

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Specifika potřeb u nemocných s Crohnovou chorobou

Ilna Knapová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ilona Knapová**
Osobní číslo: **Z12021**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Specifikace potřeb u nemocných s Crohnovou chorobou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:


1. ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha: Galén, c2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
2. KOHOUT, Pavel. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004. 174 s. ISBN 80-734-5023-2.
3. KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2006. 80 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 1. ISBN 80-903-8200-2.
4. KMENT, Milan a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Choroby gastrointestinálního traktu v graviditě. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 182 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 1. ISBN 80-725-4447-0.
5. LUKÁŠ, Karel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 288 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 1. ISBN 80-247-1283-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. července 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. dubna 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 7. 7. 2015

Ilona Knapová

Poděkování:

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Ochtinské za odborné vedení a rady při zpracování mé bakalářské práce.

Poděkování též patří zdravotnickému personálu a pacientům z nemocnice, kde probíhala praktická část práce ve formě sběru důležitých dat.

ANOTACE

Bakalářská práce je věnována tématu Specifika potřeb u nemocných s Crohnovou chorobou. V teoretické části se zabývá nejdříve historií a charakteristikou nemoci, posléze diagnostikou, léčbou a ke konci teoretické části ošetřovatelskou problematikou. V praktické části se práce věnuje sběru dat od klientů postižených Crohnovou chorobou. Rozebírá jednotlivé problémy a porovnává s ostatními.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zažívací trakt, ohraničený zánět, autoimunitní onemocnění, biologická léčba, specifické potřeby, důležitost výživy

TITLE

Specifications of Needs of Patients with Crohn's disease

ANNOTATION

Bachelor thesis is devoted to specific needs of patients with Crohn's disease. In the theoretical part, firstly it considers the history and characteristics of the disease, then diagnosis, treatment. In the end of the theoretical part it introduces problems of nursing. The practical part deals with data collection from clients affected by Crohn's disease. It examines the various issues and compares with the others.

KEYWORDS

Digestive tract, bordered by inflammation, autoimmune diseases, biological therapy, specific needs, the importance of nutrition

Obsah

ÚVOD.....	12
CÍLE.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Anatomie trávicího traktu	14
2 Idiopatické střevní záněty	15
2.1 Historie idiopatických střevních zánětů	15
3 Crohnova choroba.....	17
3.1 Etiologie (původ onemocnění)	17
3.2 Průběh.....	18
3.3 Klinické projevy	19
3.4 Nejčastější komplikace onemocnění	20
3.5 Crohnova choroba v těhotenství.....	22
3.6 Vyšetřovací metody.....	23
3.6.1 Anamnéza, fyzikální vyšetření.....	23
3.6.2 Laboratorní vyšetření	24
3.6.3 Zobrazovací metody.....	24
3.7 Léčebné metody.....	25
3.7.1 Konzervativní metody	26
3.7.2 Chirurgické metody.....	31
4 Část ošetrovatelská	32
4.1 Potřeby člověka v ošetrovatelském procesu.....	32
4.2 Specifika potřeb u nemocného jedince.....	33
4.3 Specifika potřeb u nemocného s Crohnovou chorobou.....	34
4.4 Kvalita života a Crohnova choroba	36
4.5 Měření kvality života.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST	38
5 Metodika a popis kliniky	38
6 Statistické údaje o Crohnově chorobě	38

7 Kazuistiky	42
7. 1 Kazuistika č. 1	42
7. 1. 1 Průběh hospitalizace.....	44
7. 1. 2 Posouzení současného stavu potřeb	46
7. 1. 3 Plán ošetrovatelské péče - ošetrovatelské diagnózy.....	48
7. 2 Kazuistika č. 2	52
7. 2. 1 Posouzení současného stavu potřeb	55
7. 2. 2 Plán ošetrovatelské péče - ošetrovatelské diagnózy.....	57
7. 3 Kazuistika č. 3	61
7. 3. 1 Posouzení současného stavu potřeb	63
7. 3. 2 Plán ošetrovatelské péče - ošetrovatelské diagnózy.....	66
DISKUZE	70
ZÁVĚR	73
Soupis bibliografických citací	75
Seznam příloh	77
Příloha č. 1	78
Příloha č. 2	79
Příloha č. 3	80
Příloha č. 4	81
Příloha č. 5	82
Příloha č. 6	84
Příloha č. 7	92

Seznam tabulek

Tab. 1 Nárůst sledovaných pacientů za období 10 let v celé České Republice i v Pardubickém kraji	39
Tab. 2 Jednotlivé projevy Crohnovy choroby podle postiženého úseku	79
Tab. 3 Barthelův test základních všedních činností.....	81
Tab. 4 Diagnostické domény - NANDA taxonomie.....	82
Tab. 5 Ošetrovatelská dokumentace u pacientů s Crohnovou chorobou	84
Tab. 6 Mapa ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou na interním oddělení.....	92

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf nárůstu pacientů v jednotlivých věkových skupinách v rozmezí 10 let v Pardubickém kraji	40
Obr. 2 Graf znázornění kolik dispenzarizovaných pacientů je z Pardubického kraje v ČR v roce 2013.....	40
Obr. 3 Graf nárůstu dispenzarizovaných pacientů za období 10 let v Pardubickém kraji.....	41
Obr. 4 Sliznice tlustého střeva postižená zánětem u Crohnovy choroby.....	78
Obr. 5 Zdravá sliznice tlustého střeva	78
Obr. 6 Sliznice tenkého střeva postižená zánětem u Crohnovy choroby.....	78
Obr. 7 Zdravá sliznice tenkého střeva	78
Obr. 8 Maslowova hierarchie potřeb	80

Seznam zkratek

GIT – gastrointestinální trakt

IBD - Inflammatory Bowel Diseases

Tzv. – takzvaně

FW – sedimentace červených krvinek

CRP – c – reaktivní protein, ukazatel zánětu

ASCA, pANCA – speciální imunoglobuliny – protilátky

CT – počítačová tomografie

MR – magnetická rezonance

ERCP – endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie

Např. – například

TNF - tumor nekrotizující faktor

KO – krevní obraz

KO + diff. – krevní obraz + diferenciální rozpočet leukocytů

NGS – nasogastrická sonda

NJS – nasojejunální sonda

PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ - perkutánní endoskopická jejunostomie

VAS - stupnice hodnocení bolesti

WHO - World Health Organization, též SZO - Světová zdravotnická organizace

IBDQ - Inflammatory Bowel Disease Questionnaire

RFIPC - Rating Form of IBD Patient Concerns

HRQoL - Health Related Quality of Life

SIP – Sickness Impact Profile

WHOQOL – BREF – The World Health Organization Quality Of Life – BREF

tbl – tableta

i.v – intravenózní podání léčiv

cps – kapsle

ALT, AST, GMT, ALP – enzymy jaterních testů

INR – mezinárodní normalizovaný poměr hodnoty Q – kontrola léčby Warfarinem

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas – kontrola heparinizace

PT – protrombinový čas – jaterní onemocnění – léčba Warfarinem

F 1/1 – Fyziologický roztok

H 1/1 – Hartmanův roztok

BMI – Body Mass Index

MNA – Mini Nutritional Assessment

GCS – Glasgow Coma Scale

mmHg – milimetrů rtuťového sloupce

VAS - vizuální analogová škála

EKG - elektrokardiogram

ATB - antibiotika

TK – krevní tlak v mmHg

P – pulz – akce srdeční

TT – tělesná teplota

SpO2 – saturace krve kyslíkem

ÚVOD

Crohnova choroba je jedna z onemocnění zařazující se do označení Idiopatické střevní záněty. Tedy do onemocnění, u kterých není známá příčina vzniku. Nemoc je zajímavá především tím, že u každého klienta se projevuje různým způsobem. Objevují se jiné potřeby a problémy v souvislosti s touto nemocí. Tím se vlastně stručně shrnul první důvod, proč byla zpracována bakalářská práce na toto téma. Nemoc je velice rozmanitá v oblasti ošetrovatelské péče a to byla motivace se hlouběji zajímat o tuto problematiku. Dalším důvodem výběru je fakt, že je nemoc v dnešní době velice aktuální. To potvrzuje rapidně stoupající incidence této choroby za posledních několik let. Důležitost tohoto tématu je viděn hlavně v seznámení a edukaci větší populace s rizikovými faktory ve vzniku tohoto onemocnění. Při studiu literatury vznik choroby vyplývá a je především připisován uspěchané době, zvýšenému stresu a dosti změněnému způsobu stravování a životnímu stylu. A proto se čím dál tím více zvyšuje výskyt této nemoci. V největší míře se objevuje u klientů ve věkové skupině 20 - 64 let, ale dnešní dobou se čím dál více vyskytuje i u klientů ve věkové skupině 65 let a více. Dříve nemoc tuto skupinu zatěžovala v mnohem menším měřítku.

V teoretické části bakalářská práce seznamuje s nejdůležitějšími informacemi o této dosti zákeřné nemoci. Na začátku se čtenář seznámí s anatomii trávicího ústrojí a historií idiopatických střevních zánětů. Dále práce pokračuje již o samotné Crohnově chorobě, jako je charakteristika, specifika onemocnění, vyšetřovací metody, léčba jak konzervativní, tak chirurgická. Ke konci teoretické části se zmiňuje o ošetrovatelské problematice v rámci ošetrovatelského procesu, obecně o potřebách a specifických potřebách u klientů s touto nemocí.

V praktické části se má bakalářská práce zabírá rozborem jednotlivých kazuistik mých vybraných respondentů s Crohnovou chorobou. U každé kazuistiky jsou vypracované aktuální diagnózy dle NANDA taxonomie, u kterých jsou dále zpracovávány cíle a intervence. V diskuzi práce porovnává jednotlivé kazuistiky. V úplném závěru se zajímá o celkovou práci, zda mi práce něco přinesla, co by se mohlo v rámci nemoci změnit.

CÍLE

1) Cíle části teoretické

Stručně shrnout a popsat nejzákladnější a nejzajímavější informace o Crohnově nemoci. Informovat veřejnost ke snížení rizikových faktorů ve vzniku tohoto onemocnění.

2) Cíle části praktické

Porovnat hlavní rozdíly zdravotních problémů a potřeb u nemocných s diagnózou Morbus Crohn, kteří jsou léčeni biologickou léčbou oproti klasické léčbě. Zjistit jaké nejčastější zdravotní problémy znepríjemňují kvalitu života nemocným s Crohnovou chorobou. Zpracovat ošetrovatelský proces u 10 pacientů s Crohnovou nemocí a na jejich základě vytvořit mapu péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie trávicího traktu

GIT (gastrointestinální trakt) nám slouží k příjmu potravy, jejímu rozmělnění, zpracování a posléze vstřebávání důležitých živin s vylučováním odpadních produktů. Důležitou součástí trávicího systému jsou žlázy, uplatňující se na procesu trávení. Patří mezi ně jak žlázy slinné (příušní, podčelistní, podjazyková), tak žlázy umístěné na sliznici v průběhu celé trávicí trubice. Stěna trávicí trubice je dohromady složena ze čtyř vrstev. Povrchová sliznice v dutině ústní, hltanu, jícnu a terminálním konečníku je tvořena dlaždicovým epitelem. V ostatních částech se nachází jednovrstevnatý cylindrický epitel s četnými žlázkami. Druhou vrstvou je podslizniční vazivo, pod tou se nachází vrstva svalová. Na začátku a na konci trubice je svalovina příčně pruhovaná. Zbývající části mají svalovinu hladkou, orientovanou podélně a cirkulárně, která na několika místech tvoří svým zesílením svěrače (Lukáš, 2005, s. 19-22).

Trávicí trakt začíná dutinou ústní, pokračuje hltanem, jícnem až do žaludku. V něm dochází k mechanickému a chemickému rozmělnění potravy. Peristaltickými vlnami je trávenina posuzována do další části. Na žaludek dále navazuje tenké střevo a po něm střevo tlusté. Tenké střevo je trubice dlouhá zhruba 3 – 5 metrů, rozdělující se na dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Tenké střevo je hlavním úsekem trávení a vstřebávání potravy. K dostatečnému vstřebávání jsou jejunum a ileum vybaveny četnými řasy a klky. Tím se mnohonásobně zvětší plocha k vstřebávání. Tlusté střevo je posledním úsekem měřící přibližně 1,5 metru, které se opět dělí na několik částí. Místo spojení s tenkým střevem se nazývá slepé střevo (caecum) s červovitým výběžkem (apendixem), které je nejčastěji postiženo zánětem. Dále pokračuje v tračník vzestupný (colon ascendens), příčný (colon transversus), sestupný (colon descendens), ten přechází v esovitou kličku (colon sigmoideum) a celý trávicí systém je ukončen konečníkem (rectum). Sliznice tlustého střeva je bez klků a tvoří poloměsíčitě řasy. Hlavní funkcí tlustého střeva je zpětné vstřebávání vody a zahušťování obsahu. (Lukáš, 2005, s. 19-34; Fiala, 2009, s. 56-65)

2 Idiopatické střevní záněty

Jedná se o několik onemocnění, která zánětem postihují trávicí trakt, především tenké a tlusté střevo. Podle českých lékařů se shrnují tyto onemocnění do termínu ISZ (idiopatické střevní záněty). Tuto zkratku stále můžeme nacházet v některých odborných knihách. V dnešní době s pomocí angličtiny najdeme v novějších vydáních odborné literatury označení IBD (Inflammatory Bowel Diseases), v překladu zánětlivé střevní onemocnění. Shrnují se do tohoto společného názvu hlavně proto, že u nich není známá vyvolávající příčina a projevují se všechny zánětem. (Červenková, 2009, s. 9-13)

2.1 Historie idiopatických střevních zánětů

Mezi IBD zařazujeme nejen Crohnovu chorobu, Ulcerózní kolitidu, ale i neurčité kolitidy. Ty postihují zánětem tlusté střevo a jsou u nich často nacházeny překrývající rysy ostatních dvou onemocnění (Červenková, 2009, s. 9-13).

O ulcerózní kolitidě se konalo velké symposium již v roce 1909 v Londýně, kde lékaři referovali o tomto onemocnění. Postupem času se názory lišili. Nejdříve předpokládali za příčinu onemocnění infekční agens. Později ji prohlašovali za typické psychosomatické onemocnění. Až po 2. světové válce byla považována za typ autoimunitního onemocnění (Kohout, 2004, s. 18-19).

Historie Crohnovy choroby je o mnoho let mladší a datuje se až rokem 1932, kdy si musela počkat až na svou samostatnost. Ale již mnoho let před jejím uznáním samostatnosti, existovaly popisy nemocných. Jejichž problémy a příznaky věrně připomínaly pacienty ze současnosti. Mezi takové případy patřil popis W. H. Fabryho již z roku 1612, kdy při sekci adolescenta byla nalezena významná stenóza terminálního ilea s nápadně ztluštělou střevní stěnou. Podobný popis pochází od G. G. Morgagniho z roku 1769. Až v roce 1913 existuje od T. K. Dalziera nejjasnější klinický a patologický obraz nemoci. Nakonec získala jméno

právě v roce 1932 po americkém lékaři jménem B. B. Crohn, který tuto nemoc popsal společně ještě s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem. Mnoho lékařů se setkalo desítek let před B. B. Crohnem s pacienty trpícími chronickými záněty střev, ale konečný objev byl přisuzován právě B. B. Crohnovi. Nejdříve novou chorobu označil jako regionální ileitidu, která však po několika desetiletí po zásluze dostala jeho jméno. (Červenková, 2009, s. 9-13; Lukáš, 1997, s. 10-11)

3 Crohnova choroba

Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění, které může postihnout jakoukoliv část gastrointestinálního traktu. Mezi typické nálezy na střevě jsou aftózní vředy s bělavým středem a zarudlým lemem (příloha č. 1). Sliznice je prosáklá, zarudlá, s hlubokými fisurami (trhlinami). Zánět postihující střevo je ohraničený neboli segmentální. To znamená, že onemocnění většinou postihuje více úseků GIT současně. Při těžkém průběhu onemocnění se mohou objevovat i mimostřevní projevy zánětu. Na rozdíl od ulcerózní kolitidy postihuje celou tloušťku trávicí trubice tzv. (takzvaně) transmurální zánět. Onemocnění se nejčastěji diagnostikuje mezi 20 až 30. rokem života jedince, ale není výjimka objevení onemocnění již v dětském věku. Vyskytuje se stejně u mužů i u žen. (Kohout, 2006, s. 7,21-26; Heřmanová, 2014)

3.1 Etiologie (původ onemocnění)

S vývojem medicíny a přírodních věd se názory i pohledy na etiologii postupem času měnily. Příčinu bohužel dodnes nikdo stoprocentně neví. V současné době se hodně mluví o tom, že by za všechny ty problémy mohla porucha komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. Mezi další často diskutované etiologické faktory se řadí genetické vlivy, faktory vnějšího prostředí, infekce a imunologické vlivy, kdy organismus vytváří protilátky proti vlastním tkáním – používáme označení autoimunitní (Červenková, 2009, s. 9-13).

Genetické faktory hrají velkou roli ve vzniku mnoha onemocnění a není to jinak ani u IBD. Důležitost genetických vlivů na etiologii těchto onemocnění vyplývá především z četnosti familiárního výskytu (onemocnění se vyskytuje u více členů rodiny). Je známá vcelku vysoká frekvence vzniku nemoci v dětském věku v rodinách s familiárním výskytem, a proto se tento faktor nesmí brát na lehkou váhu (Kohout, 2004, s. 19-20).

Mezi vlivy vnějšího prostředí, které by mohly přispět ke vzniku tohoto onemocnění, se řadí typ životního prostředí, životního stylu a typ diety. Souvislost vyšší incidence s moderním způsobem života je zřejmá. Kouření cigaret je stále hodně diskutovaným nepříznivým faktorem u mnoha onemocnění. U Crohnovy choroby je dokázán, jako faktor zhoršující stav onemocnění, ale naopak u Ulcerózní kolitidy se mluví o kouření jako o ochranném faktoru. Jedním z důvodů, proč nejspíše vzrostla incidence IBD, je změna výživových zvyklostí a způsobu života během posledního století. Hlavním důvodem bude fakt, že se celkově snížil podíl přirozené a na druhou stranu se zvýšil podíl více zpracované potravy (rafinovaný bílý cukr, vymílaná mouka). Změna složení potravy může vést ke změně mikrobiální flóry. Dalším možným vysvětlením by mohl být zvýšený příjem ztužených tuků (margarinů), omega – 6 mastných kyselin. Nejvíce je podezírána dieta s vysokým obsahem rafinovaného cukru, nízkým příjmem ovoce a zeleniny (snížený příjem vlákniny). Objevují se i souvislosti se zvýšeným příjmem vlákniny. Jako vyvolávající moment vzniku onemocnění je často uváděno stravování ve fast foodech nebo kratší doba kojení (Kohout, 2004, s. 19-22).

Mnoho let se lékaři pokoušeli přijít na nějakého mikroba, který by byl příčinou vzniku onemocnění, ale marně. „*Faktem však je, že mikrobiální osídlení střeva je podmínkou pro to, aby k chronickému zánětu došlo*“ (Kohout, 2004, s. 20-21). Některé důležité poznatky z experimentálních modelů ukazují, že na vznik Crohna má vliv přítomnost anaerobních bakterií. Ty podporují tvorbu zánětlivých mediátorů. Nebo kmeny *Escherichia coli* v terminálním ileu nemocným vytvářejí cytotoxiny, které mají za následek poškozenou intestinální bariéru (Kohout, 2004, s. 19-29).

3.2 Průběh

Toto onemocnění je ve většině případů celoživotní. V průběhu let se chování nemoci může různě měnit, zatímco její lokalizace se příliš nemění. Nemoc je nevléčitelná, ale u většiny pacientů dosáhnou lékaři pomocí správné léčby klidové fáze neboli remise, kdy mohou dělat skoro vše, jako ostatní vrstevníci. Najdou se tací, kteří mají opakované komplikace a nemůžou trvale pracovat a mají další přísná omezení. Uvádí se kolem 5 % a tomuto období

se říká relaps. Pojmem rekurence označujeme projev nemoci na doposud nepostižené části. U Crohna je to nejtypičtější po chirurgickém výkonu. V začátcích nemoci má většina pacientů pouze zánětlivé změny na sliznici GIT ve formě různě velkých vředů (ulcerace). Postupem času se k tomuto zánětu přidružují změny na sliznici, které vedou k zúžením (stenózám), či uzavření trávicí trubice nebo k vytvoření píštělí (fistulace). Ty se vytváří většinou z hlubokého vředu. Tyto změny se již řadí do komplikací onemocnění. Podle těchto dalších projevů můžeme rozdělit onemocnění na 3 typy – zánětlivý, stenózující a píštělový. Z těchto typů nejlépe odpovídá na konzervativní léčbu typ zánětlivý. Ostatní dva jsou často indikované k chirurgickému řešení (Kohout, 2006, s. 23-27).

3.3 Klinické projevy

Klinické projevy jsou velice rozmanité, záleží především na tom, který úsek zažívací trubice je zánětem postižen (příloha č. 2). Především se jedná o bolest břicha, teploty, průjmy, hubnutí, chudokrevnost (snížený počet červených krvinek a krevního barviva v krvi) a nejsou výjimkou ani mimostřevní projevy. Nejčastěji postižením trpí spojení tenkého střeva – terminální ileum se začátkem tlustého střeva (caecum). A to až ve 40 %. Projevuje se hlavně křečovitými bolestmi břicha hlavně po jídle, průjmy a hubnutím. Hubnutí je základním příznakem. Provází každého pacienta postiženého touto chorobou, v důsledku nižšího příjmu potravy a díky zánětlivé aktivitě choroby. Pacienta s postiženým tenkým střevem trápí hlavně bolesti břicha, hubnutí, neprospívání a chudokrevnost. Zde průjmy a mimostřevní projevy chybí, naopak hrozí opakovaná střevní neprůchodnost. Pokud je postižené tlusté střevo, objevují se hlavně bolesti břicha, průjmy, někdy krvácivé nebo s hnisavými projevy. Pokud bude postižena část u konečníku a řitního otvoru, jedná se hlavně o hnisavé projevy u konečníku, především abscesy, píštěle nebo vředy. (Červenková, 2009, s. 15-17; Heřmanová, 2014)

3.4 Nejčastější komplikace onemocnění

Nejčastějším viníkem komplikací bývá těžký zánět ve střevech, imunitní reakce nebo narušené vstřebávání živin, které jsou pro náš organismus důležité. Dělíme je na komplikace lokální, metabolické neboli celkové a komplikace mimostřevní. Do méně vzniklých, závažných komplikací patří septický průběh střevního zánětu, kolorektální karcinom nebo masivní krvácení. (Kohout, 2006, s. 32-35).

Mezi lokální komplikace se řadí v první řadě stenóza. Jde o zúžení průsvitu střeva, které může vyústit až v poruchu střevní průchodnosti. Objevuje se docela často až u 40 % populace postižené touto chorobou. Postiženo je často tenké střevo. Stenózu doprovází křečovitě bolesti břicha, zvracení a v neposlední řadě střevní zvuky. Postupně v průběhu zánětu dochází docela často k perforaci (proděravění střeva), kdy je stěna zánětem dost oslabená a z toho vyplývají další komplikace. Které se musí řešit ihned operačně, jinak by byl nemocný bezprostředně ohrožen na životě. Pokud hluboký vředový defekt pronikne celou tloušťkou střevní stěny, kolem které se vytvoří vazivová blána, tak z tohoto projevu se často vytvoří píštěl nebo absces uložený mimo střevní sliznici. Píštěl je abnormálně vzniklý kanálek komunikující mezi tenkým střevem a dutým orgánem nebo střevem a povrchem těla. Nejčastěji se tvoří mezi tenkým střevem a močovým měchýřem, vaginou nebo perianálně (patologické propojení konečníku s kůží v oblasti řitě). Píštělí odchází většinou hnis nebo i jiný obsah dutiny. Masivní krvácení se může objevit u poškození velké cévy v důsledku vzniklého vředu. Rakovina tlustého střeva není u Crohna tak častá, častěji se objevuje u pacientů s Ulcerózní kolitidou (Kohout, 2004, s. 30-75).

Metabolické komplikace vyplývají hlavně z porušené funkce vstřebávání živin, ale i z nežádoucích účinků některých léčiv. Osteoporóza (řidnutí kostí) je způsobená zvýšeným odbouráváním anorganických složek. Za tuto komplikaci může především dlouhodobá léčba kortikoidy. Chudokrevnost je způsobena porušeným vstřebáváním železa ze sliznice střeva. Mnoho pacientů s Crohnem podstoupí během onemocnění resekce střev. U těchto pacientů anémii způsobuje nedostatek vitamínu B12, který se posléze doplňuje injekčně. Nedostatek zinku a selenu vede ke změnám na pokožce obličeje. Žlučové kameny mohou vznikat u některých pacientů po resekci tenkého střeva. Dochází totiž k poruše vstřebávání žlučových

kyselin. Potom se dostávají ve zvýšeném množství do tlustého střeva, odkud se usnadňuje vstřebávání bilirubinu, který posléze napomáhá vzniku kamenů ve žlučníku. Ledvinné kameny jsou též vyvolané porušeným vstřebáváním žlučových kyselin. Některé již výše zmíněné komplikace vlastně vyplývají z malabsorbčního syndromu, kdy z nedostatečné plochy střevní sliznice nebo díky velké ploše postižené zánětem nemůže docházet k dostatečnému vstřebávání potřebných živin. Septický průběh zánětu se projevuje zchváceností a horečkami, díky léčbě je méně častý (Kohout, 2006, s. 32-35).

Malnutrice je řazena mezi průvodní jevy IBD, hlavně v období zvýšené zánětlivé aktivity. Může být způsobena buď efektem léků, vytvořením ileostomie, stenózou střev či resekci tenkého střeva. Tím se poměrně dost zmenší resorpční plocha pro živiny, někdy až syndrom krátkého střeva. Častou příčinou vzniku je dosti velký pokles chuti k jídlu, bolesti břicha či průjemy. Při zánětlivých onemocněních střeva dochází ke zhoršenému vstřebávání důležitých živin, to postupně vede ke vzniku malnutrice, minerálové dysbalanci a nedostatku vitamínů. Malnutrice je velice nepříznivá pro klienty, protože dochází k zhoršení pooperačních stavů, zhoršení průběhu onemocnění nebo přímo k jeho prodloužení. Musí se včas diagnostikovat, jinak hrozí další komplikace, jako jsou infekční (infekce urogenitálního traktu, sepse), neinfekční, střevní i mimostřevní. Při časném záchytu se dá lehce předejít dalším problémům a vhodně upravit stav výživy. U těchto pacientů dochází ke snížení svalové síly (nedostatek proteinů svalstva), zhoršení transportní funkce krve, hrozí zvýšené riziko infekcí. Pokud dojde ke snížené hladině albuminu, hrozí tvorba otoků a výpotků v tělních dutinách. Malnutrice vede také ke zhoršení hojení ran a pacienti jsou bohužel ohroženi zvýšenou úmrtností. (Kohout, 2004, s. 30-75; Kubátová, 2014, s. 12,13)

Na vzniku mimostřevních komplikací se výhradně podílí imunitní reakce organismu. Většinou však postihují pacienty s nemocným tlustým střevem. Postižena může být kůže, na které se objeví erytém (bolestivé zduření podkoží i kůže). U zánětu očí dochází k poškození spojivky a rohovky, někdy závažněji i duhovky či řasnatého tělesa. Tato komplikace je velice bolestivá, ale naštěstí nezanechává trvalé následky. Pokud se hovoří o zánětech kloubů, nejčastěji se jedná o postižený kloub kolenní a hlezenní (Červenková, 2009, s. 27,28).

3.5 Crohnova choroba v těhotenství

V současné době není pochyb, že Crohnova choroba má významné genetické pozadí. Vyšší riziko výskytu nemoci je samozřejmě u dětí, u kterých nemocí trpí oba rodiče. Porovnávání fertility (schopnost otěhotnět) u pacientek s Crohnovou chorobou a zdravými ženami, se uvádí snížený počet těhotenství u postižených žen touto nemocí. Snížená fertilita je ve většině případů způsobena trvajícím aktivní formou nemoci. Pokud se podaří aktivní nemoc dostat pod kontrolu, není schopnost otěhotnět zásadně odlišná od zdravých žen. Incidence novorozeneckých malformací není u matek s Crohnovou chorobou významně vyšší oproti zdravé populaci (Kment, 2003, s. 43 - 45).

Průběh nemoci v graviditě závisí na stavu onemocnění v době otěhotnění. Při plánovaném těhotenství by měla být nemoc delší dobu v klidové fázi. Předjde se tak většinou komplikacím v průběhu celé gravidity. Optimálně se mluví o 1 roce trvajícím remisi před otěhotněním. U matek s Crohnovou nemocí je častěji pozorován předčasný porod (před 37. týdnem gravidity) a nižší průměrná hmotnost novorozence. U těchto pacientek je daleko větší frekvence císařského řezu oproti zdravé populaci. Vysvětlení je ve snaze porodníků vyhnout se traumatickým změnám perineální krajiny, která by mohla být příčinou dlouhodobých hnisavých komplikací nebo dokonce vzniku píštělí (Kment, 2003, s. 45-50).

U většiny pacientek je třeba, aby i po otěhotnění pokračovala dlouhodobá medikamentózní terapie. Vysazování léků z přehnané obavy lékařů před nežádoucími účinky má kontraproduktivní efekt a může celou graviditu zásadně ohrozit. Medicínský přístup musí být samozřejmě individuální, protože každá nemocná má jiný dosavadní průběh, rozsah, lokalizaci onemocnění a má jinou medikační léčbu. U většiny medikamentózních přípravků je dokázaná bezpečnost užívání i v těhotenství. Nevhodné je užívání Metotrexátu, pro zvýšené procento potratu a novorozeneckých defektů, 6 měsíců před plánovaným otěhotněním i v průběhu gravidity a laktace. Některá léčiva prostupují přes placentu a částečně se vylučují do mléka, proto u některých přípravků se doporučuje kojit několik hodin po aplikaci (např. u Prednisonu se doporučuje cca 4 hodiny.) Biologická léčba je bezpečná do 2. trimestru a po té se doporučuje její vysazení. Dochází též k prostupu placentou, ale plod léčivé látky

nepoškozují. Ani při těhotenství se žena nevyhne užívat substituční terapii, která je velice důležitá, aby nestrádala matka ani vyvíjející se plod (Kment, 2003, s. 45-50).

U žen s Crohnovou chorobou se vždy musí dopředu počítat s nepředvídatelným průběhem gravidity a vždy myslet na větší možnost rizik než u zdravých matek (např. riziko spontánního potratu). Lékařství je v dnešní době na dobré úrovni. A proto není důvod, se obávat těhotenství u takto nemocných pacientek. Pokud bude žena dodržovat medikaci a důležitá opatření doporučená od porodníků, mělo by vše pro ni i pro novorozence dopadnout dobře (Kment, 2003, s. 43-54).

3.6 Vyšetřovací metody

Tato oblast je velice důležitá pro lékaře. Ten by měl přesně vědět, jaká část a v jakém rozsahu je postižena, aby mohl správně určit účinnou léčbu. V oblasti gastroenterologie je spousta vyšetřovacích metod. Které se dají použít a různě doplňovat, tak aby lékaři nejrychleji přišli na příčinu klientových potíží. Bohužel v gastroenterologii nestačí jen jedna metoda, abychom přišli jednoznačně na určité onemocnění. IBD jsou svým způsobem různorodá a není lehké je ihned diagnostikovat. Mezi diagnostické metody v první řadě řadíme anamnézu s fyzikálním vyšetřením. Dále klienta musíme vyšetřit laboratorní cestou a po té ho vyšetříme pomocí zobrazovacích metod. (Červenková, 2009, s. 31; Slezáková, 2007, s. 70)

3.6.1 Anamnéza, fyzikální vyšetření

Základem každého onemocnění je důkladné poznání pacientovy anamnézy. Zajímá nás anamnéza osobní, rodinná, pracovní, sociální, farmakologická, ale nejvíce nám řekne anamnéza současných obtíží. Lékař by tuto část nikdy neměl podceňovat. Mnohdy se zde dozví nejvýznamnější ukazatele, které ho mohou vést kupředu. Mezi fyzikální vyšetřovací

metody řadíme vyšetření pomocí smyslů lékaře, tzv. vyšetření 5 P – pohled, poslech, pohmat, poklep a nemělo by chybět ani vyšetření per rektum (Kohout, 2006, s. 27).

3.6.2 Laboratorní vyšetření

Mezi laboratorně vyšetřovanými materiály nás zajímá hlavně krev a stolice. U krve vyšetřujeme KO (krevní obraz), biochemii, FW (sedimentaci červených krvinek) a v neposlední řadě vyšetření imunologické. V krevním obraze sledujeme hladinu leukocytů a trombocytů. Vyšší hodnota leukocytů nám může prozradit zánětlivý proces. Naopak snížená hladina železa v biochemii nám odhalí anemii. Dále sledujeme CRP (c – reaktivní protein - ukazatel zánětu) a též zrychlená FW nám též může potvrdit aktivní zánět. Při rozsáhlém zánětu střeva dochází k malabsorbčnímu syndromu, kdy nám o stavu výživy řeknou hodně další ukazatele jako je hladina albuminu a prealbuminu. Nemělo by chybět vyšetření na ASCA, pANCA (imunoglobuliny, speciální protilátky) namířené proti běžným a prospěšným kvasinkám pekařských kvasnic. Přesně nikdo neví, proč se objevují až u 60 % pacientů s Crohnovou chorobou. V případě těžkých průjmů odhalíme poruchu vodního a minerálového hospodaření. K vyloučení infekčního původu je vhodné provést mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice. (Červenková, 2009, s. 31-32; Kohout, 2006, s. 27)

3.6.3 Zobrazovací metody

Do zobrazovacích metod, které zde můžeme využít, zařazujeme ultrasonografické vyšetření, rentgenové vyšetření nativní či s kontrastem, magnetickou rezonanci, endoskopická vyšetření a důležitým vyšetřením je pro nás histologický rozbor vzorku střeva (Kohout, 2006, s. 27).

Vyšetření břicha ultrazvukem je pro pacienta nejméně zatěžující. Pomocí něho můžeme odhalit původ hmatného zduření v břiše, podezření na absces nebo posoudit tloušťku jednotlivých stěn střeva. Mezi méně používané rentgenové metody patří nativní snímek

břicha. Více se používají rentgenové metody s kontrastem. Irigoskopie je vyšetření tlustého střeva pomocí kontrastní látky, která se prakticky nahradila koloskopií. Enteroklýza má naopak u Crohnovy choroby velkou hodnotu. Zde se kontrastní látka podává tenkou sondou zavedenou do tenkého střeva. Kontrastní látku lze podat i do ústí píštěle. Tomuto vyšetření se říká fistulografie. Pomocí CT (počítačové tomografie) rozlišíme možné nitrobřišní abscesy a vyšetření lze provést i pomocí kontrastní látky. K přesnému průběhu píštělí se používá MR (magnetická resonance). Mikroskopická znalost tkáně je pro lékaře velice důležitá. A proto se vzorky odebrané z biopsie při endoskopických metodách nebo odstraněné části střev při chirurgických výkonech vyšetřují histologicky. Lze tak potvrdit diagnózu i odlišit IBD od jiných zánětů nebo od nádorových změn na střevě. Charakteristickým rysem Crohnovy choroby je granulomatózní zánět. Jeho přítomnost napomáhá ke správnému určení diagnózy (Kohout, 2006, s. 27-30).

Mezi nejdůležitější vyšetření patří endoskopické metody, kdy lékař může přímo vidět zánětem postiženou sliznici. Můžeme využít kolonoskopii k vyšetření tlustého střeva až k jeho úplnému začátku. Pokud je střevo postiženo výše, použijeme buď gastrokopii či enteroskopické vyšetření, kdy můžeme vidět až 60 cm za duodenem. K vyšetření celého tenkého střeva je vhodné využít kapslovou endoskopii. Vzhledem k tomu, že u některých nemocných s IBD může dojít k postižení žlučových cest, tak k odhalení tohoto podezření nám pomůže ERCP (endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie), vyšetření ústí žlučových cest (Červenková, 2009, s. 31-37).

3.7 Léčebné metody

V dnešní době možností léčby přibývá. Lékaři dokáží pacientům šít léčbu přímo na míru. Léčba se dělí na konzervativní a chirurgickou. Pokud konzervativní léčba není dostatečně účinná, lékaři přistupují k chirurgickému řešení (Kohout, 2006, s. 35).

3.7.1 Konzervativní metody

Konzervativní metody zahrnují režimová opatření, podávání léků a výživy. Někdy mají zde svou úlohu i některé endoskopické zákroky. Pomocnou roli může mít i psychoterapie. Cílem medikamentózní léčby je zklidnit akutní zánět tak, aby ho vystřídala remise. Na začátku útoku nemoci se předepisují nejvyšší dávky léků. Po zklidnění nemoci přichází na řadu fáze udržovací. Ta má za úkol nemoc udržet, co nejdéle v klidu. Z léčivých skupin se používají aminosalicyláty, kortikosteroidy a imunopresiva (Červenková, 2009, s. 41).

Aminosalicyláty mají dvě účinné látky, a to Sulfasalazin a Mesalazin. Sulfasalazin působí protibakteriálně a protizánětlivě, ale má mnoho nežádoucích účinků (bolesti hlavy, bolesti nadbřišku, pocit na zvracení nebo alergii na slunce). Proto se používá méně než dříve, ale našel své využití u pacientů, kteří mají mimostřevní projevy nemoci např. kloubní postižení. Mezi užívané léky na trhu s obsahem Mesalazinu jsou Pentasa, Asacol, Salofalk. Jsou to léky, které obsahují kyselinu 5 – aminosalicilovou, podobnou kyselině acetylsalicilové (aspirinu). Preparáty se podávají ve formě tablet, čípků, klyzmat či pěny. Záleží na postiženém úseku střeva. Tato skupina je vhodná pro pacienty s mírně a středně aktivní Ulcerózní kolitidou či Crohnovou chorobou (Červenková, 2009, s. 41-43).

Kortikosteroidy (hormony synteticky vyrobené) do léčby IBD vstoupily přibližně o deset let později než aminosalicyláty, a i přes mnoho nových objevených léků, zůstávají zlatým standardem terapie. Mají oproti aminosalicylátům větší protizánětlivý účinek. Dělí se na systémové a topické (s lokálním účinkem). Kortikosteroidy systémové jsou důležité zejména u středně a vysoce aktivní fáze obou onemocnění. Na trhu se dnes nejvíce používá Prednison a Medrol. Jsou velice účinná, ale objevují se u nich některé nežádoucí účinky jako je závislost na nich (kortikodependence), osteoporóza (narušení metabolismu kostní tkáně), narušení metabolismu cukrů, ztráta minerálů, kosmetické problémy (měsíčkovitý obličej – zvýšení hmotnosti, akné, strie nebo vypadávání vlasů). Léčba by neměla přesáhnout 3 měsíce a musí jí doplňovat léčba podpurná, abychom co nejvíce zabránili vedlejším projevům. Topické působící steroidy mají výhodu v tom, že působí přímo na sliznici a minimálně se vstřebávají do krve. Ihned se metabolizují v játrech a do organismu se nedostávají, a proto se u nich neobjevují nežádoucí účinky jako u systémových. Jejich nevýhodou je pouze fakt, že

nezabírají u aktivní nemoci, ale svoje využití našly u mírně až středně aktivní Crohnovy choroby. Způsobuje pouze křehkost kapilár a větší tvorbu modřin. Používá se Budenofalk nebo Entecort. U pacientů s Ulcerózní kolitidou se podávají ve formě rektálních nálevů (Kohout, 2006, s. 36-37).

Imunosupresiva blokují činnost imunitního systému, který je zodpovědný za obranu organismu proti cizorodým látkám. Přes 20 let již přinášejí úlevu pacientům, kteří byli závislí na kortikoidech. Látky Azathioprin a 6-merkaptopurin se používají k udržení klidové fáze. Léčba musí být dlouhodobá. Objevují se nežádoucí účinky ve formě nesnášenlivosti, alergické reakce či porušení krevetvorby. Na trhu se objevuje jako lék s názvem Imuran. Dále se používají účinné látky Cyklosporin a Metotrexát. Ten je určen pouze pro nemocné s Crohnovou chorobou. Je to lék druhé volby a je vzácný. Jedná se o škodlivou látku, která způsobuje vývojové vady u plodu. Cyklosporin našel pouze své uplatnění ve vysoké fázi nemoci u Ulcerózní kolitidy (Zbořil, 2007, s. 39-47).

Biologická léčba je určena těm, u kterých předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala nebo neměla větší účinnost. Cílem biologické léčby je v první řadě odstranit závažné zdravotní obtíže provázející agresivní zánět, snížit nutnost hospitalizace a chirurgických výkonů. Pomáhá lékařům uzavřít píštěle nebo snížit sekreci z nich. Dokáže zhojit vředy a snižuje trvalé poškození sliznice GIT. Dostupnost biologické léčby je v dnešní době na dobré úrovni. Nemocní si mohou vybrat z mnoha center biologické léčby v Čechách i na Moravě. Tato centra jsou společná jak pro obor gastroenterologie, tak i pro obor revmatologie a dermatologie (Špičák, 2008, s. 153-155).

Tato léčba využívá výhradně synteticky vyrobené látky – přírodní produkty ve formě očkovacích látek vyráběné např. z lidské krve. Jedná se o léčiva bílkovinné povahy, jejichž účinkem dochází k vyřazení cílové molekuly z funkční aktivity, ke snížení intenzity zánětu a posléze i ke zlepšení klinického stavu pacienta. Postupem času se zjistilo, že hojení a ústup nemoci nastává, když se zablokuje jeden z mnoha působků, které se při nemoci uvolňují. Nese název TNF (tumor nekrotizující faktor). Uvolňuje se z aktivovaných bílých krvinek a z makrofágů. TNF slouží k tomu, aby tělo jakoukoliv infekci co nejrychleji potlačilo. Jenže u pacientů s IBD imunitní systém reaguje nepřiměřeně a nereaguje ani na normální bakteriální

střevní flóru. TNF vzniká tedy zbytečně a jeho nadbytek dokonce negativně ovlivňuje imunologické procesy v těle a zhoršuje tak průběh celé nemoci (Špičák, 2008, s. 153-160).

Účinné látky jsou Infliximab, Adalimumab a Golimumab. Infliximab na rozdíl od kortikosteroidů dokáže hojit sliznici, čímž snižuje nutnost chirurgických zákroků a významně zvyšuje kvalitu života. Látka obsahuje 75 % složek odpovídajících lidským, 25 % bílkoviny imunoglobulinu tvoří myší sekvence. Tato účinná látka se u nás objevuje ve formě Remicade a zabírá až u 80 % nemocných. Aplikuje se ambulantní cestou formou infuze. Léčba má celkem 2 fáze. Tzv. počáteční, která zahrnuje 3 infúze. A udržovací, kdy se lék podává každých 8 týdnů. Adalimumab je na rozdíl od předchozí látky kompletně lidská. Do těla se vpravuje podkožní injekcí jednou za dva týdny. Pacientům se do těla vpravuje v podobě léku s názvem Humira. Obě tyto účinné látky mají využitelnost u obou onemocnění. Pouze Golimumab, který se též aplikuje podkožními injekcemi, se využívá u Ulcerózní kolitidy. Lék se nazývá Simponi. (Červenková, 2009, s. 46-49; Špičák, 2008, s. 153-167)

Povinná vyšetření před nástupem léčby se nesmí brát na lehkou váhu. Důkladná potřebná vyšetření sniží nežádoucí reakce na minimum. Každý pacient musí projít skiagrafickým vyšetřením hrudníku a každému se provádí tuberkulínový kožní test. Musíme vyloučit latentní tuberkulózu (potlačení TNF může totiž vyvolat vzplanutí do té doby latentní tuberkulózy). Nutná je kontrola u kardiologa. Možná srdeční insuficience je kontraindikací pro možné zhoršení oběhového systému. Gastroenterolog musí vyloučit přítomnost velkých stenóz. Mohlo by dojít k rychlému hojení a vzniku fibrózy ve stěně střeva, což by mohlo vést k střevní neprůchodnosti. U fistulujícího typu Crohnovy choroby musí lékař vyloučit přítomnost abscesu, která by mohla vést k rozvoji nevládnutelné sepse. Kolonoskopie a specifické odběry označované jako Crohn II. – biochemie (glukóza, železo, bilirubin, bilirubin konjugovaný, jaterní testy, cholesterol, celková bílkovina, albumin, CRP, ferritin - globulární vnitrobuněčný protein, který slouží jako hlavní zásobní forma železa), FW, KO + diff se při léčbě v pravidelných intervalech opakují. Další vyšetření se provádí při objevení některých komplikací a podle potřeby (Špičák, 2008, s. 160).

Nežádoucí účinky se u biologické léčby vyskytují v podobě alergických reakcí, které se většinou objevují v průběhu podávání infuze nebo do dvou hodin po jejím skončení. Reakce jsou charakteristické třesavkou, horečkou, bolestmi hlavy, nauzeou, pocitem dušnosti

a zarudnutím kůže, hlavně v obličeji. Nejsou ani výjimkou alergické reakce opožděného typu. Dostavující se 3 až 12. den po aplikaci infúze. Klinicky se projevují podobně jako výše zmíněné nežádoucí účinky. Proto se každému pacientovi před aplikací léčby podávají antihistaminika např. (například) Dithiaden, abychom předešli alergickým reakcím (Špičák, 2008, s. 160-162).

Podpůrná a doplňková léčba je nepostradatelný pomocník u oslabeného organismu, který bojuje dokola se střevními potížemi. Organismu musíme dodávat přesně to, co mu chybí a snížit na minimum nežádoucí účinky protizánětlivé terapie (Červenková, 2009, s. 50).

Protibakteriální léky (antibiotika), snižují množství cizorodých látek ve střevě a tím i možné vyvolávající momenty zánětu. Velký význam mají v léčbě píštělí na tlustém střevě. Využívají se především Cotrimoxazol a Klaritromycin. Některá širokospektrá antibiotika mohou dokonce akutní vzplanutí onemocnění vyvolat. Proto je vždy nutné se domluvit se specializovaným lékařem (Červenková, 2009, s. 50-51).

Probiotika jsou preparáty, které obsahují živou mikrobiální flóru a mají pozitivní preventivní účinek na změněnou střevní mikroflóru u pacientů s IBD. Tyto bakterie lidského původu, podávající se formou tablet, zrychlují ústup klinických obtíží a oddalují návrat aktivního zánětu. Užívají se preparáty s jedním nebo více kmeny bakterií např. *Escherichia coli*, *Lactobacillus acidophilus* či kvasinka *Saccharomyces boullardii*. Vhodným multibakteriálním preparátem je Probioflora či Lepicol. Podobným způsobem lze ovlivnit střevní mikroflóru pomocí léků nebo potravinových doplňků s obsahem vlákniny či jiných nestrávených sacharidů jako např. Prebiotika, Symbiotika. Ale pouze probiotika jako léčiva splňují čistotu bakteriálních kultur, zaručují bezinfekčnost (Kohout, 2006, s. 38-39).

Substituční léčba se nevyhne žádnému pacientovi s Crohnovou chorobou. V některých případech je nutné dodat chybějící minerály (draslík, vápník, hořčík), a to formou tablet nebo šumivých tablet. U pacientů léčených kortikoidy podáváme v prevenci vzniku osteoporózy vápník. Dodáváme též stopové prvky (železo, jód) či vitamíny (vitamin C, vitamíny rozpustné v tucích – A, D, E, K, vitamíny řady B, hlavně B₁₂). Častou využívanou skupinou léčiv u Crohnovy choroby a hlavně Ulcerózní kolitidy jsou Antidiarhoika (Červenková, 2009, s. 50-52).

Léčba dietou a umělou výživou je velmi důležitá součást léčby. Vhodná dietní opatření mohou zlepšit stav výživy pacienta a tím průběh léčby. Dietní opatření se liší u pacientů v akutním vzplanutí a ve fázi remise. Dieta by měla být vždy lehce stravitelná, měla by obsahovat plnohodnotné bílkoviny ve formě lehce stravitelného masa (drůbež, ryby), vejce, mléko, mléčné výrobky. Dieta by měla být omezena o množství nasycených tuků a cholesterolu a měla by být bohatá na vitamíny a minerální látky (Kohout, 2004, s. 76).

Ve fázi relapsu je nutné podávat bezezbytkovou dietu. To znamená vyloučit z diety nerozpustnou vlákninu (čerstvou zeleninu, ovoce a luštěniny) a hůře stravitelná jídla (s velkým obsahem tuku). Množství rozpustné vlákniny není nutné omezovat vůbec. Dobré je přidávání probiotik. Je preferována stravitelná sacharidová dieta s vyšším obsahem škrobů, bílkovin, železa, dostatečným množstvím vitamínů C a B – komplexu. Dieta ve stadiu remise se neliší mnohdy od diety racionální. Po nástupu remise je potřeba dietu normalizovat s normálním obsahem vlákniny. Nadále je dobré se vyvarovat nadýmavých pokrmů, destilátů a tučných mas. Dietní režim je zcela individuální. Nemocný si musí vytipovat potraviny, které může přijímat bez obav. (Kohout, 2004, s. 76-80; Kubátová, 2014, s. 12,13)

Umělá výživa je indikována u pacientů s IBD, u kterých se projevila malnutrice nebo u nich malnutrice hrozí a nejsou schopni stav výživy doplnit samostatným perorálním příjmem. Cílem podávání umělé výživy (enterální či parenterální) je zlepšení nutričních parametrů a zlepšení imunitních funkcí u nemocných s dlouhodobě poškozeným stavem výživy. U pacientů se syndromem krátkého střeva, při kterém běžný perorální příjem nestačí k pokrytí potřeb organismu, je nutné dodávat jednotlivé potřebné živiny a minerály. Enterální výživu (zachované funkce GIT) je možné podávat buď nazogastrickou, nazojejunální sondou nebo pomocí zavedení PEG nebo PEJ (perkutánní endoskopická gastrostomie, perkutánní endoskopická jejunostomie) či popíjením nápojů tzv. sipping. Parenterální výživa se podává pomocí periferním či centrálním katétrem do žilního systému. Užívají se vaky All in one, kde jsou ve vhodném množství obsaženy potřebné živiny pro oslabený organismus (Kohout, 2004, s. 76-99).

Podle zkušenosti pacientů i lékařů mohou psychické problémy, především stres, vyvolat imunitní reakce a akutní vzplanutí nemoci. A naopak správně prováděná psychoterapie může nemoc zklidnit (Kohout, 2006, s. 40).

3.7.2 Chirurgické metody

Chirurgické metody nastupují tehdy, kdy nezabírá léčba konzervativní. Není její konkurencí, ale obě metody se kombinují a doplňují. Většina nemocných zažije operaci alespoň jednou za život. Až u 80 % nemocných se projevy po nějaké době vrací. Dojde k tzv. rekurenci. K zákroku se přistupuje až tehdy, kdy lékaři opravdu nejsou schopni zánět zvládnout jiným způsobem. Výkon musí být co nejšetrnější. Předem se musí již počítat s tím, že se zákrok může několikrát opakovat. U Crohnovy choroby se provádějí výkony, jako jsou ileocékální resekce, strikturoplastika a operace perianálních píštělí. Ileocékální resekce se provádí při stenóze lumen tenkého či tlustého střeva. Operatér odstraní části střeva zasažené zánětem, které jsou neprůchozí, a provede anastomózu dvou konců střeva. Při rozsáhlém postižení střeva tlustého přistoupí lékař k pravostranné hemikolektomii. Odstraní úsek na tenkém a tlustém střevě a provede ileotransversoanastomózu, zformuje nové spojení obou střev. Strikturoplastika se provádí při mnohonásobném postižení střeva krátkými stenózami (5 až 7 cm dlouhé). Lékař stenózu podélně protne a následně příčně sešije. Je výhodná tím, že obnoví průchodnost, aniž by se zmenšila plocha tenkého střeva. V některých případech lze provést až desítky strikturoplastik. U perianálních píštělí se lékař snaží spojit píštěle v jeden kanál a zajistit jejich trvalou drenáž. V některých případech tyto výkony nelze provést a operatér je nucen přistoupit k vyvedení střeva navenek břišní stěnou, provést tzv. stomii. Většinou se jedná o přechodné řešení, po залéčení střeva se stomie zruší (Červenková, 2009, s. 53-54).

4 Část ošetrovatelská

Jako pro mnohá jiná onemocnění, tak i pro IBD existuje několik sdružení. Ta sdružují pacienty s Crohnovou chorobou a Ulcerózní kolitidou. Tato sdružení pacientům pomáhají nejčastěji vyrovnat se s nově objevenou nemocí. Některá z nich pořádají i různé akce, semináře nebo vydávají knížky pro snadnější vypořádání se s novým onemocněním. Knihy se snaží odpovědět na nejčastěji kladené otázky, nejasnosti týkající se IBD. Knihy se jmenují: Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat 1 i 2. Tuto literaturu vydala Pracovní skupina pro idiopatické záněty a Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty – Pacienti IBD. (Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty - Pacienti IBD, 2011, s. 10-60; Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty - Pacienti IBD, 2012, s. 9-61)

4.1 Potřeby člověka v ošetrovatelském procesu

Potřeby člověka jsou něčím, co lidská bytost nezbytně potřebuje pro svůj život a postupný vývoj. Všeobecně známá definice popisuje potřebu takto: „*Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí*“ (Trachtová, 2013, s. 10). Význam potřeb dělíme dle hlediska biologického, ekonomického a psychologického. Každý jedinec uspokojuje potřeby jiným způsobem. Záleží především na typu osobnosti, pohlaví, vzdělanosti nebo vyzrálosti. Nezůstávají po celý život stejné, na rozdíl od pudů a instinktů. Naše potřeby se v průběhu života různě mění a vyvíjí. Tyto změny jsou ovlivňovány z velké části vnějším prostředím. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka (pozornost, myšlení, emoce) a tím významně vytváří vzorec chování jednotlivce (Trachtová, 2013, s. 9-11).

Základním rysem ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování jednotlivých potřeb se realizuje prostřednictvím 5 fází ošetrovatelského procesu (anamnéza, diagnóza, plánování, realizace

a hodnocení výsledků péče). Každý člověk je bytostí bio – psycho – sociální, a proto se sestry zabývají člověkem jako celkem tzv. holistický přístup. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle „Maslowa“, dle jejich naléhavosti (příloha č. 3). V Maslowově pyramidě potřeb jsou potřeby seřazeny od tzv. nižších (potřeby fyziologické, potřeby bezpečí) po potřeby vyšší (potřeby sounáležitosti, uznání a seberealizace). Nejprve člověk musí mít uspokojené potřeby nižší (pro člověka nejdůležitější), bez kterých nelze žít, a jsou postavené na základně pyramidy. Až poté má smysl uspokojovat potřeby vyšší, též velmi důležité pro jedince, ale lze bez nich přežít (Trachtová, 2013, s. 9-16).

4.2 Specifika potřeb u nemocného jedince

Ve zdraví je většinou jedinec schopný uspokojovat své základní – biologické potřeby bez pomoci druhých lidí. Pokud je člověk zdravý, má možnosti i síly dosáhnout toho o co usiluje. Pro pochopení cest k naplnění lidských potřeb v nemoci je velmi důležité pokusit se zmapovat osobnost jedince před vznikem onemocnění (např. pohlaví, věk, vzdělání, mezilidské vztahy, typ osobnosti, temperament, hierarchie hodnot). Musíme vždy myslet na vliv předcházejících onemocnění, všimnout si osobnostních projevů v nemoci. Často je nemoc pacienty vnímána, jako konfliktní situace s rodinou i se sebou samým. K posouzení zdravotního stavu nemocného a ke stanovení navazujících kroků ošetrovatelského procesu používáme Barthelův test základních všedních činností, také označovaný jako ADL test - z anglického překladu Activity Daily Living (příloha č. 4). Podle počtu dosažených bodů si určíme stupeň soběstačnosti klienta v základních biologických potřebách (Šamánková, 2011, s. 33-35).

V léčbě i ošetřování nemocných se snažíme uspokojit potřeby, které jsou limitovány samotným onemocněním (změna životního stylu, sociální a ekonomické problémy) a potřeby, které nově vznikají (např. pomoc od bolesti, ztráta pocitu bezpečí). V průběhu onemocnění některé potřeby mizí a jiné se nově objevují. U nemocného člověka potřeba seberealizace v podstatě zaniká. V akutní fázi nemoci člověk nepotřebuje slyšet, jak by se mohl realizovat. Důležité je posilovat jeho sebeúctu, dávat najevo, že nás neobtěžuje o něho pečovat. V okruhu potřeb lásky a pocitu sounáležitosti dáváme jednoznačně najevo naše porozumění, snažíme se

pomoci v nejasnostech vztahových i osobních. Nemocný člověk potřebuje dostatek pocitu bezpečí a jistoty. Chce vědět, že nebude opuštěn a bude mít kolem sebe osoby, které se o něho laskavě postarají. Fyziologické potřeby v době nemoci zůstávají v popředí zájmu každého nemocného člověka. V průběhu akutní nemoci mohou zájem o tyto potřeby postupně ztrácet. Proto péči o potřeby přebírá někdy úplně ošetrovatelský personál. (Šamánková, 2011, s. 36-37; Trachtová, 2013, s. 16-17)

4.3 Specifika potřeb u nemocného s Crohnovou chorobou

Každý nemocný s Crohnovou chorobou má trochu jiný průběh nemoci, různě velké postižení střev zánětem a od toho se posléze odvíjejí rozlišnosti jednotlivých potřeb a problémů u každého z nich. Podle jednotlivých diagnostických domén neboli skupin lidských potřeb se snažíme na každého jednotlivce vybrat na míru nejvhodnější diagnózy dle NANDA taxonomie (příloha č. 5), podle kterých později plánujeme a realizujeme ošetrovatelskou péči (Herdman, 2013, s. 157-550).

U Crohnovy choroby se u každého klienta budeme zaobírat a sledovat Doménu 2 - Výživa, protože u mnoho jedinců je zvýšené riziko podvýživy a malnutrice díky zánětlivé aktivitě nemoci. U nemocných, kteří trpí převážně postižením tlustého střeva, musíme svou pozornost věnovat Doméně 3 - Vylučování a výměna, kdy člověk trpí průjmy a od toho se odvíjí zvýšená ošetrovatelská péče v této oblasti. V akutní fázi, ale i v celém průběhu této nemoci nás zajímá Doména 4 - Aktivita/odpočinek. Kdy klient trpí zvýšenou únavností, narušeným vzorcem spánku. Často dochází k deficitu některé ze základních fyziologických potřeb. Po zvládnutí akutního vzplanutí nemoci se tyto problémy většinou dostávají opět do pozadí ošetrovatelské péče. (Herdman, 2010, s. 53-350; Herdman, 2013, s. 157-550; Trachtová, 2013, s. 69-109)

U Domény 6 – Sebe percepce (vnímání sebe sama) a Domény 9 – Zvládání/tolerance zátěže pozorujeme stav psychiky jednotlivce sama k sobě a k okolí, vyrovnání se s nemocí. Může se dostavit bezmocnost s aktuálním zdravotním stavem. Většinou se s těmito Doménami aktivně zaobíráme u nemocných s čerstvě diagnostikovanou nemocí nebo u akutního vzplanutí

nemoci, kdy se objevuje strach, úzkost, kdy člověk neví, jak bude dále fungovat v práci, v soukromém životě. Snažíme se klientovi pomoci, co nejúčinněji se s novou vzniklou situací vyrovnat, poskytovat vhodné informace, odkazovat na pomocné skupiny a organizace. Návštěvou jedné z těchto organizací, klient dostane možnost setkání se stejně nemocnými lidmi a vyslechnout jejich životní příběhy. Tím by se mu mohlo psychicky ulevit. Klienta pravidelně edukujeme, jak se správně stravovat, pečovat o sebe tak, aby nemoc co nejdéle zůstala v klidové fázi. Na tuto oblast nám navazuje další Doména 1 – Podpora zdraví. Každý jedinec nemocný Crohnovou chorobou se musí přizpůsobit nemoci a změnit předešlé zvyklosti, snažit se efektivně změnit stravování a životní styl, tak aby mohl podle svých možností aktivně existovat. (Herdman, 2013, s. 157-550; Trachtová, 2013, s. 154-166)

Důležitou Doménou 11 je také bezpečnost/ochrana. Pečujeme o klienta tak, aby se cítil chtěný, aby mu nevzniklo žádné nebezpečí v podobě infekce nebo pádu po dobu celé hospitalizace. U Domény 12 – Komfort pravidelně sledujeme bolest, zhoršený komfort a popřípadě sociální izolaci. U sledování bolesti si dáváme velice záležet na pravidelnost zaznamenávání bolesti dle VAS (stupnice hodnocení bolesti), charakteru bolesti a vhodné tláčení bolesti dle ordinace lékaře. Zjišťujeme mimo jiné další metody, které pomáhají ztlumit akutní bolest a faktory, které naopak bolest zhoršují, abychom je mohly částečně odstranit dle našich možností. Staráme se o klienta tak, abychom v co největší míře zvýšili komfort, aby ho rušilo co nejméně rušivých elementů v souvislosti s nemocí. Co se týče rizika sociální izolace, snažíme se informovat a apelovat na rodinu, že pro jejich blízkého jsou kontakty s blízkými velice důležité. S tím souvisí další Doména 7 – Vztahy mezi rolemi. Každý nemocný by měl mít jistotu, že v průběhu nemoci se jeho důležité vztahové vazby udrží, ale ne v každém případě to tak je. U klientů v dětském věku nesmíme zapomínat na Doménu 13 – Růst/vývoj, kdy může hrozit díky nemoci riziko opožděného vývoje. (Herdman, 2013, s. 157-550; Trachtová, 2013, s. 125-153)

Je jisté, že v aktivní fázi nemoci půjdou některé Domény do pozadí např. Doména 8 – Sexualita, Doména 10 – Životní principy nebo i Doména 5 – Percepce/kognice. U poslední z vyjmenovaných Domén je to míněno ve smyslu snížené pozornosti a orientace, když je jedinec např. v ohrožení života. Po stabilizaci stavu nebo i posunutí nemoci do stadia remise se tyto Domény znova dostávají do popředí zájmu klienta (Herdman, 2013, s. 157-550).

Závěrem této kapitoly je nutné podotknout, že se u této nemoci můžeme zajímat o všech 13 Domén, jak bylo popsáno výše. Samozřejmě záleží, jakého před sebou máme pacienta, jestli v akutní fázi nebo ve fázi klidové. U nějakého můžeme sledovat pouze Domény 3 nebo 4 a druhého třeba všechny najednou (Herdman, 2010, s. 53-350).

4.4 Kvalita života a Crohnova choroba

Nejčastěji v praxi používaná definice kvality života je vytvořená skupinou WHOQOL. Kvalita života vyjadřuje to: *„jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterém žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“* (Svitková, 2014, s. 39). Podle WHO se na kvalitě života podílí šest oblastí. Každá oblast má různý počet indikátorů. Těmito oblastmi jsou: fyzická kvalita života (indikátor: prožívání bolesti, pracovní způsobilost a pohyb), psychická kvalita života (indikátor: prožívání pozitivních a negativních emocí), nezávislost (indikátor: různé aspekty omezení tělesné nezávislosti), sociální vztahy (indikátor: hodnocení osobních vztahů), prostředí (indikátor: sociální a fyzikální aspekty prostředí), náboženství, spiritualita (indikátor: náboženské přesvědčení). Podle ošetřovatelství se kvalita života vymezuje pěti body: schopnost žít normální život, spokojenost a štěstí, dosažení už stanovených cílů, vést aktivní život, dosažení tělesné a mentální kapacity (Svitková, 2014, s. 39).

Crohnova choroba ovlivňuje člověka na osobní, pracovní, společenské, ale i intimní úrovni. Choroba představuje pro člověka velký vliv na kvalitu života. Mají na ní vliv dva druhy faktorů. Do zevních faktorů řadíme sociální, stravovací, vzdělanostní vlivy. Vnitřní faktory jsou přímo spojené s nemocí, příznaky a způsobem léčby. V průběhu onemocnění závisí kvalita na intenzitě a dynamice klinických příznaků. S výraznějšími příznaky kvalita života klesá. U konzervativní léčby je velmi důležité zmírnit i nežádoucí účinky léčby. U chirurgicky léčených pacientů samozřejmě kvalita klesá, ale s nástupem remise se kvalita života opět zvyšuje. Veliký vliv má velice důležitá edukace. Nedostatečná edukace významně kvalitu života s tímto onemocněním snižuje. Nemocný je stresovaný změnou denního režimu

a tím, jak to zvládne v aktivním vzplanutí nemoci. Zákeřnost nemoci spočívá v tom, že ovlivňuje člověka ve všech oblastech života (Svitková, 2014, s. 40).

4.5 Měření kvality života

V ošetrovatelství i v medicíně se měření kvality života využívá nejčastěji jako ukazatele efektivity léčby, k rychlému rozpoznání problémů, sledování změn a odpovědi na léčbu. U nemocných s IBD se v praxi nejčastěji používá dotazník IBDQ. Kvalitu života měří současně ve čtyřech oblastech, dohromady pomocí 32 otázek. Každá otázka má sedmistupňovou Likertovu škálu. Skóre je v rozsahu 32 až 224 bodů, čím je hodnota vyšší, tím je kvalita života lepší. Jedná se o oblasti: celkové (únava, spánek), střevní (bolesti břicha, frekvence stolice, krvácení), emocionální (stres, strach, deprese), sociální (práce, společenské zázemí). Dalším dotazníkem k měření kvality života je RFIPC. Obsahuje celkem 25 otázek a slouží k odlišení IBD od ostatních střevních onemocnění. Dotazník HRQoL obecně hodnotí nemoc, léčbu a vedlejší účinky. Existují dále další dotazníky, které se dají ještě použít např. obecné dotazníky při IBD - SIP nebo WHOQOL – BREF. (Svitková, 2014, s. 39-40; Gurková, 2011, s. 103 - 115, 158-160)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodika a popis kliniky

Nemocnice, kde probíhala praktická část této bakalářské práce je okresního typu. Klienti ke sběru dat byli vybráni na interní klinice. Někteří docházeli na biologický sálek nebo na pravidelné kontroly do gastroenterologické poradny a jeden klient byl na klinice hospitalizovaný k plánovanému vyšetření.

V praktické části jsou zpracovány tři kazuistiky klientů s diagnózou Morbus Crohn, kteří v době výzkumu navštívili interní kliniku. Celkem u 10 klientů byla zpracována ošetrovatelská anamnéza dle předem připraveného listu ke sběru důležitých dat (příloha č. 6). A z nich tři nejzajímavější byly zpracovány do praktické části. Vybraní klienti byli léčeni jak pomocí biologické léčby tak bez ní, tzv. klasickou metodou. Před každým samotným sběrem dat musel být potvrzen ústní souhlas, bez něhož nebylo možné sběr provádět. Byla vždy snaha o zajištění intimnějšího prostředí v rámci kliniky nebo areálu nemocnice. Vždy byl klientovi objasněn průběh rozhovoru a sděleno anonymní použití získaných dat. Po sběru dat byly u klientů dle NANDA taxonomie II. zpracovány ošetrovatelské diagnózy, z nich vyplývající určující znaky a související faktory. Dále práce rozebírá rozpracovaný ošetrovatelský postup s jednotlivými cíli a intervencemi. Všechny sebrané informace byly zjišťovány od samotných klientů a posléze z lékařské a ošetrovatelské dokumentace nebo od nemocničního personálu.

6 Statistické údaje o Crohnově chorobě

V roce 2013 bylo celkem dispenzarizováno v celé České republice 20 444 klientů s Crohnovou chorobou. Bylo sledováno onemocnění v Pardubickém kraji, kde bylo v tomto roce dispenzarizováno dohromady 797 klientů. Z tohoto celkového počtu bylo 71 klientů

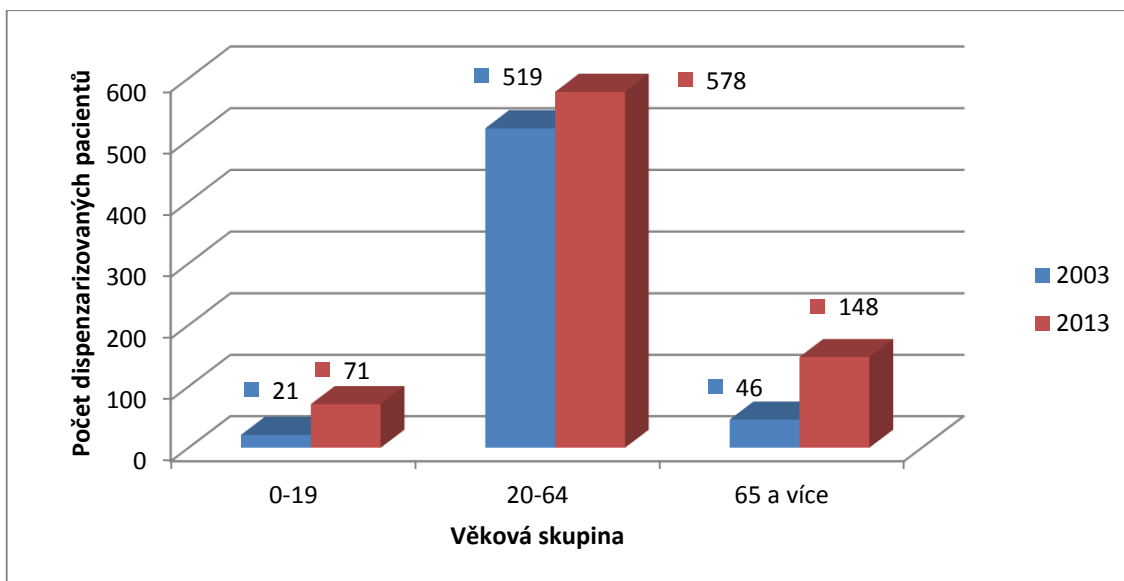
z věkové skupiny 0 – 19 let, 578 klientů patřilo do věkové skupiny 20 – 64 let a 148 klientů do věkové skupiny 65 let a více.

Tento sledovaný rok 2013 byl porovnán s rokem 2003. Toto rozmezí bylo vybráno převážně pro přehledný a znatelný nárůst dispenzarizovaných pacientů v odstupu 10 let. Od roku 2003 narostla dispenzarizace v celé ČR o neuvěřitelných 11 731 klientů.

Tab. 1 Nárůst sledovaných pacientů za období 10 let v celé České Republice i v Pardubickém kraji (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2015)

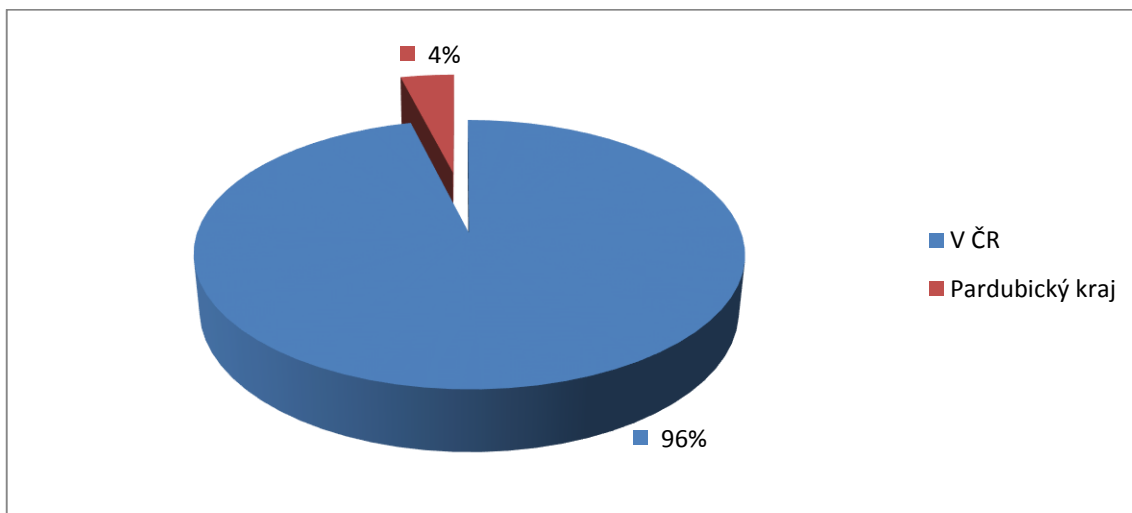
	Nárůst
Česká Republika	11731
Pardubický kraj	211
Pardubický kraj: 0-19 let	50
Pardubický kraj: 20-64 let	59
Pardubický kraj: 65 let a více	102

V Tab. 1 je znázorněn celkový nárůst dispenzarizovaných klientů s Crohnovou chorobou od roku 2003 do roku 2013 v celé České Republice a Pardubickém kraji, tak i podle jednotlivých věkových skupin ve sledovaném kraji. Největší nárůst je viděn ve věkové skupině 65 a více let. V celé České Republice se incidence nemoci zvýšila o neuvěřitelných 11 731 sledovaných klientů.



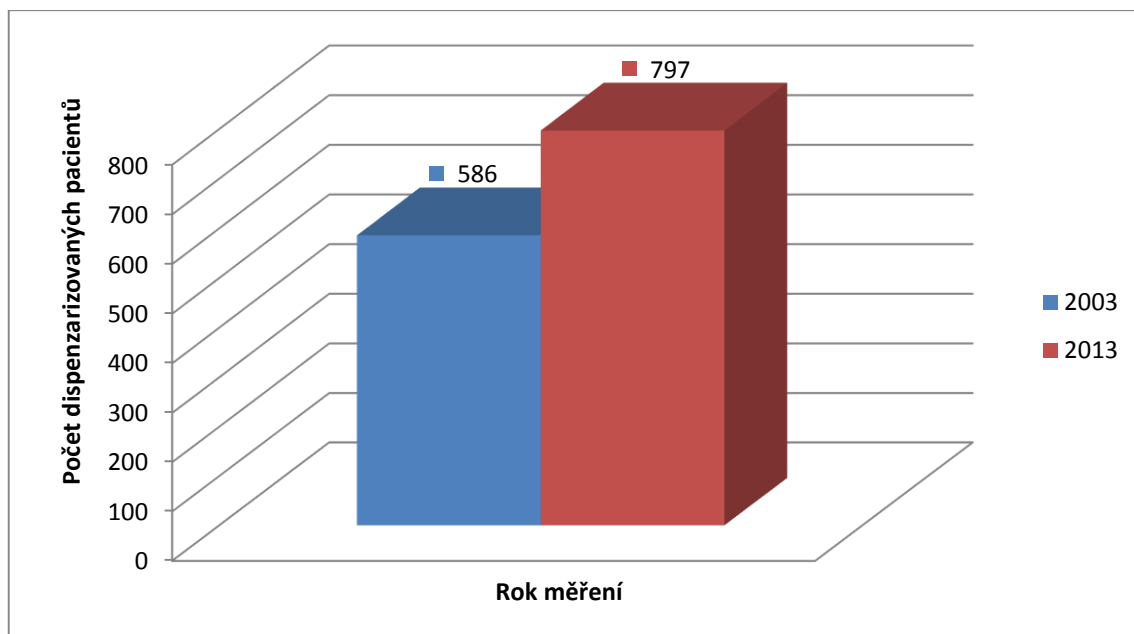
Obr. 1 Graf nárůstu pacientů v jednotlivých věkových skupinách v rozmezí 10 let v Pardubickém kraji (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2015)

Na obr. 1 vidíme počty dispenzarizovaných klientů Pardubického kraje rozdělené podle 3 věkových skupin po odstupu 10 let. Největší počet klientů se nachází ve věkové skupině 20 – 64 let v obou sledovaných obdobích.



Obr. 2 Graf znázornění kolik dispenzarizovaných pacientů je z Pardubického kraje v ČR v roce 2013 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2015)

Na obr. 2 vyčteme snadno v procentech sledovanou část klientů Pardubického kraje z celkového počtu klientů v České Republice.



Obr. 3 Graf nárůstu dispenzarizovaných pacientů za období 10 let v Pardubickém kraji (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2015)

Na obr. 3 je znázorněný počet dispenzarizovaných klientů v Pardubickém kraji v roce 2003 a 2013. V rámci jednoho kraje je nárůst v období 10 let vcelku znatelný.

7 Kazuistiky

7.1 Kazuistika č. 1

Muž, 52 let byl přijat na interní oddělení k plánovanému došetření kožních problémů. Doporučení dostal od pana primáře interního oddělení stejného zdravotnického zařízení.

Anamnéza

- **osobní** – V dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Crohnova choroba mu byla diagnostikována v roce 1998. Od roku 1991 se nejdříve léčil s Ulcerózní kolitidou. Toto onemocnění vypuklo v současnou Crohnovu chorobu. Díky nespecifických příznaků mohla být diagnostika Ulcerózní kolitidy i podle lékařů mylná. Přibližně před 20 lety mu byla operována fimóza. V souvislosti s Crohnovou chorobou žádné chirurgické operace neprodělal. Stěžoval si poslední měsíc na více se šupící kůži, hlavně na dolních končetinách, ale v menší míře i na končetinách horních. Kůže více svědí.
- **farmakologická** – Salofalk 500 mg tbl 1 – 1 – 1 (Chemoterapeutikum), Ursosan 250 mg cps 1 – 0 – 2 (Cholagoga)
- **rodinná** – v rodině neví o žádných onemocněních jak u matky, otce ani u sourozenců
- **alergická** – náplast
- **sociální** – bezdětný, žije s přítelkyní
- **pracovní** – programátor

Hlavní diagnóza

- sklerotizující cholangitida

Vedlejší diagnóza

- Morbus Crohn – lehké zánětlivé změny na spojení tenkého a tlustého střeva
- stenózy v oblasti choledochu

- opakované angíny
- zvětšená prostata

Vyšetřovací metody

- ERCP
- Cílená jaterní biopsie pod ultrazvukovou kontrolou

Laboratorní výsledky

- **Biochemie** – bilirubin – 20 $\mu\text{mol/l}$, bilirubin konjugovaný – 6 $\mu\text{mol/l}$, ALT – 0,51 $\mu\text{mol/l}$, AST – 0,52 $\mu\text{mol/l}$, GMT – 1,24 $\mu\text{mol/l}$, ALP – 5,65 $\mu\text{mol/l}$
- **Koagulace** – INR – 1,0, APTT – 31 s, PT – 11 s

Farmakologie za hospitalizace - Biopron 1 – 0 – 1 (Probiotika), 2. Amoksiklav 1,2 g i. v do 100 ml F1/1 8 – 16 – 24 (Antibiotika), Infúze – 1. 500 ml H 1/1 i. v 2. 500 ml F 1/1 i.v

Základní screeningové vyšetření sestrou

- celkový vzhled, úprava – upravený
- výška – 183 cm, hmotnost – 75 kg, BMI (Body Mass Index) – 22,4 (norma)
- poloha – aktivní, postoj – vzpřímený, chůze - přirozená
- stav vědomí – při vědomí
- puls – 84/ min, pravidelný
- krevní tlak – 140/100 mmHg
- tělesná teplota – 36,8 °C
- dech – 18/ min, pravidelný
- saturace – 96 %
- pohyb – bez omezení, bez kompenzačních pomůcek
- stisk ruky – stisk pevný, schopen úchopu
- poruchy citlivosti – nepřítomny
- zrak – nosí brýle na blízko
- zornice - izokorie
- sluch – bez potíží

- nos – bez sekrece
- dutina ústní – bez patologie, chrup vlastní
- kůže – suchá, šupí se, zvýšené svědění

Informace získané objektivním pozorováním

- orientace - orientován osobou, místem i časem
- pozornost – úmyslná
- oční kontakt – udržuje
- chápe myšlenky a otázky – ano
- řeč – plynulá

Testy a škály

- Hodnocení dekubitů dle Nortonové – 32 bodů (bez rizika vzniku dekubitů)
- ADL test – 100 bodů (plně soběstačný)
- MNA (Mini Nutritional Assessment) – 13 bodů (normální výživový stav)
- GCS (Glasgow Coma Scale) – 15 bodů (plně při vědomí)
- Riziko pádu dle stupnice pádů Morse proměnná – 25 bodů (nízké riziko)
- VAS (Visuální analogová škála) – po jaterní biopsii uvádí číslo 3

7. 1. 1 Průběh hospitalizace

- 1. DEN:** Klient byl přijat přes ambulantní část na oddělení interní kliniky a uložen na lůžko. Nejdříve se s klientem sepsala sesterská anamnéza, posléze ho vyšetřil ošetřující lékař a edukoval s potřebnými vyšetřujícími metodami. Klient po seznámení s plánovaným vyšetřením a řádem oddělení, podepsal všechny potřebné informované souhlasy. Zdravotní sestra odebrala standartní odběry (Biochemie, KO, Koagulace, FW, moč + sediment) a odběry potřebné před plánovaným vyšetřením (Biochemie - jaterní testy, amylázy - v séru, moči). U klienta se dále natočilo EKG a byl zaveden žilní katétr. Stěžoval si pouze na problémy vztahující se k problémům s kůží. Žádnou medikaci vztahující se k tomuto problému nedostal.

2. **DEN:** Klient lační před vyšetřením ERCP od 24:00 předešlého dne (nejlépe 6 – 8 hodin), poslední malé množství tekutin mohl naposledy v 6:00. V 7:30 zajištěna ATB (antibiotika) profylaxe (podána dříve pro důvod vyšetření). Po 8:00 odveden sestrou na endoskopické pracoviště. Výkon byl proveden dle zvyklostí endoskopického sálku pomocí flexibilního endoskopu, podání antihistaminik, lokální anestezie do dutiny ústní a intravenózní podání analgosedace. Poté lékař ústy zaváděl duodenoskop a pod rentgenovou kontrolou byla do žlučových vývodných cest vstříkována kontrastní látka. Dilatace žlučových cest nebyla potřeba. Po návratu ze sálku zdravotní sestra zajistila klid na lůžku a prováděla pravidelnou kontrolu celkového stavu, bolesti a monitoraci krevního tlaku a pulzu (tlak, pulz po výkonu na sálku – 100/65, 60', po 10 minutách návratu na lůžko – 110/70, 65', po 20 minutách – 115/75, 70', po 30 minutách – 120/85, 80', po 45 minutách – 120/90, 82' a po 1 hodině od vyšetření – 130/90, 85'). Další měření nebylo třeba pro dobrý stav klienta. Po vyšetření nedostával nic per os do úplného odeznění lokální anestezie dutiny ústní (možná aspirace). Opětovný odběr krve na amylázy byl odebrán za 6 hodin po vyšetření. Dle výsledků odběru bylo možné postupné navrácení původní diety, nejdříve však za 6 hodin po vyšetření. Po výkonu žádné komplikace nenastaly.
3. **DEN** – Klient lační opět od 24:00 předešlého dne před cílenou jaterní biopsií pod ultrazvukovou kontrolou. Od 6:00 kape infúze H 1/1 500 ml a opět podávána ATB profylaxe na 30 minut od 8:00. V 8:30 odchod v doprovodu sestry na endoskopický sálek. Při výkonu podávána bolusová analgosedace (Midazolam Torre 5 mg i. v) a lokální znecitlivění. Výkon trval 0,5 hodiny, kdy se odebral vzorek na histologické vyšetření speciální jehlou. Klient při vyšetření ležen na zádech s mírně prohnutým bokem doprava. Ultrazvuk po výkonu neprokazuje krvácení v oblasti vpichu. Při výkonu kontinuálně monitorovány vitální funkce, pokračování v monitoraci na lůžkovém oddělení (krevní tlak a pulz po 10 minutách návratu na lůžko – 105/60, 60', po 20 minutách – 110/65, 763', po 30 minutách – 120/75, 70', po 45 minutách – 125/85, 79', po 60 minutách – 130/85, 85', další měření provedeno po 90, 120 a 180 minutách – fyziologické funkce v normě.) Po návratu na oddělení zajištěn klid na lůžku dle ošetřujícího lékaře (možno až 24 hodin). Sledován celkový stav a pravidelná kontrola místa vpichu. Na místo vpichu podáván led. Podána infúze roztoku F 1 /1 500

ml. Po 1 hodině bylo možno podávat čaj, dle ošetřujícího lékaře podávána strava. Pacient žádné komplikace neudává ani sestra žádné objektivně nezjišťuje.

7. 1. 2 Posouzení současného stavu potřeb

Diagnostická doména č. 1 - PODPORA ZDRAVÍ

Pacient svůj zdravotní stav hodnotí jako vcelku dobrý. Ve svém věku aktivně nesportuje. Nekouří, alkohol nepije. Lékařská a ošetřovatelská nařízení se snaží dodržovat, k praktickému lékaři chodí pravidelně.

Diagnostická doména č. 2 - VÝŽIVA

Pacient nedodržuje žádná dietní opatření dle nařízení lékařů. Chut' k jídlu je zachovalá. Stravuje se většinou 5 krát denně. Snaží se jíst střídavě, jinak by mu bylo špatně v souvislosti s Crohnovou chorobou. Nemůže konzumovat studené okurky. Zjistil po nějaké době, že po nich má průjemy a trpí nauzeou. Preferuje rýži a mléko (až 0,5 litru každý den), tyto potraviny mu dělají dobře. Je schopný se najíst sám, žádné polykací potíže neudává. Chrup má zatím v dobrém stavu. Denně vypije do 2 litru tekutin (preferuje zelený čaj, mléko, perlivou vodu a v omezeném množství Pepsi). Z přídatků užívá Probiotika při kombinaci s Antibiotiky. Ta mu způsobují opakovaně zažívací problémy a trpí sníženou imunitou.

Diagnostická doména č. 3 - VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Klient udává mírné pálení při každém močení a časté nucení na močení hlavně v noci v souvislosti se zvětšenou prostatou. Při hospitalizaci se žádné nové problémy nevyskytly, příměsi nepozorovány. V domácím prostředí udává pravidelné častější vyprazdňování stolice (2 – 3 za den) normální konzistence. Průjemy trpí pouze při dietní chybě, když mu něco neseďne.

Diagnostická doména č. 4 - AKTIVITA/ODPOČINEK

Pacient aktivně necvičí. Preferuje pěší turistiku na kratší vzdálenosti, tam kde zná přístupy na toaletu. Jezdí občas na kole, ale opět tam, kde to bezpečně zná. Na další trasy si netroufne,

protože se bojí problémů v souvislosti s častým odchodem stolice. Pacient uvádí doma zhoršený spánek. Delší dobu už nemá spánek tak tvrdý jako dříve. Snadno se probudí při nucení na močení až 2 – 3 za noc. Únavu pociťuje úměrně ke svému věku, ale přes den spát nechodí. Žádná hypnotika neužívá. Při hospitalizaci žádné větší problémy neudává, hypnotika nevyžadoval.

Diagnostická doména č. 5 – PERCEPCE/KOGNICE

Nosí brýle na blízko. Slyší dobře, s čichem problémy nemá. Paměť narušená není.

Diagnostická doména č. 6 - SEBEPERCEPCE

Pacient je se svým zdravotním stavem smířen. Po psychické stránce se cítí dobře. Obavy z budoucnosti nemá.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY MEZI ROLEMI

Pacient pracuje jako programátor. Žije s přítelkyní, děti žádné nemá. Klient se k lidem chová vstřícně a přátelsky. Klient se jeví spíše jako introvert. Při hospitalizaci ho pravidelně navštěvuje přítelkyně.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Pacient je po operaci fimózy. Žádné problémy v této oblasti neudává. Crohnova Choroba ho v tomto nikdy neomezovala.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

Pacient prožívá stres zřídka. K jeho zvládnání mu pomáhá optimistický přístup. Možná souvislost vzniku Crohnovy choroby se stresem je možná, o tomto příliš nepřemýšlí.

Diagnostická doména č. 10 - ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Jako nejdůležitější životní hodnoty pacient udává dobrou práci a spokojený vztah s přítelkyní.

Diagnostická doména č. 11 - BEZPEČNOST/OCHRANA

Klient má při hospitalizaci pocit bezpečí. Před každým plánovaným výkonem mu zdravotnický personál vysvětlil důvod výkonu a průběh, jak vše bude probíhat. Invazivní vstupy měl jen nezbytně dlouhou dobu a věděl opět důvod zavedení, tak nebyl důvod mít obavy.

Diagnostická doména č. 12 - KOMFORT

Při příjmu bolest neudává. Bolest se vyskytuje až po jaterní biopsii. Udává v místě vpichu dle VAS číslo 3. Bolest ustupovala v poloze na opačné straně, než byla provedena biopsie, tedy na levém boku. Lokální chlazení mělo pro snižování bolesti též pozitivní účinek. Proto analgetika nevyžadoval. Klientovi nemocniční prostředí příliš nevadí, ale necítí se úplně pohodlně. V souvislosti s tím udává mírně zhoršený vzorek spánku.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST/VÝVOJ

U pacienta není žádná odchylka v růstu a vývoji.

7. 1. 3 Plán ošetřovatelské péče - ošetřovatelské diagnózy

Dysfunkční gastrointestinální motilita – 00196 (Zhoršený komfort – 00214, Snaha zlepšit výživu – 00163)

Diagnostická doména – Vylučování a výměna

Třída – Funkce gastrointestinálního systému

Určující znaky – Potíže s odchodem stolice – častější odchod stolice

Související faktory – Farmaceutické látky

– ATB, netolerance jídla

Cíle – U klienta se po dobu hospitalizace neobjeví problémy s průjmy v souvislosti s dietní chybou.

Intervence – U klienta sledujeme četnost, konzistenci, případné příměsi ve stolici. Podáváme léky dle ordinace lékaře. Nově vzniklé problémy s odchodem stolice ihned hlásíme ošetřujícímu lékaři.

Realizace – Klient se stravoval dle poučení sester a vyvaroval se potravin, u kterých dříve zjistil nesnášenlivost. Stravoval se pravidelně dle režimu oddělení.

Hodnocení – U klienta se po celou dobu hospitalizace neobjevily známky průjmů.

Narušená integrita kůže – 00046 (Riziko infekce – 00004, Riziko pádu – 00155)

Diagnostická doména – Zvládání/tolerance zátěže

Třída – Posttraumatické reakce

Určující znaky – Narušení kožního povrchu

Související faktory - Nevyvážená výživa

- Imunologický deficit

Cíle – Klientovi se výrazně zlepší kožní problémy po dobu hospitalizace. Po dobu hospitalizace nevznikne žádná infekce v souvislosti s poškozením kůže a zavedeným venózním katétrem.

Intervence – U klienta sledujeme invazivní vstup dle MADON. Pozorujeme v pravidelných intervalech projevy na kůži. Dle medikace podáváme léky. Zhoršení i zlepšení předáváme ošetřujícímu lékaři. Edukujeme klienta o snaze si neškrábat dolní, horní končetiny.

Realizace – Žilní vstup byl pravidelně kontrolován, dle potřeby přelepováno krytí. Klient se snažil dodržovat doporučení ošetřujícího personálu, ale ne vždy vydržel si kůži neškrábat.

Hodnocení – Po dobu hospitalizace nevznikla žádná infekce v souvislosti se zavedením invazivního vstupu ani s porušenou integritou kůže. Klienta kůže přestala nepatrně méně svědit. Porušená integrita kůže stále přetrvává, ale ne již v takovém rozsahu. Někaké zlepšení klient subjektivně pozoruje. Objektívni hodnocení zdravotnickým personálem je spíše stejné jako na začátku.

Narušený vzorec spánku – 00198 (Únava – 00093)

Diagnostická doména – Aktivita/odpočinek

Třída – Spánek/odpočinek

Určující znaky – Změna normálního vzorce spánku

Související faktory – Přerušování (nucení na močení), neznámé prostředí

Cíle – Klientovi se za dobu hospitalizace sníží četnost bdělého stavu v noci.

Intervence – U klienta sledujeme kvalitu spánku, snažíme se odstranit rušivé faktory bránící kvalitnějšímu spánku. Dle potřeby podáváme Hypnotika dle ordinace lékaře.

Realizace – U klienta ošetrovatelský personál pravidelně zjišťoval kvalitu spánku (usínání, četnost probuzení, ranní únavu, případný spánek přes den). Personál se snažil zajistit klidné a příjemné prostředí pro lepší spánek.

Hodnocení – Klient se cítí více odpočatý. Budil se ke konci hospitalizace maximálně dvakrát za noc, zlepšení tedy udává. Zdravotnický personál též pozoruje zlepšení.

Zhoršené vylučování moče – 00016

Diagnostická doména – Vylučování a výměna

Třída – Funkce močového systému

Určující znaky - dysurie

- četnost

Související faktory – Mnohočetná kauzalita

Cíle – Klientovi se do 3 dnů mírně zlepší vylučování moče – odstranění příčin v souvislosti s vylučováním moče.

Intervence – U klienta monitorujeme četnost a problémy s vylučováním moče. Podáváme léky dle ordinace lékaře k odstranění potíží.

Realizace – Zdravotnický personál sleduje četnost vyprazdňování, zjišťuje případnou bolestivost, pálení při močení nebo příměsi v moči.

Hodnocení – Podle klienta problémy s močením se ani nezlepšily ani nezhoršily, pociťuje stejné problémy jako při příjmu. Sestry dle subjektivního hodnocení klienta též nevidí nějaké zlepšení.

Snaha zlepšit stav imunizace – 00186

Diagnostická doména – Podpora zdraví

Třída – Management zdraví

Určující znaky – Vyjadřuje touhu zlepšit chování pro předcházení infekčnímu onemocnění.

Cíle – Klientovi nevznikne do měsíce nová Angína v souvislosti se sníženou imunitou.

Intervence – U klienta pozorujeme střevní problémy v souvislosti s užíváním ATB. Podáváme Probiotika pro zlepšení střevní flóry (pro obnovu normální peristaltiky).

Realizace – Klientovi se v pravidelných intervalech podávají probiotika. Zdravotnický personál klienta poučuje o vhodném užívání těchto přípravků i v domácím prostředí.

Hodnocení – Nelze posoudit – cíl dlouhodobý.

7. 2 Kazuistika č. 2

Muž, 43 let dochází v pravidelných intervalech na biologický sálek k aplikaci léčby s akutním průběhem Crohnovy choroby. Biologická léčba mu byla doporučena ošetřujícím lékařem pro dlouholeté neúspěchy v léčbě.

Anamnéza

- **osobní** – V dětství prodělal typická dětská onemocnění. Kromě Crohnovy choroby se s ničím jiným neléčí. Tato choroba mu byla diagnostikována v roce 1998. Biologická léčba se u klienta zahájila v roce 2008 po neúspěšné léčbě kortikoidy a pro kontraindikaci Azathioprinem pro leukopenii. Klient před nasazením biologické léčby prodělal celkem tři chirurgické operace na zažívacím traktu. Bylo mu opakovaně resekováno tenké střevo, střevní pasáž byla obnovena pomocí anastomóz. Při první operaci v květnu roku 2004 pro subileus mu byla vyvedena ileostomie, která byla pouze dočasná. Po evakuaci abscesu a laváži dutiny břišní byla pasáž GIT opět obnovena. V červnu 2004 prodělal dvě resekce terminálního ilea s ileoanastomozou a ileocékoanastomozou. V červenci téhož roku se po operaci objevila dehiscence rány se současným vyhřeznutím střev. V roce 2008 mu byla zjištěna ulcerace v céku a v ileocékoanastomóze. Po této další komplikaci byl převeden na biologickou léčbu přípravkem Remicate. Klasické intervaly podávání infúzí jsou po 8 týdnech, ale klient pro aktivní fázi nemoci má intervaly snižené na 6 týdnů.
- **farmakologická** – Pentasa 500 mg tbl 2 – 2 – 2 (Antidiarhoika), Xyzal 5 mg 1 – 2 tbl za den při alergických projevech (Antihistaminikum)
- **rodinná** – otec: Angína pectoris, matka: Morbus Crohn, sourozenci: snad zdraví
- **alergická** – neguje
- **sociální** – žije s manželkou a dětmi v rodinném domě
- **pracovní** – údržbář

Hlavní diagnóza

- Morbus Crohn - terminální ileum, těžký aktivní zánět
- stav po opakovaných revizích – resekce terminálního ilea

Vedlejší diagnóza

- S ničím jiným se zatím doposud neléčí.

Vyšetřovací metody

- Žádné se klientovi při mé návštěvě nedělali. Při léčbě Remicate se pravidelně odebírají kontrolní odběry nazývané specificky Crohn II. Kolonoskopické vyšetření se každému provádí 1 – 2 ročně dle průběhu nemoci. Dle komplikací se na doporučení lékaře provádějí další vyšetření. Klient opakovaně podstupuje vyšetření ultrazvukem a vyšetření revmatologické pro bolesti kloubů po Prednisonu, který již nebere, a bolesti postupně odeznívají.

Monitoring

- Kontrolní měření krevního tlaku a pulzu před aplikací a po dokapání léčby. Monitorace alergických reakcí a žilního vstupu dle MADON.

Medikace při návštěvě biologického sálku

- Infúze Remicate 400 mg i. v (biologická léčba každých 6 týdnů – kape 1 hodinu) + Dithiaden 2 mg 1 tbl (Antihistaminikum – před každou aplikací léčby).

Základní screeningové vyšetření sestrou

- celkový vzhled, úprava – upravený
- výška – 180 cm, hmotnost – 60 kg, BMI – 18,5 (hraniční norma)
- poloha – aktivní, postoj – vzpřímený, chůze - přirozená
- stav vědomí – při vědomí
- puls – 75/ min, pravidelný
- krevní tlak – 135/70 mmHg

- tělesná teplota – 36,6 °C
- dech – 17/ min, pravidelný
- saturace – 97 %
- pohyb – bez omezení, bez kompenzačních pomůcek
- stisk ruky – stisk pevný, schopen úchopu
- poruchy citlivosti – nepřítomny
- zrak – neudává žádné problémy, brýle zatím nepotřebuje
- zornice - izokorie
- sluch – bez jakýchkoliv patologických změn
- nos – bez sekrece
- dutina ústní – bez patologie, chrup vlastní v dobrém stavu
- kůže a kožní deriváty – operační rány na břicho po opakovaných operacích tenkého střeva, pupeční kýla – zatím bez komplikací – prozatím se neřeší

Informace získané objektivním pozorováním

- orientace - orientován osobou, místem i časem
- pozornost – úmyslná
- oční kontakt – udržuje
- chápe myšlenky a otázky – ano
- řeč – plynulá

Testy a škály

- Hodnocení dekubitů dle Nortonové – 33 bodů (bez rizika vzniku dekubitů)
- ADL test – 100 bodů (plně soběstačný)
- MNA – 12 bodů (normální výživový stav)
- GCS – 15 bodů (plně při vědomí)
- Riziko pádu dle stupnice pádů Morse proměnná – 50 bodů (nízké riziko)
- VAS – na stupnici udává číslo 2 - 3

7. 2. 1 Posouzení současného stavu potřeb

Diagnostická doména č. 1 - PODPORA ZDRAVÍ

Pacient svůj zdravotní stav hodnotí jako mírně zhoršený. Kouří kolem 20 - ti let každý den 5 – 10 cigaret. Alkohol pije skoro každý den, převážně se jedná o 2 piva. Kouření ani alkohol klientovi nezpůsobují žádné zdravotní potíže. Lékařská a ošetrovatelská nařízení se snaží většinou dodržovat, k praktickému lékaři chodí pravidelně. Dříve byl nemocí velice zaskočen, ale po 20 - ti letech trvání nemoci je se svým stavem zcela vyrovnán.

Diagnostická doména č. 2 - VÝŽIVA

Pacient nedodrhuje žádná dietní opatření dle doporučení lékařů. Stravuje se podle toho, co mu dělá dobře. Chut' k jídlu je zachována. Pociťuje stále hlad, ze všeho nejvíce konzumuje maso. Zjistil, že nemůže zelí, pomeranče, mandarinky a hrozen. Po těchto potravinách má zažívací potíže ve smyslu bolestí a křečí břicha, stolici má ještě častější než normálně. Ostatní ovoce může, ale musí si ho předem oloupit. Stravuje se 5 krát denně, alespoň se o to pokouší. Je schopný se najíst sám. Žádné polykací potíže neudává, chrup má vlastní. Denně vypije minimálně 3 litry tekutin (preferuje čaj, obyčejnou vodu a pivo). Často pociťuje pocit žízně.

Diagnostická doména č. 3 - VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Potíže s močením žádné neudává. Klient udává nepravidelné velmi časté vyprazdňování stolice (5 – 10 stolic za den) v podobě průjmů. Při potížích a zhoršení stavu se přidružuje bolestivost a křeče břicha. Většinou se objevuje i nechutenství a zvracení. V relapsu byla u pacienta zhotovena i přechodná ileostomie, která byla po zklidnění stavu opět zanořena a byla obnovena kontinuita střeva. Četnost stolic klienta nějak markantně neomezuje ani doma ani v práci. Většinou má toaletu v dosahu.

Diagnostická doména č. 4 - AKTIVITA/ODPOČINEK

Pacient žádný aktivní sport neprovozuje. Jak sám tvrdí: „*s touto chorobou to nelze, i když by sportoval rád.*“ Jediné co dělá, tak jezdí na kole do práce a zpět. Po letech s chorobou má vytipovanou cestu, kde si může v nouzi odskočit na toaletu. Na otázku kvality spánku neuvádí

žádné problémy. Ani únavu neuvádí jako rušivý faktor. Žádná hypnotika nikdy neužíval. Odpočívá pasivní formou, kouká často na televizi nebo má rád posezení na zahradě s rodinou.

Diagnostická doména č. 5 – PERCEPCE/KOGNICE

Brýle zatím nepotřebuje, slyší dobře, s čichem problémy nemá. Paměť narušená není.

Diagnostická doména č. 6 - SEBEPERCEPCE

Klient si na svůj zdravotní stav přivykl. Bere nemoc, jako svou součást, i když po psychické stránce se necítí vždy úplně nejlépe. Má největší problém svléknout se na veřejnosti pro jizevnaté břicho po opakovaných operacích. Po fyzické stránce se cítí vcelku dobře. Obavy z budoucnosti spíše nemá.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY MEZI ROLEMI

Pacient pracuje jako údržbář. Žije s manželkou a dětmi na okraji města v rodinném domku. Klient se k lidem chová vstřícně, přátelsky. Jeví se mi vcelku jako optimista s úsměvem na tváři.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

O této oblasti se odmítá zmiňovat.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

Současnou situaci vnímá vcelku dobře, cítí se docela vyrovnaný. Snaží se brát věci s nadhledem, tak jak přicházejí. Pacient stres prožívá v souvislosti s prací, pomáhá mu optimistický přístup k jeho zvládnutí. Souvislost vzniku Crohnovy choroby se stresem je možná.

Diagnostická doména č. 10 - ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Jako nejdůležitější životní hodnoty pacient udává spokojenou rodinu, která je pro něho vším.

Diagnostická doména č. 11 - BEZPEČNOST/OCHRANA

Klient neudává žádný pocit nebezpečí nebo strachu. V prostředí biologického sálku se cítí pohodlně. Všichni v nemocnici jsou na něho milí.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Bolest pociťuje v souvislosti s klouby, které již skoro nebolí. Žádná analgetika již neužívá. Pouze při dietní chybě se objevuje křečovitá bolest v břiše a nechutenství. Potraviny již má vytipované, takže se tato situace už často neobjevuje. Četné stolice mu výrazně snižují komfort, musí stále myslet na to, kam by si mohl odskočit na toaletu. Též změněný obraz těla ho v mnoha věcech limituje.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST/VÝVOJ

U pacienta není žádná odchylka v růstu a vývoji.

7. 2. 2 Plán ošetřovatelské péče - ošetřovatelské diagnózy

Dysfunkční gastrointestinální motilita – 00196 (Průjem – 00013, Zhoršený komfort – 00214)

Diagnostická doména – Vylučování a výměna

Třída – Funkce gastrointestinálního systému

Určující znaky – Potíže s odchodem stolice - průjem

Související faktory – Netolerance jídla

Cíle – U klienta se sníží četnost vyprazdňování tekuté stolice při pravidelném a správném stravování a medikaci do jednoho měsíce.

Intervence – Klienta edukujeme o důležitosti pravidelnosti stravování. Znovu ho poučíme o vyvarování se nevhodných potravin a o pravidelném užívání medikace.

Narušená integrita kůže – 00046 (Riziko infekce – 00004, Riziko pádu – 00155)

Diagnostická doména – Zvládnání/tolerance zátěže

Třída – Posttraumatické reakce

Určující znaky – Narušení kožního povrchu

Související faktory – Poškozený metabolismus

Cíle – Klientovi po dobu pobytu na biologickém sálku nevznikne žádná infekce.

Intervence – U klienta monitorujeme i. v vstup dle MADON – při jakýchkoliv změnách zajistíme dle potřeby vstup nový a starý vstup odstraníme a místo ošetříme dle zvyklostí oddělení.

Narušený obraz těla - 00118

Diagnostická doména – Sebepercepce

Třída – Obraz těla

Určující znaky - Zaměření se na vzhled v minulosti

- Úmyslné skrývání části těla

Související faktory – Onemocnění, operace

Cíle – Klient se více naučí brát jizvy na břicho jako součást sebe, nebude mít tak časté komplexy při svlékání se na veřejnosti do půl roku.

Intervence – Klienta učíme mít se rád se vším, co k němu patří. Dle potřeby odkazujeme klienta na psychologa.

Zvýšený objem tekutin v organismu - 00026

Diagnostická doména – Výživa

Třída – Hydratace

Určující znaky – Příjem tekutin vyšší než výdej

Související faktory – Nadměrný příjem tekutin

Cíle – U klienta se pokusíme do jednoho týdne zjistit příčinu zvýšené žízně a zvýšeného příjmu tekutin (zátěž na ledviny).

Intervence – Poučíme klienta, aby si sledoval příjem, výdej tekutin. Dle lékaře provedeme kontrolní odběry a potřebné vyšetření.

Chronická bolest – 00133

Diagnostická doména – Komfort

Třída – Tělesný komfort

Určující znaky – Bolest

Související faktory – Chronické tělesné postižení

Cíle – Klientovi se do týdne zmírní bolest, která mu nebude snižovat komfort.

Intervence – Klienta edukujeme o nefarmakologických postupech zvládnání bolesti. Dle potřeby mu doporučujeme vhodná analgetika na zmírnění bolesti. Na bolesti kloubů se zmiňujeme o vhodnosti výživových doplňků.

Neefektivní udržování zdraví - 00099 (Snaha zlepšit zvládání zátěže – 00158)

Diagnostická doména – Podpora zdraví

Třída – Management zdraví

Určující znaky – Nedostatečný zájem o zlepšení chování podporujícího zdraví

Související faktory – Neefektivní zvládání zátěže v rodině

Cíle – Klient do dvou měsíců sníží počet vykouřených cigaret.

Intervence – Klienta edukujeme o potřebě změny životního stylu – přestat nebo alespoň snížit počet cigaret, omezit ve větším množství pití alkoholu. Vysvětlujeme, že se bez tohoto může choroba dostat do klidnější podoby. Poukazujeme klienta na různé pomocné organizace.

7. 3 Kazuistika č. 3

Žena, 60 let dochází každé tři měsíce na pravidelné kontroly do gastroenterologické poradny s diagnózou Morbus Crohn. Současně je ještě sledovaná ve fakultní nemocnici, kam dochází též v pravidelných intervalech.

Anamnéza

- **osobní** – V dětství prodělala běžná dětská onemocnění bez větších komplikací. Klientka v roce 1995 byla hospitalizována pro pankreatitidu. Dle Ultrazvuku z roku 2009 trpěla trikuspidální a mitrální insuficiencí. Opakovaně již přes 40 let trpí záněty ledvin. Klientka prodělala mnoho chirurgických zákroků ne jenom v souvislosti s Crohnovou chorobou. Podstoupila v roce 1990 hysterectomii s adnexectomií, v roce 1997 laparoskopickou operaci pro cystu ovaria. V souvislosti s Crohnovou chorobou v roce 1990 podstoupila celkem čtyři chirurgické zákroky. V dubnu se jednalo o operaci pro ileus s odstraněním kliček tenkého i tlustého střeva se srůsty a centrálním abscesem, provedla se jejunotransversoanastomosa. V květnu podstoupila reoparaci pro febrilie s odstraněním předešlé anastomózy a byla vyvedena terminální jejunostomie. V červnu ji prováděli drenáž abscesů v dutině břišní, v tomto měsíci prodělala septický šok s renálním selháním. Dále v tomtéž roce ji byla provedena další resekce tenkého střeva pro perforaci a v roce 2005 ji postihl subileus. Cítí se bez energie a stále pociťuje únavu. Trápí ji rozmacerovaná kůže kolem stomie a neustálý odchod stolice do ní. Tato nemoc ji byla diagnostikována již v roce 1990. Současnou ileostomií má již šest let od roku 2009. Broviakův katétr ji byl zaveden pro domácí parenterální výživu ve stejný rok.
- **farmakologická** – Pentasa 1 g tbl 1 – 1 – 1 (Antidiarhoika), Asacol 4 g suspenze 0 – 0 – 1 (Chemoterapeutika, Antidiarhoika), Helicid 20 mg cps 1 – 0 – 0 (Antiulcerózní látky), Cernevit 5 ml i.v 0 – 0 – 1 (Vitamíny), vaky výživy – každý den od 19 – 20 hodin na 14 hodin i.v – přes Broviakův katétr do vena Subklavia dextra
- **rodinná** – rodiče již nemá a o žádném onemocnění neví, sourozence nemá a všechny čtyři děti jsou zdravé

- **alergická** – neguje
- **sociální** – žije ve společné domácnosti se synem, manžela ani přítele nemá
- **pracovní** – v minulosti fotografka, přes 20 let již v invalidním důchodu

Hlavní diagnóza

- Morbus Crohn – stav po opakovaných resekcích tenkého i tlustého střeva

Vedlejší diagnóza

- Syndrom krátkého střeva
- Fibróza a velkokapénková steatóza jater
- Celiakie

Vyšetřovací metody

- Kontrolní měření krevního tlaku a pulzu
- Kontrola váhy a výšky

Základní screeningové vyšetření sestrou

- celkový vzhled, úprava – mírně zanedbaný vzhled
- výška – 169 cm, hmotnost – 66 kg, BMI – 23, 1 (norma)
- poloha – aktivní, postoj – spíše shrbený, chůze – někdy antalgická
- stav vědomí – při vědomí
- puls – 90/ min, pravidelný
- krevní tlak – 110/70 mmHg
- tělesná teplota – 36,5 °C
- dech – 15/ min, pravidelný
- saturace – 97 %
- pohyb – občas antalgický v souvislosti s vyvedenou stomií
- stisk ruky – stisk ne příliš pevný, schopna úchopu
- poruchy citlivosti – nepřítomny
- zrak – brýle by nosit měla na blízko, ale nenosí

- zornice - izokorie
- sluch – zatím bez potíží
- nos – bez sekrece
- dutina ústní – sliznice nepoškozená, chrup vlastní, ale v horším stavu – z umělé výživy vypadávají zuby, o protézách zatím neuvažuje
- kůže – pokožka vysušená, kolem stomie – mokvá okolní kůže (ošetřuje dětským zásypem), v noci se zvýšeně potí

Informace získané objektivním pozorováním

- orientace - orientován osobou, místem i časem
- pozornost – úmyslná
- oční kontakt – udržuje
- chápe myšlenky a otázky – ano
- řeč – plynulá

Testy a škály

- Hodnocení dekubitů dle Nortonové – 29 bodů (nízké riziko vzniku dekubitů)
- ADL test – 100 bodů (plně soběstačný)
- MNA – 9 bodů (v riziku podvýživy)
- GCS – 15 bodů (plně při vědomí)
- Riziko pádu dle stupnice pádů Morse proměnná – 25 bodů (nízké riziko)
- VAS – uvádí na stupnici 2 – 3 v souvislosti s vyvedenou stomií

7. 3. 1 Posouzení současného stavu potřeb

Diagnostická doména č. 1 - PODPORA ZDRAVÍ

Klientka dlouhá léta aktivně žít nemůže, choroba ji v mnoha oblastech dosti omezuje. Kouří zhruba 42 let každý den asi 4 – 5 cigaret. Kouří převážně ve společnosti přátel. Množství cigaret hodně omezila, dříve vykouřila i jednu celou krabičku za den. Alkohol nepije, protože ji nechutná a u tohoto onemocnění ji nedělá absolutně dobře. V objevení této nemoci byla

v dlouhodobém stresu. Tento faktor může mít souvislost se vznikem nemoci, jak sama klientka připouští. Doporučení lékařů se snaží dodržovat. K praktickému lékaři na pravidelné kontroly nechodí, protože navštěvuje pravidelně jiné lékaře.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Klientka se snaží dodržovat bezlepkovou dietu, ale ne vždy se jí to daří. Hlavní příjem výživy má klientka pomocí parenterální výživy, kterou si sama aplikuje každý den večer kolem 19 – 20 hodiny na 14 hodin přes noc do Broviacova katétru. Každý vak má 350 ml, do kterých si aplikuje vitamíny Cernevit. Umělou výživu si aplikuje od roku 2009 pro syndrom krátkého střeva. Na výživu, tak i na stomické pomůcky ji přispívá pojišťovna. Přes den nedodrží pravidelný příjem potravy per os. Jak sama říká: „*někdy občas něco z'obne*“. Většinou nemá přes den hlad, spíše chutě, které jsou tím pádem zachovalé. Potravu si mixuje a někdy i zahušťuje. V potravě preferuje zakysané věci a jogurty. Nemůže absolutně luštěniny a kupované mléko, po těchto potravinách trpí nevolností, zvracením a křečemi v břiše. Mléko může jediné nepasterizované. Pocit žízně nepocítuje, ale pije minimálně 3 litry denně. Tekutiny přijímá vlažné, po studených jí bolí břicho. Z tekutin preferuje různé druhy čajů, obyčejnou vodu, ovocné šťávy a minimální množství instantní kávy.

Diagnostická doména č. 3 - VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Problémy s vyprazdňováním moče v současné době žádné neudává. Jiné je to, když trpí záněty ledvin. Vzhledem k typu vyvedené stomie je odchod průjmovité stolice kontinuální. V souvislosti se stomií má klientka časté bolesti v oblasti stomie, především vsedě. Často má problém s praskáním stomického sáčku, včas ho nestihne vyměnit. O pečování o stomii nemá problém, po letech se ji bez problému naučila ošetřovat.

Diagnostická doména č. 4 - AKTIVITA/ODPOČINEK

Klientka neprovádí žádný sport a ani není schopna chodit na procházky. Hlavní důvod je syndrom krátkého střeva, kdy se stomický sáček rychle naplní stolicí, proto většinu času přebývá v domácím prostředí. Nechodí ani nakupovat. Sama zvládá pouze chodit k lékařům. Klientka uvádí nekvalitní spánek z důvodů častého buzení při nucení na močení a bolestí v oblasti stomie. Většinou se budí až 3 krát za noc. Po probuzení se cítí unavená a zpocená.

Přes den chodí skoro každý den na jednu hodinu spát. Léky na spaní nikdy neužívala, možná někdy v nemocnici, ale na to si už nevzpomíná.

Diagnostická doména č. 5 – PERCEPCE/KOGNICE

Klientka brýle nenosí, i když připouští, že by už měla. Problémy se sluchem nemá, komunikace s klientkou je bez problémů.

Diagnostická doména č. 6 – SEBEPERCEPCE

Klientka je po psychické stránce se svým zdravotním stavem vyrovnaná. Dříve s nemocí pociťovala strach a úzkost, ale již už tyto problémy vymizely. V těžších situacích ji vždy podpoří děti a přátelé. Po fyzické stránce se cítí velmi špatně, nemůže vcelku dělat nic. Aktivit, kterým se dříve věnovala, se musela zcela vzdát.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY MEZI ROLEMI

Klientka bydlí ve společné domácnosti se synem, který se o hodně věcí postará. Hodně času tráví se svými dětmi a přáteli. Chování k ostatním lidem je pozorováno jako přátelské. Bavit se o svém zdravotním stavu neměla příliš veliký problém.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Od klientky je zjištěno, že má celkem 4 zdravé děti. Choroba jí v této oblasti nikdy neomezovala. Přiznává, že už je ve věku, kdy jde sexuální život spíše stranou.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

V začátku objevení nemoci byla hodně ve stresové situaci, ale již si na problémy a režim při nemoci přivykla. Dříve jí vadila mnohá omezení, v současné době to už nějak nevnímá a neřeší. Při pociťování stresu jí pomáhá kontakt s rodinou a přáteli.

Diagnostická doména č. 10 - ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Pro klientku jsou velmi důležité spokojené rodinné vztahy. Její děti jsou pro ni vším. Náležitě je na všechny pyšná.

Diagnostická doména č. 11 - BEZPEČNOST/OCHRANA

Pocit bezpečí pociťuje.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Klientka pravidelně pociťuje nepříjemnou bolest v oblasti stomie, která ji velmi snižuje komfort. Bolest trochu snižuje změna polohy. Stálý odchod stolice, kdy musí často vyměňovat stomický sáček ji také na příjemnosti nepřidá. Broviacův katétr ji zatěžuje v péči o něj a v ježdění na pravidelné kontroly jeho zavedení do nemocnice. Je potřebná pravidelná kontrola místa vpichu, velké riziko vzniku infekce.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST/VÝVOJ

U klientky není žádná odchylka v růstu a vývoji.

7. 3. 2 Plán ošetrovatelské péče - ošetrovatelské diagnózy

Dysfunkční gastrointestinální motilita – 00196 (Průjem – 00013)

Diagnostická doména – Vylučování a výměna

Třída – Funkce gastrointestinálního systému

Určující znaky - Bolest břicha

- Nauzea

- Průjem

Související faktory – Operace břicha

– Netolerance jídla (lepek)

Cíle – U klientky nevznikne další komplikace v souvislosti s postiženou motilitou GIT.

Intervence – U klientky zjišťujeme stav vyprazdňování, změněnou střevní peristaltiku, střevní zvuky, stav stomie, případně nově vzniklé změny ihned hlásíme ošetřujícímu lékaři.

Narušená integrita tkáně – 00044 (Zhoršený komfort – 00214, Riziko infekce – 00004, Narušený obraz těla – 00118)

Diagnostická doména – Bezpečnost/ochrana

Třída – Fyzické poškození

Určující znaky – Poškozená tkáň

Související faktory – Nutriční faktory

Cíle – Klientce nevznikne infekce v rámci vyvedené stomie ani zavedeného Broviak katétru při správné péči a manipulaci s nimi.

Intervence – Klientku poučujeme o správnosti péče o stomii, včasné výměně stomického sáčku, o správné péči o kůži (zvolit vhodnější přípravky než dětský zásyp). Poučujeme o pravidelném převazu katétru a pravidelné návštěvy lékařů. Při jakémkoli problému poučujeme klientku, aby ihned navštívila zdravotnické zařízení.

Narušený vzorec spánku – 00198 (Únava – 00093, Sedavý způsob života – 00168, Zhoršené udržování domácnosti – 00098, Zanedbávání sebe sama – 00193)

Diagnostická doména – Aktivita/odpočinek

Třída – Spánek/odpočinek

Určující znaky – Uvádí stavy bdělosti

Související faktory – Přerušování (nucení na močení, bolest)

Cíle – Klientce se zlepšší kvalita spánku, sníží se počet stavů bdělosti do jednoho měsíce od návštěvy v poradně. Zmírní se únava.

Intervence – Klientku poučíme o zvycích, které by mohla zkusit ke zkvalitnění celkového spánku a k nabrání nové energie. Dle potřeby lékař předepíše hypnotika, analgetika ke snížení nepříjemných bolestí v noci.

Snaha zlepšit výživu – 00163 (Riziko zhoršené funkce jater – 00178, Poškozená dentice – 00048, Nausea – 00134)

Diagnostická doména – Výživa

Třída – Příjem potravy

Určující znaky – Vyjadřuje ochotu ke zlepšení výživy

Cíle – Klientce se upraví stav výživy po pravidelném podávání parenterální výživy a pravidelném dietním stravování per os do dvou měsíců. Sníží se celkově nechutenství v souvislosti s výživou.

Intervence – Klientku edukujeme o potřebě pravidelného stravování i při parenterální výživě. Doporučujeme vhodné stravovací návyky a vhodné potraviny. Dle potřeby odkazujeme na nutriční terapeutku.

Chronická bolest - 00133

Diagnostická doména – Komfort

Třída – Tělesný komfort

Určující znaky – Změny ve vzorci spánku

Související faktory – Chronické tělesné postižení

Cíle – Klientce se chronická bolest nezhorší, bude stejná nebo trochu snesitelnější po dobu do další návštěvy poradny.

Intervence – U klientky sledujeme průběh bolesti, zvládání bolesti a edukujeme o možnosti snížení bolesti jiným způsobem než jen analgetiky. Při potřebě lékař předepíše vhodná analgetika.

Riziko pádu - 00155

Diagnostická doména – Bezpečnost/ochrana

Třída – Fyzické poškození

Rizikové faktory - nespavost

- průjem

Cíle – Klientce v riziku pádu nevznikne žádný úraz v souvislosti s touto chorobou.

Intervence – Klientku poučujeme o opatrném chování k sobě samé a rizicích možných úrazů.

Neefektivní vzorec sexuality - 00065

Diagnostická doména – Sexualita

Třída – Sexuální funkce

Určující znaky – Omezení při sexuálních aktivitách

Související faktory – Neexistence důležité blízké osoby

Cíle – Klientka přijde na zlepšení uspokojení této potřeby.

Intervence – Klientku poučíme o jiných možnostech v této oblasti.

DISKUZE

Prvním cílem bakalářské práce bylo stručně shrnout nejzákladnější a nejzajímavější informace o Crohnově nemoci. Druhým cílem bylo informovat veřejnost ke snížení rizikových faktorů ve vzniku tohoto onemocnění. Tyto informace jsou uvedeny v teoretické části práce. Velká potřeba by byla zlepšit edukační proces u klientů s Crohnovou chorobou. Protože několik klientů oznamovalo, že plno informací, které by měli vědět již na začátku objevení nemoci, se dovídali po různě dlouhé době. Tímto důležitým tématem pro tuto určitou nemoc se hlouběji zajímá bakalářská práce s názvem: Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou s počtem respondentů 50 (Matunová, 2012).

Třetím cílem již v praktické části práce bylo porovnat hlavní rozdíly zdravotních problémů a potřeb u nemocných s diagnózou Morbus Crohn, kteří jsou léčeni biologickou léčbou oproti klasické léčbě. Nemoc je tak hodně různorodá, že u každého klienta pozorujeme úplně jiný průběh celé nemoci a působení léčby. Na každého klienta léčba působí rozdílně, a proto je každý léčen účinnou látkou, která nejlépe působí na jeho organismus. Ošetrovatelské procesy jsou zpracované z poloviny u klientů s biologickou léčbou a z poloviny u klientů s tzv. klasickou léčbou. Při porovnávání jednotlivých procesů vyšlo, že klienti s biologickou léčbou mají zdravotní problémy v menší míře a mnohdy vydrží klidová fáze v delším intervalu. Ale nedá se to tak jednoznačně určit právě díky různým účinkům léku na každého klienta.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jaké nejčastější zdravotní problémy znepráhňují kvalitu života nemocným s Crohnovou chorobou. Ze sběru dat v praktické části práce vyplynulo, že ne všem osloveným respondentům nemoc snižuje kvalitu života. Jedná se většinou o klienty, kteří se nacházejí v klidové fázi nemoci nebo i na začátku nemoci, kdy se nemoc nestačila rozvinout a nemají větší zdravotní problémy. U klientů s aktivnější fází nemoci nejvíce obtěžuje velmi častý odchod průjmovité stolice, křečovitá bolest břicha, nechutenství, hubnutí a snížení svalové síly. Respondentka z kazuistiky č. 3 měla pro syndrom krátkého střeva vyvedenou ileostomii, která ji dost snižovala kvalitu života kontinuálním odchodem stolice a bolestí při vyprazdňování. Na rozdíl u respondenta z kazuistiky č. 2 se kvalita života snížila při dočasném vyvedení střeva. Ale při opětovném zanoření stolice se opět kvalita života zvýšila. Tento fakt nám pomáhá si uvědomovat, že se kvalita života různě mění. Při déle trvající

nemoci klienti často trpí malnutricí, která též na příjemnosti klientům nepřidá a přičítají se k ní další a další zdravotní problémy, které se musí rychle řešit. Též respondentka z kazuistiky č. 3 má problém s malnutricí v souvislosti též se syndromem krátkého střeva. Má pro zajištění výživy zaveden Broviacův katétr. Dříve ji hodně obtěžoval v péči o něj, ale sama již udávala, že po letech s ním to bere jako svojí součást života. Dále kvalitu života zneprůjemňují zdravotní problémy ve formě kožních problémů, bolesti kloubů, zhoršené močení, snížená imunita nebo zhoršená dentice. Klienti často udávali při začátku nemoci problém si navyknout na změnu stravování. Byli zvyklí se stravovat nějakým způsobem, někteří přiznali, že ne zrovna zdravým. A po diagnostikování nemoci se museli naučit poznávat, které potraviny mohou bez obav konzumovat. A zároveň přijít na potraviny, které jim nedělají dobře a vynechat je ze svého jídelníčku. Dva klienti se mi např. přiznali, že některé potraviny jim nedělají příliš dobře, ale neumí je přes jejich lásku k nim úplně vyřadit. Zažívací problémy v podobě křečí, bolestí břicha, nechutenství nebo průjmů má většina klientů právě už pouze po dietní chybě.

Klienti se zmiňovali hodně o zhoršené kvalitě spánku a z toho vyplývající únavě, kdy chodí přes den spát, nebo nezvládnou tolik práce v domácnosti, kolik by potřebovali. Nejvíce respondenty omezuje nemoc ve sportovních aktivitách, kterých se většina musela pro nemoc vzdát nebo alespoň omezit četnost. Co se týče sportu, tak choroba klienty znevýhodňuje opět častými odchody stolice a dost velkou únavou nebo nechutenstvím. Většina klientů byla zaměstnána a v tom je nemoc ve velké míře neomezovala. Mají takovou práci, kde mají v bezpečné vzdálenosti toaletu. Práci mají zařízenou tak, aby mohli pracovat podle svých zdravotních možností. Nadřízení mají pochopení i pro častější uvolňování z práce kvůli zdravotním kontrolám.

Kvalita života je jedna z mnoha důležitých oblastí, o které by se měla zdravotní sestra u klientů s diagnózou Morbus Crohn zajímat. Choroba tuto oblast ovlivňuje ve velkém množství. Opět zase záleží na aktivitě nemoci. Existuje mnoho dotazníků pro měření kvality života. Buď jsou vytvořeny obecně pro všechny onemocnění anebo se zajímají přímo o Crohnovu chorobu. Tyto dotazníky jsou stručně shrnuty ve článku (Svitková, 2014, s. 39-40). Nejčastěji používaný dotazník pro idiopatické střevní záněty je IBDQ. Tento dotazník má za úkol zdravotnickému personálu usnadnit zjistit, jak se klient cítil za poslední 2 týdny.

V českém vydání je k nahlédnutí v diplomové práci s názvem: Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou s počtem respondentů 100 (Rendl, 2013, s. 90).

Šestým a posledním cílem bylo zpracovat ošetrovatelský proces u 10 pacientů s Crohnovou nemocí. V praktické části práce jsou zpracované nejzajímavější 3 kazuistiky z předem vypracovaných ošetrovatelských procesů.

ZÁVĚR

Počet nemocných s Crohnovou chorobou každoročně o nějaké procento přibývá. Nejvíce diskutované rizikové faktory jsou špatný životní styl, zvýšené nároky na jedince, spojující se s působením stresu a celkově uspěchaná současná doba. V teoretické části práce se jedna kapitola věnuje právě rizikovým faktorům. Jejich znalost by veřejnosti mohla pomoci snížit rizika k získání této nemoci. Nebylo by špatné uspořádat pro širší veřejnost více akcí, které by seznámily blíže s nemocí co nejvíce lidí. Nejvíce by se mělo věnovat edukaci, jak se ubránit před vznikem nemoci. Pomohly by názorné edukační letáky, které by veřejnost na první pohled zaujaly k přečtení. Existuje velká souvislost vzniku nemoci s genetikou, před kterou se bohužel zatím nikdo ubránit neumí.

V práci jsou uvedeny tři kazuistiky klientů, kteří navštěvují interní kliniku, kde byl prováděn sběr dat. U těchto klientů se zjistilo, že některé ošetřovatelské diagnózy se objevily ve všech z vybraných procesů. Nejčastěji použité diagnózy jsou dysfunkční gastrointestinální motilita, průjem, narušená integrita kůže, riziko infekce, zhoršený komfort, narušený obraz těla, narušený vzorec spánku, únava nebo chronická bolest. I přes fakt, že nemoc je velmi rozmanitá a u každého jedince se projevuje různým způsobem, tak ošetřovatelské diagnózy vyšly u všech třech klientů podobně. Samozřejmě někdo jich má méně a někdo více. Jen je důležité říct, že základní diagnózy pro tuto nemoc jsou vcelku stejné. Což je zajímavé a je dobré tento poznatek vědět při ošetřování těchto klientů.

Výstupem mé bakalářské práce je vytvořená mapa péče (příloha č. 7). Mohla by pomoci sestřám na interních klinikách ke snadnější péči o klienty s touto chorobou. Snaha byla vytvořit mapu, která zobrazuje nejčastější oblasti ošetřovatelské péče a ošetřovatelské diagnózy, o které by se měla zajímat každá zdravotní sestra.

V úplném závěru by bylo dobré shrnout, zda se celou prací něco zjistilo a zda práce něco přinesla k mému dosavadnímu studiu a praxi. Crohnova choroba jako nemoc je pro studium velice zajímavá, ale pro pacienty už méně zábavná. Při realizaci praktického šetření byla možnost se setkat s mnoha zajímavými lidmi. Mají opakovaně různorodé zdravotní problémy, plno času prožívají v nemocnici, někteří podstoupili mnoho operací a oni srší optimismem

a jsou smíření se svým zdravotním stavem. Záleží hodně na síle osobnosti a na podpoře, kterou potřebuje každý z nás. Někteří klienti se přiznali, že před svým onemocněním o této nemoci vůbec nic nevěděli. Plno z nich nikdy moc nedodržovalo zdravý životní styl a hodně z nich se přiznalo, že ve větší míře pociťovali v době vzniku nemoci stres. A proto by bylo dobré, kdyby se v České Republice mohla udělat větší osvěta pro Crohnovu chorobu jako pro jiná více známá onemocnění.

Bakalářská práce mi pomohla hlavně v tom, že jsem pochopila princip působení nemoci. Dozvěděla jsem se nové metody léčby a jejich hlubší působení na jednotlivé buňky v těle. Poznala jsem několik klientů s Crohnovou chorobou, u kterých mě bavilo zjišťovat jejich různé problémy, které měl každý úplně jiné, podle druhu postižení GIT. Ale i při stejném postižení např. tenkého střeva jsem v žádném případě nenašla úplně identické problémy.

Soupis bibliografických citací

1. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7.
2. FIALA, P. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha : Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1491-5.
3. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života - Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
4. HERDMAN, H. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
5. HERDMAN, H. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace*. Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
6. KMENT, M. *Choroby gastrointestinálního traktu v graviditě*. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-447-0.
7. KOHOUT, P. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha : Forsapi, 2006. ISBN 80-903820-0-2.
8. KOHOUT, P. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-023-2.
9. KUBÁTOVÁ, L.; NEJEDLÁ M.; OTRADOVCOVÁ I. Mysleme na výživu chirurgických pacientů včas. *Florence*. 2014, roč. 10, č. 6, str. 12-13. ISSN 1801-464
10. LUKÁŠ, K. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
11. LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. Praha : Triton, 1997. ISBN 80-85875-31-4.
12. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY - PACIENTI IBD - *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat 1*. Praha : Tillotts pharma, 2011. ISBN 978-80-905120-0-9.
13. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY - PACIENTI IBD - *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat 2*. Praha : Tillotts pharma, 2011. ISBN 978-80-905120-2-3.
14. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1 - Interna*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3.
15. SVITKOVÁ V.; KOBER L. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *Sestra*. 2014, Praha : Mladá fronta, č. 5, str. 38-40. ISSN 1210-0404.

16. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
17. ŠPIČÁK, J. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1783-8.
18. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
19. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, ČR. 2014. *Statistické údaje* [online]. [cit. 2014-4-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>
20. HEŘMANOVÁ, J; KADERÁVKOVÁ, B. 2014. *multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče* [online]. [cit. 2014-12-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=81>
21. ZBOŘIL, V. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1563-6.
22. RENDL, L. *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou - Diplomová práce*. České Budějovice : 2013.
23. MATUNOVÁ, A. *Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou - Bakalářská práce*. Pardubice : 2012.

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Postižená a zdravá sliznice tenkého a tlustého střeva

Příloha č. 2 - Jednotlivé projevy Crohnovy choroby podle postiženého úseku

Příloha č. 3 - Maslowova hierarchie potřeb

Příloha č. 4 - Barthelův test základních všedních činností

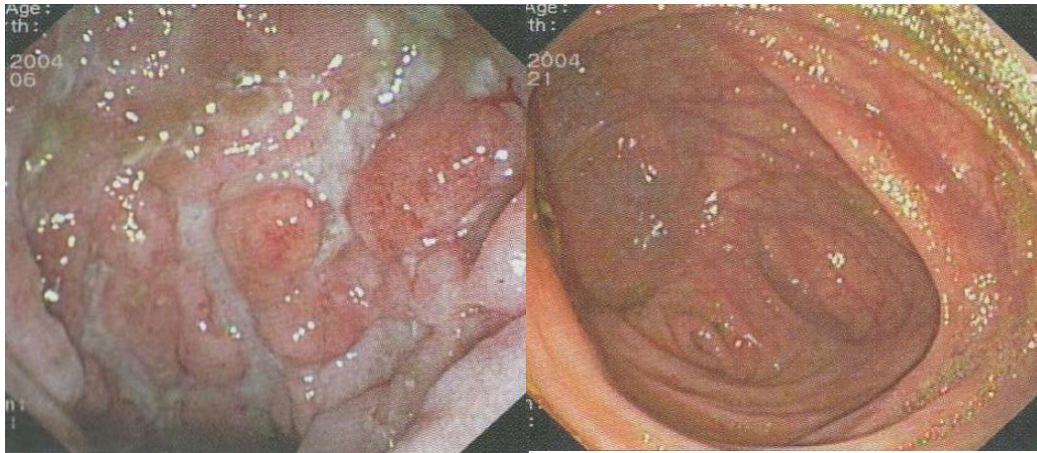
Příloha č. 5 - Diagnostické domény - NANDA taxonomie

Příloha č. 6 - Ošetrovatelská dokumentace u pacientů s Crohnovou chorobou

Příloha č. 7 - Mapa ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou na interním oddělení

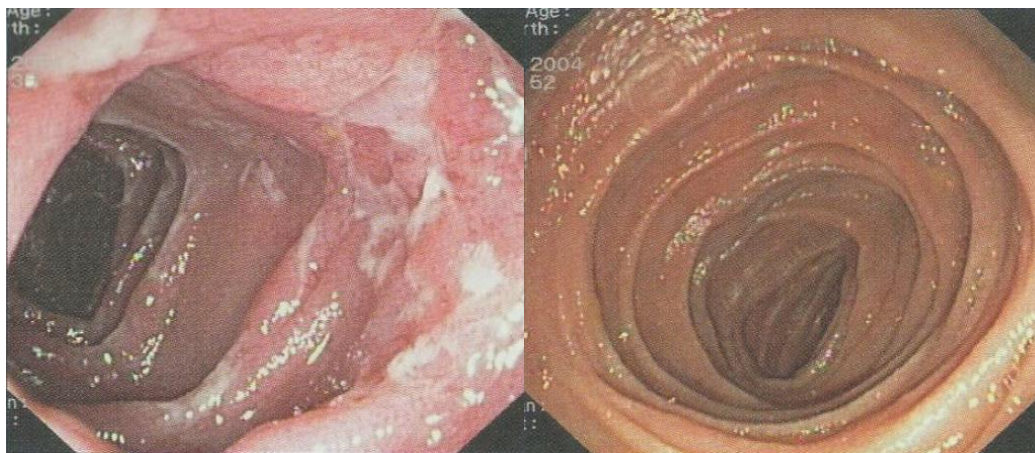
Příloha č. 1

Jednotlivé projevy Crohnovy choroby podle postiženého úseku



Obr. 4 Sliznice tlustého střeva postižená zánětem u Crohnovy choroby (Červenková, 2009, s. 16)

Obr. 5 Zdravá sliznice tlustého střeva (Červenková, 2009, s. 16)



Obr. 6 Sliznice tenkého střeva postižená zánětem u Crohnovy choroby (Červenková, 2009, s. 16)

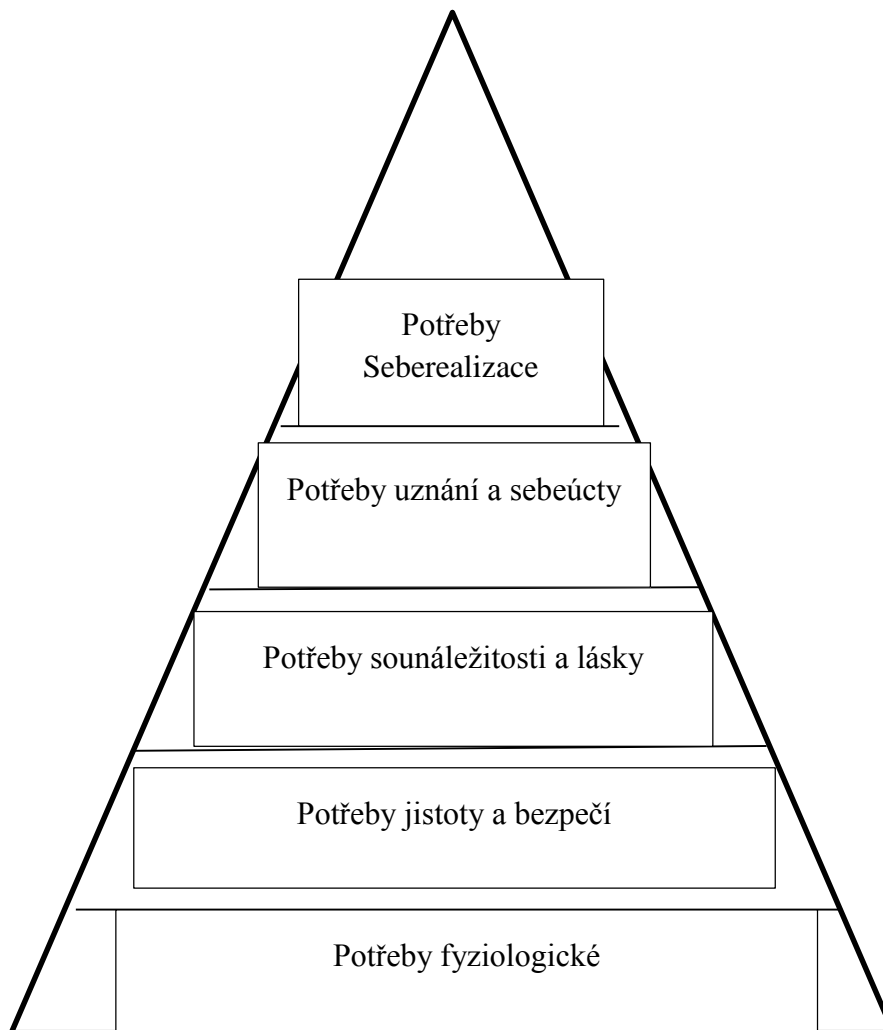
Obr. 7 Zdravá sliznice tenkého střeva (Červenková, 2009, s. 16)

Příloha č. 2

Tab. 2 Jednotlivé projevy Crohnovy choroby podle postiženého úseku (Červenková, 2009, s. 15)

Místo postižení	Tenké a tlusté střevo	Tlusté střevo	Tenké střevo	Konečník
Příznaky	Bolesti břicha	Průjmy	Bolesti břicha	Krvácení
	Teploty	Krvácení	Hubnutí až neprospívání	Nucení na stolicí
	Průjmy	Mimostřevní problémy	Chudokrevnost	Hnisání a píštěle

Příloha č. 3



Obr. 8 Maslowova hierarchie potřeb (Trachtová, 2013, s. 15)

Příloha č. 4

Tab. 3 Barthelův test základních všedních činností (Šamánková, 2011, s. 35)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. Koupání	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
100 bodů je maximální počet – soběstačný jedinec		

Příloha č. 5

Tab. 4 Diagnostické domény - NANDA taxonomie (Herdman, 2013, s. 8-17)

Název domény (skupiny lidských potřeb)	Okruh působnosti	Třídy (jednotlivé lidské potřeby)
1. Podpora zdraví	Povědomí o pohodě neboli normalitě činností a strategií směrem ke zdraví, které klient užívá k regulování a zlepšování jejich funkce.	- povědomí o zdraví - management (správa) zdraví
2. Výživa	Aktivity přijímání, vstřebávání a využívání živin za účelem zachování i regenerace tkání a za účelem produkce energie.	- přijímání potravy - trávení - vstřebávání - metabolismus - hydratace
3. Vylučování a výměna	Vylučování a vyměšování odpadových produktů z těla.	- vyprazdňování moči - gastrointestinální funkce - funkce pokožky - respirační funkce
4. Aktivita/odpočinek	Produkce, uchování, výdej nebo rovnováha zdrojů lidské energie.	- spánek, odpočinek - aktivita, tělesný pohyb - energetická rovnováha - kardiovaskulární, plicní odezva - sebek péče
5. Percepce/kognice	Lidský systém zpracování informací, který začleňuje pozornost, orientaci, čítí, vnímání, poznávání a komunikaci.	- pozornost - orientace - čítí, vnímání - poznání - komunikace
6. Sebepercepce	Povědomí o sobě samém	- sebek pojetí - sebeúcta - obraz těla
7. Vztahy mezi rolemi	Pozitivní a negativní vazby nebo spojení mezi osobami nebo mezi skupinami osob a způsoby jakými se projevují.	- role pečovatele - rodinné vztahy - vykonávání role
8. Sexualita	Sexuální identita (totožnost), funkce a reprodukce.	- sexuální identita - sexuální funkce

		- reprodukce
9. Zvládání/tolerance zátěže	Zápasení se životními událostmi a životními procesy.	- post-traumatická odezva - odezva na zvládání zátěže - neurobehaviorální stres
10. Životní principy	Principy tvořící základ pro jednání, myšlení a chování směrem k usnesením, zvykům nebo náhledům považovaným za pravdivé nebo za mající vnitřní hodnotu.	- hodnoty - víra - soulad hodnot, víry a činů
11. Bezpečnost/ochrana	Vyvarování se nebezpečí, tělesným poraněním nebo poškozením imunitního systému, ochrana před ztrátou a zajištění bezpečnosti.	- infekce - tělesné poškození - násilí - rizika životního prostředí - obranné procesy - termoregulace
12. Komfort	Pocit duševní, tělesné a sociální pohody nebo klidu.	- tělesný komfort - komfort prostředí - sociální komfort
13. Růst/vývoj	Věku přiměřený růst tělesných rozměrů, orgánových systémů a přiměřené dosažení vývojových stupňů.	- růst - vývoj

Příloha č. 6

Tab. 5 Ošetrovatelská dokumentace u pacientů s Crohnovou chorobou (vlastní zdroj)

Iniciály:		Pohlaví:	
Věk:		Alergie:	
Povolání, vzdělání:			
Výška:		Váha:	
BMI:		Pozitivní nutriční screening:	
Celkový vzhled, úprava:		Komunikace a orientace:	
Jak dlouho máte Crohnovu chorobu (kdy vám byla diagnostována?)			
Jaký druh léčby máte?			
Klasická léčba – medikace:			
Pokud se léčíte pomocí biologické léčby, jak dlouho už máte tuto léčbu?			
Je váš zdravotní stav s touto léčbou lepší?			
Jaký druh biologické léčby máte? (infúze, podkožní injekce)			
Medikace:			
Frekvence docházení na léčbu:			

Jste sledován ještě někde jinde? (jiná poradna)	
Jakou část GIT máte postiženou?	
Tvoří se píštěle? Pokud ano – kam?	
Jaké operace jste prodělal/la v rámci této choroby?	
Vedlejší diagnózy -léčíte se s něčím dalším? (pohybový systém, kardiovaskulární systém, dýchací problémy, kožní deriváty)	
Proděl/la jste jiné operace v rámci jiného onemocnění?	
Nějaké další zdravotní potíže?	
Užíváte nějakou další trvalou medikaci?	
Místo na poznámky:	

Výživa			
Dieta:		Chuť k jídlu:	
Problémy s příjmem potravy:		Polykací problémy:	
Zažívací problémy:	<input type="checkbox"/> říhání <input type="checkbox"/> pálení žáhy <input type="checkbox"/> nevolnost <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> nadýmání <input type="checkbox"/> zvýšená peristaltika střev		

Typický denní příjem potravy (jak často):		Přidavky, doplňky, vitamíny:	
Forma stravy - způsob přijímání potravy:	Enterální výživa: <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> PEG/PEJ Per os: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> mletá Enterální výživa: <input type="checkbox"/> periferní katétr <input type="checkbox"/> centrální katétr		
Malnutrice:			
Stav chrupu:			
Preferujete nějaké potraviny?		Nějaké potraviny, které nemůžete, co vám nedělají dobře – popřípadě alergie na potraviny?	
Nějaké zvláštnosti v přijímání potravy?			
Pocit žízně:	ANO - NE	Příjem tekutin za 24 hod:	
Jaké tekutiny preferujete?		Pijete alkohol?	ANO - NE

		Dělá vám dobře?	
Kouříte:	ANO - NE	Jak dlouho:	
		Intenzita:	
Místo na poznámky:			

Břicho			
Patologie:	<input type="checkbox"/> jizvy <input type="checkbox"/> kýla <input type="checkbox"/> jiné:		
Peristaltika střev:	<input type="checkbox"/> zvýšená <input type="checkbox"/> snižená <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> jiná:		
Krvácení ze zažívacího traktu (pozorovaná krev ve stolici, zvracích)			
Bolest břicha:	<input type="checkbox"/> lokalizace: <input type="checkbox"/> intenzita: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> charakter: <input type="checkbox"/> co bolest zhorčuje: <input type="checkbox"/> co bolest zlepšuje:		
Stomie:	ANO - NE	Typ:	
		Délka vyvedení:	
		Důvod zavedení:	
Místo na poznámky:			

Vylučování a výměna:			
Problémy s močením:	<input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> časté močení <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> jiné:		
Příměsi v moči:			
Problémy s vyprazdňováním stolice:	<input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> bolest při vyprazdňování <input type="checkbox"/> časté nucení na stoličce <input type="checkbox"/> nadýmání <input type="checkbox"/> meteorismus <input type="checkbox"/> jiné:		
Frekvence vyprazdňování:		Zvyklosti při vyprazdňování:	
Pozorované příměsi ve stolici:		Bolestivost při vyprazdňování:	
Místo pro poznámky:			

Pohybový režim a odpočinek:	
Faktory bránící tělesné aktivitě:	
Provádíte nějaký sport?	
Jak se celkově cítíte po fyzické stránce?	
Jak se cítíte po psychické	

stránce?	
Cítíte se unavený?	
Máte kvalitní spánek?	
Užíváte nějaké léky na noc?	
Spíte přes den? Pokud ano jak dlouho?	
Preferujete odpočinek pasivní nebo aktivní? (a jaký)	
Místo na poznámky:	

Vnímání a poznávání	
Jak vnímáte současnou situaci?	
Stresuje vás aktuální situace hodně?	
Co vám pomáhá ve zvládnání stresu?	
Má stres souvislost s nemocí – její vznik? (v době vzniku byl/la jste v dlouhodobém stresu?)	
Omezuje vás v něčem tato nemoc?	
Místo na poznámky:	

Vztahy a sociální vztahy:		
Nestraníte se společnosti?		
Jak vás berou vrstevníci?		
Sexualita - ženy	Problémy s menstruací:	
	Pravidelnost menstruace:	
	Porody:	
	Potraty:	
	Problémy s menopauzou:	
	Hormonální antikoncepce:	
	Operace:	
Sexualita - muži	Nějaké omezení v rámci této oblasti?	
	Problémy s prostatou nebo jiné:	
	Operace:	
Místo pro poznámky:	Nějaké omezení v rámci této oblasti?	

Kůže			
Kožní deriváty:		Sliznice:	

Invazivní vstupy:		MADON:	
Místo pro poznámky:			

Příloha č. 7

Tab. 6 Mapa ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou na interním oddělení (vlastní zdroj)

Jméno:

Rodné číslo:

Příjmení:

Datum příjmu:

Odvětví	1. den (den příjmu)	2. den	3. den
Diagnostika	<input type="checkbox"/> vyšetření lékařem při příjmu (anamnéza a fyzikální vyšetření) <input type="checkbox"/> alergie <input type="checkbox"/> sesterská anamnéza <input type="checkbox"/> příjmové odběry <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> ultrazvuk <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> CT, MRI <input type="checkbox"/> endoskopické vyšetření <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> jaterní biopsie	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> jaterní biopsie <input type="checkbox"/> ultrazvuk <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> CT, MRI <input type="checkbox"/> endoskopické vyšetření <input type="checkbox"/> odběry dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> fyzikální vyšetření lékařem <input type="checkbox"/> fyzikální vyšetření sestrou	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> jaterní biopsie <input type="checkbox"/> ultrazvuk <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> CT, MRI <input type="checkbox"/> endoskopické vyšetření <input type="checkbox"/> odběry dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> fyzikální vyšetření lékařem <input type="checkbox"/> fyzikální vyšetření sestrou
Monitoring	<input type="checkbox"/> Fyziologické funkce při příjmu <ul style="list-style-type: none"> ○ TK ○ P ○ TT ○ SpO2 ○ GCS <input type="checkbox"/> BMI	<input type="checkbox"/> Fyziologické funkce dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> Bilance tekutin dle ordinace lékaře <ul style="list-style-type: none"> ○ za 6 hodin 	<input type="checkbox"/> Fyziologické funkce dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> Bilance tekutin dle ordinace lékaře <ul style="list-style-type: none"> ○ za 6 hodin

	<input type="checkbox"/> riziko pádu <input type="checkbox"/> riziko dekubitů <input type="checkbox"/> ADL test	<input type="radio"/> za 12 hodin <input type="radio"/> za 24 hodin	<input type="radio"/> za 12 hodin <input type="radio"/> za 24 hodin
Edukace	<input type="checkbox"/> o příjmu na oddělení <input type="checkbox"/> o režimu na oddělení <input type="checkbox"/> signalizace <input type="checkbox"/> manipulace s lůžkem <input type="checkbox"/> pohybový režim <input type="checkbox"/> riziko pádu <input type="checkbox"/> péče o invazivní vstup <input type="checkbox"/> dietní opatření – vhodné potraviny s výživovou hodnotou (výživa diabetika) <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> medikace v rámci hospitalizace <input type="checkbox"/> vyšetření a výkony Zhodnocení: <input type="checkbox"/> chápe <input type="checkbox"/> opakovaně se dotazuje <input type="checkbox"/> nerozumí	<input type="checkbox"/> pohybový režim <input type="checkbox"/> riziko pádu <input type="checkbox"/> péče o invazivní vstup <input type="checkbox"/> dietní opatření (výživa diabetika) <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> vyšetření a výkony Zhodnocení: <input type="checkbox"/> chápe <input type="checkbox"/> opakovaně se dotazuje <input type="checkbox"/> nerozumí	<input type="checkbox"/> pohybový režim <input type="checkbox"/> riziko pádu <input type="checkbox"/> péče o invazivní vstup <input type="checkbox"/> dietní opatření (výživa diabetika) <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> vyšetření a výkony Zhodnocení: <input type="checkbox"/> chápe <input type="checkbox"/> opakovaně se dotazuje <input type="checkbox"/> nerozumí
Pohybový režim	<input type="checkbox"/> samostatný <input type="checkbox"/> pohybuje se s kompenzační pomůckou <input type="checkbox"/> klid na lůžku –	<input type="checkbox"/> samostatný <input type="checkbox"/> pohybuje se s kompenzační pomůckou <input type="checkbox"/> klid na lůžku –	<input type="checkbox"/> samostatný <input type="checkbox"/> pohybuje se s kompenzační pomůckou <input type="checkbox"/> klid na lůžku –

	<p>dopomoc dle potřeby</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ležící – celková péče <input type="checkbox"/> polohování dle záznamu 	<p>dopomoc dle potřeby</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ležící – celková péče <input type="checkbox"/> polohování dle záznamu 	<p>dopomoc dle potřeby</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ležící – celková péče <input type="checkbox"/> polohování dle záznamu
Hygienická péče	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola stavu kůže <input type="checkbox"/> péče o kůži <input type="checkbox"/> záznam zhodnocení a péče o ránu založen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE <input type="checkbox"/> péče o defekt <p>Zhodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> provede s malou pomocí <input type="checkbox"/> provede s větší pomocí <input type="checkbox"/> neprovede - hygiena na lůžku, v koupelně 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola stavu kůže <input type="checkbox"/> péče o kůži <input type="checkbox"/> záznam zhodnocení a péče o rána založen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE <input type="checkbox"/> péče o defekt <p>Zhodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> provede s malou pomocí <input type="checkbox"/> provede s větší pomocí <input type="checkbox"/> neprovede - hygiena na lůžku, v koupelně 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola stavu kůže <input type="checkbox"/> péče o kůži <input type="checkbox"/> záznam zhodnocení a péče o rána založen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE <input type="checkbox"/> péče o defekt <p>Zhodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> provede s malou pomocí <input type="checkbox"/> provede s větší pomocí <input type="checkbox"/> neprovede - hygiena na lůžku, v koupelně
Vyprazdňování	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola barvy a příměsí ve stolici <input type="checkbox"/> kontrola četnosti a charakteru stolice <input type="checkbox"/> kontrola barvy a příměsí v moči <input type="checkbox"/> zhodnocení ztrát tekutin: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zvracení <input type="radio"/> průjmy <input type="radio"/> pocení 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola barvy a příměsí ve stolici <input type="checkbox"/> kontrola četnosti a charakteru stolice <input type="checkbox"/> kontrola barvy a příměsí v moči <input type="checkbox"/> zhodnocení ztrát tekutin: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zvracení..... <input type="radio"/> průjmy..... <input type="radio"/> pocení..... 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola barvy a příměsí ve stolici <input type="checkbox"/> kontrola četnosti a charakteru stolice <input type="checkbox"/> kontrola barvy a příměsí v moči <input type="checkbox"/> zhodnocení ztrát tekutin: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zvracení..... <input type="radio"/> průjmy..... <input type="radio"/> pocení.....

	<p><u>Zhodnocení:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> s pomocí na toaletu <input type="checkbox"/> neprovede: <ul style="list-style-type: none"> ○ podložní mísa ○ PMK – péče o něj a kontrola funkčnosti ○ pleny 	<p><u>Zhodnocení:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> s pomocí na toaletu <input type="checkbox"/> neprovede: <ul style="list-style-type: none"> ○ podložní mísa ○ PMK – péče o něj a kontrola funkčnosti ○ pleny 	<p><u>Zhodnocení:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> s pomocí na toaletu <input type="checkbox"/> neprovede: <ul style="list-style-type: none"> ○ podložní mísa ○ PMK – péče o něj a kontrola funkčnosti ○ pleny
<p>Výživa a hydratace</p>	<p>Enterální</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> krmén <input type="checkbox"/> NGS/NJS/PEG/PEJ <p>Parenterální</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Periferní vstup MADON 9:00 21:00 <input type="checkbox"/> Centrální vstup MADON 9:00 21:00 <p>Hydratace</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola příjmu tekutin <input type="checkbox"/> diuréza <ul style="list-style-type: none"> ○ 24 hodin <input type="checkbox"/> kontrola sliznic: <ul style="list-style-type: none"> ○ vlhké ○ suché <input type="checkbox"/> kontrola kožního turgoru: <ul style="list-style-type: none"> ○ v normě ○ snížený 	<p>Enterální</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> krmén <input type="checkbox"/> NGS/NJS/PEG/PEJ <p>Parenterální</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Periferní vstup MADON 9:00... 21:00 <input type="checkbox"/> Centrální vstup MADON 9:00 21:00 <p>Hydratace</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola příjmu tekutin <input type="checkbox"/> diuréza <ul style="list-style-type: none"> ○ 24 hodin <input type="checkbox"/> kontrola sliznic: <ul style="list-style-type: none"> ○ vlhké ○ suché <input type="checkbox"/> kontrola kožního turgoru: <ul style="list-style-type: none"> ○ v normě ○ snížený 	<p>Enterální</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> krmén <input type="checkbox"/> NGS/NJS/PEG/PEJ <p>Parenterální</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Periferní vstup MADON 9:00... 21:00 <input type="checkbox"/> Centrální vstup MADON 9:00 21:00 <p>Hydratace</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kontrola příjmu tekutin <input type="checkbox"/> diuréza <ul style="list-style-type: none"> ○ 24 hodin <input type="checkbox"/> kontrola sliznic: <ul style="list-style-type: none"> ○ vlhké ○ suché <input type="checkbox"/> kontrola kožního turgoru: <ul style="list-style-type: none"> ○ v normě ○ snížený
<p>Místo na poznámky:</p>			

Ošetrovateľské diagnózy	Ciele	Intervence	Hodnocení
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disfunkční gastrointestální motilita (000196) <input type="checkbox"/> Průjem (00013) <input type="checkbox"/> Zhoršený komfort (00214) <input type="checkbox"/> Snaha zlepšit výživu (00163) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> U klienta se sníží četnost vyprazdňování stolice <input type="checkbox"/> Klientovi selepší komfort <input type="checkbox"/> Klient se bude snažit si navyknout na zdravější životní styl 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sledujeme četnost, charakter a příměsi ve stolici <input type="checkbox"/> Edukujeme o nutnosti pravidelné a správné stravy <input type="checkbox"/> Edukujeme o pravidelnosti medikace <input type="checkbox"/> Podáváme substituci vitamínů a minerálů pro zvýšení komfortu <input type="checkbox"/> Dle možnosti podáváme probiotika pro celkově lepší zdravotního stavu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klient ústně potvrzuje snížení četností stolice <input type="checkbox"/> Sestra objektivně zhodnocuje snížení v četnosti vyprazdňování stolice <input type="checkbox"/> Klient nepociťuje změnu ve vyprazdňování stolice <input type="checkbox"/> Sestra objektivně nepozoruje změnu ve snížení četnosti ve vyprazdňování stolice <input type="checkbox"/> Klient pociťuje zvýšený komfort <input type="checkbox"/> Klient si osvojil zdravější životní styl
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Narušená integrita kůže (00046) <input type="checkbox"/> Riziko infekce (00004) <input type="checkbox"/> Riziko pádu (00155) <input type="checkbox"/> Narušený obraz těla (00118) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klientovi nevznikne žádná infekce <input type="checkbox"/> Klient v riziku pádu neutrpí žádný úraz 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Péče o invazivní vstupy dle standartů <input type="checkbox"/> Péče o poškozenou kůži dle standartů <input type="checkbox"/> Edukace o riziku pádu <input type="checkbox"/> Rozhovor s pacientem o jeho narušeném 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Péče o vstupy probíhala dle zvyklostí oddělení a vhodných standartů <input type="checkbox"/> Převazování a péče o rány probíhala dle standartů oddělení <input type="checkbox"/> Žádná infekce během

		<p>obrazu těla</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zajisti rozhovor s psychologem 	<p>hospitalizace nevznikla</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Úraz v souvislosti s rizikem pádu nevznikl <input type="checkbox"/> Klient udává smíření se změněným obrazem těla
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Narušený vzorec spánku (00198) <input type="checkbox"/> Únava (00093) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klient bude pociťovat kvalitnější spánek <input type="checkbox"/> Zmírní se únava <input type="checkbox"/> Klient se bude cítit odpočatý 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zajistíme klidné prostředí <input type="checkbox"/> Vyhovíme klientovým zvykům před spánkem <input type="checkbox"/> Podáváme hypnotika dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> Sledujeme kvalitu spánku 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klient sděluje kvalitnější spánek <input type="checkbox"/> Únavu pociťuje minimálně nebo vůbec <input type="checkbox"/> Klient se bude po probuzení cítit více odpočatý
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chronická bolest (00133) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klientovi se bolest nezhorší <input type="checkbox"/> Při podání analgetik se bolest sníží <input type="checkbox"/> Klienta bolest nebude obtěžovat ve všedních aktivitách <input type="checkbox"/> U klienta bude bolest vhodně tlumena <input type="checkbox"/> Klient bude umět hodnotit bolest na stupnici VAS 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poučíme klienta o vhodných nefarmakologických metodách tlášení bolesti <input type="checkbox"/> Podáváme analgetika dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> Vysvětlíme metodu hodnocení bolesti dle VAS <input type="checkbox"/> Zjistíme, zda klient pochopil hodnocení bolesti VAS <input type="checkbox"/> Hodnotíme VAS 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klient hodnotí bolest dle VAS stejnou nebo mírnější <input type="checkbox"/> Klient po podání analgetik udává snížení bolesti <input type="checkbox"/> Klienta bolest neomezuje ve všedních aktivitách <input type="checkbox"/> Klient bolest neudává <input type="checkbox"/> Klientovi jsou podávána vhodná Analgetika dle ordinace

	<input type="checkbox"/> Klientovi se bolest nezmění v bolest akutní	po podání analgetik <input type="checkbox"/> Hodnotíme vedlejší účinky analgetik <input type="checkbox"/> O tišení bolesti informuj lékaře	<input type="checkbox"/> Klient si osvojí správné hodnocení na stupnici VAS <input type="checkbox"/> Klientovi není potřeba podávat Analgetika <input type="checkbox"/> Popřípadě jiné tišení bolesti <input type="checkbox"/> Charakter bolesti zůstal stejný, nedošlo k bolesti akutní
<input type="checkbox"/> Neefektivní udržování zdraví (00099)	<input type="checkbox"/> Klient si přivykne na zdravější životní styl <input type="checkbox"/> Klient si osvojí aktivnější pohybové aktivity <input type="checkbox"/> Klient bude dodržovat nadále pokynů lékařů	<input type="checkbox"/> Informuj klienta o nutnosti dodržovat dietní opatření <input type="checkbox"/> Informuj klienta o nevhodnosti kouření a pití alkoholu <input type="checkbox"/> Dle potřeby zajisti nutriční terapeutku	<input type="checkbox"/> Klient snížil množství cigaret za den <input type="checkbox"/> Klient snížil množství pití alkoholu <input type="checkbox"/> Klient vyřadil nevhodné potraviny ze svého jídelníčku <input type="checkbox"/> Klient se aktivněji a vhodně hýbe <input type="checkbox"/> Klient chodí pravidelně na lékařské prohlídky
<input type="checkbox"/> Úzkost (00146) <input type="checkbox"/> Strach (00148)	<input type="checkbox"/> U klienta se sníží neklid <input type="checkbox"/> Klient chápe důvod své	<input type="checkbox"/> Informuj klienta o výkonu <input type="checkbox"/> Informuj klienta o vyšetření	<input type="checkbox"/> Pacient sděluje zmírnění úzkosti a strachu <input type="checkbox"/> Objektivně

	hospitalizace	<input type="checkbox"/> Lékař informuje o zdravotním stavu <input type="checkbox"/> Zajisti kontakt s rodinou a přáteli <input type="checkbox"/> Zajisti rozhovor s psychologem	pozorujeme zklidnění klienta <input type="checkbox"/> Klient dokáže o svých pocitech hovořit
<input type="checkbox"/> Zvýšený objem tekutin v organismu (00026)	<input type="checkbox"/> Zjistit u klienta příčinu zvýšené žízně	<input type="checkbox"/> Sledujeme bilanci tekutin <input type="checkbox"/> Sledujeme stav hydratace <input type="checkbox"/> Stav vnitřního prostředí	<input type="checkbox"/> U klienta pozorujeme normální stav hydratace <input type="checkbox"/> U klienta zjišťujeme fyziologické hodnoty ve vnitřním prostředí <input type="checkbox"/> U klienta zjišťujeme vyšší příjem tekutin než výdej
Místo na poznámky			