

Pacient s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu

Michaela Janalíková

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Michaela Janalíková
Osobní číslo:	H20142
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Pacient s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o pacienty s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

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

LUKÁŠ, K., J. HOCH a kol. *Nemoci střev*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9.

STURM, A., L. WHITE. *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual*. New York City: Springer International Publishing, 2019. ISBN 978-3-319-75021-7.

ZBOŘIL, V. a kol. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 3. vydání. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-718-1.

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

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

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⁾;
- беру на ве́доміі, же бакала́рская пра́це буде уложена в электроні́ке подобе́ в университетні́м информаці́оннм систе́му доступна́ к на́hlednutí;
- 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně16.5.2023.....



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 vzdělávacího 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). Odpírá-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 jím 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou pacientů s ulcerózní kolitidou podstupujících biologickou léčbu. Ve výzkumné části bakalářské práce jsme zjišťovali, jak vybraní pacienti vnímají přínos biologické léčby a jaký je jejich názor na prostředí, ve kterém probíhá aplikace biologické léčby na konkrétním interním oddělení. Zaměřili jsme se také na informační zdroje, které využívali naši participanti před rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu. Vzhledem k povaze zkoumaného problému byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Technikou sběru informací byl polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor s vybranými pacienty s ulcerózní kolitidou, kteří podstoupili biologickou léčbu na konkrétním interním oddělení. Z rozhovorů vyplynulo, že na zdravotnickém pracovišti probíhá u těchto pacientů ošetrovatelská péče při aplikaci biologické léčby i edukace ohledně podávání biologické léčby kvalitně. Informace získané z rozhovorů s našimi pacienty nám pomohly nalézt oblasti, které je možné v rámci péče o tyto nemocné zlepšit, jedná se především o prostředí, ve kterém se terapie aplikuje a zajištění jejich soukromí. Praktickým výstupem bakalářské práce je vytvoření edukačního materiálu pro nemocné s ulcerózní kolitidou, kteří podstupují biologickou léčbu na konkrétním interním oddělení.

Klíčová slova: pacient, ulcerózní kolitida, biologická léčba, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the issue of patients with ulcerative colitis undergoing biological treatment. In the research part of the bachelor's thesis, we found out how selected patients perceive the benefit of biological treatment and what their opinion is about the environment in which the application of biological treatment takes place in a specific internal department. We also focused on the information sources that our participants used before deciding to undergo biological treatment. Due to the nature of the investigated problem, a qualitative research method was chosen. The technique of information collection was a semi-structured non-standardized interview with selected patients with ulcerative colitis who underwent biological treatment in a specific internal department. It emerged from the interviews that the nursing care for these patients during the application of biological treatment and education in the administration of biological treatment is of high quality at the healthcare workplace. The information obtained from the interviews with our patients helped us to identify areas that can be improved in the care of these patients, namely the

environment in which the therapy is applied and ensuring their privacy. The practical output of the bachelor thesis is the creation of educational material for patients with ulcerative colitis who undergo biological treatment in a specific internal department.

Key words: patient, ulcerative colitis, biological treatment, nursing care, nurse

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Silvii Svobodové za cenné rady, trpělivost a čas věnovaný mé bakalářské práci. Mé poděkování patří také všem participantům za ochotu a poskytnutí rozhovorů. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu během mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ULCERÓZNÍ KOLITIDA	12
1.1 EPIDEMIOLOGIE, ETIOPATOGENEZE A KLASIFIKACE ULCERÓZNÍ KOLITIDY	12
1.2 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ	13
1.3 KLINICKÝ OBRAZ	15
1.4 LÉČBA ULCERÓZNÍ KOLITIDY	16
2 BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	18
2.1 INDIKACE A KONTRAINDIKACE BIOLOGICKÉ LÉČBY.....	18
2.2 NEJČASTĚJI VYUŽÍVANÁ LÉČIVA A JEJICH EFEKTIVITA	19
2.3 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY A KOMPLIKACE BIOLOGICKÉ LÉČBY	21
2.4 BIOLOGICKÁ LÉČBA V TĚHOTENSTVÍ.....	22
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA BĚHEM PODÁVÁNÍ BIOLOGICKÉ LÉČBY	23
3.1 PÉČE O PACIENTA PŘI APLIKACI BIOLOGICKÉ LÉČBY	23
3.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PŘI ALERGICKÉ REAKCI NA BIOLOGICKOU LÉČBU	24
3.3 POTŘEBY PACIENTA BĚHEM PODÁVÁNÍ BIOLOGICKÉ LÉČBY	25
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
4 METODIKA VÝZKUMU	29
4.1 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	29
4.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	29
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMU A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	30
4.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	31
5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	33
5.1 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	33
5.2 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ Z ROZHovorŮ	35
6 DISKUZE	48
7 PRAKTICKÝ VÝSTUP BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	52
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
SEZNAM TABULEK.....	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Bakalářské práce se věnuje problematice pacientů s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu. Téma je mi blízké, protože pracuji na interním oddělení, kde jsou často tyto nemocní hospitalizováni a mnozí z nich biologickou léčbu podstupují.

Předpokládá se, že příčinou kolitidy jsou stresy, infekční, imunologické a dědičné vlivy a obvykle dochází ke střídání remise a relapsu. Jedná se o onemocnění, kde příčina a důsledek tvoří bludný kruh a léčení je velmi obtížné.

Terapeutický přístup je potřeba pojmout komplexně, od diety, klidu na lůžku a odstranění co nejvíce faktorů vedoucích k napětí, přes farmakoterapii, psychoterapii až po chirurgické odstranění postižené části střeva.

Řada pacientů může situaci vnímat zcela beznadějně. Uvědomují si, že trpí chronickým onemocněním, které není doposud zcela vyléčitelné a jejich dosavadní životní styl se den ze dne mění, začnou si pokládat otázky o svém životě, sociální situaci a budoucnosti. Strach z neznámého, z mnoha nepříjemných vyšetření i času stráveného v nemocnici vyvolává u postižených osob další zátěž a stres. Tam, kde se vyvinou komplikace nebo pacient nereaguje přiměřeně na léčbu a chorobu se stále nedaří dostat pod kontrolu, bývá nabízena právě biologická terapie.

Biologická léčba se v současné době považuje za nejúčinnější formu medikamentózní léčby střevních zánětů. Nástup jejího účinku může být rychlý, od několika dnů, ale může být i velmi pozvolný a projeví se až po mnoha týdnech nebo dokonce měsících. Na rozdíl od většiny jiných léků, používaných v terapii ulcerózní kolitidy, jsou biologika podávána jak při indukční léčbě, tak ve fázi udržovací, liší se tím od kortikoidů a imunosupresiv. Nemocnému pomáhá zvládat nemoc také psychická pohoda a omezení psychického stresu.

Zdravotníci, lékaři a sestry, by měli v průběhu komplexní péče vhodně komunikovat s pacientem, měla by být prováděna edukace, vysvětlování a informování jak o nemoci, tak o léčbě, protože nedostatek informací vede ke zvýšení obav a strachu. Samotné edukační materiály samy o sobě nepřispějí ke zlepšení situace, je nutné vést dialog, navodit dobrý vztah mezi lékařem, sestrou a pacientem, který napomůže a zlepší léčebné výsledky, a tak ovlivní i kvalitu života.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Ulcerózní kolitida je hemoragicko-katarální, chronicky exacerbuující zánět, který postihuje sliznici konečnicku a jeho přilehlé části nebo celé tlusté střevo (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 319). Podle rozsahu postižení střeva se následně rozhoduje o způsobu léčby (Leone et al., 2017, online). Ulcerózní kolitida (anglicky Ulcerative Colitis, následně v textu UC) společně s Crohnovou chorobou patří mezi idiopatické záněty střeva (anglicky Inflammatory Bowel Disease, následně v textu IBD). Jsou to chronická relabující onemocnění charakterizovaná dlouhodobými průjmy, které mohou být krvavé nebo vodnaté konzistence. Příčina vzniku není u nich doposud zcela objasněna (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 319).

Z historických údajů je zřejmé, že IBD byly přítomny i v dřívějších dobách, jen nebyly zcela zdokumentovány (Zbořil a kol., 2018, s. 14). UC popsal poprvé v roce 1859 britský lékař Samuel Wilks u mladé ženy, která trpěla průjmy a horečkou (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 319).

1.1 Epidemiologie, etiopatogeneze a klasifikace ulcerózní kolitidy

Ve druhé polovině dvacátého století došlo k výraznému nárůstu UC. V současnosti ve vyspělých krajinách trpí touto chorobou jeden člověk z pětiset, což představuje prevalenci dvě stě nemocných na sto tisíc obyvatel (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 29). Medián výskytu UC je zpravidla dvouvrcholový, první se dostavuje v mladším věku, mezi dvacátým a třicátým rokem, druhý mezi padesátým a šedesátým rokem (Ulcerózní kolitida, 2021, online). V ekonomicky vyspělejších zemích Evropy a Severní Ameriky se incidence ulcerózní kolitidy za posledních dvacet let významně zvýšila. V České republice se za posledních patnáct let počet dispenzarizovaných pacientů zvedl z dvaceti na čtyřadvacet tisíc. Incidence ulcerózní kolitidy se posunula z 16 na 27,6 nemocných na sto tisíc obyvatel (Zbořil a kol., 2018, s. 17). Podle údajů ÚZIS MZ České republiky se v roce 2018 prevalence pohybovala kolem dvě sta až dvě stě padesáti nemocných na sto tisíc obyvatel (Ulcerózní kolitida, 2021, online). Celková úmrtnost na IBD se na našem území pohybuje kolem třiceti až čtyřiceti případů za rok (Zbořil a kol., 2018, s. 17).

Etiologie UC je neznámá a její patogeneze je známá jen částečně. Řadí se mezi autoimunitní onemocnění. Vzniká a reaktivuje se u jedinců s genetickou predispozicí, kdy faktory zevního prostředí (psychický stres, vliv diet, nadměrná konzumace živočišných produktů, nedostatek vlákniny, zvýšený obsah nasycených mastných kyselin) poškozují slizniční bariéru. Dochází

k narušení rovnováhy mezi prospěšnými a patogenními střevními bakteriemi a ke stimulaci T-buněčné imunitní odpovědi na střevních komenzálních bakterií (Ehrmann a Konečný, 2011, s. 435; Douada, 2017, s. 110). Hlavatý, Krajčovičová a kolektiv (2020, s. 29) uvádí, že osoby, které podstoupily apendektomii, mají menší riziko výskytu této choroby.

Kouření tabákových výrobků má u ulcerózní kolitidy protektivní účinek, onemocnění postihuje nekuřáky a bývalé kuřáky. Naopak u Crohnovy choroby je kouření cigaret spojeno s agresivním průběhem, perforujícími komplikacemi a nedostatečnou odpovědí organismu na biologickou i imunosupresivní léčbu (Lukáš, 2014, s. 643; Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 29).

Klasifikace idiopatických střevních zánětů bývá mnohdy obtížná. Důležité je zjištění rozsahu onemocnění pro zvolení vhodné léčby, která může být místní nebo celková. Hodnocení rozsahu má vliv na pozdější pravidelné sledování rozvoje komplikací (Gabalec, 2009, s. 276).

V klinické praxi se využívá několik klasifikací UC, v následujícím textu uvádíme přehled nejčastěji používaných. Montrealská klasifikace (viz Příloha P I) rozděluje postižení střeva podle rozsahu na proktitidu, proktosigmoiditidu, subtotální kolitidu, levostrannou kolitidu, pankolitidu a podle aktivity onemocnění na lehkou, středně těžkou a těžkou formu (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 320). Mařatkova endoskopická klasifikace (viz Příloha P II) slouží k hodnocení stádia choroby. Pacient se může nacházet v akutní nebo klidové fázi. V akutním (floridním) období se sliznice tlustého střeva stává křehkou a dochází ke krvácení i vzniku ulcerací. Klidová etapa se projevuje hyperemickou granulovanou sliznicí bez cévní kresby (Gabalec, 2009, s. 277). Mayo skóre (viz Příloha P III) hodnotí frekvenci počtu stolic za den, přítomnost obsahu krve nebo hlenu ve stolici, endoskopický nález a celkový zdravotní stav nemocného. Dle výsledného indexu se následně určí fáze aktivity nemoci (Zbořil a kol., 2022, s. 94).

1.2 Diagnostika onemocnění

Diagnostika onemocnění se stanovuje z anamnézy a nynějšího posouzení pacienta, laboratorních výsledků biologického materiálu, z výsledků endoskopických vyšetřovacích metod, histologických nálezů z odebraných vzorků během vyšetření a z hodnocení zobrazovacích vyšetřovacích metod (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 333; Matějková a Vítková, 2019, online). Pečlivým sběrem anamnestických údajů od nemocného dokáže lékař

odlišit UC od jiných gastrointestinálních onemocnění. Zjistí četnost stolic za den a její příměsi (přítomnost krve nebo hlenu), poslední požití stravy k vyloučení potíží důsledkem dietní chyby, genetickou predispozici a prodělané střevní infekční onemocnění, operační zákroky a pacientův vztah ke kouření a pití alkoholu (Dudley et al., 2017, online). V rodinné anamnéze se pátrá po výskytu IBD, celiakiích, malabsorbčnímu syndromu, nádorových i autoimunitních onemocnění. Posoudí se celkový stav pacienta, změní se fyziologické funkce a provede se fyzikální vyšetření dutiny břišní a oblasti konečníku (Zbořil a kol., 2018, s. 155).

Laboratorní vyšetření napomáhají k hodnocení nemoci od samotného počátku, tj. od diagnostického procesu přes diferenciální diagnostiku; je přínosné v průběhu celé nemoci. V klinické praxi využíváme řadu biomarkerů, které hodnotí aktivitu zánětu. Pacientovi se odebírá krev na biochemické a hematologické vyšetření, což je považováno za základ laboratorního screeningu (CRP, fekální kalprotektin, jaterní testy, sedimentace erytrocytů a krevní obraz) (Zbořil a kol., 2018, s. 159). Ve výsledcích laboratorních testů je průkazná leukocytóza, vysoká hodnota CRP, sedimentace erytrocytů i fekálního kalprotektinu a při dlouhodobých ztrátách krve anémie (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 335).

Nejdůležitějším vyšetřením u UC, které má diagnostickou i terapeutickou složku, je endoskopické vyšetření rekta, tlustého střeva a terminálního ilea. Na výsledku kolonoskopického a rektoskopického vyšetření je postavena diagnóza ulcerózní kolitidy, stanovení zánětlivé aktivity i rozsahu choroby a potvrzení možných komplikací. Důležité je při endoskopickém vyšetření provedení odběrů bioptických vzorků sliznice rekta a segmentu tlustého střeva, které je zánětem postiženo (Lukáš, 2010, s. 107; Holubová, Novotná, Marečková a kol., 2013, s. 94; Poggioli, 2019, s. 64). Odebrané vzorky jsou poslány k histologickému rozboru. Patologické změny tlustého střeva se projevují jak makroskopickými, tak mikroskopickými znaky (Zbořil a kol., 2018, s. 202). Kolonoskopické a rektoskopické vyšetření je v pravidelných intervalech využíváno také pro screening možných prekancerózních nebo nádorových změn (Zbořil a kol., 2018, s. 178).

Mezi makroskopické diagnostické znaky v aktivní fázi choroby patří zduřelá, difúzně překrvená sliznice a rozšířená a prosáklá stěna tlustého střeva. V chronické fázi dochází ke změnám střevní svaloviny. V závažných případech může vzniknout stenóza střev (Lukáš a kol., 2021, s. 54). Zánět postupuje pouze proximálně od rekta tlustého střeva. Sliznice postižené části je charakteristická křehkostí s výskytem povrchových ulcerací. Těžké

postížení může zapříčinit penetraci vzniklého vředu (Zbořil a kol., 2018, s. 203; Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 335).

Povrchové nepravidelnosti sliznice a snížení její denzity patří k mikroskopickým znakům UC. K dalším projevům patří výrazný úbytek mucinu, metaplazie Panethových buněk a časté vytváření abscesů Lieberkühnových krypt na sliznici tlustého střeva (Zbořil a kol., 2018, s. 204). Charakteristickým znakem je také porucha architektury krypt a difúzní zánětlivý infiltrát s bazální plazmocytózou (Lukáš a kol., 2021, s. 54).

Ze zobrazovacích metod se k diagnostice využívá ultrasonografie, nativní rentgen dutiny břišní, počítačová tomografie a magnetická rezonance (Zbořil a kol., 2018, s. 221).

Odlišit ulcerózní kolitidu od Crohnovy choroby je někdy velmi obtížné až nemožné. Lékař posuzuje charakteristiku zánětlivých změn, lokalizaci, rozsah onemocnění a přítomnost píštělí, vředů nebo polypů na sliznici tlustého střeva. U deseti až patnácti procent pacientů není možné jednoznačně chorobu odlišit, a proto ji označujeme za neklasifikovanou kolitidu (Lukáš, 2010, s. 110).

1.3 Klinický obraz

Ulcerózní kolitida progreduje z oblasti rekta do orálních partií tlustého střeva s etapou vzplanutí, relapsem a obdobím klidného stádia, kdy je pacient bez příznaků a remisí (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 29). Hlavními příznaky jsou průjmy s příměsí krve nebo hlenu ve stolici nebo enteroragie, kolikovitě bolesti břicha a tenesmy. Při bolestivých spazmech v anorektální části tlustého střeva se může objevit zácpa (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 325). Mezi vedlejší projevy patří zvýšená tělesná teplota až horečka, únava, ztráta chuti k jídlu, anorexie a dehydratace (Poggioli, 2019, s. 22). Pacienti trpí i tzv. mimostřevními příznaky, nejčastěji zde patří kloubní obtíže, artralgie, artritidy a spondylartritidy. Zahrnuty mohou být i kožní projevy, erytema nodosum, pyoderma gangrenosum a recidivující záněty očí, iridocyklitidy nebo uveitidy (Matějková a Vítková, 2019, online). Při dlouhodobém krvácení z tlustého střeva se postupně může rozvinout anémie. Chronické záněty mohou vést k osteoporóze, která způsobuje vyšší náchylnost ke zlomeninám kostí i během menších úrazů (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 30). Více než 50 % nemocných trpí lehkou formou UC, 6-19 % pacientů se nachází ihned od diagnostikování choroby v těžké fázi a více než 10 % postižených po první těžké atace podstupují kolektomii tlustého střeva. Zhruba 0,4 % případů končí fatálním následkem (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 325).

Rizikové faktory vedoucí k relapsu onemocnění zahrnují bakteriální nebo virové infekce, užívání antibiotik, nesteroidních antiflogistik a stresové situace (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 326). Při dlouhodobě trvající těžké fázi jsou pacienti ohroženi vznikem karcinomu nebo dysplazií tlustého střeva. Osoby s UC mají čtyřnásobně vyšší riziko vzniku nádorů střev oproti běžné populaci (Pavelka, Arenberger, Lukáš a kol., 2014, s. 248).

Prognóza závisí na rozsahu postižení a stupni aktivity onemocnění. V současné době většina pacientů dosahuje dlouhodobé období remise a žije relativně normálním životem. Pozornost se přesouvá na prevenci závažných komplikací jako je karcinom tlustého střeva a osteoporóza, sledování komplikací u dlouhodobé léčby kortikoidy, které zahrnují vznik cukrovky, vysokého krevního tlaku a obezity. Důležitá je i prevence a důsledná léčba případných infekcí (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 34).

1.4 Léčba ulcerózní kolitidy

Konzervativní léčba se v posledních dvaceti letech rozšířila a efektivita léčby výrazně vzrostla. Současné znalosti o etiopatogenezi ulcerózní kolitidy neumožňují kauzální terapii, ale pouze symptomatickou. Cílem je zvládnutí akutních atak a udržení nebo prodloužení remise onemocnění (Dujsíková, 2018, s. 29).

Symptomatickou léčbu dělíme na udržovací a indukční. Při udržovací se podávají aminosalicyláty, imunosupresiva a biologické léky, u indukční se využívají navíc kortikosteroidy a antibiotika. Nedílnou součástí komplexní terapie je dodržování dietních opatření, a pokud je to nezbytné tak i chirurgické řešení (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 346).

Základním lékem při lehké a středně těžké formě UC jsou aminosalicyláty. Účinnou látkou, která má protizánětlivý účinek, je mesalazin a 5-aminosalicylová kyselina. Klinickou odpověď na indukční léčbu 5-aminosalicylovou kyselinou lze očekávat během dvou týdnů od jejího zahájení. Podávaná denní dávka mesalazinu je určena u každého pacienta individuálně. Léky podáváme perorální nebo rektální formou. Udržovací terapie směřuje k minimalizaci rizika vzniku relapsu (Zbořil a kol., 2018, s. 275; Lukáš, 2021, s. 112). Při léčbě středně těžké až těžké formy nebo relapsu nemoci se podávají kortikosteroidy (El-hag et al., 2022, s. 4), které působí protizánětlivým a imunosupresivním účinkem. Podle závažnosti a lokality onemocnění jsou kortikoidy podávány intravenózní, perorální nebo lokální formou. Mezi jejich nežádoucí účinky se řadí hyperglykémie, hypertenze, vznik osteoporózy, přibývání na váze až obezita a nespavost (Dujsíková, 2018, s. 29). Léčba začíná

v podání vysokých dávek a postupně dochází ke snižování až jejich úplnému vysazení (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 352).

Při ztrátě účinnosti kortikosteroidů a dlouhodobé aktivitě onemocnění se využívají imunosupresiva, thiopuriny, methotrexáty a v menší míře kalcineurinové inhibitory (cyklosporin A) (Lukáš, 2009, s. 165). Podstatou imunosupresiv je léčebný zásah do průběhu i patogeneze UC, směřující k potlačení nežádoucích aktivit imunitních reakcí (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 350).

Pokud jsou do patogeneze UC zapojeny bakterie, došlo-li k rozvoji infekce nebo se nachází v dutině břišní zánětlivý proces, podávají se v perorální nebo intravenózní formě antibiotika, nejdéle po dobu 3 měsíců (Lukáš, 2012, s. 467). Nejčastěji užívanými antibiotiky jsou metronidazol, rifaximin a nifurixazid. Dříve hojně podávaný ciprofloxacin se v současné době omezuje pro riziko vzniku clostridiové kolitidy (Dujsíková, 2018, s. 31). Chirurgická terapie přichází v úvahu, pokud selže veškerá medikamentózní včetně podávání biologické léčby. Autor Lukáš (2021, s. 113) uvádí, že podle studie T. D. Bolina vedla laparotomická apendektomie u 30 % pacientů z devadesáti případů ke snížení indexu aktivity choroby a u 40 % nemocných bylo možné následně vysadit medikamentózní léčbu (Lukáš a kol., 2021, s. 113).

U 10–20 % pacientů s UC je nutná chirurgická léčba. Operačním řešením lze onemocnění eliminovat. Chirurgický výkon se provádí z akutní nebo plánované indikace. Ke stanovení akutní indikace patří život ohrožující stavy, které jsou neovlivnitelné konzervativní léčbou, např.: vznik perforace tlustého střeva, toxického megakolonu, masivního krvácení. Plánovaná indikace je stanovena po neúspěšné konzervativní léčbě, u vzniku kolorektálního karcinomu, při chronickém krvácení nebo obstrukci tlustého střeva. Mezi nejčastěji využívanými variantami chirurgické terapie patří subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou, kolektomie s trvalou ileostomií, proktokolektomie s terminální ileostomií a proktokolektomie s ileo-pouch-anální anastomózou (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 372).

2 BIOLOGICKÁ LÉČBA

Biologická léčba je terapie, která využívá látky vytvořené z živých organismů (Biologická léčba, 2023, online). Spočívá v podání látek, které inhibují translaci mRNA určité molekuly proteinu angažovaného v zánětlivé reakci. Podstatou biologické léčby je cílený regulační zásah do biologických procesů, které probíhají v poškozeném nebo nemocném organismu. Provádí se pomocí vysoce účinných látek biologické povahy, které jsou shodné nebo velmi podobné s látkami produkovanými v lidském organismu. Léčba zahrnuje nativní biologické preparáty a izoláty, rekombinantní proteiny, monoklonální protilátky proti cytokinům, syntetické oligonukleotidy a genovou terapii (Zbořil a kol., 2022, s. 13). Za počátek vzniku biologické léčby se považuje rok 1970, kdy na základě prací imunologa a lékaře Césara Milsteina a jeho kolegů byly poprvé použity antithymocytární globuliny k odvrácení rejekce transplantované ledviny u pokusných zvířat. Aplikovali transplantované B buňky k vytvoření hybridních buněk, které vylučovali různé protilátky. V roce 1973 biolog Georges Köhler využil Milsteinův hybridní systém z B buněk k detekování specifických protilátek. V důsledku průkazu, že usmrcené B buňky tvoří jednoduchý typ specifických protilátek, vznikl odborný název monoklonální protilátky (Fusek, Vítek, Blahoš a kol., 2012, s. 438). V roce 1984 oba uvedení autoři získali Nobelovu cenu v oblasti fyziologie a lékařství za objev principů výroby monoklonálních protilátek. Kombinované chimérické monoklonální protilátky byly vytvořeny z kombinací myších a lidských antigenů. Progres v molekulární biologii a rozvoj biotechnologie umožnili tvorbu plně humánních monoklonálních protilátek. V současné době existuje více než dvě stě protilátek, které jsou testovány v klinických studiích v medicínské oblasti. Rozvíjí se i látky, které směřují v biologické terapii na odlišné cílové skupiny mediátorů lymfocytární adheze a migrace nebo cytokiny zapojené do tkáňového poškození a molekuly zabudované do interakcí mezi B a T lymfocyty (Zbořil a kol., 2022, s. 12).

2.1 Indikace a kontraindikace biologické léčby

Biologickou léčbu podstupují pacienti se střední až těžkou aktivitou onemocnění, kteří nereagují na léčbu imunosupresivy a kortikoidy, kteří nereagují na léčbu thiopuriny nebo ti, u kterých se vyskytly nežádoucí účinky (Pavelka, Arenberger, Lukáš a kol., 2014, s. 255). Mezi indikace k zavedení terapie spadají také pacienti s mimostřevními příznaky, kloubními (artritida jednotlivých kloubů), očními (iridocyklitida, ischemická oční neuropatie) a kožními (psoriáza, erythema nodosum) (Zádorová, 2012, s. 8).

Hlavní kontraindikací pro podání biologického preparátu je vznik těžké alergické reakce nebo anafylaktického šoku. V takovém případě je nutné okamžitě léčbu zastavit, zahájit první pomoc a popřípadě změnit terapeutickou látku, pacienta převést na jiný TNF- α (faktor alfa nekrotizující tumor) přípravek. Další kontraindikací je vznik bakteriální či virové infekce nebo sepse. Podávání biologické terapie navyšuje riziko vzniku intracelulárních infekcí, proto je nutné před jejím zahájením provést screening na latentní tuberkulózu. U pacientů s pozitivní hepatitidou typu B je vysoké riziko vzniku jaterního selhání. Náhlé příhody břišní představují indikaci k chirurgickému řešení, a proto je u těchto pacientů indikovaná biologická léčba nevýznamná. Absolutní kontraindikace jsou také u vzniku sepsí, abscesů a oportunních infekcí i u pacientů se středně těžkým nebo závažným srdečním selháním (Urbánek, 2017, s. 45). Při vzniku maligních onemocnění u nemocných s UC se biologická léčba podává až po odborné konzultaci s onkologickým specialistou (Pavelka, Arenberger, Lukáš a kol., 2014, s. 255).

2.2 Nejčastěji využívaná léčiva a jejich efektivita

Mezi nejčastěji využívaná léčiva se řadí inhibitory adhezivních molekul, látky blokuující TNF- α a inhibitory Janus kinázy. Mechanismus účinku spočívá v podání látek, které specificky zpomalují přenos mRNA určité molekuly proteinu, angažovaného v zánětlivé reakci (Pavelka, Arenberger, Lukáš a kol., 2014, s. 24; Zbořil a kol., 2022, s. 18).

Blokátory TNF- α patří do skupiny biologických protizánětlivých léků. V klinické praxi se využívají už skoro dvacet let i u jiných autoimunitních onemocnění jako je revmatoidní artritida nebo Crohnova choroba. Vyvolávají blokaci účinku bílkoviny nazývané faktor alfa nekrotizující tumor. Bílkovina se podílí na zánětlivém procesu v lidském organismu a její blokování snižuje zánět. Po podání léku zůstává v těle několik dnů až týdnů, a proto stačí aplikovat pouze jednou za několik týdnů (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 76). Tumor nekrotizující faktor α je tvořen makrofágy, epiteliálními buňkami a lymfocyty. Jeho biologické účinky mohou zapříčinit vznik klinických příznaků, mezi které patří bolesti hlavy, zvýšená tělesná teplota až horečka, nechutenství a váhový úbytek (Pavelka, Arenberger, Lukáš a kol., 2014, s. 254). V současné době se využívají především tři látky, infliximab, adalimumab a golimumab (Zbořil a kol., 2022, s. 19; Aro-ra and Shein, 2014, s. 104).

První schválenou monoklonální protilátkou proti TNF- α třídy IgG je infliximab, který je určen pro léčbu středně těžké až těžké UC (Sturm and White, 2019, s. 92). Obsahu-

je 75 % lidské a 25 % myší bílkoviny. Základní dávka je 5 mg/kg a následně je další podávána po 2 a 6 týdnech od první aplikace. Ostatní dávky infliximabu se aplikují pravidelně po 8 týdnech, všechny dávky jsou aplikovány ve formě intravenózních infúzí (Zbořil a kol., 2022, s. 100). Účinnosti infliximabu se dostavuje již po 3 dávkách a lze jej využít u pediatrických pacientů od 6 let. Mezi nejčastěji využívané zástupce se řadí Remsima® 100 mg a Remicade® 100 mg (Papamichael et al., 2019, s. 1). Mezi rekombinantní monoklonální protilátky proti TNF- α třídy IgG se řadí adalimumab, složený pouze z lidských bílkovin. Užívá se ve formě subkutánních injekcí, které se aplikují v pravidelných intervalech čtrnácti dní. K docílení účinného efektu jsou důležité první dvě dávky. V první dávce se aplikuje 80-160 mg a v druhé 40-80 mg adalimumabu. Mezi nejčastěji využívané zástupce se řadí Humira® 40 mg a Imraldi® 40mg (Fausel and Afzali, 2015, s. 66).

V současné době k nejnovějším anti protilátkám TNF- α patří golimumab, který je složený z 90 % lidských a 10 % myších bílkovin. Do organismu se vpravuje ve formě subkutánních injekcí. Aplikované množství golimumabu je vyvozeno dle hmotnosti pacienta (Zbořil a kol., 2022, s. 112). Do sto kilogramů je první aplikovaná dávka 200mg/100 mg, nad sto kilogramů hmotnosti je dávka určena na 400 mg/200 mg (Löwenberg et al., 2014, s. 55). Ostatní dávky jsou sjednoceny na 100 mg a aplikují se jednou do měsíce. Mezi nejčastější zástupce se řadí Simponi® 100 mg (Zbořil a kol., 2022, s. 112).

Vysoká efektivita biologické léčby TNF- α inhibitory se potvrdila v mnoha klinických studiích. Autoři Hlavatý, Krajčovičová a kol. (2020, s. 80) uvádí, že při léčbě infliximabem se potvrdila klinická odpověď u 65 % až 69 % pacientů. Čím dříve dojde k léčbě v průběhu onemocnění, tím je vyšší účinnost léčby a předchází se i tvorbě komplikací (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 80).

K další možné léčbě se využívají inhibitory adhezivních molekul, které se vážou na bílé krvinky, čímž způsobují blokadu vstupu leukocytů z kapilárního řečiště do tkáně. Dochází ke snížené migraci leukocytů i zánětlivé odpovědi. V klinické praxi se nejvíce využívají dva zástupci, natalizumab a vedolizumab (Arora and Shein, 2014, s. 105).

Mezi humanizované monoklonální IgG1 protilátky patří vedolizumab. Potlačuje integrinové receptory, které selektivně blokují přilnutí leukocytů k cévní stěně a migraci do střevní submukózy. Tímto zabrání vzniku patologickému zánětu v tlustém střevě. V klinické praxi se využívá vedolizumab ke středně těžké až těžké léčbě UC, kdy došlo k selhání konvenční terapie nebo ke kontraindikaci léčby pomocí anti TNF- α . Nejznámějším zástupcem

vedolizumabu je Entyvio® 300 mg, které se pacientovi aplikují intravenózní formou v pravidelných intervalech po osmi týdnech. Při léčbě středně těžké až těžké ulcerózní kolitidy vedolizumab dosáhl klinickou odpověď u 47 % pacientů (Douda, 2018, s. 11; Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 88).

Inhibitory Janus kinázy (následně v textu JAK) se používají při léčbě středně těžké až těžké aktivní ulcerózní kolitidy. Jedná se o intracelulární enzymy, které se nachází v mnoha buňkách lidského organismu. Jejich mechanismus účinku má za úkol blokovat zánětlivé procesy, které jsou zodpovědné za aktivaci bílých krvinek typu T a B v lidském těle. V klinické praxi se podává v perorální formě (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 87). Do skupiny selektivních imunopresiv patří také tofacitinib. Pacientovi se podávají formou perorálních tablet. Doporučené úvodní dávkování je dvakrát denně 10 mg po dobu osmi týdnů. Jestliže nedojde k efektivnímu účinku léčby, je možné prodloužit dávkování o dalších osm týdnů. Za udržovací dávku se považuje dávkování dvakrát denně 5 mg. Nejčastěji užívaným zástupcem je Xeljanz® 5 mg (Sperottová a Matalová, 2019, s. 292). Efektivita léčby tofacitinibem byla při úplné remisi 60 % z pětiset devadesáti osmi pacientů. Tofacitinib má poměrně rychlý nástup účinku, kdy mnoho pacientů cítí zlepšení svého zdravotního stavu už po třech dnech od užívání, ale při vyšších dávkách může dojít ke vzniku pasového oparu, a proto je vhodné pacienta před léčbou naočkovat (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 89).

V posledních letech se v klinické praxi využívá monitorace hladiny uvedených léků v krvi, a tím se odhaluje efektivita či neefektivní léčby. U pacientů, kteří podstupují biologickou terapii poprvé je vysoká efektivita účinnosti mezi 60-80 %. K rychlejšímu nástupu léčiva se doporučuje kombinace s užíváním kortikoidů (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 85).

2.3 Nežádoucí účinky a komplikace biologické léčby

Nejčastější nežádoucí účinek během aplikace biologické léčby je alergická reakce na podávanou látku ve formě infuzní terapie. Tato reakce se objeví při podání nebo do dvou hodin po její aplikaci. Je charakterizována vznikem horečky, třesavky, dušností, nauzey, zvracením, bolestí hlavy a zarudnutím kůže, zvláště v oblasti obličeje. Prevence vzniku alergické reakce je pravidelné užívání imunopresiv a glukokortikoidů před zahájením biologické terapie. Při alergické reakci opožděného typu se nežádoucí projevy dostaví třetí až dvanáctý den po aplikaci léku. Může se projevat bolestmi kloubů, vyrážkou, únavou, zvýšenou tělesnou teplotou až horečkou, otoky obličeje i končetin a kopřivkou (Pavelka,

Arenberger, Lukáš a kol., 2014, s. 293). Autor Zbořil a kol. (2022, s. 273) uvádí, že současně podávána biologická léčba s antibiotickou vede ke dvoj až trojnásobného vzniku rizika poinfuzních reakcí.

V případě vzniklé nežádoucí reakce lze zavést profylaktickou premedikaci, která spočívá v podání hydrokortizonu třicet minut před podáním biologické terapie. U reakcí opožděného typu se podává prednison dva dny před infúzí a následně pět až sedm dní poté. Dermatologické problémy se vyskytují u 10-12 % pacientů. Nejčastěji je zaznamenáno zhoršení atopického ekzému, k dalším komplikacím se řadí psoriatické exantém, urtikariální exantém a vaskulitida i pustulózní dermatitidy. Za paradoxní imunitní reakci u UC se označuje vznik psoriázy (Zbořil a kol., 2022, s. 277).

Vznik infekčních komplikací v důsledku imunosupresivního účinku biologik patří k nejzávažnějším vedlejším dopadům biologické léčby (Pavelka, Arenberger, Lukáš a kol., 2014, s. 296). Řadíme zde infekce virového původu způsobené cytomegaloviry, viry herpes simplex a virem varicella zoster. Mohou se objevit i závažné bakteriální infekce nejčastěji vyvolané *Streptococcus pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Listeria monocytogenes* nebo *Clostridium difficile*. Pacientům s UC je doporučeno očkování především proti virům varicella zoster, lidskému papilomaviru, pneumokokům a hepatitidě B (Zbořil a kol., 2022, s. 275).

2.4 Biologická léčba v těhotenství

Onemocnění UC bývá diagnostikováno i ženám, které se stanou gravidní. Pacientky mají větší riziko vzniku odlišných komplikací během těhotenství. Mezi ně se řadí předčasně vyvolaný porod plodu, spontánní potrat nebo se novorozenec rodí s nižší porodní váhou. Výběr vhodného biologického preparátu a jeho dávka se doporučuje podávat podle závažnosti onemocnění. (Lukáš a kol., 2020, s. 60). Nejčastěji podávaná biologická během gravidity jsou infliximab, adalimumab a spadají do skupiny monoklonálních protilátek anti tumor nekrotizující faktor (Pipek, 2020, s. 75). Užívání infliximabu během těhotenství se považuje za bezpečné do konce druhého nebo začátku třetího trimestru gravidity. Adalimumab lze spolehlivě užívat až do 38. týdne těhotenství. Těhotné ženy s vysokou aktivní fází mohou užívat přípravky anti-TNF- α po celou dobu gravidity. U novorozence dochází k úpravě povinného očkování kvůli přítomnosti vysoké hladiny biologické terapie. Během těhotenství není doporučována změna biologického léčiva za jiný z důvodu placentárního transferu (Koželuhová, 2014, s. 633).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA BĚHEM PODÁVÁNÍ BIOLOGICKÉ LÉČBY

Ošetřovatelský proces je účelná metoda, při které se poskytuje ošetřovatelská péče nemocným ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních. Zdravotnický personál ho používá k posouzení potřeb pacienta, jeho rodiny nebo komunity a současně k plánování, realizaci a následnému hodnocení provedené ošetřovatelské péče (Holubová, Novotná, Marečková a kol., 2013, s. 16).

Ošetřovatelská péče o pacienta, kterému je aplikována biologická léčba začíná na interním oddělení ve chvíli, kdy je nemocný přijatý ke krátkodobé hospitalizaci a podepíše souhlas s hospitalizací. Nejprve lékař provede sběr anamnestických dat. Následně pacienta fyzikálně vyšetří. Posoudí a zhodnotí subjektivní i objektivní příznaky onemocnění, především zjišťuje frekvenci a příměsi ve stolici, váhový úbytek a bolesti v dutině břišní. Naordinuje laboratorní, endoskopické, popřípadě jiné vyšetření, které následně vyhodnotí. Do zdravotnické dokumentace lékař předepíše ordinaci týkající se druhu biologické léčby (Nejedlá, 2015, s. 20).

Všeobecná sestra odebere ošetřovatelskou anamnézu pomocí rozhovoru s nemocným a seznámí ho s chodem oddělení, změří fyziologické funkce, zavede periferní žilní katétr a odebere krev podle požadavků lékaře na biochemické vyšetření krve (metabolický soubor, CRP, prokalcitonin), hematologické vyšetření krve (KO, FW, INR) a mikrobiologické vyšetření stolice na přítomnost kalprotektinu.

3.1 Péče o pacienta při aplikaci biologické léčby

Podle ordinace lékaře všeobecná sestra připraví ordinovaný lék biologické léčby k intravenózní aplikaci. Před jeho aplikací, změří opětovně hodnoty TK, pulsu, tělesné teploty a edukuje pacienta o použití signalizačního zařízení, v případě výskytu jakéhokoliv problému. Před aplikací je zkontrolována funkčnost žilního vstupu, provedena dezinfekce antibakteriálního filtru a následně je lék aplikován. Během intravenózního podávání je nezbytné kontrolovat celkový stav pacienta a místo zavedení periferního žilního katétru i jeho funkčnost dle Madonna klasifikace. Všeobecná sestra pečlivě vede záznamy do zdravotnické dokumentace v rozsahu, který jí náleží (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 235; Česko, 2020, online). Udržuje neustálý kontakt s nemocným. Při paravenózním podání biologické terapie je zásadním řešením okamžité ukončení její aplikace. Postižená horní

končetina se uloží do elevační polohy. Z periferního žilního vstupu se jemně aspiruje uniklé biologikum, následně se informuje ošetřující lékař. Postižené místo se ošetřuje lokálně suchým teplem nebo chladem (Vokurka, Maňásek, Navrátilová Hrabánková a kol., 2019, s. 466). Mezi nejčastější příznaky paravazace se řadí bolest v místě vpichu periferního žilního katétru, pálení, tepání, svědění, otok a zarudnutí. Absence krevního návratu při aspiraci, odpor při aplikaci a přerušování volného podání infúze představuje rizika vzniku paravazace. K opatřením minimalizující riziko vzniku této komplikace, patří optimální výběr místa pro venepunkci, a to široké žíly v oblasti předloktí. Po aplikaci biologické léčby se doporučuje proplach žilního vstupu deseti až dvaceti mililitry fyziologického roztoku a opakovaná aspirace zpětného krevního návratu. Při pravidelném podávání biologické terapie je vhodné vést záznam o místě předchozích venepunkcí. Optimální je postupovat od zápěstí směrem k loketní jamce při následujícím zavádění periferního žilního katétru (Maňásek, 2016, s. 96).

Podání biologické léčby formou subkutánních injekcí si pacient po důkladné edukaci může provádět sám. Návuk praktického provedení subkutánní aplikace s pacientem zajistí sestra. Pacienti, kteří nezvládnou aplikaci, dochází do gastroenterologické ambulance. Biologickou léčbu ve formě tablet si v domácím prostředí nemocný užívá sám a pouze dochází na pravidelné kontroly ke svému gastroenterologovi a odběru biologického materiálu.

3.2 Ošetřovatelská péče o pacienta při alergické reakci na biologickou léčbu

Při podávání biologické léčby se vyskytují alergické reakce. Její průběh může být jednofázový, který se projevuje okamžitě nebo dvoufázový s recidivou za 1 až 72 hodin. Příznaky ve druhé fázi mají mírnější charakter a ve většině případů neohrožují nemocného na životě. Klinický obraz zahrnuje dermatologické projevy, kterými jsou erytém, exantém, otoky, svědění, pocity horka. Poškození dýchacího systému se projevuje zrychleným a usilovným dýcháním, dušností a cyanózou akrálních částí těla, tachykardií, hypotenzí, arytmií, nauzeou a zvracením, křečovitými bolestmi břicha, bolestmi hlavy a celkovou slabostí organismu (Kalabusová, 2016, s. 90).

V případě vzniku alergické reakce všeobecná sestra okamžitě zastaví infuzní terapii a kontaktuje ošetřujícího lékaře. Léčba se nastavuje podle závažnosti klinického stavu nemocného. Nezbytné je monitorovat TK, puls, tělesnou teplotu a saturaci kyslíku v krvi. Nemocnému se aplikuje oxygenoterapie pomocí kyslíkových brýlí nebo maskou.

Intravenózně se podávají podle ordinace lékaře antihistaminika, kortikoidy a sleduje se jeho celkový stav. Pacienty s dýchacími potížemi uložíme do Fowlerovy polohy, naopak nemocné s výskytem nízkého krevního tlaku ukládáme do polohy vleže s elevací dolních končetin. Při vzniku těžké alergické reakce musí být bezprostředně zajištěna anesteziologicko-resuscitační péče (Kučera a Strnadová, 2018, s. 141).

U alergické reakce opožděného typu se vyskytují především bolesti a ztuhlost kloubů, svalů, zvýšená tělesná teplota až horečka a únava. Doporučuje se ukončení biologické léčby nebo se pacient převádí na jiný biologický preparát. Nejeftektivnější léčbou opožděné reakce je podávání kortikoidů intravenózní nebo perorální formou (Bortlík, Ďuricová, Kohout a kol., 2016, s. 19).

3.3 Potřeby pacienta během podávání biologické léčby

Potřeba je charakterizovaná dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, přáním něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní (Šamánková a kol., 2011, s. 12). V následujícím textu jsme se zaměřili na oblasti potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou během podávání biologické léčby, které je nutné saturovat.

Zajištění výživy patří mezi základní lidské potřeby, protože pomocí stravování získává lidský organismus nezbytné látky, sacharidy, proteiny a lipidy. Nemocným je podávána lékařem naordinovaná dieta. Dostatečná hydratace a rovnováha mezi příjmem a výdejem tekutin je významným faktorem, který ovlivňuje celkový zdravotní stav nemocného (Pokorná, Komínková, Menšíková a kol., 2019, s. 36).

Strava pro pacienty s UC musí obsahovat dostatečný příjem bílkovin, cukrů, tuků, vitamínů a minerálů. Měla by být složená z kvalitních surovin. V období remise a relapsu onemocnění se dietní opatření liší (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 106). V období klidové fáze je pacientů doporučena racionální strava, ze které se doporučuje vyloučit luštěniny, ořechy, semínka, mléko a tučné nebo smažené pokrmy. Ve fázi remise onemocnění by měla být strava nejpestřejší. Nutriční terapeut edukuje pacienta o doporučené stravě přijímané v menších třech až pěti porcích denně, o nutnosti konzumace ryb a rybích výrobků alespoň dvakrát týdně. V období relapsu nemoci se doporučuje pacientům dodržovat bezzbytkovou dietu s omezením hrubé vlákniny. Při výskytu časté průjemovité stolice je doporučena šetřící dieta s omezením tuků a nadýmavých potravin. Stravu je doporučeno upravovat zejména vařením, dušením nebo pečením. Ulcerózní kolitida bývá často

doprovázena nežádoucí ztrátou hmotnosti, která je způsobena nechutenstvím, nevolností a průjmy (Vorudová a Mitrová, 2022, s. 14). Zásadní pro prevenci vzniku dehydratace je dodržování pitného režimu. Doporučuje se denně vypít dva litry tekutin. Při výskytu průjmovitých stolic by měl být příjem tekutin navýšen. Nejvhodnějšími nápoji jsou čirá voda, ovocné šťávy bez přítomnosti dužiny a bylinkové čaje (Hlavatý, Krajčovičová a kol., 2020, s. 109). Základem léčby při výskytu průjmu je rehydratace, která vede k obnovení ztrát tekutin. Ošetřující personál proto musí dbát dostatečný pitný režim pacienta a sledovat bilanci tekutin. Pacientům je doporučeno užívat probiotika, která pomáhají zkrátit trvání průjmovitých stolic a zbavit pacienta pocitu břišního dyskomfortu (Ambrožová, 2021, s. 340). V případě výskytu výrazného úbytku na váze nemocného se mohou objevit i psychické změny, které vedou ke strachu o jejich zdraví.

Enterální výživa je ordinována, pokud nemocní nejsou schopni dostatečně přijímat stravu. Zahrnuje veškeré formy nutriční podpory a aplikuje se formou popíjení nebo pomocí zavedené nasajejunální sondy (Meisnerová, 2011, s. 36).

Vyprazdňování stolice patří, stejně jako výživa a hydratace, mezi základní potřeby člověka. Vylučovacími procesy se lidské tělo zbavuje odpadních látek. U pacientů ošetřující personál sleduje defekaci stolice, její množství, konzistenci, zápach, barvu i příměsi. Musí dbát i na dostatečnou hygienu a prevenci integrity kůže v důsledku častých průjmovitých stolic. Neuspokojení potřeby vede k psychickým změnám, kterými mohou být nervozita, úzkost, negativita nebo strach (Pokorná, Komínková, Menšíková a kol., 2019, s. 60). Pro většinu pacientů je čistota základním předpokladem pro pocit osobní pohody. Důležité je zabezpečit nemocnému dostatečně jeho soukromí (Trachtová a kol., 2013, s. 107). Během podávání biologické léčby je důležité, aby měl nemocný volný přístup k WC jak na pokoji, tak popřípadě na chodbě oddělení.

Spánek a odpočinek spadá také mezi základní lidské potřeby člověka a je nenahraditelný. Pro pacienty s UC je důležitý, mají vyšší potřebu odpočinku a spánku než zdravý člověk. Potřebují více energie pro zvládnání denních aktivit, které se týkají sebepéče a návratu k normálnímu zdravotnímu stavu. Osoby s UC mohou trpět nespavostí, která je zapříčiněna hospitalizací, změnou prostředí, nedostatkem soukromí a intimity nebo klidu. Nedostatečné uspokojení této potřeby vede k obavám, úzkosti a stresu, proto se všeobecná sestra musí podílet na zajištění klidného prostředí, dostatečného odpočinku a spánku u těchto nemocných (Trachtová a kol., 2013, s. 69; Spánek a zdraví, 2023, online).

Pacienti s UC často trpí bolestmi v oblasti dutině břišní. Bolest je nepříjemný subjektivní pocit, který je spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně lidského organismu. Všeobecná sestra se pravidelně dotazuje, zda nemocný pociťuje nějakou bolest. V případě, že se u něj bolest vyskytuje, zjistí pomocí vizuální analogické škály její intenzitu a charakter. Následně informuje ošetřujícího lékaře, který předepíše analgetickou terapii. Jejím cílem je zmírnění až úplné odstranění bolesti. Podle ordinace lékaře jsou následně analgetika nachystána a podána. Všeobecná sestra kontroluje podání léčiv i jejich nežádoucích účinků a po jejich aplikaci zjistí, jestli došlo k optimálnímu zmírnění nebo vymizení bolesti. (Trachtová a kol., 2013, s. 136; Hakl, 2018, s. 209).

Komunikace s nemocným spadá mezi nedílnou součást ošetrovatelské péče a je klíčovým krokem pro správné uspokojení potřeb pacienta. Zdravotnický personál komunikací, verbální i neverbální, poskytuje nemocnému podporu, empatii a soucit (Rosso et al., 2021, s. 232). U neverbální jde o soubor mimoslovních sdělení, která jsou předávaná vědomě nebo nevědomě člověkem jiné osobě. Projevuje se gesty, mimikou, haptikou, kinezikou, proxemikou a posturikou. U přímé (verbální) komunikace se jedná o mluvený projev mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Hlavní předpoklad její úspěšnosti spočívá v úctě k pacientovi. Sestra by měla být při komunikaci profesionální a empatická (Kabelka, 2020, s. 85). Pacient musí najít podporu ve zdravotnickém personálu pro lepší zvládnání zátěže (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 235).

Úloha všeobecné sestry při podávání biologické terapie spočívá v zajišťování intervencí, které vedou k saturaci potřeb nemocných. Pacienti často pociťují nejistotu i bezmoc a neumí se vyrovnat s ulcerózní kolitidou jako celoživotním onemocněním (Tóthová, 2014, s. 92). Osoby s UC mohou také navštěvovat psychologickou poradnu, která jim pomůže zajistit uspokojení potřeb v oblasti jistoty a bezpečí. Při nedostatečném naplnění může být u pacienta vyvolaná frustrace, bezmoc, bezcennost nebo méněcennost (Shoib, Amanda, Menon et al., 2022, s. 99).

Všeobecná sestra se během aplikace snaží naplnit všechny pacientovi potřeby. Sleduje stav výživy i hydratace, dostatečný odpočinek během spánku, bolest, popřípadě nežádoucí účinky biologické léčby. Motivuje pacienta k zájmu o vlastní zdraví a udržení onemocnění ve fázi remise. Před propuštěním do domácí péče je pacient důkladně edukován o dodržování léčebného režimu, včetně dietního opatření, správného způsobu života a sledování frekvence vyprazdňování. (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 235).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle a výzkumné otázky bakalářské práce

Cíle:

1. Zjistit, jaké informační zdroje využívali participanti s ulcerózní kolitidou před rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu.
2. Zjistit, jak vnímali pacienti s ulcerózní kolitidou přínos biologické léčby.
3. Zjistit názor participantů na prostředí, kde probíhala aplikace biologické léčby.

Výzkumné otázky:

1. Které zdroje opory o biologické léčbě vnímali participanti s ulcerózní kolitidou za přínosné?

Zaměřili jsme se na informační zdroje, ze kterých získali pacienti s ulcerózní kolitidou poznatky o biologické léčbě.

2. V čem vnímali participanti s ulcerózní kolitidou přínos biologické léčby oproti konzervativní léčbě?

Soustředili jsme se na příznaky onemocnění, které ovlivnila podávaná biologická léčba a jak vnímají vybraní pacienti s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu její přínos.

3. Jak vnímali pacienti s ulcerózní kolitidou prostředí, kde byla aplikovaná biologická léčba?

Zaměřili jsme se na reakci vybraných pacientů s ulcerózní kolitidou na prostředí, zajištění soukromí a komfortu během aplikace biologické léčby.

Praktickým výstupem bakalářské práce je vytvoření edukačního materiálu pro pacienty s ulcerózní kolitidou, kteří podstupují biologickou léčbu na konkrétním interním oddělení nemocnice krajského typu.

4.2 Metoda a technika výzkumu

Kvůli charakteru výzkumného problému byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, která svým zaměřením umožňuje hloubkové i detailní zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl, 2016, s. 46). Využili jsme techniku polostrukturovaného nestandardizovaného

rozhovoru a u pacientů s ulcerózní kolitidou, kteří podstupují biologickou léčbu na konkrétním interním oddělení, jsme se zaměřili na informace, které vedly k naplnění položených cílů a zodpovězení výzkumných otázek. Polostrukturovaný rozhovor představuje vhodnou flexibilní techniku, která dává respondentovi možnost mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm myšlenky (Koutná, Kostínková a Čermák, 2013, s. 15). Interview s participanty bylo usměrňováno tak, aby nedošlo k výkyvu od daného tématu, probíhalo za fyzické účasti autorky práce a jednotlivých participantů a byl zahájen neformální komunikací, během které se výzkumnice seznámila s vybranými pacienty a popsala jim cíl a smysl samotného výzkumu. V průběhu rozhovoru se pořadí otázek průběžně přizpůsobovalo kontextu i situaci. Úvodní konverzace navodila atmosféru důvěry a vznikl prostor pro položení otázek. Všichni participanti písemně souhlasili s pořízením audiozáznamu rozhovoru a s účastí na výzkumu. Podepsané formuláře jsou k dispozici u autorky práce. Schéma otázek použitých při rozhovorech je uvedeno v Příloze P IV. Pro přesnou identifikaci participantů bylo použito označení PA 1 až PA 5. V Příloze P V uvádíme pro příklad přesný přepis rozhovorů s participantem PA 4. Ostatní přepisy rozhovorů jsou k dispozici u autorky bakalářské práce. Průměrná délka u všech poskytnutých rozhovorů činila 13 minut. Nejdelší rozhovor probíhal s participantem PA 5 v délce osmnácti minut, nejkratší rozhovor se uskutečnil s participantem PA 3 a trval deset minut. U participanta PA 2 trvalo interview jedenáct, u participanta PA 4 dvanáct a s participantem PA 1 čtrnáct minut.

4.3 Organizace výzkumu a charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl realizován v měsíci březnu roku 2023 na konkrétním interním oddělení nemocnice krajského typu u vybraných pacientů s ulcerózní kolitidou, kteří podstupují biologickou léčbu. V měsíci lednu roku 2023 bylo získáno souhlasné stanovisko k provedení výzkumu od náměstkyně ošetrovatelské péče a vrchní sestry interního oddělení nemocnice krajského typu, které je k dispozici u autorky bakalářské práce.

Stanovená kritéria pro volbu participantů: dospělí pacienti s diagnostikovanou ulcerózní kolitidou a podstupující aplikaci biologické léčby v rozmezí minimální délky jednoho roku, ochotní spolupracovat na výzkumu a souhlasící s pořízením audiozáznamu rozhovoru. Celkem bylo zrealizováno pět rozhovorů, kterých se zúčastnili dva muži a tři ženy. Po prvních dvou rozhovorech došlo k přeformulování jedné otázky, týkající se účinnosti biologické léčby. Rozhovory probíhaly na denní místnosti sester. Audiozáznamy pořízených rozhovorů jsou

k dispozici v digitální formě u autorky bakalářské práce. Z důvodu zhoršené epidemiologické situace měly obě zúčastněné strany nasazenou ochranu dýchacích cest. V rozhovorech nejsou uvedena žádná jména ani jiné identifikační údaje participantů kvůli zachování jejich anonymity. V dubnu 2023 byly získané informace analyzovány. V květnu roku 2023 byl připraven edukační materiál pro pacienty s ulcerózní kolitidou, kteří podstupují biologickou léčbu na konkrétním interním oddělení. Základní charakteristika vybraných pacientů, se kterými jsme vedli rozhovory, je uvedena v tabulce 1.

Tabulka 1 Charakteristika participantů

Participant	Pohlaví	Věk	Lékařská diagnóza	Délka aplikace biologické léčby a druh léčiva
PA 1	žena	30 let	ulcerózní kolitida, pankolitida	10/2021-1/2022 – infliximab; 1/2022 – vedolizumab
PA 2	žena	45 let	ulcerózní kolitida, pankolitida	1/2022 – infliximab
PA 3	žena	31 let	ulcerózní kolitida, pankolitida	5/2021-1/2023 – infliximab; 2/2023 – vedolizumab
PA 4	muž	29 let	ulcerózní kolitida, pankolitida	12/2021-12/2022 – infliximab; 12/2022 – vedolizumab
PA 5	muž	44 let	ulcerózní kolitida, pankolitida	12/2021 – adalimumab; 10/2022 – infliximab

Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

4.4 Zpracování získaných informací

Upevnění výzkumných dat bylo realizováno pořízením audiozáznamu ze všech uskutečněných rozhovorů s jejich doslovným přepisem. Audiozáznam zachycuje autentický mluvený projev participanta a vše je na něm přesně zdokumentováno. Výzkumník nemusí zapisovat jednotlivé odpovědi ručně, umožní mu se plně soustředit na pozorování participantova chování a psát si poznámky během probíhajícího rozhovoru. Kontrola správného přepisu spočívala v opětovném poslechu s odstupem jednoho dne a doplněním chybějících částí, které nebyly při prvotním poslechu dostatečně pochopitelné. K dosažení

vyšší míry autentičnosti je přepis všech rozhovorů doslovný a zahrnuje i výrazy nářečí a nespisovných projevů, které participanti používali. Nejprve byly informace roztrženy podle kritérií, která odpovídala stanoveným výzkumným otázkám. Proběhlo kódování získaných informací a to tak, že doslovný přepis rozhovorů byl vytištěn a následně v něm byly odlišně vyznačeny jednotlivé zkoumané oblasti se vzájemnou souvislostí. Vybraná slova a sousloví byla shromážděna do kategorií. Autorka Kutnohorská (2009, s. 66) uvádí, že kódování dat patří mezi základní analytickou techniku, která je jádrem zakotvené teorie.

Každá výzkumná otázka z rozhovoru obsahuje komentář autorky bakalářské práce a pro vytvoření tabulek jsme použili Microsoft Word Office 2021.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

5.1 Charakteristika participantů

Tabulka 2 Získané informace ze zdravotnické dokumentace

Označení	Informace o participantech ze zdravotnické dokumentace
PA 1	<p>Věk: 30 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Pracovní a sociální anamnéza: rodičovská dovolená, žije s rodinou</p> <p>Poslední kolonoskopické vyšetření: 3. 3. 2023</p> <p>Lékařská diagnóza: pankolitida</p> <p>Nynější stav: stolice jednou za den bez patologické příměsi, bez bolesti dutiny břišní a váhového úbytku</p> <p>Důvod k aplikaci biologické léčby: gastrointestinální intolerance kyseliny acetylsalicylové a vznik kortikodependence</p> <p>Délka podání biologické léčby: od 10/2021 až doposud</p> <p>Druh podávané biologické léčby: Entyvio 300 mg (vedolizumab) i.v. pravidelně po 8 týdnech</p>
PA 2	<p>Věk: 45 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Pracovní a sociální anamnéza: invalidní důchodce, žije s dětmi</p> <p>Poslední kolonoskopické vyšetření: 9. 3. 2023</p> <p>Lékařská diagnóza: pankolitida</p> <p>Nynější stav: stolice třikrát denně s občasnou příměsí krve i hlenu, křečovitě bolesti v podbřišku, bez váhového úbytku</p> <p>Důvod k aplikaci biologické léčby: rezistence na kyselinu acetylsalicylovou, vznik kortikodependence</p> <p>Délka podání biologické léčby: od 1/2021 až doposud</p> <p>Druh podávané biologické léčby: Remsima 300 mg (infiximab) i.v. pravidelně po 8 týdnech</p>
PA 3	<p>Věk: 31 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Pracovní a sociální anamnéza: mateřská dovolená, žije s rodinou</p> <p>Poslední kolonoskopické vyšetření: 10. 3. 2023</p>

	<p>Lékařská diagnóza: pankolitida</p> <p>Nynější stav: stolice dvacetkrát za den s příměsí krve i hlenu, křečovitě bolesti břicha, bez váhového úbytku</p> <p>Důvod k aplikaci biologické léčby: resistance na kyselinu acetylsalicylovou a vznik kortikodependence</p> <p>Délka podání biologické léčby: od 5/2021 až doposud</p> <p>Druh podávané biologické léčby: Entyvio 300 mg (vedolizumab) i.v. pravidelně po 8 týdnech</p>
PA 4	<p>Věk: 29 let</p> <p>Pohlaví: muž</p> <p>Pracovní a sociální anamnéza: invalidní důchodce, žije s rodinou</p> <p>Poslední kolonoskopické vyšetření: 30. 3. 2023</p> <p>Lékařská diagnóza: pankolitida</p> <p>Nynější stav: stolice pětkrát denně bez patologických příměsí, bez bolesti v dutině břišní a váhového úbytku</p> <p>Důvod k aplikaci biologické léčby: rezistence na kyselinu acetylsalicylovou a vznik kortikodependence</p> <p>Délka podání biologické léčby: od 12/2021 až doposud</p> <p>Druh podávané biologické léčby: Entyvio 300 mg (vedolizumab) i.v. pravidelně po 8 týdnech</p>
PA 5	<p>Věk: 44 let</p> <p>Pohlaví: muž</p> <p>Pracovní a sociální anamnéza: řidič, žije s rodinou</p> <p>Poslední kolonoskopické vyšetření: 29. 3. 2023</p> <p>Lékařská diagnóza: pankolitida</p> <p>Nynější stav: stolice třikrát denně s minimální příměsí krve, bez bolesti v dutině břišní a váhového úbytku</p> <p>Důvod k aplikaci biologické léčby: gastrointestinální rezistence na kyselinu acetylsalicylovou a vznik kortikodependence</p> <p>Délka podání biologické léčby: od 12/2021 až doposud</p> <p>Druh podávané biologické léčby: Remsima 300 mg (infiximab) i.v. pravidelně po 8 týdnech</p>

Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

5.2 Analýza a interpretace získaných informací z rozhovorů

Cíl č. 1: Zjistit, jaké informační zdroje využívali participanti s ulcerózní kolitidou před rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu.

Vyhodnocení a interpretace k výzkumné otázce č. 1: Které zdroje opory o biologické léčbě vnímali participanti s ulcerózní kolitidou za přínosné?

Vyhledával/a jste si informace před rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu? Pokud ano, kde jste dohledával/a tyto informace? Které z těch informací byly pro Vás nejpřínosnější?

PA 1: „...Jenom tak zběhle, protože jsem neměla moc času na rozhodnutí, nebo jako měla na jednu stranu, ale na druhou stranu prostě jsem chtěla, co nejdřív se dostat nějak do pořádku...“; „...články na internetu a taky vlastně jsem ve skupině na Facebooku s lidmi, kteří prodělali tuto nemoc, takže tak jako jsem tam pátrala...“; „...největší přínos mi dalo, no asi od všeho kousek...“

PA 2: „...Ne, ne. Opravdu ne, protože já mám nemocného syna, jen tak mimochodem, ten má svalovou atrofii, a právě já cokoliv jsem vždycky hledala na internetu tak mě to zmátlo. Zavedlo mě to úplně někde jinde...“

PA 3: „...Určitě, většinou na internetu...“; „... spoustu informací jsem čerpala jako z Facebooku ze skupiny IBD, kde prostě každý píše svoje nějaké zkušenosti...“

PA 4: „...Možná jenom minimum. Vlastně až k tomu mělo přijít, ale spíš jsem to nechal na odbornících, protože jako fakt jsem potřeboval nějak pomoci a neviděl jsem jiný způsob...“; „...Samozřejmě na internetu, tam nějaké články plus jsem ve skupině na tom Facebooku, kde různě lidé píšou své zážitky, tak tam taky...“; „... na tom internetu tam mě přijde, že si kliknu na nějaký článek a v každém píše se tam pořád to samé, že to není nějaký odborný článek. Nevím na ten jsem asi nenarazil, ale na tom Facebooku je to prostě ze života...“

PA 5: „...Jo, jo. Já se rád zajímám o tu nemoc. Musíte vědět něco o té nemoci, ale víte co, pak jsem se na to vykašlal a začal jsem spíš poslouchat svoje tělo, co mi dělá dobře a co ne...“; „... na internetu, ale odborné články, ve směr v zahraničí, protože byly více obsáhlejší...“

Komentář:

Čtyři participanti (PA 1, PA 3, PA 4 a PA 5) si před podstoupením biologické léčby vyhledávali informace z internetových zdrojů. PA 1, PA 3 i PA 4 uvedli, že nejpřínosnější informace o biologické léčbě získali na facebookové sociální síti. Participant PA 5 uvedl, že si vyhledával na internetu odborné články publikované v anglickém jazyce. Participantka PA 2 uvedla, že nečerpala ze žádných internetových zdrojů kvůli špatným zkušenostem s vyhledáváním nepravdivých informací.

Kdo Vás informoval o biologické léčbě?

PA 1: „...*Doktoři, gastroenterologové...*“

PA 2: „...*Já jsem chodila na 31 budovu k paní doktorce do gastro ambulance. A vlastně tím, že viděla, že mi to vůbec nepomáhá, že vlastně jsem rok na stejném místě ne-li v podstatě ještě horší. Tak mi nabídla, že mě pošle sem, za panem primářem, a s tím jsme to vlastně konzultovali a ten vyhodnotil na vyšetření kolonoskopie, že jsem vhodná pro biologickou léčbu...*“

PA 3: „...*Můj ošetřující lékař (gastroenterolog)...*“

PA 4: „...*Moje bývala gastroenteroložka...*“

PA 5: „...*Lékař mi to vysvětlil...*“

Komentář:

Všechny participanty informoval o možnosti podstoupení biologické léčby jejich gastroenterolog.

Kdo byl u Vás zdrojem informací o biologické léčbě na interním oddělení?

PA 1: „...*Primář gastroenterologické ambulance...*“

PA 2: „...*Primář...*“

PA 3: „...*Primář, s tím jsem všechno konzultovala...*“

PA 4: „...*Pan primář...*“

PA 5: „...*Primář...*“

Komentář:

Všech pět participantů uvedlo, že zdrojem informací o biologické léčbě na konkrétním interním oddělení byl současný pan primář tohoto oddělení.

Jak dlouho se Vám věnoval zdravotnický personál v rámci poučení o biologické léčbě?

PA 1: „...*Tak normálně asi...*“

PA 2: „...*Bylo to víc jak hodinu určitě.... Všechno mi vysvětlil, jaké jsou varianty, všechno mi o tom povykládal, co mě čeká, jak to bude...*“

PA 3: „...*Ehm...jako musím říct, že hodně. Říkám, všechno mi tak nějak vysvětlil, co jsem potřebovala. Hned na co jsem se ho ptala, mi zodpověděl...*“

PA 4: „...*Já myslím, že dostatečně...*“

PA 5: „...*Dostatečně...; Ještě, než jsem nastoupil na biologickou léčbu vlastně, tak jsem tady už byl na nějaké konzultaci ...; ...samozřejmě i rizika mi řekl, že má biologická léčba vedlejší účinky a tady tohle...*“

Komentář:

Všichni participanté uvedli, že sdělení primářem konkrétního interního oddělení k biologické léčbě bylo přiměřené a postačující. Pouze participantka PA 2 uvedla také časový údaj, že proběhlá edukace o biologické léčbě trvala přes hodinu.

Mohl/a jste klást otázky zdravotnímu personálu týkající se biologické léčby?

PA 1: „...*Ano...*“

PA 2: „...*Ano určitě.... není problém se s čímkoliv tady na sestřičky obrátit...*“

PA 3: „...*Ano...*“

PA 4: „...*Jo, určitě...*“

PA 5: „...*Víte co, ani jsem nemusel, protože jsem všechno věděl, ale kdybych chtěl, tak ano...*“

Komentář:

Čtyři participanté PA 1, PA 2, PA 3 a PA 4 sdělili, že mohli klást dotazy zdravotnickému personálu ohledně biologické léčby. Participant PA 5 se aktivně zajímá o svou nemoc i možnosti její léčby, a proto nemusel zdravotnickému personálu pokládat žádné doplňující otázky.

Kódování:

aktivní vyhledávání informací, sociální sítě, zdravotnický pracovník, komunikace zdravotnického personálu s pacientem, rozhovor pacienta se zdravotníky, ochota komunikace, ochota ke spolupráci, zdroje informací,

Kategorie:

informační zdroje o biologické léčbě u ulcerózní kolitidy

Shrnutí k výzkumné otázce č. 1:

V rozhovorech s participanty jsme se v rámci první výzkumné otázky zaměřili na přínos informačních zdrojů pro pacienty k biologické léčbě s ulcerózní kolitidou. Pokládali jsme dotazy zaměřené na zjištění zdroje, který poskytl informace o biologické léčbě na konkrétním interním oddělení našim participantům, na délku edukace o biologické léčbě a možnosti kladení dotazů zdravotnickému personálu o biologické léčbě.

Před postoupením biologické léčby si čtyři participanti PA 1, PA 3, PA 4, PA 5 vyhledávali informace na internetu. Pro participanty PA 1, PA 3 a PA 4 byl nejpřínosnější internetový zdroj facebooková sociální síť. Participant PA 5 si naopak informace vyhledával v odborných zahraničních článcích a participantka PA 2 uvedla, že si nevyhledávala žádné informace o biologické léčbě. O možnosti podstoupení biologické léčby byli všichni participanti edukováni gastroenterologem. Zdrojem informací na konkrétním interním oddělení, kde probíhala aplikace biologické léčby, byl současný primář tohoto oddělení. Všichni participanti uvedli, že proběhlá edukace byla provedena na přiměřené a postačující úrovni a mohli pokládat zdravotnickému personálu dotazy ohledně biologické léčby.

Závěr k cíli č. 1:

V cíli jsme zjišťovali, jaké informační zdroje využívali participanti s ulcerózní kolitidou před rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu. Všichni participanti získali informace k biologické léčbě od odborných lékařů, gastroenterologů, ke kterým chodí na pravidelné kontroly. Na konkrétním interním oddělení jim sdělil informace k biologické léčbě pan primář, který se této problematice věnuje. Jeho poskytnutá edukace k biologické léčbě byla pro ně časově dostačující a přínosná. Čtyři participanti uváděli, že dalším zdrojem opory pro ně byl internet, kde vyhledávali články zaměřené na biologickou léčbu, jeden participant vyhledával informace z odborných zahraničních článků. Tři participanti uvedli, že dalším zdrojem informací se pro ně stala facebooková sociální síť. Jednalo o facebookovou

skupinu IBD, kde se sdružuje šest tisíc členů. Vznikla roku 2011 a jsou zde předávány zkušenosti jednotlivých členů s biologickou léčbou a další rady a doporučení k ulcerózní kolitidě. Pouze jedna participantka si informace k biologické léčbě cíleně nevyhledávala a získala je od odborného lékaře, gastroenterologa a na konkrétním interním oddělení od primáře.

Cíl č. 2: Zjistit, jak vnímali pacienti s ulcerózní kolitidou přínos biologické léčby.

Vyhodnocení a interpretace k výzkumné otázce č. 2: V čem vnímali participanti s ulcerózní kolitidou přínos biologické léčby oproti konzervativní léčbě?

V čem vnímáte přínos biologické léčby? Splnila se Vaše očekávání o účinku biologické léčby?

PA 1: „...*Hmm... tak funguju jako normální člověk...“*; „...*ano splnilo...“*“

PA 2: „...*Já si myslím, že za mě je to úplně super...u kortikoidů jsem z toho byla taková nateklá a ten účinek tohoto léku byl úplně nulový, takže opravdu, tady ta léčba mi zabírá...“*; „...*ano...“*“

PA 3: „...*Pro mě je to určitě pozitivní, protože tím, jak se léčím už 5 let na ulcerózní kolitidu tak vlastně ten rok a půl, když jsem byla na té léčbě, tak jsem mohla normálně fungovat, jak normálně zdravý člověk...“*; „...*já jsem si teda myslela jo, že to bude zabírat no delší dobu, třeba 5 let ne jenom rok...“*“

PA 4: „...*Tož určitě pozitivní, protože nevím, jak bych fungoval bez toho ...“*; „...*já teď úplně normálně funguju, takže by se dalo říct, že na 100 %...“*“

PA 5: „...*Ještě mě to nezabralo podle mě tak na 100 %...“*; „...*ale je to úplně nejlepší léčba...“*“

Komentář:

Všichni participanti uvedli, že po podání biologické léčby se výrazně zlepšil jejich zdravotní stav, příznaky ulcerózní kolitidy se zmírnily, až zcela vymizely. Jsou schopni zvládat každodenní činnosti, podle jejich slov fungují „normálně“. Participantka PA 2 uvedla kromě pozitivního přínosu biologické léčby, také spokojenost s vysazením kortikoidů, protože tato léčba jí způsobovala otoky. U čtyř participantů účinnost biologické léčby splnila jejich očekávání, pouze participantka PA 3 uvedla, že se domnívala, že efekt biologické léčby bude u ní dlouhodobější.

Rozhodl/a jste se okamžitě pro podstoupení biologické léčby?

PA 1: „...*Tak jako u mě nebylo žádného východiska. Oni mi řekli, že Prednison mi nezabírá, antibiotika mě nezabírají, prostě nic...člověk udělá všechno pro to, aby se vrátil do normálního života...*“

PA 2: „...*já jsem byla rozhodnutá hned, protože jsem viděla, že ty léky mě vůbec nezabíraly, takže ve své podstatě jsem byla opravdu ráda, že mi to bylo nabídnuté a nepřemýšlela jsem o tom, zda vůbec toto podstupovat...*“

PA 3: „...*ano...*“

PA 4: „...*Tady to bylo spíš takhle, že já jsem jí spíš už potřeboval... jiná možnost tu nebyla...*“

PA 5: „...*Hned jako jo. Tam nemáte co řešit, protože pokud Vám nezabírá kortikoid, tak nic jiného mezitím není jako jo...*“

Komentář:

U participantů PA 1 a PA 4 došlo ke zhoršení jejich zdravotnímu stavu na tolik, že neměli jinou možnost než podstoupit aplikaci biologické léčby. Další tři participant PA 2, PA 3 a PA 5 odpověděli, že jejich rozhodnutí podstoupit biologickou léčbu bylo okamžité.

Je podle Vás biologická léčba účinnější než konzervativní léčba?

PA 1: „...*Ano, je. Vrátila jsem se do původního stavu...*“

PA 2: „...*Za mě stoprocentně ano...*“

PA 3: „...*Jako určitě je, říkám, já jsem ten rok fungovala jako normální zdravý člověk. V pět ráno jsem šla na toaletu, a to bylo všechno, ale teďka se to zase nějak rozjelo, takže se uvidí...*“

PA 4: „...*Tak účinnější, asi jo. Nevím, jak by se to dalo porovnat, ale s tím, že vlastně tam to nezabíralo a toto jo, tak je to v tomto případě účinnější...*“

PA 5: „...*Víte co, to je hrozně těžké posoudit, dostávám se z toho taky už skoro dva roky...*“

Komentář:

Participant PA 1, PA 2, PA 3 a PA 4 uvedli, že biologická léčba má vyšší účinnost oproti předchozí konzervativní terapii. Participant PA 5 nedokáže přesně posoudit, zda byla biologická léčba účinnější než ta konzervativní.

Které příznaky Vás nejvíce omezovaly před tím, než jste se rozhodl/a podstoupit biologickou léčbu?

PA 1: „...*No tak, já ten měsíc jsem nic nejedla, takže jenom krvácení, bolesti... i jsem zvracela a měla jsem problémy, že jsem skoro nic neudržela jako v sobě...*“

PA 2: „...*Měla jsem velké množství stolic, které byly řídké. Vlastně tím, byly doprovázené křečmi, bolesti břicha.....stolice byly s krví a byly s hlenem a vlastně takové pěnovité, bych řekla...*“

PA 3: „...*Časté chození na toaletu, hodně, průjmovitá, tekutá stolice s krví i hnisem.... křeče a bolesti v břiše jsem pociťovala...*“

PA 4: „...*Byly to ty časté průjmy a bolesti břicha, hleny, i krev, ale jako časté chození na toaletu. Člověk nemůže nic...*“

PA 5: „...*Začalo to tak, že jsem měl ve stolici krev a bolesti, doktorka mi zařídila, co nejdříve kolonoskopii...*“

Komentář:

Všichni participanti uvedli, že nejvíce je omezoval výskyt častých průjmovitých stolic s příměsí krve nebo hlenu, výrazné křeče a bolesti v dutině břišní. Participantka PA 1 mimo uvedené příznaky i zvracela.

Které z příznaků ulcerózní kolitidy ovlivnila biologická léčba u našich účastníků nejvíce?

PA 1: „...*Nejvíce ovlivnila to krvácení ...*“

PA 2: „...*stolic mívám míň. Samozřejmě nemám tam krev, malinko jsou hustší, nicméně ke konci té doby, kdy mám jít na další aplikaci, tak zase se mi to zhorší...*“

PA 3: „...*Ted' začínám druhou biologickou léčbu, ta první zabrala rok a půl, tak tam zmizely veškeré průjmy. Všechno bylo úplně super, všechno jako vymizelo a pak přestala účinkovat, všechno se zhoršilo...a ted' znovu mám průjmy s krví...*“

PA 4: „...*Ted' momentálně je to všechno v pohodě. Funguju úplně naplno...ovlivnila mi všechny příznaky...*“

PA 5: „...*Ta frekvence těch stolic se zlepšila, hustota té stolice se zlepšila, není tam ten průjem jako jo...*“

Komentář:

Tři participanti PA 2, PA 3 a PA 5 uvedli, že účinek biologické léčby omezil časté vyprazdňování stolice a její konzistenci. Participantce PA 1 biologická terapie nejvíce ovlivnila přítomnost krve ve stolici. U participanta PA 4 biologická léčba odstranila veškeré příznaky ulcerózní kolitidy. U participantky PA 3 nyní došlo k relapsu onemocnění a momentálně trpí průjmy s krví a doufá v opětovný účinek jiného druhu léku biologické léčby.

Nastaly u Vás v průběhu podávání biologické léčby nějaké komplikace?

PA 1: „...*Ne...*“

PA 2: „...*Vůbec žádné...*“

PA 3: „...*Ne, ne...*“

PA 4: „...*Myslím, že ne...*“

PA 5: „...*Ne, ne...*“

Komentář:

Všichni participanti se shodli na tom, že nezaznamenali během aplikace biologické léčby žádný výskyt komplikací nebo nežádoucích účinků.

Jakou konzervativní léčbu jste měl/a nastavenou před biologickou léčbou?

PA 1: „...*To mi dali myslím, že ten Prednison, ale to jsem nějak blbě snášela, to už je hodně dávno..... že vlastně jenom tu Pentasu jsem brala...v prášcích...*“

PA 2: „...*Jako první léčbu jsem měla kortikoidy aplikované do konečníku, potom vlastně různé doplňky jako je Asacol v čípkové formě ...*“

PA 3: „...*kortikoidy, Pentasu, Asacoly...*“

PA 4: „...*Já si myslím, že první léčba byla Asacol s kortikoidy...*“

PA 5: „...*To jsem bral jenom Pentasu ve formě klyzmatu...ta Pentasa mě zabrala jo. Během 14 dnů úplně příznaky vymizely.... měl jsem 3 až 4 roky klidovou fází.... potom jsem dostal kortikoidy jako jo...*“

Komentář:

Všem participantům byl podáván rámci konzervativní léčby kortikoidy a mesalazin pod obchodními názvy Pentasa a Asacol v různých formách, perorální tablety, čípky nebo klyzma. PA 5 uvedl, že mu účinek Pentasy vyvolal klidovou fázi na tři až čtyři roky.

Měl/a jste obavy nebo strach spojené s aplikací biologické léčby?

PA 1: „...*Tak samozřejmě. Já si myslím, že každý má obavy, ale nějak přehnané obavy nemám...*“

PA 2: „...*Jo tak určitě. Necháváte si do těla nakapat nějakou látku...*“

PA 3: „...*Jako určitě. Bála jsem se alergické reakce, nějakých vedlejších účinků...*“

PA 4: „...*Spíš to vždycky převáželo ten pocit vědění, že mi to jako pomůže. Jo, ze začátku strach jo, že jsem prostě nevěděl, jak to bude...*“

PA 5: „...*Ne, protože vím, že to je nejšetrnější a nejúčinnější přímo zaměřená léčba. Furt lepší jak kortikoidy...*“

Komentář:

Čtyři participanté PA 1, PA 2, PA 3 a PA 4 měli obavy a strach během prvního podání biologické léčby. Participantka PA 3 se nejvíce obávala vedlejších účinků a vzniku alergické reakce. Participant PA 4 měl strach pouze na začátku podání biologické terapie. Participant PA 5 uvádí, že žádné obavy ani strach neměl a biologickou léčbu považuje za nejšetrnější a nejúčinnější.

Kódování:

kortikoidy, obavy a strach z aplikace biologické léčby, konzervativní léčba před biologickou terapií, příznaky ulcerózní kolitidy, vliv biologické léčby na příznaky ulcerózní kolitidy, šetrná léčba, navození remise onemocnění, absence nežádoucích účinků biologické léčby během její aplikace

Kategorie

přínos biologické léčby z pohledu pacienta

Shrnutí k výzkumné otázce č. 2:

V rozhovorech s participanty jsme se v rámci druhé výzkumné otázky zaměřili na přínos biologické léčby u ulcerózní kolitidy oproti konzervativní léčbě. Zajímalo nás, které

z příznaků ulcerózní kolitidy u našich participantů biologická léčba dokázala ovlivnit, jestli měli obavy a strach před aplikací biologické léčby a jestli se v průběhu aplikace nevyskytly nějaké komplikace.

Všichni participanté uvedli, že po aplikaci biologické terapie se zlepšil jejich zdravotní stav. Jsou schopni zvládat každodenní činnosti. Participantka PA 2 uvedla i spokojenost s vysazením kortikoidů, které jí způsobovaly otoky. U čtyř participantů splnila biologická léčba jejich očekávání, pouze participantka PA 3 se domnívala, že efekt biologické léčby bude na ni působit dlouhodoběji. U participantů PA 2, PA 3 a PA 5 účinek biologické léčby omezil časté vyprazdňování stolic a jejich konzistenci. Participantka PA 1 uvedla, že nejvíce z příznaků ulcerózní kolitidy u ní ovlivnila biologická léčba přítomnost krve ve stolici. U participanta PA 4 účinek biologické terapie odstranil veškeré příznaky ulcerózní kolitidy. Čtyři participanté pocítovali obavu nebo strach během první aplikace této léčby. Participantka PA 3 se obávala výskytu vedlejších účinků biologické léčby a alergické reakce. Participant PA 5 uvedl, že neměl strach ani obavu a biologickou léčbu považuje za šetrnou. Všichni participanté uvedli, že se u nich během aplikace biologické léčby nevyskytly žádné komplikace.

Závěr k cíli č. 2:

Ve druhém cíli jsme zjišťovali, jak vybraní participanté s ulcerózní kolitidou vnímali přínos biologické léčby. Všichni participanté vnímají přínos biologické léčby kladně a neměli při její aplikaci žádné komplikace. U třech pacientů biologická léčba navodila remisi onemocnění oproti předchozí podávané konzervativní léčbě mesalazinem a kortikoidy. Biologická léčba u všech participantů zlepšila kvalitu jejich života, omezila frekvenci stolic, její příměsi (krev) a konzistenci, vymizely tenesmy. Participantka PA 2 uvedla kromě pozitivního přínosu biologické léčby, také spokojenost s vysazením kortikoidů, protože tato léčba jí způsobovala otoky. Čtyři participanté PA 1, PA 2, PA 4 a PA 5 uvedli, že biologická léčba splnila jejich očekávání. Participantka PA 3 očekávala, že působení biologické léčby bude mít delší účinek.

Cíl č. 3: Zjistit názor participantů na prostředí, kde probíhala aplikace biologické léčby.

Vyhodnocení a interpretace k výzkumné otázce č. 3: Jak vnímali pacienti s ulcerózní kolitidou prostředí, kde byla aplikovaná biologická léčba?

Jak vnímáte komfort prostředí (výhody/nevýhody), ve kterém probíhá aplikace biologické léčby? Chtěl/a byste na tomto prostředí něco změnit?

PA 1: „...*Tak výhoda je v tom, že to dostanu tu látku. A nevýhoda je v tom, že sedíte na chodbě...*“; „...*Změnit rozhodně tu stravu a prostor...*“

PA 2: „...*je to nefajn vůči nám. Tady chodí po chodbách pacienti, kteří tady leží a každý na nás vidí. Hned jsme tady na ráně, každý na nás kouká, je to prostě nepříjemné...Víte co, já jsem ráda za biologickou léčbu, takže to prostě musím přežít...*“; „...*prostor, kde to je, tak je to nevhodné...*“

PA 3: „...*No myslím, že to není úplně ideální. Prostě tady sedíme na chodbě, že by ty prostory měly být nějaké specializované ambulance přímo pro biologicky nemocné. Navíc tady řešíme s primářem takové intimní věci na chodbě, kde chodí ostatní pacienti. Někdy je to pro mě třeba nepříjemné...*“; „...*ty toalety. Člověk, který má tady ty problémy, lítá prostě s průjmama na záchod. Tady mám být na napíchnutá na infuzi a sedět na chodbě... Jo, takže každý ten pacient měl by mít svůj pokojíček, svoji toaletu, třeba by se cítil trochu líp...*“

PA 4: „...*Asi všechno...*“

PA 5: „...*Víte co, měla by to být oddělena místnost, to mi trošku vadí teď. Jste tady jak na průchoďáku, jak kdybych seděl v nějakém vestibulu. Jsem si představoval, že to bude místnost, jak pokoj prostě...*“; „...*prostě ideální udělat pokoj, samostatný pokoj, samostatnou místnost určenou pro ty biologické léčby. Nejlepší by bylo udělat samostatný pokoj pro biologickou léčbu...*“

Komentář:

Participantky PA 1 a PA 2 vnímají za jedinou výhodu, možnost aplikace biologické léčby na konkrétním interním oddělení. Prostředí, kde probíhá aplikace biologické léčby všichni participanté považují za nevhodné a není zajištěno jejich soukromí. Všichni participanté považují za nepohodlné také aplikační křesla. Problém shledávají i v přístupnosti toalety. Všichni by chtěli změnit prostředí, ve kterém probíhá aplikace biologické léčby. Participant PA 5 uvedl, že nedokáže odpočívat během podání biologické léčby, protože na chodbě je hlučno a rušno.

Jak byste si představoval/a zabezpečit Vaše soukromí při aplikaci biologické léčby?

PA 1: „...*Spíš jako vlastní pokoj. Normální oddělení, aby si člověk přišel vítaný...*“

PA 2: „...oddělený prostor nebo aspoň plenta, nebo něco takového. Prostě připadám si, jako kdybych seděla na hlavní chodbě...“

PA 3: „...že, bych byla ve vlastním pokojičku, a tak bych si zabezpečila to soukromí. Měla bych klid a nikdo by mě nerušil...“

PA 4: „...pokoj a nemám pak žádné výhrady...“

PA 5: „...Zajistit malinko víc soukromí. Tady teďka máte frmol, sestřičky chodí z venku, dveře se pořád otevírají, Není na to podání té biologické léčby klid...by to bylo lepší, kdyby to byla samostatná místnost...“

Komentář:

Všichni participanti by chtěli, aby biologická léčba byla podávána na samostatném pokoji nebo v místnosti či odděleném prostoru, tak aby bylo zabezpečeno jejich soukromí. Participantka PA 2 by si přála oddělit prostor chodby od místa aplikace alespoň plentou, aby bylo zajištěno soukromí pacientů.

Byla jste spokojen/a s péčí zdravotnického personálu během podávání biologické léčby?

PA 1: „...Sestřičky jsou tady moc ochotné. Jsem s nimi spokojena moc...“

PA 2: „...Já ano. Žádné výhrady nemám...personál je super...“

PA 3: „...Jsem spokojená...“

PA 4: „...Celkem jo. Fakt jsem rád, že mi tu pomáhají...“

PA 5: „...Jo, jsou příjemné. Tady problém není...“

Komentář:

Všichni participanti byli spokojeni s poskytovanou péčí zdravotnického personálu, neměli k němu žádné výhrady. Sestry vnímají za příjemné a ochotné během aplikace biologické léčby.

Kódování:

diskomfort soukromí, diskomfort prostoru, spokojenost s péčí ze strany ošetrovatelského personálu, diskomfort toalety, samostatný pokoj, samostatný prostor, soukromí, nevhodné prostředí, zajištění soukromí, hluk

Kategorie:

prostředí během aplikace biologické léčby

Shrnutí k výzkumné otázce č. 3:

Ve třetí výzkumné otázce jsme zaměřili na reakci vybraných participantů s ulcerózní kolitidou na prostředí, kde je aplikována biologická léčba, na zajištění soukromí a komfortu během jejího podávání. Zajímalo nás, jak jsou vybraní účastníci spokojeni s poskytovanou péčí zdravotnického personálu při aplikaci biologické terapie.

Prostředí, ve kterém probíhala aplikace biologické terapie všichni účastníci považovali za nevhodné a nebylo jim zajištěno dostatečně jejich soukromí. Všichni účastníci považovali za nepohodlné i aplikační lehátko. Shledávali problém i v přístupnosti toalety. Všichni účastníci by chtěli, aby aplikace biologické léčby probíhala na samostatném pokoji nebo v odděleném prostoru, tak aby bylo zajištěno jejich soukromí. Všichni účastníci byli spokojeni s poskytovanou péčí zdravotnického personálu a neměli žádné výhrady.

Závěr k cíli č. 3:

Ve třetím cíli jsme zjišťovali názor vybraných participantů na prostředí, ve kterém probíhala aplikace biologické léčby. Všichni účastníci považovali prostředí, ve kterém probíhala aplikace biologické léčby za nevhodné. Chtěli by, aby podání této léčby probíhalo na samostatném pokoji nebo v místnosti či odděleném prostoru, tak aby bylo zajištěno jejich soukromí. Účastníci udávali i problém v dostupnosti toalety. Jeden účastník uvedl, že nedokáže odpočívat při aplikaci biologické léčby z důvodu rušného prostředí.

6 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou pacientů s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu. Pro splnění určených cílů práce bylo realizováno kvalitativní šetření s použitím techniky polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru u participantů trpících ulcerózní kolitidou podstupující biologickou terapii.

Cíl č. 1: Zjistit, jaké informační zdroje využívali participantů s ulcerózní kolitidou před rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu.

Výzkumná otázka č. 1: Které zdroje opory o biologické léčbě vnímali participantů s ulcerózní kolitidou za přínosné?

Mezi zdroje opory, které využívali vybraní participantů s ulcerózní kolitidou před rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu patřili odborní lékaři, gastroenterologové, které participantů navštěvují při pravidelných kontrolách. Ke stejnému závěru dospěla ve svém výzkumu také autorka Bjalková (2019, str. 45). Její participantů byly také edukovány o biologické léčbě svými gastroenterology. Na konkrétním interním oddělení nemocnice krajského typu, kde probíhá aplikace biologické léčby byli vybraní participantů edukovány současným panem primáře, který se zabývá problematikou biologické léčby u ulcerózní kolitidy. Poskytnutá edukace od primáře konkrétního interního oddělení byla všemi participanty hodnocena jako dostačující a přínosná. Došli jsme ke stejným závěrům jako autorka Malkusová (2016, s. 57), která ve svém výzkumu uvádí, že poskytnutá edukace pacientů s ulcerózní kolitidou proběhla na dostačující úrovni. Neztotožňujeme se s výsledky výzkumu autorky Lidové (2017, s. 43), která uvádí, že informovanost pacientů s idiopatickými střevními záněty ze strany odborných lékařů, gastroenterologů, byla minimální.

Autorka Bjalková (2019, s. 46) ve svém výzkumu zjistila, že nejčastěji si pacienti s ulcerózní kolitidou vyhledávali informace na internetu. Ke stejnému závěru jsme dospěli také v našem výzkumu, čtyři participantů uvedli, že dalším zdrojem opory před jejich rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu byl pro ně internet, na kterém vyhledávali články zaměřené na biologickou terapii u ulcerózní kolitidy. Jeden participant vyhledával informace v odborných zahraničních člancích. Pacienti s idiopatickými střevními záněty si mohou také vyhledávat odborné informace na webové stránce s názvem Pracovní skupina pro IBD (<https://www.ibd-skupina.cz/>). Tři participantů uvedli, že zdrojem informací o biologické léčbě se pro ně stala sociální síť. Jednalo se o facebookovou skupinu IBD,

kteřá spojuje osoby s idiopatickými střevními záněty, které si zde předávají doporučení a rady k ulcerózní kolitidě a zkušenosti s konzervativní i biologickou léčbou. Pouze jedna participantka uvedla, že si nevyhledávala žádné zdroje opory k biologické léčbě kvůli obavám z dezinformací, ale byla edukována od odborného lékaře, gastroenterologa.

Cíl č. 2: Zjistit, jak vnímali pacienti s ulcerózní kolitidou přínos biologické léčby.

Výzkumná otázka č. 2: V čem vnímali participanti s ulcerózní kolitidou přínos biologické léčby oproti konzervativní léčbě?

Z rozhovorů s vybranými participanty vyplynulo, že přínos biologické léčby vnímají v ovlivnění kvality života u osob s ulcerózní kolitidou, omezení frekvence stolic a tenesmů. Obdobné výsledky zjistila ve svém výzkumu i autorka Bjalková (2019, s. 52). Její participanti uvedli, že po aplikaci biologické léčby u nich došlo ke zlepšení kvality jejich života. Neztotožňujeme se s uvedenými výsledky výzkumu autorky Malkusové (2016, s. 53), která tvrdí, že u jejich participantů nedošlo ke zlepšení zdravotního stavu po aplikaci biologické léčby. Podle všech participantů je v pokročilé fázi ulcerózní kolitidy biologická léčba adekvátní alternativou při gastrointestinální intoleranci kyseliny acetylsalicylové a vzniku kortikodependence.

Všichni participanti uvedli, že po podání biologické léčby se výrazně zlepšil jejich zdravotní stav. Příznaky ulcerózní kolitidy se zmírnily, až zcela vymizely. Biologická léčba dokázala nejvíce ovlivnit frekvenci stolic, její konzistenci a příměsi (krev, hlen), tenesmy a bolesti v oblasti dutiny břišní. Biologická léčba oproti konzervativní terapii mesalazinem a kortikoidy navodila u třech participantů remisi onemocnění. Souhlasíme s tvrzením autorů Zbořila a jeho kolektivu (2022, s. 182), kteří ve své knize uvádějí, že efektivita biologické léčby u ulcerózní kolitidy ovlivňuje vznik remise onemocnění, hojení sliznice tlustého střeva i snižuje opakované hospitalizace. Autorka Lengyelová (2014, s. 43) ve svém výzkumu zjistila, že mezi nejčastější vedlejší účinky kortikoidů jsou otoky v obličeji. Stejnou zkušenost udávala v našem výzkumu participantka PA 2.

Všichni participanti považovali biologickou léčbu za účinnější oproti konzervativní léčbě a v současné době jsou schopni zvládat každodenní činnosti bez jakéhokoliv omezení, podle jejich slov fungují „normálně“. Ke stejnému závěru dospěla ve svém výzkumu i autorka Bjalková (2019, s. 53), participanti v jejím výzkumu uvedli, že biologická léčba má vyšší efektivitu než konzervativní terapie. Autorka Pavlišťová (2019, s. 48) ve svém výzkumu uvedla, že biologická léčba splnila očekávání u jejich respondentů. Ke stejnému názoru

jsme dospěli i v našem výzkumu, kdy čtyři participanti PA 1, PA 2, PA 4 a PA 5 uvedli, že biologická léčba splnila jejich očekávání. Pouze participantka PA 3 očekávala, že působení biologické léčby bude mít delší účinek. Během aplikace biologické terapie na konkrétním interním oddělení nedošlo u našich participantů k výskytu nežádoucích účinků nebo případných komplikací.

Cíl č. 3: Zjistit názor participantů na prostředí, kde probíhala aplikace biologické léčby.

Výzkumná otázka č. 3: Jak vnímali pacienti s ulcerózní kolitidou prostředí, kde byla aplikovaná biologická léčba?

Zaměřili jsme se na reakci vybraných pacientů s ulcerózní kolitidou na prostředí, kde probíhá aplikace biologické léčby, na zjištění jejich názoru k zajištění soukromí a komfortu během její aplikace. Domníváme se, že prostředí na konkrétním interním oddělení, ve kterém probíhá aplikace biologické léčby, je pro pacienty s ulcerózní kolitidou nevhodně zařízeno. Prostor není vybaven pomůckami a nachází se na chodbě konkrétního interního oddělení. Všichni participanti uvedli, že prostředí na konkrétním interním oddělení, ve kterém probíhá aplikace biologické léčby, považují za nevhodné a soukromí během podání biologické léčby není dostatečně zajištěno. Participantka PA 2 udávala, že vnímá také problém v dostupnosti toalety. Všichni participanti by si přáli, aby aplikace biologické léčby probíhala na samostatném pokoji nebo v odděleném prostoru či místnosti, tak aby bylo zajištěno jejich soukromí. Souhlasíme s tvrzením autorek Vytečkové, Sedlářové Wirthové a kol. (2011, s. 105), které uvádějí, že pacient přijatý na oddělení, by měl být následně uložen na pokoj, který mu zajistí soukromí. Obdobné informace uvádějí Autorky Kelnarová, Cahová, Křestřanová a kol. (2009, s. 69), že během příjmu pacienta na interní oddělení je nemocný uložen na pokoj s plně vybaveným lůžkem a měl by být seznámen s chodem oddělení.

Participanti udávali, že aplikační lehátka, na kterých sedí po celou dobu aplikace, jsou pro ně nepohodlná. Jeden participant uvedl, že nedokáže odpočívat v průběhu podání biologické léčby, protože na chodbě oddělení bylo hlučno a rušno. Participantka PA 3 uvedla, že pro ni bylo nepříjemné sdělovat ošetřujícímu lékaři informace o jejím zdravotním stavu na rušné chodbě, kde byli další pacienti podstupující aplikaci, ostatní pacienti čekající na příjem a personál oddělení.

Domníváme se, že prostředí, ve kterém se aplikuje biologická léčba, je nutné změnit a upravit. Ideální by bylo, kdyby pacienti přicházející k aplikaci biologické léčby, byli

uloženi na pokoj anebo by mohli docházet do specializované ambulance či stacionáře, které budou přímo určeny pro pacienty s idiopatickými záněty podstupující aplikaci biologické terapie. Na pokoji nebo stacionáři by bylo zajištěno soukromí a komfort. A současně by byla dostupná pro ně i toaleta. O diskomfortu prostředí, ve kterém probíhá aplikace biologické léčby jsme informovali staniční sestru konkrétního interního oddělení. Všichni participanti uvedli, že byli spokojeni s poskytnutou péčí zdravotnického personálu během aplikace biologické léčby.

7 PRAKTICKÝ VÝSTUP BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Praktickým výstupem bakalářské práce je edukační materiál pro pacienty s ulcerózní kolitidou, kteří podstupují biologickou léčbu na konkrétním interním oddělení nemocnice krajského typu. Edukační materiál (viz Příloha P VI) bude k dispozici v gastroenterologické ambulanci.

V edukačním materiálu je krátce charakterizována ulcerózní kolitida, její příznaky a úprava životního stylu, vysvětlena biologická léčba a její nežádoucí účinky.

V letáku je prostor pro uvedení informací týkající se datumu, místa a času aplikace biologické léčby. V rámci edukačního letáku pacienty edukujeme o tom, co budou potřebovat k hospitalizaci a jak bude probíhat aplikace biologické léčby.

Jsou zmíněna nemocniční zařízení na Moravě, která poskytují aplikaci biologické léčby pacientům s ulcerózní kolitidou. Současně uvádíme přehled užitečných internetových zdrojů, na kterých si mohou pacienti vyhledávat odborné informace ohledně onemocnění i biologické léčby.

Jedním ze zmíněných internetových odkazů je sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, který vznikl v roce 2008 a v současné době pomáhá osobám s ulcerózní kolitidou zvládat boj s touto nemocí. Pracovní skupina pro IBD, jejíž odkaz na internetové stránky je uveden v letáku, pravidelně pořádá odborné konference týkající se této problematiky. Pro osoby s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu a nehovořící českým jazykem nebo kteří mají zájem si vyhledávat odborné informace v cizím jazyce jsme v letáku uvedli dva zahraniční internetové weby, které poskytují odborné informace o idiopatických střevních zánětech a biologické terapii.

Doufáme, že vytvořený edukační materiál bude pro pacienty s ulcerózní kolitidou, kteří podstupují biologickou léčbu přínosný.

ZÁVĚR

V bakalářské práci se věnujeme péči o pacienty s ulcerózní kolitidou, kteří podstupují biologickou léčbu na konkrétním interním oddělení. V teoretické části bakalářské práce jsme charakterizovali ulcerózní kolitidu, biologickou léčbu a ošetrovatelskou péči u pacientů, kterým se aplikuje biologická terapie. V praktické části bakalářské práce jsme využili kvalitativního výzkumu a technikou polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru jsme zjišťovali, jak vybraní pacienti vnímají přínos biologické léčby a jejich názor na prostředí, ve kterém probíhá aplikace biologické léčby na konkrétním interním oddělení. Zaměřili jsme se také na informační zdroje, které participanti využívali před rozhodnutím podstoupit zmíněnou léčbu. V rámci praktické části bakalářské práce jsme pro pacienty s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu vytvořili edukační materiál. Stanovené cíle bakalářské práce byly naplněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

Participanti čerpali informace o biologické léčbě od odborných lékařů, gastroenterologů, a primáře konkrétního interního oddělení. Dalším zdrojem opory byl pro ně internet, kde čerpali informace z odborných článků i zahraničních a na facebookové sociální síti, v uzavřené skupině IBD, která sdružuje přes šest tisíc osob, kteří se zajímají o idiopatické střevní záněty.

Participanti uvedli, že biologická léčba u nich výrazně ovlivnila jejich zdravotní stav a přispěla k omezení jednotlivých symptomů ulcerózní kolitidy, nejvíce frekvenci stolic, její konzistenci a příměsi (krev, hleny), tenesmy a bolesti v oblasti dutiny břišní. V současné době všichni participanti jsou schopni zvládat každodenní činnosti bez omezení.

Všichni participanti považují prostředí, kde probíhá aplikace biologické léčby za nevhodné. Přáli by si, aby aplikace probíhala na nemocničním pokoji nebo stacionáři, kde by byl zajištěn komfort a soukromí i dostupnost toalety.

V současné době biologickou léčbu podstupují pacienti se střední až těžkou aktivitou ulcerózní kolitidy, kteří nereagují na léčbu kyselinou salicylovou, imunosupresivy a kortikoidy nebo se u nich vyskytly mimostřevní komplikace. Její efektivita se pohybuje kolem 70-80 %. Výskyt nežádoucích účinků, mezi které patří horečka, zarudnutí v místě zavedení žilní periferní kanyly, dušnost, zvracení nebo bolesti hlavy, není častý a potvrdilo se to i u našich participantů. Cílem biologické léčby je udržet ulcerózní kolitidu ve fázi remise, tak aby nemoc pacienta netrápila a cítil se stejně jako před jejím vypuknutím.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBROŽOVÁ, H., 2021. Pacient s průjmem v ordinace praktického lékaře, příčiny a řešení. *Medicína pro praxi* [online]. Roč. 18, č. 4, s. 236-242 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2021/04/01.pdf>
- ARORA, Z. and B. SHEN, 2014. Biological therapy for ulcerative colitis. *Gastroenterology Report* [online]. Vol. 3, no. 2, pp. 103-109 [cit. 2023-02-26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4423460/pdf/gou070.pdf>
- BIOLOGICKÁ LÉČBA, 2023. Národní informační portál [online]. [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/2974>
- BJALKOVÁ, D., 2019. *Vliv biologické léčby na kvalitu života pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: https://m.digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/44668/bjalkov%20a1_2019_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.
- BORTLÍK, M., D. ĎURICOVÁ, P. KOHOUT a kol., 2016. Doporučení pro podání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů: třetí, aktualizované vydání. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. Roč. 70, č. 1, s. 11-27 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: https://www.cgs-cls.cz/wp-content/uploads/2016/04/10658_cs.pdf
- ČESKO, 2020. Věstník č. 5 Ministerstva zdravotnictví České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/19099/41057/Vestnik%20MZ_5-2020.pdf
- DOUDA, T., 2017. Pokroky v terapii idiopatických střevních zánětů. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 19, č. 3, s. 110-115 [cit. 2022-11-20]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2017/03/03.pdf>
- DOUDA, T., 2018. Vedolizumab, jeho farmakologický profil a léčebné využití. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. Roč. 32, č. 3, s. 11-14 [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2018/03/03.pdf>
- DUDLEY, M. et al., 2017. ECCO-EFCCA Patient Guidelines on Crohn's Disease. *European Crohn's and Colitis Organisation: Inflammatory Bowel Diseases* [online]. Vienna, Austria [cit. 2023-03-04]. Available from: <https://www.ecco-ibd.eu/publications/ecco-efcca-patient-guidelines.html>

- DUJSÍKOVÁ, H., 2018. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 21, č. 1, s. 28-31 [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2019/01/06.pdf>
- EHRMANN, J. a M. KONEČNÝ, 2011. Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů. *Medicína pro praxi* [online]. Roč. 8, č. 10, s. 435-437 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2011/10/09.pdf>
- ELHAG, D. A. et al., 2022. Inflammatory Bowel Disease Treatments and Predictive Biomarkers of Therapeutic Response. *International Journal of Molecular Sciences* [online]. Vol. 23, no. 6966, pp. 1-25 [cit. 2023-04-03]. Available from: DOI: 10.3390/ijms23136966
- FAUSEL, R. and A. AFZALI, 2015. Biologics in the management of ulcerative colitis-comparative safety and efficacy of TNF- α antagonists. *Therapeutics and Clinical Risk Management* [online]. Vol. 11, pp. 63-73 [cit. 2023-04-06]. Available from: DOI: <https://doi.org/10.2147/tcrm.s55506>.
- FUSEK, M., L. VÍTEK, J. BLAHOŠ a kol., 2012. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3727-0.
- GABALEC, L., 2009. Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 11, č. 6, s. 276-281 [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2009/06/06.pdf>
- HAKL, M., 2018. Symptomatická léčba bolesti. *Neurologie pro praxi* [online]. Roč. 19, č. 3, s. 209-212 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2018/03/11.pdf>
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-2.
- HLAVATÝ, T., A. KRAJČOVIČOVÁ a kol., 2020. *Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitidou*. 2. vyd. Bratislava: A-medi management. ISBN 978-80-89797-57-8.
- HOLUBOVÁ, A., H. NOVOTNÁ, J. MAREČKOVÁ a kol., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
- KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1.

- KALABUSOVÁ, B., 2016. Alergie, anafylaxe, anafylaktický šok. *Medicína pro praxi* [online]. Roč. 13, č.2, s.89-92 [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2016/02/09.pdf>
- KELNAROVÁ, J., M. CAHOVÁ, I. KŘEŠŤÁNOVÁ a kol., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2830-8.
- KOUTNÁ, KOSTÍNKOVÁ J. a I. ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. In Řiháček, T., I. Čermák a R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (9–43). Brno: Masarykova univerzita.
- KOŽELUHOVÁ, J. a kol., 2014. Biologická terapie u pacientek s idiopatickými střevními záněty v graviditě. *Vnitřní lékařství* [online]. Roč. 60, č. 7-8, s. 630-634 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2014/07/17.pdf>
- KUČERA, P. a I. STRNADOVÁ, 2018. Anafylaxe – diagnóza a terapie. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 20, č. 3. s. 139-142 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2018/03/07.pdf>
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6654-6.
- LENGYELOVÁ, M., 2014. *Problémy biologické léčby u nemocných se zánětlivým onemocněním střev*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/57860/LengyelovaM_ProblemyBiologicke_KS_2014.pdf?sequence=3. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- LEONE, S. et al., 2017. ECCO-EFCCA Patient Guidelines on Ulcerative Colitis. *European Crohn's and Colitis Organisation: Inflammatory Bowel Diseases* [online]. Vienna, Austria [cit. 2023-03-04]. Available from: <https://www.ecco-ibd.eu/publications/ecco-efcca-patient-guidelines.html>
- LIDOVÁ, M., 2017. *Potřeby pacientů s idiopatickými střevními záněty*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/5x7t96/Idiopatick_st_ev_n_yn_ty.pdf. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, ústav ošetrovatelství a porodní asistence.
- LÖWENBERG, M. et al., 2014. Golimumab for the treatment of ulcerative colitis. *Dove Medical Press Limited* [online]. Vol. 7, pp. 53-59 [cit. 2023-04-03]. Available from: DOI: 10.2147/CEG.S48741

- LUKÁŠ, K., 2012. Několik poznámek k léčbě idiopatických střevních zánětů. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 14, č. 12, s. 466-469 [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/12/05.pdf>
- LUKÁŠ, K., J. HOCH a kol., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
- LUKÁŠ, M. a kol., 2020. *Idiopatické střevní záněty: nové trendy a meziobratlové souvislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1208-1.
- LUKÁŠ, M. a kol., 2021. *Idiopatické střevní záněty II: nové trendy a meziobratlové souvislosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3203-4.
- LUKÁŠ, M., 2009. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Praktické lékařství* [online]. Roč. 5, č. 4, s. 164-167 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/04/03.pdf>
- LUKÁŠ, M., 2010. Postavení kolonoskopie u idiopatických střevních zánětů. *Endoskopie* [online]. Roč. 19, č. 3-4, s. 105-111 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2010/03/05.pdf>
- LUKÁŠ, M., 2014. Etiologie a patogeneze idiopatických střevních zánětů. *Vnitřní lékařství* [online]. Roč. 60, č. 7-8, s. 640-644 [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2014/07/19.pdf>
- MALKUSOVÁ, M., 2016. *Problematika uspokojování potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/4s9xai/problematika_uspokojovn_pot_eb_u_pacient__s_UC_pdf.pdf. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence.
- MAŇÁSEK, V., 2016. Extravazace cytostatik – prevence a doporučené postupy. *Klinická onkologie* [online]. Roč. 29, č. 2, s. 93-99 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/412.pdf#page=11>
- MATĚJKOVÁ, P. a Z. VÍTKOVÁ, 2019. Idiopatické střevní záněty v posudkovém lékařství. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. Roč. 73, č. 1, s. 37-42 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/idiopaticke-strevni-zanety-v-posudkovem-lekarstvi-10997>

- MEISNEROVÁ, E., 2011. Nutriční podpora u střevních zánětů. *Interní medicína* [online]. Roč. 12, č. 1, s. 35-37 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2011/01/09.pdf>
- NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření sestrou*. 2. přepracované vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4449-0.
- PAPAMICHAEL, K. et al., 2019. Infliximab in inflammatory bowel disease. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* [online]. Vol. 10, pp. 1-15 [cit. 2023-04-03]. Available from: DOI: 10.1177/2040622319838443
- PAVELKA, K., P. ARENBERGER, M. LUKÁŠ a kol., 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5048-4.
- PAVLIŠTOVÁ, M., 2019. *Aplikace biologické léčby a její dopad na běžný život pacienta s Crohnovou chorobou*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73854/PavlistovaM_AplikaceBiologicke_HO_2019.pdf?sequence=1. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- PIPEK, B., 2020. Monoklonální protilátky u těhotných žen s idiopatickými střevními záněty. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. Roč. 34, č. 2, s. 74-77 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/far/2020/02/06.pdf>
- POGGIOLI, G., 2019. *Ulcerative Colitis*. Italy: Spinger International Publishing. ISBN 978-88-470-3976-6.
- POKORNÁ, A., A. KOMÍNKOVÁ, A. MENŠÍKOVÁ a kol., 2019. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazy*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9297-6.
- ROSSO, C. et al., 2021. Inflammatory Bowel Disease Nurse – Practical Messages. *Nursing Reports* [online]. Vol. 11, pp. 229-241 [cit. 2023-04-03]. Available from: DOI: 10.3390/nursrep11020023
- SHOIB, S., T. W. AMANDA, V. MENON et al., 2022. Is Maslow's Hierarchy of Needs Applicable During the COVID-19 Pandemic? *Indian Journal of Psychological Medicine* [online]. Vol. 44, no. 1, pp. 98-100 [cit. 2023-04-03]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9022925/pdf/10.1177_02537176211060435.pdf

- SPÁNEK A ZDRAVÍ, 2023. *Národní informační portál* [online]. [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/216-spanek-a-zdravi>
- SPEROTTOVÁ, Š. a P. MATALOVÁ, 2019. Tofacitinib. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 21, č. 5, s. 292-294 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2019/05/08.pdf>
- STURM, A. and L. WHITE., 2019. *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual*. New York: Springer International Publishing. ISBN 978-3-319-75021-7.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1148-6.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.
- TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- ULCERÓZNÍ KOLITIDA, 2021. *ProLékaře.cz* [online]. [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/ulcerozni-kolitida-126713/ulcerozni-kolitida>
- URBÁNEK, K., 2017. Infliximab. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 19, č. 1, s. 42-46 [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2017/01/11.pdf>
- VOKURKA, S., V. MAŇÁSEK, D. NAVRÁTILOVÁ HRABÁNKOVÁ a kol., 2019. Extravazace (paravazace) cytostatik – doporučení pro standartní péči v rámci České republiky ze spolupráce Sekce podpůrné léčby České onkologické společnosti ČLS JEP, Onkologické sekce České asociace sester a Společnosti pro porty a permanentní katétry. *Klinická onkologie* [online]. Roč. 32, č. 6, s. 463-468 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/466/5666.pdf>
- VORUDOVÁ, J. a K. MITROVÁ, 2022. *Výživa a diety při idiopatických střevních zánětech*. Praha: Care Comm. ISBN 978-80-907566-7-0.
- VYTEJČKOVÁ, R., P. SEDLÁŘOVÁ, V. WIRTHOVÁ a kol., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZÁDOROVÁ, Z., 2012. Léčba extraintestinálních manifestací idiopatických střevních zánětů. *Interní medicína pro praxi* [online]. Roč. 14, č. 1, s. 8-11 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/01/02.pdf>

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

ZBOŘIL, V. a kol., 2022. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-718-1.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	procento
/min	za minutu
<	větší než
>	menší než
°C	stupeň Celsia
a kol.	a kolektiv
anti TNF	anti tumor nekrotizující faktor
CRP	C – reaktivní protein
č.	číslo
et al.	a další
FW	sedimentace erytrocytů
g/l	gram na litr
i.v.	intravenózně
IBD	idiopatické střevní záněty
IgG1	imunoglobulin G1
INR	mezinárodní normalizovaný poměr (internal normalized ratio)
JAK	Janus kináza
KO	krevní obraz
mg	miligram
mg/kg	miligram na kilogram
mm/h	milimetr za hodinu
mRNA	messengerová RNA
např.	například
PA	participant
RNA	ribonukleová kyselina

roč.	ročník
s.	strana
tj.	to je
TK	krevní tlak
TNF- α	tumor nekrotizující faktor alfa
UC	ulcerózní kolitida
ÚZIS MZČR	ústav zdravotnických informací a statistiky ministerstva zdravotnictví České republiky

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika participantů.....	31
Tabulka 2 Získané informace ze zdravotnické dokumentace.....	33

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Montrealská klasifikace ulcerózní kolitidy

Příloha P II: endoskopická klasifikace ulcerózní kolitidy dle Mařatky

Příloha P III: Mayo skóre

Příloha P IV: otázky k rozhovorům

Příloha P V: ukázkový přepis rozhovoru s participantem PA 4

Příloha P VI: edukační materiál

PŘÍLOHA P I: MONTREALSKÁ KLASIFIKACE ULCERÓZNÍ KOLITIDY

A. Hodnocení aktivity	
<u>Tíže onemocnění:</u>	<u>Definice:</u>
Klinická remise	bez příznakové období onemocnění
Lehká ulcerózní kolitida	výskyt 4 a méně stolic za den (s nebo bez přítomnosti krve), fyziologické hodnoty zánětlivých markerů a nepřítomnost celkových příznaků
Středně těžká ulcerózní kolitida	výskyt 4 a více stolic s příměsí krve za den, s minimálními příznaky toxicity
Těžká ulcerózní kolitida	výskyt nejméně 6 stolic s příměsí krve za den, tepová frekvence nad 90/min., nebo tělesná teplota nad 37,5 °C, hemoglobin <105 g/l
B. Hodnocení rozsahu	
<u>Rozsah onemocnění:</u>	<u>Anatomické umístění:</u>
Proktitida	postižení rekta
Levostranná kolitida	postižení tlustého střeva a rekta
Pankolitida	postižení celého tlustého střeva

Zdroj: Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 320

PŘÍLOHA P II: ENDOSKOPICKÁ KLASIFIKACE ULCERÓZNÍ KOLITIDY DLE MAŘATKY

Floridní stádium (charakteristika krvácivého období)	
Stádium křehká sliznice	výskyt krvácení na sliznici po dotyku, bez patrné cévní kresby
Stádium krvácivá sliznice	výskyt rozptýleného krvácení, eroze, otoku a exsudátu na sliznici
Hnisavé stádium	výskyt žlutě zbarveného exsudátu, výrazný otok sliznice
Vředové stádium	výskyt četných a mapovitých vředů
Klidové stádium	
Stádium granulované sliznice	výskyt překrvené, zrnité sliznice, absence cévní kresby
Stádium úpravy	histologicky prokazatelná přítomnost změn na sliznicích tlustého střeva
Stádium polypů	po zahojení sliznice přetrvávají zánětlivé polypy
Stádium stenóz	dochází k deformaci tlustého střeva nebo rekta

Zdroj: Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 320

PŘÍLOHA P III: MAYO SKÓRE

Endoskopické skóre	Anatomický nález na sliznici tlustého střeva
Skóre 0	fyziologický nález
Skóre 1	výskyt lehké křehkosti sliznice, erytému a ztráta cévní kresby na stěně sliznice
Skóre 2	výskyt podstatného erytému, křehkosti a eroze na sliznici
Skóre 3	vznik vředů a samovolného krvácení ze sliznice tlustého střeva

Hodnocení:	
<i>Aktivita:</i>	<i>Celkový počet bodů:</i>
Remise	0-2
Lehká aktivita	3-5
Střední aktivita	6-10
Těžká aktivita	11-12

Zdroj: Zbořil a kol., 2022, s. 94

PŘÍLOHA P IV: OTÁZKY K ROZHOVORŮM

1. Vyhledával/a jste si informace před rozhodnutím podstoupit biologickou léčbu? Pokud ano, kde jste dohledával/a tyto informace? Které z těch informací byly pro Vás nejpřínosnější?
2. Kdo Vás informoval o biologické léčbě?
3. Kdo byl u Vás zdrojem informací o biologické léčbě na interním oddělení?
4. Jak dlouho se Vám věnoval zdravotnický personál v rámci poučení o biologické léčbě?
5. Mohl/a jste klást otázky zdravotnímu personálu týkající se biologické léčby?
6. V čem vnímáte přínos biologické léčby? Splnila se Vaše očekávání o účinku biologické léčby?
7. Rozhodl/a jste se okamžitě pro podstoupení biologické léčby?
8. Je podle Vás biologická léčba účinnější než konzervativní léčba?
9. Které příznaky Vás nejvíce omezovaly před tím, než jste se rozhodl/a podstoupit biologickou léčbu?
10. Které z příznaků ulcerózní kolitidy ovlivnila biologická léčba u našich participantů nejvíce?
11. Nastaly u Vás v průběhu podávání biologické léčby nějaké komplikace?
12. Měl/a jste obavy nebo strach spojené s aplikací biologické léčby?
13. Jak vnímáte komfort prostředí (výhody/nevýhody), ve kterém probíhá aplikace biologické léčby? Chtěl/a byste na tomto prostředí něco změnit?
14. Jak byste si představoval/a zabezpečit Vaše soukromí při aplikaci biologické léčby?
15. Byla jste spokojen/a s péčí zdravotnického personálu během podávání biologické léčby?

Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

PŘÍLOHA P V: UKÁZKOVÝ PŘEPIS ROZHOVORU S PARTICIPANTEM PA 4

Tazatelka: „*Tak, které příznaky Vás nejvíce omezovali předtím, než jste podstoupil tu biologickou léčbu?*“

Participant č. 4: „*Byly to ty časté průjmy a bolesti břicha, hleny i krev, ale jako časté chození na toaletu. Člověk nemůže nic. Došel jsem až do stádia, kdy to bylo fakt špatný.*“

Tazatelka: „*Které z příznaků nejvíce ovlivnila ta biologická léčba?*“

Participant č. 4: „*Ted' momentálně je to všechno v pohodě. Funguju úplně naplno. Ovlivnila mi všechny příznaky.*“

Tazatelka: „*A nějaké mimostřevní projevy, bolest kloubu hlavy, zvracení nic takového Vás netrápilo?*“

Participant č. 4: „*Ne, nic takového se mi neprojevalo.*“

Tazatelka: „*Nastaly u Vás nějaké komplikace v průběhu aplikace biologické léčby?*“

Participant č. 4: „*Myslím si, že ne.*“

Tazatelka: „*A jak vnímáte ten přínos té biologické léčby? Za pozitivní nebo negativní?*“

Participant č. 4: „*Tož určitě pozitivní, protože nevím, jak bych bez toho fungoval. U mě už nefungovaly kortikoidy nic.*“

Tazatelka: „*A když Vám nabídli tu biologickou léčbu, tak jste se rozhodl pro její aplikaci ihned?*“

Participant č. 4: „*Tady to bylo spíš takhle, že jsem jí spíš už potřeboval. Jiná možnost tu nebyla.*“

Tazatelka: „*Hmm.*“

Tazatelka: „*Splnila biologická léčba Vaše očekávání?*“

Participant č. 4: „*Já ted' úplně normálně funguju, takže by se dalo říct, že na 100 %.*“

Tazatelka: „*A prvotní léčbu, kterou jste měl nastavenou to byla jaká? Vzpomenete si?*“

Participant č. 4: „*Prvotní léčba...ehm...*“

Tazatelka: „*Než Vám nasadili třeba kortikoidy?*“

Participant č. 4: „*Já si myslím, že první léčba byla Asacol s kortikoidy, protože jsem to nechal zajít do takového stavu, že to bylo fakt špatný.*“

Tazatelka: „*No jasný.*“

Participant č. 4: „*Já jsem se to snažil napřed léčit sám. Jsem si furt myslel, že je to dietní chyba. Víím, že mi ty kortikoidy pomohli, takto jsem fungoval myslím 3 roky. Pak se to zhoršilo natolik, že jsem musel jít na tu biologickou léčbu.*“

Tazatelka: „Jasný, takže je podle Vás ta biologická léčba účinnější než ta Pentasa, Asacol nebo kortikoidy?“

Participant č. 4: „Tak účinnější asi jo. Nevím, jak by se to dalo porovnat, ale s tím, že vlastně tam to nezabíralo a toto jo, tak je to v tomto případě účinnější.“

Tazatelka: „A jak jste se dozvěděl o té biologické léčbě, kdo Vás o tom informoval?“

Participant č. 4: „Moje bývalá gastroenteroložka.“

Tazatelka: „Vyhledával jste si nějaké informace ohledně biologické léčby?“

Participant č. 4: „Možná jenom minimum, až vlastně k tomu mělo přijít. Spíš jsem to nechal stejně na odbornících, protože jako fakt jsem potřeboval nějak pomoci a neviděl jsem jiný způsob.“

Tazatelka: „A kde jste ty informace vyhledával?“

Participant č. 4: „Samozřejmě na internetu, tam nějaké články plus jsem ve skupině na tom Facebooku, kde různě lidé píšou své zážitky, tak tam taky. Jinak jsem to úplně nezkoumal.“

Tazatelka: „A přínosnější pro Vás byly odborné články nebo ty informace od lidí na té facebookové stránce?“

Participant č. 4: „Já bych řekl, že to, co je na to Facebooku. Každý to má právě jinak, takže tam jde vidět. Na tom internetu tam mě přijde, že si kliknu na nějaký článek a v každém píše se tam pořád to samé, že to není nějaký odborný článek. Nevím na ten jsem asi nenarazil, ale na tom Facebooku je to prostě ze života.“

Tazatelka: „Dobře, a kdo byl zdrojem informací o biologické léčbě tady u nás na interním oddělení?“

Participant č. 4: „Pan primář.“

Tazatelka: Ohledně edukace o biologické léčbě se Vám věnoval jak dlouho?

Participant č. 4: „Já myslím, že dostatečně.“

Tazatelka: „Dobře. Když přijdete na podání biologické léčby, tak můžete klást otázky zdravotnickému personálu?“

Participant č. 4: „Jo, určitě.“

Tazatelka: „Nemají s tím žádný problém Vám třeba odpovědět?“

Participant č. 4: „Ne, ne.“

Tazatelka: „Nějaké obavy nebo strach spojené s touto aplikací měl jste někdy?“

Participant č. 4: „Hmm...Spíš to vždycky převáželo ten pocit vědění, že mi to jako pomůže. Jo, ze začátku strach jo, že jsem nevěděl, jak to bude.“

Tazatelka: „V čem spatřujete výhody a nevýhody tady tohoto prostředí, kde se ta léčba aplikuje?“

Participant č. 4: „*Hmm.... Nevýhoda je ta, že se nedá zaparkovat.*“

Tazatelka: „*A tady přímo na tom oddělení?*“

Participant č. 4: „*Na tom oddělení mi vadí asi všechno.*“

Tazatelka: *Dobře a jak byste si představoval zajištění Vašeho soukromí?*

Participant č. 4: „*Chtěl bych samostatný pokoj a nemám potom žádné výhrady.*“

Tazatelka: *Dobře, a jak vnímáte komfort aplikačních lehátek, jestli jsou dobré nebo byste spíš chtěl ležet v posteli a dostupnost toalety?*

Participant č. 4: „*Bylo by lepší mít vlastní pokoj.*“

Tazatelka: „*A s péčí zdravotnického personálu jste spokojený?*“

Participant č. 4: „*Celkem jo.*“

Tazatelka: „*Nemáte žádné výhrady?*“

Participant č. 4: „*Ne, fakt jsem rád že mi tu pomáhají.*“

Tazatelka: „*Dobře. Tak já Vám děkuju za rozhovor.*“

Zdroj: autorka bakalářské práce, 2023

PŘÍLOHA P VI: EDUKAČNÍ MATERIÁL

BIOLOGICKÁ LÉČBA ULCERÓZNÍ KOLITIDY

Ulcerózní kolitida

Autoimunitní zánětlivé onemocnění sliznice konečníku a tlustého střeva, které v těžších případech vede ke vzniku vředů. Onemocnění je charakterizováno záchvaty (exacerbace příznaků) a dlouhými obdobími remise (vymizení všech příznaků). Projevu se průjemovitou stolicí s příměsí krve nebo hlenu, tenesmy (bolestivé nutkání na stolicí) a bolesti v oblasti dutiny břišní. Léčba ulcerózní kolitidy je chronická a spočívá ve zmírnění a prevenci následků.

Úprava životního stylu při ulcerózní kolitidě

- neprovádět fyzicky namáhavou práci;
- přestat kouřit a nepít alkohol;
- vyvarovat se dlouhodobému stresu;
- udržovat psychickou pohodu;
- dodržovat bezezbytkovou stravu a pitný režim;
- dodržovat přiměřenou pohybovou aktivitu.

Edukační materiál byl vytvořen jako praktický výstup bakalářské práce na téma Pacient s ulcerózní kolitidou podstupující biologickou léčbu. Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová, Autor: Michaela Janalíková, studentka Všeobecného ošetrovatelství, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2023.

ZDROJE:

PAVELKA, K., P. ARENBERGER, M. LUKÁŠ a kol., 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5048-4.

ZBOŘIL, V. a kol., 2022. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-718-1.

PACIENTI IBD, 2019. *Všechno, co jste chtěli vědět o biologické léčbě u idiopatických střevních zánětů, ale báli jste se zeptat* [online]. 2. vydání. Praha: Pacienti IBD [cit. 2023-05-13]. ISBN 978-80-905120-9-2.

Aplikace biologické léčby

Dostavte se dne:

Interní oddělení č.

mezi.....hodinou.

K hospitalizaci budete potřebovat

- průkaz totožnosti, kartu pojišťovny;
- léky, které pravidelně užíváte v originálním balení nebo jejich seznam s dávkováním;
- hygienické potřeby, toaletní papír, mýdlo, ručník;
- vhodné oblečení, pyžamo, přezůvky;
- kniha, časopis, tablet nebo notebook;
- kontakt na rodinného příslušníka, nebo blízkou osobu, která zajistí odvoz po aplikaci biologické léčby.

Centra podání biologické léčby na Moravě

- Krajská nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně;
- Nemocnice Válašské Meziříčí, a.s.;
- Nemocnice Milosrdných bratří, p.o. v Brně;
- Fakultní nemocnice Olomouc;
- Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně;
- Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.;
- Fakultní nemocnice Ostrava;
- Vítkovická nemocnice, a.s. v Ostravě.

Užitečné internetové zdroje

- www.crohn.cz
- www.ibd-skupina.cz
- www.crohncolitisfoundation.org
- <https://www.ibdpassport.com/>
- facebooková skupina Lidé s onemocněním – Crohnova choroba a ulcerózní kolitida
- facebooková skupina Pacienti IBD

Průběh aplikace biologické léčby

- po přijetí ke krátkodobé jednodenní hospitalizaci budete uloženi/a na pokoj;
- lékař zjistí informace, které se týkají Vašeho zdravotního stavu;
- všeobecná sestra Vám odebere krev a zavede periferní žilní kanylu;
- biologická léčba se podává v infuzích;
- podle ordinace lékaře Vám bude aplikována infuze;
- po podání biologické léčby zůstanete hodinu na interním oddělení z důvodu observace (sledování);
- pokud se neobjeví žádné nežádoucí účinky budete propuštěni domů.

Biologická léčba

Cílená terapie, která má vliv na zánětlivý proces v tlustém střevě a konečniku. Její snahou je udržet onemocnění v remisi a zmiřňuje jeho příznaky. Zlepšuje zdravotní stav nemocného a pomáhá předcházet komplikacím.

Biologická léčba se aplikuje, když předcházející léčba nefunguje. Aplikuje se u středně závažné a závažné formy ulcerózní kolitidy. Cíleně se potlačí útoky vlastního imunitního systému na střevní sliznici, ale nepotlačuje celý imunitní systém oproti kortikosteroidům.

Vedlejšími účinky biologické léčby mohou být horečka, dušnost, nevolnost, zvracení, bolest hlavy a zarudnutí kůže.