



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Problematika uspokojování potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou

Vypracoval: Markéta Malkusová
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová PhD
České Budějovice 2016

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku uspokojování potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou. Ulcerózní kolitida je hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva, objevující se v rektu a šířící se kontinuálně na proximální část střeva nebo na celé tlusté střevo. Zánět nejčastěji postihuje oblast konečníku a celkově se omezuje jen na tlusté střevo. Pouze ojediněle se může vyskytnout v konečné části tenkého střeva (terminálním ileu). Ulcerózní kolitida zasahuje do střevní sliznice a tak způsobuje zánětlivé změny na jejím povrchu. V dnešní době si už získala specifitější pojem a tím je idiopatická proktolitida. Mezi idiopatické střevní záněty můžeme společně s ulcerózní kolitidou zařadit i Crohnovu chorobu. Tato dvě onemocnění patří mezi nejběžnější nespecifická, chronická a zánětlivá onemocnění trávicího ústrojí. Ulcerózní kolitida je v období akutní fáze charakteristická velmi nepříjemným a častým vyprazdňováním průjmovité stolice s příměsí krve. Důležitou součástí tohoto onemocnění je včasná diagnostika a nasazená léčba. Léčba tohoto onemocnění spočívá v užívání medikamentů dle ordinace lékaře v gastroenterologické poradně. Dále tu hraje velkou roli i dodržování správné životosprávy. Teoretická část se dále zabývá i hierarchií potřeb a její definicí. Vědomosti v oblasti potřeb a jejich uspokojování jsou pro sestru velice důležité, protože díky tomu může aplikovat ošetrovatelský proces. Všeobecná sestra musí rozpoznat potřeby pacienta a na podkladě tohoto rozpoznání je patřičně saturovat. Ošetrovatelský proces jako postup využíván pro ošetrovatelskou péči se buduje na základě uspokojování potřeb jedince. Každý člověk má mnoho potřeb, které je třeba uspokojovat. Důsledkem nepřítomnosti potřeby dochází k ovlivnění psychiky člověka. Sem můžeme zařadit na příklad pozornost, myšlení, emoce, vnímání a tak dále.

V praktické části jsme se zabývali následným zpracováním a vyhodnocením dat. Data byla získána od sedmi pacientů, kteří se léčili ambulantně a od šesti sester pracujících na gastroenterologickém oddělení. Výzkumná část obsahovala tři cíle:

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u klientů s ulcerózní kolitidou.

Cíl 2: Zmapovat uspokojování potřeb u klientů s ulcerózní kolitidou.

Cíl 3: Zmapovat nejčastější ošetrovatelské problémy, se kterými se sestry setkávají při ošetrování klientů s ulcerózní kolitidou.

Na základě stanovených cílů jsme zvolili tři výzkumné otázky:

Otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s ulcerózní kolitidou?

Otázka 2: Jak klienti s ulcerózní kolitidou uspokojují své potřeby v období hospitalizace?

Otázka 3: S jakými ošetrovatelskými problémy se sestry nejčastěji setkávají u klientů s ulcerózní kolitidou?

Pro výzkumnou část byla zvolena kvalitativní metoda. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření bylo provedeno v ambulantní části s pacienty trpící ulcerózní kolitidou a v lůžkové části se sestrami. Výjimku tvořili pouze dva respondenti, u kterých probíhalo výzkumné šetření v domácím prostředí.

Polostrukturovaný rozhovor pro pacienty s ulcerózní kolitidou byl zaměřen na nejvíce problematicky uspokojované potřeby. Druhý polostrukturovaný rozhovor směřovaný k sestřím měl za úkol zmapovat specifika ošetrovatelské péče a problémy, s kterými se sestra v péči o pacienty s ulcerózní kolitidou může setkat. Otázky u pacientů byly směřovány k onemocnění jako takovému. Zajímala nás délka trvání onemocnění, jaká byla použita diagnostika, léčba, oblast relapsů, vliv onemocnění na jejich život a psychiku. Veškeré rozhovory byly písemně zaznamenávány a prováděny osobně. Z odebraných dat od respondentů byly výsledky rozřazeny do jednotlivých kategorií. Výsledky výzkumného šetření s respondenty ukázaly, že pacienti s ulcerózní kolitidou staví na první místo nejvíce problematicky uspokojenou potřebu, potřebu vyprazdňování.

Polostrukturovaný rozhovor pro výzkumný soubor, který tvořily sestry, byl orientován na specifika v ošetrovatelské péči a na nejčastější problémy, s kterými se sestra v péči o pacienty s ulcerózní kolitidou může setkat. Získaná data zobrazují, že mezi nejzákladnější specifika v ošetrovatelské péči o pacienta s tímto onemocněním je nutné brát ohled na hygienu a důkladnou edukaci. Za nejčastější

problém z pohledu nejen sester, ale i pacientů, byl považován problém v oblasti komunikace.

Na základě této práce byla vytvořena brožura, kterou budou moc využít pacienti, kteří se s touto diagnózou léčí nebo se s ní teprve čerstvě potýkají. Dále ji budou moci využít i sestry a to nejen na gastroenterologickém oddělení, jelikož pacienti s ulcerózní kolitidou mohou být hospitalizováni i jinde.

Klíčová slova: ulcerózní kolitida, relaps, edukace, potřeba, pacient, sestra

Abstract

This bachelor thesis is concerned with meeting the needs of patients with ulcerative colitis. Ulcerative colitis is a hemorrhagic-catarhal inflammation of the small intestinal mucosa, which is located in rectum and expands continually to the proximal part of the intestine or to the intestine as a whole. The inflammation most frequently affects the area of rectum and is generally confined to the colon. Rarely, it may also appear in the terminal part of the small intestine (terminal ileum). Ulcerative colitis interferes with the intestinal mucosa and thereby causes the inflammatory changes to appear on its surface. Currently, the denomination is further specified to proctocolitis idiopathica. Apart from proctocolitis idiopathica, the Crohn's disease is also classified as idiopathic bowel disease. These two illnesses are the most common, nonspecific, chronic and inflammatory diseases of the digestive tract. Proctocolitis idiopathica is characterized by very uncomfortable and frequent defecation of diarrheal, blood-admixed stool during the acute phase. The early diagnostic and treatment are crucial concerning ulcerative colitis. The treatment of such disease consists of the usage of medication as established in the gastroenterology clinic, as well as the proper diet keeping. Moreover, the theoretical part deals with the hierarchy of needs and its definition. The knowledge of patient's needs and their fulfillment is of a great importance for a nurse, as it enables her to apply the proper nursing process. She is supposed to be able to recognize the needs of the patient and meet them adequately. Every person has a great variety of needs which need to be fulfilled. When this process fails, it affects the psyche of a human, mainly in areas as attention, thinking, emotions, perception, etc.

The practical part is focused on the further processing and evaluation of data. The data were acquired from seven patients treated ambulatory and from six nurses employed in the gastroenterology ward. The research section consists of three objectives:

Objective 1: To detect the particularities of proctocolitis-idiopathica patients.

Objective 2: To map out the meeting of needs of patients with proctocolitis idiopathica.

Objective 3: To determine the most frequent nursing problems concerning the treatment of proctocolitis-idiopathica patients.

Based on these objectives, three research questions were established:

Question 1: What are the nursing care particularities of ulcerative-colitis patients?

Question 2: How the ulcerative-colitis patients meet their needs during their hospitalization?

Question 3: What are the most frequent nursing problems whom the nurses come across with when nursing ulcerative-colitis patients?

A qualitative method was applied in the research part. The data-collection technique is represented by semi-structured interview and took place both in the outpatient and inpatient sections, either with patients or with nurses. The exceptional cases were two respondents who were examined in a home environment.

The semi-structured interview with patient was focused on the most difficult needs to meet from their point of view. The semi-structured interview with nurses aimed to detect the nursing care particularities and problems when treating the compromised patients. The questions for patient were directed to the illness itself, especially the length of a disease, diagnostic method, treatment, relapses and the effects of their disease on the quality of life and psyche were of a great importance. All interviews were made in person and were subsequently recorded. The results from the data were divided into corresponding categories. The need of defecation was established to be the most difficult to meet, according to the patients' responses.

The interview applied on nurses was oriented towards nursing care particularities and problems during the treatment of ulcerative-colitis patients. The data acquired revealed that the importance of hygiene and proper education are the basic nursing care particularities.

Based on this thesis, the brochure was created in order to help the patients treated with ulcerative colitis or those, who were just recently diagnosed with such illness. On the top of that, it is also useful for nurses from various wards, due to the possibility for the ulcerative-colitis patient to be hospitalized in diverse hospital sections.

Key words: ulcerative colitis, relapse, education, need, patient, nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 25. 4. 2016

.....

Markéta Malkusová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. za její cenné rady, připomínky, trpělivost při konzultacích a kvalitní poradenství. Dále bych chtěla poděkovat všem dotazovaným pacientům a sestřím za jejich ochotu a vstřícnost. Díky jejich pomoci jsem mohla zrealizovat výzkumné šetření.

Obsah

Úvod	12
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY	13
1.1 Charakteristika a definice onemocnění.....	13
1.2 Klinický obraz a lokalizace.....	15
1.3 Etiologie a Patogeneze	16
1.4 Diagnostika	17
1.5 Léčba.....	20
1.5.1 Konzervativní léčba	20
1.5.2 Chirurgická léčba	21
1.5.3 Biologická léčba.....	22
1.6 Komplikace	22
1.7 Lidské potřeby a jejich definice.....	24
1.7.1 Klasifikace potřeb	25
1.7.2 Uspokojování lidských potřeb.....	27
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Výzkumné otázky	29
3 METODIKA	30
3.1 Použité metody.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 VÝSLEDKY	32
4.1 Identifikační údaje respondentů (pacienti s UC)	32
4.2 Identifikační údaje respondentů (sestry).....	33
4.3 Seznam kategorií (pacienti s UC)	34
4.4 Seznam kategorií (sestry).....	44
5 DISKUZE	51
6 ZÁVĚR	59
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
8 PŘÍLOHY	65

Seznam použitých zkratek

UC – ulcerózní kolitida

CD – Crohnova choroba

NSZ – nescifické střevní záněty

ISZ – idiopatické střevní záněty

IBD – inflammatory bowel disease

CRP – c-reaktivní protein

pANCA - nodózní polyarteriitidy se specifitou proti myeloperoxidáze

ASCA – protilátky skupiny IgA a IgG proti *Saccharomyces cerevisiae*

5-ASA – kyselina 5-aminosalicylová

CT – počítačová tomografie neboli computed tomography

TBC – tuberkulóza

ATB – antibiotika

B12 – vitamín B12 (kobalamin)

„Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek.“

Hérakleitos

Úvod

Ulcerózní kolitida je střevní zánětlivé onemocnění, jehož etiologie je neznámá. V současné době je velký nárůst jejího výskytu, a to nejvíce u mladší populace. Nemoc se nejvíce projeví u lidí na konci druhé a začátkem třetí dekády jejich života. Lidé s onemocněním ulcerózní kolitidou se každý den potýkají s různými překážkami v oblasti uspokojování svých potřeb. Nejzávažnější potřeba je v oblasti vyprazdňování, kdy tito lidé trpí bolestivými průjmy doprovázené krvácením. Průjmů za den může být dvacet i více. Z důvodu větších ztrát krve jsou osoby s touto chorobou velmi často unaveni. Toto onemocnění je velmi náročné na psychiku člověka. V této oblasti je důležité, aby se pacient vyvaroval jakékoliv psychické zátěži, která by mohla zhoršit jeho zdravotní stav. Je zřejmé, že pacienti s ulcerózní kolitidou vyžadují velmi specifickou ošetrovatelskou péči. Proto je nutné, aby zejména sestry znaly specifické potřeby těchto pacientů a mohly tak poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

Téma s problematikou uspokojování potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou jsem si vybrala, protože onemocnění ulcerózní kolitida je mi velmi blízkým tématem a velice mě zajímá, jak je vnímáno očima jiných lidí.

1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

1.1 Charakteristika a definice onemocnění

Jak uvádí LUKÁŠ (2014, s. 247): „*Ulcerózní kolitida je hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva objevující se v rektu a šířící se kontinuálně na proximální část střeva nebo na celé tlusté střevo.*“

Zánět postihuje nejčastěji oblast konečníku a celkově se omezuje jen na tlusté střevo. Pouze ojediněle se může vyskytnout v konečné části tenkého střeva (terminální ileum). Ulcerózní kolitida zasahuje do střevní sliznice, a tak způsobuje zánětlivé změny na jejím povrchu. (Červenková, 2009)

Ulcerózní kolitida (UC) už v dnešní době získala specifitější pojem - idiopatická proktolitida. Toto pojmenování je výstižnější, jelikož název klade větší důraz na to, že onemocnění začíná vždy v konečníku a slovu idiopatická rozumíme tak, že není jasná příčina. Pouze faktory ovlivňující její proces. Tento název byl zaveden profesorem Mařatkou, nestorem české gastroenterologie. Dále na toto chronické onemocnění existuje řada dalších synonym: nespecifické střevní záněty, idiopatická hemoragická kolitida. (Lukáš, 2010)

Celkově do idiopatických střevních zánětů (IBD) spadá i Crohnova choroba (CD). Spolu s UC jsou to dvě nejběžnější zánětlivá chronická a nespecifická onemocnění neznámé příčiny, neboli nejasné etiologie. Bohužel se toto onemocnění vyskytuje čím dál tím víc u mladších lidí a v dnešní době stále ještě zcela neznáme způsob, jak mu předejít a ani jej neumíme definitivně vyléčit. (Bortlík, 2010)

Ulcerózní kolitidu společně s Crohnovou chorobou můžeme v české literatuře najít pod názvem „nespecifické střevní záněty“ (NSZ), anebo také „idiopatické střevní záněty“ (ISZ). Ve světové literatuře bychom tuto problematiku hledali pod zkratkou IBD (z anglického „inflammatory bowel disease“), což v překladu znamená zánětlivé střevní onemocnění. Konkrétně ulcerózní kolitida je mezinárodní pojem používaný pod zkratkou UC. (Lata, 2010)

Vyskytující se rozdíly výskytu UC a CD v našem světě můžou mít velký přínos na posouzení různých faktorů, které se na vzniku těchto onemocnění můžou podílet. V současnosti je nejvyšší výskyt v západních ekonomicky vyspělejších zemích Evropy a v severní Americe. V posledních údajích z epidemiologického šetření se ukazuje, že v posledních letech momentálně převažuje výskyt CD a každoročně je diagnostikováno okolo dvou set až dvě stě padesáti nemocných s IBD na sto tisíc obyvatel. (Bortlík, 2010)

Předpokládá se, že nemocných v České republice je třicet až padesát tisíc. Bohužel aktuální informace o výskytu IBD v naší republice chybí, ale předpokládá se, že naše země spadá v tomto ohledu mezi ekonomicky vyspělejší země Evropy. (Bortlík, 2010)

Incidence UC v České republice se pohybuje v rozmezí 6,8-8,0/100 000 obyvatel za rok) Poměr muži: ženy činí 1,0:1,4. Maximum výskytu choroby je ve věku mezi dvaceti a čtyřiceti lety. (Navrátil a kol, Dítě, 2008)

Nejvyšší incidence IBD je zaznamenávána ve Skandinávii a jižním směrem postupně klesá. V západní Evropě je výskyt 17,5-19,5 a na východě je incidence výrazně nižší, pohybuje se okolo 7,2-9,2. Souhrnná prevalence obou chorob je v ekonomicky vyspělých zemích Evropy odhadována na dvě stě sedmdesát až tři sta osmdesát pacientů na sto tisíc obyvatel. (Pavelka, Lukáš 2014)

Častým nálezem na endoskopickém vyšetření jsou vředy, ale nemusí tomu tak být. Postižení je většinou souvislé a začíná v rektu. Toto onemocnění je bohužel chronické a nebývá moc dobrá prognóza. Často se střídají klidná neboli bezpříznaková období. Pacienta nic netrápí, má fyziologickou stolicí, cítí se dobře a nález může být i zcela čistý. A následovně období relapsu, neboli znovu vzplanutí. (Červenková, 2009)

1.2 Klinický obraz a lokalizace

Ulcerózní kolitida je charakteristická tenesmy, což v překladu znamená bolestivé nucení na stolicí a časté vyprazdňování průjmovité stolice s příměsí krve a hlenu, popřípadě i hnisem. Anebo naopak, je u jedné čtvrtiny nemocných možná přítomná zácpa, která je spojena s tenesmem a krvácením. U levostranného postižení jsou přítomny spíše krvavé průjmy. Na rozdíl od CD je UC ve svých projevech jednodušší. CD se může vyskytnout kdekoliv v trávicím traktu, naopak u UC je výhodou to, že se vztahuje jen na oblast tlustého střeva a postihuje pouze povrchovou vrstvu její sliznice. (Češka, Lukáš, 2015)

Bortlík (2010) definuje rozdělení rozsahu postižení UC na proktokolitidu, levostranný typ a extenzivní tvar. U proktokolitidy se zánět vztahuje pouze na okolí rektu. Dále levostranný typ, který se vyskytuje v levé polovině tlustého střeva a extenzivní tvar je typ zánětu, který se vztahuje na větší část tlustého střeva.

U UC platí, že stupeň závažnosti stoupá rozsahem postižení. K nejhlavnějším projevům toho onemocnění, jak už bylo uvedeno, jsou tenesmy, průjmy a krvácení. Tyto příznaky jsou vyloženě typické pro období akutní fáze u nemocných s UC. Průjem se může běžně vyskytovat i u pacientů, u kterých nebyla UC diagnostikována. Stojí za tím spousta jiných příčin, jako jsou například různá řada infekcí. A to samé platí i u krvácení, které může být zapříčiněno popřípadě možnými hemeroidy. Tenesmus je vyvolán díky podráždění sliznice a nervových zakončení na stěně dané části střeva. U tohoto onemocnění nezáleží na denní době. Potíže se můžou vyskytnout jak v noci, tak i ve dne. U většiny případů se bohužel může během let i změnit rozsah onemocnění. Zánět může být rozšířen i na původně zdravou část, málokdy dochází k opačnému vývoji, neboli zmenšení rozsahu zánětu. (Bortlík, 2010)

Profesor Mařatka (1999) rozdělil rozsah onemocnění do tří skupin. Na rektální tvar, levostranný tvar a totální tvar neboli pankolitida. Rektální tvar, jak už název napovídá, se nachází v konečné části tlustého střeva v rektu. Tento typ zánětu je nejmírnější a převážně hemoragický. Nenachází se tu žádné příznaky celkové odezvy laboratorní ani klinické. Pacientův zdravotní stav je vcelku ucházející, pracovní schopnost většinou

zachována, až na omezení vyplývajících z tenesmů. S tímto typem zánětu nemocní nebývají hospitalizováni a ani se nevyskytují žádné komplikace. Levostranný tvar se řadí mezi středně těžké a zasahuje v konečniku, esovitě kličce až po slezinné ohbí. U tohoto typu už nastávají mírné komplikace. Může být přítomná mírná chudokrevnost, kožní a kloubní komplikace, hubnutí a další. Totální tvar neboli pankolitida je nejtěžší typ zánětu. Zasahuje po celé délce tlustého střeva, někdy až po ileocekální chlopeň. U tohoto onemocnění jsou přítomny vředy a průjem je daleko výraznější s příměsí krve, hlenu a hnisu.

1.3 Etiologie a Patogeneze

Příčina IBD doposud nebyla zjištěna, ale jsou zde pouze přítomny různé hypotézy, že tu jde o různou konfrontaci, která zahrnuje genetické, environmentální, imunologické faktory a prostředí, jejichž vliv má dopad na nekontrolovatelný zánět. Vliv prostředí můžeme rozvinout na psychologické stresové faktory, kouření a například konzumace mléčných produktů. Nejhlavnější pozici obsazuje porucha vrozené imunity a stav střevní flóry. (Kisner, 2011)

Laboratorní výzkumy a experimenty na zvířatech dokazují dopad zevních činitelů a poruch v řízení slizniční imunity pro vyvolání zánětu, u dědičně predisponovaných pacientů. Přestože doposud nebyl odhalen jediný infekční agens, zánět způsobený ve sliznici střeva je následkem přívalem dějů, které se následovně zrodili jako zpětná vazba na antigen. Především hlavní chybou podle všeho začíná při přejímání antigenu T lymfocytů abnormálně se postávajícím erytrocytů, jenž se na místo makrofágů buduje antigen představujícími buňkami, započínající proud zpětných vazeb vedoucí k zintenzivněné produkci protizánětlivých cytokinů a interleukinů. Cytokiny poskytují například přesměrování leukocytů a lymfocytů na místo, kde je zánět a reakce jak specifické imunity, tak i nespecifické. (Gabalec, 2009), (Kisner, 2011)

1.4 Diagnostika

Diagnostika tohoto onemocnění je stavěná na kombinaci jejího klinického obrazu, nálezu z kolonoskopie a histologického vyšetření. K tomu, aby byla včas a jasně objasněna diagnóza, byla včas léčena a případně se zamezilo komplikacím, potřebujeme znát výsledky veškerých vyšetření. Pacient by měl za prvé vědět, o jaké typy diagnostiky běží a jaký mají cíl. Tím by se mělo zmenšit riziko strachu. (Červenková, 2009)

Anamnéza a Fyzikální vyšetření

Na základě odejmutí podrobné anamnézy a provedení fyzikálního vyšetření se podrobně ptáme pacienta, na aktuální problémy, jeho vedlejší diagnózy, které v životě prodělal, nebo jsou přítomny v jeho rodině. Dále sbíráme farmakologickou anamnézu. Co pacient užívá za medikamenty nebo v minulosti dlouhodobě užíval. A poté i na pracovní a sociální anamnézu. Pokoušíme se pátrat po příznacích, které by souvisely s poruchami gastrointestinálního traktu. Zajímá nás odchod plynů a stav stolice. U toho se konkrétně ptáme na počet stolic za den, množství, její charakter, a zda nejsou přítomné nějaké příměsi. Když pacient udává bolest, zajímá nás její lokalizace, charakter, intenzita, vyvolávající faktory. (Kohout, 2006)

Pak je následně provedeno fyzikální vyšetření, kde se může palpačně vyskytovat bolest břicha v oblasti střev. Poslechem by měla být přítomna peristaltika, což je tzv. škručení v břiše. Do fyzikálních vyšetření spadá i vyšetření per rectum, kdy lékař pomocí ukazováku prohmatá okolí anusu. Můžou se tak objevit známky krvácení. S pohledu na pacienta, může být zřejmá kachektická postava a bledá kůže z důvodu častých průjmů s velkými ztrátami krve. Dále si všímáme psychického stavu pacienta, podrobně se ptáme na jeho hmotnost a jeho stravovací návyky. Správně odebraná anamnéza a provedené fyzikální vyšetření by mělo předcházet následujícím vyšetřením. (Češka, Lukáš, 2010)

Laboratorní vyšetření

Dále jsou provedena laboratorní vyšetření, kdy jsou u aktivního stadia zvýšené zánětlivé parametry. Do zánětlivých parametrů spadá sedimentace, počet leukocytů a CRP. Dále se může objevit mikrocytární sideropenická anémie z důvodu krevních ztrát, což je typické pro aktivní zánět. Pozitivní stav protilátek pANCA, kdy je přítomná v cytoplasmě u 50-60% pacientů postižených UC. A dále stanovení nepřítomnosti ASCA protilátek. Tyto protilátky se využívají ke správné diagnostice UC. (Červenková, 2009) A v neposlední řadě odběr stolice, kdy je přítomna vyšší koncentrace kalprotektinu ve střevní sliznici. To je bílkovina, která je uvolňovaná z leukocytů rozpadající se ve střevě. (Gabalec, 2009)

Zobrazovací vyšetření

Mezi nejčastější zobrazovací metody patří ultrasonografické vyšetření. Toto vyšetření je neinvazivní a pacientovi nikterak neškodí. Proto lze tuto diagnostiku kdykoliv opakovat. Lékař zkoumá tloušťku střeva, zánětlivé změny v okolí, různé reliéfy sliznice a šířku průsvitu. Pomocí této metody by měl zjistit rozšíření zánětu. Problém rozluštění by mohl být u lidí s nadváhou, kde vzhledu na snímku brání uložený tuk. Ultrazvuk jde pomocí endoskopické sondy zavést i do tlustého střeva. Této diagnostice říkáme endosonografie. (Kohout, 2006)

„Velmi zřídka se využívá rentgenové vyšetření bez kontrastní látky. Je vhodné při podezření na komplikaci UC (toxický megakolon), při které dochází na podkladě ochrnutí svalových buněk tlustého střeva k velkému rozpětí tlustého střeva plyny, je zde i nebezpečí proděravění-perforace.“ (Kohout, 2006, st.30)

Rentgenové vyšetření s využitím kontrastní látky je irigoskopie. Do tlustého střeva je aplikovaný nálev kontrastní látky. Tato diagnostika je méně přesná a používá se ve výjimečných případech, kdy např. nelze provést kolonoskopické vyšetření. Dále sem spadá vyšetření nazývaní se enteroklýza, ale ta se převážně provádí u pacientů

s diagnózou Crohnova choroba. Vyšetření trvá okolo jedné hodiny, kdy lékař pacientovi zavede sondu až do tenkého střeva a pomocí jí vpraví speciální roztok baria a metylcelulózy do střeva. Pacient by den před tím měl pít očistnou kůru. (Červenková, 2009)

CT neboli computer tomography je metoda, která se u této problematiky příliš nevyužívá. Pomocí CT s kontrastní látkou můžeme zobrazit ložiskové procesy, píštěle a abscesy. Podobnou indikaci má magnetická rezonance. Na rozdíl od počítačové tomografie je čitelnější a lépe rozpoznatelná. Lze pomocí jí zobrazit např. žlučové cesty i bez použití kontrastní látky. (Boulton, 2011)

Endoskopie je nejzákladnější zobrazovací metodou dané problematiky. Je to vyšetření, při kterém se zavede sonda do trávicího traktu, kdy následně může být i provedena biopsie neboli odebrání kusu tkáně. V dřívějších letech, se u diagnostiky UC využívala pouhá rektoskopie. Toto vyšetření se vztahuje pouze na nahlídnutí do okolí konečníku, většinou do dvaceti až pětadvaceti centimetrů. Nyní při podezření na UC se využívá spíše kolonoskopické vyšetření, které zasahuje do větší délky celého tlustého střeva, včetně terminálního ilea. (Kohout, 2006) V dnešní době je rektoskopie nahrazovaná sigmoideskopií. Před tímto vyšetření pacient nemusí dodržovat den před žádnou pitnou kůru, na rozdíl od kolonoskopie. Kolonoskopie slouží u této diagnózy hlavně k rozpoznání rozsahu postižení. (Červenková, 2009) Příprava před kolonoskopií by měla započít přibližně dva až tři dny před samotným vyšetřením, kdy pacient dodržuje bezezbytkovou dietu. Den před výkonem vypije očistnou kůru, která byla předepsána praktickým lékařem, nebo přímo ošetřujícím gastroenterologem. Nejběžnější přípravky jsou fortans a picoprep. Vždy je nutné pokusit se vypít alespoň tři litry, pokud možno čtyři. Vypití těchto přípravků je na této metodě vyšetření nejvíce zatěžující. Samotné vyšetření bývá většinou pod anestezií. (Falt, 2015)

1.5 Léčba

Léčba UC se liší dle aktuální aktivity onemocnění a poté dle reakce dané léčby. Záleží na tom, jestli léčíme v akutní fázi nebo v remisi. Cílem léčby je udržet remisi pokud možno co nejdéle. Do léčby spadá konzervativní léčba, kam lze zařadit dietní opatření, medikamentózní opatření a psychoterapie. Když konzervativní léčba není dostatečně účinná, poté se přiklání k chirurgickému zákroku anebo tu může být i k uvážení možnost biologické léčby. (Kohout, 2006)

1.5.1 Konzervativní léčba

Do konzervativní léčby spadá dietní opatření. Pacientům je doporučována bezezbytková dieta, která se vyznačuje nízkým obsahem vlákniny. V dnešní době studie prokázaly, že v období remise není nutnost tuto dietu dodržovat. Při medikamentózní terapii se v dnešní době využívají látky aminosalicylátu, kortikosteroidy a imunosupresiva. (Stange, 2009)

Látky aminosalicylátu se využívají už od roku 1948, teprve v sedmdesátých letech se zjistilo, že účinnou látkou je kyselina 5-aminosalicylová (5-ASA). Tento lék je podáván per orálně, ale i lokálně v podobě klysmat a čípků. Zde je důležité říci, že používáním klysmat a čípků je omezený rozsah působení jen na okolí rekta. Látky aminosalicylátu se využívají při léčbě lehkých a středně těžkých průběhů UC. Znemožňují zánětlivou zpětnou odpověď v místě, kde je střevo postiženo zánětem. Je podáván při udržování remise, nebo po proběhnutí akutní fáze, ale i při akutním znovuzplanutím u lehké a středně těžké formy. Látky 5-ASA se rozdělují dle lokalizace působení. Podle toho se i volí jaký preparát použít. Nejčastější volbou je perorálně, ve formě tablet, dále pro oblast konečníku se využívá různá řada klysmat anebo čípků. (Kohout, 2006)

Další hodně častou využívanou metodou je podávání kortikosteroidů. Tato metoda se v terapii IBD využívá už přes padesát let. Účinek kortikosteroidu je protizánětlivý

a imunosupresivní. Využívá se u léčby akutní fáze, ale k udržení remise zřídka, pouze ve výjimečných případech. Tento typ léku je velmi efektivní, bohužel jeho negativní stránkou jsou jeho nežádoucí účinky na tělo pacienta. Jako jsou například tloušťnutí, zhoršená pleť, osteoporóza, riziko vzniku diabetu mellitu, vzplanutí TBC (tuberkulózy), nebo jiného infekčního onemocnění a další. Bohužel není jiná možnost, kortikosteroidy způsobí rychlé zklidnění. V remisi se je však snažíme zaměnit za látky mesalazinu. Využívají se i lokální kortikosteroidy ve formě klysmat. Jejich působení je efektivnější avšak zcela nedostačující. Kortikosteroidy také nelze zcela vysadit. Jejich snižování musí být pozvolné a přesné. (Souček, 2011)

Další možnou farmaceutickou formou je podávání antibiotik nebo chemoterapeutik. Jako hlavní indikace ATB, je vznik abscesu nebo bakteriální infekci. Většina širokospektrých ATB může naopak zhoršit střevní mikroflóru a dochází tak k znovuvzplanutí onemocnění. Proto je důležité, aby se praktický lékař domluvil s odborným gastroenterologem o správném druhu ATB a případném preventivním opáření, a to je podání probiotik. (Špičák, 2008)

Probiotika mají velký pozitivní efekt na celkový zdravotní stav člověka. Jejich obsahem je živá mikroflóra. U pacientů s IBD se podávají jako udržovací léky a vyhnout se případnému relapsu onemocnění. (Kohout, 2006)

1.5.2 Chirurgická léčba

Hlavní indikací UC k volbě terapie chirurgickou léčbou je selhání konzervativní léčby, nebo v důsledku nějaké akutní komplikace. Mezi nejčastější komplikace patří toxický megakolon, perforace, velké krevní ztráty a další. Na rozdíl od CD se díky chirurgickému zákroku u UC může zcela vymýtit známka zánětu a může tak dojít k úplnému vyléčení. Druhy operace si rozdělujeme na urgentní neboli emergentní. To je zákrok, který se provádí v důsledku rizika smrti nebo nějaké vážné komplikace. A dále na plánovaný nebo také elektivní, což znamená, že výkon je dopředu plánovaný a připravený, v důsledku dlouhodobému selhávání konzervativní léčby. Elektivní

operace se dále provádí při riziku vzniku rakoviny, nebo už při její přítomnosti a zúžením tlustého střeva. (Barrie, 2009)

Mezi nejvhodnější a nejběžnější chirurgické výkony se provádí subtotální kolektomie a ileostomie. U subtotální kolektomie se nechává část pahýlu recta a na něj je napojen konec tenkého střeva. Toto spojení se nazývá pouch. (Nyström, 2011) U toho typu zákroku je odstraněna celá část tlustého střeva kromě recta. Po výkonu je zánět zcela vyléčen, ale vyžaduje pokračování v terapii díky zánětlivému změněnému rectu. (Ševčík, 2014) V současné době se množství pacientů, u kterých je naléhavý neodkladný chirurgický zásah pro IBD, extrémně snížil, a to z důvodu včasnější diagnostiky a lepší monitorace pacientů. (Nyström, 2011)

1.5.3 Biologická léčba

V současné době patří biologická léčba mezi poměrně rozšířené a uznávané metody v léčbě nespecifických střevních zánětů. Všeobecně přináší hlavní změnu do léčby zánětlivých onemocnění. Jak uvádí ŠPIČÁK (2008, s. 153): „*Biologickou léčbou rozumíme podávání různých chemicky heterogenních látek, které mají přísně vyhraněný mechanismus účinku a specifickou cílovou strukturu.*“ Lze ji využít při léčbě nádorových onemocnění, infekčních, metabolických, ale i právě autoimunitních, kam spadá UC a CD. Její hlavní indikací je u pacientů, u kterých selhala konzervativní terapie. Pacient nereaguje na léky imunosupresiv a léky podávané při UC. V tomto případě se dá mluvit o zvážení biologické léčby. Díky biologické léčbě lze zmírnit příznaky onemocnění, nebo zcela vymýtit. Bohužel si sebou tento typ léčby přináší riziko vedlejších účinků, mezi které patří zvýšené riziko vzniku infekčních komplikací, nebo aktivizace latentní tuberkulózy. Jde o to, že zakročí do bazálních mechanismů zánětu a dopadá na celou řadu společných interakcí, o kterých ještě moc nevíme. Tato léčba je velmi nákladná a bohužel se nemůže indikovat každému pacientovi. (Špičák, 2008), (Lukáš, 2014)

1.6 Komplikace

Komplikace UC si dělíme na střevní a mimostřevní. Mezi nejvíce typickou a častou komplikací UC je krvácení. V období relapsu mohou být krevní ztráty velké, a proto tak může vést i k diagnóze chronická anémie. (Dítě, 2005), (Klener, 2012)

Mezi nejzávažnější a nejobávanější komplikace UC patří toxický megakolon. Ten je zapříčiněn vniknutím zánětu střevní stěny až do svalové vrstvy. Toxický megakolon je přítomný při těžké kolitidě, která postihuje celé tlusté střevo. Doprovázejí ho vysoké horečky, bolesti břicha, tachykardie, a další. (Swenson and Friel 2010) Jako riziko toxického megakolonu může být perforace, jelikož dochází ke ztenčení střevní stěny. Jde o velmi akutní stav, který se neobejde bez chirurgického zákroku. Jako další komplikací je rakovina. Vešší riziko je u pacientů trpících pankolitidou a jejím dlouhodobém trvání. Prevence maligního zvratu by měly být řádné jednorozční kontroly na kolonoskopii. (Kohout, 2006), (Klener, 2012)

Činnost UC se může vyskytnout i na jiných orgánech, v tomto případě mluvíme o mimostřevních komplikacích. Proč je tomu tak se doposud nezjistilo a příčina těchto komplikací je neznámá. (Boulton, 2011) Můžou postihnout cévní systém, oči, klouby, žlučové cesty, kůži, ledviny a i srdce. Nejběžněji se vyskytuje kloubní artritida. Klouby jsou postiženy zánětem UC. Díky chirurgickému zákroku, kdy se tlusté střevo zcela odejme, může dojít k zaniknutí kloubního zánětu. (Červenková, 2009)

Jako další komplikace může být přítomnost načervenalých skvrn neboli erythema nodosum. Nebo rány s přídátkem hnisu a horším hojením pyoderma gangraenosum. V dutině ústní je častý výskyt aftů, ale můžou být přítomny ještě před diagnostikováním UC. (Kohout, 2006) Mezi další komplikace se řadí postižení žlučových cest, kdy se velmi často objevují žlučové kameny. Po chirurgickém odstranění terminálního ilea se mohou vyskytovat i ledvinové kameny v ledvinách. Důsledkem je zvětšení vstřebávání soli, neboli kyseliny šťavelové - oxalátu. U pacientů s UC je velmi častá osteoporóza. Důsledkem jsou léky, které jsou indikovány k léčbě UC, bohužel jejich nežádoucí účinek je řídnutí kostí. Jako další komplikace je trombóza. Ucpání cévy trombem, nebo v horším případě vmetení krevní sraženiny do plic a vznik embolie plic. (Boulton, 2011)

Anémie jako přidružené onemocnění u UC je velmi časté. Vzniká v důsledku zhoršení vstřebávání vitamínu B12 a železa. (Lukáš, 2007) Dále jako v důsledku relapsu a masivních krevních ztrát. V případě chirurgického odstranění střeva neboli resekce může vzniknout malnutrice nebo hypovitaminóza. A v neposlední řadě je i riziko iritidy, což znamená zánět duhovky, ale může se vyskytnout i zánět bělma a spojivek. (Červenková, 2009)

1.7 Lidské potřeby a jejich definice

Vědomosti v oblasti potřeb a jejich uspokojování je velice důležitá pro všeobecnou sestru, kdy je aplikován ošetrovatelský proces. Všeobecná sestra musí rozpoznat potřeby pacienta a na podkladě tohoto rozpoznání je mocně saturovat. Ošetrovatelský proces jako postup využíván pro ošetrovatelskou péči se buduje na základě uspokojování potřeb jedince. Každý člověk má mnoho potřeb, které je třeba uspokojovat. Jestliže potřeba nebude uspokojena, může nám narušit fungování celého jedince. (Nováková, 2014)

Velmi významným krokem je uvědomit a ujasnit si naše vlastní pocity, styl a postup přijmutí naší sociální role. Na podkladě identifikace lidských potřeb můžeme adekvátně poskytovat ošetrovatelskou péči. (Šrámková, 2011) Trachtová uvádí, že potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeby stimulují (popuzují) k nalezení jisté podmínky důležité pro náš život, nebo naopak slouží k vyhnutí se určitému předpokladu, který je pro náš život jakkoliv nepřiměřený. Potřeba je nezbytná pro náš život a jeho vývoj. Nepřítomnost jisté potřeby a prožívání jejího chybění může vést k ovlivnění psychiky člověka. Patří sem myšlení, emoce, vnímání, pozornost, volní procesy a další, které budují vzorce chování člověka jako jednotlivce. Pokud nebudou u člověka uspokojeny jisté potřeby v určitém okruhu, nemůže se soustředit na nic jiného, než na uspokojování těchto potřeb a jeho chování bude ovlivněno. Naše chování je podmíněné motivací. (Trachtová, 2013) VÁGNEROVÁ (2004, s. 168): uvádí, že „*pojmem motivace jsou faktory, které aktivizují*

lidské chování, zaměřují je na určitý cíl a v tomto směru je udržují po určitou dobu. A takto navozené jednání směřuje k uspokojení určité potřeby“

Naše chování je pokaždé převedeno na nějakou motivaci. Ovlivňuje ho řada biologických, kulturních a situačních aspektů. Potřeby si dělíme dle podstaty člověka na biologické, psychické, estetické, sociální, kulturní a duchovní potřeby. Biologické neboli fyziologické jsou následkem naší podstaty, jako živých bytostí. Spadá sem potřeba tekutin, stravy, oblečení a spánku. Dále psychické potřeby. Ty vyplývají z vyslovování našeho prožívání psychické kondice, poté se vyvíjí z našeho prožívání a vnímání okolního světa a dále z rozvoje naší osobnosti. Sem zařazujeme psychickou vyrovnanost, pocit bezpečí a procházení si životních příhod. Pak můžeme hovořit o estetických potřebách. Rozvíjí se od vyspělosti člověka a jeho nároku na krásno. Sociální potřeby vyjadřují potřebu společnosti. Tady záleží, kde jedinec vyrůstá a žije. Dále sociální a kulturní potřeby. Jedinec a jeho potřeba být vzdělaný a potřeba společnosti. Duchovní potřeba je spjata s duchovní orientací člověka, jeho cítěním a psychologickou zaměřeností. A nakonec sebevyjádření. Přání býtí chápán. (Šrámková, 2011)

1.7.1 Klasifikace potřeb

Mezi nejčastěji používaný model klasifikace lidských potřeb, patří Maslowa hierarchie potřeb. Abraham H. Maslow byl americký psycholog narozený v roce 1908 a zemřel v roce 1970. Maslow tvrdí, že člověk je motivován jistými potřebami a tyto potřeby vytvářejí hierarchickou strukturu na podkladě dvou základních skupin. A to je dosažení hodnoty býtí a odstranění nějaké závady. (Šrámková, 2011) Maslow uspořádal pět stupňů potřeb člověka a sestavil je dle jejich hierarchie do pyramidy, která je velmi přehledná. Na nejnižší úroveň postavil fyziologické potřeby. Nad nimi se hned řadí potřeba bezpečí a jistoty, dále potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání a sebeúcty a na úplném vrcholu se nachází potřeba seberealizace. (Trachtová, 2013)

Dle Plhákové Maslow uvedl, že potřeby, které nejsou uspokojeny na nižším stupni, jsou vždy vítězi v konfrontaci nad vyššími stupni, které nejsou uspokojeny. Nejdříve je důležité uspokojit potřeby z nižší úrovně a poté mohou dominovat potřeby z vyšší úrovně. To znamená, že jedinec, který není odpočatý, nevyspalý anebo má hlad, se nemůže zaměřit na potřeby z vyššího stupně jako například na lásku. Tato teorie nám napomůže pochopit, proč se někdy člověk vzdá dobře placeného, ale časově nestabilního zaměstnání a dá přednost své rodině, kde hrozí rozvod nebo její ztráta. Pyramidu potřeb můžou využít všeobecné sestry k lepšímu plánování a orientaci ošetrovatelské péče u pacienta. Aby ošetrovatelská péče byla kvalitní, musí mít všeobecná sestra vědomosti o potřebách nemocného. (Plháková, 2007)

Potřeby se dělí na biologické, sociální a psychické. Z tohoto rozdělení vyplývá, že pohled na člověka, jako bytost je v ošetrovatelství brán jako holistický, neboli celostní. (Trachtová, 2013) Pojmu holistický rozumí jako celku, kdy bychom měli brát péči o nemocného, která vychází z celistvého pohledu. To znamená, že pacient, který často volá zdravotníky signálními zařízením, nemusí být z důvodu pouhého onemocnění, ale může být zapříčiněn sociální nepohodou. (Burda, 2015)

Mezi biologické, tělesné potřeby, se zařazuje například potřeba výživy, hygieny, dýchání, vyprazdňování a pohybu. Sociální potřeby zahrnují potřebu společnosti a komunikace. A potřeby psychické, kam můžeme jako příklad uvést potřebu bezpečí a jistoty, spánku a být bez bolesti. (Trachtová, 2013)

Nemocný člověk navštěvuje zdravotnické zařízení z příčiny nějaké diagnostiky či léčby. Od lékaře dostane naordinované léky, dietu, popřípadě nějaké injekce. Naším společným cílem, pacienta a nás zdravotníků, je navrácení jeho zdraví. Pro zotavení pacienta je potřebné, aby včetně medikamentů a různých vyšetření měl dostatek výživy, zajištěné předpoklady pro dobrou hygienu a vyprazdňování, ale i spánek. Kromě biologických potřeb by měli být uspokojeny i potřeby bezpečí a jistoty, úcty k pacientovi a komunikace. Trachtová uvádí, faktory modifikující uspokojení člověka. Existuje celá řada faktorů, které znemožňují, znesnadňují, narušují, popřípadě mění způsob uspokojování potřeb člověka. Mezi ně se zařazuje nemoc, osobnost člověka,

vývojová etapa, faktory, za kterých se nemoc vytvořila a mezilidské vztahy. (Trachtová, 2013)

1.7.2 Uspokojování lidských potřeb

Uspokojování biologických potřeb

Uspokojování okruhu potřeb biologických je hlavně orientováno na péči o tělo, kdy je důležitá prevence dekubitů a pravidelná hygiena těla. Dále o přísun stravy a tekutin. Dle ordinace lékaře je pacientovi předepsaná správná dieta, která musí být dobře tepelně upravená a ničím nezávadná a v každém případě by měla být pacientovi podávána teplá a esteticky upravená. Dále je zaměřená na uspokojování potřeby vyprazdňování. Sem patří defekace a mikce. (Kubicová, 2006) Bohužel u pacientů s ulcerózní kolitidou se řadí nejčastější problematicky uspokojované. Potřeba vyprazdňování je v dnešní době tabuizovaná. Souvisí to s blízkostí močového vývodu, pohlavních cest a rektálního otvoru. Vyprazdňování zasahuje do naší intimity a člověk se stydí mluvit o věcech s touto problematikou. Proto by sestry a všeobecně všichni zdravotníci měli k tomuto tématu přistupovat diskrétně, citlivě a s respektem. Při rozhovoru s nemocným, na otázku vyprazdňování, bychom měli klást důraz na zajištěné, ničím nerušené prostředí a měla by nám býti dobře známa psychika pacienta. U uspokojování této potřeby je přístup, každého nemocného individuální. Obzvláště u vylučování stolice. U někoho je fyziologické uspokojení této potřeby dvakrát denně a u někoho třeba jen jednou za dva dny. (Trachtová, 2013) Potřeba vyprazdňování úzce souvisí s potřebou potravy a tekutin. Pacient by měl mít dostatek tekutin a plnohodnotné stravy, která obsahuje vlákninu. (Trachtová, 2013)

Potřeba odpočinku a spánku je v oblasti uspokojování biologických potřeb také velmi důležitá. Pacientovi by se měli vytvořit vhodné podmínky a upravit prostředí, aby se mohla zrealizovat. Potom potřeba komfortu a pohodlí, kdy se jedná o zajištění čistého prostředí a zajištění minimalizace studu při vyšetřování. Jako další nedílnou

součástí uspokojování biologických potřeb je potřeba dodržení průměrného pohybu. Tady je hrozící riziko imobilizačního syndromu, jestliže nebude dostatečná aktivita. (Kubicová, 2006)

Uspokojování psychických potřeb

U této oblasti je uspokojování orientováno na odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti. Prožívání bolesti se odráží na všech prvcích naší osobnosti. Sestra by měla být trpělivá, co se týče ošetřování, respektovat pacientovu citlivost na bolest a zajistit pacientovi klidné prostředí. Jako další je předejít a zmírnění strachu a úzkosti. Úkolem sestry je zamezit vznik strachu a úzkosti, ale pokud je už tento problém přítomen, tak alespoň zmírnit jejich negativní vliv. Na toto navazuje zabránění ztráty sebeúcty. Například u vážných onemocnění nebo léčebných výkonů, které poškodí vzhled těla. (Kubicová, 2006)

Uspokojování sociálních potřeb

Do této podkapitoly spadá zmírnění sociální izolace. Důležitou rolí sestry je dostatečná komunikace s pacientem a umožnit pacientovi kontakt s rodinou. Zejména u dětí je podstatný kontakt s rodiči. A dále zajistit klidnou a pozitivně naladěnou atmosféru. Jako další potřebu sem můžeme zařadit například řešení potíží se ztrátou zaměstnání. (Kubicová, 2006)

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

K práci byly stanoveny tři cíle:

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u klientů s ulcerózní kolitidou.

Cíl 2: Zmapovat uspokojování potřeb u klientů s ulcerózní kolitidou.

Cíl 3: Zmapovat nejčastější ošetrovatelské problémy, se kterými se sestry setkávají při ošetřování klientů s ulcerózní kolitidou.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s ulcerózní kolitidou?

Otázka 2: Jak klienti s ulcerózní kolitidou uspokojují své potřeby v období hospitalizace?

Otázka 3: S jakými ošetrovatelskými problémy se sestry nejčastěji setkávají u klientů s ulcerózní kolitidou?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

V bakalářské práci byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Technika sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor.

Rozhovor sestavený pro pacienty obsahoval dvacet otázek (viz příloha 1). Rozhovory obsahovaly identifikační údaje respondentů, diagnostiku, léčbu, vliv na jejich běžný život a potřeby související s onemocněním. Rozhovory, které byly vytvořeny se sestry, obsahovaly dvanáct otázek (viz příloha 2). Otázky směřovaly k dané problematice týkající se uspokojování potřeb a specifík v ošetrovatelské péči. Výzkumné šetření probíhalo po souhlasu s hlavní sestrou nemocnice, vrchní sestrou a primářkou oddělení od února do března roku 2016. Uskutečnilo se tak v IBD ambulanci a se setry na lůžkové části. Výjimkou byli pouze jen dva respondenti, kdy výzkumné šetření proběhlo v domácím prostředí.

Během rozhovorů jsme velmi často pokládali i doplňující otázky, které se dotýkaly daného tématu. Ne všichni hovořili otevřeně, ale rozhovory probíhaly velmi klidně a v dobré náladě. Byl vytvořen písemný záznam. Z něho byla následně zpracována obsahová analýza, která byla následovně podrobena otevřenému kódování. To patří mezi první důležité analytické postupy, na které nám navazuje další analýza. (Kutnohorská, 2009) Jako metodu kódování jsme si zvolili papír a tužku. Dalším krokem bylo vyčlenění hlavních kategorií, týkajících se stanoveného cíle a otázek. Rozhovory s respondenty byly rozčleněny do šesti kategorií a rozhovory se sestrami do pěti kategorií. Ty byly dále podrobně rozebrány ve výsledcích našeho výzkumného šetření. Texty kurzívou označují přímé citace výpovědí od dotazovaných respondentů a sester.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor je tvořen ambulantními pacienty a dvěma respondenty v domácím prostředí. Všichni trpí diagnózou ulcerózní kolitidou a pravidelně navštěvují IBD poradnu v Českých Budějovicích. Konkrétně zde, v IBD poradně, byly provedeny rozhovory s většinou respondentů. S respondenty se znám, jelikož se často setkáváme na pravidelných kontrolách. K výzkumnému šetření se nám podařilo sehnat dva pacienty, od kterých byly odebrány informace z domácího prostředí. Jeden z nich aktuálně dochází do infuzního centra a je mu aplikována biologická léčba a druhý respondent je s nejtěžší komplikací UC a to je toxický megakolon. Kontakt na respondenty mimo ambulanci jsme dostali pomocí našeho kamaráda, který je zná a také zná jejich onemocnění, a proto mi byli doporučeni pro mé výzkumné šetření.

Druhý výzkumný soubor tvoří pět sester z českobudějovické nemocnice. Ty, které pracují na lůžkovém oddělení a ty, které pracují v IBD poradně.

4 VÝSLEDKY

4.1 Identifikační údaje respondentů (pacienti s UC)

Tabulka č. 1 Charakteristika pacientů trpící UC

Respondent	Označení	Pohlaví	Věk	Doba trvání
Respondent 1	R1	Žena	22 let	1 rok
Respondent 2	R2	Muž	29 let	3 roky
Respondent 3	R3	Žena	23 let	3 roky
Respondent 4	R4	Žena	53 let	11 let
Respondent 5	R5	Muž	30 let	14 let
Respondent 6	R6	Muž	25 let	2 roky
Respondent 7	R7	Žena	59 let	34 let

Tabulka č. 1 prezentuje charakteristické rysy respondentů. Respondent 1 je žena, UC trpí teprve jeden rok a momentálně studuje. Onemocněním UC trpí z rodiny matka. Respondent 2 je muž, s onemocněním UC se léčí tři roky a pracuje jako počítačový technolog. Respondent 2 má dvě zdravé děti a nikdo z jeho rodiny netrpí žádným vážným onemocněním. Jako dalším respondentem 3 je žena, onemocnění jí trápí tři roky a momentálně studuje. Děti zatím nemá, ale plánuje je. Respondent 4 je žena, onemocnění jí trápí už jedenáct let a aktuálně je v invalidním důchodu. Respondentka má dvě zdravé děti a momentálně se léčí i s diabetem mellitem II. Respondent 5 je muž, onemocněním trpí už od svých 16 let. Respondent 5 pracuje jako opravář mobilních telefonů, z rodiny UC trpěl otec a babička. Další dotazovaný respondent 7 je muž, pracuje jako učitel a samotné onemocnění mu diagnostikovali před dvěma lety. Z rodiny nikdo vážným onemocněním netrpí. Respondentem 7 je žena a onemocněním trpí ze všech dotazovaných nejdéle. Onemocnění jí trápí už 34 let. Respondentka je

v invalidním důchodu a dříve pracovala jako učitelka v mateřské školce. Má dvě zdravé dospělé děti a nikdo v rodině IBD onemocněním netrpí.

4.2 Identifikační údaje respondentů (sestry)

Tabulka č. 2 Charakteristika dotazovaných sester

Respondent	Označení	Pracoviště	Vzdělání	Praxe
Sestra 1	S1	Lůžkové	Střední škola	4roky
Sestra 2	S2	Lůžkové	Střední škola	12let
Sestra 3	S3	Lůžkové	Vyšší odborná škola	1rok
Sestra 4	S4	Lůžkové	Střední škola	1rok
Sestra 5	S5	Lůžkové	Vyšší odborná škola	10let
Sestra 6	S6	IBD poradna	Střední škola	20let

Tabulka č. 2 představuje charakteristické rysy dotazovaných sester. Sestra 1 pracuje na lůžkové části už přes čtyři roky. Ukončené vzdělání má středoškolské s maturitou a momentálně přemýšlí nad doplněním vzdělání, a to v podobě Dis. Sestra 2 také pracuje na lůžkové části oddělení a to už přes 12 let. Vzdělání má ukončené maturitou a nad dalším doplnění vzdělání neuvažuje. Sestra 3 je také sestrou na lůžkové části. Na oddělení pracuje teprve necelý rok a vzdělání má ukončené na Vyšší odborné škole. Sestra 4 je sestrou lůžkové části a na oddělení pracuje také teprve necelý rok. Sestra 4 má ukončené středoškolské vzdělání a dálkově si doplňuje vysokoškolské. Sestra 5 je na lůžkové části už přes deset let a vzdělání má dosažené na vyšší odborné škole. Jako poslední je sestra 6, která pracuje v IBD poradně. Délka její praxe na tomto oddělení trvá již přes 20 let a vzdělání má středoškolské.

4.3 Seznam kategorií (pacienti s UC)

Získané informace od sedmi respondentů se rozčlenilo do šesti kategorií.

Kategorie

1. Začátek onemocnění
2. Léčba
3. Relaps
4. Hospitalizace
5. Potřeby denního života
6. Rodina a společenský život

1. Začátek onemocnění

Z výzkumného šetření je zřejmé, že onemocnění propuklo už v mladistvém věku, a to nejčastěji v rozmezí ve věku dvaceti až třiceti let. „*V té době mi bylo 21 let, takže jím teprve trpím jeden rok.*“ (R1). „*Mně ji diagnostikovali před cca třemi lety v 26 letech.*“ (R2). V tomto věkovém rozmezí bylo onemocnění poprvé diagnostikováno dohromady u pěti respondentů. Jednomu ze sedmi respondentů onemocnění propuklo už v jeho šestnácti letech. Mohlo být následkem rodinné predispozice. „*Na UC mi přišli už v mých 16 letech. Onemocněním trpí otec i babička.*“ (R5). Respondentovi číslo 4 onemocnění propuklo až v pozdějším věku a to ve čtyřiceti dvou letech. „*Poprvé to bylo v 42 letech.*“ (R4).

Jako první signální příznak, který se u respondentů projevil, byly bolesti břicha a průjmy. „*Hrozně mě bolelo břicho a měla jsem třeba až pět průjmovitých stolic za den.*“ (R1). „*Měl jsem silné bolesti břicha, při kterých mi nepomohla ani úlevová poloha.*“ (R6). Dva respondenti ve svých odpovědích byli konkrétnější a udali jako první příznak průjmovitou stolicí s příměsí krve a hlenu. „*Dříve jsem šla nejdříve*

za obvodním lékařem se silnými hlenovitými průjmy a bolestmi.“ (R4). „Po týdnu jsem se vrátil s častějšími průjmy a trochou krví.“ (R2).

Podle odpovědí, které byly od pacientů odebrány, je tedy zřejmé, že prvotní diagnostika, kromě jednoho respondenta, byla provedena u jejich praktického lékaře. Ten je následovně odkázal na specializované oddělení, a to gastroenterologické, kde byla u všech diagnostikována UC. Respondenti, kteří navštívili, jako prvního svého praktického lékaře tedy uvedli: *„V první chvíli mě mamka poslala k obvodnímu lékaři. Až teprve obvodní lékař mě objednal na gastro. Tam mě hned ten den provedli gastroskopii a za týden hned kolonoskopii.“ (R1). „Šel jsem ke svému praktickému lékaři a ten mě nejdříve poslal domu. Po týdnu jsem se vrátil s častějšími průjmy a trochou krví. Lékař mě hned objednal na kolonoskopické vyšetření.“ (R2).* Výjimka byla pouze u respondenta číslo šest, který navštívil rovnou gastroenterologické oddělení. Do IBD poradny se objednal kvůli své přítelkyni, jelikož pracuje v zdravotnictví jako sestra a s touto problematikou má zkušenost. *„Poprvé jsem šel rovnou na gastroenterologii, kam mě poslala přítelkyně, jelikož je sestra.“ (R6).*

Jako hlavní edukátor byl všemi respondenty zvolen lékař. Poté byly uváděny sestry. Edukace většinou probíhala pomocí techniky rozhovorů, letáčků, brožur, odkazů na internetové stránky, ale i rozhovorem ze strany rodinného člena, který tímto onemocněním trpěl. Na otázku jaká byla edukace ze strany lékaře a sestry, respondenti odpověděli spíše kladně. *„Pan doktor mi vše vysvětlil a poučil. Edukace z jeho strany byla v celku dobrá, ale v tom stresu jsem ji moc nevnímala a zbytek jsem si třeba dohledala na internetu nebo v různých diskuzích. Ještě jsem dostala prospekt.“ (R1). „Ano, doktor mi všechno vysvětlil, dal mi i nějaký brožurky a letáčky, ale mám dojem, že jsem si to stejně moc nečetl, že až z toho internetu, co mi poradila sestřička.“ (R2). „Ze strany lékaře výborná, vzpomínám na něj do teď. Ze strany sestry nevím. Ale nikdy jsem s nimi neměla žádný problém. Domů jsem obdržela nějakou brožurku.“ (R4).* Pouze jeden ze sedmi respondentů odpověděl negativně a to, že s edukací ze strany lékaře spokojen nebyl. Naopak byl spokojen s následnou edukací od sestry. *„Ze strany lékaře se mi to moc nelíbilo. Jeho sdělení bylo chladné a necitlivé. Výjimkou byly sestřičky, které mi vše vysvětlily a zodpověděly i na mé dotazy.“ (R7).*

Z výpovědí od některých respondentů lze usoudit, že za příčinou této diagnózy stojí právě stres. Tato diagnóza má také velký vliv na psychiku respondentů po celý jeho život. Tady se dostáváme ke shodě u všech zodpovězených odpovědí. Respondenti často udávali jako první reakci vztek, strach, který následovně mohl vygradovat k pláči. *„Když mi to poprvé lékařka sdělila, a to bylo ten den po kolonoskopii, tak jsem se hrozně lekla a měla strach. Nevěděla jsem, co to je ulcerózní kolitida a co to pro mě do budoucna znamená. Následně po vysvětlení od paní doktorky jsem začala brečet.“* (R1). Respondenti v první řadě vůbec netušili, co si mají pod názvem ulcerózní kolitida představit. Většina se s ním ani nikdy nesetkala a ani o něm neslyšela. *„O onemocnění jsem nikdy předtím neslyšela, až po vysvětlení od pana doktora, co mě čeká, jsem propadla pláči.“* (R3). Jeden z respondentů udává, že po sdělení jeho prognózy psychicky selhal a rezignoval. V té době řešil svoje problémy pomocí alkoholu a cigaret. *„Měl jsem v té době těžké období. Hodně jsem pil alkohol a kouřil, takže se to tím podle mě ještě zhoršilo. Pití alkoholu mě uklidňovalo. Psychicky jsem se zhroutil a rezignoval jsem.“* (R5). Dva ze sedmi respondentů kvůli následné diagnostice museli i ze zdravotních důvodů přerušit školu na vysoké škole a druhý respondent odešel do invalidního důchodu. *„Vzala jsem to těžce, propadla jsem panice. Práci jsem přerušila a byla převážně jen doma. Následně poté jsem dostala invalidní důchod.“* (R7). Až na jednoho respondenta měli všichni většinou sedavé zaměstnání a přístup k toaletě neomezený. Respondentka číslo čtyři udává, že dřív pracovala jako pošťačka a bylo pro ni nepředstavitelné, že by v tomto zaměstnání vydržela. *„Můj život to ovlivnilo hodně, jelikož jsem byla pošťačka, tak v období relapsů nebylo ani možné vyjít si na víc jak dvacet metrů. Dostala jsem v té době plný invalidní důchod.“* (R4).

2. Léčba

Respondenti užívají nejčastěji léky určené k léčbě ulcerózní kolitidy a to jsou imunosupresiva, aminosalicyláty a probiotika. „*Momentálně užívám pouze čípky Pentasy.*“ (R1). „*Momentálně pouze Pentasu jako udržující lék. Nedávno jsem se zbavil kortikoidů, takže jsem šťastný.*“ (R5). Dále bylo zjištěno, že čtyři ze sedmi respondentů užívá i léky k potlačení zánětu (kortikosteroidy). Z důvodu zhoršení stavu a propuknutí relapsu nebo jako podpůrnou léčbu po prodělání relapsu. Na to navazuje častá kombinace s léky, které potlačují žaludeční vředy. Respondenti nejčastěji udávají lék Helicid a Controloc. „*Jelikož si procházím akutní formou ulcerózní kolitidy, tak užívám Prednison, Imuran a Helicid.*“ (R7). „*Momentálně užívám Pentasu, Humiru, Methotrexate a pro zhoršující se stav musím brát i prednison a controloc na žaludek. A samozřejmě z důvodu cukrovky mám Actrapid.*“ (R4). Bohužel se objevili i případy, kdy respondent byl s podáváním kortikosteroidů nespokojený, a to z důvodu jejich vedlejších účinků. Nejčastěji uvádí problematiku v oblasti obličeje, kdy je přítomný cushingův syndrom anebo vypadávání vlasů, ale nikdo z respondentů by si je jen tak nevysadil, jelikož jejím známo hrozící následek vynechání nebo vysazení. „*Momentálně jen controloc, prednison a momentálně jsem na biologický. Z kortikoidů jsem hodně nešťastná, jelikož mi vypadávají vlasy a mám zhoršenou pleť.*“ (R3). „*Já teď užívám Prednison a Controloc. Ale vůbec mi to nedělá dobře, jsem ještě více unavený a mám opuchlý obličej.*“ (R2)

Většina dotazovaných věděla o možnostech biologické léčby. Celkem čtyři z dotazovaných respondentů nebyli informovaní ze strany lékaře. Celkově o této možnosti léčby vůbec nevěděli dva respondenti. „*Ne, nevím co to je. Nikdy jsem o tom neslyšela.*“ (R4). „*Neznám to.*“ (R1). Výjimkou byli dva respondenti, kteří informaci o možnosti biologické léčby si přečetli na internetu. „*Ne, ale znám to z internetu. A slyšel jsem, že tato léčba je hodně drahá a ne každý ji dostane.*“ (R2). „*Ne, ale znám to z internetových zdrojů.*“ (R7). Zbylí tři respondenti s touto metodou byli obeznámeni a pouze jen dva se s ní setkali. U respondenta číslo pět byla biologická léčba aplikována zhruba před pěti lety. Z důvodu komplikací se přerušila a přistoupilo se k chirurgickému

zákroku. „*Ano a byl jsem na ní půl roku, ale bohužel mi nepomohla. Před pěti lety jsem podstoupil chirurgický zákrok odstranění celého tlustého střeva. Měl jsem na pár měsíců ileostomii. Poté se mi konec tenkého střeva napojil na konečník.*“ (R5). Jen jeden respondent ze sedmi se s touto možností léčby aktuálně potýká. Její účinek je blahodárný a pomohl. Dle jeho výpovědi nebyla cesta k jejímu získání jednoduchá. „*Dvakrát mi byla zamítnuta až teprve po třetí prodělané akutní pankreatitidě, která byla následkem léků na UC.*“ (R3).

3. Relaps

V případě této kategorie neměli respondenti vůbec žádný problém s překladem slova relaps. Každý na položenou otázku hned věděl jasnou a stručnou odpověď. Dá se říci, že u této kategorie došlo k největší shodě a to, že si relapsem prošli všichni minimálně více než jednou za život s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou. Jeden z respondentů trpí akutní fází už od listopadu minulého roku a to doposud přetrvává. „*Poslední relaps byl od listopadu a přetrvává až doposud. Pořád se to nelepší, ale krev ve stolici už není. Pouze jsou průjmovité stolice pětkrát až šestkrát za den.*“ (R7). Další z respondentů udal, že jím trpí od ledna letošního roku. „*Ted' v lednu a trvá to až do ted'.*“ (R4).

Remisí si aktuálně prochází pět ze sedmi respondentů. S odebranými informacemi vyplývá, že jsou intervaly prodělání akutní fáze různé a záleží na jejich spouštěcích faktorech. V případě této otázky došlo k velké shodě v odpovědích získaných od všech respondentů. Veškerá většina uvedla na prvním místě psychický vliv v podobě stresu. „*Vyvolalo to psychické napětí a nahromaděný stres.*“ (R3). „*Asi u mě nejvíc stres. Celkově si i myslím, že si za tohle onemocnění můžu já sama. Ve škole jsem nezvládala zkouškové a zbytečně jsem si to moc brala. Proto pak jsem i přerušila školu.*“ (R1). Někteří byli konkrétnější a zařadili sem například jako jeden z důvodů i špatnou stravu nebo vynechání medikace. „*Velký vliv na to má psychika, ale mám dojem, že mi to ted' způsobilo vynechání medikace. Zapomněla jsem si několikrát vzít léky na UC.*“ (R4).

4. Hospitalizace

V této oblasti na základě výpovědí vyšlo, že všichni až na jednoho z respondentů si prošli pobytem v nemocničním zařízení. Hospitalizace není tak častým řešením jako u některých jiných onemocnění GIT. Respondenti se povětšinou bez vážnějších komplikací spíše léčili ambulantně. Pravidelně navštěvují IBD poradnu a podstupují preventivním vyšetřením a to je kolonoskopie. Častým důvodem k hospitalizaci byly vážnější komplikace nebo nezvladatelný průběh onemocnění. Jeden z respondentů si pobytem v nemocnici neprošel vůbec, jelikož onemocněním trpí teprve necelý rok a ambulantní léčba byla dostačující. *„V nemocnici jsem ještě hospitalizována nebyla. Onemocněním trpím ani ne jeden rok a komplikace nebyly. Paní doktorka mi napsala klysmata a ta mi pomohla během jednoho týdne.“* (R1).

Na otázku týkající se vstřícnosti a komunikace s personálem v období jejich poslední hospitalizace se po většinu respondentů shodují v tom, že sestry byly hodné a snažily se jim ve všem vstříct. Objevily se malé nedostatky, co se týče komunikace mezi sestrou a pacientem samotným. Většina respondentů byla spíše uzavřená a v nemocnici o nic nežádali, i když byli nespokojeni. Jeden z respondentů si stěžoval na umístění, co se týče pacientů na stejném pokoji, kdy například byli na pokoji hospitalizováni dva pacienti s IBD a jednou toaletou. *„No nějak moc jsem s nimi nekomunikoval, nejvíc mě spíše trápilo to, že jsem byl na pokoji s pacientem, co měl Crohna a o záchod jsme skoro bojovali, ale na oddělení měli plno a nedalo se s tím nic dělat.“* (R2). Dále uváděli, že na zdravotnickém personálu bylo znát jejich vyčerpání a časová nedostupnost. *„No v nemocnici jsem působila jako samostatná jednotka. Trošku mě mrzelo, že mě dali na pokoj s o hodně staršími pacienty. Na zvoneček to taky dlouho trvalo, naštěstí je pak napadlo, že by mi dali infuzní stojan, abych je furt neotravovala se záchodem.“* (R3). *„Personál byl velmi přívětivý, ale snažila jsem se je přes den moc neotravovat, jelikož jsem vycítila z chodu oddělení, že zrovna dvakrát moc času nemají.“* (R7)

Jako velmi častá nespokojenost ze strany respondentů byla zmiňovaná nemocniční strava. V nemocnicích jim byla často přiřazována dieta číslo 0 (tekutá), 1 (kašovitá)

anebo 4 a 4S (s omezením tuku, s přísným omezením tuku). Diety byly často určovány podle aktuálního stavu respondenta. U dvou pacientů došlo k shodě, že jím byla podávána dieta číslo 4. Tedy s omezením tuku, ale nikoliv vlákniny. „*Vůbec ne, dietu mi dají vždy jen s omezením tuku, nikoliv s omezením vlákniny. Ale neřešila jsem to.*“ (R4). „*Vůbec mi to nechutnalo. Měl jsem dietu 4, ale občas se stalo, že to obsahovalo nějakou zeleninu nebo třeba například švestku a to já prostě ve chvíli, kdy běhám na WC patnáctkrát za den, neměl ani chuť.*“ (R2). Všichni, ačkoliv byli s podávanou stravou nespokojeni, si nikterak nahlas nestěžovali a přistupovali k tomu spíše laxním přístupem.

5. Potřeby denního života

Všichni respondenti uváděli jako nejhůře uspokojovanou potřebu, potřebu vyprazdňování. U respondenta čtyři a sedm se problém tak prohloubil, že byli nuceni začít používat inkontinenční pomůcku a to plenkové kalhotky. „*Začala jsem nosit plenkové kalhotky. Bez nich by to ani nešlo, jelikož jsem měla kruté relapsy.*“ (R4). „*Přes noc mám od té doby plenkové kalhotky.*“ (R7) Počet stolic za den v období znovuvzplanutí byla různá. U všech respondentů se pohybovala v průměru deset až dvacet stolic za den. Výjimkou byl respondent číslo pět. Před pěti lety podstoupil operaci, při které mu bylo odejmuto tlusté střevo a napojené tenké na konečník. Respondent měl komplikace naposledy před třemi lety a průměrný počet stolic za den je okolo tří až čtyř a to v období remise. „*Ted' mám svěrač napojen na tenké střevo, fyziologický počet stolic je u mě třeba 3x 4x za den. Už jsem si zvykl, je to lepší oproti potížím co jsem měl v období relapsu.*“ (R5). Jako další problematickou potřebou respondenti naráželi hodně na oblast spánku. Všichni se shodli na tom, že díky UC jsou více unavený a vyčerpaný. Jak psychicky tak i fyzicky. „*Většinou jsem byla hodně unavená a neměla jsem ani na nic sílu.*“ (R1). Následkem urputných průjmu bylo u každého respondenta i časté noční buzení na záchod. Dva respondenti vypověděli, že k lepšímu spánku si dopomáhají hypnotiky, ale pouze u jednoho nebyla

východiskem. „Dostávala jsem léky na spaní. Ale jinak se to nějak ovlivnit nedalo. Na záchod jsem byla někdy schopná lítat celou noc.“ (R3). Všichni respondenti potvrdili, že nejčastějším vyvolaným pudem, který zvyšuje riziko dojít si na stolicí během relapsu, je nejčastěji stres. Dále respondenti zmiňují pohyb, který pravděpodobně zrychlí střevní peristaltiku a vyvolá tak pud dojít si akutně na stolicí. „U mě je nejčastějším tzv. vyvolávatelem určitě pohyb. V období relapsu se snažím být spíše doma a nikam moc necestovat.“ (R2). „Nejčastěji to na mě přijde, když se hodně hýbu. Stačí se jen zvednout ze židle a už mám nucení a pak samozřejmě to, jak na tom aktuálně psychicky jsem. Takže hodně stres.“ (R6). Respondent číslo sedm odpověděl, že jeho vyvolání pudu k vyprázdnění závisí i na obsahu jeho jídelníčku. „Nevím. Podle mě třeba nervy, co si zrovna prožíváte. Nebo jídlo co by vám nemuselo udělat dobře.“ (R7).

Z důvodu onemocnění UC museli respondenti vyřadit ze svého jídelníčku určitá jídla. Většina respondentů udala stravu, která je bohatá na vlákninu. „Ze svého jídelníčku mi bylo od lékaře řečeno, že bych měla omezit vlákninu. Takže se teď vyhýbám jídlu jako je například hrách, čočka, chleba se zrníčky, broskev, určité zelenině a nejvíce paprice a kukuřici.“ (R7). „Úplně jsem omezil vlákninu. Měl jsem po ní bolesti břicha a průběh akutního stavu tak akorát zhoršoval.“ (R6). Jeden z respondentů odpověděl, že díky UC se naučila pravidelně jíst a vynechat ze svého jídelníčku nezdravé jídlo a sladké nápoje. „Vynechala jsem masná jídla a zeleninu (kukuřici a papriku) a trošku jsem se i díky tomu naučila jíst pravidelně, piju už jen vodu.“ (R1). Jako další nejčastější shoda v omezení, byla v oblasti mastných jídel, čokoládových výrobků, respektive sladkého a některých mléčných produktů. „Od té doby co mi začaly ty problémy, tak nejím smažený, čokoládu a některou zeleninu.“ (R2). „Nejvíce jsem vynechala asi zeleninu, ale dále pečivo se zrníčky, sladká jídla a masná jídla.“ (R3). Respondent číslo čtyři omezuje sladké pouze kvůli diagnostikovanému diabetu mellitu II. „Smažená jídla, grilovaná zelenina, masné sýry a luštěniny. Dále omezuju sladké kvůli cukrovce.“ (R4).

Většina respondentů potvrdila, že pro udržení remise se snaží vyhýbat nadměrnému stresu. Dodržovat správnou životosprávu a vyhnout se jídlu, které jim konkrétně

samotným nedělá dobře.“ *Dávám si pozor na jídlo, které mi nedělá dobře, úplně jsem vynechala mastná jídla, po kterých mě hodně bolelo břicho a nějakou zeleninu.*“ (R1). „*Snažím se dodržovat jídelníček.*“ (R2). Dva respondenti ze sedmi udali, že k prodloužení remise jim dopomáhá kouření cigaret. Respondentka číslo tři, před tím nikdy nekouřila, až když se dočetl v literatuře, že kouření cigaret může pomoci k oddálení relapsu tak začala. „*Během remise se hodně vyhýbám stresu, vždycky si řeknu, že mi to za to nestojí. A od doby co jsem se dočetla, že kouření na UC může mít blahodárný vliv tak kouřím jednu až dvě denně. A nechci to zakřiknout, ale už půl roku jsem bez komplikací.*“ (R3). „*Během remise se snažím být v klidu a řešit věci v klidu. Nestravuju se ve fastfoodech. Kouření jsem neomezil, naopak trošku tvrdím, že cigarety mi vždy remisi prodlužovali.*“ (R5). Celkově kouří čtyři respondenti ze sedmi.

6. Rodina a společenský život

Na začátku diagnostiky byla pro všechny důležitá pomocná ruka od rodiny a jejich nejbližších. Víru v boha nikdo z respondentů neudal. Vyplynulo z toho spíše totální psychické selhání a ztráta naděje. „*Kamarádky mi hodně pomohly, měla jsem v nich oporu. V době zjištění jsem měla přítele. Ten se k tomu postavil statečně. Se vším mi pomáhal, dokonce mě vozil i na kolonoskopické vyšetření.*“ (R3). Jeden z respondentů udal, že díky své diagnóze se svou partnerkou rozešel. Jen proto, aby ji neublížoval a neotravoval svým onemocněním. „*V tom období jsem měl známost a po zjištění diagnózy a prognózy jsem se s ní rozešel. Nechtěl jsem, aby chodila s mrzákem.*“ (R5). U dalšího z respondentů se i objevily v důsledku zjištění diagnózy neurotické potíže a projevila se u něj deprese, na které následovně bral i léky. V tom období se rozváděl a jako vinu za jeho diagnózu dává hlavně sám sobě. „*V té době jsem se rozváděla, takže za příčinu vzniku onemocnění hlavně viním sebe a psychiku. Vždycky jsem byla hrozný stresář a cíťa, podle mě se i mi v té době díky onemocnění psychické zdraví zhoršilo. Brala jsem tehdy nějaká neurotika.*“ (R4).

Všichni respondenti shodně udali, že je období znovuvzplanutí velice omezuje v jakémkoliv jejich koníčku, sportu nebo společenských akcí. Většina udala, že než někam jdou, tak se raději ujistí, jak je to na tom místě s toalety. „*Do společnosti jsem chodila, ale jen tam kde jsem tušila, že je více záchodu než jeden, ale se sportem jsem flákla. Ale pomalu se k němu opět vracím*“ (R3). Respondenti se shodli, že v plnění koníčku je nejvíce omezovala únava. „*V období relapsu jsem byl spíše zavřený doma. Neměl jsem na to náladu a snažil jsem spíše vyspat. Bolestivé chození na stoličce několikrát za den je docela vyčerpávající.*“ (R5). Respondent číslo pět to v životě neměl jednoduché. Ze začátku studia se chytl špatné party. Ve škole měl velké absence, ale školu nakonec dodělal a za to děkuje podpoře své matky.

4.4 Seznam kategorií (sestry)

Získané informace od šesti sester se rozčlenily do pěti kategorií.

Kategorie

1. Pacienti s UC
2. Ošetrovatelská péče
3. Edukace
4. Potřeby nemocných
5. Vyšetření

1. Pacienti s UC

Z výzkumného šetření je zřejmé, že vyslechnuté sestry se na oddělení toho typu dostaly přiřazením, kromě dvou sester, které na tomto oddělení chtěly pracovat hned po studii a dobrovolně. „Už když jsem chodila jako studentka na praxi, tak se mi na tomto oddělení velice líbilo a řekla jsem si, že jednou zde musím pracovat. Taky se mi to splnilo a jsem za to moc ráda. Navíc lidi, kteří mají problém GIT je velké množství.“ (S3) Všechny sestry kromě jedné se ve své praxi s pacientem trpící UC setkaly už mnohokrát. U tohoto případu záleželo na délce trvání praxe stráveném na tomto oddělení. Sestra číslo tři je teprve necelý rok zaměstnána a odpověděla, že pacienti s UC se zase tak častokrát nehospitalizují. Jde spíše o léčbu ambulantní než například u pacientů s CD. „S moc pacienty jsem se nesečkala, něco málo přes 20. Pacienti trpící UC jsou spíše léčeni ambulantně. K hospitalizaci dochází u případů, kde se vyskytnou nějaké komplikace.“ (S3) Zbylé sestry udávaly většinou nespočet pacientů, ale tady to souviselo i s tím, že s pacienty s UC přicházejí už dlouhá léta do styku. „To asi nelze spočítat, na našem oddělení se s těmito pacienty setkáváme velmi často, budou to desítky pacientů.“ (S4). Jedna ze šesti sester odpověděla, že s pacienty s UC přišla

do kontaktu i na předešlém oddělení na kterém předtím pracovala. „*Za svou praxi jsem se potkala už s mnoha pacienty, a to i na oddělení, kde jsem pracovala předtím.*“ (R5).

Charakteristika pacienta s UC kolitidou se řídí dle jeho charakteru a vnitřní vyrovnanosti. „*Jsou to hodně trpěliví pacienti a chování by se spíše dalo charakterizovat podle jejich charakteru a typu člověka.*“ (R2). U většiny dotazovaných sester došlo ke shodě. Pacienta s UC popisují jako klidného, nekonfliktního a spíše uzavřeného člověka. „*Pacienti s UC jsou bezproblémoví, spíše smutní a tiší. Na nic se neptají a spíše fungují jako samostatné jednotky. Taky záleží, jak dlouho se pacient s UC potýká.*“ (R4). Sestra číslo pět uvádí, že se pacienti nikterak od ostatních neliší a vypadají podle její výpovědi nikterak odlišně oproti zdravým lidem. „*Nikterak odlišní od ostatních pacientů. Normální člověk, u kterého nepoznáte, že je nemocný. Pokud tedy netrpí nějakými vážnějšími komplikacemi.*“ (R5).

2. Ošetrovatelská péče

Následující kategorie se zaměřuje na kvalitu pobytu a co by pro pacienta mohla sestra udělat. Sestrám byla položena otázka týkající se zlepšení kvality pobytu v nemocnici. Největší shodu tvořila otázka pokoje a jeho zařízení. Všechny sestry ve svých výpovědích podotýkaly, že nejdůležitější jednotkou by mělo být sociální zařízení. Každý pokoj by měl obsahovat toaletu a sprchu. „*Na pokoji by měla být toaleta a sprcha.*“ (S4). „*Zajistit mu soukromí hlavně v oblasti vyprazdňování, to znamená pokud možno, aby měl pacient pokoj s WC, nebo alespoň pokoj, který je k WC co nejblíže.*“ (S5). Většina sester i ve svých výpovědích udala, že pacientovi by mělo být zajištěno dostatek soukromí a vyvarovat se tak studu. „*Toaleta na pokoji je samozřejmostí a zajistit pacientovi co největší soukromí, jelikož otázka okolo vyprazdňování je velice choulostivé téma.*“ (S1).

Dále se hodně často objevovala odpověď, kde sestry uváděly, že by pacienti s UC měli být na pokoji po jednom. To znamená minimálně jeden člověk, který trpí onemocněním IBD. Pokoje jsou povětšinou udělané pro tři lůžka. Sestry se, ale i tak

snaží pacientům vyjít co nejvíce vstříc a pacienti jsou tak na pokojích po jednom s IBD diagnózou. „Zařídít mu hlavně soukromí při vyprazdňování, aby měl k dispozici toaletu, kdykoliv jen bude potřebovat, aby se o ni s nikým nemusel dělit. Rozhodně nedávat na pokoj pacienty s ulcerózní kolitidou nebo Crohnem, když je na pokoji pouze jen jeden záchod.“ (S3). Některé sestry byly ve svých odpovědích konkrétnější a udávaly i dostatečnou komunikaci, zajištění návštěvy nutričního terapeuta a kontakt s rodinou. „Určitě bych i doporučila návštěvu nutričního terapeuta z důvodu nevyvážené stravy.“ (S2). „Rozhodně je důležitá komunikace. Zeptat se, na co je pacient s UC zvyklý z domácího prostředí, a zajistit mu vše potřebné na pokoji, aby měl vše poblíž.“ (S4). „Důležitá je podpora rodiny, takže zajistit kontakt s rodinou.“ (S6).

Častá otázka, která je směřovaná na sestry od pacientů, je oblast výživy. Sestry udávají, že pacienti s UC málokdy žádají o radu a když už, tak je to otázka směřovaná na oblast stravy a jejího složení. „Stává se to poměrně často, že pacient žádá o rady. Většinou se dotazy týkají správnosti diety, ptají se, zda mohou dále jíst potraviny, které mají rádi.“ (S4). „Hodně často jsem zažila otázky směřované na jídlo a jídelníček pro pacienty s UC. Tady v nemocnici už bohužel neexistuje bezzbytková dieta a je to škoda. Tuto dietu většinou nahrazuje 4 a 2.“ (S2). Dále jsou otázky směřované na sestry týkající se například sportu, u mladých dívek i otázka těhotenství. Některé sestry ve svých výpovědích uvedly, že pacienti jsou spíše uzavření a na rady se jich moc neptají. „Jak kdy, pacienty s IBD jsou spíše uzavření a bojí se i zeptat, ale je to škoda. Takže se někdy snažím ze své strany o nějakou komunikaci.“ (S3). „Pacienti s UC se mě nikdy moc neptají, jsou málokdy tak komunikativní jako například ostatní. Tak se snažím alespoň sama se aktivně zapojit do konverzace.“ (S1).

3. Edukace

U každé sestry je individuální jakou formou pacienta edukují. Každá sestra má svůj jiný typ formy edukace a metody, k níž využívají odlišné pomůcky. Jako nejčastější forma edukační pomůcky se shodovala pomůcka brožur, letáčků, internetových odkazů a podobně. Celkem čtyři sestry zmínily tuto metodu. „*Pacientům přikládám různé brožurky, letáčky a odkazy na internetu.*“ (S6). „*Přinesu si letáčky a různé brožury, které mu také poskytnu.*“ (S3). Jako další hodně zmiňovanou metodou byla ústní forma, kdy si sestra vytvořila čas, prostor na aktivní zapojení pacienta a jeho otázky. „*Snažím se být trpělivá a pacientům naslouchat. Jelikož jejich trápení ohledně UC není jednoduché. Edukace probíhá formou ústního sdělení a snažím se zodpovědět na všechny jeho otázky, které jsou teda v rámci mé kompetence.*“ (S2). Dvě sestry byly konkrétnější a ve svých odpovědích uvádí i důraz na zajištění klidných podmínek při průběhu edukace. „*Najdu si klidné místo a zajistím, aby nás nikdo nerušil. Na sezení si vyhráním zároveň dostatek času. Nakonec dám pacientovi prostor pro jeho dotazy. Jako pomůcka mi slouží také různé příběhy od lidí s tímto onemocněním. Pacient se tak nebude cítit se svou nemocí sám.*“ (S3). Výjimkou byla pouze jen jedna sestra, která uvedla, že edukace s pacientem je minimální a probíhá spíše na ambulanci. „*Zatím jsem se moc nevzdělávala. Jsem sestra na lůžkovém a tuto práci většinou dělají jako první sestry v proktologické poradně. Mě už se pouze pacienti doptávají a někdy také vůbec.*“ (S1).

Kolonoskopie patří mezi nejběžnější vyšetřovací zobrazovací metody v diagnostice UC. Pacienti mají největší strach právě z kolonoskopie. Otázka byla orientovaná na přípravu a edukaci. Všech šest sester potvrdilo, že na tento výkon připravily nemálo pacientů. Necelá většina byla ve svých odpovědích hodně konkrétní a popsala celý řádný postup, před tímto vyšetřením. Čtyři sestry podrobně popsaly celý postup, který před vyšetřením pacientovi poskytují. „*Vysvětlím dietu, která se drží před výkonem a následně mu den před, dám vypít přípravek Picopred. Všechno mu povím ústní formou na pokoji. Postup výkonu mu řádně vysvětlím a ještě ho nechám podepsat souhlas s vyšetřením. Důležité je hlavně vysvětlit pojem kolonoskopie pro ty co jdou na toto*

vyšetření poprvé v životě.“ (S2). „Moje edukace spočívá v informování o dietě, kterou by měl pacient dodržovat, nabízíme letáčky, na kterých jsou vhodné a nevhodné potraviny. Dále informuji pacienta o tom, že by si měl udržet psychickou kondici a nesmí si z tohoto onemocnění lámat hlavu, podpořím ho, že se to dá a musí zvládnout. Odpovídám mu a veškeré dotazy, které mohu poskytnout. Když se ptají na odborné dotazy týkající se přímo onemocnění, musím je směřovat na lékaře.“ (S4).

4. Potřeby denního života

Nejběžnější problematickou potřebou u pacientů s UC, kterou sestry udávají je potřeba vyprazdňování. Díky tomuto onemocnění se řadí na první místo, jako nejvíce problematicky uspokojovanou potřebou. Shodlo se na tom všech šest sester. „Nejvíce problematická je potřeba vyprazdňování.“ (S5). „Na první místo bych nejspíše zařadila potřebu vyprazdňování.“ (S1). Dále hodně zmiňovanou problematickou potřebou byla zmiňovaná potřeba spánku a výživy. „Jako další problematickou potřebou je spánek. Pacienti jsou velmi unavení a přes den většinou pospávají.“ (S1). „Nejvíce problematická je potřeba vyprazdňování, ale i potřeba spánku a výživy.“ (S5). Dvě sestry ve svých rozhovorech zmínily i potřebu informovanosti. Sestra číslo čtyři byla konkrétnější a uvedla více potřeb, které pacienta s UC trápí. „Z počátku diagnostikování tohoto onemocnění pacient potřebuje hlavně informace. Spousty informací, podporu, a pokud si to sám přeje, tak i zasvěcení rodiny do této problematiky. U většiny pacientů je také důležité zachování intimity vůči ostatním pacientům na oddělení, na druhou stranu později je vhodné, když se pacient seznámí s někým, kdo UC také trpí a může mu poradit. Velkou potřebou je také hygiena těchto pacientů a mezi nezakladnější potřebu patří vyprazdňování, která musí u pacienta být chápána a dána mu najevo, že je to naprosto normální.“ (S4).

Další otázka byla směřovaná na saturaci a hodnocení potřeb. V této kategorii měly sestry odlišné odpovědi a velmi strohé. V první řadě sestry uvádí, že je na prvním místě důležité zmapování pacientových potřeb a následná pomoc s jejím uspokojením. Čtyři

ze šesti sester uvedly, že je v první řadě důležitý sběr informací. Co pacienta nejvíce trápí a dát mu tak prostor i na jeho otázky. Na to navazuje pomoc ze strany sestry, která si následující sebrané informace zhodnotí a naváže na uspokojení chybějících potřeb. *„Zhodnotím je tak, že si s tím pacientem v poklidu popovídám a dám mu prostor se otevřít, díky tomuhle zjistím, co ho nejvíce trápí a poté na to navazují odpovědi z mé strany, které mu můžou pomoci.“* (S6). *„Snažím se pacienty co nejvíce komunikovat a být s nimi během hospitalizace v kontaktu. Pomocí komunikace zjistím, co pacienta nejvíce trápí a k tomu pak směřuje má pomoc v uspokojování té dané potřeby nebo potřeb.“* (S4). *„Jsem ráda, když toho člověka můžu hlouběji poznat, pak už člověk snadno odhadne jejich potřeby. Je důležité si k nim najít cestu a oni se pak i sami nakonec se svými potřebami svěří. Snažím se tyto potřeby naplňovat, jak je to jen v našich silách. Je to hlavně velmi individuální záležitost, každý z těchto pacientů upřednostňuje jinou ze svých potřeb. Důležitá je hlavně psychická podpora.“* (S3). *„Seberu od pacienta co nejvíce informací a tím podle mě asi nejvíce zjistím, jaká potřeba pacienta nejvíce trápí. Následovně se mu s neuspokojenou potřebou snažím co nejvíce pomoci.“* (S1).

Mezi nejčastěji problematicky uspokojované potřeby je potřeba vyprazdňování. Na této odpovědi se shodla naprostá většina. Také na to navozovala další otázka, jejímž cílem bylo zjistit, jak sestry vnímají a respektují potřebu vyprazdňování u pacientů s UC. U této otázky navazuje další největší shoda v bodech a to jsou, zajištění dostatečné intimity, soukromí, klidu, blízkost toalety a zajištění hygieny. *„Snažím se jím zajistit klid a čisté sociální zařízení. Kladu důraz na hygienu a dodržování intimity.“* (S1). *„Zajistím mu dostatek intimity a vždy dostatek hygienických pomůcek. Snažím se respektovat jeho soukromí.“* (S2).

5. Vyšetření

Dle odpovědí, které sestry uvedly, je zřejmé že mezi nejzákladnější vyšetření pro pacienty s UC je právě kolonoskopie. Dále uvádí, že právě kolonoskopie v pacientech vyvolává největší strach. Z této příčiny byla sestram položená otázka s cílem zjistit, jak psychicky pacienta připraví na dané vyšetření. Všechny sestry se ve svých výpovědích shodují. *„Už v IBD poradně jim vysvětlíme vše potřebné, týkající se vyšetření a diety. Na první místo řadím komunikaci. Největší strach mají pacienti právě z kolonoskopického vyšetření střeva. Naštěstí, tímto vyšetřením pacienti podstoupí minimálně jednou za rok nebo dle potřeby.“* (S6). *„Pacienti se nejvíce bojí kolonoskopie. Hlavní je, aby měl pacient dostatek informací o výkonu. Takže ho informuji o tom, proč na vyšetření jde, jak bude vyšetření probíhat, zda bude vyšetření bolet, co nebude a bude smět dělat po vyšetření, atd. Pokud bude mít pacient obavy, vyslechnu ho a pokusím se ho uklidnit.“* (S2). *„Úplně na začátku se pacienti podrobí kolonoskopickému vyšetření. Toto vyšetření ve všech pacientech vzbuzuje strach. O vyšetření pacientovi podáme dostatek informací a psychicky se ho snažíme uklidnit, jelikož stres je to nejhorší co bychom zrovna v tuto chvíli chtěli.“* (S1). Z výše uvedených odpovědí si lze povšimnout, že jako nejčastěji prováděnou metodou je dostatečná informovanost pacienta a psychické povzbuzení. Sestry na otázku, jaká jsou nejčastější vyšetření u pacientů s UC, byly ve svých odpovědích konkrétnější a uváděly mnoho dalších vyšetřovacích metod. Nejčastěji zmiňovaná metoda byla například odběr biologického materiálu, jak moče, tak i stolice. *„Pacient je dále podroben odběrům biologického materiálu. Stolice a krve. V stolici nás nejvíce zajímá test okultního krvácení, kalprotektinu a tak dále. U krve jaterní testy, zánětlivé márkky, hemoglobin, leukocyty, erytrocyty. U kolonoskopie je velmi často odebrána biopsie, což znamená odebrání malé části střevní tkáně.“* (S6). Dále byla zmiňovaná metoda pomocí sonografie, kterou uvedla většina sester, ale jen pouze jedna sestra zmínila rentgenové vyšetření. *„Dále pak se u pacienta provádí laboratorní vyšetření a vyšetření zobrazovacími metodami jako například sono a RTG.“* (S2).

5 DISKUZE

V první části diskuze jsou shrnuty základní údaje respondentů, kteří se s UC potýkají více než jeden rok svého života. Doba trvání tohoto onemocnění je u respondentů odlišná.

Bortlík (2010) definuje, že onemocnění UC se vyskytuje čím dál tím více u mladší populace. Data, která byla od respondentů získaná, tuto skutečnost potvrzují. Výjimkou byl pouze jen jeden ze sedmi respondentů, kdy samotné onemocnění se mu diagnostikovalo až po čtyřicátém roce života.

UC je charakteristická velmi intenzivními průjmy s příměsemi krve a hlenu, které navíc doprovází nepříjemné tenesmy. (Češka, Lukáš, 2015) Respondenti ve svých odpovědích nejčastěji uváděli bolesti břicha a časté průjmy. Díky rozhovorům, které byly od respondentů odebrány, se potvrdil velmi častý průkaz přítomnosti krve ve stolici. Respondenti v tu chvíli absolutně nevěděli, co dělat a co se s jejich tělem děje. Není tedy překvapující, že jako první koho požádali o radu, byl praktický lékař, který je následovně odkázal na specializované pracoviště, a to gastroenterologické oddělení. Výjimku tvořil pouze jen jeden z respondentů, který se objednal rovnou do IBD poradny. Důvod byl takový, že přítelkyně dotazovaného byla zdravotní sestra a s touto problematikou měla zkušenost. Červenková (2009) uvádí, že diagnostika tohoto onemocnění je většinou stavěna na základě klinického obrazu z kolonoskopie a jeho následného histologického vyšetření. Měli by znát o jaký typ diagnostiky a její cíl běží, čímž by se dalo zamezit riziku strachu. Dle získaných odpovědí lze usoudit, že právě kolonoskopie u respondentů vyvolala největší strach. Samozřejmě chceme poukázat i na prvotní strach z onemocnění jako samotného. Ve výpovědích od respondentů si lze všimnout, že reakce na zjištění své diagnózy byli velice různé. Převládá tu strach, co se bude dít a co je čeká. Dále z většiny výpovědí bylo zřejmé, že respondenti se s tímto onemocněním nikdy nesekali. Reakce na oznámení diagnózy tedy byly různého charakteru, ale v jádru velice podobné.

V první kategorii nás zajímala následná edukace a od koho byla nejčastěji provedena. Respondenti nejčastěji uváděli komunikaci s lékařem. Lékaři

k respondentům přistupovali citlivě a vše jim vysvětlili. Překvapilo nás pouze tvrzení od jednoho z respondentů, který udal, že komunikace ze strany lékaře byla spíše chladná a necitlivá. Tady to naštěstí pak zachránila následná edukace, která byla poskytnuta sestrou. Z odebraných dat si následně můžeme povšimnout, že prvotní edukace přichází ze strany lékaře, a poté přichází role sestry edukátorky. Respondenti ve svých výpovědích, ale nakonec spíše zmiňují metodu samostudia, v provedení internetových stránek. Internet jako novodobý zdroj informací neberu jako negativní příjem, ale někdy je lepší jít s radou nejdříve za lékařem, než si to někde vyhledáme na různých fórech.

Kohout (2006) definuje, že léčba UC se liší dle jejího aktuálního stavu a poté dle reakce dané léčby. Závisí to také na tom, jestli respondent si prochází aktuálně akutní fází nebo se nachází v období remise. Kohout (2006) dále uvádí, že nejdůležitějším cílem léčby je udržení remise, pokud možno co nejdéle. U pacientů s UC je převážně využívána konzervativní léčba. Pacienti berou medikamenty dle ordinace lékaře, dodržují dietní opatření a vyhýbají se psychickému tlaku. Respondenti nejčastěji užívají léky, které potlačují imunitní systém, kam spadají imunosupresiva. Dále léky na podporu zlepšení střevní mikroflóry v podobě probiotik. Bohužel respondenti udávali i zkušenost s lékem v podobě kortikoidů. Dle mého názoru, kortikoidy jsou léky, které mají bohužel řadu nepříznivých vedlejších účinků, ale mají velký vliv na potlačení střevního zánětu. Dle Součka (2011) jsou kortikosteroidy velmi efektivní lék, který je v IBD terapii využíván už přes padesát let. Dále definuje, že lék se podává v léčbě akutní fáze, ale k udržení remise zřídka. Díky rozhovorům, které byly od respondentů odebrány, bylo zjištěno, že právě s léčbou pomocí kortikoidů jsou respondenti nejvíce nespokojeni. Stěžují si právě na velké změny v oblasti obličeje, kdy je přítomný Cushingův syndrom a vypadávání vlasů. Respondenti užívající kortikoidy si na dávkování dávají pozor a jsou si vědomi rizika jeho vysazení.

S biologickou léčbou měli zkušenost pouze dva z dotazovaných, přičemž jen jeden se se s ní potýká aktuálně. Biologická léčba je aktuálně považovaná za nejlepší dostupnou léčbu u onemocnění IBD. Já z osobní zkušenosti můžu potvrdit, že je to to nejlepší, co mě mohlo potkat. Díky biologické léčbě mohu zase normálně žít a aktuálně

nemám žádné omezení. Překvapilo nás, že jeden z respondentů, který tuto léčbu podstoupil, udal, že mu nepomohla vůbec a musela se okamžitě přerušit.

U dotazovaných respondentů nás dále zajímala oblast spouštěcích faktorů relapsu. Tady došlo k největší shodě, kdy se jednalo o psychický tlak v podobě stresu. Respondenti jsou většinou převážně hodně citliví a lítostiví. Bohužel tento faktor v této problematice není vůbec příznivý, naopak spíše škodí. Ze své vlastní zkušenosti můžu říct, že potýkat se s tímto onemocněním není vůbec jednoduché. V akutní fázi jste doslova vyčerpaní a na pokraji zoufalství. Takže dle odpovědí respondentů a mého názoru je velice důležité se vyvarovat nahromaděnému stresu, jelikož toto onemocnění je nevyzpytatelné a jeho vývoj můžeme ovlivnit i my sami.

Důležité také bylo zjistit, jak respondenti snášejí pobyt v nemocnici a jak uspokojují své potřeby. Jako jeden z cílů našeho výzkumného šetření bylo zmapovat uspokojování potřeb u klientů s ulcerózní kolitidou. Zajímaly nás potřeby denního života, které dělají respondentům největší problém, a to i při pobytu v nemocnici. Hospitalizace u pacientů s UC není tak častá. Ta je spíše aplikována u komplikovanějších případů. Výjimkou jednoho z dotazovaných respondentů, si pobyt v nemocnici prošli všichni. Nejvíce nás zajímal přístup sester a jejich komunikace směrem k pacientovi. Všichni respondenti udali kladný přístup, občas s malými nedostatky. Co se týče komunikace, tak dotazovaní v nemocnici fungovali spíše jako samostatné jednotky. Během hospitalizace se na nic sester moc neptali a ani je o nic nežádali. Tady bychom chtěli poukázat na první problém, který úzce souvisí s potřebou strachu a menší nejistoty v důvěře ke zdravotnickému personálu. Já osobně jsem zjistila, že na oddělení, kde bylo provedeno výzkumné šetření, není moc velký prostor na pacienty jako samotné. Oddělení bylo rušné, čekárna plná a sestry běhaly z jednoho místa na druhé. Určitě bereme v potaz, že gastroenterologické oddělení je a bude vždy plné pacientů, jelikož onemocnění IBD stoupá. Dle Bortlíka (2010) je každoročně diagnostikováno dvě stě až dvě padesát nemocných s IBD na sto tisíc obyvatel. Určitě se tu nabízí i aktuální problematika nedostatku personálu, který trápí momentálně každou nemocnici v české republice, a příval čím dál tím více nových pacientů s IBD. Gastroenterologické oddělení, jako samotná jednotka, je v jihočeském

kraji pouze jedno a v okresních nemocnicích můžeme najít pouze ambulance IBD poraden. Dotazovaným se určitě nedivíme, že se báli na cokoliv v období hospitalizace zeptat. Měl by jim být poskytnut čas i prostor na otázky, které je trápí a neví si s nimi rady. Řada otázek ze strany zdravotnického personálu k pacientovi, aby se pacient sám ve svých odpovědích na otázky vyslovil, co ho trápí.

V souvislosti s hospitalizací jsme se také zabývali aspektem v oblasti stravy. Ani jeden z respondentů bohužel nepotvrdil spokojenost týkající se nemocničního stravování. Většině respondentů byla v nemocnici podávána dieta číslo 4, neboli s omezením tuku, nikoliv dieta s omezením vlákniny. V nemocnici, kde bylo prováděno výzkumné šetření, není dieta, která by byla zaměřena pouze na omezení vlákniny. Bezezbytková dieta byla nahrazena dietou s omezením tuku, nebo také občas zmiňovanou sestrami číslo 2 a to šetřící. Podle nás je to velká škoda, už jen z jednoho prostého důvodu. Pacientům trpící UC přijde k obědu sice maso, bramborová kaše, ale jako doplněk ho tvoří například švestkový kompot, který je bohatý na vlákninu. Na stravu v nemocnici si ani jeden z dotazovaných nestěžoval, a tak nemohl být přivolán nutriční terapeut. Tady se opět vracíme k předchozímu problému, a to je strach projevit svůj názor. Z výše uvedených odpovědí lze usoudit, že konkrétní problém není tak jednoduchý změnit. Bohužel to tu stojí na více bodech, které by stály v potaz. Spadá, jsem daná osobnost, povaha, chování, jak pacienta, tak i sestry. Trachtová (2013) ve své knize poukazuje, že chybění jisté potřeby může vést k ovlivnění psychiky a chování daného jednotlivce. Tento poznatek směřuje na danou problematiku u pacientů s UC a jejich neuspokojených potřeb. Dalším bodem je aktuální problém s časovou vyčerpáním a plným stavem pacientů na oddělení.

Kromě oblasti stravy nás zajímala i oblast uspokojování potřeb. Potřeby, které respondentům dělají největší problém jak v období hospitalizace, tak i doma v běžném životě. Dle získaných dat od respondentů jsme zařadili na první místo problematiku uspokojení potřeby vyprazdňování. Tato potřeba dle Trachtové (2013) spadá mezi biologické, tělesné potřeby. Vyprazdňování patří mezi základní fyziologické potřeby. Nenaplnění této potřeby může způsobit mnoho somatických problémů jako je bolest břicha, křeče a podobně, ale i velkou škálu psychických problémů. Trachtová (2013) ve

ve své publikaci zmiňuje širokou škálu negativních emocionálních stavů jako je například nervozita, špatná nálada, úzkost a strach. Všechny tyto vyjmenované emocionální stavy mohou pacientům s UC jen uškodit a zhoršit zdravotní stav, jelikož i psychologické stresové faktory, jak ve své publikaci zmiňuje i Kisner (2011), mohou mít velký vliv na chování tohoto onemocnění.

U dvou respondentů se vzhledem i k jejich věku a schopnosti kontinence stolice problém tak prohloubil, že jsou nuceni mít v období akutní fáze inkontinenční pomůcku. V souvislosti s hospitalizací došlo k největší shodě, že respondenti upřednostňují pokoje, kde je sociální zařízení a mohli by být na pokoji v minimálním počtu obsazení. R2 a R3 poukázali na problém v řešení ukládání pacientů na gastroenterologickém oddělení. Respondenti uvedli, že na pokoji byli dva s IBD onemocněním a nastal problém ve chvíli, kdy se oběma vyvolal pud dojít si na stolicí. Dle mého názoru, by se na tento typ problému měl dát z pozice sestry větší pozor a přijímat na pokoj s IBD onemocněním maximálně jednoho pacienta. Určitě by to bylo fajn, ale uznáváme, že je to občas nereálné. Další potřeba, která je u pacientů s UC často narušována, je potřeba spánku. Potřeba spánku úzce souvisí i se zmíněnou potřebou vyprazdňování. V období akutní fáze, respondenty běžně trápí i noční docházení na záchod. Dle Kubicové (2006) je spánek jako další velmi důležitou biologickou potřebou a pacientovi by měli být vytvořeny vhodné podmínky, aby se tato potřeba mohla zrealizovat. Z našeho výzkumného šetření je zřejmé, že problematika uspokojení potřeby spánku trápí všechny respondenty, ale pouze v období akutní fáze. Příčinou narušení spánku byly časté ataky, které trápily respondenty během akutní fáze. Důsledkem neuspokojení této potřeby se objevovala častá únava, slabost a ovlivnění psychické rovnováhy. Dostatek kvalitního spánku je pro pacienty s UC podle nás velmi důležité, protože se pacienti cítí odpočatí, v dobré psychické náladě a jejich přiblížení k remisi je daleko jednodušší. Dle odebraných vypovědí lze usoudit, že se s tím respondenti tak trochu smířili, ale je zřejmé, že problematika uspokojení této potřeby trápí jen pacienty, kteří si procházejí akutní fází, nikoli remisí. R3 a R4 ve svých výpovědích uvádí, že k lepšímu spánku si dopomáhají léky na spaní. Z výzkumného šetření vyplynulo, že mezi nejvíce problematické potřeby pacienti řadí potřebu

vyprazdňování, spánku, výživy. V odebraných rozhovorech od respondentů se ale objevovala i nemálo problematická potřeba bezpečí a jistoty, potřeba být bez bolesti a potřeba čistoty a hygieny.

V druhé části našeho výzkumného šetření byly pomocí rozhovorů zjišťovány dva cíle zaměřené na sestry, které jsou v kontaktu s pacienty UC. Našimi cíli bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s UC a zmapovat jaké jsou jejich nejčastější ošetrovatelské problémy. Zajímala nás otázka, jak sestra může zlepšit kvalitu pobytu v nemocnici a co pro pacienta s UC může udělat. Sestry zdůrazňovaly, že by na pokojích mělo být samozřejmostí sociální zařízení. Pro pacienty s UC je velmi důležité, aby měli pokud možno co nejbližší toaletu a pokud možno, aby ji měli vždy k dispozici. Mile nás překvapilo, že i sami sestry ve svých výpovědích upozorňují na problematiku v ukládání pacientů s IBD na pokoje. Všech sedm sester na tento problém poukázaly a vždy se snaží tomuto problému vyvarovat. Pacienty s IBD ukládají na pokoje, kde by mohli být sami anebo pokud to není možné, tak alespoň po jednom s tímto onemocněním. Dále hodně zmiňovaným specifickým bylo dostatek hygienických pomůcek. Kozierová (1995) ve své publikaci zmiňuje, že hygiena je věda o zdraví a jeho udržování. Pomocí osobní hygieny si tvoříme starostlivost o sebe sama, čímž si udržujeme své zdraví. Trachtová ve své publikaci navíc zmiňuje, že právě nemoc mění požadavky na hygienickou péči a mění styl uspokojování potřeby hygieny. Pacienti s UC jsou schopni jít 10x a více za den na toaletu, a proto by se měl brát i v potaz větší důraz na intimní hygienu. Sestry nejčastěji zmiňovaly dostatek hygienických pomůcek, jako je například dostatek toaletního papíru, mycích přípravků a čistého prádla. Jedna ze zmiňovaných sester poukázala na nevyhovující typ toaletního papíru v nemocnici. Pacientům spíše doporučuje se osprchovat po každém použití toalety. Sestry se dále jednoznačně shodly na důležitosti komunikace mezi sestrou a pacientem. Pacientovi s UC se sestry snaží poskytnout vždy co nejvíce informací, aby se tak dalo předejít strachu. V této oblasti byla bohužel velmi často zmiňovaná problematika v komunikaci. Sestry pacienty s UC popisují spíše jako tiché, smutné a introvertní osoby. Pacienti je svými problémy spíše moc nezatěžují a přes den o nich téměř neví. Tady se objevuje kontext, kdy sestry vnímají pacienty jako uzavřené nekonfliktní osoby, kdežto ve

výpovědích odebraných od pacientů je spíše značný strach a pocitu z toho, že by sestry mohly svými problémy obtěžovat. Podle nás se tu objevuje chyba jak na straně sestry, tak i daného pacienta. Pacientům s UC bychom doporučili, aby se přestali bát a více se otevřeli a důvěřovali zdravotnickému personálu a sestřám, aby se aktivněji zapojily do komunikace s pacienty.

Nejčastějším ošetrovatelským problémem, který byl sestrami zmiňován, je oblast vyprazdňování. Jak už bylo zmíněno z výzkumného šetření, které bylo provedeno s pacienty, je tady jasná shoda v odpovědi. Nyström (2011) ve své publikaci zmiňuje, že častý vyvolávaný pud dojit si na stolicí je charakterizující pro to onemocnění. Počet stolic za den je různý. Pacienty v akutní fázi trápí neovladatelný pud dojit si na stolicí. Sestry dávaly důraz na dodržení soukromí a pacientovu intimitu. Jedna z výpovědí odebraná od jedné ze sester nás mile překvapila, kdy sestra konkrétně popsala, jak respektuje pacientovu potřebu vyprazdňování. Společně se shodujeme v názoru, že potřeba vyprazdňování musí být brána jako jedna z nejzákladnějších potřeb. Je tedy nutné, aby jim byla poskytnuta pomoc při jakýchkoli potížích. Dále pacienta ujistit, že jeho potřebu chápeme a rozhodně nám není na obtíž mu s ní náležitě pomoci. Jako dalšími zmiňovanými potřebami byla potřeba dostatečné informovanosti. Tady jsme se v našich otázkách konkrétně zaměřili na edukaci. Zajímalo nás, jak sestry pacienty připraví na různá vyšetření, aby se tak dalo předejít strachu. Jak už ve své publikaci uvedl Kohout (2006), tak endoskopie patří mezi nejzákladnější zobrazovací metody daného onemocnění. Na této odpovědi se shodlo i všech sedm dotazovaných sester, kdy konkrétně zákrok zvaný kolonoskopie zařadily na první místo. Dále všech sedm sester podrobně popsalo přípravu před samotným vyšetřením. Některé sestry si při výpovědích péči rozdělily na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Sestrami byla nejčastěji zmiňovaná dieta, která se musí dodržovat alespoň týden před samotným vyšetřením. Spočívá to ve vynechání stravy obsahující vlákninu. Den před vyšetřením už by pacienti neměli nic jíst, sestry doporučují maximálně nějaký čistý vývar. Největší zátěž, kterou sestry zmínily, je vypití přípravku pro vyprázdnění střev. To ve své publikaci zmiňuje i Falt (2015), kdy vypití přípravku představuje pro pacienty největší zátěž. Sestry dále uvádí, že většinu informací o kolonoskopii sděluje lékař. V den, kdy probíhá samotné

vyšetření je už jen důležité, aby byl podepsán souhlas a pacient byl psychicky připravený.

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci Problematika uspokojování potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou jsme se zabývali nejvíce problematickými potřebami a specifiky v ošetrovatelské péči.

Hned na začátku výzkumného šetření byly stanoveny tři cíle. První cíl měl za úkol zmapovat uspokojování potřeb u pacientů s UC. Jaká potřeba pacienty nejvíce trápí a jak se s ní náležitě vypořádají. Další cíle byly směřované na sestry, kdy nás zajímala specifika ošetrovatelské péče a nejčastější ošetrovatelské problémy v péči o pacienty s UC. Cíle byly splněny.

Na základě výsledků u prvního cíle jsme dospěli k závěru, že většina respondentů dávala největší důraz na potřebu vyprazdňování. Mimo potřebu vyprazdňování respondenti zmiňovali i potřebu spánku, výživy, informovanosti a bezpečí. V následujících cílech vyšlo najevo, že specifika ošetrovatelské péče je u každé sestry trochu odlišná, ale v jádru hodně podobná. Jeden z hlavních úkolů sestry na gastroenterologickém oddělení je zajistit pacientovi s UC pokud možno pokoj, kde bude sociální zařízení a soukromí. Dále zamezit strachu před vyšetřením, které by pro pacienta s UC mohlo být doposud neznámé. Určitě i poskytnutí pomoci v oblasti psychiky, dát pacientovi prostor na jeho otázky a názory. Sestry se nejčastěji setkávají s problémy v oblasti komunikace. Pacienty s UC popisují jako uzavřené a tiché osoby.

Z výzkumného šetření vyplývá, že problematika uspokojování potřeb u pacientů s UC je aktuální téma, které bylo, je a bude. Pacienti mají největší problém v oblasti uspokojování potřeby vyprazdňování. Tato práce by měla pomoci sestrám i pacientům v pochopení své role. Dle získaných dat vyšla u každého respondenta celková životní spokojenost odlišná. Zde záleželo na tom, jestli se respondent nacházel aktuálně v období remise, nebo v období akutní fáze onemocnění. Pacientům bych poradila větší otevřenost ke zdravotnickému personálu a nebát se zeptat. Co se týče sester a jejich specifikách v ošetrovatelské péči, tak se u každé trochu liší. Zde závisí na praktikách a zvyklostech dané sestry. Výsledky související s problematikou v oblasti nejvíce problematických potřeb pro nás nebyla nijak překvapující. Jako využití v praxi jsme

vytvořili brožuru pro pacienty s UC, která je vhodná jak pro pacienty, kteří se s tímto onemocněním léčí už delší dobu, ale i pro pacienty, kteří se s UC čerstvě potýkají. Dále bychom i rádi doporučili brožuru sestřám, na kterémkoliv oddělení v nemocnici, jelikož s pacientem s UC se můžeme setkat kdekoliv. Brožura obsahuje základní informace o samotném onemocnění, jeho léčbě, vyšetření, která pacient podstoupí. (viz příloha 3)

Na základě zjištěných výsledků, které nás přivedly k nízké informovanosti pacientů, byla vytvořena brožura, která poskytne základní informace o onemocnění UC. Brožura je vhodná pro pacienty, kteří se s tímto onemocněním léčí, nebo se s ním teprve čerstvě potýkají. Podle mého názoru ji budou moc využít i sestry na kterémkoliv oddělení, jelikož pacienti s UC mohou být hospitalizováni i jinde, než na gastroenterologickém.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARRIE, ARTHUR, M. a M. REGUERIO 2009 *Gastroenterology clinics of North America: Challenges in inflammatory boweldisease*, Philadelphia, Pa: Saunders sv.38, č.4. ISBN 14-377-1220-7

BICKSTON, J., S., SWENSON, B., R., FRIEL, M., CH. 2010 *Handbook of inflammatory bowel disease*, 1st. Edition, Philadelphia, ISBN: 978-0-7817-6630-2

BOULTON, R., COUSINS, C., GUPTA, S., HODGSON, H. 2011 *Gastroenterology second edition*. 2nd edition. London: Manson Publishing, ISBN 978-1-84076-068-2

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. 20015 *Ošetrovatelská péče 1.dil*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-5333-1

COHEN, Russell, D., KISNER, Joseph B. 2011 *Inflammatory Bowel Disease*, 2nd edition New York: Springer Science+Business Media, ISBN: 978-1-60327-432-6

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

ČEŠKA, R., DÍTĚ, P., LUKÁŠ, et al. 2015 *Interna*. 2. vyd. Praha: TRITON, ISBN 978-80-7387-885-6

DÍTĚ, P., ZBOŘIL, V., et al. 2005 *Akutní stavy v gastroenterologii*, 1.vyd. Praha: Galén, ISBN: 80-7262-305-2

FALT, P., URBAN, MARTÍNEK, J. et al. 2015 *Kolonoskopie*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-9886-8

FARKAŠOVÁ, D., KUBICOVÁ, L. 2006 *Ošetrovatelství teorie*, 1.vyd. Martin: Osveta, ISBN: 80-8063-227-8

GABELEČ, L. *Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. Interní medicína pro praxi*, [cit. 2015-11-7]. Dostupné z: <http://www.internimedcina.cz>

KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. 2006 *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*, 1.vyd. Praha: Forsapi, ISBN: 80-903-8200-8

KOZIEROVÁ, B. et al. 1995 *Ošetrovatel'stvo I.*, 1.vyd. Osveta, ISBN: 8021705280

KUTNOHORSKÁ, J 2009 *Výzkum v ošetrovatelství*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-2713-4

LATA, J., ZBOŘIL, V., PROKOPOVÁ, L. 2010 *Gastroenterologie*, 1.vyd. Praha: Galén, ISBN978-807-2626-922

LUKÁŠ, K. 2005 *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-1283-0

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. et al. 2007 *Gastroenterologie a hepatologie*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-1787-6

LUKÁŠ, M., BORTLÍK, M., et al. 2010 *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*, Praha: Medimport [cit.2015-11-25]. Dostupné z internetové stránky - http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brozura_dospeli_2.pdf

MAŘATKA, Z. 1999 *Gastroenterologie*. 1.vyd. Praha, ISBN 80-7184-561-2

MOSHE, S., NYSTRÖM, Per-Olaf 2011 *Urgentní břišní chirurgie*, 1. české vydání, Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-2357

NAVRÁTIL, L., DÍTĚ, P., et al. 2008 *Vnitřní lékařství pro nelékařské obory*, 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2319-8

PAVELKA, K., LUKÁŠ, M., Arenberger, P. 2014 *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*, 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5048-4

PLHÁKOVÁ, A. 2007 *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, ISBN 978-80-200-1499-3

SOUČEK, M., DÍTĚ, P., et al. 2011 *Vnitřní lékařství I.díl*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN:978-80-247-2110-1

STANGE, Eduart, F. 2009 *Colitis ulcerosa- Morbus Crohn*, 3rd.edition, Bremen: UNI-MED, ISBN: 978-3-8374-1159-1

ŠOLČOVÁ, L., BURDA, P. 2015 *Ošetrovatelská péče 1.díl*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-5333-1

ŠPIČÁK, J., et al. 2008 *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-1783-8

ŠRÁMKOVÁ, M a kolektiv 2011 *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, 1.vyd, Praha: Grada ISBN: 978-80-247-3223-7

TÓTHOVÁ, Valérie, et al. 2014 *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*, 2. vydání, Praha: Triton, ISBN: 978-80-7387-785-9

TRACHTOVÁ, Eva, et al. 2013 *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelék. zdravot. oborů, ISBN: 978-80-7013-553-2

8 PŘÍLOHY

1. Příloha 1 Polostrukturovaný rozhovor s respondenty
2. Příloha Polostrukturovaný rozhovor se sestrami
3. Příloha Brožura pro pacienty s UC
4. Příloha CD s přepisy získaných rozhovorů (pevné desky)

1. Příloha

1. V kolika letech Vám diagnostikovali UC?
2. Kde Vám ji poprvé diagnostikovali?
3. Jak jste zprávu a o vašem zdravotním stavu vzali?
4. Jak onemocnění ovlivnilo váš život?
5. Jaká byla edukace ze strany lékaře/sestry?
6. Jaké léky užíváte?
7. Informoval Vás lékař o biologické léčbě?
8. Kolik jste za život prošla relapsů?
9. Jak Vám onemocnění změnilo Váš společenský život?
10. Jak Vám onemocnění změnilo Váš partnerský život?
11. Poslední relaps?
12. Co ho vyvolává?
13. Na co si během remise dáváte pozor?
14. Jak řešíte problém s docházením na toaletu během relapsu?
15. Jak Vám při pobytu v nemocnici vychází vstříc zdravotnický personál?
16. Co jste vynechali ze svého jídelníčku a co se změnilo?
17. Jak jste spokojeni se stravou v nemocnici během hospitalizace?
18. Kolik stolic denně?
19. Co zvyšuje váš pud si dojit na stolicí?
20. Jak řešíte potřebu spánku během relapsů?

2. Příloha

1. Proč jste si vybrala toto pracoviště?
2. Jak hodnotíte a saturujete potřeby u pacientů s UC?
3. Jaké potřeby jsou u pacientů s UC nejvíce problematické?
4. Jak probíhá edukace z Vaší strany k pacientovi s UC?
5. Žádají Vás někdy o radu nebo pomoc, popřípadě jakou?
6. S kolika pacienty trpící UC, jste se ve vaší praxi potkala?
7. Jakou formou edukujete pacienty o různém vyšetření, popřípadě konkrétně kolonoskopie?
8. Co byste pro pacienta s UC mohla udělat při pobytu v nemocnici, aby se zlepšila jeho kvalita pobytu?
9. Jak vnímáte a respektujete pacientovo potřebu vyprazdňování?
10. Jaká vyšetření pacient s UC nejčastěji podstupuje?
11. Jak psychicky pacienta s UC připravíte na vyšetření?
12. Jak byste popsali pacienta s UC?

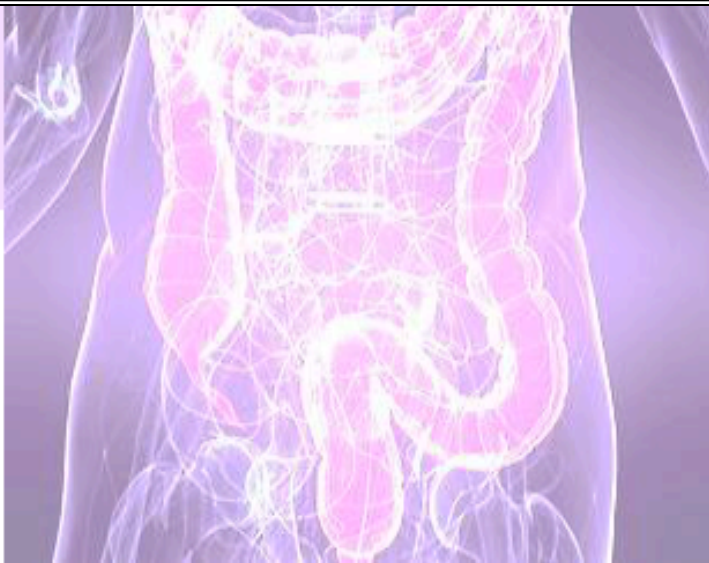
3. Příloha

Na následující straně se nachází informační brožura pro pacienty. Brožura je formátu DL tedy 1/3 A4 s výklopnou chlopní.

Příznaky UC

- **průjem s příměsí**
(krve a hlenu, přibližně až 15 průjmů denně)
- **bolesti v oblasti konečníku**
- **tenesmy** (bolestivé nucení na stolicí)
- **ztráta chuti k jídlu**
- **nevolnost, zvracení**
- **únava a nadýmání**
- **hubnutí, dehydratace**
(v důsledku častých průjmů)

TRÁPÍ VÁS?



ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Zdroje informací:

www.zdravi.euro.cz
www.crohn.cz
www.strevni-zanety.cz

Zpracoval:

Markéta Malkusová



Příčiny UC

*příčina není známa
existují pouze
hypotézy:*

- přejídání
- špatná strava
- dědičnost
- stres
- infekce

PROČ?

Popis nemoci:

Ulcerózní kolitida je onemocnění tlustého střeva. Jde o chronické onemocnění střevní sliznice. Je zánětlivé a způsobuje na sliznici střev vředy a zánětlivé změny. Začíná postižením konečníku a omezuje se na tlusté střevo.

Léčba nemoci:

- dieta (bezezbytková)
- farmakologická (kortikoidy, probiotika, imunosupresiva)
- chirurgická léčba
- biologická léčba

Výživa (dieta):

- omezit vlákninu, mléčné výrobky
- loupat ovoce (např. jablko)
- omezit kořeněná jídla
- nahradit živočišné tuky rostlinnými
- pitný režim (omezit perlivé limonády, káva, energy drinky)

Důležitá pravidla:

- dodržovat prohlídky v poradně
- dodržování medikace
- správná životospráva
- nestresovat se
- správný jídelníček

Sdružení pro pacienty:

- pro pacienty s idiopatickými střevními záněty (od roku 2008)
- mezinárodní den IBD 14.5.2016

Vyšetřovací metody:

- vyšetření stolice- vyloučení bakteriální, virové a parazitární infekce a test na okultní krvácení
- vyšetření krve- krevní obraz, biochemie, sediment, protilátky
- endoskopické metody- kolonoskopie, kapsuloskopie
- zobrazovací metody- RTG vyšetření tlustého střeva pomocí kontrastní látky- irigoskopie
- CT a ultrasonografie