

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

LENKA LOŠONSKÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Gabriela Staňková

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-30

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

LOŠONSKÁ, Lenka. Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Stupeň odborné kvalifikace: bakalář ošetrovatelství. Vedoucí práce: PhDr. Gabriela Staňková

Práce je věnovaná problematice ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou. Je členěna na 4 kapitoly. První tři mají teoretický charakter, čtvrtá část je praktická se situační kazuistikou a vypracováním plánu péče o pacientku s Crohnovou chorobou.

První kapitola je věnována anatomii a fyziologii trávicího traktu. V druhé kapitole je shrnuta historie, charakteristika, etiologie, klinický obraz, diagnostika, terapie a komplikace onemocnění. Třetí kapitola se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta s Crohnem, jakož i ošetrovatelským modelem dr. M. Gordonové, podle kterého jsem vypracovala ošetrovatelský plán.

Ve čtvrté kapitole je podrobně rozpracovány individuální ošetrovatelský plán péče o pacientku s Crohnovou chorobou podle modelu dr. M. Gordonové. Zde uvádím anamnestické údaje o pacientce získané z lékařské dokumentace, ale především, podrobně zpracovanou sesterskou anamnézu. Podle pacientčiny anamnézy byly dále stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle, výsledná kritéria, intervence a realizace. V závěru jsem vyhodnotila stav pacientky v průběhu hospitalizace a následně ještě čtyři měsíce po propuštění do domácí péče.

Příloha obsahuje dokumentaci, s níž jsem pracovala, včetně záznamu o edukaci pacientky.

Klíčová slova: Crohnova choroba. Pacient/klient. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

LOŠONSKÁ, Lenka. Nursing Patients with Crohn's Disease, Prague, 2009. BSc. thesis. College of Health Sciences, o.p.s. Prague. Professional qualification degree: Bachelor of Nursing. Adviser: PhDr. Gabriela Staňková

The thesis deals with issues relating to nursing care of patients with Crohn's disease. It is divided into four chapters. The first three are theoretical; the fourth, which is more practical, contains a case study and an executed plan of care of a female patient with Crohn's disease.

The first chapter describes the anatomy and physiology of the digestive tract. The second contains a summary of the history, characteristic features, aetiology, clinical picture, diagnosis, therapy and complications of the disease. The third chapter deals with nursing care for a patient with Crohn's disease and with the model proposed by Marjory Gordon, PhD, RN, FAAN used for the design of the nursing plan.

The fourth chapter contains a detailed individual nursing plan of care for a patient with Crohn's disease based on the Gordon model. It includes both patient history data from her medical files, and, especially, a detailed nursing history. The patient's history has been used as a source for the establishment of nursing diagnoses, objectives of nursing care, end criteria, intervention and implementation. Finally, the condition of the patient during hospitalisation and during the four-month follow-up period after discharge is assessed.

The annex contains the documents used for the thesis including the patient information record.

Key words: Crohn's disease. Patient/client. Nursing process. Nursing care.

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicího traktu, postihující převážně tenké a tlusté střevo, které může dlouhodobě, někdy doživotně, probíhat ve fázích, kdy se střídají období klidu s obdobími vzplanutí akutních příznaků, jako je například průjem, bolesti břicha, hubnutí, horečka, únava a další. Chronické onemocnění vede k mnoha fyzickým zdravotním problémům, což má za následek i vznik psychických ale také sociálních problémů v životě nemocného. Příčina Crohnovy choroby je dosud nejasná a její léčba je pouze symptomatologická, což znamená, že nemoc nelze vyléčit, je možné jen zmírnit její projevy. Což pro každého pacienta s touto diagnózou většinou znamená dlouhá léta strádání.

Tato práce se snaží přiblížit, jaký dopad má dané onemocnění na bio-psycho-sociální oblast života pacienta i jeho rodiny. Uvádí nejnovější poznatky o Crohnově nemoci, způsoby ošetrovatelské péče a probírá některé problémy u pacienta s danou nemocí podle konkrétní případové kazuistiky. Každý nemocný s Crohnem potřebuje totiž individuální přístup v ošetrovatelské péči, o čem svědčí i táto práce. Doufám, že dané poznatky bude možné nadále využít i v ošetrovatelské praxi.

Výběr tématu byl ovlivněn tím, že výskyt onemocnění v poslední době stoupá, a navíc tím, že tuto nemoc máme přímo v rodině, kde jsem její průběh a život nemocného mohla sledovat.

Práce je určena jak široké veřejnosti, pacientům a jejich rodinám, kteří by se o Crohnově chorobě chtěli dozvědět víc, tak studentům ošetrovatelství a zdravotním sestřám, které o pacienty s Crohnovou chorobou pečují.

Při jejím zpracování jsem čerpala z nejnovějších publikací a elektronických dokumentů zabývajících se touto problematikou.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce PhDr. Gabriele Staňkové za podnětné rady a pedagogické vedení, které mi poskytla při jejím psaní.

OBSAH

ÚVOD	8
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE.....	9
1. 1 Anatomie trávicího traktu	9
1. 2 Fyziologie trávicího traktu.....	10
1. 3 Základy biochemie živin, enzymů a vitamínů.....	11
2 CROHNOVA CHOROBA	12
2. 1 Historie a prevalence Crohnovy choroby	12
2. 2 Definice a etiologie onemocnění	12
2. 3 Klinické příznaky.....	13
2. 4 Diagnostika	14
2. 5 Léčba.....	15
2. 5. 1 Dieta.....	15
2. 5. 2 Protizánětlivá léčba.....	17
2. 5. 3 Moderní léčba	18
2. 5. 4 Biologická léčba	18
2. 5. 5 Chirurgická léčba.....	19
2. 6 Komplikace.....	19
2. 7 Crohn a kolitida	20
2. 8 Život s Crohnovou chorobou	20
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU	22
3. 1 Ošetřovatelský proces v ošetřovatelské péči	22
3. 2 Gordonové funkční model zdraví	22
3. 3 Ošetřovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou	24

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CROHNOVOU CHOROBOU	27
4. 1 Situační kazuistika	27
4. 2 Anamnestické údaje z lékařské dokumentace	27
Výsledky vyšetření	30
Terapie po přijetí.....	31
4. 3 Anamnestické údaje ze sesterské dokumentace.....	32
Informace získané objektivním pozorováním v průběhu rozhovoru a vyšetření.....	32
Informace získané rozhovorem s pacientkou, podle ošetřovatelského modelu dr. M. Gordonové.....	33
4.4 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	38
Stanovené ošetřovatelské diagnózy	38
Aktuální ošetřovatelské diagnózy	40
Potenciální ošetřovatelské diagnózy	56
Shrnutí ošetřovatelské péče	58
4.5 Stav pacientky čtyři měsíce po propuštění	58
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A POJMŮ.....	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicího systému. Může se projevit prakticky v celém průběhu trávicí trubice, od dutiny ústní až po konečník, nejčastěji však bývá zasaženo tenké a tlusté střevo. Zánět postihuje střevní stěny a negativně ovlivňuje jejich funkci. Nemoc probíhá často ve vlnách, kdy se střídají období klidu s obdobím opakovaných vzplanutí choroby a akutních příznaků. K nejčastějším patří: bolest břicha, průjemovitá stolice, dolní dyspeptický syndrom, horečka, hubnutí, únava atd. U tohoto onemocnění není známa přesná příčina jejího vzniku a není znám ani lék, který by tuto chorobu vyléčil. Současná léčba neléčí příčinu, ale léčí pouze příznaky onemocnění, případně následky a komplikace. Crohnova choroba se může poprvé objevit v jakémkoli věku, není výjimkou ani u dětských pacientů. Nejčastěji se objevuje mezi 18. – 35. rokem věku. V ČR se výskyt odhaduje na 1 ze 4 000 obyvatel. Crohnova choroba postihuje stejně často obě pohlaví. Do rizikové skupiny obyvatelstva patří příbuzní pacientů s Crohnovou chorobou, obyvatelé měst a kuřáci. Prevence - vzhledem k tomu, že není známa příčina nemoci, bohužel není účinná. V posledních letech však výskyt onemocnění roste.

A protože i já sama mám v rodině blízkého člověka, který je postižen Crohnovou nemocí, a přímo prožívám, jak táto nemoc, může změnit život trpícího jedince i jeho rodiny, chtěla bych ve své práci nastínit možnosti ošetrovatelské péče i problémy pacienta trpícího danou nemocí. Ukázat, jak nemoc velice vážně zasahuje jeho fyzickou a psychickou, tak i sociální stránku.

Práce má část teoretickou a praktickou. Teoretická část, první tři kapitoly, popisuje samotné onemocnění, klinický obraz, diagnostiku, možnosti terapie, komplikace, prognózu a život pacienta s Crohnem. Dále se věnuji ošetrovatelské péči o pacienta s Crohnem a modelu zdraví dr. Marjory Gordonové, podle kterého je vypracován celý ošetrovatelský proces o pacienta s daným onemocněním. V praktické části, ve čtvrté kapitole, nejprve uvádím anamnestické údaje o pacientce, a to jak z lékařské dokumentace, tak ze sesterské anamnézy, ve které posuzuji fyzický, psychický, sociální i duševní stav pacientky, na základě ošetrovatelského modelu dr. M. Gordonové. Ze zpracovaných informací byly pak stanoveny ošetrovatelské diagnózy, určené cíle, výsledná kritéria, intervence a realizace ošetrovatelské péče. Nakonec byl zhodnocen stav pacientky, splnění stanovených cílů a kritérií. Příloha poskytuje další materiály, jakož i souhrn edukace pacientky.

Cílem práce je přiblížit ošetrovatelskou péči o pacienta s Crohnovou nemocí. Chtěla bych v ní zdůraznit ošetrovatelský proces a ošetrovatelské problémy, které mohou u nemocného s daným onemocněním nastat.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE

1.1 Anatomie trávicího traktu

Crohnova choroba může postihnout jakoukoli část trávicího ústrojí. Nejčastější výskyt tohoto onemocnění je na tenkém a tlustém střevě. Pro Crohnovu chorobu je typické, že je postižena stěna trávicí trubice v celé tloušťce. Z tohoto důvodu se v první kapitole této práce, zaměříme na stručný anatomický přehled celého trávicího traktu.

Trávicí trakt začíná **dutinou ústní** (cavum oris), která slouží k příjmu potravy. V dutině ústní se potrava zvlhčuje, rozmělnuje a její mechanické zpracování a promísení se slinami umožňuje trávení. Dutina ústní přechází do **hltanu** (pharynx), nálevkovité trubice ústící do jícnu. **Jícen** (oesophagus), svalovitá trubice, která spojuje hltan a žaludek. Stěna jícnu je tvořena ze dvou částí. Horní 2/3, navazující na hltan jsou z příčně pruhované svaloviny, spodní část z hladké svaloviny, ústí do žaludku **česlem** (cardie). Posun sousta jícnem je aktivní, vyvolává ho stah kruhového svalstva. Na jícen navazuje **žaludek** (ventriculus, gaster), vakovitý svalový orgán, uložený pod levým lalokem jater. Zde se shromažďuje přijatá potrava, která se zde mísí se žaludečními šťávami.

Další částí zažívacího traktu je **tenké střevo** (intestinum tenue), nejdelší úsek trávicí trubice. Je to v podstatě trubice dlouhá 3-5 metrů, složená v kličky. Při uvolnění tonu může dosáhnout až délky 7 metrů, což je ovšem patologický jev. V tenkém střevě probíhá největší část trávení a vstřebávání jednotlivých složek rozštěpené potravy. Sliznice tenkého střeva je zbrázděna v klky, které zvětšují jeho resorpční plochu. Klky obsahují krevní a lymfatické cévy, přes které dochází k již zmiňovanému vstřebávání živin. Tenké střevo se skládá ze tří částí: **dvanáctníku** (duodenum), **lačnicku** (jejunum) a **kyčelníku** (ileum), který je zakončen svěračem (kruhovitě uspořádanou hladkou svalovinou) a vstupuje z boku do tlustého střeva.

Tlusté střevo (intestinum crassum), je asi 1.5 m dlouhá trubice, v níž se hromadí nestrávené zbytky potravy a dochází k resorpci vody (zahušťování obsahu) a minerálních látek; jeho stěna je tenká, svalovina je redukována, chybí klky. Na sliznici jsou patrné výdutě (haustra). Sliznice produkuje hlen chránící sliznici a tvořící obal pro nestrávené zbytky. Části tlustého střeva tvoří **slepé střevo** (caecum), vak v pravé jámě kyčelní, z něhož odstupuje apendix - **červovitý výběžek**; podslizniční vazivo v této oblasti obsahuje velké množství lymfatické tkáně, proto zde často dochází k zánětlivým procesům (apendicitida). Další částí tlustého střeva je **vzestupný tračník** (colon ascendent), který plynule navazuje na caecum a táhne se vzhůru pod játra, kde se stáčí v **příčný tračník** (colon transversum). K dalšímu výraznému ohybu tlustého střeva dochází v oblasti sleziny a žaludku, kde se z příčného stává **sestupný tračník** (colon descendens), který v levé jámě kyčelní přechází v tzv. **esovitou kličku** (colon sigmoideum). Poslední součástí trávicí trubice je **konečník** (rektum), který končí **řitním otvorem** (anus). (viz příloha č. 1)

Crohnova choroba postihuje celou stěnu **trávicí trubice**, je to znak který ji odlišuje od kolitidy. Stěna trávicí trubice je po celé délce složená ze čtyř stejných vrstev. **Sliznici** - mukózu, tvoří vrstevnatý dlaždicový epitel, odolný proti mechanické námaze, který se rychle se obnovuje (dutina ústní, hltan, jícn, konečník) a válcový epitel, který vystýlá zbývající části trávicí trubice. Sliznici rozdělujeme podle vzhledu na hladkou (dutina ústní), složenou v řasy (žaludek, tlusté střevo) a vybíhající v drobné výběžky – **klky (villi)**, zvětšují vnitřní plochu tenkého střeva. **Podslizniční vazivo** je řídké vazivo, ve kterém jsou nakupeny uzlíky lymfatické tkáně. Má velký význam při ochraně před škodlivinami a připevňuje sliznici ke svalovině trávicí trubice. **Svalovina** je nejsilnější vrstva, tvoří ji: svalovina hladká (převážně) s autonomní inervací a svalovina příčně pruhovaná - na začátku a na konci trávicí trubice (hltan, část jícnu, část konečníku) s volní inervací. Svalovina trávicí trubice je dvouvrstvá, tvořená vrstvou vnitřní - kruhovou a vnější - podélnou. Pouze žaludek má ještě třetí svalovou vrstvu - šikmou, která má význam při posunu potravy a peristaltice. **Pobříšnice** (peritoneum) je vazivová hladká lesklá blána, která tvoří obal trávicích orgánů. V úsecích, mimo dutinu břišní (hrudník, pánev) se tato vrstva nazývá **adventicie**. V jednotlivých úsecích trávicí trubice je stavba stěny specifická podle funkce, kterou určitý úsek vykonává. (3, 7, 11)

1.2 Fyziologie trávicího traktu

Trávicí soustava má více funkcí: příjem potravy, její trávení, vstřebávání a odstranění nestravitelných zbytků a nadbytečných látek ven z těla. Postižení trávicího traktu Crohnovou chorobou vede k poruchám spojeným s trávením a vstřebáváním potravy čímž organismu ubývá dostatek základních živin: cukrů, tuků, bílkovin, jakož i vitaminů, minerálů a vody. Proto se musíme zmínit jak o fyziologii trávení a vstřebávání živin, tak o významu jednotlivých složek potravy pro lidský organismus.

Trávení živin zahrnuje zpracování potravy: **mechanické** - rozmělnění potravy a její promíchání s trávicími šťávami, a **chemické** - pomocí trávicích šťáv obsahujících enzymy jsou živiny štěpeny na jednodušší látky. **Živiny** jsou látky, ze kterých lze získat energii: cukry, tuky, bílkoviny. Hlavní částí, kde dochází ke vstřebávání (resorpci) látek, je tenké střevo. Zde se vstřebávají i vitamíny, např. B12 důležitý pro krvetvorbu. V tlustém střevě se vstřebává voda a minerální látky. **Aktivní vstřebávání** – kdy buňky sliznice třídí příjem rozštěpených látek do krevních nebo mízních cév je typický jev pro tenké střevo. A pasivní **vstřebávání**, kdy volně rozpuštěné látky přestupují přes buňky sliznice (vodné roztoky solí, léky, alkohol) dochází v tlustém střevě. Rychlost vstřebávání je závislá na množství potravy a jejím složení, na množství a složení trávicích šťáv a na prokrvení stěny trávicí trubice. **Metabolismus** je termín pro trvalou výměnu látek a energie, **anabolismus** pro vytváření – skládání - složitých látek z látek jednoduchých (např. z jednoduchých cukrů glykogen), **katabolismus** pro štěpení složitých látek na jednoduché (např. z bílkovin aminokyseliny). (11, 13, 16)

1.3 Základy biochemie živin, enzymů a vitamínů

Pacient postižený Crohnovou chorobou trpí průjmy. Špatné vstřebávání živin způsobené zánětlivými změnami na sliznici tenkého střeva, případně častými resekcemi střeva, může vést k podvýživě (malnutrice) či k hypovitaminózám. Všechny tyto skutečnosti je potřebné brát v úvahu při diagnostice tohoto onemocnění. (Kohout, P., Pavlíčková, J.: Crohnova choroba, ulcerózní kolitida)

Enzymy – fermenty - jsou **biokatalyzátory**, neboť urychlují a usměrňují chemické reakce. Působí při nízkých teplotách, mají specifický účinek, zasahují do biochemických dějů postupně (takže uvolněná energie nepoškozuje buňku), působí pouze na jednu chemickou sloučeninu (enzymů je tolik, kolik je organických látek), působí v malém množství, rozkládají základní živiny (proteázy, lipázy, amylázy).

Bílkoviny - proteiny – jsou hlavní stavební látkou, tvoří 20 % hmotnosti těla, nelze je nahradit jinou složkou potravy; organismus je nedokáže ukládat do zásoby, jsou druhově specifické (pro každého jedince jiné). Přijaté bílkoviny se v trávicím traktu rozloží na aminokyseliny, které se vstřebají a v játrech se z nich skládají specifické bílkoviny typické pro každého jedince. **Aminokyseliny** (AMK) - organické kyseliny-mají v molekule NH_2 → vysoký obsah N, v lidském organismu je jich 21, spojením AMK do řetězců vznikají různé bílkoviny, podle pořadí AMK v řetězci mají bílkoviny různé vlastnosti.

Cukry - glycidy jsou zdrojem energie (hlavně pro nervový systém) rezervní látkou. Cukry se v trávicí soustavě rozkládají ze složitých na jednoduché, které se pak vstřebávají. Pronikání cukrů do buněk řídí inzulín. Při nedostatečném přívodu cukrů v potravě se zdrojem energie stávají AMK, nebo tuky. Přeměna jiných živin v cukry se nazývá **glykogenéza**.

Tuky – lipidy jsou zdrojem energie, dlouhodobou rezervou pro uvolňování energie, stavební látkou; spojením s bílkovinami vznikají lipoproteiny (v buněčných membránách a cytoplazmě), zajišťují ochranu organismu před tepelnými ztrátami (špatný vodič)

Minerální látky k nejdůležitějším patří soli draslíku a sodíku, vápníku a hořčíku a dále fosforu. Minerální látky se musí nahrazovat z potravy, protože část je vylučována z těla močí a různými druhy sekrece.

Vitamíny jsou součástí potravy, nejsou si chemicky podobné (rozdělují se podle rozpustnosti), nejsou zdrojem energie. Jsou důležité pro enzymové reakce. (3, 7, 11)

2 CROHNOVA CHOROBA

2.1 Historie a prevalence Crohnovy choroby

Crohnova choroba postihuje více obyvatele vyspělých částí světa. Její výskyt pravděpodobně souvisí se životním stylem, proto bývá označována jako civilizační choroba. Poprvé se může objevit v jakémkoli věku, výjimkou není ani postižení u dětí. Nejčastěji se projevuje mezi 18. – 35. rokem věku. V ČR se výskyt odhaduje na 1:4 tisícům obyvatel, v posledních letech však počet onemocnění roste. Tato choroba postihuje stejně často obě pohlaví. Do rizikové skupiny patří příbuzní pacientů s Crohnovou chorobou, obyvatelé měst a kuřáci. Prevence, vzhledem k tomu, že není známa příčina nemoci, bohužel není příliš účinná.

První zmínky o zánětu střev nápadně připomínajícím Crohnovu chorobu, jak ji známe dnes, pocházejí již z počátku 18. století od italského lékaře a anatoma Morgagniho. Podrobný popis onemocnění uvádí na počátku 20. století polský chirurg Leśniowski. Za objevitele onemocnění je však dnes všeobecně považován někdo jiný. V roce 1932 popsala trojice amerických lékařů Burrill Bernard Crohn, Leon Ginsburg a Gordon Oppenheimer zánět konce tenkého střeva. Charakter i průběh zánětu se lišil od všech dosud známých chorob. Nová nemoc dostala na počest svých objevitelů jméno Crohnova-Ginsburgova-Oppenheimerova. Vžilo se zkrácené označení Crohnova choroba. (7, 8, 13, 16, 19, 20)

2.2 Definice a etiologie onemocnění

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicího systému. Patří do skupiny chorob označovaných jako ISZ (idiopatické střevní záněty). Dříve se používal název NSZ (nespecifické střevní záněty). Crohnova choroba se může projevit prakticky v celém průběhu trávicí trubice, od ústní dutiny až po konečník. Nejčastěji však bývá nemocí zasaženo tenké a tlusté střevo. Zánět postihuje střevní stěnu v celé její tloušťce a negativně ovlivňuje jejich funkci. Charakteristické je postižení vždy jen ohraničených úseků střeva, kdy postižené úseky se střídají se zdravými. Při bližším zkoumání je možné najít v tkáni nahromaděné zánětlivé buňky. Chovají se agresivně. Svoji činností poškozují střevní stěnu. Ve vnitřní výstelce (sliznici) vznikají trhliny a vředy. Postupně dochází k jejímu jizvení a zužování průsvitu střeva. Crohnova choroba se může projevit v podstatě kdekoliv v průběhu trávicí trubice. K nejčastěji zasaženým oblastem patří konečný úsek tenkého střeva, tzv. terminální ileum. Vlastní zánětová reakce představuje poměrně složitý soubor několika dějů, které se v těle projeví jako reakce na různé podněty. Byla objevena jedna z nejdůležitějších molekul, která nese poměrně velkou míru odpovědnosti za průběh zánětlivého procesu. Tato molekula se nazývá TNF- α (tumor nekrotizující faktor- alfa). Lze usuzovat, že pokud by se tuto látku podařilo z těla nějakým způsobem odstranit, nutně by klesla i aktivita zánětu.

Přesné příčiny Crohnovy choroby se dosud nepodařilo odhalit. Její rozvoj je vysvětlován hned několika možnostmi. Jsou to: **Infekční příčina**: Konkrétní bakterii se nikdy nepodařilo určit, přesto je mikrobiální osídlení podmínkou chronického střevního zánětu. Při vzniku Crohnovy choroby se uvažuje hlavně o anaerobních bakteriích. **Autoimunitní reakce**: Při studiích bylo zjištěno, že T lymfocyty v oblasti céka, aktivované střevní flórou mohou vyvolat zánět. Nejedná se však o **potravinovou** alergickou reakci. **Porušená slizniční bariéra**: Dochází k pronikání antigenů do stěny střeva, což vyvolá velkou imunitní reakci s následným zánětem střeva. Může způsobit až k destrukci střevní tkáně. **Dědičné vlivy**: Crohnova choroba se vyskytuje familiárně. Gen zodpovědný za vznik onemocnění však zatím nebyl zjištěn. **Vliv prostředí**: Se změnou životního stylu došlo ve druhé polovině dvacátých let minulého století k velkému nárůstu počtu postižených ISZ. Pravděpodobná je souvislost se změnou stravy jako takové. Podle studií je zřejmé, že velkým rizikovým faktorem u Crohnovy choroby je kouření. Choroba se může projevit i s ročním zpožděním od zanechání kouření. (6, 7, 8, 13, 16, 19, 20)

2.3 Klinické příznaky

Crohnova choroba probíhá často chronicky ve vlnách (intermitentně), až 65 % případů, kdy se v průběhu času střídají období relapsů a remisí. **Relaps** je opakované vzplanutí choroby s přítomností akutních příznaků, **remise** je období klidné, kdy může být nemocný úplně bez příznaků – jde o asymptomatickou fázi. Nelze přesně říct, jak dlouho bude relaps, nebo remise trvat, celý průběh choroby je velice individuální. Nebo může nemoc probíhat rychle (fulminantně), v 8 % případů, a může mít i smrtelné zakončení.

Projevy onemocnění se odvíjejí především od poškození střeva. Patří k nim: bolest břicha, průjmovitá stolice, dolní dyspeptický syndrom.

Bolest břicha bývá největší v okolí pupku nebo v pravém podbříšku. Břicho je bolestivé i na pohmat. V pravém podbříšku lze někdy při vyšetření nahmatat různě velikou „bouli“, utvářejí ji zánětem slepené střevní kličky. Bolesti v podbříšku mohou mást a připomínat zánět slepého střeva, takhle může dojít ke stanovení špatné diagnózy. Bolest může být různého charakteru. Nejčastější je bolest tlaková a křečovitá.

Průjmovitá stolice je jedním z hlavních příznaků Crohnovy choroby. Řídká stolice může v některých případech obsahovat příměs hlenů nebo i krve. Postižená střevní sliznice není schopna vstřebávat všechny živiny z potravy. Stolice může obsahovat značné množství tuku.

Dolní dyspeptický syndrom je takzvané přelévání střevního obsahu. Postižený trpí škroukáním v břiše, nadýmáním, hodně říhá. Charakteristická je bolest břicha za 1 - 2 hodiny po jídle, s vystupňovanými střevními zvuky. Na nemoc reaguje celý organismus. K čistě střevním problémům se rychle přidávají tzv. celkové příznaky: **horečka, hubnutí, únava**.

Idiopatické střevní záněty nepostihují jen střevo. Zvláště při těžkém a dlouhodobém průběhu se mohou přidat i obtíže způsobené napadením jiných orgánů. K tzv. mimo střevním projevům Crohnovy choroby patří **bolesti kloubů, onemocnění očí, kožní vyrážka, poruchy krve tvorby**. (6, 7, 8, 13, 16, 17, 19, 20)

2.4 Diagnostika

Diagnóza Crohnovy choroby představuje pro pacienta nálepku na celý život. K jejímu stanovení nestačí pouhé podezření, musí jí předcházet podrobné vyšetření. Základem jsou čtyři základní vyšetřovací metody: interní vyšetření, vyšetření krve, zobrazovací vyšetření a biopsie.

Interní vyšetření začíná obvykle soupisem anamnézy. Lékaře samozřejmě zajímají především aktuální problémy a to, jak vznikly. Další cílené dotazy se týkají rodiny, osobního života, pracovní a sociální situace, případné alergie, užívání léků. Dále se do anamnézy zaznamenávají veškerá prodělaná onemocnění. K hodnocení celkového stavu organismu používá lékař čtyři základní metody – pohled, pohmat, poklep a poslech. Důležitou součástí vyšetření je i vyšetření konečníku (per rectum). V průběhu celého vyšetření si lékař všímá odchylek od normy. V případě Crohnovy choroby může být významný nález na břiše a v okolí konečníku. Stejně důležitý je i celkový stav výživy. **Vyšetření krve** se provádí ve více laboratořích. Biochemické a hematologické vyšetření krve obvykle prokáže chudokrevnost, podvýživu, nízkou hladinu minerálů a známky zánětu. K diagnóze se používá i stanovení přítomnosti zvláštního druhu protilátek (ANCA a ASCA).

Vedle vyšetření krve se provádí také **vyšetření stolice**. To může odhalit přítomnost krve a zároveň slouží k vyloučení přítomnosti parazitů nebo jiných příčin zánětu. (6, 7, 8, 13, 16)

Zobrazovací vyšetření je nejdůležitější při stanovení diagnózy Crohnovy choroby. Dnešní medicína má k dispozici několik rentgenových technik a endoskopických metod. Při použití více metod se docílí kvalitního vyšetření celého zažívacího traktu.

Irigografie – rentgenové vyšetření střeva, které za použití kontrastní látky zobrazí reliéf střevní stěny a případná zúžení průsvitu střeva.

Počítačová tomografie (CT) – rentgenové vyšetření užívané k odhalení rozsahu zánětlivých změn v dutině břišní a případných píštělí.

Kolonoskopie – endoskopické vyšetření zobrazující pomocí speciální kamery zavedené do konečníku přímo stěny tlustého střeva.

Gastroskopie – endoskopické vyšetření zobrazující pomocí speciální kamery zavedené ústy stěny jícnu, žaludku a počátečního úseku tenkého střeva.

Endoskopické vyšetření (kolonoskopie a gastroskopie) umožňuje kromě zobrazení také odběr vzorků tkáně z postižených úseků střeva k dalšímu vyšetření (biopsie). Jejich histologická analýza prokáže známky zánětu. Mikroskopické vyšetření zobrazí strukturu tkáně a buňky, které ji tvoří. Odhalí změny vyvolané zánětem.

Kapsuloskopie – moderní metoda „bezdrátové endoskopie“ užívaná k zobrazení tenkého střeva pomocí miniaturní kamery v podobě kapsle určené k polknutí. (1, 7, 8, 16)

2.5 Léčba

Zatím neexistuje léčba, která by dokázala vyléčit Crohnovu chorobu. Veškerá léčba se zaměřuje pouze na její potlačení, je tedy pouze symptomatická. Všemi dostupnými prostředky se snaží zvýšit kvalitu života nemocných a prodloužit období remise.

Léčba Crohnovy choroby je celoživotní. Zánět sice nedokáže zcela odstranit, ale umožňuje potlačit jeho projevy a zpomalit jeho rozvoj. Úspěšnost velmi závisí na disciplíně nemocného a jeho ochotě spolupracovat. Chronická léčba onemocnění probíhá ambulantně. Při novém relapsu je však obvykle nutné strávit určitý čas v nemocnici.

Současné přístupy k léčbě Crohnovy choroby a ostatních idiopatických střevních zánětů můžeme rozdělit do několika hlavních kategorií, které se kombinují podle individuálních potřeb pacienta. Postupy léčby jsou: dieta, protizánětlivé léky, imunomodulační léky, biologická léčba a v krajním případě léčba chirurgická. (6, 7, 8, 13, 16, 20)

2.5.1 Dieta

Dieta je základním pilířem léčby. Dieta musí poskytovat dostatek energie a zároveň obsahovat všechny potřebné složky. Správný výběr a vyvážení jídelníčku proto může být obtížný úkol. Vhodná dieta se může u jednotlivých pacientů lišit, závisí na individuální snášenlivosti i na aktuální fázi a průběhu onemocnění. Nemocný by se měl vždy opřít o doporučení lékaře a specializovaných odborníků na výživu.

Obecné rady, kterým potravinám se vyhnout, mohou být zavádějící. Není nad osobní zkušenost. Při sestavování vhodného jídelníčku jsou proto užitečnou pomůckou denní záznamy o jídle. Nemocný díky nim získá přehled o tom, které potraviny snáší a které u něj zhoršují příznaky onemocnění.

Strava není příčinou rozvoje Crohnovy choroby, rozhodně však může do jejího průběhu zasáhnout. Vhodná strava proto také patří k základním způsobům léčby. Správně zvolený jídelníček pomůže získat nad onemocněním kontrolu.

Očekávané cíle u diety: prodloužení doby remise, snížení počtu průjmů. Složení jídelníčku závisí na aktuálním stavu onemocnění. Nemocný ve fázi relapsu musí volit jiná jídla než v období remise. (4, 5, 6, 13, 16, 17)

Dieta v klidné fázi

Při postižení ISZ se doporučuje nemocnému dodržovat **bezezbytkovou dietu**. V období remisi nemusí být dieta tak přísná, ale je třeba její zásady dále zachovávat. Hlavním znakem diety je konzumace takových potravin, které po zpracování trávicím ústrojím zanechávají minimum nestravitelných zbytků, čímž se sníží mechanické dráždění střeva. Z jídelníčku by měly být vyřazeny luštěniny a většina ovoce a zeleniny. V případě konzumace, musí být zbaveny slupek a zrníček, nejlépe předvařené a v kašovitě konzistenci. Důležité je omezení cukrů ve stravě, zejména cukrů složených. Složené cukry mají delší řetězec a tím je jejich zpracování náročnější. Při potížích dochází k jejich špatnému zpracování, hromadí se ve střevě, kde probíhá k jejich kvašení, čímž se dále zhoršují střevní potíže postiženého. Upřednostňuje se tedy používání jednoduchých cukrů.

Mezi vhodné potraviny patří loupaná rýže, těstoviny, brambory, vejce, a libové netučné maso. Snášenlivost ostatních potravin je individuální. Ovoce a zelenina pouze ve velmi omezených množstvích a to pouze druhy, které jsou pacientem tolerovány.

Ke správné stravě patří i optimální pitný režim. Denní potřeba tekutin je minimálně 2 litry. Doporučuje se vypít toto množství pomalu v průběhu dne, nejlépe v období mezi jednotlivými jídly. I v případě nápojů platí rozdílná tolerance i možný vliv na průběh onemocnění. Nápoje můžeme rozdělit na doporučené: minerální vody, bylinkové čaje, přírodní šťávy ředěné vodou, a nedoporučené: káva, černý čaj a alkohol. Nemocní s Crohnovou chorobou by se měli rozhodně vyhnout destilátům, které nadměrně dráždí střevní sliznici.

Důležité je sledování hmotnosti. Váha by se měla udržovat v optimálních hodnotách, bez výrazného kolísání. Hubnutí může být symptomem zhoršování nemoci. Konkrétní složení jídelníčku i způsob přípravy jednotlivých potravin záleží na individuální snášenlivosti. Je dobré provádět denní záznam o jídle. Získá se tak přehled o tom, které potraviny nemocný snáší dobře, a které naopak zhoršují příznaky onemocnění - hlavně bolesti břicha a průjem.

Je důležité dodržovat některé stravovací návyky:

1. jíst v klidu
2. celodenní příjem potravy si rozdělit do několika menších porcí
3. sousta důkladně rozžvýkat
4. vyhnout se příliš studeným nebo naopak horkým potravinám

Mít Crohnovu chorobu neznamená strádání. Pacienti mohou jíst i běžná jídla. Živiny, vitaminy a potřebné kalorie tělu dodají i hamburger, pizza, nebo zmrzlina. Složení těchto potravin samozřejmě není ideální, ale v případě, že tato jídla nedráždí a nemocný má na ně chuť, tak jednou za čas si může dovolit i nějakou potravinu tohoto druhu. Musí ale počítat s nebezpečím relapsu onemocnění. (4, 5, 6, 13, 16, 17)

Dieta v akutním období

Relaps doprovázený úporným průjmem a celkově špatným zdravotním stavem je mnohdy nutné řešit pobytem v nemocnici. Pacientovi je doporučen střevní klid, tzv.

bowel rest. Období střevního klidu spočívá ve vyloučení běžné stravy. V tomto období je velice důležité doplňovat tekutiny, které organismus ztrácí častými průjmy. Nemocní dostávají potřebné živiny formou plnohodnotné enterální (umělá výživa podávaná do střeva), nebo plnohodnotné parenterální výživy (podávaná do žilního systému). Dieta musí pokrýt zvýšené energetické nároky organismu. V období **bowel restu** dochází ke zmenšení množství antigenů, které se dostávají do těla společně s potravou, čímž se sníží jeho imunitní odpověď. Výrazně lepší efekt má princip střevního klidu u dětí. U dospělých pacientů je potřeba jej doplnit o farmakoterapii. (4, 5, 6)

Enterální výživa - EV: zahrnuje všechny metody přísunu živin do trávicí trubice, kde se mohou vstřebat. EV je indikována v případech, kdy není možné podávat běžnou stravu. Pro aplikaci EV se využívají továrně vyrobené vysokoenergetické nápoje (Nutridrink, Fortimel). Tomuto podávání EV se jinak říká **sipping – popíjení**. Při neschopnosti přijímat EV ústy se používají sondy. Pro krátkodobou aplikaci je vhodná sonda nasogastrická, aplikace cca do tří měsíců. Pro delší podávání je vhodnější sonda nasoduodenální, která se zavádí pod gastrokopickou kontrolou. Pro trvalé podávání EV je určen PEG- perkutánní endoskopická gastrostomie. Podávání enterální výživy je kontraindikováno pouze při úplném selhání střeva.

Parenterální výživa - PV: aplikuje se v okamžiku, kdy není možná EV. Jedná se o zabezpečení veškerých nutričních požadavků intravenózní cestou. PV je podávána přísně sterilně, nejlépe do velké cévy. Nejvhodnější je podklíčková žíla (vena subclavia). Podání PV je individuální. Podle potřeb pacienta a stavu výživy se zvolí vhodný roztok. Při podávání PV je důležité sledovat fyziologické funkce, tělesnou hmotnost, laboratorní hodnoty. Velice důležitá péče o ústní dutinu, protože pacient nepřijímá nic ústy.

Postupně se podle stavu nemocného možné k umělé výživě přidává malé množství potravin. Základem jsou krémy, pudinky, masové bujony a rýží zahuštěné zeleninové polévky. Přirozený přísun vitamínů zajistí ovocná pyré a kompoty. Jako zdroj bílkovin se po zklidnění obtíží doporučuje vařené hovězí maso nebo masové haše. K vhodným potravinám při průjmu patří těstoviny.

Návrat k normální stravě musí být pozvolný. Následuje až po úplném vymizení průjmů a teplot. Příliš rychlé zatížení normální stravou může vést k dalšímu zhoršení a prodloužení akutní fáze. U Crohnovy choroby může převod k normální stravě trvat i několik měsíců. Není výjimkou dlouhodobá domácí EV. (6, 13, 16, 17)

2.5.2 Protizánětlivá léčba

Kromě diety patří k základům léčby Crohnovy choroby tzv. protizánětlivé léky. Tlumí rozvoj zánětu ve střevní stěně a tím omezují rozsah jejího poškození. K dispozici je několik skupin léčivých přípravků:

Sulfonamidy jsou sloučeniny kyseliny 5 - aminosalicilové (sulfasalazin, mesalazin). Podávají se ve formě tablet, čípků nebo klyzmat, působí přímo na stěnu střeva a nevstřebávají se do oběhu. U lehčích forem nemoci navozují a udržují remisi.

Kortikoidy (prednison, hydrokortison), se podávají ve formě tablet, nitrožilních infuzí nebo klyzmat. Jejich působení je celkové, bez nutnosti kontaktu se střevní stěnou. Mají rychlejší působení a jsou vyhrazeny pro závažnější formy nemoci. Novější preparáty (budenosid) mají nižší výskyt vedlejších účinků.

Antibiotika (metronidazol, ciprofloxacin), se podávají ve formě tablet a nitrožilních infuzí. Působí na přidružené bakteriální infekce a zároveň příznivě působí proti vzniku píštělí.

Dlouhodobé užívání těchto léků však může být spojeno s výskytem řady nežádoucích účinků. To se týká zejména kortikoidů (kortikoidový diabetes, glaukom, peptický vřed, psychické poruchy), používajících zejména v období relapsu. Cílem další léčby je mimo jiné snaha omezit, nebo úplně zastavit užívání kortikoidů. Léčbu vždy navrhuje a řídí lékař. (7, 8, 13, 16)

2.5.3 Moderní léčba

Imunosupresiva jsou látky schopné potlačit imunitní reakce organismu. Jejich vlastností se využívá například při transplantacích k zábraně odloučení. Léky z této skupiny mohou zároveň blokovat tvorbu protilátek proti vlastním tkáním. V případě Crohnovy choroby slouží k náhradě vysokých dávek kortikoidů a k udržení remise. K nejpoužívanějším patří: azathioprim, merkaptopurin, které se mění v organismu na látku, jež v buňkách tlumí tvorbu nukleových kyselin. Snižují počet imunitních buněk a působí proti jejich vyžívání a jsou vyhrazeny pro těžké formy postižení s vysokou aktivitou nemoci. Nevýhody: mohou způsobovat útlum krvetvorby (nutná kontrola KO), nesmí se užívat v případě poruch funkce jater či poruch krvetvorby a při probíhající akutní infekci. (7, 8, 16)

2.5.4 Biologická léčba

V léčbě Crohnovy choroby se také používají léky schopné aktivně ovlivnit imunitní pochody v organismu. Tento typ léčby snižuje aktivitu imunitních buněk a umožňuje zmírňuje průběh zánětlivé reakce.

TNF- α (tumor nekrotizující faktor alfa) hraje velice důležitou roli při vzniku zánětu a v jeho průběhu. V současné době je možné v laboratorních podmínkách vytvořit umělou protilátku proti libovolné látce. Takovým způsobem byla vyrobena protilátka proti TNF- α , která se aplikuje formou infuze přímo do žíly. V posledních 10 - 15 letech byl již ověřen a prokázán velmi příznivý léčebný účinek této protilátky proti TNF- α .

Protilátka blokující účinek TNF- α rychle a účinně zlepšuje příznaky onemocnění. Snižuje počet imunitních buněk a působí proti jejich vyžívání. U části pacientů vede k úplnému vyhojení slizničního postižení. Zvyšuje kvalitu života léčených pacientů. Tato protilátka je vyhrazena pro léčbu středně těžké, až těžké aktivní formy Crohnovy choroby, kde selhala předcházející léčba. Je prokázán efekt u léčby píštělí. Nevýhody: častější výskyt virových infekcí a infekcí dýchacích cest. (6, 13, 16)

2.5.5 Chirurgická léčba

V nejtěžších případech Crohnovy choroby je nutné přistoupit k operaci. Důvodů k operaci je několik:

1. obnovení průchodnosti střeva odstraněním zjizvených úseků změněných zánětem
2. odstranění dutin naplněných hnisem v břišní dutině a v okolí konečníku
3. odstranění na léčbu nereagujících vnějších píštělí
4. odstranění vnitřních píštělí způsobujících zánět pánevních orgánů

Statistické údaje jednoznačně ukazují, že se operaci v průběhu života podrobí až polovina pacientů s Crohnovou chorobou. Operace dokáže krátkodobě zvýšit kvalitu života. Chirurgický skalpel však řeší pouze akutní symptom, ne nemoc jako celek. V průběhu několika dalších let může vyvstat nutnost dalšího chirurgického zákroku.

Při rozhodování o léčebném postupu je vždy zapotřebí pečlivě zvážit výhody dané léčby proti jejím možným rizikům. (7, 8, 13, 16)

2.6 Komplikace

Život s Crohnovou chorobou může být velmi obtížný, průběh onemocnění se nedá odhadnout. Někteří pacienti žijí dlouhá léta bez obtíží, u jiných vzplane zánět dokonce několikrát do roka. Dlouhodobé a nedostatečně kontrolované onemocnění s sebou přináší i řadu nepříjemných komplikací. K těm hlavním patří: stenózy, perforace, nebo píštěle.

Hojením trhlín a vředů dochází k tvorbě jizev a střevní stěna se jizvením stahuje. Situace může postupně vést až k úplné neprůchodnosti postiženého úseku střeva. Mohou vznikat **stenózy**, nejtěžších případech hrozí i prasknutí oslabeného střeva-**perforace**. Rychle se rozvíjí životu nebezpečný zánět pobřišnice. Obě situace vyžadují neodkladné chirurgické řešení, jde o život ohrožující stav.

Píštěle jsou kanálky nebo chodbičky představující nepřírozenou komunikaci mezi střevem a okolím. Vznikají „provalením“ zánětu ze střeva do okolních orgánů nebo na povrch kůže. Pro Crohnovu chorobu jsou charakteristické perianální píštěle - píštěle ústící do okolí konečníku. Mohou nepříjemně zapáchat a způsobovat dráždění kůže. V případě vnitřních píštělí – např. mezi střevem a močovým měchýřem nebo pochvou – vznikají nepříjemné záněty zasažených orgánů. Píštěle mohou být v některých případech dokonce prvním projevem Crohnovy choroby. Teprve při jejich vzniku se začne pátrat po příčině předchozích nevýrazných obtíží.

Důsledkem postižení střevní stěny je nedostatečné vstřebávání potravy. Vzniká **porucha výživy**. Nemocný ubývá na váze. Rozvíjí se podvýživa.

Kromě hlavních komplikací může být Crohnova choroba spojena i s několika komplikacemi mimostřevními (artritidy, keratokonjunktivitidy apod.). Chronické dráždění střeva způsobené zánětem vytváří podle některých pozorování podmínky pro vznik nádorového onemocnění.

Nejlepší prevencí vzniku komplikací je dostatečně účinná a důsledná léčba. Crohnova choroba vyžaduje dlouhodobou léčbu a pravidelné lékařské kontroly. V případě potřeby je nutná i jednou za čas hospitalizace. (6, 7, 8, 13, 16)

2.7 Crohn a kolitida

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou nemoci, které společně patří do skupiny idiopatických střevních zánětů (ISZ), nemajících zjevnou příčinu. Tím se liší od ostatních, tzv. specifických zánětů, u kterých lze příčinu vystopovat (např. bakteriální nebo virové záněty). Obě nemoci jsou si na první pohled velmi podobné. Přesto mají několik charakteristických odlišností. (viz příloha č.2) (6, 7, 8, 13, 16, 19, 20)

Crohnova nemoc

- může postihnout celý trávicí systém od úst až po konečník
- zasažené úseky střeva se střídají se zdravými
- hlavním příznakem jsou průjmy, které jsou většinou bez příměsí
- zánět postihuje celou střevní stěnu
- často je spojena se vznikem píštělí
- nejčastěji postihuje pacienty ve věku 18 až 35 let
- výskyt u obou pohlaví je stejný

Ulcerózní kolitida

- zasahuje vždy konečník a různě rozsáhlý úsek tlustého střeva
- postihuje střevo vcelku, bez zdravých úseků
- hlavním příznakem je průjem s příměsí krve
- zánět zasahuje pouze střevní sliznici
- píštěle se tvoří jen vzácně
- nejčastěji postihuje pacienty ve věku 30 až 40 let
- vyskytuje se 1,5 krát častěji u žen

2.8 Život s Crohnovou chorobou

Crohnova choroba nikoho rozhodně neodsuzuje k životu v ústraní. Není to důvod, proč nevést plnohodnotný život. V běžném denním životě má člověk tendence vytvářet si stereotypy, podle kterých se chová. Ráno vstane, jde na toaletu, do koupelny a věnuje se přípravě snídaně. O žádné z těchto činností nemusí přemýšlet, dělá je automaticky. Podobné je to i s nemocí. K této chorobě patří zažívací obtíže a porucha vylučování stolice. Je důležité, aby se s tím nemocný vyrovnal. A byl připraven na pobyt mimo domov. Je důležité nenechat se zaskočit, vyhnout se stresu.

V prevenci nemoci je nutné přísné dodržování režimových opatření, diety a pravidelné kontroly u lékaře.

Dieta. Nutné je přísné dodržování diety. Jíst se má pravidelně a v malých dávkách. Jídlo si rozdělit nejméně do 5 dávek v intervalu 3 – 3,5 hodiny. Lékaři ordinují **bezezbytkovou dietu**, která není nijak přísná, ale je nutné dodržovat již zmíněné zásady. Nevyhnutný je **příjem dostatečného množství tekutin**, nejlépe neperlivé vody

a bylinné nedráždivé čaje. Kofein, čokoláda, nápoje sycené oxidem uhličitým jsou velice nevhodná. Nedoporučuje se také bílé víno a destiláty. Malé množství piva nebo sklenička červeného je po jídle výjimečně dovolená.

Sport. Zvýšená fyzická zátěž se u pacientů s Crohnovou chorobou nedoporučuje. Absolutní zákaz sportu není ovšem v žádném případě žádoucí. Vše závisí na průběhu a aktuálním stavu nemocného. Pokud se věnujete fyzicky náročným sportům, je nejlépe konzultovat svou konkrétní situaci s Vaším lékařem.

Těhotenství při známém onemocnění střevním zánětem by mělo být započato v období remise. Riziko relapsu zánětu u těhotných není větší než u netěhotných. Většina těhotenství u žen i s Crohnovou nemocí končí porodem zdravého dítěte. (8)

Pravidla pro život s Crohnovou chorobou

- všimnout si, kde jsou na veřejných prostranstvích umístěny toalety
- vybavit se rezervním spodním prádlem pro případ potřeby
- mít neustále u sebe toaletní papír nebo papírové ubrousky
- všimnout si reakcí zažívacího systému na určité druhy potravin
- vysvětlit nejbližším osobám podstatu onemocnění, jejich pochopení pomůže

Při cestování je důležité

- plán cesty i počet zastávek přizpůsobit onemocnění
- mít dostatečné množství léků. Léky přepravovat v originálních baleních. Při cestě do zahraničí zjistit i alternativní názvy léčivých preparátů.
- nechat si od svého lékaře vystavit stručnou zprávu s popisem aktuálního stavu nemoci, příslušnou léčbou i doporučením k řešení akutních situací.
- v dopravních prostředcích vyhledávat místa s dobrou dostupností toalet.
- v hotelech a restauracích se informovat na možnost přípravy jídel dle svého výběru s ohledem na individuální snášenlivost.
- zjistit si kontakt na zdravotnické zařízení v místě pobytu. (6, 7, 8, 13, 16, 20)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA CROHNOVOU CHOROBOU

3.1 Ošetřovatelský proces v ošetřovatelské péči

Ošetřovatelský proces je profesionální uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice. Je to koncept, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným, tedy její jednání i vlastní ošetřovatelskou péči. Cílem ošetřovatelského procesu je kvalitní ošetřovatelská péče. Ošetřovatelský proces odráží aktivní činnosti sestry, jde hlavně o uspokojení individuálních potřeb pacienta. Proces má pět fází:

1. Zhodnocení stavu nemocného, zjišťování informací - ošetřovatelská anamnéza
2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy - problém pacienta
3. Plánování ošetřovatelské péče - cíle a výsledná kritéria
4. Provedení navržených opatření - realizace
5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče - hodnocení

Sestra, pokud je to možné, ve spolupráci s pacientem nejdříve zhodnotí jeho celkový zdravotní stav, stanoví anamnézu, určí aktuální a potenciální problémy pacienta, ošetřovatelské diagnózy a sestaví písemný individuální plán ošetřovatelské péče. V něm seřadí ošetřovatelské diagnózy podle priorit pacienta, ke každé stanoví cíl a ošetřovatelské zásahy. Pak péči realizuje a po určité době vyhodnotí srovnáním skutečného stavu pacienta a očekávaných výsledků v plánu péče. Pokud pacient není schopen samostatně rozhodovat, sestra může požádat o spolupráci jeho rodinu. (2, 10, 12, 15, 18)

3.2 Gordonové funkční model zdraví

V praktické části naší práce, při vypracování ošetřovatelského procesu u konkrétní pacientky postižené Crohnovo chorobou jsme aplikovali model dr. Marjory Gordonové, který se často využívá právě pro oblast interního, chirurgického a neurologického ošetřovatelství. Model je velice vhodný pro naši případovou kazuistiku (naší pacientku), protože slouží k celkovému zhodnocení zdravotního stavu pacientky, a to jak jejích tělesných, tak i psychických, sociálních a duševních potřeb. Což je právě u Crohnovy choroby ideální, protože tato choroba je onemocnění chronické, nevyléčitelné a zasahuje nejen tělesné zdraví jedince, ale narušuje i jeho psychiku, nevyjímaje sociální sféru života. Je to tedy choroba, která vyžaduje profesionální přístup při řešení mnoha ošetřovatelských diagnóz u všech sfér bio-psycho-sociálních problémů pacienta.

Dr. Marjory Gordonové je profesorkou ošetřovatelství na Boston College v Massachusetts. Věnuje se výzkumu v oblasti ošetřovatelských diagnóz a plánování péče, na jehož základě vznikl v USA v 80. letech model „funkčního typu zdraví“. Tento

model zdůrazňuje, že zdravotní stav pacienta může být funkční nebo dysfunkční. Model fungujícího zdraví se odvozuje z interakce člověka a prostředí, kdy u každého pacienta je stanovena BIO – PSYCHO – SOCIÁLNÍ integrace.

Funkční typ zdraví je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory. Dysfunkční typ zdraví (popisovaný ošetřovatelskými diagnózami) se může objevit u chorobných stavů. Posouzení, jestli jde o typ funkčního, nebo dysfunkčního, se provádí srovnáváním určitých získaných informací. Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem 13 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu. (2, 9, 10, 12, 18)

Podpora zdraví: Pacient hodnotí sám svůj zdravotní stav. Hodnotí, do jaké míry je ochoten dodržovat léčebný režim.

Výživa a metabolismus: Pacient hodnotí stav své výživy, svou chuť k jídlu, problémy s chrupem, stav sliznic, vlasů a nehtů.

Vylučování a výměna: Pacient hodnotí vyprazdňování moče, gastrointestinální funkce a funkce respirační.

Aktivita, odpočinek: Pacient sám hodnotí, jak odpočívá, svou aktivitu a energetickou rovnováhu. V této oblasti se zároveň hodnotí úroveň soběstačnosti

Vnímání, poznání: Pacient hodnotí pozornost, orientaci, poznávání a především komunikaci.

Vnímání sebe sama: Pacient hodnotí svůj tělesný obraz a sebepojetí, své pocity smutku a úzkosti.

Plnění rolí, mezilidské vztahy: Pacient popisuje, jak a s kým bydlí, své rodinné i pracovní vztahy a vykonávání rolí.

Sexualita, reprodukční schopnost: Pacient hodnotí své sexuální obtíže a vztahy. Tato oblast je velice citlivá. U odpovědí z této oblasti je potřeba zachovat diskrétnost a získat si důvěru pacienta.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance: Pacient hodnotí, jak vnímá psychickou zátěž a jak se s ní vyrovnává.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty: Při řešení této kategorie nám pacient sdělí, je-li věřící a jaké z toho pro něj plyne omezení. Pacient zde seřadí žebříček svých životních hodnot.

Bezpečnost – ochrana: Zdravotník zde hodnotí rizika, riziko infekce, riziko pádu, riziko sebepoškození. Zde hodnotíme i tělesnou teplotu.

Komfort: Pacient se vyjadřuje ke své bolesti a k užívání analgetik, jakož i ke stavu pohody, či nepohody z dalších příčin.

Růst – vývoj: Pacient hodnotím celkové prospívání. (10, 18)

3.3 Ošetrovatelská péče u pacienta s Crohnovou chorobou

Pacient přichází do nemocnice s bolestmi, poruchou trávení a průjmy. Bývá přijímán na interní oddělení ke stanovení diagnózy a následnému léčení. Pacienti totiž přicházejí většinou ve stavu, který vyžaduje hospitalizaci. Nemoc často postihuje mladé lidi a lidi v produktivním věku. Z důvodu častých průjmů se pacient ukládá na lůžko blízko toalety. Vhodný je malý pokoj se samostatným sociálním zařízením. Nemocný má volný režim. Pro špatný stav výživy je pacientovi doporučen klid na lůžku.

Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy (diagnózy) u Crohnovy choroby patří:

Poruchy vyprazdňování způsobené postižením střevní sliznice.

Bolest břicha v důsledku zánětu střev a zrychlené peristaltiky.

Snížení objemu tělesných tekutin v důsledku nadměrných ztrát, sníženého příjmu a zrychlené pasáže.

Poruchy výživy v důsledku nevstřebávání živin a zrychlené pasáže.

Změny na kůži a sliznici v okolí análního otvoru způsobené trvalým drážděním při opakovaném vyprazdňování stolice.

Poruchy v sociální oblasti vlivem změny životního stylu a v důsledku toho potencionální problémy v rodině způsobené nepřizpůsobením se změnám zdravotního stavu nemocného.

Bezmocnost a nejistota v důsledku životní nejistoty a trvalých obtíží nemocného.

Nedostatek informací o nemoci v důsledku neposkytnutí informací, nezájmu nebo omezené poznávací schopnosti.

Mezi nejčastější cíle ošetrovatelské péče u pacienta s Crohnovou nemocí patří:

Navodit normální vyprazdňování.

Odstranit bolest.

Upravit stravování tak, aby byl příjem a výdej v rovnováze.

Znovu obnovit navyklý životní styl nebo se přizpůsobit některým změněným potřebám.

Navodit spolupráci s rodinou k uzdravení pacienta a přizpůsobení se jeho změněným potřebám.

Navodit pacientovu psychickou rovnováhu, jako i předat dostatečné informace.

Ošetrovatelská péče u pacienta s Crohnovou chorobou se týká:

Podávání léků. Podle ordinace lékaře sestra aplikuje léky per os, formou infuzí, formou klyzmatu. Soběstačný pacient si může aplikovat klyzmata sám, po edukaci sestrou. O každé aplikaci léku provede zápis do dokumentace.

Aplikace parenterální nebo enterální výživy. Sestra podle platných standardů pečuje o zavedené vstupy pro výživu, podle ordinace lékaře podává určenou výživu. Při aplikaci PV postupuje přísně asepticky. O veškerých komplikacích neprodleně informuje lékaře.

Dietoterapie. Při lehčí formě onemocnění nebo při ustupujících potížích začne sestra podle ordinace lékaře podávat pacientovi bezezbytkovou dietu. Objedná nutričního terapeuta, který pacienta důkladně seznámí s dietou. Sestra vede zápis Nutrice. Nutriční terapeut pravidelně monitoruje množství živin, které pacient reálně přijme. Pokud není pacient plně samostatný, je o dietě poučena rodina. Edukace je nutná před propuštěním pacienta do domácí péče.

Hygienická péče. U pacientů se sníženou soběstačností sestra provádí celkovou hygienickou péči. U samostatných pacientů sestra monitoruje stav hygieny a v případě, kdy pacient potřebuje, nabídne pomoc.

Odpočinek pacienta. Nemocný by měl dostatečně odpočívat. Je to důležité hlavně v době, kdy je pacient v relapsu a má časté průjmy. Při velké psychické zátěži se doporučuje psychoterapie. Vhodné je dát pacientovi kontakt na sdružení pacientů postižených Crohnovou chorobou.

Domácí enterální výživa. Pacient se nejčastěji propouští domů na plnohodnotné enterální výživě. Pacient musí být před propuštěním poučen o manipulaci s enterální pumpou a nasogastrickou sondou. Pacient i nadále sleduje množství stolic, tělesnou teplotu a bolest.

Po propuštění. Pacient je nadále dispenzarizován v gastroenterologické a nutriční poradně. Je důležité, aby i po odeznění akutního stavu pacient i nadále dodržoval léčebný režim. Crohnova choroba je onemocnění chronické a nevyléčitelné a pacient se musí naučit se svou chorobou žít.

Sestra u pacienta s Crohnovou chorobou musí v průběhu celého dne monitorovat:

- Stav výživy, stav hydratace, stav kůže a sliznic, bilanci tekutin.
- Četnost a vzhled stolice - příměsi, hlavně krev a hlen.
- Hmotnost pacienta, vážit jednou denně vždy ve stejnou hodinu.
- Změny na kůži, které mohl způsobit četný průjem.

- Bolesti, jejich lokalizaci, intenzitu, závislost na jídle.
- Psychický stav pacienta, hlavně u pacientů s prvním záchytem onemocnění.
- O veškerých poznatcích sestra provede zápis do dokumentace a o patologických nálezech informuje lékaře. (4, 8, 16, 18)

Tabulka č. 1 - Stručný ošetrovatelský přístup při nejčastějších problémech u pacienta s Crohnovou nemocí

<i>Patofyziologie</i>	<i>Klinické příznaky</i>	<i>Ošetrovatelský Problém- diagnóza</i>	<i>Ošetrovatelský cíl</i>	<i>Plánovaná oše. péče</i>	<i>Nemocniční léčba</i>
zánět	teploty	teplota, pocení	P/K nemá teplotu	Podání léků, klid na lůžku, tekutiny, péče o ložní prádlo	
edém, fisury	průjmy	průjem, dehydratace, potencionální porušení kůže v okolí konečníku	P/K nemá průjem, je dostatečně hydratován, kůže je neporušená	úprava stravy, dostatek tekutin, péče o okolí konečníků	podávání léků – per os, i. v., klyzma
vřed	bolest, dyspepsie	bolest	P/K nemá bolesti	podání léků	
snížená resorpce	hubnutí	snížená porucha výživy	udržení optimální hmotnosti u P/K	podání vhodné diety, doplňující potravinové doplňky	parenterální výživa, sipping
hojení	střídání zácpy a průjmů	porucha vyprazdňování	P/K má pravidelné vyprazdňování	nácvik vyprazdňovacího reflexu, vhodná dieta	podání léků
stenózy	zácpa	poruchy vyprazdňování	P/K má pravidelné vyprazdňování	dtto	šetná laxantia, klyzma
obstrukce, ileus	vzedmuté břicho	zástava motility střev	P/K má obnovenou činnost střev	kapénkové klyzma, nic per os, sledování celkového stavu a příznaků ileu	intenzivní sledování, příprava k chirurgické terapii
píštěl, absces, perforace	zhoršení příznaků, peritonitida	omezení soběstačnosti, bolest, psychický neklid	klid na lůžku, zabezpečení základních potřeb	sledování celkového stavu a FF, příprava na operaci	chirurgická terapie, ATB

(16)

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CROHNOVOU CHOROBOU

4.1 Situační kazuistika

Dne 20. 9. 2008 byla na interní oddělení přijata 33 - letá pacientka S. L., s akutní progresí (dekompencí) morbus Crohn. Poprvé jí byla nemoc diagnostikována v 16 letech, tj. v roce 1992. Od té doby byla už 4krát hospitalizovaná pro stejné příznaky a zhoršení celkového stavu. Od té doby je pacientka v dlouhodobé péči gastroenterologické a nutriční poradny. V posledním půl roce došlo u ní opět k postupnému zhoršování zdravotního stavu. Jako největší obtíže pacientka udává průjem, kdy počet stolic se zvýšil až na 15 denně, stolice je hlenovitá, často je viditelné i malé množství krve. Dále má časté křečovitě bolesti břicha, které odeznívají po vyprázdnění. Za poslední pět měsíců došlo u pacientky k poklesu váhy o 6 kg. Váha pacientky při přijetí je 43,5 kg při výšce 172 cm. Má malou chuť k jídlu, v posledních pěti dnech má nutkání zvracet. Celkově nyní pociťuje výraznou únavu a úbytek energie. Je velice bledá, i pouhý přijímací pohovor ji velice unavuje. Pro časté stolice se už bojí opouštět domov. Izolovaná se necítí, má přátele, kteří jí pravidelně navštěvují doma.

4.2 Anamnestické údaje z lékařské dokumentace

Identifikační údaje pacientky

Jméno a příjmení: S. L.

Pohlaví: ženské

Datum narození: 1975

Věk: 33 let

Bydliště: České Budějovice

Státní příslušnost: ČR

Stav: vdaná

Zdravotní pojišťovna: 111

Národnost: česká

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: učitelka ZŠ, nyní mateřská dovolená

Nejbližší příbuzný: manžel Jaroslav

Datum přijetí: 20. 9. 2008

Oddělení: interní

Typ přijetí: plánovaný

Základní medicínská DG.: morbus Crohn

Statistický kód: K 5 0. 8

Ošetřující lékař: doc. MUDr. P. T.

Vitální hodnoty při přijetí: 20. 9. 2008, v 7.30 hodin

TK: 110/50 mmHg - hypotenze

KS: 0 Rh neg.

P: 80/min - pravidelný, plný

Pohybový režim: relativní klid

D: 14 / min - pravidelný

Výška: 172 cm

TT: 38,2° C - febris

Hmotnost: 43,5 kg

Vědomí: plné, kompletně se orientuje

BMI: 12,64 podváha

Chybějící části těla: žádné

Pacientce byl v roce 1992 diagnostikován Morbus Crohn na gastroenterologii v Plzni. Diagnóza byla potvrzena histologickým vyšetřením. Od té doby byla pacientka hospitalizována v roce 1999, 2002, 2004, 2006 pro nálezy s výraznou progresí, kdy bylo postupně postiženo celé tlusté střevo a terminální část ilea. Pacientka byla zařazena do gastroenterologické a nutriční poradny v Praze na specializovaném klinickém pracovišti. V roce 2006 porodila císařským řezem.

Další sledovaná onemocnění – infarkt myokardu, hypertenze, CMP, plicní onemocnění, diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, onemocnění jater, vředovou nemoc gastroduodenální, onemocnění ledvin, pohlavní choroby, Glaukom – neguje.

Rodinná anamnéza

Matka - 55 let, zdravá, žádné sledované onemocnění neměla

Otec - 57 let, hypertenze

Bratr - 36 let, zdravý, žádné sledované onemocnění neměl

Syn – 31. měsíců, zdrav

Osobní anamnéza

Dětství: překonala jen běžné dětské nemoci.

Později: nikdy nebyla vážněji nemocná, neměla žádný vážný úraz. Obtíže spojené se svou chorobou začala poprvé pociťovat v roce 1991. V roce 1992 byla u pacientky stanovena diagnóza morbus crohn a od té doby je v péči gastroenterologa. Od roku 2002 je zařazena v nutriční poradně.

Operace: v únoru 2006 porod císařským řezem, s aplikací dvou transfuzí, kdy bylo zároveň laparotomicky potvrzeno výrazné postižení celého tlustého střeva Crohnovou chorobou.

Hospitalizace: v roce 1999, 2002, 2004, 2006 pro progresi základního onemocnění. V roce 2006 hospitalizace na gynekologii - porod.

Úrazy: žádné

Transfúze: v únoru 2006 po porodu císařským řezem dostala dvě transfuze. Bez nežádoucí reakce.

Povinné očkování: prodělala veškerá povinná očkování

Poslední očkování: tetanus 2000, chřipka (podzim 2007) nepamatuje si název preparátu.

Farmakologická anamnéza

Pravidelně doma užívá:

Prednison 20 mg 1 – 0 – 0 tabletu / denně per os (hormon ze skupiny glukokortikoidů)

Pentasa 2 – 2 – 2 tabletu / denně per os (intestinální antiflogistikum)

Entocort 1 – 1 – 1 tabletu / denně per os (hormon, kortikosteroid)

Imuran 50 mg 1 – 0 – 1 tabletu / denně per os (imunosupresivum)

Alergická anamnéza

Léky: neudává

Potraviny: neudává

Chemické látky a jiné agens: neudává

Abúzy

Alkohol: pije velice málo, jen na rodinných oslavách, bílé víno maximálně 2 dcl

Kouření: nekouří, nikdy nekouřila

Káva: 1x denně (zrnková s mlékem), pouze v klidném období nemoci

Čaj: černý čaj s citronem a cukrem, každý den cca 1-2 litry podle chuti

Drogy: nikdy žádné nebrala

Gynekologická anamnéza

Menstruace: od 12 let

Menstruační cyklus: velice nepravidelný, velice záleží na váze pacientky. Poslední dva měsíce nemenstruovala, těhotná není. Pokud má menstruaci, tak je velice bolestivá a slabá, trvá cca 3 dny.

Návštěva u gynekologa: pravidelné preventivní prohlídky 1x ročně, nyní při nepřítomnosti menstruace kontrola před čtrnácti dny

Antikoncepce: neužívá žádnou

Samovyšetření prsou: provádí pravidelně, 1x měsíčně - bez nálezu

Porodnická anamnéza

Porody: v roce 2006 císařským řezem, těhotenství ukončeno ve 30 týdnu, pro váhový úbytek matky a neprospívání dítěte. Chlapec 2100 gramů, 47 cm.

Šestinedělí: z gynekologického hlediska bez komplikací, po jeho ukončení hospitalizace šest týdnů na interním oddělení - zhoršení základního onemocnění

UPT (umělé přerušování těhotenství): 0

Aborty (potrat samovolný): 0

Sociální anamnéza

Rodinný stav: Vdaná, žije s manželem. Mají syna (2,5 roku). Další dítě neplánují, bojí se komplikací, které nastaly v souvislosti s porodem a těhotenstvím

Podmínky bydlení: Bydlí s manželem, jeho rodiči a babičkou v rodinném domě. Dům je na hypotéku, kterou splácují, má velkou zahradu.

Vztahy v rodině: Všichni spolu dobře vycházejí.

Vztahy mimo rodinu: Má hodně přátel, kteří ji pravidelně navštěvují. Udržuje kontakt s kolektivem ve škole, kde před mateřskou dovolenou pracovala.

Zájmy, záliby: Má ráda kreativní práce (pletení, háčkování, savování), ráda plave a jezdí na kole, pokud jí to její zdravotní stav dovolí.

Pracovní anamnéza: Učitelka na prvním stupni základní školy. Nyní na mateřské dovolené.

Ekonomická situace: Manžel pracuje. Ekonomicky je rodina přiměřeně zajištěna.

Spirituální anamnéza

Pacientka je nevěřící.

Výsledky laboratorních hodnot

20. 9. 2008 FW

60/mm po první hodině, / 85 mm po druhé hodině (fyziologická hodnota 8 /12)

20. 9. 2008 Biochemické vyšetření krve

CRP (C-reaktivní protein) 150 mg/l (fyziologická hodnota 0,0-12,0 mg/l)

železo 4,5 umol/l (fyziologická hodnota 11,0-31,0 umol/l)

albumin 25 g/l (fyziologická hodnota 34-50 g/l)

Ostatní biochemická vyšetření bez patologického nálezu.

20. 9. 2008 Hematokoagulační vyšetření krve

WBC (leukocyty, bílé krvinky) 12 g/l (fyziologická hodnota 3,8-10 g/l)

RBC (červené krvinky) 3,04 t/l (fyziologická hodnota 3,8-5,2 t/l)

HGB (hemoglobin) 8,3 g/dl (fyziologická hodnota 12-16,5 g/dl)

Ostatní hematologické parametry bez patologického nálezu.

Závěry dalších provedených vyšetření

20. 9. 2008 Ekg: Závěr: Rytmus sinusový, osa horizontální, křivka bez akutních ischemických změn, normální EKG nález bez patologických změn.

20. 9. 2008 Kolonoskopie: Závěr: Crohnova choroba postihující celé tlusté střevo, terminální ileum, rektum a sigmoideum. Doporučení: doplnit enteroklýzu k vyloučení píštělí v oblasti terminálního ilea. Kolonoskopie byla provedena před přijetím na oddělení. Enteroklýza objednána na 26. 9. 2008

20. 9. 2008 Rtg srdce a plic: Závěr: Přes pravou podklíčkovou žílu je do horní duté žíly zaveden centrální žilní katétr. Plícní křídla jsou plně rozvinuta. Plíce bez ložiskových změn. Srdce není rozšířeno. Bránice je volná.

26. 9. 2008 Počítačová enteroklýza: Závěr: Postižení celého tlustého střeva zánětlivým procesem, který svědčí pro Crohnovu chorobu. Největší změny jsou patrné v oblasti terminálního ilea a esovité kličky. Pištěl v oblasti terminálního ilea je vyloučena.

Terapie v průběhu hospitalizace

Medikace per os:

Prednison 20 mg 1 – 0 – 0 tabletu (hormon ze skupiny glukokortikoidů)

Pentasa 2 – 2 – 2 tabletu (intestinální antiflogistikum)

Entocort 1 – 1 – 1 tabletu (hormon, kortikosteroid)

Imuran 50 mg 1 – 0 – 1 tabletu (imunopresivum)

Dithiaden 1 tbl před enteroklýzou (antihistaminikum)

Intravenózní medikace:

Helicid 40 mg 6 – 18 hodině (antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy)

Ciprinol 400 mg 6 – 18 hodině (širokospektrální chinolonové chemoterapeutikum)

Metronidazol 500 mg 6 – 14 – 22 hodině (chemoterapeutikum)

Ferrlecit 5 ml ráno (antianemikum)

Novalgin 5 ml při teplotě nad 38,5 °C (antipyretikum)

Parenterální výživa:

Oli-clinomel N7 2000 ml + 1 amp Multibionta (multivitaminový přípravek), podáváno rychlostí 85 ml/ hodinu

Enterální výživa:

Nutrison standart 100 ml/ hodinu s NP (noční pauza) 24:00 – 6:00

Dietoterapie:

Dieta: OS (čajová) – čaj, voda dle potřeb pacientky, bez omezení.

Plán: bowel rest až do enteroklýzy. Poté sipping a převod na enterální výživu

Lokální terapie:

Sedací koupel 3 x denně, 1 sáček řepíku na 1 litr vody

Zinková mast s rybím tukem dle potřeby

4.3 Anamnestické údaje ze sesterské dokumentace

Informace získané objektivním pozorováním v průběhu rozhovoru a vyšetření zpracované dne 20. 9. 2008:

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: pacientka upravená, učesaná, čistá, oblečení čisté

Dutina ústní: sliznice jsou suché a růžové, jazyk plazí ve střední čáře, rty normální barvy

Nos: čistý, bez sekrece

Zuby: vlastní, sanovány, kontrola u zubního lékaře doposud 1 x za půl roku

Sluch a zrak: šepot slyší dobře, vidí dobře, se čtením nemá žádné problémy, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky

Kůže: bledá, vlhká, turgor přiměřený, jizva v podbřišku (císařský řez 2006)

Kožní léze: v okolí konečníku macerace kůže způsobená častým průjmem

Pulz: 80/min – pravidelný, jakost normální, dobře hmatný

Dýchání: 14/ min – pravidelné, hloubka normální, sklípkové

Krevní tlak: 110/50 mmHg

Tělesná teplota: 38,2 °C

Výška: 172 cm

Hmotnost: 43,5 kg, BMI: 12, 64 - podváha, pokles váhy za posledních 5 měsíců o 6 kg.

Bilance tekutin: příjem 3600 ml/den, výdej 2000 ml/den

Chůze: normální, **držení těla:** vzpřímené, **svalová tuhost:** normální, **rozsah pohybů v kloubech:** bez omezení, **citlivost:** přiměřená

Reflexy patelární a Achilovy šlachy: normální, **chybění části těla:** žádné

Soběstačnost: Barthelův test, skóre: 95 bodů, hodnocení: **lehká závislost** (viz příloha č. 3)

Riziko vzniku dekubitů: dle stupnice Nortonové, skóre: 30 bodů, hodnocení nízké riziko (viz příloha č. 4)

Riziko pádu: skóre: 1 bod, hodnocení: pacientka není ohrožena rizikem pádu (viz příloha č. 5)

Orientace místem, osobou a časem: adekvátní

Chápe myšlenky a otázky: adekvátně

Řeč, způsob vyjadřování: plynulá a kultivovaná konverzace

Hlas a způsob řeči: srozumitelná

Projev komunikace: asertivní

Jazyk, kterým mluví: český

Úroveň slovní zásoby: velmi dobrá

Oční kontakt: udržuje

Rozsah pozornosti: udržuje přiměřeně

Nervozita: působí uvolněně

Vzájemná spolupráce a součinnost s členy rodiny nebo doprovázející osobou: dobrá

Invazivní vstupy / vývody / cévky

Periferní žilní kanyla (PŽK) – zavedena 20. 9. 2008 (1. den hospitalizace) na gastroenterologii při vyšetření tlustého střeva, zrušena odpoledne 20. 9. 2008. Znovu zavedena až 4. 10 (15. den hospitalizace) při zrušení CŽK, pro nutnost podávání antibiotik (ATB). Při zrušení nejsou patrné známky zánětlivého procesu.

Centrální žilní kanyla (CŽK) – zavedena 20. 9. 2008, zavedení bez komplikací, proveden snímek plic, místo zavedení klidné, bez známek zánětlivého procesu.

Nasogastrická sonda (NGS) – zavedena 26. 9. 2008 (7. den hospitalizace), s NGS pacientka propuštěna do domácí péče

Péče o veškeré vstupy probíhala podle platných standardů.

Informace získané rozhovorem s pacientkou, podle ošetřovatelského modelu

dr. M. Gordonové dne 20. 9. 2008:

Doména: Podpora zdraví

V dětství prodělala jen běžná dětská onemocnění. Předtím nebyla nijak vážně nemocná, vážnější úrazy neměla, jediná operace – porod císařským řezem (únor 2006), kdy dostala i dvě krevní transfuze, bez komplikací. Hospitalizována byla již čtyřikrát v souvislosti Crohnovou chorobou, poprvé v roce 1992. Poslední rok udává větší potíže s průjmem a úbytkem váhy; ví, že jde o opakované vzplanutí Crohnovy choroby. Potíže začaly na jaře po lehčí viróze. Pravidelně chodí na prohlídky do gastroenterologické a nutriční poradny. Medikaci i lékařská doporučení převážně dodržuje. Pouze po stabilizaci onemocnění nedodržuje přísnou bezezbytkovou dietu a příležitostně vynechá i medikaci. Současnou hospitalizaci a terapii bere vážně, je si vědomá její nutnosti a ví, že úspěšná léčba pro ni znamená brzký návrat domů k dítěti. Celá rodina jí spíše zdravěji: kuřecí maso, ryby, zelenina. Snaží se, aby jejich syn měl správné stravovací návyky, a proto se tak stravuje celá rodina. Pravidelně chodí na preventivní prohlídky ke gynekologovi a zubaři, 1 x do měsíce si sama vyšetřuje prsa. Nekouří, alkohol pije jen ve velice malém množství příležitostně, drogy nikdy nebrala.

Stanovený ošetřovatelský problém: Neefektivní léčebný režim - /00078/

Doména: Výživa

Pacientka hodnotí svůj stav výživy jako méně uspokojivý, s podvýživou. Už od roku 1999, kdy jí byla diagnostikována Crohnova choroba se snaží dodržovat bezezbytkovou dietu. V klidném období nemoci jí méně, ale častěji. Vyhýba se mastným a hodně kořeněným pokrmům. Vypozorovala, že jí nedělají dobře luštěniny, ovoce a zelenina se slupkou (hlavně paprika). Spíše preferuje kuřecí maso, saláty. Posledních pět měsíců jedla jen velice málo, opakovaně pouze jednou denně. Neměla chuť k jídlu a nechtěně zhubla o 6 kg. V posledních dnech cítila po jídle, i malém množství, nauzeu. Snažila se alespoň dostatečně pít, minimálně 2 litry denně. Nejraději pije a dobře snáší černý čaj s citronem a cukrem a různé ovocné šťávy. Pro přísun živin pila doma Nutridrinky (oblíbený jahodový a čokoládový). Rodina jí je kupovala v lékárně. V posledním týdnu zvládla vypít pouze jeden Nutridrink na den. Sama si uvědomuje, že to není dostatečný přísun živin a energie. V nemocnici i doma byla opakovaně u pacientky aplikována plnohodnotná enterální výživa. Je zvyklá se zavedenou nasogastrickou sondou, po stabilizaci stavu, vést plnohodnotný život. Zavedená nasogastrická sonda nebyla překážkou ani v práci. Předpokládá, že i teď po stabilizaci stavu a převedení na enterální výživu bude moci jít co nejdříve domů. S chrupem problémy nemá, snaží se 1 x za půl roku navštívit zubaře. Kožní turgor, stav sliznic, vlasy a nehty jsou normální, bez patologických změn.

Stanovený ošetrovatelský problém: Nedostatečná výživa - /00002/

Doména: Vylučování a výměna

S močením žádné problémy nemá. Nepocítuje pálení při močení ani bolesti. Velkým problémem je pro pacientku průjem, který se objevuje pravidelně se zhoršením Crohnovy choroby. V klidném období má 1 – 2 stolice denně, normální, bez příměsi krve a hleny. Nyní má 10 – 15 stolic denně. Stolice je hlenovitá se stopou krve. Průjem doprovází křečovitě bolesti břicha, které po vyprázdnění ustoupí. Na průjem, který je příznakem Crohnovy choroby jí nepomáhají žádné léky. Potíže s dýcháním nemá žádné. Potí se normálně, používá deodoranty.

Stanovený ošetrovatelský problém: Průjem - /00013/

Doména: Aktivita – odpočinek

Problémy se spaním má doma, spí málo, musí vstávat k synovi, to zhoršuje celkovou únavu. Manžel se jí snaží pomáhat. Manžel je hodně pracovně vytížený a sám pocítuje únavu ze vstávání v noci k synovi. Pokoušela se spát přes den, kdy syna hlídají rodiče manžela. V nemocnici se cítí spokojená, provoz oddělení ji nevyrušuje, zde se vyspí lépe, může si tu alespoň trochu odpočinout, když nemusí vstávat k dítěti. Pacientka odpočívá spíše pasivně. V klidovém období nemoci navštěvuje historické památky, plave a jezdí na kole má ráda ruční, kreativní práce. Rodina má vlastní obchod

s kreativním zbožím, do kterého vyrábí věci na prodej – to je její způsob odpočinku. Nyní se cítí velice unavená a zesláblá na to, aby zvládla současně péči o dítě a domácnost. Při přijetí vyžaduje od sestry doprovod na toaletu. V době průjmu a zhoršení nemoci má stolicí tak často, že vůbec neopouští domov. Proto jí rodina pomáhá, starat se o dítě i domácnost. Péči týkající se vlastní osoby zvládá samostatně.

Stanovený ošetřovatelský problém: Únava - /00093/

Doména: Vnímání – poznávání

Pacientka je plně orientována, pokud jde o místo, čas, prostor i vlastní osobu. Vědomí má jasné, pozornost přiměřenou. Problémy se sluchem ani zrakem nemá, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Řeč pacientky je klidná, vyrovnaná, dobře srozumitelná. Se zdravotníky komunikuje bez problému, udržuje oční kontakt. Nemá problém se zeptat, když potřebuje informace. Vždy dostávala dostatek informací, které se týkají její nemoci a léčby. O své nemoci by se chtěla dozvědět co nejvíc, informace hledá a čerpá převážně z internetu. Ví, že příčina nemoci není doposud známa, že známé jsou jen některé rizikové faktory, které mohou nemoc vyvolat. Pacientka byla opakovaně hospitalizována, proto ji jednání se zdravotníky nejsou tak cizí. Podle svého názoru problémy s učením nemá, má spíše mechanický styl učení, zatím si věci dobře pamatuje. Na 26. 9. 2008 je pro pacientku objednána CT enteroklýza. Pacientka dané vyšetření zná.

Stanovený ošetřovatelský problém: žádný

Doména: Vnímání sebe sama

Pacientka se sama hodnotí jako realista a optimista, spíše mírnější povahy, snaží se být příjemná. Myslí si, že má dost dobrých vlastností – lidskost, trpělivost, ochotu naslouchat jiným, touhu pomáhat – které potřebuje hlavně ve svém zaměstnání. Svou práci má ráda, naplňuje ji a cítí z ní uspokojení. Celkově se cítí být sama se sebou spokojená, je ráda že vystudovala. Je spokojená i s tím, jak zvládá svou nemoc, jak ji to tolerují v práci.

Ráda se rozhoduje spíše sama, nerada si nechává poradit. Pomoc – hlavně od rodiny v péči o dítě a domácnost – přijímá, uvědomuje si, že ji potřebuje, ale byla by raději, kdyby mohla zvládnout vše sama.

Stanovený ošetřovatelský problém: žádný

Doména: Vztahy

Pacientka žije v rodinném domě, v klidné části města se synem, manželem, jeho rodiči a babičkou. Dům je koupený na hypotéku, kterou musí splácet. Prostředí je jinak ideální pro výchovu dítěte, ale pacientku trápí, že o dítě se občas kvůli její nemoci musí

starat spíše rodiče. Manžel chodí do práce a moc času pro dítě mu nezbyvá. „V čase kdy se nemoc zhoršuje a kdy mám časté průjmy, přestávám zvládat domácnost a někdy dokonce i dítě. Potřebuji pomoc při udržování domácnosti, nákupu, vaření a dítě musí chodit ven s některým z členů rodiny“, říká sama. Hodně ji trápí, že nemůže vykonávat naplno svoji roli matky, a těžce se vyrovnává s tím, že je odkázána na pomoc jiných. Rodina se jí ale všestranně snaží pomoci se vším, co její nemoc narušuje. Jinak se pacientka ráda setkává a komunikuje s lidmi, je kolektivní typ, přátelská, má ráda návštěvy. V poslední době chodily návštěvy spíše k ní domů. Svoji práci má moc ráda, ráda by se k ní po mateřské dovolené vrátila. Taky pracovní vztahy měla a má moc dobré, s kolegyněmi udržuje i nadále častý kontakt. V práci vědí o její chorobě. Do zaměstnání chodí i se zavedenou nasogastrickou sondou v období plné domácí enterální výživy.

Stanovený ošetrovatelský problém: Neefektivní plnění rolí /00055/

Doména: Sexualita

Pacientka menstruuje od 12 let. Má velice nepravidelnou menstruaci, většinou bolestivou, trvající jen 3 – 4 dny, což je pravděpodobně způsobeno Crohnovou chorobou. Nyní nemenstruuje, také kvůli nízké tělesné váze. Těhotenství vyloučeno po prohlídce u gynekologa. Antikoncepci nikdy neužívala. Neměla nikdy žádné gynekologické potíže. Těhotná byla jen jednou, porod císařským řezem byl předčasný v 30. týdnu pro velký úbytek na váze matky a kvůli malému přírůstku na váze dítěte. V sexuálním životě si s partnerem plně vyhovují.

Stanovený ošetrovatelský problém: žádný

Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

V posledních třech letech se v rodině pacientky událo hodně změn: narození syna, stěhování do vlastního domu, hypotéka, vlastní obchod, o který se nyní musí starat tchán. Manžel začal studovat na vysoké škole a má navíc velice zodpovědnou práci. Pacientka předloni ukončila studium na pedagogické fakultě. Tyhle příjemné situace ale s sebou nesly i značnou zátěž a napětí, které se odrazily i na zdravotním stavu pacientky. Veškeré zátěžové situace však zvládá pacientka dobře díky dobrému rodinnému zázemí. Na svou rodinu se může plně spolehnout, je si toho plně vědoma. Stresovým situacím se snaží vyhýbat, a pokud nějaký konflikt má, v klidu ho řeší. Nervozitu se snaží potlačovat tím, že se věnuje svým zálibám, ručním pracím. Nikdy neřešila zátěž a stres alkoholem, cigaretami, netrpěla nikdy depresemi. Problémy s přizpůsobením cizímu prostředí nemá – ani v případě nemocnice, kde už byla poněkoličtější. Je ráda, že má sprchu a záchod na pokoji. Při této hospitalizaci je již plně adaptovaná, leží na oddělení, které zná.

Stanovený ošetrovatelský problém: žádný

Doména: Životní princip

Nebyla jsem vychovávána jako věřící a věřící nejsem, ani nepociťuji potřebu zapojit se do některého náboženství. K mým největším hodnotám patří rodina, zdraví, práce.

Stanovený ošetrovatelský problém: žádný

Doména: Bezpečnost – ochrana

Pacientce byl 20. 9. 2008 zaveden PŽK na gastroenterologii, druhý den hospitalizace byl zrušen. ČŽK byl zaveden 20. 9. 2008, s tím souvisí i riziko vzniku infekce.

Díky častým průjmům, došlo v okolí konečníku k maceraci kůže. Okolí konečníku jí bolí a pociťuje bolest při kontaktu se stolicí. Doma se kvůli tomu často sprchovala, připravovala si koupele z bukové kůry – na doporučení lékárníka. Kožní integrita je ale i nadále porušená.

Poslední 2 dny měla i horečku, ale ne více než 39 °C. Řešila to Paralenem, maximálně jednou tabletou denně.

Chrup poškozený nemá, pravidelně chodí na preventivní prohlídky. Alergie neguje.

Stanovený ošetrovatelský problém: Riziko infekce /00004/

Porušená kožní integrita /00046/

Hypertermie /00007/

Doména – Komfort

Pacientka si stěžuje na křečovitou bolest břicha, která po vyprázdnění ustoupí, nebo pomine. Léky při bolesti břicha nikdy nebrala. Bolest překonává úlevovou polohou. Bolest cítí i v oblasti konečníku, kde má kůži poškozenou od častých průjmů. Na zmírnění bolesti v okolí konečníku zvýšila hygienu a začala si aplikovat sedací koupele z bukové kůry.

Stanovený ošetrovatelský problém: Akutní bolest / 00132/

Doména: Růst / Vývoj

V dětství pacientka neměla žádné vážné onemocnění ani jiné problémy týkající se růstu a vývoje. Období dospívání proběhlo klidně, bez výrazných psychických výkyvů. Až v šestnácti letech se u pacientky projevila Crohnova choroba.

Stanovený ošetrovatelský problém: žádný

4.4 Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské diagnózy jsme seřadili podle priorit pacientky a dále rozdělili na diagnózy aktuální a potencionální. Ošetrovatelské diagnózy používáme s číselným kódem podle nejnovější dostupné literatury o ošetrovatelských diagnózách. (Marečková J.: Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách)

Cíle jsme stanovovali krátkodobé i dlouhodobé, protože se předpokládá, že pacientka bude déle hospitalizovaná a některé problémy vyžadují delší období na odstranění. Cíle a výsledná kritéria jsou formulovány tak, aby odpovídaly reálným možnostem stavu pacientky i charakteru daného onemocnění. V plánu jsou dále podrobně rozpracovány intervence, které je nevyhnutné zrealizovat pro odstranění daného ošetrovatelského problému.

Realizace je rozpracována spolu s vyhodnocením, kde se popisuje, co vše bylo u pacientky zrealizováno dle plánu intervencí i jak se postupně vyvíjel její stav. Zda bylo dosaženo stanovených cílů, výsledných kritérií, a zda ošetrovatelská diagnóza byla ukončena nebo ponechána. Na závěr jsme stručně shrnuli stav pacientky v průběhu hospitalizace a 4 měsíce po propuštění do domácí péče.

Stanovené ošetrovatelské diagnózy sestavené podle priorit pacientky

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Ošetrovatelská diagnóza

Neefektivní plnění role /00055/, související s chronickou nemocí a hospitalizací, projevující se neklidem pacientky a verbalizací neschopnosti samostatně zvládat péči o dítě a domácnost.

2. Ošetrovatelská diagnóza

Únava /00093/, z důvodu chronického onemocnění a náročnosti péče o malé dítě, projevující se únavou (stupně č. 3 na VAS únavy), pocitem slabosti, potřebou doprovodu na toaletu, jakož i neadekvátním zvládnutím péče o dítě a domácnost.

3. Ošetrovatelská diagnóza

Průjem /00013/, z důvodu základního onemocnění, projevující se 10 – 15 x denně průjemovitou stolicí, s příměsí krve a hlenu.

4. Ošetřovatelská diagnóza

Akutní bolest /00132/, z důvodu základního onemocnění, projevující se verbalizací křečovitých bolesti břicha, stupně č. 3 (silná bolest) na VAS bolesti a neverbálními projevy.

5. Ošetřovatelská diagnóza

Porušená kožní integrita /00046/, způsobená častou průjmovitou stolicí, projevující se svěděním, pálením a bolestivostí stupně č. 2, (obtěžující bolest, na VAS bolesti) v oblasti konečníku.

6. Ošetřovatelská diagnóza

Nedostatečná výživa /00002/, z důvodu základního onemocnění, projevující se nechutenstvím a nauzeou, zhoršeným laboratorním nálezem, váhovým úbytkem 6 kg za posledních 5 měsíců a BMI 14,7 (= podváha).

7. Ošetřovatelská diagnóza

Hypertermie /00007/, z důvodu základního onemocnění, projevující se pocitem horka, pocením a zvýšenou tělesnou teplotou do 39 ° C.

8. Ošetřovatelská diagnóza

Neefektivní léčebný režim /00078/, z důvodu vyčerpání pacientky z náročnosti dodržovat všechny léčebné předpisy u daného chronického onemocnění, projevující se nedodržováním diety a občasným vynecháním léků v době remise nemoci.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

9. Ošetřovatelská diagnóza

Riziko infekce /00004/, související se zavedením intravenózní kanyly (PŽK) a centrální žilní kanyly (CŽK).

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Ošetřovatelská diagnóza

Neefektivní plnění role /00055/, související s chronickou nemocí a hospitalizací, projevující se neklidem pacientky a verbalizací neschopnosti samostatně zvládat péči o dítě a domácnost.

Cíl krátkodobý: Pacientka je klidná a vyrovnaná, zná postupy a řešení, které ji mohou pomoci v péči o dítě a domácnost, do 1 týdne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka adekvátně přijímá změnu své role, využívá pomoc rodiny či jiných vnějších zdrojů pro zvládnutí péče o dítě a domácnost po propuštění z nemocnice, do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka otevřeně sděluje své pocity nespokojenosti ze zhoršení zvládnutí své role, do 2 dnů.
- Pacientka pozitivně přijímá rozhovor s psychologem, do 3 dnů.
- Pacientka jmenuje řešení a postupy, které má k dispozici, aby efektivněji zvládala péči o dítě a domácnost po propuštění (paní na uklízení, jesle nebo školka pro dítě, svépomocné skupiny a kluby s Crohnovou chorobou), do 5 dnů.
- Pacientka verbalizuje zmírnění obav ze zvládnutí situace po propuštění, do 1 týdne.
- Pacientka vyjadřuje akceptaci pomoci rodiny či jiných zdrojů v péči o dítě a domácnost, do 2 týdnů.
- Pacientka projevuje pozitivní pohled na změnu své role, do konce hospitalizace.
- Pacientka udržuje pravidelný kontakt s dítětem a rodinou, po celou dobu hospitalizace.

Intervence:

- Posuď individuální situaci, přístup a obavy pacientky ve vztahu k dané změně v plnění své role, do 1 dne.
- Povzbuzuj pacientku, aby otevřeně vyjadřovala své pocity z dané situace, průběžně do 2 dnů.
- Uznej obtížnost situace a normálnost pacientčinych pocitů, pro vytvoření důvěry, průběžně v rozhovorech.
- Zachovej pozitivní přístup k pacientce, stále.
- Informuj pacientku o možnosti kontaktu s psychologem, a v případě její souhlasu zajisti jeho návštěvu, do 3 dnů.
- Spolu s pacientkou pátrej po postupech a řešeních, které by pomohly zlepšit celou situaci po propuštění, do 5 dnů.
- Poskytuj pacientce informace o možnosti využití náhradní péče o dítě (jesle, školka, družina), o pomoci při zvládnutí domácnosti (úklidové firmy), aby měla víc času pro odpočinek a lépe zvládala situaci, do 5 dnů.
- Informuj pacientku o svépomocných skupinách a klubech lidí s Crohnovou chorobou, aby se lépe naučila žít s danou nemocí a řešit různé situace, do 5 dnů.

- Pomoz rodině při hledání řešení v dané situaci, po návratu pacientky z nemocnice, podle příležitosti komunikace.
- Posilňuj pacientku v akceptaci dané situace a přijetí pomoci rodiny či jiných zdrojů, v péči o dítě a domácnost, průběžně.
- Zdůrazňuj pozitivní aspekty a možnosti zlepšení situace, hovoř o naději a dobrých schopnostech rodičů při péči o dítě, po celou dobu hospitalizace.
- Ptej se pacientky a prověřuj, zda se zmírnily obavy ze zvládnání situace, denně.
- Nalezni pro pacientku model role, který by jí odpovídal. Pouč jí o tom, co se od ní v rámci dané role očekává, v čem je nutno přijmou změny, přizpůsobit se okolnostem, průběžně.
- Sleduj, zda pacientka verbalizuje nebo jeví známky přizpůsobit se změně své role, vyrovnat se daným chronickým onemocněním, průběžně.
- Zajisti pravidelný kontakt pacientky s dítětem a rodinou, pokud si to přeje a pomáhá jí to zmírnit napětí ze situace, průběžně.

Realizace a hodnocení:

20. 9. 2008 (1. den) Umožníme pacientce vyjádřit své pocity z vlastní situace plnění role v péči o dítě a domácnost. Pacientka je schopná se otevřeně bavit o problému a chce najít vhodné řešení.

21. 9. 2008 (2. den) Pacientku jsme opakovaně povzbuzovali, informovali ji o možnosti zlepšení celé situace i možnosti využít konzultace s psychologem, s čímž souhlasila. Druhý den se dívala na problém už trochu pozitivněji. Je schopná popsat několik řešení (mateřská školka), co by jí pomohlo zvládat situaci doma. První konzultace s psychologem byla zajištěna.

22. 9. 2008 (3. den) S pacientkou jsme probrali možnosti, jaké zdroje a pomoc může využít při řešení situace: jesle, úklidové služby, využití pomoci rodiny, svépomocné skupiny a kluby. Pacientka pozitivně přijímá dané návrhy, protože ví, že nemoc ji bude nadále provázet a bude se muset naučit lépe žít a vyrovnávat s danými problémy.

26. 9. 2008 (7. den) Pacientka se jeví klidnější a spokojenější, méně mluví o daném problému, vyžaduje častější návštěvy rodiny, hlavně touží vidět syna, což ji celkově uklidňuje. Dnes druhý rozhovor s psychologem.

3. 10. 2008 (14. den) Opakovaně je pacientce zdůrazňováno, že i rodiče jsou výbornými vychovávatelem. A také to, jaké změny je nutno přijmout a přizpůsobit se jim s Crohnovou chorobou pro lepší zvládnání své role. Dnes byl proveden také rozhovor s rodinou o možnostech, jak řešit danou situaci a pomoci pacientce vyrovnat se lépe se změnou role. Pacientce hodně pomáhá návštěva rodičů, manžela i dítěte. Vidí spokojenost dítěte a to ji přesvědčuje, že dítě nestrádá a rodiče mu dokážou dát adekvátní péči i bez její přítomnosti. Třetí návštěva psychologa proběhla nerušeně.

10. 10. 2008 (21. den) Pacientka působí víc vyrovnaně, uvolněně, méně mluví o daném problému, spíše mluví o návratu domů, těší se na dítě, plánuje svůj čas po začlenění dítěte do školky. Mluví také pozitivněji o tom, že v její situaci je nutné, aby využila pomoc rodiny i dalších zdrojů, pokud je má k dispozici.

17. 10. 2008 (28. den) Pacientka se na celou situaci dívá nadále pozitivně. V rozhovorech argumentuje i tím, že někdy ani zdravé matky nedokážou dát svému

dítěti všechno stoprocentně, pokud tam není souznění rodiny, pomoc ze strany blízkých, či chybí finance, nebo vztah matky k dítěti je negativní. Moc oceňuje trpělivý přístup sestery a psychologa, kteří ji hodně pomohli se s problémem vypořádat.

17. 10 – 24. 10. 2008 (28. – 35. den) Pacientka v průběhu hospitalizace chápe nutnost změnit svůj postoj k celé situaci, přijmout změnu, pomoc při plnění své role matky a ženy v domácnosti, aby nezůstala nervově labilní matkou, která nakonec nebude umět dát svému dítěti ani dostatek lásky a pozornosti. Pozitivně řeší celou situaci, dítě bude dávat do školky, na úklid jí rodiče našli paní a počítá i s pomocí rodičů.

24. 10. 2008 (35. den) *Pacientka je dnes propuštěna do domácí péče. Ošetrovatelská dg. byla úspěšně ukončena. Krátkodobý, dlouhodobý cíl i výsledná kritéria se podařilo do konce hospitalizace podle plánu splnit.*

2. Ošetrovatelská diagnóza

Únava /00093/ z důvodu chronického onemocnění a náročnosti péče o malé dítě, projevující se únavou (stupně č. 3 na VAS únavy), pocitem slabosti, potřebou doprovodu na toaletu, jakož i neadekvátním zvládnutím péče o dítě a domácnost.

Cíl krátkodobý: Pacientka udává subjektivní snížení únavy ze stupně č. 3 (středně silná únava) na stupeň č. 2 (mírná únava), do 7 dnů. Pacientka je soběstačná v péči o sebe samu, do 10 dní.

Cíl dlouhodobý: Pacientka si osvojí management, jak kompenzovat únavu s odpočinkem. Udává pokles únavy ze stupně č. 2 (mírná únava) na stupeň č. 1. (velmi mírná únava). Pacientka si zlepší schopnost zvládat každodenní aktivity v nemocnici, do 14 dnů. A předpokládáme, že pak i zvládne zátěž spojenou s péčí o dítě a domácnost, po návratu z nemocnice.

Výsledná kritéria:

- Pacientka dodržuje klidový režim, do 2 hod.
- Pacientka chápe únavu jako součást chronického onemocnění a dlouhodobých průjmů, do 24 hod.
- Pacientka spí minimálně 8 hodin v noci, nebo i v průběhu dne, dle potřeby.
- Pacientka přizpůsobuje svoje denní aktivity pocitu únavy.
- Pacientka si monitoruje stupeň své únavy, minimálně 2 krát denně, do konce hospitalizace.
- Pacientka ví o možnosti rozhovoru s psychologem o daném problému, do 2 dní.
- Pacientka uplatňuje metody střídání aktivit a odpočinku, aby zvládla únavu, denně.
- Pacientka subjektivně pociťuje pokles únavy na stupeň č. 3, na stupeň č. 2, do 1 týdne.
- Pacientka chodí sama na toaletu a je celkově soběstačná, do 10 dnů.
- Pacientka si osvojila management, jak lze zvládnout únavu, do 14 dnů.
- Pacientka zvládá denní aktivity bez pocitu únavy a slabosti, do 14 dnů.
- Pacientka verbalizuje pokles únavy ze stupně č. 2 na stupeň č. 1, jako i celkový pocit pohody a spokojenosti, do 14 dnů.

- Fyziologické funkce (P, TK) během aktivity pacientky jsou v normě.

Na posouzení stupně únavy jsme u pacientky použili **VAS škálu únavy, tabulka 2.**

Tabulka 2 - VAS škála únavy, stupnice 0 až 5

VAS Únavy = stupnice od 0 – do 5.	
0	žádná únava
1	velmi mírná únava
2	mírná únava
3	středně silná únava
4	silná únava
5	obtěžující, nezvládatelná únava

Na posouzení soběstačnosti pacientky jsme použili **Barthelův test**, kde skóre vyšlo **95 bodů**, co znamená **lehká závislost**, která se projevuje v tom, že pacientka vyžaduje pomoc při použití WC (**viz příloha č. 1**)

Intervence:

- Pouč pacientku o způsobu dodržování klidového režimu, hned.
- Přesvědč se, že tento režim dodržuje, denně.
- Zjisti v rozhovoru s pacientkou všechny příčiny a okolnosti vyvolávající únavu, do 24 hod.
- Vysvětli pacientce důvody únavy spojené s její nemocí, do 24 hod.
- Umožni pacientce, aby denní aktivity vykonávala v čase, kdy pociťuje nejméně únavy, hned.
- Pomáhej pacientce při hygieně, oblékání, vyprazdňování, péči o lůžko, v období akutní slabosti.
- Plánuj péči tak, aby pacientka měla dostatek času na spánek a odpočinek v noci i přes den, po celou dobu hospitalizace.
- Vytvářej optimální prostředí pro zmírnění únavy, denně.
- Začleň nemocného do plánu monitorování a vyhodnocování únavy, do 2 dnů.
- Posuzuj a monitoruj stupeň únavy podle VAS od 0 do 5, minimálně 2-3 x denně.
- Opakovaně se dotazuj pacientky, jak se cítí, zda cítí zmírnění únavy, denně.
- Zajisti psychologa, pokud s tím pacientka souhlasí, do 2 dnů.
- Posud' s pacientkou další možné faktory (životní styl, střídání aktivit a odpočinku), které vyvolávají nebo zhoršují únavu, do 1 týdne.
- Pozvolna podporuj pacientku, aby postupně sama vykonávala péči o sebe samou, pokud je to v jejích silách, průběžně.
- Seznam nemocného a jeho rodinu s managementem únavy, šetření energií, pohybem, výživou, potřebou spánku a odpočinku. Nauč pacientku, jak lze šetřit energii, sezení namísto stání při různých činnostech a další, do 14 dnů.
- Sleduj pacientčinu toleranci aktivity, zda se pacientka zvládne obléci, vysprchovat, bez únavy, denně.

- Společně s pacientkou a rodinnou naplánujte rozdělení aktivit po příchodu pacientky domů, dle příležitosti.
- Měř fyziologické funkce během aktivity nemocné, dle ordinace lékaře.
- Hlas lékaři pokud bude nadále docházet k zvýšení únavy, průběžně.

Realizace a hodnocení:

20. 9. 2008 (1. den) Pacientka se cítí příliš unavená a vyčerpaná z častých průjmů a také z toho, že doma musí opakovaně v noci vstávat k dítěti. Ihned byla informována o nutnosti dodržovat klid na lůžku, do stabilizace stavu. Dále byla poučena, že únava je součástí nemoci a že je nutno, aby svou aktivitu přizpůsobovala pocitu únavy. V průběhu dne byla doprovázena na toaletu, umývala se na lůžku a oblékala se s těžkostí, ale sama. Snaží se být maximálně soběstační. Hned po poledni usnula asi na hodinku a večer už v 21.00 hod. V noci byla třikrát na toaletě, jinak spala klidně.

21. 9. 2008 (2. den) Klidový režim dodržuje, vyžaduje nadále doprovod na WC. Hygienu a oblékání zvládla pomalu, ale sama. Byla poučená o způsobu monitorování stupně únavy, jakož i o možnosti kontaktu se psychologem, což zatím nechtěla. Spala odpoledne 2 hodiny. Dnes udávala únavu: v 9.00 hod. stupeň č. 3, v 18.00 hod. stupeň č. 3.

22. 9. 2008 (3. den) Pacientka doprovod na toaletu požadovala i nadále. Myla se v sedě u umývadla, zvládla to sama. Přes den spala 1 hodinu. Monitoring únavy: v 9.00 hod. stupeň č. 2, v 18.00 hod. stupeň č. 3.

23. 9. 2008 (4. den) Pacientka je ještě stále doprovázena na toaletu, přes den víckrát pospávala. Zaznamenaná únava: v 9.00 hod. stupeň č. 2, v 18.00 hod. stupeň č. 3.

24. 9. 2008 (5. den) Pacientka dnes došla na záchod sama, také se sama vysprchovala. Přes den nespala, měla návštěvu, zato večer usnula krátce po 19.00 hod. Udává únavu: v 9.00 hod. stupeň č. 2, v 18.00 hod. stupeň č. 2.

25. 9. 2008 (6. den) Pacientka už chodí na WC bez potíží, také hygienu zvládá výborně. Přes den spala, udává, že se cítí konečně lépe, že ještě pořád dospívá deficit z domova. Udává únavu: v 9.00 hod. stupeň č. 1, v 18. 00 hod. stupeň č. 2

26. 9. 2008 (7. den) Pacientka působí svěžeji. Přes den se už byla i projít sama po chodbě, dokonce došla pěšky na plánovanou enteroklýzu. Bartlův test byl přehodnocen, skóre dosahovalo 100 bodů. Odpoledne spala pacientka asi 1 hod. Únava únavu: v 9.00 hod. stupeň č. 1, v 18.00 hod. stupně č. 2.

27. - 30. 9. 2008 (8. – 11. den) Pacientka se cítí víc odpočatá, má více energie, prošla se 2 krát po chodbě, přes den už nespala, měla návštěvy. Prodiskutovali jsme společně témata, jak šetřit s energií v běžném životě, o nutnosti střídat aktivitu s odpočinkem, o režimu pacienta s Crohnovou chorobou, jak bude řešit svou vyčerpanost doma. Dnes udává ráno únavu stupeň č. 1., večer č. 1.

1. – 3. 10. 2008 (12. – 14. den) Pacientka adekvátně zvládá péči o sebe sama, je víc aktivnější a komunikativnější, umí popsat několik způsobů, jak lze šetřit energii. Celkově cítí mnohem více sil a energie. Přes den už nespí, denně má návštěvy rodiny. S rodinou přediskutován management zvládání únavy a plánování aktivit po příchodu pacientky domů. Udává únavu maximálně stupeň č. 1., někdy i stupeň č. 0 (tj. žádnou). Fyziologické funkce jsou v normě po celou dobu hospitalizace.

24. 10. 2008 (35. den) *Cíle i výsledná kritéria byly dosaženy do 14 dnů. Ošetřovatelská diagnóza však byla ponechána do konce hospitalizace, protože u pacientky únava neodezněla, přetrvává nejvíce ve stupni č. 1. Je nutno brát v úvahu, že únava je u některých pacientů dlouhodobým příznakem nemoci a přetrvává i několik týdnů.*

3. Ošetřovatelská diagnóza

Průjem /00013/, z důvodu základního onemocnění, projevující se 10 – 15 x denně průjmovitou stolicí, s příměsí krve a hlenu.

Cíl krátkodobý: Pacientka má nejvýše 3 - 5 stolic denně, bez příměsí krve a hlenů, do 2 týdnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má fyziologické vyprazdňování stolice, do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek informací o dietních a léčebných opatřeních při průjmu, do 2 hodin.
- Pacientka má co nejbliže k dispozici záchod a sprchu, má možnost se umýt/osprchovat po každé stolici, do 2 hod.
- Pacientka zná důvod podání parenterální/enterální výživy, do 2 hod.
- Pacientka chápe nutnost dostatečné hydratace, do 24 hodin
- Pacientka má přiměřený příjem a výdej tekutin, denně.
- Lůžko a osobní prádlo je třeba udržovat v suchu a čistotě, denně.
- Pacientka ví, jak je důležité zapisovat počet všech stolic a sledovat jejich vzhled, proto o každé stolici informuje sestru, denně.
- Pacientka má 3 - 5 stolic denně, do 2 týdnů.
- Stolice je bez příměsí krve a hlenu, do 2 týdnů.
- Pacientka je bez známek dehydratace, po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka má pravidelnou a formovanou stolicí, nejvíc 2 x denně, do konce hospitalizace.
- Laboratorní hodnoty elektrolytu a osmolarity jsou v normě, do konce hospitalizace.

Intervence:

- Zajisti pacientce WC a sprchu na pokoji a umožni jí, aby se mohla umýt/osprchovat po každé stolici, hned.
- Pouč pacientku o léčebném režimu a dietních omezeních, co nejdříve.
- Vysvětli pacientce možné riziko ztrát tělesných tekutin při průjmu a nutnost dostatečné hydratace denně, do 1 hod.
- Zajisti pacientce dostatek tekutin, podávej parenterální/enterální výživu a zaříd' další terapii, dle ordinace lékaře.
- Vysvětli pacientce účinek podávaných léků a případně další terapie, do 2 hod.
- Zaznamenávej příjem a výdej tekutin, pátrej po známkách dehydratace, denně.

- Pouč pacientku o nevyhnutelnosti hlásit každou stolicí a její vzhled, do 24 hod.
- Sleduj charakter stolic a zaznamenávej jejich frekvenci do dokumentace, pokaždé.
- Pomoz pacientce při vykonávání toalety, do zlepšení pacientčiny soběstačnosti, denně.
- Kontroluj dostatečnou hygienu genitálu, po každé stolici, aplikuj krémy dle ordinace lékaře, denně.
- Zajisti pacientce dostatek čistého osobního prádla, udržuj lůžko v suchu a čistotě, dle potřeby.
- Při kládej plenkové kalhoty a zajisti dostatek ochranných pomůcek v lůžku, dle potřeby.
- Sleduj, zda pacientka dodržuje dietní omezení, průběžně.
- Odeber vzorky stolice na vyšetření, dle ordinace lékaře.
- Sleduj laboratorní výsledky, rovnováhu elektrolytu a osmolaritu, dle ordinace lékaře.
- Monitoruj vitální funkce (TK, P) dle ordinace lékaře.

Realizace a hodnocení:

20. 9. 2008 (1. den) Pacientka byla poučena o dietních omezeních, nutnosti vyváženého příjmu tekutin a riziku deficitu tělesných tekutin při průjmech. Ihned byla umístěna do pokoje s WC a sprchou, lůžko je co nejbližší k toaletě. Zatím ji na toaletu doprovází sestra, protože se cítí slabá. Sestra jí pomáhala také aplikovat masti, po každé stolici. Terapie podaná, dle ordinace lékaře, pacientka je o medikaci patřičně poučena. Ví také, že musí hlásit každou stolicí i její vzhled po celou dobu hospitalizace. Počet zaznamenaných průjmovitých stolic až 15 x denně, stolice s příměsí krve a hlenu. Pacientka má bilanci tekutin + 600 ml.

21. 9. 2008 (2. den) Pacientka dodržuje dietní omezení. Podána parenterální/enterální výživa, pacientka je poučena. Toaletu i hygienu vykonává s pomocí sestry. Počet stolic 15 denně, s příměsí krve a hlenu. Bilance tekutin vyrovnaná.

22. - 25. 9. 2008 (3. – 6. den) Pacientka už pátý den používá WC a sprchu sama. Počet stolic 12, už jen s příměsí hlenu. Bilance tekutin vyrovnaná.

26. – 29. 9. 2008 (7. – 10. den) Počet stolic max. 10 x denně, s příměsí malého množství hlenu. Bilance tekutin vyrovnaná, bez známek dehydratace.

30. 9 – 3. 10. 2008 (11. – 14. den) Počet stolic, je pořád kolem 10 denně, nadále průjmovité, s příměsí hlenu. Bilance se udržuje vyrovnaná.

4 – 14. 10. 2008 (15- 25 den) Stolice 8 x denně, průjmovitá, s příměsí hlenu. Bilance tekutin v rovnováze.

15 - 24. 10. 2008 (26. – 35. den) *Počet stolic se omezil minimálně na 6 denně, přičemž stolice je nadále průjmovitá s příměsí hlenu. Laboratorní hodnoty jsou v normě. Fyziologické funkce stabilní. Bilance tekutin příznivá, bez známek dehydratace, po celou dobu hospitalizace. Pacientka odchází domů, ošetrovatelská diagnóza přetrvává. Cíle i výsledná kritéria se nepodařilo splnit. Pacientka je poučena o nutnosti sledovat počet stolic nadále doma, a v případě jejich zvýšení to hlásit lékaři, případně bude nutná opakovaná hospitalizace a opětovný převod z enterální na parenterální výživu.*

4. Ošetrovatelská diagnóza

Akutní bolest /00132/, z důvodu základního onemocnění, projevující se verbalizací křečovitých bolesti břicha, stupně č. 3 (silná bolest) na VAS bolesti a neverbálními projevy.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná a využívá metody na zmírnění bolesti, do 24 hod.

U pacientky dojde k zmírnění křečovitých bolesti břicha ze stupně č. 3 (silná bolest) na stupeň č. 1 (obtěžující bolest), do 3 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez bolesti, do 2 týdnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka pro zmírnění bolesti využívá doporučenou úlevovou polohu, hned.
- Při nepolevující intenzivnější bolesti požádá o podání analgetika.
- Pacientka umí hodnotit stupeň bolesti na VAS bolesti, do 2 hod.
- Pacientka praktikuje relaxační metody a odpoutávací techniky na zmírnění bolesti, do 2 hod.
- Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti ze stupně č. 3 na stupeň č. 1 (podle škály 0-5, VAS bolesti), do 3 dnů.
- Pacientka nemá mimoverbální projevy bolesti, do 1 týdne.
- Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti ze stupně 1 na stupeň 0 (dle škály 0-10, VAS), do 14 dnů.

Na posouzení stupně bolesti jsme u pacientky použili VAS škálu bolesti, tabulka 3.

Tabulka 3 - VAS škála bolesti, stupnice 0 až 5

VAS bolesti = stupnice od 0 – do 5.	
0	žádná bolest
1	mírná bolest
2	obtěžující bolest
3	silná bolest
4	velmi silná bolest
5	nesnesitelná bolest

Intervence:

- Proved' důkladné posouzení bolesti, její charakter, lokalizaci, intenzitu na VAS škále bolesti, do 30 min.
- Vysvětlí pacientce úlevové polohy pro zmírnění bolesti, hned.
- Informuj pacientku o možnosti podání léků, a že je nutné, aby neprodleně hlásila bolest v případě, že bude nesnesitelná nebo silnější intenzity, do 30 minut.
- Podávej analgetika, dle ordinace a žádosti pacienta, do 30 min.
- Nabízej pacientce relaxační cvičení (dechová cvičení) a odpoutávací techniky (poslech hudby, televizi) – jako strategie na zmírnění bolesti, do 2 hod.
- Založ kartu bolesti, zhodnot' ji dle VAS škály bolesti, do 2 hod.

- Nauč pacientku hodnotit si intenzitu bolesti na VAS škále bolesti, minimálně 3 x denně, a zaznamenávat ji do karty bolesti, do 2 hod.
- Kontroluj, zda pacientka pochopila způsob hodnocení bolesti, do 24 hodin.
- Posuzuj nadále charakter, intenzitu bolesti, kdy se objeví a mizí, co ji zhoršuje či zmírňuje, průběžně.
- Posuď pacientčiny znalosti léčby bolesti a dosavadní metody, které využíval doma na její zmírnění, průběžně.
- Pozoruj neverbální projevy bolesti (výraz v obličeji, vyhledávání úlevových poloh, způsob chůze, držení těla), průběžně.
- Zajisti klidné prostředí, stále.
- Pečuj o další pohodlí nemocného (mazání zad, změny polohy, aplikace tepla a chladu) jako nefarmakologické mírnění bolesti, průběžně.
- Sleduj fyziologické funkce, jejich změnu jako reakce na bolest, dle ordinace lékaře.

Realizace a hodnocení:

20. 9. 2008 (1. den) Bolest byla důkladně posouzena a zdokumentována do karty bolesti. Pacientce byli vysvětleny úlevové polohy, relaxační a odpoutávací metody, které využívala v průběhu dne. Dále byla poučena, jak má hodnotit bolest na VAS škále od 0 do 5. Pacientka udává v 9.00 bolest stupně č. 3, 0 13.00 bolest stupně č. 3 a večer v 18.00 bolesti stupně č. 2.

21. 9. 2008 (2. den) S pacientkou jsme prodiskutovali nástup bolesti, trvání, odznění bolestí, vyvolávající, zhoršující faktory. Také dosavadní léčbu bolesti doma. Následně byla poučena lékařem o příčinách bolesti a její léčbě. Bolesti měla celý den stupně č. 2 až č. 1. Využívá úlevové polohy a odpoutávající techniky.

22. – 23. 9. 2008 (3. – 4. den) Bolesti se pohybují mezi stupněm č. 1 až č. 2. Pacientka využívá úlevové polohy a relaxační techniky. Neverbálních projevů bolesti má méně.

24. – 26. 9. 2008 (5. – 7. den) Pacientka udává celý den bolesti už jen stupně č. 1, nejčastěji 15 – 20 minut před vyprázdněním se.

27. 9 – 3. 10. 2008 (8. – 14. den) Bolesti cítí střídavě, buď žádné, nebo stupně č. 1, obvykle vždy krátce před vyprázdněním. Neverbální projevy bolesti se nevyskytují.

4. 10 - 24. 10. 2008 (15. – 35. den) Pacientka už jen občas pociťuje mírné bolesti břicha stupně maximálně č. 1. Bolest dokáže zvládnout úlevovou polohou (skrčí se do sedu). Sděluje, že podobné bolesti má pokaždé, když dojde k vzplanutí nemoci, a že přetrvávají někdy i 1 – 2 měsíce.

24. 10. 2008 (35. den) *Pacientka dnes propuštěna. Ošetrovatelská diagnóza neukončena, z důvodu přetrvávajících křečovitých bolestí břicha v oblasti pupku, maximálně stupně č. 1, které se objevují opakovaně před potřebou vyprázdnit se. Viz příloha č. 6 - Karta bolesti – průběžný záznam. Cíl krátkodobý se splnit podařilo, ale dlouhodobý cíl splněn nebyl. Je nutno opět brát v úvahu, že bolesti břicha jsou jedním z hlavních symptomů nemoci a mohou přetrvávat delší období, někdy i měsíce, s průběhem chronického onemocnění.*

5. Ošetrovatelská diagnóza

Porušená kožní integrita /00046/, způsobená častou průjmovitou stolicí, projevující se svěděním, pálením a bolestivostí (stupně č. 2, obtěžující bolest, na VAS bolesti) v oblasti konečníku.

Cíl krátkodobý: Pacientka nepocítuje svědění a pálení v oblasti konečníku, do 5 dnů. Pacientka pocítuje zmírněnou bolest v konečníku ze stupně č. 2 (obtěžující bolest) na stupeň 0 (žádná bolest), do 5 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka udává celkovou pohodu, porušená kožní integrita v okolí konečníku je zhojená, do 14 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má možnost umýt se po každé stolici, hned.
- Pacientka je poučena o léčebných opatřeních při porušení kožní integrity, do 2 hod.
- Pacientka provádí sedací koupele konečníku a aplikuje si masti dle ordinace lékaře, minimálně 3 x denně, po dobu zhojení defektu.
- Pacientka ovládá polohy na minimalizaci tlaku a tření v oblast zad, do 24 hodin.
- Pacientka umí používat pomůcky na odlehčení postiženého místa, do 24 hodin.
- Pacientka umí zaznamenat stupeň bolesti na VAS bolesti, minimálně 2 x denně, do 24 hod.
- Pacientka nepocítuje svědění a pálení v oblasti konečníku, do 5 dnů.
- Bolest se snížila ze stupně č. 2 na stupeň č. 0, do 5 dnů.
- Kožní defekt je zhojen, do 14 dnů.
- Pacientka zná způsoby prevence a léčby poškozené kůže v okolí konečníku při častých průjmech, do konce hospitalizace.
- Pacientka udává celkový pocit pohody a spokojenosti, do konce hospitalizace.
- Pacientka má čistou, neporušenou kožní integritu v okolí konečníku, do konce hospitalizace.

Na posouzení stupně bolesti jsme u pacientky použili VAS škálu bolesti, tabulka 4.

Tabulka 4 - VAS škála bolesti, stupnice 0 až 5

VAS bolesti = stupnice od 0 – do 5.	
0	žádná bolest
1	mírná bolest
2	obtěžující bolest
3	silná bolest
4	velmi silná bolest
5	nesnesitelná bolest

Intervence:

- Zajisti, aby pacientka měla v pokoji záchod a sprchu, umožni pacientce umýt se nebo vysprchovat po každé stolici, hned.
- Pouč pacientku o léčebném režimu, do 2 hod.
- Pouč pacientku, jak má vykonávat sedavou koupel a aplikovat masti, pokud to zvládne sama, nebo ji pomoz, dle ordinace lékaře, do 24 hod.

- Vysvětlí pacientce polohy nebo ji poskytní polohovací pomůcky, kterými je možno minimalizovat tlak a tření v oblasti zad a tím předcházet dalšímu poškození kůže, do 24 hodin.
- Pouč nemocnou o způsobu zaznamenávání stupně bolesti, do 24 hodin.
- Monitoruj bolest v oblasti konečníku, minimálně 3 x denně.
- Zajisti dostatečnou hydrataci pacientky, min 2,5 l/den, sleduj příjem a výdej tekutin, kožní turgor, denně.
- Sleduj proces hojení kožního defektu 2 x denně a ved' záznam do dokumentace.
- Udržuj lůžko v suchu a čistotě, denně.
- Používej vhodné podložky pro zmírnění dráždění a bolesti v oblast zad, dle potřeby.
- Dotazuj se pacientky na míru svědění a pálení v okolí konečníku, denně.
- Pouč pacientku o prevenci a léčbě poškozené kůže a sliznice v okolí konečníku při častých průjmech, do 1 týdne.
- Sleduj projevy spokojenosti pacientky, průběžně.

Realizace a hodnocení:

20. 9. 2008 (1. den) Pacientka má trhlínu v okolí konečníku velikosti 2 x 3 cm, z častých průjmů, která pálí a bolí. Pacientka byla umístěna na pokoj s hygienickým zařízením. Po každé stolici se má možnost umýt. Sedací koupele a masti byly aplikovány s pomocí sestry, pacientka byla poučena, jakou polohou si může odlehčit tření rány o postel, dostala antidekubitární pomůcky na odlehčení při sedu. Byla poučena, jak vyhodnocovat stupeň bolesti na VAS.

21. - 23. 9. 2008 (2. – 4. den) Pacientka provádí sedací koupele a aplikuje masti s pomocí sestry, pozdě i sama. Svědění je pryč a pálení se zmírnilo. Bolest se pohybuje kolem stupně č. 1 až č. 2.

24. 9. 2008 (5. den) Rána v okolí konečníku se uklidnila, je méně a míň červená. Pálení je minimální, bolest stupně č. 0 až č. 1.

26. 9. 2008 (7. den) Trhlina v oblasti konečníku je velikosti přibližně 1x1 cm, pacientka necítí pálení ani bolest. Pacientka byla poučena o způsobech prevence a léčbě poškozené kůže a sliznice v okolí konečníku při častých průjmech.

3. 10. 2008 (14. den) *Ošetrovatelská diagnóza byla ukončena po 14 dnech, z důvodu zhojení kožního defektu. Cíle a výsledná kritéria se podařilo splnit.*

6. Ošetrovatelská diagnóza

Nedostatečná výživa /00002/ z důvodu základného onemocnění, projevující se nechutenstvím a nauzeou, zhoršeným laboratorním nálezem, váhovým úbytkem 6 kg za posledních 5 měsíců a BMI 14,7 (= podváha).

Cíl krátkodobý: Pacientka má zajištěný individuální nutriční plán, dostatečný denní energetický příjem a dostatečnou hydrataci, do stabilizace stavu.

Pacientka nepocituje nauzeu do 5 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má lepší chuť k jídlu a zvýšenou tělesnou hmotnost o 3 kg (t.j. 1 BMI), do 1 měsíce. Laboratorní nálezy jsou v normě, do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe a respektuje nevyhnutné změny ve stravování a nutnost zvýšit svou tělesnou hmotnost, do 2 hod.
- Pacientka má dostatek informací o způsobu a významu podávané parenterální/enterální výživy, do 24 hod.
- Pacientka má denně vyvážený příjem a výdej tekutin.
- Pacientka je bez známek dehydratace, má dobrý turgor kůže, vlhké sliznice, po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka je bez nauzey, do 5 dnů.
- Pacientka využívá konzultace s nutričním terapeutem, průběžně.
- Pacientka umí vysvětlit nevyhnutelné změny v stravování, zná typ potravin, které nesmí konzumovat, aby se předešlo recidivě onemocnění, do 14 dnů.
- Pacientka udává zlepšení chuti k jídlu, do 1 měsíce.
- Hmotnost pacientky se zvýšila o 3 kg, za 1 měsíc.
- Pacientka si umí naplánovat vyváženou stravu, využívá poznatky o výživě. Zná způsob stravování zvyšující hmotnost, do propuštění.
- Pacientka má snížené příznaky malnutrice, laboratorní hodnoty se upravily, do konce hospitalizace.
- Pacientka má normální vitální funkce vzhledem k věku a zdravotnímu stavu, po celou dobu hospitalizace.

Intervence:

- Zhodnot' tělesnou hmotnost a BMI pacientky, hned při přijetí.
- Informuj pacientku o nevyhnutelných změnách v stravování, tj. zamezení příjmu per os s následnou parenterální/enterální výživou, nutnost dostatečného přísunu tekutin a energie, jakož i nutnosti zvýšení tělesné hmotnosti, do 2 hodin.
- Zajisti pacientce k lůžku emitní misku a dostatek buničiny, dle možností nadzvedni horní část postele, jako prevence aspirace při zvracení, do 2 hodin.
- Opakovaně se dotazuj pacientky, zda nepocít'uje/nepocít'uje nauzeu.
- Vysvětlí pacientce význam a způsob podání parenterální/enterální výživy, do 24 hodin.
- Podávej parenterální/enterální výživu a léky, dle ordinace lékaře.
- Zajisti dostatek vhodných tekutin, po celou dobu hospitalizace.
- Sleduj a zaznamenávej bilanci tekutin, denně.
- Sleduj známky dostatečné hydratace, kožní turgor, vlhkost sliznic, průběžně.
- Kontaktuj nutričního terapeuta pro sestavení individuálního nutričního plánu, do 24 hod.
- Zajisti pacientce vysokoenergetické nápoje, po ustoupení průjmů.
- Pozoruj, jak pacientka postupně snáší enterální výživu v době její aplikace.
- Ptej se pacientky na zlepšení chuti k jídlu, průběžně.
- Prodiskutuj s pacientkou dosavadní stravování doma, hlavně to, co mohlo způsobit recidivu nemoci, průběžně.

- Pouč ji o dietních omezeních a doporučované úpravě stravovacích návyků, poskytni informační letáčky, doporučenou literaturu, recepty a následně prověř, zda daným věcem rozumí, do konce hospitalizace.
- Měř a zaznamenávej tělesnou hmotnost pacientky, denně.
- Sleduj vitální funkce, denně.
- Sleduj hodnoty laboratorních vyšetření, průběžně.
- Informuj lékaře, pokud pacientka nadále ubývá na váze, do 1 týdne.
- Opakovaně posuzuj, zda pacientka i její rodina mají dostatek vědomostí o nutričních potřebách pacientky, do propuštění.

Realizace a hodnocení:

20. 9. 2008 (1. den) Pacientka je poučena o nevyhnutelných změnách v stravování, o zamezení příjmu potravy per os, kromě tekutin s následnou parenterální/enterální výživou, o nutnosti dostatečného přísunu tekutin, jakož i nutnosti zvýšení tělesné hmotnosti, do 2 hodin. Pacientka má u lůžka dostatek buničiny a emitní misku pro případné zvracení. Dnes nezvracela. Tělesná hmotnost ráno 43,5 kg.

21. 9. 2008 (2. den) Parenterální výživa podaná po zavedení CŽK, v množství 85 ml/hodinu. Pacientka nauzeu pociťuje trochu méně. Bilance tekutin pozitivní, +500 ml, bez známek dehydratace. Nutriční terapeut byl zajištěn.

24. 9. 2008 (5. den) Parenterální výživa podána 4. den. Bilance tekutin vyrovnaná. Pacientka už bez nauzey. Tělesná hmotnost 43,5 kg.

26. 9. 2008 (7. den) Parenterální výživa 6. den. Pacientka pije už čaje v neomezeném množství (dieta č. 0S - čajová) a 1 Fortimel na den. Pacientku opět navštívil nutriční terapeut. Tělesná hmotnost 44, 0 kg. Pacientce byla zavedena nasogastrická sonda.

29. 9. 2008 (10. den) Parenterální výživa 9. den. Enterální výživa 3. den, aplikována je v množství 60 ml/hodinu se standardní šestihodinovou noční pauzou (NP). Pacientka zatím snáší dobře aplikovanou enterální výživu. Hmotnost 44 Kg.

4. 10 (15. den) Parenterální výživa 14. den ukončena. Enterální výživa aplikována 8. den v množství 100 ml/hodinu s NP. Pacientka dobře adaptována na aplikaci enterální výživy. Dále už 2 Fortimely na den.

9. 10 – 24. 10. 2008 (20. – 35. den) *Enterální výživa aplikována v množství 100 ml/ den s NP, do konce hospitalizace, dále může až 3 Fortimely na den. Per os přijímá nadále pouze tekutiny, dobře snáší nápoje s aloe vera. Tělesná hmotnost 44 kg. Pacientka i rodina byli opakovaně poučeni o dietních omezeních při Crohnově chorobě. Pacientce byly poskytnuty edukační letáky, viz příloha č. 7. O příslušných nutričních potřebách projevují dostatek vědomostí. Pacientka udává zlepšení chuti k jídlu. Bilance tekutin vyrovnaná, bez známek dehydratace po celou dobu hospitalizace. Fyziologické hodnoty v normě a laboratorní hodnoty se rovněž upravily. Tělesná hmotnost 44,5 kg. Cíl krátkodobý byl splněn. Cíl dlouhodobý se nepodařilo splnit, váha pacientky při propuštění stoupla pouze o 1 kg. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává i po propuštění do domácí péče.*

7. Ošetrovatelská diagnóza

Hypertermie /00007/ z důvodu základného onemocnění, projevující se pocitem horka, pocením a zvýšenou tělesnou teplotou do 39 °C.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná příčinu zvýšené tělesné teploty a opatření k jejímu snížení, do 2 hod. Pacientka udává zvýšení celkové pohody do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má fyziologickou tělesnou teplotu, má přiměřenou hydrataci a elektrolytovou rovnováhu, do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka ví o nutnosti zachovávat klid na lůžku po dobu stabilizace celkového stavu, do 30 min.
- Pacientka zná příčinu zvýšené tělesné teploty a nutnost pravidelného sledování teploty, do 30 min.
- Pacientka umí vyjmenovat příznaky stoupaní horečky a ví, že v případě jejího výskytu to musí hned hlásit sestře, do 30 min.
- Pacientka má informace o nutnosti dostatečného příjmu tekutin v období zvýšené teploty, do 30 minut.
- Pacientka využívá metody a fyzikální techniky, v případě zvýšení tělesné teploty nad 38,5 °C.
- Pacientka udává, že se cítí lépe, méně se potí a není jí tak horko, do 2 dnů.
- Tělesná teplota je fyziologická, do 1 týdne.

Intervence:

- Pouč pacientku o nutnosti dodržování klidového režimu a příčinách hypertermie, o nutnosti pravidelného sledování tělesné teploty, případně včasné signalizace známek stoupající horečky (zimnice, pocení, únava, bolesti v kloubech apod.), do 30 min.
- Pouč pacientku o potřebě dostatečného příjmu tekutin, do 30 minut.
- Aplikuj léky (antibiotika, antipyretika) dle ordinace lékaře, využívej metody a fyzikální techniky (vyvětrat místnost, snížit pokojovou teplotu, použít lehkou přikrývku, studené zábaly na končetiny a pod) při případném zvýšení teploty nad 38,5 °C, dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinnost ordinovaných léků, po jejich podání.
- Sleduj a dokumentuj TT pacientky, každých 6 hodin.
- Sleduj a zaznamenávej příjem a výdej tekutin, dle ordinace lékaře za 24 hodin.
- Monitoruj srdeční frekvenci a dech, barvu kůže a stav vědomí, dle ordinace lékaře.

- Udržuj lůžko a osobní prádlo pacientky v suchu, denně.
- Umožni pacientce umýt se, pokud se hodně potí, dle potřeby.
- Dotazuj se pacientky na pocity horka, pocení, případné známky dalšího stoupání teploty, průběžně.
- Odeber vzorek krve na hemokulturu při tělesné teplotě nad 38 °C, dle ordinace lékaře.
- Sleduj výsledky laboratorních hodnot (zvýšené CRP), dle ordinace lékaře.
- Informuj lékaře v případě neúčinnosti všech naordinovaných léčebných postupů a dalšímu stoupání teploty.

Realizace a hodnocení:

20. 9. 2008 (1. den) Pacientka je poučena o příčinách zvýšené tělesné teploty, nutnosti jejího pravidelného sledování i jak se bude snižovat, dále jaké jsou známky stoupání horečky, aby je mohla včas signalizovat. Tělesná teplota první den 37,3 – 38,2 °C. Medikace (antibiotika) podaná dle ordinace lékaře. Odběr krve na hemokulturu proveden v 8.00 hod. Ústní dutina zvlhčovaná, pacientka nemá sucho v ústech, ví o nutnosti příjmu dostatečného množství tekutin. I nadále se hodně potí. Krevní tlak, pulz a dech v normě. Lůžko i osobní prádlo udržováno v čistotě. Večer se pacientka umyla na lůžku.

21. 9. 2008 (2. den) Tělesná teplota se pohybovala od 37,3 do 37,7 °C. Pacientka se potí méně. Bilance tekutin pozitivní.

22. 9. 2008 (3. den) Tělesná teplota v průběhu dne 37,1 až 37,5 °C. Pacientka udává pocení minimální, bilance pozitivní.

24. 9. 2008 (5. den) Pacientka první den bez zvýšené teploty. Cítí se lépe. Bilance tekutin vyrovnaná.

26. 9. 2008 (7. den) *Pacientka 3. den bez teplot, nadměrného pocení a pocitu horka. Bilance tekutin pozitivní, laboratorní hodnoty jsou v normě. Ošetrovatelská diagnóza ukončena do 1 týdne, cíle a výsledná kritéria byly dosaženy.*

8. Ošetrovatelská diagnóza

Neefektivní léčebný režim /00078/ z důvodu vyčerpání pacientky z náročnosti dodržovat všechny léčebné předpisy u daného chronického onemocnění, projevující se nedodržováním diety a občasným vynecháním léků v době remise nemoci.

Cíl dlouhodobý: Pacientka si uvědomuje a respektuje nutnost dodržování všech léčebných nařízení v akutní i klidové fázi nemoci, do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek informací o léčebném režimu při Crohnově chorobě, do 2 týdnů.
- Pacientka opisuje následky nedodržování léčebného režimu, do 2 týdnů.
- Pacientka si napsala všechny opakované recidivy nemoci, jejichž příčinou bylo vynechávání léků či porušování diety, do 2 týdnů.
- Pacientka ví, kde jsou svépomocné kluby s danou nemocí, aby se naučila lépe snášet danou nemoc a za všech okolností s ní žít.
- Pacientka si připravila letáčky, které si doma všude rozmístní, aby nezapomínala brát léky, do konce hospitalizace.
- Rodina pacientky ví a je motivovaná dohlížet a podporovat pacientku, aby dodržovala léčebný režim i v době, kdy se nemoc neprojevuje.
- Pacientka jeví odhodlání dodržovat léčebný režim, do konce hospitalizace

Intervence:

- Pouč pacientku o léčebném režimu při Crohnově chorobě i možných následcích při jeho nedodržování, průběžně, do 2 týdnů.
- Zvláště zdůrazni vliv správné diety a pravidelné podávání léků na udržení klidové fáze nemoci, průběžně, do 2 týdnů.
- Opakovaně se dotazuj pacientky, zda si je vědoma, jaké následky může způsobit nedodržování léčebného režimu, aby si tím posílila vůli předejít chybám, uvědomujíc si následky, průběžně, do 2 týdnů.
- Požádej pacientku, aby pravdivě vypsala na papír všechny opakované recidivy nemoci, které byly důsledkem nedodržování léčebného režimu, posílí ji to vědomí, že porušování léčebných předpisů, má opravdu za následek zhoršení stavu, průběžně, do týdne.
- Prodiskutuj s pacientkou dostupné svépomocné kluby s Crohnovou chorobou, aby se lépe naučila zvládat nemoc za všech okolností. Zjisti, zda by pacientka neměla zájem stát se členem těchto klubů, průběžně, do konce hospitalizace.
- Pověř pacientku úkolem, aby si v době, kdy je odpočatá, udělala letáčky, na kterých bude rozepsaný čas a léky které má brát, aby si je mohla doma rozlepit po bytě a tím si připomenout, aby brát léky.
- Pouč i rodinu pacientky o nevyhnutelnosti dodržování léčebného režimu i v klidové fázi nemoci a jejich velký přínos v tom, že pacientce připomenou, nebo ji kontrolují, zda dodržuje dietu a správnou medikaci i v období remise nemoci, do konce hospitalizace.

Realizace a hodnocení:

30. 9. 2008 (11. den) Pacientka při příjmu přiznává občasné nedodržování diety a braní léků. Až doposud se cítila hodně unavena, proto se diagnóza začíná řešit až dnes, kdy je pacientka celkově v lepší pohodě. Sestrou byla poučena o léčebném režimu a životním stylu při Crohnově chorobě i o následcích, respektive komplikacích, při nedodržování léčby, které zhoršují celkový stav a vedou k opakovaným relapsům. Pacientka přiznává nedodržování léčby, ale také udává, že doposud dietě ani lékům

nepřipisovala tak veliký význam, ale nyní už chápe nevyhnutelnost důsledného dodržování léčby.

1. 10. 2008 (12. den) Dnes byla pacientka obeznámena s prací některých svépomocných skupin, které ji pomohou vyrovnat se s daným onemocněním a jeho dopadem na život. Projevila zájem o jistou skupinu, už v minulosti uvažovala o tom, zda by ji takové setkávání nepomohlo vyrovnat se lépe s danou situací a lépe ji zvládat. Chce kontakt na onu svépomocnou skupinu a je odhodlána se do ní zapojit.

9. 10. 2008 (20. den) Pacientka se cítí dobře, proto jsme si zopakovali důležitost léčby Crohnovy choroby. Odpoledne neměla žádnou návštěvu, proto jsme vymysleli společně, aby si připravila cedulky, které si rozmístí doma v bytě, s upozorněním, kdy má brát léky, a také s hesly a různými mottly, které ji budou motivovat k dodržování diety za všech okolností. Pacientce se to líbilo a bavilo ji to, těší se a věří, že teď už na léčbu nezapomene.

19. 10. 2008 (30. den) O nutnosti dodržovat dietu a brát pravidelně léky byla dnes při návštěvě poučena i rodina nemocné. Byla vyzvána, aby byla pacientce oporou a kontrolovala ji, zda, dodržuje léčebný režim za všech okolností. Rodina to bere na vědomí a je ochotná pomáhat.

24. 10. 2008 (35. den) Pacientka do konce hospitalizace jeví silné odhodlání neporušovat léčebný režim vynecháním léků či nedodržováním diety. Uvědomuje si komplikace už způsobené jejich nedodržováním. Je vděčná, za každou radu, za oporu při zvládání nemoci. Ošetřovatelská diagnóza byla ukončena k poslednímu dni hospitalizace, cíle a výsledná kritéria se relativně podařilo dosáhnout. Zda bude pacientka skutečně dodržovat léčbu, není možné nyní zjistit, ale byla dostatečně poučena a motivována.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

9. Ošetřovatelská diagnóza

Riziko infekce /00004/ související se zavedením intravenózní kanyly (PŽK) a centrální žilní kanyly (CŽK).

Cíl krátkodobý: Pacientka zná příznaky začínající infekce a zásady její prevence u invazivních vstupů, do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez známek infekce, do konce hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná důvody a způsob zavedení PŽK a CŽK, do 15 min.
- Pacientka chápe možná rizika vzniku infekce, do 15 min.
- Pacientka umí vyjmenovat začínající (místní i celkové) příznaky infekce, do 1 hod.
- Pacientka zná a dodržuje zásady prevence, do 1 hod.
- Pacientka se umí pohybovat, manipulovat, umývat a sprchovat s kanylou, aby nemohlo dojít ani k nejmenším rizikům vzniku infekce nebo poškození, do 24 hod.
- Kanyly jsou funkční a průchodné, po celou dobu jejich zavedení.

- Pacientka nejeví žádné místní ani celkové příznaky infekce ze zavedených žilních vstupů, do konce hospitalizace.

Intervence:

- Pouč pacientku o důvodech a způsobu zavedení PŽK a CŽK , do 15 min.
- Zaznamenej do dokumentace dobu zavedení, stav kanyly, dobu nutnosti výměny či zrušení kanyly, hned po zavedení, a pak průběžně.
- Informuj pacientku o možném riziku vzniku infekce ze zavedených vstupů, do 15 min.
- Pouč pacientku o příznacích místné a celkové infekce, a o tom, že v případě jejich výskytu to musí okamžitě hlásit sestře, do 1 hodiny.
- Pouč pacientku o zásadách prevence infekce a nutnosti jejich dodržování, do 1 hod.
- Pouč pacientku o péči a manipulaci s kanylou při pohybu, mytí, sprchování (ochrana, omezení hybnosti apod.), do 24 hod..
- Opakovaně se dotazuj pacientky, zda umí vyjmenovat a popsat příznaky místní a celkové infekce i manipulace s kanylou, průběžně.
- Používej ochranné pomůcky /gumové-sterilní rukavice/ při převazování kanyly a aplikaci léku, vždy. Do kanyl aplikuj léky šetrně a teprve po dezinfekci konce kónusu, po každém podání kanylu dostatečně propláchni fyziologickým roztokem a pečlivě uzavři sterilní zátkou, vždy.
- Dodržuj aseptické postupy (častá dezinfekce rukou při přechodu mezi pacienty), aby nedocházelo k přenosu nosokominální infekce.
- Pravidelně kontroluj a dokumentuj místa vpichu, příznaky místní nebo celkové infekce.
- Při příznacích místní nebo celkové infekce informuj lékaře, ihned.
- Sleduj průchodnost kanyly, každých 8 hodin.
- Sleduj vitální funkce, především tělesnou teplotu, 3 x denně (dle ordinace lékaře).
- Sleduj laboratorní výsledky, především zvýšené leukocyty, nález v moči, dle ordinace lékaře.
- Kontroluj dobu zavedení kanyl, podle příslušného standardu zajisti jejich výměny nebo odstranění, denně.

Hodnocení:

20. 9. 2008 (1. den) Na gastroenterologii ráno v 7.30 byl pacientce zaveden PŽK, který byl odpoledne vyndán bez komplikací. Pak byl lékařem hned zaveden CŽK. Před jeho zavedením byla pacientka poučena o důvodech a způsobu zavedení CŽK a možnosti vzniku infekce. Po zavedení CŽK, byla pacientka poučena o příznacích začínající místní i celkové infekce, které pacientka s odstupem času uměla popsat. Ví také, že v případě jejich výskytu, to musí neprodleně hlásit sestře. Dále byla informována o zásadách prevence vzniku infekce, a jak se má pohybovat, manipulovat, vykonávat hygienu se zavedeným CŽK katétrem, aby se předešlo poškození či infekci.

21. 9. 2008 (2. den) Okolí vpichu bez známek infekce.

22. 9. 2008 (3. den) Okolí vpichu CŽK je klidné, bez známek infekce.

4. 10 (15. den) CŽK zrušen s ukončením parenterální výživy. Došlo ke znovuzavedení PŽK, pro aplikaci antibiotik.

5. 10 – 24. 10. 2008 (16. – 35. den) Pravidelné výměny PŽK prováděny podle platných standardů ošetrovatelské péče. PŽK bez příznaků místní či celkové infekce.

24. 10. 2008 (35. den) *PŽK byl dnes zrušen, z důvodů dnešního propuštění pacientky. Po celou dobu zavedení PŽK a CŽK k projevům infekce u pacientky nedošlo. Cíle a výsledná kritéria byly splněny, ošetrovatelská diagnóza byla ukončena, ke dni hospitalizace.*

Shrnutí ošetrovatelské péče

Pacientka byla hospitalizována celkem pět týdnů. U pacientky bylo stanoveno celkem devět ošetrovatelských diagnóz. Šest ošetrovatelských diagnóz se nám podařilo odstranit díky dobré spolupráci s pacientkou a její rodinou. Ke splněným diagnózám patří: neefektivní plnění role /00055/, akutní bolest /00132/, porušená kožní integrita /00046/, hypertermie /00007/, neefektivní léčebný režim /00078/, riziko infekce /00004/. Tři ošetrovatelské diagnózy: únava /00093/, průjem /00013/ a nedostatečná výživa /00002/ přetrvávají i po propuštění pacientky do domácí péče. Je nutno brát v úvahu, že u Crohnovy nemoci některé příznaky přetrvávají týdny až měsíce. A je nutno počítat i s tím, že u chronických onemocnění je nebezpečí nezvratného poškození pacienta, někdy majícího za následek smrt.

4.5 Stav pacientky čtyři měsíce po propuštění

Z důvodu chronického onemocnění pokládáme za nutné připojit zhodnocení stavu naší pacientky další čtyři měsíce po propuštění.

Od propuštění v říjnu 2008 do února 2009 pacientka pravidelně každých čtrnáct dní navštěvuje gastroenterologickou a nutriční poradnu. Na poslední kontrole v únoru 2009 v gastroenterologické ambulanci, jsme s pacientkou přehodnotili, jak se vyvíjel její stav po propuštění.

Do 15. 12. 2008, tj. 7 týdnů po propuštění, byla doma na plné enterální výživě nasogastrickou sondou. Do té doby se pomalu upravila i stolice na formovanou, bez příměsí hlenu, maximálně 2 krát denně. Do konce roku se podařil převod pacientky na bezsezbytkovou dietu, kterou striktně dodržuje. Medikaci užívá nyní pravidelně.

Váha pacientky od propuštění se zvýšila z 44, 5 kg na 47, 5 kg. Přesto má ještě podváhu, proto k bezsezbytkové dietě má z nutriční poradny nadále naordinované 3krát denně vysokoenergetické nápoje. Oblíbila si Fortimel s příchutí kávovou a Nutridrink s příchutí jogurtu.

Bolesti břicha, které přetrvávaly i při propuštění, s odezněním průjmů ustoupily. Jiné bolesti (kloubů, hlavy) pacientka neudávala.

Paní S. L. při kontrole popisuje i celkové výrazné zlepšení svého stavu. Cítí víc energie, je méně unavená, jen pokud jde spát pozdě, což se snaží hned dohnat. Udává,

že lépe zvládá i provoz domácnosti a péči o dítě, a dokonce v únoru vzala za nemocnou kolegyni v práci zástup (je učitelkou na ZŠ). Od března po dohodě se svým zaměstnavatelem pracuje už 2 dny v týdnu a syna v této době nechává dopoledne ve školce, která patří ke škole, v níž pracuje. Pacientce to tak naprosto vyhovuje, celkově jí to pomáhá a dodává sílu. S manželem se dohodli, že na velký úklid (čtyřikrát do roka) si vždy objednájí úklidovou firmu. S pravidelným denním úklidem jí pomůže tchyně. Pro usnadnění domácích prací manžel koupil myčku na nádobí.

Po návratu z nemocnice pacientka vyhledala klub pacientů trpících Crohnovou chorobou v Českých Budějovicích, na který našla kontakt na internetu (Crocodile). Klub pořádá pravidelná setkání, na která ráda chodí. Klub má i svého vlastního psychologa, který dochází na setkání. I tuhle podporu vnímá paní S. L. velice pozitivně „Tam se učím, jak i s Crohnem žít šťastně, a nemyslet si, že je konec světa,“ říká.

Vitální hodnoty při kontrole: 19. 2. 2009, v 8:30 hodin

TK: 115/50 mmHg - hypotenze	P: 80/min - pravidelný, plný
D: 14 / min - pravidelný	TT: 36,4 °C
Výška: 172 cm	Hmotnost: 47,5 kg
BMI: 13, 8 podváha	

Laboratorní vyšetření provedené při kontrole

19. 2. 2009 Biochemické vyšetření krve

CRP (C-reaktivní protein)	10 mg/l	(fyziologická hodnota 0,0-12,0 mg/l)
Železo	13,5 umol/l	(fyziologická hodnota 11,0-31,0 umol/l)
Albumin	35 g/l	(fyziologická hodnota 34-50 g/l)

19 2. 2009 Hematokoagulační vyšetření krve

WBC (leukocyty, bílé krvinky)	5,0 g/l	(fyziologická hodnota 3,8-10 g/l)
RBC (červená krvinky)	4,12 t/l	(fyziologická hodnota 3,8-5,2 t/l)
HGB (hemoglobin)	12,3 g/dl	(fyziologická hodnota 12-16,5 g/dl)

ZÁVĚR

Práce pojednává o Crohnově nemoci. Jejím cílem bylo přiblížit především ošetrovatelské problémy, které mohou u pacienta trpícího tímto onemocněním nastat, tak i plánovitou ošetrovatelskou péčí při jejich odstraňování.

V hlavní části práce je podrobně popsán konkrétní individuální plán ošetrovatelské péče u pacientky s Crohnovou nemocí. Uvádí sesterskou anamnézu dle modelu dr. M. Gordonové a údaje z lékařské anamnézy, potřebné pro posouzení celkového bio-psycho-sociálního stavu pacientky. Na základě toho jsou stanoveny pacientčiny ošetrovatelské diagnózy, s podrobným individuálním plánem ošetrovatelské péče. V realizaci a vyhodnocení je přímo dokumentováno, které problémy se podařilo či nepodařilo odstranit. Tři ošetrovatelské diagnózy: únava, průjem a nedostatečná výživa - přetrvávají i po propuštění pacientky do domácí péče. Je nutno brát v úvahu, že u Crohnovy nemoci některé příznaky přetrvávají týdny až měsíce, protože jde o chronické onemocnění, podobně jako i střídání období klidu a akutních příznaků. Je velice důležité, aby se pacient naučil s daným chronickým onemocněním žít a byl schopen se zařadit do běžného života. V závěru je vidět, jak se dále vyvíjely neodstraněné ošetrovatelské diagnózy i celkový stav pacientky po propuštění.

Není třeba zdůrazňovat, jak velice silně tato nemoc ovlivňuje bio-psycho-sociální stránku života pacienta. Je nutno si uvědomit, že plánovitá, systematická individuální ošetrovatelská péče, jakož i přístup zdravotních sester a lékařů, mohou pacientům pomoci odstranit nebo aspoň zmírnit některé problémy a naučit je žít s onemocněním. Věřím, že i když každý pacient s Crohnovou nemocí vyžaduje individuální přístup, poznatky uvedené v mé práci budou moci být využity jak v ošetrovatelské teorii, tak v praxi.

Práce je určena především studentům ošetrovatelství a zdravotním sestřám, které pečují o pacienty s Crohnovou chorobou. Ale může pomoci taky pacientům a jejich rodinám, jak žít s Crohnovou chorobou, jak řešit problémy, které přináší.

Složitost terapie i složitost péče u této choroby vyjádřil s jistou mírou nadsázky anglický chirurg Alexander Williams slovy:

**„V léčbě Crohnovy choroby je internista nemohoucí,
chirurg nebezpečný a bůh milosrdný.“**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. Dítě, P., a kol.: Endoskopické, funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994, ISBN 80 – 7013 – 183 – 7
2. Doenges, M., E., Moorhouse, M., F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 2001, ISBN 80 – 247 – 0242 – 8
3. Lišková, M., Naňka, O.: Přehled anatomie. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2006, ISBN 80 – 246 – 1216 – X, str. 140- 166
4. Grofová, Z.: Nutriční podpora. Praha: Grada, 2007, ISBN 978 – 80 – 247 – 1868 – 2
5. Kleinwächterová, H., Brázdová, Z.: Výživový stav člověka a způsob jeho zjišťování. Brno: NCO NZO, 2005, ISBN 80 – 7013 – 336 – 8
6. Kohout, P., Pavlíčková, J.: Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. Praha: Forsapi, 2006, ISBN 80 – 903820 – 0 – 8
7. Lukáš, K., a kol.: Idiopatické střevní záněty. Praha: Triton, 1997, ISBN 80 – 85875 – 31 - 4
8. Lukáš, K., a kol.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2005, ISBN 80 – 247 – 1283 - 0
9. Marečková, J.: Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách. Praha: Grada, 2006, ISBN 80 – 247 – 1399 – 3
10. Mastiliaková, D.: Úvod do ošetřovatelství I. díl- Systémový přístup. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2005, ISBN 80 – 246 – 0429 – 9
11. Mysliveček, J., Trojan, S.: Fyziologie do kapsy. Praha: Triton, 2004, ISBN 80 – 7254 – 497 – 7, str.157- 182
12. Pavlíková, S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: Grada, 2006, ISBN 80 – 247 – 1211 – 3
13. Richards, A., Edwards, S.: Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2004, ISBN 80 – 247 – 0932 – 5
14. Staňková, M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno: NCO NZO, 2006, ISBN 80 – 7013 – 323 – 6
15. Sysel, D., a kol.: Základy ošetřovatelského procesu v kostce. Studijní materiál, 2002
16. Šafránková, A., Nejedlá, M.: Interní ošetřovatelství I. Praha: Grada, 2006, ISBN 80 – 247 – 1148 – 6, str. 203- 273
17. Šafránková, A., Nejedlá, M.: Interní ošetřovatelství II. Praha: Grada, 2006, ISBN 80 – 247 – 1777 – 8, str.49- 93
18. Trachtová, E., a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: NCO NZO, 2005, ISBN 80 – 7013 – 324 – 4
19. http://wiki.medik.cz/wiki/Srovn%C3%A1n%C3%AD_morbus_Crohn_a_colitis_ulcerosa, čerpáno: 10. 1. 2009
20. www.crohn.cz, čerpáno: 10. 1. 2009

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A POJMŮ

anální – týkající se řiti
anémie – chudokrevnost, nedostatek červeného barviva
antibiotika – léčiva, která působí zástavu růstu bakterií
apendix – červovitý výběžek slepého střeva
apod. – a podobně
atd. – a tak dál
BMI – body mass index – index tělesné hmotnosti
bowel rest - střevní klid - vyloučení běžné potravy
CLAVE - antibakteriální filtr na invazivní vstupy
CRP - C reaktivní protein
CT - počítačová tomografie
CŽK - centrální žilní kanyla
D – dech
dr. - doktor
EKG - elektrokardiogram
EV – enterální výživa
FW- Fahreus-Westergreen, sedimentace červených krvinek dle autorů
g - gram
HGB – hemoglobin
i. v. – intravenózní, do žíly
l - litr
kolposkopie - vyšetření tlustého střeva
KS - krevní skupina
Kg - kilogram
Mg - miligram
ml - mililitr
mm - milimetr
mmHg – milimetrů rtuti
např. - například
NP – noční pauza
NS – nasogastrická sonda
OS – dieta čaj
P - pulz
per os - ústy
PV – parenterální výživa
PŽK - periferní žilní kanyla
RBC - červená krvinka
relaps - vzplanutí
remise - zklidnění
RTG - rentgen
sipping – popíjení přípravků enterální výživy
tj. – to jest
TK - krevní tlak
TT - tělesná teplota
UPT - umělé přerušování těhotenství
VAS – vizuální analogová škála
WBC - bílá krvinka

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – obrázek č. 1 – Anatomické zobrazení trávicího traktu

Příloha č. 2 – obrázek č. 2 – Srovnání Crohn a kolitida

Příloha č. 3 – Barthelův test základních všedních činností
(ADL-Activity daily living)

Příloha č. 4 – Stupnice Nortonové – hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha č. 5 – Hodnocení rizika pádů

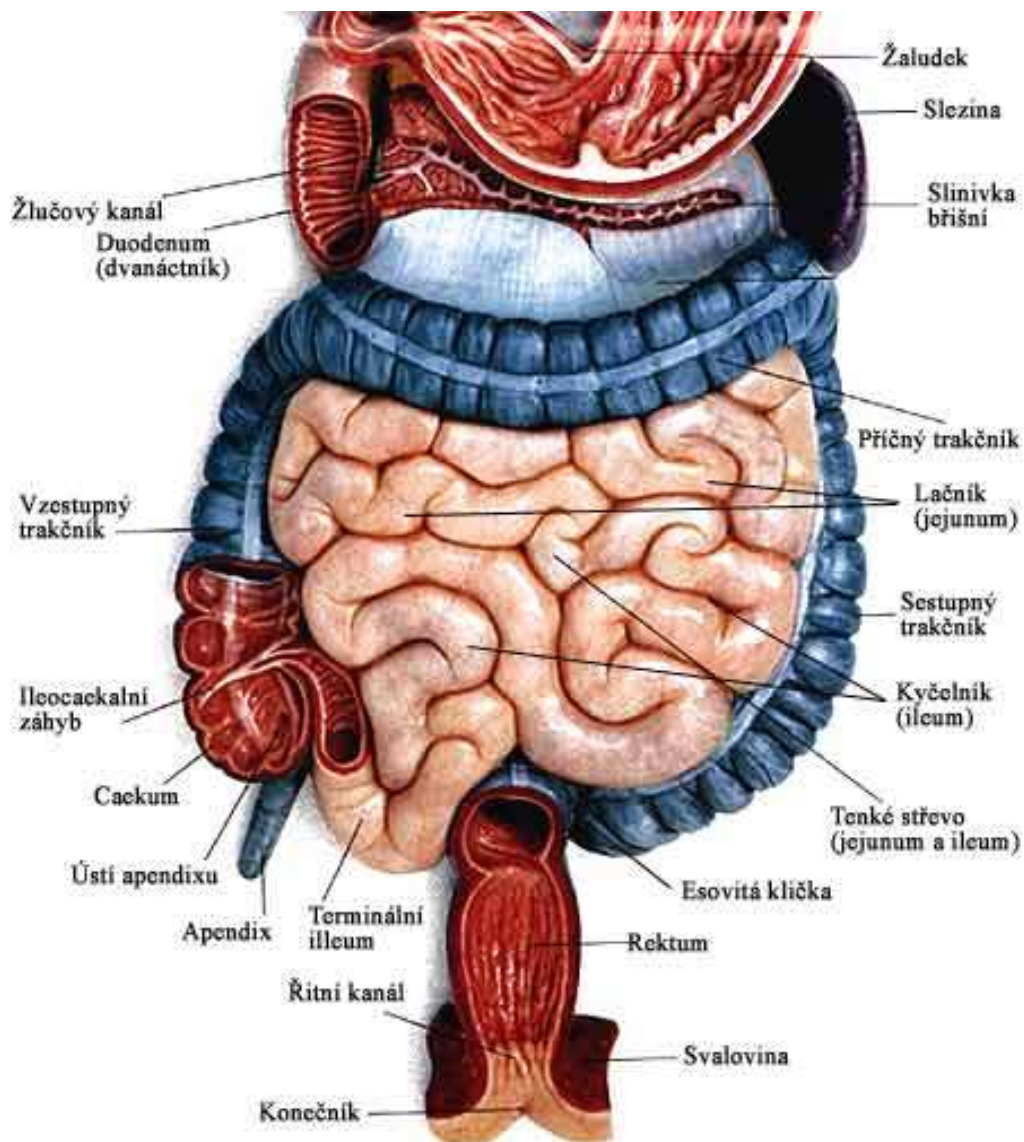
Příloha č. 6 – Karta bolesti – průběžný záznam

Příloha č. 7 – Edukační letáky

Příloha č. 8 – Dokumentace podle dr. M. Gordovové

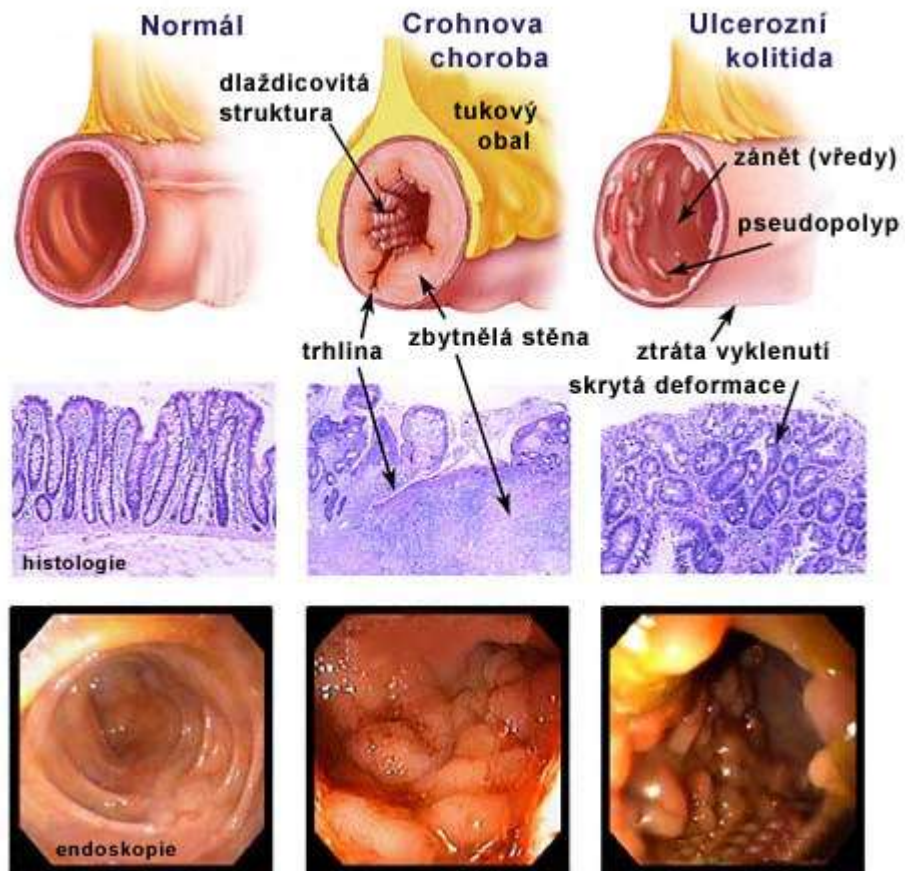
Příloha č. 9 – Edukační záznam

Příloha č. 1 – obrázek č. 1 - Anatomické zobrazení trávicího traktu



Zdroj: www.crohn.cz, čerpáno: 10. 1. 2009

Příloha č. 2 – obrázek č. 2 – Srovnání Crohn a kolitida



Zdroj: www.crohn.cz, čerpáno: 10. 1. 2009

**Příloha č. 3 – Barthelův test základních všedních činností
(ADL-Activity daily living)**

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. jídlo, pití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti:

0 - 40 bodů

45 - 60 bodů

65 - 95 bodů

96 - 100 bodů

vysoce závislý

závislost středního stupně

lehká závislost

nezávislý

Příloha č. 4 – Stupnice Nortonové – hodnocení rizika vzniku dekubitů

Ochota spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyb	Inkontinence
Plná 4	< 10 4	Normální 4	Žádná 4	Dobrý 4	Dobrý 4	Chodí 4	Plná 4	Žádná 4
Malá 3	< 30 3	Alergie 3	Lehká forma 3	Horší 3	Apatický 3	Chodí s pomocí 3	Lehce omezená 3	Někdy 3
Částečná 2	< 60 2	Vlhká 2	Středně těžká forma 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Těžká forma 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Plně omezená 1	Moč i stolice 1

Hodnocení: Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Příloha č. 5 – Hodnocení rizika pádu

Pohyb	0 – neomezený
	2 - používá pomůcky
	1 - potřebuje pomoc k pohybu
	1 - neschopen přesunu
Vyprazdňování	0 - nevyžaduje pomoc
	1 - nykturie / inkontinence
	1 - vyžaduje pomoc
Medikace	0 - neužívá rizikové léky
	1 – užívá rizikové léky
Smyslové poruchy	0 – žádné
	1 - vizuální, smyslový deficit
Mentální status	0 – orientován
	1 - občasná noční dezorientace
	1 - dřívější dezorientace / demence
Věk	0 - 18 až 75 let
	1 - nad 75 let
Pád v anamnéze	1 – ano

Vyhodnocení: zaškrtneme a sečteme body
Při skóre 3 a vyšší je pacient ohrožen rizikem pádu.

Příloha č. 6 – Karta bolesti – průběžný záznam

KARTA BOLESTI		Jméno : S. L. Datum : 20.9. – 24. 10. 2008		
Čas Podpis sestry	VAS bolesti 0 – 5	lokalizace	charakter	Aplikace analgetik
20. 9. 2008 9:00 13:00 18:00 sestra L.L.	3 3 1	celé břicho	křečovitá	
21. 9. 2008 8:00 13:00 18:00 sestra T. E.	2 1 1	celé břicho	křečovitá	
22. - 23. 9. 2008 8.00 13.00 18.00 sestra L.L.	2 1 1	v pravé části podbřišku	křečovitá	
24. -26. 9. 2008 8:00 13:00 18:00 sestra L.L.	1 1 1	v pravé části podbřišku	křečovitá	
27. 9 - 3. 10. 2008 8.00 13.00 18.00 sestra L.L.	1 0 1	v pravé části podbřišku	křečovitá	
4. -24. 10. 2008 Sestra L.L.	0 - 1	v pravé části podbřišku	křečovitá	