



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Edukační proces vedený sestrou u pacientů s Crohnovou
chorobou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Jesika Kubičková

Školitel: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Edukační proces vedený sestrou u pacientů s Crohnovou chorobou*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne 2. 5. 2017

.....

Poděkování

Chtěla bych touto formou poděkovat zejména Mgr. Radce Šulistové Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za ochotnou pomoc a množství času, který nad mojí prací strávila. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Polanové za cenné rady a její čas.

Edukační proces vedený sestrou u pacientů s Crohnovou chorobou

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce na téma „Edukační proces vedený sestrou u pacientů s Crohnovou chorobou“ se zabývá problematikou Crohnovy choroby se zřetelem na vzdělávání pacientů ze strany sestry. V práci se věnujeme edukační činnosti sestry u pacienta s Crohnovou chorobou. Cílem naší práce bylo zjistit vědomosti pacientů v souvislosti s jejich onemocněním. Určit, zda se pacient snaží dodržovat správný životní styl a také zmapovat edukační proces podávaný sestrou na gastroenterologickém oddělení lůžkové i ambulantní části. Pro naplnění cílů jsme si zvolili pět následujících výzkumných otázek. Jaká je edukační realita ve vzdělávání pacientů na zdravotnickém pracovišti? Jaké jsou bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, které sestra používá? Jak hodnotí sestry spolupráci pacientů v rámci edukačního procesu? Jaké metody sestra používá při edukačním procesu? Co pacienti postrádají při edukaci sestrou?

K realizaci výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní přístup pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvoří 6 probandů s diagnostikovanou Crohnovou chorobou. Další 6 probandů vykonává zaměstnání v oboru všeobecná sestra na gastroenterologickém oddělení lůžkové nebo ambulantní části. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že znalosti a dovednosti v oblasti Crohnovy choroby jsou v námi osloveném výzkumném vzorku nedostačující. Výzkumné šetření dále odhalilo problém v souvislosti s edukací pacientů s Crohnovou chorobou. Sestry provádí edukaci o Crohnově chorobě jen v malém rozsahu a pouze v některých oblastech. Naše výzkumné šetření otevírá prostor pro hlubší výzkumy zaměřené na znalosti pacientů s Crohnovou chorobou a postavení sestry v rámci zvyšování kvality edukace.

Klíčová slova

Crohnova choroba, edukace, edukační proces, sestra, pacient

The nurse-led education proces for patients suffering from Crohn disease

Abstract

With a topic of „The nurse-led education process for patients suffering from Crohn disease“ , the thesis aims to map and describe education process of patients suffering from Crohn’s disease led by a nurse. We focus on nurse’s educational activity aimed at patients with Crohn’s disease. Our main goal was to find out how well patients are educated in terms of their disease, to determine whether patients tend to follow lifestyle recommendations and to map the education process being performed by nurses in the gastroenterological inpatient and outpatient department. To achieve our goal we have set five research questions as following. What is the educational reality of giving information to patients inside the healthcare facility? What are the barriers between a patient and educational strategies used by nurse? How do nurses rate patients’ cooperation during the education process? What do patients lack in educational process?

We have chosen qualitative approach using semi-structured interview to achieve our goal. The research sample consisted of six probands diagnosed with Crohn’s disease. Another six probands are employed as general nurse in gastroenterological department. The results of the research showed that skills and knowledge of Crohn’s disease are viewed by all of the probands as insufficient. The research has also found a problem regarding education of patients with Crohn’s disease. Nurses provide only little education and only in several topics. Our research opens up an opportunity to perform deeper studies focused on knowledge of patients suffering from Crohn’s disease and nurse’s attitude towards enhancing the quality of education.

Key words

Crohn’s disease, education, education process, nurse, patient

Obsah

1	Současný stav	9
1.1	Crohnova choroba z pohledu medicíny	9
1.1.1	Počátky Crohnovy choroby v medicíně	10
1.1.2	Etiologie Crohnovy choroby	11
1.1.3	Příznaky Crohnovy choroby	12
1.1.4	Vyšetřovací metody u pacienta s Crohnovou chorobou	13
1.1.5	Komplikace Crohnovy choroby	14
1.1.6	Léčba Crohnovy choroby	15
1.1.7	Vliv klinických projevů na psychiku pacienta	18
1.2	Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou	18
1.2.1	Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienta s Crohnovou chorobou	18
1.3	Kvalita života s Crohnovou chorobou	21
1.3.1	Definice kvality života	21
1.3.2	Faktory ovlivňující kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou	22
1.4	Edukační proces v ošetrovatelství	24
1.4.1	Andragogika v ošetrovatelství u pacientů s Crohnovou chorobou	24
1.4.2	Edukace v ošetrovatelské praxi	25
1.4.3	Edukace pacientů s Crohnovou chorobou	26
1.4.4	Sestra edukátorka	28
2	Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1	Cíle práce	30
2.2	Výzkumné otázky práce	30
3	Metodika	32
3.1	Použité metody	32
3.1.1	Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru	32

3.1.2	Charakteristika výzkumného vzorku	33
4	Výsledky výzkumného šetření	36
4.1	Hodnocení edukační činnosti sestry pacientem s Crohnovou chorobou .	36
4.2	Edukační činnost sestry na gastroenterologickém oddělení lůžkové a ambulantní části	41
5	Diskuze	46
6	Závěr	53
7	Seznam literatury	55

Úvod

Téma předkládané bakalářské práce „*Edukační proces vedený sestrou u pacientů s Crohnovou chorobou*“ jsme si vybrali z několika důvodů. Prvním a zároveň tím hlavním je blízká rodina autorky, která touto chorobou trpí. Dalším je osobní a také profesní zájem o tuto problematiku.

Z našeho pohledu je zřejmé, že edukačnímu procesu je věnována velmi malá pozornost a u pacientů dochází k nedostatku znalostí. Z tohoto důvodu by sestry měly znát zásady správné a účinné edukace. Dále je důležité, aby měly dostatek vědomostí o daném tématu, kterým je v tomto případě Crohnova choroba. Správnou edukací lze předcházet různým komplikacím a především psychickým problémům.

Naším hlavním cílem bylo se zaměřit na oblast edukace u pacientů s Crohnovou chorobou. Edukace by měla směřovat ke zlepšení znalostí o této chorobě a kvality života s touto chorobou. Z tohoto hlavního cíle jsme si stanovili další tři podcíle – intelektuální, praktický a osobní. Dále bylo důležité zjistit edukační realitu ve vzdělávání pacientů na gastroenterologickém oddělení. Také nás zajímalo, zda existují nějaké bariéry mezi pacientem a používanými edukačními strategiemi a jak hodnotí sestry spolupráci s pacienty v rámci edukačního procesu. Velice podstatné jsou metody, které sestra při edukaci využívá. Pacientů jsme se dotazovali, jaké informace při edukaci sestrou postrádají.

Dostupné literární zdroje se věnují převážně medicínskému popisu Crohnovy choroby, ale také ošetrovatelské péči o pacienta s Crohnovou chorobou a rozvoji znalostí a vědomostí o dané problematice. Publikace obsahují komplexní popis dané problematiky.

Vzhledem k tomu, že Crohnova choroba se objevuje v naší populaci čím dál častěji a velice ovlivňuje kvalitu života, považujeme za nutné, aby edukační realita probíhala kvalitně a byla poskytnuta každému pacientovi, kterému je Crohnova choroba diagnostikována.

1 Současný stav

1.1 Crohnova choroba z pohledu medicíny

Jak z názvu práce vyplývá, zabýváme se edukací pacientů s Crohnovou chorobou. Považujeme tedy za důležité otázku Crohnovy choroby objasnit. Všechny informace v následujících podkapitolách jsou zásadní pro naši další práci s tímto tématem, především pak pro edukaci pacientů o tomto onemocnění, které nelze provádět bez patřičných teoretických znalostí této problematiky.

Červenková (2009) uvádí, že Crohnova choroba patří mezi idiopatické (tj. vzniklé bez známé příčiny) střevní záněty. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které může postihnout jakoukoliv část trávicí trubice, avšak nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého střeva se střevem tlustým. Tento segmentální (ohraničený) zánět postihuje celou tloušťku stěny trávicí trubice a způsobuje zde ulcerace (vředy), stenózy (zúženiny) a fistulace (píštěle).

Většina odborníků se shoduje s tvrzením Červenkové. Například Souček a kol. (2011) definuje Crohnovu chorobu zcela bez rozdílů: „*Crohnova choroba je chronický nespecifický zánět kterékoli části trávicí trubice, který má segmentální charakter a postihuje stěnu zažívací trubice transmuraně ve všech jejích vrstvách (Souček et al., 2011, s. 351).*“ V této definici je zřejmá základní charakteristika a specifičnost tohoto onemocnění (Souček et al., 2011).

Jak je již výše uvedeno, onemocnění je chronické a mění se podle fází. Rozlišujeme tři hlavní. Zhoršení stavu pacienta tzv. relaps, období zlepšení tzv. remise a fáze rekurence, kdy se nemoc opět projeví, ale v dosud nepostížené části střeva (Lukáš, Žák, 2007).

Crohnova choroba je celoživotní onemocnění, které je medikamentózně i chirurgicky nevyлéčitelné. Nemoc nejčastěji propukne v mladém věku, medián výskytu této choroby je mezi 25 a 28 lety. Asi u jedné třetiny pacientů není postižen pouze trávicí trakt, ale i jiné orgány v podobě mimostřevních projevů (Češka et al., 2010).

V posledních letech je registrován značný nárůst pacientů s idiopatickými střevními záněty a to hlavně v průmyslově vyspělých zemích. Crohnova choroba tvoří 12 % všech evidovaných gastroenterologických onemocnění, to znamená, že z deseti tisíc obyvatel trpí tímto onemocněním 17,8 osoby, což je od roku 2005 nárůst o 51 %. V roce 2010 se evidovaný celkový počet pacientů s Crohnovou chorobou poprvé mírně snížil, ale následující rok došlo k opětovnému nárůstu pacientů. Stejně tak tomu bylo v roce 2012, kdy byl nárůst pacientů vyšší o 5 % (Typltová, 2013).

1.1.1 Počátky Crohnovy choroby v medicíně

V předešlé kapitole jsme si vysvětlili, co je to Crohnova choroba a v této podkapitole si řekneme něco o její historii.

Zmínky o Crohnově chorobě sahají do staré lékařské literatury, kde je možno nalézt popisy nemocných, které se shodují se současnými pacienty s tímto onemocněním. V roce 1612 jistý doktor W. H. Fabry popisuje případ, kdy při pitvě mladého člověka, který zemřel krátce poté, co si stěžoval na bolesti břicha a horečku objevil stenózu terminálního ilea. Právě tato stenóza byla příčinou neprůchodnosti střeva s následnou perforací (proděravění). Další významnou osobou v historii Crohnovy choroby byl český lékař a profesor vnitřního lékařství Josef Thomayer, který popisuje ve svém spisu „Patologie a terapie nemocí vnitřních“ z roku 1893 případy nemocných se střevním katarem, jejichž klinický průběh, stejně jako patologicko-anatomický nález při pitvě připomíná Crohnovu chorobu (Červenková, 2009).

Počátkem 20. let 19. století se skupina lékařů Moschowitz, Wilensky, Ginzburg, Oppenheimer, Berg a Crohn z newyorské nemocnice Mount Sinai zabývala zánětlivým onemocněním střev. Tito odborníci se podíleli na sepsání článku o této chorobě. Uvedení autorů bylo podle abecedního pořádku, proto mluvíme o Crohnově chorobě. V roce 1932 představil americký gastroenterolog Burrill Bernard Crohn 14 případů s transmúlním zánětem terminálního ilea. Charakter i průběh zánětu se lišil od dosud známých chorob. Crohn tehdy nazval nemoc regionální ileitidou, později Crohnova choroba, což je v současnosti mezinárodně uznávaný termín (Fichera, Krane, 2015).

Nejvýznamnější postavou v našich zemích, spojenou s touto chorobou, je profesor Mařatka, který v roce 1948 vydal monografii „Colitis ulcerosa“. Tato práce, a mnoho dalších, na téma idiopatické střevní záněty patří k základním pramenům informací o této chorobě nejen v českém, ale i v celosvětovém měřítku (Bortlík, 2010).

1.1.2 *Etiologie Crohnovy choroby*

Přesná příčina Crohnovy choroby se nezná, ale existují teorie vzniku onemocnění, na které se v této podkapitole zaměříme.

K úplnému vyléčení pacientů s Crohnovou chorobou nemůže v dnešní době dojít, neboť nejsou známy přesné příčiny vzniku této nemoci. Pravdou je, že nevíme, zda by bylo vůbec možné příčinu nějakým způsobem odstranit. Tato neznalost vzniku Crohnovy choroby komplikuje péči o pacienty s tímto onemocněním. Medicínský výzkum se sice odhalením původu intenzivně zabývá, ale zatím nabízí jen možné teorie (Bortlík, 2010).

V posledních letech dochází k významnému pokroku chápání patogenních mechanismů, které mají na Crohnovu chorobu vliv. Existuje obecná shoda, že jde o multifaktoriální charakter onemocnění, ve kterém hraje roli genetická predispozice, vnější prostředí, střevní mikrobiální flóra a imunitní systém. Tyto faktory společně udržují chronickou, střevní a zánětlivou reakci (Tersigni, 2010).

Dle Bortlíka (2010) se v současné době vznik idiopatických střevních zánětů považuje za nepřiměřenou reakci imunitního systému na některé podněty uvnitř střeva, které nejspíše pocházejí ze střevních mikrobů a bakterií, a to u člověka geneticky předurčeného k takové poruše. Další hypotézou je tzv. „hygienická“, podle níž je hlavní příčinou příliš čisté prostředí, do kterého se většina lidí narodí. Touto čistotou je myšlen především minimální výskyt parazitárních infekcí, který vede k nedostatečné odolnosti imunitního systému již na počátku života a v jeho dalším průběhu reaguje s jistou přecitlivělostí, což má za následek vznik právě již zmiňovaných střevních zánětů (Bortlík, 2010).

Velice pravděpodobně se na vzniku střevních zánětů podílejí nejméně tři faktory, které se navzájem ovlivňují. Prvním je genetická výbava jedince. V případě střevních zánětů je zřejmé, že existuje řada genů, jejichž odchylky mohou souviset s jejich vznikem. Následujícím, neméně důležitým faktorem, je nepřiměřeně zvýšená imunita a životní prostředí. Z vnějších faktorů se předpokládá vliv stravy, infekční agens a psychologické faktory. Jediným známým faktorem, který má nepříznivý vliv na chorobu a tudíž je pod naší kontrolou, je kouření, které prokazatelně zhoršuje průběh Crohnovy choroby a snižuje účinnost podávané léčby (Bortlík, 2010).

Crohnova choroba inklinuje k výskytu v rodinách, takže rodinní příslušníci pacienta s touto nemocí mají výrazně vyšší riziko vzniku této choroby. Studie ukázaly, že 5 – 20 % pacientů má rodiče či sourozence s touto chorobou (CCFA, 2014).

1.1.3 Příznaky Crohnovy choroby

V této podkapitole se zaměříme na známé příznaky Crohnovy choroby, jejichž znalost je zásadní pro včasnou diagnostiku.

Klinické příznaky jsou závislé na místě postižení trávicí trubice a na míře zánětu. Nejčastěji bývá postiženo terminální ileum, které se často klinicky projeví podobně jako akutní apendicitida. Z tohoto důvodu je spouště pacientům prvotně provedena bezdůvodná apendektomie (Navrátil a kol., 2008).

Pokud je postižené tenké střevo, pacient má bolesti břicha, hubne a je chudokrevný. Při postižení střeva tlustého trpí pacient průjmami, krvácením a má často mimostřevní projevy Crohnovy choroby. V případě zasažení tenkého i tlustého střeva se k průjmům a bolestem přidávají také teploty. Nucení na stolicí a výskyt píštělí je typický pro postižení konečníku (Červenková, 2009).

Mimostřevní projevy Crohnovy choroby se objevují zhruba u jedné třetiny pacientů. Tyto příznaky se rozdělují na ty, které jsou spojeny s vysokou zánětlivou aktivitou nemoci a na ty, které jsou na aktivitě střevního zánětu zcela nezávislé. Mezi projevy s vysokou zánětlivou aktivitou patří především kožní, kloubní a oční komplikace. Na základě intenzivní terapie střevního zánětu kortikosteroidy, popřípadě biologickou léčbou, dochází ke zklidnění těchto problémů. Do druhé skupiny řadíme primární sklerozující cholangitidu, sakroileitidu a enteropatickou artritidu II. typu. V těchto případech nemá léčba střevních zánětů žádný vliv na jejich eliminaci. Dokonce ani po odstranění postižené části střeva se tyto problémy nezlepší (Češka et al., 2010).

Za společné typické příznaky Crohnovy choroby bez rozdílu, která část trávicího systému je postižena, lze označit nadměrnou únavu, teplotu, která může přesáhnout 38 °C, bolest břicha, frekventovanější stolice, bolestivé a namáhavé vyprazdňování, břišní křeče, přítomnost krve a hlenu ve stolici a především snížení hmotnosti (Vránová, 2013).

Charakteristickým rysem pro Crohnovu chorobu je střídání období remise onemocnění a akutních atak s průjmovitými stolicemi, bolestmi břicha, vysokými teploty a zvracením. Úbytek hmotnosti nastává z důvodu poruchy vstřebávání živin (Zachová, et al., 2010).

U 35 % případů je popisována porucha růstu a i přes optimální léčbu nedochází u jedné třetiny pacientů k ovlivnění této poruchy (Nevoral et al., 2013).

1.1.4 *Vyšetřovací metody u pacienta s Crohnovou chorobou*

V předešlé podkapitole jsme si popsali příznaky Crohnovy choroby a další důležitou podkapitolou je její diagnostika.

Diagnostika Crohnovy choroby je velice obtížná, neboť se často zaměňuje s ulcerózní kolitidou. Jisté postavení ve výskytu tohoto onemocnění zaujímají genetické predispozice jedince, proto nejdříve zjišťujeme v anamnéze u příbuzných výskyt stejné nebo jinak autoimunitně podmíněné nemoci týkající se zažívacího traktu. Dále je diagnostika postavena na klinickém obraze, laboratorních vyšetřeních, endoskopickém a histologickém nálezu a výsledcích zobrazovacích metod. Z fyzikálního vyšetření můžeme zaznamenat palpační bolest v pravém podbříšku. V tomto případě je velice důležité v rámci diagnostiky odlišit Crohnovou chorobu od akutní apendicitidy. Palpační citlivost se může objevovat i v jiných oblastech, záleží na lokalizaci zánětlivého postižení (Češka et al., 2010).

Laboratorně se zjišťují především zánětlivé parametry. Hladinu zánětlivých markerů zjišťujeme odběrem krve na sedimentaci erytrocytů (FW), C-reaktivní protein (CRP) a přítomnost tumor nekrotizujícího faktoru (TNF). Pravděpodobnost Crohnovy choroby klesá, pokud není zvýšena sedimentace. Pokud pacient krvácí do střeva, krevní obraz často potvrdí anémii z nedostatku železa eventuálně megaloblastickou anémií, pokud dochází k malabsorpci vitamínu B12 a kyseliny listové. Pokud má pacient anémii, mívá často bledou kůži, sliznice a spojivky (Karges, Al Dahouk, 2011). Laboratoř může dále zjistit malnutrici, na kterou poukazuje tzv. hypoalbuminemie. Další slibnou metodou je stanovení kalprotektinu ve stolici, neboť při Crohnově chorobě bývá tato hodnota zvýšená. Kalprotektin je leukocytární protein, který se po aktivaci leukocytů začne uvolňovat (Špičák, 2008). K potvrzení diagnózy může přispět sérologické vyšetření, kterým zjišťujeme přítomnost protilátek ASCA (protilátka proti kvasinkám *Saccharomyces cerevisiae*) a pANCA (protilátka proti cytoplazmě neutrofilů). ASCA protilátky se vyskytují u 41 - 76 % pacientů s Crohnovou chorobou (Zima, 2007). Jedná se o imunologické markery, které umožňují rozlišit Crohnovu chorobu od ulcerózní kolitidy, u které se více vyskytují pANCA protilátky. Pokud má nemocný Crohnovu chorobu, většinou má výsledky ASCA pozitivní a pANCA negativní, ale v některých případech jsou tyto látky pozitivní i u tohoto onemocnění. V tomto případě má pacient velice podobné projevy, jako ten s ulcerózní kolitidou (Gabalec, 2009).

Nejvíce vypovídajícími v diagnostice Crohnovy choroby jsou zobrazovací metody. Mezi tato vyšetření řadíme ultrasonografické vyšetření, rentgenové vyšetření (nativní

či s kontrastní látkou), magnetickou rezonanci a vyšetření endoskopická, při kterých je možno odebrat bioptický vzorek a následný histologický rozbor vzorku střeva (Kohout 2006).

Nejméně zatěžující pro pacienta je vyšetření břicha ultrazvukem. Pomocí něho odhalujeme původ hmatného zduření v břiše, posuzujeme tloušťku jednotlivých stěn střeva a také je možné odhalit absces (Kohout, 2006). Ultrasonografické vyšetření se využívá v případě, že u pacienta nelze provést kolonoskopii (Čermáková, 2008). Z rentgenových metod se využívají převážně ty s kontrastní látkou. Irigografie (irigoskopie) neboli vyšetření tlustého střeva pomocí kontrastní látky se dnes již skoro nevyužívá a je nahrazena právě kolonoskopií (Kohout, 2006). Enterografie (enteroklýza) má naopak u diagnostiky Crohnovy choroby veliký význam. Tato metoda umožňuje zmapovat celé tenké střevo a také rozpoznat možné stenózy, fistulace či abscesy (chorobné dutiny vzniklé zánětem a vyplněné hnisem). Ke správnému vyšetření a následnému stanovení diagnózy je zapotřebí naplnit trávicí trakt kontrastní látkou, kterou pacient vypije před zahájením výkonu. Nepříjemným efektem je další trávení této látky po výkonu - pacient zpravidla dostane průjem. CT (počítačová tomografie) je upřednostňována při první diagnostice Crohnovy choroby díky svému prostorovému rozlišení. MR (magnetická rezonance) se využívá zejména u mladších pacientů, kteří vyšetření podstupují opakovaně a to z důvodu, že tato metoda nevyužívá radiačního záření (Se Hyung Kim, 2015).

Mezi nejdůležitější vyšetření patří metody endoskopické. Při těchto vyšetřeních může lékař přímo vidět sliznici postiženou zánětem (Červenková, 2009). Nejčastěji se využívá kolonoskopie, která jakožto vyšetřovací a léčebná metoda umožňuje lékařům prohlédnout dolní část trávicí trubice, konkrétně konečník a tlusté střevo. Výhodou této metody je možnost bezbolestného odběru vzorku (Čermáková, 2008). Pokud je střevo zánětem postiženo výše, používá se buď gastrokopie (vyšetření jícnu a žaludku) či enteroskopické vyšetření (vyšetření tenkého střeva). K vyšetření celého tenkého střeva se nejčastěji využívá kapslová metoda. U některých pacientů může dojít i k postižení žlučových cest. Pro potvrzení tohoto podezření se používá ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie), vyšetření žlučových cest (Červenková, 2009).

1.1.5 Komplikace Crohnovy choroby

Jako u každého onemocnění, je důležité myslet na komplikace, které mohou vzniknout. Proto je stěžejní uvést nejdůležitější a nejčastější, se kterými se může pacient s diagnostikovanou Crohnovou chorobou setkat.

V průběhu léčby se mohou objevit různé obtíže. Příčinou bývá těžký zánět ve střevě, imunitní reakce, popřípadě narušené vstřebávání některých živin či žlučových kyselin (Červenková, 2009). Tyto obtíže můžeme rozdělit na střevní (stenózy, abscesy, píštěle), mimostřevní (kloubní, oční, kožní, ledvinové) a nutriční (anemie, malnutrice, metabolická osteopatie) (Zvoníková, 2010).

Stenózy se objevují u 30 – 40 % pacientů s Crohnovou chorobou, a to nejčastěji na tenkém střevě. Projevují se bolestmi břicha, zvracením a nápadnými střevními zvuky. Tato komplikace se řeší strikturoplastikou, resekci postiženého střeva či balonovou dilatací (roztažením) střeva při endoskopickém vyšetření. Dalším častým problémem je perforace (proděravění), která se rozvíjí postupně v průběhu silného zánětu. Konečným výsledkem je vznik píštěle nebo abscesu, který je uložen mimo střevní stěnu. Tyto problémy jsou u pacientů s tímto onemocněním velice časté a postihují tlusté střevo. Největším rizikem je vznik flegmóny – neohraničený hnisavý zánět v oblasti hráze a následné poškození funkce análních svěračů. Řešení spočívá v kombinaci konzervativní a chirurgické léčby (Červenková, 2009).

Kožními mimostřevními komplikacemi trpí asi 20 % pacientů. Kožní léze lze rozdělit na granulomatózní, reaktivní a sekundární (důsledek nutričního defektu). Mezi granulomatózní lze zařadit peristomální a perianální vředy a píštěle. Do skupiny reaktivních patří aftózní stomatitida, erythema nodosum (zánět v podkoží) a pyoderma gangraenosum (ulcerativní dermatitida). Na oční obtíže musíme pomyslet, pokud se u pacienta objeví slzení, pálení a svědění očí, popřípadě poruchy vidu. Mezi nejčastější onemocnění patří episkleritida (zánět vaskularizované pojivové tkáně), skleritida (zánět bělimy) a uveitida (zánět živnatky). Léčba je velmi důležitá z hlediska prevence vzniku glaukomu (zelený zákal) a katarakty (šedý zákal). Kloubní komplikace patří mezi nejčastější. Trpí jimi asi 30 % pacientů. Mezi tyto obtíže patří zejména enteropatická arthropatie (zánětlivé postižení kloubů). K léčbě se používají například nesteroidní anti-revmatika. Do preventivních i léčebných postupů je vhodné zařadit pravidelné cvičení a dostatečný přísun kalcia a vitamínu D (Drastich, 2010).

1.1.6 Léčba Crohnovy choroby

Tuto podkapitolu jsme se rozhodli zmínit, protože si myslíme, že patří k velmi důležitým z hlediska špatné informovanosti populace o této chorobě.

Léčba Crohnovy choroby je nikdy nekončící proces. Vzhledem k tomu, že její vyřízení není zcela možné, lékaři se zaměřují především na léčbu aktivního onemocnění a

na prevenci vzplanutí, pokud je nemoc v remisi. Možnost léčby může být konzervativní, která zahrnuje podávání léků, ale také výživu pacienta nebo endoskopické zákroky a v neposlední řadě také léčba chirurgická (Červenková, 2009).

Léčení této nemoci je často velmi komplikované, na což poukazuje tvrzení anglického chirurga Alexandra Williamse: „*V léčbě Crohnovy choroby je internista nemohoucí, chirurg nebezpečný a bůh milosrdný* (Klener et al., 2011, s. 487)“.

Medikamentózní léčba, která patří ke konzervativnímu přístupu, se používá za cílem zklidnit aktivní zánět. Vždy se přihlíží k aktivitě, lokalizaci a chování nemoci. Nejdůležitější tedy je, aby se pacient dostal do remise. Dalším účelem podávání medikamentů spočívá v hojení sliznic, zlepšení nutrice pacienta a celkovému zlepšení a následnému udržení kvality života (Čermáková, 2008). Pro zvolení optimální medikamentózní terapie je důležité individuální posouzení rozsahu, aktivity a vývoje nemoci. Ve většině případů se zahajuje léčba postupného navyšování dávek a rozšiřování počtu protizánětlivých léků z jiných lékových skupin. Pokud tato léčba není úspěšná, následuje biologická či chirurgická terapie. Tato léčebná strategie se označuje jako tzv. „step up“ přístup (Lukáš, 2011). Téměř u všech pacientů se začíná aminosalicyláty, dále se pokračuje kortikosteroidy, imunosupresivy a vrcholem je léčba biologická či chirurgická (Čermáková, 2008). Kortikosteroidy mají oproti aminosalicylátům mnohem větší protizánětlivý účinek, ale zároveň také více neblahých účinků. Nejčastějšími kortikosteroidy, které se dnes používají, jsou Prednison a Medrol. Imunosupresiva jsou látky, které snižují bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigenní stimulaci. Tyto léky přinášejí úlevu až 70 % pacientů, kteří byli do té doby závislí na kortikosteroidech (Červenková, 2009). Při komplikacích a závažných stavech se mohou v terapii Crohnovy choroby nasadit antibiotika. Většinou se používá metronidazol nebo ciprofloxacin. Nejčastěji se nasazují z důvodu septických a infekčních komplikací, kterými jsou píštěle (Gabalec, 2009).

Dalším důležitým faktorem je dietní léčba, která se liší podle fáze onemocnění. Při akutní fázi může dojít k podvýživě s váhovým úbytkem. Dále může nastat nedostatek bílkovin, vitaminů a minerálů. Deficity těchto látek záleží na postižené části trávicího traktu (Bickston, Blomfeld, 2010). Důvodem podvýživy jsou průjemy a malabsorpce (porucha vstřebávání). Eliminovat následky podvýživy a celkově zlepšit kvalitu života pacientů může enterální výživa. Perorální nutriční doplňky se doporučují i v období remise. S konkrétní dietou je to složitější, jelikož není nutné žádné speciální omezení, avšak některé potraviny mohou Crohnovu chorobu zhoršit. Tato dietní omezení jsou

velice individuální, proto je nejlepší, když si pacient sám vyhledá rizikové potraviny. Tato metoda bývá složitá a zdlouhavá, avšak celkem účinná. Jediné, co se pacientům doporučuje, je jistá biologická a energetická hodnota stravy. Jedná se zejména o zvýšený přísun bílkovin, železa, vápníku a omezení dráždivých koření a alkoholu (Grofová, 2007).

Chirurgická léčba čeká asi 70 – 80 % pacientů s Crohnovou chorobou vzhledem k závažnosti tohoto onemocnění. Nejčastější indikací k chirurgickému zákroku jsou stenózy, které způsobují obstrukční symptomy, píštěle, perianální postižení či selhání konzervativních postupů. Pokud pacient má podstoupit resekci některé části střeva, lékaři se snaží zachovat co nejdelší úsek střeva, aby zabránili vzniku syndromu krátkého střeva.

Od poloviny 90. let 20. století se provádí tzv. strikturoplastiky stenóz tenkého střeva, kdy dojde k jejich podélnému protnutí a následnému příčnému sešití, což má zabránit právě tomuto syndromu (Gabalec, 2009). Primárně se tedy odstraňují stenózy a resekují postižené části střev s následným napojením zdravých konců střeva, ale střevo se také může uměle vyústit s následným vytvořením tzv. stomie (vyústění střeva na povrch těla) (Onder et al., 2012). Akutní indikací k chirurgické léčbě je volná perforace, nitrobršňní a retroperitoneální absces, akutní exacerbrace zánětu, akutní obstrukce a krvácení (Šerclová, 2015).

Speciální léčbou, která se používá u střevních idiopatických zánětů, je tzv. biologická. Tyto preparáty jsou považovány za budoucnost v léčbě Crohnovy choroby. Podílejí se na imunitních reakcích, a to svým účinkem na tumor nekrotizující faktor. U zdravého člověka tato látka koluje v krvi a chrání organismus před nádory, ale u autoimunitních chorob je významným faktorem v procesu nemoci. Jedná se tedy o preparáty, které dokáží tento faktor blokovat nebo ho úplně zničit. Biologická léčba se nejčastěji podává formou infúze a zkušenosti ukázaly, že 30 - 40 % pacientů se ocitne v remisi právě díky ní. Tato terapie je sice nejúčinnější současnou léčbou, avšak je velice nákladná. Gastroenterologové se snaží vytipovat nejvhodnější skupiny nemocných, kterým biologická terapie zaručeně pomůže, a to při co nejmenších vedlejších účincích. U těchto pacientů by bylo vhodné zahájit léčbu v rané fázi nemoci, nikoli až po selhání předešlé terapie (Červenková, 2009). U pacientů s idiopatickými střevními záněty hovoříme o přelomové terapii, ale stále jsou pacienti, kteří na tuto léčbu nereagují. Jak je již výše zmíněno, 30 % pacientů se díky biologické léčbě dostane do kompletní remise, avšak 30 % nemocných je na tuto léčbu rezistentní (Špičák et al., 2008).

1.1.7 Vliv klinických projevů na psychiku pacienta

Crohnova choroba má nezpochybnitelný vliv na psychiku pacienta z důvodu celoživotního trvání a značného vlivu na život nemocného. V následující podkapitole se zmíníme o některých možných projevech spojených s vnímáním této choroby.

Všechny projevy nemoci, které jsou výše uvedené, mají bezprostřední vliv na psychiku pacienta s Crohnovou chorobou. Nemocní jsou ohroženi depresemi, úzkostí, labilitou a rozvojem anorexie především v akutních projevech onemocnění. Výzkumy ukazují, že úzkosti a deprese se objevují až u 35 % pacientů v remisi a až u 80 % nemocných při relapsu (Tress et al., 2008).

Některé psychické problémy vycházejí z dlouhého trvání nemoci. Patří sem zejména únava, poruchy vnímání vlastního těla, strach z pohlavní nedostatečnosti nebo sociální izolace (Sajadinejad et al., 2012). Banovic et al. (2011) zjistili, že nejvýraznějším důvodem únavy je závažnost onemocnění a bolest. Dále zjistili, že únava přetrvává i v případě, že nemoc je na ústupu. Tress et al. (2008) porovnávali pacienty s Crohnovou chorobou s pacienty s ulcerózní kolitidou a uvádí, že pacienti s Crohnovou chorobou jsou depresivnější, úzkostnější a agresivnější než pacienti s ulcerózní kolitidou.

Spousta studií se zabývá vlivem stresu na toto onemocnění. Tímto vztahem se zabýval Sajadinejad et al., který označil vliv stresu na Crohnovu chorobu za nezpochybnitelný, jelikož se podílí na rozvoji střevních příznaků (Sajadinejad et al., 2012). Odborníci jsou nejednotní v příčině vzniku tohoto onemocnění, kdy ho někteří připisují právě stresu. Tito autoři dále popisují, které osobnostní rysy mohou vést k rozvoji tohoto onemocnění. Mezi ně se řadí neuroticismus (náchyllost k emocionální a duševní labilitě), perfekcionismus (úsilí o dokonalý výkon) a alexithymie. V případě alexithymie bylo dokázáno, že pacienti s Crohnovou chorobou k ní mají vyšší sklon, tedy mají větší problém s vyjadřováním svých pocitů (Whayman et al., 2011).

1.2 Ošetřovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou

1.2.1 Role sestry v ošetřovatelské péči o pacienta s Crohnovou chorobou

V předešlé kapitole jsme si objasnili Crohnovu chorobu z medicínského hlediska a v této kapitole se zaměříme na ošetřovatelský proces u pacienta s tímto onemocněním a na roli sestry v něm.

Prvotní povinností sestry u každého onemocnění je odběr ošetřovatelské anamnézy. Tato anamnéza se odebírá pomocí rozhovoru sestry s pacientem a zaznamenává souhrn

údajů o jednotlivci z minulosti až po současnost, které se týkají jeho zdravotního stavu. Zahrnuje údaje biografické, důvod vyhledání zdravotní péče, alergickou, rodinou a sociální anamnézu, vnímání zdraví (subjektivní popis problémů), vědomosti o nemoci a životní styl. Následuje fyzikální vyšetření sestrou. Zahrnuje celkové zhodnocení vzhledu pacienta a úpravy jeho zevnějšku. Hodnotí se dutina ústní, nos, zuby, sluch, zrak, dýchání, kůže, chuze a soběstačnost pacienta. Součástí fyzikálního vyšetření je také měření fyziologických funkcí (krevní tlak, puls a dech) a zjištění hmotnosti a výšky pacienta. Následuje fyzikální vyšetření lékařem, při kterém sestra asistuje. Toto vyšetření zahrnuje pohled (aspekce), poslech (auskultace), pohmat (palpace), poklep (perkuse) a vyšetření konečníku (per rektum). Mezi všeobecné podmínky pro správnou realizaci fyzikálního vyšetření patří nehlukné prostředí, dostatečné osvětlení, funkční pomůcky a především zajištění intimity pacienta (Plevová et al., 2011).

Na základě ošetrovatelské anamnézy je úlohou každé sestry v rámci poskytování ošetrovatelské péče pacientům s Crohnovou chorobou hledání aktuálních, ale i potenciálních problémů, ze kterých následně sestaví ošetrovatelské diagnózy. Nejčastějšími problémy u těchto pacientů jsou bolesti břicha, poruchy výživy, poruchy vyprazdňování, snížený objem tělesných tekutin, nejistota, bezmocnost, změny na kůži, deficit v sociální oblasti a v neposlední řadě také nedostatek informací o Crohnově chorobě. Ke každému problému se stanoví cíle, které se naplňují kvalitní ošetrovatelskou péčí. Především se snažíme o odstranění bolesti, poskytnutí vhodné výživy pacientovi, zajištění vyrovnaného příjmu a výdeje tekutin, navození normálního vyprazdňování, podání dostatečných informací o nemoci a spolupráci nejen pacienta, ale i rodiny. Nesmíme zapomínat také na psychickou rovnováhu pacienta (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Do nemocniční péče se většinou dostávají pacienti s těžším průběhem onemocnění. Nejčastěji při stanovení diagnózy, při různých komplikacích nebo v případě nutnosti chirurgické léčby. Pacienti mají většinou volný pohybový režim, ale musí dodržovat dostatečný klid na lůžku (Burda, Šolcová, 2016). Sestra na začátku hospitalizace stanoví stupeň soběstačnosti a podle něj plánuje pomoc při konání základních potřeb (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou v oblasti výživy je především o zajištění vhodné stravy dle rozhodnutí lékaře. Strava by měla být plnohodnotná, ale také na pohled lákavá pro podporu zlepšení pacientovi chuti k jídlu. Důležité je také vhodné prostředí při konzumaci stravy. Další povinností sestry je zajistit konzultaci s nutričním terapeutem, který poučí pacienty o vhodných a nevhodných potravinách

(Slezáková et al., 2007). V akutním stavu pacienta podáváme stravu bezsezbytkovou, která napomáhá k odlehčení střev. V těžkém stavu je pacientovi doporučena komplexní parenterální výživa (výživa podávaná do krevního řečiště) (Burda, Šolcová, 2016). Dalším cílem ošetrovatelské péče je prevence komplikací a celkové zlepšení vyprazdňování pacienta. Sestra by měla zajistit vhodný pokoj se sociálním zařízením. Dále musí sledovat četnost, charakter, konzistenci a příměsi ve stolici (Slezáková et al., 2007). Pokud se pacient vyprazdňuje sám, musí všechny změny hlásit a sestra poté zaznamenat (Burda, Šolcová, 2016). Hygienu si pacient většinou zajistí sám, sestra dopomůže dle potřeby. Pacienta poučíme o zvýšené péči v okolí genitálu a konečníku z důvodu dráždění průjmivou stolicí (Šafránková, Nejedlá, 2006). Sestra zajistí dostatek čistého prádla a u méně pohyblivých dbá na prevenci opruzenin a dekubitů (Burda, Šolcová, 2016). Dále je nutné zajistit kvalitní spánek a pacientovy spánkové návyky. Spánek bychom neměli rušit a měli bychom dopřát pacientovi dostatek odpočinku i přes den. Nedílnou součástí ošetrovatelského procesu je zhodnocení psychického stavu pacienta, což by mělo být prvním úkolem sestry při zajišťování psychosociálních potřeb. Velice důležité je poskytnout pacientovi dostatek srozumitelných informací o léčbě a následná kontrola, zda jim pacient porozuměl. Také psychická podpora pacienta je velice důležitá (Slezáková et al., 2007). Pokud má pacient bolesti, je nucen zaujmout úlevovou polohu, která bývá většinou v klubíčku a sestra mu pomáhá s úpravou lůžka. Dalším faktorem, který je nutný sledovat, je hmotnost pacienta, který by se měl vážit dvakrát týdně, a to vždy za stejných podmínek. Neopomínáme kontrolovat vzhled kůže a to především v okolí konečníku. Další ošetrovatelskou intervencí je podávání léků. Pacienti s Crohnovou chorobou běžně užívají mnoho léků včetně čípků a klyzmat, proto je důležité dbát na intimitu pacienta. Pokud je pacient soběstačný, může si tyto léky po řádném poučení aplikovat sám. Některé léky se podávají také v infuzích, pro které je nutno zavést intravenózní kanylu. Sestra každý den hodnotí její stav a včasným přepíchnutím zabrání komplikacím jako je např. flebitida (zánět žil). Vše se zaznamenává do dekursu (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Dle ordinace lékaře následují laboratorní vyšetření krve a stolice. Krev se odebírá na hematologické (krevní obraz, sedimentace erytrocytů), biochemické (C reaktivní protein) a imunologické (autoprotilátky) vyšetření. Stolica je odebírána na vyšetření biochemické (okultní krvácení), parazitologické a bakteriologické. Úkolem sestry jsou bezchybné odběry biologického materiálu, pro které musí znát zásady odběru krve a stolice. Dále následují zobrazovací vyšetřovací metody, mezi které patří ultrasonografické, rent-

genové a endoskopické. Sestra musí znát správnou přípravu před těmito vyšetřeními (Slezáková, 2007).

Dále jak uvádí vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která prošla úpravou dne 21. 12. 2015, je sestra kompetentní motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe (vyhláška č. 55/2011 – upravena 21. 12. 2015).

Další specifika sesterské práce přicházejí s biologickou léčbou Crohnovy choroby. Biologické preparáty se aplikují intravenózně nebo subkutánně. Pokud jsou léky podávány intravenózně, sestra musí vždy kontrolovat celkový stav pacienta, především měřit krevní tlak před, ale i během aplikace. Při subkutánním podání střídá místa vpichu, aby se zabránilo ztvrdnutí kůže a dále by aplikace měly být pozvolná a šetrná (Olejárová, 2010).

1.3 Kvalita života s Crohnovou chorobou

1.3.1 Definice kvality života

Crohnova choroba, jakožto chronické celoživotní onemocnění má veliký vliv na kvalitu života pacienta. V následující podkapitole si vysvětlíme, co se pod pojmem kvalita života myslí.

Dle Gurkové (2011) je kvalita života velmi těžko definovatelný pojem. Jedná se totiž o fenomén multifaktoriální, multiúrovňový, multidisciplinární aj. Všechny tyto přívlastky mají společnou předponu, která stojí za problémem definovatelnosti. Mimo běžné individuality jedinců existují také výrazné změny ve vnímání kvality života u osob chronicky nemocných a zdravých. Individualita mezi jedinci je mimo jiné dána vztahem hodnot a kvality života. U chronicky nemocných lidí to znamená, že dopad nemoci a léčby na jeho život je dán hodnotovým systémem. Hodnoty těchto lidí jsou v oblasti zdravotní péče integrovány ve vztahu k objektivním a subjektivním ukazatelům kvality života. Pokud chceme zahrnout všechny tyto aspekty do jediné definice, je to zcela nemožné.

Pozornost při hodnocení kvality života byla nejdříve věnována chronicky nemocným a starým lidem, protože vlivem pokroků v léčbě dochází ke zvýšení jejich počtu a tím i množství problémů, které lze zahrnout pod pojem kvality života. Ryze medicínská kritéria při posuzování jedince na škále „zdraví-nemoc“ přestala být dostačující a bylo potřeba identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální a behaviorální determinanty

lidského života vztahující se ke zdraví. Je tedy možné se domnívat, že zjišťování zdravotního stavu bylo předchůdcem měření kvality života. Neexistuje obecně přijímaná definice kvality života, avšak několik autorů se ji pokusilo definovat. Calman vyjádřil kvalitu života jako „rozdíl mezi nadějemi a očekáváním člověka a současným stavem jeho života“. Tento rozdíl se může zvětšovat vlivem nemoci a zmenšovat vlivem léčebných postupů (Mandincová, 2011). Podle Světové zdravotnické organizace WHO je kvalita života to, jak člověk vnímá svoji pozici v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, přičemž přihlíží k jeho cílům, očekáváním a normám (Slezáčková, 2012).

1.3.2 Faktory ovlivňující kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou

V této podkapitole se zaměříme na faktory, které značně ovlivňují kvalitu života pacienta s Crohnovou chorobou.

Na kvalitu života mají vliv dva druhy faktorů. Mezi zevní patří sociální, stravovací a vzdělanostní vlivy a do interních faktorů řadíme přímo ty, které jsou spojené s nemocí, jejími klinickými příznaky a způsobem léčby. V průběhu onemocnění závisí kvalita života na intenzitě trvání a dynamice klinických příznaků. Rozdíly jsou také u akutní nebo chronické fáze. Při konzervativní léčbě mají vliv nežádoucí účinky podávaných medikamentů. Přibližně 50 – 74 % pacientů potřebovalo chirurgickou léčbu, která samozřejmě také ovlivní život nemocného. V případě chirurgické léčby může dojít k vytvoření stomie, kde je velice náročné posuzovat kvalitu života. Věk pacientů může hrát roli v období adolescence, kdy se může zhoršit vnímání choroby a hledání identity. V období stáří zase může docházet k stavu, kdy lidé nemají sociální podporu. Výzkumy prokazují, že ženy snášejí onemocnění hůře než muži. Nesmíme zapomenout na vliv edukace, kde si mnoho nemocných stěžuje na nedostatek informací. Informovaností o nemoci můžeme předcházet negativním pocitům. Mnoho pacientů trpí depresemi a obavami, že toto onemocnění je celoživotní a také mají strach z jeho průběhu. Posledním vlivem na kvalitu života je stravování. Správně vyživovaný pacient bude lépe reagovat na léčbu a lépe zvládne období aktivity onemocnění a pomůže oddálit jeho vzplanutí (Kober, 2014). Gabalec et al. (2009) vypracoval studii o kvalitě života pacientů s Crohnovou chorobou, ve které bylo zahrnuto 103 nemocných, z nichž 45 mělo zvýšenou aktivitu choroby a 58 bylo v remisi. Bylo prokázáno, že nejvýznamnější vliv na kvalitu života má aktivita nemoci. Dalším zásadním ukazatelem byla léčba konzervativní i chirurgická. Gabalec et al. Dále uvádí, že významnými faktory při hodnocení kvality života jsou psychosociální, socioekonomické a kvalita lékařské péče.

Gabalec et al. (2009) vypracoval studii o kvalitě života pacientů s Crohnovou chorobou, ve které bylo zahrnuto 103 nemocných, z nichž 45 mělo zvýšenou aktivitu choroby a 58 bylo v remisi. Bylo prokázáno, že nejvýznamnější vliv na kvalitu života má aktivita nemoci. Dalším zásadním ukazatelem byla léčba konzervativní i chirurgická. Gabalec et al. Dále uvádí, že významnými faktory při hodnocení kvality života jsou psychosociální, socioekonomické a kvalita lékařské péče.

Další zajímavou studii provedli američtí lékaři, kteří se zaměřili na účinek udržovací biologické terapie na kvalitu života. Tohoto výzkumu se zúčastnili pacienti se středně závažnou aktivitou Crohnovy choroby. Porovnávali se pacienti, kterým byla podávána udržovací biologická léčba a ti, kteří dostávali pouze placebo. Pacientům, kterým nebyla podávána biologická léčba, se značně snížila kvalita života, která se opět výrazně zvýšila po 4týdenní indukční léčbě. U těch, kteří po těchto čtyřech týdnech dostávali udržovací dávku biologické léčby, bylo zaznamenáno méně depresí, únavy, bolestí břicha a lepší skóre v IBDQ dotazníku (speciální dotazník pro střevní záněty) oproti pacientům, kteří v té době dostávali placebo, což svědčí o výrazném zlepšení kvality života (Loftus et al., 2008).

Ve Stockholmu proběhla studie, která se netýkala pouze Crohnovy choroby, ale kvality života u idiopatických střevních zánětů jako celku. Pacienti byli rozděleni do skupin dle aktivity a trvání nemoci. Zajímavým výsledkem bylo, že pacienti s kratším trváním nemoci mají nižší kvalitu života, než pacienti s dlouhým trváním. Velkou roli hraje proces adaptace na život s touto chorobou. Pacientovi, kterému je sdělena diagnóza, vnímá některé věci s odstupem času méně intenzivně, popřípadě ho to vůbec nemusí omezovat (Jäghult, 2010).

Jak je již výše zmíněno, kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou ovlivňuje několik faktorů. Hlavním je samotný střevní zánět a s ním spojené bolesti břicha a časté průjemy. Plnohodnotný život má pacient v klidové fázi, kdy nemá žádná velká zdravotní omezení. Velký vliv má i psychická pohoda, která se udrží hlavně díky rodině a blízkým. Důležitá je také důvěra ve svého lékaře a spolupráce s nutričním terapeutem. Největší podíl na dobré psychické pohodě má kontakt s lidmi, kteří trpí stejnou nemocí. Pacienti si mezi sebou předávají zkušenosti a poznatky, které získali za dobu onemocnění. Tato komunikace pomáhá pacientům se se svou chorobou lépe vyrovnat (Vránová, 2013).

1.4 Edukační proces v ošetrovatelství

1.4.1 Andragogika v ošetrovatelství u pacientů s Crohnovou chorobou

Jak uvádíme v první podkapitole, pacientů s Crohnovou chorobou dle statistik stále přibývá. Vzhledem ke zvyšujícímu se výskytu onemocnění zmiňujeme následující kapitolu, neboť jsme přesvědčeni o důležitosti vzdělávání dospělého pacienta a s tím souvisí právě stav andragogiky.

Jak Beneš (2014) andragogika je vědní a studijní obor, který se zaměřuje na vzdělávání a učení se dospělých. Dále zmiňuje, že u ní, na rozdíl od pedagogiky, není jedinec izolován od svých společenských a pracovních rolí, které může nadále zastávat. Vzdělávání dospělých se definuje jako uspokojování subjektivních vzdělávacích potřeb jednotlivce.

Předmětem andragogiky je celoživotní vzdělávání a učení se dospělých. V ošetrovatelství je toto chápáno jako adaptace pacienta na jeho onemocnění. Toto platí především u chronického onemocnění, které se musí dlouhodobě kompenzovat. Důležité je, aby pacient znal určitá pravidla, která by měl dodržovat, aby se jeho zdravotní stav dále nezhoršoval (Šulistová, Trešlová, 2012).

Naše práce je zaměřena především na vzdělávání dospělých pacientů. Aby mohl probíhat účinný pedagogický proces, je nutné, aby každý ze zdravotnického personálu měl o dané problematice určité zkušenosti a znalosti. Pokud chceme, aby edukační proces byl správný a efektivní, je důležitá samotná motivace pacienta. Motivací rozumíme souhrn vnitřních a vnějších faktorů. Právě tyto faktory ovlivňují chování a prožívání pacienta. Motivace je velice individuální záležitost, která může být ovlivňována věkem, pohlavím, ale také vzděláním (Beneš, 2014).

Andragogika dříve preferovala pojem „vzdělávání“, ale v posledních letech se stává hlavním pojmem „učení se dospělých“. Tento obor se zabývá učením dospělých ve čtyřech rovinách. Z hlediska makrosociálního, institucionálního, didaktiky a individua. Zaměřenost těchto teorií je ovlivněno andragogickou realitou, záměry a potřebami. Tuto realitu je nutno chápat jako všechna prostředí a situace, v nichž jsou dospělý členění do nějakých procesů edukace (učení a vzdělávání) a v nichž se používají edukační konstrukty a vnikají vzdělávací výsledky a efekty (Průcha, 2014).

1.4.2 Edukace v ošetrovateľskej praxi

U pacientů s diagnostikovanou Crohnovou chorobou by se neměla opomínat edukace, která by měla být součástí každého rozhovoru pacienta s lékařem či sestrou. Edukační proces je velice složitý, proto je důležité dodržovat stanovené cíle, aby edukace byla kvalitní.

Edukace, neboli výchova a vzdělávání, je nedílnou součástí kvalitní ošetrovateľské péče o pacienta a sestra by tuto základní dovednost měla ovládat. Učení je proces, kterým si jedinec osvojuje nové znalosti a dovednosti, při kterém se mění jeho postoje, myšlenky, pocity a činy. Může probíhat vědomě či nevědomě. Při adaptaci na změněné podmínky a náročné životní situace nám pomáhá právě učení (Šulistová, Trešlová, 2012). Ať už je edukace neformální (mimovolná) nebo formální (záměrná), vždy se jedná o aktivní proces. Jde o cílevědomý přístup k životu, který by měl vyvolat změny v poznání a pochopení informací ve vzájemných souvislostech. Edukace jsou všechny činnosti lidí, při kterých se nějaký subjekt učí a druhý ho vyučuje. Učení je vždy součástí edukačního procesu (Nemcová et al., 2010).

Jak uvádí Bastable (2008), edukační proces je logický, plánovaný a na vědě postavený postup, který má dvě hlavní části – vyučování a učení. V těchto částech účinkuje učitel a učící se osoba. Vzájemně pracují na vyučování a učebních aktivitách, které vedou k žádaným změnám. Tento proces má jednotlivé fáze, jedná se o fázi zhodnocení, plánování, realizace a hodnocení.

Nejdříve zjišťujeme koho a z jakého důvodu je nutné edukovat. Důležité je posoudit pacientovy učební potřeby, jeho připravenost se vzdělávat a jaký učební styl je pro něj nejvíce vyhovující. Pro dokončení této fáze je nutný kontakt s pacientem, abychom ho poznali, porozuměli mu, poznali jeho zdravotní stav a ohodnotili jeho mentální úroveň a psychomotorické schopnosti. Dalším důležitým poznatkem je pacientova motivace. Na základě zjištěných informací je již možno určit cíl naší edukace, didaktické pomůcky a metody. V následujícím postupu se domlouvají s pacientem konkrétní stanoviska, jakými se edukace bude dále vyvíjet. Plánuje se časový harmonogram, cíle, jednotlivé kroky (výsledná kritéria), které by měly vést k cíli, který byl zvolen. Ve fázi realizace se již používají námi zvolené pomůcky a metody za cílem získat znalosti, postoje a dovednosti edukované osoby. V průběhu postupně sledujeme a hodnotíme, jak pacient postupuje, jak je schopen se učit a následně si informace vybavit. Neměli bychom zapomínat na vnitřní motivaci pacienta, požadavky rodiny, lékaře a na cíl, na kterém je důležitá společná domluva s pacientem (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukace by měla za-

hrnovat všechny pracovníky zdravotnického týmu dle svých kompetencí a specializací. V závěru se zhodnocují výsledky, jak pacientem, tak osobou, jež edukovala. Hodnocením zjišťujeme efektivitu edukace. Je vhodné použít zpětnou vazbu a reflexi. Především zjišťujeme vztahy, příčiny a jevy, k nimž dochází při edukaci. Sestra by také měla hodnotit sama sebe, zda neudělala nějakou chybu. Sebehodnocení je důležité pro vlastní motivaci. Edukace sestrou je účinná, jen pokud můžeme sledovat její účinnost a to lze pomocí dokumentace (Kuberová, 2010).

Kvapil (2011) uvádí, že edukující osoba by měla umět vyhodnotit emoční rozpoložení a naladění pacienta. Podle jeho zjištění by měla upravit cíle edukace tak, aby byla maximálně efektivní a účinná. Dále se zmiňuje o několika fázích, ve kterých pacient reaguje na sdělení závažné diagnózy. Jedná se o popření skutečnosti, vzbouření, smlouvání, deprese a akceptování. Je důležité zabránit tomu, aby docházelo k překážkám a zábránám v oblasti komunikace. Pokud se tak ovšem stane, spolupráce mezi edukátorem a pacientem může být narušena. Dále je podstatná psychologická podpora, která by měla pacientovi usnadnit prožívání negativních vývojových fází a co nejdříve se vyrovnat se svou chorobou. Je tedy jasné, že edukace je velice složitou činností (Kvapil, 2011).

Edukace je realizována dle předem připraveného plánu. Metody edukace je potřebné volit s ohledem na dané téma, konkrétního pacienta a také s ohledem na formu, kterou bude edukace probíhat (Špirudová, 2015). Edukační metodu chápeme jako promyšlené a cílevědomé působení edukátora, který se snaží aktivizovat edukanta v učení tak, aby byly naplněny cíle učení (Vondráček et al., 2011)

1.4.3 Edukace pacientů s Crohnovou chorobou

V této podkapitole se zaměříme na informace, které by měly být poskytnuty každému pacientovi, kterému je diagnostikována Crohnova choroba.

Edukace pacienta s Crohnovou chorobou se bude především týkat pravidelného užívání předepsaných léků, dietních opatření, hygienické péče především v okolí konečníku, dostatečného duševního i fyzického odpočinku, sledování vyprazdňování a pravidelných kontrol u gastroenterologa (Šafránková, Nejedlá, 2006). Dle Vrublové (2011) je edukace pacienta, ale i jeho rodiny nedílnou součástí komplexní péče u Crohnovy choroby. V edukačním programu se zejména zaměřuje na změnu životosprávy a dietních opatření, ale také na pravidelné kontroly v odborných ambulancích.

Jak uvádí Heřmanová et al. (2012), prvním krokem v edukaci pacienta s Crohnovou chorobou by mělo být uvedení klienta do problematiky a seznámit ho s onemocněním.

Pacient by se měl dozvědět co nejvíce všeobecných informací o své nemoci a její závažnosti v konkrétním případě. V průběhu jeho nemoci bude navštěvovat různé odborníky, podstupovat různá vyšetření, popřípadě operační zákroky. V tomto případě je dobré pacientovi doporučit, aby si vedl záznamy o každém tomto výkonu. Pacient musí mít přehled, jak se jeho nemoc postupně vyvíjela. Toto chronické onemocnění je pro pacienta velice těžké, stejně tak pro jeho rodinu. Je důležité mu vysvětlit, že v podstatě nejde o nemoc, ale o styl života. Pacienta informujeme o příznacích, kterými se Crohnova choroba projevuje, a to včetně těch, které se objevují mimo střevní oblast (Heřmanová et al., 2012).

Dle Vrublové (2011) je nutné pacienta edukovat v oblasti dietních opatřeních, zejména o příjmu běžné stravy s dostatkem všech živin, především bílkovin a vitamínů, a to v klidovém stádiu nemoci. Strava by měla mít nižší obsah vlákniny v 5 až 7 menších porcích. Dieta by měla být šetřící, nedráždivá a dostatečně kaloricky vydatná. Nutností je individuální přístup dle snášenlivosti jednotlivých potravin daného pacienta. Velice často mívají pacienti laktózovou intoleranci, kterou je nutno ve výběru potravin respektovat. V období průjmů a při bolestech břicha je důležité striktní omezení vlákniny a kofeinu. Parenterální výživa se doporučuje pacientům, u kterých je nutné zklidnit střeva, ale pouze na nutnou dobu, která většinou nepřekračuje 3 týdny. Při delším podávání parenterální výživy může dojít k atrofii (úbytek svalstva) sliznice střev (Vrublová, 2011). Heřmanová et al. (2012) uvádí, že v akutním stavu se pacientovi doporučuje bezobzbytková dieta (bez obsahu vlákniny). Nejvhodnější úpravou stravy je dušení a vaření. Mezi vhodné potraviny lze zařadit ovoce a lehce dušená zelenina, celozrnné pečivo, rýže, pohanka, kysané mléčné výrobky a maso pro obsah železa. Naopak by se pacient měl vyvarovat kofeinu, kukuřici, čokoládě, vajíčkům, koření a potravinám s umělými sladidly a konzervačními látkami. Také je důležité informovat pacienta o potravinových doplncích jako je železo a vitamín B12, které se u těchto pacientů hůře vstřebává, dále vitamín C pro svůj antioxidační účinek a *Lactobacillus acidophilus*, který obnovuje střevní mikroflóru (Heřmanová et al., 2012). Pacient by měl vypít cca. 1,5 l tekutin za den. Nejlepší je pít mezi jídly a pomalu. Mezi doporučené nápoje se řadí bylinkové čaje, minerální vody a přírodní šťávy. Zřídka by měl pacient konzumovat černý čaj, kávu a alkohol (Vrublová, 2011).

Další oblast, o které by měl být pacient informován, je aktivita a fyzická námaha. Pacient v klidové fázi by neměl být nijak omezen na účasti aktivit dle vlastního výběru. V období zánětlivých projevů je ovšem důležité se vyhýbat náročným a namá-

havým činnostem. Velice vhodné je doporučit nějaký sport, při kterém se pravidelně cvičí klouby a svaly, což může zabraňovat nežádoucím účinkům dlouhodobé kortikoidní léčby. Vzhledem k tomu, že pacienti s Crohnovou chorobou často užívají velké množství léků, je nutné se vyhnout slunění a alkoholu. Ženy je nutné poučit o možném přerušení menstruačního cyklu, což je přirozená reakce v průběhu akutního vzplanutí nemoci. Těhotenství nemá nepříznivý vliv na onemocnění, avšak je vhodné naplánovat na období, kdy se neočekává výrazná aktivita nemoci (Heřmanová et al., 2012).

Nemělo by se zapomínat na psychickou kondici pacienta, jelikož chronické zánětlivé onemocnění může vyvolávat emoční zátěž. Je důležité si připustit, že pacient touto chorobou trpí a motivovat pacienta ke snaze vést normální a aktivní život dle jeho možností. V první řadě je důležité užívat předepsané léky a pravidelně navštěvovat lékaře. Vhodnou volbou pro pacienta mohou být svépomocné skupiny, které mu mohou pomoci vyrovnat se s chronickou nemocí. Dochází ke scházení lidí se stejnou chorobou. Je proto důležité ho o těchto skupinách informovat (Heřmanová et al., 2012).

1.4.4 Sestra edukátorka

V této podkapitole se budeme zabývat rolí sestry jako edukátorky, která je nezbytná při komplexní péči o pacienta s Crohnovou chorobou.

Aby mohla být role sestry jako edukátorky správně naplněna, je důležité mít znalosti nejen v oblasti ošetrovatelství, ale také pedagogiky, didaktiky a psychologie. Z tohoto důvodu je tato role pro sestru velice náročná. Významnou rolí je i samotná osobnost dané sestry. Nejdůležitější vlastností této sestry by měla být správná komunikace, empatické chování a schopnost samostatného rozhodnutí. Musí být také důvěryhodná, zodpovědná, organizovaná a mít dostatečné kompetence a znalosti v dané problematice (Bastable, 2008).

Edukace pacienta je většinou prováděna ve zdravotnickém zařízení u hospitalizovaného pacienta. Edukační činnost je zaměřena na primární, sekundární či terciární zdravotní péči. Primární péče se zabývá především podporou zdraví pacienta a je prováděna v domácím či ambulantním prostředí. Jejím cílem je výchova ke zdraví celé populace. S ohledem na téma naší práce se domníváme, že primární edukace nemůže probíhat, a to z důvodu neznalosti jasné příčiny Crohnovy choroby. Sekundární edukace v případě Crohnovy choroby je prováděna u již nemocných pacientů, u kterých se snažíme předávat informace, vědomosti a postoje, které jsou určené k dodržování správného léčebného režimu a zabránění možných komplikací. V oblasti terciální péče se pomocí

správné edukace snažíme předcházet komplikacím nemoci a udržení co nejvyšší míry pohody pacienta (Šulistová, Trešlová, 2012). Pro správné fungování spolupráce sestry a pacienta v rámci edukace je důležité vcítění se do jeho pocitů. Pokud sestra nemá empatický přístup, edukace může mít mnohem nižší účinnost. Pozitivní přístup k pacientovi je důležitý pro vybudování důvěry. Pokud sestra chce být empatická, musí nejdříve pochopit pacientovo psychické rozpoložení (Plevová et al., 2011). Při edukaci v rámci sekundární a terciární péče je velice důležité zjistit, v jaké fázi přijmutí nemoci se pacient nachází. U každého jedince je rychlost přechodu jednotlivých fází individuální, proto je důležité umět naslouchat (Kvapil, 2011).

Kuberová (2010) uvádí, že překážkou v edukaci ze strany pacienta může být stres, nízká motivace, popření potřeby edukace, ale také jazykové, kulturní a etnické bariéry. Ze strany sestry může jít o ignorování pacientových potřeby, absenci lidského přístupu, nevhodnou komunikaci s pacientem či nedostatku času na pacienta.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole se zaměříme na stanovené cíle a výzkumné otázky, které jsme pro naši bakalářskou práci vytvořili. Nejdříve jsme si stanovili cíl hlavní a dále podle něj jsme určili cíl praktický, intelektuální a osobní.

V další kapitole si objasníme metodiku výzkumného šetření a charakteristiku výzkumného vzorku.

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem bylo zaměřit se na oblast edukace u pacientů s Crohnovou chorobou v rámci ošetrovatelské péče.

Intelektuální cíl: Zmapovat edukační realitu vedenou sestrou na zdravotnickém pracovišti, věnující se pacientům s Crohnovou chorobou.

Praktický cíl: Získané informace mohou být dále využity ke zlepšení edukačního procesu u pacienta s Crohnovou chorobou vedeného sestrou na zdravotnickém pracovišti.

Osobní cíl: Zejména ve svém osobním životě se prakticky denně setkávám s lidmi, kteří se léčí s Crohnovou chorobou. Touto prací bych chtěla zjistit, zda edukace pacientů probíhá správně a efektivně s přínosem pro pacienty a dále rozšířit své profesní zaměření.

2.2 Výzkumné otázky práce

Podle stanovených cílů bakalářské práce jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaká je edukační realita ve vzdělávání pacientů na zdravotnickém pracovišti?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, které sestra používá?

Výzkumná otázka 3: Jak hodnotí sestry spolupráci pacientů v rámci edukačního procesu?

Výzkumná otázka 4: Jaké metody sestra používá při edukačním procesu?

Výzkumná otázka 5: Co pacienti při edukaci sestrou postrádají?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsme zvolili s ohledem na zvolené cíle kvalitativní přístup. Jako výzkumnou metodu jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor s pacienty a sestrami. Výzkumné šetření bylo realizováno v jedné z nemocnic v Jihočeském kraji na gastroenterologickém oddělení. Všechny rozhovory byly zaznamenávány přímou transkripcí s pomocí zapisovatele. Následně byly přepsány do programu Microsoft Word. Každý proband byl před rozhovorem seznámen se zachováním jeho úplné anonymity, což bylo samozřejmě dodrženo.

Kvalitativní přístup byl zvolen na základě jeho výhod, které nabízí. Jak uvádí Hendl (2016), přednosti kvalitativního přístupu jsou především ve zkoumání jedince v jeho přirozeném prostředí, dále v umožnění navrhování teorií a získávání podrobného popisu jedince. Pro výzkumné šetření v ošetrovatelství je kvalitativní přístup vhodnější zejména, když se snažíme zjistit pacientovy pocity ve vztahu k nemoci (Kutnohorská 2009).

3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

V naší výzkumné části bakalářské práce jsme prováděli šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Tuto metodu jsme zvolili, abychom získali co nejpřesnější a kompletní informace o probírané problematice.

Rozhovory byly uskutečňovány s pacienty, kteří mají diagnostikovanou Crohnovu chorobu a se sestrami pracujícími na gastroenterologickém oddělení lůžkové či ambulantní části. Podle stanovených cílů jsme si předem připravili a vytvořili osnovu rozhovorů pro pacienty s Crohnovou chorobou i pro sestry pracující na gastroenterologickém oddělení. Než jsme zahájili výzkumné šetření pomocí rozhovorů, požádali jsme hlavní sestru nemocničního zařízení o povolení k provedení výzkumného šetření. Po získání písemného souhlasu k provedení výzkumného šetření jsme celou věc konzultovali s vrchní

sestrou příslušného oddělení. Vrchní sestra byla velice ochotná a milá a neměla žádné připomínky k provedení výzkumného šetření na oddělení. Souhlas s výzkumným šetřením není součástí bakalářské práce. Z důvodu zachování anonymity je k nahlédnutí u autorky.

Většina probandů je z blízkého okolí autorky, proto byly rozhovory prováděny většinou v domácím prostředí. Při setkání s pacienty i se sestrami bylo probandům vysvětleno, čím se v práci zabýváme a co je předmětem zkoumání. Probandů jsme se také ptali, zda si můžeme pořídit zvukovou nahrávku rozhovoru. Na přání probandů byly všechny rozhovory zaznamenávány přímou transkripcí. Dále jsme probandy ujistili, že jejich anonymita bude zachována.

Při realizaci rozhovorů se sestrami jsme byli dvakrát odmítnuti z důvodu časové tísně probandek. V dalších případech došlo vždy k milému a vstřícnému jednání. Rozhovory s pacienty probíhaly ve velice příjemné atmosféře. Ze začátku vždy chvíli trvalo, než se pacient otevřel, ale v mnoha případech byli pacienti rádi, že se mohou svěřit a o svých problémech otevřeně mluvit.

Naším hlavním cílem výzkumného šetření bylo zaměření se na oblast edukace u pacientů s Crohnovou chorobou. Připravené rozvržení otázek se měnilo během rozhovoru podle daného probanda.

Rozhovory se sestrami začaly obecnými otázkami, které se týkali zejména délky praxe v oboru a jak se k němu vůbec dostali. Dále nás zajímalo, zda považují edukaci pacienta s Crohnovou chorobou v oblasti léčby a určitého životního stylu za důležitou. Je zřejmé, že pokud se sestra domnívá, že léčba a určitý životní styl nijak neovlivní stav pacienta, může být edukační realita narušena.

V závěru nás zajímala znalost dané problematiky a přístup pacientů k edukaci. Aby výzkumné šetření bylo objektivní, zajímal nás také pohled pacienta v roli edukanta. U těchto probandů nás především zajímalo, zda při diagnostice Crohnovy choroby k edukačnímu procesu vůbec dochází a pokud ano, tak jakými edukačními strategiemi a do jaké hloubky. I u pacientů nás zajímaly jejich znalosti dané problematiky. Informace od každého výzkumného vzorku byly analyzovány s využitím otevřeného kódování.

3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří 6 sester z gastroenterologického oddělení z lůžkové i ambulantní části a 6 pacientů, kteří mají diagnostikovanou Crohnovu chorobu. Rozhovory byly uskutečňovány od ledna 2017 do dubna 2017.

Výzkumné šetření bylo prováděno vždy osobně. Nejdříve se autorka sešla se staniční sestrou oddělení a dále následoval sběr dat s vybranými probandkami.

Při výběru pacientů byla podmínkou diagnóza Crohnova choroba, bez ohledu na délku její léčby.

Pro přehlednost v probandech je předložena identifikační tabulka sester i pacientů. V tabulce je označení probanda. U pacientů je označena délka léčby s Crohnovou chorobou a u sester délka praxe v gastroenterologickém oboru.

Tabulka 3.1: Identifikace pacientů s Crohnovou chorobou

Identifikace pacientů s Crohnovou chorobou		
Proband	Označení	Délka léčby
Pacient 1	P1	1 rok
Pacient 2	P2	14 let
Pacient 3	P3	3 roky
Pacient 4	P4	2 roky
Pacient 5	P5	2 roky
Pacient 6	P6	1 rok

Označení P1 – P6 je postupné označení pacientů, kteří mají diagnostikovanou Crohnovu chorobu.

Pacient 1 bude označován P1 a délka jeho léčby je 1 rok. Pacient 2 označovaný P2 se s Crohnovou chorobou léčí 14 let. Pacient 3 označovaný P3 se léčí 3 roky. Pacient 4 označovaný P4 se léčí 2 roky. Pacient 5 označovaný P5 se léčí také 2 roky. Pacient 6 označovaný P6 se léčí 1 rok.

Výzkumné šetření jsme prováděli s probandy, kteří měli k autorce celkem blízko jak věkově, tak některé znala osobně a z tohoto důvodu většina probandů používalo tykání.

Tabulka 3.2: Identifikace probandů - sester

Identifikace probandů - sester		
Proband	Označení	Délka praxe v oboru
Sestra 1	SN1	1,5 roku
Sestra 2	SN2	20 let
Sestra 3	SN3	3 roky
Sestra 4	SN4	1 rok
Sestra 5	SA5	3 roky
Sestra 6	SA6	3 roky

Označení SN je označení sestry, která pracuje na gastroenterologickém oddělení na lůžkové části.

Označení SA je označení sestry, která pracuje na gastroenterologickém oddělení ambulantní části.

Sestra 1 bude označována jako SN1 a pracuje v oboru 1,5 roku. Sestra 2 označována jako SN2 pracuje v oboru 20 let. Sestra 3 označována SN3 pracuje v oboru 3 roky. Sestra 4 označována jako SN4 pracuje v oboru 1 rok. Sestra 5 označována jako SA5 pracuje v oboru 3 roky. Sestra 6 označována jako SA6 pracuje v oboru také 3 roky.

4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole se budeme zabývat výsledky výzkumného šetření. Při vyhodnocování budeme vycházet z informací, které nám sestry a pacienti poskytli v rozhovorech.

4.1 Hodnocení edukační činnosti sestry pacientem s Crohnovou chorobou

Kategorii číslo 1 jsme nazvali **Podávání informací o Crohnově chorobě po sdělení diagnózy**. Zajímalo nás, zda je pacientům po diagnostice podáván dostatek informací o této nemoci. Pacienti odpovídali spíše zápornými odpověďmi. Na podporu tohoto tvrzení dokládáme několik odpovědí pacientů. „*Upřímně jsem si o tom spíše více přečetla na Internetu a ještě doteď asi nevím vše. Informace na mě byly vychrleny tak rychle, že jsem si z toho moc nepamatovala*“ (P1). Další odpověď: „*Poprvé mi lékařka akorát předepsala spoustu léků, o kterých jsem nevěděla, že vůbec existují*“ (P2). „*Vůbec si nevybavuji, že by mi někdo řekl, co to pořádně je. Vše jsem si musela zjistit sama*“ (P4). „*Zevrubné objasnění nemoci, nastavení léčby a položení dotazu, zda mám nějaké otázky. V té chvíli je člověk tak zaskočen, že ho žádné nenapadají*“ (P5). Jen jeden pacient uvedl kladnou odpověď, že informace byly dostačující, avšak bylo jich v tu chvíli příliš mnoho. Zde uvádím jeho odpověď „*Vysvětlení bylo velice podrobné, i když tenkrát jsem to moc nevnímal, spíše mě zajímalo, co se bude dít dál*“ (P3).

Tabulka 4.1:

Podávání informací pacientům po stanovení diagnózy		
Dostatek informací	Úplná neinformovanost	Nedostačující a nesrozumitelné informace
P3	P4	P1, P2, P5, P6

Kategorii číslo 2 jsme nazvali **Edukační realita vedená sestrou o dodržování bezzbytkové diety při léčbě Crohnovy choroby**. V této kategorii nás zajímalo, zda vůbec mezi sestrou a pacienty dochází k edukačnímu procesu. Tato kategorie je u pacientů s Crohnovou chorobou velice důležitá. Jde především o to, aby ve stolici zůstávalo co nejméně zbytků, aby nebyla drážděna sliznice střev a o zvýšené množství

bílkovin. Výsledky jsou jiné než v kategorii číslo 1, nějaké informace a čas sestra většině pacientů věnovala, avšak ne vždy byly informace pro pacienty srozumitelné. Vzhledem k uvedené skutečnosti uvádíme několik příkladů. „Trochu se zaměřila na povídání o přísném dodržování bezobzbytkové diety, což jsem v tu chvíli nevěděla, co je, ale neměla jsem sílu se vyptávat“ (P1). „Tenkrát mi byla doporučena již zmíněná bezobzbytková strava“ (P3). Další kladná odpověď. „Sestřička byla tak hodná a vysvětlila mi podstatu bezobzbytkové diety“ (P4). Jeden pacient odpověděl též kladně, avšak neuvedl, kde informace o bezobzbytkové dietě získal. „Snažím se o bezobzbytkovou stravu“ (P5). „Doporučila mi bezobzbytkovou dietu, o které jsem si potom četla na Internetu, abych přesně věděla, o co jde“ (P6). Pouze jeden pacient se nezmínil, že by mu byly informace o bezobzbytkové dietě podány. „Sestra mi sdělila pár praktických informací pro běžný život, za to jsem byla ráda“ (P2).

Tabulka 4.2:

Podávání informací sestrou o bezobzbytkové dietě		
Dostatek srozumitelných informací	Úplná neinformovanost	Informace podány, ale pacient neporozuměl
P3, P4, P5	P2	P1, P6

Kategorii číslo 3 jsme nazvali **Efektivita edukace z pohledu pacientů**. Tuto kategorii jsme vybrali, abychom zjistili, zda pacienti hodnotí edukaci jako dostačující a zda při ní mají vhodné podmínky. Pacientů jsme se tázali, jaká doba jim byla při edukaci věnována a v jakém prostředí edukace probíhala. Úplně všichni pacienti zmiňují, že čas, který jim byl věnován, byl pro ně nedostačující. Místa, ve kterých byla edukace prováděna, hodnotí různě. K těmto poznatkům dokládáme některá tvrzení pacientů. „Řekla bych, že při prvním sezení to mohla být půl hodina a nebyla jsem z toho moc moudrá“ „Kdyby mi tenkrát někdo věnoval více času a více mi vše vysvětlil, nebyla bych tak šokovaná a nesvá“ „Na gastroenterologii na nějaké vyšetřovně. Moc příjemné to popravdě nebylo, ale asi to jinak nejde“ (P1). Další pacient považuje edukaci za ne zcela účinnou, ale prostředí mu vyhovovalo. „Podle mě cca 15 - 20 minut“ „Nebyla jsem z toho moudrá“ „Poučovala mě v klidu ordinace, byla jsem celkem spokojená, ale ne všemu jsem rozuměla“ (P2). „Spíše se bavme o hodině“ „Na gastroenterologii mi nebyly sděleny téměř žádné informace“ „Prvotní informace jsem se dozvídal v ordinaci“ (P3). „První lékař tak 10 minut, poté dalších 10 minut a v nemocnici následně také tak“ „Poprvé lékař v ordinaci, poté lékař v nemocnici na lůžku“ „Byla jsem z toho docela smutná, v podstatě nejsem pro ně důležitá“ (P5). Další pacient hodnotí čas také jako

nedostačující, avšak místo si moc chválí. „*Po prvním setkání asi 10 minut, což není podle mě dostačující*“ „*V normální hezky vybavené a čisté ordinaci*“(P6). Jeden pacient zmiňuje, že žádná edukace u něj ani neproběhla. „*Vůbec si nevybavuji, že by mi někdo řekl, co to pořádně je*“ „*Podle mě nikde*“ „*Maximálně na lůžku dospávacího pokoje, což mi nepříjde úplně vhodné*“ (P4).

Tabulka 4.3:

Efektivita edukace z pohledu pacientů				
Nedostatek času při edukaci	Žádná edukace	Nepříjemné prostředí pro pacienty	Příjemné prostředí pro pacienty	Pacient prostředí nehodnotil
P1, P2, P3, P5, P6	P4	P1, P4, P5	P2, P6	P3

Kategorii číslo 4 jsme nazvali **Vědomosti pacientů o správném životním stylu s Crohnovou chorobou**. V této kategorii nás zajímalo, zda vůbec dochází k předání informací pacientů a pokud ano, tak jaké informace sestry pacientům předávají. Při Crohno chorobě v období silných zánětlivých projevech je důležité se vyhýbat energeticky náročným a namáhavým činnostem. Také již výše zmíněné dodržování bezzbytkové diety. Nezbytné je také abstinence alkoholu a kouření. Z tohoto důvodu jsme se probandů ptali, zda jim byly předány informace o této problematice a zda se řídí podle nich. Pacienti prokazují částečnou informovanost, která byla předána zdravotníkem. Zde uvádíme příklady pacientů, z nichž je to naprosto zřetelné. Třem pacientům byly doporučeny nutridrinky, které jsou velice důležité jako podpora k běžné stravě. Pacientům byly doporučovány, aby nabrali zpět váhu, kterou kvůli nemoci ztratili. Zde jsou tvrzení pacientů. „*Ze začátku jsem pila nutridrinky, které mi měli pomoci nabrat váhu, kterou jsem shodila kvůli operaci a všem těm komplikacím*“ (P1). „*Pro rychlejší nárůst váhy mi sestra doporučila nutridrinky*“ (P3). „*Také mi doporučila nutridrinky, které by mi měli pomoci k nabrání váhy*“ (P4). Další informace, které pacienti dostávají, se týkají fyzické námahy. Pouze tři pacienti potvrzují, že nějaké informace dostali. Jednomu pacientovi tyto informace chybí a další dva se vůbec nezmiňují. Tato tvrzení dokládáme jejich tvrzením. „*Nevím, zda jsou nějaká fyzická omezení nebo opatření a tom mě nikdo neinformoval*“ (P1). „*Následoval zákaz jakékoliv tělesné námahy včetně sportu*“ (P3). „*Dále mi doporučila co nejméně se stresovat a namáhat*“ (P4). „*Sestřička akorát říkala, ať se šetrím a nestresuji*“ (P6). Téměř všichni pacienti dodržují nějaká dietní omezení, je tedy jasné, že nějaká edukace musela proběhnout. Zde jsou výpovědi pacientů, které to dokazují. „*Vím, po kterých potravinách je mi hůře, těm se také vyhý-*

bám“ „Dále se vyhýbám alkoholu“ „Když je mi hodně blbě, pomáhá mi vyřadit kořeněná a mastná jídla“ (P1). „Snažím se dodržovat zdravou a pravidelnou životosprávu, nekouřím, alkohol jen příležitostně“ „Sama vím, které potraviny mi nedělají dobře a těm se vyhýbám“ (P2). „Mám pohlídané, které potraviny prostě nemohu“ (P3). „Snažím se nejíst mastné nebo smažené“ „Po mastném je mi vždy hůř“ (P4). „Vyhýbám se smaženému a tučnému“ „Velice výrazně jsem omezila alkohol“ (P5). Poslední pacient ještě úplně neví, které potraviny mu dělají dobře a které ne. „Stává se mi, že jednou mi nějaká potravina neudělá vůbec nic a jindy bohužel ano, jde těžko vychytat, co mohu a co ne“ (P6).

Tabulka 4.4:

Vědomosti pacientů o správném životním stylu s Crohnovou chorobou			
Pacienti poučení o nutridincích	Pacienti poučení o fyzické námaze	Pacienti dodržující určitá dietní omezení	Pacienti, kteří neznají správné stravovací návyky
P1, P3, P4	P3, P4, P6	P1, P2, P3, P4, P5	P6

Kategorii číslo 5 jsme nazvali **Požadavky pacientů na vzdělávání v souvislosti s Crohnovou chorobou**. Tuto kategorii zmiňujeme, protože považujeme důležité zjistit, co pacienti v rámci edukace postrádají a co by se chtěli o jejich chorobě naučit. Na tuto otázku většina pacientů odpověděla stejně. Zde uvádíme jejich výpovědi. „Chtěla bych se naučit, co správně jíst při této chorobě“ (P1). „Bylo by dobré, kdyby mi někdo vysvětlil, jestli existuje nějaká opravdu správná strava, která Crohna dokáže nějak potlačit, zastavit nebo alespoň ho nedráždit“ (P2). „Asi bych potřebovala pomoci s jídelníčkem a celkově se životosprávou“ (P4). „Bylo by skvělé vědět nějakou správnou životosprávu, nebo dietu“ (P5). „Určitě bych byla ráda, kdybych si časem mohla vychytat, co je dobré jíst a co ne“ (P6). Jeden pacient by chtěl, aby někdo vydal srozumitelnou knihu pro normální lidi, kde by se vše pacienti dozvěděli. „Bylo by fajn, kdyby někdo vydal nějakou srozumitelnou knížku nebo brožuru pro normální lidi, možná taková existuje, ale mně se do ruky ještě nedostala“ (P3). Pacienti by dále chtěli více informací o fyzické námaze a o alternativních postupech léčby Crohnovy choroby. „Ráda bych se vrátila ke sportu a chtěla bych cestovat, ale nevím jak moc je to možné s touto chorobou“ (P1). „Velice by mě zajímaly alternativní postupy léčby“ (P5).

Tabulka 4.5:

Požadavky pacientů na vzdělávání o Crohnově chorobě			
Správné stravování	Informace o fyzické námaze	Alternativní postupy léčby	Brožura/knižní publikace
P1, P2, P4, P5 P6	P1	P5	P3

Kategorii číslo 6 jsme pojmenovali **Vyhledávání informací na internetu**. Tuto kategorii zmiňujeme, jelikož jsme zjistili, že téměř všichni pacienti si informace o Crohnově chorobě hledali na Internetu či sociálních sítích, jelikož edukace ze strany zdravotníků byla pro ně nedostačující, či nesrozumitelná. Pouze jeden pacient obdržel po stanovení diagnózy brožurku s informacemi o onemocnění, ostatní pacienti tento edukační materiál postrádají. Tato tvrzení dokládáme odpověďmi, které nám pacienti sdělili. „Většinu informací jsem si hledala potom doma na Internetu a také na sociální síti od jiných lidí se stejnou chorobou“ Čekala jsem, že dostanu alespoň nějakou brožuru nebo leták“ (P1). „Sama jsem si také zjišťovala informace o Crohnu na internetu“ „Očekávala bych třeba nějaký leták nebo prospekt, ale nic“ (P2). I tvrzení dalších pacientů se shodují s předešlými. „Většinu informací jsem si hledal až doma na Internetu“ „Nedostal jsem v podstatě žádné poučení, žádný leták, žádné možnosti, kde bych informace našel“ (P3). „Samozřejmě jsem si hledala sama informace na Internetu a sociální síti“ „Kdyby mi alespoň šoupli nějaký leták, ale prostě nic“ (P4). „Musela jsem si vše vyhledat sama, ať už v knihách nebo na Internetu“ „Nechápu, proč alespoň nehodí pacientovi nějakou brožuru“ (P5). Zajímavé zjištění je u posledního pacienta, který obdržel brožuru a informace na Internetu si následně nehledal. „Dostala jsem různé brožurky na přečtení“ (P6).

Tabulka 4.6:

Vyhledávání informací na Internetu			
Pacienti, kteří by chtěli dostat brožurku	Pacienti, kteří brožurku dostali	Pacienti, kteří si vyhledávali informace na Internetu	Pacienti, kteří si informace na Internetu nevyhledávali
P1, P2, P3, P4, P5	P6	P1, P2, P3, P4, P5	P6

Kategorii číslo 7 jsme nazvali **Nepřesné stanovení diagnózy**. Tuto kategorii zmiňujeme pro zajímavost. Při rozhovorech jsme zjistili, že více než polovině pacientům je před diagnostikou Crohnovy choroby nejprve diagnostikováno nesprávné onemocnění. Zde uvádíme jejich tvrzení. „Diagnostikovali mi to jako akutní slepák, který mi byl ná-

sledně odstraněn“ (P1). „Na gastroenterologickém oddělení mi byla stanovena diagnóza ulcerózní kolitida“ (P2). „Před tím, než mi byla stanovena diagnóza Crohnova choroba, mi byla diagnostikována akutní apendicitida, samozřejmě mylně a zbytečně jsem podstoupil operaci“ (P3). „Po vyšetření mi byla sdělena diagnóza ulcerózní kolitida“ (P5). Z těchto tvrzení vyplývá, že Crohnova choroba byla mylně zaměněna s ulcerózní kolitidou a akutní apendicitidou. U dvou pacientů byla Crohnova choroba diagnostikována správně hned při první diagnostice.

Tabulka 4.7:

Nepřesné stanovení diagnózy		
Crohnova choroba zaměněna s ulcerózní kolitidou	Crohnova choroba zaměněna s akutní apendicitidou	Crohnova choroba diagnostikována správně
P2, P5	P1, P3	P4, P6

4.2 Edukační činnost sestry na gastroenterologickém oddělení lůžkové a ambulantní části

Kategorii číslo 8 jsme nazvali **Nárůst pacientů s Crohnovou chorobou**. Tuto kategorii zmiňujeme, abychom zjistili, zda sestry pracující na daném oddělení vnímají nárůst pacientů s tímto onemocněním. Zjistili jsme, že nárůst pacientů pozoruje pouze sestra, která pracuje na ambulanci, kde se pacienti dozvídají svou diagnózu nejčastěji, a také sestra, která pracuje v oboru 20 let, tudíž za její dobu praxe opravdu pacientů s Crohnovou chorobou přibylo. Ostatní sestry nárůst pacientů nepozorují. Tato tvrzení dokládáme jejich odpověďmi. „Pacientů s Crohnovou chorobou opravdu přibývá“ (SA5). „Vzhledem k tomu, že v oboru pracuji už velice dlouho, mohu říci, že pacientů s Crohnovou chorobou je opravdu čím dál tím více“ (SN2). „Na gastroenterologickém oddělení pracuji teprve 1 rok a za tuhle krátkou dobu jsem si nevšimla, že by pacientů nějak více přibývalo“ (SN4). „Pracuji zde 3 roky a za tu dobu nepozoruji žádný nárůst pacientů s Crohnovou chorobou“ (SN3). Z těchto tvrzení zjišťujeme, že sestry pracují v oboru příliš krátkou dobu na to, aby mohly pozorovat nárůst pacientů s Crohnovou chorobou. Dále je pravdou, že pokud sestra pracuje na ambulanci, setkává se s pacienty s tímto onemocněním častěji než sestra na lůžkové části, a proto je schopna nárůst pacientů potvrdit. Také sestra, která pracuje v oboru 20 let, pozoruje nárůst pacientů s Crohnovou chorobou.

Tabulka 4.8:

Nárůst pacientů s Crohnovou chorobou	
Pozorují	Nepozorují
SN2, SA5	SN1, SN3, SN4, SA6

Kategorii číslo 9 jsme nazvali **Realizace edukace pacientů o léčbě Crohnovy choroby**. V této kategorii nás zajímalo, zda sestra edukuje pacienty o možnostech léčby Crohnovy choroby. Pouze dvě sestry z ambulantní části uvedly, že pacienty v některých oblastech léčby edukují. Ostatní sestry uvedly, že edukaci provádí lékař. Zde uvádíme některá tvrzení. „Zejména upozorňujeme na bezsezbytkovou dietu“ „Někdy se pacienti ptají na možnost biologické léčby, tak jim to vysvětlím“ (SA6). „Nejčastěji pacienty edukuji o farmakologické léčbě“ „Podle mě je důležité pacienta edukovat také o psychologické léčbě, která je při tomto onemocnění velice důležitá“ (SA5). „O možnostech léčby informuje pacienta lékař“ (SN4). „Na našem oddělení informuje pacienty o možnostech léčby lékař“ (SN1).

Tabulka 4.9:

Realizace edukace pacientů o léčbě Crohnovy choroby	
Provádí	Neprovádí
SA5, SA6	SN1, SN2, SN3, SN4

Kategorii číslo 10 jsme nazvali **Doporučení pacientům sestrou**. V této kategorii jsme zjišťovali, co sestry pacientům doporučují v rámci edukace. Většina sester v rámci edukace se zaměřuje na dodržování individuálního léčebného režimu. Dále na určitá dietní omezení, což nejčastěji představuje bezsezbytková strava. Některá sestra zmiňuje i sledování stolice, což je při tomto onemocnění nezbytné, případně pak možnost biologické léčby. Zde uvádíme některá jejich tvrzení. „Pacientům doporučuji především dodržovat dietu“ (SN4). „Doporučuji vhodnou bezsezbytkovou dietu“ „Pokud pacienta trápí dosavadní léčba, informuji ho o možnosti léčby biologické“ (SA6). „Doporučuji dodržovat léčebný režim“ Sledovat stolicí (barvu, příměsi četnost apod.)“ (SN1). „Aby se řídili pokyny lékařů a přesně dodržovali léčebný režim“ (SN2). „Dodržovat nasazené léky a přizpůsobit životní režim“ (SA5).

Tabulka 4.10:

Doporučení pacientům sestrou			
Dietní omezení (bezezbytková dieta)	Léčebný režim	Biologická léčba	Sledování stolice
SN1, SN3, SN4, SA6	SN1, SN2, SA5	SA6	SN1

Kategorii číslo 11 jsme nazvali **Metoda edukace pacienta**. V této kategorii jsme se sester tázali, jakou metodu volí při edukaci pacienta. Výsledky byly vyrovnané. Zde uvádím několik tvrzení. „*Já volím určitě metodu ústní formy*“ „*Dále preferuji brožurky*“ (SN4). „*Pomocí rozhovoru a povídání se mu snažím poradit či informovat*“ „*Také použiji k vysvětlování informační brožurky*“ (SA6). „*Používám spíše rozhovor*“ (SA5). „*Pro edukaci volím určitě rozhovor*“ (SN3). „*Preferuji rozhovor, ale také doporučuji pacientům internetové zdroje*“ (SN2). „*Slovní metodu edukace plus informační brožurky*“ (SN1). Z těchto tvrzení je jasné, že jako metodu edukace volí sestry rozhovor a někdy informační brožurky.

Tabulka 4.11:

Metoda edukace pacienta	
Rozhovor	Informační brožurky
SN1, SN2, SN3, SA5, SN4, SA6	SN1, SN4, SA6

Kategorii číslo 12 jsme nazvali **Motivace pacienta**. Zajímalo nás, zda sestry považují motivaci pacienta při edukaci za důležitou. Všechny probandky odpověděly, že motivaci považují za významnou v rámci edukačního procesu. Dále jsme se tedy zeptali, k čemu pacienty s Crohnovou chorobou motivují. Zde jsou jejich odpovědi. „*Motivuji je, aby nezoufali*“ „*Snažím se je pozitivně naladit*“ (SA6). „*Rozhodně k tomu, aby se s onemocněním naučili žít*“ (SN4). „*Snažím se je motivovat k lepšímu životnímu stylu a přijetí jejich onemocnění*“ (SA5). „*Pacienty motivuji ke správné životosprávě*“ (SN3). „*Motivaci směřují k dodržování lékařských rad*“ (SN2). „*K obecné pozitivitě*“ (SN1). Většina sester se snaží pacienta motivovat k pozitivnímu přístupu vzhledem k jeho onemocnění.

Tabulka 4.12:

Motivace pacienta		
Pozitivní přístup	Dodržování lékařských rad	Správný životní styl
SA6, SN4, SA5, SN1	SN2	SA5, SN3

Kategorii číslo 13 jsme nazvali **Standard k edukaci pacienta s Crohnovou chorobou**. Zajímalo nás, zda sestry pracující na gastroenterologickém vědí o standardu,

který se týká právě edukace pacientů s Crohnovou chorobou. Polovina sester uvedla, že standard na oddělení mají. Z toho vyplývá, že ostatní sestry standard ani neviděly, což může být možným důvodem neefektivní edukace. Zde jsou jejich tvrzení. „*Ano tento standard máme, nevím, zda přímo na oddělení, ale v poradně pro IBD určitě*“ (SN2). „*Standard k edukaci pacientů s Crohnovou chorobou máme, četla jsem ho*“ (SA5). „*Ano máme*“ (SN4). textit, „*Bohužel nevím*“ (SA6). „*Ne takový standard tu nemáme*“ (SN1). „*Ne nemáme*“ (SN3).

Tabulka 4.13:

Standard k edukaci pacienta s Crohnovou chorobou		
Máme	Nemáme	Nevím
SN2, SN4, SA5	SN1, SN3	SA6

Kategorii číslo 14 jsme nazvali **Zájem pacientů o informace z pohledu sestry**. Aby edukace byla účinná, je důležitý zájem nejen zdravotníka, ale především pacienta. Pokud tedy pacient nemá zájem o nové informace, edukace může být neúčinná. Většina sester uvádí, že pacienti většinou nějaký projevují. Ptali jsme se tedy, na co se pacienti nejčastěji ptají. Zde uvádím několik příkladů. „*Pokud nějakou informaci potřebují, přijdou osobně za sestřičkou*“ *Je na nich znát, že chtějí mluvit v soukromí*“ „*Ptají se na odběry vzorku stolice a na přípravu před kolonoskopií*“ (SN4). „*Nejčastěji se pacienti ptají na dietu, mimostřevní komplikace a chirurgickou léčbu*“ (SA6). „*Mají veliký zájem o vše nové*“ „*Nejčastěji se ptají na dietu a na prognózu*“ (SN1). „*Někteří pacienti mají veliký zájem*“ „*Nejčastěji se ptají na dietu*“ (SN2). „*Ptají se, co mohou jíst*“ (SN3). „*Často se tážou, zda se jejich onemocnění dá vyléčit*“ (SA5).

Tabulka 4.14:

Zájem pacientů o informace z pohledu sestry				
Dietní opatření	Prognóza	Chirurgická léčba	Mimostřevní komplikace	Vyšetření
SA6, SN1, SN2, SN3	SN1, SA5	SA6	SA6	SN4

Kategorii číslo 15 jsme nazvali **Realizace zpětné vazby od pacienta k sestře**. Zpětná vazba je důležitá, aby se zjistilo, zda pacient všemu porozuměl. Dále je důležitá pro uspořádání informací, který pacient získal. Všechny sestry uvedly, že se pacienta tážou, zda všemu porozuměl a ověřují si jeho znalosti. Zde jsou jejich tvrzení. „*Já si to ověřuji tak, že se jich zpětně ptám na to, co jsem jim před chvílí sdělil. Pokud znají odpověď, tak je vidět, že podaným informacím rozuměli, pokud ne, je potřeba to*

znovu důkladně vysvětlit“ (SN4). „Zpětnou vazbou, zeptám se ho, jakoby ho „vyzkouším“ v rámci povídání“ (SA6). „Položím otázku a ověřím si, zda rozumí“ (SN1). „Zpětně se ho ptám“ (SN2). „Zeptám se pacienta, co si zapamatoval z toho, co jsem mu řekla“ (SN3). „Kontrolní otázkou na to, co jsem mu povídala“ (SA5).

Tabulka 4.15:

Realizace zpětné vazby od pacienta k sestře	
Ano	Ne
SN1, SN2, SN3, SN4, SA5, SA6	-

Kategorii číslo 16 jsme nazvali **Zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty s Crohnovou chorobou**. V této kategorii jsme se sester tázali, co by bylo podle nich vhodné zlepšit v rámci ošetrovatelské péče o pacienty s tímto onemocněním. Zde jsou jejich odpovědi. „Na tuto otázku nedokážu odpovědět, myslím si, že poskytujeme nejlepší možnou ošetrovatelskou péči o tyto pacienty“ (SN4). „Více času na pacienty“ „Komfortnější péče v oblasti vyprazdňování a o konečník“ „Pestřejší nabídka ve stravě ohledně bezsezbytkové diety“ (SA6). „Pomůcky pro ošetřování častých stolic“ (SN1). „Nic mě nenapadá, myslím si, že všichni zdravotníci využívají maximálně svých možností“ (SN2). „Zlepšení hygienických pomůcek v rámci péče o vyprazdňování“ (SN3). „Více času na pacienty“ (SA5). Dvě sestry z ambulantní části uvádějí, že péče o pacienty by se zlepšila tím, že by na ně měli více času. Sestry z lůžkové části by chtěly pro pacienty lepší hygienické prostředky v rámci péče o vyprazdňování. Ostatní sestry by na ošetrovatelské péči nic nezlepšily.

Tabulka 4.16:

Zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty s Crohnovou chorobou		
Více času na pacienty	Kvalitnější hygienické prostředky v rámci péče o vyprazdňování	Nic
SA6, SA5	SA6, SN1, SN3	SN4, SN2

5 Diskuze

Tato část naší bakalářské práce shrnuje výsledky, které jsme získali a vyhodnotili pomocí výzkumného šetření uskutečněného s pacienty s Crohnovou chorobou a se sestrami pracujícími na gastroenterologickém oddělení. Cílem této kapitoly je dát výsledky empirické části naší práce do kontextu s částí teoretickou. Dříve než jsme zahájili výzkumné šetření, bylo nezbytné získat dostatek kvalitních informací z odborné literatury, zabývající se problematikou Crohnovy choroby a edukací pacientů s tímto onemocněním.

V našem šetření, které jsme realizovali na gastroenterologickém oddělení jednoho nemocničního zařízení Jihočeského kraje, se ukázalo, že pacienti s Crohnovou chorobou nedostávají dostatečné a srozumitelné informace o jejich onemocnění. Převážnou většinu znalostí získávají na Internetu, nebo na sociálních sítích od lidí, kteří mají stejné onemocnění. Problémem těchto zdrojů informací může být jejich nedůvěryhodnost, kterou ne každý pacient dokáže posoudit. Avšak Politi et al.,(2008) ve své Evropské studii uvádí, že pouze 30 % pacientů hledá informace o svém onemocnění v elektronických médiích a 77 % pacientů je spokojeno s jejich aktuálními informacemi. Tato zjištění je ovšem nutné brát s ohledem na evropský rozsah výzkumu.

Prováděný výzkum je rozdělen do dvou částí. První část výzkumného vzorku tvořilo 6 probandů, kteří měli diagnostikovanou Crohnovu chorobou. Empirického šetření se zúčastnilo 6 probandů. Vzhledem k tomu, že došlo k nasycení teoretického vzorku, nebylo nutné realizovat rozhovory s dalšími probandy. Další část výzkumného vzorku byla tvořena sestrami pracujícími na gastroenterologickém oddělení lůžkové i ambulantní části. Uskutečněny byly 2 rozhovory se sestrami pracujícími v ambulantní části gastroenterologického oddělení a 4 rozhovory se sestrami pracujícími na lůžkové části gastroenterologického oddělení. Počet sester z ambulantní části byl plánován na 4, avšak dvě sestry odmítly poskytnout rozhovor z důvodu časové tísně, proto jsme oslovili více sester na části lůžkové. Avšak k nasycení teoretického vzorku došlo i přes vzniklé komplikace. S ohledem na stanovené cíle naší práci jsme zvolili kvalitativní přístup prováděný pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Hlavní zaměření našeho empirického šetření bylo na oblast edukace u pacientů s Crohnovou chorobou. Podle všech stanovených cílů jsme vytvořili pět výzkumných otázek.

První, neboli intelektuální cíl zněl takto: „Zmapovat edukační realitu vedenou sestrou na zdravotnickém pracovišti, věnující se pacientům s Crohnovou chorobou“. K tomuto cíli se vztahuje následující výzkumná otázka: „Jaká je edukační realita ve vzdělávání pacientů na zdravotnickém pracovišti“? Praktický cíl zněl takto: „Získané informace mohou být dále využity ke zlepšení edukačního procesu u pacienta s Crohnovou chorobou, vedeného sestrou na zdravotnickém pracovišti“. K tomuto cíli patří tyto dvě výzkumné otázky: „Jaké jsou bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, které sestra používá“? „Jak hodnotí sestry spolupráci pacientů v rámci edukačního procesu“? Poslední (osobní) cíl zněl: „Zejména ve svém osobním životě se prakticky denně setkávám s lidmi, kteří se léčí s Crohnovou chorobou. Touto prací bych chtěla zjistit, zda edukace pacientů probíhá správně a efektivně s přínosem pro pacienty a dále obohatit své profesní zaměření“. K tomu se vztahují dvě výzkumné otázky: „Jaké metody sestra používá při edukačním procesu? Co pacienti při edukaci sestrou postrádají“?

V následující části uvedeme data, která jsme získali během výzkumného šetření a která se váží k výzkumným otázkám. Prvním cílem a zároveň i výzkumnou otázkou bylo zmapování edukační reality, vedené sestrou na zdravotnickém pracovišti. Tento cíl jsme hodnotili z pohledu pacienta i sestry. Domníváme se, že je důležité podávat pacientům dostatek informací o jejich onemocnění, zdravotním stavu a všech farmakologických i nefarmakologických doporučení. Sdělením dostatečných a srozumitelných informací předcházíme u pacienta vzniku nedostatku určité potřeby u pacienta.

Jak uvádí Nemcová et al., (2010) potřeby a motivy jsou vnitřní psychické stavy, které na sebe vzájemně působí. V zjednodušeném pohledu jsou potřeby chápány jako druh motivace. Podle Ptáčka, Bartůňka et al., (2015) ovlivňuje motivace celý léčebný proces. Je tedy důležité motivovat pacienta při jakémkoliv kontaktu s ním. Také jak uvádí Šafránková, Nejedlá (2006), cílem ošetrovatelské péče je pacienta vhodně motivovat, aby dodržoval předepsanou léčbu a aktivně se zapojil do léčebného režimu. I v našem výzkumném šetření jsme zjišťovali, zda sestry pacienty nějakým způsobem motivují. V této otázce se všechny oslovené probandky shodly, že motivace je nezbytnou součástí pro pacienta s Crohnovou chorobou. Hodnotíme to velice kladně. Všechny probandky účastnící se našeho výzkumného šetření, se snaží nějakým způsobem pacienty motivovat. Většina oslovených probandek motivuje pacienty obecně k pozitivnímu

přístupu, který je podle nás velmi důležitý. Další dvě oslovené probandky (SA5, SN3) motivují pacienty k dodržování lékařských rad, které považujeme za samozřejmé, avšak někteří oslovení probandi uvedli, že se přiklánějí raději k alternativním metodám (P5). Nemůžeme říci, že alternativní metody fungují lépe, neboť proband, který se zúčastnil našeho výzkumného šetření, zatím pouze přemýšlí o vyzkoušení těchto postupů, ale zatím dodržuje předepsaný léčebný režim. Pouze jedna z účastněných probandek motivuje pacienty k dodržování určitého životního stylu (SN2). Dle našeho názoru je zrovna tato oblast u Crohnovy choroby velice důležitá. Také jak uvádí Ayers, Visser (2015), na zdraví gastrointestinálního traktu mají faktory životního stylu veliký vliv. Myšleno je tím stravování, kouření, alkohol a tělesný pohyb. Například kouření se pojí s velkým rizikem Crohnovy choroby.

V rámci rozhovorů s pacienty jsme tedy zjišťovali, zda mají dostatek informací o Crohnově chorobě. Zajímalo nás tedy, zda edukační realita mezi sestrou a pacientem vůbec probíhá. Ve většině případů edukační realita probíhá, avšak ne dostatečně efektivně, jak potvrzují oslovení probandi P1, P2, P5 a P6. Jeden proband uvádí, že k edukační realitě nedochází vůbec (P4) a pouze jeden, že edukační realita proběhla efektivně (P3). Tuto skutečnost považujeme za negativní. Z pohledu zúčastněných probandů je toto způsobeno nedostatkem času ze strany zdravotnického personálu a také podáváním nesrozumitelných informací. U Crohnovy choroby je velice důležitá edukace o bezsezbytkové stravě. Jak uvádí Šafránková, Nejedlá (2006) bezsezbytková dieta je nezbytnou součástí léčby Crohnovy choroby. Tato dieta je pro pacienta s tímto onemocněním vhodná, neboť odlehčuje střeva. Podle našeho názoru by každá sestra pracující na tomto oddělení měla mít přehled o této problematice.

Dále jsme se tedy sester tázali, jaké informace pacientům podávají a v jakých oblastech je edukují. Oslovené probandky odpovídaly různě. Čtyři probandky uvedly právě edukaci v oblasti dietních opatření, zejména tedy bezsezbytkové diety. Tuto skutečnost lze doložit tvrzením u SN1, SN3, SN4, SA6. I z výpovědí oslovených probandů je zřejmé, že edukace ohledně bezsezbytkové diety probíhá, avšak někteří probandi udávají, že informacím o bezsezbytkové stravě neporozuměli (P1, P6). Dostatek informací udávají probandi P3, P4 a P5. Pouze jeden z oslovených probandů (P2) uvádí, že informace o bezsezbytkové dietě mu nebyly předány. Další tři probandky kladou důraz na dodržování léčebného režimu. Pouze jedna probandka edukuje o biologické léčbě a jedna o sledování stolice. Zúčastněné probandky potvrzují, že ve většině případů podávají neúplné informace. Nejčastějším důvodem je nedostatek času a neuvědomění si důleži-

tosti edukace. Pravdou je, že téměř všichni zúčastnění probandi si stěžují na nedostatek času, který jim sestra při edukaci věnuje (P1, P2, P3, P5, P6). Podle Průchy, Vetešky (2014) by se mělo každému učícímu subjektu věnovat tolik času, kolik potřebuje. Z našich výsledků tedy vyplývá, že pacientům se nedostává dostatek času při edukaci, tudíž nemůže být účinná. Podle našeho názoru k edukačnímu procesu často nedochází, neboť některý zdravotnický personál neví jaký je rozdíl mezi předáním informací a edukačním procesem.

Otázkou tedy je, z jakého důvodu dochází k absenci edukačního procesu u těchto pacientů? Jedním z hlavních důvodů, který se během výzkumného šetření potvrdil, je nedostatek času na pacienta. Vzhledem k tomu, že sestra nemá dostatek času vyhrazeného na pacienta, nemá prostor pro předání kvalitních a potřebných informací, které by vedly k pozitivní změně vědomostí pacienta o Crohnově chorobě. Dalším důvodem může být podávání pro pacienta nesrozumitelných informací, což podle našeho názoru může způsobovat neuvědomění si důležitosti edukace či neznalost sester o dané problematice. Proto jak uvádí Špirudová (2015), edukaci by měly provádět pouze speciálně vyškolené sestry, neboť se nejedná jen o poskytování informací, ale o vysoce individuální práci s pacientem. Edukační práce tedy klade nároky na aktuální znalosti sestry, ale také na její dovednosti, a to nejen zdravotnické, ale i didaktické, psychologické a organizační.

Dále jsme zjišťovali, zda existují nějaké bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, které sestra při edukaci používá. Pokud ano, zajímalo nás jaké. Zajímalo nás také hodnocení spolupráce v rámci edukačního procesu mezi sestrou a pacientem. Zjišťovali jsme, jak sestry hodnotí zájem pacientů o různé informace. Podle výpovědí dotazovaných probandek je zřejmé, že téměř všichni pacienti zájem o informace nějakým způsobem projevují. Nejčastěji pacienti mývalí zájem o informace týkající se dietních opatření a prognózy jejich nemoci (SN1, SN2, SN3, SA5, SA6). Další zájem projevují o chirurgickou léčbu a vyšetření, která musejí absolvovat. Pokud má být edukační proces efektivní, je důležité, aby i pacient měl zájem. Jak uvádí Šulistová, Trešlová (2012) je nutný kontakt s pacientem, abychom ho poznali a porozuměli mu. Důležitým poznatkem je také pacientova motivace. Na základě těchto poznatků se určuje cíl a metoda edukace. Právě metody, které sestry při edukaci používají, nás v našem šetření zajímalo. Úplně všechny oslovené probandky uvedly, že používají při edukaci metodu rozhovoru. Pouze tři z probandek uvedlo, že používají také informační brožurky o pacientovo onemocnění. Avšak zajímavým zjištěním je, že oslovení probandi si stěžují právě na to, že žádnou brožurku nedostaly, přestože by o ní měli veliký zájem. Pouze jeden ze zúčastněných

probandů (P6) brožurku obdržel. Toto je důvodem proč většina pacientů vyhledává informace později doma na Internetu. Jak se v našem šetření ukázalo, všichni dotazovaní probandi, kteří brožurku nedostali, vyhledávali informace o Crohnově chorobě na Internetu. Jeden z dotazovaných probandů, který brožurku obdržel, neměl potřebu vyhledávat informace z jiných zdrojů, neboť ty v brožurce byly pro něj dostačujícími. Jak uvádí Malíková (2010), edukační bariérou ze strany zdravotníka může být nedostatečná příprava zdravotníka, nedostatečné vědomosti a znalosti, nedostatek času nebo nedostatečná motivace zdravotníka k edukaci.

Další nezbytnou součástí edukačního procesu je hodnocení jeho průběhu. Zde jsme se nejdříve zaměřili na metody zpětné vazby.

Jak uvádí Kvapil (2011), edukátor by měl umět vyhodnotit emoční naladění pacienta a podle toho pak aktuálně upravit taktiku a cíle edukace tak, aby byla maximálně efektivní. Z tohoto důvodu jsme se zúčastněných probandek ptali, zda realizují zpětnou vazbu a jakým způsobem. Tím by si měli správně ověřit efektivitu edukačního procesu. Všechny oslovené probandky odpověděly, že zpětnou vazbu provádí. Nejčastěji si ověřují znalosti kontrolními otázkami, které se týkají dané problematiky. Přítomnost zpětné vazby udávají tedy probandky SN1, SN2, SN3, SN4, SA5, SA6. Oslovení probandi však velice často uvádějí, že informace byly pro ně nesrozumitelné (P1, P2, P5, P6). Z tohoto tvrzení je tedy zřejmé, že kdyby ke zpětné vazbě od sestry k pacientovi došlo, pacient by pravděpodobně neuváděl, že podaným informacím nerozumí. Toto je další aspekt, který bychom hodnotili negativně. Prvním z nich je již výše zmiňovaný nedostatek času na pacienty při edukačním procesu, který také může být důvodem neefektivního edukačního procesu. Tyto problémy můžeme hodnotit jako bariéry, které pacient při návštěvě zdravotnického zařízení pociťuje.

Dále nás zajímalo, v jakém prostředí jsou pacienti edukováni. Jak uvádí Špatenková, Smékalová (2015), prostředí ve kterém je realizován vzdělávací proces je jeden z nejdůležitějších objektivních činitelů edukace. Prostředí může ovlivňovat ochotu pacientů se zapojit do vzdělávacího procesu a setrvat v něm. Volba vhodného prostředí, ve kterém se pacient bude cítit pohodlně, by tedy měla být součástí plánování edukačního procesu. Polovina z oslovených probandů (P1, P4, P5) hodnotilo prostředí, ve kterém probíhal edukační proces jako nepříjemné. Pouze dva zúčastnění probandi prostředí hodnotili kladně (P2, P6). Jeden proband se k této otázce nevyjádřil. Podle našeho názoru může být edukační proces a jeho efektivita ovlivněna právě prostředím, ve kterém je pacient vzděláván. Pokud se pacient necítí dobře a nemá dostatek soukromí, je pravděpodobné,

že se na edukační proces nemůže soustředit, tudíž nemůže být efektivní. Otázkou je, zda sestry, které pacienty edukují vůbec mají k dispozici vhodné prostředí pro pacienty. Na tuto otázku neznáme odpověď, ale domníváme se, že často na různých odděleních není žádná vyhrazená místnost, ve které by se mohla provádět efektivní edukace.

V rámci našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že více než polovině osloveným probandům byla ze začátku stanovena nepřesná diagnóza (P1, P2, P3, P5). Tito probandi bylo zprvu edukováni o ulcerózní kolitidě nebo o akutní apendicitidě. Podle nás i toto může být bariérou v rámci edukačního procesu. Pacient je nejdříve edukován o jedné nemoci a následně po správném stanovení diagnózy je edukován o Crohnově chorobě. Pro pacienta to může být příliš mnoho nových informací najednou a také může hrát jistou roli nedůvěra ve zdravotnický personál v souvislosti s nepřesným stanovením diagnózy.

I edukace má svá pravidla. Na daném oddělení může být návodem standard o edukaci pacientů s Crohnovou chorobou, na který jsme se ptali právě námi oslovených probandek. Dříve než jsme se dotazovali, zjistili jsme si, zda vůbec takový standard na oddělení mají. Zjistili jsme, že ano a dále jsme se ptali probandek. Tři z dotazovaných uvedly, že standard na oddělení mají k dispozici (SN2, SN4, SA5). Další dvě z oslovených probandek řekly, že takový standard na oddělení nemají (SN1, SN3) a jedna probandka uvedla, že neví, zda tento standard na oddělení mají (SA6). I toto může být dalším problémem při edukačním procesu. Polovina sester neví, že na oddělení mají standard k edukaci o pacientech s Crohnovou chorobou, což znamená, že ho ani neviděly. Domníváme se, že pokud by sestry tento standard opravdu přečetly, edukace by mohla být účinnější a efektivnější. Ty sestry, které o standardu vědí, to znamená, že standard mohly vidět, avšak otázkou je, zda se podle něj alespoň trochu řídí.

Výsledky výzkumného šetření nejsou tedy zcela pozitivní. Můžeme však potvrdit, že znalosti sester jsou do určité míry dostačující. Naše výsledky ovšem nelze vztahovat na všechny sestry pracující na daném oddělení. Z pohledu pacienta je patrné, že nějaký edukační proces probíhá, avšak nejčastěji popisovanou situací je nedostatek času či nepředání srozumitelných informací.

Napadá nás několik řešení, avšak nedokážeme říci, zda by bylo možné je realizovat. Tím nejhlavnějším problémem je stálý nedostatek kvalifikovaného personálu ve zdravotnictví. Toto způsobuje, že jedna ošetřující sestra má na starost příliš mnoho pacientů. Domnívám se, že pokud by byl počet pacientů na jednu ošetřující sestru menší, měla by více času se věnovat pacientům a využít čas právě pro edukaci.

Tato práce by tedy měla vést k možnému zkvalitnění a zefektivnění edukačního procesu v uvedeném zařízení. Sestry by si měly více rozšiřovat své znalosti této problematiky a častěji realizovat edukaci pacienta. Pro zefektivnění edukace by bylo také vhodné dát pacientovi edukační materiály, které by si mohl v klidu prostudovat a také edukovat pacienty ve více oblastech.

Touto prací se také otevírá prostor pro výzkumnou činnost ve větším rozsahu, která by mohla vést k zefektivnění edukace pacientů s Crohnovou chorobou na gastroenterologickém oddělení.

6 Závěr

V současné době počet pacientů s diagnostikovanou Crohnovou chorobou stále narůstá. Z tohoto důvodu se domníváme, že edukace těchto pacientů je aktuálním tématem. V teoretické části této práce jsme shrnuli všechny základní informace o tomto onemocnění včetně edukace těchto pacientů, která má podle nás velký význam pro každého, komu je Crohnova choroba diagnostikována. Zaměřili jsme se na charakteristiku, etiologii, příznaky, vyšetřovací metody, komplikace, léčbu, vliv nemoci na psychiku a ošetrovatelskou péči o pacienta s tímto onemocněním. V empirické části jsme se zaměřili na oblast edukace u pacientů s Crohnovou chorobou. Nejdříve jsme si stanovili hlavní cíl práce a z něj vychází další tři. Mezi ně patří cíl individuální, praktický a osobní. Intelektuálním cílem bylo zmapovat edukační realitu vedenou sestrou na gastroenterologickém oddělení věnující se pacientům s Crohnovou chorobou. Praktickým cílem byla snaha o zefektivnění edukačního procesu u pacienta s Crohnovou chorobou vedeného sestrou na gastroenterologickém oddělení a to na základě získaných informací. Osobní cíl byl stanoven proto, že autorka se s pacienty s Crohnovou chorobou setkává denně ve svém osobním, ale i profesním životě. V této práci jsme se snažili zjistit, zda edukace na daném oddělení probíhá efektivně s přínosem pro pacienty, což mimo jiné bylo také možností obohatit své profesní zaměření. K naplnění cílů nám pomohly výzkumné otázky: Jaká je edukační realita ve vzdělávání pacientů na zdravotnickém pracovišti? Jaké jsou bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, které sestra používá? Jak hodnotí sestry spolupráci pacientů v rámci edukačního procesu? Jaké metody sestra používá při edukačním procesu? Co pacienti při edukaci sestrou postrádají? Podle těchto otázek jsme připravili polostrukturované rozhovory pro naše probandy. Po provedení výzkumného šetření bylo zřejmé, že edukační proces ve většině případů neprobíhá nebo probíhá, ale neefektivně. Jako nejčastější důvod probandi ze strany pacientů uvádí nedostatek času zdravotnického personálu a také podávání nesrozumitelných informací. Probandi ze strany sester rovněž uvádějí, že nemají dostatek časového prostoru a z tohoto důvodu často pacienty needukují. Pacienti uvádějí, že informace si nejčastěji vyhledávají na In-

ternetu či sociálních sítích. Pokud však sestry pacienty edukují, zaměřují se především na životní styl pacienta. V tomto případě se jedná o stravování, dodržování léčebného režimu a pravidelné kontroly. Pravdou je, že téměř všichni pacienti dodržují určitá dietní omezení a individuální léčebný režim. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že polovina sester uvádí edukaci pomocí brožurek, avšak většina pacientů z našeho výzkumného vzorku nikdy žádnou brožurku neobdržela. V rámci vzdělávání sester můžeme doporučit zúčastnit se semináře na téma edukace, který by mohl vést ke zkvalitnění edukace. Pouze 2 sestry uvedly, že se někdy nějakého semináře zúčastnily. Sestrám bychom mohli také doporučit zaměřit edukaci na více oblastí, klást větší důraz na edukační materiály a spolupracovat více s pacienty a jejich rodinami. V prosinci roku 2015 proběhla novelizace vyhlášky č. 55/2011 Sb. O činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kde je uvedeno, že sestra je kompetentní motivovat a edukovat k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe. Toto je dalším důvodem, proč by měla sestra věnovat čas pacientovi v rámci edukační činnosti. Věříme, že autorka této bakalářské práce využije poznatky ve své budoucí praxi a i v osobním životě.

7 Seznam literatury

- [1] AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Grada Publishing. 552 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
- [2] BANOVIĆ, I., PÉDINIELLI, J-L., GILIBERT, D., JEBRANE, A. a J. COSNES, 2011. La fatigue des patients atteints d'une maladie de Crohn en remission : exploration du rôle du parcours médical et des facteurs psychologiques. *Annales Médico Psychologiques* [online]. 170 (3), 157 – 162. [cit. 2017-03-13]. DOI: 10.1016/j.amp.2011.07.007 ISSN 0003-4487.
- [3] BASTABLE, B., S., 2008. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3rd ed. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett. 716 p. ISBN 9780763746438.
- [4] BENEŠ, M., 2014. *Andragogika*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
- [5] BICKSTON, S., BLOOMFEELD, R., 2010. *Handbook of Inflammatory Bowel Disease*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 192 p. ISBN 978-0-7817-6630-2.
- [6] BORTLÍK, M., 2013. *Základní údaje o idiopatických střevních zánětech*. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Medimport. [online]. [cit. 2017- 2-15]. Dostupné z: http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brožura_dospeli_2.pdf.
- [7] BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
- [8] CCFA, © 2014. CCFA: *What is Crohn's Disease* | Causes of Crohn's [online]. [cit. 2017- 2-28]. Dostupné z: <http://www.cffa.org/what-are-crohns-and-colitis/what-is-crohnsdisease/>.

- [9] ČERMÁKOVÁ, J., 2008. Crohnova choroba-vyšetřovací metody a léčba. *Sestra*. 11(1), 26. ISSN 1210-0404.
- [10] ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. 111 s. ISBN 978-80-7261-600-7.
- [11] ČEŠKA, R., TESAŘ, V., DÍTĚ, P., ŠTULC, T., 2010. *Interna*. Praha: Triton. 876 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
- [12] DRASTICH, P., 2010. Mimostřevní komplikace idiopatických střevních zánětů. *Lékařské listy* [online]. 2010(11) [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/mimostrevni-komplikace-idiopatickychstrevnich-zanetu-452136>.
- [13] Edukace klienta s Crohnovou chorobou, 2012 [online]. Multimediální trenážer pro plánování ošetrovatelské péče. [cit. 2017-02-30]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=6>
- [14] FICHERA, A., MUKTA, KRANE, K., 2015. *Crohn's disease*. New York: Springer International Publishing. 306 p. ISBN 978-3-319-14180-0.
- [15] GABALEC, L., BUREŠ, J., ŠEDO VÁ, M. a Z. VALENTA, 2009. Kvalita života u Crohnovy nemoci. *Časopis lékařů českých*. 148 (5), 201 – 205. ISSN 0008 – 7335.
- [16] GABALEC, L., 2009. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*. 11(1), 16-20. ISSN 1212-7299.
- [17] GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- [18] GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [19] HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [20] JÄGHULT, A., SABOONCHI, F., JOHANSSON, U., WREDLING, R. a M. KAPRAALI, 2011. Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Crohn's disease

- and ulcerative colitis with disease duration. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 20, 1578 – 1587. [cit. 2017-02-19]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03614.x. ISSN 1365-270.
- [21] KARGES, W., DAHOUK, S., 2011. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-247-3108-7.
- [22] KLENER, P. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. 1174 s. ISBN 978-80-246-1986-6.
- [23] KOBER, L., 2014. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *Sestra*. 11(1), 38-41. ISSN 1210-0404.
- [24] KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- [25] KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [26] KVAPIL, M., 2011. *Edukace není možná bez empatie*. [online]. Tribune., [cit. 2017-02-12] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23239-edukace-neni-mozna-bez-empatie>.
- [27] LOFTUS, E., V., FEAGAN, B., G., COLOMBEL, J., F., RUBIN, D., T., WU, E., Q., YU, A., P., POLLACK, P., F., CHAO, J. a P. MULANI, 2008. Effects of Adalimumab Maintenance Therapy on Health-Related Quality of Life of Patients with Crohn's Disease: Patient-Reported Outcomes of the CHARM Trial. *The American Journal of Gastroenterology Practice* [online]. 103(12), 3132-3141. [cit. 2017-03-16]. DOI: 10.1186/1471-230X-10-1. ISSN 0002-9270.
- [28] LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
- [29] LUKÁŠ, M., 2011. Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Medicína pro praxi*. 8(9), 360-363. [online]. [cit. 2017-02-29]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/04.pdf>.
- [30] MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních[si]c/zářízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

- [31] MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
- [32] NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [33] NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Osveta. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- [34] NEVORAL, J., et al., 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá fronta. 677 s. ISBN 978-80-204-2863-9.
- [35] OLEJÁROVÁ, M., 2010. *Biologická léčba v revmatologii*. Praha: Mladá fronta. 151 s. ISBN 978-80-204-2281-1.
- [36] ONDER, G. et al., 2012. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study. *The Journals of Gerontology* [online]. 67A (6): 698-704 [cit. 2017-02-16]. DOI: 10.1093/gerona/qlr233
- [37] PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- [38] PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1997-9.
- [39] POLITI, P., BODINI, P., MORTILLA, M. G., et al. Communication of information to patients with inflammatory bowel disease: A European Collaborative Study in a multinational prospective inception cohort. *Journal of Crohn's* [online]. 2008, 2(3), 226-232 [cit. 2017-04-25]. DOI: 10.1016/j.crohns.2008.01.007. ISSN 18739946.
- [40] PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.
- [41] PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.
- [42] PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

- [43] SAJADINEJAD, M., S., ASGARI, K., MOLAVI, H., KALANTARI, M. a P. ADIBI, 2012. Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Praktice* [online]. (1), 1 – 11. [cit. 2017-03-16]. DOI: 10.1155/2012/106502. ISSN 1687-6121.
- [44] SE HYUNG KIM., 2015. Computed Tomography Enterography and Magnetic Resonance Enterography in the Diagnosis of Crohn's Disease. *Intestinal Research* [online]. 13(1), 27-38 [cit. 2017-02-06]. DOI: 10.5217/ir.2015.13.1.27. ISSN 15989100.
- [45] SLEZÁČKOVÁ, A., 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
- [46] SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
- [47] SOUČEK, M., ŠPINAR, J., VORLÍČEK, J., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. 1778 s. ISBN 978-80-247-2110-1.
- [48] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
- [49] ŠERCLOVÁ, Z., 2015. Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty – 2. část: Crohnova nemoc [online]. 69(3), 223–238. [cit. 2017-03-03]. DOI: 10.14735/amgh2015223.
- [50] ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
- [51] ŠPIČÁK, J. et al., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. 421 s. ISBN 978-80-247-1783-8.
- [52] ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
- [53] ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
- [54] TERSIGNI, R., PRANTERA, C., 2010. *Crohn's disease: a multidisciplinary approach*. New York: Springer. 306 p. ISBN 978-8847014718.

- [55] TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J., 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
- [56] TYPLTOVÁ, J., 2013. *Činnost oboru gastroenterologie v ČR v roce 2012*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2017-02-0]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gastroenterologie-cr-roce-2012>
- [57] VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: Příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.
- [58] VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. 184 s. ISBN 978-80-7263-788-1.
- [59] VRUBLOVÁ, Y., 2011. *Ošetřovatelská péče v interních oborech* [online]. INOVACE PROFESNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH PROGRAMŮ NA OU [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: http://www.uzs.tul.cz/data/studijni_oporyoi1_vrublova.pdf.
- [60] Vyhláška č. 55/2011 Sb., *O činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* (vyhláška o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), 2016 [online]. [cit. 2017-02-09]: In: Sbírka zákonů Česká republika, částka 1, str. 7, ISSN: 1211-1244., Dostupné z: www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/2016/sb0001-2016.pdf.
- [61] WHAYMAN, K., J. DUNCAN a M. O'CONNOR, 2011. *Inflammatory Bowel Disease Nursing*. London: Quay Books Division. 445 p. ISBN 1-85642-404-9.
- [62] ZACHOVÁ, V., 2010. *Stomie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
- [63] ZIMA, T., 2007. *Laboratorní diagnostika. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 906 s. ISBN 978-80-7262-372-3.
- [64] ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada. 360 s. ISBN 978-80-247-3535-1.