Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Komplexní péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Autor: Věra Petříčková

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.

České Budějovice 2026

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Komplexní péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 27.4.2026 ……

Věra Petříčková

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Chloubové, Ph.D., za její odborné vedení, vstřícný přístup a podnětné připomínky, které mi pomohly při zpracování této práce. Zároveň děkuji všem informantům, kteří se ochotně zapojili do výzkumného šetření a věnovali mi svůj čas i sdílení zkušeností, které bylo pro tuto práci velmi přínosné.

Komplexní péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá rolí sestry a mezioborovou spoluprací nelékařských zdravotnických pracovníků při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními. Cílem práce bylo popsat roli sestry u pacientů s chronickými střevními onemocněními a zjistit formu spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků při péči o tyto pacienty.

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami, nutričními terapeuty a fyzioterapeuty v nemocnici okresního typu. Celkem bylo osloveno 12 informantů. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování a analyzována metodou tužka–papír. Na základě analýzy vznikly 4 kategorie a 13 podkategorií.

Výsledky ukázaly, že pacienti s chronickými střevními onemocněními mají komplexní potřeby zahrnující fyzickou, psychickou i sociální oblast. Ošetřovatelská péče je vysoce individualizovaná a zahrnuje monitorování zdravotního stavu, péči o stomie, nutriční podporu, edukaci a psychickou podporu pacienta. Role sestry je multifunkční a zahrnuje edukační, podpůrnou a koordinační činnost. Mezioborová spolupráce je nezbytnou součástí komplexní péče, avšak výzkum odhalil i její nedostatky, zejména v oblasti komunikace, nedostatečného personálního zajištění a nejasného vymezení kompetencí jednotlivých profesí.

Získané poznatky ukazují, jak může role sestry a efektivní mezioborová spolupráce přispět k lepšímu plánování ošetřovatelských intervencí a k individualizované péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními. Výsledky mohou být využity zdravotnickými pracovníky i studenty k optimalizaci péče a podpoře kvality života pacientů.

Klíčová slova

Chronická střevní onemocnění; Crohnova choroba; ulcerózní kolitida; ošetřovatelská péče; role sestry; mezioborová spolupráce; edukace pacientů; fyzioterapie; nutriční terapie; kvalita života

Comprehensive care for patients with chronic intestinal diseases

Abstract

This bachelor's thesis examines the role of nurses and interdisciplinary collaboration among non-physician healthcare professionals in the care of patients with chronic intestinal diseases. The aim of the thesis was to describe the role of nurses in caring for patients with chronic intestinal diseases and to identify the nature of collaboration among non-physician healthcare professionals in the care of these patients.

The research was conducted using a qualitative method through semi-structured interviews with general nurses, nutrition therapists, and physical therapists at a district-level hospital. A total of 12 informants were interviewed. The data were processed using open coding and analysed using the pen-and-paper method. The analysis resulted in 4 categories and 13 subcategories.

The results showed that patients with chronic intestinal diseases have complex needs encompassing physical, psychological, and social domains. Nursing care is highly individualized and includes health monitoring, stoma care, nutritional support, patient education, and psychological support. The nurse's role is multifunctional and includes educational, supportive, and coordinating activities. Interdisciplinary collaboration is an essential component of comprehensive care; however, the research also revealed its shortcomings, particularly in the areas of communication, insufficient staffing, and unclear delineation of the competencies of individual professions.

The findings demonstrate how the role of the nurse and effective interdisciplinary collaboration can contribute to better planning of nursing interventions and individualized care for patients with chronic intestinal diseases. The results can be utilized by healthcare professionals and students to optimize care and support patients' quality of life.

Key words

Chronic intestinal diseases; Crohn's disease; Ulcerative colitis; nursing care; role of nurses; interdisciplinary collaboration; patient education; physical therapy; nutritional therapy; quality of life

Obsah

Úvod *9*

1. Současný stav *10*

1.1. Anatomie a fyziologie střeva **10**

1.1.1. Stavba stěny trávicí trubice 10

1.1.2.Anatomické členění a funkce tenkého a tlustého střeva 11

1.1.3. Fyziologie trávení a vstřebávání v tenkém střevě 12

1.1.4. Imunitní systém střeva a střevní mikrobiom 13

1.2. Chronická zánětlivá onemocnění střev **14**

1.2.1. Epidemiologie idiopatických střevních zánětů 14

1.2.2. Etiopatogeneze idiopatických střevních zánětů 15

1.2.3. Rizikové faktory onemocnění 16

1.2.3.1. Ošetřovatelské intervence sestry v souvislosti s rizikovými faktory 17

1.3. Crohnova choroba **18**

1.3.1. Patofyziologie 18

1.3.2. Klinický obraz 18

1.3.3. Mimostřevní projevy 20

1.3.4. Komplikace 21

1.3.4.1.Posouzení a monitorování komplikací z pohledu sestry 22

1.4. Ulcerózní kolitida **23**

1.4.1. Patofyziologie 23

1.4.2. Klinický obraz 23

1.4.3. Komplikace 24

1.5. Diagnostika **25**

1.5.1. Anamnéza a fyzikální vyšetření 25

1.5.2. Laboratorní vyšetření 26

1.5.3. Zobrazovací metody 26

1.5.3.1. Ošetřovatelská péče o pacienty v souvislosti se zobrazovacími metodami 27

1.5.4. Endoskopické metody 27

1.5.4.1. Péče sestry o pacienta před a po kolonoskopickém vyšetření 28

1.5.4.2. Enteroskopie 29
1.5.4.3. Kapslová enteroskopie 29
1.5.5. Funkční vyšetření 30
1.6. Léčba 30
1.6.1 Farmakologická léčba 31
1.6.1.1. Kortikosteroidy 31
1.6.1.2. Imunosupresiva 32
1.6.1.3. Antibiotika, probiotika a prebiotika 32
1.6.1.4. Biologická léčba 33
1.6.2.Fekální mikrobiální transplantace 34
1.6.3. Chirurgická léčba 34
1.6.3.1 Předoperační příprava z pohledu ošetřovatelské péče 35
1.6.3.2. Ošetřovatelská péče v pooperačním období 37
1.6.4. Podpůrná léčba 38
1.7. Ošetřovatelská péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními 38
1.7.1. Manifestace onemocnění a odpovídající ošetřovatelské intervence 39
1.8. Spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními 42
1.8.1.Spolupráce sestry a nutričního terapeuta 42
1.8.2. Spolupráce sestry s fyzioterapeutem 44
2. Cíl práce, výzkumné otázky 46
2.1. Cíl práce 46
2.2. Výzkumné otázky 46
3. Metodika 47
3.1. Metody výzkumu 47
3.2. Výzkumný soubor 48
4. Výsledky 49
4.1. Identifikační údaje 49
4.2. Kategorizace výsledků kvalitativních dat 51
5. Diskuse 73
6. Závěr 88

7. Seznam použitých zdrojů 90

8. Seznam příloh..... 110

9. Seznam zkratek..... 111

Úvod

Chronická střevní onemocnění, jako jsou Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, představují významný medicínský i společenský problém. Jedná se o celoživotní autoimunitní onemocnění nejasné etiologie, která jsou charakterizována střídáním období remise a relapsů. Projevy těchto onemocnění mají výrazný dopad na fyzické, psychické i sociální fungování pacientů. Vzhledem k tomu, že tato onemocnění často postihují zdravé jedince v produktivním věku, dochází ke snížení kvality jejich života.

Péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními musí být komplexní a vyžaduje multidisciplinární přístup. Kromě lékařské léčby hrají důležitou roli také všeobecné sestry, nutriční terapeuti a fyzioterapeuti, kteří se podílejí na zajištění optimálního průběhu léčby, prevenci komplikací a podpoře pacienta při adaptaci na nemoc. Součástí této péče je edukace pacientů, podpora při obtížích spojených s onemocněním a motivace k udržení aktivního životního stylu. Velký význam má také individuální přístup, který zohledňuje potřeby a možnosti konkrétního pacienta.

Současně je třeba zdůraznit, že problematika chronických střevních onemocnění nabývá v posledních letech na významu i z hlediska rostoucí incidence a prevalence těchto onemocnění v populaci. Tento vývoj představuje větší nároky nejen na zdravotnický systém, ale i na samotné pacienty, kteří se musí dlouhodobě vyrovnávat s omezeními vyplývajícími z jejich zdravotního stavu. V této souvislosti se do popředí dostává potřeba komplexní a koordinované péče, která by nebyla zaměřena pouze na zvládání symptomů, ale také na celkovou podporu kvality života pacienta. Důraz je proto kladen na propojení jednotlivých složek péče a efektivní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky i pacientem, což může vést k lepším léčebným výsledkům a vyšší spokojenosti pacientů.

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala, protože mě zajímá, jak může multidisciplinární přístup zlepšit kvalitu života pacientů s chronickým střevním onemocněním a jakou roli v tomto procesu hrají jednotliví nelékařští zdravotničtí pracovníci. Domnívám se, že tato práce přispěje jednak k mému odbornému rozvoji, jednak může být i přínosem pro zlepšení praxe v péči o pacienty s těmito onemocněními.

1. Současný stav

1.1. Anatomie a fyziologie střeva

Střevo je tvořeno několika na sebe navazujícími úseky, které se liší svou strukturou i funkcí, přičemž každý z nich plní specifickou roli v procesu trávení a vstřebávání živin. Z anatomického hlediska je rozlišováno střevo tenké a tlusté. Tenké střevo je hlavním místem trávení a absorpce živin, zatímco tlusté střevo se podílí zejména na vstřebávání vody a elektrolytů a na formování stolice. Sliznice střeva je výrazně zvrásněná a vybavená klky a mikroklky, čímž je zvětšován její resorpční povrch. Tento systém umožňuje efektivní přenos živin do krevního a lymfatického oběhu (Nováková, 2018).

Fyziologické funkce střeva jsou řízeny samotnou strukturou orgánu, ale také nervovou a hormonální regulací. Významnou roli hraje enterický nervový systém, který koordinuje pohyby střevní stěny (peristaltiku) a zajišťuje plynulý posun tráveniny. Současně se na regulaci podílejí i různé hormony a enzymy, které ovlivňují trávení a vstřebávání jednotlivých složek potravy. Poruchy těchto mechanismů mohou vést k narušení funkce střeva a následně k rozvoji různých onemocnění, včetně chronických střevních zánětů, což podtrhuje význam detailního poznání anatomie a fyziologie tohoto orgánu (Rokyta et al., 2016).

1.1.1. Stavba stěny trávicí trubice

Trávicí trubice střeva se skládá ze čtyř vrstev. Sliznice *(tunica mucosa)* představuje nejvnitřnější vrstvu trávicí trubice, která je ve styku s obsahem trávicího traktu (Kachlík, 2018). Autoři uvádějí, že „*vystýlá dutiny trávicí trubice jako měkká, růžová až červená vrstva, zvlhčená sekretem ze žlázek*“ (Naňka & Elišková, 2019, s. 141). Chrání tělo před vnějšími patogeny a alergeny a zároveň se podílí na trávení a vstřebávání živin. Na jejím povrchu se ve střevě nacházejí výběžky, takzvané klky, které mnohonásobně zvětšují plochu pro vstřebávání (Rokyta et al., 2016).

Nad sliznicí se nachází podslizniční vazivo *(tunica submucosa),* které představuje vrstvu pojivové tkáně, v níž se nachází hustá síť krevních a lymfatických cév zajišťujících výživu (Ogobuiro et al., 2023).

Svalová vrstva *(tunica muscularis)* se nachází nad podslizničním vazivem a její hlavní úlohou je zprostředkování pohybu a fyzické rozmělnění potravy (Stuchlá, 2024). Je

tvořena dvěma hlavními částmi, a to vnitřní kruhově uspořádanou vrstvou *(cirkulární)*, která má v některých částech více vrstev a tvoří svěrače, a vnější podélně uspořádanou vrstvou *(longitudinální)*. Na začátku a na konci trávicí trubice se nachází příčně pruhovaná svalovina, která je ovladatelná vůlí a nachází se v konečníku a v horní třetině trávicí trubice (Rokyta et al., 2016).

Poslední vrstva je zevní povrchová vrstva, která může mít dvě podoby. Většinou se jedná o *tunica adventitia,* jež obaluje části trávicí trubice, které nejsou umístěny v pobřišnicové dutině (Naňka & Elišková, 2019). Druhá podoba povrchové vrstvy je hladká *tunica serosa*, která obaluje části trávicí trubice umístěné v dutině břišní. Seróza obsahuje slabou vrstvu buněk, jež produkují serózní tekutinu, která pomáhá omezovat tření při pohybu (Ogobuiro et al., 2023).

1.1.2. Anatomické členění a funkce tenkého a tlustého střeva

Tenké střevo *(intestinum tenue)* je nejdelší část trávicí trubice. Měří tři až pět metrů a má průměr dva a půl až tři a půl centimetru. Skládá se ze tří částí, a to z dvanáctníku *(duodenum)*, lačníku *(jejunum)* a kyčelníku *(ileum)* (Rokyta et al., 2016). Tenké střevo plní hlavní úlohu v trávení potravy a vstřebávání živin. Jeho sliznice obsahuje řasy, které umožňují výrazné zvětšení vstřebávací plochy, aby bylo vstřebávání co nejefektivnější. Střevní klky jsou základní stavební a funkční jednotkou střevní sliznice a jsou pokryty vrstvou buněk nazývaných enterocyty, které mají na starost vstřebávání (Vagnerová, 2018).

Jak uvádějí Frej a Kuchař (2016, s. 49), *„Když první kousíčky žaludeční natráveniny zvané chymus podle řeckého chymós, šťáva, dorazí do tenkého střeva, začne opravdové trávení.“* Trávení po celé délce tenkého střeva probíhá až po dobu pěti hodin a je regulováno žlučníkem, žaludkem a slinivkou břišní, aby došlo k rozložení potravy pomocí trávicí šťávy a ke vstřebání živin. Tenké střevo vstřebává přebytečnou vodu a předává zbylý nestrávený obsah do tlustého střeva, kde dochází k tvorbě stolice (Fish et al., 2024).

Tlusté střevo *(intestinum crassum)* je dlouhé přibližně jeden a půl metru a obklopuje tenké střevo. Skládá se ze slepého střeva *(caecum)*, tračníku vzestupného *(colon ascendens)*, tračníku příčného *(colon transversum),* tračníku sestupného *(colon descenden*s), esovité kličky *(colon sigmoideum)* a konečníku *(rectum)* (Rokyta et al., 2016). Mezi jeho hlavní

funkce patří zpracování nestravitelné části potravy poté, co se většina živin vstřebá v tenkém střevě. Z nestravitelných zbytků potravy vzniká stolice, která se vyprazdňuje konečníkem. Tlusté střevo nemá klky a jeho svalovina se shlukuje do tří pruhů, které se nazývají tenie (Rokyta et al., 2016). Mezi teniemi jsou střevní stěny vyklenuté a tvoří takzvané haustra (Naňka & Elišková, 2019).

Tlusté střevo je osídleno převážně anaerobními bakteriemi, které se dělí na dvě skupiny, a to na hnilobné a kvasné. Kvasné bakterie dokážou zpracovat vlákninu, kterou člověk sám nestráví, a během jejího rozkladu vznikají plyny. Hnilobné bakterie tvoří při rozkladu zbytků živin škodlivé látky, jako je například amoniak. Tyto látky se vstřebávají do krve a játra je běžně dokážou zneškodnit (Švíglerová & Slavíková, 2025).

1.1.3. Fyziologie trávení a vstřebávání v tenkém střevě

„Trávení je proces, při kterém trávicí enzymy působí na jednotlivé živiny a postupně je rozkládají na jednodušší látky“ (Švíglerová & Slavíková, 2025, s. 91). V tenkém střevě se dokončují mechanické a chemické procesy trávení, které začaly v žaludku. Chymus, směs částečně natrávené potravy, vstupuje do tenkého střeva, kde chemické procesy probíhají převážně v jeho horní části, zatímco vstřebávání živin se odehrává v dalších částech (Pokorný, 2018). Tenké střevo denně vytváří asi jeden a půl až dva litry zásadité šťávy s pH 7,5–8, která obsahuje vodu, elektrolyty, enzymy, hlen a vysoké množství hydrogenuhličitanu. Ten chrání střevní sliznici před žaludeční kyselinou a zajišťuje vhodné prostředí pro funkci trávicích enzymů. Kromě střevní šťávy se do střeva uvolňují také šťávy ze slinivky břišní a žluč, které jsou nezbytné pro trávení (Švíglerová & Slavíková, 2025).

Vstřebávání živin probíhá převážně v tenkém střevě a závisí na chemické struktuře jednotlivých látek. Je také ovlivněno přítomností transportních mechanismů na membránách enterocytů a střevní pohyblivostí (Rokyta et al., 2016). V tenkém střevě se vstřebává většina trávených živin, minerálů, vody a vitamínů, zatímco tlusté střevo, především jeho proximální část, zajišťuje resorpci zbývajících iontů, vody a některých vitamínů, přičemž živiny z potravy se zde již nevstřebávají (Švíglerová & Slavíková, 2025).

Proces vstřebávání může probíhat dvěma způsoby. Prvním je transcelulární transport, při němž se látky vstřebávají přímo přes buňky *(enterocyty)* střevní stěny. Látky postupně

procházejí přes vnější i vnitřní membránu buňky, aby se dostaly do krve nebo mízy. Druhým způsobem je paracelulární transport, při němž se látky vstřebávají mezi buňkami, a to přes těsné mezibuněčné spoje. Membrány enterocytů nejsou snadno prostupné pro většinu organických molekul, a proto se většina látek vstřebává za pomoci specifických transportních proteinů. Část látek může procházet i prostou difúzí podle koncentračního spádu. Kapacita pro vstřebávání jednotlivých látek závisí na množství transportních systémů v daném úseku střeva (Pokorný, 2018).

1.1.4. Imunitní systém střeva a střevní mikrobiom

Střevní systém slouží jako první linie obrany proti škodlivým látkám, které se dostanou do těla. Je to rozsáhlá bariéra, která musí odolat různým škodlivinám, jako jsou viry a bakterie. Hlavní ochrannou roli zde sehrává slizniční bariéra, která zahrnuje mechanické, chemické, imunitní i neimunitní složky. Patří sem antibakteriální působení kartáčkového lemu enterocytů s IgA protilátkami, těsná spojení mezi buňkami epitelu, produkce hlenu, lysozymu, žaludeční kyseliny a další obranné mechanismy (Pokorný, 2018). Do systému ochrany spadá i lymfatická tkáň trávicího ústrojí, která se nachází v celém trávicím traktu a je nenahraditelná pro udržení lidského zdraví a stálosti vnitřního prostředí (Bemark et al., 2024). Tato tkáň zahrnuje například Peyerovy plaky ve střevní stěně, Waldeyerův okruh, apendix, lymfocyty, plazmatické buňky v tenkém střevě a také mezenteriální uzliny (Mörbe et al., 2021).

Střevní mikrobiom je soubor všech mikroorganismů, které přirozeně osidlují člověka. Patří sem hlavně bakterie, houby a viry (Švíglerová & Slavíková, 2025). Jejich složení se liší v závislosti na umístění v trávicím traktu, přičemž nejvyšší hustota mikrobioty se nachází v tlustém střevě (Gaillyová et al., 2018). Mikrobiom se podílí na správné funkci imunitního systému (Švíglerová & Slavíková, 2025). Dělí se do tří skupin, takzvaných enterotypů, z nichž každý je charakterizován odlišným složením (Gaillyová et al., 2018).

Střevní bakterie jsou důležité pro správnou funkci imunitního systému. Pomáhají udržovat rovnováhu imunitních buněk a bojují proti škodlivým mikrobům, čímž chrání organismus před nemocemi. Ovlivňují tvorbu hlenu, obnovu buněk střevní sliznice i imunitní reakce a regulují poměr mezi lymfocyty, které jsou odpovědné za obranu proti infekci (Frej & Kuchař, 2016). Střevní mikrobiom syntetizuje vitamín K a vitamíny skupiny B, které jsou důležité jak pro bakterie, tak pro hostitele. Studie ukazují, že mikrobiálně produkované vitamíny mohou přispět až čtvrtinou denního příjmu některých

vitaminů a tlusté střevo je schopné je absorbovat prostřednictvím specifických transportních mechanismů (Rowland et al., 2018).

Změny v množství mikroorganismů ve střevě mohou mít vážný dopad na zdraví (Frej & Kuchař, 2016). Tento vliv je obzvlášť důležitý v dětském věku, protože narušení vývoje mikrobiomu může později přispívat k poruchám imunity, například k alergiím nebo autoimunitním onemocněním (Pokorný, 2018). Mezi hlavní bakteriální oddíly ve střevě patří Firmicutes, Clostridia, Lactobacillus, Bacteroides, Escherichia coli a Actinobacteria (Frej & Kuchař, 2016).

Střevní mikrobiom je nedílnou součástí lidského organismu a jeho rovnováha je důležitá pro zachování zdraví a prevenci onemocnění. Pokud dojde k narušení této rovnováhy, vzniká takzvaná *dysbióza*, která se podílí na rozvoji řady onemocnění, mimo jiné i na vzniku a průběhu chronických střevních zánětů, jako jsou Crohnova choroba a ulcerózní kolitida (Tlaskalová-Hogenová et al., 2017).

1.2 Chronická zánětlivá onemocnění střev

Chronická zánětlivá onemocnění střev, označovaná také jako idiopatické střevní záněty (IBD), jsou dlouhodobě probíhající a opakovaně se vracející choroby zasahující trávicí trakt. Vyznačují vysokým výskytem onemocnění a zvýšeným rizikem úmrtí (Ramos & Papadakis, 2019). Mezi hlavní onemocnění této skupiny patří Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, které se liší především lokalizací a hloubkou zánětlivého postižení, klinickými projevy a typem komplikací. V současné době jsou chronická zánětlivá střevní onemocnění považována za civilizační choroby s rostoucí incidencí v průmyslově vyspělých zemích (Zbořil et al., 2018).

V této kapitole bude věnována pozornost epidemiologii a etiopatogenezi těchto onemocnění, což umožní komplexní pohled na jejich výskyt, rizikové faktory a mechanismy vzniku.

1.2.1. Epidemiologie idiopatických střevních zánětů

Současné epidemiologické výzkumy potvrzují, že během posledních dvou dekád došlo k výraznému nárůstu počtu případů idiopatických střevních zánětů po celém světě. Nejčastěji se tyto choroby vyskytují v ekonomicky vyspělých oblastech, především v západní a severní Evropě, Severní Americe a Oceánii. Výskyt se výrazně liší v závislosti

na etnickém původu a rase. Nejčastěji se vyskytují u bělošské populace, s vyšší prevalencí mezi Židy (Lukáš & Dušek, 2020).

Onemocnění se nejčastěji projevuje u mladých dospělých, typicky mezi dvaceti a třiceti lety, nicméně může být diagnostikováno v jakémkoliv věku. V poslední době je zaznamenán větší nárůst u dětí a adolescentů, což je spojováno se změnami životního stylu, které mohou ovlivňovat střevní mikrobiom (Kučerová & Zbořil, 2018).

Retrospektivní kohortová studie provedená na Tchajwanu u pacientů s Crohnovou chorobou ukázala, že v posledních letech mají tito pacienti oproti zdravé populaci výrazně vyšší pravděpodobnost úmrtí, zatímco u pacientů s ulcerózní kolitidou nebyl zaznamenán žádný nárůst tohoto rizika (Chuang et al., 2025).

1.2.2. Etiopatogeneze idiopatických střevních zánětů

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou multifaktoriální onemocnění, u jejichž vzniku se uplatňuje kombinace genetických, imunologických a environmentálních faktorů, na které se tato kapitola zaměřuje.

Genetické faktory hrají významnou roli ve vzniku idiopatických střevních zánětů, zejména u Crohnovy choroby. Genetická predispozice jedince se podílí na rozvoji onemocnění, přičemž se předpokládá, že na zánětlivém procesu se účastní více genů a jejich vzájemné interakce. Pacienti s těmito onemocněními by měli zvážit genetické poradenství, zejména pokud plánují založení rodiny, protože je důležité posoudit potenciální riziko přenosu choroby na potomky (Gaillyová et al., 2018). Přestože se poznatky o genetických mechanismech idiopatických střevních zánětů neustále rozšiřují, samotné geny nejsou jedinou příčinou jejich vzniku (Cleynen et al., 2016).

Narušení střevní mikrobioty je považována za jeden z podstatných mechanismů podílejících se na patogenezi idiopatických střevních zánětů (Gaillyová et al., 2018). Pacienti s idiopatickými střevními záněty mají často změněné složení střevního mikrobiomu. Dochází u nich ke snížení zastoupení prospěšných bakteriálních kmenů, zejména Firmicutes a Bacteroidetes, zatímco naopak stoupá počet patogenních bakterií (Shan et al., 2022). Tyto změny mohou vést k narušení stability střevního prostředí a k prohlubování zánětlivé odpovědi, kdy dochází k porušení integrity střevní sliznice a usnadňuje se průnik antigenních struktur do organismu. Důsledkem je prohlubování zánětu a zhoršení klinických obtíží (Calvez et al., 2025). Zásadní roli při formování

střevní mikrobioty hraje strava. Západní strava bohatá na cukry a tuky může vést ke snížení různorodosti střevní mikrobioty a zvýšit tak riziko těchto střevních zánětů (Chhibba et al., 2025).

Bylo zjištěno, že na rozvoji idiopatických střevních zánětů se podílí psychická zranitelnost, životní události a emoční stres (Gaillyová et al., 2018). Studie naznačují, že deprese zvyšuje pravděpodobnost vzniku ulcerózní kolitidy i Crohnovy choroby, přičemž léčba antidepresivy toto riziko snižuje (Chhibba et al., 2025). Stres má významný vliv na vznik a průběh tohoto onemocnění. Zkušenosti z raného života, například trauma nebo zneužívání, mohou zvýšit riziko rozvoje IBD v dospělosti. Další psychosociální faktory, například sociální izolace nebo nízký socioekonomický status, rovněž přispívají k vyššímu riziku onemocnění. Intervence zaměřené na zvládání stresu a podporu duševního zdraví mohou pomoci snížit riziko výskytu onemocnění a zlepšit kvalitu života pacientů (Bonaz et al., 2024).

1.2.3. Rizikové faktory onemocnění

Mezi rizikové faktory vzniku idiopatických střevních zánětů patří opakovaná antibiotická terapie. Nadměrné nebo dlouhodobé užívání antibiotik může negativně ovlivnit složení střevní mikrobioty a vést k dysbióze. Nesteroidní antirevmatika mohou mít také škodlivý vliv na střevo. Tyto léky mohou zvýšit propustnost střevní stěny a tím poškodit její mikroflóru (Chhibba et al., 2025). Výsledkem je riziko zhoršení Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy. Výzkumy také ukazují, že užívání nesteroidních antirevmatik může zvyšovat riziko opětovného vzplanutí nemoci (Gaillyová et al., 2018). U dlouhodobého užívání inhibitorů protonové pumpy se může rovněž rozvinout idiopatický střevní zánět, zejména Crohnova choroba, protože inhibitory narušují střevní bariéru, mění složení střevní mikroflóry a zvyšují náchylnost ke střevním infekcím (Chhibba et al., 2025).

Otázka vlivu hormonální antikoncepce na vznik a průběh idiopatických střevních zánětů není dosud zcela vyjasněna. Některé zdroje naznačují, že by mohla představovat rizikový faktor, avšak důkazy zůstávají nejednoznačné (Gaillyová et al., 2018). Výsledek studie ukazuje, že užívání kombinované hormonální antikoncepce je spojeno se zvýšeným rizikem vzniku ulcerózní kolitidy nebo Crohnovy choroby, zatímco antikoncepce obsahující pouze progesteron zvyšuje riziko vzniku ulcerózní kolitidy (Pasvol et al., 2021).

Nedostatek pohybu zvyšuje riziko vzniku idiopatických střevních zánětů, přičemž obezita tento efekt ještě podporuje prostřednictvím chronického zánětu, který zvyšuje pravděpodobnost rozvoje Crohnovy choroby (Chhibba et al., 2025). Snížená kvalita spánku může vést k prozánětlivým změnám v těle a narušovat imunitní regulaci, což rovněž přispívá k vyššímu riziku onemocnění (Koppelman et al., 2025). Dalšími rizikovými faktory jsou znečištěné ovzduší a život ve městě, které zejména u mladších lidí mohou zvyšovat náchylnost k idiopatickým střevním zánětům vlivem životního stylu a environmentálních podmínek. Nedostatečné vystavování se slunečnímu záření vede k nízké hladině vitaminu D, a proto představuje další faktor zvyšující pravděpodobnost rozvoje onemocnění, zejména v oblastech s omezeným slunečním svitem (Chhibba et al., 2025).

Kouření je významným environmentálním faktorem. Zhoršuje průběh Crohnovy choroby a zvyšuje riziko komplikací, zatímco u ulcerózní kolitidy může mít naopak mírně ochranný efekt (Miyauchi et al., 2025). Rizikový je zejména nízký věk při začátku kouření, přičemž pasivní kouření zvyšuje výskyt chronických střevních zánětů u dětí (Kučerová & Zbořil, 2018).

Specifickým jevem je i *appendektomie*, tedy chirurgické odstranění červovitého přívěsku. U osob, které podstoupily tuto operaci před dvacátým rokem života, bylo prokázáno nižší riziko vzniku ulcerózní kolitidy, zatímco riziko rozvoje Crohnovy choroby může být mírně zvýšené (Kučerová & Zbořil, 2018). Stejným případem je i odstranění krčních mandlí *(tonzilektomie)*, u které se také zvyšuje riziko vzniku idiopatických střevních zánětů (Chhibba et al., 2025).

1.2.3.1. Ošetřovatelské intervence sestry v souvislosti s rizikovými faktory

Sestra má roli v edukaci a prevenci relapsů idiopatických střevních zánětů. Jejím úkolem je zaměřit se hlavně na ovlivnitelné rizikové faktory, které zahrnují úpravu stravy, zvýšení pohybové aktivity a snížení rizikových faktorů, které negativně ovlivňují onemocnění. Patří mezi ně kouření, užívání léků, ale i virové a bakteriální infekce, které se nacházejí ve střevě. Pacienta edukuje o možných spouštěčích nemoci, které mohou způsobit relaps onemocnění. U kuřáků vysvětlí vliv kouření na možnost zhoršení nemoci a na důležitost odvykání. Součástí edukace je i prevence infekcí, bezpečné užívání léků a zdůraznění nutnosti pravidelných kontrol kvůli riziku vzniku kolorektálního karcinomu. Cílem těchto

opatření je zlepšení kvality života pacienta, prodloužení remise a snížení rizika komplikací onemocnění (Vera, 2024).

Edukace by měla být zaměřena na pacienta, ale také na jeho blízké. Sestra by měla brát v úvahu, že pacient může být v různém psychickém stavu, který ovlivňuje zpracování poskytnutých informací. Proto by měly být informace podány jak verbálně, tak doplněny písemnou formou (Rosso et al., 2021).

1.3. Crohnova choroba

Crohnova nemoc představuje autoimunitní zánětlivé onemocnění, které může postihnout jakoukoliv část trávicí soustavy. Nejčastější lokalizací zánětlivého postižení bývá terminální ileum, avšak nemoc se může šířit i do dalších částí tenkého i tlustého střeva (Slezáková et al., 2023). Typickým znakem onemocnění je výrazná náchylnost k relapsům, tedy opakovanému znovuvzplanutí choroby (Petagna et al., 2020).

1.3.1. Patofyziologie

Patologické změny u Crohnovy choroby se vyznačují tvorbou stenóz a srůstů, přičemž zánět vždy zasahuje celou střevní stěnu (Ranasinghe et al., 2024). To vede ke vzniku hlubokých vředů, které jsou v okolí zarudlé a uprostřed mají bělavý střed. Dalším typickým znakem je segmentální postižení, kdy se střídají úseky zdravé a nemocí zasažené sliznice (Slezáková et al., 2023). Zánětlivý proces může vést ke ztluštění střevní stěny a postižení mezenteriálních lymfatických uzlin. Střevo je ztluštělé, oteklé a vytvořené srůsty způsobují fixaci střevních kliček (Petagna et al., 2020).

Mikroskopicky se vyskytuje přítomnost zánětlivého infiltrátu tvořeného lymfocyty a plazmatickými buňkami. Charakteristickým nálezem jsou granulomy s mnohojadernými obrovskými buňkami, které se vyskytují přibližně u 60 % nemocných (Kellermann & Riis, 2021).

1.3.2. Klinický obraz

Crohnova choroba může probíhat buď ve formě akutní exacerbace, kdy symptomy onemocnění mohou imitovat akutní zánět slepého střeva, nebo ve formě chronické, u níž je z důvodu častých komplikací většinou nutný operační zákrok (Ranasinghe et al., 2024). Hlavní a nejčastější příznaky této nemoci zahrnují bolesti v dolní části břicha, neúmyslné

hubnutí, únavu, zvýšenou teplotu a průjmy, které se zpočátku obvykle objevují bez příměsi krve (Frej & Kuchař, 2016).

Klinické projevy Crohnovy choroby se liší podle lokalizace zánětlivého postižení trávicí trubice. Nejčastěji bývá zasažena ileocekální oblast, kde se onemocnění projevuje kolikovitou bolestí v pravém podbřišku, subfebriliemi až febriliemi, průjmovitou stolicí bez příměsi krve a někdy také hmatatelným rezistentním infiltrátem, který může klinicky napodobovat akutní apendicitidu (Ranasinghe et al., 2024).

Druhou nejčastěji postiženou lokalizací je tenké střevo. Typickým projevem jsou stenózy, tedy zúžení průsvitu střeva. Klinicky se manifestují plynatostí, říháním, kručením v břiše a bolestmi, které se objevují zhruba jednu až dvě hodiny po jídle. V důsledku stenóz může vzniknout částečná střevní neprůchodnost *(subileus)*. Na rozdíl od ileocekálního postižení zde průjmy nebývají častým příznakem (Slezáková et al., 2023). Při postižení tenkého střeva dochází k poruše trávení a snížení absorpční plochy. Následkem je omezená vstřebatelnost živin, vznik malabsorpce, což se může projevit nedostatkem vitamínů *(hypovitaminózou)*, sníženou hladinou bílkovin v krvi *(hypoalbuminemii)*, nízkým obsahem vápníku *(hypokalcemii)* nebo problémy s krevní srážlivostí *(koagulopatii)* (Ranasinghe et al., 2024).

Postižení tlustého střeva se převážně projevuje přetrvávajícími průjmy, které jsou doprovázené příměsí krve *(enteroragie)*. U pacientů se často objevuje bolestivé nucení na stolici a bolesti břicha, hlavně v oblasti nad pupkem, v závislosti na vyprazdňování. Nemoc se může projevovat také mimostřevními příznaky (Slezáková et al., 2023).

Crohnova choroba se mnohdy manifestuje i v anorektální oblasti. Typické jsou anální fisury, abscesy a píštěle (Singh et al., 2024). Klinicky se anorektální postižení projevuje bolestí při defekaci, sekrecí z píštělí, svěděním, otokem a někdy i inkontinencí stolice nebo stenózou (Slezáková et al., 2023).

Další příznaky, které se vyskytují mimo střevo, jsou poměrně vzácné, ale patří mezi ně postižení jícnu, žaludku, duodena a apendixu. Kromě střevních projevů se mohou vyskytovat také mimostřevní příznaky, které významně ovlivňují kvalitu života nemocného (Ranasinghe et al., 2024).

1.3.3. Mimostřevní projevy

Mimostřevní projevy, postihující jiné orgány, jsou mnohdy opomíjeny nebo jejich nejednoznačná souvislost není vnímána adekvátně. U některých pacientů představují větší problém než samotné střevní onemocnění (Bortlík, 2024).

Kloubní projevy, takzvané *artropatie*, jsou nejčastějšími projevy idiopatických střevních zánětů (Šenolt, 2021). Častěji postihují nemocné s Crohnovou chorobou. Zasaženy mohou být klouby páteře i končetin. Projevují se bolestí hlavně v klidu, přičemž nemocným pomáhá pohyb (Bortlík, 2024). Mezi další projevy patří zánětlivé změny na šlachách a jejich úponech ke kosti (Zbořil et al., 2018c).

Kožní změny patří k dalším typickým mimostřevním komplikacím. Mezi nejčastější patří *nodózní erytém* neboli uzlový zánět podkoží. Projevuje se zarudlými, bolestivými uzly na kůži, které se objevují v oblasti bérců, trupu a dolních končetin. Tyto uzly se tvoří v podkoží a kůže nad nimi zůstává neporušená (Zbořil et al., 2018c). Často se objevují souběžně s propuknutím nemoci. Většinou vymizí samy bez jakékoliv léčby. Častěji postihují ženy a vyskytují se hlavně u Crohnovy choroby (Bortlík, 2024). Dalším kožním projevem je *pyoderma gangrenosum*, neboli hnisavý vředovitý zánět nebo nekrotický vřed. Vyskytuje se častěji u ulcerózní kolitidy a postihuje převážně ženy (Bortlík, 2024). Vzniká jako malý puchýř, který se rychle mění v hlubokou ránu. Typicky se objevuje na dolních končetinách, ale může se vyskytnout na celém těle nebo v okolí stomie (Zbořil et al., 2018c). Často je spojena s předchozím poraněním kůže a vyžaduje intenzivní léčbu (Bortlík, 2024). Mezi vzácné kožní projevy patří *sweetův syndrom*. Na kůži se objevují zanícené uzlíky, plaky nebo puchýře. Je spojen s horečkou a zvýšenou spavostí (Zbořil et al., 2018c). U mladších pacientů se objevuje *aftózní stomatitida*, která se projevuje ojedinělými nebo vícečetnými afty na sliznici dutiny ústní (Bortlík, 2024).

Oční projevy představují třetí skupinu mimostřevních projevů. Více se vyskytují u Crohnovy choroby většinou současně s kloubními projevy (Bortlík, 2024). Mezi nejčastější patří *episkleritida*. Jedná se o zánět vaziva, které se nachází na povrchu bělimy (Rogler et al., 2021). Projevuje se nepříjemným pocitem v oku, slzením, přecitlivělostí na světlo a mírnou bolestí. Typickým projevem je zarudnutí, obvykle je postižené pouze jedno oko a odeznívá spontánně. *Skleritida* je závažnější forma zánětu očního bělma. Mezi hlavní projevy patří bolest a zarudnutí oka. U tohoto zánětu existuje riziko poškození zraku, proto je nezbytné vyšetření specialistou (Brichová & Heissigerová,

2021). *Uveitida* je zánět řasnatky, který je často doprovázen kloubními projevy. Postihuje obě oči a projevuje se nepříjemným pocitem v oku, bolestí hlavy a snížením zrakové ostrosti (Bortlík, 2024).

Primární sklerotizující cholangitida je imunitně podmíněný zánět žlučovodů a představuje jeden z nejzávažnějších a nejvýznamnějších mimostřevních projevů nespecifických střevních zánětů. Tento projev se častěji vyskytuje u pacientů s ulcerózní kolitidou než u pacientů s Crohnovou nemocí. Onemocnění se zprvu projevuje pouze elevací jaterních testů a typicky vede ke zúžení žlučovodů. Pacienti s tímto mimostřevním projevem mají vyšší riziko vzniku kolorektálního karcinomu (Bortlík, 2024).

Mezi další projevy patří postižení jater a pankreatu, například akutní pankreatitida; postižení nervového systému, zahrnující periferní i centrální neuropatie; kardiovaskulární onemocnění, s vyšším rizikem ischemické choroby srdeční a cévní mozkové příhody; plicní problémy, zahrnující infekce a plicní fibrózu; a také změny v močových cestách a ledvinách, například tvorba kamenů a infekce. Tyto mimostřevní projevy zdůrazňují komplexní charakter nemoci a nutnost multidisciplinární péče (Zbořil et al., 2018c).

1.3.4. Komplikace

V kterékoliv části zažívacího traktu se mohou vyskytnout lokální komplikace Crohnovy choroby. Patří mezi ně perforace, tvorba vnitřních píštělí nebo vznik významných stenóz, které narušují průchod střevem a mohou vést k ileózním stavům vyžadujícím operativní řešení (Lukáš & Vašáková, 2016).

Perforace střeva může být krytá, což vede k vytvoření abscesu, nebo volná, kdy se obsah střev dostává do dutiny břišní a vzniká akutní difuzní zánět pobřišnice *(peritonitis)*. Volné perforace jsou u Crohnovy choroby poměrně vzácné. Píštěle vznikají v důsledku transmurálního zánětu, pronikajícího mimo stěnu střeva. Mohou končit slepě, komunikovat s dutými strukturami nebo s povrchem těla (Lukáš & Vašáková, 2016).

Systémové komplikace Crohnovy nemoci zahrnují postižení pohybového aparátu, kůže, očí, plic a jater, které se projevují jako mimostřevní příznaky (viz. kapitola 1.3.3.) (McDowell et al., 2023). Systémové komplikace mohou vzniknout jak v důsledku onemocnění, tak následkem léčby (Bortlík, 2024).

Další významnou součástí komplikací jsou nutriční a metabolické poruchy, mezi které patří malnutrice v důsledku malabsorpce živin, anémie a poruchy kostní tkáně, jako je osteoporóza či osteomalacie, které jsou časté zejména u dlouhodobě nemocných pacientů a u pacientů léčených kortikoidy. Tyto komplikace významně ovlivňují kvalitu života a vyžadují pravidelnou kontrolu a cílenou léčbu (Lukáš & Vašáková, 2016).

1.3.4.1.Posouzení a monitorování komplikací z pohledu sestry

Posouzení a sledování možných komplikací u pacientů s idiopatickými střevními záněty je nezbytnou součástí ošetřovatelské péče, protože komplikace mohou vznikat v důsledku chronického zánětu a změn imunitní odpovědi (Vera, 2024). Cílem je zastavit onemocnění dříve, než nastane široké postižení střev (Ranasinghe et al., 2024).

Prevence komplikací spočívá hlavně v dodržování sekundární prevence. Pacient musí dodržovat předepsaný léčebný režim, užívat léky dle pokynů lékaře a účastnit se pravidelných kontrol. Sestra pacientovi doporučí podstoupení screeningového vyšetření kůže a gastrointestinálního traktu kvůli zvýšenému riziku kolorektálního karcinomu. Pacient je poučen o suplementaci vitamínů a kvůli zvýšenému riziku infekcí je mu doporučeno očkování (Ranasinghe et al., 2024).

Sestra pravidelně monitoruje vitální funkce, jako je teplota, tepová frekvence, krevní tlak a dechová frekvence, které umožňují odhalit rané známky infekce nebo systémového zánětu. Současně je důležité pravidelně hodnotit břicho pacienta, sledovat střevní peristaltiku, citlivost a napětí břišní stěny, aby bylo možné včas identifikovat abscesy, perforace či střevní obstrukce. Po každém vyprázdnění je nutné sledovat charakter stolice, včetně její konzistence, barvy a přítomnosti krve či hlenu. Hodnocení intenzity bolesti pomocí standardizovaných nástrojů umožňuje včasnou detekci zhoršení stavu, které může být spojeno se strikturami, abscesy nebo píštělemi (Bartels, 2024).

Dalším významným aspektem je sledování nutričního stavu pacienta, zahrnující kontrolu tělesné hmotnosti, BMI a příjmu potravy, což pomáhá identifikovat podvýživu nebo nutriční deficity a umožňuje zavést vhodná opatření k optimalizaci výživy a prevenci komplikací (Bartels, 2024). Pravidelné laboratorní vyšetření, zahrnující kompletní krevní obraz, zánětlivé markery, albumin, elektrolyty a jaterní testy, poskytuje komplexní přehled o aktivitě onemocnění, nutričním stavu a o potenciálních komplikacích či nežádoucích účincích léčby (Vera, 2024).

Hodnocení adherence k předepsané medikaci je rovněž důležité pro zajištění účinnosti léčby a minimalizaci rizika exacerbace onemocnění. Součástí ošetřovatelské péče je také edukace pacientů o možných komplikacích a významu sebemonitorování příznaků, která podporuje aktivní zapojení pacienta do péče, včasné vyhledání lékařské pomoci a rychlou intervenci. Tyto postupy jsou uplatnitelné u obou forem idiopatických střevních zánětů, tedy jak u Crohnovy choroby, tak u ulcerózní kolitidy, protože principy sledování komplikací a prevence jsou obdobné (Vera, 2024).

1.4. Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida patří k autoimunitním zánětlivým onemocněním střev a představuje jedno ze závažných onemocnění. Často se objevuje už ve dvaceti letech, přičemž ženy bývají postiženy častěji než muži (Frej & Kuchař, 2016). Typicky začíná nemoc v konečníku a postupně se šíří do tlustého střeva, někdy i do terminálního ilea (McDowell et al., 2023).

1.4.1. Patofyziologie

Zánět poškozuje střevní sliznici, vytváří na ní vředy a mění její povrch. Na rozdíl od Crohnovy choroby se nachází pouze v tlustém střevě (Frej & Kuchař, 2016). Zánět je kontinuální a projevuje se krvácivými až vředovatými změnami na sliznici (Slezáková et al., 2023). Mikroskopicky je typický katarálně-hemoragický zánět s výrazným překrvením, abscesy v kryptách, přítomností Panethových buněk a někdy granulomů. Mohou se vytvářet až aftózní vředy. Časté jsou také zánětlivé polypy (Feakins et al., 2024).

1.4.2. Klinický obraz

Ulcerózní kolitidu klasifikujeme dle rozsahu postižení. Proktokolitida je rektální typ, vyskytující se ve 20 % případů. Proktosigmoiditida zahrnuje postižení rekta a sigmatu. Levostranný typ postihuje konečník, sigmoideum a sestupný tračník až k slezinnému ohbí. Subtotální typ postihuje konečník, sigmoideum, sestupný tračník a příčný tračník. Poslední, nejtěžší forma, je pankolitida, která postihuje celé tlusté střevo (Slezáková et al., 2023). Asi třetina pacientů trpí neustále přítomnými projevy zánětu, označovanými jako chronicky aktivní forma. Klinické projevy ulcerózní kolitidy se liší podle rozsahu postižení tlustého střeva (Lukáš & Vašáková, 2016).

Rektální syndrom se při postižení rekta projevuje zvýšenou frekvencí stolic (Lukáš & Vašáková, 2016). Charakteristickým symptomem je průjem s příměsí krve a hlenu s bolestivým nutkavým pocitem defekace *(tenesmy)* (Lynch & Hsu, 2023).

Kolitický syndrom se projevuje u levostranného postižení a zahrnuje příznaky, jako je nutkavé nucení na stolici, vždy s vyprázdněním stolice s příměsí hlenu nebo krve (Slezáková et al., 2023).

Při subtotálním postižení je klinický obraz výraznější. Dochází k nucení na stolici, přičemž řídká stolice obsahuje hlen a krev. Přidávají se i celkové příznaky, jako je únava, zvýšená teplota až horečka, ztráta hmotnosti a známky anémie v důsledku chronického krvácení (Slezáková et al., 2023).

Totální postižení se projevuje často těžkými epizodami průjmů s příměsí krve a hlenu, bolestmi břicha a bolestivým nucením na stolici (Slezáková et al., 2023). Zánět je již velmi rozsáhlý, proto jsou téměř vždy přítomny systémové příznaky, jako je únava, horečky, výrazná slabost, ztráta hmotnosti a anémie (Poulson, 2025).

Mimostřevní příznaky ulcerózní kolitidy jsou téměř totožné s mimostřevními příznaky Crohnovy choroby (viz. kapitola 1.3.3.). Zahrnují kloubní, kožní a oční postižení, přičemž primární sklerotizující cholangitida se častěji vyskytuje u ulcerózní kolitidy než u Crohnovy choroby (Annese, 2019).

1.4.3. Komplikace

Akutní komplikace jsou důsledkem vysoké zánětlivé aktivity. Mezi nejzávažnější patří toxický megakolon, tedy dilatace tlustého střeva v důsledku těžkého zánětu. Pokud nedojde k včasné léčbě, vede k perforaci střeva a ke vzniku zánětu pobřišnice *(peritonitis)* (Lukáš & Vašáková, 2016). Diagnostická kritéria peritonitidy zahrnují přítomnost akutní dilatace a současně alespoň tři z následujících projevů. Tělesná teplota vyšší než 38,6 °C, tachykardie nad 120 tepů za minutu, zvýšené množství leukocytů nebo anémie. Navíc musí být současně zachycena alespoň jedna známka celkové toxicity organismu, například poruchy vědomí, dehydratace, elektrolytová dysbalance nebo hypotenze (Skomorochowová & Pico, 2023).

Mezi další závažné akutní komplikace patří masivní krvácení, které může ohrozit nemocného na životě (Ciortescu et al., 2023). Krvácení nelze zvládnout konzervativním

postupem, jeho výskyt je však spíše vzácný (Lukáš & Vašáková, 2016). Relativně častěji se objevují tromboembolické komplikace, jejichž výskyt je spojen s aktivním zánětem a stavem zvýšené srážlivosti krve (Fusková, 2022).

Jednou z hlavních chronických komplikací je vznik kolorektálního karcinomu, který je častější zejména u pacientů s dlouhodobě aktivní ulcerózní kolitidou (Fusková, 2022). Riziko se zvyšuje hlavně u pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou. U Crohnovy choroby je riziko srovnatelné s běžnou populací, s výjimkou forem postihujících tenké střevo (Kučerová & Zbořil, 2018). Při dlouhodobém průběhu onemocnění se může objevit také anémie, osteoporóza a kožní nádory (Fusková, 2022).

1.5. Diagnostika

Při diagnostice je třeba si uvědomit, že každý pacient je individuální, a proto se u každého využívají odlišné vyšetřovací metody. Lékař vždy posoudí, jaké vyšetření je pro pacienta nezbytné a přinese mu dostatek informací pro správnou diagnózu a léčbu (Bartušek et al., 2018).

1.5.1. Anamnéza a fyzikální vyšetření

Z anamnézy jsou důležité příznaky onemocnění, mezi které nejčastěji patří chronické a opakující se průjmy, bolesti břicha, váhový úbytek, zvýšená teplota, únava, patologické příměsi ve stolici a zvýšený odchod plynů. Navíc mohou být přítomny i mimostřevní projevy. Pokud pacient přichází se znovuvzplanutím nemoci, ptáme se i na možné spouštěče a rizikové faktory (Zbořil, 2018a).

Fyzikální vyšetření bývá často chudé na specifické nálezy. Může se objevit bolestivost břicha při palpaci nebo hmatná rezistence. U pokročilých stavů lze pozorovat známky malnutrice, anémie, dehydratace nebo perianálního postižení (Zbořil, 2018a). Sestra v rámci fyzikálního vyšetření měří fyziologické funkce a kontroluje stav kůže pacienta a jeho celkový vzhled (Vera, 2024). Pacienta zváží a asistuje lékaři při perianálním vyšetření a všechny výsledky zaznamená do zdravotnické dokumentace (Baker, 2023b).

Následně sestra na základě charakteristiky onemocnění, typických příznaků a údajů získaných z anamnézy může u pacienta stanovit ošetřovatelské problémy a podle nich následně klasifikovat ošetřovatelské diagnózy dle NANDA. Mezi nejvýznamnější patří především průjem, akutní bolest břicha, deficit tělesných tekutin a nevyvážená výživa –

nižší příjem, než je tělesná potřeba. Dále se často objevuje porucha spánku, riziko poškození kožní integrity v oblasti anu, riziko infekce a horečka související se zánětlivou aktivitou. Důležité jsou i psychosociální problémy, zejména sociální izolace, pocity bezmoci a deficit vědomostí o režimových opatřeních, které negativně ovlivňují spolupráci pacienta a jeho adaptaci na nemoc (Popluhárová, 2024).

1.5.2. Laboratorní vyšetření

U pacientů se zánětlivým onemocněním se v laboratorních výsledcích často nacházejí zvýšené zánětlivé parametry. Typickým markerem je C-reaktivní protein (CRP), jehož hodnoty bývají výrazně zvýšené. Dále se sleduje hladina iontů, sedimentace erytrocytů (FW), krevní obraz, koncentrace albuminu, která je důležitá pro zhodnocení nutričního stavu pacienta, hladina železa a vitamínů (Mináriková, 2021). V krevním obraze bývá obvykle přítomna anémie a leukocytóza (Novotný et al., 2018). Odebírají se také specifické protilátky ASCA (protilátky proti *Saccharomyces cerevisiae*), které jsou typické u Crohnovy choroby, a ANCA (protilátky proti *cytoplazmatickým antigenům neutrofilů*), které se vyskytují častěji u ulcerózní kolitidy (Slezáková et al., 2023).

Při vyšetření stolice se hodnotí zánětlivý marker fekální kalprotektin, který dosahuje vysokých hodnot u aktivního střevního zánětu (Mináriková, 2021). Tento protein je uvolňován neutrofily do střeva a považuje se za specifický ukazatel přítomnosti střevního zánětlivého procesu (Novotný et al., 2018). Stolice se dále vyšetřuje jak biochemicky, tak mikrobiologicky. Biochemické vyšetření slouží k průkazu zbytků nestrávené potravy a k detekci krve ve stolici. Mikrobiologické vyšetření se zaměřuje na přítomnost parazitů a na detekci toxinů klostridií (Slezáková et al., 2023). Sestra dle ordinace lékaře odebírá jednotlivé biologické materiály, odesílá je na vyšetření a informuje lékaře o výsledcích (Baker, 2023b).

1.5.3. Zobrazovací metody

K zobrazení střevního postižení slouží metody, jako je rentgenové vyšetření, které je podstatné hlavně při podezření na toxické megakolon nebo peritonitidu u ulcerózní kolitidy (Baker, 2023b). U Crohnovy choroby se rentgenové vyšetření provádí v případě podezření na rozvoj střevní neprůchodnosti (Baker, 2023a). Mezi hlavní vyšetření se řadí ultrasonografie, a to z důvodu zajištění bezpečnosti pacienta a minimálního rizika

nežádoucích účinků. Více se využívá u Crohnovy choroby vzhledem k přítomnosti zánětu zasahujícího celou střevní stěnu (Mináriková, 2021).

Počítačová tomografie a magnetická rezonance představují citlivější metody zobrazení. Počítačová tomografie pomáhá odlišit ulcerózní kolitidu od Crohnovy choroby (Baker, 2023b). Zatímco magnetická rezonance se používá k určení rozsahu zánětlivého postižení střeva (Mináriková, 2021).

Méně častým vyšetřením je defektografie, rentgenové kontrastní vyšetření pánevního dna a konečníku při vyprazdňování. Uplatňuje se při poruchách vyprazdňování a umožňuje odlišit, zda se jedná o poruchu funkční, nebo zda přímo souvisí s idiopatickým střevním zánětem (Bartušek et al., 2018). Sestra zajistí, aby byl pacient správně připravený a lačný. Aplikuje mu jeden glycerinový čípek večer a druhý ráno před vyšetřením a zkontroluje, zda došlo k vyprázdnění (Parry et al., 2025).

1.5.3.1. Ošetřovatelská péče o pacienty v souvislosti se zobrazovacími metodami

Před provedením zobrazovacího vyšetření je úkolem sestry zajistit, aby pacient na sobě neměl žádné kovové předměty či šperky, byl nalačno a byl seznámen s průběhem vyšetření (Bartušek et al., 2018). U pacientů s klaustrofobií je možné, podle ordinace lékaře, podat sedativa či jinou medikaci ke zmírnění úzkosti (Schnur, 2024). Pokud je součástí vyšetření podání kontrastní látky, sestra musí zkontrolovat, zda pacient nemá na látku alergii nebo onemocnění ledvin (Súkupová, 2024). Před aplikací kontrastní látky je nutné, aby pacient podepsal informovaný souhlas (Schnur, 2024). Podání kontrastní látky může proběhnout buď ústy podle pokynů radiologa, nebo intravenózně do periferního žilního katétru, který sestra před výkonem zavede (Súkupová, 2024).

Po vyšetření u pacientů, kterým byla podána kontrastní látka, je nezbytné sledovat možné nežádoucí reakce, jako jsou alergické projevy, nevolnost nebo zvracení. Sledují se fyziologické funkce pacienta a jeho celkový stav. Sestra pacientovi doporučuje zvýšený příjem tekutin, aby se kontrastní látka rychleji vyloučila z organismu a snížilo se riziko poškození ledvin (Súkupová, 2024).

1.5.4. Endoskopické metody

Jelikož Crohnova choroba může postihnout jakoukoliv část trávicí trubice, často se doplňuje o jiné endoskopické metody, jako jsou gastroskopie a endoskopická retrográdní

cholangiopankreatografie. Během všech endoskopických vyšetření lze odebrat vzorky na biopsii (Slezáková et al., 2023).

Při podezření na idiopatické střevní záněty je zásadní provedení kolonoskopie, která umožňuje zhodnotit celé tlusté střevo i terminální ileum. Při tomto vyšetření se odebírají současně minimálně dva vzorky k histologickému vyšetření z každého úseku střeva. Při prvním vyšetření nelze u všech nemocných jednoznačně určit, zda se jedná o Crohnovu chorobu nebo ulcerózní kolitidu, a proto je nutné endoskopické vyšetření k upřesnění diagnózy zopakovat. V případě podezření na ulcerózní kolitidu se prvotně může uplatnit rektoskopie (Hong & Baek, 2024).

1.5.4.1. Péče sestry o pacienta před a po kolonoskopickém vyšetření

Před kolonoskopií musí lékař pacienta s vyšetřením seznámit. Poté, co pacient obdrží všechny potřebné informace, musí podepsat informovaný souhlas, který sestra následně zkontroluje a vysvětlí pacientovi nutnost dodržení pokynů ohledně diety a očisty střev (Falt et al., 2024). Před vyšetřením je doporučeno držet bezezbytkovou dietu nebo přijímat pouze tekutou stravu jeden až tři dny před výkonem. Den před vyšetřením jí pacient pouze čiré tekutiny. Sestra pacienta poučí o vhodných potravinách a pokud je pacient připravován na vyšetření v nemocnici, a ne ambulantně, strava mu je zajištěna přímo z nemocniční kuchyně (Jacobson et al., 2025). V den výkonu pacient lační (Vinšová, 2017).

Důkladné vyprázdnění střeva zajišťuje optimální vizualizaci sliznice a umožňuje bezpečné a efektivní provedení kolonoskopie. Mezi pitnou kúru řadíme různé přípravky, které se určují podle ordinace lékaře, preferencí pacienta, přidružených onemocnění a bezpečnosti. Pitná kúra má obvykle objem buď 2 litry, nebo 4 litry, které pacient musí vypít (Vinšová, 2017). Sestra pacienta poučí o pití roztoku po doušcích a o rozložení jednotlivých dávek. Obvykle první polovinu pacient vypije večer před vyšetřením a druhou polovinu pět hodin před kolonoskopií. Pacient musí být poučen i o nutnosti zvýšeného pitného režimu kvůli častému vyprazdňování (Falt et al., 2024). Sestra zjistí, jaké léky pacient užívá, a lékař upraví medikaci a rozhodne, která léčiva je nutné před vyšetřením přechodně vysadit (Vinšová, 2017). Pacient je poučen, že léky nesmí vysazovat sám, ale podle doporučení lékaře. Vhodná je úprava léků na ředění krve, které musí pacient většinou vysadit přechodně (Martin, 2024).

Sestra pacientovi před výkonem zajistí žilní vstup, většinou se jedná o periferní žilní katétr, pro podání sedativ. Kvůli sedaci musí mít pacient zajištěný odvoz domů, pokud není hospitalizovaný (Martin, 2024).

Po výkonu sleduje sestra příznaky, jako je bolest břicha, zvracení, krvácení, horečka nebo zimnice. Pokud se některý z příznaků objeví, ihned informuje lékaře. Monitoruje vitální funkce první hodinu po 15 minutách, následně každé dvě hodiny po dobu čtyř hodin nebo dle ordinace lékaře (Martin, 2024). Pacient se po vyšetření může vrátit k normální stravě, pokud lékař neordinuje jinak, a je poučen o možné plynatosti (Vinšová, 2017). Po vyšetření je nutné zvýšit pitný režim (Martin, 2024).

1.5.4.2. Enteroskopie

Enteroskopie představuje endoskopickou metodu určenou k vyšetření tenkého střeva. Při vyšetření umožňuje také odběr tkáňových vzorků nebo provedení terapeutických zákroků. Princip spočívá v kombinaci endoskopu a balónkového systému, který střídavým nafukováním a vypouštěním balonu umožňuje posun přístroje. Uplatňuje se hlavně u Crohnovy choroby (Zbořil et al., 2018b).

Příprava je pro pacienta méně náročná. Sestra společně s lékařem pacienta poučí o nutnosti úpravy nebo přechodného vysazení léku na ředění krve. Pacient podepíše informovaný souhlas. Od večera jí pouze tekutá jídla a v den vyšetření lační minimálně čtyři hodiny před výkonem. Dva dny před vyšetřením musí dodržovat bezezbytkovou stravu (Macháček, 2021). V některých případech se před vyšetřením podává projímadlo (Lehrer, 2024). Sestra zavede před vyšetřením pacientovi periferní žilní katétr k podání sedace. Výkon se provádí v celkové anestezii. Po vyšetření monitoruje fyziologické funkce a sleduje celkový stav pacienta (Fakultní nemocnice Brno, n.d.).

1.5.4.3. Kapslová enteroskopie

Kapslová enteroskopie je druh neinvazivního vyšetření tenkého střeva, při kterém se střevo vyšetřuje pomocí malé polykací kapsle, která obsahuje miniaturní kameru (Lehrer, 2024). Pacient kapsli spolkne a ta při průchodu trávicím traktem pořizuje snímky. Vyšetření je kontraindikováno při zúžení střev (Zbořil et al., 2018b).

Sestra pacienta edukuje o dodržování diety bez zbytků po dobu pěti dní a o lačnění 12 hodin před výkonem. Pacient podepíše souhlas, ve kterém je seznámen s průběhem

výkonu. Užívání železa je zakázáno minimálně pět dní před výkonem. Ostatní léky je možné užít nejdříve dvě hodiny před podáním kapsle. Jako projímadlo se obvykle používá pitná kúra v množství 3–4 litrů. Po vyšetření může pacient začít pít po dvou hodinách a jíst lehkou stravu po čtyřech hodinách. Sestra pacienta poučí o době vylučování kapsle, která činí jeden až dva dny (Tachecí et al., 2019). Pacient je sestrou poučen, že se po spolknutí kapsle nesmí předklánět a musí se vyhýbat magnetické rezonanci, dokud kapsli nevyloučí (Northwest Gastroenterology, n.d.).

1.5.5. Funkční vyšetření

Mezi funkční vyšetření patří test propustnosti střevní sliznice. Spočívá v podání látek, které se vstřebávají v různé míře. Používají se například laktulóza (velká molekula, jejíž vstřebání je normální nebo minimální) a mannitol (malá molekula, která se dobře vstřebává) (Hildebrand et al., 2025). Pacient tyto látky vypije a následně se po několika hodinách analyzuje jejich množství v moči. Zvýšený poměr laktulózy signalizuje zvýšenou propustnost střeva (Kohout & Konečný, 2018). Pro správné provedení testu nesmí být pacientky těhotné ani mít menstruaci. U diabetiků se test neprovádí kvůli zkreslení výsledků (Velasco, 2023).

Sestra poučí pacienta o nutnosti lačnění nejméně 8 hodin, pít může pouze vodu. Ráno po probuzení se pacient vymočí na toaletu. První ranní moč se neodebírá (Velasco, 2023). Po nočním lačnění pacient ráno vypije 200 ml vodného roztoku s obsahem 10 gramů laktulózy a 5 gramů mannitolu a následně vypije dalších 400 ml vody. Sestra zaznamená čas začátku testu (Hildebrand et al., 2025). Po dobu pěti hodin se sbírá veškerá moč. Během prvních dvou hodin nesmí pacient jíst ani pít. Poté musí každou hodinu vypít sklenici vody (NutriPATH, 2019). Veškerá moč, kterou pacient vymočí, se sbírá do sběrné nádoby. Po ukončení sběru moči sestra zapíše čas konce, celkový objem moči a odebere vzorky. Zkumavky řádně označí, vyplní žádanku a odešle do laboratoře. Odběr lze provádět i v domácím prostředí (Hildebrand et al., 2025).

1.6. Léčba

Léčba zánětlivých onemocnění střev je dlouhodobá a zahrnuje různé formy terapie. Hlavními složkami léčby jsou farmakologické postupy a úprava stravy, přičemž u vybraných pacientů může být nezbytné chirurgické řešení. V případech závažného průběhu onemocnění lze aplikovat i biologickou léčbu (Martiňáková, 2019). Kompletní

vyléčení zatím není možné, proto je cílem terapie především potlačení zánětlivých procesů, urychlení remise akutních symptomů a dosažení dlouhodobého bezpříznakového období (Zbořil, 2016). Během aktivní fáze onemocnění bývá pacient často omezen v pohybu a při výrazném zhoršení stavu je nutná hospitalizace (Martiňáková, 2019).

1.6.1 Farmakologická léčba

Idiopatické záněty nelze v současné době medikamentózní léčbou zcela vyléčit. Většina pacientů na léčbu reaguje pozitivně, což umožňuje zmírnit aktivitu zánětu, snížit riziko komplikací a zlepšit kvalitu života (Lukáš, 2016).

Aminosalicyláty se používají k léčbě lehkých až středně těžkých forem ulcerózní kolitidy a k udržení remise (Lynch & Hsu, 2023). Jsou podávány ve formě čípků, tablet nebo nálevů a uplatňují se i v profylaxi ulcerózní kolitidy. U Crohnovy choroby nejsou vhodné. Mezi hlavní zástupce aminosalicylátů patří sulfasalazin (Zbořil, 2016).

1.6.1.1. Kortikosteroidy

Kortikosteroidy jsou syntetické nebo přírodní hormony s imunosupresivním účinkem a hrají roli v omezení zánětlivé činnosti choroby. Užívají se zejména při akutním vzplanutí nemoci (Lukáš, 2016). U těžké ulcerózní kolitidy se podávají nejprve intravenózní cestou, přičemž délka léčby obvykle nepřesahuje sedm až deset dní (Berinstein et al., 2023). U Crohnovy choroby patří kortikosteroidy mezi základní léky k navození remise. Při závažném průběhu je vhodné podávání kortikosteroidů také intravenózní cestou, protože absorpce perorálně podávaného léku může být v důsledku zánětlivých procesů snížená (Zbořil et al., 2018d).

Nežádoucí účinky kortikosteroidů jsou velmi rozsáhlé, proto by se neměly užívat dlouhodobě pro udržovací terapii (Ranasinghe et al., 2023). Patří mezi ně například Cushingův syndrom, zvýšení hmotnosti, akné, atrofie kůže, tvorba strií, katarakta nebo glaukom a zároveň se zvyšuje riziko aterosklerotických změn, osteoporózy, vzniku indikovaného diabetu a vyšší náchylnosti k infekcím (Yasir et al., 2023).

U klientů, kteří užívají kortikosteroidy, by měla sestra nejprve posoudit případnou přecitlivělost na lék. Je důležité pravidelně sledovat krevní tlak, kvalitu spánku a hladinu draslíku, aby se předešlo nežádoucím účinkům. Sestra by měla klienta pravidelně vážit a

zaznamenávat případný nárůst tělesné hmotnosti. U pacientů je nezbytné monitorovat hladinu glukózy v krvi (Rizwan, 2023). Součástí péče je rovněž sledování příznaků infekce, které mohou být u uživatelů kortikosteroidů zvýšené. Sestra musí pacientovi poskytnout poučení o léku, včetně informací o správném užívání. Pacient nesmí lék náhle vysadit, dávky musí být postupně snižovány (Barbour-Taylor et al., 2024). Edukace pacientů představuje aspekt bezpečné a efektivní léčby kortikosteroidy, protože umožňuje včasné rozpoznání a zvládnutí nežádoucích účinků (Yasir et al., 2023).

1.6.1.2. Imunosupresiva

Imunosupresiva představují skupinu léčiv, jejichž účelem je tlumit nebo regulovat imunitní odpověď organismu (Barbour-Taylor et al., 2024). Mezi nejčastěji používaná imunosupresiva patří thiopuriny, metotrexát a cyklosporin. Thiopuriny lze použít u obou onemocnění k udržení remise. U Crohnovy choroby se nejčastěji používá metotrexát, který pomáhá udržet remisi v případě nemožnosti použití thiopurinu (Zbořil, 2016). Cyklosporin lze nasadit jako záchrannou terapii u pacientů s akutní těžkou ulcerózní kolitidou nereagující na kortikosteroidy. Jeho využití je omezeno rizikem závažné toxicity a nutností častého monitorování, slouží pouze jako krátkodobé řešení do nasazení udržovací terapie (Berinstein et al., 2023).

Pacienti užívající tyto léky jsou vystaveni zvýšenému riziku infekčních onemocnění, které mohou ohrozit život. Proto je nezbytné, aby pacienti byli v pravidelném kontaktu se svým ošetřujícím lékařem, monitorovali případné nežádoucí účinky a podstupovali doporučené kontroly (Barbour-Taylor et al., 2024). Sestra, vzhledem ke zvýšenému riziku infekce, pravidelně monitoruje fyziologické funkce, zejména tělesnou teplotu, a odebírá krev k vyšetření krevního obrazu a jaterních testů. Současně by měl pacient dodržovat opatření snižující riziko infekce, například důslednou hygienu a omezení kontaktu s osobami, které jsou nemocné (Parkes, 2025).

1.6.1.3. Antibiotika, probiotika a prebiotika

Ovlivnění složení střevní mikrobioty představuje významnou terapeutickou možnost, a to formou antibiotik, probiotik a prebiotik. Efekt antibiotické terapie zatím není zcela potvrzen (Zbořil et al., 2018d). Antibiotika se nejčastěji podávají při infekcích, v rámci předoperační přípravy, při perianálním postižení u pacientů s Crohnovou chorobou, při zánětlivých ložiscích v dutině břišní a v případě vnitřních píštělí nebo při střevní

dysmikrobii spojené s rizikem relapsu onemocnění (Dujsíková, 2018). Antibiotika je třeba volit obezřetně, neboť mohou mikrobiotu výrazně narušit a přispět k relapsu onemocnění (Zbořil et al., 2018d). Při podávání antibiotik sleduje sestra pacienta z hlediska možných alergických reakcí a trávicích potíží. Pacient by měl být informován o důležitosti dokončení celé předepsané léčby. Sestra musí zajistit přesné načasování podávání antibiotik. Důležité je také poučit pacienta o dostatečném příjmu tekutin a užívání antibiotik společně s jídlem. Antibiotika a probiotika by se neměla podávat ve stejnou dobu, protože by mohlo dojít k jejich vzájemné interakci (Barbour– Taylor et al., 2024). Sestra sleduje, jak pacient reaguje na podávané léky, a hodnotí jejich účinnost. Posuzuje, zda dochází k ústupu příznaků infekce, například ke snížení teploty nebo poklesu počtu bílých krvinek, což signalizuje zlepšení zdravotního stavu pacienta. Všechna tato pozorování je nutné zaznamenat do dokumentace (Ernstmeyer & Christman, 2023).

Probiotika jsou živé, nepatogenní mikroorganismy, které mohou příznivě působit na organismus díky svému vlivu na střevní mikrobiom (Dujsíková, 2018). U pacientů s ulcerózní kolitidou bylo pozorováno, že užívání probiotik vede ke zmírnění symptomů, podporuje udržení remise a zlepšuje kvalitu života. Nicméně ve srovnání s jinými léčebnými metodami nepřináší tato terapie natolik výrazný přínos, aby se stala standardní součástí klinické praxe (Dockterman & Rabinowitz, 2024).

Prebiotika jsou nestravitelné složky potravy, které podporují růst a aktivitu prospěšných střevních mikroorganismů. Jejich příjem pomáhá udržovat rovnováhu střevní mikrobioty a pozitivně ovlivňuje zdraví. Přispívají ke zlepšení složení střevní mikrobioty, podporují protizánětlivé procesy a stabilizují střevní sliznici (Vokounová et al., 2021).

1.6.1.4. Biologická léčba

Biologická léčba představuje v současnosti jednu z nejúčinnějších forem konzervativní léčby idiopatických střevních zánětů. Podává se pouze ve specializovaných centrech pod vedením gastroenterologů. Jedná se o parenterální terapii podávanou buď injekčně *(subkutánně)*, nebo infuzně *(intravenózně)* (Pipek, 2023). Je indikována u pacientů s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou v případě, že standardní terapie kortikosteroidy či imunosupresivy nemá dostatečný efekt, nebo při výskytu komplikací (Dujsíková, 2018). Jejím cílem je snížit aktivitu zánětu, dosáhnout hojení slizničních lézí, zamezit vzniku píštělí a zabránit trvalým strukturálním změnám v trávicím traktu.

Výrazně přispívá ke snížení potřeby chirurgických zákroků a snižuje riziko hospitalizace (Slezáková et al., 2023).

Sestra zajišťuje objednání pacienta k aplikaci biologické terapie v souladu s doporučenou dávkou a intervalem podání dle lékařské zprávy. Následně informuje pacienta o zahájení léčby, jejích účincích, kontraindikacích a plánu podávání. Aplikace biologických přípravků probíhá ve specializovaných denních stacionářích za dozoru specializované sestry (Poláčková et al., 2018). Sestry aplikují pacientům intravenózní biologické léky a v průběhu aplikace sledují možné nežádoucí účinky a reakce pacienta (Rosso et al., 2021). Při subkutánním podání sestra edukuje pacienta o správné aplikaci, kterou si následně může provádět sám (Rosso et al., 2021). Domácí aplikace biologické léčby vyžaduje, aby byl pacient sestrou informován o zásadách bezpečné subkutánní aplikace, správném transportu a uchovávání přípravku a o stanovených termínech podání. Každou aplikaci je pacient povinen potvrdit ve stacionáři v den její realizace (Poláčková et al., 2018).

1.6.2. Fekální mikrobiální transplantace

Transplantace fekální mikrobioty se v posledních letech dostává do popředí zájmu výzkumu jako možná léčebná strategie u ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby. Jejím cílem je obnova rovnováhy střevní mikrobioty, která hraje zásadní roli v rozvoji a průběhu těchto onemocnění (Imdad et al., 2023).

Princip spočívá v přenosu střevní mikrobioty od zdravého, pečlivě vyšetřeného dárce do trávicího traktu pacienta, u něhož je složení mikrobioty změněno (Vejmelka et al., 2018). Nejvíce údajů je dostupných u ulcerózní kolitidy, kde fekální transplantace zvyšuje pravděpodobnost dosažení klinické remise v krátkodobém horizontu oproti standardní terapii nebo placebu. Přínos v udržení remise u Crohnovy choroby zatím doložen není, výsledky jsou velmi nejisté (Imdad et al., 2023).

1.6.3. Chirurgická léčba

Chirurgická léčba idiopatických střevních zánětů nenahrazuje farmakologickou terapii, ale je její součástí. Role chirurgického zákroku se liší podle typu onemocnění. U ulcerózní kolitidy odstranění postiženého úseku střeva často znamená praktické vyléčení. Naopak u Crohnovy choroby je výsledek operace nejistý, zákrok je spíše symptomatický než kurativní a vyžaduje individuální přístup (Sequens, 2018).

U pacientů s Crohnovou chorobou se chirurgické operace provádějí zejména v případě výskytu píštělí a stenóz (Zabot et al., 2023). K chirurgickým možnostem řešení Crohnovy choroby patří strikturoplastika a endoskopická dilatace při lokalizovaných změnách. U pokročilých stavů se přistupuje k resekcím či zřízení derivačních stomií. Přestože rozvoj farmakoterapie vedl ke snížení potřeby operací, léčba idiopatických střevních zánětů si stále vyžaduje individualizovaný přístup kombinující konzervativní a chirurgické postupy. Důležitým prvkem je spolupráce multidisciplinárního týmu, zejména při komplikovaných případech, jako je perianální postižení nebo tvorba píštělí (Eskazan & Hatemi, 2025).

U pacientů s ulcerózní kolitidou je operace nezbytná v případě akutní těžké formy onemocnění nebo u ulcerózní kolitidy nereagující na léčbu (Zheng et al., 2024). Doporučeným chirurgickým řešením je rekonstrukční odstranění tlustého střeva i konečníku *(proktokolektomie)* s vytvořením spojení mezi tenkým střevem a řitním otvorem *(ileoanální anastomóza)*. V některých případech se volí operace, při které je část konečníku zachována. O typu operace rozhoduje multidisciplinární tým s ohledem na pohlaví, věk a případné těhotenství u žen (Eskazan & Hatemi, 2025).

1.6.3.1 Předoperační příprava z pohledu ošetřovatelské péče

Pacient by měl být v předoperačním období zařazen do prehabilitace. Jedná se o moderní přístup, který je zaměřený na aktivní zapojení pacienta do přípravy na operační výkon. Cílem prehabilitace je podpořit optimalizaci fyzického a psychického stavu, úpravu životního stylu a edukaci pacienta před zákrokem (Hazel & Cooney, 2025). Tím se snižuje riziko pooperačních komplikací a urychluje rekonvalescence. V rámci tohoto konceptu by měl být pacient poučen sestrou i lékařem o odvykání kouření, přičemž se doporučuje přestat minimálně čtyři týdny před operací. Dále je pacient edukován o výživě, užívání léků, zvládání bolesti a podpoře psychického zdraví (Olson et al., 2024).

Pokud pacient podstupuje stomickou operaci, musí být před zákrokem edukován a co nejvíce zbaven obav a strachu, protože vytvoření stomie představuje pro pacienta významný zásah do života. Klíčovým prvkem je dostatečná edukace a otevřená komunikace. Pacientovi by měla sestra zajistit setkání se specializovanou stomickou sestrou, která vysvětlí celý průběh zákroku, péči o stomii a představí dostupné stomické pomůcky. Stomická sestra hraje pro pacienta zásadní roli, protože jej připravuje na

všechny aspekty života se stomií, včetně oblasti intimního života. Z tohoto důvodu je důležité, aby sestra s pacientem vytvořila vztah založený na důvěře (Cross et al., 2024).

Před výkonem musí být pacientovi zakresleno místo vyústění stomie. Umístění stomie by mělo být dobře dostupné pro snadné přiložení stomické pomůcky a nesmí se nacházet v kožních řasách, na jizvách, v blízkosti kostí ani na špatně přístupném místě. Zakreslení se provádí jak vleže, tak vsedě, aby bylo zvoleno nejvhodnější místo (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Sestra hraje důležitou roli v přípravě pacienta před operačním výkonem. Při příjmu na oddělení ověřuje totožnost pacienta, provádí všechny výkony podle ordinace lékaře a udržuje s pacientem nepřetržitý kontakt. Prostřednictvím profesionální komunikace napomáhá zmírnění úzkosti a obav pacienta před výkonem. Pacientovi naslouchá, odpovídá na jeho dotazy a na dotazy rodiny v rámci svých kompetencí (Ševčíková, 2019). Ověřuje, zda jsou kompletně provedena všechna předoperační vyšetření jako jsou zobrazovací vyšetření, kolonoskopie, interní vyšetření, krevní odběry, anesteziologické vyšetření a podepsaný informovaný souhlas s operačním výkonem (Stoner et al., 2018). Zároveň kontroluje, zda pacient provedl předepsanou předoperační přípravu, jako je oholení operačního pole. Pacient je hospitalizován minimálně jeden den před operačním výkonem, aby byl k operaci dostatečně připravený a proběhla důkladná hygiena těla a očista střev (Ševčíková, 2019).

U pacienta je důležitá kontrola nutričního stavu, protože dostatečná výživa hraje klíčovou roli v podpoře hojení operační rány a ve snížení rizika komplikací (Stoner et al., 2018). Proto pacient již čtrnáct dní před operací užívá nutriční doplňky s vysokým obsahem bílkovin (Cwaliński et al., 2024). Den před operací dostává pouze tekutou stravu a vyprazdňuje se podle typu operace a ordinace lékaře. Přípravek k vyprázdnění se podává buď ústy, nebo rektálně. U některých operací střev nemusí dojít k žádnému vyprázdnění střeva (Fierlová, 2018). Večer před operací sestra pacientovi podá dva speciální sacharidové nápoje, které pacient vypije, a ráno jednu až dvě lahvičky dvě až čtyři hodiny před začátkem anestezie. Pacient tak pociťuje menší žízeň a hlad a zlepšuje se i pooperační průběh (Nutridrink, n.d.).

Sestra pacienta poučí o nutnosti lačnění od půlnoci, o zákazu kouření a o možnosti pití čirých tekutin a sacharidových suplementů do čtyř hodin před výkonem. Zkontroluje oholení operačního pole a pro snížení rizika tromboembolické nemoci pacientovi aplikuje

nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře (Fierlová, 2018). Následně sestra podá večerní premedikaci podle ordinace lékaře pro zmírnění strachu a úzkosti pacienta z operačního výkonu (Ševčíková, 2019). Dle rozhodnutí operatéra mohou být jako prevence podána antibiotika (Fierlová, 2018).

Ráno v den výkonu sestra změří fyziologické funkce, zavede periferní žilní katétr a podá infuzní terapii a medikaci podle ordinace lékaře. Zkontroluje lačnění pacienta, vyjmutí zubní protézy, odstranění šperků a naslouchátek, u žen odlíčení pleti, odlakování nehtů a sepnutí vlasů (Ševčíková, 2019). Následně pomůže pacientovi obléct operační prádlo a na dolní končetiny přiloží bandáž. Vydezinfikuje pupík a vloží do něj tamponek s dezinfekcí. Zkontroluje označení místa operačního výkonu a v případě, že pacient podstupuje vyšití stomie, zkontroluje zakreslení. Poté podává preventivně antibiotika podle ordinace lékaře (Fierlová, 2018). Během celé přípravy poskytuje sestra pacientovi psychickou podporu. Všechny intervence sestra pečlivě zaznamenává do dokumentace (Olson et al., 2024).

1.6.3.2. Ošetřovatelská péče v pooperačním období

Pacient je po operaci monitorován na jednotce intenzivní péče, kde jej sestra přebírá z operačního sálu nebo z jednotky poanestetické péče. Při předání pacienta si ověří jeho totožnost, zjistí stav vědomí, fyziologické funkce, množství podaných analgetik a aktuální intenzitu bolesti. Dále zkontroluje operační ránu, případné drény, nasogastrickou sondu či stomii a všechny zjištěné informace předá ošetřujícímu personálu na svém oddělení (Ševčíková, 2019).

Pacienta napojí na monitorované lůžko a průběžně sleduje jeho fyziologické funkce a stav vědomí. Pacientovi zajistí signalizační zařízení v dosahu lůžka. Sleduje odvod obsahu nasogastrické sondy, bilanci tekutin, pečuje o invazivní vstupy, jako jsou periferní žilní katétr, nasogastrická sonda, centrální žilní katétr nebo permanentní močový katétr, a zároveň monitoruje odpady z drénů. Kontroluje krytí operační rány, odchod plynů a stolice a hodnotí vitalitu sliznice u zavedené stomie. Pravidelně sleduje bolest, nevolnost a zvracení a všechny údaje zaznamenává do dokumentace (Fierlová, 2018). Dle ordinace lékaře podává předepsanou medikaci, pečuje o kůži, zvlhčuje dutinu ústní, dopomáhá pacientovi s hygienou a při vertikalizaci (Ševčíková, 2019).

V časném pooperačním období není možné zahájit perorální výživu, proto se podává parenterální výživa. Okolo třetího dne, kdy dochází k obnově peristaltiky, může sestra pacientovi podávat čiré tekutiny, jako je čaj nebo neperlivá voda. Následně dochází k postupné realimentaci (Baliková, 2024). Nejdříve pacient konzumuje tekutou stravu, poté se přidávají piškoty a suchary s mléčnými výrobky, později kašovitá a následně bezezbytková dieta (Fierlová, 2018). Doporučuje se co nejdříve obnovit perorální příjem (Olson et al., 2024).

V pooperačním i předoperačním období je důležitá spolupráce nutričních terapeutů a fyzioterapeutů. Po stabilizaci stavu pacienta, obnově perorálního příjmu a peristaltiky může být pacient přeložen na standardní oddělení, kde se nadále hodnotí operační rána, bolest, bilance tekutin, kalorický profil a nutriční stav pacienta. Sestra pacientovi zajistí setkání s nutričním terapeutem kvůli nutnosti úpravy stravovacího režimu a nabídne mu také možnost konzultace s psychologem (Ševčíková, 2019).

1.6.4. Podpůrná léčba

Podpůrná léčba doplňuje hlavní léčebné metody a zaměřuje se na zlepšení kvality života, prevenci komplikací a podporu remise. Součástí podpůrné léčby je individuálně nastavená dieta a nutriční intervence, ideálně po konzultaci s nutričním terapeutem, dále psychologická terapie, fyzioterapie, očkování a symptomatická terapie dle aktuálních příznaků onemocnění (Slezáková et al., 2023).

1.7. Ošetřovatelská péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními

Tato kapitola se zaměřuje na specifickou ošetřovatelskou péči, kterou sestra poskytuje pacientovi s chronickým střevním onemocněním. Základní ošetřovatelská péče se soustředí na obecné nelékařské úkoly, jako je vzdělávání pacientů, poskytování podpory a poradenství a kvalitní ošetřovatelská péče (Delen et al., 2024). Na některých pracovištích působí specializovaná sestra, takzvaná sestra IBD neboli sestra idiopatických střevních zánětů, která se specializuje na péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními. Tato sestra zajišťuje koordinaci mezi členy multidisciplinárního týmu, podporu pacienta a jeho rodiny, poskytuje specifické služby, jako je telefonická asistence, organizuje podpůrné skupiny, vede edukační a výukové aktivity a podílí se na komplexní ošetřovatelské péči (Rosso et al., 2021). U pacientů s idiopatickými střevními záněty je

důležité vytvářet a udržovat terapeutický vztah založený na důvěře, který podporuje aktivní zapojení pacientů do vlastní léčby (Karimi et al., 2021)

1.7.1. Manifestace onemocnění a odpovídající ošetřovatelské intervence

Při častém průjmu je důležité monitorovat frekvenci stolic za den a sledovat jejich charakter, množství, příměsi a barvu. Sestra všechny údaje zaznamenává do zdravotnické dokumentace. U pacientů je nutné zvýšit hygienickou péči v oblasti konečníku a dbát na prevenci opruzenin. Konečník se musí očistit po každé stolici vodou s nedráždivým mýdlem nebo ubrousky a aplikovat ochranný krém. Sestra minimálně jednou denně při ranní hygieně vyšetřuje kůži, především perianální oblast (Ševčíková, 2019). Všechna začervenání či změny na kůži je povinna pečlivě ošetřit, zaznamenat do plánu péče o defekty a do ošetřovatelské dokumentace a zavést preventivní opatření k zabránění dalšímu poškození kůže. Pokud to kapacita oddělení umožňuje, měl by být pacient na pokoji sám, aby byla zachována jeho intimita a soukromí, zejména vzhledem k častému vyprazdňování v akutní fázi nemoci (Vera, 2024).

Nadměrný počet stolic a snížený pitný režim může vést k riziku dehydratace. Sestra pacienta poučí o nutnosti zvýšení pitného režimu, nejlépe perorální cestou. Sleduje příjem a výdej tekutin, kožní turgor a vlhkost sliznic. Dle ordinace lékaře podává infuzní terapii k doplnění objemu tekutin, pokud pacient není schopen přijmout dostatečné množství tekutin enterální cestou. Pacient by se měl minimálně jednou týdně vážit, velký úbytek váhy značí i značnou ztrátu vody. S úbytkem vody v těle souvisí i ztráta elektrolytů, kterou je nutné sledovat v krevních odběrech a při nízkých hladinách elektrolyty dle ordinace lékaře doplnit (Vera, 2024). Dehydratace se může projevovat nízkým krevním tlakem a zvýšenou srdeční frekvencí (Ernstmeyer & Christman, 2024).

U pacientů se často objevuje jako významný ošetřovatelský problém bolest břicha. Sestra proto hodnotí její charakter, lokalizaci a délku trvání. Podává analgetika podle intenzity bolesti a dle ordinace lékaře. Údaje o bolesti zaznamenává do zdravotnické dokumentace alespoň třikrát denně (Baker, 2023a). V případě minimálního nebo žádného účinku analgetik informuje lékaře. Současně sleduje také neverbální projevy pacienra, které mohou na bolest upozorňovat. Redukce bolesti u pacienta představuje jeden z hlavních cílů léčby idiopatických střevních zánětů (Vera, 2024).

Sledování tělesné teploty je u idiopatických střevních zánětů velmi důležité. Vysoká teplota může signalizovat probíhající zánět v těle či komplikace způsobené zánětem. Pokud je zvýšená teplota spojena se zvýšenou srdeční frekvencí a intenzitou bolesti, může tento stav znamenat komplikaci, jako je perforace střeva, zánět pobřišnice či sepse. V takovém případě musí sestra ihned informovat lékaře o stavu pacienta (Ernstmeyer & Christman, 2024). U pacientů se proto monitorují minimálně třikrát denně fyziologické funkce. Ve vážných stavech je pacient sledován nepřetržitě, buď na monitorovaném lůžku standardního oddělení, nebo na jednotce intenzivní péče (Haws et al., 2019).

Odpočinek a spánek hrají důležitou roli v akutní fázi nemoci. U pacientů s častými průjmy se odpočinek doporučuje, protože klid na lůžku snižuje střevní motilitu a zpomaluje střevní peristaltiku (Haws et al., 2019). Sestra poučí pacienta o nutném odpočinku během dne a pomůže mu naplánovat nebo omezit aktivitu, aby si šetřil energii. Spánek pacienta může být narušen častým nočním vyprazdňováním stolice, úzkostí, hlukem nebo bolestí. Proto sestra všechny tyto možné příčiny sleduje a podle nich nastaví pro pacienta vhodný plán péče (Baker, 2023b).

Pokud má pacient po operaci zavedenou stomii, je důležitou rolí sestry péče o psychiku pacienta a nabídnutí psychické podpory, zejména u případů trvalé stomie (Haws et al., 2019). Psychická podpora hraje významnou roli v předoperační i pooperační péči, protože u pacienta dochází ke změně tělesného vzhledu i psychického stavu (Fierlová, 2018). U pacienta se stomií je rovněž důležitá edukace o tom, jak se o stomii starat a jaké pomůcky má k dispozici. Sestra zajistí pacientovi kontakt se stomickou sestrou, která je specializovaná na péči a poradenství ohledně stomie. V nepřítomnosti stomické sestry přebírá základní péči o stomii všeobecná sestra bez stomického kurzu. Péče zahrnuje kontrolu okolí stomie, výměnu sáčku, hygienu okolo stomie a sledování komplikací (Haws et al., 2019).

Součástí komplexní ošetřovatelské péče je rovněž důsledné sledování duševního stavu pacienta. Onemocnění představuje pro pacienty výraznou psychickou zátěž. Sestra by měla poskytnout prostor k vyjádření obav a strachu z prognózy choroby nebo z nutnosti operace. A podporovat pacienta v hledání zvládacích strategií a v případě potřeby doporučit psychoterapii nebo zapojení do podpůrných skupin a pacientských klubů. Tyto

aktivity pomáhají předcházet sociální izolaci a usnadňují sdílení zkušeností s dalšími nemocnými (Rosso et al., 2021).

Celostní a individualizovaný klinický přístup, který bere v úvahu sexuální pohodu pacientů, je nezbytný pro zmírnění fyzických, psychických a sociálních dopadů idiopatických střevních zánětů a pro podporu celkového blaha pacientů (Mercuri et al., 2025). Pacienti jsou velmi často ovlivněni ve svém sexuálním životě a mohou trpět sexuální dysfunkcí. Velkým problémem je negativní vnímání vlastního těla, zejména po operaci s vytvořením stomie. Důsledkem je nízké sexuální sebevědomí a snížená kvalita intimního života. Sestra hraje roli i v této oblasti, jelikož si u pacienta během častého kontaktu vytvoří důvěru, může rozpoznat sexuální obtíže a vést otevřený dialog. Jejím úkolem je pacienta edukovat a zároveň doporučit odbornou pomoc, například sexuologa nebo psychoterapeuta (Saridi et al., 2018). Zdravotní sestry by měly být schopné a sebevědomé při řešení otázek týkajících se sexuality pacientů, aby jim mohly efektivně pomoci zvládat problémy spojené se sexualitou a chronickými nemocemi. Pokud sestry nemají dostatek znalostí, měly by se seznámit s odbornou literaturou a výzkumy zabývajícími se tímto tématem (Rosso et al., 2021).

Edukace pacientů je důležitá, protože idiopatické střevní záněty jsou celoživotní onemocnění a pacienti potřebují znalosti k dodržování léčby a zvládání příznaků. Sestra musí posoudit znalosti pacienta a podle toho zvolit oblasti edukace. Společně s lékařem vysvětlí pacientovi nutnost dodržování farmakologické léčby a upozorní na možné komplikace a nežádoucí účinky, zejména u kortikosteroidů. Kvůli riziku infekce edukuje o nutnosti péče o kůži, dostatečné hygieny a upozorňuje na důležitost péče o perianální oblast (Baker, 2023b). Do péče o pacienta je vhodné zapojit také rodinu, která představuje významný zdroj podpory. Edukace pacientů se zánětlivým onemocněním střev je důležitou součástí péče, avšak podle Cochraneovy revize (2023) zatím není jasné, jak velký má přínos. Programy mohou probíhat formou přednášek, workshopů nebo online kurzů. Výsledky ukázaly, že přidaná edukace obvykle výrazně nezlepšuje průběh nemoci, nesnižuje počet relapsů ani zásadně nezvyšuje kvalitu života. Chybí více dat o tom, zda edukace zlepšuje dodržování léčby nebo znalosti pacientů o nemoci (Gordon et al., 2023).

1.8. Spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními

Komplexní péče o pacienty s idiopatickými střevními záněty vyžaduje spolupráci celého multidisciplinárního týmu. Nedílnou součástí týmu jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci, zejména sestra, nutriční terapeut a fyzioterapeut, jejichž spolupráce je klíčová pro efektivní podporu léčby pacienta. Právě na ně bude tato kapitola zaměřena.

1.8.1.Spolupráce sestry a nutričního terapeuta

Sestra a nutriční terapeut musí spolupracovat, aby byla péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními komplexní. Nutriční terapeuti tvoří základní členy multidisciplinárního týmu u idiopatických střevních zánětů. Sestra by měla zajistit, aby každý pacient s idiopatickými střevními záněty byl poslán k nutričnímu terapeutovi, nebo aby ho nutriční terapeut navštívil přímo na oddělení (Fitzpatrick et al., 2022).

Mezi povinnosti sestry a ošetřovatelského personálu, který je s pacientem v každodenním kontaktu, patří sledování bilance tekutin a kalorického profilu pacienta, změn tělesné hmotnosti, nutričních parametrů v krvi a tolerance stravy. Na základě těchto informací poté může nutriční terapeut upravit léčebný plán (Gomathi, 2024).

Ve většině případů sestra zasáhne ihned, ještě než se nutriční terapeut dostaví, aby zabránila komplikacím. Pacientovi může upravit dietu, texturu a složení stravy a také, dle ordinace lékaře, podávat enterální či parenterální výživu. V některých zdravotnických zařízeních však nutriční terapeuti chybí, a staví se tak sestru do role klíčové osoby při posuzování nutričního stavu pacienta. Nedostatek specialistů na výživu je jedním z hlavních problémů těchto zařízení, a proto jejich roli často přebírá všeobecná sestra (Gomathi, 2024). Takový přístup by se neměl uplatňovat, protože sestra nemá stejné znalosti v oblasti výživy jako nutriční terapeut (Keller et al., 2021). Spolupráce mezi sestrou a nutričním terapeutem je důležitá. Sestra provádí praktické výkony, jako je podávání výživy, a zároveň sleduje stav výživy, zatímco nutriční terapeut plánuje její podávání a hodnotí jeho účinnost. Společně pak hodnotí toleranci stravy, hmotnost pacienta, výsledky laboratorních vyšetření a trávicí obtíže. Při nesnášenlivosti stravy nebo při zhoršení stavu pacienta sestra konzultuje další postup s nutričním terapeutem, aby byla výživa opět individuálně přizpůsobena pacientovi (Vasiloglou et al., 2019).

Nutriční terapeut provede na základě zjištěných údajů o pacientovi nutriční screening, podle kterého zhodnotí, zda se pacient nachází v riziku malnutrice, a následně vyplní nutriční anamnézu, jejíž součástí je zhodnocení stravovacích návyků, preferovaných a neoblíbených potravin, alergií a dietních omezení, chuti k jídlu, potíží s polykáním, soběstačnosti při jídle a zhodnocení chrupu. Na základě těchto informací sestaví nutriční plán dle aktuálních potřeb pacienta (Martiňáková, 2019). Plán musí být sestaven podle fáze onemocnění, ve které se pacient nachází, jelikož nutriční podpora se liší v rámci remise a relapsu. Při sestavení spolupracuje nutriční terapeut s pacientem i se sestrou (McCarthy et al., 2025). U pacientů je terapií první volby vždy enterální výživa, pokud to stav dovoluje (Magen-Rimon et al., 2024). Parenterální výživa se využívá u pacientů, kterým nefunguje správně trávicí trakt nebo kteří enterální výživu netolerují. Sestra při podávání parenterální výživy sleduje glykémii, elektrolyty a pečuje o invazivní vstupy, aby zabránila komplikacím (Gomathi, 2024).

Nutriční terapeut edukuje pacienta ohledně individuálního stravovacího plánu a nutriční léčby, protože správně nastavená nutriční terapie zmírňuje projevy nemoci, snižuje potřebu chirurgických intervencí, optimalizuje výsledky léčby, umožňuje dřívější propuštění pacientů do domácí péče, zabraňuje podvýživě, snižuje počet hospitalizací a tím zlepšuje kvalitu života pacienta (McCarthy et al., 2025). V rámci edukace poskytuje nutriční terapeut rady, doporučuje adekvátní výživová opatření, předává materiály ve formě letáčků a poučuje pacienta o vhodných a nevhodných potravinách (Martiňáková, 2019).

Bezezbytková dieta patří k základním dietám při léčbě idiopatických střevních zánětů a označuje se číslem pět. Je specifická kvůli nízkému obsahu vlákniny a je sestavena tak, aby po trávení nezůstaly žádné nestrávené zbytky potravy. Její účinek spočívá v tom, že snižuje dráždění střeva (Martiňáková, 2019). Součástí diety je i omezení mléka, na které mají lidé s idiopatickými záněty často intoleranci. Jídla se rozdělují do pěti až šesti porcí denně. Při dlouhodobém dodržování mohou pacientovi začít chybět některé vitamíny. U střevních zánětů se dieta uplatňuje hlavně proto, že snižuje střevní peristaltiku a tím i bolesti břicha. Technologicky se jídla připravují pečením a vařením, s důrazem na netučná jídla. Příprava masa má být na vodě nebo se má péct nasucho. Pacientovi se dieta doporučuje zejména ve stavu dekompenzace, při relapsu onemocnění a v prvním měsíci po střevní resekci. Důležité je vyhnout se slupkám, kůrkám a zrníčkům a jídlo připravovat do měkka (Milatová & Wohl, 2023).

V období remise je hlavním cílem udržet pacienta v optimální hmotnosti a stavu výživy. Doporučuje se pestrá strava s vyloučením pouze problémových potravin. Pacient se tak může stravovat individuálně a vyhledávat potraviny, které mu vyhovují, a vyhýbat se těm, které mu nesedí. Mezi nejvíce problematické potraviny patří ořechy, semínka, mléko, tučná jídla a luštěniny (Pacienti IBD z.s., 2022).

1.8.2. Spolupráce sestry s fyzioterapeutem

Chronická zánětlivá onemocnění střev ovlivňují nutriční stav, ale i stav pohybového aparátu a celkovou pohyblivost pacienta. Fyzioterapeuti jsou nezastupitelní v péči o pacienty a sestry je vnímají jako důležité členy týmu, zejména při mobilizaci pacienta a zlepšení jeho celkového stavu (Gupte & Swaminathan, 2016). Efektivní spolupráce zajišťuje rychlejší nabytí nezávislosti, zkrácení délky hospitalizace, efektivnější zvládání bolesti a lepší spokojenost pacientů (Alsubhi et al., 2024). Spolupráce je však často omezena neefektivní komunikací, což může vést ke zpožděné péči o pacienty. Často jsou obě strany velmi vytíženy, a je proto obtížné najít společný čas pro konzultaci (Ntinga & van Aswegen, 2020).

Fyzioterapeut se podílí na včasné mobilizaci pacienta, aplikuje cvičební terapii, dechová cvičení a zapojuje pacienty do aktivit denního života. Cílem fyzioterapie je prevence svalové atrofie, zlepšení kondice a poučení pacienta o bezpečném pohybu (Ntinga & van Aswegen, 2020). Fyzioterapeut navrhne individualizovaný cvičební plán, který je vytvořen na míru pro pacienta s ohledem na jeho aktuální stav, aby bylo cvičení bezpečné a vhodné (Thomsen et al., 2025). Při tvorbě plánu sestra poskytuje fyzioterapeutovi informace o stavu pacienta, čímž se zajišťuje co nejvyšší bezpečnost pacienta. U pacientů s chronickým střevním onemocněním bylo prokázáno, že pohybová aktivita má pozitivní vliv na průběh onemocnění, protože cvičení u pacientů v remisi snižuje riziko relapsu (Engels et al., 2017).

Pacientům se doporučuje chůze, cvičení střední intenzity delší dobu a silový trénink (Líška, 2022). Naopak by měli být opatrní při cvičení vysoké intenzity, jelikož může dojít ke zvýšení zánětu střev a poklesu průtoku krve ve střevech, což může zhoršit stav pacienta. Sestra by měla být s plánem seznámena a v nepřítomnosti fyzioterapeuta dohlížet na pacienta, zda cvičební plán dodržuje (Ordille & Phadtare, 2023).

Fyzioterapeut se soustředí zejména na přípravu pacienta v předoperačním a pooperačním období, aby se zlepšil jeho fyzický stav před operací a následně i po ní. Včasně zahájená fyzioterapie a rehabilitace pomáhá zmírňovat pooperační komplikace (Líška, 2022). U pacientů musí fyzioterapeut zohlednit i omezení fyzické aktivity. Mezi hlavní překážky patří gastrointestinální příznaky. Intenzivní cvičení může zvyšovat bolest břicha a četnost tekuté stolice, aniž by ovlivnilo zánětlivé markery. Dalším rizikem je dehydratace, zejména u pacientů s častou tekutou stolicí nebo ileostomií. Fyzická aktivita u pacientů se stomií je zatím považována za bezpečnou, ale dostupná data jsou omezená. Psychický stav, především deprese a úzkost, rovněž snižuje schopnost pravidelně cvičit. Mezi další překážky patří únava, bolest, nucení na stolici, opakované chirurgické zákroky, svalová slabost či sarkopenie. U těžkých forem idiopatických střevních zánětů může fyzickou aktivitu omezovat i parenterální výživa. Hlavní překážky při pohybu tedy spočívají ve fyzických, psychických a výživových faktorech (Mareschal et al., 2022).

Ve zdravotnických zařízeních je počet fyzioterapeutů často omezený (ShahAli et al., 2023). To znamená, že na každého pacienta má fyzioterapeut omezený čas návštěvy, obvykle jednu denně, maximálně dvakrát, přičemž potřeby pacienta mohou být výrazně vyšší. V této situaci sestra může doplnit péči fyzioterapeuta tím, že monitoruje stav pacienta, asistuje při provádění doporučených cviků a motivuje pacienta k jejich dodržování. Zároveň zajišťuje bezpečnost a včasné hlášení změn v mobilitě nebo obtížích, čímž podporuje efektivitu pohybové intervence a kontinuitu péče. Tato spolupráce umožňuje, aby pacient získal komplexní podporu navzdory časovým a personálním omezením fyzioterapeuta (Solares Mogollón & Cuesta Barriuso, 2025).

2. Cíl práce, výzkumné otázky

2.1. Cíl práce

Cíl 1: Popsat role sestry u pacientů s chronickými střevními onemocněními.

Cíl 2: Zjistit formu spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků u pacientů s chronickými střevními onemocněními.

2.2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je specifická ošetřovatelská péče u pacientů s chronickými střevními onemocněními?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou role sestry při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními?

Výzkumná otázka 3: Jaká je forma spolupráce mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními?

3. Metodika

3.1. Metody výzkumu

Bakalářská práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit formy mezioborové spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků a popsat roli sestry při péči o pacienty s chronickým střevním onemocněním. Pro získání informací byla zvolena metoda dotazování prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

Výzkum byl prováděn v nemocnici okresního typu v Jihočeském kraji, kde informanti vykonávají svou profesní činnost. Žádost o povolení výzkumu byla zaslána hlavní sestře, která možnost výzkumného šetření schválila. Tato žádost je v případě potřeby k nahlédnutí u autorky práce. Všechny rozhovory proběhly osobně. Před zahájením rozhovoru byli informanti seznámeni s jeho tématem, cílem a významem. Byli rovněž informováni o dobrovolné účasti, možnosti odmítnout odpovídat, o možnosti předčasného ukončení rozhovoru a o zajištění anonymity. Výsledky budou použity výhradně pro účely této bakalářské práce. Rozhovor byl zaznamenáván na zvukovou nahrávku mobilním telefonem, která byla následně přepsána do textové podoby. Po přepisu rozhovorů byly všechny nahrávky smazány. Přepisy jednotlivých rozhovorů s informanty jsou dostupné k nahlédnutí v počítači autorky práce. Každý rozhovor probíhal zhruba 30 až 40 minut. Sběr dat probíhal v měsících lednu až únoru 2026.

Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry, nutriční terapeutky a fyzioterapeuti, kteří pečují o pacienty s těmito diagnózami. Rozhovor pro sestry (příloha 1) se skládal z 25 předem připravených otázek a rozhovor pro nutriční terapeutky i fyzioterapeuty (příloha 2) se skládal z 20 předem připravených otázek. Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly pro nutriční terapeutky a fyzioterapeuty upraveny tak, aby reflektovaly specifika jednotlivých profesních skupin. Některé otázky byly vynechány nebo přeformulovány dle potřeby. Rozhovory byly strukturovány do několika tematických okruhů.

První okruh byl zaměřen na identifikační údaje, ve kterých jsme se dotazovaly na profesi, délku praxe, zkušenosti v péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními a pracoviště nebo oddělení, na kterém působí. Pouze sestry byly dotazovány na účast na odborných konferencích či seminářích se zaměřením na chronická střevní onemocnění. Druhý okruh byl zaměřen na specifickou péči poskytovanou pacientům s chronickými střevními onemocněními, potřeby pacientů a prevenci komplikací. Třetí okruh se

zaměřoval na náplň práce, kompetence, psychickou podporu pacienta, edukaci pacienta a překážky při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními. Poslední, čtvrtý okruh byl zaměřen na spolupráci nelékařských zdravotnických pracovníků, jejich komunikaci, přínos mezioborové spolupráce, překážky při spolupráci a návrhy na zlepšení péče. Sestry navíc byly dotazovány na kompetence fyzioterapeutů a nutričních terapeutů.

3.2. Výzkumný soubor

Výběr všech informantů byl prováděn záměrným výběrem. Do výzkumu byli zařazeni informanti, kteří splňovali předem stanovená kritéria, konkrétně sestry pracující na chirurgickém oddělení se zkušeností s péčí o pacienty s chronickými střevními onemocněními. Současně byli do výzkumu zahrnuti také fyzioterapeuti a nutriční terapeutky, kteří přicházejí s těmito pacienty do kontaktu a aktivně se podílí na péči.

Pro tuto práci bylo vybráno 8 všeobecných sester, které mají zkušenosti s pacienty s chronickými střevními onemocněními, 2 nutriční terapeutky a 2 fyzioterapeuti. Všechny rozhovory proběhly osobně v nemocničním prostředí. Výsledky byly zpracovány metodou tužka – papír a následně kategorizovány do čtyř hlavních kategorií s podkategoriemi. Aby zůstala zachována anonymita, jsou sestry označeny S1–S8, nutriční terapeutky NU1–NU2 a fyzioterapeuti F1–F2, dle pořadí rozhovoru, ve kterém byli dotazováni.

Pro zkvalitnění výsledků byl nad rámec výzkumného šetření realizován jeden rozhovor se sestrou z gastroenterologické ambulance, který dokresluje celkový obraz péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními. Vzhledem k tomu, že se jednalo pouze o jeden rozhovor, bude se zjištěními z tohoto rozhovoru pracováno až v diskusi.

4. Výsledky

Tato kapitola prezentuje výsledky kvalitativního šetření. Výsledky jsou rozděleny do čtyř hlavních kategorií s odpovídajícími podkategoriemi.

4.1. Identifikační údaje

Tabulka č.1 Identifikační údaje sester:

Označení sester	Profese	Délka praxe s IBD	Pracoviště	Semináře/ konference
S1	Všeobecná sestra	8 let	Chirurgie	ANO
S2	Všeobecná sestra	20 let	Chirurgie	ANO
S3	Všeobecná sestra	8 let	Chirurgie	ANO
S4	Všeobecná sestra	5 let	Chirurgie JIP	NE
S5	Všeobecná sestra	5 let	Chirurgie	NE
S6	Všeobecná sestra	6 let	Chirurgie	NE
S7	Všeobecná sestra	30 let	Chirurgie	ANO
S8	Všeobecná sestra	8 let	Chirurgie a GEA	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum 2026

Tabulka č. 1 obsahuje identifikační údaje sester, jejich profesi, délku praxe s pacienty s IBD, pracoviště, na kterém působí, a zda se zúčastnily nějakých seminářů nebo konferencí zaměřených na chronická střevní onemocnění.

Sestra 1 (S1) pracuje jako všeobecná sestra na chirurgickém standardním oddělení. Ve zdravotnictví pracuje 12 let. S pacienty s chronickým střevním onemocněním se setkává přibližně 8 let, dříve se s nimi setkávala na interním oddělení a nyní se s nimi setkává na chirurgii, hlavně kvůli přípravě na operaci. Zúčastnila se dvou seminářů zaměřených na IBD v oblasti výživy a komplikací.

Sestra 2 (S2) pracuje jako všeobecná sestra se specializací v oboru chirurgie na chirurgickém oddělení. Ve zdravotnictví pracuje 20 let a s pacienty s IBD se setkává rovněž 20 let, dříve pracovala jako sestra na gastroenterologické ambulanci. Pravidelně se účastní seminářů a kongresů zaměřených na IBD.

Sestra 3 (S3) pracuje jako všeobecná sestra s certifikovaným kurzem v péči o stomiky. Pracuje na chirurgickém standardním oddělení. Ve zdravotnictví pracuje 13 let, z toho se posledních 8 let věnuje pacientům s IBD. Pravidelně navštěvuje chirurgické kongresy a semináře týkající se nových stomických pomůcek.

Sestra 4 (S4) pracuje jako všeobecná sestra. Ve zdravotnictví pracuje 5 let, dva roky pracovala na chirurgickém oddělení, poté přešla na chirurgickou JIP. S pacienty s IBD se setkává celých 5 let. Žádný seminář ani konferenci zaměřenou na IBD nenavštívila.

Sestra 5 (S5) pracuje jako všeobecná sestra na chirurgickém oddělení. Ve zdravotnictví pracuje 5 let a celých 5 let se věnuje pacientům s IBD. Semináře ani konference o IBD nikdy nenavštívila.

Sestra 6 (S6) pracuje jako všeobecná sestra na chirurgickém oddělení. V oboru pracuje 6 let a pacientům s IBD se věnuje rovněž 6 let. Žádné konference ani semináře zaměřené na IBD nenavštívila.

Sestra 7 (S7) pracuje jako všeobecná sestra. V oboru je již 30 let a pacientům se věnuje po celou dobu své praxe. Pracuje na standardním chirurgickém oddělení. Navštívila konferenci o IBD v Praze.

Sestra 8 (S8) pracuje jako všeobecná sestra. V oboru je již 12 let a posledních 8 let se věnuje pacientům s IBD. Pracuje na poloviční úvazek na chirurgickém oddělení a druhou polovinu úvazku má na gastroenterologické ambulanci. Semináře zaměřené na IBD pravidelně navštěvuje a účastní se seminářů pořádaných Českou gastroenterologickou společností.

Tabulka č. 2 Identifikační údaje nutričních terapeutů a fyzioterapeutů:

Označení	Profese	Délka praxe s IBD	Pracoviště
F1	Fyzioterapeut	10 let	Rehabilitace
F2	Fyzioterapeut	3 roky	Rehabilitace
NU1	Nutriční terapeut	6 let	Externí pracovník
NU2	Nutriční terapeut	8 let	Nutriční amb.

Zdroj: Vlastní výzkum 2026

Tabulka č. 2 obsahuje identifikační údaje o nutričních terapeutech (NU) a fyzioterapeutech (F). V tabulce je uvedena profese, délka praxe v péči o pacienty s IBD a pracoviště.

Fyzioterapeut 1 (F1) pracuje jako fyzioterapeutka. Pacientům s IBD se věnuje 10 let, což odpovídá také její celkové době praxe. Pracuje na rehabilitačním oddělení, zároveň je externí pracovník a často navštěvuje interní a chirurgická oddělení.

Fyzioterapeut 2 (F2) pracuje jako fyzioterapeut se specializací na bazální stimulaci. Ve zdravotnictví je 8 let a pacientům s IBD se věnuje 3 roky. Pracuje na rehabilitačním oddělení, je externím pracovníkem a často navštěvuje interní a chirurgická oddělení.

Nutriční terapeut 1 (NU1) pracuje jako nutriční terapeutka přibližně 8 let, pacientům s IBD se věnuje posledních 6 let. Je zaměstnaná pod stravovacím provozem nemocnice, zároveň působí jako externí pracovník na jednotlivých odděleních.

Nutriční terapeut 2 (NU2) pracuje jako nutriční terapeutka. V oboru je již 10 let a pacientům s IBD se věnuje posledních 8 let. Pracuje některé dny v týdnu na nutriční ambulanci, jinak dochází jako externí pracovník na oddělení.

4.2. Kategorizace výsledků kvalitativních dat

1. **Kategorie: Potřeby pacienta:**
    - 1.1. fyziologické potřeby
    - 1.2. Psychické potřeby
    - 1.3. Sociální potřeby
2. **Kategorie: Ošetřovatelská/ odborná péče o pacienty s IBD:**
    - 2.1. monitorace příznaků
    - 2.2. Specifika péče o pacienty
    - 2.3. Prevence komplikací onemocnění
3. **Kategorie: Role sestry v péči o pacienty s IBD:**
    - 3.1. edukační role
    - 3.2. Podpůrná role
    - 3.3. Koordinační role

4. **Kategorie: Mezioborová spolupráce:**
    - 4.1. Formy spolupráce a komunikace s nutričním terapeutem a fyzioterapeutem
    - 4.2. Přínos mezioborové spolupráce pro péči o pacienty
    - 4.3. Bariéry a překážky spolupráce
    - 4.4. Návrhy na zlepšení spolupráce

Kategorie 1 Potřeby pacienta

Tato kategorie se zaměřuje na vnímané potřeby pacientů s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Informanti byli dotazováni na to, jaké potřeby se u pacientů s IBD vyskytují nejčastěji. Na základě analýzy byly potřeby pacientů rozděleny do tří podkategorií, a to fyziologické, psychické a sociální.

Podkategorie 1.1. Fyziologické potřeby

V této části se zaměřujeme na fyziologické potřeby pacientů s IBD, které jsou z důvodu onemocnění často narušeny.

Sestry S1–S8, nutriční terapeutky NU1–NU2 a fyzioterapeuti F1–F2 se shodují, že pro pacienty s chronickým střevním onemocněním je nejdůležitější zmírnění bolesti břicha. *„Hlavně úleva od bolesti, tu potřebují ti, co jsou po operaci, i ti, co jsou v relapsu. Kolikrát přijmeme člověka, že je to slepák, a nakonec je to Crohn, takže bolesti to mají velké,“* vysvětlila S6. S7 doplnila*: „Potřebují ulevit od bolesti, mívají velké křeče nebo i pálení konečníku, proto jim podávám léky na bolest hned, co si o ně řeknou, nebo když vidím, že zaujímají úlevovou polohu.“* Sestry tento aspekt zdůrazňovaly jako prioritní součást péče, zatímco nutriční terapeutky poukazovaly zejména na bolest spojenou s příjmem potravy. Jak uvádí NU2: *„Mají strach z bolesti po jídle a jsou velmi striktní ve stravě.“* NU1 doplnila: *„Někdy není strach z jídla hlavní příčina, u některých pacientů je snížený příjem potravy spojený s nechutenstvím.“* F2 naopak upozornil na potřebu být bez bolesti, aby mohli být pacienti aktivní.

S1, S5, S8 a NU2 uvedly, že jeden z častých problémů těchto pacientů je průjem, který je velmi omezuje v denních aktivitách. NU1 podotkla, že průjem spojený s nechutenstvím vede ke snížení hmotnosti a podvýživě. Na tom se shodly také S1, S2, S5 a S8. Proto je pro pacienty nezbytná dostatečná nutriční podpora. S3 uvedla jako další důležitý aspekt

potřeb pacienta zvládnutí pooperační nevolnosti. NU2 upozornila na opomíjenou potřebu odpočinku. F2 doplnil: *„Tito pacienti potřebují mít naplánovanou aktivitu, aby nedošlo k jejich vyčerpání.“*

Podkategorie 1.2. Psychické potřeby

Pacienti s IBD často prožívají úzkost, stres a strach, které jsou většinou spojeny s příznaky onemocnění. Zaměřily jsme se na to, jaké psychické potřeby pacientů s IBD považují nelékařští zdravotničtí pracovníci za nejdůležitější.

S1–S8 se shodly, že je důležitá potřeba bezpečí a jistoty a psychická podpora. Strach u pacientů v životě hraje velkou roli, hlavně kvůli neustálému nutkání na stolici a potřebě mít v blízkosti toaletu. *„Ti lidé mají panickou hrůzu, hledají všude záchod, chtějí ho mít co nejblíž a mít ho pořád volný. Potřebují mít třeba i u postele gramofon nebo podložní mísu, jsou pak více v klidu, když ví, že mají něco po ruce,“* odpověděla S7. Důležitost soukromí vyzdvihla S4, S5 a S6. *„Potřebují soukromí, protože podle mě jsou pro ně pokoje s více lidmi za trest, když musí chudáci třeba desetkrát za noc na mísu a přes den to ani nepočítám, kolikrát to v té akutní fázi ani nestihnou, a pak se hrozně stydí i před svými spolupacienty,“* poznamenala S6.

Mezi další důležitý psychický aspekt patří potřeba přijetí vlastního těla, se kterou má mnoho pacientů problém, hlavně po operaci končící stomií. Na tomto se shodly S3 a S1. V tomto období je pro pacienty nejdůležitější psychická podpora, jak uvedla S3. S1 poukázala na problém odsuzování stomiků ve společnosti. *„Když mají stomii, tak mají hodně velký problémy přijmout svoje tělo a někdy se setkávám s názory, že radši budou sedět na záchodě než mít „vývod“, ale tak většinou mluví ti pacienti, co nejsou v tom nejhorším stádiu nemoci.“* Pacientům v tomto období je nabídnuta odborná psychologická pomoc. F1 upozornil na důležitost pohybu pro zachování psychického zdraví *„Pro lepší psychiku by se určitě měli snažit cvičit a víc hýbat. Myslím si, že nedostatek pohybu jim na psychiku moc nepřidá.“*

Podkategorie 1.3. sociální potřeby

Pacienti potřebují uspokojení i sociálních potřeb, protože jsou často v osobním i sociálním životě touto nemocí hodně omezeni. Onemocnění narušuje jejich práci, intimní život, vztahy i sociální kontakty. Do sociálních potřeb patří také strach, ne ten z operací, ale spíše ze společnosti, ztráty zaměstnání nebo ztráty sociálních kontaktů. *„Často se*

setkávám i se strachem, a ani ne tak kvůli operaci, na tu se většina lidí těší, protože vidí nějakou naději na vyléčení. Spíš mají strach ze ztráty práce nebo partnera. Hodně často nabízíme psychologickou pomoc, protože u některých pacientů už se to schyluje až k depresi, si troufám říct. Snažíme se jim dávat nějakou psychickou podporu i my, ale to ne vždycky stačí," rozvedla S1.

S3 upozornila na narušení osobních intimních vztahů. S4 dodala: *„Také určitě potřebují mít přehled o tom, co se s nimi bude dít v léčbě, a možnost samostatně se rozhodnout, jakou léčbu budou chtít podstoupit."* S8 se domnívá, že je pro pacienty s IBD důležitá informovanost ve všech oblastech, kontakt s rodinou, jejich podpora a dobré rodinné vztahy. Pacienti potřebují mít také dobrého zaměstnavatele, aby si udrželi pracovní pozici. Pro S7 je důležité udržování sociálních kontaktů a zabránění izolaci klienta. *„Měli by co nejvíce zůstat v kontaktu s lidmi,"* dodala S7.

Kategorie 2 Ošetřovatelská/ odborná péče o pacienty s IBD

Tato kategorie se zaměřuje na ošetřovatelskou a odbornou péči o pacienty s IBD. Zajímalo nás, jak informanti postupují při sledování typických příznaků IBD, jako jsou bolest, průjem, krvácení nebo únava. Rovněž nás zajímala specifika péče o tyto pacienty a prevence komplikací.

Podkategorie 2.1. monitorace příznaků

V této podkategorii jsme se dotazovaly pouze všeobecných sester. Otázka na monitoraci hlavních příznaků IBD byla u nutričních terapeutů a fyzioterapeutů vynechána.

Bolest je pro pacienta velmi nepříjemná a často velmi intenzivní. S1–S8 se shodly, že bolest hodnotí u pacienta podle škály VAS. S1, S2, S5, S7 a S8 podávají pacientům analgetika dle jejich potřeby. Naopak S6 uvádí, že analgetika podává pacientovi v akutní fázi pravidelně: *„Na bolest v akutní fázi žádám lékaře, aby analgetika rozepsal pravidelně. Nechce se jim to moc takhle psát, ale já si myslím, že se pacientům nejvíc uleví."* S4 uvedla, že bolest hodnotí při každém kontaktu s pacientem. S3 podotkla, že bolest hodnotí jak v klidu, tak při pohybu. S1 doplnila informace o monitoraci bolesti: *„Zajímá nás, jestli bolest vznikla po jídle nebo se zmírnila po vyprázdnění. Hodnotíme bolest pravidelně dvakrát denně pomocí VAS. Když se pacientovi zdá bolest nějaká horší nebo jiná, vždy informuji lékaře, aby pacienta vyšetřil."*

Průjem patří mezi další časté příznaky IBD a omezuje pacienta v denních činnostech i v noci. U střevních zánětů je způsoben zánětlivými změnami ve střevní sliznici a často ohrožuje pacienta dehydratací a minerálovým rozvratem. S1, S2, S3, S5, S6, S7 a S8 se shodly, že při průjmu hodnotí frekvenci, barvu a příměsi. *„Když vidím krev, tak hned informuji doktora a popíšu mu, jak stolice vypadá, nebo mu ji nechám ukázat,“* odpověděla S5. S4 dodala: *„Průjmy v klasické formě u nás tak často nevidíme. Spíše sledujeme odpady drénů a stomie.“* S1, S3 a S6 se shodly, že u pacientů s průjmem je nutné zaznamenávat bilanci tekutin, aby se předešlo dehydrataci. Jak uvedla S6*: „Průjem píšeme i do výdeje, protože přece jen je to pořád tekutina.“* S1 zdůraznila nutnost zvýšení pitného režimu a podávání infuzní terapie k vyrovnání bilance. S3 připomněla nutnost sledování a zapisování výdeje ze stomie, protože ileostomie ohrožuje pacienta masivní ztrátou vody a minerálů během několika hodin. S1–S8 uvedly, že počet stolic zaznamenávají do dokumentace a hlásí lékaři.

Krvácení u pacientů s IBD může být součástí probíhajícího zánětlivého onemocnění, kdy se objevuje krev ve stolici, ale také může signalizovat komplikace. Proto je nutné žádné krvácení nepodcenit. *„U nějakého velkého krvácení, které ale není tak časté, se odebírá hemoglobin a celý krevní obraz, aby se zjistila krevní ztráta, u pacienta se sleduje hlavně tlak a pulz, někde je třeba i podání transfuze nebo endoskopické vyšetření. Ale to záleží až na rozhodnutí lékaře,“* odpověděla S1. S2 doplnila: *„Při krvácení chceme, aby pacient nesplachoval a mohli jsme samy zhodnotit, jak vypadá krev ve stolici. Za svoji praxi jsem se už párkrát setkala s nutností podání erymasy.“* S6 naopak poznamenala, že pokud se nejedná o masivní krvácení, pouze sleduje jeho vývoj a lékaři zatím nic nehlásí. Krvácení přisuzuje střevnímu onemocnění, jelikož je to jeden z jeho příznaků. S3 se shodla se S1, S2, S4, S6 a S8, že hlásí všechny druhy krvácení lékaři.

Častým příznakem onemocnění je také únava, která negativně ovlivňuje život pacientů s IBD, ať už v pracovním, nebo v osobním životě. S2–S8 se shodly, že je důležité pacientovi dopřát dostatek odpočinku a klidu. S2 upozornila: *„Pacient může být unavený více, než je obvykle běžné. Vždy je důležité myslet na souvislosti, zajistit mu odpočinek, ale také zjistit, zda není nějaká jiná příčina únavy.“* S4 naopak poznamenala: *„Únavu moc nehodnotíme, protože v pooperačním období jsou unaveni všichni pacienti bez ohledu na onemocnění.“* S5 uvedla, že pacientům klid dopřeje, ale nedovolí, aby prospali celý den, protože by pak nespali v noci: *„Je to takové složité balancování, protože jsou z průjmů a nemoci samotné dost vyčerpaní.“* Podle S6 jsou pacienti nejvíce unavení v

období relapsu, poté se únava snižuje. S7 dodala: *„Co se týče únavy, nějak extra se neřeší. Sleduje se hlavně, zda mají sílu se posadit a provést hygienu. Pokud ne, pátráme po příčině. Většinou je to dehydratace, nedostatek jídla nebo infekce.“*

Podkategorie 2.2. specifika péče o pacienty

V této podkategorii jsme se zaměřily na specifickou péči poskytovanou pacientům s IBD. Zajímala nás jak ošetřovatelská péče, tak odborná péče poskytovaná fyzioterapeuty a nutričními terapeutkami. Na tuto otázku byli dotazováni všichni informanti.

S1–S8 se shodly, že u všech pacientů je důležité každý den sledovat kalorický profil a bilanci tekutin, které jsou klíčové pro prevenci malnutrice a dehydratace. S1 sdělila: *„Musím sledovat bilanci tekutin s kalorickým profilem u všech pacientů s IBD, protože mají velké ztráty tekutin kvůli průjmům a málo jedí, protože se bojí dalších hodin strávených na záchodě. Je to pro nás důležité kvůli další terapii, a hlavně i při přípravě na operaci.“* Důležité je také sledovat stolici na tom se shodly S1, S2, S3, S5, S6, S7 a S8. S1 doplnila: *„Musím si hlavně všímat charakteru a frekvence stolice. Zajímají nás také příměsi, například krev, která se vyskytuje hodně často, stejně tak jako nestrávené zbytky potravy nebo hlen. Pacienty poučuji o tom, aby každou stolici nahlásili a pokud je to možné, aby nesplachovali, protože z jejich popisu se těžko usuzuje, jak přesně stolice vypadá.“*

U pacientů je společně s kalorickým profilem vhodné sledovat i chuť k jídlu a úbytek hmotnosti Je také důležité snažit se co nejdéle zachovat enterální příjem potravy. Na tom se shodly S1 a S2. S2 vysvětlila: *„Nejčastěji jde hlavně o podávání infuzní terapie a podávání parenterální výživy nebo enterální výživy v podobě sippingu, ale to záleží na stavu pacienta. V akutních fázích jsou většinou vždy odkázáni na parenterál.“* S1 doplnila*: „Každé pondělí a neděli pacienty vážíme. Hlavně ty, kteří jsou u nás hospitalizovaní delší dobu. Obáváme se totiž malnutrice. V pondělí se odebírá vždy albumin, který by nám podvýživu u pacienta odhalil.“* S1–S8 se shodly, že pravidelně provádějí kontrolní odběry biologického materiálu. *„Na oddělení odebíráme CRP, albumin, krevní obraz a další odběry dle lékaře,“ u*vedla S8. S4 poznamenala, že odebírají i kapilární ASTRUP kvůli komplikacím, které mohou u pacientů vzniknout.

S2 a S3 zdůraznily důležitou část specifické ošetřovatelské péče u pacientů s IBD, a to péči o stomie a přípravu pacienta před operací. *„Jelikož jsem si udělala kurz na stomickou*

sestru, tak moji hlavní pracovní náplní je příprava pacientů na stomii. Edukuji je v této oblasti, ukazuji jim pomůcky, vysvětluji péči a snažím se odpovědět na všechny jejich dotazy, ať už je to v oblasti sexuálního života, nebo běžného každodenního života. Často se přes den ocitnu i na jiném oddělení, kde takového pacienta mají. S lékařem spolupracujeme a společně zakreslujeme stomii tak, aby pacientovi co nejvíce vyhovovala její poloha. Jelikož správným výběrem místa zabráníme vzniku mnoha komplikací," vysvětlila S2. S7 podotkla, že péče o stomii ji zabere hodně času: *„Často měníme stomické sáčky, oblepujeme je, všemožně vypodkládáme, aby stomie držela a nikde nepoleptala kůži. Někdy je to práce i na půl hodiny. Člověk musí mít grif na to, jak správně stříhat a lepit, aby nepoškodil pacienta."* S6 naopak poukázala na to, že se péči o stomie vyhýbá: *„Když mají stomii, tu já neměním, dělá to naše staniční, která na to má kurz. Ani nevím, jak se tam vystříhávají ty jednotlivé díry. Bojím se, že bych to nalepila blbě, tak se tomu vyhýbám, když můžu."*

S4 upozornila, že je důležité sledovat fyziologické funkce a péčovat o invazivní vstupy, aby se předešlo komplikacím. *„Jinak mi přijde péče o pacienty stejná jako o všechny ostatní. Tohle mi přijdou jako ty největší rozdíly. Také je často připravujeme na kolonoskopii nebo gastro, ale tam je ta příprava stejná jako u jiných pacientů,"* odpověděla S1. S5 dále zmínila, že během dne několikrát s pacienty provádí hygienickou péči: *„…hodně během dne děláme hygieny, protože často pacienti nestíhají doběhnout na záchod."* Na tomto tvrzení se shodla společně S7, která navíc poukázala na důležitost prevence vzniku opruzeniny. Co se týče běžné ošetřovatelské péče, S3–S8 se shodly, že velkou část jejich práce tvoří ošetřovaní operačních ran, podávání antibiotik, infuzní terapie, analgetik a předoperační a pooperační péče. S3 navíc podotkla, že velmi často podává parenterální výživu.

Druhá část otázky byla zaměřena na to, co je podle názoru informantů nejzásadnější prvek péče o pacienty s IBD. S1, S2, S4, S5, S7 a S8 se shodly, že jedním ze základních prvků péče o tyto pacienty je empatie, porozumění, trpělivost a lidský přístup. Toto tvrzení nejlépe popsala S1*: „Za mě je nejdůležitější podpora pacienta, protože jsou hodně často smutní. Nemůžou pracovat a třeba si ani najít partnera. Takže nejdůležitější je pochopení a empatie a taky individuální přístup, protože za ty roky jsem zjistila, že každému pacientovi vyhovuje něco úplně jiného*." S2 doplnila: *„Jelikož se jedná o skoro nevyléčitelné onemocnění, je hlavní si vytvořit s pacientem vztah, který je založený na důvěře, což musím říct, že se mi docela daří. Protože stomie je velký zásah do života*

pacienta a vždy potřebuje někoho, kdo jeho obavy zmírní a uklidní ho. Sestra by měla být vždy schopná rozpoznat zhoršení stavu, jak fyzického, tak i psychického, a podle toho dále jednat. Ale na to není až tak moc času při normálním provozu.“ S5 dále zmínila: *„Podle mě je to trpělivost a lidský přístup. Chodí sem strašně mladí lidé. Snažím se být milá a šířit tady pozitivní náladu, aby se cítili dobře. A taky je uklidňuju, že když se jim přihodí nějaká tahle nehoda, tak že se nikdo nezlobí a nic se neděje.“* S3 zhodnotila jako nejzásadnější, přípravu pacienta na soběstačnost. *„Naším cílem je, aby pacient od nás odcházel s novou stomií a byl řádně soběstačný a edukovaný. Zásadní je trpělivost a dostatek času, aby se pacient naučil s pomůckami manipulovat a uměl svoji stomii ošetřovat.“*

S4 zdůraznila, že pro ni je jeden z nejzásadnějších prvků péče tišení bolesti u pacienta, zvládnutí pooperační péče a jeho komfort. S6 poukázala hlavně na fyziologické potřeby pacientů: *„Podle mě hlavně hygiena, někteří pacienti o sebe neumí pečovat. Jsou pak všude opruzení a nedostatečně umytí. Takže na tom si opravdu zakládám, aby neměli opruzeniny a nezpůsobovalo jim to ještě větší potíže a bolesti. A jako druhá je to určitě hydratace, je důležité hlídat, aby něco vypili nebo i snědli, dost na to kašlou.“*

Fyzioterapeuti a nutriční terapeuti byli dotazováni zejména na úkony, které spadají do jejich odborné kompetence a které pravidelně vykonávají u pacientů s IBD. F1 uvedl: *„Z mé pozice je to nácvik vertikalizace, chůze s pomůckami, ať už je to chodítko nebo třeba berle. Jinak se u těchto pacientů spíše zaměřujeme na dechová cvičení po operaci nebo na vertikalizaci po operaci.“* F2 doplnil: *„Snažím se přizpůsobit pohyb pacientovu aktuálnímu stavu. Hodně často jsou unavení, tak tomu i to cvičení a pohyb přizpůsobujeme. Někdy jim chybí motivace k pohybu, tak se je snažím i motivovat. A řeším s nimi i různé bolesti, snažím se jim ukázat úlevové polohy nebo cvičení.“* Za nejzásadnější prvek péče o tyto pacienty považuje F1 individuální přístup a dostatek času na jednotlivé pacienty. Podle něj je důležité respektovat odmítnutí a pacientův aktuální stav a dělat kompromisy. Pro F2 je nejdůležitějším prvkem péče naslouchat pacientům a respektovat jejich přání a potřeby. *„Naším hlavním cílem je posílit svalovou hmotu, ale zase je neunavit tak, aby se cítili vyčerpaní. Někdy se balancuje na tenké hranici. Hlavně i po operacích,“* dodal F2.

NU1 uvedla, že nejčastěji vykonává nutriční screening a podrobnou nutriční anamnézu pacienta. Poznamenala, že s pacienty tolik nekomunikuje kvůli omezeným časovým

možnostem. *„Provádím nutriční screening a podrobnou nutriční anamnézu. S pacientem komunikuji méně kvůli časovým možnostem. Každý den kromě víkendu mám přehled o jeho nutričním příjmu, který chodíme každý den počítat z předchozího dne. Nejčastěji edukuji pacienty o dietě a tom, co mohou a nemohou jíst, a třeba i kolik by měli jíst a jak velké porce. Monitoruji i příjem z parenterální výživy a sippingu.“* NU2 doplnila: *„Sestavuji v kuchyni diety, sleduji stav albuminu, BMI, riziko malnutrice a sestavuji nutriční plány. Řeším i aspekty umělé výživy a její rizika a snažím se zachovat co nejdéle příjem enterální výživy.“* Za hlavní a nejdůležitější prvek péče považují NU1 a NU2 individuální přístup. *„Hlavně individualizace, každému pacientovi vyhovuje jiný příjem, jiné potraviny i jiné množství, ne každý pacient toleruje to, co předchozí. U každého pacienta jsou jiné spouštěče a jiná tolerance potravin,“* řekla NU1. NU2 upozornila na to, že je důležité, aby pacient jídlu porozuměl, nebál se jídla a tolik se neomezoval.

Podkategorie 2.3. Prevence komplikací onemocnění

Prevence komplikací je důležitou součástí ošetřovatelské péče. Cílem je minimalizovat vznik sekundárních problémů a tím zlepšit kvalitu života pacienta a snížit dobu hospitalizace. V rámci této podkategorie jsme se dotazovaly všech informantů na intervence zaměřené na prevenci komplikací chronických střevních onemocnění. Zaměřily jsme se hlavně na komplikace, které jsou ovlivnitelné ošetřovatelskou péčí, a to na malnutrici, dehydrataci a kožní poškození. Nutričních terapeutek jsme se dotazovaly pouze na prevenci malnutrice a fyzioterapeutů na svalovou atrofii a další komplikace, které brání pohybu.

Malnutrice se řadí mezi velmi časté komplikace idiopatických střevních zánětů. Proto je důležité ji předcházet nebo včas identifikovat. S1–S8 uvedly, že je velmi důležité striktně sledovat kalorický profil pacienta. S1, S3 a S8 doplnily, že by měl být pacient alespoň jedenkrát týdně vážen. Intervence u malnutrice charakterizovala S7: *„U Malnutrice sledujeme, co pacient jí, a všechno zapisujeme. Snažím se pacienty motivovat, aby snědli alespoň polévku, ale často se bojí nebo vůbec nemají chuť, tak jim místo toho nabídnu alespoň Nutridrink, který podávám vychlazený. Mohou si vybrat z několika variant.“* S2 dodala: *„Velmi důležité je u člověka v malnutrici včasné nasazení sippingu nebo parenterální výživy, většinou je parenterální výživa jenom doplňková, aby se pokryla denní potřeba pacienta.“* S5 zmínila, že pokud je pacient v riziku malnutrice, snaží se objednávat jídla na přání, pokud se shodují s pacientovou dietou. Také podotkla nutnost

zapojení rodiny do péče o pacienta. S8 zdůraznila nutnost spolupráce s nutriční terapeutkou: „*Snažíme se co nejdříve kontaktovat nutričního terapeuta, aby zhodnotil pacienta stav a navrhl optimální řešení a doplňky výživy.*“ NU1 popsala intervence nutričních terapeutů při riziku malnutrice*: „Důležité je pravidelné vážení pacienta a přehodnocování nutričního screeningu. Hodnotíme i BMI, které pro nás sice není zásadní hodnotou, ale provádíme i tohle měření. Sledujeme pravidelné hodnoty v odběrech, jako je albumin, a také chuť k jídlu a příjem stravy. Včas se snažíme zavést preventivní opatření, aby nedošlo k malnutrici. Necháme pacienta si jídlo vybírat a nabízíme často malé porce. Důležitá je i správná hydratace pacientů.*“ NU2 pouze doplnila, že sipping je potřeba podávat vychlazený pro lepší chuť a také často měnit příchutě a konzistence výrobků, aby měli pacienti co nejpestřejší jídelníček.

U pacientů s idiopatickými střevními záněty se velmi často vyskytuje dehydratace, nejčastěji způsobená častými průjmy. Proto je důležitá prevence nebo včasné rozpoznání příznaků a dostatečná rehydratace pacienta. S3 uvedla, že prevence dehydratace spočívá v pravidelném sledování kožního turgoru, vlhkosti sliznic a vedení bilančního listu. Na tomto tvrzení se shodly i S1, S2, S4, S5, S6, a S8. S4 ve své odpovědi uvedla, že je důležité zapsat do výdeje tekutin i odvedený obsah z nasogastrické sondy, stomie a drénů. S7 zdůraznila, že u pacientů s ileostomií je důležité podávat i jiné tekutiny než pouze čistou vodu, protože ztrácejí hodně minerálů. S7 doplnila informaci, že pacientům bývá podle výsledku bilančního listu podávána infuzní terapie dle ordinace lékaře.

Kožní integrita je u pacientů s idiopatickými střevními záněty nejvíce ohrožena opruzeninami. Pokud se opruzeniny vyskytují v oblasti genitálu a konečníku, jedná se nejčastěji o inkontinenční dermatitidu. Jakékoliv defekty na kůži mohou negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta i jeho komfort. „*Abychom předešli kožnímu poškození, kůži preventivně mažeme bariérovými krémy, a pokud je již poškozena, řešíme další postupy. Spolupracujeme podle potřeby s ambulancí hojení ran. Kůži kontrolujeme pravidelně, hlavně v perianální oblasti a v okolí stomie. Je velmi důležité umět správnou výměnu stomického sáčku, aby docházelo k co nejmenší iritaci kůže,*“ uvedla S1. S5 doplnila: „*Dbáme na pořádné vysoušení v oblasti konečníku a po každé stolici se snažíme konečník opláchnout vodou místo dření toaletním papírem.*“ S7 vyjádřila svůj názor: „*Na kůži je nejlepší zinkovka, už nám ji zakazují používat, ale mně furt vyhovuje nejvíc. Nějaké jejich moderní oplachy mi nepřijdou tak účinné. Taky je dobrý kůži větrat, takže jsem proti tomu dávat lidem plíny, radši převleču postel.*“ S názorem S7 souhlasila také S5.

S8 naopak popsala svou zkušenost: *„Hodně se nám osvědčila spolupráce s ambulancí hojení ran, oplachové roztoky dobře zabírají. Pacienty někdy odesílám i z ambulance, když je třeba konzultace.“* S1 a S4 upozornily i na problematiku vzniku dekubitů a ragád v oblasti hýždí. *„Hodně často se setkáváme s ragádami v gluteální rýze a opruzeninami. Snažíme se tomu zabránit, ale s takovou frekvencí stolice je to celkem těžké. Pravidelně oblast okolo konečníku prohlížíme a dáváme pacientům vlhčené ubrousky nebo jim doporučuju, aby se osprchovali, ale to se jim často nechce, protože jsou hodně unavení. Preventivně mažeme buď my, nebo pacienti okolí konečníku mastmi, zaleží na jejich soběstačnosti. Setkala jsem se už i s dekubitem, který se objevil pacientce, protože byla ležící a měla Crohna. Jak jsme ji pořád dávali na mísu, až se ji vytvořil dekubit. Ale takové komplikaci se těžko předchází,“* popsala svou zkušenost S1. S4 doplnila informaci: *„U imobilních pacientů používáme antidekubitní matrace a polohujeme je.“*

Svalová atrofie a snížená svalová síla patří mezi časté komplikace u pacientů se sníženou pohyblivostí. *„Z mého hlediska je největší komplikací úbytek svalové hmoty a také proleženiny. Takže se snažíme s pacienty cvičit i v lůžku a otáčet je na boky. Snažíme se hodně využívat kondiční cvičení na lůžku, aby sílu zachovali co nejdéle,“* uvedl F1. F2 doplnil: *„Sledujeme svalovou sílu, chceme, aby nám stiskli ruku. Podle tohohle jednoduchého testu poznáme, jestli ztrácí svalovou hmotu. Taky se snažíme zabránit přetěžování pacientů, aby nebyli po cvičení úplně vyčerpaní, protože únava nám hodně do cvičení hází vidle.“*

Kategorie 3 Role sestry v péči o pacienty s IBD

V této kategorii jsme se zaměřily na analýzu role sestry v péči o pacienty s idiopatickými střevními záněty. Na základě získaných dat byla tato kategorie rozdělena na tři podkategorie, které odrážejí komplexní funkci v péči. První podkategorie je zaměřená na edukační roli sestry, druhá podkategorie na podpůrnou roli sestry a třetí podkategorie na koordinační roli sestry. Tato struktura přehledně zachycuje činnosti sester při péči o tyto pacienty. Otázky v této kategorii byly pokládány pouze sestrám.

Zajímalo nás, jak sestry samy popisují hlavní náplň své práce při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněním. S1 odpověděla: *„Konkrétně u těchto pacientů si myslím, že hlavní náplní je individuální přístup, podpora a empatie, to beru jako svoji nejdůležitější roli v této oblasti.“* S2 podotkla, že její práce je naplněna vysoce odbornou technickou péčí. *„Ale také jsem v roli podporovatele, koordinátora a edukátora. Řekla*

bych, že moje náplň práce je velmi pestrá.“ S3 zmínila, že je hlavně průvodcem pro pacienty se stomií a že její prací je naučit pacienta starat se o sebe a dodat mu naději, že život se stomií nekončí. S4 a S5 se shodly, že jejich hlavní náplní práce je poskytování individuální ošetřovatelské péče a předcházení komplikacím. S6 prezentovala svůj názor: *„Přijde mi to trochu už jako práce ve fabrice, je to jako na běžícím páse. Rozdávat léky, hygieny, infuze, převazy, zapsat všechno. Řekla bych, že je to taková práce všeho druhu, někdy jste v roli skoro psychologa a někdy jste jenom prostě sestra.“* S7 ve své odpovědi uvedla: *„Pečuji o všechny jeho potřeby, o to, aby byl v čistotě a aby ho nic nebolelo. Jsem pro něj i opora, může se na cokoliv zeptat a já se mu snažím vždycky odpovědět.“* S8 sdělila*: „Řekla bych že jsem koordinátor i poskytovatel péče. Na ambulanci jsem spíše pomocná ruka lékaře a koordinátor další péče. Na lůžkovém oddělení jsem spíše poskytovatel péče a plním klasické ošetřovatelské úkony.“*

3.1. Edukační role

V této podkategorii jsme se zaměřily na edukační roli sestry. Zajímalo nás, jaké informace považují sestry za nejdůležitější při edukaci pacientů s idiopatickými střevními záněty a jakým způsobem edukace pacientů probíhá v různých oblastech, jako jsou výživová doporučení, farmakoterapie a režimová opatření.

S1 a S8 se shodly, že nejdůležitější v rámci edukace pacienta je poučení o režimových opatřeních a předcházení relapsům. *„Důležité je informovat pacienta, jak se chovat v době remise a relapsu, protože relaps je pro pacienta to nejnáročnější období. Je důležité ho poučit o dodržování diety, o pravidelném braní léků a o rozpoznání varovných signálů zhoršení onemocnění,“* odpověděla S8.

S2 považuje jako nejdůležitější část edukace péči o stomii a dodržování správných dietních opatření: *„Tak s ohledem na moji specializaci je za mě nejdůležitější edukace v péči o stomii. Vysvětluji pacientům, jaké jsou možnosti sáčků, plavek a návleků na sáčky. S tím souvisí i dieta, která se malinko liší, od normální bezezbytkové diety, co pacienti mají. Týká se to i edukace v oblasti porcí a častosti jedení. Pacienty je důležité informovat, kde dostanou stomické pomůcky a jak je to s hrazením od pojišťovny.“* S názorem S2 se shoduje S3, doplnila pouze nutnost edukace o pitné režimu, pacienti se stomií musí pít častěji po malých dávkách.

S4 poukázala na to, že by se pacient v rámci edukace neměl zatěžovat odbornou teorií a terminologií. S4 zdůraznila nutnost nácviku správného dýchání a kašlání: „*Učíme pacienty správně dýchat, jak si přidržet ránu při zakašlání a poučujeme je o včasné mobilizaci kvůli riziku trombózy.*“ S5 vyjádřila názor, že nejdůležitější je poučit pacienta o tom, že i s tímto onemocněním se dá žít plnohodnotný život. S6 poukázala na nutnost edukace v oblasti sebepéče, aby pacient věděl, jak o sebe pečovat, co má jíst a jak se chovat. S7 navíc dodala: „*Taky je učíme, jak správně pečovat o kůži a konečník. Někdy mají ty speciální prostředky z ambulance hojení ran, ale já jim doporučuji zinkovku. Informace ohledně stomie dostávají od stomické sestry, já jim to opakuji jen tak jednoduše.*“ S1–S8 se shodly na tom, že důležitou částí edukace je poučení pacienta o dodržování správné životosprávy.

Způsob, jakým probíhá edukace, nejlépe popsala S1: „*Co se týče diety, tak dostávají vypracovaný papír s potravinami, co jíst a co nejíst. Jinak nejsem moc schopna je o jídle více dopodrobna poučit, vím jen něco málo z těch seminářů. Ale na některé konkrétní otázky neznám odpovědi. Často se ptají na konkrétní potraviny a věci a já si nejsem úplně stoprocentně jistá. Ohledně léků pacienty poučí lékař a důležité informace napíše do propouštěcí zprávy, které já znovu pacientům vysvětlím. Poučuji je hlavně o nutnosti pravidelného užívání. Stejně tak i režimová opatření napíše lékař do lékařské zprávy a pacientům je také všechny vysvětlí, a já je poté pacientovi znovu přeříkám. Není úplně něco o čem bych je poučovala pouze já sama. Pokud mají stomii, tak je poučuje stomická sestra, a to já nejsem, takže poskytuji pouze informace, které k té problematice znám. Důležité je hlavně pořád všechno opakovat a dát pacientům vše písemně, aby tomu rozuměli.* S2 dodala: „*U diet využíváme spolupráci nutričního terapeuta. U farmakoterapie je hlavně důležitá aplikace třeba biologické léčby v perech, ale o tom je edukují v biologickém centru. Jinak je důležité pravidelné užívání léků a upozornění na nežádoucí účinky, hlavně při užívání kortikoidů a zákazu jejich vysazování. Pacienti by se měli naučit vnímat své tělo a při jiném nebo neobvyklém výskytu příznaků kontaktovat lékaře, aby předešli komplikacím.*“ Podle S3 je hlavní informace dávkovat postupně, aby pacient nebyl zahlcen a všemu porozuměl. Vždy je dobré se s pacientem bavit o konkrétním období, které prožívá, a ne dopředu. S4 uvedla, že na jednotce intenzivní péče probíhá edukace o dietě pouze ústní formou a velmi stručně, jelikož pacienti nedostávají plnou dietu, ale pouze dietu tekutou nebo mixovanou, když se spustí střevní pasáž.

S5 řekla: *„Sednu si k nim a probíráme to lidsky. O životním stylu je nějak moc nepoučuji, sama totiž nejsem někdo, kdo by měl, co někomu kázat. A hlavně ani nevím, co přesně by měli a neměli dělat, kromě zdravého životního stylu.“* S6 naopak uvedla, že na žádné dlouhé vysvětlování a edukaci pacienta není čas. S7 a S8 se shodly, že pacientovi doporučují přestat kouřit, šetřit se a nezvedat těžká břemena. S8 dodala možnost konzultace s nutričním terapeutem, kterou zmínila i S2 a S5.

3.2. Podpůrná role

Podpůrná role sestry představuje důležitou součást komplexní ošetřovatelské péče. Podpora ze strany sestry se může projevovat různými způsoby, na které jsme se v této podkategorii zaměřily. Sestry byly dotazovány na to, jakým způsobem přispívají k psychické podpoře pacienta.

S1, S4, S6, S7 a S8 zdůrazňují, že se snaží být k pacientům lidské, vyslechnout je, uklidnit je a zmírnit jejich obavy. Nejlépe toto tvrzení definovala S4: *„Snažím se být lidská, pacienti se často cítí bezmocní. Takže jim vše vysvětluji, držím je za ruku. Povídám si s nimi, protože to, že je někdo s nimi, dělá hodně a někdy si ani nemusíme povídat.“* S7 doplnila*: „Když je třeba, mohou se vyplakat. Nezveličuji věci a beru je tak, jak jsou. Občas přidám i trochu humoru, aby se tu cítili dobře*.“

S6 ve své odpovědi uvedla: *„Kdybych na každého měla více času, určitě by to vypadalo jinak, takhle s nimi člověk prohodí pár slov, aby se necítili opuštění, ale není to na žádné dlouhé vybavování.“* S2 a S8 konkrétně zmínili aktivní naslouchání jako důležitý prvek podpory. S1, S4, S5 a S7 uvedly, že si s pacienty rády povídají a snaží se zmírnit jejich obavy. S5 zdůraznila, že je důležité se s pacienty bavit i o běžných životních tématech: *„Snažím se s nimi mluvit o normálních věcech. Třeba na co se těší, až půjdou domů, co rádi dělají a tak. Aby si uvědomili, že přece když jsou v nemocnici, tak se s nimi nemusíme bavit jen o jejich nemoci. A taky tak zjišťuji, jak jsou na tom psychicky a jestli nepotřebují nějakou odbornou pomoc.“* S1, S5 a S7 uvedly, že se snaží odlehčit atmosféru při rozhovoru s pacienty a rozesmát je, aby se cítili uvolnění.

S2 výrazně zdůraznila nutnost destigmatizace onemocnění*: „Moje role je destigmatizace, což znamená, že mluvím o intimitě a stolici naprosto přirozeně a s respektem, aby věděli, že se nemusí stydět a komunikovat. Pomáhám jim přijmout jejich nemoc a zvýšit kvalitu života.“* S3 uvedla jako specifický způsob podpory umístění pacientů se stomií nebo se

stejným onemocněním na jeden pokoj, aby si mohli vzájemně předávat zkušenosti a uvědomili si, že na situaci nejsou sami. *„Ráda využívám toho, když máme dva stomiky na oddělení, dát je k sobě na pokoj, aby věděl jeden i druhý, že na to nejsou sami.“* S8 uvedla, že pacientům doporučuje internetové stránky pacientských organizací pro IBD, kde mohou získat další informace a odpovědi na otázky: *„Často doporučuji internetové stránky pacientů IBD, kde je na všechny otázky odpovězeno a pacienti dostanou informace i o věcech, na které se bojí osobně zeptat.“*

3.3. Koordinační role

Koordinační role sestry představuje součást komplexní zdravotní péče. Sestry byly dotazovány, které kompetence nejčastěji uplatňují při zajištění návaznosti péče.

S1, S5, S6 a S7 se shodují v tom, že zajištění návaznosti péče většinou nepatří přímo mezi jejich hlavní kompetence, a tuto činnost na jejich pracovišti zpravidla vykonává staniční sestra. *„Tak tuhle práci dělá většinou naše staniční sestra. Já objednám pacienta třeba pouze na kontrolu do ambulance, kam zavolám o termín, nebo na nějaké kontrolní vyšetření. Ale domácí péči zařizuje naše staniční,“* vysvětlila S5.

S2 naopak uvedla, že se plně podílí na koordinaci a návaznosti péče: *„Mé kompetence jsou především komunikační a organizační. Zajišťuji předání pacientů se stomií do domácí péče, kontaktuji agenturu a domlouvám s nimi další návaznost, informuji je o potřebách pacienta a o častosti návštěv. Musím vždy zajistit, aby pacient odcházel domů s kompletní sadou pomůcek a věděl, jak je používat, i v případě zajištění domácí péče.“* S touto odpovědí souhlasí S3, která dodala: *„Mám hlavně organizační schopnosti. Musím zajistit, pokud je třeba, pacientovi domácí péči, aby věděl, kde sežene pomůcky, a objednávám ho na kontrolu do gastroenterologické ambulance. Předávám pacienta z lůžkové do ambulantní péče.“* S4 uvedla, že návaznost péče řeší jen v rámci oddělení, a to přeložením pacienta z jednotky intenzivní péče na standardní oddělní. S5 uvedla, že pacientovi poskytuje telefonní kontakty a v případě potřeby může znovu kontaktovat stomickou sestru, a další péči si zajišťuje sám. Odpověď S5 se shoduje s odpovědí S6, která uvedla: *„Při propuštění dávám pacientovi recepty, propouštěcí zprávu a řeknu mu, kam si má zavolat a kde se objednat. Pokud má stomii mluví ještě před propuštěním se stomicou sestrou, která mu řekne, co a jak.“*

Kategorie 4 Mezioborová spolupráce

Mezioborová spolupráce mezi sestrami, nutričními terapeuty a fyzioterapeuty je pro léčbu chronických střevních onemocnění důležitá, jelikož každý z těchto odborníků má v péči o pacienty specifickou roli a přispívá k celkovému zlepšení zdravotního stavu a zvýšení kvality života. Tato kategorie se zaměřuje na mezioborovou spolupráci sester, nutričních terapeutů a fyzioterapeutů. Informanti byli dotazováni na formy spolupráce mezi jednotlivými nelékařskými pracovníky, na způsob, jakým je mezi nimi zajištěna komunikace, jaký má tato spolupráce přínos pro péči a s jakými překážkami se při spolupráci setkávají. Dotazovaly jsme se i na návrhy pro zlepšení spolupráce. Na základě analýzy byla tato kategorie rozdělena do čtyř podkategorií.

Na úvod jsme se dotazovaly pouze sester, zda jsou obeznámeny s kompetencemi, které mají fyzioterapeuti a nutriční terapeuti při péči o pacienty s idiopatickými střevními záněty. Cílem bylo zjistit, zda sestry znají rozsah jejich odborných činností a zda si uvědomují význam mezioborové spolupráce při péči o pacienty s těmito chronickými onemocněními. *„Nutriční terapeutky by měly určitě podle mě poučit pacienta o dietě, o vhodných a nevhodných potravinách. Taky by měly počítat kalorické profily, upozorňovat na riziko malnutrice a doporučit další postup. Jakou výživu třeba podávat nebo jak zlepšit pacientům chuť k jídlu, protože tu často nemají. Nebo by nám měly poradit, jak zvednout pacientovi příjem a zlepšit jeho stav výživy,“* uvedla ve své odpovědi S1. S2 doplnila: *„Je pro nás všechny partner v boji proti malnutrici a zlepšení hojení ran.“* S1, S2, S3 a S8 se shodly, že nutriční terapeut je důležitý k předcházení nebo řešení malnutrice S2, S3, S4 souhlasí s názorem S2, která dodala, že nutriční terapeut rozhoduje o typu enterální výživy, která bude pacientovi podána. Naopak S5 poukázala na to, že nutriční terapeut rozhoduje o složení parenterální výživy, aby ji pacient dostal přesně na míru. S1, S4, S7 a S8 se shodly, že nutriční terapeut má především význam v edukaci pacientů v oblasti vhodných výživových doporučení a dietních opatření. S1, S2, S3, S6 a S8 souhlasí s názorem, že mezi hlavní kompetence nutričních terapeutů patří výpočet energetického příjmu, kalorických profilů a nutričních hodnot.

S2, S3, S5, S6, S7 a S8 uvedly, že mezi hlavní kompetence fyzioterapeutů patří mobilizace a vertikalizace pacientů. S2 uvedla: *„Fyzioterapeut má nezastupitelnou roli v dechovém cvičení.“* S jejím názorem souhlasí i S1 a S3, S4 a S8. Fyzioterapeut uplatňuje své dovednosti i v rámci předoperační přípravy pacienta, s tím souhlasí S2, S3

a S8. S3 uvedla: *„Fyzioterapeut je důležitý hlavně v časné vertikalizaci po operaci. Učí pacienty správně vstávat v případě operační rány. U stomiků hraje roli v prevenci vzniku parastomálních kýl.“*

S1 naopak uvedla nejistotu v kompetencích: *„U fyzioterapeutů si nejsem jistá, co by měli dělat přesně u pacientů s tímto onemocněním. My si je zveme většinou na rozchození pacientů nebo na dechová cvičení a tak. Ale nejsem si jistá, k čemu by přispěli u pacientů s IBD. Možná ke zlepšení stavu po operaci? Asi bych teda řekla, že je využívají na JIP-kách, kde mají nějaké rehabilitace a zlepšují rekonvalescenci.“* S4 poukázala na to, že má fyzioterapeut jiné znalosti než sestra: *„Fyzioterapeut zase ví, jak s pacienty cvičit, jak je správně zvedat, aby jim nezpůsobil bolest, a ví, jak je naučit dýchat. Určitě mají znalosti, které my jako sestry nemáme.“*

4.1. Formy spolupráce a komunikace s nutričním terapeutem a fyzioterapeutem

V rámci této podkategorie jsme se všech informantů dotazovaly na formy spolupráce a komunikace mezi nimi.

S2, S3, S5, S7 a S8 uvedly, že nejvíce spolupracují s nutriční terapeutkou na oddělení. S7 uvedla: *„Hodně spolupracujeme s nutričními, někdy je odchytnu jenom na chodbě a trvám na tom, aby se šli s tím člověkem domluvit, co chce, co mu chutná a na co by měl chuť. Takže se setkáváme osobně, nebo jim zavolám. To stejné s fyzioterapeuty, když přijdou a něco se změní, nebo něco potřebuji, tak mi hned vyhoví. My jsme byly dřív zvyklé dělat všechno samy, je to takový nezvyk, hodně často dělám práci za ně.“* S8 dodala, že často konzultuje jídelníčky a úpravu stravy s nutriční terapeutkou i telefonicky, jelikož není moc času se sejít.

Podle S4 větší roli v péči o pacienta s IBD hraje fyzioterapeut. *„Chodí s pacienty cvičit dechová cvičení a následně je i vertikalizuje.“* S6 vyjádřila názor: *„Spolupracuji s nutriční terapeutkou, když se uráčí přijít a vůbec něco konzultovat, a nejen spočítat kaloričáky a odejít. Fyzioterapeuty mám ráda, protože nám řeknou, jak s lidmi cvičili, kam došli a jak to probíhalo.“* S5 uvedla, že fyzioterapeuti nenavštěvují tak často pacienty s IBD. Hlavní náplní jejich práce je péče o pacienty imobilní. Podle S1 spolupráce s nutričním terapeutem a fyzioterapeutem u pacientů s IBD není tak častá, ale více spolupracuje s nutriční terapeutkou. S2 poznamenala, že se multidisciplinární přístup u

těchto pacientů často uplatňuje a komunikace mezi jednotlivými členy týmu je každodenní.

F1 uvedl, že často spolupracuje se sestrami z oddělení. F2 dodal: *„Často se třeba ptám sestry, co a jak si představují a chtějí, protože komunikace z jejich strany spíš vázne. Dostanu žádanky s popisem, co dělat, a poraď si.“* NU1 uvedla, že pacienty navštěvuje na jednotlivých odděleních a informace získává od sester. NU2 dodala, že se sestrami spolupracuje jen, když je potřeba.

S1, S2, S7 a S8 se shodly, že komunikace s dalšími nelékařskými zdravotnickými pracovníky probíhá nejčastěji osobně. *„Buď telefonicky nebo osobně. Přijde mi, že to celkem funguje. Vždy se nás přijdou jiní pracovníci zeptat, co se od poslední návštěvy změnilo, nebo jestli jsou nějaké informace, které by měli vědět. Problém je, že je někdy nemá sestra čas dostatečně informovat,“* uvedla S2. S1 naopak odpověděla: *„Když přijde nutriční terapeut, tak někdy komunikujeme jen prostřednictvím kalorického profilu a dokumentace. Někdy si ani nevšimnu, že na oddělení byli. Žádné informace vědět nechtějí, spočítají kalorický profil a odchází. Já je sháním hlavně v případě, že pacient potřebuje vysvětlit dietu, nebo má speciální požadavky na stravu, a i tak mají občas problém navštívit pacienta na pokoji.“* S3, S4 a S5 se shodly, že si informace s nelékařskými zdravotnickými pracovníky předávají nejčastěji telefonicky. S3 a S8 uvedly, že mezi hlavní zdroj jejich komunikace patří i napsané informace v dokumentaci. F1 uvedl: *„Přijdu se každý den zeptat na oddělení a podle toho, u koho mi lékař napíše žádanku, k tomu jdu. Sestry ani lékaři mi žádné informace navíc nedávají, většinou znám jenom diagnózu a co chtějí u pacienta.“* F2 uvedl, že nejčastěji komunikují se sestrami pomocí žádanek od lékařů, nebo osobně ústní formou. NU1 uvedla, že sestry poskytují informace nejčastěji telefonicky, a zbytek informací si předají ústní formou na oddělení.

4.2. Přínos mezioborové spolupráce pro péči o pacienty

V této podkategorii byli všichni informanti dotazováni na to, jaký je přínos mezioborové spolupráce pro kvalitu péče o pacienty s IBD.

„Podle mě zásadní. Eliminuje chyby, protože když nutriční terapeut správně nastaví dietu, pacientovi se velmi uleví a zlepší se jeho stav. Stejně tak fyzioterapeut pomáhá pacientovi s mobilizací, zlepšuje jeho pohyblivost, připravuje ho buď na operační zákrok, nebo o něj pečuje po něm, zlepšuje jeho svalovou sílu. A myslím si, že spojení těchto

důležitých aspektů zajistí i lepší pooperační hojení pacienta.," odpověděla S2. S odpovědí S2 souhlasila S3: *„Hlavně v minimalizaci rizik. Díky spolupráci je péče celistvá a je lepší i kvalita. Je méně pooperačních komplikací a pacient je stabilizovaný po všech stránkách."*

S5 uvedla, že přínos mezioborové spolupráce je obrovský a každý odborník vidí na pacientovi něco jiného. S7 uvedla, že je pro ni mezioborová spolupráce přínosná, protože sama by na všechny povinnosti nestačila: *„Je to dobré hlavně proto, že já nemůžu udržet v hlavě všechno a všechno řešit. Takhle jsou alespoň trochu rozdělené role a každý se stará o nějakou část toho člověka. Je to úleva neřešit ještě to, abych si s každým pacientem zacvičila, a ještě s ním řešila jídlo."* S8 dodala, že největší výhodou a přínosem je vyšší bezpečí pro pacienta a zlepšení kvality jeho života i po propuštění. *„Také je to dobré hlavně kvůli tomu, aby měl pacient co nejlepší informace, protože já jako sestra spoustu věcí nevím tak dobře a dopodrobna jako třeba nutriční terapeut," odpověděla* S1. Naopak S6 vyjádřila nesouhlas s předchozími tvrzeními *„Ve zotavení po operacích jsou fyzioterapeuti machři. A nutriční podle mě žádný moc velký přínos nemají, co chceme, si musíme určit samy, do parenterálu dáváme pořád to samé všem, žádné vaky na míru, sipping určuje náš lékař, k tomu se taky moc neangažují. Jediné, co tak spočítají, jsou kalorie ze dne předem."* S6 navíc dodala, že pro pacienty mezioborová spolupráce velký význam nemá: *„Tak teoreticky by mohl být přínos velký, protože by si každý hleděl části práce, které si hledět má. Ale mně přijde, že tady je všechno na sestrách. Jinak by to bylo určitě super pro toho pacienta, protože by se i dřív dostal domů."*

F1 a F2 vnímají jako největší přínos dobrou návaznost péče. *„Také je důležitá spokojenost pacienta a jeho bezpečí, protože když se ty strany navzájem informují, tak se nestane žádný omyl,"* uvedl ve své odpovědi F2. NU1 a NU2 se shodly, že mezioborová spolupráce zlepšuje kvalitu života pacienta, urychluje hojení ran a rekonvalescenci. NU2 dodala: *„No tak snižuje se riziko chyb, pacient má zajištěnou kvalitní péči, je o něj co nejlépe postaráno ze všech stran."*

4.3. Bariéry a překážky mezioborové spolupráce

V této podkategorii nás zajímalo, s jakými překážkami se informanti při vzájemné spolupráci potýkají nejčastěji a jaké bariéry podle nich nejvíce komplikují efektivní komunikaci.

S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, F1–F2, NU1–NU2 se shodly, že největší překážkou při spolupráci je nedostatek času na jednotlivé pacienty i na vzájemnou výměnu informací. Nejlépe toto tvrzení vystihla S3: *„Hlavně rozdílná priorita času. Sestra je u lůžka a řeší akutní potřeby svých pacientů, ale nutriční terapeut nebo fyzioterapeut mají na pacienta jen určitou časovou dobu, kterou mají rozepsanou. Někdy se stane, že přijde fyzioterapeut v době, kdy se u pacienta provádí nějaký ošetřovatelský výkon, ať už převaz nebo podávání analgetik, která ho omezují v pohybu. A fyzioterapeut nemá čas čekat, než se daný výkon dokončí. Je proto náročné sladit ty harmonogramy nějak tak, aby to pacienta nevyčerpávalo a neomezovalo.“* S7 doplnila: *„Většinou mají tihle lidé na starost celou nemocnici, takže mají na každého člověka hodně málo času, což si myslím, že je škoda i pro nás, protože nám předávají informace ve spěchu, a i pacient je z těch informací někdy zmatený. Taky se často stává, že přijdou cvičit v dobu, kdy pacient je buď na převazu, nebo na toaletě, a to jim pak naruší celý program, a třeba se za pacientem vrací, ale ten čas tam chybí.“*

Podle S6, NU2 a F1 je s nedostatkem času spojený i nedostatek personálu. *„Nedostatek personálu je jeden z hlavních problémů, není čas na pacienta a do detailu s nimi vše probrat, někdy není možné s nimi ani osobně mluvit,“* uvedla NU2. S2, S4 a S8 uvedly, že je někdy velký zmatek v rozdělení kompetencí u jednotlivých profesí. *„Někdy mi přijde nejasné vymezení kompetencí, jelikož sestry hodně kompetencí přebírají za nutriční terapeuty,“* odpověděla S2. *„Hodně často si všímám že sestry zasahují do práce jak nutričním, tak fyzioterapeutům. A dokonce je třeba i poučují,“* doplnila S4.

Podle NU1 je jednou z hlavních překážek spolupráce podceňování významu výživy a zbytečné přetěžování pacientů parenterální výživou bez konzultace. NU1 vidí hlavní překážku v nepřesném vedení dokumentace *„Sestry jsou někdy tak přetížené, že je velká nepřesnost v zapisování snědeného jídla a občas se stává, že sestry pacientům porce přidávají, což je pro nás pak obtížné řešit, protože je to pro nás jediný zdroj informací. Pacient si často porce nepamatuje anebo si taky sám úmyslně přidává. Asi to budou rozdílné priority, sestru víc zajímá bolest a rána pacienta a tu stravu tak moc neřeší. Pak vzniká to, jak jsem říkala před chvílí, nesedí kalorický profil a my pak později odhalíme třeba i nějaký snížený příjem stravy. Sestry to často nemají pod kontrolou.“*

F2 uvedl ve své odpovědi: *„Sestra neví, co jim mohu nabídnout, neví, jaké mám kompetence a k čemu všemu mě mohou využít. Většinou si myslí, že se jen procházíme s*

lidmi po chodbě v chodítku. To mi tak někdy přijde. Takže si myslím, že chybí vzájemný respekt a taky rozdělení kompetencí.“

Jako hlavní bariéru v komunikaci vnímají informanti nedostatek času na výměnu informací a podávání neefektivních informací o pacientech. *„Někdy externí pracovník ani neví, která sestra má pacienta na starosti, tak to řekne sestře jiné, která už to buď další sestře nepředá tak, jak by měla, anebo na to úplně zapomene. K tomu se může přidat i předání například na chodbě, i když správné sestře, která také může informaci zapomenout. A jako fatální chybu považuji v komunikaci to, že slovo lékaře je svaté a sestry nebo nutriční terapeuti nebo fyzioterapeuti nemají žádné slovo,“* uvedla S3. S2, S3, S4, S5, S7, S8, F2 a NU2 vidí velký problém v předávání informací ve spěchu, ruchu a většinou na chodbě, což je problém, protože se informace nepředají kvalitně a část se nepředá vůbec a sestry si informace nepředají *„Šum v předávání informací, něco se řekne mezi dveřmi a nikam se to nezapíše nebo jenom na chodbě mezi řečí. A přetížení personálu, kdy je pak komunikace a výměna informací mezi pracovníky minimální,“* vysvětlila S2. F1 uvedl*: „Hodně mi chybí to mluvené slovo, většinou mi dají žádanky, a to je všechno, chtělo by to víc toho člověka probrat, na co si dát třeba pozor a na co se zaměřit.“* F2 s F1 souhlasil a uvedl, že na oddělení mu nikdo neposkytne kvalitní a důležité informace.

4.4. Návrhy na zlepšení mezioborové spolupráce

Na závěr jsme se všech informantů zeptaly, co by podle jejich názoru přispělo ke zlepšení spolupráce mezi profesemi při péči o pacienty s IBD.

S1 podala návrh: *„Možná by byl fajn nějaký seminář, kde by byla tahle spolupráce více objasněna a taky zlepšení komunikace mezi jednotlivými pracovníky.“* S návrhem společných seminářů souhlasila i S2, která navíc dodala: *„A nebo i speciální kazuistické semináře, kde by se probíral jeden konkrétní pacient ze všech úhlů pohledu, něco jako funguje na onkotýmu.“* S3 a F2 navrhli společné konzultace. *„Společné konzultace, abychom se navzájem upozornili na nějaké rizika nebo problémy. Bylo by dobrý, kdybychom my víc rozuměli všemu, co se týká péče o tyhle pacienty a sestry zase věděly, co dokáže pohyb udělat se střevy.“* vysvětlil F2. S3 k tomu dodala, že by stačila patnáctiminutová schůzka jednou týdně.

S4 a S5 se shodly, že pokud by ubyly administrativní povinnosti, bylo by na pacienty více času. Podle S6 by ke zlepšení péče pomohlo zvýšení platu a zvýšení počtu zaměstnanců. *„Určitě více peněz, více zaměstnanců a rozdělení pacientů mezi více lidí. Aby o nich měli více informací a mohli se jim věnovat.“* S navýšením personálu souhlasila i S7.

S5, S7, F1, F2 a NU1 se shodli, že by bylo pro péči o pacienty přínosné zavést vizitu. *„Byly by super krátké vizity společně se sestrou, klidně i bez lékaře, ale na to by musel být čas a prostor. Nebo i sdílené kazuistiky a probírání pacientů v rámci nějakého meetingu,“* shrnula NU1. S8 naopak vyjádřila názor: *„Já bych byla pro, aby existovaly pouze IBD sestry, které by měly na starosti tyto pacienty. Byly by třeba klidně i externí, ale řešily s nimi všechny problémy, zastupovaly i nutričního terapeuta a třeba fyzioterapeuta, ale měly na pacienty čas a věnovaly se jim.“*

5. Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo popsat role sestry při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními a zjistit formy spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků při péči o tyto pacienty. Výzkumné šetření se také zaměřilo na specifika ošetřovatelské péče u pacientů s idiopatickými střevními záněty.

V rámci výzkumu byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na specifika ošetřovatelské péče u pacientů s chronickými střevními onemocněními. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na roli sestry při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními. Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na spolupráci mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními.

V kategorii „Identifikační údaje“ bylo zjištěno, že sestry, fyzioterapeuti a nutriční terapeuti, kteří se podílejí na péči o pacienty s idiopatickými střevními záněty, disponují různou délkou praxe, což ovlivňuje jejich zkušenosti a schopnost uspokojovat komplexní potřeby pacientů. Dotazované sestry pracovaly na chirurgickém oddělení. Většina informantek působila na standardním chirurgickém oddělení. Pouze S4 pracovala na chirurgické jednotce intenzivní péče. A S8 pracovala současně na chirurgickém oddělení a gastroenterologické ambulanci. Délka praxe sester byla poměrně rozdílná. Nejdelší délka praxe činila 30 let, zatímco nejkratší 5 let. Tento rozdíl nám umožnil získat pohled jak zkušených, tak i méně zkušených odborníků. Pět z osmi sester se účastnilo odborných seminářů či konferencí, což podle jejich vlastního hodnocení přispívá ke zlepšení kvality péče. Tento výsledek podporuje zjištění Shahzadi et al. (2025), kteří potvrzují, že kontinuální profesní rozvoj sester zvyšuje kvalitu klinické péče. To naznačuje, že pravidelné vzdělávání sester je důležité pro zvládnutí náročné péče o pacienty s IBD. U fyzioterapeutů a nutričních terapeutek se délka praxe pohybovala mezi třemi až deseti lety. Nutriční terapeutky a fyzioterapeuti působí na oddělení jako externí pracovníci.

V první fázi výzkumu jsme se zaměřily na specifické potřeby pacientů s idiopatickými střevními záněty, jejichž uspokojování je důležité pro zajištění kvalitní ošetřovatelské péče. Naše zjištění poukazují na skutečnost, že pacienti s idiopatickými střevními záněty mají komplexní potřeby zasahující fyziologickou, psychickou i sociální oblast života. Tyto potřeby jsou výrazně ovlivněny charakterem onemocnění, jeho chronickým průběhem a častými relapsy. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky výzkumu, ve kterém

Ďuricová et al. (2018) uvádějí, že IBD významně ovlivňuje kvalitu života pacientů a zasahuje do mnoha oblastí jejich každodenního fungování. Analýza rozhovorů ukázala, že jednou z nejvýznamnějších fyziologických potřeb pacientů je úleva od bolesti břicha. Toto zjištění je v souladu se studií, která popisuje, že bolest výrazně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Často je hlavním důvodem, proč pacienti vyhledávají zdravotní péči. Současně negativně ovlivňuje psychický stav, zvyšuje úroveň stresu a úzkosti, omezuje každodenní aktivity, může způsobovat absenci v práci a celkově zhoršuje běžné fungování (Coates et al., 2023). Zajímavý je specifický pohled nutričních terapeutek, které upozorňovaly na strach z jídla, který se projevuje záměrným omezováním příjmu potravy u pacientů s IBD, což je často způsobeno obavami z bolesti po jídle. Naše zjištění podporuje článek, ve kterém autoři poukazují na to, že u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou dochází k záměrnému snižování příjmu potravy a vyhýbání se určitým potravinám kvůli strachu z bolesti (Godny & Dotan, 2023).

Získaná data poukazují na to, že průjem je jedním z nejvíce limitujících symptomů onemocnění po bolestech břicha. Tři sestry a nutriční terapeutky poukazovaly především na to, že časté průjmovité stolice pacienty výrazně omezují v běžných denních aktivitách a mohou negativně ovlivňovat jejich každodenní fungování. Naše zjištění potvrzuje studie, která uvádí, že přetrvávající gastrointestinální příznaky negativně ovlivňují běžné fungování pacientů a omezují jejich sociální život (Abdulla et al., 2025). Z rozhovorů dále vyplývá, že častý průjem je spojen se sníženým příjmem potravy a nechutenstvím, což vede u pacientů k rozvoji malnutrice, která negativně ovlivňuje celkový zdravotní stav, hojení tkání a schopnost zotavení. Adekvátní nutriční podpora je proto u pacientů s IBD nezbytná k zajištění optimálního příjmu živin a prevenci malnutrice (Bueno Hernández et al., 2025). Získaná data potvrzují, že nutriční podpora je zdravotnickým personálem vnímána jako důležitý bod péče. Specifickým aspektem byla potřeba zvládnutí pooperační nevolnosti, kterou jedna ze sester (S3) zdůraznila jako významný faktor ovlivňující pohodu pacienta a jeho schopnost přijímat potravu po operaci. Tento problém potvrzuje výzkum, podle kterého patří pooperační nevolnost a zvracení mezi nejčastější pooperační komplikace, přičemž jejich výskyt se může pohybovat až u 73 % pacientů (Gan et al., 2023). V neposlední řadě analýza dat odhalila často opomíjenou potřebu dostatečného odpočinku, kterou jeden z fyzioterapeutů (F2) označil za důležitou pro efektivní rehabilitaci a prevenci přetížení pacientů. Studie Schreinera et al. (2020)

ukazuje, že únava u pacientů s IBD je častější a významně ovlivňuje jejich aktivity ve srovnání s kontrolní skupinou bez IBD.

Psychické a sociální potřeby pacientů zahrnují potřebu bezpečí, jistoty a psychické podpory, na to sem shodly všechny sestry. Jedna ze sester (S7) zmínila, že pacienti často prožívají intenzivní strach z nečekaného nutkání na stolici, což omezuje jejich mobilitu a sociální interakce. Jairath et al. (2023) potvrzují, že obavy z nechtěného úniku stolice jsou výrazně zatěžující a negativně ovlivňují emoční pohodu pacientů. Potřebu soukromí u pacienta vyzdvihly tři z osmi sester. Pouze dvě sestry S1 a S3 zmínily, že mezi důležitý psychický aspekt, patří přijetí vlastního těla, se kterým má mnoho pacientů po operaci končicí stomií problém. Fischer et al. (2026) uvádějí, že téměř polovina pacientů vyjadřuje nespokojenost se svým tělesným obrazem po operaci. Dvě sestry upozornily na narušení intimních vztahů a na strach ze ztráty zaměstnání nebo ztráty sociálních kontaktů. Tyto nálezy podporují zjištění, že pacientům s IBD je narušován fyziologický stav, ale i intimní a rodinný život, což potvrzuje i Ďuricová et al. (2018). Výpověď sestry z gastroenterologické ambulance dále zdůrazňuje význam psychosociální podpory pacientů. Podle jejích zkušeností pacienti často pociťují nejistotu ohledně budoucnosti, obávají se ztráty zaměstnání a mají pocit sociální izolace. Důležitou součástí péče je proto poskytování informací o pacientských organizacích a podpora sdílení zkušeností. Tento přístup je v souladu s našimi zjištěními i literaturou a potvrzuje, že psychosociální dimenze onemocnění je významná napříč různými typy zdravotnických zařízení.

V okruhu otázek zaměřených na poskytování odborné a ošetřovatelské péče nás zajímalo, jaké specifické intervence nelékařští zdravotničtí pracovníci provádějí u pacientů s IBD. V oblasti monitorace příznaků se potvrdilo, že bolest, průjem, krvácení a únava jsou indikátory k hodnocení stavu pacienta. Sestry pro hodnocení bolesti používají vizuální analogovou škálu (VAS). Podle Beguma et al. (2022) je hodnocení bolesti pomocí škály VAS validní a spolehlivé. Analgetika se podávají dle potřeby pacienta nebo pravidelně v akutní fázi onemocnění, přičemž je patrný rozdíl v přístupu jednotlivých sester Pouze jedna ze sester (S6) zmínila podávání analgetik pravidelně, což může být ovlivněno jak zkušenostmi, tak i interními standardy oddělení. Z důvodu rizika komplikací a jejich včasného záchytu je preferováno spíše užívání analgetik dle potřeby než jejich pravidelné podávání (Tan et al., 2024).

U průjmu je podstatné sledování frekvence, barvy a příměsí, přičemž je zásadní monitorování výdeje tekutin, do kterého se zapisuje jak průjmovitá stolice, tak i stolice z ileostomie. Tento přístup potvrzuje význam prevence dehydratace a rozvratu minerálů (Navarro-Correal et al., 2025). Při monitoraci krvácení je přístup sester rozdílný. Jedna ze sester (S6) uvedla, že sleduje pouze masivní krvácení a ostatní sestry uvedly, že hlásí všechny druhy krvácení lékaři. Únava byla hodnocena pouze dvěma sestrami z osmi, přičemž důležité je umožnit pacientovi odpočinek a sledovat možné sekundární příčiny. Odpočinek a spánek hrají důležitou roli v akutní fázi nemoci. U pacientů s častými průjmy se odpočinek doporučuje, protože klid na lůžku snižuje střevní motilitu a zpomaluje střevní peristaltiku (Haws et al., 2019).

Významný pohled na problematiku přináší také sestra z gastroenterologické ambulance, která zdůrazňuje odlišnosti ambulantní péče ve srovnání s péčí lůžkovou. Z její výpovědi vyplývá, že v ambulantním prostředí je péče více zaměřena na dlouhodobé sledování pacientů, aplikaci biologické léčby, edukaci a včasné rozpoznání zhoršení stavu. Na rozdíl od hospitalizační péče zde není možná kontinuální observace pacienta, a proto je kladen větší důraz na subjektivní popis obtíží pacientem a jeho spolupráci. Sestra uvádí, že hodnocení symptomů, jako jsou bolest, průjem nebo krvácení, je založeno především na anamnestických údajích a laboratorních výsledcích, přičemž při zhoršení stavu je pacient odesílán k hospitalizaci. Tato zjištění doplňují výsledky našeho výzkumu a poukazují na skutečnost, že charakter ošetřovatelské péče je významně ovlivněn typem pracoviště. Zatímco na lůžkových odděleních je péče zaměřena více na přímou intervenci a monitoraci, v ambulantní sféře dominuje edukace, prevence komplikací a podpora adherence k léčbě.

Zjištění výzkumu ukazují, že specifická ošetřovatelská a odborná péče o pacienty s IBD je vysoce individualizovaná. V souladu s literaturou (Vera, 2024) naše zjištění potvrzují, že sledování kalorického příjmu, chuti k jídlu, úbytku hmotnosti a bilance tekutin je důležité pro prevenci malnutrice a dehydratace, což reflektovaly všechny sestry i nutriční terapeutky. Sestry a nutriční terapeutky zároveň zdůrazňovaly snahu zachovat u pacientů co nejdéle enterální příjem potravy a přecházet k parenterální výživě pouze v případě akutní fáze onemocnění nebo při zhoršení zdravotního stavu. Tento postup odpovídá současným doporučením, která upřednostňují enterální výživu jako fyziologičtější způsob nutriční podpory, pokud je pacientem tolerována (Magen Rimon et al., 2024). Parenterální výživa se využívá u pacientů, kterým správně nefunguje trávicí trakt nebo

kteří enterální výživu netolerují. Sestra při podávání parenterální výživy sleduje glykémii, elektrolyty a pečuje o invazivní vstupy, aby zabránila komplikacím (Gomathi, 2024). Součástí péče je dle sester také pravidelné sledování laboratorních hodnot, zejména albuminu, zánětlivých markerů a minerálů, které mohou upozornit na zhoršení nutričního stavu nebo aktivity onemocnění. Ve výpovědích sester se opakovaně objevovala také běžná ošetřovatelská péče, která zahrnuje podávání infuzní terapie, antibiotik, péči o operační rány, péči o invazivní vstupy a přípravu pacientů na diagnostická vyšetření a operační výkony.

Významnou součástí péče se ukázala být také důkladná hygiena, kterou tři sestry považovaly za důležitou pro prevenci kožních komplikací, zejména v oblasti perianální a stomické. Vzhledem k častým průjmům, urgentnímu nucení na stolici a někdy i omezené soběstačnosti pacientů je hygienická péče prováděna častěji než u jiných hospitalizovaných pacientů. Sestry ve výzkumu zdůrazňovaly především prevenci opruzenin v perianální oblasti a dalších kožních lézí, které mohou vznikat v důsledku častého kontaktu kůže se stolicí nebo vlhkostí. Tyto obtíže mohou pacientům způsobovat výrazný diskomfort a bolest, a proto je podle sester důležité zaměřit se na důslednou hygienu, ochranu kůže a použití vhodných bariérových prostředků. V případě závažnějších kožních komplikací nebo špatně se hojících ran je možné využít také specializované ambulance hojení ran, které se zaměřují na komplexní posouzení stavu kůže a volbu vhodných terapeutických postupů. To je v souladu s tvrzením Ševčíkové (2019), která uvádí, že konečník se musí očistit po každé stolici vodou s nedráždivým mýdlem nebo ubrousky a aplikovat ochranný krém. Sestra minimálně jednou denně při ranní hygieně vyšetřuje kůži, a to hlavně v perianální oblasti. Literatura rovněž uvádí, že všechna začervenání či změny na kůži je povinna pečlivě ošetřit, zaznamenat do plánu péče o defekty a ošetřovatelské dokumentace a zavést preventivní opatření k zabránění dalšímu rozsahu poškození kůže (Vera, 2024).

Další oblastí, která se ve výsledcích výzkumu v oblasti specifické péče výrazně objevovala, byla péče o stomie. Pouze S2 a S3 zdůraznily, že příprava pacienta před operací, edukace o stomických pomůckách a nácvik jejich používání patří k důležitým součástem ošetřovatelské péče. Cílem těchto intervencí je především podpořit co nejvyšší míru soběstačnosti pacienta při propuštění do domácího prostředí. Zároveň se však ukázalo, že ne všechny sestry se této péči věnují ve stejné míře. Jedna ze sester (S6) uvedla, že péči o stomii přenechává kolegyním se specializovaným kurzem, protože se

obává nesprávného provedení ošetření. Tento rozdíl může souviset s rozdílnou úrovní zkušeností či specializace jednotlivých zdravotnických pracovníků a zároveň poukazuje na význam role stomické sestry v multidisciplinárním týmu. Studie Alenezi et al. (2022) ukazují, že sestry, které neabsolvovaly specializovaný kurz v péči o stomie, vykazují nižší míru sebejistoty a odborných dovedností při poskytování této péče, často se obávají chybného postupu a upřednostňují konzultaci nebo předání úkonu stomické sestře.

Získaná data od nutričních terapeutů a fyzioterapeutů poukazují na význam individualizovaného přístupu k pacientům s idiopatickými střevními záněty. Oba fyzioterapeuti zdůrazňovali především přizpůsobení pohybové aktivity aktuálnímu stavu pacienta, zejména s ohledem na únavu, pooperační stav a celkovou fyzickou kondici. V jejich výpovědích se shodně objevoval důraz na postupnou vertikalizaci, nácvik chůze s pomůckami a dechová cvičení po operaci. Tyto výsledky se shodují s poznatky, že fyzioterapeut se podílí na včasné mobilizaci pacienta, aplikuje cvičební terapii, dechová cvičení a zapojuje pacienty do aktivit denního života. Cílem fyzioterapie je prevence svalové atrofie, zlepšení kondice a poučení pacienta o bezpečném pohybu (Ntinga & van Aswegen, 2020). Fyzioterapeut se soustředí hlavně na přípravu pacienta v předoperačním a pooperačním období, aby se zlepšil jeho fyzický stav před operací a poté i po operaci. Včasně zahájená fyzioterapie a rehabilitace pomáhá zmírňovat pooperační komplikace (Líška, 2022). Jeden z fyzioterapeutů (F2) zdůraznil význam motivace pacientů k pohybu a využívání úlevových poloh pro zvládání bolesti, což poukazuje na psychosomatický rozměr rehabilitační péče. S tím se shoduje tvrzení Mareschala et al. (2022), kteří tvrdí, že psychický stav, únava a bolest snižují schopnost pravidelně cvičit a patří mezi hlavní překážky při pohybu.

Podobně nutriční terapeutky označily individualizaci péče za důležitý bod péče. Z jejich výpovědí vyplynulo, že základními činnostmi jsou provádění nutričního screeningu, podrobná nutriční anamnéza, sledování nutričního příjmu, edukace pacientů o dietních opatřeních a monitorace laboratorních ukazatelů či rizika malnutrice. Zjištěné skutečnosti jsou v souladu s literaturou, která uvádí, že nutriční terapeut provede na základě zjištěných údajů o pacientovi nutriční screening, podle kterého zhodnotí, zda se pacient nachází v riziku malnutrice, a následně vyplní nutriční anamnézu, jejíž součástí je zhodnocení stravovacích návyků, preferovaných a neoblíbených potravin, alergií a dietních omezení, chuti k jídlu, potíží s polykáním, soběstačnosti při jídle a zhodnocení chrupu. Na základě těchto informací sestaví nutriční plán dle aktuálních potřeb pacienta

(Martiňáková 2019). Plán musí sestavovat podle toho, v jaké fázi onemocnění se pacient nachází, jelikož je nutriční podpora odlišná jak v rámci remise, tak i v rámci relapsu. Při sestavení spolupracuje s pacientem i se sestrou (McCarthy et al., 2025). Jedna z nutričních terapeutek (NU1) upozornila na omezené časové možnosti pro komunikaci s pacienty, což lze považovat za potenciální omezení kvality nutriční edukace a může ovlivnit efektivitu prevence malnutrice. Zajímavým a důležitým zjištěním bylo také upozornění NU2 na psychologický aspekt stravování, kdy je nutné, aby pacient jídlu porozuměl a neměl z něj obavy, což může významně ovlivnit jeho nutriční stav i celkovou kvalitu života. Proto nutriční terapeut edukuje pacienta o individuálním stravovacím plánu a nutriční léčbě, jelikož správně nastavená nutriční terapie zmírňuje projevy nemoci, snižuje potřebu chirurgických intervencí, optimalizuje výsledky léčby, pacienti mohou být dříve propuštěni do domácí péče, zabraňuje se podvýživě, snižuje se počet hospitalizací a tím se zlepšuje život pacienta (McCarthy et al., 2025). V rámci edukace doporučuje nutriční terapeut adekvátní výživová opatření, poskytuje materiál ve formě letáčků a poučuje pacienta o vhodných a nevhodných potravinách (Martiňáková, 2019).

V následující otázce jsme se zaměřily na oblast týkající se prevence komplikací u pacientů s chronickými střevními onemocněními, přičemž ve výpovědi jednotlivých informantů se objevuje vysoká míra shody. Naše zjištění ukazují, že prevence komplikací u pacientů s IBD je významnou součástí ošetřovatelské péče a zahrnuje zejména prevenci malnutrice, dehydratace, poškození kůže a svalové atrofie. Sestry a nutriční terapeutky opakovaně zdůrazňovaly při prevenci malnutrice význam pravidelného sledování nutričního stavu, zejména kontrolu kalorického příjmu, hmotnosti pacienta a podávání sippingu, což se shoduje s doporučením vědecké směrnice ESPEN o klinické výživě, ve které se uvádí, že nutriční screening by se měl provádět rutinně u všech pacientů s IBD, aby byly včas zahájeny nutriční intervence a došlo k zabránění malnutrice (Bischoff et al., 2023). Jedna ze sester (S8) kladla důraz na motivační přístup a aktivní zapojení pacienta i jeho rodiny do péče, což může pozitivně ovlivnit adherenci k nutričním opatřením. Dále poukázala na nutnost včasného zapojení nutričního terapeuta, který přispívá k optimalizaci nutričních intervencí.

U pacientů s idiopatickými střevními záněty se jako významná komplikace často objevuje dehydratace, která je nejčastěji způsobena opakovanými průjmy. Správná prevence a včasná identifikace příznaků dehydratace jsou proto důležité pro udržení homeostázy pacienta. Sedm z osmi sester se v rámci preventivních opatření zmínilo o pravidelném

sledování kožního turgoru a vedení bilančních listů, přičemž je nezbytné zahrnout veškeré ztráty tekutin, včetně nasogastrických sond, drénů či stomií. S tímto tvrzením se shoduje tvrzení Hinkla & Cheevera (2018), kteří uvádějí, že je potřeba vést bilanční listy se započítáním všech zdrojů ztrát tekutin. Jedna ze sester (S7) poznamenala často opomíjenou intervenci u pacientů s ileostomií, a to nutnost podávání tekutin obohacených o minerály a podle potřeby aplikovat infuzní terapii. Tvrzení je v souladu s výzkumem, ve kterém Vogel et al. (2022) uvádějí, že pacienti s ileostomií jsou ve zvýšeném riziku dehydratace, a proto je nezbytné zajistit dostatečný příjem tekutin a minerálů, případně podávat intravenózní rehydrataci.

Další významnou komplikací je porušení kožní integrity, zejména v podobě opruzenin, inkontinenční dermatitidy, dekubitů a ragád, které negativně ovlivňují komfort i celkový zdravotní stav pacienta. Preventivní opatření zahrnují pravidelnou kontrolu kůže, aplikaci bariérových krémů, polohování, používání antidekubitních pomůcek, správnou výměnu stomických sáčků a spolupráci s ambulancí hojení ran. Sestry S7 a S5 jsou proti používání plen, kvůli vyššímu riziku inkontinenční dermatitidy. Zajímavým zjištěním je rozdílný přístup v používání jednotlivých prostředků pro ochranu kůže před inkontinenční dermatitidou. Některé sestry preferovaly tradiční přípravky, zejména zinkovou mast, kterou považují za účinnou prevenci. Z výpovědí však zároveň vyplynulo, že na některých pracovištích dochází k omezení jejího používání. Toto tvrzení ukazuje nesoulad mezi zkušenostmi sester a dostupnými vědeckými poznatky. Zatímco v praxi může být používání zinkové masti omezeno na základě lokálních standardů, výzkumné zdroje její využití nezakazují a poukazují na její protektivní a hojivé účinky. Zinková mast je vhodná pro ochranu citlivé nebo poškozené kůže, tvoří ochrannou vrstvu a brání působení vlhkosti (Hebert, 2021). Podle výsledků nejnovější studie je zinková mast vhodnou možností, avšak nepředstavuje výrazně lepší řešení než jiné bariérové přípravky při ochraně kůže inkontinentních pacientů před podrážděním. Volba mezi zinkovou mastí a alternativními ochrannými filmy by měla vycházet z individuálních preferencí a nákladů oddělení, protože studie ukázala srovnatelnou účinnost obou přístupů (García Ruiz et al., 2026). Rozdíly v praxi mohou souviset spíše s interními standardy pracovišť nebo s preferencí moderních přístupů v oblasti hojení ran, jako jsou oplachové roztoky. Jedna ze sester (S8) uvedla, že oplachové roztoky se osvědčily a zabírají více, než bariérové přípravky. Spolupráci s ambulancí hojení ran většina sester hodnotila jako

přínosnou. Tento přístup odpovídá současnému trendu multidisciplinární péče, která vede ke zlepšení výsledků hojení ran.

V oblasti mobility a fyzického stavu pacientů byl jako hlavní problém identifikován úbytek svalové hmoty a snížená svalová síla. Preventivní strategie doporučené fyzioterapeuty zahrnují aktivní i pasivní cvičení v lůžku, polohování a sledování svalové síly jednoduchými testy, které umožňují včas zachytit progresi svalové atrofie a přizpůsobit fyzioterapeutický režim stavu pacienta. Tyto postupy jsou podporovány výzkumem, který zdůrazňuje význam cvičení a fyzioterapie pro prevenci ztráty svalové hmoty a zlepšení fyzické kondice (Fatani et al., 2023).

Další výzkumná otázka byla orientována na role sestry při péči o pacienty s chronickým střevním onemocněním. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že sestry vnímají svou roli v péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními jako komplexní. Z výsledků vyplývá, že náplň práce sester je multifunkční a zahrnuje edukační, podpůrnou a koordinační roli. Důraz na jednotlivé role se liší podle specializace, typu pracoviště a osobního přístupu sestry. Sestry nejčastěji zdůrazňovaly význam individuálního přístupu, empatie a psychické podpory. Toto zjištění se shoduje s literaturou, která chápe ošetřovatelskou péči u pacientů s chronickým onemocněním jako bio-psycho-sociální proces, v němž sestra nevykonává pouze roli poskytovatele péče, ale také působí jako podpora a průvodce pacienta (Ratislavová & Bednářová, 2018). Specifický pohled na roli sestry přináší také ambulantní praxe, kde sestra vystupuje jako poskytovatel ošetřovatelské péče, ale i jako koordinátor péče, edukátor a dlouhodobá opora pacienta. Sestra z gastroenterologické ambulance se popisuje jako „spřízněná duše“, se kterou pacient může řešit i intimní a citlivá témata. Důležitou součástí její práce je plánování kontrol, edukace o farmakoterapii, komunikace s lékárnou a zajištění kontinuity péče. Tato zjištění rozšiřují naše výsledky a ukazují, že v ambulantním prostředí je ještě výrazněji kladen důraz na dlouhodobou terapeutickou vazbu mezi sestrou a pacientem, která přispívá ke zlepšení adherence k léčbě a zvládání chronického onemocnění.

V oblasti edukační role sestry se ukázalo, že edukace pacientů je zaměřena především na režimová opatření, dietní doporučení, farmakoterapii a prevenci relapsu onemocnění. Sestry zdůrazňovaly význam opakování informací a využívání písemných edukačních materiálů, což odpovídá doporučením odborných zdrojů zaměřených na efektivní komunikaci s pacienty. Edukace by měla být zaměřena na pacienta, ale také na jeho

blízké. Sestra musí zohlednit, že pacient může být v odlišném psychickém stavu, což ovlivňuje jeho schopnost vstřebat poskytnuté informace. Z tohoto důvodu je vhodné informace předávat verbálně i písemně, aby byla podpořena jejich srozumitelnost a zapamatování (Rosso et al., 2021). Jedna ze sester (S4) zmínila, že edukace na jednotce intenzivní péče je velmi omezená a že jsou pacienti více informováni až na standardním oddělení. Sestra z gastroenterologické ambulance rovněž zdůrazňuje zásadní význam edukace, která je zaměřena na farmakoterapii a dietní opatření, ale i na běžné denní návyky a prevenci komplikací. Edukace je podle jejích slov vysoce individualizovaná a přizpůsobená znalostem a potřebám konkrétního pacienta. Zajímavým zjištěním je také důraz na dostupnost zdravotní péče, kdy pacienti mají možnost ambulanci kontaktovat i mimo plánované kontroly. Tento přístup může významně přispět k prevenci relapsů a včasnému řešení obtíží. Vera (2024) popisuje, že při edukaci pacientů s chronickými onemocněními je důležité klást důraz na zásady zdravého životního stylu, zahrnující správnou výživu, pravidelnou fyzickou aktivitu a prevenci komplikací, protože tyto aspekty mají významný vliv na úspěšnost léčby a celkovou kvalitu života pacientů. Jedna ze sester (S3) kladla důraz na poskytování informací pacientovi postupně a nepřehlcovat ho nadbytečnými teoretickými či odbornými detaily. Z výsledků však také vyplynulo, že na edukaci se z velké části podílí zejména lékař, nutriční terapeut nebo stomická sestra. Výsledky také zdůrazňují význam podpory pacientů v péči o stomii a prevenci kožních komplikací, kdy je vhodné poskytovat jednoduché, praktické instrukce a v případě potřeby využít specializované stomické sestry nebo ambulanci hojení ran. Pouze dvě sestry (S2 a S3) kladly důraz na edukaci v péči o stomii, včetně správného používání pomůcek.

Psychická podpora je nedílnou součástí ošetřovatelské péče, protože chronická povaha onemocnění často vede k úzkosti a depresi (Rosso et al., 2021). V rámci podpůrné role sestry bylo zjištěno, že sestry kladou důraz zejména na lidský přístup, aktivní naslouchání a zmírňování obav pacientů. Na důležitý prvek podpory upozornila jedna ze sester (S2). Týká se destigmatizace onemocnění, zejména v oblasti intimního života, vyprazdňování stolice nebo problémů spojených se stomií. Toto zjištění je v souladu s literaturou, která zdůrazňuje, že stigma má dopady na psychiku pacienta a způsobuje úzkost, depresi nebo sociální izolaci, což snižuje kvalitu života pacientů. Proto je kladen důraz na otevřenou komunikaci a psychickou podporu pro zlepšení kvality života pacientů s chronickým střevním onemocněním (Giri et al., 2025). Zajímavým přístupem sester (S3 a S8) byla

také podpora pacientů prostřednictvím sdílení zkušeností, například umístění pacientů se stejným typem onemocnění na společný pokoj nebo doporučení pacientských organizací. Tyto postupy mohou přispět k lepší adaptaci pacienta, snížení pocitu izolace a sestry s nimi mají pozitivní zkušenosti. Podle Rosso et al. (2021) je důležité, aby sestra sledovala psychický stav pacienta a v případě potřeby doporučila navštívit psychologa nebo podpůrné skupiny.

V oblasti koordinační role sestry se ukázaly rozdíly v kompetencích jednotlivých sester. Zatímco čtyři sestry se aktivně podílejí na zajištění návaznosti péče, včetně komunikace s agenturami domácí péče a organizace kontrolních vyšetření, jiné tuto činnost považují za kompetenci staniční sestry. Tento rozdíl může souviset s organizační strukturou jednotlivých pracovišť. Podle odborné literatury se role sestry při zajišťování návaznosti péče může lišit v závislosti na organizaci zdravotnického zařízení, dostupnosti potřebných zdrojů a jasném vymezení jednotlivých kompetencí (Luther et al., 2019).

Jedna z posledních výzkumných otázek byla zaměřena na mezioborovou spolupráci mezi sestrami, nutričními terapeuty a fyzioterapeuty. Výsledky výzkumného šetření potvrzují, že mezioborová spolupráce je v péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními vnímána jako důležitá součást komplexní péče. Informanti se shodovali, že jednotlivé profese, jako jsou sestry, nutriční terapeuti a fyzioterapeuti, mají v péči o pacienty nezastupitelnou roli a vzájemně se doplňují. Studie uvádí, že multidisciplinární tým představuje nejvyšší standard péče u pacientů s IBD, jelikož spojuje různé odborné profese a umožňuje komplexní a celostní přístup k pacientovi (Godfrey et al., 2025).

Výpověď sestry z gastroenterologické ambulance poukazuje na odlišný model mezioborové spolupráce v ambulantním prostředí. Na rozdíl od lůžkových oddělení zde spolupráce probíhá často nepřímo, kdy sestra pacientům poskytuje kontakty na další odborníky (např. nutriční terapeuty nebo fyzioterapeuty) a pacient si následně péči zajišťuje samostatně. Tento model může být ovlivněn organizačními i ekonomickými faktory, zejména omezenou dostupností služeb a jejich částečnou úhradou pacientem. Dalším významným problémem je podle sestry nedostatečná zpětná vazba mezi jednotlivými odborníky, kdy informace o poskytované péči nejsou systematicky sdíleny. Tento uzavřený charakter jednotlivých oborů může negativně ovlivňovat kontinuitu péče a efektivitu spolupráce. Sestra navrhuje jako možné řešení zavedení sdílené dokumentace, která by umožnila lepší koordinaci péče mezi jednotlivými profesemi. Tato zjištění

částečně kontrastují s výsledky našeho výzkumu z lůžkových pracovišť, kde byla mezioborová spolupráce častěji hodnocena jako přímá a intenzivní. Ukazuje se tedy, že forma spolupráce je významně ovlivněna typem zdravotnického zařízení.

V rámci našeho šetření jsme zjišťovaly, zda sestry znají kompetence nutričních terapeutů a fyzioterapeutů. Výsledky naznačují, že povědomí o konkrétních kompetencích a rolích těchto odborníků není vždy dostatečné, což může ovlivnit efektivitu multidisciplinární spolupráce. V oblasti kompetencí nutričních terapeutů sestry nejčastěji uváděly jejich význam při prevenci a léčbě malnutrice, stanovení energetického příjmu, výpočtu kalorických profilů a doporučení vhodných výživových opatření. Těšínský et al. (2020) uvádí, že nutriční terapeut posuzuje nutriční stav pacienta, shromažďuje informace o jeho stravovacích návycích a zdravotním stavu, provádí měření antropometrických ukazatelů a odhaluje rizika malnutrice nebo obezity. Je schopen sestavit individuální nutriční plán, zajišťuje realizaci nutriční péče, poskytuje pacientovi doporučení týkající se stravy a spolupracuje s lékařským i ošetřovatelským týmem, přičemž sleduje dodržování stanoveného režimu. Dále vykonává edukační a poradenskou činnost, poskytuje informace o zdravé výživě, vede individuální i skupinové konzultace a podporuje změnu stravovacích návyků. Součástí jeho práce je také vedení dokumentace, zaznamenávání intervencí a vyhodnocování účinnosti terapie s možností její úpravy. Při své činnosti dodržuje etické zásady a profesní standardy, respektuje autonomii pacientů a spolupracuje s dalšími odborníky, aniž by překračoval své kompetence.

Fyzioterapeut se naopak podle sester soustředí především na mobilizaci, vertikalizaci pacientů, dechová cvičení a předoperační či pooperační přípravu pacientů, včetně prevence parastomálních komplikací. Podle Ministerstva zdravotnictví (2020) je fyzioterapeut schopen komplexně vyšetřit pacienta, sestavit individuální terapeutický plán a aplikovat vhodné fyzioterapeutické metody. Mezi jeho kompetence patří také edukace a poradenství, spolupráce s lékaři a dalšími odborníky v multidisciplinárním týmu a vedení dokumentace. V odpovědi sestry (S1) se objevila nejistota ohledně kompetencí obou profesí a také kritika jejich zapojení do péče, což může poukazovat na nedostatečné povědomí o jejich roli. Tento rozdíl poukazuje na variabilitu povědomí sester o mezioborových kompetencích a ukazuje potřebu jasnější definice rolí, což potvrzují i výzkumy, které zdůrazňují potřebu jasného vymezení rolí a kompetencí jednotlivých odborníků (Stadick, 2020).

Sestry uvedly, že u pacientů s chronickými střevními onemocněními spolupracují častěji s nutriční terapeutkou než s fyzioterapeutem. Sestry oceňují jejich přístup a ochotu konzultovat jídelníčky a individuální potřeby pacientů. V případě fyzioterapeutů sestry zaznamenaly rozdílnou frekvenci návštěv a typ poskytované péče. Dvě ze sester (S4 a S6) zdůraznily význam fyzioterapeutů při dechovém cvičení, vertikalizaci pacientů a zlepšování pohyblivosti, zatímco sestry S5 a S2 upozorňují na to, že fyzioterapeuti nenavštěvují pacienty s IBD tak často a jejich činnost se soustřeďuje spíše na imobilní pacienty. Tento rozdíl poukazuje na variabilitu v organizaci práce a rozdílné vnímání kompetencí fyzioterapeutů mezi jednotlivými sestrami. To potvrzují i studie, které uvádějí, že vnímání mezioborové spolupráce se liší mezi jednotlivými profesemi, ale také mezi pracovišti v závislosti na organizačních podmínkách (O'Leary et al., 2020).

Zajímavé je, že komunikace s nelékařskými zdravotnickými pracovníky probíhá kombinací osobních kontaktů, telefonických hovorů a písemné dokumentace. Čtyři sestry poukázaly na nedostatečné osobní interakce s nutričními terapeuty, které často poskytují informace pouze prostřednictvím kalorických profilů. Podle El Ansari et al. (2024) se nedostatky v komunikaci často projevují zejména v situacích, kdy dochází k opožděnému předávání informací, neúplnosti nebo nepřesnosti sdělení, případně když nejsou do komunikace zapojeni všichni relevantní členové týmu. Takové situace mohou vyústit v nedorozumění a zvýšenou míru stresu. Konflikty v týmu často vznikají právě v důsledku nedostatečné informovanosti jednotlivých členů, přičemž rozdílné zájmy a priority mohou být při neefektivní komunikaci ještě více prohloubeny. Komunikace je proto považována za jednu ze základních kompetencí úspěšné spolupráce. S nedostatky v komunikaci souhlasil i jeden z fyzioterapeutů (F1).

Mezioborová spolupráce byla informanty hodnocena převážně jako přínosná. Byla spojována zejména se zvýšením kvality péče, snížením rizika chyb a lepšími výsledky léčby. Podle El Ansari et al. (2024) efektivní týmová spolupráce ve zdravotnictví přináší řadu výhod, mezi které patří redukce lékařských chyb, zlepšení kvality poskytované péče, vyšší spokojenost pacientů, posílení spokojenosti a udržení zdravotnického personálu a snížení rizika syndromu vyhoření. Nutriční terapeut je vnímán jako důležitý pro individuální nastavení diety, prevenci malnutrice a podporu celkového stavu pacienta, zatímco fyzioterapeut zlepšuje pohyblivost, mobilizaci a svalovou sílu, což je důležité zejména v období po operacích. Sestry poukazovaly na zlepšení fyzické kondice pacienta, ale i na vyšší bezpečí a informovanost pacienta. Pouze jedna ze sester (S6) nevnímá v

mezioborové spolupráci velký přínos. Podle jejího názoru jsou fyzioterapeuti efektivní při rehabilitaci po operačních výkonech, zatímco nutriční terapeuti přínos péči nepřináší, protože sestry často samostatně rozhodují o složení parenterální výživy a zapojení nutričních terapeutů do péče je podle ní hodně omezené. Domníváme se, že tento postoj může souviset s osobním přesvědčením sestry, neznalostí kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků a odmítání jejich zapojení do péče. Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že sestry často zastávají iniciativní roli při koordinaci péče mezi různými profesemi, někdy dokonce přebírají části práce fyzioterapeutů či nutričních terapeutů. Ve většině případů sestra zasáhne ihned, ještě předtím, než se nutriční terapeut dostaví, aby zabránila komplikacím. U pacienta může změnit dietu, texturu a složení stravy a také, dle ordinace lékaře, podávat enterální a parenterální výživu. V některých zdravotnických zařízeních jsou proto nutriční terapeuti opomíjeni a staví sestru do role nejdůležitější osoby při posuzování nutričního stavu pacienta. Nedostatek specialistů na výživu je jedním z hlavních problémů těchto zařízení, proto jejich roli často přebírá všeobecná sestra (Gomathi, 2024). Takový přístup by se však neměl uplatňovat, protože sestra nemá takové znalosti v oblasti výživy jako nutriční terapeut (Keller et al., 2021). Další zajímavé zjištění lze vyčíst z výpovědí nutričních terapeutů a fyzioterapeutů, kteří zdůrazňují návaznost péče, spokojenost pacienta a snížení rizika chyb jako hlavní přínosy.

Mezi hlavní překážky, které brání efektivní mezioborové spolupráci, informanti považovali nedostatek času, který ovlivňuje jak péči o pacienta, tak samotnou komunikaci mezi jednotlivými členy týmu. Tento faktor byl uváděn napříč všemi skupinami informantů. Podle S6, NU2, F1 se nedostatek času se navíc často spojuje s nedostatkem personálu. Další překážkou bylo podle tří sester nejasné vymezení kompetencí. Sestry často přebírají kompetence nutričních terapeutů nebo fyzioterapeutů a někdy zasahují do jejich práce, což může vést ke konfliktům a neefektivní spolupráci. Zásadní bariérou je rovněž neefektivní komunikace, která se projevuje zejména ve spěchu, hluku na chodbě a při neúplném předávání informací. Informanti upozorňovali na takzvaný šum v komunikaci a na situace, kdy informace nejsou správně předány mezi jednotlivými členy týmu. Tyto zjištění jsou v souladu se studií Rawlinsona et al. (2021), která potvrzuje, že mezi hlavní bariéry efektivní mezioborové spolupráce ve zdravotnictví patří nedostatek času na pacienty, nejasné vymezení kompetencí jednotlivých profesí, přetíženost personálu a neefektivní předávání informací. Specifickou bariérou

identifikovanou v ambulantním prostředí je nedostatečné financování některých služeb, zejména fyzioterapie, což může omezovat dostupnost komplexní péče pro pacienty.

Specifickou překážkou uváděnou nutriční terapeutkou je podceňování významu výživy, nedostatečná přesnost dokumentace a nejasná pravidla pro evidenci příjmu potravy. Takové bariéry mohou vést k chybám v plánování nutriční péče a k zatížení pacientů nevhodnými intervencemi. Podle studie ve zdravotnických zařízeních často dochází k nedostatečné a nesystematické dokumentaci příjmu potravy pacientů, přičemž chybí přesné záznamy o jejich kalorickém příjmu, což značně omezuje možnost poskytovat efektivní nutriční péči (Shakhshir & Alkaiyat, 2023).

Informanti navrhli několik opatření ke zlepšení mezioborové spolupráce, mezi které patřilo zejména zlepšení komunikace, organizace společných seminářů a kazuistik, zavedení pracovních vizit a snížení administrativní zátěže. Výsledky výzkumu Heipa et al. (2022), kteří zkoumali efekty mezioborových vizit u lůžka, uvedly, že tyto vizity zlepšují komunikaci mezi profesemi, koordinaci péče a sdílené rozhodování s pacientem, což zvyšuje kvalitu péče. Semináře a diskuse kazuistik se ukazují jako efektivní prostředek pro zlepšení komunikace a pochopení profesních rolí mezi různými členy týmu. Tato praxe, původně zavedená ve vzdělávacím prostředí, lze úspěšně aplikovat i v klinické praxi (Wershofen et al., 2016). Dvě ze sester zmínily potřebu navýšení personálu. Zajímavé je také doporučení jedné ze sester, která navrhla zavedení specializovaných IBD sester, které by koordinovaly péči napříč profesemi, včetně výživy a fyzioterapie. Podobným jevem je takzvaná IBD sestra, která na některých pracovištích působí, její role zahrnuje koordinaci mezi členy multidisciplinárního týmu, podporu pacientů a jejich rodin, poskytování specifických služeb, jako je telefonická asistence, organizace podpůrných skupin, vedení pacientské edukace a podíl na komplexní ošetřovatelské péči (Rosso et al., 2021).

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo popsat role sestry při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními a zjistit formu spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků u pacientů s chronickými střevními onemocněními. Výzkumné šetření přineslo podrobné poznatky o jednotlivých aspektech péče, individuálních potřebách pacientů i o organizačních a komunikačních bariérách při spolupráci mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky, které ovlivňují kvalitu péče.

Výsledky výzkumu jednoznačně ukázaly, že pacienti s idiopatickými střevními záněty mají komplexní potřeby zasahující fyziologickou, psychickou i sociální oblast. Mezi nejvýznamnější fyziologické potřeby patří zvládání bolesti. Psychosociální dimenze zahrnuje potřebu psychické podpory, snížení pocitu izolace, zvládání úzkosti a strachu či změny tělesného obrazu. Zjištění potvrzují, že ošetřovatelská péče musí být vysoce individualizovaná a reflektovat aktuální stav pacienta.

Bylo zjištěno, že ošetřovatelská péče u pacientů s chronickými střevními onemocněními je vysoce individualizovaná a zahrnuje řadu specifických činností. Mezi důležité patří monitorování a hodnocení příznaků onemocnění, podávání analgetik a podpůrné léčby, péče o stomie, prevenci kožních komplikací, podpora adekvátního příjmu potravy, sledování bilance tekutin a kalorického profilu a edukace pacientů o dietních opatřeních a režimových doporučeních. Sestry poskytují psychickou podporu, motivují pacienty k pohybu, respektují jejich individuální potřeby a zajišťují bezpečné provádění technických úkonů a procedur.

Výzkum ukázal, že sestry vnímají svou roli jako multifunkční, zahrnující edukační, podpůrnou a koordinační, přičemž jejich rozsah se mezi jednotlivými sestrami liší. Edukační role spočívá především v poskytování informací o režimových opatřeních, dietě, péči o stomii a užívání léků, a její intenzita závisí na dostupném čase a specializaci sestry. Podpůrná role se zaměřuje na psychickou podporu, aktivní naslouchání, motivaci pacientů a destigmatizaci onemocnění, přičemž její provádění je variabilní podle situace a možností sestry. Koordinační role zahrnuje zajištění návaznosti péče, komunikaci s ambulancí a dalšími zdravotnickými pracovníky, avšak některé sestry ji vykonávají pouze okrajově.

Mezioborová spolupráce se sestrami, nutričními terapeuty a fyzioterapeuty byla hodnocena jako nezbytná pro komplexní péči. Přesto se ve výzkumu identifikovaly bariéry, které ovlivňují efektivitu spolupráce a patří mezi ně nedostatečné povědomí sester o kompetencích ostatních profesí, nedostatek personálu, omezený čas na pacienty, rozdílné frekvence návštěv fyzioterapeutů, omezené osobní interakce s nutričními terapeuty, a ne vždy systematické sdílení informací mezi členy týmu. Bariéry mohou vést k nejednotnosti v přístupu k pacientům a snížení kontinuity péče.

Výsledky výzkumu potvrzují, že oba stanovené cíle práce byly splněny, role sestry u pacientů s chronickými střevními onemocněními byly podrobně popsány a forma spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků byla identifikována i analyzována.

Výsledky práce mohou pomoci sestrám cíleněji plánovat intervence, zefektivnit spolupráci s nutričními terapeuty a fyzioterapeuty a podporovat individualizovaný přístup k pacientům. Práce rovněž může sloužit jako učební materiál pro nelékařské zdravotnické pracovníky a poskytnou praktická doporučení týkající se efektivních ošetřovatelských intervencí, optimalizace postupů péče a zlepšení kvality života pacientů s chronickými střevními onemocněními.

Jelikož byly výsledky výzkumu obohacující, rozhodla jsem se nad rámec zadání bakalářské práce vytvořit edukační plakát, který by mohl být využit při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními. Jeho pracovní verze je přiložena v příloze práce (příloha 3). Edukační materiál byl vytvořen pomocí grafického nástroje Canva, přičemž byly využity dostupné bezplatné grafické prvky sloužící k vizuální podpoře sdělení.

7. Seznam použitých zdrojů

Abdulla, M., Mohammed, N., AlQamish, J., & Sawaf, B. (2025). Quality of life and fatigue in inflammatory bowel disease: A systematic review. *Healthcare*, 13(17), 2203. https://doi.org/10.3390/healthcare13172203

Alenezi, A., Kimpton, A., McGrath, I., & Livesay, K. (2022). Confidence, skills and barriers to ostomy patient care by nursing staff in Saudi Arabia. *Nursing Forum, 57*(3), 403–411. https://doi.org/10.1111/nuf.12701

Alsubhi, N. H., Alshomrani, M. H., Ghazwani, N. A. Y., Sawadi, F. Y. O., Alshehri, R. F., & Sanawi, M. A. H. (2024). Multidisciplinary collaboration between nurses and physiotherapists: Enhancing patient recovery outcomes. *Journal of Posthumanism, 4*(3), 1651–1668. https://doi.org/10.63332/joph.v4i3.3368

Annese, V. (2019). A review of extraintestinal manifestations and complications of inflammatory bowel disease. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences, 7*(2),8 66–73. https://doi.org/10.4103/sjmms.sjmms_81_18

Barbour-Taylor, T., Mueller (Sabato), L., Paris, D., & Weaver, D. (2024, 29. May). *Pharmacology for nurses.* OpenStax. https://openstax.org/books/pharmacology

Bartušek, D., Petrášková, H., & Válek, V. (2018). Radiologické a jiné zobrazovací metody u idiopatických střevních zánětů. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 221–248). Mladá fronta.

Bartels, E. (2024, 8. April). Nursing guide to Crohn's disease: Nursing diagnosis, interventions, & care plans. *Nurse.com*. https://www.nurse.com/clinical-guides/crohns-disease/

Baker, M. (2023a, 1. October). Crohn's disease – nursing diagnoses, care plans, assessment & interventions. *NurseTogether*. https://www.nursetogether.com/crohns-disease-nursing-diagnosis-care-plan/

Baker, M. (2023b, 2. October). Ulcerative colitis – nursing diagnoses, care plans, assessment & interventions. *NurseTogether*. https://www.nursetogether.com/ulcerative-colitis-nursing-diagnosis-care-plan/

Baliková, M. (2024, 6. prosince). Výživa a pitný režim pacientů po operaci střeva. *Florence – Odborný časopis pro ošetřovatelství a ostatní zdravotnické profese*, 5–6, 228–229.https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2024/5/vyziva-a-pitny-rezim-pacientu-po-operaci-streva/

Begum, M. R., & Hossain, M. A. (2022). Validity and reliability of visual analogue Scale (VAS) for pain measurement. *Journal of Medical Case Reports and Reviews*, 2(11). https://jmcrr.info/index.php/jmcrr/article/view/44

Bemark, M., Pitcher, M. J., Dionisi, C., & Spencer, J. (2024). Gut-associated lymphoid tissue: A microbiota-driven hub of B cell immunity. *Trends in Immunology, 45*(3), 211–223. https://doi.org/10.1016/j.it.2024.01.006

Berinstein, J. A., Aintabi, D., & Higgins, P. D. R. (2023). In-hospital management of inflammatory bowel disease. *Current Opinion in Gastroenterology, 39*(4), 274–286. https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000953

Bischoff, S. C., Bager, P., Escher, J., Forbes, A., Hébuterne, X., Hvas, C. L., Joly, F., Klek, S., Krznaric, Z., Ockenga, J., Schneider, S., Shamir, R., Stardelova, K., Vranesic Bender, D., Wierdsma, N., & Weimann, A. (2023). ESPEN guideline on clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 42(3), 352–379. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.12.004

Bonaz, B., Sinniger, V., & Pellissier, S. (2024). Role of stress and early-life stress in the pathogeny of inflammatory bowel disease. *Frontiers in Neuroscience, 18*, 1458918. https://doi.org/10.3389/fnins.2024.1458918

Bortlík, M. (2024). *Mimostřevní projevy a komplikace IBD*. Pacienti IBD z.s.

Brichová, M., & Heissigerová, J. (2021). Oční manifestace a komplikace léčby: Oční formy extraintestinálních manifestací. In M. Lukáš (Ed.), *Idiopatické střevní záněty II: Nové trendy a mezioborové souvislosti* (s. 243–246). Grada.

Bueno-Hernández, N., Yamamoto-Furusho, J. K., & Mendoza-Martínez, V. M. (2025). Nutrition in inflammatory bowel disease: Strategies to improve prognosis and new therapeutic approaches. *Diseases*, 13(5), 139. https://doi.org/10.3390/diseases13050139

Calvez, V., Puca, P., Di Vincenzo, F., Del Gaudio, A., Bartocci, B., Murgiano, M., Iaccarino, J., Parand, E., Napolitano, D., Pugliese, D., Gasbarrini, A., & Scaldaferri, F. (2025). Novel insights into the pathogenesis of inflammatory bowel diseases. *Biomedicines, 13*(2), 305. https://doi.org/10.3390/biomedicines13020305

Ciortescu, I., Nemteanu, R., Gheorghe, L., Hincu, C., Fortu, L., Chiriac, O., Clim, A., & Plesa, A. (2023). Emergency colectomy for massive rectal bleeding in a patient with well-controlled ulcerative colitis receiving Vedolizumab. *Archive of Clinical Cases, 10*(3), 133–137. https://doi.org/10.22551/2023.40.1003.10259

Cleynen, I., Boucher, G., Jostins, L., Schumm, L. P., Zeissig, S., Ahmad, T., Andersen, V., Andrews, J. M., Annese, V., Brand, S., Brant, S. R., Cho, J. H., Daly, M. J., Dubinsky, M., Duerr, R. H., Ferguson, L. R., Franke, A., Gearry, R. B., Goyette, P., Hakonarson, H., Lees, C. W. (2016). Inherited determinants of Crohn's disease and ulcerative colitis phenotypes: A genetic association study. *Lancet, 387*(10014), 156–167. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00465-1

Coates, M. D., Clarke, K., Williams, E., Jeganathan, N., Yadav, S., Giampetro, D., Gordin, V., Smith, S., Vrana, K., Bobb, A., Gazzio, T. T., Tressler, H., & Dalessio, S. (2023). Abdominal pain in inflammatory bowel disease: An evidence-based, multidisciplinary review. *Crohn's & Colitis 360, 5*(4), otad055. https://doi.org/10.1093/crocol/otad055

Cross, H. H., & Schempp, B. A. (2024). Nursing care for patients after urostomy surgery. *American Journal of Nursing*, 124(6), 28–36. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0001023016.51756.d3

Cwaliński, J., Cwalińska, A., Kuczyńska, B., Zasada, W., Cholerzyńska, H., Banasiewicz, T., & Paszkowski, J. (2024). Prevention of postoperative malnutrition with oral nutritional supplements in patients undergoing gastrointestinal surgery. *Journal of Medicinal Food, 27*(3), 250–256. https://doi.org/10.1089/jmf.2023.0204

Delen, S., Jaghult, S., Blumenstein, I., Pouillon, L., & Bossuyt, P. (2024). Framework of IBD care delivery across ages. *Journal of Crohn's and Colitis*, 18(Supplement 2), ii55–ii66. https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae093

Dockterman, J., & Rabinowitz, L. (2024, 13. November). Can probiotics help calm inflammatory bowel disease? *Harvard Health Blog*.https://www.health.harvard.edu/blog/can-probiotics-help-calm-inflammatory-bowel-disease-202411133081

Dujsíková, H. (2018). Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Klinická farmakologie a farmacie, 32*(3), 107–110. https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2018/03/02.pdf

Ďuricová, D., Pfeiferová, M., Bortlík, M., Pipek, B., Mikoviny Kajzrlíková, I., Dušek, K., & Lukáš, M. (2018). Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty v České republice – multicentrická studie. *Gastroenterologie a hepatologie, 72*(1), 11–19. https://doi.org/10.14735/amgh201811

El Ansari, W., El-Ansari, K., Arafa, H., & Al-Ansari, A. (2024). Multidisciplinary teamwork and interprofessional partnerships in healthcare setting: The critical ingredients. In N. E. Grunberg (Ed.), Multidisciplinary teamwork in healthcare. *IntechOpen*. https://doi.org/10.5772/intechopen.1005322

Engels, M., Cross, R. K., & Long, M. D. (2017). Exercise in patients with inflammatory bowel diseases: Current perspectives. *Clinical and Experimental Gastroenterology, 11*, 1–11. https://doi.org/10.2147/CEG.S120816

Ernstmeyer, K., & Christman, E. (Eds.). (2023). Chapter 3: Antimicrobials. In *Nursing pharmacology* (2nd ed.). Open Resources for Nursing (Open RN), Chippewa Valley Technical College. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594998/#ch3antimicro

Ernstmeyer, K., & Christman, E. (Eds.). (2024). 11.11 Inflammatory bowel disease. In *Health Alterations*. WisTech Open. https://wtcs.pressbooks.pub/healthalts/chapter/11-11-inflammatory-bowel-disease/

Eskazan, T., & Hatemi, I. (2025). Surgical treatment in inflammatory bowel disease. *Journal of Enterocolitis, 4*, S81–S86. https://doi.org/10.14744/Jenterocolitis.2025.39728

Fakultní nemocnice Brno. (n.d.). *Enteroskopie*. https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/interni-gastroenterologicka-klinika/enteroskopie/t7359

Falt, P., Cyrany, J., Kunovský, L., Urban, O., Bortlík, M., Rejchrt, S., Vítek, P., Kamarádová, K., Suchánek, Š., Grega, T., Hutyra, M., Navrátil, V., Pipek, B., Kopáčová, M., Procházka, R., Stašek, M., Mikoviny Kajzrlíková, I., Kroupa, R., & Tachecí, I. (2024). Doporučené postupy České gastroenterologické společnosti ČLS JEP pro diagnostickou a terapeutickou koloskopii – aktualizované vydání 2024. *Gastroenterologie a hepatologie, 78*(3), 197–235. https://doi.org/10.48095/ccgh2024197

Fatani, H., Olaru, A., Stevenson, R., Alharazi, W., Jafer, A., Atherton, P., Brook, M., & Moran, G. (2023). Systematic review of sarcopenia in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition, 42*(8), 1276–1291. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.05.002

Feakins, R., Borralho Nunes, P., Driessen, A., Gordon, I. O., Zidar, N., Baldin, P., Christensen, B., Danese, S., Herlihy, N., Iacucci, M., Loughrey, M. B., Magro, F., Mookhoek, A., Svrcek, M., & Rosini, F. (2024). Definitions of histological abnormalities in inflammatory bowel disease: An ECCO position paper. *Journal of Crohn's & Colitis, 18*(2), 175–191. https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad142

Fierlová, R. (2018). Péče o pacienty se stomií. *Medicína pro praxi*, 15(5), 291-294. https://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2018/05/11.pdf

Fish, E. M., Shumway, K. R., & Burns, B. (2024, 31. January). Physiology, small bowel. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532263/

Fischer, M., Büntzel, J., & Hübner, J. (2026). Social and psychological effects of a stoma on the sexuality and self-image of patients. *International Journal of Colorectal Disease, 41*(1), 39. https://doi.org/10.1007/s00384-026-05091-0

Fitzpatrick, J. A., Melton, S. L., Yao, C. K., Gibson P. R., & Halmos E. P. (2022). Dietary management of adults with IBD — the emerging role of dietary therapy. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 19*(10), 652–669. https://doi.org/10.1038/s41575-022-00619-5

Frej, D., & Kuchař, J. (2016). *Zdravé střevo: Komplexní prevence a terapie trávicích a střevních potíží a onemocnění*. Eminent.

Fusková, J. (2022, 13. června). *Ulcerózní kolitida – příčiny, příznaky a léčba*. EUC. https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/ulcerozni-kolitida-priciny-priznaky-a-lecba/

Gaillyová, R., Vejmelka, J., Kohout, P., Zbořil, V., & Novotný, A. (2018). Etiopatogeneze idiopatických střevních zánětů. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 32–55). Mladá fronta

Gan, T. J., Meyer, T., Apfel, C. C., Chung, F., & Davis, P. (2023). Postoperative/postdischarge nauzea and vomiting: Evidence-based prevention and treatment. C*urrent Opinion in Anaesthesiology*, 36(1), 109–116. https://doi.org/10.1097/aco.0000000000001200

García-Ruiz, M. P., Torres Bautista, R. M., López-Franco, M. D., Orozco Cuadrado, A., Alarcón Juarez, A., Nava Anguis, V., & García-Fernández, F. P. (2026). Effectiveness of zinc oxide ointments versus non-irritating barrier films in the prevention of incontinence-associated dermatitis. *Medical Sciences*, *14*(1), 86. https://doi.org/10.3390/medsci14010086 (PMID: 41718133)

Giri, S., Harindranath, S., Chandnani, S., Jena, A., Sharma, V., & Sebastian, S. (2025). Systematic review: Stigma associated with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 62(11–12), 1066–1088. https://doi.org/10.1111/apt.70448

Godfrey, D., Koczanowski, S., Selvarajah, J., Gao, W., Segal, J., & Pellino, G. (2025). Exploring the evidence that supports the benefits of the multidisciplinary team in inflammatory bowel disease. *American Journal of Medicine, 138*(12), 1724–1733. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2025.08.015

Godny, L., & Dotan, I. (2023). Avoiding food avoidance in patients with inflammatory bowel disease. *United European Gastroenterology Journal, 11*(4), 321–323. https://doi.org/10.1002/ueg2.12393

Gomathi, B. (2024). Nutritional care: Nurses' critical role in improving patient outcomes. *SBV Journal of Basic, Clinical and Applied Health Science, 7*(3), 144–147. https://doi.org/10.4103/SBVJ.SBVJ_51_24

Gordon, M. S., Sinopoulou, V., Ibrahim, U., Abdulshafea, M., Bracewell, K., & Akobeng, A. K. (2023, 4 May). Education programmes for patients with

inflammatory bowel disease (IBD). *Cochrane*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013854.pub2

Gupte, P., & Swaminathan, N. (2016). Nurse's perceptions of physiotherapists in critical care team: Report of a qualitative study. *Indian Journal of Critical Care Medicine, 20*(3), 141–145. https://doi.org/10.4103/0972-5229.178176

Haws, J., Wahrman, M., Weaver, N., Lewis, C., & Salisbury, K. (2019, 5. June). Nursing care plan for inflammatory bowel disease (ulcerative colitis / Crohn's disease). *NURSING.com*. https://nursing.com/lesson/nursing-care-plan-for-inflammatory-bowel-disease-ulcerative-colitis-crohns-disease

Hazel, K., & Cooney, R. (2025). Preoperative optimization for elective surgery in Crohn's disease: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine, 14*(5), 1576. https://doi.org/10.3390/jcm14051576

Hebert, A. A. (2021). A new therapeutic horizon in diaper dermatitis: Novel agents with novel action. *International Journal of Women's Dermatology, 7*(4), 466–470. https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2021.02.003

Heip, T., Van Hecke, A., Malfait, S., Van Biesen, W., & Eeckloo, K. (2022). The effects of interdisciplinary bedside rounds on patient centeredness, quality of care, and team collaboration: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e40–e44. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000695

Hildebrand, F., Cukaci, C., Schoeny, H., Baumgartinger, C., Stelzer, B., Spedicato, M., Frey, T., Catani, M., Schmetterer, K., Frey, R., & Koellensperger, G. (2025). Integrating the lactulose-mannitol test for intestinal permeability with untargeted metabolomics for drug monitoring through dual liquid chromatography-mass spectrometry. *Analytical and Bioanalytical Chemistry, 417,* 2767–2781. https://doi.org/10.1007/s00216-025-05790-7

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). Fluid and electrolyte balance. *In Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (14th ed.). Wolters Kluwer. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591820/

Hong, S. M., & Baek, D. H. (2024). Diagnostic procedures for inflammatory bowel disease: Laboratory, endoscopy, pathology, imaging, and beyond. *Diagnostics (Basel, Switzerland), 14*(13), 1384. https://doi.org/10.3390/diagnostics14131384

Chhibba, T., Gros, B., King, J. A., Windsor, J. W., Gorospe, J., Leibovitzh, H., Xue, M., Turpin, W., Croitoru, K., Ananthakrishnan, A. N., Gearry, R. B., & Kaplan, G. G. (2025). Environmental risk factors of inflammatory bowel disease: Toward a strategy of preventative health. *Journal of Crohn's and Colitis, 19*(4), jjaf042. https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaf042

Chuang, M.-C., Hsu, T.-J., Tsai, F.-J., Hsu, J.-L., & Tsai, T.-Y. (2025). Crohn's disease but not ulcerative colitis elevated risk of end-stage renal disease and mortality: A Taiwan retrospective cohort study. *Medicine, 104*(14), e42026. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000042026

Imdad, A., Pandit, N. G., Zaman, M., Minkoff, N. Z., Tanner-Smith, E. E., Gomez-Duarte, O. G., Acra, S., & Nicholson, M. R. (2023). Fecal transplantation for treatment of inflammatory bowel disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD012774. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012774.pub3

Jacobson, B. C., Anderson, J. C., Burke, C. A., Dominitz, J. A., Gross, S. A., May, F. P., Patel, S. G., Shaukat, A., & Robertson, D. J. (2025). Optimizing bowel preparation quality for colonoscopy: Consensus recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*, 168(4), 761–772. https://doi.org/10.1016/j.gie.2025.02.010

Jairath, V., Hunter Gibble, T., Potts Bleakman, A., Chatterton, K., Medrano, P., McLafferty, M., Klooster, B., Saxena, S., & Moses, R. (2024). Patient Perspectives of Bowel Urgency and Bowel Urgency-Related Accidents in Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 30(10), 1831–1842. https://doi.org/10.1093/ibd/izae044

Kachlík, D. (Ed.). (2018). *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Karolinum.

Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2022). Workload and quality of nursing care: The mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional

exhaustion by using structural equations modeling approach. *BMC Nursing*, 21, 273. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01055-1

Karimi, N., Kanazaki, R., Lukin, A., Moore, A. R., Williams, A. J., & Connor, S. (2021). Clinical communication in inflammatory bowel disease: A systematic review of the study of clinician–patient dialogue to inform research and practice. *BMJ Open, 11*(8), e051053. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051053

Keller, H., Slaughter, S., Gramlich, L., Namasivayam-MacDonald, A., & Bell, J. J. (2021). Multidisciplinary nutrition care: Benefitting patients with malnutrition across healthcare sectors. In Ó. G. Geirsdóttir & J. J. Bell (Eds.), *Interdisciplinary nutritional management and care for older adults* (pp. 177–188). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63892-4_13

Kellermann, L., & Riis, L. B. (2021). A close view on histopathological changes in inflammatory bowel disease, a narrative review. *Digestive Medicine Research*, 4, Digestive Medicine Research. https://doi.org/10.21037/dmr-21-1

Kohout, P., & Konečný, Š. (2018). Funkční vyšetření. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 251–252). Mladá fronta.

Koppelman, L. J. M., Oyugi, A. A., Maljaars, P. W. J., & van der Meulen-de Jong, A. E. (2025). Modifiable factors influencing disease flares in inflammatory bowel disease: A literature overview of lifestyle, psychological, and environmental risk factors. *Journal of Clinical Medicine, 14*(7), 2296. https://doi.org/10.3390/jcm14072296

Kučerová, L. & Zbořil, V. (2018) Epidemiologie. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 16-24). Mladá fronta.

Lehrer, J. K. (2024 14. May). *Enteroscopy*. MedlinePlus. https://medlineplus.gov/ency/article/003889.htm

Líška, D. (2022). Pohybová aktivita u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitídou. *Rehabilitace & fyzická lékařství*, 29(4), 169-173. https://doi.org/10.48095/ccrhfl2022169

Lukáš, K., & Hoch, J. (Eds.). (2018). *Nemoci střev*. Grada Publishing.

Lukáš, M. (2016). Idiopatické střevní záněty. In M. Vašková, R. Běčvář, M. Šterclová, & H. Al-Hiti, *Plicní postižení u systémových nemocí pojiva, vaskulitid a idiopatických zánětů v gastroenterologii* (s. 22–26). Mladá fronta.

Lukáš, M., & Dušek, L. (2020). Epidemiologie. In M. Lukáš (Ed.), *Idiopatické střevní záněty: nové trendy a mezioborové souvislosti* (s. 2–6). Praha: Grada Publishing.

Lukáš, M., & Vašáková, M. (2016). Crohnova nemoc. In R. Běčvář, M. Šterclová, & H. Al-Hiti, *Plicní postižení u systémových nemocí pojiva, vaskulitid a idiopatických zánětů v gastroenterologii* (kap. Plicní postižení u idiopatických střevních zánětů, s. 181–191). Mladá fronta.

Luther, B., Barra, J., & Martial, M. A. (2019). Essential nursing care management and coordination roles and responsibilities. *Professional Case Management*, 24(5), 249–258. https://doi.org/10.1097/ncm.0000000000000355

Lynch, W. D., & Hsu, R. (2023, 5. June). Ulcerative colitis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459282/

Magen-Rimon, R., Day, A. S., & Shaoul, R. (2024). An overview of nutritional interventions in inflammatory bowel diseases. *Nutrients*, 16(18), 3055. https://doi.org/10.3390/nu16183055

Macháček, R. (2021, 19. října). *Enteroskopie*. MedCZ. https://medcz.com/enteroskopie

Mareschal, J., Douissard, J., & Genton, L. (2022). Physical activity in inflammatory bowel disease: Benefits, challenges and perspectives. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 25(3), 159-166. https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000829

Martin, P. (2024, 29. April). *Colonoscopy*. Nurseslabs. https://nurseslabs.com/colonoscopy/

Martiňáková, M. (2019). *Nutriční edukace u vybraných onemocnění střev*. VOVCR. https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/179/page00.html

McCarthy, N. E., Schultz, M., & Wall, C. L. (2025). Role of the dietitian in the inflammatory bowel disease multidisciplinary team. *Journal of Gastroenterology and Hepatology, 40*(9), 2190–2196. https://doi.org/10.1111/jgh.70001

McDowell, C., Farooq, U., & Haseeb, M. (Updated 2023 4. August). Inflammatory Bowel Disease. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/

Mercuri, C., Bosco, V., Juárez-Vela, R., Guillari, A., Simeone, S., & Doldo, P. (2025). Sexual health in women with inflammatory bowel diseases: A narrative review. *Healthcare, 13*(7), 716. https://doi.org/10.3390/healthcare13070716

Milatová, R., & Wohl, P. (2019). *Bezezbytková dieta při onemocnění střev*. Vyšehrad.

Miyauchi, E., Taida, T., Uchiyama, K., Nakanishi, Y., Kato, T., Koido, S., Sasaki, N., Ohkusa, T., Sato, N., & Ohno, H. (2025). Smoking affects gut immune system of patients with inflammatory bowel diseases by modulating metabolomic profiles and mucosal microbiota. *Gut*. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2025-334922

Mináriková, P. (2021, 20. října). Diagnostika idiopatických střevních zánětů. *Medicína po promoci*. https://www.medicinapp.cz/archiv/diagnostika-idiopatickych-strevnich-zanetu/

Mörbe, U. M., Jørgensen, P. B., Fenton, T. M., von Burg, N., Riis, L. B., Spencer, J., & Agace, W. W. (2021). Human gut-associated lymphoid tissues (GALT): Diversity, structure, and function. *Mucosal Immunology,* 14(4), 793–802. https://doi.org/10.1038/s41385-021-00389-4

Motyčka, P., & Örhalmi, J. (2015). Zánětlivá onemocnění střeva. In A. Ferko, Z. Šubrt, & T. Dědek (Eds.), *Chirurgie v kostce* (2. vyd., s. 281–288). Praha: Grada.

Naňka, O., & Elišková, M. (2019). *Přehled anatomie* (4. vyd.). Galén.

Navarro-Correal, E., Muñoz-Gómez, D., Rivera-Sequeiros, A., Murciano-Gonzalo, F., & MAPEA Research Group. (2025). Insights into the status of the quality of nursing care in patients with inflammatory bowel disease: A nationwide survey (The MAPEA Project). *Gastroenterología y Hepatología*. https://doi.org/10.1016/j.gastre.2025.502464

Northwest Gastroenterology. (n.d.). *Capsule endoscopy preparation instructions*. https://www.nwgastro.net/patient-info/prep-instructions/capsule-endoscopy/

Nováková, Z. (2018). Anatomie. In K. Lukáš & J. Hoch (Eds.), *Nemoci střev* (s. 41–42). Grada.

Novotný, A., Kohout, P., & Vejmelka, J. (2018). Laboratorní metody. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 159–162). Mladá fronta.

Ntinga, M. N., & van Aswegen, H. (2020). Physiotherapists' perceptions of collaborations with inter-professional team members in an ICU setting. *South African Journal of Critical Care,* 36(2), 86- 91. https://doi.org/10.7196/SAJCC.2020.v36i2.431

Nutridrink. (n.d.). *preOp – Výživa před operací*. https://www.nutridrink.cz/vyziva-pro-dospele/produkty/vyziva-pred-operaci/preop

NutriPATH. (2019, June). *Intestinal permeability collection instructions* (Version 2). NutriPATH. https://optimise.mfm.au/wp-content/uploads/documents/Testing-NutriPath-2011-Intestinal-Permeability-Collection-Instructions.pdf

O'Leary, K. J., Manojlovich, M., Johnson, J. K., Estrella, R., Hanrahan, K., Leykum, L. K., Smith, G. R., Goldstein, J. D., & Williams, M. V. (2020). A multisite study of interprofessional teamwork and collaboration on general medical services. *Journal of Quality and Patient Safety*, 46(12), 667–672. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.09.009

Ogobuiro, I., Gonzales, J., Shumway, K. R., & Tuma, F. (2023, 8. April). Physiology, gastrointestinal. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537103/

Olson, S., Welton, L., & Jahansouz, C. (2024). Perioperative considerations for the surgical treatment of Crohn's disease with discussion on surgical antibiotics practices and impact on the gut microbiome. *Antibiotics, 13*(4), 317. https://doi.org/10.3390/antibiotics13040317

Omole, A. E., Mandiga, P., Kahai, P., & Lobo, S. (2025, 6. April). Anatomy, abdomen and pelvis: Large intestine. In *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470577/

Ordille, A. J., & Phadtare, S. (2023). Intensity-specific considerations for exercise for patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Report (Oxf)*, 11, goad 004. https://doi.org/10.1093/gastro/goad004

Pacienti IBD z.s. (2022). *Výživa a diety při idiopatických střevních zánětech*. Praha: Pacienti IBD z.s.

Parkes, C. (2025, 30. July). *Pharmacology, part 52: Immune medications – Immunosuppressants/DMARDs*. LevelUp RN. https://leveluprn.com/blogs/nursing-pharmacology/52-immune-immunosuppressants-dmards

Parry, A. H., Rehaman, B., Bhat, S. A., Wani, A. H., Jehangir, M., & Baba, A. A. (2025). Role of magnetic resonance defecography in the assessment of obstructed defecation syndrome. *World Journal of Radiology, 17*(6), 107205. https://doi.org/10.4329/wjr.v17.i6.107205

Pasvol, T. J., Bloom, S., Segal, A. W., Rait, G., & Horsfall, L. (2021). Use of contraceptives and risk of inflammatory bowel disease: A nested case-control study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 55*(3), 318–326. https://doi.org/10.1111/apt.16647

Petagna, L., Antonelli, A., Ganini, C., Bellato, V., Campanelli, M., Divizia, A., Efrati, C., Franceschilli, M., Guida, A. M., Ingallinella, S., Montagnese, F., Sensi, B., Siragusa, L., & Sica, G. S. (2020). Pathophysiology of Crohn's disease inflammation and recurrence. *Biology Direct, 15*(1), 23. https://doi.org/10.1186/s13062-020-00280-5

Pipek, B. (2023). Nové možnosti v léčbě ulcerózní kolitidy. *Farmakoterapie*, 19(4), 542–547. https://www.farmakoterapie.cz/online/2023/4

Pokorný, J. (2018). Fyziologie. In K. Lukáš & J. Hoch (Eds.), *Nemoci střev* (s. 172–177). Grada.

Poláčková, O., Mikšová, D., & Novotná, P. (2018). *Biologická léčba u idiopatických střevních zánětů z pohledu sestry*. Fakultní nemocnice Brno, Interní gastroenterologi cká klinika. https://www.akutne.cz/res/publication/000545/attach-015-2018-sestry-id008-biologicka-lecba-u-idiopatickych-2022-09-01-09-53-50.pdf

Popluhárová, M. (2024, 9. února). Ošetřovatelská starostlivosť o pacienta s Crohnovou chorobou. *Florence: Odborný časopis pro ošetřovatelství a ostatní zdravotnické profese,* 1(2024), 20–23. https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2024/1/osetrovatelska-starostlivost-o-pacienta-s-crohnovou-chorobou/

Poulson, B. (2025, 7. September). Pancolitis: Symptoms, causes, and treatment. *Verywell Health*. https://www.verywellhealth.com/pancolitis-overview-5200991

Ramos, G. P., & Papadakis, K. A. (2019). Mechanisms of disease: Inflammatory bowel diseases. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(1), 155–165. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.09.013

Ranasinghe, I. R., Tian, C., & Hsu, R. (2024). Crohn disease. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436021/

Ratislavová, K., & Bednářová, M. (2018). Psychosomatika, holistický přístup a ošetřovatelská praxe. *Ošetřovatelské perspektivy*, 1(1), 89–95. https://doi.org/10.25142/osp.2018.009

Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I., & Gilles, I. (2021). An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Barriers and facilitators. *International Journal of Integrated Care, 21*, 32. https://doi.org/10.5334/ijic.5589

Rizwan, M. (2023, 27. April). A nurse's guide to corticosteroids as treatment for respirátory diseases. *Nursing CE Central*. https://nursingcecentral.com/corticosteroids/

Rogler, G., Singh, A., Kavanaugh, A., & Rubin, D. T. (2021). Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: Current concepts, treatment, and implications for disease management. *Gastroenterology,* 161(4), 1118–1132. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.042

Rokyta, R., Marešová, D., & Turková, Z. (2016). *Učebnice somatologie* (7.vyd.). Wolters Kluwer.

Rosso, C., Aaron, A. A., Armandi, A., Caviglia, G. P., Ve8rnero, M., Saracco, G. M., Astegiano, M., Bugianesi, E., & Ribaldone, D. G. (2021). Inflammatory bowel disease nurse-practical messages. *Nursing Reports, 11*(2), 229–241. https://doi.org/10.3390/nursrep11020023

Rowland, I., Gibson, G., Heinken, A., Scott, K., Swann, J., Thiele, I., & Tuohy, K. (2018). Gut microbiota functions: metabolism of nutrients and other food components. *European journal of nutrition*, *57*(1), 1–24. https://doi.org/10.1007/s00394-017-1445-8

Saridi, M., Kotrotsiou, E., & Zyga, S. (2018). Sexual dysfunction in inflammatory bowel disease: A nursing approach. *International Journal of Health Sciences and Research, 8*(7), 147–154. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.8_Issue.7_July2018/47.pdf

Sequens, R. (2018). Chirurgická terapie IZS. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 472–497). Mladá fronta.

ShahAli, S., Shahabi, S., Etemadi, M., Hedayati, M., Anne, B. C., Mojgani, P., Behzadifar, M., & Lankarani, K. B. (2023). Barriers and facilitators of integrating physiotherapy into primary health care settings: A systematic scoping review of qualitative research. *Heliyon, 9*(10), e20736. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20736

Shahzadi, R., Samual, N., Barket, S., & Ilyas, N. (2025). Impact of Continuing Professional Development on Clinical Practice: A qualitative study. *Frontier in Medical & Health Research*, 3(6), 1105–1110. https://doi.org/10.5281/zenodo.16925080

Shakhshir, M., & Alkaiyat, A. (2023). Healthcare providers' knowledge, attitude, and practice on quality of nutrition care in hospitals from a developing country: a multicenter experience. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 42, 15. https://doi.org/10.1186/s41043-023-00355-9

Shan, Y., Lee, M., & Chang, E. B. (2022). The gut microbiome and inflammatory bowel diseases. *Annual Review of Medicine*, 73, 455–468. https://doi.org/10.1146/annurev-med-042320-021020

Shewaye, A. B., Berhane, K. A., Solomon, S., & Daniel, A. (2025). Crohn's disease presenting as acute appendicitis: Case series. *International Journal of Surgery Case Reports,* 134, 111784. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2025.111784

Schnur, M. B. (2024, 13. February). How do I prepare my patient for an MRI? *NursingCenter*. https://www.nursingcenter.com/blogs-plus/blogs/blogs-post?identifier=MRI#/post/MRI

Schreiner, P., Rossel, J. B., Biedermann, L., Valko, P. O., Baumann, C. R., Greuter, T., Scharl, M., Vavricka, S. R., Pittet, V., Juillerat, P., Rogler, G., von Känel, R., & Misselwitz, B. (2020). Fatigue in inflammatory bowel disease and its impact on daily activities. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 53(1), 138–149. https://doi.org/10.1111/apt.16145

Singh, J. P., Aleissa, M., Drelichman, E. R., Mittal, V. K., & Bhullar, J. S. (2024). Navigating the complexities of perianal Crohn's disease: Diagnostic strategies, treatment approaches, and future perspectives. *World Journal of Gastroenterology,* 30(44), 4745–4753. https://doi.org/10.3748/wjg.v30.i44.4745

Skomorochowová, E., & Pico, J. (2023, 4. July). Toxic megacolon. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547679/

Slezáková, L., Fedorcová, Š., Kaduchová, P., & Petrášová, B. (2023). *Ošetřovatelství v interně I*. Grada Publishing.

Solares-Mogollón, A., & Cuesta-Barriuso, R. (2025). Strengths and weaknesses of physiotherapy in the daily work of an intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Clinical Medicine,* 14(7), 2283. https://doi.org/10.3390/jcm14072283

Stadick, J. L. (2020).The relationship between interprofessional education and health care professional's attitudes towards teamwork and interprofessional collaborative competencies. *Journal of Interprofessional Education & Practice,* 19, 100320. https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100320

Stoner, P. L., Kamel, A., Ayoub, F., Tan, S., Iqbal, A., Glover, S. C., & Zimmermann, E. M. (2018). Perioperative care of patients with inflammatory bowel disease: Focus on nutritional support. *Gastroenterology Research and Practice, 2018,* 7890161. https://doi.org/10.1155/2018/7890161

Stuchlá, L. (2024). *Přehled anatomie a fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada.

Súkupová, L. (2024). *CT – Průvodce technikou výpočetní tomografie*. Grada.

Šenolt, L. (2021). Onemocnění pohybového aparátu. In M. Lukáš (Ed.), *Idiopatické střevní záněty II: Nové trendy a mezioborové souvislosti* (s. 219–225). Grada.

Ševčíková, B. (2019). *Kapitoly z ošetřovatelské péče v chirurgii a traumatologii*. Univerzita Palackého v Olomouci. https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/2019-0444_Sevcikova.pdf

Švíglerová, J., & Slavíková, J. (2025). *Fyziologie gastrointestinálního traktu* (3. vyd.). Karolinum.

Tachecí, I., Suchánek, Š., Drastich, P., Falt, P., Voška, M., Douda, T., Urban, O., Bureš, J., Zavoral, M., & Kopáčová, M. (2019). Doporučené postupy České gastroenterologické společnosti ČLS JEP pro kapslovou endoskopii. *Gastroenterologie a hepatologie*, 73(5), 378–386. https://doi.org/10.14735/amgh2019378

Tan, W.-W., Liu, Z.-X., Liu, X.-Y., Zhang, W.-B., Zheng, L., Zhang, Y.-L., & Dai, Y.-C. (2024). Abdominal pain in inflammatory bowel disease – epidemiology, pathophysiology, and management: A narrative review. *Pain and Therapy*, 13, 1447–1469. https://doi.org/10.1007/s40122-024-00672-9

Těšínský, P., Novák, F., Pražanová, I., Růžičková, L., Karbanová, M., Krobot, M., & Szitányi, P. (2020). Metodické doporučení pro zajištění stravy a nutriční péče (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 10/2020). *Česká asociace nutričních terapeutů*. https://www.cant.cz/wp-content/uploads/2023/01/Metodicke-doporuceni-pro-zajisteni-stravy-a-nutricni-pece.pdf

Thomsen, T., Villumsen, M., Poulsen, A., Hansen, A. B. G., Esbensen, B. A., Jess, T., & Aadahl, M. (2025). Study design of 'PASIBO' – co-creation and development of a physical activity intervention to patients with inflammatory bowel disease. *BMC Health Services Research, 25*, 1036. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13120-x

Tlaskalová-Hogenová, H., Drastich, P., & Kverka, M. (2017). Mikrobiota a vybrané choroby gastrointestinálního traktu. In J. Špičák (Ed.), *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II* (s. 51-53). Grada Publishing.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023, 2. června). Stomie: příprava na operaci. *Národní zdravotnický informační portál*. https://www.nzip.cz/clanek/1197-stomie-priprava-na-operaci

Vagnerová, R. (2018) Histologie – tenké střevo (duodenum, jejunum, ileum). In K. Lukáš & J. Hoch (Eds.), *Nemoci střev* (s. 172). Grada.

Vasiloglou, M. F., Fletcher, J., & Poulia, K.-A. (2019). Challenges and perspectives in nutritional counselling and nursing: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine,* 8(9), 1489. https://doi.org/10.3390/jcm8091489

Vejmelka, J., Kohout, P., & Zbořil, P. (2018). Další terapeutické modality. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 498-509). Mladá fronta.

Velasco, S. M., García, A. G., Terradillos, I. X. I., & Catalá, J. R. B. (2023). Intestinal permeability assessment using lactulose and mannitol in celiac disease. In *Methods in Cell Biology* (Vol. 179, pp. 39–50). Elsevier. https://doi.org/10.1016/bs.mcb.2022.11.003

Vera, M. (2024, 30. April). 10 Inflammatory Bowel Disease (IBD) Nursing Care Plans. *Nurseslabs*. https://nurseslabs.com/inflammatory-bowel-disease-nursing-care-plans/

Vinšová, S. (2017, 16. října). Kolonoskopie. *UzdravímSe!* https://www.uzdravimse.cz/kolonoskopie-zdr-1162-10296.html

Vogel, I., Shinkwin, M., van der Storm, S. L., Torkington, J., Cornish, J. A., Tanis, P. J., Hompes, R., & Bemelman, W. A. (2022). Overall readmissions and readmissions related to dehydration after creation of an ileostomy: A systematic review and

meta-analysis. *Techniques in Coloproctology*, 26(5), 333–349. https://doi.org/10.1007/s10151-022-02580-6

Vokounová, K., Pešek, P., Hromadníková, I., & Klubal, R. (2021). Probiotika – jejich úloha a vliv na lidské zdraví. *Alergie,* 1, 5–10. https://www.tigis.cz/images/stories/Alergie/2021/Alergie_1_2021/vokoun_Alergie_1_2021.pdf

Wershofen, B., Heitzmann, N., Beltermann, E., & Fischer, M. R. (2016). Fostering interprofessional communication through case discussions and simulated ward rounds in nursing and medical education: A pilot project. *GMS journal for medical education*, *33*(2), Doc28. https://doi.org/10.3205/zma001027

Wit, M., Trujillo-Viera, J., Strohmeyer, A., Klingenspor, M., Hankir, M., & Sumara, G. (2022, 19. April). When fat meets the gut—focus on intestinal lipid handling in metabolic health and disease. *EMBO Molecular Medicine*, 14(1), e14742. https://doi.org/10.15252/emmm.202114742

Yasir, M., Goyal, A., & Sonthalia, S. (2023, 3. July). Corticosteroid adverse effects. *StatPearls Publishing*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531462/

Zabot, G. P., Cassol, O. S., Quaresma, A. B., Gonçalves Filho, F. A., Baima, J. P., Imbrizi, M., Rolim, A. S., Carmo, A. M. D., Alves Junior, A. J. T., Santos, C. H. M. D., Sobrado Junior, C. W., Miranda, E. F., Albuquerque, I. C., Souza, M. M., Kaiser Junior, R. L., Parra, R. S., Kotze, P. G., & Saad-Hossne, R. (2023). Surgical management of adult Crohn's disease and ulcerative colitis patients: A consensus from the Brazilian Organization of Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). *Arquivos de Gastroenterologia*, 59 (Suppl 1), 1–19. https://doi.org/10.1590/S0004-2803.2022005S1-01

Zbořil, V. (2016). Základní přehled léčby idiopatických střevních zánětů. In V. Zbořil (Ed.), *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů* (s. 33–73). Mladá fronta.

Zbořil, V. (2018a). Anamnéza a fyzikální vyšetření. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 153–157). Mladá fronta.

Zbořil, V., Dusíková, H., Dastych, M., & Prokopová, L. (2018b). Endoskopické metody. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 181–195). Mladá fronta.

Zbořil, V., Prokopová, L., Dusíková, H., & Novotný, A. (2018c). Klinický obraz idiopatických střevních zánětů. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 57-128). Mladá fronta.

Zbořil, V., Prokopová, L., Poredská, K., Kohout, P., & Vejmelka, J. (2018d). Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. In V. Zbořil (Ed.), *Idiopatické střevní záněty* (s. 273-355). Mladá fronta.

Zheng, J., Fan, Z., Li, C., Wang, D., Zhang, S., & Chen, R. (2024). Predictors for colectomy in patients with acute severe ulcerative colitis: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Gastroenterology*, 11(1), e001587. https://doi.org/10.1136/bmjgast-2024-001587

8. Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami poskytující péči pacientům s chronickými střevními onemocněními

Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s nutričními terapeuty a fyzioterapeuty, kteří poskytují péči pacientům s chronickými střevními onemocněními

Příloha 3: Edukační plakát

9. Seznam zkratek

ANCA – protilátka proti cytoplazmě neutrofilů, používá se při diagnostice autoimunitních zánětů

ASCA – protilátka proti kvasinkám, typicky u pacientů s Crohnovou chorobou

ASTRUP – Astrupovo vyšetření krevních plynů

CRP – C-reaktivní protein**,** bílkovina indikující zánět

FW – rychlost sedimentace erytrocytů (další marker zánětu)

GEA – gastroenterologická ambulance

IBD – Inflammatory Bowel Disease, idiopatické střevní záněty

JIP – jednotka intenzivní péče

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association, organizace pro klasifikaci ošetřovatelských diagnóz

pH – pondus hydrogenii, určuje kyselost nebo zásaditost vodného roztoku

VAS – Vizuální analogová škála

Příloha 1

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry, které pečují o pacienty s chronickými střevními onemocněními.

1. Která profese vystihuje vaši současnou pracovní roli?
2. Kolik let pracujete v oboru?
3. Po jakou dobu se věnujete péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními?
4. Na kterém oddělení nebo pracovišti aktuálně působíte?
5. Navštívila jste konference nebo semináře, které se týkali pacientů s chronickými střevními onemocněními?
6. Které ošetřovatelské úkony u pacientů s chronickým střevním onemocněním vykonáváte nejčastěji?
7. Co je podle vašeho názoru nejzásadnějším prvkem péče o pacienty s těmito onemocněními?
8. Které potřeby pacientů s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou se při péči objevují nejčastěji?
9. Jaké metody využíváte k předcházení komplikacím, jako je malnutrice, dehydratace nebo kožní poškození?
10. Jak postupujete při sledování a hodnocení hlavních symptomů onemocnění, například bolesti, průjmů, krvácení či únavy?
11. Které informace považujete za nejdůležitější při edukaci pacientů s IBD?
12. Jak byste popsali hlavní obsah své práce při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními?
13. Které kompetence nejčastěji uplatňujete při zajištění návaznosti péče mezi ambulantním, nemocničním a domácím prostředím?
14. Jakým způsobem přispíváte k psychické podpoře pacientů a k jejich zvládání dlouhodobého onemocnění?
15. Jakým způsobem probíhá edukace pacientů v oblasti dietních doporučení, farmakoterapie a režimových opatření?
16. S jakými překážkami se při práci s pacienty s chronickými střevními onemocněními nejčastěji setkáváte?
17. Jakou část péče považujete za nejnáročnější?

18. Kterými formami spolupráce se nejčastěji podílíte na péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními společně s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky?
19. Jakým způsobem bývá zajištěna komunikace mezi vámi a dalšími profesemi při změnách zdravotního stavu pacienta?
20. Jaký přínos má mezioborová spolupráce pro kvalitu péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními podle vašeho názoru?
21. V čem spočívá největší přínos společné práce více profesí pro pacienty s chronickými střevními onemocněními?
22. S jakými překážkami se při spolupráci s ostatními nelékařskými zdravotnickými 2pracovníky setkáváte nejčastěji?
23. Které bariéry podle vás nejvíce komplikují efektivní komunikaci mezi jednotlivými profesemi?
24. Co by podle vašeho názoru nejvíce přispělo ke zlepšení spolupráce mezi profesemi při péči o tyto pacienty?
25. Jaké kompetence mají podle Vás nutriční terapeuti a fyzioterapeuti v péči o pacienty s IBD?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

Příloha 2

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru pro nutriční terapeuty a fyzioterapeuty, kteří pečují o pacienty s chronickými střevními onemocněními.

1. Která profese vystihuje vaši současnou pracovní roli?
2. Kolik let pracujete v oboru?
3. Po jakou dobu se věnujete péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními?
4. Na kterém oddělení nebo pracovišti aktuálně působíte?
5. Které úkony u pacientů s chronickým střevním onemocněním vykonáváte nejčastěji?
6. Co je podle vašeho názoru nejzásadnějším prvkem péče o pacienty s těmito onemocněními?
7. Které potřeby pacientů s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou se při péči objevují nejčastěji?
8. Jaké metody využíváte k předcházení komplikacím, jako je malnutrice?
9. Které informace považujete za nejdůležitější při edukaci pacientů s IBD?
10. Jak byste popsali hlavní obsah své práce při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními?
11. Jakým způsobem přispíváte k psychické podpoře pacientů a k jejich zvládání dlouhodobého onemocnění?
12. Jakým způsobem probíhá edukace pacientů v oblasti dietních doporučení?
13. S jakými překážkami se při práci s pacienty s chronickými střevními onemocněními nejčastěji setkáváte?
14. Jakou část péče považujete za nejnáročnější?
15. Kterými formami spolupráce se nejčastěji podílíte na péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními společně s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky?
16. Jakým způsobem bývá zajištěna komunikace mezi vámi a dalšími profesemi při změnách zdravotního stavu pacienta?
17. Jaký přínos má mezioborová spolupráce pro kvalitu péče o pacienty s chronickými střevními onemocněními podle vašeho názoru?
18. S jakými překážkami se při spolupráci s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky setkáváte nejčastěji?

19. Které bariéry podle vás nejvíce komplikují efektivní komunikaci mezi jednotlivými profesemi?
20. Co by podle vašeho názoru nejvíce přispělo ke zlepšení spolupráce mezi profesemi při péči o tyto pacienty?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

Příloha 3

Edukační plakát, který by se mohl uplatit při péči o pacienty s chronickými střevními onemocněními.

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026, s využitím programu Canva

Obrázky pro tvorbu plakátu byly volně dostupné v rámci Canva Free licence