

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou

Jana Hušková

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Hušková**  
Osobní číslo: **Z12017**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

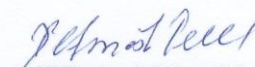
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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


1. ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha: Galén, c2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
2. KOHOUT, Pavel. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004. 174 s. ISBN 80-734-5023-2.
3. ZBOŘIL, Vladimír et al. Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 128 s. ISBN 978-80-247-1563-6.
4. KMENT, Milan et al. Choroby gastrointestinálního traktu v graviditě. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 182 s. ISBN 80-725-4447-0.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Ochtinská  
Katedra ošetrovatelství

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

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. dubna 2015

## **Prohlášení autora**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 15. 7. 2015

Jana Hušková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Ochtinské za cenné rady a připomínky při vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat za ochotu a vstřícnost zdravotnickému týmu v centru biologické léčby a gastroenterologickým poradnám nemocnice, kde probíhal sběr dat pro praktickou část této bakalářské práce.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá onemocněním zvaným ulcerózní kolitida. Teoretická část zahrnuje charakteristiku onemocnění, příčiny onemocnění, její průběh, diagnostiku a různé možnosti terapie. Jsou zmíněny i komplikace onemocnění, které mohou nastat. Dalším tématem teoretické části je specifikace potřeb u takto nemocného člověka z ošetrovatelského pohledu ve všech NANDA doménách.

V praktické části je popisována metodika proběhlého kvalitativního sběru dat, který byl realizován s nemocnými ulcerózní kolitidou. Je obohacena o statistická data, která se zaměřují na kategorii pacientů s tímto onemocněním. Dále jsou rozepsány kazuistiky vybraných pacientů, u kterých je následně vytvořen plán ošetrovatelské péče a stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Jako další výstup praktické části je vytvořena mapa péče pro klienty s ulcerózní kolitidou.

## **Klíčová slova**

Ulcerózní kolitida, idiopatická proktokolitida, idiopatické střevní záněty, nespecifické střevní záněty, zánět, tlusté střevo, potřeby člověka

## **Title**

Specifications of Needs of Patients with Ulcerative Colitis

## **Annotation**

This thesis deals with a disease called ulcerative colitis. The theoretical part includes characteristics, causes, description of progression, diagnosis and various treatment possibilities of this disease. There are described possible complications of the disease too. Another topic of theoretical part is the specification of patient needs from a nursing perspective in all NANDA domains.

In the practical part is described methodology of qualitative research, which was conducted with people diseased by ulcerative colitis. This part is enhanced with statistical data focused

on patients with this disease. There are also three casuistries with developed nursing care plan and established diagnoses. Another output of the practical part is created map of care for clients with ulcerative colitis.

**Keywords**

Ulcerative colitis, idiopathic proctocolitis, inflammatory bowel disease, inflammation, large intestine, human needs

# Obsah

<b>Seznam zkratek .....</b>	<b>11</b>
<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>12</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>13</b>
<b>Úvod .....</b>	<b>14</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>16</b>
<b>1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva.....</b>	<b>16</b>
1.1 Anatomie tlustého střeva .....	16
1.1.1 Tračník .....	16
1.1.2 Konečník .....	17
1.2 Fyziologie tlustého střeva .....	17
<b>2 Idiopatické střevní záněty .....</b>	<b>19</b>
2.1 Fáze nemocí .....	19
2.2 Historie IBD.....	20
2.3 Definice a klasifikace ulcerózní kolitidy .....	20
2.4 Etiopatogeneze.....	21
2.5 Klinický obraz.....	22
2.6 Komplikace.....	24
2.6.1 Toxické megakolon.....	24
2.6.2 Mimostřevní komplikace choroby .....	25
2.7 Diagnostika .....	25
2.8 Terapie .....	27
2.8.1 Dietní a nutriční opatření .....	27
2.8.2 Konzervativní farmakoterapie .....	27
2.8.3 Biologická léčba .....	28
2.8.4 Psychoterapie .....	30
2.8.5 Chirurgická léčba.....	30



<b>3</b>	<b>Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou.....</b>	<b>32</b>
3.1	Definice a dělení potřeb .....	32
3.2	Ošetrovatelský proces naplnění potřeb v nemoci .....	33
3.3	Specifikace potřeb v NANDA doménách.....	34
3.3.1	Podpora zdraví .....	34
3.3.2	Výživa .....	35
3.3.3	Vylučování a výměna .....	35
3.3.4	Aktivita/odpočinek.....	35
3.3.5	Vnímání/poznávání .....	36
3.3.6	Vnímání sebe sama .....	36
3.3.7	Vztahy mezi rolemi.....	36
3.3.8	Sexualita.....	36
3.3.9	Zvládání/tolerance zátěže .....	36
3.3.10	Životní principy .....	37
3.3.11	Bezpečnost/ochrana .....	37
3.3.12	Komfort.....	37
3.3.13	Růst/vývoj.....	37
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>Sběr dat u nemocných s ulcerózní kolitidou.....</b>	<b>38</b>
4.1	Metodika .....	38
4.2	Statistické údaje .....	39
<b>5</b>	<b>Kazuistika č. 1 .....</b>	<b>41</b>
5.1	Průběh hospitalizace: .....	44
5.2	Posouzení současného stavu potřeb .....	47
5.3	Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy.....	49
<b>6</b>	<b>Kazuistika č. 2 .....</b>	<b>54</b>
6.1	Posouzení současného stavu potřeb .....	57

6.2 Plán ošetrovateľskej péče – Ošetrovateľské diagnózy.....	59
<b>7 Kazuistika č. 3 .....</b>	<b>63</b>
7.1 Posouzení současného stavu potřeb .....	66
7.2 Plán ošetrovateľskej péče – Ošetrovateľské diagnózy.....	67
<b>Diskuze .....</b>	<b>71</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>75</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>76</b>
<b>Seznam príloh.....</b>	<b>79</b>
<b>Príloha A – Tabulka Mayo index hodnotení aktivity ulcerózní kolitidy.....</b>	<b>80</b>
<b>Príloha B – Obrázky fyziologických a patologických nálezů ulcerózní kolitidy.....</b>	<b>81</b>
<b>Príloha C – Maslowova hierarchie potřeb.....</b>	<b>83</b>
<b>Príloha D – Ošetrovateľské anamnézy .....</b>	<b>84</b>
<b>Príloha E – Mapa péče.....</b>	<b>96</b>

## Seznam zkratek

ASA	Protizánětlivě působící aminosalicyllová kyselina (mesalazin)
BMI	Body mass index
CAI	Colitis Activity Index
CT	Computer Tomography
EKG	Elektrokardiografie
F 1/1	Fyziologický roztok
FDA	Food and Drug Administration
GCS	Glasgow coma scale
i.v.	intravenózně
IBD	Inflammatory Bowel Diseases
ISZ	Idiopatické střevní záněty
K + C	Kultivace + citlivost
MNA	Mini Nutritional Assessment
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
NYHA	New York Heart Association
OL	Ordinace lékaře
P + V	Příjem + výdej
P	Puls
P/K	Pacient/klient
PŽK	Periferní žilní katetr
s.c.	subkutánně
SAI	Severity Activity Index
TK	Krevní tlak
UZ	Ultrazvuk
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VAS	Vizuální analogová škála

## Seznam obrázků

Obr. 1 - Graf počtu dispenzarizovaných pacientů za rok 2013 v ČR podle (ÚZIS ČR, 2015b, s. 76).....	39
Obr. 2 - Graf počtu dispenzarizovaných pacientů za rok 2013 v Pardubickém kraji podle (ÚZIS ČR, 2015b, s. 76) .....	40
Obr. 3 - Graf počtu dispenzarizovaných pacientů za rok 2009 až 2013 v ČR podle (ÚZIS ČR, 2015a) .....	40
Obr. 4 - Fyziologický irigografický obraz. (Souček, 2011, s. 348) .....	81
Obr. 5 - Irigografický obraz chronických změn v terénu ulcerózní kolitidy. (Souček, 2011, s. 348).....	81
Obr. 6 - Fyziologický obraz sliznice tračníku. (Souček, 2011, s. 349).....	81
Obr. 7 - Hemoragické stádium A I. (Souček, 2011, s. 349) .....	82
Obr. 8 - Hnisavé stádium A II. (Lata, 2010, s. 94) .....	82
Obr. 9 - Ulcerativní stadium A III. (Lata, 2010, s. 95).....	82
Obr. 10 - Ulcerativně - polypózní stádium A IV. (Lata, 2010, s. 95).....	82
Obr. 11 - Maslowova hierarchie potřeb (Šamánková, 2006, s. 55) .....	83

## **Seznam tabulek**

Tab. 1 - Mayo index hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy. (Zbořil, 2012, s. 68) .....	80
--	----

## Úvod

Ve své bakalářské práci se věnuji lidem nemocným ulcerózní kolitidou. Tato nemoc patří mezi autoimunitní onemocnění, u kterých dosud nebyla objasněna jejich přímá příčina. Lidí nemocných ulcerózní kolitidou dle statistik ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) v posledních letech neustále přibývá. Tato nemoc je chronická a nelze ji léčbou bez radikálního chirurgického výkonu vyléčit, lze pouze zmírnit příznaky. Lidé s tímto onemocněním mají výrazně ovlivněnou kvalitu života. Každý člověk může mít jinou intenzitu příznaků a je třeba ke každému přistupovat zcela individuálně v otázce jeho potřeb.

V tomto tématu vidím důležitost, je třeba seznámit čtenáře s informacemi o této chorobě a hlavně s rizikovými faktory, které mají předpoklad nemoc vyvolat. Souhrn informací v této bakalářské práci může sloužit k upozornění, čemu by se člověk měl vyvarovat.

Téma je pro mě zajímavé pro závažnost nemoci. Lidé, kteří touto chorobou onemocní, mohou být zcela odříznuti ze svého sociálního života. Někteří musí opustit svou práci a trpí vyskytujícími se příznaky nemoci, které je mohou úplně vyčerpat, v nejhorším případě může při komplikacích choroby dojít až k úmrtí jedince. Jde tedy o závažnou nemoc, kterou může člověk v raném stádiu nemoci snadno podcenit.

Ráda jsem v nemocnici v kontaktu s lidmi a zajímají mě jejich potřeby, které jsou specifické pro každou z nemocí. Proto jsem v této bakalářské práci specifikovala potřeby jedinců nemocných ulcerózní kolitidou, abych dala laikům a zdravotním sestřám nástroj, který by jim pomohl v péči o člověka takto nemocného s tím, aby pochopily jeho specifické potřeby a vyšli mu tak co nejlépe vstříc.

Specifikovala jsem potřeby obecně pro nemocné ulcerózní kolitidou, kteří jsou hospitalizováni na odděleních nebo docházejí ambulantně. Dále jsem vytvořila mapu péče pro nemocné ambulantně docházející na biologickou léčbu, protože většinu klientů vybraných pro sběr dat tvořili lidé docházející ambulantně na biologickou léčbu. Kromě zmíněné mapy péče jsem v praktické části bakalářské práce z vytvořených kazuistik vytvořila individuální plán péče pro každého pacienta.

Cíle pro teoretickou část:

- Seznámit čtenáře stručně s problematikou idiopatických střevních zánětů.
- Podrobně popsat problematiku ulcerózní kolitidy.
- Specifikovat potřeby nemocných s ulcerózní kolitidou.

Cíle pro praktickou část:

- Vypracovat plán péče u nemocných s ulcerózní kolitidou.
- Vyhledat pacienty s biologickou léčbou i bez biologické léčby.
- Vytvořit mapu péče pro pacienty s ulcerózní kolitidou.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Ulcerózní kolitida je označována jako idiopatická proktokolitida, je to hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva, který postihuje vždy rektum a šíří se kontinuálně na různě rozsáhlou část tlustého střeva nebo na celé tlusté střevo a z tohoto důvodu je následující kapitola věnována pouze anatomii a fyziologii tlustého střeva (Kohout, 2004, s. 17).

### 1.1 Anatomie tlustého střeva

(Fiala, 2009, s. 63-64) uvádí, že celková délka tlustého střeva je 1,5-1,8 m a dělí se na tračník (colon) a konečník (rectum).

Slepé střevo, příčný tračník, esovitá klička jsou uloženy intraperitoneálně. Retroperitoneálně je uložen vzestupný a z jisté části i sestupný tračník. V retroperitoneálních úsecích chybí seróza, která je jednou ze čtyř vrstev střevní stěny (Hoch, 2003, s. 91).

#### 1.1.1 Tračník

Zesílením podélné svaloviny tračníku se vytváří tři pruhy (taeniae), mezi kterými se stěna střevní příčně vyklenuje a tvoří haustra. Úsekově se tračník dělí na slepé střevo, vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník a esovitou kličku (Fiala, 2009, s. 63-64). Nejširší částí tlustého střeva je vzestupný tračník a nejužší je esovitá klička (Hoch, 2003, s. 91).

Slepé střevo (caecum) je kolem 7 cm dlouhý začátek tlustého střeva. Je uložen v pravé jámě kyčelní. Jde o nejširší část střeva o průměru 6-7cm. Při vústění tenkého střeva do slepého střeva vytváří sliznice horní a dolní příčnou řasu (Bauhini). Pod ileocékálním spojením je 5-6 mm široký červovitý výběžek (appendix vermiformis). Ve stěně appendixu je přítomná lymfatická tkáň hojně. Délka appendixu se pohybuje mezi 2-12 cm. Cékum a appendix jsou volné, celé kryty peritoneem, cévy appendixu jsou vedeny v malém mesenteriolu (Fiala, 2009, s. 63-64).

Vzestupný tračník (colon ascendes) je přisedlý k zadní břišní stěně a je pokrytý serózou a to jen z přední strany. Pod játry se tlusté střevo ohýbá doleva a dále přechází v příčný tračník. Příčný tračník (colon transversum) probíhá napříč dutinou břišní a dále stoupá



do levého podžebří k slezině, kde se znovu otáčí směrem dolů. Colon transversum je po celém rozsahu kryt serózou. Sestupný tračník (colon descendens) je přisedlý k zadní břišní stěně a také je krytý serózou a to pouze z přední strany. V esovitou kličku nadále přechází v levé kyčelní jámě (Fiala, 2009, s. 63-64).

Esovitá klička (colon sigmoideum) je dlouhý úsek tlustého střeva, který je uložený v levé kyčelní jámě. Jde o volnou část střeva, která je celá kryta serózou se závěsem. V konečník přechází na hranici velké a malé pánve. Tato část se nazývá rectosigmoideum (Fiala, 2009, s. 63-64).

Cévní zásobení je zajištěno několika tepnami. Arteria colica dextra a arteria colica media zásobují pravou polovinu tračníku až po slezinné ohbí. Arteria colica sinistra a arteria mesenterica inferior zásobují tračník aborálně od slezinného ohbí. Úsek tračníku mezi a. colica media a a. colica sinistra zásobuje tepenná spojka s názvem anastomosis magna (Hoch, 2003, s. 91).

### **1.1.2 Konečník**

Konečník (rectum) je kolem 15 cm dlouhý úsek. Zde již nejsou přítomny haustra ani ténie. Konečník je v horní části rozšířený v ampullu recti. Konečník dále přechází v řitní kanál (canalis analis). Nachází se zde cirkulární svalovina, která je zde zesílena ve vnitřní svěrač (m.sphincter ani interus). Zevně od něho je cirkulární vrstva příčně pruhované svaloviny, která je ovládána vůlí zevního svěrače (m.sphincter ani externus). Rektální sliznice je pokryta dláždíčovým epitelem. Sliznice v análním kanálu je složena do podélných řas, podmíněnými žilními pleteněmi. Navenek pokračuje další část s názvem řiť (anus), která je kryta pouze tenkou kůží. Při zevním pohledu je anus vtažen a přítomná kůže zde vytváří řasy (Fiala, 2009, s. 63-64).

Konečník je zásobován tepennou krví z arteria rectalis superior ze strany kraniální a ze strany kaudální hemoroidálními tepnami. (Hoch, 2003, s. 91)

## **1.2 Fyziologie tlustého střeva**

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody a následné zahušťování obsahu. Sliznice tlustého střeva je na rozdíl od tenkého střeva bez klků a tvoří poloměsíčité řasy, obsahuje velké množství hlenových žláz a produkt těchto žláz má za úkol chránit sliznici. Smrštěním cirkulární svaloviny vznikají již zmiňovaná haustra, jejichž poloha se mění směrem od slepého střeva ke konečníku a tím posunují i střevní obsah (Lukáš, 2005, s. 28).

Jak už bylo zmíněno, hlavní význam tlustého střeva tkví v jeho skladovací funkci a schopnosti regulovat objem výraznou vstřebávací kapacitou pro vodu. Vlastní pohyby tlustého střeva jsou charakterizovány posunem obsahu střevního směrem k rektu. Stimulace probíhá pomocí nervové soustavy stimulací parasympatiku, konkrétně bloudivého nervu, některými chemickými látkami nebo mechanickými podněty. Sympatikus naopak na motilitu tlustého střeva působí inhibičně. Gastrointestinálními hormony, které se účastní stimulace motility tlustého střeva, jsou gastrin, sekretin a cholecystokinin. Významný je gastrokolický reflex, jedná se o zvýšenou motilitu tlustého střeva při naplnění žaludku. Dále i reflex duodenokolický. Rychlost posunu obsahu je závislá na kvalitě jeho složení. Tam, kde je v obsahu hodně vlákniny se posun obsahu urychluje a obsah ve střevě přetrvává kolem 35 hodin. Tam, kde strava neobsahuje vlákninu, obsah tlustého střeva přetrvává kolem 48 až 70 hodin. Důležitá je resorpce v tlustém střevě. Tvorba stolice je spojena s výraznou resorpcí až 90%. Jedná se o aktivní resorpci vody a elektrolytů. V tlustém střevě jsou fyziologicky přítomny saprofytické bakterie. Jedná se o bakterie anaerobní a mohou bakteriálně štěpit sacharidy, malé množství celulózy a pektinu nebo hnilobně rozkládat bílkoviny (Mourek, 2005, s. 93-94).

Defekace je děj, při kterém dochází k vyprazdňování stolice. Mezi sigmoideem a rektem je slabý kruhový svěrač, který je řízen vegetativním nervstvem. Když dojde k naplnění sigmoidea, tento svěrač postupně povolí a při naplnění konečníku přichází pocit „nucení na stolicí“. Parasympatikus posílí peristaltické vlny a současně se zvětší laterální tlak na stěnu rekta a otevírá se vnitřní řitní svěrač tvořený hladkou svalovinou. Zevní řitní svěrač tvořený příčně pruhovanou svalovinou je ovládán naší vůlí (Mourek, 2005, s. 95-96).

## 2 Idiopatické střevní záněty

(Červenková, 2009, s. 9) uvádí, že idiopatické střevní záněty (IBD – Inflammatory Bowel Diseases) jsou choroby trávicího traktu, kde dochází k zánětlivému onemocnění trávicí trubice a příčina onemocnění je neznámá.

*„Proč si někoho vybere právě Crohnova nemoc a někoho jiného zas ulcerózní kolitida, zůstává – alespoň zatím – tajemstvím. Příčin bude nejspíš víc, například typ chybného rozpoznávání nebo typ mikrobů mylně identifikovaných jako nepřátelské. Svou roli hrají bezpochyby geny a už prokazatelně také vnější prostředí, které se v posledních sto letech značně proměnilo“* (Červenková, 2009, s. 11).

Klinické příznaky IBD se liší podle konkrétní choroby. Mezi IBD se řadí onemocnění s názvem Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba (Lukáš, 2005, s. 95).

Crohnova choroba je granulomatózní a transmukózní zánět, který postihuje segmentárně nebo plurisegmentálně kteroukoliv část trávicí trubice. Toto onemocnění probíhá chronicky a střídají se zde období zhoršení (relapsů) a zklidnění (remisí). Choroba je medikamentózně i chirurgicky nevléčitelná. (Kohout, 2004, s. 17; Lukáš, 2005, s. 95)

Ulcerózní kolitida neboli idiopatická proktokolitida je hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva, které postihuje vždy rektum a postupuje kontinuálně na různě rozsáhlou část tlustého střeva nebo na celé tlusté střevo. Při tomto onemocnění se také střídají období relapsů a remisí. Tuto chorobu nelze medikamentózně vyléčit, ale existuje zde možnost chirurgické léčby v podobě proktokolektomie, kdy se odstraní celé tlusté střevo a konečník a dojde tak k definitivnímu odstranění choroby (Kohout, 2004, s. 17).

### 2.1 Fáze nemocí

Tyto choroby mohou probíhat ve třech fázích. První fází je období relapsu, kdy dochází ke zhoršování současné choroby. Druhou fází je období remise, které je charakterizováno obdobím klidovým, kdy se neobjevují příznaky choroby. Třetí fází je období rekurence, kdy se nemoc projeví znovu, a to v dosud ještě nepostížené části střeva (Červenková, 2009, s. 10).

## **2.2 Historie IBD**

(Kohout, 2004, s. 18-19) uvádí, že IBD patří mezi onemocnění dvacátého století. Ke konci devatenáctého století byla ulcerózní kolitida odlišena od infekčních zánětů tlustého střeva a před první světovou válkou začala být akceptována jako samostatná klinická nemoc.

První velké symposium o ulcerózní kolitidě se konalo v Londýně v roce 1909. Bylo zde referováno celkem o 317 onemocnělých sebraných v letech 1888 až 1907 ze sedmi londýnských nemocnic. V roce 1913 se ulcerózní kolitida stala samostatným článkem na mezinárodním kongresu v Paříži.

V první polovině minulého století se stala ulcerózní kolitida předmětem ve výzkumné i klinické činnosti specialistů, kteří se zabývali záněty střev. Infekční původce nebyl nikdy odhalen a později se začalo brát v úvahu mínění, že ulcerózní kolitida je typickým psychosomatickým onemocněním.

Po druhé světové válce v souvislosti s rozvojem imunologie začala být a doposud je považována za autoimunitní onemocnění. Až do konce dvacátého století bylo o této nemoci známo, že má neznámou etiologii a jen částečně prozkoumanou patogenezi.

Až do osmdesátých let minulého století byla v popředí díky klinickému a základnímu výzkumu IBD britská škola. Tu založil již zesnulý S. Truellove z Oxfordu, dále pracovníci z londýnského centra St. Marks, z Liverpoolu a Birminghamu.

V současnosti představují absolutní špičku centra v Rochesteru, Chicagu, Los Angeles, New Yorku a Bostonu v oblastech základního a klinického výzkumu.

V českých zemích se o zkoumání těchto chorob zasloužil prof. Mařatka se svými studenty doc. Nedbalem, doc. Bitterem a doc. Šetkou, z chirurgů vynikl hlavně prof. Niederle (Kohout, 2004, s. 18-19).

## **2.3 Definice a klasifikace ulcerózní kolitidy**

Ulcerózní kolitida byla samostatně popsána Wilksem již v roce 1859. Existuje pro ni řada synonym jako proktokolitida, idiopatická kolitida, idiopatická hemoragická kolitida a již jmenovaná ulcerózní kolitida (Souček, 2011, s. 344).

Ulcerózní kolitida se charakterizuje zánětlivým postižením sliznice tračníku. Na hlubší vrstvy stěny se může zánět šířit pouze při komplikacích v podobě prudce probíhající kolitidy s dramatickými příznaky (fulminantní kolitidy) a toxického megakolon. V posledních letech se objevují práce, které polemizují s názorem většiny autorů, že pro ulcerózní kolitidu je typické postižení rekta. U několika nemocných se někdy nedaří během několika let stanovit jasnou diagnózu ulcerózní kolitidy, i přes použití maximálního počtu diferenciálně diagnostických metod. V takovém případě se hovoří o neurčité kolitidě (Souček, 2011, s. 344).

Klasifikace ulcerózní kolitidy se dle anatomické lokalizace dělí na tvar lehký neboli rektální, který se vyskytuje ve 30 až 50%. Dále na tvar středně těžký, zde se vyskytuje levostranná kolitida dosahující až ke slezinnému ohbí a vyskytuje se ve 30 až 50%. Poslední je tvar těžký, kdy se jedná o pankolitidu postihující celý tračník. Tento tvar se vyskytuje v 15 až 20%. Při tomto tvaru postižení může být poškozeno i střevo tenké, když při nedomykající ileocekální chlopni proniká obsah z tračníku do střeva tenkého. (Lukáš, 2005, s. 95)

(Lata, 2010, s. 93) rozlišuje dle rozsahu postižení: proktitidu neboli postižení konečnicku (rekta), proktosigmoiditidu neboli postižení konečnicku a esovitě kličky (sigmoidea). Další druh postižení je levostranný, postihující konečnick, esovitou kličku, sestupný tračník. Pokud se hovoří o extensivním tvaru, rozsah postiženého tračníku přesahuje od lineální flexury směrem k ústům (orálně). Rozsah postižení není konečný, v průběhu nemoci může nastat jeho změna.

Incidence tohoto onemocnění se v České republice pohybuje mezi 6,8-8,0/100 000 obyvatel/rok. V poměru mužů a žen 1,0 : 1,4. Nejčastěji se onemocnění objevuje ve věku mezi 20-40 lety (Souček, 2011, s. 344).

## **2.4 Etiopatogeneze**

Přestože je tato choroba známá více než 100 let, etiologii se stále nepodařilo zcela objasnit. Existuje však mnoho teorií, jedná se o teorie infektologické, alimentární, psychosomatické-neuropsychické, cévní, imunologické a zvířecí modely ulcerózní kolitidy (Lata, 2010, s. 92).

Genetická predispozice ve vzniku ulcerózní kolitidy hraje velkou roli. Z genetického hlediska jsou IBD komplexní choroby, kde neexistuje jediný gen jednoznačně ovlivňující vznik a průběh střevního zánětu. Reálně se na této predispozici podílí zřejmě velký počet v podobě

desítek až stovek drobných genetických odchylek. Jejich kombinace pak určuje míru rizika pro vznik střevního zánětu (Pacienti IBD, 2012, s. 14).

V dnešní době dominují hlavně teorie stran imunologie. Ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc jsou dnes považovány za onemocnění imunologicky zprostředkované, kde hlavní roli hrají T-lymfocyty. Velký počet autorů počítá ulcerózní kolitidu jako autoimunitní onemocnění. Pravděpodobné jsou také genetické vlivy, zejména od doby, kdy Hugot popsal v Pasteurově ústavu v Paříži tzv. IBD-1 gen. Pravděpodobnost spočívá v teorii, že ke spuštění mechanismu chronického zánětlivého střevního onemocnění je zapotřebí dvou složek: vnitřní genetické dispozice a zevního faktoru v podobě střevní mikrobiální flóry a jejich produktů. Tuto teorii potvrdily zvířecí modely střevních zánětů, kdy se genetická dispozice neprojeví klinicky, pokud jsou zvířata chována ve sterilním prostředí (Lata, 2010, s. 92).

## **2.5 Klinický obraz**

Jelikož se jedná o chronické onemocnění, jehož klinický obraz se stále mění, jsou zde účelně rozlišeny důležité ukazatele (Lata, 2010, s. 92).

Tato choroba má standardně tyto fáze – počátek (první ataka nemoci), nastolení klidové fáze (remise) a vzplanutí (relaps). Během prvního roku nemoci se pacienti s ulcerózní kolitidou rozdělují podle průběhu nemoci do několika skupin (Souček, 2011, s. 344).

Typ remitující má relaps vícekrát než 1krát ročně, typ intermitující méně často než 1krát ročně. Kolem 3-5% onemocnělých má typ fulminantní – perakutní, který směřuje k chirurgické intervenci. V posledních pár letech se rozšiřuje skupina onemocnělých typu chronicky aktivního. Nemocní této skupiny jsou charakterizováni značně nepříznivým morfologickým obrazem zánětu tračníku v kontrastu k drobné laboratorní zánětlivé aktivitě. Při rozšíření rozsahu postižení tračníku se jedná o 19-36% proktitid, které se během 5 let mění na levostrannou formu, 15-18% levostranných forem se rozvíjí subtotálně až totálně. S počtem dalších relapsů klesá počet nemocných s intermitujícím typem a naopak se zvětšuje skupina chronicky aktivních, kteří již nereagují na konzervativní průběh léčby (Souček, 2011, s. 344-345).

Klinické příznaky se vždy odvíjejí od lokalizace onemocnění, aktivity probíhajícího onemocnění a délky onemocnění. Například při postižení rekta se objevuje rektální syndrom, kdy má nemocný nutkavé pocity defekace s odchodem malého množství kouskovité stolice nebo pouze krve, hlenu nebo hnisu. U postižení levostranného se vyskytuje tzv. kolitický

syndrom, při kterém je přítomna kašovitá, vodnatá a promísená stolice s krví a hleny. Bývají zde také přítomny obtíže zažívací, jako jsou průjmy, tenesmy, krev a hlen ve stolici. V průběhu subtotálním a totálním postižení se také objevují příznaky celkové v obrazu subfebrilií, febrilií, váhového úbytku a anémie včetně celkové alterace stavu. (Lata, 2010, s. 93; Šváb, 2000, s. 48)

Hodnocení aktivity a tíže choroby není sjednoceno, což způsobuje obtížnější hodnocení výsledků léčby a jejich porovnatelnost. K dostání jsou klinické indexy aktivity, např. Mayo index<sup>1</sup> (Tab. 1), SAI (Severity Activity Index) a další. K nejpoužívanějším patří index CAI (Colitis Activity Index) podle Rachmilewitze, který hodnotí aktivitu ve dvou podobách: vlastní klinické aktivitě a lokálním endoskopickým nálezem. Při posuzování aktivity a tíže choroby je z praktického hlediska důležité, abychom měli získaných mnoho informací o stavu pacienta ve třech parametrech (Lata, 2010, s. 94).

Prvním parametrem, ukazujícím na zánětlivý průběh choroby a nutriční stav jsou laboratorní parametry z odběru krve. Pátráme zde po hodnotách sedimentace, trombocytóze, hodnotě C-reaktivního proteinu a dalších možných proteinů akutní fáze. Ohledně nutriční se zajímáme o celkovou bílkovinu, albumin, hladinu makroelementů (Fe, Ca, P, Mg) a mikroelementů (Zn, Se) a dále pátráme po anémii. (Lata, 2010, s. 94; Šváb, 2000, s. 49)

Druhým parametrem jsou endoskopické výsledky. K vyhodnocení změn na sliznicích se používá v odborných literaturách hlavně klasifikace Mařátkovy, kde se rozlišuje za první stádium floridní, které se dále člení na hemoragické, hnisavé, ulcerativní, ulcerativně-polypózní, a za druhé stádium klidové, které se člení na stadium granulací, stadium úpravy, stadium polypózy a stadium následných změn (Lata, 2010, s. 94).

Třetím parametrem jsou vlastní potíže nemocného, kdy pomocí anamnézy zjišťujeme počet defekací, rektální syndrom, kolitický syndrom, krev ve stolici, hlen ve stolici a také konzistenci stolice. Další otázky se kladou na celkové příznaky v podobě únavy, horečky, nevolnostem a zvracení. Pozornost věnujeme možnému nástupu příznaků toxického megakolon (Lata, 2010, s. 94).

Ve velké míře dochází k postižení anální oblasti z důvodu častých průjmovitých stolic. Dochází zde k neustálé maceraci a iritaci. I přes pečlivou a důkladnou anální hygienu je třeba počítat s úporným análním ekzémem. Často se také objevují splývavé poškození sliznice

---

<sup>1</sup> Mayo index je vytvořen klinikou Mayo a na stupnici 0 – 12 ukazuje závažnost ulcerózní kolitidy.

(eroze) a trhliny (ragády), které se řadí k projevům zánětu výstelky řitního kanálu (anitidy). Z těchto důvodů vzniká u nemocného bolestivá defekace (Anděl, 2012, s. 164).

## 2.6 Komplikace

Už po patnácti letech trvání ulcerózní kolitidy stoupá riziko vzniku kolorektálního karcinomu, po 20 letech se incidence pohybuje okolo 5-10%, po 30 letech 12-20%. Z tohoto důvodu je třeba dbát na pravidelné návštěvy dispenzarizovaných pacientů u lékaře (Souček, 2011, s. 345).

Akutní komplikace se rozdělují na lokální a vzdálené. Komplikace lokální způsobuje intenzivní nekontrolovatelný zánět, který může být doprovázen perforací, masivním krvácením, toxickým megakolon. Akutní komplikace vzdálené jsou extraintestinální projevy spojené se zánětlivou aktivitou a je to enteropatická artritida, erytema nodosum, iridocyklitida. Při dlouhodobém průběhu kolitidy vznikají komplikace v podobě novotvorby tkáně (neoplazie). Délka trvání nemoci určuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu. *„Podle rozsáhlé metaanalýzy Eadenové ze 116 studií je prevalence kolorektálního karcinomu u ulcerózní kolitidy přibližně 3,7%. Kumulativní riziko po 10 letech trvání je 2%, 8% po 20 letech a 18% po 30 letech trvání nemoci“* (Horák, 2013, s. 173).

### 2.6.1 Toxické megakolon

Vzniká jako lokální komplikace ulcerózní kolitidy s incidencí kolem 3 – 5 %. Jedná se o velmi závažnou komplikaci choroby (Lukáš, 2005, s. 96).

Jedná se o rozšíření tlustého střeva, při kterém se zvětší i jeho objem. Dochází k městnání obsahu a to nadále způsobuje zesílení stěny s toxickým poškozením střevních svalů a nervů. Toxické megakolon může vznikat jako komplikace IBD nebo jiných onemocnění střev zánětlivého původu. Při ulcerózní kolitidě se objevuje mezi 2 – 11 % (Souček, 2011, s. 345).

Toxické megakolon může být doprovázeno ohraničeným paralytickým ileem, extrémní dilatací tlustého střeva, která se vyskytuje hlavně v oblasti colon transversum. Edém zesiluje střevní stěnu, která je jen mírně zánětlivě infiltrována. Zánět, který je při ulcerózní kolitidě přítomný pouze na sliznici, se dále rozšiřuje po celé střevní stěně. *„Morfologickým substrátem toxického megakolon je destrukce myenterické pleteně při progresi zánětu do hlubších vrstev, než jsou mukóza a submukóza“* (Souček, 2011, s. 345).



Ztráta inervace způsobí ztrátu napětí svaloviny, dojde k vymizení peristaltiky a vzniku paralytického ileu. Reflexně také dochází k utlumení motility tenkého střeva. V tento moment se vytratí i fyziologické funkce tračnickové bariéry, zejména slizniční antibakteriální bariéry a stimulace imunitního střevního systému a dojde k prostupu bakteriálních toxinů i antigenů skrz tuto bariéru. Následkem těchto komplikací vzniká rozvoj toxemie (přítomnost bakteriálních jedů v krvi) a sepse. Může dojít ke spontánní perforaci stěny postiženého tračnicku a dát vznik lokální difúzní peritonitidě (Souček, 2011, s. 345).

### **2.6.2 Mimostřevní komplikace choroby**

U ulcerózní kolitidy se objevují i mimostřevní komplikace, které svědčí pro aktivitu nemoci. V podobě kožních komplikací dochází k zánětům v podkoží (erythema nodosum) a onemocnění zvané pyoderma gangrenosum, při kterém dochází k ulceróznímu poškození kůže. Mezi kloubní komplikace řadíme záněty kloubů (artritidy), záněty kloubů, které spojují dolní část páteře na pánvi (sakroiliitidy) a bolesti kloubů (atralgie). K očním komplikacím se řadí záněty duhovky (iritidy), záněty duhovky a řasnatého tělesa oka (iridocyklitidy), záněty spojivek (keratokonjunktivitidy). K jaterním projevům patří primární onemocnění žlučových cest (sklerotizující cholangitida), granulomatózní záněty jater (hepatopatie). Na plicích se objevují fibrózy a zánětlivé postižení plicního intersticia (pneumonitidy). V ledvinném systému se nemoc může projevit jako zánětlivé poškození tubulů (intersticiální nefritida). (Souček, 2011, s. 347; Hoch, 2003, s. 105)

## **2.7 Diagnostika**

Diagnóza onemocnění vychází z anamnestických údajů a klinického vyšetření nemocného. Je třeba vyloučit střevní infekci, nádor či polypy střev a krvácení z hemoroidálních uzlů (Šváb, 2000, s. 49).

Rozhodující pro stanovení diagnózy ulcerózní kolitidy je morfologický obraz kolon. Z tohoto důvodu se používá endoskopické vyšetření v podobě rektoskopie, koloskopie nebo rentgenových vyšetření jako jsou irigoskopie nebo irigografie. O stupni změn na střevě lékaře upozorní i histologický obraz. Samotnou diagnózu však na histomorfologickém zhodnocení stanovit nelze (Souček, 2011, s. 348).

Názorný obraz fyziologického irigogramu lze vidět v příloze A na Obr. 4., kde jsou viditelné zřetelné haustrace, tračník je vyvinutý, autoplastický. Tračník změněný chronickým zánětem

ulcerózní kolitidy je zobrazen v příloze A na Obr. 5., kde jsou znázorněny dehaustrace, je zde patrný polyploidní reliéf a dochází zde k relativnímu zúžení lumina colon descendens.

Na Obr. 6 v příloze A je zobrazen fyziologický obraz sliznice tračníku. Je zde vyobrazeno růžové zbarvení se zřetelnou cévní stěnou. Na Obr. 7 až Obr. 10 v příloze A jsou znázorněna různá stádia endoskopického hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy.

Laboratorní vyšetření tvoří také podstatnou část diagnostiky ulcerózní kolitidy. Monitorování laboratorních hodnot dále slouží jako kontrola efektivity léčby. Při tomto onemocnění můžeme pozorovat zvýšenou sedimentaci, sníženou hodnotu albuminu a hematokrit. Vysoké jsou laboratorní ukazatele zánětlivé aktivity, hlavně leukocyty, trombocyty a proteiny akutní fáze jako je C-reaktivní protein, u kterého hodnoty dosahují 100 mg/l a více. Součástí vyšetření při horečkách musí být i odběr krve na hemokulturu (Souček, 2011, s. 346).

Z hlediska hodnocení aktivity nejrychleji reaguje C-reaktivní protein a naopak nejpomaleji reaguje sedimentace v řádu týdnu. Při chronické aktivitě nemoci se může hodnota C-reaktivního proteinu pohybovat ve fyziologických mezích. V takovýchto klinických situacích se může objevovat dlouhodoběji vyšší orosomukoid z proteinů akutní fáze a dále dlouhodobá trombocytóza (Souček, 2011, s. 346). Je tedy zřejmé, že u chronicky aktivních forem nelze spoléhat na laboratorní výsledky. Dispenzarizace lidí s ulcerózní kolitidou je velkou nutností z hlediska provádění pravidelných koloskopií. Pravidelnost kontrol je většinou dána průběhem nemoci. V dnešní době se doporučuje rektoskopie a základní klinické vyšetření včetně laboratorního minimálně jednou ročně (Lata, 2010, s. 96).

V rámci diagnostiky je důležité i fyzikální vyšetření, které je orientováno zejména na místní nález na břicho. Lékař může vyšetřovat za pomoci poklepu, pohmatu, vyšetření per rektum a hodnocení samotné peristaltiky. Na pacientovi si lékař může všimnout i celkového výrazu v podobě schvácenosti a dalších ukazatelů (Souček, 2011, s. 346).

Ultrasonografické vyšetření je pro diagnózu ulcerózní kolitidy také velmi přínosné, zejména v časně fázi fulminantní kolitidy. Lze zde dobře diferencovat jednotlivé vrstvy střevní stěny, okolní kolekci tekutin i perforaci. Při tomto vyšetření jde o metodu expert – dependentní, jejíž výsledky jsou závislé na zručnosti a zkušenosti vyšetřujícího (Souček, 2011, s. 346 - 347). Samotný ultrazvuk však nelze využít k definitivnímu stanovení ulcerózní kolitidy, ale lze ho využívat hlavně k posuzování odpovědi na léčbu a k vyloučení akutních komplikací (Pacienti IBD, 2012, s. 28).

## 2.8 Terapie

Léčba ulcerózní kolitidy je vždy dlouhodobá a komplexně zaměřená. Lze zde léčbu rozdělit na oblasti, kterými jsou dietní a nutriční opatření, konzervativní farmakoterapie, psychoterapie a také chirurgická léčba (Lata, 2010, s. 98).

### 2.8.1 Dietní a nutriční opatření

Tradiční dieta zvaná kolitická se dá srovnávat s dietou bezsezbytkovou. „*Studie posledních desetiletí ukazují, že není nezbytná zejména při remisi choroby. Zdůrazňujeme individuální charakter diety, upozorňujeme na možnost vzniku nebo rozšíření laktóзовé intolerance.*“ (Lata, 2010, s. 97) Existují zde rizikové faktory, jako jsou náhlé změny v dietních návycích, které se často vyskytují při cestování, spojené se změnami charakteru střevní mikroflóry. Při fulminantním vývoji ulcerózní kolitidy je třeba parenterální výživy a při toxickém megakolon je naprosto nezbytnou součástí. V oblasti ambulantní léčby může být dlouhodobá substituce makro- i mikroelementů (Lata, 2010, s. 97). Hodnocení parametrů nutriční, volba doplňků vhodných k výživě a možnost nutriční podpory formou doplňků stravy jsou součástí léčby ulcerózní kolitidy (Dítě, 2011, s. 67).

### 2.8.2 Konzervativní farmakoterapie

Mezi základní skupiny ve farmakoterapii, které se používají při léčbě IBD, patří aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva a biologická terapie. Doplnující léčba spočívá v podávání antibiotik, probiotik, respektive prebiotik (Zbořil, 2012, s. 38).

Aminosalicyláty patří od roku 1942 mezi základy léčby v době, kdy jejich použití v léčbě ulcerózní kolitidy popsala N. Svarz. Původní sulfasalazin se dnes již využívá minimálně z důvodu možných vedlejších účinků. K dispozici je řada preparátů, které jsou od sebe odlišeny zejména mechanismem uvolňování účinné látky v závislosti na střevním pH. Doporučená denní dávka v akutní fázi nemoci je 4g a ve fázi udržovací kolem 2 až 3 g na den. Rozvoj efektivity léčby podle různých studií pohybuje okolo 8 až 12 týdnů. Možnost přejít na udržovací terapii je tedy možný až po tomto časovém úseku. Mesalazin je dostupný ve formě čípků a nálevů. Lokalizace choroby vždy pomáhá zvolit vhodnou lékovou formu. Čípky působí pouze v rektální oblasti, nálevy mohou dosáhnout lienální flexury až aborální poloviny příčného tračníku. Mesalazin lze s úspěchem použít při navození remise choroby s mírnou až střední aktivitou (Zbořil, 2012, s. 38-39).

Kortikosteroidy se v léčbě IBD objevily již v roce 1954 a dodnes dosahují téměř nezastupitelně. Léčba systémovými steroidy se zahajuje obvykle v dávkování 0,5 až 1,0 mg/kg denně. Udržovací dávky se poté pohybují okolo 20mg na den. Mimo systémové kortikosteroidy jsou na trhu i kortikosteroidy topické, jejichž výhodou je minimální vedlejší systémový účinek. Do této skupiny se řadí přípravek Budesonid, který je také ve formě rektálních nálevů a účinek těchto kortikosteroidů je obdobný s lokálně aplikovanými aminosalicyláty (Zbořil, 2012, s. 39-40).

Imunosupresiva jsou indikována při stavech, jako je navození remise, prodloužení navozené remise neboli profylaxe a k léčbě komplikací. Při navození remise je indikací kortikorezistence a kortikodependence. K prodloužení navozené remise se osvědčil azathioprin/6-merkaptopurin a aminosacyláty. Při léčbě komplikací se indikuje přípravek Cyklosporin, který je specifický pro terapii toxické megakolon (Zbořil, 2012, s. 41).

### 2.8.3 Biologická léčba

Biologická terapie tvoří novou kapitolu v léčbě IBD. „*FDA v roce 1997 definuje biologickou terapii jako podání látek různého složení a mechanismů účinku, které zasahují do imunitních a zánětlivých dějů, provázejících vznik a vývoj ISZ. Patří sem terapeutická séra, toxiny, antitoxiny a produkty živých nebo usmrcených mikroorganismů*“ (Dítě, 2011, s. 61).

Lék **Infliximab** byl v roce 2006 do terapie ulcerózní kolitidy schválen na základě přívētivých výsledků klinických studií ACT 1, ACT 2. Jedná se o lék druhé, respektive třetí volby, který se používá při neúčinné léčbě kortikosteroidy nebo imunosupresivy. Dosáhl již v 8. týdnu efektivní terapie u 32-65% léčených vůči 15-32% souboru placebo. Klinicky úspěšná je odpověď léčby při prokazatelném slizničním hojení, neboť tato skutečnost výrazně ovlivňuje prognózu onemocnělých v kladném směru. Při fulminantním průběhu choroby se nasazení infliximabu označuje jako tzv. záchranná léčba, která je pro terapii tohoto průběhu choroby specifická (Dítě, 2011, s. 66).

Infliximab je chimérická monoklonální protilátka proti TNF $\alpha$  třídy IgG, obsahující 75 % lidské a 25 % myší bílkoviny. Infliximab je podáván formou intravenózních infúzí, při terapii IBD v základním dávkování 5 mg/kg váhy. Nyní léčbu infliximabem podstupuje přes milion pacientů z příčin gastroenterologických, revmatologických a dermatologických (Zbořil, 2012, s. 74).

„*Adalimumab* je rekombinantní humánní monoklonální protilátka proti TNF $\alpha$  třídy IgG.“ (Zbořil, 2012, s. 79) Je podáván formou subkutánních injekcí pravidelně po 14 dnech. Indukční terapie jsou dvě dávky, první je 80 – 160 mg, druhá 40 – 80 mg a pokračuje se dávkováním 40 mg. Do přípravy se dostávají i injekční pera pro jednoduchou aplikaci, kterou by měl zvládnout sám pacient (Zbořil, 2012, s. 79; Pavelka, 2014, s. 268)

V dnešní době je tímto lékem léčeno přes čtvrt milionu pacientů z příčin gastroenterologických, revmatologických a dermatologických. V gastroenterologii je prozatím používán při neodpovídavosti nebo nemožnosti léčby infliximabem. Lze ho však brát jako rovnocenný lék první volby (Zbořil, 2012, s. 79).

V roce 2012 probíhaly studie sledující efektivitu adalimumabu v léčbě ulcerózní kolitidy se střední a těžkou aktivitou. V indikaci ulcerózní kolitidy tento lék čekal na schválení v České republice. V současnosti je k dostání (Zbořil, 2012, s. 81).

Rozdíly v účinnosti infliximabu a adalimumabu v léčbě ulcerózní kolitidy jsou porovnávány studií ACT a ULTRA. Je známé, že efekt infliximabu je lepší na začátku terapie. Na léčbu odpovídá více než dvě třetiny pacientů a přibližně třetina z nich dosáhne v 8. týdnu klinické remise. Krátkodobá odpověď na adalimumab mírně přesahuje 50 % remise a dosáhne necelých 20 % pacientů. Po jednom roce se výsledky vyrovnávají. Odpověď přetrvává u 30 až 40 % pacientů, v remisi jich je téměř pětina v obou sledovaných skupinách. Zatímco tedy počet respondentů na léčbu infliximabem během prvního roku klesá, podávání adalimumabu má v tomto stejném období setrvalý či jemně vzestupný efekt (Pavelka, 2014, s. 269).

Jiná biologická léčba v podobě certolizumabu, onerceptu ani natalizumabu není v České republice pro léčbu idiopatických střevních zánětů registrována (Zbořil, 2012, s. 82).

Jako indikace se zvýšenou potřebou biologické terapie ulcerózní kolitidy, byly vyhodnoceny tyto ukazatele. Jedná se o mladší věk, konkrétněji pod 45 let, kortikodependence a kortikorezistence, chronická perzistující aktivita a vysoká hladina fekálních markerů aktivity a C – reaktivního proteinu. V dnešní době lze také indikační kritéria rozdělit do čtyř skupin (Zbořil, 2012, s. 112).

První skupinou je středně a vysoce aktivní ulcerózní kolitida. Jestliže pacienti s tímto průběhem nemoci nereagují na terapii kortikosteroidy a imunosupresivy, jsou vhodni pro biologickou terapii. Druhou skupinu tvoří záchranná terapie při vysoké aktivitě choroby.

Třetí skupinu tvoří kortikodependentní ulcerózní kolitida. Je to skupina pacientů, kteří mají prokazatelnou závislost na kortikosteroidní terapii a nereagují přijatelně na imunosupresivní léčbu, nebo jim nemůže být podána z rizika nežádoucích účinků. Poslední indikační skupinou jsou pacienti s mimostřevními manifestacemi (Zbořil, 2012, s. 112).

Specifická kontraindikace pro biologickou léčbu ulcerózní kolitidy je toxické megakolon. Dalšími kontraindikacemi jsou těžká alergická reakce, sepse a přítomnost abscesu, tuberkulózní infekce, demyelinizační onemocnění, autoimunitní choroby a rakovinotvorné onemocnění. Dále pokročilé srdeční selhávání, infekce virovou hepatitidou B a C a náhlé příhody břišní (Zbořil, 2012, s. 113).

#### **2.8.4 Psychoterapie**

Tato oblast má v psychosomatické složce velký význam, avšak v praxi obvykle nedoceněný. Vyžaduje vždy mnoho zkušeností a v první řadě čas (Lata, 2010, s. 98).

Pacienta s ulcerózní kolitidou čeká obtížné poslání v podobě zvládnutí chronického onemocnění. Shontz už v roce 1975 popsal etapy boje s chronickou nemocí. První etapou je fáze šoku, ve které se pacient chová jako duchem nepřítomný. Tato psychická stagnace může být provázena fázemi zděšení. Další, druhou fází je usebrání, kdy se pacient vrací do reality a jeho myšlenky jsou značně neucelené a je ovlivněn negativně laděnými emocemi. Vládne zde strach, žal, zármutek, pocit bezmoci a častá podrážděnost vůči okolí. Třetí fází je stažení ze hry, kdy pacient uniká do mentálního osamění. Je to fáze zejména obtížná pro pacientovo okolí, avšak pro pacienta má velký smysl, protože má sám pro sebe čas na vytvoření plánu dalšího postupu. Poslední, čtvrtou fází je program k řešení krize. Zde si může okolí na pacientovi všimnout změny osobní identity pacienta, mění se prostor jeho pohybu, i role a mění se i jeho vlastní perspektivy. Pokud nemocný projde těmito fázemi s úspěchem, dochází u něho k adaptaci na nemoc (Zbořil, 2012, s. 56-57).

Z hlediska psychické náročnosti má ulcerózní kolitida významnou pozici z různých důvodů. Charakter nemoci a průvodní obtíže jsou společensky velmi obtížné. Zasahuje do intimní složky člověka a pro pacienta je velmi těžké o ni hovořit, jak se zdravotním personálem, tak i s blízkým okolím (Zbořil, 2012, s. 57).

#### **2.8.5 Chirurgická léčba**

Indikace k ní se považuje jako urgentní v podobě ileostomie, kolektomie nebo elektivní při chronicitě s komplikacemi. Relativně úplné řešení ulcerózní kolitidy tvoří subtotální

kolektomie s tzv. ileopouchální anastomózou. Při tomto výkonu je konečná část lačnicku zahnutá ve tvaru písmene J, přičemž se obě ramena prošíjí a vrchol písmene se napojí na anální kanál. Dochází tak k zachování kontinence s dále je vytvořen rezervoár nahrazující funkci rekta, v kapacitě až 50 %. Nevýhodou pouche je však riziko analogického zánětu neboli pouchitidy. V případě pouchitidy se nasazuje léčba antibiotická a profylakticky zde lze provádět lokální nálevy s ASA nebo budesonid (Souček, 2011, s. 351).

Nutnost operačního výkonu přichází v úvahu tam, kde nemoc trvá v aktivní formě déle než 15 let, jestliže nemoc přestane odpovídat na medikamentózní léčbu, v bioptických vzorcích je podezřelá aktivita, patologické změny nasvědčující rakovině nebo když je ulcerózní kolitida provázena závažnými orgánovými změnami. K urgentnímu chirurgickému výkonu jsou určeny velké stavy krvácení, stavy celkové infekce, vznik perforace střeva do dutiny břišní (Šváb, 2000, s. 50).

### 3 Specifikace potřeb u nemocných s ulcerózní kolitidou

Moderní ošetřovatelství je charakterizováno systematickým hodnocením a plánovitým uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Zásadou ošetřovatelského procesu můžeme realizovat uspokojování potřeb člověka. Ošetřovatelský proces může být charakterizován jako myšlenkový algoritmus sestry při naplánování ošetřovatelských úkonů a systémem postupů při ošetřování pacienta (Trachtová, 2013, s. 9).

#### 3.1 Definice a dělení potřeb

*„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“* (Šamánková, 2011, s. 12).

Potřeby člověka vznikají hned po narození a trvají až do konce života. Základní rozdělení potřeb sestavil Abraham Maslow ve 40. letech minulého století. (Šamánková, 2006, s. 55; Bašková, 2008, s. 20)

Abraham H. Maslow byl americký psycholog, zabývající se problematikou potřeb člověka a motivacemi, které vedou člověka k jejich následnému naplnění. Propracoval hierarchický systém lidských potřeb. Jeho pyramida lidských potřeb je zobrazena na (Obr. 11) (Bašková, 2008, s. 20).

Potřeby se dají rozdělit na primární a sekundární. Primární neboli základní potřeby jsou pro člověka nezbytné v zachování lidské existence. Jde o potřeby biologické, jako je dostatek vzduchu, vyloučení počiňovaných škodlivých virů, pocit hladu a jeho následné uspokojení, potřeba odpočinku a spánku, potřeba tepla a patří sem i potřeby sexuální s potřebou rozmnožování se. Do této kategorie lze zařadit i potřeba bezpečí. (Šamánková, 2006, s. 56; Bašková, 2008, s. 15)

Do potřeb sekundárních řadíme potřeby, které život obohacují a tvoří ho příjemnějším. Každý jedinec má určitou hodnotovou stupnici, která zdůrazňuje jeho důležitost různých životních hodnot. Tato hodnotová stupnice souvisí s následnými životními motivacemi a se schopností a vůlí překonávat určité překážky. Shoda mezi orientací hodnotovou a jejím naplněním přináší jedinci duševní klid a vyrovnanost (Šamánková, 2006, s. 56).



Dále se uvádí dělení potřeb vyplývající z jejich obsahu. Jsou to potřeby fyziologické, psychické, sociální a spirituální (Šamánková, 2006, s. 57).

Fyziologické potřeby jsou potřeby základní, řadíme zde instinkty, pudy, spánek, hygienu, potřebu tepla, stravy, zdraví, mírnění bolesti, potřebu fyzického kontaktu a uspokojení potřeb sexuálních (Šamánková, 2006, s. 57).

Psychické potřeby vycházejí z individuálního vnímání světa. Jedná se o potřeby naplňování rozvoje osobnosti, určitou potřebu jistoty a psychického bezpečí, potřebu být bez strachu, potřebu lásky, potřebu vyjadřovat se a být vyslechnut (Šamánková, 2006, s. 57).

Sociální potřeby se týkají informovanosti o sobě a okolí, potřeby péče o své zdraví a zdraví svých blízkých, potřeby ekonomické jistoty, potřeby kontaktu s blízkými lidmi, potřeba patřit do nějaké skupiny. K naplnění potřeb zde dochází pomocí aktivity a prožitků. (Šamánková, 2006, s. 57; Bašková, 2008, s. 161)

Spirituální potřeby se týkají duchovního života. Jedná se zde o víru a vyznání každého člověka. (Šamánková, 2006, s. 57; Bašková, 2008, s. 169)

### **3.2 Ošetřovatelský proces naplnění potřeb v nemoci**

Ošetřovatelský proces je systémem pro plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jedná se o proces, kde se jednotlivé fáze vzájemně prolínají a opakují. Smyslem ošetřovatelského procesu je odborné a kvalitní plánování postupu při uspokojování potřeb pacientů. Skládá se z pěti fází (Trachtová, 2013, s. 9).

1. Posuzování, sběr informací a třídění následných údajů. Jedná se zde o sestavení sesterské anamnézy, která se neshoduje s anamnézou lékařskou, i když se vzájemně doplňují (Šamánková, 2006, s. 32-33).
2. Ošetřovatelská diagnóza. Tím se rozumí identifikace potřeb nemocného, posouzení míry jejich naplnění a narušení a hledání cest k nápravě (Šamánková, 2006, s. 33). Rozdělujeme se na aktuální, potenciální a syndromovou, na podporu zdraví a wellness ošetřovatelskou diagnózu (Plevová, 2011, s. 116). Aktuální diagnóza vyjadřuje přítomný problém nebo potřebu v podobě nechutenství, nespavosti, apod. Potenciální diagnóza vyjadřuje zaměření sester na případná rizika ohrožení pacienta v podobě rizika malnutrice, rizika vzniku dekubitů apod. Syndromová diagnóza se zaměřuje na kombinaci aktuálních a potencionálních diagnóz produkující ošetřovatelský

syndrom (Šamánková, 2006, s. 33). Ošetřovatelská diagnóza na podporu zdraví je klinický závěr o touhách, motivaci člověka, rodiny nebo komunity zvětšovat celkovou pohodu a vylepšovat ochotu pro specifické chování na podporu zdraví. Wellness ošetřovatelská diagnóza popisuje reakci člověka, rodiny nebo komunity na celkovou subjektivní pohodu a ukazující se snahu o zlepšení. Měly by zde být splněny dvě kritéria v podobě vykazování známek dobrého tělesného a duševního zdraví člověka, rodiny nebo komunity a dále vyjádřené přání dosahovat lepší úrovně zdraví (Plevová, 2011, s. 198).

3. Plánování ošetřovatelské péče je vytvoření ošetřovatelských strategií a intervencí. Jedná se zde o určení krátkodobých a dlouhodobých cílů péče a plánování metod a cest k naplnění stanovených plánů (Šamánková, 2006, s. 34).
4. Realizace ošetřovatelské péče vyjadřuje užití ošetřovatelských strategií v praxi, kdy se zaměřujeme na dosažení cílených výsledků (Šamánková, 2006, s. 34).
5. Vyhodnocení ošetřovatelské péče znamená vyhodnocení účinku poskytnuté péče. Mělo by obsahovat objektivní zhodnocení sestrou a subjektivní zhodnocení pacientem. Kvalitu dosažených výsledků posuzujeme v porovnání se stanovenými normami (Šamánková, 2006, s. 34).

### **3.3 Specifikace potřeb v NANDA doménách**

Asociace NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) vznikla z národní konference skupiny vytvořené v roce 1973 na první národní konferenci o klasifikaci ošetřovatelských diagnóz v St. Louis, Missouri. Vznik NANDA měl zintenzivnit vývoj ošetřovatelské diagnostiky. Hlavním účelem je standardizace terminologie v oblasti ošetřovatelských diagnóz. Tato standardizace v taxonomii II definuje následující domény. (Plevová, 2011, s. 192-194; NANDA International, 2013, s. 56)

#### **3.3.1 Podpora zdraví**

Pacient s ulcerózní kolitidou by měl být dispenzarizován v poradně pro léčbu ulcerózní kolitidy. Měl by pravidelně navštěvovat svého lékaře při objevení obtíží v souvislosti s jeho onemocněním a podstupovat potřebná vyšetření. Důležitá je informovanost nemocného o své chorobě například pomocí edukačních letáků, informací od zdravotníků a různých sdružení pro lidi trpící autoimunitními záněty střev. Při každé změně zdravotního stavu je nutné situaci okamžitě řešit a nemocný by měl být informován o příznacích a možných komplikacích

choroby. Pacient by měl dodržovat životosprávu vhodnou pro jeho onemocnění a měl by se vyhýbat kouření či konzumaci alkoholu. Neměl by zapomínat na udržování sebeděče a snahu přizpůsobit se současnému zdravotnímu stavu (NANDA International, 2013, s. 4-5).

### **3.3.2 Výživa**

Pacient s ulcerózní kolitidou ve většině případů čelí nechtěnému úbytku hmotnosti v důsledku častých průjmů a dalších zažívacích potíží. Výživa je velmi důležitou součástí udržování choroby v klidovém stavu a proto by měl být pacient podrobně edukován kompetentními osobami o nutnosti dodržování specifické diety. Důraz je kladen i na pravidelnost stravování a kontrolu následného trávení. Nutností je všítat si frekvence možného zvracení a nausey. Pacient s ulcerózní kolitidou trpí často nechutenstvím, proto se u něho provádí nutriční screening. Na téma dietního stravování při ulcerózní kolitidě vzniklo několik odborných knih, kde se pacient může o vhodnosti stravování dozvědět. Také se nesmí zapomínat na správnou bilanci tekutin, která je při tomto onemocnění ohrožena. Tím, že pacient s ulcerózní kolitidou trpí častými průjmy, může být dehydratován a může docházet k rozvratu vnitřního prostředí organismu (NANDA International, 2013, s. 6-7).

### **3.3.3 Vylučování a výměna**

Z oblasti vylučování je nejpodstatnější sledování odchodu stolice. U nemocného se hodnotí frekvence vylučování stolice za den, příměsi v podobě krve, hlenu nebo nestrávených zbytků potravy. Charakter stolice bývá nejčastěji průjmovitý. Časté průjmy bývají doprovázeny křečovými bolestmi břicha, proto je u takového pacienta důležitý monitoring bolesti a následná úlevová nebo analgetická léčba. Pečuje se i o okolí konečníku, kde můžou v důsledku onemocnění vznikat defekty na kůži a sliznici. Jsou možné i změny ve vylučování moči a také se mohou vyskytovat změny v pocení pacienta (NANDA International, 2013, s. 8-9).

### **3.3.4 Aktivita/odpočinek**

Hodnotí se fyzická kondice a úroveň soběstačnosti pacienta podle Barthelova testu všedních činností. Je důležité se zajímat o volnočasové aktivity člověka s tímto onemocněním a jeho přizpůsobení se na současnou zdravotní situaci. Zjišťuje se například, jestli nemocný navštěvuje kulturní akce, veřejná místa a zda netrpí strachem z návštěvy veřejných míst z důvodu obavy z nedostupnosti toalet. Každý pacient by měl být edukován o vhodnosti všedních aktivit při jeho onemocnění. Sleduje se výskyt únavy, která se u těchto nemocných

vyskytuje. Důležitá je i kvalita spánku, jeho případné poruchy a následná potřeba medikace pro lepší spánek (NANDA International, 2013, s. 10-13).

### **3.3.5 Vnímání/poznávání**

V této oblasti se hodnotí vědomí pacienta, které by nemělo být nijak ohrožené, pokud nedošlo k závažným komplikacím choroby. Orientace a pozornost by měly být zachovány. V této oblasti je důležité hodnocení bolesti pacienta, která se většinou objevuje v podobě křečovitých bolestí břicha. Bolest se hodnotí na vizuální analogové škále bolesti a nezapomíná se na lokalizaci, stupeň a charakter bolesti (NANDA International, 2013, s. 13-15).

### **3.3.6 Vnímání sebe sama**

Zde se klade důraz na to, jaké může mít pacient obavy z budoucnosti nebo ze zařazení se do běžného denního provozu. Je důležité, zda nemocný má společenské kontakty a neizoluje se doma. Také se zjišťuje, jak se pacient s novou situací vyrovnává, jestli je schopen se přizpůsobit této nemoci (NANDA International, 2013, s. 15-16).

### **3.3.7 Vztahy mezi rolemi**

V této oblasti je důležité podporovat pacienta pro lepší zvládnání nastolené situace. Je třeba, aby měl pacient na blízku osoby, které mu pomáhají vyrovnat se s jeho chorobou. Může jít konkrétně o životního partnera nebo blízké přátelé či spolupracovníci z práce, pokud pacient do práce dochází. Svoji důležitost má rodinné zázemí, děti a vztahy, které mezi rodinnými příslušníky panují (NANDA International, 2013, s. 16-19).

### **3.3.8 Sexualita**

Sexualita může být narušena v období zhoršování choroby, kdy pacient může být značně zesláblý a z tohoto důvodu může mít i snížené libido. Časté průjmy mohou narušit intimitu pacienta a může se za příznaky své nemoci stydět. U žen se dbá na nutnost pravidelných gynekologických prohlídek (NANDA International, 2013, s. 19-21).

### **3.3.9 Zvládnání/tolerance zátěže**

Zátěž se zvládá lépe s oporou druhé osoby, a proto můžeme navázat na předchozí oblast vztahů, kde se hledá nejbližší osoba nemocného, která mu pomáhá se situací lépe vyrovnat. Radí se sem i možnost docházet do práce a do společnosti k prevenci izolace nemocného, která by mu mohla přinášet zátěž ve formě stresu. Zjišťují se formy vyrovnání se zátěžovou

situací, ať už ve formě relaxačních technik nebo rozhovoru s blízkou osobou či psychologem (NANDA International, 2013, s. 21-27).

### **3.3.10 Životní principy**

Zde se jedná například o pacientovu víru, pokud je věřící, a jak má seřazené své životní hodnoty. Při propuknutí choroby bude zdraví nejspíše v popředí hodnot. (NANDA International, 2013, s. 27-28).

### **3.3.11 Bezpečnost/ochrana**

Pacienti s ulcerózní kolitidou by měli být co nejvíce srozuměni s informacemi o své chorobě. Při objevení komplikací by měli okamžitě navštívit svého lékaře a tím předejít zhoršení zdravotního stavu (NANDA International, 2013, s. 28-32).

### **3.3.12 Komfort**

Komfort může být u nemocných určován stádiem choroby. Pokud se u nemocného momentálně neprojevují příznaky nemoci a choroba je v klidové fázi, může pacient například cestovat, věnovat se svým koníčkům a docházet do společnosti. Do této oblasti by bylo možné zařadit u onemocnělých žen v produktivním věku i možnost otěhotnět a prožít těhotenství bez komplikací (NANDA International, 2013, s. 32-33).

### **3.3.13 Růst/vývoj**

U nemocných s ulcerózní kolitidou bývá velký výskyt malnutrice z důvodu četných průjmů a nechutenství. Proto se hlavně u dětí s touto chorobou vyskytuje riziko poruchy růstu a vývoje (NANDA International, 2013, s. 33).

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 4 Sběr dat u nemocných s ulcerózní kolitidou

V této části bakalářské práce je popsán sběr dat od pacientů s ulcerózní kolitidou. Jsou zde vytyčeny cíle bakalářské práce. Je zde podrobně popsána i metodika sběru dat. V průběhu sběru informací bylo vypracováno deset ošetřovatelských anamnéz, z nichž byly vybrány tři, které byly zpracovány do kazuistik. Tyto tři kazuistiky byly vybrány pro svou specifičnost v průběhu a léčbě choroby. První kazuistika se týká klienta s nově diagnostikovanou ulcerózní kolitidou. Druhá kazuistika se týká klienta, který dochází na biologickou léčbu formou subkutánních injekcí. Třetí kazuistika se týká klientky, která dochází na biologickou léčbu formou infúzí.

#### 4.1 Metodika

Sběr dat probíhal v nemocnici krajského typu na interním oddělení, v centru biologické léčby a v gastroenterologických poradnách příslušné nemocnice. Pro sběr dat byl vydán souhlas dané nemocnice. Data byla shromažďována v období od března do května roku 2015. Sběr dat byl prováděn s klienty nemocnými ulcerózní kolitidou, kteří byli ochotni poskytnout informace o svém průběhu choroby a dalších okolnostech v souvislosti s chorobou. Ještě před zahájením rozhovoru s klientem byl každý z nich informován o jejich anonymitě při shromažďování dat, o důvodu zjišťování informací, jakou formou budou informace získávány a jak dlouho bude rozhovor přibližně trvat. Dodatečné informace o klientově zdravotním stavu byly získávány ze zdravotnické dokumentace s ústním souhlasem klienta. Souhlas s vyplněním anamnézy probíhal u každého klienta také ústní formou. Každý rozhovor s klientem trval kolem třiceti minut a následná data byla zapisována do předpřipravených anamnéz, které jsou vloženy v příloze (Příloha D – Ošetřovatelské anamnézy).

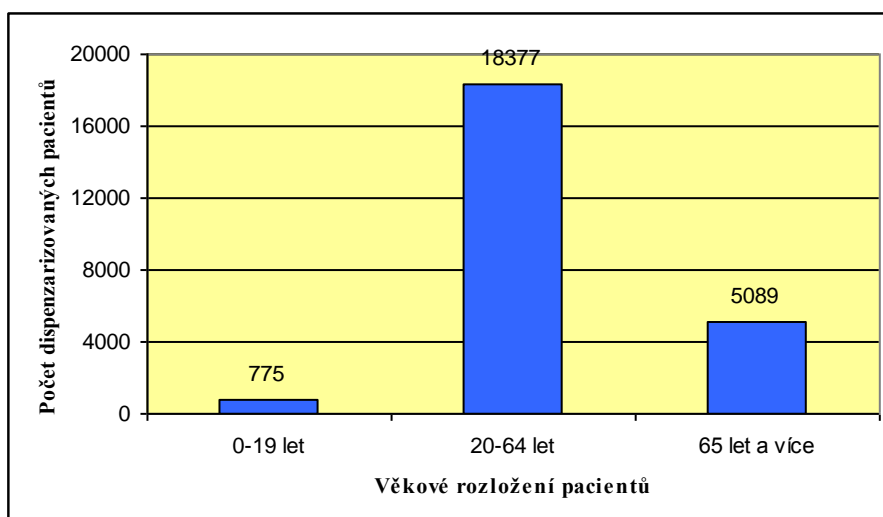
Byla použita ošetřovatelská anamnéza používaná pro výukové účely FZS UPCE, která slouží k získávání informací formou dotazování a pozorování klienta jako celku. Pomocí této anamnézy se zjišťují možné patologie z oblastí všech tělních systémů a dále se posuzuje současný stav potřeb klienta na základě 13 ošetřovatelských domén. Dále zde posuzujeme možná rizika ve stanovených testech a škálách. Tato anamnéza byla ještě obohacena o otázky specifické pro zjištění konkrétní problematiky spojené s nemocí. Před zahájením sběru dat

byla anamnéza zkonzultována s vedoucí práce a se zdravotní sestrou pracující na interním oddělení, konkrétně na sálku pro biologickou léčbu.

K rozhovoru s klientem nebylo vždy možné zajistit úplné soukromí. Rozhovory probíhaly na sálku biologické léčby, na pokoji interního oddělení a v gastroenterologické poradně. Bylo osloveno 11 klientů, ze kterých nesouhlasil se sběrem dat pouze jeden.

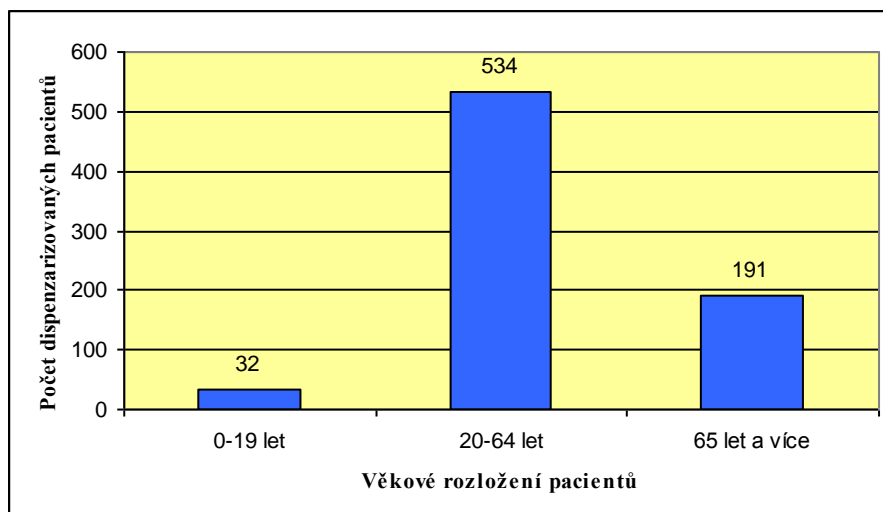
V praktické části bylo zpracováno deset anamnéz a z toho byly vytvořeny kazuistiky, ke kterým je následně zpracováno posouzení současného stavu potřeb. Kazuistiky byly vytvořeny formou ošetřovatelského procesu. Tři nejzajímavější kazuistiky byly zveřejněny v praktické části bakalářské práce. Dále jsou u každého vybraného klienta založeny ošetřovatelské diagnózy, které pomáhají vytvořit plán péče individuálně pro každého klienta.

## 4.2 Statistické údaje



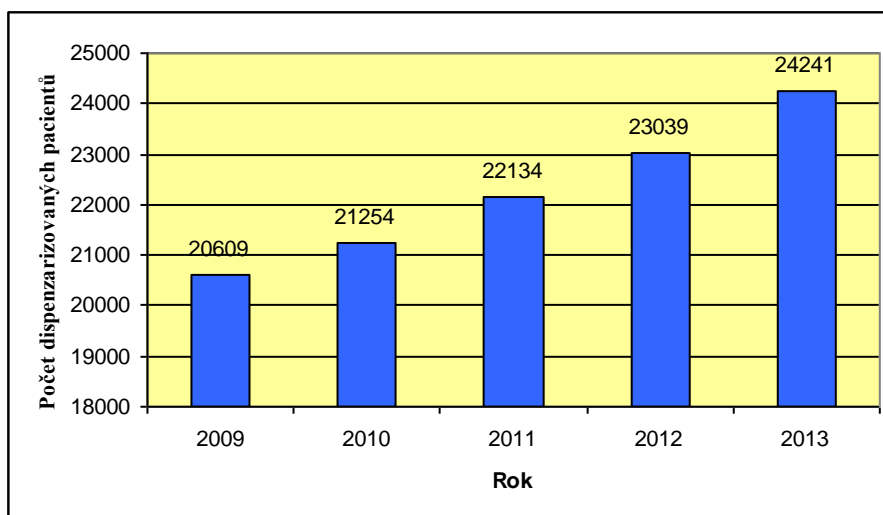
Obr. 1 - Graf počtu dispenzarizovaných pacientů za rok 2013 v ČR podle (ÚZIS ČR, 2015b, s. 76)

Na grafu (Obr. 1) můžeme vidět počty dispenzarizovaných pacientů za rok 2013 pro celou Českou Republiku. Za rok 2013 v České Republice bylo 24 241 dispenzarizovaných nemocných s ulcerózní kolitidou. Je zde názorně vidět, že nejvíce zastoupenou skupinu tvoří nemocní pacienti ve věku 20 až 64 let. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou nemocní ve věku 65 let a více a nejmenší zastoupení má skupina věkového rozložení od 0 až 19 let (ÚZIS ČR, 2015b, s. 76).



**Obr. 2 - Graf počtu dispenzarizovaných pacientů za rok 2013 v Pardubickém kraji podle (ÚZIS ČR, 2015b, s. 76)**

Na grafu (Obr. 2) můžeme vidět skupiny věkového rozložení v Pardubickém kraji za rok 2013. Nejméně zastoupenou skupinu tvoří pacienti ve věku 0 až 19 let, stejně jako v grafu na (Obr. 1). Nejvíce je shodně jako v předchozím grafu zastoupení věkové skupiny 20 až 64 let a střední početnou skupinou jsou pacienti ve věku 65 let a více (ÚZIS ČR, 2015b, s. 76).



**Obr. 3 - Graf počtu dispenzarizovaných pacientů za rok 2009 až 2013 v ČR podle (ÚZIS ČR, 2015a)**

Na grafu (Obr. 3) je jasně znázorněno, jak prudce v České Republice od roku 2009 stoupá celkový počet dispenzarizovaných nemocných ulcerózní kolitidou, až do roku 2013, kde se výskyt nemocných vyšplhal až na číslo 24 241 z původních 20 609 v roce 2009 (ÚZIS ČR, 2015a).



## 5 Kazuistika č. 1

63letý muž v invalidním důchodu odeslaný praktickým lékařem na interní oddělení nemocnice s žádostí o dovyšetření pacienta a zvážení opětovné hospitalizace pro přetrvávání průjmů a sklonům k hypotenzi. V době 13.–21. 4. 2015 proběhla hospitalizace klienta na interním oddělení pro akutní renální selhání s mírnou retencí N- katabolitů a dehydratací při průjmovitém onemocnění. Nyní (30. 4.) stále průjmy přetrvávají od doby propuštění z nemocnice, bolesti břicha v místě kýly a u klienta jsou dále sklony k hypotenzi.

### Anamnéza

**Osobní:** dlouhodobě se léčí s ischemickou chorobou srdeční, srdečním selháním NYHA II., arteriální hypertenzí, chronickou renální insuficiencí s mírnou retencí N – katabolitů, dyslipidemií, hyperurikémií, hepatopatií toxonutriční, inquinalní kýlou indikovanou k operaci, normocytární anémií, nově zjištěna hematurie.

**Farmakologická: doma užíval:** Bisogamma 10 mg 1/2–0–0 (sympatolytika), Anopyrin 100 mg 0–1–0 (antiagregancia), Milurit 300 mg 1–0–0 (antiuratika), Tezeo 80 mg 1–0–0 (hypotensiva), Hipres 10 mg 1–0–0 (hypotensiva), Loradurmite 1–0–0 (diuretika), Rilmenidin 1–0–0 (hypotensiva), Rosumop 40 mg 0–0–1 (hypolipidemika), **za hospitalizace vysazeno:** Tezeo 80 mg, Hipres 10 mg, Loradurmite, Rilmenidin, Rosumop 40 mg, **za hospitalizace nově medikováno:** Prednison F 20 mg 1–1–0 (kortikosteroidy), Helicid 20 mg cps 1–0–0 (antiulcerotika), Asacol 400 mg tbl. 3–3–3–3 (antirheumatica), infúze 500 ml H1/1 i.v. kapat na 5 hod. od 12:00

**Alergická:** klient neudává žádnou alergii

**Rodinná:** klient neuvádí žádné závažné onemocnění v rodině

**Sociální:** klient je ženatý, má dvě již dospělé děti a žije s manželkou ve velkém rodinném domě se statkem

**Pracovní:** klient je dlouhodobě v invalidním důchodu z důvodu srdečního onemocnění

**Hlavní diagnóza:** Ulcerózní kolitida – floridní pankolitida

**Vedlejší diagnózy:** Ischemická choroba srdeční, srdeční selhání NYHA II.  
Arteriální hypertenze

Chronická renální insuficience s mírnou retencí N – katabolitů  
Dyslipidémie  
Hyperrurikémie  
Hepatopatie toxonutriční  
Inquinální kýla indikovaná k operaci  
Normocytární anémie  
Hematurie

#### **Vyšetřovací metody během hospitalizace:**

- Biochemické vyšetření krve (30.4.2015) – dále odběry obden  
Urea 7.6 (ref. meze 2.5 – 6.4 mmol/l), Kreatinin 319 (ref. meze 44 – 110  $\mu$ mol/l), Na – natrium 125 (ref. meze 136 – 145 mmol/l), K – kalium 4.5 (ref. meze 3.5 – 5.1 mmol/l), Cl – chloridy 95 (ref. meze 98 – 107 mmol/l), CRP 27.7 (ref. meze 0.0 – 10.0 mg/l)
- Krevní obraz (30.4.2015)  
Leukocyty 9.8 (ref. meze 4.0 – 10.0  $10^9/l$ ), erytrocyty 3.32 ( ref. meze 4.00 – 5.80  $10^{12}/l$ ), Hemoglobin 104 (ref. meze 135 – 175 g/l), Hematokrit 0.321 ( ref. meze 0.40 – 0.50)
- Biochemické vyšetření moče (30.4.2015)  
ph 5 (ref. meze 5.0 – 6.5), Bílkovina 0, Glukóza 0, Ketolátky 0, Bilirubin 0, Urobilinogen 0, Leukocyty 0, Krev 3, Erytrocyty 11 – 20  $\mu$ l, Leukocyty 0 – 4  $\mu$ l, Epitele dláždicové 0-4, specifická hustota 1015
- EKG (30.4.2015)
- Výtěr z rekta na K+C, Clostridium difficile (2.5.2015) - negativní
- Kolonoskopie + odběr bioptického materiálu (4.5.2015) – zjištěny vnitřní hemoroidy, těžké zánětlivé změny s ulceracemi svědčí pro ulcerózní kolitidu, floridní zánět postihuje kompletně celý tračník (MAYO 3) – floridní pankolitida
- Sedimentace (5.5.2015)  
35 za 1 hod/ 83 za 2 hod
- Biochemické vyšetření krve (5.5.2015)  
Urea 17.2 (ref. meze 2.5 – 6.4 mmol/l), Kreatinin 372(ref. meze 44 – 110  $\mu$ mol/l), Na – natrium 137 (ref. meze 136 – 145 mmol/l), K – kalium 4.2 (ref. meze 3.5 – 5.1 mmol/l), Cl – chloridy 103 (ref. meze 98 – 107 mmol/l)
- Krevní obraz (5.5.2015)  
Leukocyty 10.3 (ref. meze 4.0 – 10.0  $10^9/l$ ), erytrocyty 3.04 ( ref. meze 4.00 –

5.80  $10^{12}/l$ )), Hemoglobin 96 (ref. meze 135 – 175 g/l), Hematokrit 0.27 ( ref. meze 0.40 – 0.50), Trombocyty 416 (ref. meze 150 – 400  $10^9/l$ )

- P+V tekutin/ 24hod

#### **Základní screeningové vyšetření sestrou:**

- Celkový vzhled, úprava: klient působí celkem upraveně
- Konstituce: normostenik
- Poloha: aktivní
- Postoj: strnulý
- Chůze: přirozená, zpomalená, ortostatická hypotenze
- Výška: 170 cm, váha: 62 kg, BMI: 21,5 (zhubnutí kolem 10 kg za 2 měsíce)
- Vědomí: při vědomí
- Chápe myšlenky a otázky: ano, ale hůře se získávají potřebné informace, protože klient odpovídá nepřesně, uhýbá k jiným tématům a odpovídá na otázky nekonkrétně
- Závratě: klient poslední dobou závratě udává
- Pozornost: úmyslná, stálá
- Paměť: částečně zapomíná
- Poruchy citlivosti, hybnosti: ne, bez poruchy
- Poruchy řeči: ne, bez poruchy
- Zrak: bez problému, brýle nenosí
- Zornice: izokorické
- Sluch: bez poruchy
- Nos: bez sekrece, bez patologie
- Dutina ústní: rty bledé, ragády v ústních koutcích, chrup vlastní
- Srdce, cévy: TK 100/50, P 95' pravidelný, bolesti na hrudi udává občas a mírně (NYHA II.)
- Dech: 14' bez vedlejších zvukových fenoménů, (saturace 95%), mírná isnpirační dušnost
- Tělesná teplota: 36,7 °C, zvýšeně se potí, hlavně v noci
- Břicho, třísla: inquinální kýla vhodná k operaci
- Močový systém: bez dysurických potíží, ale výdej moče za 24 hod pouze 11, nově zjištěna hematurie
- Defekace: dlouhodobě řídká stolice - průjmy (již přes dva měsíce), 6 – 7 x denně, hnědé barvy, bez příměsí a bez krve, trápí ho tenesmy – časté nucení na stolicí, ale když jde

na toaletu, zjišťuje, že jde jen o pocit nucení na stolicí, ale stolice kolikrát neodchází – někdy pouze hlen, enteroragii udává naposledy před 3 měsíci

- Kůže: zvýšeně se potí přes den i v noci
- Dieta: doma žádnou nedodrží, nyní při hospitalizaci dieta číslo 5, nyní delší dobu (neví, jak dlouho přesně) trpí nechutenstvím, jí poloviční porce než dříve
- Tekutiny: pije málo – kolem 1 l za 24 hodin
- Bolesti: udává bolesti v místě inkuinální kýly, jinak křeče v břiše ho netrápí
- Spánek: má problémy s usínáním a po probuzení se cítí nevyspalý
- Invazivní vstupy: PŽK, G22, zavedený od 1.5.
- Kuřákem do 59 let – skončil s kouřením při objevení se problémů se srdcem
- Omezení v tělesné aktivitě udává z důvodu vyčerpání, občasných závratí, špatného spánku a následné únavy a z častých průjmů.

#### **Testy a škály:**

**GCS:** 15 bodů, bez poruchy vědomí

**MNA:** 7 bodů (mírné snížení příjmu potravy – 1 b., úbytek váhy větší než tři kilogramy – 0b., samostatná chůze bez omezení – 2 b., závažné onemocnění – 0b., žádné psychické problémy – 2b., BMI od 21 a nižší než 23 – 2b. = 7 bodů podvyživený)

**Riziko pádů:** MFS 55 bodů (vedlejší diagnóza – 15 b., i. v. vstup – 25 b., chůze, pohyb – slabé – 15 b. = 55b. vysoké riziko)

**Hodnocení dekubitů dle Nortonové:** 27 bodů (bez rizika vzniku dekubitů)

**Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:**

najít se 0, umýt se 1, vykoupat se 1, obléci se 0, pohybovat se 1

**Barthelův test všedních činností:** ADL 2 - 95 bodů (lehká závislost)

**Vizuální analogová škála bolesti:** udává VAS 4 (VAS 0 – 10), bolest ostrá v místě kýly

## **5.1 Průběh hospitalizace:**

### **1. Den (30.4.2015)**

Klient přijat na doporučení obvodního lékaře na interní oddělení. Seznámen s prostředím oddělení, uložen na lůžko. Nejprve se s klientem vyplnila ošetřovatelská anamnéza, byly vyplněny ošetřovatelské škály, dále byl edukován o všech potřebných náležitostech souvisejících s hospitalizací. Pacient si přečetl informace pro pacienta, současně vyplnil souhlasy stran poskytování informací přes telefon atd. Byl mu přiložen identifikační

náramek na PHK a byl seznámen s domácím řádem oddělení a s právy pacientů. Pacient je soběstačný, chodící raději s doprovodem z důvodu ortostatické hypotenze a nižších TK. Orientovaný, spolupracující. Dieta č. 5, pacient v MNA škále vyšel jako podvyživený – vidím potřebu v kontaktování dietní sestry. Udává bolesti břicha v místě kýly (VAS 4). Osobní věci má u sebe a cennosti v podobě mobilu a peněženky s menším peněžním obnosem vyžaduje mít u sebe. Klient byl uložen do pokoje, který je blízko sesterny z důvodu zvýšeného dohledu na klienta a zároveň blízko toalet z důvodu častých průjmů. Poté se dostaví lékař na oddělení a s klientem si sepíše lékařskou anamnézu. Lékař seznámí klienta s důvodem hospitalizace a dá klientovi podepsat souhlasy s hospitalizací a souhlasy s následnou péčí o klienta. Klient souhlasy podepsal, s následnou péčí souhlasí. Lékař ordinuje v tento den odběry biologického materiálu – krev na biochemické vyšetření, hematologické vyšetření, biochemické vyšetření moči. Natočeno EKG. Změřen TK (100/50), P (95'), TT (36,7°C). Lékař vysadil některé léky z chronické medikace klienta (Tezeo 80 mg, Hipres 10 mg, Loradurmite, Rilmenidin, Rosumop 40 mg). Klient odpočívá v lůžku, dnes byl na stolici 4krát – stolice průjmovitá, stálé nucení na stolici, na toaletu dochází v doprovodu NLZP. Na pokoji se klient obslouží sám, potřeba případného doprovodu na wc – poučen o pomalém vstávání z postele.

## **2. Den (1.5.2015)**

Ráno si udělal pacient hygienu sám s malou dopomocí NLZP. Přes den jí poloviční porce. Lékař v tento den shlédnul laboratorní výsledky z odběrů biologického materiálu. Stanovil zejména hyponatrémii a dehydrataci klienta a naordinoval klientovi infúze 500 ml Hartmanova roztoku i.v., kapat na 5 hod od 12:00. Dále naordinoval klientovi P+V tekutin/24hodin (P=900 ml p.o./500 ml i.v., V=1000ml). TK, P 3krát denně. Nově zjištěna hematurie v moči. Dále zjištěno zvýšené CRP v krvi. Ráno změřen TK (105/55), P (80'). Z důvodu naordinované infúze byl klientovi napíchnut PŽK. Dnes byl klient na stolici 5krát – stolice průjmovitá, tenesmy, na toaletu dochází v doprovodu NLZP. Klient měl rodinnou návštěvu odpoledne.

## **3. Den (2.5.2015)**

Ráno si udělal pacient hygienu sám s malou dopomocí NLZP. Ráno změřen TK (105/60), P (65'), TT (36,5 °C). Dnes opět sledováno P+V tekutin (P=1200 ml p.o./500 ml i.v., V=1400ml). Kontrola PŽK – i.v. vstup M 0. Odpoledne od 12:00 opět nasazena infúze 500 ml H1/1 na 5 hod. Dnes byl na stolici opět 5krát – stolice průjmovitá, na toaletu dochází s doprovodem NLZP. Proveden výtěr z rekta na K+C a Clostridie dle ordinace lékaře.

#### **4. Den (3.5.2015)**

Ráno si udělal pacient hygienu sám s malou dopomocí NLZP. Ráno změřen TK (110/65), P (68'), TT (36,6 °C). Dnes opět sledováno P+V tekutin (P=1300 ml p.o./500 ml i.v., V=1500ml). Kontrola PŽK – i.v. vstup M 0. Odpoledne od 12:00 opět nasazena infúze 500 ml H1/1 na 5 hod. Dnes poučen lékařem o potřebě kolonoskopického vyšetření a o průběhu tohoto vyšetření a podepsán informovaný souhlas s vyšetřením od klienta. Od sesterského personálu byl poučen o přípravě na vyšetření. Ráno měl lehkou snídani v podobě jogurtu a sucharů, odpoledne dostal polévku – vývar a po obědě začal pít postupně 4 litry roztoku Fortrans dle ordinace lékaře až do půlnoci na vyprázdnění. Od oběda tohoto dne nic nejedl až do dne následujícího do doby vyšetření. Pacient se následovně prázdnil a kontroloval se jeho celkový stav. Zvýšený dohled zdravotnického personálu na pacienta.

#### **5. Den (4.5.2015)**

Ráno si udělal pacient hygienu sám s malou dopomocí NLZP. Ráno změřen TK (105/60), P (74'), TT (36,4 °C). Dnes opět sledováno P+V tekutin (P=950 ml p.o./500 ml i.v., V=1000ml). Kontrola PŽK – i.v. vstup M 0. Ráno nic per os dle ordinace lékaře, klient nesnídá, nic nepije a lační. Ráno mu je ještě provedeno 1krát očistné klyzma – odchází pouze voda bez stolice, není třeba opakovat. Kolem 11:00 odjezd na sedačce se sanitářem na kolonoskopické vyšetření. Ve 12:00 návrat z vyšetření. Pacient dostává oběd se svolením lékaře. Odpoledne od 12:00 opět nasazena infúze 500 ml H1/1 na 5 hod. Při kolonoskopickém vyšetření zjištěna ulcerózní kolitida – floridní pankolitida. Změněna medikace lékařem. Nově medikováno: Prednison F 20 mg 1–1–0 (kortikosteroidy), Helicid 20 mg cps 1–0–0 (antiulcerotika), Asacol 400 mg tbl. 3–3–3–3 (antirheumatica). Při odpolední vizitě sděleny klientovi informace o nově diagnostikované chorobě ulcerózní kolitidy. Sdělen důvod nově nasazené medikace a další doporučení. Klient je doporučen na dispenzarizaci do gastroenterologické poradny.

#### **6. Den (5.5.2015)**

Ráno si udělal pacient hygienu sám s malou dopomocí NLZP. Ráno změřen TK (115/70), P (63'), TT (36,5 °C). Dnes opět sledováno P+V tekutin (P=1300 ml p.o./500 ml i.v., V=1500ml). Dnes přepíchnutí nového PŽK. Dle ordinace lékaře nabrány nové odběry – krevní obraz, biochemické vyšetření krve, sedimentace, odběr moči na biochemické vyšetření. Pacient dnes na stolicí nebyl vůbec vzhledem k předchozímu vyšetření a potřebné přípravě na proběhlé vyšetření. Na vizitě konzultace lékařů o případné dimisi

v nadcházejících dnech – nutnost klienta poučit a objednat do gastroenterologické poradny k následné dispenzarizaci.

## **5.2 Posouzení současného stavu potřeb**

### **1. Doména – Podpora zdraví**

Klient svůj zdravotní stav hodnotí jako ne moc dobrý. Příčiny současných onemocnění nezná, a ačkoliv byl do svých 59 let kuřákem, nemá pocit, že by se to na jeho zdravotním stavu mohlo podepsat. Alkohol pije jen výjimečně. Při zdravotních problémech většinou navštíví co nejdříve lékaře, ale současné dlouhodobé průjmy ho donutila řešit manželka. Doporučení lékařů dodržuje jen do určité chvíle, když se jeho zdravotní stav zlepší, přestane léčbu důsledně dodržovat. Občas se splete ve své chronické medikaci a užije více léku, než je třeba, nebo naopak zapomene na medikaci úplně. Informace o svých chorobách si moc nezjišťuje, na lékařské prohlídky chodí celkem pravidelně, ale jednou za čas prohlídku také vynechá. S klientem je horší spolupráce stran domluvy a dodržování léčebného režimu.

### **2. Doména - Výživa**

Pacient v domácím prostředí žádnou dietu nedodržuje. Jí přes den v závislosti na hladu či chuti. Pravidelně se nestravuje. Za hospitalizace má dietu číslo 5. Zhubnul za 2 měsíce cca 10 kg, poslední dobou trpí nechutenstvím. V testu MNA klientovy vyšla podvýživa, a proto by měl být založen nutriční screening a přizvat se nutriční sestra. Nauseu nemá, neudává ani zvracení v poslední době. Denní přísun tekutin není ideální, vypije kolem 1 litru za celý den a udává, že se do pití musí nutit. Z důvodu dlouhodobých neřešených průjmů je dehydratován. Poranění kůže, sliznic se mu hojí dobře.

### **3. Doména – Vylučování a výměna**

Klient nemá problémy s močením. Bilance tekutin je však nevyvážená, vydá méně tekutin, nežli přijme. Nově mu byla objevena hematurie. Na stolici klient chodí obvykle 5krát až 6krát za den. Stolice má průjmovitý charakter, ale neobsahuje příměsi krve, klient udává občas hlen ve stolici. Uvádí bolestivé a časté nucení na stolici, i když kolikrát stolice nedopadne a odchází pouze hlen. Křeče v břiše ho netrápí. Nezvrací. Zvýšeně se potí přes den i přes noc.

### **4. Doména – Aktivita a odpočinek**

Svůj odpočinek tráví klient spíše aktivně. Doma celé dny pracuje okolo svého domu a pole. Je to pro něho i odpočinkem, i když poslední dva měsíce se cítí unavený. Spí málo,

protože má problémy s usínáním, usne 2 až 3 hod po ulehnutí do postele. Občas se v noci vzbudí 1 až 2krát kvůli nucení na stolicí. Léky na spaní žádné neužívá.

#### **5. Doména – Vnímání, poznávání**

Klient nemá potíže se zrakem. Sluch má v pořádku a k pohybu žádné kompenzační pomůcky nepoužívá. S čichem problémy také nemá. K pohybu vidím potřebu doprovodu nyní v období nízkých tlaků a dehydratace klienta z důvodu možného kolapsu.

#### **6. Doména - Vnímání sebe sama**

Klient se nyní cítí celkem dobře. Pobyt v nemocnici ho prý zdržuje od práce doma. Nevidí moc smysl v hospitalizaci v nemocnici. Zdroje ke zvládnutí situace žádné nejmenuje.

#### **7. Doména – Vztahy**

Klient bydlí ve velkém rodinném domě se statkem. Bydlí tam s manželkou. Má dvě již dospělé děti a dvě vnoučata. V rodině udává vztahy přátelské. Rodina ho během hospitalizace navštěvuje, hlavně manželka. Kontakt s lidmi udává častý, přátelí se svými sousedy na vesnici.

#### **8. Doména – Sexualita**

V oblasti sexuality klient žádné problémy neudává.

#### **9. Doména - Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu**

Klient vnímá současnou situaci tak, že nechce nadále trávit čas v nemocnici. Udává, že má doma spoustu práce, ale na negativní revers odejít nechce. Stres v souvislosti s nemocemi má. Snižuje to jeho energii k práci.

#### **10. Doména – Životní principy**

Klient si nedovede svůj život představit bez práce na zahradě, poli a kolem domu. Na rodině mu také záleží a přeje si, aby byly všichni hlavně zdraví. Věřící není a nechce se vírou zabývat.

#### **11. Doména – Bezpečnost, ochrana**

Klient se snaží svoji chronickou medikaci užívat pravidelně, avšak někdy zapomene nebo dávku medikace omylem zdvojnásobí. Na lékařské prohlídky se snaží také docházet, i když to není úplným pravidlem.

#### **12. Doména – Komfort**

Klient udává bolesti v místě inkuinální kýly. Bolest se pohybuje okolo VAS 4, charakteru ostrá, vystřelující. Bolest se zhoršuje při pohybu a při zátěži. Klient se snaží svoji bolest nedávat moc najevo.

#### **13. Doména – Růst, vývoj**

Klient stárne fyziologicky.



### 5.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy

Každá diagnóza a její následný popis jsou čerpány z (NANDA International, 2013).

#### **Průjem (00013)**

**Diagnostická doména:** Vylučování a výměna

**Třída:** Funkce gastrointestinálního systému

**Určující znaky:** Bolesti břicha, tekutá stolice minimálně 3x den, naléhavá potřeba

**Související faktory:** zánět

**Cíle:** Pacient/ klient (dále pouze P/K) bude chodit na stolicí max. 2x denně a průjmy postupně vymizí při залечení choroby

**Intervence:** U P/K kontrolujeme častost odchodu stolice, podáváme medikaci dle ordinace lékaře (dále jen OL), zajišťujeme dostatečnou náhradu tekutin v organismu – infuze dle OL, tekutiny

**Realizace:** Po dobu mé péče jsem u P/K kontrolovala frekvenci odchodu stolice, dohlížela jsem na podávání medikace dle OL, dohlížela jsem na podávání infúzí dle OL, aktivně jsem P/K nabízela tekutiny

**Hodnocení:** Pro nově nasazenou léčbu a krátkodobou péči o P/K prozatím nešlo porovnat.

#### **Snížený objem tekutin v organismu (00027)**

**Diagnostická doména:** Výživa

**Třída:** Hydratace

**Určující znaky:** Snížený krevní tlak, snížený výdej moči, slabost, zrychlený pulz

**Související faktory:** Aktivní pokles objemu tělesných tekutin, selhání regulačních mechanismů

**Cíle:** U P/K bude залечена dehydratace organismu po celou dobu hospitalizace, vypije alespoň 1,5 l tekutin denně

**Intervence:** U P/K pravidelně měříme TK, P, P+V tekutin dle OL, hodnoty TK pod 110/60 hlásíme lékaři, hodnoty pulsu po 60 za minutu hlásíme lékaři, hodnoty příjmu a výdeje tekutin pod 1 l hlásíme lékaři, P/K pobízíme k pití, u P/K podáváme infuze dle ordinace lékaře (dále pouze OL), u P/K provádíme pravidelné odběry biologického materiálu dle OL

**Realizace:** Po dobu mé péče o P/K jsem mu měřila TK, P, P+V tekutin dle OL, aktivně jsem ho pobízela k pití, dohlížela jsem na podávání infúzí dle OL, doptávala jsem se sester na provedené odběry dle OL

**Hodnocení:** P/K již aktivně popíjí tekutiny i bez pobízení ošetřovatelským personálem, TK, P, P+V tekutin je mu po celou dobu hospitalizace měřen, infúze jsou podávány dle OL, odběry se pravidelně provádějí dle OL, cíle splněny

### **Snížený srdeční výdej (00029)**

**Diagnostická doména:** Aktivita/odpočinek

**Třída:** Kardiovaskulární – pulmonální reakce

**Určující znaky:** Únava, dyspnoe, oligurie, změny hodnot tlaku

**Cíle:** U P/K budeme řešit snížený srdeční výdej – informujeme lékaře a řídíme se dle jeho ordinací, a budou se kontrolovat možné příznaky srdeční choroby po celou dobu hospitalizace

**Intervence:** U P/K sledujeme únavu, tážeme se na možnou dušnost, měříme P+V tekutin, měříme TK, P, podáváme medikace dle OL, informuj lékaře při možných projevech

**Realizace:** U P/K byla po dobu mé péče objektivně i subjektivně sledována únava, dotazovaly jsme se K/P na dušnosti, měřily jsme P+V tekutin, dále i TK, P a medikace byla pravidelně podávána dle OL

**Hodnocení:** Lékař byl informován o zvýšené únavě, o bilanci tekutin a o nižších TK, P P/K, medikace byla podávána pravidelně dle OL, dušnosti se neobjevovaly, cíle splněny

### **Chronická bolest (00133)**

**Diagnostická doména:** Komfort

**Třída:** Tělesný komfort

**Určující znaky:** Únava, bolest – VAS 4 v místě kýly, změny ve vzorci spánku

**Související faktory:** Chronické tělesné postižení

**Cíle:** P/k se zmenší intenzita bolesti na VAS bolesti alespoň o polovinu subjektivního pocitu klienta po dobu hospitalizace

**Intervence:** Pomáhej P/K zahájit úlevovou polohu, aplikuj analgetika dle OL, požívej techniky tepla a chladu při zmírňování bolesti, pravidelně zhodnot' bolesti na VAS bolesti

**Realizace:** Po dobu mé péče P/K zaujímal úlevovou polohu sám, dostával analgetika dle potřeby a dle OL – většinou jednou denně, byla mu pravidelně hodnocena bolest na VAS bolesti – jednou za 12 hod, P/K pomáhaly při bolestech kýly teplé obklady do třísla

**Hodnocení:** Úlevová poloha byla zaujata, analgetika byly podávány dle potřeby na základě OL, bolesti byly pravidelně zhodnoceny a obklady do třísla přikládány dle potřeby, cíle splněny

## **Nedostatek spánku (00096)**

**Diagnostická doména:** Aktivita/odpočinek

**Třída:** Spánek/odpočinek

**Určující znaky:** Ospalost během dne, snížená schopnost fungovat, zvýšená citlivost vůči bolesti

**Související faktory:** Přetrvávající nepohodlné prostředí pro spánek

**Cíle:** P/k se po dobu hospitalizace zkvalitní spánek dle subjektivního pocitu P/K

**Intervence:** Zajisti příjemné prostředí, zajisti, aby nebyl na oddělení hluk, vyvětrej místnost před spaním, podávej P/K léky na spaní dle OL

**Realizace:** Sestry na noční službě zajistily P/K tiché prostředí bez hluku, byl na pokoji s přátelskými lidmi v jeho věku, vyvětraly mu místnost před spaním, léky na spaní P/K odmítal

**Hodnocení:** P/K po dobu hospitalizace postupně rychleji usínal a v noci se tolikrát nebudil, jako ze začátku hospitalizace, byly provedeny všechny intervence, cíl splněn

## **Nedostatečné znalosti (00126)**

**Diagnostická doména:** Percepce/kognice

**Třída:** Kognice

**Určující znaky:** Uvádí problém

**Související faktory:** Špatná výbavnost, neobeznámenost se zdroji informací

**Cíle:** P/K získá co nejvíce informací o nově diagnostikované chorobě ulcerózní kolitidě během hospitalizace

**Intervence:** Zajisti opětovný rozhovor lékaře s P/K, edukuj P/K o nemoci dle svých nastudovaných informací, vyhledej pro P/K informační brožury o nemoci, zajisti informovanost rodiny P/K

**Realizace:** P/K si o ranní vizitě ještě jednou popovídal s ošetřujícím lékařem o nově diagnostikované nemoci, sestra mu informace poté ještě jednou zopakovala a zjednodušila dle úrovně chápání P/K, P/K jsem sehnala brožury dostupné v gastroenterologických poradnách o ulcerózní kolitidě, P/K informace předal manželce

**Hodnocení:** P/K ke konci hospitalizace prokazuje větší informovanost o chorobě, cíle splněny

### **Riziko neefektivní renální perfúze (00203)**

**Diagnostická doména:** Aktivita/odpočinek

**Třída:** Kardiovaskulární – pulmonální reakce

**Související faktory/Rizikové faktory:** Renální onemocnění

**Cíle:** Včasně zachytit možné projevy vzniku neefektivní renální perfúze – oligurie, anurie

**Intervence:** kontroluj bilanci tekutin, sleduj možný vznik otoků, anurie, příměsí v moči, zajisti každodenní kontakt s lékařem ke zhodnocení zdravotního stavu P/K

**Realizace:** u P/K se každý den kontrolovala bilance tekutin, byly kontrolovány možné příznaky renálního onemocnění – otoky, výdej tekutin na základě jeho příjmu, příměsí v moči, lékař každý den na vizitě shlédl P/K a provedly mu fyzikální vyšetření v podobě poklepu a pohmatu v okolí uložení ledvin

**Hodnocení:** U P/K se podařilo předcházet včasnému zachycení možného rizika neefektivní renální perfúze, cíle splněny

### **Riziko infekce (00004)**

**Diagnostická doména:** Bezpečnost/ochrana

**Třída:** Infekce

**Související faktory/Rizikové faktory:** Porušená kůže – invazivní vstupy, nedostatečná sekundární ochrana, změněná peristaltika

**Cíle:** Předejít riziku infekce u P/K

**Intervence:** každý den zhodnot' i.v. vstup dle stupnice Maddon, pokud objevíš příznaky možné tromboflebitidy, okamžitě PŽK ex, informovat lékaře

**Realizace:** U P/K se denně provádělo zhodnocení invazivního vstupu v místě PŽK dle stupnice Maddona

**Hodnocení:** Během hospitalizace P/K nedošlo ke vzniku infekce v místě i.v. vstupu, cíle splněny

### **Riziko pádu (00135)**

**Diagnostická doména:** Bezpečnost/ochrana

**Třída:** Fyzické poškození

**Související faktory/Rizikové faktory:** Průjem, anémie, potíže s chůzí, ortostatická hypotenze

**Cíle:** U P/K nedojde během hospitalizace k pádu, zabráníme tomu všemi dostupnými způsoby (edukujeme P/K o ortostatické hypotenzii – pomalé vstávání, zajistíme mu doprovod při

nevolnosti, zajistíme mu co nejvíce bezpečné prostředí jeho pokoje – odstraníme předměty, o které by mohl zakopnout, umístíme ho do pokoje blízko toalet a sesterny, zajistíme signalizaci u lůžka)

**Intervence:** Doprovázej P/K na toaletu, edukuj P/K o pomalém vstávání z lůžka a pomalém vstávání z lehu do sedu, zajisti signalizaci u lůžka, informuj lékaře

**Realizace:** P/K byl pokaždé při pocitech nevolnosti doprovázen na toaletu, z lůžka vstával vždy pomalu a bezpečně, když se projevíly příznaky ortostatické hypotenze, okamžitě použil signalizaci a byl doprovázen ošetřujícím personálem na toaletu

**Hodnocení:** U P/K jsme zabránily všemi možnými metodami riziku pádu, cíle splněny

### **Riziko osamělosti (00054)**

**Diagnostická doména:** Sebepercepce

**Třída:** Sebepojetí

**Související faktory/Rizikové faktory:** Společenská izolace, duševní strádání

**Cíle:** U P/K nedojde během hospitalizace k pocitům osamělosti

**Intervence:** Ulož P/K do pokoje s ostatními pacienty, zajisti časté návštěvy členů z rodiny dle jejich časových možností, dělej P/K společnost dle časových možností

**Realizace:** P/K byl uložen do pokoje s dalšími dvěma pacienty, byla kontaktována rodina a zajistily se pravidelné návštěvy obden P/K, P/K měl společnost v podobě ošetřujícího personálu dle jejich časových možností

**Zhodnocení:** Bylo dosaženo všech intervencí, u P/K během hospitalizace nevznikly pocity osamělosti

## 6 Kazuistika č. 2

48letý muž, pracující jako živnostník nyní dochází ambulantně na biologickou léčbu jednou za šest týdnů, jinak si aplikuje subkutánní injekce sám doma. Ulcerózní kolitida se u něho projevila v prosinci roku 2012. Klient popisoval začátek choroby jako neústupný tlak pod hrudním košem, pocity plnosti a postupně se zvyšovala frekvence vyprazdňování stolice až 20krát denně. Stolica byla průjmovitá a obsahovala příměsi ve formě čerstvé nenatrávené krve a hlenu. Trpěl bolestmi v konečníku. Obtěžovala ho nadměrná únava a nadměrné pocení ve dne i v noci. Objevovaly se i bolesti kloubů a projevy lupenky. Rozhodl se včas navštívit svého obvodního lékaře, který ho okamžitě tehdy poslal na interní gastroenterologickou ambulanci. Poté byl hospitalizován na interním standartním oddělení a byla mu provedena kolonoskopie. Po diagnostikované ulcerózní kolitidě byl doporučen k dispenzarizaci na gastroenterologické poradně, byla mu nasazena léčba kortikosteroidy, která však nebyla účinná. V červenci roku 2014 byl indikován k biologické léčbě infliximabem. Pro primární neodpovídavost léčby infliximabem byla nasazena léčba adalimumabem ve formě injekcí Humiry v kombinaci s imunosupresivní terapií, kterou je také aktuálně léčen. Po biologické léčbě udává mírné zlepšení. Na stolici nyní chodí asi 12krát denně, příměsi ve stolici se stále objevují, ale v menším množství dle klienta. Bolesti kloubů se po biologické léčbě zmiňují. Léčba má tedy mírný efekt, ale příznaky choroby P/K stále výrazně obtěžují.

### **Anamnéza**

**Osobní:** léčí se s ulcerózní kolitidou – levostrannou formou již od roku 2012, trápí ho bolesti kloubů, které po biologické léčbě mírně odeznívají, v dětství prodělal běžné dětské nemoci, jako jsou angíny, chřipky apod.

**Farmakologická:** Imuran 50 mg tbl 1–1–1 (Imunosupresivum), Pentasa 2 g gra 1–0–1 (intestinální antiflogistikum), Salofalk 1g supp 0–1–1 (intestinální antiflogistikum), Humiran inj. s.c. 40 mg 1krát/2týdny (biologická léčba)

**Alergická:** neudává

**Rodinná:** klient neuvádí žádné závažné onemocnění v rodině

**Sociální:** klient je ženatý, má dvě děti, žije s nimi v rodinném domě

**Pracovní:** klient je živnostník

**Hlavní diagnóza:** Ulcerózní kolitida, levostranná forma

**Vedlejší diagnózy:** Žádné

**Vyšetřovací metody během dispenzarizace:**

- Rektoskopie
- Kolonoskopie (diagnostikovaný těžký zánět, změny Mayo 3 v rektosigmatu do 20 cm, mírné zánětlivé změny Mayo 1 od 20 do 30 cm)
- UZ ledvin a jater
- Výtěry z rekta na K + C (nález: běžná flora střevního traktu) a Clostridium difficile (negativní)
- Vyšetření stolice na okultní krvácení
- Pravidelné odběry krve na krevní obraz, biochemii a odběry moče na biochemické vyšetření
- Poslední Biochemické vyšetření krve z 2.3.2015  
Kreatinin 65 (ref. meze 44 – 110  $\mu\text{mol/l}$ ), CRP 10.3 (ref. meze 0.0 – 10.0 mg/l), Glukóza 4.67 (ref. meze 4.1 – 6.1 mmol/l), Fe 11.2 (ref. meze 10.0 – 26.0  $\mu\text{mol/l}$ ), Bilirubin celkový 10 (ref. meze 5 – 25  $\mu\text{mol/l}$ ), ALT 0.29 (ref. meze 0.17 – 1.10  $\mu\text{kat/l}$ ), AST 0.27 (ref. meze 0.25 – 0.70  $\mu\text{kat/l}$ ), GMT 0.53 (ref. meze 0.25 – 1.90  $\mu\text{kat/l}$ ), ALP 1.53 (ref. meze 0.58 – 1.80  $\mu\text{kat/l}$ ), Cholesterol 5.16 (ref. meze 2.9 – 5.0 mmol/l), Bílkoviny celkové 80 (ref. meze 62 – 78 g/l), Albumin 43 (ref. meze 36 – 45 g/l)
- Poslední Hematologické vyšetření krve z 2.3.2015  
Leukocyty 6.5 (ref. meze 4.0 – 10.0  $10^9/l$ ), erytrocyty 5.23 (ref. meze 4.00 – 5.80  $10^{12}/l$ ), Hemoglobin 143 (ref. meze 135 – 175 g/l), Hematokrit 0.44 (ref. meze 0.40 – 0.50)

**Základní screeningové vyšetření sestrou:**

- Celkový vzhled, úprava: klient působí upraveně
- Konstituce: normostenik
- Poloha: aktivní
- Postoj: vzpřímený
- Chůze: přirozená
- Výška: 194 cm, váha: 108 kg, BMI: 28,7 – nadváha (od počátku choroby zhubnul cca 7 kg)

- Vědomí: při vědomí
- Chápe myšlenky a otázky: ano
- Závratě: ne
- Pozornost: úmyslná, stálá
- Paměť: neporušená
- Poruchy citlivosti, hybnosti: ne, bez poruchy
- Poruchy řeči: ne, bez poruchy
- Zrak: bez problému, brýle nenosí
- Zornice: izokorické
- Sluch: bez poruchy
- Nos: bez sekrece, bez patologie
- Dutina ústní: bez patologie, chrup vlastní
- Srdce, cévy: TK 140/85, P 83' pravidelný
- Dech: 17' bez vedlejších zvukových fenoménů, (saturace 99%)
- Tělesná teplota: 36,4 °C, zvýšeně se nyní nepotí
- Močový systém: bez dysurických potíží, má pocit že málo močí
- Defekace: Nyní chodí na stolici asi 12krát denně, stolice převážně průjmovitá nebo stužkovitá, odchází stolice s krví i s hlenem, často ho trápí tlak v břiše, pocity plnosti, meteorismus, udává bolesti v konečníku, stálé nucení na stolici – ale dochází k minimálnímu vyprázdnění (spíše jen falešné nucení)
- Dieta: preferuje stravu bezlepkovou, vyhýbá se masovým pokrmům, jí 5krát denně, bere vitamín D
- Tekutiny: pije kolem 1,5 l/24 hod. – preferuje bylinkové čaje, více jak 1,5 l nepije, protože má poté pocit, že chodí ještě častěji na stolici
- Bolesti: udává bolest v konečníku, hlavně při defekaci (VAS 4)
- Spánek: v noci se cca 3krát budí kvůli nucení na stolici, spí i přes den cca 2hod, únavu pociťuje zejména večer
- Invazivní vstupy: žádné
- Nekouří, alkohol pouze výjimečně
- Omezení v tělesné aktivitě: má pocit velkého omezení, rád hraje tenis a choroba mu vtom brání, rád by cestoval, ale bojí se stran svých potíží, dříve odpočíval aktivní formou, nyní už spíše pasivně



## **Testy a škály:**

**GCS:** 15 bodů, bez poruchy vědomí

**MNA:** 12 bodů (normální výživový stav)

**Riziko pádů:** 0 bodů (žádné riziko)

**Hodnocení dekubitů dle Nortonové:** 34 bodů (bez rizika vzniku dekubitů)

**Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:**

najíst se 0, umýt se 0, vykoupat se 0, obléci se 0, pohybovat se 0

**Barthelův test všedních činností:** ADL 1 - 100 bodů (nezávislý)

**Vizuální analogová škála bolesti:** udává VAS 4 (VAS 0 – 10), bolest v konečnicku při defekaci

## **6.1 Posouzení současného stavu potřeb**

### **1. Doména – Podpora zdraví**

Klient svůj zdravotní stav hodnotí jako špatný. Netuší, co by mohlo být příčinou jeho onemocnění. Nekouří, alkohol pije zcela výjimečně a v rodinné anamnéze žádné závažné nemoci nemají. Když se objevily příznaky současné nemoci, navštívil svého obvodního lékaře. Lékařská doporučení důsledně dodržuje. Na lékařské prohlídky chodí pravidelně. Je dispenzarizován v gastroenterologické poradně a jednou za šest týdnů dochází na biologickou léčbu k aplikacím injekce. Z časového hlediska uvádí, že ho toho docházení na léčbu vcelku omezuje, ale k své léčbě je zodpovědný. Léky užívá pravidelně a informace o své chorobě si zjišťuje hojně na internetu a také od zdravotnického personálu.

### **2. Doména - Výživa**

Klient doma dodržuje převážně bezlepkovou dietu, vyhýbá se masovým pokrmům a stravě těžké pro žaludek. Snaží se jíst pravidelně, jí 5krát denně a užívá navíc vitamín D jako doplněk stravy. Pije zejména bylinkové čaje, ale má vyzorované, že pokud vypije více jak 1 a půl litru, má pak častější nucení na stolicí. Poranění kůže a sliznic se mu hojí dobře, pocity žízně nemá.

### **3. Doména – Vylučování a výměna**

Klient chodí na stolicí cca 12krát denně. Stolice bývá průjmovitého charakteru, občas i stužkovitá. Příměsi krve a hlenu se i přes dlouhodobou léčbu často objevují. Klient mývá časté nucení na stolicí, avšak se kolikrát vyprázdní zcela minimálně. Trápí ho bolesti

v konečníku při defekaci a někdy i mimo defekaci. Má pocity plnosti a trpí meteorismem. Pocení se u něho už moc neobjevuje, spíše prý dřív na to trpěl, nyní už ne.

#### **4. Doména – Aktivita a odpočinek**

Klient tráví odpočinek spíše pasivně. Má v oblibě tenis, ale nemůže se mu moc věnovat, protože ho rychlejší pohyb po čase nutí na stolicí. Cítí se poslední dobou hodně unavený zejména večer. Pracuje jako živnostník a to ho prý stojí hodně času. Rád se věnuje i své rodině a rád cestuje, ale vyhýbá se výletům mimo dosah toalet. Problémy se spánkem má proto, že se v noci často budí s nucením na stolicí. Po probuzení se necítí úplně svěží a to ho trápí.

#### **5. Doména – Vnímání, poznávání**

Klient nemá problémy se zrakem. Slyší dobře a k pohybu žádné kompenzační pomůcky nepoužívá. Je soběstačný. Poruchy kožní citlivosti také nemá.

#### **6. Doména - Vnímání sebe sama**

Klient udává, že se momentálně cítí mizerně. Na otázku, jaké jsou jeho zdroje síly, odpovídá, že doufá v biologickou léčbu a částečné zmírnění příznaků až úplné vymizení.

#### **7. Doména – Vztahy**

Klient je ženatý, má dvě děti. V rodinných vztazích vše klapalo jak má. Klient má časté schůzky s lidmi kvůli své práci. Je přátelský a jeho žena se o jeho nemoc zajímá a pomáhá mu to lépe zvládat.

#### **8. Doména – Sexualita**

O této oblasti se klient nechtěl moc bavit.

#### **9. Doména - Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu**

Stres v souvislosti s nemocí klient udává. Velmi mu to narušuje život, ať už v práci, nebo při rodinných výletech apod. Se stresem se nejlépe vyrovnává rozhovorem s manželkou nebo odpočinkem.

#### **10. Doména – Životní principy**

V životě je pro něho velmi důležité, aby to v práci klapalo. Živí rodinu, a proto potřebuje pravidelný finanční přísun. Rodina je pro něho velmi důležitá. Snaží se s ní trávit co nejvíce času. Je pyšný na své dvě děti. A stále doufá v lepší zdravotní stav.

#### **11. Doména – Bezpečnost, ochrana**

Na biologickou léčbu už nějaký čas dochází a zná se se zdravotními sestrami i s lékaři, tak má zde pocit bezpečí a plně jim důvěřuje.

#### **12. Doména – Komfort**

Nejdůležitější, co ovlivňuje jeho životní komfort, jsou bolesti v konečníku, které udává

v souvislosti s defekací, která je přes den v jeho případě častá. V chronické medikaci aplikuje čípky s léčivou látkou a to mu bolest částečně mírní.

### 13. Doména – Růst, vývoj

Nejsou žádné patologie v souvislosti s vývojovým obdobím klienta.

## 6.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy

Každá diagnóza a její následný popis jsou čerpány z (NANDA International, 2013).

### **Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)**

**Diagnostická doména:** Vylučování a výměna

**Třída:** Funkce gastrointestinálního systému

**Určující znaky:** Průjem

**Související faktory:** Onemocnění – chronická choroba

**Cíle:** U P/K se budou příznaky ulcerózní kolitidy postupně zmírňovat během biologické léčby

**Intervence:** Aplikuj injekce Humiry s.c. dle OL, edukuj P/K o pravidelné potřebě domácí aplikace injekcí Humiry s.c., dotazuj se, zda P/K aplikaci stále zvládá bez problémů, kontroluj, zda P/K pravidelně dochází na biologickou léčbu

**Realizace:** P/K se aplikovala injekce biologické léčby, byl dotazován, zda dodržuje ordinace lékaře a aplikuje si doma injekce bez obtíží

**Hodnocení:** U P/K nelze zhodnotit z důvodu jedné ambulantní návštěvy

### **Chronická bolest (00133)**

**Diagnostická doména:** Komfort

**Třída:** Tělesný komfort

**Určující znaky:** bolest – VAS 4, strach z opakovaného zranění

**Související faktory:** Chronické tělesné postižení

**Cíle:** U P/K se zmírní bolesti v konečníku, alespoň na polovinu na stupnici VAS během pravidelné aplikace čípků v chronické medikaci dle OL

**Intervence:** Edukujeme P/K o nutnosti zvýšené péče o oblast konečníku, monitorujeme při každé návštěvě bolest v konečníku na VAS bolesti, informujeme lékaře o účinkách aplikovaných čípků

**Realizace:** P/K byl edukován o nutnosti zvýšené péče o oblast konečníku, zhodnotila se bolest na VAS škále, lékař byl informován o účinkách aplikovaných čípků

**Hodnocení:** U P/K nelze zhodnotit z důvodu jedné ambulantní návštěvy

### **Nedostatek spánku (00096)**

**Diagnostická doména:** Aktivita/odpočinek

**Třída:** Spánek/odpočinek

**Určující znaky:** Nervozita, ospalost během dne, únava

**Související faktory:** Dlouhodobý diskomfort

**Cíle:** U P/K budeme minimalizovat problémy se spánkem pomocí edukace během ambulantního docházení P/K na biologickou léčbu

**Intervence:** Doporuč P/K vyvětrat místnost před spaním, doporuč P/K méně spánku přes den a více aktivit během dne, doporuč P/K jíst nejdéle 3 hod před spaním, doporuč P/K relaxaci, informuj lékaře

**Realizace:** P/K bylo doporučeno vyvětrat místnost před spaním, méně spánku přes den a více aktivit během dne, jíst nejdéle 3 hod před spaním, byla mu doporučena relaxace

**Hodnocení:** U P/K nelze zhodnotit z důvodu jedné ambulantní návštěvy

### **Stresové přetížení (00177)**

**Diagnostická doména:** Zvládání/tolerance zátěže

**Třída:** Reakce na zvládání zátěže

**Určující znaky:** dává najevo zvýšené pocity netrpělivosti, uvádí pocit napětí

**Související faktory:** intenzivní stresory – chronické onemocnění

**Cíle:** U P/K se zmírní pocity stresového napětí vyjádřené jeho subjektivním pocitem spolu s léčbou a postupnému ustávání příznaků během docházení na biologickou léčbu

**Intervence:** U P/K se dotazuj na intenzitu stresu, hovoř s P/K o příčinách stresu, zjisti jaké má P/K zdroje zvládání stresu, mluvíme s P/K o naději efektu biologické léčby

**Realizace:** P/K byl dotazován na intenzitu stresu, na zdroje zvládání stresu

**Hodnocení:** U P/K nelze zhodnotit z důvodu jedné ambulantní návštěvy

### **Riziko krvácení (00206)**

**Diagnostická doména:** Bezpečnost/ochrana

**Třída:** Fyzické poškození

**Související faktory/Rizikové faktory:** GIT poruchy

**Cíle:** U P/K budeme kontrolovat možnost vzniku krvácení ze zažívacího traktu během ambulantního docházení P/K

**Intervence:** U P/K se dotazujeme, zda nedochází ke krvácení ze zažívacího traktu při každé

ambulantní návštěvě, poučíme ho o okamžitém informování lékaře, pokud tato situace nastane v domácím prostředí

**Realizace:** P/K byl dotazován na krvácení ze zažívacího traktu, byl poučen o informování lékaře

**Hodnocení:** U P/K dochází k mírnému krvácení z konečníku při defekaci, lékař informován

### **Riziko neefektivní gastrointestinální perfúze (00202)**

**Diagnostická doména:** Aktivita/odpočinek

**Třída:** Kardiovaskulární-pulmonální reakce

**Související faktory/Rizikové faktory:** Gastrointestinální onemocnění

**Cíle:** U P/K budeme kontrolovat možnost vzniku neefektivní gastrointestinální perfúze během ambulantního docházení P/K

**Intervence:** U P/K se dotazujeme na možné změny ve funkci trávicího ústrojí, ptáme se na projevy hlavní nemoci, poučíme ho o okamžitém informování lékaře, pokud tato situace nastane v domácím prostředí

**Realizace:** P/K byl dotazován na změny ve vyprazdňování, na projevy nemoci, byl poučen o informování lékaře při potížích

**Hodnocení:** U P/K stále přetrvávají průjmy asi 12krát denně, má pocity plnosti, trápí ho tenesmy, příměsi ve stolici má, lékař informován, je zde riziko neefektivní gastrointestinální perfúze

### **Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)**

**Diagnostická doména:** Výživa

**Třída:** Hydratace

**Související faktory/Rizikové faktory:** Průjem, nedostatečný objem tekutin

**Cíle:** U K/P nevznikne nerovnováha příjmu a výdeje v období častých průjmů během ambulantního docházení

**Intervence:** Dotazujeme se P/K na častosti průjmů, při problému informujeme lékaře, ptáme se na příjem tekutin během dne, provádíme pravidelné kontrolní odběry dle OL

**Realizace:** P/K byl dotazován na frekvenci průjmů, příjem tekutin, byly mu provedeny odběry krve dle OL

**Hodnocení:** P/K udává, že chodí na stolici 12krát denně, vypije cca 1,5l denně, nejsou projevy nerovnováhy elektrolytů

### **Riziko infekce (00004)**

**Diagnostická doména:** Bezpečnost, ochrana

**Třída:** Infekce

**Související faktory/Rizikové faktory:** Chronické onemocnění, porušená kůže, nedostatečná získaná imunita

**Cíle:** U P/K nevznikne infekce a pokud ano, tak ji včas odhalíme během ambulantního docházení

**Intervence:** Dotazujeme se P/K na zvýšenou tělesnou teplotu, pocení, jiné závažné změny zdravotního stavu a následně při problémech informujeme lékaře

**Realizace:** P/K byl dotazován na tělesnou teplotu, pocení

**Hodnocení:** P/K nemá zvýšenou tělesnou teplotu, zvýšeně se nepotí, P/K neměl projevy infekce během ambulantní návštěvy

### **Riziko pádů (00155)**

**Diagnostická doména:** Bezpečnost/ochrana

**Třída:** Fyzické poškození

**Související faktory/Rizikové faktory:** Průjem, nespavost, únava

**Cíle:** U P/K nedojde k pádu během ambulantního docházení na biologickou léčbu

**Intervence:** Dotazujeme se P/K, jak zvládá aplikaci s.c. injekce, po aplikaci injekce pozorujeme možné projevy kolapsu P/K, dotazujeme se jak se cítí po aplikaci injekce, po aplikaci ho necháme ještě půl hodiny čekat v čekárně, aby nedošlo k pádu při odchodu z nemocnice

**Realizace:** P/K byl dotazován na domácí aplikaci s.c. injekce, po aplikaci injekce byly sledovány možné projevy kolapsu, byl poučen o čekání v čekárně po aplikaci injekce

**Hodnocení:** U P/K nedošlo k pádu během ambulantní návštěvy

## 7 Kazuistika č. 3

33letá žena pracující jako servírka v baru, ulcerózní kolitidu jí diagnostikovaly v březnu roku 2012. Nemoc se jí začala projevovat jako neústupné křeče v břiše, na stolicí chodila 20krát denně objevovala se i krev a hlen v průjmovité stolici a příznaky se postupně stále zhoršovaly. Objevily se u ní i mimo kloubní příznaky v podobě bolestí kloubů a exantému na hrudi. K remisi postupně došlo nasazením mesalazinu. Když příznaky nemoci postupně ztratily na intenzitě, od listopadu téhož roku klientka přestala medikaci užívat a na pravidelné kontroly nedocházela. Udávala důvod, že měla nedostatek informací o nemoci a myslela si, že už léčbu nepotřebuje, když příznaky nemoci polevily. V prosinci roku 2013 došlo k relapsu nemoci, klientka začala mít stejné příznaky jako v průběhu nemoci. V nemocničním zařízení jí provedly kolonoskopické vyšetření, kde byla odhalena střední aktivita zánětu od sigmatu do transverza s ojedinělými histologickými kryptogenními pseudoabscesy. Byl jí tehdy nasazen Prednison s částečným efektem, užívala ho cca tři měsíce. Dávka Prednisonu se postupně snižovala dle OL, až následně byl Prednison vysazen úplně. Po pěti dnech vysazení Prednisonu došlo opět k relapsu choroby. U klientky se objevovaly četné krvavé stolice po třiceti minutách a dále hořečnaté stavy, které se vystupňovaly až do kolapsu z postupného vyčerpání organismu. Rodina kontaktovala zdravotnickou záchrannou službu a klientka byla následovně hospitalizována na interní gastrometabolické JIP. Zde jí byl nasazen Solu – medrol 80 mg i.v., podáván pět dní. Léčba byla zcela bez efektu. Na sigmoideoskopii byly odhaleny těžké zánětlivé změny Mayo 3, byla jí indikována záchranná terapie infliximabem, kterou se léčí dodnes. Klientka dochází na ambulantní biologickou léčbu jednou za 8 týdnů. Je jí pravidelně podáván Remicade i.v.. Nyní při absolvování biologické léčby příznaky nemoci výrazně ustoupily. Klientka chodí na stolicí pravidelně, většinou 1krát denně a bolesti kloubů výrazně ustávají. Cítí se nyní stran zdravotního stavu velmi dobře.

### **Anamnéza**

**Osobní:** léčí se s ulcerózní kolitidou – levostranným tvarem od března roku 2012, přetrvávají bolesti kloubů, exantém na hrudi, dále se léčí se sekundární anémií a hypoalbuminemií, v dětství prodělala běžné dětské nemoci jako angínu a běžné rýmy

**Alergická:** neudává

**Rodinná:** matka je zdravá, otec se léčí se srdcem

**Sociální:** svobodná, bezdětná

**Pracovní:** pracuje jako servírka v baru

**Farmakologická:** Imuran 50 mg 2–0–1 (imunosupresivum), Asacol 800 mg 2–1–1 (antiflogistika), Sorbifer Durules 1–0–1 (suplementace Fe), Remicade 500 mg inf. i.v. do 200 ml F1/1, kapat dvě hod (biologická léčba – jednou za 2 měsíce)

**Hlavní diagnóza:** Ulcerózní kolitida – levostranná forma

**Vedlejší diagnózy:** Sekundární anémie, hypoalbuminémie, exantém na hrudi, bolesti kloubů

**Vyšetřovací metody během dispenzarizace:**

- Kolonoskopie (12/2013) – endoskopická střední aktivita zánětu, extensivní tvar s postižením od sigmatu k transverzu, histologicky ojediněle kryptogenní pseudoabscesy
- CT enteroklýza (7/2012) – s normálním nálezem
- Kontrolní laboratoř na GE – metabolické JIP - např. CRP 177 (ref. meze 0.0 – 10.0 mg/l)
- Kultivace z rekta na Salmonellu, Campylobacteria, Clostridie difficile – negativní
- Pravidelné odběry na ambulanci biologické léčby (poslední odběry 12.3.2015)  
Biochemické vyšetření krve: Kreatinin 74 (ref. meze 44 – 110  $\mu\text{mol/l}$ ), CRP 2.9 (ref. meze 0.0 – 10.0 mg/l), Glukóza 5.41 (ref. meze 4.1 – 6.1 mmol/l), Fe 22.7 (ref. meze 10.0 – 26.0  $\mu\text{mol/l}$ ), Bilirubin celkový 6.0 (ref. meze 5 – 25  $\mu\text{mol/l}$ ), ALT 0.22 (ref. meze 0.17 – 1.10  $\mu\text{kat/l}$ ), AST 0.26 (ref. meze 0.25 – 0.70  $\mu\text{kat/l}$ ), GMT 0.43 (ref. meze 0.25 – 1.90  $\mu\text{kat/l}$ ), ALP 1.09 (ref. meze 0.58 – 1.80  $\mu\text{kat/l}$ ), Cholesterol 5.40 (ref. meze 2.9 – 5.0 mmol/l), Albumin 34 (ref. meze 36 – 45 g/l)  
Hematologické vyšetření krve: Leukocyty 5.2 (ref. meze 4.0 – 10.0  $10^9/l$ ), erytrocyty 4.33 (ref. meze 4.00 – 5.80  $10^{12}/l$ ), Hemoglobin 116 (ref. meze 135 – 175 g/l), Hematokrit 0.35 (ref. meze 0.40 – 0.50)

**Základní screeningové vyšetření sestrou:**

- Celkový vzhled, úprava: klientka působí upraveně
- Konstituce: normostenik
- Poloha: aktivní



- Postoj: vzpřímený
- Chůze: přirozená
- Výška: 172 cm, váha: 92 kg, BMI: 31,1 – obezita 1. stupně (od počátku choroby hubnutí kolísavé – dle léčby)
- Vědomí: při vědomí
- Chápe myšlenky a otázky: ano
- Závratě: ne
- Pozornost: úmyslná, stálá
- Paměť: neporušená
- Poruchy citlivosti, hybnosti: ne, bez poruchy
- Poruchy řeči: ne, bez poruchy
- Zrak: bez problému, brýle nenosí
- Zornice: izokorické
- Sluch: bez poruchy
- Nos: bez sekrece, bez patologie
- Dutina ústní: bez patologie, chrup vlastní
- Srdce, cévy: TK 135/80, P 69' pravidelný
- Dech: 16' bez vedlejších zvukových fenoménů, (saturace 98%)
- Tělesná teplota: 36,7 °C, zvýšeně se nepotí
- Močový systém: bez dysurických potíží
- Defekace: Nyní chodí na stolicí 1krát denně, stolice je tuhá, příměsi nepřítomny, tenesmy netrpí, od zahájení biologické léčby velké zlepšení
- Dieta: Klientka se stravuje 3krát denně, žádné doplňky stravy neužívá
- Tekutiny: pije 3,5 l za 24 hod, pije pravidelně před jídlem, po jídle
- Bolesti: udává VAS 3, bolesti kloubů (lokty, kolena)
- Spánek: má problémy, budí se 3krát za noc, důvod neví, po probuzení se cítí nevyspalá
- Invazivní vstupy: PŽK, G22, zavedený 11.5., M0 (pouze po dobu aplikace infúze)
- Kuřačka už od puberty, kouří cca 10/denně, alkohol příležitostně
- Omezení v tělesné aktivitě: nemá žádné, díky biologické léčbě ohromné zlepšení

#### **Testy a škály:**

**GCS:** 15 bodů, bez poruchy vědomí

**MNA:** 12 bodů (normální výživový stav)

**Riziko pádů:** 25 bodů (nízké riziko)

**Hodnocení dekubitů dle Nortonové:** 34 bodů (bez rizika vzniku dekubitů)

**Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:**

najít se 0, umýt se 0, vykoupat se 0, obléci se 0, pohybovat se 0

**Barthelův test všedních činností:** ADL 1 – 100 bodů (nezávislý)

**Vizuální analogová škála bolesti:** VAS 3 (VAS 0 – 10), bolesti kloubů (lokty, kolena)

## **7.1 Posouzení současného stavu potřeb**

### **1. Doména – Podpora zdraví**

Klientka uvádí jako možnou příčinu svého onemocnění stres. Svě zdraví hodnotí jako dobré a mezi aktivity narušující zdraví vnímá svůj návyk v kouření. Alkohol pije pouze občas, příležitostně. Lékařské doporučení dříve nedodržovala, ale nyní se prý snaží dělat vše proto, aby si svůj nynější zdravotní stav zachovala.

### **2. Výživa**

Klientka žádné dietní omezení nedodrzuje. Stravuje se 3krát denně, nepravidelně, dle časových možností. Žádné doplňky stravy neužívá. Pije okolo 3,5 l za 24hod. Pije pravidelně před každým jídlem a po jídle.

### **3. Vylučování a výměna**

Klientka neudává žádné problémy s močením. Na stolici chodí pravidelně 1krát denně, stolice je tuhá, formovaná. Neudává žádné příměsi ve stolici. Tenesmy již netrpí a udává velké zlepšení díky biologické léčbě.

### **4. Aktivita/odpočinek**

Klientka udává, že nemá moc času na odpočinek. V práci tráví jako servírka mnoho času a udává, že práce je její hlavní příčinou stresu. Spánek má narušený, budí se bezdůvodně 3krát v noci. Po probuzení se cítí nevyspalá. Léky na spaní žádné neužívá.

### **5. Vnímání, poznávání**

Klientka nemá problémy se zrakem. Slyší dobře a k pohybu žádné kompenzační pomůcky nepoužívá. Je soběstačná. Poruchy kožní citlivosti také nemá.

### **6. Vnímání sebe sama**

Klientka udává, že se cítí docela dobře, i když má hodně práce a málo času na odpočinek. Jako zdroje své síly udává odpočinek, ke kterému dochází málokdy.

## **7. Vztahy**

Klientka je svobodná, bezdětná. Bydlí sama. Finančně zabezpečená je. Rodina má zájem o její zdravotní stav. Nejbližší osobou je její matka. Klientčino chování působí přátelsky.

## **8. Sexualita**

Menses má pravidelný, antikoncepci neužívá, sexuální obtíže také neudává.

## **9. Zvládání zátěže/odolnost vůči stresu**

Klientka vnímá současnou situaci jako výrazné zlepšení od předchozího zdravotního stavu. Nemoc jí přináší stres, ale ne více jak její práce. Jako strategii zvládání stresu používá odpočinek, kterého se jí ale moc nedostává.

## **10. Životní principy**

Klientka si nedovede představit život bez kontaktu s lidmi. Ve své práci potkává spoustu lidí a naplňuje ji to. Na otázku na co je ve svém životě pyšná odpovídá nevím. Chtěla by do budoucna lepší práci a více volného času.

## **11. Bezpečnost – ochrana**

Na biologické léčbě už se cítí skoro jako doma. Pravidelně sem dochází a už se dobře zná s místním ošetřovatelským personálem. Jelikož jsou na ni všichni milí, cítí se zde bezpečně a v dobrých rukou.

## **12. Komfort**

Udává mírnou bolest kloubů, která ale postupně při biologické léčbě ustupuje. Hodnotí ji jako VAS 3. Jinak žádné bolesti nemá.

## **13. Růst a vývoj**

Nejsou žádné patologie v souvislosti s vývojovým obdobím klientky.

## **7.2 Plán ošetřovatelské péče – Ošetřovatelské diagnózy**

Každá diagnóza a její následný popis jsou čerpány z (NANDA International, 2013).

### **Chronická bolest (00133)**

**Diagnostická doména:** Komfort

**Třída:** Tělesný komfort

**Určující znaky:** Únava – VAS 3, bolest

**Související faktory:** Chronické tělesné postižení

**Cíle:** U P/K postupně během aplikací biologické léčby zmírníme bolesti kloubů alespoň na polovinu intenzity na VAS bolesti

**Intervence:** podávej P/K infúze biologické léčby dle OL, pravidelně provádět hodnocení bolesti na VAS bolesti, dotazuj se, zda P/K pravidelně užívá předepsanou medikaci v domácím prostředí

**Realizace:** P/K byly aplikovány infúze biologické léčby během ambulantní návštěvy, byla zhodnocena VAS bolesti (VAS 3) bolesti kloubů, P/K byla dotazována, zda dodržuje lékařské doporučení a užívá léky

**Hodnocení:** U P/K nešlo porovnat z důvodu jednoho ambulantního setkání

### **Nedostatek spánku (00096)**

**Diagnostická doména:** Aktivita/odpočinek

**Třída:** Spánek/odpočinek

**Určující znaky:** Ospalost během dne, únava, nervozita

**Související faktory:** Dlouhodobý diskomfort

**Cíle:** U P/K dojde ke snížení frekvence buzení alespoň o polovinu během 1 měsíce

**Intervence:** doporuč P/K nespát během dne, doporuč P/K zvýšit aktivitu během dne, doporuč vhodná opatření před spaním jako vyvětrání místnosti, zklidňující prostředí, snížit stres, méně služeb v zaměstnání dle možností

**Realizace:** P/K bylo doporučeno nespát během dne, zvýšit aktivitu během dne a další opatření viz výše

**Hodnocení:** U P/K nešlo porovnat z důvodu jednoho ambulantního setkání

### **Únava (00093)**

**Diagnostická doména:** Aktivita/odpočinek

**Třída:** Rovnováha energie

**Určující znaky:** Nedostatek energie, snížený výkon

**Související faktory:** Onemocnění, zaměstnání

**Cíle:** U P/K se zmírní únava na polovinu jejího subjektivního pocitu během 1 měsíce

**Intervence:** K/p doporuč zmírnit v profesi – méně služeb, případně změna práce, doporuč relaxační techniky ke zmírnění stresu

**Realizace:** P/K bylo doporučeno zmírnit v profesi, byla doporučena meditace a jiné zájmové koníčky pacientky

**Hodnocení:** U P/K nešlo porovnat z důvodu jednoho ambulantního setkání

### **Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu (00001)**

**Diagnostická doména:** Výživa

**Třída:** Příjem potravy

**Určující znaky:** Soustředění příjmu potravy na konec dne, tělesná hmotnost v poměru k výšce a tělesné konstituci zvýšená o 20% oproti ideálnímu stavu

**Související faktory:** Nadměrný příjem živin vzhledem k potřebám metabolismu

**Cíle:** U P/K dojde ke snížení hmotnosti na hmotnost ideální k její výšce během následujících 2 let

**Intervence:** Edukuj P/K o vhodnosti dietnější stravy, o potřebě pravidelného stravování po 3 hodinách, jíst nejdéle 3 hodiny před spaním

**Realizace:** P/K byla edukována o vhodnosti dietnější stravy, o pravidelném stravování a posledním jídle před spaním

**Hodnocení:** U P/K nešlo porovnat z důvodu jednoho ambulantního setkání

### **Riziko infekce (00004)**

**Diagnostická doména:** Bezpečnost, ochrana

**Třída:** Infekce

**Související faktory/Rizikové faktory:** Chronické onemocnění, porušená kůže – i.v. vstup, nedostatečná získaná imunita

**Cíle:** U P/K nevznikne infekce v místě i.v. vstupu během aplikace infúze

**Intervence:** Při napichování PŽK dodržuj zásady asepse, používej ochranné pomůcky, dodržuj hygienickou dezinfekci rukou, používej sterilní materiál, kontroluj i.v. vstup během aplikace infúze, dotazuj se P/K na možné obtíže při aplikaci infúze

**Realizace:** Při napichování PŽK byly dodržovány zásady asepse, byl dodržen postup hygienické dezinfekce rukou a použití ochranných pomůcek, byl hodnocen i.v. vstup dle stupnice Madonna, P/K byla dotazována na možné obtíže během aplikace infúze

**Hodnocení:** U P/K nevznikla infekce při aplikaci infúze v místě i.v. vstupu

### **Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)**

**Diagnostická doména:** Vylučování a výměna

**Třída:** Funkce gastrointestinálního systému

**Související faktory/Rizikové faktory:** Stres, chronické onemocnění

**Cíle:** U P/K budeme kontrolovat možnost vzniku dysfunkční gastrointestinální motility

během ambulantního docházení P/K

**Intervence:** U P/K se dotazujeme na možné změny ve funkci trávicího ústrojí, ptáme se na projevy hlavní nemoci, na změny ve vyprazdňování, poučíme ho o okamžitém informování lékaře, pokud tato situace nastane v domácím prostředí

**Realizace:** U P/K jsme se během ambulantní návštěvy dotazovali na změny ve vyprazdňování, na projevy nemoci, P/K byla poučena o potřebě informování lékaře

**Hodnocení:** P/K má pravidelnou stolicí bez obtíží, přetrvávají bolesti kloubů

### **Riziko pádu (00155)**

**Diagnostická doména:** Bezpečnost, ochrana

**Třída:** Fyzické poškození

**Související faktory/Rizikové faktory:** Průjem, nespavost

**Cíle:** U P/K nedojde k pádu během ambulantního docházení na biologickou léčbu

**Intervence:** Dotazujeme se P/K, jak zvládá napichování PŽK, aplikaci infúze, po aplikaci infúze pozorujeme možné projevy kolapsu P/K, dotazujeme se, jak se cítí po aplikaci infúze, po aplikaci infúze čeká P/K alespoň třicet minut v čekárně pro vznik možných nežádoucích projevů jako postinfúzní reakce

**Realizace:** P/K byla dotazována na možné nevolnosti při napichování PŽK, aplikaci infúze, pozorovaly se u ní možné příznaky kolapsu, po aplikaci infúze čekala v čekárně třicet minut

**Hodnocení:** P/K během ambulantní návštěvy nezkolabovala, dodržela doporučení čekat v čekárně

## Diskuze

Při léčbě klienta nemocného ulcerózní kolitidou už by neměly být jedinými ukazateli měřitelné aspekty v podobě frekvence průjmů apod. Důležitou součástí je dotazovat se klienta na jeho subjektivní pocity v hodnocení svého života ztíženého touto chorobou. Lidé s ulcerózní kolitidou se snaží přizpůsobovat život své nemoci, avšak nemoc se nikdy nepřizpůsobí jim. Člověk by se měl zamýšlet nad tím, jak moc jsou klienti omezeni v denním životě v domácnosti, v pracovním prostředí, na dovolené v neznámém prostředí bez toalet, na výletech, na setkáních s přáteli, s kolegy z práce, při svých oblíbených zálibách, sportu a dalších aktivitách.

Při mém sběru dat jsem se spíše setkávala s klienty, kteří byli schopni při své nemoci žít normální život, avšak je důležité přihlídnout k tomu, že většina těchto klientů podstupovala biologickou léčbu, která je ze špatného zdravotního stavu do normálního života zase vrátila. Tématem kvality života klientů s ulcerózní kolitidou se ve své bakalářské práci zabývá (Plachá, 2014). Autorka se zde snaží poukázat na to, jaké aspekty nemoci nejvíce ovlivňují kvalitu života nemocného. Další informace ohledně kvality života pacientů s IBD, kam spadá, jak už bylo zmíněno v předchozích kapitolách, i ulcerózní kolitida, lze získat z (Píchová, 2014). Dále lze dohledat článek, ve kterém se autoři článku zmiňují o konkrétních faktorech ovlivňujících kvalitu života se vztahem k IBD (Svítková, 2014).

To, v jakém věku člověk onemocní, hraje také velmi důležitou roli. Propuknutí choroby přichází nejčastěji mezi 20. a 35. rokem života (Pacientská organizace Pacienti IBD z.s., 2013a). To je období, kdy člověk začíná obvykle budovat svoji pracovní kariéru nebo zakládat rodinu. Je to období, podle mého názoru, nejvíce produktivní na vytváření své budoucnosti, a pokud v tomhle období člověk onemocní, ovlivní to nejspíše jeho celý život. Musí se začít přizpůsobovat ve všech oblastech života a gastroenterologická poradna se pro něho stává pravidelným návštěvním místem. Proto je důležité propuknutí nemoci včas diagnostikovat, neotálet s návštěvou lékaře při vyskytujících se příznacích choroby a rozšiřovat lidské povědomí o charakteristice nemoci. Poté je možné brzy začít s léčbou a doufat, že kvalita života klienta zůstane na co nejvyšší úrovni. Myšlenku, že nejčastěji touto chorobou onemocní lidé ve věku mezi 20. a 40. rokem, potvrzuje například literatura (Souček, 2011) a dále to lze vyčíst z dostupných statistik ÚZIS, které jsou v této práci také zmíněny a graficky znázorněny.

K tématu biologické léčby vzniklo již mnoho článků a odborné literatury. O přínosech biologické léčby v oboru gastroenterologie se lze dočíst v článku (Hettnerová, 2014). Problémy, které mohou při této léčbě nastat, jsou uvedeny například v bakalářské práci (Lengyelová, 2014). V otázkách léčby se i tak biologická terapie stává téměř nenahraditelnou, reaguje na ni zhruba osmdesát procent nemocných klientů (Pacientská organizace Pacienti IBD z.s., 2013b).

Při porovnávání vytvořených kazuistik vyplývá, že se začátky choroby u vybraných klientů průběhem podobají. Ambulantní klienti udávali frekvenci vyprazdňování stolice až 20krát za den, při takové situaci není člověk schopen chodit do práce ani plnit úkoly stran domácnosti. U těchto nemocných dochází také rychle k dehydrataci organismu, rozvratu vnitřního prostředí a sklonům k hypotenzi, takový průběh choroby je například znázorněn v kazuistice číslo jedna.

Ve všech kazuistikách se objevuje častý projev nemoci a to neúčelné snižování hmotnosti pacientů. Hmotnost pacientů také kolísá na základě jejich terapie například kortikoidy, kdy se organismus zavodňuje a váha se tak neustále mění. Největší problémy s kolísáním váhy měla pacientka v kazuistice č. 3.

Překvapilo mě, že většina oslovených klientů mně při sběru dat udávala, že nedodrží žádná dietní omezení, většinou se pouze opakoval výběr lehčí, nenadýmavé stravy. Klient v kazuistice č. 2 udával, že se začal stravovat bezlepkovou dietou a maso konzumuje minimálně. Očekávala jsem, že výběr stravy těchto klientů bude přísnější, jak doporučuje literatura (Kohout, 2004).

Všichni dotazovaní klienti mají problémy s únavou. Udávali, že je únava přes den velmi obtěžuje. Klient v kazuistice č. 1 tvrdil, že kvůli únavě se poslední dobou nebyl schopen věnovat potřebným úkonům v domácím prostředí, nicméně u tohoto klienta může být únava způsobena jeho pokročilým věkem nebo přidruženými nemocemi. Uvedení klienti v kazuistikách č. 2, 3 udávali, že nejsou schopni být v práci tolik produktivní, jak by potřebovali.

Zvýšená tělesná teplota se u vybraných klientů objevovala spíše při propuknutí choroby. Nyní problém se zvýšeným pocením neudávali kromě klienta v kazuistice č. 1, u kterého se ulcerózní kolitida aktuálně objevila.



U klientů z nasbíraných informací se často objevovaly bolesti v oblasti konečníku při defekaci nebo pocit neustálého tlaku v dutině břišní. Vybraní klienti nejčastěji udávali křečovitě bolesti břicha v počátku choroby při časté průjmovité stolici. Nyní, při nasazení léčby, se u klientů problémy s bolestí již tolik nevyskytují.

Všichni vybraní klienti pravidelně dochází na kontroly do gastroenterologických poraden nebo na biologickou léčbu a dodržovali léčebná doporučení. Klientovi v kazuistice č. 1 lékař doporučil dispenzarizaci v gastroenterologické poradně, která se mu zařídí při dimisi z interního oddělení. Za zmínku jistě stojí klientka z kazuistiky č. 2, která nyní dbá na pravidelné docházení do poradny a lékařská nařízení zcela dodržuje, ale v minulosti tomu tak nebylo. Klientka jeden čas přestala docházet na kontroly a při ústupu příznaků ulcerózní kolitidy vysadila ordinované léky. Myslela si, že když už příznaky choroby ustoupily, nemusí se dále léčit a na to také doplatila, protože došlo k relapsu choroby a klientka nakonec skončila na gastrometabolické JIP. Myslím si, že to mohlo vzniknout z důvodu nedostatku informací o chorobě, chyba mohla nastat v edukaci od zdravotnického personálu nebo chybou klientky, která přistupovala k chorobě nezodpovědně.

V otázce omezení života chorobou byly odpovědi různorodé. Vybraní klienti nejvíce udávali omezení z hlediska únavy, která je obtěžuje během dne a časté defekace. Jelikož má každý klient jiný průběh choroby, odpovědi se řídili dle aktuálních projevů choroby.

Ve světě, konkrétně i v České republice, se konají dny na podporu pacientů s IBD. Ve světě se slaví světový den IBD 19. května a v České republice 25. května. Existují webové stránky pro pacienty s IBD (Pacientská organizace Pacienti IBD z.s., 2015). Zde si člověk může dohledat informace o charakteristice ulcerózní kolitidy, o možnostech léčby, o různých sdruženích, o zakládání WC karet pro pacienty s tímto onemocněním a různé novinky k tématu. Informovanost lidí je důležitým aspektem, ať už jde o lidi nemocné nebo zdravé. Například světový den IBD propaguje kampaň s názvem „Dej si střeva dohromady“, která má za cíl připoutat pozornost lidí a informovat o nutnosti včasného zachytu nemoci. Lidé mají možnost konzultovat v IBD centrech svoje zdravotní problémy připomínající nemoci IBD. Jsou lidé, kteří se jistě ostýchají jít s problémy trávicího traktu k lékaři, bojí se možných nepříjemných vyšetření, a proto možná raději snáší příznaky nemoci a čekají, až příznaky časem vymizí. Tato kampaň pro ně může být motivující k tomu, aby zašly za lékařem co nejdříve a nemoc neměla šanci propuknout s větší intenzitou. Vnímám takové projekty

jako velký přínos v informovanosti lidí ohledně tematiky ulcerózní kolitidy, protože mohou nemocné podpořit a vrátit jim jejich sebevědomí v boji s chorobou.

Když jsem se dotazovala klientů ze svého vybraného vzorku 10 lidí, nezajímali se o sdružení dle jejich odpovědí nikdo kromě jedné klientky, která tvrdila, že se na světový den IBD v České republice chystá příští rok a nenechá si ho ujít. Přemýšlím o tom, proč se o to lidé nechtějí moc zajímat. Napadá mě více důvodů. Například se k nim ani tyto informace nemusely dostat a klienti netuší o sdružení pacientů s IBD nebo si nemusí chtít přiznat, že se jim to týká a svoji chorobu bagatelizují. Dále mě napadá, že je jejich průběh nemoci stresuje natolik, že o takovýchto věcech zatím neměli možnost ani přemýšlet. Důvodů může být hned několik, ale užitečné by mohlo být například vylepení informačních letáků v poradnách gastroenterologie a větší informovanost od zdravotnického personálu v poradnách a na biologické léčbě, kam klienti pravidelně docházejí. Je důležité, aby věděli, že mají možnost svou nemoc prodiskutovat s osobami stejně postiženými a nabrat od nich i odvalu a sebevědomí, které některým pacientům jistě chybí.

Dále považuji za zajímavé, jaký vztah mezi sebou vytváří lékaři a zdravotní sestry s klienty, kteří pravidelně docházejí do poradny nebo na léčbu. Při sběru dat pro praktickou část práce jsem měla možnost vidět přátelský přístup od zdravotnického personálu ke klientům, kteří potřebují jejich pomoc. Někdy se stává, že zdravotní sestra je v kontaktu s klienty už od diagnostikování choroby a prochází s nimi postupně během docházení na léčbu různé životní etapy. Může pozorovat, jak se vyvíjí klientův zdravotní stav, a díky své empatii může klienta podporovat při zvládnání nemoci. Dovolila bych si tvrdit, že mezi nimi vzniká jakési lidské pouto ve snaze k uzdravení klienta.

## **Závěr**

V mé bakalářské práci jsem popisovala specifika potřeb u pacientů s ulcerózní kolitidou. V mém vzorku vybraných klientů nemocných ulcerózní kolitidou se několikrát opakovaly stejné příznaky a podobný průběh nemoci. Je důležité si uvědomit, jak moc tato choroba zasahuje do života jedince ve všech jeho oblastech.

V praktické části práce jsem si dala za cíl vytvořit plán péče pro vybrané klienty. Byly zde zveřejněny tři kazuistiky z deseti, na základě kterých jsem měla možnost vytvořit plány péče pro každého klienta zvlášť. V plánech péče se často objevují shodně založené diagnózy, které mohou značit specifické postižení klientů při této nemoci. Objevující se příznaky choroby zcela souhlasí s odbornou literaturou, o kterou jsem se opírala hlavně v teoretické části mé bakalářské práce.

Dalším cílem bakalářské práce bylo vyhledat lidi s biologickou léčbou a bez biologické léčby. Jak jsem již zmínila v předchozím odstavci, většinu mého vybraného vzorku nemocných tvořili klienti s biologickou léčbou. Jednalo se o pacienty, kteří pravidelně docházeli na ambulantní biologickou léčbu, a bylo tak možné s každým naplánovat rozhovor v určitou dobu jeho návštěvy. Vyhledávání klientů bez biologické léčby byl těžší úkol. Během opakovaných návštěv interních oddělení jsem měla možnost vyhledat hospitalizovaného klienta s nově diagnostikovanou ulcerózní kolitidou, což hodnotím velmi kladně pro porovnání s klienty, kteří už se nějakou dobu s ulcerózní kolitidou léčí.

Posledním cílem bylo vytvořit mapu péče specificky pro klienty s ulcerózní kolitidou. Vytvoření mapy péče hodnotím jako velmi důležité, protože obvyklá zdravotnická dokumentace nenabízí pro sestry specifické plánování péče pro takto nemocné pacienty. Vytvořená mapa péče může být ulehčením práce pro sestry pracující na oddělení, kde se vyskytují pacienti s touto diagnózou.

Téma ulcerózní kolitidy vnímám jako velmi aktuální, z dostupných statistik vyplývá, že nemocných ulcerózní kolitidou stále přibývá, a proto je důležité o tomto tématu rozšiřovat povědomí lidí, kteří tuto autoimunitní nemoc neznají. Důvodem je upozornění na důležitost vyhnout se rizikovým faktorům, které pravděpodobně mohou tuto nemoc způsobit.

## Literatura

ANDĚL, Petr, Matej ŠKROVINA a Vítězslav DUCHÁČ, 2012. *Základy praktické proktologie*. Praha: Galén. 220 s. ISBN 978-80-7262-892-6.

BAŠKOVÁ, Martina, Ivana BÓRIKOVÁ et al., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

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

DÍTĚ, Petr et al., 2011. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Praha: Galén. 262 s. ISBN 978-80-7262-704-2.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ, 2013. *Ošetrovatelská dokumentace*. Pardubice: Univerzita Pardubice.

FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ, 2009. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Nakladatelství Karolinum. 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5.

HETTNEROVÁ, Magda, 2014. Jaké jsou přínosy biologické léčby v oborech revmatologie, dermatologie a gastroenterologie?. *Florence*. 2014, č. 6, s. 38-39. ISSN 1801-464X.

HOCH, Jiří, Jan LEFFLER et al., 2003. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: MAXDORF. 224 s. ISBN 80-85912-06-6.

HORÁK, Ladislav, Tomáš SKŘIČKA, Petr ŠLAUF a Julius ÖRHALMI et al, 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3595-5.

KOHOUT, Pavel et al, 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. MAXDORF s.r.o. 174 s. ISBN 80-7345-023-2.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK, 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén. 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.

LENGYELOVÁ, Martina, 2014. *Problémy biologické léčby u nemocných se zánětlivým onemocněním střev*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

LUKÁŠ, Karel et al., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. GRADA Publishing. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.

MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie - učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Grada Publishing. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace*. Praha: Grada. 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

PACIENTI IBD, 2012. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. 1. vyd. Praha: ČGS. 61 s. ISBN 978-80-905120-2-3.

PACIENTSKÁ ORGANIZACE PACIENTI IBD Z.S., 2013a. Základní specifika ulcerózní kolitidy. In: *Crohn.cz - informace pro pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou* [online]. [Cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ulcerozni-kolitida/uc-specifikace/>

PACIENTSKÁ ORGANIZACE PACIENTI IBD Z.S., 2013b. Nespecifické střevní záněty sužují desetitisíce lidí. In: *Crohn.cz - informace pro pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou* [online]. [Cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/informace-o-obcanskem-sdruzeni/napsali-o-nas/n especificke-strevni-zanety-suzuji-desetitisice-lidi/>

PACIENTSKÁ ORGANIZACE PACIENTI IBD Z.S., 2015. *Crohn.cz - informace pro pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou* [online]. [Cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/>

PAVELKA, Karel et al., 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. 1. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5048-4.

PÍCHOVÁ, Andrea, 2014. *Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta.

PLACHÁ, Tereza, 2014. *Kvalita života pacientů s colitis ulcerosa*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetřovatelství*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

SOUČEK, Miroslav, 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. 850 s. ISBN 978-80-247-2110-1.

SVÍTKOVÁ, Veronika a Lukáš KOBER, 2014. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *Sestra*. 2014, č. 5, s. 40. ISSN 1210-0404.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al, 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVÁB, Jan, 2000. *Operace tlustého střeva*. Praha: Triton. 118 s. ISBN 80-7254-122-6.

TRACHTOVÁ, Eva et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

ÚZIS ČR, 2015a. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [Cit. 2015-06-18]. ISSN: 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>

ÚZIS ČR, 2015b. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [Cit. 2015-06-18]. ISSN: 1211-2585. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2013.pdf>

ZBOŘIL, Vladimír et al., 2012. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta a.s.. 167 s. ISBN 978-80-204-2656-7.

## **Seznam příloh**

<b>Příloha A – Tabulka Mayo index hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy.....</b>	<b>80</b>
<b>Příloha B – Obrázky fyziologických a patologických nálezů ulcerózní kolitidy.....</b>	<b>81</b>
<b>Příloha C – Maslowova hierarchie potřeb.....</b>	<b>83</b>
<b>Příloha D – Ošetřovatelské anamnézy .....</b>	<b>84</b>
<b>Příloha E – Mapa péče.....</b>	<b>96</b>

## Příloha A – Tabulka Mayo index hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy

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

<b>Frekvence stolice</b>	
normální počet stolic/den	0
1 - 2 nad normální počet/den	1
3 - 4 nad normální počet/den	2
>5 nad normální počet/den	3
<b>Rektální krvácení</b>	
žádná krev	0
krev méně než 1/2 defekačního času	1
krev více než 1/2 defekačního času	2
pouze krev	3
<b>Endoskopický nález</b>	
fyziologický nález	0
mírný zánět (erytém, mírně setřelá vaskularizace, mírná fragilita)	1
střední zánět (erytém, setřelá vaskularizace, fragilita, eroze)	2
silný zánět (spontánní krvácení, ulcerace)	3
<b>Celkový stav</b>	
normální stav	0
mírné zhoršení	1
střední zhoršení	2
vysoké zhoršení	3
<b>Celkem</b>	



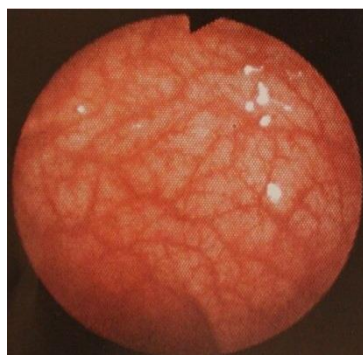
## **Příloha B – Obrázky fyziologických a patologických nálezů ulcerózní kolitidy**



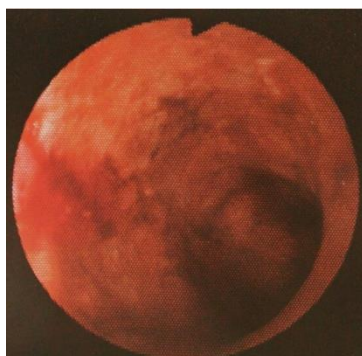
**Obr. 4 - Fyziologický irigografický obraz. (Souček, 2011, s. 348)**



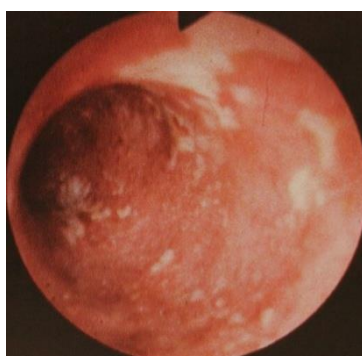
**Obr. 5 - Irigografický obraz chronických změn v terénu ulcerózní kolitidy. (Souček, 2011, s. 348)**



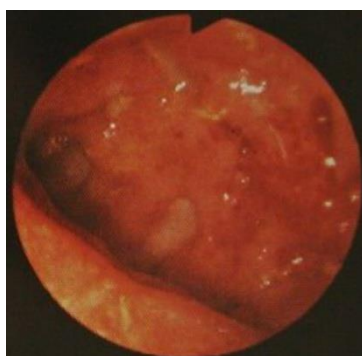
**Obr. 6 - Fyziologický obraz sliznice tračnicku. (Souček, 2011, s. 349)**



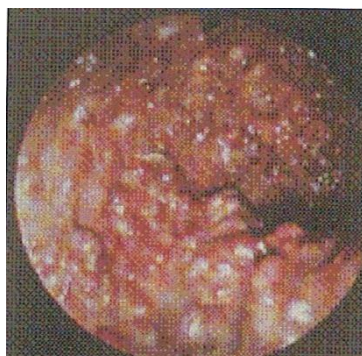
**Obr. 7 - Hemoragické stádium A I. (Souček, 2011, s. 349)**



**Obr. 8 - Hnisavé stádium A II. (Lata, 2010, s. 94)**

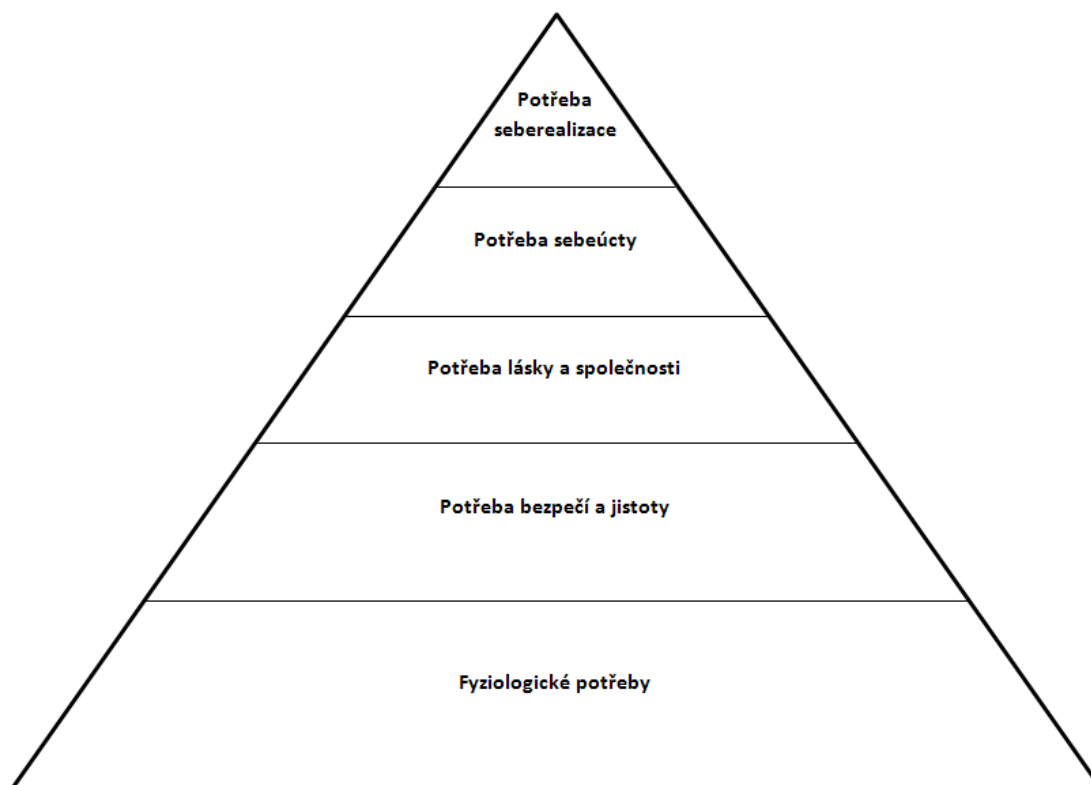


**Obr. 9 - Ulcerativní stadium A III. (Lata, 2010, s. 95)**



**Obr. 10 - Ulcerativně - polypózní stádium A IV. (Lata, 2010, s. 95)**

## Příloha C – Maslowova hierarchie potřeb



Obr. 11 - Maslowova hierarchie potřeb (Šamánková, 2006, s. 55)

# Příloha D – Ošetřovatelské anamnézy

Zdroj ošetřovatelské dokumentace: (Fakulta zdravotnických studií, 2013)

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

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:** .....

**Hlavní diagnóza:** .....

**Vedlejší diagnózy:** .....

**Důvod přijetí:** (vyjádření dle klienta) .....

**Celkový vzhled, úprava:** .....

**Konstituce:**  astenická  normostenická  hyperstenická **Výška:** ..... **Hmotnost:** ..... **BMI:** .....

**MNA:** .....

**Poloha:** | 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 orientovaný/a | částečně | dezorientovaný/á **Oční kontakt:** udržuje | neudržuje

v prostoru |  plně orientovaný/a |  částečně |  dezorientovaný/á

v osobě |  plně orientovaný/a |  částečně |  dezorientovaný/á

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

**Poruchy kvantitativní:**  somnolence  sopor  koma  synkopa

**Poruchy kvalitativní:** delirium | amence | obnubilace

**Závratě:**  ne  ano

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

**Změny v kognitivních funkcích:** | MMSE.....

**Paměť:**  neporušená  zapomíná  částečně zapomíná  špatně si vybavuje  staropaměť

**Poruchy citlivosti:**  ne  anestezie  hypestezie  parestezie  hyperstezie  alodynie

**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 divergentní P/L  strabismus konvergentní P/L

strabismus divergentní P/L  nystagmus |  hemianopsie P/L  amauroza P/L  diplopie P/L  hypermetropie  myopie

**Poruchy očních víček:**  ne  ptóza P/L  lagofthalmus P/L

**Poruchy zornic:**  izokorie  anizokorie  mnióza 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:** febrilis | hippokratika | myxedematosa | tyreotoxica | adenoida  cushingoida  parkinsonica | .....

**Uši**

**Patologie:**  ne  ano.....

**Boltec:** | 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:** soulměrný 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 trudý s prasklinami suchý jiný.....  
**Problémy s otevíráním úst:** ne ano.....  
**Sliznice dutiny ústní:** růžová| vlhká soor| leukoplakie afaty grafitové skvrny jiné.....  
**Dásně:** fyziologické zduřené krvácivé nekrózy recese dásně jiné.....  
**Postavení čelisti:** fyziologické prognacie| prognie  
**Chrup:** vlastní sanován kariézní protéza horní protéza spodní parodontóza  
**Zápach z úst:** bez zápachu foeter hepaticus uremický zápach zápach po acetonu hnusobný jiný.....  
**Jiné:**.....  
Krk  
**Patologie:** ne ano.....  
**Lymfatické uzliny:** fyziologické zvětšené (bližší specifikace).....  
**Konzistence:** měkké tuhé tvrdé  
**Fixace k okolí:** 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 lafonie jiné.....  
**Jiné:**.....  
Hrudník:  
**Patologie:** ne ano.....  
**Tvar:** fyziologický atletický lastenický 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 ..... SpO<sub>2</sub>.....  
**Poslechové změny:**.....  
**Dušnost:** ne ano inspirační expirační  
**Vedlejší dechové fenomény:** nepřítomny suché chropy vlhké chropy krepitace pleurální šelest jiné.....  
**Kašel:** nepřítomen| 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:**.....  
Břicho:  
**Patologie:** ne ano.....  
**Kýla:** ne ano.....  
**Peristaltika:** bez poruchy střevní 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:** ne ano.....  
ano..... **Stomie:**.....  
**Močový měchýř:** nezvětšený zvětšený bolestivost.....  
**Močová trubice, zevní pohlavní ústrojí u muže**  
**Vyústění uretry:** fyziologické epispadie hypospadie  
**Výtok z uretry:** bez výtoku hnusavá krvavá mléčný výtok jiná.....  
**Odchytky:** fimóza parafimóza jiné.....  
**Scrotum odchytky:**.....

**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  pajizévky  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.....

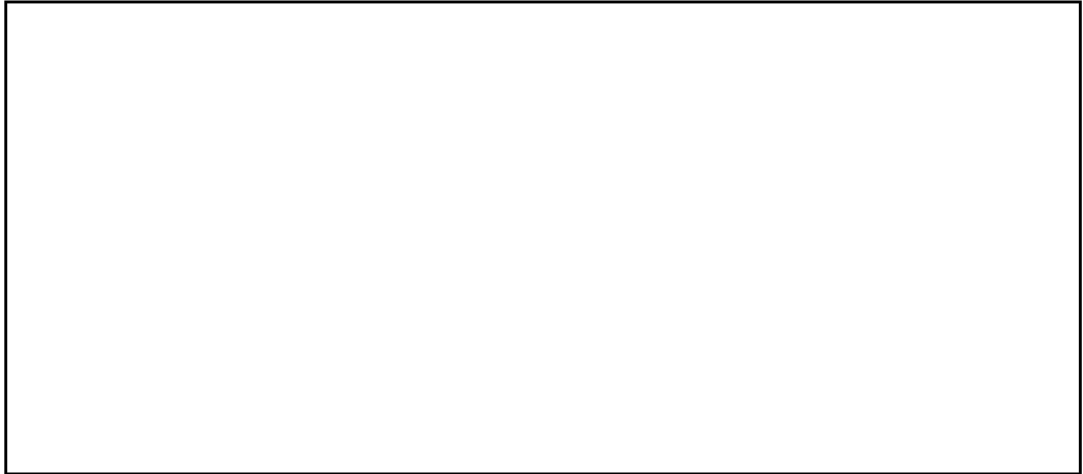
**Močový katétr:**  ne  ano  číslo + typ katétru.....  datum zavedení.....  datum výměny.....

**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

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Podpora zdraví	<p>Nemoci, úrazy, které mají vliv na současný zdravotní stav: .....</p> <p>Riziková povolání: .....</p> <p>Příčiny současného onemocnění (slovy pacienta).....</p> <p>Své zdraví hodnotím jako: velmi dobré                      dobré                        ne moc dobré                        špatné</p> <p>Aktivity podporující (narušující) zdraví.....</p> <p>Kouření: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: druh:..... množství:..... doba:..... frekvence:.....</p> <p>Alkohol: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: druh:..... množství:..... doba:..... frekvence:.....</p> <p>Při objevení současné nemoci jsem: .....</p> <p>Dodržujete nyní a dodržovala jste v minulosti doporučení lékařů a sester?.....</p> <p>Co bude pro Vás důležité po dobu pobytu u nás: .....</p> <p>Preventivní opatření: .....</p>
Výživa	<p>Dieta: ..... dodržování diety: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (důvod)..... <b>Chuť:</b> <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> narušená</p> <p>Alergie na potraviny <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano:.....</p> <p>Typický denní příjem jídla: <input type="checkbox"/> snídaně                      <input type="checkbox"/> svačina                      <input type="checkbox"/> oběd                      <input type="checkbox"/> svačina                      <input type="checkbox"/> večeře                      <input type="checkbox"/> II. večeře</p> <p>Přidávky, doplňky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....</p> <p>Forma stravy: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá</p> <p>Způsob přijímání stravy: <input type="checkbox"/> parenterálně (množství): .....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> enterálně (množství): <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sipping.....</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> NGS..... <input type="checkbox"/> NJS..... <input type="checkbox"/> kontinuálně <input type="checkbox"/> bolus</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> PEG..... <input type="checkbox"/> PEJ..... <input type="checkbox"/> kontinuálně bolus</p> <p>Potíže související s jídlem a příjmem potravy: <input type="checkbox"/> říhání <input type="checkbox"/> pálení žáhy <input type="checkbox"/> nevolnost <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> jiné.....</p> <p>Zvyklosti při stravování: .....</p> <p>Příjem tekutin za 24 h: <input type="checkbox"/> &lt; 0,5 l                      <input type="checkbox"/> 0,5 – 1 l                      <input type="checkbox"/> 1 – 1,5 l                      <input type="checkbox"/> 1,5 – 2 l                      <input type="checkbox"/> 2 – 2,5 l                      <input type="checkbox"/> jiné.....</p> <p>Preferuji: druh/množství: <input type="checkbox"/> čaj..... <input type="checkbox"/> voda..... <input type="checkbox"/> min. vody..... <input type="checkbox"/> pivo..... <input type="checkbox"/> mléko..... <input type="checkbox"/> káva..... <input type="checkbox"/> ovoc. šťávy.....</p> <p>Pocit žízně: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> zvýšený <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> nemám</p> <p>Poranění kůže a sliznic se hojí: <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> špatně (projevy, v minulosti, v současnosti).....</p> <p>Deficit sebepečce, potřeba dopomoci: .....</p>
Vylučování a výměna	<p>Způsob močení: <input type="checkbox"/> sám na WC <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> v lůžku <input type="checkbox"/> permanentní katétr <input type="checkbox"/> toaletní křeslo</p> <p>Mikce: <input type="checkbox"/> bez problémů   problémy: <input type="checkbox"/> dysurie   strangurie   polakisurie   nykturie (jak často?)..... <input type="checkbox"/> zápach.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inkontinence: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> druh..... <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> jiné.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> stomie.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> pomůcky..... léky (jaké).....</p> <p>Diuréza: .....</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>Příměsí moči:</b> .....</p> <p>Defekace: <input type="checkbox"/> pravidelná   nepravidelná                      frekvence:.....                      charakter: <input type="checkbox"/> průjem                      <input type="checkbox"/> zácpa (za kolik dní):.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inkontinence: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> příměsí:..... <input type="checkbox"/> stomie.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> problémy:.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> pomůcky.....</p> <p>Zvyklosti a prostředky k vyprazdňování: .....</p> <p>Deficit sebepečce, potřeba dopomoci: .....</p>
Aktivita - odpočinek	<p>Faktory bránící tělesné aktivitě: .....</p> <p>Odpocinek: .....</p> <p>Spím: <input type="checkbox"/> celou noc <input type="checkbox"/> problémy s usínáním (za jak dlouho usínám po ulehnutí)..... <input type="checkbox"/> budím se brzo a už neusnu (kdy).....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> budím se v noci (frekvence)..... důvod.....</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> spím přes den (kolik hod.)..... <input type="checkbox"/> spánková inverze: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> hypersomnie   narkolepsie   parasomnie</p> <p>Po probuzení se cítím: <input type="checkbox"/> odpočatý/á   nevyspalý/á                      jiné: .....</p> <p>Zvyky pro usínání: .....</p> <p>Léky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaké, kolik, jak dlouho, jak často).....</p>
Vnímání - poznávání	<p>Kompenzační pomůcky a prostředky (jaké): .....</p> <p>Pacient je: <input type="checkbox"/> používá <input type="checkbox"/> nepoužívá <input type="checkbox"/> zapomenuté doma</p> <p>Faktory bránící komunikaci: .....</p> <p>Potřeba pomoci: .....</p>
Vnímání sebe sama	<p>Jak se cítíte? (tělesně i duševně): .....</p> <p>Jaké jsou Vaše zdroje a síly ke zvládnutí situace?.....</p> <p>Potřeba pomoci: .....</p>

Poznámka: **x modrý** (fyziologie, norma)                      **x červený** (patologie, abnormalita)

Zkratky: NGS – nasogastrická sonda; NJS – nasojejunální sonda;  
PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie; PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie



Vztahy a sociální zážemí	Bydlí (kde/s kým): ..... Propuštění plánováno do: <input type="checkbox"/> domácího prostředí <input type="checkbox"/> zařízení následné péče <input type="checkbox"/> soc. zařízení ..... datum: ..... <b>Faktory bránící návratu:</b> Péče po propuštění: <input type="checkbox"/> nezajištěna <input type="checkbox"/> zajištěna (kým) ..... Finanční zabezpečení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano ..... Vzájemná spolupráce s rodinou nebo doprovázející osobou: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne ..... Reakce rodiny na onemocnění: <input type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezájem <input type="checkbox"/> ochota pomoci ..... Lidé, kteří jsou mi nejbližší: ..... Kontakty s lidmi během hospitalizace: <input type="checkbox"/> časté <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> vůbec <input type="checkbox"/> jsem samotář ..... jiné: ..... Chování k lidem (pozorování studentem): .....
Sexualita	<b>Ženy</b> Menstruace: menarche ..... <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná poslední menstruace: ..... <input type="checkbox"/> bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> slabá <input type="checkbox"/> krvácení mezi cykly Antikoncepce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaká) ..... Těhotenství: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano týden ..... Počet porodů ..... <b>Počet potratů (jaký)</b> ..... Klimakterické obtíže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano ..... <b>menopauza (od kdy)</b> : ..... Hormonální léčba: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano ..... Operace: ..... <b>Choroby:</b> .....  <b>Muži</b> Operace: ..... <b>Choroby:</b> .....
Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Jak vnímáte současnou situaci? ..... Má stres souvislost s nemocí? ..... Jaká je strategie zvládání: ..... Jak Vám můžeme aktuálně pomoci? .....
Životní princip (spiritualita)	Co je pro Vás v životě důležité. Máte problém s dosažením toho? ..... Bez čeho si to nedovedete představit? ..... Na co jste pyšný/á? ..... Čeho jste dosáhl/a a co byste chtěl/a ještě dosáhnout? ..... Jak Vám můžeme aktuálně pomoci? .....
Bezpečnost - ochrana	Orientujete se v prostředí během hospitalizace: ..... Máte pocit bezpečí ..... Jak Vám můžeme aktuálně pomoci? .....
Komfort	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano ..... Potřeby spojené s bolestí ..... Další faktory ovlivňující komfort ..... Jak Vám můžeme aktuálně pomoci? .....
Růst a vývoj	Růst: <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne ..... Vývoj: <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne ..... Co je pro Vás v současném období nejdůležitějším vývojovým úkolem? .....

Poznámka: **x modrý** (fyziologie, norma)

**x červený** (patologie, abnormalita)

<i>Kód</i>	<i>Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)</i>	<i>Určující znaky (UZ)</i>	<i>Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)</i>	<i>Přijetí / nepřijetí OD</i>

<i>Kód</i>	<i>Očekávaný výsledek / cíl</i>	<i>Ošetřovatelské intervence</i>	<i>Vyhodnocení ošetřovatelské péče studentem a pacientem/klientem</i>

**Vyšetřovací metody:**

**Terapie (léčebný přípravek, dávkování, indikační skupina):**

Perorální	Parenterální	Enterální

**Poznámky:**

Zdroj ošetrovateľskej špecifickú dokumentácie: vlastní

**Ošetrovateľská špecifická dokumentácia – Pacient s ulceróznou kolitídou**

**Jméno a příjmení:**

**Věk:**

**Pohlaví:**

**Povolání, vzdělání (dochází do zaměstnání?):**

**Alergie:**

**Oddělení x ambulantní docházení:**

**Hlavní diagnóza:**

**Vedlejší diagnózy:**

- **Celkový vzhled, úprava:**

**Konstituce:**

**Výška, váha:**

**BMI:**

**Zhubnutí:**

- **Podpora zdraví**

**Dispenzarizace v poradně( kde):**

**Informovanost o chorobě(způsob):**

**Navštěvuje sdružení :** (např. Občanským sdružením Pacienti s IBD)

**Kouření:**

**Alkohol:**

**Přizpůsobení se současnému stavu(subjektivní vyjádření):**

- **Výživa**

**Dieta (dodrží dietu?):**

**Alergie na potraviny:**

**Typický denní příjem stravy:**

**Přidávky, sipping, vitamíny:**

Potíže související s jídlem a příjmem potravy:

Preferování nějaké stravy:

Strava, která mu činí potíže:

Příjem tekutin za 24 hodin:

Pocit žízně:

- **Vylučování a výměna**

Pocení, TT:

Močení – problémy:

Příměsí v moči:

Defekace: (pravidelnost, frekvence, charakter, příměsí(krev,hlen), tenesmy/Nyní/Dříve?)

Břicho:

Patologie:

Jízvy:

Peristaltika střevní:

Bolesti: (VAS,charakter,lokalizace)

Krvácení ze zažívacího traktu:

Stomie:

- **Aktivita, odpočinek**

Omezení v tělesné aktivitě:

Odpočinek:

Spánek – patologie:

Únava:

Brání hlavní diagnóza pohybovým zálibám:

- **Vnímání sebe sama**

Jak se cítí?

Zdroje ke zvládnutí situace?

- **Vztahy a sociální zázemí:**

**Rodinný stav:**

**Frekvence sociálních kontaktů:**

**Omezuje ho hl. dg v sociálním životě:**

**Vyhýbá se společnosti (důvod):**

**Cestování:**

- **Sexualita**

**Menstruace(pravidelnost):**

**Porody:**

**Potraty:**

**Menopauza (průběh, komplikace):**

**Omezení v oblasti sexuální:**

- **K hlavní dg**

**Rodinná anamnéza:**

**Osobní anamnéza (prodělané nemoci, operace, patologie):**

**Nynější onemocnění(hospitalizace x ambulantní docházení, medikace, nynější problémy, proběhlé komplikace-i dříve):**

**Proběhlá vyšetření:**

**Kdy vznikla nemoc, příznaky nemoci v úvodu onemocnění:**

**Jak je tlusté střevo a konečník postižen:**

**Příměsy ve stolici(krev, hlen, hnis):**

**Tenesmy :**

**Mimostřevní příznaky(záněty podkoží, kloubní komplikace, záněty oční, ..):**

**Léčba: (Aminosalicyláty, Glukokortikoidy, Imunosupresiva, biologická léčba – přípravky, chirurgická léčba,ATB, probiotika)**

**Biologická léčba: (doba léčby, frekvence, způsob aplikace, zdravotní stav po biolog. léčbě – srovnání)**

**Jak často dochází k lékaři, omezuje ho to nějak:**

# Příloha E – Mapa péče

Zdroj: vlastní

**IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK  
PACIENTA**

## MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE – AMBULATNÍ PACIENT S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU DOCHÁZEJÍCÍ NA BIOLOGICKOU LÉČBU

Datum:							
Fáze nemoci:	V jaké fázi nemoci se pacient nachází?	remise relaps rekurence	remise relaps rekurence	remise relaps rekurence	remise relaps rekurence	remise relaps rekurence	remise relaps rekurence
Vylučování a výměna:	Defekace						
	Frekvence stolice (frekvence/24h)						
	Charakter stolice						
	Tenesmy ano x ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Příměsí ve stolici						
	Pocity plnosti ano x ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Meteorizmus	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Flatulence	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Anální ekzém	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Hemorhoidy	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Anální ragády	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Mložení						
	Problémy s močením?						
	Pocení						
Přes den		ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
V noci		ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne



<b>Výživa:</b>	Dieta (typ) :								
	Strava, která mu činí potíže:								
<b>Bolest:</b>	Příjem tekutiny za 24hod:								
	VAS škála bolesti								
	Lokalizace:								
	Charakter:								
	Intenzita VAS:								
<b>Hubnutí:</b>	Zhubnutí za poslední 3 měsíce:								
<b>Mimostřevní projevy:</b>	Bolesti kloubů? Lokalizace?								
	Kožní projevy? Lokalizace?								
	Oční záněty?								
	Bolesti pánve?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Jiné:								
<b>Spánek:</b>	Potíže se spánkem	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Jaké:								
	Léky na spaní:								

<b>Únava:</b>	Cítí se přes den výrazně unaven?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Spí přes den? Kolik hodin?					
<b>Informovanost:</b>	Má dostatek informací o své chorobě?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Potřebuje si promluvit s lékařem?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
<b>Pohybový režim:</b>	Je chodící soběstačný?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Částečně soběstačný?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Nesoběstačný?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Barthelův test všedních činností:					
	Dochází pravidelně na kontroly?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Dochází pravidelně na léčbu?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Dodržuje léčebný režim?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Užívá pravidelně léky?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
<b>Podpora zdraví:</b>	Při domácí biologické léčbě - Aplikuje léčebné přípravky v domácím prostředí?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Kouří?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	Pije alkohol?	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne	ano/ne
	TK					
	P/min					
	Dýchání/min					
	TT					
<b>Monitoring:</b>	Odběry dle OL v tento den (vypsat typ laboratorních odběrů):					

## Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy	Ciele	Intervence	Hodnocení
<b>Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K se budou příznaky ulcerózní kolitidy postupně zmiřňovat během biologické léčby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplikuj subkutánní injekce biologické léčby, aplikuj infuze biologické léčby dle OL</li> <li>Edukuj P/K o potřebě domácí aplikace injekcí při domácí aplikaci biologické léčby</li> <li>dotazuj se, zda P/K aplikaci zvládá bez problémů,</li> <li>kontroluj, zda P/K pravidelně dochází na biologickou léčbu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K je pravidelně podávána biologická léčba dle OL</li> <li>P/K rozumí nutnosti aplikovat si biologickou léčbu v domácím prostředí</li> <li>P/K zvládá aplikaci biologické léčby v domácím prostředí</li> <li>P/K dochází na pravidelnou léčbu</li> </ul>
<b>Chronická bolest (00133)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K se zmiří bolest, alespoň na polovinu na stupnici VAS během pravidelné léčby dle OL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edukujeme P/K o nutnosti dodržování léčebného režimu dle OL</li> <li>Hodnotíme P/K bolest na stupnici VAS při každé návštěvě</li> <li>Informujeme lékaře o P/K bolesti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K dodržuje léčebný režim dle OL</li> <li>P/K nám na pravidelných ambulantních návštěvách hodnotí svou bolest dle stupnice VAS</li> <li>Pokud má P/K bolesti, vždy je lékař informován</li> </ul>
<b>Nedostatek spánku (00096)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K budeme minimalizovat problémy se spánkem pomocí edukace během ambulantního docházení P/K na biologickou léčbu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doporuč P/K vyvětrat místnost před spaním</li> <li>doporuč P/K méně spánku přes den a více aktivit během dne</li> <li>doporuč P/K jíst nejdříve 3 hod před spaním</li> <li>doporuč P/K relaxaci</li> <li>informuj lékaře</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K si pokaždé před spaním vyvětrá místnost</li> <li>P/K se snaží přes den nespát</li> <li>P/K jí poslední jídlo nejdříve 3 hod před spaním</li> <li>P/K ví o možnostech účinné relaxace</li> <li>Lékař je vždy informován o zvýšené únavě P/K</li> </ul>

<b>Stresové přetížení (00177)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K se zmírní pocity stresového napětí vyjádřené jeho subjektivním pocitem spolu s léčbou a postupnému ustávání příznaků během docházení na biologickou léčbu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K se dotazuj na intenzitu stresu</li> <li>Hovoř s P/K o příčinách stresu</li> <li>Zjistí jaké má P/K zdroje zvládnutí stresu</li> <li>mluvíme s P/K o naději efektu biologické léčby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K nám sděluje informace o svém stresovém napětí</li> <li>P/K jsou doporučeny určité změny v denním životě ke zmírnění stresu</li> <li>P/K nám sděluje zdroje síly ke zvládnutí stresu</li> <li>P/K dáváme naději v účinnosti biologické léčby</li> </ul>
<b>Riziko krvácení (00206)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K budeme kontrolovat možnost vzniku krvácení ze zažívacího traktu během ambulantního docházení P/K</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K se dotazujeme, zda nedochází ke krvácení ze zažívacího traktu při každé ambulantní návštěvě</li> <li>poučíme ho o okamžitém informování lékaře, pokud tato situace nastane například i v domácím prostředí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K je dotazován na krvácení ze zažívacího traktu při každé ambulantní návštěvě sestrou i lékařem</li> <li>P/K ví o nutnosti informovat lékaře, pokud tato situace nastane</li> </ul>
<b>Riziko neefektivní gastrointestinální perfúze (00202)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K budeme kontrolovat možnost vzniku neefektivní gastrointestinální perfúze během ambulantního docházení P/K</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K se dotazujeme na možné změny ve funkci trávicího ústrojí</li> <li>ptáme se na projevy hlavní nemoci</li> <li>poučíme ho o okamžitém informování lékaře, pokud tato situace nastane v domácím prostředí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K je na každé návštěvě dotazován na funkci trávení</li> <li>Je dotazován na projevy nemoci sestrou i lékařem</li> <li>P/K ví o nutnosti informování lékaře, pokud tato situace nastane</li> </ul>
<b>Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U K/P nevznikne nerovnováha tekutin v období častých průjmů během ambulantního docházení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotazujeme se P/K na častosti průjmů</li> <li>při problému informujeme lékaře</li> <li>ptáme se na příjem tekutin během dne</li> <li>provádíme pravidelné kontrolní odběry biologického materiálu dle OL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K nám sděluje častost průjmů</li> <li>P/K informuje při potížích lékaře</li> <li>P/K nám sděluje, kolik vypije tekutin za den a ví, jaká je norma</li> <li>P/K jsou prováděny pravidelné odběry biologického materiálu dle OL</li> </ul>

<b>Riziko infekce (00004)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K nevznikne infekce a pokud ano, tak ji včasné odhalíme během ambulantního docházení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotazujeme se P/K na zvýšenou tělesnou teplotu, pocení, jiné závažné změny zdravotního stavu a následně při problémech informujeme lékaře</li> <li>Dotazujeme se P/K, jak zvládá aplikaci s.c. injekce a dodržuje aseptické zásady</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K je dotazován na již zmíněné oblasti sestrou i lékařem a pokud jsou zde patologie, lékař nastavuje léčebná opatření</li> <li>P/K udává zvládání aplikace s.c. injekce a dodržuje zásady aseptiky</li> </ul>
<b>Riziko pádů (00155)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U P/K nedojde k pádu během ambulantního docházení na biologickou léčbu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Po aplikaci injekce/ infuze pozorujeme možné projevy kolapsu P/K</li> <li>Dotazujeme se, jak se cítí po aplikaci injekce/ infuze</li> <li>Po aplikaci ho necháme ještě půl hodiny čekat v čekárně, aby nedošlo k pádu při brzkém odchodu z ambulance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sestra objektivně hodnotí P/K stav po aplikaci biologické léčby</li> <li>P/K je vždy po aplikaci biologické léčby dotazován na subjektivní fyzický stav</li> <li>P/K vždy vyčká v čekárně po aplikaci biologické léčby alespoň půl hodiny</li> </ul>
<b>Nedostatečné znalosti (00126)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K získá co nejvíce informací o nově diagnostikované chorobě ulcerózní kolitidě během ambulantního docházení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zajisti opětovný rozhovor lékaře s P/K</li> <li>Edukuj P/K o nemoci dle svých nastudovaných informací</li> <li>Vyhledej pro P/K informační brožury o nemoci</li> <li>Zajisti informovanost rodiny P/K</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P/K má možnost rozhovoru s lékařem</li> <li>P/K je edukován sestrou o jeho nemoci v rámci její kompetence</li> <li>P/K jsou poskytnuty informační brožury o jeho nemoci</li> <li>Pokud má P/K zájem, je informována i jeho rodina o jeho nemoci od lékaře</li> </ul>
Případně další diagnózy:			