

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Tereza Fejfarová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Tereza Fejfarová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VNÍMÁNÍ CHIRURGICKÉ LÉČBY ULCERÓZNÍ
KOLITIDY PACIENTEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Galušková

PLZEŇ 2023

Prohlášení

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

V Plzni dne 25. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Fejfarová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vnímání chirurgické léčby ulcerózní kolitidy pacientem

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Galušková

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: Ulcerózní kolitida, idiopatické střevní záněty, chirurgická léčba, pacientovo pojetí nemoci

Souhrn:

Bakalářská práce na téma Vnímání chirurgické léčby ulcerózní kolitidy pacientem se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část práce je zaměřena na stručnou anatomii trávicího traktu, dále pak na charakteristiku, diagnostiku, komplikace a léčbu Ulcerózní kolitidy. V jedné z kapitol bude blíže specifikována péče o pacienty s nutností léčby chirurgickým způsobem. Poslední kapitola teoretické práce se zaměřuje na spojení psychiky a ulcerózní kolitidy.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na kvalitativní výzkumné šetření. S účelně vybranými participanty byly provedeny rozhovory. Cílem rozhovorů bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění.

Abstract

Surname and name: Fejfarová Tereza

Department: Nursing care and midwifery

Title of thesis: The perception of surgical therapy of ulcerative colitis by patient

Consultant: Mgr. Soňa Galušková

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 40

Keywords: Ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, surgical procedures, patient's perception of illness

Summary:

The bachelor thesis on Patient perception of surgical treatment of ulcerative colitis consists of two parts - theoretical and practical. The theoretical part of the thesis is focused on the brief anatomy of the digestive tract, then on the characteristics, diagnosis, complications and treatment of Ulcerative Colitis. In one of the chapters the care of patients with the need for surgical treatment will be specified in more detail. The last chapter of the theoretical work focuses on the connection between psyche and ulcerative colitis.

The practical part of the bachelor thesis is focused on qualitative research investigation. Interviews were conducted with purposively selected participants. The aim of the interviews was to find out how patients with ulcerative colitis perceive and cope with the surgical treatment of their disease.

Předmluva

Tato bakalářská práce na téma Vnímání chirurgické léčby ulcerózní kolitidy pacientem byla napsána za účelem porozumění problematice této nemoci a psychiky pacientů s tímto onemocněním, jelikož psychika je jedním z velmi důležitých faktorů ke zvládnutí této nemoci. Mým hlavním cílem bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění. V závěru bakalářské práce jsem jako výstup do praxe vytvořila mapu ošetrovatelské péče pro pacienty podstupující chirurgickou léčbu ulcerózní kolitidy.

Poděkování

Děkuji Mgr. Soně Galuškové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji svým participantům, kteří byli ochotní zúčastnit se mého výzkumu. A samozřejmě děkuji své rodině a všem blízkým za podporu během studia.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK.....	11
SEZNAM ZKRATEK.....	12
ÚVOD	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO TRAKTU	14
1.1 Jícen	14
1.2 Žaludek.....	14
1.3 Tenké střevo	15
1.4 Tlusté střevo	16
2 ULCERÓZNÍ KOLITIDA.....	18
2.1 Historický přehled.....	18
2.2 Etiologie	19
2.3 Klinický obraz	20
2.3.1 Klasifikace ulcerózní kolitidy	20
2.4 Průběh a vývoj onemocnění	21
2.5 Diagnostika onemocnění	21
2.5.1 Endoskopická vyšetření	23
2.5.2 Zobrazovací vyšetření.....	24
2.6 Komplikace	24
2.6.1 Lokální komplikace	24
2.6.2 Vzdálené komplikace.....	25
2.7 Léčba onemocnění	26
2.7.1 Konzervativní medikamentózní léčba	26
2.7.2 Biologická léčba	27
2.7.3 Chirurgická léčba.....	28
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PODSTUPUJÍCÍ CHIRURGICKOU LÉČBU.....	30
3.1 Předoperační období	30
3.2 Pooperační období	32
4 PSYCHIKA A ULCERÓZNÍ KOLITIDA.....	34
4.1 Osa mozek – střevo	34
4.2 Vliv psychiky na onemocnění a naopak	34
4.3 Nejčastější duševní poruchy u pacientů s ulcerózní kolitidou	36
4.4 Terapeutické ovlivnění duševních poruch	38
4.5 Vnímání ulcerózní kolitidy pacienty.....	38

PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
5 FORMULACE PROBLÉMU	40
6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	41
6.1 Hlavní cíl.....	41
6.2 Dílčí cíle	41
6.3 Výzkumné otázky	41
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	42
7.1 Participant č. 1	42
7.2 Participant č. 2.....	42
7.3 Participant č. 3.....	42
8 METODIKA PRÁCE.....	44
9 ORGANIZACE VÝZKUMU	45
10 ZPRACOVÁNÍ DAT	46
11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	47
11.1 Kategorie: Vnímání před chirurgickou léčbou	47
11.1.1 Subkategorie: První příznaky	47
11.1.2 Subkategorie: Režimová opatření.....	47
11.1.3 Subkategorie: Léčba onemocnění.....	48
11.1.4 Subkategorie: Psychické potíže	49
11.1.5 Shrnutí kategorie: Vnímání před chirurgickou léčbou	49
11.2 Kategorie: Vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě	52
11.2.1 Subkategorie: Založení stomie	52
11.2.2 Subkategorie: Sportovní aktivity	53
11.2.3 Subkategorie: Volný čas	53
11.2.4 Shrnutí kategorie: Vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě	54
11.3 Kategorie: Vnímání psychických změn po chirurgické léčbě	56
11.3.1 Subkategorie: Očekávání od chirurgické léčby.....	56
11.3.2 Subkategorie: Pohled sám na sebe.....	56
11.3.3 Subkategorie: Vnímání vzhledových změn	57
11.3.4 Shrnutí kategorie: Vnímání psychických změn po chirurgické léčbě	57
11.4 Kategorie: Operační období.....	60
11.4.1 Subkategorie: Vnímání nutnosti chirurgické léčby	60
11.4.2 Subkategorie: Celkový stav po operačním výkonu	60
11.4.3 Subkategorie: Zvládání hospitalizace	61
11.4.4 Shrnutí kategorie: Operační období.....	62
DISKUZE.....	65
ZÁVĚR	74

SEZNAM LITERATURY	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	79
PŘÍLOHY.....	80
Příloha A – Žádost o povolení výzkumného šetření.....	80
Příloha B – Informovaný souhlas pro participanty	82

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma kategorie: Vnímání před chirurgickou léčbou	51
Obrázek 2: Schéma kategorie: Vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě	55
Obrázek 3: Schéma kategorie: Vnímání psychických změn po chirurgické léčbě	59
Obrázek 4: Schéma kategorie: Operační období	64
Obrázek 5: Mapa ošetrovatelské péče pro pacienty podstupující chirurgickou léčbu ulcerózní kolitidy	73

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Kategorie: Vnímání před chirurgickou léčbou.....	50
Tabulka 2: Kategorie: Vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě	54
Tabulka 3: Kategorie: Vnímání psychických změn po chirurgické léčbě	58
Tabulka 4: Kategorie: Operační období.....	63

SEZNAM ZKRATEK

5-ASA.....	Kyselina 5-aminosalicylová
Anti-TNF- α	Anti-tumor nekrotizující faktor
ARO.....	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ASA	American Society of Anesthesiologists; Americká společnost anesteziologů
CT.....	Počítačová tomografie
HPA	Hypotalamo-Hypofýzo-Adrenální
IBD	Inflammatory Bowel Disease; Idiopatické střevní záněty
INF- γ	Interferon γ ; dimerní rozpustný cytokin
IPAA.....	Ileal Pouch-Anal Anastomosis; Ileopouchanální anastomóza
ISZ.....	Idiopatické střevní záněty
JIP	Jednotka intenzivní péče
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MR.....	Magnetická rezonance
NSAID.....	Nesteroidní antiflogistika
pANCA.....	Perinukleární typ ANCA protilátek
PMK	Permanentní močový katetr
PSC.....	Primární sklerotizující cholangitida
SSRI.....	Selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu
TCA	Tricyklická antidepresiva
UC	Ulcerózní kolitida

ÚVOD

Pro zpracování své bakalářské práce jsem zvolila téma Vnímání chirurgické léčby ulcerózní kolitidy pacientem. Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění.

Ulcerózní kolitida spolu s Crohnovou chorobou spadají do skupiny idiopatických střevních zánětů. Ulcerózní kolitida je hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva. Tento zánět se od rekta šíří kontinuálně na proximální část střeva nebo na střevo celé. V průběhu onemocnění se u nemocných střídají dvě fáze – relaps a remise. U části nemocných onemocnění probíhá s projevy zánětlivé aktivity, která je přítomna stále, to znamená, že mají nemocní chronicky aktivní průběh. Symptomy jsou prakticky u všech nemocných velmi obdobné. Jedná se o nucení na stolicí, které bývá bolestivé a ve většině případech je ve stolici přítomna krev či hlen. Ulcerózní kolitida stejně jako Crohnova choroba není medikamentózně úplně vyléčitelná. Ale na rozdíl právě od Crohnovy choroby, vede k vyřešení stavu chirurgická léčba, která spočívá v provedení proktokolektomie. (Pavelka a kol., 2014, s. 247)

Svoji bakalářskou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V části teoretické jsem se zaměřila na charakteristiku onemocnění, diagnostiku, projevy a léčbu této nemoci. Dále jsem se v teoretické části věnovala ošetrovatelské péči o pacienta podstupující léčbu chirurgickým způsobem, a také psychickým problémům, které se u pacientů s ulcerózní kolitidou vyskytují a určitým způsobem nemoc ovlivňují. V části praktické jsem zpracovala rozhovory se třemi participanty, které jsem následně přepsala. Poté byly vytvořeny kategorie a subkategorie odpovídající na jednotlivé dílčí cíle.

Jako výstup do praxe jsem vytvořila mapu ošetrovatelské péče pro pacienty podstupující chirurgickou léčbu ulcerózní kolitidy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO TRAKTU

1.1 Jícen

Jícen (oesophagus) spojující hltan se žaludkem je dlouhý 23-28 cm a jeho průměrná šířka je asi 1,5 cm, avšak při polykání se až dvojnásobně rozšíří. Ve výši 6. krčního obratle navazuje na hltan a sestupuje přes bránici až k 11. a 12. hrudnímu obratli, kde ústí do žaludku. Jícen se člení na tři části, které nazýváme pars cervicalis, pars thoracica a pars abdominalis. Sliznice jícnu je růžová, kryta mnohvrstevným dlaždicovým epitelem a je složena do vysokých podélných řas připomínající tvar hvězdice. V oblasti kardiie se nachází gastroezofagová junkce, kde je přechod mezi epitelem jícnu a žaludku. Svalovina jícnu je v horní třetině příčně pruhovaná, a v prostřední části je postupně nahrazována svalovinou hladkou. Díky tomuto přechodu je polykané sousto z rychle reagující příčně pruhované svaloviny zpomaleno hladkou svalovinou a může pak dále nenásilně vniknout do žaludku. (Grim a kol., 2022, s. 32-33)

1.2 Žaludek

Žaludek (ventriculus) je nejširším oddílem trávicí trubice. Nachází se v dutině břišní a má tvar vaku, který má funkci zásobníku spolykané potravy, kterou pak postupně mění na tráveninu a po částech ji předává do střeva tenkého. Délka žaludku je asi 25 cm, v oblasti fundu je šířka 4-5 cm, kdežto v oblasti pyloru je šířka menší, a to asi okolo 1,5 cm. Tyto rozměry se ale mění v souvislosti s měnící se náplní. Objem žaludku je v průměru asi 1 litr, maximální kapacita může ovšem dosáhnout až na 2 až 3 litry. Žaludek rozdělujeme na oddíly: fundus gastricum, corpus gastricum a pars pylorica. Sliznice má oranžovou barvu a je kryta vrstvou hlenu. V prázdném žaludku je sliznice složena v četné řasy, které se s plněním žaludku začnou vyrovnávat. V oblasti kardiie a pyloru jsou hlenové žlázy produkující hlen, který chrání sliznici před kyselým žaludečním obsahem. Svalovina žaludku je uspořádaná do tří vrstev, které tvoří fibrae obliquae, stratum cirkulare a m. sphincter pylori. Po naplnění žaludku potravou se svalovina kontrahuje a zůstává asi 20 minut v klidu (peristola), poté se svalovina začne rytmicky stahovat (peristaltika), což slouží k promíchání obsahu v žaludku. Po rozmělnění obsahu vznikne kašovitá trávenina (chymus), která se postupně začne přes pylorus vyprazdňovat do duodena. (Grim a kol., 2022, s. 34–38)

1.3 Tenké střevo

Tenké střevo (intestinum tenue) měří 5-7 metrů a je nejdelším úsekem trávicí trubice. Šířka kolísá mezi 2-4 cm. Střevo je složeno v kličky, které vyplňují podstatnou část peritoneální dutiny. V tomto úseku trávicí trubice se dokončuje trávení a probíhá zde vstřebávání veškerých využitelných látek, což je jedním z hlavních úkolů sliznice. Tenké střevo dělíme na dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). (Grim a kol., 2022, s. 40)

Dvanáctník (duodenum) je prvním a zároveň nejkratším úsekem tenkého střeva. Je dlouhý 25-30 cm a široký 3-4 cm. V ostium pyloricum navazuje na žaludek, od kterého je oddělen zřetelnou ostrou rýhou. Duodenum má tvar podkovy obkružující hlavu pankreatu. Je rozděleno na čtyři části, které tvoří pars superior, pars descendens, pars horizontalis a pars ascendens. První část pars superior je dlouhá asi 4-5 cm. Navazuje na žaludek, kde je na začátku rozšíření nazývaná se bulbus duodeni. Od pyloru pokračuje doprava ve výši obratle L1, tuto polohu ovšem mění v závislosti na náplni žaludku. Druhá část pars descendens je dlouhá 6-10 cm a sestupuje vpravo podél okraje obratle L2 a L3. Za touto částí najdeme hilus pravé ledviny, mezi ní a hlavou pankreatu vyústí žlučodod (ductus cholendochus) společně s hlavním vývodem slinivky břišní (ductus pancreaticus). Třetí část pars horizontalis o délce asi 7 cm přebíhá vodorovně doleva přes aortu, dolní dutou žílu a obratel L3 a stoupá do poslední části pars ascendens, která ostrým ohbím (flexura duodenojejunalis) přechází do lačníku. Sliznice dvanáctníku je složena v četné a vysoké cirkulární řasy, které jsou pokryté klky. Na povrch mezi klky ústí Brunnerovy žlázy, které produkují hlen chránící sliznici a upravují pH ve střevě. (Lukáš a kol., 2018, s. 143; Grim a kol., 2022, s. 41-42)

Lačník (jejunum) a kyčelník (ileum) jsou složeny jako volně pohyblivé kličky, které jsou poutány k zadní břišní stěně mezenteriem, avšak pevně fixován je pouze začátek lačníku a konec kyčelníku. Celková délka jejunoilea je asi 3-5 metrů. Lačník se napojuje na dvanáctník ve flexura duodenojejunalis a je nejdelším úsekem tenkého střeva (3/5 délky). Lačník přechází do kyčelníku plynule, a proto neexistuje žádná hranice mezi těmito úseky. Kyčelník v pravé jámě kyčelní ústí do první části střeva tlustého, a to do slepého střeva. Sliznice lačníku a kyčelníku je složena v Kerckringovy řasy, kterých směrem k slepému střevu ubývá, a dále z mikroskopických klků. Řasy společně s klky několikanásobně zvětšují plochu, kde dochází ke vstřebávání živin. Svalovina je typu hladkého a vykonává peristaltické a kývavé pohyby napomáhající k promíchání a posunu střevního obsahu. (Lukáš a kol., 2018, s. 171; Grim a kol., 2022, s. 43)

1.4 Tlusté střevo

Tlusté střevo (*intestinum crassum*) začíná v pravé jámě kyčelní, je dlouhé asi 1,5 metru a je posledním úsekem trávicí trubice. Šířka střeva je asi 6-8 cm, to ovšem závisí na jeho momentální náplni, pokud je střevo vyprázdněné, má šířku asi 2 cm. Ze střeva tenkého přebírá nestravitelné a nestrávené zbytky potravy, které se díky vstřebávání vody zahušťují, zpracují se za pomoci střevních mikroorganismů a přemění se na stolici. Na povrchu sliznice se nevyskytují klky, ale poloměsíčitě řasy. Epitel pokrývající sliznici je jednovrstevný cylindrický. Tlusté střevo se rozděluje na slepé střevo (*caecum*), tračník (*colon*) a konečník (*rectum*). (Grim a kol., 2022, s. 45; Lukáš a kol., 2018, s. 266)

Slepé střevo (*caecum*) ležící v pravé jámě kyčelní, je první a nejširší část střeva tlustého. Je dlouhé asi 6-8 cm, široké 6-7 cm a je vakovitě rozšířené. Stavba stěny céka je stejná jako stěna tračníku. Z levé části do něj vstupuje konečná část kyčelníku, dolní část je uzavřená a směrem vzhůru plynule přechází do vzestupného tračníku. Ústí kyčelníku se slepým střevem je tvořeno dvěma řasami (*labium superius et inferius*), které tvoří Bauhinovu chlopeň (*valva ileocecalis*). Tato chlopeň brání posunu obsahu ze slepého do tenkého střeva. Na dolním konci céka odstupuje červovitý výběžek (*appendix vermiformis*), který je dlouhý asi 5-10 cm a široký asi 0,5-1 cm. Stejně jako slepé střevo má i appendix obdobnou stavbu stěny, ovšem na rozdíl od celého tlustého střeva se na něm nachází mnohem větší množství lymfatické tkáně. (Lukáš a kol., 2018, s. 247-253; Grim a kol., 2022, s. 47-49)

Vzestupný tračník (*colon ascendens*) je první část tračníku, který navazuje na horní okraj slepého střeva a vystupuje podél pravé stěny břišní ke spodní ploše jater, kde v pravém (jaterním) ohbí (*flexura coli dextra*) přechází do příčného tračníku. Tento úsek je dlouhý asi 12-16 cm. Zadní plocha přirůstá k zadní stěně břišní. (Grim a kol., 2022, s. 49-51; Lukáš a kol., 2018, s. 265)

Příčný tračník (*colon transversum*) má tvar oblouku, je dlouhý asi 50-60 cm a kříží peritoneální dutinu zprava doleva až ke slezině. U sleziny se tračník stáčí dolů a dozadu, dále pak levým (slezinným) ohbím (*flexura coli sinistra*) přechází do sestupného tračníku. Jelikož je příčný tračník pohyblivý, je zavěšen na *mesocolon transversum*, který se upíná na zadní stěnu břišní. (Grim a kol., 2022, s. 51; Lukáš a kol., 2018, s. 265)

Sestupný tračník (*colon descendens*) je dlouhý asi 22-30 cm, jde podél levé břišní stěny až do levé jámy kyčelní, kde přechází v esovitou kličku. Oproti předchozím úsekům

je užší (přibližně 4 cm) a kaudálně se postupně zužuje. Stejně jako vzestupný tračník přirůstá k zadní stěně břišní. (Grim a kol., 2022, s. 51; Lukáš a kol., 2018, s. 265)

Esovitý tračník (colon sigmoideum) měří asi 30-40 cm a je široký 3,5 cm. Díky této šířce představuje nejužší část tlustého střeva. Má tvar písmene N – začíná v levé jámě kyčelní, nejprve míří mediálně nahoru, a poté zahýbá dolů do malé pánve, kde přechází na poslední část tlustého střeva, kterou je konečník. (Grim a kol., 2022, s. 51; Lukáš a kol., 2018, s. 265)

Konečník (rectum) je poslední úsek tlustého střeva a trávicí trubice. Navazuje na esovitý tračník a je uložen v malé pánvi ve výši S2-S3. Konečník je dlouhý 12-15 cm a na povrch těla se otevírá řití (anus). Na esovitou kličku nasedá ampulla recti a dále anální kanál (canalis analis), který představuje konečnou část rekta. (Grim a kol., 2022, s. 52)

2 ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Ulcerózní kolitida je dle Vítkové (2021, s. 54) „*Chronické zánětlivé onemocnění sliznice téměř výhradně tlustého střeva nebo jeho části, s prevalencí postižení rekta a levého tračníku s proximálním šířením, v resektátech pravidelně s ostrým přechodem do nepostižené části střeva. Typické je kontinuální šíření bez úseků zánětem postižených částí. Ulcerace jsou ploché a nevytvářejí se fisury, striktury ani změny tukové tkáně*“. Toto onemocnění nemusí postihovat pouze části trávicího traktu, ale mohou se objevit také manifestace extraintestinální. (Lukáš a kol., 2018, s. 319)

Onemocnění se vyskytuje v kterémkoliv věku, nejčastěji pak mezi 15. až 30. rokem života a postihuje nepatrně více muže než ženy. Výskyt ulcerózní kolitidy je vyšší u obyvatelů větších měst či v průmyslových krajinách. V roce 2018 byla prevalence léčených pacientů s ulcerózní kolitidou více než 28 tisíc. Prevalence každým rokem stoupá, a podobně je tomu i u délky doby přežití. (Lukáš a kol., 2018, s. 325; Lukáš a kol., 2020, s. 6-7)

2.1 Historický přehled

V roce 1769 charakterizoval první případ postižení tenkého a tlustého střeva G. G. Morgagni. Dále v roce 1875 Samuel Wilks a Walter Moxon ve své učebnici uvedli případ ženy, která trpěla těžkým krvavým průjmem a ulceracemi celého tračníku. Tomuto onemocnění dali posléze jméno simple ulcerative colitis.

V roce 1907 bylo prezentováno 317 pacientů z několika londýnských nemocnic na sympoziu o ulcerózní kolitidě, které se konalo v Londýně. Mnoho z pacientů zemřelo na sepsi či peritonitidu.

Ve Švédsku roku 1942 byl vyvinut lék s názvem salazosulphapyridin. Po ukončení 2. světové války byl používán k léčbě ulcerózní kolitidy penicilin a o pár let později byly využívány i kortikosteroidy. (Lukáš a kol., 2018, s. 319)

Historie chirurgické léčby ulcerózní kolitidy započala již roku 1913, kdy americký chirurg doporučoval operační výkon, při němž rozdělil terminální část ilea, poté jeho distální konec zašil a proximální sloužil jako stomie, do céka byl navíc zaveden katétr k irigaci. Ovšem chirurgická léčba byla využívána pouze při selhání léčby konzervativní. Mortalita pacientů po provedení operačního výkonu byla nižší než bez ní, ale ovšem stále významná, jelikož nemocní umírali na progresi kolitidy a na dysbalanci vnitřního prostřední či na následky komplikací stomie. Další možností ovlivnění zánětu bylo provedení

ileosigmoideální anastomózy, kdy až u 74 % nemocných došlo k remisi. Později bylo doporučováno včasné provedení kolektomie, což však v tehdejší úrovni perioperační péče znamenalo vysokou morbiditu a mortalitu. Mezi lety 1950 a 1960 byla populární subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou, s pozdější nutností reoperace a nebezpečím vzniku karcinomu v postiženém rektu. Roku 1969 přichází s významným milníkem Nils Kock, s kontinentní ileostomií (vnitřní ileální pouch) po provedení proktokolektomie. Poté Parks a Utsunomiya navazují na N. Kocka a přicházejí s ileum-pouch anální anastomózou, která se stala standardem chirurgické léčby ulcerózní kolitidy. (Lukáš a kol., 2018, s. 372; Šerclová [online])

2.2 Etiologie

I přestože je toto onemocnění známo více než 100 let, jeho etiologie stále není vyjasněna. Nejčastěji se hovoří o interakci tří součástí, kterými jsou genetická predispozice, hostitelova imunita a faktory zevního prostředí. Vlivem genetické predispozice je narušena rovnováha mezi trávicí trubicí a střevní mikrobiotou. Právě genetická predispozice je nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik onemocnění. Pacienti IBD z.s. (2016, s. 9) uvádí, že dědičnost se na vzniku onemocnění podílí z 10 až 20 %. Pokud jsou onemocněním postiženi oba rodiče, riziko vzniku se zvyšuje až padesátinásobně.

Dalším z faktorů je porucha mechanismu imunitního systému. Důležitou roli mají pohárkové buňky na střevní sliznici, které zajišťují bariérovou funkci a podílejí se na udržování střevní homeostázy produkcí antimikrobiálních látek. Pokud jsou aktivovány mikrořagy, lymfocyty a epitelální buňky tračníku dojde k uvolňování cytokinů a mediátorů. Právě u pacientů s ulcerózní kolitidou se tvoří nadměrné množství cytokinů (TNF- α , INF- γ), které zesilují imunitní a zánětlivou odpověď, a díky tomu dochází k poškození střevní sliznice.

Mezi zevní faktory podílející se na vzniku onemocnění patří nedostatek vitamínu D, nezdravé dietní návyky, dále nelze také vyloučit vliv psychologických faktorů, hygienické aspekty anebo vliv medikamentů jako jsou třeba NSAID či antibiotika. Protektivní účinek na vznik ulcerózní kolitidy má apendektomie, ale i kouření, které na rozdíl od Crohnovy nemoci průběh onemocnění ulehčuje. (Lukáš a kol., 2018, s. 323-324; Pacienti IBD z.s., 2016, s. 9; Martínek a kol., 2021, s. 332-333; Hammer a McPhee, 2019, s. 407)

2.3 Klinický obraz

Klinický obraz je závislý na tom, jak moc je onemocnění aktivní a také jaký rozsah tlustého střeva je zánětem postižen. (EFFCA a kol., 2018, s. 8)

Střevní příznaky jsou dominujícím a nejčastějším příznakem ulcerózní kolitidy. Mezi hlavní projevy u pacientů jsou průjmy s příměsí krve či hlenu. Dále enteroragie, křečovitě bolesti břicha převážně v dolní polovině, nucení na stolic, tenesmy či úbytek na váze ze strachu najíst se. U pacienta trpící proktitidou se mohou také vyskytnout bolestivé spazmy v oblasti anorekta, díky kterým se může objevit zácpa. Nemocní prodávající těžký zánět mají k těmto příznakům navíc horečku, tachykardie a sníženou peristaltiku. (Lukáš a kol., 2018, s. 325; Zbořil a kol., 2018, s. 58; EFFCA a kol., 2018, s. 8)

2.3.1 Klasifikace ulcerózní kolitidy

Klasifikace ulcerózní kolitidy je důležitá, a existují dva důvody, proč by pacienti měli být klasifikováni. Prvním důvodem je způsob léčby a druhým důvodem je určení, jak intenzivní dohled nad nemocí bude nutný. Nejvyužívanější je **klasifikace k posouzení rozsahu postižení**. Optimální metoda k posouzení rozsahu postižení je koloskopie, která posoudí nejen rozsah, ale i stupeň aktivity zánětu. Dle této klasifikace lze rozdělit onemocnění na proktitidu, kdy je postiženo pouze rektum, dále levostrannou formu kolitidy, u které zánět postihuje rektum a tračník až po slezinné ohbí, pokud zánět pokračuje až k ohbí jaternímu jedná se o subtotální formu. Další formou je pak pankolitida (extenzivní kolitida), kdy je postižen kompletně celý tračník. (EFFCA a kol., 2018, s. 7; Lukáš a kol., 2018, s. 320)

Montrealská klasifikace ulcerózní kolitidy klasifikuje nejen rozsah, ale i aktivitu onemocnění. Klasifikaci aktivity rozdělujeme na čtyři po sobě jdoucí stádia. Nulté stádium je klinická remise, kdy je pacient bez příznaků. Stádium 1 - lehká ulcerózní kolitida je období aktivity, kdy je pacient bez celkových příznaků a počet stolic denně je menší než 4, ovšem pokud se počet stolic denně zvýší a v jejich příměsí se nachází krev, jedná se už o 2. stádium, a to středně těžkou ulcerózní kolitidu. U posledního, 3. stádia, je nejméně 6 stolic denně s příměsí krve. U nemocného se objevují subfebrilie a tachykardie. Laboratorní vyšetření odhalí pokles hemoglobinu a nárůst zánětlivých markerů. (Lukáš a kol., 2018, s. 320)

Mařatkova endoskopická klasifikace ulcerózní kolitidy naopak hodnotí vzhled sliznice tlustého střeva v období floridním a klidovém za pomoci endoskopického vyšetření. **Mayo skóre** vychází z endoskopického nálezu a z tíže onemocnění, u kterého se hodnotí

počet stolic, enteroragie, vzhled sliznice a celkové hodnocení lékaře. (Lukáš a kol., 2018, s. 321)

2.4 Průběh a vývoj onemocnění

Ulcerózní kolitida je chronické celoživotní onemocnění a obvykle probíhá s relapsy a remisemi. Remise je období, kdy pacient nejeví známky aktivního zánětu a je asymptomatický. Naopak stav s obnoveným výskytem symptomů se nazývá relaps. Vývoj může být progresivní, kdy se relapsy zhoršují a prodlužují. Opakem toho je vývoj regresivní, kdy se relapsy zmírňují a zkracují. Pokud se intervaly mezi remisemi a relapsy nějak zvlášť nemění a jsou pravidelné, jedná se o vývoj stacionární. Vývoj onemocnění je výrazně ovlivněn konzervativní léčbou.

První ataka onemocnění se u více než 50 % pacientů projeví lehkou formou, ovšem 6 až 19 % má již od počátku formu těžkou. První ataka může být i tak těžká, že je nutné provést kolektomii. Čím menší je rozsah postižení při první atace, tím lepší je prognóza pro další průběh nemoci. Stejně jako rozsah postižení, tak i věk má vliv na průběh onemocnění. Pokud se první ataka vyskytne ve vyšším věku, průběh nemoci bude méně agresivnější. Po prvním vzplanutí onemocnění má většina nemocných průběh chronický intermitentní, kdy je mezi relapsy delší klidové období. Délka klidového období je však u každého pacienta jiná. Zbylá část nemocných má průběh chronický kontinuální, kdy je nemoc aktivní trvale.

Přestože počet operací pro ulcerózní kolitidu mírně klesá, stále je chirurgická intervence u nemocných potřebná. Kolektomie je provedena až u 24 % pacientů s diagnózou ulcerózní kolitidy trvající 10 let. U pacientů s trváním nemoci do 25 let je kolektomie prováděna až u 30 % z nich. Největší pravděpodobnost k provedení kolektomie je u pacientů s pankolitidou. (Lukáš a kol., 2018, s. 319-326)

2.5 Diagnostika onemocnění

Stanovení diagnózy je závislé na kombinaci příznaků typických pro toto onemocnění společně s nálezem endoskopickým a histologickým. (Lukáš a kol., 2018, s. 333)

Anamnéza je rozhovor mezi pacientem a lékařem, který rozdělujeme na několik částí. V anamnéze lékař zjišťuje informace ohledně nynějšího onemocnění (u tohoto onemocnění by neměli být opomenuty dotazy týkající se příznaků postihující oči, dutinu ústní či kůži), dále získává od pacienta anamnézu osobní, rodinnou (zda se v rodině nevyskytují či nevyskytovaly idiopatické střevní záněty či rakovina tlustého střeva),

farmakologickou, pracovní či sociální. U žen navíc získává gynekologickou anamnézu. Důležité je také zjistit, zda se u pacienta nevyskytují alergické reakce. (Holubová a kol., 2013, s. 65; EFCCA a kol., 2018, s. 9)

Při **fyzikálním vyšetření** lékař posuzuje celkový stav nemocného, fyziologické funkce, dále také výšku a hmotnost a v neposlední řadě vyšetření břicha a anorekta. (EFCCA a kol., 2018, s. 10)

Stěžejním vyšetřením je vyšetření břicha, zahrnující pohled, poklep, pohmat a poslech. Nejdůležitější je ovšem metoda pohmatu (palpace), kde lékař zjistí, zda jsou či nejsou přítomny hmatné rezistence. Pokud je rezistence přítomna, je nutný údaj o jejím charakteru a velikosti. Dále je velice důležité zaměření na peristaltiku a také na její charakter, kde je důležitý popis viditelných peristaltických vln, meteorické rozpětí střevních kliček nebo absence peristaltiky.

Vyšetření per rectum je jedno z dalších důležitých vyšetření, kdy lékař posuzuje okolí anu, anální kanál, napětí, bolestivost, stav kůže a sliznic. Během vyšetření se dále hodnotí obsah, barva, konzistence či příměsi ve stolici. (Holubová a kol., 2013, s. 66; Zbořil a kol., 2018, s. 157)

Laboratorní vyšetření je využíváno již od samého začátku při hodnocení onemocnění. Dále napomáhají v monitorování aktivity zánětu či účinnosti léčby. Vyšetřovány jsou tělní tekutiny, především krev a stolice. (Holubová a kol., 2013, s. 67; Zbořil a kol., 2018, s. 159)

Vyšetření krevního obrazu může odhalit zvýšenou hladinu leukocytů, což značí probíhající infekci, pokud zánět přetrvává delší dobu, stoupne i hladina krevních destiček. Anémie a nízká hladina železa poukazuje na chronicitu onemocnění. Při biochemickém vyšetření lze aktivitu a rozsah zánětu rozpoznat za pomoci zvýšené hladiny C-reaktivního proteinu a sedimentace erytrocytů. Jelikož jsou pacienti ohroženi malnutricí, je nutné sledování krevních markerů výživy – albumin a prealbumin. (EFCCA, 2018, s. 10; Pacienti IBD z.s., 2016, s. 24)

Pomocný význam má v diagnostice také imunologické vyšetření. Vyhodnocují se hlavně protilátky pANCA, které se vyskytují až u 80 % pacientů. Tvorba těchto protilátek souvisí s rozpadajícími se neutrofily v místě střevního zánětu. (Pacienti IBD z.s., 2016, s. 25; Lukáš a kol., 2018, s. 336)

U laboratorního vyšetření stolice je vyšetřován hlavně fekální kalprotektin. Jedná se o bílkovinu pocházející z neutrofilů. Pokud je ve střevní stěně zánět dochází k poklesu počtu neutrofilů a tím k uvolnění kalprotektinu do stolice. (Zbořil a kol., 2018, s. 160; Pacienti IBD z.s., 2016, s. 29)

2.5.1 Endoskopická vyšetření

Endoskopická vyšetření mají v problematice ISZ složku diagnostickou a terapeutickou. S ohledem na obvyklé postižení rekta jsou snadno proveditelné, a proto se považují za zlatý standard u pacientů s ulcerózní kolitidou. (Zbořil a kol., 2018, s. 178; Lukáš a kol., 2016, s. 31)

Koloskopie je vyšetření tlustého střeva a také konečného úseku střeva tenkého. Toto vyšetření je základ pro stanovení diagnózy střevního zánětu a zobrazení rozsahu postižení střeva. Velmi důležité je histologické vyšetření odebraných bioptických vzorků při tomto vyšetření. Tyto vzorky jsou stěžejní ke zhodnocení efektivity podávané terapie, ověření remise nebo recidivy choroby. U UC se také využívá v rámci monitoringu prekanceróz a dalších komplikací. Vyšetření je prováděno za pomoci tenkého ohybného endoskopu, který přenáší obraz střeva na obrazovku.

Příprava střeva spočívá v úplném očištění trávicího ústrojí od všech zbytků potravy. Toho se dosáhne několikadenní bezezbytkovou dietou a následným vypitím dostatečného množství očišťovacího roztoku. Ovšem pokud u pacienta probíhá vysoká aktivita onemocnění, je nutné vynechat ortográdní přípravu a zvolit pouze přípravu retrográdní, či vyšetření nativní. (Pacienti IBD z.s., 2016, s. 35; Zbořil a kol., 2018, s. 183-186; Lukáš a kol., 2019, s. 36-37)

Sigmoideoskopie je vyšetření konečného úseku tlustého střeva – cca 50 cm z celkové délky. Využívá se především k posouzení relapsu, remise nebo odpovědi na léčbu. U pacientů, kterým bylo odstraněné celé tlusté střevo, a byl vytvořen rezervoár, se provádí **pouchoskopie**. Střevo se připravuje za pomoci malého očištného klysmatu. (Pacienti IBD z.s., 2016, s. 36-37)

Gastroskopie je endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. Využití této metody je pouze u pacientů s extenzivní kolitidou ve snaze diferenciatní diagnostiky Crohnovy nemoci. (Lukáš a kol., 2019, s. 60)

2.5.2 Zobrazovací vyšetření

Počítačová tomografie (CT) využívá rentgenové záření, které nativně či po aplikaci kontrastní látky zobrazí orgány v dutině břišní. U pacientů, u kterých se nezdařila koloskopie, je vhodné indikovat CT kolografii, která se zaměřuje výhradně na tlusté střevo. Toto vyšetření zobrazuje rozsah postižení, vředy, pseudopolypy či dilataci tračnicku. Před CT kolografií je nutná střevní očista. (Holubová a kol., 2013, s. 73; Lukáš a kol., 2018, s. 336; Lukáš a kol., 2021, s. 30)

Magnetická rezonance (MR) na rozdíl od CT využívá silné statické magnetické pole. Toto vyšetření odliší relaps od remise a chronické stádium. Nálezů jsou srovnatelné s CT vyšetřením. Ovšem MR je využívána hlavně pro diagnostiku primární sklerotizující cholangitidy, která je komplikací ulcerózní kolitidy. (Lukáš a kol., 2021, s. 46-47)

Sonografie je neinvazivní vyšetření zobrazující orgány dutiny břišní. Při vyšetření je hodnocena vaskularizace, echostruktura stěny, a zejména šíře střevní stěny, která je hlavním parametrem pro hodnocení přítomnosti a aktivity zánětu. U ulcerózní kolitidy je využívána USG také k monitorování léčebné odpovědi. Nevýhodou tohoto vyšetření je obtížná zobrazitelnost rekta. (Pacienti IBD z.s., 2016, s. 34; Lukáš a kol., 2019, s. 23-31)

2.6 Komplikace

Během onemocnění je pacient sužován nejen obvyklými příznaky, ale také extraintestinálními manifestacemi či méně až těžce závažnými komplikacemi. (Lukáš a kol., 2018, s. 331)

2.6.1 Lokální komplikace

Toxické megakolon je život ohrožující komplikace akutní těžké ataky, která v průběhu života postihne až 20 % pacientů. Charakteristickým příznakem je rozšíření tračnicku o více než 6 cm. Dalšími příznaky jsou bolesti břicha, snížení střevní motility až úplná zástava střevní pasáže. Pacient je ohrožen perforací střeva a sepsí. Upřednostňována je léčba konzervativní využívající kortikosteroidy, cyklosporin A či infliximab. Při selhání konzervativní léčby je indikována kolektomie. (Martínek a kol., 2021, s. 397-399)

Masivním krvácením jsou na životě ohroženi hlavně mladší pacienti s pankolitidou, u kterých probíhá akutní těžká ataka. Embolizace či endoskopické ošetření krvácení není vhodné, proto je u pacientů indikována urgentní subtotální kolektomie s vytvořením ileostomie. (Šerclová a kol., 2016, [online])

Riziko vzniku rektálního a kolorektálního karcinomu, je nejvyšší u pacientů s pankolitidou, diagnózou primární sklerotizující cholangitidy (PSC) a u UC trvající více než 8 let. Čím déle onemocnění trvá, tím více riziko stoupá, například u pacientů s pankolitidou, trvající více než 25 let je riziko až 40 %. U nemocných je velice důležitá pravidelná screeningová koloskopie s odběrem náhodných biopsií. (Ihnát, 2021, s. 42; Longo a Fauci, 2013, s. 194)

2.6.2 Vzdálené komplikace

Mimostřevní projevy jsou časté a v některých případech mohou předcházet stanovení diagnózy střevního zánětu. Patogeneze těchto manifestací není jasná, ale předpokládá se, že jsou vyvolané bakteriemi, které pronikají střevní stěnou a tím vyvolávají imunitní odpověď v ostatních orgánech. Manifestace mohou být závislé na aktivitě střevního zánětu či nikoliv. (Lukáš a kol., 2018, s. 332)

Nejčastějšími jsou manifestace kožní, které se někdy mohou objevit i před stanovením diagnózy IBD. Nejběžnější je erythema nodosum (zánět podkožní tukové tkáně). Jedná se o výsev mnohočetných citlivých či bolestivých nodulů tmavě červeného zbarvení vyskytující se většinou na bérce. Dalším projevem jsou vředovité defekty (pyoderma gangraenosum), které mohou být jednostranné či oboustranné. (Lukáš a kol., 2020, s. 100-102)

Další častou manifestací je enteropatická artritida neboli zánět kloubu korespondující s intenzitou střevního zánětu. Artritida obvykle postihuje jeden či více kloubů dolních končetin, ale postižena může být bederní část páteře. (Lukáš a kol., 2021, s. 219-238)

V oční oblasti se pacienti setkávají hlavně s řezáním, pocitem suchých očí a diskomfortem. Dále se může objevit zánět podspojivky související s aktivitou střevního zánětu a projevující se zarudnutím oka. Více závažná je pak skleritida způsobující světloplachost a až těžkou bolest bulbu. V některých případech se jedná až o zrak ohrožující onemocnění. (Lukáš a kol., 2021, s. 244)

Až u třetiny pacientů se vyskytnou hepatobiliární manifestace, a to hlavně primární sklerotizující cholangitida (PSC). Tato komplikace postihuje 4-5 % nemocných. Jedná se o chronické onemocnění nezávislé na aktivitě zánětu, při kterém dochází k destrukci žlučovodů. PSC je jednou z nejčastějších indikací k transplantaci jater. Příznaky PSC jsou

shodné s příznaky ulcerózní kolitidy. (Lukáš a kol., 2020, s. 85-89; Martínek a kol., 2021, s. 51-52)

2.7 Léčba onemocnění

Léčba ulcerózní kolitidy je dlouhodobá a jejím cílem je dosažení a udržení remise, čímž dosahujeme vyšší kvality pacientova života. Léčba se rozlišuje dle toho, v jaké fázi aktivity onemocnění je, zda léčíme první ataku nemoci, udržujeme dlouhodobou remisi nebo chceme zabránit relapsu. (Keil a kol., 2012, s. 16)

2.7.1 Konzervativní medikamentózní léčba

Medikamentózní léčba je základem léčby ulcerózní kolitidy, jejímž cílem je dosažení a udržení remise. Léčiva jsou podávána nejčastěji ve formě tablet, kapslí či čípků, ovšem některé se podávají subkutánně nebo intravenózně. (Martínek a kol., 2021, s. 341; Pacienti IBD z.s., 2016, s. 18)

Nejčastěji podávanými léky jsou **aminosalicyláty**, deriváty kyseliny salicylové. Příznivý efekt při léčbě lehké a středně těžké formy ulcerózní kolitidy má kyselina 5-aminosalicylová (5-ASA) – mesalazin. Tento lék snižuje krvácení, tenesmy, bolesti břicha, počet stolic a koriguje projevy aktivity nemoci. Působí lokálně na sliznici trávicí trubice. Místo, kde je uvolněna účinná látka, se liší dle jednotlivé lékové formy, proto je výhodná kombinace formy perorální s formou rektální. Mezi zástupce mesalazinu v ČR patří Salofalk, Asacol či Pentasa. (Martínek a kol., 2021, s. 341-342; Lukáš a kol., 2018, s. 348; Pacienti IBD z.s., 2016, s. 18)

Pokud je účinek aminosalicyláty nedostatečný nebo je forma ulcerózní kolitidy středně až vysoce aktivní, pak jsou využívány **kortikosteroidy**. Jedná se o vysoce účinné protizánětlivé léky, které na rozdíl od mesalazinu neslouží k udržovací léčbě. Léčiva jsou podávána perorálně, ovšem u pacientů vyžadující hospitalizaci jsou podávána intravenózně. Efekt po podání kortikosteroidů je rychlý a dostavuje se u většiny pacientů. Mezi hlavní nežádoucí účinky patří závislost na kortikosteroidech, která se projevuje jako relaps zánětu 30 dní po vysazení léku. (Martínek a kol., 2021, s. 343-344)

Dalšími využívanými léky jsou **imunopresiva**, jejichž podstatou je potlačení nadměrné imunologické odpovědi vlastního imunitního systému. Do této skupiny patří thiopuriny (azathioprin), methotrexát a cyklosporin A. Azathioprin se zařazuje do medikace u nemocných léčených kortikosteroidy, jelikož zmírňuje příznaky a napomáhá při léčení

zánětu. Doba nástupu účinku je však 3 až 4 měsíce a je nutné lék užívat dlouhodobě. Indikace k léčbě cyklosporinem A je těžká forma onemocnění nereagující na kortikosteroidy. Lék je aplikován intravenózně a jeho účinnost lze srovnat s infliximabem. (Martínek a kol., 2022, s. 344-346; EFCCA, 2018, s. 16)

Antibiotika jsou indikována u pacientů s akutní těžkou kolitidou a akutní pouchitidou. Lékem první volby je Metronidazol a Ciprofloxacin s rychlým nástupem účinku. Jsou podávány intravenózně nebo perorálně. Při léčbě antibiotiky dochází k ovlivnění střevní mikroflóry, a proto je vhodné několik týdnů užívat probiotika. (Martínek a kol., 2021, s. 346-348; Lukáš a kol., 2018, s. 365; Pacienti IBD z.s., 2016, s. 22)

2.7.2 Biologická léčba

Biologická léčba dle Prokopové (2018, s. 359) „*představuje využití látek biologické povahy (shodných nebo velmi podobných s látkami produkoványými v lidském organismu) k terapeutickému efektu, který je zprostředkován cíleným regulačním ovlivněním biologických procesů v nemocném organismu.*“

Indikací k podání biologické léčby u nemocných s ulcerózní kolitidou je ve většině případů vysoká aktivita nemoci, kterou se nepodařilo zvládnout přechodně či trvale léčbou konzervativní. (Lukáš a kol., 2021, s. 178)

Infliximab je chimérická monoklonální protilátka anti-TNF- α , která obsahuje z 75 % lidskou a z 25 % myší sekvenci aminokyselin. Tato protilátka pro léčbu ulcerózní kolitidy byla schválena roku 2006 a o rok později byla povolena pro terapii dětských pacientů. Infliximab se podává formou intravenózní infúze. Nejprve se léčba zahajuje fází indukční, která trvá 6 týdnů. První infúze s infliximabem je podána 1. týden, dále v 2. týdnu a poslední v 6. týdnu léčby. Následuje fáze udržovací, kdy je infúze podávána 1x za 8 týdnů. Dalšími využívanými látkami jsou **Adalimumab** a **Golimumab**, což jsou kompletně humánní protilátky a aplikují se subkutánně. Adalimumab se aplikuje jednou za dva týdny, kdežto Golimumab jednou za měsíc. Kontraindikací k podání anti-TNF- α je probíhající infekce, pokročilá srdeční insuficience, náhlá příhoda břišní či malignita. Indikací k okamžitému ukončení terapie je vznik alergické reakce na účinnou látku, v tomto případě je vhodné látku nahradit jiným anti-TNF- α preparátem. (Lukáš a kol., 2019, s. 137-143)

Vedolizumab je humanizovaná monoklonální protilátka, řadící se do druhé generace biologických léčiv a je užívaná od roku 2014. Je podáván ve formě intravenózní. Indukční

lčba spoívá v podávání tñ infuzí po dobu šesti týdnů. Studie Varsity v roce 2019, spolu s dalšími studiemi, ukázala, že při lčbě ulcerózní kolitidy je Vedolizumab efektivnější a bezpečnější než některé preparáty z řady anti-TNF a od roku 2019 je povolen jako biologické léčivo první řady nebo řady druhé, pokud selhala lčba preparáty anti-TNF. (Lukáš a kol., 2019, s. 165-172)

2.7.3 Chirurgická lčba

Chirurgická lčba je kurativní léčebnou modalitou, a je-li odstraněna veškerá kolická sliznice, nemoc je definitivně eliminována. Operace je indikována asi u 10-20 % nemocných s ulcerózní kolitidou. Tyto operace mohou být akutní či plánované. (Lukáš a kol., 2018, s. 372)

Hlavní indikací k plánovanému výkonu je selhání lčby konzervativní, prekancerózní léze či kolorektální karcinom, inkompletní obstrukce nebo chronické krvácení. Indikací k akutnímu výkonu jsou život ohrožující stavy, které jsou rychle progredující a nedají se ovlivnit konzervativní lčbou. Patří sem například fulminantní kolitida, progrese symptomů při maximální lčbě či toxické megakolon nereagující na konzervativní intenzivní lčbu. Tyto stavy ohrožují pacienta perforací střeva. Výjimečné je masivní krvácení či akutní obstrukce, ale i tyto stavy jsou indikací k akutnímu řešení. (Lukáš a kol., 2018, s. 372)

Standardním výkonem chirurgické lčby tohoto onemocnění je úplné odstranění postiženého tračníku a rekta se zachováním kontinence stolice – **proktokolektomie s ileopouchanální anastomózou (IPAA)**. K provedení této operace je nutná dobrá funkce svěračů, a hlavně spolupracující pacient. Před provedením operace musí být nemocný seznámen s možnými riziky operace a komplikacemi jako je syndrom dráždivého pouče nebo zánět v ileálním rezervoáru (pouchitis). Jednou z hlavních nevýhod je výskyt komplikací právě v oblasti ileopouchanální anastomózy, kdy musí být zavedena dočasná ileostomie. Pacient s pouchem musí být trvale sledován, kvůli riziku zánětu, vzniku dysplazie.

Mezi další operační možnosti patří **subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou**. Tento výkon je nejméně rozsáhlý a je zachována kontinence stolice, ovšem právě kvůli zachování rekta jako rezervoáru musí být nemocný doživotně sledován, aby se předešlo riziku vzniku zánětu či malignit právě v této oblasti. **Proktokolektomie s terminální ileostomií** definitivně eliminuje ulcerózní kolitidu díky odstranění veškeré

kolické a rektální sliznice. Nevýhodou pro pacienta je trvalé vyvedení ileostomie. Nejčastějším výkonem s akutní indikací je **kolektomie s terminální ileostomií se slepým uzavřením rektosigmatu nebo mukózní píštělí**. Indikací je například krvácení, perforace či toxická kolitida. Následuje následná rekonstrukce se založením IPAA k obnovení střevní kontinuity. (Lukáš a kol., 2018, s. 373)

Ileostomie je vyvedení konce tenkého střeva na povrch dutiny břišní, kde je přišit ke kůži. Tvoří tak vývod, který je umístěn do stomického sáčku, ve kterém se shromažďuje střevní obsah. (EFFCA a kol., 2018, s. 32)

Pouch je náhrada konečníku vytvořena z konce tenkého střeva. Převážně se sešijí dvě kličky tenkého střeva do tvaru písmene J, tím se zvětší kapacita střeva a pouch tak může plnit funkci konečníku. Po sešití tenkého střeva se pouch napojuje na anální kanál.

I pacienti po vytvoření pouche jsou ohroženi komplikacemi. Nejčastější je pouchitida (zánět vaku), která postihne 23–45 % nemocných po IPAA a projevuje se dysfunkcí pouche. Nejvyšší výskyt je v prvních šesti měsících po operaci. Pouchitida může být idiopatická, reagující na antibiotika či nikoli, nebo sekundární, kdy je příčina známá a dle toho cíleně léčena. Symptomy pouchitidy jsou od častého vyprazdňování, tenesmy, krvácení až po křeče v břiše. Další z komplikací je syndrom dráždivého pouche, jehož příčina je nejasná. Příznaky jsou podobné pouchitidě až na nepřítomnost endoskopického a histologického průkazu. U pacientů se pak může vyskytnout takzvaná cuffitida neboli zánět zbytku rektální sliznice. Jedná se o vzplanutí ulcerózní kolitidy, která probíhá na zbytku ponechané sliznice. Symptomy odpovídají pouchitidě. (Lukáš a kol., 2018, s. 329; Pacienti IBD z.s., 2016, s. 43)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PODSTUPUJÍCÍ CHIRURGICKOU LÉČBU

Chirurgický či operační výkon je diagnostický či terapeutický zásah do lidského organismu. Tyto výkony lze rozdělit na ambulantní výkony a výkony prováděné za hospitalizace. Operační výkony, které jsou prováděné za hospitalizace, vyžadují odbornou předoperační přípravu a peroperační monitoraci. Tyto výkony lze dále rozdělit na plánované, akutní a urgentní. Plánované operační výkony jsou ty výkony, které jsou indikovány například u chronických onemocnění kde selhala konzervativní léčba. Akutní operační výkony se provádějí u pacientů, kteří jsou ohroženi na životě, pokud operační výkon nepodstoupí, proto je nutné operaci provést, pokud možno co nejdříve po určení diagnózy. Urgentní operační výkony nesnesou odklad, jelikož příčiny stavů vedoucích k tomuto výkonu bezprostředně ohrožují pacienta na životě. (Schneiderová, 2014, s. 19-20)

3.1 Předoperační období

Předoperační období začíná od doby, kdy je rozhodnuto o operaci, a končí předáním pacienta na operační jednotku. Cílem tohoto období je předoperační příprava, která je podmínkou k tomu, aby pacient zvládl operační zátěž a proběhlo nekomplikované zotavení po operačním výkonu. Předoperační přípravu rozdělujeme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. **Dlouhodobá předoperační příprava** spočívá ve zhodnocení zdravotního stavu pacienta, který ve většině případů musí podstoupit interní vyšetření. Toto vyšetření se nadále odvíjí od samotného stavu pacienta, operačního výkonu a tím jaký bude způsob anestézie. Nejdůležitější pro celé předoperační vyšetření je anamnéza, zejména potom kardiovaskulární potíže. Následuje fyzikální vyšetření, zjištění vitálních funkcí, laboratorní a pomocné vyšetření, jako jsou elektrokardiografie a rentgenové vyšetření srdce a plic. Další vyšetření se odvíjejí od přítomnosti komplikujících onemocnění. Po provedení interního vyšetření následuje orientační klasifikace ASA (Americká společnost anestezie). Klasifikací ASA anesteziolog dokládá riziko a míru pracovní zátěže během operačního výkonu. (Kotík, 2019, s. 18-26; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 26)

U nemocných s ulcerózní kolitidou by mělo předoperační vyšetření dále zahrnovat nutriční vyšetření, a to vzhledem k často se vyskytující malnutrici. Malnutrice je jedním z rizikových faktorů vedoucích k pooperačním komplikacím. Dalším nutným vyšetřením je koloskopie, která posoudí aktivitu nemoci, stav svěračů a další. Pokud nelze provést

endoskopické vyšetření, měla by být provedena alespoň CT kolografie. (Šerclová a kol., 2015, s. 14-16)

Krátkodobá předoperační příprava, která následuje přípravu dlouhodobou, začíná 24 hodin před samotnou operací. Povinností lékařského i nelékařského personálu je zhodnotit a překontrolovat veškeré výsledky všech provedených vyšetření, popřípadě jej doplnit. V závěru předoperační přípravy přichází na řadu anesteziolog, který rozhodne o typu podávané anestezie. S tímto rozhodnutím souhlasí pacient podepsáním informovaného souhlasu. Dále anesteziolog dle zhodnocení operačního výkonu a předoperačního vyšetření zvolí vhodnou premedikaci. Náplní všeobecné sestry v tomto období je zajištění dostatečné míry informovanosti pacienta a popřípadě jeho příbuzných, příprava operačního pole a plnění veškerých ordinací dle ošetřujícího lékaře. Dle zvyklosti oddělení příprava gastrointestinálního traktu a zajištění invazivních vstupů. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 34-35)

Dle Šerclové a kolektivu (2015, s. 20) pacienti s ulcerózní kolitidou nepodstupují přípravu gastrointestinálního traktu a je omezeno předoperační lačnění. Pacientům jsou podávány koktejly PreOp, které doplní zásoby glykogenu a sníží operační stres. Podstatné je také vyhledání optimálního místa pro založení stomie. Místo je vyhledáno stomickou sestrou a operujícím lékařem. (Drlíková a kol., 2016, s. 49)

Bezprostřední předoperační příprava se soustředí hlavně na kontrolu zdravotnické dokumentace, především informovaných souhlasů s operačním výkonem a anestézií. Zde je nejdůležitější úloha všeobecné sestry, která musí zajistit invazivní vstup, pokud nebyl zajištěn dříve, a podat premedikaci a infuzní roztok dle ošetřujícího lékaře. Výjimku tvoří pacienti s onemocněním diabetes mellitus. Tito pacienti musí mít zavedený invazivní vstup a včasné podání infuzní roztok, kterým ve většině případů bývá 10 % glukóza s určitým množstvím inzulínu. Dalším důležitým úkolem je provést prevenci tromboembolické nemoci pomocí elastických punčoch či bandáží. V neposlední řadě musí všeobecná sestra zkontrolovat, zda je pacient lačný, jestli odložil šperky, oděv, popřípadě protetické pomůcky. Tato příprava trvá 2 hodiny před započnutím operačního výkonu. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 36-37; Jedličková a kol., 2012, s. 155)

3.2 Pooperační období

Pooperační období nastává po ukončení operačního výkonu a anestézie. Bezprostřední pooperační období je zaměřeno na prevenci pooperačních komplikací, popřípadě na jejich okamžitou léčbu. Pooperační péče je ovlivněna především délkou, typem a složitostí operačního výkonu, způsobem anestézie a přidruženými chorobami nemocného. Po dokončení operace je pacient z operačního sálu předán s kompletní dokumentací na dospávací pokoj a následně na standardní oddělení. Pokud se však jedná o pacienty po velkých či komplikovaných výkonech, s hrozbou selhání vitálních funkcí, tyto pacienty je nutné předat na jednotku intenzivní péče (JIP), nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47; Jedličková a kol., 2012, s. 239)

Pacienti po střevních operacích jsou ve většině případů předány na JIP, kde je hlavním úkolem všeobecné sestry pravidelná kontrola vitálních funkcí a zajištění správné pooperační polohy. Podstatná je léčba bolesti, která je aplikována v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře. Nejdříve jsou podávány analgetika parenterálně k dosažení rychlejšího účinku a po obnově střevní kontinuity se postupně přechází na perorální podávání. Prvních 24 hodin může pacienta významně obtěžovat pooperační nauzea nebo zvracení, jakožto průvodní jev anestézie a premedikace. Nutné je také sledování krytí operační rány, kdy všeobecná setra sleduje prosakování či přítomnost jiného sekretu. Pokud je pacientovi vyveden drén, je potřeba sledovat množství a charakter odpadů, to samé platí při založení stomie. Po střevní operaci je zvláště důležité sledování střevní peristaltiky, neboť může dojít k její zástavě. Pacientům jsou podávány prokinetika, a infuzní roztoky k udržení dostatečné hydratace. K úpravě střevní peristaltiky dochází většinou 48-72 hodin po ukončení operačního výkonu. Jedním z úkolů je také sledování diurézy, kdy by se měl pacient spontánně vymočit do 8 hodin po operačním výkonu, jestliže mu nebyl dříve zaveden permanentní močový katetr (PMK). Pokud tomu tak není, je nutno pacientovi zavést alespoň jednorázový močový katetr. Po rozsáhlých operačních výkonech se sleduje bilance tekutin, či ztrát do stomie nebo drénu. Po operačním výkonu pacient dodržuje klidový režim, který je postupně nahrazován rehabilitací, protože včasná mobilizace pacienta je jedna z nejdůležitějších prevencí pooperačních komplikací a prospívá psychickému stavu. Tato mobilizace probíhá postupně až do doby, kdy je pacient úplně samostatný. (Jedličková a kol., 2012, s. 240-243)

Pokud je pacient zcela stabilizován je předán na standardní oddělení, kde je uložen do čistého lůžka a je zajištěna dostupnost signalizačního zařízení. Zde je pacient postupně

zatěžován stravou a střevní peristaltika se postupně začne vracet do normálního stavu. Během pobytu na standardním oddělení za pacientem dochází stomická sestra, která pacienta edukuje a postupně naučí, jak pečovat o stomii. V první řadě sleduje nemocný, jak stomická sestra provádí výměnu stomie, aby si ošetření postupně zapamatoval. Postupně se tímto způsobem začne zapojovat do sebeošetření. Pokud bude pacient po chirurgické stránce v pořádku a bude zvládat péči o stomii je schopen propuštění do domácího ošetření. Stomatická sestra před propuštěním vybaví pacienta stomickými pomůckami, řadou písemných materiálů, časopisy a kontakty na spolky pacientů. (Drlíková a kol., 2016, s. 57-58)

4 PSYCHIKA A ULCERÓZNÍ KOLITIDA

V současné době se duševní onemocnění vyskytují velice často, a z toho až 38 % populace v průběhu jednoho roku trpí nějakou formou duševní poruchy. Psychické poruchy mohou být příčinou, ale také následkem tělesných onemocnění, mohou jim předcházet, ale také je doprovázet. Duševní poruchy zvyšují mortalitu dvakrát více oproti zdravé populaci. (Lukáš a kol., 2021, s. 205)

4.1 Osa mozek – střeva

Osa mozek a střeva představuje obousměrný systém spojující neuroendokrinní systém, autonomní vegetativní funkce a gastrointestinální trakt. Enterický nervový systém je často nazýván jako druhý mozek, který je společně s mozkem propojen pomocí několika milionů neuronů. Dle některých nálezů má tento systém vazeb podíl na rozvoji idiopatických střevních zánětů. (Lukáš a kol., 2021, s. 206-207; Sonnenburg, 2016, s. 161)

Mozek a centrální nervová soustava komunikuje se střevem přes sympatická a parasympatická nervstva autonomního nervového systému. Právě autonomní nervový systém má za úkol regulovat rychlost, jakou bude potrava procházet střevy, tvorbu hlenu ve střevní sliznici a vylučování trávicích šťáv v žaludku. Trávení je řízeno prostřednictvím hormonů díky hypotalamo-hypofyzární adrenální ose. Obě tyto dráhy vysílají do mozku zprávy o stavu střev, ale také umožňují mozku přímo ovlivňovat střevní prostředí, což má značný dopad na střevní mikrobiotu. (Sonnenburg, 2016, s. 162-163)

Gastrointestinální trakt obsahuje až 100 bilionů mikroorganismů, které jsou ve většině zastoupeny bakteriemi. Právě díky spojení mozku se střevy může nervový systém do značné míry rozhodovat, které bakterie budou ve střevě sídlit. Ovšem i mikrobiota může mít značný vliv na lidský mozek. Například periferním serotoninem produkovaným buňkami ve střevě, který může ovlivnit neurotransmisi v mozku a způsobit tím stres či deprese. (Lukáš a kol., 2021, s. 207-208; Sonnenburg, 2016, s. 163)

4.2 Vliv psychiky na onemocnění a naopak

Již v 19. století přichází s pojmem psychosomatika psychiatr J. CH. A. Heinroth. Po něm přichází Franz Alexander, který se věnoval výzkumu se snahou najít vztah psychologických předpokladů s rozvojem konkrétních onemocnění. Následně pak Alexander popsal hypotézy vzniku psychosomatických onemocnění, do kterých se řadí i ulcerózní kolitida. (Jochmannová, Kimplová a kol., 2021, s. 50)

Psychosomatika, i když není ještě stále úplně objasněna, zaujímá centrální postavení v problematice zdraví a nemoci. Tělo je neustále zatěžováno nejrůznějšími vlivy počínaje viry, bakteriemi a dalšími škodlivinami, až po vliv počasí nebo sluneční erupci. Toto vše je společně spjata s psychickým stavem, který se může projevovat pozitivně, například sebedůvěrou, nebo negativně, například strachem či stresem. Tyto projevy pak naopak modulují vliv ostatních faktorů. Poněšický (2021, s. 20) se zabývá tím, jakým způsobem je vše propojeno, zda roli hraje například epigenetika díky vlivu psychických dějů na aktivaci či deaktivaci funkce genů, nebo třeba vliv placebo a víra v uzdravení společně s vůlí, dále aktivní vliv nejen nevědomí, ale také vědomí na psychické i tělesné procesy a v neposlední řadě sebezpozorování a všímavost. Psychosomatika, ale i somatopsychika je ztělesnění a „zapisování“ především traumatických zážitků do tělesnosti. Náchylnost ke stresu a snížení schopnosti zvládnutí těžkých životních situací u dospělých mohou ovlivnit zážitky z raného dětství, jako jsou psychická traumata nebo poruchy vztahové vazby. Tyto traumata a konflikty jsou většinu času vytěsněná do podvědomí. Vnitřní konflikty způsobují psychický stres a tím i psychosomatické onemocnění. Naopak somatopsychický proces ovlivňuje psychiku z tělesných forem chování, tedy prvotní potíže byly tělesného rázu, a tím způsobily nemocnému potíže duševní. (Poněšický a kol., 2021, s. 19-22; Rüegg, 2020, s. 45; Pacienti IBD z.s., 2016, s. 63)

Mezi psychikou a imunitním systémem existuje vzájemný vztah, který je obousměrný – psychosomatický a somatopsychický. Nervový a imunitní systém jsou u člověka neoddělitelně spjaty, což znamená, že fungují závisle na sobě a vzájemně se ovlivňují. Fungování imunitního systému je srovnatelné s fungováním systému nervového. Imunitní systém komunikuje s mozkem prostřednictvím hypotalamo-hypofyzární adrenální osy, bloudivého nervu a sympatiku. Paraganglia nervu vagu působí jako senzory, které reagují na interleukin-1, produkováný imunitním systémem. (Rüegg, 2020, s. 144-145)

Imunitní systém je ovládán hypotalamem za pomoci endokrinního systému. Hyperaktivita hypotalamo-hypofyzární adrenální osy, může být způsobena atypickými depresiemi, což může způsobit nesprávnou regulaci kortizolu a tím může dojít až ke vzniku některých autoimunitních onemocnění. Díky nesprávné regulaci dochází k nadprodukcii interleukinu-1 beta a interleukinu-6 působící prozánětlivě a tím k přehnané reakci imunitního systému, který napadá vlastní tkáň – střevní sliznici. Tyto reakce jsou zhoršeny zmíněnými depresiemi, ale i potlačovaným hněvem či chronickým stresem. (Rüegg, 2020, s. 134)

4.3 Nejčastější duševní poruchy u pacientů s ulcerózní kolitidou

Ulcerózní kolitida je jako chronické onemocnění střev jedním z hlavních zdrojů **stresu** a psychické zátěže. Stres je reakcí na obtíže a komplikace spojené se základním onemocněním, jako je bolest, nejistota týkající se prognózy, zhoršení zdravotního stavu, potíže a bolesti při vyprazdňování. Prevence a zvládnání stresu je jedním z důležitých činitelů, který může ovlivnit zdravotní stav pacienta po stránce fyzické, i psychické. (Pacienti IBD z.s., 2022, s. 17)

Stresové reakce jsou téměř každodenně přítomny a jsou nedílnou součástí běžného života. Jako původce stresu označujeme stresor. Ve většině případů stres nevede ke vzniku duševních chorob, ale v některých případech působí jako spolupůsobící faktor a ke vzniku přispívá. Během stresové situace dochází na biologické úrovni těla k významným změnám všech tří řídicích a regulačních systémů (hormonálního, nervového a imunitního). A díky vzájemnému fungování těchto systémů, stresová reakce přináší závažné důsledky jak pro psychiku, tak i organismus. Nejvýznamněji je ovlivněna hormonální hypotalamo-hypofýzo-adrenální osa (HPA osa). Pokud je stresem ovlivněna osa HPA, dochází ke zvýšení hladiny stresových hormonů. Jedním z těchto hormonů je kortizol. Dlouhodobě zvýšená hladina kortizolu ohrožuje pacienty nejen novou atakou nemoci, ale také ischemickou chorobou srdeční či hypertenzí. Na emocionální úrovni se nemocní v souvislosti se stresem mohou setkat s intenzivními krátkodobými afekty až s dlouhodobějšími změny nálad. (Pacienti IBD z.s., 2022, s. 12-18; Orel a kol., 2020, s. 127-128)

Aby se předcházelo vzniku dalších stresových situací, je nutné nemocného seznámit s různými relaxačními techniky. Mezi relaxační techniky můžeme zařadit například ventilaci emocí, otužování, masáže, jógu a jiné pohybové aktivity. Pokud se jedná o stres dlouhodobý, je potřebné poskytnutí opory od rodiny a přátel. Ovšem v některých případech je nezbytná návštěva lékaře s možností krátkodobé léčby psychofarmaky. (Pacienti IBD z.s., 2022, s. 13-15)

Depresivní porucha, nemoc, která s sebou přináší ztrátu energie a motivace, má vliv na soustředění, paměť a ovlivňuje vztah k člověku jako takovému. Včasné rozpoznání psychických problémů je důležité pro jejich další vývoj a léčebné ovlivnění. Rozeznat včas depresivní poruchu je však někdy složité, jelikož je nutné odlišení příznaků tělesného onemocnění od psychického. Typické jsou stížnosti nemocného na jeden či kombinaci tělesných příznaků jako je únava, bolest, podrážděnost, úzkost, porucha spánku a jiné.

Dalším varovným příznakem jsou časté návštěvy lékaře či pohotovostní služby s potížemi, které přímo nesouvisí se základním onemocněním nebo jeho aktivitou. Depresivní porucha zesiluje s počtem symptomů, které nemocný udává. Největší pozornost si však zaslouží nespavost, kterou udává až 90 % pacientů a je tak jedním z hlavních příznaků depresivní poruchy. Nemocní berou nespavost jako neutrální příznak, a proto se nebrání jej prezentovat, na rozdíl od jiných psychických potíží. (Lukáš a kol., 2021, s. 210; Pacienti IBD z.s., 2022, s. 20)

K identifikaci depresivní poruchy se využívají řady psychiatrických stupnic, které jsou pacientům předkládány k vyplnění. V České republice je často využívána Zungova sebeposuzovací stupnice deprese. Dotazník slouží pro populaci dospělých, kteří trpí lehkou a střední depresivní poruchou. (Lukáš a kol., 2021, s. 210-211)

Společně se stresem a depresí se nemocní také často setkávají s **úzkostmi**, které ovlivňují jejich běžný život a někdy zhoršují průběh základního onemocnění. Úzkost lze vysvětlit jako velmi nepříjemný pocit bez konkrétního obsahu, který je ale plný nejasných a neurčitých obav, napětí a strachu. Společně s úzkostí se může vyskytovat i strach, ovšem strach je zaměřen na určitý objekt nebo situaci, a proto je nemocnými často zaměňován. Při přítomnosti úzkosti narůstá vnitřní tenze a vegetativní příznaky jako je tachykardie, tachypnoe, pocení, popřípadě třes. (Pacienti IBD z.s., 2022, s. 22; Orel a kol., 2020, s. 229)

Na základě potřeby bylo vytvořeno několik nástrojů pro detekci úzkostných poruch. Mezi jedny z nejvyužívanějších v České republice patří stupnice Beckův inventář úzkosti. Celkové skóre na této stupnici určuje míru závažnosti potíží. Ovšem tyto stupnice neslouží jako náhrada klinického úsudku. (Lukáš a kol., 2021, s. 211-212)

Stejně jako při zvládání stresových situací tak i při zvládání úzkostí jsou využívány relaxační techniky. Řadíme sem například ranní meditaci, vizualizaci anebo hluboký břišní nádech. Relaxační techniky pomáhají zklidnit mysl, což vede i ke zklidnění těla. Tyto techniky mají důležité místo v životě nemocných s ulcerózní kolitidou. (Pacienti IBD z.s., 2022, s. 24)

4.4 Terapeutické ovlivnění duševních poruch

Farmakologická léčba je především zaměřena na symptomatickou léčbu ulcerózní kolitidy, avšak málo pozornosti je věnováno duševnímu zdraví a kvalitě života. Prevalence duševních poruch je vysoká a vyžaduje nové komplexní přístupy. Depresivní poruchy a úzkost aktivují imunitní odpověď tím, že zvyšují produkci některých protizánětlivých markerů. Jedním z těchto markerů je TNF- α . Klinické hodnocení ukázalo, že léčba anti-TNF protilátkami či vedolizumabem dokáže redukovat depresivní poruchu, míru úzkosti a poruchy spánku. (Lukáš a kol., 2021, s. 213)

Velmi často jsou u nemocných využívána antidepresiva první (TCA) a třetí (SSRI) generace. Odhaduje se, že anxiolytika nebo hypnotika společně s antidepresivy užívá až jedna čtvrtina nemocných s IBD. Užívání psychofarmak je spojeno s rizikovými faktory jako střední věk, časté gastrointestinální výkony, vyšší počet hospitalizací či ambulantních návštěv. Antidepresiva působí protizánětlivě a mají schopnost snižovat produkci zánětlivých cytokinů jako je třeba TNF- α . Metaanalýzy potvrzují, že antidepresiva TCA potlačují bolesti břicha, další ze studií konstatuje, že TCA mají schopnost významně zmírňovat symptomy u pacientů s ulcerózní kolitidou. Veškeré tyto nálezy jsou slibné pro využívání TCA antidepresiv v léčbě doprovodných symptomů u nemocných s IBD. (Lukáš a kol., 2021, s. 213)

Kromě farmakologické léčby jsou využívány také **psychoterapie a psychologicky založené způsoby léčby**. Doporučují se převážně kognitivně-behaviorální terapie (KBT), hypnóza a mindfulness neboli všímavost. KBT je dle některých vyhodnocení vhodná jako adjuvantní léčba pro potlačení úzkostných a depresivních příznaků. Významný vliv má také hypnóza zaměřena primárně na střeva a trávení. Vlivem hypnózy dojde k potlačení gastrointestinálních symptomů. Využit je i mindfulness, který slouží jako doplňková léčba úzkosti. U pacientů s ulcerózní kolitidou tato technika pozitivně ovlivní kvalitu života, neovlivní však průběh onemocnění ani zánětlivé markery. (Lukáš a kol., 2021, s. 214)

4.5 Vnímání ulcerózní kolitidy pacienty

Ulcerózní kolitida jakožto chronické onemocnění zasahuje velice často do životního stylu nemocného, práce, studia, rodiny, společenského a intimního života. Právě to je pro nemocné to nejvýznamnější. Jestliže bude onemocnění a léčba zasahovat do denních aktivit, začne jej pacient vnímat negativně. Vnímání a pojetí onemocnění ovlivňuje jeho samotný průběh. Například pokud bude pacient vnímat onemocnění tak, že pro něj vše končí, a začne

se vyhýbat aktivitám, které ho dříve uspokojovali, může se začít potýkat s psychickými problémy, které zhorší průběh onemocnění. To, jak bude nemocný onemocnění vnímat, se odráží také na tom, jak se s ním bude vyrovnávat. Vyrovnávání zahrnuje určitá stadia smutku, které neodmyslitelně patří k chronickým onemocněním. Prvním stádiem je popírání či šok. První stádium střídá hněv, který je následovaný smlouváním. Následuje stádium čtvrté a tím jsou deprese. Posledním pátým stádiem je přijetí a smíření. Tato stadia se ovšem mohou u každého různě prolínat nebo se k nim jednotlivě vracet. Přijetí ulcerózní kolitidy je pro některé pacienty obtížné a tento proces může trvat i řadu měsíců. (Pacienti IBD z.s., 2022, s. 28; Gurková, 2017, s. 21-22)

Jakým způsobem bude nemocný přistupovat k životu s ulcerózní kolitidou, je také ovlivňováno jeho odolností a frustrační tolerancí. Odolnost lze vybudovat pomalým a postupným vystavováním se malému stresu. Toto budování odolnosti připraví nemocného ke zvládnutí těžších okolností, ke kterým můžeme přiřadit i úzkost. Dalším důležitým faktorem k přijetí chronického onemocnění je, aby nemocný porozuměl a přijmul sám sebe, důsledkem toho se naučí naslouchat tělu a vnímat tak jeho potřeby. S tím souvisí sebevědomí hlavně v oblasti vzhledu a výkonu, proto by si nemocný při zjištění diagnózy měl pokládat otázku „*Co mohu udělat, abych měl kvalitní život i s ulcerózní kolitidou*“. (Pacienti IBD z.s., 2022, s. 29)

To, jak se nemocný přizpůsobí chronickému onemocnění, lze hodnotit dle modelu kognitivního zpracování chronických onemocnění dle Eversové, který hodnotí vztahy pozitivní a negativní valence. Přehodnocování je rozděleno mezi tři způsoby, ve kterých je člověk konfrontován chronickým onemocněním. Prvním způsobem je že se nemocný nejdříve zaměří na negativní aspekty onemocnění a bude ho vnímat jako něco nekontrolovaného nebo nezměnitelného. Druhým způsobem je uvědomění, kdy nemocný začne vnímat onemocnění jako výzvu a vyrovná se s jeho důsledky. Posledním třetím způsobem je to že nemocný začne vnímat onemocnění jako jakýsi impuls ke změně životních priorit, cílů a k pozitivní osobnostní změně. (Gurková, 2017, s. 47-48)

Onemocnění by nemocný mohl vnímat jako novou příležitost, jelikož ho donutí přemýšlet nad tím, co je v životě skutečně podstatné. Většina nemocných změní svůj dosavadní způsob života, ať už ukončením náročného zaměstnání či nefungujícího vztahu. Velmi účelné je pro nemocné sdílení pocitů, obav a zkušeností s lidmi, kteří mají taktéž ulcerózní kolitidu. (Pacienti IBD z.s., 2022, s. 30-31)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Ulcerózní kolitida patří společně s Crohnovou chorobou k idiopatickým střevním zánětům, jejichž etiologie není zcela známá. Roční incidence v Evropě je 24,3 na 100 000 obyvatel, která se v posledních letech zvyšuje. Prevalence v Evropě je 505 nemocných s ulcerózní kolitidou na 100 000 obyvatel. Onemocnění se vyskytuje v kterémkoliv věku nejčastěji pak u mladých osob do 30 let věku. (Lukáš a kol., 2018, s. 325)

Onemocnění je celoživotní chronické a průběh onemocnění probíhá obvykle s relapsy a remisemi. Relapsy se projevují nejčastěji průjmy obsahující hlen či krev, bolestmi břicha a nucením na stolicí. Tento průběh je výrazně ovlivněn konzervativní léčbou, jejímž úkolem je nemocného udržet v remisi.

Pokud konzervativní léčba selže, nebo u nemocného nastanou komplikace ohrožující ho na životě, je nutné přistoupit k léčbě chirurgické. Chirurgická léčba je nejvíce pravděpodobná u nemocných s pankolitidou. Kolektomie je v tomto případě prováděna až u 30 % z nich. (Lukáš a kol., 2018, s. 326)

Chirurgická léčba jakéhokoliv onemocnění velice ovlivňuje psychickou stránku nemocného. Tento problém se nepřímo odráží na délce hospitalizace a celkové rekonvalescenci nemocného. Proto si tedy pokládám otázku: „Jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění?“

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění.

6.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou subjektivně vnímali svůj zdravotní stav před chirurgickou léčbou.
2. Zjistit, zda u pacientů s ulcerózní kolitidou po chirurgické léčbě vznikly fyzické změny.
3. Zjistit, zda u pacientů s ulcerózní kolitidou po chirurgické léčbě vznikly psychické změny.
4. Popsat, jak pacient prožívá hospitalizaci spojenou s chirurgickou léčbou ulcerózní kolitidy.

6.3 Výzkumné otázky

1. Jak pacienti s ulcerózní kolitidou subjektivně vnímali svůj zdravotní stav před chirurgickou léčbou?
2. Vznikli u pacientů s ulcerózní kolitidou po chirurgické léčbě fyzické změny, pokud změny nastaly, jak je pacient vnímá?
3. Vznikli u pacienta s ulcerózní kolitidou po chirurgické léčbě psychické změny, pokud změny nastaly, jak je pacient vnímá?
4. Jak pacient prožívá hospitalizaci spojenou s chirurgickou léčbou svého onemocnění?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantů byl záměrný. Pro výzkumné šetření jsem vybrala tři participanty, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení nemocnice NH Hospital a.s. a splňovali hlavní kritérium, kterým byla ulcerózní kolitida a její chirurgická léčba.

7.1 Participant č. 1

Muž ve věku 42 let s ulcerózní pankolitidou a bez rodinného výskytu idiopatických střevních zánětů. Muž žije v rodinném domě v Ostravě společně se svou manželkou a dvěma malými dětmi. Participant pracuje jako manažer v jedné nejmenované společnosti. Jako dítě prodělal běžné dětské nemoci. V roce 1998 mu byla na podkladě hyperfunkce štítné žlázy provedena totální tyreoidektomie. Ulcerózní kolitida byla participantovi diagnostikována roku 2003. V souvislosti s ulcerózní kolitidou byla muži také diagnostikována primární sklerotizující cholangitida. Z toho důvodu musel participant podstoupit transplantaci jater. V současné době je participant hospitalizován na chirurgickém oddělení k plánovanému provedení subtotální kolektomie s ileostomií. Důvodem k plánovanému výkonu byla nedostatečnost konzervativní léčby.

7.2 Participant č. 2

Žena ve věku 44 let s ulcerózní pankolitidou, žijící v rodinném domě v blízkosti Brna. V rodinném domě žije společně s manželem a dvěma plnoletými dětmi. Momentálně pracuje jako účetní z domova. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Před diagnostikou ulcerózní kolitidy podstoupila v roce 1996 operaci karpálního tunelu. Roku 2004 byla ženě diagnostikována ulcerózní kolitida. Rok po diagnostice participantka podstoupila apendektomii. Následující rok byla diagnostikována primární sklerotizující cholangitida, kvůli které musela žena podstoupit transplantaci jater. Participantka je hospitalizována na chirurgickém oddělení, k plánovanému provedení IPAA s ileostomií. Po provedení IPAA podstoupí žena ještě jeden operační výkon, kdy bude provedena okluze ileostomie. Důvodem nutnosti chirurgické léčby je nedostatečnost konzervativní léčby.

7.3 Participant č. 3

Žena ve věku 38 let s ulcerózní pankolitidou, žijící v panelovém domě poblíž Prahy. Participantka je bezdětná a nedávno rozvedená. Vystudovala ekonomickou fakultu a žije jako osobní bankéř. V rodinné anamnéze se neobjevují idiopatické střevní záněty, nýbrž kolorektální karcinom, na který zemřela matka participantky. V minulosti prodělala běžné

dětské nemoci. Ulcerózní kolitida byla participantce diagnostikována roku 2008. Žena v minulosti neprodělala žádný operační výkon, který by byl v souvislosti s onemocněním ulcerózní kolitidou. Participantka je hospitalizována na chirurgickém oddělení, k plánovanému provedení proktokolektomie s terminální ileostomií. Důvodem k plánovanému výkonu byl nepříznivý kolonoskopický nález.

8 METODIKA PRÁCE

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum, jelikož sběr dat o participantech je podrobnější. Při kvalitativním výzkumu je využíván popis každodenních situací. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kvalitativní pracuje s velkým množstvím informací o malém počtu zkoumaných subjektů a problémy jsou zkoumány do hloubky. Sběr dat je prováděn pomocí rozhovorů a je časově náročný. Cílem výzkumu je vytvořit jakýsi obraz zkoumaného subjektu. (Hendl, 2016, s. 45)

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, kdy participanté odpovídali na předem připravené otázky. Připravené otázky se během rozhovoru rozvíjely a rozšiřovaly, v závislosti na předešlých odpovědích participantů.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od podzimu roku 2022 až do poloviny března 2023 během absolvování praxe na chirurgickém oddělení v nemocnici NH Hospital a.s., kde byli účastníci hospitalizováni. Před začátkem výzkumného šetření byl podepsán souhlas náměstkyní ošetrovatelské péče NH Hospital a.s. Mgr. Blankou Hoškovou, DiS s umožněním provedení výzkumného šetření – *příloha A*. Dále byl dán podepsán informovaný souhlas účastníků – *příloha B*, kterým bylo předem vysvětleno, že veškerá získaná data budou anonymní a využity pouze pro účely této bakalářské práce. Avšak přílohy obsahují pouze nevyplněné souhlasy z důvodu anonymizace dat, tudíž originální souhlasy jsou dostupné pouze u autora této bakalářské práce.

10 ZPRACOVÁNÍ DAT

Rozhovory s participanty probíhaly, po provedení operačního výkonu na chirurgickém oddělení, kde byli hospitalizováni. Záznam rozhovoru byl pořízen diktafonem se souhlasem participantů na mobilní telefon. Přepis rozhovorů byl přepsán v doslovném znění v elektronickém programu Microsoft Word. Pro zpracování dat jsem využila otevřené kódování, které jsem vyhledávala a vyznačovala v přepsaném rozhovoru s participanty. Tyto kódy byly následně rozříděné na kategorie a subkategorie. Kategorie byly vytvořeny na podkladě dílčích cílů, na které navazovaly subkategorie.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Fenomenologický přístup usiluje o porozumění jedince s určitým prožitkem, jehož význam bude předmětem zkoumání. Snahou tohoto přístupu je vstoupení do vnitřního světa zkoumaného jedince s cílem porozumění významům, které připisuje fenoménu. Výzkumníkovým úkolem je zachycení zkušenosti jedince skrze vytvoření popisu a interpretace sděleného prožitku. (Hendl, 2016, [online])

11.1 Kategorie: Vnímání před chirurgickou léčbou

Prvním dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou subjektivně vnímali svůj zdravotní stav před chirurgickou léčbou. Dle prvního dílčího cíle byla vytvořena první kategorie s názvem vnímání před chirurgickou léčbou. Následně dle analýzy dat byly vytvořeny 4 subkategorie: První příznaky, režimová opatření, léčba onemocnění a psychické potíže.

11.1.1 Subkategorie: První příznaky

P1: *„Prvními příznaky byly ty, že přijdete, dáte si pivo na Stodolní, dáte si druhý a najednou zjistíte, že vás tak bolí břicho a musíte ihned na záchod a máte strašnej průjem.“* V závěru pacient dodává, že příznaky ulcerózní kolitidy u něho neprobíhali jako těžké ataky, nýbrž jako problém, který přišel akutně a posléze zase odezněl. *„Ale já jsem nikdy nezažil tu kolitidu, o který píšou ty lidi, který mají 20 kolitid denně“*

P2: *„Jednoho dne po oslavě u příbuzných mě překvapila krev ve stolici.“* Příznaky se u pacientky objevily náhle, nicméně dle jejích slov to nebyla pouze krev ve stolici, ale příznaky se začali postupně stupňovat. *„Jenomže pak se k tomu přidaly bolesti břicha a další problémy, které se ještě více zhoršovaly.“*

P3: *„Přišly z ničeho nic průjmy, kterých bylo až desítka denně.“* Prvními příznaky pacientky byly průjmy, jejichž množství se pravidelně pohybovalo až k 16 stolicím denně. Tyto příznaky ve velké míře ovlivňovaly její běžné denní aktivity. *„Většinu dne jsem prostě proseděla jenom na záchodě.“*

11.1.2 Subkategorie: Režimová opatření

P1: Při položení otázky související s režimovými opatřeními pacienta ihned napadla dietní omezení. *„Neměl jsem nějakou zásadní dietu, ale měl jsem pár věcí, který mi*

nedělaly dobře. “ Pacient zmiňuje, že dietní opatření nedodržoval nijak zvlášť, ovšem vyhýbal se například uzeninám, které mu dle jeho slov způsobovaly zhoršení zdravotního stavu. Další užitečnou věcí je dle pacienta stabilní jídelníček. *„Teoreticky nejvíce mi pomohl Covid tím, že jsem byl doma a vařil jsem si, tím pádem jsem měl tu stravu stabilnější.“*

P2: Hlavním režimovým opatřením dodržovaným pacientkou je vyhýbání se stresovým situacím. *„Dala jsem si za úkol, že se prostě zkusím nestresovat, aspoň kvůli maličkostem.“* Dle jejích slov stres stojí za vznikem relapsů onemocnění. Dalším z dodržovaných režimových opatření bylo dodržování diety. *„Ze začátku jsem striktně dodržovala bezezbytkovou dietu, ale teď už nejím jen to, co vím že mi nedělá dobře.“*

P3: Režimovým opatřením pomáhající pacientce byl pohyb a zdravý životní styl. *„Hodně jsem sportovala, a tím hodně myslím třeba 5krát až 6krát do týdne, snažila jsem se prostě dodržovat zdravý životní styl.“* Pohyb pomáhal udržovat pacientku v určité fyzické, ale i psychické kondici. Omezujícím se poté stala bolest kloubů, která pacientce ovšem nebránila v tom, aby pokračovala ve sportování. *„Pak jsem sportovala méně kvůli bolesti kloubů, která mi třeba nedovolila běhat ty vzdálenosti na které jsem byla zvyklá.“*

11.1.3 Subkategorie: Léčba onemocnění

P1: Nejúčinnějším pro léčbu onemocnění u participanta č. 1 byly jednoznačně antibiotika. *„Hodně mi pomáhala kombinace Ciprofloxacinu s Entizolem.“* Antibiotika pomohla pacientovi během jednoho týdne a onemocnění dle jeho slov vydrželo v remisi až na půl roku. Nicméně se pacient zmiňuje o podávání biologické léčby, jež byla dle něj neúčinná. *„Měl jsem Entyvio, ale musím se přiznat, že se vlastně nějak extra neprojevil.“*

P2: Zásadní pro léčbu ulcerózní kolitidy byla dle pacientky biologická léčba. *„Druhý lék a naštěstí poslední zkoušený byla Humira.“* Biologická léčba byla pro pacientku přínosná a dlouhou dobu účinná. Velkou výhodou byla podle pacientky možnost aplikace biologické léčby v domácím prostředí. *„Po nějaké době jsem si jí mohla píchat sama, takže jsem nemusela dojíždět tak často, což pro mě byla docela úleva.“*

P3: Při položení otázky byla jednoznačnou odpovědí konzervativní léčba. *„Už od začátku užívám Pentasu s Imuranem, a když jsem měla problém, tak se jen přidalo, co bylo potřeba a skoro vždycky to zabralo.“* Když onemocnění nebylo ve fázi remise byly dle pacientky slovy nasazovány kortikoidy, popřípadě antibiotika. U pacientky nebylo indikováno podávání biologické léčby, jelikož postačovala léčba konzervativní medikamentózní. *„Biologickou léčbu jsem dle paní primářky nepotřebovala, protože dosavadní byla účinná.“*

11.1.4 Subkategorie: Psychické potíže

P1: Po položení otázky, zda pacient trpěl nějakými psychickými potížemi, poukázal pacient hlavně na změny nálad. *„Byl jsem hodně agresivní, více podrážděnej a vztahovačnej.“* Změny nálad podle pacienta několikrát ovlivňovaly vztahy v rodině. Dále poukázal na to, že změny nálad byly předzvěstí možného relapsu onemocnění. *„Už jsem skoro dokázal poznat, že podle nálady přijde něco špatného.“*

P2: Po diagnostice onemocnění se pacientka potýkala s úzkostí. *„Bohužel ano, a to hlavně když mi kolitidu zjistili, to jsem byla strašně úzkostná.“* Úzkost dle jejích slov způsobovala určitou sociální izolaci, kdy si ovšem dosáhla určitého uvědomění související s onemocněním. Důležitým krokem bylo vypořádání se s úzkostí, čehož pacientka v závěru dosáhla. *„Povedlo se mi to hlavně díky relaxaci, běhání a také času, který jsem strávila sama se sebou.“*

P3: V průběhu onemocnění se u pacientky několikrát objevili depresivní ataky. *„Hodněkrát se mi stalo, že jsem se musela vypořádávat s depresí.“* Z rozhovoru jsem zjistila, že se pacientka s depresí potýkala ještě dříve, než jí byla diagnostikována ulcerózní kolitida. Vzhledem k tomuto faktu si byla pacientka vědoma, že problémy již nevyřeší sama, a je nutné vyhledat odbornou pomoc. *„Několikrát jsem musela vyhledat psychologa, a ten mi na to předepsal prášky.“*

11.1.5 Shrnutí kategorie: Vnímání před chirurgickou léčbou

Cílem kategorie č. 1 bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou subjektivně vnímali svůj zdravotní stav před chirurgickou léčbou. Dle analýzy dat byly vytvořeny 4 subkategorie. První příznaky pacientů byly velice podobné a nejčastěji se u nich vyskytovaly bolesti břicha s průjmy. U P2 se navíc vyskytovala krev ve stolici. Tyto tři příznaky patří mezi příznaky základní a pokud nejsou dostatečně léčeny, provází ulcerózní kolitidu po

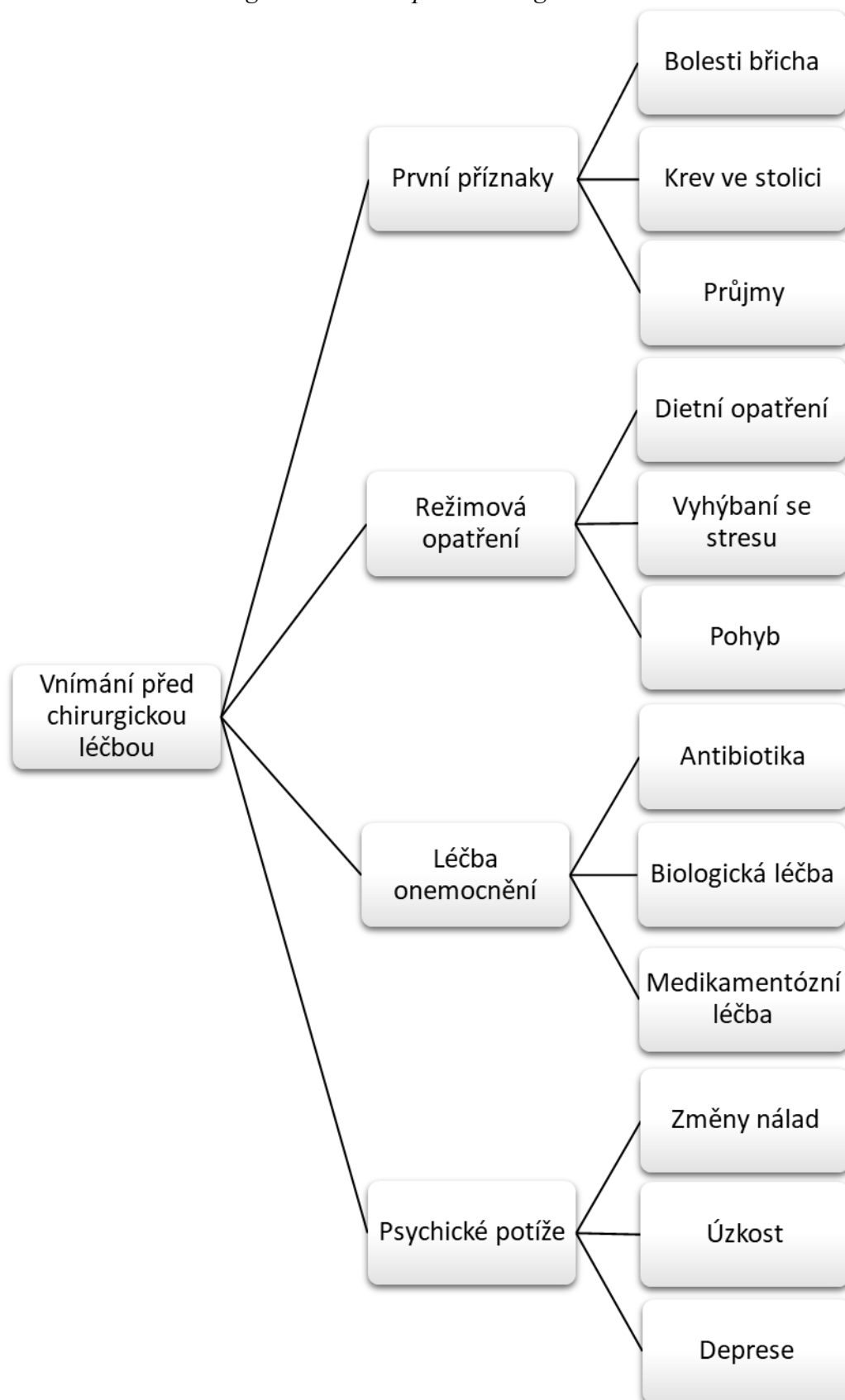
celou dobu. Proto byla vytvořena subkategorie s názvem režimová opatření. Bylo zjištěno, že každý z participantů dodržuje jiná režimová opatření, která jim dle jejich slov nejvíce vyhovují a pomáhají k udržení onemocnění ve fázi remise. U P1 a P2 bylo společné dodržování dietních opatření. Navíc u P2 byla snaha vyhnout se jakýmkoliv podnětů, které mohou vyvolat určité stresové situace, které napomáhají k novému vzplanutí onemocnění. Hlavní režimovým opatřením P3 byla pohybová aktivita, která jí pomáhala udržovat psychický i fyzický stav. Ovšem remisi po nějaké době vystřídá relaps, u kterého nestačí pouze režimová opatření a je potřebná léčba jako taková. Další subkategorii je tedy léčba onemocnění. Zde se odpovědi participantů lišily. P1 povznesl jednoznačnou výhodu antibiotik v léčbě jeho onemocnění. Naproti tomu P2 byla velmi nápomocná biologická léčba, která stála za udržením dlouhodobé remise, ovšem pouze do určité doby. Situace se ale zcela lišila u P3, která průběh onemocnění neměla takový jako P1 a P2, a proto u ní nebylo potřebné zavedení biologické léčby, nýbrž u ní postačovala léčba konzervativní medikamentózní. Onemocnění s sebou nese určitý nápor na psychické zdraví, a proto byla vytvořena subkategorie s názvem psychické potíže. P1 se potýkal se změnami nálad, které ale do určité míry ovlivňovali jeho vztahy v rodině. U P2 se po diagnostice onemocnění objevila úzkost, kterou postupem času ovlivnila za pomoci zmiňovaných technik. P3 se již před ulcerózní kolitidou potýkala s depresemi, které se po diagnostice ulcerózní kolitidy několikrát zhoršily.

Tabulka 1: Kategorie: Vnímání před chirurgickou léčbou

Subkategorie	P1	P2	P3
První příznaky	Bolesti břicha, průjmy	Krev ve stolici, bolesti břicha	Průjmy, bolesti břicha
Režimová opatření	Dietní opatření	Dietní opatření, vyhýbání se stresu	Pohyb
Léčba onemocnění	Antibiotika	Biologická léčba	Medikamentózní léčba
Psychické potíže	Změny nálad	Úzkost	Deprese

Zdroj: Vlastní

Obrázek 1: Schéma kategorie: Vnímání před chirurgickou léčbou



Zdroj: Vlastní

11.2 Kategorie: Vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě

Druhým dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají fyzické změny, které nastaly po chirurgické léčbě. Na základě tohoto dílčího výzkumného cíle byla vytvořena kategorie s názvem vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě. Z následné analýzy dat, byly účelně vytvořeny 3 subkategorie: Založení stomie, sportovní aktivity, volný čas.

11.2.1 Subkategorie: Založení stomie

P1: Na otázku související se založením stomie reagoval pacient s mírnými obavami, jak zvládne péči o stomii „*Trošku mám obavy, jak to udělat tak, aby se mi neudělalo špatně, ale vlastně ty předpoklady pro to s tím fungovat mám jen ty nejlepší, jaký jdou.*“ Nicméně si byl vědom, že situace nastane a musí přijmout okolnosti, které stomie přináší. Pacient se dále zmínil o pozitivěch svého zaměstnání, které dle jeho slov přináší značné výhody, a tak jeho pracovní činnost nebude kvůli stomii tolika ovlivněna. „*Já mám výhodu v tom, že opravdu nejezdím MHD, mám služební auto, mám práci, kde mám svoji kancelář i záchod.*“

P2: Při položení otázky týkající se založení stomie byla na pacientce patrná značná nejistota. „*Úplně nevím, jak to budu doma zvládat měnit, tady mi totiž pomáhají sestřičky, ale doma sestřičky mít nebudu, tak doufám, že se to časem nějak podá.*“ Ovšem pacientka je odhodlaná a je plně připravena se zapojit do samošetřování stomie. Na rozdíl od P3 bude pacientce provedena v budoucnu okluze stomie, což pacientce přináší značnou úlevu. „*Docela mě ale uklidňuje to, že je to jenom na chvíli a pytlíku se zbavím.*“

P3: Otázka týkající se založení stomie uvedla pacientku do značných rozpaků, což ke konci vedlo k pláči. „*Vůbec nevím, jak to budu dělat, co když mi to někde na ulici praskne a já pak co. No to by byla strašná ostuda.*“ Z odpovědi pacientky jsem usoudila, že je pro ni nejhorší stud, který s sebou stomie přináší. Dále bylo na pacientce značné, že se založením stomie není smířená a brání se skutečnosti se stomií žít na trvalo. „*Nedovedu si představit, že ta stomie na tom břicho bude už na furt.*“

11.2.2 Subkategorie: Sportovní aktivity

P1: „*Myslím si, že bych po operaci mohl být více aktivnější co se týče sportu.*“ I přestože bude pacienta stomie nějakým způsobem omezovat, doufá, že bude více aktivnější. Zmiňuje také že tyto nepříjemnosti zažíval i v minulosti po transplantaci jater. „*Takhle jsem to měl i po tý transplantaci, a pak jsem to přešel, tak věřím, že to přijde i tady.*“

P2: Na otázku související se sportovními aktivitami reagovala pacientka s obavami. „*Trošku se obávám toho, že mi ta stomie bude překážet.*“ Velkou nadějí k navrácení se naplno do sportovních aktivit je vytvoření pouche. „*Kdyžtak holt začnu sportovat, až stomii mít nebudu.*“

P3: Na otázku ze subkategorie sportovní aktivity, reagovala pacientka obdobně jako P2. „*Mám obavy z toho, že se mi třeba při běhu něco stane se stomií.*“ I přes veškeré obavy je ale pacientka odhodlaná se sportem nadále pokračovat, jelikož je to jedna z věcí, která jí dělá v životě spokojenější. „*Každopádně s běháním nehodlám skoncovat.*“

11.2.3 Subkategorie: Volný čas

P1: Po položení otázky související s tématem volného času pacient neváhal s odpovědí ani vteřinu. „*Určitě se chci více vídat s přáteli a trávit s nimi více času.*“ Z dalších odpovědí pacienta jsem usoudila, že více času trávil s rodinou či v práci a na přátele neměl tolika času.

P2: Při otázce týkající se volného času se pacientka zamyslela a uvědomila si co musí změnit. „*Dřív jsem se kvůli onemocnění moc nevěnovala rodině, a to bych chtěla změnit.*“ Tento fakt pacientka odůvodňuje tím, že jí nemoc ovlivňovala natolik, že na trávení času s rodinou neměla potřebný čas.

P3: Při otázce na provádění činností ve volném čase pacientka jasně odpověděla, že je nutné zlepšit své psychické zdraví. „*Ve volném čase se chci věnovat hlavně svému psychickému zdraví.*“ Pacientka si je vědoma svého horšího psychického zdraví, a proto se chce ve svém volném čase zaměřit právě na tuto oblast, zmínila se také o očekávané pomoci psychologa. „*Začnu zase chodit k psychologovi a doufám, že mi pomůže i v tom přijmout sebe samou se stomií.*“

11.2.4 Shrnutí kategorie: Vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě

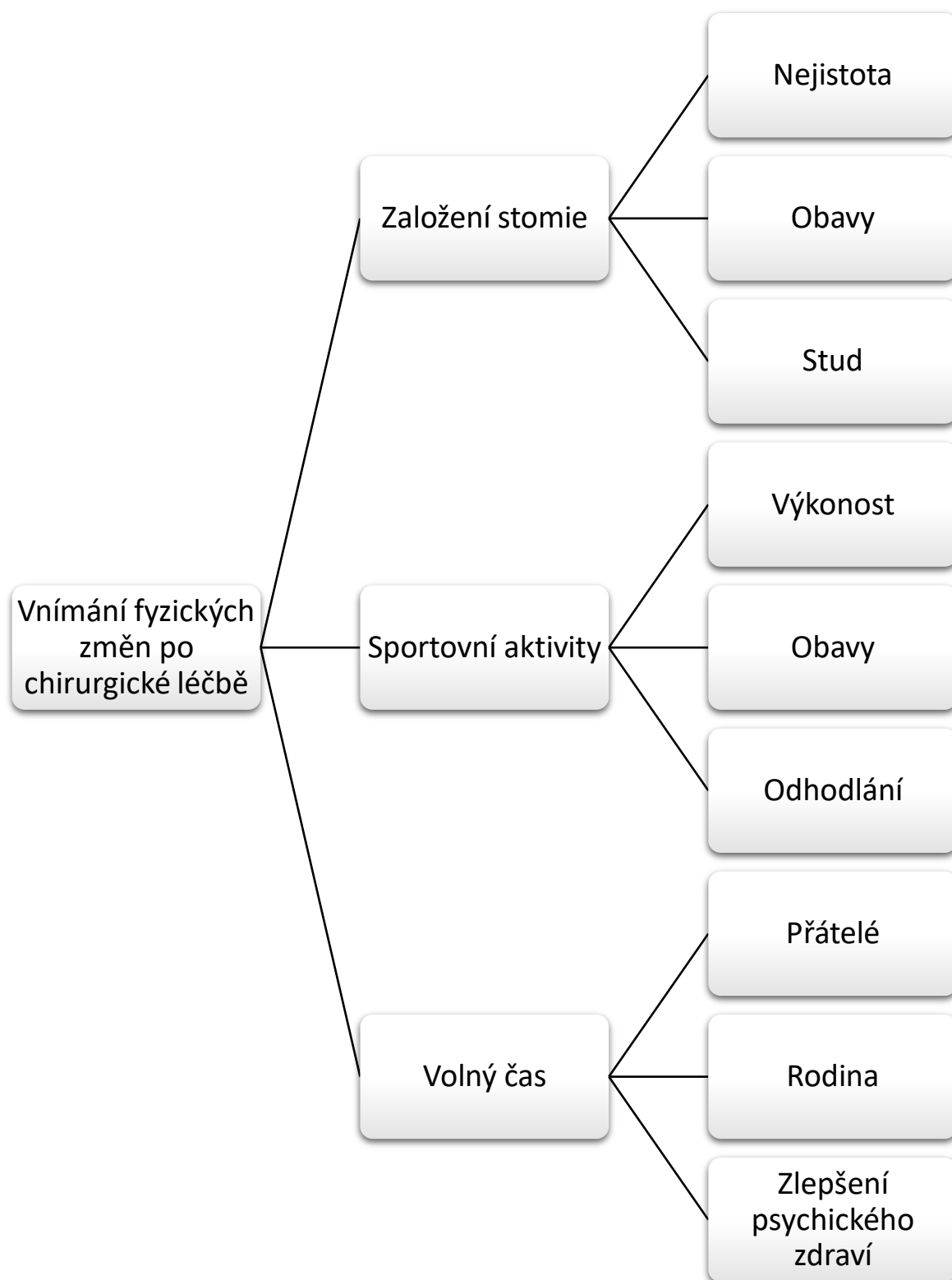
Cílem kategorie č. 2 bylo zjistit, jak pacienti vnímají fyzické změny po chirurgické léčbě. Dle analýzy dat byly vytvořeny 3 subkategorie. Subkategorie byly mířeny na určité oblasti, které se mohou právě po chirurgické léčbě změnit. První subkategorií bylo založení stomie a její vnímání participanty. P1 založení stomie bere s určitými obavami, které si ovšem minimalizuje svým rozhodnutím a předpokládá se stomií pracovat. Velkými pozitivy jsou pro něj výhody jeho povolání. P2 ve spojitosti se stomií působí značně nejistě. Nejistotu vnáší stomie hlavně v oblasti vyprazdňování. Taktéž se u P2 vyskytuje velké pozitivum, což je stomie na dočasnou dobu. P3 není se založením stomie smířena a ovlivňuje ji pocit studu, který jí stomie vnesla do života. Participantka v současné době spíše uvažuje nad negativy, které stomie přináší. Další subkategorie byla účelně směřována na sportovní aktivity, jelikož všichni participanti před chirurgickou léčbou provozovali určitý aktivní životní styl. P1 očekává, že bude po chirurgické léčbě více výkonný, což by chtěl promítnout právě v souvislosti se sportovními aktivitami. Naproti tomu P2 a P3 reagují na sportovní aktivity spíše s obavami, které jsou spojeny se založením stomie. Tento problém je stejně jako ostatní u P2 částečně vyřešen tím, že stomie je dočasná. P3 je ale odhodlaná ve sportovních aktivitách pokračovat jako před léčbou chirurgickou. Dále byl nějakým způsobem onemocněním ovlivněn i volný čas, což vedlo k účelnému vytvoření subkategorie s názvem volný čas. P1 chce trávit svůj volný čas mimo jiné také s přáteli, kterým svůj čas díky onemocnění příliš nevěnoval. Jinak ho bude trávit P2, která kvůli onemocnění naopak netrávila příliš času se svou rodinou. P3 zase využije svůj volný čas ke zlepšení svého psychického stavu. Tento fakt by dle jejich slov mohl vést k nalézání pozitiv, které s sebou stomie přináší.

Tabulka 2: Kategorie: Vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě

Subkategorie	P1	P2	P3
Založení stomie	Obavy	Nejistota	Stud
Sportovní aktivity	Výkonost	Obavy	Obavy, rozhodnutí
Volný čas	Přátelé	Rodina	Zlepšení psychického zdraví

Zdroj: Vlastní

Obrázek 2: Schéma kategorie: Vnímání fyzických změn po chirurgické léčbě



Zdroj: Vlastní

11.3 Kategorie: Vnímání psychických změn po chirurgické léčbě

Třetím dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají psychické změny, které nastaly po chirurgické léčbě, v této souvislosti byla vytvořena třetí kategorie související právě s vnímáním psychických změn po chirurgické léčbě. Následovala analýza dat, podle které byly vytvořeny 3 subkategorie: Očekávání od chirurgické léčby, pohled sám na sebe a vnímání vzhledových změn.

11.3.1 Subkategorie: Očekávání od chirurgické léčby

P1: Při položení otázky reagoval pacient s nadšením a s jasnými vyhlídkami do budoucna. *„Očekávám, že se můj zdravotní stav zlepší a budu zase schopen žít naplno tak jako před onemocněním.“* Nicméně dále pacient doufá, že odezní pocity únavy, s kterými se potýkal poslední roky a nevěděl, zda jejich zdrojem bylo právě onemocnění. *„Jsem zvědavěj, jestli ta únava pochází z toho střeva nebo byla od něčeho jiného.“*

P2: Na položenou otázku související s očekáváním od chirurgické léčby se pacientka zamyslela. *„Plně doufám, že potíže, které jsem absolvovala před operací zmizí anebo se budou objevovat aspoň v nějaké přijatelné míře.“* Pacientka ví, že by se měl průběh jejího onemocnění po chirurgické léčbě razantně zlepšit. Ovšem v druhé době bude podstupovat operaci kdy jí bude provedena okluze stomie s následným napojením na pouch, na což reaguje trošku s obavami. *„Obávám se toho, ale pevně věřím, že se mi komplikace vyhnou.“*

P3: Na otázku o očekávání od chirurgické léčby pacientka viditelně odmlčela. Její odmlka byla následně odůvodněna její odpovědí. *„Jediné moje očekávání je, že odebráním celého střeva bude zamezeno vzniku rakoviny.“* Důvodem nutnosti chirurgické léčby u pacientky byl nepříznivý koloskopický nálezn. V závěru pacientka očekává zlepšení svého zdravotního stavu. *„Před operací jsem neměla nějaké razantní problémy, ale i tak sem ráda, že se s nimi nemusím potýkat už nikdy.“*

11.3.2 Subkategorie: Pohled sám na sebe

P1: Po položení otázky týkající se pohledu sám na sebe bylo dosaženo této odpovědi: *„Určitě jsem pohled sám na sebe nezměnil, jsem sám se sebou spokojený.“* Na pacientovi byla vidět spokojenost a naprosté přijetí stomie. Tento přístup v souvislosti se stomií přináší určitá pozitiva.

P2: „*Je jasný, že změna toho pohledu na sebe samou tam je, ale nedá se nic dělat a na nějakou dobu budu muset se stomií vydržet.*“ Nicméně je na pacientce vidno, že je smířená s tím, že se stomií bude muset nějakou dobu žít. Každopádně je opětně jejím velkým pozitivem stomie dočasná. „*Dost mi pomáhá, že vím že ta stomie je jen na chvíli, jinak bych to taky brala jinak.*“

P3: Na položenou otázku pacientka reagovala se slzami v očích. „*Po založení stomie, jsem ho bohužel změnila, chybí mi moje staré já bez pytlíku.*“ Na pacientce byly znát známky nepřijetí sama sebe hlavně v oblasti týkající se stomie. Dále se pacientka zmínila o svém partnerském životě a problému který přichází se stomií. „*Jsem zvědavá, jak si se stomií najdu nějakého nového partnera.*“

11.3.3 Subkategorie: Vnímání vzhledových změn

P1: Na položenou otázku týkající se vzhledových změn, bylo dosaženo této odpovědi. „*Samozřejmě největší změnou je ta stomie, ale já si myslím, že si na ní postupem času zvyknu.*“ Nicméně se pacient zmiňuje o spokojenosti se správným umístěním stomie. Dále z odpovědi pacienta vyplívá, že očekával větší poškození tkáňové integrity. „*Říkal jsem si, že je zázrak, že jsou schopni to provést tímto způsobem, kdy tam ta jizva není skoro žádná.*“

P2: „*Největší v uvozovkách vzhledová rána přišla teď s tou stomií.*“ Dle slov pacientky je výhodou dnešní doba, kdy jsou doplňky a ošacení, které jsou schopné nepatřičné vzhledové změny schovat. K pozitivnímu vnímání vzhledových změn u pacientky značně přispívá skutečnost, že stomie je pouze na dočasnou dobu. „*Každopádně za nějakou dobu bude pryč a já budu schovávat jen jizvy.*“

P3: Při položení otázky týkající se vzhledových změn pacientka viditelně zesmutněla, což bylo odůvodněno její odpovědí. „*Nesu to strašně špatně, a nevím, jestli si na to někdy zvyknu.*“ Na pacientce bylo cítit, že je pro ni vzhledová stránka velice důležitá, a největším zásahem do jejího vzhledu je dle jejích slov stomie. „*Nejhorší je ta stomie, tu prostě neschovám.*“

11.3.4 Shrnutí kategorie: Vnímání psychických změn po chirurgické léčbě

Cílem kategorie č. 3 bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají vzniklé psychické změny po chirurgické léčbě. Následně byly vytvořeny 3 subkategorie. Subkategorie byly vytvořeny účelně, jelikož založení stomie značným způsobem ovlivňuje

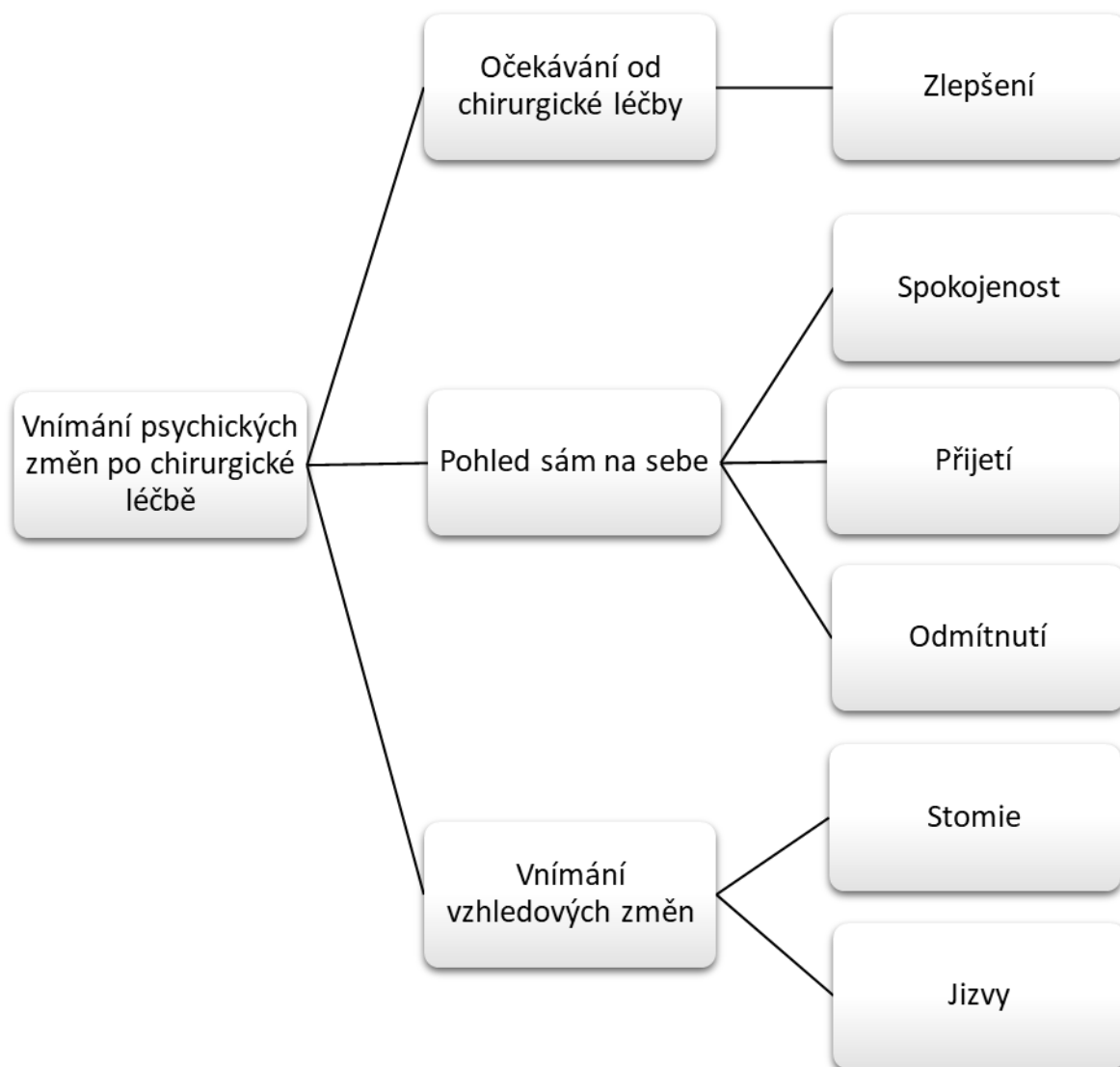
psychický stav pacientů s ulcerózní kolitidou. První subkategorií byla očekávání participantů od chirurgické léčby. P1 a P2 podstupovali chirurgickou léčbu svého onemocnění ze stejného důvodu a tím byla nedostatečnost konzervativní léčby. V této souvislosti se P1 a P2 ztotožnili v odpovědi a tou bylo zlepšení stavu ulcerózní kolitidy. U P3 byla chirurgická léčba nutná z důvodu nepříznivého koloskopického nálezu a pozitivní rodinné anamnézy související s kolorektálním karcinomem. Taktéž P3 doufá ve zlepšení její prognózy a zamezení vzniku kolorektálního karcinomu. Druhá subkategorie nesoucí název pohled sám na sebe značně rozdělila odpovědi participantů. Nejvíce se pohled změnil u P3, která v současné době stále nepřijala založení stomie a z toho důvodu změnila pohled sama na sebe. Naprostým opakem je P1, který je sám se sebou spokojen a očekává od stomie určitá pozitiva. Někde mezi P1 a P3 se nachází odpověď P2, která po založení stomie sama se sebe přijala takovou, jaká je i se stomií. Jelikož oproti P1 a P3 bude u P2 stomie na dočasnou dobu, přináší to P2 určitý pozitivní vzhled k období se stomií. Poslední subkategorií bylo vnímání vzhledových změn. P1, P2 a P3 se shodli, že největší problém ve vnímání vzhledových změn je stomie, která ovlivní jejich osobní ale hlavně sociální život. P2 navíc dodává, že dalším ovlivňujícím faktorem jsou jizvy, které jí zůstanou po operačních výkonech. P1 a P2 se ovšem se vzhledovými změnami do jisté míry smířili či hledají způsoby, jak vzhledové nedostatky skrýt. Oproti P1 a P2, P3 nehledá pozitiva, nýbrž negativa, která s sebou stomie přináší.

Tabulka 3: Kategorie: Vnímání psychických změn po chirurgické léčbě

Subkategorie	P1	P2	P3
Očekávání od chirurgické léčby	Zlepšení	Zlepšení	Zlepšení, Zamezení vzniku kolorektálního karcinomu
Pohled sám na sebe	Spokojenost	Přijetí	Odmítnutí
Vnímání vzhledových změn	Stomie	Stomie, Jizvy	Stomie

Zdroj: Vlastní

Obrázek 3: Schéma kategorie: Vnímání psychických změn po chirurgické léčbě



Zdroj: Vlastní

11.4 Kategorie: Operační období

Čtvrtým dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jak pacient s ulcerózní kolitidou prožívá hospitalizaci spojenou s chirurgickou léčbou svého onemocnění. Podle tohoto dílčího cíle byla vytvořena čtvrtá kategorie s názvem operační období. Dle analýzy dat byly vytvořeny 3 subkategorie: Vnímání nutnosti chirurgické léčby, celkový stav po operačním výkonu, zvládnutí hospitalizace.

11.4.1 Subkategorie: Vnímání nutnosti chirurgické léčby

P1: Pacient po položení otázky působil nepochybným dojmem a tím je smíření. *„Je to podobný jako s tou transplantací jater, dozrajete k tomu a v závěru se na ní těšíte, protože víte, že je to věc, která vlastně musí nastat.“* I přes veškerá negativa nesoucí s sebou život se stomií se pacient smířil s nutností chirurgické léčby.

P2: Pacientka vnímala nutnost chirurgické léčby se strachem, který jí po absolvování operačního výkonu opustil. *„Strašně jsem se bála, že nastane nějaká komplikace a já budu muset mít stomii natrvalo.“* Zdrojem strachu bylo dle pacientky vyhledávání možných komplikací na internetových stránkách.

P3: Na položenou otázku týkající se vnímání nutnosti chirurgického výkonu reagovala pacientka značně rozčileně. *„Kdyby nebyl ten nález špatný, nemusela bych teď žít s pytlíkem.“* I přes všechna pozitiva, která byla pacientce vyjmenována ošetřujícím lékařem, není stále smířená s tím, že chirurgický výkon bylo nutné provést. *„Nevěřím tomu, že to nešlo udělat jinak než takto.“*

11.4.2 Subkategorie: Celkový stav po operačním výkonu

P1: Po položení otázky související se změnou celkového stavu po operačním výkonu pacient reagoval slovy: *„Únava, ale ne nějak moc.“* Kromě únavy pacient neshledal nic jiného, co by mu dělalo obtíže. Dále dodal, že má nastavený určitý plán, podle kterého se řídí. *„Zatím jdu podle toho plánu. Já jsem takovej progresivní. Jdu po krocích, a to zatím všechno jde tak, jak potřebuju.“*

P2: Na položenou otázku pacientka odpovídala obdobně jako P1. *„Jsem již 3. den po operaci a zatím si kromě bolesti a únavy nemohu na nic stěžovat.“* Stejně jako u P1 se u pacientky objevuje únava. Únava je doplněna ještě o bolest, která je pravidelně

tlumena analgetiky dle ošetřujícího lékaře s pozitivními výsledky. „*Naštěstí mi sestřičky pravidelně dávají nějaké kapačky na bolest, takže se mi pak uleví.*“

P3: Pacientky odpověď byla podobná odpovědi P2. „*Bolest jednoznačně, ta mě občas docela omezuje, ale vzhledem k tomu že jsem 2. den po operaci, je to asi normální.*“ Pacientce byl zaveden epidurální katetr, který jí zůstal i po operačním výkonu. Díky epidurálnímu katetru jsou kontinuálně podávány analgetika, která pomáhají pacientce, aby pro ni byla bolest snesitelnější. „*Ještě že mám ten epidurál, ten mi pomáhá a kolikrát o tý bolesti ani nevím, ale když jsem na nějakou dobu odpojená tak se bolest vrátí zase zpět.*“

11.4.3 Subkategorie: Zvládání hospitalizace

P1: Na otázku související s hospitalizací bylo dosaženo této odpovědi. „*To je pro mě vždy ta nejtěžší část, protože já úplně nesnáším, když jsem na někom závislej.*“ Závislost na zdravotnickém personálu vnímá pacient negativně. Ovšem právě díky negativnímu vnímání je jeho prioritou co nejdřívější mobilizace a navrácení do plné soběstačnosti. Dle slov pacienta výkon nebyl komplikovaný, tím pádem nemusel být uvázan na lůžko, což vedlo právě k brzkému navození soběstačnosti. „*Kdybych to neměl tak jako dobrý a byl různě připojen a neprocházel se, tak bych to snášel hůř, tím, že všechno vlastně funguje perfektně, nebyl jsem ani cévkovaněj nic, tak jsem vlastně jako nadšenej.*“

P2: Po položení otázky týkající se hospitalizace pacientka zesmutněla, a její odpověď značně potvrdila, proč tomu tak je. „*Hospitalizace, je pro mě asi vždycky nejhorší v tom, že musím být odloučená na takovou dobu od manžela a od dětí.*“ I přes to, že je pacientka odloučená od rodiny, nejsou u zmiňované žádné známky psychických problémů, které by s tím souvisely. Z rozhovoru bylo také zjištěno, že pacientka nemá v oblibě být na někom závislá, což společně s odloučením od rodiny vede pacientku k tomu, aby byla co nejdříve samostatná a propuštěna do domácího ošetření. „*Taky mi strašně vadí, a to hlavně po těch velkých operacích, že musím obtěžovat sestřičky a sanitáře, kvůli věcem, který jsem ještě před čtyřmi hodinami zvládla udělat sama.*“

P3: Při odpovídání na otázku související se zvládáním hospitalizace pacientka hlesla hlasem. „*Co mě opravdu nejvíc štvě je to, že tady nemám soukromí, který bych chtěla,*

a to hlavně kvůli tý stomii.“ Ztráta soukromí je pro pacientku klíčová, jelikož pociťuje určitý stud před ostatními pacienty. Stud související se stomií. „Já bych taky nechtěla ležet vedle někoho, kdo má pytlík, protože ten zápach z něho je opravdu šílenej.“

11.4.4 Shrnutí kategorie: Operační období

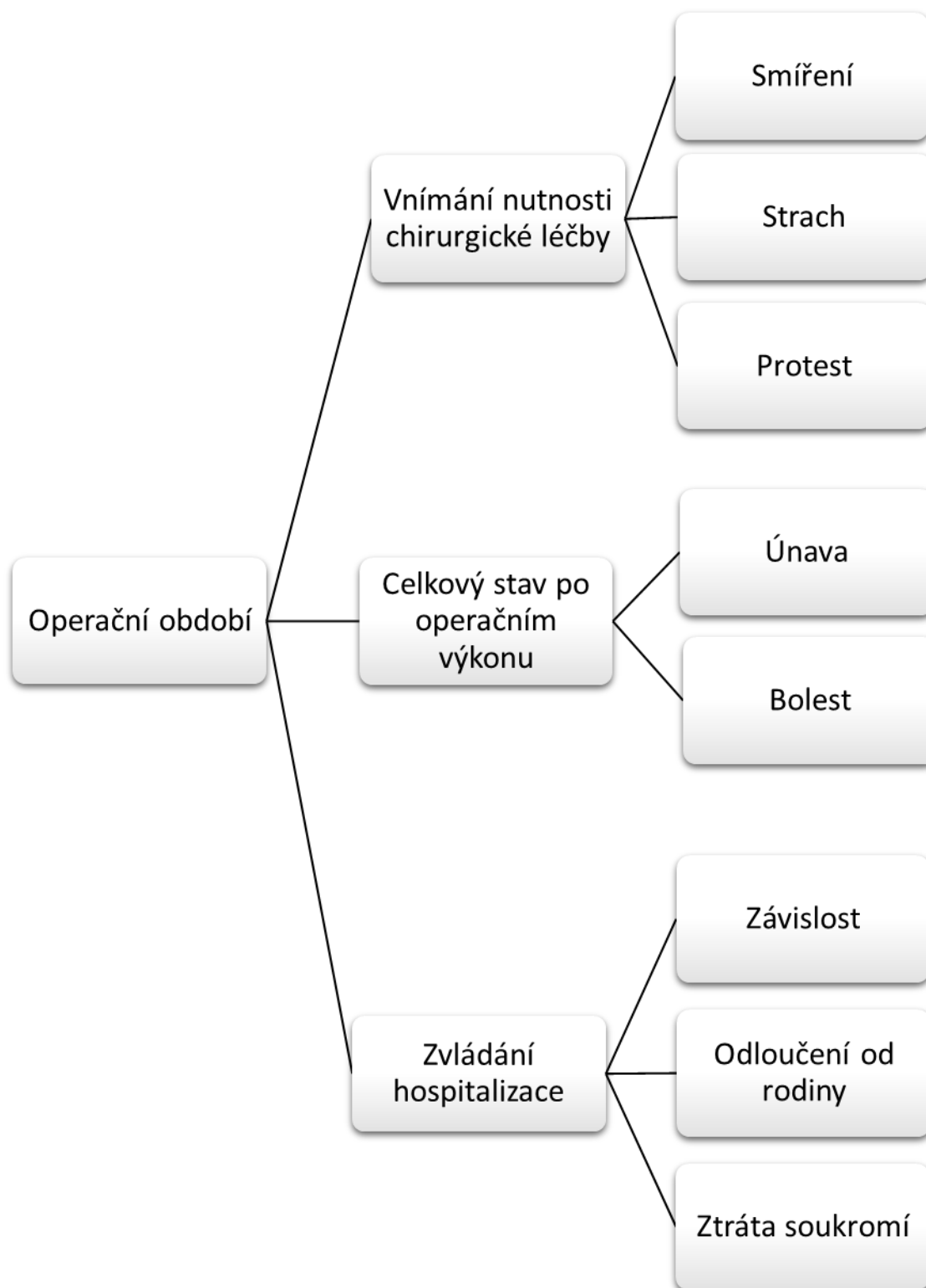
Cílem kategorie č. 4, bylo zjistit, jak pacienti prožívají hospitalizaci spojenou s chirurgickou léčbou svého onemocnění. Kategorie byla pojmenována operační období právě z důvodu celistvosti s hospitalizací. Dle analýzy dat byly vytvořeny 3 subkategorie. První subkategorii bylo vnímání nutnosti chirurgické léčby. Odpovědi na otázky spojené s touto subkategorii se u participantů rozcházel. P1 vnímal nutnost chirurgické léčby jako něco nevyhnutelného, a proto je s tou skutečností plně smířen, a je schopen vnímat veškerá vzniklá pozitiva, která ho v budoucnu čekají. P2 měla z nutnosti chirurgické léčby strach, který vznikl na podkladě hledání informací z internetových zdrojů. Ten stav byl následovně pozitivně ovlivněn ošetřující lékařkou. Úplně rozdílné vnímání nutnosti chirurgické léčby měla P3. P3 chirurgickou léčbu podstoupila na podkladě vzniklých dysplazií a střevo jí muselo být odebráno celé, tím pádem musí mít stomii natrvalo a tato skutečnost vede P3 k určitému protestu. V čem se ovšem participantů naopak shodovali, byla subkategorie s názvem celkový stav po operačním výkonu. U P2 a P3 převažovala bolest, která byla tlumena analgetiky s pozitivním účinkem. Další z odpovědí byla únava, s kterou se potýkal především P1, ale také P2. Poslední subkategorii bylo zvládnutí hospitalizace, která je dle většiny odpovědí nejtěžší část celé chirurgické léčby. Pro P1 byla hospitalizace nejhorší částí z důvodu nesnášenlivosti závislosti na druhých. Tato nesnášenlivost se ovšem jevila jako motivace k znovuosvojení soběstačnosti. P2 špatně snáší odloučení od rodiny a díky této souvislosti je zase pro ni hospitalizace nejtěžší částí. Taktéž jako pro P1, byla pro P2 závislost na zdravotnickém personálu určitým ztížením hospitalizace. Pro P3 je hospitalizace složitá z důvodu ztráty soukromí, které je způsobeno pobytem na vícelůžkovém pokoji.

Tabulka 4: Kategorie: Operační období

Subkategorie	P1	P2	P3
Vnímání nutnosti chirurgické léčby	Smíření	Strach	Protest
Celkový stav po operačním výkonu	Únava	Bolest, únava	Bolest, únava
Zvládnutí hospitalizace	Závislost	Odloučení od rodiny, závislost	Ztráta soukromí

Zdroj: Vlastní

Obrázek 4: Schéma kategorie: Operační období



Zdroj: Vlastní

DISKUZE

Tato kapitola je věnována hodnocení výsledků kvalitativního výzkumného šetření mé bakalářské práce. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění. Hlavním kritériem při výběru participantů bylo onemocnění ulcerózní kolitidou, a nutnost chirurgické léčby. Informace o participantech byly zjišťovány ze zdravotnické dokumentace od nelékařského zdravotnického personálu. Tyto informace byly následně rozšířeny o rozhovory s participanty.

V diskuzi jsou interpretovány výsledky kvalitativního výzkumného šetření. Výsledky budou dále srovnány či porovnávány s jinými výzkumnými šetřeními a odbornými zdroji. Použité odborné zdroje a výzkumná šetření budou uvedeny v seznamu literatury.

Vyhodnocení dílčích výzkumných cílů

Dílčí výzkumný cíl č. 1: Zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou subjektivně vnímali zdravotní stav před chirurgickou léčbou.

Prvním dílčím cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou subjektivně vnímali svůj zdravotní stav před chirurgickou léčbou. Je všeobecně známo že idiopatické střevní záněty ovlivňují životy pacientů. Ať už po stránce fyzické, psychické, tak i v běžných denních aktivitách. Ulcerózní kolitida je onemocnění chronické tedy celoživotní a pacienti se s ním po jeho diagnostice museli naučit nějakým způsobem žít. Z rozhovorů bylo zjištěno, že se onemocnění u participantů objevilo náhle a nejčastěji s příznaky jako jsou bolesti břicha, průjemy či příměsí krve ve stolici. Dle Lukáše a kol. (2018, s. 325) jsou právě bolesti břicha, průjemy a stolice s příměsí krve či hlenu, ty z nejčastějších příznaků provázející ulcerózní kolitidu. Příznaky se promítaly u každého participanta v jiné časové posloupnosti, ovšem totožným příznakem všech tří dotazovaných byly bolesti břicha. U P1 byly prvotními příznaky bolesti břicha následované průjemy. U P3 tomu bylo naopak, tedy první přišly průjemy a následovaly bolesti břicha. Prvotními příznaky P2 byla krev ve stolici a příznaky se dále stupňovaly a provázely ji také bolesti břicha. Ve svém výzkumném šetření Polášková (2018, s. 35) poukazuje na vysokou četnost výskytu bolestí břicha a průjmů na začátku i během onemocnění, což dokazují i odpovědi dotazovaných participantů pro mé výzkumné šetření.

Vedle konzervativní či chirurgické léčby je také podstatné dodržování určitých režimových opatření, která napomáhají udržení onemocnění ve fázi remise. Dle Kubičkové (2020, s. 25), je jedním ze zásadních režimových opatření dieta, která by měla spočívat v konzumaci lehce stravitelných potravin obsahujících sacharidy, bílkoviny, nenasycené tuky, vitamíny a minerální látky. Proto během rozhovoru byla položena otázka týkající se právě dodržovaných režimových opatření. Každý z participantů měl jedno primární režimové opatření, které pravidelně dodržoval. U P1 byla hlavním dodržovaným režimovým opatřením dieta, která ovšem nespočívala v jejím striktním dodržování, nýbrž ve vyhýbání se potravinám, u kterých věděl P1, že jeho zdravotní stav zhorší. Příznává ale, že stabilní jídelníček, který dodržoval během koronavirové pandemie, byl pro jeho stav přínosnější. P2 taktéž jako P1 dodržuje dietu. Její dietní opatření spočívá také ve vynechávání potravin, které jí činí zhoršení příznaků onemocnění. Dalším režimovým opatřením využívaných P2 je vyhýbání se stresovým situacím, které mohou vést ke zhoršení průběhu onemocnění. Hlavním režimovým opatřením P3 je pohyb, který napomáhal udržet participantku v dostatečné fyzické i psychické kondici. To, že má jakákoliv pohybová aktivita pozitivní přínos na zvládnutí onemocnění, zmiňuje ve svém výzkumném šetření i Navrátilová (2018, s. 83). Avšak pohyb byl u P3 po čase omezen na podkladě extraintestinálních příznaků, čímž byla bolest kloubů. Z položené otázky bylo zjištěno že 2 ze 3 participantů se ztotožnili s tvrzením Lukáše a kol. (2020, s. 155), který udává, že by si pacienti s idiopatickými střevními záněty měli v průběhu onemocnění vytvořit vlastní dietní režim omezující pouze potraviny, které jim činí zhoršení klinických problémů. Dále dle výzkumného šetření Kubičkové (2020, s. 40) bylo zjištěno, že správné zásady stravování dodržuje většina nemocných.

Léčba onemocnění probíhá u každého nemocného s ulcerózní kolitidou jinak, a to v závislosti na průběhu onemocnění a na odpovědi na příslušnou léčbu. Léčba může být konzervativní, rozdělena na medikamentózní a biologickou. Biologická léčba je ve většině případů indikována právě při vysoké aktivitě onemocnění či při nedostatečnosti léčby medikamentózní. Pokud ovšem selže konzervativní medikamentózní i biologická léčba, je nutné přistoupit na léčbu chirurgickou. Šerclová a kol. (2016) ve svých doporučených postupech udávají, že dochází k vyššímu počtu selhání konzervativní léčby, a proto je nutná indikace léčby chirurgické. Během rozhovoru bylo zjišťováno, jaká léčba byla využita u participantů právě před léčbou chirurgickou. Odpovědi byly odlišné a každému dle jejich slov vyhovovala jiná léčba. Největším přínosem pro P1 byla jednoznačně antibiotika, která

dokázala eliminovat nemoc během pár dní. Naopak od P1, který se zmiňuje o neúčinnosti biologické léčby, byla právě tato léčba přínosem pro P2. U P2 biologická léčba účinkovala dlouhodobě a také se potvrdilo mínění ve výzkumném šetření Staškové (2022, s. 77), která uvádí že biologická léčba přináší značnou úlevu. Avšak po nějaké době u P2 selhala i tato léčba a bylo nutné přistoupit na chirurgickou léčbu. P3 postačovala pouze medikamentózní léčba, a proto u ní biologická léčba nebyla indikována. Ovšem na rozdíl od P1 a P2, kde byla konzervativní léčba nedostatečná, u P3 byla chirurgická léčba nutná z důvodu pozitivní rodinné anamnézy na kolorektální karcinom a špatného koloskopického nálezu. Také Šerclová a kol. (2016) udávají, že účinnou prevencí vzniku kolorektálního karcinomu je kolektomie.

Jak bylo zmíněno výše, společně s diagnostikou onemocnění může dojít ke vzniku určitých psychických problémů. Tento fakt byl zmíněn i výše v teoretické části mé bakalářské práce. Také Lukáš a kol. (2021, s. 205) zmiňují, že existuje vzájemná interakce těla a duše, což znamená, že somatické onemocnění, čímž je v tomto případě ulcerózní kolitida, může vést ke způsobení psychických onemocnění. Vzhledem k zabýváním se psychických onemocnění v teoretické části, byla položena účelná otázka týkající se právě psychických potíží. Z rozhovorů bylo zjištěno, že se participanti vícekrát potýkali s rozdílnými psychickými problémy. Hlavní psychickou potíží u P1 byly změny nálad, které přicházeli s relapsy ulcerózní kolitidy. Dále P1 zmínil, že řečené potíže odezněly po užití antibiotik, která vedla k lepšímu zvládnání relapsu. P2 se potýkala s úzkostmi, které ji provázely hlavně po diagnostice ulcerózní kolitidy. Během této zkušenosti participantka zjistila skutečnost, že psychický stav ovlivňuje průběh onemocnění. S psychickými potížemi se setkala i P3, kterou provázeli deprese. Z rozhovoru bylo zjištěno, že P3 se s těmito problémy potýkala ještě před diagnostikou ulcerózní kolitidy, což po diagnostice způsobilo jisté prohloubení depresí a P3 byla nucena navštívit odbornou pomoc. Polášková (2018, s. 37) potvrzuje svým výzkumným šetřením častý výskyt psychických problémů u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Dle Poláškové (2018, s. 37) se pacienti s idiopatickými střevními záněty nejvíce setkávají s depresemi a úzkostmi. V souvislosti se vznikem psychických problémů se Benešová (2012, s. 24) ve svém výzkumném šetření zmiňuje o výhodách spolupráce psychologa či psychiatra, která by měla být navázána již při diagnostice onemocnění.

Po přezkoumání rozhovoru se dá říci, že participanti měli odlišný průběh onemocnění a každý ho vnímal jinak. Avšak společné jsou první příznaky, které byly téměř

totožné. Obdobné to bylo s psychickými problémy, se kterými se setkal v průběhu onemocnění každý z dotazovaných. I když vážnost těchto problémů se u participantů lišila, každému z nich však přivodily ovlivnění průběhu onemocnění a tím život samotný. Dodržování režimových opatření dle všech odpovědí participantů napomáhalo k udržení onemocnění ve fázi remise. Ovšem když byla fáze remise vystřídána relapsem, ukázalo se, jaká léčba byla pro nemocné nejpřínosnější, a i zde se odpovědi rozcházely.

Dílčí výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zda vznikli u pacientů s ulcerózní kolitidou po chirurgické léčbě fyzické změny.

Druhým dílčím cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda u pacientů s ulcerózní kolitidou vznikli fyzické změny. K tomuto cíli jsem si položila otázku, jaké oblasti života participantů by mohly být nejčastěji chirurgickou léčbou ulcerózní kolitidy zasaženy, proto byly otázky pokládány k tomuto výzkumnému cíli úmyslné. Samozřejmě, že největší očekávanou fyzickou změnou u všech participantů, je založená stomie. Každý z participantů ovšem reagoval na tuto skutečnost jinak, prvotní dojmy ovšem byly spíše negativní. Participantů uváděli, že se založením stomie se potýkají s různými obavami, nejistotou, ale i studem, což dle výzkumného šetření Slavíkové (2014, s. 62) patří mezi nejčastější negativa. Z rozhovoru ale dále vyplynulo, že 2/3 dotazovaných očekávají od založení stomie pozitivní přínos a naučí se s ní žít.

Další důležitou oblastí, co se týče fyzických změn, je sportovní aktivita, která je ovlivněna právě na základě založení stomie. Otázka na sportovní aktivitu byla položena účelně, jelikož bylo během rozhovoru vyvozeno, že každý z participantů pravidelně provozoval nějaký druh sportu. Jejich odpovědi se zde značně rozcházejí. Jeden ze tří participantů očekává, že po chirurgické léčbě odezní problémy provázející onemocnění a díky tomuto faktu bude více výkonnější ve sportovních aktivitách. Po předchozí zkušenosti, kdy podstoupil transplantaci jater, nedbá na obavy s tímto související, jelikož ví, že jsou zbytečné. Zbývající dvě participantky udávají obavy související se sportovními aktivitami pramenící ze založené ileostomie. Nejčastější z nich je, že stomie bude při provádění sportovních aktivit překážet. P2 a P3 se ale nadále rozcházejí v plánech do budoucna, kdy je na rozdíl od P2 P3 odhodlaná i se stomií nadále se sportem pokračovat. Ve svém výzkumném šetření Slavíková (2014, s. 63) zjišťuje, že se větší část pacientů se založenou stomií nevyhýbá sportovním aktivitám a mají možnost se jim i nadále věnovat.

Poslední dotazovanou oblastí bylo trávení volného času. Z rozhovoru bylo vyvozeno, že ulcerózní kolitida několikrát omezila volný čas participantů, a proto položení otázky na tuto oblast bylo také účelné. Participantů podotkli, čemu by se ve volném čase chtěli věnovat více než před chirurgickou léčbou. P1 a P2 zdůraznili věnování volného času rodině a svým přátelům, nikoliv zdravotnímu stavu, který je již natolik ovlivnil. Naproti tomu P3 byla onemocněním ovlivněna po psychické stránce a je pro ni proto důležité po chirurgické léčbě tuto stránku pozitivně ovlivnit. Stašková (2022, s. 61) ve svém výzkumném šetření zjistila, že větší část pacientů s ulcerózní kolitidou po chirurgické léčbě obnovuje kontakt s okolím, avšak část z dotazovaných jej naopak omezuje. Dalo by se tedy říci, že P1 a P2 patří do části pacientů, kteří kontakt s okolím obnoví, a naopak P3 kontakt omezí. Stašková (2022, s. 79), ale také dodává, že sociální opora zlepšuje schopnost zvládat obtíže spojené se životem se stomií.

Pomocí výzkumné otázky bylo zjištěno že se fyzické změny u participantů vyskytly či se očekává, že se nějaké do budoucna vyskytnou. Avšak největší fyzickou změnou je založená stomie, která přináší participantům velké obavy. Sportovní aktivita byla provozována každým z participantů, a i v tomto ohledu je největším problémem co se obav týče stomie, ovšem na tuhle skutečnost reagují s pozitivním přístupem a 2/3 participantů se sportem chtějí i nadále pokračovat. S podobným přístupem reagují i na trávení volného času.

Dílčí výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zda vznikli u pacienta s ulcerózní kolitidou po chirurgické léčbě psychické změny.

Třetím dílčím cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit, zda u pacientů s ulcerózní kolitidou vznikly psychické změny. Při položení výzkumné otázky participantům jsem očekávala, že psychické změny mohou vzniknout hlavně na podkladě souvisejícím se založením stomie. První dotazovanou oblastí bylo, jaké mají participantů od chirurgické léčby očekávání. Lukáš a kol. (2018, s. 372) ve své publikaci udávají, že pokud je odstraněna veškerá kolická sliznice tlustého střeva, dojde k eliminaci ulcerózní kolitidy, proto bylo zřejmé, že se participantů jednoslovně shodnou, že od chirurgické léčby očekávají zlepšení. P1 a P2 očekávají zlepšení hlavně v oblasti vymizení příznaků či alespoň jejich minimalizování. Oproti P1 se P2 obává vzniku komplikací, které by mohly vzniknout v druhé době po okluzi stomie. Hlavním očekáváním od chirurgické léčby u P3 je zamezení vzniku kolorektálního karcinomu, se kterým právě chirurgická léčba souvisela. Očekávání

participantů potvrzuje Štěřbová (2022, s. 86) svým výzkumným šetřením, a tím je to, že se u většiny pacientů pooperačně zlepšil jejich zdravotní stav.

Určitou psychickou změnou, která by po chirurgické léčbě mohla nastat, je změna pohledu participantů na sebe. Změna pohledu sám na sebe je míněná hlavně se založenou stomií, jelikož právě s tímto se dle mého názoru musí hodně pacientů vyrovnávat. Přijetí sám sebe je dle výzkumného šetření Navrátilové (2018, s. 83) jednou z podstatných strategií při zvládnání onemocnění. Po položení otázky související právě s touto oblastí jsem očekávala nejednoznačnost odpovědí participantů, což bylo následně potvrzeno. Pozitivní odpověď byla dosažena u P1, který je spokojený sám se sebou a pohled sám na sebe nezměnil. Úplným opakem byla odpověď P3, která svůj pohled sama na sebe změnila. Tato změna je dle mého názoru založena na faktu, že je participantka bez partnera a má obavy týkající se jejího budoucího intimního života. Neutrální odpověď byla od P2, která pohled na sebe taktéž jako P3 změnila, ovšem na rozdíl od P3 se s touto skutečností smířila a přijala jí, a to hlavně v souvislosti s tím, že stomie je u ní pouze na dobu dočasnou.

Další oblast, která by mohla přinést participantům určité psychické změny je vnímání vzhledových změn, které po chirurgické léčbě vzniknou. Stejně jako v předešlé otázce jsem očekávala určité odpovědi, a to ty týkající se založené stomie. Jednoznačnost odpovědí byla během rozhovoru potvrzena. Veškeré vzhledové změny se týkají především stomie. Každopádně každý z participantů vnímá vzhledové změny jinak. P1 vidí samozřejmě největší změnu ve stomii, ale zároveň je spokojen s jejím umístěním. P2 vnímala změny neutrálně, ale zároveň si je vědoma výhod dnešní doby a samozřejmě toho, že má stomii dočasně. Dále se P1 a P2 shodli na tom, že další vzhledovou změnou jsou jizvy, které jsou ovšem na úkor stomie maličkostí. P3 taktéž vnímá jako největší vzhledovou změnu stomii, avšak vnímání těchto změn je odlišný oproti P1 a P2. P3 změnu vzhledu nese negativně a není si jistá, zda si na ni zvykne. V závěru si lze všimnout, že P1, který je mužského pohlaví vnímá vzhledové změny odlišně než P2 a P3, které jsou pohlaví ženského. Tento fakt zmiňuje ve svém výzkumném šetření také Liptáková (2021, s. 78), která udává a potvrzuje naše výsledky, že onemocnění má pro ženy větší dopad na tělesnou atraktivitu nežli pro muže.

Taktéž jako u předchozího dílejšího cíle týkajícího se změn fyzických bylo z rozhovoru zjištěno, že u participantů psychické změny vznikly nebo se taktéž očekává že v budoucnu vzniknou. Obdobně jako změny fyzické, i psychické souvisejí hlavně se

založením stomie. Stomie se na psychice participantů odráží hlavně v tom, jaký mají pohled sami na sebe a ve vnímání vzhledových změn. Dále je podstatné zmínit jednu pozitivní psychickou změnu, kterou s sebou stomie přináší, a tou je dle mého názoru zlepšení celkového zdravotního stavu participantů.

Dílčí výzkumný cíl č. 4: Jak pacient prožívá hospitalizaci spojenou s chirurgickou léčbou svého onemocnění?

Posledním čtvrtým dílčím cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit, jak pacienti prožívají hospitalizaci spojenou s chirurgickou léčbou svého onemocnění. Hospitalizace je sama o sobě náročná jak po fyzické stránce, tak i po psychické. Na dílčí výzkumný cíl bylo odpovězeno za pomoci kategorie s názvem operační období. Samotnou otázkou pro mne bylo, jak vnímali participanté nutnost chirurgického výkonu, který vedl právě k hospitalizaci. Cílem chirurgické léčby je dle Šerclové a kol. (2017, s. 257) zlepšení kvality života pacientů s ulcerózní kolitidou. Dalo by se říci, že tento fakt byl pro P1 přínosem. P1 totiž vnímal chirurgickou léčbu jako věc, která je za potřebí a s touto skutečností se smířil, což je dle mého názoru správný přístup vedoucí ke zlepšení pooperačního hojení. Přesný opakem od P1 byla P3, která vnímala nutnost léčby negativně a není s ní doposud smířená. Vnímání P2 se změnilo až po absolvování chirurgické léčby. Před operačním výkonem jí doprovázel strach, který byl znásoben vyhledáváním informací na internetových stránkách. Následně byl ovšem minimalizován ošetřujícím lékařem.

Po operačním výkonu u všech pacientů nastává změna celkového stavu. Otázka byla položena za účelem poznatku, jaký je celkový stav u pacientů s ulcerózní kolitidou po operačním výkonu. Odpovědi participantů byly velice podobné a všichni se setkali alespoň s jedním pooperačním příznakem. P1 a P2 trpěli po operačním výkonu značnou únavou. P1 oproti P2 a P3 neudával přítomnost bolestí, pravděpodobně na podkladě delší doby po operačním výkonu. P2 a P3 bojují s bolestmi, které jsou ale v pravidelných časových intervalech tlumeny. To, že bude u participantů přítomna bolest mě nepřekvapovalo stejně jako Baranikovou (2022, s. 49) v jejím výzkumném šetření, kde byla také nejčastější odpovědí pooperační bolest.

Hlavní oblastí kategorie operačního období bylo zjistit, jak participanté zvládají hospitalizaci. Již bylo zmíněno výše, že hospitalizace ovlivňuje nemocného v mnoha ohledech. Také Kolbábková (2014, s. 12) ve své práci zmiňuje, že si nemocný po příchodu do zdravotnického zařízení uvědomuje změnu své role do role pacienta, která je určitým

stylem nedobrovolná, a tím pádem se u nemocného prohlubuje psychické napětí, které je vytvořeno samotným zhoršením zdravotního stavu. Hospitalizace je dle Jarkovského a kol. (2017, s. 503) ročně potřeba až u 1400 pacientů s ulcerózní kolitidou, z toho až 55 % z nich bylo za dobu svého onemocnění hospitalizováno pouze jednou a průměrná délka jejich hospitalizace činila 6 dnů. Kolbábková (2014, s. 12-13) ve své práci také uvádí problematiku hospitalizace, která se na pacientovi podepisuje změnou prostředí, ztrátou soukromí a změnou role. Tato zmíněná problematika se objevuje i u mnou dotazovaných participantů. P1 špatně snáší změnu role, a to hlavně v oblasti závislosti, přínosem v této situaci byl jeho zdravotní stav, který nevyžadoval například pravidelnou monitoraci vitálních funkcí, která by participanta upoutala na lůžko. Dalo by se říci, že u P2 je to právě změna prostředí související s opuštěním rodiny, od které je odloučená. Ovšem tyto dva faktory u P1 a P2 vnáší do situace značná pozitiva a tím je motivace ke zlepšení soběstačnosti a naučení se péče o stomii. P3 bojuje se ztrátou soukromí, která je v jejím případě patřičně ovlivněna založenou stomií.

Z rozhovoru s participanty bylo zjištěno, že zvládnutí hospitalizace, je pro ně složitá záležitost, ovšem pro každého v úplně jiném směru. Každý jí zvládá jinak, ale zároveň všichni ví, že je nezbytnou součástí chirurgické léčby. Hospitalizace u participantů souvisí s plánovaným operačním výkonem, jehož nutnost taktéž vnímají odlišně. Bylo zjištěno, že celkový stav participantů je velice obdobný, ale za pomoci zdravotnického personálu snesitelný.

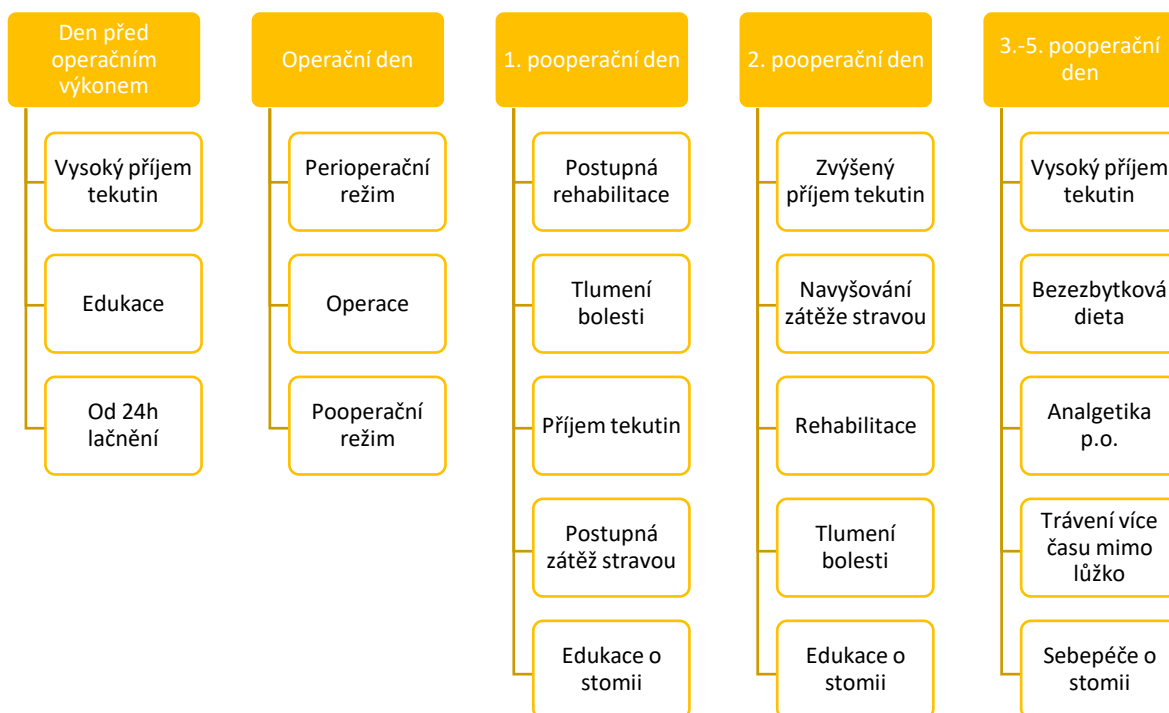
LIMITY VÝZKUMU

Při psaní praktické části své bakalářské práce jsem narazila na limity, které nepatrně mohly ovlivnit mé výzkumné šetření. Jedním z těchto limitů je dle mého názoru nedostatek participantů. Dostatečný počet participantů by dle mě mohl vést k docílení lepšího výsledku výzkumných cílů. Na tento limit nasedá další a tím je neochota či vstřícnost participantů k provedení výzkumného šetření. Řekla bych že tento limit právě ovlivnil to, že byl způsoben nedostatek participantů pro mé výzkumné šetření. Dalším z limitů byly omezené literární zdroje k onemocnění ulcerózní kolitidy, a také výzkumná šetření, která byla potřeba k porovnání výsledků mého výzkumného šetření.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučením pro praxi a také výstupem mé bakalářské práce je návrh mapy ošetrovatelské péče pro pacienty podstupující chirurgickou léčbu ulcerózní kolitidy.

Obrázek 5: Mapa ošetrovatelské péče pro pacienty podstupující chirurgickou léčbu ulcerózní kolitidy



Zdroj: Vlastní

ZÁVĚR

Má bakalářská práce byla zpracována na téma Vnímání chirurgické léčby ulcerózní kolitidy pacientem. Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem se s pacienty s ulcerózní kolitidou setkávala již při své praxi na střední zdravotnické škole, a vždy pro mě bylo otázkou, jak vnímají svou nemoc. Své výzkumné šetření jsem proto uskutečnila tímto směrem. Výzkum pro mou bakalářskou práci probíhal během mých praxí v zimním semestru v NH Hospital a.s. na chirurgickém oddělení, kde je možné setkat se s těmito pacienty. Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění.

V části teoretické je rozepsána anatomie trávicího ústrojí, charakteristika ulcerózní kolitidy, její etiologie, projevy, průběh a léčba. Další kapitolou teoretické části je ošetrovatelská péče o pacienty podstupující chirurgický způsob léčby. Téma se věnuje předoperační a pooperační péči o tyto pacienty. Poslední kapitola nese název Psychika a ulcerózní kolitida a věnuje se spojení těla a duše a nejčastějším psychickým problémům, které se mohou u nemocných s tímto onemocněním vyskytnout.

Praktická část mé bakalářské práce je tvořena kvalitativním výzkumem, jehož cílem je vytvoření obrazu zkoumaného subjektu. Aby bylo dosaženo hlavního cíle, bylo za potřebí provést s vybranými participanty rozhovory, které jsem následně přepsala. Po přepisu rozhovoru, jsem si stanovila kategorie, z kterých jsem utvořila subkategorie. Tímto způsobem jsem dospěla k odpovědím, které byly nutné k dosažení požadovaných dílčích cílů.

Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že participanti subjektivně vnímali svůj zdravotní stav před chirurgickou léčbou odlišně, avšak v závěru bylo zjištěno, že průběh jejich onemocnění byl až na maličkosti obdobný. Dále bylo zjištěno že nejčastější fyzické a psychické změny s sebou přináší založená stomie. Na tyto změny reaguje každý participant převážně s obavami. Na druhou stranu se však u 2/3 dotazovaných objevuje pozitivní přístup a snaha tyto obavy ovlivnit. Také jsem zjistila, že hospitalizace není ani pro jednoho z participantů jednoduchá a každý jí zvládá jinak.

V závěru práce jsem vytvořila přehlednou mapu ošetrovatelské péče pro pacienty podstupující chirurgickou léčbu ulcerózní kolitidy, která by mohla pacientům pomoci představit si, co je čeká během hospitalizace spojené s chirurgickou léčbou.

SEZNAM LITERATURY

Baraniková, Michala. *Ošetrovatelské péče o pacienta po radikální prostatektomii* [online]. Plzeň, 2022 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6tzagv/>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Krocová.

Benešová, Michaela. *Specifika životního stylu a edukačního procesu u dětského a dospělého klienta s lékařskou diagnózou ulcerózní kolitida* [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9lx4nc/>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Jan Chrastina.

Drlíková Kateřina, Zachová Veronika, Karlovská Milada a kolektiv. 2016. *Praktický průvodce stomikou*. Praha : Grada Publishing a.s., 2016. ISBN: 978-80-247-5712-4.

EFCCA. 2018. *ECCO EFCCA doporučení pro pacienty s ulcerózní kolitidou (UC)*. Praha : Pacienti IBD z.s., 2018. ISBN: 978-80-905120-8-5.

Grim Miloš, Druga Rastislav, Naňka Ondřej et al. 2022. *Základy anatomie. 3a., Trávicí a dýchací systém*. Praha : Galén, 2022. ISBN: 978-80-7492-577-1.

Gurková, Elena. 2017. *Nemocný a chronické onemocnění*. Praha : Grada Publishing a.s., 2017. ISBN: 978-80-271-0461-1.

Hammer D. Harry, McPhee J. Stephen. 2019. *Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine, Eighth Edition*. místo neznámé : McGraw-Hill Education, 2019. ISBN: 978-1-260-28851-3.

Hendl, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

Holubová Adéla, Novotná Helena, Marečková Jana a kolektiv. 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha : Mladá fronta, 2013. ISBN: 978-80-204-2806-6.

Ihnát, Peter. 2021. *Karcinom rekta: od diagnózy po multidisciplinární léčbu*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2021. ISBN: 978-80-271-3219-5.

Janíková Eva, Zeleníková Renáta. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium.* Praha : Grada Publishing a.s., 2013. ISBN: 978-80-247-4412-4.

Jarkovský Jiří, Benešová Klára, Hejduk Karel, Dušek Ladislav a Lukáš Milan. Epidemiology, hospitalization and migration of patients with IBD under specialized care in the Czech Republic. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2017, 71(6), 501-509 [cit. 2023-03-24]. ISSN 18047874. Dostupné z: doi:10.14735/amgh2017501

Keil Radan, a kolektiv. 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie.* Praha : Karolinum, 2012. ISBN: 978-80-246-1970-5.

Kolbábková, Kristýna. *Hospitalismus a možnosti jeho ovlivnění* [online]. Jihlava, 2014 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/az3fnh/>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

Kotík, Lukáš. 2019. *Předoperační vyšetření dospělých.* Praha : Mladá fronta a.s., 2019. ISBN: 978-80-204-5104-0.

Kubičková, Patricie. *Režimová opatření u pacientů s idiopatickými střevními záněty.* [online]. 2020 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://is.slu.cz/th/it7z8/>. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. Vedoucí práce Hana Hozová.

Liptáková, Kateřina. *Sebepojetí a vnímaná stigmatizace pacientů s nespecifickými střevními záněty a syndromem dráždivého tračníku* [online]. Olomouc, 2021 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7dd2ws/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Longo L. Dan, Fauci S. Anthony. 2013. *Harrison's Gastroenterology and Hepatology, Second edition.* místo neznámé : McGraw-Hill Education, 2013. ISBN: 978-0-07-181488-1.

Lukáš Karel, Hoch Jiří, a kolektiv. 2018. *Nemoci střev.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2018. ISBN: 978-80-271-0353-9.

Lukáš Milan, a kolektiv. 2021. *Idiopatické střevní záněty II : Nové trendy a mezioborové souvislosti.* Praha : Grada Publishing a.s., 2021. ISBN: 978-80-271-3203-4.

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

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

Martínek Jan, Trunečka Pavel a kolektiv. 2021. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech.* Praha : Maxdorf s.r.o., 2021. ISBN: 978-80-7345-684-9.

Navrátilová, Monika. *Prožívání a zvládání nemoci u pacientů s idiopatickými střevními záněty a u pacientů se syndromem dráždivého tračníku* [online]. Olomouc, 2018 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/996gv/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová.

Orel Miroslav, a kolektiv. 2020. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2020. ISBN: 978-80-271-1895-3.

Pacienti IBD, z.s. 2022. *Jak si udržet psychické zdraví při idiopatických střevních zánětech.* místo neznámé : Pacienti IBD z.s., 2022. ISBN: 978-80-907566-8-7.

Pacienti IBD, z.s. 2016. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat. I. díl.* Praha : Pacienti IBD z.s., 2016. ISBN: 978-80-905120-5-4.

Pacienti IBD, z.s. 2016. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat. II. díl.* Praha : Pacienti IBD z.s., 2016. ISBN: 978-80-905120-6-1.

Pavelka Karel, Arenberger Petr, Lukáš Milan, Zima Tomáš, Doležal Tomáš, Olejárová Marta, Cetkovská Petra a kolektiv. 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii.* Praha : Grada Publishing a.s., 2014. ISBN: 978-80-247-9599-7.

Polášková, Ivana. *Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty* [online]. Jihlava, 2018 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zpzps9/>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

Poněšický Jan, a kolektiv. 2021. *Duše a tělo v psychosomatické medicíně.* Praha/Kroměříž : Triton, 2021. ISBN: 978-80-7553-895-6.

Rüegg, Johann Caspar. 2020. *Mozek, duše a tělo: Neurobiologie psychosomatiky a psychoterapie.* Praha : Portál s.r.o., 2020. ISBN: 978-80-262-1581-3.

Schneiderová, Michaela. 2014. *Perioperační péče*. Praha : Grada Publishing a.s., 2014. ISBN: 978-80-247-9554-6.

Slavíková, Michaela. *Vliv střevní stomie na aktivity denního života* [online]. Pardubice, 2016 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/pm6vfx/>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová, Ph.D.

Sonnenburgovi, Justin a Erica. 2016. *Zdravá střeva: poznejte tajemství mikrobioty a získáte dlouhodobou kontrolu nad svou váhou, náladou a zdravím*. [překl.] Drlík Filip. Brno : Jan Melvil Publishing, 2016. ISBN: 978-80-7555-998-2.

Stašková, Bára. *Ulcerózní kolitida jako životní výzva* [online]. Zlín, 2022 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/q52jfs/>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Barbora Plisková.

Šerclová Zuzana, Ryska Ondřej, Bortlík Martin, et al. *Recommendation of surgical treatment in patients with inflammatory bowel diseases – part 3: ulcerative colitis, indications for surgery*. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2016, 70(3), 252-261 [cit. 2022-11-07]. ISSN 18047874. Dostupné z: doi:10.14735/amgh2015252

Šerclová, Zuzana. Guidelines of surgical treatment of patients with inflammatory bowel diseases – part 1: pre-operative preparation. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2015, 69(1), 12-24 [cit. 2023-03-13]. ISSN 18047874. Dostupné z: doi:10.14735/amgh201512

Štěrbová, Kateřina. *Hodnocení kvality života u pacientů s idiopatickými střevními záněty* [online]. Brno, 2022 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/qe3dx/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Farmaceutická fakulta. Vedoucí práce Dana Mazánková.

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

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Žádost o povolení výzkumného šetření
- Příloha B – Informovaný souhlas pro participanty

PŘÍLOHY

Příloha A – Žádost o povolení výzkumného šetření



Jméno a příjmení studenta: Tereza Fejfarová
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetrovatelství, 3.ročník
Akademický rok: 2022/23

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v NH Hospital a.s.

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací. Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis:

Žádost pro oslovenou instituci

Vážená paní magistro Hošková (manažerka kvality),

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v NH Hospital a.s. jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Terezy Fejfarové, posluchačky bakalářského studijního programu všeobecné ošetřovatelství, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění

Vedlejším cílem práce je popsat, jak pacient prožívá hospitalizaci spojenou s chirurgickou léčbou ulcerózní kolitidy.

Sledovaný soubor tvoří pacienti s onemocněním ulcerózní kolitida podstupující chirurgickou léčbu.

Sběr dat bude proveden polostrukturovaným rozhovorem, který bude nahrán a následně přepsán.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Soni Galuškové.

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V dne

.....
Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha B – Informovaný souhlas pro participanty

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vnímání chirurgické léčby ulcerózní kolitidy pacientem

STUDENT

Tereza Fejfarová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
terkafejfarova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Soňa Galušková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
galuskovas@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, jak pacienti s ulcerózní kolitidou vnímají a vyrovnávají se s chirurgickou léčbou svého onemocnění.

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: