

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Věra Králová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Potřeby pacienta s diagnózou ulcerózní kolitida

Králová Věra

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Věra Králová**
Osobní číslo: **Z15018**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Potřeby pacienta s diagnózou Ulcerózní kolitida**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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 stanovené 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/elektronická

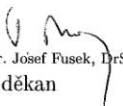
Seznam odborné literatury:

1. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika. Praha: Grada, 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
2. NANDA International: Ošetrovatelské diagnózy definice a klasifikace 2015-2017. 10. vyd. Praha: Grada. 2015, 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
3. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
4. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2013. 185 s. ISBN 978-80-701-3553-2.
5. ZBOŘIL, Vladimír. Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů. 2 vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. 206 s. ISBN 978-80-204-4035-8.


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

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. července 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 6. 4. 2018

Králová Věra

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Ochtinské za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému týmu gastroenterologické poradny a endoskopického sálku, kde probíhal sběr dat za ochotu a vstřícnost.

Poděkování patří zejména pacientům, kteří byli ochotni podělit se o svůj příběh během sběru dat.

ANOTACE

Idiopatické střevní záněty jsou velmi frekventovaným tématem, ale i přesto je ulcerózní kolitida velmi málo známá. Jsou nesprávně zaměňovány příznaky, terapie a průběh onemocnění s Crohnovou nemocí. Popis onemocnění ulcerózní kolitidy společně s diagnostikou a terapií bude zpracován pro čtenáře v teoretické části. Praktická část je zaměřena na zjištění potřeb u pacientů právě s touto diagnózou. Kazuistiky vybraných pacientů ukazují individualitu jedince. Následně byly zpracovány ošetrovatelské diagnózy, na základě zjištěných informací byla vypracována ošetrovatelská dokumentace pro pacienty s ulcerózní kolitidou v ambulantní péči, která je výstupem praktické části.

KLÍČOVÁ SLOVA

idiopatické střevní záněty, potřeby člověka, tlusté střevo, ulcerózní kolitida, zánět

TITLE

Needs of patient with diagnosis Ulcerative colitis

ANNOTATION

Inflammatory bowel diseases are very frequent topic but Ulcerative colitis is not much known. Symptoms, therapy and course of the disease are incorrectly confused with Crohn Disease. In the theoretical part there will be for readers processed description, diagnostics and therapy of Ulcerative colitis. Practical part is concentrated on finding out the needs of patients with this diagnosis. Cases show the individualities of chosen patients. Afterwards there were processed nursing diagnoses and based on ascertained information a nursing documentation was worked out for patient with Ulcerative colitis in ambulant care. That is a product of the practical part.

KEYWORDS

Inflammatory bowel disease, human needs, large intestine, Ulcerative colitis, inflammation

OBSAH

Seznam zkratk a značek	12
Úvod	13
I Teoretická část.....	15
1 Idiopatické střevní záněty	15
2 Ulcerózní kolitida.....	15
2.1 Etiopatogeneze	16
2.2 Klinický obraz.....	16
2.3 Stádia zánětu	17
2.4 Diagnostika	17
2.4.1 Anamnéza	18
2.4.2 Laboratorní vyšetření.....	18
2.4.3 Endoskopická vyšetření	19
2.5 Komplikace	21
2.5.1 Toxický megakolon	21
2.5.2 Extraintestinální manifestace.....	21
2.6 Terapie.....	22
2.6.1 Dietní opatření	22
2.6.2 Farmakologická léčba	22
2.6.3 Biologická léčba	24
2.6.4 Psychoterapie	25
2.6.5 Chirurgická léčba.....	25
3 Specifikace potřeb u pacientů s IBD	27
3.1 Potřeby obecně	27
3.2 Ošetrovatelský proces	28
3.3 Potřeby v NANDA doménách	28

3.3.1	Podpora zdraví	28
3.3.2	Výživa	29
3.3.3	Vylučování a výměna	29
3.3.4	Aktivita a odpočinek	29
3.3.5	Percepce a kognice.....	30
3.3.6	Sebepercepce	30
3.3.7	Vztahy mezi rolemi.....	30
3.3.8	Sexualita.....	31
3.3.9	Zvládání a tolerance zátěže.....	31
3.3.10	Životní principy	32
3.3.11	Bezpečnost a ochrana.....	32
3.3.12	Komfort.....	32
3.3.13	Růst a vývoj	32
II	Praktická část.....	33
4	Sběr dat.....	33
4.1	Metodika	33
4.2	Statistické údaje	34
5	Kazuistika 1	36
5.1	Anamnéza.....	36
5.2	Posouzení stavu potřeb.....	39
5.3	Ošetrovatelské diagnózy	42
6	Kazuistika 2	47
6.1	Anamnéza.....	47
6.2	Posouzení stavu potřeb.....	50
6.3	Ošetrovatelské diagnózy	54
7	Kazuistika 3	59
7.1	Anamnéza.....	59

7.2	Posouzení stavu potřeb.....	62
7.3	Ošetrovatelské diagnózy	64
	Diskuze.....	69
	Závěr	74
	Použitá literatura	76
	Seznam Příloh	80

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Mayo index hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy (Zbořil, 2012, s. 68).....	83
---	----

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BMI	Body Mass Index
CD	Chrohn's disease, Crohnova nemoc
Cps.	Kapsle
CRP	C-reaktivní protein, ukazatel zánětu
ČR	Česká republika
GCS	Glasgow Coma Scale
HRQoL	Health Related Quality of Live (kvalita života související se zdravím)
i.m.	intramuskulárně, do svalu
i.v.	intravenózně, nitrožilně
IBD	Inflammatory bowel disease, idiopatické střevní záněty
KS	Kortikosteroidy
mmHg	milimetrů rtuťového sloupce
MNA	Mini Nutritional Assessment
NYHA	New York Heart Association
P	pulz-akce srdeční
p.o.	perorálně, podání ústy
s.c.	subkutánně, pod kůží
Tbl.	Tableta
TK	krevní tlak v mmHg
TT	tělesná teplota v °C
UC	Ulcerative colitis, ulcerózní kolitida
VAS	visuální analogová škála, stupnice hodnocení bolesti
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku idiopatických střevních zánětů, konkrétně na ulcerózní kolitidu. Teoretická část zahrnuje stručné seznámení s anatómií gastrointestinálního traktu, dále je zaměřena na ulcerózní kolitidu na historii tohoto onemocnění, symptomy, možnosti diagnostiky, komplikace s onemocněním spojené a také na druhy terapie. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky je výskyt UC 4–5 pacientů na 10 000 obyvatel. Počet nově nemocných je 1–3 pacienti na 100 000 v České republice. V posledních 30 letech je pozorován mírný vzestup incidence, což může být způsobeno zlepšenou diagnostikou, ale i zvyšující se morbiditou. Zajímavé je, že ulcerózní kolitida se vyskytuje zejména ve vyspělých státech, které si osvojily stravovací návyky západního světa, proto ji můžeme řadit k civilizačním chorobám.

Poslední částí teoretického úseku je pohled na potřeby jedince při chronickém onemocnění a to ve všech bodech NANDA domén. Ulcerózní kolitida je onemocnění, které se může lišit svými příznaky, průběhem nemoci ale i terapií u každého jedince. Je důležité, abychom individuálně přistupovali ke každému pacientovi i v oblasti potřeb.

V praktické části je popsán sběr dat, který probíhal v ambulantním zařízení u pacientů s ulcerózní kolitidou. Na kazuistikách můžeme pozorovat pestrost a různorodost problémů s onemocněním spojených, se kterými se pacienti každodenně setkávají. Součástí je i stanovení potřeb, které jsou velmi odlišené dle individuality osobnosti a úrovně života, který měli pacienti před diagnostikou ulcerózní kolitidy. U každé kazuistiky jsou zpracovány diagnózy dle NANDA taxonomie II společně se zpracováním cílů a intervencí. Dané diagnózy jsou řazeny dle priorit pacienta, nikoliv dle postupů zdravotnického personálu.

V diskuzi bakalářské práce bych ráda mezi sebou dané kazuistiky porovnávala a vyhodnotila, co by se mohlo v rámci ambulantní péče změnit. Dle výsledků bych sestavila sesterskou anamnézu pro sběr dat v ambulantním zařízení u pacientů s ulcerózní kolitidou. Tato dokumentace by byla nástrojem pro zdravotní sestry i laiky (pacientovu rodinu), který by napomohl v péči o nemocné s ulcerózní kolitidou a také, aby napomohl pochopit specifikaci potřeb. Laici i zdravotníci by na základě informací dokázali vycházet vstříc při řešení pacientových problémů.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je podrobně specifikovat potřeby pacientů s ulcerózní kolidou.

Dílčí cíl pro teoretickou část:

- seznámit s idiopatickými střevními záněty a podrobně popsat problematiku ulcerózní kolidy.

Dílčí cíle pro praktickou část:

- zjistit uspokojování biologických potřeb u pacientů s ulcerózní kolidou;
- zjistit uspokojení potřeb sekundárních u pacientů s ulcerózní kolidou;
- vypracovat ošetrovatelskou dokumentaci pro sestry v gastroenterologických ambulancích pro pacienty s ulcerózní kolidou.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

Idiopatické střevní záněty IBD (IBD, inflammatory bowel diseases) jsou chronická zánětlivá onemocnění, která postihují určitou část sliznice zažívacího traktu. Mezi nejčastější onemocnění patří Crohnova nemoc, která může postihnout celou trávicí trubici ve své délce i struktuře, dále také ulcerózní kolitida postihující sliznici střeva tlustého a konečníku. Tato onemocnění jsou chronická a jejich etiopatogeneze není zcela objasněna. Idiopatické záněty mají i jiné společné vlastnosti a to, že neznáme způsob prevence a neumíme je definitivně vyléčit. Incidence této choroby je v ČR 6,8 – 8,0/100 000 obyvatel/rok. Poměr mezi muži a ženami činí 1,0 : 1,4, kdy nejčastější výskyt je mezi 20 a 40 rokem života (Navrátil a kol., 2008, s. 269).

Jak již bylo zmíněno, ulcerózní kolitida nejčastěji postihuje část konečníku a tlustého střeva. Zánět spojený s nemocí mění strukturu a funkci sliznice střeva. Musíme proto rozlišit fyziologickou funkci a stavbu střeva od patologie při diagnóze ulcerózní kolitida. Anatomie a fyziologie tlustého střeva je přiložena v příloze A (Navrátil a kol., 2008, s. 270).

2 ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Specifický název pro ulcerózní kolitidu zavedl prof. Mařatka, který označil toto onemocnění jako „idiopatickou proktokolitidu“. Tento výraz je odvozen z řečtiny a vyjadřuje neznámou etiologii (ideos – vlastní, pathos – nemoc). (Pacienti IBD, 2016, s. 7)

Kolébkou „nespecifické ulcerózní kolitidy“ byly Anglie (Lockhart – Mummery, Hurst) a Francie (Bensaude, Racht). U nás přetrvával názor o „larvované dyzenterii“ ještě v období po první světové válce. K definitivnímu osamostatnění „ulcerózní kolitidy“ přispěly až první endoskopické snímky a následně monografie Z. Mařatky z r. 1948 Colitis ulcerosa (Falt, 2015, s. 247).

Sir Samuel Wilks v pol. 19. století v Londýně odlišil tehdy běžnou bacilární dyzentérii a UC, ale až od 20. století byla nemoc oddělena jako jednotná klinická jednotka od ostatních zánětů střev. V naší zemi byl nejvýznamnějším lékařem, který se spojuje s publikacemi

a informacemi o IBD již zmíněný prof. Mařatka. Je to historická osobnost, která byla svými poznatky známa a rozšířena v celosvětovém měřítku (Pacienti IBD, 2016, s. 9).

2.1 Etiopatogeneze

Příčina vzniku zánětlivých onemocnění střev není známa, ale jsou faktory, které mohou mít na onemocnění částečný podíl. Kvůli tomu je péče a léčba komplikována. Nelze cíleně odstranit příčinu, která ataku nebo samotné onemocnění vyvolává. Historie hledání etiopatogeneze je provázena řadou zkoumání infekčních agens, kdy nebyl prokázán infekční vznik ulcerózní kolitidy. Nyní se odborníci přiklání k metabolickému, imunologickému nebo genetickému mechanismu vzniku onemocnění (Lukáš a Žák, 2014, s. 634).

Je však velmi pravděpodobné, že velký podíl na vzniku onemocnění má již jmenovaná genetika. Každý jedinec dostává od rodičů genetickou výbavu, která obsahuje i predispozice k určitému typu onemocnění. Existuje řada genů IBD a pokud jedinec zdědí gen označovaný jako IBD – 1, pravděpodobnost na onemocnění UC nebo CD je vyšší. Zevní faktory pro vznik ulcerózní kolitidy přesně neznáme, lze pouze naznačit, které faktory onemocnění ovlivňují. Podíl mají potravinové vlivy, vlastnosti střevních bakterií nebo užívání návykových látek, zejména kouření. Výzkum se ale nadále intenzivně zabývá odhalením příčin vzniku obou onemocnění (Pacienti IBD, 2010, s. 19).

2.2 Klinický obraz

Ulcerózní kolitida je oproti Crohnově chorobě ve svých projevech mnohem jednodušší. Lokalizace zánětu UC je pouze v tlustém střevě nebo konečníku a vždy postihuje pouze sliznici. Onemocnění idiopatickou proktokolitidou se liší pouze v rozsahu postiženého střeva. Rektální syndrom nebo také proktitida se vyskytuje u zánětu rekta, kdy jedinec má nutkavý pocit na stolici s odchodem malého množství kouskovité stolice, hlenu, krve nebo hnisu (Černoch, 2012, s. 64–67).

Kolitický syndrom postihuje větší část tlustého střeva, kdy se vyskytují velmi řídké až vodnaté stolice s příměsí krve, hlenu a hnisu. Tento syndrom doprovází i trávicí obtíže ve formě průjmů s příměsí a tenezmů. Obvykle platí, že závažnost onemocnění se zvyšuje s rozsahem postižení střeva. Pokud je postižení colonu celkové, mohou se přidružovat i příznaky typu: subfebrilie a febrilie, anémie, váhový úbytek a celkové zhoršení fyzického i psychického stavu (Navrátil a kol., 2008, s. 269).

Tyto příznaky se vyskytují ve fázi relapsu zánětu. Jedná se o aktivní zánětlivou ulcerózní kolitidu. Zřetelně odlišná je fáze klidu remise, kdy je nemocný zcela bez obtíží. Fáze UC se střídají v průběhu nemoci. Ke změnám může docházet vlivem působení mnoha mechanismů, zejména vlivem psychického a zdravotního stavu pacienta nebo v důsledku dodržování a účinku medikace (Pacienti IBD, 2010, s. 23).

2.3 Stádia zánětu

Hodnocení aktivity onemocnění není sjednocené, a tudíž dochází k obtížnému posouzení účinku léčby. K dispozici jsou škály a indexy hodnotící morfologické slizniční změny. K posuzování změn slouží jednoduchá Montrealská klasifikace nebo Mayo index, který můžeme vidět v Tbl. 1 přílohy B, dále i klasifikace dle Bleckstona nebo Mařatky. Právě jeho klasifikaci lze rozdělit na stádium floridní, vzplanutí choroby a stádium klidové (Zbořil, 2016, s. 74–80).

Stádium krvácivé je prvním stádiem relapsu, kdy dochází k prosáknutí a zduření sliznice, (Obr. 1 v příloze C) dále k žlutavému povlaku a přítomnosti zánětlivého exudátu s vločkami fibrinu. Další nastupuje stádium hnisání, kdy jsou předešlé příznaky velmi podobné, ale sliznice je navíc kryta hustým žlutým hnisem (Obr. 2 v příloze C). Mapovité vředy a mezi nimi ostrůvky fyziologické sliznice jsou charakteristické pro vředové stádium (Obr. 3 příloha C). Ulcerózně-polypózní stádium vytváří ze zbytků sliznice výrůstky, které jsou podobné nádorovým polypům, jež můžeme vidět na (Obr. 4 v příloze C). V klidovém stádiu dochází ke granulaci sliznice a úpravě. Při granulaci sliznice růžoví, ale je velmi křehká a riziková na krvácení. Následně dochází k úpravě sliznice, ale pouze v makroskopické formě. Pokud se vředy z relapsu zhojily, zbývají na sliznici pseudopolypy. Jestliže nejsou patrné jako nápadně dysplastické, tak nevyžadují žádnou specifickou terapii (Zbořil, 2012, s. 25–26).

2.4 Diagnostika

Základem diagnostiky je anamnéza, laboratorní vyšetření, fyzikální vyšetření – zejména tělesná teplota a krevní tlak. Následně se využívají zobrazovací metody, nejpoužívanějšími jsou ultrasonografie, výpočetní tomografie a magnetická rezonance. Pro správné stanovení diagnózy a fáze, ve které se onemocnění nachází, je důležitý morfologický obraz střeva. Za tímto účelem je využíváno endoskopické vyšetření – kolonoskopie, rektoskopie, ale primárně upřednostňujeme neinvazivní vyšetření v podobě ultrazvuku střev. Při diagnostice IBD i přesto častěji používáme endoskopie umožňující přímý pohled do dutých orgánů, odběr

bioptických vzorků, stavění krvácení nebo odstranění patologických ložisek (Navrátil a kol., 2008, s. 269).

2.4.1 Anamnéza

„Anamnéza je soubor všech údajů o zdravotním stavu nemocného od narození až do současné doby (Špinar, 2013, s. 37).

Anamnézu můžeme rozdělit na nepřímou, kdy sběr dat je od rodiny nebo z jiné dokumentace př. chorobopis, dekurz. Mnohem častěji využíváme přímé získávání anamnézy od pacienta. Během rozhovoru máme možnost pozorovat pacienta, jeho mimiku, gesta a ostatní neverbální projevy, které mohou být spojené s onemocněním. U pacientů s ulcerózní kolitidou pozorujeme bledost, opocenost obličeje, nestabilní chůzi a gesta vyjadřující bolest břicha. Při sběru dat se zaměřujeme na oblasti pacientova života. Zajímá nás nynější onemocnění a problémy s ním spojené, tedy ulcerózní kolitida jako taková ale i komplikace, které se mohou projevit např. bolestí kloubů nebo poruchou hybnosti. Alergologická anamnéza je takový soubor dat, kdy zjistíme reakci na léky či dezinfekce, potraviny a mnoho dalších podnětů způsobujících alergickou reakci. Díky správnému určení alergenů můžeme předcházet komplikacím a zhoršení průběhu zánětu. Veškerá farmakologická léčba je součástí farmakologické anamnézy. Součástí je i anamnéza abúzu návykových látek, která může mít úzkou spojitost s farmakologickou léčbou a následnou ordinací medikace pro pacienta. U žen se dotazujeme na gynekologickou anamnézu. Užívání perorální kontraceptiva a informace o graviditě, porodech. Časté průjmy a naordinování nové medikace může mít za následek poruchy menstruačního cyklu, plodnosti nebo gynekologické infekce. U mužů tuto část nazýváme jako andrologickou anamnézu. I muže musíme upozornit, že některá medikace k léčbě idiopatických střevních zánětů způsobuje neplodnost. Pracovní a sociální anamnéza nám poskytuje informace o životním stylu, vztazích v rodině pacienta a druhu zaměstnání. Díky této části můžeme určit sekundární potřeby, které by kvůli nemoci mohly zůstat neuspokojeny. Údaje o zdravotním stavu rodičů, prarodičů sourozenců jsou důležité v rodinné anamnéze. Ptáme se na výskyt dědičných chorob, nemoci vyskytující se v linii rodiny. Osobní anamnéza obsahuje úrazy, onemocnění, operace, očkování nejlépe chronologicky seřazené (Špinar, 2013, s. 35–37).

2.4.2 Laboratorní vyšetření

Součástí vyšetřovacího procesu je i provedení krevních testů, které slouží k doplnění celého diagnostického procesu. Krevní obraz je odebírán za účelem vyšetření počtu krevních

elementů a hematokritu. Dále vyhodnocujeme počet erytrocytů a krevního barviva – hemoglobinu, abychom vyloučili, zda pacient netrpí anémií. K snížení hodnot dochází při krvácení ze zažívacího traktu u pacientů při akutní atace ulcerózní kolitidy. Anémie je také charakteristická nedostatkem železa a vitamínu B12. Snížené hodnoty vitamínů a minerálů nalezneme v biochemickém vyšetření, kdy mohou poukázat na špatnou resorbční funkci při zánětu. Důležité jsou také hodnoty, které nám vyjadřují funkci vnitřního prostředí, jater, ledvin. Zánětlivými parametry zjistíme aktuální aktivitu zánětu. Základem je C-reaktivní protein, leukocytóza (vyšší hodnota bílých krvinek) a sedimentace erytrocytů. Stupeň narušené výživy pacienta nám stanoví nutriční parametry tj. vyšetření celkové bílkoviny, albuminu a cholinesteráz. Snížená hodnota celkové bílkoviny u pacientů s UC vypovídá o špatném vstřebávání v zažívacím traktu. Posledním nejčastěji užívaným krevním testem jsou imunologické makery, které pomáhají rozlišit Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu. Jedná se o stanovení protilátek p-ANCA a ASCA, kdy u ulcerózní kolitidy jsou přítomny protilátky typu p-ANCA (Bartůněk, 2016, s. 120–135).

2.4.3 Endoskopická vyšetření

Dle tiskové zprávy Gastroenterologické společnosti se v gastroenterologii v roce 2016 provedlo 400 000 vyšetření. Endoskopické vyšetření je standardní vyšetření i u pacientů s idiopatickými střevními záněty, které slouží k vyšetření dutých orgánů. Při ulcerózní kolitidě je nejčastěji využíváno vyšetření tlustého střeva a konečníku k posouzení rozsahu zánětu a stavu sliznice (Pacienti IBD, 2016, s. 34–41).

Kolonoskopie je velmi častým vyšetřením tlustého střeva při screeningu populace, ale i u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Samotnému vyšetření předchází očista střeva pomocí čisticích roztoků. Je důležité, aby byl zvolen správný čisticí přípravek, správné načasování střevní přípravy také dodržování diety a hydratace. Součástí je i znalost medikace a koagulačních hodnot lékařem (Falt, 2015, s. 51–79).

Nejčastěji užívaným střevním čisticím přípravkem je Fortrans – polyetylglykol. Jeho nevýhodou je velký objem tekutiny (4 l), kterou pacient musí vypít a jeho slaná chuť. Z tohoto důvodu lékaři ordinují nízkoobjemové střevní přípravky př. Picoprep, Moviprep, Eziclen. Roztoky obsahují sulfátové soli a jsou podávány ve dvou dávkách. První dávku pacient vypije den před vyšetřením, druhou cca 6 hod. před kolposkopií. Užívání dvou dávek označujeme jako dělenou střevní přípravu. Při užívání čisticích roztoků je doporučeno dodržovat pitný režim čirými tekutinami. Pacienta také poučíme o vhodné dietě, kdy klademe

důraz na její dodržení. Kdyby pacient dietu nedodržel, střevo by se stalo pro lékaře nepřehledným a kolposkopické vyšetření by muselo být opakováno. Proto týden před vyšetřením vysadit léky obsahující železo. Ovoce, zeleninu a celozrnné pečivo obsahující drobná zrníčka nebo vysoký podíl vlákniny vysadit 3 dny před vyšetřením. Den před kolposkopií lehce posnídat a k obědu pouze polévku nebo tekutiny. V den vyšetření pacient smí pouze pít a před samotným vyšetřením se dotazujeme na dodržování pokynů k očištění střeva (XV. Intenzivní kurz pro zdravotní sestry, 2016, s. 18–22).

Pacient je před vyšetřením srozuměn s výkonem a podepisuje informovaný souhlas. Dotazujeme se i na alergologickou anamnézu z důvodu podání lokálního nebo celkového anestetika. Pokud je ordinována premedikace zavedeme flexilu do periferní žíly. Vyšetření může být prováděno za účelem jak diagnostickým tak terapeutickým. Kolonoskopie je zahájena v poloze pacienta na levém boku, poloha se během vyšetření mění dle pokynů lékaře z důvodu špatné viditelnosti střeva nebo uvolnění kolonoskopu. Při kolposkopii lékař i sestra hodnotí čistotu střeva a stav sliznice. Spolu s optikou je do střeva insuflován vzduch, který slouží k lepší viditelnosti a orientaci ve střevě. Pacientem může být vnímána bolestivě. Proto informujeme o možné bolestivosti nebo pocitů křečí v břiše. Po vyšetření může být zvýšená plynatost. Pacient po vyšetření už dále nemusí dodržovat dietní režim, ale i přesto jsou mu doporučeny nenadýmavé potraviny, než dojde k optimalizaci stavu. Při polypektomii nebo odběru bioptického vzorku sliznice pacienta sledujeme stolici, zda se neobjeví větší množství čerstvé krve. V tomto případě by měl pacient vyhledat lékaře (Falt, 2015, s. 51–79).

Rektoskopie je endoskopické vyšetření konečníku a koncové části tlustého střeva. Vyšetřuje se sliznice do hloubky cca 25 cm od análního vstupu. Rektoskopie se provádí bez zvláštní přípravy. Pouze je doporučena spontánní defekace nebo podání Yal roztoku večer před vyšetřením. V případě obstipace je doporučeno klyzma. Před samotným vyšetřením pacientovi předložíme informovaný souhlas k podpisu. Zjistíme, zda pacient není alergický na anestetickou látku, která je podávána lokálně. Vyšetřovací poloha je nejčastěji na boku popř. i v poloze koleno-prsní (genupektorální) nebo koleno-loketní (genukubitální). Lékař nejprve vyšetří konečník palpačně, až poté následuje rektoskopie. Rektoskopie může být prováděna za účelem diagnostickým, ale i terapeutickým (polypektomie). Nedojde-li během vyšetření ke komplikacím, pacient nemá žádná omezení (Kelarová, 2016, s. 186–188).

2.5 Komplikace

Masivní krvácení, perforace kolonu, stenózy a toxický megakolon jsou komplikacemi ulcerózní kolitidy, které je nutné řešit chirurgickou terapií. Přidružené mohou být i mimostřevní příznaky, které postihují kožní, kloubní, plicní a jaterní oblast (Pacienti IBD, 2010, s. 24).

2.5.1 Toxický megakolon

Jedná se o rozpětí tračníku, které může vyústit až v perforaci. Důvodem je pronikání zánětu do hlubších vrstev sliznice střeva, kdy dojde k situaci podobné jako je paralytický ileus. Terapie musí být zahájena co nejdříve a primárně se začíná farmakoterapií. Podávají se antibiotika a velké dávky kortikosteroidů. Nedojde-li během 24–48 hodin ke zlepšení, je indikována chirurgická terapie (Lukáš, 2007, s. 301).

2.5.2 Extraintestinální manifestace

Mohou probíhat souběžně s relapsem idiopatického zánětu ve střevech nebo na této aktivitě nejsou závislé. V průběhu života postihují 30–40 % pacientů s idiopatickými střevními záněty. Tyto komplikace můžeme rozdělit do dvou skupin a to na projevy nesouvisející s aktivitou zánětu a projevy vzniklé v období ataky zánětu ve střevě. Nejčastější komplikací jsou artritidy tj. kloubní záněty, které se projevují typickým zánětlivým charakterem (otok, bolest, zarudnutí) v místě velkých kloubů. Na malých kloubech jako jsou např. ruce, nejsou charakteristické projevy zánětu. Vyznačují se dlouhodobou bolestí a postižením hybnosti. Negativně přispívají i genetické predispozice jedince (nadváha, endokrinní poruchy, aj.). Kožní změny se projevují nejčastěji na bérce v podobě nodózního erytému a pyodermie. Objevují se v místech nepatrného poranění. Terapie kožních projevů je především medikamentózní. Neléčí se chirurgicky z důvodu prodloužení hojení rány (Horák, 2013, s. 171–173).

Pacienti IBD ve své literatuře uvádějí fakt, že extraintestinální manifestace se objevuje s předstihem před relapsem střevního zánětu, nejčastěji jde o kloubní zánět nebo nodózní erytém. Malá část nemocných UC trpí postižením jater a žlučových cest, kde dochází k zánětu a vzniká tzv. primární sklerozující cholangitida. Zánět žlučovéhoodu může způsobit stenózu, a tím docházet k poruše odtoku žluči. Prevencí je laboratorní kontrola jaterních parametrů a také každoroční sledování tlustého střeva a žlučových cest endoskopickou metodou z důvodu prevence karcinomu (Pacienti IBD, 2010, s. 25).

2.6 Terapie

Cílem je navození stavu remise onemocnění, zabránit relapsu choroby a předcházet komplikacím nebo nežádoucím účinkům terapie. Hlavním cílem je zlepšit kvalitu pacientova života. Jedná se především o terapii symptomatickou nikoliv kauzální (Vlček, 2014, s. 86).

2.6.1 Dietní opatření

V období relapsu zánětu je strava převážně podávána parenterálně nebo enterálně. Pokud stravu podáváme perorálně, je podávána strava bezzbytková tj. taková strava, která nedráždí a nezvyšuje střevní motilitu. Je to plnohodnotná dieta, kterou lze podávat i dlouhodobě. Strava je netučná s vyšším obsahem bílkovin a bez nestravitelných zbytků vlákniny. Omezení zbytků s sebou přináší i deficit vitamínů a minerálů, které se běžně vyskytují ve slupkách ovoce a zeleniny. Proto substituci kompenzujeme podáváním vitamínů v tabletách (Svačina, 2008, s. 214–215).

Souběžně s avitaminózou a minerálním rozvratem souvisí i podvýživa pacientů. Celý mechanismus relapsu je velmi energeticky náročný a dochází k nedostatečnému příjmu potravy, který vede k patologickému úbytku hmotnosti a ztrátě tukových rezerv. Snížený energetický příjem je i v důsledku nechutenství, křečí a průjmů. Proto používáme specifické škály a indexy k posouzení správné hmotnosti a výživy, př. BMI – body mass index nebo MNA – Mini Nutritional Assessment. Pacienti s idiopatickými střevními záněty trpí ztrátou bílkovin. Jejich substituce je ve formě sippingu s vyšším obsahem bílkovin, př. Nutridrink Protein, Compact Protein. Deficitu chybějících látek je vhodné předcházet pestrou a kvalitní stravou, ve které jsou obsaženy kvalitní bílkoviny. V případě neschopnosti udržení vhodného množství výživy eventuelně přidáváme doplňkové produkty. Jídelníček pacienta s IBD by měl být sestaven přímo na míru jeho tělesným potřebám, aby nedocházelo ke komplikacím během léčby onemocnění. Specifický jídelníček sestaví nutriční terapeut spolu s pacientem (Zbořil, 2016, s. 53–59).

2.6.2 Farmakologická léčba

K léčbě IBD jsou používány látky, které působí protizánětlivě, to jsou aminosalicyláty – nejčastěji užívaný Sulfasalazin, Mesalazin a nově i Olsalazin. Aktivní látka působí v tlustém střevě a stejný protizánětlivý účinek mají i kortikosteroidy. Ze zástupců kortikosteroidů jsou nejčastěji podávány Predinison, Metylprednison a Budenosil. Při těžším průběhu onemocnění jsou indikována imunosupresiva se zástupci Metotrexát, Azathioprin a Cyklosporin. Nejmladší metodou k léčbě IBD je biologická léčba, kdy je podávána monoklonální protilátka

proti TNF α – Infliximab, Adalimumab, Golimumab. Součástí je i doplňující léčba ve formě antibiotik, probatik a prebiotik (Martínková, 2007, s. 239).

Aminosalicyláty jsou skupinou, která je využívána v tzv. indukční fázi, kdy je za cíl co nejrychleji snížit zánětlivou aktivitu ve střevě. Efekt při užívání aminosalicylátů je velmi příznivý, u 80–90 % pacientů je dosahováno okamžitého zlepšení. Mesalazin je lépe snášen a má velmi malé množství nežádoucích účinků, jelikož jeho podávání je upraveno tak, aby mohlo být pacientovi předepsáno dle jeho potřeb. Je podáván v tabletách perorálně při postižení celého tlustého střeva nebo ve formě nálevů, rectálních pěn nebo čípků při postižení recta. Sulfasalazin je momentálně využíván jen okrajově nebo při komplikaci UC, když jsou zánětem napadeny klouby. Běžně je podávána dávka 4 g denně. V udržovací terapii jsou aminosalicyláty předepisovány převážně u všech pacientů, a to nejen k oddálení relapsu ale i kvůli jejich protinádorovému účinku. Udržovací dávka je 2 g denně (Pavelka, 2014, s. 248).

Kortikosteroidy (KS) ovlivňují většinu fyziologických funkcí. Inhibují časně i pozdní proliferující záněty, zpomalují hojivé a reparativní procesy. Ovlivňují všechny typy zánětu v těle bez ohledu na příčinu vzniku, a proto jsou ordinovány při idiopatických střevních zánětech. Blokují odpovědi imunitního systému při autoimunitních onemocněních. Nežádoucí účinky jsou spojené s účinností KS na celý organismus. Ovlivňují metabolické účinky nejčastěji hyperglykémie, hyperlipoproteinémie i další struktury, které nemocného mohou omezovat př. časté infekce, poruchy spánku nebo deprese. Při dlouhodobém užívání může vzniknout diabetes mellitus vyvolaný kortikosteroidy. Indikací pro užívání bývá vysoká aktivita střevního zánětu nebo nedostatečný účinek aminosalicylátů. Tyto léky jsou podávány p.o. při domácím užívání nebo i.v. V případě aplikace biologické léčby jsou podávány jako profylaxe alergické reakce (Vlček, Vytríšalová, 2014, s. 92).

Imunosupresiva jsou používána, jelikož etiopatogeneze mluví o UC jako o autoimunitním onemocnění. Z toho důvodu musíme funkci imunitního systému utlumit, aby netvořil protilátky proti vlastním buňkám a nepoškozoval celý organismus. Většina imunosupresiv byla vyvinuta pro léčbu nádorů, kdy jejich úkolem bylo vniknout do nádorové buňky a utlumit její DNA. Z toho můžeme rozpoznat mnoho nežádoucích účinků, kdy lék útočí na všechny buňky, které se rychle dělí př. na kůži, vlasovou buňku, buňky sliznice žaludku nebo reprodukční buňky a také červené krvinky. Pacienti jsou vystaveni padání vlasů, častým infekcím kůže, nevolnostem a zvracením. Proto je terapie ze začátku silnější, než se dosáhne požadované hladiny léku. Postupně se hladina léčivé látky snižuje na hranici, která pro

pacienta nemá nežádoucí účinky a může tedy působit jako udržovací terapie. Podání léku je i.m. nebo i.v., následně je pacient převeden na perorální lékovou formu (Zbořil, 2007, s. 42–49).

2.6.3 Biologická léčba

Jedná se o aplikaci látek, které jsou podobné těm, jenž se běžně vyskytují v organismu a tlumí specifická místa zánětu. Jedná se o podávání protilátek proti tumor nekrotizující faktor alfa (tumor necrosis factor α , TNF α). V České republice se pro léčbu ulcerózní kolitidy používá infliximab, který je schválen pro léčbu středních a vysokých zánětlivých aktivit. U infliximabu se jedná se o chemiérickou a monoklonální protilátku IgG1, která obsahuje myší bílkoviny v 25 % a lidskou bílkovinu v 75 %, které jsou namířeny proti membránově vázaným receptorům TNF α . Biologická léčba je indikována u UC v případě nedostatečné odpovědi organismu na imunosupresiva, kortikosteroidy nebo při výskytu nežádoucích účinků léčby, dále také pokud se vyskytnou mimostřevní projevy nemoci, které jsou spojeny s vysokou aktivitou střevního zánětu u pacientů na neodpovídající několikadenní léčbu kortikosteroidy podávaných i.v. Kontraindikací pro podání biologické léčby je probíhající sepsa, akutní infekční onemocnění, absces v dutině břišní, srdeční nedostatečnost NYHA III–IV. Před zahájením biologické terapie je doporučeno plicní konzilium a screening na latentní TBC (Vlček, Vytřísalová, 2014, 95–98).

Biologická léčba je podávána infúzemi do žilního řečiště tedy i.v. Začíná se třemi dávkami, ve kterých je obsaženo 5 mg inflixibanu/kg pacienta, po 6 týdnech dochází k zvýšení hladiny léku na 10 mg/kg tělesné hmotnosti. Důvodem je minimalizovat riziko vzniku anafylaktického šoku a také zjistit efekt podávané terapie. Závažná alergická reakce po podání biologické léčby se vyskytuje časně nebo opožděně a to v řádu 5–7 dnů. Při náhle vzniklé reakci musí být infúze neprodleně zastavena a podán Hydrokortison a Dithiaden i.v.. Součástí je i zajištění oxygenoterapie a sledování fyziologických funkcí. Jako profylaxe alergické reakce je podáván Hydrokortison 250 mg i.v. před každou podávanou dávkou biologické léčby nebo Prednison 40 mg 12 hodin před zahájením infúze (Zbořil, 2012, s. 73–77).

Možnou alternativou je převedení pacienta na léčbu Adalimumab. Je humánní monoklonální protilátkou proti TNF- α třídy IgG. Adalimumab je podáván subkutánní injekcí po čtrnácti dnech v podobě dvou dávek. Následuje udržovací a pokračující dávka s 40 mg Adalimumabu, která je podávána předplněným perem. Ze studie ULTRA vyplývá, že léčba pomocí Adalimumabu je bezpečná a efektivní, proto může být zařazen mezi léky první volby.

V současné době lék používá přes čtvrt milionu pacientů. Mnohem méně užívaným je nový Golimumab, který je také řazen do skupiny antiTNF- α . Tento preparát byl schválen v ČR pro léčbu středně aktivní ulcerózní kolitidy. Jeho podání je také v podobě subkutánních injekcí. Dávka pro indukční terapii závisí na hmotnosti pacienta, zatímco pokračovací dávka je 100 mg Golimumabu. Nově schválenou monoklonální IgG1 protilátkou proti leukocytárnímu integrinovému receptoru $\alpha 4\beta 7$ je Vedolizumab. Jedná se o infúzně podávaný lék, který v ČR čeká na uvedení do klinické praxe. Tato terapie je určena pro léčbu ulcerózní kolitidy a s tím spojené mimostřevní manifestace, také je indikována u pacientů se selháním léčby antiTNF α . Tyto poznatky se mohou měnit s užitím v klinické praxi (Zbořil, 2016, s. 90–99).

2.6.4 Psychoterapie

„*Na počátku bylo slovo,*“ stojí napsáno v Bibli. Slovo je základním prostředkem k porozumění dorozumění a harmonie mezi pacientem a zdravotníkem. Zejména při edukaci nebo během hospitalizace. Součástí psychoterapie je i pohled na psychosomatiku vycházející z komplexního bio-psycho-sociálního pojetí člověka jako jedince. Cílem psychosomatického šetření je vyhodnotit důležitost jednotlivých faktorů, které mají vliv na vznik a trvání onemocnění. Shontz v roce 1957 stanovil fáze boje s chronickou nemocí, ve kterých je vyobrazeno, jak každý pacient vnímá svoji nemoc. Ulcerózní kolitida je chronickým onemocněním, a proto musíme i tak k pacientovi přistupovat. Pacient prochází adaptačními fázemi, které by měly napomoci ke smíření se s onemocněním. Fáze se mohou prolínat a pomáhají pacientovi ucelit si své myšlenky a plány dalšího postupu v jeho životě. Dochází ke změně pacientovy perspektivy, částečné změně jeho osobnosti a sociální role, kterou doposud zaujímal ve společnosti nebo v rodině. Pokud nemocný pacient úspěšně zvládne adaptaci na ulcerózní kolitidu, dochází i k lepší spolupráci při terapii (Pacienti IBD, 2016, s. 62–69).

2.6.5 Chirurgická léčba

Ulcerózní kolitida je z hlediska radikální chirurgické terapie mnohem výhodnější než Crohnova nemoc, neboť správně indikovaným a provedeným operačním výkonem lze docílit úplného uzdravení jedince. Chirurgickému výkonu při ulcerózní kolitidě se musí podrobit asi 20 % pacientů. Nejčastější indikací k chirurgické léčbě jsou závažné mimostřevní komplikace, život ohrožující situace, nesnášenlivost medikamentózní terapie nebo medikamentózně nezvládatelný průběh onemocnění (Vlček, Vytřisalová, 2014, s. 90).

Pokud je indikována resekce určité části tlustého střeva, může být vytvořena stomie a to trvalá nebo dočasná. Stomie je vyústění dutého orgánu na povrch těla pomocí chirurgického vyšítky nebo pomocných adaptérů. Dočasná stomie je vytvořena v případě, pokud je u pacienta indikováno vytvoření tzv. pouchu. Jedná se o odstranění tlustého střeva a zachování konečnickových svěračů, na něž je napojeno tenké střevo (terminální ileus). V tomto případě je dočasná stomie derivační, aby mohlo dojít ke klidnému zhojení anastomózy střeva. Stomie se ruší, pokud je spojka funkční a zhojená tedy během 3–6 měsíců. Pokud u pacienta nelze provést pouch je indikována stomie trvalá. Stomie je vyšita se zvýšenou manžetou, aby byl možný odtok stolice do sáčku a nedocházelo k dráždění podkoží střevním obsahem. U pacientů se můžeme setkat s cekostomií, která ústí na pravém podbřišku. Dále s transversostomií, kdy dojde k vyústění střeva v místě ohbí nebo transversálního colonu. Tato stomie je umístěna v levém nebo pravém podžebří. Nejpoužívanějším typem je ale sigmoideostomie, kdy dojde k vyústění esovité kličky střeva v levém podbřišku. Pacient a stomická sestra se snaží nalézt vhodné místo na pacientově břišní stěně pro vývod stomie. Cílem je aby, stomie pacienta co nejméně omezovala a on zvládl provádět sám péči o vývod. Konečné umístění stomie je ale závislé na anatomické stavbě jedince, proto musíme pacienta upozornit, že může dojít i k změně umístění během operace. Předoperační příprava je zaměřena na psychickou přípravu, která je zde velmi důležitá. Pacient se učí manipulaci se stomickými pomůckami a je edukován v péči o stomii. Tělesná předoperační příprava zahrnuje správnou očistu střeva a dodržování lačnění. Převážně se jedná o plánovanou operaci, a proto je součástí interní vyšetření a snímky z indikovaných vyšetřovacích metod (Zachová, 2010, s. 21–39).

3 SPECIFIKACE POTŘEB U PACIENTŮ S IBD

3.1 Potřeby obecně

Každý člověk je jedinec, který má specifické vlastnosti, názory, postoje i potřeby. Potřeba je projevem nedostatku. Množství uspokojených potřeb má vliv na kvalitu života jedince. K dosažení uspokojení potřeby je součástí motivace a motivační chování. V průběhu života se potřeby liší jak v kvalitě tak v kvantitě (Šamánková, 2011, s. 12).

Abraham Maslow, americký humanistický psycholog byl první, který utřídil potřeby do pěti skupin, které jsou seřazeny do systému známého jako Maslowova pyramida potřeb. Potřeby jsou v pyramidě uspořádány dle důležitosti od těch základních až po nejvyšší (Obr. 5 příloha D). Pokud jsou uspokojeny potřeby na určité úrovni jejich důležitost a motivace k uspokojování klesá a jedinec se začíná směřovat na uspokojování vyšších potřeb (Plevová, 2012, s. 154).

Potřeby lze rozlišit na nižší tzv. primární a na vyšší tzv. sekundární. Primární potřeby jsou základními stavebními kameny pyramidy, které jsou důležité pro přežití jedince. Uspokojení základních fyziologických návyků jako je spánek, potřeba dýchat, výživa, sexualita a potřeba bezpečí vede k následné potřebě uspokojovat sekundární potřeby (Trachtová, 2013, s. 13–14).

Sekundární potřeby člověka rozvíjejí a obohacují, zvyšují tak kvalitu života i v modelu HRQoL. Hierarchie se může u jedinců lišit dle jejich priorit. Mezi tyto potřeby zahrnujeme potřebu přátelských vztahů a lásky, potřebu být respektován/a a vytvářet tak hodnotu JÁ. Střechou celé pyramidy je potřeba seberealizace. Sekundární potřeby vyžadují silnou motivaci a trpělivost vytrvat v dosažení potřeby. Uspokojení potřeby člověku přináší vyrovnanost (Gurková, 2011, s. 45–57).

Dle holistického pojetí bio-psycho-sociální a spirituální jednoty celostního vnímání člověka můžeme rozdělit potřeby do čtyř skupin. Fyziologické potřeby jsou první skupinou, která zdůrazňuje pudovost člověka, jeho instinkty, reakce na zátěž nebo bolest, vnímání hodnoty zdraví ale i potřebu fyzického kontaktu, sociálního začlenění, hygieny, výživy atd. Psychogenní potřeby jsou subjektivní a individuální. Slouží k rozvoji osobnosti a k dotváření sebeúcty. Součástí těchto potřeb je i pocit bezpečí. Sociální potřeby zdůrazňují nutnost kontaktu s jinou osobou, dávat lásku ale i dostávat, jistotu ekonomického zabezpečení

a stálost sociální role či být součástí skupiny osob se stejnými zájmy. Dostupná informovanost a možnost pečovat o své zdraví, smysl života, víra, naděje, žebříček osobních hodnot jsou pak součástí spirituálních potřeb (Trachtová, 2013, s. 11–13).

3.2 Ošetřovatelský proces

Využití ošetřovatelského procesu při uspokojování lidských potřeb je užitečnou metodou při rozhodování v klinické praxi a při řešení problému. Díky ošetřovatelskému procesu lze vytvářet osnovu, podle které můžeme postupovat a dodržovat bezpečnou citlivost v ošetřovatelské péči. Ošetřovatelský proces vyžaduje odborníky, kteří mají znalosti, jsou přizpůsobiví a kreativní, dokáží budovat důvěru ve vztahu s pacientem a následně rozpoznat priority a důležitost mezi potřebami. Ošetřovatelský proces je složen z 5 fází: Sběr dat, stanovení ošetřovatelských diagnóz, plánování cílů, realizace a vyhodnocení (Šamánková, 2011, s. 11).

3.3 Potřeby v NANDA doménách

První taxonomie byla vytvořena v roce 1973 na Univerzitě v Saint Louis. Databanka informačních zdrojů sloužila jako knihovna 31 ošetřovatelských diagnóz. Asociace NANDA vznikla v roce 1982 (původně *North American Nursing Diagnosis Association*). Zaujímá významné postavení v rámci rozvoje ošetřovatelské diagnostiky a standardizaci terminologie jednotlivých diagnóz. Ošetřovatelská diagnóza je produktem posuzování sestrou, která následně poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských intervencí a vede k dosažení výsledků. V průběhu let byly vydány NANDA taxonomie I a II, které čítaly 9 později 13 kategorií (domén). NANDA taxonomie II vychází z 13 funkčních vzorců Marjory Gordonové. Všechny domény se týkají lidských potřeb a ošetřovatelských problémů (Vörösová, 2015, s. 22–35).

3.3.1 Podpora zdraví

Pacient s onemocněním IBD by se měl aktivně podílet na upevnění zdravotního stavu a snažit se zdokonalovat v péči o své zdraví. Měla by mu být nabídnuta pomoc, aby byl schopen identifikovat a zvládat vyhledání pomoci dle stavu svého onemocnění a potřeb. Měl by minimalizovat chování, které by mohlo vést ke vzniku komplikací onemocnění. Součástí je úprava vnějších i vnitřních faktorů, které poškozují zdraví (abstinence kouření, konzumaci alkoholu), ale také se chránit před jinými druhy onemocnění (sezóní virózy). Pacientovi jsou doporučovány pravidelné kontroly v ambulantní sféře (gastroenterolog, praktický lékař). Pacient s onemocněním UC podstupuje pravidelná a potřebná vyšetření, která jsou nezbytná ke správné diagnostice daného stádia onemocnění. Napomáhají k případné úpravě nebo

změně terapie. I pacientova rodina by měla být edukována a aktivně se podílet na každodenním léčebném režimu jejich blízkého (NANDA International, 2017, s. 117–131).

3.3.2 Výživa

Změna a úprava životosprávy je součástí terapie pacienta s ulcerózní kolitidou. Během vzplanutí choroby v těle dochází ke změně chemických i fyzikálních procesů. Proto je nutné zvýšit energetický příjem, aby pacient nebyl ohrožen rizikem malnutrice nebo nestabilitou glykemií, která má za následek oslabení organismu. Důležité je zajistit kontinuitu podávání stravy, dbát aby strava byla vyvážená. Biochemickým laboratorním vyšetřením krve kontrolujeme správné hladiny tuků, cukrů a bílkovin. Pacient může být současně ohrožen dehydratací z důvodů zvracení a častých průjmů, proto podáváme dostatečné množství tekutin. Tekutiny i potraviny přizpůsobujeme fázi onemocnění a také chuti pacienta. V akutní fázi může pacient trpět nechutenstvím, proto sestavujeme individuální stravování. Dietní plán je pacientovi stanoven ve spolupráci s nutričním terapeutem. K posouzení vhodnosti stravování používáme nutriční screeninig (Svačina, 2008, s. 24–49).

3.3.3 Vylučování a výměna

Časté vodnaté nebo hlenové průjmy s příměsí krve jsou součástí onemocnění. Současně se mohou vyskytovat nevolnost, zvracení a zvýšená plynatost. Důležité je zaznamenávat frekvenci průjmu i zvracení za den a příměsí při defekaci. Klademe důraz na péči o konečník i dutinu ústní, kdy kyselý obsah střeva poškozují sliznici dutiny ústní nebo dráždí pokožku v anální oblasti. Pacientovi doporučíme vhodné prostředky k péči a sledujeme, zda nevznikají defekty v namáhaných oblastech. Součástí je monitorace bolesti, která je přítomna v případě křečí při průjmech. Sledujeme množství a zbarvení vylučované moči, která upozorní na případnou dehydrataci nebo jaterní poruchu. Umožníme, aby měl pacient blízko svého lůžka toaletu. Můžeme nabídnout pojízdný klozet, kdy minimalizujeme riziko pádu při vyčerpání pacienta. Snažíme se zajistit co největší soukromí při vyprazdňování (Mastiliaková, 2014, s. 105–154).

3.3.4 Aktivita a odpočinek

Pacienti z důvodů průjmů a tenesmu trpí nespavostí, proto si stěžují na únavu a často jsou i emocionálně labilní. Pacientovi se snažíme zajistit vhodné a klidné prostředí pro odpočinek ve dne i v noci, aby nedocházelo k narušení spánkového režimu. Na pacientovi můžeme pozorovat změnu v postoji, kdy vlivem únavy je pacient více ohnutý a zaujímá antalgickou

polohu. U pacienta může být zhoršená chůze, proto zvýšíme dohled při přemísťování a minimalizujeme rizika pádu. Pacienta edukujeme o vhodných denních aktivitách, sportu, nabídneme mu činnosti, které zlepší tkáňovou perfúzi. Nedostatečnost tkáňové perfúze, zejména periferní, vzniká v případě hypovolemie (zvracení, průjmy), hypotenze, snížené hladině hemoglobinu v krvi aj. To může zapříčinit komplikace v podobě porušené citlivosti, snížené teploty a poruchy smyslových vjemů na končetinách. Zajímáme se tedy zda pacient chodí do společnosti a jaké jsou jeho zájmy, které bychom mohli rozvíjet. Při hospitalizaci můžeme provádět hodnocení pomocí Barthelova testu všedních činností, který nám ukáže změny v sebezpečí a fyzické aktivitě pacienta (NANDA International, 2014, s. 221–263).

3.3.5 Percepce a kognice

Součástí této domény je zpracovávání informací pacientem. Jeho komunikace, pozornost, orientace (v místě, času, osobě), paměť, myšlení, učení a mnoho dalších. U pacienta se snažíme rozvíjet komunikaci pomocí socializace mezi ostatní pacienty nebo pravidelnými rodinnými návštěvami. Důležité je ale pacientovo vědomí, kdy jeho porucha může narušit tyto subsystemy. K poruše vědomí ani orientaci by nemělo dojít, pouze v případě bagatelizace onemocnění, nedodržení terapie a rozvoji komplikací. Porucha vědomí při ulcerózní kolitidě vzniká v případě nestabilní hladiny glykemií, vyčerpanosti pacienta (dehydratace), hypoxie, v souvislosti s hypotenzí, febriliemi nebo předávkováním léky (analgetiky) aj. (Pacienti IBD, 2016, s. 62–69).

3.3.6 Sebepercepce

Při diagnostice onemocnění a sdělování konečné diagnózy, která je pro pacienta psychicky náročná z důvodů chronicity onemocnění dbáme, aby měl pacient dostatek času a možnost se s diagnózou vyrovnat. Následně mu nabídneme pomoc a vhodnou edukaci, která by měla usnadnit soužití s onemocněním. Pacient může pociťovat beznaděj. Můžeme nabídnout rozhovor s pacientem, který má stejné onemocnění a tím jej motivovat. Nemocný může mít obavy ze sociálních kontaktů a ze zvládnutí běžných denních činností. Součástí je i podpora pacienta v jeho trpělivosti (Mastiliaková, 2014, s. 105–154).

3.3.7 Vztahy mezi rolemi

Každý jedinec zaujímá ve společnosti roli, která může být vlivem onemocnění pozměněna nebo přesunuta na jinou úroveň. Hlavní funkci socializace a vztahové hierarchie zaujímá rodina, která by měla pacienta motivovat při vyrovnání se s onemocněním. Proto je důležité,

aby měl pacient blízkou osobu, která mu je nápomocna a je mediátorem k udržování zdravých sociálních vztahů. Součástí sociálních kontaktů a pozice ve společnosti je zaměstnání. Záleží, kde a jakou práci pacient vykonává. Zda je zaměstnavatel ochoten akceptovat případnou pacientovu neschopnost nebo mu nabídnout jinou pracovní pozici (Pacienti IBD, 2010, s. 80–84).

3.3.8 Sexualita

Zde jsou odlišnosti, pokud je pacientem s ulcerózní kolitidou muž či žena, mladý člověk nebo osoba v produktivním věku. Jedincem, který je v produktivním věku, myslíme osobu ekonomicky aktivní, která je zároveň aktivním zdrojem pracovní síly. Dle věkového rozhraní se udává 15–65 let, kdy spodní hranice se neustále zvyšuje. Nyní se udává spodní hranice produktivity kolem 28 roku věku. Dle Maaytové, která ve své knize uvádí nejnižší hranici 15 let, je stále určitý počet osob, které jsou již v 15 letech ekonomiky aktivní, a proto nechce, aby byli opomíjeni. Hranice je nízká zejména u některých národností, dle vyspělosti země (vzdělání, ekonomika) a dle sociálních potřeb jedinců (Maaytová, 2015, s. 48–50).

Tento člověk má vybudované zázemí a stálého partnera, děti. Proto nemocný nemá potřebu navazovat nové vztahy za účelem sexuálního uspokojení nebo seznámení se s novým partnerem. Na rozdíl od mladého člověka, který si životního partnera hledá. Vlivem časté defekace dochází k narušení intimity a pacient se může za sebe stydět. Tato skutečnost snižuje sebevědomí pacienta. Při atace onemocnění dochází k úbytku sil a únavě, dochází k snížení libida. Pacienty upozorníme na léčbu, která má za následek dočasnou sexuální dysfunkci nebo neschopnost početí potomka. Proto je u žen doporučováno pravidelné gynekologické vyšetření a u mužů prohlídky na urologii (NANDA International, 2017, s. 273–281).

3.3.9 Zvládání a tolerance zátěže

Onemocnění s sebou přináší určitou formu stresu, který ale na onemocnění působí negativně. Součástí je i vnitřní chaos, který má za následek neschopnost naplánovat si a stanovit si činnosti v určitém časovém sledu. Pacient pociťuje svoji méněcennost, když nezvládá aktivity, které mu před onemocněním nedělaly problém. Pozorujeme negativní sebehodnocení, které je opakované a vyústí ve ztrátu sebeúcty. Jedná se o faktory, které vznikly ze špatné adaptace na onemocnění. Pacientovi v tomto případě nabídneme schůzku s pacientem, který je také nemocný ulcerózní kolitidou nebo návštěvu psychologa (Pacienti IBD, 2010, s. 70–80).

3.3.10 Životní principy

Žebříček pacientových hodnot může být vlivem onemocnění přehodnocen. Pacient zažívá konflikty jak při rozhodování základních věcí, tak i při rozhodování věcí důležitých př. vybrání si vhodné terapie z nabízených možností, které mu lékař poskytne. Pacientovy hodnoty a rozhodování může být spojeno a ovlivněno spiritualitou. Hospitalizovaný věřící pacient může spirituálně strádat, následkem je pocit nebezpečí, osobní disharmonie a nerozhodnosti. Pacientovi můžeme nabídnout možnost duchovního rozhovoru (Kopecká, 2012, s. 36–37).

3.3.11 Bezpečnost a ochrana

Pacient s ulcerózní kolitidou by měl rozumět informacím o svém onemocnění, měl by mít možnost dotazování se. Poskytneme mu materiály o onemocnění, díky kterým se může sám vzdělávat a lépe pochopit problematiku IBD. Pokud je pacient hospitalizován, celé oddělení mu pečlivě ukážeme, aby neměl strach z neznámého prostředí. Minimalizujeme tak riziko pádu nebo jakékoliv nežádoucí události. Pacienta v relapsu onemocnění chráníme před nákazou jinými mikroorganismy, aby nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu. Součástí je i pravidelná kontrola invazivních vstupů (NANDA International, 2014, s. 433–489).

3.3.12 Komfort

Je charakterizován jako pocit duševní, tělesné a sociální pohody. Tato doména je velmi důležitá jelikož součástí je vnímání bolesti, zda se jedná o bolest akutní či chronickou. Intenzitu hodnotíme na VAS-vizuální analogové škále. Zde určujeme lokalizaci, druh a intenzitu bolesti. Výsledky porovnáváme v čase a zjišťujeme tak i účinnost analgetik. U pacientů s ulcerózní kolitidou se k této komplikaci připojuje i nauzea a pocit sociální izolace. Tyto faktory se vyskytují zejména v akutní fázi onemocnění. Pacient v klidovém stádiu může žít relativně běžný život (NANDA International, 2017, s. 399–410).

3.3.13 Růst a vývoj

Růst a vývoj bývá narušen zejména u dětských pacientů s ulcerózní kolitidou, kdy vlivem častých průjmů dochází k malnutrici. Pokud dítě neprospívá, příčinou může být určitý druh disharmonie těla a psychiky (Mastiliaková, 2014, s. 105–154).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 SBĚR DAT

V praktické části bakalářské práce je popsán sběr dat od pacientů s ulcerózní kolitidou. Je zde popsána metodika sběru dat formou kazuistiky. Během sběru informací bylo vypracováno deset kazuistik, ze kterých byly následně vybrány tři. Kazuistiky byly vybrány pro svou jedinečnost ve vzniku a průběhu onemocnění, druh léčby choroby. První z kazuistik pojednává o mladém muži, který je léčen běžnou kortikosteroidní terapií. Kazuistika druhá se týká ženy, které diagnóza onemocnění změnila naplánovaný život. Žena je léčena biologickou terapií pomocí subkutánních injekcí. Třetí kazuistika je o muži, který je léčen pomocí imunosupresivní terapie již 19 let.

4.1 Metodika

Sběr dat probíhal v akreditované nemocnici na gastroenterologické ambulanci a endoskopickém sále. Data byla shromažďována od června do prosince roku 2017 za souhlasu dané nemocnice. Sběr dat probíhal u pacientů s ulcerózní kolitidou, kteří souhlasili se sdělením informací. Další podmínkou bylo věkové rozmezí, které bylo stanoveno pro tvorbu kazuistik, a to na věk od 18 do 70 let. Před zahájením rozhovoru byli pacienti informováni o anonymitě při sdělování informací, za jakým účelem jsou data shromažďována a jak budou zpracována. Každý rozhovor s pacientem trval kolem 30 minut, ale bylo to i velmi individuální. Podrobné informace o zdravotním stavu byly získány ze zdravotní dokumentace daného pacienta. Doplňující informace jsem v případě potřeby zjišťovala od pacientů prostřednictvím elektronické komunikace, kterou mi sami nabídli.

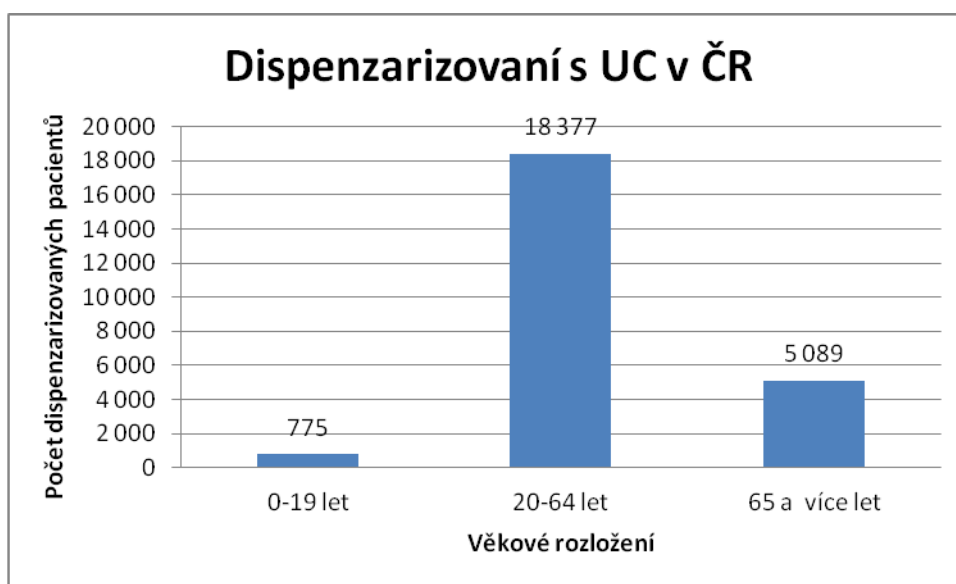
Zjištěná data byla zapisována do předpřipravené osnovy, která je vložena v příloze G. Osnova vycházela z ošetřovatelské dokumentace používané pro výukové účely na FZS UPCE. Ošetřovatelská dokumentace slouží k získávání informací a pozorování pacienta jako bio-psycho-sociálně spirituální jednotky. Potřeby pacienta a funkční nebo dysfunkční zdravotní stav posuzujeme dle 13 ošetřovatelských domén NANDA taxonomie II. Součástí je i stanovení rizik ohrožujících pacienta za pomoci škál a testů. Osnova byla obohacena o specifické otázky vztahující se k ulcerózní kolitidě.

Během rozhovoru s pacientem bylo vždy zajištěno soukromí. Rozhovory probíhaly v místě gastroenterologické ambulance a endoskopického sálku. Bylo osloveno 12 klientů, kdy se sběrem dat nesouhlasili dva pacienti. Následně bylo zpracováno deset kazuistik, ze kterých

byly vytvořeny kazuistiky s posouzením potřeb daného klienta. Pro praktickou část bakalářské práce byly vybrány tři případové studie, které nejvíce vystihují problematiku ulcerózní kolitidy a byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle zdravotní sestry a dle priorit potřeb daného pacienta.

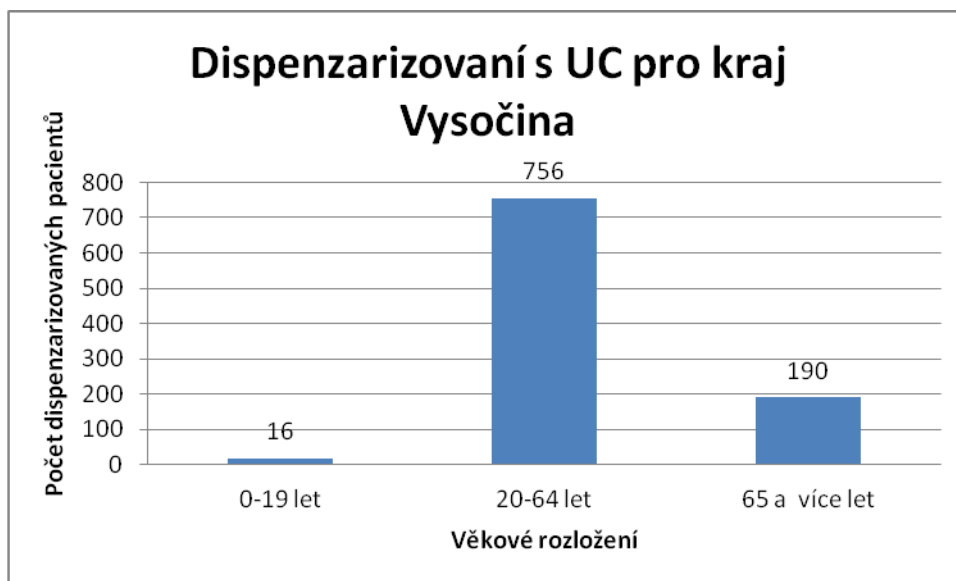
4.2 Statistické údaje

Počet pacientů léčených na gastroenterologii vzrostl v roce 2013 o 1,8 % (tj. o 10 620 pacientů) na celkem 582 425 pacientů, což představuje 55,4 léčených pacientů na 1 tisíc obyvatel (ÚZIS ČR, 2015, s. 73).



Obrázek 1 - Graf počtu dispenzarizovaných pacientů s Ulcerózní kolitidou pro rok 2013 v ČR dle (ÚZIS ČR, 2015, s. 76)

Na grafu (Obr. 1) můžeme vidět počet dispenzarizovaných pacientů s ulcerózní kolitidou pro rok 2013 v České republice. Za rok 2013 bylo celkem dispenzarizováno 24 241 pacientů na gastroenterologických pracovištích. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinu tvoří pacienti ve věku 20–64 let. Následuje druhá nejpočetnější skupina s pacienty ve věku 65 let a více. Nejmenší zastoupení mají pacienti ve věku 0–19 let (ÚZIS ČR, 2015, s. 76).



Obrázek 2 – Graf počtu dispenzarizovaných pacientů s UC pro rok 2013 v kraji Vysočina dle (ÚZIS ČR, 2015, s. 76)

Na grafu (Obr. 2) můžeme vidět počet dispenzarizovaných pacientů pro kraj Vysočina v roce 2013. Celkový počet 962 pacientů bylo dispenzarizováno v roce 2013. Nejvíce je zastoupena věková skupina 20–64 let, jako u grafu předchozího. Ve středně početné skupině je zastoupeno věkové rozmezí 65 let a více. Stejně jako v předchozím grafu je nejméně zastoupená věková skupina 0–19 let (ÚZIS ČR, 2015, s. 76).

Celkový počet přístrojů v gastroenterologických ordinacích v roce 2013 klesl na 1 748 přístrojů (o 15 přístrojů). Nárůst byl zaznamenán pouze u kolonoskopů (o 11 přístrojů). U ostatních evidovaných přístrojů došlo naopak k poklesu. Narůstající počet přístrojů má za následek zvyšující se dispenzarizaci onemocnění v oblasti idiopatických střevních zánětů. Zvyšuje se tedy možnost včasného diagnostikování a nastavení vhodné terapie u pacientů s ulcerózní kolitidou (ÚZIS ČR, 2015, s. 73).

Prevalence léčených pacientů vzrostla z 537 560 (52 na 1 000 osob v populaci) pro rok 2007 na 590 120 (56 na 1 000 osob) pacientů v roce 2015. Průměrně přibývá 6 570 pacientů. Zastoupení pohlaví zůstává v průběhu času podobné, 53 % pacientů tvoří ženy a 47 % muži (ÚZIS ČR, 2016, s. 2).

5 KAZUISTIKA 1

Mladý 25letý muž, který je studentem a žije přechodně v bytě s rodiči a sestrami nebo ve studentském bytě s kamarády. Ulcerózní kolitida mu byla diagnostikována v červenci roku 2015. Začátek choroby je klientem popisován jako dlouhou dobu trvající průjmy a bolesti břicha, úbytek hmotnosti, nechutenství a občasné zvracení. Příznaky přisuzoval střevní infekci, kterou měli i jeho kamarádi, se kterými byl na hudebním festivalu. Problémy trvající 3 týdny a zvyšující se malátnost byly důvodem k zavolání RLP a hospitalizaci na JIP. Pacient při příjmu na JIP udával silné, bolestivé nucení na stolice, kdy bylo zdravotníky následně zjištěno, že pacient se stolicí vyprazdňuje krev a hlen. Pacient přes svůj zdravotní stav tyto faktory nebyl schopen rozeznat a nedokázal upřesnit dobu trvání. U nemocného se projevovaly příznaky horečky a dehydratace. Při mikrobiologickém vyšetření stolice neprokázán žádný infekční patogen, proto byla doporučena kolonoskopie. Po stabilizaci zdravotního stavu byl pacient vyšetřen na endoskopickém sále. Po diagnostice onemocnění byla nasazena léčba aminosallycyláty. Při terapii došlo k úpravě zdravotního stavu do září roku 2015, kdy pacient utrpěl těžké polytrauma v závalu. V důsledku úrazů a stresu spojeného s léčbou došlo k relapsu onemocnění v rozmezí 90 cm od anu. Proto byla pacientovi doplněna léčba o kortikosteroidy. Došlo k pozitivní reakci na terapii s občasnými atakami, které lze zmírnit zvýšením dávky medikace. I přesto pacienta nemoc omezuje v běžném životě.

5.1 Anamnéza

Nynější onemocnění: ulcerózní kolitida – levostranná forma

Alergologická: trávy, pylly

Farmakologická: Pentasa 500mg tbl. 2-2-2-2 (antiflogistikum), Nolpaza 40 tbl. 1-0-0 (inhibitory protonové pumpy), Lacidofil cps. 1-1-1(digestivum), Prednison 20 mg tbl. 2-0-0 (kortikosteroidy), Asacol 800 tbl. 2-0-2 (antiflogistikum), Salofalk supp. 1/N (antiflogistikum), Kalium chloratum 500 mg (substituce draslíku)

Anamnéza abúzu: nekuřák, příležitostně alkohol (destilát vůbec, upřednostňuje pivo)

Pracovní: Je student, občas cestuje brigádně do zahraničí.

Sociální: Pacient je svobodný, žije s rodiči a dvěma sestrami.

Rodinná: Rodiče i sestry jsou zdraví, pacientova sestřenice má také ulcerózní kolitidu.

Osobní: V dětství prodělal běžné nemoci (chřipka, neštovice, angína atd.), v červenci 2015 diagnostikována levostranná forma UC, v září téhož roku polytrauma (fraktury žeber, sterna očné, arcus zygomaticus, fraktura mandibuly) peritonitida.

Vyšetření sestrou:

- Konstituce, vzhled: astenická, upravený
- Váha: 68 kg Výška: 183 cm BMI: 20 – v normě
- MNA: 7 b. – podvýživa
- Postoj: shrbený Chůze: kolébavá (pro pacienta přirozená)
- Riziko pádů: 15 b. – bez rizika pádu
- ADL: 100 b. – nezávislý
- GCS: 15 b. – bez poruchy vědomí
- Chápe myšlenky a otázky: ano, vyjádří porozumění, zopakuje
- Závratě: momentálně ne
- Smyslové poruchy: žádné
- Kompenzační pomůcky: žádné
- Dutina ústní: bez patologií Chrup:vlastní Stav sliznic:vlhké, růžové
- Poruchy polykání: nemá
- Srdce, cévy: TK 100/69 mmHg P: 69' pravidelný
- Dech: 18 dechů/minutu
- TT: 37,5 °C
- Kožní defekty, rány: žádné
- Močový systém: močí méně než je obvyklé, močová trubice bez patologie

- Defekace: 6–7 denně, nyní průjmovitá s příměsí hlenu a krve, defekace přes den a v brzkých ranních hodinách Krvácení ze zažívacího traktu: nyní ano
- Dieta: nyní spíše nechutenství popř. odlehčená, nenadýmavá strava (kefírová mléka, v menším množství kuřecí maso, vývar aj.)
- Tekutiny: vypije 1,5–2 l/denně, i přesto někdy pociťuje žízeň
- Bolesti: bolest břicha a konečníku, křečovitě a pálivě bolesti v klidové fázi ale i při vyprazdňování VAS: 7
- Spánek a odpočinek: cítí se unavený a vyčerpaný, 2x za noc se budí na toaletu, spí 10 hodin i přes den, ale není odpočatý
- Invazivní vstupy: nemá

VYŠETŘOVACÍ METODY

- UZ epigastria – 9. 6. 2017 indikováno pro silnou bolest v epigastriu, obavy z poškození slinivky, které byly vyloučeny
- Rektoskopie+ Sigmoidoskopie+ Kolonoskopie s biopsií – 9. 6. 2017 indikováno pro pravidelné vyšetření sliznice a biopsie polypů a sliznice se změnou kresby – poukázáno na možnou exacerbaci zánětu
- Pravidelné odběry krve na krevní obraz, biochemii (krev a moč), mikrobiologické vyšetření stolice + výtěr z recta

Biochemické vyšetření z 22. 6. 2017

C-reaktivní protein: **19,9** (0,0–5,0 mg/l), glukóza: 6,34 (3,30–5,30 mmol/l), urea: 4,6 (2,5–7,4 mmol/l), kreatinin: 84 (62–106 μ mol/l), Na: **128** (132–144 mmol/l), K: **3,3** (3,7–5,1 mmol/l), Cl: **93** (97–108 mmol/l), Ca: 2,27 (2,20–2,55 mmol/l), bilirubin celkový: **29** (5–21 μ mol/l), ALT: 0,53 (0,20–0,80 μ kat/l), AST: 0,43 (0,17–0,85 μ kat/l), protein celkový: 80 (65–87 g/l), Albumin: 40,2 (35–50 g/l)

Hematologické vyšetření z 22. 6. 2017

Leukocyty: **19,8** (4,0–10,0 $10^9/l$), erytrocyty: **6,27** (4,0–5,8 $10^{12}/l$), hemoglobin: **196** (135–175 g/l), hematokrit: **0,557** (0,40–0,50 l/l)

Pacient během ambulantních návštěv:

S mužem jsem se setkala během kolonoskopického vyšetření 9. 6. 2017, kdy bylo vyšetření doporučeno pro exacerbaci zánětu. V tu dobu byl pacient unavený, slabý a konverzace byla pomalá a tichá. Velmi ho zaujalo téma bakalářské práce, a jelikož i on vypracovával diplomovou práci tak mu byla situace velmi blízká. Pacientovi nebyly otázky nepříjemné a naopak je sám rozváděl. Pacientovi byla stanovena exacerbace zánětu se změnami kresby na sliznici. Biopsie byly odebrány 4 polypy, které byly odeslány na histologické vyšetření. Lékař pacientovi upravil medikaci, kdy došlo ke zvýšení dávky Prednisonu z 10 mg na 20 mg a byla ponechána doba užívání léků. Také byla medikace doplněna o večerní tablety Pentasy 500mg. Druhá návštěva probíhala 22. 6. 2017 z důvodu kontroly a krevních odběrů. Pacient byl informován o výsledcích histologického vyšetření, které neobsahovalo žádné patologie. Pacientovi byly sníženy dávky medikace. Během návštěvy mi pacient sdělil další velmi zajímavé informace a byla mi nabídnuta i možnost elektronické komunikace, kterou jsem využila a velmi za ni děkuji.

5.2 Posouzení stavu potřeb

1. Doména - Podpora zdraví

Pacient svůj současný zdravotní stav srovnává s jinými životními zkušenostmi, tedy s polytrumatem. Proto zdravotní stav hodnotí pozitivně, ale jeho názor se mění v případě vzplanutí nemoci. Přiznává, že když mu byla diagnóza sdělena, tak cítil velký vztek a beznaděj. Pacient byl před diagnostikováním ulcerózní kolitidy plně zdrav. V rodině se s UC již setkal u své sestřenice. Chronická onemocnění jiného typu se v rodině nevyskytují. Pacient si je svého onemocnění vědom a snaží se dodržovat většinu rad zdravotníků, brát pravidelně léky a zjišťuje si informace o svém onemocnění. Příčinu vzniku onemocnění nezná.

2. Doména - Výživa

Pacient sám sebe označuje za gurmána, má rád jídlo, rád jí s přáteli a zkouší nové věci. Dodržovat správnou dietu je pro něj velmi náročné, ale v případě střevního diskomfortu dává přednost lehké stravě. Nejčastěji se vyhýbá smaženým jídlům a uzeninám. Pacient se snaží jíst pravidelně 5–6x/denně. Jeho pitný režim obsahuje nejčastěji domácí sirupy s vodou nebo

čaje. Vyhýbá se slazeným a syceným nápojům, které u něj vyvolávají průjmy. Vypije 1,5–2 l/denně, ale udává, že při průjmech má pocit žízně a vypil by i více, ale potom je průjem intenzivnější.

3. Doména – Vylučování a výměna

Nyní má pacient stolici 6–7x/denně, kdy bývá stolice občas formovaná a někdy průjmovitá s hlenem. Krev ve stolici se u pacienta objevuje pouze v případě vzplanutí UC. Pacient pociťuje nucení na stolicí přes den i v noci, ale nejhorší to bývá dle jeho slov k ránu. Častým problémem je bolest konečníku při vyprazdňování v případě ataky i mimo prázdnění. Nejvíce pacienta trápí meteorismus, který je přítomen i v klidové fázi.

4. Doména – Aktivita a odpočinek

Sport a ostatní pohybové aktivity jsou pacientovou součástí. Před onemocněním se aktivně věnoval běžeckému lyžování a atletice. V současné době sport velmi omezil, jelikož na to prý nemá tolik síly a energie. U sportu ale zůstal, studuje vysokou školu se zaměřením na management, organizaci a komentování sportovních akcí. Studium mu umožňuje být v kontaktu se sportovci a velmi časté cestování. Nemá strach být v zahraničí, protože cizinci toto onemocnění znají více než Češi a jsou i tolerantnější. Pacient uvádí, že spí mnohem více než před onemocněním z důvodu větší únavy a také kvůli nočnímu vstávání na stolicí. Když spí 10 hodin denně a více, tak se cítí odpočatý. Trápí ho, že tolik spí a chtěl by se věnovat i jiným aktivitám.

5. Doména – Percepce a kognice

V této oblasti pacient žádné problémy neudává. Zrak, sluch a ostatní smyslové funkce nejsou poškozeny. Řeč je plynulá, srozumitelná. Pacient rád komunikuje s lidmi a má vlídné vystupování. Nejsou přítomny žádné poruchy citlivosti nebo hybnosti. Pacient je soběstačný.

6. Doména – Sebepercepce

Momentálně je pacient spokojený, myslí si, že je s nemocí vyrovnaný. Vzpomíná, že nejhorší byly začátky při sdělení onemocnění, kdy pociťoval velkou beznaděj a strach. V současné době chápe onemocnění jako část jeho osoby a s touto skutečností žije.

7. Doména – Vztahy mezi rolemi

Pacient je svobodný a bezdětný. Setkává se s velkým množstvím osob v rámci studia ale i cestování. V rodině se udržují zdravé vztahy, kdy mu jsou členové rodiny velkou oporou.

Nejvíce je vděčný své sestřenici, která se s ním dělila o zkušenosti s onemocněním a motivovala ho ke smíření se s nemocí.

8. Doména – Sexualita

V této oblasti pacient neudává žádné problémy. Do budoucna by si rád našel partnerku a založil rodinu.

9. Doména – Zvládání a tolerance zátěže

Stres a napětí pacient často pociťuje při sportovních událostech a mírné napětí na něj působí pozitivně. Když je pacient vystaven dlouhodobému stresu, je odezvou vzplanutí choroby. Pacient jako příklad uvádí zkouškové období, kdy během zkoušek a stresu zdravotní problémy nemá. Po ukončení období se objeví nevolnosti, průjmy, fyzická vyčerpanost a teploty s pocením a poté následná hospitalizace. Stres spojený se studiem se snaží zvládnout. Ví, že to je jediná možnost, aby se mohl věnovat své vysněné práci. Z onemocnění nemá strach když je vše v pořádku, ale v případě vzplanutí má někdy strach o svůj život.

10. Doména – Životní principy

V životě je pro něj velmi důležitý sport a sportovní prostředí. Pacient je katolík a víra byla další součástí, která mu napomáhala vyrovnat se s onemocněním.

11. Doména – Bezpečnost a ochrana

Při návštěvě gastroenterologické ambulance nebo endoskopického sálku se už pacient nebojí. Zná lékaře a sestry a během hospitalizací si také zvykl na nemocniční režim.

12. Doména – Komfort

V této oblasti ho nejvíce omezují bolesti. Jedná se o křečovitě bolesti břicha a konečníku při vyprazdňování VAS 7. Je rád, že existují čípky a pěny do konečníku, které tlumí bolest a zklidňují okolí. Někdy pozoruje i bolesti kloubů, ale to způsobuje vyčerpanost a poúrazový stav.

13. Doména – Růst a vývoj

Žádné patologie s vývojem u pacienta nejsou.

5.3 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy dle všeobecné sestry:

Průjem – 00013

Chronická bolest – 00133

Nedostatek spánku, únava – 00096, 00093

Nevyvážená výživa – méně než je potřeba organismu – 00002

Snížený objem tekutin – dehydratace – 00027

Riziko pádu – 00155

Riziko akutní zmatenosti – 00173

Ošetřovatelské diagnózy dle priorit pacienta:

Nedostatek spánku, únava (00096, 00093)

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 1. Spánek a odpočinek, 3. Rovnováha energie

Určující znaky: snížená schopnost fungovat, únava, ospalost, podrážděnost, malátnost, zvýšení požadavků na odpočinek, introspekce

Související znaky: tělesný diskomfort, neposilující spánek, fyziologický stav, ztráta kondice

Cíle: Pacientovi se po nastavení správné dávky medikace (Pentasy a Prednisonu) zkvalitní spánek dle jeho subjektivních pocitů.

Intervence: Edukuj o správné spánkové hygieně během ambulantních návštěv (vyvětrání místnosti, fyzická aktivita přímo úměrná zdravotnímu stavu aj.), ověř si, zda rozuměl edukaci, doporuč potraviny nezatěžující organismus před spánkem, konzultuj a hodnot' s pacientem během pravidelných návštěv v ambulanci.

Vyhodnocení: Pacient při kontrolní návštěvě uvádí zkvalitnění spánku, ale i přesto únava přetrvává, pacient chápe správné zásady stravování a snaží se je dodržovat, cíle bylo dosaženo částečně, pacient pociťuje únavu.

Chronická bolest (00133)

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Určující znaky: změna vzorce spánku, neschopnost pokračovat v předchozích aktivitách, nechutenství, výraz bolesti v obličeji (grimasy), vlastní hlášení o intenzitě bolesti VAS 7

Související znaky: únava, změněný vzorec spánku, malnutrice, změněná metabolická funkce

Cíle: Pacientova bolest se sníží během správného užívání indikované medikace (Salofalk supp.) z VAS 7 na VAS 2 během jednoho dne.

Intervence: Edukuj nemocného, jak má medikaci užívat, ověř si, zda sděleným informacím porozuměl, konzultuj intenzitu bolesti s pacientem během ambulantních návštěv, zaznamenávej do dokumentace pacientovu subjektivní bolest dle VAS, zaznamenávej situace, kdy došlo k zvýšení intenzity bolesti, porovnávej údaje v čase.

Vyhodnocení: Pacient zná a rozumí správnému užívání léků, pacient ochotně konzultuje charakter bolesti a udává bolest vznikající při vyprazdňování, cíle bylo dosaženo, pacient udává snížení bolesti.

Průjem (00013)

Doména: 3. Vylučování a výměna

Třída: 2. Funkce gastrointestinálního systému

Určující znaky: bolesti břicha, naléhavá potřeba, křeče, tekutá stolice 6–7x/denně

Související znaky: gastrointestinální zánět

Cíle: Pacientovi se sníží množství stolic na 2–3x/denně během 3 dnů.

Intervence: Edukuj o správném užívání léčiv, edukuj o správném složení potravinového jídelníčku, doporuč konzultaci s nutričním terapeutem, doporuč správnou hygienu při vyprazdňování (mycí prostředky, vlhčený toaletní papír, krémy k ošetření konečníku), zaznamenávej do dokumentace frekvenci a charakter stolice.

Vyhodnocení: Pacient si osvojil správnou hygienu po vyprazdňování, udává znalost správného stravování, ale pro přetrvávající intenzivní průjmy je doporučena návštěva nutričního terapeuta, cíle nebylo dosaženo.

Snížený objem tekutin – Dehydratace (00027)

Doména: 2. Výživa

Třída: 5. Hydratace

Určující znaky: snížený výdej moči, žízeň, slabost, zvýšená tělesná teplota

Související znaky: oslabení regulačních mechanismů

Cíle: Pacient nebude pociťovat žízeň během zánětu ani v období klidu.

Intervence: Vysvětlí potřebu hydratace pro organizmus, doporučí metody, které napomohou pacientovi dodržovat pravidelný pitný režim 2–2,5 l/denně, doporučí tekutiny, které jsou vhodné pro pitný režim (čaj, nesycené minerální vody, kvalitní minimálně slazené sirupy), zaznamená pokroky pacienta během ambulantních návštěv.

Vyhodnocení: Pacient zná důvody důležitosti dodržování pitného režimu, zná tekutiny, které jsou vhodné, pacient nevypije 2–2,5 l tekutiny denně, je důležité mu tento cíl připomínat při každé návštěvě, cíle bylo dosaženo částečně, pacient nepociťuje žízeň, ale stále pije velmi málo.

Nevyvážená výživa – méně než je potřeba organizmu (00002)

Doména: 2. Výživa

Třída: 1. Příjem potravy

Určující znaky: bolest břicha, křeče v břiše, průjem, příjem potravin je nižší, než je doporučená denní dávka, nezámek o jídlo

Související znaky: biologické faktory (nechutenství, bolest)

Cíle: Pacient začne postupně zvyšovat dávky přijímaných potravin dle zdravotního stavu.

Intervence: Edukuj nemocného o potřebě přísunu živin do těla, doporuč konzultaci s nutričním terapeutem, doporuč vhodné potraviny pro pacienta (kvalitní potraviny s vysokým obsahem bílkovin a minimem živočišných tuků), zaznamenávej do dokumentace potraviny, které pacientovi chutnají, dělají dobře.

Vyhodnocení: Pacient chápe důležitost správného stravování, je důležité pacientovi připomínat správné potraviny, pacient se příliš neřídí radami ohledně stravování, byla doporučena návštěva nutričního terapeuta, cíle dosaženo nebylo.

Riziko pádu (00155)

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Rizikové faktory: průjem, nespavost, akutní forma onemocnění

Cíle: Pacient nebude ohrožen rizikem pádu během návštěvy ambulance ani během rekonvalescence v domácím prostředí v průběhu akutní formy onemocnění.

Intervence: Edukuj pacienta i jeho rodinu o možném riziku pádu během akutní formy onemocnění, doporuč vhodné úpravy v domě, které by minimalizovaly případný pád (odstranění dekorativních koberečků, zvonek u postele v případě potřeby přesunu pacienta) doporučte režimová opatření (hydratace, užívání medikace, realimentace aj.), zaznamenávej do dokumentace a konzultuj s pacientem kritické situace.

Vyhodnocení: Rodina i pacient byli seznámeni s možností pádu, v pacientově domě byly provedeny úpravy pro snížení rizika pádu, pacient nedodrží správnou hydrataci a realimentaci, je důležité mu tato opatření připomínat, cíle bylo dosaženo, pacient nebyl ohrožen rizikem pádu.

Riziko akutní zmatenosti (00173)

Doména: 5. Percepce/kognice

Třída: 4. Kognice

Rizikové faktory: alterace spánkového cyklu, dehydratace, bolest

Cíle: Pacient nebude ohrožen akutní zmateností během návštěvy ambulance ani během rekonvalescence v domácím prostředí.

Intervence: Informuj pacienta i jeho rodinu o možnosti akutní zmatenosti (z důvodů dehydratace, akutní bolesti), vysvětli, jak mají v takovém případě v domácím prostředí postupovat (uklidnění pacienta, volání rychlé lékařské služby), vysvětli, za jakých okolností by k dané situaci mohlo dojít (rozvrat vnitřního prostředí), případné změny zaznamenávej do dokumentace.

Vyhodnocení: Rodina je seznámena s možností a důvody vzniku akutní zmatenosti, zná postupy, jak v tomto případě postupovat, pacientovi je potřeba připomínat prevenci akutní zmatenosti, cíle bylo dosaženo, pacient nebyl ohrožen akutní zmateností.

6 KAZUISTIKA 2

Žena ve věku 38 let, bydlí s přítelem v bytě. Žena pracuje jako prodavačka v obchodě se společenským oblečením. Ulcerózní kolitida byla u ženy diagnostikována r. 2009. První příznaky onemocnění pacientka bagatelizovala, myslela si, že nevolnost a průjem jsou ze stresu. Po stále přetrvávajících obtížích navštívila pacientka praktického lékaře, který provedl všechna potřebná vyšetření (mikrobiologické vyšetření stolice, biochemické vyšetření krve, zánětlivé parametry, krevní obraz aj.), následně pacientce doporučil endoskopické vyšetření. Pacientka postupně pociťovala silnou únavu, teplotu a bolesti břicha, které se zhoršovaly. Po kolonoskopii byla ženě diagnostikována ulcerózní kolitida sigmoidea a konečníku v rozsahu 35 cm od anu. Ženě byla naordinována léčba aminosalicyláty, která nenapomáhala zmírnit příznaky, a proto byla doporučena léčba kortikosteroidy. Ke zmírnění příznaků došlo jen částečně, ale pacientka udává, že jí bylo mnohem lépe. Po uplynutí 2 let u pacientky začalo docházet k zánětům drobných kloubů (klouby P nohy) a velmi negativně na ni působily strie, které vznikaly na stehnech a bocích. Po delším časovém úseku žena přiznala, že nedodržovala dávkování a pravidelnost užívání léků. Ženě byla nabídnuta biologická léčba, kterou přijala. Po intoleranci podávané látky do žilního řečiště byla převedena na léčbu pomocí s.c. injekcí. Na léčbu pacientka zareagovala pozitivně. Došlo k úplnému vysazení kortikosteroidů. Léky na občasnou intenzivní bolest břicha byly ponechány. Pacientka svou nemoc vnímá negativně, nemoc ji omezuje v běžném životě.

6.1 Anamnéza

Nynější onemocnění: ulcerózní kolitida – levostranná forma

Alergologická: intolerance laktózy

Farmakologická: Espumisan cps. 1-0-1(deflatulans) – dle potřeby po jídle, Kinito tbl. 1-1-1(digestiva) – 30 min. před jídlem, Duspatalin 200mg cps. 1-0-1 (spasmolytikum), Humira-Adalimumab 0 týden – 160 mg, 2 týden – 80 mg, 4,6,8 – 40 mg s.c. (humánní monoklonární protilátka proti TNF- α třídy IgG), Nimesil (NSAID) – dle potřeby na bolesti kloubů

Anamnéza abúzu: pacientka dříve kuřačka, od 16–24 let 10 cigaret denně, nyní nekuřačka, příležitostně pije alkohol

Pracovní: Pacientka vystudovala SŠ se zaměřením na design, modelářství a návrhářství oděvů, po studiu pracovala jako fotomodelka, nyní prodává v obchodě se společenským oblečením.

Sociální: Pacientka je svobodná a bezdětná, žije s přítelem v bytě na okraji městyse.

Rodinná: Žena má 3 sourozence (nejstarší bratr Crohnova nemoc, ostatní jsou zdraví), matka – zdráva, otec – diabetes mellitus a hypertenze.

Osobní: Pacientka v dětství prodělala běžné nemoci (neštovice, angína, chřipka atd.), v roce 2001 komoce mozku při sjezdovém lyžování, v dubnu 2009 diagnostikována levostranná ulcerózní kolitida sigmoidea a recta.

Vyšetření sestrou:

- Konstituce, vzhled: normostenická, upravená
- Váha: 60 kg Výška: 165 cm BMI: 22 – v normě
- MNA: 7 b. – podvýživa
- Postoj: vzpřímený Chůze: přirozená
- Riziko pádů: 0 b. – bez rizika
- ADL: 100 b. – nezávislá
- GCS: 15 b. – bez poruchy vědomí
- Chápe myšlenky a otázky: ano, vyjádří porozumění, zopakuje
- Závratě: nemá
- Smyslové poruchy: žádné
- Kompenzační pomůcky: žádné
- Dutina ústní: bez patologií Chrup: vlastní Stav sliznic: vlhké, růžové
- Poruchy polykání: nemá
- Srdce, cévy: TK 115/70 mmHg P 72' pravidelný

- Dech: 19 dechů/minutu
- TT: 36,6 °C
- Kožní defekty, rány: žádné
- Močový systém: močení v normě, močová trubice bez patologie
- Defekace: 2–3x/denně, občas průjmovitá stolice, někdy formovaná stolice, vždy s příměsí hlenu Krvácení ze zažívacího traktu: ne
- Dieta: 5x denně menší porce, pravidelné snídaně, snaží se dodržet rady nutriční terapeutky
- Tekutiny: 1–1,5 l uvědomuje si, že by měla pít více
- Bolesti: pálivé bolesti konečníku při vyprazdňování VAS: 2
- Spánek a odpočinek: spí 8 hodin i více, v noci se nebudí, po probuzení se cítí odpočatá
- Invazivní vstupy: nemá

VYŠETŘOVACÍ METODY

- Gastroskopie 20. 9. 2016 – za účelem vyloučení vředové choroby, nemoc nebyla prokázána
- Kolonoskopie 19. 6. 2017 – dosaženo 80 cm – hepatální ohbí, 25 cm od anu je sliznice lokálně zarudlá, v sigmoideu viditelné klidné spazmy
- Pravidelné odběry krve na krevní obraz, biochemii (krev a moč), mikrobiologické vyšetření stolice + výtěr z recta
- Genetické vyšetření na intoleranci laktózy (potvrzeno) a celiakii (nepotvrzeno)

Biochemické vyšetření z 28. 9. 2017

C-reaktivní protein: 3,0 (0,0–5,0 mg/l), Glukóza: 4,82 (3,30–5,30 mmol/l), urea: 4,0 (2,5–7,4 mmol/l), kreatinin: 91 (62–106 μmol/l), Na: **131** (132–144 mmol/l), K: 3,5 (3,7–5,1 mmol/l), Cl: 99 (97–108 mmol/l), Ca: 2,38 (2,20–2,55 mmol/l), Fe: **0,23** (0,7–21,5 μmol/l), Ferritin: 19,9 (4,6–204,0 μg/l), bilirubin celkový: 20 (5–21 μmol/l), ALT: 0,41 (0,20–

0,80 $\mu\text{kat/l}$), AST: 0,37 (0,17–0,85 $\mu\text{kat/l}$), protein celkový: 72 (65–87 g/l), Albumin: 41,6 (35–50 g/l)

Hematologické vyšetření z 28. 9. 2017

Leukocyty: 7,9 (4,0–10,0 $10^9/l$), erytrocyty: 3,95 (4,0–5,8 $10^{12}/l$), hemoglobin: **121** (135–175 g/l), hematokrit: 0,403 (0,40–0,50 l/l)

Pacientka během ambulantních návštěv:

Žena přišla 28. 9. 2017 do gastroenterologické ambulance na kontrolní krevní odběry a pro recept na užívané léky. Během prvního seznámení byla žena velmi nervózní a nejistá. Na otázky odpovídala velmi krátce a měla problém udržet oční kontakt. Pacientce byly předepsány užívané léky a provedeny základní odběry, které se vyznačovaly poklesem hemoglobinu, železa a sodíku. Při druhé návštěvě 1. 12. 2017, také za účelem kontrolních krevních odběrů, žena reagovala mnohem klidněji a konverzaci zahájila úplně sama bez mé iniciativy. Ženu totiž zaujalo, že má někdo zájem o její příběh a onemocnění. Následně byla komunikace velmi zajímavá a s ženou jsme se domluvily na případné elektronické komunikaci, za jejíž nabídku děkuji.

6.2 Posouzení stavu potřeb

1. Doména – Podpora zdraví

Pacientka svůj zdravotní stav hodnotí spíše negativně. S nemocí se doposud nevyrovnala, nechápe důvod, proč zrovna ona musela onemocnět. Z rodiny má zkušenost s chronickými nemocemi i s nespecifickými záněty střev (její bratr má Crohnovu nemoc), ale celý život byla zdravá, a proto je to pro ni stresující. Pacientka uvádí, že při sdělování diagnózy neměla z onemocnění strach, jelikož si nemoc nepřipouštěla a neuvědomovala si okolnosti s nemocí spojené. Celou skutečnost si začala uvědomovat, jakmile vyhledávala informace o onemocnění. Z počátku se snažila dodržovat rady a doporučení zdravotníků, ale měla vztek na onemocnění, na sebe, a proto přestala doporučení dodržovat. Došlo k radikálnímu zhoršení zdravotního stavu. Zjistila, že je důležité dodržovat nějaký režim, aby došlo ke snížení problému a zamezení komplikací. Nyní má vyhovující denní režim, díky kterému došlo ke zlepšení a stabilizaci zdravotního stavu. Stále nedokáže pochopit, co bylo příčinou vzniku

onemocnění. Přisuzuje to svému špatnému životnímu stylu a stresu před prvními příznaky nemoci.

2. Doména – Výživa

Žena byla zvyklá dodržovat neustále nějaké diety s cílem redukce a udržení hmotnosti. Přiznává, že diety nepodporovaly její zdraví a zpětně je hodnotí jako nerozumné. Nyní se naučila jíst pravidelně 5x denně menší porce. Naučila se snídat, obědvat teplá jídla, která jsou nutričně vyvážená. Typy fast foodových jídel pacientka nevyhledává, nemá ráda smažená jídla ani nevyhledává těžkou českou kuchyní. I před onemocněním byla pacientka zvyklá jíst spíše lehká jídla v podobě zeleninových salátů, kuřecího masa, ryb, ale velmi nepravidelně a jednostranně. Nutriční vyváženost stravy a vhodnost potravin žena konzultovala s nutriční specialistikou. Velké nedostatky si pacientka uvědomuje v pitném režimu, kdy denně vypije 1–1,5 litrů tekutin. Nejčastěji pije vodu nebo neslazené čaje.

3. Doména – Vylučování a výměna

Počet stolic se velmi snížil od začátku onemocnění. Na počátku onemocnění pacientka měla stolici 7x za den s tenezmy a bolestmi konečníku, kvůli kterým nebyla po vyprázdnění schopna ani sedět. Komplikací v oblasti recta byly hemeroidy, které měla pacientka již před onemocněním z důvodů časté zácpy. Pacientka velmi upravila hygienické návyky po vyprazdňování a věnuje se péči o konečník. Po dokončení biologické léčby pacientka zaznamenala snížení frekvence stolic a to na 2–3 za den s občasnou příměsí hlenu. Někdy vyprazdňování stolice doprovází bolesti nebo pociťuje citlivost v podbříšku a oblasti recta. Krev ve stolici pacientka nezaznamenala nebo si jí nikdy nevšimla. Pacientku i nadále velmi obtěžuje zvýšená plynatost a nepříjemné pocity v břiše. V oblasti mikce pacientka žádné problémy neudává.

4. Doména – Aktivita a odpočinek

Před onemocněním byla pacientka zvyklá nadměrně posilovat, aby měla dostatek dobře finančně ohodnocené práce jako fotomodelka. Relaxovala na společenských večerech, případných menších módních přehlídkách nebo kosmetických procedurách. S tím bylo spojené i cestování po ČR a výjimečně do zahraničí. Během vzniku onemocnění pacientka cítila únavu a nebyla schopna se naplno věnovat svému podrobně zorganizovanému programu. Kamarádka jí proto nabídla přechodné zaměstnání v obchodě se společenským oblečením, kde už zůstala. Nyní se aktivně věnuje joggingu, pilates a plavání. Došlo k úpravě

spánkového režimu, kdy nyní spí 8 a více hodin. Toto časové rozmezí je plně dostačující, aby si odpočala.

5. Doména – Percepce a kognice

Žena nemá žádné problémy se sluchem, zrakem ani komunikací. Řeč je plynulá a srozumitelná. Žena nepoužívá žádné smyslové kompenzační pomůcky. Neudává poruchy citlivosti končetin, pouze občasné poruchy hybnosti prstů pravé nohy, kde se velmi zřídka opakuje zánět kloubů, který vznikl při nedodržování terapie na začátku onemocnění. Žena je plně soběstačná.

6. Doména – Sebepercepce

Pacientka se s onemocněním stále nevyrovnala, ale uvědomuje si, že je to chronické onemocnění. S radostí poukazuje na mírné zlepšení sebepřijetí s onemocněním. Před onemocněním se vnímala jako krásná, smyslná žena, která byla velmi atraktivní pro muže. Vzhled a společenský život byl pro ni velmi důležitý. Za vzniklé onemocnění se styděla a nenáviděla se. Vadil jí pohled na strie, na tělo, které postrádalo vyrýsovanou siluetu. Začala se uzavírat do sebe a ztráta pracovních nabídek jí snižovala sebevědomí. Pociťovala vztek, smutek a chvílemi i beznaděj, jak se bude vyvíjet dál její životní cesta, kterou si plánovala jako fotomodelka. Nyní je ale ráda za práci s módou, které se věnovala na střední škole.

7. Doména – Vztahy mezi rolemi

Pacientka bydlí 7 let s přítelem v bytě na okraji městysu. Je svobodná a bezdětná. Žena je ze 4 sourozenců, se kterými má hezké vztahy a velmi často se navštěvují nebo si telefonují. S rodiči měla vždy hezký vztah a během onemocnění i fáze vzteku se jí snažili podpořit. Velká změna nastala v jejím okruhu přátel. Většina byla z okruhu fotomodelingu nebo módy, kde žena ztrácela nabídky práce i domnělé kamarády. Pochopila, že to nebyli věrní přátelé a od té doby má problém s důvěrou a navazováním nových upřímných přátelských vztahů.

8. Doména – Sexualita

Žena měla první menstruaci v 15 letech, od té doby pravidelně. V 17 letech začala užívat perorální kontraceptiva, která pro vedlejší účinky po 3 letech přestala užívat. Žena má nyní pravidelnou menstruaci s občasnými bolestmi v podbřišku. Žádné patologie se v oblasti gynekologie u ženy nevyskytují. Žena zvažuje otěhotnění, protože ví, že už má velmi vysoký věk a přítel by si potomka velmi přál. Má ale strach, aby dítě nebylo nějak postižené, jelikož při zahájení biologické léčby byla upozorněna na toxicitu pro plod. Upozornění platilo pro

6 měsíců po doužívání medikace, která již uplynula, ale strach v ní přetrvává nadále. Zároveň nechce zklamat přítele a má strach, aby ji poté neopustil.

9. Doména – Zvládání a tolerance zátěže

Stres žena zvládá velmi obtížně. Reaguje úzkostně, plačtivě a uzavírá se do sebe. Neví, jak má se stresem správně pracovat. Snaží se odpočívat, rozptýlit mysl sportem nebo prací v obchodě, ale vždy to nefunguje. Žena udává, že žije v neustálém stresu již od svého mládí, a proto dospěla k názoru, že je to důvod vzniku onemocnění. Na škole se stresovala kvůli prospěchu, bála se, že by se za ni rodiče styděli, kdyby měla špatné známky. V pozici fotomodelky se strachovala, aby byla krásná a žádaná, aby ve své roli mohla zůstat co nejdéle a budovat si kariéru. Diagnostika onemocnění byla další náročnou stresovou situací. Současně i ztráta zaměstnání, přátel. Nyní má strach, zda bude moci otěhotnět, zda bude dítě zdravé a jestli ji kvůli neplodnosti neopustí přítel.

10. Doména – Životní principy

Žádnou víru žena nevyznává. Pacientčiny priority se velmi změnilo, dříve to byl vzhled a kariéra nyní to je plnohodnotné zdraví, které postrádá. Pojem plnohodnotné zdraví pro pacientku znamená stav bez užívání léků, minimalizace návštěv lékaře a žádná omezení ohledně zdravotního stavu a fyzických sil. Dále je důležitá rodina, sourozenci a přítel.

11. Doména – Bezpečnost a ochrana

Pacientka se bojí o své zdraví o schopnost otěhotnět a donosit zdravé dítě. Z návštěv lékaře je pouze nervózní, aby vše bylo v pořádku, ale ambulance jako takové se nebojí. Zná personál, ví, jak návštěvy probíhají a nebojí se na cokoli zeptat. Z kolposkopického vyšetření už také nemá strach, pouze z výsledků. Z vyšetření měla strach pouze při první návštěvě, kdy požádala o medikaci, která sníží její vnímání. Nyní už ví, že vyšetření se strachovala zbytečně.

12. Doména – Komfort

V této oblasti pacientku omezuje zejména bolest, která se vyskytuje při vyprazdňování. Udává, že bolest ze začátku onemocnění byla na úrovni VAS 8. Nebyla nikdy zvyklá na žádnou bolest. Když ji něco přece jen bolelo, tak si vzala analgetika, která nyní už svůj úkol neplnila. Nyní se naučila s bolestí pracovat a zná proces jak postupovat v takovém případě. Současné hodnocení bolesti je na úrovni VAS 2. Je to bolest křečovitá, nutkavá, která se zvětšuje při tlaku na konečník (mechanické působení, vyprazdňování). Bolest snižuje

pravidelným užíváním léků, správnou hygienou, dostatečným odpočinkem a vhodnou stravou. Pacientka udává i bolest kloubů na noze, která je na úrovni VAS 3 ale není tak častá a udává, že to je výstraha, aby nepřestala užívat medikaci jako na začátku terapie. Bolest na noze ji příliš neomezuje, více jí vadí bolest po vyprazdňování.

13. Doména – Růst a vývoj

Žádné patologie v oblasti vývoje a růstu nejsou.

6.3 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy dle všeobecné sestry

Akutní bolest – 00132

Dysfunkční gastrointestinální motilita – 00196

Narušený obraz těla – 00118

Stresové přetížení – 00177

Úzkost – 00146

Zhoršená sociální interakce – 00052

Riziko neefektivního vztahu – 00229

Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky:

Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)

Doména: 3. Vylučování a výměna

Třída: 2. Funkce gastrointestinálního systému

Určující znaky: křeče v břiše, bolest břicha, průjem, potíže s odchodem stolice

Související znaky: chronické onemocnění

Cíle: U pacientky dojde k zmírnění faktorů přidružujících se k ulcerózní kolitidě.

Intervence: Edukuj o správném užívání medikamentózní léčby, konzultuj, hodnot a zaznamenávej faktory spojené s onemocněním.

Vyhodnocení: Pacientka porozuměla edukaci ohledně předepisované léčby, pacientka udává, že nedošlo k zmírnění faktorů spojených s ulcerózní kolitidou, cíle nebylo dosaženo.

Narušený obraz těla (00118)

Doména: 6. Sebepercepce

Třída: 3. Obraz těla

Určující znaky: změněný pohled na vlastní tělo (změny na kůži), vyhýbání se pohledu na vlastní tělo, změny v sociální interakci, strach z reakce okolí

Související znaky: změna pokožky z důvodu chronického onemocnění a léčby

Cíle: Pacientka alespoň částečně změní pohled na své tělo do půl roku.

Intervence: Doporuč pacientce prostředky, které zmírní její problém (produkty na strie), doporuč pacientce schůzku s pacientem se stejným onemocněním, doporuč návštěvu psychoterapie, nespěchej na pacientku v případě, kdy je potřeba obnažení části těla, zachovávej intimitu pacientky během vyšetření, konzultuj s pacientkou pokroky nebo překážky v diagnóze narušený obraz těla, informace zaznamenávej.

Vyhodnocení: Pacientka využila doporučených prostředků k péči o kůži, setkání s pacientem se stejným problémem si zatím nepřeje, zvažuje ale návštěvu psychoterapie, pacientka při konverzaci na toto téma potřebuje dostatek času a soukromí, cíle nebylo dosaženo.

Akutní bolest (00132)

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Určující znaky: vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí VAS 2, zaměřenost na sebe

Související znaky: onemocnění – biologická funkce – vyprazdňování

Cíle: Pacientčina bolest se z VAS 2 sníží na VAS 0 – 1 během 2 dnů.

Intervence: Edukuj nemocného o správné hygieně po vyprázdnění (mycí emulze, vlhčený toaletní papír, prostředky k ošetření konečníku), doporuč prostředky pro správnou hygienu,

edukuj o správném užívání léčiv (správná dávka, čas a lék), ověř pochopení edukace, konzultuj bolest s pacientkou a zaznamenávej informace.

Vyhodnocení: Pacientka užívá prostředky, které jí vyhovují při hygieně po vyprázdnění a péči o konečník, pacientka dbá na správné užívání léků a chápe důležitost naordinované medikace, během kontroly udává zmírnění bolestí konečníku, občasné bolesti podbříšku přetrvávají, cíle bylo dosaženo, pacientka udává zmírnění bolestí.

Stresové přetížení (00177)

Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládání zátěže

Určující znaky: nadměrný stres, napětí

Související znaky: stresory – chronické onemocnění, touha po dítěti, strach ze ztráty partnera

Cíle: Pacientka se naučí pracovat se svým stresem a dokáže kvalitně relaxovat během 1 roku.

Intervence: Konzultuj a zaznamenávej situace, které pacientku přivádí do stresu, doporuč vhodné relaxační, fyzické aktivity, vysvětli pacientce vhodné metody zvládání stresu (umět se pochválit, malá relaxace každý den, naučit se hledat potěšení i v maličkostech).

Vyhodnocení: Pacientka i přes edukaci a vyjádření pochopení neumí efektivně zvládat stresové situace, pacientka udává malé odhodlání tento problém řešit, proto budou techniky zvládání stresu vysvětlovány během následující kontroly, cíle nebylo dosaženo.

Riziko neefektivního vztahu (00229)

Doména: 7. Vztahy mezi rolemi

Třída: 3. Plnění rolí

Rizikové faktory: stresory, očekávání

Cíle: Pacientka (i její partner) budou pociťovat stabilitu vztahu.

Intervence: Doporuč zvýšení komunikace mezi partnery a vyhledání společné zájmové aktivity, nabídní možnost návštěvy ambulance i pro přítele pacientky během pravidelných kontrol, doporuč návštěvu psychoterapeuta, poradnu pro páry.

Vyhodnocení: Pacientka nabídla svému partnerovi možnost návštěvy ambulance během kontroly, přítel souhlasil, pacientka z toho má radost, cíle bylo dosaženo.

Úzkost (00146)

Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládání zátěže

Určující znaky: špatný oční kontakt, obavy ze změn v životě, nervozita,

Související znaky: stresory, výrazná změna ve zdravotním stavu, nespokojené potřeby

Cíle: Pacientka se naučí pracovat se svou úzkostí a stresem do půl roku.

Intervence: Pomoz pacientce správně defínovat stresory, doporuč vhodné relaxační techniky (Jacobsonova relaxace, dechová cvičení, autogenní trénink, fyzická aktivita) vysvětlí metody zvládání stresu, nabídní návštěvu psychoterapeuta, dej pacientce prostor vyjádřit se během komunikace, problémy a pokroky konzultuj s pacientkou a zaznamenávej do dokumentace.

Vyhodnocení: Pacientce byla vysvětlena Jacobsonova relaxace, kterou si zkouší osvojit, zatím se s relaxační technikou spokojená, návštěvu psychoterapeuta zvažuje, cíle nebylo dosaženo, pacientka se učí techniky zvládání stresu.

Zhoršená sociální interakce (00052)

Doména: 7. Vztahy mezi rolemi

Třída: 3. Plnění rolí

Určující znaky: změny ve společenské interakci, narušení společenského fungování

Související znaky: narušení sebepojetí, absence blízkých osob

Cíle: Pacientka se pokusí o postupné začleňování do kolektivů, navazování nových přátelství.

Intervence: Doporuč návštěvy skupiny se stejným zájmem, onemocněním pro ženu i jejího partnera, doporuč relaxační techniku, při které se může setkávat a komunikovat s lidmi, během návštěvy ambulance dej vhodné prostředí a prostor pro komunikaci.

Vyhodnocení: Pacientka zatím nemá chuť navštěvovat větší kolektivy lidí, ale tuto myšlenku neodmítá, pozitivně hodnotí procházky, výlety na které chodí s přítelem, cíle bylo dosaženo, částečně pacientka vyjadřuje snahu.

7 KAZUISTIKA 3

45letý muž žije s manželkou a dvěma dětmi v bytě. Muž pracuje jako výrobce lyží na klasické běžecské lyžování v místě bydliště (20 minut chůzí od bydliště). Pacientovi byla diagnostikována ulcerózní kolitida v roce 1999, kdy docházelo k časté změně lokalizace zánětu. Nyní se zánět vyskytuje v pravidelných intervalech na transversálním colonu s přesahem do pravostranné formy. Na první příznaky onemocnění si pacient vzpomíná pouze částečně. Vybavují se mu silné bolesti břicha, malátnost a úporné průjmy, kdy ho vylekala krev ve stolici. Poslední příznak byl důvod návštěvy praktického lékaře, který doporučil návštěvu gastroenterologické ambulance. Kolonoskopické vyšetření bylo pro pacienta velmi stresující a negativní. I přes informovanost od zdravotní sestry měl strach z vyšetření, z celého průběhu vyšetření, z výsledku, které vyšetření přinese. Pacient udává bolestivost vyšetření a nepříjemné pocity v břiše. Nepříjemnou zkušenost měl pouze s první kolonoskopií, následná vyšetření zvládl bez problémů. Muži byla naordinována léčba aminosalicyláty a kortikosteroidy, kdy nedošlo k úpravě zdravotního stavu. Byla doporučena léčba imunosupresivy, která byla účinná. Následně došlo k redukci zánětlivých ložisek v tlustém střevě. Během léčby došlo k imunokomplexovému poškození jater bez přítomnosti cholangitidy. Z tohoto důvodu je u pacienta zvažována změna terapie.

7.1 Anamnéza

Nynější onemocnění: ulcerózní kolitida-převažující pravostranná forma;

hypotyreóza;

imunokomplexové poškození jater;

chronická leukocyturie

Alergologická: prach, pyl, seno

Farmakologická: Azaprine 100mg tbl.1-0-1 (imunosupresivum), Prednison 2,5 mg tbl. 1-0-0 (kortikosteroidy), Probio-fix tbl. 1-0-0(probiotika), Essentiale forte cps. 1-1-1 (hepatoprotektiva), Asacol nálevy 0-0-1 (antiflogistikum), Ursosan 250 mg cps. 0-0-2 (choloretica), Simeper cps. 1-0-1 (hepatoprotektiva)

Anamnéza abúzu: pacient nekuřák, alkohol příležitostně (upřednostňuje víno)

Pracovní: Muž pracuje jako výrobce lyží ve městě nedaleko od svého bydliště již 25 let, součástí zaměstnání je aktivní testování nově vynalezených lyží.

Sociální: Muž je ženatý a má dvě děti (syna a dceru) – dcera nemocná nějakou formou IBD.

Rodinná: otec zemřel na infarkt myokardu v 78 letech, matka diabetička, bratr zdrav

Osobní: V dětství prodělal běžné nemoci (neštovice, angína, chřipka + černý kašel, příušnice), v 9 letech fractura clavicula sinister, v 13 letech apendektomie po akutní apendicitidě, v říjnu 1999 byla diagnostikována pravostranná ulcerózní kolitida.

Vyšetření sestrou:

- Konstituce, vzhled: normostenický, upravený
- Váha: 78 kg Výška: 172 cm BMI: 26 – mírná nadváha
- MNA: 11 b. – riziko podvýživy
- Postoj: vzpřímený Chůze: přirozená
- Riziko pádů: 0b. – bez rizika pádu
- ADL: 100b. – nezávislý
- GCS: 15 b. – bez poruchy vědomí
- Chápe myšlenky a otázky: ano, vyjádří porozumění, zopakuje
- Závratě: ne
- Smyslové poruchy: dalekozrakost
- Kompenzační pomůcky: brýle
- Dutina ústní: bez patologií Chrup: vlastní Stav sliznic: vlhké, růžové
- Poruchy polykání: nemá
- Srdce, cévy: TK 130/87 mmHg P 72' pravidelný
- Dech: 21 dechů/minutu

- TT:36,5 °C
- Kožní defekty, rány: žádné
- Močový systém: močení v normě, močová trubice bez patologie
- Defekace: 2–3x denně průjmovitá (vodnatá) stolice, bez krve a hlenu
Krvácení ze zažívacího traktu: ne
- Dieta: nyní přišel lačný, jinak se stravuje pravidelně, dodržuje teplé obědy a snídaně
- Tekutiny: vypije 1–1,5 litru tekutin, ví, že to je málo
- Bolesti: křečovitě bolesti při vyprazdňování v oblasti konečníku
VAS: 2
- Spánek a odpočinek: nyní nepocituje únavu, spí 8 hodin, doma si po obědě odpočine a usne na 30 minut
- Invazivní vstupy: nemá

VYŠETŘOVACÍ METODY

- Kolonoskopie 24. 2. 2017 + biopsie v sigmoideu – vyšetření během pravidelné jarní exacerbace kvůli silnému krvácení – prokázán rozsáhlý zánět sliznice
- UZ epigastria 24. 2. 2017 (za účelem zjistit velikost jater, slinivky břišní a žlučníku) – játra ne zvětšená, neprokázána žádná patologie
- Perkutánní jaterní biopsie – 9. 8. 2017 indikováno pro abnormality v jaterních parametrech – prokázáno imunokomplexové poškození jater
- Pravidelné odběry krve na krevní obraz, biochemii (krev a moč), mikrobiologické vyšetření stolice + výtěr z recta

Biochemické vyšetření z 24. 7. 2017

C-reaktivní protein: 2,0 (0,0–5,0 mg/l), glukóza: 4,37 (3,30–5,30 mmol/l), urea: 3,3 (2,5–7,4 mmol/l), kreatinin: 86 (62–106 μmol/l), Na: 139 (132–144 mmol/l), K: 4,1 (3,7–5,1 mmol/l), Cl: 103 (97–108 mmol/l), Ca: 2,21 (2,20–2,55 mmol/l), Fe: 18,3 (0,7–21,5 μmol/l),

Ferritin: 169 (4,6–204,0 µg/l), bilirubin celkový: 21 (5–21 µmol/l), ALT: 0,79 (0,20–0,80 µkat/l), AST: 0,75 (0,17–0,85 µkat/l), protein celkový: 76 (65–87 g/l), Albumin: 43,3 (35–50 g/l)

Hematologické vyšetření z 24. 7. 2017

Leukocyty: 9,5 (4,0–10,0 10⁹/l), erytrocyty: 5,1 (4,0–5,8 10²/l), hemoglobin: 159 (135–175 g/l), hematokrit: 0,486 (0,40–0,50 l/l)

Pacient během ambulantních návštěv:

Pacient přišel 24. 7. 2017 do gastroenterologické ambulance pro recepty na medikaci a ke kontrolním odběrům krve. Pacient byl z počátku rozhovoru nedůvěřivý a ostýchavý. Bylo zřejmé, že některé otázky mu jsou nepříjemné, a proto jsem nechala pouze na pacientovi, které informace mi sdělí. Medikace byla předepsána dle zvyklostí užívání pacienta, nebyly prováděny žádné změny. Kontrolní odběry u pacienta byly bez patologií. Při druhé návštěvě 9. 8. 2017 byl pacient uvolněnější a na otázky, které mu byly dříve nepříjemné, odpovídal bez problému. Pacient navštívil ambulanci po bioptickém vyšetření jater, kdy mu bylo diagnostikováno imunokomplexové poškození jater. Pacientovi byla vysvětlena problematika této situace a následně byla doordinována hepatoprotektiva.

7.2 Posouzení stavu potřeb

1. Doména – Podpora zdraví

Momentálně svůj zdravotní stav hodnotí jako průměrný. Na začátek onemocnění si už nevzpomíná. V rodině doposud žádné zánětlivé onemocnění střev nebylo. Momentálně je nemocný muž a jeho dcera, u které se čeká na diagnózu. Neví, proč onemocnění vzniklo, ale v knihách si přečetl, že to může být genetika, okolní vlivy a mnoho faktorů. Pacient se snaží dodržovat doporučení lékařů a ve volném čase si vyhledává nové informace o onemocnění.

2. Doména – Výživa

Pacient má velmi rád maso a uzeniny upravené na jakýkoliv způsob. Snaží se vyhýbat smaženému jídlu a příliš mastnému, ale někdy prý nedokáže odolat. Také má rád mléčné výrobky, kterými si nahrazuje jiné pochutiny. Snaží se jíst pestrou stravu a teplé obědy, které jim připravují v práci, ale občas je oběd pro něj nevhodný a tak si nosí jídlo z domu. Snaží se

jíst 5x denně, ale ne vždy se mu to podaří dodržet. Během dne pacient pije nesycené minerální vody, čaj nebo kávu s mlékem. Vypije tak 1–1,5 l tekutin přiznává, že to je málo, ale zapomíná pít.

3. Doména – Vylučování a výměna

U pacienta se v pravidelných intervalech střídají jarní a podzimní exacerbace zánětu. Během akutní fáze nemoci pacient vyprazdňuje průjmovitou stolicí s hlenem s krví 8 i vícekrát za den. Během tohoto období má křečovitě bolesti břicha a bolestivé nucení na stolicí. Když dojde k ústupu zánětu, tak je pouze průjmovitá stolice s bolestivým vyprazdňováním ve frekvenci 2–3x za den. Pacienta během celé doby doprovází nadměrná plynatost, která ale pacienta neobtěžuje. Více ho obtěžuje bolest, krev ve stolici a frekvence stolice.

4. Doména – Aktivita a odpočinek

Pacient je sportovně založený, rád sportuje, ale poté musí mnohem více odpočívat. Pacient ke svému zaměstnání potřebuje i fyzickou aktivitu, kdy testuje nově vynalezené lyže, které následně porovnává a upravuje pro sezónní potřeby nebo potřeby jednotlivců. Pacient cestuje pouze s rodinou a přáteli v období, kdy je zánět v klidové fázi. Nejčastěji cestují po ČR, do zahraničí se s onemocněním bojí vycestovat. Pacient spí průměrně 8 hodin, během exacerbace zánětu spí mnohem více, i přesto cítí únavu a je pro něj obtížné plnit pracovní povinnosti.

5. Doména – Percepce a kognice

Muž nemá žádné problémy v oblasti sluchu ani komunikace. Řeč je plynulá a srozumitelná, udržuje zdravý oční kontakt. Pacient nosí brýle na korekci dalekozrakosti již od dětství. Neudává žádné patologie v oblasti citlivosti nebo hybnosti. Muž je plně soběstačný.

6. Doména – Sebepercepce

Onemocnění má už dlouho, a proto mu prý nezbylo nic jiného než onemocnění přijmout. Udává, že jsou okamžiky, kdy ho to rozčiluje, ale přesně dokáže rozeznat počínající zánět a to mu velmi ulehčuje situaci. Nejhorší pro něj jsou okamžiky vyprazdňování krve. Krev obecně nemá rád a dělá se mu nevolno, o to je to pro něj náročnější. Na to si prý nikdy nezvykne.

7. Doména – Vztahy mezi rolemi

Muž žije v bytě s manželkou a dvěma dětmi. Pacientova matka bydlí ve stejném panelovém bytě, proto za ní chodí se svými dětmi na časté návštěvy a dopomoci jí v domácnosti.

S bratrem se vidá málo, občas si volají. Muž má přátele v práci a s nimi chodí na fotbalová utkání nebo jezdí s celými rodinami na dovolené.

8. Doména – Sexualita

Muž má dvě děti a s manželkou už další děti neplánují. V této oblasti pacient žádné patologie neudává pouze snížení libida během akutní fáze zánětu kvůli únavě a nevolnostem.

9. Doména – Zvládání a tolerance zátěže

V pacientově životě prý příliš stresu není. Práce ho baví, a proto je pro něj formou odpočinku. Momentálně má strach z onemocnění, které dceři diagnostikují, aby jí zvládl být oporou a povzbudit ji. Má strach, že mu bude dávat za vinu svoje onemocnění.

10. Doména – Životní principy

Muž není věřící. Důležitá je pro něj rodina a momentálně zdraví jeho dcery.

11. Doména – Bezpečnost a ochrana

O svůj zdravotní stav se nebojí, nemoc chápe jako součást života. S tím jsou spojené i návštěvy gastroenterologické poradny, které za 19 let jeho léčby stále velmi podobné. Kolonoskopického vyšetření se obával pouze ze začátku, nyní už zná přípravu, postup i zdravotníky, kteří jsou při vyšetření přítomni. Návštěvy v ambulanci jsou pro něj příjemné a je to pro něj přátelské setkáním se známými tvářemi.

12. Doména – Komfort

V oblasti komfortu ho velmi omezuje bolest, která je intenzivní v době exacerbace zánětu. Pacient hodnotí bolest na úrovni VAS 7. Jsou to křečovitě bolesti v podbřišku a při vyprazdňování v oblasti konečníku. Bolest následně zeslábne, ale i přesto pacienta bolí celá oblast břicha. Během klidové fáze pacient udává bolest konečníku během vyprazdňování na úrovni VAS 2.

13. Doména – Růst a vývoj

Žádné patologie v oblasti vývoje a růstu nejsou.

7.3 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy dle všeobecné sestry:

Chronická bolest – 00133

Průjem – 00013

Riziko krvácení – 00206

Riziko zhoršené funkce jater – 00178

Snaha zlepšit rovnováhu tekutin – 00160

Snaha zlepšit zvládání zátěže v rodině – 00075

Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta:

Riziko narušení vztahu (00057)

Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládání zátěže

Určující znaky: vyjadřuje touhu zlepšit spojení s jinými, kteří zažívají podobnou situaci

Cíle: Stabilita a harmonie vztahu mezi otcem a dcerou při prokázání ulcerózní kolitidy.

Intervence: Nabídní návštěvu ambulance i dceři při pravidelných kontrolách otce, edukuj o onemocnění společně otce i jeho dceru, doporuč návštěvu skupiny pacientů se stejným onemocněním.

Vyhodnocení: U dcery se čeká na stanovení diagnózy, pacient nabídku přijal a v případě potřeby nabídne tuto možnost dceři, cíle doposud nelze zhodnotit.

Průjem (00013)

Doména: 3. Vylučování a výměna

Třída: 2. Funkce gastrointestinálního systému

Určující znaky: bolesti břicha, naléhavá potřeba

Související znaky: gastrointestinální zánět

Cíle: U pacienta se sníží frekvence stolic z 2–3 na 0–1, dojde k snížení množství příměsí ve stolici.

Intervence: Edukuj pacienta o správném užívání léčiv, edukuj o správném dietním režimu, doporuč hygienické prostředky po vyprázdnění (mycí emulze, masti sloužící ke zklidnění sliznice konečníku), ověř, si zda pacient edukaci rozuměl, konzultuj s pacientem frekvenci a charakter stolice, zaznamenávej do dokumentace, informace porovnávej v čase během ambulantních kontrol.

Vyhodnocení: Pacient již přípravky k ošetření konečníku používá, edukaci pacient rozumí a sám si vede diář, kde si zaznamenává frekvenci, charakter stolice, cíle dosaženo nebylo, u pacienta frekvence průjmů přetrvává.

Chronická bolest (00133)

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Určující znaky: vlastní hlášení o intenzitě bolesti VAS 2

Související znaky: chronické onemocnění

Cíle: U pacienta dojde ke snížení intenzity bolesti z VAS 2 na VAS 0–1 během vyprazdňování do dvou dnů.

Intervence: Doporuč hygienické prostředky po vyprázdnění, doporuč prostředky v péči o konečník, konzultuj intenzitu bolesti pomocí VAS škály, hodnoty a charakter bolesti zaznamenávej během ambulantních návštěv.

Vyhodnocení: Pacient sám v případě potřeby zaujímá úlevovou polohu, zná prostředky k ošetření konečníku, intenzita bolesti byla zaznamenávána, cíle bylo dosaženo.

Snaha zlepšit rovnováhu tekutin (00160)

Doména: 2. Výživa

Třída: 5. Hydratace

Určující znaky: vyjadřuje touhu zlepšit rovnováhu tekutin

Cíle: Pacientův pitný režim se zvýší o 0,5–1 litr do týdne.

Intervence: Doporuč pacientovi vhodné tekutiny (čaje, nesycené minerální vody), edukuj pacienta o potřebě a důležitosti pitného režimu, doporuč mechanismy, které připomenou pitný režim, zaznamenávej zvýšení intenzity pitného režimu během ambulantních kontrol.

Vyhodnocení: Pacient chápe důležitost pitného režimu, u pacienta došlo ke zvýšení pitného režimu o 0,5 l, cíle bylo dosaženo.

Riziko krvácení (00206)

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Rizikové faktory: zhoršená funkce jater, gastrointestinální porucha

Cíle: Pacient nebude ohrožen rizikem krvácení během návštěvy ambulance ani v osobním životě.

Intervence: Edukuj pacienta o možném riziku krvácení, edukuj, jak v takovém případě má pacient postupovat (kontaktovat gastroenterologa a zkonzultovat danou situaci nebo zavolat rychlou záchrannou službu), edukuj o pravidelných kontrolách v gastroenterologické ambulanci a krevních odběrech, zaznamenávej jakékoliv krvácení pacienta (i krev ve stolici).

Vyhodnocení: Pacient chápe edukaci a důležitost pravidelných kontrol, pacient ve stolici občas pozoruje mírné krvácení, lékař byl informován, cíle dosaženo nebylo.

Riziko zhoršení funkce jater (00178)

Doména: 2. Výživa

Třída: 4. Metabolismus

Rizikové faktory: farmaka

Cíle: Pacient nebude ohrožen rizikem zhoršené funkce jater.

Intervence: Edukuj o důležitosti pravidelných kontrol a krevních odběrů, edukuj o správném užívání medikace, vysvětluj průběh vyšetření, která jsou prováděna za účelem vyloučení poškození jater, ověř si, zda pacient edukaci porozuměl.

Vyhodnocení: Pacient rozuměl edukaci i důvodům, proč je vyšetření indikováno, cíle nebylo dosaženo, u pacienta je stále trvajícím riziko zhoršené funkce jater.

DISKUZE

Díličím cílem pro teoretickou část bylo seznámení s idiopatickými střevními záněty a podrobný popis problematiky ulcerózní kolitidy. Informace v literatuře jsou nyní velmi podobné, avšak nebylo tomu tak. Když porovnáme gastroenterologii prof. Mařatky (Mařatka, 1999) a kolonoskopii (Falt, 2015) zjistíme, že výzkum a lékařská činnost přináší stále nové poznatky o tomto onemocnění a informace se neustále mění a doplňují. Tato situace přináší i důležitý bod v edukaci u pacientů s ulcerózní kolitidou. Jelikož právě zdravotník může zvědavému pacientovi doporučit literaturu, která je doplněna o nové a potřebné informace.

Prvním díličím cílem pro praktickou část je zjistit uspokojování biologických potřeb pacientů s ulcerózní kolitidou. Primární nebo také biologické potřeby jsou vyobrazeny na základně Maslowovy pyramidy potřeb. Podrobný popis těchto potřeb můžeme nalézt také v knize Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu (Trachtová, 2015), která vyobrazuje reálné situace a potřeby s nimi spojené. U pacientů s ulcerózní kolitidou můžeme pozorovat opakované neuspokojování potřeb. Pacienti mají odlišnosti ve vyprazdňování (frekvence a charakter vyprazdňování), v oblasti přijímání potravy (nechutenství), v spánkovém režimu (velmi často pocítují únavu) a mnohé další komplikace, které nedovolují absolutní uspokojení základních potřeb. O tomto vypovídají i kazuistiky, které vykazují stejné informace a každodenní problémy pacientů v této oblasti.

Velmi podobné je uspokojování potřeb sekundárních, nástavbových, které byly zahrnuty v druhém díličím cíli pro praktickou část. Pacienti v kazuistikách popisují určitou stagnaci v seberozvoji a v sociálním začlenění během počátku onemocnění. Co je ale velmi odlišné a zajímavé, že tuto situaci překonali pacienti z kazuistiky 1 a 3, kteří jsou muži a i přes neuspokojení základních potřeb dokázali tuto fázi překonat a soustředit se na potřeby sekundární. Tato skutečnost popírá mnohé literární informace, které uvádí, že bez uspokojení primárních potřeb nelze dosáhnout rozvoje potřeb sekundárních. Příkladem je kniha Lidské potřeby ve zdraví a nemoci (Šamánková, 2011), kde je tato situace řešena a je poukázáno právě na individualitu jedince. Jinou situaci nám vyobrazuje kazuistika 2, kde žena stále setrvává v pozici neuspokojení biologických potřeb a začíná velmi postrádat potřeby nástavbové. Vytváří se pomyslná smyčka, která ženu stále více omezuje. Je to tedy otázka pohlaví, že muži zvládnou mnohem lépe překonat neuspokojené biologické potřeby než ženy?

Nebo je to otázka individuality jedince? Tyto otázky by byly velmi zajímavé pro zpracování v jiné práci.

Posledním dílčím cílem praktické části je vypracování ošetrovatelské dokumentace pro pacienty s ulcerózní kolitidou v ambulantní péči. Výstupní produkt praktické části byl vytvořen na základě zjištěných potřeb a poznatků z gastroenterologické ambulance. K sestavení dokumentace přispěli jak samotní pacienti, tak i zdravotní sestry pracující v této poradně. Dokumentace je vodítkem pro pacienty i sestry v kvalitě poskytované péče. Informace v ní zaznamenané se vždy vztahují k dané kontrole a pro každou návštěvu je zhotoven nový záznam. Tyto záznamy lze porovnávat v čase nebo zhotovovat případné grafy a pozorovat, k jakým změnám během léčby dochází, zda k negativním nebo pozitivním.

Hlavním cílem bakalářské práce byla specifikace potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou. Tohoto cíle jsem se snažila dosáhnout pomocí podrobného rozboru ošetrovatelských diagnóz z NANDA ošetrovatelských diagnóz, definice a klasifikace pro rok 2015–2017. Podrobně jsem se zaměřila na každou doménu a vyhledávala potřeby, které by mohly být vlivem onemocnění ohroženy. Toto podrobné zpracování bylo vytvořeno z teoretické části. Na ni pak navazuje praktická část, která zobrazuje individuální potřeby pacientů vybraných kazuistik. U kazuistik můžeme pozorovat pestrost a odlišnost potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou. Stejně tomu je i v případě vytvoření ošetrovatelských diagnóz, kdy se odlišuje pořadí diagnóz stanovené sestrou a stanovené pořadí dle priorit pacienta. V bakalářské práci na téma: Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou (Hušková, 2015, bakalářská práce, kvalitativní výzkum – kazuistiky, počet respondentů 10) můžeme pozorovat podobnost ošetrovatelských diagnóz ale odlišnosti ve struktuře potřeb. V případě, že nejsou aktivně vyhledávány potřeby, které jsou pro pacienta důležité, může docházet ke snížení kvality života. Toto téma je popsáno v bakalářské práci Kvalita života související se zdravím (Kleinová, 2015, bakalářská práce, rešerše odborných článků), která popisuje úzký vztah mezi zdravím, nemocí a kvalitou života. Tato práce uchopuje problematiku komplexně i z pozice zhoršené kvality života již před diagnostikování onemocnění.

Při sběru dat jsem se setkávala s pacienty, na jejichž kvalitu života měla velký vliv terapie. Pro kazuistiky byli záměrně vybráni pacienti s různými druhy léčby ulcerózní kolitidy, které jsou v ČR nejvíce využívány. Skupinové i lékové zastoupení nejčastěji užívaných léčiv zpracovala ve své knize (Martínková, 2007). Biologická léčba je nejmodernější terapií při léčbě idiopatických střevních zánětů, která dokáže navrátit pacienta do běžného života. Přesto

je u pacientů velmi málo ordinována pro svoji ekonomickou náročnost a závažné vedlejší účinky. Biologická léčba je ordinována pouze u 31 % pacientů na rozdíl od aminosalicilátů ordinovaných v 61 %. Mnohem podrobněji tuto problematiku popisují autoři v knize Vše, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, a báli jste se zeptat. (Pacienti IBD, 2015) Odlišnosti v uspokojení potřeb biologickou léčbou můžeme pozorovat v práci Specifika potřeb u nemocných s Crohnovou chorobou (Knapová, 2015, bakalářská práce, kvalitativní výzkum – kazuistiky, počet respondentů 10). Na uspokojení potřeb může mít i vliv aplikace a podání léčivé látky. Víme, že podávání léčiv u pacientů s ulcerózní kolitidou může být perorální, rectální, intravenózní nebo subkutánní. Určité typy aplikací léčiv pacienta mohou omezovat v sociálním začlenění.

Do kazuistik byly záměrně vybrány osoby, které mají různou terapii, ale zaujímají nebo zaujímali prestižní postavení v sociálním žebříčku. V kazuistice 1 je mladý muž, který užívá perorální terapii kortikosteroidů a rectální formu antiflogistik. Tato forma terapie ho neomezuje a nemá strach z cestování a navštěvování cizích zemí. Příkladem je účast na Zimních olympijských hrách v Jižní Koreji, kdy jsme ho mohli slyšet při komentování některých závodů. Pacientka s biologickou léčbou je obsahem kazuistiky 2, kdy žena byla převedena právě na tuto terapii pro neúčinnost terapií předešlých. Žena byla velmi známou fotomodelkou a pro vedlejší účinky kortikosteroidní léčby o svoji pracovní pozici přišla. Pacientce byla doporučena subkutánní forma podání léčby, která ji neomezovala. I přesto svoji situaci žena hodnotí jako velmi omezující. Poslední kazuistika 3 je o muži středního věku, který užívá imunosupresivní perorální léčbu a rectální formu antiflogistik. Terapie mu vyhovuje a neomezuje jej. Pro postupné poškození jater bude u pacienta zvažována jiná terapie. Pacient pociťuje obavy, aby jej léčba neomezovala v jeho výrobě a testování běžeckých lyží.

Záměrně byli také vybráni lidé, kteří jsou mladí nebo ve věku 20 až 40 let, jelikož tento věk je nejčastěji uváděným při vzniku onemocnění. Tuto informaci potvrzuje i (Navrátil a kol., 2008) ve své knize. Dále to můžeme také vyčíst ze statistických údajů ÚZIS, které jsou graficky znázorněny v praktické části práce.

Při porovnávání vytvořených kazuistik vyplývá, že všechna onemocnění začala nečekaně a průběh byl velmi podobný. I reakce pacientů byla velmi podobná, kdy příznakům nekladli velký důraz a onemocnění bagatelizovali. U všech dotazovaných pacientů onemocnění začalo průjemem, nechutenstvím, teplotou, únavou a slabostí. Liší se ale frekvence stolic nebo příměsí

ve stolici. U pacientů dochází k dehydrataci organismu, hypotenzi až poruchám vědomí. Takový průběh začátku onemocnění je znázorněn v kazuistice 1. Stejný průběh vzniku onemocnění je vyobrazen v bakalářské práci na téma: Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou (Hušková, 2015, bakalářská práce, kvalitativní výzkum – kazuistiky, počet respondentů 10), kde můžeme vidět podobnost s kazuistikami č. 2 a 3.

U všech dotazovaných pacientů bylo zjištěno, že první kolonoskopické vyšetření pro ně bylo velmi stresující, náročné a bolestivé. I přes podání informací o průběhu vyšetření byli pacienti znepokojeni a právě stres byl tím faktorem, který u nich zvyšoval bolest. Polovina z dotazovaných pacientů nyní vyšetření zvládá bez problému nebo bez aplikace analgosedace. I přesto, že si pacienti uvědomují důležitost tohoto vyšetření, tak je mezi nimi tabuizované. O tom vypovídá i práce s názvem: Prevence a screening kolorektálního karcinomu očima mužské veřejnosti (Vodičková, 2017, bakalářská práce, kvantitativní metoda šetření – dotazník, počet rozdaných dotazníků 60). Zde je v dotazníkovém šetření názorně ukázána nepříjemnost vyšetření, ale pouze pro mužské pohlaví. Toto téma by bylo zajímavé pro zpracování další práce.

Všichni pacienti mají problém s únavou. Došlo u nich k navýšení hodin spánku i zvýšená potřeba relaxace přes den. Pacient v kazuistice 1 uvádí, že ho jeho spánkový režim omezuje, že by se chtěl více věnovat svým volnočasovým aktivitám. Naopak pacient v kazuistice 3 neuvádí tak silnou únavu v období remise zánětu. Zvýšení nastává v době propuknutí zánětu, kdy má problém plnit pracovní povinnosti nebo roli otce, manžela. Tato skutečnost je shodná se zjištěnými informacemi v práci Huškové Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou (Hušková, 2015, bakalářská práce, kvalitativní výzkum – kazuistiky, počet respondentů 10), kdy všichni pacienti v kazuistikách uvádějí nadměrnou únavu.

V otázce stravování a dodržování určitých dietních zásad pacienti uváděli pouze lehkou formu stravy nebo nenadýmavé potraviny. Většina pacientů se nevyhýbá pochutinám, masu nebo mléčným výrobkům. Pouze pacientka v kazuistice 2 vyřadila ze svého jídelníčku mléčné výrobky pro nově zjištěnou intoleranci laktózy. Většina pacientů se vyhýbá ve svém pitném režimu syceným nebo přeslazeným nápojům. Žádná specifická a striktní dietní opatření pacienti nedodržují. Na rozdíl od pacientů, kteří jsou nemocní onemocněním ze skupiny idiopatických střevních zánětů, tedy Crohnovou chorobou. Při tomto onemocnění je u pacientů žádoucí dodržovat přísná dietní opatření. Tuto problematikou obsahuje práce s názvem: Specifika potřeb u nemocných s Crohnovou chorobou (Knapová, 2015, bakalářská

práce, kvalitativní výzkum – kazuistiky, počet respondentů 10). Vyplývá tedy, že dietní režim u pacientů s ulcerózní kolitidou je velmi individuální záležitostí.

U pacientů ve zmíněných kazuistikách dochází k bolesti konečníku během vyprazdňování. Pacientku v kazuistice 2 omezují chvilkové křečovitě bolesti břicha, pro které není schopna běžného fungování. Tyto bolesti se vyskytují výjimečně a pacientka je dokáže překonávat i bez medikamentózní léčby. U ostatních pacientů křečovitě bolesti břicha vznikají v době relapsu zánětu. Tyto informace jsou podobné se zjištěnými daty v bakalářské práci Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou (Hušková, 2015, bakalářská práce, kvalitativní výzkum – kazuistiky, počet respondentů 10).

Vybraní pacienti pravidelně dochází na kontroly do gastroenterologické ambulance a snaží se dodržovat rady zdravotníků. Díky tomu mohou předcházet komplikacím onemocnění. Svě o tom ví i žena z kazuistiky 2, která pro vztek na sebe a onemocnění užívala po začátku diagnostikování medikaci nepravidelně a v jiných dávkách, než bylo naordinováno. Následně docházelo k zánětům kloubů nohy. Nyní došlo ke stabilizaci stavu a žena léčebný režim dodržuje. Kazuistika s velmi podobným obsahem je zpracována v práci na téma: Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou (Hušková, 2015, bakalářská práce, kvalitativní výzkum – kazuistiky, počet respondentů 10), kdy žena také nedodržovala rady a doporučení zdravotníků a došlo k extraintestinálním komplikacím.

Velmi důležitý je vztah zdravotníků a pacientů, aby pacienti neměli strach se a důvěřovali jim. Psychický stav pacienta má vliv na jeho zdravotní stav, a proto bychom se měli my i pacient snažit o harmonii.

ZÁVĚR

Počet pacientů s ulcerózní kolitidou se neustále zvyšuje a to zejména ve vyspělých zemích, kde lidé trpí nedostatkem pohybové aktivity a špatnými stravovacími návyky. V teoretické části jsem čtenáře seznámila s problematikou idiopatických střevních zánětů. Dále s diagnostikou, terapií a komplikacemi onemocnění.

Během sběru dat pro praktickou část jsem měla možnost setkat se s velmi zajímavými lidmi a jejich životními příběhy. Měla jsem tak možnost zjistit uspokojení biologických potřeb a potřeb sekundárních. Pacienti nemají kompletně uspokojené potřeby biologické. Zejména se jedná o nedostatek spánku a únavu, zvýšenou frekvenci vyprazdňování stolice, ovlivnění stravovacích návyků a skladby jídelníčku nebo změnu v intenzitě a formě fyzické aktivity. Knarušení dochází i v sociální oblasti, kdy je pacient v důsledku onemocnění odříznut od sociálních kontaktů nebo pochybuje sám o sobě a záměrně nevyhledává společnost. I přesto ve většině případů dochází k rozvoji potřeb sekundárních. Většina pacientů se dokáže zaměřit na okolnosti života, řešit problémy nebo být spontánní a tvořiví. Dále jsou schopni sociální interakce a seberozvoje. Velmi kladně je hodnocen pokrok technologií a poznatků o ulcerózní kolitidě, i když v ČR onemocnění není natolik známé jak v zahraničí. Proto by bylo vhodné společnost o tomto onemocnění více edukovat. Za tímto účelem byl stanoven 19. květen jako světový den IBD, kdy se příznivci obléknou do fialové barvy a informují veřejnost. Také bylo založeno sdružení pacientů s IBD, kdy se na jejich webových stránkách mohou pacienti ale i veřejnost účastnit konferencí a workshopu. Dále pacientům pomohou při založení WC karet nebo při zajištění cestovního pojištění, kde jsou odlišná kritéria, než v případě zdravé osoby. Velkými pomocníky v této elektronické době jsou aplikace, které pacientům dokáží usnadnit život s onemocněním. Tyto aplikace pamatují za pacienty na pravidelné užívání léků, lékařské kontroly, mohou zde hledat recepty pro pacienty s IBD a nebo si zaznamenávat okolnosti svého onemocnění. Velkou výhodou by bylo propojení takto zaznamenávaných informací s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací pacienta, aby lékař mohl nahlédnout na zdravotní stav zpětně a individuálně pro každý den. Toto je ale pouze hudba budoucnosti. Nejnovější aplikací, která se rozvíjí a získává postupně mladé příznivce z řad pacientů IBD je Toilocator, který pacientům s IBD pomocí GPS nabídne v případě potřeby registrované

toalety, které by měly být hygienicky v pořádku a vhodné tak pro osoby s chronickým onemocněním.

Výstupem bakalářské práce je ošetrovatelská dokumentace pro pacienty s ulcerózní kolitidou v ambulantní péči. Dokumentace by měla sloužit zdravotním sestřám jako nástroj pro hodnocení poskytování kvalitní péče a prostředek k pozorování účinnosti terapie. Na základě zjištěných údajů v dokumentaci můžeme porovnávat informace v čase. Výstup bakalářské práce byl sestaven za spolupráce pacientů s Ulcerózní kolitidou a sester pracujících v Gastroenterologické ambulanci. Celý výstup byl konzultován s vedoucí práce Mgr. Hanou Ochtinskou.

POUŽITÁ LITERATURA

BARTŮNĚK, Petr. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.

ČERNOCH, Jiří. Prekancerózy v trávicím traktu. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-7859-4.

DYLEVSKÝ, Ivan. Funkční anatomie. 1. vyd. Praha: Grada. 2009, 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

FALT, Přemysl. Koloskopie. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9886-8.

GURKOVÁ, Eva. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HERDMAN, H. NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

HORÁK, Ladislav a kol. Praktická proktologie. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3595-5.

HŮSKOVÁ, Jitka. Ošetrovatelství: Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2854-4.

HUŠKOVÁ, Jana, 2015. *Specifikace potřeb u nemocných s Ulcerózní kolitidou*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

KELNEROVÁ, Jarmila. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy: 2. přepracované a doplněné vydání. 2 vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5330-0.

KELNEROVÁ, Jarmila. Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.

KLEINOVÁ, Kristýna, 2015. *Kvalita života související se zdravím*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

KLEVETOVÁ, Dana. Motivační prvky při práci se seniory: 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-0102-3.

KNAPOVÁ, Ilona, 2015. *Specifikace potřeb u nemocných s Crohnovou chorobou*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

KOLEKTIV AUTORŮ. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida: Ve spolupráci s Pracovní skupinou pro nespecifické střevní záněty. Praha, 2010.

KOLEKTIV AUTORŮ. XV. intenzivní kurz IBD pro zdravotní sestry: Praha IKEM. Praha, 2016.

KOPECKÁ, Ilona. Psychologie 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3876-5.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.

MAAYTOVÁ, Alena. Veřejné finance: v teorii a praxi. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5561-8.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. Farmakologie: pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.

NANDA International: Ošetrovatelské diagnózy definice a klasifikace 2015-2017. 10. vyd. Praha: Grada. 2015, 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

NAVRÁTIL, Leoš a kol. Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada. 2008, 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

PACIENTI IBD Z.S. Všechno, co jste chtěli vědět o biologické léčbě u idiopatických střevních zánětů, ale báli jste se zeptat. 1. vyd., 2015. ISBN 978-80-905120-3-0.

PACIENTI IBD Z.S. Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat. 1. vyd. Praha, 2012. ISBN 978-80-905120-2-3.

PACIENTI IBD Z.S. Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat: 1. díl. 2 vyd. Praha, 2016. ISBN 978-80-905120-5-4.

PAVELKA, Karel a kol. Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-9599-7.

- PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
- PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství I. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- ROKYTA, Richard. Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9902-5.
- SVAČINA, Štěpán. Klinická dietologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA. Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 2013. 336s. ISBN 978-80-247-4356-1.
- ŠVÍGLEROVÁ, Jitka a Jana SLAVÍKOVÁ. Fyziologie gastrointestinálního traktu. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1526-4.
- TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-701-3553-2.
- ÚZIS ČR, 2015. Činnosti zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013 In: *Ústav zdravotnických informací a statistických ČR* [online]. [cit. 2018-03-30]. ISSN 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>
- ÚZIS ČR, 2016. Stručný přehled činnosti oboru: gastroenterologie 2007-2015 In: *Ústav zdravotnických informací a statistických ČR* [online]. [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>
- VLČEK, Jiří a Magdaléna VYTRŽÍSALOVÁ a kol., Klinická farmacie II. 1.vyd. Praha: Grada. 2014, 256 s. ISBN 978-80-247-4532-9.
- VODIČKOVÁ, Tereza, 2017. *Prevence a screening kolorektálního karcinomu očima mužské veřejnosti*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- VORLÍČEK, Jiří. Klinická onkologie pro sestry: 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-7768-9.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela. Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5304-1.

VYTEJČKOVÁ, Renata. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHOVÁ, Veronika. Stomie. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZBOŘIL, Vladimír a kol. Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů. 1.vyd. Praha: Grada. 2007. 128 s. ISBN 978-80-247-1563-6.

ZBOŘIL, Vladimír. Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2656-7.

ZBOŘIL, Vladimír. Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů. 2 vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-4035-8.

ŽÁK, Aleš a kol. Gastroenterologie a hepatologie. 1. vyd. Praha: Grada. 2007, 309 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Anatomie a fyziologie tlustého střeva	81
Příloha B – Mayo index hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy	83
Příloha C – Obrázky stádií ulcerózní kolitidy	84
Příloha D – Maslowova pyramida potřeb	85
Příloha E – Ošetrovatelská dokumentace	86
Příloha F – Testy a škály.....	94
Příloha G – Osnova pro sběr informací pomocí rozhovoru.....	97
Příloha H – Ošetrovatelská dokumentace pro pacienty s Ulcerózní kolitidou v ambulanci...102	

Příloha A – Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Anatomie tlustého střeva

Součástí gastrointestinálního traktu je tlusté střevo (intestinum crassum), které je 1,3 m dlouhé. Navazuje na tenké střevo (intestinum tenue) začíná nejobjemnější částí tračníkem, kde popisujeme jeho 3 úseky (vzestupný, příčný, sestupný tračník) následně přechází do esovité kličky. Koncovou částí tlustého střeva je konečník (rectum), ampule rektální a řitní otvor (anus) (Dylevsky, 2009, s. 327).

Slepé střevo (coecum) je vakovitě rozšířená část tlustého střeva. K prostupu chymu (natráveniny) mezi tenkým a slepým střevem slouží ileocékální chlopeň tzv. Bauhinská chlopeň, která zabraňuje regurgitaci obsahu. V dolní části coeca z jeho zadní strany odstupuje červovitý výběžek (apendix vermiformis) dlouhý 8–10 cm. Usazení appendixu, tedy jeho začátek, je vždy stejné ale poloha konce je individuální, kdy může být uložen v dutině břišní nebo malé pánvi. Appendix je složen z velkého množství lymfatické tkáně, která způsobuje časté záněty (Dylevsky, 2009, s. 328).

Tračník (colon) je část tlustého střeva, která navazuje na caecum a je členěna do segmentů dle polohy střeva. Vzestupný tračník (colon ascendens) se v dutině břišní nachází na pravé straně a dosahuje až pod játra. V jaterním ohbí navazuje na příčný tračník (colon transversum). V místě sleziny se na tračníku popisuje slezinné ohbí, které přechází na tračník sestupný (colon descendens), ten je zakončen v levé jámě kyčelní esovitou kličkou (sigmoideum) a vstupuje do malé pánve. Sliznice colon je chráněna hlenem, který je ve velkém množství produkován hlenovými žlázkami (Žák, 2007, s. 42–44).

Konečník (rectum) leží v malé pánvi před kostí křížovou. Rectum navazuje na esovitý tračník poté, se rozšíří do ampuly. Anální kanál je úzká část, kde jsou na konci umístěny dva svěrače z hladké z příčně pruhované svaloviny (Dylevsky, 2009, s. 329).

Celé střevo je vystláno sliznicí, která je tvořena poloměsíčitými řasami a oproti tenkému střevu je zde absence klků. Svalovina je tvořena dvěma vrstvami, které umožňují specifickou funkci střeva. Církulární svalovina vytváří tzv. haustra, která zajišťují posun střevního obsahu směrem k rectu. Součástí je i svalovina podélná vytvářející 3 pruhy tzv. taenie (Žák, 2007, s. 42–43).

Podslizniční vazivo je tvořeno cévami a nervovou pletení. Cévní zásobení tlustého střeva zajišťuje arteria mesenterica superior a inferior. Ke konečníku přistupují větve arteria iliaca

interna. Krev je od tlustého střeva odváděna žilami do v. portae, od konečníku je krev odváděna do dolní duté žíly. Ve stěně a podkoží konečníku jsou žíly, které se patologicky mohou rozšiřovat a vznikat vnitřní nebo zevní hemeroidy (Rokyta, 2015, s. 224).

Fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo je poslední částí trávicího traktu, kde dochází ke konečné fázi trávení a formování zbytků potravy a k jejich následnému vyloučení z těla v podobě stolice. Průměrné množství vyprodukované stolice u dospělého člověka je 150 g/den, tento objem se zvyšuje při přijímání stravy bohaté na vlákninu. K defekaci dochází pomocí břišního lisu (Švíglerová a Slavíková, 2008, s. 87).

Colon plní funkci rezervoáru. Právě zde chymus cirkuluje pomocí peristaltiky, dochází k vstřebávání vody a následnému zahušťování obsahu. Vstřebávací schopnosti v tlustém střevě nejsou tak dokonalé jak u střeva tenkého, protože zde nejsou produkovány žádné agresivní trávicí enzymy. Jedinou složkou přidružující se k chymu je hlen, který udržuje pH kolem 8,0 a tak chrání sliznici před působením střevního obsahu. Sekrece hlenu je stimulována zvýšenou střevní motilitou, drážděním sliznice chymem nebo činností parasymptiku. Střevo je díky hlenu chráněno před působením produktů střevních bakterií, usnadňuje posun a formování stolice (Rokyta, 2015, s. 236–250).

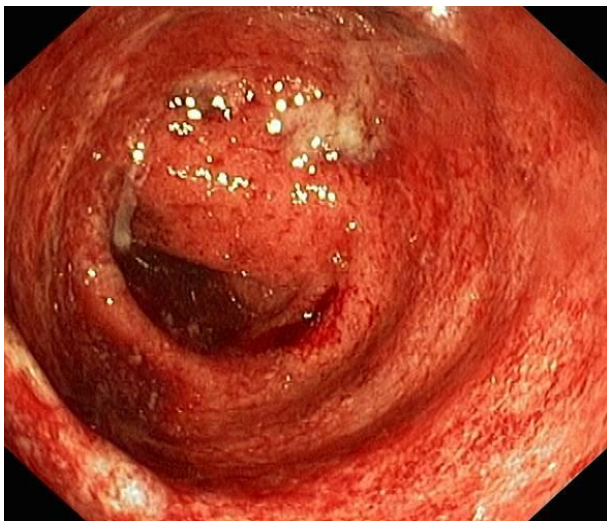
Osídlení bakteriemi je v této části fyziologické, kdy anaerobní bakterie mají funkci kvasnou nebo hnilobnou. Vlivem některých bakterií zde vznikají vitamíny B₁, B₂, B₁₂ a také vitamín K, který je pro lidské tělo nezbytný. Činností bakterií vznikají ve střevě plyny, které jsou tvořeny z nevstřebatelných cukrů. Kvasné bakterie jsou schopny zpracovat dietní vlákninu tvořenou nestrávitelnými polysacharidy, kdy vláknina je rozkládána za vzniku plynů (CO₂, H₂ a metanu) a mastných kyselin. SCFA (Short Chain Fatty Acids) jsou mastné kyseliny s krátkým řetězcem, mezi které se řadí kyselina octová, máselná a propionová. Buňky střevní sliznice čerpají energii právě z těchto kyselin a ty působí preventivně proti vzniku nádorových buněk a zánětlivým poškozením sliznice. Oproti tomu hnilobné bakterie produkují toxiny př. amoniak aj., který je filtrován v hepatocytech. Celkové zvýšení uvolňování střevních plynů nebo toxinů je způsobeno zvýšenou motorickou aktivitou střeva, dietní chybou nebo nedidiagnostikovaným onemocněním tlustého střeva (Švíglerová, Slavíková, 2008, s. 85).

Příloha B – Mayo index hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy

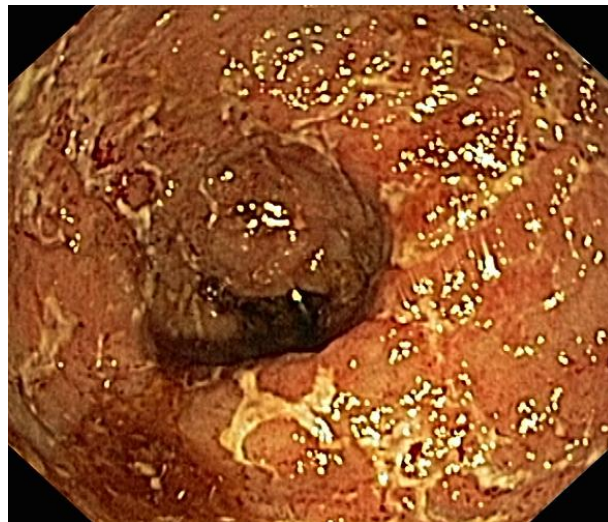
Tabulka 1 – Mayo index hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy (Zbořil, 2016, s. 77)

Frekvence stolice <ul style="list-style-type: none">• normální počet stolic/den• 1–2 nad normální počet/den• 3–4 nad normální počet/den• >5 nad normální počet/den	0 1 2 3
Rektální krvácení <ul style="list-style-type: none">• žádná krev• krev méně než $\frac{1}{2}$ defekačního času• krev více než $\frac{1}{2}$ defekačního času• pouze krev	0 1 2 3
Endoskopický nále <ul style="list-style-type: none">• fyziologický nále• mírný záně (erytém, mírně zastřelá vaskularizace, mírná fragilita)• střední záně (erytém, setřelá vaskularizace, fragilita, eroze)• silný záně (spontánní krvácení, vaskularizace)	0 1 2 3
Celkový stav <ul style="list-style-type: none">• normální stav• mérné zhoršení• střední zhoršení• vysoké zhoršení	0 1 2 3
Celkem	

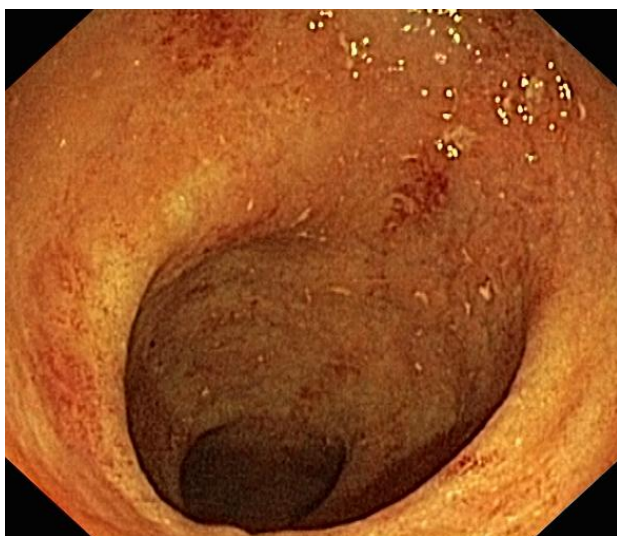
Příloha C – Obrázky stádií ulcerózní kolitidy



Obrázek 1 – První stádium krvácivé



Obrázek 2 – Stádium hnisání



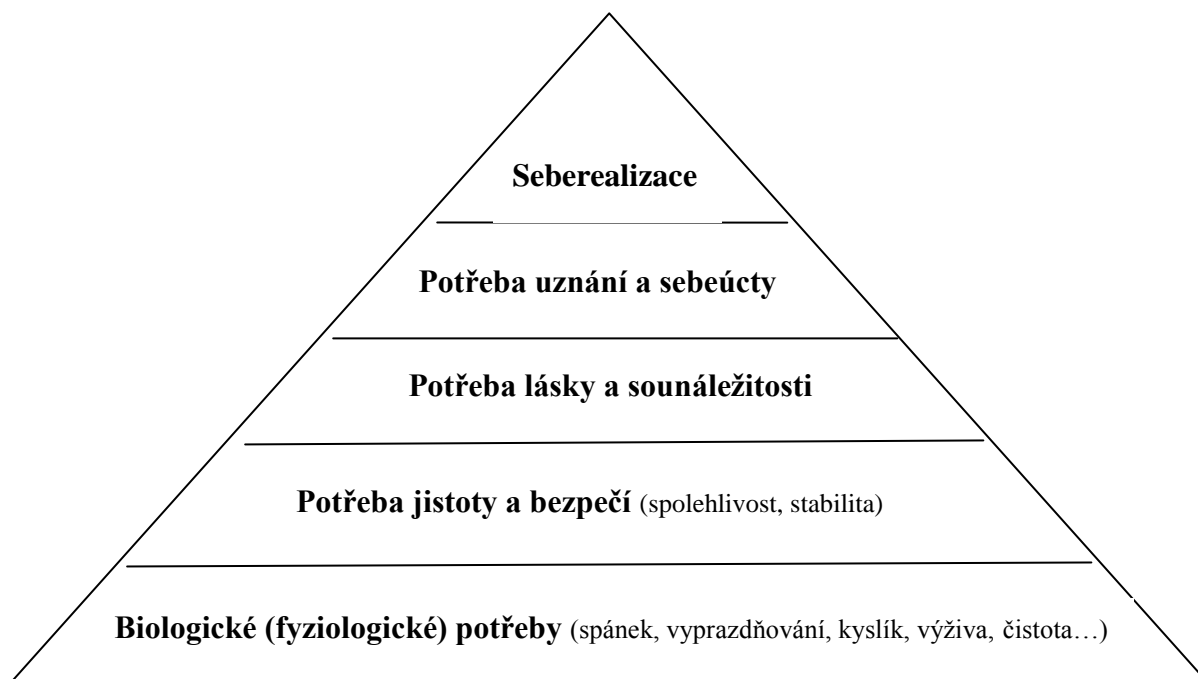
Obrázek 3 – Vředové stádium



Obrázek 4 – Ulceropolypózní stádium

Zdroj: archiv Gastroenterologické ambulance Nemocnice Nové Město na Moravě

Příloha D – Maslowova pyramida potřeb



Obrázek 5 – Maslowova pyramida potřeb (Kelnerová, 2014, s. 49)

Příloha E – Ošetrovatelská dokumentace

(Zdroj ošetrovatelské dokumentace: Fakulta zdravotnických studií, 2017)

Jméno a příjmení studenta/ky:		
Ročník, obor:	Datum zpracování: Doba péče o pacienta (od-do):	Hodnocení:

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno a příjmení (iniciály): Věk: Pohlaví:

Povolání, vzdělání: Oddělení, pokoj:

Datum přijetí: Operační výkon:

Plánované přijetí: ano ne Pooperační den:

Alergie:

Hlavní diagnóza:

Vedlejší diagnózy:

Důvod přijetí: (vyjádření dle klienta)

Celkový vzhled, úprava:

Konstituce: astenická normostenická hyperstenická Výška: Hmotnost: BMI:
MNA:

Polooha: aktivní pasivní úlevová (jaká).....

Postoj: vzpřímený hemiparetický hemiplegický strmý parkinsonský jiný.....

Chůze: přirozená antalgická kolébavá paretická spastická ataktická parkinsonská bizarní jiná.....

Riziko pádu: bez rizika nízké riziko střední riziko vysoké riziko

ADL: počet bodů (+ zhodnocení míry závislosti)

Chybějící části těla: ne ano.....

Známky akromegalie: ne ano.....

Edém celého těla: ne ano.....

Vědomí + Neurologický systém:

Patologie: ne ano.....

GCS:(E...../V...../M.....)

Orientace: v čase plně orientováný/a částečně dezorientováný/á Oční kontakt: udržuje neudržuje
v prostoru plně orientováný/a částečně dezorientováný/á
v osobě plně orientováný/a částečně dezorientováný/á

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy) ano ne

Poruchy kvantitativní: somnolence sopor koma sinkopa

Poruchy kvalitativní: delirium amence obnubilace

Závratě: ne ano

Pozornost: záměrná nezáměrná stálá nestálá je roztržitý/á jiné:

Změny v kognitivních funkcích: MMSE.....

Paměť: nepouštěná zapomíná částečně zapomíná špatně si vybavuje staropaměť

Poruchy citlivosti: ne anestezie hypestezie parestezie hyperstezie alodynne

Poruchy hybnosti: ne paréza P/L hemiparéza quadruparéza paraparéza plegie P/L hemiplegie P/L quadruplegie paraplegie

Abnormální pohyby: tremor choreatické atetoidní akineze tiky jiné

křeče tonické klonické tonicko-klonické

Poruchy řeči: ne afázie motorická afázie senzorická bradylálie polylálie dyslálie dysartrie mutismus

Poruchy zraku, postavení, pohyb očních bulbů: v normě exoftalmus P/L enoftalmus P/L strabismus konvergentní P/L
 strabismus divergentní P/L nystagmus hemianopsie P/L amauroza P/L diplopie P/L hypermotropie myopie

Poruchy očních víček: ne ptóza P/L lagoftalmus P/L

Poruchy zornic: izokorie anizokorie mióza P/L mydriáza P/L fotoreakce přítomna P/L fotoreakce chybí P/L

Kompenzační pomůcky:.....

Jiné:.....

Hlava, ORL:

Patologie: ne ano.....

Velikost lebky: normocefalická mikrocefalická makrocefalická

Výraz tváře: febrilní hippokratická myxedematosa tyreotoxická adenoida cushingoida parkinsonica

Uši

Patologie: ne ano.....

Bolece: fyziologický zvětšený zmenšený patologické změny:.....

Zevní zvukovod: fyziologický zarudlý krvácení výtok serózní výtok seropurulentní výtok purulentní jiný:.....

Poruchy sluchu: ne nedoslýchavost P/L hluchota P/L tinnitus P/L kompenzační pomůcka:.....

Jiné:.....

Nos

Patologie: ne ano.....

Deformity: ne ano.....

Sekrece: bez sekrece hlenová hnisavá vodnatá epistaxe jiná.....

Poruchy čichu: ne ano – jaké.....

Jiné:.....

Dutina ústní

Patologie: ne ano.....
Rty: růžové bledé cyanotické rozpraskané jiné.....
Tvar: soustředný rozštěp.....
Ústní koutky: fyziologické ragády anguli infectiosi ptóza P/L
Inervace jazyka: ve střední čáře k jedné stravě P/L nevyplazí
Povrch jazyka: vlhký bělavě povleklý hnědě povleklý rudý s prasklinami suchý jiný.....
Problémy s otevíráním úst: ne ano.....
Sliznice dutiny ústní: růžová vlhká soor leukoplakie afty grafitové skvrny jiné.....
Dásně: fyziologické združené krvácivé nekrózy recese dásně jiné.....
Postavení čelistí: fyziologické prognacie progenie
Chrup: vlastní sanován kariézní protéza horní protéza spodní parodontóza
Zápach z úst: bez zápachu foeter hepaticus uremický zápach zápach po acetonu hnilobný jiný.....
Jiné:.....

Krk

Patologie: ne ano.....
Lymfatické uzliny: fyziologické zvětšené (bližší specifikace).....
Konzistence: měkké tuhé tvrdé
Fixace kokolí: volně pohyblivé pevně fixované
Náplň krčních žil: fyziologická snížená jednostranně P/L snížená oboustranně zvýšená jednostranně P/L zvýšená oboustranně
Štítná žláza: hmatná nehmatná bolestivost povrch hladký povrch hrboletý tvar symetrický asymetrický
Porucha polykání: ne ano
Poruchy hlasu: ne ano dysfonie afonie jiné.....
Jiné:.....

Hrudník:

Patologie: ne ano.....
Tvar: fyziologický atletický astenický hyperstenický patologický soudkovitý ptačí trychtýřovitý skoliotické kyfoskoliotický
gibbus krátký s odstávajícími lopatkami jiný.....

Prsa

Patologie: gynekomastie ablace částečná P/L ablace celková P/L
Kůže: fyziologická změna barvy..... změna kůže.....
Prsní bradavky: fyziologické vpáčené jiné.....
Sekrece: bez sekrece sekrece (jaká).....
Bolestivost prsní žlázy: ne ano.....
Jiné:.....

Dýchání

Dýchání: spontánní NIPV UPV:.....
Dech: frekvence kvalita hloubka SpO₂.....
Poslechové změny:.....
Dušnost: ne ano inspirační expirační
Vedlejší dechové fenomény: nepřítomny suché chropy vlhké chropy krepitace pleurální šelest jiné.....
Kašel: nepřítomný suchý vlhký dráždivý záchvatovitý hemoptýza jiný.....
Sputum: ne charakter:..... množství.....

Srdce, cévy

TK Periferní pulz: frekvence kvalita pravidelnost..... kapilární návrat
Apikální pulz: frekvence:..... kvalita..... pravidelnost.....
Ortostatická hypotenze: ne ano
Edémy: ne ano lokalizace + rozsah.....
Palpitace: ne ano (bližší specifikace).....
Cyanóza: ne periferní..... centrální.....
Bolest na hrudi: ne ano
NYHA: 1 2 3 4
Jiné:.....

Břícho:

Patologie: ne ano.....
Kýla: ne ano.....
Peristaltika: bez poruchy střední pasáže obleněná zrychlená obstrukční vymizelá jiná.....
Patologie: ne ano.....
Ascites: ne ano (bližší specifikace).....
Kolaterální oběh: ne ano.....
Krvácení ze zažívacího traktu: ne ano enteroragie meléna jiné.....
Stomie:.....
Jiné:.....

Močový systém

Patologie: ano ne

ano.....
Močový měchýř: nezvětšený zvětšený bolestivost..... Stomie:.....

Močová trubice, zevní pohlavní ústrojí u muže

Vyústění uretry: fyziologické epispadie hypospadie

Výtok z uretry: bez výtoku hnisavá krvavá mléčný výtok jiná.....

Odchylky: fimóza parafimóza jiné.....

Scrotum odchylky:.....

Jiné:.....

Močová trubice, zevní pohlavní ústrojí u ženy

Výtok z uretry: ne hnisavý krvavý mléčný jiný.....

Výtok z pochvy: ne hnisavý krvavý mléčný jiný.....

Patologie:.....

Jiné:.....

Končetiny

Patologie (deformity, svalová síla, klouby, omezení pohybu...):.....

Edémy končetin: ne asymetrické HK/DK L/P symetrické HK/DK L/P (bližší specifikace).....
 měkké tuhé nebolestivé bolestivé

Kloubní deformity: ne ano.....

Periferní pulzace na HK: hmatná nehmatná..... Periferní pulzace na DK: hmatná nehmatná.....

Varixy: ne ano.....

Kloubní náhrady: ne ano.....

Kompenzační pomůcky:.....

Jiné:.....

Kůže a kožní deriváty

Patologie: ne ano.....

Tělesná teplota:.....

Riziko vzniku dekubitů:.....

Akutní rána: ne ano.....

Chronická/nehojící se rána: ne ano.....

Barva kůže:.....

Barva sliznic:.....

Vlhkost kůže:.....

Vlhkost sliznic:.....

Změny: exantém petechie ekchymózy, sufuze hematomy pajizévký jizvy exkoriace vesiculy

Kožní deriváty: změny a defekty.....

Pocení změny:.....

Jiné:.....

Invazivní vstupy:

Periferní venózní vstup: ne ano datum zavedení:..... Hodnocení přítomnosti infekce dle Maddona.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

Centrální vstup: ne ano datum zavedení:..... Hodnocení přítomnosti infekce.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

Arteriální vstup: ne ano datum zavedení..... Hodnocení přítomnosti infekce.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

Port: venózní..... arteriální..... datum zavedení..... Heparinová zátka: ne ano
 datum proplachu:.....
Hodnocení přítomnosti infekce..... Hodnocení okolí místa vpichu.....

PICC: ne ano..... Hodnocení přítomnosti infekce.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

AV shunt: ne ano..... Hodnocení přítomnosti infekce.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

Drény, drenáže: ne
 ano.....

Močový katétr: ne ano číslo + typ katétru..... datum zavedení..... datum výměny.....

NGS/NJS/PEG/PEJ: ne ano datum zavedení..... důvod zavedení.....

ETK: ne ano datum zavedení:..... TSK: ne ano datum zavedení:.....

Jiné:.....

Jiné důležité informace o pacientovi:

Vysvětlivky:

MNA: Mini Nutritional assessment

ADL: Activity daily living

GCS: Glasgow coma scale

NIPV: neinvazivní plicní ventilace

UPV: umělá plicní ventilace

NYHA: New York Heart Association

Chronická/nehojící se rána: nevykazuje tendence k hojení déle jak 6-9 týdnů

PICC: periferně zavedený centrální žilní katétr (Peripherally Inserted Central Catheter)

AV shunt: arteriovenózní zkrat

NGS: nazogastrická sonda

NJS: nazojejunální sonda

PEG: perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ: perkutánní endoskopická jejunostomie

ETK: endotracheální kanyla

TSK: tracheostomická kanyla

Vyšetřovací metody:

Terapie (léčebný přípravek, dávkování, indikační skupina):

Perorální	Parenterální	Enterální

Poznámky:

Obrázek 6 – Ošetřovatelská dokumentace (Fakulta zdravotnických studií, 2017)

Příloha F – Testy a škály

MNA - Mini Nutritional Assessment

Pohlaví: Věk: Váha, kg: výška, cm:

Vypište část **Screening**, tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Sečtete čísla, abyste získali celkový výsledek **screeningu**.

A) Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?

- 0 - výrazné snížení příjmu potravy
- 1 - mírné snížení příjmu potravy
- 2 - bez snížení příjmu potravy

B) Úbytek váhy za poslední 3 měsíce

- 0 - Úbytek váhy větší než 3 kg
- 1 - neví
- 2 - Úbytek váhy mezi 1 a 3 kg
- 3 - žádný úbytek váhy

C) Mobilita

- 0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní
- 1 - schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí
- 2 - samostatná chůze bez omezení

D) Trpí pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním

- 0 - ano
- 2 - ne

E) Neuropsychické poruchy nebo obtíže

- 0 - vážná demence nebo deprese
- 1 - mírná demence
- 2 - žádné psychické problémy

F1) Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m²)

- 0 - BMI nižší než 19
- 1 - BMI od 19 a nižší než 21
- 2 - BMI od 21 a nižší než 23
- 3 - BMI 23 nebo vyšší

POKUD BMI NENÍ K DISPOZICI, NAHRAŇTE OTÁZKU F1 OTÁZKOU F2.
NEODPOVÍDEJTE NA OTÁZKU F2, POKUD JSTE ODPOVĚDĚLI NA OTÁZKU F1.

F2) Obvod lýtky v cm (měří se v nejširším místě)

- 0 - Menší než 31
- 3 - 31 nebo větší

Výsledek **screeningu** = součet bodů (max. 14 bodů)

Vyhodnocení **screeningu**

- 12-14 bodů: normální výživový stav
- 8-11 bodů: v riziku podvýživy
- 0-7 bodů: podvyživení/á

Obrázek 7 – MNA-Mini Nutritional Assessment (Vytejčková, 2013, s. 183)

⊕ MFS (Morse Fall Scale)

Stupnice pádů Morse Proměnná	Stupnice	Hodnocení
1. Pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2. Vedlejší diagnóza	ne 0 ano 15	
3. Pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek	0 15 30	
4. i.v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5. Chůze/pohyb normální/klid na lůžku/nemobilní slabé zhoršené	0 15 30	
6. Duševní stav vědomí svých možností zapomíná na své omezení	0 15	

Hodnocení míry rizika	Hodnocení MFS	Opatření
Bez rizika	0 - 24	Dobrá základní ošetrovatelská péče
Nízké riziko	25 - 50	Standardní opatření k prevenci pádu
Vysoké riziko	Více nebo rovno 51	Opatření u vysoce rizikových pac.

Obrázek 8 – Hodnocení rizika pádů (Klevetová, 2017, s. 213)

⊕ Glasgow Coma Scale (GCS)

Reakce	Podnět	Počet bodů
A. Otvírání očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	žádné	1
B. Slovní odpověď	adekvátní (orientován)	5
	zmatená	4
	nepřiměřená (zkomolená)	3
	nesrozumitelná	2
	žádná	1
C. Motorická odpověď	adekvátní na oslovení	6
	adekvátní na bolest	5
	úhyb	4
	flexe na bolest	3
	extenze na bolest	2
	žádná	1

Obrázek 9 – Glasgow Coma Scale (GCS), (Vytejšková, 2013, s. 55)

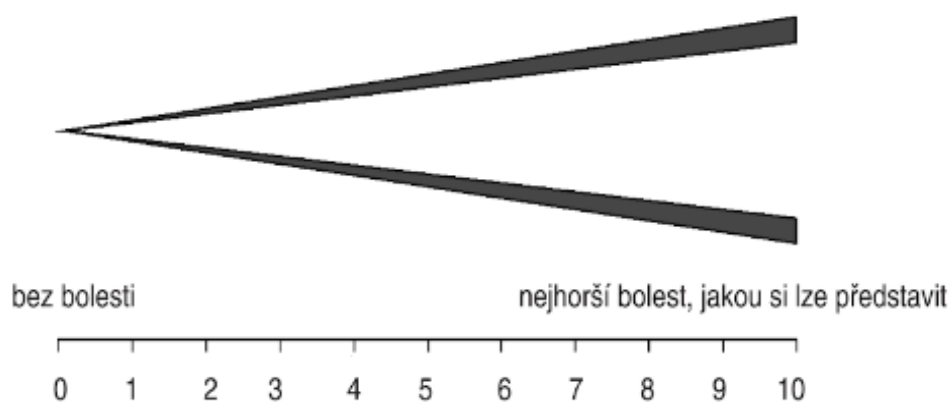
**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomoci vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomoci 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:

- ADL 4 0 – 40 bodů vysoce závislý
- ADL 3 45 – 60 bodů závislost středního stupně
- ADL 2 65 – 95 bodů lehká závislost
- ADL 1 96 – 100 bodů nezávislý

Obrázek 10 – Barthelův test základních všedních činností (Šamánková, 2011, s. 35)



Obrázek 11 – Vizuální analogová škála a numerická škála (Vorlíček, 2012, s. 194)

Příloha G – Osnova pro sběr informací pomocí rozhovoru

Zdroj: vlastní

Anamnéza

- Iniciály
- Nynější onemocnění
- Alergologická anamnéza
- Farmakologická anamnéza
- Anamnéza abúzu
- Pracovní anamnéza
- Sociální anamnéza
- Rodinná anamnéza
- Osobní anamnéza

Vyšetření sestrou:

- Konstituce, vzhled:
- Váha: kg Výška: cm BMI:
- MNA:
- Postoj: Chůze:
- Riziko pádů:
- ADL:
- GCS:
- Chápe myšlenky a otázky:
- Závratě:
- Smyslové poruchy:
- Kompenzační pomůcky:

- Dutina ústní: Chrup: Stav sliznic:
- Poruchy polykání:
- Srdce, cévy: TK P
- Dech:
- TT:
- Kožní defekty, rány:
- Močový systém:
- Defekace: frekvence charakter
- Krvácení ze zažívacího traktu:
- Dieta:
- Tekutiny:
- Bolesti: (charakter, lokalizace) VAS:
- Spánek a odpočinek:
- Invazivní vstupy:

Potřeby v NANDA doménách:

1. Doména – Podpora zdraví

- Jak hodnotí svůj momentální zdravotní stav:
- Máte zkušenost s jakýmkoliv chronickým onemocněním:
- Co děláte pro zlepšení zdravotního stavu, vyhledáváte si informace o onemocnění:
- Dodržujete rady zdravotníků:
- Znáte příčinu vzniku onemocnění:
- Ostatní:

2. Doména – Výživa

- Snažíte se dodržovat doporučenou diet:

- Jak často, pravidelně se stravujete:
- Je Váš jídelníček odlišný než před diagnostikováním onemocnění? V čem:
- Co nejíte, Co Vám chutná, Čeho byste se v jídelníčku nevzdali:
- Jaké množství a druh tekutin vypijete za den:
- Ostatní:

3. Doména - Vylučování/výměna

- Počet stolic za den ve fázi remise/ve fázi relapsu:
- Charakter stolice, příměsi ve stolici: (za jakých okolností)
- Pocity nucení na stolic:
- Bolesti při vyprazdňování: (charakter bolesti)
- Doprovodné faktory onemocnění:
- Problémy při mikci:
- Ostatní:

4. Doména- - Aktivita/odpočinek

- Došlo ke změně aktivit, které jste dělal/a před onemocněním a nyní s nemocí:
- Jak se změnil Váš spánkový režim (výkyvy spánkového režimu):
- Kolik hodin spíte, cítíte se po probuzení odpočatý/á:
- Je pro Vás Vaše onemocnění překážkou v cestování:
- Jak nejčastěji a nejraději relaxujete:
- Ostatní:

5. Doména - Percepce/kognice

- Patologie v oblasti zraku, sluchu a ostatních smyslových funkcí:
- Máte nějaké poruchy v oblasti citlivost nebo hybnosti končetin:
- Užíváte kompenzační pomůcky, jaké:

- Jste plně soběstačný/á nebo Vás nemoc omezuje:
- Ostatní:

6. Doména – Sebepercepce

- Jak si dle Vašeho názoru myslíte, že jste se s onemocněním vyrovnal/a:
- Co bylo nejnáročnější po dobu onemocnění:
- Jaká byla Vaše reakce při sdělení diagnózy (Vaše pocity):

7. Doména - Vztahy mezi rolemi

- Má onemocnění vliv na společenský život (společenský život před onemocněním):
- Vyhýbáte se více kontaktu s lidmi od onemocnění:
- Kdo je pro Vás oporou po dobu onemocnění:
- Co Vás povzbudí, když slyšíte od svých přátel, známých:
- Ostatní:

8. Doména – Sexualita

- Patologie v této oblasti:
- Má onemocnění vliv na libido (u Vás nebo u partnera/ky):
- Bylo onemocnění překážkou v hledání partnera/ky:
- Ostatní:

9. Doména - Zvládání/tolerance zátěže

- Jak vnímáte a reagujete na stres:
- Jak překonáváte (zvládáte) stres:
- Z čeho máte strach:
- Ostatní:

10. Doména - Životní principy

- Jste věřící:

- Co je pro Vás v životě důležité, žebříček hodnot:
- Ostatní:

11. Doména - Bezpečnost/ochrana

- Jak probíhalo první kolposkopické vyšetření, jaké na něj máte vzpomínky:
- Máte strach z návštěvy gastroenterologické ambulance, z jakého důvodu:
- Jak často docházíte do gastroenterologické ambulance, omezuje Vás to nějak:
- Ostatní:

12. Doména - Komfort

- Kdy bolest vzniká, lokalizace, charakter bolesti, intenzita:
- Bolest během akutní fáze zánětu a klidné fáze onemocnění:
- Další lokalizace bolesti spojené s onemocněním nebo vzniklé z jiné příčiny:
- Jiné bolesti

13. Doména - Růst/vývoj

- Patologie v této oblasti:

Příloha H – Ošetřovatelská dokumentace pro pacienty s Ulcerózní kolitidou v ambulanci

Zdroj: vlastní

Ošetřovatelská anamnéza pro pacienty s Ulcerózní kolitidou – ambulantní péče

Datum:

Identifikační štítek

Číslo návštěvy:

Důvod návštěvy: Krevní odběry Endoskopické vyš. Komplikace Ostatní:

Alergie:

V jaké fázi se onemocnění vyskytuje? relaps recidiva remise

Monitoring prováděný sestrou:

TK: mmHg	Váha: kg	GCS: b.	Forma stolice: <input type="checkbox"/> Průjem <input type="checkbox"/> V normě <input type="checkbox"/> Zápcha <input type="checkbox"/> Jiné:
P:	Výška: cm	ADL: b.	
TT: °C	BMI:	Riziko pádů: b.	Počet stolic za den:
SpO ₂ : %	Přírůstek/úbytek na váze od poslední kontroly:	MNA: b.	Příměsí ve stolici: <input type="checkbox"/> Žádné <input type="checkbox"/> Krev <input type="checkbox"/> Hlen <input type="checkbox"/> Jiné:
D: /minutu	kg		

Užívá pacient kompenzační pomůcky? ANO NE Jaké:

Má pacient rány, defekty, enantémy nebo ragády na kůži? ANO NE Kde:

Byla prováděna edukace? ANO NE Téma:

Porozuměl pacient edukaci? ANO NE

Část pro pacienta:

Pocítuji nyní únavu? ANO NE Kolik hodin spím?

Pocítuji nyní bolesti spojené s mým onemocněním? ANO NE Intenzita (VAS):

Kde a při jaké příležitosti bolest pocítuji?

Co mi od bolesti pomáhá?

Mám problémy v oblasti vyprazdňování moči? Nemožím močím méně močím více v normě

Jsem momentálně z nějaké situace ve stresu? ANO NE Z jaké:

Po které potraviny kterou jsem naposledy jedl/a mi nebylo dobře?

Rozumím edukaci a vysvětlovaným pojmům v ambulanci?

Je téma nebo informace, která by mě zajímala? Jaká?