

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Šárka Plačková

**Vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou
chorobou**

*Perception of the quality of life in patients with
Crohn's disease*

Bakalářská práce

Praha, květen 2024

Autor práce: Šárka Plačková

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 16. května 2024

Šárka Plačková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala:

Paní **Mgr. Renatě Vytejškové**, vedoucí mé bakalářské práce za odborné vedení, cenné rady a trpělivost.

Paní **Mgr. Dobromile Sukupové, DiS.** hlavní sestře, která mi umožnila provést výzkum na jejím pracovišti a všem **sestrám**, které se podílely na distribuci dotazníků na dané klinice.

Paní **MUDr. Michaele Klabusayové**, která mi umožnila distribuci dotazníku ve své ambulanci.

Doc. MUDr. Lumíru Kunovskému, Ph.D. za poskytnutí informací o nových metodách v oblasti chirurgické léčby Crohnovy choroby.

Dále bych chtěla poděkovat všem **pacientům**, kteří mi vyplnili dotazník a přispěli tak k mému výzkumu. Bez nich by tato práce nevznikla.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU	8
1.1 ANATOMIE	8
1.1.1 Dutina ústní (<i>cavitas oris</i>)	9
1.1.2 Hltan (<i>pharynx</i>).....	9
1.1.3 Jícen (<i>oesophagus</i>)	9
1.1.4 Žaludek (<i>gaster</i>).....	10
1.1.5 Tenké střevo (<i>intestinum tenue</i>)	10
1.1.6 Tlusté střevo (<i>intestinum crassum</i>)	11
1.2 FYZIOLOGIE	12
1.2.1 Střevní mikrobiota.....	12
2. CROHNOVA CHOROBA	13
2.1 DEFINICE	13
2.2 HISTORIE	13
2.3 PREVALENCE A INCIDENCE IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ V ČR	15
2.4 ETIOLOGIE A ETIOPATOGENEZE	15
2.4.1 Genetické faktory	16
2.4.2 Střevní mikrobiota.....	16
2.4.3 Faktory životního prostředí.....	17
2.5 KLINICKÉ PROJEVY	18
2.5.1 Crohnova choroba v ileocekální lokalizaci.....	18
2.5.2 Crohnova choroba v kolonické lokalizaci.....	18
2.5.3 Crohnova choroba v tenkém střevě proximálně od terminálního ilea	18
2.5.4 Crohnova choroba v atypických lokalizacích	19
2.5.5 Crohnova choroba v anoperiální lokalizaci	19
2.5.6 Komplikace a mimostřevní příznaky nemoci.....	19
2.6 DIAGNOSTIKA	20
2.6.1 Laboratorní vyšetření krve a stolice	20
2.6.2 Histologické vyšetření.....	21
2.6.3 Endoskopické metody.....	21
2.6.4 Zobrazovací metody.....	22
2.7 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ	23
2.7.1 Prognóza.....	24
2.8 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	24
2.8.1 Aminosalicyláty.....	24
2.8.2 Kortikosteroidy	24
2.8.3 Imunosupresiva.....	25
2.8.4 Substituční léčba	25
2.8.5 Biologická léčba	25
2.9 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	26
2.9.1 Ileocékální resekce.....	27
2.9.2 Strikturoplastika.....	27
2.9.3 Perianální píštěle.....	27
2.10 NUTRIČNÍ STAV A VÝŽIVA.....	27
2.10.1 Strava v období remise	28
2.10.2 Strava v období relapsu	28
2.10.3 Malnutrice.....	29
3. KVALITA ŽIVOTA.....	29
3.1 DEFINICE POJMU KVALITY ŽIVOTA.....	29
3.2 KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVÍ	30

3.2.1	<i>Health Related Quality of Life</i>	31
3.2.2	<i>Psychické a fyzické zdraví</i>	31
3.3	METODY MĚŘÍCÍ KVALITU ŽIVOTA.....	31
3.3.1	<i>World Health Organisation quality of life – BREF</i>	31
3.3.2	<i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire</i>	32
3.4	KVALITA ŽIVOTA S CROHNOVOU CHOROBOU	32
3.4.1	<i>Faktory ovlivňující kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou</i>	33
	PRAKTICKÁ ČÁST	34
4.	METODIKA VÝZKUMU	34
4.1	HLAVNÍ CÍL	34
4.1.1	<i>Dílčí cíle</i>	34
4.2	HYPOTÉZY	34
4.3	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉ METODY	35
4.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	35
4.5	REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
4.6	ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	36
5.	VÝSLEDKY A ANALÝZA DAT	37
5.1	ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ	64
	DISKUZE	66
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
	SEZNAM TABULEK	79
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM PŘÍLOH	81
	PŘÍLOHY	82

Úvod

Téma této bakalářské práce, "Vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou", jsem si vybrala z osobního zájmu a zkušeností, které jsem získala během studia na vysoké škole a absolvování praxí v ošetrovatelství. Crohnova choroba mě zaujala svou komplexností a výzvami, které představuje pro diagnostiku, léčbu, a především ošetrovatelskou péči. V dnešní době se stále více lidí potýká s touto chronickou střevní nemocí, avšak veřejnost často nemá dostatečné informace o tom, co tato diagnóza znamená pro každodenní život pacienta. Tato neúplná neznalost mě motivovala k tomu, abych se hlouběji zabývala tímto tématem a trochu přispěla k lepšímu porozumění. Crohnova choroba je stále objekt intenzivního výzkumu. Z pohledu ošetrovatelství je klíčové zaměřit se na kvalitu života pacientů, což zahrnuje nejen fyzické zdraví, ale i psychické a sociální aspekty jejího života.

Cílem této bakalářské práce je prostřednictvím dotazníkového šetření a analýzy získaných dat prozkoumat, jak Crohnova choroba ovlivňuje vnímání kvality života pacientů. Konkrétně se zaměříme na dva hlavní aspekty. Tedy identifikovat a porozumět změnám ve vnímání kvality života pacientů s Crohnovou chorobou v oblasti fyzického zdraví a výživy a analyzovat psychosociální dopady Crohnovy choroby na jejich každodenní život.

Tímto výzkumem jsem se snažila hlouběji proniknout do povahy potřeb pacientů s Crohnovou chorobou a analyzovat možnosti, jak přispět k jejich celkovému blahobytu a kvalitě života. Očekávám, že detailní zkoumání vlivu Crohnovy choroby na fyzické, psychické a sociální aspekty života pacientů může přispět k lepšímu pochopení těchto potřeb a následně k zlepšené ošetrovatelské péči, poskytování podpory a vývoji individuálně přizpůsobených intervenčních strategií.

Věřím, že výsledky této bakalářské práce poskytnou další vhled do zkušeností pacientů s Crohnovou chorobou a přispějí k hlubšímu porozumění jejich potřeb v oblasti péče a podpory. Tyto informace mohou být cenné pro další diskusi a reflexi, jak ošetrovatelského společenství, tak i pro osvětu veřejnosti o této chorobě.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je nedílnou součástí bakalářské práce. První kapitola se zabývá anatomii a fyziologií gastrointestinálního traktu, neboť Crohnova nemoc má velké pole působnosti a pro správné pochopení je vhodné znát anatomické a fyziologické poznatky GIT. Cílem druhé kapitoly teoretické části je seznámení s problematikou samotné Crohnovy choroby. Zahrnuje obecnou charakteristiku a současné poznatky o Crohnově chorobě (o definici, historii, prevalenci, incidenci, etiologii, klinickém obrazu, diagnostice, léčbě, komplikacích a výživě). Cílem druhé kapitoly bylo charakterizovat a definovat kvalitu života, možné metody měření, popsat kvalitu života u Crohnovy choroby a faktory, které jí ovlivňují.

1. Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu

1.1 Anatomie

Trávicí soustava je tvořena trávicí trubicí (*canalis alimentarius*), do které řadíme orgány, jako dutina ústní společně s jejími deriváty (zuby, slinné žlázy, jazyk), hltan, jícen, žaludek, tenké střevo a tlusté střevo. Na tento trubicovitý systém se vážou žlázy, které napomáhají štěpení potravy. Jsou jimi játra společně se žlučovými vývodnými cestami a slinivka břišní. Tyto orgány se souhrnně označují, jako akcesorní orgány trávicího traktu. (GRIM, 2022)

Trávicí trubice prochází od ústní dutiny krkem do mezihrudí a poté do břišní dutiny. V břišní dutině se nachází tenká membrána zvaná pobřišnice (*peritoneum*), která leží na břišní stěně (*parietální peritoneum*) a obklopuje vnitřní orgány (*viscerální peritoneum*). (FIALA, 2015)

Stěna trávicí trubice je tvořena čtyřmi vrstvami. Vnitřní vrstva se nazývá sliznice, na ní následuje podslizniční vazivo, dále svalová vrstva a konečným povrchem je vazivový obal. Sliznice (*tunica mucosa*) je měkká růžovočervená vrstva, která vystýlá dutinu trávicí trubice a bývá zvlhčená sekretem ze žlázek. Podslizniční vazivo (*tunica submucosa*) spojuje sliznici s další vrstvou, svalovinou. Jedná se o řídké vazivo, které je protkané pleteněmi silnějších cév a nervů (*plexus submucosus*). Svalová vrstva (*tunica muscularis*) je na začátku i na konci trávicí trubice tvořena příčně pruhovanou svalovinou. Střední část, považováno od střední části jícnu k spodní části rekta, je tvořena hladkou

svalovinou. Vnější povrchová vrstva je tvořena vrstvou vaziva (*tunica adventitia*), která obaluje části trávicí trubice, jenž se nenachází v pobřišnicové dutině. Jinou formou vnější vrstvy je ještě *tunica serosa*, lesklá a hladká povrchová vrstva, která obaluje úsek trávicí trubice, přivrácenou do břišní dutiny. (NAŇKA, 2019)

Neboť Crohnova choroba postihuje především tenké a tlusté střevo, budu se jimi v této kapitole zabývat podrobněji a ostatní orgány gastrointestinálního traktu budou popisovány spíše okrajově.

1.1.1 Dutina ústní (*cavitas oris*)

Dutina ústní je úvodním segmentem trávicí trubice, ale uplatňuje se i jako dýchací cesta a má podíl na artikulaci řeči. Dutina ústní má nesouměrný tvar, v přední části je ohraničena rty (*labia oris*), po stranách jsou tváře (*buccae*), nahoře patro (*palatum*) a spodina ústní se nalézá dole. Hltanovou úžinou přechází dutina ústní do hltanu. Dále je rozdělena na ústní předsíň (*vestibulum oris*) a vlastní dutinu (*cavitas oris propria*) zubními oblouky. Dutina ústní obsahuje zuby (*dentes*), jazyk (*lingua*), slinné žlázy (*glandulae oris*) a patrové mandle (*tonsillae palatinae*). (GRIM, 2022)

1.1.2 Hltan (*pharynx*)

Hltan je předozadně oploštěná trubice ve tvaru nálevky a dlouhá asi 12-15 cm. Z části je zapojen, i jako dýchací trubice a napomáhá k fonaci. Od báze lební zasahuje na úroveň obratle C6, kde pokračuje do jícnu. Nachází se před krční páteří a dopředu se otevírá do dutiny ústní, dutiny nosní a dutiny hrtanové. Hltan se rozděluje do tří částí: nosohltan (*pars nasalis pharyngis*), který je neprostornější částí hltanu, ústní část hltanu (*pars oralis pharyngis*), která leží za kořenem jazyka, a hrtanová část hltanu (*pars laryngea pharyngis*), která se postupně zužuje a v oblasti C6 přechází v jícen. (NAŇKA, 2019)

1.1.3 Jícen (*oesophagus*)

Jícen je 23-28 cm dlouhá trubice, která přímo spojuje hltan se žaludkem. Vnitřní vrstva sliznice je pokryta dlaždicovým epitelem. Horní třetina jícnu se skládá z příčně pruhované svaloviny, dolní třetina z hladké svaloviny a poslední střední třetina je kombinací obou typů svalovin. (FIALA, 2015)

1.1.4 Žaludek (*gaster*)

Žaludek se přímo napojuje na jícen a je uložen v dutině břišní pod levou brániční klenbou. Má tvar zahnutého vaku s pravým konkávním a levým konvexním okrajem (zakřivením), ve svém průběhu se postupně zužuje. (ČIHÁK, 2016)

1.1.5 Tenké střevo (*intestinum tenue*)

Tenké střevo je spojnicí mezi pylorem žaludku a tlustým střevem, jakožto nejdelší část trávicí trubice o délce 3–5 metrů. Začátek je ve výši obratlového těla L1 a konec v pravé jámě kyčelní. Tenké střevo se dále dělí na tři části: dvanáctník (*duodenum*), lačník (*jejunum*) a kyčelník (*ileum*). Duodenum navazuje na pylor a měří asi 25–28 cm. V této oblasti bývá častý výskyt vředů, v souvislosti s nižším cévním zásobením. Duodenum připomíná svým tvarem písmeno C, v jehož konkávě nalezneme hlavu slinivky břišní (*pankreas*). Tomuto útvaru se říká duodenální okno. Duodenální sliznice je posetá plochými klky a sloužená do kruhovitých řas. Tyto řasy, ale nenalezneme v horní části duodena, kde je hladká sliznice. Sliznice obsahuje dva typy žlázek. Jednak *Glandulae intestinales*, které produkují izotonickou tekutinu, do níž poté enterocyty uvolňují enzymy a jednak *Glandulae duodenales*, které produkují alkalický sekret neutralizující kyselinu solnou obsaženou v žaludeční šťávě. (NAŇKA, 2019)

Části tenkého střeva lačník a kyčelník jsou zavěšeny pomocí mesenteria na zadní straně peritoneální dutiny. Tato část je asi dvacetkrát delší než samotné duodenum a je uspořádáno do klíček tenkého střeva. (GRIM, 2022) Jejunum je uloženo v levé horní části peritoneální dutiny a tvoří asi 2/5 délky střeva. Jejunum je širší a narůžovělé v důsledku významných arteriálních pletení. Přestup jejunum do ilea je téměř nezřetelný. Ileum je tenčí a bledší. Ileum je lokalizované zejména v pravé dolní části a tvoří 3/5 délky střeva. Napojuje se na tlusté střevo v oblasti pravé jámy kyčelní ileocekálním ústím. V této oblasti má vytvořenou chlopeň, která střevní obsah směřuje do tlustého střeva. Chlopeň za určitých podmínek umožňuje částečné navrácení střevního obsahu z tlustého střeva zpět do ilea. (NAŇKA, 2019)

1.1.6 Tlusté střevo (*intestinum crassum*)

Tlusté střevo je posledním úsekem trávicí trubice, je naředlé barvy a dlouhé 1,2-1,5 metru a 6-8 cm široké. Šírka je závislá na aktuální náplni střeva, vyprázdňené má šírku asi 2 cm. Dělí se na tyto části: slepé střevo (*caecum*) s červovitým výběžkem (*appendix vermiformis*), tračník (*colon*) a konečník (*rectum*). Tračník se ještě dále rozděluje na vzestupný tračník (*colon ascendens*), příčný tračník (*colon transversum*), sestupný tračník (*colon descendens*) a esovitý tračník (*colon sigmoideum*). Počátek tlustého střeva je v pravé jámě kyčelní, na levé straně ve výši S3 postupuje esovitý tračník do konečníku, kde vyústuje v řitní rýze, jako řiť (*anus*). Na povrchu tlustého střeva se nachází řada velkých stopkatých výběžků viscerálního peritonea, naplněných tukovou tkání. Je to charakteristickým znakem pro *colon*, který se tím odlišuje od tenkého střeva. Slepé střevo, jako nejširší oddíl, leží v pravé jámě kyčelní pod vyústěním tenkého střeva do tlustého střeva. Jeho horní konec přechází do *colon ascendens*. Na slepém střevě nacházíme v oblasti přední břišní stěny v Mcburneyho bodě červovitý výběžek. Vzestupný tračník se napojuje na horní okraj céka a vystupuje v okolí pravé břišní stěny ke spodní ploše jater. Na tomto místě téměř v pravém úhlu přechází do příčného tračníku, který je dlouhý asi 50 cm. Příčný tračník má tvar oblouku, který je obrácen konkavitou směrem nahoru. Navazující sestupný tračník směřuje do levé jámy kyčelní a přechází do esovitého tračníku. (GRIM, 2022)

Esovitý tračník vytváří kličku připomínající položené písmeno S. je dlouhý asi 30–40 cm a představuje nejužší část tlustého střeva. Esovitý tračník sestupuje do pánve před křížovou kost. Jeho sestupná část dále přechází na úroveň S2 a S3, kde plynule pokračuje v konečník. *Colon sigmoideum* je vepředu i na horní straně překryt kličkami tenkého střeva, dole naléhá na močový měchýř a u ženy na vnitřní pohlavní orgány. (GRIM, 2022)

Konečník představuje poslední oblast tlustého střeva a tím i zakončení trávicí trubice. Navazuje na esovitý tračník a uložen je v malé pánvi. Sestupuje dolů a na povrchu těla se otevírá řití, která je uložena na spodině rýhy, před hrotem kostrče a za zadním okrajem hráze. Mezi konečníkem uvnitř rekta a esovitým tračníkem není zřetelná hranice. Konečník je dlouhý asi 12-15 cm a má

dva oddíly. Na začátku je *ampulla recti*, který přímo navazuje na esovitý výběžek a pokračuje v kratší oddíl *canalis analis*, jenž je konečný usek rekta. (GRIM, 2022)

1.2 Fyziologie

Parasympatikus stimuluje v trávicí trubici motilitu a zároveň i sekreční aktivitu žláz, na rozdíl od sympatiku, který má opačný efekt. V submukóze a ve střevní svalovině se nachází pleteně a ganglia, která jsou označována, jako enterický nervový systém. (GRIM, 2022)

V rámci udržení životních funkcí je nezbytný příjem potravy z vnějšího prostředí, který slouží, jako zdroj vody, minerálních látek, živin a vitamínů. Trávicí systém zodpovědný za tento příjem, také slouží, jako místo odstranění některých produktů metabolismu. (KITTNAR, 2020)

Gastrointestinální systém plní několik klíčových funkcí, včetně mechanického a chemického zpracování potravy, sekrece trávicích šťáv, vstřebávání látek, posunu (motilita) a mísení tráveniny s trávicími šťávami, skladování, ochrany prostřednictvím vlastního imunitního systému a sekrece endokrinně aktivních látek. (KITTNAR, 2020)

Trávicí systém můžeme v tomto případě jednoduše rozdělit na horní úsek (ústa, jícen, žaludek), střední úsek (tenké střevo) a dolní úseku (tlusté střevo). V horním úseku dochází k mechanickému rozmělnění potravy a částečnému trávení enzymy trávicích šťáv (sliny, žaludeční šťáva). Sousto (*bolus*) postupně přechází na tráveninu (*chymus*), který putuje dál do středního úseku GIT. Významnou úlohu v procesu trávení a vstřebávání hraje tenké střevo, ale bez sekrecí jater a pankreatu by jeho funkce nebyla možná. Většina potřebných látek pro organismus se vstřebává v tenkém střevě, a následný chymus přechází do tlustého střeva, tedy do spodního úseku GIT. Zde se obsah zahušťuje a podléhá působení bakterií, což postupně mění tráveninu ve stolicí. Ta je následně vyloučena během procesu defekace. (KITTNAR, 2020)

1.2.1 Střevní mikrobiota

Střevní mikrobiota představuje komplexní ekosystém, který úzce souvisí se svým hostitelem. Součástí jsou nejenom střevní bakterie, ale i viry, houby,

archea a protozoa. Odhadem se dá říci, že v GIT člověka může být až 1000 odlišných druhů bakterií. Složení střevní mikrobioty je u každého jedince velice unikátní podobně, jako například otisk prstu. Základními funkcemi střevní mikrobioty je práce na metabolismu nutričních substrátů, imunomodulace, produkce mastných kyselin s krátkým řetězcem, vliv na motilitu střev, syntéza určitých vitamínů a účast na enterohepatálním oběhu žlučových kyselin a cholesterolového metabolismu. Střevní mikrobiota může být modifikována některými faktory, jimiž mohou být stravovací návyky, věk, léky či léčebné postupy. (ZBOŘIL, 2018)

2. Crohnova choroba

2.1 Definice

Crohnova nemoc spadá do skupiny idiopatických či nespecifických střevních zánětů neboli IBD. IBD jsou známá, jako chronická zánětlivá onemocnění na trávicím traktu. Pojem obsahuje dvě samostatné klinické jednotky, Crohnovu nemoc a Ulcerózní kolitidu. Obě tyto onemocnění se odlišují svojí anatomickou lokalizací, rozsahem a intenzitou postižení střevní sliznice. (ZBOŘIL, 2018)

Červenková ve své knize definuje Crohnovu nemoc, jako chronické zánětlivé onemocnění trávicího systému, které může postihnout libovolnou část trávicí trubice. Nejčastěji se objevuje ve spojení mezi tenkým a tlustým střevem. Segmentární zánět postihuje celou tloušťku stěny v trávicí trubici a způsobuje, píštěle, zúžení a vředy. (ČERVENKOVÁ, 2009)

Lukáš zase ve své knize definuje Crohnovu nemoc, jako zánět trávicího traktu, který je fokální, asymetrický a proniká celou tloušťkou stěny trávicí trubice, a to i s tvorbou granulomů. Tento typ zánětu může ovlivnit libovolnou část trávicího traktu od úst po konečník. Transmurální povaha zánětu může vést k vzniku komplikací, jako jsou stenózy a fistuly. (LUKÁŠ, 2018)

2.2 Historie

Crohnova choroba společně s Ulcerózní kolitidou mají bezmála sto let dlouhou historii. Na samém začátku zkoumání těchto nemocí stáli především lékaři z Velké Británie a USA, kteří udávali značný trend ve výzkumu i léčbě až

do osmdesátých let minulého století. Možným důvodem, proč zrovna v těchto oblastech se dostalo zájmu o studium idiopatických střevních zánětů, je že právě v těchto končinách dosáhl vývoj medicíny a nových inovativních léčebných metod nejvyššího stupně, hned po skončení 1. světové války. Druhým důvodem, který poukazuje na rozsáhlejší zájem o prozkoumání této problematiky, je fakt, že v těchto regionech tyto nemoci vykazovali zvýšený nárůst incidence od dvacátých let minulého století. Lékaři se s tímto problémem setkávali mnohem častěji, než tomu tak bylo v jiných částech světa. Tento jev spojení incidence idiopatických střevních zánětů s mírou industrializace společnosti je pravděpodobně klíčovým etiologickým faktorem ovlivňujícím jejich výskyt. (LUKÁŠ, 2021)

Historie idiopatických střevních zánětů sahá mnohem dál než jenom do minulého století, například G.G. Morgagni, jako první popsal případ segmentálního postižení tenkého a tlustého střeva v roce 1769 a v roce 1888 W. Hale-White zavedl do lékařské terminologie termín Ulcerózní kolitida. (LUKÁŠ, 2021)

Po Ulcerózní kolitidě, jakožto jedním z onemocnění IBD si Crohnova choroba musela na svůj termín v lékařské terminologii ještě chvíli počkat.

Gastroenterologové z nemocnice Mount Sinai v New Yorku, G.D. Oppenheimer a L. Ginzburg, zaznamenali od roku 1920 celkem 12 pacientů s podobnými střevními obtížemi, kteří podstoupili operaci vedenou chirurgem A.A. Bergem. Později další dva pacienti s podobnými symptomy zachytil gastroenterolog B.B. Crohn v roce 1930 z též nemocnice. Tyto případy byly seskupeny do jednoho souboru a zveřejněny v prestižním časopise JAMA. I když chirurg Berg provedl všechny operace, odmítl se účastnit autorského týmu. Seznam autorů byl tak seřazen abecedně, nikoli podle podílu práce na publikaci, s Crohmem jako prvním uvedeným autorem. Pokud by chirurg Berg souhlasil s účastí v autorském kolektivu, byl by uveden jako první autor a možná by byla nová klinická jednotka pojmenována po něm – jako Bergova nemoc. (LUKÁŠ, 2021)

Britský chirurg Wells v roce 1952 popsal segmentární kolitidu, jako možnou variantu Crohnovy choroby, lišící se od ulcerózní kolitidy. Trvalo téměř deset let, než americká gastroenterologická komunita přijala tuto změnu v

pojmenování z "regionální enteritidy" a "segmentární kolitidy" na Crohnovu nemoc, neb tak se zprvu toto onemocnění označovalo. (LUKÁŠ, 2021)

2.3 Prevalence a incidence Idiopatických střevních zánětů v ČR

V odborné literatuře se prevalence a incidence Crohnovy choroby a Ulcerózní kolitidy uvádí dohromady, neboť jsou téměř stejné, proto jsou následující údaje uváděny souhrnně o IBD. Na přelomu 21. století se zánětlivé střevní onemocnění stalo celosvětovým problémem s rostoucí incidencí v nově industrializovaných zemích, jejichž společnosti se stávají stále více západně orientovanými. I když se v západních zemích stabilizuje incidence, zůstává zátěž vysoká, neboť prevalence překračuje 0,3 %. Tyto údaje poukazují na potřebu výzkumu prevence zánětlivého střevního onemocnění a inovací v systémech zdravotní péče pro řešení tohoto složitého a nákladného onemocnění. (NG et al., 2017)

V roce 2018 byl počet pacientů s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou, kteří na území ČR přijímali zdravotní péči celkem 28 430. Celková prevalence pacientů s IBD byla 56 407 osob. Při srovnávání počtu nemocných v období od roku 2010 do roku 2018 se ukázalo, že prevalence počtu pacientů s IBD roste každým rokem o 8-9 %. Na základě těchto výsledků se počítala predikce prevalence léčených pacientů s IBD na rok 2025 a 2030. Celková prevalence léčených osob s IBD v naší populaci přesáhne v roce 2025 69 000 pacientů a v roce 2030 počet 78 000. tento nárůst činí zvýšení o 38 % od roku 2018. Tento nárůst bude vyžadovat více finančních prostředků na diagnostiku a zejména léčbu pacientů s IBD, a to bez ohledu na potřebu rozšíření personálního a technického vybavení. Kromě zvýšení finančních prostředků je nezbytné implementovat nové přístupy k péči v tomto oboru, včetně využití telemedicíny a self-monitoringu pacientů. V souvislosti s věkem je nejvyšší prevalence pacientů s Crohnovou chorobou mezi 20-40 rokem života. (LUKÁŠ, 2020)

2.4 Etiologie a etiopatogeneze

IBD je komplexní onemocnění, u kterého se domnívá, že vzniká z komplexní interakce mezi genetickou predispozicí, imunitním systémem střeva

a různými faktory životního prostředí, včetně mikrobiomu. Existuje několik teorií, ale žádná z nich neposkytuje jednotné vysvětlení. (CHEN, 2020)

Stejně jako u Ulcerózní kolitidy (UC), i u Crohnovy nemoci (CD) hraje klíčovou roli imunitní odpověď, zejména účast T-lymfocytů, specificky skupiny Th-1. Poruchy probíhají při proliferaci, aktivaci a apoptóze těchto buněk, obdobně jako v migraci leukocytů do tkání. Podle některé odborné literatury u CD se významně ukazuje na možnou spojitost s vaskulitidami, spalničkovou a mykobakteriální infekcí. (LATA et al, 2010)

2.4.1 Genetické faktory

Crohnova choroba společně s UC se mohou vyskytovat společně v rodinách, a tak jsou zahrnovány do oblasti nemocí s tzv. multifaktoriální – komplexní dědičností. Tento termín označuje nemoci, které mohou být spojeny s genetickou predispozicí, často v důsledku působení více genů s menším vlivem na vývoj onemocnění, spíše než jediný gen s významným účinkem. (ZBOŘIL, 2018)

Předpokládá se, že interakce mezi jednotlivými geny a vnějšími vlivy hraje významnou roli při vzniku nemoci. Kombinace faktorů, včetně poruchy symbiózy mezi střevní mikroflórou a imunitním systémem střevní sliznice, přispívá ke vzniku IBD. I když je riziko opakování IBD v rodině obvykle nízké, pro příbuzné prvního stupně se uvádí pravděpodobnost kolem 3 %. Genetická klinika naznačuje, že riziko Crohnovy choroby je asi 3-5 krát vyšší mezi příbuznými prvního stupně a familiární výskyt byl zjištěn u 15-20 % nemocných. Chen ve své knize uvádí, že 25-40 % dětí má rodinnou historii IBD a sourozenci pacientů s Crohnovou chorobou mají 17-35 krát vyšší pravděpodobnost vývoje této nemoci. (ZBOŘIL, 2018, CHEN, 2020)

V souvislosti s genetickou dispozicí k nemoci se identifikoval gen IBD1 známý také jako CARD15 a NOD2. I přes to, že je gen NOD2 nejvíce zkoumaným v souvislosti s CD, stále není zcela jasné, jak varianty tohoto genu ovlivňují náchylnost k rozvoji této nemoci. (ZBOŘIL, 2018)

2.4.2 Střevní mikrobiota

Pacienti trpící IBD projevují sníženou rozmanitost střevní mikroflóry. Ve srovnání se zdravou populací je u pacientů s CD pozorována vysoká koncentrace bakterií v sliznici střeva. Zánět sliznice u IBD je spojen s nedostatkem běžných

anaerobních bakterií, jako jsou Bacteroides, Eubacterium a Lactobacillus. Pokles bifidobakterií a zvýšení E. coli a klostridií u pacientů s IBD naznačuje nerovnováhu mezi prospěšnými a potenciálně patogenními bakteriemi, což může být faktorem při vzniku onemocnění. Nicméně, stále není jasné, zda změny ve střevní mikrobiotě přispívají ke vzniku a udržování zánětu, nebo zda jsou tyto změny důsledkem zánětu. (ZBOŘIL, 2018)

2.4.3 Faktory životního prostředí

Vliv environmentálních faktorů na vznik IBD je podporován nedávnými epidemiologickými studiemi. Vyspělé země zaznamenaly v posledních 50 letech významný nárůst výskytu Crohnovy choroby, což je částečně spojeno s postupnou industrializací. Některé studie přinesly důkazy, že potrava hraje klíčovou roli ve vývoji IBD. Konzumace ovoce a zeleniny je spojena se sníženým rizikem Crohnovy choroby, zatímco nadměrný příjem tuků a cukrů může zhoršit průběh onemocnění. Ve většině západních vyspělých zemí byly potraviny bohaté na cukr uznány jako jeden z rizikových faktorů Crohnovy choroby a umělé potravinářské přídatné látky převládající v západní stravě mohou podporovat střevní záněty zasahováním do bariérové funkce ve střevech. (GUAN, 2019)

Kouření je dalším příkladem modifikátoru specifického pro chorobu, který podle všeho zhoršuje Crohnovu chorobu. Bylo prokázáno, že kouření ovlivňuje buněčné a humorální imunitní reakce a podporuje tvorbu hlenu tlustého střeva. Nikotin, základní obsah cigaret, má inhibiční účinek na funkci buněk Th2, ale nemá žádný vliv na funkci buněk Th1. Důkazy také naznačují, že kouření narušuje autofagii, což je proces, o němž se předpokládá, že se týká zejména Crohnovy choroby. Je tedy vhodné pacienty edukovat o vyvarování se kouření. (GUAN, 2019)

Existují i další environmentální faktory ovlivňující IBD, včetně psychického stresu, apendektomie, stravy a léků. Mnoho epidemiologických studií identifikovalo tyto faktory jako spojené s vývojem IBD, ale jejich přesný mechanismus zůstává nejasný. (GUAN, 2019)

2.5 Klinické projevy

Klinické projevy Crohnovy choroby se mohou lišit podle toho, která část trávicího traktu je postižena a jak rozsáhlé je onemocnění.

Nejčastějším projevem Crohnovy choroby je bolest v břiše, která se mění podle závažnosti zánětu nebo přítomnosti obstrukce. Tato bolest se může projevovat jako střídavá a kolikovitá, nebo jako intenzivní a trvalá. Při klinickém vyšetření dominujícími příznaky jsou průjem, bolest v břiše a úbytek na váze. (LUKÁŠ, 2018)

Crohnova choroba se podle místa postižení trávicího traktu obvykle dělí do pěti základních skupin: (ZBOŘIL, 2018)

2.5.1 Crohnova choroba v ileocekální lokalizaci

Nejčastější lokalizací Crohnovy choroby (asi 40 % případů) je oblast ileocekální, kde se projevuje bolestí v pravém dolním kvadrantu a hmatnou bolestivou rezistencí. Tato bolest bývá popisována jako křeče, které se často objevují po jídle v důsledku zúžení střevního lumenu. Kromě bolesti může pacient pociťovat i vzednutí břicha, nauzeu a zvracení. (LUKÁŠ, 2018)

2.5.2 Crohnova choroba v kolonické lokalizaci

Asi 30 % případů je lokalizováno v kolonické oblasti a typickými příznaky jsou průjmy spojené s bolestmi břicha křečovitě povahy (tzv. *tenesmy*) a výskytem krve ve stolici (*enteroragie*). Při klinickém vyšetření může být zaznamenána citlivost nebo dokonce bolest v průběhu tračníku, někdy doprovázená distenzí střeva v oblasti *colon ascendens* a *transversum*. Rektální forma Crohnovy choroby často souvisí s anoperinální nemocí s abscesy, fistulacemi, řitními trhlinami a problémy s kontrolou stolice. (ZBOŘIL, 2018)

2.5.3 Crohnova choroba v tenkém střevě proximálně od terminálního ilea

Tato lokalizace, v některých literaturách nazývána jako jejunoileitida, tvoří asi 15-20 % případů. Postihuje různé dlouhé úseky tenkého střeva, často dochází k tvorbě fibrózních stenóz. Klinické obtíže připomínají malabsorpční syndrom. Nejběžnějšími symptomy v oblasti jejunoilea jsou trávicí obtíže spojené s nechutenstvím, úbytkem hmotnosti, podvýživou a opakujícími se bolestmi břicha

podobnými břišní kolice. Průjmy nejsou dominantní, stolice může být jak řídká, tak formovaná. (ZBOŘIL, 2018, LUKÁŠ, 2018)

2.5.4 Crohnova choroba v atypických lokalizacích

CD v atypických oblastech, jako je dutina ústní, jícen, žaludek nebo duodenum tvoří asi 5-10 % případů. Atypické lokalizace CD jsou velmi vzácné, ale mohou předcházet manifestaci CD v jiných lokalizacích nebo se vyskytovat současně. Diferenciální diagnostika není obtížná, pokud má pacient současně CD v jiné části střeva. Nicméně, izolovaná atypická lokalizace CD může představovat složitý diagnostický problém. (ZBOŘIL, 2018)

V ústní dutině a ve faryngu se mohou objevit aftózní léze. CD v jícnu je vzácná a může se projevovat symptomy jako je odynofagie (bolest při polykání), dysfagie (potíže s polykáním), bolesti na hrudi a pálení žáhy. Gastroduodenální forma CD může způsobovat vředy v žaludku a dvanáctníku, často negativní na *Helicobacter pylori*, a projevuje se dyspepsií a bolestmi břicha (LUKÁŠ, 2018). V oblasti duodena se CD projevuje hlubokými vředy, pseudodivertikly a stenózami, což může komplikovat průchodnost trávicím traktem a vést k malabsorpci a úbytku hmotnosti. (ZBOŘIL, 2018)

2.5.5 Crohnova choroba v anoperiální lokalizaci

Perianální forma CD představuje závažnou a agresivní variantu onemocnění, která často zahrnuje opakující se relapsy, časté chirurgické zákroky a zhoršenou kvalitu života pacientů. Vyskytuje se u 17-50 % pacientů s Crohnovou chorobou a typicky se projevuje formou fistulí v anorektální oblasti, abscesů a stenóz. (ZBOŘIL, 2018)

Dalšími příznaky Crohnovy choroby může být horečka, která většinou doprovází tvorbu abscesů nebo anémie, která bývá u třetiny pacientů. (LUKÁŠ, 2018)

2.5.6 Komplikace a mimostřevní příznaky nemoci

Mimostřevní symptomy u Crohnovy choroby jsou obdobné těm u ulcerózní kolitidy, ale jsou u ní častější. Mezi komplikace Crohnovy choroby patří abscesy, píštěle, perforace, masivní krvácení, střevní obstrukce a novotvary. (LATA et al., 2010)

Podle nedávných studií má až 46 % pacientů s IBD extraintestinální příznaky. Nejčastěji se jedná o problémy s klouby, následované kožními a očními obtížemi, přičemž ostatní příznaky jsou méně obvyklé. Stejně jako u ulcerózní kolitidy mohou i u tohoto onemocnění extraintestinální projevy předcházet aktivaci onemocnění. Mezi tyto příznaky patří kožní (např. *erythema nodosum*, *pyoderma gangrenosum*), kloubní (*artritida*, *sacroileitida*, *artralgie*), oční (*iritis*, *iridocyclitis*, *keratoconjunctivitis*), jaterní (*primární sklerotizující cholangitida*, *granulomatózní hepatitida*), plicní (*fibróza*, *pneumonitida*) a ledvinové problémy (*intersticiální nefritida*). (DÍTĚ, 2011)

2.6 Diagnostika

Celková diagnóza se stanovuje na základě informací získaných z anamnézy, zahrnující osobní, rodinnou, farmakologickou a také pracovní anamnézu. Dále je důležité provést důkladné fyzikální vyšetření břicha, které zahrnuje poklepání, palpaci, vizuální hodnocení a poslech stěny břicha. (HOLUBOVÁ et al., 2013)

Neexistuje jednotně přijímaný standard pro stanovení diagnózy Crohnovy choroby. Diagnostika zahrnuje kromě anamnézy ještě endoskopické, rentgenové, laboratorní a histologické vyšetření. (GABALEC, 2009)

2.6.1 Laboratorní vyšetření krve a stolice

Pacienti s IBD často vykazují reakci proti běžné střevní mikroflóře, což se projevuje tvorbou protilátek, jako jsou pANCA (perinukleární protilátka proti cytoplasmě neutrofilů) a ASCA (protilátka proti *Sacharomyces cerevisiae*). Obě protilátky mají střední citlivost (40–70 %), což omezuje jejich použití pro jednoznačnou diagnózu, a navíc mohou být pozitivní u dalších onemocnění např. celiakie. Kombinace těchto testů se používá k rozlišení mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Přítomnost protilátek ASCA+/pANCA je typická pro CD. U pacientů s CD je pozitivní odpověď na ASCA+/pANCA spojena s agresivnějším průběhem nemoci, který může vyžadovat časný chirurgický zákrok kvůli přítomnosti stenóz. Sérologické markery jsou stabilní a nemají prokázanou korelaci s aktivitou nemoci nebo s odpovědí na léčbu. Nicméně se ukazují jako užitečné pro předpověď chování nemoci. Pacienti s vysoce aktivním typem

nemoci a vysokou protilátkovou odpovědí by měli být bráni v úvahu při agresivnější léčbě. (GABALEC, 2009)

Zánět je indikován zvýšeným počtem leukocytů, trombocytů a snížením erytrocytů, spolu s vyšší hladinou C-reaktivního proteinu (CRP).

Stále častěji se využívají laboratorní testy stolice. Jedním z ukazatelů zánětu na střevní sliznici je zvýšená koncentrace kalprotektinu, což je bílkovina uvolňovaná z bílých krvinek, které se rozkládají ve střevech. (ČERVENKOVÁ, 2009)

2.6.2 Histologické vyšetření

Pro zdokonalení diagnostiky Crohnovy choroby je doporučeno provést minimálně dvě biopsie z pěti segmentů tlustého střeva, včetně rekta a terminálního ilea. Negativní nebo necharakteristický nález nevylučuje přítomnost Crohnovy choroby, neboť typické změny mohou být detekovány pouze v určitých lokalitách a stádiích onemocnění. U pacientů s projevy horní dyspepsie se doporučuje provést gastrokopii. Přítomnost lokálně aktivní gastritidy při odběru biopsie může signalizovat existenci Crohnovy choroby. (GABALEC, 2009)

2.6.3 Endoskopické metody

Gastroskopie

U dospělých jedinců s IBD se používá endoskopické vyšetření horní části trávicího traktu k objasnění příčin klinických příznaků. Jeho cílem je vyloučit související patologie, jako jsou peptické vředy nebo celiakie, a identifikovat případné postižení horní části trávicího traktu Crohnovou nemocí. Gastroskopie může např. ukázat zánětlivé změny na sliznici jícnu. (KEIL, 2006, LUKÁŠ, 2019)

Koloskopie

Při podezření na IBD je nezbytné provést koloskopické vyšetření s cílem prozkoumat celé tlusté střevo a intubovat terminální ileum. Dle směrnic ECCO je také doporučeno odebrat nejméně dvě biopsie z každého segmentu tlustého střeva a z terminálního ilea a ze všech viditelných lézí. Endoskopické projevy aktivního CD zahrnují fokální a segmentální zánětlivé změny, typické jsou vředovité defekty různého tvaru a velikosti. Pro dosažení účinnosti a bezpečnosti koloskopického vyšetření u pacientů s CD je klíčová důkladná příprava střeva. (FALT et al., 2015)

Kapslová endoskopie

Kapslová endoskopie je rentgenové vyšetření a může odhalit časný výskyt CD v tenkém střevě, který by mohl být přehlédnut tradičními rentgenovými metodami. Senzitivita této metody je vyšší než u push enteroskopie a CT/MR enteroklůz. Pokud už byla u pacienta diagnostikována CD, neklasifikovaná IBD nebo ulcerózní kolitida, kapslová endoskopie může pomoci přesněji stanovit diagnózu nebo určit rozsah postižení střevním onemocněním. Je však nutné mít na paměti možnost retence kapsle, a proto přítomnost stenózy zabraňuje provedení tohoto vyšetření. (DOUDA, 2010)

2.6.4 Zobrazovací metody

Zlatým standardem pro vyšetření pacientů s IBD jsou endoskopické procedury. Nicméně, k vyhodnocení celkového postižení střevního traktu a pro diagnostiku mimostřevních komplikací, zejména u jedinců trpících Crohnovou chorobou, jsou nezbytná další zobrazovací vyšetření, jako je počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) nebo ultrasonografie (USG). (LUKÁŠ, 2019)

CT se často používá v akutních situacích a pro odhalení komplikací základního onemocnění nebo v případech, kdy ultrazvukové vyšetření poskytuje nejasné výsledky. (ZBOŘIL, 2018)

Ultrasonografie (USG)

U části pacientů s CD může vést transmurální zánět k vývoji stenotických nebo penetrujících střevních komplikací. Zobrazovací metody včetně USG jsou proto zásadní, jak pro diagnostiku, tak pro budoucí sledování pacientů s touto nemocí. U těchto pacientů může být ultrazvuk v klinické praxi využit následovně jako: Primární diagnostika Crohnovy nemoci, určení polohy, rozsahu a aktivity zánětu, identifikace střevních komplikací, monitorace účinnosti léčby a diagnostika rekurence po operaci. (LUKÁŠ, 2019)

Ultrazvukové vyšetření pro diagnostiku CD má vysokou senzitivitu (85 %) a specifitu (98 %) ve srovnání s endoskopií. Nejběžněji hodnoceným parametrem je šířka střevní stěny, nicméně to může vést k falešně negativním výsledkům u obézních pacientů nebo v případě, že je CD charakterizována povrchovými lézemi. Ultrazvuk má také vysokou diagnostickou přesnost při

určení lokalizace Crohnovy nemoci. Nejlepší výsledky jsou v oblasti terminálního ilea a tračníku. (LUKÁŠ, 2019)

Enteroklýza

Enteroklýza, díky své vysoké senzitivitě (až 93 %) a specificitě (až 92 %), je nyní standardní metodou pro posouzení rozsahu postižení. Moderní techniky, jako je CT enteroklýza a CT enterografie, slouží k identifikaci postižených segmentů a mimostřevních komplikací, jako jsou abscesy nebo píštěle. Nové generace ultrazvukových přístrojů také přispívají k diagnostice těchto komplikací. MR enteroklýza, která nevystavuje pacienty radiaci, dosahuje vysoké senzitivity (95 %) a specificity (93 %). (GABALEC, 2009)

2.7 Průběh onemocnění

Lata ve své knize popisuje, že u CD jsou identifikovány různé průběhy, podobně jako u Ulcerózní kolitidy, které zahrnují ataky, remise, relapsy, recidivy a reaktivaci. Kromě toho, u CD je definována i rekurence nemoci jako výskyt objektivních morfologických známek. Greensteinova klasifikace rozděluje pacienty s CD do tří typů průběhu: agresivní (Typ A), indolentní (Typ B) a zánětlivý (Typ C). Typ A je charakterizován agresivním průběhem a častými chirurgickými zákroky. Typ B má málo časté ataky a tendenci k fibrostenózám. Typ C kombinuje vlastnosti obou skupin s kolísající intenzitou. (LATA et al., 2010)

Remise označuje stav, kdy pacient má méně než tři stolice denně, bez krve a bez nutnosti defekace. Klinická remise znamená, že pacient není symptomatický a nevykazuje známky aktivního zánětu. Tento stav se vztahuje na pacienty, kteří odpovíděli na léčbu, buď farmakologickou nebo chirurgickou, a nemají žádné příznaky aktivity onemocnění. Relaps je charakterizován obnovením symptomů. Rekurence nastává, když se léze znovu objeví po radikální chirurgické resekci. Radikální resekce zahrnuje úplné odstranění postižené oblasti spolu s lymfatickými uzlinami a dostatečně dlouhým zdravým okrajem na obou koncích odstraněného úseku, přičemž dostatečný okraj je považován za 5 až 15 cm od hranice nemocného segmentu. (LUKÁŠ, 2018)

2.7.1 Prognóza

Většina jedinců může pokračovat v plném a aktivním životě. Pravděpodobnost opětovného výskytu po chirurgickém odstranění ileální nebo ileocékální oblasti se během 10 let pohybuje kolem 50 %. Endoskopická rekurence se v prvním roce po operaci vyskytuje u 70–80 % pacientů. Nedávné metaanalýzy ukazují zvýšené riziko vzniku nádorů tlustého nebo tenkého střeva u jedinců trpících Crohnovou nemocí, zejména u těch, kteří jsou dlouhodobě sledováni a mají rozsáhlejší postižení. (GABALEC, 2009)

2.8 Farmakologická léčba

Terapeutický přístup k léčbě vždy respektuje aktivitu, lokalizaci a povahu onemocnění. Hlavním cílem léčby je dosažení a udržení remise, souběžně s hojením střevní sliznice, zlepšením výživy a zvýšením kvality života pacienta. I přes pokrok ve výzkumu se většina léčebných směrnic drží postupného zvyšování intenzity léčby. Začíná se obvykle osvědčenými, relativně bezpečnými léky, vhodnými pro mírné formy nemoci, a pak se postupuje k lékům s větší účinností, ale také s větším rizikem vedlejších účinků. Většina pacientů začíná s aminosalicyláty a antibiotiky, postupně přechází na kortikoidy, imunosupresiva a v některých případech i na biologickou léčbu. (GABALEC, 2009)

2.8.1 Aminosalicyláty

Aminosalicyláty jsou skupinou léků, které dodávají účinnou složku mesalamin do cílových tkání. Aminosalicyláty se používají při léčbě CD díky protizánětlivému účinku na střevo a bývají první volbou léčby. Mezi léky této třídy patří sulfasalazin, olsalazin a mesalamin. Kyselina 5-aminosalicylová (5-ASA) a mesalazin jsou terapeuticky účinné sloučeniny sulfasalazinu. (GADE, 2020)

2.8.2 Kortikosteroidy

Kortikosteroidy jsou hlavní léčbou pro potlačení zánětlivé aktivity nemoci. Jednotlivé typy kortikosteroidů se odlišují svými protizánětlivými, imunosupresivními a dalšími účinky, což je klíčové pro rozhodování o jejich použití v terapii. (DÍTĚ, 2011) V Lukášově knize se uvádí, že glukokortikoidy mají především symptomatický účinek u Crohnovy nemoci, ale jejich vliv na

hojení sliznice je podstatně menší než u pacientů s ulcerózní kolitidou. V léčbě se obvykle používají prednison a methylprednisolon a jsou užívány hlavně v aktivní fázi onemocnění. (LUKÁŠ, 2019)

2.8.3 Imunosupresiva

Vzhledem k imunologickému vlivu hrají u CD významnou roli imunomodulační látky. Imunosuprese je částí procesu imunomodulace, který ovlivňuje aktivitu imunitního systému člověka. Běžně používanými imunosupresivy jsou 6 – merkaptopurin, Azathioprin, Methotrexát a Takrolimus. Léky se využívají v období, kdy jsou přítomny mimostřevní příznaky nebo je výrazný střevní zánět. (ZBOŘIL, 2007, GADE, 2020)

2.8.4 Substituční léčba

Substituční léčba je nezbytná pro všechny pacienty užívající kortikoidy a zahrnuje doplnění vápníku, draslíku a hořčíku formou tablet nebo šumivých tablet. U lidí, kteří podstoupili resekci terminálního ilea, je důležité také zajistit doplnění vitamínu B12. (ČERVENKOVÁ, 2009)

2.8.5 Biologická léčba

Biologická terapie cíleně zasahuje do biologických procesů organismu a používá vysoce účinné látky, které jsou buď identické nebo velmi podobné těm, jež produkují organismy. Tato terapie může zahrnovat antagonisty, agonisty či blokátory. Indikace pro biologickou terapii závisí na identifikaci rizikových faktorů průběhu onemocnění. Mezi tyto faktory patří nižší věk, tvorba zánětlivých stenóz, perianální postižení, zvýšená potřeba kortikoidů nebo rezistence na kortikoidní a imunosupresivní terapii. Kontraindikací může být těžká alergická reakce vyvolaná některými látkami používanými v biologické terapii. (ZBOŘIL, 2022)

Kritéria pro nasazení biologické terapie se neustále vyvíjejí podle nových poznatků o jejím účinku a rizicích. Jedním z hlavních kritérií je aktivita zánětu při zahájení léčby, která obvykle zahrnuje běžné symptomy, jako jsou bolesti břicha, průjem, krvácení, horečka a úbytek hmotnosti, a může zahrnovat i mimostřevní projevy, jako jsou bolesti kloubů, záněty očí nebo kožní změny. Pacienti trpící perianálními projevy Crohnovy choroby jsou další indikací pro biologickou

terapii, často v kombinaci s chirurgickým ošetřením. Terapie se stále častěji používá u pacientů s komplikovaným průběhem onemocnění, jako jsou rané nástupy nemoci, rychlý vývoj komplikací nebo rozsáhlé postižení střeva. Rozhodnutí o nasazení biologické terapie je individuální a závisí na účinnosti běžné léčby a možných nežádoucích účincích. (ČLS JEP, Pacienti IBD, 2019)

Při biologické léčbě Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy se využívají imunoglobuliny cílené proti tumor nekrotizujícímu faktoru alfa, jako jsou infliximab a adalimumab. Biologická terapie se stále rozvíjí, a nová léčiva s podobným mechanismem účinku, například certolizumab pegol, jsou již v klinické praxi mimo Evropskou unii. Další látky, jako natalizumab, které brání migraci leukocytů do tkání, jsou také zkoumány u pacientů s IBD. Nové molekuly s selektivním účinkem na trávicí trakt, jako je vedolizumab, jsou v současné době testovány. (LUKÁŠ, 2011)

2.9 Chirurgická léčba

Navzdory rozvoji nových léčivých látek v oblasti biologické terapie chirurgie zůstává nadále důležitou součástí léčby u pacientů s Crohnovou chorobou. Až 80 % pacientů s touto chorobou podstoupí během svého života minimálně jednu operaci. (KUNOVSKÝ, 2017) Zbořil ve své knize napsal: *“Při rozhodování o indikaci k chirurgické léčbě je vždy třeba mít na mysli, že chirurgická léčba neřeší Crohnovu nemoc, nýbrž její komplikace. Výsledkem nemůže být úplné vyléčení, lze však dosáhnout výrazného zlepšení kvality života pacienta.”* (ZBOŘIL, 2018 str. 484)

Indikace k operaci můžeme rozdělit na akutní a elektivní. Akutní indikace zahrnují perforaci, krvácení, akutní těžkou kolitidu a poruchu pasáže. Perforace do břišní dutiny je vzácná komplikace Crohnovy choroby a vyžaduje okamžitou operaci kvůli riziku peritonitidy. Akutní střevní obstrukce způsobená zánětem se primárně léčí konzervativní cestou. Pokud však symptomy přetrvávají navzdory konzervativní léčbě, je nutná operační revize. U těchto pacientů je zvýšená pravděpodobnost opakovaných chirurgických intervencí, přičemž často začíná chirurgické řešení vytvořením stomie. Elektivní chirurgické zákroky jsou indikovány u pacientů, kteří nepříznivě reagují na konzervativní léčbu nebo ji nesnesou. (KUNOVSKÝ, 2017)

2.9.1 Ileocékální resekce

U jedinců trpících lokalizovanou CD (chronickou stenóza nebo např. píštěl) je zvažován resekční zákrok. V oblasti ileocekální stenózy bez předchozí farmaceutické léčby je resekční chirurgie považována za první možnost zákroku. (KUNOVSKÝ, 2017)

Operace ileocekální oblasti je často provedena kvůli nejběžnější komplikaci, kterou je zúžení střevního lumenu. Pokud je postižení tlustého střeva závažnější, chirurg provede pravostrannou hemikolektomii s následnou anastomózou mezi ileem a transversálním tračníkem. (ČERVENKOVÁ, 2009)

2.9.2 Strikturoplastika

Kunovský ve své knize uvádí: *“U stenózy pod 10 cm a bez přítomnosti zánětu stěny je možno provést strikturoplastiku.”* (KUNOVSKÝ, 2017, str. 30) Strikturoplastika je chirurgický zákrok používaný při přítomnosti mnoha krátkých stenóz v tenkém střevě. (ČERVENKOVÁ, 2009)

2.9.3 Perianální píštěle

Chirurgická léčba perianální CD se nejprve soustředí na odstranění hnisavých komplikací a prevenci jejich opakování. Hlavním postupem je dlouhodobá drenáž píštělových traktů. Za pomoci trasovacích drénů, které se neprořezávají. Drenáž je kombinována s intenzivní farmakoterapií, aby došlo k hojení abscesů a zklidnění zánětu v anorektální oblasti. Tato fáze může trvat měsíce až roky. Chirurgické odstranění píštělí nebo jejich otevření se zvažuje pouze u jednoduchých a nízko položených píštělí. Při složitějších případech může použití těchto technik zvýšit riziko nehojících se ran, inkontinenci a nutnosti vyvedení dočasné či trvalé stomie. (ZBOŘIL, 2018)

2.10 Nutriční stav a výživa

Výživa poskytuje tělu nezbytné látky pro růst, obnovu tkání a energii pro aktivity. Důležitý je nejen kalorický obsah, ale i kvalita potravy. Makroživiny (bílkoviny, sacharidy, tuky) dodávají energii, zatímco mikroživiny (vitamíny, minerály, stopové prvky) jsou nezbytné pro správnou funkci těla, i když samy o sobě nejsou zdrojem energie. (VORUDOVÁ, 2021)

IBD často souvisejí s výživovými problémy. Například u Crohnovy choroby mohou stenózy trávicího traktu po konzumaci potravy s vysokým obsahem nerozpustné vlákniny představovat první příznaky nemoci. Za poslední století došlo k změnám ve stravovacích návycích, což se zdá být jedním z faktorů, které přispívají k nárůstu incidence IBD. Tento trend zahrnuje snížení konzumace přirozených potravin a nárůst konzumace vysoce zpracovaných potravin, jako je vymílaná mouka a rafinovaný cukr, a zvýšenou spotřebu masa a mléčných výrobků. Tyto změny mohou ovlivnit mikrobiální flóru a reakci těla na požitě látky, přičemž přesný vztah mezi stravou a vznikem IBD je stále nejasný. (KOHOUT, 2004)

Dietní opatření u pacientů se liší v závislosti na fázi, ve které se ocitají, v případě akutního vzplanutí tedy stádia relapsu je dieta odlišná od stádia remise. (KOHOUT, 2004)

2.10.1 Strava v období remise

Ideální strava by měla obsahovat přibližně 40–60 % sacharidů, 15–30 % bílkovin a 25–30 % tuků, i když tyto číselné hodnoty jsou jen orientační. Během remise IBD je doporučeno jíst racionálně a vynechat potraviny, které mohou způsobovat potíže. Někteří jedinci s IBD mohou tolerovat různé potraviny bez problémů, zatímco jiní musejí omezit nebo vyřadit potraviny jako luštěniny, ořechy, semínka, mléko nebo tučné a smažené jídlo. Racionální strava by měla být co nejpestřejší. Společnost pro výživu navrhla 13 bodů, známých jako Zdravá třináctka, které nabízejí rady a doporučení pro zdravé stravování a prevenci civilizačních chorob. (VORUDOVÁ, 2021)

2.10.2 Strava v období relapsu

Během nemoci se stravovací potřeby mohou od běžných doporučení lišit, což se může projevit i v odlišné nemocniční stravě, jako je například podávání bílého pečiva kvůli snížení obsahu vlákniny. Pokud dochází k zúžení lumenu střeva zvaného striktura, doporučuje se strava s omezením hrubé vlákniny. Při častých průjmech je vhodná šetřící dieta a omezení příjmu mléčného cukru. Nesnášenlivost laktózy se může projevit v důsledku poškození sliznice tenkého střeva, což může vést k nepříjemným symptomům. IBD často souvisí s nežádoucími ztrátami hmotnosti, které jsou způsobeny nechutenstvím a dalšími

trávicími problémy. Nedostatečná výživa může vést ke čerpání tělesných zásob energie, přičemž je důležité zajistit dostatečný přísun kvalitních bílkovin. (VORUDOVÁ, 2021)

2.10.3 Malnutrice

IBD jsou často spojovány s malnutricí (70-85 %). Malnutrice je běžným jevem u Crohnovy choroby, zejména během zvýšené zánětlivé aktivity (relapsu), a to jak v akutní fázi, tak v průběhu chronického zánětu. Vedlejší účinky léčby, jako je změna resorpční plochy po resekci tenkého střeva, vytvoření ileostomie nebo vnitřních píštělí, mohou také přispívat k nutričním problémům. Malnutrice může negativně ovlivnit průběh nemoci, prodloužit dobu relapsu a zhoršit výsledky chirurgických zákroků. Také může vést ke komplikacím, jak střevním, tak i mimostřevním, infekčním i neinfekčním. Proto je důležité malnutrici včas diagnostikovat a případně ji předcházet. Řešením může být vhodná úprava výživy pomocí dietních intervencí nebo enterální či parenterální výživou. (KOHOUT, 2004)

3. Kvalita života

3.1 Definice pojmu kvality života

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala tento pojem, kdy Kvalita života zahrnuje osobní pohled jednotlivce na své postavení v životě, s ohledem na kulturu a hodnotové systémy, jež formují jeho cíle, očekávání, standardy a obavy.

Ve druhé polovině 20. století se začíná ve společenských vědách, především v oblasti ekonomické a politické, mluvit o pojmu “kvalita života“. Americký ekonom a sociolog Galbraith použil, jako první tento pojem a následně se uvedený termín dostal i do koncepčních dokumentů OSN. (HUDÁKOVÁ, 2013)

V 80. letech 20. století sociální psychiatrie začala intenzivněji zkoumat kvalitu života. Ta byla původně používána k hodnocení životní úrovně obyvatelstva, služeb a potřeb různých skupin. Postupem času se začalo více klást důraz na subjektivní vnímání a hodnocení kvality života, přestože objektivistické a materialistické přístupy nezakly. Největší rozkvět výzkumu kvality života,

životního stylu a hodnotových orientací nastal v druhé polovině 90. let 20. století. (HEŘMANOVÁ, 2012)

Kvalita je relevantním pojmem, nikoli absolutním, neboť může mít, jak kvantitativní, tak i kvalitativní ukazatele. V tom je i obsažen proces hodnocení. V případě, že chceme určit samotný druh hodnocení, na který je kvalita zaměřena, musíme vymezit předmět a standard (normu), kterým je předmět porovnáván. V našem případě je předmětem hodnocení život. (GURKOVÁ, 2011)

3.2 Kvalita života a zdraví

Na žebříčcích hodnot je zdraví na jednom z předních míst a mnohdy je vnímáno za samozřejmost. Hraje klíčovou roli ve zajištění plnohodnotného života. Nelze pochybovat o tom, že podpora individuálního zdraví, jak fyzického, tak duševního, má vliv na objektivní i subjektivní vnímání životního standardu. Zvláště významné je to pro pocit samostatnosti, schopnosti plnohodnotného pohybu a pracovní výkonnosti, nezávislosti na ostatních atd. (HEŘMANOVÁ, 2012)

S kvalitou života byla spojována jako jedna z prvních i definice zdraví od světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948. Podle této definice není zdraví pouze absencí nemoci či poruchy, nýbrž představuje komplexní stav tělesného, duševního a sociálního blaha. Tato formulace zdůrazňuje, že zdraví zahrnuje nejen objektivní fyzický stav, ale také subjektivní a sociální pohodu, a tím se již soustřeďuje na uspokojování základních lidských potřeb. (HEŘMANOVÁ, 2012)

Na žebříčcích hodnot je zdraví na jednom z předních míst a mnohdy je vnímáno za samozřejmost. Hraje klíčovou roli ve zajištění plnohodnotného života. Nelze pochybovat o tom, že podpora individuálního zdraví, jak fyzického, tak duševního, má vliv na objektivní i subjektivní vnímání životního standardu. Zvláště významné je to pro pocit samostatnosti, schopnosti plnohodnotného pohybu a pracovní výkonnosti, nezávislosti na ostatních atd. (HEŘMANOVÁ, 2012)

3.2.1 Health Related Quality of Life

V odborné literatuře nacházíme kvalitu života související se zdravím v konceptu HRQoL (*Health Related Quality of Life*), který byl první použit autory Kaplan a Bush v osmdesátých letech minulého století. HRQoL byla vyvinuta pro oblast zdravotní péče s cílem podpořit ekonomické a klinické analýzy. (GURKOVÁ,2011)

3.2.2 Psychické a fyzické zdraví

Kvalita života je často spojována s pojmem osobního blahobytu (*well – being*), který může být chápán jako celkové hodnocení kvality života. (HNILICOVÁ, 2004) Psychické a tělesné zdraví jsou ovlivněny různými stresory, a to včetně jejich vzájemného vztahu, který nazýváme psychosomatickým. Nerovnováha v tělesném stavu může ovlivnit psychický stav a naopak, nerovnováha v psychickém stavu může ovlivnit tělesné zdraví. (MASTILIAKOVÁ, 2007)

Životní události mají významný dopad na hodnocení kvality života, což je silně ovlivněno subjektivními pocity a reakcemi jednotlivců. Náročné události mohou vyvolat osobní nepohodu, úzkost a strach, což negativně ovlivňuje celkové hodnocení života. Tyto události mohou také narušit spánek, soustředění a vést až k izolaci od sociálního prostředí. (PAYNE, 2005)

3.3 Metody měřící kvalitu života

V rámci klinické praxe můžeme využívat různé metody na zjišťování kvality života pacientů s různými druhy chronických onemocnění. Standardizovaným a obecným nástrojem pro hodnocení zdravotního stavu je European Quality of Life Questionnaire – verze EQ-5D, zatímco Psychological General Well-Being Index (PGWB) je souborem položek, které zahrnují interpersonální, afektivní nebo emocionální stavy a odrážejí aktuální stav subjektivního blahobytu nebo stresu. (GURKOVÁ, 2011)

3.3.1 World Health Organisation quality of life – BREF

WHOQOL-BREF je zkrácenou variantou dotazníků WHOQOL-100, která je často využívána v klinické praxi. Obsahuje 26 otázek, které jsou rozděleny do

čtyř oblastí. Respondenti hodnotí jednotlivé položky na škále od 1 do 5, kde vyšší hodnota značí lepší kvalitu života v daném aspektu. (GURKOVÁ, 2011)

Mezi oblasti hodnocení patří – fyzické zdraví, psychická oblast, sociálních vztahy a prostředí. Do v oblasti fyzického zdraví spadají aktivity denního života, závislost na léčivech nebo prostředcích, pohyblivost, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek a pracovní kapacita. Do oblasti psychické je zahrnut vztah k vlastnímu tělu, prožívání pozitivních a negativních emocí, sebeúcta, spirituální prožívání, schopnost koncentrace a učit se. do oblasti sociálních vztahů spadají osobní vztahy, sociální opora a subjektivní hodnocení sexuálního života. Do oblasti prostředí se zahrnují finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost a ochrana, zdraví a sociální péče, dostupnost kvality, domácí prostředí, možnosti pro získávání nových informací a schopností, účast a možnosti využívání volnočasových aktivit, doprava apod. (GURKOVÁ, 2011)

3.3.2 Inflammatory Bowel Disease Questionnaire

Pro vyhodnocování kvality života u pacientů s nemocí gastrointestinálního traktu byly vytvořeny dotazníky HRQoL pro specifické měření. V této skupině nalézáme dotazníky např. pro měření kvality života u pacientů s jaterními chorobami nebo právě dotazníky konstruované pro měření kvality života u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Nejvíce používaným dotazníkem pro nespecifické záněty střev je IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*), který byl napsán i v 10 položkové kratší verzi, která se využívá v klinické praxi. V IBDQ se zkoumá střevní, systémová, emocionální a sociální oblast. V IBDQ – 36, neboli v 36 položkové modifikaci IBDQ se zkoumají celkové a konkrétní střevní příznaky, funkční a sociální zhoršení a zhoršení emočních funkcí. (GURKOVÁ, 2011)

3.4 Kvalita života s Crohnovou chorobou

CD vyžaduje od pacientů úpravu životního stylu, stravování a volbu vhodné fyzické aktivity, pracovní zátěže a dalšího. Cyklický charakter onemocnění, případné komplikace a potřeba léčby po celý život mohou negativně ovlivňovat různé aspekty kvality života pacientů. (GURKOVÁ, 2017) I když zánětlivá aktivita může být dobře dokumentována pomocí různých indexů a

objektivních parametrů, klíčovým kritériem je zpětná vazba od pacientů samotných, kteří lépe vnímají symptomy a jejich vliv na jejich zdravotní a funkční stav. Tento přístup, známý jako "Patient-Report Outcomes", u pacientů s Crohnovou chorobou zahrnuje bolesti břicha a průjemové stolice. V posledních 30 letech se kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty stala klíčovým cílem léčby a důležitým faktorem při hodnocení poskytované zdravotní péče. (LUKÁŠ, 2020)

3.4.1 Faktory ovlivňující kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou

Faktory ovlivňující kvalitu života lze rozdělit na ty, které souvisejí s Crohnovou chorobou a na ty, které s ní nesouvisejí. Aktivita onemocnění je hlavním faktorem ovlivňujícím kvalitu života. Jak konzervativní, tak chirurgická léčba má klíčový dopad na kvalitu života. Demografické faktory, jako je mladší věk, ženské pohlaví, kratší trvání nemoci a kouření, negativně ovlivňují kvalitu života. Psychosociální a socioekonomické faktory spolu s kvalitou poskytované lékařské péče jsou také důležité při hodnocení kvality života. U pacientů v remisi je kvalita života srovnatelná s běžnou populací. Zavedení biologické terapie do klinické praxe významně zlepšilo kvalitu života a snížilo počet hospitalizací a chirurgických zákroků. (GABALEC, 2009)

Na zjištění faktorů ovlivňující kvalitu života u pacientů s IBD provedla Gurková a Lilgová v Bratislavě na víkendovém setkání Crohn clubu, výzkum, který zahrnoval 65 respondentů s IBD, z toho 41 dotazovaných mělo CD. Na měření a hodnocení kvality života autorky použily modifikovanou verzi dotazníku IBDQ. Na základě celkového hodnocení položek IBDQ autorky uvedly, že kvalita života pacientů s IBD je z fyzického hlediska nejvíce ovlivněna symptomy, jako je nadýmání, průjem, únava a nedostatek energie. V sociální oblasti má onemocnění největší dopad na zájmy a sociální kontakty (vyhýbání se společnosti kvůli potřebě na toaletu). V emocionální oblasti pacienti nejčastěji prožívají strach a obavy z dalšího vývoje onemocnění a obavy z toho, že nebudou mít přístup k toaletám. (GURKOVÁ, LILGOVÁ, 2009)

PRAKTICKÁ ČÁST

Tato oblast mé bakalářské práce se zabývá praktickou výzkumnou částí, která byla zaměřena na problematiku kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou. Praktická část stejně, jako teoretická je rozdělena do kapitol, kde jsou popisovány cíle, hypotézy, charakterizovány průzkumné metody a průzkumný vzorek, následná realizace průzkumného šetření, zpracování dat a výsledky.

4. Metodika výzkumu

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké změny pacienti trpící Crohnovou chorobou vnímají v kvalitě života.

4.1.1 Dílčí cíle

Cíl 1. - Zjistit, jaké změny ovlivnily vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou v oblasti fyzického zdraví a výživy.

Cíl 2. Zjistit, jaké změny ovlivnily vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou v psychosociální oblasti.

4.2 Hypotézy

Před tvorbou dotazníku jsem formulovala výzkumné hypotézy v souladu s cíli studie.

H1. Předpokládám, že kvalita života respondentů bude snížena v oblasti fyzického zdraví.

H2. předpokládám, že na vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou mají vliv stravovací návyky.

H3. Předpokládám, že kvalita života respondentů bude snížena v oblasti psychického zdraví.

H4. Předpokládám, že pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v sociální oblasti.

4.3 Charakteristika průzkumné metody

V rámci mé bakalářské práce, jsem prováděla výzkum, který se zabýval problematikou vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou. Výzkum byl proveden jako kvantitativní dotazníkové šetření. Dotazník jsem sestavila na základě předem stanovených cílů a hypotéz. Pro svůj dotazník jsem vymyslela své otázky a zároveň se inspirovala některými otázkami zkrácené verze standardizovaného dotazníku WHOQOL – BREF, neboť mi nebyl dostupný v plné verzi.

Dotazník zahrnuje základní údaje o respondentovi a informace o samotném výzkumu. Poskytuje seznámení s tématem bakalářské práce a s účelem dotazníkového průzkumu. Zároveň zajišťuje, že údaje respondentů zůstanou anonymní a budou použity výhradně pro účely bakalářské práce.

Dotazník obsahuje celkem 30 otázek. Z toho 1 otázka je otevřená a zkoumá, jak dlouho se pacienti s Crohnovou chorobou léčí, zbylých 29 otázek je uzavřených, z nichž u 26 otázek je možné vybrat pouze jednu odpověď, u 2 otázek je možné vybrat více možností a 1 otázka koncipovaná, jako číselná škála určená na zhodnocení celkové kvality života.

Dotazník zahrnuje 3 sociodemografické otázky, které zjišťují pohlaví, věk a pracovní a sociální situaci respondentů.

4.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovou skupinou byli pacienti starší 16 let s Crohnovou chorobou diagnostikovanou před více než 2 lety, žijící v České republice. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 42 žen a 29 mužů s různým stupněm pracovní a sociální situace.

4.5 Realizace průzkumného šetření

Dotazníkové šetření bylo realizováno od února do dubna 2024. Rozdáno bylo celkem 94 dotazníků, ze kterých bylo 23 dotazníků vyřazeno, kvůli neúplnému vyplnění nebo nesplnění doby léčby, a 71 dotazníků bylo schváleno a použito pro průzkumné šetření.

Distribučováno bylo 38 dotazníků v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Pro zpracování bylo využito 25 dotazníků, které splňovaly požadavky. 13 dotazníků bylo vyřazeno pro nevyplnění.

V Psychiatrické ambulanci Saint Anne s.r.o. bylo rozdáno 15 dotazníků, kde bylo 13 dotazníků navraceno a schváleno pro výzkumné šetření a 2 byly nevyplněny.

Osloveni byli také pacienti na sociální síti Facebook v několika soukromých skupinách určených pro pacienty pouze s Crohnovou chorobou a pro pacienty s IBD. Tyto skupiny navštěvují pacienti, kteří spolu sdílejí informace a novinky týkající se Crohnovy choroby a Ulcerózní kolitidy. Na sociální síti v soukromých skupinách po předchozí domluvě se správci skupin, byl umístěn elektronický dotazník vytvořený na webové stránce www.survio.com. Elektronického dotazování se celkem zúčastnilo 41 respondentů různého věku a pracovního a sociálního stupně. 8 dotazníků bylo vyřazeno pro nesplnění kritérií na dosažení cíle výzkumu. 33 dotazníků bylo využito pro výzkumné šetření.

4.6 Zpracování údajů

Ke zpracování údajů a dat ve výzkumném šetření byly použity tabulky a grafy vytvořené pomocí aplikace Microsoft Word a Microsoft Excel.

5. Výsledky a analýza dat

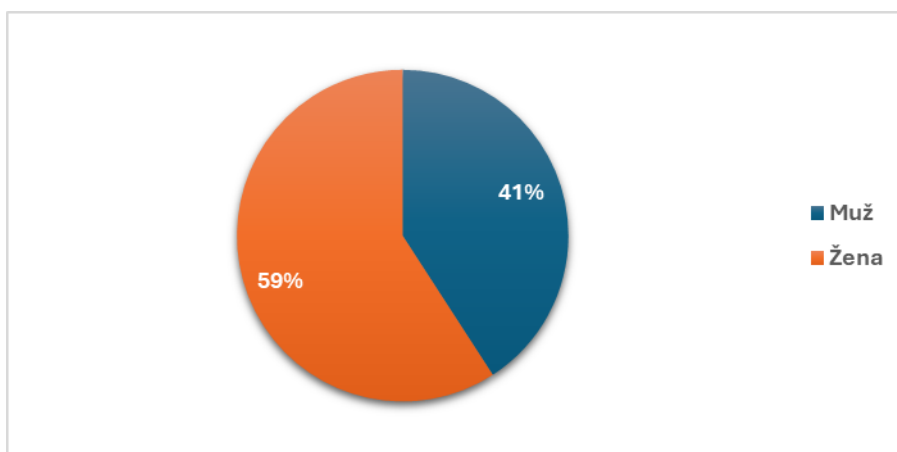
Otázka č.1: Jaké je Vaše pohlaví?

Komentář:

Otázka č. 1 měla dvě možnosti výběru a zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 71 respondentů bylo zastoupení u žen v počtu 42 (59 %) a zastoupení mužů bylo 29 (41 %). Celkové zastoupení pohlaví respondentů naleznete v tabulce 1 a v grafu 1.

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	%
Muž	29	41
Žena	42	59
Celkem	71	100

Tabulka 1 Pohlaví respondentů



Graf 1 Pohlaví respondentů

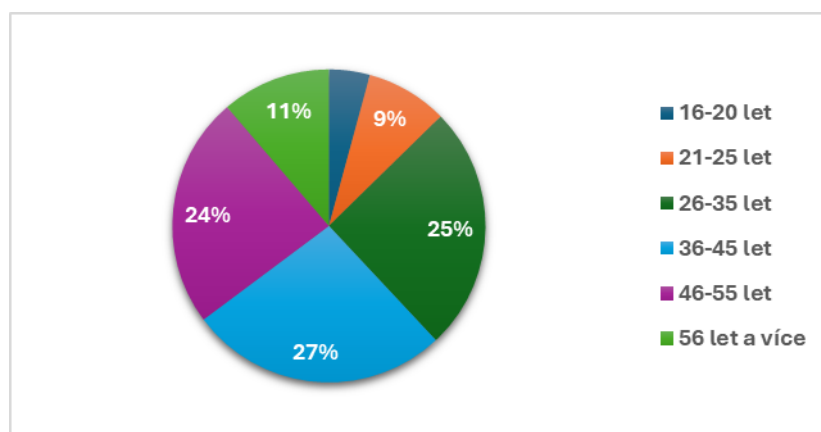
Otázka č. 2: Kolik Vám je let?

Komentář:

Otázka č. 2 se zaměřovala na věk pacientů. Věk respondentů byl rozdělen do 6 kategorií. Největší zastoupení měla kategorie 36 – 45 let s celkovým počtem 19 pacientů (27 %). 18 pacientů (25 %) se řadilo do kategorie 26 – 35 let. 17 pacientů (24 %) bylo ve věkové kategorii 46 – 55 let. 8 pacientů (11 %) bylo starších 56 let. 6 pacientů (9 %) se řadilo do kategorie 21 – 25 let a nejnižší počet pacientů se řadilo do zároveň nejnižší stanovené věkové kategorii 16 – 20 let a to v počtu 3 (4 %). Věkové kategorie a celkové rozložení pacientů lze pozorovat v tabulce 2 a v grafu 2.

Věk respondentů	Absolutní četnost	%
16-20 let	3	4
21-25 let	6	9
26-35 let	18	25
36-45 let	19	27
46-55 let	17	24
56 let a více	8	11
Celkem	71	100

Tabulka 2 věk respondentů



Graf 2 Věk respondentů

Otázka č. 3: *Která z následujících možností nejlépe vystihuje Vaši současnou pracovní a sociální situaci?*

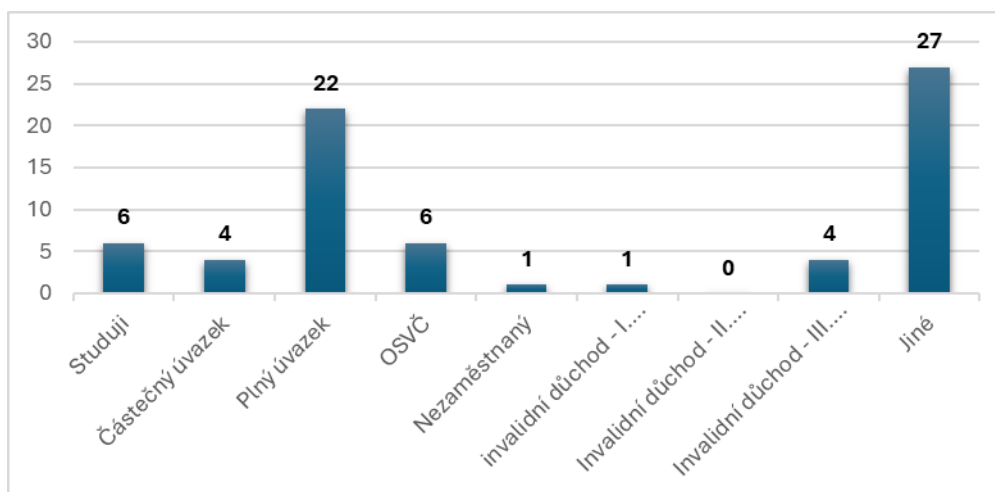
Komentář:

Otázka č 3 se zabývá pracovní a sociální situací pacientů. Tabulka 3 a graf 3 ukazují celkové rozložení respondentů v pracovní a sociální situaci.

Nejvíce respondentů zvolilo možnost Jiné, a to v počtu 27 (38 %). Dále 22 (31 %) respondentů zvolilo možnost plný úvazek. Na možnost OSVČ odpovědělo 6 (8,5 %) respondentů, stejně tomu bylo i u možnosti studuji 6 (8,5 %). 4 (5,6 %) respondenti pracují na částečný úvazek a 4 (5,6 %) respondentů má invalidní důchod – III. stupně. Nezaměstnaný je 1 (1,4 %) respondent a taktéž 1 (1,4 %) respondent zvolil možnost invalidní důchod – I. Stupně.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Studuji	6	8,5
Částečný úvazek	4	5,6
Plný úvazek	22	31
OSVČ	6	8,5
Nezaměstnaný	1	1,4
Invalidní důchod – I. stupeň	1	1,4
Invalidní důchod – II. stupeň	0	0
Invalidní důchod – III. stupeň	4	5,6
Jiné	27	38
Celkem	71	100

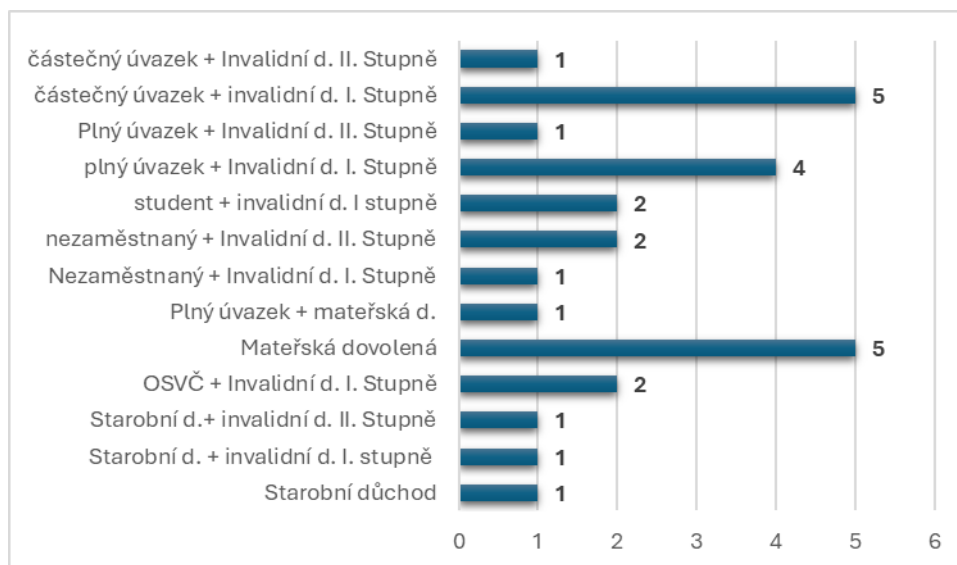
Tabulka 3 pracovní a sociální situace respondentů



Graf 3 pracovní a sociální situace respondentů

Graf 4 popisuje odpovědi uvedené u možnosti Jiné. V možnosti jiné měli respondenti možnost napsat jejich pracovní a sociální situaci slovně. Nejvíce dotazovaných (5) uvedla, že pracují na částečný úvazek a pobírají invalidní důchod – I. stupně, ve stejném počtu odpovídaly i respondentky, které uvedly, že jsou na mateřské dovolené (5). Dále 4 respondenti uváděli, že mají plný úvazek a invalidní důchod – I. Stupně. 2 pacienti studují a pobírají invalidní důchod I. Stupně, 2 jsou nezaměstnaný a pobírají invalidní důchod – II. Stupně a 2 pacienti jsou OSVČ a pobírají invalidní důchod – I. Stupně. 1 respondent uvedl práci na částečný úvazek a invalidní důchod – II. Stupně, 1 respondent uvádí plný úvazek a invalidní důchod – II. Stupně, 1 respondentka uvedla práci na plný úvazek a mateřskou dovolenou, dále 1 pacient je nezaměstnaný a pobírá invalidní důchod – I. Stupně. 1 pacient uvedl, že pobírá starobní důchod a invalidní důchod – I.

Stupně, 1 pacient uvedl, že pobírá starobní důchod a invalidní důchod – II. Stupně a 1 pacient uvedl, že má pouze starobní důchod.



Graf 4 pracovní a sociální situace u možnosti "Jiné"

Otázka č. 4: *Jak dlouho se léčíte s Crohnovou chorobou?*

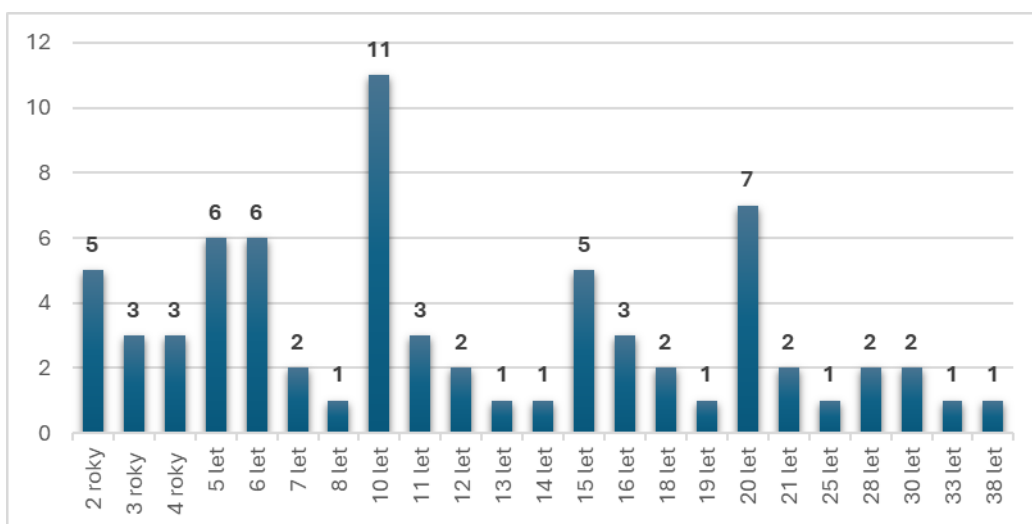
Komentář:

Otázka č 4 byla otevřená a zabývala se délkou léčby pacientů s Crohnovou chorobou. V podmínkách výzkumu byla délka léčby nejméně 2 roky. Pacienti, kteří v odpovědi uvedli kratší dobu, než 2 roky byly z výzkumu vyřazeni. Nejdélší dobu léčby uvedl 1 respondent a to dobu 38 let a nejkratší dobu 2 roky léčby uvedlo 5 respondentů. Nejvíce respondentů 11 (15 %) uvedlo, že se s onemocněním léčí 10 let. 7 respondentů uvedlo 20 let léčby, 6 respondentů 5 let léčby a 6 respondentů 6 let léčby. 5 pacientů se léčí 15 let, 3 pacienti 16 let, 3 pacienti 11 let, 3 pacienti 4 roky a další 3 pacienti 3 roky. 2 respondenti uvedli dobu léčby 7 let, 2 respondenti dobu 12 let, 2 respondenti dobu 18 let, 2 respondenti dobu 21 let, 2 respondenti dobu 28 let a další dva respondenti dobu 30 let. Jednotlivě pak byly uvedeny 8, 13, 14, 19, 25 a 33 let léčby.

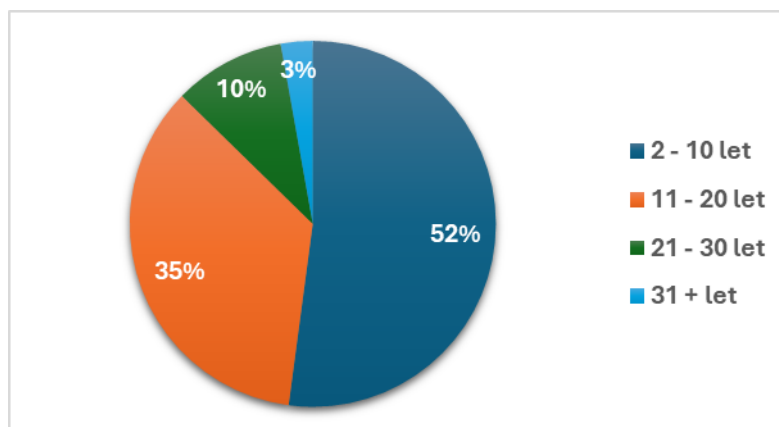
Délka léčby u pacientů je dále popsána v tabulce 4 a v grafu 5. Doplnkový graf 6 popisuje délku léčby u pacientů v rozmezí po deseti letech. Na grafu 6 je možné vidět, že nejvíce respondentů v počtu 37 (52 %) se léčí s Crohnovou chorobou 2 – 10 let, 25 (35 %) respondentů se léčí 11 – 20 let, 7 (10 %) respondentů se léčí 21 – 30 let a 2 (3 %) respondenti mají léčbu delší než 31 let. průměrná délka léčby byla **12,46 let**.

Možnosti	Absolutní četnost	%
2 roky	5	7
3 roky	3	4
4 roky	3	4
5 let	6	8
6 let	6	8
7 let	2	3
8 let	1	1
10 let	11	15
11 let	3	4
12 let	2	3
13 let	1	1
14 let	1	1
15 let	5	7
16 let	3	4
18 let	2	3
19 let	1	1
20 let	7	10
21 let	2	3
25 let	1	1
28 let	2	3
30 let	2	3
33 let	1	1
38 let	1	1
Celkem	71	100

Tabulka 4 Délka léčby u pacientů s Crohnovou chorobou



Graf 5 délka léčby pacientů s Crohnovou chorobou



Graf 6 délka léčby u pacientů s Crohnovou chorobou v rozmezí po 10 letech

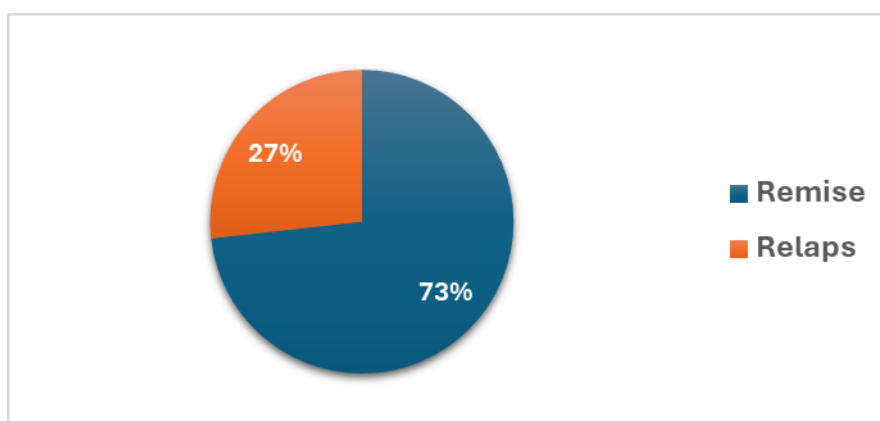
Otázka č. 5: *V jaké fázi onemocnění v současnosti jste?*

Komentář:

Otázka č 5 zjišťovala fázi onemocnění dotazovaných pacientů. Nejvíce pacientů uvedlo, že jsou ve fázi remise v počtu 52 (73 %). Zbýlých 19 (27 %) dotazovaných uvedlo fázi relapsu. Fáze onemocnění jsou popsány v tabulce 5 a v grafu 7.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Remise	52	73
Relaps	19	27
Celkem	71	100

Tabulka 5 Fáze onemocnění



Graf 7 fáze onemocnění

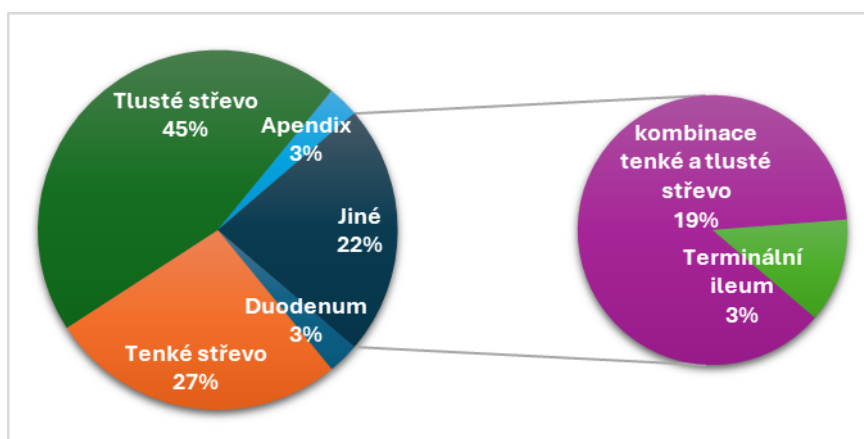
Otázka č. 6: Jaký typ Crohnovy choroby dle lokalizace vám byl diagnostikován?

Komentář:

Otázka č 6 zkoumala typ Crohnovy choroby dle lokalizace. Nejvíce pacientů 32 (45 %) uvedlo Crohnovu chorobu tlustého střeva. Druhým nejčastějším typem, který pacienti uvedli byla Crohnova nemoc tenkého střeva v počtu 19 (27 %). 16 (22 %) pacientů zvolilo možnost jiné. U možnosti jiné bylo 14x uveden typ Kombinace Crohnovy nemoci tenkého a tlustého střeva a 2x uvedena oblast terminálního ilea. 2 (3 %) pacienti trpí Crohnovou nemocí duodena a 2 (3 %) pacienti trpí Crohnovou nemocí apendixu. Celkové rozložení respondentů a jejich diagnostikovaným typem Crohnovy nemoci dle lokalizace je popsán v tabulce 6 a v grafu 8.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Crohnova nemoc jícnu	0	0
Crohnova nemoc žaludku	0	0
Crohnova nemoc duodena	2	3
Crohnova nemoc tenkého střeva	19	27
Crohnova nemoc tlustého střeva	32	45
Crohnova nemoc apendixu	2	3
Jiné	16	22
Celkem	71	100

Tabulka 6 typ Crohnovy choroby u pacientů dle lokalizace



Graf 8 typ Crohnovy choroby u pacientů dle lokalizace

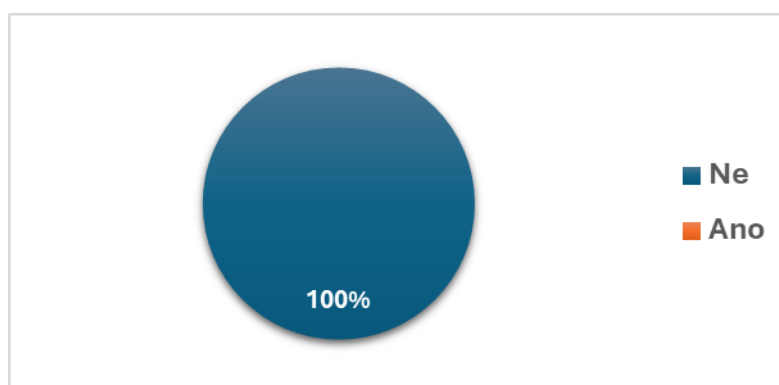
Otázka č. 7: Máte stomii (vývod)?

Komentář:

Otázka č 7 zkoumala, kolik dotazovaných pacientů má vyvedenou stomii. Z dotazníku vyšlo, že celkový počet 71 (100 %) dotazovaných nemá stomii. Výsledky otázky jsou popsány v tabulce 7 a v grafu 9.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano, mám	0	0
Ne, nemám	71	100
Celkem	71	100

Tabulka 7 Stomie



Graf 9 Stomie

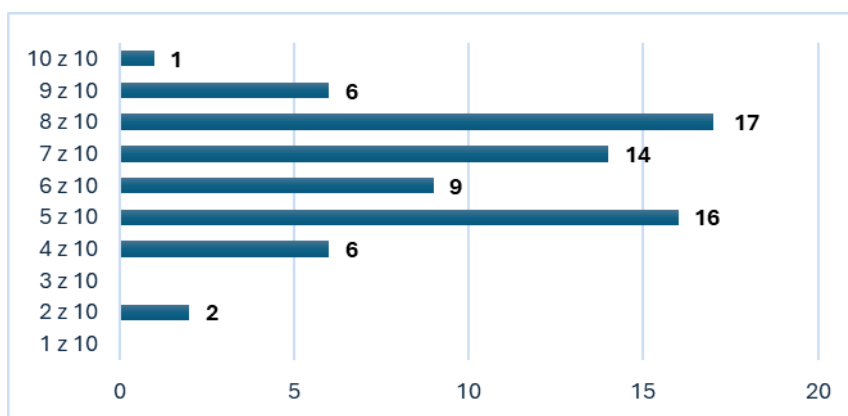
Otázka č. 8: Jak byste zhodnotili svou celkovou kvalitu života v souvislosti s Crohnovou chorobou na škále od 1 do 10?

Komentář:

Otázka č 10 zjišťovala na škále od 1 do 10, jak hodnotí pacienti s Crohnovou chorobou svou kvalitu života. Nejvíce krát zakroužkovanou možností byla možnost 8/10, kterou uvedlo 17 (24 %) pacientů. Následně 16 (23 %) pacientů vybralo možnost 5/10 na dané škále. 14 (20 %) respondentů zvolilo možnost 7/10. 9 (13 %) dotazovaných zvolilo možnost 6/10. Na možnost 4/10 a 9/10 odpovědělo v obou případech stejný počet respondentů 6 (8 %). 2 (3 %) respondenti uvedli na škále možnost 2/10, 1 respondent uvedl 1/10 a 1 respondent uvedl 10/10. Konečný průměr všech odpovědí dotazovaných je **6,48/10**. Celkové rozpoštění respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 8 a v grafu 10.

Škála	Absolutní četnost	%
1/10	1	1
2/10	2	3
3/10	0	0
4/10	6	8
5/10	16	23
6/10	9	13
7/10	14	20
8/10	17	24
9/10	6	8
10/10	1	1
Celkem	71	100

Tabulka 8 Škála kvality života s Crohnovou chorobou



Graf 10 škála kvality života s Crohnovou chorobou

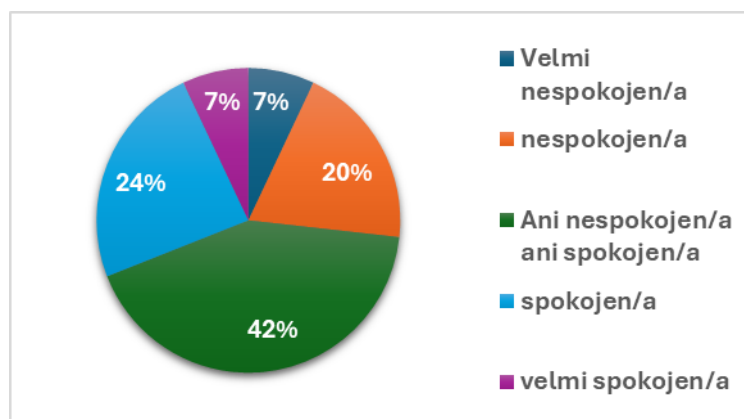
Otázka č. 9: *Jak jste spokojen/a se svým zdravotním stavem?*

Komentář:

Otázka č. 9 mapovala spokojenost pacientů s jejich zdravotním stavem. Nejvíce pacientů 30 (42 %) odpovědělo, že nejsou ani nespokojení/ani spokojení. 17 (24 %) pacientů uvedlo, že jsou spokojení se svým zdravotním stavem. 14 (20 %) pacientů je nespokojeno, 5 (7 %) velmi nespokojeno a 5 (7 %) velmi spokojeno se svým zdravotním stavem. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 9 a v grafu 11.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Velmi nespokojen/a	5	7
Nespokojen/a	14	20
Ani nespokojen/a ani spokojen/a	30	42
Spokojena	17	24
Velmi spokojen/a	5	7
Celkem	71	100

Tabulka 9 Spokojenost se zdravotním stavem



Graf 11 spokojenost se zdravotním stavem

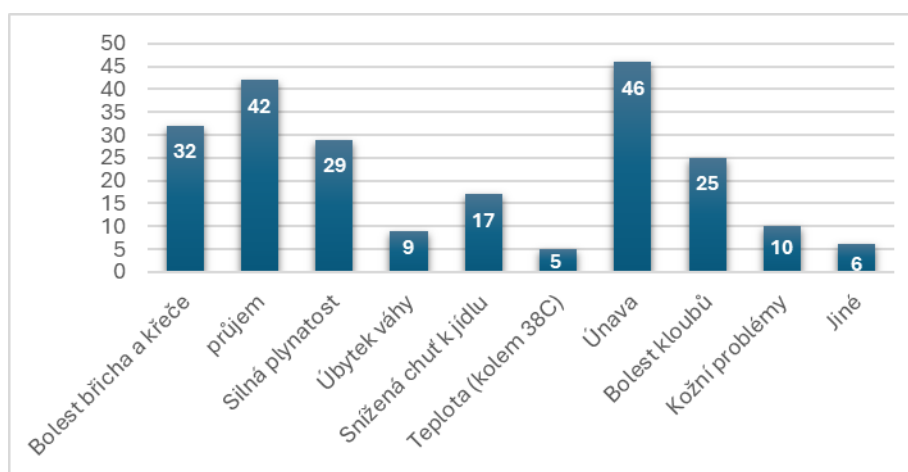
Otázka č. 10: *Jaké projevy onemocnění se u Vás za poslední měsíc vyskytly?*

Komentář:

Otázka č. 10 zkoumala jaké projevy onemocnění se u pacientů vyskytly za poslední měsíc. Na otázku č. 10 mohli dotazovaní zvolit více možností, tabulka 10 a graf 12 poukazují na výčet všech zaškrtnutých možností. 46 pacientů z celkového počtu 71 respondentů pocívala během posledního měsíce únavu. 42 pacientů uvedla, že trpí průjmem a 32 pacientů uvedla bolesti břicha a křeče. Tyto tři příznaky byly uváděny, jako nejčastější. Dalším příznakem, kterých uvedlo 29 pacientů z celkového počtu respondentů byla silná plynatost, 25 pacientů uvádí bolesti kloubů a 17 pacientů uvedlo sníženou chuť k jídlu. 10 pacientů uváděla kožní problémy, 9 pacientů úbytek váhy pouze 5 pacientů teplotu. 6 pacientů vybrala možnost jiné. Z toho 5 odpovědí bylo „Žádné“ a 1 odpověď byla „Stolice plné hlenů a enteroragie“.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Bolest břicha křeče	32	14
Průjem	42	19
Silná plynatost	29	13
Úbytek váhy	9	4
Snížená chuť k jídlu	17	8
Teplota (kolem 38 ° C)	5	2
Únava	46	21
Bolest kloubů	25	11
Kožní problémy	10	5
jiné	6	3
Celkem	221	100

Tabulka 10 projevy onemocnění



Graf 12 Projevy onemocnění

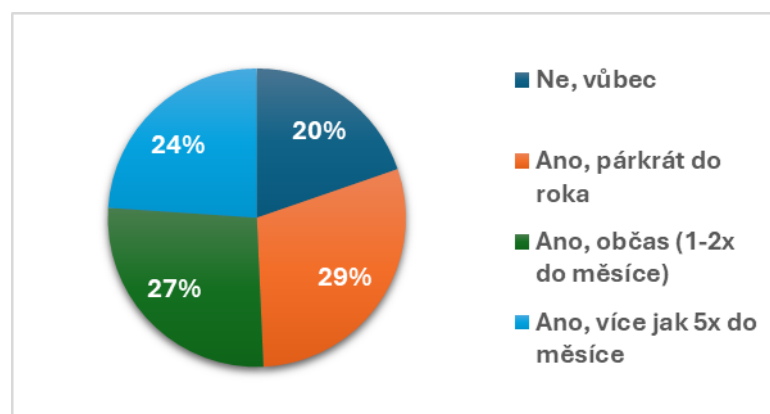
Otázka č. 11: *Trápí Vás časté vyprazdňování stolice, které ovlivňuje Vaše denní aktivity?*

Komentář:

Otázka č. 11 zjišťovala, jak jsou u pacientů ovlivněny denní aktivity častým vyprazdňováním stolice. 21 (29 %) respondentů trápí časté vyprazdňování stolice párkrát do roka. 19 (27 %) respondentů zvolila možnost občas (1-2 x do měsíce). Časté vyprazdňování stolice více, jak 5x do měsíce uvedlo 17 (24 %) pacientů a 14 (20 %) pacientů toto netrápí vůbec. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 11 a v grafu 13.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ne, vůbec	14	20
Ano, párkrát do roka	21	29
Ano, občas (1-2 x do měsíce)	19	27
Ano, více jak 5x do měsíce	17	24
Celkem	71	100

Tabulka 11 Časté vyprazdňování stolice ovlivňující denní aktivity



Graf 13 Časté vyprazdňování stolice ovlivňující denní aktivity

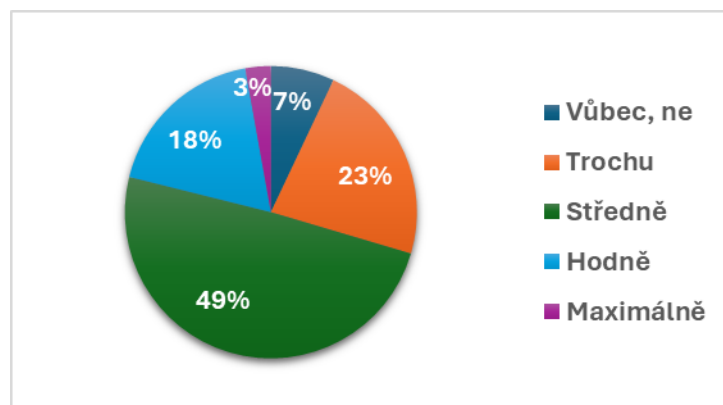
Otázka č. 12: Máte dost energie pro každodenní činnosti?

Komentář:

Otázka č. 12 mapovala, zda mají pacienti dostatek energie pro každodenní činnosti. Nejvíce dotazovaných 35 (49 %) uvedlo, že na každodenní činnosti mají středně energie. 16 (23 %) pacientů uvedlo trochu a 13 (18 %) pacientů možnost hodně. 5 (7 %) udalo, že nemají vůbec energii na každodenní činnosti a 2 (3 %) pacienti mají maximální dostatek energie. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 12 a v grafu 14.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Vůbec, ne	5	7
Trochu	16	23
Středně	35	49
Hodně	13	18
Maximálně	2	3
Celkem	71	100

Tabulka 12 Energie pro každodenní činnosti



Graf 14 Energie pro každodenní činnosti

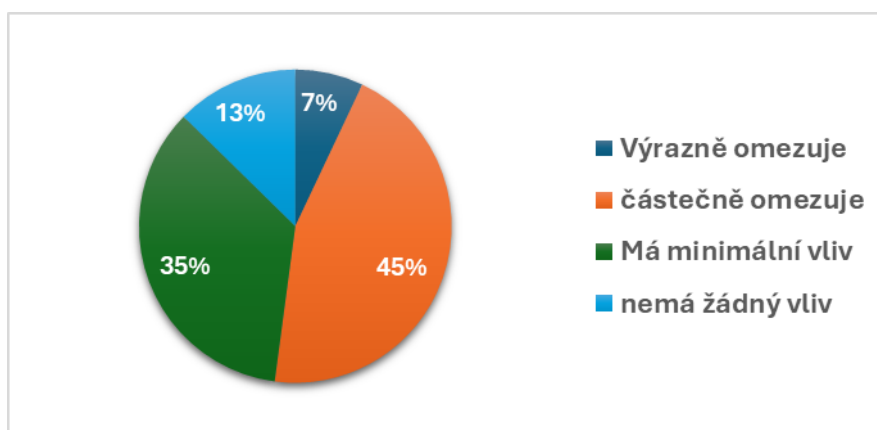
Otázka č. 13: *Jak se Crohnova choroba odráží na vaší schopnosti vykonávat běžné fyzické aktivity?*

Komentář:

V otázce č: 13 jsem zjišťovala, jak se onemocnění odráží na schopnosti vykonávat běžné fyzické aktivity. 32 (45 %) pacientů uváděla, že je onemocnění částečně omezuje. 25 (35 %) pacientů zase uvedla, že na fyzické aktivity má onemocnění minimální vliv. 5 (7 %) pacientů jejich onemocnění výrazně omezuje a na 9 (13 %) pacientů nemá žádný vliv. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 13 a v grafu 15.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Výrazně omezuje	5	7
Částečně omezuje	32	45
Má minimální vliv	25	35
Nemá žádný vliv	9	13
Celkem	71	100

Tabulka 13 Schopnosti pacientů vykonávat běžné fyzické aktivity



Graf 15 Schopnosti pacientů vykonávat běžné fyzické aktivity

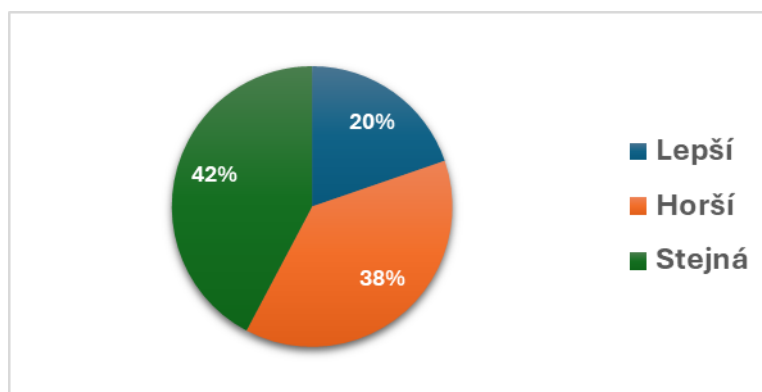
Otázka č. 14: *Jak hodnotíte svou celkovou fyzickou kondici od doby stanovení diagnózy Crohnovy choroby?*

Komentář:

Otázka č. 14 mapovala celkovou fyzickou kondici pacientů od doby, kdy jim byla diagnostikována Crohnova choroba. 30 (42 %) respondentů podalo svou fyzickou kondici za stejnou. 27 (38 %) respondentů uvádělo, že se jejich fyzická kondice zhoršila a naproti tomu 14 (20 %) respondentů uváděla lepší kondici. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 14 a v grafu 16.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Lepší	14	20
Horší	27	38
stejná	30	42
Celkem	71	100

Tabulka 14 Fyzická kondice pacientů od doby stanovení diagnózy



Graf 16 Fyzická kondice pacientů od doby stanovení diagnózy

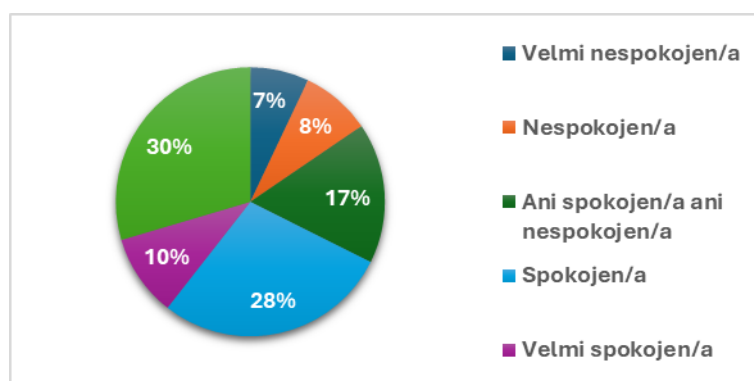
Otázka č. 15: *Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem v zaměstnání?*

Komentář:

Otázka č. 15 zkoumá spokojenost pacientů s pracovním výkonem v zaměstnání. 21 (30 %) dotazovaných nepracují. 20 (28 %) dotazovaných je spokojena se svým pracovním výkonem, 12 (17 %) respondentů není ani spokojena ani nespokojena. 7 (10 %) dotazovaných je velmi spokojena, 6 (8 %) dotazovaných nespokojena a 5 (7 %) velmi nespokojena. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 15 a v grafu 17.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Velmi nespokojen/a	5	7
Nespokojen/a	6	8
Ani nespokojen/a ani spokojen/a	12	17
Spokojen/a	20	28
Velmi spokojen/a	7	10
nepracuji	21	30
Celkem	71	100

Tabulka 15 Spokojenost pacientů s pracovním výkonem v zaměstnání



Graf 17 Spokojenost pacientů s pracovním výkonem v zaměstnání

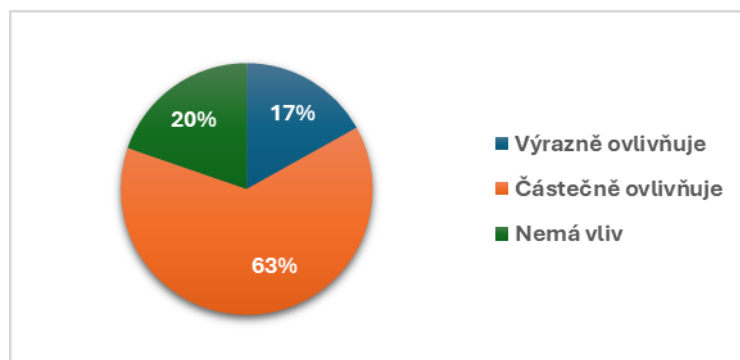
Otázka č. 16: *Jakým způsobem Crohnova choroba ovlivňuje Váš psychický stav a celkovou životní spokojenost?*

Komentář:

Otázka č. 16 zkoumala ovlivnění psychického stavu a životní spokojenosti pacientů v souvislosti s onemocněním. Nemoc částečně ovlivnila psychický stav a životní spokojenost 45 (63 %) pacientů. Výrazně ovlivnila 12 (17 %) pacientů a na 14 (20 %) pacientů nemá nemoc vliv. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 16 a v grafu 18.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Výrazně ovlivňuje	12	17
Částečně ovlivňuje	45	63
Nemá vliv	14	20
Celkem	71	100

Tabulka 16 Ovlivnění psychického stavu a životní spokojenosti pacientů



Graf 18 ovlivnění psychického stavu a životní spokojenosti pacientů

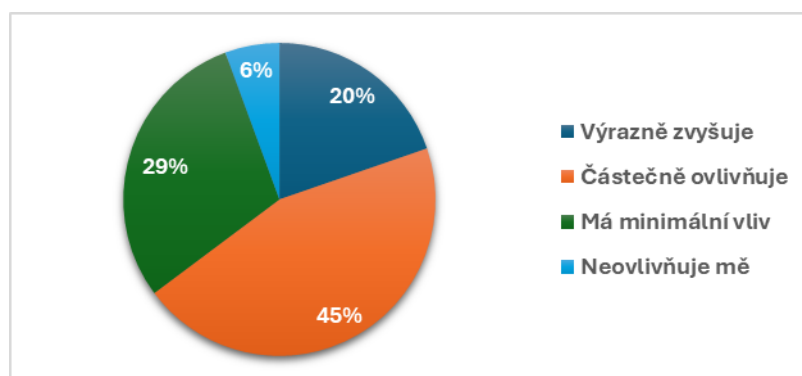
Otázka č. 17: *Jak se Crohnova choroba projevuje na vaší úrovni stresu a emocionální pohody?*

Komentář:

Otázka č. 17 zkoumá, jak se Crohnova choroba projevuje na úrovni stresu a emocionální pohody pacientů. 32 (45 %) respondentů uváděla, že jsou v tomto směru částečně ovlivněny. 21 (29 %) respondentů odpověděla, že v tomto ohledu má Crohnova choroba minimální vliv. U 14 (20 %) respondentů nemoc výrazně zvyšuje úroveň stresu. A 4 (6 %) respondenti uvedli, že je nemoc neovlivňuje. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 17 a v grafu 19.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Výrazně zvyšuje	14	20
Částečně ovlivňuje	32	45
Má minimální vliv	21	29
Neovlivňuje mě	4	6
Celkem	71	100

Tabulka 17 Projevy Crohnovy choroby na úrovni stresu a emociální pohody



Graf 19 Projevy Crohnovy choroby na úrovni stresu a emocionální pohody

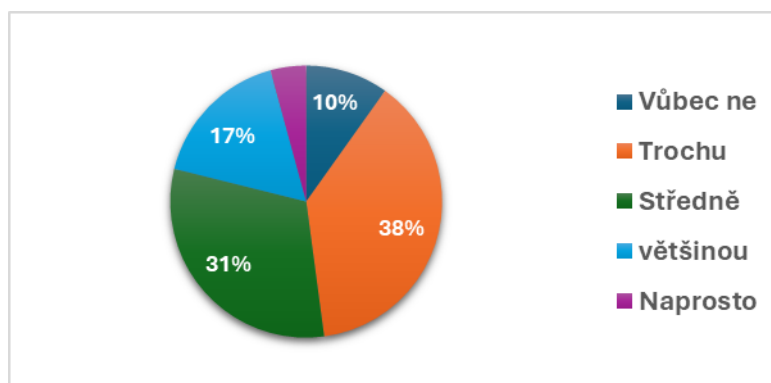
Otázka č. 18: *Vnímáte své onemocnění jako překážku ve Vašem životě?*

Komentář:

Otázka č. 18 se zabývala myšlenkou, zda pacienti vnímají své onemocnění, jako překážku ve svém životě. 27 (38 %) pacientů vnímá své onemocnění trochu, jako překážku. 22 (31 %) pacientů vnímá své onemocnění středně, jako svou překážku. 12 (17 %) pacientů vnímá většinou své onemocnění, jako překážku. 7 (10 %) pacientů uvedlo, že svou nemoc vůbec nevnímá, jako překážku a naopak 3 (4 %) pacienti ji vnímají naprosto, jako překážku ve svém životě. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 18 a v grafu 20.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Vůbec ne	7	10
Trochu	27	38
Středně	22	31
Většinou	12	17
Naprosto	3	4
Celkem	71	100

Tabulka 18 *Vnímání onemocnění, jako překážky v životech pacientů*



Graf 20 *Vnímání onemocnění, jako překážky v životech pacientů*

Otázka č. 19: *Cítíte se v důsledku onemocnění izolovaní nebo omezení ve společenských aktivitách?*

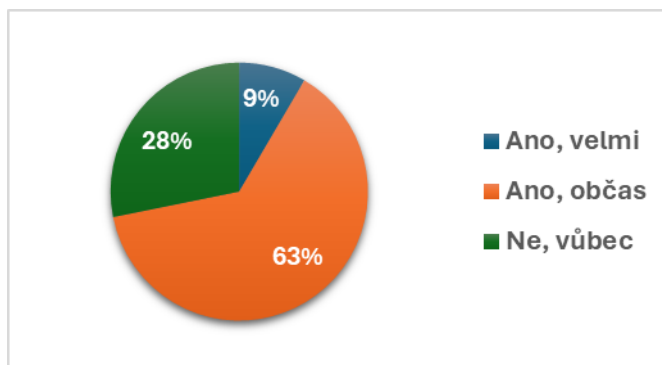
Komentář:

Otázka č. 19 mapovala, zda se pacienti cítí v souvislosti s onemocněním izolovaní či omezení ve společenských aktivitách. Nejvíce respondentů vybralo možnost ano občas, a to v počtu 45 (63 %). 20 (28 %) respondentů se necítí vůbec izolovaní nebo omezení ve společenských aktivitách a 6 (9 %) respondentů

uvedlo, že se cítí velmi izolováni. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 19 a v grafu 21.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano, velmi	6	9
Ano, občas	45	63
Ne, vůbec	20	28
Celkem	71	100

Tabulka 19 pocit izolovanosti nebo omezení ve společenských aktivitách v důsledku onemocnění



Graf 21 Pocit izolovanosti nebo omezení ve společenských aktivitách v důsledku onemocnění

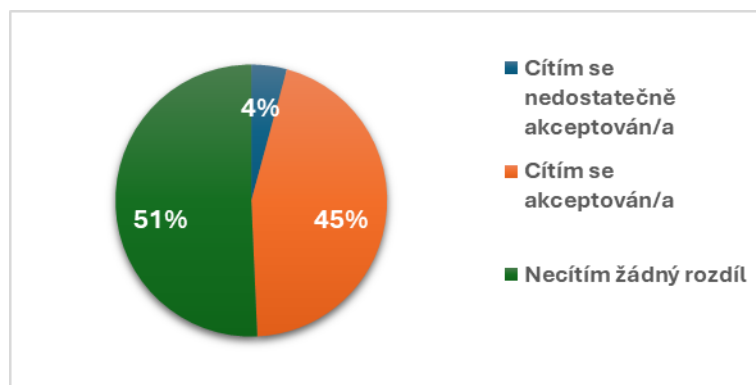
Otázka č. 20: *Jak se cítíte vůči přijetí ze strany okolí v souvislosti s vaší chorobou?*

Komentář:

Otázka č. 20 se zaměřovala na akceptování pacientů ze strany jejich okolí s ohledem na jejich onemocnění. 36 (51 %) pacientů uvedla, že necítí žádný rozdíl. 32 (45 %) pacientů uvedla, že se cítí akceptována a 3 (4 %) pacienti se cítí nedostatečně akceptováni. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 20 a v grafu 22.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Cítím se nedostatečně akceptován/a	3	4
Cítím se akceptován/a	32	45
Necítím žádný rozdíl	36	51
Celkem	71	100

Tabulka 20 Akceptování ze strany okolí pacientů v souvislosti s chorobou



Graf 22 Akceptování ze strany okolí pacientů v souvislosti s chorobou

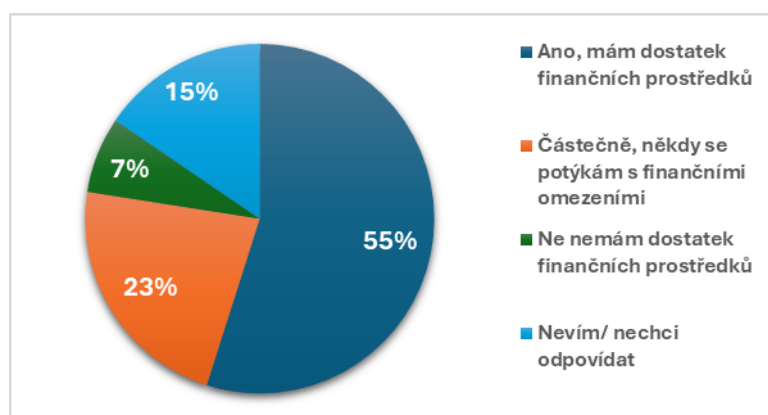
Otázka č. 21: Máte dostatek finančních prostředků k uspokojení svých potřeb?

Komentář:

Otázka č. 21 mapovala finanční prostředky pacientů. 39 (55 %) pacientů uvedlo, že má dostatek finančních prostředků. 16 (23 %) pacientů uvedlo, že se někdy potýkají s finančním omezením. 5 (7 %) pacientů nemá dostatek finančních prostředků a 11 (15 %) uvedlo, že nevědí či nechtějí odpovídat. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 21 a v grafu 23.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano, mám dostatek finančních prostředků	39	55
Částečně, někdy se potýkám s finančními omezeními	16	23
Ne, nemám dostatek finančních prostředků	5	7
Nevím/ nechci odpovídat	11	15
Celkem	71	100

Tabulka 21 Finanční prostředky pacientů



Graf 23 Finanční prostředky pacientů

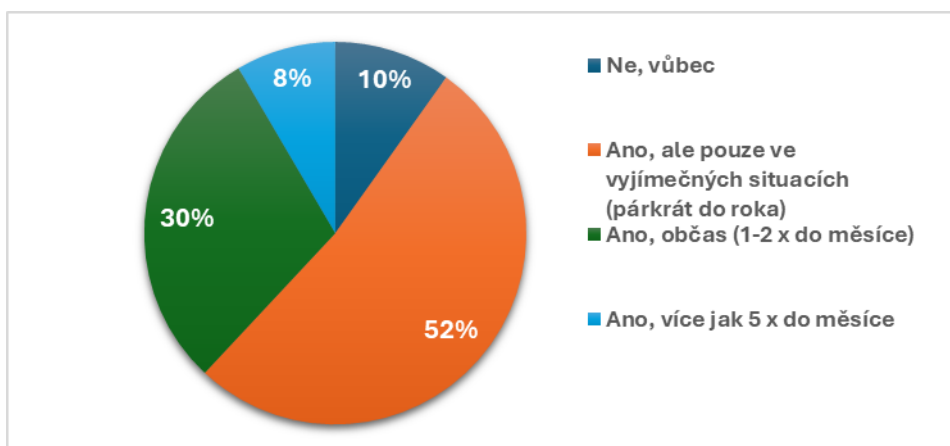
Otázka č. 22: *Stalo se Vám někdy, že jste kvůli projevům onemocnění musel/a mít častěji absenci v zaměstnání/škole či jste se nemohl/a zúčastnit společenských aktivit?*

Komentář:

Otázka č. 22 se zabývala Absencí v zaměstnání/škole a neúčastí při společenských aktivitách, kvůli projevům onemocnění. Nejvíce respondentů 37 (52 %) uvedlo možnost, že pouze ve výjimečných situacích (párkrát do roka). 21 (30 %) pacientů odpovědělo, že občas (1-2 x do měsíce) se nemohou zúčastnit společenských aktivit nebo mají absenci v zaměstnání/škole. 6 (8 %) pacientů odpovědělo více, jak 5 x do měsíce a 7 (10 %) pacientů odpovědělo vůbec ne. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 22 a v grafu 24.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ne, vůbec	7	10
Ano, ale pouze ve výjimečných situacích (párkrát do roka)	37	52
Ano, občas (1-2 x do měsíce)	21	30
Ano, více jak 5x do měsíce	6	8
Celkem	71	100

Tabulka 22 Absence v zaměstnání/škole nebo neúčast při společenských aktivitách, kvůli projevům onemocnění



Graf 24 Absence v zaměstnání/škole nebo neúčast při společenských aktivitách, kvůli projevům onemocnění

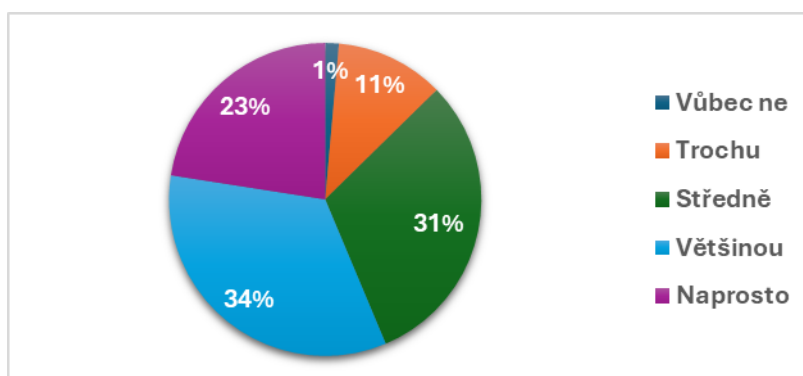
Otázka č. 23: *Máte k dispozici dostatek možností, jak trávit volný čas?*

Komentář:

Otázka č. 23 ukazuje, jestli mají dotazovaní dostatek možností, jak trávit volný čas. Nejvíce pacientů 24 (34 %) má většinou dostatek možností, 22 (31 %) má středně možností a 16 (23 %) má naprosto dostatek možností. 8 (11 %) dotazovaných odpovědělo, že má trochu možností a 1 (1 %) dotazovaný uvedl, vůbec nemá dostatek možností, jak trávit volný čas. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 23 a v grafu 25.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Vůbec ne	1	1
Trochu	8	11
Středně	22	31
Většinou	24	34
naprosto	16	23
Celkem	71	100

Tabulka 23 Možnosti pacientů trávit volný čas



Graf 25 možnosti pacientů trávit volný čas

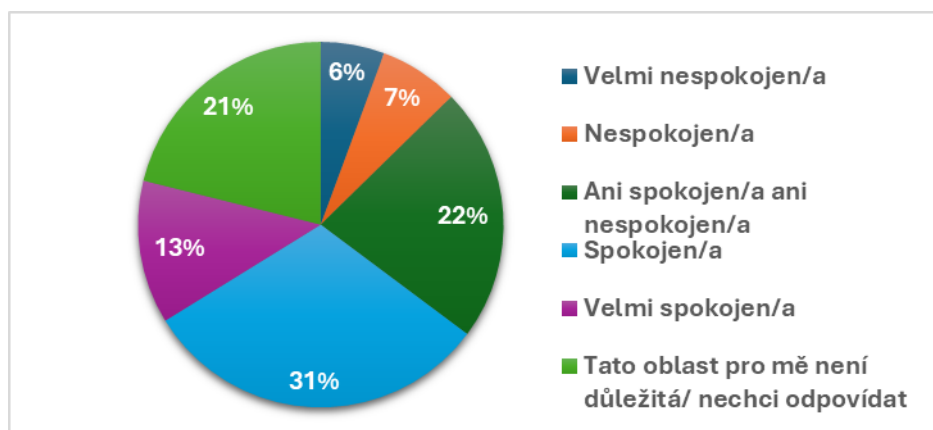
Otázka č. 24: *Jak hodnotíte spokojenost se svým sexuálním životem v souvislosti s Crohnovou chorobou?*

Komentář:

Otázka č. 24 se zabývala spokojeností pacientů se svým sexuálním životem v souvislosti s onemocněním. Pro 15 (21 %) pacientů tato oblast není důležitá nebo nechtějí odpovídat. 22 (31 %) pacientů uvedla, že je se svým sexuálním životem spokojena. 16 (22 %) pacientů není ani spokojeno/ani nespokojeno. 9 (13 %) pacientů je velmi spokojeno, 5 (7 %) pacientů je nespokojeno a 4 (6 %) pacienti jsou velmi nespokojeni. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 24 a v grafu 26.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Velmi nespokojen/a	4	6
Nespokojen/a	5	7
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	16	22
Spokojen/a	22	31
Velmi spokojen/a	9	13
Tato oblast pro mě není důležitá/nechci odpovídat	15	21
Celkem	71	100

Tabulka 24 Spokojenost pacientů se sexuálním životem v souvislosti s onemocněním



Graf 26 Spokojenost pacientů se sexuálním životem v souvislosti s onemocněním

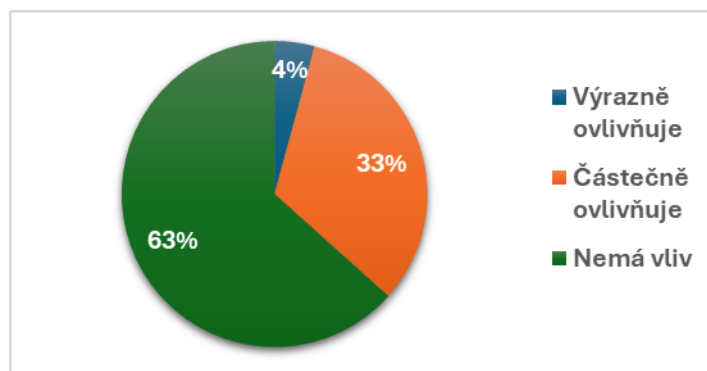
Otázka č. 25: Jaký vliv má Crohnova choroba na Vaše sociální vztahy a interakce s rodinou, přáteli a kolegy?

Komentář:

Otázka č. 25 zkoumala, jaký vliv má Crohnova choroba na sociální vztahy pacientů a jejich interakci s rodinou přáteli a kolegy. Nejvíce respondentů 45 (63 %) uvedlo, že Crohnova Choroba nemá vliv na jejich sociální vztahy. 23 (33 %) respondentů uvedlo, že nemoc jejich sociální vztahy částečně ovlivňuje a 3 (4 %) respondenti uvedli, že nemoc výrazně ovlivňuje jejich sociální vztahy a interakci s rodinou přáteli a kolegy. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 25 a v grafu 27.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Výrazně ovlivňuje	3	4
Částečně ovlivňuje	23	33
Nemá vliv	45	63
Celkem	71	100

Tabulka 25 Vliv Crohnovy choroby na vztahy s rodinou, přáteli a kolegy



Graf 27 Vliv Crohnovy choroby na vztahy s rodinou, přáteli a kolegy

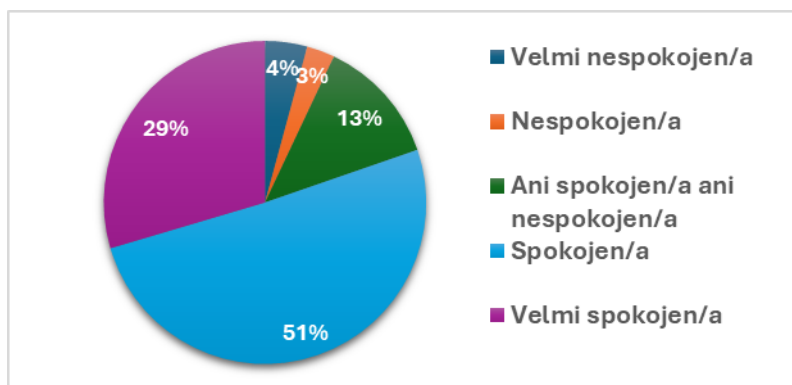
Otázka č. 26: *Jak jste spokojen/a s podporou a pomocí kterou vám poskytují vaši přátelé či rodina?*

Komentář:

Otázka č. 26 mapovala spokojenost pacientů s podporou od jejich přátel a rodiny. Spokojenost uvádělo 36 (51 %) respondentů, nespokojenost na rozdíl tomu 2 (3 %) respondenti. Velmi spokojeno je 21 (29 %) pacientů a velmi nespokojení jsou 3 (4 %) pacienti. A 9 (13 %) pacientů není ani spokojeno ani nespokojeno. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 26 a v grafu 28.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Velmi nespokojen/a	3	4
Nespokojen/a	2	3
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	9	13
Spokojen/a	36	51
Velmi spokojen/a	21	29
Celkem	71	100

Tabulka 26 Spokojenost pacientů s podporou od přátel a rodiny



Graf 28 Spokojenost pacientů s podporou od přátel a rodiny

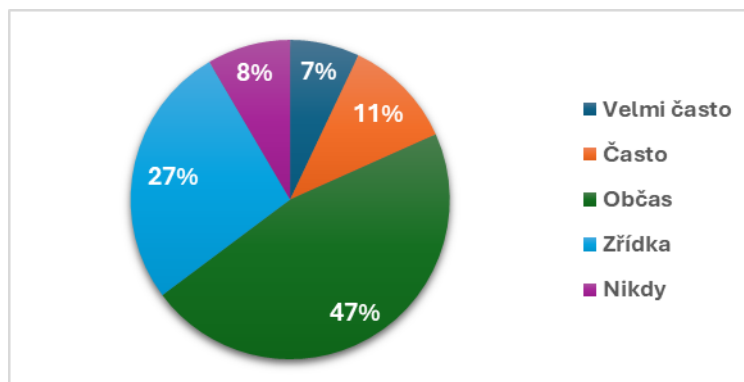
Otázka č. 27: *Jak často zažíváte obtíže s přijímáním potravy v souvislosti s Crohnovou chorobou?*

Komentář:

Otázka č. 27 zkoumala frekvencí potíží s přijímáním potravy v souvislosti s onemocněním. 33 (47 %) respondentů zvolilo možnost občas, 19 (27 %) respondentů zvolilo možnost zřídka, 8 (11 %) respondentů zvolilo možnost často, 6 (8 %) respondentů zvolilo možnost nikdy a 5 (7 %) respondentů zvolila možnost velmi často. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 27 a v grafu 29.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Velmi často	5	7
Často	8	11
Občas	33	47
Zřídka	19	27
Nikdy	6	8
Celkem	71	100

Tabulka 27 *frekvencí potíží s přijímáním potravy v souvislosti s onemocněním*



Graf 29 *Frekvencí potíží s přijímáním potravy*

Otázka č. 28: *Jaké potraviny u vás nejčastěji vyvolávají problémy a nepříjemné pocity?*

Komentář:

Otázka č. 28 zjišťovala jaké potraviny vyvolávají pacientům nejčastěji problémy a nepříjemné pocity. Na otázku č. 28 mohli dotazovaní zvolit více možností, tabulka 28 a graf 30 poukazují na výčet všech zaškrtnutých možností. Nejvíce pacientů 36 (17 %) vybralo možnost pikantní nebo kořeněné potraviny, 34 (16 %) pacientů vybralo možnost mléčné výrobky a 32 (15 %) pacientů vybralo možnost luštěniny. Tyto potraviny podle dotazníků činí pacientům nejvíce

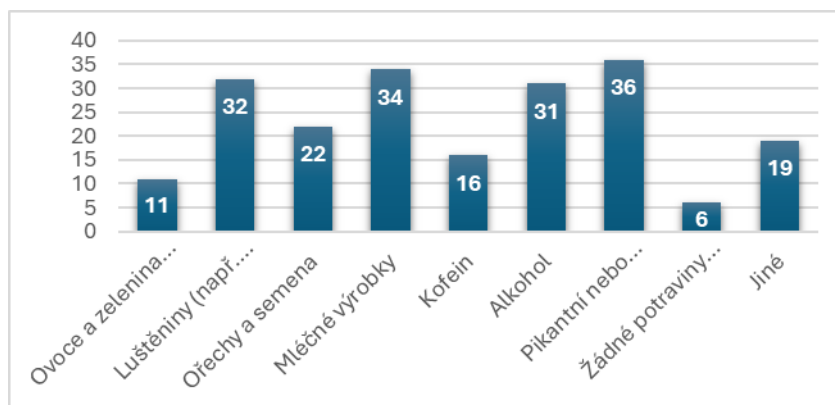
problémů a nepříjemné pocity. Dále 31 (15 %) pacientů dělá problém alkohol, 22 (11 %) pacientům činí problémy ořechy a semena, 16 (8 %) činí obtíže kofein a 11 (5 %) pacientům dělá obtíže ovoce a zelenina s vlákninou. 6 (3 %) pacientů uvedlo, že jim nevadí žádné potraviny a 19 (9 %) pacientů uvedlo možnost jiné. Mezi odpovědi jiné patřilo:

- 4 x Mastné, tučné a smažené jídlo
- 6 x potraviny obsahující lepek (z toho 2 respondenti uvedli, že alergie na lepek nebyla potvrzena)
- 2 x sladkosti
- 1 x rostlinné tuky, rýže, brambory a bílé maso
- 1 x droždí, kynutá těsta, smažené, tučné a mastné potraviny
- 1 x kuřecí maso
- 1 x průmyslově zpracované potraviny
- 1 x káva bez kofeinu
- 1 x kynuté a čerstvé pečivo
- 1 x „cokoliv, co sním mi působí potíže, včetně tekutin“

Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 28 a v grafu 30.

Více možností?	Absolutní četnost	%
Ovoce a zelenina s vlákninou (např. hrušky, jablka, brokolice)	11	5
Luštěniny (např. fazole nebo hrách)	32	15
Ořechy a semena	22	11
Mléčné výrobky	34	16
Kofein	16	8
Alkohol	31	15
Pikantní nebo kořeněné potraviny	36	17
Žádné potraviny mi nevadí	6	3
Jiné	19	9
Celkem	207	100

Tabulka 28 Potraviny, které u pacientů vyvolávají problémy a nepříjemné pocity



Graf 30 Potraviny, které u pacientů vyvolávají problémy a nepříjemné pocity

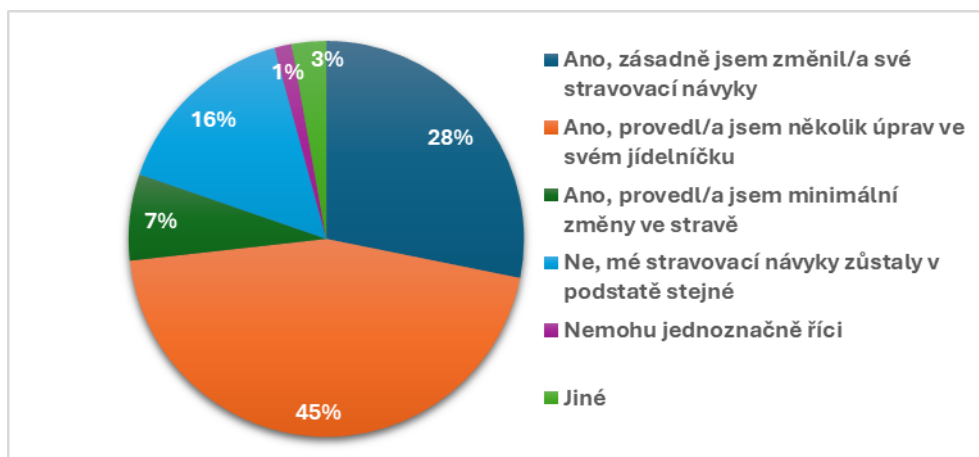
Otázka č. 29: Došlo u Vás k výrazným změnám ve stravovacích návycích od stanovení diagnózy Crohnovy choroby?

Komentář:

Otázka č. 29 zkoumala změny ve stravovacích návycích u pacientů od stanovení diagnózy. 32 (45 %) respondentů provedlo několik úprav ve svém jídelníčku, 20 (28 %) respondentů zásadně změnilo své stravovací návyky a 11 (15 %) respondentů uvedlo, že jejich stravovací návyky zůstaly v podstatě stejné. 5 (7 %) respondentů provedlo minimální změny ve stravě, 1 (1 %) respondent uvedl, že nemůže jednoznačně říct a 2 (3 %) respondenti zvolili možnost jiné. V možnosti jiné pacienti doslovně uvedli „Přestal jsem jíst maso“ a „Snažím se jíst více vyvážené a kvalitní potraviny“. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 29 a v grafu 31.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano, zásadně jsem změnil/a své stravovací návyky	20	28
Ano provedl/a jsem několik úprav ve svém jídelníčku	32	45
Ano, provedl/a jsem minimální změny ve stravě	5	7
Ne, mé stravovací návyky zůstaly v podstatě stejné	11	15
Nemohu jednoznačně říct	1	1
Jiné	2	3
Celkem	71	100

Tabulka 29 Změny ve stravovacích návycích u pacientů od stanovení diagnózy



Graf 31 Změny ve stravovacích návycích u pacientů od stanovení diagnózy

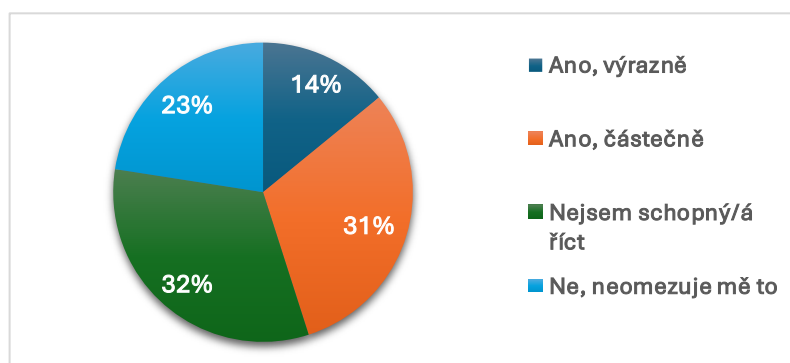
Otázka č. 30: Máte pocit, že změna stravovacích návyků ovlivní Vaši kvalitu života?

Komentář:

Otázka č. 30 zkoumala ovlivnění kvality života u pacientů, vlivem změny stravovacích návyků. 23 (32 %) respondentů nebylo schopno říct, 22 (31 %) respondentů odpověděla, že částečně změna ovlivňuje kvalitu života. 16 (23 %) respondentů uvedlo, že je to neomezuje a 10 (14 %) respondentů odpovědělo, že výrazně ovlivňuje. Celkové rozložení respondentů a jejich možností je popsáno v tabulce 28 a v grafu 30.

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano, výrazně	10	14
Ano, částečně	22	31
Nejsem schopný/á říct	23	32
Ne, neomezuje mě to	16	23
Celkem	71	100

Tabulka 30 ovlivnění kvality života u pacientů vlivem změny stravovacích návyků



Graf 32 ovlivnění kvality života u pacientů vlivem změny stravovacích návyků

5.1 Zhodnocení hypotéz

H1. Předpokládám, že kvalita života respondentů bude snížena v oblasti fyzického zdraví.

Hypotéza H1, která předpokládala sníženou kvalitu života v oblasti fyzického zdraví u pacientů s CD, se potvrdila na základě výsledků otázek č. 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15. Výsledky naznačují, že CD má vliv na fyzické zdraví respondentů. Většina pacientů vyjádřila nespokojenost se svým zdravotním stavem, přičemž nejčastějšími příznaky onemocnění byly únava, průjem a bolesti břicha. Zároveň se část respondentů cítí omezeni ve vykonávání běžných fyzických aktivit. Tyto výsledky potvrzují, že Crohnova choroba má významný dopad na fyzickou kvalitu života pacientů s touto diagnózou.

H2. předpokládám, že na vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou mají vliv stravovací návyky.

Hypotéza H2, která předpokládala, že stravovací návyky mají vliv na vnímání kvality života u pacientů s CD, se potvrdila na základě výsledků otázek č. 27, 28, 29 a 30. Z výsledků vyplývá, že CD často způsobuje obtíže s přijímáním potravy u více, jak poloviny respondentů, kteří zvolili možnosti často a velmi často. Nejčastěji pacienti uváděli problémy s pikantními nebo kořeněnými potravinami, mléčnými výrobky a luštěninami. Více než polovina respondentů provedla nějaké úpravy ve svém jídelníčku od stanovení diagnózy, což naznačuje nutnost změny stravovacích návyků.

Tato změna stravovacích návyků má vliv na kvalitu života u téměř poloviny respondentů, kteří uvedli, že změna částečně ovlivňuje jejich život a respondentů, kteří změnu hodnotili jako výraznou. Tyto výsledky naznačují, že stravovací návyky hrají důležitou roli ve vnímání kvality života u pacientů s CD a byla částečně potvrzena.

H3. Předpokládám, že kvalita života respondentů bude snížena v oblasti psychického zdraví.

Hypotéza H3, která předpokládala sníženou kvalitu života v oblasti psychického zdraví u pacientů s CD, je potvrzena výsledky otázek č. 16, 17, 18, 19 a 20. Ty ukazují, že CD má významný negativní dopad na psychické blaho pacientů. Většina respondentů uvádí, že jejich psychický stav a životní

spokojenost jsou částečně ovlivněny nemocí, a někteří dokonce výrazně. Nemoc také u respondentů způsobuje částečně zvýšenou úroveň stresu a vnímání nemoci jako překážku ve svém životě. Většina pacientů občas pociťuje izolaci nebo omezení ve společenských aktivitách. Ačkoliv většina respondentů necítí rozdíl v přijetí ze strany okolí kvůli nemoci, či se cítí akceptováni, byli i někteří co se necítí dostatečně akceptováni. Tyto výsledky zdůrazňují důležitost poskytování psychosociální podpory těmto pacientům pro zlepšení jejich psychického zdraví a celkové kvality života.

H4. Předpokládám, že pacienti s Crohnovou chorobou mají problémy v sociální oblasti.

K této hypotéze se stahovaly otázky č. 21, 22, 23, 24, 25, 26. Hypotéza H4, která předpokládala, že pacienti s CD mají problémy v sociální oblasti, se potvrdila pouze částečně. Z výsledků vyplývá, že v některých aspektech sociálního života, jako je omezení ve volném čase a absencí v zaměstnání nebo škole kvůli nemoci, existují určité obtíže. Nicméně ve vztahu k financím, spokojenosti se sexuálním životem, vlivu nemoci na sociální vztahy a podpoře od rodiny a přátel, se neprokázaly výrazné problémy.

Diskuze

Diskuze se soustředí na posouzení dosažených cílů. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké změny pacienti trpící CD vnímají v kvalitě života. K dosažení tohoto hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle, které umožňují analyzovat dopad CD na různé aspekty života.

Při interpretaci výsledků tohoto výzkumu je třeba vzít v úvahu několik omezení. Jedním z nich je omezený vzorek respondentů, který plně nereprezentuje celkovou populaci pacientů s CD. Dalším omezením je způsob sběru dat, který mohl být ovlivněn subjektivními faktory respondentů. Dotazník byl také příliš dlouhý a někteří pacienti z tohoto důvodu nevyplnili celý dotazník a nemohly být následně použity. Navzdory těmto omezením poskytují výsledky tohoto výzkumu důležité poznatky o vnímání kvality života pacientů s Crohnovou chorobou a mohou sloužit jako základ pro další výzkum v této oblasti. Je třeba pokračovat v průzkumu tohoto tématu a hledat efektivnější způsoby, jak podporovat tyto pacienty v jejich boji s touto obtížnou chorobou.

Pro sběr dat byla použita kvantitativní metoda prostřednictvím dotazníku, který byl sestaven mými otázkami a byl inspirován WHOQOL – BREF standardizovaným dotazníkem. Dotazník měl celkem 30 otázek a do průzkumného šetření bylo zařazeno 71 respondentů. Dotazník byl rozšířen o otázky týkající se sociodemografických faktorů. Konkrétně se jednalo o otázky č. 1, 2 a 3. Otázka č. 1 se zabývala pohlavím respondentů a z celkového počtu 71 respondentů (100 %) trpí Crohnovou chorobou 42 žen a 29 mužů. Otázka č. 2, která zkoumala věk pacientů poukázala, že nejvíce pacientů, tj. 27 % je ve věkové kategorii 36 – 45 let, druhou věkovou kategorií, do které se řadí 18 respondentů tedy 25 %, je 26 – 35 let.

V otázce č. 3 jsem se zaměřila na pracovní a sociální situaci respondentů, což je klíčový faktor ovlivňující jejich životní kvalitu. Z výsledků vyplývá, že 22 pacientů (31 %) pracuje na plný úvazek, což naznačuje určitou míru schopnosti udržet si zaměstnání i přes obtíže spojené s Crohnovou chorobou. Na druhou stranu, 27 pacientů uvádí možnost "Jiné", což může zahrnovat různé situace, ale z analýzy vyplývá, že 15 z nich má jeden z možných invalidních důchodů a současně pobírají další příjem. Tento výsledek poukazuje na to, že někteří pacienti

jsou nuceni opustit tradiční pracovní prostředí kvůli závažnosti svého onemocnění a následně hledají alternativní způsoby obživy. Je důležité si všimnout, že pracovní a sociální situace pacientů s CD mohou být velmi rozmanité a individuální. Někteří mohou být schopni udržet si zaměstnání, možná s určitými úpravami nebo podporou, zatímco jiní se mohou ocitnout v obtížné situaci, kde je nezbytné hledat alternativní způsoby příjmu.

Otázky č. 4, 5, 6 a 7 byly do dotazníku přidány, jako součást anamnestického dotazu týkajícího se CD. Tato skupina otázek slouží k získání základních informací o historii onemocnění a současném zdravotním stavu respondentů, což je důležité pro pochopení kontextu jejich zkušeností s touto chorobou. otázka č. 4 sloužila na zjištění délky léčby u respondentů. Dle analýzy vyšlo, že průměrná délka doby léčby u respondentů byla 12,46 let. 1 respondent uvedl nejdelší dobu léčby 38 let.

Otázka č. 5 se zaměřovala na současnou fázi onemocnění a nejvíce pacientů 52 (73 %) uvedlo, že je v období remise a 19 (27 %) dotazovaných uvedlo fázi relapsu. Otázka č. 6 se zabývala lokalizací CD a nejvíce respondentů 32 (45 %) uvedlo CD tlustého střeva. Otázka č. 7 zkoumala kolik pacientů má vyvedenou stomii, k mému překvapení dle výzkumu vyšlo, že celkový počet 71 (100 %) respondentů nemá stomii.

Otázka č. 8 hodnotila, jak pacienti vnímají svou celkovou kvalitu života v souvislosti s CD. Tento výsledek poskytuje cenné informace o subjektivním hodnocení kvality života pacientů s CD. Nejčastěji uváděnou hodnotou bylo 8/10 (24 %), což naznačuje, že respondenti hodnotí svou kvalitu života jako relativně vysokou, přestože žijí s touto chronickou chorobou. Na druhé straně je zajímavé, že druhá nejčastěji vybraná možnost byla 5/10 (23 %), což naznačuje určité rozpětí v hodnocení, přičemž někteří respondenti vnímají svou kvalitu života jako průměrnou. Zjištění, že průměr hodnocení kvality života všech respondentů dosahuje 6,48/10, poukazuje na to, že i přes různé individuální zkušenosti s CD, většina pacientů má tendenci hodnotit svou kvalitu života na středně až nadprůměrnou úroveň.

Cíl 1. – Zjistit, jaké změny ovlivnily vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou v oblasti fyzického zdraví a výživy.

V rámci prvního dílčího cíle se zkoumaly změny v oblasti fyzického zdraví a výživy pacientů trpících CD. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 27, 28, 29 a 30. Z výsledků průzkumu vyplývá, že nejvíce respondentů 30 (42 %) nejsou ani spokojeni ani nespokojeni se svým zdravotním stavem, jak vyplývá z otázky č. 9, tato nejednoznačná reakce může reflektovat složitost a variabilitu stavu pacientů s touto chorobou. 17 (24 %) respondentů je spokojena se svým zdravotním stavem, zatímco 14 (20 %) není. Podobně formulovanou otázku jsem pozorovala v bakalářské práci (Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou) od Pavli Štěblové z roku 2014. na základě jejího šetření bylo se zdravím 22 (34 %) respondentů ani nespokojeno ani spokojeno, 17 (27 %) spokojeno a 20 (31 %) nespokojeno. Dle porovnání v obou případech respondenti uvádí více ani nespokojenost ani spokojenost, tedy neutrální odpověď. Odpověď nespokojenosti uvedlo v jejím šetření více respondentů nežli spokojenost.

Když se podíváme na konkrétní projevy onemocnění za poslední měsíc, jak ukazuje otázka č. 10, vidíme, že 46 respondentů zažilo únavu, 42 respondentů trpělo průjmem a 32 uvádělo bolesti břicha a křeče. Tyto symptomy jsou základními ukazateli obtíží, které pacienti s CD zažívají. Dále 29 respondentů uvádělo silnou plynatost a 25 respondentů mělo problémy se sníženou chutí k jídlu. Zajímavé je, že 10 respondentů uvádělo kožní problémy, což právě naznačuje i komplexnost tohoto onemocnění a jeho dopadu na různé části těla. Celkově se z výsledků ukazuje, že fyzické projevy Crohnovy choroby mají výrazný dopad na každodenní život pacientů.

Otázka č. 11 zkoumala vliv častého vyprazdňování stolice na denní aktivity pacientů s CD. Z výsledků průzkumu vyplývá, že téměř polovina respondentů (46 %) trpí tímto problémem v různé míře. Z toho 29 % pacientů uvádí, že je tímto problémem trápeno párkrát do roka, 27 % občas (1-2 x do měsíce), a 24 % dokonce častěji než 5x měsíčně. Pouze 20 % respondentů nepocítuje vliv častého vyprazdňování stolice na své denní aktivity. Tato skutečnost naznačuje, že pro většinu pacientů s CD představuje tento symptom

značnou překážku při běžných činnostech, což by mělo být zohledněno při plánování léčby a podpory pacientů.

Výsledky otázky č. 12 a 13, které se zaměřovali na dostatek energie a na tom, jak se nemoc odráží na schopnosti vykonávat běžné fyzické aktivity. Z výsledků otázky č. 12 vyplývá, že většina pacientů (49 %) uvádí střední úroveň energie pro každodenní činnosti. To naznačuje, že pro tyto pacienty může být úroveň energie dostatečná, ale možná nedostatečná pro některé náročnější aktivity. Pokud jde o otázku č. 13, výsledky naznačují, že CD může mít různý vliv na schopnost pacientů vykonávat běžné fyzické aktivity. Nejvíce respondentů 45 % uvádí částečné omezení, což naznačuje, že jejich schopnost vykonávat fyzické aktivity může být ovlivněna, ale ne zcela narušena. A 35 % respondentů zaznamenalo minimální vliv na svou schopnost vykonávat fyzické aktivity.

Otázka č. 14 mapovala celkovou fyzickou kondici pacientů od doby, kdy jim byla diagnostikována CD. Výsledky této otázky naznačují, že CD má různé dopady na fyzickou kondici pacientů. Zatímco 42 % respondentů uvádí, že se jejich kondice od diagnózy nezměnila, 38 % hlásí její zhoršení a 20 % uvádí zlepšení. Tato variabilita ukazuje na potřebu individuálního přístupu k léčbě a péči o pacienty s tímto onemocněním.

Otázky č. 27 až 30 poskytují ucelený pohled na vztah mezi stravovacími návyky a kvalitou života pacientů s CD. Z otázky č. 27 vyplývá, že téměř polovina respondentů (47 %) zažívá potíže s přijímáním potravy v souvislosti s CD. z otázky č. 28 vyplývá, že nejčastěji uváděnými potížemi jsou obtíže s přijímáním pikantních nebo kořeněných potravin, mléčných výrobků a luštěnin. Odpovědi respondentů také naznačují, že každý jedinec může reagovat odlišně na různé potraviny, což podtrhuje individualitu tohoto onemocnění. Z otázky č. 29 vyplývá, že většina respondentů provedla nějaké úpravy ve svém jídelníčku od stanovení diagnózy CD. Zásadní změnu ve stravovacích návykách zaznamenala téměř třetina respondentů. Poslední otázka č. 30 se zaměřila na to, jak změna stravovacích návyků ovlivňuje kvalitu života pacientů. Více než třetina respondentů (32 %) nebyla schopna jednoznačně vyjádřit vliv změny stravovacích návyků na svou kvalitu života. Nicméně téměř třetina respondentů (31 %) uvedla, že změna stravovacích návyků částečně ovlivňuje jejich kvalitu života a 14 %

respondentů uvádí, že tato změna má výrazný vliv. Celkově tyto otázky naznačují, že stravovací návyky mají významný dopad na život pacientů s CD a že individuální přístup k výživě je klíčový pro optimalizaci kvality života těchto jedinců.

Z výzkumu vyplynulo, že Crohnova choroba výrazně ovlivňuje fyzické zdraví a stravovací návyky pacientů. Symptomy, jako únava, průjem a bolesti břicha, jsou běžné. Téměř polovina respondentů má potíže s vyprazdňováním stolice, což omezuje jejich denní aktivity. Většina respondentů změnila své stravovací návyky od diagnózy. Z výsledků plyne, že spokojenost s fyzickým zdravím je proměnlivá. Dieta hraje klíčovou roli v kvalitě života pacientů s CD a individuální přístup k léčbě je nezbytný. Splnění cíle poskytlo důležité poznatky o vlivu onemocnění na pacienty, což může vést k lepší péči v budoucnu.

Cíl 2. – Zjistit, jaké změny ovlivnily vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou v psychosociální oblasti.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 16,17,18,19,20,21,22,23,24,25 a 26. U otázky č. 16 většina pacientů (63 %) uvádí, že onemocnění částečně ovlivňuje jejich psychický stav a životní spokojenost. Pro 17 % má výrazný dopad, zatímco u 20 % nemá vliv. Zjištění zdůrazňují potřebu poskytovat pacientům psychosociální podporu. Taktéž to i potvrzuje otázka č. 17, která zkoumá, jak se CD projevuje na úrovni stresu a emocionální pohody pacientů. 45 % respondentů uvádělo, že jsou v tomto směru částečně ovlivněny a u 20 % respondentů nemoc výrazně zvyšuje úroveň stresu. V otázce č. 18, 38 % respondentů vnímá své onemocnění, trochu jako překážku a 31 % středně. Výsledky otázky č. 19 naznačují, že většina pacientů (63 %) se občas cítí izolovaní nebo omezení ve společenských aktivitách. Tato skupina pacientů potřebuje podporu a prostředky k překonání pocitu izolace, což může zahrnovat jak individuální terapii, tak i podporu ze strany rodiny a přátel. Zároveň je důležité si uvědomit, že 28 % respondentů nepocítuje izolaci vůbec, což může ukazovat na rozmanitost zkušeností pacientů s touto chorobou. Otázka č. 20 se zaměřovala na akceptování pacientů ze strany jejich okolí s ohledem na jejich onemocnění. 51 % pacientů uvedlo, že necítí žádný rozdíl. 45 % pacientů uvedlo, že se cítí akceptována a naproti tomu pouze 4 % pacientů se cítí nedostatečně akceptováni. Z otázky č. 21

lze vidět, že více než polovina dotázaných (55 %) sdělila, že disponuje dostatečnými finančními prostředky k pokrytí svých potřeb. Avšak 23 % respondentů se občas potýká s finančními omezeními. Pouze menší část respondentů (7 %) uvádí nedostatek finančních prostředků, zatímco 15 % nevyjádřilo svůj postoj. Tyto výsledky poukazují na důležitost individuálního přístupu k finanční stabilitě pacientů s CD a zdůrazňují potřebu poskytnout podporu tam, kde je to nezbytné.

Otázka č. 22 se zaměřovala na to, zda pacienti kvůli CD častěji chyběli v zaměstnání/škole nebo se nemohli účastnit společenských aktivit. Výsledky ukázaly, že 52 % respondentů uvádělo pouze výjimečné absence (párkrát do roka), 30 % občasné absence (1-2 x do měsíce), 8 % častější absence (více než 5x měsíčně), a 10 % žádnou absenci. To naznačuje variabilitu v dopadu choroby na účast ve společenských aktivitách a docházku do zaměstnání/školy, s většinou respondentů snažících se minimalizovat chybění.

Otázka č. 23 zaměřená na dostupnost možností volnočasových aktivit ukázala, že většina respondentů má nějaké možnosti trávit volný čas. Nejvíce dotazovaných (34 %) uvedlo, že má většinou dostatek možností, zatímco 31 % uvádí střední možnosti a 23 % naprosto dostatek. Menší část (11 %) dotazovaných má jen omezené možnosti a pouze 1 % uvádí nedostatek možností. To naznačuje, že většina pacientů s Crohnovou chorobou má alespoň nějaké příležitosti k trávení volného času.

Pokud jde o otázku č. 24 ohledně spokojenosti se sexuálním životem v souvislosti s CD, výsledky jsou rozmanité. Pro některé respondenty (21 %) tato oblast není důležitá nebo nechtějí odpovídat. Nicméně 31 % respondentů uvádí, že jsou se svým sexuálním životem spokojeni, což naznačuje určitou míru pozitivního vnímání. Avšak je také patrné, že někteří pacienti (13 %) jsou s touto oblastí svého života nespokojeni, a dokonce 6 % uvádí, že jsou velmi nespokojeni. To ukazuje na významné individuální rozdíly v tom, jak CD může ovlivnit sexuální život pacientů.

Otázka č. 25 zkoumala vliv CD na sociální vztahy pacientů. Většina respondentů (63 %) uváděla, že nemoc nemá vliv na jejich sociální interakce.

Avšak 33 % respondentů uvedlo, že choroba částečně ovlivňuje jejich vztahy, zatímco 4 % zaznamenalo výrazný dopad na tyto interakce.

Otázka č. 26 se zabývala spokojeností pacientů s podporou, kterou jim poskytují rodina a přátelé. Výsledky naznačují, že většina respondentů (51 %) je spokojena s touto podporou, 29 % je velmi spokojeno. Pouze 3 % je nespokojeno a 4 % velmi nespokojeno. Můžeme tedy konstatovat, že většina pacientů hodnotí podporu od svých blízkých pozitivně.

Z výsledků otázek č. 16 až 26 vyplývá, že CD má významný dopad na psychosociální oblast života pacientů. Většina respondentů uvádí, že onemocnění částečně ovlivňuje jejich psychický stav, životní spokojenost, úroveň stresu a emocionální pohodu. Taktéž většina dotazovaných vnímá svou chorobu jako překážku ve svém životě a často se cítí izolovaní nebo omezení ve společenských aktivitách. Nicméně většina respondentů nezaznamenala vliv choroby na akceptaci ze strany okolí. Finanční situace je také faktorem, který může ovlivnit kvalitu života, ačkoli většina pacientů uvedla, že má dostatek finančních prostředků k uspokojení svých potřeb.

Co se týče pracovního a sociálního života, většina respondentů uvádí, že se kvůli projevům onemocnění musí výjimečně nebo občas vyhýbat společenským aktivitám nebo mít absenci v zaměstnání/škole, kvůli projevům CD. Pokud jde o sociální vztahy, většina respondentů uvedla, že jejich onemocnění nemá vliv na interakci s rodinou, přáteli a kolegy, a jsou spokojeni s podporou a pomocí, kterou jim poskytují blízcí. Lze konstatovat, že CD má komplexní dopad na psychosociální aspekty života pacientů, a je třeba poskytnout jim individuální podporu, péči a případnou psychologickou pomoc, aby byla zlepšena jejich celková kvalita života.

Závěr

V závěru této bakalářské práce jsme se zabývali vnímáním kvality života u pacientů trpících Crohnovou chorobou. V teoretické části je nejprve podrobně rozebrána anatomie a fyziologie GIT. Následně jsem se zaměřila na samotnou problematiku Crohnovy choroby, včetně její obecné charakteristiky, klinického obrazu, diagnostiky a léčby. Dále jsem se pak v teorii věnovala konceptu kvality života, včetně měření a metod a specifických faktorů ovlivňující kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou.

Na základě teoretických poznatků jsme provedla vlastní výzkum, který se zaměřil na sběr dat pomocí dotazníkového šetření. Výsledky tohoto výzkumu nám poskytly důležité informace o vnímání kvality života ze strany pacientů s Crohnovou chorobou.

Druhá část mé práce je tvořena praktickou částí. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké změny pacienti trpící Crohnovou chorobou vnímají v kvalitě života. K dosažení cíle jsem použila kvantitativní šetření ve formě dotazníků. Dotazník jsem se sestavila na základě svým formulovaných otázek a inspirovala jsem se standardizovaným dotazníkem WHOQOL-BREF, jenž mi nebyl poskytnut v plné verzi. Dotazník obsahuje 30 otázek a byl určen pro pacienty s diagnostikovanou Crohnovou chorobou před více než 2 lety a starších 16 let. Ukázalo se při vyhodnocování i ze zpětné vazby, některých pacientů, že dotazník byl příliš dlouhý.

V průběhu vyhodnocování dotazníku jsem si uvědomila, že některé otázky byly formulovány možná ne zcela jasně, což mohlo vést k různým interpretacím ze strany respondentů. Přestože jsem se snažila o maximální srozumitelnost, uznávám, že v určitých případech mohly být otázky matoucí nebo nepřesné. Tato zkušenost mě vede k reflexi a zdůrazňuje důležitost pečlivého navrhování a testování dotazníků před jejich použitím, abychom zajistili co nejpřesnější sběr dat.

V první cíli byl řešen vliv Crohnovy choroby na fyzické zdraví a stravovací návyky pacientů. Symptomy jako únava, průjem a bolest břicha ovlivňuje pacientům každodenní život. Mnoho respondentů také uvádí problémy s

vyprazdňováním stolice, což omezuje jejich aktivitu. Výsledky ukazují variabilitu v reakci na stravu a důležitost individuálního přístupu k léčbě.

Ve druhém cíli byl analyzován vliv Crohnovy choroby na psychosociální oblast života pacientů. Většina respondentů uvádí, že onemocnění ovlivňuje jejich psychický stav, úroveň stresu a sociální interakce. Mnozí se cítí izolovaní nebo omezení ve společenských aktivitách. Nicméně většina z nich je spokojena s podporou od rodiny a přátel. V tomto ohledu je role ošetrovatelského personálu klíčová v poskytování psychologické podpory a zajištění přístupu k potřebným sociálním službám.

Celkově lze říci, že výsledky výzkumu poskytují důležité poznatky o dopadu Crohnovy choroby na život pacientů a zdůrazňují potřebu individuálního přístupu k léčbě a péči. Je důležité pokračovat v průzkumu tohoto tématu a hledat efektivnější způsoby, jak podporovat tyto pacienty v jejich boji s Crohnovou chorobou a zlepšovat jim tak kvalitu života. Zdravotnický personál, především z řad ošetrovatelství hraje v tomto procesu nezastupitelnou roli, a proto je nezbytné, aby byli dostatečně informováni a vybaveni k poskytování komplexní péče těmto pacientům.

Seznam použité literatury

1. ČERVENKOVÁ, Renata, 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7
2. ČLS JEP Česká gastroenterologická společnost; Pacienti IBD (spolek), 2019. *Všechno, co jste chtěli vědět o biologické léčbě u idiopatických střevních zánětů, ale báli jste se zeptat*. 2. vydání. Praha: Pacienti IBD. ISBN 978-80-905120-9-2.
3. ČIHÁK, Radomír, 2016. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
4. DÍTĚ, Petr, 2011. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-704-2.
5. DOUDA, Tomáš, 2010. Kapslová endoskopie u IBD. Online. *Endoskopie*. Roč. 19, č. 3 a 4, s. 117-120. ISSN 1804-6096. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/end/2010/03/07.pdf>.
6. FALT, Přemysl; URBAN, Ondřej a VÍTEK, Petr, 2015. *Koloskopie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5284-6.
7. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ, 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2693-2.
8. GABALEC, Libor, 2009. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. Online. *Interní Med*. Roč. 11, č. 1, s. 16-20. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>.
9. GADE, Ajay K., DOUTHIT Nathan T., TOWNSLEY Erin. *Medical Management of Crohn's Disease*. Cureus. 2020 May 29;12(5):e8351. doi: 10.7759/cureus.8351. PMID: 32617224; PMCID: PMC7325380.
10. GRIM, Miloš, Rastislav DRUGA a Ondřej NAŇKA, 2022. *Základy anatomie*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-577-1.

11. GUAN Q. A *Comprehensive Review and Update on the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease*. J Immunol Res. 2019 Dec 1;2019:7247238. doi: 10.1155/2019/7247238. PMID: 31886308; PMCID: PMC6914932.
12. GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0461-1.
13. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
14. GURKOVÁ, Elena; LILGOVÁ, Marcela, 2009. *Determinanty kvality života u pacientov s nešpecifickým zápalom čriev*. Kontakt 2/2009. Biomedicína, Bratislava, 11: 433-443, ISSN 1212-4117.
15. HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-106-0.
16. HNILICOVÁ, Helena, ed., 2004. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-86625-20-6.
17. HOLUBOVÁ, Adéla; NOVOTNÁ, Helena a MAREČKOVÁ, Jana, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Sestra (Mladá fronta). Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
18. HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
19. CHEN, Yang a Pitcher MAXTON, 2020. *Clinical guide to gastroenterology*. Hoboken: John Wiley and Sons Ltd | Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-119-18916-9.
20. KEIL, Radan, 2006. *Gastroskopia: technika, vyšetření, terapeutické zákroky*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-106-9.
21. KITTNAR, Otomar, 2020. *Lékařská fyziologie. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1963-4.

22. KOHOUT, Pavel, 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-023-2.
23. KUNOVSKÝ, Lumír, 2017. *Možnosti miniinvazivní chirurgie u pacientů s Crohnovu nemocí a ulcerózní kolitidou*. Online. *Gastroent Hepatol*. Roč. 71, č. 1, s. 29–35. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/moznosti-miniinvazivni-chirurgie-u-pacientu-s-crohnovu-nemoci-a-ulcerozni-kolitidou-10777>.
24. LATA, Jan; BUREŠ, Jan a VAŇÁSEK, Tomáš, 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
25. LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
26. LUKÁŠ, Milan, 2011. *Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy*. Online. *Interní Med*. Roč. 13, č. 11, s. 422-426. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2011/11/02.pdf>.
27. LUKÁŠ, Milan, 2019. *Pokroky v diagnostice a léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-453-8.
28. LUKÁŠ, Milan, 2021. *Idiopatické střevní záněty II: nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3203-4.
29. LUKÁŠ, Milan, 2020. *Idiopatické střevní záněty: nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1208-1.
30. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.
31. NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2019. *Přehled anatomie*. Čtvrté vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-450-7
32. NG, S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I., ... & Kaplan, G. G. (2017). *Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies*. *The Lancet*, 390(10114), 2769-2778.
33. PAYNE, Jan et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

34. VORUDOVÁ, Jana a Katarína MITROVÁ, 2021. *Výživa a diety při idiopatických střevních zánětech*. Praha: Pacienti IBD. ISBN 978-80-907566-4-9.
35. ZBOŘIL, Vladimír, 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1563-6.
36. ZBOŘIL, Vladimír, 2018. *Idiopatické střevní záněty*. Ilustroval Jiří HLAVÁČEK. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4720-3.
37. ZBOŘIL, Vladimír, 2022. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-718-1.

Seznam tabulek

Tabulka 1 <i>Pohlaví respondentů</i>	37
Tabulka 2 <i>věk respondentů</i>	38
Tabulka 3 <i>pracovní a sociální situace respondentů</i>	39
Tabulka 4 <i>Délka léčby u pacientů s Crohnovou chorobou</i>	41
Tabulka 5 <i>Fáze onemocnění</i>	42
Tabulka 6 <i>typ Crohnovy choroby u pacientů dle lokalizace</i>	43
Tabulka 7 <i>Stomie</i>	44
Tabulka 8 <i>Škála kvality života s Crohnovou chorobou</i>	45
Tabulka 9 <i>Spokojenost se zdravotním stavem</i>	46
Tabulka 10 <i>projevy onemocnění</i>	47
Tabulka 11 <i>časté vyprazdňování stolice ovlivňující denní aktivity</i>	48
Tabulka 12 <i>Energie pro každodenní činnosti</i>	48
Tabulka 13 <i>Schopnosti pacientů vykonávat běžné fyzické aktivity</i>	49
Tabulka 14 <i>Fyzická kondice pacientů od doby stanovení diagnózy</i>	50
Tabulka 15 <i>Spokojenost pacientů s pracovním výkonem v zaměstnání</i>	51
Tabulka 16 <i>Ovlivnění psychického stavu a životní spokojenosti pacientů</i>	51
Tabulka 17 <i>Projevy Crohnovy choroby na úrovni stresu a emoční pohody</i>	52
Tabulka 18 <i>Vnímání onemocnění, jako překážky v životech pacientů</i>	53
Tabulka 19 <i>pocit izolovanosti nebo omezení ve společenských aktivitách v důsledku onemocnění</i>	54
Tabulka 20 <i>Akceptování ze strany okolí pacientů v souvislosti s chorobou</i>	54
Tabulka 21 <i>Finanční prostředky pacientů</i>	55
Tabulka 22 <i>Absence v zaměstnání/škole nebo neúčast při společenských aktivitách, kvůli projevům onemocnění</i>	56
Tabulka 23 <i>Možnosti pacientů trávit volný čas</i>	57
Tabulka 24 <i>Spokojenost pacientů se sexuálním životem v souvislosti s onemocněním</i>	58
Tabulka 25 <i>Vliv Crohnovy choroby na vztahy s rodinou, přáteli a kolegy</i>	58
Tabulka 26 <i>Spokojenost pacientů s podporou od přátel a rodiny</i>	59
Tabulka 27 <i>frekvencovanost potíží s přijímáním potravy v souvislosti s onemocněním</i>	60
Tabulka 28 <i>Potraviný, které u pacientů vyvolávají problémy a nepříjemné pocity</i>	61
Tabulka 29 <i>Změny ve stravovacích návycích u pacientů od stanovení diagnózy</i> .	62
Tabulka 30 <i>ovlivnění kvality života u pacientů vlivem změny stravovacích návyků</i>	63

Seznam grafů

Graf 1 <i>Pohlaví respondentů</i>	37
Graf 2 <i>Věk respondentů</i>	38
Graf 3 <i>pracovní a sociální situace respondentů</i>	39
Graf 4 <i>pracovní a sociální situace u možnosti "Jiné"</i>	40
Graf 5 <i>délka léčby pacientů s Crohnovou chorobou</i>	41
Graf 6 <i>délka léčby u pacientů s Crohnovou chorobou v rozmezí po 10 letech</i>	42
Graf 7 <i>fáze onemocnění</i>	42
Graf 8 <i>typ Crohnovy choroby u pacientů dle lokalizace</i>	43
Graf 9 <i>Stomie</i>	44
Graf 10 <i>škála kvality života s Crohnovou chorobou</i>	45
Graf 11 <i>spokojenost se zdravotním stavem</i>	46
Graf 12 <i>Projevy onemocnění</i>	47
Graf 13 <i>Časté vyprazdňování stolice ovlivňující denní aktivity</i>	48
Graf 14 <i>Energie pro každodenní činnosti</i>	49
Graf 15 <i>Schopnosti pacientů vykonávat běžné fyzické aktivity</i>	49
Graf 16 <i>Fyzická kondice pacientů od doby stanovení diagnózy</i>	50
Graf 17 <i>Spokojenost pacientů s pracovním výkonem v zaměstnání</i>	51
Graf 18 <i>ovlivnění psychického stavu a životní spokojenosti pacientů</i>	52
Graf 19 <i>Projevy Crohnovy choroby na úrovni stresu a emocionální pohody</i>	52
Graf 20 <i>Vnímání onemocnění, jako překážky v životech pacientů</i>	53
Graf 21 <i>Pocit izolovanosti nebo omezení ve společenských aktivitách v důsledku onemocnění</i>	54
Graf 22 <i>Akceptování ze strany okolí pacientů v souvislosti s chorobou</i>	55
Graf 23 <i>Finanční prostředky pacientů</i>	55
Graf 24 <i>Absence v zaměstnání/škole nebo neúčast při společenských aktivitách, kvůli projevům onemocnění</i>	56
Graf 25 <i>možnosti pacientů trávit volný čas</i>	57
Graf 26 <i>Spokojenost pacientů se sexuálním životem v souvislosti s onemocněním</i>	58
Graf 27 <i>Vliv Crohnovy choroby na vztahy s rodinou, přáteli a kolegy</i>	59
Graf 28 <i>Spokojenost pacientů s podporou od přátel a rodiny</i>	59
Graf 29 <i>Frekventovanost potíží s přijímáním potravy</i>	60
Graf 30 <i>Potraviny, které u pacientů vyvolávají problémy a nepříjemné pocity</i>	62
Graf 31 <i>Změny ve stravovacích návycích u pacientů od stanovení diagnózy</i>	63
Graf 32 <i>ovlivnění kvality života u pacientů vlivem změny stravovacích návyků</i> ... 63	

Seznam příloh

Příloha 1 <i>Souhlas s výzkumným šetřením NMSKB v Praze</i>	82
Příloha 2 <i>Souhlas s výzkumným šetřením Psychiatrická ambulance Saint Anne s.r.o.</i>	84
Příloha 3 <i>Dotazník</i>	86

Přílohy

Příloha 1 *Souhlas s výzkumným šetřením NMSKB v Praze*

Vážená paní
Mgr. Dobromila Sukupová, DiS., Hlavní sestra
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze
Vlašská 36, 118 00
Praha 1 - Malá Strana

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření u pacientů s Crohnovou chorobou

Vážená paní magistro,

dovoluji si Vás požádat touto cestou jako studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy o možnost provedení výzkumného šetření, které bych ráda uskutečnila v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze pro účely zpracování bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou.

Cíli mé práce jsou 1. Zjistit jaké změny ovlivnily vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou v oblasti fyzického zdraví a výživy. 2. Zjistit, jaké změny ovlivnily vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou v psychosociální oblasti.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku pro pacienty starší 16 let s Crohnovou chorobou diagnostikovanou před více než 2 lety v plánovaném počtu přibližně 40 respondentů.

Vedoucí bakalářské práce je Mgr. Renata Vytejková, email: renata.vytejkova@lf3.cuni.cz

Zapojení do této studie nijak neovlivní poskytovanou péči.

Za projednání a umožnění výzkumného šetření předem děkuji.

S pozdravem

Šárka Plačková, žadatelka

e-mail: sarkaplack.1642@gmail.com

Vyjádření vedení instituce:

souhlasím

nesouhlasím

V Praze, dne 21.2.2024

Podpis a razítko:



Mgr. Dobromila Čáslavská

**Nemocnice Milosrdných sester
sv. Karla Boromejského v Praze
Vlašská 36, 118 33 Praha 1
Hlavní sestra**

Příloha 2 *Souhlas s výzkumným šetřením Psychiatrická ambulance Saint Anne s.r.o.*

Vážená paní
MUDr. Michaela Klabusayová
Saint Anne s.r.o., Psychiatrická ambulance
Údolní 393/18
Brno – střed, 602 00

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření u pacientů s Crohnovou chorobou

Vážená paní doktorko,

dovoluji si Vás požádat touto cestou jako studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy o možnost provedení výzkumného šetření, které bych ráda uskutečnila ve Vaší psychiatrické ambulanci Saint Anne s.r.o. pro účely zpracování bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou.

Cíli mé práce jsou 1. Zjistit jaké změny ovlivnily vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou v oblasti fyzického zdraví a výživy. 2. Zjistit, jaké změny ovlivnily vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou v psychosociální oblasti.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku pro pacienty starší 16 let s Crohnovou chorobou diagnostikovanou před více než 2 lety v plánovaném počtu přibližně 40 respondentů.

Vedoucí bakalářské práce je Mgr. Renata Vytejková, email: renata.vytejkova@lf3.cuni.cz

Zapojení do této studie nijak neovlivní poskytovanou péči.

Za projednání a umožnění výzkumného šetření předem děkuji.

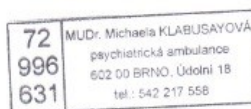
S pozdravem
Šárka Plačková, žadatelka
e-mail: sarkaplack.1642@gmail.com

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

V Praze, dne *29.2.2024*

Podpis a razítko:



Michaela Klabusayová

**VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU
DOTAZNÍK**

Vážený pane/ Vážená paní,

Jmenuji se Šárka Plačková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Všeobecné ošetřovatelství na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku k mé bakalářské práci na téma: „Vnímání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou“. Dotazník je plně anonymní a uvedené údaje a výsledky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Prosím o vyplnění pouze ty osoby, kteří jsou starší 16 let a kterým byla diagnostikována Crohnova choroba, před více než 2 lety.

Otázky jsou zaměřené na Kvalitu Vašeho života a zdraví s ohledem na Vaše onemocnění. Přečtete si prosím pozorně všechny otázky a vyberte vždy možnost, která je Vám nejbližší. Pokud si nebudete jistí, jak odpovědět na otázku, tak první odpověď, která Vám přišla na mysl, bude ta nejlepší.

Pro případné informace o mé bakalářské práci a výsledcích výzkumu mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: sarkaplack.1642@gmail.com.

Velice Vám děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Kolik Vám je let?

- 16 – 20 let
- 21 – 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 let a více

3. Která z následujících možností nejlépe vystihuje Vaši současnou pracovní a sociální situaci?

- Studuji
- Pracuji na částečný úvazek
- Pracuji na plný úvazek
- OSVČ
- Nezaměstnaný/á

- Invalidní důchod – I. Stupeň
- Invalidní důchod – II. stupeň
- Invalidní důchod – III. Stupeň
- Jiná (prosím uveďte)

4. **Jak dlouho se léčíte s Crohnovou chorobou?** (uveďte počet let/měsíců)

.....

5. **V jaké fázi onemocnění v současnosti jste?**

- remise – vymizení příznaků a projevů nemoci (klidnější období)
- relaps – opětovné objevení příznaků (náročnější/těžší období)

6. **Jaký typ Crohnovy choroby dle lokalizace vám byl diagnostikován?**

- Crohnova nemoc jícnu
- Crohnova nemoc žaludku
- Crohnova nemoc duodena
- Crohnova nemoc tenkého střeva
- Crohnova nemoc tlustého střeva
- Crohnova nemoc apendixu
- Jiný typ (vypište prosím jaký)

7. **Máte stomii (vývod)?**

- Ano, mám (v případě této možnosti, vyberte i typ)
 - Ileostomie
 - Kolostomie
 - jinou (vypište prosím jakou)
- Ne, nemám

8. **Jak byste zhodnotili svou celkovou kvalitu života v souvislosti s Crohnovou chorobou na škále od 1 do 10? zakroužkujte jednu možnost, kdy 1 je nejhorší a 10 nejlepší.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Jak jste spokojen/a se svým zdravotním stavem?

- Velmi nespokojen/a
- Nespokojen/a
- Ani nespokojen/a ani spokojen/a
- Spokojen/a
- Velmi spokojen/a

10. Jaké projevy onemocnění se u Vás za poslední měsíc vyskytly? (lze zaškrtnout více možností)

- bolest břicha a křeče
- průjem
- silná plynatost
- úbytek váhy
- snížená chuť k jídlu
- teplota (kolem 38°C)
- únava
- bolest kloubů
- kožní problémy

- jiné (vypište prosím jaké).....

11. Trápí Vás časté vyprazdňování stolice, které ovlivňuje Vaše denní aktivity?

- Ne, vůbec
- Ano, párkrát do roka
- Ano, občas (1-2 x do měsíce)
- Ano, více jak 5 x do měsíce

12. Máte dost energie pro každodenní činnosti?

- Vůbec ne
- Trochu
- Středně
- Hodně
- Maximálně

13. Jak se Crohnova choroba odráží na vaší schopnosti vykonávat běžné fyzické aktivity? (těžší práce doma, rychlá chůze, chůze do schodů apod.)

- Výrazně omezuje
- Částečně omezuje
- Má minimální vliv
- Nemá žádný vliv

14. Jak hodnotíte svou celkovou fyzickou kondici od doby stanovení diagnózy Crohnovy choroby?

- Lepší
- Horší
- Stejná

15. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem v zaměstnání? (v případě že v současnosti pracujete s ohledem na onemocnění)

- Velmi nespokojen/a
- Nespokojen/a
- Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- Spokojen/a
- Velmi spokojen/a
- Nepracuji

16. Jakým způsobem Crohnova choroba ovlivňuje Váš psychický stav a celkovou životní spokojenost?

- Výrazně ovlivňuje
- Částečně ovlivňuje
- Nemá vliv

17. Jak se Crohnova choroba projevuje na vaší úrovni stresu a emocionální pohody?

- Výrazně zvyšuje
- Částečně zvyšuje
- Má minimální vliv
- Neovlivňuje mě

18. Vnímáte své onemocnění jako překážku ve Vašem životě?

- Vůbec ne
- Trochu
- Středně
- Většinou
- Naprosto

19. Cítíte se v důsledku onemocnění izolovaní nebo omezení ve společenských aktivitách?

- Ano, velmi
- Ano, občas
- Ne, vůbec

20. Jak se cítíte vůči přijetí ze strany okolí v souvislosti s vaší chorobou?

- Cítím se nedostatečně akceptován/a
- Cítím se akceptován/a
- Necítím žádný rozdíl

21. Máte dostatek finančních prostředků k uspokojení svých potřeb?

- Ano, mám dostatek finančních prostředků
- Částečně, někdy se potýkám s finančními omezeními
- Ne, nemám dostatek finančních prostředků
- Nevím/nechci odpovídat

22. Stalo se Vám někdy, že jste kvůli projevům onemocnění musel/a mít častěji absenci v zaměstnání/škole či jste se nemohl/a zúčastnit společenských aktivit?

- Ne, vůbec
- Ano, ale pouze ve výjimečných situacích (párkrát do roka)
- Ano, občas (1-2 x do měsíce)
- Ano, více jak 5 x do měsíce

23. Máte k dispozici dostatek možností, jak trávit volný čas?

- Vůbec ne
- Trochu
- Středně
- Většinou
- Naprosto

24. Jak hodnotíte spokojenost se svým sexuálním životem v souvislosti s Crohnovou chorobou?

- Velmi nespokojen/a
- Nespokojen/a
- Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- Spokojen/a
- Velmi spokojen/a
- Tato oblast pro mě není důležitá / nechci odpovídat

25. Jaký vliv má Crohnova choroba na Vaše sociální vztahy a interakce s rodinou, přáteli a kolegy?

- Výrazně ovlivňuje
- Částečně ovlivňuje
- Nemá vliv

26. Jak jste spokojen/a s podporou a pomocí kterou vám poskytují vaši přátelé či rodina?

- Velmi nespokojen/a
- Nespokojen/a
- Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- Spokojen/a
- Velmi spokojen/a

27. Jak často zažíváte obtíže s přijímáním potravy v souvislosti s Crohnovou chorobou?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Zřídka
- Nikdy

28. Jaké potraviny u vás nejčastěji vyvolávají problémy a nepříjemné pocity?

(vyberte jednu či více odpovědí)

- Ovoce a zelenina s vlákninou (např. hrušky, jablka, brokolice)
- Luštěniny (např. fazole nebo hrách)
- Ořechy a semena
- Mléčné výrobky
- Kofein
- Alkohol
- Pikantní nebo kořeněné potraviny
- Žádné potraviny mi nevadí

- Jiné *(prosím uveďte)*:

29. Došlo u Vás k výrazným změnám ve stravovacích návycích od stanovení diagnózy Crohnovy choroby?

- Ano, zásadně jsem změnil/a své stravovací návyky
- Ano, provedla jsem několik úprav ve svém jídelníčku
- Ano, provedl/a jsem minimální změny ve stravě
- Ne, mé stravovací návyky zůstaly v podstatě stejné
- Nemohu jednoznačně říct

- Jiné (specifikujte):.....

30. Máte pocit, že změna stravovacích návyků ovlivňuje Vaši kvalitu života?

- Ano, výrazně
- Ano, částečně
- Nejsem schopný/á říct
- Ne, neomezuje mě to