

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA HOBZOVÁ

Praha 2012

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA HOBZOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

HOBZOVÁ, Lenka. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s ulcerózní kolitidou. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., RS. Praha. 2012.

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní problematika léčby a péče o pacienta s Ulcerózní kolitidou při respektování jeho přirozených potřeb. Tato práce obsahuje teoretickou a praktickou část.

Cílem bakalářské práce je komplexní zpracování ošetrovatelské a medicínské problematiky léčby a péče o pacienta s ulcerózní kolitidou. Teoretická část práce charakterizuje patofyziologii, symptomy, komplikace, léčbu a specifickou ošetrovatelskou péči u pacienta s Ulcerózní kolitidou.

Praktická část práce obsahuje jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu včetně hodnocení ošetrovatelské péče. Cílem praktické části je navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče s ohledem na holistickou péči za využití koncepčního modelu Virginie Hendersonové a metodologie ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova: Ulcerózní kolitida. Ošetrovatelská péče. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

HOBZOVÁ, Lenka. Comprehensive Nursing Care for Patients with Ulcerative colitis. Nursing College Degree: Bachelor (BA). Thesis supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., RS. Prague. 2012.

The main topic of my thesis is a complex issue of treatment and care of a patient with ulcerative colitis during respecting his natural needs. This work includes theoretical and practical part.

The purpose of this work is a complex process of nursing, issues of treatment and care of patients with ulcerative colitis. The theoretical part of this thesis describes the pathophysiology, symptoms, complications, treatment, and specific nursing care in a patient with ulcerative colitis.

The practical part of my work includes the steps of nursing process including evaluation of nursing care. The practical part is to design an individual plan of nursing care regarding to the holistic care using a conceptual model of Virginia Henderson nursing process and methodology.

Keywords: Ulcerative colitis. Nursing care. Patient. General Nurse.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	2
1 Charakteristika onemocnění	2
1.1 Etiologie.....	3
1.2 Výskyt.....	3
1.3 Patogeneze.....	4
2 Klinický obraz	5
2.1 Symptomy.....	5
2.2 Ve vazbě na střevní postižení rozlišujeme dva základní syndromy.....	6
2.3 Klasifikace ulcerózní kolitidy podle anatomické klasifikace.....	6
2.4 Komplikace ulcerózní kolitidy.....	7
3 Diagnostika	8
3.1 Základní diagnostické metody.....	8
3.2 Radiodiagnostické metody u ulcerózní kolitidy.....	9
3.3 Endoskopické vyšetřovací metody.....	9
3.4 Diferenciální diagnostika.....	10
4 Léčba a prognóza ulcerózní kolitidy	11
4.1 Konzervativní léčba.....	11
4.2 Chirurgická léčba.....	12
4.3 Prognóza.....	13
5 Specifika ošetrovatelského procesu	14
5.1 Dietní a nutriční opatření.....	14
5.2 Pohybový režim.....	14
5.3 Psychoterapie.....	15
6 Ošetrovatelská péče o pacienta s ulcerózní kolitidou	16
6.1 Virginia Avenel Henderson – Teorie základní ošetrovatelské péče.....	17
6.2 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u ulcerózní kolitidy.....	18
PRAKTICKÁ ČÁST	20
7 Kazuistika	20
7.1 Základní identifikační údaje.....	20
7.2 Lékařská anamnéza.....	21
7.3 Medicínský management.....	22
7.4 Posouzení celkového stavu pacienta ze dne 21.7. 2011.....	24
7.5 Posouzení dle modelu Henderosonové ze dne 21.7. 2011.....	25
7.6 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit.....	33
7.6.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	33
7.6.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	41
ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	46
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	47
ZÁVĚR	49
POUŽITÁ LITERATURA	50
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Tato práce vznikla ve snaze přiblížit čtenáři podstatu a problematiku ulcerózní kolitidi. Zaměřujeme se v ní na význam a důležitost ošetrovatelského procesu v péči o pacienta. Považujeme za důležité poukázat touto prací na skutečnost, že ošetrovatelský proces není procesem náhodným, ale cílevědomým a plánovitým, který respektuje individualitu potřeb každého člověka.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mým působením na chirurgické jednotce intenzivní péče, kde se s tímto onemocněním setkávám a osobním zájmem k dané problematice.

Bakalářská práce byla zpracována za pomoci odborných knih, časopisů a zkušeností získaných při ošetrovatelské činnosti u pacienta s daným onemocněním. Práce je určena studentům vysokých škol a odborné veřejnosti, kteří se zabývají touto problematikou.

Touto cestou vyslovuji upřímné poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Jana Hlinovská, PhD., RS. za ochotu, všestrannou podporu a odbornou pomoc při vypracování bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika onemocnění

Ulcerózní kolitida je chronický zánět tlustého střeva, které postihuje v různém rozsahu, vždycky ale zachvátí také konečník. Patří do skupiny idiopatických střevních zánětů. Zánět se šíří v povrchových vrstvách stěny tlustého střeva, tedy převážně ve sliznici a podslizniční části. Pouze ve výjimečných případech proniká do hlubších vrstev. Používá se pro ni i řada synonym: proktokolitida, idiopatická kolitida, idiopatická hemoragická kolitida, ale pouze název ulcerózní kolitida je mezinárodně užívaný, protože vystihuje pouze patologicko-anatomickou charakteristiku nemoci, nikoli její klinický obsah (ČERVENKOVÁ, 2009, s. 21).

První popis pochází z r. 1859 od Wilkse. Ulcerózní kolitida byla popsána v r. 1875 Wilksem a Moxonem a byla charakterizována klinicky rekurujícími zánětlivými změnami postihujícími sliznici a submukózu, kontinuálně od rekta do levého kolon. Bargen v r. 1929 charakterizoval ulcerózní kolitidu jako „chronickou ireverzibilní nemoc, jejíž mortalita je 17,3 %“. Roku 1942 zavedla Nana Svarz do léčby sulfasalazin a v r. 1977 Azhad Khan kyselinu 5-aminosalicylovou. Prevalence asymptomatické ulcerózní kolitidy se odhaduje asi na 34 / 100 000 obyvatel. V severozápadní Evropě je prevalence mezi 35 – 70. V České republice je prevalence 40 – 45 (LUKÁŠ, 2001, s.14).

Ulcerózní kolitida je typická povrchovým zánětem, který je omezen na oblast sliznice tlustého střeva. Rozvoj malnutrice a pokles tělesné hmotnosti není tak pravidelný jako u Crohnovy nemoci. Hlavní komplikace Ulcerózní kolitidy, která vedou k přijetí nemocného na jednotku intenzivní péče, jsou rozvoj toxického magakolonu, těžký stav dehydratace a iontového rozvratu s katabolizmem při profuzních průjmech a horečkách, těžké krvácení a perforace střeva. U této choroby jsou úprava vnitřního prostředí infuzní terapií a nutriční podpora nepostradatelnými složkami léčby,

hlavně v předoperační a pooperačním období u nemocných, u nichž je nutné provést kolektomii (ZADÁK, 2008, s. 383).

1.1 Etiologie

Ulcerózní kolitida je zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku. Etiologie je zatím nejasná, předpokládá se působení faktorů vrozených a faktorů zevního prostředí. Předpokládá se však, že na udržování chronického zánětu mají účast imunopatologické mechanismy, včetně autoprotilátek proti různým antigenům neutrofilů (FERENČÍK, 2005, s. 126).

Imunologická: dvousložková teorie (v první fázi poškození vlastním etiologickým mechanismem, v druhé fázi se uplatňují změny způsobené superponovanou infekcí a imunitními mechanismy).

Genetická: je zde menší riziko rodinné zátěže než u Crohnovy nemoci o 10-20%. Infekční, Escherichia coli, Schigella dysenteriae, Salmonella, Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, mykobakterie, viry.

Zevní prostředí: dietní faktory (alergie na potravu), aktivní kouření snižuje riziko o 60%, ale u bývalých kuřáků je 1,7x vyšší než u nekuřáků, zřetelný význam pracovního zařazení a sociální struktury (více u lidí s dobrou nebo vyšší životní úrovní, vliv sedavého zaměstnání, psychický stres) (FERKO, aj. 2002 s. 323).

1.2 Výskyt

„Gabalec (2009, s. 276) udává, že celosvětová incidence ulcerózní kolitidy kolísá od 0,5 do 24,5/100 000 obyvatel. V rozvojových zemích je incidence nízká, nejvyšší incidenci nacházíme v Severní Americe, v západní a střední Evropě, v České republice je incidence 3-5/100 000. Incidence má stoupající trend v postkomunistických zemích, naopak je stabilní v západní Evropě a Skandinávii.“ Choroba se může poprvé objevit v jakémkoliv věku, výjimkou není ani postižení dětských pacientů. Ulcerózní kolitida se nejčastěji projevuje mezi 15-30 a 50-70 rokem a je 1,5krát častější u žen. Za rizikové skupiny obyvatelstva se považují příbuzní pacientů s ulcerózní kolitidou,

nespecifickými střevními záněty, obyvatelé městských aglomerací, kuřáci, ale i nekuřáci (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 1998, s. 21).

1.3 Patogeneze

V posledních několika letech byly zaznamenány důležité objevy, které významně posunuly pohled na patogenezi idiopatických střevních zánětů. Jedním z nich je objevení polymorfizmu genu označovaného NOD2/CARD15, který je lokalizovaný v oblasti chromosomu 16. Druhou významnou složkou, která se uplatňuje v patogenezi ulcerózní kolitidy, je hyperaktivita slizničních T-lymfocytů (ŠPIČÁK, 2008, s. 153). Všeobecně akceptována představa, že ulcerózní kolitida vzniká v důsledku změněné reaktivity imunitního systému střeva na komenzální mikrobiální střevní flóru u geneticky predisponovaných jedinců. Ztráta imunitní tolerance hostitele vůči mikrobiální agens vede ke vzniku chronické a nekontrolovatelné zánětlivé reakce. Slizniční rovnováha mezi imunitním systémem střeva a obrovským potencionálem mikrobiálních a potravinových antigenů je určena genetickou výbavou hostitele (LUKÁŠ, 2011, s. 62). Předpokládá se však, že na vyvolání poškozujícího zánětu se účastní autoimunitní reakce, zvláště autoprotilátky proti antigenům epitelových buněk tlustého střeva a proti neutrofilům (FERENČÍK, 2005, s. 125).

2 Klinický obraz

Počátek onemocnění označujeme jako první ataku nemoci. Nastolení klidové fáze nazýváme remisí, další vzplanutí jako relaps. Dojde-li k projevům choroby na dosud nepostiženém úseku střeva, hovoříme o recidivě, vzplanutí na místě předtím zahojeném je označováno jako reaktivace.

V průběhu prvního roku nemoci se pacienti s ulcerózní kolitidou obvykle rozdělují do několika skupin, jež se liší průběhem choroby: remitující má relaps více než 1krát ročně. Intermitující má relaps méně než 1krát ročně. Kolem 3-5% nemocných má typ fulminantní – perakutní, směřující k chirurgické intervenci. V průběhu let se rozšiřuje skupina nemocných typu chronicky aktivního, jehož definice není jednotná. Nemocní této skupiny jsou napadáni velmi nepříznivým morfoloickým obrazem zánětu tračníku v kontrastu k nevýrazné laboratorní zánětlivé aktivitě. Vývoj onemocnění může být charakterizován v průběhu let tzv. extenzí choroby, tedy rozšířením rozsahu postiženého tračníku: 19-36% proktitid se mění během pěti let na levostrannou formu, 15-18% levostranných forem extenduje subtotálně až totálně. S dalšími relapsy ubývá nemocných s intermitujícím typem a naopak se rozšiřuje skupina chronicky aktivních, kteří již nereagují na konzervativní léčbu. Po 15 letech trvání ulcerózní kolitidy se také zvyšuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu, po 20 letech činí incidence 5-10%, po 30 letech 12-20% (SOUČEK, 2005, s. 200).

2.1 Symptomy

Průjem je dominantním příznakem ulcerózní kolitidy, který je obvykle spojen s příměsí krve ve stolici. Při těžším průběhu a extenzivním rozsahu zánětu mohou mít nemocní více než 20 vodnatých stolic za den, a defekace mohou být i během noci.

Tenesmy jsou časté úporné, trýznivé a bolestivé nutkání na stolici, které se opakuje, kumulované ranní defekace. V některých případech může dojít při bolestivých spazmech v anorektální oblasti k funkční obstrukci a následné zácpě.

Bolesti v břiše, které jsou výrazné zejména při fulminantním průběhu. Bolest v konečníku s nucením na stolicí, úleva po stolici však nepřichází (LUKÁŠ, 2001, s. 21).

Endoskopické projevy jsou úbytek cévní kresby, difuzní erytém, edém, granulační sliznice, přítomnost žlutavého exsudátu, křehkost sliznice a v těžších případech vředy (LUKÁŠ, 2001, s. 31).

2.2 Ve vazbě na střevní postižení rozlišujeme dva základní syndromy

Rektální syndrom: nutkavý pocit na stolicí, přičemž pacient detekuje malé množství stolice nebo hlenu s krví (tenesmus alvi). Pozorujeme u proktitidy.

Kolitický syndrom: křečovitě bolesti břicha jsou doprovázeny vodnatými průjmy, což svědčí o postižení oválnějšího úseku tračnicku. Průjmy jsou sekreční s příměsí krve, hlenu, dochází ke ztrátám bílkovin, albuminu. Celkové příznaky, jako jsou nechutenství, slabost, anémie, hubnutí a extraintestinální projevy (FERKO, aj. 2002 s. 324).

2.3 Klasifikace ulcerózní kolitidy podle anatomické klasifikace

Nejčastěji užívaná klasifikace je podle rozsahu postižení:

- Pankolitida- postižení celého tračnicku,
- Subtotální forma- tračník je postižen od rekta po hepatální ohbí,
- Levostranná forma- tračník je postižen od rekta po lienální ohbí,
- Proktosigmoiditida- postižení rekta a sigmoidea,
- Proktitida- je postiženo jen rektum.

„ Lukáš (2001, s. 23) říká, že u 10-14% nemocných s pankolitidou je nalézáno zánětlivé postižení tenkého střeva, tzv. backwash ileitis, která vzniká zpětným návratem obsahu tračnicku insuficientní ileocekální chlopní. Pro praxi je však vyhovující dělení na:

- Tvar lehký = rektální (30-50%),
- Tvar středně těžký = levostrannou kolitidu (30-50%),
- Tvar těžký = pankolitidu (15-20%).

Za diagnosticky nejcennější známku pro ulcerózní kolitidu je považováno postižení konečníku, které je přítomno.“

2.4 Komplikace ulcerózní kolitidy

Nálezy v anorektální oblasti jsou časté, lze sem zahrnout hemeroidy, trhliny, výhřez anu a periproktální absces.

Krvácení z rekta je typickou manifestací, většinou je nevelké, ale trvalé. Masivní krvácení neboli enteroragie se vyskytuje u extenzivního postižení.

Perforace neboli proděravění je obvykle komplikací toxického megakolon, ale může se vyskytovat i samostatně u těžké formy ulcerózní kolitidy.

Toxické megakolon je to závažná ataka kolitidy, která se projeví při těžkém zánětu tlustého střeva a postihuje i jeho svalové vrstvy, je provázena úplnou nebo segmentální dilatací tračnicku. Vyskytuje se u nemocných s pankolitidou a s vysokým stupněm aktivity nemoci. Kritéria pro diagnózu toxického megakolon zahrnují: RTG průkaz dilatace tračnicku nativním snímkem, TT nad 38,6°C, tachykardie nad 120/min., leukocytózu, anémii a musí být jedna známka toxicity – dehydratace, hypotenze, změny elektrolytů. Břicho je vzdučnaté a je citlivé nad rozepjatým tračnickem. Při poslechu jsou zvuky v břiše ojedinělé, až vymizelé. Příčiny jsou farmakologický agens, nebo po kontrastním RTG vyšetření baryovou kaší a po koloskopii.

Zhoubná přeměna se vyskytuje více, než odpovídá výskytu kolorektálního karcinomu v populaci. Je zejména u pankolitidy s delším trváním (10 a více let).

Dysplastické léze se vyvíjejí mnoho let, je-li přítomen nízký stupeň dysplasie, má být kolposkopie s biopsiemi opakována do 6-12 měsíců. Je-li střední stupeň, vyšetření má být opakováno po 6 měsících a při těžké dysplazii je doporučována kolektomie (LUKÁŠ, 2001, s. 39, 40).

Extraintestinální projevy probíhají buď v souladu s aktivitou střevního zánětu (např. oční záněty, kožní změny, kloubní), nebo na této aktivitě nejsou závislé (např. ankylozující spondylitida = Bechtěrevova nemoc, jaterní záněty) (LUKÁŠ, 2005, s. 97).

3 Diagnostika

Cílem vyšetřování je spolehlivé vyloučení nebo potvrzení předpokládané diagnózy. Zvolený postup musí rychle ukázat lékaři spolehlivou diagnózu choroby, jejího stádia a komplikací. Při neodkladné situaci volíme takové vyšetřovací metody, které nevyžadují větší přípravu pacienta i za cenu zvolení nákladnější procedury. Musí se vyšetřovat až do dosažení přesné diagnózy. Jedině ta je předpokladem pro zvolení správné terapie. Časová prodleva mezi získáním správné diagnózy a indikací k operaci je někdy otázkou přežití pacienta. Hospodárnost vyšetřovacích prostředků je u náhlých příhod břišních druhořadá (KAZIL a kol., 2007). Zásadní diagnostický význam má přesné stanovení rozsahu postižení trávicí trubice pomocí radiodiagnostických metod (RTG, CT, MR, US, irigografie), endoskopie (rektoskopie, kolposkopie), histologie a to ze vzorků biotických odebraných při endoskopii, dále dle klinického nálezu a laboratorního vyšetření krve (NAVRÁTIL a kol., 2008, s. 270).

3.1 Základní diagnostické metody

Anamnéza, poskytuje informace o možné souvislosti s nynějším onemocněním, které souvisí s prodělanými nemocemi nebo úrazy, životním stylem a výskytem chorob u příbuzných. Anamnézou začínáme u každého onemocnění

Fyzikální vyšetření je druhou nejdůležitější vyšetřovací metodou. Patří sem celkový pohled (inspekce) na nemocného, poklep (perkuse), pohmat (palpace) břicha a poslech (auskultace).

Vyšetření stolice se dělí na makroskopické, zde hodnotíme tvar, konzistenci, množství, barvu, zápach a patologické příměsi. Dále mikrobiologické, kam patří kultivace stolice k průkazu mikrobiologické agens. Do mikrobiologického vyšetření patří kromě kultivačního také mikroskopické vyšetření (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006, s. 245).

3.2 Radiodiagnostické metody u ulcerózní kolitidy

Irigografie, je vyšetření kdy se po předchozím vyprázdnění naplní tračník baryumsulfátovou suspenzí. V akutním stavu je kontraindikována, může způsobit zhoršení stavu nebo toxické megakolon (FERKO, 2002, s. 325). Toto vyšetření je používáno (vždy jako dvojkontrastní) tam, kde nelze provést endoskopické vyšetření - při stenózách, nebo nemožnosti vyšetřit celé tlusté střevo (LUKÁŠ, 2001, s. 35).

Nativní RTG snímek břich provádí se ve stoje nebo v leže, při podezření na toxické megakolon (LUKÁŠ, 2001, s. 35).

Ultrasonografie (US), využívá různé schopnosti tkání propouštět či odrážet zvukové vlny. Tímto vyšetřením můžeme odhalit původ hmatného zduření v břiše, můžeme posoudit tloušťku jednotlivých úseků střevní stěny. Ke zobrazení je vhodná oblast přechodu tenkého a tlustého střeva a esovité kličky (KOHOUT, 1998, s. 24).

Počítačová tomografie (CT), diagnostická výtěžnost je nevelká. Používá se u idiopatických střevních zánětů při podezření na nitrobřišní absces nebo pištěl. Účinnost vyšetření lze zvýšit podáním kontrastní látky (KOHOUT, 1998, s. 24).

Magnetická rezonance (MR), tato metoda může napomoci k diagnostice změn v oblasti rekta a perirektálního prostoru (LUKÁŠ, 2001, s. 35).

3.3 Endoskopické vyšetřovací metody

Endoskopické vyšetření, zejména koloskopie, hraje prvořadou roli v diagnostice idiopatických střevních zánětů. Důležitým nálezem pro ulcerózní kolitidu je její distribuce, nemoc začíná v rektu a pokračuje souvisle proximálním směrem. Nad postiženým úsekem je sliznice normální. Při rozsáhlých ulceracích může mít zbývající sliznice pseudopolypoidní vzhled, nebo mohou vznikat slizniční můstky. Vždy jsou nezbytné četné biopsie k vyloučení karcinomu nebo adenomatózních polypů. Je-li ileocekální chlopeň inkompetentní, může být terminální ileum změněno erytémem, edémem a křehkostí, ale většinou bez ulcerací („backwash“ ileitis). U dlouhotrvající

ulcerózní kolitidy může mít střevo vzhled rigidní trubice „tubularizace“. Dochází k tvorbě striktur. Pro hodnocení nálezu je nutná klasifikace. Všechny endoskopické klasifikace jsou více či méně inspirovány následující škálou:

0 = normální sliznice

1 = úbytek normální sliznice

2 = krvácení po lehkém dotyku

3 = spontánní krvácení

4 = diskrétní ulcerace

5 = splývající ulcerace

(LUKÁŠ, 2001, s. 31).

Výhodou endoskopických vyšetření je možnost přímého pohledu na nemocné střevo a odběr vzorku pro histologické vyšetření (KOHOUT, 1998, s. 24).

Rektoskopie je vyšetření konečníku a části tlustého střeva, kdy je možné prohlédnout sliznici konečníku a dolní části esovité kličky maximálně do vzdálenosti 25 cm od análního otvoru. Provádí se rigidním přístrojem – rektoskopem, dlouhým 20-30 cm. Provádí se v poloze kolenoprsní, kolenoloketní, na boku (MIKŠOVÁ, 2006, s. 74).

Kolposkopie je vyšetření tlustého střeva od konečníku až k místu spojení s tenkým střevem. Umožňuje prohlédnout nitro tlustého střeva v celém rozsahu. Zavádí se flexibilní kolposkop, do střeva se insulfuje plyn, aby sliznice byla lépe přehledná, což ovšem pacient vnímá bolestivě. Provádí se v leže na levém boku, v průběhu vyšetření se může poloha měnit dle pokynů lékaře (MIKŠOVÁ, 2006, s. 74).

3.4 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostikou se rozumí odlišení nescifických střevních zánětů od jiných chorob. U ulcerózní kolitidy je nutné odlišit infekční postižení tlustého střeva (např. bakteriální, parazitární), nebo zánět tlustého střeva po ozáření, při zhoršení prokrvení střeva. Při objevení polypů v tlustém střevě je nutné odlišit zánětlivé polypy od adenomů. K rozlišení je nutné provést kolposkopické vyšetření s odběrem vzorku tkáně na histologii (KOHOUT, 1998, s. 26).

4 Léčba a prognóza ulcerózní kolitidy

Léčba ulcerózní kolitidy je zaměřena na dvě oblasti a to na léčbu aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí v případech, že je nemoc v remisi (LUKÁŠ, 2001, s. 62). Léčba je dlouhodobá a komplexní a v různé míře se v ní uplatňují dietní a nutritivní opatření, konzervativní farmakoterapie, psychoterapie, chirurgická léčba (SOUČEK, 2005, s. 202).

4.1 Konzervativní léčba

Etiologie idiopatických střevní zánětů je neznámá z toho také pramení obtíže s léčbou, která nemůže postihnout vyvolávající činitele. A tak se medikamentózní léčba pokouší inhibovat řetěz řady zánětlivých mediátorů, které zánět zřejmě přímo nevyvolávají, ale zesilují a udržují jej (LUKÁŠ, 2001, s. 62). Konzervativní farmakoterapie je zastoupena aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresivy, antibiotiky a v posledním desetiletí léčbou anticytokiny, zatím převážně v rovině klinického experimentu. Účinné látky mohou být podávány nejen celkově formou parenterální či orální, ale také lokálně jako čípky, rektální pěny a nálevy. Zde je však potřeba počítat s omezeným rozsahem působení – čípky a pěny jen v rektu, nálevy až do lienální flexury (SOUČEK, 2005, s. 202).

Aminosalicyláty jsou od roku 1942 základem léčby. Dnes se už jen minimálně používá původní sulfasalazopyridin (sulfasalazin) pro nevýhodu možných vedlejších účinků (především reverzibilní dřeňový útlum) a také proto, že za jeho účinnou složku je považována kyselina 5-aminosalicylová (Salofalk, Pentasa, Asacol, Rowasa, Claversal, Dipentum). Doporučené dávkování v akutní fázi nemoci činí 3-4g/den, ve fázi udržovací 2g/den.

Kortikosteroidy jsou k dispozici jako systémové nebo topické. Výhodou topických je minimální vedlejší účinek, který je např. u budesonidu (Entocort, Budenofalk) zajištěn mechanisme tzv. first pass effectu, kdy se při prvním průchodu játry mění 90% účinné látky na systémově neaktivní metabolity. Léčba systémovými steroidy je

zahajována obvykle v dávce 0,5-1,0mg/kg/den s postupným sestupem k tzv. dawkám udržovacím, jež se pohybují pod hranicí 20mg/den.

Imunosupresiva se často uplatňují v případech kortikorezistence či naopak dependence (kdy se nedaří snížit příliš vysokou dávkou systémového kortikosteroidu). Cyklosporin A je považován pro rychlý nástup účinku za lék první volby při fulminantní kolitidě či dokonce toxickém megakolon. Dalším používaným imunosupresivem je azathioprin (Imuran) (SOUČEK, 2005).

Antibakteriální léčba při neznalosti etiologie idiopatických střevní zánětů je odůvodněná užití antibiotik empirické. Mikrobiální flóra hraje roli v udržování zánětu a tak je podávání antibiotik u těžšího průběhu, pooperačním výkonu k udržení klidového stavu racionální. Ideální je aplikace antibiotik podle kultivačního nálezu (LUKÁŠ, 2001, s. 69).

Antidiaroeika jsou proti průjemové léky, mohou být účinné v symptomatické terapii u lehké a středně těžké kolitidy, redukuje frekvenci vyprázdnění. Kontraindikace je u těžkých kolitid pro možnost vzniku toxického megakolon (LUKÁŠ, 2001, s. 69).

Biologická léčba je určena těm pacientům, u nichž předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala či měla pouze nízkou odezvu, takže jejich nemoc probíhá stále agresivně (ČERVENKOVÁ, 2009). Jde o látky proteinové povahy, podávané většinou parenterálně. Nejvýznamnější postavení z nich má infliximab, chimerická monoklonální anti-TNF-alfa protilátka. Tato monoklonální látka obsahuje 75% složek odpovídajícím lidským, 25% bílkoviny imunoglobulinu tvoří myší sekvence. Je schopna se cíleně navázat a působit jako protilátka u léčby vysoce aktivní ulcerózní kolitidy (ŠPIČÁK, 2008).

4.2 Chirurgická léčba

Indikace k chirurgickému řešení jsou buď urgentní nebo elektivní. Vhodně indikovaný a správně provedený operační (subtotální kolektomie s pouchem či ileorektální anastomozou) výkon by měl nemocného definitivně vyléčit.

Indikace urgentní je toxické megakolon, masivní krvácení, perforace.

Indikace elektivní pro selhání konzervativní léčby, závažné komplikace nebo nepřiměřená toxicita konzervativní léčby, obstrukce, krvácení, těžce probíhající extraintestinální manifestace, pouchitida rezistentní na konzervativní léčbu, těžká dysplazie, karcinom (LUKÁŠ, 2001, s. 73).

4.3 Prognóza

Prognóza idiopatických střevních zánětů je podmíněna následujícími faktory:

- odpovědí na konzervativní léčbu,
- frekvencemi spontánních remisí, jejich délkou a udržením,
- potřebou prodloužené konzervativní léčby,
- nutností chirurgického výkonu a eventuálně rekurencí po operaci,
- komplikacemi a extraintestinálními manifestacemi,
- rizikem vzniku neoplazií,
- možnou extenzí kolitidy,
- lehce zvýšenou mortalitou.

Za špatné prognostické faktory u akutní ulcerózní kolitidy jsou považovány: extenzivní postižení tračníku, začátek ve věku nad 60 let a výskyt toxického megakolon. U většiny nemocných je průběh chronický s remisemi a relapsy. Pokroky v konzervativní a chirurgické léčbě výrazně zlepšily prognózu a kvalitu života nemocných s ulcerózní kolitidou. Podle různých studií vede 25-70% nemocných normální život (ČERVENKOVÁ, 2009).

5 Specifika ošetrovatelského procesu

Všeobecná zdravotní sestra na základě stanovené lékařské diagnózy a ve spolupráci s lékařem a celým ošetrovatelským týmem se vždy snaží uspokojovat a splňovat všechny pacientovi potřeby, zajišťovat základní a specializovanou ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu. Dívá se na pacienta jako na holistickou bytost. Ke každému pacientovi přistupuje individuálně a chápe ho jako bio – psycho – sociální jednotku.

5.1 Dietní a nutriční opatření

V období remise nejsou u ulcerózní kolitidy zásadní dietní opatření; dieta by měla být nedráždivá, šetřící, dostatečně kaloricky vydatná a vyvážená, s dostatkem vitamínů. Nutný je individuální přístup podle snášenlivosti jednotlivých pokrmů. V období průjmů, při křečovitých bolestech břicha a při strikturách je důležité omezení vlákniny (větší množství syrového ovoce a zeleniny), kofein. Naopak při zácpě dochází ke zlepšení při dietě se zvýšeným obsahem vlákniny. U pacientů je častá laktózová intolerance, v používání mléka a mléčných výrobků je nutný individuální přístup. Ale ve stravě je potřebné zachovat dostatečné množství vápníku. Pacienti s chronickým krvácením vyžadují podávání železa, nemoní léčení sulfasalazinem kyselinu listovou. U aktivního onemocnění strava bezezbytková, při vysoké aktivitě parenterální a enterální (LUKÁŠ, 2001, s. 71). Parenterální výživa je na místě při toxické megakolon. Součástí ambulantní léčby může být dlouhodobá substituce makro- i mikroelementů. Jako rizikové se ukazují náhle změny dietních návyků např. při cestování, spojené se změnami charakteru střevní mikroflóry (SOUČEK, 2005, s. 202).

5.2 Pohybový režim

Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí. Přispívá ke zvýšení motility a sekrecí žláz gastrointestinálního traktu (TRACHTOVÁ a kol., 2001, s. 28). U ulcerózní kolitidy dochází k omezení pohybové činnosti v období relapsu, kdy by pacient měl dodržovat spíše klidový režim. Samotné zhoršení stavu a obtíže s tím spojené pacienta vyčerpávají. Nebo při vzniku komplikací a následné operaci, která může být indikována

v důsledku toxického megakolonu, perforace střeva či po zhoubné přeměně. V takovém případě se snažíme pacienty co nejdříve vertikalizovat a aktivizovat. Což napomáhá správné peristaltice střev, brzké soběstačnosti. Opětovné pracovní zařazení je vhodné, neboť má příznivý vliv na psychiku pacienta a napomáhá tím návratu do sociálních rolí pacienta (MARKOVÁ, 2006, s. 55).

5.3 Psychoterapie

„Čechová, Mellanová, Rozsypalová (2003, s. 69) uvádí, že stojí-li člověk pře překážkou, která mu ztěžuje či brání v dosažení cíle, chová se rozumným způsobem. Nelze-li překážku zdolat, může se vzdát cíle, rezignovat, může se snažit překážku obejít a cíle dosáhnout, případně si stanovit jiný dosažitelný cíl.“ Proto má psychoterapie vzhledem k psychosomatické složce nemoci velký, v praxi obvykle nedoceněný význam, který však vyžaduje zkušenosti a především čas (SOUČEK, 2005, s. 202). Stres tak může ovlivňovat míru imunitní reakce, podle zkušeností pacientů i lékařů může vyvolat akutní vzplanutí nemoci. Naopak vhodně prováděná psychoterapie může nemoc zklidnit (KOHOUT, 1998, s. 35). Tudíž je důležité po celou dobu léčby se k pacientovi chovat empaticky a ohleduplně, respektovat jeho individuální projevy vyrovnávání se zvýšeným psychickým vypětím a stresem. Jediněnou nepostradatelnou částí psychoterapie je podpora rodiny. Jejichž nejbližší členové se také podílí na psychoterapii po dobu celé hospitalizace a následně i v domácím ošetření jsou pacientovi oporou.

6 Ošetrovatelská péče o pacienta s ulcerózní kolitidou

Moderní ošetrovatelská péče je založena na systematickém hodnocení a plánovitém uspokojování potřeb a problémů zdravého či nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se uskutečňuje pomocí ošetrovatelského procesu (TRACHTOVÁ a kol., 2001). „Boroňová (2010, s. 66) píše, že ošetrovatelský proces je systematická racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, vytyčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb.“ Ošetrovatelský proces se zaměřuje na osobu jako komplexní celek. Má pět fází, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají.

Fáze ošetrovatelského procesu:

Posuzování zahrnuje sběr dat, která jsou nezbytná ke stanovení ošetrovatelské diagnózy. Cílem posuzování je založení databáze s informacemi o pacientovi.

Diagnostika je vyhodnocení informací od pacienta a stanovení ošetrovatelských diagnóz.

Plánování je proces vytyčení ošetrovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových problémů. Cílem je dosažení kvalitní ošetrovatelské péče.

Realizace je provedení, nebo uplatnění ošetrovatelské činnosti zaměřené na dosažení žádoucího výsledku pacientova cílu.

Vyhodnocení je cílevědomá, organizovaná činnost, která zajišťuje, zda bylo dosaženo pacientova cíle a do jaké míry.

Pokud bylo dosaženo stanovených cílů, ošetrovatelský proces se ukončí. Při nedosažení stanovených výsledků se celý proces obnoví a plán se přehodnotí (BOROŇOVÁ, 2010).

6.1 Virginia Avenel Henderson – Teorie základní ošetrovatelské péče

Pro tuto bakalářskou práci jsem zvolila metodu ošetrovatelského procesu dle modelu Hendersonové. Tento model byl vybrán z důvodu charakteru onemocnění a věku pacienta. Hendersonová ošetrovatelství popisuje jako primárně pomáhající pacientovi při zabezpečování jeho potřeb (AGGLETON a kol., 2000). Tento model vychází z toho, že každý jedinec má základní potřeby, které jsou ovlivněné kulturou a jeho vlastní osobností. V situaci, kdy nemá dostatek sil, vůle nebo dovednosti, dochází k různému stupni porušení nezávislosti. Sestra identifikuje rozsah nesoběstačnosti v oblasti čtrnácti potřeb, při kterých potřebuje pomoc. Zároveň zhodnotí podmínky a patologické stavy, které ovlivňují potřeby pacienta. Posléze plánuje vhodné zásahy a ty realizuje. Cílem ošetrovatelského týmu je brzké obnovení soběstačnosti a nezávislosti nemocného ke svému okolí, tak aby byl schopný žít plnohodnotně. Není-li to možné, provází ho na cestě ke klidné smrti (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Čtrnáct komponentů základní ošetrovatelské péče:

- Pomocť pacientovi normálně dýchat.
- Pomocť pacientovi při příjmu potravy a tekutin.
- Pomocť pacientovi při vylučování.
- Pomocť pacientovi při pohybu a udržování vhodné polohy.
- Pomocť pacientovi při spánku a odpočinku.
- Pomocť pacientovi při volbě vhodného oděvu, při oblékání a svlékání.
- Pomocť pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí.
- Pomocť pacientovi při udržování upravenosti, čistoty těla a ochraně pokožky.
- Pomocť pacientovi vyvarovat se nebezpečí ve svém okolí a předcházet zraněním sebe i druhých.
- Pomocť pacientovi při komunikaci s ostatními a při vyjadřování svých potřeb, emocí, názorů, obav.
- Pomocť pacientovi při vyznávání své víry.

- Pomocť pacientovi při práci a tvořivé činnosti.
- Pomocť pacientovi při odpočinku a relaxaci.
- Pomocť pacientovi při učení, objevování nového a uspokojování zvědavosti (PAVLÍKOVÁ, 2006, s.51).

6.2 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u ulcerózní kolitidy

Ošetrovatelské diagnózy se budou lišit u každého pacienta podle klinického vývoje onemocnění a holistického náhledu na něj jako na bio-psycho-sociální-spirituální bytost. Protože každý člověk je jedinečný a potřebuje osobitý přístup ze strany celého ošetrovatelského týmu. U prvotního setkání s ulcerózní kolitidou budou především přetrvávat problémy spojené s psychickým vyrovnáním a smířením se stanovenou lékařskou diagnózou.

Z ošetrovatelského hlediska se budou objevovat ošetrovatelské problémy jako je:

Neznalost nemoci, možných komplikací, terapeutických postupů a možné péče ze strany pacienta související s nedostatkem informací či mylnými představami, projevující se obavami, dotazy a vznikem komplikací, kterým by bylo možné předejít.

Bezmocnost, riziko vzniku související s chronickou povahou nemoci a jejích recidiv navzdory dodržování léčebného režimu.

Úzkost/Strach související se změnou zdravotního stavu, rodinného postavení a společenského způsobu života, socioekonomického stavu a okolního prostředí, nenaplněných potřeb, aktuálních životních změn, projevující se starostmi, neklidem, nespavostí, opakujícími se otázkami, přecházením, bezcílnou aktivitou, vyjadřováním obav ohledně životní skutečnosti a zaměřením se na vlastní osobu.

Bolest akutní související s narušením tkání v důsledku operačního výkonu, projevující se ve stížnostech nemocného, rozrušením, vegetativními změnami a soustředěností pacienta na vlastní problémy a osobu.

Průjem/Zácpa související se strukturální i funkční poruchou, projevující se běžnými příznaky, tj. zvýšenou či sníženou frekvencí stolic a změnou jejich konzistence.

Výživa porušená/nedostatečná související s vstřebáváním živin, zvýšeným metabolismem, obavami z průjmu po jídle, projevující se poklesem váhy, úbytkem tuku a svalové hmoty, nadměrnými střevními zvuky, odporem k jídlu.

Spánek porušený v souvislosti s vnitřními faktory jako je nemoc, psychický stres, nečinnost projevující se stížnostmi na obtížné usínání, chybějícím pocitem odpočatosti po probuzení, přerušovaným spánkem, změnami chování a výkonností, zvýšenou podrážděností a netečností.

Únava související se špatnou fyzickou kondicí, úzkostí a zjištěnou nemocí, projevující se stížnostmi nemocného na nedostatek energie, zvýšenou potřebou odpočinku, poruchou libida, ospalostí, špatnou soustředěností a sníženou výkonností.

Sexualita porušena, riziko vzniku v souvislosti s biopsychosociální poruchou sexuality, narušením psychické i fyzické pohody, chyběním blízké osoby a nedostatkem soukromí.

Další ošetřovatelské diagnózy, stanovíme podle jedinečnosti pacienta a jeho individuálních potřeb (DOENGES, MOORHOUSE, 2001).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Kazuistika

Pan Pavel byl přijat na chirurgické oddělení akutně z chirurgické ambulance 20.7.2011 s diagnózou ulcerózní kolitida (chronická). Ošetrovatelskou péči jsem prováděla u pacienta od 21.7.2011-25.7.2011. O pacienta jsem se starala potom, co byl přeložen po endoskopickém vyšetření na chirurgickou JIP k observaci, měření vitálních funkcí (TK, P, D, TT), sledování množství stolic s příměsí krve a hlenu, k podpůrné parenterální výživě a postupnému zatěžování stravou, RHB. Dne 26.7.2011 byl přeložen zpět na chirurgické oddělení a následně 30.7.2011 propuštěn do domácího ošetření. Na základě lékařské a ošetrovatelské dokumentace, anamnestického rozhovoru s panem Pavlem a pozorování, jsem za pomoci koncepčního modelu dle Hendersonové sestavili ošetrovatelský plán péče. Nejdříve jsme posoudili celkový stav pacienta. Následně jsme vyhodnotili a zformulovali ošetrovatelské diagnózy, které nám dopomohly k sestavení ošetrovatelské péče. Plán ošetrovatelské péče jsme pravidelně vyhodnocovali a měnili podle aktuálního stavu pacienta.

7.1 Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: P.N.

Pohlaví: muž

Věk: 55

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: autoklempíř

Stav: ženatý

Státní příslušnost: česká

Datum přijetí: 20.7.2011

Typ přijetí: neplánované

7.2 Lékařská anamnéza

Medicínská diagnóza: Ulcerózní kolitida (K510)

Nynější onemocnění: Pan Pavel trpí obtížemi již týden a na chirurgickou ambulanci se dostavil až 20.07. 2011. Udává časté stolice s příměsí hlenu a krve (8-10 stolic/den), bolesti břicha a špatnou toleranci jídla. Odebrána krev na biochemické a hematologické vyšetření, dle výsledku CRP: 43,1; LEU: 13,6; ERY: 3,11; HGB: 105. Na ambulanci vyšetřen per rektum, kde v dosahu prstu bez patologické rezistence, na rukavici však byla nalezena čerstvá krev, proto dle laboratorních hodnot a nálezu per rektum doporučena hospitalizace na chirurgickém oddělení k observaci a dalšímu vyšetření.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 72 letech po CMP, matka stále žije, léčí se s hypertenzí a DM. Má sestru, ta se s ničím neléčí.

Osobní anamnéza: Pacient prodělal běžné dětské nemoci. Nikdy neměl nic zlomeného ani vážnější úrazy. Nyní je hospitalizován s diagnózou Ulcerózní kolitida, (K510).

Překonané a chronické onemocnění: V roce 2003, 2004 podstoupil endoskopickou polypektomii. Pacient se od července 2004 léčí pro idiopatickou proktokolitidu s opakovanými relapsy. Dle GFS v srpnu 2007, kde byla potvrzena infekce *Helicobacter pylori*.

Hospitalizace a operace: Pacient prodělal v roce 2008 laparoskopickou choelcystoectomii, pro cholecystolitiázu.

Úrazy: Nikdy neměl nic zlomeného ani vážnější úrazy.

Farmakologická anamnéza chronicky užívané léky jen per os (ústí, dále jen p.o.), ve formě tablet a kapslí (dále jen tbl. a cps.):

Controloc 40mg, tbl., p.o. (antacidum, inhibitor protonové pumpy) 1-0-1

Azaprine 50mg, tbl., p.o. (imunosupresivum) 4-0-0

Azaprine 25mg, tbl., p.o. (imunosupresivum) 1-0-0 ob den

Salofalk 250mg, tbl., p.o. (antiflogistikum, chemoterapeutikum) 3-0-3

Cilkanol 300mg, cps., p.o. (venofarmakum) 1-0-0

Pyridoxin 20mg, tbl., p.o. (vitamín) 1-0-0

Acidum folicum 10mg, tbl., p.o. (vitamín, antianemikum) 1-0-0 1x týdně

Alergologická anamnéza: Alergologická anamnéza je negativní.

Abusus: Pacient je nekuřák, alkohol pije příležitostně, ostatní závislosti neguje.

Sociální anamnéza: Pacient je ženatý, bydlí v panelovém domě se svojí manželkou. Má dvě děti, které s nimi již nebydlí, mezi sebou v rodině mají hezké vztahy, často se navštěvují. Rodina chodí na pravidelné návštěvy a podporují pacienta během hospitalizace. Mají s manželkou společné přátele, které rádi navštěvují a podnikají společné akce. Mezi jeho záliby patří čtení, práce na chatě, jízda na kole, rád sleduje historické a vědomostní pořady v televizi.

Pracovní anamnéza: Pan Pavel dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou, celý život pracuje jako autoklempíř. Dříve jako zaměstnanec v autoservise a nyní podniká sám na živnostenský list.

Spirituální anamnéza: Pacient je křesťan. O velkých svátcích jako jsou Vánoce a Velikonoce s manželkou navštěvují kostel. Jinak pravidelně nechodí do kostela. Hospitalizace v nemocnici mu nijak nezabraňuje a neomezuje v jeho víře.

7.3 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření

CT břicha a malé pánve, dle výsledku doporučena kolposkopie. Koloskopické vyšetření s terminální ileoskopií, kde se potvrdila floridní ulcerózní kolitida – toho času těžká proktosigmoiditida, při vyšetření byla provedena biopsie a odebrán vzorek na histologické vyšetření. Laboratorní vyšetření krve (hematologicky, biochemicky).

Konzervativní léčba

Dieta: čaj po lžičkách, dle tolerance a postupná zátěž stravou, jinak podpůrná parenterální výživa.

Pohybový režim: klidový režim.

RHB: po vyšetření 24 hodin klid na lůžku, potom postupná vertikalizace a chůze.

Medikamentózní léčba během hospitalizace

Léky podávané per os (p.o.)

Acidum folicum 10mg, tbl., p.o. (vitamín, antianemikum) 1-0-0

Azaprine 50mg, tbl., p.o. (imunosupresivum) 4-0-0

Azaprine 25mg, tbl., p.o. (imunosupresivum) 1-0-0 ob den

Asacol 400mg, tbl., p.o. (střevní protizánětlivá léčiva) 1-1-1

Cilkanol 300mg, cps., p.o. (venofarmakum) 1-0-0

Enterol 250mg, cps., p.o. (digestivum, střevní eubiotikum) 1-1-1

Hylak forte 35, gtt., p.o. (digestivum, střevní eubiotikum) 1-1-1

Lexaurin 3mg, tbl., p.o. (benzodiazepinové anxiolytikum) na noc 0-0-1

Prednison 20mg, tbl., p.o. (hormon ze skupiny glukokortikoidů) 2-0-1 denně snižovat

Pyridoxin 20mg, tbl., p.o. (vitamín) 1-0-0

Salofalk 250mg, tbl., p.o. (antiflogistikum, chemoterapeutikum) 3-0-3

Léky podávané intravenózně (i.v.)

Degan 10mg, amp., i.v. (antiemetikum, prokinetikum) po 8 hod. 6-14-22

Helicid 40mg, amp., i.v. (antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy) po 12 hod. 6-18

Buscopan 20mg, amp., i.v. (spasmolytikum) po 8 hod. 6-14-22

Novalgin 1g, amp., i.v. (analgetikum, antipyretikum) d.p. po 8 hod

Metronidazol 0,5%, 500mg/100ml, i.v. (chemoterapeutika, imidazolové deriváty) po 8 hod. 6-14-22

Amoksiklav 1,2g, amp., i.v. (antibiotikum) po 8hod. 6-14-22

Infuzní terapie

Nutriflex peri sol 2000 ml, i.v. na 24 hodin, 83ml/hod.

Do vaku byly přidány 1 amp Tracutil (koncentrát stopových prvků pro infuzi) a 1 amp Cernevit (vitamíny).

Plasmalyte roztok s Glukozou 5% sol 1000 ml, i.v. po 12 hod., 83ml/hod.

Chirurgická léčba

Z chirurgického hlediska je léčba konzervativní, doporučen překlad na JIP k monitoraci vitálních funkcí, zajištění parenterální výživy, k observaci k popřípadnému doplnění krevního oběhu.

7.4 Posouzení celkového stavu pacienta ze dne 21.7. 2011

Vědomí: plné a jasné, Glasgow Coma Scale 15.

Orientace: lucidní, orientovaný místem, časem, osobou.

Celkový vzhled: upravený.

Výška: 174cm, **Váha:** 83kg, **BMI:** 27,41.

Dýchání: eupnoe – pravidelné bez poslechového nálezu 16 dechů/minutu.

Puls: dobře hmatný, pravidelný, 92 pulzů/minutu.

Krevní tlak: 110/60 torrů.

Teplota: 36,8 °C.

Krevní skupina: 0 Rh +.

Dutina nosní: bez sekrece.

Dutina ústní: rty suché, jazyk bez povlaku, chrup vlastní, bez zápachu z úst.

Řeč: plynulá, srozumitelná.

Sluch: slyší dobře.

Zrak: brýle na čtení.

Kůže: suchá.

Poloha: aktivní.

Chůze: jistá, nezakopává.

Postoj: vzpřímený.

Rozsah pohybu kloubu: neomezený.

Kompenzační pomůcky: nemá.

Chybějící část těla: ne.

Hlava: zornice izokorické, reagují na osvit, bulby ve středním postavení, skléry bílé, spojivky prokrvené, oči, uši a nos bez sekrece, mimické svaly inervovány v normě, hrdlo klidné, jazyk bez povlaku, plazí se ve střední čáře.

Krk: uzliny a štítná žláza nezvětšená, náplň krčních žil fyziologická pulzace karotid symetrická, dynamika páteře neomezena.

Hrudník: souměrně klenutý, poklep jasný plný, dýchání oboustranně čisté, sklípkové bez poslechového nálezu, akce srdeční pravidelná, srdce poklepově nezvětšené, slyšitelné dvě ohraničené ozvy.

Břícho: v úrovni hrudníku jizva po LCHCE, měkké, volně prohmatné, palpačně citlivé a bolestivé v dolní polovině, bez patologické rezistence, játra a slezina nezvětšeny, poklep diferencovaně bubínkový, poslechově peristaltika přiměřeně slyšitelná, tapottment oboustranně negativní.

Končetiny: bez otoků, známek zánětů, bez varixů, bez patrné poruchy prokrvení, hybnost neomezena.

7.5 Posouzení dle modelu Henderosonové ze dne 21.7. 2011

Pomoc při dýchání.

Subjektivně: „Nikdy jsem neměl žádné potíže s dýcháním, nezadýchávám se doma ani v práci. Ve stresových situacích nebo při fyzicky náročných úkonech jsem nikdy nepociťoval, že by mi dýchání působilo nějaké obtíže. Nyní se mi dýchá dobře, nekašlu. Teplota vzduchu mi vyhovuje, doma před spaním si větrám.“

Objektivně: Frekvence dýchání je 16 dechů/minutu. Dýchání je pravidelné, bez přítomnosti poslechových šelestů, bez kašle a přítomnosti sputa. Pacient nevyžaduje zvláštní polohu, ani pomůcky na podporu dýchání. Doma se mu lépe usíná ve větrané místnosti. Teplota a vlhkost vzduchu na chirurgické JIP pacientovi vyhovuje.

- **Měřicí technika:** měření saturace na periferních tkání je 96% bez aplikace oxygenoterapie.

- **Ošetrovatelský problém:** v této problematice.

Pomoc při přijímání jídla a pití.

Subjektivně: „Jím čtyři krát denně, vypiji dva litry tekutin v létě i víc. Snažím se jíst vyváženou stravu s dostatkem vitamínu, před hospitalizací jsem držel šetřící dietu kvůli průjmům a spíše jsem hodně pil. Jsem si vědom, že prozatím budu pít jen čaj, poté se postupně se zatěžovat stravou. Nevím o žádné alergii na potraviny.“

Objektivně: Pacient bude přijímat tekutiny per os, chuť k jídlu je omezená pro bolesti břicha a občasnou nauzeu. BMI 27,41. Pacient není alergický na žádnou potravinu či doplněk stravy. Nedodrhuje žádné kulturní zvyklosti týkající se stravování. Je informovaný o postupné zátěži stravou.

- **Měřicí technika:** bilance tekutin, nutriční riziko u hospitalizovaných pacientů.

- **Ošetrovatelský problém:** občasný pocit nauzey.

Pomoc při vylučování.

Subjektivně: „S močením nemám žádné potíže, chodím 6-8krát denně, dojdu na toaletu sám pomoc nepotřebuji s prostatou se neléčím. Nyní má průjem několikrát za den, 8-10krát s příměsí hlenu a krve. Předtím jsem chodil dvakrát denně na stolicí.“

Objektivně: Pacient si dojde bez problému na toaletu, nepotřebuje doprovod. Stolice četná průjmovitá s občasnou příměsí krve a hlenu. Močení bez obtíží, bez patologických příměsí. Odhad množství moče je 1,5-2l/24hod. při frekvenci 6-8krát za den a 1krát v noci. Pocení přiměřené, pokožka suchá, kožní turgor v normě. Bez rizika vzniku dekubitů – 29 bodů dle rozšířené stupnice Nortonové viz

- **Měřicí technika:** bilance tekutin, hodnocení rizika vzniku dekubitů – 29 bodů dle rozšířené stupnice Nortonové, bez rizika vzniku dekubitů.

- **Ošetrovatelský problém:** riziko snížení tělních tekutin, porucha integrity kůže v okolí análního otvoru.

Pomoc při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy.

Subjektivně: „Před nástupem do nemocnice jsem nepotřeboval pomoc při chůzi ani při vstávání, jsem zvyklí se obsloužit sám. Nyní se cítím unavený, ale pomoc nepotřebuji. Pravidelně budu rehabilitovat se setrou.“

Objektivně: Pacient dnes po endoskopickém vyšetření, edukován o klidovém režimu na lůžku, od zítřka začne normálně chodit na toaletu a rehabilitovat se setrou. Pacient edukován jakým způsobem má stávat z postele, aby si co nejméně zatěžoval břicho. Za pacientem denně dochází fyzioterapeut, nepotřebuje žádné kompenzační pomůcky. Ložní a osobní prádlo se mění každý den.

- **Měřicí technika:** Barthelův test základních všedních činností – 90bodů, lehká závislost. Vizuální analogová škála bolesti 50 stupňů, střední bolest. Rozšířené stupnice Nortonové – 29 bodů, bez rizika

- **Ošetrovatelský problém:** akutní bolest způsobená proktosigmoididou, únava.

Pomoc při odpočinku a spánku.

Subjektivně: „Doma problémy se spánkem nemám, chodím spát pravidelně kolem 22 hodiny, vždy si před spaním větrám ložnici, nikdy jsem neužíval žádné léky na spaní. Tady bych si radši prášek na spaní vzal, v novém prostředí se mi hůře usíná, občas se v noci vzbudím a ráno jsem nevyspalí.“

Objektivně: Pacient udává problémy s usínáním a spánkem až po dobu hospitalizace. Usíná až jednu hodinu po ulehnutí a v za noc se 1-2krát vzbudí z důvodu hluku, který způsobují ostatní pacienti. Pouze vykoná večerní hygienu, povlečení má

vždy čisté. Doma léky na podporu spánku neužívá, zde má možnost na vyžádání dostat hypnotika dle ordinace lékaře.

- **Měřicí technika:** žádná.
- **Ošetrovatelský problém:** porucha spánku způsobená změnou prostředí.

Pomoc při výběru oblečení, oblékání a svlékání.

Subjektivně: „Nemám žádné problémy, nosím rád pohodlné věci, doma se mi stará o čisté oblečení manželka, sebou jsem si vzal i vlastní pyžamo.“

Objektivně: Při oblékání či svlékání nepotřebuje dopomoc. Pyžamo má vlastní, manželka mu nosí každý druhý den čisté. Pacient je soběstačný.

- **Měřicí technika:** žádná.
- **Ošetrovatelský problém:** v této problematice není.

Pomoc při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot.

Subjektivně: „Naposledy jsem měl teplotu, když jsem byl nemocný a to je víc jak půl roku. V bytě máme teplotu kolem 23 °C a v noci 19-20 °C.“

Objektivně: Teplotu měříme čtyřikrát denně 6-12-18-24 hodin. Pacient je afebrilní, s udržením tělesné teploty nemá žádný problém. Na chirurgické JIP mu teplota a vlhkost vyhovuje.

- **Měřicí technika:** měření fyziologických hodnot čtyřikrát denně pomocí digitálního teploměru.
- **Ošetrovatelský problém:** v této problematice není.

Pomoc při udržování čistoty, úpravy těla, ochraně pokožky.

Subjektivně: „Doma se sprchuji každý den, v létě i dvakrát denně. Zvládnou se umýt, do koupelny dojdou taky sám, vím že mám sušší pokožku.“

Objektivně: Pacient je čistý a upravený. Do koupelny si dojde sám, pouze pod dohledem sestry. Zvládne se celý umýt sám, mám několikrát za den promazaný záda kafrem, dle potřeby pacienta. Kůži má suchou, byl edukován o nutnosti krémování celého těla.

- **Měřicí technika:** Barthelův test základních všedních činností – 90 bodů, lehká závislost viz příloha
- **Ošetrovatelský problém:** v této problematice není.

Pomoc při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou.

Subjektivně: „Zvládnou chodit sám, po ránu při vstávání se mi točí hlava, ale sestry mi pomůžou do sedu a dohlíží na mě, dokud se to nezlepší, občas mě i doprovodí při chůzi. Na cokoliv se zeptám, vše mi vysvětlí.“

Objektivně: Pacient je plně při vědomí. Nosí brýle jen na čtení, na dálku vidí dobře. Se sluchem problémy nemá. Doma pomoc nepotřeboval, byl plně soběstačný. Chůze na WC a do koupelny mu problém nedělá. Občas se mu při vstávání točí hlava a potřebuje dohled i doprovod při chůzi, pro přetrvávající nižší krevní tlak. Chodí, pohybuje se bez jakýkoliv kompenzačních pomůcek.

- **Měřicí technika:** rizikové faktory pro vznik pádu.
- **Ošetrovatelský problém:** zvýšené riziko pádu, z důvodu občasné hypotenze.

Pomoc při komunikaci.

Subjektivně: „S manželkou máme pěkný vztah rádi si spolu povídáme, scházíme se často s přáteli, se kterými jezdíme i na společné výlety. S mými dětmi se často vidím, i když už s námi nebydlí. V nemocnici mě navštěvují společně s mojí manželkou. O svém zdravotním stavu se pravidelně nechávám informovat lékařem.“

Objektivně: Pacient je komunikativní, nikdy neměl problém s vyjadřováním. S rodinou má hezký vztah často ho navštěvují, podporují ho, pomáhají mu vyrovnat se s nemocí a hospitalizací. Pacient se aktivně zajímá o svůj zdravotní stav, je edukován.

- **Měřicí technika:** v této problematice není.
- **Ošetrovatelský problém:** porušená sociální interakce z důvodu hospitalizace.

Pomoc při vyznávání víry, přijímání dobra a zla.

Subjektivně: „Jsem věřící, ale nechodím do kostela pravidelně s manželkou chodíme jen na Vánoce a Velikonoce. Moje víra mě v nemocnici nijak neomezuje.“

Objektivně: Pacienta hospitalizace nijak neomezuje v jeho víře. Byla mu nabídnuta možnost duchovní služeb.

- **Měřicí technika:** v této problematice není.
- **Ošetrovatelský problém:** v této problematice není.

Pomoc při práci a produktivní činnosti.

Subjektivně: „Před nástupem do nemocnice jsem normálně pracoval, sportoval. Týden před hospitalizací jsem byl, hodně unavený kvůli četnosti průjmů a bolestem břicha. Snažím se obsloužit sám, nechci obtěžovat doufám, že půjdu brzo domů.“

Objektivně: Pacient se snaží naplánovat aktivity na celý den, snažíme se ho podporovat v produktivní činnosti, pravidelně rehabilituje s fyzioterapeutem dvakrát denně. S pacientem se dobře spolupracuje. Pacient se těší domů nemá rád cizí prostředí, má strach z hospitalizace.

- **Měřicí technika:** v této problematice není.
- **Ošetrovatelský problém:** pacient má strach z hospitalizace.

Pomoc při odpočinkových (relaxačních) aktivitách.

Subjektivně: „Doma pořád něco kutím, opravuji auta. V nemocnici mi odpadá plno povinností a dlouhou chvíli si v nemocnici krátím četbou, luštěním křížovek, sudoku,

díváním na televizi. Pacienta omezuje v jeho zálibách bolest břicha a hospitalizace. Často si volám s rodinou.“

Objektivně: Pacient je aktivní rehabilituje rád, snaží se cvičit na lůžku sám i bez přítomnosti fyzioterapeuta. Snažíme se pacientovi vždy ráno říci, co všechno se s ním bude během dne dít. Dlouhou chvíli si krátké čtením a luštěním. Po propuštění domů mu nic nebude bránit ve vykonávání jeho běžné aktivity, s prací a sportem bude muset začínat s postupnou zátěží. Rodina za ním často chodí a podporuje ho.

- **Měřicí technika:** v této problematice není.
- **Ošetrovatelský problém:** porušená společenská interakce z důvodu hospitalizace.

Pomoc při učení.

Subjektivně: „O svůj zdravotní stav se zajímám, byl jsem poučen lékařem o zdravotním stavu a dietě. Sestra mě informuje, o každém výkonu co u mě dělá.“

Objektivně: Pacient se zajímá o svůj stav, aktivně se na vše ptá. Byl edukován lékařem o jeho diagnóze, průběhu a způsobu léčby, dietním a pohybovým opatřením, které je třeba dodržovat. Edukujeme pacienta o všech výkonech a ošetrovatelských úkonech co u něj probíhají.

- **Měřicí technika:** v této problematice není.
- **Ošetrovatelský problém:** žádný.

Situační analýza:

Pacient přijat neplánovaně, na chirurgickou ambulanci přichází pro bolesti břicha, časté průjmovité stolice s příměsí krve a hlenu, únavu. První den hospitalizace se u pacienta provedlo hematologické a biochemické vyšetření krve, a akutní CT břicha, malé pánve, kde dle výsledku bylo indikováno endoskopické vyšetření, ke kterému byl připraven. Druhý den byla provedená totální koloskopii s terminální ileoskopií, kde se potvrdila floridní ulcerózní kolitida – proktosigmoiditida. Z tohoto důvodu byl pacient přeložen na chirurgickou JIP. Plán individuální ošetrovatelské péče je stanoven od 21.7.2011 do 25.7.2011, kdy byl hospitalizovaný na JIP. Nyní pacient nepociťuje žádné dechové obtíže, má pravidelnou frekvenci 16 dechů za minutu. Dodržuje dietu, stolice je stále průjmovitá s příměsí krve a hlenu, potíže při močení nemá. Bilance tekutin se kontroluje po 6 hodinách, pacient je v rámci lůžka a oddělení soběstačný potřebuje jen minimální dohled a dopomoc. Má problémy s usínáním a v noci se budí, ráno bývá unavený a ospalý, takové problémy doma nemá. V oblasti sebepéče nutná občasná dopomoc při vstávání a chůzi. Dobře se adaptuje. Rodina ho často navštěvuje a je mu oporou. 26.7.2011 byl přeložen zpět na oddělení, kde stále probíhá standardní ošetrovatelská péče, až do 30.7. 2011, kdy byl pacient propuštěn do domácího ošetření.

7.6 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

„Kozierová (1995, s. 190) uvádí, že sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny či komunity na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy či životní proces. Sesterské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských výkonů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná. Oblast sesterských diagnóz zahrnuje jen takové stavy, které jsou sestry schopné a oprávněné zvládnout.“

7.6.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Bolest akutní v souvislosti s proktosigmoididou projevující se verbálními projevy, hledáním úlevové polohy, koncentrací na vlastní osobu.

Strach v souvislosti se změnou sociálních podmínek a nutností hospitalizace projevující se zvýšeným napětím a nervozitou.

Kožní integrita porušená v souvislosti s častým vyprazdňováním průjmovité stolice projevující se přecitlivělostí kůže v oblasti análního otvoru, začervenáním.

Spánek porušený v souvislosti se změnou prostředí projevující se stížnostmi na obtížné usínání, přerušovaným spánkem a chybějícím pocitem psychické pohody po probuzení.

Společenská interakce porušená v souvislosti malou dostupností blízkých osob a terapeutickou izolací, projevující se stížnostmi na neschopnost vyvinout uspokojivý pocit sounáležitosti a sdílením prožitého se svými blízkými.

Bolest akutní v souvislosti s proktosigmoididou projevující se verbálními projevy, hledáním úlevové polohy, koncentrací na vlastní osobu.

Priorita: vysoká.

Dlouhodobý cíl: pacient má zmírněnou či odstraněnou bolest do 7 dnů.

Krátkodobý cíl: zmírnit bolest ze stupně 50 na stupeň 25 do 24 hodin (dle vizuální analogové stupnice 0 – 100, kdy 0 znamená žádná a 100 maximální, nesnesitelná bolest).

Výsledná kritéria

- Pacient chápe příčiny vzniku bolesti do 24 hodin.
- Pacient je poučen, ví o zaznamenávání intenzity, charakteru bolesti do 24 hodin.
- Pacient dodržuje farmakologický režim denně.
- Pacient zná úlevovou polohu do 2 dnů.
- Pacient zná, používá metody, které mu napomáhají ke zmírnění bolesti do 3 dnů.

Plán intervencí 21.7. – 26.7.2011

- Udělej důkladný rozbor bolesti – charakter, lokalizaci, nástup, trvání, četnost, závažnost a zhoršující faktory, do 24 hodin, všeobecná sestra (1).
- Posuď vnímavost pacienta, jeho chování a fyziologickou odpověď organismu na bolest do 2 dnů, všeobecná sestra (2).
- Sleduj, kdy se bolest během dne dostavuje denně, všeobecná sestra (3).
- Respektuj pacientovo popisování bolesti denně, všeobecná sestra (4).
- Pozoruj nonverbální projevy pacienta denně, všeobecná sestra (5).
- Sleduj základní fyziologické parametry, které se při akutní bolesti mění denně, všeobecná sestra (6).
- Zhodnoť pacientovu znalost léčby bolesti, popřípadě ho o ní edukuj, včetně toho co lze od léčby očekávat do 3 dnů, všeobecná sestra (7).
- Usiluj o prevenci bolesti spolu s pacientem denně, všeobecná sestra (8).
- Dokumentuj vývoj bolesti, odpověď na léčbu a dobu za jak dlouho a za jakých podmínek se bolest vrací denně, všeobecná sestra (9).
- Pomocí stupnice 0 – 100 stanov, na kolik je pacient schopný bolest akceptovat, do 24 hodin, všeobecná sestra (10).
- Pobízej pacienta k vyjadřování pocitů souvisejících s bolestí, denně, všeobecná sestra (11).
- Snaž se zajistit klidné prostředí do 6 hodin od vzniku bolesti, všeobecná sestra (12).

- Doporuč pacientovi relaxační a uvolňující cviky do 2 dnů, všeobecná sestra a fyzioterapeut (13).
- Pečuj o pohodlí pacienta, čistotu lůžka denně, všeobecná sestra (14).
- Najdi ve spolupráci s pacientem úlevovou polohu denně, všeobecná sestra (15).
- Aplikuj analgetika - dle ordinace lékaře denně, všeobecná sestra (16).
- Najdi způsob jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na nejmenší možnou míru do 2 dnů, všeobecná sestra (17).
- Snaž se odvést pozornost pacienta od bolesti, prodiskutuj s rodinou, jak mohou pomoci, včetně zmírnění různých faktorů, které zvyšují její intenzitu do 3 dnů, všeobecná sestra (18).

Realizace 21.7. - 26.7.2011

Pacient si stěžuje, na bolesti v levé části břicha, což odpovídá lokalizaci ulcerózní kolitidy – proktosigmoiditidi. Zhoršujícím faktorem je vstávání z lůžka a delší chůze. První den jsem naučila pacienta pracovat s analogickou škálou bolesti 0 – 100 bodů, přičemž pacient udává intenzitu 50 bodů což, je střední bolest. Při objevení bolesti pacient si stěžuje na bolest, aktivně sám vyhledává úlevovou polohu. Pacienta jsem požádala, aby vždy když se bolest znovu objeví, neprodleně informoval sestru. Při objevení bolesti zjišťujeme její intenzitu, charakter, lokalizaci, fyziologické parametry, které zaznamenáváme do dokumentace. Zjistili jsme reakci na bolest. Po zbytek hospitalizace jsme se snažili zajistit klidné prostředí, pohodlí, komfort, úlevovou polohu, odváděli jsme pozornost pacienta od bolesti vhodnou aktivitou a podávali jsme analgetika dle ordinace lékaře. Pacientovi jsme doporučili relaxační techniky formou dechových cvičení, které napomáhají zmírnit bolest. Našli jsme způsoby, jak předcházet bolesti, při vstávání z lůžka a pohybu, stejně tak byla poučena i rodina pacienta.

Hodnocení

Cíl byl částečně splněn: Pacient striktně dodržoval všechna doporučení a opatření, vždy když se objevila bolest, to neprodleně nahlásil sestře, která to společně s pacientem zaznamenala do jeho dokumentace. Naučil se metody, které mu pomáhají zmírnit bolest, naučil se vstávat z lůžka tak, aby si co nejméně namáhal břicho, relaxační techniky co mu byli ukázány rehabilitační sestrou. Byla podávána analgetika

dle ordinace lékaře – Buscopan 20mg i.v. po 8 hodinách a Novalgin 1g i.v. dle potřeby maximálně 3 krát denně. Bolest byla zmírněná do 3 dnů a od 26.7.2011 si pacient na bolest nestěžoval.

Je potřeba dále dodržovat tyto intervence 7, 8, 9, 10, 11, 12, aby bylo dosaženo úplné a bezproblémové pohyblivosti jak před hospitalizací

Strach v souvislosti se změnou sociálních podmínek a nutností hospitalizace projevující se zvýšeným napětím a nervozitou.

Priorita: střední.

Dlouhodobý cíl: Pacient se naučí techniky zvládnání strachu do 14 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacient si uvědomuje příčiny strachu do 1 týdne.

Výsledná kritéria

- Pacient umí popsat příčiny strachu do 24 hodin.
- Pacient umí zhodnotit reálně danou situaci i všechny okolnosti do 24 hodin.
- Pacient se cítí v lepším psychickém rozpoložení a vykazuje nižší známky smutku a nervozity do 3 dnů.
- Pacient udává vymizení napětí a zmírnění nervozity do 5 dnů.

Plán intervencí 21.7. - 26.7.2011

- Posuď strach a nervozitu pacienta a jak pacientka vnímá svůj strach do 24 hodin, všeobecná sestra (1).
- Srovnej, verbální a nonverbální odpovědi a posuď, zda se shodují a zda nedochází k mylnému pohledu na situaci do 3 dnů, všeobecná sestra (2).
- Všimni si na kolik je pacient soustředěn a kam směřuje svoji pozornost, analyzuj subjektivní prožitky líčení pacienta do 2 dnů, všeobecná sestra (3).
- Zajisti pacientovi společnost a buď mu nablízku, naslouchej pacientovým obavám denně, všeobecná sestra (4).
- Poskytni pacientovi ústní a písemné informace, mluv srozumitelně v jednoduchých termínech a větách, usnadni pochopení a zapamatování si informací do 24 hodin, všeobecná sestra (5).

Realizace 21.7. - 26.7.2011

U pacienta jsem zjistili, co je příčina jeho strachu. Sledovali jsme po celý den verbální a nonverbální projevy. Domluvili jsme kontakt s fyzioterapeutkou, která s pacientem rehabilitovala a naučila ho jednoduchým relaxačním technikám k lepšímu zvládnutí strachu. Snažili jsme se pacienta dobře informovat a jednoduše mu vše vysvětlit, abychom minimalizovali jeho obavy, předsudky a strach z hospitalizace.

Hodnocení

Cíl byl částečně splněn: S pacientem se nám podařilo navázat vztah, ve kterém nám pacient plně důvěřoval. Svěřil se nám, že má strach z hospitalizace a nemá rád nemocniční prostředí. Vše jsme pacientovi srozumitelně vysvětlili a ujistili ho, že není třeba mít obavy. Pacientovu pozornost se nám podařilo odvést různými aktivitami, následující den byl pacient spokojenější, sám se snažil aktivně komunikovat.

Je nutné nadále plnit intervence číslo 4 a 5 po celou dobu trvání hospitalizace.

Kožní integrita porušená v souvislosti s častým vyprazdňováním průjmovité stolice projevující se přecitlivělostí kůže v oblasti análního otvoru, začervenaním.

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacientovi se barva a citlivost kůže upraví do 5 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacient dodržuje preventivní a léčebné opatření do 48 hodin.

Výsledná kritéria

- Pacient chápe nutnost dodržování hygieny rukou a celého těla do 24 hodin.
- Pacient se aktivně zapojuje do preventivních a léčebných opatření do 2 dnů.
- Pacient má zajištěny ideální podmínky pro hojení kůže do 24 hodin.
- Pacientův stav se zlepšil a upravil do 3 dnů.

Plán intervencí 21.7.-26.7.2011

- Zhodnot' příčiny přispívajících faktorů k základnímu onemocnění, posud' krevní a nervové zásobené postižené oblasti do 24 hodin, všeobecná sestra (1).
- Zjistí přístup pacienta k nemoci, anamnézu stavu rány, její charakter, lokalizaci, velikost a všechny změny s ní spojené do 2 dnů, všeobecná sestra (2).

- Kontroluj kůži, její barvu, vzhled denně, všeobecná sestra (3).
- Aplikuj ochranné krémy a masti - Menalind pasta, Pytiol mast, lékařská vazelína denně všeobecná sestra, ošetřovatelka (4).
- Udržuj přecitlivělou oblast kůže vždy čistou, suchou denně, všeobecná sestra, ošetřovatelka (5).
- Edukuj pacienta o nutnosti dodržování hygieny rukou a celého těla do 24 hodin, všeobecná sestra (6).
- Vysvětli pacientovi význam kůže, udržení její řádné funkce a zdůrazni tak důležitost výběru vhodného spodního prádla, oblečení do 3 dnů, všeobecná sestra (7).
- Akceptuj pacientovi individuální projevy pocitů a emocí denně, všeobecná sestra (8).

Realizace 21.7. - 26.7.2011

Po překladi pacienta ze standardního oddělení na chirurgickou JIP jsme denně kontrolovali, promazávali místo postižené kůže a dbali na zvýšenou hygienu pacienta. Stav kůže jsme zaznamenávali denně do dokumentace. Edukovali jsme pacienta o preventivních a léčebných postupech a opatřeních.

Hodnocení

Cíl byl splněn: Po dobu ošetřovatelské péče se místo poruchy kožní integrity se hojilo bez komplikací. Pacientův stav kůže se zlepšil a upravil do 3 dnů.

Spánek porušený, v souvislosti se změnou prostředí projevující se stížnostmi na obtížné usínání, přerušovaným spánkem a chybějícím pocitem psychické pohody po probuzení.

Priorita: střední.

Dlouhodobý cíl: Pacient bude mít fyziologický spánek do 5dnů.

Krátkodobý cíl: Pacient ví příčiny poruchy spánku do 48 hodin.

Výsledná kritéria

- Pacient umí používat relaxační techniky do 24 hodin.
- Pacient se cítí po psychické stránce dobře a odpočatěji do 2 dnů.
- Pacient se adaptuje na chod oddělení do 3dnů.

Plán intervencí 21.7. – 26.7.2011

- Zjisti a odstraň všechny faktory, které pacienta ruší při usínání a spánku do 24 hodin, všeobecná sestra (1).
- Zhodnot' všechny souvislosti poruchy spánku s onemocněním pacienta do 24 hodin, všeobecná sestra (2).
- Vysleduj a posud' všechny rituály, jaké před spánkem pacient obvykle dělá, v kolik hodin chodí spát, kdy vstává, kolik hodni běžně spí, jaké požadavky má na místo určené ke spánku do 2 dnů, všeobecná sestra (3).
- Vyslechni subjektivní pocity pacienta na kvalitu spánku do 24 hodin, všeobecná sestra (4).
- Edukuj pacienta o relaxačních technikách, ochranných pomůckách, které napomáhají lepšímu usínání do 24 hodin, všeobecná sestra (5).
- Pozoruj nonverbální a fyzické náznaky pacientovi únavy denně, všeobecná sestra (6).
- Sestav ošetrovatelskou péči tak, aby měl pacient nepřerušovaný čas na odpočinek a spánek denně, všeobecná sestra (7).
- Před spánkem zajisti pohodlí pacienta, čisté a upravené lůžko, vyvětranou místnost, klidné prostředí, vhodné osvětlení denně, všeobecná sestra (8).
- Motivuj pacienta k vhodné aktivitě, rehabilitaci přes den, denně, všeobecná sestra a rehabilitační sestra (9).
- Podávej léky dle ordinace lékaře a kontroluj jejich účinek, vše zaznamenej do dokumentace denně, všeobecná sestra (10).

Realizace 21.7. - 26.7.2011

První den jsme pomocí rozhovoru s pacientem zjistili všechny příčiny jeho problému s usínáním a přerušovaným spánkem. Pacienta jsme poučili o chodu oddělení, potřebě dodržování opatření, které napomáhají k zlepšení hodnoty spánku a následně je realizovali. Všechny kladné změny jsme zaznamenali do dokumentace.

Hodnocení

Cíl byl splněn: Pacient si uvědomuje všechny činitele, kteří ovlivňují spánek, plní všechny opatření a doporučení. Následující noc byl spánek nepřerušovaný, spal více jak sedm hodin v kuse a po probuzení byl čilý.

Společenská interakce porušená, v souvislosti malou dostupností blízkých osob a terapeutickou izolací, projevující se stížnostmi na neschopnost vyvinout uspokojivý pocit sounáležitosti a sdílením prožitého se svými blízkými.

Priorita: střední.

Dlouhodobý cíl: Pacient naváže nové vztahy a vysloví zlepšení své situace do 1 týdne.

Krátkodobý cíl: Pacient ovládá metody vyrovnání se s nastalou situací do 5 dnů.

Výsledná kritéria

- Pacient umí vyjmenovat vlivy, které ovlivňují sociální interakci do 24 hodin.
- Pacient si našel vhodnou aktivitu, která mu pomáhat vyrovnat se s hospitalizací do 2 dnů.
- Pacient si uspořádal vlastní žebříček společenských hodnot odpovídající jeho současné situaci do 2 dnů.

Plán intervencí 21.7. – 26.7.2011

- Všímej si vztahů, společenského a sociálního chování v rodině do 3 dnů, všeobecná sestra (1).
- Zjistí osobní, rodinou a sociální anamnézu do 24 hodin, všeobecná sestra (2).
- Spolupracuj s rodinou pacienta do 3 dnů, všeobecná sestra (3).
- Zajisti pacientovi dostatek prostoru pro vyjádření svých emocí, pocitů, názorů, poznatků denně, všeobecná sestra (4).

- Vytvoř pacientovi dostatečné množství podnětů – telefonáty, televizor, rádio, knihy, časopisy, noviny denně, všeobecná sestra (5).
- Pozoruj a analyzuj chování ke zdravotnickému personálu, ostatním pacientům, rodině denně, všeobecná sestra (6).
- Vyjádři pacientovi svoji podporu, zajisti přítomnost rodiny i mimo návštěvní hodiny do 2 dnů, všeobecná sestra (7).
- Dle potřeby zajisti pacientovi odbornou pomoc, poradu – s psychologem, psychiatrem, všeobecná sestra (8).

Realizace 21.7. - 26.7.2011

Do dokumentace jsme zapsali osobní, rodinou a sociální anamnézu. Po celou dobu pobytu na JIP jsme zajišťovali přítomnost rodiny a přátel a to i mimo návštěvní hodiny, s rodinou jsme bez problému spolupracovali. S pacientem se nám podařilo navázat důvěryhodný vztah a sledovat ho tak, jak se chová k ostatním lidem ve svém okolí. Pacienta jsme motivovali v průběhu celého dne.

Hodnocení

Cíl byl částečně splněn: Pacient, i přestože je hospitalizovaný udržuje velice blízký a pěkný vztah s rodinou, která ho navštěvuje každý den. Usilovali jsme o splnění všech doporučení pro zlepšení sociální interakce. Pacient je velmi komunikativní, po celou dobu pobytu na JIP měl plnohodnotný komfort. Zaznamenali jsme výrazné zlepšení, ale i přes to je pacientovi smutno po domově a rodině.

Bylo by dobré pokračovat v těchto intervencích 3, 4, 5, až do doby pacientova propuštění.

7.6.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s četnými průjmy.
- Poranění, zvýšené riziko v souvislosti s přetrvávající hypotenzí pacienta.
- Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru (dále již PŽK).

Poranění, zvýšené riziko v souvislosti s hypotenzí pacienta a s úbytkem fyzické síly.

Priorita: nízká.

Dlouhodobý cíl: U pacienta nedojde k poranění během celé hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Pacient ví, jak se chránit před možným rizikem poranění do 3 dnů.

Výsledná kritéria

- Pacient sděluje pocit bezpečí do 24 hodin.
- Pacient umí rozpoznat všechny rizikové faktory, které mohou vést k jeho poranění do 24 hodin.
- Pacient bude znát účinky léků, které by mohli přispívat k poranění do 48 hodin.

Plán intervencí 21.7. – 26.7. 2011

- Zhodnot' všechny rizikové faktory v okolí pacienta, které by mohli vést k jeho poranění denně, všeobecná sestra (1).
- Sleduj aktuální situaci pacienta, jeho stav, fyziologické funkce (TK, P, D) a emoční projevy denně, všeobecná sestra (2).
- Zjistí, zda si pacient uvědomuje všechny možné rizika a bezpečnostní opatření ke snížení možného poranění do 24 hodin, všeobecná sestra (3).
- Zajisti bezpečné prostředí pro pohyb a rehabilitaci pacienta, jako jsou postranice, hrazdička nad lůžkem, suchá podlaha, dostatek osvětlení, vhodná obuv pro pohyb na oddělení, popřípadě kompenzační pomůcky do 2 dnů, všeobecná sestra, fyzioterapeut/ka (4).
- Dohlížej a buď nápomocná pacientovi při vstávání z lůžka, jeho chůzi denně, všeobecná sestra (5).
- Měj pacienta vždy pod dohledem, všeobecná sestra (6).
- Edukuj pacienta a jeho rodinu o bezpečnostních opatřeních na JIP a o účincích některých léků do 24 hodin, všeobecná sestra (7).
- Vždy zajisti maximální bezpečnost pacienta při všech léčebných, ošetrovatelských výkonech, všeobecná sestra (8).

Realizace 21.7. – 26.7. 2011

Při přijetí pacienta na JIP jsme ho neprodleně informovali o všech bezpečnostních opatřeních a o chodu oddělení. Poučili jsme pacienta o možném riziku poranění a z jeho okolí jsme odstranili všechny rizikové faktory, které by mohli způsobit poranění. Při aplikaci analgetiky či benzodiazepinových anxiolytik jsme pacienta edukovali o účincích a možných vedlejších projevech těchto léků. Pacient byl uložen na polohovatelné lůžko s hrázečkou, postranicemi, které pacient nevyužíval a signalizačním zařízením o kterém věděl, že může kdykoliv použít. Při každodenní aktivitě jsme mu byli nápomocni při vstávání a případné dopomoci při chůzi. Rodina byla také informována o bezpečnostních opatřeních a chodu JIP. Během denních a nočních aktivit jsme pacienta měli pod stálým dohledem a napojeného na monitor vitálních funkcí.

Hodnocení

Cíl byl splněn: Pacient během hospitalizace na JIP dodržoval všechna bezpečnostní opatření, která mu byla doporučena. Po celou dobu hospitalizace nedošlo k žádnému poranění pacienta. S pacientem se velice dobře spolupracovalo a on se cítil bezpečně.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s četnými průjmy.

Priorita: nízká

Dlouhodobý cíl: Pacient nemá projevy deficitu tělesných tekutin po dobu hospitalizace do 10 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacient zná možnosti a způsob, jak předcházet deficitu tělesných tekutin do 3dnů.

Výsledná kritéria

- Pacient ví, zná důležitost vedení bilance tekutin do 48 hodin.
- Pacient dbá zvýšené hygieně do 24 hodin.
- Pacient užívá léky dle ordinace lékaře do 24 hodin

Plán intervencí 21.7. – 26.7.2011

- Zhodnot' všechny rizikové faktory v souvislosti s prevencí deficitu tělesných tekutin do 24 hodin, všeobecná sestra (1).
- Ved' přesné záznamy v dokumentaci o příjmu a výdeji tekutin a každých 6 hodin počítej bilanci tekutin denně, všeobecná sestra (2).
- Edukuj pacienta o nutnosti vedení záznamu příjmu a výdeje tekutin do 24 hodin, všeobecná sestra (3).
- Kontroluj příměsi a charakter stolice, jejich počet a vše zaznamenej do dokumentace denně, všeobecná sestra (4).
- Neprodleně informuj lékaře v případě příměsi krve či koagul ve stolici pacienta, všeobecná sestra (5).
- Edukuj pacienta o zvýšené hygieně rukou a celého těla, jako prevenci infekce do 24 hodin, všeobecná sestra (6).
- Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, proved' zápis do dokumentace denně všeobecná sestra

Realizace 21.7. - 26.7.2011

Pacienta jsme edukovali o možném riziku deficitu tělesných tekutin a důležitosti vedení bilancí tekutin. Podávali jsme léky dle ordinace lékaře. Edukovali pacienta o významu monitorace stolice a o zvýšené hygieně.

Hodnocení

Cíl byl splněn: Po celou dobu hospitalizace na JIP a v době mé ošetrovatelské péče nedošlo k deficitu tělesných tekutin.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru.

Priorita: nízká.

Dlouhodobý cíl: U pacienta se neprojeví žádné známky infekce po dobu zavedení PŽK do 6 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacient ví, jak předcházet infekci a jak snížit její riziko do 48 hodin.

Výsledná kritéria

- Pacient dodržuje a zná všechna opatření zabráňující vzniku infekce do 24 hodin.
- Pacient má místo zavedení PŽK bez známek infekce do 3dnů.

Plán intervencí 21.7. – 26.7.2011

- Všímej si rizikových faktorů výskytu infekce denně, všeobecná sestra (1).
- Vždy při zavádění nebo převazu PŽK striktně dodržuj aseptický postup, všeobecná sestra (2).
- Zaveď nový PŽK každý 3 den nebo dle potřeby, všeobecná sestra (3).
- Kontroluj průchodnost, místo vpichu a jeho okolí denně, všeobecná sestra (4).
- Podávej do PŽK léky a infuzní terapii dle ordinace lékaře denně, všeobecná sestra (5).
- Edukuj pacienta o riziku infekce, o jejích počátečních a projevech do 24 hodin, všeobecná sestra (6).
- Edukuj pacienta o důležitosti hygieny rukou do 24 hodin, všeobecná sestra (7).
- Edukuj pacienta o možnostech, jak efektivně snížit riziko infekce do 24 hodin, všeobecná sestra (8).

Realizace 21.7. – 26.7.2011

Pacienta jsme edukovali o riziku vzniku infekce a o jejích možných projevech, neprodleně po přijetí na JIP. Každý den jsme kontrolovali místo vpichu, jeho okolí a průchodnost. PŽK jsme každý 3 den asepticky vyměnili.

Hodnocení

Cíl byl splněn: Pacient chápe, čím se infekce projevuje. Dbá o hygienu rukou a snaží se předcházet infekci. Po dobu mé ošetrovatelské péče nedošlo ke vzniku infekce.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V rámci lékařské terapie a komplexní ošetrovatelské péče se stav pacienta postupně zlepšil, prognózu má poměrně nepříznivou. Pacient je plně informován, seznámen se svým onemocněním. Uvědomuje si, že pouze celková léčba, pravidelné užívání léků a dodržování správné životosprávy, jakož to vhodná pohybová aktivita, vyrovnaný psychický stav, dobré rodinné zázemí a pravidelné endoskopické kontroly můžou udržet jeho nemoc v podobě remise na dobu několika měsíců, až let. Hospitalizaci snášel dobře a vždy se snažil spolupracovat s celým ošetrovatelským týmem na intervencích určených jeho osobě, edukaci se nebránil. S pacientem se podařilo navázat spolehlivý vztah a tím zlepšit jeho psychický stav, nápomocnost rodiny a celková spolupráce probíhala v přátelském duchu. Během celého pobytu v nemocnici nedošlo ke zhoršení stavu pacienta. S přihlédnutím k diagnóze je pravděpodobnost, že některé problémy se budou opakovat, tudíž je nutné, aby při náznačce problému došlo k znovu analyzování celkového stavu pacienta a ke stanovení nových ošetrovatelských problémů. Pan Pavel se aktivně zapojoval do léčby, při které mu byla jeho rodina velkou oporou. Dá se očekávat, že v budoucnu může dojít k opětovnému ohrožení života pacienta dalším relapsem nebo přidruženými komplikacemi ulcerózní kolitidy. S postupem a vývojem onemocnění bude nutné nadále pacienta a jeho rodinu edukovat. Ošetrovatelskou péčí pacient hodnotí kladně.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě svých zkušeností získaných zaměstnáním a klinickou praxí na chirurgické JIP, načtením odborné literatury, ošetrovatelské dokumentace a získaných poznatků od pacienta, příkládám toto doporučení pro praxi:

Doporučení pro pacienta

- Předcházet této nemoci správným životním stylem.
- Chodit na pravidelné preventivní prohlídky nepodceňovat možný familiární výskyt idiopatických střevních zánětů.
- Přehodnotit své priority a žebříček hodnot, posunout zdraví na první místo.
- Přehodnotit sociální a společenské role.
- Zajímat se o nové poznatky v léčbě ulcerózní kolitidy.

Doporučení pro rodinu

- Být své blízké osobě vždy oporou, tolerantním a trpělivým protějškem, na který se může kdykoliv obrátit a nalézt u něj podporu či útěchu.
- Zajímat se o jeho zdravotní stav.

Doporučení pro celý ošetrovatelský tým

- Ke každému člověku bez rozdílů barvy pleti, národnosti a vyznání je důležité vždy přistupovat jako k bio – psycho – sociální – spirituální bytosti.
- S každým pacientem jednat ematicky, být trpělivý a nebát se nabídnout „pomocnou ruku“ lidem kteří to potřebují a čekají na naši pomoc.
- V případě nově zjištěného vzplanutí této nemoci podat pacientovi co nejvíce informací a snažit se mu zodpovědět všechny jeho otázky, být mu oporou.
- Poradit všem zdravotníkům více se informovat o nových poznacích léčby, ošetrovatelské a holistické péče o pacienta s ulcerózní kolitidou.
- Celoživotně se vzdělávat.

Doporučení pro management nemocnice

- Vytvořit individuální plán, z hlediska ošetrovatelské a holistické péče, pomocí nového standartu. Kde bude pacient také edukován o možnosti ovlivnění své nemoci při dodržování léčebných a preventivních opatřeních, na kterém se bude podílet kompletní ošetrovatelský tým.
- Zachovávat sled fází ošetrovatelského procesu, abychom vždy docílili smysluplné a logické práce zdravotní sestry a dodrželi všechny povinnosti, co máme k pacientovi.

Doporučení pro ministerstvo zdravotnictví

- Více seznamovat a edukovat veřejnost o problematice ulcerózní kolitidy, jako o nevléčitelné nemoci a to pomocí internetu, přednášek, informačních brožur.
- Rozšířit preventivní programy nemocí i na základní školy a více je medializovat.

ZÁVĚR

Ulcerózní kolitida jako nemoc tlustého střeva se řadí mezi civilizační nemoci. Důvod vzniku, propuknutí a později střídající se relapsy a remise není zcela jasný, velkou roli zde hrají genetický vliv, stres a životní styl. Všem pacientům toto onemocnění zcela změnilo život, protože se jedná o nevléčitelné onemocnění. Současná medicína „pouze“ dokáže za pomoci léků doživotně užívaných prodloužit období remise a mírnit nastalé relapsy. V posledních letech dochází k většímu výskytu ulcerózní kolitidy a to stále u mladších lidí, u kterých to dříve bývalo výjimkou.

Cílem bakalářské práce bylo všestranně zpracovat medicínskou, ošetrovatelskou problematiku ulcerózní kolitidy, což jsme splnili. V teoretické-medicínské části práce byli shrnuty veškeré informace o této problematice. V praktické-ošetrovatelské části je zpracovaný konkrétní ošetrovatelský proces u pacienta, u něhož byly vyznačeny ošetrovatelské problémy, jejich analýza, rozpracování a následně vyhodnocení. Cílem bylo předvést, jak celostní péče přispívá k udržení maximální kvality života a její úrovně.

Díky stále se vyvíjející se medicíně je možné pacientům poskytovat mnohem kvalitnější lékařskou a ošetrovatelskou péči než dříve. Úroveň péče záleží na odborném, profesionálním přístupu všech zdravotníků a celého ošetrovatelského týmu k pacientovi a jeho rodině. Nejdůležitější částí je dodržování veškerých léčebných a preventivních nařízeních a prvotní překonání pacientových obav, proto je důležitá podrobná edukace pacienta a jeho rodiny. Při dodržování komplexní léčby a životního stylu je možný návrat do plnohodnotného života.

POUŽITÁ LITERATURA

(Zpracováno dle normy ISO 690: 2, 1997)

AGGLETON, Peter; CHALMERS, Helen. 2000. *Nursing models and nursing practice. 2 th edition.* London: Macmillan, 2000. 210 s. ISBN 0-333-4822-9

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

ČECHOVÁ, V; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. 2003. *Speciální psychologie.* Brno: NCO a NZO, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4

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

DOENGES, E. Marilyn; MOORHOUSE, F. Mary. 2001. *kapesní průvodce zdravotní sestry. 2 přeprac. a rozšíř. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8

FERENČÍK, Miroslav. 2005. *Imunitní systém: informace pro každého.* Praha: Grada Publishing, 2005. 236 s. ISBN 80-247-1196-6.

FERKO, A. aj. 2002. *Chirurgie v kostce.* Praha: Grada Publishing, 2002. 596 s. ISBN 978-80-247-0230-8

KAZIL, Petr; KAZILOVÁ A. Markéta. 2007. *Divertikulární nemoc tračníku.* Praha: Grada Publishing, 2007. 304 s. ISBN 978-80-247-1916-0

KOHOUT, Pavel; PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. 1998. *Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida – dieta a rady lékaře.* Jihlava: Ekon, 1998. 96s. ISBN 80-85936-23-2.

LUKÁŠ, Karel. 2001. *Idiopatické střevní záněty – minimum pro praxi.* Praha: Triton, s.r.o., 2001. 84 s. ISBN 80-7254-173-0.

LUKÁŠ, Karel. 2005. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0

MARKOVÁ, Marie. 2006. *atonie gastrointestinálního a močového traktu.* Brno: NCO a NZO, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8

MIKŠOVÁ, Z. aj. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče, díl II.* Praha: Grada Publishing, 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4

NAVRÁTIL, L. a kol. 2008. *Vnitřní lékařství – Pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada Publishing, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8

- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6
- SOUČEK, M.; ŠPINAR, J.; SVAČINA, P. 2005. *Vnitřní lékařství pro stomatologu*. Praha: Grada Publishing, 2005. 380 s. ISBN 80-247-1367-5.
- STAŇKOVÁ, Marta. 2004. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCO NZO, 2004. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. 284 s. ISBN 80-247-1148-6
- ŠPIČÁK, Julius. 2008. *Novinky v gastroenterologii a hematologii*. Praha: Grada Publishing, 2008. 421 s. ISBN 978-80-247-1783-8.
- TRACHTOVÁ, E. a kol. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2 vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- ZADÁK, Zdeněk. 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2 rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

SEZNAM PŘÍLOH

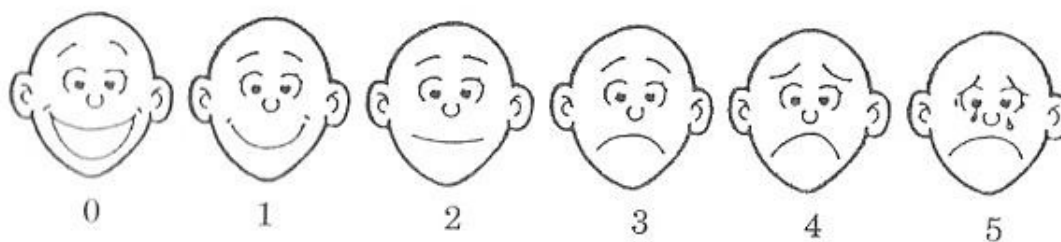
Příloha A – Vizuální analogové škály bolesti.....	I
Příloha B – Barthelův test základních všedních činností.....	II
Příloha C – Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí.....	III
Příloha D – Rozšířená stupnice Nortonové – hodnocení rizika vzniku dekubitů..	IV
Příloha E – Ulcerózní kolitida (idiopatická proktokolitida)	V

Příloha A – Vizuální analogové škály bolesti

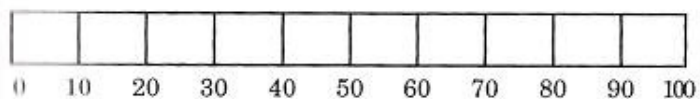
Vizuální analogové škály

příklady:

Škála výrazů obličeje



Analogová měřítková škála



Zdroj: <http://www.lfhk.cuni.cz/farmakol/HTML/bakal/bakal-bolest/html/2z.htm>

Příloha B – Barthelův test základních všedních činností

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

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Zdroj: STAŇKOVÁ, 2004, s. 35

Příloha C – Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí GCS (Glasgow Coma Scale)

1. otevření očí	
spontánní	4 body
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1
2. slovní odpověď	
orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1
3. reakce na bolest	
provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1
celkem	-----

hodnocení:	15 – 13 bodů	lehká porucha vědomí
	12 – 9 bodů	střední porucha vědomí
	8 – 3 body	závažná porucha vědomí

Zdroj: STAŇKOVÁ, 2004, s. 31

Příloha D – Rozšířená stupnice Nortonové – hodnocení rizika vzniku dekubitů

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

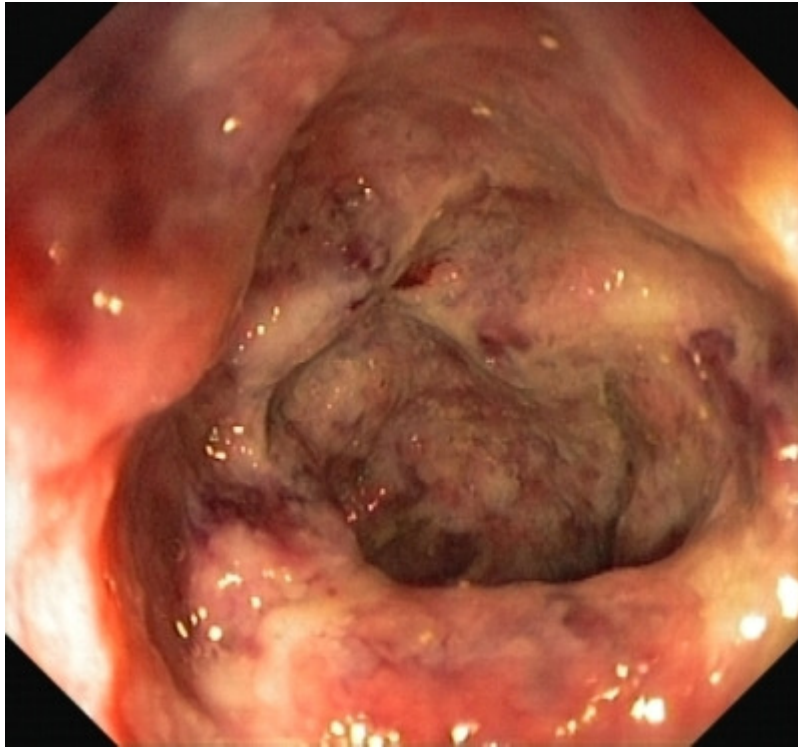
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: Celkové bodové hodnocení: Datum:

Zdroj: STAŇKOVÁ, 2004, s. 48

Příloha E – Ulcerózní kolitida (idiopatická proktokolitida)



Zdroj: <http://chlorellammia.blogspot.com/>