

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav Ošetrovatelství

Jana Cahová

**Edukace pacientů při biologické léčbě u pacientů
s nespecifickými střevními záněty**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Babáková

Olomouc 2011

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

Olomouc 28. dubna 2011

Děkuji Mgr. Babákové za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji zdravotním sestřám z denního stacionáře ve FN Brně-Bohunicích a Klinickém centru Iscare Lighthouse za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD	6
1. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	7
2 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU	8
2.1 Nespecifické střevní záněty.....	8
2.2 Crohnova nemoc	9
2.3 Ulcerózní kolitida.....	11
2.4 Mimostřevní komplikace u nespecifických střevních zánětů	12
3. BIOLOGICKÁ LÉČBA	13
3.1 Studie a jejich výsledky	13
3.2 Indikace k zahájení biologické léčby u Crohnovy nemoci	15
3.3 Indikace k zahájení biologické léčby u Ulcerózní kolitidy	16
3.4 Kontraindikace biologické léčby.....	16
3.5 Nežádoucí účinky spojené s podáním Infliximabu	17
3.6 Podání biologické léčby a monitorace pacientů	18
3.7 Přínos Infliximabu – argumenty pro a proti	19
3.8 Financování biologické léčby	20
3.9 Vakcinace u nemocných s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou na imunosupresivní a biologické léčbě.....	21
4. EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	25
4.1 Pojmy v edukaci	26
4.2 Edukační role sestry	26
4.3 Edukační proces	27
4.4 Komunikace při edukaci	27
4.5 Edukace při biologické léčbě	28
4.6 Hodnocení edukace	28
5 METODIKA PRÁCE	29
5.1 Popis zkoumaného souboru.....	29
5.2 Popis použitých metod	30

6. VÝSLEDKY PRÁCE, DISKUZE	31
DISKUZE	66
ZÁVĚR	69
ANOTACE	70
BIBLIOGRAFICKÉ CITACE :	72
SEZNAM TABULEK:	75
SEZNAM GRAFŮ:	76
PŘÍLOHY:	78

ÚVOD

Biologická léčba je v dnešní době nejvhodnější volbou u onemocnění nespecifických střevních zánětů. Nejvíce postiženou skupinou pacientů jsou mladí lidé, proto měl by být na edukaci kladem velký důraz.

Podáváním biologické léčby jsem se zabývala před několika lety na oddělení, na kterém pracuji jako všeobecná sestra. V té době byla biologická léčba v začátcích. Vím z vlastní zkušenosti, že na edukaci pacientů při jejím podání nebyl přikládán velký význam jako dnes. Bakalářská práce se zabývá soudobou edukací pacientů u nespecifických střevních zánětů.

Léčba u nás byla zavedena zhruba před deseti lety a pro pacienty postižené právě touto chorobou je velkým přínosem i přes finanční náročnost. Z tohoto důvodu by měla být edukace pacientů při podávání biologické léčby kvalitní a dostatečná. Problematika edukace klientů je v každé době velice aktuální, vždy je nutné dbát na to, aby edukace pacientů byla nedílnou součástí ošetrovatelského procesu ve všech medicínských oborech.

V bakalářské práci ověřuji a srovnávám, jak jsou pacienti s nespecifickými střevními záněty edukováni při podávání biologické léčby na klinických pracovištích v Brně a v Praze.

Ráda bych získané poznatky využila ke zkvalitnění edukace pacientů při podávání biologické léčby a věřím, že pro zdravotnické pracovníky, které edukaci provádějí, bude přínosem v jejich práci.

1. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem práce je zjistit, zda jsou pacienti dostatečně edukováni při podávání biologické léčby u nespecifických střevních zánětů

HYPOTÉZA 1: Pacienti na klinických pracovištích jsou edukováni alespoň jedenkrát za dobu podávání biologické léčby.

HYPOTÉZA 2: Alespoň polovina pacientů si zjišťuje informace o podávání biologické léčby sami z jiných zdrojů.

HYPOTÉZA 3: Alespoň $\frac{3}{4}$ dotázaných bude znát pojem biologická léčba a s ní spojené další informace

HYPOTÉZA 4: Informovanost a edukovanost pacientů v Brně i v Praze bude srovnatelná

2 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU

2.1 Nespecifické střevní záněty

Nespecifické střevní záněty neboli IBD (Inflammatory bowel disease) patří do onemocnění, kde doposud nebyla zjištěna příčina vzniku. Největší podíl zde má imunitní reakce, při které buňky imunitního systému napadají trávicí systém.

Jde o onemocnění, které postihuje nejčastěji tlusté střevo, tenké střevo, ale může být napadena i horní část trávicího traktu¹.

V současné době jsou do IBD zahrnuty dvě základní nemoci: Crohnova nemoc (CD - Crohn's disease) a ulcerózní kolitida (UC - ulcerative colitis), též někdy nazývána jako „idiopatická proktokolitida“.²

2.1.1. Historie nespecifických střevních zánětů

V historii těchto chorob je Crohnova nemoc i ulcerózní kolitida považována za „mladé nemoci“.

Ulcerózní kolitida je těsně spjata s anglickým lékařem sirem Samuelem Wilksem, který tuto chorobu v polovině 19. stol. jako první odlišil a oddělil jako samostatnou klinickou jednotku od ostatních střevních zánětů.³

Crohnova nemoc získala své jméno podle B.B.Crohna, který ji v roce 1932 poprvé popsal. První popsané případy se ale zřejmě vyskytly již v 18.století.⁴

S oběma chorobami je v našich zemích nejvýznamněji spjata jméno profesora Mařatky, který v roce 1948 vydal monografii Colitis ulcerosa.

Jeho publikace a práce o nespecifických střevních zánětech jsou velice významné jak v České republice, tak i ve světě.⁵

¹ LUKÁŠ, M., *Nespecifické střevní záněty*, <http://www.strevni-zanety.cz/nespecificke-strevni-zanety>

² Srov. BORTLÍK, M., *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, Základní údaje o idiopatických střevních zánětech*, s. 16

³ Tamtéž, s.17

⁴ LUKÁŠ, M., KOMÁREK, V., *Crohnova nemoc*, < <http://www.strevni-zanety.cz/crohnova-nemoc> >

2.1.2 Výskyt nespecifických střevních zánětů v populaci

„Incidence a prevalence IBD ve střední a západní Evropě a také Severní Americe stále stoupá, odhaduje se, že postihuje 0,17-0,3% veškeré populace v rozvinutých zemích. Trend prudkého nárůstu je patrný především u Crohnovy nemoci, a to hlavně u dětí a v populaci adolescentů. Incidence Crohnovy nemoci se pohybuje od 3 do 5/100 000 obyvatel. Předpokládaná prevalence IBD v naší populaci je zhruba 140-150/100 000 obyvatel“.⁶

2.2 Crohnova nemoc

Crohnova nemoc je chronické zánětlivé zvrhování jednoho nebo více úseků trávicího traktu (obvykle v tenkém či tlustém střevě nebo současně).

Postihuje sliznici, podslizniční vrstvu, pojivovou a svalovou vrstvu.

Zánět prostupuje celou střevní stěnu, postiženo bývá několik různých jejích oblastí, mezi nimiž jsou úseky zdravé tkáně (přerušované léze). Může se šířit od ústního otvoru k řitnímu včetně přilehlých mízních uzlin. Zanícená místa se hojí jizvami, které zužují trávicí trubici.⁷

2.2.1 Etiologie a patogeneze Crohnovy nemoci

Jak již bylo podotknuto, příčina vzniku střevních zánětů nebyla zatím dosud objasněna. Největší podíl zde má patologická aktivace imunitního systému, jako odpovědi na působení antigenu. Předpokládaným antigenem může být spalničkový virus. Vyšší pravděpodobnost, že člověka postihne Crohnova nemoc v průběhu života, se přičítá časnějšímu výskytu spalničkového viru v dětství.

U rizikových faktorů se uvádí jako zajímavost, že zatímco u Crohnovy nemoci je za největší rizikový faktor považováno kouření, které zhoršuje průběh nemoci, u

⁵ Srov. BORTLÍK, M., *Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida, Základní údaje o idiopatických střevních zánětech*, s. 17

⁶ LUKÁŠ, M., *Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy*, s. 3-5

⁷ Srov. ČERMÁKOVÁ, J., *Sestra, Crohnova choroba-vyšetřovací metody a léčba*, s. 26

ulcerózní kolitidy se naopak prevalence u kuřáků snižuje. Za další rizikový faktor považujeme expozice aluminu, a to již od mládí (z obalů od čokolád, žvýkaček, z hliníkových přístrojů atd.).⁸

2.2.2 Příznaky a průběh Crohnovy nemoci

Průběh Crohnovy nemoci je nesouvislý. Příznaky kolikrát ustanou a mnohdy se za nějakou dobu objeví bez varování. Nikdy také nemůžeme zcela přesně předpovědět, jak dlouho bude zánětlivé vzplanutí trvat.

Většina lidí udává, že v době, kdy je nemoc v remisi, se cítí velice dobře. Příznaky Crohnovy nemoci se nejčastěji projevují ve spojení se zánětlivými změnami a poškozením trávicího traktu.⁹

Mezi hlavní příznaky se řadí:

- Bolest břicha – křečovitá a stálá a nejčastěji se promítá do míst, kde probíhá zánětlivé postižení (pravý dolní kvadrant), ale může být lokalizována neurčitě – nejčastěji kolem pupku. Pokud je střevo v důsledku nemoci v nějakém úseku zúženo, bolest se objevuje v místě zúžení.
- Průjem – objevuje se nejvíce při postižení tlustého střeva, někdy se ve stolici objevuje příměs hlenu a krve.
- Zápcha, v krajním případě i střevní neprůchodnost (zástava odchodu stolice a plynů, neobvyklé vzedmutí břicha a intenzivní křečovitě bolesti).
- Malabsorpční syndrom – porucha vstřebávání živin. Ta se objevuje při postižení tenkého střeva. V důsledku poruchy vstřebávání živin pacienti hubnou.

Tyto příznaky Crohnovy nemoci však nemusí být pro pacienta alarmující. Do popředí se tedy dostávají příznaky celkové (tzv. systémové), do kterých se řadí: celkové neprospívání pacienta, hubnutí, zvýšená tělesná teplota (37-38°C) nebo i horečka (nad 38°C).

U pacientů s Crohnovou nemocí je velmi obtížné předpovědět průběh onemocnění, reakci na léčbu i riziko komplikací, protože průběh onemocnění se u

⁸ Srov. KOCIÁN, J., *Postgraduální medicína, Crohnova choroba*, s. 11-12

⁹ LUKÁŠ, M., KOMÁREK, V., *Příznaky Crohnovy nemoci*,
<<http://www.strevni-zanety.cz/priznaky-crohnovy-nemoci>

každého pacienta může lišit. U většiny pacientů s touto chorobou postupem času dochází ke komplikacím. Nejprve dochází k zánětlivým změnám ve střevě, které mohou během několika let přecházet v těžší formu nemoci jako je: zúžení střeva, ale v krajních případech dochází k prostupu zánětu do okolí a vzniku infiltrátů nebo abscesů v okolí střeva. Pravděpodobně 70 - 75% pacientů s Crohnovou nemocí se nevyhne operaci. To znamená, že asi tři čtvrtiny nemocných během života musí být kvůli tomuto onemocnění operováno. Jedním z hlavních cílů nově vyvíjených léčiv je snaha o snížení nutnosti chirurgického zákroku.¹⁰

2.3 Ulcerózní kolitida

„Ulcerózní kolitida neboli idiopatická proktokolitida je nespecifický hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku s nárazovým nebo chronicky exacerbuujícím průběhem“.¹¹

Ulcerózní kolitida je ve svých projevech ve srovnání s Crohnovou nemocí onemocněním jednodušším. Tato nemoc se vyskytuje pouze v tlustém střevě a zánět postihuje pouze povrchovou vrstvu tedy sliznici tlustého střeva. Nemocní se liší pouze rozsahem postižení střeva.

U ulcerózní kolitidy platí: čím větší rozsah postižení, tím větší závažnost onemocnění. U této choroby je nejdůležitější, jak pacient reaguje na medikamentózní léčbu.¹²

U většiny pacientů s ulcerózní kolitidou zřetelně odlišujeme období remise a období relapsu. V období remise jsou často pacienti zcela bez obtíží, ale v průběhu života se rozsah onemocnění může měnit. U některých pacientů se zánět rozšíří na původně nepostižené střevo.

Pokud se dlouhodobě nedaří udržet pacienta v klidové fázi, přecházíme k operačnímu řešení, u kterého lze podstoupit pouze jeden typ zákroku, a to odstranění celého tlustého střeva. Částečná resekce by totiž vedla k rychlému návratu nemoci ve zbylém střevě.

¹⁰ Srov. BORTLÍK, M., *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, Základní údaje o idiopatických střevních zánětech*, s. 20-22

¹¹ LUKÁŠ, K. a spol., *Idiopatické střevní záněty*, s.9

¹² Srov. BORTLÍK, M., *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, Ulcerózní kolitida*, s. 22

Důvodem k operaci mohou také být některé z komplikací ulcerózní kolitidy.¹³

Další z léčby ulcerózní kolitidy, u pacientů, kteří nereagují na podávání vysokých dávek aminosalicylátů, přiměřené dávky kortikoidů nebo imunosupresiv je indikována biologická léčba.

Infliximab se podává jako záchranná léčba u pacientů, kteří neodpovídají na několikadenní podávání kortikoidů.

Výhodou Infliximabu je rychlý nástup účinku a vyšší bezpečnost.

Další indikací k podání biologické léčby je u pacientů s kortikodependentním průběhem nemoci, jejímž cílem je snížit nebo zcela vysadit kortikoidy a minimalizovat jejich nežádoucí účinky.¹⁴

2.4 Mimostřevní komplikace u nespecifických střevních zánětů

Mimostřevní projevy jsou důkazem toho, že idiopatické střevní záněty mohou ovlivňovat celý organismus. Nejčastěji se objevují u nemocných s Crohnovou nemocí tračníku a postihují v průběhu života 30 – 40% pacientů.

Mimo střevní záněty dělíme na dvě základní skupiny:

- a) Projevy vznikající v období vysoké zánětlivé aktivity ve střevě.
- b) Projevy nesouvisející s aktivitou zánětu (přetrvávají v klidové fázi).

Mimostřevní příznaky postihují z většiny tři orgány: klouby, kůži a oči, ale postižení se nevyhýbá ani postižení páteře, které je také velmi časté.

Nejpravděpodobněji se na vzniku těchto komplikací podílí vrozená (genetická) predispozice.

Někteří pacienti udávají, že mimostřevní projevy pozorovali řadu měsíců před střevními. Nejčastěji jde o kloubní obtíže a nodózní erytém.

Zhruba 3 – 5% pacientů s ulcerózní kolitidou tvoří zvláštní skupinu, u které jsou postižena játra a žlučovody – trpí chronickým zánětem žlučovodů, tzv. primární sklerozující cholangitidou.

Další důsledky dlouhodobého střevního zánětu jsou způsobeny změnami metabolismu.¹⁵

¹³ Tamtéž, s. 23

¹⁴ Srov. DOUDA, T., *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, Medikamentózní léčba idiopatických střevních zánětů*

3. BIOLOGICKÁ LÉČBA

„ Pojmem Biologická léčba se rozumí podávání látek s přísně vyhrazeným mechanismem účinku na specifickou citlivou strukturu. Jedná se o aplikace látek, které tlumí specifická místa zánětlivé reakce, kdy cílová molekula má klíčové postavení v procesu vedoucím k nemoci.

U idiopatických střevních zánětů se jedná o látky potlačující efekt protizánětlivé bílkoviny tumor necrosis factor (anti-TNF- α protilátky). V současné praxi se jedná o Infliximab a Adalimumab.¹⁶

Infliximab (IFX) je chimérická (látka obsahující dva různé genotypy) monoklonální protilátka IgG1, která obsahuje ze 75% konstantní lidskou část a z 25% variabilní myší bílkovinu. Infliximab byl do klinické praxe zaveden nejprve v USA a to v roce 1998, do Evropy o rok později v roce 1999. Pro Crohnovu nemoc se v České republice používá od roku 2000.¹⁷

Adalimumab – je monoklonální, plně humánní protilátka IgG, proti TNF- α (Humira) , která je registrována a schválena od roku 2007 pro použití u nemocných, kteří trpí Crohnovou nemocí a nereagují na standardní terapii aminosalicyláty, kortikoidy a imunosupresivy. Výhodou je plně humánní struktura molekuly, což je zásadní u pacientů, u kterých se objevila alergická reakce na Infliximab.¹⁸

3.1 Studie a jejich výsledky

3.1.1 Infliximab u Crohnovy nemoci

V souvislosti s podáváním biologické léčby bylo provedeno již několik studií.

Ve studiích ACCENT-I a ACCENT-II bylo hodnoceno, jak je účinný a bezpečný Infliximab u středně a vysoce aktivní luminální formy Crohnovy nemoci.

¹⁵ Srov. BORTLÍK, M., *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, Mimostřevní projevy*, s. 24-25

¹⁶ Douda, T., *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Medikamentózní léčba idiopatických střevních zánětů*, s. 48

¹⁷ Srov. LUKÁŠ, M., *Lékařské listy, Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy*, s. 4

¹⁸ Srov. LUKÁŠ, M., *Příloha postgraduální medicíny, Idiopatické střevní záněty a biologická léčba*, s. 39

V tzv. indukční fázi byl aplikován Infliximab v nultém, druhém a šestém týdnu v dávce 5mg/kg. Pouze nemocní, kteří odpověděli, přešli do udržovacího režimu, ve kterém byl podáván Infliximab v dávce 5mg/kg v osmitýdenních intervalech po dobu 46 týdnů. Počet remisí u nemocných ve 30. týdnu byl významně vyšší v léčených skupinách než u skupiny pacientů na placebo.

V 54. týdnu byla přetrvávající pozitivní odpověď na terapii Infliximabu zaznamenána v obou studiích u 36% léčených.

Studie prokazují, že nemocní léčení Infliximabem, byli méně hospitalizováni, měli méně chirurgických operací a zlepšila se u nemocných kvalita života.¹⁹

3.1.2 Infliximab u dětských pacientů

Co se týká studie REACH u dětských pacientů, potvrdila se vysoká efektivita Infliximabu se střední a vysokou aktivitou Crohnovy nemoci.

„Po indukci třemi infuzemi byla klinická odpověď zaznamenána u 88,4% dětí, z nichž remise byla dosažena u 58,9%. Na konci 54. týdne sledování byly výsledky dětí léčených v 8týdenních intervalech významně lepší proti dětem, které dostávaly udržovací léčbu ve 12týdenních intervalech.“²⁰

3.1.3 Infliximab u Ulcerózní kolitidy

U pacientů s ulcerózní kolitidou byly provedeny studie ACT-1 a ACT-2.

Tyto studie hodnotily efektivitu Infliximabu v léčbě střední a vysoké aktivity této nemoci. Remise v 8. týdnu byla zaznamenána u 38,8% pacientů v porovnání se 14,9% pacientů léčených placebem. Významný rozdíl v udržení remise setrval i ve 30.týdnu sledování, a to 33,9%.

¹⁹ Srov. LUKÁŠ, M., *Lékařské listy, Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy*, s. 4

²⁰ Tamtéž

3.1.4 Adalimumab e Crohnovy nemoci

Studie CLASSIC-I prokázala nejvyšší účinnost indukční léčby Adalimumabem při podávání dávky 160mg s.c. v nultém týdnu sledování a 80mg s.c. ve druhém týdnu.

V udržovací fázi studie CLASSIC-II se potvrdilo, že opakované podávání 40mg Adalimumabu je významně lepší pro udržení remise než podání placeba.

U nemocných, kteří odpověděli, ale nepřešli do remise v indukci, bylo opakované podání léčiva spojeno s nárůstem počtu remisí v průběhu jednoho roku udržovací léčby.

Studie GAIN ukázala, že 20% nemocných, kteří ztratili odpověď na předchozí podávání Infliximabu, nebo se stali intolerantními, po zahájení Adalimumabem přešli do remise.

Projekt CHARM pracoval se skupinou nemocných, kteří odpovídají na indukční léčbu. Na konci sledování v 56. týdnu byl počet remisí 36% v porovnání s placebem, kde bylo pouze 12% remisí.²¹

K povolení Adalimumabu v terapii Crohnovy nemoci vedly velice příznivé výsledky provedených klinických studií. U ulcerózní kolitidy podobné studie zatím probíhají a výsledky ještě nebyly zveřejněny.²²

3.2 Indikace k zahájení biologické léčby u Crohnovy nemoci

Zahájení biologické léčby je indikováno u nemocných, u kterých nedošlo k terapeutické odpovědi na podávanou terapii, nebo u kterých je léčba spojena s nežádoucími účinky nebo intolerancí.

Další indikací k podání biologické léčby jsou perianální píštěle, které nereagují na antibiotickou nebo imunosupresivní terapii v kombinaci s chirurgickou intervencí a kortikodependentní průběh nemoci, což znamená, že v průběhu 3 měsíců není možno snížit dávku kortikosteroidů pod 10 mg prednisonu, nebo ekvipotentní dávku

²¹ Tamtéž, s. 4-5

²² Tamtéž, s. 5

metylprednisonu, nebo pokud by došlo k relapsu nemoci do 3 měsíců od vysazení léčby kortikoidy.²³

3.3 Indikace k zahájení biologické léčby u Ulcerózní kolitidy

Biologickou terapii je vhodné zvážit u pacientů, kteří nereagují na podávání vysokých dávek aminosalicylátů, adekvátní dávku kortikoidů nebo imunosupresiv.

Dále biologickou léčbu podáváme u pacientů, u kterých se vyskytly nežádoucí účinky podávané terapie nebo její intolerance.

Infliximab můžeme užít jako záchrannou léčbu u nemocných, kteří neodpovídají na několikadenní podávání kortikoidů. Výhodou Infliximabu je vyšší bezpečnost a rychlý nástup účinku.

Další indikace je u pacientů s kortikodependentním průběhem, kteří nereagují na léčbu azathioprinem, nebo u kterých je terapie spojena s výskytem nežádoucích účinků nebo intolerancí.²⁴

3.4 Kontraindikace biologické léčby

- Těžká alergická reakce (anafylaktický šok nebo závažná hypotenze). Pacienty s Infliximabem lze převést na Adalimumab.
- Chorobné stavy jako sepse, přítomnost abscesu, těžší bakteriální nebo virová infekce, Tuberkulózní infekce aktivní nebo latentní, karcinom a ostatní zhoubná onemocnění.
- Městnavá srdeční slabost pokročilého stupně NYHA III-IV, u pacientů s NYHA I-II je vhodná konzultace s kardiologem.
- Virová hepatitida B.
- Náhlá příhoda břišní.²⁵

²³ PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY ČGS, *Doporučení pro podávání Biologické terapie u idiopatických střevních zánětů*,
<http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=353>

²⁴ PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY ČGS, *Doporučení pro podávání Biologické terapie u idiopatických střevních zánětů*,
<http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=353>

3.5 Nežádoucí účinky spojené s podáním Infliximabu

Reakce a vedlejší účinky spojené s podáním Infliximabu dělíme do několika skupin podle charakteru vedlejších projevů a časové souvislosti.

1. Infuzní reakce: tato reakce se může objevit v průběhu podání infuze nebo do dvou hodin po jeho skončení. Charakteristická je třesavka, bolest hlavy, nauzea, horečka, pocit dušnosti a zarudnutí kůže, nejčastěji v obličeji. U závažnější formy je výrazná hypotenze, těžší dušnost, u 1% nemocných se mohou objevit palpitace.
2. Alergická reakce opožděného typu: tento typ alergické reakce se objevuje až 12. den po podání infuze, nejdříve za 24 hodin. Projevuje se bolestmi kloubů, vyrážkou, zvýšenou teplotou až horečkou, bolestmi hlavy, únavou, otoky v obličeji a končetin. V některých případech se objevuje kopřivka.
3. Infekční komplikace: Za infekční komplikaci je považován vznik latentní tuberkulózy, který zřejmě vzniká při potlačení TNF- α . Bylo zjištěno, že více než polovina případů tuberkulózy, které byly diagnostikovány při léčbě Infliximabem, byla mimoplicní forma. Proto je nutné před podáním léčby provést skiagram hrudníku a tuberkulinový (PPD) kožní test.
4. Autoprotilátky a lupus-like syndrom (SLE) - při léčbě Infliximabem bylo vyšetřeno 125 pacientů na vznik protilátek ANA (antinukleární protilátky). Před podáním první infuze byla pozitivita ANA zachycena ve 27% a po třetí infuzi byla pozitivita u 57% léčených. Klinické obtíže charakteru SLE byly vzácné. Po skončení aplikace infuze došlo k vymizení obtíží.
5. Lymfoproliferativní nemoci – v současnosti neexistuje perspektivní studie, která posuzuje vznik lymfomů při léčbě Infliximabem. U léčby v délce 102 týdnů u 1678 pacientů se u 18 z nich vyskytlo 19 nových maligních onemocnění. Jednalo se především o non-Hodgkinův lymfom. Většinou se jednalo o pacienty s revmatoidní artritidou, kde je výskyt lymfoproliferativních nemocí 2-3krát vyšší v porovnání s ostatní populací, a to bez ohledu na způsob léčby revmatoidní artritidy.
6. Kardiotoxicita

²⁵ PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY ČGS, *Doporučení pro podávání Biologické terapie u idiopatických střevních zánětů*,
<http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=353>

7. Neurologické projevy – unemocných léčených na Mayo Clinic byl zaznamenán jeden případ demyelinizačního onemocnění z 500 léčených Infliximabem. V databázi FDA bylo zaznamenáno 17 případů s neurologickými projevy. Po vysazení léčby došlo k úpravě obtíží.²⁶

Výskyt nežádoucích účinků terapie Infliximabem lze optimalizovat několika doporučeními:

- nemocný by měl být před zahájením léčby podrobně vyšetřen,
- vyloučit přítomnost abscesu při fistulujícím typu Crohnovy nemoci,
- vyloučit latentní tuberkulózu provedením PPD testu a skiografie hrudníku,
- pro minimalizaci vedlejších účinků léčby a vzájemné potencování příznivého efektu spojit aplikaci Infliximabu s konkomitantní imunosupresivní terapií,
- opakované podávání Infliximabu v intervalu kratším než 6 měsíců je výhodnější než pro nižší frekvenci vzniku neutralizačních látek (ATI),
- před každou infuzí při podávání Infliximabu v intervalech delších než 6 měsíců je vhodné podat 200 mg Hydrocortisonu i.v. nebo 40 mg Prednisonu,
- při případné infuzní reakci je nutné infuzi dočasně přerušit nebo zpomalit její rychlost a parenterálně podat antihistaminika a kortikoidy.²⁷

3.6 Podání biologické léčby a monitorace pacientů

Biologická léčba u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy se podává formou infuze u Infliximabu nebo formou injekce u Adalimumabu.

Samotnou aplikaci infuze a injekce provádí středně zdravotnický personál, který je speciálně proškolen.

Jsou to tzv. IBD sestry, které jsou seznámeny s postupem podávání léčby, s nežádoucími účinky i alergickými reakcemi, které se mohou objevit v průběhu podání i po něm.

Před, v průběhu a po podání jsou měřeny základní životní funkce.

²⁶ Srov. LUKÁŠ, M., *Česká a Slovenská Gastroenterologie a Hematologie 2005. Biologická terapie a Idiopatické střevní záněty, Současný stav a výhled do budoucnosti*, s. 222-223

²⁷ Tamtéž, s. 222, tab.1

Aplikace biologické léčby probíhá v místnostech, které jsou speciálně k tomuto účelu vybavené.

Nesmí zde chybět pohodlná křesla nebo lůžka a veškeré vybavení pro případ jakýchkoliv komplikací, i pro resuscitaci.

Dále je zajištěna dostupnost anesteziologa a lůžka na jednotce intenzivní péče včetně umělé plicní ventilace.

Klinický stav pacienta je vždy v rukou ošetřujícího lékaře.

U nemocných, kteří jsou dlouhodobě léčeni, se doporučuje opakovat screening na latentní tuberkulózu 1x za 6 měsíců provedením QuantiFERON testu.²⁸

„V každém centru pro biologickou léčbu je doporučeno vést databázi pacientů léčených biologickými preparáty pro možnost průběžného monitorování účinnosti léčby a výskytu nežádoucích účinků.“²⁹

3.7 Přínos Infliximabu – argumenty pro a proti

Argumenty pro:

- látka s rychlým účinkem nástupu (2 týdny),
- jediný lék, kde byl prokázán efekt na hojení perianálních píštělí,
- po zlepšení klinického stavu dochází ke zhojení slizničních lézí,
- je prokázán kortikoid šetřící efekt,
- u třetiny nemocných dochází k remisi již po jednom podání,
- po opakovaném podání je u poloviny nemocných dlouhodobá remise,
- příznivý vliv na mimostřevní komplikace,

Argumenty proti:

- ekonomicky velmi náročná léčba, kterou nelze aplikovat u všech nemocných,

²⁸ PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY ČGS, *Doporučení pro podávání Biologické terapie u idiopatických střevních zánětů*,
<http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=353>

²⁹ PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY ČGS, *Doporučení pro podávání Biologické terapie u idiopatických střevních zánětů*,
<http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=353>

- cena jedné infuze se pohybuje kolem 100 000 korun českých,
- příznivý účinek trvá krátkou dobu (8 – 12 týdnů),
- omezená účinnost u 65 – 80% nemocných,
- musí se podávat opakovaně,
- objevují se závažné vedlejší účinky jako sepse, aktivace tuberkulózy,
- mohou se vyskytovat alergické reakce,
- indukce anti-DNA, HACA protilátek.³⁰

3.8 Financování biologické léčby

Z hlediska financování je biologická léčba velice náročná.

V České republice je odhadovaná prevalence střevních zánětů na 0,3 - 0,5% populace, proto musíme předpokládat, že nemocných se střevními záněty je v naší zemi 30 000 – 50 000.

80% nemocných z 30 000 pacientů má lehčí formu onemocnění a reaguje na standardní léčbu. 20% nemocných jsou potencionálními kandidáty na biologickou léčbu.

V přepočtu by to znamenalo, že 4000 - 6000 nemocných by mělo zahájit biologickou léčbu.

Pokud by všichni tito nemocní léčbu zahájili v průběhu jednoho roku, náklady by vystoupaly k astronomickým částkám (nejméně 2×10^9 Kč).³¹

Cena jedné infuze Infliximabu se pohybuje kolem 100 000 korun.³²

³⁰ Srov. LUKÁŠ, M., *Biologická léčba idiopatických střevních zánětů*, Lék. Zpráva LF UK Hradec Králové 2003, s. 43-45

³¹ LUKÁŠ, M., BORTLÍK, M., *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie, Je biologická léčba definitivním řešením? Aneb deset poznámek k biologické léčbě*, s. 295

³² Srov. LUKÁŠ, M., *Biologická léčba idiopatických střevních zánětů*, Lék. Zpráva LF UK Hradec Králové 2003

3.9 Vakcinace u nemocných s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou na imunosupresivní a biologické léčbě

V posledních deseti letech prodělala medikamentózní léčba u pacientů se střevními záněty, Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou revoluční změnu.

Na prvním místě jsou do léčby zařazovány kortikosteroidy, imunosupresiva, především thiopuriny a methotrexát.

Biologická léčba byla zavedena v evropských zemích od roku 1999, nejprve Infliximabem a poté Adalimumabem.

U této léčby je velmi rychlý a dramatický nástup protizánětlivých účinků, které se dostavují během několika hodin po podání. Je spojena se ztrátou účinnosti, objevují se vedlejší a možné nežádoucí účinky.

Léčba sice nevyřešila problém vzniku recidivujícího průběhu střevních zánětů, ale významně posunula možnosti léčby v medicíně.

K nejzávažnějším vedlejším dopadům biologické léčby z klinického hlediska patří vznik infekčních komplikací a oportunních infekcí v důsledku imunosupresivního účinku.³³

Oportunní infekce je velice vážná, často progreduje a je způsobena mikroorganizmem, který za obvyklých podmínek má omezenou nebo téměř žádnou patogenní kapacitu, ale u jedince s imunodeficitem je schopen způsobit závažné onemocnění.

U pacientů s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou, kteří nejsou na imunosupresivní a biologické léčbě a kteří nedostávají vysoké dávky kortikoidů, nebyl defekt obrany proti infekci potvrzen. Imunodeficiencie u nich vzniká vlivem intenzivní medikamentózní terapie a svůj podíl na tom má také progredující malnutrice.³⁴

Oportunní infekce hrozí nejvíce u pacientů, kteří jsou na imunosupresivní léčbě, zvláště na kombinované léčbě, která zahrnuje více imunosupresivně působících preparátů. Dalším faktorem pro vznik infekce jsou pacienti s BMI < 20 kg/m² a vyšší věk (nad 50 roků).³⁵

³³ Srov. Stehlík, J., Mareš, K., Lukáš, M., Obrtlík, M., Ďuricová, D., *Doporučení pro vakcinaci nemocných s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou na imunosupresivní a biologické léčbě*, s. 41

³⁴ Tamtéž, s. 41-42

³⁵ Tamtéž, s. 42

3.9.1 Očkování a očkovací látky

„V české republice je očkování upraveno vyhláškou 537/2006 Sb., ve které je stanoveno členění a podmínky očkování a pasivní imunizace, způsoby vyšetřování imunity“.

Očkování rozdělujeme do dvou skupin na povinné a nepovinné. Většina populace je očkována v dětském věku, pouze některá očkování se přeočkovávají v dospělosti, jako tetanus, očkování proti virovým hepatitidám nebo lidský papilomavirus.

„Povinné očkování je stanoveno očkovacím kalendářem, jehož poslední úprava proběhla v březnu 2009.“

Očkovací látky můžeme v podobě inaktivované neboli usmrcené látky, živé atenuované neboli oslabené vakcíny a subjednotkové vakcíny, která se získává přirozenou izolací, nebo syntetické peptidové (epitopové) vakcíny a DNA vakcíny“.³⁶

3.9.2 Očkování imunosuprimovaných pacientů

U 40-60% pacientů, kteří se léčí s idiopatickými střevními záněty, je během života nasazena medikamentózní terapie, která ovlivňuje jejich imunitní systém.

Mezi nejčastěji užívané léky, které imunitní systém ovlivňují, patří kortikoidy. Očkování imunosuprimovaných pacientů má svá specifika.

U imunokompromitovaných pacientů lze podávat inaktivované vakcíny a anatoxiny jako u zdravých jedinců, ale živé vakcíny (virové a bakteriální) jsou u pacientů na imunosupresivní nebo biologické léčbě kontraindikovány. Očkování lze provést po ukončení terapie nebo za dva až čtyři týdny po přerušení terapie kortikoidy. Pokud je terapie plánovaná, očkování živou vakcínou se provádí tři týdny před zahájením léčby.

U pacientů na imunosupresivní a biologické léčbě je potřeba zdůraznit, že tvorba protilátek je často snižena a při přeočkování bývá tzv. „Booster efekt“

³⁶ Tamtéž

nedostatečný. Doporučuje se tedy odložit vakcinaci o dva až čtyři týdny po přerušení terapie, nebo ověřit titry protilátek, nebo přeočkovat dávkou navíc, aby se posílilo očkování.³⁷

3.9.3 Speciální situace

- INFEKCE VIRY SEZÓNÍ CHŘIPKY

Pacienti, kterým je biologická a imunosupresivní terapie podávána, mají zvýšené riziko výskytu sezónní chřipky. Proto by jedenkrát ročně na doporučení měli být preventivně očkováni polyvalentní (bivalentní) subjednotkovou vakcínou.

Ze studií, co byly prováděny vyplývá, že vliv imunosupresivní a biologické terapie je nejednoznačný.

Některé studie prokazují, že efektivita očkování změněna není, jiné svědčí pro negativní vliv této terapie na účinnost očkování. Očkujeme nejméně dva týdny před blížící se infekcí a u vysoce rizikových osob podáváme profylakticky antivirotika.³⁸

- INFEKCE VIREM CHŘIPKY A (H1N1)

U pacientů na imunosupresivní a biologické léčbě se očkování doporučuje, protože je u nich zvýšení riziko komplikací při onemocnění viru H1N1.

Pacienti, kteří byli v kontaktu s osobou, které byl potvrzen virus H1N1 nebo suspektní infekcí virem H1N1, by měli dostat profylaktickou antivirovou terapii.

U pacientů s IBD by antivirová terapie měla být zahájena bez imunosupresivní terapie pouze v závažném případě.³⁹

- VIROVÉ HEPATITIDY B a C

Objevily se případy, kdy u pacientů s IBD léčených Infliximabem došlo ke vzplanutí HBV infekce.

Proto je nutností vyšetřit u každého IBD pacienta, než se zahájí biologická léčba HBV infekce.

³⁷ Tamtéž

³⁸ Tamtéž

³⁹ Tamtéž, s. 44

U seronegativních pacientů je doporučena vakcinace před zahájením léčby. V průběhu léčby totiž může dojít ke vzplanutí virového onemocnění.

- VIRUS VARICELA ZOSTER

Před podáním imunosupresivní nebo biologické terapie vždy zjišťujeme, zda byl pacient očkovan proti planým neštovicím, nebo zda je prodělal.

Dále zjišťujeme, jestli pacient neprodělal pásový opar. Pokud je totiž pacient na imunosupresivní léčbě nebo u něj dojde k rozvoji latentní infekce (pasový opar), hrozí velké riziko závažných komplikací, jako je např. hepatitida, pneumonie, encefalitida, a to může vést k fatálním následkům.

Pokud je u pacienta anamnéza negativní, měl by být pacient před terapií naočkován dvěma dávkami vakcíny. Vzhledem k tomu, že se jedná o živou vakcínu, může být terapie zahájena po třech týdnech od poslední dávky.

Pokud se objeví příznaky infekce, léčba musí být přerušena a pacient by měl podstoupit antivirovou terapii.

Pokud je imunitní status u pacienta neznámý, je žádoucí, aby se osoba žijící s ním ve společné domácnosti nechala naočkovat. Snižuje se tím riziko nákazy pro pacienta.

- INFEKCE LIDSKÝM PAPILOMAVIREM (HPV)

Současná ani prodělaná infekce není pravděpodobně kontraindikací k podání imunosupresivní léčby, výjimkou jsou tumory, které se po mnohaleté imunosupresivní léčbě mohou vyskytnout.

- TUBERKULÓZA (TBC)

Souvislost TBC s imunosupresivní a biologickou léčbou se týká dvou skupin pacientů.

První skupinou jsou dětské pacienti s IBD, u kterých je doporučeno přeočkování proti TBC, a druhou skupinou jsou novorozenci matek, které jsou v průběhu gravidity léčeny biologickou léčbou.

Především se jedná o matky, jež byly léčeny ve 3. trimestru. Tam totiž dochází k aktivnímu přenosu Infliximabu a pravděpodobně i Adalimumabu do krve novorozence.⁴⁰

4. EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Edukace v ošetřovatelství je součástí ošetřovatelské péče, kterou poskytují sestry.

Zodpovědnost za vzdělání pacientů se stala součástí úsilí sester jako poskytovatelek péče už od poloviny roku 1800, kdy bylo ošetřovatelství uznané jako jedinečná disciplína.⁴¹

Edukace v ošetřovatelství je součástí ošetřovatelské praxe, kterou potvrzuje zákon č.96/2004 Sb. parlamentu České republiky o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Vyhláška MZČR č.55/2011 Sb. stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jejíž součástí je edukace pacientů.⁴²

Edukaci rozdělujeme do tří základních skupin: základní, reedukační, komplexní. Základní edukace je taková, kdy klienta motivujeme, aby změnil své postoje a hodnoty, a předáváme mu nové vědomosti a dovednosti. Za reedukaci považujeme prohloubení vědomostí, dovedností a postojů, na které jsme navázali předešlou edukací. Komplexní edukace vede k udržení nebo zlepšení zdraví a jsou při ní etapově předávány vědomosti, postoje a dovednosti.⁴³ Edukace by měla být cílená. Klient by si měl informace zapamatovat, proto jej nezahlcujeme velkým množstvím informací. Edukujeme pacienta v prioritních oblastech a upozorňujeme na možná

⁴⁰ Tamtéž, s. 45-46

⁴¹ NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol., *Moderná edukácia v Ošetrovatelstve*, s. 17

⁴² *Sbírka zákonů České republiky*, < http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_949_3.html

⁴³ JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*, s. 11-12

negativa a rizika. Během edukace občas zkontrolujeme, zda si pacient poskytnuté informace pamatuje a jestli jim rozumí.⁴⁴

4.1 Pojmy v edukaci

Cílem edukace je navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace je chápána jako pojem pro výchovu a vzdělání.⁴⁵

- Edukantem ve zdravotnictví je nejčastěji zdravý nebo nemocný klient bez rozdílu věku a prostředí, kde edukace probíhá. Edukantem může být i zdravotník, který si učením prohlubuje vědomosti.
- Edukátor je účastník edukačního procesu, nejčastěji to bývá lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka atd.
- Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.
- Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá⁴⁶

4.2 Edukační role sestry

Role sestry jako edukátora je v kompetenci všech registrovaných všeobecných sester v péči o pacienty. Sestra plní roli psychologa, která se dostává do popředí.

Dále poskytuje cenné rady, ukazuje zručnost při komunikaci, jak verbální tak neverbální, navazuje přerušovanou komunikaci a vědomosti v mezilidských vztazích.

Edukační role sestry neznamena jen poskytovat klientům informace, ale aktivně se podílet na podpoře učení a vytváření podmínek k učení. Sestra-edukátorka by měla dokázat vytvořit situace, aby motivovala jedince učit se něčemu novému. Proto by sestra měla být schopná posoudit edukační potřeby pacienta či rodiny, plánování, návrh edukace a realizaci.⁴⁷

⁴⁴ MIČKOVÁ, I., *Sestra, Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*, s.44

⁴⁵ JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 9

⁴⁶ Tamtéž, s. 10

⁴⁷ NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol., *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*, s. 21

4.3 Edukační proces

Edukační proces je součástí péče ve zdravotnickém zařízení a má svoje specifika. Měla by se přizpůsobit jeho systému a metodám péče. Edukace má zpravidla 5 fází.

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky – v této fázi se zjišťují edukační potřeby klienta, úroveň jeho vědomostí, dovedností, postoje a návyky. Informace získáváme nejčastěji pomocí rozhovoru.
2. Fáze projektování – ve fázi projektování se plánují cíle, forma, obsah edukace, způsob evaluace edukace
3. Fáze realizace – ve fázi realizace se snažíme předat klientovi nové informace (expozice), dalším krokem je fixace, kdy jsou získané poznatky u klienta procvičovány a opakovány v návaznosti na předchozí dovednosti a vědomosti, dále prověřujeme zda edukant dané poznatky pochopil a snažíme se, aby pochopené poznatky dokázal využít.
4. Fáze upevnění a prohlubování učiva – v této fázi je nutné učivo procvičovat, aby bylo fixováno
5. Fáze zpětné vazby – hodnotíme výsledky edukanta i naše.⁴⁸

4.4 Komunikace při edukaci

Komunikace je jistě nejdůležitějším bodem při edukaci.

Komunikovat můžeme buď verbálně, což je mluveným slovem, písmem, symboly atd.) a neverbálně (mimika, gestika). Pokud se chceme podílet na edukaci, musíme být bezpodmínečně komunikačně zdatní, mít tedy jak dovednosti, ale i znalosti v oblasti komunikace. Člověk, který edukuje, by měl ovládat mluvené slovo, nemluvíme v odborných výrazech, ale používáme česká slova.

Pokud použijeme odborný termín, musíme jej umět vysvětlit. Při edukaci bychom měli umět zaujmout daným tématem, neodbíhat od něj, mluvit přímo k edukovanému, mluvit srozumitelně a edukaci si naplánovat tak, aby bylo vyhovující i časově.⁴⁹

⁴⁸ JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 21-22

⁴⁹ Tamtéž, s. 16-17

4.5 Edukace při biologické léčbě

Edukace před podáním biologické léčby probíhá ve speciální IBD místnosti vyškolenou tzv. IBD sestrou. Před podáním se Vás sestra zeptá, zda nemáte nějaký akutní infekční a zda se Váš zdravotní stav od předešlé kontroly nezhoršil.

U pacientů, kterým je podáván Remicade, se sestra informuje, jestli si vzal před podáním premedikaci. Po podání Humiry musí zůstat pacient 1 - 2 hodiny v nemocnici kvůli případné alergické reakci. Poté může nemocnici opustit.

Sestra edukuje pacienta v těchto oblastech:

- Co je biologická léčba, která látka mu bude podána.
- Jakým způsobem mu bude látka podána.
- Nežádoucí účinky biologické léčby.
- Případné alergické reakce.
- Jak se zachovat při alergické reakci.
- Jak probíhá samotné podání léčby.
- Jak dlouho bude léčba podávána.
- Že během léčby by se pacient měl vyvarovat kouření.

4.6 Hodnocení edukace

Hodnocení edukace nemusíme provádět bezpodmínečně na konci edukace. Můžeme jej provádět i průběhu edukačního procesu. Hodnocení je konečnou fází edukace.

Nejčastěji hodnotíme výsledky, kterých jsme se snažili dosáhnout. Za výsledek edukace považujeme osvojení znalostí, kognitivně-motorických vlastností (např. dovedností) a postoje. Do edukačního hodnocení patří také splnění cílů edukace.

Ty se někdy nepodaří splnit z určitých důvodů, jako např.:

- nedostatečný nebo nevhodný odhad potřeb
- nesprávné stanovení edukační diagnózy.
- vytyčení nereálných cílů
- volba nevhodné strategie učení
- nedostatečná nebo žádná motivace
- nepřiměřený časový plán

- chyby v komunikaci

Pokud se nepodaří splnit cíle edukace a není dosažen požadovaný edukační výsledek, měli bychom přehodnotit edukaci a provést další.⁵⁰

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Popis zkoumaného souboru

5.1.1 Fakultní nemocnice Brno-Bohunice

První část dotazníkového šetření jsem prováděla ve Fakultní nemocnici v Brně-Bohunicích na Interní gastroenterologické klinice, na denním stacionáři, kde se biologická léčba podává.

Klinika poskytuje komplexní péči pacientům s chorobami trávicího ústrojí na evropské úrovni.

V únoru 2011 zde bylo postupně rozdáno 50 dotazníků, z toho 25 dotazníků pacientům na Infliximabu, 25 dotazníků pacientům na Adalimumabu.

Všechny dotazníky se vrátily vyplněné. Z 50-ti dotázaných bylo 22 mužů a 28 žen. Věkové rozmezí pacientů se pohybovalo od 19 do 62 let.

5.1.2 Klinické a výzkumné centrum Iscare v Praze

Druhá část dotazníkového šetření probíhala v klinickém a výzkumném centru pro střevní nespecifické záněty Iscare Lighthouse. Centrum se zabývá diagnostikou a léčbou pacientů s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou.

Probíhá zde také výzkumná činnost, která se zaměřuje na odhalení příčiny nespecifických střevních zánětů, chronický průběh těchto onemocnění a nové možnosti medikamentózní léčby.

⁵⁰ JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, s. 66-67

Centrum úzce spolupracuje s 1. Lékařskou fakultou Karlovy Univerzity a podílí se na mnoha mezinárodních evropských projektech ve spolupráci s univerzitami v Barceloně, Nottinghamu a Regensburgu.

Centrum je také aktivně zapojeno do projektů organizovaných Evropskou společností pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu.

V únoru 2011 zde bylo postupně rozdáno 50 dotazníků. 25 dotazníků pacientům na Infiximabu a 25 dotazníků pacientům na Adalimumabu.

Všechny dotazníky se vrátily vyplněné. Z 50-ti dotázaných bylo 18 mužů a 23 žen. Věkové rozmezí pacientů se pohybovalo od 19 do 62 let.

5.1.3 Celkový popis zkoumaného souboru

Bylo rozdáno 100 dotazníků, které vyplnilo 100 respondentů (100 %). Z celkového počtu bylo rozdáno 50 dotazníků ve FN Brno (50 %) a 50 dotazníků (50 %) v Iscare lighthouse v Praze. Všechny se vrátily vyplněné.

Z celkového počtu dotázaných bylo 51 žen (51 %), 40 mužů (40 %) a 9 dotazovaných (9 %) neudalo své pohlaví.

5.2 Popis použitých metod

V empirické části výzkumu jsem použila kvantitativní metodu - strukturovaný dotazník.

Pro jeho přehlednost a možnost získání informací od velkého množství respondentů. K vyhodnocení výsledků dotazníku byla využita statistická metoda aritmetického průměru. Po zkompletování dotazníku jsem písemně s připojením vzorku dotazníku požádala náměstkyni ošetrovatelské péče ve Fakultní nemocnici Brně-Bohunicích a primáře klinického centra Iscare v Praze, aby mi umožnili předložit dotazníky k vyplnění pacientům docházejícím na biologickou léčbu.

Distribuci dotazníků jsem prováděla osobně.

V dotazníku bylo položeno 18 otázek. Z toho 9 otázek je uzavřených, u dvou otázek mají pacienti možnost zaškrtnout více odpovědí a u 7 otázek je možné přidat vlastní odpověď.

V prvních dvou otázkách byly u respondentů zjišťovány anamnestické údaje (věk a pohlaví). Dotazník byl rozdělen na tři části: prvních pět otázek slouží k proniknutí do tématu. Druhá část se zabývá sběrem dat o informovanosti pacientů o biologické léčbě a třetí část se zabývá znalostmi pacientů o možných reakcích po aplikaci biologické léčby.

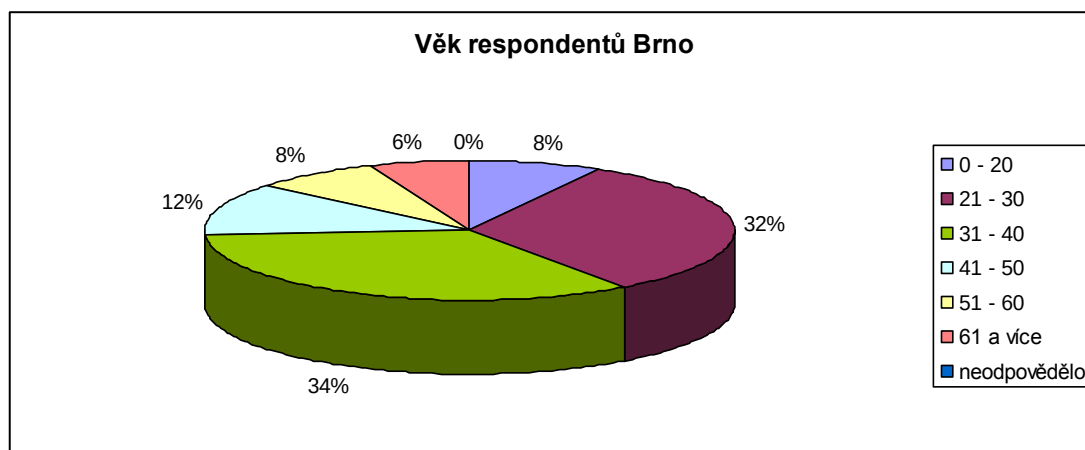
6. VÝSLEDKY PRÁCE, DISKUZE

6.1 Věk a pohlaví dotazovaných

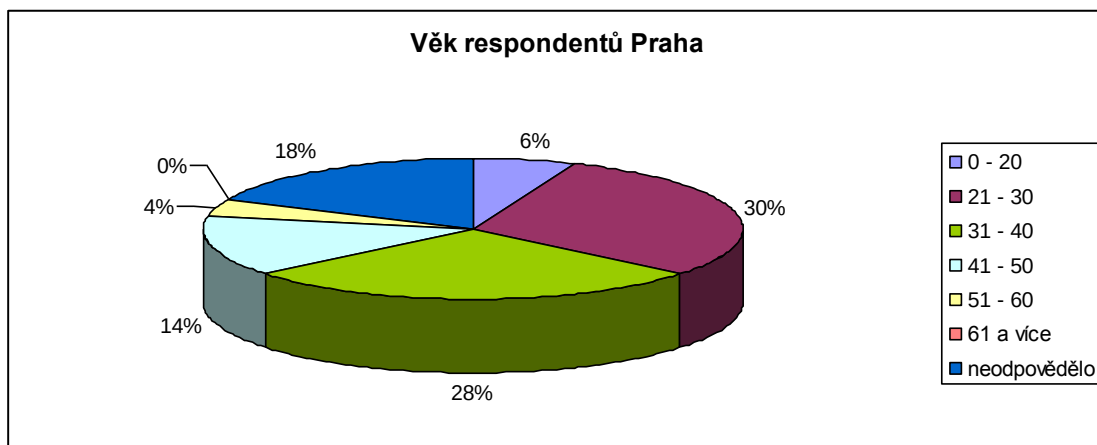
Tab. 1 věk respondentů

věk respondentů	0 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 a více	neodpovědělo
Brno	4 (8%)	16 (32%)	17 (34%)	6 (12%)	4 (8%)	3 (6%)	0 (0%)
Praha	3 (6%)	15 (30%)	14 (28%)	7 (14%)	2 (4%)	0 (0%)	9 (18%)
Celkem	7 (7%)	31 (31%)	31 (31%)	13 (13%)	6 (6%)	3 (3%)	9 (9%)

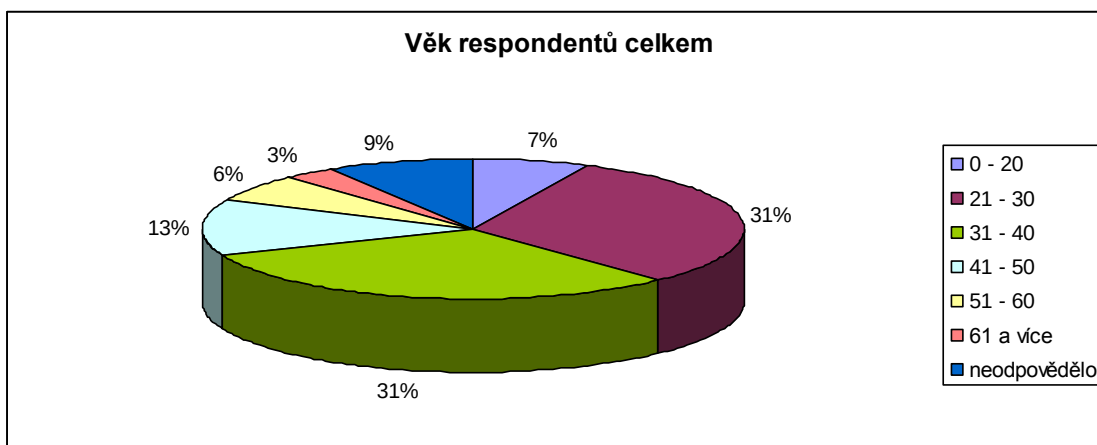
GRAF č. 1 Věk respondentů Brno



GRAF č. 2 Věk respondentů Praha



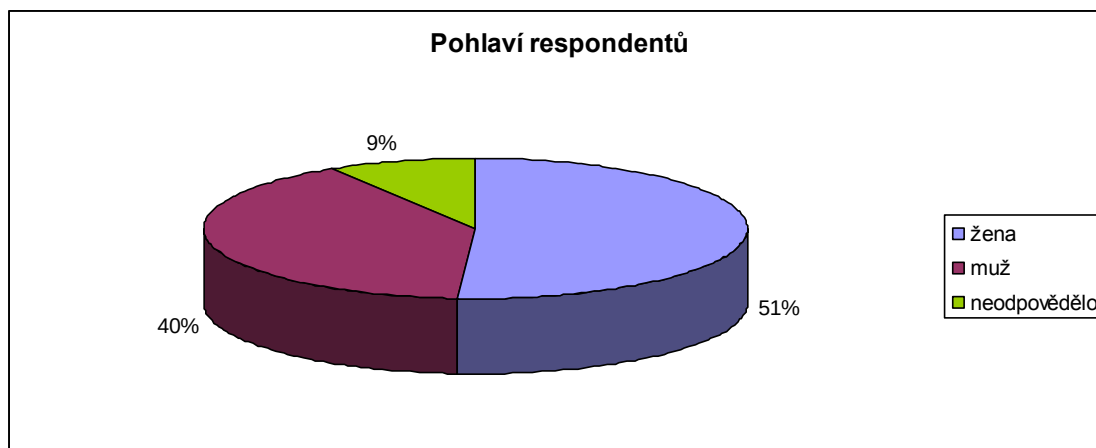
GRAF č. 3 Věk respondentů celkem



Tab. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	žena	muž	neodpovědělo
Brno	28	22	0
Praha	23	18	9
Celkem	51 (51%)	40 (40%)	9 (9%)

GRAF č.4 Pohlaví respondentů celkem



KOMENTÁŘ:

Bylo dotázáno celkem 100 respondentů. Z toho 51 žen (51% žen), 40 mužů (40%) a 9 dotazovaných neudalo své pohlaví.

6.2 Otázka č. 1 Ve kterém zdravotnickém zařízení se léčíte?

Tab. 3 Ve kterém zdravotnickém zařízení se léčíte?

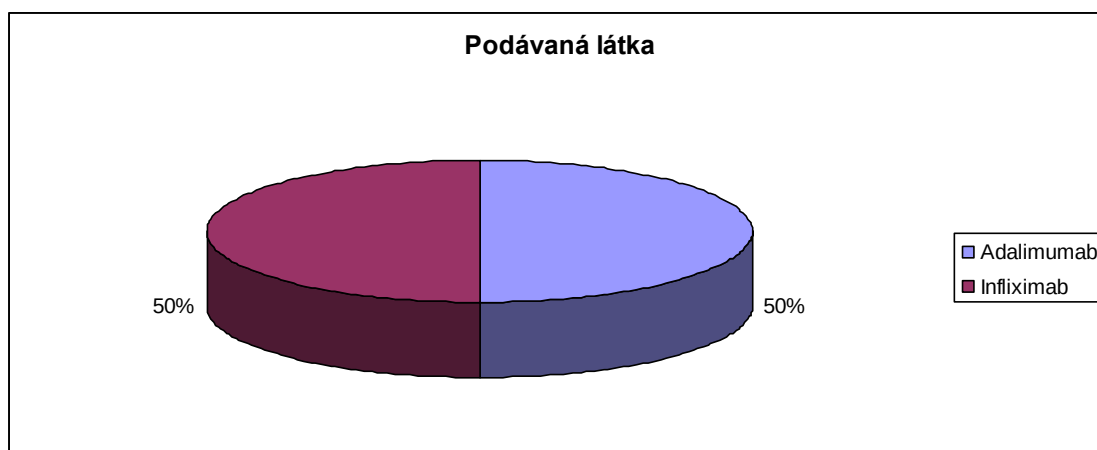
Brno	50 (50%)
Praha	50 (50%)

6.3 Otázka č.2 Která látka je Vám podávána?

Tab. 4 Která látka je Vám podávána?

	Adalimumab	Infliximab
Brno	25 (25%)	25 (25%)
Praha	25 (25%)	25 (25%)
Celkem	50 (50%)	50 (50%)

GRAF č. 5 Která látka je Vám podávána?



KOMENTÁŘ:

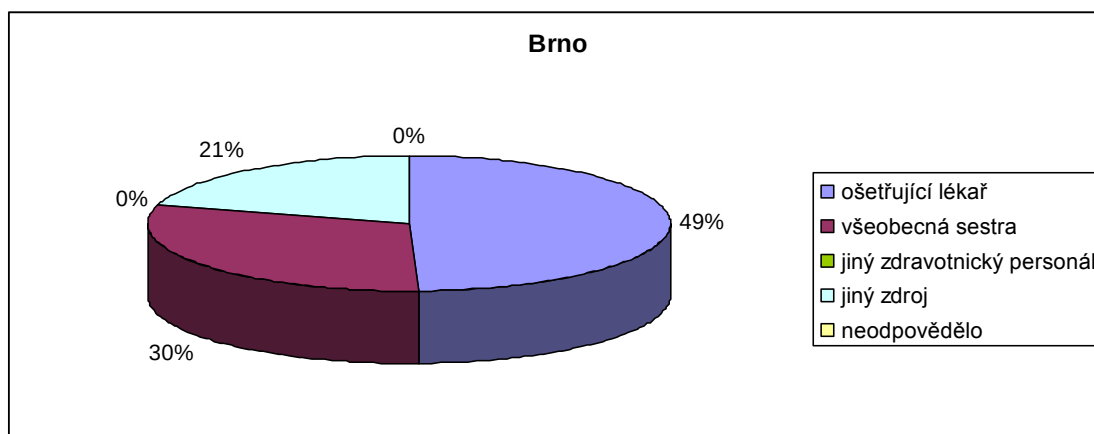
Bylo dotázáno 100 respondentů. 50 respondentů ve FN Brno v Bohunicích a 50 respondentů v Klinickém centru Iscare Lighthouse v Praze. V Praze i v Brně odpovídalo 25 respondentů, kterým je podáván Adalimumab, a 25 respondentů, kterým je podáván Infliximab.

6.4 Otázka č. 3 Kdo Vám poskytnul informace o podávání biologické léčby?

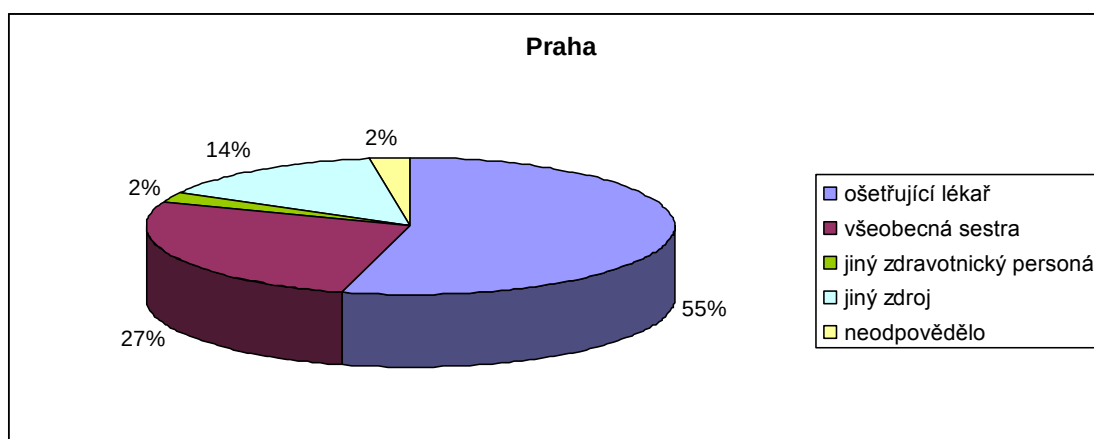
Tab. 5 Kdo Vám poskytnul informace o podávání biologické léčby?

	ošetřující lékař	všeobecná sestra	jiný zdravotnický personál	jiný zdroj	neodpovědělo
Brno	48 (49%)	29 (30 %)	0 (0 %)	20 (21 %)	0 (0 %)
Praha	45 (55%)	22 (27 %)	2 (2 %)	12 (14 %)	2 (2 %)
Celkem	93 (52%)	51 (28%)	2 (1%)	32 (18%)	2 (1%)

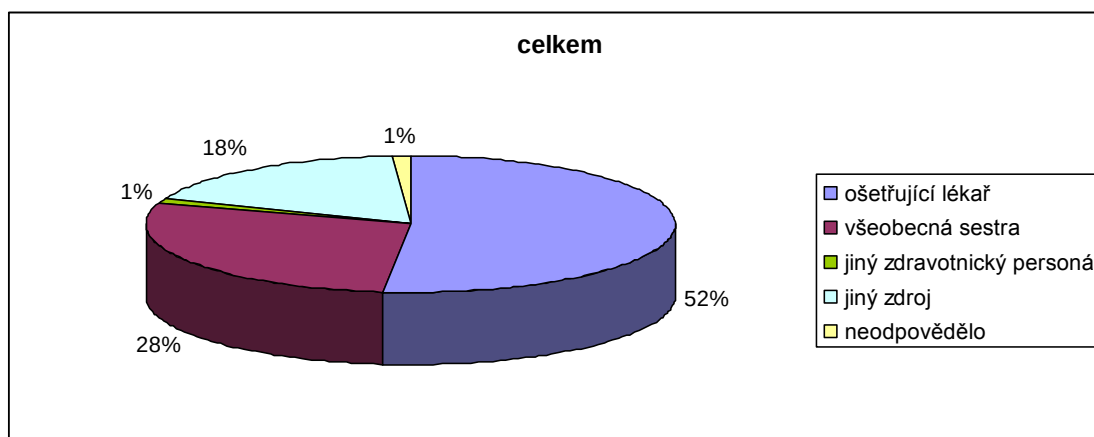
GRAF č. 6 Kdo Vám poskytl informace o podávání biologické léčby – Brno?



GRAF č. 7 Kdo Vám poskytl informace o podávání biologické léčby – Praha?



GRAF č. 8 Kdo Vám poskytl informace o podávání biologické léčby – celkem?



KOMENTÁŘ:

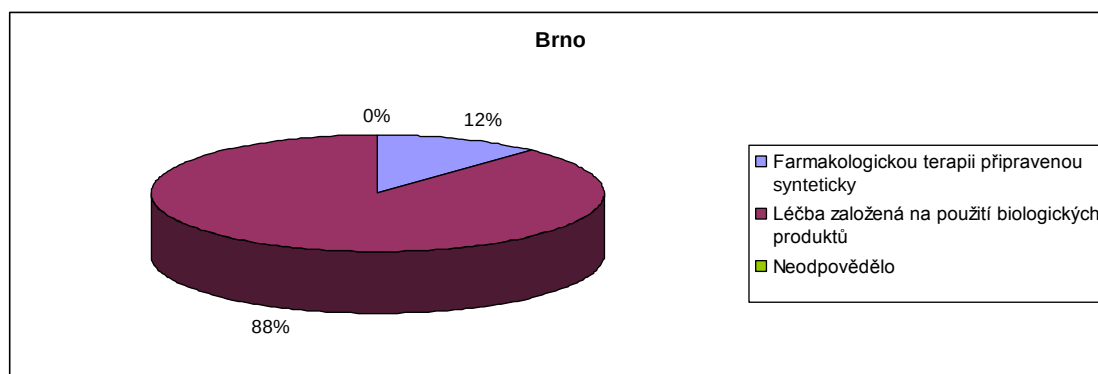
Nejvíce pacientů bylo o podávání biologické léčby informováno ošetřujícím lékařem. V Brně odpovědělo ošetřující lékař 48 respondentů (49 %) a v Praze 45 respondentů (55%). Celkem odpovědělo ošetřující lékař 98 respondentů (52%). Odpověď všeobecná sestra uvedlo v Brně 29 respondentů (30 %) a v Praze 22 respondentů (27%). Celkem odpovědělo na tuto otázku 51 respondentů (28%). Jiný zdravotnický personál odpověděli 2 respondenti (2%) v Praze, v Brně tato odpověď nebyla vyplněna. Odpověď jiný zdroj odpovědělo v Brně 20 respondentů (21%), v Praze 12 respondentů (14%). 2 respondenti na tuto otázku neodpověděli.

6.5 Otázka č. 4 Jak rozumíte pojmu biologická léčba?

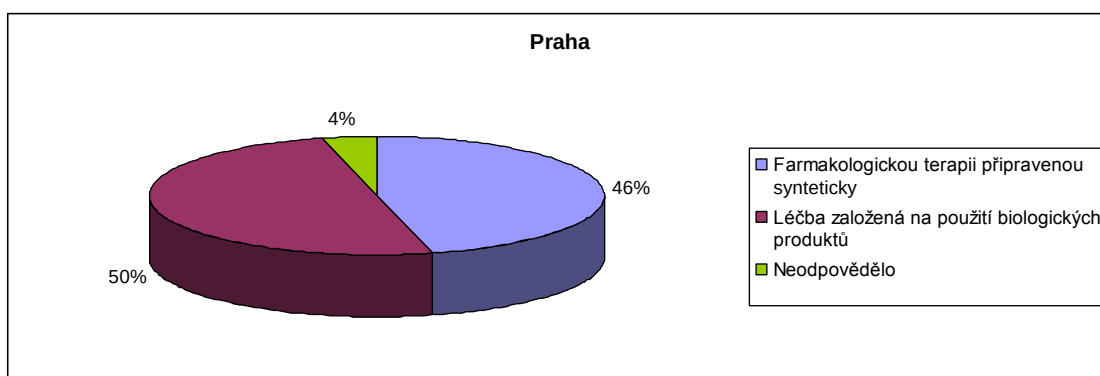
Tab. 6 Jak rozumíte pojmu biologická léčba?

	Farmakologickou terapii připravenou synteticky	Léčba založená na použití biologických produktů	Neodpovědělo
Brno	6 (12%)	44 (88%)	0 (0%)
Praha	23 (46%)	25 (50%)	2 (4%)
Celkem	29 (29%)	69 (69%)	2 (2%)

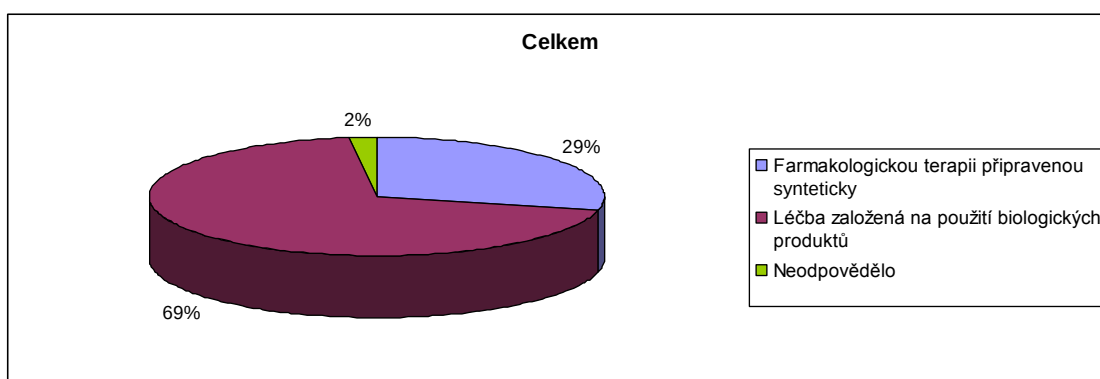
GRAF č. 9 Jak rozumíte pojmu biologická léčba – Brno?



GRAF č. 10 Jak rozumíte pojmu biologická léčba – Praha?



GRAF č. 11 Jak rozumíte pojmu biologická léčba – celkem?



KOMENTÁŘ:

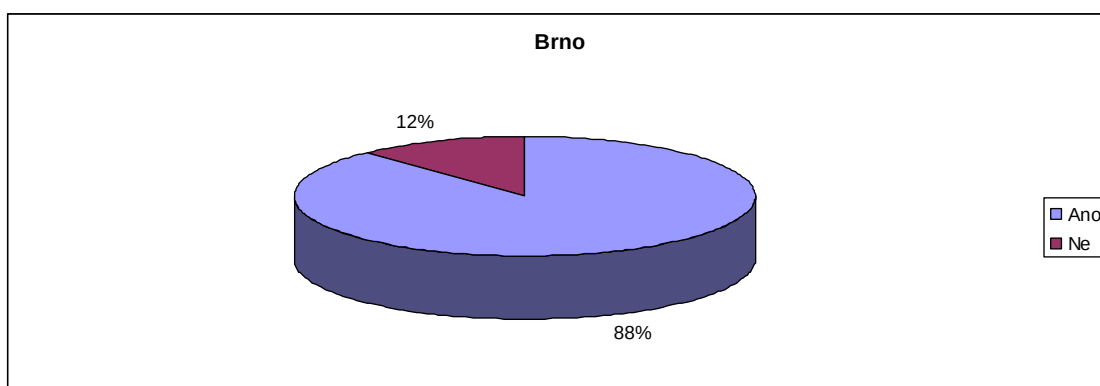
Pojmu biologická léčba rozumí 44 respondentů (88%) v Brně, 6 respondentů (12%) nezná pojem biologická léčba. V Praze zná pojem biologická léčba 25 respondentů (50%) a 23 respondentů (46%) neví co je jim podáváno. Celkem rozumí pojmu biologická 69 respondentů (69%), 29 respondentů (29 %) neví co je biologická léčba a 2 respondenti (4%) na tuto otázku neodpovědělo.

6.6 Otázka č. 5 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby?

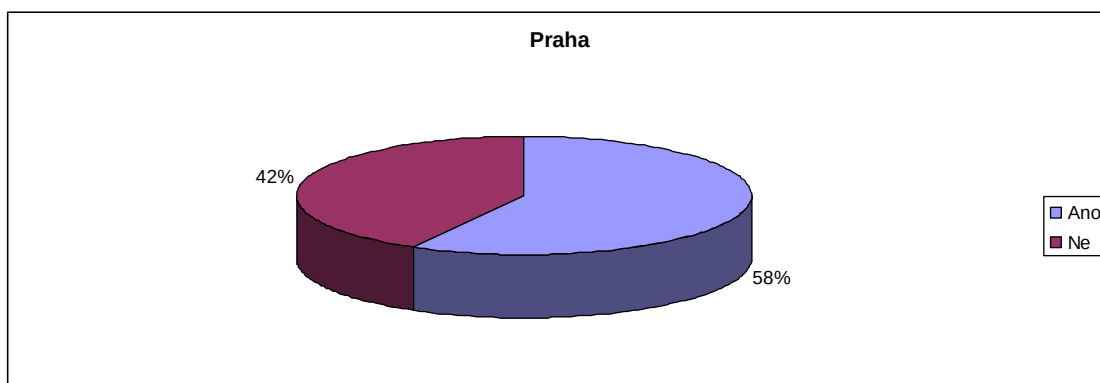
Tab. 7 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby?

	Ano	Ne
Brno	44 (88%)	6 (12%)
Praha	29 (58%)	21 (42%)
Celkem	73 (73%)	27 (27%)

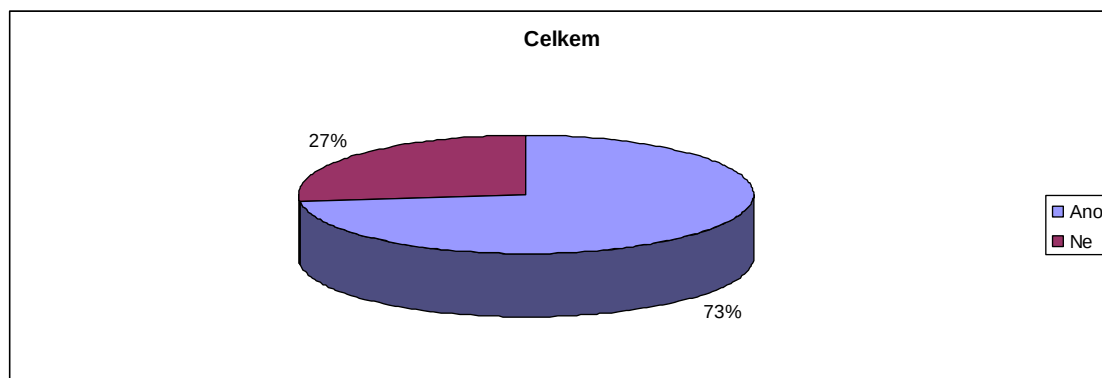
GRAF č. 12 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby – Brno?



GRAF č. 13 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby – Praha?



GRAF č. 14 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby – celkem?



KOMENTÁŘ:

Z celkového počtu dotázaných zná nežádoucí účinky V Praze i v Brně 73 respondentů (73%) a 27 respondentů (27%) z celkového počtu nežádoucí účinky nezná.

V Brně odpovědělo ANO 44 respondentů z 50 dotázaných, což je 88% a pouze 6% účinky biologické léčby nezná.

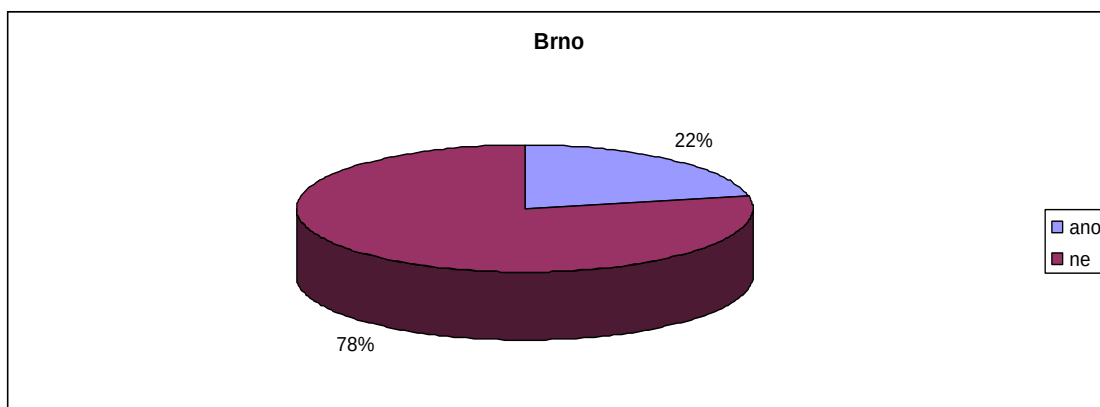
V Praze naopak odpověď ANO vyplnilo 29 respondentů z 50 dotázaných, tedy 58% a 21 respondentů (42%) účinky biologické léčby nezná.

6.7 Otázka č. 6 Kouříte?

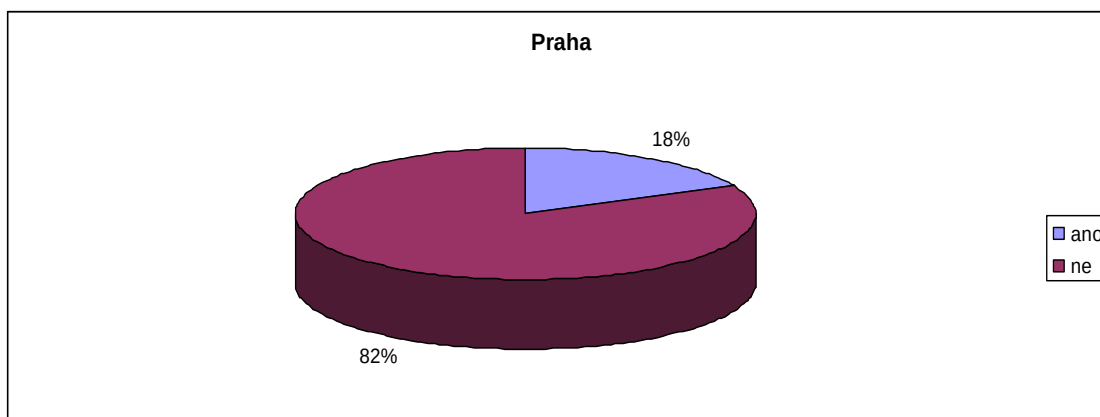
Tab. 8 Kouříte?

	ano	ne
Brno	11 (22%)	39 (78%)
Praha	9 (18%)	41 (82%)
Celkem	20 (20%)	80 (80%)

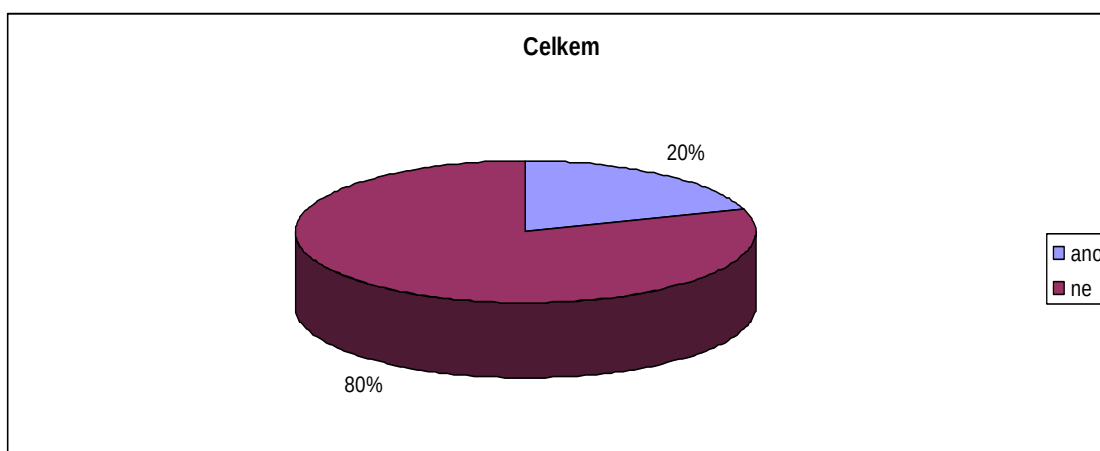
GRAF č. 15 Kouříte – Brno?



GRAF č.16 Kouříte – Praha?



GRAF č.17 Kouříte – celkem?



KOMENTÁŘ:

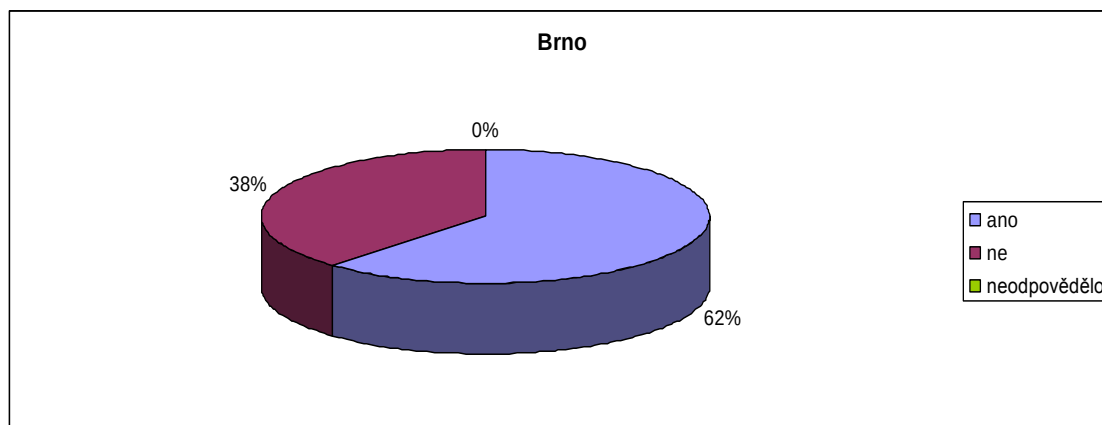
Při biologické léčbě v Brně kouří 11 respondentů (22%) a 39 respondentů (78%) je nekuřáků. V Praze je kuřáků 9 respondentů (18%) a nekuřáků 41 respondentů (81%). Z celkového počtu dotázaných je 20 respondentů (20%) kuřáků a 80 respondentů (80%) nekuřáků.

6.8 Otázka č. 7 Kdo Vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměl/a kouřit?

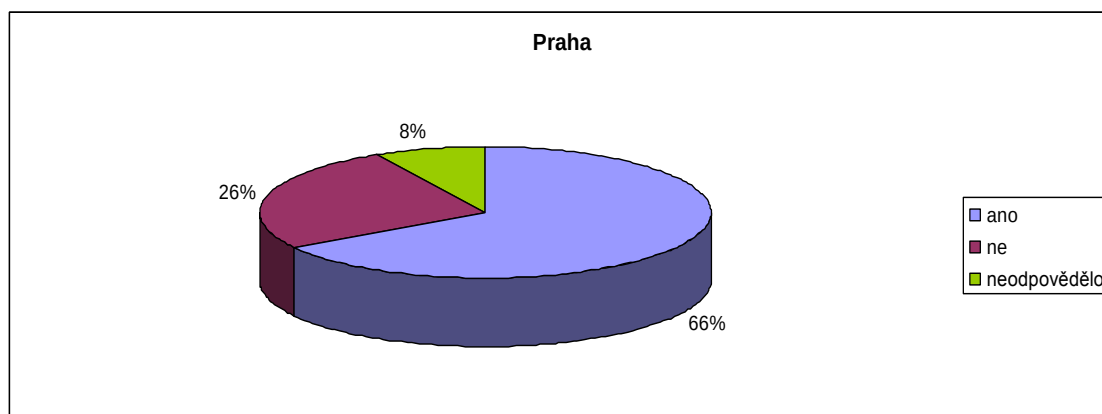
Tab. 9 Kdo Vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměl/a kouřit?

	ano	ne	neodpovědělo
Brno	31 (62%)	19 (38%)	0 (0%)
Praha	33 (66%)	13 (26%)	4 (8%)
Celkem	64 (64%)	32 (32%)	4 (4%)

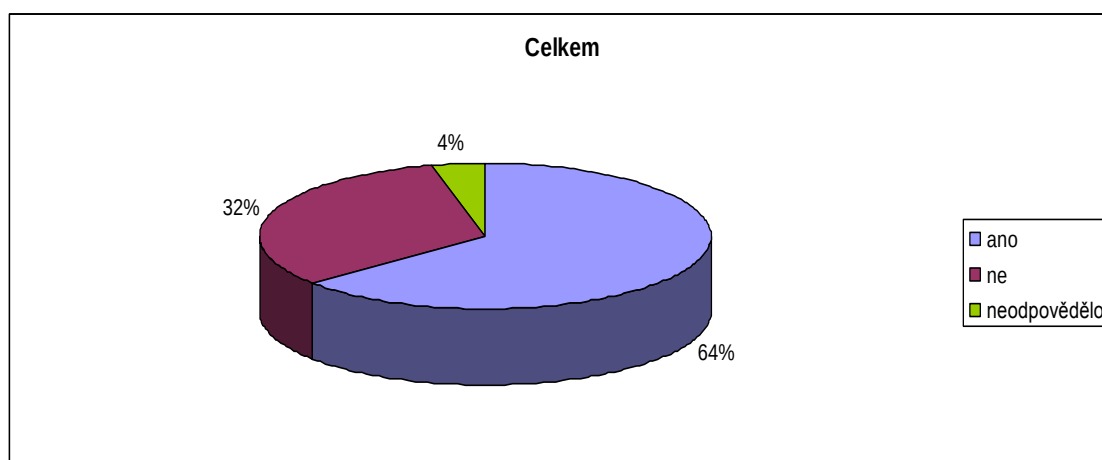
GRAF č.18 Kdo Vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměl/a kouřit – Brno?



GRAF č.19 Kdo Vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměl/a kouřit – Praha?



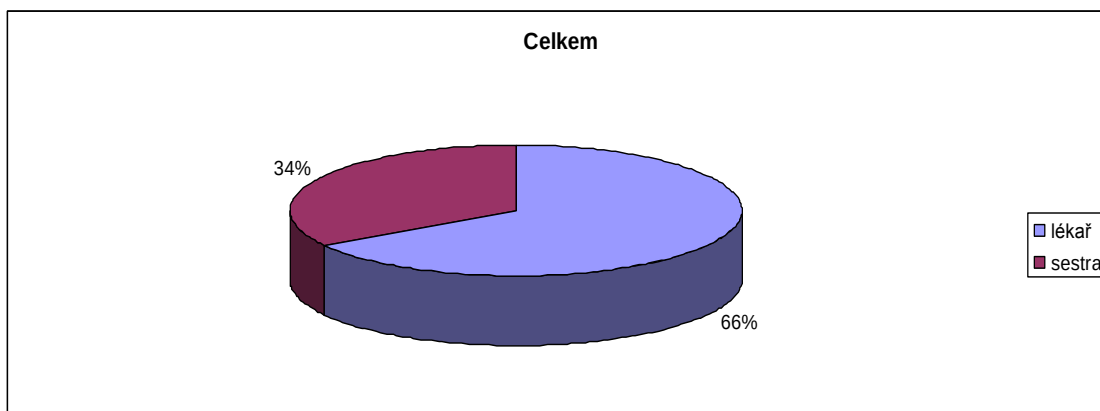
GRAF č.20 Kdo Vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměl/a kouřit – celkem?



Tab. 10 Informoval/a mě:

	lékař	sestra
Brno	16	14
Praha	23	6
Celkem	39 (66%)	20 (34%)

GRAF č.21 Informoval/a mě: - celkem?



KOMENTÁŘ:

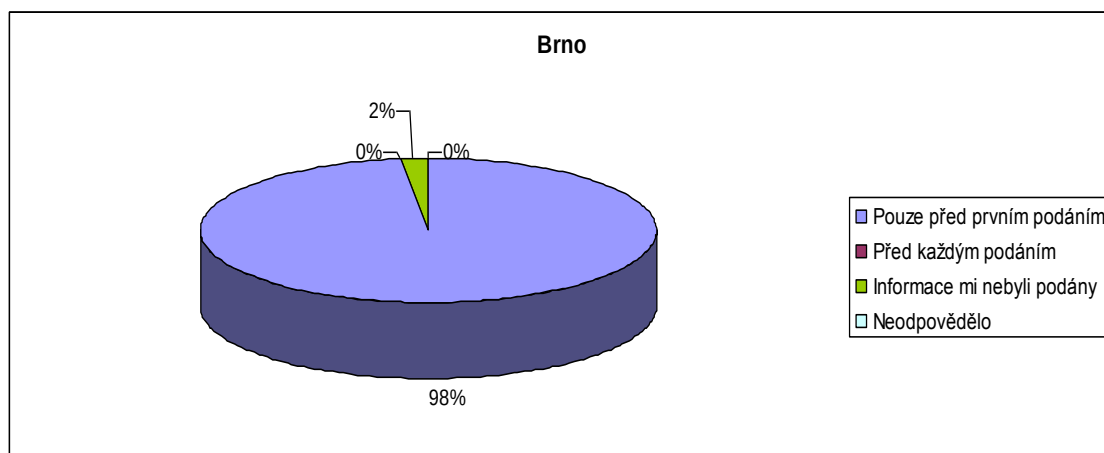
O tom, že by pacienti v průběhu léčby neměli kouřit bylo v Brně informováno 31 respondentů (62%), 16 respondentů odpovědělo, že bylo informováno lékařem a 14 respondentů bylo informováno sestrou. V Praze bylo informováno 33 respondentů (66%) a 13 respondentů (26%) informováno nebylo, 4 respondenti (8%) udali, že nebyli informováni vůbec. Odpověď informováno lékařem vyplnilo 23 respondentů, 6 respondentů odpovědělo, že bylo informováno sestrou. Z celkového počtu dotázaných bylo informováno 64 (64%), 39 (66%) bylo informováno lékařem a 20 (34%) respondentů sestrou. 32 respondentů (32%) ze všech dotázaných nebylo informováno, že by neměli kouřit v průběhu léčby 4 respondenti neodpověděli na tuto otázku vůbec.

6.9 Otázka č. 8 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby?

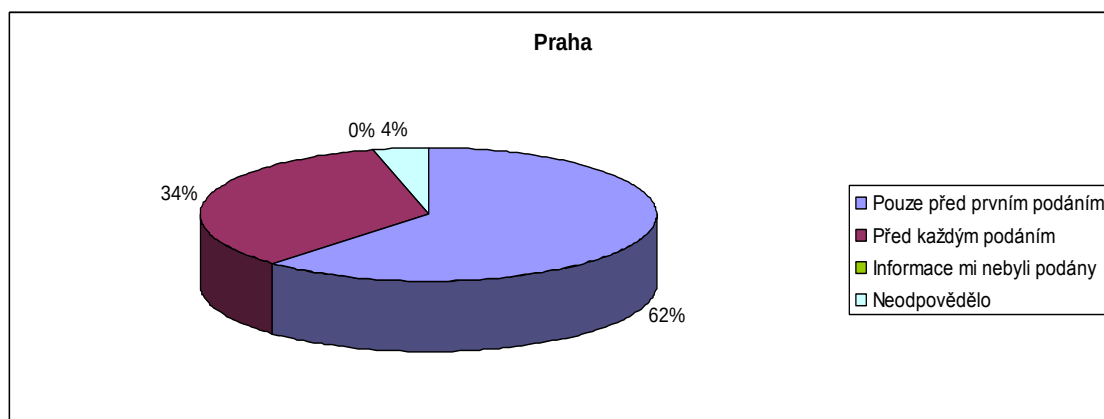
Tab. 11 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby?

	Pouze před prvním podáním	Před každým podáním	Informace mi nebyly podány	Neodpovědělo
Brno	49 (98%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)
Praha	31 (62%)	17 (34%)	0 (0%)	2 (4%)
Celkem	80 (80%)	17 (17%)	1 (1%)	2 (2%)

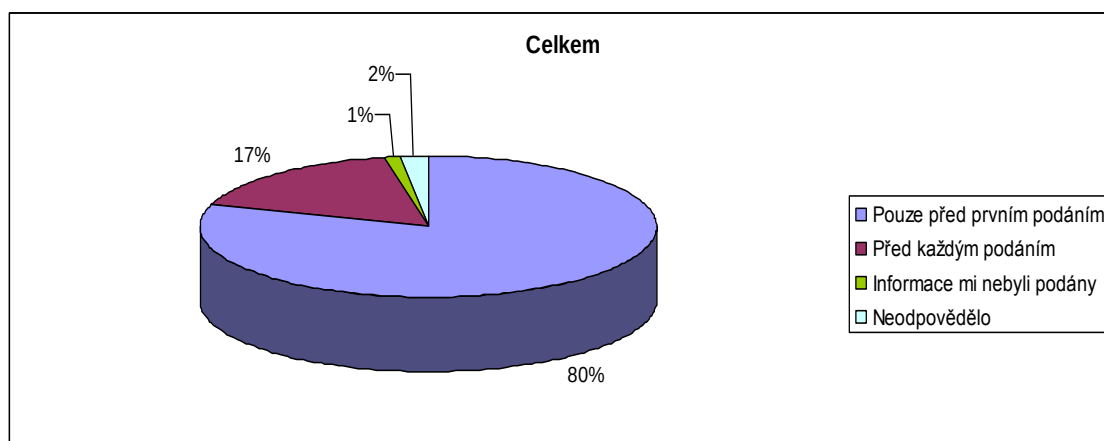
GRAF č.22 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby – Brno?



GRAF č.23 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby – Praha?



GRAF č.24 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby – celkem?



KOMENTÁŘ:

Nejvíce jsou pacienti informováni před prvním podáním biologické léčby. V Brně bylo informováno před prvním podáním 49 respondentů (98%), před každým podáním nebyl informován nikdo (0%), 1 respondent (2%) uvedl, že nebyl o podání informován vůbec, 0 respondentů (0%) neodpovědělo na tuto otázku vůbec.

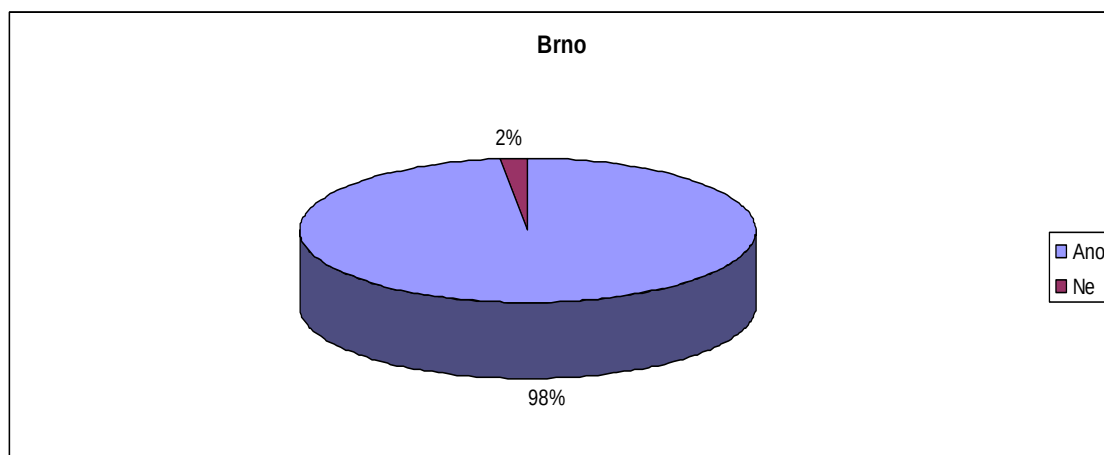
V Praze udalo 31 respondentů (62%) že, bylo informováno pouze před prvním podáním. 17 respondentů (34%) uvedlo, že bylo informováno před každým podáním. 0 respondentů (0%) nebyli informace podány vůbec a 2 respondenti (4%) neodpověděli na tuto otázku vůbec. Z celkového počtu je informováno pouze před prvním podáním 80 respondentů (80%), 17 respondentů (17%) bylo informováno před každým podáním, 1 respondentovi (1%) nebyly informace podány vůbec a 2 respondenti (2%) na tuto otázku neodpověděli.

6.10 Otázka č. 9 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby?

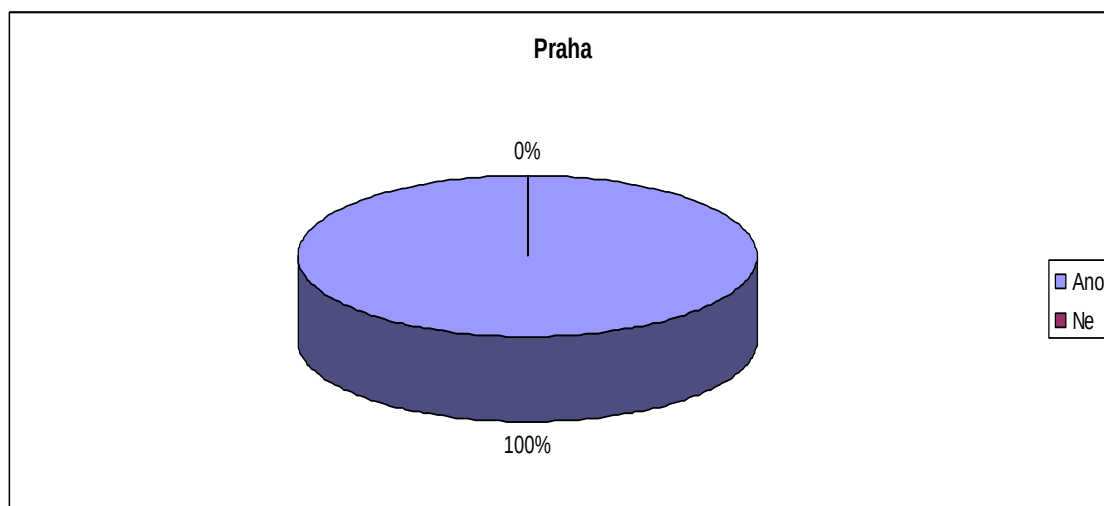
Tab. 12 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby?

	Ano	Ne
Brno	49 (98%)	1 (2%)
Praha	50 (100%)	0 (0%)
Celkem	99 (99%)	1 (1%)

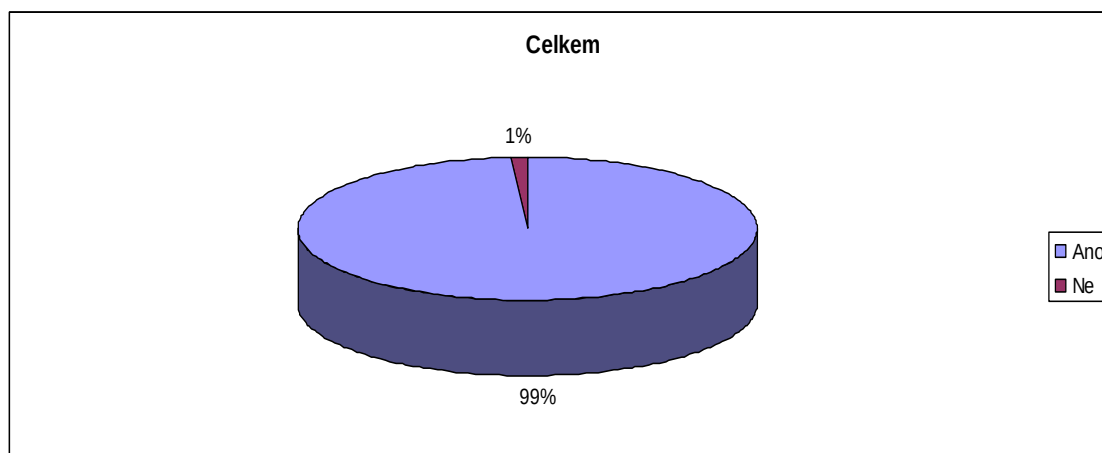
GRAF č. 25 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby – Brno?



GRAF č. 26 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby – Praha?



GRAF č. 27 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby – celkem?



KOMENTÁŘ:

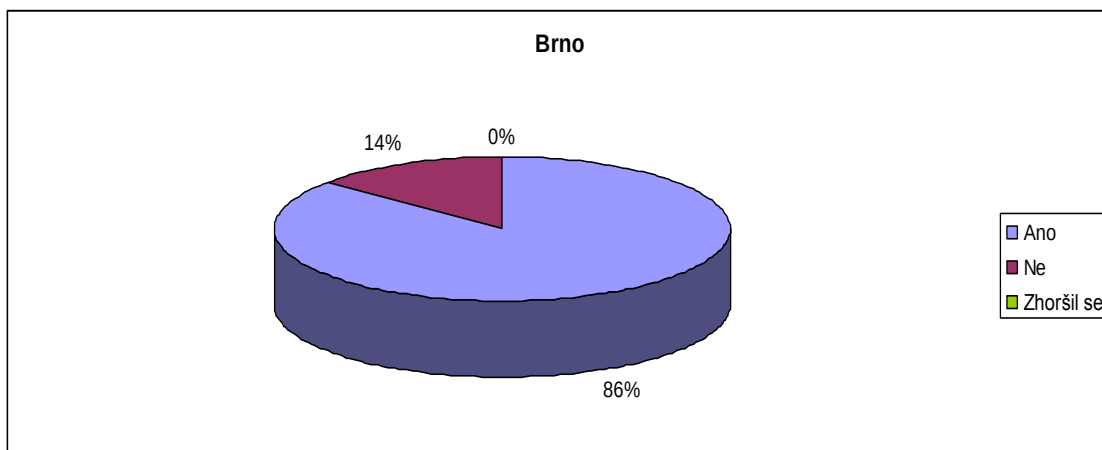
S poskytováním informací sestrou je v Brně spokojeno 49 respondentů (98%), 1 respondent (2%) s podáním informací spokojený nebyl. V Praze je s podáváním informací sestrou spokojeno všech 50 respondentů (100%), nespokojený nebyl nikdo. Z celkového počtu dotázaných je spokojeno s podáváním informací o průběhu biologické léčby 99 (99%) respondentů a 1 respondent (1%) uvedl, že nebyl spokojený s podáním informací spokojený.

6.11 Otázka č. 10: Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav?

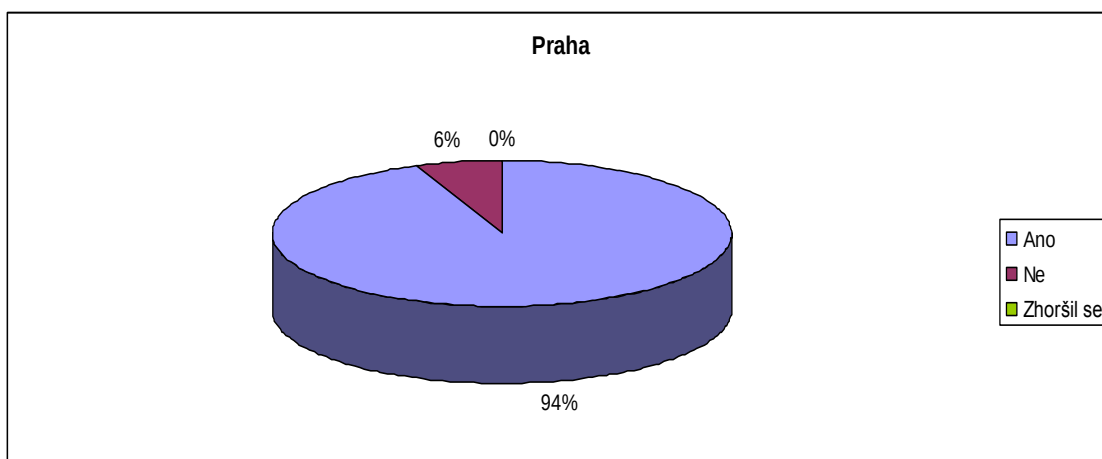
Tab. 13 Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav?

	Ano	Ne	Zhoršil se
Brno	43 (86%)	7 (14%)	0 (0%)
Praha	47 (94%)	3 (6%)	0 (0%)
Celkem	90 (90%)	10 (10%)	0 (0%)

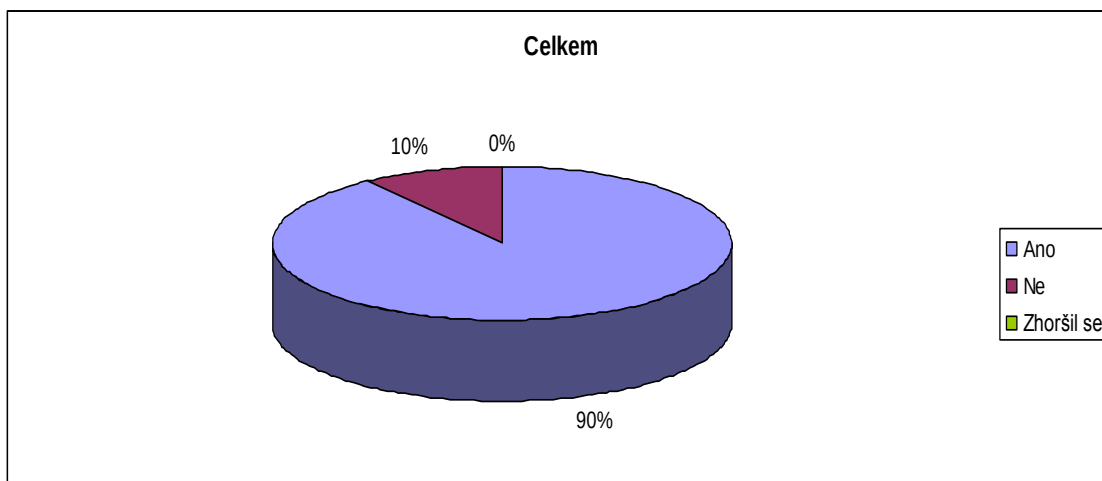
GRAF č. 28 Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav – Brno?



GRAF č. 29 Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav – Praha?



GRAF č. 30 Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav – celkem?



KOMENTÁŘ:

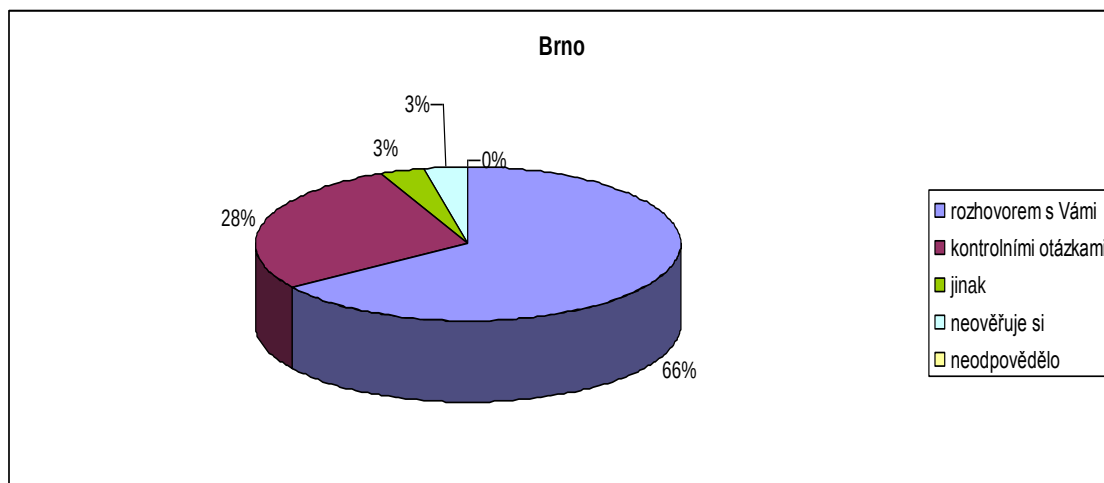
Z grafů vyplývá, že biologická léčba ovlivňuje zdravotní stav. V Brně uvedlo 43 respondentů (86%), že biologická léčba ovlivnila jejich zdravotní stav, 7 respondentů (14%) neudává změnu ve zdravotním stavu a nikdo neodpověděl, že by biologická léčba zhoršila zdravotní stav jak V Brně tak v Praze. V Praze udává zlepšení zdravotního stavu 47 respondentů (94%), 3 respondenti (6%) nevnímají změnu ve zdravotním stavu. Z celkového počtu dotázaných se zdravotní stav zlepšil v (90%) a 10 respondentů (10%) nemá změnu ve zdravotním stavu.

6.12 Otázka č. 11: Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla?

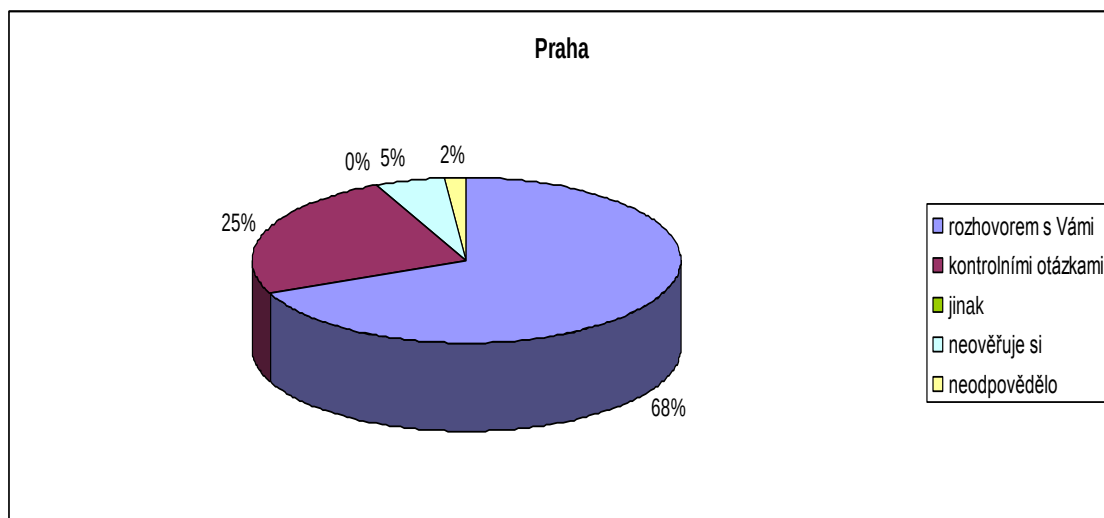
Tab. 14 Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla?

	rozhovorem s Vámi	kontrolními otázkami	jinak	neověřuje si	neodpovědělo
Brno	40 (66%)	17 (28%)	2 (3%)	2 (3%)	0 (0%)
Praha	39 (68%)	14 (25%)	0 (0%)	3 (5%)	1 (2%)
Celkem	79 (67%)	31 (26%)	2 (2%)	5 (4%)	1 (1%)

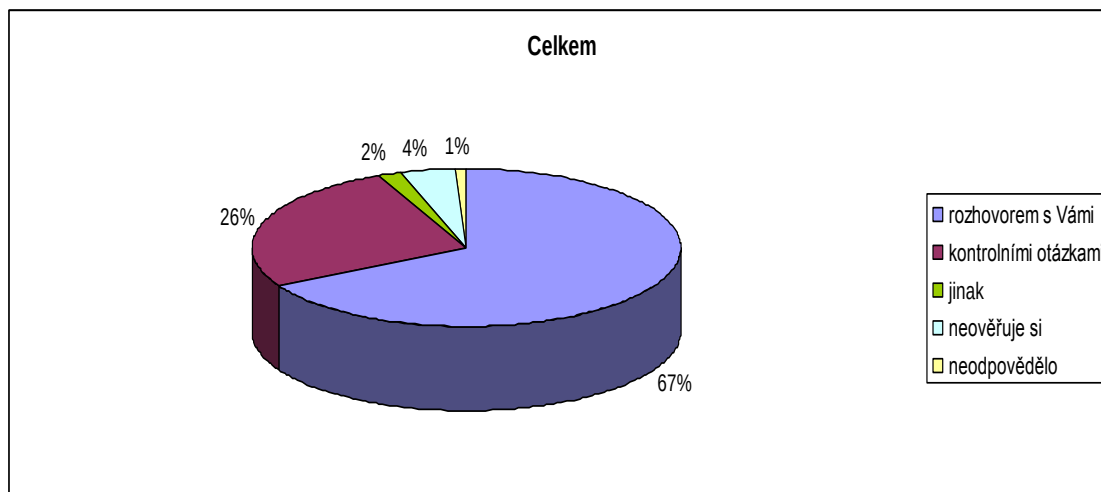
GRAF č. 31 Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla – Brno?



GRAF č. 32 Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla – Praha?



GRAF č. 33 Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla – celkem?



KOMENTÁŘ:

Nejčastěji si sestra ověřuje, že jste podaným informacím porozuměla rozhovorem s pacientem – v Brně 40 respondentů (66%), kontrolními otázkami 17 respondentů (28%), odpověď jinak uvedly 2 respondenti (3%), 2 respondenti udali, že si sestra nijak neověřuje podané informace, 0 respondentů (0%) na tuto otázku neodpovědělo. V Praze si kontrolními otázkami sestra ověřuje informace u 14 dotázaných (25%), na odpověď jinak neodpověděl nikdo, 3 respondenti (5%) udali, že si sestra informace neověřuje a 1 respondent (2%) neodpověděl na tuto otázku.

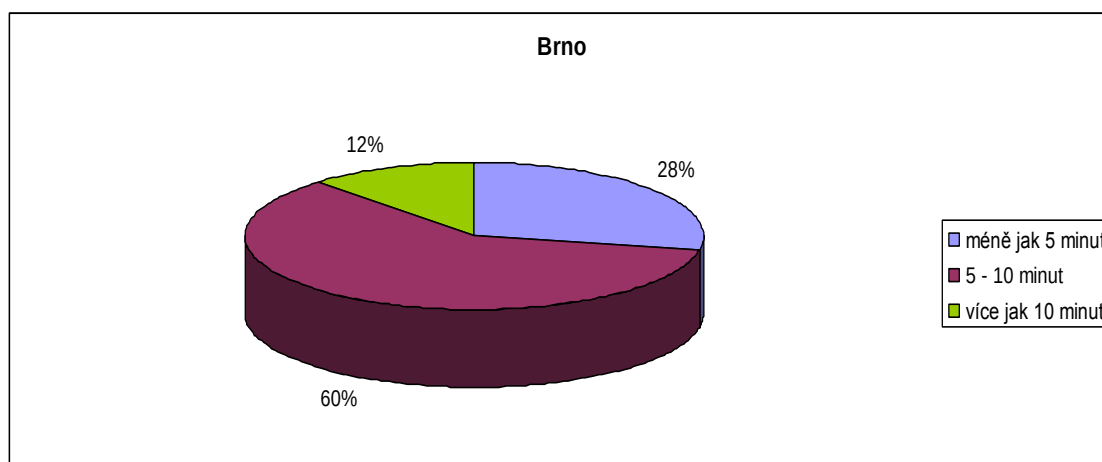
Z celkového počtu zaškrtnlo odpověď 79 respondentů (67%), kontrolními otázkami 31 (26%), odpověď jinak uvedly 2 respondenti (2%), neověřuje si uvedlo 5 respondentů (4%) a neodpověděl 1 respondent (1%).

6.13 Otázka č. 12: V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě?

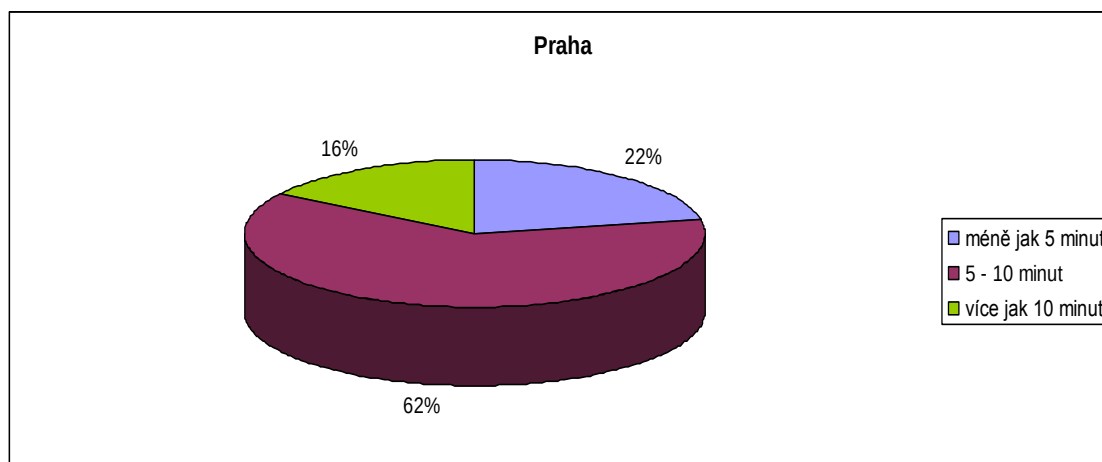
Tab. 15 V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě?

	méně jak 5 minut	5 - 10 minut	více jak 10 minut
Brno	14 (28%)	30 (60%)	6 (12%)
Praha	11 (22%)	31 (62%)	8 (16%)
Celkem	25 (25%)	61 (61%)	14 (14%)

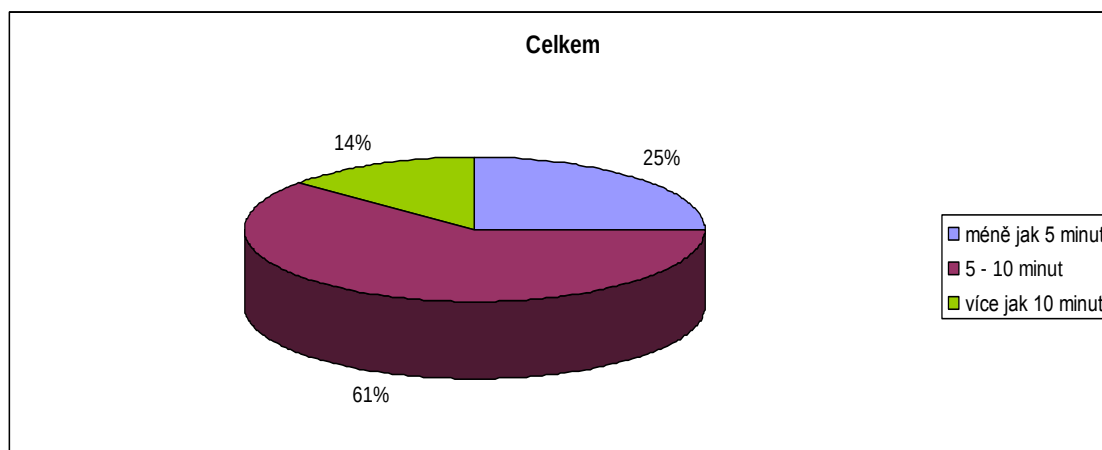
GRAF č. 34 V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě – Brno?



GRAF č. 35 V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě – Praha?



GRAF č. 36 V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě – Praha?



KOMENTÁŘ:

Co se týká časové dotace podávání informací v Brně nejvíce respondentů udalo, že podávání informací probíhá v rozmezí 5-10 minut, udalo to 30 respondentů (60%), 14 respondentů (28%) uvedlo, že podávání informací probíhá méně než 5 minut, více jak 10 minut uvedlo 6 respondentů (12%).

V Praze uvedlo odpověď 5-10 minut také nejvíce respondentů, 31 (62%), odpověď méně jak 5 minut uvedlo 11 respondentů (22%), 8 respondentů (16%) uvedlo, že

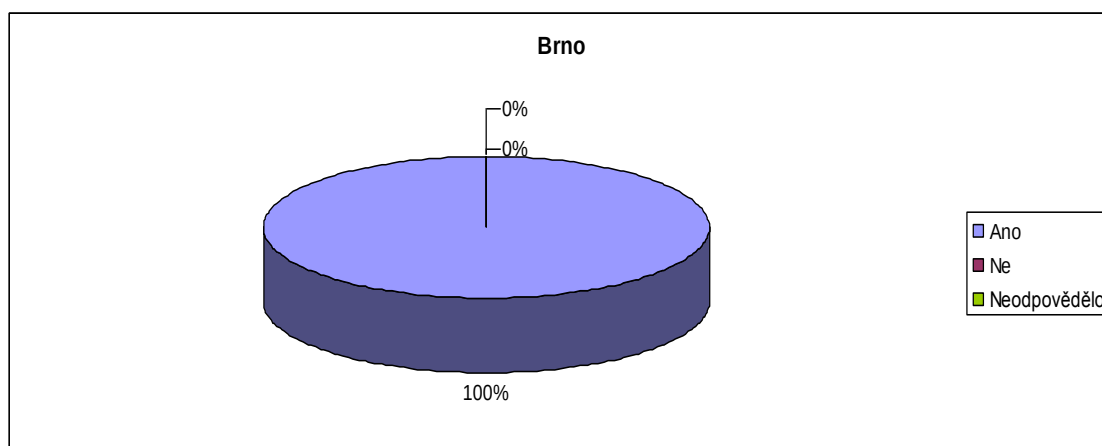
informace jsou sdělovány více jak 10 minut. Z celkového počtu dotázaných uvedlo odpověď 5 – 10 minut 61 respondentů (61%). Méně jak 5 minut udalo z celkového počtu dotázaných 25 respondentů a více jak 10 minut 14 respondentů (14%).

6.13 Otázka č. 13: Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět?

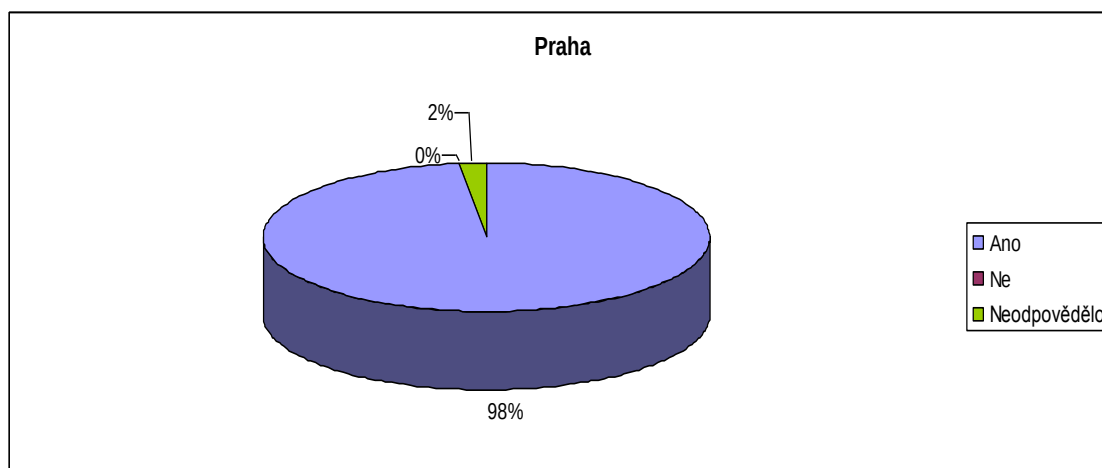
Tab. 16 Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět?

	Ano	Ne	Neodpovědělo
Brno	50 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Praha	49 (98%)	0 (0%)	1 (2%)
Celkem	99 (99%)	0 (0%)	1 (1%)

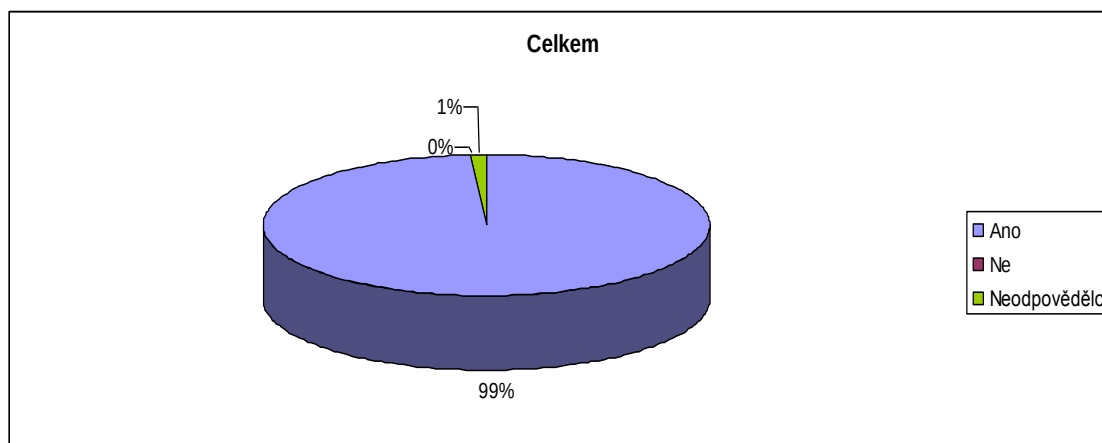
GRAF č. 37 Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět – Brno?



GRAF č. 38 Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět – Praha?



GRAF č. 39 Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět – celkem?



KOMENTÁŘ:

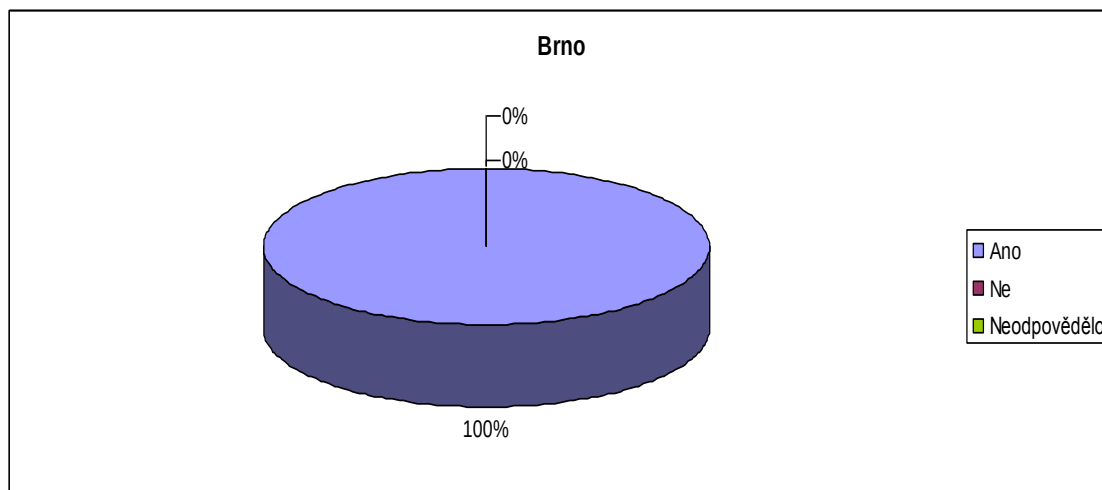
Na otázku zda je sestra schopná Vám zodpovědět otázky pokud něčemu nerozumíte odpovědělo z celkového počtu dotázaných 99 respondentů (99%) a 1 respondent odpověděl, že sestra není schopna na dotazy zodpovědět V Brně to bylo 50 respondentů (100%), V Praze odpovědělo ANO 49 respondentů (98%), odpověď ne 1 respondent (2%).

6.14 Otázka č. 14: Jsou pro Vás informace poskytnuté sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné?

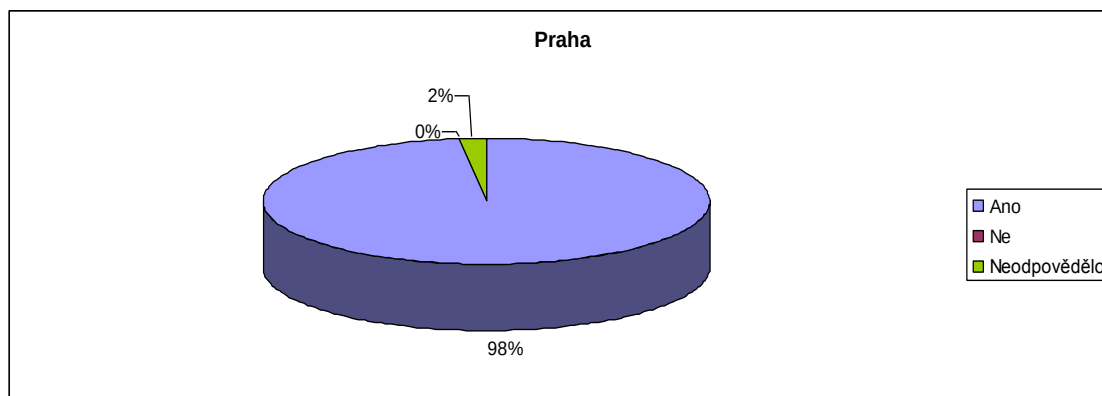
Tab. 17 Jsou pro Vás informace poskytnuté sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné?

	Ano	Ne	Neodpovědělo
Brno	50 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Praha	49 (98%)	0 (0%)	1 (2%)
Celkem	99 (99%)	0 (0%)	1 (1%)

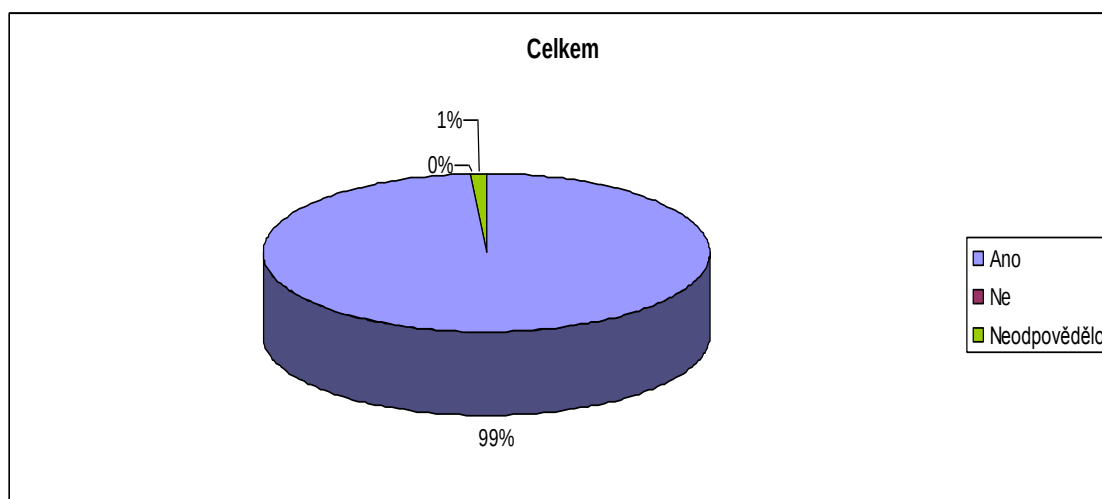
GRAF č. 40 Jsou informace poskytnuté sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné – Brno?



GRAF č. 41 Jsou informace poskytnuté sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné – Praha?



GRAF č. 42 Jsou informace poskytnuté sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné – celkem?



KOMENTÁŘ:

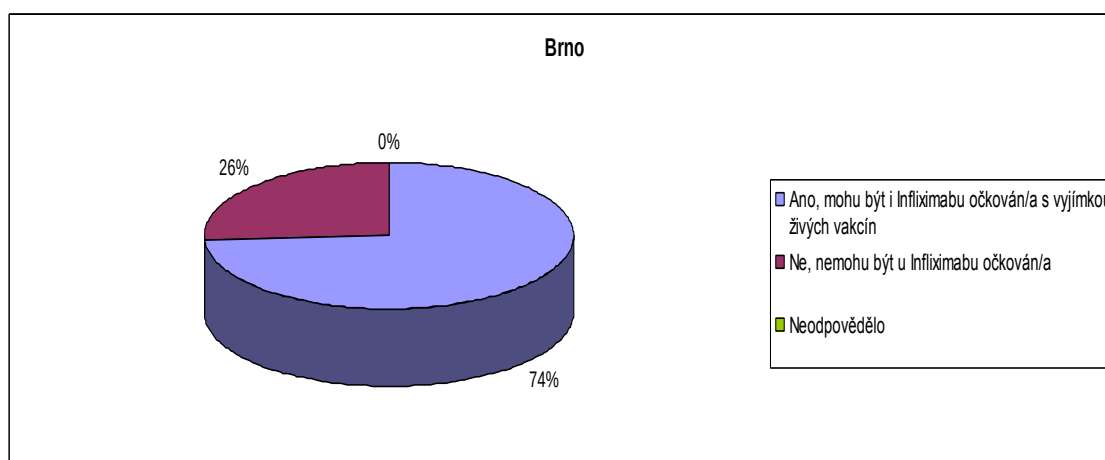
Na otázku č.14 zda jsou informace podávané sestrou před podáním léčby srozumitelné odpovědělo v Brně 50 respondentů (100%) ANO. V Praze odpověď ANO vyplnilo 49 respondentů (98%), 1 respondent (2%) vůbec na otázku neodpověděl. Z celkového počtu dotázaných odpovědělo ANO 99 respondentů (99%) a 1 respondent (1%) na otázku neodpověděl.

6.15 Otázka č. 15: Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat?

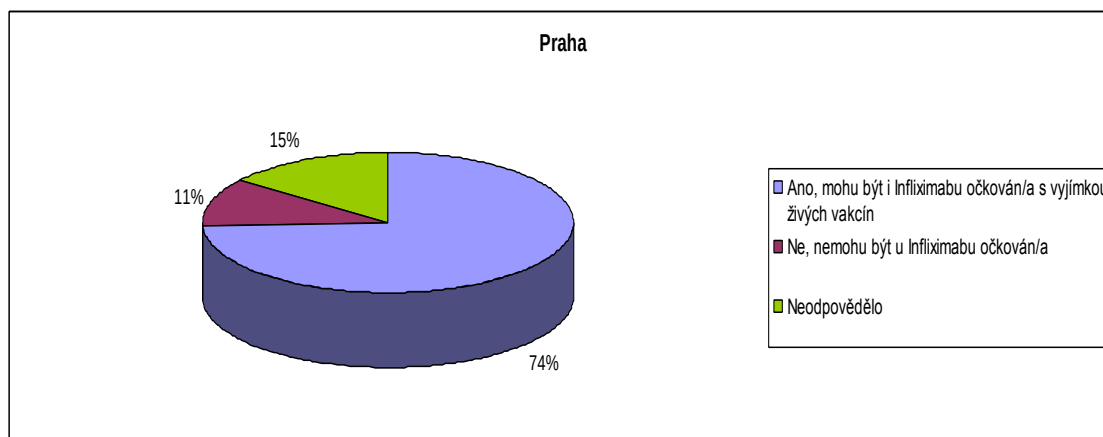
Tab. 18 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat – Infliximab?

	Ano, mohu být i Infliximabu očkován/a s výjimkou živých vakcín	Ne, nemohu být u Infliximabu očkován/a	Neodpovědělo
Brno	20 (74%)	7 (26%)	0 (0%)
Praha	20 (74%)	3 (11%)	4 (15%)
Celkem	40 (74%)	10 (19%)	4 (7%)

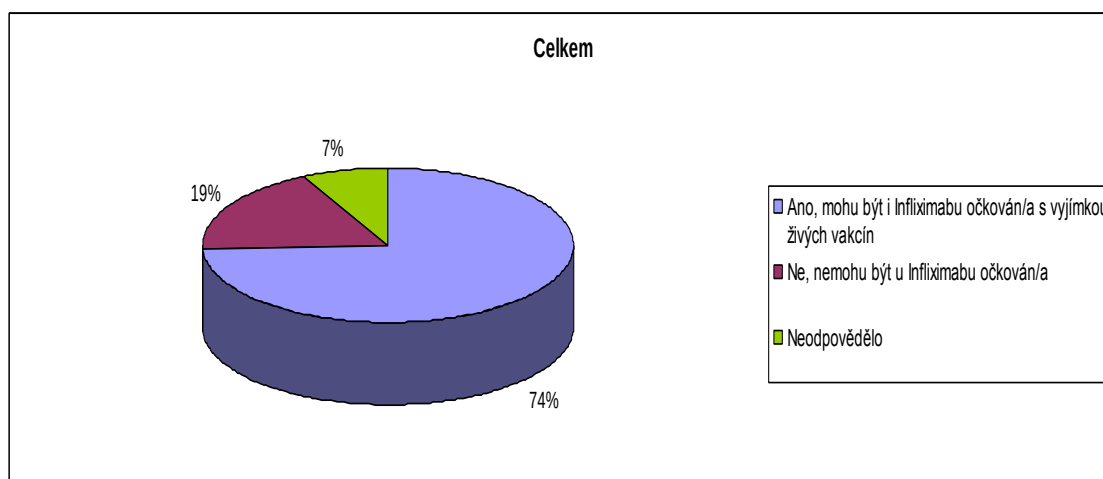
GRAF č. 43 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat (Infliximab) – Brno?



**GRAF č. 44 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat
(Infliximab) – Praha?**



**GRAF č. 45 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat
(Infliximab) – celkem?**



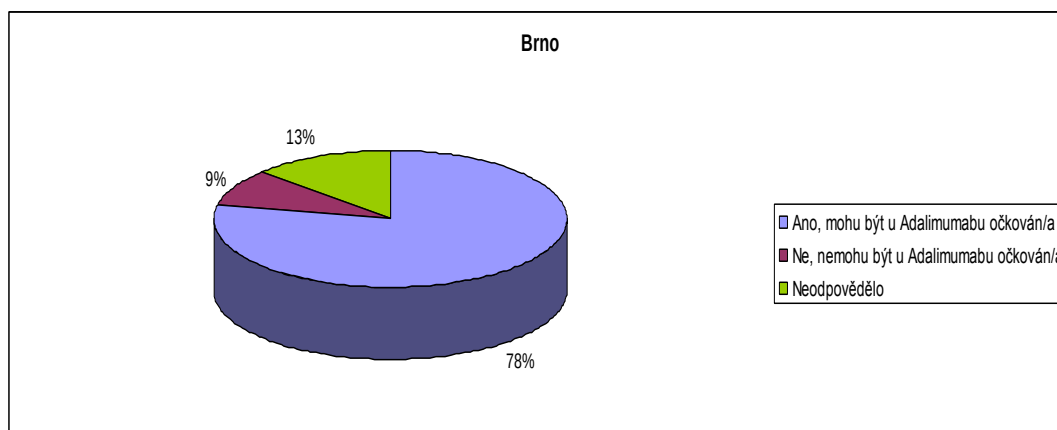
KOMENTÁŘ:

Z grafů vyplývá, že z celkového počtu dotázaných 40 respondentů (74%) ví, že mohou být u Infliximabu očkováni s výjimkou živých vakcín, 10 respondentů (19%) uvedlo, že nemohou být u Infliximabu očkováni a 4 respondenti (7%) na tuto otázku neodpověděli. V Brně i v Praze odpověď ANO uvedlo shodně 20 respondentů (74%), v Brně odpověď NE uvedlo 7 respondentů (26%). V Praze odpověď NE vyplnily 3 respondenti (11%) a 4 respondenti (15%) na otázku vůbec neodpověděli.

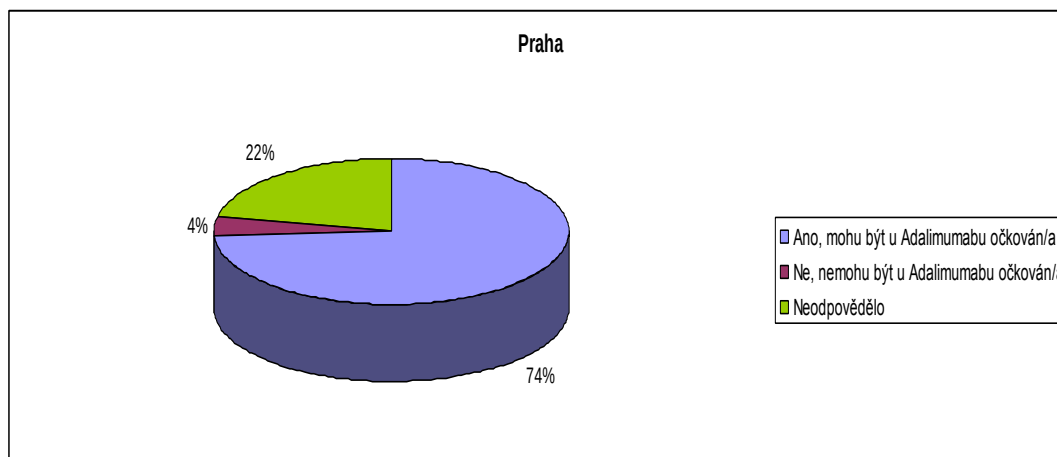
Tab. 19 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat – Adalimumab?

	Ano, mohu být u Adalimumabu očkován/a	Ne, nemohu být u Adalimumabu očkován/a	Neodpovědělo
Brno	18 (78%)	2 (9%)	3 (13%)
Praha	17 (74%)	1 (4%)	5 (22%)
Celkem	35 (76%)	3 (7%)	8 (17%)

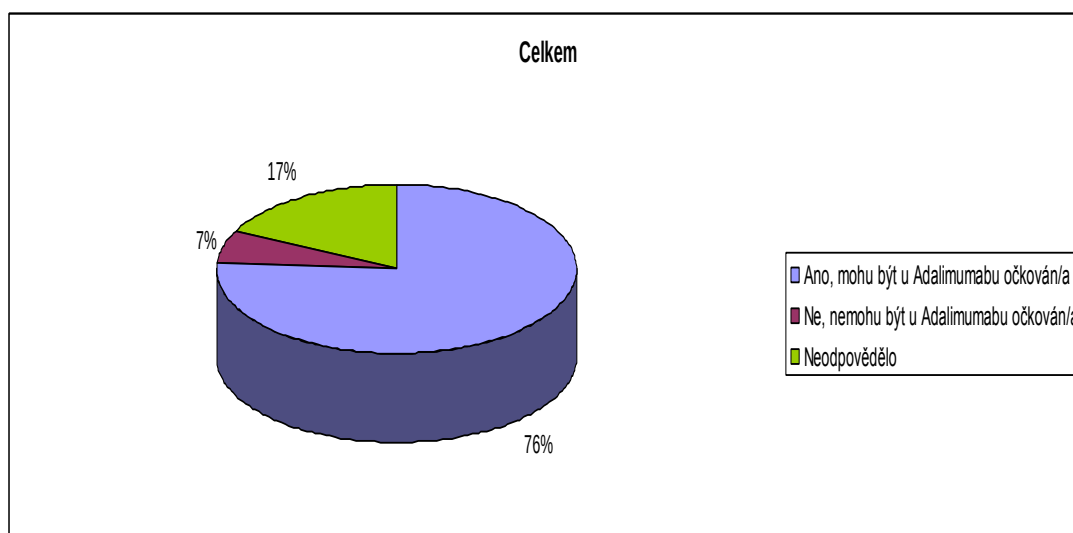
GRAF č. 46 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat (Adalimumab) – Brno?



GRAF č. 47 Víte zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat (Adalimumab) – Praha?



**GRAF č. 48 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat
(Adalimumab) – celkem?**



KOMENTÁŘ:

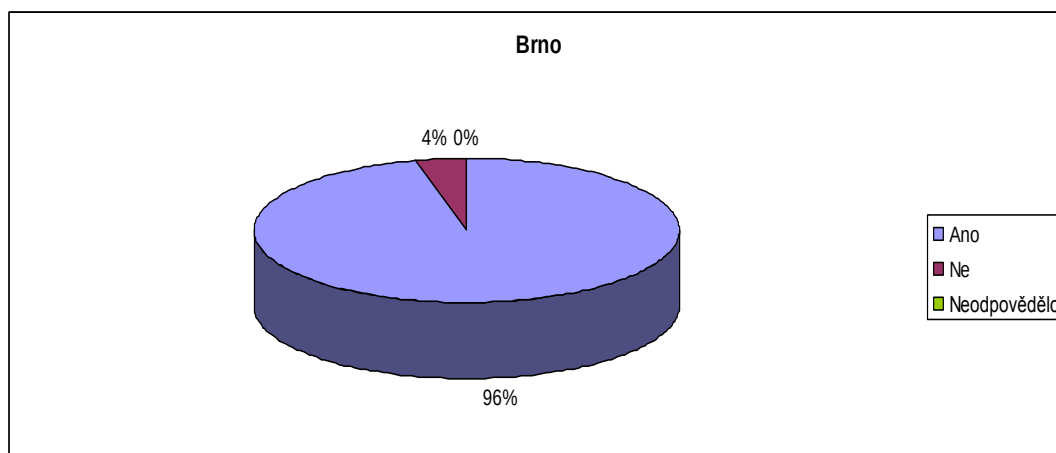
Z celkového počtu dotázaných 35 respondentů (76%) ví, že mohou být u Adalimumabu očkováni, 3 respondentů (7%) uvedlo, že nemohou být u Adalimumabu očkováni a 8 respondentů (17%) na tuto otázku neodpovědělo. V Brně odpovědělo ANO 18 (78%)v respondentů, odpověď NE 2 (9%) respondentů a 3 respondenti (13%) na otázku neodpověděli. Praze odpověď ANO uvedlo 17 respondentů (74%), 1 respondent (4%) odpověděl NE a 5 respondentů (22%) na tuto otázku neodpovědělo.

6.16 Otázka č. 16: Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích?

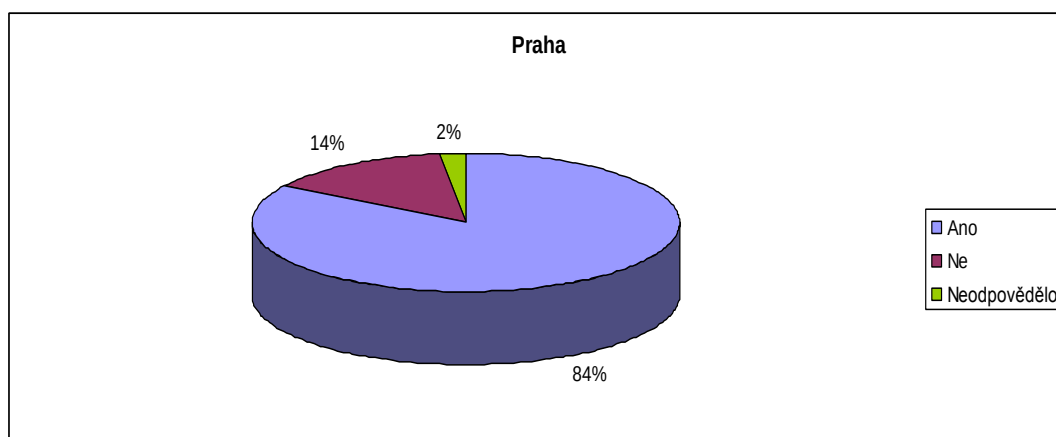
Tab. 20 Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích?

	Ano	Ne	Neodpovědělo
Brno	48 (96%)	2 (4%)	0 (0%)
Praha	42 (84%)	7 (14%)	1 (2%)
Celkem	90 (90%)	9 (9%)	1 (1%)

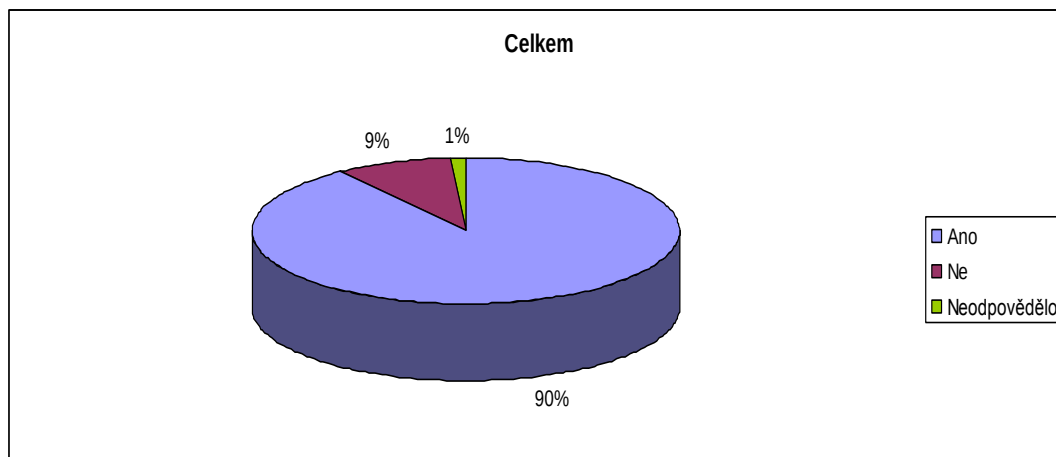
GRAF č. 49 Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích – Brno?



GRAF č. 50 Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích – Praha?



GRAF č. 51 Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích – celkem?



KOMENTÁŘ:

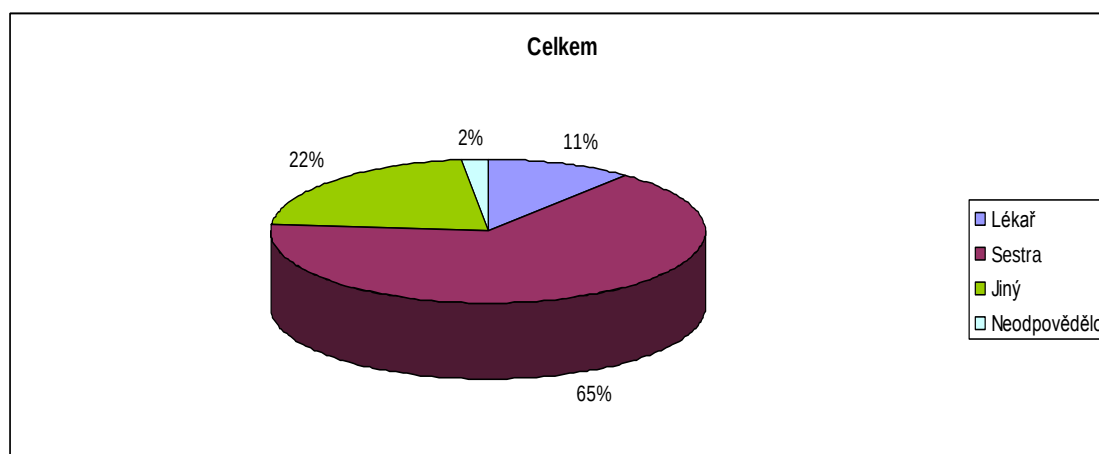
V Brně je o případných alergických reakcích je informováno z 50 dotázaných 48 respondentů (96%). 2 respondenti (4%) uvedli, že nebyli o případných alergických reakcích informováni. V Praze bylo informováno z 50 dotázaných 42 (84%) respondentů, 7 (14%) respondentů nebylo informováno a 1 (2%) respondent na otázku neodpověděl. Z celkového počtu 100 dotázaných odpovědělo ANO 90 respondentů (90%), 9 respondentů (9%) zaškrtnulo odpověď NE a 1 respondent (1%) na otázku neodpověděl.

6.18 Otázka č. 17: Víte, že byste po podání Infliximabu měla být 1-2 hodiny sledována pro případné reakce spojené s infuzí?

Tab. 21 Víte, že byste po podání Infliximabu měla být 1-2 hod. sledována pro případné reakce spojené s infuzí?

	Lékař	Sestra	Jiný	Neodpovědělo
Brno	2	20	5	0
Praha	4	16	7	1
Celkem	6 (11%)	36 (65%)	12 (22%)	1 (2%)

GRAF č. 52 Víte, že byste po podání Infliximabu měla být 1-2 hod. sledována pro případné reakce spojené s infuzí – celkem?



KOMENTÁŘ:

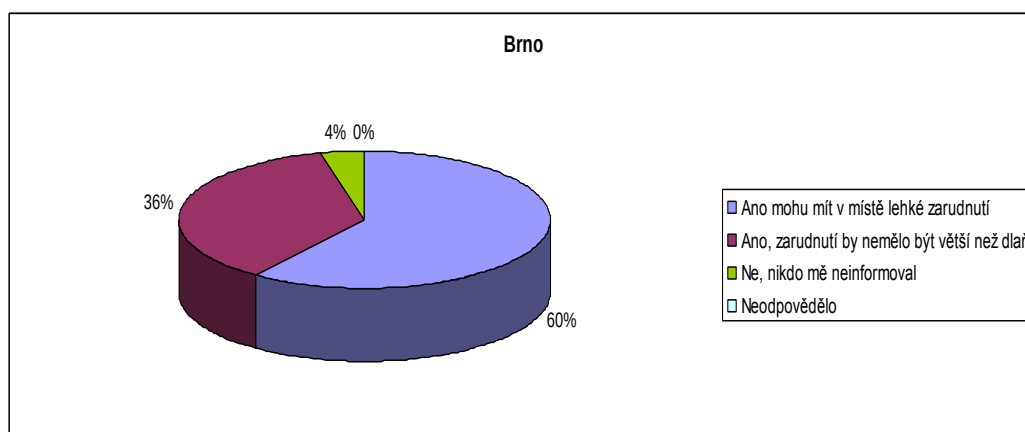
U otázky č. 17 byli pacienti v Brně i v Praze informováni o tom, že by měli být 1-2 hodiny po podání sledováni nejvíce sestrou. V Brně odpověď sestra vyplnilo 20 respondentů a v Praze 16 respondentů, celkem odpověď sestra uvedlo 36 (65%) respondentů. Odpověď lékař uvedli v Brně 2 respondenti, v Praze 4 respondenti a celkem 6 (11%) respondentů. Že pacienty informoval někdo jiný než sestra a lékař uvedlo celkem 12 (22%) respondentů, v Brně 5 respondentů a v Praze 7 respondentů. Na otázku neodpověděl ze 100 dotázaných 1 (2%) respondent.

6.19 Otázka č. 18: byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu?

Tab. 22 Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu?

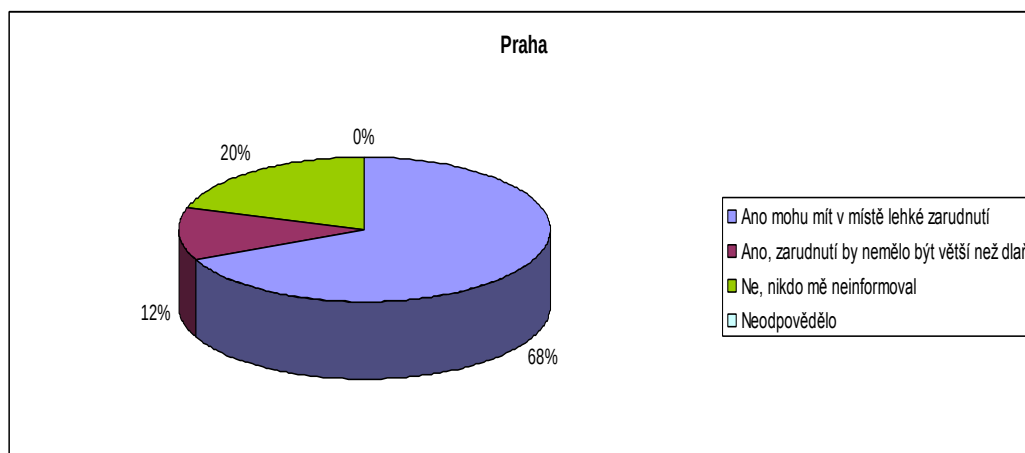
	Ano mohu mít v místě lehké zarudnutí	Ano, zarudnutí by nemělo být větší než dlaň	Ne, nikdo mě neinformoval	Neodpovědělo
Brno	15 (60%)	9 (36%)	1 (4%)	0 (0%)
Praha	17 (68%)	3 (12%)	5 (20%)	0 (0%)
Celkem	32 (64%)	12 (24%)	6 (12%)	0 (0%)

GRAF č. 53 Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu – Brno?



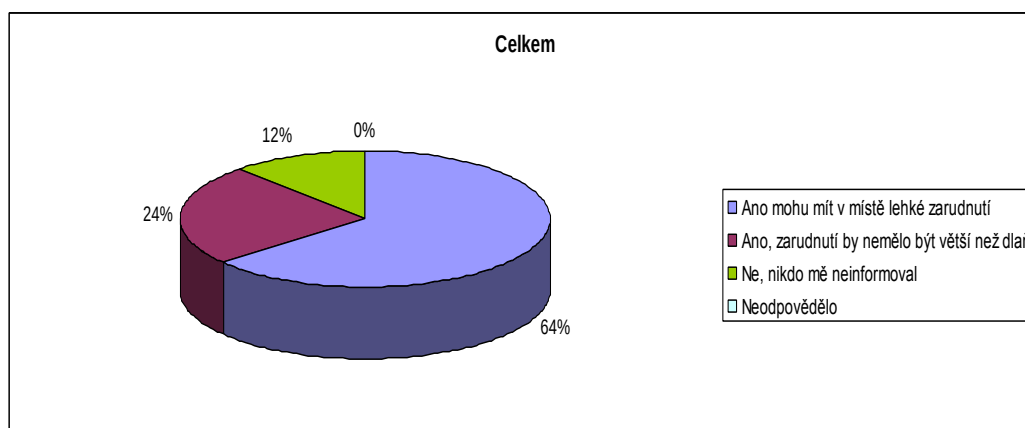
GRAF č. 54 Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci

Adalimumabu – Praha?



GRAF č. 55 Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci

Adalimumabu – celkem?



KOMENTÁŘ:

O možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu vědělo dobře z celkového počtu 100 dotázaných 12 (24%) respondentů-zarudnutí by nemělo být větší než dlaň. Odpověď ANO-mohu mít v místě lehké zarudnutí vyplnilo z celkového počtu 32 (64%) respondentů. 6 respondentů (12%) nikdo neinformoval. V Brně odpovědělo na lehké zarudnutí 15 (60%) respondentů, v Praze 9 (36%) respondentů. Odpověď zarudnutí, by mělo být menší než dlaň v Brně odpovědělo 9 (36%) respondentů, v Praze 3 (12%) respondentů. Nikdo neinformoval uvedlo v Brně 1 (4%) respondent a v Praze 5 (20%) respondentů.

DISKUZE

Na každé pracoviště bylo distribuováno 50 dotazníků. Návratnost dotazníků byla stoprocentní. Pro výzkum jsme tedy získali vzorek 100 respondentů. Dotazník obsahoval základní údaje (věk, pohlaví) a 18 otázek, které se týkaly informovanosti pacientů o biologické léčbě, zda pacienti vědí, jaká jsou možná rizika po podání biologické léčby, jestli jsou pacienti dostatečně informováni o nežádoucích účincích léčby, zda se mohou nechat při léčbě očkovat, jak jsou pacienti spokojeni s vlastní edukací sester a jestli je edukace sester dostatečná a v neposlední řadě, zda je edukace pacientů sestrami srovnatelná v obou zkoumaných městech.

Vyhodnocení testu ukázalo, že v otázkách o biologické léčbě vědělo více informací respondentů dotázaných ve FN Brno. Co se týká pojmu biologická léčba ve FN Brno, vědělo 43 respondentů z celkově 50-ti dotázaných, co je biologická léčba a pouze 7 respondentů mělo špatnou odpověď. V klinickém centru v Praze na tuto otázku odpovědělo správně 25 respondentů a 23 respondentů nevědělo, co je jim podáváno.

Otázka č.4 (Jak rozumíte pojmu biologická léčba) vyvrátila hypotézu č. 3 (předpokládám, že alespoň $\frac{3}{4}$ dotázaných bude znát pojem biologická léčba a s ní spojené další informace), protože pojem biologická neznají ani $\frac{3}{4}$ pacientů z celkově dotázaných.

U poskytování informací o podávání biologické léčby je nejvíce pacientů informováno od ošetřujícího lékaře v obou městech, a to z celkového počtu dotázaných 93 respondentů. Pouze 51 respondentů z celkového počtu udalo, že je informováno od všeobecných sester . 32 respondenti se sami informují z jiných zdrojů. Otázka č. 3 (Kdo Vám poskytl informace o podávání biologické léčby) vyvrátila Hypotézu č. 2 (Předpokládám, že alespoň polovina pacientů si zjišťuje informace podávání biologické léčby sami z jiných zdrojů).

Nežádoucí účinky zná z celkového počtu dotázaných 73 respondentů. Lépe jsou informováni o nežádoucích účincích ve FN Brno kde na tuto odpověď odpovědělo správně 44 respondentů, v klinickém centru Iscare pouze 23 respondentů.

I přesto, že 73 respondentů z celkového počtu dotázaných byla informována o tom, že by v průběhu léčby nemělo kouřit, kouří 20 respondentů z celkového počtu. 32 respondentů v dotazníku uvedlo, že o tom, že by neměli kouřit, informováni nebyli.

Co se týká spokojenosti pacientů o edukaci sestrou, je spokojeno 99 respondentů. Informace o průběhu biologické léčby jsou podávány alespoň jedenkrát za dobu podání. U otázky č. 8 (Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby) byla Hypotéza č. 1 (Předpokládám, že pacienti na klinických pracovištích jsou edukováni alespoň jedenkrát za dobu podávání biologické léčby) byla potvrzena.

Informace, které sestra poskytuje, si ověřuje nejvíce rozhovorem, uvedlo to 79 respondentů ze 100 dotázaných, na druhém místě respondenti uvedli kontrolní otázky.

Na otázku časové dotace podávání informací odpovědělo 61 respondentů, že sestry se věnují edukaci nejvíce mezi 5 – 10 minutami. 14 respondentů překvapivě uvedlo, že více jak 10 minut a 25 respondentů uvádí méně než 5 minut.

99 respondentů ze 100 dotázaných uvedlo, že informuje poskytnuté sestrou jsou pro ně srozumitelné, a pokud některým informacím nerozumí, je sestra schopná jim na otázku odpovědět.

Z otázky č. 15, která se týká očkování, vyplývá, že respondenti v Brně i v Praze vědí, že mohou být při biologické léčbě očkováni, s výjimkou živých vakcín. V Brně odpovědělo správně 40 respondentů z dotázaných a v Praze 35 respondentů z 50 dotázaných.

O případných alergických reakcích je informováno 90 respondentů ze 100 dotázaných. 9 respondentů uvedlo, že nebyli informováni vůbec.

Po podání Infliximabu by měli respondenti být 1 – 2 hodiny sledování pro případné reakce. Na tuto otázku odpovědělo 65% respondentů, že nejčastěji jsou informováni všeobecnou sestrou, 11% je informováno ošetřujícím lékařem a překvapivě 22% dotázaných je informováno někým jiným než ošetřujícím lékařem nebo sestrou.

Z výzkumu vyplývá, že ohledně informovanosti a edukovanosti pacientů se u otázek č. 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 15, 16, 17 Hypotéza č.4 (předpokládám, že informovanost a edukovanost pacientů v Brně i v Praze bude srovnatelná) potvrdila, protože pacienti jsou srovnatelně edukováni v obou městech.

Zda pacienti vědí o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu, správně odpovědělo pouze 24% respondentů, že zarudnutí by nemělo být větší než dlaň. Většina respondentů odpovídala, že v místě může být lehké zarudnutí.

HYPOTÉZA č. 1

Tato hypotéza byla potvrzena. Z výsledků jednoznačně vyplývá, že pacienti jsou edukováni nejčastěji před prvním podáním biologické léčby. V Brně tuto odpověď uvedlo 49 dotázaných z 50 respondentů. Je zajímavé, že v Praze tuto odpověď uvedlo 31 respondentů a 17 respondentů uvedlo, že jsou informováni před každým podáním.

HYPOTÉZA č. 2

Tato hypotéza nebyla potvrzena. 32 respondentů sice uvedlo, že si sami zjišťují informace z jiných zdrojů, ale stále se většina pacientů – 93 respondentů ze 100 nechá informovat pouze lékařem nebo sestrou – 51 respondentů.

HYPOTÉZA č. 3

Tato hypotéza se nepotvrdila. I přesto, že v Brně na tuto otázku odpovědělo 44 respondentů (88%), v Praze odpovědělo správně pouze 25 respondentů (50%). Ze všech dotázaných odpovědělo správně 69 respondentů.

HYPOTÉZA č.4

Z vyplývajících odpovědí mají lepší znalosti o biologické léčbě ve FN Brno, ale co se týká informovanosti a edukovanosti, jsou odpovědi u otázek č. 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 15, 16, 17 srovnatelné.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá informovaností a edukovaností pacientů při podávání biologické léčby u nespecifických střevních zánětů. Důraz je kladen na způsob podávání informací pacientům, jejich dostatečnou srozumitelnost a schopnost jejich praktického použití. V práci byly podány základní informace o nespecifických střevních zánětech, a to o Crohnově nemoci a ulcerózní kolitidě. Byly zde popsány studie, které se zabývají vlivem biologické léčby na zlepšení průběhu obou nemocí a zkvalitnění života pacientů. Podávání biologické léčby má svá specifika, která jsou nastíněna v bakalářské práci. Je důležité, aby pacienti před vlastním podáním léčby byli dostatečně informováni o průběhu léčby, o jejich nežádoucích účincích, případných alergických reakcích a mnohém dalším. Proto zde edukace pacientů hraje výjimečnou roli. Stejně důležité je, aby personál, který biologickou léčbu podává, byl pro tyto účely speciálně vyškolen.

Pro výzkum byla oslovena dvě pracoviště, a to FN Brno - Bohunice a klinické centrum Iscare Praha. Z výzkumu vyplývá, že sestry, které edukaci provádějí, jsou na vysoké úrovni na obou pracovištích a edukovanost a informovanost je srovnatelná u většiny položených otázek. Pacienti udávají, že jsou spokojeni s jejich interpretací a sestry jsou schopné jim zodpovědět na všechny dotazy ohledně biologické léčby.

Pouze u některých otázek se informovanost lišila a některé hypotézy nebyly potvrzeny.

Jako návrh pro zvýšení edukovanosti pacientů v rámci podávání biologické léčby bych navrhovala upozornit pacienty, že si mohou informace o biologické léčbě vyhledat i sami, rozšířila bych na pracovištích kde se biologická léčba podává letáky a brožury, ne o biologické léčbě, ale přímo o jejím podávání. Na pracovištích jsou sice brožury dostupné, ale nikde jsem nenašla informace, které pacientům podává sestra před samotným podáním, informace, kdy by se pacienti měli přeobjednat a jiné. V rámci předmětu edukace jsem vytvořila brožuru o informacích, které by měla sestra pacientovi sdělit před podáním. Tato brožura byla vytvořena speciálně na denní stacionář ve FN Brno-Bohunice, a měla by pomoci pacientům lépe porozumět tomu co je čeká, a také si připravit případné dotazy na sestry.

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce:

Edukace pacientů při biologické léčbě u nespecifických střevních zánětů

Název práce v AJ:

Edukation of patients during biology therapy by inflammatory bowel diseases

Datum zadání: 2011-01-10

Datum odevzdání: 2011-04-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Cahová Jana

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Babáková

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se zaměřuje na edukaci pacientů při podávání biologické léčby. Teoretická část se zabývá charakteristikou nespecifických střevních zánětů (IBD) léčených biologickou léčbou a jak správně edukovat pacienty. Odpovídá na výzkumnou otázku: do jaké míry jsou pacienti spokojeni s vlastní edukací sester? Práce si klade za cíl zjistit, zda jsou pacienti dostatečně a správně edukováni při podávání biologické léčby. Pro empirickou část práce byl zvolen kvantitativní výzkum, technika sběru dat, strukturovaný dotazník. Výsledky šetření jsou shrnuty v závěru práce.

Abstrakt v AJ:

Bachelor labour is localized to patient's education with biological therapy.

Theory part is considered to characteristic of Inflammatory bowel diseases (IBD) cured biologically therapy and how to educate patients correctly. Is answering research question: how much are patients satisfied with nurse's education. Goal of this labour is to find out, whether are patients enough educated while cured with biological treatment. As empiric part was chosen quantitative research, collection of information is made by structured form. Outcome is summarized in the end of the labour.

Key words: education, crohn disease, ulcerative colitis, communication of nurses, biological treatment, health insurance, education of nurses

Klíčová slova v ČJ:

edukace, crohnova nemoc, ulcerózní kolitida, komunikace sester, biologická léčba, zdravotní pojišťovna, vzdělání sester,

Key words:

Education, Crohn disease, ulcerative colitis, communication of nurses, biology therapy, health insurance, education of nurse

Rozsah: 78 stran

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE :

BORTLÍK, M., Základní údaje o idiopatických střevních zánětech, *publikace: Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 2010,

ČERMÁKOVÁ, J., Crohnova choroba-vyšetřovací metody a léčba, *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2008, roč. 18, č. 12, s. 26

DOUDA, T., Medikamentózní léčba idiopatických střevních zánětů, *publikace: Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. 2010,

JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, 1. vyd. Praha. 2010, Grada publishing, ISBN 978-80-247-2171-2,

KOCIÁN, J., Crohnova choroba, *Postgraduální medicína*. ISSN 1212-4184. 2001, roč. 3, č. 1, s. 11-12

LUKÁŠ, M., KOMÁREK, V., Nespecifické střevní záněty (online).

Posl.aktualizace 27. březen 2011, (cit. 2011-01-10).

Dostupné na WWW:

<<http://www.strevni-zanety.cz/nespecificke-strevni-zanety>>

LUKÁŠ, M., KOMÁREK, V., Crohnova nemoc (online). Posl.aktualizace: 27. březen

2011, (cit. 2011-01-10). Dostupné na WWW:

<<http://www.strevni-zanety.cz/crohnova-nemoc>>

LUKÁŠ, M., KOMÁREK, V., Příznaky Crohnovy nemoci (online).

Posl.aktualizace: 27.březen 2011, (cit. 2011-01-11). Dostupné na WWW:

<<http://www.strevni-zanety.cz/priznaky-crohnovy-nemoci>>

LUKÁŠ, M., Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy.

Lékařské listy: příloha zdravotnických novin, 2008, roč. 57, č. 2,

LUKÁŠ, K. a spol., *Idiopatické střevní záněty*. 2. vyd. Praha: TRITON, 1999, s. 9.
ISBN 80-85875-31-4.

LUKÁŠ, M., *Idiopatické střevní záněty a biologická léčba. Mimořádná příloha časopisu: Postgraduální medicína*. ISSN 1212-4184, 2009, roč. 10, s. 39

LUKÁŠ, M., Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie. *Biologická terapie a idiopatické střevní záněty, současný stav a výhled do budoucna*. ISSN 1213-323x, 2005, s. 222-223

LUKÁŠ, M., Lékařská zpráva LF UK Hradec králové. *Biologická léčba idiopatických střevních zánětů*. ISSN 0457-4206, 2003, roč. 48, s. 43-45

LUKÁŠ, M., BORTLÍK, M., Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie. *Je biologická léčba idiopatických střevních zánětů definitivním řešením? Aneb deset poznámek k biologické léčbě*. ISSN 1213-323x, 2007, roč. 61, č. 6, s. 295

MIČKOVÁ, I., Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu, *Sestra*. Praha. Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č.12, s. 44

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol., *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Vydavateľství Osveta, MARTIN 2010, ISBN 978-80-8063-321-9,

PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY ČGS, Doporučení pro podávání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů, *Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie*. ISSN 1213-323x, 2008, roč. 62, č. 5

SBÍRKA ZÁKONŮ ČR – vyhláška 55/2011, roč. 2011, s. 482-485

STEHLÍK, J., MAREŠ, K., LUKÁŠ, M., OBRTLÍK, M., ĎURICOVÁ, D., Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie. *Doporučení pro vakcinaci nemocných*

s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou na imunosupresivní a biologické léčbě.

ISSN: 1213-323x, 2010, roč. 64, č. 1,

SEZNAM TABULEK:

- Tabulka č. 1 Věk respondentů
- Tabulka č. 2 pohlaví respondentů
- Tabulka č. 3 Ve kterém zdravotnickém zařízení se léčíte
- Tabulka č. 4 Která látka je Vám podávána
- Tabulka č. 5 Kdo Vám poskytnul informace o podávání biologické léčby
- Tabulka č. 6 Jak rozumíte pojmu biologická léčba
- Tabulka č. 7 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby.
- Tabulka č. 8 Kouříte
- Tabulka č. 9 Kdo vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměla kouřit.
- Tabulka č. 10 Informoval/a mě
- Tabulka č. 11 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby
- Tabulka č. 12 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby.
- Tabulka č. 13 Ovlivnila biologická léčba váš zdravotní stav.
- Tabulka č. 14 Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla.
- Tabulka č. 15 V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě
- Tabulka č. 16 Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět
- Tabulka č. 17 Jsou pro Vás informace poskytnuté všeobecnou sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné
- Tabulka č. 18 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat-Infliximab
- Tabulka č. 19 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat-Adalimumab
- Tabulka č. 20 Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích
- Tabulka č. 21 Víte, že byste po podání Infliximabu měla být 1-2 hod. sledována pro případné reakce spojené s infuzí
- Tabulka č. 22 Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu

SEZNAM GRAFŮ:

GRAF č. 1 Věk respondentů Brno.....	31
GRAF č. 2 Věk respondentů Praha.....	32
GRAF č. 3 Věk respondentů celkem	32
GRAF č.4 Pohlaví respondentů celkem.....	33
GRAF č. 5 Která látka je Vám podávána?.....	34
GRAF č. 6 Kdo Vám poskytnul informace o podávání biologické léčby – Brno?	35
GRAF č. 7 Kdo Vám poskytnul informace o podávání biologické léčby – Praha?	35
GRAF č. 8 Kdo Vám poskytnul informace o podávání biologické léčby – celkem?...	35
GRAF č. 9 Jak rozumíte pojmu biologická léčba – Brno?	36
GRAF č. 10 Jak rozumíte pojmu biologická léčba – Praha?	37
GRAF č. 11 Jak rozumíte pojmu biologická léčba – celkem?.....	37
GRAF č. 12 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby – Brno?	38
GRAF č. 13 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby – Praha?	38
GRAF č. 14 Znáte nežádoucí účinky biologické léčby – celkem?	39
GRAF č. 15 Kouříte – Brno?	40
GRAF č.16 Kouříte – Praha?	40
GRAF č.17 Kouříte – celkem?	40
GRAF č.18 Kdo Vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměl/a kouřit – Brno?.....	41
GRAF č.19 Kdo Vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměl/a kouřit – Praha?.....	42
GRAF č.20 Kdo Vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměl/a kouřit – celkem?	42
GRAF č.21 Informoval/a mě: - celkem?	43
GRAF č.22 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby – Brno?.....	44
GRAF č.23 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby – Praha?.....	44
GRAF č.24 Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby – celkem?	44
GRAF č. 25 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby – Brno?.....	46

GRAF č. 26 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby – Praha?.....	46
GRAF č. 27 Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby – celkem?	47
GRAF č. 28 Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav – Brno?	48
GRAF č. 29 Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav – Praha?	48
GRAF č. 30 Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav – celkem?	48
GRAF č. 31 Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla – Brno?	50
GRAF č. 32 Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla – Praha?.....	50
GRAF č. 33 Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím rozuměla – celkem?	51
GRAF č. 34 V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě – Brno?.....	52
GRAF č. 35 V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě – Praha?.....	53
GRAF č. 36 V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě – Praha?.....	53
GRAF č. 37 Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět – Brno?	54
GRAF č. 38 Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět – Praha?	55
GRAF č. 39 Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět – celkem?.....	55
GRAF č. 40 Jsou informace poskytnuté sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné – Brno?	56
GRAF č. 41 Jsou informace poskytnuté sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné – Praha?	57
GRAF č. 42 Jsou informace poskytnuté sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné – celkem?	57
GRAF č. 43 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat (Infliximab) – Brno?	58

GRAF č. 44 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat	59
(Infliximab) – Praha?	59
GRAF č. 45 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat	59
(Infliximab) – celkem?.....	59
GRAF č. 46 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat	60
(Adalimumab) – Brno?	60
GRAF č. 47 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat	60
(Adalimumab) – Praha?	60
GRAF č. 48 Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat (Adalimumab) celkem?	61
GRAF č. 49 Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích – Brno?	62
GRAF č. 50 Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích – Praha?	62
GRAF č. 51 Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích – celkem?...	62
GRAF č. 52 Víte, že byste po podání Infliximabu měla být 1-2 hod. sledována pro případné reakce spojené s infuzí – celkem?.....	63
GRAF č. 53 Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu – Brno?.....	64
GRAF č. 54 Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu – Praha?.....	65
GRAF č. 55 Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu – celkem?	65

PŘÍLOHY:

- Příloha č. 1 DOTAZNÍK
- Příloha č. 2 Obr. 1 FN Brno-Bohunice, Obr. 2 Iscare Lighthouse v Praze
- Příloha č. 3 Obr. 3 Adalimumab (Humira), Obr. 4 Infliximab (Remicade)
- Příloha č. 4 Brožura vytvořená na denní stacionář ve FN Brno

DOTAZNÍK

Vážení pacienti,

jmenuji se Jana Cahová a jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studia oboru Ošetrovatelství na fakultě Zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity pro zpracování bakalářské práce. Jejím cílem je zjistit, zda jste dostatečně edukováni při podávání biologické léčby. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Zjištěné odpovědi budou využity k účelům bakalářské práce.

Máte-li zájem se na tomto výzkumu podílet, odpovězte prosím na zadané otázky co nejobjektivněji.

Děkuji Vám za spolupráci a ochotu
Jana Cahová

Instrukce k vyplnění dotazníku:

V otázkách zaškrťávejte pouze jednu odpověď, popřípadě doplňte. V otázkách č. 3, 11 je možné zaškrtnout více odpovědí.

U otázky č. 15 zaškrtněte pouze ANO nebo NE u látky, která je Vám podávána.

Otázku č. 17 vyplňte pouze, pokud je Vám podáván Infliximab (Remicade).

Otázku č. 18 vyplňte pouze, pokud je Vám podáván Adalimumab (Humira)

Věk:

Pohlaví:

1. Ve kterém zdravotnickém zařízení se léčíte?

☐ FN Brno – Bohunice

☐ ISCARE-Praha

2. Která látka je Vám podávána?

☐ Adalimumab (Humira)

☐ Infliximab (remicade)

3. Kdo Vám poskytnul informace o podávání biologické léčby?

- ☐ ošetřující lékař
- ☐ všeobecná sestra
- ☐ jiný zdravotnický personál
- ☐ jiný zdroj
- ☐ internet
- ☐ informační leták
- ☐ odborná literatura

4. Jak rozumíte pojmu biologická léčba?

- ☐ jedná se o farmakologickou terapii připravenou synteticky
- ☐ léčba založená na použití biologických produktů

5. Znáte nežádoucí účinky biologické léčby?

- ☐ Ano, jaké?.....
- ☐ Ne

6. Kouříte? ☐ Ano ☐ Ne

7. Kdo vás informoval o tom, že v průběhu léčby byste neměla kouřit?

- ☐ Ano, informoval/a mě.....
- ☐ Ne, nikdo mě neinformoval

8. Byly Vám poskytnuty informace před podáním o průběhu biologické léčby?

- ☐ pouze před prvním podáním
- ☐ před každým podáním
- ☐ informace mi nebyly podány

9. Vyhovuje Vám poskytování informací o podání biologické léčby?

- ☐ Ano
- ☐ Ne, proč?.....

10. Ovlivnila biologická léčba Váš zdravotní stav?

- ☐ Ano, zlepšil se
- ☐ Ne, neovlivnila
- ☐ zhoršil se

11. Jak si sestra ověřuje, zda jste poskytnutým informacím porozuměl/a?

- ☐ rozhovorem s Vámi
- ☐ kontrolními otázkami
- ☐ jinak a jak?.....
- ☐ neověřuje si

12. V jaké časové dotaci probíhá podávání informací o biologické léčbě?

- ☐ méně jak 5 minut ☐ 5-10 minut ☐ více jak 10 minut

13. Pokud něčemu nerozumíte, je sestra schopná Vám Vaše dotazy zodpovědět?

- ☐ Ano ☐ Ne

14. Jsou pro Vás informace poskytnuté všeobecnou sestrou před podáním biologické léčby srozumitelné?

- ☐ Ano ☐ Ne, a proč?.....

15. Víte, zda je možné se souběžně s léčbou nechat očkovat?

- ☐ Ano, mohu být u Infliximabu očkován/a s výjimkou živých vakcín
☐ Ne, nemohu být u Infliximabu očkován/a
☐ Ano, mohu být u Adalimumabu očkován/a
☐ Ne, nemohu být u Adalimumabu očkován/a

16. Byl/a jste informován/a o případných alergických reakcích?

- ☐ Ano, a kým?.....
☐ Ne

17. Víte, že byste po podání Infliximabu (remicade) měla být 1-2 hodiny sledována pro případné reakce spojené s infuzí?

- ☐ Ano, informoval/a mě.....
☐ Ne, nikdo mě neinformoval

18. Byli jste informováni o možné místní reakci po aplikaci Adalimumabu (Humiry) ?

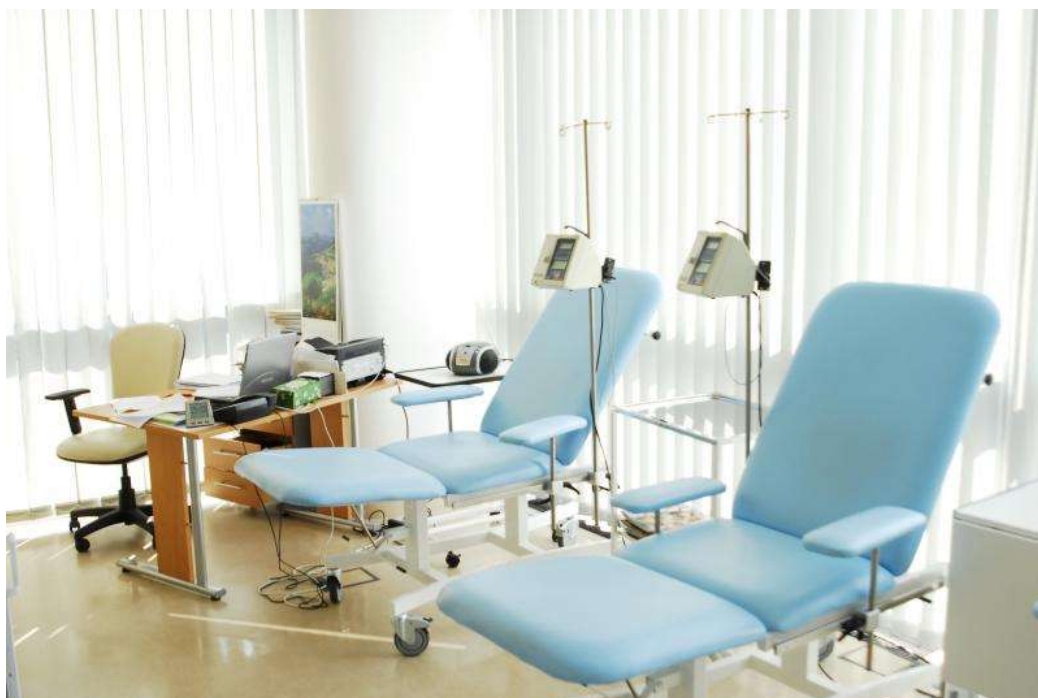
- ☐ ANO, mohu mít v místě lehké zarudnutí
☐ ANO, zarudnutí by nemělo být větší než dlaň
☐ NE, nikdo mě neinformoval

Děkuji za spolupráci

Příloha č. 2



Obr. 1 - FN BRNO-BOHUNICE



Obr. 2 – IBD MÍSTNOST V ISCARE LIGHTHOUSE V PRAZE

Příloha č. 3



Biologická léčba u idiopatických střevních zánětů

Crohnova choroba – Remicade, Humira

Ulcerózní kolitida – Remicade – od roku 2009 může být podávána již dětem od 6 let

Co je biologická léčba?

- Je definována jako podávání látek různého složení a mechanismu účinku, které zasahují do imunitních a zánětlivých dějů provázejících vznik a vývoj léčených chorob
- Je založena na využití biologických produktů, tedy produktů živé přírody, což ji odlišuje od farmakologické léčby připravené synteticky. Jako příklad biologické léčby mohou posloužit očkovací látky nebo některé přípravky z lidské krve. Jako produkty živých organismů obsahují biologické látky, které organismus léčeného (příjemce) může vnímat jako cizorodé bílkoviny. Ty mohou fungovat jako antigeny a tak provokovat v léčeném organismu tvorbu protilátek. V tom spočívá úskalí biologické léčby, neboť může dojít ke vzniku alergických reakcí anebo poklesu účinnosti léčby.

Co vede lékaře k podání biologické léčby?

Nepříznivý obraz Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy

- Průjmy s krví a hlenem, křeče v břiše, teploty, u Crohnovy choroby navíc bolestivé zduření v okolí konečníku či na hrázi, nebo vnitřní píštěle (spojky mezi jednotlivými úseky střev či spojky střeva s jiným orgánem, např. močovým měchýřem či vaginou)
- Endoskopický nález s otokem či vředy na sliznici
- Zvýšené ukazatele zánětlivé aktivity (C reaktivní protein, trombocyty, leukocyty)

Co můžete od biologické léčby očekávat?

Dosažení remise

- Postupné vymizení krve ze stolice
- Snížení počtu stolic
- Zlepšení či normalizace endoskopického nálezu
- Pokles zánětlivých parametrů
- Snížení dávek některých léků např. glukokortikoidů

Prevence recidivy či relapsu onemocnění

Co je potřeba absolvovat před zahájením biologické léčby?

Kompletní plicní vyšetření

- rentgen srdce a plic
- Mantoux II test, případně Quantiferon – specifické zkoušky k průkazu tuberkulózy

Po zhodnocení provedených vyšetření a testů sepíše plicní lékař zprávu se závěrem, že z plicního hlediska není kontraindikace k podání biologické léčby

Kdy je biologická léčba nevhodná?

- Při přecitlivělosti na přípravek nebo jeho jednotlivé složky
- Při podezření na tuberkulózu
- Při středně těžkém a těžkém srdečním selhání
- Při těžké infekci - sepsi, abscesech v organismu

Remicade a alergické reakce

- Protože Remicade obsahuje $\frac{1}{4}$ myší bílkoviny, může dojít k alergické reakci. Proto je nutné před podáním Remicade vždy užít premedikaci!

Alergie v průběhu infuze

- Zarudnutí v obličeji
- Tlak na hrudi a v hlavě
- „knedlík v krku“
- Ztížené dýchání
- Křeče v břiše
- Kopřivka (nejčastěji na břiše a předloktí)

Pozdní alergické reakce

- Objevují se za 2-10 dní po podání
- Mohou se projevit jako chřipka (horečka, bolest kloubů a svalů)

Co můžete udělat při projevech alergické reakce?

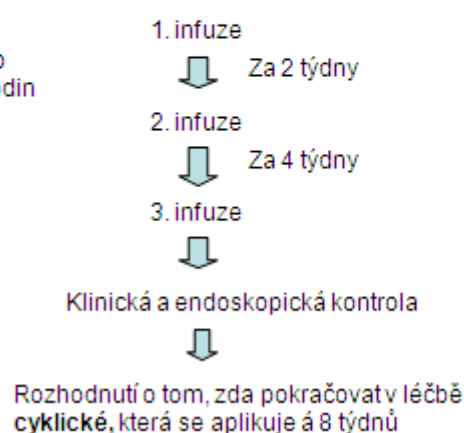
- Užít léky na horečku – antipyretika (Paralen)
- Přestože příznaky odezní je potřeba před další infuzí informovat sestřičku o proběhlém problému
- Jestliže příznaky neustupují, je nutno co nejdříve vyhledat lékaře

Jak probíhá samotné podání biologické léčby?

Remicade

- Podává se do žíly infuzí
- Infuze kape 2 hodiny a po vykapání je potřeba 1-2 hodin observace
- Před a po podání infuze změří sestřička krevní tlak a puls

Iniciační léčba:

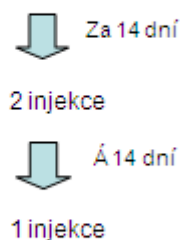


Jak probíhá samotné podání biologické léčby?

Humira

- Je podávána v injekcích pod kůži, tedy subkutánně
- injekce se aplikují do břicha nebo stehna a lze je po domluvě aplikovat i doma

Iniciační léčba – 4 injekce



! Injekce se nedoporučuje aplikovat do blízkosti jizev a okolí pupku!

Na co se sestra zeptá před podáním léčby?

- Zda nemáte nějaký akutní infekt
- Zda se Váš zdravotní stav od poslední kontroly výrazně nezměnil
- Zda jste si vzal/a premedikaci (pouze u Remicade)

Pokud máte opar, afty v dutině ústní, nehojící se rány, čerstvě vytržený zub – raději se přeobjednejte a na dalších dávkách se domluvte s lékařem!

V čem můžete jako pacient pomoci?

- Je důležité dodržovat přesně domluvené termíny aplikace. Pokud se nemůžete z vážných důvodů dostavit, měl/a byste se omluvit a domluvit se sestřičkou jiný termín, neboť léčba má svůj řád, který je nutné k očekávanému léčebnému efektu respektovat!!!
- Nekouřit!!! Kouření snižuje účinnost léčby a zhoršuje samotnou nemoc – tak si to raději rozmyslete!!!