



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

## **Sestra a její role v prevenci onemocnění gastrointestinálního traktu**

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:  
**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Iveta Krátká

**Vedoucí práce:** Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Sestra a její role v prevenci onemocnění gastrointestinálního traktu“ 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne *13.5.2019*

.....

*Bc. Iveta Krátká*

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat paní doktorce Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. za vedení, připomínky a podporu při psaní diplomové práce. Poděkování patří i probandům, kteří se podíleli na zpracování výzkumné části diplomové práce.

# **Sestra a její role v prevenci onemocnění gastrointestinálního traktu**

## **Abstrakt**

V diplomové práci se zaměřujeme na popis námi vybraného gastrointestinálního onemocnění – kolorektální karcinom, chronické nespecifické záněty střev a vředová choroba gastroduodenální. Věnujeme se příčinám, příznakům, diagnostice, léčbě a největší pozornost směřujeme k prevenci vybraného onemocnění gastrointestinálního traktu. Z oblasti prevence se zaměřujeme i na výživu, jelikož hraje významnou úlohu pro udržení dobrého zdravotního stavu lidstva.

Empirická část práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, technikou hloubkového polostandardizovaného rozhovoru. První výzkumný soubor tvořili zdraví jedinci. Druhý výzkumný soubor tvořily sestry pracující u praktického lékaře, na interním oddělení a na oddělení gastroenterologie. Třetí výzkumný soubor tvořili pacienti s gastroduodenální chorobou. Čtvrtý výzkumný soubor tvořili pacienti s nespecifickými chronickými střevními záněty. Pátý výzkumný soubor tvořili pacienti s kolorektálním karcinomem.

Ze získaných výsledků zdravé populace lze říci, že lidé vědí, co znamená zdravý životní styl, ale jeho dodržování je obtížnější. Pozitivem je, že většina lidí dochází pravidelně na preventivní prohlídky. Z výzkumného souboru nemocných jedinců lze sdělit, že oblast terciární či kvartérní prevence není probandům objasněna. Z výzkumného souboru sester lze také sdělit, že oblast prevence není sestřím důkladně obeznámena a neposkytují tak nemocným vhodné informace o nemoci.

Touto diplomovou prací bychom chtěli docílit, aby sestry neopomíjely nutnost prevence před gastrointestinálními nemocemi. Informovaly je o možnostech prevence, které mají k dispozici. Také, aby sami pacienti si uvědomili, jak je pro ně zdraví v životě důležité.

Výsledky z výzkumného šetření byly zpracovány do informační brožury určené pro pacienty gastrointestinálního onemocnění. K prohloubení znalostí o této problematice navrhujeme nabídnout získané výsledky k publikaci do odborného časopisu Gastroenterologie a hematologie – České gastroenterologické společnosti.

## **Klíčová slova**

Sestra; gastrointestinální trakt; prevence; životní styl; role sestry; screening.

# **Nurses and their Role in Gastro-Intestinal Tract Disease Prevention**

## **Abstract**

This diploma thesis focuses on the description of a chosen gastro-intestinal disease – colorectal carcinome, unspecified chronic intestinal infections, and ulcerous gastroduodenal disease. It pursues the causes, symptoms, diagnosis, treatment, and most attention is given to the prevention of a chosen disease in gastro-intestinal tract. Concerning prevention, it focuses also on nutrition because that is what plays a significant role in keeping human population healthy.

The empiric part of the thesis has been processed using a qualitative research survey, using the method of an in-depth semi-standardized interview. The first research group was formed by healthy individuals. The second research group was formed by nurses working with a practical doctor at the internal department and at the gastro-enterological department. The third research group was formed by patients suffering from gastroduoenal disease. The fourth research group was formed by patients sufferring from non-specific chronic intestinal infections. The fifth research group was formed by patients suffering from colorectal carcinome.

The obtained results have proven that people know what a healthy lifestyle is, but compliance to it is rather difficult. One of its positive effects is that most people get their medical check-up regularly. The research group of ill individuals proves that the area of tertiary or quarterly prevention is not made clear to the probands. The nurses' research group has proven the fact that the prevention area is not made properly clear to the nurses, thus they do not provide the patients with sufficient information about their illness.

This diploma thesis should aim at nurses and make sure they do not ignore the necessity of gastro-intestinal disease preention. T inform patients about options of prevention they have available. Patients themselves also need to realize how important their health is in their lives.

Research survey results have been processed to form an information brochure meant for gastro-intestinal disease patients. To deepe knowledge about this issue we suggest offering the obtained results to be published in an expert magazine called Gastroenterology and Haemathology – Czech Gastroenterological Society.

**Key Words**

Nurse; Gastro- intestinal Tract; Prevention; Lifestyle; Nurse's Role; Screening.

## Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>  | <b>11</b> |
| 1.1 Onemocnění gastrointestinálního traktu .....  | 11        |
| 1.2 Preventivní opatření z pohledu sestry .....   | 13        |
| 1.2.1 Prevence onkologického onemocnění .....   | 14        |
| 1.2.2 Sestra a nemocný pacient.....   | 16        |
| 1.3 Gastroduodenální vředová choroba.....   | 17        |
| 1.4 Nespecifické chronické záněty střev .....   | 21        |
| 1.5 Kolorektální karcinom .....   | 27        |
| <b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>  | <b>33</b> |
| 2.1 Cíle práce kvalitativního výzkumného souboru.....   | 33        |
| 2.2 Výzkumné otázky.....  | 33        |
| 2.3 Operacionalizace pojmů.....   | 33        |
| <b>3 METODIKA .....</b>   | <b>36</b> |
| 3.1 Metodika práce .....  | 36        |
| 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru .....  | 38        |
| <b>4 VÝSLEDKY .....</b>   | <b>40</b> |
| 4.1 Vyhodnocení rozhovorů – souboru A (zdravá populace) .....                                       | 40        |
| 4.1.1 Identifikační údaje souboru A (zdravá populace).....  | 40        |
| 4.1.2 Seznam kategorií a podkategorií.....  | 41        |
| 4.1.3 Vyhodnocení rozhovorů souboru A (zdravá populace).....  | 42        |
| 4.2 Vyhodnocení rozhovorů - souboru B (všeobecné sestry) .....                                      | 50        |
| 4.2.1 Identifikační údaje souboru B (všeobecné sestry) .....  | 50        |
| 4.2.2 Seznam kategorií a podkategorií.....  | 51        |
| 4.2.3 Vyhodnocení rozhovorů souboru B (všeobecné sestry) .....                                      | 52        |
| 4.3 Vyhodnocení rozhovorů - souboru C (pacienti s gastroduodenální chorobou).....                   | 59        |
| 4.3.1 Identifikační údaje souboru C (pacienti s gastroduodenální chorobou) ...                      | 59        |
| 4.3.2 Seznam kategorií a podkategorií.....  | 60        |
| 4.3.3 Vyhodnocení rozhovorů souboru C (pacienti s gastroduodenální<br>chorobou).....                | 60        |
| 4.4 Vyhodnocení rozhovorů - souboru D (pacienti s chronickými nespecifickými<br>záněty střev) ..... | 64        |
| 4.4.1 Identifikační údaje souboru D (pacienti s chronickými nespecifickými<br>záněty střev).....    | 64        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 4.4.2    | Seznam kategorií a podkategorií .....   | 65         |
| 4.4.3    | Vyhodnocení rozhovorů souboru D (pacienti s chronickými nespecifickými záněty střev)..... | 66         |
| 4.5      | Vyhodnocení rozhovorů - souboru E (pacienti s kolorektálním karcinodem) 72                |            |
| 4.5.1    | Identifikační údaje souboru E (pacienti s kolorektálním karcinodem)....                   | 72         |
| 4.5.2    | Seznam kategorií a podkategorií.....  | 73         |
| 4.5.3    | Vyhodnocení rozhovorů souboru E (pacienti s kolorektálním karcinodem)<br>.....            | 74         |
| <b>5</b> | <b>DISKUZE .....</b>  | <b>82</b>  |
| <b>6</b> | <b>ZÁVĚR.....</b>   | <b>90</b>  |
| <b>7</b> | <b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>  | <b>93</b>  |
| <b>8</b> | <b>PŘÍLOHY .....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>9</b> | <b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>   | <b>100</b> |



## ÚVOD

Téma diplomové práce „*Sestra a její role v prevenci onemocnění gastrointestinálního traktu*“ jsem si ke zpracování vybrala, jelikož mě tato oblast zajímá a také si myslím, že gastrointestinální trakt je velice rozšířená oblast, ve které se vyskytuje u populace nejvíce onemocnění. Většina onemocnění trávicího traktu se projevuje zažívacími obtížemi, jako je nadýmání, nechutenství, častý odchod plynů, zácpa, průjem, ale může též docházet ke krvácení, především u zánětů a nádorových onemocnění.

Z pohledu sestry je velice důležitá prevence před gastrointestinálním onemocněním. Prevenci poskytuje sestra pracující u praktického lékaře či sestra pracující v gastroenterologické ambulanci nebo sestra pracující v nemocniční péči. Dle zdravotního stavu pacienta poskytuje prevenci primární, sekundární, terciární či kvartérní. Primární prevence probíhá u zdravých lidí za účelem předcházení zdravotních problémů. Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění a zabránění rozvoji choroby. Terciární prevence je zaměřena na lidi, u kterých onemocnění propuklo, a snažíme se zde zabránit komplikacím nemoci. Kvartérní prevence dbá o kvalitu života nemocných. U onemocnění gastrointestinálního traktu je oblast prevence nesmírně důležitá a je nutné neustále lidem tyto informace připomínat.

V naší diplomové práci se zaměříme podle našeho úsudku na tři nejrozšířenější nemoci, které se u nás nejčastěji vyskytují – kolorektální karcinom, gastroduodenální vředová choroba a chronické nespecifické střevní zánětlivé onemocnění.

Nejstarší zachovalé zmínky o trávicím traktu pocházejí z Číny asi 3000 před n. l. Od té doby docházelo neustále k vývoji a troufneme si říci, že v dnešní době dosahuje medicína neuvěřitelných výsledků (Žák, 2007).

Trávicí systém slouží k příjmu potravy, jejímu rozmělnění, zpracování, vstřebávání živin a transportu tráveniny. Trávicí soustavu tvoří dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké střevo, tlusté střevo a konečník. Dále do oblasti trávicího systému řadíme játra, žlučník, žlučové cesty a slinivku břišní. Nesmíme opomenout ani žlázy – příušní, podčelistní, podjazyková, které jsou důležitou součástí trávení (Žák, 2007).

Gastrointestinálními nemocí jsou v České republice velice rozšířené a jediným naším úkolem, aby se incidence stále nezvyšovala, je prevence. Proto touto diplomovou prací budeme apelovat na populaci, aby prevenci nepodceňovala a zamyslela se nad svým

zdravím. Možnosti chránit si své zdraví má dnes každý člověk, ale samozřejmě záleží pouze na každém z nás, na naší zodpovědnosti vůči sobě samým, jakým způsobem se ke svému zdraví budeme stavět. Zamysleme se nad tím, jak dobře se zdravím nakládáme a zda není možné udělat pro něj více.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Onemocnění gastrointestinálního traktu*

Oblast gastrointestinálního traktu představuje mnoho nemocí, které postihují velkou část populace. Nemoc může postihnout jakýkoliv orgán zažívacího traktu od dutiny ústní až po konečník (Rokyta, 2015). Dutinu ústní mohou postihnout nemoci zubů, infekční nemoci, porucha funkce slinných žláz a nádory. Onemocnění hltanu je způsobeno zánětlivým onemocněním a nádory. V oblasti jícnu lze onemocnět refluxní chorobou jícnu, infekčními a neinfekčními záněty, Hiátovou hernií, funkčními nebo organickými poruchami motility – nádory, jizvy po zánětech, ucpání nebo zúžení průchodu cizím tělesem, divertikly jícnu, achalázií a nádorovým onemocněním (Lukáš a kol., 2007). Mezi nemoci žaludku řadíme žaludeční dyspepsii, solární syndrom, akutní a chronické gastritidy, gastropatie, gastroduodenální vředovou chorobu, nádory a Zollingerův – Ellisonův syndrom (Cox, 2012). V oblasti tenkého střeva lze diagnostikovat malabsorbční syndrom, celiakální sprue, bakteriální, virové nebo parazitární infekční onemocnění, autoimunitní onemocnění – Crohnova choroba, vaskulitidy, divertikly, vaskulární poruchy a nádory. V tlustém střevě funkční onemocnění – dráždivý tračník, divertikly, zácpa, infekční a neinfekční průjmy, ulcerózní kolitida, hemoroidy, adenokarcinomy tlustého střeva, záněty tlustého střeva. Slinivku břišní postihují akutní a chronický záněty a nádory. Nemoci jater jsou familiární hyperbilirubinemie, cholestáza, steatóza jater, jaterní cirhóza, virové hepatitidy, infekční mononukleóza, absces jater, parazitární onemocnění jater, autoimunitní hepatitidy, toxické poškození jater, metabolické poruchy – porucha metabolismu železa, Wilsonova choroba, nádory a portální hypertenze. Mezi nemoci žlučníku, žlučových cest řadíme cholelitiázu, cholecystitidu, cholangitidu a nádory. V poslední části trávicího traktu se objevují hemoroidy, fisury, zánětlivé a nádorové onemocnění konečníku (Lukáš a kol., 2007).

Příčiny onemocnění trávicího traktu jsou vrozené, získané nebo imunologické (Cox, 2012). Onemocnění gastrointestinálního traktu provází mnoho příznaků – nechutenství (anorexie), poruchy polykání (dysfagie), nadměrné slinění (hypersalivace), nevolnost (nauzea), škytavka (singultus), zvracení (emesis), hemateméza (přítomnost krve ve zvratkách), průjem (diarea), zácpa (obstipace), tenezmus (bolestivé nucení na stolicí) a nesmíme opomenout důležitý příznak bolest (Špinar a kol., 2013). Bolest v oblasti gastrointestinálního traktu dělíme na viscerální nebo kolikovitou. Viscerální bolest je

tupá, pálivá nebo tlaková. Nejčastěji postihuje břišní orgány. Pacienti bolest těžko lokalizují. Na začátku onemocnění je bolest nejčastěji pociťována v nadbřišku. Bolest může vzniknout náhle, během několika sekund například při proděravění stěny žaludku, nebo se vyvíjí postupně (Nejedlá, 2015).

Dle Nejedlé (2015) vzniká kolikovitá bolest nejčastěji v dutých orgánech – žaludek, střevo, žlučové a močové cesty. Bolest vzniká nejčastěji rozepnutím nebo stažením svalstva stěny dutých orgánů při snaze překonat překážku. Nemocný nedokáže bolest přesně lokalizovat. Kolikovitá bolest se nejčastěji objevuje u nemocných se žlučníkovou nebo ledvinovou kolikou a při neprůchodnosti střev (ileus).

V gastroenterologii využíváme spoustu druhů vyšetřovacích metod od základních až po specializované. Mezi základní vyšetřovací metody, které provedeme u všech nemocných, je odběr anamnézy (OA, RA, PA, FA), fyzikální vyšetření – pohled, pohmat, poslech, poklep a odběr biologického materiálu (Špinar a kol., 2013). Mezi specializované zobrazovací metody při onemocnění trávicího traktu řadíme ultrasonografii břicha – nativní, kontrastní, angiografie viscerálních tepen, výpočetní tomografie, magnetická rezonance. Dále máme k dispozici endoskopická vyšetření – orální endoskopie, rektoskopie, kolonoskopie, laparoskopie, ERCP (Kolektiv autorů, 2008).

Léčba gastrointestinálního onemocnění je medikamentózní, chirurgická, dietoterapie a také psychologická (Canan, 2008).

Z pohledu sestry je velice důležitá prevence před gastrointestinálním onemocněním. Prevenci poskytuje sestra pracující u praktického lékaře či sestra pracující v gastroenterologické ambulanci nebo sestra pracující v nemocniční péči. Dle zdravotního stavu pacienta poskytuje prevenci primární, sekundární či terciární. Primární prevence probíhá u zdravých lidí za účelem předcházení zdravotních problémů. Sekundární prevence spočívá ve včasném zjištění již existujícího onemocnění a zabránění rozvoji choroby. Terciární prevence je zaměřena na lidi, u kterých onemocnění propuklo, a snažíme se zde zabránit komplikacím nemoci (Nováková, 2011).

V roce 2009 vydala Společnost pro výživu dokument zvaný „*Výživové doporučení pro obyvatele ČR*“, který vychází z uznaných evropských doporučení. Doporučují konzumovat příznivý poměr jednotlivých živin, tuků, cukrů, bílkovin, vlákniny a dalších živin. Budeme-li konzumovat doporučená množství složené potraviny, přispějeme tím

minimálně ke zlepšení svého zdravotního stavu a snížíme riziko nemoci některých závažných chorob, které nazýváme chorobami civilizačními. Do skupiny civilizačních chorob patří nejen nemoci kardio-cerebrovaskulární, diabetes mellitus 2. typu, obezita, arteriální hypertenze, ale také nádorová onemocnění gastrointestinálního traktu a jiné choroby trávicího traktu například gastroduodenální choroba (Adámková, 2011).

### ***1.2 Preventivní opatření z pohledu sestry***

Civilizační nemoc definujeme jako chorobu, jejíž vznik a rozvoj je ovlivněn nebo podmíněn civilizací, způsobem života, technikou, stresem, znečištěním životního prostředí apod. Do skupiny civilizačních chorob řadíme kardiovaskulární nemoci, diabetes mellitus, osteoporózu, obezitu, alergie a nádorová onemocnění (Lehocká, 2008). Nádorového onemocnění v naší populaci neustále přibývá. Každoročně narůstají nově diagnostikované karcinomy prsu, tlustého střeva, děložního hrdla a prostaty. I přes preventivní opatření záchytu karcinomu tlustého střeva se incidence kolorektálního karcinomu zvyšuje (Košta, 2013). Incidence je spojována s tradiční českou mírou konzumace piva, obezitou a kouřením. Na vznik nemoci má největší podíl životní styl člověka. Z toho odvodíme fakt, že nejvíce ovlivňujeme své zdraví my sami (Lehocká, 2008).

Sestry edukují pacienty o rizikových faktorech, které pro člověka představují riziko vzniku nemoci a mohou vést k nádorovému onemocnění - např. kouření tabáku, nevhodná výživa, konzumace alkoholu, manipulace s nebezpečnými látkami, nadváha, stresové faktory (Hrubá a kol., 2001).

Sedláčková (2017) uvádí, že problém u většiny populace je v oblasti stravování. Dnešní doba je dost uspěchaná a někteří lidé si nenajdou ani chvíli klidu, aby se najedli. Stravují se v rychlém občerstvení, konzumují za chůze a ani si neuvědomují, jak svému zdraví škodí (Sedláčková, 2017). Denně bychom měli jíst pestrou stravu bohatou na ovoce, zeleninu, luštěniny a celozrnné výrobky. V konzumaci ovoce a zeleniny jsme podle sestaveného žebříčku na posledním místě v Evropě. Maso bychom měli jíst libové drůbeží, králičí a rybí. Měli bychom také redukovat příjem soli. Dbát na svůj pitný režim, dostatečný příjem vhodných nápojů (Sedláčková, 2017). Nadváha totiž představuje jeden z rizikových faktorů pro řadu chronických onemocnění a některých druhů nádorů (Lukáš a kol., 2005). Složení stravy a nadváha je rizikový faktor nejen pro nádory trávicího traktu

– střeva, jícen, játra, slinivka břišní, ale i pro ostatní nádory například nádory prsu, prostaty nebo dělohy (Sedláčková, 2017).

Sestry také mají edukovat pacienty o samovyšetřovacích metodách. Ženy poučí o pravidelném samovyšetřování prsů, muže poučí o pravidelném samovyšetření varlat (Dahlke, 2014).

Upozorní na pravidelné preventivní prohlídky ve dvouletých intervalech a na preventivní prohlídky, na které mají s věkem nárok. Ženy mají nárok minimálně jednou ročně na gynekologické vyšetření. Dále ženy od věku 45 let mají nárok na mamografické vyšetření každé dva roky. Obě pohlaví mají nárok minimálně jednou ročně na preventivní prohlídku u zubního lékaře. Dále u praktického lékaře mají nárok od 50 let po dvouletých intervalech na test okultního krvácení Hemocult. Od 40 let mají nárok po 4 letech na EKG vyšetření. Od 45 let po dvouletých intervalech na odběr kontrolní glykémie. Od 55 let nárok na endoskopické vyšetření – kolonoskopie (Košta, 2013).

Při preventivní prohlídce sestra asistuje lékaři při zhodnocení celkového stavu pacienta. Zkontrolujeme odebranou anamnézu, pokud se v ní nic nezměnilo. Zhodnotíme u pacienta nutriční stav – hmotnost, stravovací návyky, spotřebu alkoholu, expozice karcinogenů, postupy samovyšetření – prsu, varlat, screeningové metody – mamograf, Hemocult, sexuální praktiky – počet partnerů, sexuální preference, používání kondomu, rodinná anamnéza, spánek a odpočinek, fyzický pohyb, užívání léků – hormony, imunosupresiva. Dále fyzické zhodnocení pacienta – hybnost, stav kůže (Hrubá a kol., 2001).

Z oblasti psychosociální a emociální zhodnotíme stav pacienta, zjišťujeme schopnost vyrovnat se s danou skutečností, podpůrné systémy, kulturní východiska, ekonomický status, stupeň znalostí o preventivním opatření a včasné zjištění onemocnění (Navrátil a kol., 2017).

### ***1.2.1 Prevence onkologického onemocnění***

Riziko vzniku nádorového onemocnění spočívá v mnoha faktorech. Například kouření, i pasivní, stárnutí organismu, imunita, psychická zátěž jsou faktory, které přispívají ke vzniku nádoru, jak uvádí ve svém zdroji Žaloudík (2008). Každá věková kategorie je ohrožena jiným druhem nádoru. Riziko vzniku gynekologických nádorů u dospělé ženy je celý život, nádorové onemocnění prsu se objevuje nejčastěji po čtyřicítce, s nádory

trávicího traktu a plic se setkáváme nejčastěji po padesátce. Existuje také skupina nádorů, které se objevují pouze v dětském věku. Nádorové onemocnění varlat se objevuje většinou u mladých mužů s věkovou hranicí 20–35 let. S narůstajícím věkem u dospělého vzniká riziko vzniku rakoviny trávicího, dýchacího a močového ústrojí. Dle statistického výzkumu je u nás ročně kolem šesti stovek nádorů u dětí a mladistvých, ostatní nádory dospělého věku pak téměř šedesát tisíc. Velice vysoké riziko vzniku nádoru nastupuje od 50 let věku. Proto od této věkové hranice zahajujeme všechny preventivní programy zaměřené na prevenci onkologického onemocnění (Fait, 2011).

Často slyšíme otázku, jak vlastně onkologickému onemocnění předcházet. Bohužel ve většině případů zhoubným nádorům předcházet nedokážeme, jak pojednává Žaloudík (2008). Můžeme pouze snižovat riziko jejich vzniku. Proto nesmíme opomenout podstatnou věc, a tou je prevence. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. Toto je obvyklé dělení prevence. Některé zdroje uvádí i prevenci kvartérní. Pojem prevence chápe většina populace jako předcházení nemoci, ale už neví, co znamená rozdělení prevence do daných skupin (Žaloudík, 2008).

Primární onkologická prevence dbá o to, aby nádor nevznikl (Žaloudík, 2008). Primární prevence je z velké části záležitostí každého jedince, ale také se na ní podílí stát. Stát se zabývá například zlepšováním životního prostředí. Primární prevence dbá také o zvyšování kvality života. Snaží ovlivňovat vnější faktory, které přispívají ke vzniku nádoru, jako je pohyb, dietní návyky, alkohol, kouření (Vorlíček a kol., 2012). Pokud nádor již vznikl, je nesmírně důležité skutečnost zjistit a řešit ve vyléčitelném stadiu. V tomto okamžiku hovoříme o prevenci sekundární (Žaloudík, 2008).

Onkologické onemocnění nebylo u nemocného nalezeno včas a nádor se šíří dále, pak hovoříme o prevenci terciární. Jejím úkolem je zabránit vzniku komplikací, zamezit šíření nádoru dále do okolí a pokusit se o léčbu onemocnění (Žaloudík, 2008). Dle Vorlíčka a kol. (2012) se terciární prevence zaměřuje na doléčování a k návratné péči. K navrácení zdraví přispívá funkční rehabilitace a psychosociální adaptace, které představují komplex činností vedoucích k navrácení zdraví ve všech dimenzích – biologické, behaviorální a pracovní (Vorlíček a kol., 2012). Úkolem sestry je zajistit dostatek informací o prevenci a počátečních příznacích nádorového onemocnění. Musí srozumitelně informovat veřejnost o prevenci nádorového onemocnění a znát informace o speciálních poradnách týkajících se této problematiky. Sestra by měla vzdělávat veřejnost a podílet se na

preventivních programech. Také sama sestra se musí neustále vzdělávat v oblasti primární péče (Vorlíček a kol., 2012). Sestra musí umět podat informace, aby efektivně působila na všechny skupiny obyvatel. Sestra je tzv. členkou týmu, která spolupracuje na programech podpory zdraví. Pomáhá kuřákům odnaučit návyku na cigarety, podává informace o výživě, o udržení tělesné kondice atd. Sestra si může jako první povšimnout příznaků, které mohou být prvním projevem nádorového onemocnění. Dostatek informací a kontakty na různé organizace, které poskytují edukační materiál, jsou pro sestru velice podstatné a přínosné v oblasti prevence nádorového onemocnění. Edukační materiály by měly být součástí všech čekáren ordinací praktických lékařů (Vorlíček a kol., 2012).

O kvartérní prevenci slýcháme jen z některých zdrojů, kde je tato prevence popisována jako nezvratný průběh nemoci, kdy smrti se nejde vyhnout. Nemocným pomáháme předcházet obtížím během jejich života (Žaloudík, 2008).

### ***1.2.2 Sestra a nemocný pacient***

Z psychologického hlediska vnímáme nemoc jako proces, kterým se snaží organismus odstranit vzniklou poruchu zdraví. Léčba nemoci zahrnuje tři faktory řešení nemoci – psychologický, biologický, sociální. Nemoc se může u každého jedince projevit jinak – prestiž pacienta („já nejsem neschopný, jsem nemocný“), zárukou zajištění zájmu lidí, společnosti, odstranění samoty (lze vidět obzvláště u starých lidí, kdy např. volají záchranku k banálním záležitostem, jako je říznutí se do prstu, a tím se snaží omezit svou samotu), kultem – na nemocného jsou všichni hodnější, tolerantnější, a tak mnoho lidí záměrně do nemoci utíká (Zacharová a kol., 2007).

Nemoc dělíme na akutní a chronickou. Akutní bolest vzniká z plného zdraví, náhle, má většinou táhlejší průběh a dochází k uzdravení nebo může přejít do chronicity. Chronická bolest má dlouhodobý průběh, často se nelepší, omezuje nemocného v jeho běžném životě (Dahlke, 2014).

Rozeznáváme několik postojů pacientů k nemoci: fáze negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Ve fázi negace nemocný často sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl, on nemocný není. Postupně se nemocný stahuje do ústraní a přeje si být sám, aby se mohl s danou situací smířit. Ve fázi agrese je nemocný velice negativní, objevují se u něho pocity viny, proč zrovna on, za co si to zasloužil, co udělal špatně. Na své blízké si vylévá



zlost, nemůže se vyznat sám v sobě. Ve fázi smlouvání nemocný pochopil, že situace, která nastala, se nedá změnit a uvažuje o smyslu života. Chce naplnit svůj čas smysluplně. Čtvrtá fáze nemoci zvaná deprese, kde zde se zdravotní stav nemocného stále zhoršuje, uvědomuje si, že smrti se nevyhne. Cítí se unavený, vyčerpaný a psychicky zesláblý. Nemocnému pomáhá, když mu jeho blízký naslouchá a tráví těžké období s ním. Důležitá je podpora a pochopení umírajícího blízkými, aby s ním dokázali hovořit o strachu ze smrti. V poslední fázi smíření je přijetí pravdy (Zacharová a kol., 2007).

Málokteré povolání prošlo během krátkodobého období takovými velkými změnami jako profese role sestry (Zacharová, 2016). Dle Vévody (2013) zaujímá sestra několik rolí. Od sestry se očekává rovnocenný přístup v péči o nemocné, profesionalita a stále zvyšování kompetencí. Pomáhá pacientovi, reaguje na jeho potřeby, dodává mu dostatek informací, pozornost, zájem a naslouchá mu. Na druhou stranu je sestra ohrožena stresem, extrémní zátěží, konflikty, špatným zacházením a spánkovou deprivací (Vévoda, 2013).

### **1.3 Gastroduodenální vředová choroba**

Tuto nemoc řadíme do skupiny tzv. acidopeptických nemocí. Onemocnění se projevuje zrodem vředů, které vznikají na základě narušení sliznice povrchu žaludeční sliznice (Kroupa a kol., 2013). Vzniká nerovnováha mezi agresivními faktory a odolností žaludeční sliznice (Malfertheiner, 2009).

Gastroduodenální vředová choroba je definována dle odborného časopisu Interní medicína pro praxi (Zimandlová, Bureš, 2012, s. 51): „*Peptický vřed definujeme jako ložiskový defekt sliznice, který vzniká účinkem kyseliny chlorovodíkové a pepsinu a prostupuje přes lamina muscularis mucosae.*“ Nemoc se vyskytuje nejen v žaludku a dvanáctníku, ale také může vzniknout na sliznici jícnu při refluxní chorobě, nebo vzácně v tenkém střevě (Zimandlová, Bureš, 2012).

Další definice dle Seiferta (2012, s. 61) zní takto „*Peptický vřed je definován jako slizniční defekt pronikající do hloubky sliznice žaludku a vzniká výhradně v dosahu kyselého, pepticky aktivního žaludečního sekretu obsahující kyselinu chlorovodíkovou i další trávicí faktory.*“

Primární prevence gastroduodenální nemoci spočívá v dodržování zásad zdravého životního stylu (Zimandlová, Bureš, 2012). Zdravý životní styl spočívá ve správné životosprávě, neuzívání tabáku, alkoholových produktů a drog. Podstatné je dbát také o

tělesnou hmotnost, dostatek pohybu, spánku, odpočinku a snažit se vyvarovat stresu. Stravovat bychom se měli v klidu a v příjemném prostředí. Stravu bychom si měli vhodně rozdělit po celý den. Měli bychom jíst stravu bohatou na bílkoviny a vitamíny. Vyndat ze svého jídelníčku bychom měli potraviny s velkým obsahem sacharidů (Čeledová a Čevela, 2010).

Zimandlová a Bureš (2012) uvádějí, že vředová choroba postihne během života 5-10 % naší populace. Vředovou chorobu gastroduodenální nejčastěji způsobuje infekce *Helicobacter pylori* a nesteroidní antiflogistika (Zimandlová, Bureš, 2012). Bakterie *Helicobacter pylori* byla poprvé popsána roku 1983. Pro vznik vředů přispívá řada dalších agresivních faktorů, není to pouze bakterie *Helicobacter pylori*. Mezi agresivní faktory při vzniku peptických vředů, které narušují slizniční ochrannou bariéru a tím pádem umožňují působení kyseliny chlorovodíkové, patří kouření, stresové situace, hormonální vlivy, návrat žluče do žaludku a poruchy prokrvení žaludeční sliznice. Mezi ochranné faktory řadíme žaludeční hlen, bikarbonáty, obnovující se epitel a regulační ochranný vliv prostaglandinů (Kroupa a kol., 2013).

Peptický vřed rozlišujeme dle patogeneze na několik základních podskupin. První podskupinu tvoří peptický vřed bulbu duodena a pylorického kanálu. Dále rozlišujeme distální a proximální žaludeční vřed. Také lze diagnostikovat vřed kardia žaludku a Cameronovy vředy, což představuje žaludeční vřed v axilární hiátové hernii. (Zimandlová, Bureš, 2012). V diferenciální diagnostice musíme rozlišit nepeptické vředy, jako jsou například Crohnova choroba, lymfom nebo karcinom od vředů peptických (Zimandlová, Bureš, 2012). V rámci diagnostiky je nutné rozlišit, o jaký typ vředu se jedná, zda o žaludeční vřed, nebo dvanáctníkový vřed. Tyto dva typy od sebe rozlišíme pomocí popisu příznaků. Lékař se nemocného ptá, kdy bolest začala, jaká je bolest intenzity a lokalizace, začala bolest před jídlem, nebo po jídle, zda přibývá, nebo ubývá na váze a zda má chuť k jídlu. Podle těchto základních otázek lze rozeznat, o jaký typ vředu se jedná (Schneiderová, 2014).

U pacientů s dvanáctníkovými vředy je bolest lokalizována v horní části břicha, pravém podžebří a vyzařuje do oblasti zad. Bolest se u nemocného objevuje většinou nalačno, dvě hodiny po jídle nebo v noci. Nemocný se nadměrně stravuje a pociťuje příbytek tělesné hmotnosti. Dvanáctníkový vřed má typický sezónní charakter, kdy se bolesti

vyskytují na jaře a na podzim. Zvracení u nemocného nepřináší úlevu, obsahuje pouze žaludeční šťávy (Schneiderová, 2014).

U pacientů se žaludečními vředy se bolesti vyskytují po jídle. Nemocný trpí nechutenstvím a úbytkem tělesné hmotnosti. Bolest nemocní pociťují v oblasti nadbříšku, pod mečovitým výběžkem. Žaludeční vřed nemá sezónní charakter. Zvracení nemocnému přináší úlevu a obsahuje nestrávené zbytky potravy (Schneiderová, 2014).

V rámci sekundární prevence dbáme, aby gastroduodenální choroba byla včas diagnostikována nejčastěji pomocí gastroskopie a včas léčena, aby nenastaly komplikace nemoci (Schneiderová, 2014). Úlohou sestry před gastroskopickým vyšetřením je poučení o lačnění. Doporučuje se nejíst šest hodin před výkonem. Potrava v žaludku by mohla lékaři bránit v rozhledu a také by během vyšetření mohl začít pacient zvracet. Pokud je nemocný kuřák, tak v den vyšetření by neměl kouřit. Tři hodiny před vyšetřením se dále doporučuje nepít. Pacientům je možno provést lokální znečítlivění hltanu speciálním sprejem. Pacient je uložený na levý bok a v ústech má vložený ochranný plastový kroužek. Lékař zavede do úst ohebný fibroskop. Průběh vyšetření sleduje pomocí monitoru, kde pozoruje stav sliznic a trávicích orgánů. Celé vyšetření netrvá déle než deset minut. Během vyšetření mohou nemocní pozorovat tlak v krku, pocit dávení, nafouknutého břicha a říhání (Heung, 2015).

Dle Thama et al. (2017) probíhají gastroduodenální vředy někdy velice dramaticky, jelikož jsou u nemocného pozdě diagnostikovány a zjistí se až poté, co se objeví komplikace. Rozeznáváme 5 komplikací gastroduodenálních vředů – perforace vředu, penetrace vředu, krvácení, stenóza a maligní zlom. Nejčastější komplikací je krvácení, někdy bývá i prvním příznakem vředové nemoci. U nemocného se objeví dehtovitá černá stolice tzv. meléna, někdy také zvracení krve tzv. hematéméza. Prognóza je obtížná, proto je důležité krvácení do trávicího traktu považovat za stav potencionálně ohrožující na životě. Nemocný je hospitalizován dle stavu na standardním interním oddělení nebo JIP či na gastroenterologii. Při akutním krvácení lékař naordinuje nemocnému antagonisty H<sub>2</sub> receptorů nebo inhibitory protonové pumpy. Nutné je u nemocného vysadit ulcerogenní léky, pokud užívá (Tham et al., 2017). Zdroj krvácení diagnostikujeme pomocí endoskopického vyšetření, které nám přesně lokalizuje zdroj krvácení. Endoskopické vyšetření neslouží pouze za účelem diagnostickým, ale i léčebným.

Pomocí endoskopu zavedeme speciální jehlu a aplikujeme látky na zástavu krvácení (Lukáš a Žák, 2007).

Lukáš a Žák (2007) popisují penetraci vředu jako postupné pronikání vředu do hlubších vrstev žaludeční stěny nebo do stěny dvanáctníku. Obsah může proniknout do okolních orgánů nejčastěji do slinivky břišní. Klinický obraz penetrace vředu se projevuje intenzivní bolestí. Diagnózu lékař stanoví pomocí endoskopického vyšetření, ale lépe mu k diagnostice poslouží rentgenové vyšetření s použitím baryové kaše. Rentgenové vyšetření nám totiž lépe prokáže hloubku vředové léze (Lukáš a Žák, 2007).

O perforaci vředu hovoříme tehdy, pokud gastroduodenální vřed pronikne mimo stěnu žaludku nebo dvanáctníku do volné dutiny břišní. Tato komplikace je poměrně závažná s celkově vysokou úmrtností, kolem 15 %. Perforace se u nemocného projeví intenzivní bolestí s náhlým začátkem až šokovým stavem. Bolest z oblasti nadbříšku se propaguje do oblasti páteře. K diagnostice nám poslouží rentgenový snímek břicha. Nemocný je hospitalizován na jednotce intenzivní péče k chirurgickému řešení (Tham et al., 2017).

Stenóza je také poměrně častá komplikace postihující asi 10 % nemocných. Může být prvním příznakem vředové léze, stejně jako perforace. Stenóza se projevuje neprůchodností pylorického kanálu, městnáním potravy a žaludečního obsahu před překážkou. Nemocní udávají pocit tlaku v nadbříšku, který je při pohmatu bolestivý. Trpí nevolností nebo zvracením. Zvracení přináší nemocnému pocit úlevy. K diagnostice použije lékař základní vyšetřovací metody, jako je poslech a pohmat. Dále provede dle stavu nemocného endoskopické vyšetření. Endoskopické vyšetření nám poslouží upřesnit charakter stenózy a možnost odebrat stenotický vzorek k histologickému vyšetření. Před tímto výkonem je doporučeno odsát prvně žaludeční obsah. Zřídka lze provést rentgenové vyšetření (Lukáš a Žák, 2007).

Komplikací maligní zvrát některé zdroje neřadí mezi komplikace, některé zase ano. Gastroduodenální vředy mohou samozřejmě malignizovat, jak o tom pojednává ve svém zdroji (Lukáš a Žák, 2007).

Při léčbě peptického vředu je nutné dodržovat dietní a režimová opatření. Sestra z pohledu terciární prevence doporučuje pacientovi, aby se vyvaroval stresovým a konfliktním situacím. Pokud je pacient kuřák, doporučí ze zdravotních důvodů, aby přestal kouřit. Informuje pacienta o vhodném složení jídelníčku. Striktně se nedoporučuje

konzumovat potraviny, které stimulují žaludeční sekreci – káva, alkohol, silný čaj, ostré koření. Nutné je stravovat se pravidelně po menších porcích (Heung, 2015). Burda a Šolcová (2016) doporučují dodržovat dietu č. 2 neboli šetřící. Vhodné maso je drůbeží, králičí, telecí a z příloh jsou to brambory a těstoviny. Smažená jídla, mléčné výrobky, uzeniny, kyselé potraviny, perlivé nápoje a džusy by měl ze svého jídelníčku omezit na minimum nebo úplně vynechat. Nejlepší způsob zpracování stravy je úprava vařená a dušená. Jídlo by mělo být čerstvé, ne ohříváné. Vyhnout bychom se také měli potravinám instantním nebo z konzerv. Nadýmavé potraviny také nejsou vhodné (Burda, Šolcová, 2016). Lékař nemocnému předepíše léky snižující tvorbu kyseliny v žaludku tzv. inhibitory protonové pumpy. Do této skupiny léků patří omeprazol, lansoprazol, pantoprazol a esomeprazol. Léky mají za úkol zablokovat enzymy tvořící kyselinu v apikální membráně parietálních buněk žaludeční sliznice, uvádí Zbořil (2007). Sestra nemocného poučí o užívání léků. Podání inhibitorů protonové pumpy se podávají minimálně 30 minut před snídaní, aby byl zajištěn maximální efekt. Při intoleranci inhibitorů protonové pumpy nebo v případě kombinační léčby špatně se hojících lézí se používají histaminové receptory neboli H<sub>2</sub> blokátory. Efekt používání je nižší než inhibitory protonové pumpy, takže tento lék ustupuje do pozadí. Někteří nemocní s funkční dyspepsií nebo gastropatií mohou na H<sub>2</sub> blokátory reagovat lépe než na jiné medikamenty. Z farmakologie lze při tomto onemocnění užívat tzv. antacida, to jsou léky neutralizující vytvořenou kyselinu. Při dyspeptických potížích mají antacida jen okrajový a doplňkový význam. Nedokážou totiž defekt sliznice zahojit a nemají ani vliv na prevenci. Žaludeční vředy by měly být tedy biotovány a endoskopicky kontrolovány do doby, než dojde k úplnému zhojení (Zbořil, 2007).

#### ***1.4 Nespecifické chronické záněty střev***

Dle Vlčka et al. (2014) rozlišujeme záněty střev na akutní a chronické. Akutní záněty jsou především fyziologického rázu neboli účelový zánět. Naopak chronické záněty střev řadíme do skupiny patologických zánětů projevující se zánětlivou reakcí ve sliznici a stěně střevní. Tyto záněty označujeme jako tzv. idiopatické střevní záněty, do kterých patří ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc (Vlček et al., 2014).

Do skupiny chronických zánětů střev nepatří pouze tyto dvě nemoci, řadíme tam řadu dalších jako například ischemické kolitidy a enteritidy, kolitidy při séronegativní spondylarthritidě, alergická enterokolitida, vředové léze tenkého střeva při celiakii,

amyloidová kolitida, uremická kolitida, kolitida při Hirsprungově nemoci a spoustu dalších (Dítě, 2001).

V této kapitole se budeme podrobněji věnovat ulcerózní kolitidě a Crohnově chorobě, které jsou nejnámější a z chronických zánětů střev nejčastější.

Ulcerózní kolitida bývá řazena do skupiny orgánových nespecifických autoimunitních chorob. První zmínka o této nemoci byla již roku 1948. Vzniká nespecifický zánět tlustého střeva na sliznici. Vzácně může dojít k přestupu na hlubší strukturu střevní stěny tlustého střeva. Incidence choroby je přibližně 6–10 pacientů na 100 000 obyvatel ročně celosvětově. Maximum výskytu této nemoci je mezi 20. – 40. lety a větší výskyt, i když velice nepatrným rozdílem bývají postiženy ženy (Dítě, 2001).

Dle Vlčka a kol. (2014) se ulcerózní kolitida projevuje bolestivým nucením na stolici (tenesmy) s vyprazdňováním krve a hlenu. U pacientů s tzv. ohraničenou UC v oblasti konečníku jsou patrné příznaky krvácení, zácpy a tenesmů. U pacientů s rozsáhlým postižením tlustého střeva jsou kromě tenesmů přítomny krvavé průjmy (Vlček a kol., 2014).

Ulcerózní kolitidu rozlišujeme podle postižení rozsahu tračníku na několik druhů – distální tvary (proktitidu, proktosigmoiditidu), levostranný tvar, extenzivní tvar (postižení rekta, sigmatu, descendens, transversa popřípadě orální zbytek kolon – tzv. pankolitida). Další dělení nemoci je dle průběhu na remitující, intermitující, chronický perzistující průběh a fulminantní UC. Remitující průběh UC znamená, že ataka nemoci probíhá méně než jednou ročně. Intermitentní průběh UC, zde ataky nemoci probíhají více než jednou ročně. Chronický perzistentní průběh UC probíhá stále, tzv. kontinuální aktivita zánětu. Nejzávažnější průběh mívá fulminantní UC, protože u té hrozí vznik toxického megakolomu (Dítě, 2001).

Navrátil a kol. (2017) pojednává o diagnostice UC, která spočívá ve správném odběru anamnézy, zaměřit se, kdy potíže začaly, jak probíhaly, jak často se opakují, zda někdo v rodině trpí podobnými potížemi či mu byla tato nemoc diagnostikována (Vránová, 2013). Také je velice podstatné k určení diagnózy morfologické vyšetření, které obsahuje kolonoskopie, rektoskopii, enteroklýzu, histomorfologie tkání, ultrasonografii střev a virtuální kolonoskopii. Dále sestra nemocnému odebere potřebné krevní náběry, které určí lékař k diagnostice (Navrátil a kol., 2017).

Terapie nemoci je konzervativní i chirurgická. Objevují se i nové metody léčby z oblasti imunoprese a léčby pomocí anticytokinu. Z oblasti chirurgické je také několik novinek v léčbě, mimo klasických resekčních výkonů nabízí dnešní medicína strikturoplastiky, kdy lékaři vytvoří subtotální kolektomii a z kliček ilea udělají náhradní vak, který má za úkol nahradit funkci náhradního rekta. Tím pádem je zachována u nemocného plná kontinence a přijatelný počet defekací (Dítě, 2001). Do konzervativní skupiny léčby řadíme medikamentózní, endoskopickou, nutritivní a psychosociální léčbu (Schneiderová, 2014). Z oblasti medikamentózní léčby používáme k léčbě UC základní léčiva, jako jsou aminosalicyláty a kortikosteroidy. Dnes je ale známá řada novinek, ke kterým řadíme imunopresiva, léky interferující s mediátory zánětu a plazmaferéza. Z oblasti imunopresiv je používán lék azathioprin, metotrexát a cyklosporin. Do skupiny léčiv, které interferují s mediátory zánětu, patří cytokiny a anticytokiny (Ehrmann, 2014).

Dle Ehrmanna (2014) lze tedy říci, že poslední desetiletí v léčbě UC jsme dosáhli nové možnosti léčby této nemoci v oblasti konzervativní léčby pomocí imunopresiv a léčby anticytokiny a také nové postupy v léčbě chirurgické.

Ulcerózní kolitidu provází řada komplikací a mimo střevních potíží. Mezi komplikace patří masivní krvácení, střevní perforace, striktury, toxický megakolon, nádorový proces, abscesy a píštěle. Mimo střevní příznaky UC rozlišujeme dle skupin na kožní, slizniční, kloubní, oční, cévní, jaterní a vzácné komplikace. Mezi kožní komplikace patří například ekzémy, psoriázy, Sweetův syndrom. Z oblasti slizničních komplikací se objevují afty, ústní fisury a pyostomatitis vegetans. Z kloubních komplikací jsou to různé artralgie, artritidy, paličkovité prsty, sakroileitida a revmatoidní artritida. Z očních komplikací se mohou projevit konjunktivitidy, keratitidy, iridocyklitidy a uveitidy. Cévní komplikace probíhají jako flebotrombózy a vaskulopatie. Z oblasti jaterních komplikací se může objevit primární sklerozující cholangitida a granulomatózní hepatitida. Mezi vzácné příznaky UC řadíme perikarditidy, nefrotitidy, amyloidózu aj. (Vránová, 2013).

Z několika provedených studií je prokázáno, že stres a poruchy nálady mají vliv na průběh ulcerózní kolitidy. Lékař by měl každého pacienta individuálně informovat o nemoci, průběhu, projevech, léčbě a prevenci. Úlohou sestry je edukovat pacienta o preventivních opatřeních, která přispívají ke zhoršení zdravotního stavu nemocného. Promluvit si s pacientem o stresových faktorech a jeho rizicích na negativní průběh

onemocnění. Psychické faktory jsou považovány za faktory, které průběh nemoci ovlivňují, jak pojednává ve svém zdroji Gabalec (2009). Edukace pacienta je velice důležitá, snižuje totiž stupně obav o nemocného. Nejen edukační materiály přispívají ke zlepšení zdravotního stavu pacienta, ale největší podíl na zlepšení kvality života má správně vedený rozhovor a podání srozumitelných informací pro nemocného. Na zlepšení léčebného režimu má podíl i vztah mezi pacientem a lékařem a vztah mezi pacientem a sestrou. Nutné je, aby sestra needukovala pouze nemocného, ale zaměřila se na edukaci i rodinných příslušníků. Gastroenterologická péče a péče psychosomatická mají totiž v rámci gastrointestinálního onemocnění spolu úzkou souvislost (Gabalec, 2009).

Crohnovu chorobu řadíme do skupiny chronických idiopatických zánětů. Crohnova choroba může poskytnout jakoukoliv část trávicí trubice, nejčastěji však postihuje tenké a tlusté střevo. Jedná se o onemocnění neznáme etiologie. Onemocnění probíhá chronicky s prolínajícími fázemi relapsů a remisí (Colombel, 2010). Crohnova choroba se projevuje průjmy, bolestí břicha a hubnutím. Onemocnění může vznikat mnoho let, kdy si nemocný pouze stěžuje na neurčité bolesti břicha nebo intermitentní průjem (Hawkey, 2012). Medikamentózně a chirurgicky je Crohnova choroba kauzálně nevyлéčitelná (Horák et al., 2013). Léčba Crohnovy nemoci je zaměřena na léčbu aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí v případě, že je nemoc v remisi, jak pojednává Horák et al. (2013).

Možnost primární prevence před vznikem Crohnovy choroby není známá. Toto onemocnění je podmíněno geneticky, takže faktory zevního prostředí hrají u nemocného pouze doplňkovou roli. Věda se stále vyvíjí, tak je možné, že do budoucna díky genové terapii budeme znát příčinu onemocnění. Nyní známe pouze řadu možných genů, které mohou nemoc způsobit. Existuje mnoho teorií, které se zabývají vlivem stravy a Crohnovou nemocí. Jedna z teorií považuje za negativní faktor Crohnovy choroby snižující množství vlákniny ve stravě a nedostatečné zastoupení tuků s vyšším obsahem nenasycených mastných kyselin. Další teorie považuje za možnou příčinu nemoci konzumaci konzervativních potravin. Tyto teorie však neukazují prokazatelnou souvislost. Za prokázaný negativní faktor lze považovat kouření, selhání medikamentózní léčby a časté chirurgické zákroky (Celostnimediceina.cz, 2007).

U idiopatických střevních zánětů se jako metoda léčby využívá i tzv. biologická léčba. Dle Špičáka (2007) rozumíme pod pojmem biologická léčba *„podávání různých chemicky heterogenních látek, které mají přísně vyhraněný mechanismus účinku a*



*specifickou cílovou strukturu*“ (Špičák a kol., 2007, s. 153). Podle mechanismu účinku lze rozdělit biologickou léčbu u idiopatických střevních zánětů do tří skupin – látky inhibující pro-zánětlivé cytokiny, inhibitory adhezivních molekul a další biologické léky (Špičák, 2007).

Biologická léčba ovlivňuje mechanismy, při kterých abnormální reakce imunitního systému udržuje nebo zhoršuje průběh idiopatických střevních zánětů. Využívají se protilátky, které blokují uvolněné částice zánětu ve střevě (Pavelka a kol., 2014).

Biologická léčba se zahajuje u Crohnovy choroby, kde léčba kortikosteroidy, imunosupresivy a antibiotiky nebyla účinná. Biologická léčba se využívá i u pacientů s mimo střevními komplikacemi nemoci. Dále je biologická léčba indikována u pacientů s píštělemi. Léčba je aplikována pomocí infuzní terapie. Účinnost lze pozorovat během několika dní, kdy se zdravotní stav nemocného zlepšuje. Biologická léčba pomáhá předcházet střevním komplikacím, jako je například vytvoření stomie (Cilena-lecba.cz, 2018).

Pro pacienty s ulcerózní kolitidou je biologická léčba indikována tehdy, pokud nereagují na běžnou léčbu nebo je aktivita nemoci vysoká. Biologická léčba má velmi vysoký účinek a tlumí specifické oblasti zánětu. Využíváme k terapii látky inhibující prozánětlivé cytokiny (TNF- $\alpha$ ) například infliximab a adalimumab, dále inhibitory adhezivních molekul, kam řadíme například natalizumabem a poslední možností jsou léky, jako je například interleukinem 10, interleukinem 11 nebo interferonem  $\beta$  (Špičák, 2008). V České republice je pro léčbu ulcerózní kolitidy schválen infliximab. Infliximab si můžeme představit jako monoklonální protilátku neboli typ bílkoviny, která se váže na tumor necrosis faktor alfa (TNF-alfa). Právě tento faktor způsobuje střevní zánět. Infliximab aplikuje sestra pomocí nitrožilních infuzí. Pozor musíme dát na možné kontraindikace, které mohou u pacienta nastat – těžká alergická reakce, náhlé příhody břišní, tuberkulóza, septické stavy, autoimunitní onemocnění a infekce virem hepatitidy B (Pavelka a kol., 2014).

Biologická léčba nespecifických střevních zánětů se stále vyvíjí. Zkoumají se molekuly a buněčné struktury podílející se na vzniku střevních zánětů, takže můžeme předvídat, že se na trhu objeví nové léčebné prostředky (Bosani et al., 2009).

Kasper (2015) uvádí, že nejen u Crohnovy choroby, ale i ulcerózní kolitidy nemocní často trpí malnutricí. Významným léčebným způsobem je možnost umělé výživy u malnutričních pacientů a dalším efektem je specifický účinek nutrientů (Šachlová, 2011). Nemocní s malnutricí jsou ohroženi deficitem mikronutrientů a vitamínů. Mezi možnostmi nutriční podpory v tomto případě je dietní opatření, poradenství, enterální nebo parenterální výživa. Enterální výživa ovlivňuje zánětlivé procesy a navozuje u pacienta remisi onemocnění. Dále se podílí na léčbě podvýživy. Parenterální výživu využijeme v případě, pokud nemocný střevně selhává. Cílem nutriční podpory je prevence a léčba malnutrice (Kasper, 2015).

Dietní opatření u idiopatických střevních zánětů je individuální, závisí na rozsahu a typu postižení. Ve stadiu klinické remise onemocnění se dieta zásadně neliší od racionální stravy. Strava by měla odpovídat zásadám zdravé výživy (Vránová, 2013). Mezi nevhodné potraviny při dietním opatření řadíme smažená a tučná jídla, dále jídla uzená, pikantní konzervy, salámy, agresivní ostré koření a čerstvé kynuté těsto. Nemocný také většinou netoleruje konzumaci kravského mléka a luštěnin. Lékaři dále doporučují, aby nemocní nepožívali syrové ovoce se zrníčky a slupkami. Špatně stravitelné jsou i ořechy. Nemocným je doporučeno užívat rozpustnou vlákninu, probiotika a vícenasycené mastné kyseliny řady  $\omega$ -3 (zejména mořské ryby) (Kasper, 2015).

Ve stadiu relapsu střevního zánětu se stenózami v oblasti zažívacího traktu při Crohnově nemoci je nutné podávat nemocnému bezsezbytkovou dietu, uvádí Meisnerová (2011). Bezezbytková dieta (nemocniční dieta odpovídá 2250 kcal, 90 g bílkovin, 70 g tuku a 320 g sacharidů) je šetřící plnohodnotná dieta, která lze podávat dlouhodobě. Má mírně zvýšený obsah bílkovin bez nestravitelných zbytků. Tímto omezením je zúžen výběr pokrmů a potravin, technologická úprava stravy je šetřící s využitím částečné mechanické úpravy, která spočívá v mletí, mixování ovoce a zeleniny (Meisnerová, 2011).

Enterální výživa zahrnuje všechny formy nutriční podpory. Aplikujeme ji formou popíjení neboli sippingu, sondovou výživou – nazogastrickou nebo nazoenterální nebo také pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie, kterou nazýváme zkratkou PEG (Kasper, 2015). Dle Meisnerové (2011) se PEG lépe snáší než možnost nazoenterální výživy. Výhodou je i lepší kosmetický efekt. Metodu PEG využijeme u pacientů, kteří netolerují nazoenterální sondu a doba předpokládané výživy nemocného je delší než 3-6 měsíců. Dle Meisnerové (2011) dále doporučuje používat možnost sippingu. Může sloužit

jako doplňková či kompletní výživa nebo také jako nazoenterální sondová výživa. Nejčastější komplikace enterální výživy je obstrukce sondy. Riziko obstrukce sondy minimalizujeme pomocí prováděných proplachů sondy v určitých časových intervalech. Další komplikací může být sinusitida, zejména u nemocných s imunodeficiencí (Meisnerová, 2011).

Dle Vránové (2013) je poslední možností výživy parentální výživa nemocného. Lze ji rozdělit podle typu na doplňkovou nebo kompletní. Totální parenterální výživa je využita u nemocných s kontraindikací nebo intolerancí enterální výživy. Podle doby aplikace výživy volíme typ katétru – periferní či centrální, krátkodobý či dlouhodobý (Vránová, 2013). Pokud je parenterální výživa indikovaná v rozmezí 2 týdnů – 6 měsíců, je možností využít výživu aplikovanou pomocí PICC (periferně zavedený centrální katétr), který se zavádí pod ultrasonografickou kontrolou cestou axilární žíly do horní duté žíly. Při zavádění PICC je zcela minimalizováno riziko pneumotoraxu, přítomnost podkožního tunelu snižuje infekční komplikace (Meisnerová, 2011).

Dalším typem dlouhodobého katétru je podkožní venózní port, který se skládá z komůrky opatřené speciální membránou, umístěnou pod kůží do podklíčkové krajiny, komůrka je zakončena katétrem, který je zaveden do horní duté žíly. K infuzní aplikaci slouží speciální jehla zavedená do komůrky katétru. Z hlediska složení parenterální výživy se většinou uplatňuje systém all-in-one, kdy jsou v jednom vaku smíchány všechny důležité živiny (cukry, tuky, aminokyseliny), minerály, vitaminy a stopové prvky (Meisnerová, 2011). Dle Meisnerové (2011) je na trhu pestré spektrum komerčně připravených vaků, před aplikací jsou jednotlivé komory smíchány. Druhou možností je příprava all-in-one vaků v nemocničních lékárnách v laminárních boxech za přísně aseptických podmínek. Je možno zvolit optimální složení pro konkrétního pacienta, exspirace vaku bývá přibližně jeden týden a před aplikací se skladují při 4–6 C°. Hlavní výhodou all-in-one systému je jednodušší aplikace, použití jednoho infuzního setu a tím i nižší výskyt infekčních komplikací (Meisnerová, 2011).

### ***1.5 Kolorektální karcinom***

Kolorektální karcinom (KRCA) řadíme mezi čtvrtou nejrozšířenější malignitu na světě. Incidence kolorektálního karcinomu v České republice u mužů je na prvním místě v Evropě. U žen je incidence KRCA na čtvrtém místě za Maďarskem, Norskem a Německem. Kolorektální karcinom je tedy více než dvě generace významným

problémem české populace (Fínek, 2008). Dle statistického výzkumu uveřejněného v odborném časopisu *Interní medicína* ročně onemocní kolem 8000 lidí a téměř 5000 lidí na tuto nemoc umírá. I když se snažíme co nejvíce dbát na prevenci, statistiky onemocnění a úmrtnosti neukazují příznivé výsledky (Frič et al., 2007).

Etiologie kolorektálního karcinomu je nejčastěji familiárního původu. Nejčastěji hovoříme o syndromu mnohotné familiární adenomatózní polypózy a o syndromu familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (Hawkey, 2012). V tlustém střevě se také často objevují tzv. polypy, které jsou označeny za nezhoubný typ nádoru, ale pokud nejsou odstraněny, trvale rostou, tak poté se z nich mohou stát nádory zhoubné (Drlíková a kol., 2016). Vorlíček a kol. (2012) upozorňuje, že riziko vzniku kolorektálního karcinomu hrozí i u nespecifických střevních zánětlivých onemocnění, jako je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida.

Klinický obraz kolorektální karcinomu nemusí být ze začátku vůbec čitelný. Nemusí být žádné příznaky. Později se u nemocného mohou objevit místní i celkové příznaky (Drlíková a kol., 2016). Mezi místní příznaky patří změna ve vyprazdňování stolice, mění se charakter a četnost vyprazdňování. Nemocný může sledovat problémy, jako je zácpa, průjem, střídání zácpy s průjmem a časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění (Hawkey, 2012). Doprovázejícím příznakem mohou být bolesti břicha, konečníku a přítomnost krve nebo hlenu ve stolici. Někdy je možné, že si nemocný sám nahmatá karcinogenní útvar vzniklý v břiše nebo v podbříšku. Mezi celkové příznaky neboli také značeny jako příznaky pozdní, patří nevolnost, nechutenství, slabost, únava, hubnutí, bledost nebo žloutenka, narůstající objem břicha a teploty, jak uvádí ve své knize Vorlíček a kol. (2012).

Nejdůležitější je diagnostikovat toto vážné onemocnění co nejdříve, aby se nemocný začal co nejdříve léčit. Jelikož jen tehdy je největší pravděpodobnost vyléčení. I přes rozšířenou osvětu screeningu kolorektálního karcinomu, pomocí testu Hemocult, není situace u nás příznivá (Vorlíček a kol., 2012). Test Hemocult se provádí u běžné populace od 50 let do 54 let každý rok (Drlíková a kol., 2016). Test na okultní krvácení je pacientům nabízen u praktických lékařů a také u gynekologů (Špičák a kol., 2017). U osob nad 55 let se test pak provádí ve dvouletých intervalech s možností kolonoskopického vyšetření po deseti letech (Drlíková a kol., 2016). Špičák a kol. (2017) uvádí, že od 55 let věku má každý občan právo výběru mezi testem na okultní krvácení

ve dvouletém intervalu a screeningovou koloskopií, která je v případě negativního nálezu kolorektální neoplazie zopakována u pacienta po deseti letech věku. Každý endoskopista, který provede screeningovou kolposkopií, musí zadat anonymně individuální data do on-line databáze tzv. Registr screeningových koloskopií. Údaje zadané v databázi slouží ke kontrole kvality screeningového programu prevence kolorektálního karcinomu (Špičák a kol., 2017) U osob, u kterých víme o familiárním výskytu CRC, se test Hemocult provádí od věku 40 let. Spočívá ve zjištění přítomnosti okultního neboli jinak nazývaného skrytého krvácení. Nemocný vlastním okem nemusí krev ve stolici vůbec vidět, bývá jí tam nepatrné množství. Pozitivní výsledek lze hodnotit po dosažení 2 ml krve ve stolici. Nemocný obdrží test Hemocult ve tvaru psaníčka od svého praktického lékaře. Test spočívá ve vyšetření tří po sobě jdoucích stolic, ze dvou vzorků každé stolice. Stolice se aplikuje na speciální podložku napuštěnou quajakovou pryskyřicí, která pokud je ve stolici přítomna krev, změní po laboratorním zpracování barvu. Nutné je nemocného upozornit na falešně pozitivní výsledek, který mohou ovlivnit některé potraviny. Před vyšetřením by tedy měla být dieta, která nebude obsahovat například červené maso, špenát, květák, brokolici, tuřín a ředkvičky. Tento screeningový program se v České republice vyskytuje od roku 2000 a test na okultní krvácení se stal standardní součástí preventivního vyšetření u lidí nad 50 let věku. Může se ale také stát, že test Hemocult nezjistí CRC, jelikož některé nádory nemusejí krváčet. Dle Vorlíčka nekrvácí téměř 30 % nádorů (Vorlíček a kol., 2012). Špičák a kol. (2017) uvádí, že screeningové metody kolorektálního karcinomu se neustále vyvíjí. V roce 2013 přichází na trh náhrada quajakových TOKS imunochemickými (Špičák a kol., 2017). Imunochemické testy mají oproti quajakovým testům dvojnásobnou citlivost, ale také vysokou falešnou pozitivitu. Vhodnými testy na okultní krvácení jsou kvantitativní imunochemické testy s automatickou analýzou koncentrace hemoglobinu. Vhodným nastavením cut-off detekce Hb optimalizujeme spolehlivost testu (Kolarektum.cz, 2011). Velká snaha screeningu CRK nedosahuje příznivých výsledků. Přes veškerou pomoc na toto nádorové onemocnění umírá několik set lidí ročně. CRK je vyléčitelný pouze, když je odhalen ve včasném stadiu a nádor je úspěšně chirurgicky odstraněn bez nutnosti cytostatické léčby (Vorlíček a kol., 2012).

Lékař své vyšetření zahájí vyšetřením konečníku pohmatem neboli per rectum (Hawkey, 2012). Sestra odebere dle lékaře nemocnému laboratorní odběry (Vorlíček a kol., 2012). Většinou sestra nabere krevní obraz a biochemii. Nejrozšířenější

diagnostickou metodou je kolonoskopie (Drlíková a kol., 2016). Úlohou sestry je pacienta na výkon připravit. Před výkonem sestra edukuje pacienta u průběhu vyšetření a důvodu jeho provedení. Při pohovoru s nemocným se táže na příznaky nemoci a anamnézu pacienta. Důležité je zeptat se zřetelně na alergickou anamnézu. Nemocnému předá k přečtení informovaný souhlas s vyšetřením, umožní mu možnost dotazů před výkonem a pacient musí informovaný souhlas podepsat. Lékař musí být před výkonem seznámen s laboratorním vyšetřením pacienta (Schuler, Oster, 2010). U terapeutických výkonů je vždy riziko krvácení, takže koagulační vyšetření – počet trombocytů, hodnota INR, APTT a vyšetření na známky diseminované intravaskulární koagulace je velice podstatné před výkonem povést (Lukáš a kol., 2005).

Kolonoskopie lze rozlišovat podle indikace na preventivní diagnostikou a terapeutickou (Bartůněk, 2016). Dle Falta a kol., (2015, s. 29) je preventivní kolonoskopie „*screeningové vyšetření tlustého střeva flexibilním endoskopem u asymptomatického jedince s negativní rodinou či osobní anamnézou kolorektální neoplazie a nepřítomností ideopatického střevního zánětu*“. Preventivní kolonoskopie je vyšetření sliznice tlustého střeva a zároveň lze při ní odstranit případné polypy v tlustém střevě (Falt a kol., 2015). Bartůněk a kol. 2016, s. 153 definuje pojem kolonoskopie takto: „*Kolonoskopie (někdy také „koloskopie“)* je invazivní metoda umožňující zobrazení sliznice tlustého střeva a v optimálním případě také konečné části tenkého střeva (tzv. terminálního ilea).“ Kolonoskopie se provádí pomocí přístroje zvaný kolonoskop. Indikací ke kolonoskopii je mnoho. Mezi nejčastější patří přítomnost zjevné nebo skryté příměsi krve se stolicí, nejasné bolesti dutiny břišní, průjmy, změny rytmů vyprazdňování, změny charakteru stolice, úbytek tělesné hmotnosti pacienta, anémie, podezření na zánětlivé změny a samozřejmě také pozitivní rodinná anamnéza týkající se onemocnění střev (Špičák a kol., 2015). Před vyšetřením je nutná několikadenní příprava tlustého střeva. Sestra poučí pacienta o vhodné dietetické přípravě dle zvyklosti daného pracoviště. Upozorní nemocného na omezení či vyloučení ze stravy potravin se slupkou či se semínky. Na vynechání farmakologických přípravků s obsahem železa. V den vyšetření informuje pacienta o nutnosti vypít dostatečné množství roztoku určeného k přípravě ke kolonoskopii (Bartůněk, 2016). Jsou to většinou solné, makrogolové roztoky nebo kombinované přípravky. Vyšetření lze provést s možností nitrožilní aplikace ke zklidnění a utlumení bolesti nebo s možností anestezie. V průběhu výkonu je nutné monitorování vitálních funkcí – tepová frekvence, krevní tlak a saturace kyslíku (Berr, 2014). Pacienta

uložíme na lehátko do polohy vleže na levém boku. Lékař hodnotí makroskopický vzhled sliznice, její lesk, pevnost, cévní kresbu a veškeré prominence do lumen, jako jsou polypy a nádory. Při kolonoskopii může lékař i odebrat pomocí bioptických kleští vzorky sliznice k mikroskopickému vyšetření. Při vyšetření lze také diagnostikovat zánětlivé změny na sliznici, nádory, hemoroidy, divertikly a řadu dalších změn. Kolonoskopii lze provést jako ambulantní výkon. Po vyšetření je pacient sledován 2 hodiny na dospávajícím pokoji, poté je nejlépe s doprovodem propuštěn domů. Komplikace se vyskytují poměrně vzácně. Může vzniknout perforace stěvní stěny a krvácení (Bartůněk, 2016).

Primární prevence kolorektálního karcinomu spočívá v eliminaci nepříznivých vlivů ze zevního prostředí, mezi které patří nedostatek fyzické aktivity, nevhodné složení a úprava přijaté potravy, jako je například denní konzumace „červeného masa“, smažené, pečené a grilované maso. Dále do nepříznivých zevních vlivů řadíme kouření a alkohol (Falt a kol., 2015). Sestra pacienta edukuje o životním stylu. Vhodné je zvýšit příjem vlákniny ve stravě, omezit podíl živočišných tuků, snížit konzumaci červeného masa, snížit konzumaci alkoholu, nekouřit, udržovat si ideální tělesnou váhu a také upozorní na nutnost pravidelného vyprazdňování stolice (Falt a kol., 2015).

Z oblasti sekundární prevence se zaměřujeme na depistáž a dispenzarizaci. Screening neboli také včasná diagnostika choroby u pacientů, u kterých se nevyskytly viditelné příznaky nemoci, je prevence kolorektálního karcinomu zaměřena na sporadický záchyt. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem, který ovlivňuje záchyt sporadického KRCA, je endogenní faktor věk nemocného (Košta, 2013). Cílem screeningu je zvýšení četnosti záchytu zhoubného kolorektálního karcinomu a snížení počtu paliativních operačních zákroků v pokročilém stadiu onemocnění (Falt a kol., 2015). Role sestry v oblasti sekundární prevence je poučit pacienta při preventivní prohlídce nad 50 let věku o metodě záchytu okultního krvácení a edukovat ho, jak test správně použít. U pacientů nad 55 let doporučuje z oblasti preventivního opatření na možnost využití metody kolonoskopie, které se opakuje v intervalu deseti let (Brabcová a kol. 2009).

Terciární prevence má za úkol zachytit případný návrat kolorektálního karcinomu po primární léčbě. Stále je pro nemocného naděje vyléčení. V rámci terciární prevence je nutné si uvědomit riziko metastazování, proto se při dispenzárním onemocnění věnujeme i dalšímu preventivnímu vyšetření, jako je u žen mamograf, screening karcinomu hrdla

děložního a u mužů provádět depistáž prekanceróz z oblasti urologie a gastroenterologie (Brabcová a kol., 2009).

Z oblasti kvartérní prevence se zaměřujeme na nemocné, u kterých je onemocnění ve stadiu nevléčitelném a progredujícím. Zaměřuje se zde na kvalitu života nemocného. Snažíme se snižovat bolest pomocí analgetické léčby, řešit výživové opatření a předcházet riziku střevní neprůchodnosti (Brabcová a kol. 2009).



## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce kvalitativního výzkumného souboru**

Cíl 1: Vymežit roli sestry v prevenci vybraných onemocnění gastrointestinálního traktu.

Cíl 2: Zmapovat oblast primární, sekundární i terciární prevence vybraných onemocnění gastrointestinálního traktu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou role sestry v prevenci vybraných onemocnění gastrointestinálního traktu?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem probíhá screeningové vyšetření u vybraných onemocnění gastrointestinálního traktu?

Výzkumná otázka 3: Jaký životní styl dodržují pacienti u vybraných onemocnění gastrointestinálního traktu?

Výzkumná otázka 4: Jak jsou pacienti u vybraných onemocnění gastrointestinálního traktu poučeni sestrou o sekundární a terciární prevenci?

Výzkumná otázka 5: Jak vnímají kvalitu života pacienti u vybraného onemocnění gastrointestinálního traktu?

Výzkumná otázka 6: Jaký životní styl dodržují zdraví jedinci?

Výzkumná otázka 7: Jak dbají zdraví jedinci o primární prevenci?

Výzkumná otázka 8: Jaké znalosti mají zdraví jedinci o nemocech trávicího traktu?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

#### **Role sestry**

Sestra zaujímá v ošetrovatelské praxi několik rolí, které popisují její každodenní činnost. Sestra zaujímá roli ošetrovatelky, pomocnice, zprostředkovatele, učitelky, poradkyně, obhájkyně práv klienta, nositelky změn, vedoucího, manažerky, výzkumnice a edukátorky. Všechny tyto role se vzájemně prolínají a jejich plnění přispívá ke zlepšování zdravotního stavu jednotlivců a rodin, zvyšování efektivity zdravotní péče a také k úrovni

osobní spokojenosti v zaměstnání. Sestry musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a dbát o zabránění vzniku nemoci. Sestry by měly vzájemně spolupracovat při ošetřování a být každá zodpovědná za svou provedenou práci. Měla by sledovat výzkumné a vývojové práce, spolupracovat na nich a využívat nové poznatky v praxi (Czeffer, Papežová, 2008).

### **Kolorektální karcinom**

Kolorektální karcinom je maligní nádor, který vychází z buněk sliznice tlustého střeva (Lukáš, 2005).

### **Nespecifické chronické střevní záněty**

Mezi nespecifické střevní záněty patří ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Obě tyto nemoci mají společné rysy, ale liší se rozsahem postižení trávicí trubice a hloubkou postižení střevní sliznice (Celostnimedica.cz, 2017).

### **Gastroduodenální choroba**

Definice dle Seiferta (2012, s. 61) zní takto: *„Peptický vřed je definován jako slizniční defekt pronikající do hloubky sliznice žaludku a vzniká výhradně v dosahu kyselého, pepticky aktivního žaludečního sekretu obsahující kyselinu chlorovodíkovou i další trávicí faktory.“*

### **Primární prevence**

Primární prevence probíhá u zdravých lidí za účelem předcházení zdravotních problémů (Nováková, 2011).

### **Sekundární prevence**

Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění a zabránění rozvoji choroby (Nováková, 2011).

### **Terciární prevence**

Terciární prevence je zaměřena na lidi, u kterých onemocnění propuklo, a snažíme se zde zabránit komplikacím nemoci (Nováková, 2011).

## **Kvartérní prevence**

Kvartérní prevence se zaměřuje na nemocné, u kterých je onemocnění ve stadiu nevyлéčitelném a progredujícím. Zaměřuje se zde na kvalitu života nemocného (Brabcová a kol. 2009).

## 3 METODIKA

### 3.1 Metodika práce

Empirická část práce je zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, technikou hloubkového polostandardizovaného rozhovoru. Vytvořili jsme pět výzkumných souborů – zdravá populace, sestry, nemocní s gastroduodenální chorobou, nemocní s nespecifickými střevními chronickými záněty střev a nemocní s kolorektálním karcinomem. Výzkumné soubory jsou rozděleny a označeny písmeny A, B, C, D, E.

Ke zpracování prvního výzkumného souboru A bylo osloveno deset zdravých jedinců. Tázali jsme se nejprve na identifikační údaje, poté jsme se zajímali o jejich životní styl. Jak často a jak se stravují, zda konzumují alkohol a tabákové výrobky, jestli umí relaxovat, kolik hodin denně spí, zda se věnují nějaké pohybové aktivitě a jak se vypořádávají se stresovými situacemi. Dále jsme se zabývali informovaností o primární prevenci u praktického lékaře, zda docházejí pravidelně na lékařské prohlídky a jak probíhají, zda jsou edukováni o preventivních programech a mají základní informace o nemocech. Zajímali jsme se, zda vědí nejčastější projev kolorektálního karcinomu a znají rizikové faktory gastroduodenální vředové choroby. Závěrem jsme se tázali všeobecně na znalost prevence před gastrointestinálními nemocemi (viz příloha 1).

Ve druhém výzkumném souboru B byly osloveny sestry u obvodního lékaře, sestry ze standardního interního oddělení a sestry z oddělení gastroenterologie. Rozhovory pro sestry byly rozděleny podle oborů, ve kterém pracují.

Otázky pro sestry pracující u obvodního lékaře byly zprvu směřovány kompletně na oblast primární a sekundární prevence gastrointestinálního onemocnění (viz příloha 2). Poté byly otázky rozděleny do tří skupin podle vybraného onemocnění. Z oblasti gastroduodenálních vředů jsme se zajímali, jak sestry vnímají toto onemocnění, co považují za rizikový faktor a jak probíhá screeningové vyšetření daného onemocnění. Také jsme hovořili, jak sestry u obvodního lékaře edukují pacienty v rámci terciární a kvartérní prevence.

Otázky pro sestry pracující na interním oddělení byly ze začátku také zaměřeny na znalost primární prevence gastrointestinálního onemocnění a poté byly kladeny otázky týkající se gastroduodenálního onemocnění a chronických nespecifických zánětů střev (viz příloha 3). Zajímali jsme se, jak probíhá screeningové vyšetření a léčba těchto nemocí.

Dále také jak sestry poučují pacienty v rámci terciární a kvartérní prevence. Otázky ohledně kolorektálního karcinomu byly vynechány, jelikož s tímto onemocněním jsou pacienti hospitalizováni spíše na chirurgickém oddělení a sestry z interního oddělení na otázky nevěděly odpověd'.

Otázky pro sestry pracující na oddělení gastroenterologie byly zaměřeny také na oblast primární prevence gastrointestinální onemocnění a poté kladeny otázky zvláště ke každému vybranému onemocnění (viz příloha 4). Z oblasti kolorektálního karcinomu jsme se tázali, jak edukují pacienty v rámci terciární a kvartérní prevence. Z oblasti chronického zánětlivého onemocnění střev jsme se zajímali na průběh screeningového vyšetření a léčby. Dále jsme otázky kladli ke zjištění dietního opatření, které pacientům doporučují a jak pacienty edukují v rámci terciární a kvartérní prevence.

Ve třetím výzkumném souboru C bylo osloveno šest probandů s gastroduodenální chorobou. Na začátku rozhovoru jsme kladli identifikační otázky. Poté jsme se zajímali, jaké mají informace o prevenci a o životním stylu. Dále jsme zjišťovali, jak jim byla nemoc diagnostikována a jaké pozorovali na sobě příznaky. Rozhovor jsme směřovali ke zjištění, zda měli znalosti z oblasti primární prevence. Dále jaké mají informace ohledně sekundární a terciární prevence. Zda jsou seznámeni s komplikacemi nemoci a vědí, jaké potíže při nedodržování léčebného režimu mohou nastat (viz příloha 5).

Ve čtvrtém výzkumném souboru D bylo osloveno šest probandů s nespecifickými chronickými střevními záněty. Také nás zprvu zajímalo, jaké mají probandi znalosti o prevenci a o životním stylu. Poté jsme otázky směřovaly ke zjištění primární, sekundární a terciární prevence. Tázali jsme se, zda chodili pravidelně na lékařské prohlídky a zda byli někdy o prevenci edukováni. Zda nyní vědí informace o nemoci a o možných komplikacích, které mohou nastat. Také jsme se zajímali, jaká mají dietní omezení a jaká jim nemoc přináší omezení v běžném životě (viz příloha 6).

V pátém výzkumném souboru E bylo osloveno šest probandů s kolorektálním karcinomem. Rozhovor byl směřován ke zjištění, zda byli seznámeni s primární prevencí daného onemocnění. Ptali jsme se na oblast životního stylu před onemocněním a po onemocnění. Zjišťovali jsme, jaké pozorovali prvotní příznaky nemoci a jak probíhala diagnostika. Tázali jsme se na znalost komplikací a také jaká omezení jim nemoc přináší v běžném životě (viz příloha 7).

Probandi byli předem informováni o průběhu rozhovoru. S jejich souhlasem byly rozhovory nahrány na diktafon a doslovně přepsány. Otázky k rozhovorům jsme si písemné připravili, některé jen rámcově. Při rozhovoru byly probandům kladené i doplňující otázky ke zjištění více informací či k lepšímu pochopení.

Zpracování získaných dat probíhalo pomocí kódování, metodou tužka a papír. U každého výzkumného souboru jsme vytvořili kategorie a podkategorie. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou pak detailně popsány. Rozhovory získané od zdravých jedinců jsou označeny ZJ a číslem 1-10. Rozhovory získané od sester pracujících u obvodního lékaře jsou označeny písmeny SO a číslem 1–3. Rozhovory získané od sester z interního oddělení jsou označeny písmeny SI a číslem 1–3. Rozhovory získané od sester pracujících na oddělení gastroenterologie jsou označeny písmeny SG a číslem 1-3. U popisu jednotlivých kategorií je například uvedeno, že SG1 uvedla ..., znamená to, že takto odpověděla sestra 1 pracující na gastroenterologii. Nemocní jedinci jsou označeni P jako pacienti a rozděleni do tří skupin dle onemocnění. Jsou označeni číslem 1–6 u každého onemocnění stejně.

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

První výzkumný soubor (soubor A) tvořilo deset zdravých jedinců, se kterými byly provedeny rozhovory v jejich domácnosti. Rozhovory byly provedeny v rámci Jihočeského a Jihomoravského kraje během měsíce listopad. Probandi byli různého věku, pohlaví a vzdělání.

Druhý výzkumný soubor (soubor B) tvořilo celkem devět sester. Tři sestry pracující u praktického lékaře, tři sestry pracující na interním oddělení a tři sestry pracující na oddělení gastroenterologie. Rozhovory se sestrami byly provedeny mimo jejich pracovní dobu v ordinaci praktických lékařů nebo mimo lékařské zařízení. Rozhovory se sestrami byly provedeny během měsíce ledna. Rozhovory byly provedeny v rámci Jihočeského a Jihomoravského kraje.

Třetí výzkumný soubor (soubor C) tvořilo šest pacientů s gastroduodenální chorobou.

Čtvrtý výzkumný soubor (soubor D) tvořilo šest pacientů s nespecifickými chronickými střevními záněty.

Pátý výzkumný soubor (soubor E) tvořilo šest pacientů s kolorektálním karcinomem.

Rozhovory s nemocnými byly provedeny v jejich domácnosti nebo na sjednané schůzce mimo domácnost. Rozhovory byly provedeny během dvou měsíců prosinec a leden. Rozhovory byly provedeny v rámci Jihočeského a Jihomoravského kraje.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Vyhodnocení rozhovorů – souboru A (zdravá populace)

#### 4.1.1 Identifikační údaje souboru A (zdravá populace)

**Tabulka 1** Identifikace probandů A (zdravá populace)

| Pohlaví | Věk | Vzdělání                               | Povolání                  |
|---------|-----|--|---------------------------|
| Žena    | 46  | Středoškolské vzdělání<br>bez maturity | Prodavačka                |
| Žena    | 66  | Středoškolské vzdělání<br>bez maturity | Důchodce                  |
| Žena    | 19  | Středoškolské vzdělání<br>s maturitou  | Učitelka v mateřské škole |
| Žena    | 39  | Středoškolské vzdělání s<br>maturitou  | Účetní                    |
| Žena    | 44  | Středoškolské vzdělání<br>bez maturity | Dělnice                   |
| Muž     | 50  | Středoškolské vzdělání<br>bez maturity | Zemědělec                 |
| Muž     | 72  | Středoškolské vzdělání<br>bez maturity | Důchodce                  |
| Žena    | 54  | Základní                               | Uklízečka                 |
| Žena    | 60  | Středoškolské vzdělání<br>bez maturity | Prodavačka                |
| Muž     | 62  | Středoškolské vzdělání<br>bez maturity | Elektromontér             |

(Zdroj vlastní)

Tabulka 1 charakterizuje jedince z výzkumného souboru zdravé populace. K výzkumnému šetření bylo osloveno 10 probandů, kteří neměli žádnou nemoc z oblasti gastroenterologie.



Proband 1 je žena ve věku 46 let se středoškolským vzdělání bez maturity pracující jako prodavačka. Proband 2 je žena ve věku 66 se středoškolským vzdělání bez maturity. Pracovala jako švadlena, nyní je důchodce. Proband 3 je žena ve věku 19 let se středoškolským vzdělání s maturitní zkouškou pracující jako učitelka v mateřské škole. Proband 4 je žena ve věku 39 let se středoškolským vzdělání s maturitní zkouškou pracující jako účetní. Proband 5 je žena ve věku 44 let se středoškolským vzdělání bez maturity, vyučena jako čalounice. Nyní pracuje jako dělnice ve firmě. Proband 6 je muž ve věku 50 let se středoškolským vzdělání bez maturity pracující jako zemědělec. Proband 7 je muž ve věku 77 let se středoškolským vzděláním bez maturity, vyučen jako zedník. Nyní důchodce. Proband 8 je žena ve věku 54 let se základním vzdělání pracující jako uklízečka. Proband 9 je žena ve věku 60 let se středním vzděláním bez maturity pracující jako prodavačka. Proband 10 je muž ve věku 62 let se středním vzděláním bez maturity pracující jako elektromontér.

#### **4.1.2 Seznam kategorií a podkategorií**

##### **Kategorie 1: Životní styl zdravé populace**

- A. Definice životního stylu*
- B. Způsob životního stylu*
- C. Motivace životního stylu*

##### **Kategorie 2: Primární prevence zdravé populace**

- A. Význam a edukace primární prevence*
- B. Pohyb*
- C. Spánek, odpočinek*
- D. Psychické zdraví, stres a náročné životní situace*
- E. Preventivní prohlídky*
- F. Předcházení nemocí GIT*
- G. Strava a tekutiny*

### **Kategorie 3: Sekundární prevence zdravé populace**

A. *Test Hemocult*

B. *Kolonoskopie*

### **Kategorie 4: Znalosti o nemocech GIT zdravé populace**

A. *Prevence GIT*

B. *Příčina gastroduodenálních vředů*

C. *Příznaky kolorektálního karcinomu*

D. *Nejrozšířenější nemoc z oblasti GIT*

#### **4.1.3 Vyhodnocení rozhovorů souboru A (zdravá populace)**

#### **Kategorie 1: Životní styl zdravé populace**

##### **Definice životního stylu**

Pod pojmem zdravý životní styl se devět probandů shodovalo v odpovědi. ZJ4 uvedl: „*Ovoce, zelenina, maso, nekouřit, nepít alkohol a pohyb, sport k tomu.*“ S tím souhlasí i ZJ5, který ještě blíže popisuje, jak by se mělo stravovat. „*No, jíst dostatečně ovoce a zeleninu. Také ryby, bílé maso, jako je kuřecí, králíka a tak, si myslím, že je to zdravá výživa. A méně mouky by se mělo jíst, takže bílé pečivo spíš ne, raději celozrnné. Sport, sportovat je zdravý, nekouřit a nepít alkohol.*“ ZJ2 ještě doplnil, že ke zdravému životnímu stylu patří i ovzduší. „*Tak zdravý životní styl, tak to je stravování se ze zdravých domácích produktů. A také ovzduší zdraví, aby lidi nepálili plasty a nebyl tu smog.*“ Pouze jeden dotazovaný odpověděl na otázku, co si představuje pod pojmem zdravý životní styl, odlišně. ZJ6 uvedl: „*Kameny, deprese.*“

##### **Způsob životního stylu**

Při dotazování, zda probandi žijí zdravým životním stylem a jakým způsobem se odpovědi odlišují, ZJ3 odpověděl: „*Ano, myslím si, že žiju zdravým životním stylem. Snažím se stravovat zdravě, jím ovoce a zeleninu. Dbám na to, abych měla dostatek pohybu. Ráda cvičím, běhám, chodím na procházky.*“ Shodnou odpovědí reagoval i ZJ5: „*Myslím si, že ano nebo se o to alespoň snažím. Jím celozrnné pečivo, hodně ovoce a*

*zeleniny. Sportuju, jezdím každý den na kole do práce a z práce. Taky pak večer jezdím doma na rotopedu, každý den, minimálně hodinu.*“ ZJ10 se také připojil k odpovědi, že žije zdravým životním stylem, jelikož se pravidelně stravuje a sportuje. ZJ10 uvedl: *„Pravidelně jím a sportuju.*“ Naopak sedm probandů reagovalo na otázku životního stylu záporně. Odpověděli, že zdravým životním stylem nežijí. ZJ2 odpověděl záporně, ale doplňuje, že se zdravým životním stylem snaží žít. ZJ2 uvedl: *„Nemyslím, ale snažím se o to.“*

### ***Motivace životního stylu***

Sedmi probandům, kteří odpověděli, že zdravým životním stylem nežijí, byla položena doplňující otázka týkající se motivace ke zdravému životnímu stylu. Tři dotazovaní odpověděli, že by je ke zdravému životnímu stylu motivovala nemoc. ZJ7 uvedl: *„Nemoc a když bych musel, ale naštěstí nemusím. Nemoc zažívací nemám. Já mám bolavé srdíčko, mám angínu pectoris a byl jsem taky na profouknutí cév k srdci. A mám nějaké bakterie v plicích, mám kašel a nemůžu se ho zbavit. Taky jsem teď hodně unavený a zadýchávám se. Jsem už starý, co bych taky chtěl.*“ ZJ8 a ZJ9 také odpověděli shodně: *„Nemoc.“* ZJ2 na otázku ohledně motivace odpověděl, že pokud by měla hodně peněz, tak by zdravým životním stylem žila. ZJ2 uvedl: *„Co by mě motivovalo, asi kdybych měla hodně peněz, abych si mohla dopřát leccos taky, ale musíme se stravovat podle důchodu.“* ZJ6 žádnou motivaci ke zdravému životnímu stylu nemá a ani o něj nemá zájem. ZJ6 uvedl: *„Bez uzenin si život nedovedu představit. Zdravá strava mi nic neříká.“*

### ***Kategorie 2: Primární prevence zdravé populace***

#### ***Význam a edukace primární prevence***

Deseti probandům byla kladena otázka ohledně primární prevence. Zda o tomto pojmu slyšeli v ordinacích praktického lékaře od sestry a vědí, co znamená. Nebo pouze pojem prevence vysvětlí. Také jsme zjišťovali, zda probandi, pokud nejsou edukováni v ordinacích praktického lékaře, vyhledávají informace ohledně prevence z jiných informačních zdrojů. Většina probandů chápe pojem primární prevence jako pravidelné návštěvy u lékaře či vyšetření. ZJ2 uvedl: *„Pravidelné kontroly u lékaře.“* Podobně reagoval i ZJ7, který uvedl: *„Prevence je, abychom dbali o své zdraví. Chodili k lékaři na prohlídky.“* ZJ4 popisuje primární prevenci jako předcházení škodlivin. ZJ4 uvedl: *„Prevence znamená předcházet něčemu, něčemu se vyhýbat.“* Jeden z deseti probandů

uvedl, že je edukován sestrou u obvodního lékaře o primární prevenci GIT nemocech. ZJ7 sdělil: „Říká mi, že bych neměl jíst tolik tlustého, že mám hodně cholesterolu. A taky to sladké, kvůli té cukrovce. A taky, že bych neměl tolik piva.“ ZJ3 uvedl: „Ne, neinformuje.“ Stejně odpovědělo dalších devět probandů. ZJ5 sdělil, že o primární prevenci není informován. ZJ5 ještě přispěl do rozhovoru zkušeností, kdy požádal obvodního lékaře o test Hemocult, jelikož zaznamenala jisté potíže. ZJ5 uvedl: „Ne. Chtěla bych dodat, jak mluvíme takhle o nemocech. Tak mám takovou zkušenost s lékařem, kdy jsem ho požádala o test na stolici, protože jsem měla problémy a bála jsem se nemoci. Doktor mi řekl, že na test nemám nárok, že je to pro lidi od 50 let a já do této kategorie ještě nepatřím, tak ať se nestresuji.“

### **Pohyb**

Pět probandů uvedlo, že se věnují pravidelně nějakému sportu. ZJ3 uvedl: „Snažím se běhat nebo ve svém volném čase posilovat anebo aerobik. Na aerobik chodím jednou týdně.“ ZJ5 se sportu věnuje intenzivně. „Dlouho, tak dvacet let cvičím aerobik, denně jezdím na kole do práce, tam a nazpátek. Doma cvičím také, jezdím hodinu na rotopedu, takže myslím, že sportu mám dost.“ Tři dotazovaní se sportu nevěnují, ale doplnili, že je pro ně sport práce v domácnosti či práce na zahradě. ZJ6 uvedl: „Pohybu mám na zahradě dost a sportu se nevěnuji, protože mám artrózu druhého stupně. Bolí mě kyčle a kolena.“ ZJ8 také odpověděl, že je pro ni sport práce. „Chodím odpoledne na dvě hodiny uklízet.“ Dva probandí se nemohou věnovat sportu a ani pravidelně pohybu ze zdravotních důvodů. ZJ7 uvedl: „Teď už ne. Přišel jsem o nohu ve třiceti letech a hodně mě bolí. Rád jezdím autem na procházky. Venčím Týnu, já jedu autem a ona za mnou běží.“

### **Spánek, odpočinek**

Na otázku týkající se spánku reagovalo osm probandů, že spánkový režim mají pravidelný a obvykle spí okolo sedmi či osmi hodin denně. ZJ10 uvedl: „Spím osm hodin a pravidelný režim mám. Chodím spát pravidelně okolo desáté hodiny.“ Pravidelný režim uvádí i ZJ1. „To si myslím, že režim mám pravidelný. Chodím spát okolo desáté a spím tak do pěti, takže těch sedm hodin spím v klidu, úplně v pohodě.“ ZJ2 naopak uvedl, že pravidelný spánkový režim nemá a spánek má nekvalitní. „No, to nemám. Včera jsem šla spát v půl jedenácté a ve tři jsem byla vzhůru a luštila v kuchyni křížovky do čtyřech hodin a pak jsem šla zase na chvíli spát. Takže se v noci probouzím.“ Stejně potíže se spánkem udává i ZJ9. „V noci se budím každé dvě hodiny. Spánek mám špatný.“ Ve formě

odpočinek se ZJ1 A ZJ2 shodli, že si sednou k televizi, a to je pro ně odreagování. ZJ1 uvedl: „*Odpočívám, že si pustím televizi a koukám ani jí třeba nevnímám, ale mám ji puštěnou.*“ ZJ8 se k odpovědi připojil, že také kouká ve volném čase rád na televizi a doplňuje jako formu odpočinku četbu knihy. ZJ8 uvedl: „*Čtu knížku, koukám na televizi s nohama nahoře.*“ Naopak pro ZJ10 je odpočinek nějaký sport. ZJ10 uvedl: „*Sportem.*“

### ***Psychické zdraví, stres a náročné životní situace***

Čtyři probandi dbají o své psychické zdraví tím, že chodí na procházku, kde se snaží vyrovnat s událostmi, které je stresují. ZJ4 uvedl: „*Psychické zdraví, no nejlepší na psychické zdraví je jít ven, procházka.*“ ZJ5 také uvedl: „*Snažím se nerozčilovat a stresuje mě práce, tak si řeknu hlavně klid, nejde o život. Doma jsou taky občas stresové situace, ale všechno se dá vyřešit v klidu. Jdu se ven projít, kde si pročistím hlavu a pak se problémy řeší v klidu.*“ ZJ9 odpověděl, že bývá hodně stresu a nedokáže se se stresovými situacemi sama vypořádat. Musela požádat o pomoc odborníka, který ji předepsal antidepresiva. ZJ9 uvedl: „*Jsem hodně ve stresu. Musím brát antidepresiva.*“ ZJ6 a ZJ7 se shodli, že stresové situace řeší alkoholem. ZJ6 uvedl: „*Sednu a načnu si pivo a uklidním se.*“ ZJ7 uvedl: „*Sednu si do altánku a dám si pivo. Povídám si s Týnou a Mikešem.*“ ZJ5 uvedl, že je dobré si o náročné životní situaci s někým popovídat. ZJ5 uvedl: „*No, musím si to nechávat všechno procházet hlavou, přemýšlím o tom, co se stalo a s někým si popovídat blízkým o situaci.*“

### ***Preventivní prohlídky***

Všichni dotazovaní odpověděli, že navštěvují pravidelně obvodního lékaře a preventivní prohlídky. ZJ5 uvedl: „*Ano, chodím. Změří mě krevní tlak, většinou mi vezme krev, aby věděl, jak jsem na tom, protože trpím chudokrevností, tak aby věděl, jak jsem na tom se železem.*“ ZJ7 odpověděl také kladně. „*Chodím. Paní doktorka o to dbá. Změří mi tlak, odebere krev, poslechne si plíce a zeptá se mě, jak se mi daří, co mě bolí a tak.*“ ZJ2 uvedl, že ve svém obvodním lékaři má důvěru, ale stydí se ho, má z něho respekt a bojí se mu sdělovat všechny své problémy. „*Ano, důvěru k němu mám. Chodím k němu léta, ale drobet se ho stydím, nebo jak to mám říct, takový respekt před ním mám. A zvyšuje se mi u něj tlak, mám totiž syndrom bílého pláště.*“ „*Bojím se, stydím se před ním. Je mi tam vždycky špatně, jsem celá zpocená a moc tam toho neřeknu. Ted' mě třeba bolí palec na noze už jakou dobu, vůbec nemůžu do bot, jak to bolí, ale stydím se mu to říct, čekám, až to přejde.*“

### ***Předcházení nemocí GIT***

Na otázku týkající se předcházení onemocnění trávicího traktu reagovalo osm probandů pozitivně. Odpověděli, že dbají o složení stravy nebo se o to alespoň snaží. ZJ3 uvedl: „*Snažím se jíst v klidu, často a pravidelně. A také, aby jídelníček byl pestrý a z kvalitních potravin.*“ ZJ4 odpověděl: „*Snažím se nejíst moc mastného.*“ Naopak ZJ1 na otázku předcházení nemocí GIT reaguje záporně. Sdělil, že o předcházení nijak nedbá, ale uvědomuje si chybu. ZJ1 uvedl: „*Žádným, prostě to dělám špatně, já vím. Někdy si říkám, že budu jíst zdravěji, ale nedodržím to.*“ ZJ9 odpověděl, že onemocnění GIT nijak nepředchází, neřeší to. ZJ9 uvedl „*Nijak. Neřeším to. Nemoc si nevybírám.*“

### ***Strava a tekutiny***

Do oblasti primární prevence řadíme důležitou složku a tou je strava, stravovací návyky a tekutiny. Tato oblast je ZJ1, ZJ2, ZJ6, ZJ7, ZJ8 podceňována a nepovažována za důležitou součást zdraví. ZJ1 uvedl: „*Stravuji se nepravidelně a jím, když mám čas, když si vzpomenu, že jsem ještě nejedla. Nestíhám jíst, kvůli práci. Takže někdy jím dvakrát třikrát denně v týdnu a o víkendu, pokud jsem doma, tak jím třeba pětkrát šestkrát denně.*“ ZJ8 také uvedl nepravidelnou stravu. ZJ8 uvedl: „*Pravidelně se nestravuji. Jím několikrát za den. Furt něco ochutnávám. Ráno snídaně, pak svačina, oběd, pak zákusek ke kávě, pak svačina a večeře. Oběd mám někdy ve dvanáct hodin, někdy až ve dvě. Někdy si dám pak ještě něco jednou večer před spaním.*“ ZJ6 sdělil, že v jeho jídelníčku se ovoce a zelenina objevuje pouze výjimečně. ZJ6 uvedl: „*Nemusím ovoce a zeleninu, raději si dám něco jiného třeba pivo. Výjimečně si ale třeba dám banán, jablko nebo pomeranč.*“ ZJ3 odpověděl, že se snaží dbát o správné složení jídelníčku. ZJ3 popsal: „*Většinou se snažím stravovat tmavým pečivem ke snídani či svačině. Nejím moc masa, jím jen kuřecí. Spíš mi chutnají těstoviny. Mám ráda těstovinové saláty, špagety, těstoviny na sladko. Ovoce a zeleninu se také snažím do jídelníčku zařadit. Moc nekořením a nesolím. Pikantní jídla nemám ráda.*“ ZJ4 sdělil, že snídá každý den a dbá o zdravější stravu, jelikož podstoupila operativní zákrok na žlučníku. ZJ4 uvedl: „*Na snídani mám dost času, vstávám do práce tak, abych vše v klidu stihala. Snídám každý den. Snažím se stravovat zdravě, jelikož jsem po operaci žlučníku. V týdnu mám ke snídani jogurt a rohlík. O víkendu celozrnné pečivo s máslem, medem, marmeládou nebo sýrem.*“

Pět probandů udává, že za den vypijí přibližně litr nebo litr a půl tekutin, více ne. ZJ2 sděluje, že za celý den vypije maximálně jeden litr tekutin. ZJ2 uvedl: „*No, to hodně*

*málo, jestli denně vypiju litr, možná ani ne, a převážně piju čistou vodu. “ Nízký příjem tekutin uvedl i ZJ5. „S tekutinami je to horší. Takže ráno mám čaj, dopoledne piju také čaj, tak to vypiju, tak litr, litr a čtvrt čaje. Pak mám kávy. No pak jestli si dám odpoledne skleničku vody a večer taky. S tím pitím je to horší. Mělo by to být víc, ale bohužel do sebe víc nedostanu. “ Naopak ZJ4 sdělil, že vypije denně určitě dva litry tekutin ne-li více. „Dva litry určitě, ne-li víc, vody a čaje. “ Dostatek tekutin uvedl i ZJ3. „Myslím si, že denně vypiju tak ty dva litry vody nebo ovocné šťávy. “*

### ***Kategorie 3: Sekundární prevence zdravé populace***

#### ***Test Hemocult***

Šesti probandům, kteří jsou ve věkové kategorii 50 a více, byla kladena otázka ohledně preventivního testu Hemocult. Čtyři probandi sdělují, že test po 50 letech nedostali. ZJ8 odpověděl, že paní doktorka jí o preventivním vyšetření pomocí testu Hemocult neinformovala a ona sama nevěděla, že na takové vyšetření má nyní nárok. „*Ne, informoval. Ne, to jsem nevěděla. Myslela jsem jen, když budu mít nějaké problémy, které naštěstí nemám. “* ZJ6 také reagoval záporně a je nyní poučen, že při nejbližší lékařské prohlídce u obvodního lékaře lze o test bezplatně požádat. ZJ10 odpověděl, že test od lékařky nedostal, ale doplňuje, že sám o test lékaře požádal. ZJ10 uvedl: „*Ne. Ale před třemi lety jsem o test požádal sám, jelikož mi říkala manželka, ať se na to zeptám. “* ZJ5, který nespadá do kategorie 50+, přispěl do rozhovoru svou zkušeností ohledně testu Hemocult. Sděljuje, že požádala obvodního lékaře o test Hemocult, jelikož měla jisté potíže a obvodní lékař jí sdělil, že test je určen až pro populaci 50+, takže ona nemá na test nárok. ZJ5 sdělil: „*Chtěla bych dodat, jak mluvíme takhle o nemocech. Tak mám takovou zkušenost s lékařem, kdy jsem ho požádala o test na stolici, protože jsem měla problémy a bála jsem se nemoci. Doktor mi řekl, že na test nemám nárok, že je to pro lidi od 50 let a já do této kategorie ještě nepatřím, tak ať se nestresuji. “* Pouze dva z šesti probandů uvedli, že test po dvou letech dostávají a byli u provedení testu edukováni. ZJ2 uvedl: „*Ano, informoval, ob rok dostávám test na stolici. Dojít si na velkou a píchnout takovou tyčinkou do stolice a dát do flaštičky a donést to doktorovi. “* ZJ7 také sdělil: „*Ano, to mi paní doktorka dává jednou za dva roky. Řekla mi, že až si dojdu na velkou, tak štětičkou sáhnout do stolice a pak jí to donést. “*

## ***Kolonoskopie***

Možnost preventivní kolonoskopie od 55 let a více využil pouze jeden zdravý jedinec ze čtyř dotazovaných. ZJ9 odpověděl, že podstoupil preventivní kolonoskopii před deseti lety, jelikož mamince byl diagnostikován kolorektální karcinom. ZJ9 uvedl: „*Byla jsem před deseti lety na koloskopii. Moji mamince byl odhalen nádor tlustého střeva, tak jsem musela podstoupit kolonoskopii, zda nádor také nemám.*“ ZJ2 na otázku, zda podstoupil možnost kolonoskopie od 55 let po desetiletých intervalech, reagoval takto: „*Ne, ještě ne, nikdo mě tam neposlal a ani nevím, že na to je nárok.*“

## ***Kategorie 4: Znalosti o nemocech GIT zdravé populace***

### ***Prevence GIT***

Osm probandů považuje za prevenci GIT zdravou kvalitní a pravidelnou stravu. ZJ3 dodal také potraviny, které by se měly omezit. Dle ZJ3 také do prevence patří pohyb. ZJ3 uvedl: „*Stravovat se zdravě, dostatek pohybu, dbát na to, co jím, kdy to jím, snažit se nejíst často smažená jídla jako chipsy, čokolády. Omezit sladké.*“ Dalších pět probandů vnímají také pohyb, sport jako formu prevence GIT. ZJ10 uvedl: „*Zdravá strava, sport, nekouřit, nepít alkohol.*“ Další dva probandi, také považují za prevenci nepít alkohol a nekouřit. ZJ2 ještě dodal omezení kávy. ZJ2 sdělil: „*Nekouřit, nepít hodně kávy, nepít moc alkoholu a alespoň jednou denně teplé jídlo by mělo být. Dostatek zeleniny, ovoce a nejíst často smažená, tučná jídla.*“ ZJ5 dodala také jako prevenci snažit se být v klidu bez stresu. ZJ5 uvedl: „*Zdravá výživa a bez stresu, být v klidu.*“ Naopak ZJ6 ohledně prevence nemá žádné informace. ZJ6 uvedl odpověď: „*Nevím.*“ ZJ9 vnímá jako prevenci nepodceňování zdravotních problémů a včas navštívit lékaře. ZJ9 uvedl: „*Dle problémů požádat včas lékaře o vyšetření.*“

### ***Příčina gastroduodenálních vředů***

Osm probandů se shodlo, že hlavní příčina gastroduodenální vředové choroby je špatná strava, nepravidelná a stravování tučného, smaženého jídla. ZJ2 a ZJ10 uvedli: „*Špatné stravování.*“ ZJ9 uvedl: „*Špatná strava. Tučné jídlo a smažená jídla.*“ ZJ1, ZJ3, ZJ4 a ZJ7 ke špatnému stravování ještě doplnili, že příčinou gastroduodenálních vředů je stres. ZJ4 uvedl: „*Stres, nepravidelná strava a špatná strava.*“ ZJ8 doplňuje kromě jiného také pití alkoholu. ZJ8 uvedl: „*Špatné stravování, pití alkoholu a stres.*“ ZJ5 považuje za příčinu gastroduodenálních vředů bolení břicha. ZJ6 na otázku příčiny vředů reaguje



příkladem z domácnosti. ZJ6 uvedl: „Když třeba manželka peče koblihy a pak to jí hned z toho omasku, vařící. Takže když se jí vařící jídlo, horké jídlo. Jinak nevím, tohle si myslím.“

### ***Příznaky kolorektálního karcinomu***

Sedm probandů se shodlo v odpovědi, že hlavní příznak kolorektálního karcinomu je krev ve stolici. ZJ2 uvedl: „Krev ve stolici, když je to světlá krev, tak je to z hemeroidů, a když tmavá, tak nádoru.“ ZJ4 sdělil: „Krev ve stolici, zácpa.“ ZJ8 uvedl: „Krvácení ve stolici, bolení břicha.“ ZJ3 sdělil celkové příznaky onemocnění. „Nevolnost, nechut' k jídlu, zvracení, zácpa.“ ZJ9 se k otázce nechtěl vyjadřovat, uvedl: „Nebudu se vyjadřovat, je to něco šíleného.“ ZJ6 při otázce rozpoznání kolorektálního karcinomu uvedl, že odpověď nezná. ZJ6 řekl: „Nevím.“

### ***Nejrozšířenější nemoc z oblasti GIT***

Z deseti probandů uvedli čtyři, že nejrozšířenější nemoc z oblasti GIT je kolorektální karcinom. ZJ2 a ZJ10 uvedli: „Rakovina tlustého střeva.“ ZJ9 uvedl kromě rakoviny tlustého střeva ještě vředovou chorobu a Crohnovu nemoc. ZJ9 uvedl: „Vředy, Crohnova nemoc, rakovina střev.“ Další tři probandi se shodují, že nejrozšířenější nemoc z oblasti GIT je vředová choroba gastroduodenální. ZJ1 a ZJ8 uvedli: „Vředy.“ Shodnou odpověď má i ZJ5, který reagoval takto: „Já si myslím, že vředy ze stresu, z rychlého občerstvení a tak, že toho je teď nejvíc.“ ZJ4 odpověděl, že dle jeho názoru je nejrozšířenější obezita a onemocnění žlučníku. ZJ4 uvedl: „Obezita, žlučník.“ ZJ6 odpověděl na otázku, jaká nemoc je z oblasti GIT nemocí v České republice nejrozšířenější takto: „Bolení břicha.“

## 4.2 Vyhodnocení rozhovorů - souboru B (všeobecné sestry)

### 4.2.1 Identifikační údaje souboru B (všeobecné sestry)

**Tabulka 2 – Identifikace probandů B (všeobecné sestry)**

| <b>Pohlaví</b> | <b>Věk</b> | <b>Vzdělání</b>        | <b>Povolání</b>                     | <b>Délka praxe</b> |
|----------------|------------|------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Žena           | 25         | Vysokoškolské          | Všeobecná sestra interní oddělení   | 2 roky             |
| Žena           | 26         | Vysokoškolské          | Všeobecná sestra interní oddělení   | 2 roky             |
| Žena           | 37         | Vysokoškolské          | Všeobecná sestra u obvodního lékaře | 17 let             |
| Žena           | 49         | Vysokoškolské          | Všeobecná sestra gastroenterologie  | 18 let             |
| Žena           | 46         | Středoškolské vzdělání | Všeobecná sestra u obvodního lékaře | 3 roky             |
| Žena           | 45         | Středoškolské vzdělání | Všeobecná sestra u obvodního lékaře | 7 let              |
| Žena           | 27         | Vysokoškolské          | Všeobecná sestra interní oddělení   | 3 roky             |
| Žena           | 28         | Vysokoškolské          | Všeobecná sestra gastroenterologie  | 4 roky             |
| Žena           | 40         | Středoškolské vzdělání | Všeobecná sestra gastroenterologie  | 20 let             |

(Zdroj vlastní)

Tabulka 2 charakterizuje sestry u praktických lékařů, z interního oddělení a z gastroenterologie.

Proband 1 je žena ve věku 25 let s vysokoškolským vzděláním pracující na interním oddělení s praxí dva roky. Proband 2 je žena ve věku 26 let s vysokoškolským vzděláním pracující na interním oddělení s praxí dva roky. Proband 3 je žena ve věku 37 let

s vysokoškolským vzděláním pracující v ordinaci praktického lékaře s praxí 17 let. Proband 4 je žena ve věku 49 let s vysokoškolským vzděláním pracující na oddělení gastroenterologie s praxí 18 let. Proband 5 je žena ve věku 46 let se středoškolským vzděláním pracující v ordinaci praktického lékaře s praxí 3 roky. Proband 6 je žena ve věku 45 se středoškolským vzděláním pracující v ordinaci praktického lékaře s praxí 7 let. Proband 7 je žena ve věku 27 let s vysokoškolským vzděláním pracující na interním oddělení s praxí v oboru tři roky. Proband 8 je žena ve věku 28 let s vysokoškolským vzděláním pracující na oddělení gastroenterologie s praxí v oboru 4 roky. Proband 9 je žena ve věku 40 let s vysokoškolským vzděláním pracující na oddělení gastroenterologie s praxí v oboru 20 let.

#### **4.2.2 Seznam kategorií a podkategorií**

##### **Kategorie 1: Sestra a primární prevence**

- A. Preventivní opatření před onemocněním GIT*
- B. Screeningové metody GIT*
- C. Příčina nemoci GIT*
- D. Zdravý životní styl*

##### **Kategorie 2: Sestra a sekundární prevence**

- A. Průběh screeningového vyšetření*
- B. Dietní omezení*

##### **Kategorie 3: Sestra a terciární a kvartérní prevence**

- A. Preventivní opatření při nemoci*
- B. Edukace*

### 4.2.3 Vyhodnocení rozhovorů souboru B (všeobecné sestry)

#### **Kategorie 1: Sestra a primární prevence**

##### **Preventivní opatření před onemocněním GIT**

Šesti sestrám byla položena otázka ohledně edukace pacientů z pohledu primární prevence. Pět sester sdělilo, že pacientům doporučují zdravý životní styl. Sestra z interního oddělení (SI2) uvedla: „*Správná životospráva, pravidelná strava, nejíst smažená jídla, dostatek ovoce, zeleniny a dostatek pohybu.*“ Sestra u praktického lékaře (SO1) s tímto souhlasí, jen doplnila, že je také nutné minimalizovat stresové faktory. SO1 uvedla: „*Doporučuji zdravý životní styl-pohyb, strava, omezení kouření a pití alkoholu. Minimalizace stresu.*“ Další sestra u praktického lékaře (SO3) také sdělila, že pacienty ohledně primární prevence edukuje. SO3 uvedla: „*Edukujeme pacienty. Informujeme je o správné životosprávě, zdravým životním stylu. Také, aby si hlídali hmotnost, jelikož spousta lidí má nadváhu. Doporučujeme dostatek tekutin.*“ Jedna sestra z interního oddělení (SI1) naopak pověděla, že pacienty o primární prevenci needukuje, jelikož na oddělení přijímají pacienty s gastrointestinálními nemocemi, takže na primární prevenci už je pozdě. SI1 uvedla: „*U nás přijímáme pacienty, kteří už GIT onemocnění prodělali, takže primární prevence už u nich nepřichází v úvahu.*“

##### **Screeningové metody GIT**

Na otázku ohledně provedení screeningových metod u onemocnění GIT jsme se tázali devíti sester. Sester u praktických lékařů jsme se zabývali, jaké screeningové metody u nemocí GIT využívají. SO1 uvedla: „*Hemocult od 50 let věku. Dotazování se na zažívání jako zda mají problémy s pyrózou, říháním, nadýmáním, větry a vyprazdňováním.*“ Další dvě sestry u praktických lékařů (SO2, SO3) také uvedly, že jako screeningové vyšetření provádějí test na okultní krvácení. Sestra z interního oddělení (SI1) sdělila, že screeningové metody provádí obvykle lékař. SI1 uvedla: „*Screeningové vyšetření GIT traktu provádí především lékař. Při fyzikálním vyšetření během příjmu pacienta vyšetřuje per rektum. Dále posíláme pacientovu stolicí na mikrobiologické vyšetření. V neposlední řadě provádíme také vyšetření na okultní krvácení.*“ SI2 dodala, že úkolem sestry je odebrání anamnézy, krevních vzorků a změření fyziologických funkcí. SI2 uvedla: „*Odebereme anamnézu, pak lékař dle daného problému odešle pacienta na gastrokopii nebo kolposkopii. Také my sestry musíme ještě odebrat krev a změřit fyziologické funkce.*“

Sestra z gastroenterologie (SG1) sdělila, že své pacienty pravidelně zvou na endoskopické vyšetření a do odborných poraden. SG1 uvedla: „*Pacienti jsou pravidelně zváni na endoskopická vyšetření a do odborných poraden, které jsou následující – kolorektální, pro nespecifické střevní záněty, hepatální.*“ SG3 kromě endoskopických metod uvedla ještě metody zobrazovací.

### ***Příčina nemocí GIT***

Sedm sester se shodlo, že nejčastější příčinou nemocí GIT je stres. SI1, SI2, SI3, SO2, SG3 kromě stresu ještě odpověděly další nejčastější příčinu, a to nekvalitní stravování. SO2 uvedla: „*Stres, nezdravé a nekvalitní stravování.*“ SO1 také sdělila stres a nezdravý životní styl. SO1 uvedla: „*Stres, nezdravý životní styl-strava, pohyb, způsob myšlení.*“ SI1 uvedla: „*Špatné stravování, zvýšená konzumace alkoholu a kouření.*“

### ***Zdravý životní styl***

Sestry pacientům doporučují zdravý životní styl, který blíže definují jako dostatek pohybu, zdravá strava, nekouřit, omezit konzumaci alkoholu, vyvarovat se stresovým faktorům, pečovat o svou psychiku, dostatek spánku a odpočinku. SO1 uvedla: „*Dostatek pohybu, zdravá výživa, nekouřit, omezit příjem alkoholu, pečovat o svou psychiku, vyhýbat se stresu. Dostatek spánku. Jíst pomalu a jídlo dobře rozžvýkat.*“ SI1 také sdělila: „*Samozřejmě pacientům doporučujeme zdravý životní styl. Zdravý životní styl podle mě znamená zdravá vyvážená strava, dostatek pohybu a spánku. Omezit sladká a smažená jídla, méně solit, nekouřit a omezit pití alkoholu. Jíst často a menší porce a důležité je hlavně snídat. Nenutíme pacienty do vrcholových sportů, stačí zvýšit svojí fyzickou aktivitu například tím, že místo výtahu použijí schody nebo místo trolejbusu půjdou domů pěšky. Důležitá je také spánková hygiena a prevence stresu.*“ Sestra z oddělení gastroenterologie zařazuje do zdravého životního stylu i časté používání elektromagnetického záření. SG1 uvedla: „*Všeobecně se tvrdí, že je vhodné nekouřit, nebýt obézní, omezit živočišné tuky, mít dostatek pohybu. Méně se mluví o elektromagnetickém záření počítačů a mobilních telefonů, konzumnímu způsobu života, hodinách strávených u televizní obrazovky, všeobecném a neustále se zvyšujícím stresu, kterému jsme všichni vystaveni. Pokud medicína mluví o zdravém životním stylu, klasicky zařazuje především starost o tělo. Je-li člověk bio-psycho-sociální bytost, znamená zdravý životní styl zdraví ve všech těchto oblastech.*“

## ***Kategorie 2: Sestra a sekundární prevence***

### ***Průběh screeningového vyšetření***

Screeningové vyšetření u pacientů nad 50 let, které odhaluje riziko kolorektálního karcinomu, je úlohou sestry u praktického lékaře o tomto vyšetření pacienty poučit. Tři oslovené sestry pracující v ordinaci praktického lékaře odpověděli, že screeningové vyšetření gastrointestinálního traktu probíhá pomocí testu Hemocult. SO2 odpověděla: *„Screeningové vyšetření u nás probíhá pomocí testu na okultní krvácení. Test nabízíme vždy v rámci preventivní prohlídky pacientům od 50 let a výše, vysvětlíme, jak test provést.“* SO2 ještě doplnila: *„Dojdou si na stolicí a odběrovou tyčinkou odeberou vzorek stolice do zkumavky a donesou nám to k vyšetření.“* SO1 uvedla: *„Hemocult od 50 let věku. Dotazování se na zažívání jako zda mají problémy s pyrózou, říháním, nadýmáním, větry a vyprazdňováním.“* SO1 na otázku reagovala statistickými údaji. Sdělila, že pacienti jsou většinou o problematice kolorektálního karcinomu obeznámeni a využívají možnost screeningového vyšetření. SO1 uvedla: *„Většinou pacienti vědí o problematice nádorů tlustého střeva. Asi 2 % pacientů odmítají Hemocult. Asi 30 % pacientů podstoupí kolonoskopii.“* SO1 ještě doplnila, že se pacientů tážou na zaživací potíže a problémy s vyprazdňováním. SO3 uvedla: *„Pacientům sdělím, jak test použít, že musejí při vyprázdnění odebrat vzorek stolice do zkumavky a donést nám to v nejbližší době k vyšetření. Povím jim také, k čemu test slouží a proč ho mají provést.“*

Screeningové vyšetření u pacientů s podezřením na chronický nespecifický střevní zánět jsme se tázali sester u praktických lékařů, sester na interním a gastroenterologickém oddělení. Ohledně screeningového vyšetření reagovaly sestry odlišně. SO1 uvedla: *„Dotazem na zažívání a vyprazdňování.“* SO2 odpověděla, že v rámci screeningového vyšetření provedou krevní odběry. *„Provedeme vyšetření krve.“* SO3 dodala, že odesílají pacienty na endoskopické vyšetření. SO3 uvedla: *„Dle lékaře odebereme stolicí na okultní krvácení a pacientovi vystavíme žádanku na endoskopii.“* Sestry z interního oddělení se shodly, že screeningové vyšetření pacienta s podezřením na chronický nespecifický zánět střev probíhá pomocí endoskopického vyšetření. SII doplnila, že lékař pacienta nejprve fyzikálně vyšetří, sestra poté odebere pacientovi krev, moč a výtěr z rekta, a ještě mu lékař vystaví žádanku na ultrazvukové a CT vyšetření. SII uvedla: *„Lékař pacienta fyzikálně vyšetří, odebere se pacientovi krev, moč a stolice na K+C, pacient podstoupí UZ, CT a koloskopii.“* Sestry z gastroenterologického oddělení

odpověděly stejně jako sestry z interního oddělení. SG1 sdělila: „*Kolonoskopie v pravidelných intervalech, UZ břicha, odběry krve a kontrola gastroenterologem.*“ SG2 uvedla: „*Odběr anamnézy, krve, změření fyziologických funkcí, kolonoskopie, rektoskopie, enenteroskopie.*“

Screeningové vyšetření u pacientů s podezřením na gastroduodenální chorobu probíhá dle devíti dotazovaných sester pomocí gastrokopického vyšetření. SI3 dodala, že kromě endoskopického vyšetření provedou v rámci screeningového vyšetření test na přítomnost *Helicobacter pylori*. SI3 uvedla: „*Provedeme screening na přítomnost Helicobacter pylori, endoskopie, RTG nativ nebo s kontrastem dle lékaře.*“

### ***Dietní omezení***

Tři sestry pracující v ordinaci praktického lékaře ponechávají edukaci ohledně dietního opatření při kolorektálním karcinomu na onkologickém oddělení. SO3 uvedla: „*Při této diagnóze obvykle sami pacienti zjistí, co jim dělá špatně a co ne. Jinak jsou poučeni na onkologii.*“ SO2 uvedla: „*Při této diagnóze jsou pacienti sledováni onkologem a jím by také měli být poučeni.*“ Sestra z oddělení gastroenterologie (SG1) také souhlasí s tvrzením SO3, která sdělila, že stravování si určí pacient sám, co mu dělá, nebo naopak nedělá trávicí potíže. SG1 uvedla: „*Co pacientovi chutná a co snese. Považuji vliv výživy na vznik rakoviny obecně za přeceňovaný.*“ SG3 souhlasí s vyjádřením SO3, která sdělila, že pacienti si obvykle sami určí, co mohou a nemohou jíst. SG3 uvedla: „*Doporučuji, aby se vyhnuli jídlu, které je těžce stravitelné a jinak si jídelníček určí sám pacient. Hlavně dbáme o to, aby pacienti moc nezhubli, takže ať jí, co jim chutná, co snese jejich žaludek, hlavně ať se cítí v rámci možností dobře.*“

Dietní opatření u pacientů s nespecifickými chronickými střevními záněty střev je dle sestry z gastroenterologie velmi individuální. SG1 uvedla: „*To je velmi individuální.*“ SG3 naopak celkem podrobně uvedla, čemu by se měli pacienti v rámci stravování vyhnout. SG3 uvedla: „*Neměli by jíst tučná, smažená jídla, pikantní jídla, také jídla s obsahem zrníček, jídla, která nadýmají, čerstvé kynuté pečivo, čerstvé pečivo, alkohol, černou kávu, černý čaj, perlivé limonády a mnoho dalšího, ale záleží na každém pacientovi, jelikož každý to snáší jinak.*“ Sestry u praktických lékařů reagovaly také pouze všeobecně. SO3 sdělila: „*Vyhýbání se stravě, která jim způsobuje trávicí potíže.*“ SO1 také odpověděla: „*Podle toho, v jaké fázi se pacient nachází. Většinou je dobře edukován od specialistů.*“ Sestry z interního oddělení odpověděly podrobněji. SI2 sdělila: „*Nesmí*

*jíst těžko stravitelnou stravu a měli by omezit vlákninu.“ SI3 uvedla: „Omezit tučnou a nadýmavou stravu a také pálivé potraviny.“ SI1 odpověděla, že pacienti mají v akutní fázi předepsanou v nemocnici kašovitou stravu. SI1 uvedla: „Pacienti mají předepsanou kašovitou dietu, aby nezatěžovali trávicí trakt.“*

### ***Kategorie 3: Sestra a terciární a kvartérní prevence***

#### ***Preventivní opatření při nemoci***

Tázali jsme se sester, jak upozorňují pacienty s chronickými nespecifickými střevními záněty a pacienty s gastroduodenální chorobou na možná životní omezení v rámci daného onemocnění. Jedna ze tří dotazovaných sester u praktického lékaře nesdělila žádné upozornění týkající se střevních zánětů, pouze uvedla, že poučení ponechává na specialistovi. SO2 uvedla: *„Doporučení dostanou na gastroenterologii.“* SO3 sdělila, že většinou nemoc omezuje nemocné při atakách nemoci. SO3 uvedla: *„Ataky onemocnění způsobují omezení v životě pacienta a hubnutí.“* Dle SO1 pacientům způsobuje omezení časté nucení na stolicí a nadýmání. SO1 uvedla: *„Nucení na stolici, nadýmání, pravidelný příjem potravy.“* Dle sestry z gastroenterologie nezpůsobuje nemoc někomu téměř žádné potíže, jiným naopak velké, až jsou invalidním důchodě. SG1 uvedla: *„Záleží na stadiu onemocnění. Někteří pacienti potíže téměř nemají, jiní jsou invalidizováni, mají problémy s trávením, průjmami, krvácením, inkontinencí, trpí bolestmi břicha.“* Další sestra z gastroenterologie sdělila v rámci preventivního opatření nutnost dietního omezení. SG3 uvedla: *„Hlavně, ať se snaží dodržovat dietní omezení, protože bohužel nedodržování způsobuje komplikace nemoci.“* Dvě sestry z interního oddělení také vnímají velké omezení v oblasti stravování. SI3 uvedla: *„Netahat těžká břemena, fyzická omezení, a hlavně dietní omezení.“* SI1 dodala, že kromě dietního omezení je také důležité vyvarovat se stresových situací. SI1 uvedla: *„Záleží, jaký má pacient život. Každý člověk je individuální, takže i omezení jsou individuální. Pacienti by měli nejspíš dodržovat dietu a vyvarovat se stresu a situacím, které u nich zánět vyvolaly.“*

Sestry pracující pro praktického lékaře pacientům s gastroduodenální chorobou doporučují pravidelnou, nekořeněnou a zdravou stravu, omezení stresových faktorů a dostatek odpočinku. SO1 uvedla: *„Zdravé a pravidelné jídlo, omezit ostrá a kořeněná jídla, sycené nápoje, káva. Omezení stresu, dostatek odpočinku. Nekouřit, omezit alkohol.“* Sestry z interního oddělení také sdělily stejné preventivní opatření jako sestry od praktického lékaře. SI3 uvedla: *„Pravidelný stravovací režim, dostatek tekutin,*



*spánku, odpočinku, nekouřit a chodit na pravidelné kontroly k obvodním lékařům.“*  
S tímto tvrzením souhlasily i sestry z gastroenterologie.

### ***Edukace***

Edukace v rámci terciární či kvartérní prevence v ordinaci praktických lékařů u pacientů s kolorektálním karcinomem není sestřím moc obeznámena. SO3 sdělila, že neví, jak by poučila pacienta v rámci terciární či kvartérní prevence. SO3 uvedla: *„Nevím.“* SO2 uvedla: *„Většinou necháváme na onkologické ambulanci.“* Pouze jedna sestra blíže sdělila, na jaké preventivní opatření by pacienta upozornila. SO1 uvedla: *„Hemocult, kolonoskopie, kontrola v termínu, který určil specialista.“* Sestra z oddělení gastroenterologie na otázku edukace odpověděla, že samozřejmě pacienti jsou pravidelně zváni na lékařské kontroly a endoskopická vyšetření, ale vcítila se do situace pacienta s kolorektálním karcinomem, jak psychicky náročné chvíle musejí pravidelně v lékařském prostředí zažívat. SG1 uvedla: *„Pacient je zván na pravidelné kontroly. Osobně se domnívám, že je sporné, co pacientovi více prospěje – pravidelné nepříjemné endoskopické kontroly spojené s nervozitou, jak dopadnou výsledky, dlouhé vysedávání v čekárnách lékařů nebo klidný život bez obav a nervozity do doby, než se objeví recidiva, objeví-li se vůbec? Osobně nemám zcela důvěru v preventivní medicínu, nejsem si zcela jistá, jak bych se sama v takové situaci zachovala.“* Další sestra z oddělení gastroenterologie sdělila, jak edukuje pacienty v rámci terciární a kvartérní prevence. SG3 uvedla: *„V rámci terciární prevence jsou poučeni pacienti o možnosti vzniku komplikací a v kvartérní prevenci, nevím přesně, co si pod pojmem představit, ale myslím si, že se snažit pacientovi zajistit kvalitní život, i když není možnost léčby.“*

Edukace u pacientů s nespecifickými střevními chronickými záněty sestrou u praktického lékaře není naplněna. SO3 uvedla: *„Nevím, co odpovědět.“* SO2 uvedla: *„Edukaci necháváme na gastro ambulanci, kam pacienti pravidelně dochází na kontroly.“* Pouze jedna sestra ze tří dokázala zareagovat na otázku ohledně poučení pacienta. SO1 uvedla: *„Pravidelné kontroly u specialisty, dotazy na zdravotní stav, odběry krve.“* Sestry z interního oddělení se shodly, že upozorňují pacienty na správnou životosprávu a dodržování léčebného režimu. SI3 uvedla: *„Dodržování léčebného režimu, rehabilitace, dodržování všech omezení a tím eliminovat možný progres nemoci.“* SI1 odpověděla, že edukaci pacientů ona osobně neprovádí, že edukaci provádí při propuštění staniční sestra. Při bližším dotazování, zda by ona sama něco k edukaci nedodala, sdělila také úpravu

životosprávy, jako ostatní dvě dotazované sestry, a ještě doplnila nutnost užívat předepsané léky a pravidelně docházet na lékařské kontroly. SI1 uvedla: *„Tak patří tam úprava životosprávy. Dáme pacientům letáček, aby věděli, jak se mají stravovat. Jsou tam uvedené zakázané a doporučené potraviny. Upozorním na nutnost medikace a lékařských kontrol.“*

O edukaci pacientů s gastroduodenální nemocí mají sestry pracující v ordinaci praktického lékaře větší znalosti než u předchozího onemocnění. SO1 uvedla, že poučí pacienty o zdravém životním stylu a o pravidelných lékařských kontrolách. SO1 sdělila: *„Zdravý životní styl. Dispenzární kontroly u specialistů.“* SO3 také edukuje pacienty o správné životosprávě a také o snížení stresových faktorů. SO3 uvedla: *„Doporučím vhodnou stravu a eliminaci stresu.“* Pouze jedna sestra ze tří odpověděla, že pacienty needukuje, jelikož jsou poučeni u specialistů. SO2 uvedla: *„Poučení jsou v gastro ambulanci.“* Sestry z interního oddělení se shodly v rámci edukace pacientů s gastroduodenální chorobou na nutnosti upozornění pacienty na správnou životosprávu, eliminaci stresu a dispenzární prohlídky u specialisty. SI1 sdělila, že pacienty edukuje staniční sestra, ale sama doplnila, jak by pacienta edukovala ona. SI1 uvedla: *„Pacienty edukuje při propuštění staniční sestra. Ale jinak v rámci terciární prevence hovoříme o komplikacích, které mohou u daného onemocnění nastat, o životosprávě, u medikaci, u stresových faktorech, o pravidelných lékařských kontrolách a tak.“* SI2 uvedla: *„Dietní opatření, dostatek pohybu, pravidelná strava, menší porce, ovoce, zelenina, vyvarovat se stresu.“* Sestry z gastroenterologického oddělení souhlasí s edukativním opatřením u pacientů s gastroduodenální chorobou, které vyjádřily sestry z interního oddělení. SG1 uvedla: *„Lehčí dieta s omezením tuků, kontrola při potížích, popř. pravidelné endoskopické kontroly.“*

### 4.3 Vyhodnocení rozhovorů - souboru C (pacienti s gastroduodenální chorobou)

#### 4.3.1 Identifikační údaje souboru C (pacienti s gastroduodenální chorobou)

Tabulka 3 – Identifikace probandů C (pacienti s gastroduodenální chorobou)

| Pohlaví | Věk | Vzdělání                            | Povolání           |
|---------|-----|-------------------------------------|--------------------|
| Žena    | 69  | Středoškolské vzdělání bez maturity | Důchodce           |
| Žena    | 25  | Vysokoškolské vzdělání              | Zdravotní sestra   |
| Muž     | 20  | Středoškolské vzdělání bez maturity | Elektrikář         |
| Žena    | 25  | Vysokoškolské vzdělání              | Zdravotní sestra   |
| Žena    | 32  | Středoškolské vzdělání              | Prodavačka         |
| Žena    | 47  | Vysokoškolské vzdělání              | Bankovní poradkyně |

(Zdroj vlastní)

Tabulka 3 charakterizuje výzkumný soubor týkající se pacientů s gastroduodenální chorobou.

Proband 1 je žena ve věku 69 let se středoškolským vzděláním bez maturity. Nyní důchodkyně. Proband 2 je žena ve věku 25 let s vysokoškolským vzděláním pracující jako zdravotní sestra. Proband 3 je muž ve věku 20 let se středoškolským vzděláním pracující jako elektrikář. Proband 4 je žena ve věku 25 let s vysokoškolským vzděláním pracující jako zdravotní sestra. Proband 5 je žena ve věku 32 let se středoškolským vzděláním pracující jako prodavačka. Proband 6 je žena ve věku 47 let s vysokoškolským vzděláním pracující jako bankovní poradkyně.

#### **4.3.2 Seznam kategorií a podkategorií**

##### **Kategorie 1: Primární prevence gastroduodenální vředové choroby**

- A. *Význam primární prevence*
- B. *Prevence u praktického lékaře*
- C. *Zdravý životní styl*

##### **Kategorie 2: Sekundární prevence gastroduodenální vředové choroby**

- A. *Screeningové metody*
- B. *Příznaky*

##### **Kategorie 3: Terciární prevence gastroduodenální vředové choroby**

- A. *Prevence komplikací*
- B. *Lékařské prohlídky*
- C. *Kvalita života*
- D. *Stravování*

##### **Kategorie 4: Kvartérní prevence gastroduodenální vředové choroby**

- A. *Kvalita života*

#### **4.3.3 Vyhodnocení rozhovorů souboru C (pacienti s gastroduodenální chorobou)**

##### **Kategorie 1: Primární prevence gastroduodenální vředové choroby**

###### ***Význam primární prevence***

Šesti probandům byla kladena otázka, jak chápou pojem prevence. Všech šest probandů srozumitelně pojem prevence vysvětlilo. P1 sdělil, že si představuje vyhýbání se tučným pokrmům a zařadit do jídelníčku více ovoce a zeleniny. P1 uvedl: „*Pod pojmem prevence si představuju vyhýbání se tučným jídlům, jíst ovoce a zeleninu a nepřejídat se.*“ Další proband definoval pojem prevence jako předcházení nemoci. P4 uvedl: „*Prevence znamená předcházet onemocnění. Dbát o svoje zdraví.*“ Ostatní chápou prevenci jako

nějaké opatření či zásady před nemocí. P6 uvedl: „*Opatření, které má zabránit onemocnění.*“

### ***Prevence praktického lékaře***

Všech šest dotazovaných probandů uvedlo, že s nimi sestra u praktického lékaře o prevenci nehovoří. Informovat o prevenci se museli pouze sami. P1 uvedl: „*Nehovoří. O prevenci nic nevím, nikdy mi nic neřekla.*“ P2 uvedl: „*Ne, bohužel sestra u praktického lékaře se mnou vůbec můj zdravotní stav neřeší.*“ Stejnou zápornou odpovědí reagovali čtyři probandi.

### ***Zdravý životní styl***

Pojem zdravý životní styl probandi znají, ale jeho dodržování je obtížnější. P3 uvedl: „*Pravý opak toho, co dělám. Takže nekouřit, nepít alkohol, jíst zdravě, několikrát denně, neponocovat a tak dál.*“ Proband 4 popisuje zdravý životní styl, také z oblasti týkající se zdravého ovzduší. P4 uvedl: „*Hlavně správná životospráva, dostatek pohybu, aby lidé netrpěli nadváhou, nekouřit, nepít alkohol. Také dostatek spánku, odpočinku, umět relaxovat a vyvarovat se stresovým faktorům. Ještě bych k tomu doplnila čisté ovzduší, protože nejvíce škodlivin je ve vzduchu.*“ Proband 6 uvedl: „*Žít život tak, abychom byli co nejdéle zdraví.*“

## ***Kategorie 2: Sekundární prevence gastroduodenální vředové choroby***

### ***Screeningové metody***

Diagnostika vředové choroby gastroduodenální probíhala u všech šesti probandů pomocí gastrokopického vyšetření. V pěti případech ze šesti byla vředová choroba gastroduodenální včas zjištěna a nevznikly komplikace. Pouze jeden proband uvedl, že mu diagnóza byla sdělena, až po propuknutých komplikacích. P3 uvedl: „*Před dvěma lety. Odvezla mě záchranka do nemocnice. Měl jsem šílené bolesti břicha a zkolaboval jsem ve škole. Prasknul mi žaludeční vřed, takže mě museli operovat.*“ Jeden proband také sděluje, že navštívil obvodního lékaře s potížemi vícekrát a vředová choroba mu byla diagnostikována až později. P1 uvedl: „*Poprvé vloni v září, kdy mě obvodní lékař poslal po roce a půl podruhé na vyčištění žlučových a nepomohlo to. Tak mi byly zjištěny vředy v žaludku.*“ Vznik nemoci popisuje i proband 4, který uvedl: „*Nemoc jsem začala pozorovat na střední škole, takže to je nějakých osm let zpátky. Nastoupila jsem do nové*

školy a na intr. Velká změna přinesla i problémy. Obvodní lékař mě odeslala na gastrokopii.“ Další proband sdělil, že prvotní příznaky nemoci se snažil nevnímat, ale potíže se mu zhoršovaly, tak musel navštívit obvodního lékaře. P4 uvedl: „Nemoc mi byla zjištěna na jaře 2018. Začalo mi být špatně po jídle, pociťovala jsem bolesti břicha. Prvně jsem to nebrala moc vážně, ale začalo se to stupňovat, tak jsem navštívila svého obvodního lékaře, který mě vyslechl a předepsal poukaz na gastroenterologii, kde mi byla provedena gastroskopie.“

### **Příznaky**

Pět probandů uvedlo jako prvotní příznak gastroduodenální vředové nemoci bolesti břicha. P5 uvedl: „Bolení břicha, nevolnost, zvracení.“ Další proband kromě bolesti břicha udává pálení žáhy. P6 uvedl: „Pozorovala jsem bolesti břicha, celkovou nevolnost a pálení žáhy.“ Pálení žáhy popsal i proband P2, který uvedl: „Bolesti břicha, nadmutí, nevolnosti hlavně v noci, nebo nalačno, pálení žáhy, zvracení, tlak v nadbřišku.“ Jeden z šesti probandů uvedl jako prvotní zdravotní problémy časté říhání po jídle. P1 uvedl: „Čím dál častěji jsem začala nejprve u některých jídel krkat, pak to bylo skoro po všem. Nakonec po několika měsících jsem požádala obvodního lékaře o vyšetření žaludku. Měla jsem velký vřed a bacil *Helicobacter pylori*.“

### **Kategorie 3: Terciární prevence gastroduodenální vředové choroby**

#### **Prevence komplikací**

Pět probandů ze šesti odpověděli, že poučení ohledně vzniku komplikací nemoci nebyli. P1 uvedl: „Nepoučila mě o žádných. Žádné komplikace neznám. Nevím, neslyšela jsem o nich od sestry.“ Stejně reagoval i P6, který uvedl: „To nevím, to vám nepovím. Komplikace neznám. Žádné mi sestra neřekla.“ Dva probandi uvedli, že sestrou také nebyli poučeni, ale o komplikace nemoci se zajímali sami pomocí internetových zdrojů nebo uvedli, že studovali zdravotnickou školu, takže znalosti o nemoci znají. P2 uvedl: „Tak sestra mě moc nepoučila. Informace jsem si našla buď sama na internetu, nebo je znám ze školy, co jsme se učili, že hrozí krvácení, perforace, penetrace ze vředů.“ P4 sdělil, že poučení také neslyšel, ale znalosti má ze školy. P4 uvedl: „Sestra mě nepoučila. Komplikace znám ze školy, kde jsme se je učili. Krvácení, penetrace, perforace, stenóza a maligní zvrát.“ Jeden z šesti probandů uvedl, že poučen sestrou byl, ale u něho už komplikace vředové gastroduodenální nemoci proběhly. P3 uvedl: „Poučení jsem

v nemocnici dostal, že musím dodržovat jídlo, jíst pravidelně, v klidu. Omezit alkohol. Denně teplé jídlo. Brát léky, které jsem dostal. A že jsem se do nemocnice dostal za minutu dvanáct, že je to nebezpečné ten prasklý vřed. Že jsem měl velké štěstí.“

### **Lékařské prohlídky**

Na preventivní prohlídky dohází pouze dva probandi z šesti dotazovaných. Další uvedli, že nedochází pravidelně, jen v případě, že potřebují napsat léky či se objeví nějaké zdravotní potíže. P1 uvedl: „Na prohlídky chodím jen při potížích a také když potřebuju napsat léky, které pravidelně beru, jinak tam nechodím.“ P6 uvedl: „Když mě lékař upozorní, tak samozřejmě, že ho navštívím, jinak ne. Probíhají tak, že se mě zeptá, jak se mi daří, prohmatá břicho, a to je asi celé.“ Pravidelné lékařské prohlídky dodržuje proband P2, který uvedl: „Ano, chodím většinou jednou za půl roku na běžnou kontrolu, kde mi vezmou krev a udělají sono. Jednou za rok, nebo za rok a půl chodím na gastroskopii.“

### **Stravování**

Z oblasti stravování je doporučené dietní opatření vyhnout se jídlům, která způsobují zdravotní problémy jako bolesti břicha a nevolnost. P2 uvedl: „Musím hodně přemýšlet, co si dám k jídlu, když jsme například někde v restauraci, nebo na dovolené. Jsou jídla, která mi vůbec nesedí například čokoláda, smažené, alkohol.“ Pozměnit jídelníček musel i proband 5, který uvedl: „Snažím se omezit smažené a tučné jídlo. Snažím se nejíst hned horké jídlo, například když vyndám buchty z trouby.“ Jeden z probandů také uvedl, že je nutné pravidelné stravování, a ne pouze jednou denně se přejíst. P6 uvedl: „Uvědomila jsem si, že bych měla jíst zdravěji. Více ovoce a zeleniny, kterou jsem doposud moc nejedla. Omezit smažená jídla a jíst trochu pravidelně, ne se nacpat pouze večer.“ S pravidelnou stravou souhlasí i P4, který uvedl: „Musím si hlídat stravování. Jíst pravidelně.“ Proband P3, který prodělal komplikace vředové gastroduodenální choroby v podobě krvácení, sdělil, že dříve musel dodržovat dietní opatření. Nyní už tomu většinou není. P3 uvedl: „Tak ze začátku to bylo hrozné. To jsem nejedl nic. Pak jsem musel začít jíst dietně a pravidelně po malých porcích. Ted' už to tak nedodržuju.“ Žádné dietní opatření nedodržuje proband P1, který uvedl, že po antibiotické léčbě zdravotní potíže vymizely. P1 uvedl: „Několik měsíců jsem musela jíst jen dietně. Poslední dva měsíce jsem jedla jen rohlíky a sýr. Pak jsem dostala antibiotika a srovnalo se to.“

#### **Kategorie 4: Kvartérní prevence gastroduodenální vředové choroby**

##### **Kvalita života**

Kvalita života pacienta s gastroduodenální vředovou chorobou dle šesti probandů není závažně omezena. Pouze sdělují, že se snaží dodržovat správnou životosprávu, aby předcházeli bolestem břicha, které se občas vyskytují. P4 uvedl: „*Po jídle mám někdy bolesti břicha a je mi nevolno.*“ Bolesti břicha pociťuje i P6, který uvedl: „*Omezuje mě v bolestech břicha, ale nyní užívám tablety, takže se situace zlepšila. Jsem ráda, že je možnost léčby léky a ne operativně.*“ Jeden z probandů sdělil jako příčinu zdravotních problémů stresové situace. P2 uvedl: „*Většinou neomezuje. Když dodržuju životosprávu, tak nic nepociťuji. Když procházím nějakou složitou stresovou situací, tak je mi často špatně, ale pak se to zase zklidní. Stres mi zkrátka neděla dobře.*“ Změnit životosprávu musel i P3, který uvedl: „*Ted' už neomezuje. Předtím to bylo těžké. Bolesti břicha byly šílený a pak v té nemocnici to bylo také hrozné. Musel jsem trochu ubrat a uvědomit si, jaké dělám chyby.*“

#### **4.4 Vyhodnocení rozhovorů - souboru D (pacienti s chronickými nespecifickými záněty střev)**

##### **4.4.1 Identifikační údaje souboru D (pacienti s chronickými nespecifickými záněty střev)**

**Tabulka 4 Identifikace probandů D (pacienti s chronickými nespecifickými záněty střev)**

| <b>Pohlaví</b> | <b>Věk</b> | <b>Vzdělání</b>                             | <b>Povolání</b>             |
|----------------|------------|---|-----------------------------|
| Žena           | 26         | Vysokoškolské vzdělání                      | Zdravotní sestra            |
| Žena           | 25         | Vysokoškolské vzdělání                      | Učitelka v mateřské škole   |
| Muž            | 38         | Středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou | Montážní dělník             |
| Muž            | 48         | Středoškolské vzdělání bez maturity         | Údržbář                     |
| Žena           | 31         | Vysokoškolské vzdělání                      | Technohospodářský pracovník |
| Žena           | 37         | Středoškolské vzdělání                      | Lektorka anglického jazyka  |

(Zdroj vlastní)



Tabulka 4 charakterizuje jedince z výzkumného souboru týkající se pacientů s chronickými nespecifickými záněty střev.

Proband 1 je žena ve věku 36 let s vysokoškolským vzděláním pracující jako zdravotní sestra. Nemoc u ní byla diagnostikována ve 21 letech. Proband 2 je žena ve věku 25 let s vysokoškolským vzděláním pracující jako učitelka v mateřské škole. Také uvedla, že jí nemoc byla objevena ve 21 letech. Proband 3 je muž ve věku 38 let se středním vzděláním s maturitou pracující jako montážní dělník. Nemoc mu byla diagnostikována před čtyřmi lety. Proband 4 je muž ve věku 48 let se středním vzděláním bez maturity pracující jako údržbář. Nemoc mu byla zjištěna před deseti lety. Proband 5 je žena ve věku 31 let s vysokoškolským vzděláním pracující jako technohospodářský pracovník. Nemoc u ní byla diagnostikována před třemi lety. Proband 6 je žena ve věku 37 let se středoškolským vzděláním pracující jako lektorka anglického jazyka na částečný úvazek. Kvůli nemoci je v invalidním důchodě. Nemoc u ní propukla ve 20 letech.

#### ***4.4.2 Seznam kategorií a podkategorií***

##### **Kategorie 1: Primární prevence chronických nespecifických střevních zánětů**

- A. Význam primární prevence*
- B. Prevence u praktického lékaře*
- C. Životní styl*
- D. Stres a zvládání stresových situací*

##### **Kategorie 2: Sekundární prevence chronických nespecifických střevních zánětů**

- A. Zjištění nemoci a projevy*
- B. Léčba*

##### **Kategorie 3: Terciární prevence chronických nespecifických střevních zánětů**

- A. Edukace komplikací*
- B. Lékařské prohlídky*
- C. Stravování*

#### ***Kategorie 4: Kvartérní prevence chronických nespecifických střevních zánětů***

A. Kvalita života

##### ***4.4.3 Vyhodnocení rozhovorů souboru D (pacienti s chronickými nespecifickými záněty střev)***

#### ***Kategorie 1: Primární prevence chronických nespecifických střevních zánětů***

##### ***Význam primární prevence***

Všech 6 probandů vědělo, co prevence znamená a dokázali pojem vysvětlit. Probandi vysvětlili prevenci jako předcházení a dodržování opatření před škodlivými vlivy. P5 uvedl: „*Opatření, která mají předcházet nežádoucím jevům.*“ To samé sděluje i P1, P2 a P6. Další dva probandi vysvětlují, že pojem prevence znamená správná životospráva, užívat medikamenty a chodit pravidelně na lékařské prohlídky. P3 uvedl: „*Pod prevencí si představuju správnou životosprávu a pravidelné lékařské prohlídky.*“ P4 uvedl: „*Prevence je něco, co mám dodržovat. Správná životospráva, brát léky.*“

##### ***Prevence u praktického lékaře***

Všech šest probandů uvedlo, že s nimi sestra u praktického lékaře nikdy o prevenci nehovořila. P6 sdělil: „*Nikdy nic neřekla.*“ To samé řekl i P5: „*Sestra se mnou o prevenci nehovoří a nehovořila nikdy nijak.*“ Pouze P1 dodal, že praktického lékaře moc nenavštěvuje, tak proto s ní sestra o prevenci nehovoří. P1 uvedl: „*Ne, ale to proto, že k praktikovi moc nechodím.*“

##### ***Životní styl***

Všech šest probandů znají pojem zdravý životní styl. P2 si představuje fyzickou a psychickou pohodu a žít tak, abychom se cítili nejlépe. P2 uvedl: „*Chovat se tak, aby se člověk cítil fyzicky i psychicky v pohodě. Žít tak, abychom se cítili dobře. Dělat pro své tělo a duši vše zodpovědně a tak, jak nejlépe umíme.*“ Další probandi se shodují, že zdravý životní styl spočívá ve správné životosprávě, v denní aktivitě a také vyhnutí se stresovým faktorům. P5 uvedl: „*Představuji si dostatek pohybu, vyváženou stravu a psychickou pohodu.*“

## ***Stres a zvládání stresových situací***

Tři z šesti probandů sdělili, že se se stresovými situacemi vypořádávají velice špatně. P1 uvedl: *„Velmi špatně, ale aktuálně se mám moc dobře a remise dlouho přetrvává. V minulosti mi byla nabídnuta antidepressiva, ale nakonec nebylo potřeba.“* Stresové situace jsou náročné i pro P5, který uvedl: *„Se stresem se vypořádávám velice špatně. Nezvládám se s ním vypořádat v klidu.“* Naopak P2 odpověděl, že se snaží problémy řešit v klidu a stresu se snaží vyvarovat. Podobně reagoval i P3, který uvedl: *„Snažím se, abych si všechno tak nebral a nebyl ve stresu.“* Jeden z probandů uvedl, že ve stresových situacích poruší doporučenou životosprávu a také užije alkohol. P4 uvedl: *„Dám si pivo 12. Poruším životosprávu nebo jdu sportovat.“*

Na dotaz, jak probandi relaxují, co je pro ně odpočinek, odpověděli tři probandi sportem. P2 uvedl: *„Relaxuji sportem, procházkami.“* Sportem relaxuje i P3, který ještě jako relaxaci uvedl práci na zahradě. Pro P4 je odpočinkem také sport a ještě doplnil, že se rád opaluje. P4 uvedl: *„Sportem. A taky je pro mě odpočinek lehnout si na sluníčko, opalují se.“* P1 uvedl: *„Jezdíme s přítelem na pravidelné výlety a wellness. Nebo naopak ležím doma a relaxuju například u úklidu nebo kutím něco na zahrádce.“* Pro P5 je odreagování od stresových situací pobyt v přírodě nebo při četbě, ale dodává, že takhle relaxuje výjimečně. P5 uvedl: *„Snažím se relaxovat v přírodě nebo s knihou, ale mám ročního syna, tak to moc časově nejde dohromady.“* Jeden z probandů uvedl, že neumí odpočívat, ale pociťuje velkou únavu, takže odpočinek pro ni je spánek. P6 uvedl: *„Málo. Rodiče mě naučili pracovat, ale ne odpočívat. Snažím se ale spát. Únava je šílená, takže prostě spím.“*

## ***Kategorie 2: Sekundární prevence chronických nespecifických střevních zánětů***

### ***Zjištění nemoci a projevy***

Čtyři probandi uvedli, že začali pozorovat první příznaky nemoci a navštívili svého obvodního lékaře, který je po vyšetření v ambulanci odeslal na gastroenterologii. P1 sdělil: *„Nemoc mi byla zjištěna ve 21 letech. Začala jsem mít příznaky bolesti břicha, nauzea a krev ve stolici, tak jsem zjistila, že je něco špatně a vyhledala lékařské ošetření. Praktický lékař mě odeslal do gastroenterologické ambulance, kde jsem podstoupila kolonoskopii. Tam mi byla diagnóza zjištěna.“* P6 také sdělil, že navštívil svého obvodního lékaře, když začal pozorovat určité příznaky. P6 uvedl: *„Prvně se u mě*

*objevila ve 20 letech. Jednoduše jsem šla ke své praktické lékařce, protože jsem měla krev ve stolici. Ta mě poslala na gastroenterologii a lékař po první kolonoskopii řekl, že se jedná o UC.“ P2 odpověděl, že mu nemoc byla zjištěna před čtyřmi lety, a to v nemocnici, kde byl hospitalizován s akutním zánětem tlustého střeva. P2 uvedl: „Poprvé se objevila v listopadu 2014, to mi bylo 21 let. Takže ji mám čtyři roky. Byla diagnostikována kolonoskopickým vyšetřením, kterému předcházela akutní zánět tlustého střeva.“*

P3 také sdělil, že mu zánět byl zjištěn před čtyřmi lety. Prvně měl obvodní lékař podezření na gastroduodenální chorobu, později ale byla odhalena Crohnova nemoc. P3 uvedl: *„Nemoc se u mě objevila asi před 4 roky. Začal jsem pociťovat bolesti břicha. Pan obvodní lékař mě začal léčit na vředy a překyselení žaludku. Později se zjistila tato příčina.“* U P4 byla v roce 2010 zjištěna Crohnova nemoc při hospitalizaci, kam byl přijat pro vysoké horečky, bolesti břicha a neznámý hmatný útvar v dutině břišní. P4 uvedl: *„Nemoc mi byla zjištěna v roce 2010. Dostal jsem vysoké horečky, bolelo mě hrozně břicho, měl jsem zácpu. Také jsem si nahmatal takovou bouli v břiše, myslel jsem, že je to rakovina. Celkově mě bylo mizerně, tak mě dovezla manželka na pohotovost, kde si mě nechali, že to bude prvně slepák, pak jsem šel na kolonoskopii a zjistili mi polypy a zánět střev, tu Crohnovu nemoc. Nejedl jsem osm dní, dostával jsem kapačky. Dostával jsem něco na pročištění, aby se mi ty střeva uvolnily taky.“*

## **Léčba**

Léčba nespecifických chronických střevních zánětů prvně spočívá ve správné medikaci, úpravě životosprávy, snažit se vyvarovat stresu a pravidelných lékařských prohlídkách na gastroenterologii, což uvedl P1. *„Lékař na gastroenterologii mi nasadil medikaci. Byla jsem poučena o úpravě životosprávy. Je nutné omezení ve stravě, stravovat se pravidelně, po malých dávkách. Hlavně vyvarovat se stresu, což u mě je hlavní spouštěč.“* Pokud zdravotní problémy neustávají a jsou trvalého charakteru, je zde možnost biologické léčby. Z šesti probandů je biologická léčba indikována u třech. P1 uvedl: *„Biologickou léčbu znám. Sama jsem ji podstoupila. Dostávala jsem Remicade a chodila jsem na to zprvu vícekrát za půl roku a po půl roce jsem snad chodila jednou za dva měsíce. Probíhalo to tak, že jsem ráno přišla na odběry krve, pak na konzultaci k doktorce, jestli mě na tu biologickou pustí. Změřili mi váhu, fyziologické funkce a zkoukli výsledky odběrů. Pak jsem následně šla na infuzní centrum, kde jsem byla dopředu objednána a tam mě napíchli a aplikovali infuzi Remicade. Bylo to tak na 3,5 h průměrně. Pak mi*

změřili tlak a přišel doktor a zeptal se, jestli je vše v pořádku. Následně jsem odešla. O žádných nežádoucích důsledcích mě nikdo neinformoval, takže jsem si je zjistila na internetu. Ale byla naprosto bezproblémová. Je to těžké se k takovéto léčbě dostat. Tak jsem za tu příležitost ráda.“ P5 sdělil že jí byla nasazena medikace, ale bohužel bez úspěchu. P5 uvedl: „Po první atace mi byl nasazen Asacol, který u mě ale neměl žádný efekt. Po pár dnech hospitalizace mi nasadili Solumedrol, Pentasu a zavedli mi parenterální výživu. Ležela jsem tam celý měsíc. Po vysazení kortikoidů opět ataka. Opět hospitalizace. Hrozila mi kolektomie. Pak mi zkusili nasadit biologickou léčbu Remicade, jelikož mi kortikoidy nezabíraly. Opět jsem měla parenterální výživu a po měsíci a půl jsem teprve šla domů. Remicade mi fungoval skvěle. Vedlejších účinků bylo málo. Trochu se mi zhoršil ekzém, objevily se bolesti velkých kloubů a také únava. Ani ne po roce jsem otěhotněla a v 18. týdnu těhotenství mi byl Remicade vysazen. Přibližně po půl roce od porodu, kdy jsem přestala kojit, se stav začal zase horšit. Byla mi opět nasazena biologická léčba, ale nyní bez valného efektu. Nyní opět hospitalizace, podali mi dvojitou dávku Remicade a čeká se, co bude dále. Stále jsem kortikorezistentní.“ S biologickou léčbou má zkušenosti i P6, která je nyní v klinické studii na Etrolizumab. P6 sdělil: „Když je nemoc v remisi, jedná se pouze o Asacol 500 2 tablety denně a Imuran 50 1krát denně. V současné době jsem ale v relapsu, a to už asi tři roky. Takže léky беру Asacol 500 2 tablety 3krát denně, Imuran 50 1 tabletu 1krát denně, Prednison v současné chvíli 2,5 mg 1× denně. Byla jsem ale i na 60 mg denně. A pak doplňky Caltrate. Na biologické léčbě jsem asi rok. Jsem v klinické studii na Etrolizumab. Zatím bez výsledků.“ U dalších třech probandů je účinná zatím medikace. Byla jim kladena doplňující otázka, zda slyšeli o možnosti biologické léčby. Dva probandi odpověděli, že o biologické léčbě vědí pouze z internetu nebo z článků. P2 uvedl: „3krát denně užívám Asacol 800. O biologické léčbě jsem slyšela, ale zatím s ní nemám žádné zkušenosti. Jen jsem o ní četla někdy nějaký článek, že je možnost léčit ulcerózní kolitidu touto metodou, ale nikdo mě o ní neinformoval, nehovořil, takhle o ní jinak nic nevím.“ P3 sdělil: „Léčba spočívala v užívání prášků na vředy a snížení kyselosti žaludku – Helicid. Také jsem upravil jídelníček. O biologické léčbě jsem slyšel jen obecně. Více informací jsem si zjišťoval až při momentálních problémech. Hledal jsem informace na internetu, jinak se mnou o této léčbě nikdo nemluvil.“ Pouze jeden z šesti probandů o biologické léčbě nemá žádné informace. P4 uvedl: „Beru prášky – nyní jen Pentassa 6 prášků denně. Předtím jsem bral troje, Helicid a pak už názvy nevím. Chodím pravidelně na kolonoskopii jednou za dva roky a na pravidelné prohlídky k lékaři. O biologické léčbě jsem neslyšel.“

### ***Kategorie 3: Terciární prevence chronických nespecifických střevních zánětů***

#### ***Edukace komplikací***

Šesti probandům byla kladena otázka, zda je sestra poučila o možnostech komplikací, které mohou při nedodržování léčebného režimu nastat. Tři z šesti probandů uvedli, že poučení sestrou o komplikacích nemoci nebyli. P5 uvedl: „*Sestra mě nikdy v ničem nepoučila.*“ To samé vyjadřuje i P6: „*Nijak.*“ Probandi tedy neznají žádné komplikace nemoci, jak uvedl i P3: „*Nevím, nepoučila mě.*“ Jeden proband uvedl, že mu byl nabídnut informační letáček o nemoci. P1 sdělil: „*Jako každý letáček na stole v čekárně. Jelikož jsem v oboru, tak jsem ani více informací nevyžadovala. Většinu věcí jsem si našla v knize nebo na internetu v různých diskuzích.*“ Pouze dva probandi uvedli, že byli poučeni o rizicích nedodržování léčebného režimu. P2 uvedl: „*Poučila mě, že je velmi důležité pravidelně užívat předepsané léky, stravovat se dle doporučené stravy, vyvarovat se stresu.*“ P4 uvedl: „*Řekla mi, že když nebudu dodržovat životosprávu, že budu mít další záněty ve střevech.*“

#### ***Lékařské prohlídky***

Pět z šesti dotazovaných probandů sdělilo, že dochází pravidelně na preventivní kontroly k lékaři. P5 uvedl: „*Na prevenci chodím pravidelně. Někdy jde pouze o poradu a krevní odběry, jindy o rektoskopii nebo kolonoskopii.*“ P2 uvedl: „*Ano, chodím. Lékař se mě vždy zeptá, jak se cítím, nabere krev, předepíše léky na další období.*“ Pouze jeden z šesti probandů sdělil, že na preventivní prohlídky nedochází. Lékaře navštíví pouze v případě potíží. P3 uvedl: „*Na pravidelné prohlídky nechodím, ale při potížích se objednáвам k specializovanému lékaři.*“

#### ***Stravování***

Omezení ve stravě je u každého nemocného individuální, ale většinou se probandi v dietním opatření shodují. P3 uvedl: „*Snažím se vyvarovat určitým pokrmům, kde se vyskytuje česnek, cibule, ostré koření. Omezil jsem bílé pečivo, mléko, kávu, tvrdý alkohol a víno. Vybírám si lehčí jídla, kde upřednostňuji zeleninu, ryby, rýži. Ke snídani si dávám nějakou zeleninu, jogurt a tmavé pečivo. K obědu nějaké lehčí jídlo, buď co si vyberu v závodní jídelně nebo si donesu z domova. K odpolední svačině si dám jogurt a zeleninu a k večeři také se snažím jen lehčí, například zelenina, kuřecí maso, vajíčka a tak.*“ P4 také uvedl jaké dietní opatření dodržuje. „*Nejím čerstvé pečivo, kynuté buchty, nejíst tlusté*

*maso, nekořenit, nejíst ovoce a zeleninu se semínky a nepít alkohol. Žádné vnitřnosti, kečup, majonézy. Mám jíst často a po malých porcích. Ráno si třeba dám banán, jogurt, ke svačině si dám nějakou zeleninu nebo starý rohlík, k obědu si dám, co je zrovna vařeno, k odpolední svačině si dám nějaké ovoce a pak k večeři třeba kompot, pečivo, sýr.“ P5 sděluje, že omezení ve stravě je veliké. P5 uvedl: „Omezení ve stravě mi přijde velké. Málokdy jsem schopná si něco vybrat v restauraci. Vařím sobě zvlášť, synovi také a manželovi také. Ke snídani banán nebo rohlík. Oběd polévka vývar či ryba s bramborem nebo kuře pečené. K večeři pečivo většinou.“ Pro P6 je omezení ve stravě velmi náročné, jelikož může konzumovat opravdu omezené množství surovin. P6 uvedl: „Omezení je šílené. Nejím vlastně skoro nic. Ke snídani rozšlehaný hodně zralý banán s vodou. K svačině pár plátků sýra eidam 30% a rýžové plátky. K obědu třeba rýži, bramborovou kaši, krabí tyčinky, špagety, rýžové těstoviny nebo tuňák. Odpolední svačina obvykle bezlaktózový jogurt a večeře většinou obdobná obědu. A v průběhu dne pojídám čokoládu. Hodně čokolády. Vypustila jsem rohlíky, úplně. Snažím se omezovat lepek celkově. Zkoušela jsem i bezlaktózovou stravu, ale nezvládám to. Každopádně mléčné výrobky se snažím moc nejíst. Maximálně jím ty sýry.“*

#### ***Kategorie 4: Kvartérní prevence chronických nespecifických střevních zánětů***

##### **Kvalita života**

Všech šest probandů nespecifické chronické střevní záněty omezují, některé méně, některé naopak více. P2 sdělil, že ji občas obtěžují bolesti břicha, ale užívá pravidelně medikaci, která jí úspěšně pomáhá. P2 uvedl: „*Obtěžují mě občasné bolesti břicha, ale vzhledem k tomu, že užívám léky, se cítím mnohem lépe, než když jsem o nemoci nevěděla a nijak se neléčila.*“ P3 řekl, že pokud dodržuje správnou životosprávu, sportuje a není ve stresu, tak se cítí dobře a nemoc ho neomezuje. P3 uvedl: „*Snažím se držet nastavené životosprávy a vyvarovat se stresu a více sportovat a je mi dobře.*“ Další čtyři probandi uvedli závažnější potíže, které je omezují v běžném fungování. P4 při dotazu, zda ho nemoc omezuje v běžném životě, sdělil, že trpí často průjmy a bolestmi břicha. P4 uvedl: „*Ano, mám často průjem a bolí mě břicho. Takže mě kručí furt v břiše a taky furt škytám.*“ Další proband P1 uvedl, že v případě relapsu nemoci ji nemoc omezuje v běžném životě hodně. P1 uvedl: „*Při relapsu hodně, to se pomalu bojím opustit dům. Při remisi se neomezuju. Hodně jsem zhubla, takže se snažím udržet si váhu. Jinak samozřejmě se snažím vyvarovat stresu, protože je to u mě zásadní spouštěč.*“ P5 odpověděl: „*Nemoc*

mě omezuje hlavně v nedostatku energie a také tím, že se nemohu kdekoliv během dne stravovat.“ P5 dodal: „Životní styl se změnil úplně naruby. Nemohu jíst, co chci, nemohu pít, co chci, nemohu vykonávat všechny aktivity, které bych chtěla.“ Omezení uvedl i P6. „Strašně. Děti raději do základní školy a mateřské školy vozím autem, i když máme vše v docházkové vzdálenosti. Než někam jedu, plánuji si cestu tak, abych nejdřív šla na WC. Zajít někam s manželem do restaurace na večeři? Za trest, protože se mi po prvním soustu chce na WC. Sex? Neustálé nadýmání a odbíhání na WC. Naštěstí mám částečný invalidní důchod a učím jen dvě odpoledne v týdnu. Nedokážu si představit, že bych s tímhle chodila do práce.“ P6 doplnil, že jeho životní styl po nemoci se změnil úplně naruby. P6 uvedl: „Dřív jsem byla aktivní, jezdila jsem na kole, chodila na procházky, byla jsem často venku. Nyní? Nejdou ven ani s dětmi, protože nevím, kde mě to chytne. Sport? Maximálně si párkrát do roka zajdu do fitka, protože tam je záchod.“

#### 4.5 Vyhodnocení rozhovorů - souboru E (pacienti s kolorektálním karcinomem)

##### 4.5.1 Identifikační údaje souboru E (pacienti s kolorektálním karcinomem)

**Tabulka 5 – Identifikace probandů E (pacienti s kolorektálním karcinomem)**

| Pohlaví | Věk | Vzdělání                            | Povolání       |
|---------|-----|-------------------------------------|----------------|
| Muž     | 50  | Středoškolské vzdělání bez maturity | Automechanik   |
| Muž     | 62  | Středoškolské vzdělání bez maturity | Důchodce       |
| Muž     | 54  | Vysokoškolské vzdělání              | IT specialista |
| Muž     | 60  | Středoškolské vzdělání s maturitou  | Důchodce       |
| Žena    | 45  | Středoškolské vzdělání s maturitou  | Pošťačka       |
| Žena    | 48  | Středoškolské vzdělání s maturitou  | Účetní         |

(Zdroj vlastní)



Tabulka 5 charakterizuje jedince z výzkumného souboru týkající se pacientů s kolorektálním karcinomem.

Proband 1 je muž ve věku 50 let se středním vzděláním bez maturity pracující jako automechanik. Nemoc mu byla zjištěna ve 42 letech. Proband 2 je muž ve věku 62 let se středním vzděláním bez maturity. Nyní je starobní důchodce. Onemocněl před 15 lety. Proband 3 je muž ve věku 54 let s vysokoškolským vzděláním pracující jako IT specialista. Nemoc mu byla diagnostikována ve 49 letech. Proband 4 je také muž ve věku 60 let se středoškolským vzděláním s maturitou. Nyní je ve starobním důchodu. Nemoc mu byla zjištěna před deseti lety. Proband 5 je žena ve věku 45 let se středoškolským vzděláním s maturitou pracující jako pošťáčka. Proband 6 je žena ve věku 48 let se středoškolským vzděláním pracující jako účetní.

#### **4.5.2 Seznam kategorií a podkategorií**

##### **Kategorie 1: Primární prevence pacientů s kolorektálním karcinomem**

- A. *Význam primární prevence*
- B. *Prevence u praktického lékaře*
- C. *Zdravý životní styl*
- D. *Způsob životního stylu*

##### **Kategorie 2: Sekundární prevence pacientů s kolorektálním karcinomem**

- A. *Screening onemocnění*
- B. *Léčba*

##### **Kategorie 3: Terciární prevence pacientů s kolorektálním karcinomem**

- A. *Prevence komplikací*
- B. *Lékařské prohlídky*
- C. *Stravování*

##### **Kategorie 4: Kvartérní prevence pacientů s kolorektálním karcinomem**

- A. *Kvalita života*

### **4.5.3 Vyhodnocení rozhovorů souboru E (pacienti s kolorektálním karcinodem)**

#### **Kategorie 1: Primární prevence pacientů s kolorektálním karcinodem**

##### **Význam primární prevence**

Šesti probandům byla položena otázka, jak chápou pojem prevence. P1 odpověděl, že neví, že se o prevenci nezajímá. P1 uvedl: „*Nevím, nezajímám se o ni.*“ P2 si pod pojmem prevence představil návštěvy u lékaře. P2 uvedl: „*Chodit k doktorovi.*“ Naopak P3 pojem primární prevence definoval jako událost či jev, které snižují riziko nemoci. P3 uvedl: „*Takové počínání si, které sníží riziko, že nastane událost či jev, proti kterým to má být prevence. Případně sledování, zda událost nenastala, aby bylo možné událost řešit včas.*“ P4 pouze odpověděl: „*Abych nebyl nemocný.*“ P5 definoval prevenci takto: „*Prevence je určité opatření před nemocemi. Třeba dbát na složení stravy, na tělesnou hmotnost a v případě zvláštních příznaků vyhledat lékaře.*“ Proband 6 uvedl, že prevence znamená předcházet nemoci.

##### **Prevence u praktického lékaře**

Pět probandů z šesti dotazovaných uvedlo, že na preventivní prohlídky k praktickému lékaři chodili pravidelně, ale o prevenci je sestra nikdy neinformovala. P2 sdělila: „*Nehovořila. U praktika mně sestra nic neříkala.*“ P3 také odpovídá, že o prevenci s ním nikdo nehovořil. P3 uvedl: „*Nikdo se mnou nehovořil o prevenci. Řada instrukcí se týkala, jak si mám počínat během různých fází léčby. Během léčby mi moje onkoložka vyslovila varování před některými doplňky stravy.*“ P4 také sděluje, že o prevenci s ním nikdo nediskutoval, ale také přiznává, že preventivní prohlídky u lékaře zanedbával. P4 uvedl: „*Neříkala nic. Moc jsem tam ani nechodil před nemocí. A teď už také ne. Jen když jsem musel po těch operacích chodit na kontroly. Říkala mi, že bych neměl pít tolik piva a jíst pravidelně a držet také trochu dietu.*“ Naopak P1 k lékaři nechodil vůbec, zdravotní potíže si léčil sám doma. Prevenci podceňuje, považuje ji za zbytečnost. P1 uvedl: „*Nechodil jsem doktorovi. Nevěřím jím, léčil jsem se sám a ani teď tam moc nechodím. Takže o prevenci vám nic neřeknu. Stejně prevence je k ničemu, to jsem jen kecý, co by se mělo a zastrašování. Prevence je flaška alkoholu.*“ Proband 5 sdělil, že o prevenci s ním hovořeno nebylo a doplňuje, že je to velice špatně, jelikož podcenění příznaků může mít závažné následky. P5 uvedl: „*Nehovořila. Nějak mě nepoučila a myslím si, že je to velice špatně. Nenavštívila jsem včas lékaře, podcenila jsem první příznaky a takhle to*

dopadlo. Lékař ani sestra mě na nic neupozornili a mě bylo trapné sdělovat, jaké mám problémy, jako krev ve stolici.“ Proband 6 sdělil, že na preventivní prohlídky pravidelně nedocházel a o prevenci s ním nikdo nehovořil. P6 uvedl: „Šla jsem jen při nemoci, a to nejsem moc často, takže pravidelně určitě ne a ani mi nic nikdy neříkal, že bych tam měla jít.“

### **Zdravý životní styl**

Probandům byla položena i otázka, co si představují pod pojmem zdravý životní styl. P1 si pod tímto pojmem představil nějaké zásady, které se mají dodržovat, ale považuje je za zbytečnost. P1 uvedl: „Tak, že by se mělo něco dodržovat, ale k čemu, na něco umřít musíme, takže já to nedodržuju.“ P2 popsal zdravý životní styl a sdělil, že se jím ale neřídil. P2 uvedl: „Vím, co to znamená, ale nedodržoval jsem ho. Nemělo by se kouřit, pít alkohol a nejíst smažená, tučná jídla. Ted' nepiju tolik piva a trochu si musím hlídat, co sním.“ P4 řekl, že nejprve neví, ale pak větu rozvinul a nějaké zásady zná. P4 uvedl: „Nevím. Asi nepít deset piv denně, nekouřit a jíst zdravěji.“ P3 uvedl: „Žít tak, aby si člověk zachoval zdraví co nejdéle.“

### **Způsob životního stylu před nemocí**

Čtyři probandi z šesti dotazovaných uvedli, že o zdravý životní styl nedbali. P1 sdělil, že před nemocí o zdravý životní styl vůbec nedbal a bohužel situace ani po onemocnění se u něj moc nezměnila. P1 uvedl: „Před nemocí jsem kouřil cigarety, pil alkohol, nejedl jsem celý den, vždycky až večer jsem se najedl, přes den nebyl čas. Pohyb jsem měl v práci. Spal jsem málo, to spát nemusím ani teď. A stres jsem měl.“

P2 také řekl, že zdravý životní styl mu nic neříká. P2 uvedl: „Pil jsem hodně pivo. Chodil jsem pravidelně do hospody. Kouřil jsem denně krabičku cigaret. Spal jsem dobře. Pracoval jsem tady u nás na vesnici, tak jsem nemusel ani nikam do práce dojíždět. Jedl jsem normálně všechno, jako normální chlap. Všechno maso, řízky, šunky, slaniny, vždyť to je normální.“ S odpovědí se připojil i P3, který uvedl: „Splňoval jsem rizikové faktory. Alkohol cca litr vína denně, desítky let plus nějaké to pivo k obědu. Nedostatek spánku, v pracovní dny 4-5 hodin spánku. Usínal jsem v práci na schůzkách. Možný stres, nedokážu objektivně posoudit. Sedavé zaměstnání. Starý mládenec s občasnými krátkodobými vztahy. Za prevenci bych mohl považovat, že mám tělesnou váhu v normě, omezování červeného masa a živočišných tuků, nezanedbával jsem zeleninu. Nekuřák. Jednou týdně

*nějaký sport, kolo cca 60 km nebo plavání. Duševní aktivita, nevím, jestli je forma prevence, ale žívím se hlavou i mé záliby jsou intelektuální.“ P4 s odpovědí chvíli zdráhal a pak uvedl: „Nevím, co bych k tomu řekl. Životní styl nevím, co to je. Mám se přiznat, že jsem alkoholik, piju deset piv denně celý život. Jím jednou denně, a to poledne oběd, který mi přivezou. Žiju sám. Nikoho jiného nemám. Bydlím v domě, nemám si s kým popovídat. Jen s chlapy před obchodem, kde sedíme a pijeme pivo.“*

Dva probandi sdělili, že sice zdravým životním stylem nežili, ale zase jim nebyl lhostejný. P5 uvedl: *„Žila jsem normálně. Neřešila jsem, co jím, jedla jsem všechno. Samozřejmě jsem vyloženě zdravě nejedla. Jedla jsem smažená, tučná jídla, kořeněná, ale ne zase často. Pohybu jsem měla dost. Ráda sportuji. Jezdila jsem na kole, chodila na procházky a plavání mě baví. Udržovala jsem se ve formě a hlídala si váhu. Spala jsem dobře, neměla jsem se spánkem problémy. To až teď nemůžu spát a na všechno musím myslet a sport nestíhám, protože je mi hlavně furt špatně od těch hnusných chemoterapií. Váhu si snažím udržet, ale dává mi to zabrat. Hodně jsem zhubla. Ve stresu jsem před nemocí byla tak normálně, jako každý nějaké starosti byly, ale nic vážného. To až teď jsem ve stresu a bojím se, co bude. Nechci umřít, vždyť mám malé děti, musím tu být pro ně. Musím bojovat a tu mrchu překonat. Musím říct, že až teď v nemoci jsem poznala silné rodinné pouto a jsme rodina se vším všudy, upevnil se náš vztah a poznala jsem pravé přátele.“* Podobně reagoval i P6: *„Jedla jsem ve stresu a nejedla jsem pravidelně a zdravě také moc ne. Neříkám, že jsem se ládovala jen nezdravými potravinami, to ne, ovoce a zeleninu jsem také jedla. Pohybu jsem měla málo, jelikož mám sedavé zaměstnání, tak pohyb o víkend, občas procházka nebo domácí práce na zahradě a úklid domácnosti. Ve stresu jsem byla hodně, s manželem jsme se rozvedli. Bylo to neúnosné a musím brát antidepressiva. Špatně jsem to snášela, nemohla jsem tomu uvěřit, byla jsem z toho zoufalá.“*

## **Kategorie 2: Sekundární prevence pacientů s kolorektálním karcinomem**

### **Screening onemocnění**

Probandi P3 a P4 se shodují, že začali pozorovat krev ve stolici a začali problém řešit s lékařem. P3 uvedl, že mu onemocnění bylo rozpoznáno provedenou kolonoskopií v září 2013. P3 uvedl: *„V září 2013. Pozoroval jsem krev ve stolici a následná kolonoskopie odhalila nemoc.“* P4 ještě doplnil další příznaky nemoci. P4 uvedl: *„Onemocněl jsem už před deseti lety. Začalo mi být špatně, bolelo mě břicho, krev ve stolici, hubnul jsem, bylo*

*mi slabo. Tak jsem šel k praktikovi a ten mě poslal na vyšetření do nemocnice. Tam mi zjistili rakovinu. “ P1 sdělil, že na příznaky nemoci nebral zřetel a k lékařskému vyšetření se dostavil, až když v práci zkolaboval. P1 uvedl: „Na nemoc se přišlo, když mi bylo 42 let. Bylo mi špatně a omdlíval jsem. Chlapi v práci, když jsem tam omdlel, mě odvezli do nemocnice. A tam začala spoušť vyšetření, kde mi pak řekli, že mám rakovinu tlustého střeva.“ U P2 byl kolorektální karcinom rozpoznán náhodou, když měl podstoupit operaci kýly. P2 uvedl: „Měl jsem jít na operaci kýly do nemocnice a při předoperačním vyšetření se doktorům něco nezdálo, tak mě tenkrát poslali až do Plzně na vyšetření a tam mi přišli, že mám nádor ve střevech. Mám vývod už 15 let. Kýlu mi neoperovali a skončil jsem na sále s nádorem. Museli mi vzít kus střev a udělat vývod.“ Další dva probandi sdělili, že jim bohužel byl kolorektální karcinom diagnostikován v pozdějším stadiu. P5 uvedl: „Onemocněla jsem letos na jaře. A přišlo se na to bohužel až v pokročilém stadiu, a to až mi začalo být opravdu zle, tak jsem navštívila obvodního lékaře, který mě odeslal do nemocnice. A tam mi byla sdělena po vyšetření kolonoskopie, odběry krve, rentgeny, CT a tak dál tato diagnóza.“ P6 také sdělil, že prvotní příznaky nemoci nebral na vědomí a onemocnění bylo zjištěno v pokročilém stadiu. Poukázal na nutnost prevence, na její důležitost a obezřetnost v rámci počátečních příznaků nemoci. P6 uvedl: „Rakovina mi byla určena před sedmi lety po prvním porodu. Začala jsem pozorovat krev ve stolici, obtížné vyprazdňování, bolesti břicha. Později jsem si nahmatala i bouli v břiše. K doktorovi jsem přišla pozdě. Zjistili mi adenokarcinom. První příznaky nemoci jsem podcenila a teď si můžu tlouct hlavu, jak jsem blbá. Kdybych šla včas, mohlo se ještě něco dělat. Bohužel jsem podstoupila PET CT a byla mi sdělena šílená zpráva, že mám metastázy na obou plicích, které jsou neoperovatelné. Nyní podstupuji znova chemoterapie, a ještě biologickou léčbu, bez zázračných výsledků. Mám doma čtyři děti, který jsou mým hnacím motorem v boji s touhle mrchou. Dbejte víc na prevenci, ať se lidé nebojí jít k lékaři, ať tam jdou s blbostí, vždyť je to jedno. Tak vám doktor vynadá, co otravujete, že to nic není, ale nedopadnete jako já. Prevence je důležitá, jen se jí věnujte.“*

### **Léčba**

Čtyři probandi z šesti oslovených sdělili, že museli podstoupit operativní zákrok, při kterém jim byla část postiženého střeva odstraněna a vytvořena stomie. P1 uvedl, že podstoupil kromě chirurgického zákroku i chemoterapie. P1 sdělil: „Byl jsem na operaci. Uřízli mi 10 cm střeva a odstranili polypy. Pak jsem musel docházet na ty šílené chemoterapie. Už bych tam víckrát nešel. Víc už mě tam nikdo nedostane.“ P3 také uvedl

operativní zákroky a chemoterapii. P3 sdělil: „*První operace byla vyoperování části tlustého střeva s nádorem. Druhá v důsledku pooperačních komplikací - zánět pobřišnice, následovala operace s vytvořením ileostomického vývodu - tenkého střeva. Třetí operace za účelem vytvoření podkožního portu pro chemoterapii. Čtvrtá zanoření ileostomického vývodu, po zhojení a po chemoterapii.*“ P4 řekl, že mu byla také vytvořena stomie, ale po uzdravení mu mohla být stomie odstraněna. P4 uvedl: „*Vzali mi kus střeva a udělali vývod. A pak mi ho po nějaké době zrušili.*“ Dva probandi sdělili, že operativní zákrok také podstoupili, kdy jim byla část postiženého střeva karcinomem odstraněna a následně byla provedena anastomóza. P5 uvedl: „*Ano. Byla mi část střeva odstraněna a spojena se zdravou částí.*“ Stejně odpověděl i P6, který uvedl: „*Ano. Stomii ale nemám. Nebylo to nutné, ale kus střeva s nádorem mi odstranili.*“

### ***Kategorie 3: Terciární prevence pacientů s kolorektálním karcinomem***

#### ***Prevence komplikací***

V rámci terciární prevence je hlavním úkolem sestry dbát o prevenci komplikací daného onemocnění. Při položení otázky probandům, zda byli poučeni sestrou o prevenci komplikací a jsou obeznámeni s komplikacemi, které mohou nastat, odpovídá P1, že komplikace onemocnění nezná, možné nastávající potíže mu byly sděleny, ale on je nebere na zřetel. P1 uvedl: „*To nevím. Akorát mi furt volají, ať dojdou na nějaké čištění střev. Předtím jsem měl špatné výsledky krve, vysoké ty markery, ale nešel jsem ještě nikam. Až bude možná někdy čas, tak se tam stavím.*“ P2 pouze sdělil, že mu ukázala sestra, jak pečovat o stomii a v případě problémů se dostavil k lékařskému ošetření. P2 uvedl: „*Řekla mi, jak se mám starat o stomii a že když bude nějaký problém, ať jdu k doktorovi.*“ P3 je v této oblasti sestrou více informován. P3 uvedl: „*Během léčby v nemocnici jsem dostal množství různých instrukcí ohledně součinnosti s napojenými přístroji a ohledně stravy. Při opuštění nemocnice jsem byl instruován ohledně diety, zacházení s ileostomií a se stomickými sáčky a o pravidelném proplachování podkožního portu.*“ P4 reaguje oproti ostatním probandům odlišně. P4 uvedl: „*Mně řekl onkolog, ať žiju tak, jak jsem zvyklý a ať jsem v životě spokojený. Žádný zdravý životní styl nedodržuju.*“ Obdobně reagoval i P6, který uvedl, že může dělat vše, co mu dělá dobře, jíst také vše, jen aby si udržel hmotnost a cítil se psychicky dobře. P6 uvedl: „*Mám žít tak, aby mi bylo dobře, abych byla v rámci možností spokojená. Mám si užívat. Hlavně nemám moc hubnout, abych měla energii. Beru antidepressiva. Docházím k psychologovi*

*a snažím se s nemocí nějak smířit.“ P5 odpověděl, že také si musí hlídat tělesnou hmotnost a jíst převážně stravu bohatou na minerály, vitamíny, dále s obsahem tuků a cukrů. P5 uvedl: „Na onkologii mně sdělili, jaký mám dodržovat režim, stravu, snažit si udržet hmotnost. Jíst stravu bohatou na tuky a cukry, abych měla dostatek energie. Pak dostatek minerálů, vitamínů, abych měla lepší imunitu. Já už bohužel mám i metastázy na játrech.“*

### **Lékařské prohlídky**

Lékařské prohlídky jeden z šesti probandů nepodceňuje a pravidelně se na ně dostavuje. Pouze jeden proband uvedl, že o lékařské vyšetření nemá zájem, protože lékařům nedůvěřuje. P1 uvedl: *„Nechodím. Doktorům nevěřím, léčím se sám. Jen teď mě tam dostali, ale už tam stejně nechodím, i když mě volají, že se mám stavit. Odmítám to, nenechám se dobrovolně vyšetřit.“* Další probandi sdělili, že prohlídky nepodceňují. P2 uvedl: *„Chodím jen na kontrolu na gastro jednou za půl roku. Zeptá se mě doktor, jak se mám, jaké mám problémy, zkontroluje břicho a vývod. Také chodím na rentgen. Odběry krve mi udělají. Předepíšou léky a pomůcky na stomii.“* P3 a P4 uvedli, že navštěvují pravidelně lékaře na onkologii a blíže popsali, jak prohlídka vypadá. P3 sdělil: *„Na pravidelné kontroly nyní po léčbě chodím na onkologii, odběr krve kvůli onkomarkerům, vyšetření na CT a kolonoskopie.“* P4 ještě dodal, že pravidelně navštěvuje i obvodního lékaře. P4 uvedl: *„Teď chodím pravidelně na kontroly k onkologovi a zajdu i obvodnímu doktorovi. Onkolog se mě zeptá, jestli mám nějaké potíže, odeberou krev a udělají mi vyšetření, jestli je všechno dobré.“* P5 a P6 sdělili, že dříve lékaře na pravidelné lékařské prohlídky nenavštěvovali, jen v případě nemoci či pokud dostali pozvánku od lékaře. Nyní ale uvedli, že lékaře pravidelně na onkologii navštěvují. P5 uvedl: *„Pokud jsem dostala pozvánku, tak jsem k lékaři šla, jinak ne a probíhají, že se mě zeptá na problémy, změří tlak, celkově prohmátá a odebere krev. Nyní chodím pravidelně. Jsem sledována na onkologii.“* P6 uvedl: *„Šla jsem jen při nemoci, a to nejsem moc často, takže pravidelně určitě ne a ani mi nic nikdy neříkal, že bych tam měla jít. Teď jsem v nemocnici u lékaře víc než doma.“*

### **Stravování**

Oblast stravování se u čtyřech probandů po onemocnění kolorektálním karcinomem moc nezměnila. Dva probandi uvedli, že přestali nebo omezili konzumaci alkoholu. P1 uvedl: *„Teď nepiju tolik alkoholu, jen někdy. Jím nepravidelně, chutná mi jíst až večer. A jím ty*

*prášky, co jsem dostal.“ Konzumaci alkoholu zanechal P3, uvedl: „Přestal jsem konzumovat alkohol. Jinak nic zvláštního. Stravování v podnikové restauraci. Omezují červené maso a snažím se konzumovat více zeleniny a ovoce.“ P2 sdělil, že jí vše, co mu chutná, nějak se ve stravování neomezuje. P2 uvedl: „Jím normálně všechno, na co mám chuť.“ P4 sdělil: „Jednou denně mám teplý oběd. Nechávám si vozit obědy z jídelny. A jinak piju pivo, občas si k tomu koupím rohlík se salámem, paštiku nebo párky.“ Dva z šesti probandů uvedli, že nyní nejí téměř nic, jelikož podstupují chemoterapii a na jídlo nemají ani pomyšlení. P5 uvedl: „Moc toho momentálně nesním. Nutím do sebe dostat nutridrinky, který mě doporučil doktor. Je mi zle, nemůžu cítit jídlo. Zvracím, je mi nevolno.“ P6 uvedl: „Když na něco mám chuť, tak si to dám, což je výjimečně, protože chemoterapie a biologická léčba mi dávají pořádně zabrat a na jídlo nemám vůbec chuť.“*

#### **Kategorie 4: Kvartérní prevence pacientů s kolorektálním karcinomem**

##### **Kvalita života**

Kvartérní prevence se zabývá kvalitou života pacientů s nevléčitelným onemocněním. Nyní se zabýváme kvalitou života pacientů s kolorektálním karcinomem. Dva z šesti probandů uvedli, že je nemoc nyní v běžném životě omezuje hodně. Nemohou se věnovat naplno rodině, chodit do společnosti, jen většinu času tráví v nemocnicích a cítí se psychicky a fyzicky vyčerpaní. P5 uvedl: „Omezuje mě hodně. Nyní docházím na chemoterapie a je mi hrozný zle. Mám pocit, že nedokážu vůbec fungovat. Domácnost nezvládám, ale manžel a děti hodně pomáhají. Na děti nemám sílu, což mě moc mrzí, že se jim nemůžu naplno věnovat. Do práce nechodím, jsem tedy jen doma a v nemocnici.“ Podobně reagoval i P6, který uvedl: „Omezuje hodně. Nechodím mezi lidi, jsem jen doma, je mi špatně. Nikam ani nemůžu. Je mi mizerně. Nemám sílu. Oporou jsou mi děti, které to nesou snad hůře než já.“ Další z probandů sdělil, že je v invalidním důchodě a omezuje ho hlavně zavedený port. P1 uvedl: „Mám port, tak to překáží. Jsem v částečném důchodě. Někdy je mi fakt zle, ale k doktorům nepůjdu, nemůžu, musím do práce. Bojím se doktorů, nevěřím jim. Dobrovolně tam chodit nebudu.“ P2 sdělil, že po operativním zákroku, při kterém mu byla vytvořena stomie, byl raději uzavřený doma a vyhýbal se společnosti. Po uplynutí pár let si na stomii musel zvyknout a navštíví občas společnost. P2 uvedl: „Moc nikam nechodím. Ze začátku jsem nechodil vůbec nikam, styděl jsem se. Teď už je to lepší, na pivo do hospody si dojdu. Začátek byl těžký. Neuměl jsem s tím pořádně zacházet, nemohl jsem si na to zvyknout. Nepříjemné je, jak to vydává zvuk.“



Naopak P3 reaguje, že ho nemoc už nijak nyní neobtěžuje, jelikož léčba onemocnění proběhla úspěšně. P3 uvedl: „*Nijak, rakovina je v remisi.*“ Podobně reaguje i P4, který sdělil, že ho onemocnění nijak neomezuje a snaží se být stále spokojený, jako když nemoc neměl. P4 uvedl: „*Nijak. Nikdy jsem to neřešil a nezajímal se o to. Když jsem měl vývod, tak jsem ho měl, bylo mi to jedno. Žiju furt stejně a jsem spokojený.*“

## 5 DISKUZE

V diplomové práci jsme se zaměřili na nejčastější tři nemoci z oblasti trávicího traktu – kolorektální karcinom, gastroduodenální vředová choroba a chronické nespecifické střevní zánětlivé onemocnění.

Gastrointestinální nemoci jsou v České republice velice rozšířené a hlavní úlohou sestry je apelovat na veřejnost ohledně preventivního opatření. Proto touto diplomovou prací jsme chtěli docílit, aby lidé prevenci nepodceňovali a zamysleli se nad svým zdravím. Možnost chránit si své zdraví má dnes každý člověk, ale samozřejmě záleží pouze na každém z nás, na naší zodpovědnosti vůči sobě samým, jakým způsobem se ke svému zdraví budeme stavět. Tuto myšlenku uvádí ve svém zdroji Lehocká (2008) a my s tímto tvrzením souhlasíme. Chtěli jsme, aby se lidé také nad svým zdravím zamysleli, jak o něj dbají a zda nemohou pro něj udělat více.

Tázali jsme se deseti zdravých probandů na preventivní opatření a na primární prevenci poskytovanou sestrou u praktického lékaře a musíme uvést, že dle zdravých probandů není prevence u praktického lékaře samozřejmostí, ale výjimkou. Někteří zdraví jedinci nevědí, na jaká preventivní vyšetření mají s věkem nárok a bohužel někdy ani neví, jaké varovné potíže signalizují vážné onemocnění.

Analýza činnosti sestry byla zkoumána kvalitativním šetřením za účelem vymezení rolí sester v prevenci vybraných onemocnění gastrointestinálního traktu. Tázali jsme se na role sester týkající se prevence onemocnění gastrointestinálního traktu a na screeningové programy onemocnění gastrointestinálního traktu.

Dotazovali jsme se nemocných s kolorektálním karcinomem, chronickými nespecifickými střevními záněty a gastroduodenální vředovou chorobou na jejich životní styl před onemocněním a po onemocnění. I když si uvědomujeme, že zdravý životní styl není hlavní důvod nemocí. Někteří lidé žijí zdravým životním stylem a stejně u nich některé dané onemocnění propukne. Někdo sdělil, že jedl zdravě, byl aktivní sportovec, nekouřil, nepil alkohol, měl optimální tělesnou hmotnost a stejně onemocněl některou z uvedených nemocí. O prevenci onkologického onemocnění pojednává Žaloudík (2008), který tvrdí, že ve většině případů zhoubným nádorům předcházet nedokážeme, ale můžeme pouze snižovat riziko jejich vzniku. Dále jsme se zajímali o diagnostiku nemocí,

lékařské prohlídky, znalosti o prevenci komplikací dané nemoci, dietní omezení a o kvalitu.

Rozhovory s pacienty s kolorektálním karcinomem byly obtížné. Těžko jsem sháněla probandy, kteří byli ochotní si se mnou popovídat. Chápu, že o nemoci většina lidí nerada hovoří, ale najdou se i tací, kteří rozhovor vnímali, že ostatním lidem sdělí informace o nemoci a upozorní je na nutnost prevence. Například někteří probandi uvedli, že právě na prevenci nekladli důraz a chtějí upozornit zdravé jedince, aby prevenci nepodceňovali. Při rozhovoru s nemocnými s kolorektálním karcinomem, když jsem vyslovila slovo prevence, jsem z výrazu obličeje poznala zlobu a rozčílení. Toto slovo některé probandy rozhořčilo a rozpoutalo negativní debatu. Necháпали, proč se jich tážeme na prevenci, že u nich už je prevence zbytečná, když už jsou nemocní. Hovořit s nimi o primární prevenci nebylo vhodné, jelikož většina probandů si nedokázala připustit, že by nějaký podíl na vině nemoci mohli způsobit sami. Při dotazu o životním stylu před onemocněním je ale patrné u některých probandů, že podíl na vině nemoci mohli způsobit špatným životním stylem. Čtyři z šesti probandů (P1, P2, P3, P4) sdělili, že konzumovali denně alkohol a kouřili cigarety. Proband P4 odpověděl: *„Nevím, co bych k tomu řekl. Životní styl nevím, co to je. Mám se přiznat, že jsem alkoholik, piju deset piv denně celý život. Jím jednou denně, a to poledne oběd, který mi přivezou. Žiju sám. Nikoho jiného nemám. Bydlím v domě, nemám si s kým popovídat. Jen s chlapy před obchodem, kde sedíme a pijeme pivo.“*

Nevím, jestli je to pouze nyní náhoda, že tito nemocní s kolorektálním karcinomem žili podobným životním stylem a onemocněli. Myslím si, že denní konzumace alkoholu a kouření tabáku lidem velice škodí a na zdraví se negativně projevuje, což potvrzuje ve svém zdroji Falt a kol. (2015). Bohužel, i když na krabičkách od cigaret je psané varování a konzumace alkoholu je také propagována jako škodlivý faktor, je užívání těchto škodlivých látek velice rozšířené. Sice sdílím názor i s probandem P4, pokud už u jedince nemoc propukne, tak už na změnu životního stylu je většinou pozdě. P4 uvedl: *„Mně řekl onkolog, ať žiju tak, jak jsem zvyklý a ať jsem v životě spokojený. Žádný zdravý životní styl nedodržuju.“*

Proband P1 k otázce týkající se životního stylu uvedl tuto větu: *„Tak, že by se mělo něco dodržovat, ale k čemu, na něco umřít musíme, takže já to nedodržuju.“* Tento názor chápu, i když ne, vždy je toto rozhodnutí pravda. Řešit, že někdo žije zdravým životním

stylem a je zdravý, ba naopak, že někdo žije zdravým životním stylem a je nemocný, není podle mého názoru v našich silách, ale v silách vyšších.

Devět z deseti dotazovaných zdravých probandů odpovědělo, že sestra u praktického lékaře s nimi o primární prevenci nehovoří a ani neví, co tento pojem znamená. Pouze jeden proband uvedl, že ho lékařka upozornila na dietní opatření a omezení alkoholu. ZJ7 uvedl: *„Říká mi, že bych neměl jíst tolik tlustého, že mám hodně cholesterolu. A taky to sladké, kvůli té cukrovce. A taky, že bych neměl tolik piva.“* Tohle si myslím, že je rozhodně špatně. Sestra u praktického lékaře má být, jak už jsem psala výše, hlavní edukátorka o prevenci. Má apelovat na pacienty, aby docházeli pravidelně na lékařské prohlídky, aby dbali o životní styl a snažili se vyvarovat stresovým faktorům. Byli informováni o prvotních příznacích nejčastějších nemocí a byli obeznámeni, na jaké preventivní programy mají s věkem nárok. Zdraví probandi uvedli, že na pravidelné lékařské prohlídky docházejí, naopak nemocní probandi uvedli, že na preventivní prohlídky k lékaři pravidelně před onemocněním nedocházeli. Jeden z probandů s kolorektálním karcinomem odpověděl, že o prevenci vůbec nedbal. P1 uvedl: *„Nechodil jsem k doktorovi. Nevěřím jim, léčil jsem se sám a ani teď tam moc nechodím. Takže o prevenci vám nic neřeknu. Stejně prevence je k ničemu, to jsou jen kecy, co by se mělo a zastrášování. Prevence je flaška alkoholu.“*

Všech šest probandů s kolorektálním karcinomem sdělilo, že od sestry u praktického lékaři nikdy o prevenci před onemocněním neslyšeli. P5 uvedl: *„Nehovořila. Nějak mě nepoučila a myslím si, že je to velice špatně. Nenavštívila jsem včas lékaře, podcenila jsem první příznaky a takhle to dopadlo. Lékař ani sestra mě na nic neupozornili a mě bylo trapné sdělovat, jaké mám problémy, jako krev ve stolici.“* Prevence je velmi zanedbána a podle mého názoru by se měly sestry u praktického lékaře nad tímto problémem zamyslet a řešit. Měly by mít povinně přednášky, jak poučovat pacienty o prevenci nemocí a při každé návštěvě pacienta v ordinaci poučit. Bohužel, nevím, proč tomu tak je, ale komunikace s pacienty ze strany sester, ale i lékařů je ve většině případů zanedbána. V diplomové práci Bc. Kristýny Dědičové (2017) výzkumné šetření prokázalo, že sestry z lůžkového oddělení komunikují s pacienty o prevenci nádorového onemocnění častěji než sestry u praktických lékařů. Sestry u praktických lékařů se z oblasti prevence spoléhají na lékaře. Toto zjištění se shoduje i s našimi získanými informacemi od nemocných probandů. Zjištění se netýká pouze pacientů s nádorovým onemocněním, ale je vidět, že i pacienti s nespecifickými střevními chronickými záněty

a pacienti s gastroduodenální chorobou nejsou v ordinacích praktických lékařů sestrou o prevenci edukováni, ale informace o nemoci získávají na specializovaných pracovištích.

O prevenci jsou zdraví jedinci či nemocní ve většině případů informováni z mediálních či tištěných zdrojů. ZJ1 uvedl: „*Když si koupím časopis, tak se podívám, jak by se třeba mělo správně jíst a vařit, ale mám to zažité jinak, takže tak nežiju.*“ ZJ3 uvedl: „*Ano, to se sama zajímám. Většinou na internetu vyhledávám různé články, videa, blogy o dietách, jak má správně vypadat jídelníček a tak.*“ Na otázku, jak byli pacienti poučeni sestrou o terciární prevenci neboli prevenci komplikací, jsme dostali odezvu negativní. Proband s nespecifickým střevním chronickým zánětem střev uvedl (P1): „*Jako každý letáček na stole v čekárně. Jelikož jsem v oboru, tak jsem ani více informací nevyžadovala. Většinu věcí jsem si našla v knize nebo na internetu v různých diskuzích.*“ Záporně reagoval proband také s nespecifickým střevním chronickým zánětem střev (P5), který uvedl: „*Sestra mě nikdy v ničem nepučila.*“ Podobně reagoval i proband s gastroduodenální chorobou, (P1) uvedl: „*Nepoučila mě o žádných. Žádné komplikace neznám. Nevím, neslyšela jsem o nich od sestry.*“ Pouze probandi s kolorektálním karcinomem sdělili, že o prevenci komplikací byli poučeni na oddělení onkologie, kde se dozvěděli různé rady týkající se nemoci a poučení, ale od sestry u praktického lékaře nikdy o prevenci neslyšeli. Proband s kolorektálním karcinomem (P3) sdělil, že o prevenci z úst sestry u praktického lékaře neslyšel, poučení zná pouze z onkologie. P3 uvedl: „*Nikdo se mnou nehovořil o prevenci. Řada instrukcí se týkala, jak si mám počínat během různých fází léčby. Během léčby mi moje onkoložka vyslovila varování před některými doplňky stravy.*“

Nemocní s chronickými nespecifickými střevními záněty také sdělili, že o prevenci od sestry u praktického lékaře neslyšeli. Poučení o nemoci jim bylo sděleno v ordinaci gastroenterologie. Jak je vidět, tak o primární prevenci není vůbec dbáno, pouze pak o prevenci sekundární a terciární, a to jenom u specialistů, ale ne v ordinacích praktických lékařů. Stejná situace je i u probandů s kolorektálním karcinomem a u probandů s gastroduodenální chorobou.

Z výzkumného šetření od sester jsme se dozvěděli, jak edukují pacienty v rámci primární, sekundární, terciární a kvartérní prevence. Nováková (2011) popisuje, že primární prevence probíhá u zdravých lidí za účelem předcházení zdravotních problémů. Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění a

zabránění rozvoji choroby. Terciární prevence je zaměřena na lidi, u kterých onemocnění propuklo, a snažíme se zde zabránit komplikacím nemoci.

Bohužel nelze říci z rozhovorů, jak skutečně probíhá debata s pacienty o prevenci nemocí. Jelikož, jak už jsem zmínila, zdraví jedinci a nemocní poukázali na nedostatečnou informovanost prevence z úst sester. Prokazatelnější výsledky by ukázala metoda pozorování. Sestra z oddělení gastroenterologie například sdělila, jak edukuje pacienty s gastroduodenální chorobou. SG2 uvedla: „*Upozorním na riziko komplikací, které mohou způsobit i život ohrožující situaci.*“ Další sestry většinou také uvedly nějaké edukativní opatření. Pouze SO3 pracující u obvodního lékaře na otázku ohledně edukace nevěděla odpověď. Sestry pracující u praktického lékaře nechávají edukaci na specialistech. Na jednu stranu si myslím, že je to dobře, že nemocní mají lepší informace o nemoci přímo od specialisty, ale na druhou stranu si stále myslím, že sestra u praktického lékaře má být hlavní edukátorka. Se sestrou u obvodního lékaře se setkáváme dle mého uvážení určitě víckrát než se specialisty, a proto sestra má ohledně prevence hlavní úlohu.

Z oblasti primární prevence sestry edukují pacienty o rizikových faktorech, které pro člověka představují riziko vzniku nemoci a mohou vést k nádorovému onemocnění - např. kouření tabáku, nevhodná výživa, konzumace alkoholu, manipulace s nebezpečnými látkami, nadváha, stresové faktory, jak konstatuje Hrubá a kol., (2001). Na otázku zdravého životního stylu reagovaly všechny sestry podobně. Vědí, že zdravý životní styl je důležitý a popsaly, co do této oblasti všechno řadíme.

Sestra z gastroenterologie přispěla svou odpovědí týkající se terciární a kvartérní prevence kolorektálního karcinomu, kde vyjádřila i záporný příklad preventivní medicíny. SG1 uvedla: „*Pacient je zván na pravidelné kontroly. Osobně se domnívám, že je sporné, co pacientovi více prospěje – pravidelné nepříjemné endoskopické kontroly spojené s nervozitou, jak dopadnou výsledky, dlouhé vysedávání v čekárnách lékařů nebo klidný život bez obav a nervozity do doby, než se objeví recidiva, objeví-li se vůbec? Osobně nemám zcela důvěru v preventivní medicínu, nejsem si zcela jistá, jak bych se sama v takové situaci zachovala.*“ Nad touto myšlenkou jsem se musela pozastavit a zamyslet se nad ní. Musím uznat, že nad tímto vyjádřením je také hodně pravdy a chápu lidi, kteří se lékařům vyhýbají, popřípadě odmítají i léčbu. Nikdo nikdy nevíme dopředu, jak se v daných situacích zachováme. Nyní jsem si opět vzpomněla na pacienta

s kolorektálním karcinomem (P1), který nemá důvěru v medicíně a odmítá lékařská vyšetření. P1 uvedl: „*Nechodím. Doktorům nevěřím, léčím se sám. Jen teď mě tam dostali, ale už tam stejně nechodím, i když mě volají, že se mámavit. Odmítám to, nenechám se dobrovolně vyšetřit.*“

Zděšení a rozčilení u nás rozpoutala otázka, která byla kladena zdravým probandům starších 50 let týkající se testu Hemocult. Jak uvádí ve své publikaci Brabcová a kol. (2009), lidé mají nárok od 50 let na preventivní vyšetření pomocí testu Hemocult a od 55 let po deseti letech mohou využít preventivní kolonoskopii. Toto uvádí i ve zdroji Košta (2013). Čtyři probandi v této věkové kategorii uvedli, že nebyli informováni o možnosti preventivního vyšetření ke zjištění kolorektálního karcinomu. Mysleli jsme, si že je to lékařská povinnost, ale bohužel, jak je vidět, není to skutečností. Zajímalo by mě osobně, jak toto lékaři vykazují zdravotním pojišťovnám. Je velká škoda, že lidé povinně nekontrolují výpis lékařského vyšetření, co účtuje obvodní lékař zdravotním pojišťovnám. Bohužel ani já jsem tuto možnost ještě nevyužila, ale velice by mě zajímala. ZJ6, ZJ8, ZJ9 a ZJ10 na otázku ohledně edukace týkající se testu Hemocult odpověděli záporně. ZJ9 uvedl: „*Ne. Lékařka mě neinformovala.*“ ZJ10 také sdělil: „*Ne. Ale před třemi lety jsem o test požádal sám, jelikož mi říkala manželka, ať se na to zeptám.*“

Proband ZJ5, kterému je sice 44 let, takže na preventivní test Hemocult nemá dle preventivních programů nárok, přispěl do rozhovoru vlastní zkušeností ohledně prevence. ZJ5 uvedl: „*... Chtěla bych dodat, jak mluvíme takhle o nemocech. Tak mám takovou zkušenost s lékařem, kdy jsem ho požádala o test na stolici, protože jsem měla problémy a bála jsem se nemoci. Doktor mi řekl, že na test nemám nárok, že je to pro lidi od 50 let a já do této kategorie ještě nepatřím, tak ať se nestresuji.*“ Tato zkušenost nás negativně překvapila. Myslím si, že je hloupost přesně stanovit věkovou hranici, od kdy test dávat a nedávat. Bohužel kolorektální karcinom postihuje i lidi mladší 50 let. Lidé neví, že test si mohou i oni sami zakoupit v lékárně a provést si test na okultní krvácení ze stolice doma. Dle provedených šesti rozhovorů je patrné, že kolorektální karcinom propukl u lidí mladších 50 let. P1, P2, P3 a P4 onemocněli kolorektálním karcinomem, když jim ještě nebylo 50 let, takže preventivní programy nevyužili. Proband P5 onemocněl ve věku 45 let na jaře v roce 2018. P5 uvedl: „*Onemocněla jsem letos na jaře. A přišlo se na to bohužel až v pokročilém stadiu, a to až mi začalo být opravdu zle, tak jsem navštívila obvodního lékaře, který mě odeslal do nemocnice. A tam mi byla sdělena po vyšetření kolonoskopie, odběry krve, rentgeny, CT a tak dál tato diagnóza.*“ Sdělil také, že bohužel

o prevenci s ním v ordinaci praktického lékaře hovořeno nebylo. P5 uvedl: „*Nehovořila. Nějak mě nepoučila a myslím si, že je to velice špatně. Nenavštívila jsem včas lékaře, podcenila jsem první příznaky a takhle to dopadlo. Lékař ani sestra mě na nic neupozornili a mě bylo trapné sdělovat, jaké mám problémy, jako krev ve stolici.*“ Podle mého názoru je to velice špatně. Úlohou sestry je pacienty informovat o prvotních příznacích a příčinách nemoci, aby se nestala situace jako u zdravého jedince (ZJ6), který při dotazu, týkajícího se příznaků kolorektálního karcinomu a celkové prevence před nemocí gastrointestinálního traktu, netušil žádnou odpověď. Nevěděl, že krev ve stolici může signalizovat vážné onemocnění, že kolorektální karcinom je považován za nemoc nejrozšířenější a další znalosti ohledně stravovacích návyků a konzumace alkoholu. Na otázku, co si představujete pod pojmem zdravý životní styl, odpověděl ZJ5 poněkud zvláště. ZJ5 uvedl: „*Kameny, deprese.*“ I při podrobnější debatě o životním stylu proband odpověď netušil. Nedokázal vyjmenovat nemoci, které mohou vzniknout ze špatného stravování. Pouze uvedl (ZJ5) upozornění: „*Když se jí studený, tak bolí žaludek.*“

Proband P6 s kolorektálním karcinomem sdělil, že bohužel mu byla diagnóza zjištěna až v pokročilém stadiu a upozorňuje zdravou populaci, aby dbali o prevenci a nepodceňovali ji. P6 uvedl: „*Rakovina mi byla určena před sedmi lety po prvním porodu. Začala jsem pozorovat krev ve stolici, obtížné vyprazdňování, bolesti břicha. Později jsem si nahmatala i bouli v břiše. K doktorovi jsem přišla pozdě. Zjistili mi adenokarcinom. První příznaky nemoci jsem podcenila a teď si můžu tlouct hlavu, jak jsem blbá. Kdybych šla včas, mohlo se ještě něco dělat. Bohužel jsem podstoupila PET CT a byla mi sdělena šílená zpráva, že mám metastázy na obou plicích, které jsou neoperovatelné. Nyní podstupuji znova chemoterapie, a ještě biologickou léčbu, bez zázračných výsledků. Mám doma čtyři děti, který jsou mým hnacím motorem v boji s touhle mrchou. Dbejte víc na prevenci, ať se lidé nebojí jít k lékaři, ať tam jdou s blbostí, vždyť je to jedno. Tak vám doktor vynadá, co otravujete, že to nic není, ale nedopadnete jako já. Prevence je důležitá, jen se jí věnujte.*“ U dalších dvou probandů (P1 a P2) kolorektální karcinom propukl také před věkovou hranicí 50 let.

Možnost preventivní kolonoskopie, která je hrazena zdravotní pojišťovnou od 55 let věku, také není lidem známa. Jeden proband uvedl, že preventivní kolonoskopii podstoupil, jelikož kolorektální karcinom byl diagnostikován rodinnému příslušníkovi. ZJ9 sdělil: „*Byla jsem před deseti lety na koloskopii. Mojí mamince byl odhalen nádor*



*tlustého střeva, tak jsem musela podstoupit kolonoskopii, zda nádor také nemám.*“ Čtyři probandi (ZJ2, ZJ7, ZJ8, ZJ10) spadající do kategorie 55+ uvedli, že na preventivní kolonoskopii nebyli a někteří ani nevěděli, že lze této možnosti využít, jak uvedl ZJ2: *„Ne ještě ne, nikdo mě tam neposlal a ani nevím, že na to je nárok.“*

Preventivní opatření týkající se gastrointestinálního traktu by mělo být poskytováno v ordinacích praktického lékaře, kde má být dbáno prvotně na prevenci primární. Nezapomínat ale ani na prevenci sekundární a terciární. Sestry na interním oddělení musí v rámci prevence dbát převážně na prevenci sekundární a terciární. V gastroenterologické ambulanci mají sestry edukovat pacienty o prevenci převážně terciární a kvartérní.

Žaloudík (2008) ve svém zdroji popisuje i prevenci kvartérní, na kterou většina odborných zdrojů neklade důraz. Žaloudík (2008) popisuje kvartérní prevenci jako nezvratný průběh nemoci, kdy smrti se nejde vyhnout. SG3 uvedla: *„V rámci terciární prevence jsou poučeni pacienti o možnosti vzniku komplikací a v kvartérní prevenci, nevím přesně, co si pod pojmem představit, ale myslím si, že se snažit pacientovi zajistit kvalitní život, i když není možnost léčby.“* Kvartérní prevence není mezi ošetrovatelským personálem téměř rozšířena. Negativně vnímáme, že celkově oblast prevence je z pohledu sester podceňována.

Sedláčková (2017) doplňuje, že problém u většiny populace je v oblasti stravování, jelikož dnešní doba je uspěchaná a někteří lidé si nenajdou ani chvíli klidu, aby se najedli. Stravují se v rychlém občerstvení, konzumují za chůze a ani si neuvědomují, jak svému zdraví škodí. S tímto tvrzením souhlasíme, i zjištěné výsledky bohužel tuto skutečnost potvrzují. Tvrzení potvrzuje pacient s gastroduodenální chorobou, P3 uvedl: *„To právě jsem zdravě nejedl a ani pravidelně. Kupoval jsem si bagety, a tak různě jídlo v rychlém občerstvení. Jedl jsem za pochodu.“*

Závěrem práce chci uvést tuto větu. Probandi vědí, co znamená pojem prevence a zdravý životní styl, ale jak uvádí ve své publikaci Lehocká (2008), informace o zdravém životním stylu není problém získat, ale dodržovat.

## 6 ZÁVĚR

V teoretické části diplomové práce jsme se zaměřili na popis typů prevence poskytované sestrou. Dále jsme se zabývali popisem námi vybraných onemocnění gastrointestinálního traktu – kolorektálním karcinomem, nespecifickými chronickými střevními záněty střev a gastroduodenální chorobou.

V empirické části diplomové práce jsme definovali dva cíle a osm výzkumných otázek. Průzkum jsme uskutečnili pomocí kvalitativního šetření technikou hloubkového polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovory byly provedeny s deseti probandy ze skupiny zdravé populace. Dále také se třemi sestrami pracujícími u obvodního lékaře, se třemi sestrami z interního oddělení a třemi sestrami z oddělení gastroenterologie. Poté jsme oslovili šest pacientů s gastroduodenální chorobou, šest pacientů s nespecifickými chronickými střevními záněty a šest pacientů s kolorektálním karcinomem.

Chtěli jsme zjistit, jakou mají sestry roli v prevenci vybraného onemocnění gastrointestinálního traktu a zmapovat oblast primární, sekundární a terciární prevence u vybraného onemocnění gastrointestinálního traktu. Cíle byly splněny.

V empirické práci jsme dospěli k mnoha výsledkům, ať pozitivním, tak negativním. Z výzkumného šetření A (zdravá populace), kterého se zúčastnilo deset probandů, jsme dospěli k závěru, že lidé vědí, co znamená zdravý životní styl, ale jeho dodržování už není samozřejmostí. Za pozitivní stránku považujeme, že lidé většinou docházejí pravidelně na lékařské prohlídky. Negativní výsledek výzkumného šetření dle zdravé populace je ten, že sestry u praktického lékaře pacienty needukují ohledně primární či sekundární prevence. Někteří zdraví probandi tedy nemají základní znalosti o možných příčinách a projevech nemoci. Nejsou jim obeznámeny ani preventivní programy, na které mají s věkem nárok.

Z výzkumného šetření B týkajícího se sester jsme se zabývali tím, jak edukují pacienty ohledně zdravého životního stylu, které screeningové metody u daného onemocnění využívají a jakým způsobem jsou provedeny. Také jak poučují pacienty v rámci sekundární, terciární či kvartérní prevence. Ze získaných výsledků jsme dospěli k závěru, že role sestry edukátorky je spíše nenaplněná. Roli sestry edukátorky jsme považovali u sester pracujících u obvodního lékaře z pohledu prevence za nejdůležitější, ale bohužel dotazované sestry takové znalosti neprokázaly. Sestry z interního a

gastroenterologického oddělení naplnily funkci edukátorky lépe z pohledu sekundární, terciální a kvartérní prevence. Ze získaných rozhovorů prokázaly sestry orientovanost v prevenci sekundární a terciální prevence. V rámci kvartérní prevence jsme očekávali lepší znalost. Dospěli jsme k názoru, že termín kvartérní prevence není sestram obznaný.

Z výzkumného šetření C (pacienti s gastroduodenální chorobou) jsme zjistili, jak probíhá screeningové vyšetření, jaká dietní omezení pacientům nemoc přináší a jak je nemoc omezuje v běžném životě. Dále nás zajímalo, zda mají informace o prevenci nemoci, znají riziko vzniku komplikací a ví, jak komplikacím předcházet. Oblast prevence považujeme ze strany zdravotnického personálu za velmi podceněnou. Oblast životního stylu byla u pacientů podceňována, ale nyní po onemocnění se snaží dbát o životní styl. Nemocní také poukázali, že neznají možné komplikace nemoci, jelikož je sestra o žádných nepoučila.

Z výzkumného šetření D (pacienti nespecifickými střevními chronickými záněty střev) nás také zajímali otázky týkající se screeningového vyšetření, také jsme se zajímali, jaké pociťovali prvotní příznaky a kdy jim byla nemoc diagnostikována. Zajímali jsme se, jaká jim nemoc přináší dietní omezení a režimová opatření. S nemocnými jsme hovořili i o kvalitě života s daným onemocněním. Opět zmíníme jako výsledek výzkumného šetření nedostatečnou informovanost o sekundární a terciální prevenci. Životní styl po onemocnění se pacientům úplně změnil a způsobuje jim potíže v běžném životě.

Z výzkumného šetření E (pacienti s kolorektálním karcinomem) jsme se zajímali, jaký životní styl měli nemocní před onemocněním a po onemocnění. Ptali jsme se, zda dbali pravidelně na lékařské prohlídky a jaké pozorovali prvotní příznaky nemoci. Také jsme se tázali na postup léčby a znalost komplikací nemoci. Diskutovali jsme i o režimovém a dietním opatření, které jim bylo doporučeno. Zajímali jsme se také, jak vnímají kvalitu života s daným onemocněním. Ze získaných výsledků jsme dospěli k závěru, že téměř všichni oslovení probandi měli podobný životní styl před onemocněním. Konzumovali denně alkohol, užívali tabákové výrobky, byli ve stresu, neuměli odpočívat, neměli kvalitní spánek a nedbali o kvalitní stravování. Také jsme dospěli k závěru, že oblast prevence není všem nemocným obznaná. Kvalita života u nemocných je bohužel špatná. Léčba způsobuje velká potíže v běžném životě.

Získané výsledky z výzkumné části mě přiměly k zamyšlení, zda i já sama správně edukuji pacienty a poskytuji jim srozumitelné informace o prevenci.

Výsledky výzkumného šetření budou zpracovány do brožury určené pro pacienty s vybraným onemocněním gastrointestinálního traktu (viz příloha 8). Získané informace budou také nabídnuty k publikaci do odborného časopisu Gastroenterologie a hematologie – České gastroenterologické společnosti.

Výsledky práce mohou sloužit jako studijní materiál studentům zdravotnických škol a sestřám pracujícím v ambulantní či lůžkové oblasti. Výsledky mohou sloužit i jako podklad pro tvorbu seminářů nebo odborných přednášek.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ADÁMKOVÁ, V., 2011. Institut klinické a experimentální medicíny, pracoviště preventivní kardiologie. *Realita dodržování stravovacích doporučení v praxi – strava jako prevence civilizačních chorob* [online]. IKEM Praha, Interní Med.; 13(11): 427–430. [online]. [cit. 2018-01-06]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.internimedica.cz/artkey/int-201111-0003\\_Realita\\_dodrzovani\\_stravovacich\\_doporuceni\\_v\\_praxi-strava\\_jako\\_prevence\\_civilizacnich\\_chorob.php](https://www.internimedica.cz/artkey/int-201111-0003_Realita_dodrzovani_stravovacich_doporuceni_v_praxi-strava_jako_prevence_civilizacnich_chorob.php).
- 2) ANAMNÉZA.CZ, 2014. *Peptický vřed*. ISSN 1802-8489. [online]. [cit. 2017-12-10]. ISSN 1802-8489. Dostupné z. <http://www.anamneza.cz/nemoc/Pepticky-vred-242>.
- 3) BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ J., NALOS D., ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
- 4) BERR, F. et al., 2014. *Early neoplasias of the gastrointestinal tract: endoscopic diagnosis and therapeutic decisions*. New York: Springer, ISBN 978-1-4614-8291-8.
- 5) BOSANI, M., et al., 2009. *Biologic targeting in the treatment of inflammatory bowel diseases.*, *Biologics*. 3: 77–97. Epub 2009 Jul 13. [online]. [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726060/>
- 6) BURDA, P., ŠOLCOVÁ L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.
- 7) BRABCOVÁ, I., KYSELOVÁ M., MACHOVÁ A., 2009. Prevence kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. Solen; 3(5): 316–318. [online]. [cit. 2017-01-05]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2009/05/11.pdf>.
- 8) CANAN, A., 2008. *Manual of Gastroenterology: Diagnosis and Therapy*. Fourth Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Boston. Massachusetts. ISBN 978-07-817-3362-5.
- 9) CELOSTNÍMEDICINA.CZ, 2007. Informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny. *Idiopatické střevní záněty I*. [online]. [cit. 2019-02-02]. Dostupné z: <https://www.celostnimedica.cz/idiopaticke-strevni-zanety-i.htm>.

- 10) CILENA – LECBA.CZ, 2018. *Nespecifické střevní záněty*. Meditorial. ISSN 1804-1892. [online]. [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <http://www.cilena-lecba.cz/nespecificke-strevni-zanety>.
- 11) COLOMBEL, J. F. et al., 2010. Infiximab, Azathioprine, or Combination Therapy for Crohn's Disease. *The New England Journal of Medicine*, vol. 362, n. 15, p. 1383-95. ISSN 1533-4406.
- 12) COX, C. L., STEGGALL, M. J., COUTTS, A. M., 2012. *Fundamental Aspects of Gastrointestinal Nursing*. [online]. London: Quay Books Division, 20 s. [cit. 07. 05. 2017]. ISBN-10: 1 85642 426 X. Dostupné z: [http://www.quaybooks.co.uk/book-images/2/FilesSamples/1188Q4264FAGast\\_00000000643.pdf](http://www.quaybooks.co.uk/book-images/2/FilesSamples/1188Q4264FAGast_00000000643.pdf).
- 13) CZEFFER, L., PAPEŽOVÁ M., 2008. *Role a kompetence sester v multidisciplinárním týmu*. Nemocnice Vsetín. Otrokovice. [online]. [cit. 2018-12.23]. Dostupné z: <https://nemocnice-vs.cz/download/PP%20role%20a%20kompetence%20sestre.ppt>
- 14) ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3213-8.
- 15) DAHLKE, R., 2014. *Nemoc jako symbol: [příručka pro výklad příznaků psychosomatických chorob a jejich řešení]*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0369-2.
- 16) DĚDIČOVÁ, K., 2017. *Možnosti uplatnění všeobecné sestry v rámci prevence nádorového onemocnění*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- 17) DÍTĚ, P., 2001. Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění. *Interní Med.*; 2001 / 10. S. 451-454. [www.prakticka-medicina.cz](http://www.prakticka-medicina.cz). [online]. [cit. 2017-11-21]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2001/10/04.pdf>.
- 18) DÍTĚ, P., 2006. Vředová nemoc žaludku a dvanáctníku, současné léčebné trendy. *Interní Med.*; 8(5): 231–234. [online]. [cit. 2017-09-05]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200605-0006\\_Vredova\\_nemoc\\_zaludku\\_a\\_dvanactniku\\_Soucasne\\_lecebne\\_trendy.php](https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200605-0006_Vredova_nemoc_zaludku_a_dvanactniku_Soucasne_lecebne_trendy.php)
- 19) DÍTĚ, P., 2008. Současnost a perspektivy medikamentózní suprese kyseliny solné. *Interní hepato-gastroenterologická klinika MU a FN*, Brno; 62(4): 209–214. [online]. [cit. 2017-12-04]. ISSN 1213-323X. Dostupné z: <http://www.csgh.info/detail.php?stat=339>.

- 20) DRLÍKOVÁ, K., ZACHOVÁ V., KARLOVSKÁ M., 2016. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5712-4.
- 21) EHRMANN, J., HŮLEK P., 2014. *Hepatologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5510-6.
- 22) FAIT, T., VRABLÍK, M., ČEŠKA, R., 2011. *Preventivní medicína*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-237-7.
- 23) FÍNEK, J., 2008. Biologická léčba kolorektálního karcinomu. *Interní medicína pro praxi*. 10(2): 54-57. [online]. [cit. 2017-11-20]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.internimedica.cz/artkey/int-200802-0003\\_Biologicka\\_lecba\\_kolorektalniho\\_karcinomu.php](https://www.internimedica.cz/artkey/int-200802-0003_Biologicka_lecba_kolorektalniho_karcinomu.php).
- 24) FRIČ, P., et al., 2007. Screening sporadického kolorektálního karcinomu v ČR. *Interní medicína pro praxi*; 9(5): 221-224. [online]. [cit. 2017-11-20]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.internimedica.cz/artkey/int-200705-0005\\_Screening\\_sporadickeho\\_kolorektalniho\\_karcinomu\\_v\\_Cr.php](https://www.internimedica.cz/artkey/int-200705-0005_Screening_sporadickeho_kolorektalniho_karcinomu_v_Cr.php).
- 25) GABLEC, L., 2009. Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní oddělení – gastroenterologie*, Orlickoústecká nemocnice a. s., Interní Med.; 11(6): 276–281. [online]. [cit. 2017-11-12]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.internimedica.cz/artkey/int-200906-0006\\_Ulcerozni\\_kolitida-klasifikace\\_diagnostika\\_lecba\\_a\\_kvalita\\_zivota.php](https://www.internimedica.cz/artkey/int-200906-0006_Ulcerozni_kolitida-klasifikace_diagnostika_lecba_a_kvalita_zivota.php).
- 26) HAWKEY, C. J., 2012. *Textbook of clinical gastroenterology and hepatology*. 2nd ed. Chichester [England]: Wiley-Blackwell. ISBN 978-14-051-9182-1.
- 27) HEUNG, Up, K., 2015. *Diagnostic and Treatment Approaches for Refractory Peptic Ulcers*. Published online 2015 Jul 24. doi: 10.5946/ce.2015.48.4.285. 48(4): 285–290. PMID: PMC4522418. [online]. [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4522418/>.
- 28) HORÁK, L., et al., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3595-5.
- 29) HRUBÁ, M., FORETOVÁ L., VORLÍČKOVÁ H., 2001. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, s. 5-7. ISBN 80-238-7618-X. [online]. [cit. 2017-10-31]. Dostupné z: [http://www.onko.cz/\\_pub/publikace/role-sestry.pdf](http://www.onko.cz/_pub/publikace/role-sestry.pdf),
- 30) KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

- 31) KOLEKTIV AUTORŮ. 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-2548-2.
- 32) KOLOREKTUM.CZ, 2011. *Detekce okultního krvácení. Screening kolorektálního karcinomu*. E-learning, Průkaz okultního krvácení ve stolici. ISSN 1804-0888. [online]. [cit. 2018-02-08]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--e-learning--prukaz-okultniho-krvaceni-ve-stolici-fobt-screening-krca--detekce-okultniho-krvaceni>
- 33) KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4422-3.
- 34) KROUPA, R., JEČMENOVÁ, M., 2013. Nemoci žaludku v ambulantní praxi. *Interní medicína pro praxi*; 15(2): 60-63. [online]. [cit. 2017-12-02]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.solen.cz/artkey/int-201302-0004\\_Nemoci\\_zaludku\\_v\\_ambulantni\\_praxi.php](https://www.solen.cz/artkey/int-201302-0004_Nemoci_zaludku_v_ambulantni_praxi.php).
- 35) LEHOCKÁ, J. 2008. Civilizační nemoci a jejich prevence. *Sestra* 10/2008. Mladá fronta, a.s. [online]. [cit. 2018-01-02]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/civilizacni-nemoci-a-jejich-prevence-397832>.
- 36) LINKOS.CZ, 2018. *O nádorech tlustého střeva a konečníku. Pacient a rodina*. Onkologické diagnózy. ISSN 2570-8791. [online]. [cit. 2018-23-12]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-travici-trubice-jicen-zaludek-tenke-strevo-tluste-strevo-konecnik-rit-c15/o-nadorech-tlusteho-streva-a-konecniku/>.
- 37) LUKÁŠ, K. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1283-0.
- 38) LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1787-6.
- 39) MALFERTHEINER, P., Ch., FK, McColl, KE, 2009. *Peptic ulcer disease*. *Lancet*; 374(9699): 1449–1461. PMID: 19683340 [online]. [cit. 2017-12-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19683340>.
- 40) MEISNEROVÁ, E., 2011. Nutriční podpora u střevních zánětů. IV. interní klinika VFN, 1. LF UK Praha, [www.internimedicina.cz](http://www.internimedicina.cz); 13(1) | Interní medicína pro praxi. [online]. [cit. 2017-12-02]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201101-0009\\_Nutricni\\_podpora\\_u\\_strevnich\\_zanetu.php](https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201101-0009_Nutricni_podpora_u_strevnich_zanetu.php)



- 41) NAVRÁTIL, L., a kol., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0210-5.
- 42) NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
- 43) NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.
- 44) PAVELKA, K., ARENBEREGER, P., et al., 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5048-4.
- 45) ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
- 46) SEIFERT, B., Dítě, P., BUREŠ J., et al., 2012. *Gastroenterologie. Doporučení diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Novelizace. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Praha. 26 s. [online]. [cit. 2017-12-11]. ISBN 978-80-86998-55-8. Dostupné z: [https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/Gastro\\_2012.pdf](https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/Gastro_2012.pdf)
- 47) SEIFERT, B., 2012. *Gastroenterologie: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2012: [novelizace 2012]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-869-9855-8.
- 48) SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
- 49) SCHULER, M., OSTER P., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
- 50) SOLL, A., 2011. *Overview of the natural history and treatment of peptic ulcer disease*. Refractory or recurrent peptic ulcer disease. Unusual causes of peptic ulcer disease. UpToDate (online), vol 19.2. Wellesley. [online]. [cit. 2017-09-31]. Dostupné: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

- 51) ŠACHLOVÁ, M., 2011. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? Masarykův onkologický ústav v Brně, [www.internimediceina.cz](http://www.internimediceina.cz); 13(10), *Interní medicína pro praxi*. [online]. [cit. 2017-12-10]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.solen.cz/artkey/int-201110-0010\\_Jakou\\_volit\\_stravu\\_u\\_pacientu\\_s\\_Crohnovou\\_chorobou.php](https://www.solen.cz/artkey/int-201110-0010_Jakou_volit_stravu_u_pacientu_s_Crohnovou_chorobou.php)
- 52) ŠPIČÁK, J., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1783-8.
- 53) ŠPIČÁK, J., URBAN O., a kol., 2015. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5283-9.
- 54) ŠPIČÁK, J., 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0318-8.
- 55) THAM, T. C. K., John S. A. COLLINS., SOETIKNO R., 2017. *Urgentní gastroenterologie*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0157-3.
- 56) VLČEK, J., FIALOVÁ D., VYTRŽÍSALOVÁ M., 2014. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3169-8.
- 57) VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ J., VORLÍČKOVÁ H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
- 58) VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.
- 59) ZACHOVÁ, V., 2010. *Stomie*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.
- 60) ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
- 61) ZBOŘIL, V., 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1563-6.
- 62) ZIMANDLOVÁ, D., BUREŠ, J., 2012. Současné možnosti léčby peptických vředů. *Interní medicína pro praxi*; 14(2): 51-54. [online]. [cit. 2017-12-11]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [https://www.internimediceina.cz/artkey/int-201202-0002\\_Soucasne\\_moznosti\\_lecby\\_pepticky\\_vredu.php](https://www.internimediceina.cz/artkey/int-201202-0002_Soucasne_moznosti_lecby_pepticky_vredu.php)
- 63) ŽALOUĐÍK, J., 2008. *Vyhněte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.

## **8 PŘÍLOHY**

**Příloha 1 Výzkumný soubor A (Zdravá populace)**

**Příloha 2 Výzkumný soubor B (Otázky pro sestry u obvodního lékaře)**

**Příloha 3 Výzkumný soubor B (Otázky pro sestry na interním oddělení)**

**Příloha 4 Výzkumný soubor B (Otázky pro sestry na gastroenterologii)**

**Příloha 5 Výzkumný soubor C (Pacient/ka s gastroduodenální chorobou)**

**Příloha 6 Výzkumný soubor D (Pacient/ka s nespecifickými chronickými střevními záněty)**

**Příloha 7 Výzkumný soubor E (Pacient/ka s kolorektálním karcinomem)**

**Příloha 8 Informační brožura pro pacienty s vybraným onemocněním gastrointestinálního traktu**

## 9 SEZNAM ZKRATEK

Apod. – a podobně

aPTT – Aktivovaný parciální tromboplastinový čas

CT – Computer tomography, počítačová tomografie

ČR – Česká republika

EKG – elektrokardiograf

ERCP – Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

FA – fyzikální anamnéza

GIT – gastrointestinální trakt

INR – international normalized ratio, mezinárodní normalizovaný poměr, protrombinový čas

JIP – jednotka intenzivní péče

K+C – kultivace + citlivost

KRCA – kolorektální karcinom

OA – osobní anamnéza

PEG – Perkutánní Endoskopická Gastrostomie

PET CT – pozitronová emisní tomografie

PICC – Periferií implantovaný centrální žilní katétr

RA – rodinná anamnéza

RTG NATIV – rentgenový snímek

TZV – tak zvaně

UC – ulcerózní kolitida

UZ – ultrazvuk

## **Příloha 1**

### **Výzkumný soubor A (Zdravá populace)**

- 1) Věk
- 2) Pohlaví
- 3) Vzdělání
- 4) Povolání
- 5) Kolikrát denně se stravujete? Jíte pravidelně?
- 6) Obsahuje Váš jídelníček dostatek ovoce a zeleniny?
- 7) Jak vypadá Vaše snídaneň? Snídáte každý den? Máte na snídani dostatek času? Nejíte ve spěchu?
- 8) Pijete kávu? Kolikrát denně? Pijete kofeinové nápoje, jako je například energetický nápoj?
- 9) Kouříte? (Pokud ano, kolik cigaret denně? Od kolika let? Nepřemýšleli jste o odvykání kouření? Máte nějakou motivaci k tomu, abyste přestali kouřit?)
- 10) Máte každý den alespoň jedno teplé jídlo? Kde se stravujete?
- 11) Navštěvujete rychlé občerstvení? Jak často jíte smažená jídla?
- 12) Pijete alkohol? Jak často, který?
- 13) Popište mi Váš jídelníček?
- 14) Stravujete se v klidu bez rušivých elementů, jako je například televize, počítač, mobilní telefon?
- 15) Jaká je dle Vás nemoc z oblasti zažívacího traktu v České republice nejrozšířenější a je považována za civilizační nemoc?
- 16) Definujte zdravý životní styl?
- 17) Myslíte si, že žijete zdravým životním stylem? (Pokud ano, tak popište, jakým způsobem. Pokud ne, tak co by Vás motivovalo, abyste zdravým životním stylem žili?)
- 18) Kolik vypijete denně tekutin? Jakých?
- 19) Kolik vážíte? Jste spokojeni se svou váhou? (Pokud ne, co děláte proto, abyste spokojení byli?)
- 20) Probudíte se v noci hladem? Jíte v noci? (Pokud ano, tak co jíte?)
- 21) Kolik hodin v noci spíte? Máte pravidelný spánkový režim?
- 22) Jak odpočíváte - relaxujete?

- 23) Věnujete se nějakému sportu? (Pokud ano, jakému, jak často, jak dlouho) (pokud ne, tak máte denně alespoň nějaký pohyb? – jaký, jak dlouho?)
- 24) Jak dbáte o své psychické zdraví? Býváte často ve stresu? Co Vás stresuje?
- 25) Jak se vypořádáváte s náročnou životní situací?
- 26) Jaké znáte nemoci, které vznikají ze špatného stravování?
- 27) Jakým způsobem jim předcházíte?
- 28) Co si představujete pod pojmem primární prevence?
- 29) Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky? Jak u Vás probíhají?
- 30) Informuje Vás sestra o primární prevenci před onemocněním trávicího traktu? (Pokud ano, jak Vás informuje, co Vám říká? Pokud ne, zajímáte se Vy sám o správné stravování a životní styl? Sledujete například nějaké televizní pořady o životním stylu nebo čtete články?)
- 31) Máte ve Vašem obvodním lékaři důvěru? Nebojíte se mu svěřit s problémy? (Pokud se bojíte, tak z jakého důvodu?)
- 32) Pokud Vám bylo 50 a více – informoval Vás obvodní lékař o preventivním vyšetření kolorektálního karcinomu pomocí testu Hemocult? (Pokud ano, jak Vás poučila sestra, že se test používá? Pokud ne, zajímáte se Vy sám o prevenci kolorektálního karcinomu? Víte, že od 50 - 54 let máte každý rok nárok na toto vyšetření?)
- 33) Pokud je Vám 55 let a více – využil jste možnost preventivní kolonoskopie, na kterou máte nárok jednou za deset let?
- 34) Má někdo z příbuzných kolorektální karcinom? (Pokud ano, zajímáte se u praktického lékaře o prevenci? Víte, že máte po 40 letech každý rok nárok na preventivní vyšetření v tomto případě? Využíváte ho?)
- 35) Vyjmenujte nějaké příznaky kolorektálního karcinomu (rakoviny tlustého střeva)?
- 36) Vyjmenujte nějaké faktory, které přispívají ke vzniku gastroduodenálních vředů?
- 37) Jaká je dle Vás prevence gastrointestinálního (trávicího) onemocnění?

(Zdroj: Vlastní)

## **Příloha 2**

### **Výzkumný soubor B (Otázky pro sestry u obvodního lékaře)**

1. Věk
2. Pohlaví
3. Vzdělání
4. Na jakém pracovišti pracujete?
5. Jak dlouho máte praxi v oboru?
6. Jak edukujete pacienty v rámci primární prevenci před GIT onemocněním?
7. S jakými pacienty s GIT onemocněním se setkáváte?
8. Jak u vás probíhá screeningové vyšetření GIT traktu?
9. Jaký životní styl pacientům doporučujete?
10. Co podle Vás znamená zdravý životní styl?
11. Jaká je podle Vás nejčastější příčina onemocnění GIT traktu? Jaké rizikové faktory podle Vás jsou nejrizikovější?

#### **Sestra a pacient s kolorektálním karcinomem**

1. Jak edukujete pacienty o provedení testu Hemocult? Využívají pacienti možnost od 55 let věku preventivní kolonoskopii?
2. V jakém stádiu k Vám nejčastěji pacienti dojdou na vyšetření?
3. Jaké doporučujete dietní opatření při kolorektálním karcinomu?
4. Jak je edukujete o terciární a kvartérní prevenci?

#### **Sestra a pacient s chronickým zánětem střev**

1. Jak probíhá screeningové vyšetření daného onemocnění?
2. Jaké preventivní opatření jim doporučujete při vzniku nemoci?
3. Jaké mají pacienti omezení ve stravě?
4. Jaké omezení přináší nemoc pacientům v běžném životě?
5. Co považujete za nejrizikovější faktor vzniku chronických zánětů střev?
6. Jak je edukujete v rámci terciární prevence?

#### **Sestra a pacient s gastroduodenální chorobou**

1. Co považujete za nejrizikovější faktor vzniku gastroduodenální choroby?
2. Jak probíhá screeningové vyšetření u pacienta?
3. Jaké preventivní opatření jim doporučujete?

4. Proč si myslíte, že toto onemocnění je nyní tak rozšířené?
5. Jakou věkovou kategorii tato nemoc nejvíce postihuje?
6. S jakými příznaky nemoci k Vám pacienti dojdou?
7. Jak je edukujete v rámci terciární prevence?

(Zdroj: Vlastní)



### **Příloha 3**

#### **Výzkumný soubor B (Otázky pro sestry pro sestry na interním oddělení)**

1. Věk
2. Pohlaví
3. Vzdělání
4. Jak edukujete pacienty v rámci primární prevenci před GIT onemocněním?
5. S jakými pacienty s GIT onemocněním se setkáváte?
6. Jak u vás probíhá screeningové vyšetření GIT traktu?
7. Jaký životní styl pacientům doporučujete?
8. Co podle Vás znamená zdravý životní styl?
9. Jaká je podle Vás nejčastější příčina onemocnění GIT traktu? Jaké rizikové faktory podle Vás jsou nejrizikovější?

#### **Sestra a pacient s chronickým zánětem střev**

1. Jak probíhá screeningové vyšetření daného onemocnění?
2. Jakou zahajujete léčbu u těchto pacientů?
3. Jaké preventivní opatření jim doporučujete při vzniku nemoci?
4. Jaké mají pacienti omezení ve stravě?
5. Jaké omezení přináší nemoc pacientům v běžném životě?
6. Co považujete za nejrizikovější faktor vzniku chronických zánětů střev?
7. Jak je edukujete v rámci terciární prevence?

#### **Sestra a pacient s gastroduodenální chorobou**

1. Co považujete za nejrizikovější faktor vzniku gastroduodenální choroby?
2. V jakém stádiu k Vám pacienti přicházejí?
3. Jak probíhá screeningové vyšetření u pacienta?
4. Jaké preventivní opatření jim doporučujete?
5. Proč si myslíte, že toto onemocnění je nyní tak rozšířené?
6. Jakou věkovou kategorii tato nemoc nejvíce postihuje?
7. S jakými příznaky nemoci k Vám pacienti dojdou?
8. Jak je edukujete v rámci terciární prevence?

(Zdroj: Vlastní)

## **Příloha 4**

### **Výzkumný soubor B (Otázky pro sestry na gastroenterologii)**

1. Věk
2. Pohlaví
3. Vzdělání
4. Jak dlouho máte praxi v oboru?
5. S jakými pacienty s GIT onemocněním se setkáváte?
6. Jak u vás probíhá screeningové vyšetření GIT traktu?
7. Jaký životní styl pacientům doporučujete?
8. Co podle Vás znamená zdravý životní styl?
9. Jaká je podle Vás nejčastější příčina onemocnění GIT traktu? Jaké rizikové faktory podle Vás jsou nejrizikovější?

#### **Sestra a pacient s kolorektálním karcinomem**

1. V jakém stádiu k Vám nejčastěji pacienti dojdou na vyšetření?
2. Jak probíhá léčba u pacientů s kolorektálním karcinomem?
3. Jaké doporučujete dietní opatření při kolorektálním karcinomu?
4. Jak je edukujete o terciární a kvartérní prevenci?

#### **Sestra a pacient s chronickým zánětem střev**

1. Jak probíhá screeningové vyšetření daného onemocnění?
2. Jakou zahajujete léčbu u těchto pacientů?
3. Jaké preventivní opatření jim doporučujete při vzniku nemoci?
4. Jaké mají pacienti omezení ve stravě?
5. Jaké omezení přináší nemoc pacientům v běžném životě?
6. Co považujete za nejrizikovější faktor vzniku chronických zánětů střev?
7. Jak je edukujete v rámci terciární prevence?

#### **Sestra a pacient s gastroduodenální chorobou**

1. Co považujete za nejrizikovější faktor vzniku gastroduodenální choroby?
2. V jakém stádiu k Vám pacienti přicházejí?
3. Jak probíhá screeningové vyšetření u pacienta?
4. Jaké preventivní opatření jim doporučujete?
5. Proč si myslíte, že toto onemocnění je nyní tak rozšířené?

6. Jakou věkovou kategorii tato nemoc nejvíce postihuje?
7. S jakými příznaky nemoci k Vám pacienti dojdou?
8. Jak je edukujete v rámci terciární prevence?

(Zdroj: Vlastní)

## **Příloha 5**

### **Výzkumný soubor C (Pacient/ka s gastroduodenální chorobou)**

1. Pohlaví
2. Věk
3. Vzdělání
4. Povolání
5. Vysvětlete, co znamená pojem prevence?
6. Co si představujete pod pojmem zdravý životní styl?
7. Jak se změnil Váš životní styl po onemocnění?
8. Sestra u praktického lékaře hovoří s Vámi o prevenci? Jak?
9. Kdy se u Vás nemoc prvně objevila? Jak byla diagnostikována?
10. Jaké jste pozoroval/a na sobě příznaky?
11. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky? Jak u Vás probíhají?
12. Jaké Vám přináší onemocnění omezení ve stravě?
13. Jak Vás nemoc omezuje v běžném životě?
14. Myslíte si, že jste se stravoval/a zdravě? Jedl/a jste pravidelně? Jak vypadal Váš jídelníček před onemocněním? Měli jste minimálně jednou denně teplé jídlo?
15. Jak zvládáte stresové situace?
16. Jak odpočíváte – relaxujete?
17. Jak Vás poučila sestra o prevenci, aby nedošlo ke komplikacím? Víte, jaké komplikace mohou při nedodržování léčebného režimu nastat? Jaké?

(Zdroj: Vlastní)

## Příloha 6

### Výzkumný soubor D (nespecifické chronické záněty střev)

1. Věk
2. Pohlaví
3. Vzdělání
4. Povolání
5. Vysvětlete, co znamená pojem prevence?
6. Co si představujete pod pojmem zdravý životní styl?
7. Sestra u praktického lékaře hovoří s Vámi o prevenci? Jak?
8. Jaký zánět střev máte? Ulcerózní kolitidu nebo Crohnovu chorobu?
9. Kdy se u Vás nemoc prvně objevila? Jak byla diagnostikována?
10. Jaké jste pozoroval/a na sobě příznaky?
11. Jak probíhá léčba onemocnění? Slyšeli jste o biologické léčbě?
12. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky? Jak u Vás probíhají?
13. Jaké Vám přináší onemocnění omezení ve stravě?
14. Jak Vás nemoc omezuje v běžném životě?
15. Jak se změnil Váš životní styl po onemocnění?
16. Jak se vypořádáváte se stresovými situacemi?
17. Jak odpočíváte – relaxujete?
18. Musel/a jste kvůli nemoci podstoupit operaci?
19. Jak Vás poučila sestra o prevenci, aby nedošlo ke komplikacím?

(Zdroj: Vlastní)

## **Příloha 7**

### **Výzkumný soubor E – (Pacient/ka s kolorektálním karcinomem)**

1. Pohlaví
2. Věk
3. Vzdělání
4. Povolání
5. Vysvětlete, co znamená pojem prevence?
6. Co znamená zdravý životní styl?
7. Sestra u praktického lékaře hovořila s Vámi o prevenci? Jak Vás poučila před onemocněním a po onemocnění?
8. Kdy se u Vás nemoc objevila? Jak se na diagnózu přišlo?
9. Jaké jste pozoroval/a na sobě příznaky?
10. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky? Jak u Vás probíhají? Navštěvovali jste lékaře pravidelně i před onemocněním? Dostali jste preventivní test Hemocult před onemocněním po 50 letech nebo v případě onemocnění tímto onemocněním někým v rodině? Po 55 letech využili jste možnost preventivní kolonoskopie?
11. Jak vypadal Váš životní styl před onemocněním? (stravování, pohybové aktivity, spánek, odpočinek, stresové faktory, duševní aktivita, zvládání životních situací, ...)
12. Jak Vás nemoc omezuje v běžném životě?
13. Jak vypadá Váš jídelníček nyní?
14. Museli jste kvůli nemoci podstoupit operaci? Jakou?
15. Jak Vás poučila sestra o prevenci, aby nedošlo ke komplikacím?

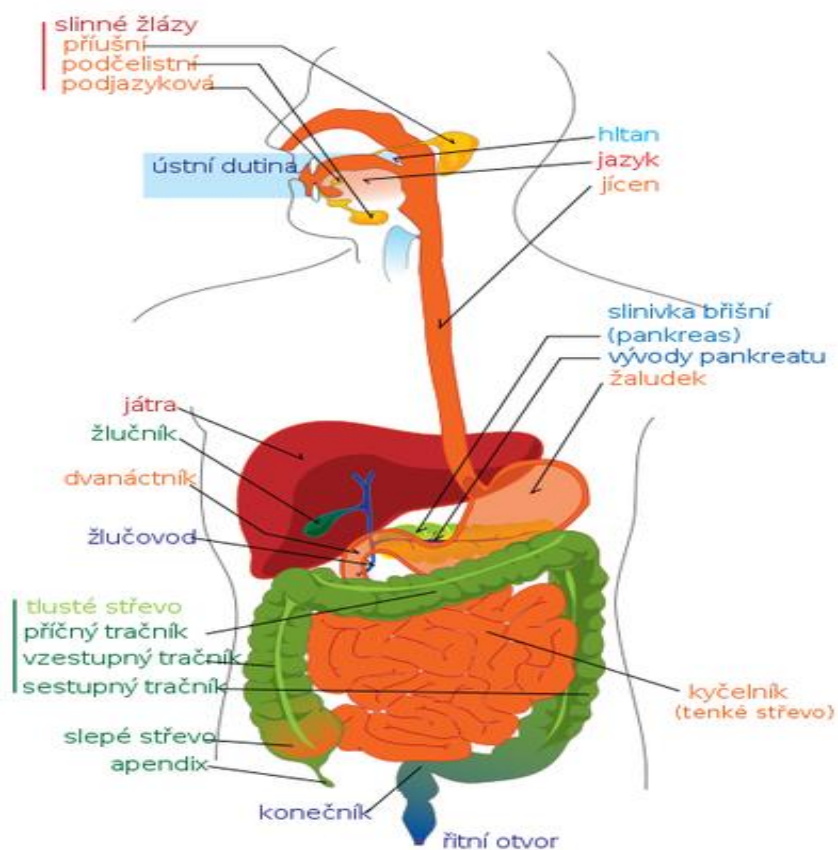
(Zdroj: Vlastní)

# Prevence gastrointestinálních nemocí

Gastroduodenální choroba, nespecifické chronické střevní záněty, kolorektální karcinom



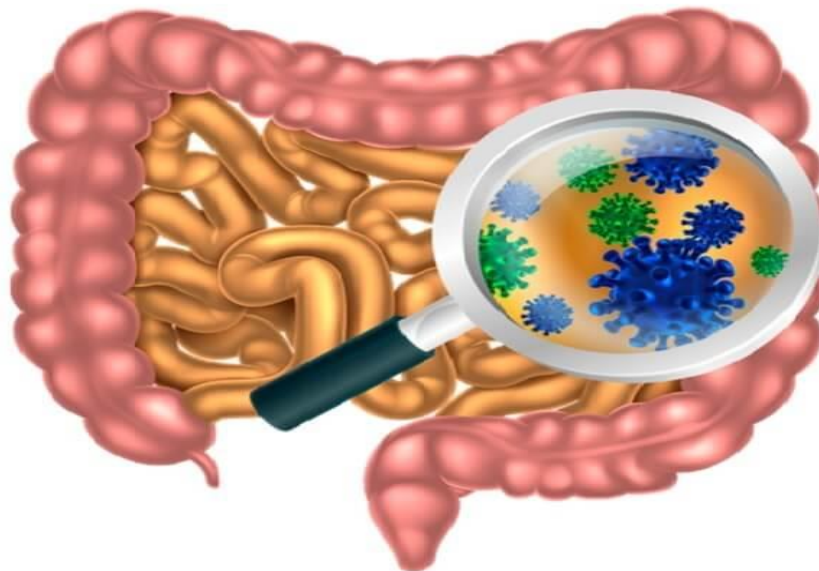
INFORMAČNÍ  
BROŽURA PRO  
PACIENTY



BC. IVETA KRÁTKÁ  
JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA  
2019

# Prevence a její druhy

1. Primární prevence probíhá u zdravých lidí za účelem předcházení zdravotních problémů.
2. Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění a zabránit rozvoji choroby.
3. Terciární prevence je zaměřena na lidi, u kterých onemocnění propuklo, a snažíme se zde zabránit komplikacím nemoci.
4. Kvartérní prevence se zaměřuje na nemocné, u kterých je onemocnění ve stádiu nevyléčitelném. Zaměřuje se na kvalitu života nemocného.

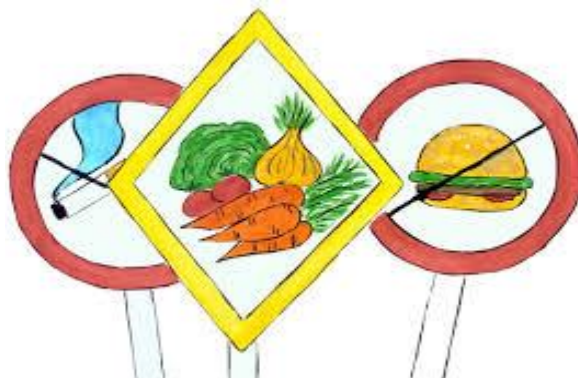




# Něco málo o gastroduodenální chorobě...

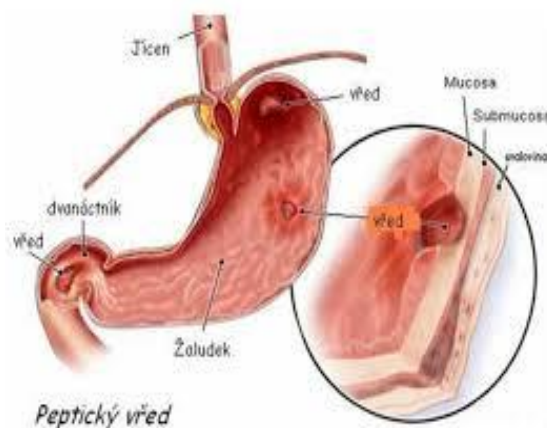
## Příčina gastroduodenálních vředů

- Infekce *Helicobacter pylori*
- Užívání nesteroidních antiflogistik
- Kouření
- Stresové situace
- Hormonální vlivy
- Návrat žluče do žaludku
- Poruchy prokrvení žaludeční sliznice



## Rozlišujeme dva typy

- **Žaludeční vřed** – bolest se vyskytuje v nadbřišku po jídle, lze pociťovat nechutenství a úbytek hmotnosti
- **Duodenální vřed** – bolest se vyskytuje v horní části břicha, pravého podžebří, vyzařující do zad, nalačno, dvě hodiny po jídle nebo v noci



Průběh žaludečních vředů může v některých případech probíhat velmi dramaticky se vznikem komplikací.

## **Rozeznáváme 5 komplikací gastroduodenálních vředů**

### **1. Perforace vředu**

Gastroduodenální vřed pronikne mimo stěnu žaludku nebo dvanáctníku do volné dutiny břišní. Perforace se u nemocného projeví intenzivní bolestí s náhlým začátkem až šokovým stavem. Bolest z oblasti nadbříšku se propaguje do oblasti páteře.

### **2. Penetrace vředu**

Penetrace vředu znamená postupné pronikání vředu do hlubších vrstev žaludeční stěny nebo do stěny dvanáctníku. Obsah může proniknout do okolních orgánů nejčastěji do slinivky břišní. Klinický obraz penetrace vředu se projevuje intenzivní bolestí.

### **3. Krvácení**

Nejčastější komplikace gastroduodenální nemoci. Někdy bývá i prvním příznakem vředové nemoci. U nemocného se objeví dehtovitá černá stolice tzv. meléna, někdy také zvracení krve tzv. hemateméza. Prognóza je obtížná, proto je důležité krvácení do trávicího traktu považovat za stav potencionálně ohrožující na životě.

### **4. Stenóza**

Může být prvním příznakem vředové léze, stejně jako perforace. Stenóza se projevuje neprůchodností pylorického kanálu, městnání potravy a žaludečního obsahu před překážkou. Nemocný udává pocit tlaku v nadbříšku, který je při pohmatu bolestivý. Trpí nevolností nebo zvracením. Zvracení přináší nemocnému pocit úlevy.

### **5. Maligní zlom**

Komplikací maligní zvrát některé zdroje neřadí mezi komplikace, některé zase ano. Gastroduodenální vředy mohou samozřejmě malignizovat.

## **Léčba**

- ***Dietní opatření***

Doporučuje se stravovat pravidelně po menších porcích. Vhodné maso je drůbeží, králíčí, telecí a z příloh jsou to brambory a těstoviny. Nejlepší způsob zpracování stravy je úprava vařená a dušená. Jídlo by mělo být čerstvé ne ohřívané.

Smažená jídla, mléčné výrobky, uzeniny, kyselé potraviny, perlivé nápoje a džusy by se měly omezit na minimum nebo úplně vynechat. Vyhnout bychom se také měli potravinám instantních nebo z konzerv. Nadýmavé potraviny také nejsou vhodné

- ***Režimová opatření***

Doporučuje se vyvarovat stresovým, konfliktním situacím a také tabákovým výrobkům.

- ***Medikamentózní léčba***

Lékař Vám předepíše léky snižující tvorbu kyseliny v žaludku tzv. inhibitory protonové pumpy. Do této skupiny léků patří omeprazol, lansoprazol, pantoprazol a esomeprazol.

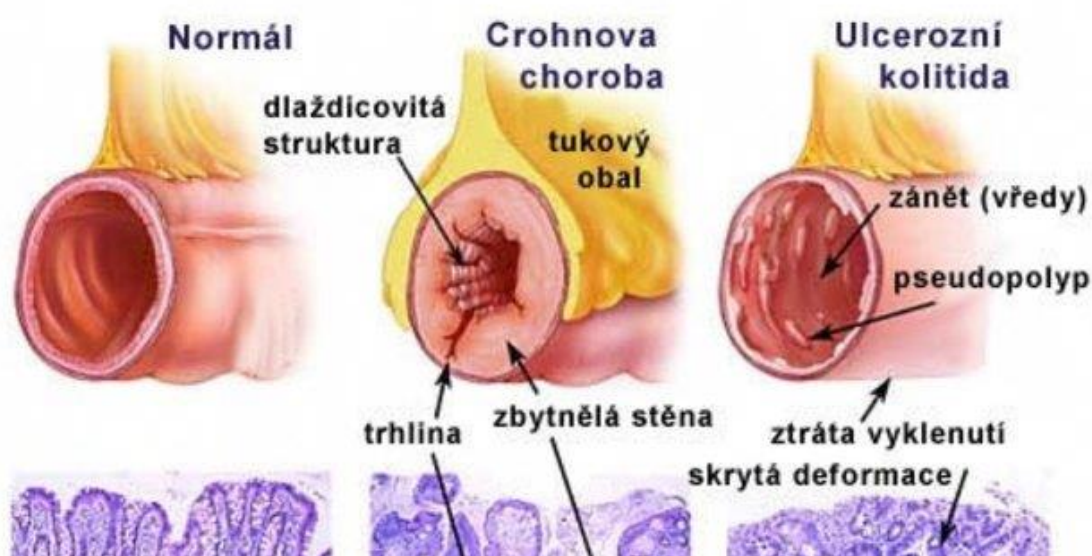
### ***Doporučené rady od pacientů***

- Omezení smaženého a tučného jídla
- Nejíst příliš horké jídlo (vyndané buchty z trouby)
- Dostatek ovoce a zeleniny
- Stravovat se pravidelně po malých porcích
- Nepřejídat se
- Nekouřit
- Nepít alkohol
- Nestresovat se
- Umět relaxovat

# Něco málo o nespecifických chronických střevních zánětech...

## ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Ulcerózní kolitida (chronické zánětlivé onemocnění tlustého střeva) se projevuje bolestivým nucením na stoličce s vyprazdňováním krve a hlenu. Lze pozorovat zácpu nebo krvavé průjmy.



## Léčba

### • Konzervativní

**Medikamentózní** – aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva (azathioprin, metotrexát a cyklosporin)

### **Endoskopická léčba**

**Nutritivní léčba** - dietní opatření, poradenství, enterální nebo parenterální výživa

### **Psychosociální léčba**

Stres a poruchy nálady mají vliv na průběh Ulcerózní kolitidy. Lékař by měl každého pacienta individuálně informovat o nemoci, průběhu, projevech, léčbě a prevenci. Psychické faktory jsou považovány za faktor, které průběh nemoci ovlivňují. Edukace pacienta je velice důležitá, snižuje totiž stupně obav o nemocného. Důležitý je správně vedený rozhovor a podání srozumitelných informací nemocnému. Na zlepšení léčebného režimu má podíl i vztah mezi pacientem a lékařem a vztah mezi pacientem a sestrou.

- **Chirurgická**

Lze provést klasický resekční výkon nebo nabízí dnešní medicína strikturoplastiku, kdy lékaři vytvoří subtotální kolektomii a z kliček ilea vytvoří náhradní vak, které má za úkol nahradit funkci náhradního rekta. Tím pádem je zachována u nemocného plná kontinence a přijatelný počet defekací

- **Biologická léčba**

Pro pacienty s Ulcerózní kolitidou je biologická léčba indikována tehdy, pokud nereagují na běžnou léčbu nebo je aktivita nemoci vysoká. Biologická léčba má velmi vysoký účinek a tlumí specifické oblasti zánětu.

### **Komplikace**

- Masivní krvácení
- Střevní perforace
- Toxický megakolon
- Abscesy
- Píštěle
- Nádorový proces
- Mimostřevní potíže – kožní, slizniční, kloubní, oční, cévní, jaterní komplikace

### **CROHNOVA CHOROBA**

Crohnova choroba (chronické zánětlivé onemocnění nejčastěji tenkého nebo tlustého střeva) se projevuje průjmy, bolestí břicha a hubnutím. Onemocnění může vznikat mnoho let, kdy lze pozorovat neurčité bolesti břicha nebo intermitentní průjem.

Medikamentózně a chirurgicky je Crohnova choroba kauzálně nevyлéčitelná. Léčba Crohnovy nemoci je zaměřena na léčbu aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí v případě, že je nemoc v remisi.

Možnost primární prevence před vznikem Crohnovy choroby není známá. Toto onemocnění je podmíněno geneticky, takže faktory zevního prostředí hrají u nemocného pouze doplňkovou roli.

## **Dietní opatření**

Dietní opatření u idiopatických střevních zánětů je individuální, závisí na rozsahu a typu postižení. Ve stádiu klinické remise onemocnění se dieta zásadně neliší od racionální stravy. Strava by měla odpovídat zásadám zdravé výživy. Nemocným je doporučeno užívat rozpustnou vlákninu, probiotika a vícenenasycené mastné kyseliny řady  $\omega$ -3 (zejména mořské ryby).

### Další možnosti výživy:

- Enterální výživa – sipping, sondová výživa – PEG, PEJ
- Parenterální výživa – pomocí periferního či centrálního žilní katétru

Pokud je parenterální výživa indikovaná v rozmezí 2 týdnů – 6 měsíců, je možností využít výživu aplikovanou pomocí PICC (periferně zavedený centrální katétr), který se zavádí pod ultrasonografickou kontrolou cestou axilární žíly do horní duté žíly. Při zavádění PICC je zcela minimalizováno riziko pneumotoraxu, přítomnost podkožního tunelu snižuje infekční komplikace.

### **Nevhodné potraviny**

- Smažená jídla
- Tučná jídla
- Uzená jídla
- Pikantní konzervy
- Salámy
- Agresivní ostré koření
- Čerstvé kynuté těsto
- Syrové ovoce se zrníčky a slupkami.
- Kravské mléko
- Luštěniny
- Ořechy

### **Doporučené rady od pacientů**

- Úprava dosavadní životosprávy
- Menší porce
- Pravidelné stravování
- Potíže může způsobovat česnek, cibule, ostré koření, alkohol, káva, čerstvé pečivo, kynuté buchty, mléko, tlusté maso, ovoce a zeleniny s obsahem zrníček, vnitřnosti, kečup, majonéza, omezit lepek a mléčné výrobky.
- Pravidelné užívání léků
- Sportovat

- Vyvarovat se stresu
- Umět relaxovat
- Tip na jídelníček:

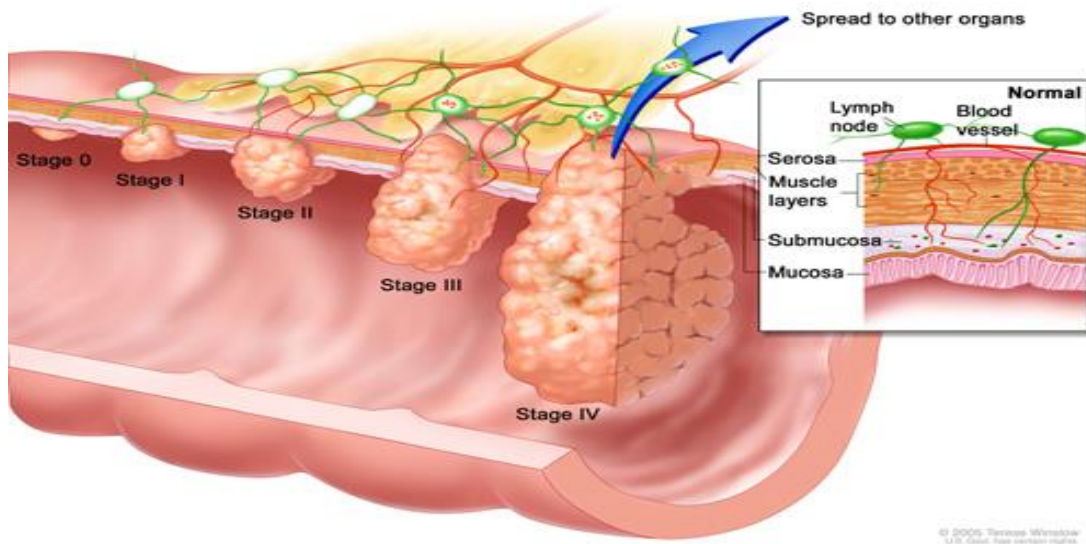
Snídaně – banán, pečivo, plátkový sýr Eidam 30 %, rýžové plátky

Oběd – ryba s bramborami, pečené kuře, špagety, rýžové těstoviny, tuňák, krabí tyčinky, bramborová kaše

Večeře – pečivo, bezlaktózový jogurt

# Něco málo o kolorektálním karcinomu...

Výskyt kolorektálního karcinomu je v ČR u mužů na prvním místě v Evropě.



## Příznaky

Klinický obraz kolorektálního karcinomu nemusí být ze začátku vůbec čitelný. Nemusí být žádné příznaky.

- Změna ve vyprazdňování stolice
- Zácpa
- Průjem
- Střídání zácpy s průjmem
- Časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění
- Bolesti břicha, konečníku
- Přítomnost krve nebo hlenu ve stolici
- Hmatný karcinogenní útvar, vzniklý v břiše nebo v podbřišku.
- Nevolnost
- Nechutenství
- Slabost
- Únava
- Hubnutí
- Bledost
- Žloutenka



- Narůstající objem břicha
- Teploty

Nejdůležitější je diagnostikovat toto vážné onemocnění, co nejdříve, aby se nemocný začal, co nejdříve léčit. Jelikož jen tehdy je největší pravděpodobnost vyléčení. I přes rozšířenou osvětu screeningu kolorektálního karcinomu, pomocí testu Hemocult, není situace u nás příznivá.

## **Prevence**

- **Primární prevence**

Dodržovat zásady zdravého životního stylu

Dostatek vlákniny

Omezit podíl živočišných tuků

Dostatek fyzické aktivity

Optimální tělesná hmotnost

Vhodná strava

Úprava přijaté stravy - například denní konzumace „červeného masa“, smažené, pečené a grilované maso

Nekouřit

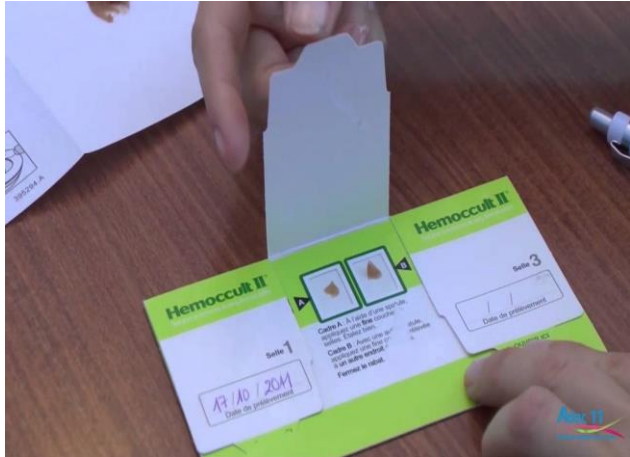
Nekonzumovat alkohol

Pravidelné vyprazdňování

- **Sekundární prevence**

### ***Test Hemocult***

Provádí se u běžné populace od 50 let do 54 let každý rok. Test na okultní krvácení je pacientů nabízen u praktických lékařů a také u gynekologů. U osob, s familiárním výskytem CRC, se test Hemocult provádí od věku 40 let. Nemocný vlastním okem nemusí krev ve stolici vůbec vidět, bývá jí tam nepatrné množství. Nemocný obdrží test Hemocult ve tvaru psaníčka od svého praktického lékaře.



### ***Preventivní kolonoskopie***

U osob nad 55 let se test pak provádí ve dvou letých intervalech s možností



kolonoskopického vyšetření po deseti letech. Od 55 let věku má každý občan právo výběru mezi testem na okultní krvácení ve dvou letém intervalu a screeningovou koloskopií, která je v případě negativního nálezu kolorektální neoplazie zopakována u pacienta po deseti letech věku. Před

výkonem sestra edukuje pacienta u průběhu vyšetření a důvodu jeho provedení. Při pohovoru s nemocným se táže na příznaky nemoci a anamnézu pacienta. Důležité je zeptat se zřetelně na alergickou anamnézu. Nemocnému předá k přečtení informovaný souhlas s vyšetřením, umožní mu možnost dotazů před výkonem a pacient musí informovaný souhlas podepsat. Lékař musí být před výkonem seznámen s laboratorním vyšetřením pacienta. U terapeutických výkonů je vždy riziko krvácení, takže koagulační vyšetření – počet trombocytů, hodnota INR, APTT a vyšetření na známky diseminované intravaskulární koagulace je velice podstatné před výkonem povést.

- **Terciární prevence**

Terciární prevence má za úkol zachytit případný návrat kolorektálního karcinomu po primární léčbě. Stále je pro nemocného naděje vyléčení. V rámci terciární prevence je nutné si uvědomit riziko metastazování, proto se při dispenzárním onemocnění věnujeme i dalšímu preventivnímu vyšetření jako je u žen mamograf, screening karcinomu hrdla děložního a u mužů provádět depistáž prekanceróz z oblasti urologie a gastroenterologie.

- **Kvartérní prevence**

Zaměřuje se na nemocné, u kterých je onemocnění ve stádiu nevléčitelném a progredujícím. Dbá o kvalitu života nemocného. Snažíme se snižovat bolest pomocí analgetické léčby, řešit výživové opatření a předcházet riziku střevní neprůchodnosti.

### **Doporučené rady od pacientů**

- Včas navštívit lékaře
- Nestydět se
- Nepodceňovat příznaky
- Pravidelné lékařské prohlídky
- Pravidelné kolonoskopie
- Udržovat si tělesnou hmotnost
- Jíst stravu bohatou na tuky, cukry, minerály, vitamíny
- Popíjet nutridrinky
- Nepít alkohol

# Preventivní programy, na které máte dle věku bezplatně nárok

Bezplatně máte nárok u obvodního lékaře od 50 let na test Hemocult, který zjišťuje skryté krvácení ve stolici.

Od 55 let každých 10 let máte nárok bezplatně podstoupit preventivní kolonoskopii.

Nejdůležitější prevence je dbát o správný životní styl - pravidelné a kvalitní stravování, nekouřit, nepít alkohol, dostatek pohybu, vyvarovat se stresovým situacím, kvalitní spánek, odpočinek.



# Závěrem

Možnost chránit si své zdraví má dnes každý člověk, ale samozřejmě záleží pouze na každém z nás, na naší zodpovědnosti vůči sobě samým, jakým způsobem se ke svému zdraví budeme stavět.

Zamyslete se nad tím, jak dobře se zdravím nakládáte a zda není možné udělat pro něj více.

(Zdroj: Vlastní)