

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

EVA ŠEBELOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

ŠEBELOVÁ Eva
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou

Nursing Care of the Patient with Crohn's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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 ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

ŠEBELOVÁ, Eva. *Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD. Praha. 2011. s. 78

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou. Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část se věnuje teoretickému zpracování problematiky Crohnovy choroby, tedy historii, charakteristice onemocnění, výskytu, lokalizaci a etiologii. Také zde čtenáře seznamuje s příznaky, průběhem onemocnění, komplikacemi, vyšetřovacími metodami, léčbou a také dietou, která je nedílnou součástí Crohnovy choroby. Praktická část práce se pak věnuje podrobné kazuistice pacientky s Crohnovou chorobou, systematickému zhodnocení podle koncepčního modelu M. Gordonové, „modelu fungujícího zdraví“. Dále byla realizovaná ošetrovatelská metodologie včetně systémového zhodnocení a stanovení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz. Na základě těchto diagnóz byla pak aplikována ošetrovatelská péče. Realizace a hodnocení poskytované léčby a péče bylo provedeno v závěrečné části práce.

Klíčová slova: Crohnova nemoc. Dieta. Ošetrovatelská péče. Pacient.

ABSTRACT

ŠEBELOVÁ, Eva. Nursing Care of a Patient with Crohn's Disease

Nursing college, o.p.s., Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Jana Hlinovská PhD. Prague.
2011. 78 Pages.

The main topic of my bachelor is nursing care of a patient with Crohn's disease. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the issue of Crohn's disease, history, symptoms of the disease, occurrence, localization and etiology. Readers also can familiarize with signs and symptoms, duration of the disease, complications, nursing methods, treatment and also diet which is the important part of Crohn's disease. The practical part of the thesis deals with detailed casuistry of a female patient with Crohn's disease, systematic assessment according to M. Gordon module, "functional health development model". Nursing methodology was further implemented including systemic evaluation and, actual and potential nursing diagnosis. Nursing care was implemented on the basis of nursing diagnosis. The implementation and evaluation were performed in five steps in final part of the thesis.

Key words: Crohn's Disease. Diet. Nursing Care. Patient.

PŘEDMLUVA

Crohnova nemoc je chronické onemocnění, které se řadí mezi idiopatické střevní záněty. Dosud není známa přesná příčina onemocnění, tím pádem tuto chorobu nelze ani účinně vyléčit (JIRÁSEK a kol., 2002). Cílem lékařů, všeobecných sester i zdravotnických asistentů je zklidnit aktivní zánět a udržet onemocnění v klidové fázi co nejdéle (ČERVENKOVÁ, 2009).

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na danou problematiku a poukázat na všechna možná úskalí nemoci. Cílem práce je informovat o tomto závažném onemocnění a zkompletizovat ošetrovatelskou péči o pacienta s Crohnovou chorobou. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že se jedná o celosvětový problém a každoročně budou přibývat nově diagnostikovaní pacienti, a to nejen v dospělém, nýbrž i v dětském věku. Tuto skutečnost dokazuje fakt, že: „Zatímco počátkem 90. let postihovala Crohnova nemoc v České republice pouze o něco víc než dvě z 100 000 dětí, nyní na stejný počet připadá už 5,5 dítěte s touto diagnózou.“ (ČERVANKOVÁ, 2009, s. 66).

Jako systematickou metodu řešení ošetrovatelských problémů pacienta jsme si vybraly ošetrovatelský proces za využití koncepčního modelu M. Gordonové, protože jsem s tímto modelem pracovala nejčastěji již v průběhu studia na vysoké škole a pro pacientku a její problémy byl nejvhodnější. Model neobsahuje vyšetření pacienta lékařem, ale slouží k celkovému zhodnocení pacientova zdravotního stavu sestrou.

Výběr tématu práce byl ovlivněn přátelstvím s dívkou, která právě Crohnovou nemocí trpí. Téměř po dobu pěti let jsem měla možnost sledovat průběh této nemoci, její dopad na fyzický i psychický stav člověka. Dále byl výběr tématu ovlivněn skutečností, že se jedná o aktuální téma, kterému se dle mého názoru nevěnuje dostatečná pozornost. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské PhD. za cenné rady, připomínky a podporu, kterou mi při zpracování bakalářské práce poskytla.

OBSAH

ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	15
1.1 HISTORIE CROHNOVY CHOROBY	15
1.2 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ	16
1.3 LOKALIZACE ONEMOCNĚNÍ	16
1.4 ETIOLOGIE	17
1.5 PŘÍZNAKY	18
1.6 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ	19
1.7 KOMPLIKACE	19
1.7.1 Lokální střevní komplikace	19
1.7.2 Mimostřevní komplikace (vzdálené projevy)	20
1.7.3 Metabolické komplikace	21
2 VYŠETŘOVACÍ METODY	23
2.1 ANAMNÉZA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	23
2.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	24
2.3 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	24
2.3.1 Endoskopické vyšetřovací metody	24
2.3.2 Rentgenová, ultrazvuková a ostatní zobrazovací vyšetření.	26
3 LÉČBA.....	27
3.1 LÉČBA KONZERVATIVNÍ	27
3.2 PODPŮRNÁ A DOPLŇKOVÁ LÉČBA.....	29
3.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	30
3.3.1 Aktuální výzkumné šetření ASTIC.....	31
4 DIETA PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU	32
4.1 DIETA PRO PACIENTY S CROHNOVOU CHOROBOU VE STÁDIU RELAPSU.	32
4.2 DIETA PRO PACIENTY S CROHNOVOU CHOROBOU VE STÁDIU REMISE.	33
5 PSYCHICKÝ DOPAD CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA PACIENTA	34

6	OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	35
6.1	OŠETŘOVATELSTVÍ	35
6.1.1	<i>Pojem a definice ošetřovatelství</i>	<i>35</i>
6.1.2	<i>Předmět a cíle ošetřovatelství</i>	<i>36</i>
6.2	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	36
6.3	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY UŽÍVANÉ V SOUVISLOSTI S CROHNOVOU CHOROBOU	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
7	KAZUISTIKA PACIENTKY S CROHNOVOU CHOROBOU.....	39
7.1	SYSTÉMOVÉ ZHODNOCENÍ DLE KONCEPČNÍHO MODELU M. GORDONOVÉ	41
7.2	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE KAPESNÍHO PRŮVODCE ZDRAVOTNÍ SESTRY	50
8	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	71
8.1	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE SESTROU	71
8.2	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PACIENTKOU A JEJÍ RODINOU	72
8.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	73
	ZÁVĚR	74
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

5-ASA	.....preparáty kyseliny 5-aminosalicylové
AA	..... alergologická anamnéza
ADL	.....activities of Daily Living
BMI	..... body mass index
CRP	.....C - reaktivní protein
CŽK	.....centrální žilní katétr
EA	.....epidemiologická anamnéza
ERCP	.....endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
GA	.....gynekologická anamnéza
CHOPN	.....chronická obstrukční plicní nemoc
i.v.	.....intravenózně
NO	.....nynější onemocnění
PA	.....pracovní anamnéza
PEG	.....perkutánní endoskopická gastrostomie
PŽK	.....periferní žilní katétr
RA	.....rodinná anamnéza
SA	.....sociální anamnéza
TNF	.....tumor necrosis factor

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

Aditiva – látky přidávané k doplnění některých vlastností, např. konzervační látky

Afty - drobné vřídky na ústní sliznici

Amenorea – vynechání menstruace

Aminosaliciláty – skupina léků používaných při léčbě některých střevních zánětů

Anamnéza - předchorobí

Anémie – chudokrevnost

Anorganická látka – neústrojná látka

Antibiotika – lék, který usmrcuje některé mikroorganismy nebo brání jejich růstu

Astenický – slabý, neduživý

Biopsie – vyšetření vzorku lidské tkáně

Ceakum – slepé střevo

Cirhóza – jaterní onemocnění

Endoskop - optický přístroj k vyšetřování tělních dutin a dutých orgánů

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie - kombinace rentgenologické a endoskopické metody. Dokáže zobrazit vývody žlučových cest a slinivky břišní

Endoskopie – metoda umožňující prohlédnutí tělních dutin

Endosonografie – ultrazvukové vyšetření s použitím endoskopie

Enterální výživa – podávání živin způsobem, který umožňuje jejich vstřebávání střevem

Enteroklýza – způsob rentgenového vyšetření tenkého střeva

Enteroskopie – endoskopie tenkého střeva

Erytrocity – červené krvinky

Expanze - zvětšování, rozšiřování, rozpínání

Flegmóna – neohraničený hnisavý zánět

Fulminantně – velmi akutně probíhající

Fyzikální vyšetření – vyšetření pomocí lidských smyslů

Gastroskopie – endoskopické vyšetření žaludku

Gastrostomie – chirurgické vyústění žaludku skrz břišní stěnu

Gravidita – těhotenství

Hematopoetická kmenová buňka – kmenová buňka, která dává vzniknout v procesu krvetvorby různým buňkám

Hemeroidy – zduření žilního pletence v oblasti konečníku

Heterogenní – různorodý

Heterozygot – nesou změny na jednom úseku chromozomálního páru

Homozygot - nesoucí změny na obou úsecích chromozomálního páru

hypalbuminemie – snížená koncentrace albumínu v krvi

Hypokalémie – stav, kdy je snížená hladina kalia v krvi

Hypovitaminóza – nedostatek vitaminů

Idiopatický – nespecifický

Ileitida – zánět konečné části tenkého střeva

Ileocekální resekce – odstranění konečné části tenkého střeva

Ileum – kyčelník, poslední část tenkého střeva

Ileus – střevní neprůchodnost

Imunosupresiva – léky, které omezují nebo zabraňují činnosti imunitního systému

Intermitentní – přerušovaný

Intolerance - nesnášenlivost, netolerantnost, nerespektování

Izokorie - normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou velikost

Katar – typ povrchového zánětu sliznic se značnou sekrecí

Kapslová endoskopie – vyšetření trávicí trubice pomocí kapsle se zabudovanou kamerou

Kolonoskopie – endoskopické vyšetření tlustého střeva

Kortikosteroidy – steroidní hormony tvořené kůrou nadledvin

Laktóza - mléčný cukr

Leukocyt – bílé krvinky

Lumen – vnitřek trubicového orgánu

Magnetická rezonance – zobrazovací technika používaná k zobrazení vnitřních orgánů lidského těla.

Malabsorbční syndrom – stav, při němž je narušeno vstřebávání

Malnutrice – podvýživa

Mikrovaskulární – týkající se drobných cév

Mykobakterie - rod nepohyblivých bakterií

Nasogastrická sonda – sonda zavedená nosem do žaludku

Nasojejunální sonda - sonda zavedená nosem do tenkého střeva

Nausea - pocit nevolnosti, nutkání ke zvracení

Nutriční karence – nedostatek určité potřebné látky v potravě

Osteoporóza – prořídnutí kostí

Papila – bradavčitý výběžek

Parenterální výživa – výživa podávaná do žilního systému

Patogeneze – nauka o mechanismech vzniku nemoci

Perforace - prasknutí

Perianální – v okolí řiti

Píštěl – abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

Počítačová tomografie – radiologická vyšetřovací metoda, která pomocí rentgenového záření umožňuje zobrazení vnitřností člověka.

Probiotikum - bakterie lidského původu

Rekurence - znovuvzplanutí nemoci, a to dosud v nepostížené části

Relaps - akutní znovuvzplanutí onemocnění

Remise - klidové období nemoci, které je téměř bezpříznakové

Resekce – chirurgické odstranění části orgánu

Rezistentní - odolný, vzdorující; projevující odpor

Sedimentace – usazování, klesání krvinek

Segmentární – týkající se určité části orgánu

Sepse – těžká infekce

Sideropenie – nedostatek železa v krvi

Stenóza – abnormální zúžení

Strikturoplastika – chirurgický výkon, při kterém se upravuje zúžený průsvit střeva bez zkrácení délky střeva

Subileóza – stav částeční střevní neprůchodnosti

Syndrom krátkého střeva – stav po opakovaných resekcích střeva

Syntetický – uměle vyrobený

Tenesmus – bolestivé nucení na stolicí, přetrvávající i po jejím odchodu

Terminální - koncový

Transmulární - postihující celou tloušťku stěny trávicí trubice

Trombocyt – krevní destičky

Tumor necrosis factor - prozánětlivý cytokin tvořený některými leukocyty

Ulcerózní kolitida – nespecifický střevní zánět

Ultrasonografie - diagnostická technika založená na ultrazvuku odraženého od tkání

ÚVOD

Crohnova nemoc je velice závažné chronické onemocnění, které může postihovat jakoukoliv část trávicí trubice. V České republice se prevalence tohoto onemocnění odhaduje na 20 - 30 nemocných na 100 000 obyvatel. Každoročně přibývá 1 až 3 nově diagnostikovaní pacienti, nejčastěji ve věku 20 až 35 let. Bohužel není ani výjimkou postižení dětských pacientů (KOHOUT a kol., 2006). To, co činí Crohnovu nemoc tak závažnou je její nepředvídatelnost a výskyt častých komplikací a nutnost řešení těchto komplikací chirurgickou cestou (JIRÁSEK a kol., 2002). Někdy vede toto onemocnění až k pracovní neschopnosti se souvisejícím ekonomickým dopadem. Crohnova nemoc ovlivňuje všechny oblasti pacientova života (ČERVENKOVÁ, 2009).

Vzhledem k této skutečnosti je cílem navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou za využití metodologie ošetrovatelského procesu a koncepčního modelu dle M. Gordonové s ohledem na holistickou péči. Dalším cílem je pak poskytnout kvalitní informace o této nemoci laické veřejnosti, ale i samotným nemocným a jejich rodinám a informovat o možnostech prodloužení klidových období pomocí dietních opatření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika onemocnění

Crohnova nemoc je chronický nespecifický zánět trávicí trubice, který může postihovat jakoukoliv její část od dutiny ústní až po konečník. Umístění v ústech a jícnu je však velmi vzácné a bylo popsáno jen u několika málo případů na celém světě. Zpočátku může být postižena pouze malá část trávicího traktu, avšak onemocnění má značný potenciál k expanzi. Zánět je transmukózní, tedy postihující celou tloušťku stěny trávicí trubice. Toto onemocnění je segmentární, střídají se zdravé a postižené úseky střeva, a proto má sklon k tvorbě píštělí a abscesů (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.1 Historie Crohnovy choroby

Onemocnění popsali a uvedli ve všeobecnou známost v roce 1932 Crohn, Ginsberger a Oppenheimer jako regionální ileitidu. První případy však byly popsány mnohem dříve. Již v roce 1612 se ve staré lékařské literatuře objevuje popis adolescenta, jenž zemřel krátce poté, co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku. Při pitvě doktor Fabry objevil výraznou stenózu terminálního ilea s nápadně zesílenou střevní stěnou. Právě ta způsobila neprůchodnost střeva a následnou perforaci. Další zmínka se objevuje v roce 1893 v legendárním spisu věhlasného profesora Thomayera „Pathologie a therapie nemocí vnitřních“, kde profesor Thomayer popisuje případy nemocných s „dočasným katarom střevním“ jejichž klinický průběh stejně jako patologicko - anatomický nález při pitvě připomíná Crohnovu nemoc. Na popsání Crohnovy choroby se do značné míry také ve 20. letech minulého století podílí kromě Crohna, Ginsberga a Oppenhiemera tehdy velice slavný a uznávaný chirurg Berg, který má podle literatury na popsání Crohnovy choroby největší zásluhu.

Až výzkumy v 50. a 60. letech minulého století definitivně dokázaly, že toto onemocnění postihuje nejen tenké střevo, ale také tlusté střevo, ba dokonce jakoukoliv část trávicí trubice. Počátkem 90. let se potom pohled na Crohnovu nemoc posunul ještě razantněji.

Ukázalo se totiž, že se jedná o heterogenní onemocnění s natolik různorodou lokalizací, projevy a komplikacemi, že je nutné klasifikovat ho mnohem přesněji, jinak by nebylo možné způsoby a výsledky léčby prokázat (KOHOUT a kol., 2004).

1.2 Výskyt onemocnění

Ve výskytu Crohnovy choroby jsou značné geografické rozdíly. Nejvyšší výskyt nemoci je v rozvinutých zemích Evropy a Severní Ameriky, prim drží některé oblasti Skandinávie, Skotska a Anglie. V České republice se odhaduje prevalence tohoto onemocnění na **20 - 30 nemocných na 100 000 obyvatel**. Každoročně **přibývá 1 až 3 nově diagnostikovaní pacienti na 100 000 obyvatel, a to nejčastěji ve věku 20-35 let** (KOHOUT a kol., 2006). Bohužel ale není výjimkou ani postižení dětských pacientů. Počet nově diagnostikovaných pacientů v dětském věku stále stoupá. Tuto skutečnost dokazuje fakt, že počátkem 90. let postihovala Crohnova nemoc v České republice pouze asi dvě děti na 100 000 obyvatel, nyní na stejný počet připadá už 5,5 dítěte s touto diagnózou. Crohnova choroba postihuje stejně často obě pohlaví (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.3 Lokalizace onemocnění

Nejdříve byla popsána Crohnova choroba v oblasti napojení tenkého střeva na tlusté, resp. na konci tenkého střeva, podle kterého byly popsány první případy jako zánět konečné části tenkého střeva (ileitis terminalis) (KOHOUT a kol., 2006). Později však bylo zjištěno, že je tomu jinak. Názory autorů na procentuální lokalizaci nemoci se mírně liší. Dle autora Pavla Kohouta a kol., postihuje Crohnova nemoc asi ve **20% pouze tenké střevo**, ve **20% pouze tlusté střevo**, dalších **30% pak postihuje tenké i tlusté střevo** a asi ve **30% je postižen samostatně konečník**. Jak již bylo výše zmíněno, umístění v **ústech a jícnu** je velmi vzácné a tvoří necelých **5 %** všech nemocných (KOHOUT a kol., 2006). Autor Karel Lukáš a kol. tvrdí, že je anatomická lokalizace nemoci jiná. Podle autora postihuje nemoc **tenké střevo ve 25 – 35%**, **tenké i tlustí střevo ve 45%**, **tlusté střevo** postihuje asi v **30%** a ve **30 – 40%** je postižen samostatně **konečník** (LUKÁŠ a kol., 2005).

1.4 Etiologie

Crohnova choroba patří spolu s ulcerózní kolitidou mezi idiopatické, tedy nespecifické střevní záněty. Etiologie ani patogeneze tohoto onemocnění nebyla dosud uspokojivě vysvětlena. V posledních letech je zájem soustředěn na imunologické mechanismy, jelikož je zřejmé, že ať je příčina jakákoliv, je to lokální imunitní odpověď, která je příčinou poškození tkáně (JIRÁSEK a kol., 2002).

Zřetelnou roli hraje **genetická složka**. Asi u 10 - 25% nemocných lze prokázat u pokrevních příbuzných nespecifický střevní zánět (JIRÁSEK a kol., 2002). Výskyt nespecifických střevních zánětů v rodinách nemocných je mnohonásobně vyšší, než by odpovídalo výskytu v populaci. Crohnova choroba se často vyskytuje u jednovaječných dvojčat, kde je výskyt 3 - 5x častější (KOHOUT a kol., 2006). „V roce 2001 byl potvrzen vztah změny na chromozomu 16 a potíží, které byly typické pro Crohnovu chorobu. Lidé, kteří mají ve své genetické výbavě tuto mutaci zděděnou po jednom z rodičů (heterozygotní nosič), mají dvoj až čtyřnásobné riziko propuknutí onemocnění. Jedinci, kteří zdědili změnu po obou rodičích a nesou změny na obou úsecích chromozomálního páru (homozygotní nosič), mají toto riziko dvacet až čtyřicetkrát“ (NEUBERGEROVÁ, 2011, s. 36).

Další možnou příčinou onemocnění jsou nepříznivé vlivy zevního prostředí a to konkrétně **infekční agens**. Velká pozornost je věnována působení atypických mykobakterií a mikrovaskulárním změnám podmíněných infekcí spalničkovým virem. Snesené důkazy o vlivu těchto faktorů jsou nápadné, nikoliv však jednoznačné (JIRÁSEK a kol., 2002).

Z dalších **faktorů zevního prostředí** se objevují špatné stravovací návyky, a to zejména nedostatek vlákniny, nadbytek rafinovaného cukru a kouření. U kuřáků je prokazatelně vyšší výskyt Crohnovy choroby (JIRÁSEK a kol., 2002). Dalším nezanedbatelným faktorem je také stres, který dle mého názoru v dnešním světě patří ke každodenní existenci. Dlouhodobý stres mění schopnost imunitního systému reagovat na běžné podněty (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.5 Příznaky

Příznaky Crohnovy choroby jsou velmi rozmanité. Závisí především na lokalitě postiženého úseku trávicí trubice a samozřejmě i na tom, v jaké míře byla trávicí trubice postižena (ČERVENKOVÁ, 2009). Některé příznaky Crohnovy choroby jsou však méně specifické, ale jsou při diagnostice také velice důležité. Mezi tyto příznaky patří např. **naléhavé nucení na stolicí, pocit nedostatečného vyprázdnění po odchodu stolice, pocity napětí v břiše, nevolnost, zvracení, únava, zvýšená tělesná teplota až horečka** (KOHOUT a kol., 2006).

Postižení **ileocekální oblasti**, tedy oblasti napojení tenkého a tlustého střeva, se projevuje **třemi hlavními příznaky**, a to **bolestmi břicha**, které jsou křečovité a dostávají se především po jídle, a to nejčastěji do 30 - 60 minut. Někdy se může objevit bolest stálá, a to v pravém podbřišku (může být mylně zaměňována za zánět slepého střeva). Druhým typickým příznakem postižení ileocekální oblasti je **průjem**, který je pravidlem. Za průjem považujeme odchod tří a více neformálních stolic za 24 hodin. Úzce souvisí s jídlem, bývá předcházen nebo doprovázen bolestmi břicha. Třetím typickým příznakem je pak **hubnutí**.

Pokud Crohnova choroba postihuje **tlusté střevo**, je třeba počítat s **bolestmi břicha, průjmy**, které mohou být občas krvácivé a vyskytují se **hnisavé projevy kolem konečníku**. Často se vyskytují i **mimostřevní projevy** (záněty kloubů, záněty rohovky a duhovky, kožní změny).

Když je postiženo **tenké střevo**, škála potíží zahrnuje **bolesti břicha, neprospívání, hubnutí a chudokrevnost**. Při postižení velkého úseku tenkého střeva může vzniknout malabsorbční syndrom (porucha vstřebávání živin a tím těžká podvýživa). Průjmy a mimostřevní projevy chybí, ale naopak hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva.

Pokud je postižena **oblast konečníku a řitního kanálu**, s jistotou lze říci, že se objeví **hnisavé projevy u konečníku, opakované abscesy a píštěle u konečníku, vředy v řitním kanále a anální papily**, které vytvářejí **bolestivé výrůstky v konečníku** (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.6 Průběh onemocnění

Jelikož Crohnova choroba postihuje nejčastěji pacienty ve věku 20 - 35 let, tedy pacienty v mladší dospělosti, klinický průběh nemoci může být velice pestrý. Až v 65% případů probíhá Crohnova choroba intermitentně, tedy ve vlnách, to znamená, že se období aktivity střídá se stádiem klidu. Průběh rychlý – fulminantní se vyskytuje asi v 8% a může mít i smrtelné zakončení (ČERVENKOVÁ, 2009). Ve většině případů má Crohnova choroba **akutní začátek**, kdy pacient často přichází k lékaři se stálými bolestmi v pravém podbřišku, průjmem a zvýšenou tělesnou teplotou. Bývá často mylně zaměňována s akutním zánětem slepého střeva. V některých případech jsou pacienti dokonce urgentně operováni (JIRÁSEK a kol., 2002).

Po překlenutí akutní fáze onemocnění probíhá chronicky, a to ve třech fázích. První ze tří fází se nazývá **relaps**. Jedná se o akutní znovuvzplanutí onemocnění, druhou fází pak nazýváme **remise**, tedy klidové období, které je téměř bezpříznakové. Třetí fáze je označována jako **rekurence**, tedy znovuvzplanutí nemoci, a to dosud v nepostížené části střeva. U Crohnovy choroby je to typické po operaci (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.7 Komplikace

V průběhu Crohnovy choroby se mohou objevit rozličné komplikace. Jejich viníkem nejčastěji bývá těžký zánět ve střevě nebo imunitní reakce, případně narušené vstřebávání některých živin či žlučových kyselin. Komplikace lze rozdělit do tří základních skupin, a to na **lokální střevní komplikace**, **mimostřevní neboli vzdálené komplikace** a **metabolické komplikace** (KOHOUT a kol., 2006).

1.7.1 Lokální střevní komplikace

Mezi lokální střevní komplikace patří **stenóza**, neboli zúžení průsvitu střeva. Objevuje se asi u 30 - 40% lidí s tímto onemocněním.

Významné zúžení lumen střeva může vyústit v poruchu střevní průchodnosti, která se projevuje křečovitými bolestmi břicha, nauzeou, zvracením a nápadnými střevními zvuky. V některých případech může dojít až k úplné střevní neprůchodnosti. Stenózou je nejčastěji postiženo tenké střevo.

Další závažnou lokální komplikací je **perforace**. Perforace je relativně častá komplikace Crohnovy choroby. Rozvíjí se většinou postupně v průběhu silného zánětu. Hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva. Kolem něj se vytvoří vazivové blány ohraničující šířící se zánět. Výsledkem je vznik píštěle nebo abscesu, uloženého mimo střevní stěnu. K difúznímu zánětu pobřišnice obvykle nedojde (ČERVENKOVÁ, 2009).

Typickou komplikací Crohnovy choroby jsou i **píštěle a abscesy**. **Píštěle** se v průběhu onemocnění objevují tak často, že je někteří odborníci považují za charakteristický projev určitého podtypu nemoci. Píštěle neboli novotvořené spojky mohou probíhat mezi jednotlivými kličkami střevními, či mezi střevem a jinými orgány např. pochvou nebo močovým měchýřem, případně mezi střevem a povrchem těla. Tyto orgány komunikují často s konečníkem. **Abscesy** jsou dutiny vyplněné hnisem, které se vytvářejí v dutině břišní. Mohou se vytvářet mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů, či jinde v okolí konečníku nebo kdekoliv v souvislosti i bez souvislosti se střevem. Jejich nebezpečí spočívá v tom, že mohou vést ke vzniku flegmóny – neohrazeného hnisavého zánětu (KOHOUT a kol., 2006).

Mezi méně časté lokální komplikace patří **septický průběh střevního zánětu a krvácení**. Pro **septický průběh** střevního zánětu je charakteristický horečnatý průběh a celková zchvácenost. Díky účinné protizánětlivé terapii je dnes mnohem méně častý, než tomu bylo v předešlých letech. **Krvácení** se pak může objevit při postižení tlustého střeva, ale i tato komplikace je poměrně vzácná (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.7.2 Mimostřevní komplikace (vzdálené projevy)

Crohnova choroba je systémové onemocnění, kdy mohou být vedle střeva postiženy i jiné orgány.

Nejčastěji to jsou klouby, kůže, oči, ale mohou být postiženy taktéž játra či žlučovody (NEUBERGEROVÁ, 2011). Na rozdíl od lokálních střevních komplikací je nemá na svědomí vždy prudkost zánětu, ale zejména významné imunitní reakce organismu. Přesná příčina je dosud neznámá, jisté však je, že většinou postihují pacienty se zánětem tlustého střeva (ČERVENKOVÁ, 2009).

Nejčastější mimostřevní komplikací je **postižení kloubů**, a to zejména kloubu kolenního a hlezenního. Stejně tak ale může být postižena i páteř. Pacienty pak často trápí například akutní zánět nitrokloubní blány, který vede ke vzniku výpotku v kloubu. Celý kloub je pak zarudlý a velice bolestivý (ČERVENKOVÁ, 2009).

Jako mimostřevní komplikace se taktéž vyskytuje poškození **očí a kůže**. Jako **kožní komplikace** u pacientů s Crohnovou chorobou se nejčastěji objevují bolestivé zduřeniny podkoží a kůže, umístěné obvykle na bérkách. Původně růžová barva se mění podobně jako modřina. Na kůži se mohou vyskytovat lišeje či vředy. Na sliznici dutiny ústní se mohou vyskytovat afty (KOHOUT a kol., 2006). Při postižení **očí** se objevují záněty spojivky, rohovky, bělma, sítnice, případně závažnější záněty duhovky, či řasnatého tělíska. Tyto komplikace jsou nápadné, bolestivé, ale nezanechávají trvalé následky (ČERVENKOVÁ, 2009).

V některých případech mohou být postižena i **játra a žlučové cesty**. Může se vyskytnout zánět a vazivová přeměna malých žlučovodů, může se objevit i žloutenka, svědění kůže, teploty. Tyto komplikace se mohou rozvinout až v jaterní cirhózu (KOHOUT a kol., 2006).

1.7.3 Metabolické komplikace

Tento třetí typ komplikací vyplývá buď z porušeného vstřebávání živin nebo z nežádoucího účinku užívaných léčiv, které mohou vyvolat některé další problémy. Nejčastěji se to týká kortikoidů (ČERVENKOVÁ, 2009).

K těmto komplikacím patří **osteoporóza** a **anemie**. Za řídnutím kostní hmoty, tedy **osteoporózou**, která je způsobena zvýšeným odbouráváním anorganické složky, se většinou skrývá dlouhodobá léčba kortikoidy.

Méně často vzniká důsledkem porušeného vstřebávání vápníku a vitamínu D. Stav může zhoršit často přítomná intolerance laktózy, tedy nesnášenlivost mléčného cukru (ČERVENKOVÁ, 2009). **Anemií** trpí dle literatury 50 - 70% nemocných. Zvýšená ztráta krve způsobuje anemii u 1 - 3% nemocných, omezené vstřebávání železa způsobuje anemii u 50 - 70% nemocných, malabsorbce vitamínu B₁₂ způsobuje anemii od 10 do 60% a deficit kyseliny listové způsobuje anemii až u 25% všech nemocných (KOHOUT a kol., 2004).

Jako další komplikace Crohnovy choroby se může objevit **Malnutrice a hypovitaminóza**. **Malnutrice** neboli podvýživa je způsobena mnoha faktory. K těmto faktorům patří pokles chuti k jídlu, bolesti břicha při jídle, zhoršení vstřebávání živin, průjmy, syndrom krátkého střeva po opakovaných resekcích tenkého střeva a podobně. Léčba malnutrice je jednoduchá, pokud je však včas diagnostikovaná. Malnutrici je možné vyléčit úpravou diety a přidávkem nutričních doplňků. Pokud je malnutrice výrazná, je možné ji napravit pomocí enterální či parenterální výživy. V boji s malnutricí pomáhá pacientovi do značné míry také nelékařský zdravotnický personál, a to především preventivními opatřeními. Všeobecná sestra či nutriční terapeut pohovoří s pacientem o jeho stravovacích zvyklostech a pomůže mu navrhnout individuální úpravu stravy (KOHOUT a kol., 2004). **Hypovitaminóza** neboli nedostatek některých vitaminů je typická u pacientů s postižením tenkého střeva Crohnovou chorobou. Hypovitaminóza je způsobená nedostatečným vstřebáváním některých vitaminů, a to zejména v tuku rozpustných – A, D, E, K – a vitamínu B₁₂, či některých stopových prvků, zvláště zinku a selenu, jejichž nedostatek signalizují změny na pokožce obličeje (KOHOUT a kol., 2004).

Dále se u pacientů s tímto onemocněním mohou vyskytovat **žlučové a ledvinové kameny**. **Žlučové kameny** mohou vznikat u některých pacientů po resekcii tenkého střeva, čímž se poruší vstřebávání žlučových kyselin. Ty se totiž najednou ve zvýšené míře dostávají do tlustého střeva. Tady usnadňují vstřebávání žlučového barviva, které posléze zakládá na vznik pigmentových kamenů ve žlučníku. **Ledvinové kameny** postihují mnoho pacientů s Crohnovou chorobou. Kolem 30% nemocných má po resekcii tenkého střeva zvýšenou koncentraci kmenotvorných látek v moči. Příčinou je opět metabolická porucha vyvolaná porušeným vstřebáváním žlučových kyselin (ČERVENKOVÁ, 2009).

2 Vyšetřovací metody

K určení diagnózy Crohnova choroba potřebuje gastroenterolog výsledky mnoha vyšetření. Vyšetřovací metody se využívají nejen k určení vlastní diagnózy, ale i k nastavení správné léčby, popřípadě k odhalení dalších, dosud skrytých komplikací. V neposlední řadě výsledky vyšetření po čase slouží k objektivnímu zhodnocení léčby. Nejdříve se vždy přistupuje k podrobné anamnéze a fyzikálnímu vyšetření, dále k laboratornímu vyšetření krve. V diagnostice Crohnovy choroby se také často přistupuje k zobrazovacím a endoskopickým vyšetřovacím metodám (ČERVENKOVÁ, 2009).

Příprava pacienta před vyšetřením je mnohdy specifická a vždy velice důležitá. Všeobecná sestra či zdravotnický asistent musí dokonale znát všechna specifika péče o pacienta před vyšetřením i po něm. Správná příprava před vyšetřením napomáhá nejen k bezproblémovému průběhu vyšetření, ale i ke správné diagnostice onemocnění.

2.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

V diagnostice jakéhokoliv onemocnění, by se mělo začít podrobným rozborem obtíží pacienta, tedy **anamnézou** a dále **fyzikálním vyšetřením**. **Anamnéza** by měla být co nejpodrobnější, měla by obsahovat osobní údaje o pacientovi, nynější onemocnění, rodinnou, alergologickou, sociální, epidemiologickou, pracovní, popř. i gynekologickou anamnézu (ČERVENKOVÁ, 2009). **Fyzikálním vyšetřením** rozumíme vyšetření pomocí lidských smyslů, tedy pohled, pohmat, poklep a poslech. I přesto, že jsou k dispozici stále dokonalejší zobrazovací techniky se fyzikální vyšetření považuje za naprosto nepostradatelnou součást diagnostického procesu (KLENER, 2003).

Všeobecná sestra není při těchto vyšetřeních jen pasivní asistent, ale aktivní spolupracovník lékaře.

2.2 Laboratorní vyšetření

Po anamnéze a fyzikálním vyšetření se obvykle přistupuje k **laboratornímu vyšetření**. Při laboratorním vyšetření krve u pacientů s Crohnovou chorobou se často nachází anémie, sideropenie, zrychlená sedimentace erytrocytů, zvýšení hladiny leukocytů a trombocytů, zvýšená koncentrace C - reaktivního proteinu (CRP), což je typické pro aktivní zánět. Někdy se může též objevit hypokalémie a hypalbuminémie. Při laboratorním vyšetření stolice, které je v posledních letech prováděno častěji je známkou zánětu vyšší koncentrace bílkoviny, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě (KOHOUT a kol., 2006). Aby byl výsledek laboratorního vyšetření krve co nejpřesnější, musí všeobecná sestra poučit pacienta o lačnění před odběrem. U pacientů s Crohnovou chorobou je třeba zajistit odběr krve brzy ráno, aby nedošlo k narušení stravovacích zvyklostí pacienta (ČERVENKOVÁ, 2009).

2.3 Zobrazovací vyšetřovací metody

Zobrazovací vyšetřovací metody zahrnují **endoskopická vyšetření**, tedy vyšetření trávicí trubice, které jsou prováděny pomocí ohebného či tuhého přístroje – endoskopu. V průběhu endoskopie je také možné odebírat vzorky tkáně – biopsii (KOHOUT a kol., 2006). Dále mezi zobrazovací vyšetřovací metody patří **rentgenová, ultrazvuková a ostatní zobrazovací vyšetření**. Tato vyšetření jsou méně invazivní než endoskopické vyšetřovací metody a ve většině případů nevyžadují žádnou zvláštní přípravu (ČERVENKOVÁ, 2009).

2.3.1 Endoskopické vyšetřovací metody

Mezi endoskopické vyšetřovací metody, které by měl pacient podstoupit patří **kolonoskopie**, která je ze všech vyšetřovacích metod v diagnostice Crohnovy choroby nejdůležitější a také nejobsáhlejší. Lékař zavádí koloskop konečníkem do tlustého střeva až k ileocekální oblasti, kde umožňuje přímý pohled na sliznici tlustého střeva, někdy i na konečný úsek střeva tenkého. Kolonoskopie umožňuje i biopsii.

Obdobné vyšetření tenkého střeva je **enteroskopie**, jehož nejmodernější formu představuje tzv. dvoubalonová enteroskopie. Umožňuje vyšetření celého tenkého střeva. Během vyšetření lze odebrat biopsii. Toto vyšetření je však velmi bolestivé, proto se vždy provádí v celkové anestezii. Příprava pacienta na tato vyšetření, která je v kompetenci všeobecné sestry, skýtá určitá specifika. Pro bezproblémový průběh vyšetření je nutné, aby byly ze střeva odstraněny veškeré zbytky potravy. Příprava spočívá v tom, že pacient 2 dny před vyšetřením konzumuje pouze tekutou stravu a den před vyšetřením mu je podáno projímadlo. Všeobecná sestra musí sledovat účinky projímadla a hydrataci nemocného, neboť je nutné, aby pacient během působení projímadla vypil 3 - 4 litry tekutin (ČERVENKOVÁ, 2009).

Další endoskopickou metodou, se kterou se pacient může setkat je **gastroskopie**. U pacientů s Crohnovou chorobou je vhodné vyšetřit i horní část trávicí trubice, vzhledem k tomu, že choroba může postihnout jakoukoliv část trávicího ústrojí (KOHOUT a kol., 2006). Zvláštní příprava pacienta v tomto případě není nutná, spočívá pouze v lačnění.

Pokud je Crohnovou chorobou postižen konečník, prostor pro vyšetření nám nabízí **endosonografické vyšetření konečníku**. Toto vyšetření umožňuje posoudit anatomickou situaci kolem konečníku a v jeho stěně.

V některých případech se pacient s tímto onemocněním může setkat i s vyšetřeními nazývanými **endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP)** a **kapslová endoskopie**. Principem **endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie** je kombinace rentgenologické a endoskopické metody. Dokáže zobrazit vývody žlučových cest a slinivky břišní. Toto vyšetření se u nemocných s Crohnovou chorobou využívá tehdy, je-li podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodů nebo slinivky břišní. **Kapslová endoskopie** pak spočívá v kombinaci rentgenologické a endoskopické metody. Dokáže zobrazit vývody žlučových cest a slinivky břišní. Toto vyšetření se u nemocných s Crohnovou chorobou využívá tehdy, je-li podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodů nebo slinivky břišní (ČERVENKOVÁ, 2009).

2.3.2 Rentgenová, ultrazvuková a ostatní zobrazovací vyšetření.

Vstupním neinvazivním vyšetřením bývá **ultrasonografie**. Lékař zjišťuje tloušťku střešní stěny, zánětlivé změny v okolí střeva, šíři průsvitu střeva i reliéf sliznice. Lékař, je-li to možné, by měl zjistit rozsah zánětu a vyloučit další komplikace, což je nesmírně důležité pro volbu terapie (ČERVENKOVÁ, 2009).

Dalším vyšetřením, které pacient nejspíše podstoupí je **rentgenové vyšetření břicha bez kontrastní látky** tedy nativní snímek, který se však dnes v diagnostice Crohnovy choroby využívá velice zřídka a **rentgenové vyšetření břicha s použitím kontrastní látky**, které se naopak využívá velice často, slouží k zobrazení jednotlivých úseků střeva (KOHOUT a kol, 2006).

V diagnostice Crohnovy choroby má vysokou výpovědní hodnotu i vyšetření zvané **enteroklýza**. Enteroklýza je vyšetření, při němž je kontrastní látka podávaná tenkou sondou přímo do tenkého střeva. Při tomto vyšetření se využívá tzv. dvojího kontrastu, což znamená, že je po kontrastní látce aplikován ještě vzduch nebo je použita látka, která vytváří plyn. Díky enteroklyze lze kromě různých zúžení střeva zobrazit i píštěle mezi jednotlivými úseky trávicí trubice (KOHOUT a kol., 2006). Příprava pacienta na enteroklyzu spočívá v lačnění. Je vhodné také použít den před vyšetřením projímavý roztok, aby bylo střevo přehlednější (ČERVENKOVÁ, 2009).

Někdy může v diagnostice pomoci i **počítačová tomografie** a **magnetická rezonance**. **Počítačová tomografie** nahrazuje klasické rentgenové snímkování. Její výhodou je možná kombinace s enteroklyzou, kdy lékař získá prostorný obraz dutiny břišní, jež je nesrovnatelně dokonalejší než rentgenový snímek. **Magnetická rezonance** se provádí nejčastěji při diagnostice v oblasti konečníku a řitního kanálu. Její velkou výhodou je, že nevyzařuje žádné rentgenové záření, proto zde lze vyšetřovat i těhotné ženy (ČERVENKOVÁ, 2009).

3 Léčba

V léčbě Crohnovy choroby je internista nemohoucí, chirurg nebezpečný a Bůh milosrdný. Alexander Williams, anglický chirurg.

Léčba Crohnovy choroby je nekonečný proces. Léčba se liší podle aktivity onemocnění a následně podle odpovědi na léčbu podle toho, zda léčíme akutní vzplanutí nemoci nebo udržujeme nemoc v klidovém stádiu. Léčba Crohnovy choroby se dělí na léčbu **chirurgickou, konzervativní a podpůrnou a doplňkovou léčbou**. Konzervativní léčbou rozumíme podávání léků s protizánětlivým, protibakteriálním, či jiným účinkem, léčba dietou, či podávání umělé výživy do střeva nebo do žilního systému pacienta. Pomocnou roli může mít i psychoterapie. K chirurgické léčbě se přistupuje až v případě, že je konzervativní léčba nedostatečně účinná nebo při vzniku některé z komplikací (ČERVENKOVÁ, 2009).

3.1 Léčba konzervativní

Cílem konzervativní léčby je zklidnit aktivní zánět tak, aby ho vystřídala klidová fáze. Až po zvládnutí akutní fáze nastupuje léčba udržovací, která má za úkol udržet zánět v relativním klidu co nejdéle.

V léčbě Crohnovy choroby se využívá **aminosalicilátů**. Jedná se o preparáty kyseliny 5 - aminosalicylové (5 - ASA), které působí protizánětlivě a protibakteriálně v místě zánětlivě změněné části střeva. Aminosalicyláty se využívají jak při léčbě lehkých a středně těžkých forem Crohnovy choroby, tak i v udržovací léčbě. Léky této kategorie se mohou podávat ústy, případně lokálně v klyzmatech či čípcích (ČERVENKOVÁ, 2009).

U pacientů v akutní fázi onemocnění využíváme velice účinnou **hormonální léčbu**, tedy léčbu **kortikosteroidy**. Jedná se o synteticky vyrobené hormony kůry nadledvin, které mají velký protizánětlivý i necílený imunosupresivní účinek. V léčbě Crohnovy choroby se využívá jejich silného a okamžitého účinku.

Důležité jsou zejména v léčbě středně a vysoce aktivní fáze tohoto onemocnění, naopak k udržovací léčbě se nevolí. Jsou to léky velice účinné, ale mají velké množství nežádoucích účinků. Kortikoidy lze podávat ústy či i.v., pak působí systémově na celý organismus nebo lokálně pomocí čípků či klyzmatu.

Další možností léčby Crohnovy choroby jsou **imunosupresiva**. Imunosupresiva jsou léky, které blokují činnost imunitního systému, systému, který je zodpovědný za obranu organismu proti cizorodým látkám. Jako účinná látka se využívá **Azathioprin a 6 - merkaptopurin**. Tato látka se využívá k náhradě vysoké dávky kortikoidů, k udržení klidového stavu. Na příznivý účinek je však třeba čekat 3 - 6 měsíců. Další účinností látkou je pak **metotrexát**, který se využívá při těžkých stavech Crohnovy choroby, kde již jiná léčba selhává, jako poslední možnost před chirurgickým zákrokem (KOHOUT a kol., 2006).

Velký úspěch v léčbě u nespecifických střevních zánětů má také **biologická léčba**, která je určena pacientům, u nichž předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala či měla pouze nízkou odezvu. Biologická léčba spočívá v podávání synteticky vyrobených léků. Jedná se o zcela přírodní produkty, k jejichž nejznámějším reprezentantům patří například očkovací látky nebo přípravky, které se vyrábějí z lidské krve. Mezi účinné látky biologické léčby se řadí **infiximab** – jedná se o přípravek, který byl přivezen jako protilátka proti TNF (tumor necrosis factor), který má klíčovou roli v patogenezi zánětu. Tato protilátka je tvořena z 90% lidskou a z 10% myší bílkovinou. „Infiximab zabírá u 70 – 80% dospělých pacientů a u více než 90% dětských“ (ČERVENKOVÁ, 2009, s. 46). Na rozdíl od kortikoidů dokáže totiž hojit střevní sliznici, čímž zlepšuje klinický stav pacientů, snižuje nutnost chirurgického zásahu, a tím výrazně zvyšuje kvalitu života. Další účinnou látkou biologické léčby je **adalimumab**. Jedná se o velmi účinné protilátky proti TNF. Tento přípravek obsahuje 100% lidských bílkovin. Jeho účinek je srovnatelný s infiximabem. Biologická léčba je sice nejúčinnější současnou léčbou, ovšem nesmírně nákladnou – tím spíše, že valná většina pacientů potřebuje dlouhodobou nebo trvalou terapii. Proto ji mohou poskytnout pouze vybraná pracoviště. V současné době funguje na území republiky 23 center (ČERVENKOVÁ, 2009).

3.2 Podpůrná a doplňková léčba.

Cílem podpůrné a doplňkové léčby je dodat organismu chybějící vitamíny a ionty, upravit výživu podle toho, co momentálně nejvíc potřebuje a v neposlední řadě snížit na minimum nežádoucí účinky (ČERVENKOVÁ, 2009).

Jako prostředek se využívá **enterální výživa**. Jedná se o podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků přímo do trávicího traktu. Výživu lze podávat přímo do žaludku pomocí nasogastrické sondy, do tenkého střeva pomocí nasojejunální sondy, případně lze využít přímého přístupu do žaludku, perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Enterální výživa zcela nebo částečně nahrazuje běžnou stravu u těch pacientů, kteří trpí velkým a aktivním zánětlivým procesem. Dále je indikována u pacientů s hrozící nebo již vyvinutou malnutricí. Cílem enterální výživy je zlepšit nutriční stav pacienta. Skladba musí být přirozeně vyvážená co do složek, tak i do energetického příjmu.

Další možností je **parenterální výživa**. Jedná se o podávání živin do žilního systému pacienta v podobě infuzních roztoků. Jde o krátkodobé řešení u nemocných, kteří jsou v natolik vážném stavu, že jejich trávicí ústrojí by nezvládlo zpracovat ani enterální výživu (KOHOUT a kol., 2006). Výhodou parenterální stravy je, že úprava metabolických poruch po podání parenterální stravy je rychlá a je možná i při úplné ztrátě funkce střeva. Nevýhodou je však možný výskyt žilních zánětů, žilního srážení a kanylové sepse (MARČKOVÁ a kol., 1996). Péče o pacienta, kterému je podávána umělá výživa je velmi specifická. Je důležité monitorovat eventuální komplikace umělé výživy. Je nutné pečlivě sledovat pacienta, kterému je aplikována parenterální výživa, a to především centrálním žilním katétre (CŽK). Místo vpichu CŽK je nutné převázat druhý den po zavedení, poté nejméně 2x týdně, či kdykoliv při krvácení nebo sekreci v okolí vpichu. Periferní žilní katétr (PŽK) je nutné nejméně 2x týdně měnit, abychom zabránili komplikacím (KOHOUT a kol., 2004). Všeobecná sestra musí vždy používat chirurgicky aseptický potup při výměně roztoků, infuzních souprav a obvazů (KOZIEROVÁ a kol., 1995b).

Dále je využívána **protibakteriální léčba**, léčba antibiotiky a **léčba bakteriální** (probiotická). **Antibiotika** snižují množství cizorodých látek ve střevě a tím i možné vyvolávající momenty zánětu, případně mohou změnit obsah složení bakterií ve střevě. Na rozdíl od běžné klinické praxe pacienti užívají antibiotika dlouhodoběji, obvykle 6 – 12 týdnů. **Probiotika** jsou mikroorganismy, které člověku prospívají. Jedná se o bakterie lidského původu, které se zpravidla podávají ve formě tablet. Jejich úkolem je zrychlit ústup klinických obtíží a oddalovat návrat aktivního zánětu (ČERVENKOVÁ, 2009).

Nedílnou součástí podpůrné léčby je i **psychoterapie**. V léčbě chronického onemocnění je psychický stav pacienta velice důležitým aspektem. Psychické problémy mohou negativně ovlivnit průběh onemocnění. Stres může ovlivňovat míru imunitní reakce, podle zkušeností lékařů i pacientů může vyvolat akutní vzplanutí nemoci. Naopak vhodně prováděná psychoterapie může nemoc zklidnit (KOHOUT a kol., 2006).

3.3 Chirurgická léčba

I skalpel někdy léčí. Dle literatury většina nemocných zažije operaci alespoň jednou za život, avšak až 80% z těchto pacientů se projevy nemoci po čase vrátí (ČERVENKOVÁ, 2009).

Chirurgická léčba je nejčastěji indikována:

- při selhání konzervativní terapie,
- při vzniku píštělí do okolních orgánů, ale i u perinatálních píštělí,
- při subileózních a ileózních stavech,
- při nezvládnutelných systémových komplikacích.

Mezi nejčastěji prováděné chirurgické výkony v léčbě Crohnovy choroby patří **ileocekální resekce, strikturoplastika a operace perinatální píštěle** (JIRÁSEK a kol., 2002).

I v chirurgické léčbě je velice důležitá spolupráce lékaře a všeobecné sestry. Všeobecná sestra vykonává předoperační přípravu i pooperační péči o pacienta, pečuje o operační ránu, podává pacientovi analgetika i jiné léky dle ordinace lékaře. Je neustále v přímém kontaktu s pacientem a komplexně pečuje o jeho potřeby.

3.3.1 Aktuální výzkumné šetření ASTIC

Nová vědecká technologie pro všechny pacienty s Crohnovou chorobou. Jedná se o studii, kterou vede přední evropský gastroenterolog a odborník na idiopatické střevní záněty profesor Christopher J. Hawkey, který je součástí Univerzitní nemocnice v Nottinghamu. Tato studie by měla ověřit účinky zcela nové terapie pacientů s Crohnovou chorobou, kterou představuje transplantace hematopoetických kmenových buněk. Studie probíhá v letech 2006 – 2013 a je do ní zařazeno 48 pacientů z 9 významných západoevropských nemocnic. Česko zastupuje IV. Interní klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Klinické a výzkumné centrum ISCARE Lighthouse v Praze (ČERVENKOVÁ, 2009).

4 Dieta pacientů s Crohnovou chorobou

Výživa je jediným zdrojem příjmu energie pro člověka. Hraje významnou roli ve vývoji lidstva a je nezbytná k udržení dobrého zdravotního stavu. V průběhu vývoje člověka se neustále mění nároky na vyváženou stravu. U pacientů s Crohnovou chorobou je strava velice důležitým aspektem. (V příloze E, C uvádíme vhodné potraviny a nevhodné potraviny pro nemocné s Crohnovou chorobou). Vhodná dietní opatření mohou zlepšit nejen stav výživy pacienta, ale i průběh léčby. Obecně lze dietní opatření rozdělit do dvou skupin a to na: **dieta ve stádiu relapsu** a **dieta ve stádiu remise** (KOHOUT a kol., 2004).

4.1 Dieta pro pacienty s Crohnovou chorobou ve stádiu relapsu.

Cílem diety ve fázi relapsu Crohnovy choroby je podpořit hojivé procesy a zabránit nutričním karencím, proto by měla být dieta přísnější než ve fázi klidové. Potraviny by neměly obsahovat aditiva (přidané příchutě a barviva ve stravě), která mohou střevní sliznici dráždit. Jednou z možností léčby relapsu Crohnovy choroby je úplné vyloučení příjmu potravy ústy, ale aplikovat parenterální a enterální výživu. Úspěšnost takové léčby je srovnatelná s podáváním kortikoidů, remise je však mnohem kratší ve srovnání s remisí indukovanou kortikoidy. Pokud není indikováno vyloučení příjmu potravy ústy, je nutné pacientům podávat tzv. bezsezbytkovou dietu. To znamená, že pacient musí z jídelníčku vyloučit nerozpustnou vlákninu a všechna hůře stravitelná jídla. Je preferována lehce stravitelná strava s vysokým obsahem škrobů, zvýšeným obsahem bílkovin, železa, vápníku a vitaminů. Je vhodné jíst častěji menší porce, alespoň 5 – 6x denně, přijímanou stravu dobře rozmělnit, oddělit příjem tuhé stravy od příjmu tekutin. Přijímané tekutiny by měly být vlažné. Připravenou stravu je nutné konzumovat v klidu u stolu (KOHOUT a kol., 2004).

4.2 Dieta pro pacienty s Crohnovou chorobou ve stádiu remise.

Dieta ve stádiu remise by se neměla lišit od diety racionální. Po nastolení klidové fáze onemocnění je nutné dietu postupně normalizovat, je však důležité se i nadále vyvarovat nadýmavým pokrmům, destilátům a tučným masům. Strava by také neměla obsahovat tuhou nestravitelnou rostlinnou vlákninu. Dietní režim je zcela individuální. Pacient si musí sám vytipovat potraviny, které může přijímat zcela bez rizika. Potraviny, po kterých pacient cítí nadýmání, tlak v břiše nebo mu způsobí průjem ze stravy jednoduše vynechá. Příjem potravy se doporučuje podávat v menších, chutně upravených a lákavých porcích 5 – 6x denně. Doporučuje se vyšší příjem bílkovin, zvýšený přívod železa, vápníku a vitaminů. Pacient nesmí samozřejmě zapomínat ani na dostatečný pitný režim. Je nutné vypít nejméně 2 – 2,5 litru tekutin denně, a to především vody nebo čaje (KOHOUT a kol., 2004).

5 Psychický dopad chronického onemocnění na pacienta

Pokud hovoříme o nemocných lidech, máme nejčastěji na mysli akutní onemocnění. Takové onemocnění se objevuje rázem, mnohdy z plného zdraví. Příznaky nemoci jsou zpravidla výrazné, vedou pacienta k lékaři. Ten nemoc diagnostikuje a určí vhodnou léčbu, která vede k návratu k plnému zdraví. U chronicky nemocných je tomu však jinak. Nemoc se přibližuje pomalu, plíživě. Pacient si ani nemusí uvědomovat, že je vlastně nemocný. Příznaky jsou nenápadné a objevují se postupně. Pacienti mohou ke svému onemocnění zaujímat falešný postoj. Nedívají se na své onemocnění jako na chronické, ale očekávají, že jejich nemoc zase brzy odezní. Často si neuvědomují, že s onemocněním budou žít dlouhodobě, někdy i celoživotně (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Existence chronického onemocnění je prostě fakt, se kterým se člověk, jež chronickou nemocí trpí, musí vyrovnat. Obecně lze říci, že chronická nemoc dostává pacienta do stresu, který musí zvládnout. U chronicky nemocných byly pozorovány odchylky chování od chování zdravých lidí. Odchylky se týkají vnitřního prožívání nemoci a sociálního života, tedy vztahy s jinými lidmi. Je důležité brát v úvahu jak fyzické, tak i psychické změny stavu. Je třeba si uvědomit, že pacienti s chronickou chorobou mají velké množství fyzických obtíží, které samozřejmě ovlivňují i jejich psychický stav. Zdá se, že největší dopad na psychiku chronicky nemocného je negativní sebepojetí, tedy to, jak pacient sám sebe vidí, hodnotí a chápe. Jeho identita je chronickým onemocněním postižená nejvíce. V některých případech to může dojít tak daleko, že se pacient přestane pokládat za plnohodnotného a úctyhodného člověka (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Chronická nemoc nevytváří sama o sobě nové zvláštní vlastnosti člověka, připravuje mu však náročnější životní situaci. Taková životní situace přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a začlenění se do společnosti (MATĚJČEK, 2001).

6 Ošetřovatelství a ošetřovatelský proces

Tato kapitola je věnována teoretickému zpracování ošetřovatelství a ošetřovatelského procesu. Zabývá se pojmem, definicemi, předmětem a cíli ošetřovatelství a ošetřovatelského procesu. Dále čtenáře seznamuje se všemi fázemi ošetřovatelského procesu.

6.1 Ošetřovatelství

Současné ošetřovatelství je vzdálené od toho, jaké bylo ještě před několika desítkami let. Povolání ošetřovatele se bude neustále vyvíjet. Je třeba pochopit ošetřovatelství dneška, abychom byli schopni připravit se na ošetřovatelství budoucnosti (BOROŇOVÁ, 2010).

6.1.1 Pojem a definice ošetřovatelství

Ve slovnících českého jazyka je **pojem ošetřovatelství** chápán jako „nauka o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem na jejich stav zdraví a podmínky prostředí“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 7). Ošetřovatelství zahrnuje odbornou a komplexní péči o pacienty všech věkových kategorií ve zdraví i během nemoci. Ošetřovatelství nepředstavuje pouze praktické ošetřovatelské postupy, ale ukazuje se, že jde o složitý myšlenkový proces (BOROŇOVÁ, 2010).

Ošetřovatelství vychází z filosofických teorií a uznává, že lidé jsou součástí společenského a přírodního prostředí, s nímž jsou neustále v interakci (BOROŇOVÁ, 2010). Existuje **několik definic ošetřovatelství**, z nichž jsem vybrala 1 následující:

„Ošetřovatelství je vědní disciplína integrující poznatky z přírodních, humanitních a společenských vědních oborů. Má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnost prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, kterou by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu, vůli a znalosti.

Stejně je úkolem sester pomoci nemocným získat co nejrychleji soběstačnost“ (BOROŇOVÁ, 2010 s. 8).

6.1.2 Předmět a cíle ošetřovatelství

Předmětem ošetřovatelství je zkoumat ošetřovatelské aspekty péče o jedince a skupiny, to znamená interakce, determinace mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavku uspokojování potřeb. **Cílem** ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka, s ohledem na jeho individualitu, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví. Dalším cílem ošetřovatelství je pak snaha o udržení dobrého zdravotního stavu a zlepšení kvality života člověka, rodiny i komunity (BOROŇOVÁ, 2010).

V souvislosti s ošetřovatelstvím a ošetřovatelskou péčí se často vyskytuje pojem **zdraví**. Zdraví je pojem se kterým se setkáváme denně. Každý si pod tímto slovem může přestavit něco jiného. Existuje mnoho definic a teorií týkající se zdraví. V zásadě však lze říci, že „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (KŘIVOHLAVÝ, 2001, s. 40)

6.2 Ošetřovatelský proces

„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). Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o pacienta (BOROŇOVÁ, 2010).

6.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu

- **Posuzování** (zhodnocení stavu nemocného) – pomocí odebrání sesterské anamnézy, zhodnocení tělesného stavu, přehledu zdravotnických záznamů, rozhovorem s pacientem a jeho rodinou, pozorování nemocného, testováním, měřením.
- **Diagnostika** (stanovení zdravotních problémů) – skládá se ze zpracování údajů, hodnocení pacientových zdravotních problémů a formulací sesterské diagnózy.
- **Plánování** (plánování ošetrovatelské péče) – součástí plánování je určení priorit, vytyčení krátkodobých a dlouhodobých cílů a stanovení výsledných kritérií.
- **Realizace** (aktivní individualizovaná péče) – zahrnuje opětovné posouzení pacienta, posouzení potřeby asistence při činnostech, realizace ošetrovatelských strategií, záznamy o ošetrovatelských činnostech.
- **Vyhodnocení** (zhodnocení efektu poskytované péče) – určujeme z pozorování výsledků s vytyčenými cíly, hodnotíme účinnost ošetrovatelského plánu, analyzujeme faktory ovlivňující výsledky (BOROŇOVÁ, 2010).

Všechny tyto kroky spolu úzce souvisí a vytvářejí neustálý koloběh myšlení a jednání. Ošetrovatelský proces vyžaduje po všeobecné sestře znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost a schopnosti pro vedení kolektivu (DOENGES a kol., 2001).

6.3 Ošetrovatelské diagnózy užívané v souvislosti s Crohnovou chorobou

Nejčastěji užívané ošetrovatelské diagnózy v souvislosti s Crohnovou chorobou dle Kapesního průvodce zdravotní sestry:

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s bolestmi ve střevech po jídle a zpomalením střevní pasáže, projevující se váhovým úbytkem, odporem k jídlu a zjevně nedostatečným příjmem.

Průjem v souvislosti se zánětem tenkého střeva, toxiny a speciální dietou, projevující se nadměrnými střevními zvuky, křečemi a nadměrným odchodem řídké stolice.

Bolest akutní/chronická v souvislosti se zánětem střeva, zrychlenou peristaltikou a dráždění konečníku a recta, projevující se stížnostmi, úlevovou polohou a rozrušením.

Neznalost (potřeba poučení) stavu, nutričních požadavků a prevence recidivy v souvislosti s nedostatkem informací či jejich mylným výkladem a neseznámením se zdroji poučení a podpory, projevující se dotazy, obavami, nepřesným plněním úkolů a vývojem komplikací, kterým se dalo předejít.

Zvládání problémů individuální neúčinné v souvislosti s chronickou povahou a obtížně odhadnutelným dopadem nemoci, opakujícími se stresy, osobní zranitelností, závažnou bolestí, poruchou spánku, nedostatečnou nebo neúčinnou podporou a pomocí, projevující se stížnostmi na nevykonnost, ztrátou kuráže, úzkostí, zaujetím vlastními fyzickými problémy, obavami, emoční tenzí a depresí.

Tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s neustálými ztrátami trávicím traktem, poruchou příjmu a zvýšeným metabolismem (DOENGES a kol., 2001).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Kazuistika pacientky s Crohnovou chorobou

Za účelem zpracování bakalářské práce jsem vykonávala letní brigádu ve Fakultní nemocnici Brno, na I. dětské interní klinice, kam byla dne 1. 8. 2010 přijata pacientka A.G., 18 let se základní diagnózou K508 Crohnova choroba, v.s. typ C, zánětlivý. Pacientka byla přijata k provedení kontrolní kolonoskopie v celkové anestezii dle plánu před předáním do ambulance pro dospělé. Pacientka je v současné době kompenzovaná, cítí se dobře, bolesti břicha nemá, stolice 2 – 3x denně, ve stolici se vyskytuje příměs hlenu. Vitální funkce při přijetí: TK: 110/70, P: 64/min, D: 16/min, TT: 36.6 hmotnost: 53, 450 kg, Výška: 175 cm, BMI: 17.

Anamnéza:

NO: Základní diagnóza: K508 Morbus Crohn, v.s. Typ C, zánětlivý, primodiagnostika v roce 2005, dle dok. postižení TI25 cm + ceakum sono střev, kolono 2009: oblast tračnicku bez zjevné patologie postupně až v oblasti term. Ilea známky zánětu. Sliznice prosáklá s granulacemi.

RA: - Matka: 1967 – prodavačka – CHOPN, revma, migréna.

- Otec: 1965 – řidič – zvýšená hladina cholesterolu v krvi, vysoký krevní tlak.

- Sourozenci: bratr – 1987 – zdrav.

OA: Dítě z II. těhotenství fyziologické, porod spontánní v termínu, porodní váha: 3800 gramů, porodní délka 55 cm, porodní adaptace v normě, křížená nebyla, kojena do 1 roku, Sunar od 4. měsíce věku, tolerovala dobře. Častěji nemocná nebývá. Úraz: ne, operace: ne, transfúze: ne

FA: Pentasa 2 – 2 – 2, v případě potřeby Helicid, očkovaná řádně.

AA: Neguje

PA: Pacientka studuje Gymnázium v Mikulově, maturitní ročník, učí se dobře.

SA: Pacientka žije v rodinném domě s rodiči. V domě pes a zakrslý králík.

EA: Kontakt s infekční nemocí neguje, klíště za poslední 2 roky neměla.

GA: Menses pravidelný, občas bolestivý, středně silný. Hormonální antikoncepci bere cca 1 rok, dříve při zhubnutí amenorea.

Abusus: alkohol: 0, drogy: 0, nekouří, kávu pije občas.

Fyzikální vyšetření:

Osmnáctiletá dívka, astenického habitu, v celkově dobrém stavu, kůže čistá, turgor kožní v normě, sliznice vlhké, čisté, podkoží přiměřené.

Hlava a krk: hlava symetrická, nebolestivá na poklep, zornice izokorické, skléry bílé, spojivky růžové, nos volný, čistý, mandle čisté, krk souměrný, uzliny nezvětšeny, náplň krčních žil nezvětšena.

Hrudník: klenutý, v klidu dýchání volné, čisté, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, pulsace hmatné.

Břicho: klidné, měkké, pohmatově nebolestivé, v niveau, peristaltika volná, bez hmatné patologické odolnosti. Játra nezvětšena, slezina nehmatná.

Končetiny: symetrické, bez omezení hybnosti, bez otoků. Meningeální jevy negativní.

Údaje pro zpracování systematického zhodnocení jsem získala z lékařských a sesterských záznamů se souhlasem pacientky, vrchní i staniční sestry, rozhovorem s pacientkou a se členy její rodiny, pozorováním pacientky. K objektivnímu zhodnocení jsem využila měřicí škály používané v ošetrovatelství, které jsou součástí příloh. Systematické zhodnocení jsem vypracovala podle koncepčního modelu M. Gordonové, „Modelu fungujícího zdraví“. Model podle M. Gordonové jsem zvolila, protože jsem s tímto modelem nejčastěji pracovala již v průběhu studia na vysoké škole. Na základě systémového zhodnocení dle M. Gordonové jsem stanovila aktuální a potenciaální diagnózy. Ošetrovatelskou péči jsem aplikovala od prvního dne hospitalizace, tedy od 1. 8. 2010 do posledního dne hospitalizace, tedy do 5. 8. 2010.

V praktické části s ohledem na cíl práce a specifika pracoviště, kde byla práce realizována záměrně používáme všeobecně nadřazený pojem všeobecná sestra, ač jsme si vědomy platných legislativních norem v ČR. Naším úmyslem není jejich ignorace, ale dosažení snadnější orientace v bakalářské práci.

7.1 Systémové zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – SNAHA UDRŽET ZDRVÍ

Subjektivně:

„Svůj zdravotní stav vnímám v současné době celkem pozitivně. Úporné průjmy ani bolesti už téměř nemívám. Občas mě zabolí v břicho, ale už to není zdaleka tak často jak to bývalo. Dříve jsem mívala stolici i 6x za den a bolesti břicha téměř denně. V současné době mě v břicho zabolí maximálně 2x do měsíce. Většinou je to po nějaké vypjaté situaci, kdy jsem ve stresu. V posledním roce jsem prodělala několik nachlazení nebo chřipek, ale nebylo to nic vážného. Absence ve škole moc nemívám. V dětství jsem prodělala jen běžná dětská onemocnění. Co vyvolalo moji nemoc, netuším. Nikdo v rodině Crohna nemá.

Zdraví si snažím samozřejmě udržovat všemi dostupnými prostředky. Pravidelně beru léky předepsané lékařem a beru nějaké doporučené vitaminy. Chodím pravidelně na kontroly k lékaři a několikrát ročně navštěvuji léčitele. Alkohol piji jen příležitostně, většinou sklenku vína nebo vaječný likér, tvrdý alkohol nepiji vůbec. Sama nekouřím a zakouřeným prostorám se vyhýbám. Drogy neberu a nikdy jsem je nebrala. Doporučenou dietu jsem v akutní fázi nemoci přísně dodržovala, ze začátku mi to však dělalo potíže. V současné době jím téměř všechno, vyhýbám se jen mléku, některým mléčným výrobkům a slupkám z jablek nebo hrušek.“

Objektivně:

Pacientka, která je v současné době v klidové fázi nemoci je se svým zdravotním stavem spokojená, ale evidentně se bojí znovuvzplanutí nemoci. Až úzkostně pečuje o své zdraví, často navštěvuje lékaře a léčitele. Pravidelně užívá léky i doporučené doplňky stravy, doporučenou dietu dodržuje.

Žádné adrenalinové sporty neprovozuje, se svým životem nijak neohrožuje. Všechny abúzy i alergie neguje. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Prodělala všechna povinná očkování.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.

VÝŽIVA – METABOLISMUS

Subjektivně:

„V současné době mohu jíst téměř všechno, na co mám chuť. Postupem času jsem si vytipovala potraviny, které mi nedělají dobře a těm se jednoduše vyhýbám. Můj denní příjem stravy se skládá ze tří jídel denně, z nichž bývá alespoň jedno jídlo teplé. Někdy stihnu i svačinu. Dříve, v akutní fázi nemoci, jsem dodržovala přísnou bezsezbytkovou dietu.

Ke snídani sním většinou 2 rohlíky se šunkou nebo jogurt s rohlíkem, oběd je většinou jediné teplé jídlo za den. Na oběd mívám polévku a maso s nějakou přílohou. Mám ráda i zeleninové saláty. K večeři mívám opět pečivo.

Tekutiny se snažím přijímat v průběhu celého dne. Ráno vypiji půl litru čaje, někdy kávu. Přes den popíjím spíše vodu se sirupem nebo výjimečně minerálku. Myslím si, že za den vypiji tak 2 litry tekutin.

Tělesnou hmotnost mám pořád stejnou plus minus 1 kilogram. Vážím 53 kilogramů a měřím 175 centimetrů. Se svou váhou jsem spokojená. Vyhublá si nepřipadám. S přijímáním potravy problémy nemám, chuť k jídlu mám přiměřenou. Žádné zvláštní rituály před jídlem nedodržuji. V nemocnici mi moc nechutná, jsem zvyklá na jinou úpravu jídla. Sním tak 2/3 z každé porce.

Na kůži nemám žádné změny ani žádná poranění, jen strie, které se mi udělaly po dlouhodobém užívání kortikosteroidů, které jsem užívala ve vysokých dávkách v akutní fázi nemoci. Také mám problémy s hemeroidy, které se mi udělaly po častých průjmech. V současné době mám pokožku spíše suchou. Zuby mám v zdravé, chodím pravidelně 2krát ročně na preventivní prohlídky. Na noc nosím vyjímátná rovnítka.“

Objektivně:

Stav výživy u pacientky je nedostatečný. Pacientka je 175 cm vysoká a váží 53 kilogramů, BMI je 17. Chuť k jídlu má dobrou, jí 3 - 4x denně malé porce. Dietu dodržuje, vyhýbá se potravinám, které jí způsobují problémy. Potravinové alergie nejuje.

Stav hydratace je dobrý, kožní turgor je přiměřený. Denně vypije 2 litry tekutin, nejčastěji čaj a vodu se sirupem. Kůže je čistá, na kůži se nenachází žádné změny. Stěžuje si na hemeroidy, strie a suchou pokožku. Riziko vzniku dekubitů je nízké. Jako měřicí škála byla použita rozšířená stupnice dle Nortonové (viz příloha D), kde pacientka dosáhla celkem 34 bodů. Chrup je kompletní, zdravý. Dochází na pravidelné kontroly 2x ročně.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (nedostatečná tělesná hmotnost, defekt v oblasti konečníku).

VYLUČOVÁNÍ

Subjektivně:

„V současné době stolici mívám pravidelně asi 2 – 3x denně, je spíše řidšího charakteru. Při vylučování stolice mě trápí jen již zmíněné hemeroidy, které svědí, řezou a pálí. Občas mívám čerstvou krev ve stolici, nucení na stolici a bolesti břicha. Větry odcházejí normálně. Dříve jsem mívala stolici i 6x denně, byla řídká, s příměsí hlenu.

S močením problémy nemám ani jsem nikdy neměla. Močit chodím asi 6x denně a někdy i 1x v noci. Se záněty močových cest problémy nemám. Nadměrné pocení těla pocítuji pouze zvýšené pocení na chodidlech.“

Objektivně:

Pacientka chodí na stolici 2 – 3x denně. Stolice je řidšího charakteru, nažloutlé barvy s příměsí hlenu. Při vylučování si stěžuje na bolestivost hemeroidů, na občasné tenesmy a občasné bolesti břicha.

Vylučování moče je fyziologické, frekvence močení i množství moče odpovídá dennímu příjmu tekutin. Moč je jantarově žlutá, bez patologických příměsí. Řezání nebo pálení při močení neguje.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (opakující se bolest břicha a bolestivá defekace).

AKTIVITA – CVIČENÍ

Subjektivně:

„Moc často necvičím, spíš se jen tak protahuji. Ve volném čase ráda plavu, lyžuji, chodím na procházky, bruslím, ale někdy, když jsem unavená ráda jen tak ležím u televize nebo si čtu. Nedostatek životní energie přímo nepocítuji, ale někdy bývám hodně unavená. Všechny denní aktivity zvládám.“

Objektivně:

Fyzický stav pacientky odpovídá jejímu věku a zdravotnímu stavu, ráda sportuje, ale jen rekreačně. Jako měřicí škála byl u pacientky aplikován Barthelův test základních všedních činností, v němž pacientka dosáhla 100 bodů, tedy nezávislá. Barthelův test základních všedních činností viz příloha – A.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

SPÁNEK A ODPOČINEK

Subjektivně:

„Doma spím celkem dobře, v noci se neprobouzím, jen občas, když musím jít v průběhu noci na toaletu. Celkem spím 7 - 8 hodin denně, po probuzení se cítím odpočatá. Doma s usínáním problémy nemám, usnu do 45 minut po ulehnutí do lůžka. Noční můry nemívám. Když se cítím unavená, jdu si občas lehnout i v průběhu dne, ale nebývá to často. Léky na spaní neužívám.

V nemocnici se mi spí špatně, večer nemůžu dlouho usnout a v průběhu noci se často budím. Přes den jsem pak unavená a pospávám.“

Objektivně:

Pacientka si stěžuje na špatné usínání a časté buzení v průběhu noci. Pacientka je unavená, podrážděná a má kruhy pod očima. Doma s usínáním problémy nemá, léky na spaní neužívá.

V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (porucha spánku).

VNÍMÁNÍ (CITLIVOST) - POZNÁVÁNÍ

Subjektivně:

„Se sluchem ani se zrakem problémy nemám, brýle nenesím ani jsem nikdy nenosila, naslouchadlo nepotřebuji. Pravidelně chodím na preventivní prohlídky k očnímu lékaři i praktickému lékaři.

Změny v paměti nevnímám, zásadní problémy s učením nemám. Nejlépe se naučím novou věc, když si učivo čtu nahlas a často si ho opakuji. Samozřejmě se mi učí lépe věci, které mě zajímají. Na posílení paměti užívám ginko – bilobu.

Občas mívám nepříjemné pocity, když myslím na budoucnost. Teď je sice moje nemoc pod kontrolou, ale bojím se znovuvzplanutí nemoci a různých komplikací, které jsou u Crohna typické. Bojím se, že budu muset zase brát kortikoidy, a toho, že jednou můžu skončit s vývodem ze střeva.“

Objektivně:

Sluch i zrak je u pacientky dobrý, zrak je pravidelně kontrolovaný u očního lékaře. Staropaměť i novopaměť jsou dobré, vzhledem k věku pacientky, s ukládáním nových skutečností ani s vybavováním nemá pacientka žádné problémy. S učením problémy nemá. Pacientka má strach z relapsu a komplikací nemoci, často navštěvuje lékaře.

V této oblasti byly nalezeny ošetřovatelské problémy (strach).

SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA

subjektivně:

„Cítím se dobře, snažím se spoléhat se co nejvíce na sebe. Když se mi něco podaří, jsem se sebou spokojená. Jsem hodně citlivá, spoustu věcí si hodně беру. Jsem také nervózní a uvědomuji si to. Když mi něco nejde, jsem hodně nepříjemná a výbušná.

V současné době změny tělesného vzhledu nepociťuji, nežádoucí účinky kortikoidů už vymizely. Zůstaly mi jen strie, ale s tím jsem se už smířila. V době, kdy jsem brala kortikoidy, jsem měla velké potíže se sebepojetím. Kortikoidy jsem začala brát ve 13 letech, tedy v době, kdy jsem byla v pubertě. Velice mě trápil můj vzhled, styděla jsem se za to, jak vypadám. Naštěstí je to teď už v pořádku.

Omezení činností také moc nevnímám, nemůžu jen dělat určité sporty a musím přísněji dodržovat životosprávu než moji vrstevníci, ale na to jsem si už také zvykla. V průběhu nemoci samozřejmě došlo k mnoha změnám, jak tělesného vzhledu (Kushingův syndrom, když jsem brala kortikoidy), tak i ke změnám vnímání sama sebe. Jak už jsem říkala, v současné době jsem spokojená, co se týče vzhledu, už je také všechno v pořádku. Ze znovuvzplanutí nemoci mám strach, ale snažím se nepřipouštět si to.

Samozřejmě existují věci, které ve mně vyvolávají obavy, strach a úzkost. Jak jsem již říkala, jsem hodně citlivá, takže si některé věci hodně беру. Snažím se s tím vyrovnávat tak, že si řeknu, že když nejde o život, nejde o nic. Někdy to zabere a někdy ne.“

Objektivně:

Pacientka se zdá být se svojí nemocí vyrovnaná, se svým vzhledem je spokojená. Snaží se spoléhat hlavně na sebe. Pacientka je ztotožněná s rolí ženy, oblečením se identifikuje, věk 18 let.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.

ROLE – MEZILIDSKÉ VZTAHY

Subjektivně:

„Bydlím v rodinném domě s rodiči. Otec je většinou doma jen o víkendu, protože pracuje mimo město. Mám jednoho staršího bratra, který bydlí v Praze s přítelkyní, ale cca 2x do měsíce jezdí na víkendy domů. Přes týden bývám doma jen s matkou.

V rodině nejsou žádné problémy, když občas nastane nějaký problém, tak si o tom v klidu promluvíme a vždy se všechno vyřeší.

Moje rodina vždy prožívala všechno se mnou, v průběhu nemoci mě všichni podporovali a snažili se, aby mi bylo dobře. Jsem jim za to moc vděčná. Pocity osamělosti nemívám, mám báječnou rodinu a přítele, který mě také plně podporuje. Ve svém okolí se cítím dobře, se všemi vycházím. S nikým nemám žádné konflikty ani neshody.

Co se týče školy, jsem spokojená. Studuji na gymnáziu v Mikulově. Příští rok budu maturovat. Dále bych chtěla studovat pedagogickou fakultu nebo ekonomii. Z maturity, která mě čeká příští rok, jsem dost nervózní. Jelikož studuji, ještě nemám vlastní příjem, takže po finanční stránce jsem stále závislá na rodičích.“

Objektivně:

Pacientka bydlí v rodinném domě s rodiči. Vztahy v rodině jsou dobré, se všemi vychází. Rodina pacientku podporuje a snaží se jí pomáhat. Do nemocnice docházejí pravidelně každý den na návštěvu. Pacientku návštěva vždy potěší.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.

SEXUALITA – REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Subjektivně:

„Moje sexuální vztahy jsou uspokojivé, žádné změny, potíže ani jiné problémy nepocítuji. Užívám hormonální antikoncepci asi 1 rok, nemám žádné výrazné problémy. Na gynekologické prohlídky chodím pravidelně 1x ročně, jediné, co mě trápí, jsou silnější výtoky.

První menstruace byla asi ve 12 letech. Během menstruace mívám problémy. Den před začátkem menstruace a první dva dny menstruace mě bolí břicho, občas užívám léky na tlumení bolesti.

Děti nemám, nikdy jsem nebyla těhotná a zatím jsme se o dítě nepokoušeli. Do budoucna bych chtěla mít 2 děti.“

Objektivně:

Pacientka je sexuálně aktivní asi půl roku. Asi 1 rok bere hormonální antikoncepci Chloe. Pravidelně dochází na preventivní prohlídky do gynekologické ambulance. Gravidní nikdy nebyla, otěhotnět se nepokoušela. Do budoucna děti plánuje.

Menstruuje asi 6 let, menstruace ze začátku nepravidelná, po nasazení antikoncepce je pravidelná. Stěžuje si na bolestivou menstruaci a silnější výtok. Samovyšetření prsou provádí pouze sporadicky.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy

STRES (ZÁTĚŽOVÉ SITUACE) - JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Subjektivně:

„Žádná větší změna nebo krize za poslední 2 roky v mém životě neproběhla. Jediné stresové období, které mě čeká je skládání maturitní zkoušky a přijímací zkoušky na vysokou školu v příštím školním roce. Ve stresových situacích mi nejvíce pomáhá rodina a přítel, o které se mohu vždy opřít a jsou mi vždy v dispozici. O problémech doma mluvíme a snažíme se je vyřešit společně. Někdy mi pomůže, když se jdu projít. Alkoholem ani drogami jsem své problémy nikdy neřešila.“

Objektivně:

Pacientka působí vyrovnaně, bez známek deprese. Ve stresových situacích se obrací na rodinu.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy

VÍRA (PŘESVĚDČENÍ) - ŽIVOTNÍ HODNOTY

Subjektivně:

„Jsem nevěřící, do kostela nechodím, takže pobyt v nemocnici mě nijak neomezuje. Do budoucna bych chtěla mít rodinu a chtěla bych si najít nějakou práci, která by mě bavila.“

Objektivně:

Pacientka je nevěřící, kostel nenavštěvuje, pobyt v nemocnici ji po této stránce neomezuje.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy

JINÉ

Subjektivně:

„Myslím, že jsem řekla všechno, co jsem chtěla, teď nic nepotřebuji. Půjdu si na chvíli odpočinout.“

Objektivně:

Pacientka nic nepotřebuje.

V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy

7.2 Ošetrovatelské diagnózy dle kapesního průvodce zdravotní sestry

Při sestavení ošetrovatelských diagnóz jsem použila jako pomůcku Kapesní průvodce zdravotní sestry. Diagnózy jsou sestaveny podle priorit a to od aktuálních, tedy již vzniklých po potencionální, kde hrozí riziko jejich vzniku.

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s poruchou příjmu a vstřebávání živin a obavami z průjmu po jídle, projevující se sníženou tělesnou hmotností, nízkým obsahem tělesného tuku a nízkou hodnotou BMI (17).

Bolest chronická v souvislosti se zánětlivými pochody na sliznici tenkého střeva a častým drážděním konečníku a rekta, projevující se vyhledáváním úlevové polohy, mimikou, rozrušením a verbalizací.

Strach v souvislosti se změnami zdravotního stavu (remise, relaps, komplikace), plněním rolí a způsobu interakce, projevující se znepokojením, pocity bezmocnosti, ztíženým usínáním, zvýšeným napětím a zvýšenou koncentrací na vlastní osobu.

Kožní integrita porušená v souvislosti s trvalým drážděním análního otvoru a okolní sliznice při časté defekaci, projevující se bolestí, svěděním a nekomfortem pacientky.

Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, obavami a zvýšeným výskytem rušivých elementů, projevující se stížnostmi na potíže s usínáním, kruhy pod očima, neklidem a podrážděností.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s neustálými ztrátami tekutin trávicím traktem.

Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru.

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s poruchou příjmu a vstřebávání živin a obavami z průjmu po jídle, projevující se sníženou tělesnou hmotností, nízkým obsahem tělesného tuku a nízkou hodnotou BMI (17).

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka zná energetické hodnoty jednotlivých potravin do 24 hodin.
- Pacientka si umí naplánovat vyváženou stravu na základě znalostí o racionální výživě do 48 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka dojde k optimálnímu zvýšení hmotnosti do 24 měsíců (BMI pacientky bude 21).

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná faktory, které podporují neadekvátní příjem živin do 5 hodin.
- Pacientka zná změny ve stravování (zařazení nebo vyloučení některých jídel) do 6 hodin.
- Pacientka má přes den stabilní hmotnost, její hmotnost se pomalu zvyšuje o 0,5 kilogramu týdně.
- Pacientka konzumuje jídlo s chutí, denně.
- Pacientka ví, jaká jídla jsou vhodná při onemocnění a jsou bohatá na specifické látky do 6 hodin.
- Pacientka plánuje vyváženou stravu, využívá své poznatky o výživě do 48 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí tělesnou hmotnost, věk, tělesnou konstituci, svalovou sílu, poměr tělesné aktivity k odpočinku do 60 minut od přijetí pacientky (všeobecná sestra). (1)
- Zjistí stravovací návyky pacientky, kterým jídlům dává pacientka přednost a která nesnáší do 4 hodin (všeobecná sestra nebo dietní sestra). (2)
- Zjistí, co ovlivňuje stravovací návyky (poruchy psychiky, náboženské zvyklosti) do 4 hodin (všeobecná sestra). (3)
- Sleduj celkový denní příjem potravy, denně (všeobecná sestra, popřípadě ošetrovatelka). (4)
- Zajisti kontakt s dietní sestrou do 4 hodin (všeobecná sestra). (5)
- Informuj o sníženém příjmu vlákniny, která může vzbuzovat předčasný pocit sytosti do 5 hodin (dietní sestra). (6)
- Dodržuj zásady stolování, zabraň nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla, denně (všeobecná sestra popřípadě ošetrovatelka). (7)
- Informuj pacientku o dodržování zvýšené hygieny dutiny ústní, denně (všeobecná sestra). (8)
- Sleduj pravidelně hmotnost pacientky, 1x týdně (všeobecná sestra). (9)
- Informuj pacientku o energetických hodnotách jednotlivých potravin, vitaminů a minerálních látek do 4 hodin (dietní sestra). (10)

Realizace 1. den (1.8.2010)

- Při příjmu jsem zvažila pacientku a její váhu jsem zapsala do dokumentace (tělesná hmotnost pacientky byla 53 kilogramů).
- Během dopoledne jsem mluvila s pacientkou o její výživě a o jejích zvyklostech týkajících se jídla.
- Požádala jsem dietní sestru, aby informovala pacientku i její rodinu o důležitosti správné výživy.
- Dietní sestra poučila pacientku o energetických hodnotách jednotlivých potravin.

- Zjistila jsem, které potraviny má pacientka nejraději a umožnila jsem rodině pacientky, aby jí donášeli domácí jídlo podle její chuti (pouze 1. 4. a 5. den, 2. a 3. den konzumovala pacientka tekutou stravu, jako přípravu na vyšetření).
- Dietní sestra spolu s pacientkou sestavily plán výživy (pacientka bude jíst 5x denně menší, ale energeticky vydatné porce jídla), pacientka souhlasila.
- Dietní sestra informovala pacientku o sníženém příjmu vlákniny, která může vzbuzovat předčasný pocit sytosti.
- Zajistila jsem příjemné okolí a podmínky při jídle, vyvětrala jsem místnost, zabránila jsem nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla.
- Během celé hospitalizace jsem sledovala příjem potravy a tělesných tekutin.
- Podala jsem pacientce „nutridrink“ podle výběru pacientky (jahodový).
- Informovala jsem pacientku o zvýšené péči o dutinu ústní.

Realizace 2. – 5. den hospitalizace (2.8. 2010 – 5.8.2010)

- Ráno před snídaní jsem zvážila pacientku a její váhu jsem zapsala do dokumentace (52,8 kilogramů), dále jsem pacientce doporučila, aby se vážila 1x týdně, nejlépe ve stejnou denní dobu (ráno).
- Během celého dne jsem sledovala příjem potravy.
- Zajistila jsem kontakt s dietní sestrou (pacientka měla zájem o další informace).
- Zajistila jsem příjemné okolí a podmínky při jídle, vyvětrala jsem místnost, zabránila jsem nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla.
- Připomněla jsem pacientce důležitost správné péče o dutinu ústní, ověřila jsem si, zda-li mě pacientka pochopila.
- Podala jsem pacientce „nutridrink“ podle výběru pacientky(jahodový).

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně, intervence dále pokračují (4, 5, 7, 8, 9). Pacientka si uvědomila, že její výživa je nedostatečná, souhlasila se všemi navrženými intervencemi. V průběhu hospitalizace nedošlo vzhledem k důvodu hospitalizace (kolonoskopie) k žádnému zvýšení tělesné hmotnosti, nedošlo však ani k žádnému úbytku. Během hospitalizace byly splněny krátkodobé cíle, cíl dlouhodobý stále trvá. Pacientka byla spokojená s péčí, která jí byla věnována, měla skutečný zájem o nové informace týkající se výživy a stravování. I rodina měla zájem o nové informace týkající se výživy a správné úpravy jídla.

Bolest chronická v souvislosti se zánětlivými pochody na sliznici tenkého střeva a častým drážděním konečníku a rekta, projevující se vyhledáváním úlevové polohy, mimikou, rozrušením a verbalizací.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka ví, co její bolesti vyvolává a zná metody jak zmírnit bolest do 48 hodin.

Dlouhodobý:

- Zmírnění bolesti na nejnižší možnou mez do 3 měsíců.

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti do 6 hodin.
- Pacientka se naučí metodám jak zmírnit bolest do 24 hodin.
- Pacientka udává zvýšení kontroly bolesti a zlepšení pohody do 5 dnů.
- Pacientka umí určit efektivní a neefektivní způsoby boje s bolestí do 48 hodin.
- Pacientka bude dodržovat předepsaný farmakologický režim, denně.
- Pacientka využívá relaxačních technik denně.

Ošetrovatelské intervence:

- Vytvoř vzájemný vztah důvěry a věř pacientce při její výpovědi o bolesti, do 12 hodin (všeobecná sestra). (1)
- Pohovoř s pacientkou o bolesti a následně posuď její bolest, včetně lokalizace, intenzity, kvality, provokujících faktorů, paliativních faktorů, míry snesitelnosti, s dobou trvání, ovlivňujících faktorů v souvislosti se spánkem do 12 hodin (všeobecná sestra). (2)
- Požádej pacientku o spolupráci a zaznamenávání bolesti pacientkou, do 12 hodin (všeobecná sestra). (3)

- Zabraň poškození pacientky, informuj pacientku před bolestivými procedurami, denně (všeobecná sestra). (4)
- Respektuj veškeré projevy bolestí pacientky (akceptace, Práva pacientů), poskytnij podporu a pozitivně posiluj pacientku ve zvládnání bolesti, denně (všeobecná sestra). (5)
- Redukuj faktory, které zhoršují bolest (hluk, teplota, světlo, únava, stres), v případě potřeby ulož pacientku do úlevové polohy, denně (všeobecná sestra). (6)
- Informuj a nauč pacientku relaxačním technikám, např. pomalé rytmické dýchání, masáž, poslech hudby aj., do 12 hodin (rehabilitační sestra). (7)
- Přikládej teplo a chlad, dle potřeby (všeobecná sestra). (8)
- Zdůrazni nutnost oddechu a odpočinku, do 12 hodin (všeobecná sestra popřípadě rehabilitační sestra). (9)
- Doporuč a vykonávej a nauč pacientku fyzioterapii a terapeutické cvičení, do 12 hodin (rehabilitační sestra). (10)

Realizace 1. den (1.8.2010):

- Promluvila jsem si s pacientkou o její bolesti, požádala jsem ji, aby mi co nejpřesněji popsala svou bolest. Zjistila jsem v jakých situacích se bolest objevuje nejčastěji (ve stresových situacích), zjistila jsem a zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace lokalizaci a intenzitu bolesti (bolest byla lokalizováno v okolí tenkého střeva a řitního otvoru, intenzita bolesti byla dle numerické škály bolesti na stupnici od 1 – 10 na stupni číslo 5 (viz příloha C), četnost atak a trvání bolesti (bolesti břicha u pacientky jsou občasné cca 2x do měsíce, bolest trvá asi 5 minut a pak sama odezní, bolesti v okolí řitního otvoru se objevují při defekaci) a charakter bolesti.
- Požádala jsem pacientku, aby denně zapisovala svou bolest, pacientka souhlasila.
- Informovala jsem pacientku o všech vyšetřovacích postupech, které jí v průběhu hospitalizace čekají.
- Poučila jsem pacientku, jaké jsou elementy, které by mohly zhoršit bolest a jak je odstranit.

- Rehabilitační sestra poučila pacientku o relaxačních technikách, pomohla jsem pacientce vybrat techniku, která jí bude vyhovovat.
- Doporučila jsem pacientce v případě potřeby přikládání tepla a chladu.

Realizace 2. - 5. den (2.8.2010 – 5.8.2010)

- Požádala jsem pacientku, aby stále zapisovala svou bolest.
- Odstranila jsem všechny rušivé elementy, které by mohly bolest zhoršit.
- Požádala jsem rehabilitační sestru, aby prováděla s pacientkou relaxační a fyzioterapeutická cvičení.
- Zdůraznila jsem nutnost pravidelného odpočinku.
- V případě potřeby jsem přikládala teplo a chlad.
- V průběhu celé hospitalizace jsem respektovala projevy bolesti pacientky.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně, intervence pokračují (4, 5, 6, 7, 8, 10). V průběhu hospitalizace došlo k tomu, že pacientka otevřeně mluvila o své bolesti, naučila se techniky, jak bolest zvládat a umí pojmenovat vyvolávající příčinu bolesti (stres). K odstranění ani zásadnímu poklesu intenzity bolesti však zatím nedošlo, proto jsem navrhla pacientce dále pokračovat v ošetrovatelských intervencích. Pacientka souhlasila.

Strach v souvislosti se změnami zdravotního stavu (remise, relapsu, komplikace), plněním rolí a způsobu interakce, projevující se znepokojením, pocity bezmocnosti, ztíženým usínáním, zvýšeným napětím a zvýšenou koncentrací na vlastní osobu.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka bude schopná verbalizovat veškeré projevy svého strachu do 24 hodin.

Dlouhodobý:

- Dojde ke snížení strachu na nejnižší možnou mez do 6 měsíců.

Výsledná kritéria:

- Pacientka si uvědomuje příčiny strachu a mluví o něm do 12 hodin.
- Pacientka verbalizuje zvýšení psychické pohody do 5 dní.
- Pacientka má možnost návštěvy psychologa po ukončení hospitalizace.
- Krevní tlak i puls pacientky budou v rámci normy do 5 dní.
- Pacientka se naučí techniky zvládnání strachu do 24 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

- Promluv si s pacientkou a získej její důvěru, do 12 hodin (všeobecná sestra). (1)
- Informuj pacientku o všech vyšetřeních a výkonech, které ji v průběhu hospitalizace čekají, do 4 hodin (všeobecná sestra). (2)
- Zjisti pacientčiny reakce na situaci strachu, do 24 hodin (všeobecná sestra). (3)
- Sleduj verbální a neverbální reakce pacientky na strach a jejich vzájemnou shodu, denně (všeobecná sestra). (4)
- Zjisti, zda pacientka strach popírá a do jaké míry je depresivní, do 24 hodin (všeobecná sestra). (5)
- Pobízej pacientku, aby slovně vyjádřila své pocity, denně (všeobecná sestra). (6)
- Vysvětli pacientce, že i strach může být někdy prospěšný a má v životě svůj význam, do 24 hodin (všeobecná sestra). (7)
- Nabídní pacientce kontakt na psychologa, do 48 hodin (všeobecná sestra). (8)

- Nauč pacientku relaxačním technikám a zásadám mentální hygieny a doporuč jejich pravidelné využívání v běžném životě do 24 hodin (všeobecná sestra popřípadě rehabilitační sestra). (9)
- Prováděj s pacientkou relaxační cvičení, denně (rehabilitační sestra). (10)

Realizace 1. den (1.8.2010):

- Promluvila jsem si s pacientkou o tom, co ji trápí a z čeho má obavy, nechala jsem pacientku, aby volně vyjádřila své pocity. Pacientka verbalizovala svůj strach a chce o něm mluvit.
- Poskytla jsem pacientce dostatek informací o chodu oddělení, návštěvních hodinách i o vyšetřeních, které ji čekají.
- Zavedla jsem hovor na téma nemoc a budoucí život a sledovala jsem projevy strachu u pacientky (pacientka znervózněla a byla napjatá).
- Změřila jsem pacientce fyziologické funkce (TK: 135/90, P: 90/min, D: 18/min).
- Nabídla jsem pacientce možnost navštívit psychologa, pacientka slíbila, že tuto možnost zváží.
- Umožnila jsem pacientce styk s rodinou v klidném prostředí.
- Poradila jsem pacientce, jak účinně zvládat strach, spolu s pacientkou jsme vybraly nejvhodnější techniky.

Realizace 2.- 5. den (2.8.2010 – 5.8.2010)

- Pobízela jsem pacientku, aby o svém strachu mluvila a nadále jsem sledovala reakce, které strach vyvolal.
- Denně jsem měřila pacientčiny fyziologické funkce.
- Umožnila jsem pacientce styk s rodinou v klidném prostředí.
- Požádala jsem rehabilitační sestru, aby vedla pacientku při nácviku dechových a relaxačních cvičení.
- Naučila jsem pacientku zásadám mentální hygieny.

Vyhodnocení:

Cíl se podařilo splnit částečně, intervence pokračují (4, 6, 9, 10). Pacientka otevřeně hovořila o svém strachu, naučila se relaxačním technikám i zásadám mentální hygieny a přijala doporučení obrátit se na psychologa po ukončení hospitalizace.

Kožní integrita porušená v souvislosti s trvalým drážděním análního otvoru a okolní sliznice při časté defekaci, projevující se bolestí, svěděním a nekomfortem pacientky.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka zná všechny dostupné metody péče a léčby hemeroidů do 24 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka bude mít celistvou kůži do 3 měsíců.
- Pacientka nepocítuje bolest ani jiné nepříjemné projevy hemeroidů do 3 měsíců.

Výsledná kritéria:

- U pacientky nedojde ke vzniku infekce, v průběhu hospitalizace.
- U pacientky nedojde ke vzniku dalších defektů, v průběhu hospitalizace.
- Pacientka zná všechny dostupné metody léčby a péče do 24 hodin.
- Defekt se u pacientky zhojí bez komplikací do 3 měsíců.
- Pacientka se spolupodílí na zhojení defektu, denně.
- Pacientka má osvojené návyky v péči o kůži do 36 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí vyvolávající příčinu patologických kožních projevů do 2 hodin (všeobecná sestra). (1)
- Posudí do jaké míry postihují kožní projevy psychiku pacientky do 4 hodin (všeobecná sestra). (2)

- Doporuč pacientce provádět pravidelnou hygienu, denně (všeobecná sestra). (3)
- Zvýšeně pečuj o místa kde je porušená kožní integrita, denně (všeobecná sestra). (4)
- Informuj pacientku o nutnosti dodržování léčebných opatření, prováděj preventivní péči o kůži i její denní udržování, denně (všeobecná sestra). (5)
- Doporuč pacientce přípravky vhodné pro péči a léčbu pokožky, do 24 hodin (všeobecná sestra). (6)
- Sleduj barvu kůže a jakékoliv změny zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace, denně (všeobecná sestra). (7)

Realizace 1. den (1.8.2010):

- Pacientka mi popsalasvé problémy s hemeroidy, verbalizovala projevy (bolestivost, pálení, řezání, štípání a značný diskomfort při defekaci) a popsalas, jaký má tento problém dopad na její psychiku (cítí stud).
- Poučila jsem pacientku o důležitosti provádět pravidelnou hygienickou péči v místě defektu.
- Nabídla jsem pacientce několik letáků zabývajících se touto problematikou, poučila jsem pacientku o možnosti řešení problému chirurgicky.
- Doporučila jsem pacientce vhodné přípravky pro péči o pokožku.
- Sledovala jsem barvu kůže popřípadě změny na kůži, zapsala jsem tyto změny do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace 2.- 5. den (2.8.2010 – 5.8.2010)

- Dohlížela jsem na pravidelnou hygienu a zvýšenou péči o postižené místo.
- Dohlížela jsem na dodržování léčebných a preventivních opatření.
- Nabídla jsem pacientce možnost sedací koupele.
- Sledovala jsem barvu kůže popřípadě změny na kůži, zapsala jsem tyto změny do ošetrovatelské dokumentace.

Vyhodnocení:

Cíl se podařil splnit částečně, intervence pokračují (3, 4, 5, 7). Pacientka byla poučena o správné péči o postižené místo, byly jí doporučeny vhodné prostředky, jak defekt léčit. Pacientka i její rodina byla spokojena s novými informacemi, pacientka se rozhodla řešit svůj problém s hemeroidy chirurgicky.

Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, obavami a zvýšeným výskytem rušivých elementů, projevující se stížnostmi na potíže s usínáním, kruhy pod očima, neklidem a podrážděností.

Priorita: nízká

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka konstatuje zlepšení kvality i délky svého spánku do 24 hodin.

Dlouhodobý:

- Pacientka bude mít kvalitní spánek po celou dobu hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka usíná do 30 minut po uložení do lůžka.
- Pacientka spí nejméně 6 hodin bez probuzení.
- Pacientka po probuzení se cítí odpočatá, denně.
- Pacientka se neprobouzí vícekrát, jak 2x za noc a po probuzení do 15 minut usne.
- Pacientka zná relaxační techniky, které vyvolávají spánek do 12 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Sleduj průměrnou délku spánku pacientky, denně (všeobecná sestra). (1)
- Zjisti rizikové faktory způsobující poruchy spánku, do 12 hodin (všeobecná sestra). (2)
- Udržuj klidné a tiché prostředí, zavři dveře a omezuj množství rušivých elementů z okolí, denně (všeobecná sestra). (3)
- Neruš zbytečně spánek pacientky, denně (všeobecná sestra). (4)

- Informuj pacientku o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne, do 12 hodin (všeobecná sestra popřípadě rehabilitační sestra). (5)
- Pouč pacientku o zásadách spánkové hygieny. (6)
- Pokud je to možné nepodávej pacientce tekutiny po 20. hodině, denně (všeobecná sestra). (7)
- Umožni pacientce provádět před spaním činnosti na které byla zvyklá, denně (všeobecná sestra). (8)

Realizace 1. den (1.8.2010):

- Ráno jsem se pacientky zeptala, jak se jí spalo, jestli se cítí odpočatá a jestli se v průběhu noci budila. Pacientka konstatovala, že se téměř nevyspala.
- Zjistila jsem rizikové faktory způsobující poruchu spánku (výskyt velkého množství rušivých elementů během noci).
- Poučila jsem pacientku, aby nespala přes den.
- Rehabilitační sestra poučila pacientku o zásadách spánkové hygieny.
- Zabezpečila jsem pohodu a možnost relaxace pacientky.
- Zabezpečila jsem pacientce noviny a časopisy, nabídla jsem možnost projít se po parku, který patří k areálu nemocnice, nabídla jsem možnost sledování televize nebo jiné aktivity na které byla zvyklá.
- Předala jsem informace o pacientce sestře v noční službě.
- Sestra v noční službě zajistila klidné a tiché prostředí.
- Sestra v noční službě dala pacientce vypít před spaním teplé mléko s medem.
- Sestra v noční službě před spaním v pokoji vyvětrala.

Realizace 2. den (2.8.2010):

- Při ranní hygieně jsem se zeptala pacientky, jak se jí spalo. Pacientka konstatovala zlepšení, usnula bez problému, ale v noci se probudila 2x a asi do 30 minu po probuzení znovu usnula.

- Spolu s pacientkou jsme probraly rušivé elementy z okolí, které se nepodařily dostatečně odstranit (hluk) a zajistila jsem nápravu (špunty do uší).
- Zajistila jsem pacientce přes den dostatek aktivity.
- Nabádala jsem pacientku, aby nespala přes den, pacientka souhlasila.
- Předala jsem informace o pacientce sestře v noční službě.
- Sestra v noční službě zajistila klidné a tiché prostředí.
- Sestra v noční službě dala pacientce vypít před spaním teplé mléko s medem.
- Sestra v noční službě před spaním v pokoji vyvětrala.

Realizace 3. - 5. den (3.8.2010 – 5.8.2010):

- Pacientka konstatovala zlepšení spánku, v noci se probudila pouze jednou, do 15 minut po probuzení znovu usnula.
- Navrhla jsem pacientce, aby i nadále pokračovala v intervencích, pacientka se usmála a souhlasila.

Vyhodnocení:

Cíl se podařil splnit úplně. Pacientka 2. den hospitalizace konstatovala zlepšení kvality spánku, v noci se probudila 2x, do 30 minut po probuzení opět usnula. 3 - 5 den hospitalizace byl spánek již kvalitní, vymizely všechny doprovodné projevy poruchy spánku, pacientka byla klidná a spokojená.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s neustálými ztrátami tekutin trávicím traktem (příprava před vyšetřením).

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka vypije nejméně 2 litry tekutin za 24 hodin.

Dlouhodobý:

- U pacientky nedojde k deficitu tělesných tekutin, nikdy.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí všechny chorobné stavy u pacientky, které by mohly vyvolat dehydrataci do 1 hodiny (všeobecná sestra). (1)
- Sleduj vitální funkce (zejm. kvalitu pulsu) a tělesné známky dehydratace, snížení turgoru kůže, stavů zmatenosti, denně (všeobecná sestra). (2)
- Pouč pacientku o výběru tekutin i potravin s vysokým obsahem vody (společně s pacientkou vyber ovoce, zeleninu a jiné potraviny s vysokým obsahem vody, které pacientka může vzhledem k diagnóze a které má ráda), do 12 hodin (dietní sestra). (3)
- Zajisti dostatečný přísun tekutin, denně (všeobecná sestra popřípadě ošetrovatelka). (4)
- Sleduj ztráty tekutin dechem, potem, střevem, zvracením, denně (všeobecná sestra). (5)
- Udržuj v pokoji pacientky přiměřenou teplotu a vlhkost, denně (všeobecná sestra popřípadě ošetrovatelka). (6)
- Sleduj pravidelně specifickou váhu moče, denně (všeobecná sestra). (7)
- Pečuj o hygienu dutiny ústní, denně (všeobecná sestra). (8)
- Informuj pacientku o nutnosti měření bilance tekutin a přesného zapisování v průběhu hospitalizace, do 2 hodin (všeobecná sestra). (9)

- Informuj pacientku o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin, omezení pití černé kávy, černého čaje a všech tekutin s močopudným účinkem do 24 hodin (dietní sestra). (10)
- Sleduj účinky podávaných léků, denně (všeobecná sestra). (11)

Realizace 1. den (1.8.2010):

- Zjistila jsem všechny chorobné stavy, které by mohly vyvolávat dehydrataci.
- Vysvětlila jsem pacientce význam dostatečné hydratace vzhledem k jejímu onemocnění a možnostem velkých ztrát tekutin trávicím traktem, ověřila jsem si, zda-li mě pacientka pochopila.
- Vypracovaly jsme spolu s pacientkou 24 hodinový plán příjmu tekutin, pacientka souhlasila.
- Stanovily jsme spolu s pacientkou krátkodobé cíle, které může reálně splnit (každou hodinu vypije 2 sklenice tekutin), pacientka souhlasila.
- Zajistila jsem pacientce konvici s čajem.
- Dala jsem pacientce papír, na který si zapisovala množství vypitých tekutin, informovala jsem o důležitosti přesného zapisování včetně polévky.
- Dietní sestra zabezpečila pacientce potraviny s vysokým obsahem vody.
- Průběžně jsem kontrolovala, jak si pacientka vede, povzbuzovala jsem ji.
- Domluvila jsem se s příbuznými, aby pacientce přinesli tekutiny, které má nejraději.
- Změřila jsem specifickou hustotu moče.
- Spolu s pacientkou jsme zhodnotily denní pitný režim, povzbudila jsem ji a poděkovala jsem za spolupráci.

Realizace 2. - 5. den (2.8.2010 – 5.8.2010)

- Zajistila jsem pacientce konvici s čajem.
- Dala jsem pacientce papír, na který si zapisovala množství vypitých tekutin, informovala jsem o důležitosti přesného zapisování včetně polévky.
- Zajistila jsem kontakt s dietní sestrou.

- Průběžně jsem kontrolovala, jak si pacientka vede, povzbuzovala jsem ji.
- Průběžně jsem sledovala vitální funkce pacientky, a kožní turgor.
- Změřila jsem specifickou hustotu moče.
- Spolu s pacientkou jsme zhodnotily denní pitný režim, povzbudila jsem ji a poděkovala jsem za spolupráci.

Vyhodnocení:

Cíl se podařilo splnit úplně. Pacientka si uvědomovala důležitost správného pitného režimu, každý den vypila nejméně 2 litry tekutin (čaj, voda se sirupem, ovocné šťávy). I přes fakt, že pacientka byla přijata k vyšetření kolonoskopie (příprava spočívá ve vyprazdňování, kdy dochází k velkým ztrátám tekutin trávicím traktem) se podařilo vhodnými intervencemi tyto ztráty účinně doplnit. Pacientka je odhodlaná tyto intervence dodržovat i v domácím prostředí (2, 4, 5, 6, 8, 10).

Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru (PŽK).

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý:

- Pacientka ví, jak o PŽK pečovat do 30 minut od zavedení.

Dlouhodobý:

- Infekce nevznikne, do konce hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

- Informuj pacientku o důležitosti umývání rukou, zejména před jídlem a po použití toalety, do 30 minut (všeobecná sestra). (1)
- Dodržuj aseptický postup při převazech, denně (všeobecná sestra). (2)
- Sleduj denně místo i.v. vpichu (všeobecná sestra). (3)
- Chraň pacientku před nozokomiálními infekcemi, denně (všeobecná sestra). (4)
- Dbej na sterilitu všech pomůcek, denně (všeobecná sestra). (5)

Realizace 1. den (1.8.2010):

- Zkontrolovala jsem vpich periferního žilního katétru, který byl zaveden při příjmu pacientky. Periferní žilní katétr byl průchozí, vpich bez známek infekce.
- Poučila jsem pacientku, jak má o periferní žilní katétr pečovat, pacientka vše pochopila a plnila všechna doporučení.
- Poučila jsem pacientku o důležitosti hygieny rukou.
- Dodržovala jsem aseptický postup při i.v. aplikaci.

Realizace 2.- 4. den (2.8.2010 – 4.8.2010):

- Provedla jsem převaz periferního žilního katétru (dle standardů oddělení se převazy PŽK prováděly každý 2. den), zkontrolovala jsem místo vpichu a průchodnost. Vpich byl bez známek infekce.
- Připomněla jsem pacientce, jak o katétr správně pečovat.
- Dodržovala jsem aseptický postup při i.v. aplikaci a při převazu.
- 4.8.2010 byl dle ordinace lékaře PŽK odstraněn.

Vyhodnocení:

Cíl se podařil splnit úplně. U pacientky nedošlo k infekci, neobjevily se ani žádné známky infekce. Pacientka dodržovala všechna doporučení a intervence.

8 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka A. G., 18 let byla přijata dne 1. 8. 2010 do Fakultní nemocnice Brno, na I. dětskou interní kliniku se základní diagnózou K508 Crohnova choroba, v.s. typ C, zánětlivý. Pacientka byla přijata k provedení kontrolní kolonoskopie v celkové anestezii dle plánu před předáním do ambulance pro dospělé.

Na základě dat, které byly získány od pacientky, její rodiny a ze sesterské a lékařské dokumentace bylo vypracováno systematické zhodnocení podle koncepčního modelu M. Gordonové „modelu fungujícího zdraví“. Poté byly stanoveny aktuální a potenciaální ošetrovatelské diagnózy, na základě kterých byla aplikována ošetrovatelskou péčí.

Bylo stanoveno 5 aktuálních a 2 potenciaální ošetrovatelské diagnózy. Jako aktuální diagnózy byly stanoveny **výživa porušená, nedostatečná, bolest chronická, strach, kožní integrita porušená a spánek porušený**. Jako diagnózy potenciaální byly pak stanoveny **tělesné tekutiny, riziko deficitu a infekce, riziko vzniku**. Některé z diagnóz se podařilo splnit úplně (spánek porušený, tělesné tekutiny, riziko deficitu a infekce, riziko vzniku) některé se podařily splnit částečně (výživa porušená, nedostatečná, bolest chronická, strach, kožní integrita porušená), u těchto diagnóz ošetrovatelské intervence pokračují i po odchodu pacientky do domácího ošetření.

8.1 Zhodnocení ošetrovatelské péče sestrou

Je důležité upozornit na skutečnost, že i když jsou některé z těchto diagnóz na řešení velice zdlouhavé a náročné došlo i u problémů, jejichž cíle nebyly splněny úplně k jistému posunu a zlepšení. U první ošetrovatelské diagnózy, **výživa porušená, nedostatečná**, došlo k tomu, že si pacientka uvědomila důležitost pravidelné stravy, uvědomila si, že její tělesná hmotnost není přiměřená k její výšce a souhlasila se všemi intervencemi, které jsem jí navrhla.

Za dobu hospitalizace nedošlo u pacientky k žádnému navýšení tělesné hmotnosti vzhledem k důvodu hospitalizace (kolonoskopie), ale nedošlo ani k žádnému úbytku.

Při řešení druhé diagnózy, **bolest chronická**, došlo k tomu, že pacientka otevřeně hovořila o své bolesti, naučila se techniky, jak bolest zvládat, umí pojmenovat vyvolávající příčinu bolesti (stres). K odstranění ani zásadnímu poklesu intenzity bolesti však nedošlo, proto jsem navrhla pacientce dále pokračovat v ošetrovatelských intervencích. Pacientka souhlasila.

Další diagnózou byl **strach**. V tomto případě se podařilo to, že pacientka byla schopná svůj strach pojmenovat, dokázala o něm otevřeně hovořit, naučila se techniky, jak zvládat svůj strach a přijala doporučení obrátit se na psychologa.

Posledním ošetrovatelským problémem, který se nepodařilo splnit úplně, je **kožní integrita porušená**. I v této oblasti však došlo k jistému zlepšení. Pacientka byla poučena o správné péči o postižené místo, byly jí doporučeny vhodné prostředky, jak defekt léčit.

8.2 Zhodnocení ošetrovatelské péče pacientkou a její rodinou

Pacientka byla s průběhem hospitalizace spokojená, měla skutečný zájem o všechny nové informace týkající se její nemoci, výživy i pitného režimu. Naučila se relaxačním technikám, zásadám mentální hygieny, dechovým cvičením a zásadám spánkové hygieny, které dle jejích slov bude využívat i v běžném životě. Dále byla pacientka spokojena s přístupem lékařů, všeobecných sester i dalšího nelékařského zdravotnického personálu. **Rodina pacientky** byla taktéž spokojena s péčí o pacientku a uvítali nové informace týkající se výživy a pitného režimu.

8.3 Doporučení pro praxi

Péče o pacienty s Crohnovou chorobou by měla být komplexní, přesto jsem zjistila, že v péči o pacienty jsou jisté nedostatky a na základě toho bych ráda navrhla několik řešení a doporučení, jak péči o pacienty s Crohnovou chorobou ještě zkvalitnit.

- **Management zdravotnického zařízení (vrchní sestry, staniční sestry):**
 - Podporovat vzdělávání sester a dalšího nelékařského zdravotního personálu v oblasti specifík léčby a ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou.
 - Iniciovat vznik speciálních edukačních materiálů pro pacienty a jejich nejbližší příbuzné.
 - Pravidelně hodnotit kvalitu poskytované péče (například formou dotazníků).

- **Všeobecné sestry a další nelékařský zdravotnický personál:**
 - Zkvalitnit komunikační dovednosti s pacienty s chronickým onemocněním a jejich rodinami.
 - Samovzdělávat se v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s Crohnovou chorobou či jiným chronickým onemocněním.
 - Pozitivně motivovat pacienty do další léčby.
 - Podporovat pacienty v dodržování léčby a všech nutných opatření.
 - Dodržovat zásady mentální hygieny.

- **Pacienti a jejich rodinní příslušníci:**
 - Aktivně spolupracovat s lékaři, všeobecnými sestrami a jiným nelékařským zdravotnickým personálem.
 - Striktně dodržovat nastavený režim a všechna potřebná doporučení.
 - Aktivně vyhledávat nejnovější informace o nemoci.
 - Dodržovat zásady mentální hygieny.
 - Pravidelně docházet do ambulantního ošetření.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta s Crohnovou chorobou. Crohnova choroba je velice závažné chronické onemocnění, které může postihovat jakoukoliv část trávicí trubice, nejčastěji však postihuje napojení tenkého a tlustého střeva. Průběh onemocnění je velice pestrý. Onemocnění má většinou akutní začátek, kdy může být mylně označen za zánět slepého střeva. Po překlenutí akutní fáze probíhá zánět chronicky, a to ve třech fázích (relaps, remise, rekurence). (ČERVENKOVÁ, 2009). Velkým rizikem u Crohnovy nemoci je také častý výskyt komplikací, které se musí často řešit chirurgicky. I léčba a ošetrovatelská péče o pacienta s tímto onemocněním je velice náročný a zdlouhavý proces. Jelikož není známa přesná příčina onemocnění, není ani léčba, která by mohla tuto nemoc nadobro vyléčit (JIRÁSEK a kol., 2002). V léčbě Crohnovy choroby se využívá léčby konzervativní, chirurgické a podpůrné. V první řadě přistupujeme k léčbě konzervativní, pokud ta selže, přistupuje se k léčbě chirurgické. Pomocnou roli může mít i psychoterapie (KOHOUT a kol., 2006). Jak již bylo několikrát uvedeno Crohnova nemoc je chronické onemocnění a jako takové ovlivňuje pacienta na všech úrovních, tedy v rámci bio – psycho – sociálních potřeb. Chronická nemoc často změnil celkovou kvalitu života, někdy vede toto onemocnění až k pracovní neschopnosti se souvisejícím ekonomickým dopadem (ČERVENKOVÁ, 2009).

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou za využití metodologie ošetrovatelského procesu a koncepčního modelu dle M. Gordonové s ohledem na holistickou péči. Dále bylo cílem poskytnout kvalitní informace o této nemoci nejen laické veřejnosti, ale i samotným nemocným a jejich rodinám a informovat o možnostech prodloužení klidových období pomocí dietních opatření. Cíl byl splněn, k dosažení tohoto cíle jsme využily následujících možností. V první řadě jsme zpracovaly co největší množství teoretického materiálu, snažila jsem se využít i vlastních zkušeností s těmito jedinci. V druhé řadě jsme se zaměřily na sestavení systematického zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové, vytyčení aktuálních a potencionálních diagnóz a následně na ošetrovatelskou péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALGMED, s.r.o. Intenzita a hodnotenie bolesti. [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <http://www.algmed.sk/intenzita.php> >.
2. BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Plzeň: Maurea, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. CD&UC: *Crohn's Disease Ulcerosa Colitis* [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <http://www.crohn.ic.cz/?site=dieta#dieta> >.
4. ČERVENKOVÁ, Renata. 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida.* Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7.
5. ČERVINKOVÁ, E. A kol. 2005. *Ošetrovatelské diagnózy.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-358-9.
6. DOEGLES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
7. JIRÁSEK, V.; BRODANOVÁ, M.; MAREČEK, Z. 2002. *Gastroenterologie hepatologie.* Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-139-4.
8. KANOUPOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Praha, Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN: 978-80-247-1830-9.
9. KLENER, P., a kol. 2003. *Propedeutika.* Praha: Galén, 2003. ISBN: 80-7262-252-8.

10. KOHOUT, P. a kol. 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-023-2.
11. KOHOUT, P.; PAVLÍČKOVÁ, J. 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi, s.r.o., 2006. ISBN 80-903820-0-8.
12. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
13. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 2*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-774-4.
16. LUKÁŠ, K. aj. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1283-0
17. MAREČKOVÁ, O.; TEPLAN, V.; MENGEROVÁ, O. 1996. *Léčebná výživa při gastroenterologických komplikacích a možností enterální výživy u nemocných s chronickým selháním ledvin*. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-210-8.
18. MATĚJČEK, Zdeněk. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: H & H Vyšehradská s.r.o., 2001. ISBN 80-86022-92-7.
19. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.

20. NEUBERGEROVÁ, Barbora. 2011. Proč máme „Crohna“. *Moje zdraví*, 2011. roč. 9, č.2, s. 36. ISSN 1214-3871.
21. ŠEFLOVÁ, L., BERÁNKOVÁ,I. Management ošetřování dekubitů. [online]. Květen 2006. [cit. 2011-03-16]. Dostupné z WWW:<http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/05/12.pdf>.
22. VOKURKA, M.; HUGO, J.; aj. 2008. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání v edici. Praha: Maxdorf s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7345-166-0

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností (ADL)	I
Příloha B – Nevhodné potraviny pro pacienta s Crohnovou chorobou	II
Příloha C – Numerická škála bolesti	III
Příloha D - Rozšířená škála dne Nortonové	IV
Příloha E – Vhodné potraviny pro pacienta s Crohnovou chorobou	V

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

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

Hodnocení stupně závislosti: **

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

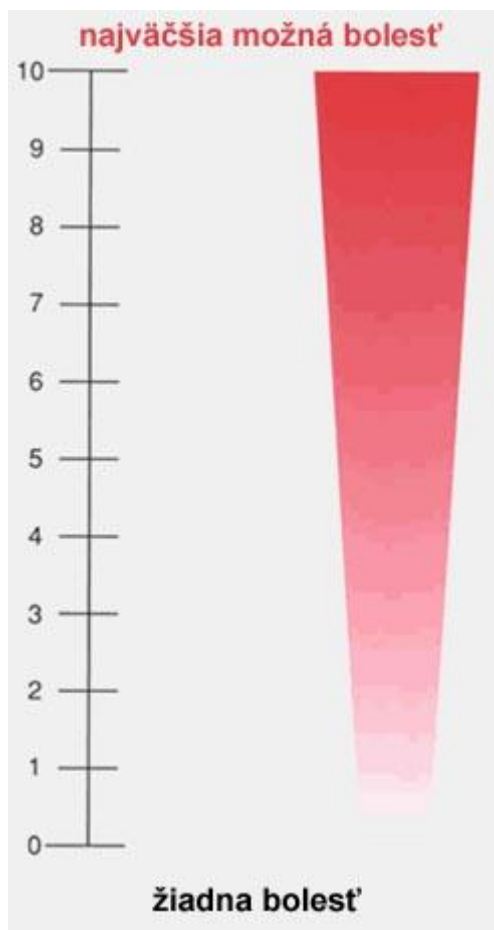
Zdroj: KANOUPOVÁ, G., Ošetřovatelství v intenzivní péči, 2007.

Příloha B - Nevhodné potraviny pro pacienta s Crohnovou chorobou

Houby	Žádné houby ani odvar z hub
Koření	všechny druhy
Luštěniny	v jakékoliv úpravě
Maso	bůček, lojovaté hovězí, příliš tučné vepřové, uzené, skopové, zvěřina, tučné ryby, vnitřnosti
Nápoje	mléko, káva, kakao, ostré ovocné šťávy a šťávy z koncentrátu, jakýkoliv alkohol, coca-cola a podobné nápoje, tonik, nápoje s kysličníkem uhličitým
Ovoce	syrové, kompot s tvrdou slupkou a dužinou - hrušky, ananas se zrníčky - jahody, maliny, angrešt, kiwi
Pochutiny	kečup, hořčice, majonézy, tatarská omáčka, lahůdkové saláty (bramborový, vlašský, ...)
Přílohy	brambory, kynuté knedlíky, smažené bramborové hranolky a krokety
Tuky	lůj, sádlo, škvarky, šlehačka
Uzeniny	salámy, párky, klobásy, jitrnice, jelita, tlačěnka, paštiky, žádné masové konzervy
Zelenina	žádná syrová, nakládaná ani mražená, sterilované saláty s nálevy, kapusta, zelí (ani čínské), kedlubny, ředkvičky, pórek, cibule, česnek, rajčata, okurky, květák, křen

Zdroj: CD&UC: *Crohn' s Disease Ulcerosa Colitis* [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW:<http://www.crohn.ic.cz/?site=dieta#dieta> >.

Příloha C – Numerická škála bolesti



Zdroj: Algmed s.r.o. Intenzita a hodnotenie bolesti [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW:<http://www.algmed.sk/intenzita.php> >.

Příloha D - Rozšířená škála dne Nortonové

Rozšířená stupnice Nortonové									
	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
4	<ul style="list-style-type: none"> • úplná • do 10 let 	<ul style="list-style-type: none"> • normální 	<ul style="list-style-type: none"> • žádné 	<ul style="list-style-type: none"> • dobrý 	<ul style="list-style-type: none"> • bdelý 	<ul style="list-style-type: none"> • chodící samostatně 	<ul style="list-style-type: none"> • úplná 	<ul style="list-style-type: none"> • kontinentní 	
3	<ul style="list-style-type: none"> • malá • do 30 let 	<ul style="list-style-type: none"> • suchá, šupinatá 	<ul style="list-style-type: none"> • snížení imunity • horečka • diabetes mellitus 	<ul style="list-style-type: none"> • zhořelý 	<ul style="list-style-type: none"> • apatický 	<ul style="list-style-type: none"> • chodící s doprovodem 	<ul style="list-style-type: none"> • částečně omezená 	<ul style="list-style-type: none"> • občasná inkontinence 	
2	<ul style="list-style-type: none"> • částečná • do 60 let 	<ul style="list-style-type: none"> • vřívka 	<ul style="list-style-type: none"> • sklerosis multiplex • obezita • anemie 	<ul style="list-style-type: none"> • špatný 	<ul style="list-style-type: none"> • zmatený 	<ul style="list-style-type: none"> • sedící na lůžku, v křesle 	<ul style="list-style-type: none"> • velmi omezená 	<ul style="list-style-type: none"> • inkontinence převážně moče 	
1	<ul style="list-style-type: none"> • žádná • 60 let + 	<ul style="list-style-type: none"> • alergie, porušená 	<ul style="list-style-type: none"> • onemocnění cév • kachexie • karcinom 	<ul style="list-style-type: none"> • velmi špatný 	<ul style="list-style-type: none"> • bezvědomí 	<ul style="list-style-type: none"> • ležící 	<ul style="list-style-type: none"> • žádná 	<ul style="list-style-type: none"> • inkontinence moče a stolice 	
Riziko vzniku dekubitu			nizké (25 - 24 bodů)	střední (23 - 19 bodů)		vysoké (18 - 14 bodů)		velmi vysoké (13 - 9 bodů)	
									Celkem

Zdroj: ŠEFLOVÁ, L., BERÁNKOVÁ, I. Management ošetřování dekubitů. [online]. Květen 2006. [cit. 2011-03-16]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/05/12.pdf>.

Příloha E - vhodné potraviny pro pacienta s Crohnovou chorobou

Vejece	v menším množství, samostatně co nejméně, lépe je zařadit do pokrmů
Maso	pouze libové, telecí, hovězí, vepřové, kuře, kapr, filé, z uzenin pouze dušená šunka
Nápoje	čaj, minerálky bez kysličníku uhličitého, slabé ovocné šťávy
Ovoce	syrové pouze banány, meruňky pouze kompotované bez slupky, jablka oloupaná podusit zcela do měkka a rozmixovat
Polévky	vývar z libovolného masa nebo mrkve doplňný rýží nebo těstovinami, jemně nastrouhanými brambory nebo mrkví
Přílohy	bramborová kaše při toleranci mléka, v opačném případě ředěná vývarem z brambor, těstoviny, jemný knedlík, rýže
Sýry	nízkotučné, bez příchutí, netučný tvaroh
Tuky	pouze čerstvé máslo na pečivo, do pokrmů až při dokončení
Zelenina	žádná syrová, jen mrkev nastrouhaná a dušená, mrkvové pyré

Zdroj: CD&UC: *Crohn' s Disease Ulcerosa Colitis* [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW:<http://www.crohn.ic.cz/?site=dieta#dieta> >.