

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence



Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba

Diplomová práce

Bc. Michaela Vepřovská

navazující magisterské studium

forma studia : prezenční, II. ročník

obor : Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých

vedoucí práce :

Doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc.

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce v Čj : Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba

Název práce v Aj : Quality of lives of patients with the clinical diagnosis of Crohn's disease

Datum zadání : 2009-01-15

Datum odevzdání : 2010-05-03

Vysoká škola, fakulta : Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Ústav : Ústav ošetřovatelství

Autor práce : Bc. Michaela Vepřovská

Vedoucí práce : Doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc.

Oponent práce :

Abstrakt v Čj :

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku kvality života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba. Cílem práce je srovnat vnímání příznaků Crohnovy choroby mužů a žen, dále zjistit dopady Crohnovy choroby na tělesnou, psychickou, ekonomickou a sociální stránku života klientů a také porovnat využití jednotlivých druhů terapie u Crohnovy choroby. Práce je členěna na teoretickou a výzkumnou část.

Teoretická část je zaměřená na anatomii a fyziologii trávicího systému. Dále popisuje nespecifické střevní záněty, jejich zástupce, definici a historii Crohnovy choroby. Také zde seznamuje čtenáře s příčinou, průběhem, příznaky, komplikacemi, diagnostikou a léčbou onemocnění. Zahrnuje informaci o sdružení lidí, trpících Crohnovou chorobou, jako jsou „CROCODILE“ a „Pacienti IBD“. Do závěru teoretické části práce je také zařazena kapitola o kvalitě života.

Ve výzkumné části jsou zpracovány a vyhodnoceny výsledky výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na problematiku kvality života lidí trpících Crohnovou nemocí. Získané výsledky ukazují, že klienti s Crohnovou chorobou nemají taková omezení po tělesné, psychické, ekonomické a sociální stránce, jak by se dalo očekávat.

Abstrakt v Aj :

This diploma thesis is focused on the problematic of quality of living of clients with Crohn's disease diagnosis. Goal of this document is comparison of perception symptoms of Crohn's disease by men and women, next discover impact of Crohn's disease on physical, psychical, economical and social life of clients and also compare all different Crohn's disease therapy types.

Theoretical part is focused on the anatomy and physiology of metabolic system. In the next chapter document describes nonspecific intestinal inflammation, the Crohn's disease definition and the history. Reader will get knowledge of Crohn's disease cause, process, symptoms, complications, diagnosis and therapy and will get information about associations of people with Crohn's disease (like „CROCODILE“ and „Pacienti IBD“). At the end of theoretical part of this document is a chapter about the quality of living.

In the research part of this diploma thesis are processed and analyzed results of the research project which was focused on the problematic of quality of living of people with Crohn's disease. Final results shows that Crohn's disease clients have no such limitations (physical, psychical, economical and social) as were expected in the beginning of the research project.

Klíčová slova v Čj :

Crohnova choroba, nespecifické střevní záněty, kvalita života, CROCODILE, „Pacienti IBD“

Klíčová slova v Aj :

Crohn's disease, nonspecific intestinal inflammation, quality of live, CROCODILE, „IBD Patients“

Rozsah : počet stran 95, počet příloh 4

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba“ vypracovala samostatně a podle pokynů vedoucího závěrečné práce a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila, v seznamu na konci této práce. Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla využívána ke studijním účelům a byla citována podle platných norem.

V Olomouci dne

.....

Michaela Vepřovská

Poděkování:

Především chci poděkovat **Doc. MUDr. Ivanu Gregarovi, CSc.** z II. interní kliniky Fakultní nemocnice Olomouc za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady, informace a připomínky k práci. Dále děkuji za jeho čas, ochotu a trpělivost, kterou mi věnoval. V neposlední řadě za poskytnutí většinové části respondentů k realizaci výzkumného šetření.

Také chci velmi poděkovat **MUDr. Josefu Maškovi** z Nemocnice Písek, a. s. za poskytnutí části respondentů, svých pacientů k realizaci výzkumné činnosti mé diplomové práce.

Děkuji také **Bc. Martinu Šamajovi** za umožnění realizace výzkumu na II. interní klinice Fakultní nemocnice Olomouc.

Zvláštní dík patří **všem respondentům**, kteří mi ochotně poskytli důležité informace a vyplnili, mnou připravené, anonymní dotazníky a tím umožnili uskutečnit tuto diplomovou práci.

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO TRAKTU.....	9
1.1.1 <i>Trávicí trakt</i>	9
1.1.2 <i>Dutina ústní</i>	9
1.1.3 <i>Hltan</i>	10
1.1.4 <i>Jícen</i>	11
1.1.5 <i>Žaludek</i>	11
1.1.6 <i>Tenké střevo</i>	13
1.1.7 <i>Tlusté střevo</i>	14
1.2 NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY	16
1.2.1 <i>Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida</i>	17
1.2.2 <i>Definice Crohnovy choroby</i>	18
1.2.3 <i>Klasifikace Crohnovy choroby</i>	19
1.2.4 <i>Historie Crohnovy choroby</i>	21
1.2.5 <i>Příčina onemocnění</i>	22
1.2.6 <i>Průběh onemocnění</i>	22
1.2.7 <i>Příznaky onemocnění</i>	23
1.2.8 <i>Komplikace onemocnění</i>	24
1.2.9 <i>Diagnostika onemocnění</i>	26
1.2.10 <i>Léčba onemocnění</i>	29
1.3 CROCODILE	33
1.4 PACIENTI IBD	34
1.5 KVALITA ŽIVOTA	35
1.5.1 <i>Pojem kvalita života</i>	35
1.5.2 <i>Historie pojmu kvalita života</i>	36
1.5.3 <i>Problematika definování kvality života</i>	39
1.5.4 <i>Měření kvality života</i>	40
2 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	41
2.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
2.2 STANOVENÉ HYPOTÉZY.....	41
2.3 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
2.3.1 <i>Výběr výzkumného souboru respondentů</i>	42
2.3.2 <i>Použitá metoda výzkumného šetření</i>	42
2.3.3 <i>Organizace výzkumného šetření</i>	42
2.3.4 <i>Interpretace výsledků výzkumného šetření</i>	43
DRUH LÉČBY	63
3 DISKUSE.....	81
4 ZÁVĚR.....	84
SEZNAM TABULEK	90
SEZNAM GRAFŮ.....	92
SEZNAM OBRÁZKŮ	94
SEZNAM PŘÍLOH.....	95

Úvod

Crohnova choroba, také jinak nazývána Morbus Crohn, patří do skupiny nespecifických střevních zánětů. Přesně je definována jako chronické zánětlivé onemocnění trávicího systému. Tato nemoc trápí nejčastěji obyvatele vyspělých částí světa. Její výskyt pravděpodobně souvisí s životním stylem, proto je někdy označována jako civilizační choroba. Vzhledem k tomu, že studuji obor Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých, je toto téma aktuální.

Crohnova choroba je pro společnost záhadou. A právě tento fakt mě vedl k psaní této diplomové práce. Jedná se mi o to, přiblížit společnosti, o jakou nemoc se jedná a jak člověk zvládá soužití s tímto onemocněním. Život s Crohnovou nemocí může být velmi obtížný. Choroba je nevypočitatelná. Někteří pacienti žijí dlouhá léta bez obtíží, u jiných vzplane zánět několikrát do roka nebo probíhá ve vyšší aktivitě trvale.

Ve své práci uvádím veškeré dosavadní informace o Crohnově chorobě. V teoretické části začínám popisem anatomie a fyziologie trávicího systému. Dále do této části zahrnuji kapitolu, která seznamuje čtenáře s klasifikací Crohnovy choroby, kapitolu o možné příčině nemoci. I když přesná příčina nebyla doposud objasněna, jiní autoři přisuzují příčinu možnému autoimunitnímu procesu, při němž naše tělo napadá svou vlastní střevní tkáň. Práce také obsahuje kapitolu o historii, průběhu, příznacích, komplikacích, diagnostice a léčbě. Další kapitoly jsem věnovala spolkům Crocodile a Pacienti IBD a také pojmu kvalita života.

Ve výzkumné části své diplomové práce se zaměřuji jak na dopady Crohnovy nemoci týkající se tělesné, psychické, ekonomické a sociální stránky života pacientů, tak také na využití jednotlivých druhů terapie u Crohnovy choroby.

Výzkum jsem prováděla ve spolupráci s panem Doc. MUDr. Ivanem Gregarem, CSc., panem MUDr. Josefem Maškem a s jejich pacienty, mými respondenty.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie a fyziologie trávicího traktu

1.1.1 Trávicí trakt

Trávicí trubice začíná dutinou ústní, dále pokračuje hltanem, přechází v jícnem, žaludek, tenké střevo, tlusté střevo a konečník. Hlavním úkolem trávicího ústrojí je zpracování potravy. A to mechanickým a chemickým rozložením potravy. Po požití jsou potrava a tekutiny zpracovány trávicími orgány do malých molekul živin, které mohou být absorbovány ze střev a cirkulovat tělem. Potrava, která nemůže být strávena, se stává odpadním materiálem, stolicí, která je vylučována z těla při defekaci (vyprázdnění).

Mezi orgány trávicího traktu patří, dutina ústní, hltan, jícnem, žaludek, tenké střevo a tlusté střevo. Dalšími orgány, které patří k trávicímu ústrojí jsou játra (*hepar*), žlučník (*vesica fellea*) a slinivka břišní (*pancreas*). (ČIHÁK, 1986, s. 11, SMITH, 2001, s. 152-153)

Obr. 1 Trávicí trakt – břišní část (www.strevni-zanety.cz)



1.1.2 Dutina ústní

V dutině ústní začíná první rozkládání potravy pomocí slin, které jsou produkovány slinnými žlázami. V ústech je potrava rozmělněna pomocí zubů, jazyk ji stlačuje. Potrava je žvýkána zuby a promíchána se slinami. Enzym **amyláza**, přítomný ve slině, začíná rozkládat škrob na cukr, každý kus měkké potravy, nazývaný sousto (*bolus*), který je spolknut, je posouván kontrakcemi jícnu do žaludku. Určité živiny (*solí a*

minerály), mohou být absorbovány přímo do oběhu. Tuky, cukry a bílkoviny musí být před absorbováním rozštěpeny na menší molekuly. Tuky (*lipidy*) jsou rozštěpeny na glycerol (*trojsytný alkohol, který je základem, spolu s vyššími mastnými kyselinami, tuků*) a mastné kyseliny. Cukry (*sacharidy*) jsou štěpeny na monosacharidy (*jednoduché cukry*). Bílkoviny (*proteiny*) zase postupně na jednotlivé aminokyseliny (*stavební jednotky bílkovin, určující jejich vlastnosti*).

Polykání je volní proces, který začíná tehdy, když je potrava poslána z úst do hltanu. Automatické reflexy přebírají řízení postupných stadií polykání. Polykání je umožněno svaly hltanu, které se stahují a pohybují potravou dál až k hornímu konci jícnu. Během polykání se chlopeč z chrupavky, známá jako příklopka (*epiglottis*) přiklápí a hrtan se zvedá. Hlasivky jsou sevřeny, což uzavírá hlasivkovou štěrbinu a brání vstupu do hrtanu. Jakmile se potrava dostane do jícnu, hlasivková štěrbinu se znovu otevře. (SMITH, 2001, s. 156-157)

1.1.3 Hltan

Hltan (*pharynx*), je to trubice, kraniálně (směrem vzhůru) zakončená klenbou (*fovea pharyngis*) a jejím prostřednictvím přirostlá k periostu baze lebni. Kaudálně (směrem dolů) se hltan zužuje a sahá do výše C₆ (šestého krčního obratle). Zpředu se do hltanu otvírá dutina nosní (*cavitas nasalis*). Na hltanu můžeme vidět nozdry (*choanae*), vchod do hrtanu (*aditus laryngis*), příklopku hrtanovou (*epiglottis*). Podle tří komunikací se hltan dělí do tří etází, na nosohltan, neboli část nosní (*pars nasalis*), část ústní (*pars oralis*) a na část hrtanovou (*pars laryngea*). Stěna hltanu má několik vrstev. **Sliznici**, pokrytou dlaždicovým epitelem. **Podslizniční vazivo** obsahující lymfatické uzlíky. **Svalovinu** příčně pruhovanou, na které popisujeme svěrače hltanu (*musculi constrictores pharyngis*), které jsou cirkulárně uspořádané a zdvihače hltanu (*musculi levatores pharyngis*), podélně uspořádané.

Hltan je kanál pro vzduch a potravu. Vede jak do hrtanu pro dýchání, tak do jícnu pro polykání. Řízení z mozku normálně předchází tomu, aby potrava vstoupila během polykání do hrtanu. Pokud se vydá potrava nesprávnou cestou, podráždění dýchacích cest reflexně spustí kašel, který vypudí vdechnuté části potravy a je tak prevencí dušení. (ČIHÁK, 1986, s. 55-62, SMITH, 2001, s. 156-157)

1.1.4 Jícen

Jícen (*oesophagus*) je trubice dlouhá asi 25 cm, která navazuje na hltan ve výši C₆ a dolního okraje hrtanu respektive prstencové chrupavky, sestupuje před páteří hrudníku, prochází skrze hiatus oesophageus bránice ve výši Th₁₀ a končí ve výši Th₁₁, vyústěním do žaludku, spíše jeho kardiie (místo žaludku, kde vstupuje jícen). Jícen v klidu má průměr kolem 1,5 cm, je předozadně zploštělý a nad bránicí je mírně vřetenovitě rozšířený. Při průchodu sousta se může roztáhnout na dvojnásobný průměr. Podle průběhu má jícen tři části a to část krční (*pars cervicalis*), kde před jícenem sestupuje průdušnice (*trachea*). Jícen je vůči ní posunut lehce doleva. Hrudní část (*pars thoracica*) tam jícen probíhá v mediastinu (prostor mezi pleurální dutinou pravé a levé strany, vyplněný řídkým vazivem) a břišní část (*pars abdominalis*), úsek od průchodu bránicí do žaludku, dlouhý 1-2 cm, dotýká se vzadu bránice a plynule přechází do žaludku. Stěna jícnu se skládá ze **sliznice**, která umožňuje rozšiřování jícnu a zpětné skládání sliznice v řasy. V horní třetině jícnu je **svalovina** příčně pruhovaná, ve střední třetině je smíšená s hladkou svalovinou a v dolní třetině je jen svalstvo hladké. Stahy svalstva a sevření stěn jícnu při transportu polknutého sousta jsou tak dokonalé, že zdravý jícen bezpečně transportuje (a to i kašovité obsah) též proti gravitaci. **Povrchová vrstva** jícnu je v krční a hrudní části vazivová (*tunica adventicia*), řídkými vlákny je spojena s okolním řídkým vazivem mediastina. V krátkém břišním úseku je jícen kryt serózou, tj. Pobřišnicí.

Při dokončení polykání, kdy se potrava dostala do jícnu, nastává další proces trávení. Potravu posouvají, jícnem až do žaludku, vlny mimovolních svalových kontrakcí. Svaly před soustem relaxují, zatímco svaly za ním se stahují, aby potravu protlačily. Tento rytmický pohyb je znám jako **peristaltika**. Peristaltika je rytmické smršťování hladkého svalstva trávicí trubice, sloužící k posouvání jejího obsahu. Tím je myšlena hlavní funkce jícnu. Peristaltika se vyskytuje také v žaludku a střevech. (ČIHÁK, 1986, s. 62-66, SMITH, 2001, s. 156-157)

1.1.5 Žaludek

Žaludek (*ventriculus, gaster*) navazuje na jícen, jako nápadně rozšířený úsek trávicí trubice. Má funkci rezervoáru potravy, které může v krátké době přijmout značné množství a tu pak předběžně zpracovanou, po dlouhou dobu po částech posílá do tenkého střeva. Je uložen v dutině břišní, pod levou klenbou brániční a má tvar

zahnutého vaku. Jeho částmi jsou velké zakřivení (*curvatura maior*), jde o zakřivení levého okraje, vyklenuté doleva a dolů. Malé zakřivení (*curvatura minor*) je zakřivení pravého okraje, vyklenuté doprava nahoru. Česlo (*cardie*) je vyústění jícnu shora do žaludku při *curvatura minor*. Vrátník (*pylorus*) je zúžené místo, kde uzavíratelným průchodem na žaludek navazuje první část tenkého střeva, dvanáctník (*duodenum*). Hlavní části žaludku jsou tři, *fundus gastricus*, což je horní, proti bránici, slepě vyklenutý nejširší úsek, který obvykle obsahuje bublinu vzduchu z požití potravy, napravo od fundu ústí do žaludku jícen. Další hlavní částí žaludku je tělo žaludku (*corpus gastricum*), kde se jedná o pokračování žaludku sestupně od fundu, doprava a směrem dolů. Třetí hlavní částí je *pars pylorica*, jde o koncový úsek žaludku, nejširší, mírně vzestupný, který přechází ve dvanáctník. Velikost žaludku je různá, u prázdného žaludku je délka cca 25 cm, šířka při fundu 4-5 cm, při pyloru 1,5 cm a váha je asi 130 g. Rozměry žaludku se mění úměrně jeho náplni. Objem individuálně kolísá a průměrně činí asi 1 litr. Stěna žaludku se skládá ze 4 vrstev. **Sliznice**, kde na povrchu je ochranný hlen, začíná při kardií ostrou klikatou hranicí proti světlejší sliznici jícnu, končí pylorem. **Podslizniční vazivo** je v žaludku řídké a umožňuje posouvání sliznice při změnách náplně a při pohybech žaludku. Obsahuje síť cév krevních a lymfatických a nervové pleteně. **Svalovina** má kromě cirkulární a longitudinální vrstvy ještě nejvnitřnější vrstvu (*fibrae obliquae*), tyto snopce přiléhají k submukóze a v pokračování svalstva jícnu jdou od kardií šikmo k velké křivatuře. Ovlivňuje svým napětím tvar žaludku a při náplni žaludku vykonává dvojí činnost. Peristolická činnost představuje napětí stěn a jejich přitlačení k obsahu žaludku. Peristaltická činnost vytváří prstencovité kontrakce, které jako vlna postupují po žaludku, od kardií k pyloru a posouvají obsah žaludku. **Serózní povlak** tvoří hladká, lesklá pobřišnice, která přechází z malé a velké křivatury ve dvojlist malé a velké předstěry (*omentum*).

Když se peristaltickými pohyby dostane potrava z jícnu do žaludku, **pepsin** (trávicí enzym žaludeční šťávy) rozštěpí proteiny na menší jednotky, zvané **polypeptidy** (látky vzniklé spojením několika aminokyselin) a **peptidy** (produkty, hydrolytického štěpení bílkovin, složené z aminokyselin). **Kyselina chlorovodíková (HCl)** je produkována žaludeční výstelkou, její kyselost je potřebná pro činnost pepsinu a umí zabít bakterie. Proti kyselosti žaludečních šťáv je sliznice chráněna hlenem, zvaným **mucin**. Dále, po zpracování, potrava postupuje ze žaludku do tenkého střeva. (ČIHÁK, 1986, s. 66-82, SMITH, 2001, s. 158-159)

1.1.6 Tenké střevo

Tenké střevo (*intestinum tenue*) navazuje na žaludek jako trubice o průměru kolem 3 - 4 cm, dlouhá 3 - 5 m. Tenké střevo má 3 úseky, dvanáctník (*duodenum*) první a nejkratší úsek podkovovitého tvaru, dlouhý 20 - 28 cm přirostlý k zadní stěně břišní o průměru 3,5 - 4,5 cm a otočený tvaru podkovy nebo písmene U či V, lačník (*jejunum*) a kyčelník (*ileum*) jsou další dva úseky tenkého střeva, volně pohyblivé a složené v četné kličky, které vyplňují většinu prostoru dutiny břišní pod játry, žaludkem a příčným tračníkem tlustého střeva. Jejunum a ileum jsou připojeny závěsem (*peritoneální duplikaturou*) k zadní stěně břišní. Lačník a kyčelník jsou podobné trubicovité orgány, jsou mezi nimi však rozdíly. Podle tloušťky je jejunum širší, cca 3 cm a ileum užší, cca 2,5 cm. Dále je rozlišujeme podle uzlíků lymfatické tkáně, úpravy cév, hustoty cév, kde jejunum má bohatší cévní zásobení, je růžovější než ileum. Podle obsahu se odlišuje jejunum od ilea tím, že na mrtvém bývá prázdné, proto získalo název „lačník“, ileum je plné kapalného obsahu. Okruží (*mesenterium*) je závěs jejunum a ileum, vybíhá ze serózního povlaku střeva. Podle stočení kliček se skládá v řasy a poutá kličky jako souvislý vějířovitý dvoulist peritonea k zadní stěně pobřišnicové dutiny, kde přechází v nástěnné peritoneum v pruhu zvaném (*radix mesenterii*). Ten jde po zadní stěně břišní v délce cca 15 - 18 cm zleva shora doprava dolů do pravé jámy kyčelní, tam tenké střevo končí vstupem do střeva tlustého. Výška mesenteria činí uprostřed asi 20 cm, k okrajům se mesenterium snižuje. Stěna tenkého střeva se skládá ze **sliznice**, která je krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem, který má resorpční schopnosti. Mezi epitelovými buňkami jsou vtroušeny pohárkové buňky produkující ochranný hlen. Je poseta drobnými, štíhlými, prstovitými výběžky, klky (*villi*), další vrstvou je **podslizniční vazivo** (*tela submucosa*), je řídké s bohatými pleteněmi krevních a mízních cév a nervovými pleteněmi. Ve vazivu se vyskytují tzv. Brunnerovy žlázy (*glandulae duodenales*). Dále sem patří **svalovina**, zde se jedná o hladké svalstvo, v němž jsou dvě typické vrstvy: *stratum circulare* (vnitřní vrstva kruhová) a *stratum longitudinale* (zevní vrstva podélná). Její stahy mají tři druhy pohybů, segmentové, kývavé a peristaltické pohyby. **Průsvitný povlak střeva** (*tunica serosa*) je čtvrtou jmenovanou vrstvou, povrch tvoří jednovrstevný plochý epitel, zvaný „mesothel“ a pod ním je tenká vrstva podslizničního vaziva.

V tenkém střevě, které měří asi 3 - 5 m, se jednotlivé látky (např. cukry, tuky, bílkoviny) vstřebávají do krevního oběhu a nevstřebané látky putují do tlustého střeva.

Maltáza, sacharáza a laktáza jsou enzymy sekretované speciálními žlázami ve střevní stěně. Ty mění disacharidy na monosacharidy. **Peptidáza**, další enzym sekretovaný žlázami ve střevní stěně, štěpí velké peptidy na menší peptidy a potom na jednotlivé aminokyseliny. **Lipáza** je také enzym tenkého střeva, který štěpí tuky na glycerol a mastné kyseliny. Ve střevě je potrava rozkládána pankreatickou šťávou, žlučí a střevními sekrety, takže živiny mohou být absorbovány a zužitkovány. Tento orgán má také svou peristaltiku, jeho kontrakce pohánějí potravu směrem k tlustému střevu. Tenké střevo se pohybuje peristaltikou, kyvadlovým pohybem a segmentací. Peristaltika sestává z kontrakčních vln, které posunují potravu, kyvadlové pohyby jsou prodlužovací a zkracovací pohyby krátkých střevních sekcí. Na sliznici tenkého střeva jsou patrné výčhlipky, kde jich jsou miliardy, jsou známy jako klky (*villi*). Epiteliální buňky mají výběžky nazývané **mikroklky**. Klky a mikroklky zvětšují povrch tenkého střeva pro účinnou absorpci. Dále jsou v epitelu rozptýlené tzv. **pohárkové buňky**. Jsou jednotlivě vtroušené mezi enterocyty, jejich hlavním obsahem jsou kapénky mucinu, který při svém vylučování, vytváří na povrchu střevního epitelu ochranný film a zvlhčuje povrch. Nevstřebané látky putují do tlustého střeva. (ČIHÁK, 1986, s. 82-94, SMITH, 2001, s. 158-159)

1.1.7 Tlusté střevo

Tlusté střevo (*Intestinum crassum*) je poslední částí trávicí trubice, která přijímá z tenkého střeva kašovité až tekuté obsah (*chymus*), z něhož byly v tenkém střevě vstřebány veškeré živiny. Zde jsou vstřebávány zbylé vitamíny a minerály a také voda. Nestravitelné zbytky jsou zahušťovány a chymus je formován ve stolici, která je pak z tlustého střeva odstraněna análním otvorem. Na rozkladu střevního obsahu v tlustém střevě se účastní kvasné a hnilobné procesy, působením mikroorganismů, které jsou stálou součástí střevního obsahu, Některé ze střevních bakterií produkují vitamín K. Tlusté střevo je úsek dlouhý 1,2 - 1,5 m a široký 5 - 7 cm. Částmi tlustého střeva jsou slepé střevo, tračník, konečník a řiť.

- **slepé střevo** (*caecum*) je dlouhé 6 - 8 cm a široké asi 6 - 7,5 cm, nejširší část je uložena v pravé jámě kyčelní, s ileocaekálním vyústěním na levém boku slepého střeva. Zde se nachází tzv. **červovitý výběžek** (*appendix vermiformis*) je součástí slepého střeva. Je připojený na slepě zakončený dolní konec caeka. Jeho délka činí cca 5 - 10 cm a tloušťka asi 0,5 - 1 cm.

- **tračník** (*colon*) je hlavní část tlustého střeva, která se dělí na tři úseky. Na vzestupný tračník (*colon ascendens*) jdoucí od slepého střeva po pravé straně vzhůru pod játra, dále příčný tračník (*colon transversum*) jdoucí napříč zprava nalevo pod játry a žaludkem ke slezině a třetím úsekem je sestupný tračník (*colon descendens*) jdoucí po levé straně břišní dutiny od sleziny dolů, k okraji malé pánve do levé jámy kyčelní. Konečným úsekem tračníku je esovitá klička (*colon sigmoideum*), která je esovitě zakřivená, jdoucí od konce sestupného tračníku do středu malé pánve, kde tračník pokračuje konečníkem. Mezi úseky tračníku jsou typická dvě ohbí, pravé ohbí (*flexura coli dextra*) nachází se pod játry, mezi vzestupným a příčným tračníkem a levé ohbí (*flexura coli sinistra*) to se nachází pod slezinou, mezi příčným a sestupným tračníkem. Je uloženo výše než ohbí pravé.
- **konečník** (*rectum*) je poslední úsek střeva v malé pánvi, který vyúsťuje navenek otvorem zvaným řiť (*anus*). Je rezervoár sloužící k shromažďování stolice a svými silnými stahy se aktivně podílí na defekaci. Je asi 12 cm dlouhý.
- **říť** (*anus*), respektive anální kanál, má délku 3 - 4 cm. Nachází se mezi rektem a zevním ústím konečníku. Ve stěnách anu jsou dva silné ploché svaly, které fungují jako chlopně a relaxují během defekace, prvním je vnější svěrač (*musculus sphincter ani externus*), jeho hlavní rolí je potlačit defekaci. Tento svěrač je vůlí ovlivnitelný. Druhým je vnitřní svěrač (*musculus sphincter ani internus*), ten je za normálních okolností neustále sevřen. Tento svěrač není vůlí ovlivnitelný.

Tlusté střevo je charakteristické svým větším průsvitem a našedlou tmavší barvou. Má na povrchu viditelné útvary zvané (*taeniae coli*), jedná se o tři bělavé podélné pruhy, široké 8 - 10 mm na povrchu tlustého střeva. Jsou to ztluštění jinak tenké podélné svaloviny jdoucí souvisle podél tlustého střeva. Označují se podle polohy na příčném tračníku. První je *taenia mesocolica*, je uložena vzadu, v místě kde je střevo připojeno na pobřišnicový závěs, dále *taenia omentalis*, ta se nachází vpředu nahoře, v místě kde přes tračník přechází a s ním srůstá velká předstěra (*omentum maius*) a poslední je *taenia libera*, umístěná vpředu dole, volně přístupná. Všechny tři *taeniae* se sbíhají na appendix a tvoří tam souvislou podélnou vrstvu svaloviny. Na přechodu esovité kličky a konečníku se rozšiřují v souvislý plášť podélné svaloviny konečníku. Tah *taenií* nakrčí střevo tak, že vznikají zevně vyklenutá místa (*haustra*) a mezi nimi zevnitř patrné poloměsíčné řasy. Výpuky (*haustra coli*) jsou místa tahem *taenií* vyklenutá. Dodávají tlustému střevu charakteristický vzhled střídavých výdutí a zaškrcení. Poloměsíčné řasy (*plicae semilunares*) jsou příčné řasy sliznice dovnitř střeva odpovídající zářezům, které

zevně oddělují haustra. Poloha a tvar se mění peristaltikou. Na střevě jsou výběžky pobřišnicového povlaku tlustého střeva (*appendices epiploicae*) často delší a stopkaté, vyplněné tukovým vazivem. Vyskytují se hlavně v blízkosti taenií. Jejich význam je nejasný. Stěna tlustého střeva má 4 vrstvy. První je **sliznice**, která je bledá, žlutavá, bez klků. Krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Má četné žlázy. Slizniční vazivo obsahuje lymfatické uzlíky, kde největší počet je v caeku. Nahromadění lymfatické tkáně nacházíme v apendixu. **Podslizniční vazivo** je řídké, obsahuje cévní a nervovou pletěň. Zasahují do něho shluky (uzlíky) ze sliznice. **Svalovina** má typickou vnitřní cirkulární vrstvu. Zevní podélná vrstva je tenká, mohutnější v taeniích, kde je zahuštěná. Místní nahromadění cirkulárních snopců v různých místech tračníku je považováno za funkční sfinktery regulující pasáž střevem, jsou ve všech úsecích tlustého střeva. Poslední vrstvou je **seróza**, jedná se o peritoneální povlak, stejný jako na tenkém střevě, navíc vytváří *appendices epiploicae*.

Tlusté střevo je konečnou částí trávicího traktu, skládá se ze slepého střeva, tračníku, konečnicku a řiti. Krátký vak, nazývaný slepé střevo, spojuje tenké střevo se vzestupným tračníkem. Z nestrávených látek, které nebyly vstřebány tenkým střevem, se tvoří stolice (*skybala*), která je vylučována konečnickem a řití. Konečník je za normálních podmínek prázdný, kromě doby před defekací (vyprázdněním) a během ní. Hlavní funkcí tračníku je přeměnit tekutinu z tenkého střeva, zvanou chylus, na stolici. Tlusté střevo má funkci absorpce vody ze stolice. Sodík, chloridy a voda jsou absorbovány střevní výstelkou zpět do krve a lymfy, tím stolice houstne, jedná se o tzv. konsolidaci, neboli zahuštění. K náhradě sodíku a chloridů jsou tračníkem vylučovány draslík a bikarbonát. Bakterie uvnitř tračníku produkují vitamíny K a B, stejně tak jako plyný vodík, kysličník uhličitý, sirovodík a metan. Sliznice střeva, respektive výstelka tračníku, vylučuje hlen, který slouží k promazání vnitřku střeva a tím usnadňuje průchod stolice. Hlen také obsahuje protilátky chránící střevo proti nemocem. (ČIHÁK, 1986, s. 94-103, SMITH, 2001, s. 162-163)

1.2 Nespecifické střevní záněty

Jako nespecifické střevní záněty (NSZ) označujeme především ulcerózní kolitidu a Crohnovu chorobu. Obě tyto choroby mají výraznou tendenci k častým klinickým relapsům, event. k recidivám. Také postihují tenké i tlusté střevo. Jejich etiologie (příčina) je v současnosti neznámá. Specifické záněty se liší od nespecifických tím, že u

těchto etiologie známá je. Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba mohou být, pro podobnost klinických příznaků, zaměňovány. (www.strevni-zanety.cz)

1.2.1 Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida

Crohnova choroba (CN) a ulcerózní kolitida (UC) jsou si svým charakterem velmi podobná onemocnění, ale jsou mezi nimi rozdíly.

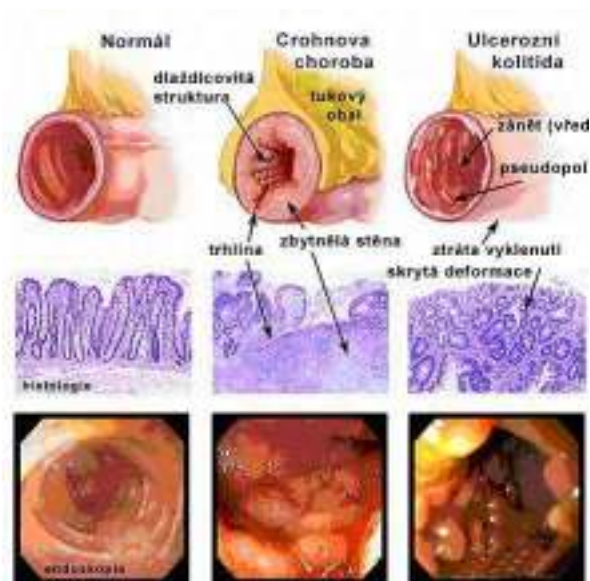
UC a CN se zpravidla začíná projevovat kolem 18 - 30 let.

U ulcerózní kolitidy zánět postihuje všechny části tlustého střeva, kdy zánět postupuje od konečníku orálním směrem. Co se týče hloubky poškození, postihuje ulcerózní kolitida pouze sliznici, nikoliv hlubší struktury stěny střeva. Crohnova choroba postihuje nejen sliznici, ale celou střevní stěnu, na které se vyskytuje zánět se zvrhováním (*ulcerací*). Nejčastěji poškozuje konečnou část tenkého střeva (*terminální ileum*) a začátek tlustého střeva (*caecum, colon ascendens*), může však být postižena jakákoli část trávicí trubice, kde mezi jednotlivými poškozenými úseky jsou také zdravé části střeva. V průsvitu trubice dochází k zúžení (stenóze).

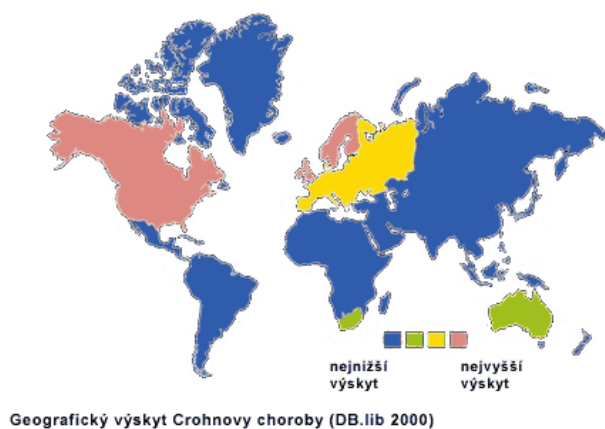
Incidence, neboli přibližný výskyt, u UC je cca 10 - 15 nemocných na 100 000 obyvatel, zato u CN je 5 - 8 nemocných na 100 000 obyvatel.

Dominující příznaky aktivního onemocnění jsou u obou chorob společné jako bolesti břicha, křeče v břiše, průjemy, teploty a hubnutí. Ulcerózní kolitida se převážně projevuje bolestivým nucením na stolicí s křečemi, tzv. tenesmy a krvavými průjemy. U Crohnovy nemoci je průběh provázen hubnutím a celkovým neprospíváním, bolestmi břicha a průjemy. Medikamentózní léčba je u obou onemocnění podobná, spočívá v podávání kortikosteroidů, 5-aminosalicylové kyseliny, značené jako 5-ASA, antibiotik (ATB) a imunosupresiv. (www.strevni-zanety.cz)

Obr. 2 Srovnání klinického obrazu NSZ (www.hopkins-gi.org)



Obr. 3 Geografický výskyt Crohnovy choroby (www.crohn.cz)



1.2.2 Definice Crohnovy choroby

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicího systému. Patří do skupiny chorob označovaných jako nespecifické střevní záněty (NSZ).

1.2.3 Klasifikace Crohnovy choroby

1.2.3.1 Klasifikace dle anatomické lokalizace

- **Ileitida** (regionální ileitida)

Terminální ileum je často postiženo dlouhou dobu před závažnými projevy nemoci. Vyskytuje se ve 25 - 35 % případů. Po mnoho let mohou být jen kolikovitě bolesti v břiše a zvýšená sedimentace červených krvinek. Nemoc se projevuje krvácením, perforací tenkého střeva, strikturami, píštělemi, tvorbou abscesů. Po chirurgickém výkonu často rekuruje.

Jejunoileitida znamená současné postižení jejunu a ilea a je formou s pomalejším průběhem a vyskytuje se asi v 5 % případů Crohnovy nemoci. Nepravidelně vyžaduje operační řešení zejména pro obstrukci, ale i pro vnitřní píštěle a abscesy. Po chirurgickém výkonu je častá rekurence.

- **Ileokolitida**

Jak název napovídá, je postiženo terminální ileum a přilehlá část tračníku, buď jen cékum (ileocékální forma) nebo vzestupný tračník (ileokolonická forma). Je nejčastější formou Crohnovy choroby (45 %) s vysokou morbiditou, která je způsobena s největší pravděpodobností přítomností vnitřních píštělí a perianální nemoci, které vyžadují více operačních řešení než ostatní formy. Ileokolitida se projevuje krvácením, perforacemi, tvorbou striktur s následnou obstrukcí, tvorbou píštělí a abscesů a častou rekurencí po chirurgickém výkonu.

- **Kolitida**

Bývá asi ve 30 % případů. Nemocní s postižením tračníku mají často perianální postižení a hlavní akutní komplikací je toxické megakolon, které je méně časté než u ulcerózní kolitidy. Nezřídka se vyskytují extraintestinální manifestace. Distální kolitida s postižením rekta a sigmoidea je častější u starších nemocných (v 11 - 20 %).

- **Anorektální onemocnění**

Bývá často sdruženo s kolitidou nebo ileokolitidou a jeho projevy mohou být první manifestací Crohnovy choroby, které zřejmě předcházejí zánětu proximálnějších partií střeva. Anorektální postižení bývá až ve 30 - 40 % případů.

- **Postižení apendixu**

Je časté (50 %) při ileokolitidě. Izolovaná Crohnova choroba apendixu je méně obvyklá. Po apendektomii je riziko tvorby píštěle.

- **Orální postižení**

Bývá zpravidla ve spojení s ileokolitidou, ale může být i jediným projevem nemoci.

- **Gastroduodenální postižení**

Není časté (0,5 - 4 %).

- **Miliární Crohnova nemoc**

Je neobvyklá varianta nemoci, kdy na seróze tenkého střeva jsou makroskopicky patrné miliární uzlíky. Klinicky se projevuje břišní bolestí, úbytkem na váze, průjmem, teplotou. Rentgenové vyšetření nalezne změny na tenkém střevě. Po chirurgické resekci prokáže histologické vyšetření změny typické pro Crohnovu nemoc. (LUKÁŠ, 1999, s. 31-32)

1.2.3.2 Klasifikace dle komplikací perforujících a neperforujících

Existuje s největší pravděpodobností více forem Crohnovy nemoci, které jsou nezávislé na anatomické distribuci nemoci.

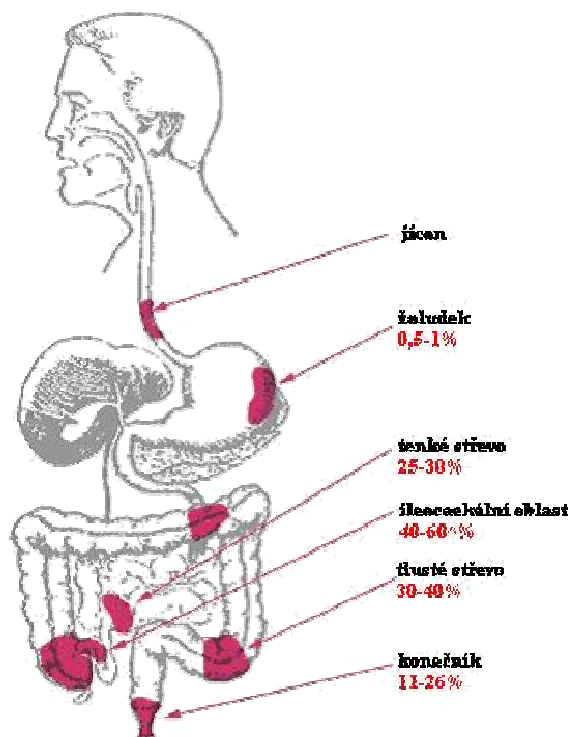
- **Perforující forma (fistulizující)**

Probíhá nejagresivněji. Projevuje se akutně volnou perforací, subakutně tvorbou abscesů nebo vnitřních píštělí. Tato forma je téměř refrakterní na konzervativní léčbu a vyžaduje chirurgické řešení, po kterém obvykle recidivuje.

- **Neperforující forma (fibrostenotická)**

Je obvykle lokalizovaná v oblasti ileocékální. Projevuje se poruchou střevní průchodnosti. Forma stenózující je indikována k chirurgickému řešení pro nezvládnutelnost při konzervativní léčbě nebo pro střevní obstrukci. Po resekci postiženého úseku střeva nejsou častější recidivy. Postoperačně se rekurence vyskytuje poněkud častěji u pacientů s fistulizující formou. Pacienti s fistulizující formou vyžadují 2x častěji reoperaci, než pacienti s formou fibrostenózující. Častá reoperace se vyskytuje u skupiny s fistulizující formou průměrně do 14 měsíců a u druhé skupiny do 44 měsíců. (LUKÁŠ, 1999, s. 32)

Obr. 4 Lokalizace Crohnovy choroby v GIT s procentem frekvence výskytu.
(www.crohnovachoroba.sk)



1.2.4 Historie Crohnovy choroby

Tato nemoc trápí nejčastěji obyvatele vyspělých částí světa. Její výskyt pravděpodobně přímo souvisí se životním stylem. CN bývá proto někdy označována jako civilizační choroba. Nejedná se však o žádnou novinku. První zmínky o zánětu střev nápadně připomínajícím CN, jak ji známe dnes, pochází z počátku 18.století od italského lékaře a anatoma Morgagniho. Podrobný popis onemocnění poskytl na počátku 20. století i polský chirurg Leśniowski. Za objevitele tohoto onemocnění se však dnes považuje všeobecně někdo jiný.

V roce 1932 popsala trojice amerických lékařů Burrill Bernard Crohn, Leon Ginsburg a Gordon Oppenheimer zánět konce tenkého střeva. Charakter i průběh zánětu se lišil od všech dosud známých chorob. Nová nemoc dostala na počest svých objevitelů jméno Crohnova – Ginsburgova – Oppenheimerova. Dnes ji svět zná možná trochu nespravedlivě jen pod označením Crohnova. Může za to prostý fakt, že Crohnovo jméno je ze všech objevitelů první podle abecedy. (LUKÁŠ, 1999, s. 10-11, MAŘATKA, 1999, s. 248)

1.2.5 Příčina onemocnění

Příčina (*etiologie*) CN zatím nebyla objasněna. Avšak se nejspíše jedná o autoimunitní onemocnění, při němž tělo napadá svou vlastní střevní tkáň v obraně před infekcí. Obranné reakce na některé složky potravy a bakterie mohou právě zvýšit vznik tohoto problému. Nikdy nelze úplně vyloučit vliv potravy, kterou přijímáme. Složení jídelníčku hraje pravděpodobně svoji roli i v případě Crohnovy nemoci. Možným rizikovým faktorem je nedostatek vlákniny, vitamínů (C, E) a naopak nadbytek cukrů v potravě. Jinými etiologickými faktory mohou být genetické vlivy u kterých existuje vyšší pravděpodobnost rozvoje nemoci u příbuzných osob. Až u čtvrtiny pacientů trpí tímto onemocněním ještě další člen blízkého příbuzenstva. Jiným faktorem je zde možný infekční původ (bakteriální a virové toxiny, kvasinky), trauma, hormonální poruchy, změny krevního a lymfatického oběhu, neurogenní a psychické faktory. Stranou nestojí ani špatný životní styl, známý je negativní vliv kouření. U ulcerózní kolitidy má kouření paradoxně vliv pozitivní. Bohužel právě fakt, že není známá přesná příčina onemocnění znamená, že není znám ani lék, který by tuto chorobu vyléčil. (www.crohn.ic.cz)

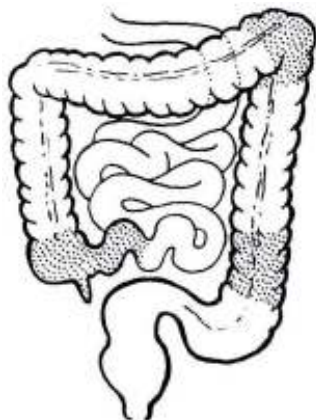
1.2.6 Průběh onemocnění

Při CN se v různých částech střeva rozvíjí zánět. Typickým znakem tohoto onemocnění je, že postihuje vždy pouze určitý úsek tenkého či tlustého střeva, úseky mezi jednotlivými postiženými oblastmi mohou být zcela zdravé (tím se ostatně liší od UC). Zánět postihuje střevní stěnu v celé její hloubce.

Proto je zde sklon ke tvorbě píštělí a abscesů (opět odlišení od UC). Píštěle jsou spojky mezi střevem a dalšími orgány, mohou spojovat jednotlivé střevní kličky mezi sebou, střevo na kůži, močový měchýř či pochvu. Absces je dutina vyplněná hnisem, která může vznikat mezi střevními kličkami, v břišní dutině a v okolí konečníku. Při bližším zkoumání je možné najít ve tkáni nahromaděné zánětlivé buňky, které se chovají agresivně. Svou činností poškozují střevní stěnu. Ve vnitřní výstelce (sliznici) vznikají trhliny a vředy. Postupně v ní dochází k jizvení a zužování průsvitu. Crohnova choroba se může projevit v podstatě kdekoliv v průběhu trávicí trubice. Nejčastěji k zasaženým oblastem patří konečný úsek tenkého střeva. Vlastní zánětlivá reakce představuje poměrně složitý soubor několika dějů, které se v těle projevují jako odpověď na různé

podněty. Byla objevena jedna z nejdůležitějších molekul, která nese poměrně velkou míru zodpovědnosti za průběh zánětlivého procesu. Tato molekula se nazývá Tumor Nekrotizující Faktor-alfa (TNF-alfa). Je možné usuzovat, že utlumila aktivitu tohoto cytokinu, mohlo by se předpokládat, že by mohla klesnout i aktivita. (LUKÁŠ, 1999, s. 23-24, s. 37, MAŘATKA, 1999, s. 250, www.crohn.ic.cz)

Obr. 5 Obraz zánětlivého působení NSZ na tlustém střevě (KLENER, 2001, s. 146)



Crohnova choroba



Ulcerózní kolitida

1.2.7 Příznaky onemocnění

Crohnova nemoc probíhá často ve vlnách. V průběhu času se střídají období výrazných obtíží (vzplanutí) s obdobími, která mohou být zcela bez příznaků (*remise*). Projevy onemocnění se odvíjí především od poškození střeva. Tato nemoc nepatří k chorobám, které by lékař poznal ihned. Co pacient, to jiný začátek i průběh obtíží. U někoho se choroba projeví náhle, jiného je začátek spíše plíživý. K hlavním příznakům patří bolesti břicha, průjem, píštěle, celkové příznaky a mimostřevní příznaky.

Bolesti břicha jsou typicky největší v okolí pupku nebo v pravém podbříšku. Břicho je bolestivé i na pohmat. V pravém podbříšku lze někdy při vyšetření najít různě velikou resistenci. Utvářejí ji zánětem změněné střevní kličky. Bolesti v podbříšku mohou mást a připomínat zánět slepého střeva (*appendicitis*).

Průjem je jedním z hlavních příznaků Crohnovy nemoci. Řídká stolice může být i trvalá nebo s přestávkami, někdy s příměsí krve, hlenu a hnisu. Postižená střevní sliznice není schopna vstřebávat všechny živiny z potravy. Stolice může obsahovat zvýšené množství tuků (*steatorhea*).

Píštěle jsou kanálky nebo chodbičky představující nepřírozenou komunikaci mezi střevem a okolím. Vznikají „provalením“ zánětu ze střeva do okolních orgánů nebo na povrch kůže. Pro Crohnovu chorobu jsou charakteristické píštěle ústící do okolí konečníku, tzv. perianální píštěle. Mohou nepříjemně zapáchat a způsobovat dráždění kůže. V případě vzniku vnitřních píštělí, např. mezi střevem a močovým měchýřem nebo pochvou, vznikají záněty zasažených orgánů. Píštěle mohou být v některých případech dokonce prvním projevem Crohnovy nemoci. Teprve při jejich vzniku se začne pátrat po příčině předchozích nevýrazných obtíží.

Celkové příznaky se rychle přidávají ke střevním problémům. Mezi celkové příznaky se řadí horečka (nad 38°C), hubnutí a únava, klinické příznaky krvácení do trávicího traktu s rozvíjející se anemií.

Mimostřevní příznaky se u Crohnovy nemoci projevují poměrně často. Zvláště při těžkém a dlouhodobém průběhu se mohou přidat i obtíže způsobené postižením jiných orgánů. K tzv. mimostřevním příznakům Crohnovy nemoci patří bolesti kloubů a zad, onemocnění očí, kožní vyrážka, žlučnickové ledvinové kameny a další nemoci ledvin a žlučových cest. (LUKÁŠ, 1999, s. 29-30, MAŘATKA, 1999, s. 250, www.crohn.ic.cz)

1.2.8 Komplikace onemocnění

K hlavním komplikacím patří porucha výživy, neprůchodnost střeva (*obstrukce*), zánět střeva, abscesy a píštěle, krvácení, prasknutí střeva (*perforace*) a nádorové onemocnění (*neoplazie*).

Porucha výživy je způsobená nedostatečným vstřebáváním potravy a to z důvodu postižené střevní stěny. Nemocný ubývá na váze. Rozvíjí se podvýživa.

Neprůchodnost střeva (*obstrukce*) způsobuje těžký zánět. Hojení zánětu střevní stěny a vředů způsobuje jizevnatění, které ztlušťuje stěnu střeva a tím zužuje jeho průsvit. Obstrukce se vyskytuje především v tenkém střevě a je jednou z hlavních indikací k chirurgickému zákroku. Nemocní s obstrukcí trpí silnou břišní bolestí, zvracením, střídáním průjmu a zácpy.

Kolitida, jako jeden z typů Crohnovy choroby, tzv. kolitidní typ, je charakteristická tvorbou abscesů a píštělí (*fistulí*). K tvorbě píštělí dochází často v oblasti mezitračníku, ze kterého mohou vstoupit nejčastěji do tenkého střeva nebo konečníku. Dlouhotrvající zánět končí velmi často zajizvením a fibrózou přecházející v obstrukci. Ačkoliv má

většina zúženin nezahubnou povahu (*benigni*), mohou některé formace zúženin na napadené části odrážet formu zhoubnou (*maligni*).

Tato forma nemoci je indikována k chirurgickému řešení. Mezi další projev této formy patří neschopnost udržet remisní stav. Anální trhliny, stejně tak jako vředy v řitním kanálu, se komplikují perirektálním abscesem nebo píštělí

Abscesy a píštěle jsou produkty rozšíření praskliny nebo vředu mucosy přes střešní stěnu do další smyčky střeva, nebo do další střešní tkáně. Absces je většinou způsoben únikem střešního obsahu do pobřišniční dutiny. V terminálním ileu se abscesy vyskytují u 15 - 20% nemocných s Crohnovou nemocí.

Typickým klinickým příznakem je horečka a bolest břicha. Laboratorní výsledky projevují zvýšenou hladinu leukocytů. Klasickou diagnostickou metodou je CT (počítačová tomografie), vyšetření za pomoci kontrastní látky (*barium*) a v neposlední řadě ultrazvuk (*sonografie*) a magnetická resonance. Léčba probíhá s nasazením širokospektrých antibiotik a drenáží abscesů. I přes tuto spolehlivost může docházet k dalším komplikacím, kdy je třeba pro postupující zánětlivé ložisko napadající okolní tkáně postiženou část střeva chirurgicky odstranit. Píštěle se vyskytují u nemocných s Crohnovou chorobou ve 20 - 40 %. Většina z nich má formu enteroenterálních nebo enteroventrálních. Bez ohledu na umístění mají ale většinou shodnou podobu, kdy hluboký zánět proniká do přilehlého orgánu nebo kůže. Nejčastěji je postiženo terminální ileum. Enteroenterální píštěle se nemusí projevit zásadními symptomy. Pouze píštěle většího průměru a hlubšího charakteru na tenkém střevě mohou vyvolávat symptomy jako malabsorpci, průjem a váhovou ztrátu. Píštěle enterokolické způsobují často průjmy.

Prasknutí střeva, nazývána také jako perforace, je nejzávažnější komplikací. Může k němu dojít při stálém a zvyšujícím se naléhání potravy na oslabenou část střeva. Rychle se rozvíjí životu nebezpečný zánět pobřišnice (*peritonitida*).

Neoplasie je jinak nazývána jako nádorové onemocnění tlustého střeva. Častěji se vyskytuje u Ulcerózní kolitidy. K možnému vzniku nádorového onemocnění může dojít chronickým drážděním střeva způsobeným zánětem. Výzkum ukazuje, že riziko rakoviny tračnicku má souvislost s intenzitou a délkou trvání onemocnění, dále s věkem nemocného při propuknutí nemoci a způsobem tvorby stenóz. Nicméně u nemocných s délkou onemocnění 8 - 10 let by mělo být provedeno kolonoskopické vyšetření každé 2 - 3 roky. U pacientů s nemocí delší než 20 let by měla být kolonoskopie prováděna každé 1 - 2 roky. U nemocných s touto nemocí bývá předzvěstí karcinomu dysplasie a

proto se doporučuje provést při vyšetření endoskopem mnohonásobný tkáňový odběr (*biopsie*), cca v 10-ti centimetrových intervalech.)LUKÁŠ, 1999, s. 67-71, MAŘATKA, 1999, s. 250)

1.2.9 Diagnostika onemocnění

Diagnóza Crohnovy choroby představuje pro pacienta zátěž na celý život. K jejímu stanovení nestačí pouhé podezření. Vzhledem k tomu, že příznaky se mohou lehce zaměnit s jinou nemocí (např. se zánětem slepého střeva) a rovněž výsledky laboratorních vyšetření nejsou zcela jednoznačně určující, jsou pro diagnózu základem tyto vyšetřovací metody : interní vyšetření, laboratorní vyšetření krve (KO, FW, CRP, Fe, minerály), rektoskopie, kolonoskopie, gastroskopie a biopsie, kapslová enteroskopie, irigografie a enteroklyza, CT, MR (magnetická rezonance) a ultrazvuk.

Interní vyšetření začíná obvykle soupisem anamnézy. Lékaře zajímají především aktuální problémy a to, jak vznikly. Dalšími cílenými dotazy se podrobně informuje o rodině, osobní, pracovní a sociální stránce, případně zjišťuje alergie, užívané léky a všechna prodělaná onemocnění. K hodnocení celkového stavu organismu používá lékař čtyři základní metody - pohled, pohmat, poklep a poslech. Důležitou součástí vyšetření je i vyšetření konečníku (*per rectum*). V průběhu celého vyšetření si lékař všímá odchylek od normy. V případě Crohnovy nemoci může být významný nález na břiše a v okolí konečníku. Stejně důležitý je i celkový stav výživy.

Laboratorní vyšetření krve, a to biochemické a hematologické vyšetření krve prokáže chudokrevnost, nízkou hladinu minerálů (železa), vysokou sedimentaci červených krvinek, zvýšení počtu bílých krvinek a krevních destiček, což jsou faktory a známky aktivního zánětu. K diagnóze se používá i stanovení přítomnosti zvláštního druhu protilátek (ANCA a ASCA) v krvi. **Označení bílých krvinek** (Scintigrafie značenými leukocyty) je metoda, která napomáhá stanovení diagnózy onemocnění či zjištění rozsahu nemoci. Z krve pacienta se odloučí bílé krvinky (leukocyty) a ty se označí radioaktivní látkou. Po zpětném vpravení těchto leukocytů do těla pacienta se sleduje jejich hromadění. Bílé krvinky totiž vyhledávají místa s velkou zánětlivou aktivitou.

Rektoskopie, kolonoskopie a gastroskopie, jsou endoskopické vyšetřovací metody, které umožňují, pomocí ohebného endoskopu, získat diagnózu u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Toto vyšetření slouží také k biopsii a histologickým vyšetřením se potvrdí zjištění rozsahu onemocnění, u pacientů s Crohnovou nemocí ke

zjištění, zda je postižen konečník či tlusté střevo a v jakém rozsahu. Většinou lze proniknout i do konečné části tenkého střeva (*terminální ileum*), které Crohnova nemoc typicky postihuje. Příprava před rektoskopií je důležitá, vyžaduje per-rektální zavedení prázdnícího přípravku (Yal) 1,5 hodiny před vyšetřením. Před koloskopií je nutné 1 den před vyšetřením užívat tekutou stravu. Odpoledne před vyšetřením je nutné střevo úplně vyčistit pomocí nevstřebatelných makrogelových roztoků a vypít minimálně 3 - 4 litry tekutiny, nebo třeba přípravkem Fortrans, pomocí kterého se připraví právě 3 - 4 litry tekutiny, kterou je potřeba postupně vypít. U pacientů s Crohnovou chorobou je vhodné vyšetřit i horní trávicí trubici a to vzhledem k tomu, že nemoc může postihnout celou část trávicího ústrojí (jícnu, žaludku a dvanáctníku). Výhodou těchto vyšetření je možnost přímého pohledu na nemocné střevo a odběr vzorku pro histologické vyšetření k potvrzení či vyvrácení diagnózy, je možné vykonat i drobný operační zákrok.

Biopsie je možná u endoskopických vyšetření (*kolonoskopie a gastrokopie*). Tato vyšetření umožňují kromě zobrazení také odběr vzorků tkáně z postižených úseků střeva k dalšímu vyšetření. Histologická analýza prokáže známky zánětu. Mikroskopické vyšetření zobrazí strukturu tkáně a buňky, které ji tvoří. Odhalí změny vyvolané zánětem.

Kapslová enteroskopie je moderní metoda „bezdrátové endoskopie“ užívaná k zobrazení tenkého střeva pomocí miniaturní kamery v podobě kapsle určené k polknutí. Jedná se také o podobné vyšetření trávicího traktu, kdy je možný přímý pohled na střevní stěnu. Monitorování je prováděno v reálném čase. Při tomto vyšetření musí být trávicí soustava perfektně vyprázdněná, není zde možnost odsání nepotřebného ani provádět zákroky či odebírat vzorky. Tato metoda je poměrně finančně i časově nákladná, není možné ji provést tam, kde je podezření na zúžení střeva.

Irigografie je rentgenové vyšetření střeva, které za použití kontrastní látky zobrazí reliéf střevní stěny a případná zúžení průsvitu střeva. **Enteroklýza** je rentgenové vyšetření s použitím kontrastní látky, používá se k zobrazení jednotlivých úseků střeva. Má velkou výpovědní hodnotu u Crohnovy choroby. Při pasáži trávicím traktem pacienti kontrastní látku pijí, při enteroklýze je kontrastní látka podávána tenkou sondou zavedenou nosem nebo ústy až do tenkého střeva. Kromě možných zúžení střeva zobrazí i píštěle mezi jednotlivými úseky trávicí trubice. Před tímto vyšetřením není nutná speciální příprava pacienta. Pacient by měl jíst den předem naposledy v poledne, do půlnoci může pít, pak až do vyšetření lační.

CT, počítačová tomografie, jedná se o rentgenové vyšetření užívané k odhalení rozsahu morfologických změn v dutině břišní a případných píštělí vyšetření se provádí na lačno a také se používá při podezření na nitrobřišní abscesy.

MR, neboli magnetická rezonance, slouží hlavně k zobrazení perianálních píštělí. Rentgenové vyšetření břicha bez kontrastní látky (nativní snímek) se užívá zřídka, vhodné je při podezření na akutní komplikaci jako je perforace střeva nebo toxické megacolon.

Ultrazvuk využívá různé schopnosti tkání propouštět či odrážet zvukové vlny, které jsou potom zachycovány a zobrazeny, nejméně zatěžuje pacienty. Tímto vyšetřením se dá odhalit původ rezistence v břišní dutině. Pokud je používán přístroj s dobrou rozlišovací schopností, je možné posoudit i tloušťku jednotlivých úseků střevní stěny a tak na některý z nespecifických střevních zánětů vyslovit podezření. Ultrazvukové vyšetření je vhodné i při podezření na absces (dutina obsahující hnis) při Crohnově nemoci. Ultrazvuk, pokud je to možné, by se měl dělat nalačno. (LUKÁŠ, 1999, s. 44-50, MAŘATKA, 1999, s. 250-252, www.crohn.ic.cz)

Tab. 1 Srovnání endoskopických nálezů u UC a CN (LUKÁŠ, 1999, s. 46)

Slizniční nálezy :	UC	CN
erytém	+++	+
úbytek cévní kresby	++	+
granularita	++	+ -
křehkost	++	+ -
„dlažební kameny“	+ -	++
pseudopolypy	++	++
aftoidní vředy	-	++
povrchní vředy	+ -	++
serpiginózní hluboké vředy	-	++
erytém + křehkost v okolí vředů	+	-
striktury	+	++
slizniční můstky	+	+
Distribuce nálezů :	UC	CN
postižení rekta	+++	+
kontinuální a symetrické postižení	+++	+
okrskové postižení	-	++
přeskočené úseky	-	++
ileální ulcerace	-	++
ileocékální chlopeň - stenóza s vředy	-	+
ileocékální chlopeň - zející bez vředů	+	-

Tab. 2 Klasifikace endoskopické aktivity CN (Blackstone) (LUKÁŠ, 1999, s. 45)

a) klidové stadium	vymizelá slizniční kresba, granularita
b) lehká aktivita	fokální nebo difuzní erytém
c) střední aktivita	aftoidní nebo malé (<5 mm) vředy, méně než 5 vředů/10 cm segment
d) silná aktivita	mnohočetné velké (>5 mm) vředy, více než 5 vředů/10 cm segment

1.2.10 Léčba onemocnění

Léčba Crohnovy choroby je velmi svízelná. Bohužel zatím neexistuje taková, která by dokázala zánět zcela vyléčit. Zaměřuje se pouze na jeho potlačení. Všemi dostupnými prostředky se snaží zvýšit kvalitu života nemocných a prodloužit období remise. Léčba této nemoci je celoživotní. Zánět sice nedokáže zcela odstranit, ale umožňuje potlačit jeho projevy a zpomalit jeho rozvoj. Úspěšnost velmi závisí na disciplíně nemocného a jeho ochotě spolupracovat. Chronická léčba onemocnění probíhá ambulantně. Při novém vzplanutí obtíží je však obvykle nutné strávit určitý čas v nemocnici. Způsob léčby Crohnovy choroby je tedy konzervativní, tzn. medikamentózní, nebo chirurgický. Typ podávaných léků se volí podle rozsahu, aktivity a dosavadního průběhu choroby (lehčí aktivita a nekomplikovaný průběh, střední a vysoká aktivita, vleklý průběh). V některých případech může vést choroba i k podvýživě, proto je součástí léčby i nutriční výživa. Chirurgická léčba spočívá v odstranění (*resekci*) těžce zánětlivě změněných úseků střeva, v některých případech lze na tenkém střevě provést plastiky postižených úseků, bez zkrácení střeva. U řady nemocných je nutné provádět v průběhu nemoci drenáže hnisavých ložisek (*abscesů*) u konečníku. Současné přístupy k léčbě Crohnovy nemoci a ostatních nespecifických střevních zánětů můžeme rozdělit do několika hlavních kategorií. A to dieta, protizánětlivá léčba, imunomodulační léčba, biologická léčba a chirurgická léčba.

Dieta musí poskytovat dostatek energie a zároveň obsahovat všechny potřebné složky. Správný výběr a vyvážení jídelníčku proto může být obtížný úkol. Vhodná dieta se může u jednotlivých pacientů lišit. Závisí na individuální snášenlivosti i na aktuální fázi a průběhu onemocnění. Nemocný by se měl vždy opřít o doporučení lékaře a specializovaných odborníků na výživu (omezit vlákninu). Zde je také důležité využití

enterální výživy. Při sestavování vhodného jídelníčku jsou proto užitečnou pomůckou denní záznamy o jídle. Nemocný díky nim získá přehled o tom, které potraviny snáší a které u něj zhoršují příznaky onemocnění.

Protizánětlivá léčba. Kromě diety patří k základu léčby Crohnovy nemoci tzv. protizánětlivé léky. Tlumí rozvoj zánětu ve střevní stěně a tím i omezují rozsah jejího poškození. K dispozici je několik skupin léčivých přípravků:

- **sloučeniny kyseliny 5-aminosalicylové** (sulfasalazin, mesalazin)
 - podávají se ve formě tablet, čípků nebo střevních nálevů
 - působí přímo na střevní stěnu
 - nevstřebávají se do krevního oběhu (některé)
 - navozují remisi u lehčích forem nemoci
- **kortikoidy** (prednison, hydrokortison)
 - podávají se ve formě tablet, nitrožilních infúzí nebo střevních nálevů
 - působí celkově, bez nutnosti kontaktu se střevní stěnou
 - působí rychleji než předchozí skupina přípravků
 - jsou vyhrazeny pro závažnější formy nemoci
 - novější preparáty (budenosid) mají nižší výskyt vedlejších účinků - vstřebává se minimálně
- **antibiotika** (metronidazol, ciprofloxacin)
 - léčí přidružené bakteriální infekce
 - příznivě působí při vzniku píštělí - dlouhodobá léčba

Moderní léčba, do které spadají tzv. imunosupresiva (či přesněji imunomodulátory) jsou látky schopné potlačit imunitní reakce organismu. Jejich vlastností se využívá například při orgánových transplantacích, kdy zabraňují odvržení cizí tkáně. Léky z této skupiny mohou zároveň blokovat tvorbu protilátek proti vlastním tkáním. V případě Crohnovy nemoci slouží k náhradě vysokých dávek kortikoidů a udržení klidového stavu. Jako téměř každá léčba, může být i léčba imunosupresivními látkami doprovázena některými nežádoucími účinky

- **merkaptopurin a azathioprim**
- mění se v organismu na látku, která prostupuje do buněk a tlumí tvorbu nukleových kyselin

- snižují počet imunitních buněk a působí proti jejich vyžívání
- jsou vyhrazeny pro středně těžké až těžké formy postižení s vysokou aktivitou nemoci

Nevýhodami léků je, že mohou způsobovat útlum krvetvorby, nesmí se užívat v případech poruch funkce jater či poruch krvetvorby a při probíhající akutní infekci, léčba vyžaduje pravidelné kontroly krevního obrazu.

Biologická léčba. V léčbě Crohnovy choroby se nověji zkoušejí a již i používají léky schopné příznivě a aktivně ovlivnit imunitní pochody v organismu. Tento moderní typ léčby snižuje aktivitu imunitních buněk a umožňuje zmírnit až potlačit průběh zánětlivé reakce. Jak již bylo zmíněno, látka, která se nazývá tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α), hraje velice důležitou roli při vzniku zánětu i v jeho průběhu. V současné době je možné v laboratorních podmínkách vytvořit látku proti TNF- α . Takovým způsobem byla vyrobena, již zmíněná, protilátka proti zmiňovanému zánětlivému působku, TNF- α . Tato protilátka, která se aplikuje formou infuze přímo do žíly, se stala základem nového léku. V posledních 10 - 15 letech byl již ověřen a prokázán velmi příznivý léčebný účinek této protilátky proti TNF- α .

- ***základní léčebná charakteristika protilátky blokující účinek TNF- α***
- rychle a dramaticky zlepšuje příznaky onemocnění
- snižuje počet imunitních buněk a působí proti jejich vyžívání
- u značné části léčených pacientů vede k úplnému vyhojení slizničního postižení
- prokazatelně zvyšuje kvalitu života léčených pacientů

V současné době je tato protilátka vyhrazena pro léčbu středně těžké až těžké aktivní formy Crohnovy choroby u pacientů, u kterých selhala předcházející léčba, a pro léčbu Crohnovy choroby s píštělemi. Nevýhodou je častější výskyt virových infekcí a infekcí dýchacích cest a reaktivace TBC.

Kromě protilátek proti TNF-alfa se v současné době testují i látky, jejichž léčebný potenciál je založen na jiném mechanismu než na blokování funkce TNF-alfa. I u těchto potenciálních léků se jedná o vysoce sofistikované látky, které různým způsobem blokují průběh nemoci. O tom, které z těchto léků budou využity pro léčbu Crohnovy choroby, se rozhodne na základě výsledků velkých studií, které v současnosti probíhají. (MAŘATKA, 1999, s. 254-256, www.crohn.ic.cz)

Tab. 3 Léčebné postupy u Crohnovy nemoci (LUKÁŠ, 1999, s. 160)

Orální léze

- a) lokálně kortikosteroidy (Triamcinolon dentální pasta)
- b) lokálně anestetika

Gastroduodenální léze

- a) kortikosteroidy celkově
- b) H2 antagonisté, Omeprazol
- c) Imunosupresiva

Ileitida

- a) 5-ASA (3-4g) p. o. (Asacol, Salofalk, Pentasa)
- b) kortikoidy p. o. (20-40mg/d), event. Budesonid (9mg/d)
- c) antibiotika (absces, píštěl)
- d) umělá výživa

Ileokolitida, kolitida

- a) 5-ASA (3-4g) p. o., Sulfasalazin (3-4g)
- b) kortikoidy (20-40mg/d), event. Budesonid (9mg/d)
- c) imunosupresiva – Azathioprin (1,5-2mg/kg/d), Cyklosporin (píštěle)
- d) Metronidazol (250mg 3x/d)
- e) antibiotika (absces, píštěl)
- f) Somatostatin + parenterální výživa (píštěle)

Anorektální postižení

- a) 5-ASA
- b) kortikoidy (20-40mg/d) – jen není-li infekce
- c) imunosupresiva (Azathioprin), Cyklosporin (píštěle)
- d) Metronidazol (20mg/kg/d), minimálně 3 měsíce
- e) Antibiotika
- f) Somatostatin + parenterální výživa (píštěle)
- g) hyperbarická oxigenace

Udržovací léčba

- a) 5-ASA
- b) event. + kortikoid
- c) event. + imunosupresiva

1.3 CROCODILE

Název

Název sdružení představuje zkratku pro CROhn and COLitis DILEtants. Sdružení lidí trpících Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou.

Sídlo

Sídlem sdružení jsou České Budějovice, Jírovцова 24 , budova ZSF JU, PSČ 37004.

Cíle sdružení

- Sdružovat osoby, jímž není cizí problematika Crohnovy nemoci a ulcerosní kolitidy (hemorhagické proktokolitidy) a to z hlediska pacienta, rodinného příslušníka či osoby blízké.
- Sdružení nenahrazuje ani neorganizuje léčení. Učí a pomáhá zmužile a vytrvale čelit úporným nemocím. Je projevem lidské spoluúčasti a porozumění.
- Sdružení si klade za cíl pokračovat v organizaci vzniku a podpoře stávajících center pro chronická a stálá onemocnění.
- Umožňovat setkávání lidí trpících Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou, jak dětí tak dospělých na mezinárodní úrovni.
- Při setkávání nemocných zajistit možnost vzájemných kontaktů, výměn zkušeností s průběhem onemocnění s důrazem na individuální průběh onemocnění.
- Při setkávání zajistit možnost konzultací odborníků z řad lékařů, psychologů a sociálních pracovníků, včetně dlouhodobě nemocných.
- Zpracovávat informační materiály pro nemocné Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou a lékaře prvního kontaktu o existenci a možnostech Sdružení.
- Získávat podklady o preferencích cílových osob týkajících se : režimové léčby, dietních a stravovacích návyků a zvyklostí, komplexní léčby, lázeňské vazby, vztahu k pojmu komplexní rehabilitace, asistovaného volného času, dopadu na pracovní schopnost.
- Organizovat akce a semináře s danou problematikou. (ccd@volny.cz)

1.4 Pacienti IBD

Název

Nejpoužívanější název této organizace je „Pacienti IBD“, avšak celý název tohoto sdružení zní „Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty“.

Sídlo

Sídlem této organizace je Praha 8, Za Poříčskou bránou 21/356, PSČ 186 00.

Cíle organizace

Sdružení si klade za cíl zlepšit celkovou péči o pacienty trpící idiopatickými střevními záněty, podporu a pomoc pacientům a jejich rodinným příslušníkům.

Mezi základní činnosti této organizace zejména náleží :

- Pořádání odborných přednášek, konzultací, kulturních, vzdělávacích, výukových a společenských akcí.
- Zprostředkování informací o nemoci a nových možnostech léčby.
- Zajištění zdravotního, sociálního a právního poradenství.
- Vydávání informačních a propagačních materiálů, odborně zaměřených publikací a dalších tiskovin souvisejících s činností a výsledky sdružení.
- Podílení se na přípravě právních předpisů a připomínkového řízení k navrhovaným právním předpisům, které se týkají naplňování cíle sdružení.
- Spolupráce s odbornou veřejností a hájení oprávněných zájmů.
- Spolupráce s praktickými a odbornými lékaři, s odbornými společnostmi, subjekty a pracovišti zabývajícími se léčbou.
- Spolupráce s organizacemi s obdobným zaměřením na území ČR i v zahraničí.
- Podpora výzkumu a moderních metod léčby, organizace rekondičních pobytů pro své členy a jejich rodinné příslušníky.
- Presentace sdružení a jeho výsledků ve vztahu k patientské a odborné veřejnosti.
- Zajištění a správa prostředků určených pro vlastní činnost sdružení a nakládání s nimi v souladu s cílem a zaměřením sdružení. (www.crohn.cz)

1.5 Kvalita života

„Život neznamena jen být živ, ale žít v pohodě.“

Martialis

„Zdraví určitého člověka je co nejužěji propojeno s kvalitou jeho života.“

David Seedhouse

„Nejen obohatit život o léta, ale i obohatit léta o život.“

Mezinárodní gerontologická společnost

(KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 162)

1.5.1 Pojem kvalita života

Co se rozumí pojmem kvalita života? Pohled do etymologického slovníku nám napovídá, že slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualitas“.

Odpověď na otázku „co se rozumí kvalitou?“ je možné dát i významově. Kvalitou se tak rozumí „jakost, hodnota“ a to jako hodnota dobrá nebo naopak špatná. To je charakteristický, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku, např. život jednoho člověka od života druhého člověka.

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast. Engel a Bergsma (1988) „mapují“ celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách a to v makro-rovině, mezo-rovině a v osobní (personální) rovině.

- ***makro-rovina***

Zde jde o otázky kvality života velkých společenských celků – např. dané země, kontinentu, atp. V této rovině také jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah např. problematiku boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou, genocidou, terorismem, ale i otázku investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy, atp.

- ***mezo-rovina***

Zde jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách – např. škole, nemocnici, domově pro seniory, pečovatelském domově, podniku, atp. Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi (např. v týmu lékařů, pečovatelek, atp.), otázky neuspokojování a uspokojování (frustrace a satiace) základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory, sdílených hodnot (existenci humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchii, atp.

- ***Osobní (personální) rovina***

Je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua, ať jím je pacient, lékař či kdokoli jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní - subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce, jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení atp.

- ***Fyzická (tělesná) existence***

Je čtvrtou rovinou, v níž by bylo možné hovořit o kvalitě života. V tomto smyslu jde o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a porovnávat, např. jak kdo chodí (např. před a po ortopedickém léčení). Kritéria v této rovině je možné operacionalizovat (objektivně definovat a účelem jejich měření). I když tyto údaje jsou objektivně měřitelné, přece jen postrádají něco, co je pro hlubší pojetí kvality života podstatné. Proto se nedoporučuje používat údajů z této roviny při definování kvality života. (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 162-164)

1.5.2 Historie pojmu kvalita života

Pojem kvalita života (*quality of life*) má relativně dlouhou a zajímavou historii. Jeho první výskyt se dnes datuje do 20. let 20. století. Např. Hnilicová (2005) připomíná, že se objevil už v diskusích o vztahu ekonomických a sociálních hledisek při státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva. Američtí autoři se domnívají, že pojem kvalita života byl

odborně použit až v pracích dvou amerických ekonomů . Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1954 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu.

Do obecného povědomí však tento pojem vstoupil až v 60. letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle americké administrativy za vlády presidenta Johnsona. L. B. Johnson v roce 1964 totiž prohlásil : Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají. Pojem kvalita života se svou stručností a intuitivní srozumitelností pro veřejnost rychle ujal a stal se v politice i v mediálním světě módním slovem. Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v 70. letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády.

Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku. Rozvíjel se třemi směry :

- objektivní – souhrn objektivních indikátorů (kvalita životních podmínek v dané zemi)
- subjektivní – souhrn subjektivních indikátorů (kvalita jedincovy „cesty životem“)
- kombinovaný – kombinace obou indikátorů (MAREŠ, 2006, s. 11)

Tab. 4 Vztah objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání (MAREŠ, 2006, s. 12)

objektivní podmínky	subjektivní prožívání	
	dobrá	špatná
dobré	pohoda	disonance
špatné	adaptace	deprivace

Tab. 5 Čtyři typy kvality života (MAREŠ, 2006, s. 13)

	Vnější kvality života (prostředí)	Vnitřní kvality života (jedinec)
Životní šance, životní příležitosti	Příhodnost prostředí pro život	Životaschopnost jedince, viabilita
Výsledek života, pohoda života	Užitečnost života	Porozumění vlastnímu životu

Každý ze čtyř možných pohledů na kvalitu života má své oprávnění, každý pohled však akcentuje jiné momenty.

První řádek se zajímá o životní šance, životní příležitosti člověka. Mezi vnější kvality patří pojem příhodnost prostředí pro život (livability), který akcentuje životní podmínky. Ty zajímají především ekology, sociology a ekonomy. Sem patří i pojmy typu životní úroveň jedince a skupiny, sociální zabezpečení jedince a skupiny, atp. Někteří badatelé používají pojem environmentální kvalita života (environmental quality of life) a snaží se propojit životní a sociální prostředí se zdravotní kvalitou života v nový pojem : health-related environmental quality of life.

Druhý pojem, který se vztahuje k životním šancím, životním příležitostem, je pojem životaschopnost jedince (life-ability). Označuje vnitřní kvality jedince, jeho vybavenost do života, schopnost vyrovnávat se s nároky života. Tato charakteristika zajímá především lékaře a psychology. Lékaři pracují s výrazy typu viabilita či zdravý člověka, zatímco psychologové dříve mluvili o mohutnostech osobnosti, později o adaptivním potenciálu, odolnosti, nezdolnosti, zvládací kapacitě.

Druhý řádek tabulky si vši á výsledné podoby života, tedy výsledku, k němuž jedinec na cestě životem dospěl.

Pokud nás zajímá vnější hledisko, pak dospějeme v citované tabulce k pojmu užitečnost života (utility of life). Název sám už evokuje, že překračujeme hranice jednotlivce a zajímáme se o to, nakolik daný jedinec přispívá k dobru ostatních lidí a

čím je vlastně obohacuje. To je oblast, která přitahuje pozornost filosofů (zejména těch, kteří se zabývají hodnotami, etikou, atp.), dále teologů, pedagogů, sociálních pracovníků.

Nakonec čtvrtý pojem porozumění vlastnímu životu (appreciation of life). Jediněc sám hodnotí svůj život a jeho důležité aspekty. Ačkoliv by mělo jít především o doménu filosofů či teologů, zkoumání této kvality se kupodivu nejvíce věnují zdravotníci a psychologové. Svědčí o tom pojmy typu : subjektivní (osobní) pohoda, životní spokojenost, štěstí, atp. (MAREŠ, 2006, s. 13-14)

1.5.3 Problematika definování kvality života

Pojem kvalita života vstoupil do odborné literatury mnoha vědních oborů. Vzhledem k tomu, kolik různých, věcně odlišných oborů pracuje s tímto pojmem, liší se pochopitelně i jeho definování. Prvním problémem je proto **oborová různost**, neboť se těžko hledá zastřešující pojetí, které by současně dovolovalo nejroznější praktické aplikace.

Druhým problémem je, že pojem sám navozuje dojem souhrnného, integrujícího, komplexního ukazatele. Jak výstižně upozorňuje Veenhovenová (2000), je to jen iluze, neboť vždy jde jen o **výběr, o selektivní, tedy nekompletní zachycení** složité skutečnosti. Z věcných důvodů, které rozvedeme dále, se citovaná autorka dokonce domnívá, že to není principiálně možné.

Třetím problémem je, že pojem kvality života je nutné z teoretických i praktických důvodů jemněji rozčlenit, odlišit jeho jednotlivé aspekty. Obvykle se mluví o jednotlivých oblastech kvality života. Díky různosti oborů, různosti teoretických přístupů i různosti diagnostických metod **nepanuje shoda v tom, co považovat za konstitutivní oblast, kolik těchto oblastí existuje, ani jak je označovat.** (MAREŠ, 2006, s. 11-12)

1.5.4 Měření kvality života

Jedním ze způsobů, jak si udělat obraz o tom, co různí autoři rozumějí termínem „kvalita života“, je ten, že se nejprve seznámíme s jejich pojetím měření tohoto jevu z něho potom dedukujeme pojetí, které stojí v pozadí dané metodiky. Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství a proto se rozdělují na tři skupiny (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 165) :

- objektivní metody QOL – kvalita života je hodnocena druhou osobou
- subjektivní metody QOL – kvalita života je hodnocena samotnou danou osobou
- smíšené metody QOL – kvalita života je hodnocena kombinací obou metod

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíle výzkumného šetření

Cíl 1 – srovnat, jak vnímají jednotlivé příznaky Crohnovy choroby muži a ženy

Cíl 2 – zjistit dopady Crohnovy choroby na psychickou stránku života klientů

Cíl 3 – zjistit dopady Crohnovy choroby na ekonomickou stránku života klientů

Cíl 4 – zjistit dopady Crohnovy choroby na sociální stránku života klientů

Cíl 5 – zjistit, jak často se u Crohnovy choroby využívá alternativní medicína

Cíl 6 – zjistit, kolik klientů s Crohnovou chorobou podstoupilo chirurgickou léčbu

2.2 Stanovené hypotézy

H₀1 : Vnímání příznaků Crohnovy choroby je u mužů a žen stejné

H_A1 : Vnímání příznaků Crohnovy choroby je u mužů a žen rozdílné

H₂ : Více než 50% klientů vyhledalo pomoc psychologa

H₃ : Více než 50% klientů pociťuje větší finanční zátěž v souvislosti s Crohnovou chorobou

H₄ : Sociální stránka života více než 50% klientů je negativně ovlivněna Crohnovou chorobou

H₅ : Více než 50% klientů podstoupilo alternativní medicínu

H₆ : Více než 50% klientů podstoupilo chirurgickou léčbu

2.3 Metodika výzkumného šetření

2.3.1 Výběr výzkumného souboru respondentů

Výzkum byl zaměřen na muže a ženy s klinickou diagnózou Crohnova choroba. Byl z velké části realizován na II. interní klinice FN v Olomouci ve spolupráci s panem Doc. MUDr. Ivanem Gregarem, CSc., mým vedoucím práce a zároveň odborným lékařem respondentů, svých pacientů. Menší část výzkumného souboru byla realizována ve spolupráci s panem MUDr. Josefem Maškem, prostřednictvím jeho Gastroporadny v Nemocnici Písek, a.s.. Výzkum byl prováděn v období únor - duben 2010 na základě písemného souhlasu. Zkoumaný soubor se skládal z 60-i respondentů dle následujících požadavků :

- muži i ženy
- pacienti/klienti s diagnostikovanou Crohnovou chorobou
- vybraná pracoviště na II. interní klinice ve FN Olomouc a v Gastroporadně v Nemocnici Písek, a.s.

2.3.2 Použitá metoda výzkumného šetření

Ke zpracování výzkumné části práce jsem použila kvantitativní výzkum. Sběr dat jsem prováděla metodou dotazování, technikou anonymního dobrovolného dotazníku. Chtěla jsem jím postihnout specifické oblasti života klientů s Crohnovou chorobou. Dotazník byl vypracován autorkou, prodiskutován a později sestaven ve spolupráci s vedoucím práce, Doc. MUDr. Ivanem Gregarem, CSc.. Obsahuje 26 otázek, z toho 24 uzavřených a 2 polootevřené. Jeho znění uvádím v příloze 3.

2.3.3 Organizace výzkumného šetření

Vlastnímu výzkumnému šetření předcházela osobní návštěva ordinace Doc. MUDr. Ivana Gregara, CSc. a Gastroporadny MUDr. Josefa Maška, při které byla podána žádost o umožnění provedení výzkumného šetření, seznámení s metodou sběru dat. Tuto žádost uvádím v příloze 4. Výzkumné šetření bylo prováděno v období : únor – duben 2010 na základě písemného souhlasu. V průběhu obou návštěv byly rozdány dotazníky

vybraným respondentům. Všechna data byla zpracována anonymně. Celý výzkumný soubor obsahuje data od 60- ti (100%) respondentů.

2.3.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Všechna získaná data byla zpracována ručně za pomoci čárkovací metody. Poté byla převedena do jednoduchých tabulek četností a doplněny o výpočty relativní četnosti. Vypočítaná relativní četnost pozorovaných jevů byla znázorněna grafickou úpravou. Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Nejčastěji se udává v procentech.

V práci jsou použity výsečové grafy. Pro konstrukci tabulek byl využit Microsoft Word a pro konstrukci grafů byl využit Microsoft Excel. Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce :

$$f = n/N$$

f - relativní četnost

n - absolutní četnost

N - celková četnost

U níže uvedených grafů a tabulek jsou uvedeny jejich názvy a znění odpovídající otázky z dotazníku.

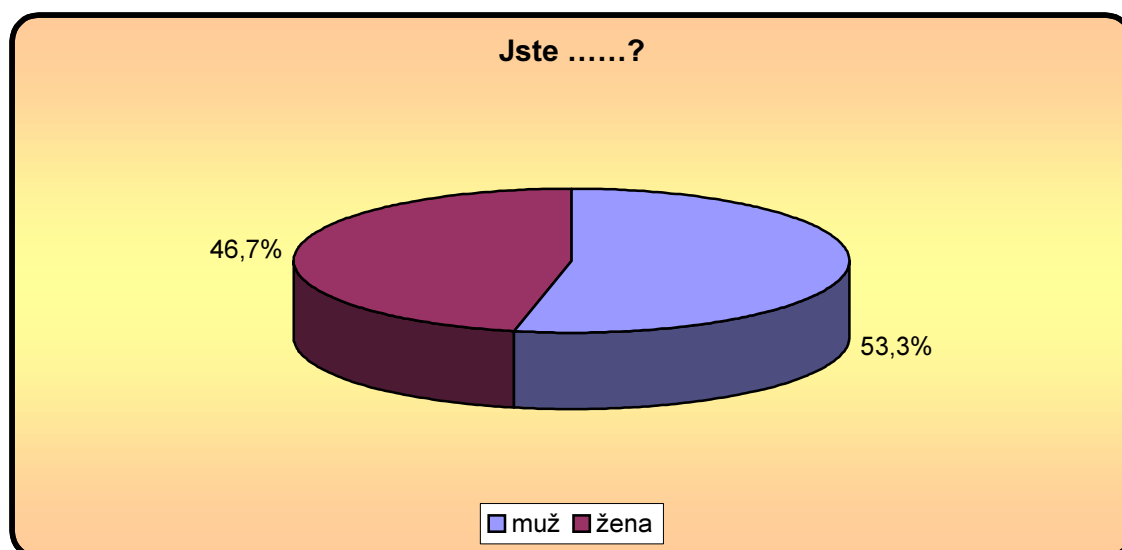
Položka č. 1

Jste ?

Tab. 6 Zastoupení pohlaví

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
muž	32	53,3
žena	28	46,7
Celkem	60	100,0

Graf 1 Zastoupení pohlaví



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) bylo 32 respondentů (53,3%) mužského pohlaví a 28 respondentů (46,7%) pohlaví ženského.

Tato položka se vztahuje k H_1

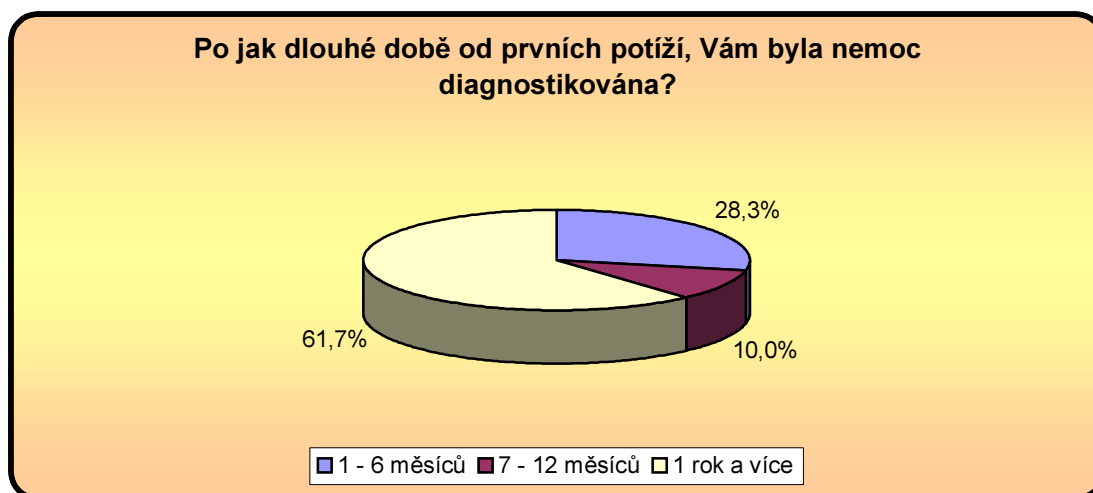
Položka č. 2

Po jak dlouhé době od prvních potíží, Vám byla nemoc diagnostikována?

Tab. 7 Doba od začátku potíží do stanovení diagnózy

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
1 – 6 měsíců	17	28,3
7 – 12 měsíců	6	10,0
1 rok a více	37	61,7
Celkem	60	100,0

Graf 2 Doba od začátku potíží do stanovení diagnózy



Z celkového počtu 60 (100%) dotazovaných respondentů byla 17 osobám (28,3%) stanovena diagnóza za 1 - 6 měsíců od počátku jejich potíží, u 6 dotazovaných (10,0%) se tak stalo za 7 - 12 měsíců a u 37 respondentů (61,7%) se první potíže objevily za 1 rok a více.

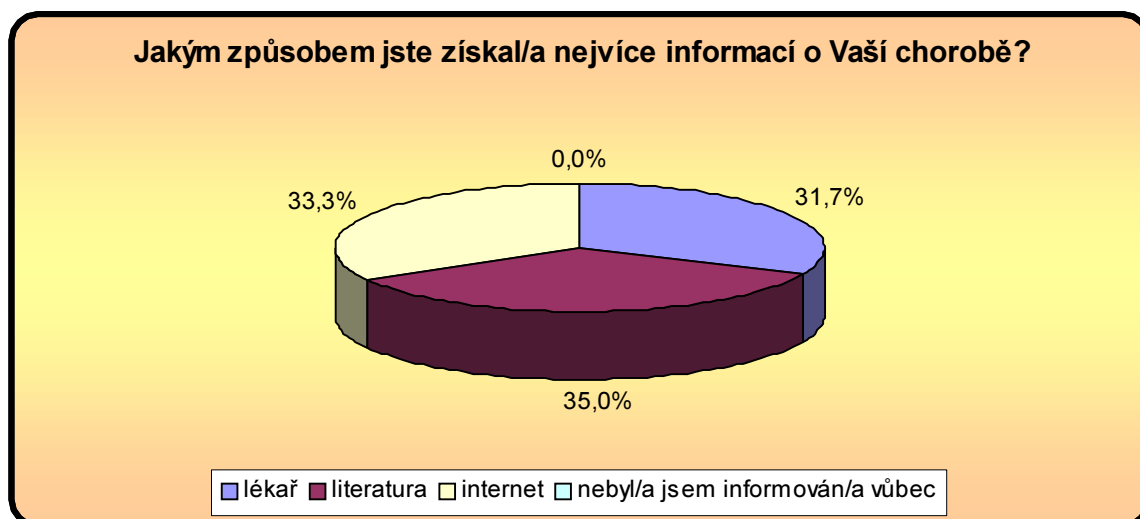
Položka č. 3

Jakým způsobem jste získal/a nejvíce informací o Vaší chorobě?

Tab. 8 Informační zdroje

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
lékař	19	31,7
literatura	21	35,0
internet	20	33,3
nebyl/a jsem informován/a	0	0,0
Celkem	60	100,0

Graf 3 Informační zdroje



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) získalo informace o své nemoci 19 osob (31,7%) od lékaře, 21 osob (35,0%) z literatury, 20 osob (33,3%) z internetu. Na možnost „nebyl/a jsem informován/a vůbec“ neodpověděl žádný respondent (0,0%).

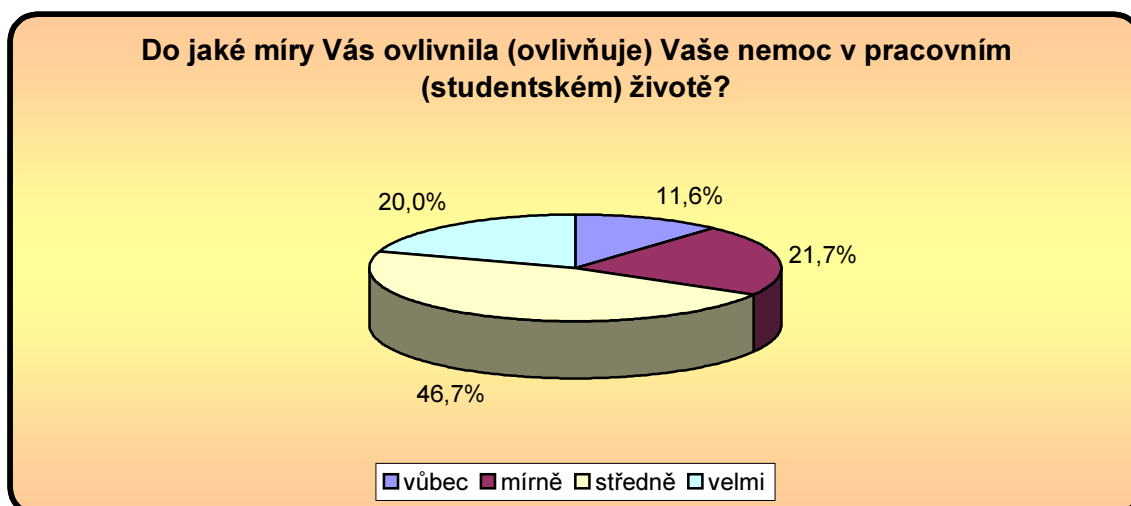
Položka č. 4

Do jaké míry Vás ovlivnila (ovlivňuje) Vaše nemoc v pracovním/studentském životě ?

Tab. 9 Vliv nemoci na pracovní/studentský život

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
vůbec	7	11,6
mírně	13	21,7
středně	28	46,7
velmi	12	20,0
Celkem	60	100,0

Graf 4 Vliv nemoci na pracovní/studentský život



Z počtu 60 respondentů (100%) 7 osob (11,6%) uvedlo, že je nemoc neovlivnila vůbec, 13 osob (21,7%) označilo možnost mírně, 28 osob (46,7%) udalo střední vliv nemoci a 12 osob (20,0%) udalo, že nemoc jejich pracovní/studentský život ovlivňuje velmi.

Tato položka se vztahuje k H₄.

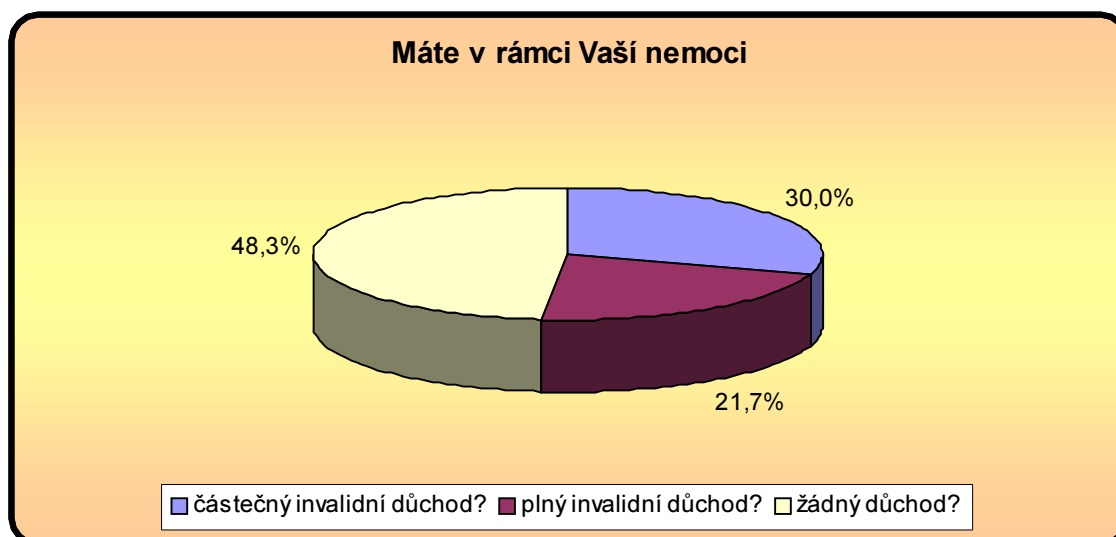
Položka č. 5

Máte v rámci Vaší nemoci

Tab. 10 Vliv nemoci na invaliditu

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
částečný invalidní důchod ?	18	30,0
plný invalidní důchod ?	13	21,7
žádný invalidní důchod ?	29	48,3
Celkem	60	100,0

Graf 5 Vliv nemoci na invaliditu



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) má 18 respondentů (30,0%) částečný invalidní důchod, 13 respondentů (21,7%) plný invalidní důchod a 29 respondentů (48,3%) nemá žádný důchod.

Položka č. 6

Jste kuřák?

Tab. 11 Zastoupení kuřáctví

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ano	25	41,7
ne	35	58,3
Celkem	60	100,0

Graf 6 Zastoupení kuřáctví



Z celkového počtu 60 dotazovaných (100%) 25 osob uvedlo (41,7%), že kouří a 35 osob (58,3%) uvedlo, že nekouří.

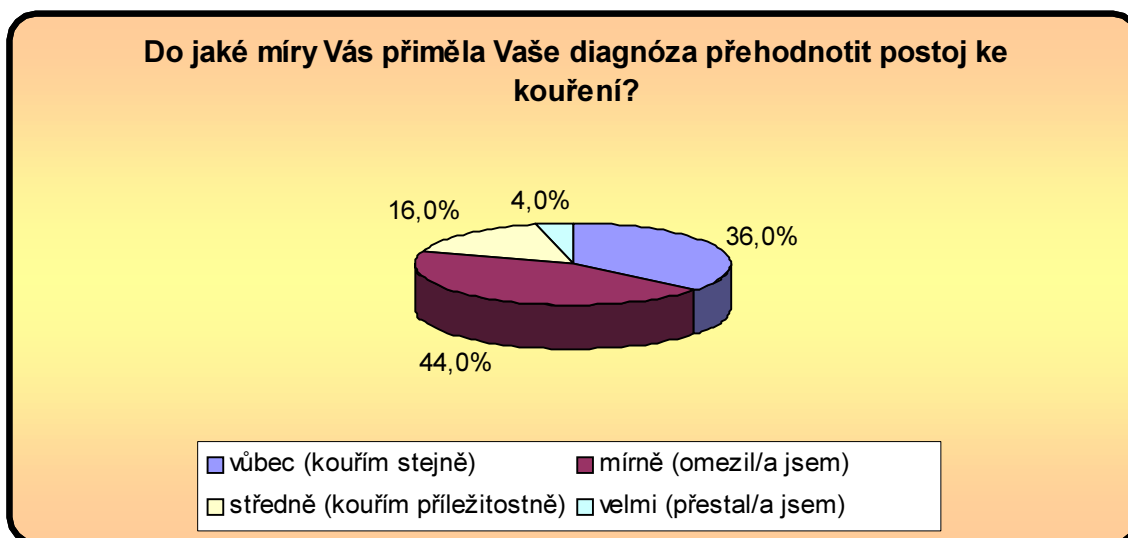
Položka č. 7

Do jaké míry Vás přiměla Vaše diagnóza přehodnotit postoj ke kouření?

Tab. 12 Vliv nemoci na kuřáctví

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
vůbec (kouřím stejně)	9	36,0
mírně (omezil/a jsem)	11	44,0
středně (kouřím příležitostně)	4	16,0
velmi (přestal/a jsem)	1	4,0
Celkem	25	100,0

Graf 7 Vliv nemoci na kuřáctví



Z počtu 25 uvedených kuřáků (100%) odpovědělo 9 osob (36,0%), že je nemoc neovlivnila vůbec, kouří stejně. 11 osob (44,0%) ovlivnila nemoc mírně, omezili. 4 osoby (16,0%) byly ovlivněny středně, kouří příležitostně. 1 osoba (4,0%) byla ovlivněna velmi, přestala.

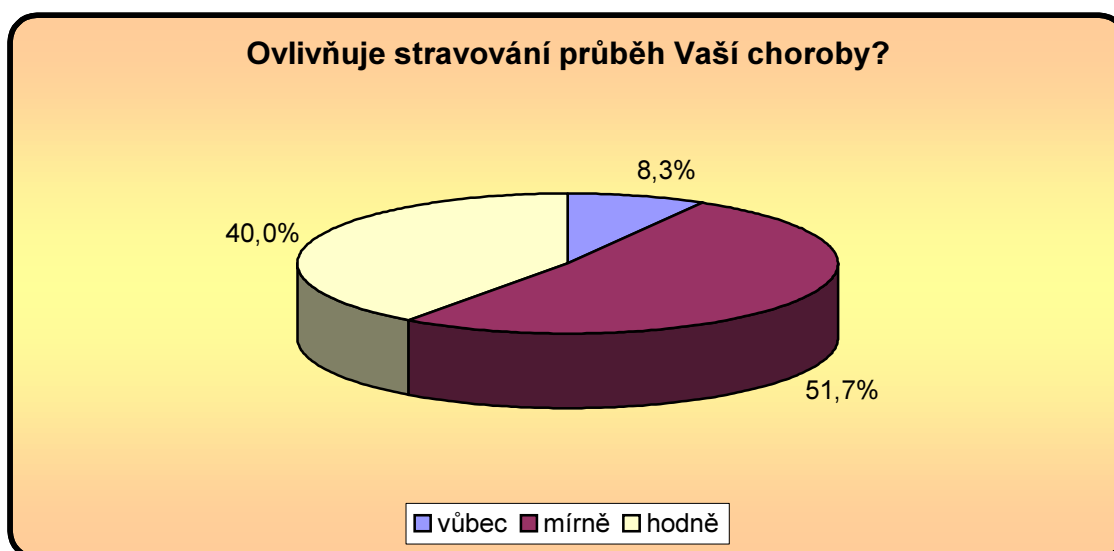
Položka č. 8

Ovlivňuje stravování průběh Vaší choroby?

Tab. 13 Vliv potravy na onemocnění

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
vůbec	5	8,3
mírně	31	51,7
hodně	24	40,0
Celkem	60	100,0

Graf 8 Vliv potravy na onemocnění



Z počtu 60 dotazovaných (100%) 5 lidí (8,3%) odpovědělo, že je stravování, na průběh jejich choroby, neovlivnilo vůbec. 31 lidí (51,7%) stravování ovlivnilo mírně a 24 lidí (40,0%) označilo možnost hodně.

Položka č. 9

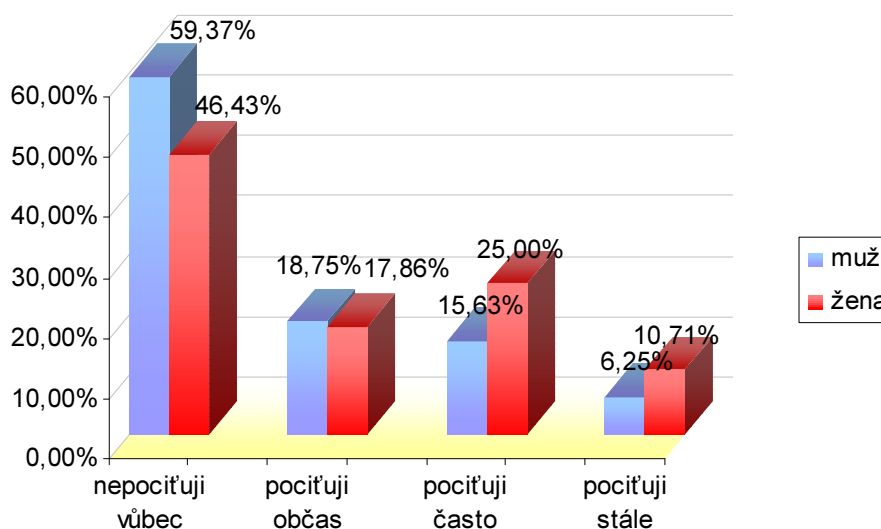
Připište, za každý z uvedených příznaků u Vaší nemoci, číslo s hodnotou zatížení.

Data u této položky jsem vyhodnocovala metodou chí-kvadrát testu na hladině významnosti $p=0,05$. Pokud byla zjištěná hodnota nižší než hladina signifikance $p=0,05$, pak se nulová hypotéza zamítá, pokud byla tato hodnota vyšší, pak H_0 nelze zamítnout.

Tab. 14 Hodnota zatížení symptomů -TEPLOTY

Hodnota zatížení symptomů - TEPLOTY	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nepocít'uji vůbec	19	59,37%	13	46,43%
pocít'uji občas	6	18,75%	5	17,86%
pocít'uji často	5	15,63%	7	25,00%
pocít'uji stále	2	6,25%	3	10,71%
CELKEM	32	100,00%	28	100,00%

Graf 9 Hodnota zatížení symptomů – TEPLOTY

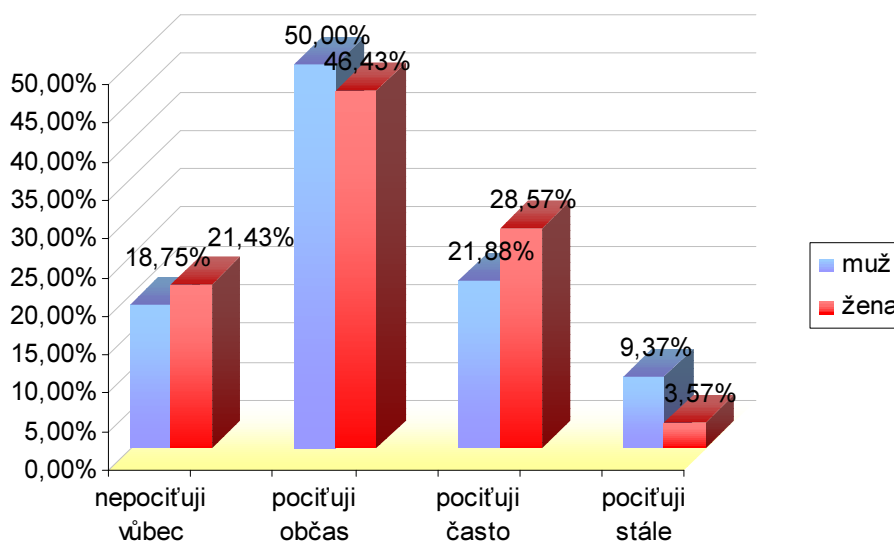


Z celkového počtu 32 respondentů mužského pohlaví (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení symptomu „TEPLOTY“, 19 mužů (59,37%) označilo možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 6 mužů (18,75%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 5 mužů (15,63%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a 2 muži (6,25%) označili možnost „4 - pocít'uji stále“. Z počtu 28 respondentů ženského pohlaví (100%) označilo 13 žen (46,43%) možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 5 žen (17,86%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 7 žen (25,00%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a 3 ženy (10,71%) označily možnost „4 - pocít'uji stále“. Tato položka se vztahuje k H_1 .
„Hladina významnosti $p=0,23553139$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.“

Tab. 15 Hodnota zatížení symptomů - ÚNAVA

Hodnota zatížení symptomů - ÚNAVA	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nepocítuji vůbec	6	18,75%	6	21,43%
pocítuji občas	16	50,00%	13	46,43%
pocítuji často	7	21,88%	8	28,57%
pocítuji stále	3	9,37%	1	3,57%
CELKEM	32	100,00%	28	100,00%

Graf 10 Hodnota zatížení symptomů - ÚNAVA



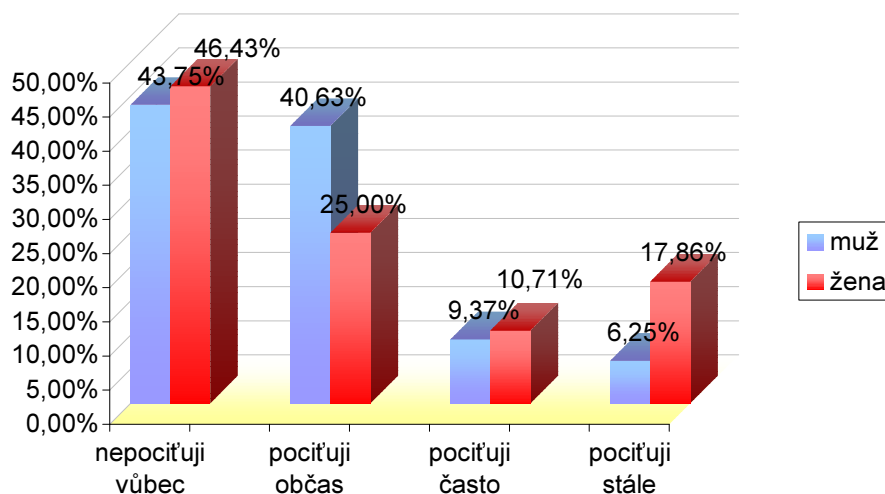
Z celkového počtu 32 respondentů mužského pohlaví (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení symptomu „ÚNAVA“, 6 mužů (18,75%) označilo možnost „1 - nepocítuji vůbec“, 16 mužů (50,00%) označilo možnost „2 - pocítuji občas“, 7 mužů (21,88%) označilo možnost „3 - pocítuji často“ a 3 muži (9,37%) označili možnost „4 - pocítuji stále“. Z počtu 28 respondentů ženského pohlaví (100%) označilo 6 žen (21,43%) možnost „1 - nepocítuji vůbec“, 13 žen (46,43%) označilo možnost „2 - pocítuji občas“, 8 žen (28,57%) označilo možnost „3 - pocítuji často“ a 1 žena (3,57%) označila možnost „4 - pocítuji stále“. Tato položka se vztahuje k H_1 .

„Zjištěná hladina významnosti $p=0,94002647$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.“

Tab. 16 Hodnota zatížení symptomů - NECHUTENSTVÍ

Hodnota zatížení symptomů - NECHUTENSTVÍ	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nepocit'uji vůbec	14	43,75%	13	46,43%
pocit'uji občas	13	40,63%	7	25,00%
pocit'uji často	3	9,37%	3	10,71%
pocit'uji stále	2	6,25%	5	17,86%
CELKEM	32	100,00%	28	100,00%

Graf 11 Hodnota zatížení symptomů – NECHUTENSTVÍ



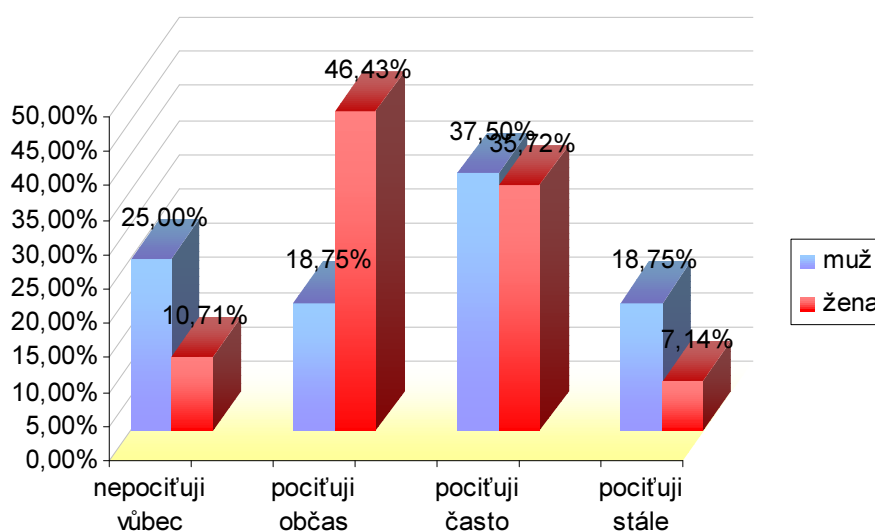
Z celkového počtu 32 respondentů mužského pohlaví (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení symptomu „NECHUTENSTVÍ“, 14 mužů (43,75%) označilo možnost „1 - nepocit'uji vůbec“, 13 mužů (40,63%) označilo možnost „2 - pocit'uji občas“, 3 muži (9,37%) označili možnost „3 - pocit'uji často“ a 2 muži (6,25%) označili možnost „4 - pocit'uji stále“. Z počtu 28 respondentů ženského pohlaví (100%) označilo 13 žen (46,43%) možnost „1 - nepocit'uji vůbec“, 7 žen (25,00%) označilo možnost „2 - pocit'uji občas“, 3 ženy (10,71%) označily možnost „3 - pocit'uji často“ a 5 žen (17,86%) označilo možnost „4 - pocit'uji stále“. Tato položka se vztahuje k H_1 .

„Zjištěná hladina významnosti $p=0,223994$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.“

Tab. 17 Hodnota zatížení symptomů – PRŮJMY

Hodnota zatížení symptomů - PRŮJMY	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nepocít'uji vůbec	8	25,00%	3	10,71%
pocít'uji občas	6	18,75%	13	46,43%
pocít'uji často	12	37,50%	10	35,72%
pocít'uji stále	6	18,75%	2	7,14%
CELKEM	32	100,00%	28	100,00%

Graf 12 Hodnota zatížení symptomů - PRŮJMY



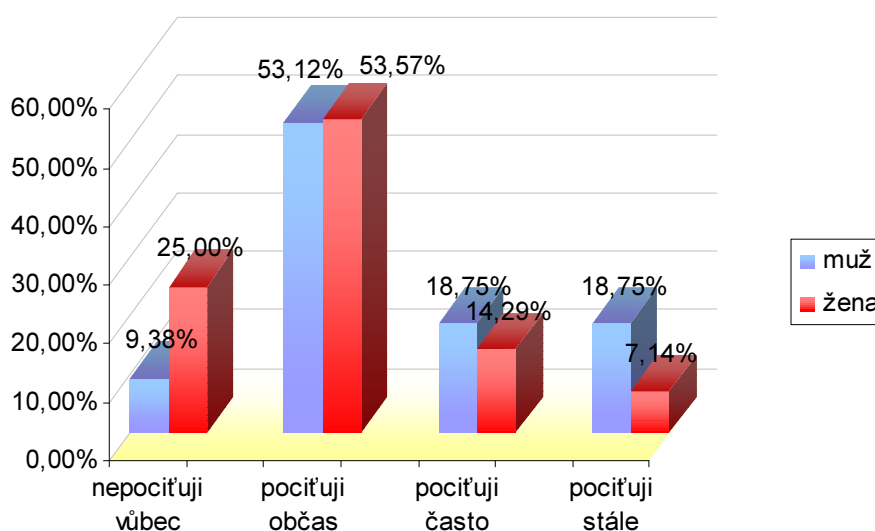
Z celkového počtu 32 respondentů mužského pohlaví (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení symptomu „PRŮJMY“, 8 mužů (25,00%) označilo možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 6 mužů (18,75%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 12 mužů (37,50%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a 6 mužů (18,75%) označilo možnost „4 - pocít'uji stále“. Z počtu 28 respondentů ženského pohlaví (100%) 3 ženy (10,71%) označily možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 13 žen (46,43%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 10 žen (35,72%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a 2 ženy (7,14%) označily možnost „4 - pocít'uji stále“. Tato položka se vztahuje k H_1 .

„Hladina významnosti $p=0,300623$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.“

Tab. 18 Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI BŘICHA

Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI BŘICHA	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nepocít'uji vůbec	3	9,38%	7	25,00%
pocít'uji občas	17	53,12%	15	53,57%
pocít'uji často	6	18,75%	4	14,29%
pocít'uji stále	6	18,75%	2	7,14%
CELKEM	32	100,00%	28	100,00%

Graf 13 Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI BŘICHA



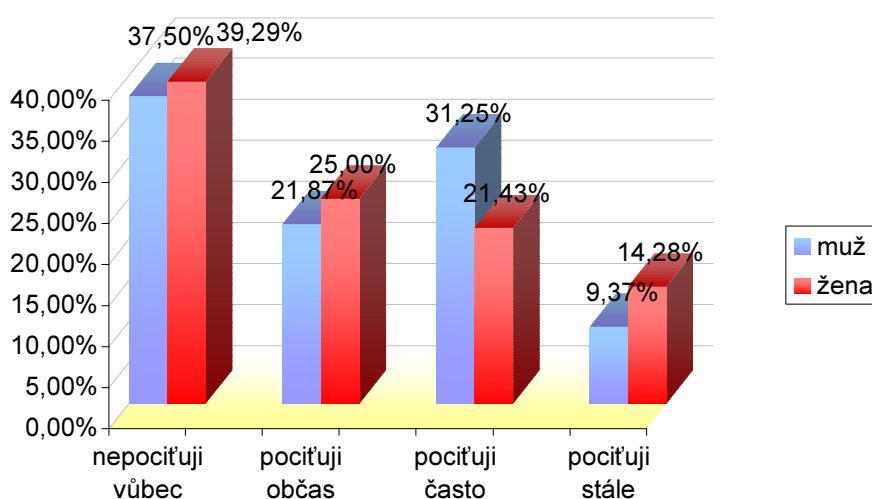
Z celkového počtu 32 respondentů mužského pohlaví (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení symptomu „BOLESTI BŘICHA“, 3 muži (9,38%) označili možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 17 mužů (53,12%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 6 mužů (18,75%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a 6 mužů (18,75%) označilo možnost „4 - pocít'uji stále“. Z počtu 28 respondentů ženského pohlaví (100%) označilo 7 žen (25,00%) možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 15 žen (53,57%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 4 ženy (14,29%) označily možnost „3 - pocít'uji často“ a 2 ženy (7,14%) označily možnost „4 - pocít'uji stále“. Tato položka se vztahuje k H_1 .

„Zjištěná hladina významnosti $p=0,175334$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.“

Tab. 19 Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI KLOUBŮ

Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI KLOUBŮ	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nepocítuji vůbec	12	37,50%	11	39,29%
pocítuji občas	7	21,87%	7	25,00%
pocítuji často	10	31,25%	6	21,43%
pocítuji stále	3	9,37%	4	14,28%
CELKEM	32	100,00%	28	100,00%

Graf 14 Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI KLOUBŮ



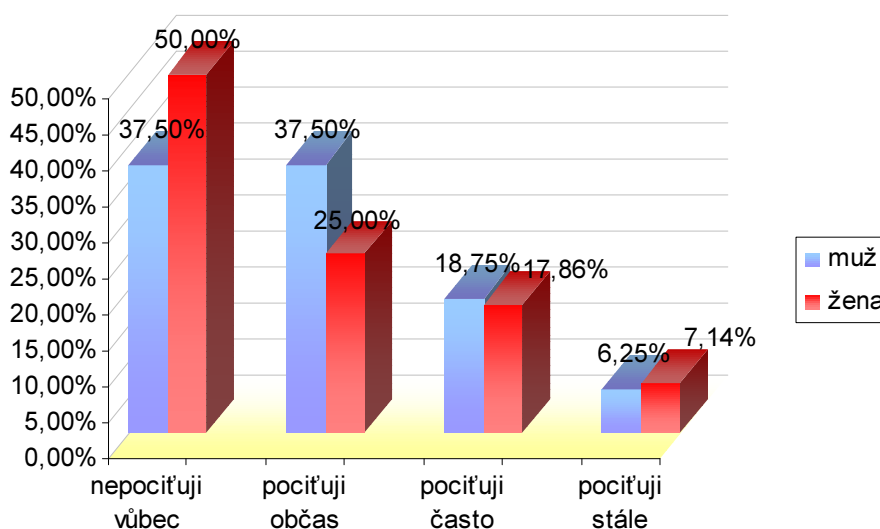
Z celkového počtu 32 respondentů mužského pohlaví (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení symptomu „BOLESTI KLOUBŮ“, 12 mužů (37,50%) označilo možnost „1 - nepocítuji vůbec“, 7 mužů (21,87%) označilo možnost „2 - pocítuji občas“, 10 mužů (31,25%) označilo možnost „3 - pocítuji často“ a 3 muži (9,37%) označili možnost „4 - pocítuji stále“. Z počtu 28 respondentů ženského pohlaví (100%) označilo 11 žen (39,29%) možnost „1 - nepocítuji vůbec“, 7 žen (25,00%) označilo možnost „2 - pocítuji občas“, 6 žen (21,43%) označilo možnost „3 - pocítuji často“ a 4 ženy (14,28%) označily možnost „4 - pocítuji stále“. Tato položka se vztahuje k H_1 .

„Hladina významnosti $p=0,004843$, H_0 se pro tuto položku zamítá.“

Tab. 20 Hodnota zatížení symptomů - ÚBYTEK NA VÁZE

Hodnota zatížení symptomů - ÚBYTEK NA VÁZE	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nepocít'uji vůbec	12	37,50%	14	50,00%
pocít'uji občas	12	37,50%	7	25,00%
pocít'uji často	6	18,75%	5	17,86%
pocít'uji stále	2	6,25%	2	7,14%
CELKEM	32	100,00%	28	100,00%

Graf 15 Hodnota zatížení symptomů - ÚBYTEK NA VÁZE



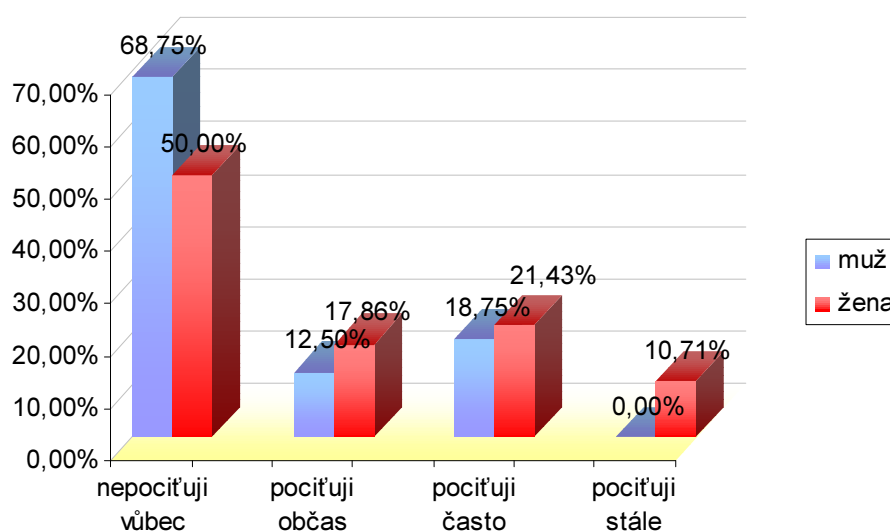
Z celkového počtu 32 respondentů mužského pohlaví (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení symptomu „ÚBYTEK NA VÁZE“, 12 mužů (37,50%) označilo možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 12 mužů (37,50%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 6 mužů (18,75%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a 2 muži (6,25%) označili možnost „4 - pocít'uji stále“. Z počtu 28 respondentů ženského pohlaví (100%) označilo 14 žen (50,00%) možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 7 žen (25,00%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 5 žen (17,86%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a 2 ženy (7,14%) označily možnost „4 - pocít'uji stále“. Tato položka se vztahuje k H_1 .

„Hladina významnosti $p=0,629063$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.“

Tab. 21 Hodnota zatížení symptomů - PSYCHICKÉ POTÍŽE

Hodnota zatížení symptomů - PSYCHICKÉ POTÍŽE	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
nepocít'uji vůbec	22	68,75%	14	50,00%
pocít'uji občas	4	12,50%	5	17,86%
pocít'uji často	6	18,75%	6	21,43%
pocít'uji stále	0	0,00%	3	10,71%
CELKEM	32	100,00%	28	100,00%

Graf 16 Hodnota zatížení symptomů - PSYCHICKÉ POTÍŽE



Z celkového počtu 32 respondentů mužského pohlaví (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení symptomu „PSYCHICKÉ POTÍŽE“, 22 mužů (68,75%) označilo možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 4 muži (12,50%) označili možnost „2 - pocít'uji občas“, 6 mužů (18,75%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a možnost „4 - pocít'uji stále“ neoznačil žádný muž (0,00%). Z počtu 28 respondentů ženského pohlaví (100%) označilo 14 žen (50,00%) možnost „1 - nepocít'uji vůbec“, 5 žen (17,86%) označilo možnost „2 - pocít'uji občas“, 6 žen (21,43%) označilo možnost „3 - pocít'uji často“ a 3 ženy (10,71%) označily možnost „4 - pocít'uji stále“. Tato položka se vztahuje k H_1 .
„Hladina významnosti $p=0,23199786$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.“

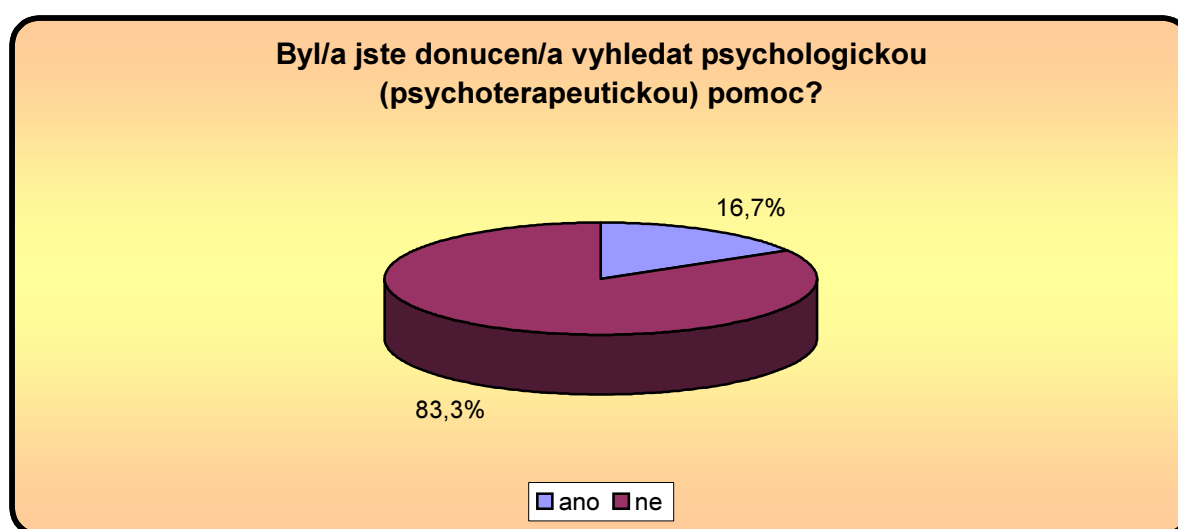
Položka č. 10

Byl/a jste donucen/a vyhledat psychologickou (psychoterapeutickou) pomoc?

Tab. 22 Vliv nemoci na hledání psychologické pomoci

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ano	10	16,7
ne	50	83,3
Celkem	60	100,0

Graf 17 Vliv nemoci na hledání psychologické pomoci



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) 10 respondentů (16,7%) udalo, že je jejich onemocnění donutilo vyhledat psychologickou pomoc a 50 respondentů (83,3%) udalo, že psychologickou pomoc nevyhledalo.

Tato položka se vztahuje k H₂.

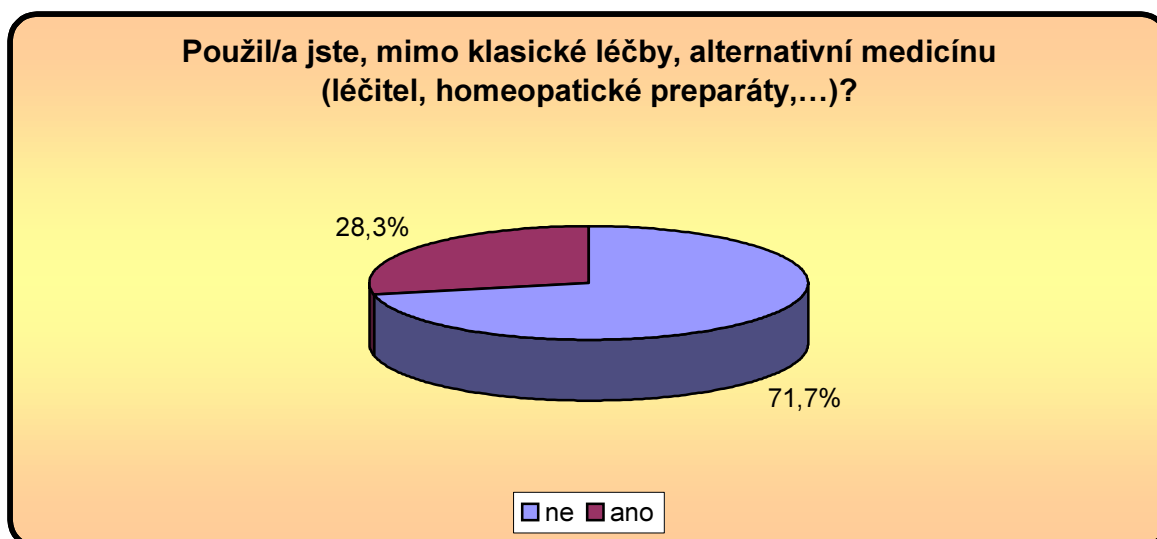
Položka č. 11

Použil/a jste, mimo klasické léčby, alternativní medicínu (léčitel, homeopatické preparáty,..)?

Tab. 23 Využití alternativní medicíny

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ne	43	71,7
ano	17	28,3
Celkem	60	100,0

Graf 18 Využití alternativní medicíny



Z celkového počtu 60 dotazovaných (100%) 43 osob (71,7%) alternativní medicínu nevyužilo a 17 osob (28,3%) uvedlo, že alternativní medicínu využilo.

Tato položka se vztahuje k H₅.

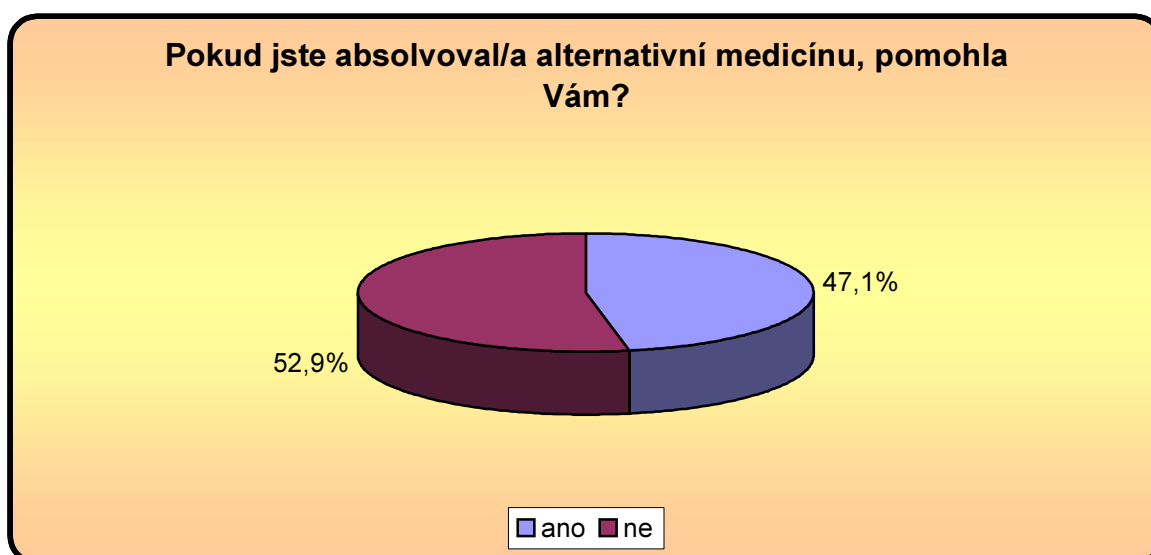
Položka č. 12

Pokud jste absolvoval/a alternativní medicínu, pomohla vám?

Tab. 24 Účinek využití alternativní medicíny

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ano	8	47,1
ne	9	52,9
Celkem	17	100,0

Graf 19 Účinek využití alternativní medicíny



Z počtu 17 respondentů (100%), co alternativní medicínu absolvovalo, 8 osob (47,1%) uvedlo, že jim tato medicína pomohla a 9 osobám (52,9%) alternativní medicína nepomohla.

Položka č. 13

Kterou léčbu, z uvedené nabídky, v současné době užíváte?

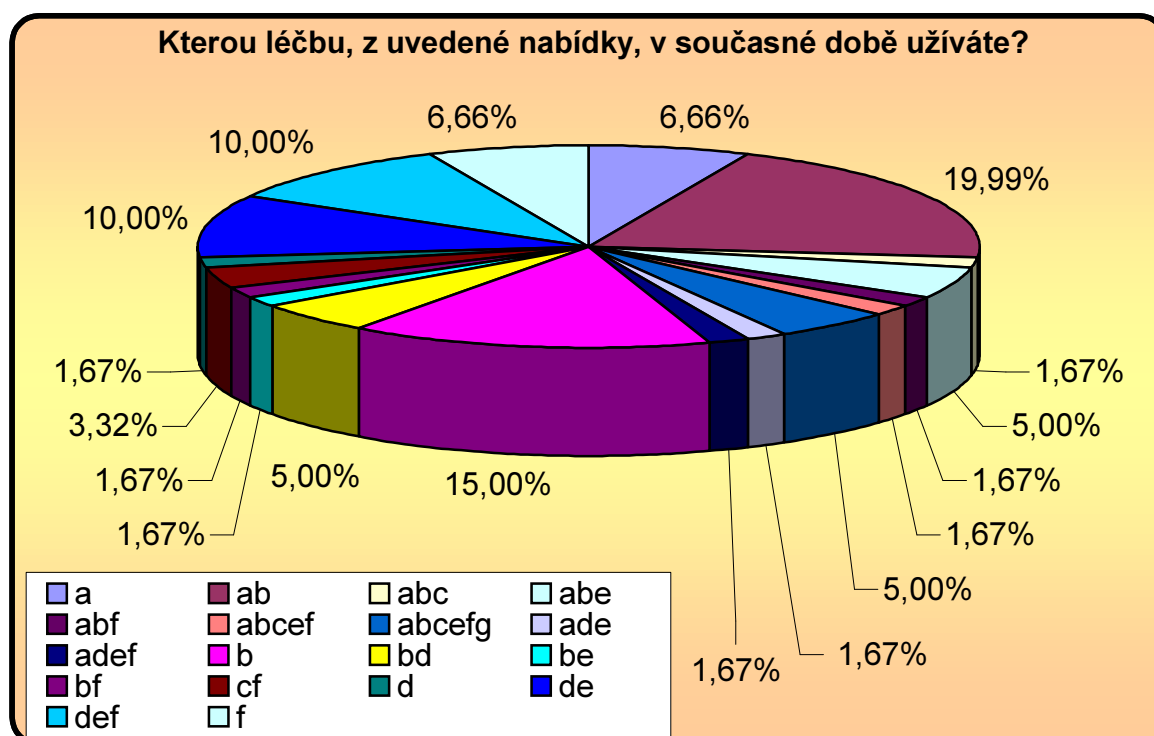
Tab. 25 Farmakologická léčba

DRUH LÉČBY	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a	4	6,66%
ab	12	20,00%
abc	1	1,67%
abe	3	5,00%
abf	1	1,67%
abcef	1	1,67%
abcefg	3	5,00%
ade	1	1,67%
adef	1	1,67%
b	9	15,00%
bd	3	5,00%
be	1	1,67%
bf	1	1,67%
cf	2	3,32%
d	1	1,67%
de	6	10,00%
def	6	10,00%
f	4	6,66%
Celkem	60	100,00%

Legenda ke grafu :

- a - kortikosteroidy
- ab - kortikosteroidy + aminosaliciláty
- abc - kortikosteroidy + aminosaliciláty + probiotika
- abe - kortikosteroidy + aminosaliciláty + analgetika
- abf - kortikosteroidy + aminosaliciláty + substituční léčba
- abcef - kortikosteroidy + aminosaliciláty + probiotika + analgetika + substituční léčba
- abcefg - kortikosteroidy + aminosaliciláty + probiotika + analgetika + substituční léčba + střevní nálevy
- ade - kortikosteroidy + biologická léčba + analgetika
- adef - kortikosteroidy + biologická léčba + analgetika + substituční léčba
- b - aminosaliciláty
- bd - aminosaliciláty + biologická léčba
- be - aminosaliciláty + analgetika
- bf - aminosaliciláty + substituční léčba
- cf - probiotika + substituční léčba
- d - biologická léčba
- de - biologická léčba + analgetika
- def - biologická léčba + analgetika + substituční léčba
- f - substituční léčba

Graf 20 Farmakologická léčba



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) 4 osoby (6,66%) užívají samotné kortikosteroidy, 12 osob (20,00%) označilo možnost „ab“, 1 osoba (1,67%) označila možnost „abc“, 3 respondenti (5,00%) označili možnost „abe“, 1 respondent (1,67%) uvedl možnost „abf“, 1 respondent (1,67%) označil možnost „abcef“, možnost „abcefg“ označily 3 osoby (5,00%), možnost „ade“ označila 1 osoba (1,67%), možnost „adef“ označila 1 osoba (1,67%), samotné aminosallycyláty „b“ označilo 9 respondentů (15,00%), aminosallycyláty společně s biologickou léčbou užívají 3 respondenti (5,00%), 1 osoba (1,67%) užívá aminosallycyláty s analgetiky, možnost „bf“ označil 1 respondent (1,67%), probiotika se substituční léčbou užívají 2 osoby (3,32%), pouze biologickou léčbu užívá 1 osoba (1,67%), možnost „de“ označilo 6 respondentů (10,00%), možnost „def“ označilo také 6 respondentů (10,00%) a samotnou substituční léčbu užívají 4 respondenti (6,66%).

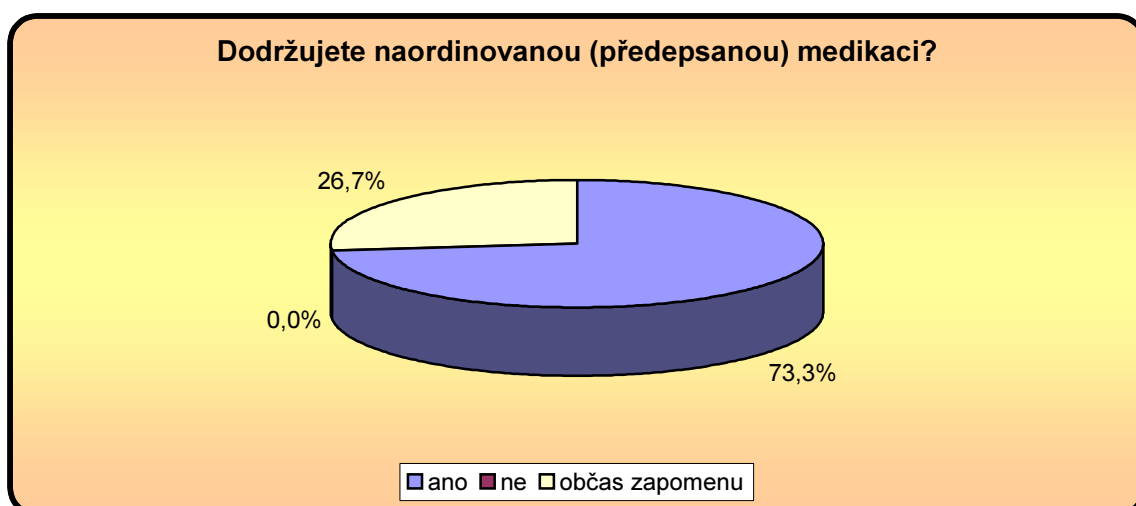
Položka č. 14

Dodržujete naordinovanou (předepsanou) medikaci?

Tab. 26 Dodržování ordinace

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ano	44	73,3
ne	0	0,0
občas zapomenu	16	26,7
Celkem	60	100,0

Graf 21 Dodržování ordinace



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) 44 respondentů (73,3%) udalo, že medikaci dodržuje, na možnost „ne“ neodpověděl žádný respondent (0,0%) a na možnost „občas zapomenu“ odpovědělo 16 respondentů (26,7%).

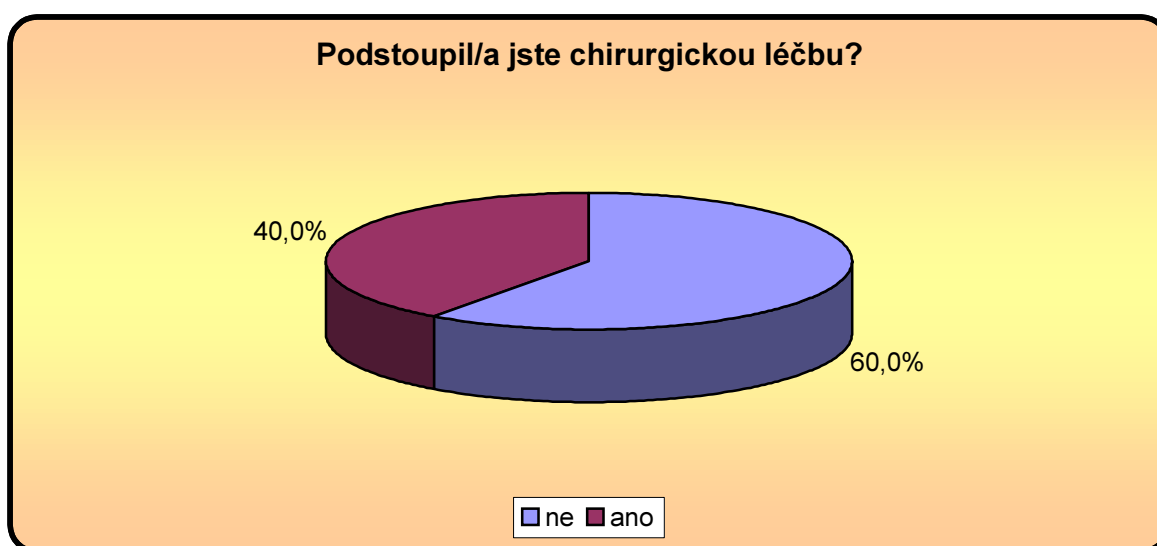
Položka č. 15

Podstoupil/a jste chirurgickou léčbu?

Tab. 27 Chirurgická léčba

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ne	36	60,0
ano	24	40,0
Celkem	60	100,0

Graf 22 Chirurgická léčba



Z celkového počtu 60 dotazovaných (100%) 36 osob(60,0%) chirurgickou léčbu nepodstoupilo a 24 osob (40,0%) tuto léčbu absolvovalo.

Tato položka se vztahuje k H₆.

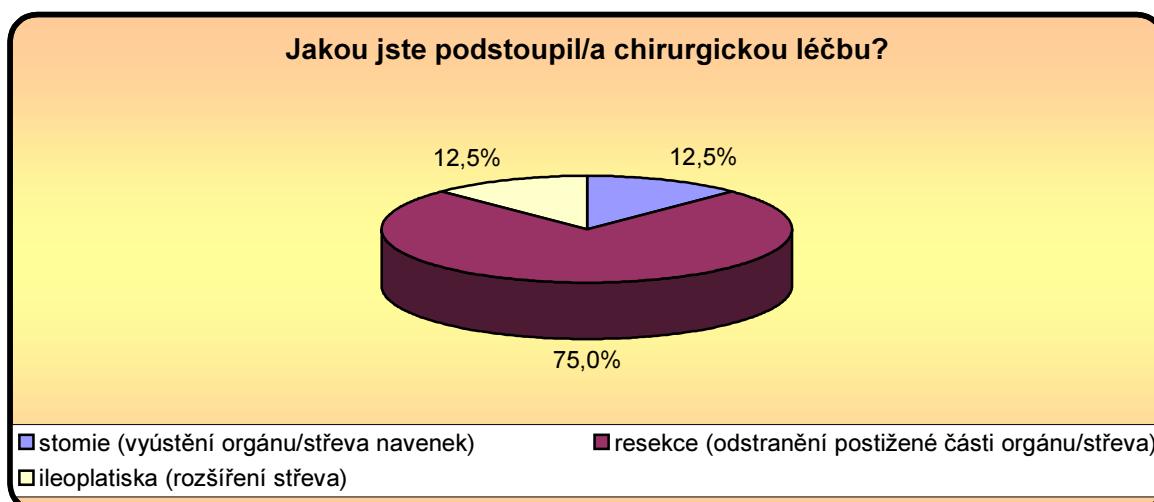
Položka č. 16

Pokud ano, jakou jste podstoupil/a chirurgickou léčbu?

Tab. 28 Druh operace

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
stomie	3	12,5
resekce	18	75,0
ileoplastika	3	12,5
Celkem	24	100,0

Graf 23 Druh operace



Z celkového počtu 24 respondentů, co chirurgickou léčbu podstoupilo, 3 osoby (12,5%) podstoupily stomii, 18 osob (75,0%) podstoupilo resekci a 3 osoby (12,5%) podstoupily ileoplastiku.

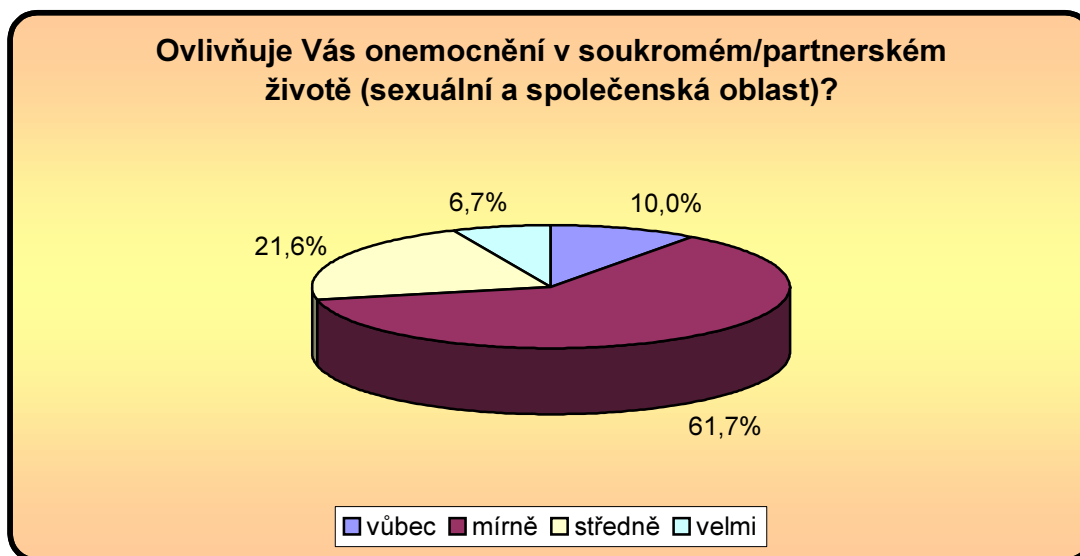
Položka č. 17

Ovlivňuje Vás onemocnění v soukromém/partnerském životě (sexuální a společenská oblast)?

Tab. 29 Vliv nemoci na soukromý/partnerský život

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
vůbec	6	10,0
mírně	37	61,7
středně	16	21,6
velmi	4	6,7
Celkem	60	100,0

Graf 24 Vliv nemoci na soukromý/partnerský život



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) 6 osob (10,0%) udalo, že je onemocnění v soukromém/partnerském životě neovlivňuje vůbec, 37 osob (61,7%) uvedlo, že mírně, 16 osob (21,6%) uvedlo, že středně a 4 osoby (6,7%) uvedly, že velmi.

Tato položka se vztahuje k H₄.

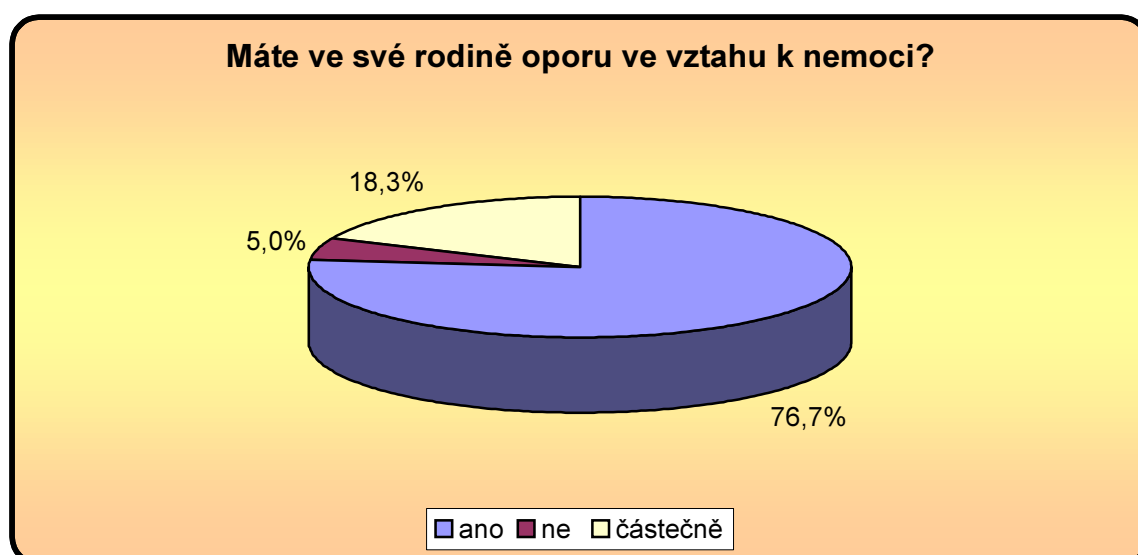
Položka č. 18

Máte ve své rodině oporu ve vztahu k nemoci?

Tab. 30 Podpora v rodině

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ano	46	76,7
ne	3	5,0
částečně	11	18,3
Celkem	60	100,0

Graf 25 Podpora v rodině



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) 46 osob (76,7%) udalo, že oporu v rodině má, 3 osoby (5,0%) uvedly, že oporu nemají a 11 osob (18,3%) má částečnou oporu.

Položka č. 19

Pro klienty v pracovním poměru! Je Váš zaměstnavatel seznámen s Vaší zdravotní situací?

Tab. 31 Obeznámení zaměstnavatele

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ne	14	41,2
ano	20	58,8
Celkem	34	100,0

Graf 26 Obeznámení zaměstnavatele



Z celkového počtu 34 respondentů, kteří jsou v pracovním poměru, 14 dotazovaných (41,2%) svého zaměstnavatele neseznámilo se svou zdravotní situací a 20 osob (58,8%) svého zaměstnavatele obeznámilo.

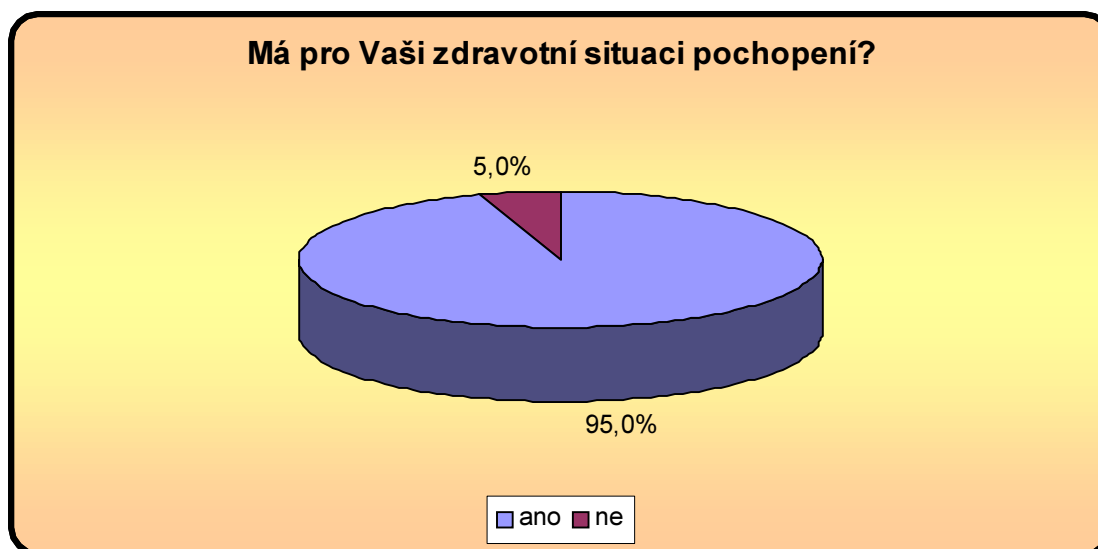
Položka č. 20

Pokud ano, má pro Vaši zdravotní situaci pochopení?

Tab. 32 Pochopení zaměstnavatele

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ano	19	95,0
ne	1	5,0
Celkem	20	100,0

Graf 27 Pochopení zaměstnavatele



Z celkového počtu 20 respondentů (100%), kteří seznámili svého zaměstnavatele se svou zdravotní situací, se 19 osobám (95,0%) dostalo pochopení od svého zaměstnavatele a 1 osoba (5,0%) se pochopení od zaměstnavatele nedočkala.

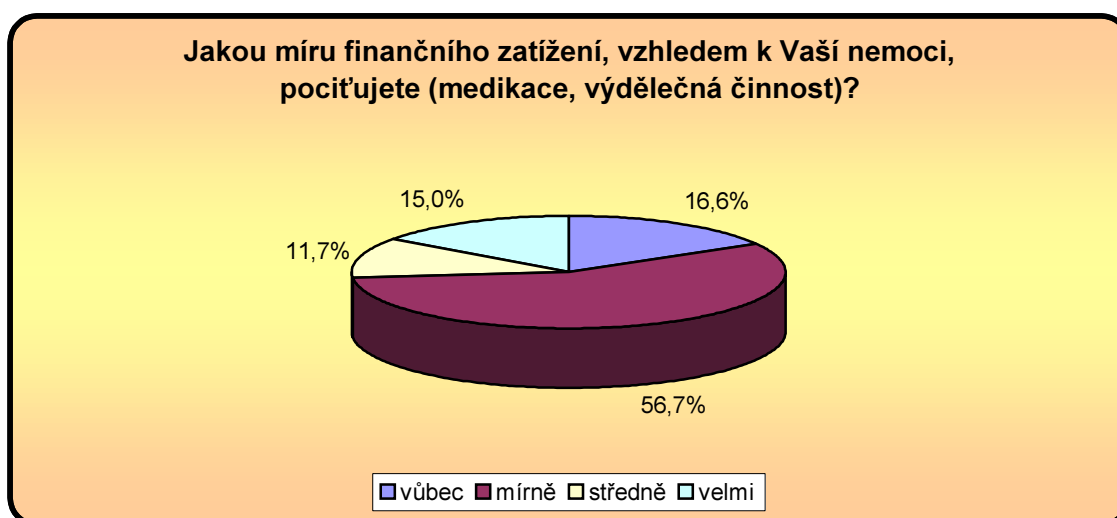
Položka č. 21

Jakou míru finančního zatížení, vzhledem k Vaší nemoci, pocítujete (medikace, vředělečná činnost)?

Tab. 33 Míra finančního zatížení

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
vůbec	10	16,6
mírně	34	56,7
středně	7	11,7
velmi	9	15,0
Celkem	60	100,0

Graf 28 Míra finančního zatížení



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) 10 dotazovaných (16,6%) u této otázky, označilo možnost „vůbec“, 34 dotazovaných (56,7%) označilo možnost „mírně“, 7 dotazovaných (11,7%) označilo možnost „středně“ a 9 dotazovaných (15,0%) označilo možnost „velmi“.

Tato položka se vztahuje k H₃.

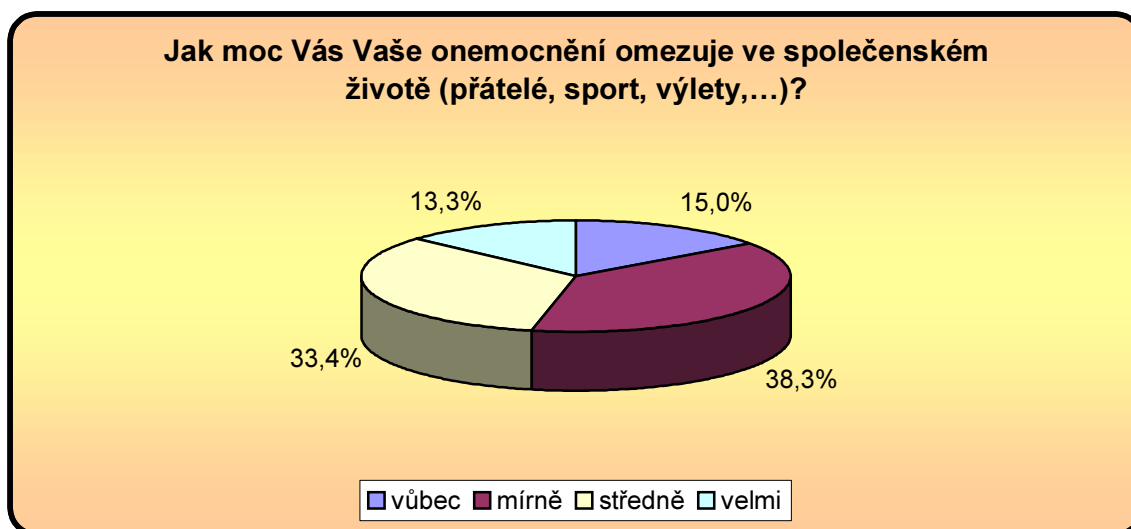
Položka č. 22

Jak moc Vás Vaše onemocnění omezuje ve společenském životě (přátelé, sport, výlety,...)?

Tab. 34 Vliv nemoci na společenský život

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
vůbec	9	15,0
mírně	23	38,3
středně	20	33,4
velmi	8	13,3
Celkem	60	100,0

Graf 29 Vliv nemoci na společenský život



Z počtu 60 respondentů (100%) 9 osob (15,0%) uvedlo, že je nemoc neovlivnila vůbec, 23 osob (38,3%) označilo možnost mírně, 20 osob (33,4%) udalo střední vliv nemoci a 8 osob (13,3%) udalo, že nemoc jejich společenský život ovlivňuje velmi.

Tato položka se vztahuje k H₄.

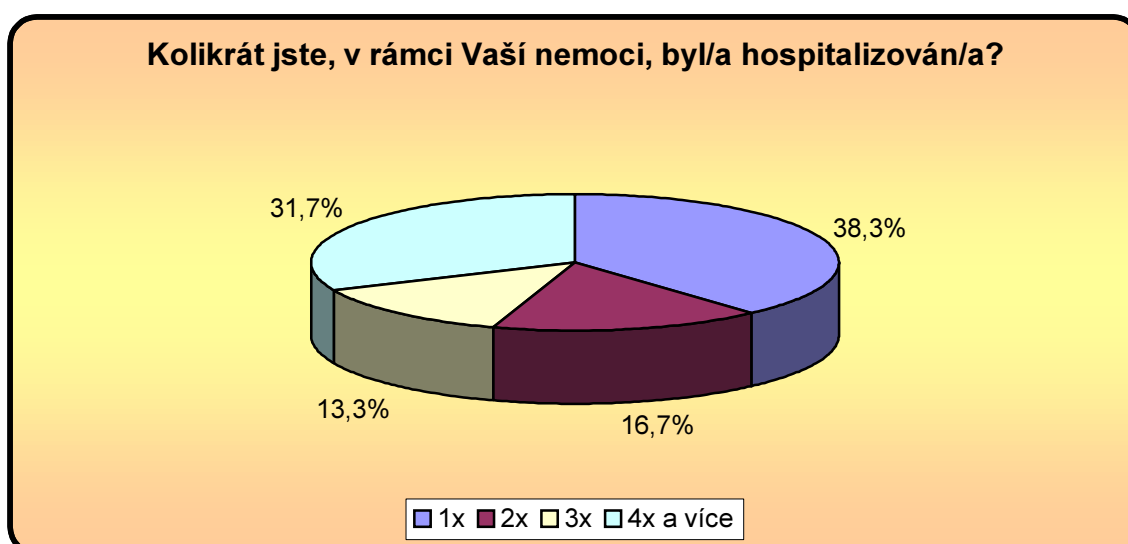
Položka č. 23

Kolikrát jste, v rámci Vaší nemoci, byl/a hospitalizován/a?

Tab. 35 Počet hospitalizací

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
1x	23	38,3
2x	10	16,7
3x	8	13,3
4x a více	19	31,7
Celkem	60	100,0

Graf 30 Počet hospitalizací



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) 23 respondentů (38,3%) bylo hospitalizováno 1x, 10 respondentů (16,7%) bylo hospitalizováno 2x, 8 respondentů (13,3%) bylo hospitalizováno 3x a 19 respondentů (31,7%) bylo hospitalizováno 4x a více.

Položka č. 24

Jste spokojen/a s lékařskou péčí, která se Vám, v rámci Vaší nemoci, dostává?

Tab. 36 Spokojenost s lékařskou péčí

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ano	56	93,3
ne	4	6,7
Celkem	60	100,0

Graf 31 Spokojenost s lékařskou péčí



Z celkového počtu 60 dotazovaných (100%) 56 osob (93,3%) je spokojeno s lékařskou péčí a 4 osoby (6,7%) spokojeny nejsou.

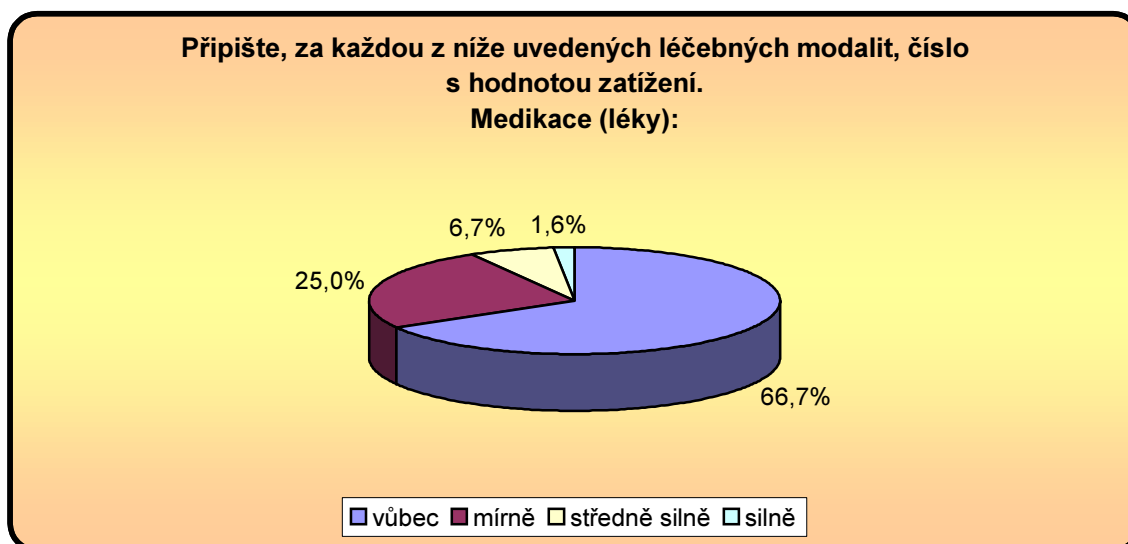
Položka č. 25

Připište, za každou z níže uvedených léčebných modalit, číslo s hodnotou zatížení.

Tab. 37 Hodnota zatížení léčebných modalit - MEDIKACE

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
1 - vůbec	40	66,7
2 - mírně	15	25,0
3 - středně silně	4	6,7
4 - silně	1	1,6
Celkem	60	100,0

Graf 32 Hodnota zatížení léčebných modalit – MEDIKACE

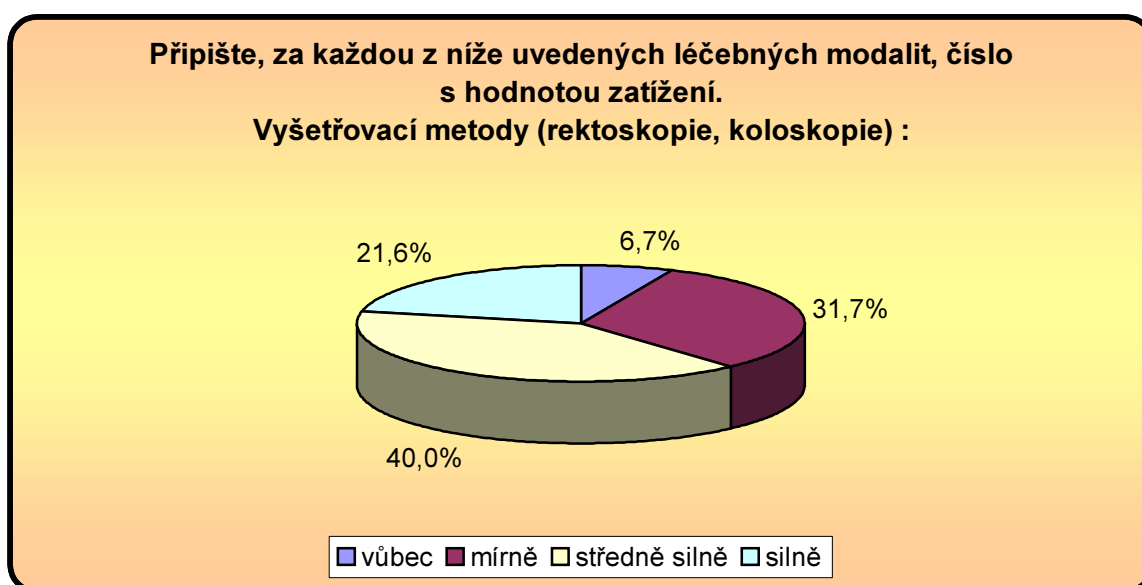


Z celkového počtu 60 respondentů (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení léčebné modality „MEDIKACE“, 40 osob (66,7%) označilo možnost „1 - vůbec“, 15 osob (25,0%) označilo možnost „2 - mírně“, 4 osoby (6,7%) označily možnost „3 - středně silně“ a 1 osoba (1,6%) označila možnost „4 - silně“

Tab. 38 Hodnota zatížení léčebných modalit - VYŠETŘOVACÍ METODY

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
1 - vůbec	4	6,7
2 - mírně	19	31,7
3 - středně silně	24	40,0
4 - silně	13	21,6
Celkem	60	100,0

Graf 33 Hodnota zatížení léčebných modalit - VYŠETŘOVACÍ METODY



Z celkového počtu 60 respondentů (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení léčebné modalit „VYŠETŘOVACÍ METODY“, 4 osoby (6,7%) označily možnost „1 - vůbec“, 19 osob (31,7%) označilo možnost „2 - mírně“, 24 osob (40,0%) označilo možnost „3 - středně silně“ a 13 osob (21,6%) označilo možnost „4 - silně“

Tab. 39 Hodnota zatížení léčebných modalit - PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
1 - vůbec	46	76,7
2 - mírně	11	18,3
3 - středně silně	2	3,3
4 - silně	1	1,7
Celkem	60	100,0

Graf 34 Hodnota zatížení léčebných modalit - PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

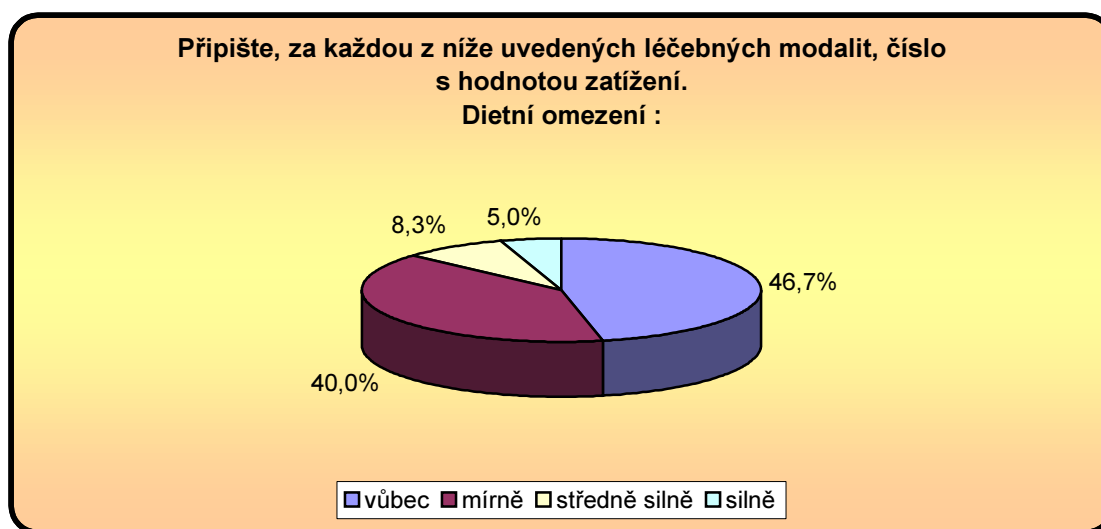


Z celkového počtu 60 respondentů (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení léčebné modality „PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY“, 46 osob (76,7%) označilo možnost „1 - vůbec“, 11 osob (18,3%) označilo možnost „2 - mírně“, 2 osoby (3,3%) označily možnost „3 - středně silně“ a 1 osoba (1,7%) označila možnost „4 - silně“

Tab. 40 Hodnota zatížení léčebných modalit - DIETNÍ OMEZENÍ

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
1 - vůbec	28	46,7
2 - mírně	24	40,0
3 - středně silně	5	8,3
4 - silně	3	5,0
Celkem	60	100,0

Graf 35 Hodnota zatížení léčebných modalit - DIETNÍ OMEZENÍ



Z celkového počtu 60 respondentů (100%), u této otázky zaměřené na hodnotu zatížení léčebné modality „DIETNÍ OMEZENÍ“, 28 osob (46,7%) označilo možnost „1 - vůbec“, 24 osob (40,0%) označilo možnost „2 - mírně“, 5 osob (8,3%) označilo možnost „3 - středně silně“ a 3 osoby (5,0%) označily možnost „4 - silně“

Položka č. 26

Věříte v uzdravení?

Tab. 41 Víra v uzdravení

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
ano	36	60,0
ne	24	40,0
Celkem	60	100,0

Graf 36 Víra v uzdravení



Z celkového počtu 60 respondentů 36 dotazovaných (60,0%) v uzdravení věří a 24 osob (40,0%) v uzdravení nevěří.

3 DISKUSE

Má diplomová práce se zabývala kvalitou života lidí s Crohnovou chorobou. Na toto téma jsem si určila šest cílů. K tomu, abych mohla srovnat výsledky svého výzkumného šetření s výsledky jiných výzkumů, jsem v literatuře hledala pro porovnání vhodné práce podobného zaměření, ale nenalezla jsem žádné.

První cíl se zabýval srovnáním toho, jak vnímají jednotlivé příznaky Crohnovy nemoci muži a jak je vnímají ženy. Z toho jsem stanovila nulovou hypotézu, ve které uvádím, že muži a ženy vnímají jednotlivé příznaky stejně. Alternativní hypotéza předpokládá, že muži a ženy vnímají jednotlivé příznaky rozdílně. K tomuto cíli se vztahovala otázka č. 1, zaměřující se na pohlaví respondentů a otázka č. 9, kde se zjišťovala hodnota zatížení jednotlivých symptomů Crohnovy choroby. Z celkového počtu 60 respondentů (100%) bylo 32 respondentů (53,3%) mužského pohlaví a 28 respondentů (46,7%) pohlaví ženského. Dotazníky od mužů a žen jsem rozdělila na dvě skupiny a vyhodnotila počet získaných odpovědí, které patřily k jednotlivému symptomu a dále jsem všechna vyhodnocená data znázornila v kontingenčních tabulkách a sloupcových grafech. Tato data jsem vyhodnocovala metodou chí-kvadrát testu na hladině významnosti $p = 0,05$ a s pomocí programu Microsoft Excel. Pokud byla zjištěná hodnota nižší než hladina signifikance $p = 0,05$, pak se nulová hypotéza zamítá a pokud byla hodnota vyšší, pak nulovou hypotézu zamítnout nelze. U tab. 14 a grafu 9 „Hodnota zatížení symptomů – TEPLoty“ výsledná data s použitím metody chí-kvadrát testu, dosáhly hladiny významnosti $p = 0,23553139$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout. U tab. 15 a grafu 10 „Hodnota zatížení symptomů – ÚNAVA“ výsledná data dosáhla hladiny významnosti $p = 0,94002647$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout. Tab. 16 a graf 11 „Hodnota zatížení symptomů – NECHUTENSTVÍ“ uvádí hladinu významnosti $p = 0,223994$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout. Tab. 17 a graf 12 „Hodnota zatížení symptomů – PRŮJMY“ uvádí hladinu významnosti $p = 0,300623$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout. Tab. 18 a graf 13 „Hodnota zatížení symptomů – BOLESTI BŘICHA“ uvádí hladinu významnosti $p = 0,175334$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout. Tab. 19 a graf 14 „Hodnota zatížení symptomů – BOLESTI KLOUBŮ“ uvádí hladinu významnosti $p = 0,004843$, H_0 se pro tuto položku zamítá. Tab. 20 a graf 15 „Hodnota zatížení symptomů – ÚBYTEK NA VÁZE“ uvádí hladinu

významnosti $p = 0,629063$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout. Tab. 21 a graf 16 „Hodnota zatížení symptomů – PSYCHICKÉ POTÍŽE“ uvádí hladinu významnosti $p = 0,23199786$, H_0 pro tuto položku nelze zamítnout.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké má Crohnova choroba dopady na psychickou stránku. Z tohoto cíle jsem si stanovila hypotézu č. 2, která předpokládala, že více než 50% klientů vyhledalo pomoc psychologa. K této hypotéze se vztahovala otázka č. 10, která se respondentů dotazovala na to, zda vyhledali psychologickou pomoc. Tato hypotéza se nepotvrdila, jelikož možnost „ano“ označilo 10 respondentů (16,7%) a možnost „ne“ označilo 50 respondentů (83,3%).

Třetí cíl měl zjistit, jaké dopady má Crohnova choroba na ekonomickou stránku života nemocných. Z tohoto cíle jsem stanovila hypotézu č. 3, která předpokládala, že více jak polovina respondentů pociťuje větší finanční zátěž, jako příklady oblastí možného finančního zatížení jsem v dotazníku uvedla medikaci a výdělečnou činnost. Mírou finanční zátěže v souvislosti s Crohnovou chorobou se v dotazníku zabývala otázka č. 21. Zde byly uvedeny čtyři možnosti (vůbec, mírně, středně, velmi). Možnosti „vůbec a mírně“ jsem hodnotila jako menší zátěž a možnosti „středně a velmi“ jsem hodnotila jako větší zátěž. Menší zátěž označilo celkem 44 respondentů (73,3%) a tu větší označilo celkem 16 respondentů (26,7%). Jak již zmíněné výsledky ukázaly, tato hypotéza se nepotvrdila.

Čtvrtý cíl zjišťoval dopady Crohnovy choroby na stránku sociální, z něhož byla vytvořena hypotéza č. 4 s názvem „Sociální stránka více než 50% klientů je negativně ovlivněna“. Touto problematikou se zabývaly tři dotazníkové otázky. První, sociálně zaměřená, otázka č. 4, zjišťovala vliv Crohnovy nemoci na pracovní/studentický život respondentů. Druhá, sociálně zaměřená, otázka č. 17, se dotazovala na vliv Crohnovy choroby na soukromý/partnerský život respondentů. Ve třetí otázce č. 22 byl zkoumán vliv nemoci na společenský život respondentů. U všech tří otázek byly v dotazníku uvedeny čtyři možnosti (vůbec, mírně, středně, velmi). I zde jsem možnosti „vůbec a mírně“ hodnotila jako malý vliv-pozitivní a možnosti „středně a velmi“ hodnotila jako velký vliv-negativní. V první sociální otázce malý vliv označilo 20 respondentů (33,3%) a velký vliv označilo 40 respondentů (66,7%). Ve druhé otázce označilo malý vliv 40 respondentů (71,7%) a velký vliv 20 respondentů (28,3%)- Třetí otázka ukázala, že 32 respondentů (53,3%) nemoc ovlivnila málo a 28 respondentů (46,7%) ovlivnila velmi. Celkový počet odpovědí, u všech tří sociálně zaměřených otázek, na možnost „malý

vliv-pozitivní“ byl 92 (52,8%) a na možnost „velký vliv-negativní“ byl 88 (47,2%). Z toho vyplývá, že i tato hypotéza se nepotvrdila.

Pátým cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak často klienti s Crohnovou chorobou využívají alternativní medicínu. Z toho jsem si stanovila hypotézu č. 5 předpokládající, že větší polovina respondentů tuto medicínu podstoupila. Tuto hypotézu jsem hodnotila pomocí otázky č. 11, uvedené v dotazníku. Pro představu, co alternativní medicína může znamenat, jsem uvedla v dotazníku příklad léčitele a homeopatických preparátů. 43 respondentů (71,7%) alternativní medicínu nevyužilo a 17 respondentů (28,3%) ji podstoupilo. I tato hypotéza se, podle uvedených výsledků, nepotvrdila.

Poslední, šestý cíl zjišťoval, kolik klientů s Crohnovou chorobou podstoupilo chirurgickou léčbu. Hypotéza č. 6, stanovená z tohoto cíle, byla hodnocena pomocí otázky č. 15 v dotazníku. Měla potvrdit počet osob, které ve více než 50 % chirurgickou léčbu podstoupily. 36 respondentů (60,0%) operaci neabsolvovalo, ale 24 (40,0%) operováno bylo. Hypotéza č. 6 se také nepotvrdila.

4 ZÁVĚR

Záměrem této práce bylo zjistit dopady Crohnovy choroby na tělesnou, psychickou, ekonomickou a sociální stránku života lidí, postižených touto nemocí.

Tato diplomová práce na téma „Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba“ má dvě hlavní části, teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsou uvedeny veškeré, doposud zjištěné, informace o Crohnově chorobě. Výzkumná část je zaměřena na zkoumání výše zmíněného záměru této práce, kterým je zjišťování dopadů Crohnovy choroby na život, touto nemocí, postižených lidí.

Kapitola 1.1 *Anatomie a fyziologie trávicího traktu* popisuje anatomickou skladbu a funkci jednotlivých, hlavních částí trávicího traktu. Mezi tyto části se řadí dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké střevo a tlusté střevo. Tato kapitola má pomoci čtenářům nastínit, jak tyto orgány fungují a pomoci pochopit to, co se v těle nemocných lidí odehrává.

Kapitola 1.2 *Nespecifické střevní záněty* obsahuje stručnou charakteristiku této skupiny zánětů a rozdíly mezi oběma jejími zástupci, jako je Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida. Jak je uvedeno v názvu, z těchto dvou zástupců, se tato práce zabývá pouze Crohnovou chorobou. Jsou v této kapitole rozpracovány dosavadní informace o této nemoci, které pojednávají o klasifikaci, historii, příčině, průběhu, příznacích, komplikacích, diagnostice a v neposlední řadě o léčbě Crohnovy nemoci.

Kapitola 1.3 *CROCODILE* seznamuje čtenáře s kompletním názvem sdružení, které se zabývá lidmi postiženými nespecifickými střevními záněty, v tomto případě Crohnovou chorobou, dále poskytuje informace o místě, kde se spolek nachází a seznamuje nás s jednotlivými cíli, které si tato organizace určila.

Kapitola 1.4 *„Pacienti IBD“*, stejně jako předchozí kapitola, informuje čtenáře o existenci další organizace sdružující osoby postižené nespecifickými střevními záněty, na rozdíl od předchozího sdružení, zahrnuje nemocné s Crohnovou chorobou a také Ulcerózní kolitidou. Poskytuje informace o celém názvu spolku, sídle a stanovených cílech.

Kapitola 1.5 Kvalita života poskytuje čtenářům informace o samotném pojmu kvalita života. Dále obsahuje historický vývoj pojmu kvalita života, další část této kapitoly

pojednává o problémech souvisejících s tvorbou definice kvality života. Také jsou zde uvedeny metody, jak měřit kvalitu života.

Výzkumná část práce obsahuje tři kapitoly. První z nich je kapitola 2.1 *Cíle výzkumného šetření*, která seznamuje čtenáře s cíly této práce. Druhá kapitola 2.2 nese název *Stanovené hypotézy*, třetí kapitola 2.3 s názvem *Metodika výzkumného šetření* pojednává o výběru výzkumného souboru respondentů, použité metodě výzkumného šetření, organizaci výzkumného šetření a interpretaci výzkumného šetření.

Tato druhá část práce, tedy výzkumná část, jak již říká sám její název se zaměřuje na zkoumání stanovených cílů a hypotéz. Výzkum byl prováděn metodou dotazníků, které byly rozdány 60-ti respondentům. Dotazníky obsahovaly 26 otázek, které byly zaměřeny na tělesnou, psychickou, ekonomickou a sociální stránku života nemocných. Dále tato část obsahuje grafy vytvořené podle odpovědí získaných z dotazníků od respondentů.

Cílem této práce bylo zjistit dopady Crohnovy choroby na jednotlivé stránky života lidí postižených touto nemocí. Výsledným zjištěním je, že symptomy Crohnovy choroby, nemají tak velké dopady na tělesnou stránku života nemocných lidí.

Dále výzkum zjistil, že dopady Crohnovy choroby na psychickou, ekonomickou a sociální stránku života nemocných osob jsou, oproti tomu, jak jsem se domnívala, malé. Druhá část cílů se zabývala využitím jednotlivých druhů terapie u Crohnovy choroby. Ukázalo se, že i v této oblasti nemají nemocní větší problémy a zkoumané druhy terapie dobře tolerují.

I když výsledky výzkumu se ukázaly být pro život respondentů, osob s Crohnovou nemocí, optimistickými, myslíme si, že by se mělo ve zkoumání kvality života u Crohnovy choroby nadále pokračovat.

SEZNAM LITERATURY

ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 1986. 55-103 s. ISBN 08-060-88

SMITH, T., a spol. *Lidské tělo*. Fortuna Print. 2001. 152-174 s. ISBN 80-86144-67-4

MILAN LUKÁŠ, VIKTOR KOMÁREK. *Střevní záněty*. [online]. 2010 [2010-28-3]

Dostupné na : <http://www.strevni-zanety.cz/rozdily-mezi-mc-a-uc>

ANTHONY KALLOO. *Crohnova choroba*. [online]. 2010 [2010-18-4]

Dostupné na : <http://www.hopkins->

[gi.org/GDL_Disease.aspx?CurrentUDV=31&GDL_Disease_ID=291F2209-F8A9-4011-8094-11EC9BF3100E&GDL_DC_ID=D03119D7-57A3-4890-A717-CF1E7426C8BA](http://www.hopkins-gi.org/GDL_Disease.aspx?CurrentUDV=31&GDL_Disease_ID=291F2209-F8A9-4011-8094-11EC9BF3100E&GDL_DC_ID=D03119D7-57A3-4890-A717-CF1E7426C8BA)

CROCODILE ccd@volny.cz

MICHALA BLAŽKOVÁ. *Občanské sdružení pacientů s IBD-výskyt Crohnovy choroby*.

[online]. 2010 [2010-17-4]

Dostupné na :

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?detailSubCatCode=126&productID=301>

LUKÁŠ, K., a spolupracovníci. *Idiopatické střevní záněty II*. Triton. 1999. 10-71 s.

ISBN 80-85875-31-4

LUKÁŠ, K., a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Grada

Publishing. 2007. 95-97 s. ISBN 80-247-1283-0

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., a kol. *Gastroenterologie a hepatologie, učebnice*. Grada

Publishing. 2007. 126-127 s. ISBN 978-80-247-1787-6

ABBOTT LABORATORIES s.r.o. *Crohnova choroba*. [online]. 2010 [2010-18-4]

Dostupné na : <http://www.crohnovachoroba.sk/idiopaticke-crevne-zapaly/crohnova-choroba.html>

MAŘATKA, Z., a spol. *Gastroenterologie*. Karolinum. 1999. 248-257 s. ISBN 80-7184-561-2

MILAN LUKÁŠ. *Crohnova choroba & Ulcerózní kolitida*. [online]. 2010 [2010-17-4]
Dostupné na : <http://www.crohn.ic.cz/>

KLENER, P., a kol. *Vnitřní lékařství II*. Informatorium. 2001. 145-147 s. ISBN 80-86073-76-9

ZDENA ZÁDOROVÁ. *Nespecifické střevní záněty*. [online]. 2010 [2009-9-6]
Dostupné na : http://www.cgs-cls.cz/cps/rde/xchg/cgscls/xsl/index_21159.html

MARTINA KASPEROVÁ. *Kolonoskopie*. [online]. 2010 [2010-14-4]
Dostupné na : <http://www.ordinace.cz/clanek/hemeroidy-kolonoskopie/>

MARTINA KASPEROVÁ. *Rektoskopie*. [online]. 2010 [2010-14-4]
Dostupné na : <http://www.ordinace.cz/clanek/hemeroidy-rektoskopie/>

MICHAELA FERANCOVÁ. *Lékaři online*. [online]. 2010 [
Dostupné na : <http://www.lekari-online.cz/vnitri-lekarstvi/zakroky/crohnova-choroba>

D. LEDERER. *Ostravský klub pacientů s nespecifickými střevními záněty*. [online]. 2010 [2000-27-1]
Dostupné na : <http://klub-nsz.misto.cz/cesky/klubnsz.htm>

MICHALA BLAŽKOVÁ. *Občanské sdružení pacientů s IBD*. [online]. 2010 [2010-17-4]
Dostupné na :
<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=326&detailSubCatCode=115>

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada Publishing. 2002. 163-171 s. ISBN 80-247-0179-0

MAREŠ, J., a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. MSD. 2006. 11-25 s. ISBN 80-86633-65-9

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Aj	- anglický jazyk
ANCA	- Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies
ASCA	- Anti-saccharomyces cerevisiae antibodies
a. s.	- akciová společnost
ATB	- antibiotika
C6	- 6. krční obratel
cca	- cirka
cm	- centimetr
CN	- Crohnova nemoc/choroba
°C	- stupeň Celsia
CRP	- C - reaktivní protein
CT	- počítačová tomografie
č.	- číslo
Čj	- český jazyk
ČR	- česká republika
d	- den
<i>f</i>	- relativní četnost
Fe	- chemická značka železa
FN	- fakultní nemocnice
FW	- sedimentace
GIT	- gastro-intestinální trakt/trávicí trakt
H1	- hypotéza 1
H2	- hypotéza 2
H3	- hypotéza 3
H4	- hypotéza 4
H5	- hypotéza 5
HCl	- kyselina chlorovodíková
IBD	- idiopatické střevní záněty
ISBN	- International Standard Book Numbering
KO	- krevní obraz
kg	- kilogram
mg	- miligram

mm	- milimetr
MR	- magnetická resonance
<i>n</i>	- absolutní četnost
<i>N</i>	- celková četnost
NSZ	- nespecifické střevní záněty
p.o.	- per os
PŠČ	- poštovní směrovací číslo
QOL	- quality of life/kvalita života
s.	- strana
Tab.	- tabulka
TBC	- Tuberkulóza
Th10	- 10. hrudní obratel
Th11	- 11. hrudní obratel
TNF-alfa	- tumor nekrotizující faktor alfa
Tzn.	- to znamená
Tzv.	- takzvaný
UC	- Ulcerózní kolitida
5-ASA	- 5- aminosalylicilová kyselina

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1 Srovnání endoskopických nálezů u UC a CN
- Tab. 2 Klasifikace endoskopické aktivity CN (Blackstone)
- Tab. 3 Léčebné postupy u Crohnovy nemoci
- Tab. 4 Vztah objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání
- Tab. 5 Čtyři typy kvality života
- Tab. 6 Zastoupení pohlaví
- Tab. 7 Doba od začátku potíží do stanovení diagnózy
- Tab. 8 Informační zdroje
- Tab. 9 Vliv nemoci na pracovní/studentický život
- Tab. 10 Vliv nemoci na invaliditu
- Tab. 11 Zastoupení kuřáctví
- Tab. 12 Vliv nemoci na kuřáctví
- Tab. 13 Vliv potravy na onemocnění
- Tab. 14 Hodnota zatížení symptomů -TEPLOTY
- Tab. 15 Hodnota zatížení symptomů - ÚNAVA
- Tab. 16 Hodnota zatížení symptomů - NECHUTENSTVÍ
- Tab. 17 Hodnota zatížení symptomů - PRŮJMY
- Tab. 18 Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI BŘICHA
- Tab. 19 Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI KLOUBŮ
- Tab. 20 Hodnota zatížení symptomů - ÚBYTEK NA VÁZE
- Tab. 21 Hodnota zatížení symptomů - PSYCHICKÉ POTÍŽE
- Tab. 22 Vliv nemoci na hledání psychologické pomoci
- Tab. 23 Využití alternativní medicíny
- Tab. 24 Účinek využití alternativní medicíny
- Tab. 25 Farmakologická léčba
- Tab. 26 Dodržování ordinace
- Tab. 27 Chirurgická léčba
- Tab. 28 Druh operace
- Tab. 29 Vliv nemoci na soukromý/partnerský život
- Tab. 30 Podpora v rodině
- Tab. 31 Obeznamení zaměstnavatele

- Tab. 32 Pochopení zaměstnavatele
- Tab. 33 Míra finančního zatížení
- Tab. 34 Vliv nemoci na společenský život
- Tab. 35 Počet hospitalizací
- Tab. 36 Spokojenost s lékařskou péčí
- Tab. 37 Hodnota zatížení léčebných modalit - MEDIKACE
- Tab. 38 Hodnota zatížení léčebných modalit - VYŠETŘOVACÍ METODY
- Tab. 39 Hodnota zatížení léčebných modalit - PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY
- Tab. 40 Hodnota zatížení léčebných modalit - DIETNÍ OMEZENÍ
- Tab. 41 Víra v uzdravení

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Zastoupení pohlaví
- Graf 2 Doba od začátku potíží do stanovení diagnózy
- Graf 3 Informační zdroje
- Graf 4 Vliv nemoci na pracovní/studentický život
- Graf 5 Vliv nemoci na invaliditu
- Graf 6 Zastoupení kuřáctví
- Graf 7 Vliv nemoci na kuřáctví
- Graf 8 Vliv potravy na onemocnění
- Graf 9 Hodnota zatížení symptomů - TEPLoty
- Graf 10 Hodnota zatížení symptomů - ÚNAVA
- Graf 11 Hodnota zatížení symptomů - NECHUTENSTVÍ
- Graf 12 Hodnota zatížení symptomů - PRŮJMY
- Graf 13 Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI BŘICHA
- Graf 14 Hodnota zatížení symptomů - BOLESTI KLOUBŮ
- Graf 15 Hodnota zatížení symptomů - ÚBYTEK NA VÁZE
- Graf 16 Hodnota zatížení symptomů - PSYCHICKÉ POTÍŽE
- Graf 17 Vliv nemoci na hledání psychologické pomoci
- Graf 18 Využití alternativní medicíny
- Graf 19 Účinek využití alternativní medicíny
- Graf 20 Farmakologická léčba
- Graf 21 Dodržování ordinace
- Graf 22 Chirurgická léčba
- Graf 23 Druh operace
- Graf 24 Vliv nemoci na soukromý/partnerský život
- Graf 25 Podpora v rodině
- Graf 26 Obeznamení zaměstnavatele
- Graf 27 Pochopení zaměstnavatele
- Graf 28 Míra finančního zatížení
- Graf 29 Vliv nemoci na společenský život
- Graf 30 Počet hospitalizací

Graf 31 Spokojenost s lékařskou péčí

Graf 32 Hodnota zatížení léčebných modalit - MEDIKACE

Graf 33 Hodnota zatížení léčebných modalit - VYŠETŘOVACÍ METODY

Graf 34 Hodnota zatížení léčebných modalit - PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

Graf 35 Hodnota zatížení léčebných modalit - DIETNÍ OMEZENÍ

Graf 36 Víra v uzdravení

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr.1 Trávicí trak - břišní část

Obr.2 Srovnání klinického obrazu NSZ

Obr.3 Geografický výskyt Crohnovy choroby

Obr.4 Lokalizace Crohnovy choroby v GIT s procentem frekvence výskytu

Obr.5 Obraz zánětlivého působení NSZ na tlustém střevě

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informace o sdružení CROCODILE

Příloha 2 Informace o sdružení „Pacienti s IBD“

Příloha 3 Dotazník

Příloha 4 Žádost o umožnění provedení výzkumného šetření

Příloha 1

Členství

- Členem sdružení se může stát každá fyzická a každá právnická osoba, která má zájem podílet se na dosahování cílů sdružení a která pošle na adresu sdružení písemnou přihlášku, v níž zdůvodní svůj zájem o členství ve sdružení..
- Členství ve sdružení vznikne okamžikem, kdy rada sdružení projednala a schválila písemnou přihlášku žadatel o členství.
- Vznik členství rada sdružení bez zbytečného odkladu písemně oznámí žadateli.

Členství ve sdružení zaniká :

- vystoupením ze sdružení
- vyloučením na základě rozhodnutí rady sdružení
- úmrtím člena - fyzické osoby
- zánikem člena - právnické osoby
- Vystoupit ze sdružení může člen kdykoliv písemným prohlášením zaslaným na adresu sídla sdružení. Pokud není vystoupení učiněno v písemné formě, je neplatné.

Práva a povinnosti členů

- Každý člen sdružení má právo:
 - podílet se na činnosti sdružení,
 - být informován o činnosti,
 - svobodně vystoupit ze sdružení
- Každý člen sdružení je povinen v rámci svých možností přispívat k dosahování cíle sdružení.

Shromáždění členů

- Nejvyšším orgánem sdružení je shromáždění všech jeho členů.

- Shromáždění členů rozhoduje o všech otázkách týkajících se sdružení, pokud rozhodování o některé otázce nebylo svěřeno těmito stanovami nebo rozhodnutím shromáždění členů radě sdružení. V souvislosti s tím shromáždění členů zejména:
 - rozhoduje o změně stanov
 - volí a odvolává členy rady sdružení
 - rozhoduje o zániku sdružení
- Shromáždění členů je usnášeníschopné, je-li přítomna alespoň nadpoloviční většina všech členů sdružení.
- Shromáždění členů rozhoduje prostou většinou hlasů přítomných členů.
- Shromáždění členů svolává rada sdružení písemnou pozvánkou, která musí být zaslána členům sdružení alespoň 10 dní předem.

Rada sdružení

- Orgánem oprávněným jednat jménem sdružení je rada sdružení.
- Rada sdružení má tři členy.
- Členy rady sdružení volí a odvolává shromáždění členů. Členem rady sdružení může být pouze fyzická osoba starší osmnácti let, která je členem sdružení.
- Funkční období rady sdružení je dvouleté.
- Rada sdružení jedná jménem sdružení tak, že k vytištěnému, napsanému nebo jinak zobrazenému názvu sdružení připojí svůj podpis alespoň jeden člen rady sdružení.
- Rada sdružení rozhoduje většinou hlasů všech svých členů.

Zásady hospodaření

- Sdružení je oprávněno získávat finanční prostředky od svých členů a jiných subjektů a hospodařit s nimi.
- O nakládání s majetkem sdružení rozhoduje rada sdružení.
- Hospodaření sdružení se řídí příslušnými právními předpisy.

- Sdružení je povinno vést účetnictví v souladu s příslušnými právními předpisy, zejména v souladu se zákonem č.563/1991 Sb., o účetnictví, v platném znění.

Závěrečná ustanovení

- Činnost sdružení se řídí těmito stanovami a příslušnými právními předpisy, zejména zákonem č.83/1990Sb., o sdružování občanů, v platném znění.
- Jménem sdružení jedná až do vytvoření orgánu(ů) sdružení kterýkoliv člen přípravného výboru.

Příloha 2

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY „Pacienti IBD“

Vznik sdružení

Na základě dlouhodobé iniciativy z řad pacientů a lékařů jsme se začali zabývat myšlenkou vzniku občanského sdružení, které by kontinuálně poskytovalo podporu a pomoc pacientům trpícím idiopatickými střevními záněty a jejich rodinným příslušníkům. Za tímto účelem vznikl přípravný výbor ve složení Michala Blažková, PhDr. Martina Pfeiferová, Mgr. Ivana Šimová a Jakub Jelínek. Výbor ověřil zájem na založení sdružení formou patientské ankety, kde se celkem 99% dotázaných vyjádřilo pro založení. Na základě výsledků ankety byly přípravným výborem sepsány stanovy a podán návrh na registraci sdružení. *Občanské sdružení vzniklo k 10. říjnu 2008*, kdy Ministerstvo vnitra schválilo návrh na registraci a stanovy. Vznikem sdružení se přípravný výbor změnil ve Výbor výkonný. Více informací o orgánech sdružení, členství a cílech sdružení naleznete v našich stanovách.

Statut sdružení

- Sdružení je samostatnou právnickou osobou.
- Sdružení je dobrovolné, nezávislé, nepolitické, sdružující pacienty s diagnózou IBD, jejich rodinné příslušníky a další fyzické i právnické osoby, které podporují cíle sdružení na základě společného zájmu.
- Za účelem podpory cíle sdružení může být sdružení zakladatelem nebo spoluzakladatelem obecně prospěšné společnosti nebo jiné neziskové organizace, pokud činnost takové organizace podporuje cíle sdružení.
- Sdružení se může podílet na činnosti i jiných právnických osob nebo institucí k naplnění svých cílů.

Vznik členství

- Členem sdružení se může stát fyzická osoba nebo právnická osoba mající zájem aktivně podporovat cíle sdružení a respektovat stanovy sdružení.
- Členství vzniká na základě doručení přihlášky na adresu sdružení.

Práva a povinnosti člena sdružení

- Člen sdružení má zejména právo :
 - účastnit se všech zdravotních, sociálních, kulturních, vzdělávacích a dalších programů pořádaných sdružením,
 - podílet se na činnostech sdružení,
 - využívat všech nadstandardních výhod a služeb, které sdružení poskytuje pouze členům,
 - požadovat vysvětlení od výkonného výboru týkající se jeho činnosti,
 - účastnit se členské schůze.
- Člen sdružení, který dosáhl osmnácti let věku, má též právo:
 - volit a být volen do všech orgánů sdružení,
 - hlasovat na členské schůzi a uplatňovat návrhy a protinávrhy.
- Člen sdružení je povinen dodržovat stanovy sdružení, respektovat usnesení orgánů sdružení a jednat vždy tak, aby nepoškozoval zájmy sdružení.

Zánik členství

- členství ve sdružení zaniká :
 - vystoupením, přičemž vystoupení musí člen písemně nebo elektronicky oznámit výkonnému výboru, členství zanikne dnem doručení takového oznámení sdružení
 - vyloučením na základě rozhodnutí výkonného výboru z důvodu závažného porušení povinností vyplývajících ze stanov, kdy jedná proti zájmům sdružení a poškozují dobré jméno sdružení
 - úmrtím člena
 - zánikem právnické osoby
 - zánikem sdružení

Orgány sdružení

- členská schůze
- výkonný výbor

Členská schůze

- Nejvyšším orgánem sdružení tvořená všemi členy sdružení.
- Člen se účastní členské schůze osobně, nebo v zastoupení na základě plné moci. Člen výkonného výboru nemůže být zástupcem člena sdružení.
- Členskou schůzi svolává výkonný výbor zasláním písemné pozvánky/elektronické pozvánky všem členům sdružení na adresu uvedenou v seznamu členů. Termín konání členské schůze stanoví výbor nejméně jednou za rok.
- Členská schůze je způsobilá usnášení, je-li přítomno alespoň 30% všech členů sdružení. Není-li členská schůze usnášení schopná, svolá výkonný výbor neprodleně náhradní členskou schůzi způsobem uvedeným ve třetím odstavci tohoto článku. Náhradní členská schůze je pak způsobilá usnášení bez ohledu na počet přítomných členů.
- Každý člen sdružení má jeden hlas. K přijetí rozhodnutí členské schůze je třeba souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů, pokud stanovy výslovně nestanoví jinak.
- Mimořádnou členskou schůzi je výkonný výbor povinen svolat do 30 dnů ode dne, kdy o to písemně požádala alespoň jedna čtvrtina všech členů sdružení.
- do způsobilosti členské schůze náleží :
 - schvalování stanov sdružení a jejich změn
 - volba členů výkonného výboru a jejich odvolání
 - schvalování koncepce činnosti sdružení a výsledků hospodaření za předcházející období
 - zavádění a rušení členského poplatku
 - rozhodování o zrušení sdružení

Výkonný výbor

- Výkonný orgán sdružení řídící jeho činnost.
- Předseda výboru je statutární orgán jednající jménem sdružení navenek.

- Členové přípravného výboru se dnem vzniku sdružení stávají členy výkonného výboru a ze svého středu volí na dobu dvou let předsedu. Předseda může být zvolen i opakovaně.
- Výkonný výbor má tři až sedm členů. Funkční období členů není časově omezené. Pokud člen zemře, vzdá se funkce nebo je odvolán před skončením funkčního období a celkový počet členů tím sníží pod minimální počet, zbývající členové jmenují dohodou člena nového. Nový člen je jmenován pouze do doby než bude svolána řádná členská schůze.
- V období mezi jednáními výkonného výboru má předseda právo rozhodovat o neodkladných záležitostech týkajících se sdružení samostatně. O svých rozhodnutích je povinen informovat výkonný výbor co nejdříve, nejpozději však na nejbližším jednání výkonného výboru. Podepisování za sdružení probíhá tak, že k nadepsanému názvu sdružení připojí předseda výkonného výboru spolu s dalším členem výboru svůj podpis.
- Jednání výkonného výboru svolává a řídí předseda a to dle aktuálních potřeb. K přijetí rozhodnutí výkonného výboru je zapotřebí souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů výboru, pokud stanovy výslovně nestanoví jinak. Každému členu výboru náleží při hlasování jeden hlas. V případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas předsedy.
- Výkonný výbor je oprávněn rozhodovat kterékoliv věci týkající se sdružení. Řídí veškerou činnost sdružení a je přitom vázán usnesením členské schůze.
- do působnosti výkonného výboru náleží :
 - provádění koncepce činnosti sdružení schválené členskou schůzí
 - řízení činnosti sdružení v souladu se stanovami výklad stanov schvalování rozpočtu, podle kterého se řídí hospodaření sdružení
 - schvalování výroční zprávy o hospodaření sdružení
 - předkládání zprávy o činnosti a hospodaření sdružení za uplynulý kalendářní rok členské schůzi
 - rozhodování o vyloučení člena sdružení
 - rozhodování o všech záležitostech sdružení a zajištění všech činností sdružení, pokud nejsou stanovami vyhrazeny do působnosti členské schůze

- Výkonný výbor sdružení může výjimečně rozhodnout o zrušení sdružení, pokud se nepodaří docílit, aby o této otázce platně rozhodla členská schůze, ač byla řádně svolána nejméně dvakrát s časovým odstupem tří měsíců.
- O každém jednání výkonného výboru musí být pořízen zápis obsahující předmět jednání, podstatné návrhy, výsledky hlasování a usnesení.
- Ke splnění některých svých úkolů může výkonný výbor zřídit stálé nebo dočasné komise. Dočasná komise končí svoji činnost po splnění zadaného úkolu, nebo rozhodnutím výkonného výboru. Členové těchto komisí jsou podřízeni výkonnému výboru.
- Výkonný výbor před koncem svého funkčního období navrhuje členské schůzi kandidátku výkonného výboru pro další funkční období. Dále určí termín voleb a jejich zajištění. O průběhu voleb učiní zápis, který obsahuje usnesení členské schůze.

Společná ustanovení o orgánech sdružení

- Volba člena sdružení do jakéhokoliv orgánu sdružení je podmíněna jeho předchozím vyjádřením souhlasu s výkonem této funkce.
- Je-li za člena orgánu sdružení zvolena právnická osoba, musí její statutární zástupce písemně oznámit předsedovi výkonného výboru, která fyzická osoba je pověřena účastnit se jednání tohoto orgánu.
- Výkon funkce člena orgánu sdružení končí novou volbou tohoto orgánu.
- Člen orgánu sdružení je oprávněn vzdát se své funkce. O tom je povinen učinit písemné oznámení, zasláné předsedovi výkonného výboru. Pokud se funkce vzdá sám předseda, učiní tak zasláním písemného oznámení výkonnému výboru.
- Funkce člena orgánu sdružení zanikne, zanikne-li funkcionáři členství ve sdružení.

Zásady hospodaření

- Sdružení hospodaří se svým majetkem účelně a hospodárně v souladu s platnými právními předpisy.
- Sdružení sestavuje svůj rozpočet podle kterého hospodaří.
- Členské příspěvky nebudou placeny. O přídavném zavedení členských příspěvků a jejich výši rozhoduje členská schůze.
- sdružení nabývá majetek zejména :

- z členských příspěvků (pokud dojde k jejich schválení)
- z dobrovolných členských příspěvků členů
- z dobrovolných příspěvků třetích osob (právnických i fyzických)
- ze sponzorských a jiných darů (finanční i nefinanční)
- prodejem sponzorských darů (nefinančních)
- komerčním využitím sponzorských ploch
- ze státních dotací a grantů
- z výnosů ze sbírek
- z výnosů z činností sdružení, zejména z akcí přednáškových, vzdělávacích a obdobných, konaných převážně pro své členy
- z výnosů z vlastního majetku
- Sdružení neusiluje ve svém hospodaření o vytvoření zisku. Získané prostředky budou použity ve prospěch sdružení k činnostem zajišťujícím naplnění cílů sdružení.
- Sdružení odpovídá za své závazky celým svým jměním, členové neodpovídají za závazky sdružení.

Zánik sdružení

- Rozhodne-li členská schůze, anebo za podmínek stanovených těmito stanovami výjimečně výkonný výbor o zrušení sdružení, je povinna současně rozhodnout o vypořádání majetku.
- V případě zrušení bude veškerý majetek, práva a závazky převeden smlouvou na jinou neziskovou právnickou osobu podporující zdravotně postižené občany.

Příloha 3

DOTAZNÍKOVÉ OTÁZKY K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Dobrý den, jmenuji se Michaela Vepřovská a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tímto Vás prosím o anonymní vyplnění uvedených otázek v tomto dotazníku. Tento dotazník je důležitou součástí mé diplomové práce, která nese název – Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba. Mou práci vede pan Doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc., který je Vaším ošetřujícím lékařem. V obálce se nachází dotazník, menší obálka a poštovní známka s mou adresou.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

=====

otázka č. 1

Jste

- a) muž
- b) žena

otázka č. 2

Po jak dlouhé době od prvních potíží, Vám byla nemoc diagnostikována?

- a) 1 – 6 měsíců
- b) 7 – 12 měsíců
- c) 1 rok a více

otázka č. 3

Jakým způsobem jste získal/a nejvíce informací o Vaší chorobě?

- a) lékař
- b) literatura
- c) internet
- d) nebyl/a jsem informován/a vůbec

otázka č. 4

Do jaké míry Vás ovlivnila (ovlivňuje) Vaše nemoc v pracovním (studentském) životě?

- a) vůbec
- b) mírně
- c) středně
- d) velmi

otázka č. 5

Máte v rámci Vaší nemoci

- a) částečný invalidní důchod ?
- b) plný invalidní důchod ?
- c) žádný ?

otázka č. 6

Jste kuřák?

- a) ano
- b) ne

otázka č. 7

Otázka pro kuřáky!

Do jaké míry Vás přiměla Vaše diagnóza přehodnotit postoj ke kouření?

- a) vůbec (kouřím stejně)
- b) mírně (omezil/a jsem)
- c) středně (kouřím příležitostně)
- d) velmi (přestal/a jsem)

otázka č. 8

Ovlivňuje stravování průběh Vaší choroby?

- a) vůbec
- b) mírně
- c) hodně

otázka č. 9

Připište, za každý z uvedených příznaků u Vaší nemoci, číslo s hodnotou zatížení.

Hodnota zatížení

- 1- nepocítuji vůbec
- 2- pocítuji občas
- 3- pocítuji často
- 4- pocítuji stále

Příznaky u Vaší nemoci

- a) teploty
- b) únava
- c) nechutenství
- d) průjmy
- e) bolesti břicha
- f) bolesti kloubů
- g) úbytek na váze
- h) psychické potíže (deprese, úzkost, nespavost)

otázka č. 10

Byl/a jste donucen/a vyhledat psychologickou (psychoterapeutickou) pomoc?

- a) ano
- b) ne

otázka č. 11

Použil/a jste, mimo klasické léčby, alternativní medicínu (léčitel, homeopatické preparáty,..) ?

- a) ne
- b) ano

otázka č. 12

Pokud jste absolvoval/a alternativní medicínu, pomohla vám?

- a) ano
- b) ne

otázka č. 13

Zakroužkujte, z uvedené nabídky, kterou léčbu v současné době užíváte.

- a) Kortikosteroidy (Prednison, Budenofalk, Medrol, ...)
- b) Aminosalicyláty (Pentasa, Salkofalk,...)
- c) Probiotika (Mutaflon, Biopron 9, Bion 3,...)
- d) Biologická léčba (Injekce, Infuze,...)
- e) Analgetika (Codein, Ibuprofen, Ibalgin, Algifen,...)
- f) Substituční léčba (doplňování vitamínů,...)
- g) Střevní nálevy (klyзма)

otázka č. 14

Dodržujete naordinovanou (předepsanou) medikaci?

- a) ano
- b) ne
- c) občas zapomenu

otázka č. 15

Podstoupil/a jste chirurgickou léčbu?

- a) ne
- b) ano

otázka č. 16

Pokud ano, jakou jste podstoupil/a chirurgickou léčbu?

- a) stomie (vyústění orgánu/střeva navenek)
- b) resekce (odstranění postižené části orgánu/střeva)
- c) ileoplastika (rozšíření střeva)

otázka č. 17

Ovlivňuje Vás onemocnění v soukromém/partnerském životě (sexuální a společenská oblast)?

- a) vůbec
- b) mírně
- c) středně
- d) velmi

otázka č. 18

Máte ve své rodině oporu ve vztahu k nemoci?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

otázka č. 19

Pro klienty v pracovním poměru!

Je Vaš zaměstnavatel seznámen s Vaší zdravotní situací?

- a) ne
- b) ano

otázka č. 20

Pokud ano, má pro Vaši zdravotní situaci pochopení?

- a) ano
- b) ne

otázka č. 21

Jakou míru finančního zatížení, vzhledem k Vaší nemoci, pociťujete (medikace - placení za léky, výtěžná činnost - snížená pracovní/výtěžná schopnost)?

- a) vůbec
- b) mírně
- c) středně
- d) velmi

otázka č. 22

Jak moc Vás Vaše onemocnění omezuje ve společenském životě (přátelé, sport, výlety,...)?

- a) vůbec
- b) mírně
- c) středně
- d) velmi

otázka č. 23

Kolikrát jste, v rámci Vaší nemoci, byl/a hospitalizován/a?

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) 4x a více

otázka č. 24

Jste spokojen/a s lékařskou péčí, která se Vám, v rámci Vaší nemoci, dostává?

- a) ano
- b) ne

otázka č. 25

Připište, za každou z níže uvedených léčebných modalit, číslo s hodnotou zatížení.

Hodnota zatížení

- 1- vůbec
- 2- mírně
- 3- středně silně
- 4- silně

Léčebné modalitty

- a) medikace (léky)
- b) vyšetřovací metody (rektoskopie, koloskopie,...)
- c) preventivní prohlídky
- d) dietní omezení

otázka č. 26

Věříte v uzdravení?

- a) ano
- b) ne

Příloha 4

Vážený pan
Bc. Martin Šamaj
manažer ošetrovatelské péče Fakultní nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc

V Olomouci 15.2.2010

Věc: žádost o povolení sběru dat k výzkumu ve Fakultní nemocnici v Olomouci na II. interní klinice

Vážený pane bakaláři,

chtěla bych Vás požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření u klientů s Crohnovou chorobou ve FN v Olomouci v rámci mé závěrečné diplomové práce.

Cílem práce je zmapovat kvalitu života klientů s Crohnovou chorobou.

Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Doc. MUDr. Ivana Gregara, CSc. z II. Interní kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci, který mi doporučil své pacienty k výzkumnému šetření.

Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který příkládám k žádosti.

V případě zájmu Vám ráda poskytnu výsledky šetření.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Michaela Vepřovská
studentka 2. roč DOP, FZV UP v Olomouci

Kontaktní adresa:
Doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc.
II. interní klinika Fakultní nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
tel. 585 853 250
ivan.gregar@fnol.cz



Kontaktní adresa:
Bc. Michaela Vepřovská
Čížová 73, okr. Písek
398 31 Čížová
tel. 731084099
michaela.vepřovska@seznam.cz



Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko:  Bc. Martin ŠAMAJ
manažer
nephkatských odborů
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUČ