



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Spolupráce sestry a nutričního terapeuta v péči o
klienta s ulcerózní kolitidou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Diana Kalmárová

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Spolupráce sestry a nutričního terapeuta v péči o klienta s ulcerózní kolitidou*“ 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 2. 5. 2017

.....

Diana Kalmárová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Ivaně Chloubové za její cenné rady a odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům za jejich čas a ochotu a v neposlední řadě děkuji hlavním sestřám a vrchním sestřám za povolení k výzkumnému šetření.

Spolupráce sestry a nutričního terapeuta v péči o klienta s ulcerózní kolitidou

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá spoluprací sestry a nutričního terapeuta v péči o klienta s ulcerózní kolitidou a je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje anatomii a fyziologii tlustého střeva, charakteristice ulcerózní kolitidy, její etiologii a patogenezi, klinickému obrazu, komplikacím, diagnostice onemocnění, léčbě a režimovým opatřením. Dále ošetrovatelské péči o klienty s ulcerózní kolitidou, přípravě klienta na endoskopické vyšetření a edukaci klienta. Poslední kapitola teoretické části je věnována multidisciplinárnímu týmu, vztahům na pracovišti a kompetencím sestry a nutričního terapeuta.

Pro empirickou část bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory se sestrami, nutričními terapeuty a klienty s ulcerózní kolitidou. Tito klienti byli vybráni záměrně. Podmínkou byla současná nebo minulá hospitalizace na lůžkovém oddělení v rámci ulcerózní kolitidy. Výzkumné šetření bylo uskutečněno v Nemocnici České Budějovice, Nemocnici Třebíč a v Klinickém centru ISCARE v Praze po předchozím souhlasu hlavních a vrchních sester. S jedním respondentem byl rozhovor veden v domácím prostředí. Na začátku setkání s jednotlivými respondenty bylo nastíněno téma rozhovoru a jeho účely. Rozhovory trvaly průměrně 15 – 20 minut a všichni respondenti souhlasili s nahráváním těchto rozhovorů na nahrávací zařízení.

Rozhovory byly nahrávány a poté doslovně přepsány. Rozhovory byly přepsány pomocí metody tužka-papír a dále analyzovány metodou otevřeného kódování. Na základě analýzy dat byly vytvořeny kategorie a podkategorie, pro každý výzkumný soubor zvlášť, které jsou pro přehlednost uvedeny v tabulkách. První skupinu respondentů tvořily sestry pracující na gastroenterologickém nebo interním oddělení, druhou skupinu nutriční terapeuti a třetí klienti s ulcerózní kolitidou. Otázky v rozhovorech pro sestry byly zaměřeny na dostupnost nutričního terapeuta na jejich oddělení, spolupráci s nutričním terapeutem, na edukační materiály a způsob edukace klienta sestrou a na

informovanost sester v této problematice. Otázky v rozhovorech pro nutriční terapeutky se taktéž zaměřovaly na spolupráci se sestrami na lůžkových odděleních, předávání informací, na samotnou edukaci klientů a také na získání zpětné vazby od klientů. Při rozhovorech s klienty jsme se zaměřili na dodržování diety a informovanost klientů o dietě, na zdroj těchto informací a na zájem sester zlepšit, během hospitalizace, výživu klienta.

Na základě odpovědí respondentů se nám podařilo odpovědět na výzkumné otázky. Z výzkumné otázky číslo 1, jak spolupracují sestry s nutričními terapeutky při péči o klienty s ulcerózní kolitidou na lůžkovém oddělení, vyplynulo, že sestry s nutričními terapeutky na lůžkovém oddělení nepříjdu do styku, tudíž nemají možnost spolu spolupracovat a výměna informací proběhne pouze cestou přečtení dokumentace klienta. Dále z výpovědí sester a klientů vyplývá, že způsob, jímž sestra edukuje klienta s ulcerózní kolitidou v oblasti výživy se uskutečňuje nejčastěji pomocí informačních brožur či letáků, které mají většina dotazovaných sester k dispozici na oddělení. Primárním zdrojem informací z oblasti výživy je pro klienty většinou jejich lékař při stanovení diagnózy. Další informace se klienti dozvídají cestou sester, nutričních terapeutů a také je sami vyhledávají. Čtyři z pěti dotazovaných uvedli, že stále nemají dostatek informací o své dietě. Je tak třeba dbát na to, aby byli klienti odkazováni na kvalitní zdroje informací a nepodléhali mylným informacím, jež naleznou většinou na internetu a mohou tak například dodržovat nevhodné diety. Edukace sestrou a informovanost sester v této oblasti tak může mít přímý dopad na klientovo zdraví, stejně tak jako spolupráce s nutričním terapeutem, díky níž by mohla sestra například ověřit klientovi znalosti z edukace nutričním terapeutem.

Získané poznatky mohou ukázat na důležitost multidisciplinární spolupráce nejen v péči o klienty s ulcerózní kolitidou. Dále také na důležitost edukace ze strany sestry, která je často pro klienta důležitou oporou a jistotou během jeho hospitalizace.

Klíčová slova

ulcerózní kolitida; edukace; multidisciplinární tým; sestra; nutriční terapeut

The cooperation of a nurse with nutritional therapist during the care of a patient with an ulcerative colitis.

Abstract

The aim of this bachelor thesis is to examine the cooperation of a nurse and nutritional therapist while taking care of the client with diagnosed ulcerative colitis. The paper is divided into a theoretical and practical part. In the theoretical part the author deals with the anatomy and physiology of the colon, the characteristics of ulcerative colitis, its etiology and pathogenesis, clinical picture, complications, diagnosis, treatment and special measures regime. Here, it discusses nursing care for clients with ulcerative colitis, preparation of a client for an endoscopic examination and client's informative education. The final chapter of the theoretical part focuses on the multidisciplinary team, workplace relationships and after that nurse and/or nutritional therapist competences.

The qualitative research was carried out for the empirical part of the thesis. The selected method of data collection was semi-structured interviews with nurses, nutritional therapists and patients with ulcerative colitis. These clients were deliberately selected providing that they have been currently or lately hospitalized in the inpatients departments due to the deterioration in health concerning ulcerative colitis. The research was carried out at České Budějovice Hospital, Třebíč Hospital and at the ISCARE Clinical Center in Prague, with the authorization of the chief and head nurses. One respondent was even interviewed in home environment. Initially, the subject of the interview and its purpose was outlined to each and every respondent. The interviews lasted for 15-20 minutes on average, and all subjects agreed with the conversations being recorded on audio recording equipment.

A literal written record of each audibly recorded interview was made. The interviews had been handwritten using the pencil-paper method before further analyzed by open encoding. Based on data analysis, separate categories and subcategories for each research file were created and they are to be found in the tables. The first group of respondents was made up from nurses working in the gastroenterology or internal department, the second group from nutritional therapists and the third were only clients with ulcerative colitis. Interview questions designed for nurses regarded the availability

of a nutrition therapist for their department, co-operation with this specialist, educational materials available along with the way the nurse educates the patient and nurses' knowledge of the issue. Nutrition therapist questions focused on their collaboration with nurses in inpatient departments, information transmission, clients' education and their feedback collection. At the interviews with clients we determined dieting and raising awareness of the diet, the source of the acquired information and the interest of nurses to improve the nutrition of each client while hospitalized.

On the basis of respondents' answers, we successfully worked out responses to research questions. Research question no. 1 – how nurses collaborate with nutritional therapists in the care for patients with ulcerative colitis in the inpatient department- emerged that nurses in these departments did not come in contact with nutritional therapists at all, so they could not cooperate so that the exchange of essential information would take place only by reading through the client's medical record. Furthermore, from nurses' and clients' statements, the way a nurse primarily educates a client with ulcerative colitis in terms of nutrition is commonly just done by giving out printed information brochures or leaflets available at the department. The prime source of nutrition information for clients is usually their physician while diagnosing. Clients can learn more thanks to nurses, nutrition therapists and they also search for information themselves. Four out of five respondents claimed they still do not have enough relevant information about their diet. Attention must be given to ensure clients get to reliable information sources in order not to be a subject to the misleading information presented on the Internet and therefore for instance stick to improper diets. Education provided by nurse and nurses' knowledge in this field can thus have a direct impact on client's health as much as the collaboration with a nutritional therapist, which could help the nurse to test the client's knowledge of nutrition therapy education.

The acquired knowledge can demonstrate the importance of multidisciplinary collaboration not only in the care of clients with diagnosed ulcerative colitis but also the significance of nurse's education, which is often needful support and safety for the client during his hospitalization.

Key words

ulcerative colitis; education; multidisciplinary team; nurse; nutritional therapist

Obsah

1	Současný stav.....	11
1.1	Anatomie a fyziologie tlustého střeva.....	11
1.2	Ulcerózní kolitida.....	12
1.2.1	Etiologie a patogeneze	13
1.2.2	Klinický obraz a komplikace ulcerózní kolitidy.....	15
1.2.3	Diagnostika onemocnění.....	17
1.2.4	Léčba a režimová opatření.....	18
1.3	Ošetrovatelská péče u klienta s ulcerózní kolitidou.....	20
1.3.1	Příprava klienta na endoskopické vyšetření.....	21
1.3.2	Edukace klienta s ulcerózní kolitidou.....	22
1.4	Multidisciplinární tým.....	24
1.4.1	Vztahy na pracovišti	25
1.4.2	Kompetence všeobecné sestry	26
1.4.3	Kompetence nutričního terapeuta	27
2	Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1	Cíle práce	28
2.2	Výzkumné otázky.....	28
2.3	Operacionalizace pojmů.....	28
3	Metodika výzkumného šetření.....	29
3.1	Použitá výzkumná metoda	29
3.2	Charakteristika výzkumných souborů.....	29
4	Výsledky	30
4.1	Identifikace výzkumného souboru	30
4.2	Kategorizace získaných dat od sester.....	30
4.2.1	Kategorie dostupnost nutričního terapeuta	31
4.2.2	Kategorie nutriční screening.....	31

4.2.3	Kategorie spolupráce sester s nutričním terapeutem	32
4.2.4	Kategorie edukace klienta.....	33
4.2.5	Kategorie informace o dané problematice	34
4.3	Identifikace výzkumného souboru	35
4.4	Kategorizace získaných dat od nutričních terapeutů.....	35
4.4.1	Kategorie dostupnost nutričního terapeuta	36
4.4.2	Kategorie spolupráce nutričních terapeutů se sestrami.....	36
4.4.3	Kategorie edukace klientů	37
4.5	Identifikace výzkumného vzorku	39
4.6	Kategorizace získaných dat od klientů.....	39
4.6.1	Kategorie dieta.....	39
4.6.2	Kategorie zdroj informací.....	40
4.6.3	Kategorie změna stravovacích návyků během hospitalizace.....	40
4.6.4	Kategorie informace o výživě získané během hospitalizace	41
5	Diskuze	43
6	Závěr	48
7	Seznam použitých zdrojů.....	49
8	Přílohy.....	52
9	Seznam zkratk	55

Úvod

Podnětem k práci zabývající se problematikou spolupráce sester a nutričních terapeutů v péči o nemocné s ulcerózní kolitidou byla aktuálnost problému multidisciplinární spolupráce, která je nezbytná pro zajištění kvalitní zdravotní péče a také vlastní zájem o dané onemocnění, jehož výskyt v posledních letech stále narůstá a to zejména u mladých lidí kolem 20 – 30. roku života.

Jedná se o onemocnění, které stejně jako Crohnova choroba patří do skupiny idiopatických střevních zánětů, označovaných jako IBD (Inflammatory Bowel Disease), jejichž příčina není zcela známa ani po letech výzkumu. Ulcerózní kolitida je chronické onemocnění, u něhož se střídá klidné bezpříznakové období s obdobím akutního vzplanutí choroby. Nemocní v aktivní fázi onemocnění trpí celou řadou střevních i mimostřevních příznaků, které jim mohou značně komplikovat život. Hlavním příznakem u tohoto onemocnění je průjem, kdy dochází k nedostatečné výživě a ztrátě tekutin z organismu.

Aby u těchto klientů nedošlo k malnutrici způsobené nedostatkem živin, je zapotřebí mimo jiné také správné edukace z oblasti výživy jak ze strany nutričního terapeuta, tak ze strany sestry. Zajímalo mě, zda spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu funguje, zda si jednotliví členové mezi sebou předávají informace o klientech a také jakým způsobem edukuje klienty v oblasti výživy sestra. Někteří klienti mohou mít také mylné informace o výživových opatřeních z nesprávných, především internetových zdrojů, na což jsem se také zaměřila v rámci výzkumného šetření při rozhovorech s klienty. Ti by měli dodržovat bezezbytkovou dietu, ale vše také záleží na závažnosti onemocnění, léčbě a subjektivních pocitech klienta. Není možné striktně doporučit konkrétní vhodné a nevhodné potraviny, a proto by měl být přístup ke klientům s tímto onemocněním velmi individuální.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo představuje poslední část trávicí trubice, jehož sliznici tvoří jednovrstevný cylindrický epitel bez klků a vnější povrch střeva je kryt pobřišnicí. Výjimku tvoří pouze zadní plochy vzestupného a sestupného tračníku, které přiléhají přímo na zadní stěnu břišní (Kachlík, 2013).

Tlusté střevo, *intestinum crassum*, je dlouhé 1,2 – 1,5 metru, má naředlou barvu a tvoří jej několik částí. Slepé střevo, *caecum*, které je uloženo v pravé jámě kyčelní, je dlouhé 10 cm a z jeho vrcholu odstupuje *appendix vermiformis*, jenž je pomocí svého závěsu fixován k slepému střevu (Naňka, Elišková, 2009). Kachlík (2013) popisuje *caecum* jako vakovitou a nejširší část tlustého střeva, do níž ústí kyčelník. Je charakteristické tím, že v jeho podslizničním vazivu, kde je nahromaděna lymfatická tkáň, může vzniknout zánět – *apendicitis* (Naňka, Elišková, 2009).

Na *caecum* dále navazuje *colon ascendens*, jenž je dlouhý 16 – 20 cm a zasahuje až pod játra, kde přechází do další části tlustého střeva, kterým je *colon transversum*. Ten je dlouhý průměrně 50 cm a probíhá napříč dutinou břišní přibližně v úrovni pupku. Má dva ohyby, přičemž levý přechází v další část tlustého střeva, *colon descendens*. Tato část, přirostlá k zadní stěně břišní, dlouhá 20 – 30 cm postupuje dále v *colon sigmoideum*, který navazuje na poslední část tlustého střeva, rektum. (Naňka, Elišková, 2009). Rektum je úsek dlouhý asi 15 cm. Je tvořen dvěma částmi, *ampulla recti*, která tvoří horní část rekta, a *canalis analis*, jenž vyústuje navenek jako anus. Ten je kryt tenkou kůží vytvářející při pohledu zvenku řasy. Na sliznici rekta je dlaždicový epitel (Fiala et.al., 2008).

Funkcí tlustého střeva je dokončení zpracování tráveniny (vstřebávání vody, kvasné a hnilobné děje) do podoby stolice (faeces) (Kachlík, 2013, s.49). Dítě et al. (2007) uvádí jednotlivé funkce tlustého střeva, jako je rezervace a zahušťování střevního obsahu, které probíhá v *colon ascendens* a *caecum*, dále posun obsahu, vstřebávání vody a elektrolytů, které má za úkol *colon transversum*, skladování obsahu do doby defekace a sekreci, funkcí *colon descendens* a zajištění defekace pomocí *colon sigmoideum* a rekta.

Tlusté střevo produkuje značné množství hlenu, díky němuž dochází k hladkému pohybu tráveniny směrem k rektu (Mourek et al., 2012). Tyto pohyby jsou podobné peristaltickým pohybům tenkého střeva. Předtím, než dojde k vyprázdnění střeva, trávenina zde pobývá 8 – 12 hodin. Z tohoto obsahu se vstřebává voda, některé minerály a cukry. Dále se k němu přidává hlen mající za úkol slepit nestrávené zbytky potravy a chránit sliznici tlustého střeva před účinkem hnilobných a kvasných produktů a resorpcí odpadních látek do krevního oběhu (Dylevský et al., 2007).

Zbytky potravy se zkvašují a bílkoviny podléhají hnití. Z těchto odpadních látek a dalších nestravitelných zbytků potravy se formuje stolice, jejíž stavba je závislá na složení potravy a množství vody. Defekace je reflexní děj vznikající nahromaděním stolice v konečníku, kde vznikne zvýšení tlaku a napětí stěny, což vyvolá nucení na stolicí. Tento děj lze ovlivnit vůlí, ale opakované potlačování tohoto reflexu vede k ochabnutí svaloviny rekta, které může způsobit chronickou obstipaci (Dylevský et al., 2007).

1.2 Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitidu poprvé, od běžné bacilové dyzentérie, odlišil anglický lékař sir Samuel Wilks v polovině 19. století, ale až počátkem 20. století se toto onemocnění oddělilo jako samostatná klinická jednotka od ostatních střevních zánětů. U nás je klíčovou postavou spojenou s tímto onemocněním prof. Mařatka, který v roce 1948 vydal monografii *Colitis ulcerosa*, jež patří k základním pramenům o idiopatických střevních zánětech nejen v Česku, ale i ve světě (Novotný et al., 2010).

Ulcerózní kolitida patří stejně jako Crohnova choroba mezi idiopatické střevní záněty, anglicky *Inflammatory Bowel Disease (IBD)*, které mají hned několik stejných znaků a i přes množství nových informací není stále známa příčina onemocnění a jen částečně známe její patogenezi (Bortlík, 2014).

Výskyt onemocnění se v České republice v současné době zvyšuje, a to zřejmě vlivem lepších diagnostických metod. Incidence je u nás kolem 5/100 000 obyvatel a v USA či západní Evropě, kde je výskyt choroby relativně stálý, je to 10 – 12/100 000 obyvatel. Nejčastější věk manifestace onemocnění je mezi 25. – 35. rokem věku, dále pak kolem šedesátky a rozdíl ve výskytu onemocnění u žen a mužů v České republice není. Výjimku tvoří státy severní Evropy, Velká Británie a USA, kde jsou postiženy až

o 30 % více ženy než muži. I přesto, že je onemocnění známé již více než 100 let, není dosud známa příčina vzniku. Největší roli však pravděpodobně hraje nepřiměřená imunitní reakce ve střevní sliznici na antigeny střevní mikroflóry u nemocných, kteří mají navíc genetickou predispozici (Antoš et al., 2013).

Ulcerózní kolitida postihuje vždy jen tlusté střevo, a to pouze v jeho slizniční vrstvě (Novotný et al., 2010). Dítě et al. (2007) uvádí postižení hlubších vrstev pouze v případech vzniku komplikací, jako je fulminantní kolitida či toxické megakolon. Onemocnění se tak liší pouze rozsahem postižení střeva na proktitidu, kdy je postiženo pouze rektum, levostranný typ ulcerózní kolitidy, kdy je postižena levá polovina střeva a extenzivní typ. U posledního typu ulcerózní kolitidy je postižena větší část tlustého střeva, vlivem čehož roste i závažnost onemocnění (Novotný et al., 2010).

Kohout et al. (2006) rozděluje ulcerózní kolitidu dále, kdy lehký tvar postihuje konečník a esovitou kličku a setkáváme se s ním až u 50 % pacientů, dále středně těžký tvar, kdy je postiženo střevo včetně sestupného tračníku (20% pacientů) a těžký tvar postihující mimo jiného příčný či vzestupný tračník i oblast slepého střeva. Tento rozsah onemocnění se týká zbylých 30 % pacientů s ulcerózní kolitidou.

Ne vždy je ale pravidlem, že nemocný s mírným rozsahem postižení bude mít lehčí průběh onemocnění než ten s extenzivní kolitidou a rozsahem značně větším. Vše záleží na reakci nemocného na medikamentózní léčbu. Rozsah postižení se může také během života měnit. V některých případech může dojít k rozšíření zánětu na předtím nepostiženou oblast tlustého střeva, kdy se zánět šíří vzestupně a méně často dochází ke zmenšení rozsahu postižení (Novotný et al., 2010).

1.2.1 Etiologie a patogeneze

Již v roce 1948 se prof. Mařatka zabýval studií vzniku ulcerózní kolitidy. Na základě klinických studií byla téhož roku stanovena tzv. dvousložková hypotéza vzniku ulcerózní kolitidy, jejímž základem byla představa, že neznámá primární složka způsobuje hemoragický a katarální zánět sliznice tlustého střeva. Předpokladem původu byla vzájemná interakce genetických vloh a abnormální imunitní reaktivita (Lukáš, 2011).

Jak již bylo řečeno, etiologie ulcerózní kolitidy je neznámá a její patogenezi známe jen částečně. Na základě klinických pokusů je známý vliv zevních faktorů a defektů

v regulaci slizniční imunity pro vznik zánětu a to zejména u geneticky predisponovaných jedinců (Gabalec, 2009). Antoš et al. (2013) uvádí kombinaci faktorů genetických, imunologických a mikrobiologických, které působí na vznik onemocnění. Dlouhou dobu byla předmětem výzkumu také podobnost ulcerózní kolitidy s infekčními záněty tlustého střeva se snahou identifikovat mikroorganismus, jenž způsobuje tento chronický zánět. Žádná studie ovšem dosud neprokázala vztah mezi přítomností určitého mikrobu a vznikem onemocnění. Na druhé straně stojí ovšem tvrzení říkající, že předpokladem pro vznik idiopatických střevních zánětů je důležitá přítomnost střevních mikrobů. V posledních letech mnoho autorů potvrdilo existenci tzv. dysbiózy, kterou jsou označeny změny ve složení střevní mikroflóry u nemocných s IBD oproti zdravým jedincům. Dalším předpokladem pro vznik onemocnění jsou genetické vlohy, jež sice hrají podstatnou roli, ale nejsou rozhodující. Jako další je nutné zmínit vlivy prostředí jako psychický stres, kouření či výživu (Lukáš, Bortlík, 2011).

Ulcerózní kolitida byla od 30. let minulého století považovaná za psychosomatické onemocnění a některé studie skutečně prokázaly vliv emocí a psychického stavu na imunitní systém jedince. Z toho sice plyne, že nemocní v klidové fázi onemocnění mají vyšší riziko relapsu, jsou-li vystaveni psychickému stresu, ale přímá klinická studie nedokáže jednoznačně hodnotit vliv psychického stresu na průběh ulcerózní kolitidy. Co se týče kouření, je prokázáno, že nikotin zmírňuje průběh ulcerózní kolitidy a snižuje potřebu podávání orálních kortikosteroidů či provedení kolektomie oproti pacientům nekuřákům či bývalým kuřákům. Příznivý účinek spočívá pravděpodobně v tvorbě a složení střevního hlenu, snížení tvorby protizánětlivých cytokinů, snížení napětí hladké svaloviny a v modifikaci permeability sliznice střeva pro různé makromolekuly (Lukáš, Bortlík, 2011). Opačné výsledky byly ovšem zjištěny u Crohnovy choroby, kde kouření představuje rizikový faktor vzniku onemocnění a má negativní vliv na jeho průběh (Vránová, 2013).

Za další faktor, který má vliv na rozvoj ulcerózní kolitidy, se považují stravovací návyky, konkrétně nadměrná konzumace živočišných produktů a snížený příjem vlákniny. Živočišné produkty, zvláště tmavé maso, obsahují velké množství sirných sloučenin, které jsou substrátem pro tvorbu těkavých látek skupiny merkaptanů, jež mají silně toxický vliv na epitelální buňky tlustého střeva. Nepříznivý vliv mají také nasycené mastné kyseliny, jež oproti nenasyceným mastným kyselinám mohou spustit zánětlivou reakci a poškodit tak střevo. Další studie například poukazuje na souvislost

provedení apendektomie před dvacátým rokem života a vznik ulcerózní kolitidy. Jedinci, jimž byla provedena apendektomie před zmíněným dvacátým rokem života, mají nižší pravděpodobnost výskytu choroby v dospělosti až o 70 %. Dále je také popsána skutečnost, že nemocní s ulcerózní kolitidou mají nižší riziko vzniku akutní apendicitidy. Mechanismus vzniku ale opět není znám (Lukáš, Bortlík, 2011).

Bortlík (2014) dále popisuje vliv vitamínu D na vznik onemocnění, jehož hladina je v populaci dobře srovnatelná s tzv. severo-j jižním gradientem výskytu IBD. Předpokládá se, že vitamín D má významný imunomodulační účinek a jeho nedostatek může být jedním z faktorů zvýšeného výskytu IBD ve vyspělých severských zemích s nižší intenzitou slunečního záření a častějším pobytem osob v uzavřeném prostředí. Tato skutečnost by také mohla z části vysvětlovat sezónní výkyvy aktivity IBD. Nesmíme zapomenout zmínit ani hygienickou hypotézu jako další rizikový faktor vzniku ulcerózní kolitidy, která je založena na tom, že v ekonomicky vyspělých zemích žijí obyvatelé v extrémně čistém prostředí. Vlivem toho se nedostatečně formuje jejich imunitní systém, a proto mají vyšší riziko vzniku imunitně podmíněných onemocnění (Bortlík, 2014).

Patogeneze onemocnění spočívá ve změně reaktivitě imunitního systému střeva na komenzální mikrobiální střevní flóru u geneticky predisponovaných jedinců. Chronická zánětlivá reakce pak vzniká v důsledku ztráty imunitní tolerance hostitele vůči mikrobiálnímu agens (Lukáš, Bortlík, 2011).

1.2.2 Klinický obraz a komplikace ulcerózní kolitidy

Jako počátek onemocnění je ulcerózní kolitida označována první atakou nemoci a obvykle probíhá v periodách remisí a relapsů. K relapsu neboli vzplanutí nemoci může dojít na předtím nepostižené části střeva, kdy mluvíme o recidivě, nebo ve druhém případě dochází k vzplanutí na již zhojené části a mluvíme zde o reaktivaci. Průběh onemocnění se dělí dle počtu relapsů během prvního roku nemoci na typ remitující, u něhož proběhne relaps více než 1krát ročně a typ intermitující s méně než jedním, či jedním relapsem za rok (Dítě et al., 2007). Lukáš et al. (2007) uvádí další typy průběhu onemocnění, mimo chronického intermitujícího, také chronický kontinuální a typ fulminantní, který je velmi vážný a může skončit i fatálně.

Aktivita a závažnost onemocnění se v současné době nejčastěji hodnotí dle indexu CAI (colitis aktivity index) podle Rachmilewitze. Tento index hodnotí onemocnění na základě vlastní klinické aktivity a lokálního endoskopického nálezu. Pro hodnocení tíže a aktivity onemocnění je třeba znát také laboratorní výsledky informující o aktivitě zánětu (sedimentace, C-reaktivní protein, trombocytóza) a aktuální nutriční situaci (celková bílkovina, albumin, koncentrace mikroelementů a makroelementů). Další rovinou pro správné zhodnocení tíže nemoci jsou vlastní potíže pacienta, kdy nás zajímá počet defekací, nutnost nočních defekací, rektální a kolitický syndrom, příměsí a konzistence stolice a také celkové příznaky onemocnění. K hodnocení endoskopického obrazu se užívá klasifikace dle Mařatky hodnotící slizniční změny ulcerózní kolitidy ve stadiu floridním a klidovém. Dle lokalizace onemocnění bývá nemoc spojena s různými klinickými příznaky (Dítě et al., 2007).

Tzv. rektální syndrom se objevuje při postižení rekta, kdy má nemocný nutkavé pocity na stolici s následným vyprázdněním malého množství stolice, nebo jen hlenů, krve, či hnisu. Jinak je to u postižení levostranného, kdy se vyskytuje tzv. kolitický syndrom, který je podobný předchozímu typu s tím, že při vyprázdnění je vždy přítomna stolice smíšená s krví a hleny. Zatímco u předchozích dvou typů se setkáváme hlavně s příznaky trávicími, u totálního postižení se vyskytují také příznaky celkové, mezi něž patří například subfebrilie, váhový úbytek či anemie (Navrátil et al., 2008).

Celkové neboli extraintestinální projevy se vyskytují až u 47 % nemocných s ulcerózní kolitidou. Můžeme je dále rozdělit na projevy kožní, například erytema nodosum či pyoderma gangrenosum, projevy ústní, kdy se nejčastěji u pacientů tvoří afty, projevy kloubní, mezi které patří artritida a sakroileitida či projevy oční a jaterní. U projevů očních vzniká u pacientů episcleritis a uveitis a v případě jaterních až steatóza jater (Gabalec, 2009).

Komplikace onemocnění jsou dány především závažností a lokalizací zánětu. Mezi komplikace patří masivní krvácení, perforace, peritonitida, toxické megakolon a zvýšené riziko kolorektálního karcinomu (Karges, Dahouk, 2011). Také Dítě et al. (2007) uvádí zvýšené riziko kolorektálního karcinomu u pacientů s ulcerózní kolitidou. Ovšem Bortlík (2014) již ve svém článku zmiňuje v současné době klesající riziko vzniku kolorektálního karcinomu, u těchto pacientů, jako nejzávažnější komplikaci ulcerózní kolitidy. Boulton et al. (2011) popisuje toxické megakolon jako dilataci

tlustého střeva se zhoršenou funkcí stěny střeva v důsledku sekundární bakteriální infekce, městnání obsahu a snížené perfuze. Rizikovými faktory této komplikace může být hypokalemie, užívání anticholinergik či narkotik, irigografie či vpravení většího množství vzduchu do střeva při koloskopickém vyšetření (Boulton et al., 2011). U pacienta s toxické megakolon dojde ke zhoršení lokálních i celkových příznaků, tedy zvýšenému počtu defekací, masivní přítomnosti krve ve stolici, tenesmům, horečce a celkové zchvácenosti (Dítě et al., 2007).

1.2.3 Diagnostika onemocnění

Diagnostika ulcerózní kolitidy se skládá z několika metod, mezi které patří anamnéza, fyzikální vyšetření, radiologické a laboratorní metody a endoskopie. Při odebrání anamnézy se zaměříme na výskyt nespecifických střevních zánětů v rodině, dále na to, zda je pacient bývalý kuřák, či jak dlouho trvají příznaky onemocnění. Fyzikální vyšetření je zaměřeno na celkové příznaky jako bledost, slabost, váhový úbytek, horečka, nebo citlivost v oblasti tračníku. Radiologické metody se při diagnostice ulcerózní kolitidy používají jen velmi zřídka, nicméně stojí za zmínku, neboť nativní snímek břicha je nejčastější metodou používanou k diagnostice toxického megakolon či perforaci střev (Keil et al., 2012).

Laboratorní diagnostika zahrnuje hematologické vyšetření, kde lze při aktivitě onemocnění pozorovat v krevním obraze leukocytózu, anémii, trombocytózu a zvýšenou sedimentaci erytrocytů, dále biochemické vyšetření, které ukáže elevaci C-reaktivního proteinu, sníženou hladinu sérového železa a při zvýšené exsudaci dochází ke snížení hladiny celkové bílkoviny, albuminu a prealbuminu. Při imunologickém vyšetření se u pacientů prokazuje negativita anti- *Saccharomyces cerevisiae* protilátky (ASCA-) a pozitivita antineutrofilní cytoplasmatické protilátky (pANCA+), což může podporovat diagnózu ulcerózní kolitidy (Keil et al., 2012). Gabalec (2009) uvádí dokonce až u 60 % pacientů s ulcerózní kolitidou pozitivitu protilátek proti cytoplazmě neutrofilů s perinukleární fluorescencí.

U endoskopických vyšetření patří mezi standardy rektoskopie a flexibilní koloskopie, jež jednoznačně prokážou přítomnost a rozsah zánětu. Koloskopie umožňuje odběr bioptického materiálu, který musí být odebrán z několika míst v celém průběhu tračníku a následně se vyšetřuje pomocí histologického vyšetření. Vzhledem k riziku perforace by vyšetření mělo být prováděno ve fázi remise (Antoš et al., 2013).

Při diagnostice ulcerózní kolitidy je nutné odlišit infekční enterokolitidu, postantibiotickou kolitidu, CMV kolitidu, ischemickou kolitidu a pohlavně přenosné choroby. Mnohdy i maligní onemocnění, zejména karcinom tlustého střeva, může mít obdobné příznaky jako ulcerózní kolitida, a proto je nutné vyloučit i tuto diagnózu (Antoš et al., 2013). Dítě (2007) uvádí další konkurenční diagnózy jako například Crohnovu nemoc, colitis cystin profunda, diverkultidy, uremickou kolitidu, amyloidovou kolitidu, kolitidy při Hirschsprungově nemoci a další. Diferenciální diagnostika je tak především v počátcích onemocnění velmi rozsáhlá a je třeba ji věnovat dostatečnou pozornost.

1.2.4 Léčba a režimová opatření

Jelikož stále neexistuje dostatek informací o etiopatogenezi onemocnění, není možná léčba kauzální, ale pouze symptomatická. Úkolem léčby ulcerózní kolitidy je navodit remisi, udržet ji co nejdéle a léčit případné komplikace choroby (Dítě, 2012). Léčba je vždy dlouhodobá a v různé míře zahrnuje dietní opatření, konzervativní farmakoterapii, psychoterapii a chirurgickou léčbu. Podstatou dietních opatření je bezesbytková dieta (Dítě et al., 2007). Dalším dietním opatřením je možnost zavedení parenterální výživy při akutních stavech, jako je fulminantní choroba (Keil et al., 2012).

Při použití medikamentózní léčby se volí preparáty v závislosti na aktivitě onemocnění, rozsahu postižení, dlouhodobém chování choroby a mnoha dalších faktorech. Do konzervativní farmakoterapie řadíme aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva, antibiotika a biologickou léčbu (Keil et al., 2012). Aminosalicyláty jsou základem léčby již od roku 1942. Dříve používaný salazosulfapyridin je nyní kvůli svým vedlejším účinkům podáván jen velmi zřídka. Za jeho účinnou složku je považována kyselina 5-aminosalicylová neboli mesalazin a její preparáty Salofalk a Asacol, jež působí pouze v oblasti terminálního ilea a kolonu či Pentasa, která je schopna uvolnit účinné látky od doudena až po rektum. Mechanismus účinku kortikosteroidů spočívá v tom, že na mimobuněčné a buněčné úrovni působí pomocí směsi protizánětlivých a imunomodulačních účinků. Nevýhodou používání kortikosteroidů je snížení obranné imunitní reakce vlivem tlumení funkčních schopností monocytů a makrofágů. Druhy kortikosteroidů se liší svými účinky, což je nezbytné zohlednit při výběru v terapii onemocnění. Pro minimální vedlejší účinky je možné použít topické kortikosteroidy (Entocort, Budenofalk), které jsou svým účinkem srovnatelné s lokálně podávanými

aminosalicyláty. Specifickým problémem při léčbě kortikosteroidy může být kortikodependence a kortikorezistence. Kortikodependence představuje nemožnost postupně vysadit medikaci kvůli manifestaci choroby po tom, co dojde ke snížení dávky kortikosteroidů a kortikorezistence znamená stav, při němž není možné navodit remisi užíváním kortikosteroidů, nebo je nutné podávat více než 30 mg Prednisonu či Prednisolonu za den (Dítě, 2012). Další možností konzervativní farmakoterapie jsou imunosupresiva. Ty mají vliv na průběh choroby a již vzniklé chorobné změny svou schopností potlačovat imunitu. Z imunosupresiv se u nás standardně používají azathioprin/6-merkaptopurin, methotrexát a cyklosporin (Dítě, 2012). Pro svůj rychlý nástup účinku je cyklosporin považován za lék první volby při fulminantní kolitidě a toxickém megakolon (Dítě et al., 2007).

V současné době nejúčinnější terapii ulcerózní kolitidy představuje biologická léčba. Vzhledem ke své finanční náročnosti a riziku závažných nežádoucích účinků může být podána pouze jedincům, u nichž je pravděpodobné, že z ní budou dlouhodobě profitovat. Biologická terapie je indikována u nemocných se střední až vysokou aktivitou ulcerózní kolitidy, kortikodependentních a kortikorezistentních pacientů a pacientů s mimostřevními projevy vázané na ulcerózní kolitidu, jež adekvátně neodpověděli na podávanou konvenční medikamentózní terapii. V současné době se v České republice k léčbě IBD používá infliximab podávaný pomocí intravenózní infuze a adalimumab, který si může pacient aplikovat sám v domácím prostředí. Nutností při aplikaci léčiva pacientem je kontrola u lékaře nejméně každé dva měsíce a to i v období remise (Ehrmann, Konečný, 2012).

Chirurgická léčba je pacientům s ulcerózní kolitidou indikována buď jako urgentní výkon při toxickém megakolon, nebo jako elektivní řešení při chronickém průběhu s komplikacemi (Dítě et al., 2007). Dominantním výkonem je proktokolektomie s vytvořením ileálního rezervoáru (pouche) a pouch-anální anastomózy. Výkon je poměrně složitý, a proto je prováděn ve dvou až třech etapách v období 12 měsíců. Kvalita života je po chirurgickém výkonu značně vyšší než u pacientů s chronicky aktivní ulcerózní kolitidou, ale vlivem častých stolic a možné inkontinence není ani tato možnost léčby optimální (Baumgadr, 2012).

1.3 Ošetřovatelská péče u klienta s ulcerózní kolitidou

Mezi základní cíle v péči o klienta s ulcerózní kolitidou patří navození normálního vyprazdňování, odstranění bolesti, úprava stravování, návrat do běžného života, adaptace na změněné potřeby, dále spolupráce s rodinou, navození psychické rovnováhy a předání dostatečných informací. Nemocný přichází většinou k lékaři ve stavu vyžadujícím hospitalizaci na interním oddělení. Po kompenzaci zdravotního stavu bývá propuštěn do domácí léčby, kde je stále dispenzarizován (Šafránková, Nejedlá, 2006). Ošetřovatelský plán je pro každého nemocného individuální s ohledem na předchozí průběh onemocnění, medikaci, psychický stav, laboratorní výsledky, zobrazovací výsledky a endoskopické nálezy. Důležité je potlačení příznaků a navození dlouhodobé remise onemocnění. V péči o klienty s ulcerózní kolitidou je důležité povzbuzovat nemocné ke spolupráci a zapojovat je do léčebného procesu. Je nutné, aby klienti pochopili nutnost dodržování medikace také v období remise onemocnění, i když jsou subjektivně bez příznaků (Harris, Jelemensky, 2014).

Sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti a dle ní dopomůže klientovi v jeho základních potřebách. Nemocný má volný pohybový režim a sestra se zaměří především na sledování vyprazdňování stolice, výskyt bolestí, hmotnost klienta, stav výživy a hydratace, vzhled kůže a v neposlední řadě na jeho psychický stav. Při sledování vyprazdňování je důležité znát u klienta četnost stolic, charakter a příměsi (Šafránková, Nejedlá, 2006). Vzhledem k častému nucení na stolicí je vhodné umístit klienta v blízkosti toalety či zajistit pojízdný klozet k lůžku nemocného. U imobilního klienta sestra zajistí podložní mísu, signalizační zařízení a dostatek soukromí při vyprazdňování. Sestra dále sleduje výskyt bolesti u klienta, k čemuž potřebuje znát všechny náležitosti. Jedná se o lokalizaci bolesti, kvalitu, intenzitu, charakter, vyzařování, časový průběh a faktory ovlivňující bolest. Dostupnými metodami pomáhá klientovi zvládat bolest a dle ordinace lékaře podává léky, u kterých sleduje účinky. Pokud je nemocný schopen komunikace, hodnotí svou bolest pomocí vizuální analogové škály vždy před a po podání analgetik (Šamánková et al., 2011). Důležité je dále sledovat stav výživy, hydratace a hmotnost klienta, jež by se měla dvakrát týdně zaznamenávat. Sestra podporuje klienta ke zvýšenému příjmu tekutin, sleduje bilanci a také dohlíží na dodržování diety. Enterální výživa může být doplněna kompletní tekutou stravou, například Nutridrink (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Závažným problémem, který může vzniknout u nemocných s ulcerózní kolitidou, je malnutrice. Tu může vyvolat několik faktorů, mezi něž patří nedostatečný nutriční příjem, zvýšené nároky organismu během zánětu, ztráty živin či interakce některých léků. U klientů ohrožených malnutricí provádí sestra pravidelně nutriční screening a v případě nutnosti zajistí klientovi nutričního terapeuta (Todorovic, 2012).

Kromě hlavních příznaků souvisejících s onemocněním se mohou objevit také vedlejší projevy jako například kožní problémy, potíže s klouby a mnoho dalších, které mohou mít za následek zhoršené psychické zdraví, negativní vliv na vzdělávání či zaměstnání, rodinný život a u žen vliv na těhotenství. Všechny tyto faktory musí sestra brát na vědomí a správně pečovat o psychiku nemocného (Todorovic, 2012). U hospitalizovaného klienta se objevují obavy a strach, nemocný pociťuje nejistotu, a proto sestra musí dbát na to, aby byl klient dostatečně informován, všem informacím také porozuměl a měl prostor pro dotazy (Mandicová, 2011). Nemocný by měl dostatečně odpočívat a snažit se vyvarovat stresu, s čímž mu může pomoci psycholog.

Sestra dále zajišťuje podávání ordinovaných léků, které mohou mít různou formu. Perorální formu, formu klyzmatů, čípků či formu infuze. U léků podávaných formou klyzmatů sestra dostatečně klienta poučí a pokud je soběstačný, může si tyto léky aplikovat sám. Při infuzní terapii sestra pečuje o periferní či centrální žilní katétr. Před propuštěním musí být klient řádně poučen o zásadách léčby, dodržování režimových opatření a dispenzarizaci v gastroenterologické poradně (Šafránková, Nejedlá, 2006).

1.3.1 Příprava klienta na endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetřovací metody patří mezi moderní diagnostické i terapeutické metody. Umožní prohlížení tělních dutin a orgánů v nich uložených. Endoskopické přístroje jsou rigidní, flexibilní či videoendoskopy. Kontraindikace k provedení endoskopického vyšetření mohou být různá dle prováděného výkonu, ale obecně jimi mohou být nespolupracující klienti či klienti v těžkém stavu – šokové stavy, IM, těžká dušnost a další (Mikšová et al., 2006). Lukáš (2015) uvádí absolutní kontraindikaci koloskopického vyšetření konkrétně u klientů s IBD jeho vysokou či až fulminantní aktivitu, poruchu průchodnosti trávicí trubice, nebo rozvíjející se či hrozící toxické megakolon a v případě nutnosti vyšetření je příprava u těchto klientů rozdílná.

Pro stanovení diagnózy ulcerózní kolitidy je nezbytný morfologický obraz střeva, který získáme pomocí koloskopie (Navrátil, 2008). Tato invazivní vyšetřovací metoda umožní zobrazit sliznici tlustého střeva a v optimálních případech také terminální ileum. V současné době jsou k vyšetření používány videokolonoskopy umožňující digitální zpracování obrazu. Mezi nejčastější indikace vyšetření patří zjevná krev ve stolici, krev zjištěná při testu na okultní krvácení, nejasné bolesti břicha, průjmy, změny ve vyprazdňování stolice a další. Před vyšetřením je nezbytná důkladná příprava klienta, která zahrnuje několik postupů. (Bartůněk et al., 2016).

Úkolem sestry je klientovi vysvětlit podstatu vyšetření, jeho průběh a přípravu, být připravena zodpovědět klientovi na jeho dotazy a zajistit podepsání informovaného souhlasu. Další součástí přípravy k vyšetření je příprava střeva (Mikšová et al., 2006). Ta je důležitým předpokladem pro vysokou efektivitu a bezpečnost vyšetření (Lukáš, 2015). Příprava začíná již několik dní před vyšetřením, dle zvyklostí jednotlivých pracovišť, zpravidla cca 5 – 7 dní klient dodržuje bezezbytkovou stravu a vyloučí některé léky (preparáty železa). Dále den před vyšetřením klient vypije roztok určený k přípravě střeva k vyšetření. Vyšetření se provádí na levém boku s pokrčenými dolními končetinami a za sledování fyziologických funkcí, kdy lékař postupně za optické kontroly prochází jednotlivými částmi tlustého střeva nejlépe až do oblasti tenkého střeva, která ústí do střeva tlustého v oblasti Bauhinovi chlopně. Při ambulantním provedení tohoto výkonu je klient následně 2 hodiny monitorován na dospávacím pokoji a poté, nejlépe v doprovodu, odchází domů (Bartůněk et al., 2016).

1.3.2 Edukace klienta s ulcerózní kolitidou

Edukaci lze definovat jako proces soustavně ovlivňující chování a jednání jedince a má za cíl navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech jedince. Subjektem učení je v tomto případě nemocný klient – edukant, jehož charakteristiku může ovlivňovat například etnická příslušnost, víra či sociální prostředí, v němž jedinec žije. Edukatorem se rozumí aktér edukační aktivity, nejčastěji lékař, sestra, fyzioterapeut, nebo nutriční terapeut. K tomu, aby byl edukační proces co nejvíce efektivní, je potřeba věnovat dostatečnou pozornost komunikaci. V průběhu edukace může být klient například unaven, ovlivněn bolestí či zhoršenou koncentrací. Tyto faktory nazýváme jako komunikační šумы (Juřeníková, 2010).

Při provádění edukace u klienta s ulcerózní kolitidou není vhodné informovat o všech aspektech onemocnění již při první návštěvě, ale zejména zpočátku vytvořit vhodné prostředí a důvěru klienta (Bickston, Bloomfeld, 2010). Edukátoři by měli v komunikaci s klienty používat výrazy, kterým klienti dobře rozumí a jsou pro ně známé. Vyhnout by se tak měli zejména odborným výrazům a v případě nutnosti použití je dostatečně vysvětlit (Juřeníková, 2016). Informovanost jednotlivých klientů může být velmi rozdílná a naším úkolem je odkázat na správné zdroje informací a upozornit na mylné informace nalezené na internetu. Vhodné jsou informační brožury či letáky, které klient získá od ošetřujícího lékaře či sestry (Bickston, Bloomfeld, 2010).

V edukačním procesu je důležité si nejprve zvolit edukační cíle, což je v tomto případě ochota doplnit deficitní vědomosti, zlepšit léčebný režim, zlepšit výživu a zvládnutí zátěže. Na začátku edukace je vhodné doplnit klientovi informace ohledně onemocnění, o kterém ho již informoval lékař. Edukace je dále zaměřena na výživová opatření, jež by klient měl dodržovat hlavně v období akutního vzplanutí choroby. Dále sestra edukuje klienta o dodržování životosprávy, pravidelném spánku, odpočinku a přiměřené fyzické aktivitě (Younge, Norton, 2007).

Chronický zánět střeva nesmí zabránit klientovi účastnit se aktivit dle vlastního výběru, s výjimkou období se silnými projevy onemocnění. Proto je vhodné doporučit jakýkoli druh sportu, který má rád a zdůraznit pozitivní vliv na svaly a klouby, jež jsou medikamentózní léčbou zatěžovány. Co se týče zaměstnání či profesní kariéry, klient by se měl vyhnout velmi fyzicky náročné práci jen v případě méně příznivého průběhu onemocnění. Co se týče cestování, ani zde by se klient neměl omezovat. S cestováním do exotických zemí se klient poradí se svým lékařem, neboť do některých zemí je nutné očkování živými vakcínami, které klientům s biologickou či imunosupresivní terapií nemůže být podáno. Ani sexuální život klientů s ulcerózní kolitidou není zásadně ovlivněn (Hrdlička, 2011).

Sestra dále poučí klienta o udržení dobré psychické kondice, neboť klinická zkušenost ukazuje na vliv stresu na aktivitu onemocnění. Klienti by se měli především vyvarovat dlouhodobému stresu. Dále může být klientovi doporučena psychoterapie, která je vhodná především u těžších forem onemocnění nedostatečně reagujících na medikamentózní léčbu, u nemocných po chirurgických výkonech či u klientů s výrazně sníženou kvalitou života (Hrdlička, 2011). Nesmí se zapomínat ani na edukaci v oblasti

nežádoucích účinků medikamentózní terapie, které mohou mít taktéž negativní dopad na psychiku nemocného (Younge, Norton, 2007).

1.4 Multidisciplinární tým

Nelze si ani představit, aby v ošetrovatelství zabezpečoval komplexní péči o zdraví nebo holisticky pečoval o nemocné pouze jediný člověk. Je nutná spolupráce jednotlivých profesionálů, kde každý zajišťuje péči o jedince v rámci své profese. Vzhledem ke zvyšujícím se požadavkům na péči o nemocné jak ošetrovatelskou, tak medicínskou se bez multidisciplinárního týmu žádné zdravotnictví neobejde. Tým můžeme charakterizovat jako osoby podílející se na dosažení společného cíle, za něj jsou také zodpovědní (Plevová et al., 2012).

Tento tým zajišťuje jednotnou komunikaci, dovede zjednodušit analýzy problémů nemocného, provádí jednotnou kontinuální a návaznou ošetrovatelskou péči, vede jednotnou dokumentaci a hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče u nemocného. Vlivem těchto postupů je možné nejen zlepšit ošetrovatelskou péči, ale i snížit ekonomické ukazatele. Multidisciplinární tým pracuje kolektivně v souladu s cíly, které jsou dané pro každého nemocného zvlášť (Pinkavová, 2006). Slovo team si můžeme z angličtiny volně přeložit jako „společně dosáhneme více“ a může se dále dělit například dle účelu, trvání, struktury, členství, formálnosti a typu produkce (Plevová et al., 2012).

Do zdravotnického týmu lze řadit lékaře, sestry, zdravotnické asistenty, ošetrovatele, fyzioterapeuty, nutriční terapeuty, psychoterapeuty, sanitáře, sociálně-zdravotní pracovníky, duchovní, dobrovolníky, technické profese a také studenty zdravotnických a sociálních oborů. Počet těchto osob podílejících se na péči o klienta je dán oblastí zdravotnictví, v němž je tato péče poskytována. Samotní klienti a jejich rodiny či jiné blízké osoby by se taktéž měli řadit do multidisciplinárního týmu, neboť i oni jsou potřební při plánování a realizaci péče potřebné k uzdravení klienta (Plevová et al., 2012). Pokud není věnována dostatečná pozornost týmové dynamice, jednotliví členové týmu pracují pouze vedle sebe a přístup k práci mají jen ze své pozice, která je daná jejich oborem. Naopak pokud týmová spolupráce funguje dobře, zlepšuje se ošetrovatelská péče a lze vidět zlepšení i v ukazatelích jako například délce hospitalizace, mortalitě pacientů či již zmíněných nákladech na zdravotní péči. V multidisciplinární péči mohou být některé obory vnímány jako méně dominantní než ty druhé, což může celou spolupráci negativně ovlivnit a mít za následek konflikty mezi

jednotlivými pracovníky. Důvodem ke konfliktu může být například pocit jednoho z odborníků, že pouze jeho obor odvádí skutečně užitečnou práci (Vévoda et al., 2013).

1.4.1 Vztahy na pracovišti

Efektivní spolupráce s ostatními zdravotnickými pracovníky je výzva. Systém zdravotní péče se v posledních letech zásadně změnil a nynější sestry potřebují ke vstupu do svého zaměstnání lepší komunikační dovednosti než dříve jak ve vztahu ke klientovi, tak i ve vztazích na pracovišti. Komunikace s ostatními spolupracovníky neovlivňuje pouze to, jak se cítí sestra, ale má přímý dopad na celkovou atmosféru (Arnold et al., 2003). Atmosféra, která na pracovišti panuje, a dobré vztahy patří k důležitým předpokladům ke spokojenosti v práci a k dovádění dobrých pracovních výsledků. Tyto faktory ovlivňují práci sester i lékařů dostávajících se na svých pracovištích do složitých situací a ty pak mohou být zdrojem nespokojenosti s prací. Pokud na pracovišti vládou pozitivní vztahy, není člověk svázán předsudky a obavou ze selhání (Bártlová, et al., 2010).

Mezi jednotlivými členy týmu fungují vztahy, které mohou mít hierarchický či horizontální charakter. Hierarchickým se rozumí vztah nadřízený – podřízený a vztahem s horizontálním charakterem je vztah mezi jednotlivými spolupracovníky, kteří mají stejné postavení, zodpovědnost a pravomoce. Kolegialita zdravotnických pracovníků souvisí s příslušností ke zdravotnickému povolání, jež je zaměřeno na pomoc člověku. Zrání a budování týmu a tím také utužování vztahů se uskutečňuje pomocí teambuildingu, jenž můžeme chápat jako organizování jakékoliv aktivity, které se tým účastní (Plevová et al., 2012).

K rozvíjení spolupráce mezi lékaři, sestrami a ostatními nelékařskými pracovníky přispívají týmy vedením partnerského vztahu, přičemž každá profese má společné určité dovednosti nezbytné k zajištění kvality péče. Pro správné fungování vztahu je důležité, aby plnění cílů bylo podřízené veškerému dění v týmu, aby jednotliví členové vyjadřovali soudružnost, dodržovali skupinové normy, měli odpovědnost a vzájemnou důvěru v týmu a hlavně správně komunicovali. Komunikace významným způsobem ovlivňuje interpersonální vztahy a může ji narušovat například rozdílný profesionální názor, situační tlak či neochota respektovat pravidla (Vévoda et al., 2013).

1.4.2 Kompetence všeobecné sestry

Postavení sestry v multidisciplinárním týmu a také vztahy lékaře a sestry do jisté míry ovlivňuje problematika kompetencí, které mají oba tito členové týmu odlišné. Kompetence jsou jasně dané, ale jsou také ovlivněny charakterem jednotlivých profesí a zvyklostmi na daných odděleních (Bártlová et al., 2010).

Všeobecná sestra, dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků všeobecně, jako řada dalších zdravotnických pracovníků poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standarty, dodržuje hygienicko-epidemiologický režim, vede zdravotnickou a další dokumentaci, informuje pacienta v souladu se svou odbornou způsobilostí, podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech, studijních programech a vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů a podílí se na přípravě standardů.

Všeobecná sestra dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelským procesem se rozumí zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta nebo skupiny osob a následné stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizace ošetrovatelské péče, vyhodnocování její účinnosti a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace. Dále může vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti klientů, projevy jejich onemocnění, rizikové faktory, sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce, stav klienta, zajišťovat herní aktivity pro děti, zajišťovat průchodnost horních dýchacích cest odsáváním sekretu, hodnotit a ošetřovat porušenou celistvost kůže a chronické rány, pečovat o stomie a centrální a periferní žilní vstupy. Všeobecná sestra může ve spolupráci s fyzioterapeutem či ergoterapeutem provádět rehabilitační ošetřování, pomoci klientovi s nácvikem sebeobsluhy, orientačně hodnotit sociální situaci klienta, zajišťovat příjem, překlad a propuštění klienta a činnosti s tím spojené, pro umírající klienty a jejich blízké zajišťovat psychickou podporu a následně zajistit péči o zemřelé tělo a činnosti s tím spojené, zajišťovat zásobu, přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, návykové látky a zdravotnické prostředky.

Na základě indikace lékaře může všeobecná sestra vykonávat bez odborného dohledu činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče a přitom zejména připravuje dle indikace lékaře klienty

k diagnostickým a léčebným postupům, které provádí či u nich asistuje a pečuje o klienta během těchto výkonů a po nich. Může jít zejména o podávání léčivých přípravků, zavádění a udržování kyslíkové terapie, provádění a orientační hodnocení screeningových a depistážních vyšetření, odebírání biologického materiálu, ošetřování akutních a operačních ran včetně péče o drény, provádění katetrizace močového měchýře s následnou péčí včetně výplachů močového měchýře, výměna a ošetřování tracheostomické kanyly, dále zavádění a péče o nazogastrické sondy, aplikace výživy sondou či stomiemi, provádění výplachu žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

Pod odborným dohledem lékaře může všeobecná sestra nitrožilně aplikovat krevní deriváty a asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků. Bez odborného dohledu dále může na základě indikace lékaře ošetřovat klienta v průběhu transfuze a ukončit podání (Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

1.4.3 Kompetence nutričního terapeuta

Nutriční terapeut, dříve dietní sestra, je odborníkem v léčebné výživě pracujícím bez odborného dohledu (Grofová, 2007). Výjimku tvoří nutriční terapeut, který získal odbornou způsobilost na střední zdravotnické škole v oboru dietní sestra, pokud bylo toto studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005. V takovémto případě je možné samostatně vykonávat toto povolání až po třech letech odborného dohledu (Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních).

Nutriční terapeut poskytuje klientům specifickou ošetrovatelskou péči při zabezpečování jejich nutričních potřeb v oblasti preventivní a léčebné výživy v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Do specifické ošetrovatelské péče může zejména patřit zpracování a vyhodnocování nutriční anamnézy, provádění bilance, navrhování změn v dietě, formě pokrmů či potravinových doplňků a provádění vyšetření ke zjištění stavu výživy. Dále kontrola, vedení a organizace přípravy stravy, sestavování jídelních plánů a předpisů, poradenství a edukace v oblasti zdravé a léčebné výživy, přejímání, kontrola a ukládání léčivých přípravků a prostředků. Nutriční terapeut může také po předchozí indikaci lékaře sestavovat individuální jídelní plány, u nichž i vypočítává biologické a energetické hodnoty (Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1

Zjistit, jak sestry spolupracují s nutričními terapeuty při péči o klienty s ulcerózní kolitidou na lůžkovém oddělení.

Cíl č. 2

Zjistit způsob edukace klientů s ulcerózní kolitidou sestrou v oblasti výživy.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka č. 1

Jak spolupracují sestry s nutričními terapeuty při péči o klienty s ulcerózní kolitidou na lůžkovém oddělení?

Otázka č. 2

Jakým způsobem sestra edukuje klienta s ulcerózní kolitidou v oblasti výživy?

Otázka č. 3

Jakým způsobem se klient dozvídá informace z oblasti výživy?

2.3 Operacionalizace pojmů

Spolupráce – druh sociální interakce

Sestra – odborně vzdělaná osoba ve zdravotnictví provádějící jednoduché vyšetřovací a léčebné úkony a ošetrovatelskou péči

Nutriční terapeut – odborník v léčebné výživě

Ulcerózní kolitida – chronické zánětlivé střevní onemocnění

3 Metodika výzkumného šetření

3.1 Použitá výzkumná metoda

Ke zpracování výzkumného šetření k bakalářské práci na téma „Spolupráce sestry a nutričního terapeuta v péči o klienta s ulcerózní kolitidou“ byla použita forma kvalitativního výzkumu pomocí polostandardizovaných rozhovorů (Příloha č. 1) se všeobecnými sestrami, nutričními terapeuty a klienty, kteří byli vybráni záměrně. Výběrovým kritériem byla současná hospitalizace či hospitalizace v průběhu uplynulého roku v rámci svého onemocnění.

Rozhovory byly zcela anonymní a obsahovaly 14 otázek pro sestry, 10 otázek pro nutriční terapeuty a 12 otázek pro klienty s ulcerózní kolitidou. Rozhovory trvaly v průměru 15 minut bez přítomnosti dalších osob a byly po předchozím souhlasu zúčastněných osob nahrávány na diktafon. Všichni zúčastnění byli také obeznámeni s využitím rozhovoru výhradně pro účely bakalářské práce. Tyto rozhovory byly následně přepsány pomocí transkripce a dále analyzovány pomocí otevřeného kódování. Z toho byly následně vytvořeny kategorie a podkategorie pro každou skupinu respondentů zvlášť. Cílem sběru dat bylo zjistit, jak sestry spolupracují s nutričními terapeuty v péči o klienta s ulcerózní kolitidou na lůžkovém oddělení a dále zjistit způsob, kterým sestra edukuje klienta s ulcerózní kolitidou v oblasti výživy.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Výzkumný soubor byl tvořen ze třech skupin. První skupinou byly všeobecné sestry ve věku od 23 do 53 let, tři sestry pracovaly na gastroenterologickém oddělení a dvě sestry na interním oddělení. Čtyři sestry měly středoškolské vzdělání a jedna vysokoškolské vzdělání. Druhou skupinu tvořili tři nutriční terapeuti ve věku od 25 do 30 let, všichni vysokoškolsky vzdělání. Tito nutriční terapeuti docházeli na lůžková oddělení vybraných nemocnic a byli k dispozici i pro ambulantní klienty. Poslední skupinu tvořili klienti s ulcerózní kolitidou, kteří byli ve věku 25 – 52 let a v uplynulé době jednoho roku byli hospitalizováni v rámci svého onemocnění. Klienti 4 a 5 byli hospitalizováni v době rozhovoru.

4 Výsledky

Tato kapitola bude rozdělena do třech částí. V první části jsou uvedeny výsledky z rozhovorů se sestrami, v druhé výsledky rozhovorů s nutričními terapeuty a třetí část je tvořena výsledky rozhovorů s klienty. Každá část obsahuje vždy tabulku s identifikací výzkumného souboru, tabulku s kategorizací z odpovědí jednotlivých výzkumných souborů a dále popis a výsledky těchto kategorií.

4.1 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka č. 1 – identifikační údaje sester

Respondenti	Oddělení	Věk	Vzdělání
Sestra 1	Gastroenterologické oddělení	30	Středoškolské
Sestra 2	Gastroenterologické oddělení	31	Středoškolské
Sestra 3	Gastroenterologické oddělení	53	Středoškolské
Sestra 4	Interní oddělení	24	Vysokoškolské
Sestra 5	Interní oddělení	25	Středoškolské

Tabulka ukazuje identifikační údaje sester. Jednotliví respondenti budou označovány písmenem S a čísly 1 – 5.

4.2 Kategorizace získaných dat od sester

V rámci výzkumného šetření bylo uskutečněno 5 rozhovorů s všeobecnými sestrami a na základě jejich odpovědí bylo vytvořeno celkem 5 kategorií a 2 podkategorie.

Tabulka č. 2 – kategorizace získaná z odpovědí sester

Kategorie	Podkategorie
Dostupnost nutričního terapeuta	
Nutriční screening	
Spolupráce sester s nutričními terapeuty	Postoj sester k předávání informací a spolupráci s nutričními terapeuty
Edukace klienta	Edukační materiály
Informace o dané problematice	Informovanost sester

4.2.1 Kategorie dostupnost nutričního terapeuta

V této kategorii jsme se zaměřili na to, zda je na vybraných odděleních k dispozici nutriční terapeut a také pro jaké klienty. Dále nás zajímalo, zda jsou nějaké konkrétní situace, při kterých jsou nutriční terapeuti za klienty voláni. Všechny sestry se shodly na tom, že nutriční terapeut na jejich oddělení dochází. S1 uvedla, že s nutričními terapeuty není v kontaktu, a tudíž neví, jak často: „*No jako ne. Vlastně jo, ale já nejsem s nima v kontaktu takže.. No dochází, ale nevím, jak často, denně určitě ne.*“ Sestry dále uvedly, že pro všechny klienty na oddělení nutriční terapeuti k dispozici nejsou. Respondenti S3, S4 a S5 uvádí, že většinou je to po domluvě s lékařem. „*K takovým těm rizikovým, když třeba vyjde někomu špatně nutriční screening, nebo po poradě s lékařem. Nebo třeba, když nám někdo hubne, potřebuje speciální dietu a tak.*“ uvedla S4 situace, při kterých je nutriční terapeut za klienty volán. Respondent S3 uvádí, že jde většinou o malnutriční klienty: „*Na ambulanci ne, to si řeší pacienti sami, na lůžka teda dochází, když ho zavolá lékař nebo my. Většinou jde o malnutriční pacienty.*“ Z odpovědí všech sester dále vyplývá, že nutričního terapeuta volají ony samy, pouze S1 řekla, že ještě nikdy nutričního terapeuta nevolala: „*Voláme je, když jsou potřeba nějaké diety speciální, když to potřebuje nějaký pacient, já jsem ještě nikdy žádnýho nevolala, abych řekla pravdu.*“

4.2.2 Kategorie nutriční screening

V této kategorii jsme se zaměřili na zmapování toho, kdo na oddělení provádí nutriční screening a také za jakých situací. Odpovědi všech sester se shodují v tom, že nutriční screening provádí ony při příjmu klienta. „*Sestry. Je fakt, že každý to řeší jinak, někdo*

jde přímo za pacientem a ptá se ho a někdo to udělá tak..“ „A kdy?“ „Většinou jenom když se dělá příjem.“ popisuje S4 způsob, kým a také jakým způsobem je nutriční screening tvořen. Pouze dvě dotazované sestry zmínily, že nutriční screening provádí nejen při příjmu klienta na oddělení, ale také v průběhu hospitalizace, když zjistí, že klient hubne, nebo má riziko malnutrice. *„Asi všechny sestry, vlastně když se vyplňují příjmový papíry, takže by to měl dělat ten, kdo přijímá. A potom když je třeba někdo rizikovej, tak se to dělá v průběhu,“* popsala S2. Také sestra S3 popisuje možnost vyhodnocení nutričního screeningu v průběhu hospitalizace: *„Sestry při příjmu, nebo když třeba zjistíme, že někdo hubne.“*

4.2.3 Kategorie spolupráce sester s nutričním terapeutem

V této kategorii jsme se zaměřili na to, zda jsou sestry s nutričními terapeuty na oddělení v kontaktu, spolupracují spolu a předávají si mezi sebou informace. Dále nás také zajímal způsob předávání informací mezi sestrami a nutričními terapeuty. Na základě odpovědí všech respondentů jsme zjistili, že sestry s nutričními terapeuty v přímém kontaktu na oddělení nejsou. Z rozhovoru s S4 vyplývá, že se s nutričním terapeutem na oddělení setkává, ale žádným způsobem nespolečně pracují: *„To asi úplně ne, my s těma nutričníma se jako potkáme, ale že by byl čas se s nima ještě o něčem bavit, to asi ne.“* Podobnou zkušenost má i S1: *„Jak říkám, ještě jsem tu nezažila, abych přímo mluvila s nutričním terapeutem a něco s ním probírala. Ale jsou tu k dispozici a můžeme je zavolat.“* Většina sester tedy informace od nutričního terapeuta nemají a jsou v kontaktu pouze v případě, že vzájemně něco potřebují: *„No, když něco potřebuje od nás, nebo my od ní, tak jsme v kontaktu. Jinak ne.“* Uvedla S3. Předávání informací tak na základě výpovědí spočívá pouze v tom, že si jednotliví členové přečtou údaje o klientovi v dokumentaci, jak řekla S1 na otázku, zda si předávají informace o klientech s nutričními terapeuty: *„Asi ne, když tam není nic speciálního, to je v papírech vždycky napsaný.“* S jistým způsobem získání informací od nutričního terapeuta se setkala S5, která uvádí, že jim sami pacienti sdělí, co jim nutriční terapeut doporučil: *„Oni nám třeba jenom řeknou, co jim ten nutriční doporučil jo, ale že my bysme jako měly nějaký ty informace od nutričního, to fakt ne.“*

Podkategorie postoj sester k předávání informací a spolupráci s nutričním terapeutem

Tato podkategorie má za cíl zmapovat, jak sestry považují za důležité předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu a také jejich názor na spolupráci

s nutričním terapeutem. Všechny dotazované sestry považují za důležité předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu, jejich odpovědi byly jednoznačné a stručné. Až na jednu dotazovanou (S1) by všechny sestry spolupráci s nutričním terapeutem uvítaly. Sestry S3 a S4 si představují spolupráci spíše tak, že by nutriční terapeuti předávali informace o dietách sestrám, které by na základě toho mohly dále informovat a edukovat klienty: „*A vlastně proč ne, kdyby nám nějaké ty informace předávali, tak bysme asi pak mohly víc informovat ty pacienty,*“ uvedla S4. Podobný názor měla S3: „*A asi jo, bylo by to takový zajímavější, kdybysme s nima ty diety řešily a pak to těm klientům mohly říct.*“ Kladný postoj měla také S5, která si spolupráci s nutričním terapeutem představuje spíše tak, že by bylo vhodné nutričním terapeutům sdělit informace o výživě a celkovém stavu klientů: „*Nepředáváme a asi by to bylo dobrý, kdybysme jim řekly, třeba kolik toho pacienti sní, nebo celkově jejich stav, ne jenom to, co si přečtou v papírech.*“

4.2.4 Kategorie edukace klienta

V této kategorii jsme se zaměřili na to, zda sestry edukují klienty na základě informací získaných od nutričního terapeuta a jakým způsobem tato edukace probíhá. Z odpovědí sester vyplývá, že informace k edukaci nezískávají od nutričního terapeuta, neboť s ním nejsou v přímém kontaktu. Takto odpověděla například dotazovaná S4: „*My ty informace od nutričního nemáme, takže spíš jen řekneme pacientům, co víme my samy a oni taky hodně říkají, co už ví, jaké jídlo jim sedne a co naopak nemůžou.*“ Podobný názor má také S2: „*My tady s těma nutričníma nejsme moc v kontaktu, takže jako ohledně toho, když mají nějaký režim, tak se jim dávají jídelníčky, ale vysloveně jako s nutričníma ne.*“ Svou odpověď dále doplňuje o způsoby edukace: „*Dáváme letáčky s dietou. Já je třeba odkazuju i na internet.*“ Také sestra S5 odkazuje klienty na informační brožury a na informace z internetu: „*Jo tak my doporučujem různý info letáky a brožury, který tu máme, nebo jim třeba říkáme, ať se podívaj na internet, tam je toho taky dost.*“ S předáváním letáčků v rámci edukace klientů jsme se setkali také u sester S1 a S4. Naopak sestra S3 edukuje klienty pouze verbálně: „*Co víme, tak jim řekneme. Ne teda od toho nutričního, spíš co máme informace my.*“

Podkategorie edukační materiály

V této podkategorii nás zajímala dostupnost jednotlivých edukačních materiálů pro klienty na oddělení a to, zda sestry využívají i jiné zdroje pro edukaci klientů. Pouze

dvě sestry (S1 a S2) odpověděly, že mají na oddělení k dispozici informační brožury pro klienty s ulcerózní kolitidou. Zbylé sestry uvedly, že brožury s dietami pro tyto pacienty nemají, přičemž sestry S3 a S4 se domnívají, že tento materiál o dietách mají k dispozici nutriční terapeuti: „*No něco tu máme, ale co se týče diet, tak to jim dají asi spíš právě ti nutriční terapeuti,*“ řekla S4. Poslední respondent S5 se domnívá, že jsou brožury pro tyto klienty na jejich oddělení nedostupné: „*Něco tu je, ale myslím, že konkrétně o tý bezsezbytkový ne.*“ V oblasti využití jiných edukačních materiálů či prostředků se setkáváme s odkazováním na internet u sester S2 a S3, přičemž sestra S3 dokonce doporučuje klientům konkrétní webové adresy: „*No ty patientský stránky, který fungují dobře. Třeba střevnízáněty.cz nebo crohn.cz.*“ Ostatní sestry S1, S4 a S5 nevyužívají žádné jiné zdroje či prostředky pro edukaci klientů.

4.2.5 Kategorie informace o dané problematice

V této kategorii jsme se zaměřili na to, zda sestry zjišťují dodržování dietních opatření u klientů s ulcerózní kolitidou. Většina respondentů (S1, S3 a S4) jednoznačně zmínila, že tyto informace od klientů zjišťují a shodují se většinou na tom, že při zhoršení stavu se klienta ptají, zda ví o tom, že by snědl něco špatného, například jako respondent S3: „*No tak když někdo přijde a má problém, tak se ho zeptáme, třeba jestli ví o tom, že by snědl něco špatného.*“ Další sestra S4 zjišťuje od klientů mimo to i další informace: „*Když s ním vyplňuju ten screening, tak se ho určitě zeptám, jestli dodržuje dietu, jestli nesnědl něco, co by neměl, jaký porce jí, jak často a tak dále.*“ Zbylé sestry v této oblasti informace nezjišťují (S2) či zjišťují pouze v některých případech (S5): „*Když má někdo nějakou speciální dietu tak to jako jo a oni to taky třeba řeknou sami při příjmu.*“

Podkategorie informovanost sester

V této podkategorii jsme se zaměřili na znalosti sester o výživových omezeních klientů s ulcerózní kolitidou a také na to, zda je o nich informoval nutriční terapeut, či jakým způsobem je získaly. Ani jedna sestra neuvedla, že by o výživových doporučeních byla informována cestou nutričního terapeuta. Informace sestry většinou získaly přímo od klientů, což uvádí S1, S2 a S5 a také v průběhu praxe, což uvedla S1: „*Získala jsem je v průběhu. Pacienti taky sami povypráví třeba, co můžou, co jim dělá dobře, nebo ne.*“ Sestra S5 uvádí, že se s tímto onemocněním již setkala, a proto má dostatek informací, přičemž dodává, že informace by taktéž nejspíše získala od klientů: „*Tady tohle vím, protože jsem se s tím setkala v rodině. A jinak bych to asi taky věděla od těch pacientů,*

co tady byli hospitalizovaný.“ Pouze sestry S3 a S4 nevedly jako zdroj získaných informací klienty či praxi. Sestra S3 hovořila o tom, že tyto znalosti má a získala je z různých konferencí, podobně jako sestra S4, která tyto informace získala taktéž sebevzděláváním: „Tak ještě něco si pamatuju ze školy. A asi tak různě, když je tu opravdu někdo, kdo má zajímavou diagnózu, nebo nějaké omezení, tak si to třeba i sama vyhledám na netu.“

4.3 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka č. 3 – Identifikační údaje nutričních terapeutů

Respondenti	Věk	Vzdělání	Délka praxe
Nutriční terapeut 1	25	Vysokoškolské bakalářské	2 roky
Nutriční terapeut 2	30	Vysokoškolské magisterské	5 let
Nutriční terapeut 3	25	Vysokoškolské bakalářské	2 roky

Tabulka ukazuje identifikační údaje nutričních terapeutů. Nutriční terapeuti budou označeni písmenem N a čísla 1 – 3.

4.4 Kategorizace získaných dat od nutričních terapeutů

Celkem byly uskutečněny 3 rozhovory s nutričními terapeuty a na základě jejich odpovědí byly vytvořeny 3 kategorie a 3 podkategorie.

Tabulka č. 4 – kategorizace získaná z odpovědí od nutričních terapeutů

Kategorie	Podkategorie
Dostupnost nutričního terapeuta	Kontaktování nutričního terapeuta
Spolupráce nutričního terapeuta se sestrami	Podávání informací sestram o výživě
Edukace klientů	Zpětná vazba

4.4.1 Kategorie dostupnost nutričního terapeuta

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jak je nutriční terapeut dostupný na jednotlivých odděleních a konkrétně na jaká oddělení dochází. Všichni nutriční terapeuti uvedli, že chodí na různá oddělení v nemocnici, kam je zavolají. Nejčastěji se v odpovědích objevilo interní oddělení a oddělení následné péče. Dotazovaný N1 zmínil ještě další oddělení: „*Nejčastěji je to gastroenterologické oddělení, oddělení následné péče, interní oddělení, dětské oddělení.*“ Nutriční terapeut N2 uvádí, že tato oddělení nemají se svými kolegy nijak rozdělené, ale dochází tam, kde je to potřeba: „*Nás nutričních je tu víc a není to tak, že bychom měli ty oddělení nějak rozdělené, spíš, kde je potřeba, tam nás zavolají. Na internu, chirurgii, LDN a tak různě, opravdu, kde je potřeba.*“ Třetí dotazovaný říká, že je určen primárně pro ambulantní klienty, ale na lůžková oddělení také dochází: „*Já jsem hlavně pro ambulantní klienty, a když na lůžka, tak kde zrovna potřebují.*“ uvedl N3.

Podkategorie kontaktování nutričního terapeuta

V této podkategorii jsme se zaměřili na to, od koho nutriční terapeut získá informaci, že má přijít na konzultaci za klientem a také při jaké situaci je volán. Všichni dotazovaní nutriční terapeuti se shodli na tom, že na oddělení dochází jednak po domluvě s lékařem, tak i po zavolání sestrami. „*Je to různě, buď si pacient zažádá o nutriční péči sám, nebo po domluvě s lékařem,*“ říká respondent N3, který navíc uvádí možnost klienta přímo si zažádat o nutričního terapeuta. Jediný respondent N1 uvádí další situace, při nichž je na oddělení volán: „*Je to po domluvě s těma sestrama, například když lékař napíše konzultaci, nebo pokud sestry neví, jakou dietu pacientovi dát, nebo když si pacient stěžuje tak taky.*“

4.4.2 Kategorie spolupráce nutričních terapeutů se sestrami

V této kategorii jsme se zaměřili na vzájemnou spolupráci nutričních terapeutů a sester z pohledu nutričních terapeutů a na předávání informací o klientech mezi těmito zdravotnickými pracovníky. Ze všech třech rozhovorů vyplynulo, že nutriční terapeuti nemají možnost nějakým způsobem spolupracovat na oddělení se sestrami, které přímo pečují o klienty. Pouze jeden respondent N2 uvedl jistý způsob spolupráce, nebo výměny informací: „*Se sestřičkami já přímo nespolupracuji, ale znám se s některýma staničníma sestrama, takže s těma třeba proberu nějaké ty informace, co se týče*

klientů. “ Svou odpověď dále rozvádí o postoj k takovéto spolupráci: „Myslím si, že by to bylo dobré i s těma sestřičkami, které jsou s klientem víc, jenže já si úplně nedovedu představit, jak by se to dalo realizovat. Možná kdyby byl čas si fakt sednout a probrat to, to by bylo super. Ale ten čas není jak z naší strany, tak si myslím i ze strany těch sester, které toho už takhle mají dost.“ Respondent N3 uvedl, že si ani takovouto spolupráci neumí představit: „Se sestrami asi přímo ne, nevím, jak bychom spolupracovali, možná jen v rámci hlášení, ale to je spíš po telefonu.“ Také zbylí dva respondenti N1 a N2 zmínily způsob předávání informací jako telefonickou konzultaci. Respondent N1 uvádí, že si se sestrami předává informace, pouze když se jedná o klienty, u kterých je to potřeba: „To úplně ne, jen když se jedná o ty pacienty, u kterých je to potřeba, tak se domlouváme, ale obecně spíš ne.“

Podkategorie podávání informací sestram o výživě

V této podkategorii jsme se zaměřili na to, zda nutriční terapeuti podávají sestram informace o výživě a dietách, které by následně sloužily sestram k edukaci klientů. Dotazovaní respondenti N2 a N3 uvádějí, že tyto informace sestram nepodávají: *„Já přímo asi spíš ne. Když má klient nějakou speciální dietu, tak nás sestry zavolají na oddělení, ale přímo za klientem. Nebo dám příklad, když neví, jakou dietu mají dát, tak se poradí s námi po telefonu,“* uvedl respondent N2 a svou odpověď dále rozvedl o to, jak se sestry o dietách klientů dozvědí: *„O tom, jakou dietu jsme doporučili, nebo další informace se spíš dozvídají z papírů nebo od lékaře, který má, co se týče diety, taky důležité slovo.“* I respondent N1 uvádí také, podobně jako N2, možnost porady sester s nutričním terapeutem ohledně výživy, přičemž klíčovou postavou je klient, kterému nutriční terapeut předá tyto informace: *„No nevím, oni se třeba poradí o tom, jakou dietu mají dát, ale spíš se bavíme přímo s pacientem.“* Informace o dietě má sestra tudíž jen z informací, které nalezne v dokumentaci klienta.

4.4.3 Kategorie edukace klientů

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jakým způsobem edukují klienty nutriční terapeuti a zda doporučují nějaké konkrétní edukační materiály. Všichni dotazovaní uvedli, že mají k dispozici informační brožury a letáky pro edukaci klientů a ty jim dají, aby si je pročetli. Respondent N2 navíc uvádí, mimo brožury a letáky, dostupnost receptů pro klienty s nespécifickými střevními záněty: *„Máme k dispozici spoustu informačních brožur, letáků a taky nějaké recepty přímo pro ty klienty s nespécifickými*

střevními záněty.“ Dále dodává vlastní zkušenost, na základě které se snaží, aby klienti měli kvalitní zdroje informací: *„Setkala jsem se taky už například s klientem, který si našel nějakou dietu na internetu, která měla být dobrá při jeho onemocnění, a akorát si uškodil, takže se opravdu snažíme dbát na to, aby měli ty informace z kvalitních zdrojů.“* Také respondent N3 využívá vlastní zdroje pro edukaci klientů a chce, aby byla edukace co nejefektivnější: *„Máme tady nějaké svoje brožury pro různá onemocnění, jsme schopni sestavit jídelníčky a snažíme se, abychom jim jenom něco neodvykládali a oni si z toho chudáci potom nic nepamatovali.“* Jako jediný dotazovaný také uvádí krom edukačních brožur a letáků pro edukaci i další způsob: *„Takže i různě i ilustrativně třeba u dětí, ale záleží na tom, co je to za klienta.“*

Podkategorie zpětná vazba

V této podkategorii jsme se zaměřili na zpětnou vazbu, zda si nutriční terapeuti nějakým způsobem ověřují znalosti klientů z edukace. *„Pokud jde o návštěvu klienta v nemocnici, tak to je většinou jedna návštěva za hospitalizace.“* Uvedl respondent N2, který dále rozvedl svou odpověď, že se s některými klienty potkává znovu ambulantně a zjišťuje, že klient není mnohdy schopen si z jedné konzultace všechny informace zapamatovat: *Máme ale klienty, kteří nás vyhledají i potom ambulantně, kde třeba zjistíme, že si polovinu věcí nepamatují. Právě proto by bylo asi dobře, kdybychom mohli nějak spolupracovat i s těma sestřičkama, které by to klientům zopakovaly a bylo by to celé určitě efektivnější.“* Také respondenti N1 a N3 uvádějí, že se s hospitalizovanými klienty mnohdy vidí jen jednorázově a ověřit si zapamatované informace mohou jen u ambulantních klientů. *„Určitě ano, chci po nich vědět, co si pamatují z minula, je to formou rozhovorů, třeba aby mi i řekli jejich jídelníčky. Ty ambulantní se snažím i zvat sama, ale u těch hospitalizovaných to úplně nejde, protože se mnohdy vidíme jen jednorázově,“* uvedl způsob ověřování klientových znalostí respondent N3.

4.5 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka č. 5 – identifikační údaje klientů

Respondenti	Pohlaví	Věk	Fáze onemocnění
Klient 1	Žena	28	Remise
Klient 2	Muž	52	Relaps
Klient 3	Žena	25	Remise
Klient 4	Muž	42	Relaps
Klient 5	Žena	50	Relaps

Tabulka ukazuje identifikační údaje klientů. Klienti budou označeny písmenem K a čísly 1 – 5.

4.6 Kategorizace získaných dat od klientů

Celkem bylo uskutečněno 5 rozhovorů s klienty a na základě jejich odpovědí byly vytvořeny 4 kategorie.

Tabulka č. 6 – kategorizace získaná od klientů

Kategorie
Dieta
Zdroj informací
Změna stravovacích návyků během hospitalizace
Informace o výživě získané během hospitalizace

4.6.1 Kategorie dieta

V této kategorii jsme se zaměřili na dodržování dietních opatření u klientů a také na to, zda klienti mají dostatek informací o své dietě. Většina dotazovaných (K1, K2, K3, K5) uvedli, že dietu dodržují, nebo se o to alespoň snaží. Jediný respondent K4 uvádí, že dietě až do současného zhoršení zdravotního stavu nevěnoval tolik pozornosti, jelikož mu racionální strava nezpůsobovala žádné problémy, a proto také o této dietě moc informací nemá: „Moc ne, doted' jsem to fakt moc neřešil, protože mi bylo dobře.“

Nevím, jak to bude teď, do jaký míry to budu muset dodržovat, uvidím no, jak mi bude.“ Pouze jeden respondent (K3) řekl, že má dostatek informací o své dietě. Další respondenti (K1, K2 a K5) zmínili, že by mohli být o dietě lépe informováni. *„Já vám ani nevím, pořád hledám něco nového o dietě, ale to co mi poskytl, toho je dost.*“ Uvádí K5 vlastní zájem v hledání nových informací o dietě.

4.6.2 Kategorie zdroj informací

V této kategorii jsme se zaměřili na zdroje informací v oblasti výživy, které klienti již mají a dále na to, zda jsou ovlivněni informacemi, jež naleznou kdekoliv na internetu. Jako zdroj informací o výživě uvádí respondenti K1 a K2 stejně, že od lékaře a sester dostali informační brožury. *„Lékař i sestra. Tak za prvé brožury, řekli mi o tom, co bych měl a taky, abych si to prošel doma,*“ uvedl K2 způsoby, jakými získal informace o dietě. Také respondent K4, který bude muset nyní, po zhoršení stavu, změnit způsob svého stravování, uvedl zdroj informací z oblasti výživy lékaře a navíc také nutričního terapeuta: *„Doktor. Tady za mnou byl nutriční terapeut a taky jsme řešili jídlo. Fakt teďka se mi to zhoršilo, jinak jsem to tolik řešit nemusel.*“ Jiný zdroj informací na rozdíl od ostatních dotazovaných sdělil K3, který taktéž dostal informační brožury, ale zbytek informací si vyhledal sám: *„Spíš já sama. Lékař mě informoval jenom při stanovení diagnózy, dostala jsem brožury a pak to bylo spíš na mě. Hledala jsem různě na internetu, ale i v knížkách.*“ Respondent dále rozvádí svou odpověď a udává, že mylnými informacemi na internetu ovlivněn není: *„To asi úplně ne, vím, že se tam dá najít dost užitečných informací, ale ne vždycky to může být kvalitní informace. Takže na nějaký diskuze pacientů na různých stránkách moc nedávám.*“ Ostatní respondenti uvedli, že jsou ovlivněni informacemi, které naleznou na internetu. *„Ano, pořád hledám něco, co by mi pomohlo, nebo mi ten boj trochu usnadnilo. To víte, nemoc mám teprve dva roky a za tu dobu už mě to pořádně potrápilo,*“ řekla respondentka K5, jež se neustále snaží hledat nové informace. Na internetu lze najít i recepty pro nemocné s ulcerózní kolitidou, čehož využívá respondentka K1, která má dietu ještě o něco komplikovanější: *„Hledám různé recepty třeba. Já mám ještě k tomu alergii na mléko, takže to mám ještě složitější.*“

4.6.3 Kategorie změna stravovacích návyků během hospitalizace

V této kategorii jsme se zaměřili na to, zda se sestry informují o dodržování diety klientem a na kontakt nutričního terapeuta s klientem. Respondenti K1, K2 a K5 se

shodují v tom, že sestry měly zájem zjistit, zda dodržují dietní opatření. Dotazovaný K5 navíc uvádí dotazy sester, jakým způsobem tuto skutečnost zjišťují: „*To víte, že se mě ptají, protože mě už znají. Takže co se zase stalo, jestli jsem neudělala nějakou dietní chybu a podobně.*“ Zbylí dotazovaní (K3 a K4) řekli, že se sestra o jejich stravovacích návycích neinformovala. O tom, zda klient dodržuje výživová opatření se u respondenta K4 zajímali jiní členové multidisciplinárního týmu: „*Jo, ptali se mě, když mě přijímali, jestli dodržuju dietu, ale to jako spíš doktorka. A vlastně ta nutriční taky no. Sestra ne,*“ uvedl respondent K4 navíc vlastní zkušenost s konzultací s nutričním terapeutem během hospitalizace. Také respondent K5 se již setkal s nutričním terapeutem, když ho vyhledal sám a nyní měl také možnost konzultace během hospitalizace: „*Byla jsem u něj sama, když jsem byla dobrá a tady mi taky přišel doporučit takový ty doplňky. To mám teď vlastně v infuzích a plus piju ty Nutridrinky,*“ dodal navíc opatření, které nutriční terapeut doporučil. Také respondenti K2 a K4 měli možnost konzultace s nutričním terapeutem během hospitalizace. Nutriční terapeut jim předal informace verbálně, jak uvádí například K2: „*Když mi dělali tu stomii, tak to za mnou přišel nutriční. On mi doporučil, co bych měl, a nebo takhle, ale jídelníček třeba, že by mi dal, to ne.*“

4.6.4 Kategorie informace o výživě získané během hospitalizace

V této kategorii jsme se zaměřili na to, zda a kým byli klienti odkázáni na informační zdroje o výživě a dále také na spokojenost klienta s informacemi od sestry a nutričního terapeuta z oblasti výživy. Odpovědi tří z pěti respondentů se shodují v tom, že na informace z oblasti výživy byli odkázáni od svého lékaře (K1, K3, K4), přičemž respondent K1 sdělil, že tyto informace dostal pouze při stanovení diagnózy: „*Ze začátku, když se ta nemoc objevila tak asi jo, doktorka, ale jinak, když jsem byla hospitalizovaná, tak se fakt ta dieta moc neřešila, jenom jsem měla bezezbytkovou a to bylo vše.*“ Také respondent K4 uvedl jako zdroj informací z oblasti výživy svého lékaře při stanovení diagnózy: „*Spíš ta doktorka. Nějaký letáky jsem dostal, když mi to diagnostikovali a teď mi taky něco dala ta nutriční. Sestra mi dala taky něco, ale už nevím, co od koho mám, je to všechno stejné.*“ Respondent K4 doplnil další zdroje informací, sestru a nutričního terapeuta. S edukací a předáním informací formou informačních brožur a letáků se setkali také respondenti K2 a K5. Pro respondenta K5 to byl jediný informační zdroj, na který byl z oblasti výživy odkázán a respondent K2 navíc uvádí i další zdroj informací, jenž mu byl doporučen: „*Na internet, ale stránky si*

nepamatuju. Letáky jsem nějaký dostal, ale tam najdu to, co je i na internetu,“ doplnil svůj postoj k informačním zdrojům. Co se týče edukace z oblasti výživy, tak pouze jedna respondentka (K3) nebyla žádným způsobem edukována sestrou ani nutričním terapeutem, a tudíž nemohla posoudit, jak je s edukací a informacemi o dietě spokojena. Další respondent (K2) se domnívá, že by edukace ze strany sestry mohla být lepší: *„Já myslím, že by mohli i víc, bylo to jenom tak zběžný. A pak ať si člověk poradí. Myslím si to, že to tak je.“* Stejný názor má tento respondent také na edukaci ze strany nutričního terapeuta: *„To bylo jenom takový v běhu. Letáky jo, ale fakt jenom to nejnnutnější.“* Také respondent K4 uvádí tento způsob edukace a stejně jako respondent K2 názor, že by mohl mít více informací: *„Dostal jsem nějaký ty brožury, jako jo, mohli by mi k tomu říct víc.“* Dále popsal svou zkušenost s konzultací a edukací od nutričního terapeuta: *„Jo, ptal se celkově, jak mi je, jak jsem to dodržoval doted, na to, jak jim a tak. Potom mi řekl, co bych měl a neměl a dal mi nějaký ty letáky. Dal mi na sebe kontakt, kdybych ještě něco potřeboval. No a spokojenej jsem tak nějak průměrně,*“ dodal hodnocení edukace. Další respondent K5 uvedl, že informace z oblasti výživy od sester, s kterými má mimochodem velmi kladný vztah, má sice formou brožur, ale dietu spíše řeší s jinými členy: *„Tady jsou zlatý sestřičky, pomůžou mi, popovídají si se mnou. Brožury od nich mám, ale ohledně stravy se bavím spíš s lékařem nebo s tím nutričním.“* Dále také zmínila způsob, jakým si z konzultace odnese co nejvíce informací z edukace: *„To nejdůležitější si radši zapisuju, protože za půl hodiny po té návštěvě zas nic nevím.“*

5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku spolupráce sester s nutričními terapeuty v péči o klienty s ulcerózní kolitidou. K získání informací byla použita metoda polostrukturovaných dotazníků se sestrami, nutričními terapeuty a klienty s ulcerózní kolitidou. Rozhovory byly uskutečněny v průběhu měsíců března a dubna a probíhaly v Nemocnici České Budějovice, Nemocnici Třebíč a v Klinickém centru ISCARE v Praze. Výjimku tvořil pouze jeden respondent ze skupiny klientů, s kterým byl rozhovor veden v domácím prostředí.

Prvním cílem kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry spolupracují s nutričními terapeuty při péči o klienty s ulcerózní kolitidou na lůžkovém oddělení, druhý cíl byl zjistit způsob edukace klientů s ulcerózní kolitidou sestrou v oblasti výživy. Ke splnění cílů navazovaly tři výzkumné otázky, jež spolu úzce souvisí. První výzkumná otázka se zaměřovala na způsob spolupráce mezi sestrami a nutričními terapeuty při péči o klienty s ulcerózní kolitidou, druhá otázka na způsob, kterým sestra edukuje klienta s ulcerózní kolitidou v oblasti výživy, a třetí výzkumná otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem se klient dozvídá informace z oblasti výživy. První část otázek v rozhovorech pro sestry se týkala identifikačních údajů a následovaly okruhy otázek zaměřené na dostupnost nutričního terapeuta, nutriční screening, samotnou spolupráci s nutričním terapeutem, edukaci klienta a na množství informací o dané problematice. Všichni dotazovaní potvrdili, že je na jejich odděleních nutriční terapeut k dispozici většinou po zavolání. Respondenti dále uvedli konkrétní situace, kdy kontaktují nutriční terapeuty, například S4: *„Klient si může nutričního terapeuta vyhledat sám a v případě teda hospitalizace je voláme spíš jenom k takovým těm rizikovým, když třeba někomu vyjde špatně nutriční screening, nebo po poradě s lékařem. Nebo třeba když nám někdo hubne, potřebuje speciální dietu a tak.“* Také respondent S1 se shoduje s předchozím v tom, že na oddělení volají nutričního terapeuta v případě potřeby speciálních diet. Dále dodává, že za svou praxi ještě nikdy žádného nutričního terapeuta nevolal, což mě velice překvapuje, vzhledem k délce jeho praxe. Nutriční terapeut je nezbytný na všech odděleních, kde jsou klienti ohroženi malnutricí (Kalvach et al., 2012). U těchto klientů je riziko malnutrice vzhledem k častým průjmům opravdu vysoké, a proto by měla být věnována dostatečná pozornost hmotnosti klienta, častosti vyprazdňování stolice, výživě a hydrataci a také nutričnímu

screeningu, jenž může u klientů toto riziko odhalit. Nutriční screening by se měl u těchto klientů provádět pravidelně (Todorovic, 2012), což v praxi mohou potvrdit pouze dva respondenti (S2, S3). Zbylí respondenti (S1, S4, S5) uvedly, že nutriční screening vyhodnocují pouze při příjmu klienta na oddělení a při zjištění nedostatků ve výživě klienta tedy volají nutričního terapeuta. K tomu, aby mohl nutriční terapeut správně odebrat nutriční anamnézu, zhodnotit nutriční stav a rizika, sestavit pro klienta nutriční plán nebo speciální dietu, potřebuje klienta vidět a znát všechny informace týkající se jeho stavu, nestačí pouze informace obsažené v dokumentaci nemocného (Grofová, 2007). K dobré informovanosti o stavu klienta mohou pomoci nutričnímu terapeutovi sestry, které jsou s klientem v bližším kontaktu než lékař. Ovšem z výzkumného šetření vyplývá, že sestry v přímém kontaktu s nutričním terapeutem nejsou, a tudíž si vzájemně nepředávají informace o stavu klienta a tak ani o doporučeních, které klientovi navrhnul nutriční terapeut. Tyto informace tak obě strany zjišťují pouze z dokumentace, jak uvádí například respondent S5, jenž má zároveň kladný přístup k takovéto spolupráci: *Nepředáváme a asi by to bylo dobrý, kdybychom jim řekli, třeba kolik toho pacienti sní, nebo celkově jejich stav, ne jen to, co si přečtou v papírech.* S kladným přístupem ke spolupráci s nutričním terapeutem a k předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu jsme se setkali také u dalších respondentů (S2, S3, S4), pouze respondent S1 má ke spolupráci s nutričním terapeutem laxní přístup: *„Je mi to v podstatě jedno.“* Přitom spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu by měla být věnována dostatečná pozornost, neboť právě ta může zajistit opravdu kvalitní péči (Vévoda et al., 2013). Sestry tím pádem nemají informace o jednotlivých dietách od nutričních terapeutů, jak se dozvídáme od všech respondentek, a tak klientům sdělují z oblasti výživy pouze informace, jež mají z vlastních zkušeností či vlastních zdrojů, tak jako to uvádí například respondentka S4: *„My ty informace od nutričního nemáme, takže spíš jen řekneme pacientům, co víme my samy a oni taky hodně říkají, co už ví, jaké jídlo jim sedne a co naopak nemůžou.“* Otázkou tedy zůstává, jak kvalitní tyto rady jsou. Je pravda, že co se týče tohoto onemocnění, je velmi těžké s dietou klientům radit, neboť každý reaguje na různé potraviny jinak, ale v případě, že klient není schopen tyto potraviny vypořádat, nebo je pro něj toto onemocnění nové, by měla být schopna sestra edukovat klienta v oblasti diety, výživy a výživových doplňků. Bickston a Bloomfeld (2010) uvádějí jako možný zdroj informací o výživě informační brožury a letáky pro klienty, jež by měli mít k dispozici u svého lékaře, ale i sester na oddělení. Také dotazované sestry (S1, S2, S4 a

S5) využívají ve své praxi k edukaci klientů informační brožury, stejně tak jako nutriční terapeuti (N1, N2, N3), což také potvrzují všichni dotazovaní klienti, kteří udávají, že se s tímto způsobem edukace již setkali. Poslední respondent (S3) edukuje klienty pouze verbálně, z čehož si klienti nemusejí pamatovat tolik informací, jak ostatně uvedl například respondent K5 ze zkušenosti s konzultací s nutričním terapeutem, který taktéž informoval klienta pouze verbálně: *„To nejdůležitější si radši zapisuju, protože za půl hodiny po té návštěvě zas nic nevím.“* Z tohoto důvodu by dle mého názoru bylo vhodné tyto informace klientovi sepsat, nebo ho vyzvat, aby si je zapisoval. Jako další zdroj informací pro klienty mohou sloužit také různé internetové stránky. Zde je ale potřeba dát pozor, aby se jednalo o kvalitní webové adresy. Dva (S2, S3) z pěti respondentů sdělili, že doporučují klientům jako zdroj informací o dietě internet a pouze respondent S3 konkrétní webové adresy: *„No ty patientský stránky, který fungují dobře. Třeba střevnízáněty.cz nebo crohn.cz.“* Myslím si, že konkrétně tyto stránky jsou pro pacienty s ulcerózní kolitidou vhodné a bylo by dobré, aby je ve své praxi doporučovaly i ostatní sestry, neboť jak ukázalo výzkumné šetření, klienti jsou ovlivněni informacemi nalezenými na internetu. S tímto má jistou zkušenost také nutriční terapeut (N2), jenž se setkal s klientem, který byl vlivem mylných informací nalezených na internetu ve zhoršeném zdravotním stavu: *„Setkala jsem se taky už například s klientem, který si našel nějakou dietu na internetu, která měla být dobrá při jeho onemocnění a akorát si tím uškodil, takže se opravdu snažíme dbát na to, aby měli ty informace z kvalitních zdrojů.“* Při dalším hledání na internetu jsem opravdu našla zkušenosti několika lidí s jistou Paleo dietou, o které také možná mluvila zmíněná nutriční terapeutka. Na diskuzním fóru sice nemocný uvádí, že mu tato dieta pomohla v boji s jeho onemocněním, ale při hlubším hledání informací o této dietě, jež je mimochodem popsána v knize „Průvodce dietami: Jak zhubnout rozumně“, je dle mého názoru, pro nemocného se zánětlivým onemocněním střev opravdu nevhodná a potvrzuje to také popis diety, který uvádí Vitalia.cz (2015), v téže knize, a to, že by měly být potraviny konzumovány v syrovém stavu a jídlo by se mělo jíst pouze jednou nebo dvakrát denně, navíc s občasným obdobím hladovění. Také z tohoto důvodu je důležité, aby sestra měla informace o stravovacích návycích klienta a sama věděla, v čem jejich dieta spočívá, na což jsme se zaměřili i ve výzkumném šetření. Stravovací návyky zjišťují respondenti S1, S3, S4, S5 a jediný dotazovaný S2 se na tuto oblast klienta neptá. Dostatek informací zjišťuje například respondent S4, který se na tuto oblast zaměřuje při vyhodnocování nutričního screeningu: *„Když s ním vyplňuju ten screening, tak se ho*

určitě zeptám, jestli dodržuje dietu, jestli nesnědl něco, co by neměl, jaký porce jí, jak často a tak dále.“ Takto sestra opravdu snáze odhalí hrozící malnutrici či nevhodné stravovací návyky klienta. Z rozhovorů sester tedy vyplynulo několik nedostatků, které ale podle mě není nemožné změnit. Co se týče předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu, které považuje za důležité řada autorů, například Plevová (2012) či Vévoda (2013), se situace může změnit pouze, když na tom budou pracovat obě strany. Vévoda (2013) uvádí, že pokud není věnována dostatečná pozornost týmové dynamice, mají jednotliví členové přístup k práci pouze ze své pozice, která je daná jejich oborem. Ke stejnému zjištění jsme došli také v rozhovorech s nutričními terapeuty. Při rozhovorech s nimi jsme se zaměřili taktéž na to, při jakých situacích jsou kontaktováni, na již zmíněnou spolupráci se sestrami a na samotnou edukaci klientů. Situace, při kterých jsou nutriční terapeuti voláni ke klientům, se shodovali s odpověďmi sester. Nejčastěji šlo o situace, kdy klienti potřebují speciální diety či potravinové doplňky. Vhodnost potravinových doplňků u klientů s ulcerózní kolitidou uvádí také Šafránková a Nejedlá (2006). Ke spolupráci se sestrami bych zmínila pouze jediný případ, jenž mě zaujal u respondenta N2 a setkali jsme se zde s jistým způsobem předávání informací mezi sestrami a nutričními terapeuty: *„Se sestřičkami já přímo nespolečně pracuji, ale znám se s některými staničními sestrami, takže s těma třeba proberu nějaké ty informace, co se týče klientů. Myslím si, že by to bylo dobré i s těma sestřičkami, které jsou s klientem víc, jenže já si úplně nedovedu představit, jak by se to dalo realizovat. Možná kdyby byl čas si fakt sednout a probrat to, to by bylo super. Ale ten čas není jak z naší strany, tak si myslím i ze strany těch sester, které toho už takhle mají dost.“* Více času asi možné získat nebude, ale předávání informací od nutričního terapeuta cestou staniční sestry se mi nezdá tak nemožné. Staniční sestra pak snáze předá informace sestram na svém oddělení, pečujícím o klienta, s nimiž je po celý den v kontaktu. Co se týče samotné edukace klienta nutričním terapeutem, zaměřili jsme se na způsob edukace a ověřování si znalostí klientů. Na tom, jak bude edukace efektivní, záleží několik faktorů. Jedním z nich je také osobnost edukátora. Juřeníková (2010) uvádí několik předpokladů, které jsou důležité pro úspěšné vykonání edukace. Mezi tyto předpoklady patří charakterové, intelektové, sociální, ale také odborné znalosti a dovednosti. Jak ukázalo výzkumné šetření, nutriční terapeuti mají k dispozici taktéž informační brožury pro klienty, sestavují pro ně jídelníčky a někteří, jako například respondent N2, mají pro klienty s nespecifickými střevními záněty hotové recepty, jež si klienti po propuštění do domácího léčení mohou sami připravit. Byla jsem také mile

překvapena ze způsobu edukace, který používá respondent N3: „*Takže různě i ilustrativně třeba u dětí, ale vše záleží na tom, co je to za klienta.*“ Jelikož toto onemocnění postihuje také dětské pacienty (Antoš, 2013), myslím si, že tato edukace může být opravdu efektivní. Co se týče ověřování znalostí z edukace, tak se všichni dotazovaní (N1, N2, N3) shodli na tom, že pokud jde o konzultaci s klientem při hospitalizaci, jde většinou o jednu návštěvu, tudíž není možné ověřit si klientovi znalosti. Řešením by mohla být již zmíněná spolupráce se sestrami, které by snáze ověřily znalosti klientů a tím zlepšily efektivitu celé edukace. Nutriční terapeuti si tak ověřují znalosti pouze u ambulantních klientů, jichž se například ptají na jejich jídelníčky, díky čemuž je jistě také jednodušší odhalit případné potraviny způsobující klientovi problémy. Na zkušenost s nutričním terapeutem jsme se, mimo jiné, zaměřili při rozhovorech s klienty, kteří tvořili poslední část výzkumného souboru. Dalšími oblastmi v těchto rozhovorech byl postoj klientů a informovanost o dietě, zdroje informací, které klienti již měli, změny stravování a informace získané při hospitalizaci a již zmíněná zkušenost s nutričním terapeutem. I přesto, že většina autorů, jako například Keil et al., (2012), již v současné době zpochybňují teorii efektivitu bezezbytkové diety, dotazovaní respondenti tuto dietu dodržují. Výjimkou byl pouze respondent K4, jenž je sice přesvědčen o tom, že by tuto dietu dodržovat měl, ale občas si dopřeje i potraviny, kterým by se měl vyvarovat. Otázkou stále zůstává, do jaké míry dieta ovlivňuje subjektivní pocity klientů. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že čtyři respondenti (K1, K2, K4 a K5) z pěti dotazovaných stále nemají dostatek informací o své dietě, i přesto, že všichni dostali informační brožury s dietami a někteří z nich (K2, K4, K5) dokonce informace z oblasti výživy získali od nutričního terapeuta. Překvapilo mě, že pouze jediný respondent (K3) je spokojen s množstvím informací, jenž si o výživě vyhledal na internetu či v literatuře. Opět se dostáváme k informacím nalezeným klienty na internetu, neboť stejní čtyři respondenti (K1, K2, K4 a K5) udávají, že jsou těmito informacemi ovlivněni. Z tohoto důvodu by bylo vhodné doporučovat klientům kvalitní zdroje a dbát na to, aby nepodléhali mylným informacím. Jisté informace z oblasti výživy mají klienti od svého lékaře, který je většinou informoval při stanovení diagnózy, jak uvedli respondenti K1, K3, K4 a K5. Ale jelikož není vhodné informovat o všech aspektech onemocnění již při první návštěvě (Bickston, Bloomfeld, 2010), měli by některé informace být schopny předat i sestry, pochopitelně v rámci svých kompetencí.

6 Závěr

Multidisciplinární spolupráce je základní součástí efektivního poskytování zdravotní péče. Předpokladem správného fungování je vzájemná komunikace mezi jednotlivými členy a předávání si informací o klientech. Při péči o klienta s ulcerózní kolitidou je velmi důležitá spolupráce jednotlivých odborníků, tedy i sester a nutričních terapeutů.

Pro tuto bakalářskou práci byly zvoleny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak sestry spolupracují s nutričními terapeuty při péči o klienty s ulcerózní kolitidou, druhým cílem bylo zjistit způsob edukace klientů s ulcerózní kolitidou sestrou v oblasti výživy. Oba cíle práce byly splněny. Ke splnění cílů bylo využito kvalitativní výzkumné šetření a metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory pro sestry, nutriční terapeuty a klienty s ulcerózní kolitidou. Výzkumné šetření ukázalo, že sestry většinou nemají možnost s nutričními terapeuty přímo spolupracovat a tak předávání informací mezi těmito členy probíhá pouze telefonicky, nebo cestou dokumentace klienta. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že sestra nejčastěji edukuje klienty formou informačních brožur a letáků, které mají většina sester k dispozici na oddělení. Na základě zjištěných výsledků také bylo zodpovězeno na všechny tři výzkumné otázky.

Zjištěné výsledky mohou přispět ke zlepšení spolupráce sester s nutričními terapeuty a také ke zlepšení edukace klientů sestrami.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANTOŠ, F. et al., 2013. *Koloproktologie*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 87s. ISBN 978-80-87023-13-6.
2. ARNOLD, E. et al., 2003. *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills For Nurses*. 4th ed. St. Louis, Mo.: Saunders. 629 s. ISBN 978-07-216-9388-0.
3. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestra - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 127 s. ISBN 978-80-701-3526-6.
4. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
5. BAUMGART, D., 2012. *Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: from Epidemiology and Immunobiology to a Rational Diagnostic And Therapeutic Approach*. New York: Springer. 754s. ISBN 14-614-0998-5.
6. BICKSTON, S. J., BLOOMFELD R.S., 2010. *Handbook of Inflammatory Bowel Disease*. Baltimore, MD: Lippincott Williams. 177s. ISBN 07-817-6630-3.
7. BORTLÍK, M., 2014. Idiopatické střevní záněty. *Kardiol Rev Int Med*. 16(3), 240-243. ISSN 2336-2898
8. BOULTON, R. et al., 2011. *Gastroenterology*. 2nd ed. London: Manson Pub. 240s. ISBN 18-407-6603-4.
9. DÍTĚ, P. et al., 2007. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. 2. vydání. Praha: Galén. 586s. ISBN 978-80-7262-496-6.
10. DÍTĚ, P., 2012. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Praha: Galén. 262s. ISBN 978-80-7262-704-2.
11. DYLEVSKÝ, I. et al., 2007. *Obecná kineziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 190s. ISBN 978-80-247-1649-7.
12. EHRMANN, J., KONEČNÝ, M., 2012. Léčba střevních zánětů. *Praktické lékařství*. 8(4), 156-160. ISSN 1801-2434.
13. FIALA, P. et al., 2008. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 173s. ISBN 978-80-246-1491-5.
14. GABALEC, L., 2009. Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*. 11(6), 276-281. ISSN 1212-7299

15. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237s. ISBN 80-247-1868-5.
16. HARRIS, H., JELEMENSKY, L., 2014. Managing The Ups And Downs Of Ulcerative Colitis. *Nursing*. 44(8), 36-42, doi: 10.1097/01.NURSE.0000451524.56480.88.
17. HRDLIČKA, L., 2011. IBD a životní styl ---kapitola ale - *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, 2011. ISBN 978-80-905-1200-9.
18. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
19. KACHLÍK, D., 2013. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. 135s. ISBN 978-80-87878-01-9.
20. KARGES, W., DAHOUK, S. A., 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada. 426s. ISBN 80-247-3108-8.
21. KEIL, R. et al., 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Karolinum. 86s. ISBN 978-80-246-1970-5.
22. KOHOUT, P. et al., 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi, Rady lékaře, průvodce dietou. 74s. ISBN 80-903-8200-2.
23. LUKÁŠ, K. et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada. 380s. ISBN 978-80-247-1787-6.
24. LUKÁŠ, M., 2011. Etiologie a patogeneze ulcerózní kolitidy. Stále více otázek než jasných odpovědí. *Gastroent Hepatol*. 65(2), 56-64. ISSN 1804-7874.
25. LUKÁŠ, M., 2015. Endoskopie u idiopatických střevních zánětů. In: ŠPIČÁK, J., et al. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada Publishing, s. 137 – 151. ISBN 978-80-247-5283-9.
26. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada. 123s. ISBN 80-247-3811-2.
27. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
28. MOUREK, J. et al., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 222s. ISBN 978-80-247-3918-2.
29. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ M., 2015. *Přehled anatomie*. 3. vydání. Praha: Galén. 416s. ISBN 978-80-7492-206-0.

30. NAVRÁTIL L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
31. NOVOTNÝ, A. et al., 2010. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida[online]. Praha: Medimport. 95s. [cit.2016-12-7]. Dostupné z: http://www.crohn.cz/wpcontent/uploads/2013/10/brozura_dospeli_2.pdf
32. PINKAVOVÁ, H., 2006. *Multidisciplinární spolupráce*. In: MACKOVÁ, M. (ed). *Multidisciplinární tým: sborník z odborné konference s mezinárodní účastí* : Brno 27.4.2006. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 5-6. ISBN 80-701-3437-2.
33. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 304 s. ISBN 978-802-4738-710.
34. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. 280s. ISBN 978-802-4711-485.
35. ŠAMÁNKOVÁ M.et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 134s. ISBN 80-247-3223-8.
36. TODOROVIC, V. 2012. Providing holistic support for patients with inflammatory bowel disease. *British journal of community nursing*. 17(10), 466-472.
37. VÉVODA J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada.160 s. ISBN 80-247-4732-4.
38. VRÁNOVÁ, Dagmar., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. 183s. ISBN 80-726-3788-6.
39. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2017-02-18]. In: Sbírká zákonů České republiky, částka 20, s. 482 – 491. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=73877&nr=55~2F2011&rp=15#local-content>
40. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, 2004. [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57523&nr=96~2F2004&rp=15#local-content>
41. YOUNGE, L., NORTON, CH., 2007. Contribution of specialist nurses in managing patients with IBD. *British Journal of nursing*.

8 Přílohy

Příloha č. 1 – otázky k rozhovorům

Rozhovor pro všeobecné sestry

Jaký je Váš věk?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Na jakém pracujete oddělení a jak dlouho?

Dochází k Vám na oddělení nutriční terapeut?

Je nutriční terapeut k dispozici pro všechny klienty na oddělení, případně při jakých situacích je kontaktujete?

Kdo na Vašem oddělení provádí nutriční screening?

Předáváte si informace o klientech s nutričními terapeuty? Pokud ne, uvítali byste ho?

Myslíte si, že je předávání informací v rámci multidisciplinárního týmu důležité?

Edukujete dále klienta na základě informací získaných od nutričního terapeuta?

Jak probíhá tato edukace?

Zjišťujete klientovy stravovací návyky a dodržování diety?

Máte sama/sám znalosti o výživových omezeních u pacientů s ulcerózní kolitidou a kde jste je získala? Od nutričního terapeuta?

Máte k dispozici na oddělení informační brožury či letáky pro klienty?

Využíváte i jiné informační zdroje pro edukaci klientů?

Rozhovor pro nutriční terapeuty:

Váš věk?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jak dlouho pracujete jako nutriční terapeut?

Na jaká oddělení docházíte? Po domluvě?

Máte možnost na těchto odděleních nějakým způsobem spolupracovat se sestrami?

Předáváte informace o klientech sestram či jiným členům multidisciplinárního týmu?

Jakým způsobem si tyto informace předáváte?

Podáváte sestram informace o výživových doporučeních pro klienty s ulcerózní kolitidou?

Doporučujete klientům nějaký konkrétní edukační materiál?

Ověřujete si znalosti klientů z edukace a případně jak?

Rozhovor pro klienty s ulcerózní kolitidou:

Jaký je Váš věk?

Jak závažné je Vaše onemocnění a jaká je Vaše terapie?

V jaké fázi je Vaše onemocnění?

Dodržujete stanovená dietní opatření?

Myslíte si, že máte dostatek informací o dietních opatřeních?

Kdo Vás o těchto dietních opatřeních informoval? (sestra, nutriční terapeut, brožury, internet - recepty)

Jste ovlivněn/a informacemi o dietě nalezenými na internetu?

Informuje se sestra o tom, zda dodržujete tato opatření?

Dochází za Vámi nutriční terapeut?

Odkázala Vás sestra či jiný zdravotnický pracovník na informační zdroje (letáky, brožury)?

Jste spokojený/á s množstvím informací ohledně výživy, které Vám poskytla sestra?
Jak Vám tyto informace sestra předala? (verbálně, brožury, odkazy)

Jste spokojený/á s množstvím informací, které Vám poskytl nutriční terapeut? Jak Vám tyto informace nutriční terapeut předal? (verbálně, brožury, odkazy)

Příloha č. 2 – Žádost o povolení k výzkumnému šetření v Nemocnici České Budějovice

Diana Kalmárová
Palackého 991
588 13 Polná
kalmad00@zsf.jcu.cz

Vážená paní
Mgr. Monika Kyselová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra
B. Němcové 595/54
370 01 České Budějovice

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE

Vážená paní náměstkyně,

v současné době jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a píším bakalářskou práci na téma Spolupráce sestry a nutričního terapeuta v péči o klienta s ulcerózní kolitidou.

Tímto si dovoluji Vás požádat o povolení k výzkumnému šetření, které bych realizovala pomocí kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami a klienty na interním a gastroenterologickém oddělení a nutričními terapeuty.

Cílem mého výzkumného šetření je zjistit, jak probíhá spolupráce sestry a nutričního terapeuta o klienty s ulcerózní kolitidou na lůžkovém oddělení a jakým způsobem sestry edukují klienty s tímto onemocněním v oblasti výživy. Vedoucí mé bakalářské práce je Mgr. Ivana Chloubová. Všechny získané informace budou anonymní a budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za vyřízení žádosti.

České Budějovice, dne 22.2.2017

Diana Kalmárová.

24. 2. 2017 SOUHLASÍM


Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

9 Seznam zkratek

CMV kolitida – cytomegalovirová kolitida

IBD – inflammatory bowel disease

IM – infarkt myokardu