

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU
CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARIE JURTÍKOVÁ

PRAHA 2014

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

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU
CHOROBOU**

Bakalářská práce

MARIE JURTÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Praha 2014



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

Jurtíková Marie
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Educational Process for Patients with Crohn's Disease

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 31. 5. 2014

ABSTRAKT

JURTÍKOVÁ, Marie. *Edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová. Praha 2014. 58 s.

Tématem bakalářské práce je edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Celá bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem bakalářské práce je popsat příčinu vzniku Crohnovy choroby, rizikové faktory, příznaky nemoci, vyšetřovací metody a léčbu. V bakalářské práci se také zmiňuji o historii Crohnovy choroby, dále se zabývám prevencí, prognózou a komplikacemi, které dané onemocnění provází.

Praktická část mimo jiné zahrnuje edukaci mladého pacienta, trpící Crohnovou chorobou. Práce se snaží poukázat na smysl edukace, kdy dostatek správných vědomostí může mít dobrý vliv na další průběh onemocnění a na lepší kvalitu života pacienta s tímto onemocněním. Pro pacienta byly sestaveny tři edukační jednotky, které mu budou přínosem do života a které ho připraví na boj s touto nemocí.

Klíčová slova

Crohnova choroba, Edukace, Edukační proces.

ABSTRAKT

Jurtíková, Marie. *Educational process of a patient with Crohn's disease*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor's degree (Bc.). Supervisor: Mgr. Miroslava Kubicová. Prague 2014. 58 pages

This thesis elaborates on educational process of a patient with Crohn's disease and is divided into two parts – theoretical and practical. Its aim is to describe the cause of Crohn's disease, the risk factors, symptoms, diagnostic methods as well as treatment. The history of Crohn's disease is also briefly mentioned in the thesis, together with prevention, prognosis and complications that accompany the disease.

The practical part deals with education of a young patient with Crohn's disease. It attempts to highlight the meaning of educating such a patient, providing him with sufficient amount of information, which may have positive effect on further course of the disease as well as improving the patient's quality of life. To achieve this, three educational units have been created, each aimed at enhancing the patient's quality of life as well as increasing his preparedness to cope with the disease.

Key Words:

Crohn's disease, Education, Educational process.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se více na danou problematiku Crohnovy choroby. Na význam edukační činnosti v práci všeobecných sester v péči o pacienta a význam kvality péče, dále chci přiblížit Crohnovu chorobu pacientům a jejich rodinám. Práci jsem psala z důvodu toho, že v mém okolí se objevuje stále více mladých lidí, kteří touto chorobou trpí a jasnou příčinu nemoci neznají. Pacientů s Crohnovou chorobou je v Česku téměř 18 000, to znamená o 44 procent víc než před osmi lety. Zvolila jsem edukační proces, který seznamuje pacienta s tímto onemocněním. Seznamuje ho s komplikacemi, které Crohnova choroba přináší, s příčinami, které mohou přispět ke vzniku Crohnovy choroby a také s léčebným režimem. Důležité je zaměřit se na skutečnost, že edukační proces je proces cílevědomý a plánovaný, nikoliv náhodný, a edukační proces respektuje potřeby pacienta. Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a mými kamarády, kteří touto Chorobou trpí. Podklady k práci jsem čerpala z knih, časopisů a internetových zdrojů. Tato práce je určena všeobecným sestřám, které pečují o pacienty s touto diagnózou.

Chtěla bych poděkovat touto cestou vedoucí bakalářské práce Mgr. Miroslavě Kubicové, za důležité rady, pomoc a podporu, kterou mi při vypracování bakalářské práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat rodině, které při mně stála a podporovala mě při psaní bakalářské práce. Děkuji.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

ÚVOD.....	10
1. Crohnova choroba	12
1.1. Historie onemocnění	14
1.2. Příčina onemocnění	14
1.3. Rizikové faktory	15
1.4. Klinický obraz onemocnění	16
1.5. Diagnostika onemocnění.....	17
1.6. Aktivita nemoci	21
1.7. Léčba.....	21
1.7.1. Medikamentózní léčba	22
1.7.2. Biologická léčba	23
1.7.3. Chirurgická léčba.....	24
1.8. Prevence	24
1.9. Prognóza.....	25
1.10. Komplikace	26
2. Edukace a edukační proces	27
2.1. Fáze edukačního procesu	30
2.2. Edukační cíle	31
3. Edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou.....	37
3.1. Fáze – posuzování	38
3.2. Fáze – diagnostika	45
3.3. Fáze – plánování.....	46
3.4. Fáze - realizace	48
3.5. Fáze - vyhodnocení.....	55
4. Doporučení pro praxi	56
ZÁVĚR.....	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

5 – ASA	kyselina 5 – aminosalicyllová
CT	počítačová tomografie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
MR	magnetická rezonance
RTG	rentgenové vyšetření

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Výskyt Crohnovy choroby v trávicím.....	13
---	----

ÚVOD

Pro bakalářskou práci, jsme si vybrali pacienta s diagnózou Crohnova choroba, protože se stále častěji setkáváme s pacienty, kteří touto chorobou trpí. Crohnova choroba je velmi zatěžující jak pro pacienty, tak jeho rodinu a zdravotníky.

U nás, stejně jako v zemích západní Evropy, trpí Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou cca 350 osob na 100 000 obyvatel. Každý rok je diagnostikováno u Crohnovy choroby 4 až 6 nových případů na 100 000 obyvatel. Pacientů s Crohnovou chorobou je v Česku téměř 18 000, z toho vyplývá, že je to o 44 procent víc než před osmi lety. ČERŇANSKÁ, Dagmar. Crohnova choroba život nezkrátí, ale velmi nepříjemní. *Deník.cz*. [online]. ©2013 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/medicina/crohnova-choroba-zivot-nezkrati-ale-velmi-zneprijemni-20131012-63dd.html>

Crohnova choroba je zánětlivé onemocnění, které se nejčastěji vyskytuje v oblasti tenkého a tlustého střeva nebo v oblasti konečníku. Crohnova choroba může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice i mimostřevní orgány. Příčina vzniku nemoci je dosud nejasná. V literatuře se uvádí, že jde o vzájemné působení mezi genetickou dispozicí a zevními faktory. Mezi další rizikové faktory patří kouření, strava, stres a infekce. Crohnova choroba se může projevit u člověka v jakémkoliv věku, nejčastěji se projevuje mezi 20. a 35. rokem a postihuje bez rozdílu muže i ženy. Jde o celoživotní chronické onemocnění, pro které je typické střídání klidového období (remise) s obdobím znovu vzplanutí (relaps). (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou jednotlivé kapitoly věnovány danému onemocnění, historii, příčinám Crohnovy choroby, rizikovým faktorům, příznakům, diagnostice, léčbě, prevencí a komplikacím. Praktickou část tvoří edukační proces. Edukační proces má 5. fází. Do první fáze patří posuzování pacienta, jeho zdravotního a fyzického stavu, dále vstupní test. Druhá fáze je diagnostika, kde řešíme deficit vědomostí, deficit v postojích. Třetí fáze je plánování,

jak edukační proces bude probíhat, co je prioritou, jaké máme cíle, co je záměrem edukace a časový harmonogram. Čtvrtá fáze je realizace, vybrali jsme si 3. edukační jednotky, se kterými jsme pacienta seznámili. Cílem této fáze je, aby pacient prokázal základní vědomosti o tomto onemocnění, o možných komplikacích a průběhu nemoci. Poslední pátá fáze se zabývá vyhodnocením edukačního procesu, zde pacient vyplnil výstupní test.

Cílem bakalářské práce je přiblížit Crohnovu chorobu pacientům, kterým je diagnostikována. Edukovat a informovat je o daném tématu a rozšířit jejich vědomosti. Pacienti budou mít základní vědomosti o Crohnově chorobě, průběhu a komplikacích, které provází tuto nemoc.

Vypracovaná bakalářská práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a bakalářky ošetřovatelství. Bude přínosem ke kvalitnější poskytované péči. Zdokonalí pracovní i osobní vztah s pacientem a jeho rodinou (GEISSELOVÁ, 2008).

Definice Crohnovy choroby

„Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které postihuje jakoukoli její část. Nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého střeva s tlustým.“ (ČERVENKOVÁ, 2009, s. 15).

1. Crohnova choroba

Crohnova choroba patří mezi idiopatické střevní záněty. Pod pojmem idiopatické střevní záněty si představujeme poškození střeva, která jsou způsobena zánětem. Pokud je postižena pouze sliznice střeva, hovoříme o ulcerózní kolitidě, pokud je postižena celá střevní stěna, hovoříme o Crohnově chorobě. U ulcerózní kolitidy je poškozen konečník a tlusté střevo, u Crohnovy choroby se setkáváme s poškozením kterékoliv části trávicí trubice od jícnu až po konečník.

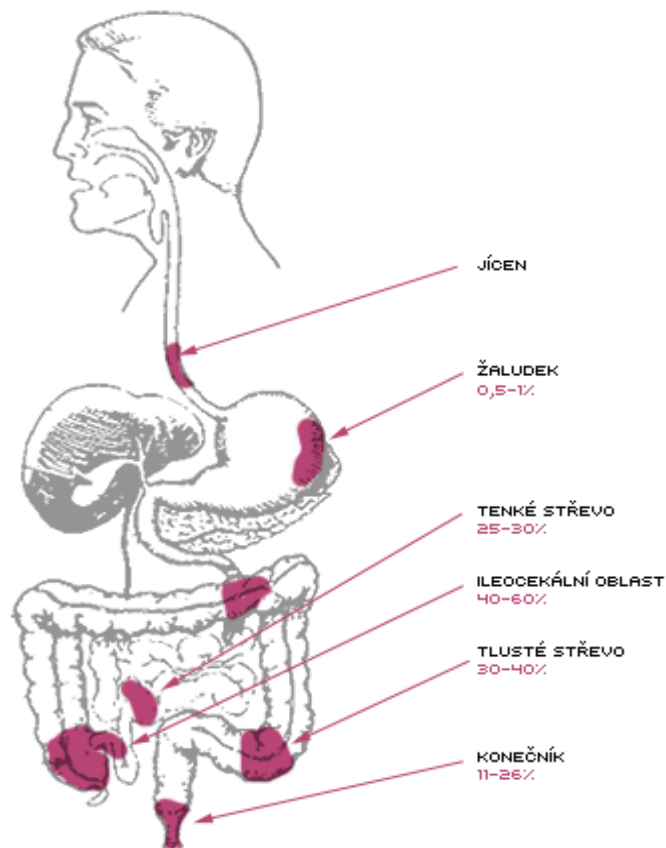
Crohnova choroba je zánětlivé onemocnění trávicí trubice, jejichž příčina není známá. Tím se liší od střevních zánětů specifických, které mají příčinu známou, jako např. průjmovitá onemocnění způsobená bakterií *Salmonella* (salmonelóza) nebo *Escherichia Colli*, viry *Herpes simplex*. Mezi další onemocnění, které mohou napodobovat idiopatické střevní záněty, může být celiakie, která vzniká působením lepku na buňky sliznice tenkého střeva. Také ozářením může být poškozeno tenké či tlusté střevo (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006). Přesná příčina Crohnovy choroby není známá, odborníci se shodují na určitých rizikových faktorech, které onemocnění mohou vyvolat. Neznáme tedy ani lék, který by úspěšně tuto chorobu léčil.

Crohnova choroba může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice od úst až po konečník. Ale v ústech a jícnu je vzácná a jen u několika případů na celém světě. Poprvé byla Crohnova choroba popsána v oblasti přechodu tenkého střeva na tlusté střevo (ileocékální oblast), případně na konci tenkého střeva (terminální ileum). První případy byly v roce 1932 popsány Crohnem a jeho kolegy jako ileitis terminalis – zánět konečné části tenkého střeva.

Až za několik let se zjistilo, že Crohnova choroba postihuje asi z 25 – 30 % tenké střevo, z 30 – 40 % tlusté střevo a z dalších 40 – 60 % ileocekální oblast. V 11 – 26 % je postižen konečník.

Pro Crohnovu chorobu je typické, že vždy postihuje pouze určitou část tenkého či tlustého střeva a mezi jednotlivými segmenty mohou být určité úseky zcela zdravé, tím se liší od ulcerózní kolitidy.

Obrázek 1



Dostupný z: <http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/crohnova-nemoc.html>

Dále je typické to, že zánět postihuje celou stěvnou stěnu – sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a serózu (povrchový kryt trávicí trubice) a proto má sklon k tvorbě lokálních komplikací jako jsou vředy, píštěle, stenózy a abscesy.

Při chronickém průběhu nemoci se stav pacienta mění podle fází. Rozeznáváme fázi klidového období (remise) a fázi zhoršení (relaps).

Jedná se o onemocnění, které postihuje 1 – 3 pacienty na 100 000 obyvatel/rok. Crohnova choroba se nejvíce vyskytuje v Evropě ve skandinávských zemích, Velké Británii, USA. A častější výskyt 3 – 5x je u Židů typu Aškenazim. Nejčastěji se Crohnova choroba projevuje mezi 20. a 35. rokem a postihuje bez rozdílu muže i ženy.

1.1. Historie onemocnění

Už ve staré lékařské literatuře jsou k nalezení popisy nemocných, které sedí na pacienty v současné době. Jistý doktor Fabry v roce 1612 informuje o tom, že při pitvě mladého člověka, který zemřel hned poté, co si stěžoval na bolest břicha a horečku, objevil výraznou stenózu terminálního ilea s výrazně zesílenou střešní stěnou. Ta zapříčinila neprůchodnost střeva a následnou perforaci. Počátkem 20. let minulého století v uznávané newyorské nemocnici Mount Sinai působilo několik lékařů, kteří se zabývali problematikou zánětlivého onemocnění střev. V roce 1932 bylo toto onemocnění poprvé popsáno Burrillem B. Crohnem a jeho spolupracovníky jako onemocnění tenkého střeva a později po něm pojmenováno. Až v 50. a 60. letech minulého století výzkumy definitivně prokázaly, že tato nemoc postihuje kromě tlustého střeva, také i některou část trávicí trubice. V roce 1960 byla Crohnova choroba odlišena od ulcerózní kolitidy (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.2. Příčina onemocnění

Crohnova choroba patří k problému současné gastroenterologie. Příčina vzniku nemoci je dosud nejasná. V literatuře se uvádí, že jde o vzájemné působení mezi genetickou dispozicí a zevními faktory. Důležitou roli zde hraje genetická dispozice, projevující se zvýšeným výskytem v rodině. Až 20 % pacientů, kteří se léčí s Crohnovou chorobou mají mezi svými příbuznými dalšího nemocného s touto nemocí.

Objevením genu NOD2 (nyní CARD 15) v roce 2001 se zjistilo, že není příčinou Crohnovy choroby, nicméně se tento gen u jedinců s Crohnovou chorobou vyskytuje výrazně častěji. Od té doby byla objevena řada dalších genetických abnormalit, které se podílejí na vznik idiopatických střevních zánětů.

GABALEC, Libor. Interní medicína.cz. *pdfs*. [online]. ©2009 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>

1.3. Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory, které mohou prokazatelně ovlivnit nebo zhoršit průběh a léčbu Crohnovy choroby patří kouření, nesteroidní antirevmatika, hormonální antikoncepce a infekce. Určitý vliv na vznik Crohnovy choroby má životní prostředí, především životní styl.

Infekční nemoci. Crohnova choroba je spojena s nerovnováhou v imunitním systému a jakákoliv infekce může způsobit zhoršení této nemoci.

Kouření má podle studií negativní vliv na Crohnovu chorobu.

Hormonální antikoncepce spolu s aktivním kuřáctvím může být zdrojem nelepšícího se zdravotního stavu pacienta s Crohnovou chorobou.

Nesteroidní antirevmatika jako je Brufen, Aspirin, Diklofenak mohou způsobit u 30% případů vzplanutí Crohnovy choroby.

Náchylnost k onemocnění se zvyšuje, pokud má pacient snížený imunitní systém, je ve stresu a není schopen relaxace, odpočinku. Psychická zátěž, snížená fyzická aktivita, různé stresové situace mohou být spouštěcím faktorem zhoršení.

Počet nově hlášených pacientů s Crohnovou chorobou narůstá, je to dáno i změnou stravovacích návyků, kdy více přijímáme už zpracovanou stravu místo přirozené stravy. Změna složení stravy zhoršuje strukturu mikrobiálního osídlení trávicího traktu. Najít

potravin, které mohou vyvolat Crohnovu chorobu je velmi těžké. Pacienti s tímto onemocněním udávají zvýšený příjem sacharidů, tedy stravu s nadbytkem rafinovaných cukrů a nedostatečným příjmem vlákniny ve stravě, která je nejvíce obsažena v čerstvém ovoci a zelenině. Nebylo prokázáno přímé spojení mezi špatnými stravovacími návyky a tímto onemocněním, ale studie potvrdily vliv stravování na vznik Crohnovy choroby.

Rizikové faktory, zhoršující průběh nemoci. *Možnosti prevence*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/moznosti-prevence-1/rizikove-faktory-zhorsujici-prubeh-nemoci.html>

1.4. Klinický obraz onemocnění

Pacienti mívají zpočátku většinou zánětlivé změny na střevní sliznici a v průběhu dalších let se připojí další. K prvním příznakům Crohnovy choroby, které můžeme pozorovat, až u 40 % pacientů patří bolest břicha, nejčastěji v pravém podbřišku, průjemové stolice a váhový úbytek. Typické jsou křečovitě bolesti, které se objevují zejména do 30 – 60 minut po jídle. Bývá pravidlem, že průjmy souvisí úzce s jídlem a hubnutí je důsledkem nižšího příjmu potravy a zánětlivé aktivity nemoci.

Při zasažení tlustého střeva je důležité počítat s bolestmi břicha, průjmy – někdy s přítomností krve a hlenů, někdy i neschopností udržet stolicí a s mimostřevními projevy. K nejčastějším mimostřevním projevům patří kloubní záněty, které postihují asi třetinu pacientů. Objevují se bolesti kloubů, které mají stěhovavý charakter. Dále záněty rohovky a duhovky, které mohou vést až k poškození zraku. Typickým kožním příznakem je tzv. nodozní erytém. Jsou to bolestivé, zarudlé ztvrdliny, které se vyskytují nejvíce na bérce a předloktí.

Při postižení tenkého střeva se setkáváme s bolestmi břicha, neprospíváním, hubnutím a chudokrevností.

Při výskytu zánětu v oblasti konečníku se objevuje hnisání, krvácení, nucení na stolicí, tvoří se abscesy, píštěle a vředy v řitním kanále.

Umístění nemoci se nijak zvlášť nemění, ale chování ano (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.5. Diagnostika onemocnění

Jelikož se jedná o celoživotní nemoc, kterou nelze definitivně vyléčit, musíme nejprve stanovit diagnózu a rozpoznat další zánětlivé střevní nemoci a oddělit Crohnovu chorobu od Ulcerózní kolitidy. Poté následuje sledování a pravidelná kontrola pacienta. Sledováním zjišťujeme vývoj nemoci, velikost postižení, a zda nedochází k dalším potížím. Crohnova choroba může postupovat bezpříznakově, kdy pacient nic netuší a potom může nemoc zasáhnout v plné intenzitě.

Diagnostika. *Crohnova nemoc*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/diagnostika.html>

Fyzikální vyšetření

Anamnézou hledáme přítomnost této nemoci v rodině. Následuje fyzikální vyšetření lékařem, to znamená za použití smyslů – pohled, poklep, poslech, pohmat. Při podezření na Crohnovu chorobu se lékař fyzikálním vyšetřením zaměřuje u pacienta především na oblast břicha a konečníku. Pohledem sledujeme také přítomnost kožních změn, změn na sliznici, očích a kloubech. Vyšetřením per rectum lze rozpoznat změny v řitním kanálu a odhalit přítomnost krve.

Diagnostika. *Crohnova nemoc*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/diagnostika.html>

Laboratorní vyšetření

Při laboratorním vyšetření krve u pacientů s Crohnovou chorobou je důležité vyloučit výskyt infekce, která by mohla napodobit idiopatický střevní zánět. Laboratorní vyšetření má dále za úkol zhodnotit stav zánětlivé aktivity nemoci jako je anémie, zrychlená sedimentace červených krvinek, snížení hladiny železa v séru, zvýšení hladiny bílých krvinek. S tím jsou spojeny i další výživové komplikace jakou je

porucha vstřebávání živin potřebných pro tělo pacienta a následně podvýživa s nízkou hladinou bílkoviny, nedostatkem železa atd.

Diagnostika. *Crohnova nemoc*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/diagnostika.html>

Zobrazovací vyšetření

Znázorňuje vyšetření trávicí trubice. Crohnova choroba může postihnout jakoukoliv část trávicí trubice od úst až po konečník, je tedy důležité se nezaměřovat jen na určitou část. Tyto úseky v trávicí trubici mohou být u Crohnovy choroby postiženy, aniž by se projevil příznaky.

Diagnostika. *Crohnova nemoc*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/diagnostika.html>

Endoskopické vyšetření

Trávicí trubice se vyšetřuje ohebným přístrojem s možností biopsie – odběru vzorku tkáně. Vyšetřují se horní i dolní části trávicí trubice. Endoskopické vyšetření má před sebou výborné vyhlídky. Jednak se snažíme o to, aby toto vyšetření co nejméně zatěžovalo pacienta, například při použití kapslové endoskopie. Při tomto vyšetření pacient spolkně malou kapsli s mikrokamerou, která při průchodu trávicím traktem zaznamenává pohled na trávicí trubici, který je přenášen na obrazovku počítače. Lékař poté provede vyhodnocení. Pacient 24 hodin před tímto vyšetřením dodržuje tekutou dietu a 10 hodin před vyšetřením je lačný, nesmí před tímto vyšetřením kouřit. Vyšetření nese určitá omezení a nahradit ho v současné době klasickou endoskopií nelze. Endoskopické vyšetření je důležité pro vyhodnocení zánětlivých změn na sliznici trávicí trubice a klasifikaci účinnosti léčby na jejich hojení. Z praxe víme, že léčba, která přispívá ke slizničnímu hojení má větší úspěšnost. Výhodou endoskopického vyšetření je možnost přímo vidět sliznici trávicí trubice a možnost odběru tkáně – biopsie (odběr vzorku tkáně na histologické vyšetření).

Koloskopie

Je vyšetření tlustého střeva, kdy se zjistí stav střevní stěny až do terminálního ilea. Lékař může pozorovat díky opakované kolonoskopii hojení střevní stěny a další možné zánětlivé změny na střevní sliznici. Je nutné, aby 2 – 3 dny před tímto vyšetřením dodržoval dietu bez obsahu zbytkové potravy, hrubé vlákniny. Den před tímto vyšetřením dodržuje spíše tekutou stravu. Odpoledne před vyšetřením se musí vyčistit střevo pomocí roztoku podaných ústy, kdy pacient vypije 3 – 4 litry této tekutiny. Tyto tekutiny jsou ve formě připraveného roztoku (Fortrans) nebo tekutin k malým objemům prázdnícího roztoku (fosfátové soli). (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Gastroskopie

U pacientů s Crohnovou chorobou je důležité vyšetřit i horní část trávicí trubice. Crohnova choroba může zasáhnout žaludek i dvanáctník. Pomocí gastroskopie vyšetřuje lékař jícen, žaludek a dvanáctník.

Enteroskopie

Je vyšetření tenkého střeva, které se provádí na specializovaných gastroenterologických pracovištích. Pacient 12 hodin před vyšetřením lační. Dvojbalónová enteroskopie – (double – ballon enteroscopy) se provádí pomocí přístroje, kterým lze prohlédnout tenké střevo ústy nebo konečníkem včetně odběru tkáně.

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

Vyšetření žlučových a pankreatických cest pomocí RTG – kontrastní látky

Ultrazvukové vyšetření

Vyšetření břišní dutiny, využívající schopnost tkáně propouštět zvukové vlny. Je možné odhadnout i tloušťku stěn jednotlivých částí trávicí trubice a prokrvení prostřednictvím Dopplerovy sondy. Tímto vyšetřením odhalíme překrvenou, zanícenou tkáň. Ultrazvukové vyšetření vyloučí nebo potvrdí abscesy (dutiny obsahující hnis),

píštěle i stenózy. Vyšetření je invazivní, znamená to tedy, že co nejméně zatěžuje pacienta.

Endosonografie

Pomocí endoskopického přístroje se zavádí ultrazvuková sonda do střeva a ta vyobrazí šířku střevní stěny a hloubku poškozeného střeva (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Rentgenové vyšetření

Rentgenové vyšetření (RTG) břicha bez kontrastní látky se používá velmi málo. Rentgenové vyšetření, při kterém se kontrastní látka vpraví do trávicí trubice slouží k zobrazení jednotlivých částí střeva.

Enteroklýza

Vyšetření tenkého střeva pomocí kontrastní látky. Kontrastní látka se vpraví pomocí zavedené sondy do tenkého střeva. Lékař zhodnotí stav sliznice i stěnu tenkého střeva, sleduje možné zúžení střeva a píštěle mezi jednotlivými segmenty trávicí trubice.

Ostatní zobrazovací vyšetření

Mezi další zobrazovací vyšetření patří počítačová tomografie (CT), kterou používáme při podezření na abscesy. Magnetická rezonance (MR) slouží k vyšetření píštělí v oblasti konečníku a tenkého střeva. Leukocytární scan je vyšetření, při kterém se bílé krvinky označené radioaktivní látkou Tc –HMPAO vpraví do krevního oběhu a ty se pak nahromadí v místě, kde je zánětlivá aktivita (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Lékař po zhodnocení anamnézy, laboratorních, zobrazovacích vyšetření a po zhodnocení tělesného stavu zjistí míru onemocnění a rozhodne o přesné a cílené léčbě.

Diferenciální diagnostika

Slouží k rozlišení idiopatických střevních zánětů od jiných nemocí. Crohnovu chorobu musíme oddělit hlavně od průjmů z různé příčiny (například celiakie, průjmy infekčního původu, nesnášenlivost mléčného cukru) a teploty různé příčiny. Dále odlišujeme podvýživu, chudokrevnost z jiných příčin. Při zjištění hmatného útvaru v dutině břišní musíme vyloučit postižení střeva nádorem. Při zasažení tlustého střeva zánětem, je důležité Crohnovu chorobu oddělit od ulcerózní kolitidy (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

1.6. Aktivita nemoci

U Crohnovy choroby se ke zjištění aktivity nemoci používá Bestův index nebo tzv. index aktivity Crohnovy choroby – CDAI (Crohn's Disease Activity Index). Při výpočtu indexu využíváme údajů pacienta, lékař se ho ptá na počet průjmovitých stolic v průběhu 1 týdne, bolest břicha za určitý časový úsek, tělesný klid, nutnost léčby průjmů antidiaroly. Další body přibývají, pokud jsou přítomny mimostřevní potíže, přítomnost hmatného útvaru v dutině břišní, snížená hladina hemoglobinů (červené krevní barvivo), snížená hmotnost atd. Údaje se pak vynásobí různými indexy. Za normu je považována CDAI do 150 (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

1.7. Léčba

Léčba idiopatických střevních zánětů se odlišuje dle aktivity onemocnění a dle následné odpovědi na léčbu, také podle toho, zda léčíme akutní vzplanutí nemoci (relaps) nebo klidové stadium (remise). Jedná se o celoživotní nemoc, kterou nelze definitivně vyléčit. Je tedy nutné vybírat pečlivě a individuálně nejvhodnější léčbu, která bude vyhovovat pacientovi. Rozlišujeme konzervativní léčbu, to znamená podávání léků s protizánětlivým a antibakteriálním účinkem, podávání umělé výživy do

střeva nebo do žilního systému pacienta. Pomocnou roli má i psychologická a sociální terapie. Pokud není konzervativní terapie účinná, přistupujeme k chirurgickému zákroku (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

1.7.1. Medikamentózní léčba

Cílem této léčby je zklidnit aktivní zánět tak, aby dosáhl remise (klidové období). Lékař v této fázi léčby předepisuje co největší dávky léků a hned více typů najednou. Poté co se relativně zklidní každodenní potíže pacienta, můžeme nasadit udržovací léčbu. Snahou léčby je udržet tento stav co nejdéle. Lékaři dosahují tohoto stavu pomocí aminosalicylátů a imunosupresiv (ČERVENKOVÁ, 2009).

Aminosalicyláty (5 - ASA)

Obsahují kyselinu 5 – aminosalicylovou (mesalazin), která ovlivňuje zánětlivou odpověď v místě zánětlivě změněné sliznice střeva. Používá se k léčbě lehkých a středně těžkých forem Crohnovy choroby. Hlavní indikací je léčba udržovací (předcházení nového vzplanutí po zklidnění zánětu střevní sliznici) a léčba úvodní při akutním vzplanutí onemocnění. Přípravky 5 – ASA se odlišují podle místa působení na určité úseky trávicí trubice, a podle toho se při rozličném postižení volí různé preparáty. Při výskytu zánětu v oblasti konečníku, esovitě kličky volíme čípky a klysmata, v oblasti sestupného tračníku klysmata. Při zasažení zbylých úseků trávicí trubice jsou vhodnější tablety. Tablety Pentasa jsou určeny pro celé tenké i tlusté střevo. Pro oblast ilea a začátek tlustého střeva jsou vhodné tablety Salofalk, Sulfasalazin a Asacol, Colazide jsou určené pro tlusté střevo (LUKÁŠ, 2007). Sulfasalazin obsahuje ještě sulfapyridin, který má protizánětlivé účinky, ale jeho užívání má nežádoucí vedlejší účinky (bolest hlavy, nadbřišku a pocit na zvracení, zvyšuje hodnotu jaterních testů, vyvolává alergii na slunce). U některých mužů může dojít k přechodné neplodnosti. Tyto nežádoucí účinky naštěstí po vysazení léku vymizí (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kortikoidy

Nebo kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin. Už od roku 1955 slouží k léčbě idiopatických střevních zánětů. Mají protizánětlivý a imunosupresivní účinek. Jsou výborné v léčbě akutního vzplanutí Crohnovy choroby, ovšem k udržení remise (klidové období) vhodné nejsou. Kortikoidy jsou velmi účinné, ale s jejich užíváním jsou spojeny i nežádoucí účinky. K těm patří osteoporóza (řidnutí kostí), zvýšený krevní tlak, vznik cukrovky, žaludečních vředů, zhoršení akné, ztloustnutí, psychické problémy, minerálový rozvrat, vypuknutí bakteriální infekce nebo tuberkulózy. Kortikoidy dokážou rychle navodit klidové období, ale k udržení tohoto období se vyměňují za preparáty mesalazinu, nebo imunosupresiva (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Imunosupresiva

Jsou léky, blokující činnost imunitního systému. Imunitní systém je zodpovědný za obranu organismu proti cizorodým látkám. Mezi imunosupresiva řadíme Azathioprin a 6 – merkaptopurin, které se využívají u idiopatických střevních zánětů k náhradě vysokých dávek kortikoidů a k udržení klidového období, pokud mesalazin nestačí (LUKÁŠ, 2007).

1.7.2. Biologická léčba

Biologická léčba je úspěšnou novinkou současné medicíny, která se brzy stane pravidelnou léčbou chronických střevních zánětů. Je určena především těm pacientům, kterým nezabírá předchozí léčba imunosupresivy, kortikoidy a měla nízkou odezvu, takže nemoc probíhá dál agresivně. Biologická léčba využívá výhradně přírodní produkty na rozdíl od farmakologické léčby, kdy se podávají synteticky vyrobené léky. K neznámějším představitelům biologické léčby patří očkovací látky nebo preparáty, jež se vyrábějí z lidské krve. Mezi účinné látky řadíme Infliximab a Adalimumab. Biologická léčba je zatím nejúčinnější léčbou, ale je velmi nákladná. Tuto terapii mohou poskytovat pouze vybraná pracoviště. V současnosti máme 23 center po celé

České republice. Velkou výhodou je, že zde pracují specialisté, kteří mají s biologickou léčbou zkušenosti (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.7.3. Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se používá v případě, kdy konzervativní léčba selhala nebo v případě akutních, či dlouhodobých komplikací. Rozlišujeme operační výkon urgentní (neodkladný), kdy je pacient ohrožen na životě a výkon elektivní (plánovaný), to znamená po dostačující předchozí přípravě. K urgentní operaci přistupujeme, pokud dojde k rozsáhlému krvácení ze střeva, akutnímu střevnímu uzávěru (ileus), těžkému akutnímu zánětu se septickým stavem (otrava krve) nebo k zánětu pobřišnice (peritonitida). K plánované operaci přicházejí pacienti, u kterých selhala konzervativní léčba, došlo k zúžení průsvitu střeva, nebo se vytvořily píštěle mezi střevními kličkami či mezi kličkami střeva a ostatními orgány, (např. kůží). Další indikací k plánované operaci jsou močové komplikace, rakovinné bujení, výrazné hubnutí pacienta nebo zastavení růstu u dětí (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Chirurgické výkony u Crohnovy choroby:

Resekce střeva - odstranění nezbytně nutné části tenkého nebo tlustého střeva. Výkon by měl být co nejšetrnější.

Strikturoplastika – provádí se plastická úprava zúžení, kdy chirurg zúžené místo tenkého střeva podélně protne a příčně sešije. Výkon se provádí na tenkém střevě, které je postiženo mnohočetnými krátkými stenózami.

1.8. Prevence

Neexistuje žádná zaručená prevence, jsou ale situace a vlivy, které může pacient sám ovlivnit, aby zlepšil prognózu Crohnovy choroby.

K rizikovým faktorům patří:

Strava s vyšším obsahem rafinovaných cukrů a nedostatkem rozpustné vlákniny, která neobsahuje nestravitelné zbytky (např. zrna, slupky). Taková strava zhoršuje složení mikrobiálního traktu a působí škodlivě na zánětlivé střevní onemocnění.

Hormonální antikoncepce obzvláště ve spojení s kouřením má negativní vliv na průběh a léčbu Crohnovy choroby.

Kouření – negativně ovlivňuje naše zdraví a postihuje střevní stěnu, nekouřit má kladný vliv na průběh Crohnovy nemoci jako užívání aminosalicylátů. Také pasivní kuřáci mají o 60% vyšší riziko zhoršení průběhu nemoci.

Antibiotika poškozují střevní mikroflóru a tím mohou nastartovat zhoršení střevního zánětu.

Nesteroidní antirevmatika (např. Brufen, Acylpyrin, Nurofen) mohou zhoršit idiopatické střevní záněty až ve 30 % případů.

Jakákoli psychická i fyzická zátěž může být spouštěcím faktorem zhoršení.

Infekční nemoci, které člověk prodělá a nejen trávicího traktu mohou způsobit akutní vzplanutí této nemoci.

Možnosti prevence. *Možnosti prevence.* [online]. ©2014 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/moznosti-prevence-1/>

1.9. Prognóza

Prognóza Crohnovy choroby je nejasná. V současnosti neexistuje a není k dispozici taková léčba, která by vedla k úplnému vyléčení Crohnovy choroby. U Crohnovy choroby záleží na oblasti a na rozsahu postiženého střeva a na komplikacích,

kteřá jsou spojená s tímto onemocněním. Onemocnění se může zhoršovat, nebo zůstává stabilní, střídá se období klidu (remise) s obdobími znovu vzplanutí (relaps). Snížená je i kvalita života u nemocných s Crohnovou chorobou.

Prevence Crohnovy choroby souvisí se zdravým životním stylem. Pacient může sám aktivně ovlivnit možné rizikové stavy a vlivy, aby zlepšil prognózu své nemoci.

1.10. Komplikace

S Crohnovou chorobou jsou spojené i komplikace, které tuto nemoc provází celý život. Důležité je si uvědomit, že zánět postihuje střevní stěnu do hloubky a poškozujee tím sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a serózu (povrchový kryt trávicí trubice).

Mezi komplikace patří:

Abscesy jsou ohraničené dutiny vyplněné hnisem, které mohou vzniknout kdekoli v těle, nejčastěji ale vznikají mezi střevními kličkami, okolo konečníku a v dutině břišní.

Píštěle jsou spojky mezi jednotlivými kličkami střevními, či mezi střevem a dalšími orgány, nebo mohou spojovat střevo s povrchem těla, tedy s kůží, atd. Časté jsou píštěle okolo konečníku a řitního otvoru.

Další komplikací Crohnovy choroby je *stenóza*. Kdy dochází k zúžení průsvitu střeva, s možností úplného uzavření střeva a následnou střevní neprůchodností.

Další možnou komplikací je krvácení, nebo peritonitida – zánět pobřišnice, která je vzácná (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ 2006).

2. Edukace a edukační proces

„Hlavním cílem edukace je: učit žáka jak žít život rozvíjením mysli a jak vycházet s realitou. Výchova, které je zapotřebí, spočívá v teorii a koncepci. Žák musí být vyučován v oblasti myšlení, porozumění, integrace a osvojování. Musí se naučit vybavit si základní znalosti a vědomosti z minulosti a naučit se novým pomocí jeho vlastního chtění.“

Ayn Rand

Pojem *edukace* (z latiny *educare*, *educare*) znamená vést vpřed, vychovávat. Tento pojem lze definovat také jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, jehož cílem je navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukací se rozumí výchova a vzdělávání jedince, kde se tyto dva pojmy navzájem prolínají a nelze je od sebe oddělit.

Vzdělávání je proces, při kterém si jedinec rozvíjí vědomosti, schopnosti, dovednosti a návyky. Výsledkem úspěšného vzdělávání je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace. V sociální skupině, národě nebo státě vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělání. Vzdělanost zahrnuje v sobě také určitou úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství a sociálně kulturní život společnosti.

Edukační proces můžeme pojmenovat jako činnost lidí, při které dochází k učení. K učení dochází záměrně – intencionálně, nebo nezáměrně – incidentálně. Tyto procesy probíhají od prenatálního života až do smrti. Takovým příkladem edukačního procesu nám může být osvojení si mateřského jazyka dítětem (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukační proces má čtyři determinanty:

- edukanti a jejich charakteristika
- edukátor
- edukační konstrukty
- edukační prostředí

Edukantem je subjekt učení bez rozdílu prostředí a věku, ve kterém edukace probíhá. Nejčastějším subjektem učení ve zdravotnickém zařízení bývá zdravý, nebo nemocný pacient. Ke každému edukantovi přistupujeme individuálně, jelikož je to osobnost, která má své charakteristické vlastnosti. Mezi fyzické vlastnosti edukanta řadíme věk, pohlaví, zdravotní stav, mezi afektivní vlastnosti řadíme motivaci, postoje. A mezi kognitivní vlastnosti patří schopnost se učit. Charakteristiku edukanta může ovlivňovat také víra, etnická příslušnost, sociální prostředí, ve kterém člověk žije, a sociálně kulturní podmínky.

Edukátorem je nazýván aktér edukační aktivity. Ve zdravotnickém zařízení bývá nejčastějším aktérem lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut nebo nutriční terapeut.

Edukační konstrukty ovlivňují kvalitu ošetrovatelského procesu, ke kterým patří edukační materiály, standardy, plány, zákony a předpisy.

Edukační prostředí je místo, ve kterém se edukace uskutečňuje. Edukační prostředí ovlivňují určité ergonomické podmínky. Mezi ně patří například osvětlení, barva, zvuk, nábytek, hluk, klima a atmosféra edukace. Příkladem takového edukačního prostředí může být zdravotnické zařízení, škola, školka nebo domácí prostředí.

Edukační standard je důležité pravidlo pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Standard je předem plánovaná edukace pro pacienta. Nejčastěji se v praxi používají standardy pro pacienta s konkrétním onemocněním.

Ve zdravotnictví má edukace přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví nebo ke zkvalitnění života jedince.

Primární prevence se zaměřuje v edukaci na zdravé jedince, na prevenci nemocí, na zdraví prospěšná opatření, k udržení zdraví a zlepšení kvality života (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Sekundární prevence edukace je určena u již nemocných jedinců, u kterých se snažíme ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje tak, aby došlo ke kladnému vlivu na jeho uzdravení a nedošlo ke komplikacím. Především je edukace zaměřena na dodržování léčebného režimu a udržení soběstačnosti.

Terciární prevence edukace je zaměřena na jedince, kteří mají trvalé a nevratné změny ve svém zdravotním stavu. Je zaměřena na lepší kvalitu života, kterou u jedince lze ovlivnit edukací tak, aby nedošlo k dalším komplikacím.

Edukaci rozdělujeme na:

- základní
- reedukační
- komplexní

Základní edukace je taková, kde se jedinci předávají nové vědomosti a dovednosti a pacient je motivován ke změně žebříčku hodnot a postojů.

Za reedukační edukaci lze považovat takovou edukaci, kdy můžeme navázat na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Cílem je dále prohlubovat tyto vědomosti, dovednosti a postoje.

Za komplexní edukaci považujeme takovou edukaci, kdy jsou jedinci etapově předávány ucelené vědomosti a postoje ve zdraví prospěšných opatření, které vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. Tento typ edukace je často používán v kurzech (např. pro diabetiky).

Cílové skupiny edukace dělíme:

- *Nedeterminovaná skupina* je taková, která nemá jasně daná kritéria pro zařazení do edukace. Příkladem je skupina lidí, kteří právě sledují televizní program, věnující se problematice výživy.

– *Determinované skupiny*, jejichž zařazení do edukace podléhá, např. druhu onemocnění, věku. Příkladem této edukace jsou letáky určené diabetikům (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

2.1. Fáze edukačního procesu

Edukační proces se dělí na pět fází:

Fáze začínající pedagogické diagnostiky

Edukátor se snaží v této fázi zjistit úroveň vědomostí, dovedností a návyků edukanta a zjišťuje jeho edukační potřeby. Pro zajištění potřebných informací se využívá rozhovor nebo pozorování. Tato fáze začínající pedagogické diagnostiky je důležitá pro stanovení budoucích cílů edukace.

Fáze projektování

Edukátor má zde snahu naplánovat cíle, zvolit obsah edukace, formu, metody, pomůcky, časový harmonogram a způsob edukace.

Fáze realizace

Prvním a důležitým krokem v této fázi je motivace edukanta, ať už vnitřní nebo vnější motivace. Na motivaci navazuje expozice, u nichž se edukantům zprostředkovávají nové poznatky. Edukant se v této fázi aktivně podílí. Na expoziční fázi navazuje fixace, kde je důležité, aby edukant získané vědomosti a dovednosti procvičoval, opakoval a tím navazoval na předchozí vědomosti a dovednosti. Na fixační fázi se váže diagnostika, která by měla otestovat a prověřit pochopení daného učiva a zájem edukanta. Pak následuje aplikace, ve které se snažíme, aby edukant uměl získané vědomosti použít.

Fáze upevnění a prohlubování učiva

Tato fáze je potřebná pro uchování informací a vědomostí v dlouhodobé paměti. Člověk většinou 50 % osvojeného učiva do druhého dne zapomene, a aby došlo k fixaci

vědomostí a informací, je důležité, abychom si učivo systematicky procvičovali a opakovali.

Fáze zpětné vazby

V této fázi se hodnotí výsledky edukanta a edukátora, kdy hodnocení výsledků mezi oběma stranami dává možnost zpětné vazby.

Fáze edukačního procesu bychom měli přizpůsobit péči o nemocného v ošetrovatelském procesu (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

2.2. Edukační cíle

Zdravotník, který provádí edukaci, musí vědět, jakou změnu v dovednostech, vědomostech a postojích chce u pacienta vytvořit. Edukátorovi pomáhají správně formulované cíle edukaci dobře naplánovat. Edukační cíle lze charakterizovat jako očekávaný výsledek, kterého chceme u pacienta dosáhnout. Tento výsledek je pozitivní kvalitativní a kvantitativní změna ve vědomostech, postojích a dovednostech edukanta. Na konci edukace by měl být co nejmenší rozdíl mezi edukačním cílem a výsledkem edukace.

Cíle dělíme na *krátkodobé* (např. jednotlivé edukační lekce) a *dlouhodobé* (např. cíl celé edukace u jednotlivého klienta). Dále máme cíle *nižší* a *vyšší*.

Správně stanovený cíl splňuje podmínku *přiměřenosti* (odpovídá schopnostem daného jedince, cíl by měl být splnitelný), *jednoznačnost* a *kontrolovatelnost* (cíle není možné vyložit několika různými způsoby, možnost zkontrolovat dosažené cíle), *konzistentnost* (nesmí být rozpor mezi hlavním edukačním cílem a mezi cílem jednotlivých edukačních lekcí) a *komplexnost* (hlavnímu cíli, ze kterého vycházejí, jsou podřízeny cíle jednotlivých lekcí).

Cíle mají působit na celou stránku osobnosti edukanta, tudíž na oblast kognitivní (vědomostní), afektivní (rozvoj osobnosti pacienta a ovlivnění jeho postojů) a psychomotorickou oblast (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Kognitivní (vzdělávací) cíle

Klasifikace je podle B. S. Blouma, který rozděluje cíle do šesti kategorií:

Znalost (zapamatování) - edukanti jsou schopni si vybavit pojmy, termíny, učivo. Nejčastěji se pro formulaci cílů používají slovesa napsat, definovat, opakovat, popsat, napsat, vysvětlit.

Porozumění - edukanti rozumí obsahu sdělení a dokážou vědomosti vhodným způsobem využít. Používají se zde následující slovesa: formulovat svými slovy, objasnit, opravit, vyjádřit svými slovy, zkontrolovat.

Aplikace je nejvíce používaná kategorie. Edukanti používají zde pojmy, metody a pravidla v nových situacích. Pro definici cílů je vhodné použít slovesa jako plánovat, aplikovat, diskutovat, navrhnout.

Analýza - edukanti umí objasnit a určit vztahy mezi jednotlivými prvky. Můžeme použít následující slovesa: analyzovat, rozebrat, rozčlenit, udělat rozbor, najít vzájemné vztahy.

Syntéza - edukanti umí jednotlivé části a prvky skládat v celek, který pro ně předtím subjektivně neexistoval. Slovesa v hodná pro danou kategorii: navrhnout, kombinovat, shrnout, sjednotit, modifikovat, vytvořit obecné závěry.

Hodnotící posouzení - edukanti jsou schopni posoudit výtvary, dokumenty, způsoby řešení z hlediska vnitřních kritérií (vyplývají z toho, co posuzujeme) a vnějších kritérií (posuzované odpovídá požadovaným nárokům). Zde se používají nejčastěji tyto slovesa: zhodnotit, posoudit, zdůvodnit, prověřit, ocenit, porovnat.

Afektivní cíle

Zaměřují se především na oblast vytváření postojů, hodnot, přesvědčení a názorů. K afektivním cílům se používá klasifikace podle B. Kratwohlova.

Přijímání (vnímavost) - edukanti jsou schopni věnovat pozornost podnětům, které začínají postupně preferovat nad ostatními podněty.

Reagování - dochází ke zvýšenému zájmu o daný jev a činnost přináší uspokojení.

Oceňování hodnoty - hodnota je oceňována edukantem a je motivační silou člověka.

Integrovaní hodnot - hodnota je postupně začleňována do struktury a ostatních hodnot (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Začlenění systému hodnot do charakterové struktury – v charakteru edukanta získávají hodnoty dané místo, nejvyšší úroveň hierarchie. Není nutný emocionální podnět k vyvolání požadovaného chování.

Psychomotorické (výcvikové) cíle

Výsledkem je, že si člověk osvojí druh motorických návyků a zručností. Klasifikace psychomotorických cílů je podle R. H. Davea.

Imitace (nápodoba) - edukant pozoruje nějakou praktickou činnost, kterou poté napodobuje.

Praktické cvičení (manipulace) - edukant umí vykonávat požadovanou činnost na podkladě slovního návodu a je schopen zvolit vhodnou činnost. Dochází k procvičování a následnému zdokonalování činnosti.

Zpřesňování - edukant požadovanou činnost vykonává prakticky samostatně. Postupem času se činnost stává přesnější a koordinovanější

Koordinace - edukant požadovanou činnost vykonává samostatně. Pohyby jsou přesné a koordinované.

Automatizace - edukant vynakládá na zautomatizovanou psychomotorickou činnost minimální energii při maximálním výkonu.

Zásady edukace

- *Zásada názornosti* – nejstarší didaktická zásada, je důležité zvolit takovou metodu a formu výuky, která respektuje a usnadní edukantovi proces učení. Platí tu stará moudrost:

„Co slyším, to zapomenu.

Co vidím, to si pamatuji.

Co si vyzkouším, tomu rozumím.“(Konfucius)

- *Zásada spojení teorie s praxí* – edukanti mají už určité zkušenosti, vědomosti dovednosti, postoje a edukátor by je měl znát jejich úroveň. Edukant, který získá prostřednictvím edukačního procesu vědomosti a dovednosti, by je měl v praktickém životě uplatnit (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

- *Zásada vědeckosti* – edukátor by měl vědět, že obsah vzdělávání má být v souladu se současnými objevy vědy, techniky, pedagogiky a zdravotnictví. Obsah je nutné vždy přizpůsobit schopnostem edukanta.
- *Zásada přiměřenosti* – rozsah, obsah a obtížnost učiva a zvolené metody jsou v souladu se současnými dovednostmi a vědomostmi edukanta. Edukant by měl získané vědomosti pochopit a umět je uplatnit v praxi. Znalosti předáváme postupně od jednoduššího ke složitějšímu.
- *Zásada aktuálnosti* – snažíme se získat informace, na jaké úrovni má edukant vědomosti, dovednosti, postoje a návyky. Tyto vědomosti, dovednosti, návyky a postoje dále opravujeme a doplňujeme tak, aby bylo zachováno zdraví edukanta.
- *Zásada zpětné vazby* – po dobu edukace získává edukátor vhodným způsobem informace od edukanta (např. kladením otázek). Edukant informacím rozumí, pamatuje si je a v praxi je umí uplatnit.
- *Zásada uvědomělosti a aktivity* – zásada ukazuje, aby edukant měl potřebu aktivně se zapojit do edukace. Využíváme vnitřní i vnější motivace edukanta a poskytneme mu možnost být aktivní (např. rozhovor). Edukant má zpětnou vazbu, dané učivo pochopí a uplatní v běžném životě.
- *Zásada individuálního přístupu* – ke každému edukantovi přistupujeme jednotlivě, musíme brát v potaz jeho psychický stav, individuální potřeby, sociální a kulturní odlišnosti, osobní zkušenosti.
- *Zásada soustavnosti* – předávání informací a vědomostí musí mít určitý systém. Edukátor navazuje na předchozí vědomosti, dovednosti edukanta a snaží se je více prohlubovat. Edukanta bychom měli vždy seznámit s cílem a obsahem probíraného učiva. Na konci edukace provedeme kontrolu, zda edukant pochopil probírané učivo.
- *Zásada trvalosti* – edukant je schopen si trvale zapamatovat získané dovednosti a vědomosti. Na trvalé vědomosti můžeme navázat další vědomosti a učební látka se dále procvičovala a opakovala.
- *Zásada kulturního kontextu* – zásada vychází z potřeby, že musíme při edukaci respektovat zvláštnosti individuálních kultur, pohlaví a sociálních skupin. Při edukaci musíme přihlídnout k těmto zvláštnostem (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Specifika ošetrovatelské péče na standartním oddělení

Monitorace:

- zjistíme dostatečné informace od pacienta, rodiny a zaměřujeme se především na vyprazdňování a projevy nemoci
- sledujeme zdravotní stav pacienta
- sledujeme hmotnost, výšku a BMI – Index tělesné hmotnosti a celkový vzhled pacienta
- kontrolujeme příjem a výdej tekutin, množství přijaté potravy
- monitorujeme fyziologické funkce a zaznamenáváme do dokumentace
- podáváme léky dle ordinace lékaře
- kontrolujeme žilní vstup a dle ordinace lékaře podáváme infuzní terapii
- sledujeme možné projevy infekce z důvodu zavedeného periferního žilního katetru
- sledujeme vedlejší a nežádoucí účinky léků
- sledujeme projevy bolesti a zaznamenáváme do dokumentace

Poloha, pohybový režim:

- pacientovi zajistíme klid na lůžku – tělesný i psychický
- informujeme pacienta o úlevové poloze
- zajistíme pomůcky pro úlevovou polohu
- poučíme pacienta o klidovém režimu

Hygiena, oblékání:

- u pacienta zhodnotíme úroveň soběstačnosti
- pravidelně provádíme hygienickou péči
- zajistíme pomoc pacientovi při základních ošetrovatelských činnostech (hygiena)
- zajistíme pomoc při oblékání
- zajistíme pravidelnou výměnu ložního prádla (SLEZÁKOVÁ, 2007)

Spánek a odpočinek:

- pacientovi zajistíme kvalitní a ničím nerušený spánek
- přes den pacienta dostatečně aktivizujeme
- pacientovi zajistíme domácí návyky před spaním
- vytvoříme vhodné prostředí před spaním
- dle ordinace lékaře podáváme hypnotika

Výživa:

- dle ordinace lékaře podáváme dietu, v akutní fázi podáváme nutriční nápoje
- sledujeme množství přijaté potravy a zaznamenáváme do dokumentace
- sledujeme příjem a výdej tekutin a zaznamenáme do dokumentace
- zajistíme kontakt s nutričním terapeutem

Vyprazdňování:

- sledujeme vyprazdňování stolice – frekvence, zápach, příměsi, vzhled, bolest při vyprazdňování a zaznamenáváme do dokumentace
- sledujeme závislost jídla na vyprazdňování stolice
- sledujeme vyprazdňování moče - množství, zápach, příměsi

Domácí péče:

- pacienta informujeme o významu dodržování léčebného režimu
- zajistíme spolupráci s nutričním terapeutem (SLEZÁKOVÁ, 2007)

3. Edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Cíle edukace:

- osvojit si nové vědomosti
- snížit riziko komplikací
- získat dostatečné vědomosti o nemoci

Téma: Edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Kazuistika pacienta

Dne 16. 1. 2014 byl neplánovaně přijat 24 letý pacient na chirurgické oddělení v UHN, přivezen rodinou. Pacient přijat pro dlouhotrvající bolest břicha, která přetrvává už několik dní a celkovou slabost. Nyní bolest břicha, zástava větrů. Pacient je po resekci ileoceka dne 6. 1. 2014 kvůli diagnóze Morbus Crohn, propuštěn 11. 4. 2014. V nemocnici bylo provedeno fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody např. ultrazvukové vyšetření, rentgenové vyšetření a CT. Následně byla stanovena diagnóza stav po resekci ileoceka pro Morbus Crohn. Pacient je přijat pro stabilizaci zdravotního stavu. Během hospitalizace zajištěna infuzní terapie, analgetika, dietní opatření. Subjektivně se cítí slabě, unaveně.

3.1. Fáze - posuzování

Základní údaje:

Jméno: X. Y

Pohlaví: muž

Věk: 24 let

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: stolař

Stav: svobodný

Zájmy a koníčky: jízda na kole, procházky, fotografování

Váha: 51 kg

Výška: 170 cm

BMI: 17,65 - podváha

Rasa: europoidní (bílá)

Etnikum: slovanské (české)

Fyziologické funkce:

TK: 140/ 85 mmHg

P: 80/ min

TT: 36,8 °C

D: 17/ min

Anamnéza:

Nynější onemocnění: dlouhotrvající bolest břicha, přetrvávající už několik dní, celková slabost, zástava větrů.

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, astigmatismus s korekcí brýlemi - refrakční vada, která snižuje zrakovou ostrost a znemožňuje rozeznávání různých detailů, operace: strumektomie 2006, úrazy: 0.

Alergická anamnéza: roztoči.

Abúzy: alkohol příležitostně, nekouří.

Farmakologická anamnéza: Pentasa (1-1-1), Apo-ome 20 mg (1-0-1), Euthyrox 100 mg (1-0-0).

Základní údaje:

Tělesný stav	kachektický, bez závažných změn
Mentální úroveň	orientován místem, časem, spolupracuje
Komunikace	dobrá
Zrak, sluch	pacient má sníženou zrakovou ostrost, kterou řeší nošením brýlí
Řečový projev	srozumitelný, dobrý projev
Paměť	paměť krátkodobá a dlouhodobá není poškozená
Motivace	přiměřený, má zájem o získání nových vědomostí
Pozornost	dobrá, přiměřená, zajímá se o svůj stav
Typové vlastnosti	pacient se vidí jako flegmatik a částečně jako sangvinik
Vnímavost	přiměřená
Pohotovost	reakce jsou přiměřeně rychlé

Nálada	pozitivní, někdy optimista
Sebevědomí	na střední úrovni, věří si částečně
Charakter	hodný, spolehlivý, upřímný, pravdomluvný, trpělivý
Poruchy myšlení	myšlení je jasné
Chování	přátelské, vlídné
Učení	typ – emotivní styl – vizuální, auditivní, logický postoj – má zájem o nové informace o svém onemocnění bariéry – celková slabost, strach, bolest, průběh nemoci

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb

posouzení podle Marjory Gordonové

1. Podpora zdraví: Pacient se léčí s výše uvedeným onemocněním. Nyní přichází pro dlouhotrvající bolest břicha a celkovou slabost. Pacient je ztotožněný se svým zdravotním stavem a doufá, že se jeho zdravotní stav zlepší a bude se moci co nejdříve vrátit domů, k rodině. Hospitalizaci na chirurgickém oddělení zvládá velmi dobře, neobjevují se u něj žádné psychické problémy, občas je smutný, klidný. Pacient je šikovný, má snahu bojovat s nemocí. Velkou oporou pro pacienta jsou rodiče a starší bratr. Pacient pravidelně dodržuje preventivní prohlídky u praktického lékaře a stomatologa.

2. Výživa: Pacient je kachektický, váží 51 kg, měří 170 cm, BMI = 17,65. Snaží se dodržovat správné stravovací návyky, dodržuje pitný režim, má racionální dietu, množství přijaté potravy je tři čtvrtě porce a na doporučení lékaře podáváme pacientovi vysokoenergetické nutridinky 2 - 3/den. Důležitá je pro pacienta dostatečná dávka bílkovin, která má vliv na psychiku pacienta. Pacient si už sám vysledoval snášenlivost jednotlivých potravin. Ví, které potraviny mu vyhovují a které naopak ne. Nemá rád luštěniny, syrovou zeleninu, ovoce, kyselé pokrmy – citrony, kyselé zelí. Má rád sladkosti, buchty. Přes den vypije 1 - 1,5 litru tekutiny, nejraději má vodu, ochucené minerálky, bylinkové čaje. Pacient nepije kávu, alkohol jen příležitostně.

3. Vylučování: nemá problém s močením, moč je bez příměsí. Vyprazdňování stolice v domácím prostředí je časté, udává průjem, který má asi 4/den. Nyní zástava větrů.

4. Aktivita, odpočinek: vzhledem ke zdravotnímu stavu pacient neprovozuje žádný aktivní sport. Rád jezdí na kole, chodí ven s kamarády, venčí psi, hraje hry na počítači, při kterých se odreaguje. Denně spí asi 8 hodin, bez potíží. Při přijetí na chirurgické oddělení dodržuje pacient klidový režim. Je z větší části soběstačný, spolupracuje, i přes celkovou slabost. Během hospitalizace si pacient krátí čas hraním her na notebooku, sledováním filmu na notebooku a posloucháním hudby.

5. Vnímání, poznávání: pacient je při vědomí, orientovaný místem, časem, osobou. Neudává potíže se sluchem, ale má zrakové problémy – sníženou zrakovou ostrost, kterou řeší nošením brýlí. Paměť neporušená. Udává chronickou bolest. O svém zdravotním stavu je informován ošetřujícím lékařem. Mezi velká přání pacienta patří zklidnění nemoci a návrat domů. Má nedostatečné informace o svém onemocnění, příčině, komplikacích a průběhu, které mohou Crohnovu nemoc doprovázet.

6. Sebepojetí: pacient se hodnotí jako flegmatik a částečně sangvinik. Jeho pohled na život je vyrovnaný, obezřetný a bere věci tak, jak jsou. Pacient je spolupracující, klidný, zdvořilý, zodpovědný. Jeho pohled na život je spíše pozitivní. Má snahu bojovat s nemocí. Zapojuje se do ošetřovatelské péče a spolupracuje.

7. Role, vztahy: pacient pracuje jako stolař, žije v rodinném domě s rodiči ve Květné na Uherskobrodsku, kde mají zahradu, pole. Často se navštěvují s rodinou, příbuznými a kamarády. Rodinné vztahy jsou dobré. Do nemocnice ho chodí navštěvovat matka, otec i bratr. Společenský kontakt se svými blízkými, přáteli je výborný. Spolupracuje s personálem.

8. Sexualita: nemá přítelkyni a netrpí žádným onemocněním.

9. Zvládání zátěže: pacient ve svém životě neudává žádné důležité změny. Udává jen zhoršení zdravotního stavu. Nyní ho zatěžuje nemoc, kterou trpí. Pokud u něj nastane problém, snaží se ho vyřešit sám, nebo s rodinou a to co nejdříve.

10. Životní hodnoty: pacient má nějaké plány do budoucna, nyní by chtěl jít už domů. Má ve svém životě svůj žebříček hodnot a to: zdraví, rodina, láska.

11. Bezpečnost, ochrana: pacienta negativně ovlivňuje nemocniční prostředí, nejbezpečněji se cítí doma ve svém prostředí se svou rodinou, příbuznými a kamarády.

12. Komfort: občas je pacient smutný, unavený, slabý, ale má snahu dále bojovat s nemocí.

13. Jiné (růst a vývoj): růst a vývoj pacienta je fyziologický.

Profil rodiny

Pacient je svobodný, bydlí v rodinném domě s rodiči, rodinné vztahy jsou dobré, otec (55 let) zdravý, matka (51 let) se léčí pro Crohnovu chorobu, má jednoho sourozence, který je zdravý. Pacient vystudoval střední školu a pracuje ve firmě jako stolař.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

Často se schází se svou rodinou, blízkými, sousedy i kamarády. Rodinné vztahy jsou dobré. Do nemocnice ho chodí navštěvovat matka, otec i bratr. Kontakt s přáteli, blízkými je výborný. Finanční situace a sociální zázemí v rodině je dobrá.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Životní styl pacienta je pestrý. Snaží se dodržovat správné stravovací návyky. Sám už ví, které potraviny může jíst a které mu dělají naopak problém. Nemá rád ovoce, syrovou zeleninu, luštěniny, kyselé pokrmy – citrony, kyselé zelí. Rád si dopřeje sladkosti, buchty. Příjem tekutin je 1 – 1,5 litru tekutiny za den. Denně spí asi 8 hodin, se spánkem potíže nemá. Chodí spát cca ve 22 hod, před usnutím sleduje filmy. Rád venčí psi, chodí ven s kamarády, jezdí na kole, fotografuje, pomáhá rodičům s běžnými domácími pracemi.

Kultura: chodí rád na procházky, jezdí na kole, fotografuje

Náboženství: římskokatolické vyznání, snaží se navštěvovat každou sobotu bohoslužbu

Hodnota: jeho žebříček hodnot je: zdraví, rodina, láska

Postoj k nemoci: s touto nemocí má nějaké zkušenosti, ale neví, co má přesně očekávat. Ví, že jednou se cítí dobře a jednou mu je zase špatně.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina je schopna spolupracovat, komunikovat, pomáhat a psychicky podporovat pacienta. Je dále schopna se rychle rozhodovat a řešit krizové situace. Největší oporou má pacient ve své matce, která trpí stejnou nemocí, jako on.

Porozumění současné situace rodinou

Rodiče jsou informováni o zdravotním stavu a prognóze pacienta a jsou schopni spolupracovat při léčbě. Matka velmi dobře rozumí současnému zdravotnímu stavu pacienta.

Abych zjistila, co všechno ví pacient o Crohnově chorobě, použila jsem vstupní test, který obsahuje následující otázky:

Vstupní test

Otázky	Ano/ne/nevím
Víte, co je Crohnova choroba?	nevím
Vyskytla se u Vás v rodině někdy Crohnova choroba?	ano
Znáte příčinu této nemoci?	ne
Umíte vyjmenovat příznaky Crohnovy choroby?	nevím
Víte o možnostech léčby Crohnovy choroby?	ne
Znáte průběh onemocnění?	ne
Víte, jaké mohou být komplikace Crohnovy choroby?	ne

Na základě vstupního testu zjišťujeme, že pacient nemá dostačující vědomosti o své nemoci. Nemá dostatek informací o vzniku a příčině nemoci, dále o příznacích a léčbě Crohnovy choroby. Také nemá dostačující vědomosti o průběhu nemoci a komplikacích, které mohou Crohnovu chorobu provázet. Vzhledem k tomu, že pacient má nedostatek vědomostí o své chorobě, rozhodli jsme se ho edukovat v dané problematice.

Motivace pacienta: je velmi dobrá, má zájem se učit, je motivovaný k tomu, aby získal nové informace, chce nabýt vědomosti o své chorobě. Chtěl by vědět více o příznacích, příčině a léčbě Crohnovy choroby. Chtěl by nabýt vědomosti o průběhu nemoci a komplikacích, které mohou Crohnovu chorobu provázet. K motivaci ho vede především rodina a zdravotnický personál.

3.2. Fáze - diagnostika

Deficit vědomostí:

- onemocnění
- příčina nemoci
- příznaky nemoci
- léčba nemoci
- průběh Crohnovy choroby
- komplikace Crohnovy choroby

Deficit v postojích:

- obavy z nemoci
- nejistota z vyléčení
- strach z hospitalizace
- obava z vnímání sám sebe
- strach z komplikací

Deficit zručnosti:

- v péči o cévní přístup

3.3. Fáze - plánování

Podle priorit: vzhledem k vyhodnocenému vstupnímu testu jsme si určili priority edukačního procesu

- o onemocnění
- o průběhu nemoci
- o komplikacích

Podle struktury: 3. edukační jednotky.

Záměr edukace:

- mít co nejvíce informací o nemoci
- znát příčiny nemoci
- vědět o příznacích, které provázejí nemoc
- mít informace o léčbě
- znát průběh Crohnovy choroby
- mít informace o komplikacích Crohnovy choroby
- respektovat psychosociální potřeby
- adaptace pacienta na změněnou životní situaci

Podle cílů:

- **Kognitivní:** pacient si osvojil vědomosti o svém onemocnění, vzniku, zná příznaky, příčinu a léčbu nemoci. Dále má dostačující informace o průběhu a komplikacích Crohnovy choroby.
- **Afektivní:** pacient chce a má zájem získat nové informace, chce se zúčastnit edukačního sezení, vytvoří si pozitivní přístup ke spolupráci.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, u lůžka pacienta na oddělení, důležité je zajistit klid soukromí a nerušenost.

Podle času: edukační proces je rozdělen do dvou dnů, edukace probíhá v odpoledních hodinách a dle zdravotního stavu pacienta. První dvě edukační jednotky byly realizovány 2. den hospitalizace, týkaly se daného onemocnění a průběhu této nemoci.

Podle výběru: rozhovor, vysvětlování, ukázka, výklad, učení, vstupní a výstupní test, písemné pomůcky, diskuze.

Edukační pomůcky: papír, tužka, písemné pomůcky, notebook, audiovizuální pomůcky, obrázky, edukační karty, informační letáky.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: prohlubující

Struktura edukace

- 1. Edukační jednotka:** Crohnova nemoc.
- 2. Edukační jednotka:** Průběh nemoci.
- 3. Edukační jednotka:** Komplikace Crohnovy choroby.

Časový harmonogram edukace:

- 1. Edukační jednotka:** 17. 2. 2014 od 15:30 do 16:20 (50 minut).
- 2. Edukační jednotka:** 17. 2. 2014 od 16:30 do 17:10 (40 minut).
- 3. Edukační jednotka:** 18. 2. 2014 od 15:00 do 15:40 (40 minut).

3.4. Fáze - realizace

1. Edukační jednotka

Téma edukace: Crohnova choroba

Místo edukace: u lůžka pacienta na oddělení

Časový harmonogram: 17. 2. 2014 od 15:30 do 16:20 (50 minut)

Cíl:

- **Kognitivní:** pacient získal přiměřené vědomosti o svém onemocnění, vzniku a příčině nemoci, má dostatečné informace o příznacích, které provázejí nemoc.
- **Afektivní:** pacient aktivně jeví zájem o přednesené informace, je spokojený s vědomostmi, které získal a uvědomuje si jejich důležitost.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, důležité zajistit klid soukromí a nerušenost.

Edukační metody: rozhovor, vysvětlování, výklad, debata, odpovědi na otázky pacienta.

Edukační pomůcky: papír, tužka, písemné pomůcky, edukační karty, obrázky, brožury, notebook.

Realizace 1. edukační jednotky:

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit, představit se, utvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou náladu, ujasnit pacientovi smysl získaných vědomostí, povzbuzovat pacienta ke spolupráci.
- **Expoziční fáze:** (25 minut)

Crohnova choroba: je chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, postihující kteroukoliv část od úst až po konečník. Nejčastěji se ale objevuje ve spojení tenkého střeva s tlustým. Typickým znakem je, že mezi jednotlivými segmenty mohou být určité úseky zcela zdravé. Zánět postihuje celou střevní stěnu – sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a serózu (povrchový kryt trávicí trubice). Příčina nemoci není známá. Lékaři se shodují na určitých rizikových faktorech, které onemocnění mohou vyvolat. Určitý

vliv na vznik Crohnovy choroby má životní prostředí, především životní styl, změna stravovacích návyků, kdy více přijímáme už zpracovanou stravu místo přirozené stravy. Změna složení stravy zhoršuje strukturu mikrobiálního osídlení trávicího traktu. Náchylnost k onemocnění se zvyšuje, pokud má pacient snížený imunitní systém, je ve stresu a má nějakou psychickou zátěž.

– Seznámení pacienta s příznaky nemoci

K prvním příznakům Crohnovy choroby patří bolest břicha, nejčastěji v pravém podbříšku, průjmovité stolice s přítomností krve a hlenů, které úzce souvisí s jídlem a váhový úbytek, který je důsledkem nižšího příjmu potravy. Typické jsou křečovitě bolesti, které se objevují 30 – 60 minut po jídle.

Příznaky mimostřevní:

K nejčastějším mimostřevním projevům patří kloubní záněty, bolesti kloubů, které mají stěhovavý charakter. Záněty rohovky a duhovky, které mohou vést až k poškození zraku. Typickým kožním příznakem je tzv. nodozní erytém, jsou to bolestivé, zarudlé ztvrdliny, které se vyskytují nejvíce na bérce a předloktí. Dále se setkáváme s neprospíváním, hubnutím a chudokrevností.

– Seznámit pacienta s léčebným režimem

Během hospitalizace Vám budou podávány léky, infuze a léčba určená Vašemu onemocnění.

V domácím prostředí budete užívat lék, který zmírňuje bolest – budete užívat lék, který má název Novalgin. Přípravek Novalgin užívejte přesně podle pokynů lékaře. Přípravek se používá k léčbě silné, náhlé nebo přetrvávající bolesti.

- **Fixační fáze:** (10 minut) podrobné zopakování důležitých informací o nemoci pacienta, souhrn opakovaných poznatků, vyzdvihnout závažnost onemocnění.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) při diskuzi zhodnotit zpětnou vazbu, pacientovi klademe kontrolní otázky a vyhodnocujeme správnost jejich odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Co je Crohnova choroba?

Jaké jsou příznaky Crohnovy choroby?

Víte, proč musíte užívat léky, které Vám předepisuje lékař

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacient byl dotazován několika kontrolními otázkami, jeho správné odpovědi nás překvapili a potěšili. Pacient ukázal, že získal základní vědomosti o nemoci, vzniku choroby, zná příčiny Crohnovy choroby a má dostatečné informace o příznacích, které provázejí nemoc. Pacient přistupoval zodpovědně k edukaci, koncentroval se na danou problematiku, projevil zájem o získání nových informací. V rámci debaty jsme se utvrdili, že obsah 1. edukační jednotky byl určitě správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 50 minut.

2. Edukační jednotka

Téma edukace: Průběh nemoci.

Místo edukace: u lůžka pacienta na oddělení.

Časový harmonogram: 17. 2. 2014 od 16:30 do 17:10 (40 minut).

- **Kognitivní:** pacient má vědomosti o průběhu nemoci.
- **Afektivní:** pacient aktivně jeví zájem o přednesené informace, je spokojený s vědomostmi, které získal a uvědomuje si jejich důležitost.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, důležité zajistit klid soukromí a nerušenost.

Edukační metody: rozhovor, vysvětlování, výklad, debata, odpovědi na otázky pacienta.

Edukační pomůcky: papír, tužka, písemné pomůcky, edukační karty, obrázky, brožury.

Realizace 2. edukační jednotky:

- **Motivační fáze:** (5 minut) vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou náladu, ujasnit pacientovi smysl získaných vědomostí, povzbuzovat pacienta ke spolupráci.
- **Expoziční fáze:** (20 minut)

Průběh nemoci: Nejčastěji se Crohnova choroba projevuje mezi 20. a 35. rokem a postihuje bez rozdílu muže i ženy. Ale důležitou roli zde hraje také genetická dispozice, která se projevuje zvýšeným výskytem této nemoci v rodině. Až 20 % pacientů, kteří se léčí s Crohnovou chorobou mají mezi svými příbuznými dalšího nemocného s touto nemocí. Crohnova choroba je velmi zatěžující. Jde o celoživotní chronické onemocnění, pro které je typické střídání klidového období (remise) s obdobím znovu vzplanutí (relaps). Zdravotní stav pacienta se mění podle střídání klidového období s obdobím znovu vzplanutí. To znamená, že pokud je pacient právě ve stresu, nebo prožívá nějakou psychickou zátěž a jeho imunitní systém je snížený, může propuknout období znovu vzplanutí. Tato období se střídají celý život.

- **Fixační fáze:** (10 minut) podrobné zopakování důležitých informací o průběhu nemoci pacienta, souhrn opakovaných poznatků, vysvětlení případných nedostatků.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) při diskuzi zhodnotit zpětnou vazbu, pacientovi klademe kontrolní otázky a vyhodnocujeme správnost jejich odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Které střídání období je typické pro Crohnovu chorobu?

Je genetická dispozice důležitá u Crohnovy choroby? A proč?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacient byl dotazován několika kontrolními otázkami, jeho správné odpovědi byly překvapující, svědčili o jeho pozornosti a potěšili nás. Pacient ukázal, že získal základní vědomosti o průběhu nemoci. Pacient k edukaci přistupoval odpovědně, koncentroval se na danou problematiku, projevil zájem o získání nových informací. V rámci debaty jsme se utvrdili, že bylo správné zvolit obsah 2. edukační jednotky. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 40 minut.

3. Edukační jednotka

Téma edukace: Komplikace Crohnovy choroby.

Místo edukace: u lůžka pacienta na oddělení.

Časový harmonogram: 18. 2. 2014 od 15:00 do 15:40 (40 minut).

Cíl:

- **Kognitivní:** pacient získal adekvátní informace o komplikacích Crohnovy choroby.
- **Afektivní:** pacient aktivně jeví zájem o přednesené informace, je spokojený s vědomostmi, které získal a uvědomuje si jejich důležitost.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, důležité zajistit klid soukromí a nerušenost.

Edukační metody: rozhovor, vysvětlování, výklad, debata, odpovědi na otázky pacienta.

Edukační pomůcky: papír, tužka, písemné pomůcky, obrázky, edukační karty, informační letáky.

Realizace 3. edukační jednotky:

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit, přivítat se s pacientem, utvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou náladu, ujasnit pacientovi smysl získaných vědomostí, povzbuzovat pacienta ke spolupráci.
- **Expoziční fáze:** (20 minut)

Komplikace Crohnovy choroby: Komplikace tuto nemoc provází celý život. Důležité je si uvědomit, že zánět postihuje střevní stěnu do hloubky a poškozují tím sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a serózu (povrchový kryt trávicí trubice).

Abscesy jsou ohraničené dutiny vyplněné hnisem, které mohou vzniknout kdekoli v těle, nejčastěji ale vznikají mezi střevními kličkami, okolo konečníku a v dutině břišní. Píštěle jsou spojky mezi jednotlivými kličkami střevními, či mezi střevem a dalšími orgány, nebo mohou spojovat střevo s povrchem těla, tedy s kůží, atd.

Další komplikací Crohnovy choroby je stenóza. Kdy dochází k zúžení průsvitu střeva, s možností úplného uzavření střeva a následnou střevní neprůchodností.

Další možnou komplikací je krvácení, nebo peritonitida – zánět pobřišnice, která je ale vzácná.

- **Fixační fáze:** (5 minut) podrobné zopakování důležitých informací o komplikacích Crohnovy choroby, souhrn opakovaných poznatků, vysvětlení případných nedostatků.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) při diskuzi zhodnotit zpětnou vazbu, pacientovi klademe kontrolní otázky a vyhodnocujeme správnost jejich odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Jak postihuje zánět střevní stěnu?

Jaké komplikace má Crohnova choroba?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacient byl dotazován několika kontrolními otázkami, jeho správné odpovědi byly překvapující a důsledné. Pacient ukázal, že získal základní vědomosti o komplikacích Crohnovy choroby. Pacient přistupoval k edukaci aktivně, koncentroval se na danou problematiku, projevil zájem o získání nových informací. V rámci debaty jsme se utvrdili, že bylo správné zvolit obsah 3. edukační jednotky. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 40 minut.

3.5. Fáze - vyhodnocení

V rámci závěrečného vyhodnocení edukačního procesu pacient vyplnil vědomostní test, ve kterém se otázky shodují se vstupním testem ve fázi posuzování.

Výstupní test

Otázky	Ano/ne/nevím	Ano/ne
Víte, co je Crohnova choroba?	nevím	ano
Vyskytla se u Vás v rodině někdy Crohnova choroba?	ano	ano
Znáte příčinu této nemoci?	ne	ano
Umíte vyjmenovat příznaky Crohnovy choroby?	nevím	ano
Víte o možnostech léčby Crohnovy choroby?	ne	ano
Znáte průběh onemocnění?	ne	ano
Víte, jaké mohou být komplikace Crohnovy choroby?	ne	ano

Po vyhodnocení vědomostního testu jsme zjistili, že pacient získal důležité vědomosti o Crohnově chorobě. Má dostatek informací o vzniku a příčině nemoci, dále o příznacích a léčbě Crohnovy choroby.

Pacient prokazuje vědomosti o průběhu nemoci a komplikacích, které mohou Crohnovu chorobu provázet.

Pacient je spokojen se získanými vědomostmi.

Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách, které byly pro pacienta srozumitelné, výborně při edukaci spolupracoval a nechal si vše vysvětlit.

Edukační cíle (kognitivní a afektivní) byly splněny, edukace je ukončena, na základě splněných cílů.

Na základě odpovědí edukanta, které uvedl ve vstupním testu, a na základě stanovených cílů vyvozujeme, že realizace edukačního procesu byla úspěšná.

Edukace byla efektivní a zlepšila psychický stav a vědomosti pacienta.

4. Doporučení pro praxi

Doporučení pro všeobecné sestry:

- celoživotní vzdělávání
- znalost problematiky Crohnovy choroby
- trpělivost a empatický přístup k pacientům
- celkový pohled na pacienta
- správně motivovat pacienta
- edukace pacienta a jeho rodiny
- projevovat zájem o pacienta
- poskytnutí informací pacientovi a jeho blízkým

Doporučení pro pacienta:

- mít snahu bojovat s nemocí
- nestydět se hovořit o svém onemocnění otevřeně
- nechat své blízké, aby se zapojili a pomohli
- nevyhýbat se společnosti
- věnovat se dále svým koníčkům a zájmům
- najít lidi, kteří trpí stejnou nemocí a navázat s nimi kontakt
- dodržovat léčebný režim
- vyhýbat se psychické zátěži a stresovým situacím
- dostatek odpočinku a relaxace

Doporučení pro rodinu:

- základní vědomosti o problematice Crohnovy choroby
- psychicky podporovat nemocného
- být trpělivý
- projevovat zájem o nemocného
- zapojit pacienta do běžných domácích prací.
- nelitovat nemocného
- snažit se nemocného začlenit do společnosti

- podporovat a pomáhat bojovat s nemocí
- umožnit nemocnému dostatek odpočinku a spánku
- nestydět se za nemocného

Doporučení pro veřejnost:

- základní vědomosti o Crohnově chorobě
- respektovat a tolerovat nemocného
- být trpělivý
- psychicky podporovat nemocného
- podporovat a pomáhat bojovat

ZÁVĚR

Práce se zabývá Crohnovou chorobou a edukačním procesem u pacienta s Crohnovou chorobou. Crohnova choroba je zánětlivé onemocnění trávicí trubice a může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice od úst až po konečník. Typické pro Crohnovu chorobu je to, že postihuje celou střevní stěnu – sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a serózu (povrchový kryt trávicí trubice). Příčina Crohnovy choroby není známá. Jak uvádí odborná literatura, může jít o vzájemné působení mezi zevními faktory a genetickou dispozicí.

V jednotlivých kapitolách této bakalářské práce jsou popsány příčiny, klinický obraz, diagnostika a léčba Crohnovy choroby, dále jsou zmíněny rizikové faktory, komplikace, které doprovází toto onemocnění a v neposlední řadě se bakalářská práce zmiňuje o prevenci a prognóze Crohnovy choroby. Praktická část práce je zaměřena na edukaci pacienta, který trpí touto chorobou. Cílem edukace bylo, aby pacient získal základní vědomosti o nemoci, pomocí kterých by se zmenšili komplikace, které provází onemocnění.

V současné době se jedná o celoživotní nemoc, kterou nelze definitivně vyléčit. Léčba Crohnovy choroby se liší také podle toho, zda léčíme klidové období (remisi) nebo období znovu vzplanutí (relaps). Je tedy nutné vybírat pečlivě a individuálně nejvhodnější léčbu, která bude vyhovovat pacientovi. I nadále se zkoumá problematika Crohnovy choroby a nové možnosti léčby. Bohužel se ještě nenašel způsob léčby, který by toto onemocnění pomohl vyléčit. Je to tedy velká výzva pro současnou medicínu.

Závěrem lze říci, že cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANON. Diagnostika. *Crohnova nemoc*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/diagnostika.html>
2. ANON. Možnosti prevence. *Možnosti prevence*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-24]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/moznosti-prevence-1/>
3. ANON. Rizikové faktory, zhoršující průběh nemoci. *Možnosti prevence*. [online]. ©2014 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/moznosti-prevence-1/rizikove-faktory-zhorsujici-prubeh-nemoci.html>
4. ČERNÁNSKÁ, D. Crohnova choroba život nezkrátí, ale velmi nepříjemní. *Deník.cz*. [online]. ©2013 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/medicina/crohnova-choroba-zivot-nezkrati-ale-velmi-zneprijemni-20131012-63dd.html>
5. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*, 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 112 s. ISBN 978-80-7262-600-7
6. FREJ, D. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*, 1. vydání. Praha: Triton, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X
7. GABALEC, L. Interní medicína.cz. *pdfs*. [online]. ©2009 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>
8. GEISLEROVÁ, L. 2008. *Ošetrovatelská péče o pacienta s dg. diabetes mellitus*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetrovatelství.

9. HRABOVSKÝ J. a kol. *Chirurgie pro zdravotnické školy*, 2. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 444 s. ISBN 80-86861-49-X
10. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
11. KOHOUT, P. – PAVLÍČKOVÁ, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*, 1. vydání. Praha: Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-8
12. KOHOUT, P. a kol. *Výživa pacientů s idiopatickými střevními záněty*, 1. vydání. Maxdorf, 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2
13. LUKÁŠ, K. – ŽÁK, A. *Gastroenterologie a hepatologie*, 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6
14. SCHÖLMERICH, J. - HOPPE-SEYLER, P. - LAUSEN, M. *Ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, Otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. Freiburg: Falk Foundation, 2009. 54 s. ISBN 80-30-5-98-20.000
15. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*, 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-2040-1
16. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
17. VOKURKA, M. - HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*, Praha: Maxdorf, 2007. 519 s. ISBN 978-80-7345-262-9

PŘÍLOHY

Příloha A – Jídelníček	II
Příloha B – Edukační karta	IV
Příloha C – Index aktivity Crohnovy choroby – CDAI	V
Příloha D – Seznam IBD center	VI
Příloha E – Komplikace Crohnovy choroby	IX
Příloha F – Rešerše v anglickém jazyce	X

Jídelníček

Pondělí

Snídaně:	Toust se šunkou a sýrem
Svačina:	Banán v bílém jogurtu
Oběd:	Drožd'ová polévka Vepřové kostky, dušená mrkev s mačkanými brambory
Svačina:	Rýžový chlebiček s kozím sýrem
Večeře:	Krupicová kaše

Úterý

Snídaně:	Tvarohová pomazánka, bílý chléb
Svačina:	Probiotický nápoj
Oběd:	Rajčatová polévka s těstovinou Pstruh na másle, bramborové pyré a dušená zelenina
Svačina:	Sýrové jednohubky, džus
Večeře:	Rizoto s kuřecím masem

Středa

Snídaně:	Omeleta se sýrem a toustem
Svačina:	Vánočka s máslem a medem
Oběd:	Celerová polévka Cannelloni se špenátem přelité sýrovou omáčkou
Svačina:	Bílý chléb s krutí paštikou
Večeře:	Těstovinový salát s kuřecím masem

Čtvrtek

Snídaně:	Corn Flakes s banánovým mlékem
Svačina:	Obložený chlebiček
Oběd:	Frankfurtská polévka Tvarohový nákyp
Svačina:	Ovocný jogurt, rohlík
Večeře:	Sekaná pečeně, bramborová kaše

Pátek

Snídaně:	Lívance z ovesných vloček
Svačina:	Pomazánka z taveného sýra, rohlík
Oběd:	Bramborová polévka jemná Pečené kuře, dušená rýže a hruškový kompot
Svačina:	Zakysaná smetana
Večeře:	Špenátové lasagne s kuřecím masem

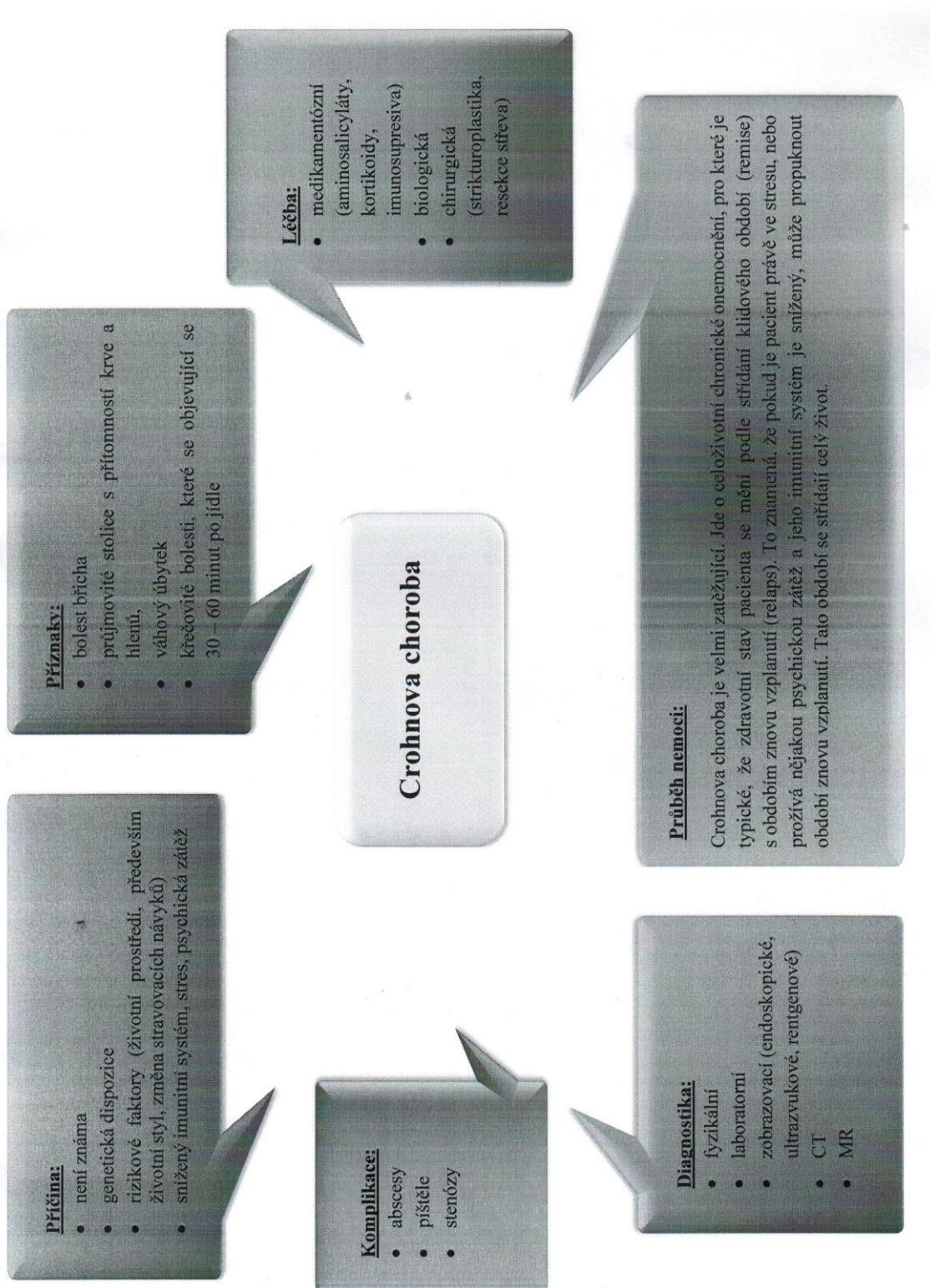
Sobota

Snídaně:	Toustový chléb s rybí pomazánkou
Svačina:	Banán
Oběd:	Polévka s krupicovými noky Kruťí dušené maso na zelenině, dušená rýže
Svačina:	Vanilkový puding s piškoty
Večeře:	Telecí hašé, vařené brambory

Neděle

Snídaně:	Šunková pěna, rohlík
Svačina:	Lučina se strouhaným jablkem
Oběd:	Slepičí vývar s masem a nudlemi Přírodní telecí řízek, bramborové dukátky
Svačina:	Ovocný jogurt
Večeře:	Losos s ratatouille, bylinková bagetka

Příloha B – Edukační karta



Příloha C – Index aktivity Crohnovy choroby

Příloha č. 20 Index aktivity Crohnovy choroby - CDAI (Crohn's Disease Activity Index)

Tab. 32: CDAI (Crohn's Disease Activity Index)

Klinická / laboratorní proměnná	Hodnota x váha
1 Počet tekutých nebo řídkých stolic za den v posledním týdnu	<input type="checkbox"/> x 2
2 Bolest břicha (hodnocena na stupnici 0-3) v posledním týdnu	<input type="checkbox"/> x 5
3 Celkový stav, subjektivně hodnocen od 0 (dobrý) do 4 (špatný) v posledním týdnu	<input type="checkbox"/> x 7
4 Přítomnost komplikací *	<input type="checkbox"/> x 20
5 Užívání Immodia či opiátů proti průjmům	<input type="checkbox"/> x 30
6 Přítomnost břišní masy (0 není, 2 podezření, 5 určitě)	<input type="checkbox"/> x 10
7 Hematokrit <0.47 u mužů a <0.42 u žen	<input type="checkbox"/> x 6
8 Procentní odchylka od standardní hmotnosti	<input type="checkbox"/> x 1
Spočítat výsledek	

* Po bodu je přidáno za každou skupinu komplikací:

- bolest kloubů (artralgie) nebo dg. artritidy
- iridocyklitida, uveitida
- erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, aftózní vředy
- anální fissury, píštěle, abscesy
- jiné píštěle
- horečka během minulého týdne

Remise Crohnovy nemoci je definována jako pokles CDAI pod 150.

Těžká Crohnova nemoc je definována jako hodnota CDAI >450.

Odpověď na léčbu Crohnovy nemoci je obvykle definována jako pokles CDAI o 70 a více bodů (Lambert, 2008).

Zdroj: Lambert, 2008

Příloha D – Seznam IBD center v České republice

Seznam IBD center a center biologické léčby IBD u dětí

Praha 1

- Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, Vlašská 36, 118 33 Praha 1

Praha 2

- Všeobecná fakultní nemocnice, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Pavel Fruhauf, CSc.

Praha 4

- Fakultní Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4;
- IKEM, Vídeňská 1958/9, 14021 Praha 4,

Praha 5

- Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 2, 150 30, Praha 5;
- Fakultní nemocnice Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5;
- Vedoucí dětské části centra: doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.

Praha 6

- Ústřední vojenská nemocnice, U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6;

Praha 7

- ISCARE, Jankovcova 1569/2C, 170 00 Praha 7

Praha 8

- Fakultní nemocnice Na Bulovce, Buřínova 2, 180 81 Praha 8.

Praha 10

- FN Královské Vinohrady, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

Brno

- Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, Jihlavská 20, 625 00 Brno, interní gastroenterologická klinika;
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Milan Bajer, Ph.D.
- Nemocnice Milosrdných bratří v Brně, Polní 3, 639 00 Brno, endoskopické centrum

České Budějovice

- Nemocnice ČB, B. Němcové 54/585, České Budějovice
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Ivana Ženišková

Hradec Králové

- Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové;
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Petr Dědek, Ph.D.
- Hepato – gastro centrum, Tř. Edv. Beneše 34/1549, 500 12 Hradec Králové

Jihlava

- Nemocnice Jihlava, p. o., Vrchlického 59, 586 33 Jihlava, interní odd. gastroenterologie
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Martin Zimen

Karlovy Vary

- Nemocnice Karlovy Vary, Bezručova 19, 360 66 Karlovy Vary

Kladno

- Nemocnice Kladno, Vančurova 1548, 272 59 Kladno

Liberec

- Krajská nemocnice Liberec, a. s., Husova 10, 460 63 Liberec

Olomouc

- Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 77520 Olomouc, II. Interní klinika gastroenterol. odd.
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Eva Karásková

Ostrava

- Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 00, Ostrava 8, interní klinika gastro oddělení
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Astrida Šuláková, Ph.D.

Pardubice

- Pardubická krajská nemocnice a. s., Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

Plzeň

- FN Plzeň – Lochotín, Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň
- Vedoucí dětské části centra: prof. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D.

Ústí nad Labem

- Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice, Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Lubomír Zahradníček

Vítkovice

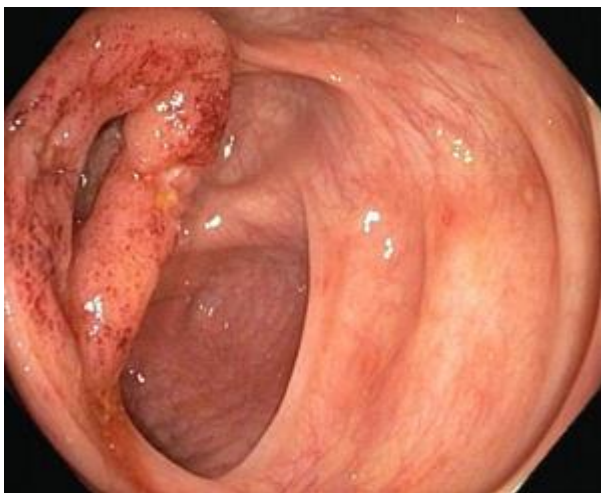
- Nemocnice Vítkovice, Zálužánského 15/1192, 703 84 Ostrava Vítkovice, gastroenterologické odd.

Zlín

- Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
- Vedoucí dětské části centra: MUDr. Lenka Ťoukálková

Zdroj: <http://www.crohn.cz/informace-o-lecbe/ibd-centra/ibd-centra-v-cr/>

Příloha E – Komplikace Crohnovy choroby



Zdroj: <http://kolonoskopie.cz/zajimave-nalezky/kolonoskopie-1/ibd/crohnova-choroba-kolonoskopie.aspx>

Příloha F – Rešerše v anglickém jazyce

1. [How qualitative studies can improve the quality of clinical studies.](#)

Feudtner C.

J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013 Sep;57(3):267-8. doi: 10.1097/MPG.0b013e3182a025d8. No abstract available.

PMID: 23783009 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[Related citations](#)

2. [YouTube and inflammatory bowel disease.](#)

Mukewar S, Mani P, Wu X, Lopez R, Shen B.

J Crohns Colitis. 2013 Jun;7(5):392-402. doi: 10.1016/j.crohns.2012.07.011. Epub 2012 Aug 18.

PMID: 22906403 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[Related citations](#)

3. [High smoking cessation rate in Crohn's disease patients after physician advice--the TABACROHN Study.](#)

Nunes T, Etchevers MJ, Merino O, Gallego S, García-Sánchez V, Marín-Jiménez I, Menchén L, Barreiro-de Acosta M, Bastida G, García S, Gento E, Ginard D, Martí E, Gomollón F, Arroyo M, Monfort D, García-Planella E, Gonzalez B, Loras C, Agustí C, Figueroa C, Sans M; TABACROHN Study Group of GETECCU.

J Crohns Colitis. 2013 Apr 1;7(3):202-7. doi: 10.1016/j.crohns.2012.04.011. Epub 2012 May 23.

PMID: 22626507 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[Related citations](#)

4. [Parents' information needs in tumor necrosis factor- \$\alpha\$ inhibitor treatment decisions.](#)

Lipstein EA, Lovell DJ, Denson LA, Moser DW, Saeed SA, Dodds CM, Britto MT.

J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013 Mar;56(3):244-50. doi: 10.1097/MPG.0b013e31827496c3.

PMID: 23059648 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[Related citations](#)

5. [Crohn's disease in adults and children.](#)

Ludlow H, Brennan M.

Nurs Times. 2012 Dec 11-2013 Jan 14;108(50):19. No abstract available.

PMID: 23350180 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[Related citations](#)

Zdroj: Středisko vědeckých informací KNTB, a. s.