....	137
<b>Graf č. 109:</b> Průměrné skóre jednotlivých proměnných.....	137
<b>Graf č. 110:</b> Srovnání průměrného skóre jednotlivých proměnných mezi muži a ženy .....	138
<b>Graf č. 111:</b> Srovnání celkového průměrného skóre mezi muži a ženami .....	138
<b>Graf č. 112:</b> Celkové skóre - ženy .....	139
<b>Graf č. 113:</b> Celkové skóre - muži .....	139
<b>Graf č. 114:</b> Závažnost nemoci v závislosti na věku.....	140
<b>Graf č. 115:</b> Závažnost nemoci v závislosti na době od diagnostiky.....	140
<b>Graf č. 116:</b> Možnost ovlivnění v závislosti na vzdělání .....	141
<b>Graf č. 117:</b> Porozumění nemoci v závislosti na vzdělání .....	141
<b>Graf č. 118:</b> Porozumění nemoci v závislosti na době od diagnostiky.....	142
<b>Graf č. 119:</b> Negativní emoce v závislosti na věku .....	142
<b>Graf č. 120:</b> Sociální dopady nemoci v závislosti na věku.....	143

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka č. 1:</b> Celosvětové rozdělení výskytu IBD .....	15
<b>Tabulka č. 2:</b> Nejvyšší a nejnižší incidence a prevalence IBD v Evropě.....	15
<b>Tabulka č. 3:</b> Nejvyšší a nejnižší incidence a prevalence IBD v Severní Americe.....	15
<b>Tabulka č. 4:</b> Nejvyšší a nejnižší incidence a prevalence IBD v Asii.....	15
<b>Tabulka č. 5:</b> Dlouhodobá predikce počtu pacientů léčených s diagnózami K50 a K51 .....	16
<b>Tabulka č. 6:</b> Letalita a mortalita u Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy .....	17
<b>Tabulka č. 7:</b> Závažnost nemoci.....	125
<b>Tabulka č. 8:</b> Možnost ovlivnění nemoci .....	127
<b>Tabulka č. 9:</b> Porozumění nemoci .....	130
<b>Tabulka č. 10:</b> Negativní emoce.....	132
<b>Tabulka č. 11:</b> Sociální dopady nemoci.....	135
<b>Tabulka č. 12:</b> Odlišné pojetí nemoci u pacientů s Crohnovou chorobou .....	144

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<b>Obrázek 1:</b> Porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy .....	12
<b>Obrázek 2:</b> Prevalence IBD z celosvětového hlediska.....	14
<b>Obrázek 3:</b> Gastrointestinální trakt .....	183
<b>Obrázek 4:</b> Lokalizace .....	184
<b>Obrázek 5:</b> Etiologie .....	184
<b>Obrázek 6:</b> Projevy .....	185
<b>Obrázek 7:</b> Léčba .....	186
<b>Obrázek 8:</b> Komplikace.....	187
<b>Obrázek 9:</b> Stravování.....	187
<b>Obrázek 10:</b> Vhodné potraviny .....	188
<b>Obrázek 11:</b> Nevhodné potraviny .....	188
<b>Obrázek 12:</b> Vyprazdňování .....	189
<b>Obrázek 13:</b> Pohybový režim .....	189
<b>Obrázek 14:</b> Užívání léků .....	189
<b>Obrázek 15:</b> Psychika .....	189



# SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha 1:</b> Porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy.....	178
<b>Příloha 2:</b> Vhodné potraviny a pokrmy.....	179
<b>Příloha 3:</b> Nevhodné potraviny a pokrmy.....	181
<b>Příloha 4:</b> Edukace a ošetrovatelský proces.....	182
<b>Příloha 5:</b> Edukační materiál pro pacienty s Crohnovou chorobou.....	183
<b>Příloha 6:</b> Standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ (B) s klíčem k vyhodnocení.....	190
<b>Příloha 7:</b> Nestandardizovaný dotazník.....	192
<b>Příloha 8:</b> Souhlas o provedení výzkumného šetření ve FNHK (a).....	195
<b>Příloha 9:</b> Souhlas o provedení výzkumného šetření ve FNHK (b).....	196
<b>Příloha 10:</b> Souhlas o provedení výzkumného šetření ve FNHK (c).....	197
<b>Příloha 11:</b> Souhlas o provedení výzkumného šetření v ON Jičín, a. s.....	198
<b>Příloha 12:</b> Souhlas o provedení výzkumného šetření v IKEM.....	199

# PŘÍLOHY

**Příloha 1:** Porovnání Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy

	<b>Crohnova choroba</b>	<b>Ulcerózní kolitida</b>
<b>Charakter postižení</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>transmurální zánět (postihuje všechny vrstvy střevní sliznice)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>hemoragicko-katarální či ulcerózní zánět povrchových vrstev sliznice</li></ul>
<b>Lokalizace</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>celý gastrointestinální trakt (od úst až po rektum)</li><li>nejčastěji terminální ileum (tzv. ileocekální oblast)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>vždy rektum a tlusté střevo (šíření proximálním směrem do vyšších segmentů tlustého střeva)</li></ul>
<b>Histologický nález</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>segmentální postižení (střídání postižených a nepostižených úseků)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>kontinuální postup orálním směrem (postižení vcelku, bez zdravých úseků)</li></ul>
<b>Klinické projevy</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>bolesti břicha</li><li>průjmy – většinou bez příměsi (3–6krát denně)</li><li>úbytek tělesné hmotnosti</li><li>subfebrilie až febrilie</li><li>poruchy vstřebávání živin, růstu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>krvavé průjmy s tenezmy</li></ul>
<b>Komplikace</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>píštěle, stenózy a abscesy</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>zvýšené riziko vzniku karcinomu</li></ul>
<b>Výskyt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>mezi 20. a 30. rokem věku, častěji u žen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>mezi 20. a 40. a poté mezi 50. a 70. rokem věku, častěji u mužů</li></ul>

(Klener, 2002), upraveno

## Příloha 2: Vhodné potraviny a pokrmy

Vhodné potraviny a pokrmy	
<b>Polévky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vločková, rýžová</li> <li>• vývary z libových druhů mas či z povolené čerstvé zeleniny</li> <li>• zeleninu a brambory nastrouhat nebo rozmixovat</li> <li>• zavářka: loupaná rýže, těstoviny, z vymílané mouky (ne celozrnné) – kapání, strouhání</li> </ul>
<b>Maso a uzeniny</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• libové druhy masa (kuřecí, krůtí, králičí, holoubě, možno také libové vepřové, hovězí kýtu a telecí kýtu)</li> <li>• maso musí být zbaveno veškerých šlach</li> <li>• úprava mas: vařené, dušené, pečené; ryby – sladkovodní i mořské upravujeme pečením, dušením nebo grilováním ve fólii</li> <li>• uzeniny: dušená libová šunka (vepřová, kuřecí, krůtí, drůbeží), jiné druhy uzeniny (drůbeží či kuřecí salám, párky)</li> </ul>
<b>Příkrmy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• brambory uvařené (prolisované lisem na brambory nebo šťouchané, bramborová kaše)</li> <li>• loupaná rýže, těstoviny z vymleté mouky (ne celozrnné)</li> <li>• krupicové noky</li> <li>• knedlíky kypřené kypřícím práškem do pečiva (ne kypřené droždím)</li> <li>• knedlíky žemlové (vídeňské, v ubrousku, hrnkové)</li> </ul>
<b>Mléko a mléčné výrobky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mléko většinou špatně snášeno (individuální)</li> <li>• vhodné jsou zakysané mléčné výrobky (jogurt, jogurtové mléko) bez příchutě nebo s rozmixovanými povolenými druhy ovoce bez kousků</li> <li>• čerstvé sýry (Žervé, Lučina a Cottage bez příchuti)</li> <li>• tvrdé sýry, tavené sýry, tvaroh</li> <li>• jogurt s povolenými kousky ovoce (bez cereálií – obilí, otrub, ovesných vloček, musli)</li> </ul>
<b>Vejsce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zařadit jako součást pokrmu nebo jako hlavní jídlo</li> <li>• vařené natvrdo, naměkko, nahniličko, míchané v páře, ve formě sedliny, pomazánky</li> </ul>
<b>Omáčky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bešamelová, citrónová, rajská, dietní svíčková, koprová</li> </ul>
<b>Tuky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• používat pouze čerstvý tuk (nepřepalovat)</li> <li>• vhodné: máslo, olej (řepkový, slunečnicový), kvalitní rostlinné tuky</li> </ul>
<b>Ovoce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jádřince zbavená oloupaná a nejemno nastrouhaná jablka, vyzrálé banány</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kompoty z loupaných meruněk, nektarinek a broskví (možno i rozmixovat na pyré)</li> <li>• 100% džusy z uvedených druhů ovoce bez přídavku vlákniny či musli</li> <li>• ovocné přesnídávky z povolených druhů ovoce bez přídavků vlákniny či musli</li> </ul>
<b>Zelenina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• do polévek používat mladá nenadýmavá zelenina (celer, mrkev, petržel)</li> <li>• mrkev jemně nastrohat a dostatečně dlouho vařit (popřípadě rozmixovat)</li> <li>• jako přílohu: mladá mrkev dostatečně dušená a rozmixovaná nebo dušený špenátový protlak, hlávkový, ledový salát, čínské zelí bez košťálu</li> </ul>
<b>Moučníky a bezmasá jídla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• moučníky by neměly být příliš sladké a tučné</li> <li>• vhodná těsta: piškotová, tvarohová, odpalovaná (pouze s pudinkovým krémem), vanilkový, kakaový, karamelový krém, pudinky, kaše (krupicová, rýžová, vločková)</li> <li>• vánočka, mazanec z obyčejného kynutého těsta bez mandlí, ořechů, rozinek či jiného sušeného nebo kandovaného ovoce</li> <li>• pečivo a chléb z bílé, vymílané mouky</li> <li>• z bezmasých jídel jsou vhodné: nudle s tvarohem, zapečené těstoviny, nákypy, žemlovky (tvarohová, jablková)</li> </ul>
<b>Koření</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• odvary z petrželové a celerové natě, pažitky, petrželky, kopru, kmínu, majoránky, bazalky, rozmarýnu, saturejky, bobkového listu</li> <li>• citrónová a pomerančová šťáva</li> </ul>
<b>Nápoje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nepodávat ani příliš studené, ani příliš horké</li> <li>• teplé nápoje: čaj černý, zelený, šípkový, bylinkový, ovocný (v čaji nesmí zůstat kousky či vlákna ovoce nebo bylinek)</li> <li>• studené nápoje: stolní vody bez obsahu kysličníku uhličitého, minerální vody nesyčené nebo z nich necháme kysličník uhličitý vyprchat</li> <li>• ovocné šťávy a mošty z povolených druhů ovoce a bez obsahu vlákniny (případně ředěné vodou)</li> </ul>

(Milatová, Wolh, 2018), upraveno

### Příloha 3: Nevhodné potraviny a pokrmy

Nevhodné potraviny a pokrmy	
<b>Maso a uzeniny</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tučná, smažená, nakládaná a uzená; zvěřina, kachna, husa; škvarky, slanina, tlačěnka, jaternice, jelítka, klobásy, pikantní konzervy, kyselé rybičky, očka, kaviár, vnitřnosti; tučné a pikantní uzeniny</li> </ul>
<b>Zelenina (nadýmavá)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zelí, kapusta, květák, kedlubny, okurky, papriky, dýně, cuketa, ředkvičky, kyselé zelí, čalamády, lečo, česnek, cibule; zelenina naložená v oleji a octě</li> </ul>
<b>Brambory</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vařené vcelku (neprolisované, šťouchané nebo připravené jako bramborová kaše), smažené, fritované, pečené se slupkou</li> </ul>
<b>Ovoce nadýmavé a tvrdé syrové</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>angrešt, rybíz, maliny, ostružiny, brusinky, borůvky, jahody, datle, fíky, hrušky, meloun, třešně, višně, švestky, reveň, citrusy</li> </ul>
<b>Luštěniny</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>čočka, hrách, fazole, sója, cizrna</li> </ul>
<b>Kroupy, otruby</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nepodávají se v žádné úpravě</li> </ul>
<b>Pečivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>různé druhy chleba kromě chleba z vymílané pšeničné mouky, různé druhy pečiva kromě uvedeného, celozrnné, slunečnicové, česnekové; moučníky z kynutých, čerstvých, listových a lineckých těst</li> </ul>
<b>Koření</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>všechny druhy kromě povoleného – dráždivé a ostré, Masox, hořčice, Worcester, sójová omáčka</li> </ul>
<b>Mléko a mléčné výrobky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mléko většinou špatně snášeno; tučné mléko, smetana, šlehačka</li> <li>plesnivé a zrající sýry: Hermelín, Olomoucké tvarůžky, Niva, Parmazán</li> <li>smetanové jogurty, s kousky ovoce, které má pečičky (jahody, maliny apod.)</li> <li>jogurty s cereáliemi, musli, obilím, otrubami</li> </ul>
<b>Nápoje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>alkohol, nápoje sycené kyslíčným uhlíčitým, příliš horké nebo chladné nápoje</li> </ul>
<b>Ostatní</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ořechy, mák, burské ořechy, chipsy, semínka sezamová apod.</li> </ul>

(Milatová, Wolh, 2018), upraveno

**Příloha 4:** Edukace a ošetrovatelský proces

Fáze/kroky		Činnosti v ošetrovatelském procesu
Edukace	Ošetrovatelský proces	
počáteční pedagogická diagnostika	zhodnocení/posouzení	získávání informací o klientovi
projektování	stanovení ošetrovatelské diagnózy	stanovení ošetrovatelského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	plánování ošetrovatelské péče	sestavení plánu ošetrovatelské péče pro vyřešení ošetrovatelských problémů klienta
realizace	realizace ošetrovatelského plánu	realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetrovatelského problému
upevňování a prohlubování učiva		
fáze zpětné vazby	hodnocení	hodnocení výsledků ošetrovatelské péče

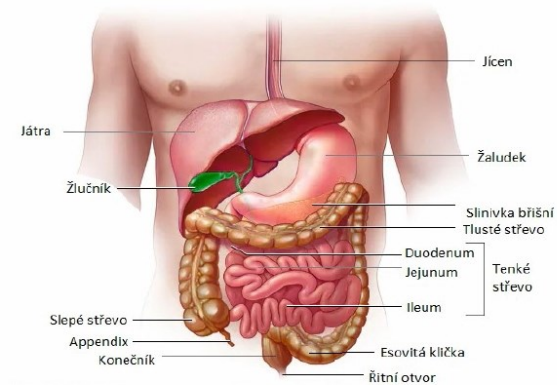
(Juřeníková, 2010), upraveno

# CROHNOVA CHOROBA

## CO JE CROHNOVA CHOROBA?

- Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice.
- Charakteristické je transmurální postižení (všech vrstev střevní sliznice) se segmentálními změnami (střídání zdravých a postižených úseků).
- Název dostala podle amerického lékaře B. B. Crohna (1932).
- Crohnova choroba je také známá pod názvem Crohnova nemoc nebo regionální enteritida.
- Společně s ulcerózní kolitidou se zařazuje mezi idiopatické střevní záněty (IBD).
- Častěji postihuje mladší jedince okolo 20. a 30. věku života.

## TRÁVICÍ TRAKT



**Obrázek 3:** Gastrointestinální trakt (zdroj: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/crohns-disease/symptoms-causes/syc-20353304>)

## LOKALIZACE CROHNOVY CHOROBY

- Může postihnout jakoukoliv část trávicí trubice od dutiny ústní až po konečník.
- Nejčastěji se vyskytuje v tzv. ileocekální oblasti.
- Zasáhnout také může: tlusté střevo, tenké střevo, tlusté i tenké střevo, oblast okolo konečníku a řitního otvoru a vzácně může zasáhnout dutinu ústní, hltan, jícen nebo žaludek.



ileitida

Přechod tenkého střeva na tlusté (40 %) tzv. ileocekální oblast



kolitida

Tlusté střevo (30 %)



jejunoileitida

Tenké střevo (15-20 %)



ileokolitida

Tlusté i tenké střevo (45 %)



perianální

Oblast okolo konečníku a řitního otvoru (5 %)



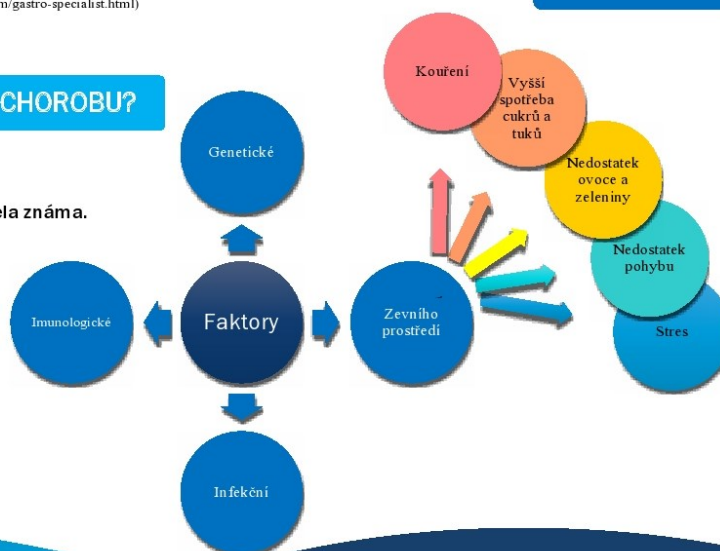
atypické oblasti

Dutina ústní, hltan, jícen, žaludek (5-10 %)

Obrázek 4: Lokalizace (zdroj: <https://www.gastroclinix.com/gastro-specialist.html>)

## CO ZPŮSOBUJE CROHNOVU CHOROBU?

- Příčina Crohnovy choroby není zcela známa.
- Na vzniku se podílí faktory:

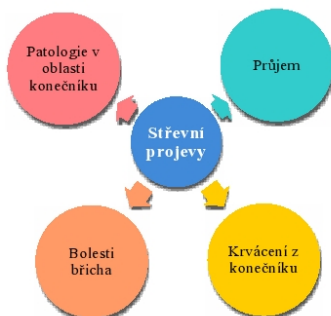


Obrázek 5: Etiologie (vlastní zdroj)

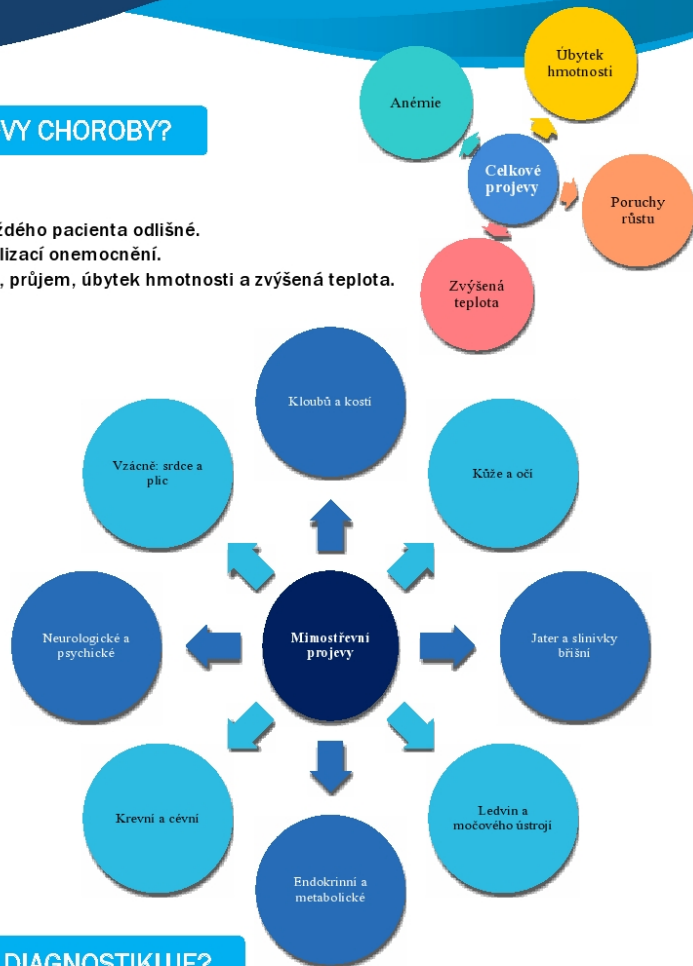


## JAKÉ JSOU PROJEVY CROHNOVY CHOROBY?

- Projevy mohou být rozmanité a u každého pacienta odlišné.
- Jsou dány rozsahem postižení a lokalizací onemocnění.
- Nejčastěji se vyskytují: bolesti břicha, průjem, úbytek hmotnosti a zvýšená teplota.



Obrázek 6: Projevy (vlastní zdroj)



## JAK SE CROHNOVA CHOROBA DIAGNOSTIKUJE?

- Diagnostika se nejprve odvíjí od anamnézy pacienta a fyzikálního vyšetření lékařem.
- K potvrzení diagnózy se provádí laboratorní vyšetření krve a vyšetření stolice.
- Dále se přistupuje k různým zobrazovacím metodám (ultrazvuk, magnetická rezonance).
  - Radiodiagnostické metody (CT, enteroklýza, irrografie, fistulografie).
  - Endoskopické metody (koloskopie, esofagogastroduodenoskopie, endoskopická biopsie, kapslová endoskopie).

## JAKÁ JE LÉČBA CROHNOVY CHOROBY?

- **Léčba je komplexní a odvíjí se zejména od toho, jaké fázi se onemocnění nachází.**

### Konzervativní léčba

- **Spočívá ve změně stravovacích návyků.**
- **Důležité je vypořádat, které potraviny způsobují přitížení a těm se vyhýbat.**
- **Při relapsu (= vzplanutí nemoci) se doporučuje vynechat kořeněná a tučná jídla.**

### Medikamentózní léčba

- **Spočívá v podávání léčiv.**
- **U mírných forem se podávají aminosallcyláty, u těžších se přistupuje ke kortikoidům a imunosupresivům.**
- **U akutních stavů se používají antitlotika.**
- **Navození mikrobiální rovnováhy ve střevě zajišťují probiotika.**

### Biologická léčba

- **Biologická neboli cílená léčba představuje nejúčinnější terapii Crohnovy choroby.**
- **Uplatňuje se zejména u pacientů s těžkým průběhem nemoci.**
- **Princípem je cílené zaměření na molekulární cíle způsobující zánět.**

### Chirurgická léčba

- **Často se k ní přistupuje u anorektální formy onemocnění (s tvorbou abscesů, píštělí apod.).**
- **Při operačním zákroku se odstraňuje postižená část střeva a následně se znovuobnovuje kontinuita střeva.**
- **V některých případech se provádí odstranění celého tlustého střeva s ponecháním pouze konečnicku (subtotální kolektomie).**
- **Pokud nelze napojit střevo na konečník, tak je potřeba vytvořit umělé vyústění na povrch těla (stomie).**

### Podpůrná a doplňková léčba

- **Cílem je doplnit chybějící vitamíny a minerály.**
  - **Enterální výživa** se využívá v případě, pokud přijímaná strava je nedostačující, spočívá v podávání speciálních výživových přípravků přímo do trávicího traktu ústí, buď ve formě sippingu (popíjení ochucených přípravků) nebo sondou do žaludku (NGS) či tenkého střeva (NJS). Další možností je založení stomie (PEG/PEJ).
  - **Parenterální výživa** spočívá v podávání výživových přípravků mimo trávicí trakt, přímo do krevního řečiště.
  - **Psychoterapie** se využívá ke zmírnění stresu, využívají se různé techniky a postupy.



Obrázek 7: Léčba (vlastní zdroj)

## JAKÉ MOHOU NASTAT KOMPLIKACE?

### Abscesy

- dutiny vyplněné hněsem

### Píštěle

- kanálovité propojení mezi střevem a okolními orgány (močový měchýř, pochva) nebo dochází k jejich vyústění na povrch těla

### Stenózy

- zúžení průsvitu střeva

### Toxické megakolon

- nebezpečný stav organismu spojený se zapláváním střevních bakterií a toxinů ze střeva přes dutinu břišní, což vede k zánětu pobříšnice a sepsi.

### Perforace

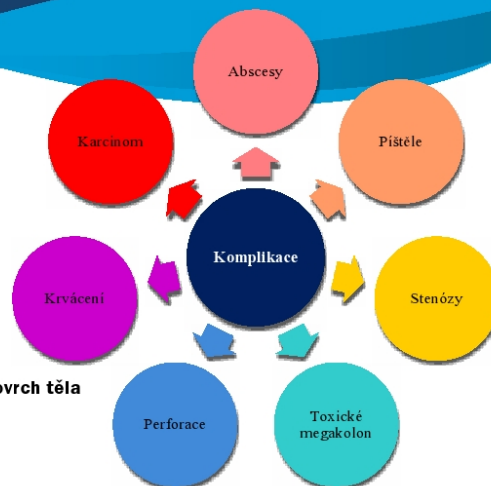
- proděravění či protržení střeva

### Krvácení

- Crohnova choroba může být spojena s mírným krvácením, maslivé krvácení je vzácné

### Karcinom

- Crohnova choroba zvyšuje riziko vzniku karcinomu tlustého střeva



Obrázek 8: Komplikace  
(vlastní zdroj)

## STRAVA PŘI CROHNOVĚ CHOROBĚ

- Výběrem vhodné stravy lze ovlivnit celkový zdravotní stav a další vývoj onemocnění.
- Důležité je si osvojit nové stravovací návyky a dodržovat je.
- Významnou roli hraje fáze onemocnění.

### Ve fázi remise (vymizení příznaků)

- Strava s plnohodnotnými živinami, nemusí se lišit od racionální diety.

### Ve fázi relapsu (vzplanutí)

- Bezežbytková dieta s nízkým obsahem vlákniny, vyloučení kořeněných a mastných jídel, často nutné vynechat mléko z důvodu špatné tolerance (způsobuje průjem).
- Vhodná je měkká, lehká stravitelná strava.
- Porce jídel by měly být menší, doporučuje se 5–6krát denně.



Obrázek 9: Stravování  
(zdroj: Microsoft Word)



### VHODNÉ POTRAVINY

Obrázek 10: Vhodné potraviny  
(zdroj: <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/green-check-mark-and-red-cross-right-and-wrong-vector-25449827>)

- **lbové maso (kuřecí, krůtí, králčcí, možno lbové vepřové, hovězí kýtu a telecí kýtu)**
- **ryby: sladkovodní i mořské**
- **z uzenln: dušená lbová šunka (kuřecí, krůtí, drůbeží, vepřová)**
- **úprava mas: vařené, dušené, pečené**
- **brambory, rýže, těstovlny (ne celozrnné)**
- **zakysané mléčné výrobky, čerstvé sýry, tvrdé sýry, tavené sýry, tvaroh, vejce**
- **máslo, olej (řepkový, slunečnicový), kvalitní rostlinné tuky**
- **ovoce: jablka (oloupané a bez jadřince), banány, meruňky, nektarlnky, broskve**
- **zelenlna: mrkev, špenát, salát (hlávkový, ledový), čínské zelí (bez košťálu)**
- **bílé pečlvo a chléb**
- **nápoje: čaje (černý, zelený, bylinkový, ovocný), stolní vody (bez obsahu kysličníku uhličitého), minerální vody nesycené, ovocné šťávy z povolených druhů ovoce**



### NEVHODNÉ POTRAVINY

Obrázek 11: Nevhodné potraviny  
(zdroj: <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/green-check-mark-and-red-cross-right-and-wrong-vector-25449827>)

- **masa: tučná, smažená, nakládáná a uzená**
- **zvěřlna, kachna, husa, škvarky, slanlna, tlačenka, jaternlce, jelítka, klobásy, plkantní konzervy, kyselé rybíčky, vnitřnosti, tučné a plkantní uzenlny**
- **ovoce: angrešt, rybíz, mallny, ostružlny, bruslnky, borůvky, jahody, datle, fíky, hrušky, meloun, třešně, vlně, švestky, cltrusy**
- **zelenlna: zelí, kapusta, květák, kedlubny, okurky, paprky, dýně, cuketa, ředkvíčky, kyselé zelí, česnek, cibule, zelenlna naložená v olejl a octě**
- **luštěnlly: čočka, hrách, fazole, sója, clzrna**
- **pečlvo (celozrnné, slunečnicové, česnekové)**
- **mléko, smetana, šlehačka, smetanové jogurty**
- **plesnlvé a zrající sýry**
- **alkohol, nápoje sycené kysličníkem uhličtým, přllš horké nebo chladné nápoje**
- **ořechy, mák, chlpsy, sezamová semínka**

## VYPRAZDŇOVÁNÍ

- Pacienti mívají často potíže s vyprazdňováním stolice (Intimní problematika se kterou se neradí svěřují).
- Často je trápí průjem chronického charakteru, který může být spojen s anální inkontinencí (=ztráta schopnosti vnímat a zadržovat střevní obsah v konečníku a evakuovat ho).



## POHYBOVÝ REŽIM

Obrázek 12: Vyprazdňování  
(zdroj: <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/wc-toilet-icon-vector-13653224>)

- Pravidelná fyzická aktivita má pozitivní vliv na kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou.
- Příznivý vliv také na psychickou pohodu (zlepšuje odolnost vůči stresu).
- Doporučovány jsou jakékoli druhy sportu (výběr dle vlastní preference) – oblíbená je chůze, běh, plavání, tanec, golf, míčové hry, jóga.
- V případě vytvořené stomle se nedoporučují sporty zatěžující břišní stěnu nebo kde hrozí riziko úderů či dopadů míče.
- Jízdu na kole by měli vynechat pacienti s perianálními píštělemi a abscesy.
- V akutní fázi onemocnění – upřednostnění odpočinku a relaxu.



## UŽÍVÁNÍ LÉKŮ



Obrázek 13: Pohybový režim  
(zdroj: <https://www.sportsland.fr/>)

Obrázek 14: Užívání léků (zdroj: <https://superawesomevectors.com/pills-vector-illustration/>)

- Důležité je pravidelné užívání předepsaných léků a jejich správné dávkování.
- V případě nespolupráce ze strany pacienta hrozí zhoršení celkové prognózy onemocnění.

## PSYCHIKA

- Psychický stav pacienta hraje důležitou roli v procesu uzdravování.
- U pacientů se mohou v souvislosti s onemocněním objevit deprese, strach, úzkost, bezradě a bezmocnost.
- Doporučuje se tělesný a psychický odpočinek, vyvarovat by se měl nadměrnému stresu

Obrázek 15: Psychika  
(zdroj: <https://cz.depositphotos.com/12577366/stock-illustration-man-woman-faces-mind-thought.html>)



## Příloha 6: Standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ (B) s klíčem k vyhodnocení

### Anonymní dotazník IPQ-R-CZ (B)

Pracovní verze ve fázi ověřování – nešířit dál!

© R. Moss-Morris, J. Weinman, K.J. Petrie, R. Horne, L.D. Cameron, D. Buick (2002)

© Zkrácená česká verze: J.Mareš, S. Ježek, K. Šmejkal, M. Štanglová, (2011)

Vážení přátelé!

Každý pacient má určitou představu o nemoci, kterou má. Něco mu o ní řekli zdravotníci, něco spolupacienti, něco známi. Tento dotazník zjišťuje **Vaše současné názory** na nemoc, kterou máte. Dotazník je anonymní, můžete tedy odpovídat bez obav a podle svých **skutečných osobních** názorů. Mohou se lišit od toho, co si myslí spolupacienti, zdravotní sestry, lékaři. Odpovídejte jen sami za sebe, zajímá nás právě Váš názor.

Odpovídá se **zakroužkováním slova** nebo **číslice**, která se nejvíce blíží Vašemu stanovisku.

Pokud se spletete nebo se rozhodnete změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

**Mám tuto nemoc: .....(doplňte) jsem: muž - žena věk: .....**

	<b>Můj osobní názor na tuto nemoc</b>	souhlasím	spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
1.	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu	5	4	3	2	1
2.	Moje nemoc je asi závažná	5	4	3	2	1
3.	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život	5	4	3	2	1
4.	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé	5	4	3	2	1
5.	S touthle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím jak mi bude zítra.	5	4	3	2	1
6.	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady	5	4	3	2	1
7.	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým	5	4	3	2	1
8.	Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci	5	4	3	2	1
9.	Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá	5	4	3	2	1
10.	Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc	5	4	3	2	1
11.	Můj zdravotní stav se časemlepší	5	4	3	2	1
12.	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné	5	4	3	2	1
13.	Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím	5	4	3	2	1
14.	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný	5	4	3	2	1
15.	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada	5	4	3	2	1
16.	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek	5	4	3	2	1
17.	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti	5	4	3	2	1
18.	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy	5	4	3	2	1
19.	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech	5	4	3	2	1
20.	Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život.	5	4	3	2	1

**Jen pro zdravotníky ! Nesděluje se pacientům a nepředává dál!**

**Klíč k vyhodnocování dotazníku IPQ-R- CZ**

Název proměnné	Otázky položky	Skóre	Interpretace
<b>Závažnost nemoci</b>	1., 2., 3., - 11*)	4 - 20	čím vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacienta závažnější charakter
<b>Možnost ovlivnění</b>	5., 8., 9., -10., 19	5 - 25	čím vyšší skóre, tím je onemocnění pro pacienta lépe ovlivnitelné
<b>Porozumění nemoci</b>	-12., -13., 14	3 - 15	čím vyšší skóre, tím více pacient své nemoci rozumí
<b>Negativní emoce</b>	15., 16., -17, 18.	4 - 20	čím vyšší skóre, tím hůře pacient onemocnění prožívá
<b>Sociální dopady</b>	4., 6., 7., 20.	4 - 20	čím vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacienta větší sociální dopady

Vysvětlivka : \*) U všech otázek označených mínusem se obrací skórování odpovědí, je to proto, aby všechny odpovědi měly obsahově kladný charakter ( některé otázky jsou v dotazníku formulovány negativně, aby se zabránilo mechanickému vyplňování dotazníku)

**Návod, jak obrátit skórování**

Údaj uváděný respondentem (pacientem)	5	4	3	2	1
Obrácené skórování	1	2	3	4	5

## Příloha 7: Nestandardizovaný dotazník

*Dobrý den,*

*jmenuji se Simona Térová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Ošetrovatelství na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové.*

*Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který bude sloužit pouze k výzkumným účelům jako podklad ke zpracování bakalářské práce na téma: „Edukace pacienta s Crohnovou chorobou“.*

*Předem Vám děkuji za spolupráci a strávený čas při vyplňování dotazníku.*

*V dotazníku, prosím, zakroužkujte jednu z odpovědí (nebude-li uvedeno jinak). U některých otázek můžete zvolit více odpovědí (vždy vyznačeno). Nezapomeňte otočit na další stranu.*

### **1. Jaké je vaše pohlaví?**

- a) Žena
- b) Muž

### **2. Kolik je Vám let? (doplňte).....**

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

- a) Základní
- b) Středoškolské s výučním listem
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

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

- a) Méně jak 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) Více jak 10 let

### **5. Jak Vám byla Crohnova choroba zjištěna?**

- a) Objevily se u mě příznaky
- b) Byla mi zjištěna náhodou

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

- a) Ano
- b) Ne

### **7. Ovlivnila Crohnova choroba Váš osobní život? (např.: v zaměstnání, ve škole, v rodině)**

- a) Ano
- b) Ne

### **8. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, vypište, ve kterých oblastech. (doplňte)**

.....



**9. Jaké užíváte léky? (možnost vyznačení více odpovědí)**

- a) Aminosalicyláty
- b) Kortikosteroidy
- c) Imunosupresiva
- d) Biologické preparáty
- e) Jiné léky .....
- f) Neužívám žádné

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

- a) Ano
- b) Ne

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

- a) Ano
- b) Ne

**12. Jakou část trávicího ústrojí může Crohnova choroba postihnout? (možnost vyznačení více odpovědí)**

- a) Tlusté střevo
- b) Tenké střevo
- c) Konečník
- d) Horní část trávicího ústrojí (dutina ústní, hltan, jícen)
- e) Všechny úseky trávicího ústrojí (dutina ústní, hltan, jícen, tenké a tlusté střevo, konečník)

**13. Znáte příčiny vzniku Vaší nemoci? (doplňte)**

.....

**14. Znáte příznaky spojené s Crohnovou chorobou? (možnost vyznačení více odpovědí)**

- a) Průjem
- b) Zvýšená teplota
- c) Únava
- d) Bolesti břicha
- e) Křeče
- f) Stolica s příměsí krve
- g) Ztráta hmotnosti
- h) Nechutenství
- i) Bolesti kloubů
- j) Kožní onemocnění
- k) Oční onemocnění
- l) Jiné.....

**15. Víte, co je to biologická léčba?**

- a) Ano
- b) Ne

**16. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, vysvětlete význam biologické léčby. (doplňte)**

.....

**17. Jaké komplikace mohou při Crohnově chorobě nastat? (doplňte)**

.....

**18. Jaké zásady správného stravování při Crohnově chorobě dodržujete? (doplňte)**

.....

**19. Odkud jste čerpal/a informace o Vašem onemocnění? (možnost více odpovědí).**

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Internet
- d) Odborná literatura
- e) Brožura, leták
- f) Televize
- g) Noviny
- h) Jiné.....

**20. Jakou formu edukace jste zažil/a? (možnost vyznačení více odpovědí)**

- a) Vysvětlování
- b) Individuální rozhovor
- c) Skupinové sezení
- d) Tištěné materiály
- e) Žádnou
- f) Nepamatuji si

**21. Máte v současné době k dispozici dostatek přehledných edukačních materiálů?**

- a) Ano
- b) Ne

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

- a) Výborná
- b) Dobrá
- c) Dostačující
- d) Nedostačující

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

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**24. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ne, vyberte, ve kterých oblastech potřebujete více informací? (možnost více odpovědí).**

- a) Stravování (dietní opatření)
- b) Vyprazdňování
- c) Užívání léků
- d) Pohybový režim
- e) Odpočinek (spánek)
- f) Psychická kondice
- g) Veškeré informace o Crohnově chorobě (příčiny, projevy, diagnostika, léčba, komplikace)

## Příloha 8: Souhlas o provedení výzkumného šetření ve FNHK (a)

Vážená paní

Mgr. Dana Vaňková  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Fakultní nemocnice Hradec Králové  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

V Hronově dne 20. 10. 2021

### **Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na gastroenterologické ambulanci II. Interní gastroenterologické kliniky FNHK**

Vážená paní náměstkyně,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší gastroenterologické ambulanci II. Interní gastroenterologické kliniky, jež by mělo být součástí bakalářské práce studentky Simony Térové, narozené 13. 6. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou a na základě zjištěných údajů vypracovat pro cílovou skupinu pacientů přehledný a ucelený edukační materiál, který poslouží ke zvýšení a zlepšení edukace pacientů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dotazníků, které jsou přiloženy k žádosti (nestandardizovaný dotazník a dotazník IPQ-R-CZ (B)).

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením paní Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., přednostky Ústavu nelékařských studií, LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Simona Térová  
Hostovského 653  
549 31 Hronov  
e-mail: terovas@lfhk.cuni.cz  
tel.: 721 904 792

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.  
přednostka Ústavu nelékařských studií  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Šimkova 870  
500 02 Hradec Králové  
email: vachkova@lfhk.cuni.cz  
tel.: 495 816 365

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum:

26.10.2021

Podpis a razítko

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
náměstkyně pro ošetr. péči  
500 05 Hradec Králové  
Mgr. Dana Vaňková

## Příloha 9: Souhlas o provedení výzkumného šetření ve FNHK (b)

Vážená paní

Bc. Hana Štilcová, MBA  
Vrchní sestra II. Interní gastroenterologické kliniky  
Fakultní nemocnice Hradec Králové  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

V Hronově dne 20. 10. 2021

### **Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na gastroenterologické ambulanci II. Interní gastroenterologické kliniky FNHK**

Vážená paní vrchní sestro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší gastroenterologické ambulanci II. Interní gastroenterologické kliniky, jež by mělo být součástí bakalářské práce studentky Simony Térové, narozené 13. 6. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou a na základě zjištěných údajů vypracovat pro cílovou skupinu pacientů přehledný a ucelený edukační materiál, který poslouží ke zvýšení a zlepšení edukace pacientů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dotazníků, které jsou přiloženy k žádosti (nestandardizovaný dotazník a dotazník IPQ-R-CZ (B)).

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením paní Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., přednostky Ústavu nelékařských studií, LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Simona Térová  
Hostovského 653  
549 31 Hronov  
e-mail: terovas@lfhk.cuni.cz  
tel.: 721 904 792

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.  
přednostka Ústavu nelékařských studií  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Šimkova 870  
500 02 Hradec Králové  
email: vachkovae@lfhk.cuni.cz  
tel.: 495 816 365

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum:

24. 10. 2021

Podpis a razítko

Bc. Hana Štilcová

ii. Interní gastroenterologická klinika  
Fakultní nemocnice Hradec Králové  
500 05 Hradec Králové

**Příloha 10: Souhlas o provedení výzkumného šetření ve FNHK (c)**



Fakultní nemocnice Hradec Králové  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové – Nový Hradec Králové

**Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce**

<b>Příjmení a jméno studenta, titul:</b>	<b>Térová Simona</b>
datum narození:	13. 06. 1998
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Hostovského 653, 549 31 Hronov
telefonní kontakt:	721 904 792
e-mail:	terovas@lfhk.cuni.cz/simonaterova@email.cz
<b>Název školy, fakulta:</b>	<b>Lékařská fakulta UK v Hradci Králové Ústav nelékařských studií Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové</b>
<b>Studijní obor, ročník:</b>	<b>Ošetrovatelství, Všeobecná sestra / 3. ročník</b>
<b>Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):</b>	<b>Bakalářská práce</b>
<b>Téma:</b>	<b>Edukace pacienta s Crohnovou chorobou</b>
<b>Jméno vedoucího práce:</b>	<b>Mgr. Eva Vachková, Ph.D</b>
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	Dospělí pacienti s Crohnovou chorobou, 100 respondentů (50/50)
<b>Klinika – pracoviště, kde bude výzkum prováděn:</b>	<b>II. Interní gastroenterologická klinika – Gastroenterologická ambulance</b>
Metodika výzkumu:	Dotazníkové šetření (nestandardizovaný dotazník a dotazník IPQ-R – Bref-CZ)
Období výzkumu (od – do):	listopad–únor
<b>Souhlas vedení pracoviště s výzkumem</b>	
Jméno:	<i>Bc. HANA ŠTILCOVÁ</i>
Razítko, podpis, datum:	

*Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi – výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe – výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.*

Datum:

Podpisy žadatele:

Mgr. Vachková Eva, Ph.D.  
.....  
Vedoucí práce

*Térová*  
.....  
Student

## Příloha 11: Souhlas o provedení výzkumného šetření v ON Jičín, a. s.

Vážená paní

MUDr. Dana Zimandlová  
Primářka interního oddělení  
Oblastní nemocnice Jičín a.s.  
Bolzanova 512, 506 01 Jičín

V Hronově dne 15. 11. 2021

### Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v gastroenterologické ambulanci Oblastní nemocnice Jičín

Vážená paní primářko,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v gastroenterologické ambulanci Oblastní nemocnice Jičín, jež by mělo být součástí bakalářské práce studentky Simony Térové, narozené 13. 6. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou a na základě zjištěných údajů vypracovat pro cílovou skupinu pacientů přehledný a ucelený edukační materiál, který poslouží ke zvýšení a zlepšení edukace pacientů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dotazníků, které jsou přiloženy k žádosti (nestandardizovaný dotazník a dotazník IPQ-R-CZ (B)).

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením paní Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., přednostky Ústavu nelékařských studií, LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

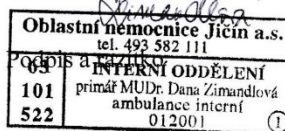
Simona Térová  
Hostovského 653  
549 31 Hronov  
e-mail: terovas@lfhk.cuni.cz  
tel.: 721 904 792

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.  
přednostka Ústavu nelékařských studií  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Šimkova 870  
500 02 Hradec Králové  
email: vachkova@lfhk.cuni.cz  
tel.: 495 816 365

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum: 16. 11. 2021



## Příloha 12: Souhlas o provedení výzkumného šetření v IKEM

Vážený pan

doc. MUDr. Pavel Drastich, Ph.D.  
Vedoucí Ambulance biologické léčby  
Institut klinické a experimentální medicíny  
Václavská 1958/9, 140 21 Praha 4

V Hronově dne 25. 11. 2021

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Institutu klinické a experimentální medicíny na Klinice hepatogastroenterologie**

Vážený pane docente,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Institutu klinické a experimentální medicíny na Klinice hepatogastroenterologie, jež by mělo být součástí bakalářské práce studentky Simony Těrové, narozené 13. 6. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit úroveň znalostí u pacientů s Crohnovou chorobou a na základě zjištěných údajů vypracovat pro cílovou skupinu pacientů přehledný a ucelený edukační materiál, který poslouží ke zvýšení a zlepšení edukace pacientů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dotazníků, které jsou přiloženy k žádosti (nestandardizovaný dotazník a dotazník IPQ-R-CZ (B)).

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením paní Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., přednostky Ústavu nelékařských studií, LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Simona Těrová  
Hostovského 653  
549 31 Hronov  
e-mail: terovas@lfhk.cuni.cz  
tel.: 721 904 792

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.  
přednostka Ústavu nelékařských studií  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Šimkova 870  
500 02 Hradec Králové  
email: vachkova@lfhk.cuni.cz  
tel.: 495 816 365

Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum:

3. 12. 2021

Podpis a razítko

Doc. MUDr. Pavel Drastich, Ph.D.

