ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023 **Natálie Vildmanová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Natálie Vildmanová

POSTOJ NEMOCNÉHO S CROHNOVOU CHOROBOU K DIETNÍMU REŽIMU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Galušková

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 21. 3. 2023

……

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Vildmanová Natálie

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Postoj nemocného s Crohnovou chorobou k dietnímu režimu

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Galušková

Počet stran – číslované: 37

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 58

Klíčová slova: Crohnova choroba, dieta, výživa, všeobecná sestra, idiopatické střevní záněty

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá postojem nemocných s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na obecné informace o idiopatických střevních zánětech, konkrétněji poté na Crohnovu chorobu a dietní režim při této nemoci. Praktická část je zaměřena na zjištění postoje nemocných k dodržování dietního režimu. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativním metodou ve formě polostrukturovaných rozhovorů s pacienty splňujícími účel a rozsah této bakalářské práce. Po analýze dat bylo zjištěno, jaký postoj zaujímá nemocný s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu. Výsledky byly shrnuty do přehledných schémat a na závěr byl vytvořen výstup práce. Tento výstup práce neboli doporučení pro praxi, nese název Souhrn pravidel dietního režimu při Crohnově chorobě.

Abstract

Surname and name: Vildmanová Natálie

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Attitude of the patient with Crohn's disease to the diet regime

Consultant: Mgr. Soňa Galušková

Number of pages – numbered: 37

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 58

Keywords: Crohn´s disease, diet, nutrition, nurse, inflammatory bowel disease

Summary:

The bachelor's thesis looks at the attitude of crohn's disease sufferers towards dietary adherence. It is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on general information about idiopathic intestinal inflammation, more specifically crohn's disease and the dietary regimen in this disease. The practical part is aimed at identifying the attitude of sufferers towards following a dietary regimen. The research investigation was conducted using a qualitative method in the form of semi-structured interviews with patients meeting the purpose and scope of this bachelor's thesis. After analyzing the data, it was revealed what attitude the Crohn's disease sufferer takes to following a dietary regimen. The results were summarized in clear diagrams and at the end the output of the work was created. This work outlet, or practice recommendation, is entitled Summary of the Rules of the Dietary Regimen in Crohn's Disease.

Poděkování

Děkuji Mgr. Soně Galuškové za odborné vedení práce, kontrolu a poskytování připomínek. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Mgr. Jitce Krocové za umožnění konzultace a poskytnutí rad ohledně celé bakalářské práce. Velké díky patří také osloveným respondentům a celé mé rodině za velkou podporu.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ 9
SEZNAM TABULEK 10
SEZNAM ZKRATEK 11
ÚVOD 12
TEORETICKÁ ČÁST 13
1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY 13
1.1 Crohnova choroba a ulcerózní kolitida 13
1.2 Incidence a prevalence idiopatických střevních zánětů 13
1.3 Etiopatogeneze idiopatických střevních zánětů 14
2 CROHNOVA CHOROBA 15
2.1 Klinický obraz Crohnovy choroby 15
2.1.1 Střevní projevy 15
2.1.2 Mimostřevní projevy 15
2.2 Diagnostika Crohnovy choroby 16
2.3 Komplikace Crohnovy choroby 17
2.4 Léčba Crohnovy choroby 18
2.4.1 Medikamentózní léčba 18
2.4.2 Biologická léčba 19
2.4.3 Chirurgická léčba 19
2.4.4 Nutriční léčba 20
2.4.5 Psychoterapie 20
2.5 Postoj nemocného k léčebnému režimu 21
2.6 Role sestry v péči o pacienta 22
3 DIETNÍ REŽIM PŘI CROHNOVĚ CHOROBĚ 23
3.1 Strava v období remise 23
3.2 Strava v období relapsu 23
3.2.1 Vhodné potraviny ve fázi relapsu 24
3.2.2 Nevhodné potraviny ve fázi relapsu 24
3.2.3 Strava při syndromu krátkého střeva 25
3.2.4 Alternativní diety 25
3.3 Role sestry edukátorky 26
PRAKTICKÁ ČÁST 27
4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU 27
5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 28
5.1 Hlavní cíl 28

5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky ... 28
5.3 Operacionalizace pojmů ... 28
6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE ... 29
6.1 Metodologie výzkumu ... 29
6.2 Charakteristika sledovaného souboru ... 29
6.3 Organizace výzkumu ... 31
6.4 Zpracování dat ... 31
7 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ... 32
7.1 Kategorie: Motivující faktory ... 32
7.1.1 Participant 1 ... 32
7.1.2 Participantka 2 ... 33
7.1.3 Participantka 3 ... 33
7.1.4 Participant 4 ... 34
7.1.5 Participant 5 ... 35
7.2 Kategorie: Zabraňující faktory ... 38
7.2.1 Participant 1 ... 38
7.2.2 Participantka 2 ... 39
7.2.3 Participantka 3 ... 39
7.2.4 Participant 4 ... 40
7.2.5 Participant 5 ... 41
DISKUZE ... 44
ZÁVĚR ... 48
SEZNAM LITERATURY ... 49
SEZNAM PŘÍLOH ... 55
PŘÍLOHY ... 56
Příloha A, Obsah k rozhovoru ... 56
Příloha B, Informovaný souhlas pro rozhovor ... 57
Příloha C, Výstup práce ... 58

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1, Schéma kódů – Kategorie: motivující faktory……...……38

Obrázek 2, Schéma kódů – Kategorie: zabraňující faktory...……...44

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Motivující faktory.....……37

Tabulka 2, Zabraňující faktory……43

SEZNAM ZKRATEK

CD……Crohnova choroba

CDED……...Crohn’s disease exclusion diet (eliminační dieta)

EV……enterální výživa

FODMAP…fermentovatelné oligosacharidy, disacharidy, monosacharidy a polyoly

GAPS……gut and psychology syndrome

IBD……...idiopatické střevní záněty

P……participant

SCD……...sacharidová dieta

TNF α……tumor nekrotizující faktor alfa

UC……ulcerózní kolitida

ÚVOD

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část je zaměřena na obecné seznámení s idiopatickými střevními záněty a konkrétněji poté na Crohnovu chorobu. Více je specifikován dietní režim při této nemoci, který je nedílnou součástí režimových opatření a jeho dodržování je velmi důležité. Praktická část je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu formou rozhovorů, které jsou kategorizovány a subkategorizovány dle příslušných kódů. Výsledky jsou zpracovány do přehledných schémat.

K výběru tohoto tématu mne inspiroval zájem o tuto chorobu vzhledem k jejímu výskytu v naší rodině. Dále také stále více diskutovanější téma idiopatických střevních zánětů v populaci a s tím spojený narůstající výskyt tohoto onemocnění (Mináriková, 2021, s. 202-209).

Vzhledem k důležitosti dietního režimu, který nemocný s Crohnovou chorobou musí dodržovat, mne zajímalo, jaký pohled má nemocný na dietní opatření. Záměrem tedy bylo zjistit, jaký postoj zaujímá nemocný k dodržování samotného dietního režimu. Konkrétněji co nemocného přiměje dodržovat dietní režim, a naopak proč poruší dietní opatření.

Veškeré informace byly čerpány z dostupných zdrojů od roku 2011 až doposud. Na základě stanovených klíčových slov byly vypracovány rešerše Studijní a vědeckou knihovnou v Plzni. Dále za pomoci klíčových slov jsem vyhledávala literaturu v databázích Medvik, Pubmed a Google schoolar. Pro teoretická východiska jsem použila 19 knižních publikací, 23 článků z recenzovaných periodik a 1 elektronický zdroj. Veškerá literatura byla v českém a anglickém jazyce. Veškeré zdroje jsem zapsala dle citační normy ISO 690 a abecedně seřadila v seznamu literatury. Nejvíce informací jsem čerpala z české publikace od Vladimíra Zbořila a kolektivu z roku 2018. Tato kniha nese název Idiopatické střevní záněty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

Pojem idiopatické střevní záněty (IBD), z anglického překladu inflammatory bowel disease, označuje nespecifické záněty střev, mezi které řadíme dvě základní nemoci neinfekčního původu, Crohnovu chorobu (CD) a ulcerózní kolitidu (UC). Příčina těchto onemocnění je neznámá tedy idiopatická. Jedná se o celoživotní choroby, které postihují trávicí trakt. U těchto chorob se vyskytují dlouhá období relativně dobrého zdraví, střídající se s obdobími relapsů, kdy je nemoc aktivní (Stein, Shaker, 2015, s. 1-3; Muknšnáblová, 2015, s. 32; Svitkovská, Kober, 2014, s. 38-40).

1.1 Crohnova choroba a ulcerózní kolitida

Mezi dva hlavní typy idiopatických střevních zánětů řadíme CD a UC. Obě choroby jsou si na první pohled velmi podobné. Avšak existuje několik charakteristických znaků, které je vzájemně odlišují. Nejnápadnějším rozdílem je část postiženého střeva a hloubka, do které zasahuje střevní zánět (Pacienti IBD online; Sturm, White, 2019, s. 19-20).

Crohnova choroba postihuje kteroukoliv část trávicí trubice od jícnu po konečník. Nejčastěji se vyskytuje v ileu. Charakteristickým znakem je postižení pouze určitého segmentu trávicího traktu. Zánět postihuje celou šířku stěny, což má za následek tvorbu abscesů a píštělí. Mezi hlavními příznaky jsou uváděny bolesti v podbřišku, hubnutí bez zjevné příčiny a průjmy většinou bez příměsi krve (Holubec, 2017, s. 20; Frej, Kuchař, 2016, s. 284-285).

V případě ulcerózní kolitidy je postiženo pouze tlusté střevo. Zánět začíná v rektu a postupuje proximálním směrem do oblasti v tlustém střevě, kde ustává a dál nepokračuje. Postižena je pouze slizniční část tlustého střeva, což způsobuje tvorbu polypů a vředů. Mezi hlavní příznaky patří krvavé průjmy s příměsí hlenu, bolesti břicha, tenesmy, teploty a postupné hubnutí (Holubec, 2017, s. 15; Frej, Kuchař, 2016, s. 294-297).

1.2 Incidence a prevalence idiopatických střevních zánětů

Epidemiologické studie ukazují, že incidence a prevalence IBD se v posledních dvaceti letech velice změnila. Tato onemocnění se nejčastěji vyskytují v ekonomicky vy-

spělých zemích, jako jsou státy západní a severní Evropy, Severní Ameriky a Oceánie. Celková prevalence těchto onemocnění se za posledních dvacet let zvýšila o 31 %. Za podstatné navýšení může hlavně prodloužení průměrného věku lidí a stárnutí populace. Na počátku 21. století se IBD staly globálním onemocněním. V současné době se odhaduje výskyt IBD v Severní Americe na 1,5 milionu a v Evropě na 2 miliony nemocných. V ostatních oblastech prozatím není prevalence přesně známa (Lukáš, 2020, s. 21-22; Zbořil, 2018, s. 16-20).

V České republice je nyní evidováno 55 000 pacientů s IBD. Každoročně je nově diagnostikováno cca 3700 pacientů s CD a cca 4200 lidí s UC. Vrcholný věk, kdy jsou nejčastěji diagnostikovány tyto choroby, je mezi 20 až 30 lety života. Výskyt se zdá podobný u obou pohlaví. Existují také určité etnické rozdíly, které ukazují, že CD se více vyskytuje u lidí židovského původu (Mináriková, 2021, s. 202-209; Dušek, Májek, Jarkovský, 2019, s. 345; Shaker, Stein, 2015, s. 1-3).

1.3 Etiopatogeneze idiopatických střevních zánětů

Příčina vzniku IBD je i přes intenzitu zkoumání stále nejasná. Objevují se stále nové poznatky, souvislosti a podmínky vzniku tohoto chronického zánětlivého procesu. V současné době jsou za hlavní spouštěče rozvoje IBD brány genetické a psychosomatické faktory a změna složení střevní mikrobioty. Dalšími vyvolávajícími příčinami mohou být zevní faktory, kam patří vliv medikace (užívání antibiotik, hormonální antikoncepce a nesteroidních antirevmatik), ve velké míře nikotinismus, vliv životního prostředí a socioekonomických faktorů, výživa a dietní faktory, některé předešlé operační výkony, nízká hladina vitaminu D v krvi a řada dalších (Zbořil, 2018, s. 32-54; Shaker, Stein, 2015, s. 1-12).

U lidské populace, která přestala kouřit cigarety je dokázané velké riziko vzniku UC zejména v prvním roce odvykání. Obecně u dlouhodobých kuřáků je větší riziko vzniku CD než UC. Dlouhodobý nikotinismus také způsobuje agresivnější průběh onemocnění (Shaker, Stein, 2015, s. 1-12).

2 CROHNOVA CHOROBA

2.1 Klinický obraz Crohnovy choroby

Klinické příznaky jsou velmi rozmanité a u každého jedince individuální. Závisí především na lokalizaci choroby a rozsahu postižení. Nejčastěji pacienti trpí bolestmi břicha v oblasti hypogastria, častými průjmy bez patologických příměsí, teplotami a úbytky na váze. Typickým znakem je také výskyt dlouhých období dobrého zdraví, střídající se s obdobími relapsů, kdy se nemoc stává znovu aktivní. Příznaky mají tendenci progredovat tak, jak dochází k postižení z hlediska morfologie a funkce střeva s narůstajícími komplikacemi. Nicméně obecně můžeme rozdělit příznaky na střevní a mimostřevní (Zbořil, 2018, s. 86-87; Koželuhová, 2018, s. 9-11; Pacienti IBD online).

2.1.1 Střevní projevy

K hlavním příznakům patří průjmy, bolesti břicha a krvácení při defekaci, které by nemělo být přítomno ve fázi remise nebo pouze jen ve sporadickém množství. U bolesti břicha je třeba rozlišit, zda se jedná o neurčitou a mírnou tlakovou bolest či diskomfort. Tyto bolesti mohou doprovázet onemocnění, které bývá ve fázi remise. Dojde-li k relapsu, vyskytují se tenesmy a nutkavé bolesti před defekací s následnou úlevou po odchodu obsahu tračníku (Zbořil, 2018, s. 87-88).

Při stenozující CD je specifickým příznakem porucha pasáže trávicí trubice. Což způsobí nenápadné nadýmání, pocity plnosti, zhoršení trávení a v některých případech i zvracení. Při perianální CD se nemoc může projevit v podobě perianálních infiltrátů, abscesů a píštělí (Zbořil, 2018, s. 87-88).

2.1.2 Mimostřevní projevy

Extraintestinální manifestace se vyskytuje až u 30-40 % pacientů s CD. Objevují se především u pacientů s postiženým tlustým střevem, nejčastěji CD tračníku. Do orgánů, které jsou postižené, řadíme ústní a genitální sliznici, kůži, oči, klouby, játra a slinivku. Výskyt mimostřevních projevů je důkazem, že CD může postihovat celý organismus (Koželuhová, 2018, s. 11).

První skupinou jsou kožní projevy, kam řadíme ústní a genitální afty, erythemu nodosum a pyodermii gangrenosum. Při kožních postižení erythemou nodosum si pacient stěžuje na výskyt bolestivých rozsáhlých červených skvrn na bércích a při pyodermii gan-

grenosum na hluboké hnisavé rány. Orální afty mají ohraničené okraje a projevují se jako bolestivé, kulaté až oválné vředy pokryté bělavým až nažloutlým povrchem. Do méně častých kožních projevů řadíme psoriázu, vitiligo, atopickou dermatitidu, alopecii a sekundární amyloidózu (Koželuhová, 2018, s. 9-11; Won Ho, Jae Hee, 2015, s. 159-168).

Oční manifestace je další skupinou projevů CD, avšak tou nejméně četnou. Patří sem uveitida, skleritida, episkleritida a konjunktivitida. Nejčastější oční manifestací jsou episkleritida a přední uveitida. Postižení očí se subjektivně projevuje ve formě zánětů spojivek, duhovek i sítnice, fotofobie, bolestmi oka, zarudnutím i zhoršením zraku (Zbořil, 2018, s. 114-116; Won Ho, Jae Hee, 2015, s. 169-170).

Ke kloubním manifestacím řadíme artritidu I. a II. typu, axiální artropatii a enezitidy. Typickým projevem artritidy I. typu jsou bolesti velkých kloubů s otokem, popřípadě výpotkem. U artritidy II. typu je typickým projevem bolest drobných ručních kloubů nezávisle na aktivitě zánětu. Axiální artropatie zahrnují sakroileitidy, které se projevují kolísajícími, ale dlouhodobě trvajícími bolestmi zad. Enezitidy neboli záněty šlach se projevují silnými bolestmi a otoky. Tyto příznaky jsou však velmi zpochybnitelné při diagnostice (Koželuhová, 2018, s. 11; Zbořil, 2018, s. 106-107; Won Ho, Jae Hee, 2015, s. 170-172).

U CD se můžeme setkat s abnormalitami jaterních testů, jaterní steatózou, akutní pankreatitidou a cholelitiázou, avšak tato manifestace je již u zaléčených pacientů z důvodu užívání medikamentózní léčby (Zbořil, 2018, s. 117-119).

2.2 Diagnostika Crohnovy choroby

Při stanovení diagnózy CD se jako u každého onemocnění nesmí podcenit anamnéza, fyzikální a laboratorní vyšetření, které nám může odhalit nedostatek vitaminu B12 a železa. Nicméně při podezření na CD pouze tyto metody nestačí a je třeba udělat několik dalších vyšetření. Existuje několik způsobů, jak CD diagnostikovat. Nejběžnějšími vyšetřeními, která se používají, jsou endoskopické metody, konkrétně koloskopie. Tato metoda nabízí přímý pohled do oblasti tlustého střeva, kde lze zároveň odebrat vzorek na bioptické vyšetření a provést nutné endoskopické ošetření jako například zástavu krvácení, dilataci stenóz a další. Dále jako doplňkové vyšetření můžeme využít kapslovou endoskopii, při níž miniaturní kapsle s kamerou pořizuje záběry v průběhu průchodu celou trávicí trubicí nebo gastroskopii, abychom vyloučili CD v horní části trávicí trubice (Lukáš, 2019, s. 35-60; Zádorová, 2018, s. 22-26; Frej, Kuchař, 2016, s. 285).

Zobrazovací metody jsou též nedílnou součástí nejen v diagnostice, ale také ve sledování pacientů s DC. Nevýhodou je nemožnost provedení biopsie. Naopak výhodou je zobrazení částí střev, které jsou pro endoskopii špatně dostupná. Další výhodou je menší invazivita vyšetření, zobrazení lumen a stěny tenkého i tlustého střeva společně s extramulárním prostorem. Nejpoužívanější metodou pro zobrazení tenkého střeva je výpočetní tomografie, která nám přesně určí tloušťku střevní stěny a magnetická rezonance. Ke stanovení rozsahu postižení střeva zánětem lze využít scintigrafii. U akutních stavů lze volit nativní snímek břicha a ultrasonografické vyšetření (Lambert, Burgetová, Hořejš, Chroustová, 2018, s. 13-21; Holubec, 2017, s. 20-21).

2.3 Komplikace Crohnovy choroby

CD je chronické a celoživotní onemocnění, které přináší do života nemocného mnoho omezení. Celkové zhoršení kvality života pramení u většiny pacientů převážně z komplikací, které se u této choroby mohou vyskytovat. U CD se můžeme setkat s komplikacemi ve formě fistul a abscesů kvůli transmulární povaze onemocnění. Zhruba jedna třetina pacientů má komplikace v podobě fistuly po 10 letech od zjištění diagnózy. Při fistuly vzniká patologické spojení mezi trávicím traktem a přilehlým orgánem, kterým může být močový měchýř, vagína, tenké či tlusté střevo nebo jiný orgán přítomný blízko těžce probíhajícího zánětu. Nejzávažnější komplikací CD je tvorba abscesů, které se vytvoří až u 28 % pacientů. Absces se může vytvořit na jakémkoliv místě břicha včetně peritoneální dutiny, retroperitonea a dalších neméně ohrožujících místech. Následkem této komplikace může dojít ke gangréně až k sepsi celého organismu (Sturm, White, 2019, s. 21; Won Ho, Jae Hee, 2015, s. 175-183).

Jako další závažnou komplikací je vznik nádorového onemocnění, jehož riziko roste s délkou trvání onemocnění. Crohnovu chorobu lze tedy považovat za prekarcinogenní stav. Dále u CD hrozí riziko stenóz trávicí trubice, kdy může dojít až k úplné střevní neprůchodnosti. Stenózy mohou vzniknout v kterémkoliv postiženém místě. Ve 45-55 % se jedná o terminální ileum. V současné době nejsou k dispozici žádné spolehlivé biomarkery, které by umožnily stratifikovat pacienty z hlediska rizika vzniku stenóz. Při těchto komplikacích hrozí riziko trvalého či dočasného vytvoření střevního vývodu (Zbořil, 2018, s. 96).

Vzhledem k charakteru onemocnění je další častou komplikací malnutrice, na kterou je třeba vždy myslet. Hlavní příčinou vzniku je dlouhodobě snížený příjem potravy z mnoha důvodů (průjem, pokles chuti k jídlu, nauzea, zvracení, strach z bolesti po jídle a

další). Mnohdy také pacienti dodržují restriktivní diety, které si sami určí a dochází tím k nedostatečnému příjmu energie a kvalitních živin. Pokud tedy nejsme schopni dosáhnout vyrovnaného příjmu živin dietním opatřením za pomoci nutričního terapeuta, je nutné využít některé formy nutriční podpory. Důsledkem malnutrice může být zhoršení hojících procesů, imunosuprese, sarkopenie, hypoalbuminémie a celkové zhoršení stavu nemocného (Kohout, 2015a, s. 123-127)

2.4 Léčba Crohnovy choroby

Po stanovení správné diagnózy se zahajuje adekvátní léčba. V průběhu posledních let došlo k významné změně při volbě léčebné metody nemocných s IBD. U každého pacienta se při výběru typu léčby rozhodujeme podle několika parametrů. Hodnotí se klinická manifestace, závažnost zánětlivé aktivity, která se posuzuje podle objektivních kritérií a intenzita subjektivních příznaků. Zvažuje se také předcházející průběh nemoci, stanovuje se pravděpodobná prognóza pacienta s výhledem chirurgické léčby a zvažují se výhody a vedlejší účinky uvažované terapie. Úkolem léčby je navození fáze remise a její co nejdelší udržení, popřípadě vyléčení komplikací (Lukáš, 2019, s. 75; Bahníková, Dvořák, 2018, s. 42-44; Pavelka, 2014, s. 250).

2.4.1 Medikamentózní léčba

CD není definitivně vyléčitelná žádnou medikamentózní terapií. U většiny pacientů podáváme léky potlačující hlavní projevy nemoci, léky bránící vzniku komplikací a zároveň zajišťující dobrou kvalitu života. Z těchto důvodů musí být medikace použita dlouhodobě a kombinovaně. Podle určeného cíle léčby, výběru příslušných léčiv a délky podávání rozdělujeme tento druh léčby do dvou kategorií. První fází je indukční léčba, která má za cíl co nejrychleji snížit zánětlivou aktivitu nemoci a zajistit pohotový ústup klinických, laboratorních i endoskopických známek aktivity nemoci. Tento typ léčby se využívá hlavně v období relapsu. Druhou fází je dlouhodobá udržovací terapie, která zabraňuje dalšímu vzplanutí choroby a návratu subjektivních a objektivních projevů (Pavelka, 2014, s. 248).

V období relapsu tedy v akutní fázi je typické použití látek s rychlým nástupem účinku. Patří sem glukokortikoidy a v posledních letech i biologické preparáty. Glukokortikoidy jsou základem léčby u středně až vysoce aktivní CD. K udržení remise jsou častěji užívány aminosalicyláty, imunosupresiva a biologika. Avšak použití aminosalicylátů je u této choroby pouze okrajové. Jako doplňující léčbu lze užívat antibiotika a probiotika. U

žádného léku není jednoznačně vysvětlen přesný mechanizmus protizánětlivého účinku (Lukáš, 2019, s. 109-132; Bahníková, Dvořák, 2018, s. 42-51).

2.4.2 Biologická léčba

Biologická léčba je již rutinní součástí terapie pacientů s IBD. Podstatou biologické léčby je cílený regulační zásah do biologických procesů probíhajících v poškozeném nebo nemocném organismu. Zásah umožňují látky biologické povahy. Je to velmi účinná metoda, která dokáže zásadně pomoci, ale také nemocnému uškodit například v podobě infekce a dalších komplikací. V léčbě CD se užívají látky blokující TNF-α a inhibitory adhezivních molekul. Mezi základní biologické látky v léčbě CD patří infliximab, adalimumab, vedolizumab a ustekinumab (Bortlík, 2019, s. 6-7; Zbořil, 2018, s. 363-365).

Podáváním této léčby zvyšujeme kvalitu života nemocných, snižujeme potřebu kortikoterapie a počet relapsů, které tím redukují i pracovní neschopnost. V současné době existují čtyři indikační skupiny, kdy lze aplikovat biologickou léčbu. První skupinou jsou pacienti se střední a vysokou aktivitou CD, u nichž nedošlo k rozvoji léčebné odpovědi na kortikosteroidy a imunosupresiva, nebo se rozvinuly zásadní nežádoucí účinky této terapie, které brání jejímu pokračování. Další skupinou jsou perianální píštěle, které nereagují na antibiotickou a imunosupresivní léčbu, popřípadě byla již vyčerpána chirurgická léčba. Biologická terapie je také indikována při závislosti na kortikosteroidech. Poslední základní indikací této léčby jsou mimostřevní manifestace (Lukáš, 2019, s. 140-141; Bortlík, Ďuricová, 2019, s. 11-24; Zbořil, 2016, s. 112).

2.4.3 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je nutná, pokud medikamentózní terapie selže nebo má pacient komplikovaný průběh choroby. Ačkoli dominuje konzervativní léčba nad chirurgickou, stále se většinou přistupuje k operativnímu řešení. Během prvního roku trvání CD je pravděpodobnost operace 20-40 %, do 10 let je operováno 30-70 % nemocných a po 15 letech od zjištění diagnózy 70-90 % nemocných (Šerclová, 2015, s. 13).

Výsledkem chirurgické léčby však není úplné vyléčení, ale lze dosáhnout výrazného zlepšení kvality života pacienta. Pacienti, u kterých je indikováno operační řešení, jsou často ve špatném nutričním stavu, což velmi ovlivňuje zvolení této léčby a následné pooperační komplikace. Proto se ke každému nemocnému s CD přistupuje individuálně a zvažují se veškerá rizika chirurgického zákroku. Zákroky by měly být předem plánovány s důkladnou předoperační přípravou pacienta. Někdy je však nutný akutní zákrok například

při volné perforaci střeva, kdy je příprava pacienta nemožná a provádí se pouze nezbytně nutný výkon (Všechno, co jste chtěli vědět…, 2021, s. 44; Zbořil, 2018, s. 484-486).

Chirurgická léčba CD je rozdělena na dva hlavní postupy: střevo šetřící operace (strikturoplastiky a bypass) a resekci postiženého střeva. U komplikací, které neohrožují nemocného na životě, a lze tedy udělat řádnou předoperační přípravu, volíme předněji co nejšetrnější operace. Pokud však stav vyžaduje resekci střeva, je snahou odebrání co nejmenší části. Mezi komplikace, kdy je třeba chirurgický zákrok, řadíme krvácení, obstrukce, striktury, abscesy, malignity a fistuly (Won Ho, Jae Hee, 2015, s. 201-203; Kala, 2014, s. 617-622).

2.4.4 Nutriční léčba

Nutriční léčba je u pacientů s Crohnovou chorobou součástí konzervativní léčby a je stejně důležitá jako medikamentózní nebo chirurgická terapie. Díky sníženému příjmu potravy, ať už z důvodu bolesti či průjmu, snížení absorpční plochy nebo zrychlení pasáže trávicím traktem, dochází často u pacientů ke vzniku malnutrice, kterou je nutno léčit dietními opatřeními nebo využít nutriční podpory ve formě plné enterální výživy, popřípadě parenterální výživy ve formě all in one systému, který se skládá ze všech potřebných výživových složek (Zbořil, 2018, s. 445).

Enterální výživa (EV) se řadu let využívá za účelem zlepšení stavu výživy malnutričních pacientů, kdy podáváme přesně farmaceuticky připravené roztoky do gastrointestinálního traktu pacienta. Tato metoda výživy je již nedílnou součástí léčebného managementu CD. Avšak v posledních letech nachází EV své místo v léčebné metodě, která ovlivňuje aktivitu zánětu střevní sliznice. Jedná se o exklusivní enterální výživu, jejíž mechanizmus vede k vyhojení sliznice a remisi nemoci. Mechanismus protizánětlivého působení není zatím zcela objasněn. Indikována je především u CD postihující tenké střevo. Tato výživa se nejčastěji podává ve formě sippingu, což je pomalé popíjení speciálně připravených preparátů. Typ preparátu je zvolen na základě stavu nemoci pacienta. Výživa je podávána 6-8 týdnů za úplného vyloučení běžné stravy (Lukáš, 2020, s. 148; Kostrejová, Lukáš, 2018, s. 370; Karásková, 2015, s. 531-535).

2.4.5 Psychoterapie

Idiopatické střevní záněty jsou nemocí v místě, ve kterém se zásadně projevují naše emoce. Jde o dutinu břišní, která je považována za centrum emocí. Pokud právě zde cítíme dlouhodobou bolest, diskomfort nebo křeče, potom dochází ke komplikovanějšímu proží-

vání nemoci. Také naopak psychika působí na ataky onemocnění. Vyšší míra prožívaného stresu přispívá k relapsu onemocnění. Tělo a duše jsou v tomto směru neustále propojeny a záleží jen na tom, do jaké míry tento dialog ovlivňuje aktuální onemocnění (Hazuková, 2022, s. 30; Všechno, co jste chtěli vědět…, 2021, s. 135-136).

Psychoterapie se snaží o pozitivní ovlivnění zdravotního stavu a kvality života nemocného za pomoci psychologických a psychofyziologických prostředků. Konkrétně u IBD se nejčastěji využívá sugesce, relaxace, kognitivně-behaviorální terapie, dynamická psychoterapie a logoterapie. Základem všech postupů je poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty. Výzkumy a studie prokázaly, že psychoterapie výrazně zvyšuje kvalitu života a snižuje následnou hospitalizaci u pacientů s IBD (Zbořil, 2018, s. 514-515).

2.5 Postoj nemocného k léčebnému režimu

Definice, kterou v roce 1962 předložil Krech, Crutchfield a Ballachey vyznívá: *„Postoje jsou stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů.“* Tato definice ukazuje, že samotné postoje se týkají i činnosti či jednání (Hayesová, 2021, s. 95).

Při změně zdravotního stavu, kdy se člověk stává pacientem, dochází nejen k biologickým změnám, ale i ke změně sociální role, což pro nemocného není příjemné. Nemocný tedy zaujme určitý postoj, který závisí na adaptaci na nemoc a na dalších změnách, které nemoc doprovází. Většina pacientů reaguje přiměřeně situaci, v těchto případech dochází snadněji ke stabilizaci stavu či k úplnému zdravení. Avšak pokud u nemocného došlo ke špatné adaptaci na chorobu, může zaujmout nepřiměřený negativní postoj (Zacharová, 2017, s. 73-74).

Určitý postoj dále ovlivňuje adherenci pacienta k léčebnému režimu. Termín adherence spočívá v míře uposlechnutí rad lékaře a dodržení léčebného režimu, kam patří užívání léků, stravovací návyky a další. Pokud u pacienta dojde ke špatné adherenci na nemoc, pak může dojít k nonadherenci, která představuje závažný problém. Nonadherence se projevuje manipulací s lékovými dávkami, nedodržením dietního režimu, dočasnými výpadky terapie nebo jejich úplné vysazení. Pokud se na tuto skutečnost nepřijde včas, dochází k rezistenci vůči konkrétní léčbě (Zbořil, 2018, s. 264; Slabá, 2017, s. 21-24; Vrablík, 2013, s. 369-371).

V rámci snahy o zlepšení adherence lze využít podpory ze strany ostatních zdravotníků. Vítanou pomocí je také zapojení rodinných příslušníků. Rodinná podpora představuje nezbytnou podmínku úspěchu léčby. V každém případě ať už jako „dohled“ nebo „podporu“ lze blízké využít ve snaze o zlepšení adherence velmi dobře (Vrablík, 2013, s. 369-371).

2.6 Role sestry v péči o pacienta

Sestry, které se podílejí na ošetřovatelském procesu, zastávají řadu rolí. Kromě své ošetřovatelské role plní úlohu asistentky lékaře, koordinátorky ošetřovatelské péče a v neposlední řadě také působí v oblasti výchovy a vzdělávání pacientů ve formě edukace. Charakter působení závisí na pracovním zařazení sestry. Záleží, zda sestra pracuje v ambulantním či lůžkovém typu poskytovatele zdravotnické péče (Svěráková, 2012, s. 7).

V některých státech Evropy jako je například Velká Británie již existuje samostatná role nazývaná IBD sestra, která prošla speciální výukou. U nás se však jedná pouze o speciálně erudované a edukované sestry pracující v centrech biologické léčby, kde působí v první linii styku s pacienty. Zhodnocují stav nemocného a následně rozhodují, zda bude pacient odeslán ke konzultaci s lékařem. Tyto sestry pravidelně absolvují přednášky postgraduálního vzdělávání v podobě edukačních kurzů pořádaných farmaceutickými společnostmi nebo semináře pořádané Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně ve spolupráci s pracovní skupinou pro střevní záněty. Některé země mají velmi specifické akademické kurzy a kvalifikace u sester IBD, ale stále většina z nich je v různé fázi vývoje této role (Sturm, White, 2019, s. 407-415; Pavelka, 2014, s. 262).

Specializovaná IBD sestra ve Velké Británii hodnotí porozumění pacienta a poskytuje vzdělání pacientům s IBD a jejich příbuzným v závislosti na individuálních potřebách, preferencích a schopnosti zvládání v ambulantní i lůžkové péči. Konečným cílem je umožnit pacientovi žít normální život. Pacientům postiženým IBD je poskytována individuální léčba, podpora a informace, jak zvládat svůj každodenní život s chronickým onemocněním. Nejběžnější technika, kterou by měla sestra IBD být vyškolena je motivační pohovor, aby byla schopna podporovat adherenci pacienta a zvýšit tak jeho motivaci k dodržování všech léčebných režimů včetně diety (Sturm, White, 2019, s. 407-415).

3 DIETNÍ REŽIM PŘI CROHNOVĚ CHOROBĚ

Dietní opatření jsou důležitou a nedílnou součástí života pacientů s CD. Jídelníček je nutné přizpůsobit fázi onemocnění, zdali se nemocný momentálně nachází ve fázi bezpříznakové (klidové), či v období akutního relapsu (vzplanutí/znovuvzplanutí) choroby. Dietní omezení jsou smysluplná jen u části nemocných, a to zejména v období vysoké aktivity zánětu a při střevním zúžení. Dále v případech formy u syndromu krátkého střeva nebo se zavedeným střevním vývodem. Obecně je nezbytné, aby strava splňovala výživové hodnoty, respektovala aktuální zdravotní stav pacienta a zohlednila stupeň závažnosti malnutrice, fázi nemoci a přidružené komplikace (Vránová, 2013, s. 37; Pacienti IBD online).

3.1 Strava v období remise

V období remise, tedy v klidové fázi, je pacientům doporučována pestrá racionální strava s vyloučením pouze problematických potravin. Každý nemocný si individuálně může vyhledat a vyřadit pouze ty potraviny, které mu nedělají dobře. Někteří mohou jíst v období remise vše, jiní musí některé potraviny z jídelníčku raději vyřadit či omezit jejich konzumaci (Vorudová, Mitrová, 2021, s. 13-14).

Nemocní se řídí obecnými pravidly, která spočívají v příjmu plnohodnotných bílkovin, omezení příjmu nasycených tuků, dostatku vitaminů a stopových prvků. Je také nezbytné vyvarovat se nadýmavých jídel, vynechat destiláty, mít dostatečný příjem tekutin kolem 2–2,5 l/den, jíst stravu bohatou na vápník (sýry, jogurt, tvaroh), vynechat nerozpustnou vlákninu, zvýšit příjem bílkovin, konzumovat potraviny se zvýšeným obsahem železa a vitaminů. Je třeba dbát na menší dávky jídla v 6 porcích denně (Vorudová, Mitrová, 2021, s. 13-14; Vrzalová, 2011, s. 337-338).

Je důležité myslet na příjem vitaminu D, jelikož pacienti s CD trpí vadou funkce receptorů vitaminu D a je tedy nutné, aby do těla přijímali větší dávky. Jeho nedostatek jednoznačně zvyšuje aktivitu nemoci. Není prozatím jasné, zda způsobuje vznik tohoto onemocnění, ale zcela jistě patří do rizikových faktorů (Klante, 2020, s. 54-57; Raman, 2019, s. 152-160).

3.2 Strava v období relapsu

V období relapsu nebo při zavedeném střevním vývodu je nutné konzumovat bezezbytkovou stravu, která vylučuje nerozpustnou vlákninu, avšak rozpustnou vlákninu nijak

neomezuje. V období častých průjmů se doporučuje tzv. šetřící dieta a na přechodnou dobu omezit příjem mléčného cukru. Nedostatečně štěpená laktóza může způsobit nepříjemné symptomy, jako jsou křeče, průjem, bolesti břicha či nadýmání. Nicméně po vyhojení sliznice může dojít opět k normální toleranci laktózy (Vorudová, Mitrová, 2021, s. 15; Meisnerová, 2018, s. 209).

V tomto období nemoci se nedoporučují vysoce kořeněná a těžce stravitelná jídla s vysokým obsahem tuků. Citrusy podáváme formou čerstvě vymačkaných šťáv a zcela vyřadíme syrovou zeleninu. Jídlo dusíme nebo vaříme do měkka, nikdy nesmažíme. Vhodná je strava s vysokým obsahem škrobů, bílkovin a vápníku. Bílkoviny je nutné zvýšit až dvojnásobně. Důležitý je přísun železa, vitaminu C a B komplexu. Je doporučené jíst 5–6× denně po menších porcích. Tekutiny by neměly být horké ani studené a vhodnější formou je oddělení od příjmu stravy. Konzumace pokrmů by měla probíhat v klidném prostředí, vsedě u stolu (Vorudová, Mitrová, 2021, s. 15; Šachlová, 2011, s. 404-405).

3.2.1 Vhodné potraviny ve fázi relapsu

Do vhodných a žádoucích potravin ve fázi relapsu řadíme libové rybí, telecí, krůtí, kuřecí, králičí či vepřové maso, libová šunka, kysané mléčné výrobky, bezlaktózová mléka, sýry přírodní, tvarohové, probiotická jogurtová mléka, bílé pečivo, piškot, rýže, těstoviny, brambory, z nápojů neperlivá voda, ovocný čaj nebo nekoncentrovaná ovocná šťáva, ovocné kaše, kompoty a rosoly, strouhaná jablka, karotka, špenát, kedlubny, zeleninové pyré a šťávy, potraviny nesolit a kořenit zelenými bylinkami. V akutní fázi je špatná tolerance sacharózy a laktózy, jako náhražka se doporučuje hroznový cukr nebo umělá sladidla (Muknšnáblová, 2015, s. 32; Šachlová, 2011, s. 404-405).

3.2.2 Nevhodné potraviny ve fázi relapsu

Ve fázi relapsu je vhodné vyvarovat se marinovanému, uzenému a tučnému masu, kořeněným a tučným uzeninám, čerstvému mléku, plísňovým sýrům, celozrnnému a čerstvě kynutému pečivu, fritovaným potravinám, kynutým knedlíkům, čerstvému ovoci a zelenině, luštěninám, mandlím, cizrně, ořechům a slupkám. Mezi nápoje, kterým by se nemocný měl vyvarovat, patří káva, černý čaj, kolové nápoje, horká čokoláda, kořeněné potraviny a pokrmy s glutamátem sodným (Muknšnáblová, 2015, s. 32; Šachlová, 2011, s. 404-405).

3.2.3 Strava při syndromu krátkého střeva

Pokud nemocný podstupuje mnoho resekcí na střevě, dochází tak ke stavu, který nazýváme syndrom krátkého střeva, kde je absorpční plocha střeva natolik redukována, že pacient není schopen při perorálním příjmu absorbovat dostatečné množství makronutrientů, mikronutrientů a vody. Pacient musí tyto živiny doplnit potravinovými doplňky, enterální či parenterální výživou. Nutnost nutriční intervence volíme dle délky zbylého střeva a pooperačních komplikací jako jsou sekreční průjmy vlivem nevstřebaných žlučových kyselin nebo steathorea (Kohout, 2015b, s. 135).

3.2.4 Alternativní diety

Většina diet zkoušených v léčbě IBD spočívá ve vyloučení některých potravin, přípravě jídla samotným pacientem a snahou využívat čerstvé potraviny. U některých diet jako je například dieta vylučovací (CDED) byl prokázán pozitivní efekt na hojení střevní sliznice. Naproti tomu dieta FODMAP nebo sacharidová dieta (SCD) nevedla k vyhojení sliznice, ale k pomoci při tzv. funkčních obtížích. Pro diety známé laickou veřejností jako je veganská, paleolitická či GAPS neexistují v současné době žádné vědecké důkazy pro jejich doporučení (Vorudová, Mitrová, 2021, s. 20; Mitrová, 2019, s. 476-480).

První dietou je eliminační neboli CDED dieta, která spočívá v odstranění určitých potravin s následným zachováním střevní homeostázy, což napomůže správné funkci střevní bariéry. Tato dieta nepovoluje ve stravě žádný lepek, mléčné výrobky, pečivo, živočišné tuky, průmyslově zpracované maso, výrobky obsahující emulgátory, konzervované zboží a všechny balené produkty s vyznačeným datem spotřeby. Naopak jsou definovány potraviny, které by se měly jíst jako například bílá rýže, nudle, vybrané druhy ovoce a zeleniny. Tato dieta je však přísně hlídána nutričním terapeutem vyškoleným v dané problematice. Platí zde obecně pravidlo: *„Co není povoleno, je zakázáno!“* (Mitrová, 2019; s. 476-480).

Funkční střevní obtíže označované také jako syndrom dráždivého tračníku mohou nastat i u pacientů ve fázi remise. Patří sem nejčastěji průjmovité stolice, bolesti břicha, nadýmání a plynatost. V posledních letech je v tomto období doporučováno vyzkoušet dietu s omezením FODMAP, která tyto obtíže sníží. Tato dieta spočívá v omezení fruktózy, laktózy, cukrové polyoly a fruktany (Mitrová, Vorudová, 2021, s. 38; Meisnerová, 2018, s. 209).

Další dietou, která může pomoci při funkčních potížích je SCD dieta. Jedná se o velice restriktivní dietu, kdy jsou ze stravování vyloučeny nejen obiloviny, brambory a jednoduché cukry, ale také mléčné výrobky. Tato dieta je velice riziková. Při dlouhodobém dodržování hrozí nutriční rizika spojená se sníženým příjmem kalorií a živin. V současné době je málo studií o pozitivním vlivu této diety, proto ji nelze paušálně doporučit k léčbě CD (Mitrová, Vorudová, 2021, s. 49-50; Meisnerová, 2018, s. 209).

Podobná sacharidové dietě je tzv. GAPS (gut and psychology syndrome) dieta. Autorka této diety vycházela z SCD diety a představila specifické stravování podpořené užíváním vlastních potravinových doplňků. Cílem tohoto dietního postupu je úprava střevního mikrobiomu a snížení propustnosti střevní sliznice, která pak propustí méně škodlivých látek (Mitrová, Vorudová, 2021, s. 50-51).

Poslední alternativní dietou je paleolitická strava, která se snaží o návrat ke stravování v době paleolitu. Tato strava zcela vyřazuje výrobky z mléka a obilovin, dále cukr, sůl, brambory a novější odrůdy zeleniny a ovoce. Pacient by měl jíst nejlépe syrové maso, ryby, ovoce, zeleninu, semena, ořechy a vejce. Paleolitická strava je však těžce stravitelná a může vést k velkým rizikům infekce, nedostatku vápníku a vlákniny. Dodržování této diety nemá žádné vědecké opodstatnění (Vorudová, Mitrová, 2021, s. 51; Meisnerová, 2018, s. 209).

3.3 Role sestry edukátorky

Sestra provádí edukaci u nemocného tak, že zjišťuje jeho individuální znalosti a dovednosti o celém léčebném režimu, kam patří také dietní režim. Poskytuje nemocnému a rodinným příslušníkům informace, týkající se ošetřovatelského procesu. Sestra edukátorka také rozšiřuje znalosti a dovednosti pacienta k udržení jeho zdraví a zabraňuje tím komplikacím. Dále ho motivuje ke změně postojů v chování. Sestra je oprávněna podávat informace pouze v rámci svých kompetencí (Plevová, 2018; Svěráková, 2012, s. 36-37).

Sestra edukuje pacienta v různých oblastech, avšak jedna z nejdůležitějších je dietní režim. První kontakt má většinou nemocný s praktickou/všeobecnou sestrou, u zdravotnického lůžka nebo v ambulanci. Tato sestra poskytuje pacientovi edukaci o dietním režimu. Nutriční terapeut je doporučován gastroenterologem jeví-li pacient známky podvýživy, nebo pokud je plánován operační výkon. V dlouhodobé péči terapeuta jsou nemocní, kterým byla odstraněna značná část tenkého střeva a mají syndrom krátkého střeva (Všechno, co jste chtěli vědět…, 2021, s. 67; Vránová, 2013, s. 37-41).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Přijetí chronického onemocnění je pro pacienta často velmi obtížné. Nemocný musí přijmout svou novou psychickou i tělesnou podobu. Prvotní záchyt a zjištění onemocnění Crohnovou chorobou mění život v několika oblastech, zasahuje do životního stylu, práce, studia, rodiny a nepochybně do intimního a společenského života. Z těchto důvodů pacienti mohou pociťovat tuto chorobu jako překážku v plnohodnotném životě (Hazuková, 2022, s. 28).

Dietní režim je jedním z hlavních opatření, které musí pacient s Crohnovou chorobou dodržovat, hlavně v období relapsu. Pokud dojde k jeho porušení, může dojít k nepříjemným zdravotním komplikacím, ať už z jednorázové dietní chyby, nebo z často se opakujících chyb. Z tohoto důvodu je nutná dobrá adherence k léčebnému režimu hned po zjištění diagnózy. To, jak pacient zvládne přijmout toto onemocnění, ovlivní další průběh nemoci, proto je důležité udržovat jeho stálou motivaci k dodržování režimu (Pacienti IBD online; Vrablík, 2013, s. 369-371).

Pozitivní postoj k dodržování dietního režimu u pacienta s Crohnovou chorobou předchází nežádoucím komplikacím, které mohou nastat. U nemocného tedy nedojde ke zhoršení stavu a následně se tedy nenaruší jeho psychický stav. Při negativním postoji dochází k nedodržení striktních opatření v dietním režimu v období relapsu a u pacienta následně dochází ke zhoršení stavu. Může dojít k neustupující křečové bolesti v břiše a velmi silným průjmům. Následkem těchto nežádoucích účinků se zhorší i psychický stav nemocného, který má další vliv na průběh onemocnění. Ve výzkumném problému si tedy pokládám otázku: *„Jaký postoj zaujímá pacient s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu?“*

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký je postoj nemocného s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu.

5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

Dílčí cíl 1: Zjistit motivaci pacienta s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu.

Výzkumná otázka 1: Jaké faktory motivují pacienta s Crohnovou chorobou dodržovat dietní režim?

Dílčí cíl 2: Zjistit překážky dodržování dietního režimu u pacienta s Crohnovou chorobou.

Výzkumná otázka 2: Jaké faktory zabraňují pacientovi s Crohnovou chorobou dodržovat dietní režim?

5.3 Operacionalizace pojmů

Motivace je nenásilné vytvoření pozitivního přístupu k něčemu, často k nějakému výkonu či chování (Plamínek, 2015, s. 30).

Překážka je okolnost náhodná nebo záměrně vytvořená, která někomu nebo něčemu překáží (Slovník spisovného českého jazyka).

Faktor je skutečnost, která ovlivňuje nějaký děj (Internetová jazyková příručka).

Postoj je stabilní systém pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů (Hayesová, 2021, s. 95).

Dietní režim při CD je dodržování určité diety v období relapsu a remise (Pacienti IBD online).

6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

6.1 Metodologie výzkumu

Pro kvalifikační práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Jde o výzkum, který je celostně zaměřen na člověka, skupinu lidí nebo událost a jsou zkoumány ve všech rozměrech, návaznostech a souvislostech. V tomto šetření získáváme mnoho informací při velmi nízkém počtu jednotlivců. Kvalitativní výzkum má vysokou validitu, avšak nízkou reliabilitu. Výsledky tedy nelze zobecnit na celkovou populaci (Gurková, 2019, s. 14; Plevová, 2011, s. 217).

Sběr dat byl ve výzkumu zprostředkován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami, což je nejčastější metoda pro kvalitativní výzkum. Před samotným rozhovorem byly stanoveny otázky, jejichž pořadí určoval výzkumník. V rámci rozhovoru byly využity i navazující otázky, které více rozvinuly odpovědi dotazovaného a bylo zodpovězeno potřebné pro výzkum (Mišovič, 2019, s. 20).

6.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr participantů pro výzkum byl záměrný. Kritéria, která měl participant splňovat, byla:

1 Nemocný s diagnostikovanou Crohnovou chorobou.

2 Nemocný, který nemá střevní vývod, poněvadž by mohl zkreslit možné výsledky.

3 Nemocný, který neabsolvoval biologickou léčbu a jeho kvalita života tak není doposud touto léčbou zlepšena a nadále musí dodržovat dietní režim.

Do výzkumu byli zařazeni pacienti, kteří pravidelně dojíždějí na prohlídky do Rokycanské nemocnice nebo do gastroenterologické ambulance I. interní kliniky Fakultní nemocnice Plzeň. Během prohlídky bylo osloveno 5 participantů. Jednalo se o dvě ženy a tři muže. Všech pět pacientů nyní dodržuje dietní režim za podpory medikamentózní léčby, dva z tohoto počtu čekají na schválení biologické léčby.

Pro výzkum byli vybráni:

P1. Muž ve věku 30 let. Crohnova choroba diagnostikována v roce 2020. Pracuje ve dvousměnném režimu jako obráběč kovů. Crohnova choroba mu byla zjištěna v lednu

roku 2020, kdy byl hospitalizován ve zdravotnickém zařízení pro suspektní apendektomii, avšak při chirurgickém výkonu zjištěna tato choroba. Při zákroku byla odebrána část tenkého a tlustého střeva. Poté do ledna roku 2022 bez jakékoliv medikamentózní léčby, nicméně pro zhoršující se průběh dále nasazeny glukokortikoidy. Vedlejšími příznaky jsou bolesti zad a kloubů, dále erythema nodosum a episkleritida. Nyní čeká na biologickou léčbu. Relaps 1x za 14 dní, trvající přibližně 3–4 dny.

P2. Žena ve věku 49 let. Crohnova choroba diagnostikována v roce 2012. Pracuje jako pomocná síla v kuchyni. Crohnova choroba diagnostikována v roce 2012 při akutní operaci dutiny břišní. Participantka měla podstoupit biologickou léčbu, bohužel pro chemoterapii karcinomu prsu byla zrušena. Nyní je pouze na medikamentózní léčbě, kdy užívá Penthasu a občas dle stavu glukokortikoidy. Vyvolávající příčina relapsů je u klientky převážně ze stresu a také z důvodu chemoterapeutické léčby. Relapsy má 1x ročně, avšak trvají i několik měsíců. Vyskytují se u ní i vedlejší příznaky jako skleritidy a bolesti kloubů.

P3. Žena ve věku 26 let. Crohnova choroba diagnostikována v roce 2020, kdy příznakem byli půlroční průjmy. Její povolání je učitelka na základní škole. Od začátku nemoci medikamentózní léčba v podobě imunosupresiv. Relapsy maximálně 2x ročně v intervalu několika týdnů. Hlavním spouštěčem relapsů je stres. Postihují ji i vedlejší příznaky v podobně bolesti zad a kloubů.

P4. Muž ve věku 30 let. Pracuje jako prodavač na krátké ranní služby. Crohnova choroba diagnostikována v roce 2018, kdy předcházely bolesti břicha a velká ztráta váhy. Po 6 měsících od stanovení nemoci byla zjištěna stenóza v tenkém střevě, která musela být revidována o 20 cm. Další střevní komplikací je tvorba píštělí v okolí konečníku. Relapsy 1x za 3 měsíce, avšak trvající několik týdnů. Nyní čeká na biologickou léčbu.

P5. Muž ve věku 34 let. Zaměstnán jako poradce s flexibilní pracovní dobou. Crohnova choroba diagnostikována v roce 2016, kdy přecházely průjmy, nechutenství, bolesti břicha, velká únava a později také přítomnost krve ve stolici. Průběh měl klient zpočátku velmi rychlý a musel podstoupit operační zákrok, kde mu odebrali část tenkého střeva. Nyní užívá medikamentózní léčbu v podobě kortikoidů. Jako vedlejší příznaky se u klienta objevují dermatitidy a bolesti kloubů. Relapsy 2x do roka, trvající několik týdnů.

6.3 Organizace výzkumu

Před začátkem celého výzkumného šetření byl stanoven obsah otázek k rozhovoru – *příloha A*, který byl dle plynulosti komunikace upravován a doplňován navazujícími otázkami. Samotný výzkum nemocných probíhal od prosince 2022 do února roku 2023. Se čtyřmi participanty jsem se setkala osobně v místě jejich bydliště. Zbývající jeden rozhovor byl proveden online prostřednictvím videa, z důvodu časové vytíženosti klienta a také velké vzdálenosti místa bydliště od výzkumníka. Domácí prostředí nemocných nám zajistilo dostatečný pocit soukromí a nic nenarušovalo průběhu komunikace. Jako velký přínos vnímám i fakt, že byl s nemocnými navázán kladný kontakt a zcela se vnitřně otevřeli. Celé rozhovory, které trvaly přibližně 1 hodinu, byly zaznamenány na diktafon. Po komplementaci dat, byly ale smazány. Před samotným začátkem výzkumného šetření jsem seznámila participanty s anonymitou šetření, celým průběhem rozhovoru a také předložila k podpisu informovaný souhlas, jehož vzor jsem vložila do přílohy této práce – *příloha B*. Samotné informované souhlasy s podpisy lze předložit na vyžádání u autora kvalifikační práce.

6.4 Zpracování dat

Výzkum byl prováděn ve formě individuálních rozhovorů. Jako nástroj sběru dat byl zvolen záznam na mobilní diktafon, jehož obsah rozhovorů jsem doslovně přepsala do Microsoft Word. Po přepisu dat, jsem využila otevřené kódování k vyhledávání kódů. Samotné kódování nám pomáhá data popsat a je ústředním bodem analýzy. Dále jsem data kategorizovala dle příslušných kódů. Hendl říká že: *„kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje a kategorizuje.“* Vzhledem k širšímu obsahu odpovědí jsem data uspořádala i do subkategorií. Kódy byly zpracovány do schémat a také byly, pro lepší orientaci v odpovědích, vytvořeny tabulky (Hendl, 2016, s. 232).

7 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Po dokončení všech rozhovorů byl nutný, dle zvolených kódů, přepis získaných dat od jednotlivých participantů do kategorií a subkategorií. Následně dle získaných výsledků byla vytvořena schémata. Pro upřesnění odpovědí k daným participantům byly vytvořeny tabulky.

7.1 Kategorie: Motivující faktory

V této kategorii jsem se snažila zjistit motivaci pacienta s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu, což je první dílčí výzkumný cíl. Zároveň byl zkoumán celkový postoj nemocného k dietnímu režimu.

7.1.1 Participant 1

Rozhovory byly vždy zahajovány otázkou, zda nemocný porozuměl svému dietnímu omezení, které musí dodržovat. Dotazovaný uvedl, že povědomí o dietě má od svého lékaře a zbytek se snažil ihned najít na internetu. Nemocný uvedl: *„hned jak mi doktor řekl, jak se věcí mají, tím myslím i tu dietu, tak jsem neváhal a šel jsem prozkoumat internet.“* Poté došlo na otázku, jak si samotné dietní opatření osvojil. *„Někdy je to pro mě problém, ale spíše to zvládám dobře,“* řekl.

Zajímala jsem se také o důvody, proč klient dietní režim dodržuje. Zpočátku přemýšlel a nakonec uvedl: *„to je zcela jasné, protože nebudu mít bolesti, takže ani nebudu muset být doma.“* Při další otázce, co konkrétně ho podněcuje dodržovat správné dietní opatření, odpověděl: *„dělám to také kvůli své rodině, mám dva syny a chci se jim naplno věnovat, a ne doma ležet v posteli s bolestmi.“* Po této odpovědi se klient pousmál a dodal, že má tu nejlepší rodinu na celém světě. Rozpovídal se také o nadcházející biologické léčbě, na kterou již půl roku čeká. *„Musím říci, že se také opravdu těším, až dostanu biologickou léčbu a můj život bude zase o trochu kvalitnější. Vždy, když mám na něco, co nesmím, chuť, tak si říkám, že za pár měsíců už si to třeba budu moci dát,“* řekl nemocný. Výraz na jeho tváři jasně ukazoval na jeho nedočkavost.

Na otázku, co nejvíce ovlivňuje dodržování dietního režimu, se participant hodně rozhovořil. Bylo jasné, že je pro něj těžké vybrat, ale poté odpověděl: *„je to možná sobecké vůči mé rodině, ale moje zdraví je mi v tuhle chvíli dražší. Proto bych uvedl spíše to, že nebudu mít ty bolesti a průjmy.“* Participant se dále rozpovídal o tom, jak bylo velmi těžké

zpočátku po zjištění diagnózy najít vůbec nějakou motivaci k celému léčebnému režimu natož pak k dodržování dietního opatření.

7.1.2 Participantka 2

V první fázi rozhovoru jsem se opět dotazovala, zda nemocná zná své dietní omezení. Klientka začala přemýšlet a v myšlenkách se vracela zpět o 11 let a s úsměvem vzpomínala. Odpověděla, že je to už několik let, co ji lékař informoval o správném dietním režimu. Doporučil ji bezezbytkovou stravu a vyřazení potravin, které ji nedělají dobře. Nyní už však pociťuje, že jde pouze o zvyk a vše vnímá jako automatičnost. Doslovně řekla: „*po zjištění téhle choroby, což už je nějaký ten pátek (pauza) vlastně přesně 11 let, mi lékař hned informoval o bezezbytkové dietě a řekl, ať vynechám všechny potraviny, po kterých mi bude zle. Nejdříve to bylo docela náročné, než jsem si zajela ten svůj systém, ale nyní už nad tím moc nepřemýšlím, za těch jedenáct let jsem se to naučila i pozpátku.*“

Dále jsem se zabývala otázkou, z jakého důvodu nemocná dietní režim dodržuje. Z rozhovoru bylo zřejmé, že rodina hraje v motivaci největší roli. *„Motivuje mě nejvíce moje rodina, která chce jíst to, co já, takže se snažím vařit dobrá jídla, která všechny nadchnou,“* uvedla klientka, která touto odpovědí i zodpověděla otázku, co ji nejvíce ovlivňuje při dodržování dietního režimu. Participantka se poté velmi rozpovídala o náročnosti přípravy jídel pro celou rodinu. Zjistila, že není jednoduché uvařit jednotné jídlo pro celou rodinu, aby bylo dobré a splňovalo její kritéria dietního omezení. Přesto se prý ráda učí novým receptům a snaží se, aby byla celá rodina spokojená. Také uvedla: *„jako velký přínos pro to, abych dodržovala tu svoji dietu, vnímám i to, že na internetu je spoustu tipů a rad na recepty, které mohu i já s Crohnem. A to je fakt super.“* Z této odpovědi vyplynulo, že možnost rad a tipů z internetu je pro ni také jedním z podněcujících faktorů, proč dodržuje dietní režim.

7.1.3 Participantka 3

I u třetí pacientky začal rozhovor otázkou na téma motivace při dietním opatření a znalost diety při CD. Klientka byla pozitivně naladěná a velmi usměvavá. Na otázky odpovídala dlouze. Ohledně znalosti dietního režimu uvedla následující: *„vše jsem si nastudovala na internetu a nyní už své možnosti a omezení znám.“*

Z první odpovědi na otázku, z jakého důvodu dodržuje klientka dietní opatření, jasně vyplynulo, že její největší motivací je, aby byla v budoucnu zdravá a měla co nejméně komplikací. „*Na tohle snad ani nemusím odpovídat, je snad jasné, že nechci po nějakém*

špatně zvoleném jídle trpět bolestmi. Hlavně znám spoustu lidí, kterým se nemoc po dietní chybě velmi zkomplikovala, a to je to nejmenší, co bych si přála.“ odpověděla klientka.

Jako další důvod nemocná uvedla, že ji motivují i lidé na sociálních sítích. *„Člověk by neřekl, kolik věcí na těch sociálních sítích najde. Jsem v nějaké skupině s lidmi, co mají také Crohna a řeší tam jednak celou léčbu a komplikace, ale také právě dietní režim a vzájemně si tam pomáhají. Navzájem si vlastně říkají ty svoje příběhy,“* řekla pacientka.

Jejím motivujícím faktorem je také práce, kterou vykonává. Participantka pracuje ve školství jako učitelka, proto si nemůže dovolit odbíhat na toaletu. Jasně na otázku, co ji podněcuje dodržovat dietní režim, odpověděla: „*můj hnací motor je i mé zaměstnání jako učitelka, člověk si vždy rozmyslí, co si dá a co ne, než aby běhal 3x za hodinu na toaletu*.“ Dále se klientka rozpovídala více o své práci, a jak se snaží připravovat krabičky s jídly do práce, aby ji vše vyšlo. Z pacientky jsem cítila chuť a motivaci k dodržování všech režimových opatření, která nemoc obnáší. Bylo vidět, že dietu při CD má opravdu velmi dobře nastudovanou.

7.1.4 Participant 4

Tento klient byl velice stydlivý muž. Zpočátku rozhovoru s ním bylo těžké navázat jakoukoliv konverzaci. Viděla jsem na něm jistou nedůvěru, proto jsem mu vše raději znovu zopakovala. Celý postup rozhovoru, anonymitu a další potřebné informace, které ho zajímaly. Poté jsem se zeptala, zdali chce v rozhovoru pokračovat, participant odpověděl: *„byl jsem trochu zaskočený tím Vaším tématem, jsem strašný lajdák a flegmatik, takže už teď vím, že přistupuji k celé léčbě špatně, ale pojďme na to.“* Po této odpovědi jsem se pokusila pana Tomáše uklidnit a přistoupila k první části otázek.

Nejdříve jsem se zeptala, zda ví, v čem spočívá dietní režim při CD. Z jeho odpovědi bylo patrné, že zná dietní režim, avšak se mu moc nechce ho dodržovat. *„Můj doktor mi řekl, co ten dietní režim obnáší, něco málo vím, ale já nejsem ten typ člověka, který by cokoliv dodržoval,“* odpověděl klient.

Dále jsem se participanta ptala, zda alespoň někdy přemýšlí nad dodržováním dietního režimu. Odpověděl: *„Někdy, když je mi fakt špatně si říkám, že bych to měl dodržovat a pak to třeba týden dodržuju. Jenže po týdnu je mi zase dobře a na vše se vykašlu.“* Optala jsem se tedy klienta, proč v této chvíli dietní režim dodržuje. *„Ty bolesti jsou někdy fakt strašné, pak lítám na toaletu a nejsem ničeho schopný, takže proto to na těch pár dní až*

týdnů začnu dodržovat," odpověděl participant. Společně jsme se dobrali k závěru, že při bolestech klient alespoň týden dietní režim dodržuje, aby mu bylo lépe.

Zajímala jsem se, zda je něco dalšího, co klienta podněcuje k dodržování dietního opatření. Na tuto otázku odpověděl, že je rád za možnost biologické léčby. Doslovně konstatoval: *„dali mi možnost biologické léčby, která to všechno o dost zlepší, a ne každý prý tu možnost má. No a přišlo mi líto, že pro to nic nedělám, tak jsem to začal brát trochu víc vážně, ale je to podle nálady."* Z celého rozhovoru v kategorii motivujících faktorů vyplynulo, že nejvíce ho motivuje jeho zdraví, konkrétněji to, aby netrpěl bolestmi a průjmy.

7.1.5 Participant 5

I u tohoto klienta začal rozhovor otázkou, zda zná svůj dietní režim při jeho onemocnění Crohnovou chorobou a také jak si osvojil jeho dodržování. Tento participant odpověděl: *„můj dietní režim zná především moje manželka, která mi vaří a vše mi kontroluje. To, jak často jím, a i co mám za jídlo. Bez ní bych to nezvládl. Neříkám, že se vůbec nesnažím, ale ona je takový můj hlídáček,"* po této odpovědi se klient velice zasmál. Pokračoval tím, že má znalosti o tom, co je v dietním režimu důležité dodržovat, ale vaření určité stravy by určitě nezvládl. Participant byl velice hovorný a usměvavý.

Pokračovala jsem dále otázkou, z jakého důvodu dodržuje dietní režim. Co ho vede k jeho neporušení. Participant uvedl: *„když mi tenkrát tu nemoc zjistili, hned mi doktor říkal, co budu a nebudu muset dělat. Potom mi taky řekli, že jednou ze zásad, co budu muset dodržovat je dietní režim, který si ale určím převážně sám podle toho, co mi bude a nebude dělat dobře. Samozřejmě mi řekli i proč to musím dodržovat, no jenže já nic doma neřekl. A na to konto jsem jedl furt všechno jako dříve. Jenže asi týden na to mě potkaly takové křeče v břiše a průjmy, že jsem myslel, že to bude můj konec. Takže je Vám asi jasné, že to dodržuju hlavně kvůli tomu, abych předešel tomuhle. Je jasné, že v tom období relapsu ty bolesti jsou a budou, ale rozhodně jim nepomáhám v jejich větším rozvoji."* Z této odpovědi bylo patrné, že zdraví je jedním z motivujících faktorů. Při dotazovaní nemocný uvedl, že zdraví je pro něj nejvíce dominující faktor v dodržování dietního režimu.

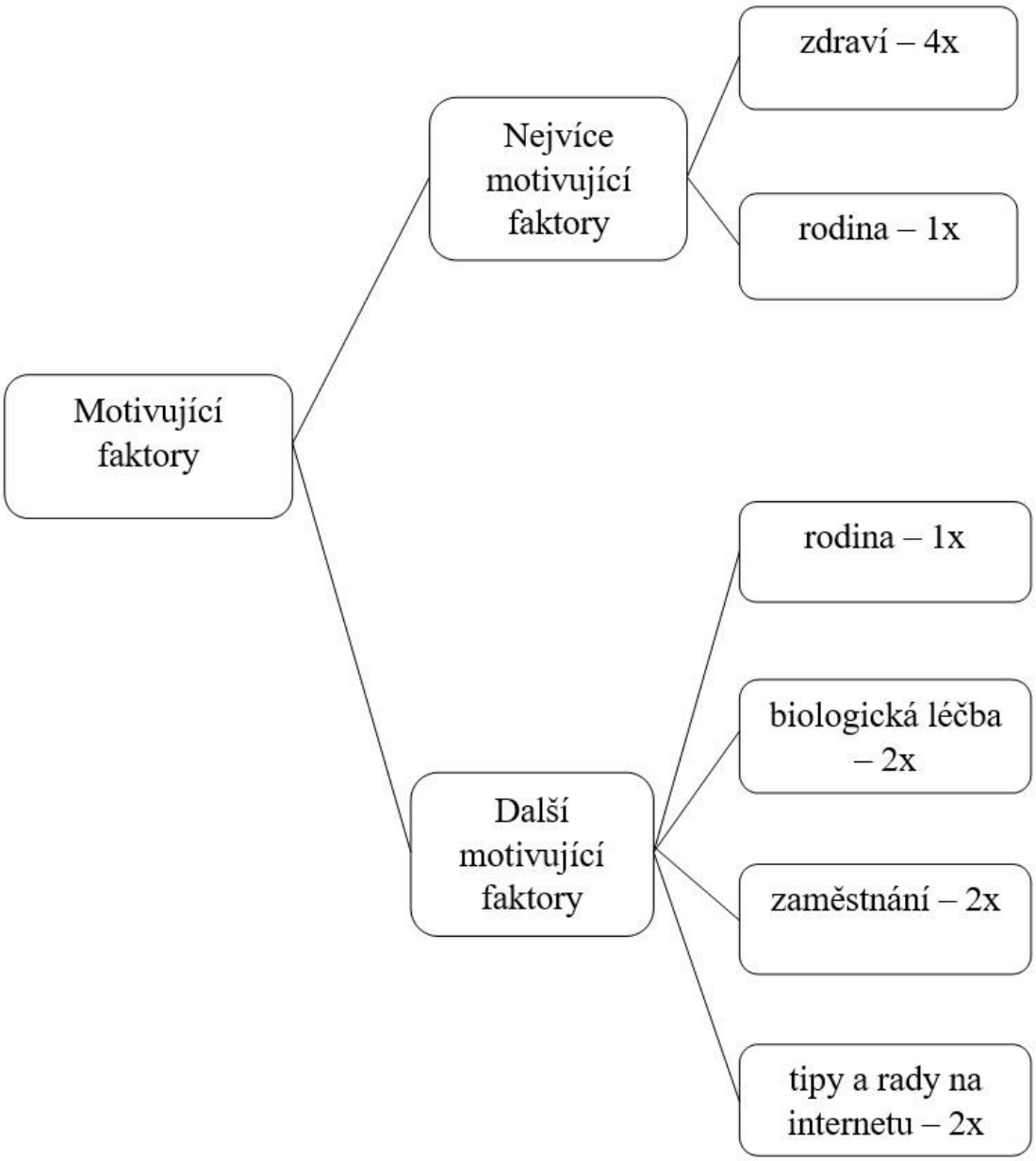
Na otázku, co dalšího klienta podněcuje k dodržování dietního režimu, odpověděl: *„ještě bych mohl určitě uvést moji práci. Bohužel díky této nemoci jsem musel své zaměstnání změnit. Nyní pracuji v kanceláři jako poradce a tuto práci bych si rád udržel. Nechci, aby si kdokoliv všimnul, že často odbíhám na toaletu nebo se svíjím v bolestech. Někdy*

tomu prostě nezabráním, ale nepůjdu tomu přeci ještě naproti.“ Z výrazu na tváři byl znát vděk za možnost nové práce. Klient dodal, že je velmi rád, že našel nové zaměstnání, ve kterém mu jeho choroba nezabraňuje.

Jaké faktory motivují pacienta s Crohnovou chorobou dodržovat dietní režim?					
	P1	P2	P3	P4	P5
Jak jste si osvojil/a dodržování dietního režimu?	Spíše to zvládám.	Zvládám.	Zvládám.	Spíše to nezvládám.	Snažím se to zvládat.
Kdo nebo co Vás nejvíce podněcuje při dodržování dietního režimu?	Budu zdravá a nebudu mít bolesti s komplikacemi.	Rodina.	Nechci mít komplikace a bolesti.	Nechci křeče v břiše.	Nechci mít bolesti a průjmy, takže moje zdraví.
Z jakého důvodu dodržujete dietní režim?	Kvůli rodině a biologické léčbě.	Dostávám tipy a rady na internetu.	Zaměstnání + tipy a rady z internetu.	Biologická léčba.	Zaměstnání.

Tabulka 1 Motivující faktory

Tabulka číslo 1 znázorňuje otázky zaměřující se na motivující faktory při dodržování dietního režimu u pacienta s Crohnovou chorobou. Čtyři participanti uvedli, že dodržování dietního opatření spíše zvládají nebo se alespoň snaží zvládat. Participant 4 však uvedl, že to spíše nezvládá. Jeden z hlavních faktorů, proč participanti s Crohnovou chorobou dodržují dietní opatření, se ukázalo být hlavně zdraví, konkrétněji z důvodu bolestí či strachu z komplikací, jak někteří uvedli. Jediná participantka 2 uvedla, že ji nejvíce motivuje její rodina. Jako další faktory uvedl participant 1 a 4 biologickou léčbu. Dále se zde objevily u P2 a P3 tipy a rady z internetu. V neposlední řadě také zaměstnání u P3 a P5. Participant 1 uvedl také rodinu, což P2 zařadila do nejvíce podněcujících faktorů.



Obrázek 1: Schéma kódů – Kategorie: motivující faktory (zdroj: vlastní)

Obrázek 1 znázorňuje motivující faktory v přehledném schématu, díky kterým pacient s Crohnovou chorobou dodržuje dietní režim. Toto schéma znázorňuje odpovědi participantů, které jsou zařazeny dle příslušných kódů.

7.2 Kategorie: Zabraňující faktory

V této kategorii jsem se snažila získat odpověď na druhou dílčí výzkumnou otázku. Zaměřila jsem se na překážky v dodržování dietního režimu v prvních dnech po zjištění diagnózy Crohnovy choroby a dále po roce a déle od stanovení diagnózy, kdy nemocný má již nějaké zkušenosti.

7.2.1 Participant 1

První otázka byla zaměřená na překážky v dodržování dietního režimu po zjištění Crohnovy choroby. Participant chvíli přemýšlel a poté odpověděl: *„Měl jsem problém ze-začátku najít, co mi dělá dobře a co ne. Hlavně jsem vůbec nevěděl, co ten dietní režim obnáší. Jako něco málo Vám řekne doktor, ale pak jsem musel hledat hlavně na internetu.“* Poté také řekl, že zpočátku onemocnění ani neměl chuť něco dodržovat. *„Jak jsem Vám už řekl, když mi zjistili tohle onemocnění, byl jsem naštvaný na celý svět, nevěděl jsem o tom vůbec nic natož ještě mít chuť dodržovat nějakou dietu,“* řekl klient. Na otázku, za jakou dobu si dietní režim klient osvojil, konstatoval: *„První rok byl hodně náročný, jelikož jsem ani neuměl vařit, ale pak s pomocí mé partnerky se to nějak poddalo.“* Participant také dodal, že kdyby nebyl internet, tak spoustu věcí ještě dnes neví.

Poté se nemocný rozpovídal o samotném vaření. Řekl, že většinu vaření zastává jeho partnerka, která si vše o dietním opatření nastudovala. *„Bez mé partnerky bych to nedal, každý den mi vaří jídla, která mi moc chutnají. Samozřejmě jsem se již spoustu věcí naučil a snažím se jí pomáhat a také si sem tam něco uvařit,“* uvedl participant a vykouzlil se mu úsměv na rtech. Bylo zřejmé, že je rád za pomoc od své partnerky.

Dále jsem se zajímala o současné překážky v dodržování dietního režimu, kdy nemocný odpověděl: *„po tom roce, kdy člověk tak nějak už ví, co smí a co ne přišla ta chuť, na ta jídla, co nesmím. Takže se přiznám, že občas zhřeším a pak trpím.“* Z rozhovoru bylo patrné, že participanta mrzí občasné porušení diety. Dále uvedl, že se ale spíše více snaží režimová opatření neporušovat. Následně na tuto otázku ještě dodal: *„nikdy jsem taky nebyl zvyklý jíst pravidelně v každodenním životě a pořád mi to dělá velký problém. Taky za to může moje práce, kde prostě nemám čas jíst pravidelně. Každopádně mě ta práce baví, takže ji měnit nebudu.“* Z této odpovědi tedy vyplývá, nejenže jsou překážkou špatné stravovací návyky, ale také zaměstnání, které klient vykonává, avšak změnit ho nechce.

7.2.2 Participantka 2

U této participantky jsem opět tuto fázi rozhovoru začala otázkou, co ji bránilo dodržovat dietní režim po zjištění onemocnění Crohnovou chorobu. *„Vím, že zpočátku bylo náročné najít potraviny, které mi nevadí a které naopak jo a co ten dietní režim vůbec obnáší. Věděla jsem, že je přede mnou náročná cesta, která nemá nikde konec, takže taková docela bezmoc,“* řekla klientka. Dotazovala jsem se, co si mám představit pod pojmem bezmoc a na to nemocná odpověděla: *„lékař mi vše sice ihned vysvětlil, co a jak bude dál, co mě čeká, co budu muset dodržovat, ale žít s pocitem, že mám nevyléčitelnou nemoc, která se může rychle zkomplikovat, pro mne byl opravdu šok. Všechna ta opatření mi naháněla hrůzu. Říkala jsem si, že to nemá cenu. Moje psychika se tím hodně zhoršila.“* Na pacientčině výrazu bylo znát, že z onemocnění měla velké obavy.

Ihned po položení další otázky, zda je nyní něco, co ji brání v dodržování dietního režimu, klientka s nadšením odpověděla: *„po tom, co jsem se všeho tak bála Vám po jedenácti letech mohu s klidem říci, že vše zvládám na jedničku a strach nebyl nutný.“* Poté ještě dodala*: „trvalo mi to asi rok nebo dva, než jsem se v tom režimu našla, sem tam se chybička vloudí, ale je to spíše z neopatrnosti.“* Z odpovědí bylo jasné, že pacientka je již opravdu zkušená. Za 11 let získala mnoho dovedností, které ji udržují ve správném každodenním dietním rytmu.

7.2.3 Participantka 3

U druhé klientky začal rozhovor v této fázi stejně jako u předešlých participantů. Mezi překážkou v dodržování dietního režimu se zpočátku u klientky také ukázala být neznalost dietního režimu. *„Dodnes si pamatuji, jak mi lékař říkal o té dietě, a já jen seděla a kývala hlavou, jako že ho naprosto chápu, a přitom jsem si pak vše hledala v knížkách a na internetu. První půl rok, možná rok, to byl boj. Vždy jsem něco špatného snědla nebo se zapomněla najíst a pak následovaly bolesti a průjmy. Hrůza,“* odpověděla naštvaným hlasem nemocná. Uvedla také, že zpočátku u ní docházelo k dietním chybám ob den, právě z důvodu špatné znalosti dietního režimu.

Poté jsem přešla na otázku týkající se nynějších překážek v dodržování dietního režimu. Participantka konstatovala: *„nejvíce obtížné je zvládnout ty večerní chutě. Ještě před třemi lety jsem si dala, co jsem chtěla, ale teď musím přemýšlet nad vším, co mám sníst. Tohle vnímám jako opravdu velkou překážku.“* Také uvedla, že občas jdou s partnerem do restaurace, kde neovládne své chutě a objedná si pokrm, po kterém má poté bolesti. *„Někdy je to opravdu těžké, ačkoliv vím o všech komplikacích a bolesti, která pak přijde, ale*

třeba zrovna nedávno jsme byli s partnerem v restauraci, kde jsem si dala nevhodné jídlo, na které jsem měla chuť a pak to šlo rychle," řekla smutně participantka a pokračovala, *„tyhle chyby se mi stávají, ale velmi málo, snažím se na to jinak myslet."* I přes občasné dietní chyby, z důvodu chutě jsem ze strany klientky cítila zodpovědný přístup.

Dále klientka odpověděla, že neví o žádných jiných faktorech, které by narušovaly její dodržování dietního režimu. Dodala, že je vše o zvyku a trpělivosti.

7.2.4 Participant 4

Po ukončení předešlé fáze zaměřené na motivující faktory jsem se opět zaměřila na překážky v dodržování dietního režimu. U nemocného jsem se dotazovala podrobněji z důvodu negativního přístupu k celému léčebnému režimu, což vyplynulo ihned na počátku rozhovoru. Na otázku, co bránilo klientovi dodržovat dietní režim, ihned po zjištění Crohnovy choroby odpověděl: *„za prvé, sice mi doktor tak nějak informoval o tom, co ten dietní režim obsahuje, ale já si nic nepamatuju, takže jsem nic moc nevěděl, a proto jsem ani nic moc nedodržoval a pak mi bylo špatně. A za druhé, já vůbec neuměl vařit, takže jsem si ani nedovedl představit, že bych si měl dělat nějakou bezezbytkovou stravu."* Z rozhovoru bylo patrné, jak již bylo zmíněno v první fázi, že tento participant k režimovým opatřením obecně nepřistupuje zcela kladně. Optala jsem se ho tedy, zdali za dobu, co má diagnostikovanou Crohnovu chorobu, si alespoň trochu osvojil dietní režim při Crohnově chorobě. *„Já to tak nějak věděl možná po půl roce, co mi nedělá dobře, ale jak jsem říkal, když je mi fajn, tak je to někdy těžké dodržovat,"* odpověděl.

Dále jsem se dotazovala na nynější překážky v dodržování dietního režimu. Chvíli přemýšlel a poté odpověděl: *„vím, že nejím pravidelně, ale jsem takhle zvyklý od malička. Máma vařila samá tučná a nezdravá jídla, a o tom, že jsme někdy jedli jen 2x denně ani nemluvím. Takže je Vám asi jasné, že jsem se to do teď neodnaučil."* Z jeho výrazu bylo zřetelné, že ho celá tato situace velmi mrzí, avšak nevšimla jsem si z jeho konverzace náznaku snahy o změnu.

S participantem jsme také komunikovali o jeho denním rytmu života, kde na závěr vyplynulo, že je pro něj každý den také těžké dodržet pravidelnost stravování. Rozpovídal se o svém zaměstnání, kde pracuje jako prodavač na krátkou směnnost, avšak najít si čas na stravu je tam někdy hodně obtížné. *„Je mi trapné v práci říkat, že se chci jít najíst, proto to raději vydržím do pauzy. Neříkám, že nemám čas na jídlo, ale spíš nechci mít kvůli*

tomu nějaké úlevy," řekl participant. Zároveň dodal, že z tohoto důvodu u něj často dochází k dietním chybám, ale své zaměstnání měnit nehodlá.

7.2.5 Participant 5

Poslední participant měl stejnou první otázku jako předešlí klienti. Zaměřila jsem se tedy na zabraňující faktory při dodržování dietního režimu po zjištění Crohnovy choroby. Tento pacient řekl: *„v tom roce 2016, když mi na to tenkrát přišli, Vám mohu s klidem říci, že nějaký dietní režim mi byl úplně jedno, neměl jsem ani chuť něco dodržovat. Takže jsem tomu nevěnoval ani takovou pozornost. Postupem času jsem, ale zjistil, že na tom dodržování určitého způsobu stravování a nějakého nastoleného režimu opravdu hodně záleží, ale já vůbec neměl ponětí, co vlastně mám dodržovat. Udělal jsem spoustu chyb, ale díky mé manželce a lékařům jsem se do toho nějak dostal."* Pacient také řekl, že většinu zastává manželka, ale on se také ve spoustě věcí snaží.

Optala jsem se ho, za jakou dobu se dietní režim naučil správně dodržovat. *„Podle mě se najdou pořád nové věci, které mi někdy nesednou, ale myslím si, že tak za ten rok, spíš dva roky, jsem si to všechno tak nějak uspořádal v hlavě,"* odpověděl participant. V celém rozhovoru však zmiňoval často jeho manželku, která mu v mnoha věcech pomáhá.

Poté přišla řada na otázku, z jakého důvodu nyní, po sedmi letech, nedodrží dietní opatření. Na tuto otázku pacient řekl: *„poruším to opatření tehdy, když jdu třeba s kamarády posedět a oni si dají pivo, samozřejmě si to pivo dám taky, protože bych to nevydržel. Ale to je výjimečně. Snažím se to jinak dodržovat."* Z celé komunikace bylo však znát, že porušení dietního režimu není časté. Tento případ překážky je ojedinělý, jak sám pacient odpověděl.

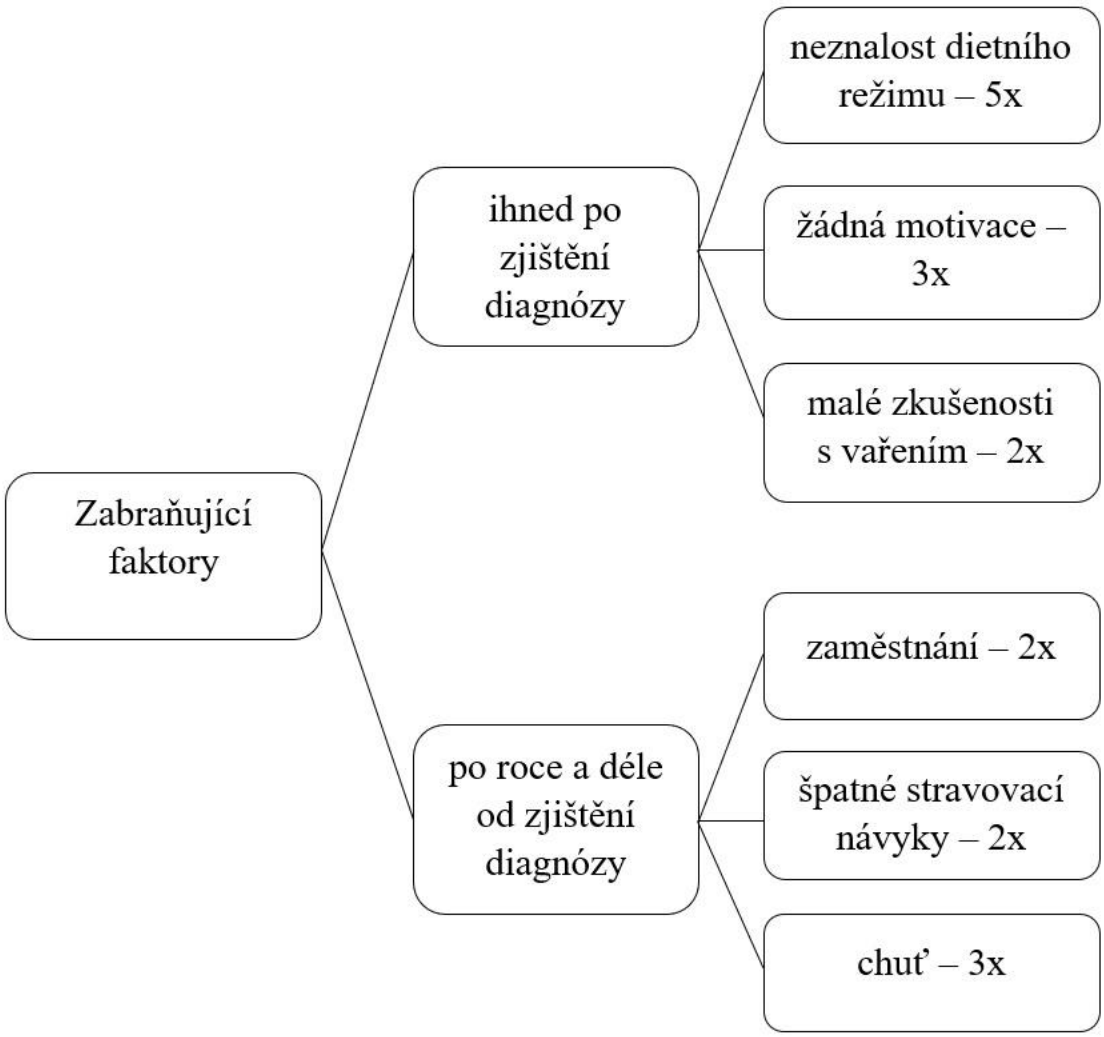
Jaké faktory zabraňují pacientovi s Crohnovou chorobou dodržovat dietní režim?					
	P1	P2	P3	P4	P5
Co Vám bránilo dodržovat dietní režim po zjištění Crohnovy choroby?	Moc jsem toho o dietním režimu nevěděl + neměl jsem chuť dodržovat dietní režim + neuměl jsem vařit.	Neznalost dietního režimu + nemělo to pro mne cenu.	Nic jsem o tom nevěděla.	Nic moc jsem nevěděl + neuměl jsem vařit.	Dietní režim mi byl úplně jedno + neměl jsem ponětí, co vlastně mám dodržovat.
Za jakou dobu jste se naučil, co dietní režim obnáší?	První rok byl hodně náročný, ale pak se to poddalo.	Rok nebo dva roky zhruba.	Půl rok, možná rok.	Asi po půl roce.	Rok, spíše dva roky.
Jste si vědom/a faktorů, které Vám nyní brání dodržovat dietní režim?	Chuť na pokrmy, co nesmím + nejsem zvyklý na pravidelné stravování + mé zaměstnání, kde nemám čas.	Nejsem.	Večerní chutě.	Nejím pravidelně + mé zaměstnání.	Nevydržím překonat chuť.

Tabulka 2 Zabraňující faktory

Tabulka 2 znázorňuje otázky zaměřující se na zabraňující faktory při dodržování dietního režimu při Crohnově chorobě. Všichni participanti se shodli, že zpočátku onemocnění jim bránila v dodržování neznalost dietního režimu. Dále P1, P2 a P5 odpověděli, že nebyli na počátku onemocnění dostatečně motivováni, a proto nedodržovali dietní režim. P2 a P4 také uvedli, že neuměli vařit, tudíž pro ně bylo těžké si jakýkoliv pokrm správně připravit.

Téměř u všech participantů došlo k osvojení si diety do jednoho roku, u participanta 2 a 5 to trvalo déle o zhruba celý rok. Nyní převážně všichni klienti uvedli jako překážku v dodržování chuť na pokrmy, které nemohou, nebo například P1 a P4 také uvedli své zaměstnání jako jeden ze zabraňujících faktorů. P2 jako jediná uvedla, že si nyní není vědoma žádného faktoru, který by ji omezoval.

Dva participanti, konkrétně P1 a P4, uvedli špatné stravovací návyky jako jednu z překážek. Řekli, že nejsou zvyklí se pravidelně stravovat a zatím se to ani nenaučili.



Obrázek 2: Schéma kódů – Kategorie: zabraňující faktory (zdroj: vlastní)

Obrázek 2 znázorňuje schéma odpovědí participantů na otázky, které směřovaly k druhému výzkumnému cíli, kterým zjišťuji překážky v dodržování dietního režimu při Crohnově chorobě. Na základě odpovědí neboli kódů byla vytvořena tato kategorie a následně také subkategorie.

DISKUZE

V diskuzi budou rozebrány výsledky výzkumného šetření s jinými výsledky různých kvalifikačních prací a také s odbornými zdroji. Cílem celého výzkumného šetření bylo zjistit postoj nemocného s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu.

Výsledky výzkumného šetření jsou porovnány s několika kvalifikačními pracemi, které však nejsou na stejné téma, avšak obsahují obdobné výsledky šetření.

Domnívám se, že participanti zaujímají převážně pozitivní postoj k dietnímu opatření. Snaží se nacházet faktory, které je přimějí dietní režim dodržovat, což koresponduje i s výzkumným šetřením Matunové. Matunová (2012) uvádí, že většina nemocných dodržuje svůj dietní režim při Crohnově chorobě. Toto tvrzení také potvrdil výzkum od Kalafusové (2016), která uvádí, že z jejího výzkumu vyplývá, že ve velké míře respondenti dodržují dietní režim. Překážky v dodržování se téměř vždy u participantů v různém směru našly, avšak je to u nich méně častý jev a uvědomují si své pochybení. Tudíž nelze říci, že zaujímají převážně negativní postoj (Kalafusová, 2016, s. 88; Matunová, 2012, s. 53).

Výzkum také ukázal, že faktory, které zabraňují nemocným dodržovat dietní režim, jsou rozdílné na prvopočátku zjištění Crohnovy choroby a po roce od diagnostikování. Dále se ukázalo, že převažuje u klientů jeden motivující faktor, který napomáhá k dodržování dietního režimu.

První výzkumná otázka se vztahovala k motivujícím faktorům, díky kterým nemocní s Crohnovou chorobou dodržují dietní režim. Z výzkumného šetření jasně vyplynulo, že největší motivací participantů je jejich zdraví. Dle publikace Mitrové a Vorudové (2022) může docházet při špatně zvolené stravě v období relapsu k průjmům, křečím, bolestem břicha a nadýmání. V mém rozhovoru nemocní uvedli, že právě kvůli těmto nepříjemným následkům špatně zvolené stravy se snaží dodržovat dietní režim. Chtějí mít co nejméně obtíží a být v rámci možností zdraví. Jedna klientka také uvedla za nejvíce motivující její rodinu, díky které ji baví vymýšlet nové recepty. Na důležitost rodiny v motivaci poukazuje i výzkumné šetření od Skořepové (2013), která pojednává sice o chronické pankreatitidě, ale se zaměřením na dietní režim. Výzkumnice popisuje podporu rodiny v pomoci například se sestavením vhodného jídelníčku. V mém šetření se zařadila rodina u ostatních participantů až pod faktorem zdraví, což však stále značí, že sehraje v motivaci opravdu důležitou roli (Mitrová, Vorudová, 2022, s. 6; Skořepová, 2013, s. 71).

Dalším z méně častých motivujících faktorů vyšla informovanost pacienta z internetových zdrojů. Ukázalo se, že rady a tipy na internetu motivují participanty k samotnému dodržování dietního režimu. Z mého pohledu může být tento faktor zapříčiněn častým vyhledáváním informací o samotné diagnóze Crohnovy choroby. Jelikož z výzkumu od Štěpařové (2011) vyplynulo, že 38 (62 %) respondentů hledalo informace o nemoci na internetu. Výzkum od Skořepové (2013) také ukázal, že respondenti pro upřesnění vědomostí o dietním režimu využívají internetové zdroje nebo knižní publikace obsahující recepty na jídla. V mém výzkumu také dva participanti uvedli, že jejich motivující faktor pro dodržování dietního režimu je jejich zaměstnání a budoucí biologická léčba. Domníváme se, že tyto motivy však u nemocných nesehrají tak důležitou roli jako faktor zdraví (Štěpařová, 2011, s. 46; Skořepová, 2013, s. 68).

Druhá výzkumná otázka se vztahovala k zabraňujícím faktorům při dodržování dietního režimu u pacienta s Crohnovou chorobou. V otázkách jsem se zaměřila na období po čerstvě diagnostikované Crohnově chorobě a dále po roce a déle, kdy nemocní uvedli, že si opatření téměř osvojili.

Z výzkumu vzešlo, že všichni nemocní po diagnostikování Crohnovy choroby nevěděli, co dietní režim obnáší, proto docházelo k dietním chybám. Ačkoliv uvedli, že prvotní informace dostali již od lékaře či ošetřovatelského personálu, bohužel si je téměř vždy nepamatovali. Uvedli neznalost dietního režimu, a s tím související následné vaření pokrmů. Na tuto překážku poukazuje i výzkum od Skořepové (2013). Uvádí, že po příchodu domů si většina respondentů nepamatovala informace od ošetřovatelského personálu. Pro příští výzkum by bylo zajímavé zjistit, jaká metoda edukace je pro pacienty po diagnostikování Crohnovy choroby nejpřijatelnější a nejvíce si z ní zapamatují. Dále bylo v mém výzkumu zjištěno, že nemocní zpočátku onemocnění nejsou dostatečně motivování k tomu, aby dietní režim dodržovali. Tuto skutečnost konstatuje i Gurková (2017) ve své publikaci. Říká, že nemocní s chronickým onemocněním mají problémy v oblasti motivace a adherence k léčebnému režimu (Gurková, 2017, s. 6; Skořepová, 2013, s. 69).

Překážkou po roce a déle od diagnostikování Crohnovy choroby se ukázalo být zaměstnání. Dva z pěti nemocných berou jako překážku v dodržování dietního režimu své zaměstnání, avšak ani jeden z klientů ho změnit nechce. Což téměř koresponduje s výsledky Vyšínové (2018), která uvádí, že z jejího šetření vyplynulo, že jeden z pěti klientů odpověděl, že je v práci také omezen. Dále vyšlo najevo, že dva klienti uvedli, že dří-

ve měli špatné stravovací návyky a doposud se jim je nepodařilo změnit. Domnívám se, že za tuto překážku může nedostatečná edukace. Cílem edukace je aktivní zapojení nemocného do léčebného režimu, kam patří i změna stravovacích návyků, která souvisí s celkovou změnou životního stylu. Toto interpretuje i Svěráková (2012) ve své publikaci. Konstatuje, že edukace vede ke změně postojů v chování nemocného. Ve výzkumu Šáchové (2022) bylo zjištěno, že stravovací návyky jsou překážkou v dodržování dietního režimu u většiny participantů. Ačkoliv se v jejím výzkumu nejedná o dietní režim při Crohnově chorobě, ale u obézních pacientů, myslím si, že pokud je člověk od dětství k něčemu špatně veden, projeví se to kdykoliv v životě nemocného (Šáchová, 2022, s. 50; Vyšínová, 2018, s. 50-51; Svěráková, 2012, s. 36-37).

Jako poslední překážkou po roce od diagnostikování Crohnovy choroby, kdy nemocný selže v dodržování dietního režimu, je chuť. Tři klienti uvedli, že i po roce u nich dojde k dietní chybě, když mají na něco chuť a poruší tak dietní režim. Domnívám se, že tato skutečnost poukazuje na nedostatečnou vůli nemocných. Avšak ve výzkumu Davydové (2019), kde respondenti dodržovali také určitý dietní režim, bylo zjištěno, že 21 z 97 respondentům působí chutě potíže. Toto poukazuje na to, že každý nemocný, který dodržuje dietní režim a je tak omezen, někdy opatření poruší (Davydova, 2019, s. 43).

U participantů s onemocněním Crohnovou chorobou vyplynulo, že je pro ně největším motivujícím faktorem jejich zdraví a rodina, která sehrála roli v různých ohledech. Nemocní uváděli, jak podporu ze strany rodiny, tak i oni sami chtěli být plnohodnotnými členy pro ostatní. Téměř všichni uvedli na prvním místě své zdraví, což je v tomto případě naprosto pochopitelné. Každý si vždy našel nějaký faktor, který ho alespoň z části motivoval k dodržování dietního režimu. Samozřejmě i zabraňující faktory v dodržování dietního režimu se vždy našly. Pro nemocné nebylo hlavně na prvopočátku onemocnění vůbec jednoduché samotný dietní režim dodržovat, ale po roce a déle si osvojili dodržování a dietní chyby nebyly tak časté.

LIMITY VÝZKUMU

Výsledky celého šetření mohly být zkresleny malým počtem participantů, proto nelze aplikovat tyto výsledky na všechny nemocné s Crohnovou chorobou. Výsledky mohli být také zkreslené online rozhovorem, kdy mohlo dojít k záměně slov.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Ukázalo se, že nemocní po zjištění diagnózy Crohnovy choroby nevědí, co samotné dietní opatření obnáší. Proto jsem jako doporučení pro praxi a zároveň pro výstup kvalifikační práce zvolila souhrn pravidel dietního režimu při Crohnově chorobě. Tento souhrn je určen pro gastroenterologickou ambulanci I. Interní kliniky ve Fakultní nemocnici Plzeň a je vložen k nahlédnutí v *příloze C*.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce měla za cíl zjistit postoj nemocného s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu. V teoretické části byly shrnuty informace o Crohnově chorobě s větším zaměřením na dietní režim.

V praktické části byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda formou polostrukturovaných rozhovorů s participanty. Byl stanoven obsah otázek pro rozhovor, ale při samotné komunikaci s nemocnými byly otázky doplňovány dle plynulosti. Rozhovory jsem prováděla v domácím prostředí participantů.

Z výzkumu vyplynulo, že největším motivujícím faktorem, díky kterému nemocní dodržují dietní režim, je jejich zdraví. Dále je důležitým faktorem rodina, budoucí plánovaná biologická léčba, zaměstnání a v neposlední řadě tipy a rady z internetu. Tímto byl zodpovězen první dílčí cíl.

Druhý dílčí cíl měl zjistit, jaké překážky limitují nemocného v dodržování dietního režimu. Z výzkumného šetření vyšlo, že ihned po diagnostikování Crohnovy choroby nemocní neznají dietní režim, tudíž dochází k dietním chybám. Dále také žádná motivace k dodržování a nezkušenost s vařením pokrmů. Po roce a déle, kdy nemocní uvedli znalost dietního režimu, je limituje jejich zaměstnání, kdy se nemohou pravidelně stravovat. Další překážkou jsou špatné stravovací návyky, na které není u nemocných dostatečné vůle, aby je změnili. A dále také velká chuť na jídla, která si v dané období nemohou dopřát.

Vzhledem k tomu, že nemocní uvedli zpočátku onemocnění neznalost dietního režimu, by bylo pro příští výzkumné šetření zajímavé zjistit, jaká metoda edukace o léčebném režimu při Crohnově chorobě je pro nemocné nejpřijatelnější a nejvíce si z ní zapamatují.

Jako výstup této bakalářské práce byl zvolen souhrn pravidel dietního režimu při Crohnově chorobě, který je dán na gastroenterologickou ambulanci I. interní kliniky Fakultní nemocnice v Plzni. Po diagnostikování Crohnovy choroby nemocní nevědí, co dietní režim obnáší, a ne vždy si z ambulance zapamatují všechny informace od všeobecné/praktické sestry, proto byl vypracován tento souhrn. Bude sloužit pacientům v začátcích jejich onemocnění Crohnovou chorobou, než si dietní režim osvojí.

SEZNAM LITERATURY

BAHNÍKOVÁ, Barbora a Karel DVOŘÁK. Aktuální možnosti farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Farmakoterapeutická revue.* 2018, 2018(3), s. 42-51. ISSN 2533-6878.

BORTLÍK, Martin. Biologika v léčbě idiopatických střevních zánětů – počtvrté. *Gastroenterologie a hepatolgie*. 2019, 73(1), s. 6-7. ISSN 1804-7874.

BORTLÍK, M., D. ĎURICOVÁ a T. DOUDA, et al. Doporučení pro podávání biologické léčby pacientům s idiopatickými střevními záněty: čtvrté, aktualizované vydání. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2019, 73(1), s. 11-24. ISSN 1213-323X. Dostupné z: https://www.csgh.info/cs/clanek/doporuceni-pro-podavani-biologicke-lecby-pacientum-s-idiopatickymi-strevnimi-zanety-ctvrte-aktualizovane-vydani-10994

DAVYDOVA, Maria. *Rizika redukčních diet.* Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.

DUŠEK, Ladislav, Ondřej MÁJEK a Jiří JARKOVSKÝ, et al. Díl IV. - Mortalita a očekávaná doba dožití pacientů s IBD. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2019, 73(4), s. 345-351. ISSN 1213-323X.

FREJ, David a Jiří KUCHAŘ. *Zdravé střevo: komplexní prevence a terapie trávicích a střevních potíží a onemocnění: střevo – náš druhý mozek: trávení a orgánové hodiny: probiotika, prebiotika a psychobiotika: velký test střevní kondice.* Praha: Eminent, 2016. ISBN 978-80-7281-510-4.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta.* Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1. Dostupné z: https://www.bookport.cz/kniha/nemocny-a-chronicke-onemocneni-3986/

GURKOVÁ, Elena. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetřovatelství.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5627-0.

HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie.* Vyd. 8. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1850-0.

HAZUKOVÁ, Martina. *Jak si udržet psychické zdraví při idiopatických střevních záně-tech.* Praha: Pacienti IBD, 2022. ISBN 978-80-907566-8-7.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání.* Praha: Portál. ISBN 978-802-0982-9.

HOLUBEC, Luboš. *Onemocnění a poranění tlustého střeva a konečníku.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. ISBN 978-80-261-0673-9.

Internetová jazyková příručka [online] (2008–2022). Praha: Ústav pro jazyk český AV ČR, v. v. i. [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: https://prirucka.ujc.cas.cz.

KALA, Z., F. MAREK, V. VÁLEK a D. BARTUŠEK. Chirurgická léčba Crohnovy choroby. *Vnitřní lékařství.* 2014, 60(7-8), s. 617-623. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitrni-lekarstvi/2014-7-8/chirurgicka-lecba-crohnovy-choroby-49415

KALAFUSOVÁ, Silvie. *Crohnova choroba – dieta, léčebný režim.* Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.

KARÁSKOVÁ, Eva. Výlučná enterální výživa – léčba první volby Crohnovy choroby u dětí. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2015, 69(6), s. 531-535. ISSN 1804-7874. Dostupné z: https://www.csgh.info/cs/clanek/vylucna-enteralni-vyziva-lecba-prvni-volby-crohnovy-choroby-u-deti-10641

KLANTE, Dirk. *Léčba Crohnovy nemoci, ulcerózní kolitidy a artritidy: místo kortizonu mrkvová polévka.* Olomouc: Fontána, 2020. ISBN 978-80-7336-286-7.

KOHOUT, Pavel. Enterální a parenterální výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. *Postgraduální gastroenterologie & hepatologie*. 2015, roč.1, č. 2, s. 129-135. ISSN 2336-4998.

KOHOUT, Pavel. Idiopatické střevní záněty – Výživa a střevní mikrobiom. *Postgraduální gastroenterologie & hepatologie*. 2015, roč. 1, č. 2, s. 123-128. ISSN 2336-4998.

KOSTREJOVÁ, Marta a Milan LUKÁŠ. Postavení enterální výživy v léčbě Crohnovy nemoci. *Farmakoterapeutická revue.* 2018, 2018(4), s. 369-373. ISSN 2533-6878.

KOŽELUHOVÁ, Jana. Klinické příznaky idiopatických střevních zánětů. *Postgraduální gastroenterologie & hepatologie.* 2018, 4(1), s. 7-12. ISSN 2336-4998.

LAMBERT, L., A. BURGETOVÁ, J. HOŘEJŠÍ a D. CHROUSTOVÁ. Zobrazovací metody u idiopatických střevních zánětů. *Postgraduální gastroenterologie & hepatologie.* 2018, 4(1), s. 13-21. ISSN 2336-4998.

LUKÁŠ, Milan. *Pokroky v diagnostice a léčbě idiopatických zánětů.* Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-453-8.

LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: Nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1208-1.

MATUNOVÁ, Aneta. *Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou*. Pardubice, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetřovatelství.

MEISNEROVÁ, Eva. Dieta a nutriční doporučení u idiopatických střevních zánětů. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie.* 2018, 4(4), s. 208-210. ISSN 2336-4998.

MINÁRIKOVÁ, Petra. Diagnostika idiopatických střevních zánětů. *Medicína po promoci.* 2021, 22(3), s. 202-209. ISSN 1212-9445.

MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor.* Praha: Slon, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.

MITROVÁ, Katarína. Dieta CDED v indukční terapii Crohnovy nemoci. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2019, roč. 73, č. 6, s. 476-480. ISSN 1804-7874. DOI 10.14735/amgh2019476. Dostupné také z: https://www.csgh.info/cs/clanek/dieta-cded-v-indukcni-terapii-crohnovy-nemoci-

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. Dietní opatření při zánětech střev. *Zdravotnictví a medicína. Sestra.* 2015, 2015(1), s. 32. ISSN 2336-2987.

Pacienti IBD [online]. Praha: Pacientská organizace Pacienti IBD z. s., 2022 [cit. 4.10.2022]. Dostupné z: https://www.crohn.cz/

PAVELKA, Karel a kol. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5048-4.

PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali. 3., rozšířené vydání.* Praha: Grada Publishing, 2015. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-5515-1.

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelství I.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-2327-8. Dostupné z: https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-i-5023/

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelství I.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

Slovník spisovného jazyka českého [online slovník]. Ústavu pro jazyk český ČSAV, Praha 2011, [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?db=ssjc.

RAMAN, Maitreyi. *Nutrition in Inflammatory Bowel Disease (IBD).* Switzerland: MDPI, 2019. ISBN 978-3-03921-439-6.

SKOŘEPOVÁ, Jana. *Ošetřovatelská péče u pacientů s chronickou pankreatitidou.* České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

SLABÁ, Šárka. Adherence k léčbě z pohledu psychologa. *Atheroreview.* 2017, 2(1), s. 21-24. ISSN 2464-6555.

STEIN, Daniel a Reza SHAKER. *Inflammatory Bowel Disease A Point of Care Clinical Guide.* London: Springer, 2015. ISBN 978-3-319-14071-1.

STURM, Andreas a Lydia WHITE. *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual.* Switzerland: Springer, 2019. ISBN 978-3-319-75021-7.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky.* Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

SVITKOVSKÁ, Veronika a Lukáš KOBER. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 5, s. 38-40. ISSN 1210-0404.

ŠACHLOVÁ, Milana. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? *Interní medicína pro praxi.* Brno, 2011, 13(10), s. 403-405. ISSN 1212-7299.

ŠÁCHOVÁ, Aneta. *Edukace pacienta k udržení optimální hmotnosti*. Zlín, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.

ŠERCLOVÁ, Zuzana a kol. Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s nespecifickými střevními záněty – 1. část: předoperační příprava. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2015, 69(1), s. 12-24. ISSN 1804-7874.

ŠTĚPAŘOVÁ, Tereza. *Edukace pacientů s Crohnovou chorobou*. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.

VORUDOVÁ, Jana a Katarína MITROVÁ. *Výživa a diety při idiopatických střevních zánětech.* Praha: Pacienti IBD, 2021. ISBN 978-80-907566-4-9.

VRABLÍK, Michal. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Medicína pro praxi*. Praha, 2013, 10(11-12), s. 369-371. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/11/03.pdf

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření.* Olomouc: Anag, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1.

VRZALOVÁ, Drahomíra. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. *Medicína pro praxi.* Olomouc, 2011,8(7-8), s. 337-338. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/08.pdf

Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat: I. a II. díl. 3 vydání. Praha: Pacienti IBD, 2021. ISBN 978-80-907566-5-6.

VYŠÍNOVÁ, Denisa. *Výživa u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu ošetřovatelství*. Liberec, 2018. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Fakulta zdravotnických studií.

WON HO, Kim a Cheon JAE HEE. *Atlas of Inflammatory Bowel Diseases.* London: Springer, 2015. ISBN 978-3-642-39422-5.

ZÁDOROVÁ, Zdeňka. Endoskopie u idiopatických střevních zánětů. *Postgraduální gastroenterologie & hepatologie.* 2018, 4(1), s. 22-26. ISSN 2336-4998.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení - 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9. Dostupné z: https://www.bookport.cz/kniha/zdravotnicka-psychologie-3053/

ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů.* 2. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-4035-8.

ZBOŘIL, Vladimír. *Idiopatické střevní záněty.* Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4720-3.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A, Obsah k rozhovoru

Příloha B, Informovaný souhlas pro rozhovor

Příloha C, Výstup práce

PŘÍLOHY

Příloha A, Obsah k rozhovoru

OBSAH K ROZHOVORU

Obsah otázek k dílčím cílům:

1.Zjistit motivaci pacienta s Crohnovou chorobou k dodržování dietního režimu.

a) Jak jste si osvojil dodržování dietního režimu?

b) Z jakého důvodu dodržujete dietní režim?

c) Kdo nebo co Vás nejvíce ovlivňuje při dodržování dietního režimu?

2.Zjistit překážky dodržování dietního režimu u pacienta s Crohnovou chorobou.

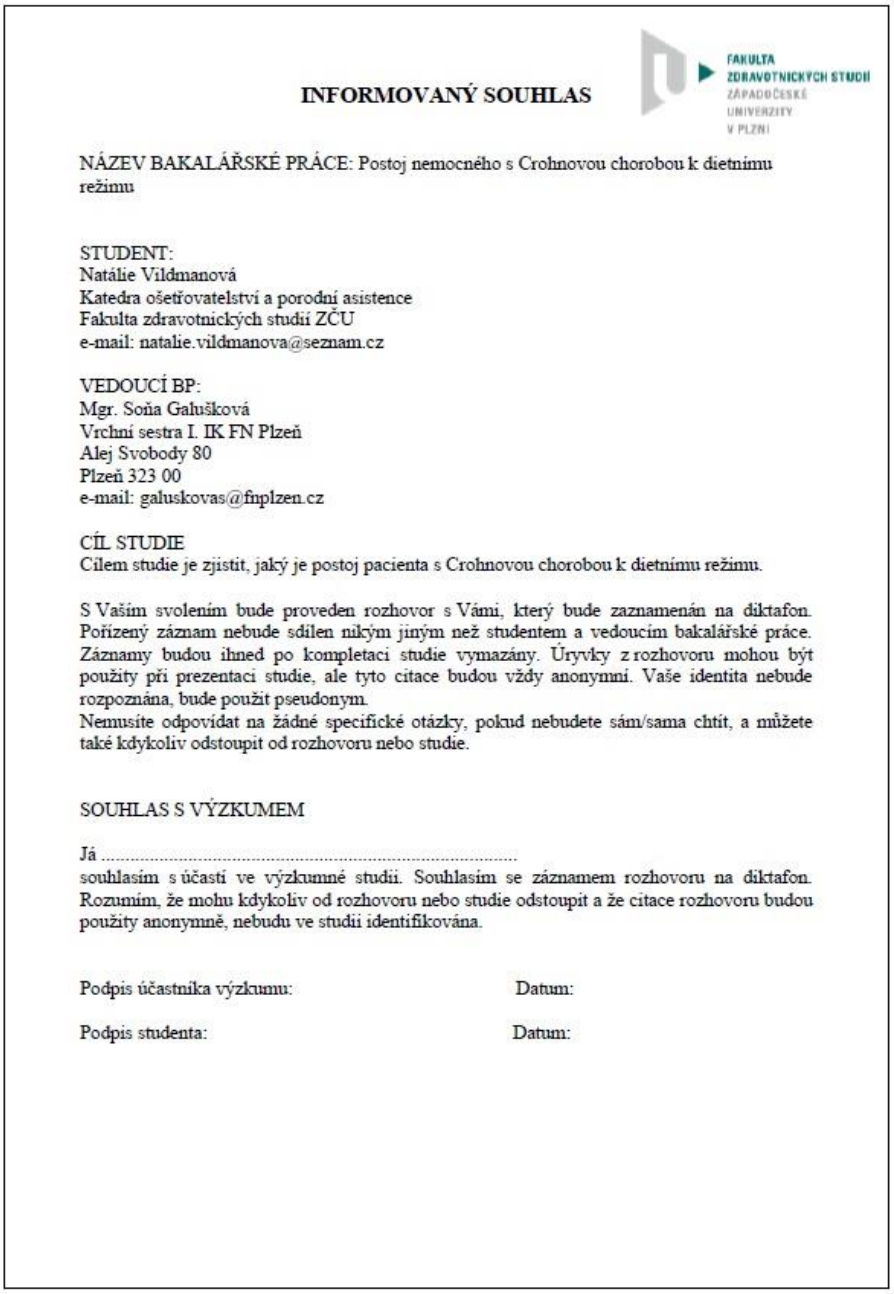
a) Co Vám bránilo dodržovat dietní režim po zjištění Crohnovy choroby?

b) Za jakou dobu jste se naučil, co dietní režim obnáší?

c) Jste si vědom/a faktorů, které Vám nyní brání dodržovat dietní režim?

Zdroj: vlastní

Příloha B, Informovaný souhlas pro rozhovor



INFORMOVANÝ SOUHLAS

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY V PLZNI

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Postoj nemocného s Crohnovou chorobou k dietnímu režimu

STUDENT:
Natálie Vildmanová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: natalie.vildmanova@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:
Mgr. Soňa Galušková
Vrchní sestra I. IK FN Plzeň
Alej Svobody 80
Plzeň 323 00
e-mail: galuskovas@fnplzen.cz

CÍL STUDIE
Cílem studie je zjistit, jaký je postoj pacienta s Crohnovou chorobou k dietnímu režimu.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.
Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

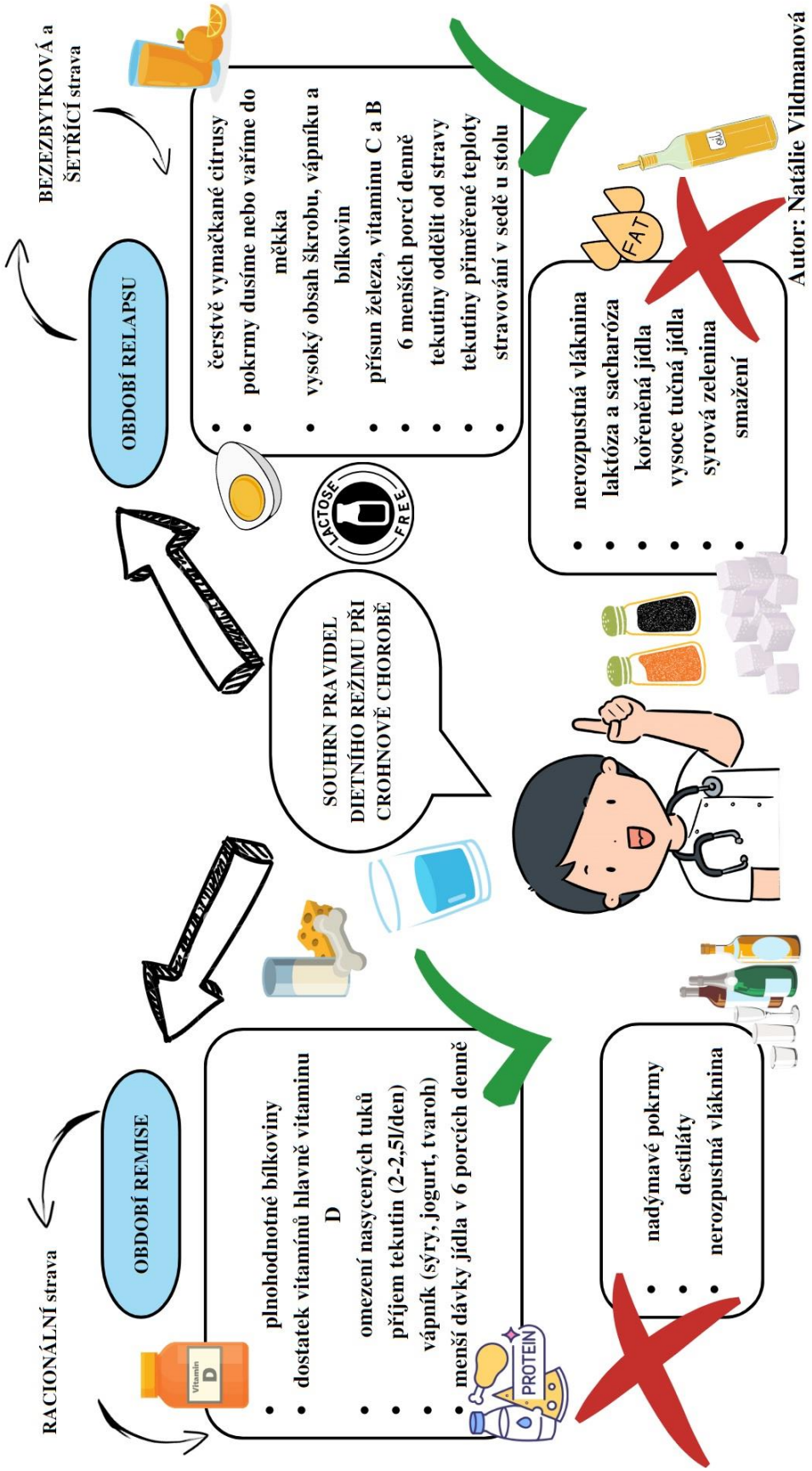
Já .....
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: Datum:

Podpis studenta: Datum:

Zdroj: vlastní

Příloha C, Výstup práce



Zdroj: vlastní