Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU

Bakalářská práce

ZUZANA KUBITOVÁ

Praha 2011

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU

Bakalářská práce

ZUZANA KUBITOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne podpis

ABSTRAKT

KUBITOVÁ, Zuzana. *Komplexní ošetřovatelský péče o pacienta s ulcerózní kolitidou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetřovatelská péče o pacienta s ulcerózní kolitidou. Teoretická část je zaměřena na klinickou charakteristiku onemocnění, na specifika ošetřovatelské péče v holistické filozofii, terapii a prognózu. Popisují se v ní nejnovější metody léčby s upozorněním na vedlejší negativní účinky, není ani opomenuta kvalita života pacientů. Empirická část je hlavní částí bakalářské práce. Je orientována na komplexní ošetřovatalskou péči o pacienta s diagnózou ulcerózní kolitida, zpracovaná metodou ošetřovatelského procesu za využití obecného ošetřovatelského modelu. Posuzování, sběr informací o pacientce je popsán v první kapitole, dále následuje situační analýza a sestavení ošetřovatelských diagnóz dle priority pacientky. Podrobně je zde rozpracováno plánování, stanovení ošetřovatelských intervencí, díky kterým se jejich realizací podařilo z velké části dosáhnout vytčeného cíle. Efektivita péče z pohledu pacientky a zdravotnického týmu – lékařů, všeobecných sester a rodinných příslušníků je popsána v celkovém hodnocení pacientky. V závěru celé bakalářské práce je shrnuta problematika tohoto onemocnění, léčby a specifik ošetřovatelské péče o pacienta s tímto onemocněním.

Klíčová slova: Komplexní. Ošetřovatelská péče. Ošetřovatelský proces. Terapie. Ulcerózní kolitida.

ABSTRACT

KUBITOVA, Zuzana. *Comprehensive Nursing Care of patient with ulcerative colitis.* Collage of Nursing, o.p.s. Bachelor degree. Tutor: PhDr. Jana Hlinovska.

The topic of the thesis is a comprehensive treatment process for patients with ulcerative colitis. The theory concentrates on clinical characteristics of the illness, on specific nursing care in holistic philosophy, therapy and prognosis. This part describes new methods of treatments with warnings on side effects and the quality of patients' lives. The empirical part is the main part of the thesis. It concentrates on complex nursing care with ulcerative colitis diagnoses and elaborating on nursing care process while using the basic nursing module. The review of collected information about patients is described in the first chapter, with continuing positional analysis and composition of care diagnoses with the priority of the patients in mind. Planning and established care interventions are described here in detail which for the most part fulfilled the given targets. Effective care from the patient, doctor, nurse and family perspectives are described in the overall evaluation of the patient. The end of the thesis summarizes the problems of this illness and specific nursing care for the patients with this illness.

Key words: Comprehensive. Nursing care. Nursing process. Therapy. Ulcerative Colitis.

PŘEDMLUVA

Idiopatické střevní záněty, ulcerózní kollitida a Crohnova nemoc jsou vedle malignit trávicího ústrojí druhým nejdiskutovanějším tématem současné gastroenterologie. Z hlediska nevyléčitelnosti této nemoci, je problematika tohoto onemocnění závažným medicínským a ošetřovatelským problémem. Stále stoupající výskyt ISZ je celospolečenským problémem. Lukáš uvádí ,,Ve vyspělých zemích západní Evropy a v USA se incidence Crohnovy nemoci pohybuje od 4 do 6 a ulcerózní kolitidy mezi 6 až 12 případy na 100 000 obyvatel“ (LUKÁŠ, 2009, s. 164-167).

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané tématice na význam ošetřovatelské péče. Považujeme za důležité poukázat na skutečnost, že tématu idiopatických střevních zánětů je věnována řada vědeckých publikací z řad lékařů – gastroenterologů a chirurgů, bohužel právě naopak, pouze sporadicky je tomu v oboru ošetřovatelství.

Výběr tématu byl ovlivněn mým působením na gastroenterologickém oddělení, a potřebou podat ucelený pohled na pacienta s onemocněním ulcerózní kolitida. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Práce je určena všeobecným sestrám pracujícím jak na interním a chirurgickém oddělení, tak v gastroenterologické ambulanci, sestrám, které se věnují péči o pacienty s problematikou ulcerózní kolitidy. Práce je také určena samotným pacientům, jejím rodinným příslušníkům a všem kdo se o toto onemocnění zajímají.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a odborné konzultace, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Také chci poděkovat své rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD.....13

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění..... 15

1.1 Definice.....15

1.2 Historie ulcerózní kolitidy.....15

1.3 Etiologie a výskyt IBD.....16

1.3.1 Genetika.....17

1.3.2 Infekce.....17

1.3.3 Vliv vnějšího prostředí.....17

1.4 Patogeneze.....18

1.5 Klinický obraz a průběh UC.....18

1.5.1 Průběh a vývoj choroby.....18

1.5.2 Tvar neboli forma choroby.....19

1.5.3 Aktivita a tíže choroby.....19

1.6 Komplikace a mimostřední příznaky.....19

1.6.1 Toxické megakolon.....20

1.6.2 Stenózy a obstrukce.....20

1.6.3 Kolorektální karcinom.....20

1.6.4 Mimostřevní příznaky choroby.....20

1.7 Diagnostika.....21

1.7.1 Zobrazovací metody……21

1.7.2 Diferenciální diagnostika……22

2 Terapie.....23

2.1 Chirurgická léčba.....23

2.2 Konzervativni farmakoterapie.....24

2.3 Specifika ošetřovatelské péče o pacienta.....28

2.4 Dietoterapie.....29

2.5 Pohybový režim.....29

2.6 Kvalita života pacienta s chronickým onemocněním.....30

2.7 Prognóza.....30

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Komplexní ošetřovatelská péče o pacienta s ulcerózní kolitidou aplikovaná metodou ošetřovatelského procesu.....31

3.1 Posouzení zdravotního stavu pacienta.....31

3.2 Ošetřovatelské diagnózy.....49

3.3 Plánování, realizace, vyhodnocení.....50

3.4 Celkové zhodnocení pacienta.....65

ZÁVĚR.....66

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....68

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP……alkalická fosfatáza

AMS……...amylása

ANA……Sdružení amerických sester

APTT……...aktivovaný parciální tromboplastinový čas

ATB……..antibiotika

BMI……...body mass index

CN……Crohnova nemoc

CRC…….....kolorektální karcinom

DK…….dolní končetina

F……frekvence

FR…….fyziologický roztok

GMT…….gamaglutamiltranspeptidáza

IBD……inflammatory bowel diseases

INR…….international normalised ratio

ISZ…….idiopatické střevní záněty

mmol/l……...mikromolů na litr

P……porod

P……pulz

RHB……..rehabilitace

RR……Ringerův roztok

RTG……...rentgen

SpO2…….saturace

TK……...tlak krevní

TSH……thyreotropní hormon adenohypofýzy

TT……...tělesná teplota

UC……..ulcerózní kolitida

UPT……....umělé přerušení těhotenství

USG……ultrasonografie

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Cytokiny……látky bílkovinné povahy, peptidy, glykopaptidy

Difuzní……...kontaktní

Dilatace……..rozšíření

Endoskopie……...metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých orgánů

Endosonografie……vyšetření trávicího traktu ultrazvukovou sondou zavedenou do vyšetřované oblasti

Extraintestinální……mimostřední

Exudát……výpotek, hlen, hnis

Fulminantní……velmi prudce, superakutně probíhající

Hemorhagie……krvácení

Idiopatické……..nespecifické

Ileum……dolní část tenkého střeva

Inflammatory bowel diseases……...nespecifické střevní záněty

Intermitující……střídavý

International normalised ratio……..mezinárodní normalizovaný poměr

Ireverzibilní……nevratné

Perirektální……mezi střevy

Rekurence……..nemoc se projeví znovu, v doposud nepostižené části střeva

Relaps…….období zhoršování

Remise……...období klidové, bez příznaků

Stenóza…….zúžení

Stomie…….vyústění, vývod

Submukóza…….podslizniční vrstva

Tenesmy……..křečovité nucení na stolici

Trombocytóza…….zvýšené množství krevních destiček

Ulcerace……..tvoření vředů

ÚVOD

Idiopatické střevní záněty, Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida jsou chronická zánětlivá onemocnění střev, která se vyskytují u mladých lidí, nejčastěji ve třetím a čtvrtém decéniu. Jedná se o civilizační onemocnění, jejichž incidence se v posledních dvaceti letech zněkolikanásobila, zvláště ve vyspělých zemích Evropy a v USA.

Ulcerózní kolitida byla jako samostatná jednotka poprvé popsána Wilksem již roce1859. Jedná se o chronické onemocnění, jehož příčiny nejsou doposud plně objasněny. Ulcerózní kolitida není žádnou medikamentózní terapií definitivně vyléčitelná, ale u většiny pacientů podávaná terapie umožňuje potlačit symptomy, zabránit vzniku komplikací a zajistit dobrou kvalitu života. Proto musí být medikamentózní léčba dlouhodobá a často kombinovaná. Vedle medikamentózní léčby je nedílnou součástí komplexní péče o nemocné také léčba nutriční, popřípadě i chirurgická.

Chronický průběh a nevyléčitelnost činí z tohoto onemocnění závažný společenský, ekonomický a etický problém. Člověk trpící ulcerózní kolitidou je často omezen ve svém pracovním, společenském a rodinném životě, zvláště v období zhoršování (relapsu) onemocnění, nezřídka nemoc vede k pracovní neschopnosti se souvisejícím ekonomickým dopadem až ke ztrátě zaměstnání, někdy dokonce i k rozpadu manželství a k následným pocitům společenské izolace.

Cílem práce je komplexně zmapovat medicínskou a ošetřovatelskou problematiku tohoto onemocnění. Cílem praktické části práce je navrhnout individuální plán ošetřovatelské péče s ohledem na holistickou péči za využití metody obecného ošetřovatelského procesu.

K vzhledem k této skutečnosti je cíl této práce zaměřen na komplexní pohled na problematiku ošetřovatelské péče u pacientů s diagnózou ulcerózní kolitida. Komplexnost péče o pacienta je zaměřena jak na nutnost spolupráce veškerého ošetřujícího personálu, lékařů a samotného pacienta a jeho rodiny, tak hlavně na pohlížení na pacienta nás všeobecných sester, jako na bytost holistickou s potřebou uspokojení jeho biopsychosociálních potřeb. Moderní ošetřovatelství nezahrnuje pouze odbornou péči, ale preferuje komplexní ošetřovatelskou péči ve zdraví i během nemoci. Vzhledem k chronicitě a nevyléčitelnosti tohoto onemocnění je ošetřovatelská péče zaměřena na uspokojování fyzických, ale hlavně psychických a sociálních potřeb pacienta. Uspokojování potřeb člověka se realizuje v moderním ošetřovatelství metodou ošetřovatelského procesu, který nám slouží k co nejbližšímu návratu k plnohodnotnému a uspokojivému životu pacienta a jeho blízkých což je nám všem, hlavně všeobecným sestrám, které jsou s pacientem nejvíce ve styku, největším cílem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění

Na ISZ je nutno pomýšlet u všech nemocných s průjmem nebo krvavým průjmem, zácpou, subileózními stavy, tenesmy, bolestmi v břiše, teplotou a úbytkem hmotnosti. Onemocnění se může projevovat atypicky při nepřítomnosti břišních příznaků, např. jen teplotou nebo extraintestinálními manifestacemi. Během onemocnění se střídají fáze relapsu (období zhoršování), remise (období klidové, bez příznaků) a rekurence (nemoc se projeví znovu, a to v dosud nepostižené části střeva) (LUKÁŠ, 2001).

1.1 Definice

Crohnova choroba (CN) je granulomatózní a transmurální zánět postihující segmentárně nebo plurisegmentárně kteroukoliv část trávicí trubice.

Ulcerózní kolitida (UC), v českém písemnictví označována také jako idiopatická proktokolitida, je hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva, postihující vždy rektum a šířící se kontinuálně na různě rozsáhlou část tlustého střeva nebo na celé tlusté střevo (LUKÁŠ, 2004)

1.2 Historie ulcerózní kolitidy

První popis kolitidy pochází z r. 1859 od Wilkse. UC byla popsána v r. 1875 Wilksem a Moxonem a byla charakterizována klinicky rekurtujícími epizodami krvavého průjmu a patologicky difuzními zánětlivými změnami

postihujícími sliznici a submukózu, kontinuálně od rekta do levého kolon (LUKÁŠ, 2001). V roce 1909 se v Londýně konalo první velké sympozium o UC, kde bylo referováno celkem o 317 nemocných sebraných v letech 1888 až 1907 ze sedmi londýnských nemocnic. V roce 1913 dostala UC samostatné místo na mezinárodním lékařském kongresu v Paříži. V první polovině minulého století dominovala ve výzkumné i klinické činnosti specialistů zabývajících se záněty střev UC.

Historie CN je mnohem mladší a datuje se až rokem 1932 (LUKÁŠ, 2004).

1.3 Etiologie a výskyt ISZ

U obou onemocnění nebyly v průběhu dvacátého století etiologie ani patogeneze uspokojivě vysvětleny. S rozvojem medicíny a přírodních věd se měnil pohled i na etiologické faktory těchto nemocí. V současnosti jsou na prvním místě nejvíce diskutovány genetické vlivy, faktory vnějšího prostředí a infekce (LUKÁŠ, 2004). Geograficky se tyto střevní záněty vyskytují častěji na severu (např. Skandinávie, Velká Británie) než na jihu, spíše u obyvatelstva městského ne venkovského. Vrchol prvních projevů onemocnění je nejčastější v období dospívání a v mladém dospělém věku, druhý vrchol výskytu je mezi 50 a 80 lety. Ulcerózní kolitidou onemocní v severní Evropě, Velké Británii a USA o 30 % více žen než mužů, v ostatních oblastech se výskyt u obou pohlaví neliší. V České republice je výskyt ulcerózní kolitidy 40-50 na 100 000 obyvatel a Crohnovy nemoci 18-22 na 100 000 obyvatel (LUKÁŠ; ŠATROVÁ, 2004). Lukáš uvádí dle nejnovějších výzkumů: „Jedná se o civilizační nemoci, jejichž incidence se v posledních dvaceti letech zněkolikanásobila. Ve vyspělých zemích západní Evropy a v USA se incidence Crohnovy nemoci pohybuje od 4 do 6 a ulcerózní kolitídy mezi 6 až 12 případy na 100 000 obyvatel. Prevalence obou chorob je odhadována v těchto zemích na 270 – 350 pacientů na 100 000 obyvatel“ (LUKÁŠ, 2009, s. 164-167). Vyskytují se i rasové rozdíly, ISZ jsou častější u obyvatelstva bělošského než černošského. Vyšší incidence je

u židovského obyvatelstva, nemoc mají častěji Aškenázové než Sefardové (LUKÁŠ, 2001).

1.3.1 Genetika

Důležitost genetických vlivů v etiologii Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy vyplývá z četnosti familiárního výskytu obou nemocí, z vysoké konkordance u monozygotních dvojčat a také ze sdružení těchto chorob s některými vzácnými genetickými nemocemi. Další podporou významu genetických faktorů je existence familiárního výskytu některých laboratorních markerů (např. ANCA protilátky).

1.3.2 Infekce

Mikrobiální osídlení střeva je podmínkou pro vznik chronického zánětu. Velkou oporou infekční teorie jsou nálezy výzkumníků, kteří pracují se zvířecími modely těchto zánětů. U některých speciálně vyšlechtěných myší vzniká chronická kolitida spontánně, avšak v bezmikrobním prostředí k jejímu vzniku nedojde. Teprve po osídlení myší fyziologickou střevní flórou dochází u těchto geneticky defektních zvířat ke vzniku zánětu tlustého a tenkého střeva.

1.3.3 Vliv vnějšího prostředí

Je více než pravděpodobné, že toto onemocnění stoupá v souvislosti se změnou životního stylu, životního prostředí a diety. Kouření cigaret je dlouho známým nepříznivým faktorem u (CN) a naopak ochranným faktorem u (UC). Ačkoliv byla problematika diety a stravovacích návyků u nemocných s ISZ opakovaně studována, nebyla zjištěna žádná jednoznačná závislost mezi typem diety a vznikem ISZ (LUKÁŠ, 2004).

1.4 Patogeneze

Současné představy o patogenezi ISZ jsou odvozeny z experimentálních zvířecích modelů těchto onemocnění. Nový přístup ke studiu ISZ přinesl v průběhu posledního desetiletí řadu zásadních objevů a získané poznatky byly relativně velmi rychle převedeny do terapie. Výzkumy v posledních letech ukázaly, že dominantní postavení v patogenezi mají T lymfocyty. Zcela zásadní pro klinickou práci bylo zjištění, že v modelech experimentálních kolitid dochází po podání neutralizačních protilátek proti určitým cytosinům ke zmenšení nebo vyhojení zánětu. Zvláště významné se ukázalo podávání protilátek proti TNFα a IL-12. Z experimentálních modelů vyplývá, že ke vzniku chronického střevního zánětu dochází, jestliže je narušena přirozená rovnováha mezi Th1 a TH2 cytokiny (LUKÁŠ, 2004).

1.5 Klinický obraz a průběh UC

Protože se jedná o chronické onemocnění, jehož obraz kolísá, je didakticky účelné v klinickém obraze rozlišit důležité ukazatele choroby. Průběh a vývoj, tvar neboli formu a aktivitu a tíži choroby.

1.5.1 Průběh a vývoj choroby

V průběhu prvního roku nemoci se pacienti s UC obvykle rozdělují do několika skupin, které se liší průběhem choroby, typ remitující má relaps více než 1 krát ročně, typ intermitující méně než 1 krát ročně. Kolem 3-5 % nemocných má typ fulminantní-perakutní, vesměs směřující k chirurgické intervenci. V průběhu let se rozšiřuje skupina nemocných typu chronicky aktivního, jehož definice není jednotná. Nemocní této skupiny jsou nápadní nepříznivým morfologickým obrazem zánětu tračníku v kontrastu k nevýrazné laboratorní zánětlivé aktivitě. Vývoj onemocnění může být charakterizován v průběhu let tzv. extenzí choroby, tedy rozšířením rozsahu postižení tračníku.

S dalšími relapsy ubývá nemocných s intermitujícím typem a naopak se rozšiřuje skupina chronicky aktivních, kteří už nereagují na konzervativní léčbu.

1.5.2 Tvar neboli forma choroby

Podle rozsahu postižení rozlišujeme: *proktitidu* (postižení rekta), *proktosigmoitidu* (postižení rekta a sigmatu), *levostranný tvar* (rektum, sigma, descendens), *subtotální tvar* (rektum, sigma, descendent, transversum) a *totální tvar* – pankolitidu. Lokalizace nemoci bývá spojena s různými klinickými příznaky. Při postižení rekta se objevuje tzv. rektální syndrom, při němž je přítomen nutkavý pocit defekace s odchodem malého množství kouskovité stolice nebo jen hlenů, krve a hnisu. U levostranného postižení se vyskytuje tzv. kolitický syndrom, kde je při nutkavých defekacích vždy přítomna stolice, která je kašovitá až vodnatá s příměsí krve a hlenu. Při subtotálním a totálním postižení se mohou přidávat příznaky celkové v podobě subfebrílií a febrílií, váhového úbytku, závažnější anemie a celkové alterace stavu.

1.5.3 Aktivita a tíže choroby

Pro posouzení aktivity a tíže choroby je důležité mít dostatek informací o stavu pacienta ve třech rovinách. Laboratorní parametry, změny v endoskopickém obraze a vlastní potíže pacienta (ZBOŘIL; PROKOPOVÁ, 2005).

1.6 Komplikace a mimostřevní příznaky

Nejčastější komplikací je krvácení. Karcinom tlustého střeva se u nemocných s UC vyskytuje častěji než v ostatní populaci. Nejzávažnější komplikací je toxické rozšíření tračníku (megakolon), při kterém může dojít k perforaci. Extraintestinální manifestace postihují nejčastěji klouby, oči, játra a žlučový systém (LUKÁŠ et al., 2002).

1.6.1 Toxické megakolon

Toxické magakolon je závažná ataka kolitidy, která se projeví při těžkém zánětu tlustého střeva a je provázena úplnou nebo segmentální dilatací tračníku. Vyskytuje se obvykle u nemocných s pankolitidou s vysokým stupněm aktivity nemoci (LUKÁŠ, 2001). Tento stav vyžaduje intenzivní léčbu a sledování pacienta, nedojde-li ke zlepšení do 48 hodin, je nutný chirurgický zákrok (LUKÁŠ; MANDYS; HOŘEJŠ, 2002).

1.6.2 Stenózy a obstrukce

Stenózy a obstrukce u UC jsou velmi vzácné, vyskytují se nejčastěji v rektu, sigmatu nebo v anorektální junkci, zřídka jsou spojeny s akutní poruchou pasáže. Jejich vznik je nutno považovat za ireverzibilní následek těžkého zánětu (ŠROUBKOVÁ; HRUBANT, 2003).

1.6.3 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom je závažnou komplikací idiopatických střevních zánětů. Až u jedné třetiny pacientů je příčinou smrti. Již od šedesátých let je prokázáno, že průběh UC nebo CN je spojen s relativně vysokým výskytem kolorektálního karcinomu (CRC). Cílem nových dispenzárních doporučení je přísnější selekce nemocných se skutečně vysokým rizikem pro vznik CRC (LUKÁŠ, 2006).

1.6.4 Mimostřevní příznaky choroby

Na rozdíl od lokálních střevních komplikací je nemá na svědomí prudkost zánětu, ale výhradně imunitní reakce organismu (ČERVENKOVÁ, 2009). Jsou to příznaky kožní (erythema nodosum, pyoderma gangrenosum), kloubní (artritidy, sakroileitidy, artralgie), oční (iritidy, iridocyklitidy, keratokonjunktivitidy), jaterní (primární sklerozující cholangitida, granulomatózní hepatopatie), plicní (fibrózy, pneumonitidy), ledvinné (intersticiální nefritidy) (ZBOŘIL; PROKOPOVÁ, 2005).

1.7 Diagnostika

Každé vyšetření by mělo začít důkladným rozborem obtíží pacienta a fyzikálním vyšetřením, nemělo by chybět i vyšetření konečníku (vyšetření per rektum) (KOHOUT; PAVLÍČKOVÁ, 2006). Laboratorní vyšetření jsou užívána jako pomocná k určení diagnózy, hodnocení aktivity nemoci a odhalení komplikací a extaintestinálních manifestací (LUKÁŠ, 2001). Obrazem akutních zánětlivých změn je především sedimentace, trombocytóza, C-reaktivní protein, případně další proteiny, tzv. proteiny akutní fáze. Nutriční ukazatele jako je celková bílkovina, albumin, hladiny mikroelementů (Fe, Ca, P, Mg) i mikroelementů (ZN, Se) reprezentují především tíži choroby. Stejně je tomu při zjištění anemie (ZBOŘIL; PROKOPOVÁ, 2005). Nejdůležitějšími laboratorními testy, které je třeba provést u pacienta s podezřením na UC a které usnadňují vyloučení jiných příčin chronického průjmu, jsou vyšetření stolice na přítomnost vajíček a parazitů, kultivace stolice a stanovení toxinu Clostridium difficile (LANGAN, 2008).

1.7.1 Zobrazovací metody

Endoskopické vyšetření, zejména koloskopie hraje prvořadou roli v diagnóze ISZ. Endoskopickými projevy UC je úbytek cévní kresby, difúzní erytém, edém, granulární sliznice, přítomnost žlutavého exudátu, křehkost sliznice a v těžších případech vředy. Důležitým nálezem pro UC je její distribuce, nemoc začíná v rektu a pokračuje souvisle proximálním směrem. Nad postiženým úsekem je sliznice normální. Při rozsáhlých ulceracích může mít zbývající sliznice pseudopolypoidní vzhled, nebo mohou vznikat slizniční můstky. Vždy jsou nezbytné četné biopsie k vyloučení karcinomu nebo adenomatózních polypů. Je-li ileocekální chlopeň inkompetentní, může být terminální ileum změněno erytémem, edémem a křehkostí (viz. Příloha A, B, C, D, E, F). U dlouhotrvající UC může mít střevo vzhled rigidní trubice – tubularizace.

V mikroskopickém obraze převažuje ve stadiu aktivity překrvení sliznice, často s hemoragiemi a difuzní smíšený zánětlivý infiltrát sestávající z lymfocytů, plazmatických buněk a neutrofilních granulocytů. Typické jsou kryptové pseudoabscesy. Na povrchu sliznice jsou drobné eroze, z nichž se tvoří ulcerace, později vznikají zánětlivé polypy (LUKÁŠ, 2001).

Příprava pacienta na kolonoskopické vyšetření je nesmírně důležitá a záleží na sestře jak je schopna pacienta edukovat. Vlídné slovo a vysvětlení celého vyšetření je někdy lepší než farmakologická premedikace. Rovněž je důležité pacienta edukovat o správné přípravě na toto vyšetření a nutnosti dodržování diety před vyšetřením (PĚCHOUČKOVÁ, 2005). Před vyšetřením pacient podepisuje informovaný souhlas. Informovaný souhlas je jednou z nejdůležitějších zásad ve zdravotnictví. Je to proces, v rámci kterého lékař (zdravotník) seznámí pacienta se všemi relevantními informacemi o navrhovaném zákroku nebo proceduře s cílem získat od pacienta souhlas k provedení předmětného ošetření (BOROŇOVÁ, 2010).

Další zobrazovací metody používané v diagnostice ISZ jsou: irigografie, nativní snímek, ultrasonografie, endosonografie, počítačová tomografie a magnetická rezonance (LUKÁŠ, 2001).

1.7.2 Diferenciální diagnóza

V počátečních fázích je velmi rozsáhlá a zahrnuje tyto konkurenční diagnózy: Crohnova nemoc, ischemické kolitidy, kolitidy při autoimunitních chorobách, Behcelův syndrom, colitis cystin profunda (benigní, nepříliš časté onemocnění, kdy jsou v submukóze kolon cysty naplněné hlenem s okolní zánětlivou reakcí), alergické enterokolitidy, divertikulitidy, neutropenní kolitidy a eozinofilní kolitidy, amyloidová kolitida, uremická kolitida, kolitidy při AIDS, imunodeficiencích a po transplantacích kostní dřeně, kolitidy při Hirsprungově nemoci, diverzní kolitida (zánět v chirurgicky odpojené části kolon), infekční kolitidy (virové, bakteriální, parazitární) (ZBOŘIL; PROKOPOVÁ, 2005).

2 Terapie

Etiologie je neznámá a z toho pramení obtíže s léčbou, která nemůže postihnout vyvolávající činitele. A tak se medikamentózní léčba pokouší inhibovat řetěz řady zánětlivých mediátorů, které zánět zřejmě nevyvolávají, ale zesilují a udržují jej. Léčba je zaměřena na dvě oblasti, na léčbu aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí v případě, že je nemoc v remisi (LUKÁŠ, 2001). ISZ jsou onemocněním, které vyžaduje komplexní terapii, při níž je nutná úzká mezioborová spolupráce (ŠROUBKOVÁ; HRUBANT, 2003). Společným zájmem nemocného i zdravotníků je návrat ke zdraví. Pro uzdravení nemocného je nezbytné, aby vedle medikamentů, léčebných zákroků měl dostatek spánku, přiměřenou výživu, dobré podmínky pro hygienu a vyprazdňování. Uzdravovací procesy podpoří dobrá psychická pohoda nemocného. Vedle biologických potřeb by měly být uspokojeny i potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu a úcty. Nemoc brání často lidem v uspokojování jejich potřeb a úkolem všeobecné sestry je napomáhat nemocným v uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb a tím napomoci v léčbě nemocného (TRACHTOVÁ, 2004).

2.1 Chirurgická léčba

Epidemiologická data uvádějí, že selhání medikamentózní léčby u UC postihuje v různé míře až tři čtvrtiny nemocných. Riziko kolektomie stoupá logicky s rozsahem a dobou onemocnění a pohybuje se přibližně mezi 30-40 %. Riziko kolektomie stoupá především s rozsahem onemocnění a je udáváno u pankolitidy až 60 %. Indikace k operaci zahrnují intraktabilitu medikamentózní léčby, akutní neustupující kolitidu, toxickou kolitidu, výskyt karcinomu či dysplazie a růstovou retardaci. Až u 10 % pacientů se vyskytuje fulminantní kolitis s akutním břichem a to s toxickým megakolon či bez něho a s krytou či otevřenou perforací. Jako indikaci nelze opomenout i některé závažné

extraintestinální manifestace choroby (KRŠKA et al., 2006). Relativně úplné řešení UC představuje subtotální kolektomie s pouchem či ileorektální anastomózou. I zde však může vzniknout zánět-tzv. pouchitida, která představuje specifický léčebný problém. Chirurgická léčba je indikována jako urgentní při toxickém megakolon, kdy se provádí ileostomie (ZBOŘIL; PROKOPOVÁ, 2005). Stomie znamená pro jedince velký zásah do života a mnohé se v jeho dosavadním způsobu života tímto chirurgickým výkonem změní. Nejedná se pouze o změnu , která se týká zažitého životního stylu, jde i o samotnou adaptaci jedince na novou situaci, jeho prožívání a jednání. Nemocného vnímáme jako biopsychosociální bytost a všechny tyto složky, které nám umožňují holistický pohled na osobu, jsou velkou měrou ovlivněné negativním zásahem do organismu. Nedostatečné informace o zdravotním stavu a nutnosti vyvedení stomie mohou prohlubovat strach, úzkost a obavy. Život stomika nezávisí pouze na používání kvalitních stomických pomůcek. Velkou roli zde sehrává psychický stav pacienta. Izolovanost stomiků odstranily kluby stomiků. Je to problém komplexní, od kvalitně realizované operace s vhodným umístěním stomie přes psychoterapii, vhodnost používání mechanických pomůcek, spolupráci stomasester až po to, co je pro pacienta nejdůležitější – dokázat žít se stomií plnohodnotný život (LIPTÁKOVÁ; MAZALÁNOVÁ, 2010).

2.2 Konzervativní farmakoterapie

Toto onemocnění není bohužel žádnou medikamentózní terapií vyléčitelné, ale u většiny pacientů podávaná terapie umožňuje potlačit symptomy, zabránit vzniku komplikací a zajistit dobrou kvalitu života. Proto musí být medikamentózní léčba u této choroby dlouhodobá a často kombinovaná. Účinné látky mohou být podávány nejen celkově formou parenterální či orálně, ale také lokálně jako čípky, rektální pěny a rektální nálevy. Zde je však třeba počítat s omezeným rozsahem působení (čípky a pěny převážně jen rektum, nálevy až do lienální flexury) (ZBOŘIL; PROKOPOVÁ, 2005).

- Aminosalicyláty

Sulfasalazin a mesalazin jsou základními léky pro útočnou a udržovací léčbu nemocných s UC. Účinnost sulfasalazinu nebo mesalazinu je vynikající u nemocných s mírnou a střední aktivitou ulcerózní kolitidy, kde je příznivý účinek léčby dosahován u 80-90 % léčených během 4-6 týdnů. U pacientů s vysokou zánětlivou aktivitou podávání aminosalicylátů většinou nestačí a je nutné volit agresivnější způsob léčby. V udržovací terapii se aminosalicyláty uplatňují prakticky u všech nemocných s ulcerózní kolitidou, a to nejen k oddálení relapsu choroby, ale také se využívá jejich příznivý protinádorový vliv. Nevýhodou sulfasalazinu je relativně častý výskyt nežádoucích účinků a horší snášenlivost. Na rozdíl od sulfasalazinu jsou mesalazinové preparáty velmi dobře snášeny a výskyt nežádoucích účinků je nízký. Mezi nežádoucí účinky patří dyspeptické potíže (bolest v břiše, průjem, flatulence, nevolnost, zvracení), bolesti hlavy, závratě. Zřídka se vyskytují alergické reakce, které jsou závislé na podané dávce přípravku. Může se vyskytnout kožní exantém, bronchospasmus, ojediněle byly popsány myokarditida a perikarditida, intersticiální nefritida, akutní pankreatitida. Ojediněle byla pozorována alergická alveolitida. Vzácně se může vyskytnout pankolitida. Během léčby sulfasalazinem mohou vzrůstat hodnoty sérové amylázy, bilirubinu, alkalické fosfatázy a jaterních transamináz. Nemocní by měli být upozorněni na příznaky zhoršení stavu kostní dřeně (kožní krvácení, zvýšená tělesná teplota, horečka nebo bolest v krku). Vysoké dávky sulfasalazinu způsobují nevolnost, zvracení, bolesti břicha a ospalost (LUKÁŠ, 2009).

- Kortikosteroidy

Systémově působící kortikosteroidy (kortisol) byly do klinické praxe zavedeny již v polovině padesátých let minulého století a zásadně zlepšily prognózu pacientů s vysokou aktivitou UC. Extrémně vysoká mortalita (36 %) ve čtyřicátých letech minulého století klesla na hodnoty pod 1 %. Hlavními limity kortikosteroidní léčby jsou mnohočetné a závažné vedlejší účinky, které jsou závislé na velikosti denní dávky a délce podávání léčiva. Cílem léčby kortikoidy je dosáhnout co nejrychleji navození klinické remise a během 3-4 měsíců terapii vysadit. Dlouhodobé léčení celkově působícími glukokortikoidy může vyvolat

nežádoucí účinky vedoucí k nutnosti snížit dávkování nebo přerušit léčbu. Současný výskyt řady viditelných nežádoucích účinků glukokortikoidů, jako přírůstek na váze, především v oblasti trupu, měsícovitý obličej, trhliny v kůži je nazýván Cushingovým syndromem. Další možné negativní účinky jsou osteoporóza, snížení funkce nadledvin, šedý zákal a zvýšení nitroočního tlaku, oslabení imunitního systému, nespavost, psychóza, záněty svalů, zvýšená citlivost k infekcím, záněty svalů a svalová atrofie. Lék se musí vysazovat jen velice pozvolna a dávka snižovat tak, aby kůra nadledvin měla dost času regenerovat a vytvářet opět dostatečná množství vlastního kortizolu (LUKÁŠ, 2009).

Kortikosteroidní rezistence představuje závažný léčebný , ale také diagnostický problém u řady chorob, mimo jiné také u ISZ (ZBOŘIL et al., 2009).

- Imunosupresiva

Imunosupresivní terapie je v gastoenterologii známa od počátku šedesátých let, široké rozšíření v Evropě zaznamenala až od devadesátých let minulého století. Hlavními indikacemi terapie imunosupresivy jsou dlouhodobá aktivita nemoci, nemožnost ukončit nebo ztráta účinnosti terapie kortikosteroidy a některé mimostřední projevy. V klinické praxi se používají především thiopuriny, methotrexat a v omezené míře také kalcineurinové inhibitory. Při léčbě methotrexatem je u nemocných nutné pravidelně sledovat hodnoty krevního obrazu s diferenciálním krevním obrazem a trombocyty, jaterní enzymy, bilirubin, sérový albumin, RTG hrudníku a vyšetření renálních funkcí. Pokud existuje klinická indikace, je potřeba vyloučit tuberkulózu a hepatitidu. Mezi časté negativní účinky patří poruchy krve a lymfatického systému (leukocytopénie, trombocytopenie, anémie), poruchy nervového systému (bolest hlavy, únava, ospalost), respirační, hrudní a mediastinální poruchy (typickými příznaky jsou: suchý, dráždivý kašel, dušnost, bolest na hrudi, horečka), gastrointestinální poruchy (ztráta chuti k jídlu, nauzea, zvracení, bolesti břicha, nauzea), poruchy jater a žlučových cest, poruchy kůže (exantém, erytém, svědění) (LUKÁŠ, 2009).

- Léčba infliximabem a adalimumabem

Jejich účinek nastupuje rychle a tento fakt je o to významnější, že jsou podávána zpravidla při selhání ostatních konvenčních medikamentů (kortikoidů a imunosupresiv). Jedná se o tzv. cílenou léčbu. Lukáš uvádí: „Jde o podávání látek odvozených ze živých „biologických“ zdrojů, v případě Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy se jedná o aplikaci imunoglobulinů zaměřených proti tumor nekrotizujícímu faktoru alfa (TNF-) (infliximab a adalimumab)“ (LUKÁŠ, 2009, s. 166). Nutné je vytvoření týmové spolupráce při léčbě a sledování těchto pacientů a také v kooperaci při řešení vzniklých komplikací. Termínem týmová spolupráce na horizontální úrovni máme na mysli nejen těsnou spolupráci mezi indikujícími gastroenterology, ale také spolupráci s odborníky z jiných medicínských oborů, jako jsou pneumologové, imunologové, specialisté na intenzivní péči a dermatologové. Ve vertikální úrovni týmové spolupráce doznal obrovského významu střední zdravotnický personál. Jeho kontinuální vzdělávání a získávání zkušeností je v současné době vysoce aktuální a zdá se být nevyhnutelnou nutností. Koncepce tzv. IBD sester je klíčová pro týmovou práci. Sestry představují první linii komunikace mezi gastroenterologickým centrem a pacienty s IBD. V praxi se musí často rozhodovat o závažnosti klinických příznaků. IBD sestry absolvují speciální školení ve kterém jsou informovány o možných rizicích léčby a o komplikacích v průběhu nemoci o léčebné strategii a o možných nežádoucích účincích. Tato léčba představuje velká rizika, jako každá léčba zasahující do imunitních reakcí. V současné době se hodně diskutuje o možnosti vzniku lymfoproliferativních onemocnění, avšak klinicky relevantní jsou závažné, především virové a intracelulární infekce. Nejčastěji se setkáváme s kožními změnami. Jedná se o směsici autoimunitních a infekčně podmíněných kožních nežádoucích účinků. Kůže a plíce jsou orgány s největší citlivostí při této terapii. V případě kůže jde o velmi časté (až 20 % léčených) nežádoucí účinky, avšak jen výjimečně jsou důvodem k přerušení terapie. Naproti tomu plicní komplikace, jež se vyskytují podstatně méně často než předcházející, jsou vždy velmi závažné. Snahou je optimalizovat terapii s co největším efektem pro každého pacienta podle jeho odpovídavosti na léčbu, typu nemoci a přítomnosti vedlejších účinků. V poslední

době se taková terapie označuje jako individualizovaná „léčba šitá na míru“(LUKÁŠ; BORTLÍK, 2009).

- Antibakteriální léčiva a probiotika

Mikrobiální flóra trávicího traktu IBD nemocných vykazuje některé kvalitativní a kvantitativní odlišnosti. Abnormální aktivita vůči bakteriálnímu obsahu se zdá být klíčovou v etiologii a patogenezi IBD. V určitých situacích může být cílená modifikace složení mikrobiální střevní flóry probatiky, chemoterapeutiky a antibiotiky prospěšná a/nebo nevyhnutelná (LUKÁŠ, 2009). V poslední době se antibiotika a chemoterapeutika užívají u CN a UC stále častěji. Skutečná efektivita antimikrobiální léčby a její přesné indikace však nebyly jasně definovány (LUKÁŠ.M.; CHALUPNÁ, 2005).

2.3 Specifika ošetřovatelské péče o pacienta

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66). Pojem „ošetřovatelský proces“ vznikl v padesátých letech dvacátého století a ujal se jako reálná základna pro skutečně účinnou práci sestry. První ho použila sestra Hallová r. 1955 v Georgii (USA). Od té doby byl popsán více sestrami různým způsobem. V roce 1959 zavedla Johnsová 4-fázový proces, Orlandová v roce 1961 3-fázový proces. Virginia Hendersonová prohlásila v 1965, že ošetřovatelský proces má stejné fáze jako vědecká metoda. Klientem ošetřovatelského procesu může být jednotlivec, rodina či komunita. Pacient je vnímán jako aktivní účastník procesu. Ošetřovatelský proces se skládá z řady pěti kroků (BOROŇOVÁ, 2010). Využití ošetřovatelského procesu v klinické

praxi se legitimizovalo v roce 1973, kdy Sdružení amerických sester (ANA) uveřejnilo Normy ošetřovatelské praxe a uvedlo pět částí ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení (KOZIEROVÁ; ERBOVÁ; OLIVIERIOVÁ, 1995).

2.4 Dietoterapie

Tradiční empirická dieta, zvaná kolitická, je svou podstatou bezezbytková. Studie posledních desetiletí ukazují, že není nezbytná zejména při remisi choroby. Zdůrazňujeme individuální charakter diety a upozorňujeme na možnost vzniku nebo rozšíření laktázové intolerance. Rizikové se ukazují náhlé změny dietních návyků např. při cestování, spojené se změnami charakteru střevní mikroflóry. Hodnocení nutričních parametrů, volba vhodných doplňků výživy a možnost enterální podpory jsou součástí léčby UC. Parenterální výživa je namístě při toxickém megakolon (ZBOŘIL; PROKOPOVÁ, 2005). U pacientů s ileostomií má být dieta kaloricky vydatná a chutná, pokrmy raději jednoduché, nepříliš tučné ani sladké. Důležitý je přísun vitaminů, nejlépe v ovocných šťávách. Příjem soli by neměl klesnout pod 6-9 gramů denně. Důležitý je i dostatek minerálů a dostatečný příjem tekutin, doporučená denní dávka je 1,5- 2 litry. Doporučuje se vyhýbat jídlům, která mohou způsobit obstrukci (pomerančová dužina, slupky z rajčat, kukuřice). Vhodnější je stravu přijímat častěji, pravidelně a v menších dávkách (ŠATROVÁ, 2005).

2.5 Pohybový režim

Nemocný má volný pohybový režim s dostatkem klidu na lůžku. Sestra vyhodnotí stupeň soběstačnosti a podle něj zvolí dopomoc při plnění základních potřeb nemocného. Nemocný se při bolestech ukládá sám do úlevové polohy,

sestra mu vhodně upraví lůžko. Důležitý je dostatek odpočinku (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

2.6 Kvalita života pacienta s chronickým onemocněním

Ulcerózní kolitida je chronické a bohužel doposud nevyléčitelné onemocnění a to je obrovská psychická zátěž pro nemocného. Největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Jeho identita je chronickým onemocněním postižena nejvíce. Pacient postižen chronickým onemocněním nezůstává sociálně izolován. Musí se často stýkat s představiteli zdravotnického systému, žije v manželství a rodině, má styky se spolupracovníky v zaměstnání i s dalšími lidmi v době volna. Ukazuje se, že všechny tyto sociální vazby jsou chronickou nemocí víceméně ovlivněny. Nahlížíme na pacienta holisticky jako na biopsychosociální bytost a je naší povinností nemocnému se snažit pomoci i po stránce psychické a sociální. Rozhovor s chronicky nemocným pacientem je jedním z nejtěžších úkolů pacienta i zdravotníka. Měl by se týkat v prvé řadě motivace pacienta – jeho vedení k tomu, jak se změnou zdravotního stavu bojovat (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

2.7 Prognóza

Za špatné prognostické faktory u akutní UC jsou považovány: extenzivní postižení tračníku, začátek ve věku nad 60 let a výskyt toxického megakolon. U většiny nemocných je průběh chronický s remisemi a relapsy. Pokroky v konzervativní a chirurgické léčbě výrazně zlepšily prognózu a kvalitu života nemocných (LUKÁŠ, 2001).

EMPIRICKÁ ČÁST

3 Komplexní ošetřovatelská péče o pacienta s ulcerózní kolitidou aplikovaná metodou ošetřovatelského procesu

V empirické části bakalářské práce se zaměřujeme na komplexní ošetřovatelskou péči u mladé pacientky relativně krátkodobě léčené s diagnózou ulcerózní kolitida. Pacientka je sledována v gastroenterologické poradně a nyní je hospitalizovaná pro exacerbaci ulcerózní kolitidy. Ulcerózní kolitida patří mezi stavy, které významně ovlivňují kvalitu života nemocných. Ošetřovatelská péče je zaměřena na uspokojování biopsychosociálních potřeb a na holistický pohled na nemocnou pacientku.

3.1 Posouzení zdravotního stavu pacienta

Plán individuální péče byl realizován od 1.4.2010 do 3.4.2010. Pacientka byla přijata na interní oddělení 30.3.2010.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: L.L.
Datum narození: 1975
Rodné číslo:
Bydliště: Oldřichov
Stav: Vdaná

Národnost: Česká
Nejbližší příbuzný: Manžel Pavel

Věk: 31
Pohlaví: Ženské
Státní příslušnost: ČR
Číslo pojišťovny: 111
Zaměstnání: Administrativní pracovnice
Číslo telefonu:
Adresa:

Datum přijetí: 30.3.2010 **Ošetřující lékař:** D.M.

Typ přijetí: Akutní **Oddělení:** Interna

Medicínská diagnóza hlavní:

Ulcerózní (chronická) kolitida	K 51.0

Medicínská diagnóza vedlejší:

Lehká protein – energetická podvýživa	E 44.1
Hypokalémie	E 87.6
Alergie na jiné antibiotické prostředky	Z 88.1

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Byla jsem v gastroenterologické poradně pro zhoršení stavu, mám 7-8 řídkých stolic denně, mám nutkání na zvracení, nemám chuť k jídlu a zhubla jsem 2 kg za poslední tři týdny, cítím se unavená. Pan doktor mě doporučil hospitalizaci“.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 130/80 mmHg **Výška:** 168 cm

P: 168 cm **D:** 20/min.

Tělesná teplota: 36,2 °C **BMI:** 24.8

Stav vědomí: Při vědomí **Pohyblivost:** V normě

Krevní skupina: B Rh pozitivní **Hmotnost:** 168 cm

Nynější onemocnění: Pacientka byla přijata na interní oddělení na doporučení lékaře specialisty z gastroenterologické ambulance, kde je pravidelně sledována. Asi měsíc trpí nadýmáním, bolestí levé strany břicha – spíše tupé, které po 3-4 dnech spontánně ustupují, nucení na stolici, stolice nejdříve 3-4 x denně, zpočátku formovaná, občas hlen a krev. Byla vyšetřena ambulantně, 16.2.2011 byla provedena sigmoideoskopie, s nálezem proktitidy do 8 cm, upravena medikace: Salofalk tbl. 2 g a Salofalk čípky. Od té doby dochází ke zhoršení stavu, pocity nauzey, ale nezvracela, řídká stolice 7-9x denně

intermitentně s hlenem a krví, dnes již 15 vodnatých stolic s intermitentní příměsí krve a hlenu, plyny odcházejí, bolesti neguje. Pacientka je slabá, schvácená, subhydratovaná,unavená, zhubla 2 kg za poslední 3 týdny. Teplotu nemá. Od prosince má suchý, dráždivý kašel, nic nevykašlává. Bolesti na hrudi, dušnost neguje. V prosinci užívala Ciprinol pro resp. infekci, od té doby trvá kašel , byla vyšetřena na plicním (spirometrie) a na alergologii- dle pacientky vše v pořádku. Nativ břicha: bez známek megakolon, USG břicha: bez patologického nálezu.

Informační zdroje: Pacientka, chorobopis, manžel, zpráva ošetřujícího lékaře – gastroenterologa, přítelkyně pacientky.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: 62 let, léčí se s kolitidou etiologie IBD? – manifestace po ATB terapii

Otec: 67 let, prodělal operaci karotid 02/09 a 09/09

Sourozenci: Bratr zdráv

Děti: syn 7 let, zdráv

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: Prodělala jen běžné dětské nemoci, nikdy vážněji nestonala.

Hospitalizace a operace: Byla hospitalizována 09/2007 v Táboře, kde byla diagnostikována ulcerózní kolitida. Operace žádné neprodělala.

Úrazy: Neměla

Transfúze: Neměla

Očkování: Absolvovala všechna povinná očkování.

Léková anamnéza:

Léky na předpis: Salofalk 500 mg 2-2-0 (chemoterapeutikum), Salofalk spp. 0-0-0-2 (chemoterapeutikum)

Alergologická anamnéza:

Léky: Amoclen – kopřivka

Potraviny: Nemá alergie.

Chemické látky: Nemá alergie.

Jiné: Neudává.

Abúzy:

Alkohol: Příležitostně

Kouření: Nekouří

Káva: Od té doby co jsem onemocněla ulcerózní kolitidou, tak kávu nepiju

Drogy: Drogy nebere.

Gynekologická anamnéza:

Menarché: Ve 14 letech.

Cyklus: Pravidelný á 28 dní.

Intenzita bolesti: Střední.

P: 1 x spontánní 2004

A: 0

UPT: 1 x 2008

Antikoncepce: Neužívá

Samovyšetření prsou: Ano

Poslední gynekologická prohlídka: 11/2010

Sociální anamnéza:

Stav: Vdaná

Bytové podmínky: Bydlí v rodinném domku se zahradou s manželem a synem.

Vztahy v rodině: Žijí spokojený rodinný život, navštěvují se s rodiči a sourozenci, mají pevné citové vazby.

Vztahy mimo rodinu: Žije s manželem společenský život, mají hodně přátel.

Záliby: Ráda čte. Navštěvuje kamarádky, které mají také malé děti. Stará se ráda o zahradu a s manželem rádi cestovali dokud neonemocněla.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Střední odborné ukončené maturitou

Pracovní zařazení: Pracuje jako administrativní pracovnice.

Spirituální anamnéza:

Je nevěřící.

POPIS FYZICKÉHO STAVU PACIENTA – FYZIKÁLNÍ ASSESSMENT

Dne 1.4.2010, 2. Den hospitalizace

Hlava a krk:

Subjektivní údaje: S hlavou nemám problémy, ani krk mě nebolí.

Objektivní údaje: Hlava – lebka je normocefalická, na poklep nebolestivá. Oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, bez nystagmu, zornice izokorické, fotoreakce výbavná, skléry bílé, spojivky bledé. Koutky úst symetrické, jazyk mírně oschlý, plazí se středem, hrdlo klidné. Chrup sanován. Krk – náplň venae jugulares v normě, štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nezvětšeny, nebolestivé, šíje volná.

Hrudník a dýchací cesty:

Subjektivní údaje: Bolesti na hrudi nemám, ale trápí mě asi dva měsíce kašel, nic nevykašlávám. Byla jsem už vyšetřena na plicním a na alergologii, ale nic mi nezjistili. Dušná nejsem.

Objektivní údaje:

Inspekce: Hrudník je symetrický pravá polovina je stejně tvarovaná jako levá. Respirace je pravidelná, mírná tachykardie, F: 24 dechů/min.,cyanóza nepřítomná. Kůže bez patologie. Prsy symetrické, kůže na jejich povrchu je intaktní, bradavky jsou prominující bez výtoku, aeroly okrouhlé a souměrné.

Palpace: Kůže je přiměřeně teplá, suchá. Dýchací pohyby – prsty se od sebe vzdalují na 3 prsty. Prsy jsou bez hmatné rezistence.

Perkuse: Poklep je plný, jasný, bez vedlejších dechových fenomenů, na obou stranách zní stejně.

Auskultace: Dýchání čisté sklípkové.

Srdcovo – cévní systém:

Subjektivní údaje: Se srdcem nemám problémy.

Objektivní údaje:

TK: 130/85 mmHg, P: 90/min., pravidelný, dobře hmatný. Srdce – akce pravidelná, ozvy ohraničené. Pulzace arterií DK – bilaterálně dobře hmatná. Varixy – nepřítomné. Hemoroidy – zevní hemoroid, klidný. Bez periferní cyanózy, povrchová žilní kresba není viditelná. Barva kůže nohou a rukou je růžová, teplota v normě. Periferní arterie – auskultačně není slyšet šelesty, hmatnost pulzu je dobrá, bolest není přítomná.

Břicho a trávicí systém:

Subjektivní údaje: Dnes už mě břicho bolí méně, ale pořád mám křeče před stolicí. Včera jsem měla 20 stolic, jsem už z toho vyčerpaná unavená. Pomáhá mi když ležím a schoulím se do klubíčka.

Objektivní údaje: Inspekce: Břicho je nad niveou, vzedmuté. Kožní integrita není porušená, je bez jizev a exantému, bez cévní kresby. Kůže je přiměřeně teplá. Perkuse: Poklep je spíše bubínkový. Palpace: Břicho je hůře prohmatné, bolestivé v levém mezo a hypogastriu, vpravo hmatná plynem naplněná klička střevní, peristaltika obleněná, ale slyšitelná, játra a slezina nezvětšeny, bez známek peritoneálního dráždění. Auskultace: Aktivní šelesty jsou nepravidelné, dobře slyšitelné Je přítomna nauzea, bez zvracení. Stolice je vodnatá, s příměsí krve a hlenu. Včera bylo 20 stolic.

Močovo – pohlavní systém:

Subjektivní údaje: S močením nemám problémy, nepociťuju bolest při močení ani nechodím příliš často. Snažím se hodně pít, protože mám silné průjmy.

Objektivní údaje: Močí asi 7 x za den. Orientační vyšetření moči: Barva moči jantarově žlutá, bez zápachu. Denní diuréza je 1500 ml. Denní příjem tekutin je okolo 2000 ml. Příjem a výdej tekutin je sledován á 6 hodin. Genitál podrážděný od častých stolic.

Kostrosvalový systém:

Subjektivní údaje: Cítím se dobře, nic mě kromě břicha nebolí.

Objektivní údaje: Kosterní aparát bez deformit, končetiny symetrické, habitus normostenický, páteř na poklep nebolestivá, svaly jsou symetricky uložené na obou stranách těla, svalový tonus je přiměřený. Klouby jsou bez otoků, chůze ohledně bolestí břicha nejistá.

Nervo - smyslový systém:
Subjektivní údaje: Cítím se v pořádku.
Objektivní údaje: Amengeální, bez éterizace, bez fatické poruchy, stoj v normě.

Endokrinní systém:
Subjektivní údaje: Nemám žádné problémy, ale paní doktorka mě chce nechat vyšetřit štítnou žlázu, že pořád kašlu.
Objektivní údaje: Pacientka je objednána na ultrazvukové vyšetření štítné žlázy pro suspektní eufunkční strumu. Štítná žláza je nezvětšena, TSH: 2,201, glykémie: 4,8 mmol/l.

Imunologický systém:
Subjektivní údaje: S imunitou nemám problémy, krom toho, že jsem onemocněla ulcerózní kolitidou.
Objektivní údaje: Bez patologie, TT: 36,2°C, třesavku nemá.

Kůže a její adnexa:
Subjektivní údaje: Celkově nemám žádné kožní problémy, jen když mám takto časté průjmy, pálí mě okolí konečníku. Jinak mám bledší pokožku, tak si musím dávat pozor při opalování.
Objektivní údaje: Bledý kolorit kůže, bez ikteru a cyanózy. Bez krvácivých projevů. Kůže je suchá, turgor je přiměřený. Vlasy jsou husté, lesklé, nadměrné vypadávání není přítomné. Nehty jsou konvexní, tvar lžičkovitý, struktura hladká, bez skvrn, rýh a brázd.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Stravování:

Subjektivní údaje: Ohledně mé nemoci si musím na stravu dávat pozor, nedělají mi dobře mléčné výrobky. Když byla má nemoc v remisi, jedla jsem téměř vše s omezením mléčných výrobků a vynecháním tučných a kořeněných jídel. Nyní jsem zhubla, je mi tak špatně, že už jsem jedla jen suchary.

Objektivní údaje: Současná hmotnost 70 kg. Výška 168 cm. BMI 24,8. Pacientka má nauzeu, nadýmání. Pacientce byla naordinována Dieta č. 5 bezezbytková, nutridrink 3 x 200 ml, Na základě nutričního vyšetření byla indikována enterální výživa formou sippingu. Pacientka má též parenterální výživu, infuze Glukózu 5 % 500 Ml +10 ml 7,45 % KCL, RR 500 ml+ 10 ml 7,45 % KCL, Neonutrin 10 % 500 ml. Na nadýmání byl naordinován Espumisan tbl. 0-0-0-1.Je nutná dále konzultace nutričním terapeutem a edukace pacientky, po ukončení hospitalizace je nutno pacientku objednat do nutriční poradny.

Příjem tekutin:

Subjektivní údaje: Na pitný režim si dávám pozor, vím, že musím hodně pít. Piju hlavně neslazené čaje a minerálky.

Objektivní údaje: Množství tekutin za den je 2000 ml, diuréza je 1500 ml. Pacientka má parenterální a enterální výživu. Kožní turgor je přiměřený, sliznice jsou přiměřeně vlhké.

Vylučování stolice:

Subjektivní údaje: Mám až 20 vodnatých stolic, doufám, že se to brzy upraví, ale jsem z toho už nešťastná a vyčerpaná. Ve stolici je krev a hlen, mám strach, jak dlouho to ještě potrvá.

Objektivní údaje: Pacientka má 15 – 20 vodnatých stolic s intermitentní příměsí krve a hlenu, plyny odcházejí.

Vylučování moči:

Subjektivní údaje: Frekvence moči je asi 7 x za den. Barvu a zápach moči mám normální, jinak problémy s močením nemám, žádné pálení ani řezání při

močení nepociťuji.

Objektivní údaje: Moč je jantarové barvy, bez zápachu. Vyšetření moče je bez patologie.

Spánek a bdění:

Subjektivní údaje: Se spánkem mám potíže, v noci mě budí nucení na stolici, potom špatně usínám. Večer taky špatně usínám, stýská se mi po rodině a mám strach z dalšího vývoje nemoci. Doma když jsem byla v pořádku, jsem spala dobře.

Objektivní údaje: Spánek je narušený. Pacientka jeví známky únavy, má kruhy pod očima. Večer špatně usíná. Má naordinován Hypnogen tbl. 0-0-0-1 ve 22 hodin. Je potřeba zajistit pacientce co nejvíce klidu a navodit před spaním příjemnou atmosféru.

Aktivita a odpočinek:

Subjektivní údaje: Ráda pracuji na zahrádce a starám se o náš dům, v poslední době se cítím unavená, tak mi více pomáhá manžel. Ráda čtu, chodím do kina a divadla, to ale bohužel v této fázi, kdy se má nemoc znovu objevila nemůžu. Cítím se tím hodně ochuzená, když se nemůžu hnout z bytu, kvůli těm častým průjmům.

Objektivní údaje: Pacientka má klidový režim s dostatkem spánku a odpočinku. Pohybový režim je omezený.

Hygiena a návyky:

Subjektivní údaje: Preferuji raději sprchování před koupáním, normálně se sprchuji 2 x denně, nyní při těch průjmech samozřejmě častěji. O zuby pečuji, čistím si je 2x denně a 2x do roka navštěvuji zubaře. Chodím na kosmetiku a na manikúru a pedikúru.

Objektivní údaje: Pacientka je plně soběstačná, dobrého vzhledu, je vidět, že o sebe pečuje. Na kůži nejsou žádné patologické změny, pokožka je suchá. V dutině ústní je sanován chrup, zápach z úst není přítomný. Uši jsou čisté, oči nejsou začervenalé, výtok není přítomný. Vlasy jsou čisté, nelámavé. Nehty jsou udržované.

Samostatnost:

Subjektivní údaje: Nemám pocit, že bych se o sebe nedokázala sama postarat, ale jsem na manželovi a synovi citově závislá, moc se mi tady po nich stýská.

Objektivní údaje: Pacientka je plně soběstačná, akorát potřeba blízké rodiny ji chybí.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Vědomí: Pacientka má vědomí plné a jasné. Řečový kontakt je velmi dobrý, pacient přiměřeně reaguje na kladené otázky.

Orientace:

Subjektivní údaje: Nemám problémy s pamětí, orientuju se dobře.

Objektivní údaje: Pacientka je orientovaná v místě, čase i prostoru dobře.

Nálada:

Subjektivně: Dříve jsem bývala veselá a optimistická. Teď se necítím dobře, jsem smutná z toho, že se mi nemoc po 3 letech znovu objevila. Mám strach z dalšího vývoje onemocnění, nejvíce se bojím operace, abych neskončila se stomií. Špatně spím, stýská se mi po rodině a zdají se mi špatné sny. Už aby mi alespoň bylo lépe, aby ty průjmy přestaly.

Objektivně: Pacientka je frustrovaná, spíše pesimistická, nečekala relaps své nemoci. Je nutné pacientce pomoci zvládnout tuto těžkou situaci, hlavně empatií, rozhovorem a edukací o jejím onemocnění a způsobu života, ve kterém nastanou nevyhnutelné změny.

Paměť:

Subjektivně: S pamětí nemám problémy, jen nyní když se můj stav zhoršil jsem trochu roztržitá.

Objektivně: Pacientka dobře reaguje na otázky z blízké i daleké minulosti.

Staropaměť: Je bez problémů.

Novopaměť: Je bez problémů.

Myšlení: Převládá logické myšlení, reaguje adekvátně. Pacientka je inteligentní.

Temperament:
Subjektivní údaje: Jsem spíše klidné povahy, nic moc mě nerozčílí. V poslední době jsem ale podrážděná a plačtivá.
Objektivní údaje: Pacientka je melancholický typ, má klidnou povahu, nereaguje nijak výbušně.

Sebehodnocení:
Subjektivně: Dříve jsem byla sebevědomá, veselá. Když mi nemoc propukla, všechno se změnilo. Cítím se teď méněcenná.
Objektivně: Pacientka má nyní negativní postoj sama k sobě i k okolí.

Vnímání zdravotního stavu:
Subjektivně: Nedokážu se pořád vyrovnat se svým onemocněním. Představa, že je to nevyléčitelné, na celý život je pro mě hrozná. Nečekala jsem, že relaps přijde tak brzy. Nejvíce se obávám toho, aby nebyla nutná operace a já neskončila se stomií. Připadám si teď jak ve špatném snu, říkám si proč právě já. Vím, že je důležité, abych byla v klidu, že si tím můžu jen přihoršit, ale moc se mi to nedaří. Zdají se mi špatné sny a špatně usínám. Cítím se trochu lépe, když je u mě můj manžel, který mě velice podporuje. Snažím se ale doufat, že se můj stav zlepší a zase bude dobře.
Objektivně: Pacientka je ve fázi vyrovnat se s nevyléčitelnou nemocí. Pacientka má problémy nejen fyzické, ale i psychické a sociální. Je nutno jí pomoci rozhovorem, správnou edukací, pěstováním pozitivního myšlení, popřípadě zajistit konzultaci s psychoterapeutem.

Reakce na hospitalizaci:
Subjektivně: Je to zvláštní, ale jsem ráda, že už jsem v nemocnici. Poslední tři týdny se můj stav tak zhoršoval, že už jsem byla zoufalá a brala hospitalizaci

za jedinou možnost, jak můj stav zlepšit. Stýská se mi tu ale po rodině, ke které mám silný citový vztah.

Objektivně: Pacientka dobře spolupracuje, je inteligentní. Hospitalizaci snáší celkem dobře, má akorát problémy se spánkem.

Adaptace na onemocnění:

Subjektivně: Jak už jsem uváděla, nemůžu se pořád se svým onemocněním vyrovnat. Doufám, že mi někdo pomůže nalézt sílu a odvahu a naučit se žít se svou nemocí žít.

Objektivně: Vzhledem k tomu, že se jedná u pacientky o první relaps její nemoci, jsou její pocity a obavy přiměřené jejímu zdravotnímu stavu. Důležité je, že má podporu rodiny, manžel ji často navštěvuje a je jí velkou oporou. Důležité je na pacientku pohlížet holisticky a pomáhat jí nejen co se zdravotního stavu týká, ale snažit se ji navrátit úctu, k sobě samé a pomoci ji vypěstovat zase zdravé sebevědomí.

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):

Subjektivně: Pocit jistoty mám zatím ve své rodině, horší je to v zaměstnání. V dnešní době si málokdo může dovolit dlouhodobě být v pracovní neschopnosti. Zatím mi nikdo nedává najevo, že bych mohla přijít o zaměstnání, ale přesto se obávám. Největší strach mám z dalšího vývoje mé nemoci. Také vím, že mě čeká další kolonoskopické vyšetření ze kterého mám rovněž obavy. Sestry jsou tu hodné a snaží se mne podporovat, paní doktorka je taky moc hodná.

Objektivně: Pacientka je úzkostná, smutná a má pochopitelné obavy. Čeká ji kolonoskopické vyšetření, před kterým je velice důležitá správná edukace. Jelikož pacientka toto vyšetření už podstoupila a špatně ho snášela, má vyšetření objednáno za přítomnosti anesteziologa. Doufáme, že bude strach pacientky z tohoto vyšetření menší.

Zkušenosti z předešlých hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):

Subjektivně: Při první atace mého onemocnění před třemi lety jsem byla hospitalizována v nemocnici v Táboře. Hospitalizaci jsem tehdy snášela velice špatně, jsem ráda, že jsem se dostala do Prahy, asi je to jen můj lepší pocit, že jsem na klinickém pracovišti. Tehdy to taky byla moje první hospitalizace, kromě porodu jsem v nemocnici nikdy neležela. Nyní mi bylo už déle špatně a stav se mi pořád zhoršoval, že jsem nakonec ráda, že jsem v nemocnici. Všichni jsou tu na mě moc hodní.

Objektivně: U pacientky nebyla pozorována somatická, psychická ani sociální iatropatogenie a sorrorigenie při této hospitalizaci.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Komunikace:

Verbální – subjektivně: V komunikaci jsem nikdy neměla potíže, jsem kamarádská kontakty jsem vždy navazovala dobře. V poslední době jsem spíš ale uzavřenější, nerada uzavírám nová přátelství.

Verbální – objektivně: Pacientka je spíše extrovertní, s řečovým projevem nemá problémy. Řeč je plynulá, má dobrou slovní zásobu. S formulací myšlenek nemá problémy.

Neverbální – subjektivně: Gestikulace příliš nepoužívám, jsem mírnější povahy.

Neverbální – objektivně: Zrakový kontakt po dobu rozhovoru pacientka udržuje, pouze když mluví o prognóze svého onemocnění, nebo o rodině dívá se do země. Svoje pocity vyjadřuje spíše mimikou, gesty minimálně.

Informovanost:

O onemocnění:

Subjektivně: Základní informace o svém onemocnění mám, mám ale pocit, že toho nechci až příliš vědět, protože mi to spíš vadí, když získávám o tomto onemocnění více informací. Pocit nemyslet na to, nebrat to prostě v úvahu je pro mě asi lepší.

Objektivně: Pacientka je informována od své ošetřující lékařky i lékaře specialisty z gastroenterologické porady i od své primární sestry i nutriční terapeutky. Strategie emocionálního a kognitivního vyhýbání se skutečnosti je strategie zvládání chronického onemocnění. Není to ale dobře, existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí pacient vyrovnávat. Musí být informován o všech aspektech léčby, jejich účincích ale i negativních účincích. Pacient by si měl uvědomit, že se sám spolupodílí na léčbě a čím více informací bude mít, tím lépe bude svou nemoc zvládat. Pacientce také může hodně pomoci navázat kontakt s lidmi se stejným onemocněním, například existuje sdružení pacientů s IBD. Také určitě dokážou hodně pomoci tzv. IBD sestry, které mají s těmito pacienty největší zkušenosti. Edukace v tomto směru je pro pacientku velice nutná a je zapotřebí v ní pokračovat.

O diagnostických metodách:

Subjektivně: Lékařka i sestra mi před každým vyšetřením vše vysvětlí, před kolonoskopií podepisuji i informovaný souhlas. Nejvíce mi pomáhá vlídné slovo, empatie a tělesný kontakt, např. když mě sestra při kolonoskopickym vyšetření drží za ruku.

Objektivně: Pacientka je podrobně informována o všech vyšetřeních, je jí dán dostatečný prostor na kladení případných otázek a i možnost práva s tímto vyšetřením nesouhlasit. Například před kolonoskopií stvrzuje svůj souhlas podepsáním informovaného souhlasu.

O léčbě a dietě:

Subjektivně: O postupu léčby jsem informována, snažím se na to příliš nemyslet. Když u mě onemocnění propuklo, byla jsem informována o dietních opatřeních při vzplanutí choroby, když akutní stádium ustalo, jedla jsem téměř vše, kromě mléčných výrobků a méně jsem kořenila. Nyní když onemocnění znovu propuklo, jedla jsem už jen suchary. Teď v nemocnici mám dietu a dostávám nutridrinky a výživu do žíly.

Objektivně: Pacientka je informovaná o postupu léčby i o nutnosti dietních opatření a ordinaci parenterální a enterální výživy. Pacientka je ukázněná a spolupracuje dobře.

O délce hospitalizace:

Subjektivně: Prvně jsem byla hospitalizována 18 dnů, bylo to pro mě strašně dlouhé. Teď když už mi bylo tři týdny špatně a pořád se to horšilo, tak tady ráda vydržím, dokud se mi neuleví.

Objektivně: Pacientka je informována o přibližné délce hospitalizace a svůj souhlas s hospitalizací stvrdila svým podpisem. Pacientka dobře spolupracuje, hospitalizaci snáší celkem dobře, akorát se jí velmi stýská po rodině a má problémy se spánkem.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace.

Primární (role související s věkem a pohlavím):

Subjektivně: S nemocí se nedokážu pořád vyrovnat. I když jsem onemocněla před třemi lety, je to teď pro mě snad ještě horší, nečekala jsem, že se nemoc tak brzy vrátí a budu se cítit tak zle. Jsem mladá a už nemocná..Je to hrozný, když musíte 20 x za den na záchod, někdy se bojím že nedoběhnu, mám nepříjemný pocit i před manželem, stydím se. Cítím se jako žena hrozně, pořád sedím jen na záchodě a chce se mi zvracet.

Objektivně: Pacientka se doposud se svou nemocí nevyrovnala, je nutné pořád s pacientkou pracovat ve smyslu změny pohledu na své onemocnění. Ujistit ji jak ji manžel podporuje.

Sekundární (role související s rodinou a společenskými funkcemi):

Subjektivně: V tomto stavu nic doma nezvládám, všechno je na manželovi, hodně nám pomáhá jeho matka, je mi úzko, když se podívám na svého syna, na kterého teď nemám sílu. Nedokážu si s ním ani hrát, je mi tak zle, že chci jen ležet. Bojím se, že když se můj stav nebude lepšit, můžu přijít i o své zaměstnání.

Objektivně: Pacientka je svou nemocí značně omezena. Tato nemoc se bohužel netýká jen pacientky, ale zasahuje do rodinného, společenského a pracovního života a ovlivňuje okolí pacientky. Jedinou naší pomocí, kromě léčby je poskytnout pacientce dostatek informací o jejím onemocnění, empatii,

lásku a pomoci jí pěstovat pozitivní myšlení, pozitivní vztah k životu i s jejím onemocněním.

Terciální (související s volným časem a zálibami):

Subjektivně: Jsem teď značně omezena ve svých aktivitách. Ráda pracuji na zahrádce, starám se o dům. Ráda chodím do kina, divadla na výstavy. Máme spoustu přátel, se kterými se často navštěvujeme. Nyní je vše jinak, společnost přestávám vyhledávat, uzavírám se spíš do sebe.

Objektivně: Pacientka pociťuje značné omezení ve svých aktivitách. Je ve fázi relapsu svého onemocnění, je potřeba pacientce připomenout, že až se její stav zlepší, bude schopna své záliby znova vykonávat. Dodat jí povzbuzení a naději.

Popis spirituálního stavu:

Subjektivně: Nejsem věřící. Mám jen víru v dobro lidí.

Objektivně: Pacientka je nevěřící, nehlásí se k žádnému náboženství. Má ale kladný vztah k lidem, i když má nyní tendence se uzavírat do sebe. Určitě jí její kladný vztah k lidem a životu pomůže v léčbě její nemoci.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Měření fyziologických funkcí: TK,SpO2, puls, tělesná teplota.

Základní laboratorní vyšetření: FW, mineralogram – Na, K, Cl, Ca, P, Mg. Dusíkaté metabolity – Urea, Kreatinin, Kyselina močová. Jaterní testy – Bilirubín, ALT, AST, GMT, ALP. Enzymy – AMS. Bílkoviny – Albumin, CRP. Lipidy – Cholesterol, Trigliceridy.

Hematologické vyšetření: Krevní obraz + diff. Koagulační vyšetření – INR, APTT. Diabetický profil – Glykémie.

Biochemické vyšetření moče a močového sedimentu.

Štítná žláza: TSH

Kultivace: Výtěr z nosu a krku, výtěr stolice na kultivaci.

Další vyšetření: RTG nativní snímek břicha, ultrasonografie břicha, ultrazvuk štítné žlázy, kolposkopie.

Výsledky:

Laboratorní vyšetření: CRP 8.3, Na 136, K 3.3, Kys.močová 394, Krevní obraz: Leukocyty 12,7 jinak v normě. Hodnoty ordinovaných vyšetření svědčí o charakteru onemocnění.

Kultivace: Krk výtěr – Streptococcus viridans a Neisseria pharyngis

RTG nativní snímek břicha: Nález je necharakteristický

Ultrasonografie břicha: bez patologie

Kolonoskopie objednána na zítra

Konzervativní léčba:

Dieta: Šetřící, bezezbytková č. 5

Pohybový režim: Volný pohybový režim s dostatkem klidu na lůžku.

RHB: Ne

Výživa: Parenterální, enterální formou sippingu, nutridrink 3 x 200 ml

Medikamentózní léčba:

Per os: Helicid tbl. 20 mg 1-0-1 (antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy), Ca.eff. 1-0-0 (kalciový přípravek), Salofalk tbl. 2-2-2 (chemoterapeutikum), KCL 1-1-1 tbl. (mineralium), Espumisan cps 0-0-0-1, Hypnogen tbl. 0-0-0-1 ve 22 hodin.

Intravenózně: Efloran 500 mg á 8 hod. i.v. (chemoterapeutikum), Gentamicin 240 mg ve 100 ml FR – do zálohy při zhoršení stavu, febríliích, (aminoglykosidové antibiotikum), Solu-medrol 60 mg i.v. do 250 ml FR v 6.00 hodin (Hormon glukokortikoid).

Per rektum: Bez medikace.

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA

31 – letá pacientka, přijatá 30.3.2010 na interní oddělení s diagnózou ulcerózní kolitida. Pacientka přichází k hospitalizaci na doporučení svého lékaře z gastroenterologické poradny, kterého navštívila pro zhoršující se průjmy s příměsí krve a hlenu, měla až 15 vodnatých stolic denně, bolesti v levém hypogastriu,nauzeu a únavu. S ulcerózní kolitidou se léčí od roku 2007, kdy byla též hospitalizovaná. Dnes je druhý den hospitalizace. Pacientka se cítí unavená, včera měla 20 vodnatých stolic s intermitentní příměsí krve a hlenu. Břicho jí bolí méně, zimnici ani třesavku nemá. Nauzeu pociťuje pořád, ale nezvrací. Je subhydratovaná, za poslední tři týdny zhubla 2 kg,je přiměřené výživy BMI: 24.8. TK 130/80, P 104/min.,TT 36,2 °C. Kolonoskopické vyšetření je objednáno na 2.4.2010 za přítomnosti anesteziologa. Pacientka má naordinovanou parenterální výživu, enterální výživu formou sippingu , dietu šetřící, bezezbytkovou č. 5. Má zahájenou léčbu glukokortikoidy, ATB a chemoterapeutiky. Pacientka trpí alergií na ATB (Amoclen, Ciphin), je nutno sledovat případné alergické reakce a nežádoucí účinky léků. Je plně soběstačná, hygienu si provádí sama. Špatně spala, je rozrušená, cítí se unavená a stýská se jí po rodině. Nedokáže se pořád vyrovnat se svým onemocněním, trpí změnou životního stylu, pocity izolace, má narušenou sebeúctu. Informovaná o svém onemocnění je dostatečně, ale nechce se jím příliš zabývat, podvědomě se pořád brání přijmout svou nemoc. Hospitalizaci snáší celkem dobře, je to její druhá hospitalizace. Rodina ji podporuje a navštěvuje, hlavně manžel je jí velkou oporou. Trpí strachem z vývoje nemoci a obává se, že může časem přijít i o své zaměstnání. Má také strach z kolonoskopického vyšetření.

3.2 Ošetřovatelské diagnózy

Diagnózy jsou stanoveny dle priority po dohodě s pacientkou.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Diagnózy stanoveny dne 1.4.2010.

Diagnóza č. 1: Průjem, v souvislosti se zánětem, způsobeným ´účinky toxických látek, projevující se naléhavým nucením na stolici, častými vodnatými stolicemi, bolestmi a křečemi v břiše.

Diagnóza č. 2: Bolest akutní, v souvislosti se zánětlivým onemocněním střev, hyperperistaltik, projevující se verbalizací, antalgickou polohou a rozrušením.

Diagnóza č. 3: Tělesné tekutiny, deficit, v souvislosti nadměrných ztrát, sníženého příjmu a zrychlené pasáže, projevující se únavou, vyčerpáním, poklesem tělesné hmotnosti.

Diagnóza č. 4: Strach, v souvislosti s vývojem choroby, s vyšetřením, a obavou o ztrátu zaměstnání, projevující se verbalizací, rozrušením, neklidem.

Diagnóza č. 5: Spánek, narušený v souvislosti s častým nucením na stolici, psychickým stresem, nemocničním prostředím, steskem po rodině, projevující se nočním buzením, únavou, vyčerpáním, kruhy pod očima.

Diagnóza č 6 je stanovena dne 3.3.2010.

Diagnóza č. 6: Společenská interakce porušená, v souvislosti s terapeutickou izolací, komunikační barierou, projevující se verbalizací, smutkem, rozrušením, izolací, neschopností sdílení prožitého.

POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY:

Diagnóza č. 1: Výživa porušená, nedostatečná, v souvislosti s poruchou příjmu a vstřebávání živin, zvýšeným metabolismem.

Diagnóza č. 2: Infekce, riziko vzniku, v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru.

3.3 Plánování, realizace, vyhodnocení

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 1: Průjem, v souvislosti se zánětem, způsobeným účinky toxických látek, projevující se naléhavým nucením na stolici, častými vodnatými stolicemi, bolestmi a křečemi v břiše.

Cíl (dlouhodobý), stanovený dne 1.4.2011

1.Snížit počet stolic a obnovit normální fungování střev.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacientce se sníží počet stolic z množství 20 stolic za den na 3 do 10 dnů.

Pacientka chápe příčinu průjmů a odůvodnění léčebného režimu do 1 dne.

Pacientka má informace o nutnosti vyloučení potravin z jídelníčku, podporujících průjem do 1 hodiny.

Ošetřovatelské intervence:

1.Aplikuj léky dle ordinace lékaře, dle rozpisu. Sleduj reakci na podané léky, hlavně dávej pozor na alergické reakce a vedlejší negativní účinky. Pacientka má alergii na ATB! Vše zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace. V případě alergické reakce ihned podej kyslík a okamžitě kontaktuj lékaře! – ihned - všeobecná sestra

2. Ověř a zaznamenávej frekvenci, charakter a množství stolice za den. Sleduj přítomnost hlenu a krve ve stolici – denně – všeobecná sestra

3. Vyšetři břicho poslechem a popiš přítomnost, lokalizaci a charakter střevních zvuků, zaznamenej do dokumentace – do 1 hodiny – všeobecná sestra

4. Vyšetři břicho pohmatem a popiš, zda není vzedmuté, zda je zachována střevní peristaltika. V případě snížení nebo absence střevní peristaltiky a vzedmutého, tvrdého, bolestivého břicha okamžitě informuj lékaře, hrozí zde toxické megakolon, což je stav ohrožující život. Vše zaznamenávej do dokumentace – ihned – všeobecná sestra

5. Všímej si doprovodných symptomů, horečky,třesavky, bolestí v břiše, rozrušení, fyzického vyčerpání- denně – všeobecná sestra

6. Sleduj vitální funkce (TK, Sp02, puls, TT, dech) a zaznamenávej jejich

hodnoty do ošetřovatelské dokumentace – ihned – všeobecná sestra

7. Pravidelně sleduj a zapisuj do ošetřovatelské dokumentace příjem a výdej tekutin každých 6 hodin – denně- všeobecná sestra

8. Informuj pacientku o nutnosti zvýšené hygieny v oblasti okolí konečníku (po každé stolici), dle potřeby aplikuj ochranné masti, například indulonu – do 1 hodiny – všeobecná sestra

9. Zajisti pacientce soukromí, umístění lůžka poblíž toalety, nabídni pacientce jednorázové podložky pro případ úniku stolice – do 1 hodiny - zdravotnický asistent

10. Podpoř pacientku po psychické stránce, vysvětli, že se její stav určitě brzy zlepší, podporuj pozitivní myšlení – do 2 hodin – veškerý personál ošetřující

11. Informuj pacientku o příčinách průjmů a odůvodni stávající léčebný režim – do 2 hodin – všeobecná sestra podporuj pozitivní myšlení – do 2 hodin – veškerý personál ošetřující

12. Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem – do 2 hodin – všeobecná sestra

13. Informuj pacientku o nutnosti vynechání ze stravy potraviny podporující průjem – ihned- všeobecná sestra

REALIZACE ZE DNE 1.4.2010

- Léky pacientce podány dle ordinace lékaře: Efloran 500 mg á 8 hodin i.v. 06.00 h., 14.00 h., 22.00 h., Solu- medrol 60 mg naředěno do 250 ml FR v 06.00 h., dále per os podány Helicid 20 mg tbl 1-0-0, Ca eff. 1-0-0, Salofalk 2-2-2,Hypnogen tbl 0-0-0-1 ve 22,00 h., infuze Glukóza 5 % 500 ml + 10 ml 7,45 % KCL, Ringerův roztok 500 ml + 10 ml 7,45 % KCL, Neonutrin 10% 500 ml. U pacientky se nevyskytly žádné alergické reakce, ani negativní vedlejší účinky podaných léků – všeobecná sestra, Z.K.
- Množství stolic bylo dnes 12 bez přítomnosti krve a hlenu,stolice už není vodnatá, má kašovitý charakter, zaznamenáno do dokumentace – všeobecná sestra, Z.K.
- Břicho bylo vyšetřeno pohledem i pohmatem, bez patologie - všeobecná sestra, Z.K., 10.00 h.
- Pacientce byly změřeny fyziologické funkce a výsledné hodnoty

zaznamenány do ošetřovatelské dokumentace (TK 130/80 , SpO2 98, P: 100/min, TT: 36,8°C, Dech: 24/min.) - všeobecná sestra, Z.K., 08.30 h.

- Příjem a výdej tekutin je sledován každých 6 hodin, dle ordinace lékaře a zaznamenáván do dokumentace – všeobecná sestra Z.K., 06.00 h., 12.00 h., 18.00 h., 24.00 h.
- Pacientka je informována o potřebě vykonávání zvýšené hygieny v oblasti konečníku, po každé stolici. Okolí konečníku je začervenané, podrážděné. Pacientce je doporučeno používání ochranné masti, například indulony – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientce je zajištěno relativní soukromí, postel má umístěnou poblíž toalety, má ochranné jednorázové podložky, pro případ úniku stolice – zdravotnický asistent
- Pacientce je poskytnuta psychická podpora, ujištění, že se frekvence průjmů určitě brzy sníží a léčba bude úspěšná – všeobecná sestra – Z.K.

Pacientka je poučena o správném dodržování šetřící, bezezbytkové diety – všeobecná sestra, Z.K.

- Pacientka je edukována o příčinách průjmu a o stávajícím léčebným režimu – všeobecná sestra, Z.K.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 3.4.2010

Cíle bylo dosaženo částečně, počet stolic se snížil z 20 na 12 stolic denně, stolice je bez krve a hlenu, není vodnatá má kašovitý charakter. Břicho je měkké, nebolestivé. Pacientka je v lepší náladě a věří, že se její stav zlepší. V další ošetřovatelské péči je nutno pokračovat ve všech intervencích, kromě č. 9, 11, 12, 13.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 2: Bolest akutní, v souvislosti se zánětlivým onemocněním střev, hyperperistaltikou, projevující se verbalizací, antalgickou polohou a rozrušením.

Cíl (krátkodobý), stanovený dne 1.4.2010

1.Zmírnění až eliminace bolestí

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti do 2 dnů..

Pacientka popisuje intenzitu bolesti na stupnici pod 3 do 2 dnů.

Pacientka má hodnoty fyziologických funkcí v normě do 24 hodin.

Pacientka ovládá použití relaxačních technik do 2 hodin.

Pacientka ovládá použití odpoutávacích technik do 2 hodin.

Pacientka ovládá použití představivosti k odpoutání od bolesti do 2 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

1. Proveď posouzení a vyhodnocení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu, trvání, častosti, závažnosti (číselná hodnotící škála 0 - 10) a zhoršujících faktorů a vše zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace - každé 2 hodiny – všeobecná sestra.

2. Bolest posuzuj vždy znovu, když se objeví – všeobecná sestra

3. Pozoruj neverbální projevy a další objektivní příznaky, sleduj barvu kůže, její suchost, pocení, nepohodu , strach – neustále - všeobecná sestra

3. Dle ordinace lékaře pravidelně sleduj a zaznamenávej do dokumentace hodnoty fyziologických funkcí – 2 x denně - všeobecná sestra

4. Seznam se s pacientčinou bolestí a ujisti ji, že jí věříš (bolest je subjektivní) – ihned- všeobecná sestra

5. Podej přesné informace o bolesti, vysvětli možné emoční reakce na bolest (vztek, strach, frustrace) – do 1 hodiny– všeobecná sestra

6. Edukuj pacientku o relaxačních technikách, antalgická poloha, klidná mysl, klidné prostředí) a zajisti podmínky pro jejich používání. Důležité je s pacientkou komunikovat klidným hlasem, vhodně volit slova a používat řeč těla. Pozitivní, souhlasná slova působí na pacienta relaxačně. – do 1 hodiny – všeobecná sestra

7. Edukuj pacientku o možnosti používání představivosti (představy mohou být zrakové, sluchové, dotykové), koncentrací pacienta na představy se tlumí vnímání bolesti – do 1 hodiny – všeobecná sestra

8. Požádej pacientku, aby hlásila bolest ihned, jak se objeví – ihned – všeobecná sestra

9. Vysvětli pacientce, že pokud se intenzita bolesti zvýší, je možno ji lékařem

naordinovat analgetika – ihned – všeobecná sestra

10. K subjektivnímu vyjádření úlevy od bolesti použij měřící techniku na stupnici (0 – 4) a výsledky zaznamenej do dokumentace – každé 2 hodiny – všeobecná sestra

REALIZACE ZE DNE 1.4.2010

- 8.00 h. Pacientce změřeny fyziologické funkce (TK 130/ mmHg, P 90 min.,TT 36,2°C, D 25/min.) a zaznamenány do dokumentace – všeobecná sestra
- 8.10 h. Pacientka pociťuje bolest tupého charakteru v oblasti levého hypogastria, intenzitu bolesti udává č. 3 na stupnici (0 -10), bolest je trvalá, intenzita se zvyšuje při nucení na stolici na stupeň č. 5, po stolici cítí úlevu, ale bolest je pořád přítomna. Zapsáno do ošetřovatelské dokumentace– všeobecná sestra Z.K.
- 08.15 h. Pacientku pozorně poslouchám a ujišťuji ji, že jí věřím a sleduji pacientčiny potřeby – všeobecná sestra – Z.K.
- 08.30 h. S pacientkou nacvičuji odpoutávací techniky, snažím se její pozornost odpoutat od bolesti. Soustřeďujeme se na pomalé rytmické dýchání, pouštíme tlumenou hudbu. V pokoji jsem zatáhla žaluzie, eliminovala hluk a poprosila pacientku ať zavře oči a myslí na něco příjemného, přitom jsem ji držela za ruku – všeobecná sestra – Z.K.
- 08.40 h. S pacientkou nacvičuji relaxační techniky, zvolily jsme antalgickou polohu, která pacientce nejvíce vyhovuje, navodily jsme klidnou mysl a zajistila jsem klidné prostředí. Mluvím klidným, tichým hlasem, radím pacientce ať používá představivost (sluchovou, dotykovou a zrakovou), přitom dotykově stimulujeme kůži na břichu, pomalými krouživými pohyby – všeobecná sestra – Z.K.
- 08.50 h. Podávám pacientce přesné informace o bolesti, upozorňuji na možnost emočních reakcí na bolest, že může pociťovat strach, vztek, frustraci a ujišťuji ji, že ji tyto pocity pomůžeme zvládnout – všeobecná sestra – Z.K.
- 09.00 h.. Vysvětluji pacientce ať okamžitě informuje ošetřující personál

v případě zvýšení intenzity bolesti a ať na každou novou bolest upozorní, poučila ji o možnosti podání analgetik v případě nutnosti – všeobecná sestra – Z.K.

REALIZACE ZE DNE 2.4.1010

- 10.00 h. Bolest se zmírňuje, intenzitu bolesti hodnotí pacientka č. 3., zapsáno do dokumentace – všeobecná sestra – Z.K.
- 12.00 h. Pacientka pociťuje bolest pouze při nucení na stolici, kdy ji popisuje jako mírné křeče v podbřišku. Bolest hodnotí č. 3. Pocity úlevy hodnotí na škále (0 -4) č. 3 – všeobecná sestra – Z.K.

REALIZACE ZE DNE 3.4.2010

- 14.00 h. Pacientka hodnotí intenzitu bolesti č. 2 – všeobecná sestra Z.K.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 3.4.2010

Cíle bylo dosaženo. Pacientka hodnotí intenzitu bolesti pod stupněm č. 3 na číselné hodnotící škále (0 -10), úlevu hodnotí č. 3 na stupnici úlevy (0 -4), což znamená značná úleva. Pacientka je klidnější, komunikativnější, netrpí strachem z bolesti a naučila se používat relaxační a odpoutávací techniky, které ji pomohou v případě dalšího případného relapsu jejího onemocnění.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 3: Tělesné tekutiny, deficit, v souvislosti nadměrných ztrát, snížení příjmu a zrychlení pasáže, projevující se únavou, vyčerpáním, poklesem tělesné hmotnosti.

Cíl (krátkodobý), stanovený dne 1.4.2010

1.Udržet objem tekutin na funkční úrovni do 2 dnů.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka má stabilní základní fyziologické parametry – do 3 hodin

Pacientka nepociťuje únavu a vyčerpání vlivem subhydratace – do 2 dnů

Pacientka chápe příčinné faktory deficitu tělesných tekutin – do 1 hodiny

Ošetřovatelské intervence:

1. Dle ordinace lékaře sleduj a zaznamenávej fyziologické parametry – ihned – všeobecná sestra

2. Sleduj a zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace fyzikální známky dehydratace (koncentrovaná moč, snížený turgor kůže, zpomalená náplň kapilár, zmatenost) – 2 x denně – všeobecná sestra

3. Měř a zaznamenávej příjem a výdej tekutin za 24 hodin – 06.00 h. -12.00 h. – 18.00 h. -24.00 h. – všeobecná sestra

4. Porovnej obvyklou váhu pacientky se současnou váhou a každý den pacientku važ a zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra

5. Dle ordinace lékaře podávej parenterální a enterální výživu a zaznamenávej do dokumentace, vysvětli též pacientce nutnost podávání výživy touto formou – všeobecná sestra

6. Doporuč omezení kofeinu a alkoholu – ihned – všeobecná sestra

REALIZACE ZE DNE 1.4.2010

- Pacientce pravidelně měřím a zaznamenávám fyziologické funkce (TK 130/80 mmHg, P 90/min., D 25/min., TT 36,2 °C) – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientku jsem zvážila, váží 70 kg, za poslední tři týdny zhubla o 2 kg – všeobecná sestra Z.K.
- U pacientky sleduji známky dehydratace, má suchou kůži, kožní turgor je přiměřený, není zmatená, náplň kapilár není zpomalená, pacientka se ale cítí unavená a vyčerpaná - -všeobecná sestra Z.K.
- Dle ordinace lékaře měřím po 6 hodinách příjem a výdej tekutin, denní příjem tekutin je 2000 ml a výdej 1500 ml. – všeobecná sestra Z.K.

REALIZACE ZE DNE 2.4.2010

- Sleduji základní laboratorní výsledky, Na 137,K 3,5,kreatinin 79, celkovou bílkovinu 77, albumin 42 - všeobecná sestra Z.K.
- Pacientku jsem poučila o nutnosti parenterální a enterální výživy a nutnosti dostatečného příjmu tekutin, upozornila jsem na subjektivní i objektivní příznaky signalizující dehydrataci a nutnost lékařského vyšetření – všeobecná sestra Z.K.
-

VYHODNOCENÍ ZE DNE 2.4.2010

Cíl byl splněn částečně, fyziologické parametry jsou v normě, pacientka je poučena o příčinných faktorech deficitu tělesných tekutin a o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Pacientka se cítí unavená a vyčerpaná. Pacientka má zajištěnou nadále parenterální a enterální výživu a je nutno i nadále sledovat příjem a výdej tekutin dle ordinace lékaře. Pacientka je po konzultaci s nutričním terapeutem a je dostatečně informována o požadavcích přiměřené výživy a potřeby udržení dostatečného objemu tekutin na funkční úrovni.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 4: Strach, v souvislosti s vývojem choroby, s vyšetřením a obavou o ztrátu zaměstnání, projevující se verbalizací strachu, rozrušením, poruchou spánku.

Cíl (krátkodobý), stanovený dne 1.4.2010:

1.Zmírnit projevy strachu a navodit pocit klidu do 3 dnů.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka je optimističtější, netrpí smutkem ani strachem do 3 dnů.

Pacientka dokáže o strachu diskutovat a umí rozlišit zdravý strach od nezdravého do 6 hodin

Pacientka je informována o kolonoskopickém vyšetření a strach z vyšetření

ustoupil do 2 hodin

Pacientka verbalizuje zmírnění strachu do 2 dnů.

Ošetřovatelské intervence:

1. Povzbuď pacientku, aby vyjádřila pocity týkající se jejího strachu do 2 hodin – všeobecná sestra

2. Sleduj a zaznamenávej do dokumentace fyziologické funkce (TK,P,D,SpO2) každé 2 hodiny – všeobecná sestra

3. Edukuj pacientku o kolonoskopickém vyšetření, vysvětli, že vyšetření bude probíhat za přítomnosti anesteziologa a nemusí mít strach z bolesti, dej přečíst informovaný souhlas a na veškeré dotazy jí podej odpověď do 1 hodiny – všeobecná sestra

4. Hovoř s pacientkou o jejím onemocnění, nabídni ji možnost zapojení se do sdružení pacientů s IBD, seznam ji s pacientem se stejnou dg. – do 2 dnů – všeobecná sestra

5. Zabezpeč kontakt s rodinou, vysvětli možnost častých návštěv a pozitivního vlivu účasti rodiny – do 1 dne – všeobecná sestra

6. Při komunikaci s pacientkou využij neverbální komunikace (proximiku, haptiku), mluv klidně a srozumitelně, buď empatická a upřímná, podporuj u pacientky pozitivní myšlení – všeobecná sestra

7. Zajisti pacientce klidné a příjemné prostředí, pouč ostatní členy ošetřovatelského týmu, ať jsou k pacientce citlivý, milí, usměvaví – do 2 hodin – všeobecná sestra

REALIZACE ZE DNE 1.4.2010

- Pacientce pravidelně měřím a zaznamenávám do ošetřovatelské dokumentace fyziologické funkce (TK, P,SpO2, D), vše má v normě, v případě odchylek budu informovat lékaře – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientka dokáže popsat svůj strach, při rozhovoru je klidná – 8.00 h.- všeobecná sestra Z.K.
- Pacientku jsem edukovala o kolonoskopickém vyšetření, vysvětlila jí, že bude přítomen anesteziolog a vyšetření bude určitě lépe snášet než při předešlém vyšetření – 8.30 h.- všeobecná sestra Z.K.

REALIZACE ZE DNE 2.4.2010

- Pacientce jsem zajistila příjemné prostředí, umístily jsme fotografii jejich rodiny na stolek, manžel donesl televizor. Ostatní členy týmu jsem požádala o zvýšenou komunikaci s pacientkou, navázání hovoru na její pracovní a rodinnou, ale i zdravotní situaci a nutnosti klidného, optimistického přístupu k pacientce – 8.45 h. – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientce jsem poskytla odbornou literaturu o její nemoci, seznámila ji s mladou pacientkou s dg. Ulcerózní kolitida, léčící se s touto nemocí už deset let. Nabídla jí možnost zapojit se do sdružení pacientů s IBD a doporučila jí prohloubit kontakt se specializovanou IBD sestrou – 10.00 h. – všeobecná sestra Z.K.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 1.4.2010

Cíle bylo dosaženo. Pacientka dokáže o svém strachu diskutovat, je klidnější, uvolněnější. Při komunikaci s personálem je hovornější. Pacientce hodně pomohl kontakt s veselou, mladou pacientkou, léčící se také s ulcerózní kolitidou. Pacientce je nutné se nadále intenzivně věnovat a upevňovat u ní nutnost komunikace o jejích problémech.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 5: Spánek porušený, v souvislosti s častým nucením na stolici, psychickým stresem, steskem po rodině, projevujícím se nočním buzením, únavou, vyčerpáním, kruhy pod očima.

Cíl (krátkodobý), stanovený dne 1.4.2010:

1.Zlepšení kvality spánku a celkové tělesné pohody do 3 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka spí nepřerušovaně alespoň 6 hodin – d 3 dnů

Pacientka usíná v klidném prostředí – do 1 dne

Pacientka usne do 30 minut po ulehnutí do postele – do 2 dnů
Pacientka nepociťuje spánkovou inverzi – do 2 dnů

Ošetřovatelské intervence:

1. Sleduj a zaznamenávej délku a kvalitu spánku pacientky – do 2 dnů - všeobecná sestra

2. Zajisti na noc optimální podmínky pro klidný spánek (vyvětrej místnost, zajisti tmu a klid) - denně – zdravotní sestra

3. V případě častého nočního chození na záchod, buď s pacientkou, pomož ji s osprchováním a navoď klidnou atmosféru k usnutí (zhasni světlo, popřípadě vyvětrej, pacientku uklidni vlídným slovem a dotykem) – všeobecná sestra

4. Podávej léky na spaní dle ordinace lékaře a podání zaznamenej do dokumentace a sleduj účinky léků – všeobecná sestra

5. Sleduj projevy a intenzitu únavy a dopad na emoční projevy - vždy – všeobecná sestra

6. Zabezpeč pacientce pohodu a relaxaci (důkladně ustel postel, dohlédni na pohodlné oblečení) – sanitárka

7. Zajisti eliminaci zvukových stimulů (hlasité rozhovory personálu a pacientů, hlučná televize, či rádio) – denně – všeobecná sestra

8. Nabídni pacientce před usnutím masáž zad, nebo popovídání si. Správně vedený rozhovor dokáže pacientku uklidnit a navodit spánek – denně – všeobecná sestra

REALIZACE ZE DNE 1.4.2010

- Pacientka se cítí unavená, předešlou noc se příliš nevyspala, nemohla usnout až po podání Hypnogenu ve 22.00 h., věří, že dnes to bude lepší, vysvětluji pacientce, že se budeme snažit ji pomoci navodit spánek bez použití léků – 9.00 h. – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientka je umístěna na dvoulůžkový pokoj, lůžko má umístěno blízko toalety – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientce je zajištěno klidné prostředí (před spaním jsem vyvětrala místnost, zatáhla žaluzie a zhasla světlo, požádala jsem pacientku společně

obývající pokoj o vstřícnost a případné vypnutí, či ztišení televizoru) – 21.00 h.

- Pacientce jsem nabídla v případě častého chození v noci na záchod, ať mne zavolá, že ji pomohu 18.00 h. – všeobecná sestra Z.K
- Pacientka má pohodlné bavlněné pyžamo a byla jí důkladně ustlána postel – 19.00 h. – sanitárka

REALIZACE ZE DNE 2.4.2010

- Pacientce byla poskytnuta relaxační masáž na lůžku a uklidňující rozhovor – 19.30 h. – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientka se už cítí unavená, ospalá a usíná - 21.00 h. – všeobecná sestra – Z.K.
- Při noční kontrole v 01.00 h. a ve 03.00 h. bylo zjištěno, že pacientka klidně spí – všeobecná sestra Z.K.
-

VYHODNOCENÍ ZE DNE 2.4.2010

Cíl byl splněn. Pacientka spala souvisle 7 hodin. Cítí se daleko lépe, nemá kruhy pod očima, je veselejší a optimističtější. Chválí si navození příjemné atmosféry před usnutím, masáže zad a příjemného uklidňujícího rozhovoru. Také děkovala pacientce na sousední posteli za vstřícnost, když vypnula televizor, který ji předešlou noc rušil, ale nechtěla nikoho omezovat. Správnou komunikací, navozením příjemné atmosféry bylo dosaženo cíle klidného a nerušeného spánku pacientky. Dále ji napomohla účinná léčba, při které se pacientce snížila frekvence stolic. Tuto noc byla pacientka na stolici pouze 2 x, tudíž se mohla dostatečně vyspat. Doporučuji i nadále pokračovat v intervencích pro zajištění kvalitního spánku pacientky, neboť kvalitní spánek je nedílnou součástí úspěšné léčby.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 6: Společenská interakce porušená, v souvislosti s terapeutickou izolací, komunikační barierou, projevující se verbalizací, smutkem, rozrušením, izolací, neschopností sdílení prožitého.

Cíl (**dlouhodobý) , stanovený ze dne 3.4.2010**

1.Pacientka dokáže využít účinný systém společenské podpory a žít plnohodnotný život i se svým chronickým onemocněním – do 2 měsíců

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka si uvědomuje faktory, které zvýrazňují zhoršené společenské interakce – do 1 týdne

Pacientka ví, jak získat potřebné informace, které ji pomohou opět vést uspokojivý společenský život – do 2 dnů

Pacientka dává najevo snahu po dosažení pozitivních změn ve společenském chování a interpersonálních vztazích – do 1 týdne

Pacientka netrpí pocity izolace, kvůli svému onemocnění – do 1 týdne

Ošetřovatelské intervence:

1. Odeber podrobnou sociální anamnézu pacientky i jejich blízkých (manžela, matky, přítelkyň, které pacientku navštěvují) a zjisti změny ve společenském životě, které nastaly onemocněním pacientky – do 1 týdne – všeobecná sestra

2. Prober s pacientkou osobní anamnézu z hlediska stresujících faktorů, přispívajícím porušení společenské interakce – do 2 dnů – všeobecná sestra

3. Povšimni si společenských vztahů v rodině, mezi kamarádkami a na pracovišti – do 1 týdne - všeobecná sestra

4. Pobízej pacientku k formulování problémů a svého názoru na důvody jejich vzniku, aktivně naslouchej a všímej si projevů smutku, bezmocnosti, hněvu – do 1 dne – všeobecná sestra

5. Informuj pacientku o možnosti komunikace a zdroji informací na webových stránkách pacientů s IBD – do 1 dne – všeobecná sestra

6. Urči pacientčiny schopnosti poradit si s problémy, vysvětli, že ovlivňují schopnost zapojit se do společnosti – do 2 dnů – všeobecná sestra

7. Podporuj u pacientky pozitivní přístup k životu a pozitivní myšlení, s optimistickým myšlením se snadněji zapojí do společnosti – všeobecná sestra

REALIZACE ZE DNE 3.4.2010

- Po odebrání sociální anamnézy jsme s pacientkou zjistily, že problémy s porušenou interakcí nastaly následkem relapsu jejího onemocnění, pacientku ujišťuji, že po odeznění příznaků nemoci, únavě a slabosti se vše změní a ona bude žít plnohodnotný život, jako před začátkem nemoci – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientku se snažím pozitivně naladit, podporovat ji co nejvíce v komunikaci s pacientkou se kterou se v nemocnici seznámila, která má stejné onemocnění a dodává pacientce odvahu a potřebné informace jak se znova zapojit do společenského života – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientce zdůrazňuji její schopnosti, jako je výřečnost, inteligence, odvaha, které ji napomohou se opět zapojit do společenského života – všeobecná sestra Z.K.
- Snažím se u pacientky zmírnit její negativní sebepojetí a navodit zdravé sebevědomí – všeobecná setra Z.K.
- Pacientce jsem doporučila vyhledání informací a kontakt s pacienty se stejným onemocněním na webových stránkách pacientů s IBD – všeobecná sestra Z.K.
- Pacientce jsem vysvětlila nutnost neuzavírat se do sebe, komunikovat s okolím a pracovat na svém sebepoznání a získat co nejvíce informací o své nemoci, vždy je naděje a cesta jak pomoci – všeobecná sestra Z.K.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 3.4.2010

Cíl byl splněn částečně. Pacientka je seznámena se systémem možné společenské podpory, uvědomuje si faktory, které zhoršují její společenskou interakci, ale jak dokáže využít této pomoci se ukáže až za delší čas. Má snahu, ochotu na sobě pracovat, nyní je komunikativní, dokáže otevřeně hovořit o všech problémech způsobených jejím onemocněním, což je v zajištění úspěchu a zvládnutí této diagnózy nesmírně důležité. Velkou výhodou je pro ni

také podporující manžel a pevné rodinné zázemí. Nadále je nutné pacientce pomáhat po stránce psychické a sociální, což bude úkolem specializované IBD sestry v gastroenterologické ambulanci, kde bude pacientka nadále sledována. Nadále je potřebné realizovat intervence č. 3, 4, 7.

3.4 Celkové zhodnocení pacienta

Ošetřovatalské intervence byly realizované do 3 dnů, v době hospitalizace pacientky na interním oddělení nemocnice, kam byla přijata na doporučení svého lékaře gastroenterologa, pro zhoršující se časté průjmy s příměsí krve a hlenu, bolesti břicha, únavu a vyčerpání. Pacientka se léčí od r. 2007 s diagnózou ulcerózní kolitida. Nyní se pacientky stav zlepšil. Počet stolic se snížil z 20 na 8 stolic denně, stolice je bez krve a hlenu, není vodnatá má kašovitý charakter. Cíle ulevit pacientce od bolesti se podařilo dosáhnout, bolest hodnotí na číselné hodnotící škále (0-10) pod stupněm č. 3, pociťuje značnou úlevu, což hodnotí č. 3 na stupnici úlevy (0-4), naučila se používat relaxační a odpoutávací techniky, které ji pomohou v případě dalšího relapsu jejího onemocnění. Deficit tělesných tekutin, v souvislosti nadměrných ztrát se podařilo napravit částečně. Pacientka má nadále zajištěnou parenterální a enterální výživu a je nutné nadále sledovat příjem a výdej tekutin dle ordinace lékaře po 6 hodinách. Pacientka je po konzultaci s nutričním terapeutem a je poučena o požadavcích přiměřené výživy a potřeby udržení tekutin na funkční úrovni. Strach z kolonoskopického vyšetření a z dalšího vývoje choroby se podařilo snížit vhodně volenými intervencemi, hlavně edukací a správnou komunikací. Pacientka je hovornější, dokáže o svém strachu.

ZÁVĚR

Idiopatické střevní záněty (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida) postihují velké množství nemocných. Tato choroba sice není smrtelná, jedná se ale o nevyléčitelné chronické onemocnění, jehož incidence neustále stoupá. Převážná část pacientů je v péči gastroenterologů, kteří řídí a monitorují léčbu. Průběh těchto onemocnění si totiž vyžaduje pravidelné sledování, neboť aktivita jak Crohnovy choroby, tak ulcerózní kolitidy kolísá a v obdobích, kdy se zvyšuje, je nutná i úprava léčby.

Endoskopické vyšetření, především kolonoskopie hraje prvořadou roli v diagnostice tohoto onemocnění. Jelikož se jedná o doposud nevyléčitelné onemocnění, je pacient zatížen pravidelnými kolonoskopickými vyšetřeními, při kterých dokáže správná edukace a psychická podpora všeobecné sestry pacientovi hodně pomoci.

IBD bohužel neumíme vyléčit, ale umíme ji léčit. Léčba tohoto onemocnění představuje složitý medicínský problém nejen z hlediska léčebné taktiky, ale též z hlediska ekonomického. Nedílnou součástí léčebného komplexu je vhodně zvolená výživa. Správně prováděná výživa se v posledních letech dostává do popředí léčebných opatření. Jelikož je toto onemocnění závažným medicínským problémem, dostává se zde do popředí komplexní ošetřovatelská péče o pacienta, kterou dokážeme výrazně ovlivnit kvalitu života nemocných.

Cílem komplexní ošetřovatelské péče u pacientů s ulcerózní kolitidou je dosáhnutí zlepšení kvality života po stránce fyzické, psychické a sociální. Všeobecná sestra spolu s nutričními terapeuty, psychoterapeuty a ostatními členy ošetřovatelského týmu dokáže uplatňováním nových moderních metod ošetřovatelské péče, vzděláváním se v oboru ošetřovatelství a zájmem o člověka napomoci v léčbě tohoto onemocnění. Největší naší snahou je psychicky podpořit pacienta, poskytnout mu dostatek informací o jeho chorobě a pomoci pacientovi i v sociální situaci, nezapomínat na podporu rodiny, přátel a schopnosti vést i přiměřený společenský život. Pro zajištění fyzického a psychického blaha pacienta je naším úkolem pravidelně sledovat fyziologické

funkce, dokázat ulevit od bolesti a v době omezené sebepéče uspokojovat pacientovi biopsychosociální potřeby. S diagnózou ulcerózní kolitida je pacient zpravidla léčen na interním oddělení nemocnice a všeobecná sestra mu musí věnovat trvalou ošetřovatelskou péči. Pacienti v případě komplikací musí podstoupit chirurgickou léčbu, kdy o ně pečují sestry na chirurgickém oddělení. Bohužel někdy je i nutné provést ileostomii, což představuje pro pacienty výrazný zásah do života. Těmto pacientům pomáhají pak též specializované stomické sestry. Jelikož se jedná o chronické onemocnění, pacienti pravidelně navštěvují gastroenterologickou ambulanci, kde jsou v péči ambulantních sester se specializací v oboru gastroenterologie. V naší republice je i několik specializovaných center, kde se provádí tzv. cílená léčba, v těchto centrech jsou speciálně vyškolené IBD sestry, které zajišťují aplikaci této nové léčby.

Cílem této bakalářské práce bylo poukázat na nutnost komplexního ošetřovatelského přístupu k pacientovi, ale i jeho blízkým a jeho rodině. Zvláštní důraz jsem kladla na význam uspokojování biopsychosociálních potřeb této pacientky. Cíle práce byly splněny, byla podrobně zmapována medicínská a ošetřovatelská problematika tohoto onemocnění a navrhnut individuální plán ošetřovatelské péče s ohledem na holistickou péči za využití obecného ošetřovatelského procesu. V empirické části práce byly stanovené cíle ošetřovatelských diagnóz částečně, či úplně splněny, což svědčí o správném postupu ošetřovatelské péče v pojetí holistické filozofie. Součástí práce je též doporučení pro praxi.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Přednášková činnost na odborných konferencích
Publikace v odborných časopisech
Potřeba vzdělávání se v oboru ošetřovatelství
Uplatňování specifik ošetřovatelské péče u pacienta s UC
Uplatňování metod ošetřovatelského procesu
Edukace všech členů ošetřovatelského týmu
Edukace pacienta a jeho rodiny a blízkých přátel
Zajištění bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb pacienta
Holistický, lidský a aktivní přístup k pacientovi, jeho rodině a jeho blízkým

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1.BOROŇOVÁ, J. 2010. Kapitoly z ošetřovatelství I. Praha : Maurea, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

2.ČERVENKOVÁ, Renata. 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida.* Praha : Galen, 2009. ISBN 978 – 80 – 7262 – 600 – 7.23.

3.DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. přeprac. a rozš. vyd. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80- 247-0242-8.10.

4.KOHOUT, Pavel; PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida.* Praha : Forsati, 2006. ISBN 80 – 903820 – 0 – 2.11.

5.KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1.* Z ang. orig. přel. A. Kršková. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

6.KRŠKA, Z. et al. 2006. Idiopatické střevní záněty – profil chirurgicky řešených nemocných. *Rozhledy v chirurgii,* 2006, roč. 85, č. 5, s. 224 – 248. ISSN 0035 – 9351.

7.KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci.* Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

8.LANGAN, R. 2008. Ulcerózní kolitida: diagnostika a léčba. *Medicína po promoci* [online]. 2008, č. 1 [cit. 2011-03-20] . Dostupné z WWW: htpp://www.tribune.cz/clanek/11621.

9.LIPTÁKOVÁ, K; MAZALÁNOVÁ, A. 2010. Postoj pacienta s kolostomií. *Sestra,* 2010, roč. 20, č. 9, s. 54-56. ISSN 1210 – 0404.

10.LUKÁŠ, Karel. 2001. *Idiopatické střevní záněty – minimum pro praxi.* Praha : TRITON, 2001. ISBN 80-7254-173-0.

11. LUKÁŠ, K. et al. 2002. Záněty tlustého střeva. *Trendy v medicíně,* 2002, roč. 4, č. 3, s. 101 – 111. ISSN 121 – 9046.

12. LUKÁŠ,Karel; ŠATROVÁ,Jiřina. 2004. *Dieta při ulcerózní kolitidě a crohnově nemoci.* Praha : Triton, 2004. ISBN 80 – 7254 – 473 - X.

13. LUKÁŠ, M. 2004. Idiopatické střevní záněty – Crohnova choroba, ulcerózní kolitida definice, historie a etiopatogeneze. In KOHOUT,P. et al. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha : Maxdorf , 2004. ISBN 80 – 7345 – 023 – 2.

14.LUKÁŠ, M. 2009. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Praktické lékárenství,* 2009, roč. 5, č. 4, s. 156 – 202. ISSN 1801 – 2434.

15. LUKÁŠ, M.2006. Idiopatické střevní záněty a kolorektální karcinom. Nové souvislosti a další perspektivy. *Česká a Slovenská gastroenterologie a hematologie,* 2006, roč. 60, č. 3, s. 113 – 118. ISSN 1213 – 323X.

16.LUKÁŠ, M; BORTLÍK, M. 2009. Éra biologické terapie. *Remedia,* 2009, roč. 14, č. 5, s. 322-400. ISSN 0862-8947.

17.LUKÁŠ, Milan; CHALUPNÁ, Perta. 2005. Antibiotika v terapii idiopatických střevních zánětů. *Česká a Slovenská gastroenterologie a hematologie,* 2005, roč. 59, č. 3, s. 122 – 126. ISSN 1213 – 323X .

18.NĚMCOVÁ, M.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací.* Plzeň : Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.

19.PĚCHOUČKOVÁ, I. 2005. Příprava na endoskopická vyšetření. In LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry.* Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80- 247-1283-0.

20.ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetřovatelství I.* Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80–247–114-6.

21.ŠATROVÁ, J. 2005. Dietologie u nemocí trávicího traktu. In LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry.* Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80- 247–1283 -0.

22.ŠROUBKOVÁ,R; HRUBANT,K. 2003. Indikace k chirurgické léčbě u idiopatických zánětů střevních. *Časopis lékařů českých,* 2003, roč. 142, č. 6, s. 351 – 355. ISSN 0008 – 7335.

23.TRACHTOVÁ, E. et al. 2004. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno : NCO NZO, 2004. ISBN 80–701 –32 -4.

24.ZBOŘIL, V. et al. 2009. Kortikorezistence v léčbě idiopatických střevních zánětů. *Česká a Slovenská gastroenterologie a hematologie,* 2009, roč. 63, č. 5, s. 239 – 243. ISSN 1213 – 323X.

25.ZBOŘIL,V; PROKOPOVÁ,L. 2005. Idiopatické střevní záněty. In SOUČEK.M. et al. *Vnitřní lékařství pro stomatology.* Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80 – 247 – 1367 – 5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Fotografie I

Příloha B – Fotografie II

Příloha C– Fotografie III

Příloha D – Fotografie IV

Příloha E – Fotografie V

Příloha F – Fotografie VI

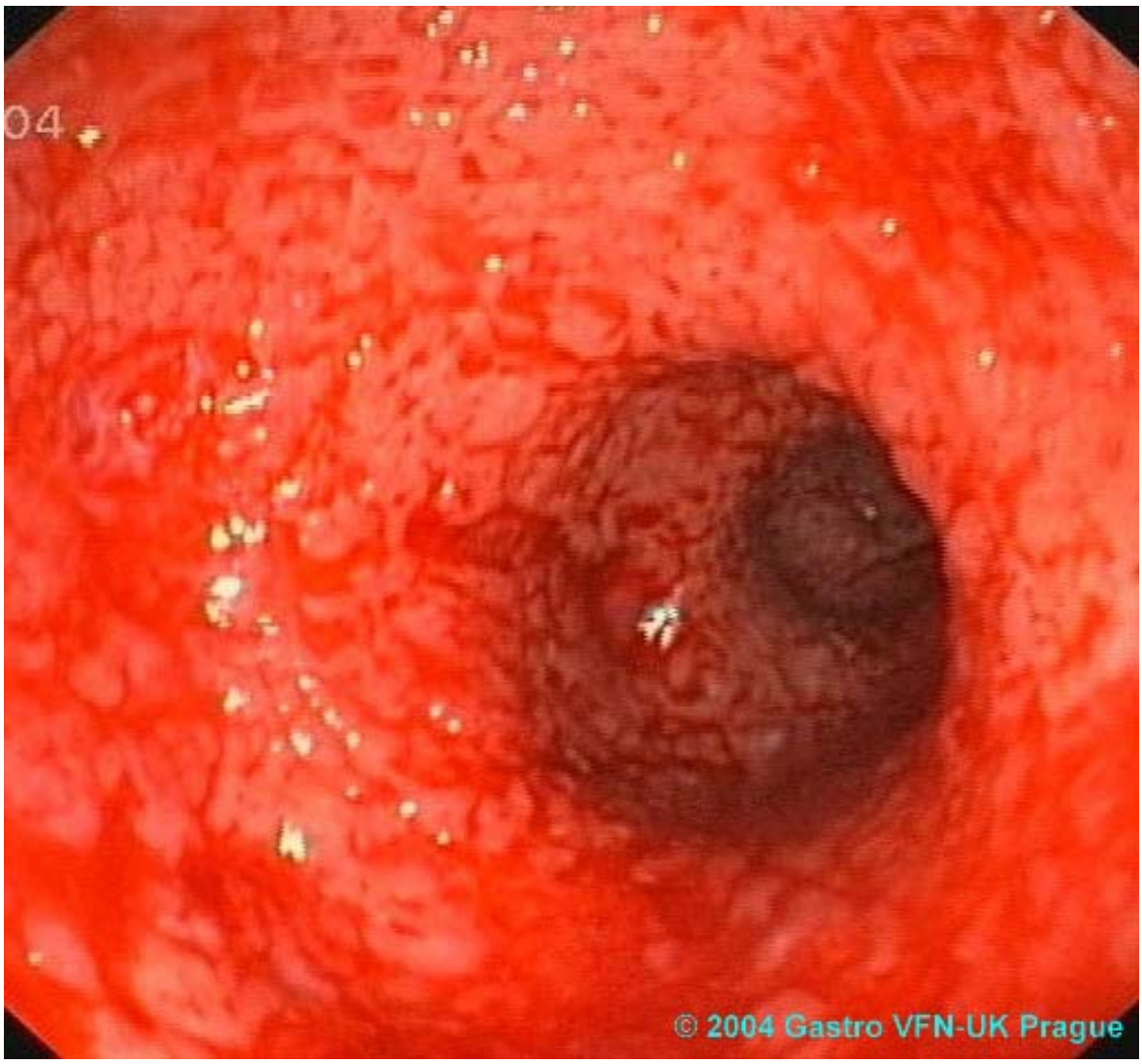
Příloha A – Fotografie- Atypický obraz pseudovilósní struktura sliznice tračníku

Zdroj: Gatroenterologická společnost, endoskopický atlas

Příloha B – Fotografie - Ulcerózní kolitida, ohraničený tvar

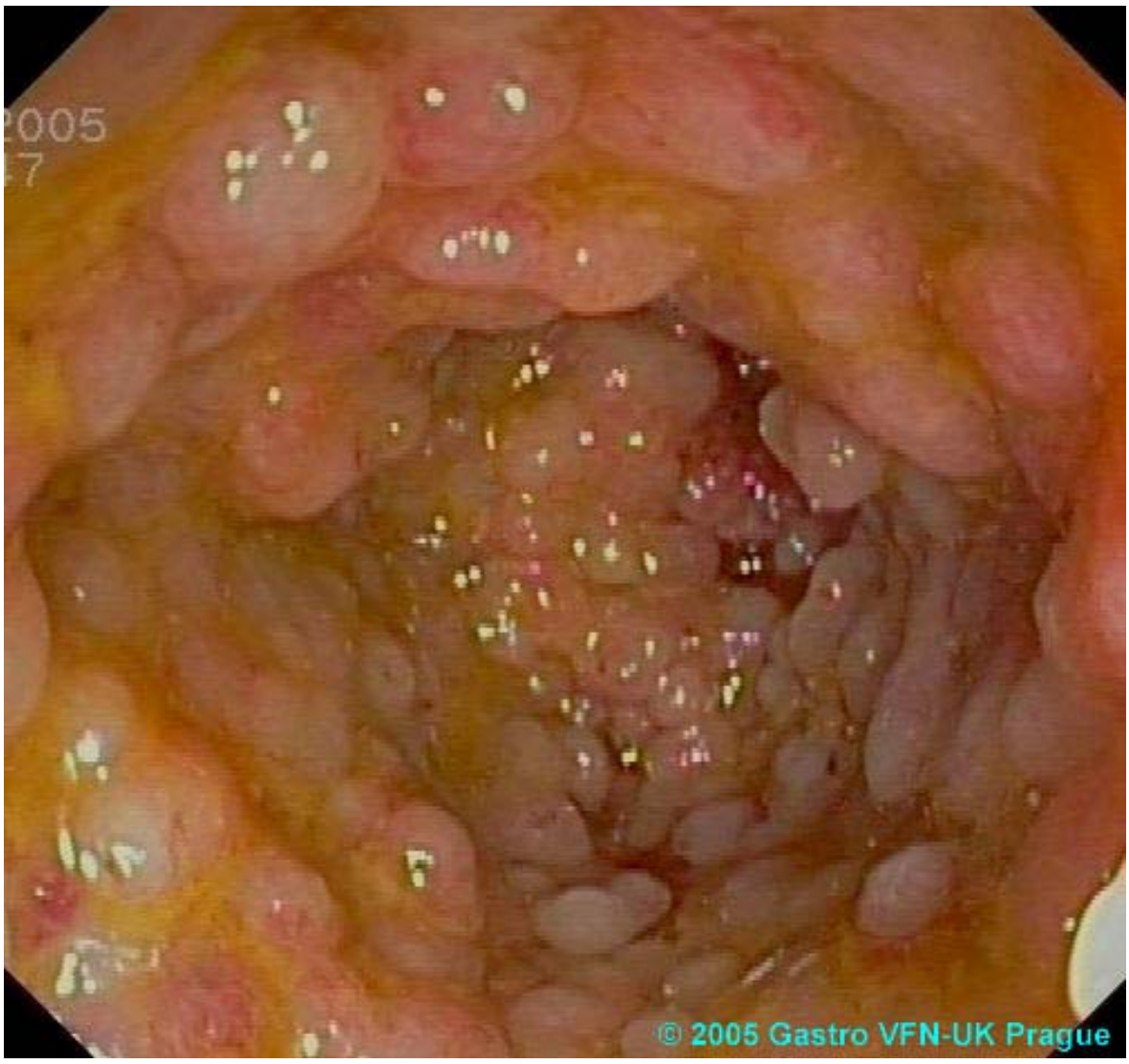
Zdroj: Gatroenterologická společnost, endoskopický atlas

Příloha C – Fotografie- Kyprá krvácivá sliznice rekta



Zdroj: Gatroenterologická společnost, endoskopický atlas

Příloha D – Fotografie– Proliferační pozánětlivé změny v descendentu

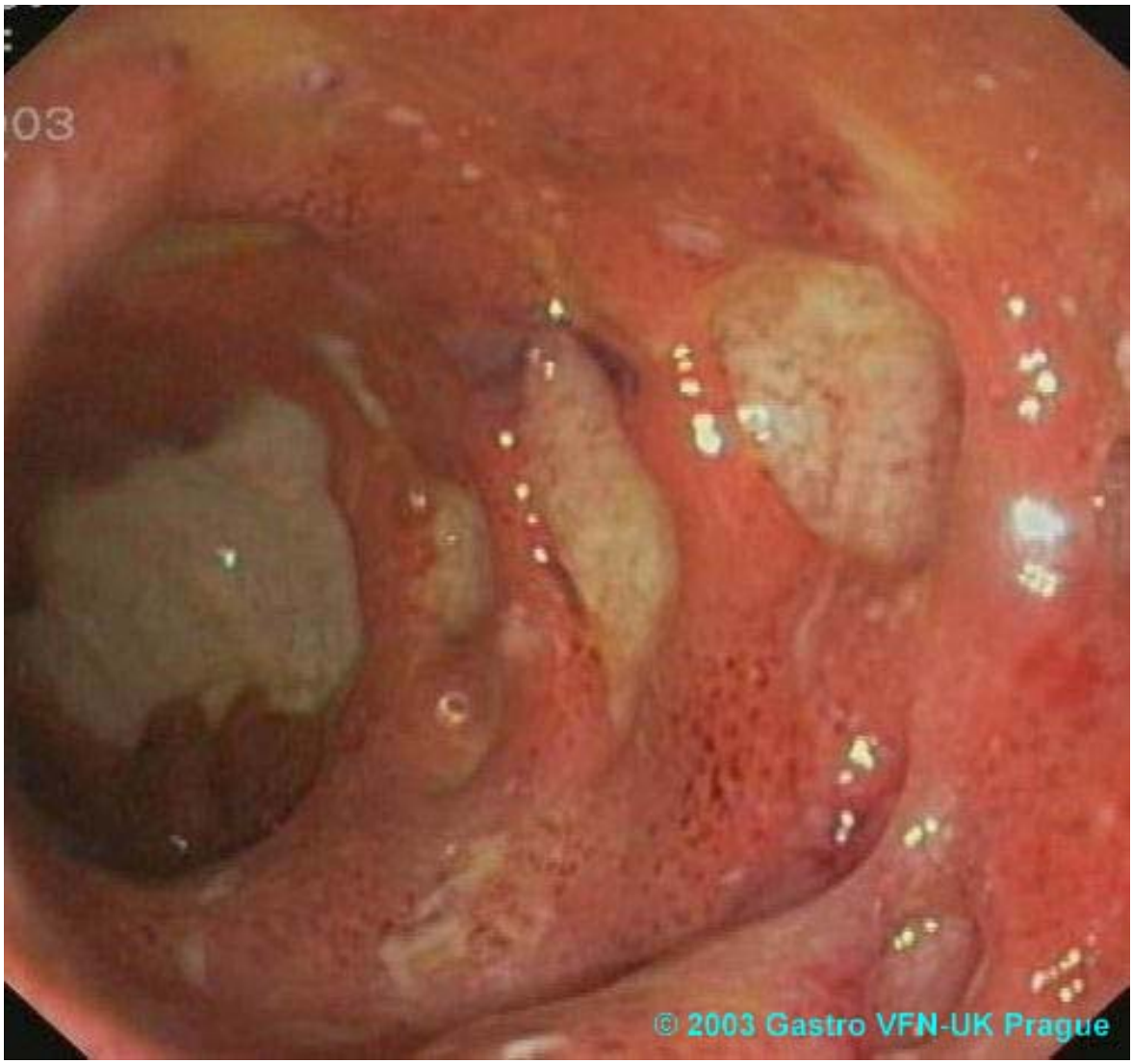


Zdroj: Gatroenterologická společnost, endoskopický atlas

Příloha E – Fotografie– Neobvyklé proliferační pozánětlivé změny v ascendentu

Zdroj: Gatroenterologická společnost, endoskopický atlas

Příloha F – Fotografie – Pokročilé zánětlivé změny v descendentu s ohraničenými hlubokými vředy



Zdroj: Gatroenterologická společnost, endoskopický atlas