

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Ošetrovatelská péče o pacienta s divertikulózou**

Bakalářská práce

Autor práce: Adéla Lysáková  
Studijní program: Ošetrovatelství a porodní asistence  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

## Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta s divertikulózou. Názvem divertikulóza (diverticulosis, die Divertikulose) se označuje nález mnohočetných divertiklů na různých orgánech (Kazil, Kazilová, 2007). Divertikulóza je také označována jako prezidentská nemoc. Získala tento název před pár lety, kdy tímto onemocněním ve stejnou dobu trpěli Václav Havel a prezident Slovenské republiky Rudolf Schuster. Divertikulózu tlustého střeva můžeme označit jako civilizační chorobu, protože u ní byla prokázána souvislost mezi způsobem stravování a životním stylem (Housová, 2009). V posledních několika letech se zvyšuje počet nemocných s tímto onemocněním. Příčinou je pravděpodobně stravování a životní styl, ale i věk, protože onemocnění nejvíce postihuje jedince ve věku nad 70 let.

Velmi důležitá je včasná diagnostika a následná léčba onemocnění, která je zaměřena na úpravu stravovacích návyků a změnu životního stylu. Tato práce se skládá ze dvou částí. Z teoretické a z výzkumné. Teoretická část popisuje základní oblasti onemocnění, jako je anatomie a fyziologie trávicího traktu. Dále popisuje samotné onemocnění, příčiny, příznaky, diagnostiku, komplikace a léčbu onemocnění. V teoretické části není samozřejmě opomenuta ošetrovatelská péče o pacienta s divertikulózou. Dále ošetrovatelská péče o pacienta po operacích tlustého střeva a v neposlední řadě ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií. Výzkumná část byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou. Na základě tématu práce byly stanoveny dva cíle. První cíl zahrnoval specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou. Druhý cíl měl zmapovat znalosti sester na gastroenterologických ambulancích o ošetrovatelské péči o pacienty s divertikulózou.

Pro naplnění těchto stanovených cílů proběhla kvalitativní metoda výzkumného šetření. Výzkumné šetření se uskutečnilo v gastroenterologických ambulancích v Jihočeském kraji a na Vysočině. Výzkumný soubor zahrnoval dvě skupiny respondentů. První skupinou byly sestry (S1 – S10) a druhou skupinou byli lékaři (L1 – L3). Kvalitativní šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného

rozhovoru. Pro fixaci kvalitativních výsledků byl zvolen psaný záznam. Pomocí rozhovorů s respondenty byly získány odpovědi na výzkumné otázky a zároveň naplněny cíle bakalářské práce. Pro naplnění cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka byla zaměřená na specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou. Z výzkumného šetření vyplynulo dle výpovědi sester a lékařů, že vedou pacienta s divertikulózou k dodržování preventivních opatření. Mezi ně patří dodržování dietního režimu, změna životního stylu, péče o pravidelné vyprazdňování stolice, přiměřená fyzická aktivita a dodržování pravidelných kontrol u lékaře. Při dodržování těchto preventivních opatření dochází ke snížení rizika vzniku komplikací. Nicméně v oblasti projevů divertikulózy měli respondenti ze skupiny sester nedostatečné znalosti.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, na jaké oblasti se v poskytování ošetrovatelské péče zaměřují sestry nejčastěji. Pomocí rozhovorů bylo zjištěno, že se sestry nejvíce zaměřují na edukaci v oblasti úpravy stravovacích návyků. Dále informují pacienta s divertikulózou, jak předcházet komplikacím anebo jak se má při jejich výskytu zachovat. Informace od sester korespondovaly s výpověďmi lékařů.

Třetí výzkumná otázka pátrala po tom, jestli sestry informují pacienty o úpravě stravovacích návyků. Bylo zjištěno, že sestry informují pacienta s divertikulózou o úpravě stravovacích návyků. Sestry mají vědomosti o vhodných a nevhodných potravinách. Dále o množství vhodných tekutin a o úpravě stravy. Přesto měly sestry značné nedostatky v dietě, která se podává v prvních dnech po operaci.

Informace od sester byly shodné s názory lékařů, až na otázku ohledně podávané diety v prvních dnech po operaci, protože tato byla položena pouze sestřám.

Poslední, čtvrtá výzkumná otázka zkoumala, jestli ovlivňuje onemocnění pacienty v jejich životě. Z výpovědi sester a lékařů bylo potvrzeno, že onemocnění má vliv na život pacienta. Má totiž omezení ve stravování, musí pečovat o pravidelné vyprazdňování stolice, některé pacienty trápí nepříjemné bolesti břicha. V neposlední řadě udávali respondenti, že se jim pacienti svěřovali, že se bojí vycestovat kvůli

odlišné stravě a komplikacím, které by mohly nastat. Někteří pacienti se dokonce kvůli tomuto onemocnění i sociálně izolují jen na své prostředí.

Na základě této práce byl vytvořen informační leták pro pacienty s divertikulózou. V něm je kladen důraz na prevenci onemocnění, včasnou diagnostiku, rozpoznání komplikací a v neposlední řadě na úpravu stravovacích návyků. Cílem vytvoření toho letáku pro pacienty bylo usnadnění hledání informací a lepší pochopení tohoto onemocnění.

Klíčová slova: divertikulóza, divertikulitida, ošetrovatelská péče, sestra, prevence.

## **Abstract**

The bachelor thesis focuses on nursing care of a patient with diverticulosis. The name diverticulosis (die Divertikulose) indicates occurrence of multiple diverticula on various organs (Kazil, Kazilová, 2007). Diverticulosis is also called a presidential disease. This name arose a couple of years ago when Václav Havel and Rudolf Schuster, the President of the Slovak Republic were suffering from this disease at the same time. Colon diverticulosis may be classified as a civilization disease, as relation between its occurrence and eating habits and life style has been proven (Housová, 2009). The number of patients suffering from the disease has been increasing in recent years. Eating habits and lifestyle are probably the main causes, but also age as the disease mostly affects individuals over 70 years of age.

Timely diagnostics is very important and subsequent treatment aimed at change of eating habits and lifestyle in general. This thesis consists of two parts, a theoretical part and a research. The theoretical part describes the basic aspects of the disease, like anatomy and physiology of the digestive system. It also describes the disease itself, causes, symptoms, diagnostics, complications and treatment of the disease. The theoretical part certainly deals with nursing care of a patient with diverticulosis, nursing care of a patient after colon operation and also with nursing care of a patient with colostomy. The research was aimed at the specifics of nursing care of a patient with diverticulosis. Two goals were based on the thesis topic. The first goal included the specifics of nursing care of a patient with diverticulosis. The second goal was to map knowledge of nursing care of a patient with diverticulosis among nurses at gastroenterology departments.

A qualitative research method was applied to meeting the above goals. The research was performed at gastroenterology outpatient departments in South Bohemian and Highland Regions. The research sample consisted of two groups. The first group was formed by nurses (N1 – N10) and the second group by physicians (P1 – P3). The qualitative research was performed by means of semi structured interview. Written records were kept on the qualitative research results. Interviews with respondents brought answers to the research questions and also led

to meeting the goals of the bachelor thesis. Four research questions were set to meet the goals.

The first research question focused on the specifics of nursing care of a patient with diverticulosis. The research showed according to the responses of the nurses and the physicians that they lead a patient with diverticulosis to adherence to preventive measures. These are adherence to diet regimen, change of lifestyle, care about regular defecation, adequate physical activity and regular medical checkups. Adherence to these preventive measurement leads to reduction of complication risks. However the knowledge of diverticulosis symptoms among nurses was quite poor.

The second research questions asked what aspects of providing nursing care nurses most often concentrate on. The interviews showed that nurses mostly focus on education in the field of changing eating habits. They also inform patients with diverticulosis how to avoid complications or how to behave if complications occur. The information from the nurses corresponded with that from the physicians.

The third research question tried to find whether nurses inform patients on modification of eating habits. We found that the nurses inform patients with diverticulosis in modification of eating habits. The nurses are aware of suitable and unsuitable food, on quantity of suitable liquids and food modification. Nevertheless the nurses had significant drawbacks in the diet applicable on the first days after operation.

Information obtained from the nurses was identical with the opinions from the physicians, except for the question for diet applied on the first days after operation as only the nurses were asked this question.

The last, fourth, research question asked whether the disease affected the patients' lives. The replies from the nurses and the physicians confirmed that the disease has influence on patients' lives. It actually requires eating limitation, patients have to care about regular defecation; some patients suffer from unpleasant abdominal pains. The patients except others confided to them that they were afraid to travel because of different diet and complications that might occur. Some patients even isolate themselves from people and remain in their environment.

An informational leaflet for patients suffering from diverticulosis was elaborated upon the results of the thesis. It stresses prevention and timely diagnostics of the disease, recognition of complications and last but not least modification of eating habits. The aim of the leaflet elaboration was to help patients find information and better understand the disease.

Key words: diverticulosis, diverticulitis, nursing care, nurse, prevention.

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2013

.....

Adéla Lysáková



## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mojí práce Mgr. Věře Olišarové za její cenné rady, ochotu a velkou trpělivost. Velké poděkování patří také Anetě Lysákové a mým rodičům za jejich podporu a trpělivost. Zároveň bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi poskytli svůj čas pro získání rozhovoru.

# Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>12</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>13</b>
1.1 Anatomie, fyziologie trávicího traktu .....	13
1.2 Divertikulóza.....	15
1.2.1 Etiologie.....	18
1.2.2 Klinický obraz.....	19
1.2.3 Diagnostika .....	20
1.2.4 Komplikace .....	23
1.2.5 Léčba.....	24
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s divertikulózou .....	26
1.3.1 Ošetrovatelská péče o pacienta po operacích tlustého střeva u DNT ..	28
1.3.2 Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií .....	29
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>31</b>
2.1 Cíle práce .....	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
<b>3 Metodika .....</b>	<b>32</b>
3.1 Použitá metoda .....	32
3.2 Výzkumný soubor .....	33
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>34</b>
<b>5 Diskuze.....</b>	<b>50</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>60</b>
<b>7 Seznam informačních zdrojů .....</b>	<b>62</b>
<b>8 Klíčová slova.....</b>	<b>67</b>
<b>9 Přílohy.....</b>	<b>68</b>

## **Seznam použitých zkratk**

DNT – divertikulární nemoc tračníku

DIS – zánět sliznice divertiklů

KDIS – komplikovaná divertikulitida

CRP – C-reaktivní protein

INR – protrombinový test

CT – výpočetní tomografie

## Úvod

Divertikulóza je onemocnění, které patří do skupiny civilizačních chorob. Výraznější pozornost je jí věnována od počátku 20. století. Většina nemocných se o tomto onemocnění nedozví celý svůj život, ale někteří jedinci mohou na tuto chorobu i zemřít. V dnešní době je patrný zvýšený výskyt, který souvisí se změnami životního stylu a stravovacích návyků. Nemocných přibývá z důvodu nízkého obsahu vlákniny ve stravě a následné zácpy.

Důležitým faktem je, že tato choroba se v podstatě nevyskytuje u domorodých kmenů v některých zemích Afriky a Asie, protože jejich strava je velmi bohatá na vlákninu. I když počet onemocněných neustále narůstá, zatím není dostupné dostatečné množství informací o této nemoci. Proto mě toto onemocnění zaujalo a při zjištění, že nebyla napsaná žádná práce o této chorobě, jsem se toho ráda ujala. Chtěla bych také touto prací usnadnit pacientům s divertikulózou hledání informací o tomto onemocnění, protože literatury v českém jazyce je v dnešní době zatím málo.

V péči o pacienta s divertikulózou je velmi důležitá vzájemná spolupráce všech všeobecných sester, zdravotnických asistentů, nutričních terapeutů a lékařů. Kvalitní týmová péče a správná edukace pacienta o dodržování dietního režimu a změně životního stylu snižuje riziko vzniku komplikací, a tak i následné hospitalizace pacienta v nemocnici. Při edukaci bychom se měli zaměřit na pacienta jako na individuální celek a postupnými změnami ho dovést ke správnému dietnímu stravování a ke změně životního stylu. Protože u divertikulózy se potvrzuje tvrzení, že prevence je léčbou tohoto onemocnění.

Cílem této práce bylo odhalit specifika ošetrovatelské péče o pacienta trpícího divertikulózou a zjistit znalosti sester na gastroenterologických ambulancích o ošetrovatelské péči o pacienta.

Zpracování této práce mi přineslo nové poznatky z oboru gastroenterologie a zjištění, že stravování a životní styl jsou velmi důležité, pokud nechceme nakročit například k tomuto onemocnění.

# 1 Současný stav

## 1.1 Anatomie, fyziologie trávicího traktu

Prostřednictvím trávicího systému získává naše tělo důležité živiny (bílkoviny, tuky, cukry), minerální látky a vitamíny. Přijímané živiny jsou zásobárnou energie a látek důležitých pro stavbu buněk a také pro jejich obnovování (Rokyta, Marešová, Turková, 2003). Trávicí proces začíná v dutině ústní (Orlová, 2005). Dutina ústní (cavum oris) se skládá s předsině a vlastní dutiny ústní. Předsiň je prostor, který je ohraničený tvářemi a zuby. Součástí vlastní dutiny ústní jsou rty (labia), jazyk (lingua), zuby (dentes), patrové mandle (tonsilla pallatina) a slinné žlázy (glandula oris). Máme tři páry velkých slinných žláz, které začnou tvořit sliny v dutině ústní při příjmu potravy. Je to příušní žláza (glandula parotis), která je uložena pod ušním boltcem, je největší a její vývod ústí do předsině dutiny ústní. Dále máme podjazykovou žlázu (glandula sublingualis), která je nejmenší a její vývody ústí po stranách jazyka. Nakonec známe podčelistní žlázu (glandula submandibularis), která je uložena pod obloukem dolní čelisti a její vývody ústí na slinné bradavce v blízkosti uzdičky jazykové. Funkcí dutiny ústní je chemicky a mechanicky zpracovávat potravu. Vzniklé sousto je posouváno jazykem do hltanu a pomocí polykacího reflexu do jícnu (Rokyta, Marešová, Turková, 2003).

Ústním zúžením dozadu přechází dutina ústní do hltanu (Elišková, Naňka, 2006). Hltan (pharynx) je trubicovitý orgán dlouhý asi 12–15 cm a je společný pro dýchací a trávicí systém. Je zavěšený pomocí vazů na spodině lebeční v úrovni šestého krčního obratle a odtud přechází do jícnu. Hltan se skládá ze tří částí: nosohlтанu, ústní části hltanu a hrtanové části hltanu. Nosohlтан (nasopharynx) směrem dopředu přechází do dutiny nosní. V jeho stropu je uložena nosní mandle a v boční stěně nosohlтанu ústí Eustachova trubice (Lukáš et al., 2005). Funkcí Eustachovy trubice je vyrovnávání tlaku mezi oběma prostory. Dále známe ústní část hltanu (pars oralis pharyngis), která je otevřená do dutiny ústní a kříží se zde cesty dýchací a polykací. Nakonec popisujeme hrtanovou část hltanu (pars laringea pharyngis), která je před vchodem

do hrtanu neúplně uzavřena příklopkou hrtanovou (epiglottis) (Rokyta, Marešová, Turková, 2003).

Ve výši šestého krčního obratle přechází hltan v jícen (Rokyta, Marešová, Turková, 2003). Jícen (oesophagus) je trubice, která spojuje hltan se žaludkem. Délka jícnu je individuální v závislosti na velikosti hrudníku, ale rozmezí je kolem 23 – 28 cm. Jícen je uložený mezi šestým krčním a jedenáctým hrudním obratlem (Elišková, Naňka, 2006). Svalovina je v horní části jícnu příčně pruhovaná a následně přechází v dolní části do hladké svaloviny otvorem v bránici, pak jícen vede do dutiny břišní a následně do žaludku (Lukáš et al., 2005). Žaludek (ventriculus) je vakovitě rozšířená část trávicí trubice. Velikost žaludku je individuální, závisí na množství přijaté potravy a na poloze těla. Je uložený v levé klenbě brániční. Žaludek lze rozdělit na několik částí: česlo (cardia), to je přechod jícnu v žaludek. Další částí je fundus (fornix), který se vyklenuje proti bránici (Rokyta, Marešová, Turková, 2003). Poslední částí je vrátník (pylorus), který uzavíratelným průchodem ze žaludku navazuje na první část tenkého střeva a tou je dvanáctník (Čihák, 2002). Uzavírání vrátníku je zapříčiněno silným svalem kruhovým. Žaludek má dvě zakřivení, malé zakřivení (curvatura minor) a velké zakřivení (curvatura major). Podél obou zakřivení žaludku vedou nervy, krevní a mízní cévy, které zásobují žaludek (Rokyta, Marešová, Turková, 2003).

Přijátá potrava zůstává v žaludku na určitou dobu a mechanicky a chemicky se zpracuje. Následně žaludek začíná kontrakcemi rozměšňovat a promíchávat přijatou potravu spolu s žaludeční šťávou a vzniká trávenina (chymus). Chymus se vstříkuje do prvního úseku tenkého střeva (dvanáctníku) po menších dávkách (Rokyta, Marešová, Turková, 2003). Tenké střevo (intestinum tenue) je oddíl, který navazuje na žaludek. Jeho délka je 3 – 5 metrů a je široké 3 – 4 cm. Tenké střevo se dělí na tři úseky: dvanáctník, lačník a kyčelník. Dvanáctník je nejkratší úsek tenkého střeva, jeho délka je asi 25 – 30 cm. Do dvanáctníku přichází žluč z jater a pankreatické enzymy (Lukáš et al., 2005). „*Lačník (jejunum) a kyčelník (ileum) jsou nejdelšími úseky tenkého střeva, volně pohyblivé a složené v četné kličky, které vyplňují většinu prostoru břicha pod játry, žaludkem a příčným tračníkem tlustého střeva, a zasahují shora až na peritoneem kryté části pánevních orgánů*“ (Čihák, 2002, s. 82). U některých jedinců můžeme najít

Meckelův divertikl neboli slepou výchlipku tenkého střeva (také pozůstatek spojení žlutkového váčku s embryonálním střevem) (Rokyta, Marešová, Turková, 2003).

V tenkém střevě se neúplně natrávený chymus se střevní šťávou promíchává. Látky obsažené v chymusu se rozkládají na jednotlivé stavební složky (jednoduché cukry a tuky, aminokyseliny), které se vstřebávají do krevního a lymfatického oběhu (Rokyta, Marešová, Turková, 2003). Sliznice tenkého střeva je složená v cirkulární řasy a vybíhá v kyjovité výběžky – klky. Díky tomu se zvětšuje plocha, na které se vstřebávají živiny. Konečným úsekem trávicí trubice je tlusté střevo (intestinum crassum), které je dlouhé asi 1,5 metru. Tlusté střevo začíná nejrozměrnější částí – slepým střevem, dále pokračuje jako tračník vzestupný, tračník příčný a tračník sestupný, který přechází do esovité kličky. Na esovitou kličku navazuje poslední úsek tlustého střeva a tou je konečník (rectum), který je uložený v malé pánvi a vyúsťuje navenek otvorem nazývaným řiť – anus (Lukáš et al., 2005). Konečník má dva svěrače. Vnitřní svěrač z hladké svaloviny, neovladatelný vůlí, a zevní svěrač z příčně pruhované svaloviny, ovladatelný vůlí (Rokyta, Marešová, Turková, 2003).

Nejdůležitější funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody, elektrolytů a zahušťování obsahu (Lukáš et al., 2005). Obsah je následně formován ve stolicí a ta je pak z konečného úseku střeva odstraněna análním otvorem. Sliznice tlustého střeva je bledá s četnými žlázami a je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem (Čihák, 2002).

## 1.2 Divertikulóza

*„Názvem divertikulóza se (diverticulosis, die Divertikulose) označuje nález mnohočetných divertiklů na různých orgánech. Tím se nepraví nic o jejich etiologii ani patologické anatomii. Většinou se tímto názvem označuje ze stručnosti asymptomatická forma divertikulární nemoci tračníku (DNT)“ (Kazil, Kazilová, 2007, s. 25).* Divertikulóza je také označována jako prezidentská nemoc. Získala tento název před pár lety, kdy tímto onemocněním ve stejnou dobu trpěl Václav Havel a prezident Slovenské republiky Rudolf Schuster. Divertikulózu tlustého střeva můžeme označit za civilizační chorobu, protože u ní byla prokázána souvislost mezi způsobem stravování a životním

stylem (Housová, 2009). Divertikulóza tlustého střeva patří ve vyspělých západních zemích k nejčastějším benigním onemocněním gastrointestinálního traktu. Z anatomického názoru nejde o pravé divertikly, tj. vyklenutí celé stěny střeva, ale o pseudodivertikly, které vznikají vyhrěznutím sliznice a submukózní tkáně v místech prostupu tepen střevní stěnou (*loci minoris resistentiae*). Divertikulóza tlustého střeva zůstává většinou v 75 % případů asymptomatická, pouze v 25 % případech se onemocnění projevuje subjektivními příznaky (Gross, 2008). Jako divertikulární nemoc označujeme divertikulózu provázenou symptomatologií. Jedná se o projevy blízké dráždivému tračníku jako bolest v podbříšku, nadýmání, zácpa nebo průjem (Branagan, Senapati, 2008). Divertikulóza je také velmi často náhodným nálezem při rentgenovém vyšetření nebo kolonoskopickém vyšetření (Valenta et al., 2005).

Velmi vzácná je jejunální divertikulóza, která je často asymptomatická a je diagnostikována náhodně. Její výskyt je u 1 % populace a více se objevuje u mužů mezi 60 až 70 rokem. Komplikace u jejunální divertikulózy jsou podobné jako u divertikulózy tlustého střeva (Monchal et al., 2010).

Divertikly byly popsány roku 1964 Marcusem a Wattem. Divertikl je tedy výchlípka stěny dutého orgánu připomínající kužel a jeho název je odvozený z latinského slova *deverticulum* – záhyb (Kazil, Kazilová, 2007). Nejčastěji jsou divertikly lokalizovány v levém tračníku. Divertikly tračníku jsou výchlípky sliznice a submukózy, které vznikají zvýšením tlaku v tlustém střevě (Lukáš et al., 2007). Jsou nejčastějším patologickým nálezem na tlustém střevě (Klener, 2006). Divertikly se nacházejí u 30 % osob ve věku 40 – 60 let a 60 % osob ve věku nad 70 let. Divertikly se špatně vyprazdňují a jejich obsah dráždí sliznici. Podle stavby stěny se divertikly rozlišují na divertikly pravé, nepravé a pseudodivertikly. Pravý divertikl je výchlípka, která je vrozená. Postihuje všechny vrstvy stěny orgánu, z kterého vychází. Průběhem života se může zvětšit a způsobovat specifické komplikace podle místa lokalizace. Naopak nepravé divertikly jsou získané a vyskytují se častěji, jejich stěnu tvoří pouze sliznice a rozvíjí se následkem tlakových patologických změn na dutých orgánech. Dále popisujeme pseudodivertikly, které jsou u divertikulární nemoci tračníku z počátku nejnápadnější, ale čím jsou větší, tím méně výraznější jsou. Jejich tvar připomíná kýlní



vak a jsou většinou mnohočetné, jelikož vznikají v důsledku poruchy funkce jednoho nebo více segmentů tračníku. Podle mechanismu vzniku se divertikly rozlišují na divertikly pulzní a divertikly trakční (Kazil, Kazilová, 2007). Pulzní divertikly vznikají v důsledku zvýšeného tlaku uvnitř dutého orgánu (střevo, jícn), který vede k vyklenutí stěny. Trakční divertikly jsou velmi vzácné (Šafránová, Nejedlá, 2006). „*Vznikají tahem mediastinálních uzlin, které se hojí po zánětu*“ (Šafránová, Nejedlá, 2006, s. 214).

Dále rozlišujeme divertikly podle lokalizace v jícnu a v tenkém střevě. Divertikly na jícnu jsou výčlipky ve stěně jícnu. Nejčastěji nacházíme divertikly v cervikální oblasti tzv. Zenkerovy divertikly (Češka et al., 2010). Zenkerův divertikl (faryngozofageální divertikl) je uložený nad horním jícnovým svěračem. Příčinou vzniku je zřejmě věk, protože dochází k poklesu elasticity tkáně (Lukáš et al., 2007). Vyskytují se nejvíce u nemocných nad 60 let (Slezáková et al., 2010). Dále popisujeme na jícnu divertikly středního jícnu a epifrenické divertikly. Divertikly středního jícnu (hrudní, epibronchiální) mohou vznikat trakcí (tahem) nebo tlakem (pulzí). Trakční divertikl je způsoben vytaženou zánětlivou nebo jizevnatou tkání. Pulzní divertikl vzniká tlakem zevnitř. Převážná většina divertiklů středního jícnu bývá bez příznaků, jen výjimečně se v nich shromažďuje přijatá potrava. Nakonec popisujeme epifrenické divertikly, které vznikají v blízkosti bránice. Výskyt příznaku závisí na přidružené abnormalitě, jako je achalázie a difuzní spazmy. Nejčastějšími příznaky epifrenických divertiklů jsou bolesti na hrudi a návrat nestrávené potravy do úst bez nauzey a dávení – regurgitace. Menší asymptomatické divertikly léčbu nepotřebují, ale velké komplikované divertikly se musí řešit chirurgicky (Lukáš et al., 2007).

Divertikly tenkého střeva se nevyskytují tak často, ale nejvíce jsou lokalizovány v sestupném raménku duodena na jeho vnitřní stěně (Češka et al., 2010). Mohou být buď vrozené, nebo získané během života (Lukáš et al., 2007). Jedná se většinou o nepředvídaný nález u starších osob (Valenta et al., 2005). Klinický význam mají: divertikly juxtapapilární, které se nacházejí v těsné blízkosti Vaterské papily, a divertikly peripapilární, u kterých je Vaterská papila na spodině divertiklu. Divertikly klinicky negativně ovlivňují funkci Vaterské papily s možností recidivujících akutních

pankreatitid (Češka et al., 2010). Dalším divertiklem tenkého střeva je Meckelův divertikl, který je lokalizovaný 50 – 100 cm od ileocékální chlopně, vyskytuje se asi u 2 % populace (Klener, 2006). „*Jedná se o perzistenci, resp. zbytek tzv. omfalenterické dučeje – během embryonálního vývoje spojuje žloutkový vak s předním střevem*“ (Češka, 2010, s. 394). Většinou ho neprovázejí žádné příznaky a je náhodným nálezem při laparotomii prováděné kvůli podezření na akutní apendicitidu (Slezáková et al., 2010).

### 1.2.1 Etiologie

V minulém století byl nález divertiklů mimořádný. Divertikly dodnes nenajdeme u domorodců v některých zemích Afriky a Asie (Lukáš et al., 2007). To hlavně z toho důvodu, že jejich strava z hlavní části obsahuje jen zeleninu a ovoce (Housová, 2009). Nejvyšší prevalence divertikulózy je v USA, Evropě a Austrálii (Lee, Shah, Moser, 2011). Nejvýznamnější příčinou vzniku výchlipek je tedy malý přísun vlákniny v potravě. Nízký obsah vlákniny v potravě vede k zahušťování stolice a následující zácpě. Jedinec tak musí vynaložit daleko větší námahu při vyprazdňování stolice (Housová, 2009). Stolice běžného Evropana má váhu asi 100–150 g/24 h a Afričana až 250 g. Při málo objemné stolici je potřeba větší námahy kontrakčního úsilí střevní svaloviny, dochází ke členění. Vznikají zavřené prostory s vysokým intraluminálním tlakem. V místech výrazně menšího prostupu cév se sliznice vyklenuje (Lukáš et al., 2007).

Výskyt divertikulózy se bohužel zvyšuje s nárůstem věku a s tím se zvyšuje riziko zánětu a dalších zánětlivých komplikací. Čím starší je člověk, tím proximálněji bývá střevo postiženo. Za další příčiny jsou považovány nepřiměřené kouření a pití alkoholu. Vyšší výskyt divertikulózy nebyl u kuřáka prokázán, ale v případě vzniku je onemocnění spojeno s vyšším výskytem komplikací. Další příčinou je účinek léků (kortikoidy, chemoterapeutika, nesteroidní antiflogistika), které mají podíl především na komplikovaném průběhu divertikulitidy. Také nedostatek pohybu může přispět ke vzniku divertiklů (Adamová, 2012). Divertikulóza je také méně častá u vegetariánů

než u těch, kteří jedí maso (Kriel, Probert, 2007). Divertikulóza je onemocnění, se kterým se budou lékaři setkávat mnohem častěji. Jedním z důvodů je to, že se vyskytuje u čím dál mladší populace, ale také mnohem více lidí se dožívá vysokého věku (Adamová, 2012).

### **1.2.2 Klinický obraz**

Divertikulóza je zpravidla asymptomatickým náhodným nálezem (Karges, Dahouk, 2011). Přibližně 80 % lidí s náhodně objevenou divertikulózou nemá žádné potíže. Divertikulóza má bezpříznakový průběh (Navrátil et al., 2008). Komplikace a příznaky se mohou objevit, i když byl jedinec v dobrém zdravotním stavu. Pacienti při výskytu obtíží vyhledají většinou praktického lékaře a popisují necharakteristické problémy. Mnohdy jsou obtíže velmi mírné a nemocný člověk vyhledá lékaře až po několika dnech (Kazil, Kazilová, 2007).

Nemocného trápí kolikovitě bolesti v levém dolním kvadrantu, někdy ojediněle uprostřed břicha. Bolesti se vyskytují v nepravidelných obdobích, často brzy po jídle. Dále se vyskytuje zvýšená teplota, nepřesáhne většinou 38°C. Zimnice je velmi vzácná, objevuje se více až v rozvinuté zánětlivé epizodě. Příznakem je také zrychlený pulz (tachykardie), který nejprve odpovídá zvýšení tělesné teploty. Zrychlení pulzu nás upozorňuje na počínající šok. Dalším příznakem je pocit zácpy nebo nedostatečného vyprázdnění. Zácpa se střídá s průjmem. Naprostou poruchou pasáže předstihuje zpravidla nauzea, říhání, zvracení a zápach z úst. Zastavení vyprazdňování stolice, odcházení plynů s meteorizmem a chybění střevních zvuků jsou vždy příznaky vyžadující pozornost. Příznaky peritoneálního dráždění můžou zprvu chybět, zvláště u starších osob a obéznějších jedinců. S rozšiřujícím zánětem začínají v levém podbříšku. Velmi důležitým příznakem je citlivost na bolest v Douglasově prostoru nebo ve vaginální klenbě, protože je znakem nitrobřišního zánětu. Dále se může u pacienta vyskytnout žízeň, nechutenství, dehydratace, snížený kožní turgor, hypotenze, dyschézie a dysurie (Kazil, Kazilová, 2007). V krevním obraze nalezneme leucytózu (Adamová, 2012).

### 1.2.3 Diagnostika

*„Základem vyšetření nemocného s trávicími obtížemi je, jako v ostatních lékařských oborech, anamnéza a fyzikální vyšetření“* (Lukáš, 2005, s. 45). Anamnéza je sdělení informací od nemocného. Anamnézu vede lékař, popřípadě sestra. Nejprve začínáme dotazem, co k nám nemocného přivádí nebo co ho trápí. Tuto část anamnézy označujeme jako nynější onemocnění. Dále se ptáme pacienta na osobní anamnézu (Lukáš et al., 2005). Osobní anamnéza je orientovaná na gastrointestinální funkce a prodělaná břišní onemocnění. Lékař musí získat informace o osobních dietních zvycích a o životosprávě (Kazil, Kazilová, 2007). Údaje, které nám nemocný sdělí, zapisujeme tak, jak je říká, a nepřekládáme je do odborného jazyka. Důležitým údajem je také léková anamnéza, v níž zaznamenáme všechny léky, které pacient užívá. Pracovní a sociální anamnéza doplní podstatnou charakteristiku prostředí, ve kterém pacient žije. Rodinná anamnéza uvádí významná onemocnění, která se vyskytují u blízkých příbuzných pacienta. Údaje z anamnézy dovedou lékaře pouze k souhrnnému podezření na břišní nebo střevní onemocnění. Při ambulantním vyšetření se má použít všech fyzikálních metod. Lékař se zaměří na oblast břicha, které vyšetřuje pohledem, poklepem, pohmatem a poslechem. Je nutné vyšetřit pohledem anální krajinu, digitálně řiť (anus) a konečník (rectum) s posudkem stolice na rukavici a nakonec bolestivost v Douglasově prostoru (Kazil, Kazilová, 2007).

Do základního laboratorního vyšetření při podezření na divertikulózu zahrnujeme krevní obraz, sedimentaci, CRP (C-reaktivní protein), bilirubin, pankreatické amylázy a lipázy, transamináz, glykémii, kreatinin a D-dimer. Dále vyšetření moči na cukr, bílkovinu, krev a hnis. Vyšetření močového sedimentu a bakteriologické kultivace moči provádíme vždy při patologických odchylkách. Vyšetření na okultní krvácení ve stolici je vždy nezbytné u všech chronických obtíží. V případě per rectum nemá již toto vyšetření smysl. Protrombinový test (INR) se vyšetřuje u pacientů trvale antikoagulovaných a předoperačně. Spojením anamnézy, klinického a laboratorního

nálezu se mají vyloučit infekční a dietní gastroenterokolitidy, obtíže psychosomatické a urologické infekce (Kazil, Kazilová, 2007).

Dále vyšetřujeme nemocného pomocí zobrazovacích metod, jako je ultrasonografické vyšetření, které provádíme u pacienta jako první, protože nevyžaduje zvláštní přípravu a nejméně nemocného zatěžuje (Kazil, Kazilová, 2007). Toto vyšetření nám umožňuje posoudit základní patologii dutiny břišní a orgánů. V některých případech postačí k určení diagnózy nebo nás navede na další zobrazovací metodu (Dítě et al., 2005).

Další zobrazovací metodou je rentgenové vyšetření. Provádíme nativní (prostý) rentgenový snímek břicha. Nativní snímek břicha je rychlá, levná a značně rozšířená metoda. Velmi vzácným nálezem je při tomto vyšetření je pneumotroperitoneum nebo plyn, který je ve svalových štěrbinách. U divertikulózy jsou tyto nálezy vždy známkou perforace divertiklů. Další zobrazovací metoda je náplň tračnicku baryumsulfátovou suspenzí. Je to prvotní metoda, která umožnila diagnostiku divertikulózy mimo operační a pitevní stůl. Je nejjednodušším kontrastním vyšetřením. Ale při nedostačující přípravě a neúplné kontrastní náplni střeva může vést k chybným nálezům. Snímek po vyprázdnění střeva může ale poukázat na náplň intramurálního abcesu nebo intramurální píštěle. Následující vyšetřovací technikou je metoda dvojího kontrastu baryovou suspenzí a vzduchem, která od sedmdesátých let předešlého století naprosto nahradila jednoduchou irigografii. Toto vyšetření vyžaduje přípravu, pacientovi jsou podány glycerinové čípky nebo malé klyzma s laxativním účinkem. Kompletní vyprázdnění projímadly poskytne lepší výsledky, ale trvá 8 až 16 hodin. Dodatečné vyprázdnění střeva klyzmatem někteří rentgenologové zavrhnou kvůli působení meteorizmu. Vlastní vyšetření trvá půl hodiny až hodinu. Při tomto vyšetření je podmínkou zobrazení celého tračnicku. Vyšetření je levné a v každé nemocnici proveditelné (Kazil, Kazilová, 2007).

Další prováděnou zobrazovací metodou je CT vyšetření (výpočetní tomografie) má velký význam pro diagnostiku dějů v peritoneální dutině (nádory, cysty, abscesy, ...) a napomáhá zobrazení nádorů trávicí trubice a případných metastáz (Šafránová, Nejedlá, 2006). CT vyšetření ukáže chorobné změny ve vyšetřované zóně. Univerzálnost

a vysoká spolehlivost nahradí vysokou cenu, provede-li se CT jako jedno samotné vyšetření. Výhodou tohoto vyšetření je, že je pro pacienta málo zatěžující a u pacientů s inkontinencí svěrače dojde přinejmenším k částečné kontrastní výplni rektosigmoidea. To je velmi důležité k lokalizaci extraluminálních komplikací DIS (zánět sliznice divertiklu). Trojrozměrné zobrazení počítačem nám poskytne prostorovou představu o poloze a délce střeva, včetně patologických dějů. Celé vyšetření s přípravou trvá zhruba 30–45 minut. Pacient musí před vyšetřením vypít 500 ml zředěné kontrastní látky a je mu podané klyzma s 200 ml kontrastní látky. Vyprázdnění střeva není nutné. Pro uklidnění spasmů střeva se podává pacientovi butylskopolamin 1 mg i. v. (Kazil, Kazilová, 2007). Dalším nezatěžujícím zobrazovacím vyšetřením je virtuální kolonoskopie. Je to neinvazivní vyšetření počítačovou tomografií, při které se udělají scany břišní dutiny a jejího obsahu. Scany se sestaví pomocí speciálního programu do 3D snímků a lze je tedy prohlížet jako normální kolonoskopický obraz. Velkou výhodou je, že toto vyšetření je nebolestivé a neponižuje pacienta, protože se nezavádí do konečníku kolonoskop (Mlčoch, 2009).

Další zobrazovací metodou je magnetická rezonance. Je to vyšetření srovnatelné s CT diagnostikou. Toto vyšetření je bohužel z finančních důvodů méně dostupné. Velkou výhodou magnetické rezonance je, že nezatěžuje pacienta rentgenovým zářením. Pacienti trpící klaustrofobií jsou v hlasitých a uzavřených přístrojích neklidní, a proto se jim musejí podávat léky na uklidnění. CT a magnetická rezonance jsou metody kontraindikovány u pacientů s ocelovými implantáty páteře, pánve a kyčlí, tedy asi u 3–5 % vyšetřovaných pacientů pro komplikace divertikulózy. Materiály z titanu, keramiky, umělé hmoty a kostního cementu nebrání vyšetření (Kazil, Kazilová, 2007).

Dále využíváme endoskopické vyšetřovací metody. Endoskopie vznikla v 19. století, ale velký rozvoj probíhal převážně v 50. letech 20. století. Gastroskopie je endoskopickou metodou používanou při diagnostice a léčbě krvácení do horní části trávicího traktu (Šváb et al., 2008). Vyšetření se provádí nalačno, lékař zavede pacientovi ústy do těla fibroskop a může si podrobně prohlédnout stěny jícnu, žaludek a dvanáctník. Vyšetření se dělá pacientovi při bolestech břicha, trávicích obtížích a při pálení žáhy. Další endoskopické vyšetření je anuskopie (anoskopie), sigmoideoskopie

a kolonoskopie. Anuskopie je vyšetření přechodu konečníku. Nevyžaduje přípravu, jen poučení pacienta. Sigmoidoskopie je vyšetření konečníku a části tlustého střeva. Provádí se ohebným přístrojem, který ukáže sliznice, řasy a ústí divertiklů. Při vyšetření lze provést odběry na biopsii a opláchnutí sliznice (Kazil, Kazilová, 2007). Nejdůležitější a nejobávanější endoskopickým vyšetření je kolonoskopie. Lékař zavede pacientovi endoskop (koloskop) konečníkem do tlustého střeva až ke spojení s tenkým střevem. Tři dny před vyšetřením je nutné dodržovat bezsezbytkovou dietu, den předem vypít vyprazdňovací roztok podle návodu a čtyři litry tekutin. U některých pacientů se pak během kolonoskopie provádějí léčebné zákroky (Červenková, 2009).

Diagnostická laparoskopie je v dnešní době pořád nedoceněnou metodou. Pomalu získává místo mezi chirurgickými a gastroenterologickými vyšetřovacími metodami u nejasných obtíží břicha. Využití diagnostické laparoskopie je u DIS (zánět sliznice divertiklů) velmi vhodné v situacích, kde po vymezení diagnózy může výkon pokračovat jako konečná laparoskopická operace (Kazil, Kazilová, 2007).

#### **1.2.4 Komplikace**

Jednou z komplikací divertikulózy je akutní divertikulitida. Jedná se o zanícení divertiklů, které mohou do budoucna způsobovat fatální obstrukci, infekci a krvácení (Čížková, 2008). Nemocného při akutní divertikulitidě neboli DIS trápí nechutenství a bolesti břicha. Bolesti se výrazně zhoršují pohybem, kašlem a tlakem. Přehlédnutí akutní divertikulitidy bohužel není výjimkou. Někdy je špatná diagnóza způsobena nedostatkem znalostí o tomto onemocnění nebo špatným vyhodnocením výsledků vyšetření. Následkem je opožděné zahájení konzervativní léčby. Jestliže byla konzervativní léčba zanedbána nebo léčba nefunguje, vyvine se akutní divertikulitida v komplikovanou divertikulitidu. Přitom při brzké hospitalizaci pacienta a správné terapii ustupují celkové i místní příznaky zánětu v 80–95 % případů (Kazil, Kazilová, 2007). V akutní fázi uděláme pacientovi ultrasonografické vyšetření nebo CT vyšetření břicha (Vyhnánek et al., 2003).

Komplikovaná divertikulitida neboli KDIS se projeví nárůstem celkových a místních příznaků zánětu během několika dnů. Pro upřesnění patologického stavu pacient podstupuje CT vyšetření břicha (Mlčoch, 2009). CT vyšetření břicha je velmi důležité, protože komplikovaná forma divertikulitidy zahrnuje perforaci s extrakolickým šířením zánětu, ileózní komplikace a v neposlední řadě krvácení z divertiklů. Někteří autoři se domnívají, že výskyt komplikované formy divertikulitidy značně narůstá (Kazil, Kazilová, 2007). „Kang to dokládá v desetiletí mezi roky 1989 a 1999 v Anglii nárůstem hospitalizací pro komplikovanou formu divertikulitidy o 14 %, ale ještě vyšším přírůstkem hospitalizací s operacemi o 16 %“ (Kazil, Kazilová, 2007, s. 88).

Chronická divertikulitida vzniká opakovaným útokem DIS a KDIS. Pacienta trápí kolikovitě bolesti břicha, laboratorní výsledky vyšetření odpovídají chronické infekci. Někteří odborníci označení stádia jako (chronické) odmítají, neboť považují chronickou divertikulitidu jen za nepřerušené pokračování tlumenějšího zánětu s akutními vzplanutími nebo zhoršením zánětu. V chronickém stádiu divertikulitidy vzniká nejvíce píštělí, jelikož perforace jde až do rozsáhlých srůstů. Úspěšnost léčby konzervativním způsobem lze očekávat v 60 % případů. V chronické fázi provádíme u pacienta irigoskopii a kolonoskopii (Kazil, Kazilová, 2007).

### **1.2.5 Léčba**

Většina pacientů s divertikulózou má minimální nebo žádné příznaky. Normální přísun vlákniny je vhodný, aby se zabránilo zácpě a možné tvorbě více divertiklů (Marks, 2012). U většiny pacientů tedy najdeme divertikly náhodně, aniž by pacient pociťoval nějaké obtíže. Je velmi důležité ho o jeho nemoci dostatečně informovat a vysvětlit mu její příznaky a možné komplikace. Zmínka pacientovi, že jeho onemocnění se dá dobře léčit, uklidní i úzkostlivé jedince. Musíme pacientovi vysvětlit, že nepravidelnost střevní pasáže není ještě známkou bezprostředního nebezpečí, a doporučíme stravu s obsahem vlákniny. Dále doporučíme dostatek tekutin, protože tekutiny podporují regulaci stolice, pravidelnou fyzickou námahu, udržování



fyziologického BMI (Body Mass Index) 18,5 až 25 kg/m<sup>2</sup>, protože obezita podporuje divertikulózu, a konzumaci otrub (Kazil, Kazilová, 2007).

*„Otruby hlavních druhů obilí jsou nejlepším a nejlevnějším regulátorem stolice u zdravých osob i pacientů s divertikulózou, ale patrně i její kauzální léčbou“* (Kazil, Kazilová, 2007, s. 114). Nejčastěji se využívají pšeničné, ovesné a ječné. Celková denní dávka by měla být 60 – 80 g. Jestli chce nahradit pacient otruby ovesnými vločkami, musí za den sníst až čtyřnásobek váhy otrub, což je 150 – 200 g suché váhy. Nutný denní příjem vlákniny se u dospělých doporučuje na 30 – 50 g denně. Její potřebné množství najdeme například v 60 – 80 g suchých otrub, v 550 g žitného chleba a v 300 g zelí. Mendeloff doporučuje vlákninu jako výživu nepostížených národů divertikulózou, a to nejméně 50 g vlákniny denně. Otruby nesmí konzumovat osoby s celiakií. Lze je nahradit vařenou kukuřicí, zeleninou nebo metylcelulózou (Kazil, Kazilová, 2007).

*Konzervativní léčba* nekomplikované divertikulitidy vyžaduje vyloučení apendicitidy pomocí ultrasonografického vyšetření. Spolupracující pacienti s mírnými potížemi mohou být po vyšetření léčeni ambulantně (Kazil, Kazilová, 2007). Pacienti jsou léčeni antibiotiky, například ciprofloxacin, metronidazol, doxycyklin a další (Marks, 2012). Dále mají doporučenou tekutou dietu a tělesný klid. Nemocní jedinci starší 70 let mají být vyšetřeni a zůstat v nemocnici na pozorování až do viditelného zlepšení zdravotního stavu, a to při dietě a intravenózní antibiotické léčbě. Zpočátku sledujeme vitální ukazatele a stav břicha v tříhodinových intervalech. Dále sledujeme laboratorní ukazatele, jako jsou hodnoty leukocytů či CRP (Kazil, Kazilová, 2007).

*Operační léčba* je indikována v případě selhání konzervativní léčby. Divertikulóza se projevuje akutními komplikacemi, recidivami a dlouhodobým poškozením funkcí střeva (Kazil, Kazilová, 2007). Záměrné cíle operací u komplikované divertikulózy mají podle naléhavosti zastavit šíření peritonitidy, odstranit zdroj zánětu, odstranit zdroj krvácení, zcela obnovit pasáž střeva a další funkce tlustého střeva, zabránit recidivám a komplikacím a v neposlední řadě vyléčit bolestivé formy divertikulární nemoci. Výkony mají hlavně obnovit aktivitu nemocného a kvalitu jeho života. Každá operace se provádí s informovaným souhlasem nemocného nebo jeho zákonných zástupců. Absolutní

kontraindikace operace je, když pacient nebo jeho zákonní zástupci po vysvětlení průběhu operace ji odmítnou. V tomto případě zahajujeme jen konzervativní léčbu. Operace u zánětlivých komplikací divertikulózy se provádějí neodkladně nejčastěji pro peritonitidu, ileus, krvácení a absces (Kazil, Kazilová, 2007).

Indikace k operacím pro akutní divertikulitidu je, že nereaguje na konzervativní léčbu a vyžaduje chirurgický zákrok. Někdy může být také navrženo chirurgické řešení u pacientů s častými, recidivujícími záchvaty divertikulitidy, které vedly k několika neúspěšným léčbám antibiotiky a hospitalizacemi. Chirurgická léčba spočívá v provedení resekce postiženého oddílu střeva a kolorektální anastomózy (Marks, 2012). V situaci vynuceného urgentního zákroku pro vzniklé krvácení nebo hnisavou komplikaci je nezbytný vícedobý výkon. Ten spočívá v řešení vzniklé komplikace, resekci postiženého oddílu střeva a dočasné kolostomie. V druhé části se pak provede obnovení střevní kontinuity (Kazil, Kazilová, 2007).

### **1.3 Ošetřovatelská péče o pacienta s divertikulózou**

Pacienti s divertikulózou jsou většinou ošetřováni v domácím prostředí, pouze při vzniku komplikací (dehydratace, poruchy výživy, přetrvávající průjmy atd.) jsou hospitalizováni na chirurgickém nebo gastroenterologickém oddělení (Šafránová, Nejedlá, 2006). Pacienti po operacích a nemocní v kritickém stavu musí být ošetřováni na jednotce intenzivní péče (Kazil, Kazilová, 2007). Nejčastěji jsou z důvodu onemocnění divertikulózou a divertikulitidou hospitalizovány děti a starší pacienti (Šafránová, Nejedlá, 2006). Pacienti v domácím ošetřování musí dodržovat dietní opatření. Přijímaná strava musí být vyvážená – 60 % sacharidů, 25 % bílkovin a 15 % tuků. V klidovém stádiu divertikulózy se doporučuje strava bohatá na balastní látky – vlákninu (Kapounová, 2007).

Vlákninu definujeme jako sacharidy rostlinného původu, které tvoří nevstřebatelnou a nestravitelnou součást stravy (Grofová, 2007). Vláknina se dostane bez trávení až do tlustého střeva, kde probíhá její fermentace (rozklad, kvašení). Podíl vlákniny ve stravě je absolutně nenahraditelný (Vavák, 2011). Vláknina velmi dobře

podporuje správnou činnost střev. „*Nejméně polovina denní dávky vlákniny (25 – 30 g) by měla být dodána ve formě nerozpustné vlákniny, jako celulózy a hemicelulózy, které zvyšují obsah stolice a redukuje vnitřní tlak ve střevě*“ (Kazil, Kazilová, 2007, s. 61). Důležitý je také příjem celozrnných potravin – pečivo, těstoviny, rýže natural (Housová, 2009). Denně nejméně dvě polévkové lžíce pšeničných otrub, které lze přidat do každého jídla. Dále by měli nemocní přijímat rozpustnou vlákninu (pektin), která je obsažena v ovoci a v zelenině (Kapounová, 2007). Rozpustná vláknina změkčuje stolici, usnadňuje vyprazdňování stolice, zrychluje střevní pasáž a navozuje pocit sytosti. Nerozpustná vláknina urychluje procházení potravy střevem a navazuje na sebe vodu a tím zvětšuje objem stolice (Vavák, 2011). Velice důležité je také dodržování pitného režimu, denní příjem tekutin by neměl klesnout pod 2 litry. Naopak se nedoporučuje pacientům s divertikulózou podávat potraviny, které způsobují nadýmání, navozují pocit plnosti nebo způsobují průjmy či zácpu. Pokud pacienta trápí zácpa i při změně jídelníčku, naordinuje mu ošetřující lékař šetrné projímadlo (Kapounová, 2007).

Velmi důležité je pro pacienta pravidelné vyprazdňování stolice. Pacient by neměl nezadržovat nutkání na stolici, protože tento zlovyk může zapříčinit zvětšování výchlipek (Horáková, 2012). Pacientům se doporučuje nácvik defekačního reflexu. Ráno po probuzení pacient vypije půl litru vlažného čaje nebo vlažné vody. Po dvaceti minutách ranní běžné aktivity usedne nemocný na toaletu. Pokud se pacient nevyprázdní, nic se neděje, následující dny pokračuje ve cvičení defekačního reflexu. Pravidelné vyprazdňování stolice se může objevit až po měsíci (Vondráček, 2011). Pacientům se nedoporučuje kouření, protože to může zhoršit divertikulózu. Nemocní by měli pravidelně cvičit, zlepšení svalového napětí, které vyvolá fyzická aktivita, se neomezuje jen na svaly na nohou, ale zasahuje i břišní svaly. Posílením břišních svalů se častolepší vyprazdňování stolice u pacienta (Horáková, 2012).

### **1.3.1 Ošetrovatelská péče o pacienta po operacích tlustého střeva u DNT**

Pacienti po operacích nebo nemocní v kritickém stavu jsou ošetřováni na jednotce intenzivní péče. Na jednotce intenzivní péče je možné pacienta v těžkém stavu stabilizovat a kontrolovat jeho stav (Kazil, Kazilová, 2007). U lůžka nemocného je připravená funkční odsávačka, kyslík a infuzní stojan. Lůžko je umístěno tak, aby na pacienta bylo dobře vidět (Workman, Bennett, 2006). Sestra u pacienta na jednotce intenzivní péče sleduje životní funkce (krevní tlak, tělesná teplota, puls, dech, vědomí, pulzní oxymetrie), intervaly měření jsou individuální od intervalu 20 min. k intervalu po hodině, pak dvou hodinách až k intervalu třikrát denně. Sestra sleduje u pacienta stav vědomí, jestli pacient reaguje na oslovení, na bolestivé podněty a je probuditelný. Dále musí sestra sledovat operační ránu, kontroluje obvaz, prosakování a správné ošetření drénů vedených z operační rány. Sestra ukládá pacienta po operačním výkonu do ordinované polohy, pacientovu polohu musí sestra zabezpečit podložními válci, molitanovými čtverci (Šamánková, 2006).

Podle stupně bolesti a délky trvání bolesti podává sestra pacientovi analgetika. Dávky analgetik se řídí dle ordinace lékaře, většinou je to po šesti hodinách; pokud má pacient velké bolesti, podávají se mu analgetika po čtyřech hodinách. Při odeznívání bolesti se dávky analgetik začínají snižovat. Odstraněním nebo snížením bolesti se většinou zlepší i spánek nemocného. Sestra provádí u pacienta celkovou hygienickou péči, protože hygiena je v období pooperačním znesnadňována omezenou hybností nemocného. Dále sestra sleduje u pacienta projevy nauzey a zvracení, které jsou považovány za fyziologické po dobu 24 hodin po operačním výkonu. Zvracení nebo nauzea trvající déle jsou varovnými příznaky. Pacient, který není ještě úplně probuzený, musí ležet s hlavou natočenou na stranu a mít na nočním stolku emitní misku s buničitou vatou. Nemocného musíme důkladně sledovat, aby nedošlo k aspiraci. Sestra sleduje po operaci odchod moči. Močení by mělo být obnoveno u pacienta do osmi hodin po operaci. Než se rozhodne o cévkování, může se setra pokusit odstranit psychické zábrany (pustit vodu z kohoutku, přiložit teplý obklad na podbříšek). Nedojde-li k odchodu moči do osmi hodin, pacienta cévkujeme (Šamánková, 2006).

Dále sestra sleduje odchod plynů, který se upravuje do 48 – 72 hodin po operaci. K odcházení plynů je možné zavést rektální rourku. Podle ordinace lékaře sestra podává pacientovi bilancované množství tekutin infuzemi. Při nekomplikovaném pooperačním průběhu dostává pacient po 3 – 4 dnech tekutou dietu, po 5 – 7 dnech dostává kašovitou dietu. Pevnou stravu dostává pacient obvykle 8 – 10. den (Kazil, Kazilová, 2007). Po operaci je velmi důležitá včasná mobilizace a dechová cvičení. Nemocný by při prvním vstávání neměl vstávat sám bez dozoru. Sestra pacienta poučí o nutnosti pomalého vstávání a při případných potížích (pocit točení hlavy, nevolnost, třes nohou) upozornění zdravotnického personálu (Šamánková, 2006).

Pooperační péče u DNT přechází od klasické několikadenní hospitalizace ke krátkodobé hospitalizaci. „*Intenzivně se podporuje časný perorální příjem potravy, tělesný pohyb, duševní a tělesná samostatnost operovaného. Předchází se tím pooperačním komplikacím, hospitalizmu, šetří se aktivní čas nemocných a snižují se náklady na nemoc*“ (Kazil, Kazilová, 2007, s. 248).

### **1.3.2 Ošetřovatelská péče o pacienta s kolostomií**

Kolostomie je vyústění tlustého střeva na stěnu břišní a je nejčastějším druhem vývodu. Příčinou založení stomie je divertikulóza a další onemocnění (Šamánková, 2006). U plánovaného výkonu lékař určí optimální umístění stomie. Velice důležitá je psychická příprava nemocného, protože většina pacientů má obavy ze snížení kvality života. Důležitý je rozhovor s lékařem a se stomasestrou. Informovaná by měla být i rodina od pacienta a pomůcky by měly být prakticky ukázány. Stomický systém se aplikuje pacientovi už na sále a zvolí se vhodná pomůcka a její rozměr. Je-li nemocný schopen edukace, začínáme už v prvních dnech po operaci (Zachová et al., 2010). Snažíme se, aby nemocný odcházel soběstačný domů a uměl pečovat o svoji stomii. První ošetřování stomie ukazuje stomasestra pacientovi (Lukáš et al., 2005).

Stomasestra zajistí vhodnou polohu pacienta a připraví si pomůcky, které bude potřebovat (stomickou podložku, sáček, žiňku, mýdlo, ručník, buničinu na osušení a rukavice), pokud máme k dispozici, používáme pudr, ochranné filmy, pohlcovače

zápachu. Dále si stomasestra připraví podložku, na které si vystřihne otvor o 1 cm větší, než je průměr stomie. Následně ošetří zarudlá místa ochranným filmem chránícím kůži a nechá zaschnout. Stomasestra ošetří zvrásnělé okolí stomie, jizvy a záhyby vyplní ochrannou pastou. Dále odstraní papírovou fólii z vystřižené podložky a přiloží na okolí stomie. Opatrně přimáčkne prstem uvnitř přírubového kroužku a ujistí se, zda je podložka dobře přilepená. Na přilepenou podložku nasadí stomický sáček (u dvojdílného systému). Podložka může zůstat na těle i více dnů a sáček se může kdykoliv podle potřeby vyměnit (Lukáš et al., 2005).

U jednodílného systému vystřihne stomasestra požadovaný tvar a průměr na straně podložky a připevní sáček na stomii a přitlačí po celém obvodu, ujistí se jemným zatáhnutím směrem od těla, že sáček drží po celé své ploše. Následně stomasestra uklidí a zlikviduje kontaminované pomůcky. Celý postup stomasestra opakuje, dokud sám pacient nepřiloží podložku na kůži a neupevní první sáček na kroužek nebo nenalepí na lepicí vrstvu. Další ošetření kolostomie provádí sám pacient s dohledem stomasestry. Stomasestra učí pacienty pracovat s ochrannými a čistícími pomůckami. Veškeré používané pomůcky jsou pro pacienty se stomií uhrazeny pojišťovnami, stanovené limity se určují podle druhu stomie. Stomasestra doporučí pacientům netěsné prádlo, aby mohla stomie dobře odvádět. Stomasetra zpravidla schválí všechny potraviny, které pacient toleroval před založením kolostomie, a doporučí dostatečný příjem tekutin (Lukáš et al., 2005).

Každý pacient, který odchází do domácího ošetření, musí být přesvědčen, že je dostatečně informován a poučen o zacházení s pomůckami pro ošetření kolostomie (Šamánková, 2006). Pacient následně dochází na pravidelné kontroly do stomapordny, kde stomasestra kontroluje ošetřování stomie a rozpoznává případné komplikace. Velmi důležitá je psychická podpora pacienta. Pacient může navštěvovat klub stomiků a může odebírat časopisy, například ILCO a RADIM (Lukáš et al., 2005).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou.

Cíl 2: Zmapovat znalosti sester na gastroenterologických ambulancích o ošetrovatelské péči o pacienta s divertikulózou.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou?
2. Na jaké oblasti se v poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s divertikulózou sestry zaměřují nejčastěji?
3. Informují sestry pacienty o úpravě stravovacích návyků?
4. Ovlivňuje onemocnění pacienty v jejich životě?

## **3 Metodika**

### **3.1 Použitá metoda**

Za účelem naplnění cílů práce byl realizován výzkum s využitím kvalitativního šetření. Kvalitativní šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Pro fixaci kvalitativních výsledků byl zvolen doslovný přepis rozhovorů (viz Příloha 8). Veškeré získané údaje od výzkumného vzorku byly podrobeny důkladné analýze. Rozhovory probíhaly dle připraveného okruhu otázek. Pořadí otázek bylo možné měnit a celé schéma rozhovoru ještě možné rozvinout o doplňující otázky. Všechny rozhovory probíhaly v pracovních prostorách respondentů. Délka trvání rozhovoru byla v rozmezí 20 – 30 minut. Na začátku rozhovoru bylo nastíněné hlavní téma a byl získán ústní souhlas s rozhovorem. Připomenut byl i princip anonymity.

Výzkumný soubor měl dvě skupiny respondentů. První skupinou byly sestry (S1 – S10) a druhou skupinou byli lékaři (L1 – L3). Respondenti byli zaměstnáni v gastroenterologických ambulancích v Jihočeském kraji a na Vysočině. Bylo osloveno deset sester. Všechny sestry souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Tyto rozhovory byly provedeny v období od začátku února do března roku 2013. Rozhovor byl polostrukturovaný a skládal se z 19 otázek (viz Příloha 1). Tyto otázky byly otevřené. Byly zaměřeny především na klinický obraz onemocnění, komplikace onemocnění, na intervence sester při vyšetření a na terapii pacienta. Dále na to, jak informují sestry pacienta o úpravě dietního režimu, za jakých okolností mají pacienti s divertikulózou kontaktovat lékaře, jaká je vhodná fyzická aktivita pro pacienta s divertikulózou, a nakonec psychosociální dopad onemocnění na dané pacienty s divertikulózou.

Zároveň bylo osloveno pět lékařů. S poskytnutím rozhovoru souhlasili tři lékaři. Tyto rozhovory byly provedeny v období od konce března do dubna roku 2013. Rozhovor byl polostrukturovaný a skládal se z 22 otázek (viz Příloha 2). Tyto otázky byly otevřené a byly zaměřeny na klinický obraz onemocnění, komplikace onemocnění, intervence lékařů při vyšetřování a na terapii pacienta s divertikulózou. Dále směřovaly ke zjištění spolupráce lékařů a sester, poučení o dietním režimu, uvedení okolností, za jakých mají pacienti s divertikulózou kontaktovat lékaře, k dodržování dietního



opatření u pacientů s divertikulózou, k dodržování pravidelných kontrol a doporučení vhodné fyzické aktivity. Opomenut nebyl ani psychosociální dopad onemocnění na pacienta s divertikulózou, výskyt onemocnění a snížení rizika vzniku komplikací.

## **3.2 Výzkumný soubor**

V rámci kvalitativního šetření bylo provedeno celkem 13 rozhovorů s respondenty. Výzkumný soubor tvořilo 10 všeobecných sester a 3 lékaři. Oslovení respondenti byli zaměstnání v gastroenterologických ambulancích v Jihočeském kraji a na Vysočině. Výzkumné šetření probíhalo od února do dubna roku 2013. Hlavním kritériem výběru respondentů bylo zaměstnání v gastroenterologické ambulanci.

## 4 Výsledky

Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami. První skupinou byly sestry (S1 – S10) a druhou skupinu tvořili lékaři (L1 – L3). Jedná se o pracovníky gastroenterologických ambulancí.

První respondentkou (S1) byla sestra, pracující v gastroenterologické ambulanci 4 roky. Poprvé se setkala s pacientem, který měl divertikulózu, před 4 lety. Pacienti, které ošetřuje, jsou většinou starší lidé, nejčastěji od 50 let. Kromě divertikulózy se často léčí s diabetem a hypertenzí. S1 se vzdělává na konferencích a pomocí videa při vyšetřování pacienta. Uvedla také, že četla knihu, která se jmenovala Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Druhou respondentkou (S2) byla mladá sestra. Poprvé se setkala s diagnózou divertikulóza na interním oddělení, kde dříve pracovala. Na gastroenterologické ambulanci pracuje šest let. Věkové spektrum pacientů s divertikulózou, které nejčastěji ošetřuje, je od 50 let, ale setkala se se staršími i mladšími pacienty. S2 se vzdělává na školeních. Třetí respondentkou (S3) byla sestra, pracující v gastroenterologické ambulanci 10 let. Poprvé se setkala s pacientem s divertikulózou před 10 lety. Nejčastěji ošetřuje pacienty s divertikulózou ve věku od 40 let. Podle jejího názoru je největším problémem špatné stravování, které má velký podíl na vzniku onemocnění. S3 se vzdělává na konferencích, chtěla by se více aktivně vzdělávat, ale bohužel na to momentálně nemá dostatek času.

Čtvrtou respondentkou (S4) byla sestra, která se s prvním pacientem trpícím divertikulózou setkala v zaměstnání před sedmi lety, kdy nastoupila do gastroenterologické ambulance. Věkové spektrum pacientů, které ošetřuje, začíná na 45 letech. Zatím se s mladšími pacienty nesešla. Pacienti se kromě divertikulózy často léčí s diabetem a obezitou. S4 se vzdělává na internetu, protože je to pro ni pohodlné a časově nenáročné. Pátou respondentkou (S5) byla sestra, pracující v gastroenterologické ambulanci 24 let. Poprvé se setkala s pacientem, který měl divertikulózu, před 24 lety. Za dobu své praxe se setkala s mnoha pacienty s touto diagnózou. Podle jejích slov trpí divertikulózou starší lidé od 50 let, ale setkala se během svého profesního života i s pacienty, kteří měli divertikulózu ve 45 letech. S5 se vzdělává na školeních a pomocí videa při terapii a vyšetření pacientů. Šestou

respondentkou (S6) byla sestra, která pracuje v gastroenterologické ambulanci již 20 let. Poprvé se setkala s pacientem s divertikulózou před 20 lety. Nejčastěji ošetřuje pacienty starší 60 let, ale setkala se i s mladšími ročníky. Podle jejích slov má na vznik onemocnění velký vliv stravování. S6 se vzdělává pomocí videa při vyšetřování a terapii pacienta.

Sedmou respondentkou (S7) byla sestra, která pracuje v gastroenterologické ambulanci 24 let. Poprvé se setkala s pacientem s divertikulózou před 24 lety. S touto diagnózou se setkává v gastroenterologické ambulanci přibližně dvakrát do týdne. Nejčastěji ošetřuje pacienty s divertikulózou od 50 let. Další diagnózy pacientů nemůže specifikovat, protože jsou různé. S7 se vzdělává na školeních a pomocí videa při vyšetřování pacienta. Osmou respondentkou (S8) byla sestra, která pracuje 13 let na gastroenterologické ambulanci, předtím pracovala také na gastroenterologické ambulanci, ale v jiném městě. Poprvé se setkala s pacientem trpícím divertikulózou v roce 1985. Nejčastější věkové spektrum pacientů s divertikulózou, které ošetřuje, je od 50 let. S8 se vzdělává na odborných seminářích, ale spíše se vzdělává přes internet. Devátou respondentkou (S9) byla sestra, která se poprvé setkala s pacientem s divertikulózou před 15 lety, kdy nastoupila do gastroenterologické ambulance. Pacienti, které ošetřuje, jsou většinou starší lidé, nejčastěji od 50 let. Kromě divertikulózy se často léčí s diabetem. S9 se vzdělává na školeních a čte časopis Sestra. Desátou respondentkou (10) byla mladá sestra. Poprvé se setkala s diagnózou divertikulóza při praxi na chirurgickém oddělení. Na gastroenterologické ambulanci pracuje šest let. Věkové spektrum pacientů s divertikulózou, které nejčastěji ošetřuje, je od 50 let, ale setkala se se staršími i mladšími pacienty. S10 se vzdělává pomocí videa při vyšetřování pacienta.

Druhou skupinu respondentů tvořili tři lékaři. Jedenáctou respondentkou (L1) byla lékařka, která pracuje v gastroenterologické ambulanci. Věkové spektrum pacientů s divertikulózou, které nejčastěji ošetřuje, je od 60 let a její nejmladší pacient byl ve věku 40 let. S pacienty, kteří trpí divertikulózou, se setkává často, přibližně dvakrát do týdne. Dvanáctým respondentem (L2) byl lékař, který pracuje v gastroenterologické

ambulanci. Poprvé se setkal s pacientem trpícím divertikulózou před 25 lety při praxi na interním oddělení. Věkové spektrum pacientů s divertikulózou, které nejčastěji ošetřuje, je od 50 let. Do jednoho týdne ho navštíví 3 až 4 pacienti s divertikulózou. Poslední respondentkou (L3) byla lékařka v gastroenterologické ambulanci. Poprvé se setkala s pacientem, který měl divertikulózu, před 18 lety – ještě při studiích medicíny. Věkové spektrum pacientů s divertikulózou, které nejčastěji ošetřuje, je od 50 let. Do jednoho týdne ji navštíví 1 až 2 pacienti s divertikulózou.

Tabulka 1 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
<b>1. Klinický obraz onemocnění</b>	
<b>2. Komplikace</b>	
<b>3. Intervence sester a lékařů</b>	
<b>4. Edukace</b>	POUČENÍ O DIETNÍM REŽIMU
	ZPĚTNÁ VAZBA
	FYZICKÁ AKTIVITA
<b>5. Psychosociální dopad</b>	
<b>6. Výskyt u dnešní populace</b>	

### 1. KATEGORIE – klinický obraz onemocnění

Většina z dotazovaných respondentů v rozhovoru vypověděla, že prvním projevem divertikulózy je bolest. Tu označily čtyři sestry. Jedna sestra uvedla: „*Nejvíce se setkávám s pacienty, kteří za námi přicházejí kvůli opakovaným bolestem břicha. Dále se pak ale od nich dozvíme, že trpí průjmy nebo se delší dobu pravidelně nevyprazdňují. Myslím si, že někteří pacienti velmi podceňují a zanedbávají některé příznaky. Kdyby je nic nebolelo, tak ani nepřijdou. Přitom nejúčinnější terapií je podle mého názoru prevence*“ (S1). Další sestra uvedla: „*Bolest břicha a podbřišku pacienty velmi obtěžuje, někdy uvádí, že kvůli tomu špatně spí, nevědí už, jak si mají v noci v posteli lehnout, je to pro ně nepříjemné*“ (S3). Další dvě sestry vypověděly jako příznak

záněty, tedy zánět divertiklů. „Pacient obvykle přichází s velkými bolestmi, stěžuje si na vyprazdňování stolice, je vystresovaný a neví, co se děje“ (S5). Další dvě sestry uvedly jako příznak perforaci: „Při zánětlivé změně divertiklu může dojít k perforaci divertiklu“ (S7). Poslední dvě sestry se setkávají více s pacienty, kteří k nim přicházejí z důvodu nálezu krve ve stolici: „Pacient přijde obvykle vyděšený, že našel světlou krev ve stolici, důležité je pacienta uklidnit a vysvětlit, že se to stává při výskytu divertiklů“ (S6).

Lékaři uváděli stejně jako většina sester, že nejčastějším projevem divertikulózy je bolest. Lékařka (L1) vypověděla: „Pacient má dyskomfort v dolní části břicha, bolest je lokalizována v levém podbříšku, ale je to individuální: někdo ani bolesti nemá a o divertikulóze neví celý život.“ Další lékařka se zmínila: „Pacienti přicházejí obvykle s nepříjemným pocitem v břiše a stěžují si na průjem nebo zácpu. Někteří pacienti udávají bolest břicha, ale ta se spíše vyskytuje u divertikulitidy“ (L3). Poslední respondent, lékař řekl: „Projevem divertikulózy je zácpa nebo průjem a bolesti v levém podbříšku. Dále nadýmání, pocit plnosti“ (L2). Sestry, které uvedly jako projev divertikulózy zánět, perforaci a krvácení, popisovaly už projevy divertikulidy.

## **2. KATEGORIE – komplikace**

V této kategorii jsou zahrnuté informace, které upřesňují, při jakých komplikacích doporučují lékaři a sestry pacientovi vyhledat odbornou pomoc. Jedna sestra uvedla: „Pokud má pacient neustávající bolesti břicha nebo když pacient najde krev ve stolici“ (S1). Další sestra dodává: „Je nutné vyhledat lékaře při opakovaných bolestech břicha, při zácpě a neodcházení plynů, dále při nalezení krve ve stolici. Setkala jsem se s některými pacienty, kteří si přikládali na bolavé břicho teplé obklady, ale je to velká chyba, protože teplé obklady zrychlují průběh infekce. Proto pacientům radím, že kdykoliv se jim nebude něco zdát v pořádku, tak ať raději přijdou“ (S8). Poslední sestra potvrdila výpověď první a osmé sestry: „Pacient by měl vyhledat lékaře při zácpě, zvracení, bolestech břicha“ (S3). Ostatní odpovědi sester byly obdobné.

V této kategorii je dále blíže vyjádřen názor lékařů na tuto problematiku. Lékařka uvedla: „Léčím pacienty, kteří mají už zkušenost s tímto onemocněním a sami většinou

poznají, když něco není v pořádku, ale určitě by měl pacient vyhledat lékaře při neustávajících bolestech břicha, zvracení a neodcházení plynů“ (L1). Lékař vypověděl: „Pokud má pacient bolesti břicha, teplotu, zácpu nebo krvácí“ (L2). Poslední lékařka potvrdila výpovědi obou lékařů: „Když pacient krvácí, má silné bolesti břicha, zvrací, může jít totiž o zánět nebo perforaci“ (L3). Odpovědi sester korespondovaly s odpověďmi lékařů.

Vzhledem k možným komplikacím, které mohou nastat, uvádějí lékaři ve svých výpovědích, jak často musí pacient s divertikulózou docházet na pravidelné kontroly, aby se snížilo riziko jejich vzniku. Všichni lékaři uvedli, že pacienty objednávají dvakrát až třikrát za rok na kontrolu. „Dvakrát nebo třikrát za rok dle stavu pacienta. Není nutné, aby pacient docházel častěji, když nemá problémy“ (L1). Další lékařka vypověděla: „Stačí, když se pacient s divertikulózou přijde ukázat po půl roce“ (L3). Poslední lékař potvrdil výpovědi obou lékařek: „Obvykle přijde pacient sám, když má problémy. Jinak objednávám pacienty na kontrolu dvakrát do roka. Když má pacient komplikace, tak dochází častěji“ (L2).

Následně byla položena lékařům otázka, zda pacienti docházejí na pravidelné kontroly. „Zatím mám s pacienty pozitivní zkušenost, když jsou objednaní, přijdou nebo nám zavolají, když jsou nemocní, a omluví se“ (L2). Lékařka odpověděla: „Ale ano, když je objednáme, tak přijdou na kontrolu, setkala jsem se s pacienty, kteří i nepřišli, ale to je asi všude. Někdo se bojí zubaře a někdo gastroenterologa,“ směje se lékařka (L1). Poslední lékařka zmínila: „Ano, chodí, většinou se bojí zhoršení, tak raději chodí. Ale mám tu jednu rodinu a ta chodí neohlášeně jen při zhoršení stavu. Když jsem se jich ptala, proč nechodí pravidelně na kontroly, tak prý to není potřeba. Tak co má člověk s nimi dělat“ (L3). Dle těchto odpovědí je zřejmé, že opravdu záleží na povaze člověka.

Všichni respondenti uváděli v neposlední řadě v této kategorii komplikace divertikulózy, jako je zánět, perforace a krvácení. Pět sester přiznalo, že si myslí, že komplikací divertikulózy je zánět. „Zánět je komplikace, která může pacienta ohrozit na životě, zvláště ve starším věku“ (S2). Další sestra zmínila: „Zánět je komplikace divertikulózy, obvykle pacienti přicházejí se zvýšenou tělesnou teplotou, bolestmi břicha a myslí si, že je to střevní chřipka“ (S4). Další tři sestry rozšířily oblast komplikací

divertikulózy o krvácení. „Krvácení ohrožuje pacienty chudokrevností. Pacient musí být vždy kontrolován lékařem, který musí sledovat vyprazdňování stolice a krev ve stolici“ (S6). Poslední sestra doporučuje pacientů při krvácení z divertiklů: „Pacientům doporučujeme při krvácení z divertiklů přisun železa ve stravě nebo v přírodních potravinových doplňcích“ (S8). Poslední komplikací, kterou respondenti ze skupiny sester uváděli, byla perforace. Tu uvedly dvě sestry: „Při zánětlivé změně divertiklu může dojít k perforaci divertiklu“ (S9). Poslední sestra si myslí: „Myslím, že perforace vznikne, když se rozšíří zánět“ (S10).

V oblasti komplikací divertikulózy nebyly opomenuty výpovědi lékařů. Lékařka (L1) vysvětlila, jak vzniká zánět v divertiklech. „Zánět vzniká při uvíznutí potravy v divertiklech. Zažila jsem, že pacienti přicházeli až po několika dnech, protože se domnívali, že mají chřipku. Na zánět nasazují antibiotika Normix per. os, většinou na 14 dní.“ Na komplikaci, jako bylo krvácení, reagovala lékařka (L1): „Krvácení je komplikace, ale určité množství krve ve stolici je u divertikulózy normální.“ Jako nejhorší komplikaci uvedla protržení divertiklů. „Protržení divertiklu je stav, který ohrožuje pacientův život a musí se chirurgicky řešit“ (L1). Lékař (L2) se zmínil, že nejčastější komplikací divertikulózy je zánět: „Nejčastější komplikací divertikulózy je zánět, dle stavu pacienta léčíme ambulantně nebo ho posíláme do nemocnice.“ Dále vypověděl, že krvácení z divertiklů může být příčinou chudokrevnosti: „Divertikly jsou častým zdrojem krvácení. To obvykle není silné. Při dlouhodobém průběhu však mohou být ztráty krve do střeva příčinou chudokrevnosti.“ Jako poslední komplikaci divertikulózy lékař (L2) uvedl perforaci: „Při podezření na perforaci posílám okamžitě pacienty do nemocnice.“ Oblast komplikací rozšířila ještě o své zkušenosti poslední lékařka (L3), která uvedla s chápavým projevem ve své tváři, že zánět je nepříjemnou komplikací: „Zánět je nepříjemnou komplikací pro pacienta i pro lékaře. Bohužel se to nedá někdy ani ovlivnit správným stravováním.“ Další komplikací, kterou lékařka zmínila, bylo krácení a potvrdila výpověď první lékařky: „Krvácení obvykle nebývá velkého rozsahu a při divertikulóze se může krev ve stolici objevit.“ V neposlední řadě zmínila lékařka jako velmi vážnou komplikaci perforaci. „Perforace je velmi vážná

*komplikace, která vzniká následkem zánětu.“ Z rozhovoru je patrné, že odpovědi sester ve všech případech korespondovaly s odpověďmi lékařů.*

### **3. KATEGORIE – intervence sester a lékařů**

Podle většiny sester je nejčastější intervencí při vyšetřování pacienta s divertikulózou asistence u výkonů při vyšetřování střeva. Uvedlo to osm sester: *„Když lékař pacientovi doporučí kolonoskopii, vysvětlí mu, co ho čeká a proč vyšetření bude provádět. Na nás pak je objasnit pacientovi dietu, kterou bude držet před vyšetřením. Pacient také dostane instrukce o tom, že si musí vyzvednout v lékárně vyprazdňovací roztok, který bude pít den před vyšetřením. Někteří pacienti se bojí, že bude kolonoskopie bolestivá. Ve většině případů necítí pacient vůbec nic a mnoho z nich dokáže během vyšetření i usnout“* (S4). Další sestra potvrdila a rozšířila výpověď čtvrté sestry: *„Připravujeme pacienty na kolonoskopii, pacient dostane před vyšetřením léky, které ho utlumí, také doporučíme pacientovi, aby ho někdo po vyšetření doprovodil domů. Před vyšetřením polohujeme pacienta na levý bok a během výkonu asistujeme lékaři. Vyšetření většinou trvá patnáct minut až půl hodiny. Po vyšetření zůstává pacient u nás ještě hodinu v klidu, a pokud dostal léky na utlumení, odchází s doprovodem domů“* (S8). Další odpovědi sester byly obdobné. Poslední dvě sestry přiznaly, že sledují u pacienta stolici: *„Sleduji konzistenci, množství, barvu, jestli tam není příměs krve nebo hlenu“* (S5). Poslední sestra dodala, že sledováním stolice si můžeme všimnout nově vzniklých komplikací onemocnění: *„Vždycky říkám pacientům, ať se pro kontrolu do toho záchodu podívají, je to jednoduché a přitom velice důležité“* (S9).

Podle výpovědi dvou lékařů je nejdůležitější intervencí při vyšetřování pacienta sestavení anamnézy a ultrazvuk břicha. *„Dělám s pacientem anamnézu, sestřička nabere krev. Vyšetřím pomocí ultrazvuku pacientovi břicho a pak následně zvolím další postup. V anamnéze je pro mě důležité, s čím se pacient léčí a jak se stravuje“* (L3). Další lékař potvrdil výpověď lékařky: *„Důležité je pro mě sestavení anamnézy u pacienta a následně vyšetřuji pacientovi břicho pomocí ultrazvuku“* (L2). Poslední lékařka uvedla, že vyšetří pacienta a pozve si ho ještě případně dle potřeby na kolonoskopické vyšetření: *„Pacientovi nabereme krevní obraz, uděláme ultrazvuk*



*břicha a pozveme si ho případně na další návštěvu k provedení kolonoskopie. U každého pacienta je pro mě důležitá rodinná a osobní anamnéza“ (L1).*

Dále jsou v této kategorii zahrnuty intervence sester a lékařů při terapii o pacienta s divertikulózou. Šest sester uvedlo, že ošetřují krvácení: *„Ošetřujeme krvácení konzervativně, dle ordinace lékaře podáváme formou infuzí hemostyptika. Krvácení ošetřuje lékař v některých případech také endoskopicky“ (S1).* Další sestra uvedla: *„Asistuji lékaři při ošetřování krvácení a měřím u pacienta puls a saturaci“ (S8).* Další sestra zmínila, že ošetřuje krvácení jen při endoskopických metodách: *„Ošetřujeme s lékařem krvácení jen při endoskopických metodách“ (S2).* Poslední čtyři sestry uvedly, že pečují o tuhou stolici u pacienta při terapii divertikulózy (S7). Poslední sestra rozšířila ještě kategorii o svoji výpověď: *„Pacientovi doporučujeme zbytkovou dietu, dostatečný příjem tekutin a přiměřený pohyb. Dále informujeme pacienta o možnosti návratu defekačního reflexu“ (S5).* Z rozhovoru je patrné, že nejčastější intervencí sester je při terapii divertikulózy ošetření krvácení.

Všichni lékaři uvedli, že nejdůležitější intervencí je změna stravování u pacienta s divertikulózou: *„Divertikulóza se nedá vyléčit, pacient musí dodržovat dietu, aby zamezil vzniku komplikací“ (L2).* *„Pacientovi, který trpí tímto onemocněním, doporučíme vhodnou dietu a režimová opatření. Záleží na něm, jak bude opatření dodržovat“ (L3).* Poslední lékařka uvedla, že léčí teprve komplikace divertikulózy: *„Divertikulózu řešíme správnou dietou a léčíme teprve komplikace divertikulózy. Zánět zvládneme většinou konzervativně antibiotiky. Krvácení a perforace se musí řešit už chirurgicky“ (L1).*

Kromě intervencí sester a lékařů byla sledována v této kategorii spolupráce se sestrou z pohledu lékařů. Podle odpovědí lékařů je spolupráce se sestrou velmi dobrá: *„Svoje sestřičky musím moc pochválit, mají profesionální přístup a skvěle s pacienty komunikují. Na kontroly objednávají pacienty včas. Pacienti se mnohdy obávají kolonoskopie a pak, když skončíme, tak řeknou, že to nic nebylo, protože si celou dobu povídali se sestřičkou, která odvedla pozornost od nepříjemného vyšetření“ (L1).* Další odpověď lékaře byla také velmi pozitivní: *„Mám dvě sestřičky v ordinaci a obě jsou moc šikovné, včas objednávají pacienty na kontroly. Nemůžu si na spolupráci stěžovat,*

*ještě jsme neměli problém,*“ dodává a směje se lékař (L2). Poslední lékařka si chválila asistenci sester při vyšetřování pacienta: *„Spolupráce se sestrami je dobrá. Skvěle mi asistují při vyšetření pacienta. Například při kolonoskopii měří u pacienta saturaci, tep a polohují pacienta, je to velmi důležité pro kvalitu vyšetření. A pacienty mi objednávají na další kontroly včas,*“ dodává s úsměvem (L3).

#### **4. KATEGORIE – edukace**

##### ***1. Podkategorie – poučení o dietním režimu***

Informovanost sester o způsobu přípravy stravy u pacienta s divertikulózou byla relativně dobrá. Všechny sestry se shodly na vařené nebo dušené stravě. *„Zeleninu a ovoce nejlépe v syrovém stavu nebo mírně vařeném. Jinak říkáme pacientovi, že může jíst červené maso, ale v omezeném množství a musí se pořádně tepelně upravit, aby bylo měkké“* (S3). Další sestra zmínila: *„Vařené nebo dušené maso, určitě nic smaženého nebo grilovaného, protože je to pro pacienta tučné“* (S1). Další sestry odpovídaly obdobně.

Ve vztahu ke specifickým v oblasti dietního režimu byla respondentům položená otázka, jak poučují pacienty s divertikulózou o dietním režimu a jeho úpravě. Úroveň informací od sester a lékařů byla velmi dobrá. Všichni respondenti odpověděli, že poučují pacienty o dietním režimu ústně. Doporučují pacientovi vhodnou skladbu potravin a dostatek tekutin. *„Je důležité, aby pacienti dietní režim dodržovali. Při dodržování dietních opatření se pacienti pravidelně vyprazdňují a snižují riziko vzniku komplikací. Kromě vhodných potravin doporučujeme pacientům dostatek tekutin, a to nejméně dva a půl litru denně“* (S5). Další sestra přiznala, že poučuje pacienty o dietě ústně: *„Poučujeme pacienta a dietě ústně, starší pacienti si to většinou píšou na papír nebo jim to napíšeme“* (S2).

Z rozhovorů s lékaři bylo patrné, že o dietním režimu poučuje pacienta převážně sestra v ambulanci lékaře. *„Poučujeme pacienty o dietě ústně, dělá to většinou moje sestřička v ordinaci. Doporučujeme pacientovi vhodné potraviny a dostatek tekutin“* (L2). Další lékařka potvrdila odpověď lékaře: *„Poučujeme se sestřičkami pacienty o dietním režimu ústně, co je vhodné jíst, a co je naopak nevhodné“* (L3). Poslední

lékařka se smutkem přiznala, že letáčky přímo s dietou pro pacienty s divertikulózou zatím nemá, a proto musí pacienty zatím poučit jenom ústně. *„Letáčky přímo s dietou pro pacienty s divertikulózou zatím nemám. Poučuji proto pacienty jen ústně, někteří pacienti si to poznamenávají písemně. Pacienty seznámím s vhodnými a nevhodnými potravinami“* (L1).

Z hlediska poučení o dietním režimu byla také položena otázka sestřám a lékařům, jaké doporučují vhodné potraviny pacientovi s divertikulózou. Všichni respondenti odpověděli bez váhání: *„Doporučujeme pacientům vysokožbytkovou dietu, vhodné je tedy jíst potraviny s obsahem vlákniny, jako je celozrnný chleba, otruby. Pokud pacientům otruby nechutnají, doporučujeme je přimíchávat do jídel. Důležité je, aby pacienti dělali změny ve stravování postupně. Většinou jim radíme, aby si změnu rozplánovali do období šesti týdnů, aby se trávicí ústrojí mohlo změně přizpůsobit“* (S8). Další sestra doporučuje sušené ovoce: *„Pacientům doporučujeme stravu s obsahem vlákniny. To znamená celozrnné pečivo, těstoviny, rýži, otruby, syrovou nebo kvašenou zeleninu, například kysané zelí. Dále doporučujeme ovoce, nejlépe sezonní ovoce. Jablka neolupujeme a konzumujeme je i se slupkou, protože v samotné ovocné dužině se vláknina vůbec nenachází. Moc dobré je pro pacienty sušené ovoce jako švestky, meruňky a datle“* (S3). Další odpovědi sester byly obdobné.

Lékaři v této oblasti jmenovali zejména: *„Potraviny, které obsahují vlákninu, celozrnné pečivo a zvýšený příjem tekutin“* (L2). Další lékařka doporučuje pacientům otruby, přiznává, že si je také sama pro sebe kupuje: *„Výborné jsou otruby. Také si je kupuji a dávám si je do jogurtu nebo si je sypu na chleba s máslem. Dají se koupit v každém hypermarketu. Dále doporučuju syrovou zeleninu, ovoce a tři litry tekutin za den,“* dodává s úsměvem lékařka (L1). Naproti tomu poslední lékařka doporučuje pacientům s divertikulózou rozpustnou a nerozpustnou vlákninu: *„Doporučujeme spolu se sestřičkami pacientům rozpustnou a nerozpustnou vlákninu. Nerozpustná vláknina je hrubá hmota, není rozpustná ve vodě, ale dobře dokáže vodu absorbovat. Z nerozpustné vlákniny pšeničné otruby, kukuřičné otruby a kukuřičné otruby, ořechy, semena. Rozpustná vláknina je hmota, která se rozpouští za působení bakterií v tlustém střevě.“*

*A z rozpustné vlákniny jablka, hrušky a sójové produkty“ (L3). Z rozhovoru je zřejmé, že všichni respondenti mají přehled o vhodných potravinách.*

Kromě vhodných potravin uvedli lékaři i sestry potraviny, které jsou přímo nevhodné pro pacienta s divertikulózou. Všechny sestry se shodly na tom, že pacient s divertikulózou by neměl konzumovat bílé pečivo: *„Pacienti by neměli jíst výrobky z bílé mouky, dále by se pacienti měli vyhýbat kofeinu. Protože kofein dráždí střevní sliznici“ (S4).* Další sestra odpověděla se smutným výrazem, že musí některé potraviny pacientům zakázat: *„Bohužel některé potraviny musíme pacientům zcela zakázat, protože u divertikulózy platí, že co je nezdravé, to je v případě divertikulózy škodlivé. Pacienti by neměli jíst bílé pečivo, omezit maso – hlavně hovězí – a dále by neměli konzumovat tučná jídla“ (S1).* Poslední respondentka ze skupiny sester uvádí, že pacienti by neměli jíst zeleninu a ovoce, které obsahují semínka. *„Pacient by neměl jíst takové druhy ovoce a zeleniny, které obsahují velké množství semenek, jako například maliny, jahody, ostružiny, rajčata, protože se mohou zachytit ve výchlipkách a způsobit zánět. A jakékoliv oříšky je dobré dobře rozkousat. Také by se měl pacient vyhýbat bílému pečivu, čokoládě. Dále syceným nápojům, kofeinu a alkoholu, protože to všechno dráždí střevo“ (S6).*

Následně odpovídali lékaři, jaké potraviny nedoporučí pacientovi s divertikulózou. Všichni lékaři se také shodli na tom, že není vhodné pro pacienta s divertikulózou konzumovat bílé pečivo: *„Nevhodné je bílé pečivo, syrové a červené maso, čokoláda a černý čaj, protože ten staví“ (L1).* Další respondent ze skupiny lékařů vypověděl: *„Nevhodné je bílé pečivo, kofein a alkohol“ (L2).* Poslední lékařka dodala, že pro některé pacienty nejsou vhodné ani luštěniny: *„U některých pacientů nejsou vhodné ani luštěniny, protože hodně nadýmají, dále není vhodné pro pacienta s divertikulózou konzumovat bílé pečivo, čokoládu, červené maso, ovoce a zeleninu se semínky. V neposlední řadě pít alkoholu a kofeinových nápojů“ (L3).* Z rozhovoru je patrné, že všichni respondenti mají přehled o nevhodných potravinách.

V této kategorii nebyla opomenuta dieta, kterou podávají sestry v prvních dnech po operaci. Tato otázka byla položena pouze sestřám. Odpovědělo osm sester z deseti. Dvě sestry nevěděly, co mají odpovědět. *„Pacientům po operacích podáváme dle ordinace*

*lékaře parenterální výživu, obvykle třetí den, když pacient bez komplikací dostane tekutou dietu. Pátý den dostane pacient dietu kašovitou a k pevné stravě se pacient vrací až po týdnu“ (S8). Další sestra odpověděla: „Po operaci dostane pacient parenterální výživu dle ordinace lékaře“ (S3). Poslední sestra zmínila dietu jen ve formě podávání infuzí: „Pacient dostane po operaci infuze“ (S6). Další odpovědi sester byly obdobné.*

## **2. Podkategorie – zpětná vazba**

Všechny sestry odpověděly, že používají u pacienta s divertikulózou zpětnou vazbu. *„Většinou jsou našimi pacienti už starší lidé, tak se jich ptáme, jestli všemu rozuměli nebo zda potřebují ještě něco vysvětlit. Obvykle se sami ještě radši doptávají nebo při příští návštěvě přijdou a ještě se zeptají“ (S7). Další sestra odpověděla, že používá zpětnou vazbu, aby se ubezpečila, že pacient všemu rozuměl: „Ano, používám, někteří pacienti někdy kývou, že všemu rozuměli, a pak, když se jich zeptám, tak neví. Radši jim dávám sebou domů letáčky s dietou, popřípadě jim to napíšu na papír a řeknu jim, že kdyby něco potřebovali nebo si ještě na něco vzpomněli, ať nám klidně ještě zavolají“ (S9). Poslední sestra uvedla, že se ptá pacientů na vhodné a nevhodné potraviny po poučení o dietním režimu, aby zjistila, jestli tomu pacient rozuměl. „Ano, ptám se jich na vhodné a nevhodné potraviny po mém poučení o dietě, protože chci, aby tomu pacient rozuměl, když odchází domů“ (S10). Další odpovědi sester byly obdobné. Z rozhovoru je patrné, že sestry po poučení o dietním režimu používají u pacienta s divertikulózou zpětnou vazbu.*

Další z odpovědí se týkaly dodržování dietního režimu: *„Je to individuální, někteří pacienti nám pomáhají s léčbou a dodržují dietní režim. Někteří pacienti naopak ne. Myslím, že je to jen o svědomitosti, někdo je na to zkrátka líný“ (L1). Další lékař také uvádí, že je to individuální: „Jak kdo, připadá mi, že čím starší pacient je, tím víc dodržuje dietu, ale je to individuální, případ od případu. Někdo si prostě neodepře potraviny, které mu chutnají, ani kvůli zdraví“ (L2). Poslední lékařka si myslí, že pacienti nedodržují dietní opatření, protože jsou pohodlní. „Nedá se to takhle jednoznačně říct, někdo dietní režim dodržuje a někdo ne. Myslím, že pacienti, kteří*

*nedodržují dietní režim, jsou pohodlní“ (L3). Z rozhovoru vyplývá, že záleží opravdu na povaze každého člověka.*

Všichni lékaři odpověděli, že při dodržování dietního režimu snižuje pacient s divertikulózou riziko vzniku komplikací. *„Ano, dodržováním dietního režimu snižuje pacient výrazně příčinu vzniku komplikací, proto říkám, že při terapii divertikulózy záleží taky na pacientovi, jak se k onemocnění postaví“ (L2). Další lékařka potvrdila odpověď lékaře: „Určitě, snižuje se tak riziko vzniku komplikací“ (L3). Poslední lékařka uvedla, že prevence je léčbou: „V některých případech minimalizuje riziko vzniku komplikací. Zde platí, že prevence je léčbou, to vždy zdůrazňuji svým pacientům“ (L1). Z rozhovoru je patrné, že názory lékařů se shodují.*

### **3. Podkategorie – fyzická aktivita**

V rozhovoru nebyl opomenut způsob fyzické aktivity, kterou doporučují sestry a lékaři pacientům s divertikulózou. Všichni respondenti ze skupiny sester odpovídali bez váhání a doporučovali pacientům s divertikulózou převážně chůzi. *„Doporučuji pacientům chůzi. Chůze by měla být při střevních onemocněních hlavní fyzickou aktivitou. Ideální je pro pacienty začínat pomalou chůzí na krátkých úsecích, postupně zrychlovat a poté, je-li to možné, prodlužovat vzdálenost“ (S7). Další sestra doporučuje pacientům s divertikulózou zdravý pohyb: „Doporučuji pacientům zdravý pohyb. Většina pacientů s divertikulózou si může dovolit sportovat bez jakéhokoliv omezení. Avšak při komplikacích není doporučeno cvičit a rovněž během dvou až tří měsíců po operaci“ (S10). Poslední sestra udává nejlepší variantu pro všechny věkové kategorie. „Nejlepší variantou je pro všechny věkové kategorie chůze“ (S2).*

Naproti tomu lékař doporučuje pacientům s divertikulózou jako vhodnou fyzickou aktivitu plavání. *„Plavání, je to sport na všechny svaly a je vhodný i pro obézní jedince“ (L2). Nejvhodnější fyzickou aktivitou je každodenní chůze. Toho názoru jsou dvě lékařky. „Pacienti mohou chodit na procházky, plavat, jezdit na kole. Některým pacientům se v důsledku fyzické aktivity zlepši vyprazdňování, protože si posílí břišní svalstvo. A ještě doporučuju masáže břicha“ (L1). Poslední lékařka doporučuje chůzi, a naopak nedoporučuje pro pacienty s divertikulózou trampolíny: „Chůzi, zvládne ji*

*každý. Naopak nedoporučuji trampolíny, není to dobré pro břišní orgány“ (L3). Z rozhovoru je patrné, že se respondenti ze skupiny sester a lékařů se orientují v problematice.*

## **5. KATEGORIE – psychosociální dopad**

Kromě fyzického dopadu byl sledován i psychosociální dopad onemocnění na jedince. Šest sester uvedlo, že onemocnění omezuje pacienta hlavně ve stravování. *„Člověk je omezený v tom, že se musí hlídat v jídle, musí tomu přizpůsobit jídelníček, dále musí pečovat o pravidelné vyprazdňování stolice a to není vždy snadné. Pacient musí docházet k lékaři na pravidelné kontroly“ (S8).* Další respondentka ze skupiny sester zmínila, že někteří pacienti jsou nešťastní, že už nemůžou jíst svoje oblíbené jídlo. *„Divertikulóza omezuje pacienta v jídle, někteří pacienti jsou nešťastní, že už nemohou jíst svoje oblíbené jídlo. Ještě si vzpomínám si na jednu paní, které jsme museli udělat stomii, protože měla komplikace. Ta paní byla moc šikovná, stravovala se, jak měla, ale bohužel měla chronickou divertikulitidu“ (S5).* Další dvě respondentky ze skupiny sester uvedly, že pacienta omezuje v životě neustálá péče o pravidelné vyprazdňování stolice. *„Někteří pacienti mi řekli, že se bojí vycestovat, protože by tam měli třeba jinou stravu a měli by problémy s vyprazdňováním. Pacienti s divertikulózou si moc dobře uvědomují, jak je pro ně důležité pravidelné vyprazdňování stolice“ (S1).* Poslední dvě sestry uvedly, že pacienta v životě omezuje bolest: *„Myslím si, že pacienta nejvíce omezují v životě bolesti břicha“ (S2).* Poslední respondentka ze skupiny sester dodala: *„Určitě bolest břicha“ (S3).* Z rozhovorů se sestrami bylo vidět, že s pacienty soucítí.

Z pohledu lékaře onemocnění omezuje pacienty hlavně v jídle. *„Myslím, že to pacienty omezuje hlavně v jídle, že si nemohou už dát například svoje oblíbené KFC. Jinak jsem se zatím neseťkal s žádnou velkou negativní reakcí“ (L2).* Lékařka uvedla, že se pacienti s divertikulózou bojí vycestovat: *„Pacienti se bojí někam vycestovat, někteří pacienti se sociálně izolují jen na své okolí“ (L3).* Poslední respondentka ze skupiny lékařů uvedla, že jsou pacienti nakonec při sdělení diagnózy rádi, že to není rakovina. *„Onemocnění je omezuje v životě, ale většinou, když jim diagnózu sdělím*

*a vysvětlím jim všechno kolem onemocnění, tak jsou rádi, že to není rakovina“ (L1). Všichni respondenti se shodli, že divertikulóza omezuje pacienta v jeho běžném životě. Ve změně stravování, pravidelné péči o vyprazdňování stolice a v neposlední řadě omezuje pacienta bolest. Sestry i lékaři přiznávají, že mají radost, když se pacient s tímto onemocněním naučí žít.*

## **6. KATEGORIE – výskyt u dnešní populace**

V této kategorii byl zkoumán výskyt divertikulózy u dnešní populace. Všem lékařům byla položena otázka, jestli si myslí, že je teď čtenější výskyt pacientů s divertikulózou než třeba před deseti lety. *„Myslím si, že ano; obecně bych to specifikoval tak, že v minulém století se divertikulóza vyskytovala velmi vzácně“ (L2). Lékařka odpověděla: „Ano, mám více zjištěných pacientů, je to zajímavé“ (L3). Poslední respondentka ze skupiny lékařů uvedla, že předpokládá ještě zvýšení počtu těchto pacientů. „Určitě je vyšší výskyt a předpokládám, že se ještě zvýší. Když někomu dneska řeknete, že máte divertikulózu, ten druhý člověk na vás kouká, protože neví, co to je. Myslím, že za 40 let bude toto onemocnění zcela normální civilizační chorobou jako například migréna“ (L1). Z rozhovoru je patrné, že názory lékařů se shodují.*

Divertikulóza se vyskytuje u čím dál mladších jedinců. Jaký na to mají názor lékaři? Všichni lékaři odpověděli na otázku s chvilkovým zamyšlením: *„Není to masivně, ale je pravda, že se setkávám s pacienty, kteří mají divertikulózu ve 40 letech. Je to určitě způsobeno stravováním, když teď například vidím, kolik je obézních lidí, a to dřív také nebyvalo“ (L1). Lékař odpověděl, že si myslí, že je to dáno dnešním stravováním a nedostatkem pohybu. „Je to dáno hlavně stravováním. A dnešní lidé se vůbec nehýbou a ve dvaceti letech se už léčí s hypertenzí a obezitou. Je to hrozné“ (L2). Další lékařka potvrdila výpověď lékaře: „Příčina je prostá, jak se o sebe člověk stará, tak i člověk vypadá. U tohoto onemocnění to platí. V dnešní době mají lidé daleko větší přístup k jídlu, jako je rychlé občerstvení, nehýbou se a všude jezdí autem“ (L3). Z rozhovoru je patrné, že názory lékařů se shodují a že příčinou je zřejmě stravování a nedostatek pohybu.*



V souvislosti s výskytem onemocnění u čím dál mladší populace uvedlo sedm respondentek ze skupiny sester, že nejčastěji ošetřují pacienty s divertikulózou od 50 let. „*Jaké věkové spektrum pacientů s divertikulózou ošetřuji? Většinou od padesáti let, ale setkala jsem se za svou praxi se staršími i mladšími pacienty*“ (S2). „*Ošetřujeme pacienty přibližně od 50 let*“ (S1). Dvě sestry uvedly, že ošetřují také pacienty od 45 let. „*Ošetřuji většinou pacienty od 50 let, ale setkávám se i s pacienty ve věku 45 let*“ (S5). Další sestra zmínila: „*Ošetřuji většinou pacienty od 45 let, musím říct, že s mladšími pacienty jsem se ještě nesečkala*“ (S4). Naproti tomu jedna sestra zmínila, že ošetřuje pacienty už od 40 let. „*Nejčastěji ošetřuju pacienty s divertikulózou ve věku od 40 let. Myslím si, že u nás v České republice se jí hodně nezdravě a to je hlavním důvodem vzniku onemocnění. Bohužel musím říct, že někteří pacienti skoro nepřijímali potraviny s vlákninou, než tedy onemocněli*“ (S3). Poslední respondentka uvedla, že nejčastěji ošetřuje pacienty starší 60 let. „*Pacienti jsou starší 60 let, ale samozřejmě se setkávám i s mladšími ročníky. Podle mě má na vznik divertikulózy velký vliv stravování člověka*“ (S6). Informace od sester potvrzuje v následující odpovědi lékařka: „*Věkové spektrum pacientů, které nejčastěji ošetřujeme, je od 60 let, ale setkávám se i s pacienty ve věku 40 let*“ (L1). Poslední dva lékaři uvedli, že ošetřují pacienty od 50 let. „*Většinou od 50 let*“ (L2). „*Nejčastěji od 50 let*“ (L3).

V neposlední řadě ještě tři respondentky ze skupiny sester uvedly, že pacienti s divertikulózou mají přidružená onemocnění. „*Kromě divertikulózy se často ještě léčí s diabetem a hypertenzí*“ (S1). „*Mnohdy se často ještě léčí s diabetem a obezitou*“ (S4). „*Často se naši pacienti léčí ještě s cukrovkou*“ (S9).

## 5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s divertikulózou. Na základě tématu práce byly stanoveny dva cíle. První cíl byl zaměřen na zjištění specifík ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou. Druhý cíl měl zmapovat znalosti sester na gastroenterologických ambulancích o ošetrovatelské péči o pacienty s divertikulózou. Pro naplnění cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka byla zaměřená na specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, na jaké oblasti se v poskytování ošetrovatelské péče zaměřují sestry nejčastěji. Třetí výzkumná otázka pátrala po tom, jestli informují sestry pacienty o úpravě stravovacích návyků. Poslední, čtvrtá výzkumná otázka zkoumala, jestli ovlivňuje onemocnění pacienty v jejich životě.

Výzkumné šetření se uskutečnilo v gastroenterologických ambulancích v Jihočeském kraji a na Vysočině. Výzkumný soubor měl dvě skupiny respondentů. První skupinou byly sestry (S1 – S10) a druhou skupinou byli lékaři (L1 – L3). Kvalitativní šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Pro fixaci kvalitativních výsledků byl zvolen psaný záznam. Všechny rozhovory probíhaly v pracovních prostorách respondentů. Rozhovory probíhaly dle připraveného okruhu otázek, které byly následně analyzovány, zpracovány a rozděleny do šesti kategorií.

První zkoumaná kategorie obsahovala údaje z klinického obrazu onemocnění. Čtyři sestry správně uvedly, že projevem divertikulózy je bolest. „*Nejvíce se setkáváme s pacienty, kteří za námi přicházejí kvůli opakovaným bolestem břicha*“ (S1). Bolest jako projev divertikulózy potvrzují i Kazil a Kazilová. Kromě bolesti autoři ještě ve své knize uvádějí pocit nedostatečného vyprázdnění a střídání zácpy s průjmem (Kazil, Kazilová, 2007). Překvapilo nás, že další respondentky ze skupiny sester uváděly jako projevy divertikulózy zánět divertiklů, krev ve stolici a v neposlední řadě perforaci. Přitom lékaři tyto projevy zmínili ve svých výpovědích, ale charakterizovali je jako komplikace divertikulózy. „*Zánět je nepříjemnou komplikací pro pacienta i pro lékaře*“ (L3). „*Krvácení je komplikace, ale určité množství krve ve stolici je u divertikulózy*

normální“ (L1). „*Perforace je velmi vážná komplikace, která vzniká následkem zánětu*“ (L3).

Tyto komplikace potvrzují ve své knize Kazil a Kazilová (2007). Ti uvádějí, že komplikovaná forma divertikulitidy zahrnuje perforaci s extrakolickým šířením zánětu, ileózní komplikace a v neposlední řadě krvácení z divertiklů. Z toho vyplývá, že sestry, které uváděly ve svých odpovědích zánět, perforaci a krvácení, popisovaly již komplikace divertikulózy. V souvislosti s uvedenými projevy ve výpovědích sester se domnívám, že by bylo do budoucna vhodné, aby sestry byly více informovány o projevech a komplikacích divertikulózy. Je to velmi důležité kvůli správnému ošetřování pacienta s divertikulózou, aby byla sestra schopná rozpoznat rozdíl mezi projevy divertikulózy a komplikacemi.

Druhá kategorie s názvem komplikace se soustřeďuje na komplikace divertikulózy. Všichni respondenti uvedli, že komplikacemi jsou zánět, perforace a krvácení. Respondenti ze skupiny sester ještě zmínili zvýšenou teplotu. „*Obvykle pacienti přicházejí se zvýšenou teplotou, bolestmi břicha a myslí si, že je to střevní chřipka*“ (S4). Zvýšenou teplotu potvrzují ve své knize i Kazil a Kazilová a ještě uvádějí, že teplota nepřesáhne většinou 38°C (2007). Jako nejzávažnější komplikaci divertikulózy uvedla lékařka: „*Protržení divertiklu je stav, který ohrožuje pacientův život, a musí se chirurgicky řešit*“ (L1). To potvrzují Kazil a Kazilová a uvádějí, že je v tomto případě indikovaná neodkladná operace (2007).

V souvislosti s možným rizikem vzniku komplikací doporučovali sestry a lékaři pacientům, v jakých případech mají vyhledat lékaře. „*Je nutné vyhledat lékaře při opakovaných bolestech břicha, při zácpě a neodcházení plynů, dále při nalezení krve ve stolici*“ (S8). To potvrzují i výpovědi lékařů. „*Pokud má pacient bolesti břicha, zácpu nebo krvácí*“ (L2). Tyto komplikace popisuje i Kazil a Kazilová (2007). Mlčoch uvádí, že pacient má vyhledat lékaře při komplikacích, jako je celková schvácenost, horečka, zácpa, průjem, zvracení a při nálezů krve ve stolici (2012). Myslím si, že zmíněné informace od sester a lékařů, kdy má pacient s divertikulózou vyhledat lékařskou pomoc, jsou pro nemocného velmi důležité. Z toho důvodu, že někteří pacienti si neuvědomují závažné důsledky komplikací z nedostatečné informovanosti, anebo

naopak zlehčují a zanedbávají projevující se příznaky komplikací. To potvrzuje i následující odpověď sestry: „*Myslím si, že někteří pacienti velmi podceňují a zanedbávají některé příznaky. Kdyby je nic nebolelo, tak ani nepřijdou*“ (S1). Domnívám se, že proto by neměla být edukace uplatněna v oblasti komplikací a vyhledání lékařské pomoci jen při prvních návštěvách nemocného u lékaře a sestry, ale měla být součástí každé návštěvy pacienta. A to proto, že pro nemocného je komplexní edukace, zájem a podpora od sestry a lékaře bezpochyby velkou motivací k dodržování preventivních a léčebných opatření. V neposlední řadě bude pacient lépe spolupracovat se sestrou a lékařem, když bude vědět, že mají o něj zájem.

Ve vztahu k prevenci je důležité dodržování pravidelných kontrol. Na pravidelné kontroly k lékaři dochází pacienti s divertikulózou dvakrát nebo třikrát do roka. „*Dvakrát nebo třikrát do roka. Když má pacient komplikace, tak dochází častěji*“ (L2). „*Ano chodí, většinou se bojí zhoršení, tak raději chodí*“ (L3). Pravidelné kontroly u lékaře jsou pro pacienty s divertikulózou velmi podstatné kvůli minimalizování rizika vzniku možných komplikací a zabránění rozvoji již vzniklých komplikací. Dle výpovědi jedné lékařky k ní dochází rodina jen při zhoršení stavu. „*Ale mám tu jednu rodinu a ta chodí neohlášeně, jen při zhoršení stavu*“ (L3). Zde můžeme vidět, jak je důležité léčebný režim nepřerušovat a řídit se radami a doporučení lékařů. Dle výpovědi lékařů bylo zjištěno, že opravdu záleží na povaze každého člověka.

Třetí zkoumaná kategorie obsahovala údaje z intervencí sester a lékařů, které jsou důležitou součástí ošetrovatelské péče a léčebného režimu o pacienta s divertikulózou. Při vyšetření pacienta s divertikulózou se sestry nejčastěji zaměřují na přípravu pacientů na kolonoskopické vyšetření. Tři dny před vyšetřením je nutné dodržovat bezezbytkovou dietu, den předem vypít vyprazdňovací roztok podle návodu a čtyři litry tekutin. U některých pacientů se pak během kolonoskopie provádějí léčebné zákroky (Červenková, 2009). S těmito intervencemi se ve svých odpovědích ztotožňují dotazované sestry. „*Když lékař pacientovi doporučí kolonoskopii, vysvětlí mu, co ho čeká a proč vyšetření bude provádět. Na nás pak je objasnit pacientovi dietu, kterou bude držet před vyšetřením. Pacient také dostane instrukce o tom, že si musí vyzvednout v lékárně vyprazdňovací roztok*“ (S4). Překvapující pro nás bylo zjištění, že žádná

sestra nezmínila psychickou přípravu pacienta před kolonoskopickým vyšetřením. Psychická příprava je pro pacienta před vyšetřením podstatná. Díky psychické přípravě se pacient uklidní a může pak následně lépe spolupracovat při samotném vyšetření. V neposlední řadě sestry asistují lékařům při vyšetřování střeva a sledují u pacienta stolici.

Podle výpovědi lékařů je nejdůležitější intervencí při vyšetřování pacienta sestavení anamnézy a ultrazvuk břicha. Ultrasonografické vyšetření provádíme u pacienta jako první, protože nevyžaduje zvláštní přípravu a nejméně nemocného zatěžuje (Kazil, Kazilová, 2007). Toto vyšetření nám umožňuje posoudit základní patologii dutiny břišní a orgánů. V některých případech postačí k určení diagnózy (Dítě et al., 2005). S těmito intervencemi se ve svých odpovědích ztotožňují také dotazovaní lékaři. „*Důležité je pro mě sestavení anamnézy u pacienta a následně vyšetřuji pacientovi břicho pomocí ultrazvuku*“(L2). Základem vyšetření nemocného s trávicími obtížemi je jako v ostatních lékařských oborech anamnéza (Lukáš, 2005). S touto literaturou souhlasí lékařka ve své odpovědi. „*U každého pacienta je pro mě důležitá rodinná a osobní anamnéza*“(L1). Tady je třeba říct, což nezmínil ani jeden z lékařů, že při vyšetřování pacienta je důležitý citlivý přístup a chránit intimitu nemocného. Protože mnoho pacientů se obává chodit k lékaři kvůli porušení intimity a nepříjemným vyšetřením, které je budou čekat. Důležité je také získání pacientovy důvěry, protože při sestavování anamnézy potřebuje lékař zjistit co nejvíce informací od nemocného.

Dále nejsou v této kategorii opomenuty intervence sester a lékařů při terapii o pacienta s divertikulózou. Pacienti s divertikulózou jsou většinou ošetřováni v domácím prostředí, pouze při vzniku komplikací (dehydratace, poruchy výživy, přetrvávající průjem atd.) jsou hospitalizováni na chirurgickém nebo gastroenterologickém oddělení (Šafránová, Nejedlá, 2006). Sestry u pacienta nejčastěji ošetřují krvácení a pečují o tuhou stolici. „*Ošetřujeme krvácení konzervativně, dle ordinace lékaře podáváme formou infuzí hemostyptika. Krvácení ošetřuje lékař v některých případech také endoskopicky*“(S1). Čtyři sestry uvedly, že je velmi důležitá péče o tuhou stolici a že informují pacienta o možnosti nácviku defekačního reflexu. „*Pacienta informuji o možnosti nácviku defekačního reflexu*“(S5). Tyto informace popisuje i Vondráček (2011). Pacientům se doporučuje nácvik defekačního reflexu.

Ráno po probuzení pacient vypije půl litru vlažného čaje nebo vlažné vody. Po dvaceti minutách běžné ranní aktivity usedne nemocný na toaletu. Pokud se pacient nevyprázdní, nic se neděje, následující dny pokračuje ve cvičení defekačního reflexu. Pravidelné vyprazdňování stolice se může objevit až po měsíci (Vondráček, 2011).

V neposlední řadě je třeba říci, že by měla sestra pacienta při vyšetřeních a terapii uklidnit. Být pro něj oporou. Protože žádná nejnovější léčba neposkytne pacientovi lidský a empatický přístup, který je pro něj potřebný. Potěšilo nás, že bylo zjištěno, že sestry mají profesionální přístup k pacientovi a skvěle s ním komunikují. Tuto skutečnost potvrdili všichni respondenti ze skupiny lékařů: „*Svoje sestřičky musím moc pochválit, mají profesionální přístup a skvěle s pacienty komunikují. Pacienti se mnohdy obávají kolonoskopie a pak, když skončíme, řeknou, že to nic nebylo, protože si celou dobu povídali se sestřičkou, která odvedla pozornost od nepříjemného vyšetření*“ (L1).

Čtvrtá kategorie obsahovala údaje o edukaci. Sestry a lékaři zastávají u pacienta s divertikulózou v oblasti správné edukace o dietním režimu nejdůležitější roli. Pacient je totiž zpravidla ošetřován v domácím prostředí. Pokud je edukace správně vedena, může napomoci dodržování dietního režimu a snížení rizika vzniku komplikací. Toho názoru je i Kapounová, která tvrdí, že pacient musí dodržovat v domácím prostředí dietní opatření. Navíc musí být přijímaná strava vyvážená: 60 % sacharidů, 25 % bílkovin a 15 % tuků (Kapounová, 2007). Bylo pro nás milým překvapením, že sestry a lékaři tyto znalosti mají. Sestry a lékaři mají o vhodných potravinách u pacienta s divertikulózou vědomosti. „*Pacientům doporučujeme stravu s obsahem vlákniny. To znamená celozrnné pečivo, těstoviny, rýži, otruby*“ (S3). Tuto informaci potvrzuje i Housová (2009).

Dále by měli nemocní přijímat rozpustnou vlákninu (pektin), která je v ovoci a v zelenině (Kapounová, 2007). Rozpustná vláknina změkčuje stolici, usnadňuje vyprazdňování stolice, zrychluje střevní pasáž a navozuje pocit sytosti. Nerozpustná vláknina urychluje procházení potravy střevem a navazuje na sebe vodu a tím zvětšuje objem stolice (Vavák, 2011). S těmito informacemi se ztotožňuje i dotazovaná lékařka. „*Doporučujeme spolu se sestřičkami pacientům rozpustnou a nerozpustnou vlákninu.*“

*Nerozpustná vláknina je hrubá hmota, není rozpustná ve vodě, ale dokáže vodu absorbovat. Z nerozpustné vlákniny pšeničné otruby, kukuřičné otruby, ořechy, semena. Rozpustná vláknina je hmota, která se rozpouští za působení bakterií v tlustém střevě. A z rozpustné vlákniny jablka, hrušky a sójové produkty“ (L3). Z výzkumného šetření bylo zřejmé, že všichni respondenti ze skupiny sester a lékařů mají přehled o vhodných potravinách pro pacienta s divertikulózou.*

Velice důležité je také dodržování pitného režimu, denní příjem tekutin by neměl klesnout pod 2 l (Kapounová, 2007). Zmíněnou informaci potvrzují i dva lékaři ve svých odpovědích. Naopak se pacientům s divertikulózou nedoporučují potraviny, které způsobují nadýmání, navozují pocit plnosti nebo způsobují průjemy či zácpu (Kapounová, 2007). S autorkou Kapounovou souhlasí i jedna lékařka. *„U některých pacientů nejsou vhodné ani luštěniny, protože hodně nadýmají, dále není vhodné konzumovat bílé pečivo, čokoládu, červené maso, ovoce a zeleninu se semínky. V neposlední řadě pití alkoholu a kofeinových nápojů“ (L3).*

Jakou podávat dietu po operaci, uvedlo osm sester z deseti. Dvě sestry nevěděly, co mají odpovědět. *„Pacient dostane po operaci infuze“ (S6).* Tato odpověď je podle odborné literatury nedostačující. Při nekomplikovaném pooperačním průběhu dostává pacient po 3–4 dnech tekutou dietu, po 5–7 dnech dostává kašovitou dietu. Pevnou stravu dostává pacient obvykle 8.–10. den (Kazil, Kazilová, 2007). Správnou odpověď o podávané dietě v prvních dnech po operacích uvedla jen jedna sestra. *„Pacientům po operacích podáváme dle ordinace lékaře parenterální výživu, obvykle třetí den, když je pacient bez komplikací, dostane tekutou dietu. Pátý den dostane dietu kašovitou a k pevné stravě se pacient vrací až po týdnu“ (S8).*

Nebylo pro nás překvapující zjištění, že sestry mají nedostatky v oblasti znalosti diety. Jeho důvodem je zřejmě práce v ambulantním zařízení. Nicméně by dietu měly sestry do budoucnosti určitě nastudovat, jelikož pacient se může zeptat také sestry v ambulanci, jakou bude dostávat dietu po operaci, a tuto informaci by mu měla sestra poskytnout.

**Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry informují pacienty s divertikulózou v oblasti stravy o vhodných a nevhodných potravinách. Dále**

**o množství denního příjmu tekutin a o nevhodných tekutinách. Také mají znalosti o správné úpravě stravy.**

Pro smysluplnou edukaci pacientů s divertikulózou je nezbytné, aby sestry používaly zpětnou vazbu. Protože pacienti s divertikulózou jsou zpravidla v pokročilém věku, je proto důležité si ověřit zpětně informace od pacienta, aby měla sestra jistotu, že všemu pacient správně rozuměl. Bylo zjištěno, že všech deset respondentek ze skupiny sester zpětnou vazbu používá. Je to patrné i z této výpovědi: *„Ano, používám, někteří pacienti kývou, že všemu rozuměli, a pak, když se jich zeptám, tak neví. Radši jim dávám domů letáčky s dietou, popřípadě jim to napíšu na papír a řeknu jim, že kdyby něco potřebovali nebo si ještě na něco vzpomněli, ať k nám klidně ještě zavolají“* (S9).

Nemocní by měli pravidelně cvičit: zlepšení svalového napětí, které vyvolá fyzická aktivita, nepůsobí jen na svaly na nohou, ale zasahuje i břišní svaly (Horáková, 2012). Oslovení lékaři a sestry tuto skutečnost potvrzovali ve svých výpovědích. *„Doporučuji pacientům chůzi. Chůze by měla být při střevních onemocněních hlavní fyzickou aktivitou. Ideální je pro pacienty začínat pomalou chůzí na krátkých úsecích, postupně zrychlovat a poté, je-li to možné, prodlužovat vzdálenost“* (S7). Posílením břišních svalů se často zlepší vyprazdňování stolice u pacienta (Horáková, 2012). S touto skutečností se ztotožňovala i oslovená lékařka. *„Pacienti mohou chodit na procházky, plavat, jezdit na kole. Některým pacientům se v důsledku fyzické aktivity zlepší vyprazdňování, protože se posílí břišní svalstvo“* (L1). Je příjemné zjištění, že všichni respondenti ze skupiny sester i ze skupiny lékařů měli vědomosti o správně fyzické aktivitě. Správná a cílená edukace od sestry a lékaře může totiž pacienta nasměrovat ke správné, pravidelné pohybové aktivitě a v důsledku toho se může pacientovi výrazně zlepšit vyprazdňování stolice.

Ve vztahu k prevenci se nedoporučuje pacientům s divertikulózou kouření. Tuto informaci potvrzuje i Horáková. Autorka uvádí, že se pacientům nedoporučuje kouření, protože to může zhoršit divertikulózu (Horáková, 2012). Bylo zajímavé, že tuto informaci nezmínil nikdo ze skupiny respondentů sester a ze skupiny lékařů v žádné části proběhnutého rozhovoru.



Na základě zjištěných informací lze říci, že mezi specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou patří vedení od lékaře a sestry k dodržování preventivních opatření. To znamená dodržování dietního režimu, změna životního stylu, péče o pravidelné vyprazdňování stolice, přiměřená fyzická aktivita a dodržování pravidelných kontrol u lékaře. Účelem dodržování těchto preventivních opatření je snížení rizika komplikací.

Dále bylo zjištěno, že se sestry při poskytování ošetrovatelské péče nejčastěji zaměřují na edukaci v oblasti úpravy stravovacích návyků. Informují pacienta s divertikulózou o tom, jak předcházet komplikacím anebo jak se mají pacienti zachovat při jejich výskytu. Z edukačních metod využívají sestry a lékaři zejména ústní formu.

Pátá zkoumaná kategorie obsahovala údaje o psychosociálním dopadu onemocnění na jedince s divertikulózou. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienta omezuje divertikulóza v jeho životě. Omezení spočívá nejen ve změně jídelníčku, ale i v péči o pravidelné vyprazdňování stolice. Tuto informaci potvrzuje jedna respondentka ze skupiny sester: „*Někteří pacienti mi řekli, že se bojí vycestovat, protože by tam měli třeba jinou stravu a měli by problém s vyprazdňováním. Pacienti s divertikulózou si moc dobře uvědomují, jak je pro ně důležité pravidelné vyprazdňování stolice*“ (S1). Nemocní musí chodit k lékaři na pravidelné kontroly a některé pacienty velmi obtěžuje nepříjemná bolest břicha. Tato skutečnost je patrná z výpovědi jedné sestry: „*Bolest břicha a podbřišku pacienty velmi obtěžuje, někdy uvádějí, že kvůli tomu špatně spí, je to pro ně nepříjemné*“ (S3). V neposlední řadě bylo zjištěno, že se někteří pacienti bojí i vycestovat a sociálně se izolují na své známé prostředí. To potvrzuje následující výpověď lékařky: „*Pacienti se bojí někam vycestovat, někteří pacienti se sociálně izolují jen na své okolí*“ (L3). Sestry a lékaři přiznali, že mají radost, když se pacient s tímto onemocněním naučí žít. Tento cíl by si měli stanovit a pokusit se ho naplnit všichni lékařští i nelékařští pracovníci, kteří poskytují pacientovi lékařskou nebo ošetrovatelskou péči. Domnívám se, že jinak by nebyla ošetrovatelská péče o pacienta s divertikulózou efektivní. Pacient potřebuje vědět, že tu s onemocněním nezůstal sám. Jelikož mnohdy je podpora a empatie od lékaře a sestry největší léčbou pro pacienta.

Lze konstatovat, že onemocnění u těchto pacientů přímo zasahuje do jejich kvality života, a to v oblasti úpravy jídelních zvyklostí a pravidelného vyprazdňování stolice. Nemocní musí pravidelně chodit k lékaři na kontroly a některé pacienty velmi obtěžuje nepříjemná bolest břicha. V neposlední řadě bylo zjištěno, že se někteří pacienti bojí vycestovat a sociálně se izolují na své známé prostředí.

Šestá a zároveň poslední zkoumaná kategorie obsahovala údaje z výskytu divertikulózy u dnešní populace. Divertikulóza je onemocnění, se kterým se budou lékaři setkávat mnohem častěji. Jedním z důvodů je to, že se vyskytuje u čím dál mladší populace, ale také skutečnost, že mnohem více lidí se dožívá vysokého věku (Adamová, 2012). S tímto názorem se ztotožňují i lékaři ve svých výpovědích. „Není to masivně, ale je pravda, že se setkávám s pacienty, kteří mají divertikulózu ve 40 letech. Je to určitě způsobeno stravováním, když teď například vidím, kolik je obézních lidí, a to dřív také nebyvalo“ (L1). Adamová také ve své literatuře tvrdí, že ke vzniku divertiklů může také přispět nedostatek pohybu (2012). To následně potvrzuje ve své výpovědi lékařka: „Příčina je prostá, jak se o sebe člověk stará, tak i člověk vypadá. U tohoto onemocnění to platí. V dnešní době mají lidé daleko větší přístup k jídlu, jako je rychlé občerstvení, nehýbou se a všude jezdí autem“ (L3). Je velmi zajímavé, že všichni respondenti ze skupiny lékařů uváděli, že je v dnešní době výskyt divertikulózy určitě vyšší než před deseti lety. Je to zřejmé z jedné výpovědi lékařky: „Určitě je vyšší výskyt a předpokládám, že se ještě zvýší. Když dneska někomu řeknete, že máte divertikulózu, ten druhý na vás kouká, protože neví, co to je. Myslím, že za 40 let bude toto onemocnění zcela normální civilizační chorobou jako například migréna“ (L1).

V souvislosti s výskytem onemocnění u čím dál mladší populace uvedla většina respondentů ze skupiny sester a lékařů, že nejčastěji ošetřují pacienty s divertikulózou od 50 let, ale ošetření mladších pacientů s divertikulózou není výjimkou. To potvrzuje i následující výpověď sestry: „Jaké věkové spektrum pacientů s divertikulózou ošetřuji? Většinou od padesáti let, ale setkala jsem se za svoji praxi se staršími i mladšími pacienty“ (S2). Naproti tomu lékařka uvedla: „Věkové spektrum pacientů, které nejčastěji ošetřujeme, je od 60 let, ale setkávám se i s pacienty ve věku 40 let“ (L1).

Kazil a Kazilová potvrzují ve své knize informace od sestry a lékařky. Ty uvádějí, že se divertikly nacházejí u 30 % osob ve věku 40 – 60 let a 60 % osob ve věku nad 70 let (2007).

Ve vztahu k výskytu onemocnění u čím dál mladší populace uvedly dvě respondentky ze skupiny sester, že na vzniku onemocnění u jedince má velký podíl stravování. „Podle mě má na vznik divertikulózy velký vliv stravování člověka“ (S6). „Myslím si, že u nás v České republice se jí hodně nezdravě a to je hlavním důvodem vzniku onemocnění. Bohužel musím říct, že někteří pacienti skoro nepřijímali potraviny s vlákninou, než tedy onemocněli“ (S3). Tuto skutečnost potvrzuje i Housová, která uvádí, že příčinou vzniku výčlipek je malý přísun vlákniny v potravě (2009). Bylo zajímavé, že tři sestry ještě zmínily, že pacienti mají jako nejčastější přidružené onemocnění obezitu, hypertenzi a diabetes mellitus. „Kromě divertikulózy se často ještě léčí s diabetem a hypertenzí“ (S1). „Mnohdy se často ještě léčí s diabetem a obezitou“ (S4). „Často se naši pacienti léčí ještě s cukrovkou“ (S9).

Z diskuze je patrné, že ošetřování čím dál mladších pacientů s divertikulózou je spojeno se špatným stravováním a nezdravým životním stylem. Špatné stravování a nezdravý životní styl ve vztahu k ošetřovatelské péči musí vést k efektivní edukaci v oblasti správného stravování a správného životního stylu u pacientů s divertikulózou i u laické veřejnosti. Důležité je tedy poskytovat informace nemocným s divertikulózou i laické veřejnosti hned několika způsoby. Velmi důležitá je ústní forma podání informace pro vysvětlení problematiky onemocnění a objasnění dodržování preventivních a léčebných opatření. Zároveň je následně zásadní tištěná forma poskytnutí informací kvůli jejich pozdějšímu připomenutí.

V neposlední řadě je třeba říct, že by měla rodina, sestra a lékař pacienta při dodržování preventivních opatření a léčebného režimu podporovat. Protože žádná nejnovější léčba neposkytne pacientovi lidský empatický přístup, který je pro něj tak potřebný.

## 6 Závěr

Divertikulóza je onemocnění, které je typické výskytem divertiklů (výchlípek) v tlustém střevě. V posledních několika letech se zvyšuje počet jedinců s tímto onemocněním. Příčinou je pravděpodobně stravování a životní styl, ale i věk, protože onemocnění nejvíce postihuje jedince ve věku nad 70 let. Z důvodu zvyšujícího se počtu nemocných od počátku 20. století by měl být kladen větší důraz na prevenci tohoto onemocnění a na ošetrovatelskou péči o jedince s tímto onemocněním.

Cílem této práce bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou, a současně učinit přehled o znalostech sester na gastroenterologických ambulancích o ošetrovatelské péči o pacienta s divertikulózou. Cíle práce byly splněny. Pro naplnění cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka byla zaměřená na specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou. Na základě zjištěných informací lze říci, že mezi specifika ošetrovatelské péče o pacienta s divertikulózou patří vedení lékaře a sestry k dodržování preventivních opatření. Mezi tato preventivní opatření patří dodržování dietního režimu, změna životního stylu, péče o pravidelné vyprazdňování stolice, přiměřená fyzická aktivita a dodržování pravidelných kontrol u lékaře. Podstatou dodržování těchto preventivních opatření je snížení rizika komplikací. Ve vztahu ke specifickým ošetrovatelské péče bylo zjištěno, že sestry mají nedostatečné znalosti v oblasti projevů divertikulózy.

S danými specifiky úzce souvisela druhá výzkumná otázka. Ta zjišťovala, na jaké oblasti se v poskytování ošetrovatelské péče zaměřují sestry nejčastěji. Pomocí rozhovorů bylo zjištěno, že sestry se nejvíce zaměřují na edukaci v oblasti úpravy stravovacích návyků. Dále informují pacienta s divertikulózou, jak předcházet komplikacím anebo jak se mají pacienti zachovat při výskytu komplikací. Informace od sester korespondovaly s výpověďmi lékařů.

Třetí výzkumná otázka pátrala po tom, jestli informují sestry pacienty o úpravě stravovacích návyků. Bylo zjištěno, že sestry informují pacienta s divertikulózou o úpravě stravovacích návyků. Z edukačních metod využívají zejména ústní formu.

Sestry mají vědomosti o vhodných a nevhodných potravinách. Dále o množství denního příjmu tekutin a o nevhodných tekutinách. Také mají znalosti o správné úpravě stravy.

Nebylo pro nás překvapující zjištění, že mají sestry nedostatečné znalosti o dietě, která je podávána v prvních dnech po operaci. Důvodem tohoto nedostatku u sester je zřejmě práce v ambulantním zařízení. Nicméně doporučenou pooperační dietu by měly sestry do budoucna určitě nastudovat. Pacient se totiž může zeptat také sestry v ambulanci, jakou bude dostávat dietu po operaci, a tuto informaci by mu měla sestra poskytnout. Informace od sester byly shodné s názory lékařů, až na otázku ohledně podávané diety v prvních dnech po operaci, protože tato byla položena pouze sestram.

Poslední, čtvrtá výzkumná otázka zkoumala, jestli ovlivňuje onemocnění pacienty v jejich životě. Tato skutečnost byla z výpovědi sester a lékařů potvrzena. Pacient má omezení ve stravování, musí pečovat o pravidelné vyprazdňování stolice, některé pacienty trápí nepříjemné bolesti břicha. V neposlední řadě udávali respondenti, že se jim pacienti svěrovali, že se bojí vycestovat kvůli odlišné stravě a komplikacím, které by mohly nastat. Někteří pacienti se dokonce kvůli tomuto onemocnění i sociálně izolují jen na své prostředí.

V souvislosti s uvedeným psychosociálním dopadem by bylo vhodné v budoucnu výzkumné šetření zaměřit přímo na pacienta s divertikulózou a na zjištění, jakou mírou zasahuje onemocnění do života jedince. Toto zjištění by mohlo ovlivnit způsob poskytované ošetrovatelské péče, aby byla efektivní. Protože jak už bylo zmíněno, počet jedinců se s tímto onemocněním zvyšuje a v budoucnu se s těmito pacienty budeme setkávat zřejmě častěji.

Na základě této práce byl vytvořený informační leták pro pacienty s divertikulózou. V něm je kladen důraz na prevenci onemocnění, včasnou diagnostiku, rozpoznání komplikací a v neposlední řadě na úpravu stravovacích návyků. Cílem vytvoření toho letáku pro pacienty bylo usnadnění hledání informací a lepší pochopení tohoto onemocnění.

## 7 Seznam informačních zdrojů

ADAMOVIÁ, Zuzana. *Postgraduální medicína: Divertikulární nemoc tračníku – epidemiologie, etiologie, symptomy*. [online]. 9.3.2012 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/divertikularni-nemoc-tracniku-epidemiologie-etologie-symptomy-463818>

BRANAGAN, Graham a Asha SENAPATI. *Surgery: Colonic diverticulosis*. [online]. 5. 8. 2008 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: [http://www.surgeryjournal.co.uk/article/S0263-9319\(08\)00116-6/abstract](http://www.surgeryjournal.co.uk/article/S0263-9319(08)00116-6/abstract)

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

ČEŠKA, Richard et al. *Interna*. 1.vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-432-0.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 978-80-247-0143-1.

ČÍŽKOVÁ, Libuše. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2548-2.

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

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

GROSS, Volker. *Medical tribune.cz: Divertikulóza a divertikulitida*. [online]. 22. 12. 2008 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/13207>

HORÁKOVÁ, Katarína. Zápal čreva – divertikulitída. [online]. 18. 11. 2012 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://archive-sk.com/page/692070/2012-11-18/http://www.drnatura.sk/rakovina-hrubeho-creva.php>

HOUSOVÁ, Jitka. *Obesity news: Divertikulóza alias prezidentská nemoc.* [online]. 22. 1. 2009 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: <http://www.obesity-news.cz/?id=136>

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KARGES, Wolfra a Sascha AL DAHOUK. *Vnitřní lékařství.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3108-7.

KAZIL, Petr a Markéta KAZILOVÁ. *Divertikulární nemoc tračníku.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1916-0.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství.* 3.vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-430.

KRIEL, Hashir a Chris PROBERT. *Medicine: Diverticular disease.* [online]. 3. 6. 2007 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: [http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(07\)00077-1/abstract](http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(07)00077-1/abstract)

LEE, K., S. SHAH a M. Moser. *International Journal of Surgery: Risk factors predictive of severe diverticular hemorrhage.* [online]. 25. 1. 2011 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: [http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191\(11\)00011-2/fulltext](http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(11)00011-2/fulltext)

LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

MARKS, Jay. *Medicinenet.com*: Diverticulosis. [online]. 13. 12. 2012 [cit. 2012-12-16]. Dostupné z:  
[http://www.medicinenet.com/diverticulosis/page4.htm#what\\_is\\_the\\_treatment\\_for\\_diverticulitis\\_and\\_diverticulosis](http://www.medicinenet.com/diverticulosis/page4.htm#what_is_the_treatment_for_diverticulitis_and_diverticulosis)

MARKS, Jay. *Medicinenet.com*: Surgical treatment for divertikulitis.[online]. 13. 12. 2012 [cit. 2012-12-16]. Dostupné z:  
[http://www.medicinenet.com/diverticulosis/page5.htm#surgical\\_treatment\\_for\\_diverticulitis](http://www.medicinenet.com/diverticulosis/page5.htm#surgical_treatment_for_diverticulitis)

MLČOCH, Zbyněk. *Virtuální kolonoskopie – průběh vyšetření, vysvětlení a definice*. [online]. 9. 3. 2009 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z:  
<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/virtualni-kolonoskopie-prubeh-vysetreni-vysvetleni-a-definice>

MLČOCH, Zbyněk. Divertikly, divertikulitida, divertikulóza – příznaky, projevy, symptomy. [online]. 2. 8. 2012 [cit. 2013-06-11]. Dostupné z:  
<http://www.priznaky-projevy.cz/interna/gastroenterologie-proktologie/divertikly-divertikulitida-divertikuloza-priznaky-projevy-symptomy>

MONCHAL, Tristan et al. *The American Journal of Surgery*: Enterolith ileus due to jejunal diverticulosis. [online]. © 5. 4. 2010 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z:  
[http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(09\)00670-9/abstract](http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(09)00670-9/abstract)

NAVRÁTIL, Leoš et al. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.



ORLOVÁ, Kateřina. *Anatomie člověka*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 2005. ISBN 80-253-0080-3.

ROKYTA, R., D. MAREŠOVÁ, D. a Z. TURKOVÁ, Z. *Učebnice somatologie I. a II.* 2.vyd., Praha: Eurolex bohemia, 2003. ISBN 80-86432-49-1.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠAFRÁNOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2006. ISBN 80-246-1091-4.

ŠVÁB, Jan et al. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2604-5.

VALENTA, Jiří et al. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. ISBN 80-246-0644-5.

VAVÁK, Miroslav. *Volejbal kondiční příprava*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3821-5.

VONDRÁČEK, Petr. *Jak léčit sami sebe: Návčik defekačního reflexu*. [online]. 10. 11. 2011 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.lecit.eu/zacpa/lecba-zacpy/leky-proti-zacpe/>.

VYHNÁNEK, František et al. *Chirurgie II.* 2. vyd. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-077-5.

WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1714-X.

ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3256-6.

## **8 Klíčová slova**

divertikulóza

divertikulitida

ošetřovatelská péče

sestra

prevence

## **9 Přílohy**

Příloha 1: Okruh otázek pro sestry z gastroenterologických ambulancí

Příloha 2: Okruh otázek pro lékaře z gastroenterologických ambulancí

Příloha 3: Schéma stavby nepravých a pravých divertiklů tlustého střeva

Příloha 4: Lokalizace divertiklů

Příloha 5: Fotografie divertiklů

Příloha 6: Resekát ascendens s červem a divertikly

Příloha 7: Informační leták pro pacienty (volně vložený)

Příloha 8: Přepis rozhovorů (volně vloženo na CD)

## Příloha 1: Okruh otázek pro sestry z gastroenterologických ambulancí

### **Rozhovor pro sestry**

1. Jak dlouho pracujete na ambulanci?
2. Kdy jste se poprvé setkala s pacientem, který měl divertikulózu?
3. Jaké věkové spektrum pacientů s divertikulózou ošetřujete?
4. Rozšiřujete si své vědomosti o ošetrovatelské péči o pacienty s divertikulózou? /A jak? Konkrétně popište.
5. Jaké jsou podle Vás nejčastější projevy divertikulózy?
6. Jaké jsou nejčastější komplikace divertikulózy u Vašich pacientů?
7. Jaký je podle Vás nejčastější problém v ošetrovatelské péči o pacienta s divertikulózou?
8. Jaké jsou Vaše ošetrovatelské intervence při vyšetřování pacienta?
9. Jaké jsou Vaše ošetrovatelské intervence při terapii divertikulózy?
10. Jakým způsobem poučíte pacienta o dietním režimu a co mu konkrétně sdělujete?
11. Používáte mezi Vámi a pacientem při poučení o dietním režimu zpětnou vazbu?
12. Jaké vhodné potraviny byste doporučila pacientovi s divertikulózou?
13. Naopak které potraviny byste nedoporučila pacientovi s divertikulózou?
14. Které způsoby přípravy pokrmů byste pacientovi doporučila?
15. Spolupracujete s nutričním terapeutem?
16. Jakou podáváte pacientovi dietu v prvních dnech po operaci?
17. Jaký způsob fyzické aktivity byste pacientovi doporučila?
18. Při jakých příznacích doporučíte pacientovi kontaktovat lékaře?
19. Jakým způsobem si myslíte, že divertikulóza omezuje pacienta v jeho životě?

Zdroj: vlastní

## Příloha 2: Okruh otázek pro lékaře z gastroenterologických ambulancí

### **Rozhovor pro lékaře**

1. Jak často se setkáváte s pacienty, kteří mají divertikulózu?
2. Jaké věkové spektrum pacientů s divertikulózou ošetřujete?
3. Jaké jsou podle Vás nejčastější projevy divertikulózy?
4. Jaké jsou nejčastější komplikace divertikulózy u Vašich pacientů?
5. Jaká je terapie divertikulózy?
6. Jak často Vás navštěvuje pacient, který má divertikulózu?
7. Jaké vyšetření podstupuje pacient s divertikulózou?
8. Ptáte se pacienta na nějaké konkrétní a pro Vás důležité údaje?
9. Jakým způsobem poučíte pacienta o dietním režimu a co mu konkrétně sdělujete?
10. Informuje pacienty o změně dietního režimu také sestra ve Vaší ordinaci / ve Vašem zařízení?
11. Víte, co konkrétně sestra sděluje Vašim pacientům při poučení o dietním režimu?
12. Dodržují Vaši pacienti dietní režim? / Z jakých nejčastějších důvodů nedodržují Vaši pacienti dietní režim?
13. Jaké vhodné potraviny byste doporučil(a) pacientovi s divertikulózou?
14. Naopak které potraviny byste nedoporučil(a) pacientovi s divertikulózou?
15. Docházejí do Vašeho zařízení pravidelně pacienti na kontroly? / Proč si myslíte, že k Vám Vaši pacienti nedocházejí pravidelně?
16. Jaký způsob fyzické aktivity doporučujete Vašim pacientům?
17. Jak Vám funguje spolupráce se sestrou? / Objednává sestra Vaše pacienty v čas na kontroly?
18. Jaký je Váš názor to, že se toto onemocnění vyskytuje u čím dál mladší populace?
19. Myslíte si, že je teď větší výskyt pacientů s divertikulózou než třeba před deseti lety?

20. Myslíte si, že pacienti s divertikulózou při dodržování dietního režimu snižují riziko vzniku komplikací?
21. Při jakých příznacích doporučíte pacientovi kontaktovat lékaře?
22. Jakým způsobem si myslíte, že omezuje pacienta toto onemocnění v kvalitě jeho života?

Zdroj: vlastní

Příloha 3: Schéma stavby nepravých a pravých divertiklů tlustého střeva

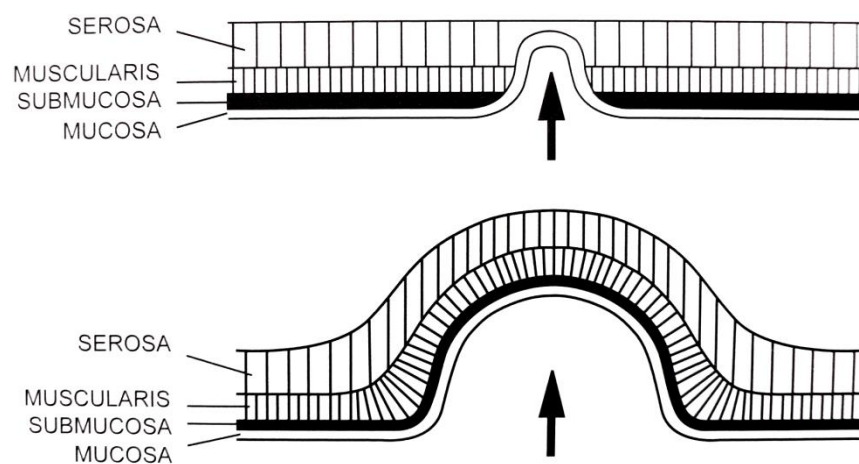
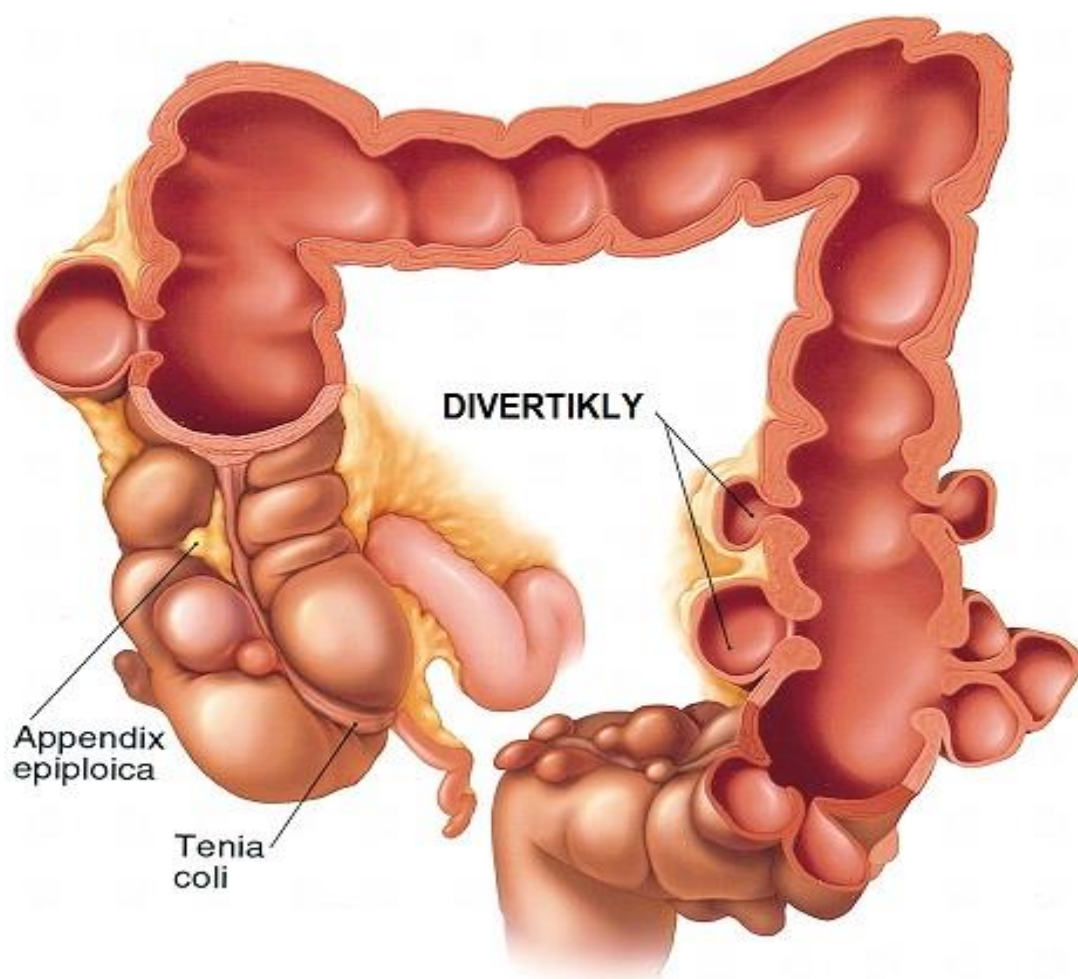


Schéma stavby nepravých a pravých divertiklů tlustého střeva

Zdroj: (Kazil, Kazilová, 2007)



#### Příloha 4: Lokalizace divertiklů



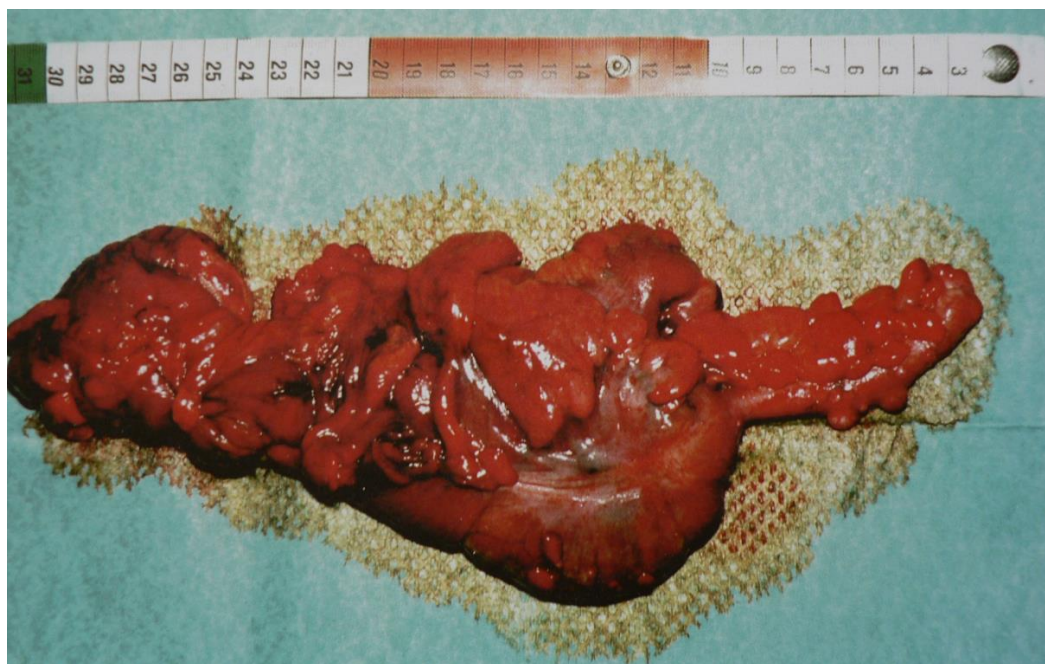
Zdroj: MLČOCH, Zbyněk. Divertikly, divertikulitida, divertikulóza – příznaky, projevy, symptomy. [online]. 02. 8. 2012 [cit. 2013-11-6]. Dostupné z:<http://www.priznaky-projevy.cz/interna/gastroenterologie-proktologie/divertikly-divertikulitida-divertikuloza-priznaky-projevy-symptomy>

Příloha 5: Fotografie divertiklů



Zdroj: MLČOCH, Zbyněk. Divertikly, divertikulitida, divertikulóza – příznaky, projevy, symptomy. [online]. 02. 8. 2012 [cit. 2013-11-6]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/interna/gastroenterologie-proktologie/divertikly-divertikulitida-divertikuloza-priznaky-projevy-symptomy>

Příloha 6: Resekát ascendens s červem a divertikly



Resekát ascendens s červem a divertikly

Zdroj: (Kazil, Kazilová, 2007)



Červ s divertikly, zvětšení předchozího obrázku

Zdroj: (Kazil, Kazilová, 2007)