

Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Bakalářská práce

LENKA VONDRÁKOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R. N.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 2010 - 03 - 31

Datum obhajoby práce:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

Lenka Vondráková

podpis

ABSTRAKT

VONDRÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R. N. Praha. 2010. s. 65.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Teoretická část práce charakterizuje samotné onemocnění. Práce hovoří o historii onemocnění, o výskytu onemocnění v populaci, pravděpodobné příčiny vzniku nemoci, příznaky onemocnění, které se neprojevují jen trávicími obtížemi, ale daleko záradnějšími příznaky, kterými nelze vždy usuzovat na Crohnovu chorobu. Příznaky mohou souviset s průběhem a aktivitou nemoci, ale není to vždy podmínkou. Dalším důležitým krokem je stanovení diagnózy, kdy pacient musí podstoupit řadu více či méně nepříjemných vyšetření. Nelze opomenout léčbu, která pro nemocné představuje na jedné straně naději, a na druhé straně velké riziko vzhledem k nežádoucím účinkům. Podstatnou kapitolou je i plodnost a těhotenství, z toho důvodu, že tato krutá nemoc postihuje z velké části děti a mladé lidi, které v budoucnu budou chtít založit svoji rodinu. Crohnova choroba je nemoc, kde chirurg je nebezpečný, internista bezmocný a Bůh milosrdný.

Klíčová slova: Biologická léčba. Crohnova nemoc. Extraintestinální manifestace. Idiopatické střevní záněty. Studie.

ABSTRACT

VONDRÁKOVÁ, Lenka. *Nursing process in a patient with Crohn's disease*. Medical University, o.p.s., qualification level: Bachelor. Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD. MPH, R. N. Praha. 2010. 65 p.

The main aim of my bachelor thesis is a nursing process in a patient with Crohn's disease. Theoretical part of the thesis characterizes the disease proper. The thesis deals with the history of the disease, its incidence in population, likely reasons of its rise, symptoms of the disease that do not manifest themselves by only digestive annoyances but by much more deceitful symptoms that do not allow the Crohn's disease to be judged. The symptoms may relate to the progression and activity of the disease; this is, however, not true in all cases. Next important step is establishing a diagnosis where the patient must undergo a series of more or less unpleasant examinations. The therapy cannot be neglected, representing hope to the patients on one side, and a high risk of adverse effects on the other side. An essential issue is fertility and gravidity as this cruel disease afflicts children and youngsters largely who want to have their families in future. Crohn's disease is an illness where the surgeon is dangerous, the internal specialist clueless, and God gracious.

Key Words: Biological therapy. Crohn's disease. Extraintestinal manifestations. Idiopathic intestinal inflammations. Studies.

PŘEDMLUVA

Idiopatický střevní zánět, zejména Crohnova choroba, je velmi závažné onemocnění, které je nebezpečné jak svým průběhem, tak i svými komplikacemi. Velmi ovlivňuje kvalitu života pacienta postiženého právě touto nemocí.

Tato práce vznikla ve snaze poskytnou základní, ale kompletní informace o Crohnově chorobě, aby byly dobře pochopitelné a srozumitelné pro laickou veřejnost, ale též pro všeobecné sestry a jiný nelékařský zdravotnický personál.

S výběrem tématu jsem dlouho neváhala, již několik let mě idiopatické střevní záněty fascinují. Možná je to proto, že mnoho lidí tímto onemocněním trpí, ale nikdo přesně neví, z jakého důvodu vznikají. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH, R. N. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracování bakalářské práce. Dále chci také poděkovat mé rodině za podporu, trpělivost a také důvěru, kterou mi projevila. Nesmím však opomenout ani na pacientku, která byla velmi trpělivá, upřímná a otevřená. Poskytla mi nejen svojí zdravotní dokumentaci, ale i své zážitky a zkušenosti s tímto onemocněním.

OBSAH

Seznam použitých odborných výrazů

Úvod	10
Teoretická část	11
1 Crohnova nemoc	11
1.1 Epidemiologie	12
1.2 Etiologie a patogeneze	12
1.3 Příznaky	14
1.4 Průběh a vývoj onemocnění	16
1.5 Diagnostika	18
1.6 Terapie	20
1.7 Prognóza	26
1.7.1 Plodnost a těhotenství	27
1.7.2 Klinická studie	28
Empirická část	29
2 Ošetrovatelský proces u pacientky s Crohnovou chorobou	29
3 Doporučení pro praxi	60
Závěr	61
Seznam použité literatury	62
Seznam příloh	

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces - chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

Agregace - shlukování, seskupování

Anastomóza - uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány

Antigen - látka, kterou je tělo schopno rozeznat na základě její struktury jako cizí a proti níž je schopno vyrobit protilátky

Atletický tvar - vyznačující se širokým hrudníkem s dobrým rozvojem svalstva

Arteria carotis - latinsky karotida, krkavice

Bimanuální palpce - vyšetření pohmatem prováděné oběma rukama

Cyanóza - namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi

Dilatace - roztažení, rozšíření či rozšiřování dutého orgánu

Distální - vzdálený, umístění na opačné straně než je počátek

Diuréza - množství definitivní moči vytvořené ledvinami za jednotku času obvykle jeden den, průměrně 1,5 l denně

Dyspepsie - souhrnné označení pro řadu trávicích obtíží, které se vyskytují v různé kombinaci a mohou mít mnoho příčin

Endokrinní systém - systém žláz s vnitřní sekrecí a jejich hormonů

Endometritida - zánět sliznice děložní viz endometrium. Rozlišuje se zánět děložního hrdla cervicitida a děložního těla

Enteroklýza - způsob rentgenologického vyšetření tenkého střeva se zavedením sondy do dvanáctníku

Epidermolysis bullosa - epidermolýza provázená tvorbou puchýřů na místech vystavených tlaku a tření

Fyziologický - výsledek vyšetření, který je v souladu se stavem organismu ve zdraví a při němž nebylo zjištěno nic chorobného patologického

Fibrostenóza - zúžení v důsledku tvorby vaziva

Fistula - píštěl, abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

Gastrointestinální systém - trávicí systém

Glaukom - zelený zákal

Hepatobiliarní projevy - týkající se jater, žlučových cest a žluči

Homogenita - stejnorodost

Hydronefróza - rozšíření ledvinné pánvičky zadrženu močí

Hydroureter - chorobné nahromadení moči v močovodu v důsledku jejího ztíženého odtoku

Hyperfunkce - zvýšená, nadměrná funkce

Hypogastrium - podbříšek

Idiopatický - bez známé příčiny

Ileorektální - týkající se konečné části tenkého střeva a konečníku

Incidence - počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období

Inervace - zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu

Integrita - celistvost, neporušenost

Irigografie - rentgenové kontrastní vyšetření tlustého střeva

Kardiální - srdeční

Katarakta - šedý zákal

Kolektomie - úplné chirurgické odstranění tlustého střeva s vyústěním tenkého střeva do konečníku nebo břišní stěnou ven ileostomie.

Labia majora - velké stydké pisky

Luminální - týkající se průsvitu dutého orgánu

Manifestace - projevení onemocnění dosud skrytého

Mediátor - látka vznikající v organismu a zprostředkující určitý děj

Miliární - charakterizovaný výsevem drobných ložisek

Motorický - hybný, týkající se pohybu, zejména kosterního svalstva. Motorická část mozkové kůry řídí pohyby, motorický nerv vede impuls z míchy ke svalům a vyvolává jejich pohyb

Muskuloskeletový systém - kostrosvalový systém

Nauzea - pocit na zvracení

Nodózní erytém - onemocnění charakterizované výskytem červenofialových bolestivých uzlíků, zejména na kůži bérců

Obstrukce - překážka, zamezení či ztížení průchodnost dutým orgánem

Perforace - proděravění, protržení, vznik chorobného otvoru v dutém orgánu

Perianální - v okolí řiti

Polyarteritis nodosa - systémové onemocnění postihující menší a střední tepny řady orgánů

Prevalence - počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu

Pseudotumor - nepraví nádor

Psoriázu - lupénka

Pyoderma gangrenosum - kožní hnisavé onemocnění charakterizované ohraničenou nektrózou

Rektoskopie - endoskopická metoda k vyšetření konečníku

Rektovaginální

Reziduum - zbytek

Septický - týkající se, vztahující se k těžké infekci

Sigmoideum - esovitá klička

Stenóza - abnormální zúžení

Subtotální - neúplný, takřka úplný

Tapotement - v medicíně běžně poklep malíkovou hranou ruky na oblast ledvin, součást fyzikálního vyšetření.

Teratogenní - způsobující vznik vrozených vývojových vad a defektů

Toxický megakolon - toxické rozepjetí tračnicku

Transverzální - příčná část tračnicku

Trombóza - sražení krve v cévách za živa

Ulcerace - vznik vředu, zvrhedovatění

Urolitiáza - tvorba a přítomnost kamenů v močových cestách

Varixy - žilní městky, „křečové žíly“

Venózní - žilní

(VOKURKA, HUGO a kol., 2005)

ÚVOD

Crohnova nemoc patří do skupiny idiopatických střevních zánětů spolu s ulcerózní kolitidou a neurčitou kolitidou. Cílem této práce je seznámit Vás s problematikou právě Crohnovy nemoci. Toto onemocnění poprvé popsali až v roce 1932 Crohn, Ginzburg a Oppenheimer. Crohnovu chorobu pojmenovali jako regionální ileitidu. Nyní se však začíná i s novým pojmenováním podle amerického znění, a to je IBD, čili Inflammatory Bowel Diseases; v českém jazyce to znamená zánětlivé střevní onemocnění. Crohnova nemoc je nevléčitelné onemocnění s recidivami a relapsy. Tato práce hovoří o historii onemocnění, epidemiologii, etiologii a patogenezi onemocnění. Pro odhalení etiologie a patogeneze nespecifických střevních zánětů je nutné provádět rozsáhlé epidemiologické studie, které přinášejí informace o incidenci a prevalenci onemocnění. Práce však neopomíná příznaky onemocnění. Převažujícími symptomy Crohnovy nemoci je triáda: průjem, bolesti břicha, úbytek hmotnosti. Další příznaky se mohou vyskytovat jako extraintestinální manifestace neboli mimostřevní projevy, které jsou provázeny u jedné třetiny nemocných. Tyto mimostřevní projevy mohou předcházet nebo se vyvinou v průběhu onemocnění. Gastrointestinální komplikace dělíme na akutní a chronické. Mnoho lidí a především pacientů však zajímá průběh a vývoj onemocnění, a tedy i limity, kterými se musí řídit, aby zdravotní stav pacientů postižených právě Crohnovou chorobou byl obstojný a neomezoval je v běžném životě. Dále práce zahrnuje diagnostiku onemocnění, která je někdy velmi obtížná a trvá i několik let, než se Crohnova choroba diagnostikuje. Terapie je jak konzervativní, tak i chirurgická, nyní se však velmi rozmáhá biologická léčba Influximabem nebo Adalimumabem, nemocní na tuto terapii většinou velmi dobře reagují. Tato léčba se provádí jen ve specializovaných odděleních, protože představuje mnoho vedlejších a nežádoucích účinků, které mohou i ohrožovat život pacienta. Nemocné však velmi zajímá prognóza, jelikož toto zánětlivé onemocnění postihuje v mnohých případech převážně děti a mladé lidi, kteří mají život před sebou a chtějí vědět, co je čeká do budoucna. Proto jsem se v této kapitole zaměřila i na plodnost a těhotenství, které je pro nemocné velmi důležité.

Teoretická část

1 Crohnova nemoc

Crohnova nemoc (dále jen CN) patří do skupiny idiopatických střevních zánětů (dále jen ISZ), dříve se používal termín nespecifické střevní záněty, toto pojmenování je již zastaralé. Nyní se však začíná i s novým pojmenováním podle amerického znění a to je IBD, čili Inflammatory Bowel Diseases; v českém jazyce zánětlivé střevní onemocnění (ČERVENKOVÁ, 2009).

U tohoto onemocnění není bezpečně známá příčina vzniku. Charakteristickým znakem je chronický, nespecifický zánět kdekoliv na trávicí trubici. Zánět postihuje celou stěnu trávicí trubice, tedy transmukózně. Onemocnění se vyskytuje segmentálně, což znamená, že nepostižené části zažívacího traktu jsou zcela zdravé. Jedná se o nevyléčitelné onemocnění s recidivami a relapsy (LUKÁŠ, 2001; ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006; LUKÁŠ, 1999).

Do skupiny idiopatických střevních zánětů je řazena:

- ulcerózní kolitida
- Crohnova nemoc
- neurčitá kolitida

Historie

„První zprávy o nemoci podobné CN nalézáme v písemnictví z konce 19. století. Většinou se však jednalo o onemocnění, skrytá pod diagnózou střevní tuberkulózy. Až v roce 1932 Crohn, Ginzburg a Oppenheimer publikují práci o regionální ileitidě jako samostatné nozologické jednotce, a tak se choroba pojmenovala po prvním autorovi práce“ (KONEČNÝ, EHRMANN, 2003, s. 245).

1.1 Epidemiologie

„Pro odhalení etiologie a patogeneze nespecifických střevních zánětů je nutné provádět rozsáhlé epidemiologické studie, které přinášejí informace o incidenci a prevalenci onemocnění v závislosti na věku, pohlaví, geografické lokalizaci a socioekonomickém prostředí nemocných. Jen takto lze objasnit vliv dědičnosti a zevních faktorů u těchto nemocných“ (KONEČNÝ, EHRMANN, 2003, s. 246).

Incidence ISZ ve světové populaci je mezi 3 - 20 novými případy/100 000 obyvatel za rok. CN má vysokou incidenci v severní Evropě a USA, v České republice je incidence 1,7 - 2/100 000 obyvatel. V posledních letech je zjišťován vzestup incidence CN.

Prevalence CN je ve Velké Británii a Skandinávii 20 - 40/100 000 obyvatel a v České republice 18 - 22/100 000 obyvatel.

Vyskytují se rasové rozdíly ISZ, jsou častější u obyvatelstva bělošského než u černošského, častěji u obyvatelstva městského než venkovského. Vyšší incidence je také u židovského obyvatelstva.

Vrchol prvních projevů je nejčastěji v období dospívání a v mladém dospělém věku, druhý vrchol výskytu je mezi 50 až 80 lety. Onemocnění má familiární výskyt v 15 až 20% (KONEČNÝ, EHRMANN, 2003; LUKÁŠ, 2001; LUKÁŠ, 1999; LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004).

1.2 Etiologie a patogeneze

„ISZ jsou dosud s nejasnou etiologií. V etiopatogenezi jsou uvažovány zejména faktory genetické, imunologické, infekční a vlivy zevního prostředí. Zkoumání genetických aspektů choroby je věnována velká pozornost. Z genetických markerů je největší pozornost věnovaná výzkumu komplexů antigenu histokompatibility (dále jen HLA). Nejvíce informací o etiologii nespecifických střevních zánětů přináší v posledních letech imunologie“ (KONEČNÝ, EHRMANN, 2003, s. 246).

Imunologie se zabývá otázkou poruchy komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva.

Každá bakterie z celkového počtu 10^{13} nese vlastní identifikační kód tzv. antigenní determinant. Správně vytvořený a fungující imunitní systém dokáže každého mikroba identifikovat. Jeli správně naprogramován, pak při kontaktu s nepatogenním mikrobem vůbec nereaguje.

Pro správnou funkci specifické a nespecifické imunity je nutné, aby komunikovaly mikroby už od útlého dětství. Imunitní systém střev se formuje a dozrává zhruba do dvou let věku. Existují ovšem i jedinci, u kterých systém následkem různých vnějších vlivů nedozraje, nebo nesou v genetické výbavě vlohu pro chybné rozpoznávání mikrobů. Na mikrobiální osídlení svých střev pak reagují naprosto nepřiměřeně, jelikož některé druhy mikrobů nemají ve své paměti (ČERVENKOVÁ, 2009).

Usuzuje se ale i o vlivu infekčního faktoru. „Infekční faktor, tedy konkrétní bakterie nebyla nikdy nalezená, přesto je ale mikrobiální osídlení střeva podmínkou chronického zánětu, protože indikuje tvorbu zánětlivých mediátorů podporujících vznik kolagenních depozit ve stěně břišní“ (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006, s. 229).

„Porušená funkce slizniční bariéry (epitelové výstelky) vede k pronikání antigenu a obrovské stimulaci imunitního systému střeva, jehož důsledkem je nekontrolovaný zánět, který vrcholí destrukcí střevní tkáně“ (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006, s. 229).

Idiopatické střevní záněty mají také významné genetické pozadí. Obzvlášť je vidět dědičnost právě u Crohnovy choroby, kde je familiární agregace ve výskytu 15 - 20 %. Poznatky vycházejí z řady klinických pozorování a studií, podpořené výzkumem lidského genomu (LUKÁŠ, 2002).

„V posledních dvou letech byl u jedinců s familiární agregací CN detekován NOD - 2 gen označený jako IBD - 1, který je lokalizován v pericentromerické oblasti šestnáctého chromozomu. Je velmi pravděpodobné, že tento gen je odpovědný za vznik

Crohnovy nemoci“ (LUKÁŠ, 2002, s. 43). Důsledkem je ztráta imunitní tolerance vůči přirozeně se vyskytujícím antigenům v lumen a sliznice střeva s nepřiměřenou tvorbou protizánětlivých mediátorů, které se podílejí na rozvoji a udržení chronického zánětu (LUKÁŠ, 2002).

Pravděpodobné rizikové faktory vzniku onemocnění

Za rizikový faktor je považována strava. O mastných kyselinách v rybím oleji je usuzováno, že jsou ochranným faktorem proti vzniku ISZ (LUKÁŠ, 1999). „Dále se předpokládá, že určitý vztah k těmto zánětům mohou mít infekce, pobyt v klimatizovaných místnostech, dlouhá a nepravidelná pracovní doba, psychický stres, hygienické návyky, alergie a další. Vliv žádného z těchto faktorů nebyl jednoznačně prokázán. Kouření cigaret je pravděpodobně ochranným faktorem vzniku ulcerózní kolitidy a naopak zvyšuje riziko vzniku Crohnovy nemoci“ (LUKÁŠ, 1999, s. 4).

1.3 Příznaky

Převažujícími symptomy CN je triáda: průjem, bolesti břicha, úbytek hmotnosti. Úvodní projevy nemusí být dramatické, pacienti si mohou stěžovat po dobu mnoha měsíců až let na neurčité bolesti v břiše a na intermitentní průjem. Klinické příznaky nemusejí odpovídat rozsahu postižení. Často jsou prvním projevem CN extraintestinální manifestace nebo postižení oblasti perianální, které mohou diagnózu předcházet i o několik let (LUKÁŠ, 2001).

Dalšími příznaky mohou být: úbytek na váze, průjem, který je závislý na lokalizaci CN, může být i s příměsí krve nebo hlenu, naléhavým nucením na stolici, pocit nedostatečného vyprázdnění po odchodu stolice, pocit napětí v břiše, pocit na zvracení, zvracení, teplota, píštěle, abscesy, vředy, bledost, slabost. Všechny příznaky se nevyskytují současně (LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004; LUKÁŠ, 2001; ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Extraintestinální manifestace

Extraintestinální manifestace neboli mimostřevní projevy jsou provázeny u jedné třetiny nemocných. Tyto mimostřevní projevy mohou předcházet nebo se vyvinou v průběhu onemocnění. Dlouholetý průběh onemocnění a bohužel i důsledky léčby mohou způsobit systémové nebo orgánové komplikace. Projevy onemocnění manifestující na jiných orgánech jsou častější při Crohnově nemoci lokalizované v tlustém střevu.

Mimostřevní projevy jsou rozděleny do dvou velkých základních skupin:

1. Manifestace, jejichž klinická aktivita následuje aktivitu střevního onemocnění
2. Manifestace, jejichž klinická aktivita je nezávislá na aktivitě střevního onemocnění

(LUKÁŠ, 2001; KOTALOVÁ, NEVORAL, 2003).

Na kůži se objevuje nodózní erytém, projevuje se bolestivým zduřením podkoží a kůže, umístěné obvykle na bérkách, většinou souvisí s aktivní nemocí. ISZ také sdružují psoriázu, epidermolysis bullosa, polyarteritis nodosa, pyoderma gangrenosum a další kožní onemocnění.

Oči jsou nejvíce postiženy záněty spojivky a rohovky. Oční změny mohou také nastat po terapii kortikoidy, které vyvolávají zvýšený nitrooční tlak a kataraktu. Z toho důvodu by lidé po dlouhodobé kortikoterapii měli být pravidelně vyšetřováni očním lékařem.

V rámci ISZ mohou nastat i kloubní manifestace, které jsou rozděleny do třech skupin.

- a) Kolutická artritida, při které je jednostranné postižení velkých kloubů, zejména dolních končetin, nejčastěji se vyskytuje při vzplanutí střevního onemocnění.
- b) Polyartritida, při které vzniká symetrické postižení většího počtu periférních kloubů
- c) Spondilitida čili zánět obratlů

K extraintestinálním manifestacím můžeme zařadit i hepatobiliární projevy, kdy dojde až k chronickému zánětu žlučových cest neboli primární sklerotizující cholangitida a jaterní cirhóze, která může skončit až transplantací jater.

Dále sem patří aftózní ulcerace ústní sliznice, anémie, osteoporóza, venózní trombóza, urolitiáza. Kardiální postižení je raritní. Obstrukční hydronefróza a hydroureter jsou komplikací způsobenou šířením základního onemocnění. Dysfunkce slinivky břišní, která je pravděpodobně způsobená léčbou imunosupresivou. Porucha růstu související s onemocněním a léčbou u dětí (LUKÁŠ, 2001; ČERVENKOVÁ, 2009; KOTALOVÁ, NEVORAL, 2003).

Gastrointestinální komplikace

Gastrointestinální komplikace dělíme na akutní a chronické.

Mezi **akutní** komplikace řadíme toxické megakolon, perforaci střeva, masivní krvácení a střevní obstrukce.

Do **chronických** komplikací řadíme benigní stenózy, kolorektální karcinom, septické příhody v souvislosti s abscesy a píštělemi, pasážové poruchy spojené se stenózami, perianálním postižením, kdy může dojít až k destrukci análního svěrače, vzácněji pak toxický megakolon (LUKÁŠ et al., 2005; KONEČNÝ, EHRMANN, 2003).

1.4 Průběh a vývoj onemocnění

Průběh života nemocných je charakterizován tzv. dobrými časy, kdy je nemoc v klidovém stadiu, čili v remisi, a tzv. špatnými časy, kdy nemoc vzplane a je různě dlouhou dobu aktivní čili relaps. Dalším charakteristickým znakem je rekurence, tedy stav, kdy se nemoc projeví znovu, a to v dosud nepostižené části střeva, často k tomu dochází u pacientů po operaci.

Stav nemocného se může stabilizovat na určitém mírném stupni aktivity při relativně dobrém stavu, mluvíme tedy o stacionárním vývoji nemoci. Při vývoji regresivním dochází k úpravě, nemoc přichází do klidového stadia. Pokud se aktivita při léčbě neupravuje a nemoc se zhoršuje, mluvíme o progresivním vývoji (LUKÁŠ, 1999).

Typy choroby

Podle KONEČNÉHO, EHRMANN: „Vývoj choroby je určován dvěma základními typy CN:

Typ A je klinicky agresivní s častou nutností chirurgické intervence a časnou rekurencí (návrat klinické symptomatologie, aktivity, makroskopických, či mikroskopických změn). Onemocnění má sklon k tvorbě píštělí (fistul), abscesů, zánětlivých pseudotumorů a má horší prognózu.

Typ B je naproti tomu mírný se vzácnou nutností chirurgické intervence a mírnou rekurencí, má tendenci ke vzniku fibrostenóz, obstrukcí a zánětlivých struktur.“ (2003, s. 245)

Stanovení aktivity Crohnovy nemoci

Podle LUKÁŠE: „ Ke stanovení aktivity CN je nejčastěji používán Crohn's Disease Activity Index (dále jen CDAI), kdy pacient registruje symptomy v průběhu 7 dní. Započítává se 8 proměnlivých veličin. CDAI je kritizován pro svou komplikovanost a snadnou ovlivnitelnost, např. tělesnou váhou nebo počtem stolic“ (2001, s. 26).

Rozsah postižení

Při Crohnově nemoci může být postiženo:

1. Tenké střevo

- Ileitida (zánět kyčelníku) vyskytuje se ve 25 - 35 %, projevují se kolikovitými bolestmi v břiše, krvácením, perforací, píštělemi, tvorbou abscesů.

- Jejunoileitida (zánět lačnicku a kyčelníku) vyskytuje se v 5 %, projevuje se obstrukcí, vnitřními píštělemi a abscesy.

2. Tenké a tlusté střevo - Ileokolitida vyskytuje se v 45 %, projevuje se krvácením, perforací, zúžením střeva s následnou obstrukcí, tvorbou píštělí a abscesů a častou rekurencí po chirurgickém výkonu.

3. Tlusté střevo - Kolitida vyskytuje se ve 30 %, je často provázena perianálním postižením a extraintestinálními manifestacemi.

4. Řiť a konečník - anorektální onemocnění, vyskytuje se ve 30 - 40 %, bývá často sdruženo s kolitidou nebo ileokolitidou

5. Červovitý přívěšek slepého střeva - postižení apendixu se vyskytuje v 50 % při ileokolitidě. Izolovaně se vyskytuje velmi málo.

6. Ústní sliznice - orální postižení bývá zpravidla ve spojení s ileokolitidou.

7. Jícen, žaludek, dvanáctník - gastroduodenální postižení není časté 0,5 - 4 %.

8. Miliární Crohnova nemoc je neobvyklá varianta nemoci, kdy na seróze tenkého střeva jsou makroskopicky patrné miliární uzlíky (LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004, LUKÁŠ, 2001, LUKÁŠ et al., 2007).

1.5 Diagnostika

Základem je vždy pomyslet na možnost vzniku ISZ, protože příznaky mohou být mimostřevní, systémové, ale nevýrazné. Plně rozvinutý klinický obraz již nečiní diagnostický problém.

Na onemocnění idiopatickým střevním zánětem usuzuje lékař z anamnestických, fyzikálních, sonografických, endoskopických, rentgenologických, hematologických, biochemických, imunologických, histologických a dalších nálezů.

Diagnostický postup

Anamnéza je výpověď nemocného, která je vedena aktivním postupem lékaře, eventuálně sestry. Kladou se cílené otázky na nynější onemocnění, osobní anamnézu, abúzy, alergickou, lékovou, rodinou, pracovní a sociální anamnézu.

Nesmíme však opomenout na **speciální anamnézu v gastroenterologii**. Zde se ptáme, jaké trávicí obtíže má pacient. Ptáme se hlavně na bolest a dyspepsii.

Důležité je také pro stanovení diagnózy **fyzikální vyšetření**, které spočívá v celkovém posouzení tělesného, duševního stavu pacienta a ve vyšetření jednotlivých tělesných partií. Při tělesném vyšetření používáme pohled, poslech, poklep a pohmat.

Laboratorním vyšetřením provádíme odběr imunoglobulinů, hlavně ASCA a pANCA (perinukleárních antineutrofilních cytoplazmatických protilátek). Protilátky pANCA se vyskytují hlavně u osob s ulcerózní kolitidou a Crohnovy choroby s postiženým tlustým stěvem. ASCA nejsou autoprotilátkami, ale protilátkami k antigenům *Saccharomyces cerevisiae*. Přítomny jsou hlavně u Crohnovy choroby.

Nesmíme však opomenout na krevní obraz, C - reaktivní protein, sedimentaci, hladinu železa, vápníku, albuminu, celkové bílkoviny a cholesterolu. K zjištění možných komplikací je vhodné doplnit jaterní vyšetření, ureu, kreatinin, kyselinu listovou a vitamín B₁₂.

V poslední době je stále častější vyšetření stolice. Známkou zánětu na střevní sliznici je vyšší koncentrace kalprotektinu. Kalprotektin je bílkovina, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě. Kalprotektin zjišťujeme z krve a stolice.

Ultrasonografickým vyšetřením můžeme vidět tloušťku střevní stěny, zánětlivé změny v okolí střeva, šíři průsvitu střeva a reliéf sliznice. Nyní se používají i metody, kde se kombinuje endoskop a ultrazvuk tzv. endosonografické vyšetření.

Kontrastním rentgenovým vyšetřením, především enteroklýzou, vyšetřujeme tenké střevo, dále můžeme použít irogoskopii k vyšetření tlustého střeva, zde můžeme pozorovat stenózy, dilatace před stenózami nebo píštěle.

Počítačová tomografie je velmi výhodné vyšetření, které přináší podrobnější a přehlednější snímky. CT se dá použít třeba i v kombinaci s enteroklýzou.

Magnetická rezonance je velmi vhodná pro pacienty, kteří trpí hnisavými komplikacemi, jako jsou abscesy a píštěle. Přesně ukáže místo, kde se nachází a kam vedou. Velkou výhodou je, že tuto metodu mohou podstoupit i těhotné ženy.

Endoskopické vyšetření je nejzákladnějším a nejdůležitějším vyšetřením, můžeme při něm odebrat bioptické vzorky, a tak s jistotou určit jednoznačnou diagnózu. Nejčastěji se provádí rektoskopie nebo koloskopie. Bohužel někdy nemůžeme provést standardní vyšetření endoskopem, a nabízí se nám kapslová endoskopie či enteroskopie.

Scintigrafie značenými leukocyty patří k radionuklidovým vyšetřením, slouží k detekci zánětu, dovoluje posoudit rozsah postižení, aktivitu zánětu a přítomnost komplikací. Principem je koncentrace značených neutrofilních granulocytů v místě zánětu (ČERVENKOVÁ, 2009; LUKÁŠ, 1999; LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004; ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006; KOTALOVÁ, NEVORAL, 2003).

1.6 Terapie

Crohnova nemoc je velmi závažné a většinou celoživotní onemocnění. Právě proto je velmi důležitá terapie, která je pro nemocné jedinou nadějí na kvalitnější život. U tohoto onemocnění se používá jak konzervativní tak i chirurgická terapie.

Konzervativní terapie

Aminosalicyláty

Základem konzervativní léčby nadále zůstávají i v dnešní době aminosalicyláty. V roce 1930 N. Swartz syntetizovala dvojmolekulu skládající se ze sulfapyridinu a 5-aminosalicylové kyseliny, a tak vznikl sulfasalazin, původně určený k terapii zánětlivých revmatických chorob, který se však začal užívat od roku 1948 k léčbě ISZ.

Aminosalicyláty mají dvě skupiny:

1. Sulfasalazin je nejstarší reprezentant této kategorie. Pro své nežádoucí účinky je v klinické praxi omezující. Podává se hlavně u pacientů, u nichž se kromě střevního zánětu projeví také kloubní změny.

2. Mesalazín = kyselina 5 - aminosalicilová. Na trhu léčiv se objevily v 70. letech minulého století. Tyto léky jsou účinnější, bezpečnější a mají méně nežádoucích účinků než sulfasalazin. Preparát je vhodný pro lehké a středně těžké formy ISZ.

Aminosaliciláty jsou podávány jak u aktivního onemocnění, tak i v klidové fázi. Jedním z jejich účinků je, že na sebe vážou volné kyselé radikály, upravují metabolismus epitelových buněk, a tak obnovují porušenou bariérovou funkci sliznice (ČERVENKOVÁ, 2009; LUKÁŠ, 2001; LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004).

Kortikosteroidy

Kortikosteroidy jsou hormony synteticky vyrobené, které napodobují hormon kůry nadledvin. Podle ČERVENKOVÉ: „Mají nesrovnatelně větší protizánětlivý účinek než aminosaliciláty, zato méně neblahých účinků. Důležité jsou zejména při léčbě středně a vysoce aktivní fáze obou onemocnění“ (2009, s. 43).

Podle LUKÁŠE: „Před podáním kortikoidů při CN je nutné se ubezpečit, že není přítomen absces, protože podání kortikoidů u nedrénovaného abscesu může vést k nekontrolovatelné sepsi“ (2001, s. 67).

Topické kortikoidy

Tento nový typ kortikoidů se objevil začátkem 90. let minulého století. Především je určen pacientům s mírnou až střední aktivitou Crohnovy nemoci, zejména v ileocekální oblasti (ČERVENKOVÁ, 2009; LUKÁŠ, 2001).

Imunosupresiva

Podle ČERVENKOVÉ: „Jsou to látky snižující bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigenní stimulaci. Už dvacet let přinášejí prospěch u 60 až 70 % pacientů, kteří byli do té doby zcela závislí na léčbě kortikoidy“ (2009, s. 45). Důvodem jejich podání jsou četné imunologické změny nacházené u ISZ (LUKÁŠ, 1999).

Do skupiny imunosupresiv patří:

Azathioprin a 6 - merkaptopurin; u této skupiny musí být léčba dlouhodobá, na příznivý vliv musíme čekat 3 až 6 měsíců. Proto se tato léčiva hodí k udržení klidové fáze onemocnění, nebo když lékaři chtějí snížit nebo vysadit kortikoidy. Terapie nemá vliv na schopnost otěhotnění ani na vývoj plodu, léčba se nepřerušuje ani během těhotenství či kojení.

Metotrexát je teratogenní, tedy způsobující u plodu vývojové vady a defekty. Proto by ani muži, ani ženy neměli počít dítě během léčby.

Cyklosporin A je indikován u nemocných s vysokou aktivitou ulcerózní kolitidy s velmi těžkým průběhem a toxicko - septickými komplikacemi. Má řadu nežádoucích účinků, a proto je vhodné ho podávat na pracovišti se zkušenostmi s tímto lékem (LUKÁŠ et al., 1998; LUKÁŠ, 1999; ČERVENKOVÁ, 2009).

Protiprůjmové léky

Protiprůjmové léky mohou být účinné v symptomatické terapii u lehké a středně těžké kolitidy, redukuje frekvenci vyprázdnění. Antidiarotika jsou kontraindikována u těžké kolitidy pro možnost vzniku toxického megakolon.

Antibakteriální léčba

„Mikrobiální flóra hraje velkou roli v udržování zánětu, a tak se zdá být podávání antibiotik u těžších průběhů racionální, ideální je aplikace antibiotik podle kultivačního nálezu“ (LUKÁŠ, 2001, s. 69).

Probiotika

Probiotika jsou mikroorganismy, které se podávají ve formě tablet. Zrychlují ústup klinických obtíží a oddalují návrat aktivního zánětu. Existují však probiotika jako léčiva a probiotika jako dietní doplněk. Pouze probiotika jako léčiva splňují požadavky

na čistotu a homogenitu bakteriálních kultur, tedy zaručují bezinfekčnost. Používáme probiotika však jen jako doplňkovou léčbu (ČERVENKOVÁ, 2009).

Substituční léčba

Substituční léčba je individuální podle pacienta. Obvykle zahrnuje dodávání potřebných látek do organismu jako je kalcium, kalium, magnesium, železo, kyselinu listovou, vitamín B₁₂.

Výživa

Enterální výživa zcela nebo částečně nahrazuje běžnou stravu u pacientů, kteří trpí vleklým a aktivním zánětlivým procesem. Skladba výživy je přirozeně vyvážená, pokrývá energetickou potřebu a nezatěžuje trávicí ústrojí.

Parenterální výživa se podává do žíly, je to krátkodobé řešení u nemocných, kteří jsou v natolik vážném stavu, že jejich trávicí ústrojí by nezvládlo zpracovat ani enterální výživu.

Dietní opatření

Dietní opatření je důležitou součástí léčebného opatření.

U aktivního onemocnění je nutná strava bezezbytková, bez mléka a s nízkým obsahem cukru.

U vysoce aktivního onemocnění je podávána výživa parenterální nebo enterální. Vzplanutí nemoci je stresem pro organismus. Období vyžaduje zvýšené množství energie, proto musí mít výživa energeticky vysokou hodnotu při přechodu z parenterální nebo enterální výživy. Při mizení známek zánětu je zprvu podáván čaj, suchary, kaše, bílé pečivo, pokud nemocný jídlo snáší, zkusíme přidávat v menším množství vařené ovoce a zeleninu, ryby, drůbež, poté je možné přidávat tuk jako je máslo, olej, dále přidáváme potraviny obsahující tuk, uzeniny, sýry, maso.

V období průjmů, při křečovitých bolestech a při zúžení střeva je důležité omezení vlákniny, většího množství syrového ovoce a zeleniny. Při průjmu je nutno dodávat dostatek tekutin. Vyhnout se většího množství kofeinu, protože silná káva nebo čaj podporují rychlé vyprazdňování a tím zhoršují průjem.

Toto jsou jen obecné doporučení, každý nemocný reaguje různorodě a nedají se tedy přesně doporučit nebo vyloučit určité potraviny z jídelníčku (ČERVENKOVÁ, 2009; LUKÁŠ, 1999; LUKÁŠ, 2001).

Biologická léčba

Biologická léčba je hitem současné medicíny. Podle ČERVENKOVÉ: „Je určena těm pacientům, u nichž předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala či měla pouze nízkou odezvu, takže jejich nemoc dál probíhala velmi agresivně“ (2009, s. 46). Biologická léčba využívá výhradně přírodní produkty, nikoliv syntetické.

Když vědci začali zánětlivý proces ve střevech podrobně zkoumat, zjistili, že hojení a spolu s tím i ústup obtíží nastává ve chvíli, kdy se zablokuje jeden z mnoha působků, které se v tkáni při Crohnově nemoci uvolňují. Nese název tumor nekrotizující faktor neboli TNF. Slouží k tomu, aby tělo jakoukoliv infekci co nejúčinněji a nejrychleji potlačilo. U pacientů trpící Crohnovou chorobou reaguje imunitní systém nepřiměřeně a neregulovaně dokonce i na normální bakteriální osídlení střeva. Nadbytek TNF potom negativně ovlivňuje imunologické procesy v těle, a vlastně tak zhoršuje průběh nemoci.

Léčiva, která se dokáží na tento působek (glykoprotein) navázat, přeruší vzájemné kontakty imunitních buněk a zánětlivá reakce ustává. Tuto látku vyvinuli vědci za pomoci genetického inženýrství. „Vzniklou protilátku (imunoglobulín IgG 1) tvoří ze tří čtvrtin lidská bílkovina a z jedné čtvrtiny bílkovina totožná s myší. Pro úplnost však nutno dodat, že výzkum v poslední době prokázal, že úspěch nespočívá pouze v blokádě TNF, neboť látky působí na imunitní systém ještě složitějším způsobem“ (ČERVENKOVÁ, 2009, s. 47).

Biologická léčba má za cíl odstranit závažné zdravotní obtíže provázející agresivní zánět, omezit nutnost hospitalizace, snížit rizika chirurgické léčby, uzavřít píštěle nebo alespoň snížit sekreci z nich, zhojit vředy, a tím zabránit trvalým změnám na trávicí trubici a zlepšit kvalitu života.

Účinné látky:

Infliximab, tato monoklonální látka obsahuje 75 % složek odpovídajících lidským a 25 % bílkoviny imunoglobulinu tvoří myší sekvence. Látka se cíleně navazuje na TNF. Proti Crohnově chorobě se používá od roku 1999. V roce 2007 Státní ústav pro kontrolu léčiv povolil její použití také u dětí. Infliximab zabírá až u 70 - 80 % dospělých pacientů a u více než 90 % u dětských pacientů. Dokáže totiž hojit střevní sliznici, čímž zlepšuje jejich klinický obraz, snižuje nutnost chirurgických zákroků, a tím významně zvyšuje kvalitu života.

Infliximab se opakovaně aplikuje formou infuze po dobu dvou hodin. Léčba má dvě fáze. Počáteční (iniciační) fáze zahrnuje tři infuze, druhá následuje za dva týdny po první a třetí za další čtyři týdny. Ve druhé fázi probíhá léčba udržovací, kdy se lék podává každých osm týdnů.

Adalimumab je zástupce nové generace biologické terapie Crohnovy choroby od roku 2007. Na rozdíl od Infliximabu je to protilátka kompletně lidská. Do těla se vpravuje podkožní injekcí jednou za dva týdny. Její účinek je srovnatelný s infliximabem.

Nežádoucí účinky a komplikací biologické léčby jsou nejčastěji alergické reakce, které se mohou objevit už v průběhu infuze nebo za 2 až 10 dnů po ní. Proto se mohou podávat před infuzí antihistaminika nebo kortikosteroidy. Dále mohou nastat bolesti hlavy, závratě, návaly, infekce. Největší hrozbou je vyvolání skryté tuberkulózní infekce, proto je nutné, aby každý před zahájením léčby prošel rentgenem hrudníku a tuberkulínovým kožním testem. Ty se v průběhu dlouhodobé udržovací léčby pravidelně opakují. Vědci už prokázali neškodnost těchto léků v období těhotenství.

Biologická léčba je sice nejúčinnější současnou léčbou, ovšem nesmírně nákladnou, tím spíše, že většina pacientů potřebuje dlouhodobou nebo dokonce trvalou terapii. Proto jí mohou poskytnout pouze vybraná pracoviště. Po celé republice působí v současnosti 23 center (ČERVENKOVÁ, 2009).

Chirurgická léčba

K chirurgickým řešením patří neodkladný nebo plánovaný chirurgický zákrok.

Neodkladný chirurgický zákrok je prováděn např. při akutních příhodách, jako je krvácení, perforace, toxické rozpětí střeva.

Plánovaný chirurgický zákrok je prováděn např. při neúspěchu medikamentózní léčby, při zúžení střeva, při změnách sliznice, které předcházejí nádoru, při zjištění nádoru, při komplikovaných píštělích zevních a vnitřních, abscesech. Při postižení oblasti v okolí konečníku se provádí vypouštění abscesů, drénování se snahou o ušetření řitních svěračů.

Při Crohnově chorobě je snaha odstranit jen postiženou tkáň a nepostižené úseky spojit. Tím že je odstraněno ložisko zánětu, není léčba definitivní, protože zánět může vzplanout kdekoliv v trávicím traktu. Při zúžení střeva je prováděna tzv. strikturoplastika, aby došlo k rozšíření vnitřního průsvitu střeva (LUKÁŠ et al., 2007; TŘEŠKA, 2003; LUKÁŠ, 1999).

1.7 Prognóza

Prognóza je podmíněna odpovědí na konzervativní léčbu a potřebou dlouhodobé léčby, frekvencí klidových období, jejich délkou a udržením, oblastí a rizikem postižení, komplikacemi a výskytem postižení v dalších orgánech, nutností chirurgického výkonu, rizikem vzniku nádoru.

Kvalita života u pacientů s Crohnovou chorobou je nižší než u nemocných s ulcerózní kolitidou, protože CN je obecně na léčbu rezistentnější, mívá častější

komplikace a chirurgický výkon nemusí onemocnění definitivně řešit (LUKÁŠ, 2001; LUKÁŠ, 1999).

1.7.1 Plodnost a těhotenství

Plodnost u žen je normální nebo je jen minimálně narušená. Porucha plodnosti může být při těžké aktivitě onemocnění, přestupu zánětu na vaječníky nebo vejcovody, při postižení postihující zevní genitál píštělemi. Předchozí operace se zákrokem na střevě obvykle nemá vliv na plodnost.

Plodnost mužů užívající sulfasalazín může být snižena, ale po vysazení léku se vrací k normálu do několika měsíců.

O případném těhotenství by se měla pacientka poradit se svým ošetřujícím lékařem. Těhotenství by mělo být počato v klidovém období, pacientka by měla být sledována týmem specialistů, tedy gastroenterologem, gynekologem a neonatologem. Pokud oplodnění proběhlo v klidovém období, je pravděpodobné, že zůstane v klidu i v průběhu celého těhotenství, je-li nemoc aktivní v době oplodnění, je těžké průběh předpovídat.

Studie ukázaly, že většina těhotenství u žen končí porodem zdravého dítěte a to u 76 - 97 %. Výskyt spontánních potratů u žen s ISZ je jen lehce zvýšený.

Ukončení těhotenství je v naprosté většině porodem přirozenou cestou, s výjimkou Crohnovy nemoci v perianální lokalizaci, kdy je porod císařským řezem indikován.

Názory na léčbu v průběhu těhotenství se různí, ale riziko při běžné užívané léčbě je menší než riziko, že by nemoc zůstala neléčená. Pokud to stav nemoci dovoluje, dávky léků v těhotenství mají být co nejnižší a je nutno pečlivě zvážit i možnost úplného vysazení léků, zejména v první třetině těhotenství (KONEČNÝ, EHRMANN, 2003; LUKÁŠ, 1999; LUKÁŠ, 2004).

1.7.2 Klinická studie

V dnešní době se pokouší mnoho farmaceutických firem přijít na lék, který by co nejvíce potlačil či úplně vyléčil Crohnovu chorobu. Proto se provádí mnoho klinických studií, do kterých jsou zařazována jen určitá stadia nemoci. Tyto klinické studie se provádí po celém světě a mnoho zemí je do těchto projektů zapojených. Nyní je nejnovější a nejzajímavější Klinická studie ASTIC.

Klinická studie ASTIC

Klinickou studii ASTIC vede profesor Christopher J. Hawkey, který je předním evropským gastroenterologem a odborníkem na idiopatické střevní záněty. Tato studie by měla ověřit novou léčbu, která představuje transplantaci hematopoetických, čili krvetvorných kmenových buněk.

ASTIC je studie ověřující činnost transplantace vlastních kmenových buněk v léčbě u pacientů s Crohnovou chorobou. V letech 2006 - 2013 ji organizuje European Crohn's and Colitis Organization. Bylo do ní zařazeno 48 pacientů z 9 západoevropských nemocnic ve Francii, Německu, Nizozemí, Rakousku, Španělsku, Švédsku, Velké Británii a České republice. Česko zastupuje 4. interní klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a IBD klinické a výzkumné centrum ISCARE Lighthouse v Praze. Kandidáty vybírá mezinárodní lékařské konsorcium.

Hematopoetické kmenové buňky se získávají z pacientovy kostní dřeně, která se stimuluje a poté se izolují kmenové buňky. Mezitím pacient podstupuje tzv. imunoablaci, tedy pacientovi podáváme cytostatika, tím odstraníme aktivní leukocyty. Prostřednictvím infuze podáme pacientovi jeho vlastní kmenové buňky, tím se vytvoří nová populace T a B lymfocytů, která se už neobrací proti vlastnímu organismu.

Empirická část

3 Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Ošetrovatelský proces byl zaveden v 50. letech 20. století a byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské praxe. Snaží se poskytnout ošetrovatelskou péči na základě vědeckých poznatků a poskytovat individualizovanou péči pomocí ošetrovatelského procesu. V roce 1984 Kanadské sdružení sester zveřejnilo definici, která slouží jako odborná norma. „Ošetrovatel'stvo či ošetrovatel'ská prax znamená identifikáciu a spracovanie odpovedí ľudí na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy a zahŕňa vlastný výkon starostlivosti a dohľad nad úlohami a službami, ktoré – či už priamo alebo nepriamo – v spolupráci s pacientom alebo osobami poskytujúcimi zdravotnú starostlivosť okrem sester majú za cieľ zlepšovanie zdravia, prevenci chorôb, úľavu pri utrpení, navrátenie zdravia a optimálny vývoj zdravotního potenciálu, zahrnujúci všetky aspekty procesu ošetrovatel'stva (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a, s. 3).

Ošetrovatelský proces jsem vypracovala s pacientkou, která je sledovaná v Klinickém a výzkumném centru pro střevní záněty ISCARE I.V.F. a.s. Lighthouse, kam dochází ambulantně.

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: H.V.	Věk: 44
Datum narození: 28.1.1965	Pojišťovna: Ministerstvo vnitra 211
Rodné číslo: ---	Státní příslušnost: Česká
Bydliště: Středočeský kraj	Adresa: ---
Zaměstnání: Invalidní důchodce od roku 1991	Stav: Vdaná
Nejbližší příbuzný: Manžel	Vzdělání: Odborné učiliště

Základní diagnóza:

Crohnova choroba.

Přidružené diagnózy:

Fistulae perianalis.

Informační zdroje:

Při psaní práce jsem čerpala informace od pacientky, rodiny a z dokumentace.

Vitální funkce:

Datum	P	TK	TT	D
15.11.09	76´	120/ 70 Torru	36, 4 °C	12´
28.11.09	82´	115/ 70 Torru	36, 2 °C	13´
14.12.09	74´	115/ 75 Torru	36, 6 °C	12´
23.12.09	78´	125/ 85 Torru	36, 9 °C	15´
3.1.10	72´	120/ 75 Torru	36, 7 °C	12´
31.1.10	80´	115/ 75 Torru	36, 5 °C	14´

P = pulz

TK = tlak krevní

TT = tělesná teplota

D = dech

Všechny vitální hodnoty jsou fyziologické.

Výňatek z dokumentace:

Nemocná je sledovaná v Klinickém a výzkumném centru pro střevní záněty ISCARE I.V.F. a.s. Lighthouse pro idiopatický střevní zánět v oblasti tlustého střeva

a rekta, který byl od roku 1991 kvalifikován jako ulcerózní kolitida a následně od roku 1994 překlasifikován na Crohnovu chorobu.

Nemoc probíhala s protrhovanou aktivitou, v minulosti s řadou extraintestinálních projevů, v podobě eritéma nodosum, poliartritidy. V dubnu 2003 při kontrolní kolonoskopii byla nalezena těsná stenóza v oblasti sigmoidea, neprostupná pro přístroj. Pacientka proto podstoupila irigografii, která prokázala dvě stenózy na tlustém střevě. Jedna stenóza byla v oblasti sigmoidea, druhá v oblasti transversa. Vzhledem k délce trvání onemocnění, lokálnímu nálezu a nemožnosti kontrolovat stenózy endoskopicky, byla pacientka indikovaná k provedení subtotální kolektomie a vytvoření ileorektální anastomózy, která byla provedena 11.6.2003. I přes trvalou medikamentózní terapii mesalazinem a azathioprinem došlo u pacientky v prosinci 2005 a březnu 2006 k recidivě Crohnovy nemoci a to v podobě opakovaných periproktálních abscesů, které se vyprazdňují píštělí, pacientka byla indikovaná k chirurgické revizi, incisi a drenáži periproktálního abscesu. Po provedení výkonu byla zahájena biologická léčba Remicade, kde u pacientky proběhly 2 infuze a dále byla zahájena terapie azathioprinem. I po provedení ligatury v únoru 2006 se rektovagionální píštěl nepodařilo zahojit. Při silném průjmu stolice odchází vaginou.

Podle zprávy 3/ 2007 nebyla dosavadní terapie azathioprinem úspěšná, a proto bylo přistoupeno opět k biologické léčbě Infliximabem. Po indukční léčbě je nyní po dvou měsících aplikovaná udržovací léčba formou infuzí. U pacientky se objevila po infuzní terapii Infliximabem alergické reakce, které se projevují otoky po celém těle, a proto se uvažovalo o změně biologické léčby na Adalimumabu. Nakonec se problém s alergickou reakcí neopakoval a pacientka zůstala i nadále na terapii Infliximabem.

Terapeuticky se lékaři snažili ovlivnit průběh nemoci dlouhodobou imunosupresivní léčbou, celkem 7 let. V roce 1999 byla dlouhodobá imunosupresivní terapie vysazená vzhledem k délce podávání léku a opět nasazena pro svůj účinek v roce 2004. Imunosupresivní léčba trvá dodnes.

Pacientka během své dlouholeté nemoci podstoupila několik studií, jako je studie Mutaflor tablety v roce 2001, studie Elan CD 301 s Antegrenem infuze v roce

2002, byla také zařazena do studie ASTIC, nebyla však vybrána mezinárodním lékařským konsorciem.

V současné době má pacientka řitní kanál stenózován blanitou cirkulární stenózou a deformován s patrným ústím píštěle, distální část rekta má vředovitý povrch, dále až do oblasti ileorektální anastomózy je sliznice normální. Pacientka má 7 stolic denně, v noci někdy 2, bez hlenu a příměsi krve. Pacientka je i na dále na terapii Influximabem, v režimu po 8 týdnech. Poslední infuze proběhla 23.12.2009.

Anamnéza:

Anamnézu jsem od pacientky sbírala od 1.11.2009 do 31.1.2010.

Nynější onemocnění:

Pacientka je nyní ve stabilizovaném zdravotním stavu. Cítí se dobře. V současné době má pacientka řitní kanál stenózován blanitou cirkulární stenózou a deformován, je zde patrné ústí píštěle, distální část rekta má vředovitý povrch, dále až do oblasti ileorektální anastomózy je sliznice normální. Pacientka má 7 stolic denně, v noci 1 - 2 stolice, bez hlenu a příměsi krve. Při silném průjmu stolice vytéká vaginou. Pacientka je i na dále na terapii Influximabem, v režimu po 8 týdnech. Poslední infuze proběhla 23.12.2009. Pacientka je bez alergické reakce.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Pacientka před onemocněním prodělala jen běžné dětské onemocnění, vážněji nikdy nestonala, až v roce 1990 se u pacientky objevily příznaky Crohnovy choroby.

Začátky onemocnění:

V roce 1990 se u pacientky začaly objevovat otoky koleních kloubů, eritema nodosum. Pacientka začala být léčená pro revmatickou artritidu, pro bolest břicha, průjem, krev ve stolici byla vyšetřena gastroenterologem, zde byla zjištěna ulcerózní kolitida, později se ulcerózní kolitida přehodnotila na Crohnovu chorobu. Všechny příznaky souvisely s extraintestinálními příznaky Crohnovy choroby.

Hospitalizace a operace:

Hospitalizace proběhly v roce 1985 a 1988 z důvodu porodu a v roce 1989 a 1990 z důvodů revize dělohy po umělém přerušení těhotenství. Dále subtotální kolektomie s vytvořením ileorektální anastomózy 11.6.2003, v prosinci 2005 a březnu 2006 operace periproktálních abscesů, ligatura rektovagionální píštěle v únoru 2006.

Úrazy:

Pacientka neprodělala nikdy žádný úraz.

Transfuze:

Ano. Pacientka dostala transfuzi krve v roce 1985, ihned po porodu.

Očkování:

Pacientka prodělala jen běžné dětské očkování.

Alergologická anamnéza:**Léky:**

Pacientka prodělala lehkou alergickou reakci na Infliximab, alergická reakce se projevila otokem a únavou, proto se nyní lék pacientce podává minimálně 3 hodiny. Jiná alergická reakce se u pacientky na léky neobjevila.

Potraviny:

Pacientka neudává žádnou alergickou reakci na potraviny.

Chemické látky:

Pacientka neudává žádnou alergickou reakci na chemické látky.

Jiné:

Pacientka neudává žádnou jinou alergickou reakci.

Gynekologická anamnéza:

Menarche neboli první menstruaci dostala pacientka v 10 letech, menses má pravidelně po 28 dnech, menstruační cyklus trvá 6-7 dní, menstruační krvácení je silné,

bez bolesti. Pacientka používá hormonální antikoncepci Cilest již několik let na doporučení gynekologa, užívá ji každý den večer v 18:00.

Pacientka prodělala 2 porody, v roce 1985 a 1988, oba porody byly spontánní, proběhly bez problémů a v termínu porodu. Dále pacientka prodělala 2 umělé přerušování těhotenství v letech 1989 a 1990, po každém umělém přerušování těhotenství pacientka musela prodělat revizi pro reziduum a endometritidu. Nyní je pacientka zcela bez problémů, chodí pravidelně 2x do roka na pravidelné prohlídky ke gynekologovi, poslední vyšetření proběhlo v listopadu 2009. Samovyšetřuje si prsa vždy první týden po skončení menstruace. Po dosažení věku 45 let se chystá na preventivní vyšetření mamografem.

Rodinná anamnéza:

Otec:

Otec mé pacientky zemřel v 65 letech na 6. cévní mozkovou příhodu, dále měl cirhózu jater při abusu alkoholu.

Matka:

Matka pacientky zemřela v 59 letech na 2. cévní mozkovou příhodu, dále trpěla diabetem mellitem 2. typu, ischemickou chorobou srdeční, prodělala infarkt myokardu.

Bratr:

Bratr je 55 let starý, je zdravý.

Děti:

Pacientka má dvě děti, dceru 21letou je zdravá, syn 23 let, je také zdravý.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání:

Pacientka má vystudované odborné učiliště, vyučila se v oboru švadlena.

Pracovní zařazení:

Pacientka je od roku 1991 v plném invalidním důchodu, dříve pracovala jako švadlena v Triole.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:

Pacientka nastoupila do plného invalidního důchodu v roce 1991, bylo jí 26 let.

Vztahy na pracovišti:

Před odchodem do plného invalidního důchodu měla pacientka velmi dobré vztahy na pracovišti. Některé vztahy udržuje dodnes.

Ekonomické podmínky:

Pacientka má dobré ekonomické podmínky.

Farmakologická anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Imuran	tbl.	25	2 - 0 - 3	Imunosupresivum
Jodthyrox	tbl.	-	1 - 0 - 0	Hormon
Cilest	tbl.	-	0 - 0 - 1 (18:00)	Jednofázová steroidní perorální estrogen – gestagenní antikoncepce
Infliximab	inf.	5mg/kg	8 týdenní interval	Monoklonální protilátka
Ciprinol	tbl.	500mg	2x denně, podle potřeby	Širokospektré chinolonové chemoterapeutikum
Ibalgin	tbl.	400mg	podle potřeby	Antiflogistikum, analgetikum

Ciprinol 500mg tbl - pacientka užívá tento lék při pocitu pálení v oblasti v konečniku, prevence proti vzniku abscesu. Pacientka je plně edukovaná o užití tohoto léku.

Aplikace Infliximabu:

Před použitím Infliximabu pacientka vyplnila dotazník, viz příloha C. Pacientka byla poučena o léku, jaké jsou důvody pro jeho nasazení, jeho užívání, vedlejších účincích, a o cíli terapie. První aplikaci podstoupila 27.4.2007, dále pak 25.5.2007, z důvodu opakovaných periproktálních abscesů, které se vyprazdňovaly pištělí. Dále byla

zahájena terapie azathioprinem a biologická léčba byla ukončena.

Léčba Infliximabem byla zahájena opětovně 19.8.2008, kdy proběhla tzv. iniciační čili počáteční fáze poté následovala druhá infuze za 14 dní, která proběhla 2.9.2008, další 3 infuze proběhly za 4 týdny od druhé aplikace Infliximabu, tedy 30.9.2009. Pacientka po prodělané iniciační fázi pravidelně chodí každé dva měsíce na aplikaci Infliximabu. Poslední aplikaci Infliximabu pacientka prodělala 23.12.2009. Pacientce se aplikuje 5mg/ kg. Lék se musí aplikovat minimálně 3 hodiny, jinak u pacientky vznikne alergická reakce.

Sociální anamnéza:

Stav:

Pacientka je již několik let vdaná.

Bytové podmínky:

Žije s manželem a dvěma dětmi v panelovém bytě 3+1, ve 2. poschodí v Kladně.

Vztahy, role, a interakce v rodině:

Vztahy, role a interakce v rodině jsou velmi dobré.

Vztahy, role, a interakce mimo rodiny:

Vztahy, role a interakce mimo rodinu jsou také velmi dobré.

Záliby:

Pacientka ráda čte, poslouchá rádio, zahradničí, šije, uklízí, vaří.

Volnočasové aktivity:

Pacientka ve volném čase si ráda odpočine při četbě, poslechu rádia, mezi její další zájmy patří zahradničení, šití, uklízení, vaření.

Anamnéza bolesti:

Pacientka má chronickou bolest, nejčastěji v levé části břicha, zapříčiněnou Crohnovou chorobou, dále udává bolest krční páteře. Bolesti trvají různě dlouho.

Popis bolesti:

Bolest břicha má většinou tupý charakter, bolest krční páteře je většinou vystřelující.

Hodnocení bolesti na pravítku bolesti od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest):

V levé části břicha je bolest hodnocena od 0 do 3, záleží na pohybu, počasí. Bolest krční páteře pacientka hodnotí od 3 do 4, bolest je periodická. Dne 16.12.2009 si pacientka zablokovala krční páteř.

Co bolest snižuje:

Bolest snižuje klid na lůžku, úlevová poloha, léky proti bolesti, pacientka je užívá jen při velkých bolestech, vyšších jak 4 na stupnici od 0 - 10.

Co bolest zhoršuje:

Bolest zhoršuje rychlý pohyb, nošení těžších věcí, počasí.

Časový průběh bolesti:

Bolest se častěji objevuje přes den.

Spirituální anamnéza:**Religiozní praktiky:**

Pacientka nepoužívá žádné religiozní praktiky, je ateistka (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a; KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995b; TRACHTOVÁ, 1999).

Fyzikální vyšetření sestrou:

Dne 15.11.2009.

Hlava**Subjektivní údaje:**

„Občas mě bolí hlava od krční páteře, jinak žádné jiné problémy nemám.“

Objektivní údaje:

- *Velikost lebky* - normocefalická neboli střední velikost lebky.
- *Tvar lebky* - brachycefalická neboli lebka zkrácená ve směru předozadním.
- *Hlava* - Hlava je ve fyziologickém postavení, bez třesu. Poklep hlavy je nebolestivý, poklep v místě tří větví nervu trigeminus je také nebolestivý. Pacientka neudává malátnost nebo závratě.
- *Motorická inervace* - Motorická inervace obličeje je v pravé a levé poloviny obličeje stejná.
- *Příušní žláza* - Příušní žláza je nezvětšená a nebolestivá.

Oči

Subjektivní údaje:

„Nemám problémy se zrakem, občas jen cítím tlak za očima.“

Objektivní údaje:

- *Nadočnicové oblouky* - Nadočnicové oblouky jsou nezvětšeny.
- *Oční víčka* - Oční víčka jsou symetrická, tvar a barva jsou fyziologické.
- *Oční bulvy* - Oční bulvy jsou ve středním postavením, ve všech směrech jsou volně pohyblivé.
- *Spojivky* - Spojivky jsou růžové, jejich povrch je vlhký.
- *Bělma* - Bělma je bílá.
- *Rohovka* - Barva rohovky je průhledná.
- *Zornice* - Tvar zornice je okrouhlý, pravidelný, zornice jsou izokorické, pozitivní na fotoreakci neboli reakce na osvit.
- *Vidění* - Pacientka neudává poruchy vidění, dvojitě vidění, rozmazané vidění, citlivost na světlo, ani potřebu kontaktních brýlí či kontaktních čoček.

Uši

Subjektivní údaje:

„Zatím slyším dobře.“

Objektivní údaje:

- *Boltec* - Velikost boltce je v mezích normy, na boltci pacientka nemá žádné útvary. Ucho je na pohmat nebolestivé.
- *Zevní zvukovod a bubínek* - Pacientce neudává žádný výtok u ucha, bolest, ani zvonění v uších. Pacientka slyší dobře na pravé i levé ucho.

Nos

Subjektivní údaje:

„ V dětství jsem si přerazila nosní přepážku, ale dýchá se mi dobře. Dýchat umím jen přes nos.“

Objektivní údaje:

- *Nos* - Sekrece z nosu není, krvácí z nosu neboli epistaxe.

Rty

Subjektivní údaje:

„Často mi praskají koutky, ale naštěstí netrpím na opary.“

Objektivní údaje:

- *Rty* - Rty má pacientka růžové, souměrné, bez cyanózy. V ústních koutcích jsou ragády neboli trhlinky.

Dutina ústní

Subjektivní údaje:

„Museli mi vytrhnout osmičky, kvůli kazivosti.“

Objektivní údaje:

- *Jazyk* - Jazyk plazí ve střední rovině, povrch jazyka je růžový, mírně povleklý a vlhký.
- *Sliznice dutiny ústní* - Dásně jsou růžové, vlhké, nezduřené a nekrvácí.
- *Chrup* - Pacientka má vlastní zuby, celkový počet zubů je 28, pacientce chybí 4 stoličky, také nazývané zuby moudrosti, chrup je sanován. Chodí na pravidelné prohlídky.
- *Tonzily* - Tonzily jsou malé, růžové, lehce zřasené.
- *Patrové oblouky* - Patrové oblouky jsou růžové.
- *Zápach z úst* - Zápach z úst není.

Krk

Subjektivní údaje:

„Často mě bolí krční páteř a od toho hlava, mám hyperfunkci štítné žlázy. Jinak nemám jiné problémy.“

Objektivní údaje:

- *Krční páteř* - Pacientka udává bolest krční páteře při špatném pohybu, přežení, viz anamnéza bolesti. Pohledem je pohyblivost při anteflexi neboli předklonu, úklonech i záklonu hlavy dobrá.
- *Arteria carotis* - Na arterii carotis je pulzace rovnoměrná.
- *Krční žíly* - Není zvětšená náplň krčních žil. Edém krku z útlaku horní duté žíly není přítomen.
- *Mízní uzliny* - Mízní uzliny na těle jsou nezvětšeny.
- *Lymfatické uzliny* - Lymfatické uzliny jsou nehmatné na celém těle.
- *Štítná žláza* - Štítná žláza nebo-li glandula thyroidea je nehmatná, nezvětšená, symetrická, na pohmat nebolestivá. Pacientka trpí hyperfunkcí štítné žlázy, je medikamentózně léčena Jodtyroxem, viz léková anamnéza.
- *Krk* - Krk je souměrný, poklepově nebolestivý.

Prsa

Subjektivní údaje:

„Mám jedno prso větší než druhé, doktorka mi řekla, že je to normální.“

Objektivní údaje:

- *Prsa* - Již od puberty má pravé prso pacientka o jedno číslo větší než druhé. Barva kůže na obou prsou je stejná. Na prsou nejsou žádné známky rezistence.
- *Prsní bradavky* - Prsní bradavky jsou stejné na pravé i levé straně, bez výtoku z nich. Na prsou nejsou žádné známky rezistence.
- *Samovyšetřování prsů* - Pacientka je poučena o samovyšetřování prsů, pravidelně si je vyšetřuje každý měsíc, první týden po menstruaci. Gynekolog pacientce při pravidelných prohlídkách kontroluje i prsa. Po dosažení věku 45 let se pacientka chystá na mamografické vyšetření prsů.

Kardiovaskulární systém

Subjektivní údaje:

„Občas mívám tlak a bolest za hrudní kostí, bolest mi vystřeluje do ruky, přestane to někdy dřív a někdy až za pár hodin.“

Objektivní údaje:

- *Srdeční krajina* - Srdeční krajina je bez vyklenutí, úder srdečního hrotu je neviditelný v poloze na zádech.
- *Srdeční ozvy, šelesty* - Srdeční ozvy jsou ohraničené, slyšitelné dvě, první ozva je systolická, druhá ozva je diastolická. Šelest na srdci není slyšitelný.
- *Akce srdeční* - Srdeční frekvence je 74 pulzů/min, akce srdeční je pravidelná.
- *Tlak krevní* - Tlak krevní je 115/ 75 Torrů, pacientka má fyziologický tlak.
- *Cévy na dolních končetinách* - Pulzace je přítomná na dolních končetinách na arterii femoralis, arterii poplita, arterii tibialis posterior a na arterii dorsalis pedis. Prokrvení dolních končetin je dobré. Bolest při chůzi nenastává. Lýtky jsou pohmatově nebolestivá. Varixy nejsou na dolních

končetinách přítomné. Pacientka neudává otékání dolních končetin. Kůže končetin je teplá, pružná se zachovanými adnexy.

- *Cévy na horních končetinách* - Pulzace je přítomna na horních končetinách na arteria brachialis, a arterii radialis. Žíly horních končetin jsou pevné a pružné. Kůže končetin je teplá, pružná se zachovanými adnexy.
- *Genetické predispozice* - V rodinné anamnéze uvádí pacientka kardiovaskulární zátěž.
- *Akrální části těla* - Akrální části těl nejsou cyanotické.
- *Vyšetření* - Pacientka byla vyšetřena pro své obtíže kardiologem, všechna vyšetření byla v pořádku.

Respirační systém

Subjektivní údaje:

„Hrudník mě nebolí, dýchá se mi dobře.“

Objektivní údaje:

- *Hrudník* - Hrudník je po obou stranách symetrický, má atletický tvar. Poklep hrudníku je plný, jasný nad normální plicní tkání. Kožní integrita hrudníku je neporušená, nejsou zde přítomny žádné jizvy. Pacientka neudává kašel ani onemocnění dýchacích cest.
- *Dýchání* - Dechová vlna se šíří symetricky, dýchání je čisté, kostální. Do procesu dýchání nejsou zapojené pomocné dýchací svaly. Dýchání je eupnoické. Dechová frekvence je pravidelná, 14 dechů/min. Typ dýchání po poslechu hrudníku je sklípkové nad zdravou plicní tkání, vedlejší dechové fenomény nejsou slyšitelné. Pacientce se subjektivně dýchá dobře.
- *Hrudní chvění* - Hrudní chvění latinsky fremitus pectoralis je oboustranně symetrický.

Gastrointestinální systém

Subjektivní údaje:

„Mám Crohnovu nemoc už několik let. Jelikož jsem měla stenózy na střevě, musela jsem jít na operaci, na ní jsem byla v roce 2003, vzali mi skoro celé tlusté střevo, nechali mi jen asi 20 cm. Mám časté průjmy chodím tak 5-7 denně, v noci jdu tak 1-2 x na stolici, záleží také na tom, co sním.“

Objektivní údaje:

- *Břicho* - Břicho lehce nad úrovní hrudníku. Břicho je nesouměrné z důvodu uložení orgánu po operaci tlustého střeva. Břicho je měkké, bez přítomnosti peritoneálního dráždění. Na kůži není patrný kolorektální oběh, strie ani rýsování střevních kliček, kůže břicha je hladká, beze změn. Na kůži je patrná jizva v oblasti linea alba po operaci tlustého střeva. Při palpaci břicha je bolest minimální, při poklepu je břicho nebolestivé. Při palpaci není svalové stažení, ani hmatný ascites, břicho je měkké. Patrná rezistence v dutině břišní není hmatná.
- *Vyšetření per rektum* - Vyšetření per rektum jde obtížně, pacientka má řitní kanál stenózován blanitou cirkulární stenózou a deformován s patrným ústím píštěle. Na rukavici je stolice hnědá. Okolo análního kanálu jsou patrné jizvy po opakovaných operacích perianálních abscesů. Anální otvor je fyziologický. Tonus svěračů je přiměřený.
- *Játra* - Okraj jater je pružný. Konzistence jater je 1. stupně, tedy játra jsou měkká, pružná, tedy mají fyziologický nález. Bolestivost jater není. Hepatojugulární reflux není u pacientky přítomen.
- *Žlučník* - Žlučník je palpačně nezvětšený, nebolestivý.
- *Žaludek* - Žaludek je palpačně nebolestivý.
- *Slezina* - Slezina nezvětšena.
- *Operace* - Pacientka podstoupila subtotální kolektomie s vytvořením ileorektální anastomózy, z důvodu Crohnovy choroby v roce 2003. V prosinci 2005 a březnu 2006 došlo k recidivě Crohnovy nemoci a to v podobě opakovaných periproktálních abscesů, které se vyprazdňují píštělí.

- *Bolest* - Pacientka udává bolest v levém hypogastriu, viz anamnéza bolesti.

Urogenitální systém:

Subjektivní údaje:

„Nemám žádný problém.“

Objektivní údaje:

- *Ledviny* - Ledviny jsou při bimanuální palpaci nehmavné, tapotement je oboustranně negativní.
- *Močovody* - Ureterální body nebolestivé.
- *Močový měchýř* - Pohmatem je močový měchýř nezvětšen.
- *Močová trubice* - Uretra je bez výtoku.
- *Příjem a výdej tekutin* - Denní příjem tekutin 1500 - 2000 ml. Denní diuréza je závislá na příjmu tekutin, které pacientka vypije. Barva moči je normální. Orientační vyšetření moči je v normě.
- *Zevní poševní ústrojí* - Labia majora jsou nezduřená. Výtok z pochvy není. Pacientka chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, každých 6 měsíců, více viz gynekologická anamnéza.

Muskuloskeletový systém:

Subjektivní údaje:

„Dřív jsem měla oteklé bolestivé klouby, nemohla jsem se skoro ani postavit, to už naštěstí nemám, teď mě občas bolí celé tělo, ale to je jen z únavy.“

Objektivní údaje:

- *Klouby* - Klouby jsou nebolestivé, v plném rozsahu pohybu.
- *Svaly* - Svalový tonus je přiměřený. Svalová síla je přiměřená. Pacientka má bolestivou zatvrdlinu na krční páteři.
- *Prsty* - Postavení prstů na dolních i horních končetinách je fyziologické, tedy jsou symetrické v ose. Celkový počet prstů na každé ruce je pět, všechny

prsty jsou růžové, bez tvarových změn.

- *Horní končetiny* - Horní končetiny jsou symetrické, bez problémů.
- *Dolní končetiny* - Dolní končetiny jsou symetrické, bez problémů.
- *Páteř* - Při sledování zakřivení páteře ve směru předozadním při pohledu z boku je vidět krční lordóza, hrudní kyfóza, bederní lordóza a křížová kyfóza, tedy fyziologické zakřivení páteře. Sledujeme mírnou skoliózu k pravé straně. Dynamika páteře je neporušena.
- *Otoky* - Otoky na dolních i horních končetinách nejsou přítomny.
- *Pohyblivost* - Pacientka je plně pohyblivá. Chodí sama, bez obtíží. Chůze je jistá.

Nervosmyslový systém:

Subjektivní údaje:

„Občas mi hučí v uších.“

Objektivní údaje:

- *Orientace* - Pacientka je orientovaná v čase, prostoru, místě, situaci a osobě. Na stupnici Glasgow Coma Scale pacientka dosáhla 15 bodů.
- *Šlachové reflexy* - Šlachové reflexy jsou oboustranně výbavné.
- *Smysly* - Pacientka slyší dobře, dokáže lokalizovat směr zvuku a odlišit různé hlasy. Nepotřebuje kompenzační pomůcky. Občas pacientce hučí v uších. Pacientka dobře vidí na dálku i na blízko. Nepotřebuje kompenzační pomůcky. Nemívá dvojité vidění, ani rozmazaný obraz. V rodině nikdy neměl glaukom nebo kataraktu. Očního lékaře naposledy navštívila 3/ 2009 kvůli zánětu oka. Nyní je vše v pořádku. Pacientka nepozoruje žádné změny chutě. Pacientka dobře reaguje na podněty, jako je teplo, chlad, bolest.

Endokrinní systém:

Subjektivní údaje:

„Mám hyperfunkci štítné žlázy, proto nevydržím chvíli v klidu.“

Objektivní údaje:

- *Štítná žláza* - Štítná žláza neboli glandula thyroidea je nehmatná, nezvětšená, symetrická, na pohmat nebolestivá. Pacientka trpí hyperfunkcí štítné žlázy, je medikamentózně léčena Jodtyroxem, viz léková anamnéza.

Imunologický systém:

Subjektivní údaje:

„Lékař mi říkal, že je možná souvislost s mým onemocněním, mé protilátky utočí proti střevu. Ted' beru Imuran, aby se tato reakce snížila.“

Objektivní údaje:

- *Imunitní systém* - Možná souvislost poruchy imunologického systému a Crohnovy choroby. Pacientka užívá lék Imuran, viz léková anamnéza. Pacientka neudává žádnou alergii. I přes snížení imunitní odpovědi lékem Imuranem pacientka nebývá nemocná.

Kůže a její adnexy:

Subjektivní údaje:

„Mám suchou kůži a třepí se mi nehty.“

Objektivní údaje:

- *Kůže* - Barva kůže je růžová, bez známek ikteru, cyanózy, kožních enantémů, defektů na kůži, či krvácení do kůže. Mateřská znamínka se nezvětšila, nebolí, nesvědí. Pacientka dříve prodělala erythema nodosum. Teplota pokožky je v normě, na všech částech těla je stejná teplota. Tělesná teplota je 36,6 °C. Pokožka je suchá, přesto je kůže pružná a pevná. Kožní turgor je snížený díky dlouhodobému užívání kortikoidů. Pacientka se zvýšeně nepotí.
- *Vlasy* - Vlasy jsou jemné, přirozeně hnědé, nelámou se.
- *Ochlupení* - Ztráta ochlupení po těle není. Vypadávání vlasů a chlupů je v normě.

- *Nehty* - Nehty jsou roztřepené, slabé, okolo nehtu je vidět několik záděrek.
- *Jizvy* - Pacientka má jizvu v oblasti linea alba po subtotální kolektomie s vytvořením ileorektální anastomózy v roce 2003, patrné jsou i jizvy v okolí análního kanálu po opakovaných operacích perianálních abscesů z prosince 2005 a března 2006 (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a; KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995b; NEJEDLÁ, 2006).

Aktivity denního života:

Dne 28.11.2009.

Výživa:

Současná hmotnost je 72 kg, výška 165 cm, Body Mass Index (dále jen BMI) je 26, pacientka má mírnou nadváhu. Pacientka se stravuje zdravě. Jí 5 - 6x denně, po malých porcích, do jídelníčku zapojuje zeleninu a ovoce, používá hodně bílé maso, libové hovězí a vepřové. Minimálně jednou denně má teplé jídlo. Netrpí nechutenstvím, nauzeou ani zvracením. Po podání biologické léčby má pacientka nauzeu. Občas má pacientka pálení žáhy, uleví se jí však po sklenici mléka. Alergii na žádné jídlo neudává. Příjem potravy se v poslední době nezměnil.

Po zjištění diagnózy byla pacientka již mnohokrát edukovaná ohledně jídel, která jsou pro ni vhodná a nevhodná. Avšak u této nemoci si každý člověk musí vtipovat potraviny, které pacientovi dělají problémy a které mu vyhovují. Pacientka ví, co jí způsobuje průjemy, a proto se těmto jídlům vyhýbá. Průjem jí vyvolává zelí, jablka, smažená jídla, jídla z restaurací. Žádné diety pacientka nedržela a stále nedrží. Oblíbené jídlo pacientky je svíčková.

Příjem tekutin:

Příjem tekutin za den je 1,5 - 2 l, pacientka nemá příznaky dehydratace, sliznice má vlhké, kožní turgor je snížený z důvodu dlouhodobého užívání kortikoidů. Pacientka

má příjem a výdej tekutin vyrovnaný. Příjem tekutin se v poslední době nezměnil. Nejraději pije obyčejnou vodu, 1x denně pije kávu, pacientka je abstinentská.

Vylučování moče:

Moč má slámovou barvu, zápach moče je slabý, příjem odpovídá výdeji. Frekvence močení přes den je 8 - 9x, v noci jde jednou na záchod. Frekvence se za poslední dobu nezměnila. Pacientka netrpí inkontinencí, neudává ani bolest či pálení při močení. Orientační vyšetření moče je v normě.

Vylučování stolice:

Pacientka chodí 5 - 7x denně na záchod, v noci jde 1 - 2x na stolic. Pacientka se většinou vyprazdňuje 40 - 60 minut po požití jídla a v noci kolem 2. hodiny ráno. Konzistence je kašovitá. Barva stolice záleží na druhu přijaté stravy. Stolica je řídké konzistence. Množství stolice je malé, bez zápachu, bez příměsí hlenu či krve, defekace občas probíhá s křečemi a s bolestí v břiše, pacientka hned při pocitu na stolic musí navštívit WC. Pacientka trpí nadměrným meteorismem. Při silném průjmu pacientce odchází stolice vaginou přes rectovaginální píštěl. Pacientka chodí na pravidelné gastroenterologické prohlídky. Pacientka je objednaná na 11.2.2010.

Spánek a bdění:

Před usnutím pacientka každý den dělá svůj rituál. Pacientka spí kolem 7 - 8 hodin denně, chodí spát kolem 22. hod večer, nemá žádné problémy s usínáním. V noci se pacientka budí jen kvůli močení či stolic, pak hned zas usne, ráno se budí kolem 6. až 7. hod ráno, po probuzení se cítí vyspalá a odpočínutá. Přes den nespí. Pacientka nepoužívá hypnotika. Změna ve spánku v poslední době nenastala.

Aktivita a odpočinek:

Pacientka je v plném invalidním důchodu již od roku 1991, k invalidnímu důchodu si pacientka nepřivydělává. Jejím koníčkem je četba, poslech rádia, zahradničení, šití, uklízení, vaření. Přes den pacientka nespí. Každé ráno pacientka

provádí protahovací cviky. Pacientka je velmi dobře edukovaná o aktivitách, které má povolené, a které zakázané.

Hygiena:

Pacientka se raději koupe, než sprchuje, hygienu provádí každý den, zvládá ji sama. Celkově pacientka působí čistým a upraveným zjevem.

Samostatnost:

Pacientka je plně schopná všechny činnosti provádět zcela sama.

Sexualita

Pacientka je sexuálně aktivní. Používá hormonální antikoncepci Cilest. Problémy v sexuální oblasti pacientka nemá. Změnu frekvence v poslední době nepocituje (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a; KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995b).

Posouzení psychického stavu:

Dne 15. 11. 2009.

Vědomí:

Pacientka je při plném vědomí, je orientovaná prostorem, místem, časem a osobou, na stupnici Glasgow Coma skóre jsem pacientku ohodnotila 15 body, viz příloha CH.

Orientace:

Pacientka je zcela orientovaná v čase, prostoru, místě, situaci i osobě.

Nálada:

Nálada je přiměřená stavu, pacientka má strach z budoucnosti, co bude dál.

Paměť dlouhodobá:

Pacientka má dobrou dlouhodobou paměť.

Paměť krátkodobá:

Pacientka má dobrou krátkodobou paměť.

Myšlení:

Pacientka má logické myšlení, reaguje na otázky adekvátně.

Temperament:

Pacientka je extrovertka, sangvinička.

Vůle:

Pacientka má silnou vůli, chce bojovat za každou cenu.

Sebehodnocení:

Pacientka má zdravé sebehodnocení, má k sobě kladný postoj.

Vnímání zdraví:

Pacientka se snaží udržet své zdraví, jí zdravě, každé ráno cvičí.

Vnímání zdravotního stavu:

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav adekvátně.

Reakce na onemocnění:

Pacientka má přiměřenou reakci na onemocnění, je plně informovaná.

Adaptace na onemocnění:

Pacientka má dobrou adaptaci na onemocnění, je smířená se svojí nemocí.

Projevy jistoty a nejistoty:

Pacientka se bojí budoucnosti, neví, jak bude pokračovat její nemoc.

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací:

Pacientka již byla několikrát hospitalizovaná, pokaždé byla spokojená s péčí (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a; KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995b, NEJEDLÁ, 2006)

Posouzení sociálního stavu:

Dne 10.12. 2009.

Verbální komunikace:

Pacientka odpovídá adekvátně, nezakoktává se ani nedrmolí, je jí dobře rozumět, jazyková zručnost je velmi dobrá.

Neverbální komunikace:

Pacientka má přiměřenou neverbální reakci (gesta, držení těla, mimika).

Informovanost o onemocnění:

Pacientka je velmi dobře informovaná o onemocnění.

Informovanost o diagnostických metodách:

O prodělaných diagnostických metodách byla pacientka dobře informovaná.

Informovanost o léčbě a dietě:

Pacientka je velmi dobře informovaná o léčbě i dietě.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:**- Primární (role související s věkem a pohlavím):**

Pacientka je srovnána s primární rolí.

- Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi):

Pacientka je srovnána se sekundární rolí.

- **Terciální (související s volným časem a zálibami):**

Pacientka je srovnána s terciální rolí (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a; KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995b, NEJEDLÁ, 2006).

Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi:

Dne 10. 12. 2009.

Dotazník sledování bolesti (podle IPVZ Praha) - viz příloha D.

Kontrola bolesti - viz příloha E.

Základní nutriční screening - viz příloha F.

Zkrácený mentální bodovací test - viz příloha G.

Stupnice hodnocení psychického zdraví - viz příloha H.

Glasgow Coma Scale (GCS) - viz příloha CH.

Barthelův test základních všedních činností - viz příloha I.

Test instrumentálních všedních činností - viz příloha J.

Posouzení rizika pádu – viz příloha K.

Posouzení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové – viz příloha L.
(STAŇKOVÁ, 2001)

Prodělaná vyšetření od 1.9.2009 do 31.1.2010

Pacientka prodělala jen krevní testy 8.12.2009, výsledné hodnoty byly v normě.

Situační analýza:

Pacientka je nyní ve stabilizovaném zdravotním stavu. Cítí se občas unavená. V současné době má pacientka řitní kanál stenózován blanitou cirkulární stenózou a deformován, je zde patrné ústí píštěle, distální část rekta má vředovitý povrch, dále až do oblasti ileorektální anastomózy je sliznice normální. Pacientka má 7 stolic denně,

v noci 1 - 2 stolice, bez hlenu a příměsí krve. Při silném průjmu stolice vytéká vaginou. Pacientka je i na dále na terapii Infliximabem, v režimu po 8 týdnech. Poslední infuze proběhla 23.12.2009. Pacientka je bez alergické reakce.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Od 1.11.2009 - 31.1.2010.

Aktuální diagnózy:

- **Průjem** (00013) z důvodu zánětlivého onemocnění střev, projevující se bolestmi v břiše, křečemi, naléhavým nucením na stolici, jsou slyšet hyperaktivní střevní zvuky.
- **Porušena tkáňová integrita** (00044) z důvodu perianálního postižení, projevující se pálením, řezáním, komunikací mezi rektum a vaginou, při silném průjmu vytéká stolice vaginou.
- **Bolest chronická** (00133) z důvodu zánětlivého onemocnění střev, projevující se vyslovenou nebo zašifrovanou stížností, zprávou, únavou, neverbální komunikací, antalgickým držením těla, podrážděností, na pravítku bolesti od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest) hodnotí bolest číslem od 0 do 3.
- **Chronická bolest** (00133) z důvodu krční páteře, projevující se vyslovenou nebo zašifrovanou stížností, zprávou, únavou, neverbální komunikací, antalgickým držením těla, podrážděností, pacientka udává podle hodnocení bolesti na pravítku bolesti od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest): hodnotí číslem od 3-4, bolest je periodická.
- **Strach** (00148) z budoucna, projevující se verbálními a neverbálními projevy, ustaraností, zvýšeným napětím, nervozitou, zvýšenou čilostí.

- **Nedostatečná výživa** (00001) z důvodu zánětlivého onemocnění střev, projevující se bolestmi v břiše, nestrávenými zbytky ve stolici, průjmem.
- **Únava** (00093) z důvodu zánětlivého onemocnění střev a biologické léčby, projevující se nedostatkem energie, neschopností zvládnout obvyklou úroveň fyzické aktivity, pocitem chybějící energie, zvýšenou potřebou odpočinku, vyčerpáním, ospalostí, poruchou soustředění, sníženou výkonností.
- **Neefektivní odolnost** (00043) z důvodu zánětlivého onemocnění střev a léčbou imunosupresivy, projevující se únavou, slabostí, náchylností k onemocnění jak virového, bakteriálního či mykotického, sníženou imunitou, zhoršením hojení.
- **Hledání zdravého životního stylu** (00084) z důvodu obav zhoršeného zdravotního stavu, projevující se vyjádřením touhy usilovat o upevnění zdraví.
- **Nauzea** (00134) z důvodu aplikace biologické léčby, projevující se stížnostmi na pocit na zvracení, žaludeční nevolnost, bledost, zvýšeným sliněním.

Potencionální diagnózy:

- **Riziko deficitu tělesných tekutin** (00028) z důvodu chronických průjmů.
- **Riziko infekce** (00004) vzniku z důvodu perianálního postižení.
- **Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte** (00058) z důvodu zánětlivého onemocnění střev.

Stanovení sesterských diagnóz: Lenka Vondráková

Rozebrání ošetrovatelských diagnóz:

Průjem (00013) z důvodu zánětlivého onemocnění střev, projevující se bolestmi v břiše, křečemi, naléhavým nucením na stolicí, jsou slyšet hyperaktivní střevní zvuky.

Definice: Pasáž řídké, neformované stolice.

Cíl: Pacientka nemá za den více jak 5 stolic.

Priorita: Střední.

Výsledné kritéria:

- Pacientka chápe příčinu průjmu do 15 minut
- Počet stolic za den se zmenšil do 7 dnů.
- Pacientka nebude ohrožena dehydratací po celou dobu mého sledování.
- Pacientka nebude trpět nadměrným meteorismem do 4 dnů.
- Pacientka bude hydratovaná.

Plán intervencí:

- Ověřte a zaznamenejte frekvenci, charakter, množství stolice, obvyklou denní dobu a vyvolávající faktory průjmu (všeobecná sestra).
- Všimněte si různých doprovodných symptomů, např. bolesti, křeče v břiše, fyzického vyčerpání (všeobecná sestra).
- Posuďte anamnézu stravovacích návyků a povšimněte si stavu výživy, příjmu tekutin a elektrolytové rovnováhy (všeobecná sestra, lékař).
- Upravte složení stravy pacientky tak, aby neobsahovala pokrmy, živiny vyvolávající průjem (nelékařský zdravotnický personál - nutriční terapeut, všeobecná sestra, lékař).
- Edukujte o dietě při onemocnění Crohnovou chorobou (nelékařský zdravotnický personál - nutriční terapeut, všeobecná sestra, lékař).
- Posuďte výchozí hydrataci, pátrejte po posturální hypotenzii, tachykardii, sníženém kožním turgoru a slizničních změn (všeobecná sestra, lékař).

- Věnujte pozornost abnormálním laboratorním nálezům (všeobecná sestra, lékař).
- Seznamte se s výsledky stolice (všeobecná sestra, lékař).
- Podle indikace podávejte léky proti průjmům či plynatosti, aby se snížila gastrointestinální motilita a ztráta tekutin (všeobecná sestra).
- Povzbuzujte pacienta k pití nápojů či tekutých pokrmů s bohatým obsahem elektrolytů, např. bujón, džus (všeobecná sestra).
- Edukujte o hygieně kolem konečníku (všeobecná sestra).
- Podle potřeby doporučte vhodné kosmetické přípravky - krémy, masti do okolí konečníku (všeobecná sestra, lékař).
- Zvyšte denní příjem tekutin ústy (všeobecná sestra).
- Povzbuzujte nemocného k příjmu tekutin, které ji nedráždí (všeobecná sestra).

Realizace:

15.11.2009 15:30 - Zaznamenali jsme frekvenci, charakter, množství stolice, obvyklou denní dobu a vyvolávající faktory průjmu. Dále jsme zjistili doprovodné symptomy. Posoudili jsme stravovací anamnézu. Edukovali jsme o dietě při Crohnově chorobě. Posoudili jsme hydrataci. Doporučili jsme krémy a masti do oblasti konečníku, které lze získat i bez lékařského předpisu. Povzbuzovali jsme pacientku k vyššímu příjmu tekutin (všeobecná sestra).

28.11.2009 9:50 - Ptali jsme se na změny, které proběhly od minulého sezení (všeobecná sestra).

14.12.2009 16:45 - Ptali jsme se na změny, které proběhly od minulého sezení. Získali jsme laboratorní testy, na kterých pacientka byla dne 8.12.2009 (všeobecná sestra).

23.12.2009 13:00 - Ptali jsme se na změny, které proběhly od minulého sezení, a jak se cítí po aplikaci biologické léčby (všeobecná sestra).

3.1.2010 16:00 - Ptali jsme se na změny, které proběhly od minulého sezení (všeobecná sestra).

31.1.2010 10:00 - Ptali jsme se na změny, které proběhly od minulého sezení (všeobecná sestra).

Hodnocení:

25.11.2009 16:10 - Pacientka chápe příčinu průjmu.

28.11.2009 11:00 - Pacientka zvýšila svůj denní příjem tekutin, nejsou přítomny známky dehydratace, počet stolic se pohybuje kolem 4 - 6 stolic za den.

14.12.2009 17:30 - Laboratorní výsledky jsou v mezích normy, počet stolic se pohybuje kolem 4 – 6 stolic za den, nejsou známky dehydratace.

23.12.2009 13:45 - Pacientka dneska prodělala biologickou léčbu, cítí se dnes unavená, počet stolic je opět mezi 4 - 6 za den.

3.1.2010 16:45 - Po podání biologické léčby se počet stolic omezil na 4 - 5 za den.

31.1.2010 11:00 - Počet stolic je mezi 5 - 6 za den.

Rozebrání ošetřovatelské diagnózy: Lenka Vondráková

Porušena tkáňová integrita (00044) z důvodu perianálního postižení, projevující se pálením, řezáním, komunikací mezi rektumem a vaginou, při silném průjmu vytéká stolice vaginou.

Definice: Stav poškození sliznic, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Cíl: Pacientce nebude vytékat stolice vaginou.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe příčinu do 20 minut.
- Osvojí si změnu životního stylu ve prospěch hojení, prevence komplikací a následných recidiv po dobu sledování.
- Dosáhne progresivního zlepšení při hojení píštěle, po celou dobu sledování.

Plán intervencí:

- Určete anamnézu stavu: charakterizujte případné předchozí epizody, kolik jich bylo, v jaké lokalizaci, jak dlouho trvaly, jak začínaly a končily, jakými dalšími příznaky byly provázeny (všeobecná sestra, lékař).

- Podle možností zjistěte a popište rozměry, lokalizaci, texturu a konzistenci lézí (všeobecná sestra, lékař).
- Zkoumejte psychický dopad stavu na pacienta a rodinu (všeobecná sestra).
- Dbejte na dobrou výživu s adekvátním příjmem bílkovin a energie, dostatkem vitamínů, minerálních doplňků, důležitých pro dobrý průběh hojení (nelékařský zdravotnický personál - nutriční terapeut, všeobecná sestra).
- Seznamte pacientku o dostatečné hygieně konečníku (všeobecná sestra).
- Sledujte laboratorní výsledky (všeobecná sestra, lékař).
- Diskutujte o významu časného zjištění a hlášení změn stavu či neobvyklých tělesných příznaků pro odvrácení komplikací (všeobecná sestra, lékař).
- Aplikujte biologickou léčbu podle rozpisu (všeobecná sestra).
- Zdůrazněte nutnost adekvátního příjmu potravin a tekutin (všeobecná sestra).
- Edukujte o prevenci antibiotik (Ciprinol 500 mg, per os, 8 – 20 hod) při podezření na absces (všeobecná sestra, lékař).

Realizace:

15.11.2009 15:30 - Charakterizovali jsme předchozí epizody, dle lékařských zpráv z vyšetření jsme zjistili lokalizaci píštěle. Zkoumali jsme psychický dopad na rodinný život a na pacientku. Edukovali jsme pacientku o vhodnosti stravy, použití antibiotik (všeobecná sestra).

28.11.2009 9:50 - Pacientka dodržuje léčebný režim. Nepocit'uje změnu ve zdravotním stavu. Nyní nemá silné průjmy, stolice tudíž neprotéká pochvou (všeobecná sestra).

14.12.2009 16:45 - Ptali jsme se na změny, které proběhly od minulého sezení. Získali jsme laboratorní testy, na kterých pacientka byla dne 8.12.2009 (všeobecná sestra).

23.12.2009 13:00 - Pacientka dodržuje léčebný režim. Neudává žádné změny od minulého sezení. Doufá, že jí biologická léčba pomůže (všeobecná sestra).

3.1.2010 16:00 - Pacientka dodržuje léčebný režim. Neudává žádné změny od minulého sezení (všeobecná sestra).

31.1.2010 10:00 - Pacientka dodržuje léčebný režim. Neudává žádné změny od minulého sezení. Stolice nevytéká pochvou (všeobecná sestra).

Hodnocení:

25.11.2009 16:10 - Pacientka chápe příčinu porušení tkáňové integrity. Stolice nevytéká vaginou.

28.11.2009 11:00 - Pacientka si osvojí si změnu životního stylu

14.12.2009 17:30 - Laboratorní výsledky jsou v mezích normy. Pacientka dodržuje léčebný režim. Zatím nepocit'uje změnu ve zdravotním stavu.

23.12.2009 13:45 - Pacientka dodržuje léčebný režim. Pacientka nepocit'uje změnu ve zdravotním stavu.

3.1.2010 16:45 - Pacientka dodržuje léčebný režim. Pacientka nepocit'uje změnu ve zdravotním stavu.

31.1.2010 11:00 - Pacientka dodržuje léčebný režim. Pacientka nepocit'uje změnu ve zdravotním stavu. Stolice nevytéká vaginou. Gastroenterologická prohlídka je naplánovaná na 11.2.2010, teprve tam se ukáže, zda biologická léčba pomohla a píštěl se zmenšila.

Rozebrání ošetrovatelské diagnózy: Lenka Vondráková

(DOENGES, MOORHOUSE, 2001; MAREČKOVÁ, 2006)

3 Doporučení pro praxi

Pacientka je sledovaná v Klinickém a výzkumném centru pro střevní záněty ISCARE I.V.F. a.s. Lighthouse, kam dochází ambulantně na vyšetření a na infúzi Infiximabu. Doporučení jsou vždy platná při návštěvě tohoto centra.

Doporučení pro lékaře:

- Podávejte informace pacientce v soukromí.
- Podávané informace říkejte srozumitelně a jasně, nehovořte v odborných výrazech.
- Dejte prostor pro otázky kladené pacientkou.
- Upozorněte pacientku na vedlejší a nežádoucí účinky biologické léčby.

Doporučení pro všeobecnou sestru:

- Věnujte se pacientce po celou dobu její přítomnosti.
- Popovídejte si s pacientkou o jejich problémech.
- Při podávání biologické léčby dbejte zvýšené opatrnosti, kontrolujte fyziologické funkce před a po podání biologické léčby.
- V průběhu infuze kontrolujte žilní linku.
- Biologickou léčbu podávejte minimálně 3 hodiny.
- Zjistěte edukovanost ve stravování, hygieně a používání antibiotické léčby při podezření na tvořící se absces.
- Při vyšetřování dbejte na intimitu nemocné.
- Ukažte nemocné sociální zařízení.
- Zjistěte potřebné informace do ošetrovatelského procesu.
- Stanovte si u pacientky aktuální a potencionální diagnózy.

Doporučení pro nelékařský zdravotnický personál:

- Starejte se o pohodlí pacientky po celou dobu její přítomnosti.
- Zajistěte pacientce dostatek tekutin po celou dobu její přítomnosti.
- Popovídejte si s pacientkou o jejich problémech.

ZÁVĚR

Bakalářská práce demonstruje problematiku Crohnovy choroby nikoliv v lůžkovém nemocničním zařízení, nýbrž v ambulantní péči. V této práci představuji pacientku, která podstupuje různé studie a biologickou léčbu, aby si zlepšila kvalitu života při tak mladém věku a udržela ji co nejlepší.

Cílem práce bylo představit Crohnovu chorobu v ošetrovatelském procesu, který je individuálně zaměřen jen na jednoho pacienta. Doufám, že tento studijní materiál bude přínosný jak pro laiky, tak i odborníky. Dále bych chtěla upozornit, že empirická část je především určena pro odborníky.

Snažila jsem se zde upozornit na obsáhlou problematiku a zákeřnost, které toto onemocnění dobře umí. Velmi smutné je, že Crohnova choroba postihuje daleko častěji děti a mladé lidi, kteří mají celý život před sebou, a díky tomuto onemocnění jsou velmi limitováni jak ve svém osobní, tak i pracovním životě.

Téma Crohnovy nemoci mě velmi bavilo, dozvěděla jsem se mnoho zajímavých informací, které jsem se snažila napsat do bakalářské práce.

Doufám, že Vás tato práce zaujala a o něco málo Vás i obohatila.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČERVENKOVÁ, R. 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7.
2. DÍTĚ, P. 1994. *Endoskopické funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. ISBN 80-7013-183-7.
3. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšířené vyd. Praha : Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. JIRÁSEK, V.; BRODANOVÁ, M.; MOREČEK, Z. et. al. 2002. *Gastroenterologie, hematologie*. Praha : Galen, 2002. ISBN 80-7262-139-4.
5. KONEČNÝ, M.; EHRMANN, J. 2003. Nespecifické střevní záněty. *Postgraduální medicína*, 2003, roč. 5, č. 3, s. 245-252. ISSN 1212-4184.
6. KOTALOVÁ, R.; NEVORAL, J. 2003. Idiopatické střevní záněty. *Postgraduální medicína*, 2003, roč. 5, č. 6, s. 678-685. ISSN 1212-4184.
7. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995a. *Ošetrovatel'stvo 1*. Osveta : Martin, 2005. ISBN 80-217-0528-0.
8. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995b. *Ošetrovatel'stvo 2*. Osveta : Martin, 2005. ISBN 80-217-0528-0.
9. LUKÁŠ, K. 2003. Gravidita a Crohnova choroba. In KMENT, M. a kol. *Choroby gastrointestinálního traktu v graviditě*. Praha : Triton, 2003, s. 43 – 54. ISBN 80-7254-447-0.
10. LUKÁŠ, K. a kol. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

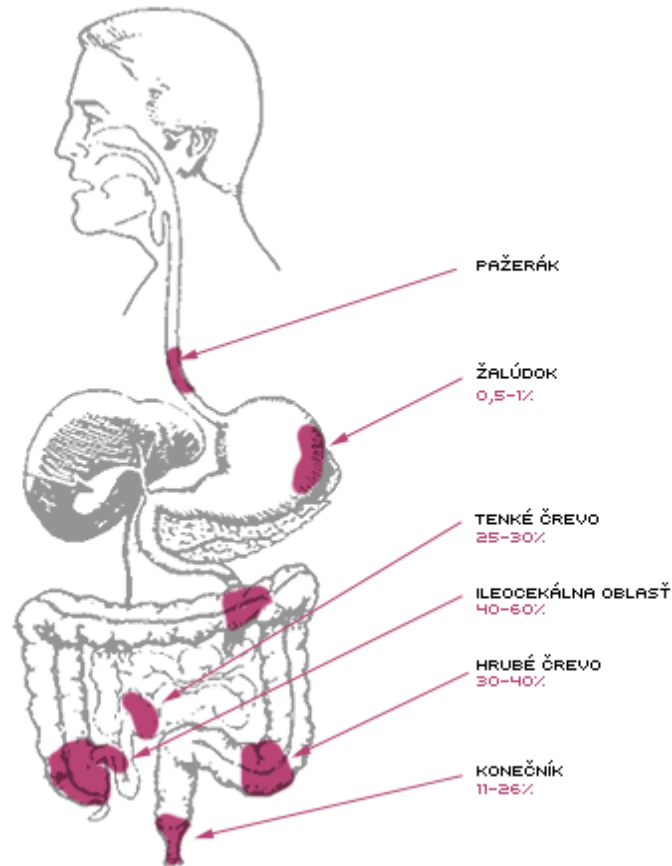
11. LUKÁŠ, K. 1999. *Ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc*. Praha : Triton, 1999. ISBN 80-7254-003-3.
12. LUKÁŠ, K. 2001. *Idiopatické střevní záněty : minimum pro praxi*. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-07254-172-0.
13. LUKÁŠ, K.; ŠATROVÁ, J. 2004. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. Praha : Triton, 2004. ISBN 80-7254-473-X.
14. LUKÁŠ, K.; ZAK, A. a kol. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
15. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
16. *MEDICAL TRIBUNE PHARMINDEX BREVÍŘ*. 16. vyd. 2007. Praha : Těšínská tiskárna, 2007. ISBN 978-80-903708-7-6.
17. NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
18. MEŠKO, D.; KATUŠČÁK, D.; FINDRA, J. a kol. 2005. *Akademická příručka*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-200-6.
19. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
20. STAŇKOVÁ, M 2001. *České ošetrovatelství 6 : hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno : IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
21. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství 1*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

22. TRACHTOVÁ, E. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285.
23. TŘEŠKA, V. a kol. 2003. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0239-8.
24. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. 2005. *Velký lékařský slovník*. 5.vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - rozsah postižení při Crohnově chorobě	I
Příloha B - Crohnova choroba tlustého střeva	II
Příloha C - Dotazník pro nemocné s biologickou léčbou Crohnovy choroby v IBD centru ISCARE	III
Příloha D - Dotazník sledování bolesti (podle IPVZ Praha)	VII
Příloha E - Kontrola bolesti (podle Hospicu Sv. Anežky České)	IX
Příloha F - Základní nutriční screening	XI
Příloha G - Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu podle Gajda)	XII
Příloha H - Stupnice hodnocení psychického zdraví (Sabate, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)	XIII
Příloha CH - Glasgow Coma Scale	XIV
Příloha I - Barthelův test základních denních činností	XV
Příloha J - Test instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activity Daily Living)	XVI
Příloha K - Posouzení rizika pádu	XVII
Příloha L - Posouzení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové	XVIII

Příloha A - rozsah postižení při Crohnově chorobě



Idiopatické črevné zápaly : Crohnova choroba. 2006. Dostupné na WWW:

<http://images.google.cz/imgres?imgurl=http://www.crohnovachoroba.sk/App_Publisher/UserFiles/Articles/cn.gif&imgrefurl=http://www.crohnovachoroba.sk/idiopaticke-crevnezapaly/crohnovachoroba.html&usg=__cFDKfrr0eDA_ahY9zaeRfCE1GI=&h=454&w=365&sz=24&hl=cs&start=10&itbs=1&tbnid=A10wUMcBpSRRKM:&tbnh=128&tbnw=103&prev=/images%3Fq%3Dcrohnova%2Bchoroba%26hl%3Dcs%26sa%3DG%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1>.

Příloha B - Crohnova choroba tlustého střeva



Crohnova choroba & Ulcerózní kolitida, 2010. c2006-2010. Dostupné na WWW:
<http://images.google.cz/imgres?imgurl=http://www.crohn.ic.cz/bin/crohn_tlustestrepo.jpg&imgrefurl=http://www.crohn.ic.cz/%3Fsite%3Dcojeto&usq=__YFrDPaKjMbrEkVB1CYTA_3pGtOc=&h=225&w=300&sz=19&hl=cs&start=3&itbs=1&tbnid=vuBCq-qz4pn1YM:&tbnh=87&tbnw=116&prev=/images%3Fq%3Dcrohnova%2Bchoroba%26hl%3Dcs%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1>.

Důvodem k této léčbě je:

- Aktivita zánětu ve střevě
- Přítomnost vnitřní píštěle
- Přítomnost píštěle u konečníku

V současné době užívám na léčbu Crohnovy choroby tyto léky:

Prednison nebo Medrol: Ano Ne

Budenofalk nebo Entocort: Ano Ne

Imuran nebo Purinethol: Ano Ne

Methotrexat: Ano Ne

Jiný lék, který?

Vstupní CRP (doplň sestra nebo lékař):

Jak se cítíte před zahájením léčby:

- 0 – velmi dobře
- 1 – lehce pod normu
- 2 – špatně
- 3 – velmi špatně
- 4 – hrozně

Jaké máte bolesti břicha:

- 0 – žádné
- 1 – mírné
- 2 – střední
- 3 – silné

Počet řídkých nebo kašovitých stolic během 24 hodin:

Rezistence v břiše (doplň lékař):

- 0 – žádná
- 1 – nejistá
- 2 – nepochybná
- 3 – nepochybná, bolestivá

Jaké jiné obtíže z dále uvedených se v poslední době objevily:

- Bolesti kloubů
- Uveitida
- Erytema nodosum
- Pyoderma gangrenosum
- Afty v ústech

- Anální fisura, píštěl nebo absces

Vstupní HBI (doplň lékař):

Výstupní HBI - W 10 (doplň lékař):

Hodnocení efektu léčby – doplň lékař:

Biologická odpověď	Ano	Ne
Biologická remise	Ano	Ne
Klinická odpověď	Ano	Ne
Klinická remise	Ano	Ne
Perianální píštěl – odpověď	Ano	Ne
Perianální píštěl – remise	Ano	Ne

Biologická léčba

Jméno pacienta:

Datum narození:

Léčba číslo:

Onemocnění:

a) CD

b) UC

c) IC

Zahájení terapie:

Léčba:

a) Infliximab

b) Adalimumab

Datum první aplikace:

Dávka:

Indikace:

- Luminální onemocnění (refrakterní/ netolerující léčbu)
- Kortikosteroidní dependence
- Perianální postižení
- Extraintestinální manifestace:

Konkomitantní terapie v době zahájení léčby:

- AZA/6-MP
- MTX
- Kortikosteroidy (Medrol/ Prednison// Entocort/ Budenofalk)
- Mesalazine
- Jiné:

Mayo score (endoskopie) u UC:

a) 0

b) 1

c) 2

d) 3

Odpověď v 10. týdnu od zahájení léčby:

Luminální onemocnění: a) remise b) zlepšení c) beze změny/ zhoršení

Endoskopická odpověď (UC): Mayo score: a) 0 b) 1 c) 2 d) 3

Perianální onemocnění: a) remise b) zlepšení c) beze změny/ zhoršení

Extraintestinální manifestace: a) remise b) zlepšení c) beze změny/ zhoršení

Odpověď v 1. roce od zahájení léčby:

Luminální onemocnění:

- a) Kompletní/ parciální remise na léčbě infliximabem/ adalimumabem
- b) Kompletní/ parciální remise po ukončení léčby
- c) Primární neodpovídavost
- d) Sekundární strata odpovídavosti

Příloha D - Dotazník sledování bolesti (podle IPVZ Praha)

Jméno pacienta H. V., narozena 28.1.1965, datum hodnocení: 10.12.2009

A. Co a kde vás bolí? **Bolí mě břicho na levé straně a krční páteř.**

B. Jak vás to bolí? (pokuste se vyjádřit slovy, zda to pálí, píchá, tlačí apod.)

V břichu cítím tupou bolest, v krční páteři mi bolest vystřeluje.

C. Kdy vás to nejvíce bolí? **Přes den.**

Při kterém pohybu? **Krční páteř při prudkém pohybu, břicho různě.**

Ve které poloze? **Břicho mě bolí při dlouhém sezení. Krční páteř, jak jsem říkala, při prudkém pohybu, když jsem v klidu, tak mě nebolí.**

Při které činnosti? **Jak jsem říkala, při dlouhém sezení a nošení nákupu.**

D. Jak dlouho vás to již bolí? **Již několik let.**

Od kdy asi? **Od roku 1989 břicho a krční páteř několik let, asi 6 let.**

E. Teploměr bolesti: udělejte křížek na následující přímce v místě, kde se nachází vaše bolest?

/.....x...../

vůbec to nebolí

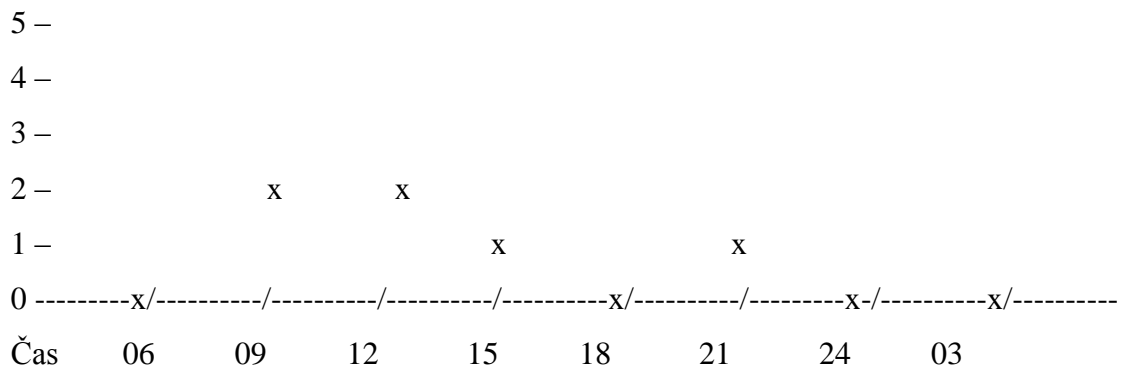
bolest je nesnesitelná

F. Intenzita bolesti: udělejte kolečko u čísla intenzity, které nejmýstižněji vyjadřuje, jak moc vás to bolí:

- 0-žádná bolest
- 1-nepatrná bolest
- **2-mírná bolest**
- 3-střední bolest
- 4-silná bolest
- 5-zcela nesnesitelná bolest

G. Průběh bolesti během včerejšího dne: pomoci výše uvedeného označení intenzity bolesti. Ze dne 14.12.2009.

0 až 5 vyznačte, jak moc vás to bolelo v průběhu včerejšího dne:



(STAŇKOVÁ, 2001, s. 16)

Příloha E - Kontrola bolesti (podle Hospicu Sv. Anežky České)

Jméno a příjmení: H. V.

Datum hodnocení: 14.12.2009

Týden	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek	Sobota	Neděle
Od 14. 12. 2009 do 20. 12. 2009	14. 12.	15. 12.	16. 12.	17. 12.	18. 12.	19. 12.	20. 12.
Bolest ruší i spánek			X krk				
Brání v odpočinku				X krk			
Jen při pohybu		X			X	X	
Prakticky neomezuje	X						X
24 hod. monitorování							

Pacientka si 16.12.2009 zablokovala krční páteř.

Charakteristika bolesti:

1	tupá - břicho	6	tahavá
2	bodavá	7	neuralgická
3	křečovitá	8	neurčitá
4	vystřelující – krční páteř	9	
5	svíravá	10	

Lokalizace bolesti:

Krční páteř a břicho na levé straně

Monitorování během 24 hodin:

Od 12. hod. dne 14.12.2009 do 12. hod dne 15.12.2009.

Bolest		12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5	Nesnesitelná													
4	Krutá													
3	Silná													x
3	Nepříjemná											x	x	
2	Mírná	x			x	x					x			
1	Žádná		x	x			x	x	x	x				

Léčba bolesti:

Pacientka si vzala Ibalgin 400 mg, 2 tbl. Ve 12:00 15.12.2009, indikační skupina je antiflogistikum.

Změna léčby bolesti na základě výsledku monitorování:

Ne

(STAŇKOVÁ, 2001, s. 17)

Příloha F - Základní nutriční screening

Hmotnost: 72 kg, výška: 165 cm, BMI: 26

A) Věk	Do 65 let	0
	Nad 65 let	1
	Nad 70 let	3
B) BMI	20 - 35	0
	18 – 20, nad 35	1
	Pod 18	2
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná)	Žádná	0
	Do 3 kg/ 3 měsíce	1
	3 kg – 6 kg/ 3 měsíce nebo volné šatstvo	2
D) Jídlo za poslední 3 týdny	Beze změn v množství	0
	Poloviční porce	1
	Jí občas nebo nejí	2
E) Projevy nemoci	Žádné	0
	Bolesti břicha, nechutenství	1
	Zvracení, průjem nad 6/ den	2
F) Faktor stresu	Žádný	0
	Střední	1
	vysoký	2
<p>Střední faktor stresu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon. <p>Vysoký faktor stresu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do gastrointestinálního traktu, hospitalizace na JIP či ARO. 		
Index: (A + B + C + D + E + F)		2
0 - 3	Bez nutnosti zvláštní intervence	
4 - 7	Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta	
8 - 13	Malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná léčba	

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, standardizovaný záznam.

Příloha G - Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu podle Gajda)

Zjistěte u klienta otázkami a úkoly:

		Odpověď	
		Správná	Špatná
01.	Věk	1	0
02.	Kolik je asi hodin?	1	0
03.	Adresu?	1	0
04.	Současný rok?	1	0
05.	Kde je hospitalizovaný?	1	0
06.	Poznání alespoň dvou osob.	1	0
07.	Datum narození?	1	0
08.	Jméno současného presidenta?(rok ukončení II. světové války,...)	1	0
09.	Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1	0
		9 bodů	

Hodnocení:

Za každou správnou odpověď má klient 1 bod. Nedosáhne-li ani 7 bodů jedná se o zmatenost.

(STAŇKOVÁ, 2001, s. 27)

Příloha H - Stupnice hodnocení psychického zdraví (Sabate, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)

Položky:	Skórovaná odpověď:
1. Cítíte se většinu času dobře?	Ne
2. Máte často obavy o své zdraví?	Ano
3. Trpíte často bolestmi hlavy?	Ano
4. Měl/ a jste v poslední době závratě?	Ano
5. Často se Vám třesou ruce při práci?	Ano
6. Míváte záškuby ve svalech?	Ano
7. V poslední době jste měl/ a bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	Ne
8. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částí těla?	Ano
9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	Ne
10. Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	Ano
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	Ne
12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	Ne
13. Často Vás něco trápí?	Ano
14. Jste často plný elánu (energie)?	Ne
15. Cítíte se často neúčinný?	Ano

Pacient zatrhne jen ty odpovědi, které se ho týkají. Skóre 6 a více (souhlasí s odpovědi v testu) svědčí pro poruchu psychického zdraví.

(STAŇKOVÁ, 2001, s. 27)

Příloha CH - Glasgow Coma Scale

GCS se zaměřuje na hodnocení tří parametrů:

1. reakce otevření očí
2. slovní reakce
3. pohybové schopnosti

Kritérium	Reakce	Body
Otevření očí	Spontánní	4
	Na výzvu	3
	Na bolestivé podněty	2
	Žádné	1
Slovní reakce	Orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená, nekoordinovaná slova	3
	Neartikulované zvuky	2
	Žádná zvuková reakce	1
Pohybová reakce	Vyhoví koordinovaně výzvě	6
	Lokalizuje bolest, odtáhne se od podnětu	5
	Účelné obranné pohyby při bolestivém podnětu	4
	Flexní reakce na bolest	3
	Extenční reakce na bolest	2
	Žádné reakce na bolest	1

Celkový počet bodu je 15.

GSC Kóma

3 - 8 závažná porucha vědomí

9-12 střední porucha vědomí

13 - 15 lehká porucha vědomí

(STAŇKOVÁ, 2001, s. 31)

Příloha I - Barthelův test základních denních činností

Příjem potravy a tekutin:	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání:	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání:	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena:	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moče:	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvala inkontinentní	0
Kontinence stolice:	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvala inkontinentní	0
Použití WC:	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun na kůžko – židli:	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině:	Samostatně nad 50m	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech:	Samostatná bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
0 – 45 vysoce závislý 46 – 60 závislost středního stupně 61 – 95 lehká závislost 96 a více nezávislý Celkové hodnocení: 100 bodů, pacientka je zcela nezávislá.		

(STAŇKOVÁ, 2001, s. 35)

Příloha J - Test instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activity Daily Living)

Telefonování	Vyhledá samostatně číslo	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, jeli doprovázen	5
	Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0
Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo ohřeje	5
	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Provede pouze lehčí práce	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
Užívání léků	Samostatně v určitou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá, jsouli připraveny a připomenuty	5
	Léky musí být podány druhou osobou	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0 - 40 bodů - závislý

41- 75 bodů - částečně závislý

76 - 80 bodů - nezávislý

Pacientka získala 80 bodů, je zcela nezávislá.

(STAŇKOVÁ, 2001, s. 37)

Příloha K - Posouzení rizika pádu

Posouzení rizika pádu:

Aktivita	Skóre	Aktivita	Skóre
Neomezený pohyb	0	Žádné smyslové poruchy	0
Při pohybu používá pomůcky	1	Smyslový deficit, vizuální/ sluchový	1
Potřebuje pomoc při pohybu	1	Mentální status - orientován	0
Neschopen přesunu	1	Občasná/ noční dezorientace	1
Nevyžaduje pomoc při vyprazdňování	0	Dezorientace/ demence	1
V anamnéze nikturie/ inkontinence	1	Věk 18 -75 let	0
Vyžaduje pomoc při vyprazdňování	1	Věk 75 a výše	1
Neužívá rizikové léky	0	Pád v anamnéze	1
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky, benzodiazepiny.			1
Při skóre vyšším jak 3 jsou preventivní opatření vzniku pádu nutná!			

Pacientka získala 0 bodů.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, standardizovaný záznam.

Příloha L - Posouzení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
Plný 4	>10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	V pořádku 4	Chodí bez pomoci 4	Plná 4	Žádná 4
Malá 3	>30 3	Šupinatá, suchá 3	Lehká forma 3	Obstojný 3	Apatický bez účasti 3	Chodí s pomocí 3	Lehce omezená 3	Někdy 3
Částečná 2	> 60 2	Vlhká 2	Středně těžká forma 2	Špatný 2	Pomatený 2	Potřebuje invalidní vozík 2	Velmi omezená 2	Většinou moč 2
Žádná 1	< 60 2	Rány/ alergie 1	Těžká forma 1	Velmi špatný 1	V bezvědomí 1	Ležící na lůžku 1	Plně omezená 1	Moč i stolice 1

Čím méně bodů, tím vyšší riziko vzniku dekubitů.

18 – 25 – nízké riziko vzniku dekubitů

12 – 14 – vyšší riziko vzniku dekubitů

25 a více minimální riziko vzniku dekubitů

14-18 – střední riziko vzniku dekubitů

12 a méně vysoké riziko vzniku dekubitů

Celkový počet bodů u pacientky je 30.

(STANĀKOVÁ, 2001)

