

Kvalita života pacientů s chronickým onemocněním střev

Silvie Havelková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Silvie HAVELKOVÁ**
Osobní číslo: **H07032**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Kvalita života pacientů s chronickým onemocněním střev**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části této práce se budu zabývat anatomii, fyziologií a patofyziologií související s chronickým onemocněním střev. Dále se budu zabývat kvalitou života těchto pacientů a problematikou s tímto pojmem související.

Praktická část této práce bude obsahovat vymezení cílů, formulování hypotéz, sběr a analýzu údajů, kdy dotazníkovým šetřením zhodnotím kvalitu života pacientů s chronickým onemocněním střev.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČIHÁK, R. Anatomie. 2. díl, Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0143-X.

FÖLSCH, U. R., KOCHSIEK, K., SCHMIDT, R. F. Patologická fyziologie. Praha: Grada, 2003, ISBN 80-247-0319-X

HOGENOVÁ, A. Kvalita života a tělesnost. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90

LUKÁŠ, K. a kol. Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1283-0.

PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

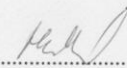
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7. 6. 2011

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života u pacientů s chronickým onemocněním střev. Teoretická část je soustředěna na anatomii, fyziologii a patofyziologii střev, jež přímo navazuje na samotnou tematiku práce. Dále se rovněž zabývá kvalitou života, spokojeností a potřebami člověka, které se vlivem onemocnění diferencují. Praktická část je vedena formou výzkumného šetření usměrněného vytyčením jednotlivých cílů práce, následuje vlastní šetření a obeznámení s výsledky. Bakalářskou práci uzavírá diskuze a zhodnocení výsledků výzkumu.

Klíčová slova: onemocnění střev, dieta, kvalita života, potřeby člověka

ABSTRACT

This Bachelor thesis deals with the issue of quality of life in patients with chronic bowel disease. The theoretical part is focused on anatomy, physiology and pathophysiology of intestines which directly follows to the theme of work itself. Furthermore it is also concerned with the quality of life, satisfaction and human needs, which are due to disease, differentiated. The practical part is guided by the form of research which is streamlined by setting individual goals, followed own research and familiar with the results. Bachelor thesis concludes discussion and evaluation of research results.

Key words: bowel disease, diet, quality of life, human Leeds.

Citát:

„Dobře žít, to znamená udělat z každého roku svého života nejlepší rok svého života.“

Albert Chevalier

Chtěla bych tímto poděkovat paní Mgr.Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné vedení celé bakalářské práce, za cenné a podnětné rady a za ochotu. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mě po celou dobu velmi podporovala.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE	12
1.1 TENKÉ STŘEVO	12
1.2 TLUSTÉ STŘEVO.....	12
1.3 FYZIOLOGIE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA	13
2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	14
2.1 MORBUS CROHN (ILEITIS TERMINALES).....	14
2.2 ULCERÓZNÍ KOLITIDA	18
2.3 DIETNÍ OPATŘENÍ.....	21
2.3.1 Crohnova choroba.....	21
2.3.2 Ulcerózní kolitida	22
2.3.3 Umělá výživa.....	24
2.3.4 Enterální výživa.....	24
2.3.5 Parenterální výživa	25
3 KVALITA ŽIVOTA	26
3.1 HISTORIE.....	26
3.2 POJEM KVALITA ŽIVOTA.....	27
3.3 SPOKOJENOST	28
3.3.1 Modely spokojenosti.....	28
3.4 POTŘEBY ČLOVĚKA.....	29
3.5 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM STŘEV	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	34
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.2 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.2.1 Pilotní studie	34
4.3 METODIKA ANALÝZY.....	35
4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
5 DISKUZE	79
ZÁVĚR	82
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	86
SEZNAM OBRÁZKŮ	87
SEZNAM TABULEK	88
SEZNAM GRAFŮ	90
SEZNAM PŘÍLOH	92

ÚVOD

V rámci této odborné práce se zabývám kvalitou života u pacientů s chronickým onemocněním střev, zejména u pacientů s Crohnovou chorobou a Ulcerózní kolitidou. Dle mého názoru je tato problematika velmi aktuální a veřejnost nemá o tomto typu onemocnění dostatek informací. Při dnešním hektickém stylu života a nedodržování správné životosprávy se mohou tyto onemocnění dotknout velké části populace. Já osobně jsem se s těmito pacienty setkala poprvé v zaměstnání, jelikož pracuji na interní klinice v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, a.s.. Na našem gastroenterologickém oddělení jsem měla spoustu možností se seznámit s těmito lidmi a proniknout tak částečně do jejich života, do problémů a následně být u jejich léčby. Většina pacientů totiž k nám byla přijímána buď v začátku nemoci, když bylo onemocnění teprve zjištěno nebo při špatném průběhu, kdy bylo nutné nasadit enterální nebo parenterální léčbu. V určitých případech k nám byli přijati i pacienti pro léčbu biologickou. Nešlo si nevšimnout, že nemoc postihuje mladistvé už i v 18 letech, ne-li dříve. Proto si myslím, že je důležité šířit osvětu a dát těmto lidem možnost začlenit se do normálního života. Proto jsem si toto téma vybrala a jsem ráda, že jsem měla možnost se s některými setkat a získat tak nové poznatky a informace. Pro mou osobu mi bylo toto téma velkým přínosem nejen ve sféře pracovní, ale i přátelské.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE

Trávicí systém začíná dutinou ústní a končí řitním otvorem. Každý orgán v trávicím systému má svůj specifický význam i funkci. Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř vrstev, a to ze sliznice, podslizničního vaziva, svalových vrstev a vazivového obalu. Sliznice vystylá dutinu trávicí trubice. Je měkká, narůžovělá, zvlhčená sekretem. V podslizničním vazivu se obvykle nacházejí žlázy, které vytvářejí daný sekret. Další vrstvu trávicí trubice tvoří hladká svalovina, která je uspořádána v různých směrech. Poslední, nejsvrchnější vrstvou je vazivový obal, který zajišťuje optimální viskozitu trávicí trubice v dutině břišní.

1.1 Tenké střevo

Tenké střevo (*intestinum tenue*) je nejdelším úsekem trávicí trubice. U dospělého člověka měří 3 až 5 metrů a jeho příčný průřez měří asi 2-3 cm (dle náplně). Jeho délka je variabilní právě z důvodu práce hladké svaloviny při peristaltických pohybech. Tenké střevo se dělí na tři odlišné části. První částí tenkého střeva je dvanáctník (*duodenum*), který navazuje na pylorus žaludku v oblasti těla obratle L1. Dvanáctník je dlouhý přibližně 25-28 cm a dělí se na 4 části. Pars superior, která je přímým pokračováním pyloru, pars descendens, kam ústí společný vývod slinivky břišní a žlučníku, pars horizontalis a pars ascendens, na kterou přímo navazuje lačník (*jejunum*). Lačník je uložen v levé horní části dutiny břišní a tvoří zhruba 2/5 délky střeva. Přejít lačniku v kyčelník není nijak ostře ohraničen, ovšem s přibývajícím délkou se charakter sliznice i podslizničního vaziva vcelku mění. Kyčelník (*ileum*) je pak zakončen ileocékální valvou, která zajišťuje jednosměrný tok potravy. Přejít od lačnicku k kyčelníku, je střevo slepé (*intestinum caecum*). To je charakteristické svým červovitým přívěskem (*appendix vermiformis*), který někdy může způsobit nemalé potíže.

1.2 Tlusté střevo

Tlusté střevo má zcela odlišnou stavbu stěny než střevo tenké. Také je kratší, jeho délka dosahuje 1-1,5 m a vnitřní průměr je kolem 5-6 cm. Pokračováním slepého střeva je vzestupný tračník (*colon ascendens*), který jde podél pravého boku břišní dutiny a je zavěšen vazivem pod játry. Charakteristickým jatrním ohbím pokračuje jako tračník příčný, který

směřuje příčně doleva pod žaludek, spíše ke slezině. Ve slezinném ohbí přechází příčný tračník volně v tračník sestupný, který pokračuje až do levé jámy kyčelní. Odtud pokračuje jako esovitá klička (colon sigmoideum), která je charakteristicky prohnutá a připomíná ležící písmeno Z (N). Navazující částí na esovitou kličku je konečník (rectum).

1.3 Fyziologie tenkého a tlustého střeva

Hlavními funkcemi střev je vstřebávání natrávené potravy a její transport k vyloučení. Z části již natrávená potrava přicházející ze žaludku je po částech pomocí pylorického svěrače posouvána do duodena. Zde dochází pomocí pankreatické šťávy a žluči k dalšímu trávení živin. Potrava ze žaludku přichází do dvanáctníku značně s nízkým pH a pro správnou funkci pankreatických enzymů je potřeba neutrálního pH. To je zajištěno Brunnerovými žlázkami v podslizničním vazivu dvanáctníku, které produkují značně alkalický sekret. Mimo jiné produkují buňky tenkého střeva také hlen, který slouží pouze k čištění klků, a také k vazkosti natráveniny. Tenké střevo vstřebává všechny druhy živin, které jsou trávicími šťávami dobře štěpené. Je inervováno cestou nervus vagus, který je hlavní složkou parasympatického vegetativního nervového systému. N. vagus také ovlivňuje činnost ileo-cékální chlopně, která zajišťuje jednosměrný posun natráveniny. Střevo tlusté již žádné živiny aktivně nevstřebává. Jeho hlavní funkcí je zahušťovat natráveninu do konečné formy stolice. Obsahuje také řadu střevních bakterií, jejichž enzymy jsou důležité ke tvorbě vitamínu K, některých vitaminů skupiny B a dalších látek.

2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Chronické záněty střev jsou dnes jedny z velkých problémů v současné gastroenterologii a to nejvíce idiopatické střevní záněty, tj. Ulcerózní kolitida (idiopatická proktokolitida) a Crohnova choroba. Jedná se o chronické nemoci, které se projevují průjmy, krvácením do střev a dalšími celkovými i orgánovými příznaky. (Mařatka, 2007, str. 93)

2.1 Morbus Crohn (ileitis terminales)

„Crohnova choroba je granulomatózní a transmurální zánět postihující segmentárně nebo plurisegmentárně kteroukoli část trávicí trubice. Jde o onemocnění neznámé etiologie a neúplně prozkoumané patogeneze. Choroba probíhá chronicky s obdobími zhoršení (relapsů) a zklidnění (remisí) zánětu a je medikamentózně i chirurgicky nevléčitelná.“ (Kohout a kol., 2004, str. 17)

Incidence v České republice je asi 3–5/100 000 obyvatel/rok, což znamená 300 až 500 nových případů ročně. Poměr mezi ženami a muži je 1:1. Prevalence dosahuje 18–22 na 100 000 obyvatel. Onemocnění se vyskytuje mezi 20. až 30. rokem člověka nebo později mezi 50. až 70. rokem člověka. (Lukáš, 1997, str. 12)

Jedná se o chronické onemocnění neznámého původu, které je nevléčitelné. Příčina vzniku je neznámá, ale nejčastěji se poukazuje na poruchu funkce slizniční bariéry, jehož důsledkem je nekontrolovatelný zánět, který vrcholí destrukcí tkáně. Dále se poukazuje na infekčního původce, kdy střevo postihuje mikrobiální působení, a to především bakterie E. Coli. Další rizikové faktory mohou být genetika, stres, kouření nebo životní styl. Onemocnění postihuje trávicí trubici začínaje u úst a konče u konečníku, ovšem v ústech a jícnu je postižení vzácné. Nejčastěji se vyskytuje v oblasti ileocekální, což je oblast přechodu střeva tenkého v tlusté, konkrétně přechod z kyčelníku v tlusté střevo. Nebo v oblasti perianální, kdy postihuje oblast v okolí konečníku a řitního otvoru. Postižení jícnu, žaludku, dvanáctníku a lačnicku je méně časté. Typické pro tuto nemoc je to, že postihuje vždy jen určitou část střeva a proto určité úseky mezi jednotlivými segmenty nemusí být vůbec postiženy a jsou zcela zdravé. V oblasti postižení zasahuje do hloubky stěny střeva, a to v celé šířce stěny. Proto má poté sklon k tvorbě píštělí a abscesů. Píštěle neboli spojky mohou spojit jednotlivé kličky mezi střevem a orgánem mezi sebou a poté může vzniknout spojení

jako entero-enetrální nebo enterovesikální píštěl. Absces je dutina vyplněná hnisem, která může vzniknout kdekoliv v těle, nejčastěji však mezi střevními kličkami, dutině břišní či ve stěně břišní, kdy právě absces může být prvním příznakem choroby. V důsledku zánětu, který postihuje celou střevní stěnu, dochází k zúžení průsvitu stěny střeva a následně může vznikat střevní neprůchodnost. Postižené střevní kličky mohou mít tedy tendence se spojovat, a to může mít za následek srůsty mezi střevními úseky a může to vést k dalšímu zužování průsvitu střev nebo k tvorbě píštělí.

Základní příznaky této nemoci jsou bolesti břicha, teploty, průjmy většinou bez příměsi krve nebo váhový úbytek. Může vznikat i podobná tlaková bolest jako u apendicitidy, kdy pacient může skončit na chirurgii a může být pro zánět appendixu operován, ovšem to může mít za následek vznik píštělí, který by měl diagnostikovat chorobu a poté by měl následovat chirurgický zákrok s rozsáhlejší resekcí. Mezi další příznaky patří bolest v okolí pupku v závislosti na příjmu potravy, která může mít za následek nadýmání, flatulenci či říhání. Při postižení tenkého střeva jsou hlavními příznaky neprospívání, dolní dyspeptický syndrom (nadýmání, bolest břicha za hodinu po jídle) nebo může mít za následek i hubnutí. Při postižení tlustého střeva patří mezi hlavní příznaky teploty, průjmy, křeče v břiše v oblasti pod pupkem nebo enterorhagie.

Projevy nemoci rozdělujeme na:

- a) **první ataka** (vzniká prvotní projev choroby),
- b) **relaps** (opakované exacerbace choroby – klidová fáze),
- c) **remise** (asymptomatická fáze, prokazatelná laboratorně, histologicky i rentgenologicky),
- d) **recidiva** (exacerbace nemoci v původně nepostižené lokalizaci).

Mezi nejčastější komplikace patří:

- a) **perforace** s možným následným vznikem peritonitidy,
- b) **píštěl** (perianální, do močového měchýře, do vaginy,...),
- c) **stenóza** vznikající v důsledku dlouhodobého hnisání nebo vyvolaná tlakem zánětlivého infiltrátu, který vede k ileu nebo kompresi močovodu,
- d) **fisura, absces**, znamená porušení integrity a následné vniknutí bakterií,
- e) **mimostřevní** komplikace jako jsou artritidy, a jiné.

Mezi nejzákladnější diagnostiku patří anamnéza a fyzikální vyšetření. V rozhovoru s pacientem je lékař schopen zjistit velmi hodně užitečných informací, které mohou pomoci diagnostikovat onemocnění. Při fyzikálním vyšetření, jako je pohled, poslech, pohmat, poklep a v neposlední řadě i vyšetření per rektum může napovídat zánětu ve střevech.

Laboratorně z odběrů krve lze zjistit zvýšenou sedimentaci, zvýšený C-reaktivní protein (CRP), leukocytózu nebo anémii v důsledku snížené hladiny železa. Při průjmech se může objevit hypokalémie a hyperalbuminémie při exsudaci do střeva.

Endoskopické vyšetření je vyšetření trávicí trubice ohebným, tuhým přístrojem s možností odebrání vzorku na histologii. Kolonoskopie je vyšetření celého tlustého střeva pomocí vyjití nálevu, který pročistí střeva. Při vyšetření je možno proniknout i do terminálního ilea, kam až Crohnova choroba dosahuje. Irigografie může prokázat diskontinuální a asymetrickou šíři lumenu a v chronickém stadiu ukazuje vzniklé svrštění střeva a striktury. Gastroskopie je vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku a v dnešní době se používá nejčastěji. Enteroskopie je vyšetření tenkého střeva, kdy enteroskop se dostane až k jejunu v délce do 60 cm. Speciální je vyšetření kapslovou endoskopií (pacient spolkne kapsli s mikrokamerou procházející trávicím traktem, který se objeví na obrazovce počítače a lékař poté může vyhodnotit závažnost onemocnění) a používá se jen na specializovaných pracovištích a až po vyčerpání všech diagnostických metod. Rovněž se provádí rentgenové vyšetření tenkého střeva pomocí klasické pasáže nebo enteroklýzy. Tomografické vyšetření za pomoci kontrastní látky – CT enteroklýza. Pomocí magnetické rezonance – MR se dokáže diagnostikovat průběh píštělí a sonografie, která však nemusí být vždy přesná díky plynům a stolici v trávicí trubici. Dokáže ale rozpoznat stenózy, píštěle nebo abscesy.

Nejzákladnější léčbou při zjištění onemocnění je dieta – bezezbytková. Strava by měla být nedráždivá, šetrící a vydatná s vyváženým obsahem minerálů, vitamínů a vlákniny. Strava se rovněž musí přizpůsobit i tomu, jak tělo dané jídlo snáší a pokud je pacient anemický měla by být strava doplněna o železo.

Parenterální výživa slouží ke zlepšení nutričního stavu pacienta. V dnešní době na trhu najdeme různé výrobky jako je Nutridrink, Fresubin, Cubitan, Diasip a další, které slouží jako výrazný doplněk stravy obohacený o různé minerály, vitamín, ale i cukry, tuky, bílkoviny a stopové prvky. A škála je velká, jelikož jsou i v různých příchutích. Pomocí enterální sondy lze podávat enterální výživu do těla. Přípravky obsahují všechny potřebné látky k prospívání pomocí výrobku Nutrisonu, Nutrisonu energy, Nutrisonu multi fibre a jiných.

Každý nutrison má své specifikum a je jen na lékaři jaký vybere danému pacientovi. Může být nutná i parenterální výživa vedená přímo do žilního systému.

Léčbu rozdělujeme na konzervativní a chirurgickou. Mezi základní medikamenty patří analgetika, spasmolytika, H₂- blokátory nebo substituce železa a vitamínů a minerálů a nejsou výjimkou ani antidepresiva a podobné léky na zlepšení psychického stavu. Dle fáze nemoci se užívají medikamenty. V aktivní fázi se užívá v medikaci nejvíce mesalazin – Salofalk, Pentasa, Asacol klyzma. V těžší formě se užívají kortikoidy – Entocort a imunosupresiva – Imuran a jiné. Antibiotika se užívají obvykle při bakteriálním přerůstání. V období remise se postupně snižují dávky kortikoidů a mesalazinu na nižší dávky, které mají za úkol udržet remisi. Podáváním probiotik – Mutaflor, Lepicol, Probioflor dochází ke změně střevní mikroflóry, na pacienta to má pozitivní účinek a udržuje onemocnění v klidové fázi. V současnosti je používána i biologická léčba – Remicade na protilátky proti tumor-nekortizujícímu faktoru. (Lacko, 2007, str. 32)

Léčba by měla být pod stálou kontrolou lékaře a pacient by měl docházet dle závažnosti možno i několikrát za rok na kontroly. Chirurgická léčba se indikuje u selhání medikamentózní léčby nebo u abscesů píštělí nebo obstrukcí střev. V určitých případech může dojít i k odstranění části střeva, proto je velmi nutné pacienta připravit i na verzi, kdy by bylo nutné udělat stomický vývod (ileostomii, kolostomii, jejunostomii nebo sigmoideostomii). Pro pacienta by bylo vhodné i promluvení s psychologem, aby se jeho psychický stav rapidně nezhoršil.

Prognóza je závislá na postižení střeva a komplikacích. V průměru 50 % pacientů s Crohnovou nemocí vyžaduje chirurgickou léčbu. Operace se zpravidla provádí dle statistik nejvíce během prvních dvou let od propuknutí nemoci. Riziko úmrtí nastává nejčastěji při komplikacích po operační léčbě například na sepsi nebo embolii. Crohnova nemoc je v porovnání s ulcerózní kolitidou na tom s prognózou hůře, jelikož je pacient na léčbu rezistentnější a mívá častější komplikace a ani stomie není řešení jako u ulcerózní kolitidy. (Lukáš, 1997, str. 169)

2.2 Ulcerózní kolitida

„Ulcerózní kolitida (UC), v českém písemnictví označována jako idiopatická proktokolitida, je hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva, postihující vždy rektum a šířící se kontinuálně na různě rozsáhlou část tlustého střeva nebo na celé tlusté střevo.“ (Kohout a kol., 2004, str. 17)

Incidence choroby v České republice je 7–8/100 000 obyvatel/rok (což znamená 700–800 nových případů ročně). Postihuje častěji ženy než muže a to v poměru 1,4:1,0. Prevalence se v ČR odhaduje na 40–45 na 100 000 obyvatel. Onemocnění se vyskytuje mezi 20. a 40. rokem člověka, není ale výjimkou že se může objevit i u mladších či starších osob. (Lukáš, 1997, str. 12)

Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění tlustého střeva také na podkladě nejasné etiologie jako u Morbus Crohn. Postihuje pouze sliznici tlustého střeva a konečník vždy vcelku, nepřeskakuje do jiných úseků. Zdravá část střeva je vždy oddělena od té postižené. Pokud se onemocnění omezuje jen na konečník, označuje se takový stav jako idiopatická proktokolitida. Ulcerózní kolitida může mít sklony k tvorbě vředů s krvácením a septickými komplikacemi. K sepsi může dojít díky rozpadu sliznice a tím se poruší ochranná střevní bariéra a střevní obsah může být vstřebán do krevního oběhu. Onemocnění se vyskytuje na celém světě, ale nejčastěji se objevuje v rozvinutých zemích. Rizikovými faktory vzniku nemoci může být genetika, nezdravý životní styl jako je stres, kouření, špatná výživa nebo i střevní infekce.

Klasifikace nemoci podle rozsahu postižení rozdělujeme na

1. **pankolitida** (postižení celého tračníku),
2. **subtotální forma** (postižení tračníku od rekta po hepatální flexor),
3. **levostranná forma** (tračník postižen od rekta po lineální ohbí),
4. **proktosigmoitida** (postižené rektum a sigmoideum),
5. **proktitida** (postihuje jenom rektum).

V praxi je ale nejlepší hodnocení na lehký tvar, který postihuje asi 50 % nemocných. Středně těžký tvar u levostranné kolitidy postihující asi 40 % nemocných. A těžký tvar u pankolitidy, který postihuje asi 15 % nemocných. (Lukáš, 1997, str. 27)

Příznaky nemoci vycházejí z postižení zánětu, ve které oblasti se právě vyskytují. Chronický charakter nemoci může mít vlnovitý průběh s těžkými záchvaty, které se mohou střídát s obdobím relativního klidu. Klasickými příznaky jsou křečovitě bolesti břicha, horečky, nevolnost, nadýmání, nechutenství a hubnutí, průjmy různého stupně, přítomnost hleny, hnisu a krve ve stolici. A mimostřední projevy, které mohou vyvolat různé změny na kůži a oční změny nebo poruchy krvetvorby a atralgie.

Nebo můžeme rozeznat příznaky podle postižení střeva a konečníku. Při totálním nebo subtotálním postižení střeva se může projevit zvýšená tělesná teplota, anémie, váhový úbytek, schvácenost nebo únava. Kolutický syndrom (levostranné postižení) se projevuje subfebriliemi, bolestmi břicha, váhovým úbytkem nebo nutkáním na stolici, která je kašovitá až vodnatá a ve stolici může být krev a hleny. Rektální syndrom, který postihuje konečník má tendence k nutkání na stolici (tenezmes), kdy odchází stolice kouskovitá, nebo odcházejí jen hleny, hnis a krev.

Komplikace u ulcerózní kolitidy mají fulminantní průběh projevující se silnými bolestmi břicha jako u peritoneálního dráždění, krvavými průjmy objevující se více jak 10krát za den, febriliemi, anemií, zvýšenou sedimentací, tachykardií, úbytkem váhy nebo schváceností. Největší komplikací ale může být toxický megakolon, u kterého hrozí perforace střeva a peritonitida sterkorální.

Diagnostika onemocnění zahrnuje anamnézu a fyzikální vyšetření, která je soustředěná zejména na oblast břicha a konečníku - pohledem, poklepem, pohmatem, poslechem a per rektum. Dále laboratorní výsledky nám mohou taktéž pomoci, když je zvýšená sedimentace krve, zvýšené CRP, anémie z nedostatku železa, hypokalémie, metabolická alkalóza nebo test na okultní krvácení. Ultrazvukovým vyšetřením lze zjistit aktuální stav dutiny břišní. Mezi nejdůležitější diagnostiku patří endoskopické vyšetření. Kolonoskopie je vyšetření celého tlustého střeva, kdy je možný odběr vzorku na histologické vyšetření. Pomáhá nám zjišťovat v jakém rozsahu je ulcerózní kolitida, proto alespoň jednou by měla být provedena úplná očista střeva, aby byla správná diagnostika. Dříve používaná rektoskopie je dnes nahrazena sigmoideoskopií (vyšetření konečníku a esovité kličky), u kterého není potřeba vyčištění celého tlustého střeva, ale postačí jen klyzma. Irigoskopie je vyšetření tlustého střeva za pomoci kontrastní látky. Užívá se při nemožnosti vyšetření koloskopicky. Rentgenové vyšetření břicha se už v dnešní době nedělá kromě jedné výjimky, a to při podezření

na toxický megakolon, kdy může vzniknout perforace střeva a RTG vyšetřením by bylo možné ho zjistit.

Léčba závisí na fázi onemocnění. V určitých případech lze kombinovat jednotlivé léčebné postupy. Důležitým faktorem je i psychický stav pacienta, vyrovnání se se stresem a zvládnání relaxačních metod, které mu mohou velmi pomoci. Proto není výjimkou, že k léčbě patří i antidepressiva. V akutní fázi je potřeba zajistit správnou výživu a to dietu – bezesbytkovou. Dieta by měla obsahovat nedráždivou stravu, obsahující dostatek minerálů a stopových prvků. Při závažnější fázi je potřeba už zajistit kašovitou stravu a parenterální výživu. Parenterální neboli umělá výživa slouží ke zlepšení nutričního stavu pacienta, který prospívá a má za následek snížení komplikací nejvíce po chirurgických výkonech. V dnešní době je podání nutridrinků a různých dochucených drinků obohacených o různé minerály, vitamíny, ale i cukry, tuky, bílkoviny velmi populární doplňkem stravy. Enterální sondou lze podávat pomocí enterální výživy do těla všechny potřebné látky k prospívání pomocí výrobku Nutrisonu, Nutrisonu energy, Nutrisonu multi fibre a jiných. Každý nutrison má své specifikum a je jen na lékaři jaký vybere danému pacientovi. Ovšem může být nutná i parenterální výživa vedená přímo do žilního systému.

V medikaci se uplatňuje nejvíce mesalazin – Salofalk, Pentasa, Asacol a jiné v podobě čípku nebo tabletek. Asacol je možný i ve formě klyzmatu (užívá se při rektální formě). Dále kortikoidy lokální – Entocort a celkové – Prednison. U závažnějších stavů se užívají imunosupresiva – Azatriophin a jiné. Antibiotika se užívají obvykle při bakteriálním přerůstání nebo u septických komplikací. Podáváním probiotik – Mutaflor, Lepicol, Probioflor dochází ke změně střevní mikroflóry, na pacienta to má pozitivní účinek a udržuje onemocnění v klidové fázi. (Lacko, 2007, str. 35)

V období remise je nutná medikamentózní léčba pod stálou kontrolou lékaře minimálně rok s užíváním čípků nebo klyzmatu 3krát do týdne. Antidiaroeika se užívají k zablokování průjmů, ale těžké formy ulcerózní kolitidy je třeba dávat pozor na případné vzniknutí toxického megakolonu v důsledku vlivu na nervové zakončení ve střevech. Chirurgická léčba nastává, pokud selhává konzervativní léčba, u fulminantní formy, která je nevládnutelná do 48 hodin nebo dojde-li k perforaci nebo neurčitému krvácení, které je potřeba zastavit. Může to mít za následek i odstranění určité části střeva, kdy může být vyveden stomický vývod. Proto je důležité pacienta dopředu poučit a zajistit třeba i psychologa, aby si s ním o nemoci promluvil a pacient neměl obavy a strach z léčby.

Prognóza závisí především na průběhu začátku nemoci a konzervativní léčbě. S akutním stadiem přichází více jak 90 % pacientů do období remise. Prognóza je závislá na délce a trvání nemoci. Proto je u většiny průběh chronický s relapsy a remisemi. K úmrtí může dojít v důsledku perforace střeva a jeho odkládaném chirurgickém řešení nebo případnými komplikacemi. Pokroky v medicíně jak v konzervativní, tak v chirurgické léčbě velmi zlepšily prognózu pro nemocné. (Lukáš, 1997, str. 168)

2.3 Dietní opatření

Dietní opatření u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou se od sebe mírně liší a rovněž se dieta musí upravit i dle fáze nemoci, ve které se člověk právě nachází, jako je fáze vzplanutí a fáze remise. Dietní opatření může u pacientů zlepšit nejen stav výživy pacienta, ale pomůže i zlepšit průběh léčby. V úvodním stádiu malnutrice může úprava diety zlepšit stav výživy člověka.

Základem je racionální dieta, která je lehce stravitelná. Pacient by měl jíst 5-6x denně a spíše menší porce. Důležitou složkou jsou plnohodnotné bílkoviny, jako jsou lehce stravitelná masa, vejce, mléko a mléčné výrobky. Omezeno by mělo být množství nasycených tuků a cholesterolu. A nejvíce bohatá by strava měla být na vitamíny a minerální látky ovšem s velkým ohledem na počet stolic. V akutní fázi by měly chybět nerozpustné vlákniny, jako jsou čerstvá zelenina, ovoce a i luštěniny. A preferovány by měly být hlavně polysacharidy, které jsou na bázi škrobů. Strava by měla být vařená v páře nebo dušením, pečením nejlépe přikryté. Přípravovány by měly být v konvektomatu nebo mikrovlnné troubě. Dochucení jídla se doporučuje minimálně až po uvaření.

2.3.1 Crohnova choroba

Dietní opatření ve stádiu relapsu začíná vyloučením perorální výživy a pokračuje nasazením enterální a parenterální výživy. Po vysazení parenterální a enterální výživy nastupuje dietní strava. Úspěšnost diety je stejná jako nasazení kortikoidů, zvláště u dětí a mladistvých a období remise je kratší než při užívání kortikoidů. Podává se tzv. bezobzbovková dieta, která neobsahuje nerozpustné vlákniny, jako jsou čerstvá zelenina s ovocem a luštěninami a hůře stravitelná jídla s velkým obsahem tuků. Naopak má být preferována sacharidová dieta s vysokým obsahem škrobů jako jsou těstoviny a strava bohatá na bílkoviny, vápník

i železo a vitamin C a B-komplex. Vhodné je doplnit ji probiotiky. Hlavním cílem diety je podpoření hojivých procesů a zabránění nutričním karencím. Stravu je nutné konzumovat v klidu a vsedě u stolu, nikoliv vleže v posteli. V akutní fázi a při přechodu z parenterální výživy by měla být strava přísnější než v klidové fázi. A hlavně by potraviny neměly obsahovat aditiva, které mohou dráždit střevní sliznici. Se stenozující formou by měl pacient dodržovat bezezbytkovou dietu, která by měla rovněž platit i v klidové fázi nemoci. U některých pacientů se může objevit malabsorpce na tuky a sacharidy. U cukrů se jako náhrada používá hroznový a třtinový cukr nebo umělá sladidla. U tuků by se mělo nahradit maso a tučné výrobky za MCT tuky, které jsou obsaženy v libovém mase, čerstvém másle a kvalitním oleji. Pokud ovšem pacientovi nestačí ani připravovaná dieta je nutno ji nahradit dietetickými moduly. Dietetické moduly jsou na bázi sacharidové a bílkovinné. Jejich hlavním úkolem je doplnit je k dietě, pokud člověk není schopen přijmout a rozložit přijatou energetickou a bílkovinnou nálož.

Ve stadiu remise je i nadále nutné pokračovat v racionální dietě. Denní porce by měly být podávány v menších dávkách a mělo by jich být 5-6 za den. Důležitý je i pitný režim, kdy je nutno za den vypít 2 litry tekutin. Pacient sám ví, co je pro něj nejlepší, a proto by měla být strava spíše individuální. I přesto je ale potřeba nadále se vyhýbat nadýmavé stravě, tučnému masu nebo destilátům, aby si pacient nezpůsobil opět průjmy s bolestmi břicha. Dovoleno je z alkoholu jen kvalitní víno a pivo. Strava by neměla obsahovat rostlinnou vlákninu, která je nestravitelná. Proto při výběru ovoce je nutno dávat pozor, jestli je ovoce měkké nebo tvrdé a dobře či špatně stravitelné. Pokud se objeví známky malnutrice je potřeba zajistit dostatek sacharidů, tuků i bílkovin a pokud by ani úprava stravy nepomohla je potřeba volit enterální modul výživy. (Kohout a kol., 2004, str. 78)

2.3.2 Ulcerózní kolitida

Dietní opatření se u Ulcerózní kolitidy mírně liší od Crohnovy nemoci. Enterální a parenterální výživa se nasazuje jen při zjištění toxického megakolonu a při těžkém relapsu. Dieta je doporučena racionální a jen u pacientů s relapsem se doporučuje snížit obsah nerozpustné vlákniny ve stravě jako u Crohnovy choroby. Doporučuje se přidat do stravy probiotickou floru. (Kohout a kol., 2004, str. 79)

Tabulka č. 1. Doporučené a nedoporučené potraviny

	Doporučené potraviny	Nedoporučené potraviny
Maso	libové hovězí, vepřová kýta, kotleta, kuře, krůtí maso, králík, mladá slepice, játra, kapr, cejn, filé, treska, libová šunka, drůbeží párky, šunkový salám	tučná a prorostlá masa, zvěřina, uzené maso, slanina, škvarky, jelita, jitrnice
Sýry a mléčné výrobky	podmáslí, kefir, acidofilní mléko, jogurt bílý i s příchutí (meruňka, broskev), sýry tvrdé – Eidam do 30%, sýr Lučina a Fénix, tvaroh na strouhání, tvaroh na pomazánku a sýry tavené bez příchutí	smetanové sýry, zrající a plísňové sýry, mléko jako samostatný nápoj
Obiloviny	kroupy, krupky (lisovat), ovesné vločky, krupice, mouka	živočišné tuky
Přílohy	brambory (lisovat), bramborová kaše, těstoviny, krupicový knedlík, jemný houskový knedlík, noky, halušky, rýže	luštěniny
Pečivo	pečivo, housky, večky, piškoty, vánočka a mazanec, bílý toustový chléb	celozrnné pečivo, tučné těsto – listové, třené, kynuté, plundrované
Moučníky a pochutiny	piškotové, odpalované, krupicové, sněhové, žloutkové, spařované, pudinkové krémy, tvarohové krémy, ovocné pěny	čokoláda, zrnková káva, silné kakao, ořechy, mandle, kokos, pistácie, zmrzlina
Zelenina	mrkev, celer, petržel, špenát, dýně, krájený hlávkový salát, rajčatový protlak a šťáva	okurek, paprika, hlávkové zelí, kysané zelí, cibule, česnek
Ovoce	banány, jablka (loupaná), meruňky, broskve, kysele, rosoly, pyré, pomerančová, mandarinková šťáva	ovoce syrové, ovoce se slupkou a zrníčky
Koření a dochucovadla	petrželka, pažitka, kopr, vývar z kmínu, citrónová a pomerančová kůra, vanilkový cukr	hořčice, kečup, ostré a dráždivé koření

2.3.3 Umělá výživa

Podle stavu pacienta rozhoduje nutriční terapeutka, kolik jednotlivých živin, minerálů a vody potřebuje pacient. Doporučený denní příjem je uveden v tabulce č. 1. V první fázi je nutné určit příjem tekutin. U normálního stavu je spotřeba 30-40mg/kg za den, ovšem čím kritičtější je stav pacienta, tím příjem tekutin stoupá. Obzvláště u průjemové stolice, kdy je potřeba nahradit ztracené tekutiny zvýšeným příjmem tekutin. V kritickém stavu se mohou tekutiny ztrácet i do třetího prostoru, například při septických stavech, nitrobřišních abscesech nebo u toxického megakolonu. Potřebu příjmu tekutin zjistíme i sledováním diurézy, která by měla být 50-70ml/hod. Sledování odpadu minerálů z diurézy je nutné u pacientů, kteří mají píštěle nebo zvýšený výskyt průjemové stolice. V druhé fázi určí nutriční terapeutka s lékařem, kolik je potřeba umělé výživy. Vše se odvozuje podle stavu pacienta, zda potřebuje veškeré množství energie s mikronutrienty a živinami nebo potřebuje jen část. Přednost při Ulcerózní kolitidě a Crohnovy choroby má enterální výživa. Pokud není dostatečující, přidává se parenterální výživa, aby zajistila dostatek všech potřebných složek. (Kohout a kol., 2004, str. 88)

Tabulka č. 2. Doporučená denní spotřeba základních živin, vody a elektrolytů (podle Lochse, Espen, 1995)

Voda	30-40 ml/kg
Energie	25-30 kcal/kg
Glukóza	1-3 (-6) g/kg
Tuk	1-2 g/kg
Aminokyseliny	0,6-0,8 g/kg
Natrium	1-2,5 mmol/kg
Kalium	1-2 mmol/kg
Kalcium	0,2-0,5 mmol/kg
Magnesium	0,1 mmol/kg
Fosfor	0,2-0,5 mmol/kg

2.3.4 Enterální výživa

Enterální výživa je podávání výživných roztoků do trávicího traktu perorálně, zavedením nasogastrické sondy nebo punkční gastro nebo jejunostomií. Indikuje se u hrozící malnutrice. Účinky této výživy jsou udržení střevní bariéry, výživa střevních buněk nebo prevence bakteriální translokace. Enterální výživa dostává přednost před parenterální výživou, jelikož je to přirozená cesta pro podání výživy do traktu. (Kohout a kol., 2004, str. 90)

2.3.5 Parenterální výživa

Parenterální výživa se podává do centrální nebo periferní žíly. Indikuje se tehdy, když stav pacienta vede k malnutrici a není řešením dieta ani enterální výživa. Může se stát, že u Crohnovy choroby je parenterální výživa způsob primární léčby akutního relapsu a může být podpůrný prostředek v kombinaci s medikamentózně léčbou. Hlavní indikací je ale nejčastěji perioperační období pacienta. (Kohout a kol., 2004, str. 100)

3 KVALITA ŽIVOTA

„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života“

(David Seedhouse)

3.1 Historie

Pojem „kvalita života“ byl poprvé zmíněn ve 20. letech minulého století, a to za okolností, kdy se začalo mluvit o ekonomickém vývoji státu a materiálních podporách nižších společenských vrstev. Poté se pojem objevil až někdy v 60. letech minulého století v USA, kdy prezident Johnson prohlásil, že cílem jeho politiky je zlepšení kvality života Američanů. Ukazatelem pro něj nebyla kvantita, ale jak se jim za daných podmínek žije. Ovšem postupem času se ukázalo, že i když ekonomika vzrůstá, tak nevede ke spokojenosti, ale vede ke zvýšení požadavků a ty nebylo vždy lehké naplnit. Proto v 70. letech minulého století německý politik Willy Brandt postavil svůj volební program přímo na zlepšení kvality života pro všechny své spoluobčany. Díky tomu poté své místo pojem kvalita života dostal v sociologii, kdy slouží pro rozlišené podmínky života, jako jsou oblasti příjmu, počet dětí, počet automobilů na domácnost až po místo pocitů lidí ve svém životě. V této době se pojem vyskytl i ve výzkumných účelech, kdy hlavním zdůrazněním nebylo jen, odkud člověk pochází, kde žije, zda na vesnici nebo ve městě, jak je na tom po finanční stránce a zda se dá vše objektivně odhadnout, ale že je rovněž nutné přihlížet ke všem sociálním ukazatelům v životě člověka. Proto se v USA rozhodli, že zhodnotí po celonárodním výzkumu, jak se jim ve svém státě žije a to nejen v sociální sféře, ale i v oblasti bydlení, kriminality ve městech a rovněž také jaký má dopad na kvalitu života ovzduší, hlučnost továren a vůbec průmysl. Po zhodnocení výsledku došli na to, že uspokojení je jen do určité míry a ne vždy vše každému vyhovuje.

V posledním desetiletí dochází k rozvoji výzkumu, který se zabývá kvalitou života a jejím hodnocením. Výzkumné týmy se především zaměřují na hledání a identifikaci faktorů, které přispívají ke zlepšení kvality života. Cílem je hlavně podporovat a rozvíjet životní prostředí a zlepšit podmínky svého života. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) v průběhu několika let přispěla různými programy, které se zabývají zlepšením kvality, například jako je Ottawská charta z roku 1986 nebo Zdravé město od roku 1988.

3.2 Pojem kvalita života

V literatuře najdeme mnoho definic o kvalitě života, ale ještě žádná nebyla po dobu posledních třiceti let tak akceptována, že by se dala použít a říct, ano to je přesně ta daná definice. Dá se říct, že na nejobecnější úrovni je kvalita chápána jako důsledek interakce různých faktorů. V každé oblasti jsou sledovány jiné faktory pro zlepšení. V sociologii to může být například život určitých sociálních skupin, kvalita života menšin a následně jsou pak srovnávány. Psychologové se zaměřují na duševní pohodu jednotlivců a snaží se ji pomocí různých metod měřit. Taktéž či podobně je to ve zdravotnictví, kde se hledí především na kvalitu péče o pacienty komplexně.

Pro zjednodušení může být pojem kvalita rozdělen do dvou dimenzí, a to na subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita zasahuje do oblasti emocionality a všeobecné spokojenosti člověka. Objektivní dimenze má zase na mysli sociální a materialistické podmínky spolu s fyzickým zdravím. Proto je otázka, jak spolu souvisí a jak má být kvalita měřena.

Engel a Bergsma zase rozdělují kvalitu života do tří skupin: makro-rovina, mezo-rovina a personální rovina. Makro-rovina se zabývá kvalitou života komplexně, světově, např. dané země nebo světadílu. Podle Bergsma mluvíme o nejhlubším zamyšlení o absolutním smyslu života. A v mezo-rovině se zabývají otázkami kvality života v sociální sféře, jako jsou nemocnice, domov důchodců, škola a jiné.

Karel Balcar, český psycholog, se také zabíral kvalitou života a následně ji rozdělil do tří dimenzí. První je dimenze tělesná, která pojednává o zdraví člověka o jeho fyzické kondici a harmonii. Druhá dimenze duševní (prožitková) pojednává o štěstí. A poslední třetí dimenze pojednává o duchovnu (dimenze existenciální), která se zabývá prožitkem smyslnosti života. Podle Balcara pokud člověk zažívá citovou pohodu, jedná se o symbol duševní kvality.

Podle WHO je zdraví chápáno jako stav úplné fyzické, psychické i sociální pohody. Kvalitou života je proto to, jak člověk vnímá své postavení ve společnosti, v kontextu s kulturou a systémem hodnot pro něho důležité a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním nebo životního stylu. Kvalita života tedy není o zdravotním stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu na jedince. Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu věnující se výzkumným projektům na téma kvalita života definuje kvalitu jako stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.

3.3 Spokojenost

Začátkem 90. let minulého století vznikala řada změn ve zdravotnictví. Doba si vyžádala novou manažerskou kulturu, která se začala více zabírat spokojeností pacientů. Právě díky mezinárodním vzdělávacím programům se i u nás začal měnit postoj k managementu o kvalitě života, který se poté začal zajímat o pacienty, jak jsou spokojeni s péčí v nemocnicích a léčebnými postupy. Management byl otevřený novým výzkumům a měl velkou snahu se začít modernizovat v praxi. První teoretický a praktický výzkum o spokojenosti začala realizovat Škola veřejného zdravotnictví Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Empirickým šetřením došel institut k závěru, že je důležitou součástí sledovat nejen kvalitu života u pacientů v nemocničních zařízeních, ale i jejich spokojenost. A díky spokojenosti je možno hodnotit poskytování zdravotnických služeb, které jsou v návaznosti na uspokojení potřeb pacientů. Zda jsou nebo nejsou uspokojeny potřeby pacienta, se odrazí v jeho vědomí, chování a jeho vnitřním pocitu buď ke spokojenosti, nebo nespokojenosti. Proto je velkým přínosem pro sestry, lékaře a další zdravotnický personál vzájemná zpětná vazba. Klinický efekt léčby a následná léčba může velmi ovšem ovlivnit spokojenost pacienta a tím může dojít i ke kladnému výsledku léčby.

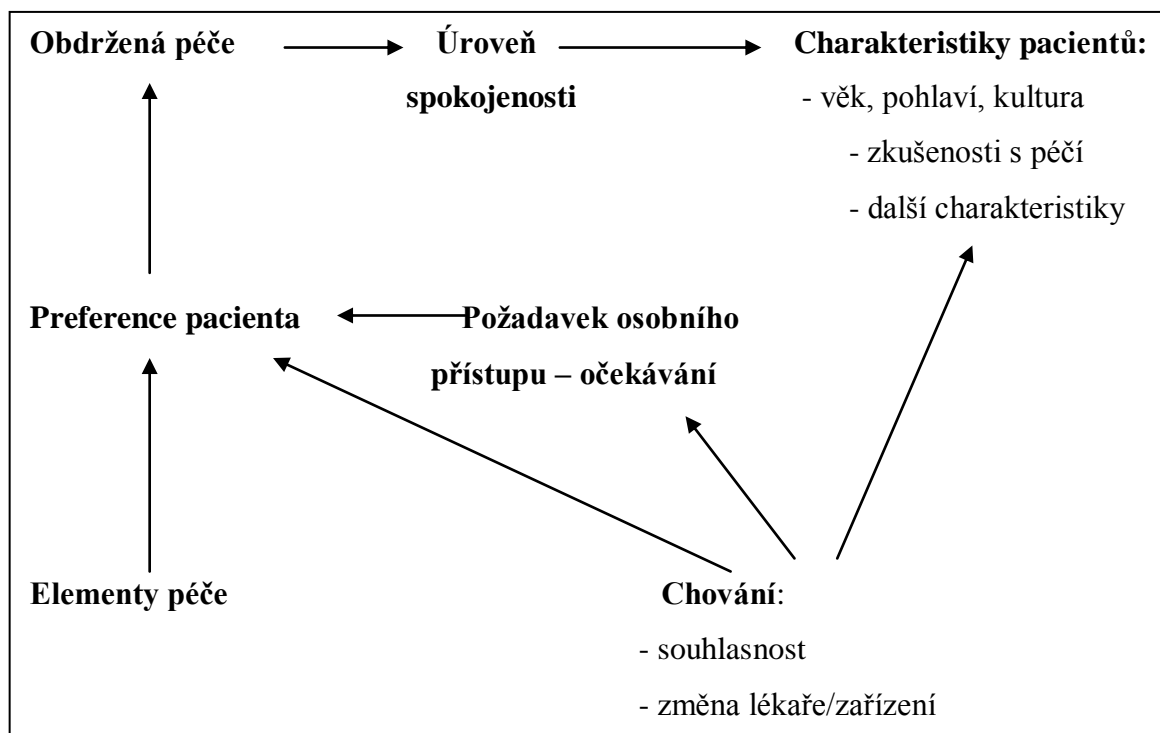
Nové programy zvané „Quality Assurance“ jsou zaměřeny na komplexní řízení kvality, do které spadá zdravotnická péče, stravování, úklid v nemocnicích apod. Novější navazující program má za úkol sledovat kvalitu života pacientů a zajistit neustálé, komplexní zlepšování péče (nové přístroje, léčebné metody a postupy, apod.). Z těchto důvodů byl v našich nemocnicích zaveden akreditační program. (Payne, 2005, str. 264)

3.3.1 Modely spokojenosti

Odborná literatura nám zatím neudává přesnou definici spokojenosti, proto se rozděluje do několika modelů, které nám pomohou jednotlivé úrovně vymezit.

- Model postavený na dosažení spokojenosti v definovaných dimenzích péče. Prvotně měl osm dimenzi, které později byly zredukovány o polovinu a zabývají se prostředím, finančními záležitostmi, nebo uměním pečovat.
- Model postavený na splnění přání pacienta. Hlavní rolí tohoto konceptu hrají přání a očekávání pacientů.
- Pragmatický model spokojenosti pacientů, který závisí na faktorech ovlivňující spokojenost. (Payne, 2005, str. 265)

Obrázek č. 1: Pragmatický model spokojenosti pacientů



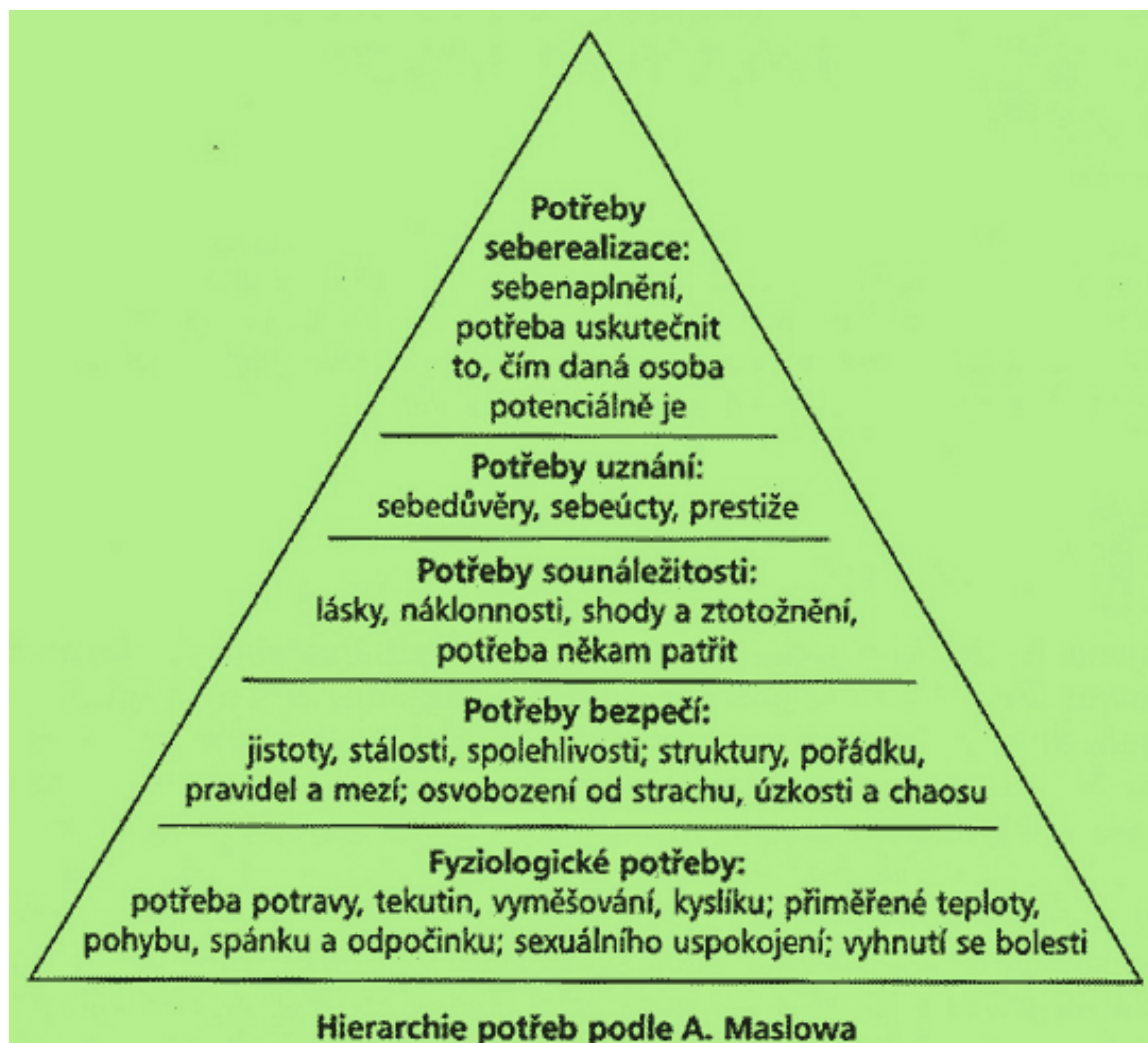
3.4 Potřeby člověka

Pojem potřeba je definován jako nedostatek něčeho důležitého co člověku chybí a mělo by dojít k jeho odstranění. Potřeba je něco, co je velmi důležité pro člověka, co potřebuje pro svůj život a vývoj. Při chybění něčeho může dojít ke změnám například psychologického rázu, které poté mohou vést ke špatné motivaci, nepozornosti, změnám emocí a podobně. Každý vyjadřuje potřeby svým způsobem a taktéž je uspokojuje svým způsobem. Je ale nutné říci, že potřeby se u každého v průběhu života mění nebo jsou uspokojovány jinak. Rozlišení významu potřeby se rozděluje do tří kategorií. První je z hlediska biologického, kdy dochází k narušení fyziologické rovnováhy například, když člověku chybí nějaký vitamín nebo stopový prvek. Druhá kategorie je z ekonomického hlediska, kdy jedinec chce vlastnit něco cenného jako je počítač nebo mobilní telefon. A třetí kategorie je na psychologické bázi, která má specifikovat psychický stav na podkladě určitého nedostatku.

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“ (Maslow)

Nejnámější klasifikace potřeb je od amerického psychologa A. H. Maslowa (1908-1970). Vytvořením teorie motivace vzniká jeho hierarchie potřeb. Maslow vede teorii, že každý má svůj vlastní systém potřeb, který je uspořádán podle hierarchie od nejsilnějšího po méně silné. Systém potřeb rozděluje na fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby uznání, ocenění a sebeúcty a potřeby seberealizace. K nim přiřadil tzv. metapotřeby, které mají vyjasňovat a specifikovat seberealizaci u jedince jako jsou harmonie, porozumění, hravost nebo individualita. Nejsou sice důležité jako základní teorie potřeb, ale napomáhají posilovat vývoj člověka k větší lidskosti. A pokud jedinec uspokojuje své potřeby je poté šťastnější, výkonnější a zdravější než jedinec, který svoje potřeby neuspokojuje.

Obrázek č. 2: Hierarchie potřeb podle A. Maslowa



Uspokojování potřeb může ovlivnit řada faktorů, jako jsou mezilidské vztahy, nemoc nebo okolnosti, za kterých nemoc vznikla. V nemocnici se sestra snaží uspokojovat potřeby pacienta, ovšem ne vždy dokáže vyjít vstříc a uspokojit všechny potřeby. Důležitá je psychická podpora pacienta ze strany sestry a zdravotnického týmu. Závislost pacienta na sestře se mění podle závažnosti nemoci a rekonvalescence. Pacient po operaci kyčelního kloubu bude potřebovat uspokojit jiné potřeby, jako je vyprazdňování, hygiena či strava než u pacienta po odstranění křečových žil. Čím se ale délka rekonvalescence prodlužuje, tím méně je člověk závislý na sestře v pomoci uspokojení potřeb.

3.5 Kvalita života pacientů s chronickým onemocněním střev

Každý člověk má právo na důstojný život i důstojné zacházení, proto by lidé s chronickým onemocněním střev neměli být výjimkou. Kvalita života u těchto pacientů je mnohdy na nesrovnatelně nižší úrovni než u zdravých jedinců. Dnešní uspěchaná doba a hektický styl života má za následek nedodržování správné životosprávy spojené s chybným stravováním. Nejedná se přitom pouze o problémy s jídelníčkem a zažívacími obtížemi. Důležité je zejména dodržovat lékařem nařízenou dietu a další opatření, aby se pacientův stav a stádium nemoci nezhoršilo. Všechna tato omezení pak pacienty s chronickým onemocněním střev vyčleňují z běžného života. Většina lidí s tímto onemocněním udává, že po zjištění nemoci bylo nutné uspořádat svůj životní styl a denní harmonogram jinak, než byli předtím zvyklí. Například omezení svých volnočasových aktivit značně zapůsobilo na některé jedince. V dnešní době existuje celá řada lidí, kteří denně aktivně sportují, a když je člověk na tento styl života zvyklý a náhle je nucen pohyb omezit, určitě mu to po psychické stránce mnoho nepřidá. I pracovní nasazení může být ovlivněno únavou, kdy pacient není schopen odvést stoprocentní výkon a ze strany zaměstnavatele nebo kolegů se může setkat s negativními reakcemi na jeho pracovní výsledky. Dopad na psychický stav může mít i hospitalizace, jelikož ne každý člověk se dokáže dobře vypořádat s pobytem v nemocnici. Proto je i na zdravotnickém personálu, aby vycházel co nejvíce vstříc a měl pochopení při některých jeho požadavcích a prosbách. Určitá část pacientů s chronickým onemocněním střev může po hospitalizaci odcházet z nemocnice se stomií. Kvalita života pacientů např. se stomií bývá také na velmi nízké úrovni. Pacientům může ze začátku trvat, než si zvyknou na stomický vývod a ani okolí jim nemusí tuto situaci ulehčovat. Bohužel i v dnešní době se může člověk pořád setkat s některými jedinci, kteří nemají pochopení. Dokonce i já sama jsem se setkala

při práci v nemocnici s negativními reakcemi na stomii nejen okolí, ale i z rodinného kruhu pacienta. V takových případech by bylo patrně dobré vyhledat pomoc psychologa a pokusit se o to, aby pacient se stomií získal i jiný než negativní pohled svět a dokázal zase žít v rámci mezi plnohodnotným životem.

Všechny tyto výše zmíněné faktory negativně ovlivňují nejen zažívání, ale také celkový zdravotní stav člověka. Studie jednoznačně poukazují na fakt, že pacientů s chronickým onemocněním střev neustále přibývá. Alarmující je také, že s nárůstem výskytu tohoto typu onemocnění současně klesá věkový průměr takto postižených pacientů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Svou práci jsem se rozhodla zaměřit na pacienty s chronickým onemocněním střev a jejich kvalitu života. Cílem práce je zhodnocení kvality života u těchto pacientů, jak se jim s onemocněním žije a jak jsou spokojeni se svým životem. Proto jsem sestavila dotazník, který je rozdělen do několika částí, aby mi pomohl v lepším šetření a zjištění skutečné kvality života u těchto pacientů.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Cíl č. 1: Zjistit informovanost pacientů o onemocnění a určit kvalitu jejich léčby.

Cíl č. 2: Zjistit dopady onemocnění na profesní a osobní život pacientů.

Cíl č. 3: Zhodnotit spokojenost pacientů v jednotlivých oblastech kvality života.

4.2 Metodika výzkumného šetření

Pro své výzkumné šetření jsem použila metodu anonymního dotazníkového šetření, který jsem sestavila na podkladě zkušeností, které se mi dostaly při práci v nemocnici s těmito lidmi a pomocí odborné literatury. Dotazník byl určen pro cílenou skupinu lidí, tedy pacientům s chronickým onemocněním střev, tedy s Crohnovou chorobou a Ulcerózní kolitidou.

Výzkumné šetření pomocí dotazníkového šetření jsem vedla přibližně od března do května 2011. Dotazník jsem měla vystavený na internetové adrese <http://www.crohn.ic.cz>, a dále byl rozdán osobně pacientům s onemocněním střev, které jsem osobně poznala při psaní mé bakalářské práce. Rozdáno bylo 100 dotazníků s návratností 87, ale použito v šetření bylo jen 81 dotazníků z důvodu neúplného vyplnění, které by byly poté nezhodnotitelné.

4.2.1 Pilotní studie

Nejprve jsem si vytvořila dotazník, který jsem prvotně rozdala na ověření 4 klientům, kteří měli upozornit na nedostatky nebo nesrozumitelnosti při vyplnění v dotazníku.

Po tomto pilotním šetření jsem nesrozumitelné a špatně položené otázky přeformulovala a některé otázky jsem změnila na polootevřené.

4.3 Metodika analýzy

Dotazník jsem rozdělila do čtyř částí. První část je zaměřena na identifikační otázky, jako je věk, pohlaví nebo zaměstnání respondentů. V druhé části jsem kladla otázky zabývající se onemocněním a léčbou. Ve třetí části se zabývám otázkami, které mají za cíl zjistit, jakým způsobem nemoc ovlivnila jejich osobní život. A poslední čtvrtá část je zaměřena na spokojenost pacientů ve všeobecných oblastech. Celkem bylo položeno 43 otázek, z toho uzavřených otázek bylo 32 a polootevřených otázek 11. U uzavřených otázek je tudíž daný jasný výčet odpovědí. Relativní četnost se vypočítá na základě procentuálního vyjádření, které je odvozeno z výčtu četností vyhodnocené otázky. Vzorec pro relativní četnost vypadá takto:

takto: n_i

$$\frac{\quad}{n} \times 100 = \text{relativní četnost v \%}$$

kdy n_i znamená celkový počet odpovědí,

a n znamená celkový počet dotazovaných.

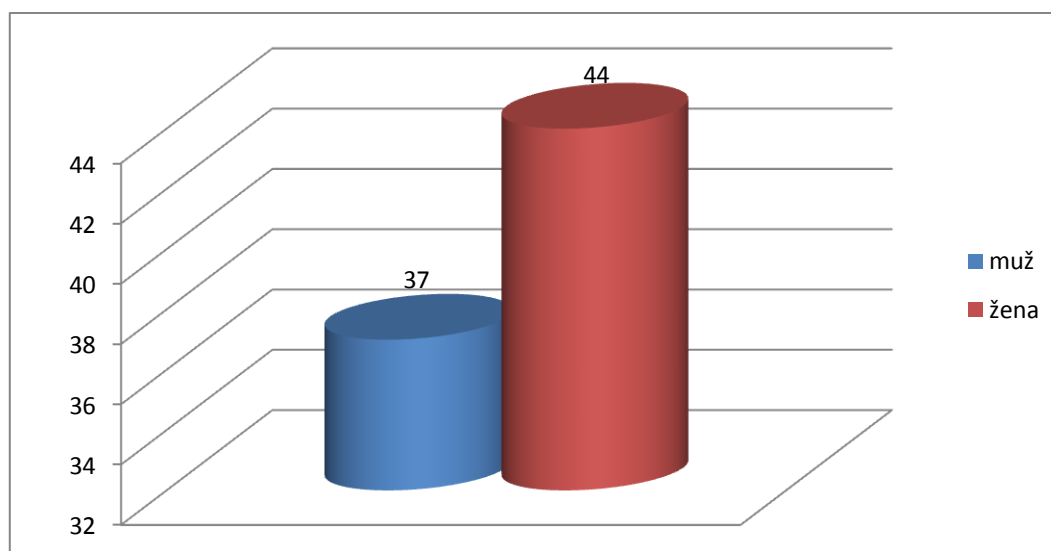
4.4 Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1: Jste:

Tabulka č. 3: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
muži	37	46 %
ženy	44	54 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



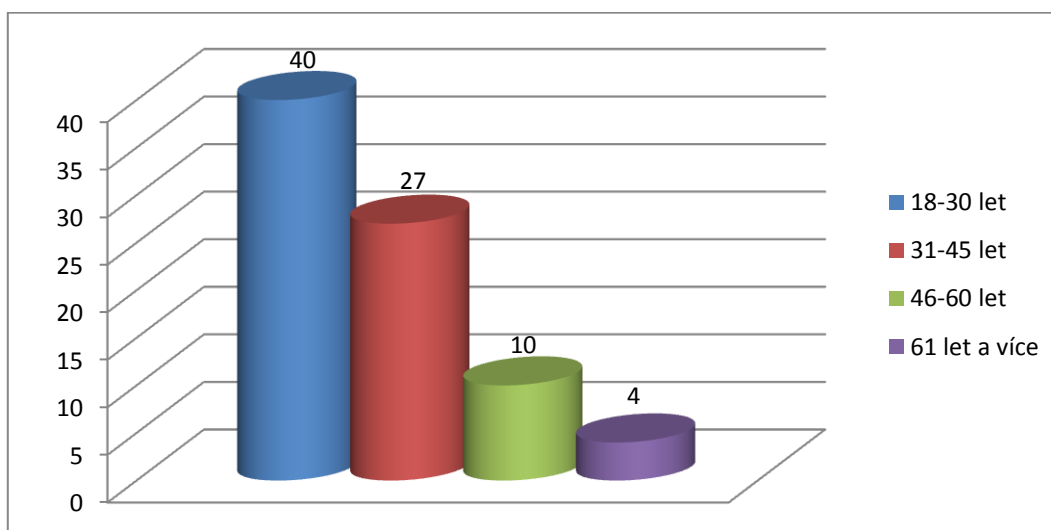
Komentář k otázce č. 1: Šetření se zúčastnilo 46 % mužů a 54 % žen z celkového počtu 81 respondentů. Na tomto grafu je vidět mírná převaha žen nad muži.

Otázka č. 2: Váš věk:

Tabulka č. 4: Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-30 let	40	50 %
31-45 let	27	33 %
46-60 let	10	12 %
61 let a více	4	5 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 2: Věk respondentů



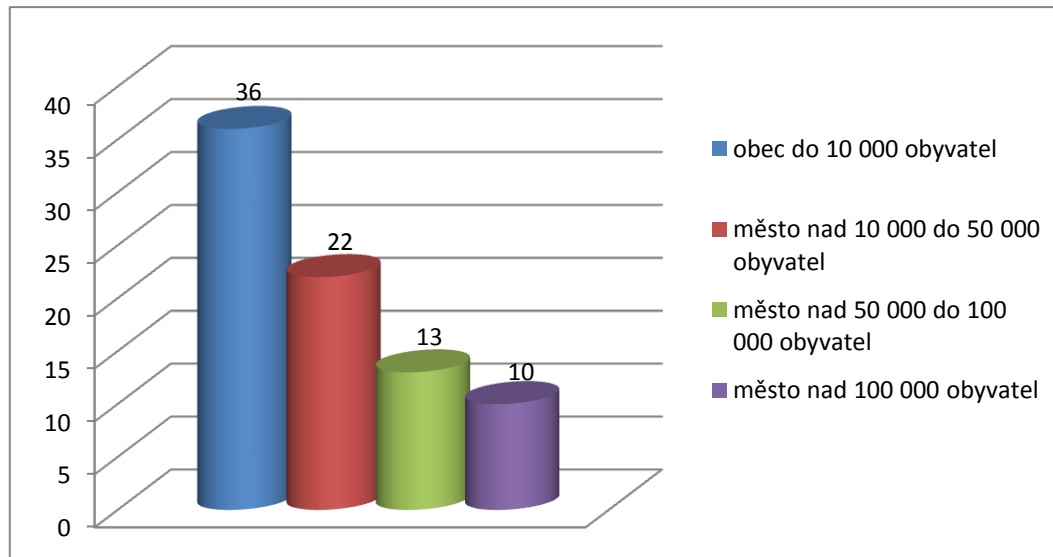
Komentář k otázce č. 2: Z grafu je viditelné, že onemocnění postihuje ve větší míře mladší populaci a to z 50 % ve věku 18-30 let. Další větší skupinou tvoří lidé ve věku 31-45 let (33 %). Nejmenší skupinu tvoří dotázaní ve věku nad 61 let (5 % respondentů).

Otázka č. 3: Bydliště:

Tabulka č. 5: Bydliště respondentů

bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
obec do 10 000 obyvatel	36	45 %
město nad 10 000 do 50 000 obyvatel	22	27 %
město nad 50 000 do 100 000 obyvatel	13	16 %
město nad 100 000 obyvatel	10	12 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 3: Bydliště respondentů



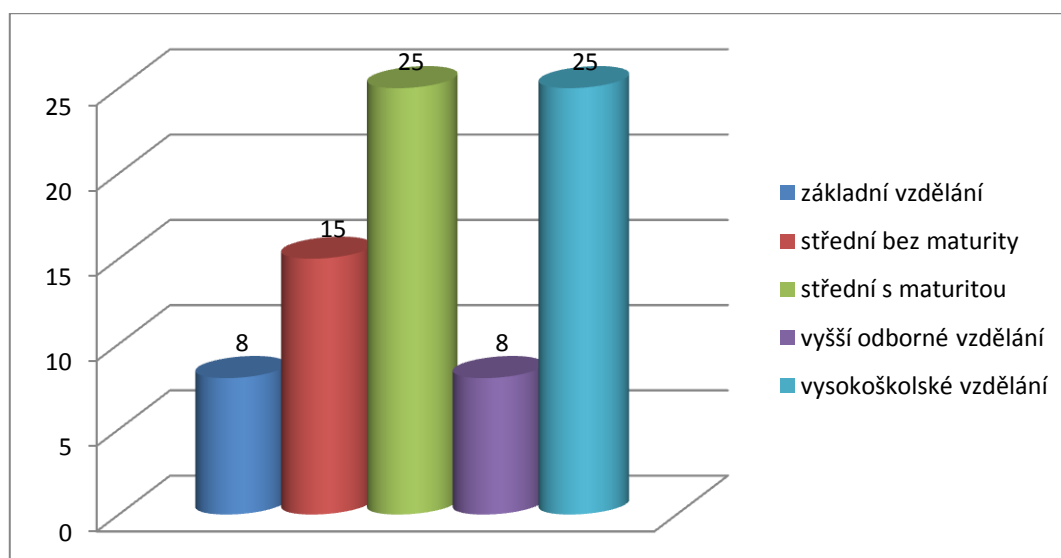
Komentář k otázce č. 3: Největší počet respondentů, tj. 45 % žije v obci do 10 000 obyvatel. Město nad 10 000 do 50 000 obyvatel zahrnuje 27 % respondentů. Jen 16 % respondentů žije ve městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel a nejmenší počet respondentů, tedy jen 12 % žije v městě nad 100 000 obyvatel.

Otázka č. 4: Ukončené vzdělání:

Tabulka č. 6: Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů

ukončené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
základní vzdělání	8	10 %
střední bez maturity	15	18 %
střední s maturitou	25	31 %
vyšší odborné vzdělání	8	10 %
vysokoškolské vzdělání	25	31 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 4: Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů



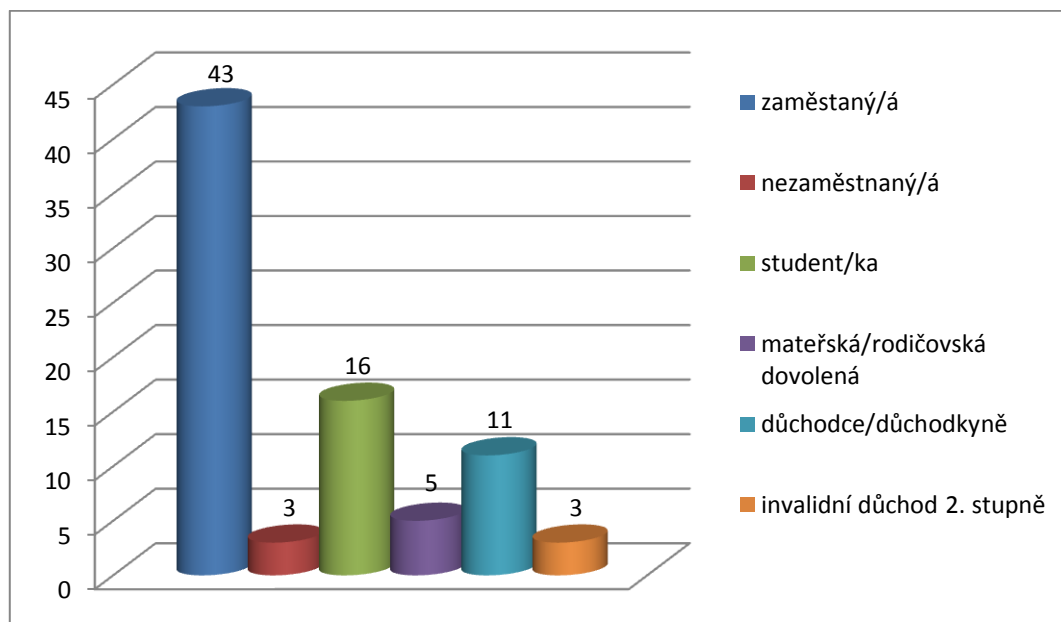
Komentář k otázce č. 4: Z grafu je viditelné, že největší skupinou respondentů jsou vysokoškolsky vzdělaní lidé – 31 % a lidé se střední školou s maturitou, také 31 %. Naopak do nejmenší skupiny respondentů patří lidé se základním a vyšším odborným vzděláním (10 %). Respondentů, kteří ukončili střední vzdělání bez maturity je 18 % ze všech dotázaných.

Otázka č. 5: V současné době jste:

Tabulka č. 7: Zaměstnání respondentů

zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
zaměstnaný/á	43	53 %
nezaměstnaný/á	3	4 %
student/ka	16	20 %
mateřská/rodičovská dovolená	5	6 %
důchodce/důchodkyně	11	13 %
invalidní důchod 2. stupně	3	4 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 5: Zaměstnání respondentů



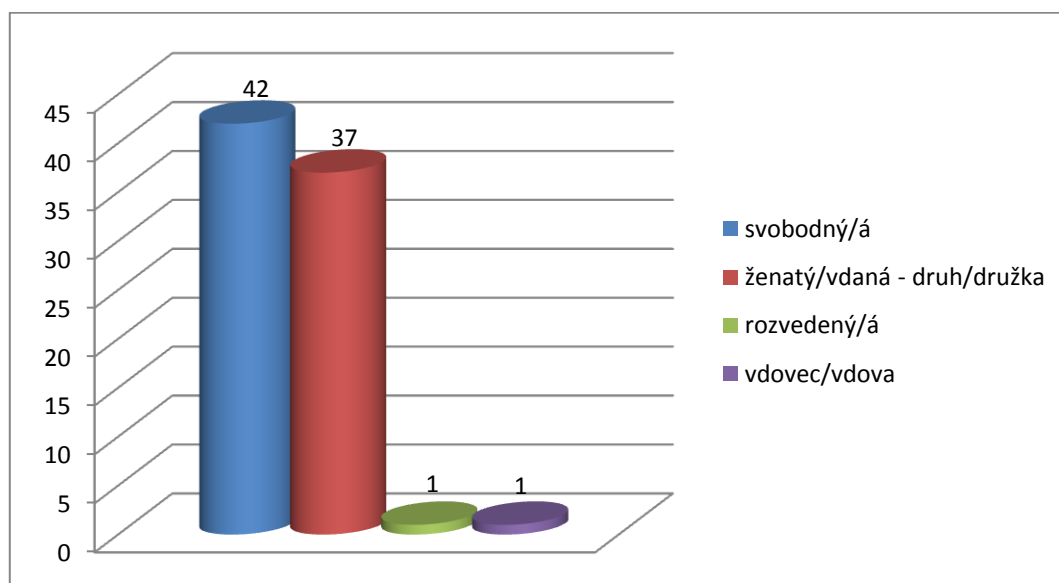
Komentář k otázce č. 5: Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 53 % respondentů je zaměstnaných a naopak nejmenší skupinou jsou lidé na invalidním důchodě (4 %) a nezaměstnaní (4 %) z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 6: Rodinný stav:

Tabulka č. 8: Rodinný stav respondentů

rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
svobodný/á	42	52 %
ženatý/vdaná – druh/družka	37	46 %
rozvedený/á	1	1 %
vdovec/vdova	1	1 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 6: Rodinný stav respondentů



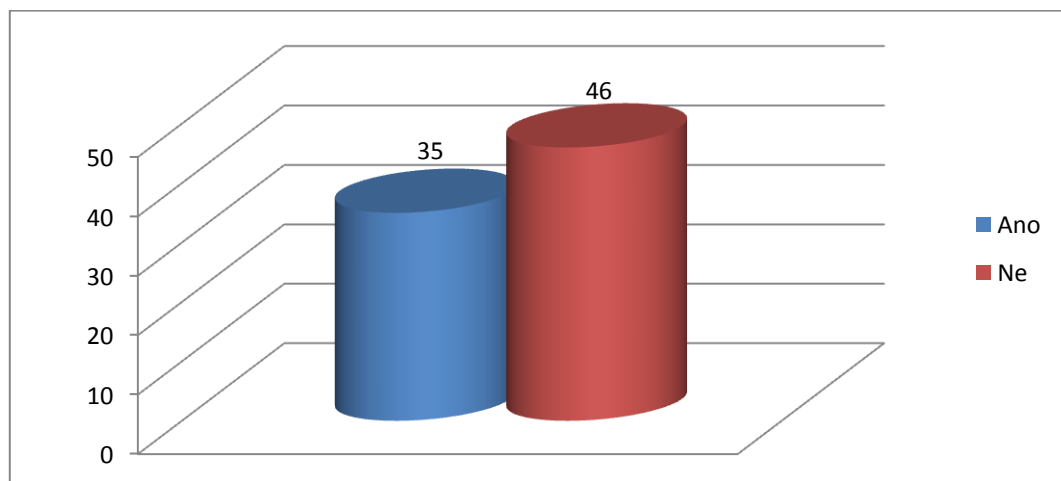
Komentář k otázce č. 6: Znatelnou převahu tvoří dotázaní buď svobodní (52 %) nebo ve svazku manželském či žijící spolu v jedné domácnosti, a to z 46 % dotázaných.

Otázka č. 7: Máte děti?

Tabulka č. 9: Zda-li máte doma děti

Máte děti?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	35	43 %
ne	46	57 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 7: Zda-li máte doma děti



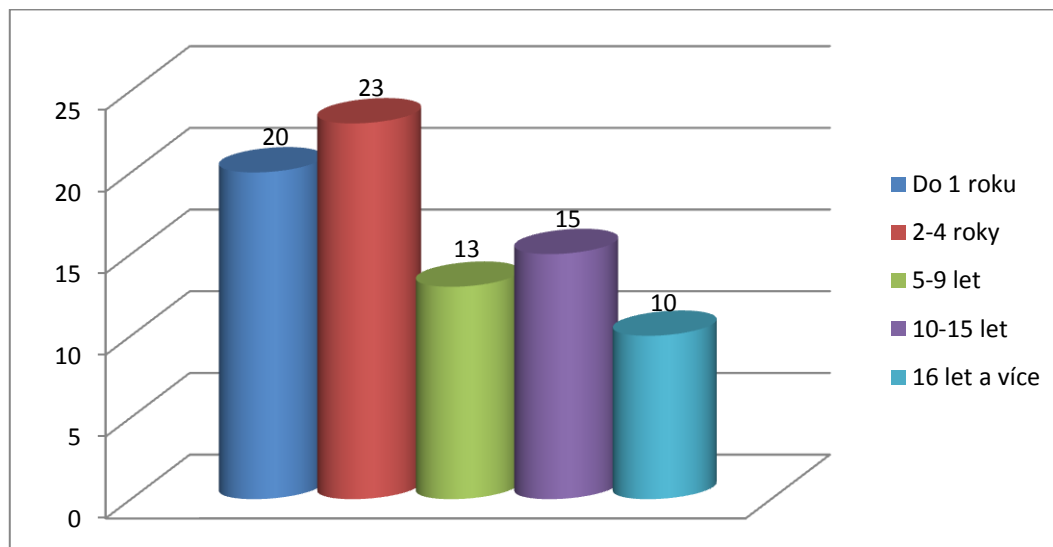
Komentář k otázce č. 7: Na tento dotaz odpovědělo 57% respondentů, že nemají děti a 43% odpovědělo, že děti má.

Otázka č. 8: Jak dlouho žijete s onemocněním?

Tabulka č. 10: Jak dlouho žijete s onemocněním?

Jak dlouho žijete s onemocněním?	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 1 roku	20	25 %
2-4 roky	23	28 %
5-9 let	13	16 %
10-15 let	15	19 %
16 let a více	10	12 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 8: Jak dlouho žijete s onemocněním?



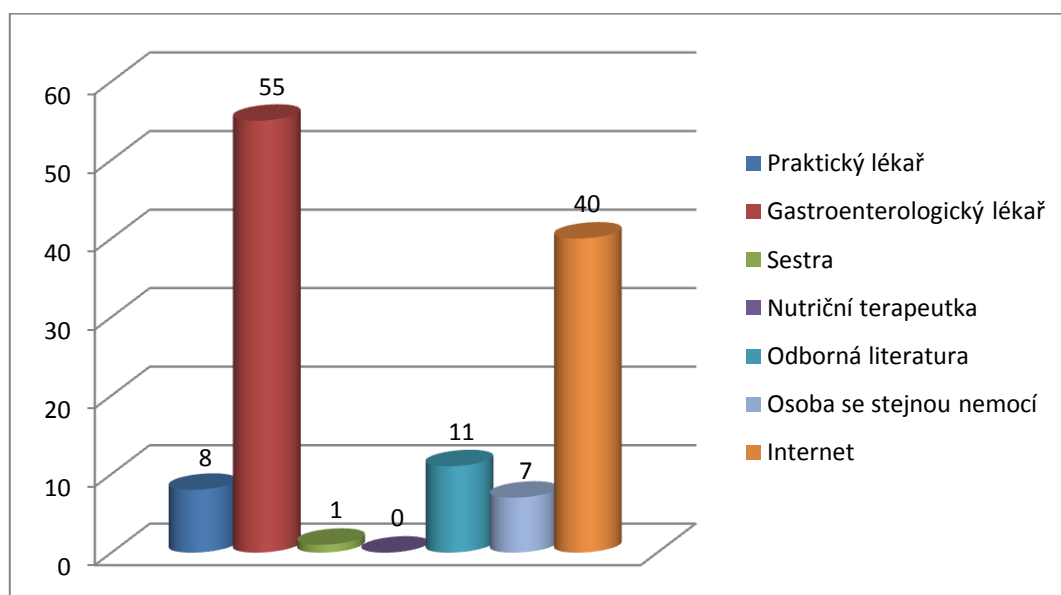
Komentář k otázce č. 8: 25% respondentů odpovědělo, že onemocnění mají do 1 roku, 28% je nemocných od 2 do 4 let. 5-9 let žije s onemocněním 16% respondentů, 19% dotázaných žije s onemocněním 10-15 let a nejmenší skupinu tvoří respondenti žijící s onemocněním více jak 16 let (12 %).

Otázka č. 9: Kdo Vám dodal nejvíce informací při zjištění onemocnění?

Tabulka č. 11: Kdo vám poskytl nejvíce informací o nemoci?

Kdo vám poskytl nejvíce informací o nemoci?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Praktický lékař	8	10 %
Gastroenterologický lékař	55	68 %
Sestra	1	1 %
Nutriční terapeutka	0	0 %
Odborná literatura	11	13 %
Osoba se stejnou nemocí	7	8 %
internet	40	49 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 9: Kdo vám poskytl nejvíce informací o nemoci?



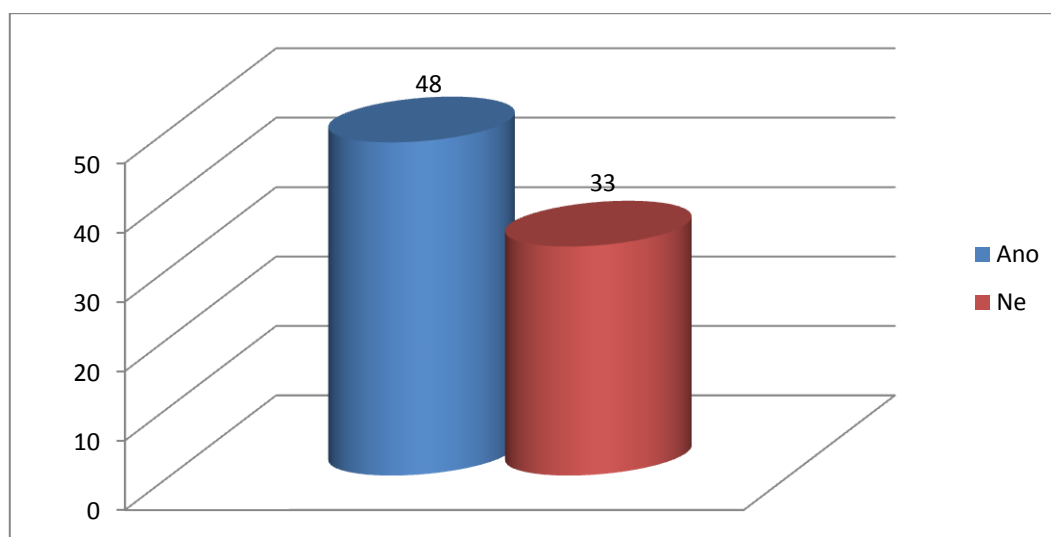
Komentář k otázce č. 9: Z grafu jasné, že nejvíce informací poskytl gastroenterologický lékař, a to v 68 %. Naopak sestra a nutriční terapeutka podaly pacientům nejméně informací.

Otázka č. 10: Byly pro vás podané informace o onemocnění od lékaře, sestry či nutriční terapeutky dostačující?

Tabulka č. 12: Byly informace od zdravotnického personálu dostačující?

Byly informace od zdravotnického personálu dostačující?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	48	60 %
ne	33	40 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 10: Byly informace od zdravotnického personálu dostačující?



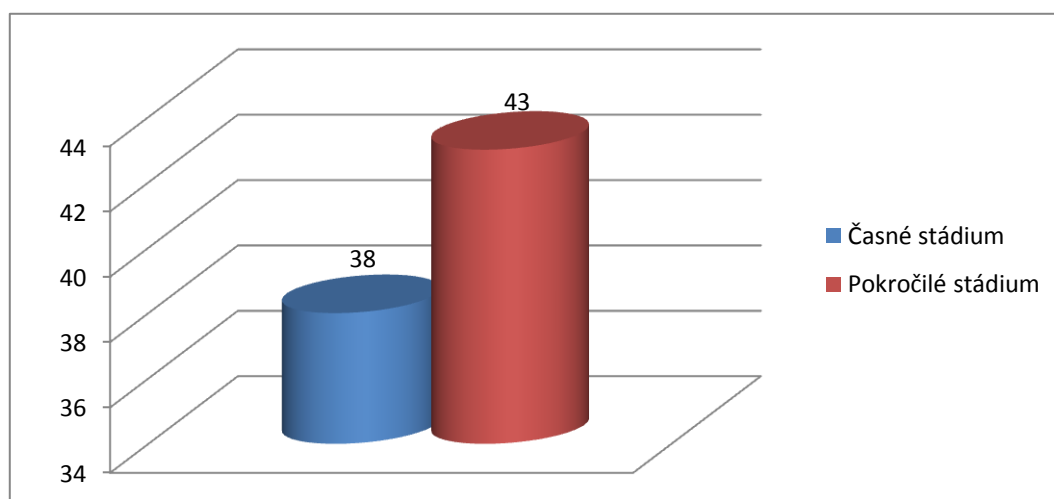
Komentář k otázce č. 10: Pro 60 % respondentů byly podané informace dostačující. Pro zbylých 40 % dostačující nebyly.

Otázka č. 11: V jaké stádiu se diagnostikovalo Vaše onemocnění?

Tabulka č. 13: V jakém stádiu nemoci vám zjistili onemocnění?

V jakém stádiu nemoci vám zjistili onemocnění?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časné stadium	38	47 %
Pozdní stadium	43	53 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 11: V jakém stádiu nemoci vám zjistili onemocnění?



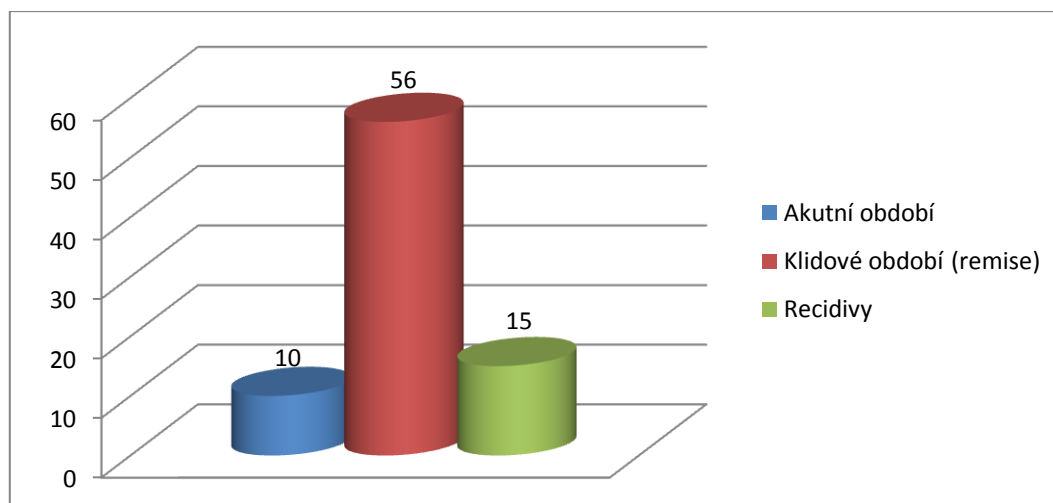
Komentář k otázce č. 11: 53 % respondentům bylo zjištěno onemocnění v pozdním stádiu a ve 47 % byla nemoc objevena v časném stádiu.

Otázka č. 12: V jaké fázi je nyní vaše onemocnění?

Tabulka č. 14: Nynější fáze onemocnění

Nynější fáze onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
akutní období	10	12 %
klidové období (remise)	56	69 %
recidivy	15	19 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 12: Nynější fáze onemocnění



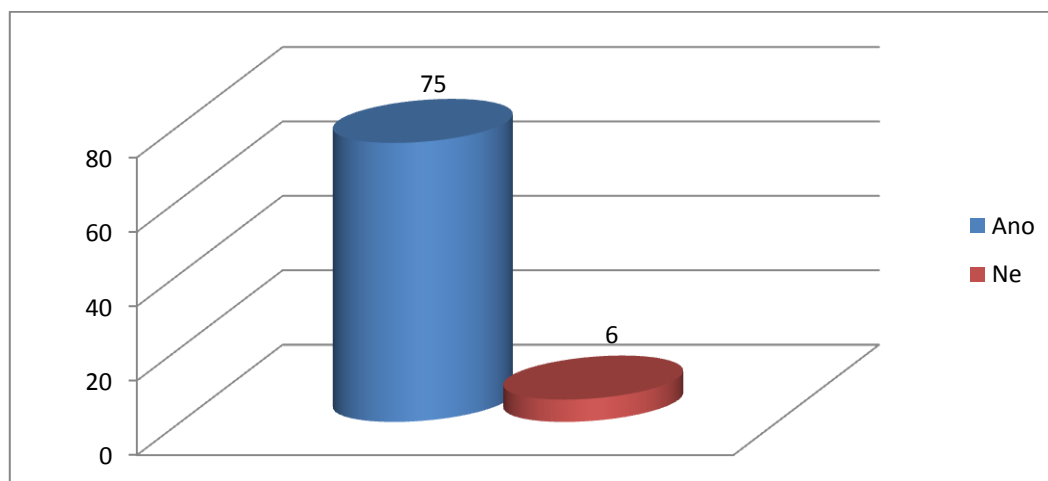
Komentář k otázce č. 12: Na grafu je patrné, že v 69 % jsou respondenti nyní v klidovém stádiu. Jen 12 % dotázaných je v akutním stádiu a 19 % respondentů má recidivu.

Otázka č. 13: Chodíte na pravidelné kontroly?

Tabulka č. 15: Chodíte pravidelně na kontroly?

Chodíte pravidelně na kontroly?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	75	93 %
ne	6	7 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 13: Chodíte pravidelně na kontroly?



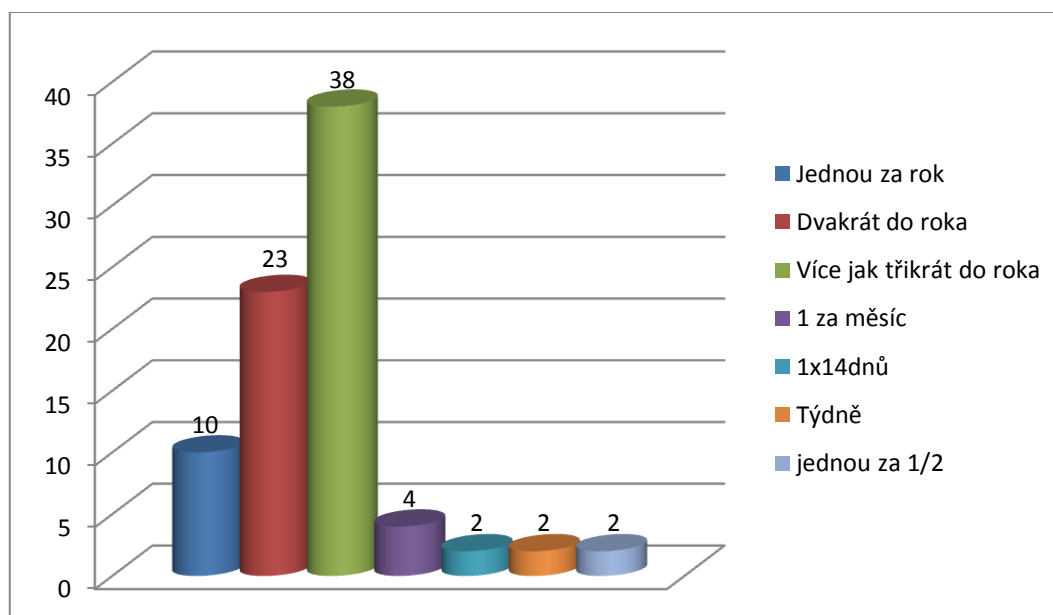
Komentář k otázce č. 13: Na otázku „Chodíte na pravidelné kontroly?“ odpovědělo 93 % respondentů „ano“ a „ne“ odpovědělo 7 % dotázaných.

Otázka č. 14: Pokud ano, tak jak často?

Tabulka č. 16: Jak často chodíte na kontroly?

Jak často chodíte na kontroly?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jednou za rok	10	12 %
Dvakrát do roka	25	31 %
Více jak třikrát do roka	38	47 %
1 za měsíc	4	5 %
1x14 dnů	2	2,5 %
týdně	2	2,5 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 14: Jak často chodíte na kontroly?



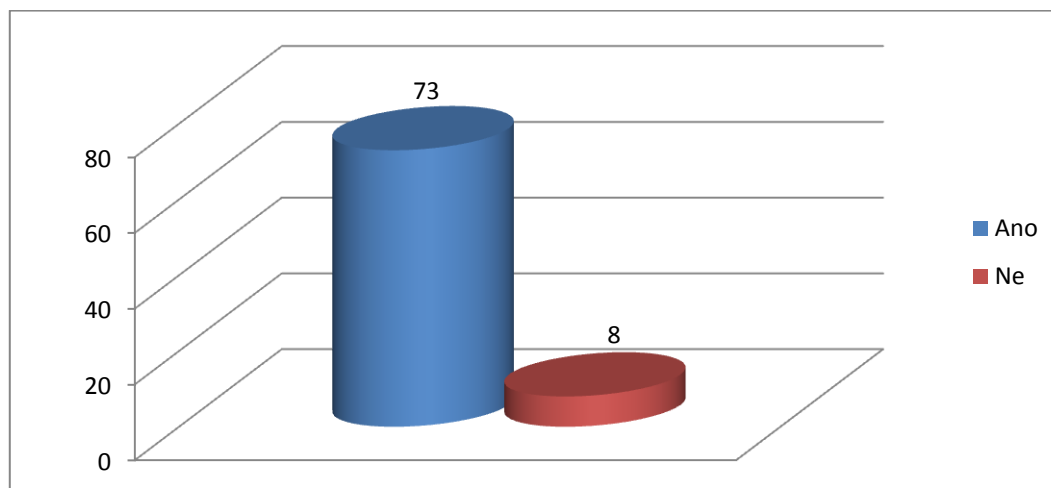
Komentář k otázce č. 14: Necelá polovina dotázaných odpověděla, že na kontroly chodí více jak třikrát do roka. Třetina respondentů navštěvuje lékaře dvakrát do roka.

Otázka č. 15: Užíváte předepsané léky?

Tabulka č. 17: Užíváte pravidelně léky?

Užíváte pravidelně léky?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	73	90 %
ne	8	10 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 15: Užíváte pravidelně léky?



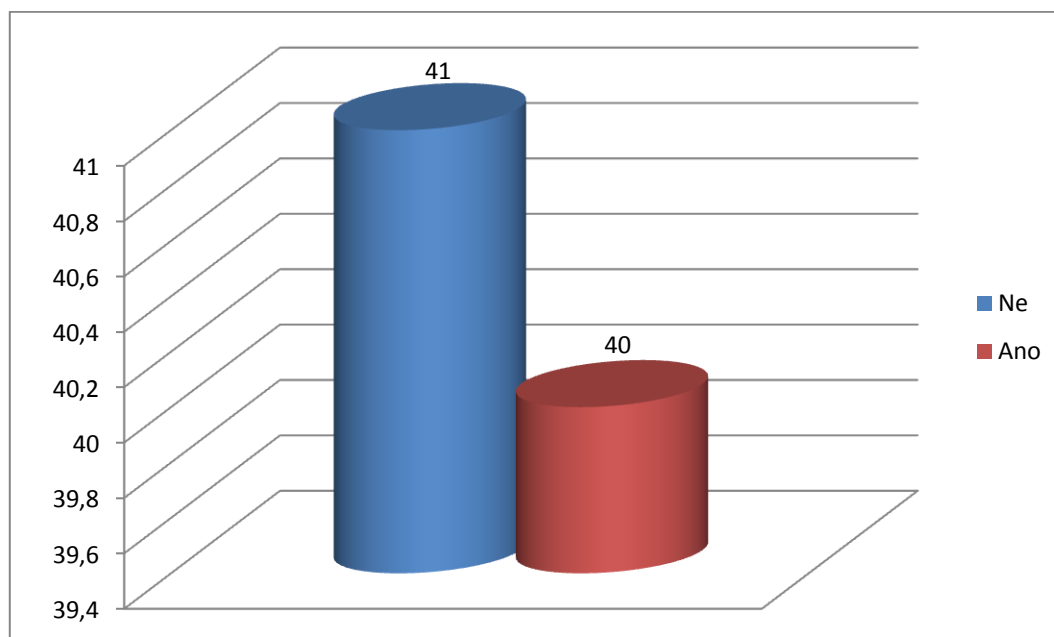
Komentář k otázce č. 15: Z celkového počtu 81 respondentů 90 % respondentů užívá předepsané léky. Jen 10 % respondentů své léky neužívá.

Otázka č. 16: Objevily se u vás komplikace, které bylo nutno řešit operabilně?

Tabulka č. 18: Bylo nutné řešit u vás léčbu operabilně?

Bylo nutné řešit u vás léčbu operabilně?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	40	49 %
ne	41	51 %
Celkem	81	100 %

Graf č.16: Bylo nutné řešit u vás léčbu operabilně?



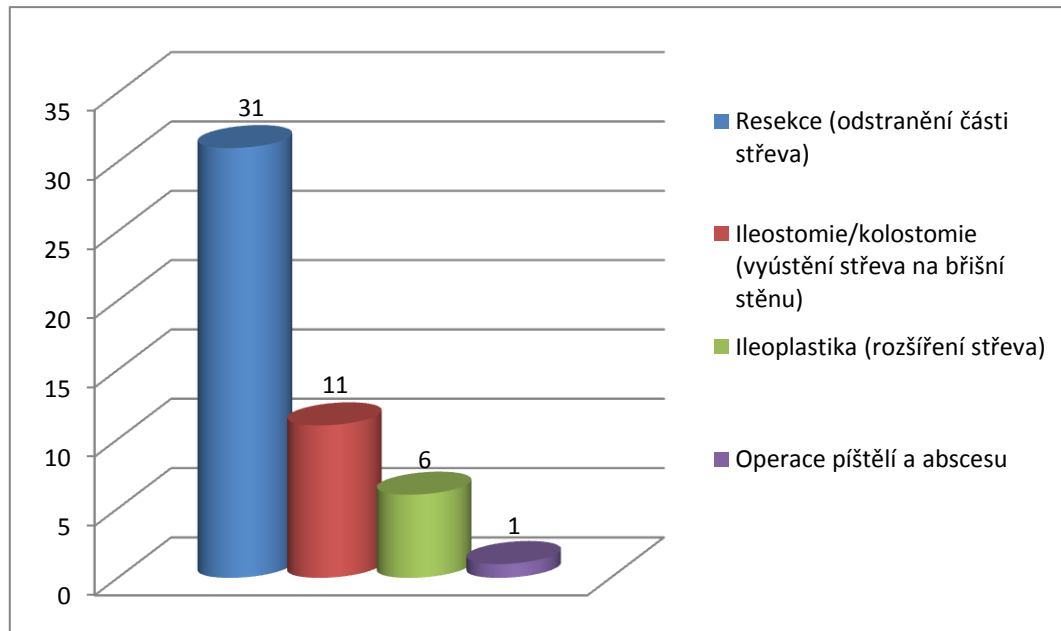
Komentář k otázce č. 16: Necelá polovina ze všech dotázaných (49 %) podstoupila operační léčbu.

Otázka č. 17: Pokud ano, jaký typ chirurgické léčby byl u Vás použit?

Tabulka č. 19: Typy operačního zákroku

Typy operačního zákroku.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Resekce (odstranění části střeva)	31	63 %
Ileostomie/kolostomie (vyústění střeva na břišní stěnu)	11	23 %
Ileoplastika (rozšíření střeva)	6	12 %
Operace píštělí a abscesů	1	2 %
Celkem	49	100 %

Graf č. 17: Typy operačního zákroku



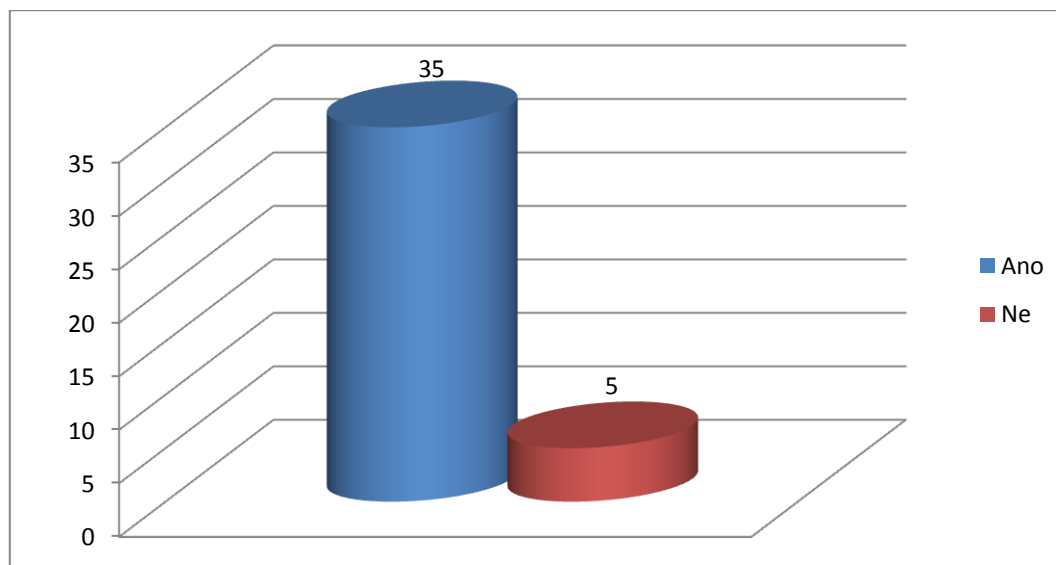
Komentář k otázce č. 17: Někteří respondenti mají za sebou více operací, proto absolutní a relativní četnost se liší. 63 % dotázaných podstoupilo resekci, 23 % podstoupilo operaci se stomickým vývodem, ileoplastiku podstoupilo 12 % dotázaných a jen 2 % podstoupilo operaci píštělí a abscesů.

Otázka č. 18: Byl/a jste spokojen/a se zařízením, ve kterém operace probíhala a celým zdravotnickým týmem?

Tabulka č. 20: Byl/a jste spokojen/a s nemocnicí a celým týmem?

Byl/a jste spokojen/a s nemocnicí a celým týmem?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	35	88 %
ne	5	12 %
Celkem	40	100 %

Graf č. 18: Byl/a jste spokojen/a s nemocnicí a celým týmem?



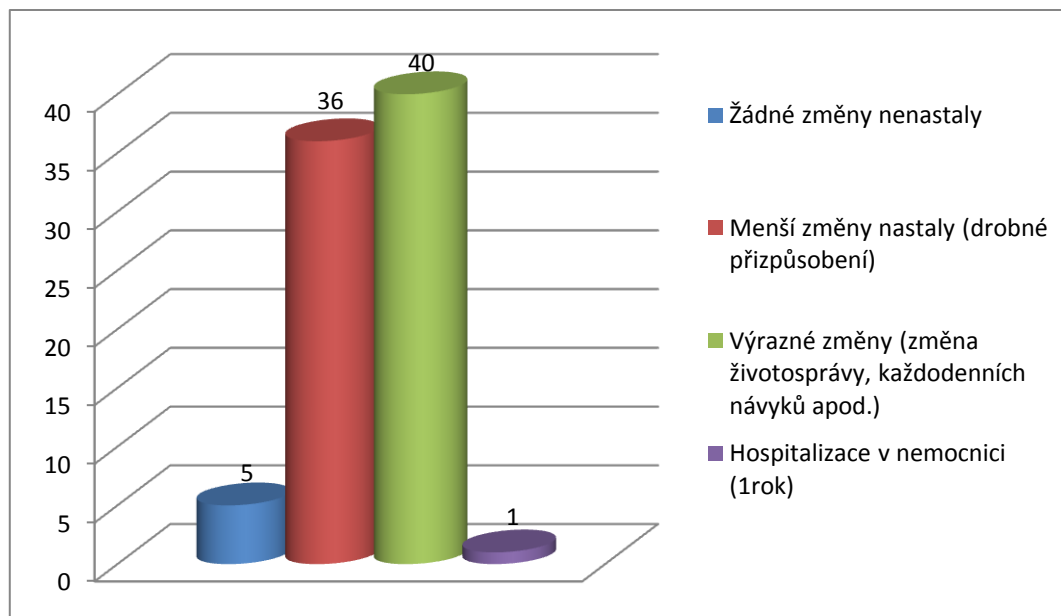
Komentář k otázce č. 18: 88 % dotázaných bylo spokojeno s nemocnicí a celým týmem a 12 % respondentů nebylo spokojeno s péčí a týmem.

Otázka č. 19: Jak Vám onemocnění změnilo život?

Tabulka č. 21: Nastaly u vás nějaké změny po zjištění nemoci?

Nastaly u vás nějaké změny po zjištění nemoci?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné změny nenastaly	5	6 %
Menší změny nastaly (drobné přizpůsobení)	36	44 %
Výrazné změny nastaly (změna životosprávy, každodenních návyků apod.)	40	50 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 19: Nastaly u vás nějaké změny po zjištění nemoci?



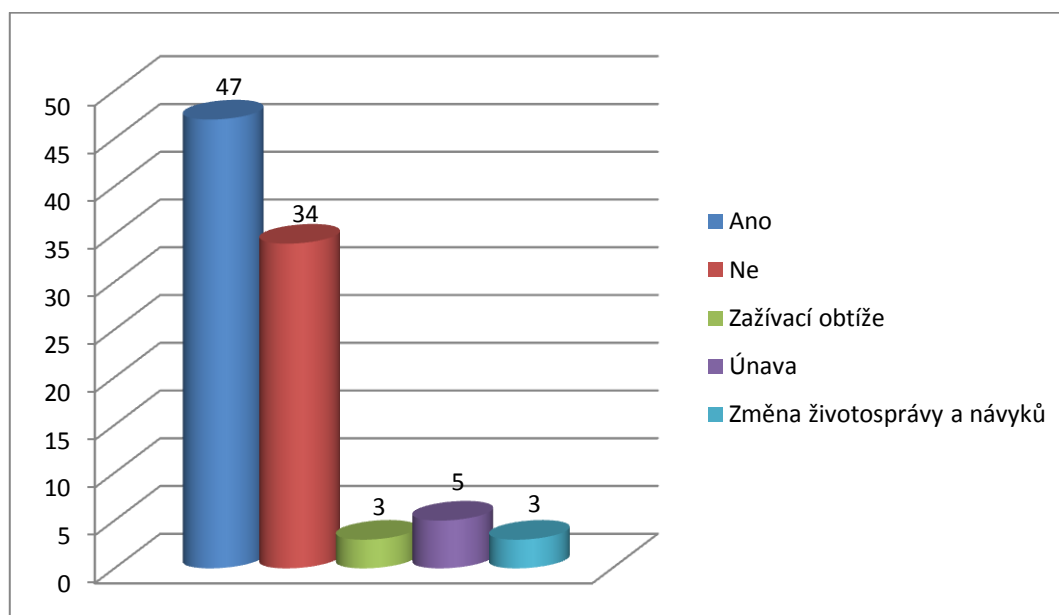
Komentář k otázce č. 19: Výrazně změnilo svůj životní styl 50 % dotázaných a jen 6 % odpovědělo, že žádné změny v jejich životě nenastaly.

Otázka č. 20: Ovlivnila nemoc Váš osobní život?

Tabulka č. 22: Ovlivnila nemoc váš osobní život?

Ovlivnila nemoc váš osobní život?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	47	58 %
ne	34	42 %
Zažívací potíže	3	4 %
únava	5	6 %
Změna životosprávy a návyků	3	4 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 20: Ovlivnila nemoc váš osobní život?



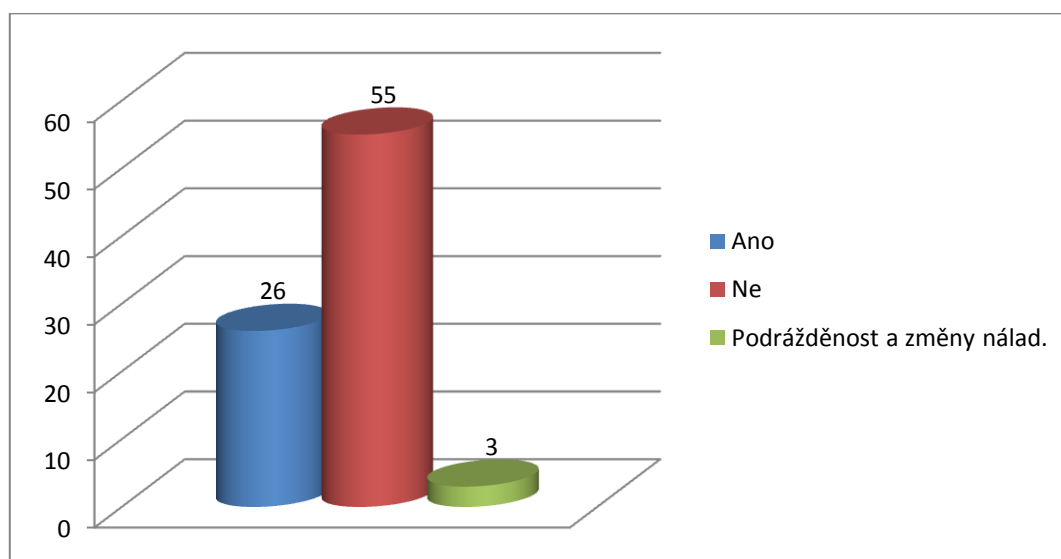
Komentář k otázce č. 20: 58 % respondentů odpovědělo, že nemoc ovlivnila jejich osobní život. Někteří respondenti napsali, že nemoc ovlivnila jejich zažívací potíže (4 %), únavou trpí 6 % respondentů a změnu životosprávy a návyků udalo 4 % dotázaných.

Otázka č. 21: Ovlivnila nemoc Váš partnerský vztah?

Tabulka č. 23: Ovlivnila nemoc partnerský vztah?

Ovlivnila nemoc partnerský vztah?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	26	32 %
ne	55	68 %
Podrážděnost a změny nálad	3	4 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 21: Ovlivnila nemoc partnerský vztah?



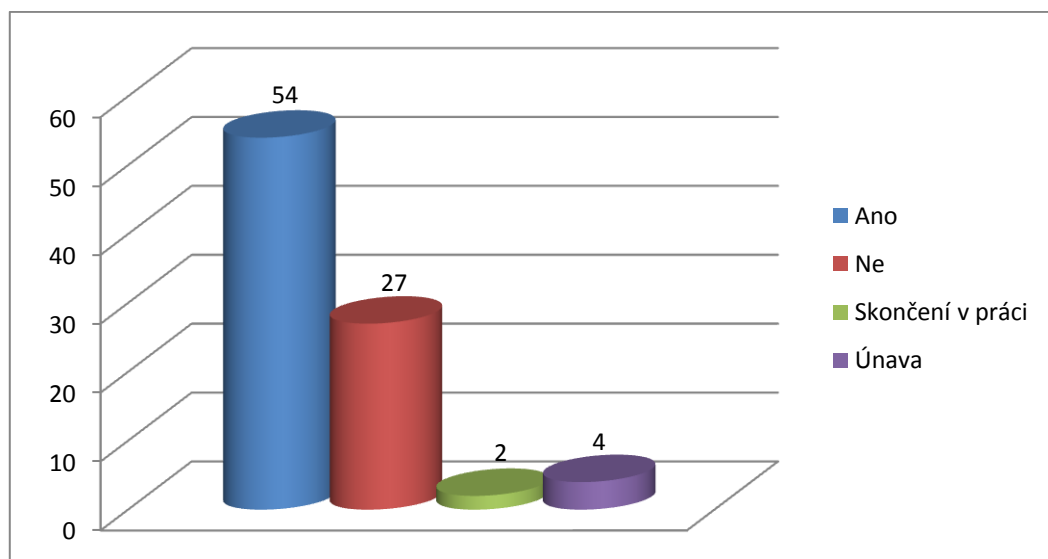
Komentář k otázce č. 21: 4 % dotázaných odpovědělo, že se jim změnila nálada a bylo podrážděných. Naopak 68 % dotázaných odpovědělo, že jim nemoc nezměnila partnerský vztah.

Otázka č. 22: Ovlivnila nemoc Vaši práci, pracovní nasazení?

Tabulka č. 24: Ovlivnila nemoc vaši práci?

Ovlivnila nemoc vaši práci?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	54	67 %
ne	27	33 %
Skončil/a jsem v práci	2	2 %
únava	4	5 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 22: Ovlivnila nemoc vaši práci?



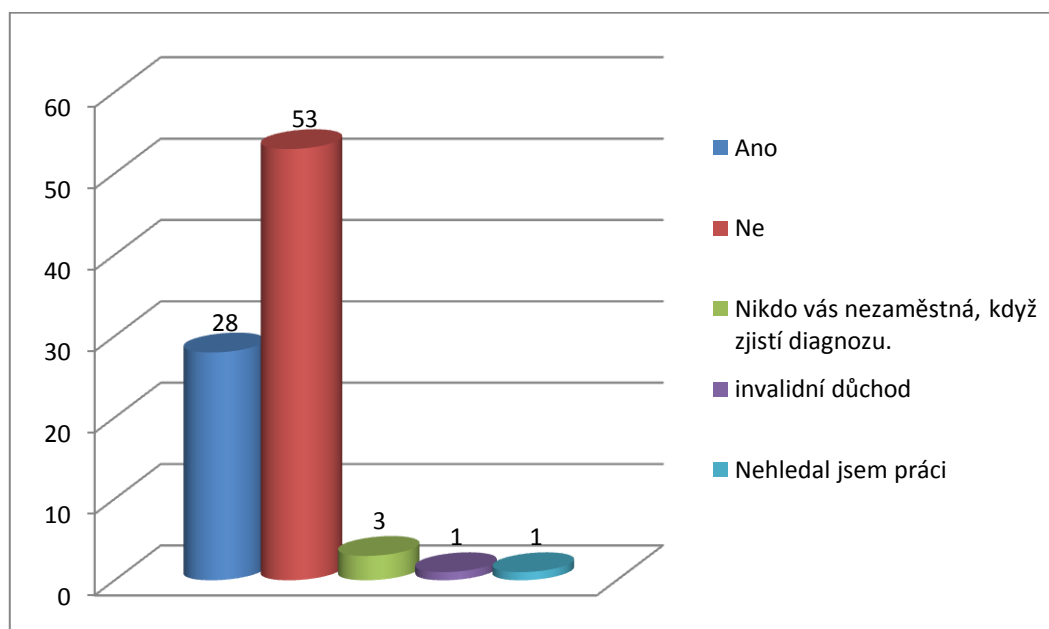
Komentář k otázce č. 22: Z grafu je patrné, že 67 % dotázaných odpovědělo ano, z toho 2 % respondentů odpovědělo, že muselo ukončit pracovní poměr a 5 % uvedlo, že se to podepsalo na jejich únavě.

Otázka č. 23: Měl/a jste problém při hledání nové práce?

Tabulka č. 25: Měl/a jste problém při hledání práce?

Měl/a jste problém při hledání práce?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	35 %
Ne	53	65 %
Nikdo vás nezaměstná po zjištění diagnózy.	3	4 %
Mám Invalidní důchod	1	1 %
Nehledal/a jsme práci	1	1 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 23: Měl/a jste problém při hledání práce?



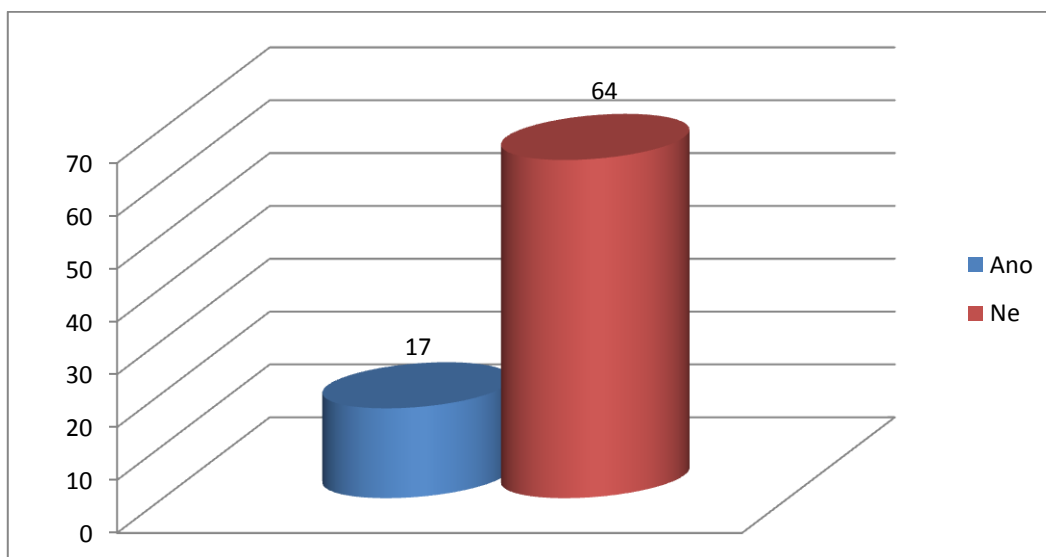
Komentář k otázce č. 23: Překvapivě 65 % dotázaných odpovědělo, že nemělo problém s hledáním práce. 35 % dotázaných odpovědělo, že problém mělo a z toho 4 % dotázaných se shodlo, že po zjištění diagnózy práci nedostali.

Otázka č. 24: Vyhledal/a jste někdy odbornou pomoc u psychologa či psychiatra?

Tabulka č. 26: Navštívil/a jste někdy psychologa nebo psychiatra?

Navštívil/a jste někdy psychologa nebo psychiatra?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	17	21 %
ne	64	79 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 24: Navštívil/a jste někdy psychologa nebo psychiatra?



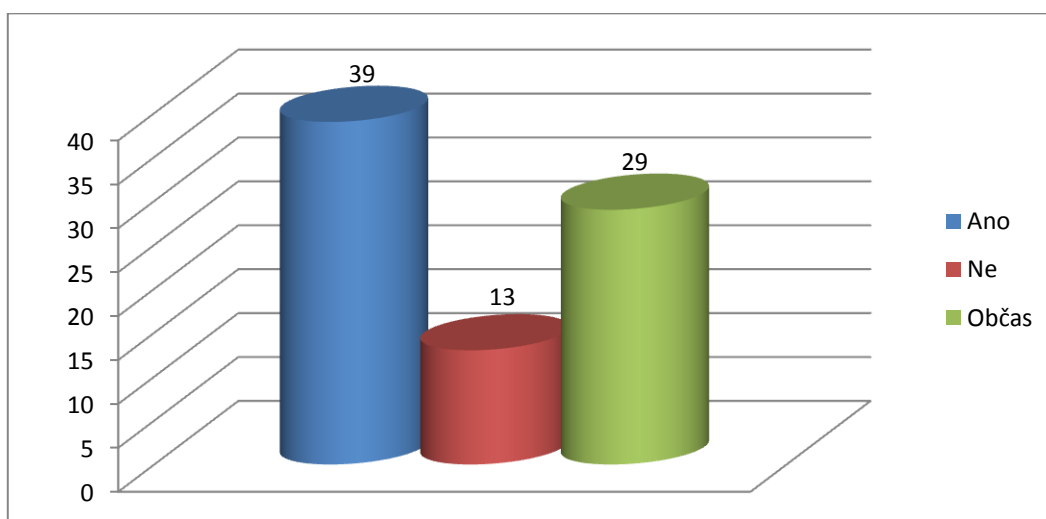
Komentář k otázce č. 24: Z celkového počtu odpovědělo 79 % dotázaných, že nenavštívilo odborníka a 21 % odpovědělo na tuto otázku kladně.

Otázka č. 25: Dodržujete dietní opatření doporučené nutriční terapeutkou?

Tabulka č. 27: Dodržujete dietní opatření?

Dodržujete dietní opatření?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	39	48 %
ne	13	16 %
občas	29	36 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 25: Dodržujete dietní opatření?



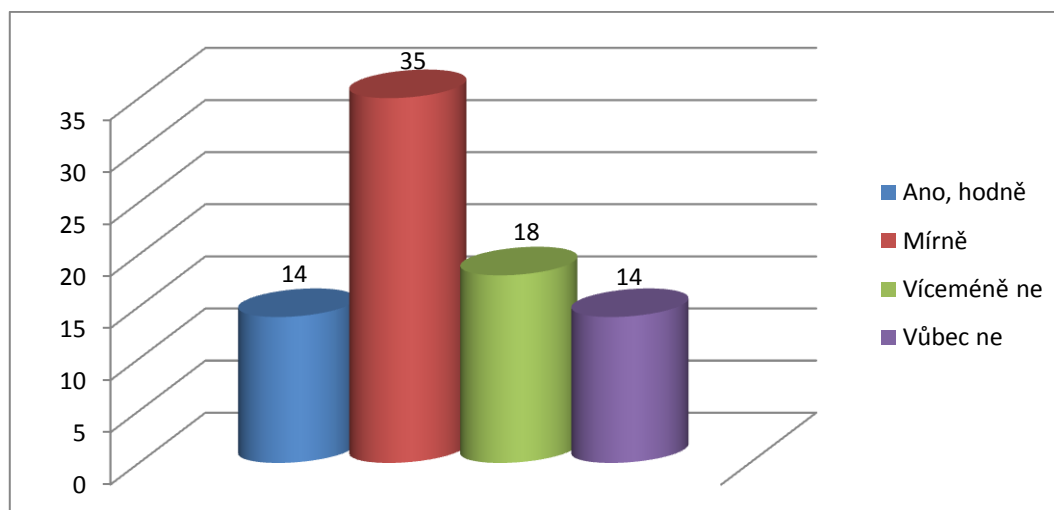
Komentář k otázce č. 25: Dietní opatření dodržuje 48 % respondentů, 36 % dodržuje občas doporučenou dietu a 16 % odpovědělo, že nedodržuje dietní opatření.

Otázka č. 26: Ovlivnilo dietní opatření nějakým způsobem Vaše finance?

Tabulka č. 28: Ovlivnila nemoc vaše finance?

Ovlivnila nemoc vaše fi- nance?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, hodně	14	17 %
mírně	35	44 %
víceméně ne	18	22 %
vůbec ne	14	17 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 26: Ovlivnila nemoc vaše finance?



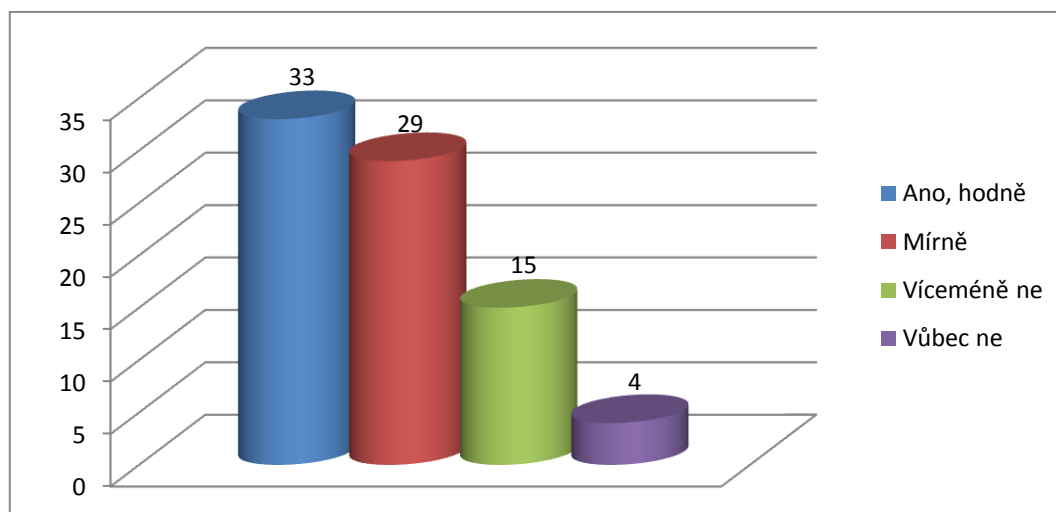
Komentář k otázce č. 26: Necelou polovinu respondentů (44 %) ovlivnilo dietní opatření v rámci financí mírně. 17 % respondentů se shodlo, že finance ovlivnilo dietní opatření „ano, hodně“ nebo „vůbec ne“.

Otázka č. 27: Ovlivnilo onemocnění Vaše sportovní aktivity, Váš volný čas?

Tabulka č. 29: Ovlivnila nemoc váš volný čas?

Ovlivnila nemoc váš volný čas?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, hodně	33	40 %
mírně	29	36 %
víceméně ne	15	19 %
vůbec ne	4	5 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 27: Ovlivnila nemoc váš volný čas?



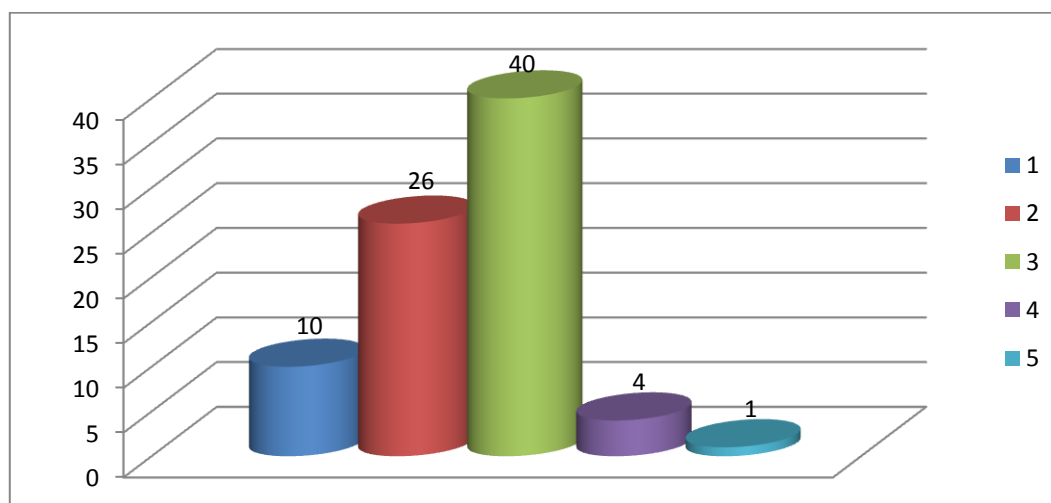
Komentář k otázce č. 27: Tři čtvrtiny dotázaných odpověděly, že onemocnění ovlivnilo mírně nebo hodně jejich volný čas a aktivity.

Otázka č. 28: Jak byste nyní ohodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka č. 30: Jak byste hodnotila svou kvalitu života? (1-nejlepší, 5-nejhorší)

Jak byste hodnotila svou kvalitu života? (1-nejlepší, 5-nejhorší)	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	10	12 %
2	26	32 %
3	40	50 %
4	4	5 %
5	1	1 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 28: Jak byste hodnotila svou kvalitu života? (1-nejlepší, 5-nejhorší)



Komentář k otázce č. 28: Polovina respondentů zhodnotila kvalitu svého života známkou 3, tedy dobře či průměrně. Pouze 1 % dotázaných uvedlo známku 5-nejhorší.

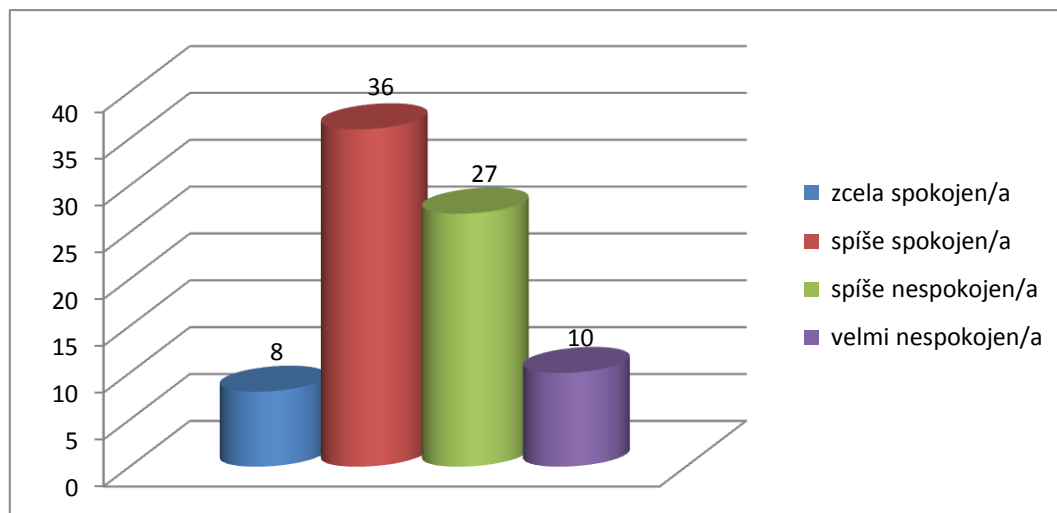
Od otázky č. 29 po otázku č. 43 měli respondenti hodnotit subjektivní pocit spokojenosti v jednotlivých oblastech kvality života.

Otázka č. 29: Zdraví

Tabulka č. 31: Zdraví

Zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	8	10 %
spíše spokojen/a	36	45 %
spíše nespokojen/a	27	33 %
velmi nespokojen/a	10	12 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 29: Zdraví



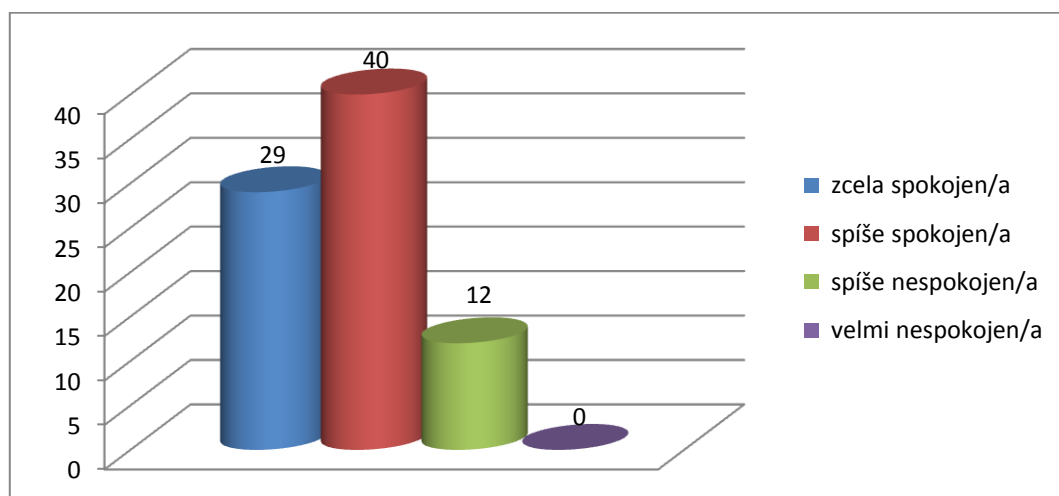
Komentář k otázce č. 29: Z výsledků průzkumu je patrné, že dotazovaní jsou s kvalitou svého zdraví průměrně spokojeni (nespokojeni), tento názor zastává 78 % respondentů. Rozdíl mezi velmi spokojenými a velmi nespokojenými byl minimální (2 %). Četnost obou odpovědí se v obou případech pohybovala kolem 10 % dotazovaných.

Otázka č. 30: Fyzická soběstačnost

Tabulka č. 32: Fyzická soběstačnost

Fyzická soběstačnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	29	36 %
spíše spokojen/a	40	49 %
spíše nespokojen/a	12	15 %
velmi nespokojen/a	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 30: Fyzická soběstačnost



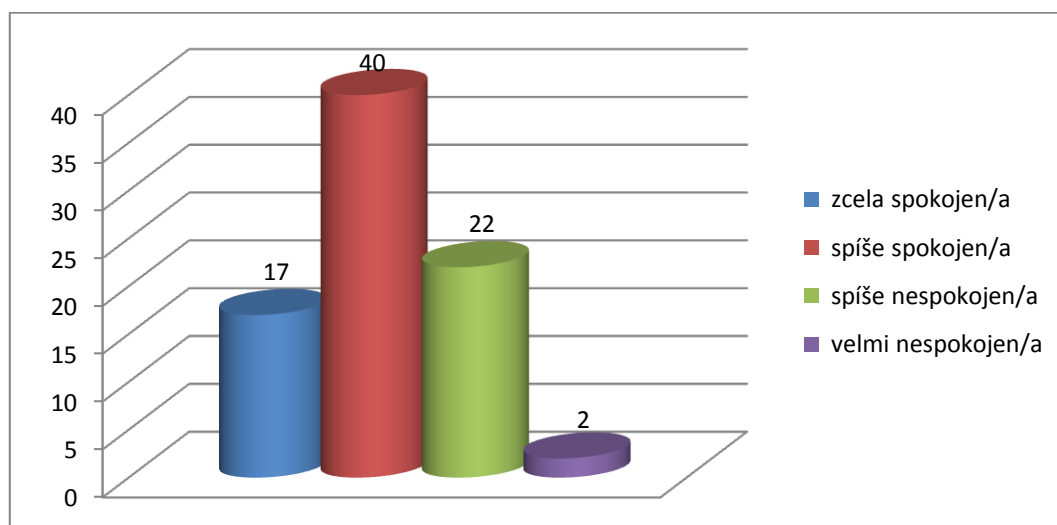
Komentář k otázce č. 30: Z odpovědí na otázku, jak jsou respondenti spokojeni se svou fyzickou soběstačností, vyplývá, že většina (85 %) je soběstačná. Zbylých 15 % je mírně nespokojeno.

Otázka č. 31: Psychická pohoda

Tabulka č. 33: Psychická pohoda

Psychická pohoda	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	17	21 %
spíše spokojen/a	40	50 %
spíše nespokojen/a	22	27 %
velmi nespokojen/a	2	2 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 31: Psychická pohoda



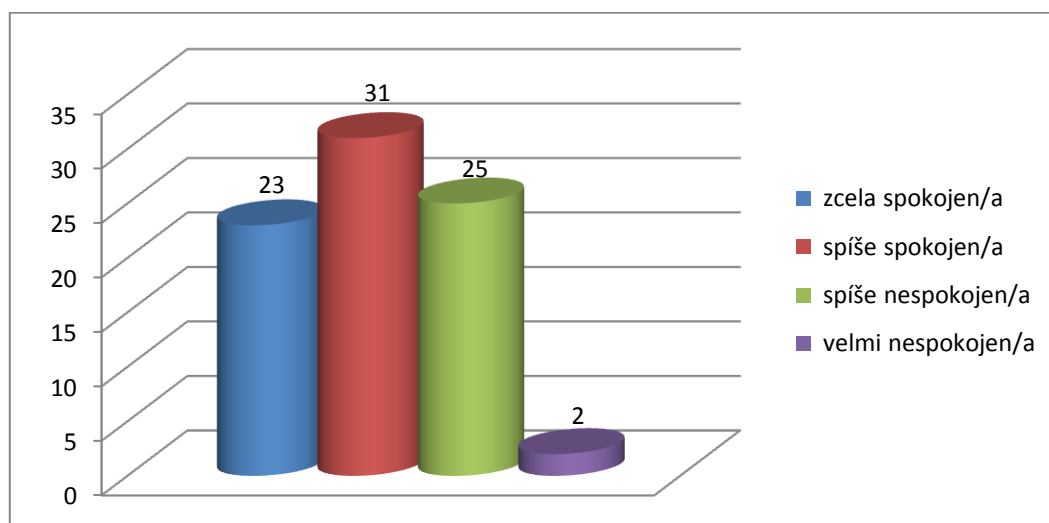
Komentář k otázce č. 31: Co se týče psychické pohody, jsou na tom respondenti podobně, jako u fyzické soběstačnosti. Většina (71 %) je obecně spokojena, 27 % dotazovaných je mírně nespokojeno.

Otázka č. 32: Spánek

Tabulka č. 34: Spánek

Spánek	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	23	28 %
spíše spokojen/a	31	39 %
spíše nespokojen/a	25	31 %
velmi nespokojen/a	2	2 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 32: Spánek



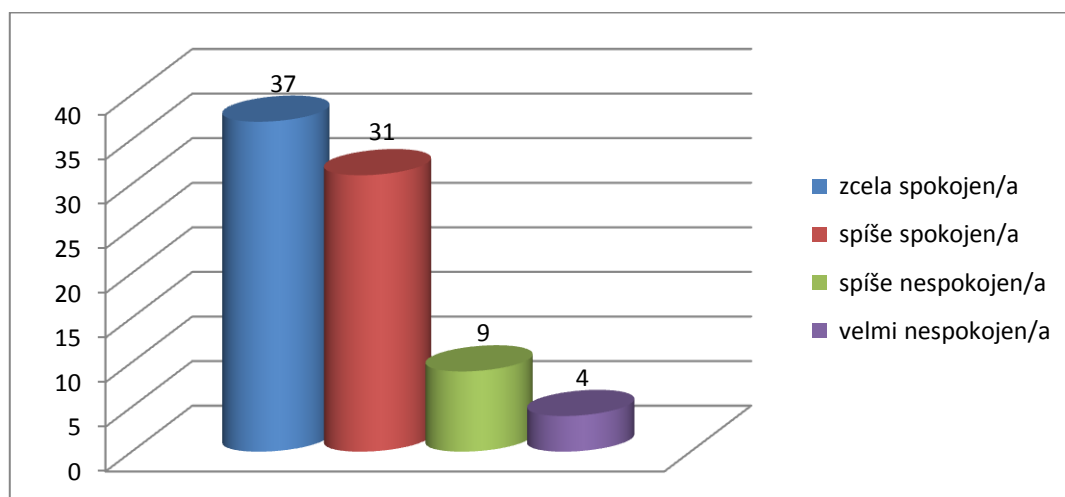
Komentář k otázce č. 32: Kvalitní spánek má významný vliv na celkový zdravotní stav člověka. Můj průzkum ukázal, že dotazovaní jsou s kvalitou svého spánku obecně spokojeni (67%). Zhruba třetina respondentů (31%) je mírně nespokojeno.

Otázka č. 33: Rodinné vztahy

Tabulka č. 35: Rodinné vztahy

Rodinné vztahy	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	37	46 %
spíše spokojen/a	31	38 %
spíše nespokojen/a	9	11 %
velmi nespokojen/a	4	5 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 33: Rodinné vztahy



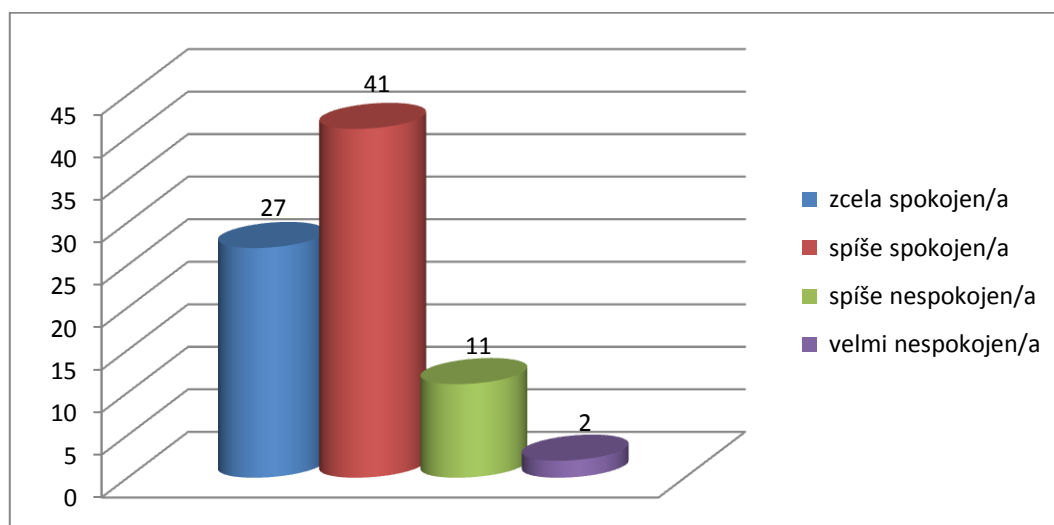
Komentář k otázce č. 33: V rámci rodinných stavů je z výsledků průzkumu patrné, že jsou dotazovaní relativně spokojení. Téměř polovina (46 %) je dokonce zcela spokojeno. 38 % respondentů je spokojeno méně a zbylých 16 % je nespokojeno s rodinnými vztahy.

Otázka č. 34: Vztahy s ostatními lidmi

Tabulka č. 36: Vztahy s ostatními lidmi

Vztahy s ostatními lidmi	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	27	33 %
spíše spokojen/a	41	51 %
spíše nespokojen/a	11	14 %
velmi nespokojen/a	2	2 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 34: Vztahy s ostatními lidmi



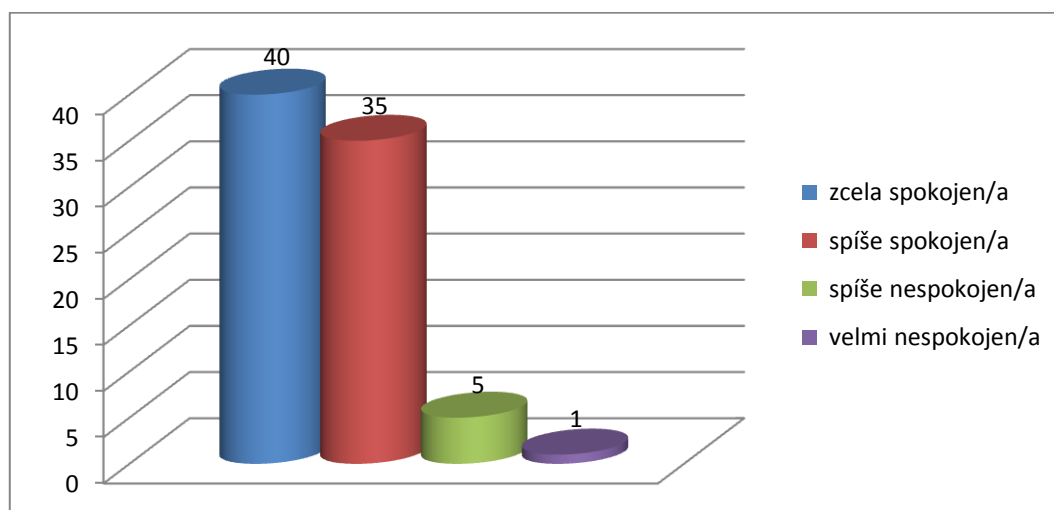
Komentář k otázce č. 34: Co se týče vztahů s ostatními lidmi, byly výsledky šetření obdobné jako u vztahů v rámci rodiny. Většina dotazovaných je se vztahy s okolím spokojena (84 %). Zbýlých 16 % hodnotí vztahy s okolím negativně.

Otázka č. 35: Vztahy s dětmi

Tabulka č. 37: Vztahy s dětmi

Vztahy s dětmi	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	40	50 %
spíše spokojen/a	35	43 %
spíše nespokojen/a	5	6 %
velmi nespokojen/a	1	1 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 35: Vztahy s dětmi



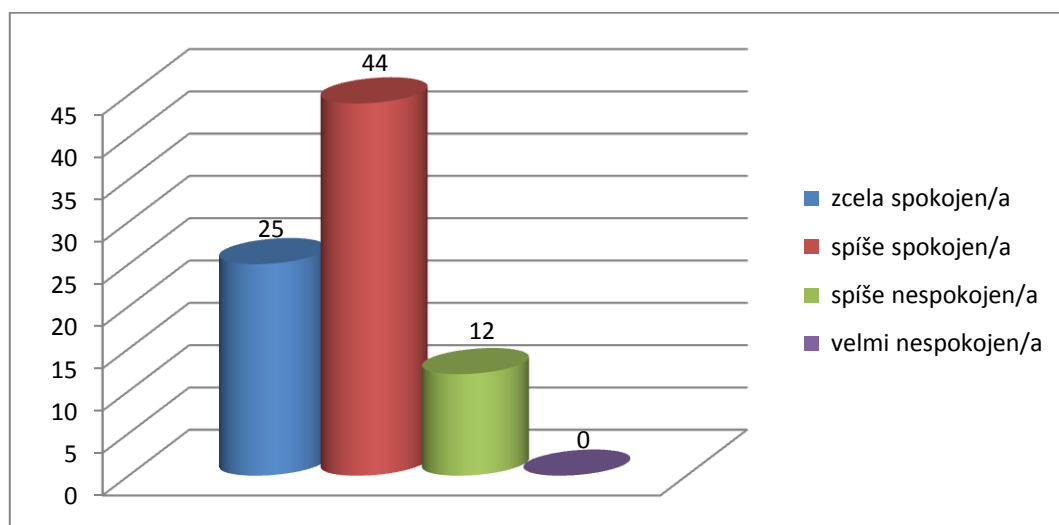
Komentář k otázce č. 35: Odpovědi na otázku ohledně vztahů dotazovaných s dětmi, byly výsledky jednoznačné. Celých 93 % respondentů je v této oblasti spokojeno. Pouze 6 % je spíše nespokojeno.

Otázka č. 36: Péče o sebe sama

Tabulka č. 38: Péče o sebe sama

Péče o sebe sama	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	25	31 %
spíše spokojen/a	44	54 %
spíše nespokojen/a	12	15 %
velmi nespokojen/a	0	0 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 36: Péče o sebe sama



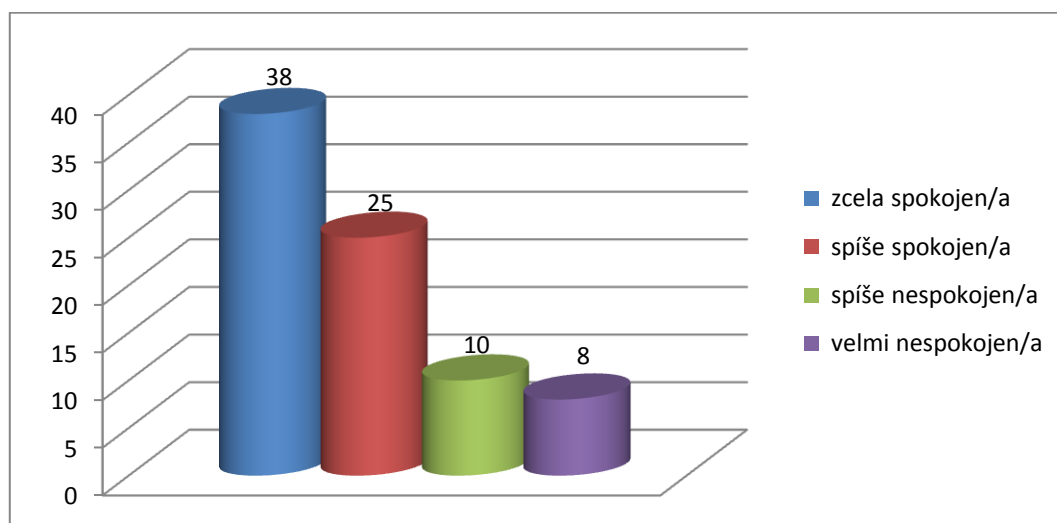
Komentář k otázce č. 36: Ať už člověk trpí jakýmkoliv onemocněním, souvisí s tím jeho schopnost pečovat o sebe sama. Při výzkumu jsem zjistila, že téměř třetina (31 %) respondentů se umí o sebe bez problémů postarat, více než polovina (54 %) to zvládne s drobnou pomocí blízkých. Zbývajících 15 % dotazovaných je s touto schopností spíše nespokojena.

Otázka č. 37: Láska

Tabulka č. 39: Láska

Láska	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	38	47 %
spíše spokojen/a	25	31 %
spíše nespokojen/a	10	12 %
velmi nespokojen/a	8	10 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 37: Láska



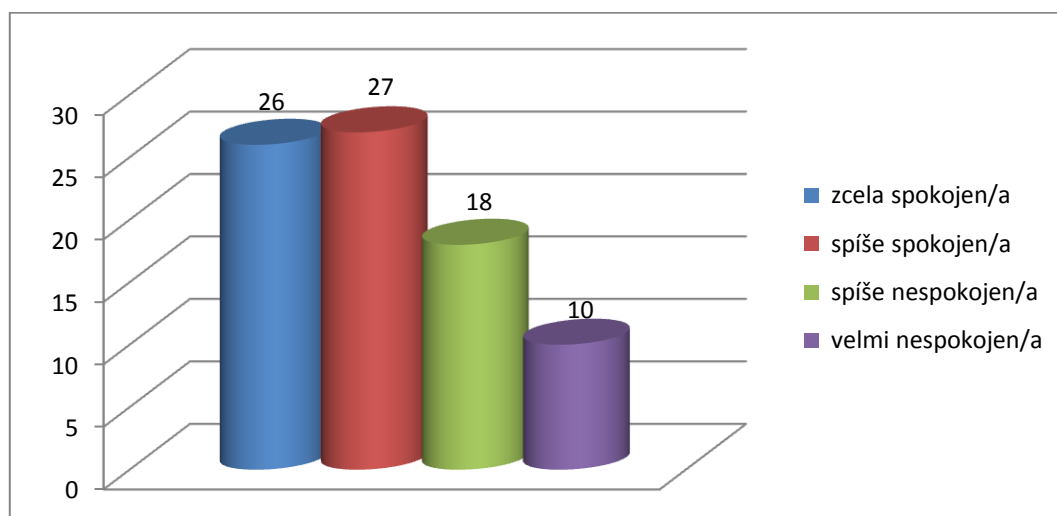
Komentář k otázce č. 37: U otázek týkajících se intimního života (láska, sex) se oproti několika předchozím případům začaly objevovat v menším množství i odpovědi negativního rázu. Dá se říct, že většina (78 %) je v této oblasti spokojena, avšak zhruba 20 % je ať už více či méně nespokojena.

Otázka č. 38: Sexuální život

Tabulka č. 40: Sexuální život

Sexuální život	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	26	32 %
spíše spokojen/a	27	34 %
spíše nespokojen/a	18	22 %
velmi nespokojen/a	10	12 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 38: Sexuální život



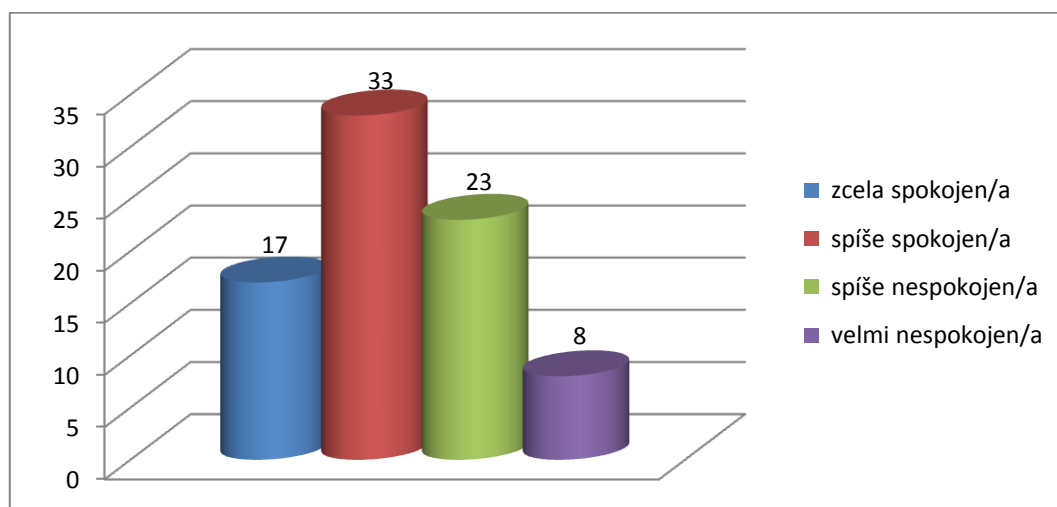
Komentář k otázce č. 38: Se svým sexuálním životem je spokojeno zhruba 60 % respondentů. Zbýlá třetina hodnotila svojí situaci v této oblasti negativně.

Otázka č. 39: Odpočinek

Tabulka č. 41: Odpočinek

Odpočinek	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	17	21 %
spíše spokojen/a	33	41 %
spíše nespokojen/a	23	28 %
velmi nespokojen/a	8	10 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 39: Odpočinek



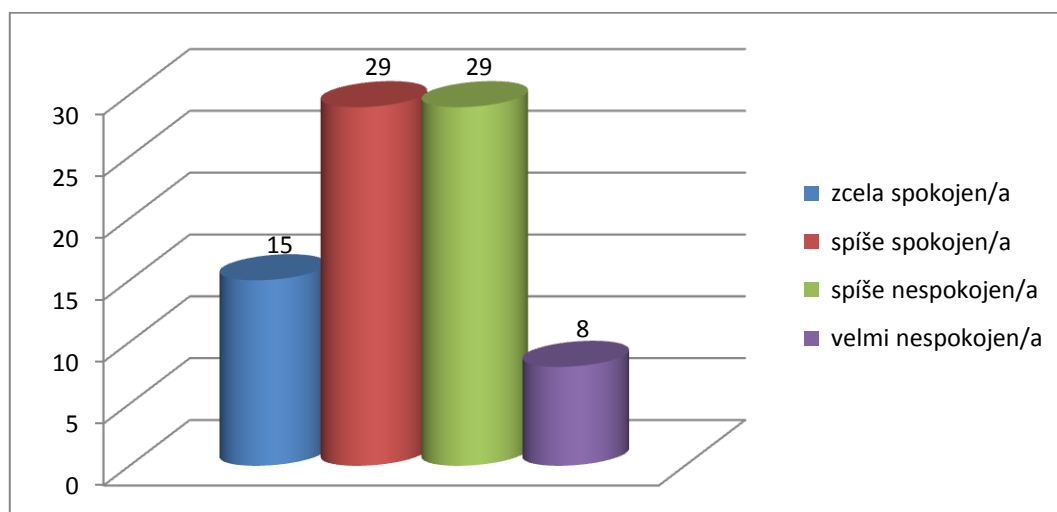
Komentář k otázce č. 39: Problematika odpočinku úzce souvisí s výše probranými výsledky ohledně spánku. Proto je také četnost jednotlivých odpovědí u obou oblastí takřka totožná. Téměř dvě třetiny dotazovaných hodnotí svůj odpočinek jako dostačující, zbylá třetina je mírně nespokojena.

Otázka č. 40: Koničky

Tabulka č. 42: Koničky

Koničky	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	15	18 %
spíše spokojen/a	29	36 %
spíše nespokojen/a	29	36 %
velmi nespokojen/a	8	10 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 40: Koničky



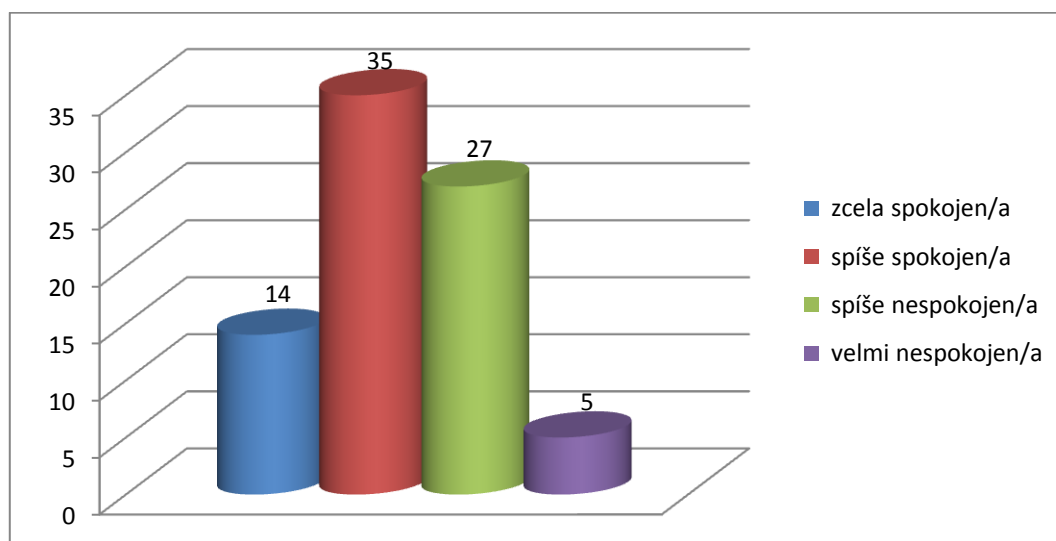
Komentář k otázce č. 40: S náplní svého volného času a s tím souvisejícím časem na koničky je dle výsledků šetření spokojena zhruba polovina respondentů. Zbylá polovina je mírně nespokojena.

Otázka č. 41: Práce

Tabulka č. 43: Práce

Práce	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	14	18 %
spíše spokojen/a	35	43 %
spíše nespokojen/a	27	33 %
velmi nespokojen/a	5	6 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 41: Práce



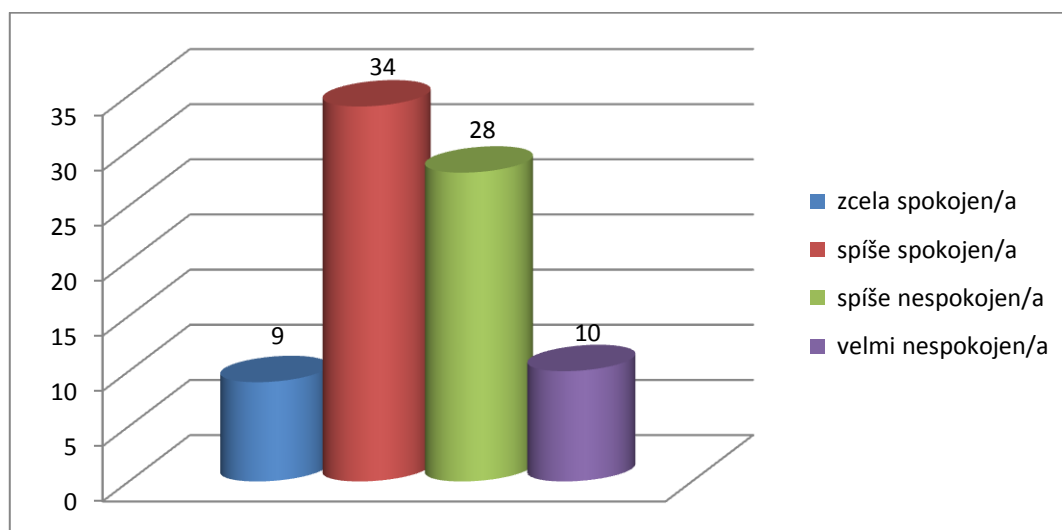
Komentář k otázce č. 41: Co se týče spokojenosti s aktuálním zaměstnáním, očekávala jsem spíše negativní odpovědi. Více než 60 % je však se svou prací spokojeno a třetina respondentů je mírně nespokojeno. 6 % zbývajících dotazovaných je velmi nespokojeno.

Otázka č. 42: Peníze

Tabulka č. 44: Peníze

Peníze	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	9	11 %
spíše spokojen/a	34	42 %
spíše nespokojen/a	28	35 %
velmi nespokojen/a	10	12 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 42: Peníze



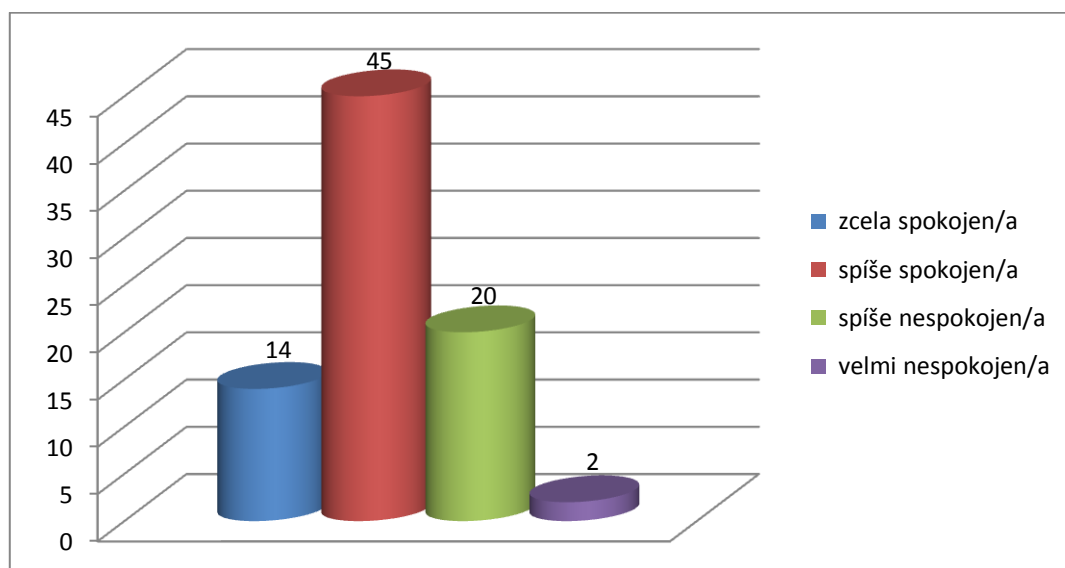
Komentář k otázce č. 42: Po finanční stránce hodnotí svou situaci kladně více než polovina (53 %) dotazovaných. Zbýlých 48 % není příliš spokojeno, přičemž 12 % z toho je velmi nespokojeno.

Otázka č. 43: Jídlo

Tabulka č. 45: Jídlo

Jídlo	Absolutní četnost	Relativní četnost
zcela spokojen/a	14	17 %
spíše spokojen/a	45	56 %
spíše nespokojen/a	20	25 %
velmi nespokojen/a	2	2 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 43: Jídlo



Komentář k otázce č. 43: S chronickými onemocněními střev samozřejmě souvisí kvalita jídla a stravování. V tomto ohledu je více jak polovina respondentů (73 %) spokojena, čtvrtina lehce nespokojena.

5 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit a zhodnotit kvalitu života u pacientů s chronickým onemocněním střev. Po vymezení cílů jsem pomocí dotazníkového šetření přišla k závěrům týkajícím se kvality a spokojenosti u takto postižených pacientů. Celkový počet respondentů je 81.

V první části dotazníku byly zjištěny základní demografické údaje týkající se respondentů. Z celkového počtu 81 dotázaných bylo 44 žen a 37 mužů. Polovina dotázaných byla ve věku od 18 do 30 let a třetina respondentů byla ve věku od 31 do 45 let. Z šetření vyplývá, že polovina respondentů bydlí v obci do 10 000 obyvatel. Při dotazu na vzdělání odpovědělo 31 % respondentů, že mají střední vzdělání s maturitou nebo vysokoškolské vzdělání. Z této skutečnosti plyne, že lidé s většími rizikovými faktory, jako je například stres, jsou postiženi častěji. Z celkového počtu odpovědělo 43 dotázaných, že má práci. V návaznosti odpověděli 3 respondenti, že jsou z důvodu nemoci na invalidním důchodu. Celých 52 % dotázaných odpovědělo, že je svobodných a 46 %, že je ve vztahu s partnerem. Z toho 35 respondentů uvedlo, že má děti. V poslední otázce první části odpovědělo 28 % dotázaných, že s onemocněním žije 2 až 4 roky a 25 % respondentů má onemocnění maximálně jeden rok.

Cíl č. 1: Zjistit informovanost pacientů o onemocnění a určit kvalitu jejich léčby

Druhá část dotazníku byla zaměřena na informovanost o onemocnění pacientů a zhodnocení kvality léčby. Většina dotázaných se shodla, že nejvíce informací jim podal gastroenterologický lékař, nebo si informace vyhledali na internetu. Dále 60 % dotázaných odpovědělo, že informace od zdravotnického personálu byly dostačující. U 43 respondentů se onemocnění zjistilo v pozdní fázi a u 38 respondentů v časném stádiu. Proto nelze říct, které stádium častěji převažuje. Při dotazu na nynější stav odpovědělo 56 dotázaných, že je v klidové fázi (remisi). 6 dotázaných odpovědělo, že na pravidelné kontroly k lékaři nechodí. Zbývajících 75 respondentů odpovědělo kladně. Více jak třikrát do roka chodí na kontroly 47 % dotázaných, dvakrát do roka chodí 31 % respondentů a 4 respondenti napsali, že chodí na kontrolu ke svému lékaři minimálně jednou v měsíci. 73 dotázaných se shodlo, že užívá pravidelně své léky. Z šetření vyplývá, že 40 dotázaných bylo nuceno řešit svůj stav operační léčbou. Z toho 31 lidí uvedlo, že podstoupilo resekci střeva a 11 dotázaných uvedlo, že jim byla vyvedena ileostomie nebo kolostomie.

Jeden respondent dokonce uvedl operaci píštělí a abscesů. Z výsledků je tedy zřejmé, že operační léčba se dnes už provádí celkem pravidelně. Ze všech 40 dotázaných odpovědělo 88 %, že bylo spokojeno s nemocničním zařízením i celým zdravotnickým týmem.

Cíl č. 2: Zjistit dopady onemocnění na profesní a osobní život pacientů

Třetí část mého šetření se zabývá dopady na profesní a osobní život pacientů. Většina respondentů se shodla, že po zjištění nemoci nastaly buď mírné změny (44 %) nebo výrazné změny, jako je změna životosprávy nebo změna každodenních návyků a nálad (50 % respondentů). Dopad na osobní život byl znatelný pro 58 % dotázaných. Z toho 11 respondentů upřesnilo dopad na zažívání, únavu a změnu svých návyků. 55 dotázaných se shodlo, že onemocnění neovlivnilo jejich partnerské vztahy s protějškem. Jen 4 % z celkového počtu 81 respondentů uvedlo podrážděnost nebo změny nálad v chování. V otázce, zda ovlivnila nemoc jejich práci, odpovědělo 67 %, že ano a to nejčastěji z důvodu únavy. Dokonce dva respondenti napsali, že v práci raději skončili. Při hledání nové práce 3 dotázaní odpověděli, že po zjištění jejich diagnózy je nikdo nezaměstnal. Naopak 53 dotázaných zase uvedlo, že problém nemělo při hledání nové práce. Z toho vyplývá, že záleží na zaměstnavateli do jaké míry je ohleduplný a korektní ke svým zaměstnancům. Při dotazu na vyhledání odborné pomoci odpovědělo 17 respondentů kladně. Necelá polovina dotázaných se shodla, že dodržuje dietní opatření. Z celkového počtu 81 dotázaných odpověděla polovina, že nemoc měla dopad na jejich finanční stránku a volný čas. V poslední otázce měli respondenti zhodnotit svou kvalitu života. Škála byla jako ve škole - 1 je nejlepší a 5 je nejhorší. Tady lze po zhodnocení říct, že většina respondentů je spokojena se svým životem. Jenom 5 dotázaných uvedlo známku 4 nebo 5.

Cíl č. 3: Zhodnotit spokojenost pacientů v jednotlivých oblastech kvality života

Respondenti pomocí tabulky subjektivně hodnotili jednotlivé oblasti kvality života od škály hodnocení zcela spokojen/a po velmi nespokojen/a. Z výsledku vyplývá, že v oblasti zdraví je téměř polovina dotázaných (45 %) se svým stavem spíše spokojena a třetina (33 %) je spíše nespokojena. Rozdíl mezi zcela spokojenými a velmi nespokojenými pacienty je minimální, každá ze skupin zaujímá cca 10 % z celkového počtu dotazovaných.

V oblasti fyzické soběstačnosti výrazně převahuje spokojenost nad nespokojeností. 36 % dotázaných je zcela spokojeno, 49 % dotázaných je spíše spokojeno a nespokojeno je 15 % z celkového počtu 81 respondentů.

V oblasti psychické pohody je tři čtvrtiny dotázaných spokojena a jen čtvrtina je spíše nespokojena (27 %). V procentuálním zastoupení to činí 50 % pro spíše spokojena, 21 % pro zcela spokojena a jenom 2 % dotázaných je velmi nespokojeno.

Třetina dotázaných v oblasti spánku a odpočinku odpověděla podobně. Respondenti se shodli, že jsou spíše spokojeni nebo spíše nespokojeni v těchto oblastech, a to ve výrazné polovině ze všech dotázaných.

Ze všech 81 dotázaných odpověděla více jak 75 %, že je zcela nebo spíše spokojena s rodinnými vztahy, vztahy s dětmi a ostatními lidmi a jen třetina respondentů je nespokojena se vztahy.

V oblasti péče o sebe sama 15 % z 81 dotázaných odpovědělo, že je spíše nespokojeno a zbytek respondentů odpovědělo kladně, tj. že zcela spokojeno je 31 % a spíše spokojeno 54 % respondentů.

Po zhodnocení v oblasti lásky a sexuálního života nám vyplývá, že větší polovina dotázaných je buď zcela spokojena nebo spíše spokojena. Zbývající třetina dotázaných odpověděla záporně, a to, že je velmi nespokojena.

Zhodnocení oblasti koníčky se respondenti shodli po 36 %, že jsou spíše spokojeni i spíše nespokojeni se svým volným časem.

Při dotazu na práci odpověděla třetina dotázaných, že je spíše nespokojena (33 %) a polovina respondentů, že je spíše spokojena (43 %). Podobné výsledky vyšly taktéž při zhodnocení v oblasti peněz. Necelá polovina respondentů odpověděla spíše spokojena (42 %) a třetina dotázaných se shodla, že je spíše nespokojena (35 %) s financemi. Ve zhodnocení poslední oblasti týkající se jídla dopadlo šetření tak, že větší polovina z 81 dotázaných je spíše spokojena (56 %) a třetina dotázaných je spíše nespokojena (25 %). Zcela spokojeno je 17 % ze všech respondentů.

Po zhodnocení všech otázek hodnotím život pacientů s chronickým onemocněním střev jako průměrný.

ZÁVĚR

V bakalářské práci, zaměřené na kvalitu života u pacientů s chronickým onemocněním střev jsem se pokusila shrnout a zhodnotit informovanost a spokojenost nejen s léčbou, ale i spokojenost ve všech oblastech. V teoretické části jsem se zabývala anatomií, fyziologií a patofyziologií související s chronickým onemocněním střev. Snažila jsem se přiblížit a rozvést jednotlivé onemocnění a poukázat na dietní opatření u těchto jedinců. V další části jsem se zabývala kvalitou života, spokojeností a potřebami člověka. Hlavním úkolem mé praktické části bylo pomocí dotazníkového šetření zhodnotit stanovené cíle. V dotazníkovém šetření jsem se zabývala základními demografickými údaji, informovaností a spokojeností každého respondenta ohledně jeho onemocnění a léčby. Dále také zhodnocením jejich osobního i profesního života. V poslední části šetření měl za úkol každý jedinec označit svou spokojenost v daných oblastech – zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, spánek, rodinné vztahy, vztahy s ostatními lidmi, vztahy s dětmi, péče o sebe sama, láska, sexuální život, odpočinek, koníčky, práce, peníze a jídlo. V rámci diskuze jsem celé šetření zhodnotila a vyvodila z něj závěry.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČIHÁK, R. *Anatomie. 2. díl*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
- [2] ELIŠKOVÁ, M. a kol. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.
- [3] FARKAŠOVÁ, D. *Výzkum v ošetrovatelství 1*. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-229-4.
- [4] FÖLSCH, U. R., KOCHSIEK, K., SCHMIDT, R. F. *Patologická fyziologie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0319-X.
- [5] HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Kaolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90.
- [6] HŮSKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 80-247-285-40.
- [7] KLENER, P. *Vnitřní lékařství*. Praha: Informatorium, 2001. ISBN 80-86073-76-9.
- [8] KOHOUT, P. a kol. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-023-2.
- [9] KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forpsi, 2006. ISBN 80-903820-0-2.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [12] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 80-247-2713-4.
- [13] LACKO, A., RENKER, B., HRUBOŇ, A., CHRÚST, P., ZÁŇ, J., MINČÍK, I., TUPÝ, J., MITURA, J., MACHYNKA, P., ŠUŠOLÍKOVÁ, A. *Vnútorné lekárstvo pre ošetrovatelstvo II*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva v Ružomberku, 2007. ISBN 978-80-8084-146-1.
- [14] LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T. et al. *Gastroenterologie*. Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-692-2.
- [15] LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-24-1283-0.
- [16] LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-31-4.
- [17] MAŘATKA, Z. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. Praha: Galen, 2007. ISBN 978-80-7262-472-0.

- [18] NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
- [19] PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [20] ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-246-2068-X.
- [21] TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného*. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
- [22] TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN-10: 80-247-0512-5.

Další zdroje:

www.crohn.cz [online] 1998 [cit. 2011-04-06] *Nutriční hodnoty v jednotlivých potravinách*.

Dostupné z:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=266&detailSubCatCode=124>

www.crohn.cz [online] 1998 [cit. 2011-04-06] *Příklady jídelničky v jednotlivé fázi nemoci*.

Dostupné z:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=328&detailSubCatCode=124>

www.crohn.cz [online] 1998 [cit. 2011-04-06] *Přehled jednotlivých vitamínů v pokrmeh.*

Dostupné z:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=266&detailSubCatCode=124>

www.crohn.cz [online] 1998 [cit. 2011-04-06] *Hodnoty v přípravku Nutrilan MCT*.

Dostupné z:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=3497&detailSubCatCode=124>

www.crohn.cz [online] 1998 [cit. 2011-04-06] *Hodnoty v přípravku Inkodiet Fibre*.

Dostupné z:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=3496&detailSubCatCode=124>

www.crohn.cz [online] 1998 [cit. 2011-04-06] *Tabulka nutričních hodnot v jednotlivých potravinách.*

Dostupné z:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=3707&detailSubCatCode=124>

www.crohn.ic.cz [online] 2006 [cit. 2011-04-03] *Vhodné potraviny při bezzbytkové dietě?*

Dostupné z: <http://crohn.ic.cz/?site=dieta>

www.msjedovnice.cz [online] 2009 [cit. 2011-05-02] *Hierarchie potřeb dle Maslowa.*

Dostupné z: <<http://www.msjedovnice.cz/koncepce-skolky/>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO Světová zdravotnická organizace

Tj. To jest

UC Ulcerózní kolitida

CC Crohnova choroba

Apod. A podobně

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Pragmatický model spokojenosti pacientů.....	29
Obrázek č. 2 Hierarchie potřeb podle A. Maslowa.....	30

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Doporučené a nedoporučené potraviny.....	23
Tabulka č. 2 Doporučená denní spotřeba základních živin, vody a elektrolytů.....	24
Tabulka č. 3 Pohlaví respondentů.....	36
Tabulka č. 4 Věk respondentů.....	37
Tabulka č. 5 Bydliště respondentů.....	38
Tabulka č. 6 Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů.....	39
Tabulka č. 7 Zaměstnání respondentů.....	40
Tabulka č. 8 Rodinný stav respondentů.....	41
Tabulka č. 9 Zda-li máte doma děti.....	42
Tabulka č. 10 Jak dlouho žijete s onemocněním?..	43
Tabulka č. 11 Kdo vám poskytl nejvíce informací o nemoci? ..	44
Tabulka č. 12 Byly informace od zdravotnického personálu dostačující? ..	45
Tabulka č. 13 V jakém stádiu nemoci vám zjistili onemocnění? ..	46
Tabulka č. 14 Nynější fáze onemocnění.....	47
Tabulka č. 15 Chodíte pravidelně na kontroly?..	48
Tabulka č. 16 Jak často chodíte na kontroly?...	49
Tabulka č. 17 Užíváte pravidelně léky? ..	50
Tabulka č. 18 Bylo nutné řešit u vás léčbu operatibilně? ..	51
Tabulka č. 19 Typy operačního zákroku.....	52
Tabulka č. 20 Byl/a jste spokojen/a s nemocnicí a celým týmem? ..	53
Tabulka č. 21 Nastaly u vás nějaké změny po zjištění nemoci? ..	54
Tabulka č. 22 Ovlivnila nemoc váš osobní život? ..	55
Tabulka č. 23 Ovlivnila nemoc partnerský vztah? ..	56
Tabulka č. 24 Ovlivnila nemoc vaši práci? ..	57

Tabulka č. 25 Měl/a jste problém při hledání práce?	58
Tabulka č. 26 Navštívil/a jste někdy psychologa nebo psychiatra?	59
Tabulka č. 27 Dodržujete dietní opatření?	60
Tabulka č. 28 Ovlivnila nemoc vaše finance?	61
Tabulka č. 29 Ovlivnila nemoc váš volný čas?	62
Tabulka č. 30 Jak byste hodnotila svou kvalitu života? (1-nejlepší, 5-nejhorší).....	63
Tabulka č. 31 Zdraví.....	64
Tabulka č. 32 Fyzická soběstačnost.....	65
Tabulka č. 33 Psychická pohoda.....	66
Tabulka č. 34 Spánek.....	67
Tabulka č. 35 Rodinné vztahy.....	68
Tabulka č. 36 Vztahy s ostatními lidmi.....	69
Tabulka č. 37 Vztahy s dětmi.....	70
Tabulka č. 38 Péče o sebe sama.....	71
Tabulka č. 39 Láska.....	72
Tabulka č. 40 Sexuální život.....	73
Tabulka č. 41 Odpočinek.....	74
Tabulka č. 42 Koníčky.....	75
Tabulka č. 43 Práce.....	76
Tabulka č. 44 Peníze.....	77
Tabulka č. 45 Jídlo.....	78

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	36
Graf č. 2 Věk respondentů.....	37
Graf č. 3 Bydliště respondentů.....	38
Graf č. 4 Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů.....	39
Graf č. 5 Zaměstnání respondentů.....	40
Graf č. 6 Rodinný stav respondentů.....	41
Graf č. 7 Zda-li máte doma děti.....	42
Graf č. 8 Jak dlouho žijete s onemocněním?	43
Graf č. 9 Kdo vám poskytl nejvíce informací o nemoci?	44
Graf č. 10 Byly informace od zdravotnického personálu dostačující?	45
Graf č. 11 V jakém stádiu nemoci vám zjistili onemocnění?	46
Graf č. 12 Nynější fáze onemocnění.....	47
Graf č. 13 Chodíte pravidelně na kontroly?	48
Graf č. 14 Jak často chodíte na kontroly?	49
Graf č. 15 Užíváte pravidelně léky.....	50
Graf č. 16 Bylo nutné řešit u vás léčbu operatibilně?	51
Graf č. 17 Typy operačního zákroku.....	52
Graf č. 18 Byl/a jste spokojen/a s nemocnicí a celým týmem?	53
Graf č. 19 Nastaly u vás nějaké změny po zjištění nemoci?	54
Graf č. 20 Ovlivnila nemoc váš osobní život?	55
Graf č. 21 Ovlivnila nemoc partnerský vztah?.....	56
Graf č. 22 Ovlivnila nemoc vaši práci?	57
Graf č. 23 Měl/a jste problém při hledání práce?	58
Graf č. 24 Navštívil/a jste někdy psychologa nebo psychiatra?	59
Graf č. 25 Dodržujete dietní opatření?	60

Graf č. 26 Ovlivnila nemoc vaše finance?	61
Graf č. 27 Ovlivnila nemoc váš volný čas?	62
Graf č. 28 Jak byste hodnotila svou kvalitu života? (1-nejlepší, 5-nejhorší)	63
Graf č. 29 Zdraví.....	64
Graf č. 30 Fyzická soběstačnost.....	65
Graf č. 31 Psychická pohoda.....	66
Graf č. 32 Spánek.....	67
Graf č. 33 Rodinné vztahy.....	68
Graf č. 34 Vztahy s ostatními lidmi.....	69
Graf č. 35 Vztahy s dětmi.....	70
Graf č. 36 Péče o sebe sama.....	71
Graf č. 37 Láska.....	72
Graf č. 38 Sexuální život.....	73
Graf č. 39 Odpočinek.....	74
Graf č. 40 Koníčky.....	75
Graf č. 41 Práce.....	76
Graf č. 42 Peníze.....	77
Graf č. 43 Jídlo.....	78

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1 Dotazník.....	93
Příloha P 2 Příklad jídelního lístku v akutní a klidové fázi.....	99
Příloha P 3 Přehled vitamínů.....	100
Příloha P 4 Obsah výživových hodnot ve 100 g potravin.....	104
Příloha P 5 tabulka nutričních hodnot některých běžných potravin.....	105
Příloha P 6 Průměrný obsah živin v přípravku NUTRILAN MCT.....	107
Příloha P 7 Průměrný obsah živin v přípravku INKODIET FIBRE.....	109

PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Silvie Havelková, studuji Univerzitu Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultu humanitních studií, studijní obor Všeobecná sestra.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „*Kvalita života pacientů s chronickým onemocněním střev.*“

Dotazník je anonymní a jeho údaje budou použity pouze pro výše uvedenou práci.

Zvolenou odpověď, prosím, zakřížkujte nebo doplňte.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas.

Silvie Havelková

I. část

1. Jste:

- žena
- muž

2. Váš věk:

- 18-30 let
- 31-45 let
- 46-60 let
- 61 a více let

3. Bydliště:

- obec do 10 000 obyvatel
- město nad 10 000 do 50 000 obyvatel
- město nad 50 000 do 100 000 obyvatel
- město nad 100 000 obyvatel

4. Ukončené vzdělání:

- základní vzdělání
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání

5. V současné době jste:

- zaměstnaný/á
 - nezaměstnaný/á
 - student/ka
 - mateřská/rodičovská dovolená
 - důchodce / důchodkyně
 - jiné
- (uveďte):.....

6. Rodinný stav:

- svobodný/á
- ženatý/vdaná - druh/družka
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

7. Máte děti?

- ano (počet).....
- ne

8. Jak dlouho žijete s onemocněním?

- do 1 roku
- 2-4 roky
- 5-9 let
- 10-15 let
- 16 a více let

II. část

9. Kdo Vám dodal nejvíce informací při zjištění onemocnění?

- praktický lékař
- gastroenterologický lékař
- sestra
- nutriční terapeutka
- odborná literatura
- na internetě
- osoba, která má tutéž chorobu
- jiné, uveďte:.....

10. Byly pro Vás podané informace o onemocnění od lékaře, sestry či nutriční terapeutky dostačující?

- ano
- ne

11. V jakém stádiu se diagnostikovalo Vaše onemocnění?

- časné stádium
- pokročilé stádium

12. V jaké fázi je nyní Vaše onemocnění?

- akutní období
- klidové období (remise)
- recidivy

13. Chodíte na pravidelné kontroly?

- ano
- ne

14. Pokud ano, tak jak často?

- jednou za rok
- dvakrát do roka
- více jak třikrát do roka
- jiné, uveďte:.....

15. Užíváte předepsané léky?

- ano
- ne

16. Objevily se u Vás komplikace, které bylo nutno řešit operatiblně?

- ano
- ne

17. Pokud ano, jaký typ chirurgické léčby byl u Vás použit?

- ileoplastika (rozšíření střeva)
- resekce (odstranění části střeva)
- ileostomie/kolostomie (vyústění střeva na břišní stěnu)
- jiné, uveďte:.....

18. Byl/a jste spokojena se zařízením, ve kterém operace probíhala a celým zdravotnickým týmem?

- ano
- ne

III. část

19. Jak Vám onemocnění změnilo život?

- žádné změny nenastaly
- menší změny nastaly (drobné přizpůsobení)
- výrazné změny (změna životosprávy, každodenních návyků apod.)
- jiné,
uved'te:.....
.....

20. Ovlivnila nemoc Váš osobní život?

- ano
- ne
- pokud ano, uveďte jak:.....

21. Ovlivnila nemoc Váš partnerský vztah?

- ano
- ne
- pokud ano, uveďte jak:.....

22. Ovlivnila nemoc Vaší práci, pracovní nasazení?

- ano
- ne
- pokud ano, uveďte jak:.....

23. Měl/a jste problém při hledání nové práce?

- ano
- ne
- pokud ano, uveďte jaký:.....

24. Vyhledal/a jste někdy odbornou pomoc u psychologa či psychiatra?

- ano
- ne

25. Dodržujete dietní opatření doporučené nutriční terapeutkou?

- ano
- ne
- občas

26. Ovlivnilo dietní opatření nějakým způsobem vaše finance?

- ano, hodně
- mírně
- víceméně ne
- vůbec ne

27. Ovlivnilo onemocnění Vaše sportovní aktivity, Váš volný čas?

- ano, hodně
- mírně
- víceméně ne
- vůbec ne

28. Jak byste nyní ohodnotil/ohodnotila kvalitu svého života?

(ohodnoťte jako u známkování ve škole 1-nejlepší, 5-nejhorší)

.....

IV. část

Hodnocení spokojenosti

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života **spokojen/a**, a zaškrtněte příslušné okénko.

Odpověď „zcela spokojen/a“ znamená nejvyšší míru spokojenosti, „velmi nespokojen/a“ znamená míru nejnižší.

	zcela spoko- jen/a	spíše spoko- jen/a	spíše nespoko- jen/a	velmi nespoko- jen/a
1) zdraví				
2) fyzická soběstačnost				
3) psychická pohoda				
4) spánek				
5) rodinné vztahy				
6) vztahy s ostatními lidmi				
7) vztahy s dětmi				
8) péče o sebe sama				
9) láska				
10) sexuální život				
11) odpočinek				
12) koníčky				
13) práce				
14) peníze				
15) jídlo				

PŘÍLOHA P 2: PŘÍKLAD JÍDELNÍHO LÍSTKU V AKUTNÍ A KLIDOVÉ FÁZI

Příklad jídelního lístku v akutní fázi onemocnění

Snídaně: ovocný čaj, med, rohlík, jablečková zavařenina

Přesnídávka: vanilkový pudink s piškoty

Oběd: polévka rýžová s vařenou mrkví a petrželí, bramborová kaše, rybí filé

Svačina: banán

Večeře: zapečené těstoviny se sýrem, čaj

Několik předpisů jídel pro klidovou fázi

Keltský závitok

I porce: 1 kuřecí řízek, 1 plátek drůbeží šunky, 1 plátek nízkotučného sýra, 10 g hladké mouky, 5 g oleje, sůl

Na osolený a naklepaný řízek položíme plátek sýra a šunky, řízek svineme, spojíme párátky, obalíme v hladké mouce a nasucho opečeme. Podlijeme vodou nebo vývarem a dusíme doměkka. Do hotového pokrmu přidáme na zjemnění olej.

Kapr na kmíně

I porce: 250 g kapra, citron, olej, hladká mouka, drcený kmín

Porce kapra osolíme, pokapeme citronovou šťávou, posypeme moukou a kmínem, potřeme olejem, podlijeme vodou a pečeme v troubě doměkka. Kapra ozdobíme dílkem citronu a zelenou petrželkou. Podáváme s maštěnými brambory.

Těstovinový nákyp se šunkou

I porce: 100 g těstovin, 60 g šunky, 1/2 vejce, 50 ml mléka, 10 g oleje, sůl, strouhanka

Těstoviny uvaříme v mírně osolené vodě doměkka. K vychladlým těstovinám přidáme nakrájenou šunku, sůl, žloutek rozšlehaný v mléce a tuhý sníh z bílků. Sníh zlehka vmícháme a narovnáme do vymazaného a strouhankou vysypaného pekáčku. Pečeme v troubě.

PŘÍLOHA P 3: PŘEHLED VITAMÍNŮ

Vitamin A	<p>Se vyskytuje výhradně v potravinách živočišného původu. V rostlinách se nachází jen jako „provitamin“ (předvitamin) pigment beta-karoten, např. v mrkvi, a teprve v živočišném organismu se mění na retinol (oficiální název vitamínu A). Tento děj se odehrává ve stěně střevní. V největším množství je vitamin A přítomen v jaterním tuku mořských ryb, tuňáka, tresky a žraloků. V tekutém podílu tohoto jaterního tuku je vitamin A spolu s vitamínem D v tak velké koncentraci, že je rybí tuk třeba považovat za léčebný preparát. Vydatným zdrojem je dále máslo, vaječný žloutek, tučná játra a v menší míře je obsažen i v masě tučných ryb. Kuchyňskou úpravou se vitamin A neničí, nedostoupí-li teplota při přípravě pokrmu 100°C a není-li současně dána možnost k vydatnému okysličování živou výměnou vzduchu. Karoteny, tj. provitamin A, jsou v hojné míře obsaženy v různých druzích zeleniny (mrkev, listová zelenina) a v ovoci. Nedostatek vitamínu A vede k poruchám růstu sliznic, dále dochází k onemocnění oční rohovky, šerosleposti, ke snížení odolnosti vůči infekcím, poruchám zažívacího traktu, je i větší riziko vzniku některých druhů nádorů. Přirozený přívod potravin nevyvolává předávkování.</p>
Vitamin D	<p>Nazývá se též protikřivický - antirachitický, protože jeho přítomnost v těle zabraňuje nebo léčí poruchu růstu kostí, která se nazývá křivice (rachitis). V rybím tuku se sdružuje tento vitamin s vitamínem A. Mimo rybí tuk je jen málo přirozených potravin, které obsahují vitamin D. Nepatrné množství je např. ve vaječném žloutku, smetaně a másle, a to však jen od živočichů, kteří jsou vystaveni přímým slunečním paprskům, nebo kterým by byl tento vitamin podán v potravě. Mimo rybí tuk se získává největší množství vitamínu D k léčebným účelům umělým ozařováním čistého ergosterolu (látky, která se nachází v droždí a v různých nižších rostlinách). Protože neozářený ergosterol je předstupeň vitamínu D, bývá nazýván provitamin D. Vitamin D nebo jeho provitamin se vstřebávají sliznicí střevní a transportem krve jsou přiváděny do tkání, kde se ukládají zvláště v tukových buňkách. V kůži uložený provitamin se mění účinkem slunečních ultrafialových paprsků, pronikajících vrchním krytem pokožky, na účinný vit. D.</p>

	<p>Ozařování tělního povrchu na kterémkoliv místě má proto stejný výsledek jako podávání vitamínu. Nejvýznamněji působí vitamin D na vyrovnání poměru mezi vápníkem a fosforem v krvi. Tento poměr zaručuje fyziologický vývoj a vzrůst kostí a zubů. Vitamin D, je-li podán ve vyšších dávkách, než je fyziologická potřeba, působí poruchy. Předávkování označujeme jako hypervitaminózu. V našich životních podmínkách je vitamin D v přirozených a běžně požívaných potravinách zastoupen v tak nepatrném množství, že k předávkování ani dojít nemůže.</p>
Vitamin E	<p>Má brzdící schopnost při oxysličovacích procesech v tkáních. Brání zejména přílišnému oxysličování nenasycených mastných kyselin, a tím i nadměrnému vzniku peroxidů. Tím zabraňuje žluknutí rostlinných tuků. Pokusně bylo prokázáno, že vitamin E brání odumření plodu v děloze, zabraňuje degeneraci semenotvorné tkáně, udržuje funkci ledvinových kanálků a jater. Nazývá se jinak také tokoferol (tokos znamená řecky porod). V nepatrném množství se vyskytuje téměř ve všech potravinách, nejvíce v oleji vytlačeném nebo vyloučeném z pšeničných nebo kukuřičných klíčků. Tokoferol je poměrně velmi stálý, a neruší se proto obvyklou úpravou pokrmů.</p>
Vitamin K	<p>Je v přírodě zastoupen hlavně v listové zelenině, především v kapustě, špenátu, hlávkovém salátu. V nepatrném množství se vyskytuje téměř ve všech potravinách. Vedle toho tento vitamin tvoří i bakterie ve střevě lidí, takže člověk není zcela odkázán na jeho přívod potravou. Vitamin K umožňuje tvorbu látky zvané protrombin v játrech. Tato látka je důležitá pro srážení krve. K jeho nedostatku dochází jen velmi zřídka, a to v případě, že je zničena střevní flóra (při podávání sulfonamidů a antibiotik), při poruše vstřebávání tuků a také u novorozenců v prvních dnech po narození (nemají ještě usídleny střevní mikroby, zvláště nedonošené děti). Při nedostatku vitamínu K dochází k prodloužení doby srážení krve, a tím i k drobnému krvácení do sliznic.</p>
Vitamin B1	<p>Je nezbytným regulátorem chemické přeměny sacharidů. Proto čím více je sacharidů v denní stravě, tím větší je jeho potřeba v těle. Stejně se zvyšuje potřeba jeho přívodu do těla i při svalové práci. Ani při zvýšeném přívodu</p>

	<p>vitaminu B1 v potravě se tento vitamin v těle nezadrží a neukládá. V těle se tedy netvoří jeho zásoby. Při nedostatečném přívodu v potravě se dostavuje únava a bolesti hlavy, dráždivost, brnění v končetinách. Vitamin B1 je poměrně stálý v kyselém prostředí, snadno se ničí varem. Nejbohatším zdrojem B1 jsou pivovarské kvasnice a obilní klíčky. Pekařské droždí obsahuje jen asi polovinu obsahu vitamínu kvasnic pivních. Vyskytuje se též v mase, mléce a zelenině.</p>
Vitamin B2	<p>Je vitamin, jehož základ tvoří zvláštní druh cukru zvaný ribóza, proto název riboflavin. Je rozpustný ve vodě, není narušován vyššími teplotami, ale snadno se porušuje v zásaditém prostředí. Také vlivem slunečního světla se snadno rozkládá. Vitamin B2 je obsažen v malých množstvích téměř ve všech potravinách, v některých druzích dokonce ve značném množství. Vydátným zdrojem jsou zvířecí játra, kvasnice, mléko i vejce. Přebytek přijatého B2 z potravy se uchovává v malém množství v buňkách některých tkání. Příznakem jeho nedostatku jsou trhliny v ústních koutcích.</p>
Vitamin C (kyselina askorbová)	<p>Na rozdíl od ostatních vitaminů je jeho potřeba poměrně velká. Doporučená dávka vitamínu C je 50-100 mg denně, i když někteří autoři doporučují i více. Vitamin C je nezbytný pro oxysličovací děje v lidském organismu. Bez něho si nelze představit normální růst. Účastní se na tvorbě „cementu“, kterým drží buňky pohromadě, zlepšuje průběh hojení ran, růst vazivové tkáně (svaly, pojivo), zvyšuje odolnost proti infekci a nejnověji bylo zjištěno, že snižuje zvýšenou hodnotu cholesterolu v séru tím, že urychluje jeho přeměnu na žlučové kyseliny. Ty se pak vylučují stolicí. Nedostatek vitamínu C se zjevně projevuje krvácením dásní, snížením odolnosti proti infekci, v těžších případech kurdějemi. Je přítomen hlavně v ovoci a zelenině. Nejvíce je ho v citrusovém ovoci. Z domácích zdrojů jsou na vitamin C nejbohatší papriky, černý rybíz a šípek. Poměrně velké množství vitamínu C je v bramborách krátce po sklizni, vařených ve slupce. Šetrnější je forma dušení zeleniny, nicméně nejlépe je jíst zeleninu syrovou, různě ochucenou například ve formě salátů apod.</p>
Živiny	<p>Jmenují se tak proto, že se jimi tělo skutečně vyživuje, buduje a udržuje. Jsou to jednak bílkoviny, jednak látky nerostné. Látky sytící poskytují tělu</p>

	energii potřebnou k pohybu, práci i tvorbě tepla. Těchto látek potřebuje tělo větší množství než látek živičných. Jsou to jednak sacharidy, jednak tuky.
Látky ochranné	Upravují výživné pochody v těle, zejména při růstu a obnově tkání. Umožňují tedy látkovou přeměnu. Při jejich nedostatku dochází k poruchám zdraví. Jsou to jednak úplné bílkoviny, jednak některé nerostné látky, avšak hlavně vitaminy. Živiny a ochranné látky určují jakost naší stravy a vyjadřují její biologickou hodnotu.

**PŘÍLOHA P 4: OBSAH VÝŽIVOVÝCH HODNOT VE 100 G
POTRAVIN**

Potraviny	bílkoviny	v g	tuky	v g	sacharidy	v g
brambory		2,0		0,2		20,1
hrách		23,8		1,4		60,2
květák		2,4		0,2		4,9
cukr		-		-		99,5
čokoláda mléčná		7,9		32,1		57,3
med včelí		0,2		-		77,9
holoubě		22,1		1,0		0,5
husa tučná		12,8		45,6		0,2
kapr		16,0		4,2		-
králík domácí		21,1		7,9		-
kuře		20,4		1,4		0,6
maso hovězí roštěná		0,4		10,7		0,4
maso vepřové průměr		15,5		26,7		-
maso vepřové libové		17,3		18,2		-
maso vepřové bůček		9,1		56,0		-
salám šunkový		16,3		13,6		0,1
mléko plnotučné 1 l		34,0		39,1		48,4
mléko odstředěné 1 l		38,1		0,31		50,5
sýr ementál		26,8		27,8		2,4
vejce		13,0		11,0		-
chléb pšeničný		8,0		1,0		56,7
rýže		6,7		0,7		78,9
jablka		0,3		0,4		14,7

PŘÍLOHA P 5: TABULKA NUTRIČNÍCH HODNOT NĚKTERÝCH BĚŽNÝCH POTRAVIN

Zdroje sa- charidů	Kal	Bílk g	Tuky g	Sach g	Ca mg	P mg	Fe mg	A m.j.	B1 mg	B2 mg	PP mg	C mg
Brambory	80	2	0	19	13	72	0,8	40	0,07	0,04	1,2	10
Čočka	330	25	1	60	59	423	7,5	100	0,56	0,24	2,2	0
Fazole	331	21	1,6	62	137	437	6,9	30	0,67	0,23	3,1	0
Hrách	332	24	1,4	60	57	388	4,7	30	0,77	0,28	3,1	0
Sojová m plnotučná	347	35,9	20,6	30	195	553	12,1	140	0,77	0,28	2,20	0
Jáhly	356	10,6	2,9	71,4	33	269	5,9	0	0,26	0,1	3,6	0
Mouka hlad.	354	10,4	1,3	74,3	25	121	0,60	0	0,15	0,03	2,0	0
Oves.vločky	386	13,0	7,5	67,8	56	397	3,8	0	0,63	0,14	0,9	0
Rýže	354	6,7	0,7	78,9	24	135	0,80	0	0,07	0,03	1,6	0
Graham.chléb	268	11,6	1,6	51,7	30	272	2,4		0,4	0,1	3,4	
Kmín.chléb	237	5,2	0,8	51,8	20	143	0,9		0,11	0,04	1	
Těstoviny	366	12	2,2	74,1	25	153	1	20	0,1	0,6	1,5	
0,5 l Piva 10	140	1,5	0	8,5	45	75	0	0	0,05	0,35	5	

Zdroje živo- čiš. bílkovin	Kal	Bílk g	Tuky g	Sach g	Ca mg	P mg	Fe mg	A m.j.	B1 mg	B2 mg	PP mg	C mg
Tvaroh měkký	104	19,4	0,3	4,8	101	263	0,30	30	0,020	0,29	0,1	
Tvaroh tučný	1175	13,7	12	2,8	366	253	0,3	670	0,02	0,28	0,1	
Tvarůžky	137	29,9	0,8	2	140	250	0,5	40	0,03	0,43	0,2	
Niva 50%	310	19,2	25,7	0,8	615	364	0,58	1261	0,019	0,427	0,29	
Eidam30%	259	29,2	14,6	1,8	669	427	0,29	960	0,048	0,332	0,1	
Hermelín	270	20,2	20,2	1,6	157	330	0,50	1100	0,040	0,420	0,3	
Jogurt	101	5,7	4,5	9,7	180	135	0,40	900	0,32	0,48	0,8	
Mléko 2%	48	3,2	2	4,4	112	101	0,10	110	0,040	0,060	0,10	
Vejce 100g	139	11,6	9,8	0	53	196	1,78	534	0,089	0,267	0,09	
Vejce 1 kus	79	6,5	5,5		30	111	1,01	302	0,050	0,151	0,05	
Hovězí libové	159	20,8	7,8		8	152	3,3	20	0,1	0,22	5,5	
Vepřové prů- měr	230	11,6	20		16	110	2,32		0,578	0,12	5,02	
Kuře(s kostí)	78	14,2	2		8	126	0,94		0,063	0,101	5,10	
Kachna-kost	183	11,4	15		8	150	3,25		0,052	0,124	3,7	
Králík	113	14,8	5,5		12	88	0,91		0,056	0,042	5,32	
Kapr porc.	95	14,4	3,8		9	194	0,36		0,027	0,045	1,35	
Makrela	114	11,4	7,3		23	146	0,73	92	0,049	0,128	1,65	
Tresčí filé	74	16,5	0,4		25	194	0,70		0,05	0,08	2,2	
Sardinky v oleji	335	21,1	27		354	434	3,5	220	0,010	0,14	3,9	
Kabanos	201	14,5	14,5	2,1	12	115	2,35	10	0,176	0,137	4,31	
Salám šunk.	188	16	13,3	0,1	12	146	3,04	10	0,245	0,127	5,59	
Salám Paříž	281	12,6	25,1		8	102	2,16	10	0,137	0,118	3,82	

Extrémní obsahy	Kal	Bílk g	Tuky g	Sach g	Ca mg	P mg	Fe mg	A m.j.	B1 mg	B2 mg	PP mg	C mg
Játra hovězí	127	19,1	3,1	5,8	7	347	6,4	42582	0,252	3,23	13,29	30
Játra vepřov	128	19,1	4,7	1,6	10	351	17,46	13774	0,388	2,89	16,20	22,3
Paštika jätrov	230	18	18	1	60	200	9	5000	0,2	0,8	7	
Mrkev	33	0,9	0,2	7,3	31	30	0,64	6400	0,048	0,048	0,40	6
Rajčata	22	0,9	0,3	4,2	11	25	0,62	3000	0,053	0,035	0,44	23
Droždí	102	10,6	0,4	13,	25	605	4,90	0	0,450	2,07	28,00	
Mák	501	19,5	40,8	24,3	1400	610	12	-	-	-	-	-

Běžná zale-nina	Kal	Bílk g	Tuky g	Sach g	Ca mg	P mg	Fe mg	A m.j.	B1 mg	B2 mg	PP mg	C mg
Celer-kořen	26	0,9	0,2	5,5	31	31	0,31		0,031	0,025	0,25	2,7
Cibule jarní	19	0,4	0,1	4,4	33	10	0,37	37	0,025	0,016	0,20	7,4
Cibule podzi	40	1,2	0,1	8,8	37	41	0,47	47	0,028	0,038	0,19	8,5
Česnek	110	1,7	0,1	26,0	28	46	0,46	19	0,019	0,028	0,74	16,7
Fazolky	36	2,2	0,2	6,9	59	40	1	364	0,109	0,46	15,5	
Hrášek	41	3,	0,2	7,6	12	55	0,32	261	0,126	0,054	0,9	9,4
Kapusta hláv.	37	2,6	0,5	6,2	92	46	1,76	400	0,08	0,208	1,6	48
Kedlubny	25	1,6	0,2	4,6	34	38	0,45		0,045	0,038	0,15	30
Kopr	66	2,6	14,1	30	50	0,50	0,50	2000	0,050	0,080	0,50	100
Křen	73	2,3	0,3	15,9	46	60	0,76		0,051	0,06	0,51	170
Květák	20	1,7	0,1	3,4	15	46	0,77	63	0,077	0,070	0,42	38,5
Salátovky	12	0,6	0,1	2,4	8	17	0,24		0,024	0,032	0,16	6,4
Papriky zel	20	0,9	0,2	4	4	19	0,6	218	0,030	0,038	0,68	90
Petržel kořen	64	2,5	13,7	67	62							23,2
Pór	30	1,2	0,1	6,5	55	21	0,69	34	0,041	0,028	0,34	13,8
Ředkvičky	13	0,7	0,1	2,6	23	20	0,63	19	0,019	0,013	0,19	15,1
Salát hláv.	12	0,9	0,1	2,0	15	18	0,35	1050	0,028	0,056	0,14	5,6
Špenát	17	1,5	0,2	2,7	57	38	2,1	6594	0,077	0,140	0,42	31,5
Zelí hláv.	20	1,4	0,3	3,4	45	18	0,40	80	0,056	0,040	0,24	17,7
Rajčat.protlak	100	3,6		22,4	51	76	2,1	3280	0,13	0,13	1,8	32

Běžné ovoce	Kal	Bílk g	Tuky g	Sach g	Ca mg	P mg	Fe mg	A m.j.	B1 mg	B2 mg	PP mg	C mg
Banány	59	0,8	0,1	15,4	5	19	0,4	288	0,027	0,034	0,47	6,7
Broskve	41	0,7	0,2	10,4	7	18	0,53	774	0,018	0,044	0,79	7
Citróny	23	0,2		6,3	21	9	0,30		0,036		0,06	24
Jablka	50	0,3	0,4	12,9	6	10	0,44	53	0,035	0,026	0,18	6,2
Jahody	36	0,8	0,5	8,0	27	29	0,77	192	0,029	0,067	0,29	57,6
Melouny	16	0,5	0,1	4	13	11	0,26	792	0,033	0,020	0,39	5,3
Meruňky	43	0,8	0,2	10,8	13	21	0,50	2344	0,025	0,042	0,67	5,9
Pomeranče	32	0,6	0,1	8,1	24	18	0,29	137	0,058	0,022	0,14	37,4
Ryngle	60	0,8	0,2	15,5	16	19	0,47	329	0,056	0,038	0,47	4,7
Švestky	59	0,7	0,2	15,4	16	21	0,56	122	0,056	0,038	0,47	3,8
Třešně	54	1	0,4	13,3	16	18	0,36	564	0,046	0,055	0,36	7,3
Víno hrozny	61	0,7	0,4	15,5	19	18	0,55	74	0,055	0,037	0,18	3,7

PŘÍLOHA P 6: PRŮMĚRNÝ OBSAH ŽIVIN V PŘÍPRAVKU NUTRILAN MCT

	na láhev 500 ml N - MCT
Kalorická hodnota	2100 kJ / 500 kcal
Bílkoviny	24 g
- syrovátka	4,7 g
- sojový protein	3 g
- kasein	16,3 g
Tuky	15 g
- sojový olej	6,25 g
- MCT	6,75 g
- ostatní	2 g
Uhlovodany	67,5 g
- maltodextrin	40 g
- ostatní cukry	27,5 g
Vláknina	-
Poměr živin	19 : 27 : 54
Osmolarita	365 mosm/l
Minerální látky	
Sodík	460 mg
Draslík	585 mg
Vápník	240 mg
Hořčík	50 mg
Fosfor	245 mg
Stopové prvky	
Železo	3,6 mg
Zinek	3,5 mg
Vitamíny	
Vitamín A	800 I.U.
Vitamín E	8,5 mg
Vitamín B1	4,4 mg
Vitamín B2	1,2 mg
Vitamín B6	2 mg
Vitamín B12	3,4 µg

Vitamín C	100 mg
Nikotinamid	20 mg
Kyselina panthotenová	16 mg
Kyselina listová	0,45 mg
Biotin	0,1 mg

**PŘÍLOHA P 7: PRŮMĚRNÝ OBSAH ŽIVIN V PŘÍPRAVKU
INKODIET FIBRE**

	na láhev 500 ml Fibre
Kalorická hodnota	2100 kJ / 500 kcal
Bílkoviny	18,75 g
Uhlovodany	62,5 g
Tuky	19,45 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	8 g
- z toho MCT	5,85 g
- z toho esenciální mastné kyseliny	8,5 g
Vláknina	7 g
Poměr živin	15 : 35 : 50
Osmolarita	245 mosm/l
Použité suroviny	maltodextrin, sojový olej, mléčné (kasein, syrovátka, ml. albumin) a sojové bílkoviny
Minerální látky	
Sodík	0,35 g
Draslík	600 mg
Vápník	253 mg
Magnézium	100 mg
Chloridy	390 mg
Fosfor	233 mg
Stopové prvky	
Železo	5,2 mg
Zinek	5 mg
Měď	0,65 mg
Mangan	1,5 mg
Jód	43 µg
Vitamíny	
Vitamín A	0,3 mg
VitaminD	2,5 µg
Vitamín E	5 mg

Vitamín B1	0,35 mg
Vitamín B2	0,5 mg
Vitamín B6	1 mg
Vitamín B12	1,25 µg
Vitamín C	20 mg
Niacin	5 mg
Kyselina panthotenová	3,8 mg
Kyselina listová	100 µg
Biotin	75 µg