

Vnímání nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s ulcerózní kolitidou

Monika Hynčicová

Bakalářská práce 2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Hynčicová**
Osobní číslo: **H130156**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Vnímání nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s ulcerózní kolitidou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a zdrojů.

Zpracování teoretické části bakalářské práce.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se problematiky nezdolnosti, sociální opory a ulcerózní kolitidy u adolescentů a mladých dospělých.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu metodou dotazníkového šetření a škálových stupnic.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.

ČIERNÁ, Iveta a kol. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida u dětí a adolescentov. 1. vyd. Brno: Grifart, 2015. 131 s. ISBN 978-80-905337-9-0.

FULLER, Susan. Ulcerative Colitis & Crohn's Disease. Ulcerative Colitis, Crohn's Disease & Ibs Treatment Including. 1st ed. United States: Ocean Blue Publishing, 2015. 162 p. ISBN 978-1-910547-06-9.

PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

ŠOLCOVÁ, Iva. Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně8.2.2016

.....Hymáčova

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

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

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

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

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

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

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

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

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je „Vnímání nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s ulcerózní kolitidou“. Teoretická část se věnuje čtyřem kapitolám. První kapitola vymezuje nejdůležitější informace o ulcerózní kolitidě. Druhá kapitola je zaměřena na problematiku nezdolnosti, ve které především poukazujeme na tři hlavní pojety. Třetí kapitola se týká problematiky sociální opory. Závěr teoretické části je věnován rolím všeobecné sestry a nejčastějším NANDA diagnózám vyskytující se u tohoto onemocnění.

Praktická část, která byla zaměřena na 1. zmapování celkové míry nezdolnosti v pojetí resilience; 2. zmapování celkové míry sociální opory; a 3. zmapování dílčí míry sociální opory od jednotlivých poskytovatelů, byla realizována pomocí dotazníkového šetření a standardizovaných posuzovacích škál u skupiny osob s ulcerózní kolitidou (přesně adolescentů a mladých dospělých).

Klíčová slova: ulcerózní kolitida, nezdolnost, sociální opora, adolescenti, mladí dospělí

ABSTRACT

The topic of this bachelor's thesis is "Perception of Resilience and Social Support of Adolescents and Young Adults Suffering from Ulcerous Colitis". The theoretical part is divided into four chapters. The first chapter provides the most important information about ulcerous colitis. The second chapter deals with the issue of resilience and its three main concepts. The third chapter focuses on social support. The conclusion of the theoretical part describes the role of a nurse and most common NANDA diagnoses that occur among people suffering from this disease.

The practical part was conducted by means of three mappings. The 1. mapping explored the overall resilience rate. The 2. mapping focused on the overall rate of social support. The 3. mapping was devoted to partial social support provided by individuals. The practical part was carried out using a questionnaire survey and standardized assessment scales among a group of people with ulcerous colitis (more precisely, adolescents and young adults).

Keywords: ulcerous colitis, resilience, social support, adolescents, young adults

Poděkování

Děkuji PhDr. Pavle Kudlové, PhD. za trpělivost, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení bakalářské práce. Děkuji své rodině za podporu při studiu. Poděkování také patří všem respondentům, kteří byli ochotni se průzkumného šetření zúčastnit.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ULCERÓZNÍ KOLITIDA	12
1.1 ETIOLOGIE	12
1.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	12
1.2.1 Průběh ulcerózní kolitidy	13
1.3 KLASIFIKACE.....	13
1.4 DIAGNOSTIKA.....	14
1.4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	14
1.4.2 Laboratorní vyšetření.....	15
1.4.3 Endoskopie a zobrazovací metody	16
1.5 TERAPIE	16
1.5.1 Farmakologická terapie	16
1.5.2 Chirurgická terapie	18
1.5.3 Výživa	19
1.6 KOMPLIKACE.....	20
2 NEZDOLNOST	21
2.1 NEZDOLNOST V POJETÍ RESILIENCE.....	21
2.1.1 Resilientní člověk	22
2.2 NEZDOLNOST V POJETÍ KOHERENCE	22
2.2.1 Osobnostní charakteristiky koherence.....	23
2.3 NEZDOLNOST V POJETÍ HARDINESS	24
2.3.1 Komponenty hardiness	24
2.4 OBRANNÉ MECHANISMY ZVLÁDÁNÍ TĚŽKOSTÍ.....	25
3 SOCIÁLNÍ OPORA	26
3.1 VYMEZENÍ OBECNÉ DEFINICE SOCIÁLNÍ OPORY	26
3.2 VYBRANÉ TEORIE SOCIÁLNÍ OPORY	27
3.2.1 Teorie připoutání	27
3.2.2 Teorie opěrné sociální sítě.....	27
3.2.3 Teorie podpůrných sociálních vztahů	28
3.2.4 Teorie sociální opory jako nárazníku	28
3.3 DRUHY SOCIÁLNÍ OPORY	29
3.4 ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY.....	30
3.5 NEGATIVNÍ NÁSLEDKY SOCIÁLNÍ OPORY	31
4 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY	32
4.1.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy v rámci taxonomie II NANDA-I 2015–2017	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	36

5	METODIKA PRŮZKUMÉHO ŠETŘENÍ.....	37
5.1	VYMEZENÍ CÍLŮ.....	37
5.2	VYMEZENÍ HYPOTÉZ.....	37
5.3	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉ METODY	38
5.3.1	I. část dotazníku – informativní.....	38
5.3.2	II. část dotazníku – Škála resilience 14 položková	38
5.3.3	III. část dotazníku – Škála PSSS	39
5.4	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	39
5.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	40
5.6	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	40
6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
6.1	I. ČÁST DOTAZNÍKU – INFORMATIVNÍ.....	41
6.2	II. ČÁST DOTAZNÍKU – ŠKÁLA RESILIENCE 14 POLOŽKOVÁ	58
6.2.1	Interpretace výsledků k dílčímu cíli č. 1	58
6.3	III. ČÁST DOTAZNÍKU – ŠKÁLY VNÍMANÉ SOCIÁLNÍ OPORY PSSS	59
6.3.1	Interpretace výsledků k dílčímu cíli č. 2	59
6.3.2	Interpretace výsledků k dílčímu cíli č. 3	60
6.4	OVĚŘOVÁNÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ.....	61
6.4.1	Hypotéza č. 1	61
6.4.2	Hypotéza č. 2.....	61
6.4.3	Hypotéza č. 3	62
6.4.4	Hypotéza č. 4.....	63
6.4.5	Hypotéza č. 5.....	63
6.4.6	Hypotéza č. 6.....	64
7	DISKUZE	65
	ZÁVĚR	69
	NÁVRH A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	75
	SEZNAM TABULEK.....	76
	SEZNAM GRAFŮ	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Ulcerózní kolitida jako každé jiné chronické onemocnění může zásadním způsobem ovlivnit život lidí. Aby mohli tito lidé žít „normální život“ jako ostatní musí dodržovat léčebný režim, dietní opatření, často podstupovat nepříjemné vyšetření a přehodnotit svou dosavadní životosprávu. To vše jim pomůže zmírnit příznaky, které je často limitují v každodenním životě a zároveň vystavují k náročným situacím.

Mnohdy může být obtížné pro tyto osoby s doprovodem nemoci zvládnout i náročné situace, které nás všechny občas potkávají během života. Jde např. o změnu pracovních povinností, dlouhodobou pracovní neschopnost, změnu v osobních zvycích, změnu v rodinných vztazích apod. V případě takových situací se dostávají do role, kdy potřebují psychicky podpořit, tedy přijmout pomoc od svých blízkých. Poskytovateli opory jsou nejčastěji přátelé, přítel anebo rodina. Díky jejich nabízené opoře se mohou snadněji přenést přes své životní těžkosti a vyrovnat se tak se vzniklou situací.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě osobních zkušeností s daným onemocněním. Zkušenosti jsem získala nejen z vysokoškolské praxe, ale především z rodinného kruhu. K výběru mne také motivoval fakt, že počet nemocných s ulcerózní kolitidou stále roste. V České republice odhadujeme její incidenci na 5 nových případů na 100 000 obyvatel (Muntau, 2014, s. 377). Nejčastěji je diagnostikována mezi 15. a 30. rokem života, nicméně první manifestace se může objevit u osob starších 50 let (Fuller, 2015, p. 14–15).

Hlavním cílem této práce je zmapovat vnímání nezdolnosti v pojetí resilience a sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou. Je nutné poznamenat, že se nezabýváme problematikou vyrovnání se s nemocí, ale tomu, jak pacienti vnímají svou nezdolnost v rámci náročných životních situací a sociální oporu poskytovanou od svých blízkých. Na základě výsledků míry nezdolnosti bude vytvořen souhrnný leták zaměřený na desatero rad k rozvíjení psychické nezdolnosti osobám s ulcerózní kolitidou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Ulcerózní kolitida (dále jen „UC“) je chronické zánětlivé onemocnění tlustého střeva, které se šíří kontinuálně od konečníku proximálním směrem v různém rozsahu (Bronský, 2013, s. 13). Zánětlivý proces postihuje převážně sliznici a podslizniční část tlustého střeva. V ojedinělých případech zánět proniká do hlubších vrstev (Červenková, 2009, s. 21).

Můžeme se setkat se dvěma názvy: ulcerózní kolitida a idiopatická proktokolitida. Prof. Mařatka, který se věnoval UC od počátku 40. let minulého století, v české terminologii zavedl pro toto onemocnění termín idiopatická proktokolitida (Lukáš, 2013, s. 213). Přestože název idiopatická proktokolitida vystihuje přesněji danou skutečnost, jde o postižení konečníku i tlustého střeva (prokto – kolitida) a že příčinu onemocnění neznáme (proto idiopatická), měl by být preferován a používán mezinárodně akceptovaný název ulcerózní kolitida (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 25; Lukáš, 2013, s. 213).

1.1 Etiologie

Prvotní příčina vzniku UC je doposud neznámá. Vzájemné působení vnitřních a zevních faktorů však hraje nezbytnou roli pro vznik tohoto onemocnění. Klíčové postavení ve vnitřních faktorech představuje mikrobiální střevní flóra, epitelální buňky, aktivita střevního imunitního systému a genetika (Lukáš a Bortlík, 2011, s. 56).

Zevní faktory dělíme do dvou skupin. První skupinou jsou faktory, které mohou souviset se vznikem UC. Zde patří kouření, nasycené mastné kyseliny a chirurgické odstranění červovitého přívěsku slepého střeva. Faktory jako některé medikamenty (nesteroidní antirevmatika), interkurentní respirační infekce a psychický stres, řadíme do druhé skupiny. Tato skupina zvyšuje riziko vzplanutí zánětu u pacientů vyskytující se v klidovém období UC bez příznaků (Lukáš a Bortlík, 2011, s. 56).

„UC vzniká podle současných představ v důsledku změněné reaktivity imunitního systému střeva na komenzální mikrobiální střevní flóru u geneticky predisponovaných jedinců“ (Lukáš a Bortlík, 2011, s. 56).

1.2 Klinický obraz

UC je charakterizovaná dvěma syndromy. První, rektální syndrom, je typickým znakem pro postižení distální části tlustého střeva. Projevuje se bolestivými tenesmy s odchodem ma-

lého množství stolice či krvavého hlenu. Druhý, kolitický syndrom, je označován pro těžké postižení tračnicku. Pacient obvykle vyprazdňuje vodnaté stolice s patologickou příměsí ve frekvenci 20× i více za den (Huvar, 2007, s. 508).

Do klinického obrazu dále patří zvýšená únava a tělesná teplota, nechutenství, zvracení, pokles tělesné hmotnosti a bolesti břicha nejčastěji po najezení nebo defekaci (Čierna a kol., 2015, s. 18). Dodatečným symptomem může být anémie, která bývá způsobena těžkým krvácením do stolice. Tyto příznaky se vyskytují u pacientů zřídka anebo častěji (Fuller, 2015, p. 21).

Podle Čierne (2015, s. 23–24) se vyskytuje přibližně u 36 % pacientů alespoň jeden mimostřevní příznak. Mechanismus vzniku těchto příznaků je dosud stále nejasný. Mohou být vyvolány buď imunologickým mechanismem, narušenou rovnováhou střevních bakterií, nebo následkem komplikací podávané léčby. Nejčastěji se projevují postižením kůže, úst, kloubů, očí a jater (Gabalec, 2009, s. 277).

1.2.1 Průběh ulcerózní kolitidy

Onemocnění probíhá u většiny pacientů typickým střídáním klidových období (remisí) s fázemi, kdy dochází ke vzplanutí zánětu s klinickými projevy. Období zhoršení nemoci je označováno několika termíny: relaps, exacerbace, vzplanutí choroby. V poslední době se kromě vyjmenovaných termínů užívá také anglický název „flare-up“ (Lukáš, 2013, s. 213).

Průběh tohoto onemocnění je u každého pacienta individuální. Zhruba 60 % pacientů má intermitující průběh UC s pauzami remise a relapsů jednou nebo dvakrát ročně. Asi 30 % pacientů trpí od vzniku UC chronickým relapsem bez navození remise. A u zbývajících pacientů se vyskytují relapsy s velice nízkou frekvencí s dlouhými, několikaletými remisemi (Lukáš, 2013, s. 213).

1.3 Klasifikace

Klasifikaci UC vymezujeme podle rozsahu postižení tlustého střeva zánětem a stupněm zánětlivé aktivity. Montrealská klasifikace rozsahu UC u dospělých pacientů definuje tři formy podle mikroskopického postižení sliznice tlustého střeva. První forma se označuje jako E1 proktitida neboli postižení konečnicku, kterou trpí asi 25 % pacientů. Druhou formou je E2 levostranný tvar UC vyskytující se zhruba u 45 % pacientů. Je charakterizován

postíženým konečníkem a tlustým střevem maximálně ke slezinnému ohbí. Poslední forma, která postihuje tlusté střevo za slezinné ohbí, se nazývá E3 extenzivní UC – pankolitida. Ta se nachází u cca 40 % pacientů. Podle Pařížské klasifikace rozsahu UC je u dětí přidán čtvrtý tvar. Ten odlišuje E4 pankolitidu od E3 extenzivní kolitidy (Gabelec, 2009, s. 276; Lukáš, 2013, s. 213–214).

Dobře využitelný nástroj v klinické praxi sloužící ke klasifikaci stupně zánětlivé aktivity UC je tzv. Mayo index. Zahrnuje čtyři hodnotící položky: počet stolic nad pacientův klidový stav, přítomnost krve ve stolici, celkový stav pacienta hodnocený lékařem a endoskopický nálezn. Index nám umožňuje porovnávat výsledky podávané léčby a účinnost léčebných strategií mezi pacienty (Lukáš, 2013, s. 214).

1.4 Diagnostika

Diagnostický postup spočívá zprvu ve sběru dat anamnézy od pacienta a v provedení fyzikálního vyšetření. Tyto dvě používané metody jsou stále podstatným vstupním vyšetřením v gastroenterologii a ostatních lékařských oborech (Lukáš a Žák, 2007, s. 69). Diagnostika UC se následně opírá v laboratorní vyšetření a v endoskopii s odběrem vzorku k histologickému rozboru. Zobrazovací metody se pokládají za doplňující vyšetření.

1.4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Anamnéza je podmíněna aktivním postupem vedeným lékařem, v některých situacích všeobecnou sestrou. Kladené cílené otázky jsou vždy zapotřebí k vystihnutí obtíží (Lukáš a Žák, 2007, s. 69). Sběr informací od pacienta s podezřením na UC tkví ve třech částech anamnézy: nynější onemocnění, osobní anamnéza a rodinná anamnéza.

Nynější onemocnění se zaměřuje na popis obtíží, s kterými pacient přichází. Zahrnuje především dotazy na prvotní projevy střevního zánětu, frekvenci stolic za den, přítomnost patologických příměsí ve stolici, charakter a lokalizaci bolestí břicha, subfebrilii, změny tělesné hmotnosti a výskyt mimostřevních příznaků. V rámci osobní anamnézy se ptáme pacienta na prodělané nemoci trávicího systému, podstoupené operace v dutině břišní, dále na léky, kouření a konzumaci alkoholu. Následně lékař zjišťuje a zaznamenává rodinnou anamnézu. Ta se cíleně ptá na výskyt nespecifických střevních zánětů, autoimunitních a maligních onemocnění v rodině (Konečný, 2004, s. 20; Nejedlá, 2015, s. 15–17).

Fyzikální vyšetření se opírá o celkové posouzení tělesného stavu pacienta a vyšetření jednotlivých partií jeho těla (Lukáš a Žák, 2007, s. 70–71). Somatometrické vyšetření hodnotí tělesnou výšku a váhu pacienta, stav jeho výživy, sekundární pohlavní znaky, tělesnou teplotu a vzhled stolice. Dále fyzikální vyšetření pátrá po místním nálezu v dutině břišní a po manifestaci mimostřevních příznaků. Provádí se také vyšetření per rectum a okolí anu (Konečný, 2004, s. 20).

1.4.2 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření jsou nezbytné nejen k určení diagnózy, ale i k zhodnocení aktivity onemocnění. Spočívají zejména v rozboru krve a stolice (Čierna a kol., 2015, s. 32).

Z laboratorních vyšetření krve je u pacientů s UC často nacházena anémie různého stupně. Obvykle bývá mikrocytární z důvodu nedostatku železa nebo makrocytární z důvodu deficitu kyseliny listové. U těžce nemocných pacientů můžeme objevit anemii z útlumu kostní dřeně. Dále můžeme laboratorním vyšetřením krve zjistit případnou leukocytózu, trombocytózu, zvýšenou koncentraci erytrocytů a C – reaktivního proteinu (Lukáš, 1997, s. 57).

Poruchy acidobazické rovnováhy mohou nastat u pacientů s těžkým průběhem v podobě hyponatrémie, hypokalémie a hypomagnezémie. Také hypoproteinémie a nízká hladina sérového albuminu může být u pacientů přítomna (Lukáš, 1997, s. 57). Speciálním vyšetřením je odběr krve na přítomnost ANCA a ASCA protilátek. ANCA protilátky jsou zvláštní typy imunoglobulinů zaměřené proti leukocytům. Vyskytují se zhruba u 60–70 % nemocných s UC (Červenková, 2009, s. 32).

Mikrobiologické vyšetření stolice provádíme při podezření na jiné příčiny chronického průjmu. Kultivace stolice nám slouží k vyloučení bakteriálních původců zejména *Salmonely enteritis*, *Yersinie*, *Shigelly*, *Compylobacteru jejuni* a vyšetření toxinu *Clostridium difficile* (Bronský, 2013, s. 30–31).

V posledních letech se provádí speciální laboratorní vyšetření stolice – průkaz fekálního kalprotektinu. Fekální kalprotektin je bílkovina, která se uvolňuje z leukocytů rozpadajících ve střevě. Zánět na střevní sliznici se prokáže elevací jeho koncentrace (Červenková, 2009, s. 32).

1.4.3 Endoskopie a zobrazovací metody

Endoskopické vyšetření celého tlustého střeva je nezbytné podstoupit při podezření na nespecifický střevní zánět. Velký význam má odběr bioptických vzorků k následnému histologickému vyšetření. Cílem histologického vyšetření je stanovit diagnózu, provést diferenciální diagnostiku, zhodnotit účinnost podávané terapie nebo zjistit případné komplikace. Za potřebné minimum se považují dva vzorky z každého úseku, který je vyšetřován (Bronský, 2013, s. 33; Falt, Urban a Vítek, 2015, s. 248).

Po dokončení indukční léčby se u pacientů s UC doporučuje opakovaně podstoupit endoskopické vyšetření tlustého střeva. Důvod opakovaného vyšetření je zhodnotit efekt léčby slizničního hojení střeva (Falt, Urban a Vítek, 2015, s. 248–249).

Endoskopie bývá doplněna zobrazovacími metody. Rentgenologické vyšetření, které zahrnuje nativní snímek břicha, USG a CT, slouží především k diagnostice komplikací. ERCP se provádí v případě UC ke stanovení primární sklerozující cholangitidy (Konečný, 2004, s. 21).

1.5 Terapie

Terapie u adolescentů a dospělých pacientů je podobná avšak s tím rozdílem, že dětský gastroenterolog musí zvážit výběr terapie s ohledem na jejich růst, tělesný a pohlavní vývoj (Čierna, 2015, s. 42). Volba léčebných metod závisí především na záchytu stádia a průběhu onemocnění, rozsahu postižení tlustého střeva, vzniklých komplikacích a předešlým užíváním kortikosteroidů (Lukáš, 2012, s. 466).

1.5.1 Farmakologická terapie

Cíle farmakologické léčby spočívají v navození a udržení remise, dále v potlačení symptomů, zabránění vzniku komplikací a zajištění dobré kvality života (Lukáš, 2012, s. 467). Z tohoto důvodu by měla být terapie dlouhodobá a mnohdy také kombinovaná. Rozdělujeme ji do dvou kategorií – na indukční a udržovací terapii (Lukáš, 2011, s. 424).

Indukční terapie

Účelem indukční terapie je zmírnění zánětlivé aktivity a zajištění ústupu klinických, laboratorních a endoskopických projevů onemocnění. V této fázi terapie se nejčastěji podávají

lékové skupiny jako aminosalicyláty, kortikosteroidy a biologická léčiva (Lukáš, 2011, s. 424).

Aminosalicyláty jsou běžně podávané léky první volby u mírné a středně těžké UC (Bronský, 2013, s. 47). Do této lékové skupiny patří nejstarší představitel zvaný Sulfasalazin, který má protizánětlivé a protibakteriální účinky. Navzdory těmto pozitivním účinkům může vyvolat asi u třetiny pacientů nežádoucí projevy (Červenková, 2009, s. 41–42). Další představitel aminosalicylátů je kyselina 5 – minosalicylová (mesalazin). Mezi její známé preparáty patří např. Salofalk, Pentasa, Asacol (Lukáš, 2011, s. 424). Výhodou těchto léků je kromě perorální formy i lokální aplikace přímo do konečníku ve formě čípků, pěn a klyzmat. Lokální aplikace se může kombinovat i s perorální formou, která je doporučovaná zejména u těžké UC (Bronský, 2013, s. 47).

Kortikosteroidy se obvykle podávají perorálně či parenterálně. Indikací k účinnému podávání perorální formy jsou pacienti buď se středně těžkou UC celkového klinického obrazu, se závažnou formou UC bez systémových projevů, nebo ti, u kterých nedošlo k remisi aminosalicyláty. V případě těžkého průběhu UC je nutné volit parenterální cestu podání (Bronský, 2013, s. 47). Lékem první volby je Prednison. Dalším zástupcem je např. Medrol, Budenofalk a Entocort (Lukáš, 2009, s. 165). Terapie by neměla přesáhnout tři měsíce vzhledem k nežádoucím účinkům (Červenková, 2009, s. 44).

Biologická léčba je považována v současné době za nejúčinnější způsob terapie nespecifických střevních zánětů (Bortlík a kol., 2012, s. 12). Jedná se o protizánětlivou terapii s promptním nástupem účinku a aplikací imunoglobulinů zaměřených proti tumor nekrotizujícímu faktoru alfa. Principem léčby je útlum specifických míst zánětu. Podává se pacientům se střední a vysokou zánětlivou aktivitou UC nereagující na podání kortikoidů a imunosupresiv, dále pacientům s výskytem mimostřevních projevů nebo nežádoucích účinků na podávané léky (Bortlík a kol., 2012, s. 12–13; Lukáš, 2011, s. 425). V České republice jsou k dispozici dvě monoklonální látky, které inhibují zánětlivé cytokiny. Infliximab je u nás nitrožilně podáván od roku 2006. Adalimumab byl u nás schválen v roce 2013 a aplikuje se ve formě podkožních injekcí (Červenková, 2009, s. 47–48; Lukáš, 2013 s. 217). Podávání biologické léčby se u nás odehrává ve 26 specializovaných centrech (Pavelka, 2014, s. 262).

Udržovací terapie

Dlouhodobá udržovací terapie slouží k zachování remise (Lukáš, 2012, s. 466). Zde se využívají preparáty lékové skupiny aminosalicylátů, biologik a imunosupresiv (Lukáš, 2011, s. 424).

Imunosupresiva jsou léky velmi účinné v léčbě UC. Potlačují obranyschopnost. Hlavní indikací k podání je dlouhodobý relaps UC, recidivující mimostřevní příznaky a nemožnost ukončení či ztráta efektivity léčby kortikosteroidy (Lukáš, 2011, s. 425). Jejich nevýhodou je pomalý nástup účinku, intolerance a nežádoucí projevy. Léky první volby jsou Thiopuriny (Lukáš, 2012, s. 467). Dalším významným podávaným imunosupresivem je Cyklosporin A a Imuran. V případě těžké formy UC a rizika relapsu po vysazení kortikosteroidů se doporučuje podávat imunosupresiva současně s kortikosteroidy (Bronský, 2013, s. 48).

1.5.2 Chirurgická terapie

Chirurgické řešení UC se provádí buď v akutním případě (urgentně) nebo plánovaně. Za absolutní indikaci k urgentní operaci se pokládá vážné masivní krvácení, perforace tlustého střeva, toxický megakolon a fulminantní kolitida nereagující na farmakologickou léčbu. K plánované operaci se rozhoduje v případě selhání farmakologické léčby, přítomnosti prekancerózních lézí a malignit (Gabelec, 2009, s. 280).

Jsou možné 4 typy operací:

1. **Proktokolektomie s terminální ileostomií** spočívá v odstranění tlustého střeva včetně konečníku a vytvoření umělého vývodu konce tenkého střeva. Dříve to byl zlatý standard v chirurgické léčbě UC (Červenková, 2009, s. 55; Gabelec, 2009, s. 280).
2. **Ileorektální anastomóza se subtotální kolektomií** je v současné době výkon prováděný zcela výjimečně. Na ponechaný konečník se napojí tenké střevo. Toto chirurgické řešení je vhodné u pacientů s minimálním postižením konečníkem a dostatečnou kapacitou ampuly. Nevýhodou výkonu je, že konečník ve své postižené části může být po nějaké době opět zasažen zánětlivými změnami (Červenková, 2009, s. 55; Gabelec, 2009, s. 280).
3. **Proktokolektomie a ileopouchalanální anastomóza (IPAA)** nahrazuje v poslední době dvě předchozí chirurgické varianty (Lukáš, 2013, s. 216). Principem výkonu je

odstranění tlustého střeva včetně konečníku, z něhož se zanechá jen řitní kanál. Následně z několika kliček tenkého střeva se vytvoří vak neboli pouch, na jehož břicho se našije horní konec řitního kanálu. Výhodou je odstranění postižené části a zachování fyziologického odchodu stolice (Červenková, 2009, s. 55–56). Nevýhodou výkonu je možný vznik funkčních komplikací – částečná inkontinence, časté tenesmy, krvácení z konečníku a pouchitida (Červenková, 2009, s. 56; Gabelec, 2009, s. 280; Lukáš, 2013, s. 216).

4. **Kontinentní ileostomie** (Gabelec, 2009, s. 280).

1.5.3 Výživa

Dietní režim je významnou a nedílnou součástí života pacientů s UC. Je nutné poznamenat, že neexistuje žádná určitá dieta, která by univerzálně platila u všech nemocných. Každý pacient reaguje na konkrétní potravinu individuálně. Obecně se jídelníček přizpůsobuje fázi relapsu a remisi onemocnění (Vránová, 2013, s. 37–38).

V aktivním stádiu výživa spočívá v dodržování bezezbytkové diety. Z diety jsou vyloučeny potraviny obsahující nestavitelnou vlákninu (např. celozrnné pečivo, ořechy, semena, luštěniny, čerstvá zelenina a čerstvé ovoce). Dále se doporučuje omezit příjem jednoduchých cukrů, mléka, mléčných výrobků, stravy bohaté na tuky, citrusových plodů, kořeněných, dráždivých a smažených jídel, aditiv a polotovarů. Pacienti by měli dbát na zvýšený příjem bílkovin, vitaminů zejména C a minerálních a stopových prvků. Nejvhodnější doporučovaná technologická úprava stravy je vaření ve vodě, na páře, ve vlastní šťávě a dušení. Pitný režim je také důležité dodržovat v rozmezí 2–2,5 l za den (Čierna a kol., 2015, s. 103–109; Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 47–48; Vránová, 2013, s. 37–41).

Ve fázi remise vykazuje dieta při UC znaky racionálnosti s individuální tolerancí na potraviny. Je vhodné z jídelníčku eliminovat vysoký příjem sladkostí, tučné, nadýmavé a dráždivé pokrmy. Preferuje se technologická úprava stravy podobně jako u aktivního stádia (Čierna, 2015, s. 103–109; Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 47–48; Vránová, 2013, s. 37–41).

Enterální výživa se podává u pacientů s nedostatečnou nutriční kompenzací. Nejjednodušší cestou perorálního podání je sipping neboli popíjení. Další cestou aplikace enterální výživy je nasogastrická a jejunální sonda nebo perkutánní endoskopická gastrostomie. V případě

těžké malnutrice nebo střevního poškození se volí podání výživy parenterální cestou (Vránová, 2013, s. 41; Vrzalová, Konečný a Ehrmann, 2011, s. 338).

1.6 Komplikace

Komplikace, které mohou vzniknout u pacientů s UC dělíme na akutní místní (lokální) a akutní vzdálené (mimostřevní projevy). Lokální komplikace vznikají vlivem intenzivního nekontrolovaného zánětu. Zde patří vznik perforace tlustého střeva, masivního krvácení a toxického megakolonu. Mezi akutní vzdálené komplikace řadíme enteropatickou atritidu, erytemu nodosum a iridocyklitidu. Ty jsou spojené s aktivitou zánětlivého procesu (Gabalec, 2009, s. 280).

Pacienti s UC jsou vystaveni zvýšenému riziku vzniku kolorektálního karcinomu v případě přítomnosti následujících okolností: zánět je chronický a postihuje celou délku tlustého střeva a zdali se UC u pacienta vyskytuje déle než 8 let (Fuller, 2015, p. 25). Taková skupina nemocných by měla být zařazena do dispenzárního programu, který zajišťuje pravidelné kolonoskopické prohlídky včetně biopsie (Červenková, 2009, s. 27).

Další komplikací, která může u pacientů nastat, je tromboembolická nemoc. Vyskytuje u pacientů s UC až 3,6× častěji než u běžné populace. Pro léčbu akutní tromboembolické nemoci se aplikuje heparin, který má kromě antikoagulačního účinku i protizánětlivý efekt, který je příznivý pro UC (Gabalec, 2009, s. 281).

2 NEZDOLNOST

Během našeho života jsme vystaveni překážkám a zátěžím, které snadno či obtížně zdoláváme. Při výzkumu lidí, kteří zdárně zdolávali své životní těžkosti, se ukázalo, že často vlastnili určité osobnostní dispozice, které jim pomáhaly takové situace překonat (Křivohlavý, 2009, s. 71)

Křivohlavý (2009, s. 71) hovoří o osobnostní charakteristice typu „*nedat se a bojovat s těžkostí*“, pro kterou v češtině používá obecný pojem „*nezdolnost*“. V užším smyslu doplňuje k pojmu ještě ta slova, která označují druh pojetí nezdolnosti. My zde zmíníme tři hlavní pojetí – nezdolnost v pojetí resilience, nezdolnost v pojetí koherence a nezdolnost v pojetí hardiness.

2.1 Nezdolnost v pojetí resilience

Termín „resilience“ z anglického jazyka znamená pružnost, také houževnatost, nezlomnost a elastičnost (Křivohlavý, 2009, s. 71). Jde „*o schopnost zvládnout konfrontaci s výrazně nepříznivými okolnostmi*“ (Šolcová, 2009, s. 11).

Emma Wernerová vývojová psycholožka jako první použila termín resilience. Po čtyřicet let pozorovala se svým týmem odolnost u 700 dětí, které se narodily v roce 1955 na ostrově Kauai. Téměř třetina z nich pocházela z velmi těžkých podmínek (chudoba, nemocnost, rozvod rodičů, zneužívání a zanedbávání dítěte). Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se tyto děti budou následně vyvíjet a zda mají šanci na bezproblémový život. Zjistila, že plná třetina dětí dovyzrála v kompetentní občany (Hoskovcová a Suchochlebová Ryntová, 2009, s. 19; Křivohlavý, 2009, s. 71).

Na podkladě tohoto zjištění se začala zajímat řada dalších psychologů o to, jak je to možné, že jsou děti schopné úspěšně zvládat své životní těžkosti. Ukázalo se, že zdrojem odolnosti bylo spojení autonomie se schopností požádat druhé lidi o pomoc. Tyto děti byly klidné, měly své záliby, věřily v samy sebe a ve své schopnosti. Nenechaly se nikdy snadno vyvést z míry. Dobře komunikovaly, vykazovaly velmi dobrou míru sebehodnocení a poskytované sociální opory (Křivohlavý, 2009, s. 72; Hoskovcová a Suchochlebová Ryntová, 2009, s. 20).

V současné době se můžeme setkat s různými přístupy k chápání a vnímání resilience. Po-kládáme ji buď za osobnostní vlastnost, multidimenzionální konstrukt, nebo jako výsledek

či proces. Většina z těchto přístupů je odůvodněná a slouží k lepšímu pochopení problematiky. Zároveň ale většina z nich umožňuje klasifikovat pouze míru odolnosti, nežli vystihovat resilienci jako „unikátní individuální způsob, jakým se člověk vyrovnává a vypořádává pozitivním způsobem s negativními okolnostmi, kterým musí čelit“ (Novotný, 2014, s. 10–11).

Kupříkladu Zautra a kol. (2008, cit. dle Šolcová, 2009, s. 57) poukazují na to, že „resilienci je třeba studovat v čase a v celém průběhu života jedince“. Člověk se podle nich náhle nedopracuje k určitým zdrojům odolnosti. Vývoj resilience proto vyžaduje dostatek času a prožité životní změny.

2.1.1 Resilientní člověk

Resilientní neboli psychicky odolnější člověk je charakterizován ve srovnání s méně odolnou osobou několika vlastnostmi:

- Po náročné situaci se obvykle vrací dříve anebo později zpět do svého života, ve kterém se zotavuje v bezpečí svých neblížších.
- Zjišťuje, že díky předchozí negativní zkušenosti zvýšil osobní kompetenci a posílil svůj charakter.
- Věří v sám sebe, že se v budoucnu s podobnou zátěží vyrovná lépe.
- Zvládne podat výkony odpovídající jeho osobním dispozicím.
- Je ve svém životě spokojenější.
- Cítí se celkově lépe.
- Vykazuje větší úctu k vlastním hodnotám.
- Je emocionálně zralejší.
- Má méně potíží v oblasti mezilidských vztahů a zdravotního stavu (Gruhl a Körbachel, 2013, s. 10; Paulík, 2010, s. 102).

2.2 Nezdolnost v pojetí koherence

Sociolog Aaron Antonovsky se zabýval problematikou rozdílné nezdolnosti v pojetí koherence (Vašina, 2009, s. 66). Svou pozornost nejprve věnoval Židům, kteří přežili nacistické

koncentrační tábory. Rozdělil je do dvou skupin. První skupinu tvořili jedinci, kteří se po návratu domů těžce adaptovali na již změněnou situaci. Druhou skupinu představovali naopak ti lidé, kteří prokazovali schopnost se nezdolně vyrovnat se svými životními těžkostmi (Křivohlavý, 2009, s. 34, 72).

Antonovsky na základě této studie zjistil, že jde o osobnostní charakteristiku postoje k životu. Usuzoval, že právě tato charakteristika pomohla Židům přežít a zvládnout těžké podmínky v koncentračních táborech (Křivohlavý, 2009, s. 34). Svou hypotézu dále ověřoval i na jiných skupinách osob – na těžce nemocných lidech, vojácích a sportovcích (Vašina, 2009, s. 66). Danou charakteristiku následně zformuloval jako „*smysl pro integritu – koherenci (rys soudržnosti osobnosti – SOC)*“ (Křivohlavý, 2009, s. 72).

2.2.1 Osobnostní charakteristiky koherence

Osobnostní charakteristiku koherence lze charakterizovat podle Antonovského třemi dimenzemi, které nesou své kladné a záporné póly:

1. **Srozumitelnost** (comprehensibility) – představuje kognitivní stránku vnímání a chápání světa, v němž se osoba nachází.
 - Kladný pól: člověk s vysokou mírou srozumitelnosti vidí svět jako celek, ve kterém je smysl a řád. Mezilidské vztahy jsou pro něj přátelské, solidární a důvěryhodné. Vše je pro něj do jisté míry předvídatelné (Vašina, 2009, s. 66).
 - Záporný pól: vidina světa jako neuspořádaného a chaotického, ve kterém neplatí žádná pravidla a pořádek. Člověk se v dané situaci neorientuje a nemůže se na nic spolehnout (Paulík, 2010, s. 107).
2. **Smysluplnost** (meaningfulness) – vztahuje se na postoj člověka k životu z hlediska jeho emocionální stránky (Vašina, 2009, s. 66).
 - Kladný pól: člověk s vysokou mírou smysluplnosti je přesvědčen, že situace, ve které se nachází, je pro něho smysluplná. Stojí mu za to, aby ji věnoval dostatek času, energie a úsilí za účelem dosáhnutí hodnotného cíle. Zároveň předpokládá, že bude poté kladně pochválen druhými lidmi (Křivohlavý, 2009, s. 73).
 - Záporný pól: je charakterizován odcizením k situaci. Člověk svým lhostejným přístupem se dostává mimo sociální dění (Paulík, 2010, s. 107).

3. **Zvládnutelnost** (manageability) – opírá se o motivační stránku jedince (Vašina, 2009, s. 66).
- Kladný pól: člověk předpokládá, že je natolik silný a způsobilý vyřešit a zvládnout sám danou situaci sám i za pomoci druhých lidí (Paulík, 2010, s. 106).
- Záporný pól: představa člověka, že vše nutné ke zvládnutí těžké situace je mimo jeho dosah. Může se nacházet v pocitech strachu, deprese, úzkosti a obav (Křivohlavý, 2009, s. 74).

2.3 Nezdolnost v pojetí hardiness

Termín „hardiness“ znamená např. tuhost, pevnost, zdatnost čili schopnost člověka vytrvale a usilovně zdolávat své těžkosti (Paulík, 2010, s. 108).

Nezdolností v pojetí hardiness se zabývala psycholožka Susanne Kobasová. Její výzkum spočíval v aplikaci Škály sociálního přizpůsobení (Social Readjustment Rating Scale) na vedoucích pracovnících střední sociální vrstvy. Na základě výsledků rozdělila respondenty na dvě odlišné skupiny. V první skupině byli lidé, kteří v posledních třech letech byli častěji nemocní a vystaveni velkému stresu. Naopak druhou skupinu prezentovali ti, kteří byli vystaveni méně stresujícím situacím (Křivohlavý, 2009, s. 74).

2.3.1 Komponenty hardiness

Podle Křivohlavého (2009, s. 74–75) Kobasová zjistila analýzou charakteristik osob tři komponenty, kterými se navzájem odlišovaly:

1. **Schopnost kontroly a řízení** (control) – souvisí se schopností člověka udržovat vývoj dění pod kontrolou.
2. **Oddanost, ztotožnění či angažovanost** (commitment) – znamená, do jaké míry člověk se osobně ztotožňuje s tím, co v danou chvíli dělá a zda v tom nachází smysluplnost.
3. **Výzva** (challenge) – souvisí s postojem člověka, který se snadno adaptuje na požadavky okolí. Je to schopnost člověka chápat těžké situace jako výzvy. Tím dochází k dalšímu rozvoji osobnosti.

Zdali nejsou zmíněné komponenty u člověka dostatečně rozvinuty, může mít jedinec pocit bezmocnosti a beznaděje s pocitem marnosti snahy o zásah do událostí, které jsou pro něho nesmyslné. Často se u něho vyskytuje nedůvěra v sebe i k ostatním lidem, má neujasněné hodnoty, trpí nerozhodností, odcizením a pesimismem (Paulík, 2010, s. 109).

2.4 Obranné mechanismy zvládnání těžkostí

Lidé reagují na životní těžkosti různými způsoby. Ti, kteří nevykazují vysokou míru své psychické nezdolnosti, často reagují na své životní těžkosti obrannými mechanismy (Křivohlavý, 2002, s. 106). Zde se zaměříme na jejich druhy a popíšeme si je:

- **Represe** – vytlačení těžkosti ze svého vědomí, která právě u jedince probíhá.
- **Suprese** – úmyslné a vědomé potlačování zátěžové situace.
- **Regrese** – návrat k vývojovému nižšímu stupni. Člověk je uzavřený, pláče, tručuje.
- **Inverze** – opačné chování jedince.
- **Popírání** – jedinec se chová tak, že ho nic nezajímá. Zakazuje si o určité věci přemýšlet, mluvit a slyšet.
- **Introjekce** – přejímání starostí od druhých lidí do svého života.
- **Racionalizace** – člověk se sám ospravedlňuje pro nerozumné věci, které činí.
- **Intelektualizace** – hledání intelektuálních argumentů pro nesmyslnosti, které činí.
- **Sebeobviňování** – osočování jedince, že za těžkou situaci může, hledá její příčiny vzniku.
- **Externalizace viny** – obviňování druhých lidí za situaci, která nastala.
- **Identifikace** – ztotožnění s jinou osobou, která je na tom hůře nebo lépe než samotný jedinec. Představuje si, že jeho stav je takový jako stav jiné osoby.
- **Projekce** – připisování vlastních záměrů jiným lidem. Mnohdy jde o vlastní chyby (Křivohlavý, 2002, s. 106).

3 SOCIÁLNÍ OPORA

„Výzkumy, které byly v minulých letech provedeny a týkaly se řady nemocí (od deprese přes artrózu až po kardiovaskulární onemocnění apod.), ukázaly, že opora pacientů přicházející z pozitivních mezilidských vztahů pomáhá lidem zvládat nemoci, zatímco absence této opory vytváří jakýsi primární předpoklad horšího zdraví“ (Cohen a MacKay, cit. dle Křivohlavý, 2009, s. 93).

„Vnímaná míra sociální opory může sloužit ke zvyšování osobní efektivity. Ta pak posiluje individuální repertoár zvládání životních těžkostí“ (Pierce, Sarason a Sarason, cit. dle Křivohlavý, 2009, s. 93).

3.1 Vymezení obecné definice sociální opory

V průběhu našeho života se občas potýkáme s překážkami, které nám buď brání v uspokojování tužeb, dosažení stanovených cílů, nebo v zotavení z těžké nemoci (Krpoun, 2012, s. 42). Pokud takové životní těžkosti nastanou, překonáváme je různými strategiemi. Jedna ze strategií, která nám je pomůže zdolat, je požádat někoho o pomoc (Hoskovcová a Suchochlebová Ryntová, 2009, s. 145). V takovém případě můžeme hovořit o sociální opoře.

Definice sociální opory není doposud jednotná. Každý z autorů ji chápe a vymezuje trochu rozdílně. Kupříkladu Krpoun (2012, s. 42) ve své přehledové studii vymezuje sociální oporu jako *„pomoc či podporu, kterou jedinec čerpá v situacích, kdy to považuje za příhodné. Takovými situacemi nemusí být pouze zátěžové, ale i běžné každodenní momenty, ve kterých se většina z nás, bez ohledu na druh povolání, současný zdravotní stav nebo věk, ocitá“*.

Křivohlavý (2009, s. 94) naopak od Krpouna definuje sociální oporu trochu jinak. Ta zní: *„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje“*.

Podle Harta a Hartlové (2000, cit. dle Baštecká a kol., 2005, s. 85) se většina autorů shoduje v tom, že sociální opora se *„projevuje mnoha způsoby a představuje důležitý pilíř duševního a tělesného zdraví, zvyšuje odolnost vůči zátěži a chuť přežít i životní prohry a krize“*.

3.2 Vybrané teorie sociální opory

V této následující kapitole nastíníme vybrané teorie sociální opory k pochopení její funkce: Teorii připoutání, Teorii podpůrných sociálních vztahů, Teorii opěrné sociální sítě a Teorii sociální opory jako nárazníku.

3.2.1 Teorie připoutání

Teorii připoutání (attachment theory) založil anglický psycholog J. Bowlby, jenž se zabýval pozorováním vzájemných vztahů dětí a jejich matek (1977). Předmětem jeho pozornosti byly zejména děti v nejmenším věku a ty, jejichž duševní vývoj se rozvíjel mimo meze normálu – např. z důvodu onemocnění matky nebo jejího úmrtí (Křivohlavý, 2009, s. 100). Zjistil, že děti, které si prošly takovou překotnou životní změnou, prožívaly závažné negativní emocionální stavy. Pokud úzkostně lpěly na matce, začaly se po jejím odchodu vyvíjet nezdravě (Křivohlavý, 2009, s. 100). Následkem toho, měly v dospělosti kupříkladu problémy s navazováním a utvářením vztahů k blízkým osobám (Kebza, 2005, s. 168).

Bowlby následně definoval pojem attachment jako *„připoutání jednoho člověka k druhému pevnou a trvalou sociální vazbou a z tohoto sociálního sepětí pak i plynoucí lpění jednoho na druhém“* (Křivohlavý, 2009, s. 100). Později se ukázalo, že tento jev se nevyskytuje pouze ve vztahu dítěte k matce, ale i mezi sourozenci. Lze také předpokládat, že u adolescentů a dospělých jedinců je potřeba opory přátel sycena do určité míry kvalitou faktoru připoutání dítěte k matce (Křivohlavý, 2009, s. 100).

3.2.2 Teorie opěrné sociální sítě

Sociální síť je definována jako skupina lidí kolem daného jedince, která je nebo byla s ním v sociálním kontaktu. V případě potřeby se od této skupiny předpokládá poskytnutí pomoci (Křivohlavý, 2009, s. 96, 102).

Studii sociální opěrné sítě označujeme v psychologii termínem „Roseto“, která zkoumala společenství obyvatel ve stejnojmenné americké vesnici. Populaci tvořila převážně skupina přistěhovalců italského původu. Ti si vytvořili mezi sebou velice úzké vztahy – silnou sociální síť, která zvýšila jejich kvalitu života i zdravotní stav na mimořádně dobrou úroveň. Za několik let začali do vesnice pronikat Američané a opěrná sociální síť se u italské popu-

lace narušila. Projevilo se to u nich sníženou kvalitou života a rovněž zhoršeným zdravotním stavem (Křivohlavý, 2009, s. 102–103).

Existuje mnoho výzkumů o vlivu sociální opěrné sítě na zdravotní stav nemocných. Zde si uvedeme jednu studii z celé řady, jejichž autorem je Ruberman, Weinblatt, Goldberg a Chaudhary (1984). Cílem jejich studie bylo zpracovat údaje o pacientech, kteří přežili infarkt myokardu. Výsledně se ukázalo, že sociální izolace nemocných lidí má špatný vliv na jejich mortalitu. Sociální izolace představovala v této studii úroveň pacientova kontaktu v průběhu jeho nemoci s druhými jedinci. U nemocných lidí žijící osamocně byla úroveň mortality dvojnásobně vyšší, nežli u těch, kteří měli dobrou sociální opěrnou síť. Pokud byla brána v úvahu i psychická zátěž pacienta, mortalita se zvýšila na čtyřnásobek (Křivohlavý, 2009, s. 103).

3.2.3 Teorie podpůrných sociálních vztahů

Daná teorie vznikla na podkladě modelu vzájemných vztahů mezi členy rodiny a tzv. na rodinné sociální atmosféře. Charakteristika těchto vzájemných vztahů je popisována třemi specifickými rysy. A to mírou pomoci, hloubkou vzájemných vztahů a mírou interpersonálních konfliktů (Pierce, Sarason a Sarason 1991, cit. dle Křivohlavý, 2009 s. 101).

Do podpůrných sociálních vztahů dále řadíme manželství a přátelství. Sociální psychologie ztvárňuje přítele jako osobu, které lze důvěřovat, a před kterou můžeme nahlas o čemkoliv hovořit. K této osobě se my sami chováme důvěryhodně. Pokud se člověk vyskytne v nepříjemné situaci, dobrý přítel se mu pokusí poskytnout sociální oporu (Křivohlavý, 2009, s. 102).

3.2.4 Teorie sociální opory jako nárazníku

Jak jsme již zmínily, sociální opora je důležitá zvláště v těch momentech, kdy člověk zdolává životních těžkosti. Máme na mysli buď takové situace, když jedinec onemocní, zemře jeho blízká osoba, nebo když čelí klíčovému rozhodnutím. V takových případech můžeme hovořit o sociální opoře, která se chová jako nárazník – „bufer“ (Křivohlavý, 2009, s. 98).

Podle Křivohlavého (2009, s. 105) je úkolem poskytovatelů v dané teorii tlumit negativní působení stresoru u člověka, jenž se vyskytuje v nouzové situaci. Tlumivý vliv se může projevovat čtyřmi způsoby: ovlivněním kognitivní sféry člověka v nouzové situaci, posíle-

ním sebeúcty člověka, volbou vhodnějších strategií a snižováním negativního působení stresoru na fyziologické dění.

Bakal (1992, cit. dle Kebza, 2005, s. 153–154) se též věnoval pojetím sociální opory jako nárazníkového efektu. Navrhl rozlišovat dva modely. První je nárazníkový „buffering“ model, který má pozitivní dopad na zdravotní stav jedince, jestliže byl chronicky vystaven stresovému faktoru. Druhý model nazývaný jako model přímého či hlavního účinku předpokládá, že sociální opora plní funkci protektivního efektu na zdravotní stav nezávisle na tom, zda na pacienta působí či nepůsobí stresor.

3.3 Druhy sociální opory

Sociální opora z hlediska typologie se může taktéž lišit od různých autorů jako její definice. Zde uvádíme pár zmiňovaných typologií v publikacích od Kebzy (2005), Křivohlavého (2009) a Vašiny (2009).

House (1981, cit. dle Kebza, 2005, s. 159) popsal čtyři složky sociální opory na podkladě jejího obsahu. Křivohlavý (2009, s. 97–98) z daných rozlišení vychází a používá je ve své publikaci:

1. **Emocionální opora** – je poskytována jedinci v tíšňové situaci empatickou formou skrze emoce a její projevy (láska, soustředění, náklonnost). Přijímání této opory je důležité. Podá pomocnou ruku před spádem do deprese, pocitům beznaděje a odcizení.
2. **Hodnotící opora** – znamená, že projevem úcty a sdílení těžkostí je podporováno u postižené osoby pozitivní sebehodnocení, sebevědomí a snaha o autoregulaci.
3. **Informační opora** – zprostředkovávají ji lidé, kteří prošli podobnou situací na osobní nebo profesionální úrovni jako daný jedinec. Poskytované rady a informace pomůžou člověku se zorientovat v určité situaci. Pomoc poskytována nasloucháním a stanovením potřeb a představ, zde také patří.
4. **Instrumentální opora** – znamená poskytování materiální nebo praktické pomoci člověku v tíšni. Jde např. o finanční půjčku a vyřízení záležitostí, které nemocný člověk nemůže v dané situaci sám vykonat (Křivohlavý, 2009, s. 97–98).

Schwarzer a Leppinová (1991, cit. dle Kebza, 2005, s. 160) přidali k Houseové čtyř složkové koncepci sociální opory ještě dvě složky. A to hmotnou oporu a oporu sebevědomí. Tardy (1985, cit. dle Kebza, 2005, s. 159) navrhuje pět dimenzí, které hrají hlavní roli v konceptualizaci a v měření úrovně sociální opory. Je to směr sociální opory, uspořádání sociální opory, odlišení mezi popisem a hodnocením sociální opory, obsah sociální opory a sociální síť.

Mezi pravděpodobně nejdůležitější rozdělení dimenze sociální opory patří: předpokládaná (očekávaná) sociální opora a poskytovaná (realistická) sociální opora. Předpokládaná opora odráží představu člověka o svém zaražení do společnosti, víru, že druhým lidem není lhostejný a že ho podpoří. Poskytovaná opora pramení z již prožité zkušenosti, že oporu obdržel (Vašina, 2009, s. 67).

3.4 Zdroje sociální opory

Tardy (1985, cit. dle Kebza, 2005, s. 159–160) určil sociální síť za hlavní zdroj sociální opory. Poskytovateli mohou být přátelé, rodina, sousedé, spolupracovníci, komunita a profesionálové.

Sociální oporu lze tedy obdržet od různých poskytovatelů na základě třech úrovní:

1. **Makroúroveň sociální opory** – je zajišťována celosvětově. Příkladem může být státně poskytovaná sociální a ekonomická podpora lidem, kteří to potřebují nebo činnost různých mezinárodních charitativních organizací jako např. ADRA, UNICEF (Křivohlavý, 2009, s. 59).
2. **Mezoúroveň sociální opory** – jedná se o přijímání pomoci od určité skupiny lidí, která usiluje podpořit svého člena, případně jedince, který se nachází v nepříjemné situaci a není jejich členem. Zde spadá kupříkladu pomoc od spolupracovníků, náboženského spolku nebo pomoc seniorům a chronicky nemocným organizací typu Charita, Diakonie apod. (Křivohlavý, 2009, s. 59).
3. **Mikroúroveň sociální opory** – je poskytovaná pomoc a opora postiženému jedinci od jednotlivce, jenž je mu osobně nejbližší. Příkladem je pomoc mezi matkou a dítětem, mezi manželi a přáteli (Křivohlavý, 2009, s. 59).

3.5 Negativní následky sociální opory

Negativní následky poskytované sociální opory mohou nastat v několika případech. Příkladem to může být taková podpora, která neumožní danému člověku se osobně vyrovnat se zátěžovou situací. Narazíme na ni třeba u seniorů. Poskytovatelé sociální opory činí vše tak, aby senioři nemuseli nic vykonávat sami. Takovou nadměrnou péčí je připravují o soběstačnost, což má pak další negativní vliv na jejich sebepojetí a sebehodnocení. Poskytovatelé se tak dostávají do komplikované situace. Měli by rozeznat, zda jejich pomoc je v momentální chvíli skutečným přínosem (Křivohlavý, 2009, s. 111).

Nadměrná forma poskytované sociální opory může vést k pocitům bezmocnosti a závislosti na druhé osobě, která mu sociální oporu dodává. Nadměrná závislost na jiné osobě může pro jedince znamenat bariéru ve svobodném rozhodování (Lu, 1997, cit. dle Křivohlavý, 2009, s. 111).

Další negativní reakce mohou vzniknout u příjemce kupříkladu tehdy, jestliže je poskytovaná podpora v rozporu s jeho míněním o vlastní autonomii a sebevládě, zdali poškozuje jeho sebeúctu, sebedůvěru a neodpovídá jeho potřebám (Kebza, 2005, s. 166). Projevují se negativními pocity viny, úzkosti, závislosti, strachu apod. (Lu, 1997, cit. dle Kebza, 2005, s. 166; Křivohlavý, 2009, s. 111).

Negativní důsledky sociální opory se mohou vyskytovat i zároveň u těch, kteří pomoc poskytují. Mohou trpět pocity zatížení, frustrace a v některých případech syndromem vyhoření (Kebza, 2005, s. 166).

4 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY

Profesní role všeobecné sestry se proměňují v čase, tudíž je nelze jednoznačně vymezit. Důvodem je i to, že povolání sestry je různorodé (Špirudová, 2015, s. 10). Sestra se setkává ve své profesní praxi s pacienty trpící UC na několika zdravotnických pracovištích. Jsou to buď gastroenterologické ambulance/poradny pro děti a dospělé, dále jsou to endoskopické pracoviště, centra biologické léčby pro nespecifické střevní záněty, nebo lůžkové oddělení – interní, dětské a gastroenterologické.

K současné základní struktuře profesních rolí sestry patří role edukátorky, komunikátorky, poradkyně, nositelky změn, manažerky, advokátky, ošetřovatelky, týmové hráčky a výzkumnice (Špirudová, 2015, s. 10). Některé zmíněné role se pokusíme následně vymezit u všeobecné sestry, která se stará o pacienty s UC.

Všeobecná sestra v roli edukátorky – podává informace pacientům a jeho rodině. Provádí to prostřednictvím různých edukačních metod za cílem podpory jejich zdraví. Edukuje je např. v oblasti výživy, životního stylu, léčebného režimu nebo postupu péče o zavedenou stomii. Všeobecná sestra v roli advokátky – se stává mluvčím neboli obhájcem v případě, zda pacienti nemůžou, neumí projevit své přání, zájmy a potřeby. Kupříkladu vyjedná za pacienta s lékařem jiné alternativní metody léčení nemoci. Všeobecná sestra v roli ošetřovatelky a manažerky – provádí a organizuje holisticky ošetřovatelskou péči metodou ošetřovatelského procesu. Proces se skládá z pěti, vzájemně propojených a cyklicky se opakujících kroků: 1/posouzení/hodnocení, 2/diagnostiky/stanovení diagnózy, 3/plánování, 4/realizace a 5/vyhodnocení (Herdman [Ed.], 2009, přel. Kudlová, 2010, s. 3).

4.1.1 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy v rámci taxonomie II NANDA-I 2015–2017

„Sestry musí posuzovat pacienty z hlediska oboru ošetřovatelství tak, aby diagnostikovaly přesně a poskytovaly efektivní péči“ (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová, 2015, s. 29).

Ošetřovatelské diagnózy se mohou u nemocných s UC odlišovat. Lidé totiž nereagují na stejnou situaci stejně. Jejich reakce mohou být závislé na několika faktorech – na pohlaví, věku, genetice, zdravotnímu stavu, kultuře, národnosti, víře aj. V následující tabulce jsme nastínili nejčastější vyskytující se ošetřovatelské diagnózy v rámci taxonomie II NANDA-I

2015–2017 v souvislosti s UC u adolescentů a mladých dospělých (Herdman a Kamitsuru [Eds.], 2015, přel. Kudlová, 2015, s. 29).

Tabulka 1. Přehled nejčastějších NANDA diagnóz u osob s ulcerózní kolitidou

1. DOMÉNA – Podpora zdraví		
UZ: nedostatečné znalosti o základních zdravotních praktikách, nedostatečná sociální podpora	SF: neefektivní strategie zvládnání zátěže, nedostatečné zdroje (např. finanční, sociální, znalostní)	DG: 00099 Neefektivní udržování zdraví
UZ: potíže s předepsaným režimem, nezačlenění léčebného režimu do každodenního života	SF: nedostatečné znalosti o léčebném režimu, nedostatečná sociální podpora, vnímaná závažnost zdravotního stavu	DG: 00078 Neefektivní management zdraví
UZ: rozvoj komplikací, zhoršení příznaků, nedodržování návštěv lékaře, nedosažení očekávaných výsledků	SF: zdlouhavost a intenzita léčebného režimu, nedostatečné znalosti o léčebném režimu, nedostatečná sociální podpora	DG: 00079 Noncompliance
UZ: únava, snížená imunita	SF: nedostatečný výživa, léčba	DG: 00043 Neefektivní ochrana
2. DOMÉNA – Výživa		
UZ: bolest břicha, změněná chuť, průjem, ztráta tělesné hmotnosti při přiměřeném příjmu potravy, nedostatek informací	SF: biologické faktory, psychogenní faktory	DG: 00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba
RF: průjem, nedostatečná objem tekutin, zvracení		DG: 00195 Riziko nerovnováhy elektrolytů
3. DOMÉNA – Vylučování a výměna		
UZ: bolest břicha, tekutá stolice více než 3 x / 24 hodin	SF: gastrointestinální zánět	DG: 00013 Průjem
UZ: bolest břicha, průjem, nauzea, zvracení	SF: malnutrice, léčba, enterální výživa	DG: 00197 Riziko dysfunkční gastrointestinální motility
4. DOMÉNA – Aktivita/odpočinek		
UZ: zvýšení tělesných symptomů, nedostatek energie	SF: fyziologický stav, stresory	DG: 00093 Únava
5. DOMÉNA – Vnímání, poznávání		

UZ: nedostatečné znalosti	SF: nedostatek informací (např. o dietě a léčebném režimu)	DG: 00126 Nedostatečné znalosti
6. DOMÉNA – Sebepercepce		
UZ: snížená chuť k jídlu, neadekvátní zapojení do péče, pasivita	SF: chronický stres, dlouhodobý zákaz činnosti, sociální izolace	DG: 00124 Beznaděj
UZ: změněný pohled na vlastní tělo, změna životního stylu	SF: změna tělesné funkce (z důvodu operace – zavedení stomie)	DG: 00118 Narušený obraz těla
7. DOMÉNA – Vztahy		
UZ: dysfunkční interakce s druhými	SF: absence dalších blízkých osob, terapeutická izolace	DG: 00052 Zhoršená sociální interakce
RF: onemocnění dítěte neumožňuje efektivně navázat vztah s rodičem		DG: 00058 Riziko narušení vztahu
8. DOMÉNA – Sexualita		
Ošetřovatelské diagnózy z 8. Domény se nevztahují k onemocnění ulcerózní kolitida.		
9. DOMÉNA – Zvládání/tolerance zátěže		
UZ: nedostatečná participace při léčbě, projekce viny	SF: nedostatečná odolnost	DG: 00071 Obranné zvládání zátěže
UZ: únava, vysoká nemocnost, neefektivní strategie zvládání zátěže, nedostatečný přístup k sociální podpoře	SF: nedostatečný smysl pro kontrolu, nedostatečná sociální podpora	DG: 00069 Neefektivní zvládání zátěže
UZ: zhoršený zdravotní stav, neefektivní strategie zvládání zátěže	SF: demografické příčiny, které zvyšují možnosti špatného přizpůsobení se	DG:00210 Zhoršená odolnost
10. DOMÉNA – Životní princip		
Ošetřovatelské diagnózy z domény č. 10 se mohou vyskytovat u osob s ulcerózní kolitidou individuálně.		
11. DOMÉNA – Bezpečnost – ochrana		
UZ: zarudlá kůže, pokožka teplá na dotek	SF: dehydratace, nemoc	DG: 00007 Hypertermie

RF: gastrointestinální poruchy		DG: 00206 Riziko krvácení
RF: hypertermie, vlhkost, mechanické faktory		DG: 00047 Riziko narušení integrity tkáně (pokud má pacient stomii)
RF: více chirurgických zákroků		DG: 00042 Riziko alergické reakce na latex
12. DOMÉNA – Komfort		
UZ: odpor k jídlu, nauzea	SF: bolest, léky	DG: 00134 Nauzea
UZ: změny chuti k jídlu, vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti	SF: fyzikální původci zranění (např. operace)	DG: 00132 Akutní bolest
UZ: absence podpůrného systému, nemoc	SF: změny tělesného stavu, změněný stav wellness	DG: 00053 Sociální izolace
13. DOMÉNA – Růst, vývoj		
Ošetrovatelské diagnózy obsažené ve 13. doméně se nevztahují k nejčastějším diagnózám vyskytující se u osob s ulcerózní kolitidou.		

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRŮZKUMÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Vymezení cílů

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat vnímání nezdolnosti v pojetí resilience a sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.

Dílčí cíle:

- **Cíl č. 1:** Zmapovat celkovou míru nezdolnosti v pojetí resilience u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.
- **Cíl č. 2:** Zmapovat celkovou míru sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.
- **Cíl č. 3:** Zmapovat dílčí míru sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou od jednotlivých poskytovatelů.

5.2 Vymezení hypotéz

K dílčímu cíli č. 1 se vztahují následující hypotézy:

- **Hypotéza č. 1:** Předpokládáme, že více než 75 % osob trpící ulcerózní kolitidou méně než rok vykazuje průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti.
- **Hypotéza č. 2:** Předpokládáme, že více než 75 % osob s klidným průběhem ulcerózní kolitidy vykazuje průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti.
- **Hypotéza č. 3:** Předpokládáme, že více než 75 % osob s pankolitidou vykazuje průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti.
- **Hypotéza č. 4:** Předpokládáme, že více než 75 % osob s ulcerózní kolitidou neužívající léky vykazuje průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti.
- **Hypotéza č. 5:** Předpokládáme, že adolescenti vykazují nižší míru nezdolnosti nežli mladí dospělí.

K cíli č. 2 se vztahuje následující hypotéza:

- **Hypotéza č. 6:** Předpokládáme, že adolescenti vykazují vyšší míru sociální opory nežli mladí dospělí.

5.3 Charakteristika průzkumné metody

Ke sběru dat jsme použili dotazníkovou formu, jehož součástí byly vlastní vytvořené otázky, Škála resilience 14 položková a Škála vnímané sociální opory PSSS (viz Příloha P I).

5.3.1 I. část dotazníku – informativní

První část dotazníku nazývaná jako informativní obsahuje vlastní vytvořené doplňující otázky, které nám slouží k seznámení se s respondentem. Přesněji jde o získání vybraných demografických údajů a informací o současném stavu respondenta s ulcerózní kolitidou. Tato část se vztahuje k hypotézám č. 1–5.

Vytvořené otázky č. 1–5 zjišťují pohlaví, věk, BMI, nechtěný úbytek na váze a současnou pozici respondenta. Následující otázky č. 6–14 se týkají konkrétně ulcerózní kolitidy a gastroenterologické dispenzarizace.

V této části dotazníku jsme použili různé typy otázek. Zavřené otázky, ve kterých může respondent vybrat pouze jednu odpověď z uvedených možností, jsou č. 1, 4, 7 a 8. Polouzavřené otázky obsahující položku „jiné“ včetně vícečetného výběru z uvedených možností, jsou otázky č. 5, 9, 10, 11, 12 a 13. Otázky č. 2, 3, 6, 14 jsou volné, do kterých respondent vypíše svoji odpověď.

5.3.2 II. část dotazníku – Škála resilience 14 položková

Druhá část dotazníku je tvořena standardizovanou RS scale – 14 item. Autorem je Gail M. Wagnild a Heather M. Young z roku 2009. Tato škála se vztahuje se k dílčímu cíli č. 1 a hypotézám č. 1–5. Žádali jsme o povolení použít škálu v tomto malém šetření. Přeložili jsme ji z anglického jazyka a modifikovali na naše podmínky bakalářské práce (viz Příloha P II).

Škála se skládá z vybraných 14 položek originální verze Resilience scale 25 item (1993). Lze ji považovat za jednoduchý nástroj lékařům a vědcům, prostřednictvím kterého se hodnotí míra nezdolnosti jedince. Obsahuje 5 položek (č. 1, 5, 7, 12, 14) zaměřené na soběstačnost, 3 položky (č. 2, 9, a 13) na smysluplnost, 2 položky (č. 3, 10) na vyrovnanost, 2 položky (č. 6, 8) na vytrvalost a zbylé 2 položky (č. 4, 11) na existenciální osamělost (Damásio et kol., 2011, p. 134).

Respondenti hodnotí položky na sedmibodové hodnotící škále. Vyhodnocení míry nezdolnosti se vypočítá součtem všech položek. Výsledek velmi vysoké nezdolnosti se rovná součtu od 82 do 96 bodů, střední nezdolnost od 64 do 81 bodů, průměr od 49 do 63 bodů, nízká nezdolnost od 31 do 48 bodů a velmi nízká nezdolnost od 14 do 30 bodů (Losoi et kol., 2013, p. 4).

5.3.3 III. část dotazníku – Škála PSSS

Ve třetí části dotazníku používáme sebeposuzovací škálu vnímané sociální opory Perceived Social Support Scale (PSSS) od J. A. Blumenthala a kol. (1987). Škála se vztahuje k dílčímu cíli č. 2, 3 a hypotéze č. 6.

Škála PSSS zachycuje míru vnímání sociální opory. Přesněji se zaměřuje na zjišťování protektivního účinku mezilidských reakcí a vlivu sociální sítě na úroveň individuální pohody a zdraví. Obsahuje 12 základních a 4 doplňující položky na sedmibodové hodnotící škále, v rámci které jedinec vyjádří míru souhlasu či nesouhlasu s tvrzením (Gillernová a kol., 2011, s. 41).

Prostřednictvím PSSS škály se zjišťuje celková míra a tři dílčí míry od třech zdrojů. Celková míra sociální opory, jak ji jedinec vnímá, se vypočítá součtem 12 položek. Nejnížší možná míra sociální opory je dána 12 body a nejvyšší míra sociální opory má výsledek 84 bodů. Tři dílčí míry sociální opory jsou od blíže neurčené osoby (otázka č. 1, 2, 5, 10), od rodiny (otázka č. 3, 4, 8, 11) a od přátel (otázka č. 6, 7, 9, 12). Maximální hodnota jednoho zdroje je 28 bodů a minimální 4 body (Mačáková, 2009).

K průzkumnému šetření jsme použili 12 základních původních otázek, které se hodnotí samostatně jako zbylé 4 doplňující položky. Důvodem toho byl fakt, že nepracující respondenti by nemohli ohodnotit poskytovanou oporu od spolupracovníků a nadřízených osob.

5.4 Charakteristika vzorku respondentů

Za průzkumný vzorek bakalářské práce byla zvolena skupina osob s ulcerózní kolitidou nezávisle na pohlaví.

Požadujícím kritériem byl:

- Adolescentní a mladší dospělý věk (12–35 let).

- Dispenzarizace osob v gastroenterologické ambulanci.
- Ochota k vyplnění dotazníku.

5.5 Organizace šetření

Průzkumné šetření bylo zahájeno od 15. prosince 2015 do 15. března 2016. Dotazníky byly rozdány ve 2 gastroenterologických ambulancích pro dospělé a 3 gastroenterologických ambulancích pro děti a dorost. Průzkumné šetření na těchto pracovištích bylo zahájeno po schválení hlavní sestrou a vrchními sestrami, a to v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně, Uherskohradištské nemocnici a.s. a v Nemocnici Přerov (viz Příloha P III, IV, V, VI). Všeobecné sestry pracující v gastroenterologických ambulancích byly informovány o charakteristice vzorku respondentů a o způsobu vyplnění dotazníku. K přímému kontaktu s respondenty nedošlo. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků v gastroenterologických ambulancích. Jejich návratnost činila 64 %, což znamená 64 dotazníků. Použito bylo jen 60 dotazníků z důvodu neúplnosti dat.

Z předpokládané nízké návratnosti dotazníků ze zdravotnických pracovišť vzhledem k incidenci tohoto onemocnění, jsme oslovili Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty na www.crohn.cz. Zde po domluvě se správcem webu byl vyvěšen elektronický dotazník od ledna 2016 do března 2016. K získání ještě většího vzorku respondentů jsme do průzkumu zařadili i nejrozšířenější sociální síť, v rámci které jsme osobně zprávou oslovili osoby s ulcerózní kolitidou s požadovanými kritérii. Tito respondenti byli členy skupin zabývajících se nespecifickými střevními záněty.

Elektronický dotazník celkem vyplnilo 32 respondentů. Závěrem jsme k interpretaci průzkumného šetření použili 92 dotazníků jako 100 %.

5.6 Zpracování dat

Získané data byly zpracovány v Microsoft Excel a Microsoft Word ve formě tabulek, grafů a komentářů. Tabulky zobrazují absolutní a relativní četnosti. Grafy zobrazují relativní četnosti.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 I. část dotazníku – informativní

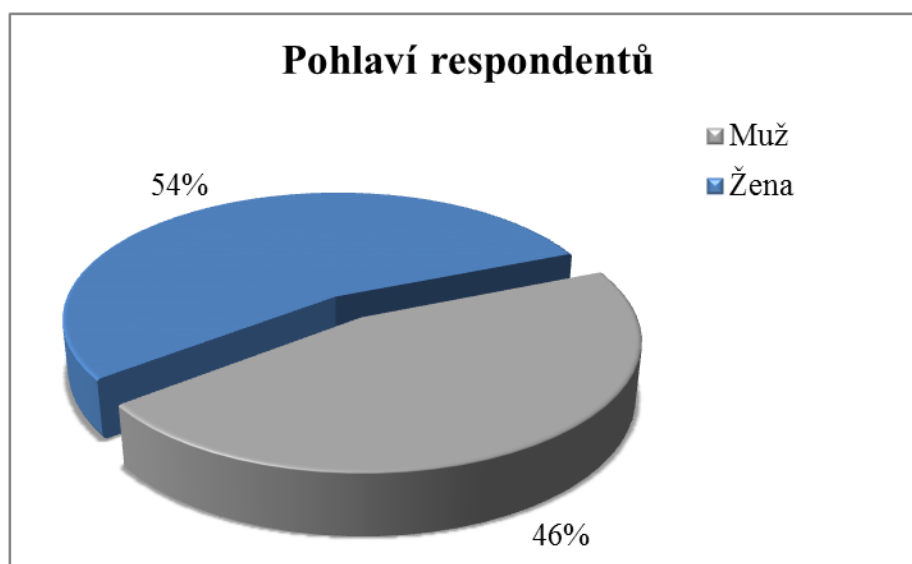
Informativní část dotazníku byla zaměřená na získání demografických údajů (otázka č. 1, 2, 3) a základních informací o současném stavu respondentů s ulcerózní kolitidou (otázka č. 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Otázka č. 1 – Jste:

První otázka zjišťovala pohlaví oslovených respondentů. Výsledky otázky uvádí níže sestavená tabulka a graf.

Tabulka 2. Pohlaví respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	42	46 %
Žena	50	54 %
Celkem	92	100 %



Graf 1. Pohlaví respondentů

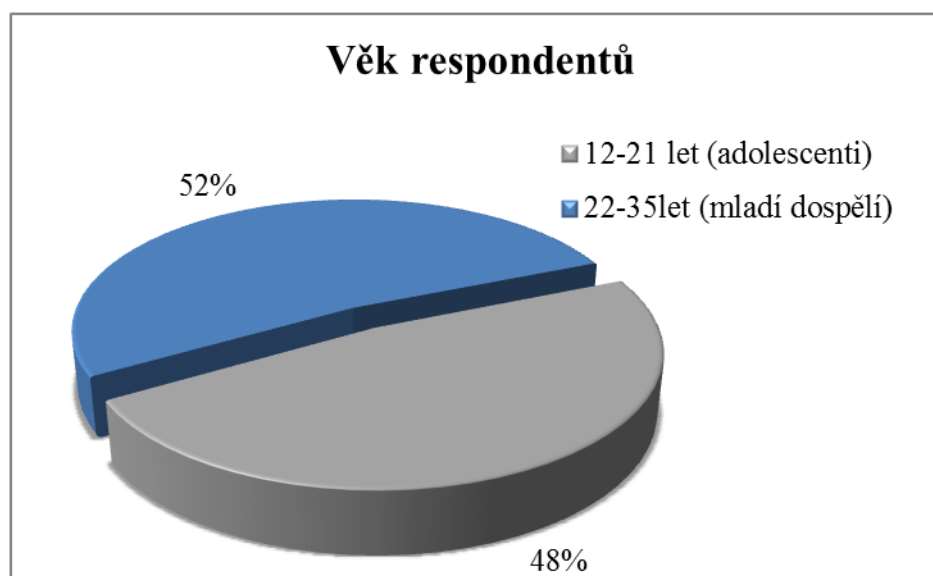
Komentář: Z průzkumného vzorku 92 respondentů bylo 42 mužů (tj. 46 %) a 50 žen (tj. 54 %).

Otázka č. 2 – Uved'te, prosím, Váš věk:

Druhá otevřená otázka je zaměřená na věk respondentů. Požadujícím kritériem byl adolescentní a mladší dospělý věk.

Tabulka 3. Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Od 12–21 let (adolescenti)	44	48 %
Od 22–35 let (mladí dospělí)	48	52 %
Celkem	92	100 %



Graf 2. Věk respondentů

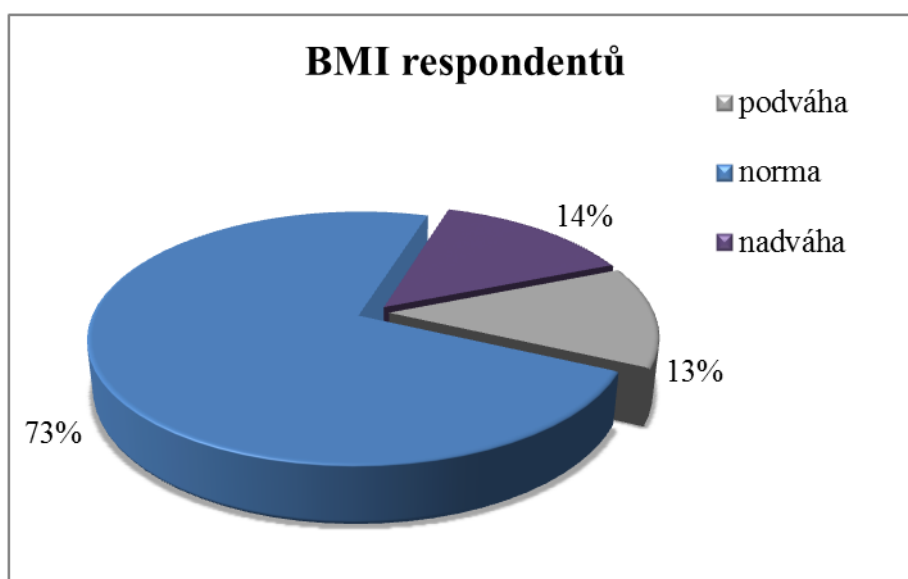
Komentář: Celkový počet – 92 respondentů byl zastoupen 44 adolescenty (tj. 48 %) ve věku od 12–21 let a 48 mladými dospělými jedinci (tj. 52 %) ve věku od 22–35 let. Průměrný věk těchto respondentů činil 22 let.

Otázka č. 3 – Uved'te, prosím, Vaši současnou výšku a hmotnost:

Cílem třetí otázky bylo zmapovat BMI u respondentů. Jednalo se o otevřenou odpověď, ve které respondenti uvedli svou současnou výšku a hmotnost.

Tabulka 4. BMI u respondentů

BMI	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 18,5 (podváha)	12	13 %
18,5–24,9 (norma)	67	73 %
25–29,9 (nadváha)	13	14 %
Celkem	92	100 %

*Graf 3. BMI u respondentů*

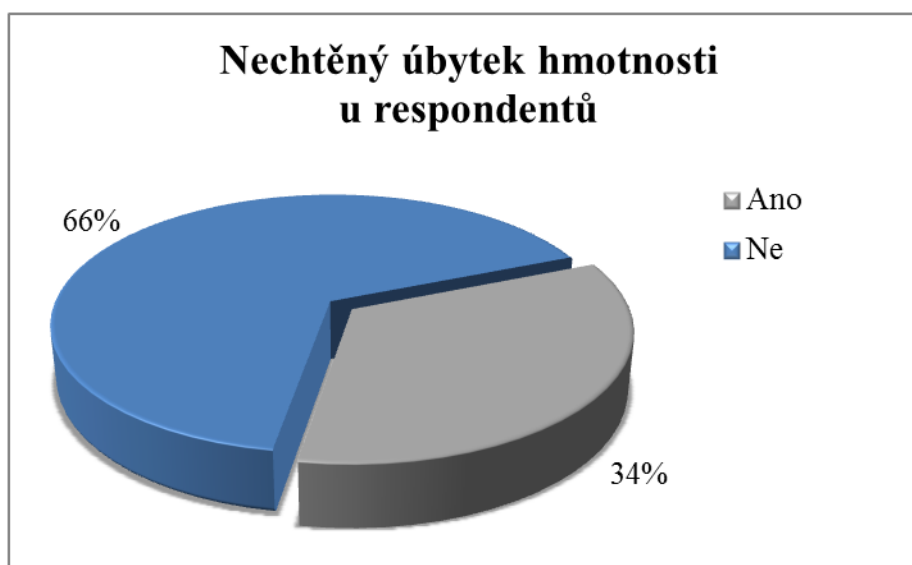
Komentář: Z tabulky 4. a grafu 3. vyplývá, že z počtu 92 respondentů vykazuje optimální hodnotu BMI 67 respondentů (tj. 73 %). Nicméně 12 respondentů (tj. 13 %) trpí podváhou a 13 respondentů (tj. 14 %) naopak nadváhou.

Otázka č. 4 – Došlo u Vás v posledních 3 měsících k nechtěnému úbytku hmotnosti více než 3 kg?

V rámci třetí otázky bylo zjišťováno, zda respondenti nechtěně zhubli za poslední 3 měsíce více než 3 kg.

Tabulka 5. Nechtěný úbytek hmotnosti u respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	31	34 %
Ne	61	66 %
Celkem	92	100 %



Graf 4. Nechtěný úbytek hmotnosti u respondentů

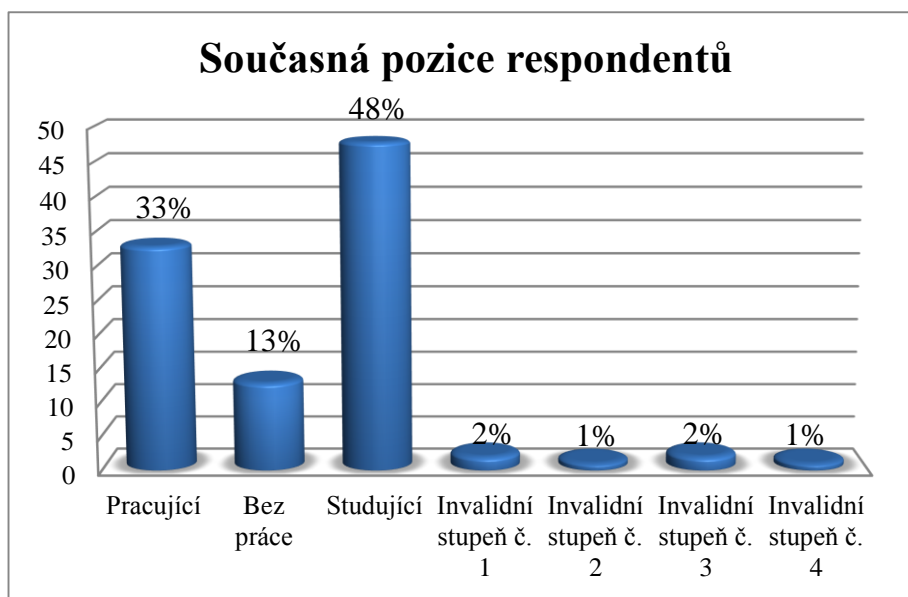
Komentář: Na otázku č. 4 v počtu 61 respondentů (tj. 66 %) odpovědělo, že za poslední 3 měsíce nedošlo k úbytku jejich tělesné hmotnosti, nicméně zbylých 31 respondentů (tj. 34 %) uvedlo, že za poslední 3 měsíce nechtěně zhubli. Z průzkumného vzorku jsme tedy zjistili, že více než polovina pacientů netrpí hubnutím jako jedním z projevů ulcerózní kolitidy.

Otázka č. 5 – V současné době:

Pátá otázka měla za cíl zjistit současnou pozici respondentů. Respondenti měli na výběr více možných odpovědí. Za 100 % se považoval celkový počet odpovědí.

Tabulka 6. Současná pozice respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pracuje	31	33 %
Je bez práce	14	13 %
Studuje	50	48 %
Pobírá invalidní důchod	6	6 %
Celkem	104	100 %



Graf 5. Současná pozice respondentů

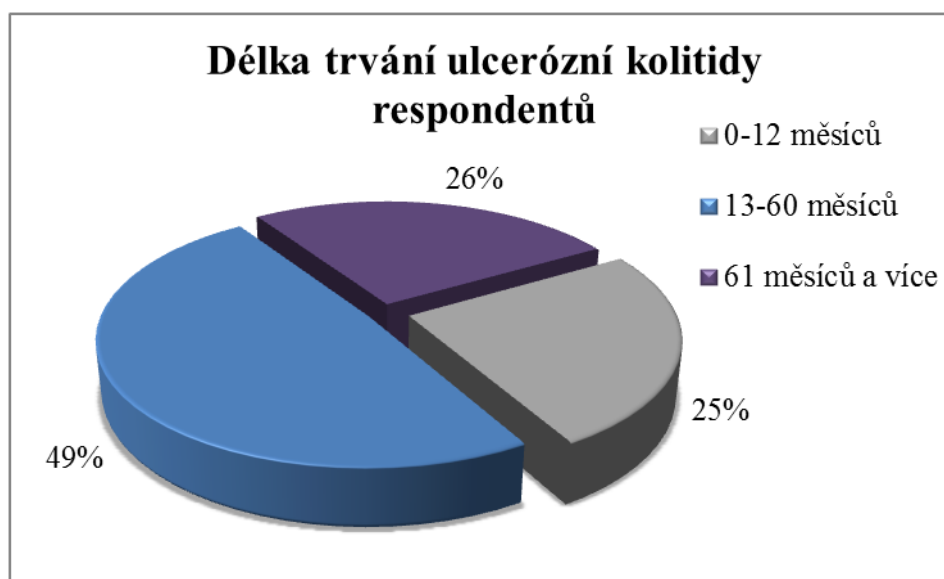
Komentář: Celkem bylo zvoleno 104 odpovědí. Zjistili jsme, že 50 respondentů (tj. 48 % z celkového počtu odpovědí) zvolilo, že *studuje*, 31 respondentů (tj. 33 %) *pracuje* a 14 respondentů (tj. 13 %) *je bez práce*. Pouze 6 respondentů (tj. 6 %) odpovědělo, že *pobírá invalidní důchod* z důvodu ulcerózní kolitidy. Invalidní stupně zastoupené v % jsou uvedeny v grafu 5.

Otázka č. 6 – Jak dlouho trpíte ulcerózní kolitidou?

Cílem šesté otázky bylo zmapovat délku trvání ulcerózní kolitidy u pacientů. Respondenti měli možnost uvést svou volnou odpověď. Pro lepší přehlednost jsme převedli dané odpovědi do kalendářních měsíců.

Tabulka 7. Délka trvání ulcerózní kolitidy respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0–12 měsíců	23	25 %
13–60 měsíců	45	49 %
61 měsíců a více	24	26 %
Celkem	92	100 %



Graf 6. Délka trvání ulcerózní kolitidy respondentů

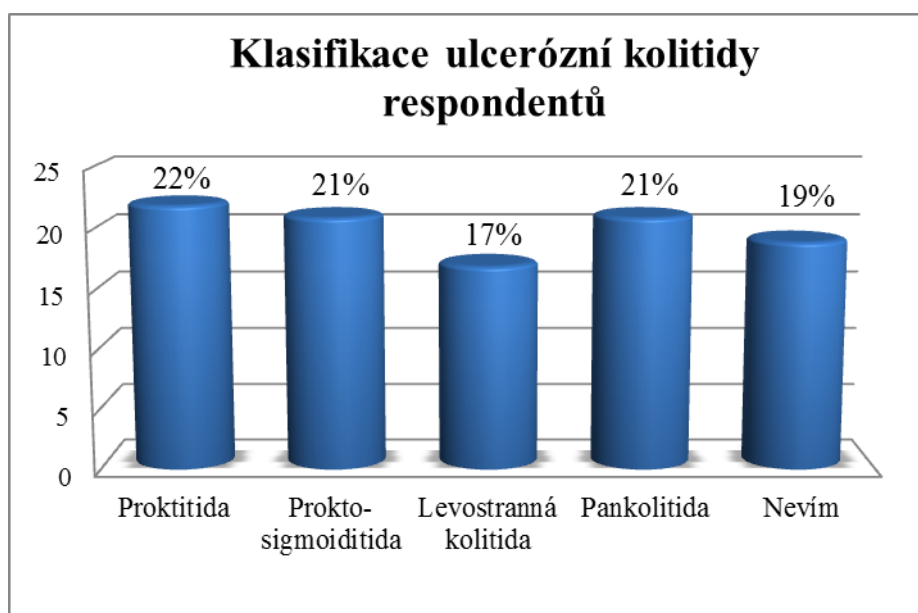
Komentář: Jak je již z tabulky 7. a grafu 6. zřejmé, 45 oslovených respondentů (tj. 49 %) uvedlo, že trpí ulcerózní kolitidou v rozsahu 13–60 měsíců (2–4 roky) a 24 respondentů (tj. 26 %) trpí v rozsahu 61 měsíců a více (5 let a více). Zbýlých 23 respondentů (tj. 25 %) odpovědělo, že trpí ulcerózní kolitidou 0–12 měsíců (méně než rok).

Otázka č. 7 – Jak u Vás lékaři hodnotí ulcerózní kolitidu dle rozsahu postižení?

Uvedená sedmá otázka zjišťovala klasifikaci ulcerózní kolitidy respondentů.

Tabulka 8. Klasifikace ulcerózní kolitidy respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Proktitida	20	22 %
Proktosigmoiditida	19	21 %
Levostranná kolitida	16	17 %
Pankolitida	19	21 %
Nevím	18	19 %
Celkem	92	100 %



Graf 7. Klasifikace ulcerózní kolitidy respondentů

Komentář: Výsledky poukazují na to, že celkem 92 oslovených respondentů se navzájem od sebe odlišovali v závislosti na klasifikaci svého onemocnění. Nejvíce respondentů tj. v počtu 20 (tj. 22 %) odpovědělo, že trpí – *proktidou*. Dále 19 respondentů (tj. 21 %) označilo odpověď – *proktosigmoiditida*, která náleží na stejné pozici s odpovědí –

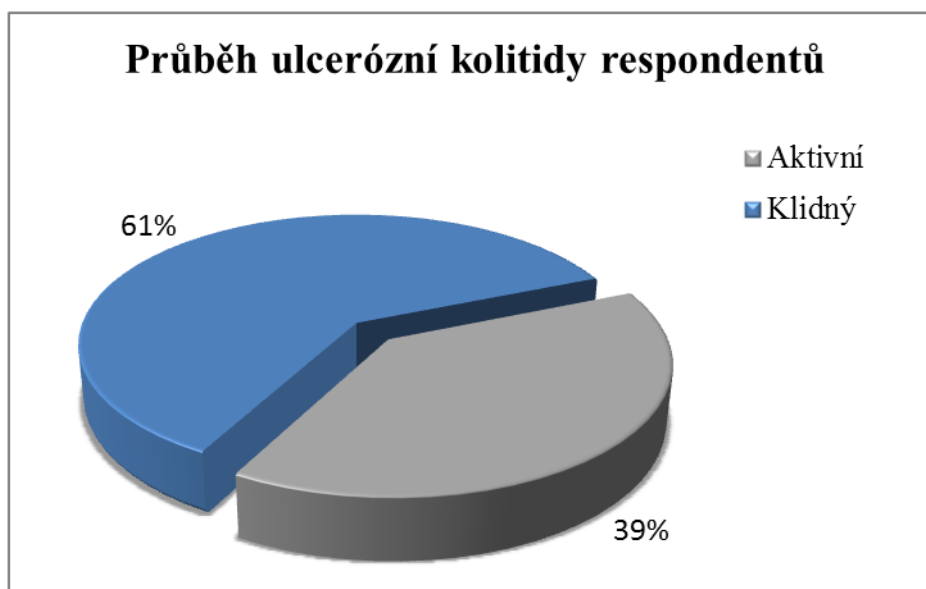
pankolitida, jenž získala rovněž 19 označení (tj. 21 %). *Levostrannou kolitidou* naopak trpí 16 respondentů (tj. 17 %). V případě zda respondenti neznali klasifikaci svého onemocnění, zvolili odpověď – *nevím*. Ta byla označena 18ti respondenty (tj. 19 %).

Otázka č. 8 – Průběh ulcerózní kolitidy je u Vás v současné době:

Cílem osmé otázky bylo zmapovat u pacientů současný průběh ulcerózní kolitidy.

Tabulka 9. Současný průběh ulcerózní kolitidy respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Aktivní (příznaky se projevují ve zvýšené míře)	36	39 %
Klidný (příznaky se téměř neprojevují)	56	61 %
Celkem	92	100 %



Graf 8. Současný průběh ulcerózní kolitidy respondentů

Komentář: Ze získaných dat vyplývá, že většina respondentů v počtu 56 (tj. 61 %) se nachází v současné době v klidovém průběhu ulcerózní kolitidy. Zbývajících 36 respondentů (tj. 39 %) je v současné době v aktivním průběhu.

Otázka č. 9 – Ulcerózní kolitida se u Vás nejčastěji projevuje:

Daná otázka měla za úkol zjistit, jaké jsou nejčastější projevy ulcerózní kolitidy u oslovených pacientů. Na výběr měli respondenti více možných odpovědí. Za 100 % se považoval celkový počet odpovědí.

Tabulka 10. Nejčastější projevy ulcerózní kolitidy respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A. častým, bolestivým nutkáním na stolici s odchodem hlenu či krve	55	19 %
B. formovanou stolicí s příměsí krve či hlenu	17	6 %
C. průjmem s příměsí krve či hlenu	48	16 %
D. průjmem bez příměsí	9	3 %
E. bolestmi břicha	53	18 %
F. únavou	53	18 %
G. zvýšenou tělesnou teplotou	7	2 %
H. nechutenstvím	25	7 %
I. hubnutím	27	9 %
Jiné, uveďte	4	1 %
Celkem	298	100 %



Graf 9. Nejčastější projevy ulcerózní kolitidy respondentů

Komentář: Celkem bylo uvedeno 298 odpovědí. Ze 100 % nejvíce zaujmula v 19 % odpověď a) *častým, bolestivým nutkáním na stolici s odchodem hlenu či krve*, kterou považujeme za nejčastější projev ulcerózní kolitidy u respondentů. Následně v 18 % zaujmula odpověď e) *bolestmi břicha* a na stejné úrovni v 18 % odpověď f) *únavou*. Za čtvrtý nejčastější projev ulcerózní kolitidy považujeme v 16 % odpověď c) *průjmem s příměsí krve či hlenu*. Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce 10. a grafu 9.

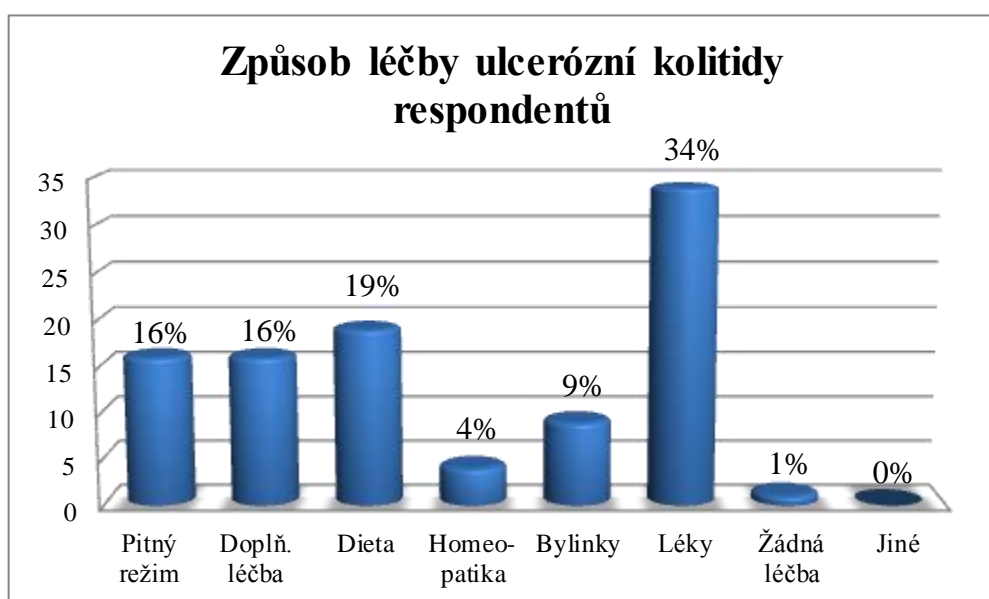
Pokud respondenti nesouhlasili s možným výběrem odpovědí, nebo se u nich vyskytl jiný projev související s ulcerózní kolitidou nežli byl uveden v nabídce, zaznamenali ho do odpovědi „jiné“. Celkem na ni odpověděli 4 respondenti (tj. 1 %). Uvedli, že se u nich vyskytuje – rozpačitost, bolest kloubů, slabost, zvracení a psychické problémy.

Otázka č. 10 – Jakým způsobem se v současné době léčíte s ulcerózní kolitidou?

Uvedená otázka měla na výběr více možných odpovědí. Poskytla nám informace o tom, jakými nejčastějšími způsoby se v současné době léčí pacienti s ulcerózní kolitidou. Za 100 % se považoval celkový počet odpovědí.

Tabulka 11. Způsob léčby ulcerózní kolitidy respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pitný režim	35	16 %
Doplňková léčba	36	16 %
Dieta	42	19 %
Homeopatika	8	4 %
Bylinky	20	9 %
Léky	74	34 %
Žádná léčba	2	1 %
Jiné, uveďte	3	1 %
Celkem	220	100 %



Graf 10. Způsob léčby ulcerózní kolitidy respondentů

Komentář: Respondenti uvedli celkem 220 odpovědí. Za nejčastější způsob léčby považujeme odpověď – *léky*, která byla označena 74× (tj. 34 %). Druhým nejčastějším způsobem léčby je *dieta*, která byla zaškrtnuta 42× (tj. 19 %), třetím je *pitný režim* označen 35× (tj. 16 %) a *doplňková léčba* 36× (tj. 16 %). Ostatní méně zastoupené odpovědi jsou uvedeny v tabulce 11. a grafu 10.

Kategorie „*jiné*“ byla označena ve 3 případech (1 %). Respondenti uvedli další způsob své léčby – užívání Phytochi, strava (dle krevních skupin, bezlaktózová, bezlepková dieta, částečně bezsezbytková) a SCD (speciální carbohydrátová dieta)

Otázka č. 11 – Pokud jste označili v předchozí otázce, že v současné době užíváte léky, uveďte, prosím, jaké:

V rámci této otázky ti respondenti, kteří užívají léky, označili své konkrétní užívané lékové skupiny. Cílem bylo zmapovat nejčastější užívané lékové skupiny respondenty. Šlo zvolit více odpovědí. Za 100 % se považoval celkový počet odpovědí.

Tabulka 12. Užívané lékové skupiny respondenty

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střevní dezificiens	14	11 %
Aminosalicyláty	58	47 %
Kortikosteroidy	26	21 %
Imunosupresiva	19	15 %
Biologická léčba	7	6 %
Jiné, uveďte	0	0 %
Celkem	124	100 %



Graf 11. Užívané lékové skupiny respondenty

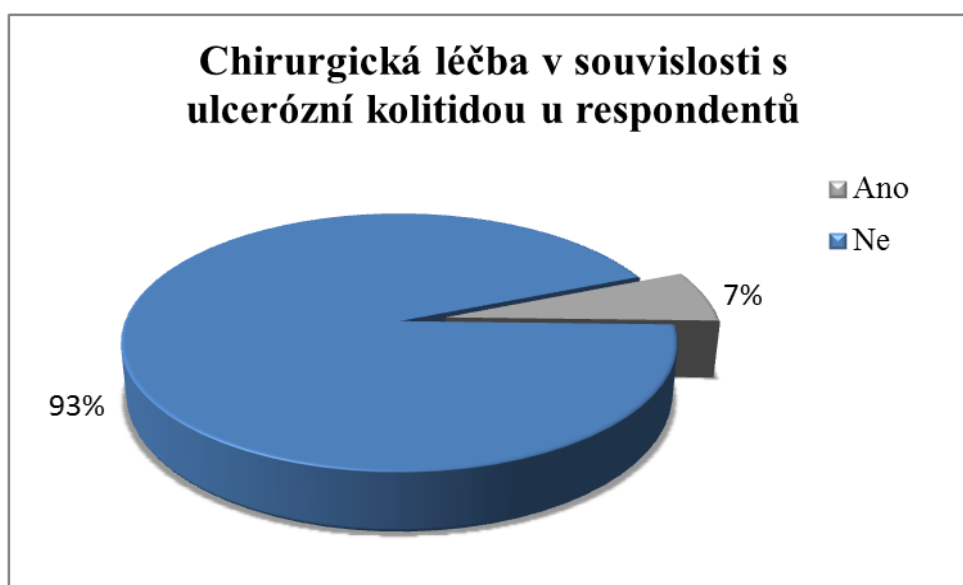
Komentář: Celkem bylo označeno 124 odpovědí. Nejvíce byla zastoupena 58× (tj. 47 %) léková skupina *aminosalicyláty*. Dále po ní následovala skupina *kortikosteroidy*, která byla označena 26× (tj. 21 %) a *imunosupresiva* 19× (tj. 15 %). *Střevní dezinficiens* byly označeny 14× (tj. 11 %) a *biologická léčba* 7× (tj. 6 %). Na možnost „jiné“ nikdo z respondentů neodpověděl.

**Otázka č. 12 – Podstoupil/a jste chirurgickou léčbu v souvislosti s ulcerózní kolitidou?
Pokud ano, uveďte, prosím, o jaký výkon šlo.**

Otázka je orientovaná na získání dat o tom, kolik respondentů podstoupilo chirurgickou léčbu v souvislosti s ulcerózní kolitidou.

Tabulka 13. Chirurgická léčba v souvislosti s ulcerózní kolitidou u respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	6	7 %
Ne	86	93 %
Celkem	92	100 %



Graf 12. Chirurgická léčba v souvislosti s ulcerózní kolitidou u respondentů

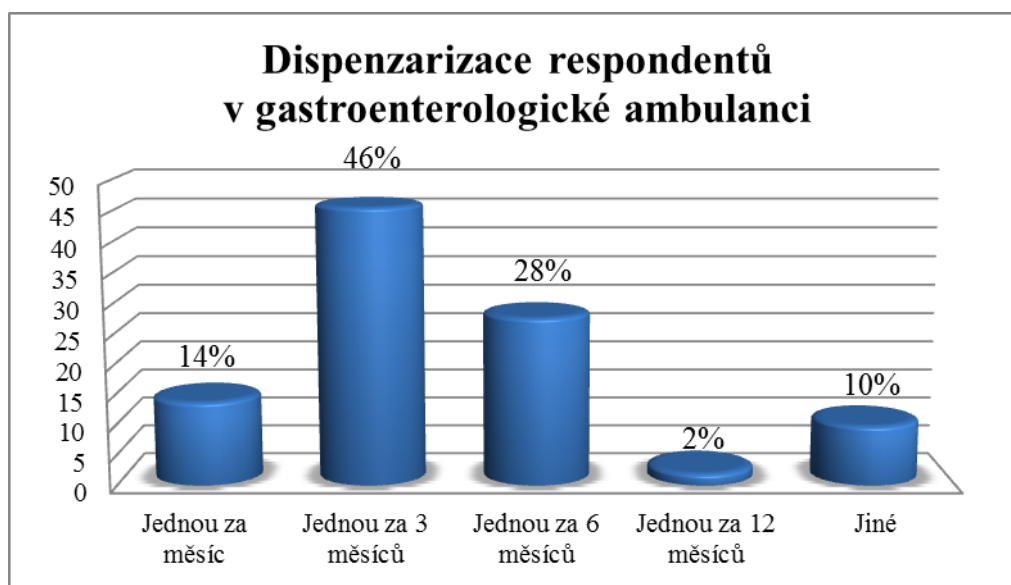
Komentář: Z 92 respondentů 86 pacientů (tj. 93 %) nepodstoupilo chirurgickou léčbu v souvislosti s ulcerózní kolitidou. Získaná data ale uvádějí, že 6 pacientů (tj. 7 %) chirurgickou léčbu podstoupilo. Jednalo se o tyto výkony – vytvoření pouchu (1×), laparoskopická operace (2×), resekce tlustého střeva (1×), resekce tlustého střeva s vytvořením J-pouchu a dočasné zavedení stomie (2×).

Otázka č. 13 – Jak často chodíte na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance s ulcerózní kolitidou?

Otázka řeší problematiku gastroenterologické dispenzarizace u respondentů. Výsledky uvádí níže sestavená tabulka a graf.

Tabulka 14. Dispenzarizace respondentů v gastroenterologické ambulanci

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Jednou za měsíc	13	14 %
Jednou za 3 měsíce	42	46 %
Jednou za 6 měsíců	26	28 %
Jednou za 12 měsíců	2	2 %
Jiné, uveďte	9	10 %
Celkem	92	100 %



Graf 13. Dispenzarizace respondentů v gastroenterologické ambulanci

Komentář: Z tabulky 14. a grafu 13. vyplývá, že skoro polovina respondentů v počtu 42 (tj. 46 %) navštěvuje svého gastroenterologického lékaře *jednou za 3 měsíce*. *Jednou za 6 měsíců* 26 respondentů (tj. 28 %) navštěvuje svého gastroenterologa. Za to tedy 13 respon-

dentů (tj. 14 %) navštěvuje gastroenterologa *jednou za měsíc* a 2 respondenti (tj. 2 %) *jednou za 12 měsíců*.

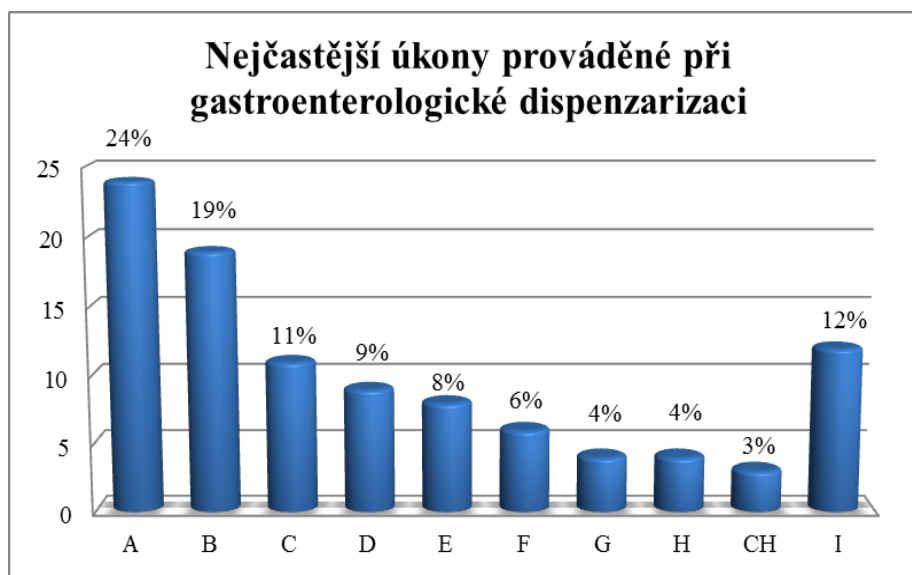
V případě zda respondenti nesouhlasili s možným výběrem odpovědí, uvedli do možnosti „jiné“ svou verzi. Tuto možnost zvolilo 9 respondentů (tj. 10 %): jednou za 2 měsíce (6×), jednou za 9 měsíců (1×), jednou cca za 14 dní (1×), kontrola dle aktivity ulcerózní kolitidy (1×).

Otázka č. 14 – Popište, prosím, co se provádí na kontrole u gastroenterologa (lékaře specialisty):

Cílem volné otázky bylo zmapovat nejčastější úkony, které se provádějí při návštěvě u gastroenterologa. Výsledky jsou následující:

Tabulka 15. Nejčastější úkony prováděné při gastroenterologické dispenzarizaci

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
A. odběr krve	66	24 %
B. konzultace s lékařem o současném zdravotním stavu	50	19 %
C. Fyzikální vyšetření břicha	31	11 %
D. zvážení tělesné hmotnosti	24	9 %
E. odběr stolice	21	8 %
F. endoskopické vyšetření tlustého střeva	16	6 %
G. předpis léků	12	4 %
H. nastavení léčby	10	4 %
I. změření tělesné výšky	8	3 %
J. jiné méně často prováděné	32	12 %
Celkem	282	100 %



Graf 14. Nejčastější úkony prováděné při gastroenterologické dispenzarizaci

Komentář: 92 respondentů uvedlo v rámci této otázky volné odpovědi, které jsme následně roztřídili do kategorií. První nejpočetnější kategorií tvořila v 72 % odpověď – *odběr krve*. Druhé místo zaujmula v 54 % odpověď – *konzultace s lékařem o současném zdravotním stavu*. V 34 % se provádí *fyzikální vyšetření břicha*. Ostatní volné odpovědi jsou uvedeny v tabulce 15.

Kategorie, která zaujímá 35 % zvaná – *jiné úkony méně často prováděné*. obsahuje kupříkladu: endoskopické vyšetření, pouchoskopie, UZ břicha a vyšetření per rectum.

6.2 II. část dotazníku – Škála resilience 14 položková

Druhá část dotazníku byla tvořena standardizovanou RS scale 14 item – Škálou resilience 14 položkovou. Podrobnější informace o této škále uvádíme v kapitole 5.2 Charakteristika průzkumné metody.

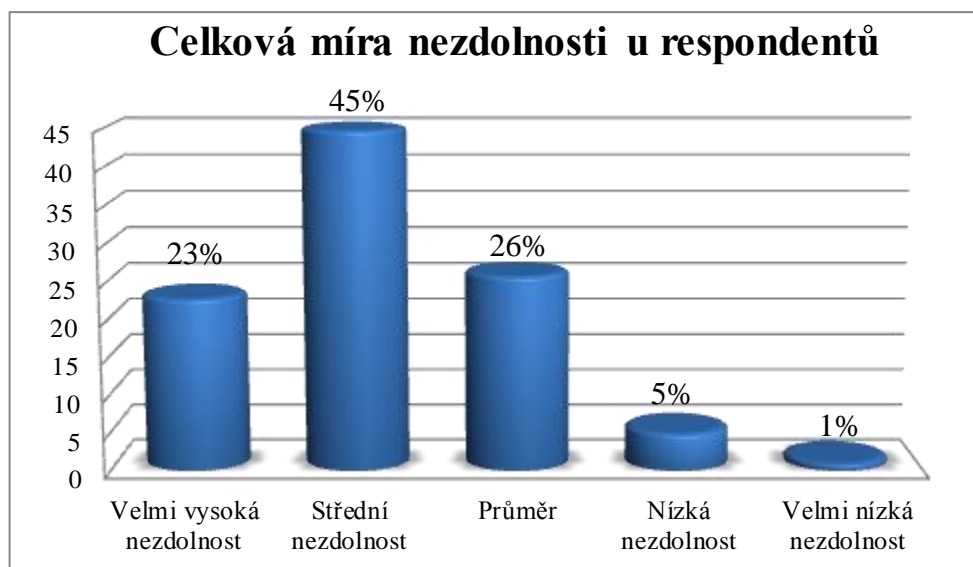
6.2.1 Interpretace výsledků k dílčímu cíli č. 1

Cíl č. 1: Zmapovat celkovou míru nezdolnosti v pojetí resilience u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.

Ke splnění tohoto cíle bylo použito všech 14 položek Škály resilience. Respondenti položky hodnotili pomocí sedmibodové stupnice. Ze získaných dat jsme následně součtem položek vypočítali celkovou míru nezdolnosti u respondentů včetně aritmetického průměru.

Tabulka 16. Celková míra nezdolnosti u respondentů

Míra nezdolnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Velmi vysoká (82–98 bodů)	21	23 %
Střední (64–81 bodů)	41	45 %
Průměrná (49–63 bodů)	24	26 %
Nízká (31–48 bodů)	5	5 %
Velmi nízká (14–30 bodů)	1	1 %
Celkem	92	100 %



Graf 15. Celková míra nezdolnosti u respondentů

Komentář: Z průzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 92 respondentů 21 pacientů (tj. 23 %) vykazuje *velmi vysokou nezdolnost*, 41 pacientů (tj. 45 %) *střední nezdolnost* a 24 pacientů (26 %) leží na hranici střední a nízké nezdolnosti, tudíž vykazuje nezdolnost *průměrnou*. Hodnota *nízké míry nezdolnosti* se vyskytla u 5 respondentů (tj. 5 %) a hodnota *velmi nízké míry nezdolnosti* pouze u 1 respondenta (tj. 1 %). Vzorcem pro aritmetický průměr byla vypočítána průměrná míra nezdolnosti u všech respondentů, která činila **70 bodů** a vztahovala se k hodnotě 64–81 bodů (*střední míra nezdolnosti*).

6.3 III. část dotazníku – Škály vnímané sociální opory PSSS

Třetí část dotazníku byla tvořena standardizovanou škálou vnímané sociální opory PSSS od autora J. A. Blumenthal a kol. Podrobnější informace o této škále uvádíme v kapitole 5.2 Charakteristika průzkumné metody.

6.3.1 Interpretace výsledků k dílčímu cíli č. 2

Cíl č. 2: Zmapovat celkovou míru sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.

V rámci tohoto cíle bylo použito všech 12 základních položek Škály PSSS. Respondenti jako u předchozí škály hodnotili položky na sedmibodové stupnici. Vzorcem pro aritmetický průměr byla zmapována průměrná celková míra sociální opory u respondentů.

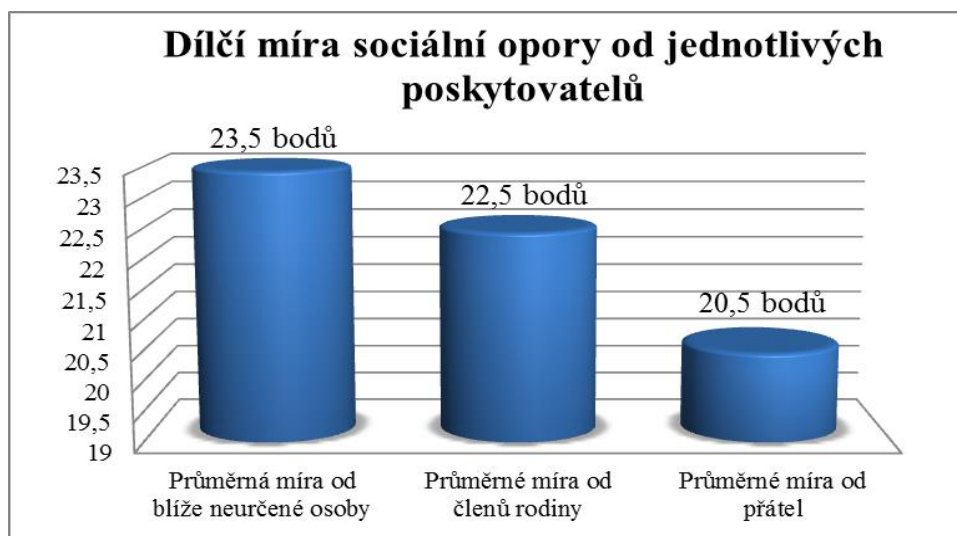
Komentář: Z průzkumného šetření jsme zmapovali průměrnou celkovou míru u 92 respondentů, která činila *67 bodů*. Maximální celková míra sociální opory našeho průzkumného vzorku vykazovala *84 bodů* a minimální *17 bodů*.

6.3.2 Interpretace výsledků k dílčímu cíli č. 3

Cíl č. 3: Zmapovat dílčí míru sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou od jednotlivých poskytovatelů

Ke splnění tohoto cíle byla opět použita Škála PSSS. Ze všech 12 základních položek jsme zmapovali dílčí míru sociální opory od třech poskytovatelů:

1. Sociální opora poskytovaná blíže neurčenou osobou (položka č. 1, 2, 5, 10).
2. Sociální opora poskytovaná rodinou (položka č. 3, 4, 8, 11).
3. Sociální opora poskytovaná přáteli (položky č. 6, 7, 9, 12).



Graf 16. Dílčí míra sociální opory od jednotlivých poskytovatelů

Komentář: Z průzkumného vzorku jsme nejdříve zmapovali průměrnou míru vnímané sociální opory poskytované blíže neurčenou osobou, která činila *23,5 bodů*. Maximální míra od tohoto zdroje vykazovala *28 bodů* a minimální *5 bodů*. Dále jsme zmapovali průměrnou míru sociální opory poskytované od rodiny, která činila *22,5 bodů*. Maximální míra od rodiny vykazovala *28 bodů* a minimální *4 body*. A na závěr průměrná míra sociální

opory od přátel byla 20,5 bodů, při čemž maximální míra vykazovala 28 bodů a minimální 4 body.

6.4 Ověřování platnosti hypotéz

Sestavené hypotézy č. 1–5 se vztahují k dílčímu cíli č. 1. Hypotéza č. 6 se vztahuje k dílčímu cíli č. 2.

6.4.1 Hypotéza č. 1

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že více než 75 % osob trpící ulcerózní kolitidou méně než rok vykazuje průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti.

Tabulka 17. Ověřování platnosti hypotézy č. 1

Platnost hypotézy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	10	44 %
Ne	13	56 %
Celkem	23	100 %

Komentář: K ověření dané hypotézy byla použita otázka č. 6 z první informativní části dotazníku. Vycházeli jsme z počtu 23 respondentů jako 100 %. Z výsledků vyplývá, že 10 respondentů (tj. 44 %) *vykazovalo* průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti, nicméně zbylých 13 respondentů (tj. 56 %) *nevykazovalo* předpokládanou míru nezdolnosti. **Hypotéza se nepotvrdila.**

6.4.2 Hypotéza č. 2

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že více než 75 % osob s klidným průběhem ulcerózní kolitidy vykazuje průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti.

Tabulka 18. Ověřování platnosti hypotézy č. 2

Platnost hypotézy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	51	91 %
Ne	5	9 %
Celkem	56	100 %

Komentář: Pro ověření hypotézy č. 2 jsme použili otázku č. 8 z první informativní části dotazníku. Respondentů s klidným průběhem ulcerózní kolitidy bylo celkem 56 jako 100 %. Z výsledků vyplývá, že 51 respondentů (tj. 91 %) *vykazovalo* průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti, ale zbylých 5 respondentů (tj. 9 %) *nevykazovalo* předpokládanou míru nezdolnosti. **Hypotéza se potvrdila.**

6.4.3 Hypotéza č. 3

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že více než 75 % respondentů s pankolitidou vykazuje průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti.

Tabulka 19. Ověřování platnosti hypotézy č. 3

Platnost hypotézy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	4	21 %
Ne	15	79 %
Celkem	19	100 %

Komentář: Pro ověření hypotézy č. 3 jsme použili otázku č. 7 z první informativní části dotazníku. Respondentů s pankolitidou bylo celkem 19 jako 100 %. Z výsledků vyplývá, že pouze 4 respondenti (tj. 21 %) *vykazovali* průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti, nicméně zbylých 15 respondentů (tj. 79 %) *nevykazovalo* předpokládanou míru nezdolnosti. **Hypotéza se nepotvrdila.**

6.4.4 Hypotéza č. 4

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že více než 75 % respondentů neujívající léky vykazuje průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti.

Tabulka 20. Ověření platnosti hypotézy č. 4

Platnost hypotézy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	16	89 %
Ne	2	11 %
Celkem	19	100 %

Komentář: K ověření dané hypotézy byla použita otázka č. 10 a 11 z první informativní části dotazníku. Respondentů neujívajících léky bylo celkem 19 jako 100 %. Z tabulky a grafu je patrné, že 16 respondentů (tj. 89 %) *vykazovalo* průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti. Zbylí 2 respondenti (tj. 11 %) *nevykazovali* předpokládanou míru nezdolnosti.

Hypotéza se potvrdila.

6.4.5 Hypotéza č. 5

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že adolescenti vykazují nižší míru nezdolnosti nežli mladí dospělí.

Tabulka 21. Ověření platnosti hypotézy č. 5

Skupina	Absolutní četnost (n)	Průměrná hodnota naměřená RS škálou
Adolescenti	44	68,4 bodů
Mladí dospělí	44	72 bodů

Komentář: Pro ověření hypotézy jsme použili náhodný výběr mladých dospělých, aby byl jejich počet k poměru počtu adolescentů stejný (tzn. 44 mladých dospělých a 44 adolescentů). Z tabulky 21. vyplývá, že prostřednictvím aritmetického průměru adolescenti získali

68,4 bodů a mladí dospělí 72 bodů. Závěrem jsme zjistili, že adolescenti *vykazují* nižší míru nezdolnosti nežli mladí dospělí. **Hypotéza se potvrdila.**

6.4.6 Hypotéza č. 6

Hypotéza č. 6: Předpokládáme, že adolescenti vykazují vyšší míru sociální opory nežli mladí dospělí.

Tabulka 22. Ověřování platnosti hypotézy č. 6

Skupina	Absolutní četnost (n)	Průměrná hodnota naměřená PSS škálou
Adolescenti	44	66,5 bodů
Mladí dospělí	44	66,7 bodů

Komentář: Opět jako u předchozí hypotézy č. 5 jsme použili náhodný výběr mladých dospělých, aby jejich počet byl stejný k počtu adolescentů. Z tabulky 22. je na první pohled zřejmé, že průměrná hodnota PSSS škály u adolescentů činí 66,5 bodů a u mladých dospělých 66,7 bodů. **Hypotéza se nepotvrdila.**

7 DISKUZE

V této části bakalářské práce uvádíme zajímavé výsledky průzkumného šetření a zhodnocení splnění cílů a platnosti hypotéz. K interpretaci dat bylo použito celkem 92 dotazníků. Respondenty tvořila skupina osob s ulcerózní kolitidou v adolescentním a mladším dospělém věku (12–35 let).

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat vnímání nezdolnosti v pojetí resilience a sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou. Pro jeho naplnění jsme stanovili 3 dílčí cíle. První z nich byl zmapovat celkovou míru nezdolnosti v pojetí resilience u skupiny osob s ulcerózní kolitidou. Na tento cíl se vztahovaly hypotézy č. 1, 2, 3, 4 a 5. Druhým dílčím cílem bylo zmapovat celkovou míru sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza č. 6. Posledním dílčím cílem bylo zmapovat dílčí míru sociální opory od jednotlivých poskytovatelů u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.

V odborných literárních zdrojích se uvádí, že ulcerózní kolitida postihuje o něco častěji ženy než muže. Dle našeho provedeného průzkumného šetření, kterého se zúčastnilo žen v počtu 50 (tj. 54 %) a mužů v počtu 42 (tj. 46 %), vyplynulo, že onemocněním trpí více ženy. Nicméně z důvodu našeho menšího vzorku může jít relativně o náhodnou převahu žen oproti mužům. V bakalářské práci – Kvalita života s colitis ulcerosa se však skutečnost potvrzuje, průzkumu se zúčastnilo 71 žen a 20 mužů (Plachá, 2014).

Vytvořené otázky č. 1–14 v I. informativní části dotazníku nám sloužily k seznámením se s respondentem, přesněji k získání vybraných demografických údajů a základních informací o současném stavu respondenta s ulcerózní kolitidou. Interpretaci získaných výsledků naleznete v kapitole 6.1 I. část dotazníku – informativní. Otázky č. 2, 6, 7, 8, 10 a 11 jsme použili k ověření platnosti hypotéz vztahující se k dílčím cílům č. 1 a 2.

Dílčí cíl č. 1: Zmapovat celkovou míru nezdolnosti v pojetí resilience u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.

K dosažení cíle sloužil součet 14 položek standardizované Škály resilience od autorů Gail M. Wagnild a Heather M. Young. Výsledky byly následující: 21 respondentů (tj. 23 %) vykazovalo velmi vysokou nezdolnost, 41 respondentů (tj. 45 %) střední nezdolnost, 24 respondentů (tj. 26 %) průměrnou nezdolnost, 5 respondentů (tj. 5 %) nízkou nezdolnost a 1 respondent (tj. 1 %) velmi nízkou nezdolnost. Průměrná míra nezdolnosti u celé skupiny

respondentů činila 70 bodů a vztahovala se ke střední míře nezdolnosti. Tyto získané výsledky míry nezdolnosti byly pro nás v závěru překvapivé. Domnívali jsme se, že bude převahovat spíše míra průměrná až velmi nízká. Tuto skutečnost mohl vyvracet fakt, že v průzkumném vzorku tvořila v 61 % převaha respondentů s klidným průběhem ulcerózní kolitidy. **Dílčí cíl č. 1** lze pokládat za **splněný**.

V rámci dílčího cíle č. 1 byly stanoveny hypotézy č. 1, 2, 3, 4 a 5. **Hypotéza č. 1** zněla: Předpokládáme, že více než 75 % osob trpící ulcerózní kolitidou méně než rok vykazuje průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti. Pro její ověření jsme použili otevřenou otázku č. 6. z I. informativní části dotazníku. Hypotéza se nám **nepotvrdila, byla zamítnuta** – pouze 10 respondentů (tj. 44 %) z celkového počtu 23 vykazovalo průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že více než 75 % osob s klidným průběhem ulcerózní kolitidy vykazuje průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti. K ověření platnosti této hypotézy jsme použili otázku č. 8 z I. informativní části dotazníku. Hypotéza se nám **potvrdila, nelze ji zamítnout** – 51 respondentů (tj. 91 %) z celkového počtu 56 vykazovalo průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že více než 75 % osob s pankolitidou vykazuje průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti. Pro ověření hypotézy jsme použili otázku č. 7 z I. informativní části dotazníku. Hypotéza se nám **nepotvrdila, byla zamítnuta** – pouze 4 respondenti (tj. 21 %) z celkového počtu 19 vykazovali průměrnou až velmi nízkou míru nezdolnosti.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že více než 75 % osob s ulcerózní kolitidou v současné době neužívající léky vykazuje průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti. K ověření dané hypotézy byla použita otázka č. 10 a 11 z I. informativní části dotazníku. Hypotéza se nám **potvrdila, nelze ji zamítnout** – 16 respondentů (tj. 89 %) z celkového počtu 19 vykazovalo průměrnou až velmi vysokou míru nezdolnosti.

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že adolescenti vykazují nižší míru nezdolnosti nežli mladí dospělí. Pro ověření hypotézy jsme použili náhodný výběr mladých dospělých, aby byl jejich počet k poměru počtu adolescentů stejný (tzn. 44 mladých dospělých a 44 adolescentů). Hypotéza se nám **potvrdila, nelze ji zamítnout** – adolescenti vykazovali nižší míru nezdolnosti (68,4 bodů) nežli mladí dospělí (72 bodů).

Pro porovnání získaných výsledků v rámci dílčího cíle č. 1 a hypotéz č. 1, 2, 3, 4 a 5 jsme se snažili vyhledat jiné průzkumy, které se zabývaly měřením nezdolnosti prostřednictvím Škály resilience 14 položkové u stejné skupiny osob. Dosud jsme shodné práce nenašli, proto z tohoto důvodu nemůžeme porovnávat získané výsledky. V tomto ohledu je nutné, abychom zde zmínili alespoň dva podobné průzkumy zabývající se problematikou nezdolnosti, která byla měřena odlišnou standardizovanou škálou či dotazníkem u jiné skupiny osob.

Kupříkladu nejvíce podobný výzkum z hlediska nezdolnosti měla diplomová práce – Životní smysluplnost, depresivita, stres, kognitivní nezdolnost a pozitivita u pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu. Zabývala se zjišťováním zmíněných psychosociálních faktorů včetně kognitivní nezdolnosti. Ta byla měřena standardizovaným dotazníkem Stress Profile subškálou Kognitivní nezdolnost od autora Kenneth M. Nowack (2006). Průzkumné šetření zjistilo, že skupina pacientů s Crohnovou chorobou, ulcerózní kolitidou a celiakií vykazuje nižší míru nezdolnosti. Nepotvrdili však, že by kompenzovaní a dekompenzovaní pacienti se lišili v míře nezdolnosti (Cejzlarová, 2014).

Další podobný průzkum měla rigorózní práce – Vnímání kvality života, sebehodnocení, nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s idiopatickou skoliózou páteř. Zkoumala nezdolnost v pojetí hardiness dotazníkem PVS od S. Kobasové (Frömlová, 2014).

Dílčí cíl č. 2: Zmapovat celkovou míru sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.

Ke splnění cíle jsme použili součet 12 základních položek Škály PSSS od J. A. Blumenthal a kol. Maximální hodnota – nejvyšší míra sociální opory mohla vyjít 84 bodů a minimální hodnota – nejnižší míra sociální opory mohla vyjít 12 bodů. V našem průzkumném šetření maximální hodnota vykazovala 84 bodů a minimální hodnota 17 bodů.

Dále jsme zmapovali průměrnou míru sociální opory u celé skupiny respondentů, která vyšla 67 bodů. Na základě tohoto zjištění se můžeme domnívat, že hodnota 67 bodů se zřejmě vztahuje ke střední míře sociální opory. Nicméně prostřednictvím škály jsme do hloubky mezilidských vztahů respondenta s okolím nemohli nahlédnout. **Dílčí cíl č. 2 lze pokládat za splněný.**

V rámci tohoto cíle jsme stanovili **hypotézu č. 6**, která zněla: Předpokládáme, že adolescenti vykazují vyšší míru sociální opory nežli mladí dospělí. Opět jako u předchozí hypotézy č. 5 jsme použili náhodný výběr počtu mladých dospělých k počtu adolescentů. Hypotéza se **potvrdila, nelze ji zamítnout** – adolescenti vykazovali průměrnou hodnotu PSSS škály 66,5 bodů a mladí dospělí 66,7 bodů.

Dílčí cíl č. 3: Zmapovat dílčí míru sociální opory od jednotlivých poskytovatelů u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.

K dosažení cíle jsme opět použili 12 základních položek Škály PSSS, ze kterých jsme následně zmapovali dílčí míru sociální opory od blíže neurčené osoby (položka č. 1, 2, 5, 10), rodiny (položka č. 3, 4, 8, 11) a přátel (položky č. 6, 7, 9, 12). Maximální hodnota – nejvyšší míra sociální opory od jednoho zdroje mohla být 28 bodů a minimální hodnota – nejnižší míra sociální opory mohla být 4 body.

V našem průzkumném šetření byla maximální hodnota 28 bodů zastoupena u všech poskytovatelů a minimální hodnota 4 body u rodiny a přátel. Průměrná dílčí míra sociální opory od blíže neurčené osoby činila 23,5 bodů a stala se tak hodnotou nejvyšší. Druhé místo průměrné míry sociální opory 22,5 body zaujmula rodina a třetí místo 20,5 body přátelé.

Dílčí cíl č. 3 lze pokládat za splněný.

Pro porovnání získaných výsledků z dílčího cíle č. 2 a 3 prostřednictvím Škály PSSS jsme opět nenašli shodný průzkum na skupinu osob s ulcerózní kolitidou. Zmiňujeme zde alespoň dva podobné průzkumy. Jeden z nich je diplomové práce – Změny partnerských vztahů a úroveň sociální opory stomiků. Tato práce mimo jiné měřila sociální oporu pomocí Škály PSSS u skupiny stomiků (Mačáková, 2009). Druhý je již zmíněná rigorózní práce – Vnímání kvality života, sebehodnocení, nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s idiopatickou skoliózou páteř, která měřila sociální oporu pomocí Škály PSSS u adolescentů a mladých dospělých s idiopatickou skoliózou páteře (Frömllová, 2014).

Hlavní cíl: Zmapovat vnímání nezdolnosti v pojetí resilience a sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou.

K naplnění hlavního cíle bylo podmínkou splnit jeho dílčí cíle č. 1, 2 a 3. Ze získaných výsledků se domníváme, že osoby vnímají svou nezdolnost a sociální oporu na velmi dobré úrovni než jsme se domnívali. **Hlavní cíl lze pokládat za splněný.**

ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se snažili poskytnout přehled nejdůležitějších informací o ulcerózní kolitidě, problematice nezdolnosti a sociální opory. V závěru teoretické části jsme shrnuli nejčastější role všeobecné sestry pracující se skupinou osob, kteří mají ulcerózní kolitidu, a následně jsme stanovili nejčastější NANDA diagnózy vyskytující u tohoto onemocnění. V praktické části jsme interpretovali výsledky dotazníkového šetření a standardizovaných škálových stupnic (Škála resilience 14 položková, Škála PSSS).

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 92 respondentů v adolescentním a mladším dospělém věku, kteří byli ochotni věnovat čas k vyplnění dotazníku. Hlavním cílem práce bylo zmapovat vnímání nezdolnosti v pojetí resilience a sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou. K jeho naplnění jsme stanovili a následně splnili tři dílčí cíle.

Prvním dílčím cílem jsme zmapovali celkovou míru nezdolnosti v pojetí resilience. Nejprve jsme vypočítali míru nezdolnosti u každé osoby a poté celkovou průměrnou míru nezdolnosti u celé skupiny osob, která činila 70 bodů a vztahovala se tak k střední míře nezdolnosti. K tomuto dílčím cíli se vztahovali hypotézy č. 1, 2, 3, 4 a 5, jejichž platnost jsme interpretovali v praktické části.

Druhým dílčím cílem jsme zmapovali celkovou míru sociální opory. Průměrná celková míra sociální opory u této skupiny vyšla 67 bodů. Na základě našeho mínění jsme se přiklonili ke skutečnosti, že jde o střední míru sociální opory. K tomu dílčímu cíli se vztahovala hypotéza č. 6, jejichž platnost jsme interpretovali v praktické části.

Třetím dílčím cílem jsme zmapovali dílčí míru sociální opory od jednotlivých poskytovatelů. Průměrná dílčí míra sociální opory od blíže neurčené osoby vykazovala 23,5 bodů, a stala se tak hodnotou nejvyšší. Druhé místo průměrné dílčí míry sociální opory zaujmula rodina 22,5 body a třetí místo přátelé 20,5 body.

Dle všech získaných výsledků z průzkumného šetření lze soudit, že skupina osob s ulcerózní kolitidou vnímá svou nezdolnost a sociální oporu na velmi dobré úrovni než jsme se domnívali. Závěrem bychom chtěli sdělit, že tato práce nám přinesla hodně zkušeností. Rozšířila naše obzory v oblasti psychologie, která bude vždy úzce souviset se zdravotnictvím.

NÁVRH A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V dané kapitole navrhujeme pro všeobecné sestry pár rad. Při poskytování ošetrovatelské péče by bylo přínosné, kdyby všeobecné sestry poskytovaly pacientům emocionální a hodnotící oporu. Poskytovaná emocionální opora by byla důležitá zejména v době, kdy pacienti podstupují diagnostické vyšetření a je jim sdělena konečná diagnóza a následná léčba. Navozené pozitivní emoce by mohly u nich zlepšit psychický stav, a tím patrně ovlivnit kladnější přístup ke své diagnóze a léčbě. Hodnotící opora by měla být prováděna projevem pochvaly, která by se vztahovala na dodržovaný léčebný režim nebo na zlepšený zdravotní stav. Dále v rámci edukační činnosti doporučujeme z hlediska nejčastěji vyskytované ošetrovatelské diagnózy 00126 Nedostatečné znalosti, aby všeobecné sestry poskytovaly pacientům dostatečné a srozumitelné informace týkající se zejména jídelníčku a léčebného režimu. A to ústní formou nebo prostřednictvím letáků a brožur. Edukace by měla být opakovaná a prováděna zpětnou vazbou. Tím namotivují pacienty ke spolupráci se podílet na léčebném režimu a zároveň ho dodržovat. Je nutné poznamenat, že pokud všeobecné sestry v rámci ošetrovatelské diagnostiky neurčí ošetrovatelskou diagnózu zaměřenou na 00069 Neefektivní zvládnání zátěže, diagnózy podpory zdraví – SNAHA mohou vždy využít v případě jakéhokoliv zdravotního stavu pro motivaci pacienta a touhu zlepšovat jeho well-being a aktualizovat potenciál lidského zdraví. Reakce na podpoření zdraví se mohou projevovat u jednotlivce, rodiny, skupiny a komunity.

Na základě výsledků průzkumného šetření jsme vytvořili souhrnný leták zaměřený desatero rad k rozvíjení psychické nezdolnosti osobám s ulcerózní kolitidou (viz Příloha P VII). Leták kromě desatera obsahuje nabízené odkazy, kam se mohou v případě vzniklých těžkostí tyto osoby obrátit. Desatero rad bylo inspirováno publikací od Křivohlavého (2009), Paulíka (2010) a Gruhl a Körbacher (2013). Sdílení odkazů v letáku bylo schváleno samotnými webovými stránkami. V budoucnu bychom rádi leták rozdali v oslovených gastroenterologických ambulancích, kde byl realizován náš průzkum.

Pro další průzkumné šetření se otevírají možnosti podrobnějšího bádání problematiky nezdolnosti a sociální opory u skupiny osob s ulcerózní kolitidou. Bylo by jistě zajímavé porovnávat tyto proměnné nejen z hlediska stejného počtu s aktivním průběhem k počtu s klidným průběhem ulcerózní kolitidy, ale s proměnnými trpící Crohnovou chorobou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 300 s. ISBN 80-247-0708-X.

BORTLÍK, Martin a kol., 2012. Doporučení pro podávání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů. *Gastroenterologie a hepatologie*. roč. 66, č. 1, s. 12-22. ISSN 1804-7874.

BRONSKÝ, Jiří, 2013. *Nespecifická zánětlivá střevní onemocnění u dětí*. 1. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 72 s. ISBN 978-80-87023-16-7.

CEJZLAROVÁ, Kateřina, 2014. *Životní smysluplnost, depresivita, stres, kognitivní nezdolnost a pozitivita u pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí diplomové práce Mgr. Martin Kupka Ph.D.

ČERVENKOVÁ, Renata, 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.

ČIERNA, Iveta a kol., 2015. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida u dětí a adolescentov*. 1. vyd. Brno: Grifart, 131 s. ISBN 978-80-905337-9-0.

DOMÁSIO, Bruno et kol., 2011. 14-Item Resilience Scale (RS-14: Psychometric Properties of the Brazilian Version). *Journal of Nursing Measurement* [online]. vol. 19, n. 3, p. 131-145 [cit. 2016-11-01]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/221868228_14-item_resilience_scale_RS-14_psychometric_properties_of_the_Brazilian_version

FALT, Přemysl, Ondřej URBAN a Petr VÍTEK, 2015. *Koloskopie*. 1. vyd. Praha: Grada, 314 s. ISBN 978-80-247-5284-6.

FRÖMLOVÁ, Lenka, 2014. *Vnímání kvality života, sebehodnocení, nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s idiopatickou skoliózou páteře*. Plzeň. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí rigorózní práce PhDr. Mgr. Blanka Šestáková.

- FULLER, Susan, 2015. *Ulcerative Colitis & Crohn's Disease. Ulcerative Colitis, Crohn's Disease & Ibs Treatment Including*. 1st ed. United States: Ocean Blue Publishing, 162 p. ISBN 978-1-910547-06-9.
- GABALEC, Libor, 2009. Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní Medicína*. roč. 11, č. 6, s. 276-281. ISSN 1212-7299.
- GILLERNOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
- GRUHL, Monika a Hugo KÖRBÄCHER, 2013. *Psychická odolnost v každodenním životě*. Vyd. 1. Praha: Portál, 144 s. ISBN 978-80-262-0345-2.
- HERDMAN, T. Heather (Eds.), 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2009-2011*. Překlad Pavla Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada, 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (Eds.), 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA-International 2015-2017*. Přel. Pavla Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada, 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HOSKOVCOVÁ, Simona a Lucie SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, 2009. *Výchova k psychické odolnosti dítěte: silní pro život*. Vyd. 1. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-2206-1.
- HUVAR, Petr, 2007. Idiopatické střevní záněty z pohledu praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. roč. 4, č. 12, s. 506-510. ISSN 1214-8687.
- KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 264 s. ISBN 80-200-1308-5.
- KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 80 s. ISBN 80-903820-0-8.
- KONEČNÝ, Michal, 2004. Standardy diagnostiky a léčby idiopatických střevních zánětů. Pracovní skupina pro IZS. *Střevní záněty* [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: http://www.strevni-zanety.cz/dokumenty/guideline_.pdf

KRPOUN, Zdeněk, 2012. Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti. *E-psychologie* [online]. roč. 6, č. 1 [cit. 2016-03-06]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 280 s. ISBN 978 80-7367-568-4.

LOSOI, Heidi et kol., 2013. Psychometric Properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short Version. *Psychology, Community & Health* [online]. vol. 2, n. 1, p. 1–10 [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://pch.psychopen.eu/article/view/40/pdf>

LUKÁŠ, Karel, 1997. *Idiopatické střevní záněty: diagnostika a léčba pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 175 s. ISBN 80-85875-31-4.

LUKÁŠ, Karel, 2012. Několik poznámek k léčbě idiopatických střevních zánětů, *Interní medicína pro praxi* [online]. roč. 14, č. 12, s. 466-469 [cit. 2016-03-12]. ISSN 1803-5256 . Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/05.pdf>

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, Milan, 2009. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Praktické lékárenství* [online]. roč. 5, č. 4, s. 164-167 [cit. 2016-02-23]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/04/03.pdf>

LUKÁŠ, Milan, 2011. Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Medicína pro praxi*. [online]. roč. 8, č. 9, s. 360-363 [cit. 2015-11-21]. ISSN 1803-5310. Dostupný z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/04.pdf>

LUKÁŠ, Milan, 2013. Současnost a budoucnost v léčbě ulcerózní kolitidy. *Gastroenterologie a Hepatologie*. [online]. roč. 67, č. 3, s. 212-218 [cit. 2016-02-06]. ISSN 1804-7874. Dostupné z: http://www.csgh.info/dwnld/gh_2013_3_212_218.pdf

LUKÁŠ, Milan a Martin BORTLÍK, 2011. Etiologie a patogeneze ulcerózní kolitidy. Stále více otazníků než jasných odpovědí. *Gastroenterologie a Hepatologie* [online]. roč. 65, č. 2, s. 56-64 [cit. 2016-04-09]. Dostupné z: http://www.csgh.info/dwnld/gh_2011_2_56_64.pdf

MAČÁKOVÁ, Hana, 2009. *Změny partnerských vztahů a úroveň sociální opory u stomiků*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí diplomové práce Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.

NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 284 s. ISBN 978-80-247-4449-0.

NOVOTNÝ, Jan Sebastian, 2014. Resilience versus "resilientní jedinec": Co vlastně zkoumáme?: Resilience versus "Resilient Individual": What Exactly Do We Study? *Psychologie a její kontexty* [online]. roč. 5, č. 1, s. 3-14 [cit. 2016-04-09]. Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Novotny_2014_1.pdf

PAVELKA, Karel, 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 363 s. ISBN 978-80-247-5048-4.

PLACHÁ, Tereza, 2014. *Kvalita života pacientů s colitis ulcerosa*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí bakalářské práce Prof., MUDr. Jozef Novotný, CSc.

ŠOLCOVÁ, Iva, 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Vyd. 1., Praha: Grada, 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.

VAŠINA, Bohumil, 2009. *Základy psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 124 s. ISBN 978-80-7368-757-1.

VRÁNOVÁ, Dagmar, 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 183 s. ISBN 978-80-7263-788-1.

VRZALOVÁ, Drahomíra, Michal KONEČNÝ a Jiří EHRMANN, 2011. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. *Medicína pro praxi* [online]. roč. 8, č. 7-8, s. 337-338 [cit. 2016-01-20]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/08.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

UC Ulcerózní kolitida

Tzv. Takzvaně

Např. Například

USG Ultrasonografie

CT Počítačová tomografie

ERCP Endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie

RS Resilience

PSSS Perceived Social Support Scale

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Přehled nejčastějších NANDA diagnóz u osob s ulcerózní kolitidou	33
Tabulka 2. Pohlaví respondentů.....	41
Tabulka 3. Věk respondentů	42
Tabulka 4. BMI u respondentů	43
Tabulka 5. Nechtěný úbytek hmotnosti u respondentů.....	44
Tabulka 6. Současná pozice respondentů	45
Tabulka 7. Délka trvání ulcerózní kolitidy respondentů.....	46
Tabulka 8. Klasifikace ulcerózní kolitidy respondentů	47
Tabulka 9. Současný průběh ulcerózní kolitidy respondentů	48
Tabulka 10. Nejčastější projevy ulcerózní kolitidy respondentů	49
Tabulka 11. Způsob léčby ulcerózní kolitidy respondentů	51
Tabulka 12. Užívané lékové skupiny respondenty	52
Tabulka 13. Chirurgická léčba v souvislosti s ulcerózní kolitidou u respondentů	54
Tabulka 14. Dispenzarizace respondentů v gastroenterologické ambulanci	55
Tabulka 15. Nejčastější úkony prováděné při gastroenterologické dispenzarizaci.....	56
Tabulka 16. Celková míra nezdolnosti u respondentů.....	58
Tabulka 17. Ověřování platnosti hypotézy č. 1.....	61
Tabulka 18. Ověřování platnosti hypotézy č. 2.....	62
Tabulka 19. Ověřování platnosti hypotézy č. 3.....	62
Tabulka 20. Ověřování platnosti hypotézy č. 4.....	63
Tabulka 21. Ověřování platnosti hypotézy č. 5.....	63
Tabulka 22. Ověřování platnosti hypotézy č. 6.....	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů	41
Graf 2. Věk respondentů	42
Graf 3. BMI u respondentů	43
Graf 4. Nechtěný úbytek hmotnosti u respondentů.....	44
Graf 5. Současná pozice respondentů	45
Graf 6. Délka trvání ulcerózní kolitidy respondentů.....	46
Graf 7. Klasifikace ulcerózní kolitidy respondentů	47
Graf 8. Současný průběh ulcerózní kolitidy respondentů	48
Graf 9. Nejčastější projevy ulcerózní kolitidy respondentů	50
Graf 10. Způsob léčby ulcerózní kolitidy respondentů	51
Graf 11. Užívané lékové skupiny respondenty	53
Graf 12. Chirurgická léčba v souvislosti s ulcerózní kolitidou u respondentů	54
Graf 13. Dispenzarizace respondentů v gastroenterologické ambulanci	55
Graf 14. Nejčastější úkony prováděné při gastroenterologické dispenzarizaci	57
Graf 15. Celková míra nezdolnosti u respondentů.....	59
Graf 16. Dílčí míra sociální opory od jednotlivých poskytovatelů.....	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: RS – 14

Příloha P III: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P V: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P VI: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P VII: Leták pro osoby s ulcerózní kolitidy

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážený paciente/pacientko,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí průzkumného šetření na téma „Vnímání nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s ulcerózní kolitidou“. Na základě výsledků průzkumu bude vytvořen souhrnný leták, který bude zaměřen na desatero rad k rozvíjení psychické nezdolnosti.

Pozn.: Zakroužkujte, prosím, jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. U volných otázek napište Vaši odpověď, popř. u Vámi zvolené položky jiné....., prosím doplňte Vaši verzi, pokud se neshoduje s možným výběrem.

I. část - informativní

1. Jste:

- a. muž
- b. žena

2. Uveďte, prosím, Váš věk:

.....let

3. Uveďte, prosím, Vaši současnou:

výšku:.....cm

hmotnost:.....kg

4. Došlo u Vás v posledních 3 měsících k nechtěnému úbytku hmotnosti více než 3 kg?

- a. ano
- b. ne

5. V současné době (můžete zakroužkovat více možností):

- a. pracujete
- b. jste bez práce
- c. studujete
- d. pobíráte invalidní důchod, uveďte prosím stupeň.....

6. Jak dlouho trpíte ulcerózní kolitidou?

.....

7. Jak u Vás lékaři hodnotí ulcerózní kolitidu dle rozsahu postižení?

- a. proktitida (postihuje pouze konečník)

- b. proktosigmoiditida (postihuje konečník a dolní konec tlustého střeva)
- c. levostranná kolitida (postihuje konečník a postupuje směrem nahoru k části střeva, kde se nachází slezina)
- d. pankolitida (postihuje celé tlusté střevo)
- e. nevím

8. Průběh ulcerózní kolitidy je u Vás v současné době:

- a. aktivní (příznaky se projevují ve zvýšené míře)
- b. klidný (příznaky se téměř neprojevují)

9. Ulcerózní kolitida se u Vás nejčastěji projevuje (můžete zakroužkovat více možností):

- a. častým, bolestivým nutkáním na stolicí s odchodem hlenu či krve
- b. formovanou stolicí s příměsí krve či hlenu
- c. průjmem s příměsí krve či hlenu
- d. průjmem bez příměsí
- e. bolestmi břicha
- f. únavou
- g. zvýšenou tělesnou teplotou
- h. nechutenstvím
- i. hubnutím
- j. jiné, uveďte.....

10. Jakým způsobem se v současné době léčíte s ulcerózní kolitidou? (můžete zakroužkovat více možností)

- a. pitný režim (slabé čaje a silně zředěné, ovocné šťávy)
- b. doplňková léčba (např. vitamin C, D, omega – 3 mastné kyseliny, probiotika aj.)
- c. dieta (bezezbytková)
- d. homeopatie
- e. bylinky (např. meduňka, gel z aloe vera aj.)
- f. léky (ve formě tablet, čípků, klyzmat, pěn, injekcí, infuzí)
- g. žádná léčba
- h. jiné, uveďte.....

11. Pokud jste označili v předchozí otázce, že v současné době užíváte léky, uveďte, prosím, jaké (můžete zakroužkovat více možností):

- a. střevní dezinficiens (např. Endiaron aj.)
- b. aminosalicyláty (např. Sulfasalazin, Asacol, Pentasa aj.)

- c. kortikosteroidy (např. Prednison, Medrol, Budesonid aj.)
- d. imunosupresiva (např. Imuran aj.)
- e. biologická léčba (např. Infliximab, Adalimumab)
- f. jiné, uveďte.....

12. Podstoupil/a jste chirurgickou léčbu v souvislosti s ulcerózní kolitidou? Pokud ano, uveďte, prosím, o jaký výkon šlo.

- a. ano,.....
- b. ne

13. Jak často chodíte na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance s ulcerózní kolitidou?

- a. jednou za měsíc
- b. jednou za 3 měsíce
- c. jednou za 6 měsíců
- d. jednou za 12 měsíců
- e. jiné, uveďte.....

14. Popište, prosím, co se provádí na kontrole u gastroenterologa (lékaře specialisty):

.....
.....
.....

II. část – Škála resilience 14 položková

Tato škála hodnotí míru psychické nezdočnosti. Přečtěte si prosím, pozorně každou položku a podle Vašeho názoru zakroužkujte u ní to číslo, které vyjadřuje úroveň Vašeho souhlasu nebo nesouhlasu. Pokud si nejste jistý/á, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

Uvedená čísla znamenají:	
7 – rozhodně souhlasím	3 – spíše nesouhlasím
6 – souhlasím	2 – nesouhlasím
5 – spíše souhlasím	1 – rozhodně nesouhlasím
4 – nevím	

1. Obvykle vše zvládám snadno či obtížně.	7	6	5	4	3	2	1
2. Jsem na sebe hrdý/á, že jsem dokázal/a důležité věci v mém životě.	7	6	5	4	3	2	1
3. Obvykle beru věci takové, jaké jsou.	7	6	5	4	3	2	1
4. Jsem spokojený/á sám se sebou.	7	6	5	4	3	2	1
5. Mám pocit, že zvládám řešit hodně věcí zároveň.	7	6	5	4	3	2	1
6. Jsem odhodlaný/á.	7	6	5	4	3	2	1
7. Snadněji se dostanu přes těžké překážky díky předchozí zkušenosti.	7	6	5	4	3	2	1
8. Mám sebekázeň.	7	6	5	4	3	2	1
9. Pořád mám zájem o věci.	7	6	5	4	3	2	1
10. Obvykle si najdu něco, co mě drží nad vodou.	7	6	5	4	3	2	1
11. Víra v sebe sama mi pomáhá dostat se přes těžké překážky.	7	6	5	4	3	2	1
12. V případě potřeby se na mě lidé mohou spolehnout.	7	6	5	4	3	2	1
13. Můj život má smysl.	7	6	5	4	3	2	1
14. Když jsem v těžké životní situaci, obvykle si najdu cestu, jak se z toho dostat.	7	6	5	4	3	2	1

III. část – Škála vnímané sociální opory PSSS

Tato škála hodnotí míru sociální opory poskytované od blíže neurčeného člověka, rodiny a přátel.

Instrukce k vyplnění platí jako u II. části dotazníku.

1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku.	7	6	5	4	3	2	1
2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti.	7	6	5	4	3	2	1
3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat.	7	6	5	4	3	2	1
4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji.	7	6	5	4	3	2	1
5. Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti.	7	6	5	4	3	2	1
6. Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat.	7	6	5	4	3	2	1
7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně.	7	6	5	4	3	2	1
8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech.	7	6	5	4	3	2	1
9. Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti.	7	6	5	4	3	2	1
10. Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem.	7	6	5	4	3	2	1
11. Moje rodina mi při rozhodování pomáhá.	7	6	5	4	3	2	1
12. O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit.	7	6	5	4	3	2	1

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Monika Hynčicová, obor Všeobecná sestra na UTB ve Zlíně

PŘÍLOHA P II: RS – 14

The 14-Item Resilience Scale (RS-14)							
Please read the following statements. To the right of each you will find seven numbers, ranging from "1" (Strongly Disagree) on the left to "7" (Strongly Agree) on the right. Circle the number which best indicates your feelings about that statement. For example, if you strongly disagree with a statement, circle "1". If you are neutral, circle "4", and if you strongly agree, circle "7", etc.							
Circle the number in the appropriate column	Strongly Disagree			Strongly Agree			
	1	2	3	4	5	6	7
1. I usually manage one way or another.	1	2	3	4	5	6	7
2. I feel proud that I have accomplished things in life.	1	2	3	4	5	6	7
3. I usually take things in stride.	1	2	3	4	5	6	7
4. I am friends with myself.	1	2	3	4	5	6	7
5. I feel that I can handle many things at a time.	1	2	3	4	5	6	7
6. I am determined.	1	2	3	4	5	6	7
7. I can get through difficult times because I've experienced difficulty before.	1	2	3	4	5	6	7
8. I have self-discipline.	1	2	3	4	5	6	7
9. I keep interested in things.	1	2	3	4	5	6	7
10. I can usually find something to laugh about.	1	2	3	4	5	6	7
11. My belief in myself gets me through hard times.	1	2	3	4	5	6	7
12. In an emergency, I'm someone people can generally rely on.	1	2	3	4	5	6	7
13. My life has meaning.	1	2	3	4	5	6	7
14. When I'm in a difficult situation, I can usually find my way out of it.	1	2	3	4	5	6	7

To estimate your level of resilience (only for self evaluation), add the circled numbers:

82-98 = Very High Resilience Tendencies; 64-81 High Resilience Tendencies; 49-63 = Average;

31-48 = Low Resilience Tendencies; 14-30 = Very Low Resilience Tendencies.




If you have an average score or below, talk to a colleague about those low-scoring items.

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

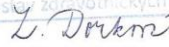
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Monika Hynčicová	
Téma bakalářské práce	Vnímání nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s ulcerózní kolitidou	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Adolescenti a mladí dospělí s ulcerózní kolitidou	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Dětská gastroenterologická ambulance, KNTB a.s. Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Pílušová Alena
Gastroenterologická ambulance, KNTB a.s. Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	Ing. Marcela Drábková 

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne - 8 - 12 - 2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havířkovo nábřeží 600
762 75 Zlín


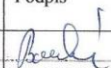
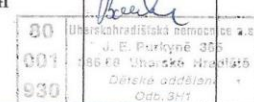
 (9)
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

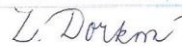
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Monika Hynčicová	
Téma bakalářské práce	Vnímání nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s ulcerózní kolitidou	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Adolescenti s ulcerózní kolitidou	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Ambulance dětské gastroenterologie, Uherskohradištská nemocnice a.s., Uherské Hradiště	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 15-12-2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Uherskohradištská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
hlavní sestra

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Monika Hynčicová	
Téma bakalářské práce	Vnímání nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s ulcerózní kolitidou	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.	
 podpis	
Skupina respondentů	Mladí dospělí s ulcerózní kolitidou	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Gastroenterologická ambulance, Uherskohradištská nemocnice a.s., Uherské Hradiště	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	<i>Z. Dorková</i> Podpis

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 8 - 12 - 2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Z. Dorková
.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Uherskohradištská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365
602 03 Uherské Hradiště
hlavní sestra.....


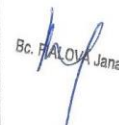
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Monika Hynčicová	
Téma bakalářské práce	Vnímání nezdolnosti a sociální opory adolescentů a mladých dospělých s ulcerózní kolitidou	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.	
	 podpis	
Skupina respondentů	Adolescenti s ulcerózní kolitidou	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Dětská gastroenterologická poradna, Středomoravská nemocniční a.s., odštěpný závod Nemocnice Přerov	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Bc. PAULOVÁ Jane

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 8 - 12 - 2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

 Mgr. KRČKOVÁ Zuzana

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Středomoravská nemocniční a.s.
NEMOCNICE PŘEROV o.z.
Dvořákova 75, 751 52 Přerov

DESATERO RAD

K ROZVÍJENÍ PSYCHICKÉ NEZDOLNOSTI OSOBÁM S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU

VYSTAVUJE VÁS ČASTO NEMOC K NÁROČNÝM ŽIVOTNÍM SITUACÍM?
ZVLÁDÁTE OBTÍŽNĚ NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE S NEMOCÍ?
ZDE VÁM NABÍZÍME DESATERO RAD, KTERÉ VÁM
MOHOU POMOCI ROZVÍJET VAŠI
PSYCHICKOU NEZDOLNOST!

10

- 1)** Věřte ve vlastní sílu a mějte sebedůvěru, že vzniklou náročnou životní situaci překonáte
- nenechejte, aby situace ovlivnila Vaši psychiku.
- 2)** Uvědomte si, co můžete z náročné životní situace maximálně vylézt
- zda tak učiníte, posílí to Vaše sebedůvěru a sebejistotu. V budoucnu zvládnete vzniklou situaci odolněji díky získaným anebo rozvinutým poznatkům, schopnostem a dovednostem.
- 3)** Rozvažte si, čeho vlastně chcete dosáhnout ve Vašem životě a na čem Vám skutečně záleží
- budete mít tak odvalu udělat a překonat něco, co jste ještě neudělali/nezažili.
- 4)** Cílevědomě vytvářejte a rozvíjejte pozitivní mezilidské vztahy
- za podpory rodiny, přátel a známých jistě překonáte vzniklou situaci snadněji nežli sami. Sdělte jim, co Vás trápí.
- 5)** V některých náročných životních situacích Vám může prospět konzultace s psychologem
- pomůže Vám vyřešit situaci a zároveň uklidnit Vaši psychiku.
- 6)** Nezapomínejte na své osobní zájmy
- jako je kultura, sport anebo si přinejmenším udržujte přehled.
- 7)** Chybná rozhodnutí berte jako zdroj poučení a zkušeností
- uvědomte si, že nikdo na světě není neomylný.
- 8)** Během dne si najděte čas na relaxaci
- pohodlně si lehněte a soustředte se výhradně na Vaše tělesné pocity a dýchání. Veškeré vnější události, tráble a myšlenky nechte zcela volně plynout. Při vlastní pasivitě a hluboké fyzické relaxaci se Vám prohloubí pocit klidu a uvolnění.
- 9)** Osvojte si zdravý životní styl
- to se týká výživy, hygieny, režimu práce, odpočinku a eliminace negativních návyků.
- 10)** A na závěr. Mějte rádi sami sebe.

KAM SE MŮŽETE SE SVÝMI TĚŽKOSTMI OBRÁTIT?

- **www.crohn.cz** je internetový web pro pacienty s nespecifickými střevními záněty provozovaný patientskou organizací Pacienti IBD
 - zde se o svých problémech můžete svěřit v nabízené poradně a získat tak odpovědi na vaše otázky. Web nabízí i aktuální přehled plánovaných akcí, seminářů a konferencí, kterých se můžete zúčastnit včetně podstatných informací o ulcerózní kolitidě.
- **www.strevni-zanety.cz** je internetová stránka pro pacienty a odborníky
 - zde můžete sdělit své problémy prostřednictvím vytvořených diskuzí, které obsahují tyto témata: Cestování s IBD, IBD a těhotenství, Jak se léčím s IBD, Moje práce a IBD, Můj jídelníček, Sport a rehabilitace.
- **www.wckarta.cz** je internetová stránka, ve které naleznete veškeré pokyny k získání WC karty
 - je určena především pro Vás (pro pacienty s nespecifickými střevními záněty). Umožní vám překonat komplikovanou situaci a dodá pocit jistoty.
- **Sociální síťe**, ve kterých jsou vytvořené skupiny týkající se nespecifických střevních zánětů
 - zde si nemocní lidé navzájem sdělují své problémy, příběhy, rady a zkušenosti s nemocí.

ZAJÍMAVOST!

Víte, že 14. května existuje světový den nespecifických střevních zánětů (IBD)?

Tento den již v České republice v roce 2016 slavíme počtvrté.