

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Michaela Benešová

**Specifika životního stylu a edukačního procesu u dětského  
a dospělého klienta s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Olomouc 2012

## **ANOTACE**

### **Hlavní téma:**

Životní styl s chronickou nemocí

### **Název práce podle studenta:**

Specifika životního stylu a edukačního procesu u dětského a dospělého klienta s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida

### **Název práce v AJ:**

Specifics of the life style and education in both children and adult clients suffering from ulcerative colitis

**Datum zadání:** 20. 1. 2012

**Datum odevzdání:** 30. 4. 2012

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Benešová Michaela

**Vedoucí práce:** Mgr. et Bc. Jan Chrastina

### **Abstrakt v ČJ:**

Předkládaná bakalářská práce je věnována oblasti nemocných s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida. Jejím cílem je předložit dosud publikované dostupné informace o vlivu tohoto chronického onemocnění na životní styl dětských i dospělých pacientů. Současně si práce klade za cíl zjistit a popsat specifika edukačního procesu nemocných s tímto onemocněním. Přehled dohledaných informací uvádí informace v podobě stručné charakteristiky teoretických východisek, ve kterých jsou uvedeny poznatky o ulcerózní kolitidě jako dlouhodobém onemocnění, charakteristika onemocnění, jeho diagnostika, následná léčba a také možné komplikace doprovázející onemocnění. V druhé části je přehled dohledaných poznatků o vlivu tohoto chronického onemocnění na životní styl nemocných a jejich vzájemná interakce uchopen skrze dopad onemocnění na široké spektrum aktivit jedince s chronickým onemocněním. Třetí část popisuje oblasti, které se jeví jako vhodné pro realizaci edukačního procesu, ať už je věnována samotnému stanovení a potvrzení diagnózy, léčebného režimu nebo možnosti kontaktovat různá sdružení pro pacienty s ulcerózní kolitidou. Dostupné informace byly čerpány z publikačních a literárních výstupů skrze jejich analýzu, komparaci a užití v oblasti současné koncepce oboru ošetrovatelství, přičemž se práce s těmito zdroji odvíjela od vymezeného problému: „Jaké jsou dosud publikované poznatky o životním stylu a edukaci nemocných s ulcerózní kolitidou? A jak se tyto informace liší u dětského a dospělého klienta?“

### **Abstrakt v AJ:**

The presented Thesis is devoted to the medical diagnosis of patients with Ulcerative Colitis. It's aim is to present available information published, so far, on the impact of this chronic disease, on the lifestyle of Children & Adults. At the same time this presentation aims to identify and describe the specifics of the educational process in patients with this disease. The overview of researched information states information in the form of brief theoretical background characteristics, which are given knowledge about ulcerative colitis as a long term illness, characteristics of the disease, its diagnosis, subsequent treatment and also possible complications accompanying the disease.

The second part is an overview of researched knowledge on the effects of this chronic disease on the lifestyle of patients and their mutual interaction through the grip of disease impacting on a wide spectrum of activities of people with chronic diseases.

The third section describes the areas that appear to be suitable for the realisation of educational process, whether given self diagnosis/certification and confirmation of diagnosis, treatment regime or the possibility of reaching out for the various associations for patients with ulcerative colitis. Available information was drawn from the publishing and literary output through analysis, comparison and use in the field of contemporary concepts of nursing, and working with these sources was based on a defined problem:

„What are the published findings about the the lifestyle and educational of patient with ulcerative colitis? And how the information provided differs for children and adult clients?“

**Klíčová slova v ČJ:**

edukace, ulcerózní kolitida, životní styl, výživa, dospělý nemocný, dětský nemocný

**Klíčová slova v AJ:**

education, ulcerative colitis, life style, nutrition, adult patient, child patient

**Rozsah:** 38 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 30. duben 2012

-----  
podpis

Děkuji Mgr. et Bc. Janu Chrastinovi za neocenitelné rady a připomínky při vedení bakalářské práce.

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>PŘEHLED DOHLEDANÝCH INFORMACÍ .....</b>	<b>13</b>
<b>1 ULCERÓZNÍ KOLITIDA .....</b>	<b>13</b>
1.1 Definice a příčiny vzniku ulcerózní kolitidy .....	13
1.2 Klinické projevy onemocnění .....	14
1.3 Diagnostika onemocnění .....	14
1.4 Klasifikace onemocnění .....	15
1.5 Léčba onemocnění .....	15
1.6 Dietní opatření jako podpora terapie .....	17
1.7 Komplikace onemocnění .....	18
1.8 Očkování pacientů .....	18
<b>2 SPECIFIKA ŽIVOTNÍHO STYLU NEMOCNÝCH S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU .....</b>	<b>19</b>
2.1 Zdraví a nemoc jako primární pojmový aparát .....	19
2.2 Defininování životní stylu .....	20
2.3 Životní styl a ulcerózní kolitida .....	20
2.4 Školní docházka dětí s onemocněním .....	21
2.5 Volba profese a budoucího zaměstnání nemocných .....	22
2.6 Období těhotenství a kojení žen – pacientek .....	22
2.7 Kvalita života nemocných jedinců .....	23
<b>3 EDUKACE PACIENTŮ S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU .....</b>	<b>25</b>
3.1 Vymezení základních pojmů a oblastí v edukaci .....	25
3.2 Edukace pacientů s ulcerózní kolitidou .....	26
3.3 Edukace v oblasti stravování a výživy .....	26
3.4 Průběh onemocnění a jeho prognóza .....	29
3.5 Organizace pro pacienty s IBD .....	29
3.6 Finanční pomoc cílové skupině nemocných .....	31
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>32</b>
<b>SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>34</b>

## ÚVOD

Současná medicína stále posouvá hranice svých možností nejen v diagnostice onemocnění, ale i v léčbě, zvyšování kvality života a prodlužování jeho délky. Přesto však zůstává řada onemocnění, u kterých přes veškerou snahu není známa prvotní příčinu vzniku, ani je nedokážeme zcela vyléčit. Mezi tyto nemoci patří i ulcerózní kolitida.

Ulcerózní kolitida je chronické onemocnění tlustého střeva, které se řadí mezi idiopatické střevní záněty. V České republice trpí tímto onemocněním přibližně 45 pacientů na 100 000 obyvatel, přičemž nemocných stále přibývá. Z globálního hlediska je vyšší výskyt idiopatických střevních zánětů ve vyspělých zemích (Evropa, Severní Amerika), proto můžeme onemocnění zařadit také mezi tzv. civilizační choroby.

Onemocnění probíhá v relapsech a remisích, projevuje se bolestmi břicha, tenesmy, četnými průjmy s příměsí krve a dalšími komplikacemi. Záleží také na rozsahu onemocnění, jeho aktivitě, věku nemocného a délce trvání (doba přítomnosti onemocnění). Dnes všeobecně víme, že chronická onemocnění přinášejí řadu problémů a stávají se stresovou zátěží po celý zbytek života. Každé chronické onemocnění ovlivňuje nejen tělesnou stránku, ale i psychosociální oblast nemocného. Proto by nemocní měli mít k dispozici co nejvíce informací o svém onemocnění, které jim mohou pomoci situaci zvládnout a naučit se s onemocněním „žít“. Autorka práce považuje za problém následující: „Jaké jsou dosud publikované poznatky o životním stylu a edukaci nemocných s ulcerózní kolitidou? A jak se tyto informace liší u dětského a dospělého klienta?“



Pro účely přehledová bakalářské práce byly následně formulovány a stanoveny tyto cíle:

1. Předložit dosud publikované poznatky o životním stylu (a jeho specifických) u dětského klienta s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida.
2. Předložit dosud publikované poznatky o životním stylu (a jeho specifických) u dospělého klienta s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida.
3. Předložit dosud publikované poznatky o edukačním procesu (a jeho specifických) u dětského klienta s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida.
4. Předložit dosud publikované poznatky o edukačním procesu (a jeho specifických) u dospělého klienta s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida.

Samotný popisovaný problém, stejně tak jako jeho znění v podobě otázky a vymezení cílů se odvíjelo od studia (a analýzy, komparace informací) tzv. zdrojů vstupní literatury. Jako vstupní literatura byly použity tyto publikace:

- (1) BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- (2) ČERVENKOVÁ, R., LUKÁŠ, M. 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
- (3) DUFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. 2008. *Sociologie životního stylu*. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství Aleš Čeněk, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
- (4) JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- (5) KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. Rady lékaře, průvodce dietou*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-2.
- (6) MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. 2009. *Výchova ke zdraví. Zdraví a prevence, životní styl, dospívání a zdravotní problémy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- (7) MAŘATKA, Z. et al. 1999. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 490 s. 80-7184-561-2.

- (8) NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*.  
1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

K vyhľadávaniu dostupných relevantných článkov by boli použité nasledujúce databázy, vyhľadávače a odborná recenzovaná periodika disponujúci plnotexty:

- Databázy: EBSCO, BMČ, PubMed, Medvik
- Vyhľadávač Google (v podobe Google Scholar – rozšírené vyhľadávani)
- Česká odborná a recenzovaná periodika vydávaná v Českej republike:
  1. PROFESE on-line (recenzovaný časopis pro zdravotnické obory), zařazený v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v Českej republike, indexován v BMČ, vydává Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci
  2. Pediatrie pro praxi – časopis je zařazen do databázi EMBASE, SCOPUS, BMČ a v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v Českej republike, vydává Solen, s. r. o.
  3. Interní medicína – indexován v BMČ, v databázi SCOPUS, EMBASE a Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v Českej republike, vydává Solen, s. r. o.
  4. Endoskopie – indexován v BMČ, EMBASE, Scopus, Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v Českej republike, vydává Solen s. r. o.
  5. Medicína pro praxi – excerpováno v BMČ, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v Českej republike, vydává Solen s. r. o.
  6. Psychiatrie pro praxi – indexováno v BMČ, zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v Českej republike a EMCARE, vydává Solen s.r.o.
  7. Gastroenterologie a hepatologie – oficiální časopis České gastroenterologické hepatologické SPOLEČNOSTI ČLS JEP, je indexován v SCOPUS, BMČ, EXCERPTA MEDICA/EMBASE a Chemical Abstracts, INIS ATOMINDEX a potravinářské vědy, vydává Ambit media a.s.

8. Ošetřovatelství a porodní asistence – recenzovaný vědecký časopis, indexován v BMČ, vydává Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta.

Ve výše uvedených zdrojích získávání relevantních výstupů byla použita tato rešeršní strategie:

Jednotlivé dostupné odborné články byly hledány v časovém období od listopadu 2011 do března 2012, limitem pro publikované články bylo jejich publikování v rozmezí let 2000 – 2012.

Jako klíčová slova pro vyhledávání ve všech výše uvedených databázích a zdrojích byla použita tato:

*„edukace, ulcerózní kolitida, životní styl, výživa, dospělý nemocný, dětský nemocný“.*

Zvoleným jazykem pro vyhledávání byl český jazyk.

Výsledkem hledání bylo podle zadaných kritérií 33 odborných článků, 7 publikací a 9 elektronických zdrojů, které byly následně pro tvorbu bakalářské práce použity. K definování životního stylu byla také využita rigorózní práce Ivanové.

Při vyhledávání relevantních zdrojů v databázi BMČ (přístupné na internetových stránkách [www.medvik.cz/bmc/index.do](http://www.medvik.cz/bmc/index.do)) bylo autorkou práce nalezeno po zadání klíčových slov „životní styl“ 167 článků, podle zvolených kritérií bylo vybráno pouze 5 článků, které naplnily obsah těchto kritérií. Při zadání klíčového slova „edukace“ bylo nalezeno 283 článků, zvoleným kritériím odpovídaly pouze 2 články a 1 publikace. V databázi MEDVIK (přístupné na internetových stránkách [www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)) bylo nalezeno při zadání klíčového slova „životní styl“ 757 článků, zadaným kritériím odpovídaly 3 články. Mezi vyřazovací kritéria byla zařazena i duplicita článků, které dohledal (dle klíčových slov) Medvik i BMČ. Při kombinaci klíčových slov „životní styl“ a „ulcerózní kolitida“ nebyl v databázích BMČ a MEDVIK nalezen žádný článek. Při kombinaci „životní styl“ a „edukace“ také nebylo v těchto databázích nic dohledáno. Po zadání kombinace klíčových slov „výživa“ a „ulcerózní kolitida“ (s variantou kdekoli), bylo vyhledáno 4 články a 2

publikace odpovídající zadaným kritériím. Při zadání klíčového slova „ulcerózní kolitida“ (s variantou „kdekoliv“) bylo nalezeno 636 článků, po důkladném prostudování bylo podle zadaných kritérií vybráno 22 článků a 2 odborné publikace. Dále bylo nalezeno 5 oficiálních internetových portálů věnujících se pacientům s ulcerózní kolitidou. Při užití klíčového slova „edukace“ (s variantou „kdekoliv“) bylo autorkou práce vybráno 6 článků a 1 publikace, které odpovídaly zadaným kritériím. Při změně klíčových slov na „dospělý pacient“ nebyl nalezen článek odpovídající zadaným kritériím. Na klíčové slovo „dětský pacient“ byly nalezeny 4 články odpovídající zadaným kritériím.

# PŘEHLED DOHLEDANÝCH INFORMACÍ

## 1 ULCERÓZNÍ KOLITIDA

*Tato kapitola seznámí čtenáře s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida. Je v ní popsána stručná charakteristika onemocnění, příčiny vzniku, incidence, příznaky onemocnění, diagnostika, možnosti léčby i komplikace, které mohou onemocnění provázet. Dále je zde podkapitola zaměřena na problematiku očkování při ulcerózní kolitidě, její rizika i doporučení. Informace slouží jako teoretická východiska pro zpracování dalších informací a textu deskriptivního charakteru.*

### 1.1 Definice a příčiny vzniku ulcerózní kolitidy

Ulcerózní kolitida (ang. Ulcerative Colitis, dále jen „UC“) patří společně s Crohnovou nemocí (ang. Crohn's Disease, dále jen „CD“) mezi idiopatické střevní záněty (ang. Inflammatory Bowel Disease, dále jen „IBD“). Jedná se o nespecifický hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku, který může pokračovat na celý tračník (Gabelec, 2009, s. 276). UC postihuje střevní sliznici a submukózu, kdežto CD postihuje celou střevní stěnu. I přes tuto rozdílnost je někdy obtížné definovat, o které onemocnění se jedná. V 5 - 15 % případů zůstává onemocnění označováno jako kolitida tzv. indeterminantní, neklasifikovatelná (dále jen „IC“).

Příčina IBD je i přes intenzivní medicínský výzkum stále neobjasněna (Lukáš, 2011). Předpokládá se, že jde o onemocnění s multifaktoriální etiologií (Lukáš, 2002, s. 3). Obecně lze říci, že zánět vzniká v důsledku série dějů, jenž vznikl jako odezva na antigen. V posledních letech se také hovoří o vlivu střevní bakteriální flóry, a nelze opomenout ani zevní faktory, zejména psychický stres a způsob a zvyklosti stravování (Huvar, 2007, s. 506). Celosvětový výskyt UC kolísá od 0,5 - 24,5/100 000 obyvatel. Nejvyšší incidence UC je v Severní Americe, v západní a střední Evropě, nízká je naopak v rozvojových zemích. Incidence v České republice je 3 - 5/100 000 obyvatel (Gabelec, 2009, s. 276). Maximum výskytu je mezi 20. – 40. rokem života a v nepatrném procentu jsou postiženy víc ženy než muži (Dítě, 2001, s. 452). U dětí je častější indeterminantní proktokolitida (IC). Bývá popisována až u 30 % nemocných, s věkem výskyt klesá (Adamcová, 2010, s. 29).

## 1.2 Klinické projevy onemocnění

Charakteristickým rysem ulcerózní kolitidy je chronicita, střídání aktivity nemoci (relaps) s klidovými obdobími (remise). K základním klinickým projevům UC patří průjem s příměsí krve a hlenu ve stolici. Nemocný mívá tenesmy, bolesti v konečníku, při závažnějším postižení může mít i více jak dvacet průjmovitých stolic během dne i noci. Dalšími projevy mohou být zvýšená tělesná teplota, nechutenství, váhový úbytek, anémie, únava (Lukáš, 2002, s. 3). Mezi mimostřevní příznaky IBD patří kožní projevy (erythema nodosum), slizniční projevy (afty, trhliny ústních koutků), kloubní projevy (artralgie, artritidy), oční projevy (záněty uvey, retiny, corney), cévní příznaky (záněty žil, vaskulopatie), jaterní projevy (primární sklerotizující cholangitida, granulomatózní hepatitida) a k vzácným projevům se pak řadí kupř. perikarditidy, nefritidy (Dítě, 2001, s. 453).

## 1.3 Diagnostika onemocnění

Nemocný se svými potížemi přichází nejprve ke svému praktickému lékaři, který by měl podle kliniky a anamnestických údajů rozlišit, zda se jedná o „banální“ průjmové onemocnění, nebo chronický střevní zánět. Následně je pacient odeslán na pracoviště gastroenterologie, kde bývá stanovena (event. potvrzena) přesná lékařská diagnóza (Huvar, 2007, s. 506). Ne každé krvácení z konečníku bývá způsobeno zánětem nebo karcinomem, ale daleko častější příčinou bývají např. hemeroidy. Stejně tak průjem může být mnohem častěji vyvolán infekčním onemocněním, než idiopatickým střevním zánětem (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 18).

Diferenciální diagnostika se opírá o klinický, endoskopický a histologický nález. U ulcerózní kolitidy zpravidla postačuje kolonoskopie (zpočátku jen rektoskopie nebo sigmoideoskopie) s odběrem bioptického materiálu, ve kterém patolog nalézá zánětlivé změny, zejména kryptové abscesy (Huvar, 2007, s. 506). Vyšetření je doplněno ultrazvukovým vyšetřením, vyšetřením počítačovou tomografií, magnetickou rezonancí. Co se týká laboratorních nálezů, zatím nemáme spolehlivé markery, které by byly specifické pro idiopatické střevní záněty. V krevním obraze s diferencíalem je zvýšený počet leukocytů, což značí probíhající zánět (Huvar, 2007, s. 508). V sérologii lze nalézt pozitivní protilátky proti neutrofilům (pANCA) a zvýšený C-reaktivní

protein (CRP). Další známkou systémového zánětu je zvýšená sedimentace erytrocytů (Gabelec, 2009, s. 277). K diagnostikování malnutrice pomáhá stanovení hladin bílkovin, vitamínů a minerálních látek (Huvar, 2007, s. 508).

Metoda kapslové endoskopie, která je určena k vyšetření tenkého střeva, se v minulých letech použila i k vyšetření tračnicku. Výsledky tohoto přístupu ovšem literatura prozatím neuvádí, a neočekává se ani nijak významný rozvoj. U pacientů s indeterminantní kolitidou může kapslová endoskopie pomoci odhalit Crohnovu chorobu (Douda, 2010, s. 118-119).

#### **1.4 Klasifikace onemocnění**

Dle velikosti postižení se dá kolitida rozdělit do tří typů (Lukáš, 2010, s. 105):

1. proktitida – postižení rekta (postihuje cca 25 % pacientů),
2. levostranná forma UC – postihuje cca 45% pacientů,
3. extenzivní forma UC neboli pankolitidu – vyskytuje se přibližně u 30 % pacientů.

Gabelec poukazuje na klasifikaci Mařatky, který následně člení UC dle endoskopického nálezu na klidové a floridní období. Do klidového období poté patří stadium granulované úpravy, stadium úpravy a stadium polypů. Floridní období zahrnuje stadium krvácivé, stadium vředů a stadium ulceropolypózní (Gabelec, 2009, s. 277).

#### **1.5 Léčba onemocnění**

Terapie IBD je již tradičně členěna na farmakologickou a chirurgickou. Ulcerózní kolitida (ani Crohnova nemoc) nejsou však farmakologicky zcela ovlivnitelné a vyléčitelné. Do oblasti základní farmakoterapie jsou řazeny lékové skupiny aminosalicylátů, kortikosteroidů, imunosupresiv, a nejnověji také biologická léčba (Lukáš, 2009, s. 164). Farmakologická léčba se dělí na akutní (k vyvolání remise) a udržovací (k udržení klidového období). Dále se liší podle závažnosti a rozsahu postižení. U proktokolitidy je terapie zahajována lokální farmakoterapií, kdy se podávají čípky s mesalazinem, rektální pěny a klyzmata. Někdy je léčbu nutno doplnit o perorální podání mesalazinu (Nevoral, 2007, s. 370 ). Nemocným se středně těžkou a těžkou levostrannou kolitidou, kdy léčba mesalazinem nestačí a není efektivní, se

přidávají do terapeutického procesu také kortikosteroidy (zejména Prednison, jehož dávka se musí po zvládnutí příznaků snižovat postupně během týdnu). Účinnost léčby je víc jak 70% (Gabelec, 2009, s. 278). Těžká až fulminantní forma je život ohrožující, a je nezbytně nutná hospitalizace nemocného. Je nutno sledovat hodnoty stavu vnitřního prostředí, zavést parenterální léčbu, podávání antibiotik, kortosteroidů, a pokud nedojde do 72 hodin ke zlepšení stavu, přistupuje se k nutné léčbě chirurgické (Adamec, Lukáš, 2000).

Imunosupresiva jsou lékovou skupinou potlačující imunitní systém a jsou ordinovány při dlouhotrvající aktivitě nemoci, nejde-li ukončit léčbu kortikosteroidy, nebo není-li léčba kortikosteroidy účinná, a dále při výskytu některých mimostřevních projevů (Lukáš, 2009, s. 165).

Biologická léčba se používá u pacientů s chronicky aktivní formou nemoci, zvláště u těch, u nichž není účinná léčba kortikosteroidy. Ve zcela ojedinělých případech se aplikuje i u fulminantního průběhu onemocnění nebo při vážných mimostřevních komplikacích (Lukáš, 2011, s. 993). Léčba spočívá v aplikaci látek biologické povahy, které působí proti tumor nekrotizujícímu faktoru TNF $\alpha$ , což je bílkovina podílející se na systémovém zánětu, přičemž preparát Infliximab se u nás začal používat v roce 2006 (Gabelec, 2009, s. 278). Zvláště u dětí je však podávání přísně kontrolováno, prozatím totiž nejsou plně známy nežádoucí účinky léčby (Malý, 2004, s. 9). U dětí je také doporučováno podávat před samotnou aplikací Infliximabu premedikaci v podobě antihistaminik, antipyretik a kortikoidů, aby se předešlo vážným alergickým reakcím (Adamcová et al., 2007, s. 284)

Chirurgická léčba je naléhavá při akutních komplikacích a plánovaná při selhání farmakologické léčby a změnách střevní sliznice. Provádí se odstranění tlustého střeva neboli kolektomie, kdy se tenké střevo napojí na řitní kanál, nebo je nutné vyústit tenké střevo na stěnu břišní - ileostomie (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 25-26). Naléhavou indikací k chirurgickému zásahu je perforace, fulminantní kolitida, toxický megakolon a masivní krvácení (Gabelec, 2009, s. 280).

V udržovací léčbě sehraává hlavní úlohu preparát Mesalazin. U proktokolitidy a levostranné kolitidy je účinná lokální aplikace (Nevoral, 2007, s. 370). Mesalazin se díky svým protizánětlivým účinkům uplatňuje nejen při udržení a prodloužení remise, ale má také důležitou roli v chemoprolaxi rozvoje dysplazie a kolorektálního karcinomu (Lukáš, 2010, s. 27).



## **1.6 Dietní opatření jako podpora terapie**

Dieta je velmi důležitou složkou komplexního léčebného režimu. Při akutním vzplanutí onemocnění je nutná bezsezbytková strava s vynecháním mléčných výrobků a sníženým množstvím sacharidů (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 20). Jako vhodná úprava stravy je doporučováno vaření, dušení, příprava v páře, naopak jako nevhodné jsou považovány technologie úpravy stravy v podobě smažení, fritování a grilování (Kohout, 2011). Při zvýšené aktivitě onemocnění bývá zavedena bezsezbytková enterální výživa v podobě takzvaného sippingu (Huvar, 2007, s. 509). Sipping je označení potraviny pro zvláštní léčebné účely, která je v tekuté formě, a pacienti ji popíjejí (Grofová, 2007, s. 10). Tyto směsi mají přesně určeno složení tuků, cukrů, bílkovin, vitamínů a minerálních látek. Současně jsou vyrobeny tak, aby byly lehce vstřebatelné. V současné době je nabídka přípravků k enterální výživě široká a dokáže zabezpečit nutriční i energetickou potřebu nemocných (Bajerová et al., 2010, s. 61). Pokud je průběh onemocnění natolik závažný, že pacient nesnese žádný perorální příjem stravy, je nutno podat výživu parenterálně. To je následně realizováno periferním žilním vstupem nebo přes centrální žilní katetr (Kohout, 2011). V období remise není dieta odlišována od racionální diety, avšak měla by se držet zásad zdravé výživy (Meisnerová, 2011, s. 36).

## **1.7 Komplikace onemocnění**

Komplikace, ke kterým může během onemocnění dojít, jsou didaktickým pohledem rozlišovány na akutní a chronické. Patří mezi ně abscesy, perforace střevní stěny, striktury, anémie, osteoporóza a další. Akutní krvácení, perforace a toxický megakolon jsou nejzávažnější a vyžadují okamžitou terapii (Lukáš, 2011).

Z dlouhodobého hlediska se může ulcerózní kolitida považovat za prekancerózu (předrakovinné stádium), proto je vhodné po 8 letech trvání choroby každoročně kontrolovat endoskopicky střevní sliznici a odebrat vzorky na histologické vyšetření (Bajerová, 2010, s. 19). Eadenová realizovala a následně publikovala metaanalýzu ze 116 studií, ve které zjistila, že prevalence kolorektálního karcinomu (KRCA) u ulcerózní kolitidy je zhruba 3,7 %, a u pacientů s pankolitidou 5,4 %. Po 10 letech trvání onemocnění je riziko 2 %, po 20 letech 8 % a po 30 letech se riziko zvyšuje až

na 18 % (Gabelec, 2009, s. 280). Také rozsah kolitidy, rodinný výskyt kolorektálního karcinomu a vývoj onemocnění v mladém věku patří mezi další rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu (tamtéž, s. 280).

## **1.8 Očkování pacientů**

Problematika očkování u dětí s idiopatickými střevními záněty je doposud stále aktuálním problémem. Některá očkování jsou v České republice povinná (zejm. očkování proti tetanu, záškrtu, černému kašli, dětské obrně), jiná jsou prováděna na vlastní žádost pacienta (např. vakcína proti meningokoku, klišťové encefalitidě, žlutence typu A, rotavirové infekci, rakovině děložního čípku aj). Případy, kdy nelze aplikovat očkovací látky, mohou být obecné pro živé i neživé vakcíny, ale i specifické pro konkrétní očkování (Bajerová, 2010, s. 24). Pacienti s IBD, kteří nejsou léčeni imunosupresivou, mohou být očkováni běžně, avšak u nemocných s imunosupresivní terapií je situace poněkud jiná (Stehlík et al., 2010, s. 47). Imunosupresivní i biologická léčba ovlivňují imunitní systém, proto je vždy nutno důkladně zvážit aplikaci živých vakcín a jejich kontraindikace (Bajerová et al., 2010, s. 25). Před zahájením imunosupresivní nebo biologické léčby se jako vhodné jeví pacienty naočkovat proti hepatitidě typu B, chřipce, lidskému papilomaviru, varicele zoster a pneumokoku. Živá vakcína by se měla podat buďto tři týdny před zahájením imunosupresivní a biologické léčby, nebo tři měsíce po ukončení. Tato doporučení navrhla Pracovní skupina pro střevní záněty ČGS ČLS JEP – České gastroenterologické společnosti a vycházejí z doporučení mezinárodní organizace ECCO – European Crohn's and Colitis Organisation (Stehlík et al., 2010, s. 40).

## 2 SPECIFIKA ŽIVOTNÍHO STYLU NEMOCNÝCH S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU

*Tato kapitola vysvětluje pojem zdraví, nemoc, životní styl a kvalita života. Je zaměřena na vliv chronického onemocnění na životní styl a naopak jak životní styl nemocného ovlivňuje průběh onemocnění, dále popisuje dopady onemocnění na jednotlivé bio-psycho-sociální oblasti nositele onemocnění.*

### 2.1 Zdraví a nemoc jako primární pojmový aparát

Bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace dr. Halfdan Mahler jednou poznamenal: „zdraví není vše, ale ostatní bez zdraví nestojí za nic“ (Zdraví 21, 2000, s. 2). Je pravdou, že zdraví se týká nás všech a má cennou individuální a sociální hodnotou, která významně ovlivňuje kvalitu života (tamtéž, s. 2). Definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) zní: „zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 1946), proto každé chronické onemocnění více či méně ovlivňuje životní styl a kvalitu života nemocného. Nemoc nebo také poruchu zdraví je možno chápat jako narušenou schopnost, nedostatečnost nebo selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí (Machová et al., 2009, s. 12) Kapesní slovník medicíny definuje nemoc jako „stav organismu vznikající působením vnějších či vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu“ (Vokurka, 2008, s. 130). Nemoci jsou v medicíně tříděny podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), v současné době platné 10. revize, jež byla Světovou zdravotnickou organizací ve světě vydána v roce 1993 (a o rok později i v České republice), přičemž poslední její aktualizace v ČR vešla v platnost 1. ledna 2012 (ÚZIS, 2011). Nemoc lze zevrubně členit na akutní a chronickou. Chronická onemocnění leckdy souvisejí s civilizačními chorobami a zapříčiňují zdravotní znevýhodnění obyvatel. Často bývají v kontextu s životním stylem nemocných (Chrastina, Ivanová 2010, s. 153).

## 2.2 Definování životního stylu

Životní styl má významný vliv na zdraví a život člověka. Respektováním zásad „zdravého životního stylu“ lze zdraví příznivě ovlivnit (Winklerová, Jarošová, 2011, s. 146). Ivanová (optikou sociologie) definuje životní styl takto: „životní styl je funkční systém, kterým si člověk vybírá z repertoáru dané kultury za určitých podmínek jisté prvky podle svých kritérií (hodnoty, cíle) a potřeb, a podle svých aktuálních statkových i materiálně ekonomických možností“ (Ivanová, 2006, s. 17). Machová definuje životní styl jako „formu dobrovolného chování, kdy si jedinec může vybírat z různých možností a rozhodovat se, které varianty jsou správné a odmítat ty, které zdraví poškozují“ (Machová et al., 2009, s. 16). Životní styl nemůže být chápán jako jeden fenomén, nýbrž jeho složení je natolik obsáhlé, že nemůže být zkoumán izolovaně, ale zasahuje do různých oborů, ošetřovatelství včetně (Chrastina, Ivanová, 2010, s. 153-154). Životní styl u chronického onemocnění je rozdílný nejen díky typu onemocnění, ale značný vliv má i osobní charakteristika nemocného a sociální faktory. (Chrastina et al. 2009, s. 204).

## 2.3 Životní styl a ulcerózní kolitida

Jak již bylo výše zmiňováno, ulcerózní kolitida je chronické onemocnění, které dle kognitivního schématu nemoci (myšlenková představa nemoci) je onemocnění, které bude trvat dlouho (celoživotně), dlouhé bude léčení a prognóza navzdory léčbě není jistá (Křivohlavý, 2002, s. 26). Chronicky nemocný pacient potřebuje získat co nejvíce informací o svém onemocnění, aby se dokázal orientovat ve změně životní situace, kterou mu daná nemoc způsobila a dokázal si vytvořit a realizovat nový životní styl tak, aby mu co nejlépe vyhovoval (Chrastina et al., 2009, s. 199).

Průběh ulcerózní kolitidy je velmi rozmanitý. Probíhá v cyklech, ve kterých se střídají období klidu (remise) a období vzplanutí nemoci (relaps). V běžném životě způsobuje onemocnění různé problémy a situace, které je třeba řešit aktuálně, a pacienti na ně musejí být připraveni (Bajerová et al., 2010, s. 21).

Spojitosť mezi větší incidencí idiopatických střevních zánětů a moderním stylem života je zcela evidentní, ať už se jedná o nedostatečný příjem vlákniny, zvýšený příjem rafinované stravy, cukrů, ztužených tuků, aditiv ve stravě, ale i častější léčbu

antibiotiky a vysoké hygienické návyky (např. sterilizace kojeneckých lahviček, dudlíků, používání dezinfekčních prostředků). Nicméně prokazatelnost konkrétního faktoru se vznikem idiopatických střevních zánětů je velmi obtížná (Kohout, 2011).

Lukáš také poukazuje na rizikové faktory životního stylu, podílející se na vzniku idiopatických střevních zánětů, a to zvláště životosprávu, kdy je u nemocných pozorován nižší příjem ovoce a zeleniny a naopak vyšší příjem masa, mléka a vajec. Čokoláda a syčené nápoje typu cola jsou také jedním z rizikových faktorů podílejících se na rozvoji ulcerózní kolitidy. Co se týká kouření, které je obecně považováno za nezdravý způsob životního stylu, u ulcerózní kolitidy má patrně protektivní účinek (Lukáš, 2002, s. 2). Vědci a lékaři z holandské University of Groning publikovali studii, v níž zjistili, že paradoxně pacientům s ulcerózní kolitidou kouření spíše prospívá než škodí, zatímco u Crohnovy choroby kouření zánět celkově zhoršuje. Přesto však mnohem častěji končí s kouřením právě pacienti s ulcerózní kolitidou (Střevní-Záněty.cz, online).

Léčba a udržení remise u idiopatických střevních zánětů spočívá obzvláště v pravidelném denním režimu, pravidelném spánku, dobré hydrataci a příjmu vhodné stravy (Huvar, 2007, s. 509).

Některé léky, interkurentní infekce (zejména respirační infekce) a psychický stres zesilují riziko relapsu (Lukáš, Bortík, 2011, s. 56). Gabelec zdůrazňuje, že stres a poruchy nálady mají obrovský vliv na rozvoj nemoci, avšak studií které by pojednávaly o vlivu psychických faktorů na vývoj onemocnění je velice málo (Gabelec, 2009, s. 281).

## **2.4 Školní docházka dětí s onemocněním**

Chronické onemocnění pacienta značně omezuje a to nejen v oblasti somatické, ale i psychické a sociální (Zámečnicková, Opatřilová, 2010, s. 2). Děti s idiopatickými střevními záněty jsou omezovány nejen ve svých volnočasových aktivitách, ale i jejich školní docházka je díky onemocnění narušena. Prospěch dítěte ve škole mohou zhoršit nezbytné hospitalizace i pravidelné ambulantní kontroly, proto děti s chronickým onemocněním potřebují nejen adekvátní lékařskou péči, ale také pomoc rodiny a školy. V určitých situacích je dobré, aby dítěti byla zajištěna individuální školní výchova (Bajerová et al., 2010, s. 23). Ta s sebou však přináší další problémy zejména v podobě

vyčlenění z běžného školského prostředí, obtíže s re-integrací zpět do školy a problémy v rodině (Zámečnicková, Opatřilová, 2010, s. 2). U některých dětí v předškolním věku je vhodné odložit školní docházku a to i dvakrát. Doporučení vydává pedagogicko–psychologická poradna na základě vlastních vyšetření, ale i zpráv a dokumentace praktického lékaře pro děti a dorost. O samotném odkladu pak rozhodne ředitel školy, ve které je dítě zapsáno (Bajerová et al., 2010, s. 70).

Nemocné děti si musejí krok za krokem vytvářet nový životní styl, avšak pestrost života jim pomáhá vypořádat se s různými omezeními, která s sebou ulcerózní kolitida přináší (tamtéž, s. 23).

## **2.5 Volba profese a budoucího zaměstnání nemocných**

Obecně lze říci, že pracovní uplatnění pacientů s chronickým onemocněním je velmi omezeno (Bajerová et al., 2010, s. 23). Pacienti v akutním stádiu onemocnění, s progresivním průběhem, častými exacerbacemi, komplikacemi nebo s těžkými extraintestinálními projevy nejsou schopni soustavně pracovat, zejména fyzicky náročné povolání pro ně není zcela vhodné (Lukáš, 2002, s. 7). Při posuzování průběhu onemocnění a schopnosti být hodnocena tíže onemocnění a to, jak nemoc ovlivňuje pracovní schopnosti a společenské uplatnění. Ke každému pacientovi je nutné přistupovat individuálně a hodnotit konkrétní vykonávanou činnost. Mnoho pacientů lépe snáší fyzicky náročnější zaměstnání s dobrou dostupností toalety a hygienickým zázemím než naopak (Huvar, 2007, s. 509).

Rodiče nemocných dětí i nemocný jedinec by měli zvážit vhodné povolání vzhledem ke své nemoci, vlastním schopnostem a možnostem budoucího uplatnění. Volba budoucího zaměstnání dětí a dospívajících s ulcerózní kolitidou také záleží na charakteru a rozsahu onemocnění, jeho průběhu a komplikacích. Prognóza je však těžko předvídatelná (Bajerová et al., 2010, s. 23-24).

## **2.6 Období těhotenství a kojení žen - pacientek**

Velkou skupinou pacientek s idopatickými střevními záněty jsou ženy v reprodukčním věku. Proto jsou stále aktuální otázky týkající se nejen fertility, gravidity a porodu, ale i vlivu onemocnění a terapie na vývoj plodu a průběh těhotenství (Koželuhová, 2011,

s. 75) Obecně lze konstatovat, že ulcerózní kolitida nemá žádný vliv na plodnost a těhotenství, je-li onemocnění v remisi. Většina žen s ulcerózní kolitidou porodí zdravého novorozence a terapie je shodná s terapií mimo těhotenství (Bajerová et al., 2010, s. 25,26). Pacientka by však měla být pod dohledem specialistů, a to gastroenterologa, gynekologa a neonatologa. Pokud je relaps onemocnění v době oplodnění, je obtížné průběh těhotenství předvídat, obvykle však zůstává aktivita stejná a stav se nezhoršuje (Lukáš, 1999, s. 8). Samo těhotenství nemá podle dosavadních poznatků na průběh onemocnění negativní vliv (Bajerová et al., 2010, s. 26). Pohledy na léčbu během gravidity se různí, ale riziko při běžně používané léčbě je menší, než kdyby se onemocnění neléčilo (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 17). U pacientek s ulcerózní kolitidou není kojení spojováno s vyšším rizikem vzplanutí a relapsu onemocnění. Ba naopak může mít i ochranný vliv na vznik relapsu idiopatických střevních zánětů v prvním roce po porodu (Bajerová et al., 2010, s. 26). Biologická léčba se i přes poměrně malé množství informací zdá být účinnou a bezpečnou alternativou medikamentózní léčby. Z registrů TREAT a Infliximab Safety Database podle klasifikace FDA vychází, že anti-TNF protilátky nejeví známky teratogenity a neovlivňují negativně průběh těhotenství (Koželuhová, 2011, s. 76). Poslední informace dokazují, že Infliximab nepřechází do plodu během těhotenství, ani nebyl prokázán v mateřském mléce, přestože byl v séru matek stanoven, proto se i matkám, které jsou léčeny Infliximabem doporučuje normálně kojit (Bajerová et al., 2010, s. 26).

U mužů, kteří jsou léčeni sulfasalazinem může být plodnost přechodně snížena, po vysazení léků se však během několika měsíců stav vrací k normálu (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 17).

## **2.7 Kvalita života nemocných jedinců**

V literatuře je k dispozici mnoho definic kvality života, ale ani jedna, jenž by byla všeobecně uznávána (Gabelec, 2007, s. 17). Světová zdravotnické organizace formulovala kvalitu života dle toho „ jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, v níž žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Drgomířská, 2006, s. 8). Dá se konstatovat, že kvalita života vyjadřuje to, jak člověk hodnotí svoji životní situaci (tamtéž, s. 8). Kvalita života těsně souvisí

s životním stylem chronicky nemocných, avšak vnímání kvality života je čistě subjektivní a je velmi obtížné ji hodnotit (Chrastina et al., 2009, s. 204).

Pro ulcerózní kolitidu i Crohnovu nemoc je typický chronický průběh s náhlým vzplanutím (kdy nemocní mohou trpět bolestmi břicha, průjmy, ztrátou na váze, teplotami a enteroragií). Již mnohokrát bylo dokázáno, že IBD zhoršují kvalitu života (Gabelec, 2007, s. 19). Pro měření kvality života existují různé dotazníky a další posuzovací a hodnotící nástroje. Pro IBD jsou nejčastěji používanými Inflammatory Bowel Disease Questionnaire - IBDQ a Rasting Form of IBD patients Concerns - RFIPC (Gabelec, 2009, s. 281).

V USA byl proveden výzkum realizovaný s pomocí dotazníku Sickness Impact Profile (SIP), kterého se účastnilo 997 pacientů s IBD. Kvalita života nemocných pacientů byla porovnávána s běžným obyvatelstvem (kontrolní skupina). V psychologických a sociálních aspektech na tom byli „hůře“ nemocní s Crohnovou chorobou než pacienti s ulcerózní kolitidou. U pacientů s UC byly největší obavy ze ztráty kontroly nad vyprazdňováním a z možného následného vzniku rakoviny (Gabelec, 2007, s. 19).

U dětí jsou mnohem častěji přítomny různé psychické problémy (deprese, úzkostné stavy), proto je od začátku onemocnění vhodná spolupráce s psychologem a psychiatrem (Bajerová et al., 2010, s. 22). Obereignerů společně s Kollárovou popisují výzkum osobnostního vývoje dětí s IBD, který byl proveden pomocí dvou psychodiagnostických metod k posuzování osobnostních charakteristik. Použili Hand test (test ruky) a dotazník B-JEPI, který byl navržen dle Eysenckova testu osobnosti (extraverze – introverze, labilita – stabilita). Do výzkumu bylo zapojeno 26 dětí s idiopatickými střevními záněty a 31 dětí zdravých (tvořících kontrolní skupinu), přičemž výzkum probíhal po dobu čtyř let. Z výzkumu vyplývá, že až polovina dětí s idiopatickými střevními záněty má symptomatickou depresi a jedna třetina dětí má navíc přidruženou úzkostnou poruchu. Kvalita života je ovlivněna léčebným režimem (Obereignerů, Kollárová, 2008, s. 33-37).



### 3 EDUKACE PACIENTŮ S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU

*Tato kapitola je zaměřena na specifika edukačního procesu u nemocných s ulcerózní kolitidou a vytyčuje oblasti, ve kterých je shledávána nutnost pacienty edukovat. Jedná se zejména o seznámení klienta s „jeho“ onemocněním, léčbou s dietními omezeními a vznikem možných komplikací, které mohou nastat při dodržování nesprávného léčebného režimu. Pro samotné pacienty je velmi důležité mít k dispozici o svém onemocnění co nejvíce informací, které jim napomohou zvládnout tuto náročnou životní situaci a vést plnohodnotný život. Proto také vznikají různá sdružení a organizace, na které se mohou pacienti s IBD obrátit, seznámit se se stejnými nemocnými a navzájem si předávat dosavadní osobní i životní zkušenosti.*

#### 3.1 Vymezení základních pojmů a oblastí v edukaci

Edukace je pojem, který je odvozen z latinského slova „educō, educare“, jenž se dá přeložit jako „vést vpřed, vychovávat, vzdělávat“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Juřeníková definuje edukaci jako „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“. Jedná se tedy o výchovu a vzdělávání jedince a tyto dva pojmy od sebe nelze oddělit (tamtéž, s. 9). Významným faktorem ovlivňujícím učení je motivace, která jedince vede ke konkrétní aktivitě. Motivace se dá rozdělit na vnitřní a vnější. U vnitřní motivace hraje velkou roli vlastní zájem jedince, zatímco u vnější motivace vzbuzuje zájem o učení edukátor (tamtéž, s. 14). V publikačních výstupech jsou nejčastěji se vyskytujícími a diskutovanými oblastmi edukace pacientů s ulcerózní kolitidou tyto (Huvar, Gabelec, Bajeroová et al., Lukáš):

1. charakteristika onemocnění a jeho diagnostika (pohledem informací pro samotné nemocné)
2. dietní opatření a režim jako nepostradatelná součást léčebného procesu IBD
3. průběh onemocnění a jeho prognóza (ve vazbě na každodenní aktivity a životní styl nemocných jedinců)
4. institucionální zázemí, kde mohou nemocní hledat pomoc, potřebnou podporu a také dostupné informace

### **3.2 Edukace pacientů s ulcerózní kolitidou**

Při osobním rozhovoru by měl lékař pacienta individuálně informovat a vysvětlit mu jeho onemocnění. Ukazuje se totiž, že nedostatečná informovanost má za následek zvýšené obavy z onemocnění. Přestože je pro pacienty k dispozici velké množství edukačních materiálů, podle některých studií nevedou ke zlepšení informačního stavu, ba naopak dokonce zhoršují kvalitu života (Gabelec, 2009, s. 281). Při edukaci je také velmi důležitá kvalitní spolupráce mezi lékařem, sestrou a pacientem. Edukace představuje nezbytnou součást léčby a platí, že dobře edukovaný pacient je dobře spolupracující pacient (Kromerová, 2005, s. 27). S edukací začíná praktický lékař i odborný lékař - gastroenterolog ještě před stanovením diagnózy. Mnohdy záleží na jejich komunikačních schopnostech, jestli bude pacient ochotný endoskopické vyšetření podstoupit nebo jej odmítne (Huvar, 2007, s. 507). Pokud pacient s vyšetřením souhlasí, musí podepsat informovaný souhlas, kde jsou popsány i případné komplikace a rizika, která s sebou vyšetření nese např. perforace střeva (Marešová, Vaňková, 2007, s. 48). Úspěšné provedení kolonoskopie závisí na důkladné přípravě, kdy musí být tlusté střevo dokonalé vyprázdněno. Tuto přípravu provádí většinou pacient sám doma, proto je nutno jej na vše řádně připravit a poučit (Huvar, 2007, s. 507). Minimálně den před plánovaným vyšetřením musí pacient dodržovat tekutou dietu a den před výkonem užívá projímadlo k důkladnému vyčištění tlustého střeva. Nejčastěji používanými projímadly jsou fosfátové roztoky nebo Fortrans (Marešová, Vaňková, 2007, s. 48).

### **3.3 Edukace v oblasti stravování a výživy**

Výživa zaujímá velice důležité místo v léčbě idiopatických střevních zánětů, proto je nutno nemocné v této oblasti efektivně edukovat.

Různá onemocnění vyžadují různá dietní opatření. Nemocní mají k dispozici specificky zaměřené brožury na stravování a dodržování diety, avšak i všeobecná sestra by měla tato doporučení dobře znát, a informace dále předávat nemocným i jejich rodinám. Znalost základů dietních opatření u konkrétních nemocí značně zvyšuje důvěryhodnost a prestiž sestry nejen u nemocného, ale i u jeho rodiny (Kapounová, 2007, s. 54).

Dieta u idiopatických střevních zánětů je odlišná u nemocných v klidové fázi nemoci a v době akutního vzplanutí (Kohout, 2011). V akutní fázi nemoci je nutná bezezbytková strava, která „dá střevu odpočinout“, dále se doporučuje vynechat mléko a rafinované cukry (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 20). Důležitý je i dostatečný přísun tekutin, které jsou při průjmu ztraceny. Vhodné jsou bylinkové čaje z fenyklu, kmínu, máty, anýzu, lipového květu a jablečných slupek (Bajerová, et al., 2010, s. 57,58). Dieta by měla být nedráždivá, kaloricky vyvážená a vydatná, s dostatečným množstvím vitamínů (Lukáš, 2002, s. 6). Nemocní však často dodržují zbytečně přísnou dietu, v jejímž důsledku mohou být ohroženi vznikem energetické či proteinové podvýživy a mít stav nedostatku vitamínů, minerálů a stopových prvků (Kohout, 2011). Zejména u dětí je velmi důležité dbát na prevenci a předcházet vzniku malnutrice. U rostoucího dětského organismu má výživa zásadní roli a její nedostatek může vést ke zpomalení růstu dítěte (Bajerová et al., 2010, s. 55). Kromě sníženého příjmu potravy, k malnutrici přispívá i velikost rozsahu střevního postižení a vysoká zánětlivá aktivita. K malnutrici dochází prakticky u 75 - 80 % nemocných v akutní fázi nemoci. Podvýživa s sebou nese řadu dalších komplikací, zejména atrofii střevních klků, což zhoršuje resorpci živin a má negativní vliv na funkci imunitního systému, v jejímž důsledku jsou nemocní náchylnější ke vzniku infekcí (Meisnerová, 2011, s. 35).

Co se týká spektra potravin, během akutní fáze je doporučováno jíst stravu nakrájenou na malé kousky nebo mixovanou, a také lépe jsou snášeny potraviny tepelně upravené než syrové (Bajerová et al., 2010, s. 58). Vhodnými potravinami jsou suchary, bílé pečivo, kaše, zeleninové vývary a pokud je strava nemocným dobře tolerována, bývá postupně přidáváno vařené ovoce a zelenina, brambory, rýže, těstoviny, nízkotučné sýry a libové maso (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 21). V následujícím období po vzplanutí zánětu je možné nabídku vhodných potravin rozšířit o omáčky bez jíšky, bramborovou kaši, zralá dušená jablka a banány, jogurty, sýry, vařené nebo dušené libové drůbeží maso a ryby (Bajerová et al., 2010, s. 58).

Pacientům je doporučováno vést si deník, do kterého si zaznamenávají veškeré potraviny, a tekutiny, a uvádějí zde také informace jak byly potraviny snášeny popř. jaké potíže jim vyvolaly. Mezi hůře snášené potraviny jsou obecně řazeny luštěniny, zeleninové džusy, syrové ovoce a zelenina, citrusové plody, cibule, tučná a kyselá jídla, ořechy (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 24). Sdružení pacientů s idiopatickými

střevními záněty na svých webových stránkách provedlo dotazníkový průzkum na toleranci a intoleranci potravin a většina zúčastněných uvedla jako dobře tolerované potraviny a zároveň důležitý zdroj bílkovin – vejce, vařené hovězí maso, dušené vepřové maso, dále krůtí, králičí a kuřecí maso, sladkovodní i mořské ryby (Meisnerová, 2011, s. 35).

Při laktóзовé intoleranci je důležité zajistit dostatečný přívod vápníku, při chronickém krvácení dodávat železo a při léčbě sulfasalazinem je někdy potřebné podávat kyselinu listovou (Lukáš, Šatrová, 2004, s. 25).

Nemocní musejí být také dostatečně informováni o tom, jak se stravovat ve zvláštních případech, např. když odjedou na dovolenou. Aby byla těžko stravitelná jídla vykompenzována jogurtem, ovocem, při zhoršení stavu jíst dětskou výživu, v jižních zemích pít pouze balenou vodu, nápoje si dávat bez ledu, ovoce a zeleninu omývat také balenou vodou (Bajerová et al., 2010, s. 63).

V současné době je velká pozornost věnována probiotikám. Aktuální definice WHO říká, že se jedná o živé organismy, které mají pozitivní vliv na hostitele/příjemce, pokud se podávají v dostatečném množství. Navíc jde o zcela bezpečné přípravky s minimem nežádoucích účinků (Stibůrek, 2009, s. 25).

V klinické praxi je využíván kmen *Escherichia coli* Nissle 1917 (např. Mutaflor tbl.), u kterého se potvrdily stejné účinky jako při podávání mesalazinu v dlouhodobé udržovací terapii. Mutaflor je používán také jako alternativa u pacientů se špatnou tolerancí mesalazinu, nebo jako doplňující léčba při podávání kortikosteroidů a imunosupresiv (Gabelec, 2009, s. 280). Podobný účinek mělo i podání VSL#3 což je přípravek obsahující tři druhy *Lactobacillus* sp., tři druhy *Bifidobacterium* sp. a *Streptococcus thermophilus*. V praxi užívá probiotika docela vysoké procento pacientů s idiopatickými střevními záněty, bohužel mnoho z nich užívání nekonzultuje s lékařem a vybírá si kmeny, u nichž nebyla prokázána dobrá efektivita (Lata, Juránková, 2011, s. 66). Metaanalytické studie dokazující efektivitu na udržení remise proběhly s probiotikem *E. coli* Nissle 1917 na dospělých pacientech a přípravek VSL#3 byl úspěšně vyzkoušen také u dětí (Nevoral, 2011, s. 23). Výsledky studií také dokazují, že probiotika jsou účinná v udržení remise, ale samy remisi navodit nedokáží (Bajerová et al., 2010, s. 46). V remisi je však jejich účinek srovnatelný s 5-aminosalicyláty (5-ASA) a u lehkého až středně těžkého relapsu je díky nim možné dávky 5-ASY snížit. Podobně působí při aktivní ulcerózní kolitidě kombinace

probiotik a prebiotik (Frič, 2010, s. 410). Prebiotika představují jakousi živnou půdu pro střevní mikroflóru a probiotika, a částečně zajišťují výživu i střevní sliznici. Patří k nim jednoduché sacharidy, oligosacharidy, polysacharidy a různé druhy vlákniny (tamtéž, s. 410).

### **3.4 Průběh onemocnění a jeho prognóza**

Co se prognózy týče, „nejhorší“ průběh se dá očekávat u nemocných, jež mají od samého počátku difúzní tvar postižení s vysokou aktivitou v době první ataky. Také věk nemocného nad 60 let při první atace onemocnění je nepříznivým prognostickým faktorem. Při ohraničeném typu s mírnou až středně těžkou aktivitou je prognóza velmi dobrá (Adamec, Lukáš, 2000).

Jestliže začíná onemocnění difúzně, je nutné aby bylo podle různých autorů 39 až 60 % nemocných operováno, ikdyž v prvních pěti letech trvání onemocnění s sebou nese operace největší riziko (Adamec, Lukáš, 2000).

V rámci edukace musí pacienti nebo rodiče dětských pacientů vědět, že je důležité, aby samy nepřerušovali léčbu, ikdyž se cítí dobře, aby nesnižovali dávkování léčiv, při pobytu mimo domov měli dostatečné množství léků na celou dobu s sebou, upozornit lékaře na užívání různých léčivých přípravků a doplňků stravy apod., při plánování rodičovství nebo je-li pacientka již těhotná, tak by měla ihned informovat lékaře (Lukáš, 2010, s. 29).

Je velmi důležité aby pacienti s idiopatickými střevními záněty pochopili závažnost a chronicitu onemocnění. Delší klidové období často u nemocných vyvolává pocit že další udržovací léčba není nutná. To však může vést k prudkým relapsům. Uvádí se, že až 47 % pacientů nespolupracuje s lékařem a léčbu samovolně přeruší (Huvar, 2007, s. 509).

### **3.5 Organizace pro pacienty s IBD**

Pacientům by mělo být sděleno, že existuje řada sdružení a klubů pro nemocné s idiopatickými střevními záněty (Gabelec, 2009, s. 281).

K dispozici jsou také webové stránky, kde n lze nalézt spoustu kvalitních informací. Kupř. na [www.strevni-zanety.cz](http://www.strevni-zanety.cz) si mohou vést svůj „osobní zdravotní deník“, který

má pacientům pomoci sledovat index aktivity jejich onemocnění a získat tak kontrolu nad svou nemocí. Registrace je bezplatná a informace jsou chráněné, přístupné jen konkrétnímu uživateli (Střevní-Záněty.cz, online).

Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty „Pacienti IBD“ vzniklo v říjnu roku 2008 na základě dlouhodobého podnětu nejen pacientů, ale i lékařů zabývajících se IBD. Jeho cílem je zlepšit celkovou péči o pacienty s IBD, shromažďovat, zpracovávat a publikovat veškeré dostupné materiály o idiopatických střevních zánětech (Bajerová et al., 2010, s. 77). Dne 15.4.2011 se sdružení stalo členem Evropské federace sdružení pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu (European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Association, dále jen „EFCCA“), což mu umožňuje podílet se na mezinárodních projektech a obhajovat zájmy pacientů s IBD na mezinárodní úrovni (Občanské sdružení pacientů s IBD, 2011, online). „Pacienti IBD“ pořádají každý měsíc semináře zaměřené na určité téma související s přítomností lékařské diagnózy IBD. Jsou otevřeny všem zájemcům o problematiku IBD, jsou bezplatné a následně jsou zveřejněny na webových stránkách (Bajerová et al., 2010, s. 77-78).

Mezi mezinárodní organizace patří výše zmiňovaná federace EFCCA a Evropská organizace pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu (European Crohn's and Colitis Organisation, dále jen „ECCO“). EFCCA byla oficiálně založena roku 1993 ve Štrasburku a registrována byla roku 1996 v Bruselu (v současnosti zastupuje 26 evropských zemí). Hlavním cílem organizace je zlepšit životní podmínky pacientů s IBD všech věkových kategorií. Snaží se „pozvednout“ povědomí veřejnosti o IBD, poskytovat relevantní informace a rady pacientům i jejich rodinám, podporovat výzkum v oblasti etiopatogeneze, diagnostiky a léčby onemocnění, vytvářet sdružení v evropských zemích, kde dosud nejsou a posilovat vazby a spolupráci mezi mezinárodními asociacemi (EFCCA).

ECCO zastřešuje pracovní skupiny pro IBD z 31 členských zemí. U nás - v České republice - ji zastupuje doc. MUDr. Milan Lukáš, CSc. z Klinického centra ISCARE Lighthouse ([www.iscare.cz](http://www.iscare.cz), online). Organizace má cíl koordinovat a finančně podporovat vybrané celoevropské projekty, pořádat kurzy a vzdělávací semináře po celém světě (ECCO).

Další informace mohou pacienti nalézt na stránkách České gastroenterologické společnosti České lékařské společnosti J.E.Purkyně (dále jen „ČGS“), která má 765

členů. Působí v České republice a sídlí v Praze. V rámci ČGS pracují různé pracovní skupiny a odborné sekce např. Pracovní skupina IBD, Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy České pediatrické společnosti JEP (ČGS-ČLS).

### **3.6 Finanční pomoc cílové skupině nemocných**

Rodiče chronicky nemocných dětí mohou mít nárok na různé finanční dávky nebo zvýhodnění, které by měly vynahradit zvýšené nároky na péči o nemocné dítě. Jedná se zejména o sociální příplatek, vyplácený podle Zákona o státní sociální podpoře (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře,- v platném znění), který je určen dlouhodobě nemocným dětem u nichž je např. finančně náročné dietní stravování. Sociální příplatek je určen rodinám, které měly v předchozím kalendářním čtvrtletí celkový příjem nižší než dvojnásobek životního minima. Dále přichází v úvahu příspěvek na péči (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění) Ten může získat dítě starší 1 roku , které potřebuje pomoc jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Rodičům dětí s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se také nabízí možnost čerpání rodičovského příspěvku v základní míře až do 7 let věku dítěte. (Bajerová, 2010, s. 70).

## ZÁVĚR

Cílem přehledové práce bylo popsat nejen vliv ulcerózní kolitidy jako chronického onemocnění na životní styl takto nemocných, ale také vymezit základní specifika edukačního procesu při tomto onemocnění s využitím co nejvíce relevantních informačních výstupů.

Podle dohledaných informací lze konstatovat, že specifika životního stylu a edukace u dětského a dospělého klienta se od sebe nijak výrazně neliší. Edukace je – dle studia a komparace dostupných a v práci užitých publikačních výstupů - v podstatě „stejná“ u všech věkových kategorií. Za dětské pacienty samozřejmě přebírají informace a také kompetence a (z)odpovědnost jejich rodiče, kteří jsou také zodpovědnými za dodržování a průběh léčby dětských klientů.

Všichni autoři se shodují, že edukace má velký význam a je nedílnou součástí nejen při samotném procesu stanovení diagnózy, ale i v průběhu vlastního onemocnění a s tím souvisejícím dodržováním léčebného režimu. Autoři Huvar (2007) a Marešová s Vaňkovou (2007) zdůrazňují, že je důležité pacienta na vyšetření řádně připravit. Podle Huvara totiž někteří pacienti kolonoskopické vyšetření za strachu odmítnou, a pak je velmi obtížné definitivní diagnózu a „správnou“ léčbu stanovit. Autor Gabelec (2009) zase upozorňuje, že je nutno ke každému pacientovi přistupovat individuálně, přičemž významné místo v edukaci zastává osobní rozhovor, protože informační brožury v pacientech mohou vyvolat spousty nejasností a zvýšit jejich obavy. S tím souhlasí i autorka Kromerová (2005), která také poukazuje na nutnost kvalitní spolupráce mezi lékařem, všeobecnou sestrou a pacientem (klientem). Pro pacienty jsou také k dispozici sdružení pro nemocné s idiopatickými střevními záněty, na která se mohou obrátit se svými dotazy. Tyto organizace jsou pacientům dostupné nejen prostřednictvím jejich internetových stránek, ale pořádají také různá setkání nemocných s ulcerózní kolitidou, konference nejen pro pacienty, ale i odborníky a širokou veřejnost. Pro děti s idiopatickými střevními záněty pak pořádají ozdravné pobyty a tábory. Na stránkách Střevní-záněty.cz (dostupné na [www.strevni-zanety.cz](http://www.strevni-zanety.cz)) si dokonce mohou pacienti s idiopatickými střevními záněty vést svůj osobní deník, do kterého si zaznamenávají aktivitu a aktuální stav onemocnění a mnohdy tak mohou na základě zaznamenaných příznaků upravit léčbu a předejít rozvoji relapsu.



I přes tyto možnosti se však nemocní s idiopatickými střevními záněty potýkají se spoustou problémů, které ovlivňují kvalitu jejich života a nutí je přizpůsobit „svůj“ dosavadní životní styl přítomnému onemocnění. Vliv ulcerózní kolitidy na životní styl nemocných závisí zejména na aktivitě a rozsahu onemocnění a také na dalších komplikacích, které onemocnění mohou doprovázet. Autoři Obereignerů a Kollárová (2008) ve své studii zjistili, že se u dětí s idiopatickými střevními záněty oproti dětem zdravým (které tvořily kontrolní skupinu) mnohem častěji vyskytují deprese s úzkostnou poruchou a také, že tyto děti bývají více neurotické. Proto Obereignerů s Kollárovou doporučují dostatečnou edukaci nejen pacienta ale i jeho rodiny za pomoci psychologa, popř. psychiatra. Naproti tomu autor Gabelec (2009) zase poukazuje na negativní vliv deprese, stresu a poruch nálady na samotný průběh ulcerózní kolitidy. Avšak zdůrazňuje, že tato oblast není zatím dostatečně prozkoumána.

Co se týče přímé vazby onemocnění a životního stylu, tak Česká gastroenterologická společnost uvádí, že přestože není příčina idiopatických střevních zánětů doposud známá (a není k dispozici definitivní léčba, která by vedla k vyléčení zánětu), dokáže současná terapie navodit klidovou fázi onemocnění a umožnit tak běžný životní styl až u 90 % nemocných (Zádorová, ČGS). Autor Lukáš také poukazuje na pokroky v léčbě, díky kterým se výrazně zlepšila prognóza, a tak 25–70 % nemocných vede „normální život“ (Lukáš, 2002, s. 7). Autor Huvar klade důraz na dodržování léčebného režimu a dietních opatření jako předpoklad pro dlouhodobě uspokojivou kvalitu života a nutnost spolupráce mezi praktickým lékařem a gastroenterologem (Huvar, 2007, s. 510).

V závěru lze tedy konstatovat, že pokud je pacient o svém onemocnění dostatečně informován, informacím rozumí v plné šíři a dodržuje dlouhodobě léčebný režim, tak může žít „normální plnohodnotný život“ bez výrazných omezení. V obdobích remise by však neměl na své onemocnění „zapomínat“. I přes to, že se cítí dobře, měl by dbát na pravidelný spánek, pravidelně se stravovat podle zásad racionální stravy (raději menší porce vícekrát během dne), dodržovat pitný režim (raději minerální vody než slazené limonády), nezapomínat na fyzickou aktivitu, přiměřenou svému zdravotnímu stavu a schopnostem, a nevysazovat léky bez konzultace s lékařem.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

1. ADAMCOVÁ, Miroslava, KOTALOVÁ, Radana, VALTROVÁ Věra. et al. 2007. Doporučované terapeutické postupy k biologické léčbě IBD infliximabem: pracovní skupina GEHV ČSP. *Československá pediatrie*. 2008. roč. 63, č. 5, s. 283–284. ISSN 0069-2328.
2. ADAMCOVÁ, Miroslava. 2010. Nespecifické střevní záněty v dětském věku. *Postgraduální medicína*. 2010. roč. 12, příl. 2 (Pediatrická gastroenterologie), s. 29-34. ISSN 1212-4184
3. ADAMEC, Stanislav, LUKÁŠ, Milan. 2000. Symptomatologie, průběh a léčba při ulcerózní kolitidě. *Zdravotnické noviny*. [online]. [cit. 2012-01-04] 2000. roč. 49, č. 5, s. neuvedena. ISSN 1214-7664. Dostupný z WWW: [http://www.zdn.cz/clanek/\\_priloha-lekarske-listy/symptomatologie-prubeh-a-lecba-pri-ulcerozni-kolitide-124145](http://www.zdn.cz/clanek/_priloha-lekarske-listy/symptomatologie-prubeh-a-lecba-pri-ulcerozni-kolitide-124145)
4. BAJEROVÁ, Kateřina et al. 2010. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida [online]. [cit. 2012-02-09]. 2010. 89 s. Dostupný z WWW: [http://www.gastroped.cz/CDandUC\\_educace.pdf](http://www.gastroped.cz/CDandUC_educace.pdf)
5. ČESKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LEKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ. [online]. [cit. 2012-04-02]. Dostupný z WWW: <http://www.cgs-cls.cz>
6. DÍTĚ, Petr. 2001. Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění. *Interní medicína*. 2001. roč. 3. č. 10, s. 451-454. ISSN 1803-5256
7. DRAGOMIRECKÁ, Eva. 2006. Nemoc a kvalita života: inkontinence. *Sestra*. 2006. roč. 16, mim. příl. 9, s. 8, ISSN 1210-0404
8. DOUDA, Tomáš. 2010. Kapslová endoskopie u IBD. *Endoskopie*. 2010. roč. 19, č. 3 a 4, s. 117–120. ISSN 1211-1074
9. EUROPEAN CROHN'S AND COLITIS ORGANISATION – ECCO. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: [www.ecco-ibd.eu](http://www.ecco-ibd.eu)
10. EUROPEAN FEDERATION OF CROHN'S AND ULCERATIVE COLITIS ASSOCIATIONS – EFCCA. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: [www.efcca.org](http://www.efcca.org)

11. FRIČ, Přemysl. 2010. Střevní mikroflóra, gastrointestinální ekosystém a probiotika. *Medicína pro praxi*. 2010. roč. 7, č. 11, s. 408–414. ISSN 1214-8687
12. GABALEC, Libor. 2007. Kvalita života u Crohnovy nemoci [online]. [cit. 2011-12-03]. 2007. 29 s. Dostupný z WWW: <http://www.profolia.org/files/1/2007/2/gabalec.pdf>
13. GABALEC, Libor. 2009. Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní Medicína*. 2009. roč. 11, č. 6, s.276-281. ISSN 1212-7299.
14. GROFOVÁ, Zuzana. 2007. Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
15. HUVAR, Petr. 2007. Idiopatické střevní záněty z pohledu praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 2007. roč. 4, č. 12, s.506-510. ISSN 1214-8687.
16. CHRASTINA, Jan, IVANOVÁ, Kateřina, MAREČKOVÁ, Jana. 2009. Životní styl s chronickou nemocí – teoretická východiska. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. (eds.) *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii*. Martin: Jeseniova lékarská fakulta. s. 193-207. ISBN 978-80-88866-61-9.
17. CHRASTINA, Jan, IVANOVÁ, Kateřina. 2010. Využití metodologické triangulace kvalitativního výzkumu pro zkoumání limitů životního stylu chronicky nemocných dle ošetrovatelských domén. *PROFESE on-line*. 2010. roč. III, č. 3/2010, s. 151-164, ISSN 1803-4330.
18. IVANOVÁ, Kateřina. 2006. *Životní styl jako sociální determinanta zdraví*. Obhájená rigorózní práce. Katedra sociologie, Filozofická fakulta UK v Praze. Rok obhajoby 2006, 143 s.
19. JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
20. KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatel'ství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
21. KOHOUT, Pavel. 2011. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty [online]. [cit. 2011-11-29]. *Postgraduální medicína*. 2011. č. 2, Dostupný z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/vyziva-u-pacientu-s-idiopatickymi-strevnimi-zanety-457915>

22. KOŽELUHOVÁ, Jana. 2011. Biologická léčba nemocné s ulcerózní kolitidou v průběhu gravidity. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2011. roč. 65, č. 2, s. 75-77. ISSN 1804-803X.
23. KROMEROVÁ, Marie. 2005. Spolupráce sestry a nemocného – edukace. *Sestra*. 2005. roč. 15, č. 5, s. 27. ISSN 1210-0404.
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing. 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
25. LATA, Jan, JURÁNKOVÁ, Jana. 2011. Střevní mikroflóra, slizniční bariéra a probiotika u některých interních chorob. *Interní medicína pro praxi*. 2011. roč. 13, č. 2, s. 63–69. ISSN 1212-7299.
26. LUKÁŠ, Karel. 2002. Ulcerózní kolitida. *Gastroenterologie a hepatologie*. [online]. [cit. 2012-01-15]. Brno: Ambit media. 2002. s.1-8. ISSN 1804-803X. Dostupný z WWW: [www.cls.cz/dokumenty2/os/t284.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t284.rtf)
27. LUKÁŠ, Karel, ŠATROVÁ, Jiřina. 2004. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. 1.vyd. Praha: Triton. 2004. 87 s. ISBN: 80-7254-473-X
28. LUKÁŠ, Karel. 2011. Idiopatické střevní záněty. *Postgraduální medicína*. [online]. [cit. 2011-11-24] . 2011. ISSN 1214-7664. Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/idiopaticke-strevni-zanety-trendy-a-perspektivy-medicinsky-oboru-459858>
29. LUKÁŠ, Milan. 2009. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Praktické lékařství*. 2009. roč. 5, č. 4, s. 164–167. ISSN 1801-2434.
30. LUKÁŠ, Milan. 2010. Postavení koloskopie u idiopatických střevních zánětů. *Endoskopie*. 2010. roč. 19, č. 3 a 4, s. 105–111. ISSN 1211-1074.
31. LUKÁŠ, Milan. 2010. Účinnost udržovací terapie u ulcerózní kolitidy je ovlivněna farmakokinetikou mesalazinu a adherencí k medikamentózní léčbě. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. 2010. roč. 64, č. 5, s. 26-29. ISSN 1213-323X.
32. LUKÁŠ, Milan. 2011. Biologická léčba u nemocných s ulcerózní kolitidou. *Postgraduální medicína*. 2011. roč. 13, č. 9, s. 993-997. ISSN 1212-4184.
33. LUKÁŠ, Milan, BORTLÍK, Martin. 2011. Etiologie a patogeneze ulcerózní kolitidy. Stále více otazníků než jasných odpovědí. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2011. roč. 65, č.2, s. 56–57. ISSN 1804-803X.
34. MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar et al. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

35. MALÝ, Jan. 2004. Diagnostika a následná péče o děti s nespecifickými střevními záněty. *Pediatric pro praxi*. 2004. roč. 5, č. 1, s. 7–9. ISSN 1213-0494.
36. MAREŠOVÁ, Helena, VAŇKOVÁ, Táňa. 2007. Edukace před koloskopii. *Sestra*. 2007. roč. 17, č. 2, s. 48-49. ISSN 1210-0404.
37. MEISNEROVÁ, Eva. 2011. Nutriční podpora u střevních zánětů. *Interní medicína*. 2011. roč. 13, č. 1, s. 35-37. ISSN 1212-7299.
38. NEVORAL, Jiří. 2007. Současná terapie idiopatických střevních zánětů u dětí. *Pediatric pro praxi*. 2007. roč. 8, č. 6, s. 369–373. ISSN 1213-0494.
39. NEVORAL, Jiří. 2011. Podávání probiotik u dětí ve světle nových poznatků. *Lékařské listy*. 2011. roč. 60, č. 8, s. 22-24. ISSN 1214-7664
40. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IBD. [online]. [cit. 2011-11-19]. 2008. ISSN 1214-1534. dostupný z WWW: <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/index.asp>
41. OBBEREIGNERŮ, Radko, KOLLÁROVÁ, Katarína. 2008. Psychologické aspekty nespecifických střevních zánětů u dětí. *Psychiatrie pro praxi*. 2008. roč. 9, č. 1, s. 33-37. ISSN 1213-0508.
42. STEHLÍK, Jiří, MAREŠ, Karel, LUKÁŠ, Milan. et al. 2010. Doporučení pro vakcinaci nemocných s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou na imunosupresivní a biologické léčbě. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. 2010. roč. 64, č. 1, s. 40-48. ISSN 1213-323X.
43. STIBŮREK, Oldřich, PŘÍBRAMSKÁ, Veronika, LATA, Jan. 2009. Místo probiotik v léčbě (nejen) gastrointestinálních chorob. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 25–29. ISSN 1212-7299.
44. STŘEVNÍ - ZÁNĚTY.CZ [online]. [cit. 2012-02-18]. 2012. dostupný z WWW: [www.strevni-zanety.cz](http://www.strevni-zanety.cz)
45. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY (ÚZIS). Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2012. [online]. [cit. 2012-03-11]. 2011. Dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-1-ledna-2012>
46. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. 2008. *Kapesní slovník medicíny*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. 2008. 192 s. ISBN: 978-80-7345-163-9.

47. WINKLEROVÁ, Jarmila, JAROŠOVÁ, Darja. 2011. Životní styl dárců krve. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. 2011. roč. 2, č. 1, s. 146-151. ISSN 1804-2740.
48. *World Health Organization*. Dostupný z WWW: <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>
49. ZÁMEČNÍKOVÁ, Dana. OPATŘILOVÁ, Dagmar. 2010. *Žák s chronickým onemocněním ve škole*. [online]. [cit. 2012-02-06]. Dostupný z WWW: <http://svp.muni.cz/ukazat.php?docId=368>
50. *ZDRAVÍ 21: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové Zdravotnické organizace*. 2000 [online]. [cit. 2011-12-18]. 191 s. Dostupný z WWW: [www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf](http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf)