

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ
S CROHNOVOU CHOROBOU V RANÉ DOSPĚLOSTI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JIŘINA RAISOVÁ

Praha 2015

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ
S CROHNOVOU CHOROBOU V RANÉ DOSPĚLOSTI**

Bakalářská práce

JIŘINA RAISOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2015



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

Raisová Jiřina
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

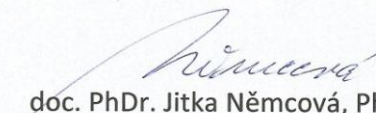
Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 3. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou
v rané dospělosti

*Complex Nursing Care for Patients with Crohn's Disease during Early
Adulthood*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat paní PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za její pomoc, trpělivost, čas a cenné rady, které mi byla ochotna poskytnout při zpracování bakalářské práce.

ABSTRACT

RAISOVÁ, Jiřina. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou v rané dospělosti*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2015. 70 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou v rané dospělosti. Teoretická část práce charakterizuje onemocnění, jeho patofyziologii, symptomy, diagnostiku, léčbu a specifika ošetrovatelské péče. Dále je práce zaměřena na ovlivnění pacientů tímto onemocněním v rané dospělosti. Na pacienta nahlížíme jako na bio-psycho-sociální jednotku. Nosnou částí práce je vypracovaná komplexní ošetrovatelská péče u pacienta v rané dospělosti s diagnostikovanou Crohnovou chorobou. Pacienti s touto diagnózou nejasné etiologie jsou často omezováni především v období aktivity onemocnění. O to více se toto omezení stupňuje v rané dospělosti.

Klíčová slova

Crohnova choroba. Komplexní ošetrovatelská péče. Pacient. Raná dospělost. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

RAISOVÁ, Jiřina. *Complex Nursing Care for Patients with Crohn's Disease during Early Adulthood*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2015. 70 pages.

The Theme of the Bachelor's thesis is complex nursing care for patients with Crohn's disease during early adulthood. Theoretical part of the thesis describes disease, pathophysiology, symptoms, diagnostic and treatment. The Thesis is focused on influence of the disease on the patients. The patient is viewed as bio-psycho-social entity. The base part of the thesis is complex nursing care for patient during early adulthood which was diagnosed by Crohn's disease. Diagnosed patient with unclear etiology is limited in acute phase of Crohn's disease in many cases. This limitation escalates in early adulthood.

Key words

Crohn's Disease. Complex Nursing Care. Patient. Early Adulthood. General nurse.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	12
1 CROHNOVA CHOROBA	14
1.1 ETIOLOGIE.....	15
1.2 SYMPTOMY.....	16
1.3 DIAGNOSTIKA	18
1.4 KOMPLIKACE	24
1.5 LÉČBA.....	27
1.6 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU.....	34
1.7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU	35
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU V RANÉ DOSPĚLOSTI	37
ZÁVĚR.....	67
SEZNAM LITERATURY	68
PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

APPE	appendektomie
ASCA	anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies
BMI	body-mass index
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CŽK	centrální žilní katétr
EBR	erytrocyty bez buffy-coatu resuspendované
ERCP	endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie
FL	femtolitr – dílčí vedlejší jednotka SI pro objem
GIT	gastrointestinální trakt
HRQoL	health related quality of life
IBD	inflammatory bowel disease
IBDQ	Inflammatory bowel disease questionnaire
IgA	imunoglobulin A
IgG	imunoglobulin G
IgM	imunoglobulin M
MCV	střední objem erytrocytu
MCHV	střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytu
MR	magnetická rezonance
pANCA	perinuclear anti-neutrophil cytoplasmic antibodies
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
PEV	parenterální výživa
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
RFIPC	rating form of IBD patient concerns
RTG	rentgen
SIP	sickness impact profile

TNF..... tumor necrosis factor
(VOKURKA, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anastomóza - uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány

Anemie - chudokrevnost

Anorektální - týkající se řiti a konečníku

Borborygmus – zvuk vznikající v břiše při pohybech plynu a tekutiny ve střevech

Calprotectin - leukocytární cytosolový protein, který se uvolňuje z leukocytů po jejich aktivaci nebo lýze

Cytokiny - látky bílkovinné povahy, produkované buňkami a sloužící k jejich vzájemnému ovlivňování a předávání informací.

Cytotoxiny - toxin poškozující buňky

Demyelinizace - ztráta myelinu z nervových vláken axonů.

Desaturace - chem. opak k saturaci

Erithema nodosum - onemocnění charakterizované výskytem červenofialových bolestivých uzlů

Extraintestinální - mimostřevní

Extrasfinkterické - probíhají zevně od svěračů

Flatulence - plynatost

Ileus - střevní neprůchodnost

Imunoglobuliny - protilátky

Imunokompromitovaný - ohrožen poklesem imunity

Imunosuprese - stav snížené imunity v důsledku léčby imunosupresivou

Keratitida - zánět rohovky

Koniotomie - protěti vazivové membrány hrtanu mezi štítnou a prstencovou chrupavkou

Kortikodependentní - závislý na kortikoidech, na jejich pravidelném přívodu

Malabsorbce - porucha vstřebávání živin

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

Perianální - v okolí řiti

Proktotomie - chirurgické odstranění konečníku

Proktitida - zánět konečníku

Pyoderma gangrenosum - chronicky probíhající ulcerózní onemocnění kůže

Relaps - opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období

Remise - vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé

Sakroileitida - zánět postihující křížokyčelní skloubení

Sideropenie - nedostatek železa v organismu

Sipping - upíjení tekutého definovaného dietetika

Sklerozující cholangitida - difúzní zánět a fibróza žlučových cest

Spondylarthritida - zánětlivé onemocnění kloubů vč. kloubů páteře

Stenóza - abnormální zúžení

Substituace - nahrazení

Teratogen - chemický nebo fyzikální faktor prostředí vyvolávající vznik vrozené vady

Transmurální – procházející celou stěnou

Ulcerace - vznik vředu, zvrhedovatění

(VOKURKA, 2009)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybrali pacienta s Crohnovou chorobou, jelikož incidence onemocnění má trvale vzestupnou tendenci. Incidence onemocnění v ČR dle Horáka (2013) je 2–4 onemocnění na 100 000 obyvatel.

Nejčastěji se s první diagnostikou onemocnění setkáváme u pacientů v rané dospělosti, tedy mezi 20.–30. rokem života (SVITKOVÁ, 2014).

Toto období je dle Langmeiera (2006) významné dokončením studia, následným nástupem do práce, hledáním stálého partnera a založením rodiny. Samotné onemocnění (především v období relapsu) a s ním související častá hospitalizace a vyrovnávání se s onemocněním pacientovi neumožňuje plně se realizovat. Toto onemocnění tedy představuje pro pacienta velkou zátěž.

Etiologie této choroby není zcela objasněna, proto nelze určit prevenci ani léčbu, můžeme léčit pouze její příznaky. Onemocnění má chronický, dlouhodobý průběh, dochází ke střídání remise a relapsu (KOHOUT, 2006).

V teoretické části se zaměříme na medicínskou a ošetrovatelskou problematiku pacientů s Crohnovou chorobou. Zároveň budeme mapovat psychosociální problematiku s ohledem na holistickou péči. V teoretické části bakalářské práce popíšeme základní charakteristiku onemocnění, jeho projevy, diagnostiku, léčbu, patogenezi a komplikace s ním spojené.

Praktická část se zabývá komplexní ošetrovatelskou péčí u vybraného pacienta hospitalizovaného ve fakultní nemocnici. Systém zhodnocení provádíme pomocí třinácti ošetrovatelských domén NANDA Internacionál 2012-2014. Jako metodu práce využíváme ošetrovatelský proces dle koncepčního modelu Marjory Gordon, a to ve všech pěti krocích.

Cílem práce je navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče u vybraného pacienta s Crohnovou chorobou v rané dospělosti a zjistit, do jaké míry onemocnění ovlivňuje pacienta v tomto věkovém období.

Práce je určena pro všeobecné sestry a nelékařské pracovníky. Bude sloužit jako informační zdroj, ve kterém se sestry seznámí s problematikou onemocnění a se specifiky ošetrovatelské péče u pacientů s Crohnovou chorobou.

Výstupem bakalářské práce bude zpracována informačně/motivační brožura pro pacienty s Crohnovou chorobou.

1 CROHNOVA CHOROBA

„Crohnova choroba a colitis ulcerosa patří mezi tzv. idiopatické střevní záněty“ (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006, s. 228).

Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění gastrointestinálního traktu neznámé etiologie. Crohnova choroba může postihovat celou trávicí trubici od dutiny ústní až po konečník. Nejčastěji však postihuje oblast tenkého, či tlustého střeva, méně často postihuje oblast konečníku. Případy výskytu Crohnovy choroby v ústech a jícnu jsou popsány pouze u několika pacientů na celém světě. U Crohnovy choroby nemůže dojít k úplnému vyléčení pacienta, pouze se chronicky střídá období relapsů a remisí. Ulcerózní kolitida může být definitivně vyřešena resekcí tlustého střeva (KOHOUT, 2006).

Na rozdíl od ulcerózní kolitidy, která postihuje pouze tlusté střevo (přesněji pouze jeho sliznici), Crohnova choroba postihuje celou střevní stěnu, jedná se o tzv. transmurální postižení. Proto má sklony k tvorbě stenóz, píštělí a abscesů. U Crohnovy choroby se střídají úseky zdravé a postižené trávicí trubice. Trávicí trubice je tedy zasažena pouze segmentárně (KOBBER, 2014).

Onemocnění se může objevit v jakémkoliv věkovém období, nejčastěji se však diagnostikuje u pacientů v rané dospělosti, tedy mezi 20.–30. rokem života (KOBBER, 2014).

Toto věkové období je významné dokončením studia, následným nástupem do práce, hledáním stálého partnera a založením rodiny. Samotné onemocnění, a s ním související častá, dlouhodobá hospitalizace a vyrovnávání se s nemocí pacientovi neumožňuje plně se realizovat (LANGMEIER, 2006).

Crohnova choroba nepostihuje pouze trávicí trubici. U pacientů se často objevují tzv. extraintestinální manifestace, což znamená, že se onemocnění

projevuje i mimo gastrointestinální trakt, a to na kloubech, kostech, ledvinách, játrech, kůži a očích (KOHOUT, 2006).

1.1 ETIOLOGIE

Crohnova choroba je řazena mezi autoimunitní, nespecifické střevní záněty, což znamená, že její příčiny jsou doposud neznámé, a proto nemůžeme určit prevenci ani léčbu onemocnění (KOHOUT, 2006).

Kohout (2006) uvádí, že dochází k poruše komunikace imunitního systému s tkání střevní stěny, kdy imunitní systém reaguje neadekvátně na tkáň. Toto tvrzení potvrzuje i Horák (2013).

V dnešní době je zkoumána účast zánětlivých mediátorů, především TNF, v patogenezi onemocnění (HORÁK, 2013).

Jako spouštěcí moment onemocnění se zvažují i infekční onemocnění. (ČERVENKOVÁ, 2009).

Na vzniku onemocnění se může podílet také IV. typ alergické reakce zprostředkované cytotoxickými T-lymfocyty, rovněž je v krvi zvýšené množství imunoglobulinů (IgA, IgM a IgG). Největší procento studií však dokazuje, že dochází k nepřiměřené imunitní reakci (VOKURKA, 2012).

Aby byl náš výčet faktorů, podílejících se na vzniku tohoto onemocnění, komplexní, nelze opomenout soubor faktorů zmíněných Kolektivem autorů (2011) a Červenkovou (2009):

- **dědičnost:** trpí-li jeden z rodičů Crohnovou chorobou, zvyšuje se riziko vzniku onemocnění u potomků třikrát až pětkrát, trpí-li onemocněním oba rodiče je u potomků riziko vzniku padesátkrát větší než u dětí rodičů zdravých,

- **stravovací návyky:** nevhodné uchovávání a úprava potravin, nedostatek vlákniny v potravě, nadbytek cukrů, používání barviv a konzervačních látek,
- **používání některých léků:** antibiotika, hormonální antikoncepce a nesteroidní antirevmatika,
- **kouření,**
- **infekce,**
- **stres a nedostatek spánku:** dlouhodobý stres může změnit schopnost imunitního systému reagovat na běžné podněty.

Crohnovu chorobu tedy řadíme mezi civilizační choroby, které vznikají díky rychlým změnám vnějšího prostředí a životního stylu (ČERVENKOVÁ, 2009), (PRAŠKO, 2010).

1.2 SYMPTOMY

Projevy onemocnění jsou různorodé. Záleží na lokalizaci a míře zánětu. Symptomy rozdělujeme na celkové, na trávicím traktu a symptomy dle lokalizace zánětu (ČERVENKOVÁ, 2009).

Onemocnění probíhá v tzv. relapsech a remisích. Relapsům se snažíme předcházet tzv. udržovací léčbou (KOHOUT, 2006).

Ke zjištění aktivity nemoci můžeme použít Bestův index, kde využíváme subjektivní informace od pacienta, údaje stanovené lékařem a vyšetření krve (KOHOUT, 2006).

Celkové projevy Crohnovy choroby uvádí ve své knize například Červenková (2009), na některých z nich se shoduje i Josafat (2014) :

- **zvýšená tělesná teplota** je typickým projev zánětu, teplota se pohybuje pod 38,5 °C, při prudkém průběhu s komplikacemi může být i vyšší,

- **pokles hmotnosti až malnutrice** vzniká v důsledku zánětu, při kterém dochází k postižení střevní stěny a tím k poruše vstřebávání živin, tzv. malabsorbci,
- **únavu,**
- **poruchy růstu** především u dětí,
- **malátnost.**

Projevy na trávicím traktu:

- **bolest** - objevuje se většinou křečovitá bolest v závislosti na příjmu potravy v oblasti pupku nebo trvalá tupá bolest v pravém podbřišku, kdy může napodobovat apendicitidu,
- **průjmy** - pacient trpí silnými průjmy, pokud je však onemocnění lokalizováno na tenkém střevě, průjmy se nemusejí objevovat vůbec; zánět v oblasti tenkého střeva může způsobit opakovaný ileus; postižení perianální oblasti může být doprovázeno inkontinencí stolice; při postižení tlustého střeva a ileocekální oblasti se objevují časté průjmy s příměsí hlenu, méně často i krve; v období relapsu může mít pacient 20 a více průjmovitých stolic za den,
- **flatulence, říhání a výrazné střevní zvuky,**
- **perianální projevy** - svědění, pálení a bolest v oblasti konečníku,
- **zvracení,**
- **pálení žáhy,**
- **nauzea,**
- **tvorba aft** v dutině ústní (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Projevy dle lokalizace zánětu

Tenké střevo: postižení tenkého střeva se projevuje bolestmi břicha 1-2 hodiny po jídle provázenými výraznými střevními zvuky. Dochází k hubnutí, vzniku anemie a k neprospívání pacienta. Hrozí zde opakované ileózní stavy (ČERVENKOVÁ, 2009).

Ileocekální oblast: zánět této oblasti se vyskytuje až u 40 % pacientů. Projevuje se častými průjmy (3–6 stolic za den), zvýšenou teplotou, hubnutím a bolestí břicha (ČERVENKOVÁ, 2009).

Bolest může mít dvojitý charakter: trvalá tupá bolest v pravém podbřišku nebo kolikovitá bolest v oblasti pupku projevující se v závislosti na příjmu potravy. Mohou být přítomné výrazné střevní zvuky, říhání a nadýmání. Zánětlivý infiltrát v ileocekální oblasti se může projevovat hmatnou tuhou rezistencí v oblasti jámy kyčelní (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Tlusté střevo: zde dominuje vysoká zánětlivá aktivita, teploty, průjmy s příměsí hlenu, občasně i krve. Křečovitě bolesti jsou v těsné vazbě na vyprazdňování, bolest se objevuje v oblasti pod pupkem. Mohou vzniknout perianální hnisavé projevy jako píštěle a abscesy (KOLEKTIV AUTORŮ, 2011).

Anorektální oblast: postižení anorektální oblasti je často doprovázeno hnisavými projevy v oblasti konečníku. Prognóza při postižení anorektální oblasti je nepříznivá kvůli vleklému a agresivnímu průběhu (ČERVENKOVÁ, 2009).

Vždy se zde projevují komplikace jako abscesy, píštěle a vředy v řitním kanále. Bolesti v oblasti konečníku způsobují nejen výše jmenované komplikace, ale také infiltrované anální papily (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Jak uvedl Horák (2013, s. 205) „Konečník bývá postižen až u 40 % nemocných, obvykle současně s jinou etáží trávicího traktu. Samotné postižení konečníku je méně časté, pohybuje se kolem 10 %.“

1.3 DIAGNOSTIKA

Diagnostika Crohnovy choroby je založena na několika vyšetřeních: anamnéze a fyzikálním vyšetření, laboratorním, ultrasonografickým, endosonografickým a endoskopickým vyšetření. Dále

se diagnostika opírá o kontrastní rentgenové a zobrazovací metody. Na tomto rozdělení se shoduje Kohout (2006) s Kolektivem autorů (2012b).

Anamnéza a fyzikální vyšetření

Každé vyšetření by mělo počínat anamnézou, tedy důkladným rozbořem problémů pacienta a fyzikálním vyšetřením lékařem (pohledem, poslechem, poklepem, pohmatem a vyšetřením per rectum prováděné dle stavu pacienta). Fyzikální vyšetření se zaměřuje především na oblast břicha a konečníku. Lékař pozoruje výskyt typických mimostřevních projevů Crohnovy choroby (KOHOUT, 2006).

Anamnézu můžeme rozdělit na několik částí: osobní anamnéza, rodinná anamnéza, gynekologická anamnéza u žen, urologická anamnéza u mužů, farmakologická anamnéza, alergologická anamnéza, pracovní anamnéza, sociální anamnéza a abúzus (ŠPINAR, 2013).

Laboratorní vyšetření

Vyšetření krve: v laboratorním rozboru krve nalézáme typické projevy zánětu – zvýšenou sedimentaci, zvýšené hladiny bílých krvinek a krevních destiček, zvýšené CRP. Dále se objevuje anemie a sideropenie. Pokud pacient trpí malabsorbčním syndromem, ke kterému dochází při rozsáhlém zánětu střeva, nalézáme nízkou hladinu bílkovin a ostatních ukazatelů stavu výživy (KOHOUT, 2006).

Imunoglobuliny ASCA a pANCA se vyskytují cca u 60 % pacientů. Jejich přítomnost není zcela objasněna, nepřítomnost ovšem nevylučuje diagnózu. Toto vyšetření se provádí na základě endoskopického či histologického nálezu. Má pouze pomocný význam (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Vyšetření stolice: odebírá se vzorek stolice na stanovení calprotektinu, což je bílkovina, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě. Její zvýšená hodnota je známkou zánětu střevní sliznice (ČERVENKOVÁ, 2009).

Mikrobiologické a parazitologické vyšetření je vhodné pro vyloučení infekčního původu střevního zánětu (KOHOUT, 2006).

Ultrasonografické vyšetření

Ultrasonografie je neinvazivní vyšetření, kterým lze zobrazit většinu orgánů dutiny břišní včetně střev. Využívá různorodost tkání neboli jejich různé schopnosti propouštět či odrážet zvukové vlny. Vyšetření trvá přibližně 10 minut. Pacient se připravuje minimálně osmihodinovým lačněním. Lékař přikládá na břicho ultrazvukovou sondu, která vysílá a zpětně přijímá mechanické vlnění. Ultrazvukem lze vyšetřit část tenkého střeva, ileocekální oblast a tlusté střevo. Samotným ultrazvukem nelze stanovit definitivní diagnózu, využívá se především k vyloučení akutních komplikací a posouzení odpovědi na léčbu. U lidí s obezitou je toto vyšetření nepřesné (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Endosonografie je vyšetření, při kterém je pomocí endoskopického přístroje zavedena ultrazvuková sonda do střeva. Zobrazí šíři střevní stěny, hloubku postižení střeva a struktury v blízkém okolí střeva (KOHOUT, 2006).

Dynamická kontrastní ultrasonografie. Toto vyšetření slouží k posouzení aktivity nemoci a odpovědi na podávanou léčbu při postižení terminálního ilea. Využívá se kontrastní látka, ta obsahuje mikrobublíny vzduchu, které se po dopadu ultrazvukového vlnění stlačují a rozpínají a tím vydávají silný sonografický signál. Zobrazuje se tedy mikrocirkulace dané oblasti, která úzce souvisí se stupněm aktivity zánětu. Jedná se o metodu, která prozatím není rozšířená v běžné klinické praxi (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Endoskopické vyšetření

Koloskopie je základní diagnostickou metodou idiopatických střevních zánětů. Vyšetření tlustého střeva a konce střeva tenkého probíhá flexibilním

endoskopem s možností odběru vzorku tkáně. Při tomto vyšetření může lékař provést malý chirurgický zákrok (KOHOUT, 2006).

Crohnova choroba vytváří na sliznici střeva tzv. reliéf dlažebních kostek, prosáklá zánětlivá sliznice je rozdělena hlubokými fisurami (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Aftózní vřed nacházíme pouze vzácně, často však nalézáme obraz proktitidy či ulcerace (HORÁK, 2013).

Pacient bývá při vyšetření analgosedován, v některých případech může být použita celková anestezie (na vyžádání, zejména u dětí, u lidí s nízkým prahem bolesti). Vyšetření trvá 15 až 60 minut (ČERVENKOVÁ, 2009).

Důležitou součástí vyšetření je příprava pacienta, při níž musí být střevo zbaveno všech zbytků potravy. Týden před vyšetřením je vhodné vysadit léky s obsahem železa. Pacient 2–3 dny před vyšetřením dodržuje bezezbytkovou dietu, den před vyšetřením je dovolena pouze tekutá výživa (bujóny, džusy). Odpoledne před koloskopií pacient pije projímadlo. Je nutné vypít 3–4 litry samotného roztoku Fortrans (KOHOUT, 2006).

Sigmoideoskopie je vyšetření konečníku a esovité kličky. Dnes nahrazuje rektoskopii. Příprava probíhá pouze klysmaty. Vyšetřováno je cca 50 cm střeva od řitního kanálu. Využívá se u pacientů s postižením konečné části tlustého střeva (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

ERCP se využívá při podezření mimostřevní manifestace Crohnovy choroby na slinivku břišní nebo žlučovody. Po nasondování žlučových a pankreatických cest probíhá vyšetření pomocí RTG a kontrastní látky. Jedná se o kombinaci rentgenologické a endoskopické zobrazovací metody (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kapslová endoskopie umožňuje šetrné zobrazení celého tenkého střeva. Vyšetření spočívá ve spolknutí malé kapsle obsahující videokameru se světelným zdrojem. Záznam je přenášen do sensorové jednotky umístěné na břiše pacienta. Doba záznamu trvá 5–8 hodin. Musí být vyloučena přítomnost stenóz v GIT rentgenologickou metodou (TACHECÍ, 2008).

Lačný pacient v dopoledních hodinách pozře kapsli na gastroenterologickém oddělení a odchází. Tentýž den pacient v odpoledních hodinách odevzdává záznamové zařízení (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Nevýhodou je doba hodnocení záznamu trvající až 2 hodiny. U této metody není možno odebrat vzorek tkáně ani provést menší léčebný zákrok. Vyšetření navíc není hrazeno pojišťovnou (TACHECÍ, 2008).

Dvojbaloňová endoskopie probíhá speciálním endoskopem, na jehož konci jsou umístěny dva balónky, které je možno v průběhu vyšetření opakovaně nafukovat a vyfukovat. Tím lze endoskop fixovat v libovolných částech tenkého střeva (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Touto metodou lze přes ústa vyšetřit celé tenké střevo. Alternativou je vyšetření konce tenkého střeva přes tlustého střeva. Při této variantě však musí být pacient připraven stejně jako na koloskopii. Při vyšetření orálním přístupem stačí celonoční lačnění (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Vzhledem k tomu, že choroba může postihnout i žaludek a dvanáctník, provádí se také **gastroskopie**, a to pomocí flexibilního endoskopu. Pacient několik hodin před výkonem lační (KOHOUT, 2006).

Vyšetření probíhá v poloze na levém boku a trvá několik minut. Hrdlo se vždy znecitlivuje sprejovým anestetikem, přičemž u některých pacientů je možné podat i nitrožilní analgosedaci (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Kontrastní rentgenové a zobrazovací metody

Enteroklýza umožňuje vyšetření celého tenkého střeva, odhalí eventuelní stenózy a píštěle mezi jednotlivými střevními kličkami. Pacient přichází po nočním lačnění. Během samotného vyšetření je pod RTG kontrolou zaváděna tenká sonda přes ústa nebo nos do dvanáctníku. Pomocí sondy se podává kontrastní látka – baryový roztok a metylcelulóza. Používá se tzv. dvojí kontrast, kdy je po kontrastní látce podána látka vytvářející plyn. V různých časových intervalech se provádí rentgenové snímky břicha. Toto vyšetření trvá 60-90 minut (ČERMÁKOVÁ, 2008).

Magnetická rezonance (MR) se používá k zobrazení tenkého střeva tzv. MR enterografie, nebo magnetická rezonance malé pánve je využívána k zobrazení anatomických poměrů v okolí konečníku při perianálních píštělích. Dokonale zobrazí, kudy píštěle probíhají a kde se v oblasti kolem řitního kanálu a pánevního dna nacházejí abscesy. Není vyžadována žádná příprava pacienta a vyšetření je zcela neinvazivní (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Počítačová tomografie (CT) nahrazuje klasické rentgenové snímkování. Užívá se při podezření na nitrobřišní abscesy. Den předem se doporučuje dodržování bezsezbytkové diety. Asi hodinu před vyšetřením pacient vypije jeden a půl litru kontrastní látky. Pomocí přístroje zhotovíme rentgenovým zářením tzv. řezy pacientem v různých rovinách, případně můžeme využít CT v kombinaci s aplikací kontrastní látky do tenkého střeva pomocí sondy. Takovéto vyšetření nazýváme CT enteroklýza (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b).

Leukocytární scan je metoda, kterou si lze dopomoci k diagnostice Crohnovy choroby a ke zjištění jejího rozsahu. Jde o sledování podaných leukocytů značených radioaktivní látkou do krevního oběhu (KOHOUT, 2006).

1.4 KOMPLIKACE

Dle Kohouta (2006) rozdělujeme komplikace Crohnovy choroby na střevní a mimostřevní. Červenková (2009) navíc rozšiřuje toto rozdělení o metabolické komplikace.

Střevní komplikace

Stenóza - zúžení průsvitu střeva. Velice často je postižené tenké střevo. Stenóza se objevuje u 30 až 40 % pacientů (ČERVENKOVÁ, 2009).

Ileus - neboli střevní neprůchodnost. Vzniká na podkladě otoku sliznice u akutního zánětu či vazivového zjizvení při procesu hojení (KOHOUT, 2006).

Píštěle - jsou novotvořené spojky mezi jednotlivými střevními kličkami - enteroenterální píštěl. Mohou vzniknout i mezi střevem a jinými orgány např. močovým měchýřem (tzv. enterovasikální píštěl) či močovodem s následnou pyelonefritidou. Při spojení s pochvou vzniká enterovaginální píštěl. Enterokutánní píštěl se nachází mezi střevem a povrchem těla. Velmi časté bývají perianální a periproktální píštěle, nacházející se v oblasti konečníku (KOHOUT, 2006).

Abscesy – dutiny vyplněné hnisem, tzv. periproktální abscesy se vytvářejí mezi střevními kličkami v oblasti hýžďových svalů, nebo v okolí konečníku a také kdekoli v souvislosti, ale i bez souvislosti, se střevem (KOHOUT, 2006).

Relativně častou komplikací Crohnovy choroby je **perforace**. Ve většině případů se rozvíjí postupně v průběhu silného zánětu střeva. Proniknutím hlubokého vředovitého defektu celou střevní stěnou vznikají vazivové blány, ohraničující šířící se zánět. Důsledkem perforace je tvorba píštěle a abscesu mimo střevní stěnu. V některých případech může dojít k difúznímu zánětu pobřišnice (ČERVENKOVÁ, 2009).

Septický průběh střevního zánětu - projevuje se hořečnatými stavy a celkovou zchváceností. V dnešní době se vyskytuje méně díky účinné protizánětlivé terapii (ČERVENKOVÁ, 2009).

Krvácení – poměrně vzácná komplikace. Dochází k narušení stěny větší cévy v důsledku vředovitého zánětu (KOHOUT, 2006).

Rakovina tlustého střeva - je u Crohnovy choroby vzácnější než u ulcerózní kolitidy (KOLEKTIV AUTORŮ, 2011).

Mimostřevní komplikace

Mohou být závislé na zánětlivé aktivitě nemoci, některé komplikace naopak s aktivitou zánětu nesouvisejí (KOHOUT, 2006).

Klouby – artritida nepostihuje pouze klouby dolních a horních končetin, ale může postihovat i páteř (spondylartritida). Sakroileitida, postihující křížokýčelní skloubení, se vyskytuje na rozdíl od zánětu velkých kloubů v nezávislosti na aktivitě zánětu (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kůže – při postižení tlustého střeva se nejčastěji vyskytuje erythema nodosum – bolestivé zduřeniny kůže a podkoží, objevující se v závislosti na aktivitě onemocnění. Mohou se objevit hluboké, špatně se hojící hnisavé rány, tzv. pyoderma gangraenosum. Dále se může vyskytovat lišej a vředy na kůži (KOHOUT, 2006).

Oči – mohou se vyskytnout záněty rohovky, spojivek, bělma, duhovky či řasnatého tělíska. Tato komplikace je nejen dobře viditelná, ale také pro pacienta velmi nepříjemná a bolestivá (ČERVENKOVÁ, 2009).

Afty – objevují se na sliznici dutiny ústní. Mohou být jedním z prvních příznaků onemocnění nebo jeho opětovného vzplanutí (KOHOUT, 2006).

Játra a žlučové cesty – bývají postiženy spíše u mužů s ulcerózní kolitidou, postižení se však může objevit i u pacientů s Crohnovou chorobou. Vzniká sklerozující cholangitida, kdy vlivem zánětu malých žlučových vodů dochází k jejich vazivové přestavbě doprovázené žloutenkou, zvýšenou teplotou a svěděním kůže. V důsledku tohoto zánětu vzniká možnost rozvoje jaterní cirhózy (KOHOUT, 2006).

Metabolické komplikace

Ledvinové kameny – vyskytují se u pacientů po resekci terminálního ilea. Tvorba kamenů je způsobená zvýšeným vstřebáváním oxalátů, solí kyseliny šťavelové, v důsledku odstranění části střeva (ČERVENKOVÁ, 2009).

Žlučové kameny – mohou vzniknout u pacientů po resekci tenkého střeva, kdy dochází k poruše vstřebávání žlučových kyselin. Ty se ve zvýšené míře dostávají do tlustého střeva, kde následně usnadňují vstřebávání bilirubinu, který se účastní vzniku pigmentových kamenů ve žlučníku (ČERVENKOVÁ, 2009).

Osteoporóza – vzniká při dlouhodobém užívání kortikoidů nebo při porušení vstřebávání vápníku a vitamínu D. Na vzniku osteoporózy se podílí také nadprodukce protizánětlivých cytokinů při vysoké aktivitě zánětu. Komplikace se mohou vystupňovat při intoleranci laktózy, která bývá u pacientů často přítomná (ČERVENKOVÁ, 2009).

Anemie – postihuje 50–70 % pacientů s IBD. Může se objevit jako akutní anemie při masivním krvácení, častěji však vzniká při porušeném vstřebávání železa, kyseliny listové, vitamínu B6 nebo vitamínu B12 v důsledku aktivity zánětu střeva. Vzniku anémie mohou napomoci také aminosalicyláty a některá imunosupresiva (KOHOUT, 2004).

Malnutrice – vzniká v důsledku zánětlivé aktivity, užíváním některých léků, zmenšením resorpční plochy střeva, při ileostomii a stenózách tenkého střeva. Na vzniku se může podílet sám pacient snížením příjmu potravy

při bolestech břicha. Malnutrice zhoršuje průběh onemocnění, prodlužuje rekonvalescenci a snižuje efekt medikamentózní léčby (KOHOUT, 2004).

Deficit vitamínů a stopových prvků – vlivem zánětu dochází k nadměrným ztrátám stopových prvků a vitamínů. Nejčastěji se jedná o vitamíny rozpustné v tucích (A, E, D, K) a stopové prvky jako je selen a zinek (KOHOUT, 2004).

1.5 LÉČBA

Léčba Crohnovy choroby se liší podle aktivity nemoci, konkrétně dle toho, zda je onemocnění ve stádiu relapsu nebo remise. V období remise je nastavena tzv. udržovací léčba předcházející novému vzplanutí onemocnění (KOHOUT, 2006).

Léčba se dělí na konzervativní, podpůrnou a chirurgickou. Konzervativní léčbou se rozumí podávání léků (medikamentózní léčba), dodržování bezsezbytkové diety nebo podávání umělé výživy. Při selhání konzervativní léčby přistupujeme k léčbě chirurgické (ČERVENKOVÁ, 2009).

Psychoterapie a alternativní léčebné metody mohou pacientovi pomoci při jeho rekonvalescenci (KOHOUT, 2006).

Jedním z problémů u pacientů s IBD je možnost očkování při léčbě. Pokud je pacient léčen kortikoidy, imunosupresivy, nebo trpí imunitním deficitem, je očkování živou vakcínou kontraindikováno. Imunokompromitovaní pacienti mohou být očkováni inaktivovanou vakcínou (ZBOŘIL, 2012).

Medikamentózní léčba

Aminosalicyláty jsou léky obsahující kyselinu 5 - aminosalicylovou (5 - ASA neboli mesalazin). Jsou podávány per os ve formě tablet a granulí, či per rectum ve formě čípků, klyzmat nebo pěny (KOHOUT, 2006).

Používají se jak při léčbě udržovací, tak i u lehkých až středně těžkých forem onemocnění. Léky ovlivňují zánětlivou odpověď v místě zánětu sliznice (KOLEKTIV AUTORŮ, 2011).

Jako první se používal preparát Sulfazalin, který obsahoval kromě 5-ASA také sulfapirin. Při užívání Sulfazalinu se vyskytuje více nežádoucích účinků než u preparátů obsahujících pouze 5-ASA. Sulfazalin se dodnes používá u pacientů se zánětlivými kloubními projevy IBD (ČERVENKOVÁ, 2009).

Dle místa postižení gastrointestinálního traktu se podávají různé preparáty obsahující 5-ASA. Pentasa je určena pro celé tenké i tlusté střevo. Salofalk a Sulfazalin jsou používány při postižení ilea a počátku tlustého střeva. Pro oblast tlustého střeva jsou podávány přípravky jako Asacol a Colazide (KOHOUT, 2006).

Použitím speciálních pryskyřic docílíme vstřebávání léků až v tenkém střevě. Pryskyřice jsou odolné kyselému pH žaludku (Salofalk, Asacol). Další možností je zabalení granulí do etylcelulózy, která se rozpouští pomalu bez závislosti na pH, např. Pentasa (ČERVENKOVÁ, 2009).

Aminosalicyláty jsou léky podávané těhotným a kojícím ženám trpícím Crohnovou chorobou (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kortikoidy mají protizánětlivý a imunosupresivní účinek. Využívají se v akutní fázi onemocnění, pro tzv. udržovací léčbu nejsou vhodné. Kortikoidy jsou sice velice účinné, ale zároveň mají velké množství nežádoucích účinků. Tyto preparáty mají celkový účinek na organismus (ZBOŘIL, 2007).

Mezi nežádoucí účinky kortikoidů řadíme: narušení metabolismu kostní tkáně s následnou osteoporózou, minerálový rozvrat, možnost vzniku bakteriální infekce či tuberkulózy, narušený metabolismus cukrů, zvýšené vylučování žaludečních kyselin, zvýšení krevního tlaku, kosmetické potíže

jako akné, přibírání na váze díky zvýšené chuti k jídlu, měsíčkovitý obličej atd. (ČERVENKOVÁ, 2009).

Celková doba léčby preparáty jako je Prednison a Medrol by neměla trvat déle než tři měsíce a ukončení léčby by mělo probíhat pomalu. Nikdy se kortikoidy nesmí vysadit naráz. Někteří pacienti mohou být kortikorezistentní, jiní zase kortikodependentní, kdy po vysazení léčby dochází k relapsu onemocnění (KOHOUT, 2006).

Topické neboli místně působící **kortikoidy** se využívají u pacientů se střední aktivitou onemocnění. Působí přímo ve stěvě a do krve se dostávají minimálně. V játrech jsou metabolizovány na neúčinné metabolity. Topické kortikoidy nemají na ostatní tkáně nežádoucí hormonální účinky. Mezi tyto preparáty řadíme Budesonid (ČERVENKOVÁ, 2009).

Imunosupresiva snižují nadměrnou imunologickou reakci vlastního imunitního systému (ZBOŘIL, 2007).

Mezi základní imunosupresiva řadíme Azathioprin a 6-merkaptopurin, cyklosporin A a metotrexát (ČERVENKOVÁ, 2009).

Azathioprin a 6-merkaptopurin – příznivé účinky můžeme očekávat za 3-6 měsíců. Tyto preparáty však mají velký efekt na navození remise. Kvůli délce nástupu příznivých účinků se léky nevyužívají pro zklidnění akutního zánětu, ale při snižování nebo vysazení kortikoidů, a pokud masazalin nepostačí k udržení remise. Mezi nežádoucí účinky řadíme nesnášenlivost, alergické reakce a porušení krevetvorby (ZBOŘIL, 2007).

Cyklosporin A – tento polypeptid získaný z plísňí vláknité houby (*Tylopocladium niveum*) na rozdíl od ostatních imunosupresiv potlačuje látkovou imunitu méně, a proto se snižuje riziko vzniku bakteriálních infekcí a zhoubných nádorů (SIXTUS, 2001).

Cyklosporin - je zpočátku vysoké aktivity nemoci podáván injekčně. Pokud příznaky onemocnění ustupují, upřednostňuje se podání léku ve formě tablet (ZBOŘIL, 2012).

Metotrexát – jde o teratogen, jehož nástup účinku je ze zde jmenovaných imunosupresiv nejpomalejší, ale jeho schopnost navodit remisi u chronicky aktivní Crohnovy choroby je nezanedbatelná (ČERVENKOVÁ, 2009).

Biologická neboli **cílená léčba** je indikována u pacientů, kteří minimálně reagují na léčbu imunosupresivy a kortikoidy. Další indikací je přítomnost perianálních píštělí (KOHOUT, 2006).

„Podstatou biologické léčby je cílený regulační zásah do biologických procesů, probíhající v poškozeném nebo nemocném organismu. Ten uskutečňují látky biologické povahy, které jsou shodné či velmi podobné s látkami produkovanými v samotném organismu“ (ZBOŘIL, 2012, s. 17).

Využíváme látky, které jsou schopny blokovat TNF, což je faktor, který má za úkol co nejrychleji a nejúčinněji potlačit jakoukoli vzniklou infekci v organismu. Ale u pacientů s Crohnovou chorobou imunitní systém reaguje nepřiměřeně na tkáň střevní stěny. TNF tedy vzniká v nadbytečném množství a tím pádem se stává jedním z faktorů, který udržuje aktivitu zánětu a brání jeho zhojení (ČERVENKOVÁ, 2009).

„Kontraindikace biologické léčby: těžká alergická reakce, aktivní infekce, sepse, absces, demyelinizační onemocnění, malignita v posledních 5 letech, náhlá příhoda břišní, srdeční insuficience NYHA III-IV, infekce hepatitidou B a C je pouze relativní kontraindikací“ (ZBOŘIL, 2012, s. 89-90).

„**Infliximab** - je ze 75 % humánní a z 25 % myší monoklonární protilátka“ (ZBOŘIL, 2012, s. 19).

Infliximab – působí jako protilátka díky své vysoké afinitě k TNF. Při této léčbě se snižuje riziko vzniku osteoporózy a nevyskytuje se zvýšené riziko pooperačních komplikací. Tuto látku je možno podat i dětským pacientům starším šesti let, u nichž je účinnost terapie vyšší než u pacientů dospělých. Při opakovaném podání může vést k tvorbě protilátek proti myší bílkovině a následnému vzniku alergické reakce nebo snížení účinku látky (LUKÁŠ, 2012).

Adalimumab – látka, obsahující 100 % lidskou bílkovinu. Používá se u pacientů, kteří neodpovídají na léčbu infliximabem, ale zároveň ho lze použít jako lék první volby. Podává se subkutánně formou injekcí jednou za čtrnáct dní, v některých případech jednou týdně (ZBOŘIL, 2012).

Certolizumab pegol – výhodou této látky je prodloužený biologický poločas molekuly. Látka se proto podává pouze jednou za 4 týdny injekční formou (ZBOŘIL, 2012).

Podpůrná léčba

Úkolem podpůrné léčby je doplnit organismu chybějící látky, ať už jsou to vitamíny, stopové prvky, ionty, nebo chybějící složky stravy. Podpůrná léčba zároveň minimalizuje vedlejší účinky léčebné terapie (ČERVENKOVÁ, 2009).

Pod pojem podpůrná léčba řadíme enterální výživu, parenterální výživu, substituční léčbu a protibakteriální léčbu (ČERVENKOVÁ, 2009).

Enterální výživa spočívá v podávání průmyslově vyrobených přípravků do gastrointestinálního traktu, a to formou sippingu nebo pomocí nazoenterální sondy či perkutánní endoskopické gastrostomie/ jejunostomie (PEG/ PEJ). Používá se výživa polymerní, oligomerní a přípravky připravené pro sipping (KOHOUT, 2004).

Indikace enterální výživy jsou akutní relaps onemocnění s cílem navození remise, malnutrice, syndrom krátkého střeva, stenózující forma

Crohnovy choroby a příprava pacienta před operačním výkonem. Za kontraindikace považujeme krvácení do gastrointestinálního traktu, mechanický ileus a náhlé příhody břichní (KOHOUT, 2004).

Cílem enterální výživy je zlepšení nutričního stavu pacienta či navození tzv. bowel rest neboli střevního klidu, kdy pacient dostává pouze enterální výživu. Tím se sníží množství antigenů, které se běžně dostávají do těla spolu s potravou. Díky tomuto procesu dosáhneme snížení imunitní odpovědi organismu (ZBOŘIL, 2012).

S ohledem na dobu podávání výživy, která optimálně trvá 6–8 týdnů, může být enterální výživa po důkladné edukaci podávána v domácím prostředí. Zvýšíme pacientovo pohodlí a snížíme tak riziko vzniku komplikací (KOTRLÍKOVÁ, 2007).

Parenterální výživa je podávání umělé výživy do žilního řečiště. Podává se buď periferním, nebo centrálním žilním katétrem. Poskytuje se pacientům, kteří jsou ve vážném stavu, a to v takovém, že jejich gastrointestinální trakt není schopen zpracovat ani enterální výživu. Podává se také jako doplňková terapie malnutrice. Další indikací jsou píštěle s vysokým odpadem, syndrom krátkého střeva, kdy délka zdravého tenkého střeva není delší než 50 cm a pokud probíhá ataka s komplikacemi atd. Souhrnně řečeno, parenterální výživy se využívá, pokud enterální výživa nestačí nebo není vhodná (ZBOŘIL, 2012).

Substituční léčba spočívá v doplňování chybějících stopových prvků, minerálů a vitamínů. U pacientů dochází často k poklesu hladiny železa, selenu, zinku, draslíku, magnesia, vápníku, vitamínů A, D, E, K a B12. Substituční léčbu určuje lékař na základě laboratorního a klinického vyšetření (KOHOUT, 2004).

Protibakteriální léčba má velký význam u výskytu perianálních komplikací, kdy se nejvíce využívá metronidazol (KOHOUT, 2006).

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se využívá u pacientů, u kterých selhala konzervativní léčba, nebo při akutních či dlouhodobých komplikacích Crohnovy choroby. Chirurgický zákrok rozdělujeme na urgentní, tedy neplánovaný, prováděný v případě přímého ohrožení pacienta na životě, a plánovaný, kdy je pacient dostatečně připraven k výkonu. Chirurgická léčba může probíhat laparoskopicky nebo laparotomicky (KOLEKTIV AUTORŮ, 2011).

Indikací k urgentní chirurgické léčbě je rozsáhlé krvácení ze střeva, ileus, těžký akutní zánět se septickým stavem a peritonitida. Indikací k plánovanému výkonu je selhání konzervativní léčby, píštěle či pokročilé zúžení střevního průsvitu (KOHOUT, 2006).

Resekce střeva - by měla probíhat co nejšetrněji a měla by být odstraněna co nejmenší část střeva. Odstraní se postižená část střeva a vytvoří se tzv. anastomóza. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2011).

Strikturoplastika - je výkon, při kterém nedochází k odstranění střeva, ale pouze k plastické úpravě mnohočetných stenóz na tenkém střevě. Pokud je zúženina v přechodu žaludku a dvanáctníku, může se provést tzv. bypassová operace, kdy se střevní klička pod zúženinou našije na žaludek, čímž se vzniklá zúženina obejde (ČERVENKOVÁ, 2009).

Stomie - je vyústění střeva stěnou břišní. Jedním z důvodů provedení stomie je dočasná ochrana anastomózy. Po zhojení anastomózy se stomie uzavírá (KOHOUT, 2006).

Stomii můžeme provést nad rozsáhlým postižením střeva, čímž dosáhneme zlepšení hojení zánětu (KOLEKTIV AUTORŮ, 2011).

Trvalá stomie je indikována při prokterotomii. Stomie nazýváme dle části vyústění střeva – jejunostomie, ileostomie, kolostomie či sigmoideostomie (KOLEKTIV AUTORŮ, 2011).

Pacienta je nutné dostatečně edukovat o péči o stomii, a to pokud možno před výkonem. Pacienti mívají největší strach z ileostomie, při níž je snížena kvalita života především v oblasti intimity a vitality (SVITKOVÁ, 2014).

1.6 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU

Kvalita života je stále více diskutovaným tématem v oboru medicíny a ošetřovatelství, zvláště u chronických onemocnění, kam spadá i Crohnova choroba (RENDL, 2013).

Pro měření kvality života pacientů s IBD nejčastěji používáme dotazník IBDQ. Kvalitu života měříme ve 4 oblastech: v oblasti střevní, systémové, emocionální a sociální. Dotazník má 32 otázek a ohodnocení od 32 do 224 bodů. Čím je bodové hodnocení vyšší, tím je vyšší kvalita pacientova života (GURKOVÁ, 2011).

Dále se v hodnocení kvality života pacientů s IBD používají dotazníky jako RFIPC, HRQoL a SIP (SVITKOVÁ, 2011).

Crohnova choroba ovlivňuje pacienta jako bio-psycho-sociální jednotku. Diagnostika chronického onemocnění změní celou životní situaci pacienta a výrazně se projeví na kvalitě života. Onemocnění narušuje tělesnou pohodu pacienta a jeho sociokulturní život (SVITKOVÁ, 2011).

Gabalec ve své studii prokázal, že aktivita nemoci má nejvýznamnější vliv na kvalitu života pacientů. Zmíněné studie se zúčastnilo 103 osob, z nichž 45 mělo zvýšenou aktivitu choroby a 58 bylo v remisi (RENDL, 2013).

Další studie, týkající se kvality života pacientů s IBD, proběhla ve Stockholmu. Této studii se zúčastnilo 197 nemocných, kteří byli rozděleni do skupin podle aktivity a uběhlé doby od první diagnostiky onemocnění. Výsledkem bylo, že pacienti, kteří se potýkají s onemocněním pouze krátkou

dobu, mají nižší kvalitu života než pacienti s dlouhodobým trváním nemoci. Zde můžeme bezpochyby mluvit o procesu adaptace na život s IBD (RENDL, 2013).

Ošetrovatelská péče by měla být komplexní, tedy nahlížet na pacienta jako na bio-psycho-sociální jednotku. Do ošetrovatelské péče bychom měli zapojit i jeho rodinu. Jedním z cílů ošetrovatelské péče je podpora pacienta a následné zvyšování kvality života (SVITKOVÁ, 2011).

1.7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU

Pacienti s podezřením na Crohnovu chorobu bývají nejčastěji hospitalizováni na interním oddělení. Zde dochází k diagnostice onemocnění a následnému nastavení léčby. Po zlepšení zdravotního stavu je pacient propuštěn do domácí léčby (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Pacienti s Crohnovou chorobou jsou dispenzarizováni na gastroenterologickém oddělení. Do nemocnice se znovu dostávají při výrazné dekompenzaci onemocnění (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Úlohou sestry je v první řadě zjistit pacientovy problémy, na jejichž základě sestaví ošetrovatelské diagnózy. Nejčastějšími problémy pacientů jsou bolesti břicha, poruchy vyprazdňování, poruchy výživy, strach, úzkost, narušení sociální oblasti a snížený objem tekutin v organismu. Sestra si vytyčí cíle, jichž se pomocí ošetrovatelské péče snaží dosáhnout (RENDL, 2013).

Všeobecná sestra sleduje četnost a charakter stolice, tělesnou teplotu, hydrataci, výživu a hmotnost pacienta, přičemž je pacient vážen dvakrát týdně za stejných podmínek. Dále se zaměřuje na psychický stav pacienta a přítomnost bolesti. Všímá si také stavu kůže, především v okolí konečníku (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Dle ordinace lékaře sestra podává pacientovi léky. Pokud jsou ordinovány i.v., sestra zavede pacientovy PŽK. Ten je nutné pravidelně kontrolovat, čímž předcházíme vzniku infekce. Nezbytné je zajistit vhodnou dietu. Vstřícný přístup a dostatek informací je samozřejmostí (RENDL, 2013).

Veškeré intervence je nutno zaznamenávat do ošetřovatelské dokumentace (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Z výše uvedeného vyplývá, že všeobecná sestra musí zastupovat několik rolí, a to roli ošetřovatelky, komunikátorky, poradkyně, obhájkyne práv pacienta, advokátky, manažerky, nositelky změn, výzkumnice, učitelky, edukátorky atd. Při péči o pacienta sestra využívá co nejvíce rolí, čímž zvyšuje kvalitu ošetřovatelské péče (MAGUROVA, 2009).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU V RANÉ DOSPĚLOSTI

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XXX	Pohlaví: muž
Datum narození: 1990	Věk: 24
Adresa bydliště a telefon: XXX	Číslo pojišťovny: 201
Adresa příbuzných: XXX	Zaměstnání: nezaměstnán
Rodné číslo: 90XXXX/XX	Státní příslušnost: ČR
Vzdělání: střední odborné učiliště	Typ přijetí: plánované
Stav: svobodný	Ošetřující lékař: MUDr. J.C.
Datum přijetí: 24. 9. 2014	
Oddělení: interní oddělení	

Důvod přijetí udávaný pacientem

„Mám Crohnovou chorobu, teď jsem tady ale hlavně proto, abych se naučil, jak pracovat s domácí parenterální výživou a se stomií.“

Medicínská diagnóza hlavní

M. Crohn od 2007, stp. po opakovaných ileosních stavech 2007 a 2009, 6/2014 ileosní stav s peritonitidou, 3. 6. resekce stenovaného terminálního ilea s následnou terminální ileostomií, komplikovanou parastomálním abscesem.

Medicínské diagnózy vedlejší

Prodělaná keratitida pravého oka s následným zhoršením zraku (2009).

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ dne 24. 9. 2014

TK: 115/75 mmHg	Výška: 170 cm
P: 98/min	Hmotnost: 53 kg
D: 16/min	BMI: 18,3 – podváha
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: mírně omezena
Stav vědomí: plně při vědomí	Krevní skupina: B+

Nynější onemocnění

Pacient, 24 let, od 2. 6. roku 2014 hospitalizován v nemocnici X pro ileozní stav s peritonitidou, akutní revize byla odložena pro obtížnou intubaci s desaturací a nutností urgentní koniotomie s následnou tracheostomií. 3. 6. pacient podstoupil resekci stenovaného terminálního ilea s následnou terminální ileostomií. Operace byla navíc komplikována rupturou močového měchýře, ošetřenou suturou, zhojenou na PMK. Tracheostomie 26. 6. zrušena. Ileostomie od 28. 7. komplikována parastomálním abscesem. Pacient byl realimentován na kašovitou stravu doplňovanou PEV via CŽK.

Dne 24. 9. byl pacient přeložen z nemocnice X do nemocnice Y na standardní interní oddělení pro nastavení domácí parenterální výživy a nácvik péče o stomii. Naordinována bezesbytková dieta doplněna PEV a 1krát denně Fresubinem creme 125 g.

Pacient byl po týdnu na interním oddělení přeložen na JIP z důvodu obtížné péče o stomii (macerace a parastomální absces) a nezájmu pacienta účastnit se ošetrovatelské péče.

Dne 14. 10. pacient přichází zpět na standardní oddělení. S zavedeným PŽK, od 14. 10., v pravém předloktí. Pacientovi byl, na JIP, 14. 10. odejmut CŽK, nový je plánován 18. 10. Stomie již bez komplikací. Pacientův přístup k ošetrovatelské péči o stomii se zásadně nezměnil.

Další komplikací je prodělaný zánět rohovky pravého oka s následným zhoršením zraku. Pacient užívá antidepresiva, po nichž je jeho psychický stav uspokojivý.

Informační zdroje

Pacient, dokumentace, lékař, ošetřovatelský personál.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: neslyšící, zdráva

Otec: neslyšící, zdráv

Sourozenci: bratr, zdráv

Děti: 4 měsíční dcera, zdráva

Osobní anamnéza

Překonaná onemocnění: běžná dětská onemocnění, stp. APPE (2002), stp. keratitida s následným zhoršením zraku (2009)

Chronická onemocnění: Crohnova choroba

Hospitalizace a operace

2002 APPE

2007 revize pro ileus

2009 epizoda ileozního stavu – konzervativní léčba

6/2014 resekce terminálního ilea s následnou ileostomií

Úrazy: pacient udává běžné úrazy v dětství, vážné úrazy neguje

Transfúze: 2krát EBR po resekci terminálního ilea

Očkování: povinná dětská očkování

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Stilnox	tbt	10 mg	0-0-0-1	Hypnotikum
Buronil	tbt	25 mg	1-1-1	Antipsychotikum (Neuroleptikum)
Venlafaxin mylan	tbt	150 mg	1-0-1	Antidepresivum
Grandaxin	tbt	50 mg	Při úzkostech	Anxiolytikum
Clexane	Inj. s.c.	0,4 ml	10:00	Antikoagulancium
Apo-panto	tbt	40 mg	1-0-1	Antacidum
Lactobacil forte	cps		1-0-1	Doplněk stravy
Loperon	cps	2 mg	2-2-2	Antidiarhotikum
Karbiven Peripheral 1920 ml 150 ml/hodinu via CŽK				

Alergologická anamnéza

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné: nejuje

Abúzy

Alkohol: abstinent

Kouření: 10 cigaret/den, od hospitalizace nekouří

Káva: 2–3 černé kávy denně

Léky: nejuje

Jiné návykové látky: nejuje

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění: ruptura močového měchýře

Poslední návštěva urologa: 10. 7. 2014

Samovyšetření varlat: provádí

Sociální anamnéza

Stav: nezaměstnaný

Bytové podmínky: byt 2+KK

Vztahy, role a interakce v rodině: bydlel od devatenácti let v bytě s bývalou přítelkyní, která ho i s jejich čtyřměsíční dcerou nedávno opustila, rodiče se rozvedli už před několika lety, ale vztahy mezi nimi zůstaly dobré.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: při přijetí pacient působí jako flegmatik (přisuzujeme léčbě antidepresivy), nejeví zájem o účast na ošetrovatelské péči o stomii, udává, že má pár dobrých přátel.

Záliby: auta, hokej

Volnočasové aktivity: přítelkyně, posezení s přáteli, televize

Pracovní anamnéza

Vzdělání: Střední odborné učiliště Hluboš – automechanik.

Pracovní zařazení: nyní nezaměstnaný, dříve zaměstnaný u bratra jako automechanik.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: pacient nepobírá starobní ani invalidní důchod.

Vztahy na pracovišti: klidné povahy, neměl problémy se spolupracovníky.

Ekonomické podmínky: dříve přiměřené, dnes je závislý na příjmu rodičů z důvodu dlouhodobé hospitalizace.

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: ateista

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU ze dne 15. 10. 2014

Hlava	Hlava normocefalická, bez deformit, pokleповě nebolestivá. Čítí na obličejí bez patologie.
Oči	Bulby ve středním postavení, bez nystagmu, diplopie, nosí brýle od prodělání keratitidy – silně zhoršen zrak pravého oka, skléry bez ikteru, zornice izokorické. Bez sekrece.
Uši, nos	Uši a nos bez sekrece.
Rty	Rty růžové, hydratované.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Sliznice bez povlaku, růžové, dostatečně hydratované. Dásně bez krvácivých projevů.
Jazyk	Jazyk plazí středem, bez povlaku, hydratovaný.
Tonzily	Nezvětšené, bez povlaku.
Chrup	Plomba, jinak bez patologií.
Krk	Krk souměrný, bez deformit. Pulzace na a. carotis souměrná, oboustranně hmatatelná.
Hrudník	Hrudník souměrný, bez deformit, bez srdečního vyklenutí, prsa bez tvarových odchylek, bradavky bez výtoku.
Plíce	Poslechově dýchání čisté, sklípkové, bez pískotů a vrzotů. Počet dechů 16/min. Saturace 96 % bez kyslíku. Poklep nad plícemi jasný.
Srdce	Srdeční rytmus pravidelný, dobře hmatný na obou horních končetinách a. radialis. Srdeční frekvence – 80/min, krevní tlak – 120/60 mmHg. Dolní končetiny bez otoků, nebolestivé, bez známek flebotrombózy. Pulzace hmatná na obou dolních končetinách.
Břicho	Břicho měkké, palpačně nebolestivé, bez rezistence. Poslechově nad stomíí slyšitelná výrazná peristaltika. V pravém hypogastriu založena ileostomie, odvádí řídký obsah. Viditelné zhojené jizvy po předchozích operací.
Játra	Játra nezvětšená, nebolestivá.
Slezina	Slezina nezvětšená, nebolestivá.
Genitál	Bez patologie.

Uzliny	Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé. TT – 36,8 °C.
Páteř	Pohmatem ani poklepem nebolestivá. Fyziologické zakřivení bez deformit. Pohyblivost odpovídá fyziologickému rozmezí.
Klouby	Souměrné bez deformit, pohyby ve fyziologickém rozsahu.
Reflexy	Oční bulby hybné všemi směry. Zornice izokorické, reagují na osvit.
Čítí	Sluch, čich a chuť, hmat v pořádku. Zrak pravého oka silně zhoršen po prodělané keratitidě.
Periferní pulzace	Pulzace na horních i dolních končetinách hmatné, bez patologického nálezu.
Varixy	Varixy nepřítomné.
Kůže	Na kůži suchá až šupinovitá místa, bez zarudnutí, nejvíce v oblasti paží a obličeje. Vlasy řídké. Stomie bez macerací. V oblasti břicha zhojené jizvy po předešlých operacích.
Otoky	Končetiny a oční víčka bez otoků.

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE

II

Posouzení ze dne 15. 10. 2014

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none">- Uvědomování si zdraví- Management zdraví	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Od roku 2007 mám diagnostikovanou Crohnovu chorobu. Cítil jsem se zdravý, až na občasné ataky onemocnění. Teď jsem už skoro 4 měsíce v nemocnici. Mám strach z protečení stomie. Už jsem hospitalizován moc dlouho, cítím se osamělý. Necítím se zdravý, jinak bych tu nebyl.“</p> <p>Objektivně: Pacient se cítil v době remise onemocnění zdravý. Dlouhodobá hospitalizace ovlivňuje pacientův přístup k péči o stomii a jeho psychický stav, cítí se osamělý, má strach z protečení stomie. Uvědomuje si závažnost svého onemocnění.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacient se cítí osamělý, udává strach z protečení stomie.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none">- Příjem potravy- Trávení- Vstřebávání- Metabolizmus- Hydratace	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Doma jsem nedodržoval dietu, jedl jsem bez jakéhokoliv omezení, zažívací potíže, kromě občasného nadýmání, jsem neměl. Jedl jsem dostatečně. Pil jsem také dost. Teď mám bezezbytkovou dietu, dostávám Fresubin. Ještě včera jsem dostával parenterální výživu, ale museli mi vyndat katétr ale paní doktorka říkala, že 18. 10. mi budou dávat nový.“</p> <p>Objektivně: Pacient trpí podváhou. Naordinována bezezbytková dieta doplněna</p>

	<p>Fresubinem creme 125 g/den. Do včera podávána parenterální výživa via CŽK, z důvodu zhoršeného vstřebávání živin, CŽK včera ex (zarudnutí okolí místa vpichu), 18. 10. plánováno zavedení nového katétru a pokračování v parenterální výživě dle ordinace lékaře. Probíhá průběžná edukace o domácí parenterální výživě. Pacient bude pokračovat v parenterální výživě i po propuštění. BMI 18,7 - podváha. Hydratace dostatečná.</p> <p>Měřicí techniky: BMI – 18,7</p> <p>Ošetrovatelský problém: Podváha</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funkce močového systému - Funkce gastrointestinálního systému - Funkce kožního systému - Funkce dýchacího systému 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Močím bez obtíží, stolice mi odchází do stomického sáčku, konečníkem občas odchází hlen, stolice ne. Na kůži mám suchá místa, mám málo vlasů. S dýcháním nemám obtíže.“</p> <p>Objektivně: Močení a dýchání bez patologických změn. Suchá až šupinovitá místa na obličeji a pažích. Stomie odvádí kašovitou stolicí obsahující kypré částičky s členitými okraji (typ 6). Konečníkem odchází malé množství hlenu.</p> <p>Měřicí škály: Bristolská škála typů stolice, typ 6 - kypré částičky s členitými okraji, kašovitá stolice.</p> <p>Ošetrovatelský problém: změny ve vylučování</p> <p>Priorita: střední</p>

<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spánek, odpočinek - Aktivita, cvičení - Rovnováha energie - Kardiovaskulární-pulmonální reakce - Sebepéče 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Doma jsem spal asi 10 hodin denně. Hrál jsem rád hokej. Staral jsem se o sebe sám. Teď mi sestra pomáhá pečovat o stomii.“</p> <p>Objektivně: Pacient má naordinovaný klidový režim. Je téměř soběstačný. Potřebuje pomoc při výměně stomického sáčku.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacient není zcela samostatný při výměně stomického sáčku.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pozornost - Orientace - Kognice - Komunikace 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Dnes je 15. 10. 2014. Většinu věcí, co mi zde zdravotnický personál řekne, si pamatuji. Doma jsem více komunikoval, žil jsem s přítelkyní. Teď jsem na pokoji sám.“</p> <p>Objektivně: Orientován místem, časem, osobou. Paměť neporušena. Pacient je komunikativní, správně artikuluje, řeč bez patologie, slovní zásoba průměrná.</p> <p>Měřicí škály: Glasgow Coma Scale – 15 bodů, plně při vědomí.</p> <p>Ošetrovatelský problém: nenalezen</p> <p>Priorita: ---</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebepojetí - Sebeúcta - Obraz těla 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Byl jsem se sebou spokojený, teď vypadám úplně jinak, ale už jsem si zvykl. V chování jsem se taky změnil, už jsem skoro 4 měsíce jen v nemocnici, to by se snad změnil každý.“</p> <p>Objektivně: Pacient působí zcela flegmaticky. Udává změnu chování kvůli dlouhodobé hospitalizaci a změnu vzhledu způsobenou onemocněním. Se svým vzhledem je smířen.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Změna chování,</p>

	<p>prožívání osamělosti, z důvodu dlouhodobé hospitalizace. Pacient udává strach z protečení stomie.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Role pečovatелů - Rodinné vztahy - Plnění rolí 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Nikdy jsem neměl problémy s ostatními lidmi. Přítelkyně mě opustila, asi v 8. měsíci těhotenství. Chvíli potom jsem byl hospitalizován, dceru jsem ještě neviděl. Teď se s nikým nestýkám, chodí za mnou pouze rodiče.“</p> <p>Objektivně: Syn, bratr, vnuk a otec. Bývalý opravář, dnes nezaměstnaný. Role jsou ovlivněny hospitalizací a neshodami mezi pacientem a bývalou přítelkyní.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacient nemůže plnit své role z důvodu dlouhodobé hospitalizace.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexuální funkce - Reprodukce 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Nemám žádný problém, mám 4 měsíční dceru.“</p> <p>Objektivně: Obtíže se sexualitou neudává, má 4 měsíční dceru.</p> <p>Ošetrovatelský problém: nenalezen</p> <p>Priorita: ---</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatické reakce - Reakce na zvládání zátěže - Neurobehaviorální 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Doma jsem vše zvládal bez obtíží. V nemocnici mám neustálý strach z protečení stomie. Pokud pociťuji úzkost mohu si říct o lék proti úzkosti.“</p> <p>Objektivně: Pacient vyjadřuje strach z péče o stomii. Užívá antidepresiva, při úzkostech anxiolytika.</p>

<p>stres</p>	<p>Ošetrovatelský problém: Pacient občasne pociťuje úzkosť kvôli dlhodobej hospitalizácii, udáva strach z protečenia stomie.</p> <p>Priorita: stredná</p>
<p>10. Životní princípy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hodnoty - Přesvědčení - Soulad hodnot, přesvědčení, jednání 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Jsem nevěřící. Jsem přesvědčen, že se můj zdravotní stav brzo zlepší.“</p> <p>Objektivně: Ateista.</p> <p>Ošetrovatelský problém: nenalezen</p> <p>Priorita: ---</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infekce - Fyzické poškodení - Násilí - Environmentální rizika - Obranné procesy - Termoregulace 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Mám ileostomii. Alergie nemám.“</p> <p>Objektivně: Založená ileostomie. Zaveden PŽK v pravém předloktí horní končety.</p> <p>Alergie pacient neguje. Normotermie - 36,8 °C.</p> <p>Ošetrovatelský problém: PŽK, snížená imunita z dôvodu chronického onemocnenia.</p> <p>Priorita: nízka</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tělesný komfort - Komfort prostředí - Sociální komfort 	<p>Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Doma jsem byl spokojen, v nemocnici už jsem moc dlouho. Nemůžu nikam jít s kamarády, cítím se osamělý, prožívám strach z protečenia stomie. Bolest nemám, po jídle mi hodně škrunda v břiše.“</p> <p>Objektivně: Pacient neudáva bolest. Narušená sociálna interakcia, cíti sa osamělý, prožívá strach z protečenia stomie. Po jídle jsou slyšitelné výrazné střeční zvuky.</p> <p>Měřicí škály: VAS - 0</p> <p>Ošetrovatelský problém: Pacient se cíti osamèle, pociťuje strach z protečenia stomie.</p> <p>Priorita: stredná</p>

13. Růst/vývoj - Růst - Vývoj	Subjektivně (doma, při hospitalizaci): „Myslím, že jsem neměl žádné problémy.“ Objektivně: Růst a vývoj bez patologie. Ošetřovatelský problém: Nenalezen Priorita: ---
--	--

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ

15. 10. krevní obraz, ionty, moč chemicky, sediment

21. 10. konzultace s dermatologem

Výsledky

Moč chemicky, sediment: v referenčních mezích

Výsledky ze dne 15. 10. 2014

Biochemie	Výsledek	Referenční meze
Sodík	135 mmol/l	135-146 mmol/l
Draslík	4,4 mmol/l	3,6- 5,5 mmol/l
Chloridy	102 mmol/l	97-115 mmol/l
Močovina	3,9 mmol/l	2,5- 8,3 mmol/l
Kreatinin	48 µmol/l	57-113 µmol/l
Albumin	27 g/l	30-52 g/l
CRP	90 mg/l	0-5 mg/l

Hematologie	Výsledky	Referenční meze
Erytrocyty	3,84 x 10 ⁹ /l	4-5,8 x 10 ⁹ /l
Leukocyty	11,2 x 10 ⁹ /l	4-10 x 10 ⁹ /l
Trombocyty	359 x 10 ⁹ /l	150-400 x 10 ⁹ /l
Hematokrit	0,34 %	0,40-0,50 %
Hemoglobin	109 g/l	135-175 g/l
MCV	88 fl	82-98 fl
MCHV	322 g/l	320-360 g/l

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Dieta: bezsezbytková dieta, doplněna Fresubinem creme 125 gramů/den

Pohybový režim: klid na lůžku

Rehabilitace: cévní gymnastika, aktivní pohyb končetin, dechová gymnastika, kondiční cvičení

Výživa: per os, od 18.10. plánována doplňková parenterální výživa

Medikamentózní léčba

Farmakoterapie ze dne 15. 10. 2014

Název	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Apo-Panto	tbt	40 mg	1-0-0	Antacidum
Hylak forte	gtt	2 ml	1-1-1	Adsorbencium
Imodium	tbt	2 mg	2-2-2	Antidiarhotikum
Venlafaxin mylan	cps	150 mg	1-0-0	Antidepressivum
Grandaxin	tbt	50 mg	Při úzkostech	Anxiolytikum

Infuzní terapie dne 15.10. 2014

FR 500 ml + 20 ml KCL 7,45 %, rychlostí 120 ml/h v 9:00 a v 19:00 (ráno, večer)

Subkutánně

Fraxiparin multi 0,4 ml s.c. v 10:00 hod.

SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 15. 10. 2014:

Pacient, 24 let, trpící Crohnovou chorobou, dnes hospitalizován již 96. den, byl probuzen v brzkých hodinách z důvodu protečení stomie. Od té doby udává zhoršení nálady. Osobní hygienu provedl sám, výměnu stomického sáčku realizovala sestra, pacient nespolupracoval. Byl použit jednoduchý, vypustný sáček.

Pacientova hmotnost se od začátku hospitalizace zvýšila, při ranním vážení udává 54 kg, dnes bez parenterální výživy. Dodržuje bezezbytkovou dietu, po obědě snědl Fresubin creme 125 g. U pacienta je sledován příjem a výdej tekutin, dnes přijal 3200 ml neperlivé vody, vydal 3000 ml.

Stomie odvádí kašovitou stolicí. Pacient uvádí odchod hlenu konečníkem. Bolesti neudává. V předloktí pravé horní končetiny má druhý den zaveden PŽK, bez známek infekce. Kůže v okolí stomie bez macerací.

Udává celkovou únavu, pohyboval se pouze po pokoji, přes den odpočíval, díval se na televizi, po rehabilitaci pacient spal. V dopoledních hodinách nejevil zájem o péči o stomii, nepodílel se na ošetření stomie. K večeru se pacientův přístup zlepšil, měl zájem o stav stomie, sáček sám vypouštěl.

Pacient byl dnes edukován nutričním terapeutem o bezezbytkové dietě a parenterální výživě. Při práci s pumpou, pro domácí parenterální výživu, měl problémy kvůli zhoršení zraku pravého oka.

Na kůži má pacient suchá až šupinovitá místa, a to především na obličeji a pažích. U pacienta existuje riziko krvácení z důvodu užívání antikoagulancií.

Pacient udává strach z protečení stomie. Uvědomuje si změnu chování i změnu svého vzhledu. Trápí ho, že ještě neviděl svou 4 měsíční dceru

a že se nemůže setkávat s kamarády, ve večerních hodinách alespoň telefonuje s kamarády. Léky na úzkost dnes nevyžadoval.

Pacient dnes afebrilní, bez nauzei, udává únavu, celkově zesláblý. Byli naměřeny tyto fyziologické funkce: TK - 120/60 mmHg, TT - 36,8 °C, P - 80/min, D - 16/min. Léky byli podány dle ordinace lékaře. Intervence byli zaznamenány do dokumentace.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit dne 15. 10. 2014:

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže, nebo podkožních tkání.

Určující znaky: poškozená tkáň

Související faktory: mechanické faktory

Priorita: střední

Nevyvážená výživa, méně než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující znaky: průjem, ztráta hmotnosti při přiměřeném příjmu potravy, borborigmus

Související faktory: neschopnost vstřebat živiny

Priorita: střední

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: uvádí strach, uvádí obavy, identifikuje předmět strachu, snížená schopnost učít se, únava

Související faktory: oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci, stimuly navozující fobii

Priorita: střední

Neefektivní plnění rolí (00055)

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Třída 3: Plnění rolí

Definice: Vzorce chování a sebevyjádření, které neodpovídají kontextu, normám a očekávání okolí.

Určující znaky: úzkost, změna ve schopnosti pokračovat v roli

Související faktory: somatické onemocnění

Priorita: střední

Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížené krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: vedlejší účinky spojené s léčbou

Priorita: střední

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory: nedostatečná primární obrana - i.v. katetrizace

Priorita: nízká

Ošetřovatelská diagnóza: Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže, nebo podkožních tkání.

Určující znaky: poškozená tkáň

Související faktory: mechanické faktory

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient je do konce hospitalizace schopen pečovat samostatně o stomii.

Cíl krátkodobý: Pacient projevuje zájem pečovat o stomii, do 72 hodin.

Očekávané výsledky

- Pacient aktivně spolupracuje se sestrou při každé péči o stomii, denně.
- Pacient umí vyjmenovat možné komplikace stomie, do 24 hodin.
- Pacient umí posoudit, jaké pomůcky jsou pro péči o stomii nejvhodnější, do 48 hodin.
- Pacient se ptá na otázky ohledně stomie (stav stomie, postup péče o stomii atd.), denně.
- Pacient si přečte informační materiály, kde nalezne veškeré informace týkající se problematiky stomie, které mu byly poskytnuty, do 48 hodin.
- Pacient aktivně diskutuje se stomickou sestrou o pomůckách, do 24 hodin.

Plán intervencí 15. 10. 2014-17. 10. 2014

1. Zapojuj aktivně pacienta pokaždé, když pečuješ o stomii, denně. (stomická/všeobecná sestra)
2. Poskytni pacientovi dostatečné množství informačních materiálů, ihned a při následné potřebě rozvíjet informovanost pacienta. (všeobecná sestra)
3. Sleduj průběžně pacientův psychický stav (všímej si jeho pocitů, mimiky atd.), denně. (všeobecná sestra)
4. Posuď pomocí rozhovoru pacientovu schopnost učit se, do 12 hodin. (všeobecná sestra)
5. Ověř si pacientovy vědomosti pomocí konkrétních otázek týkajících se stomie, denně. (všeobecná sestra)

6. Motivuj pacienta aby se plně zapojil do ošetrovatelské péče o stomii, denně. (stomická/všeobecná sestra)

Realizace 15. 10. 2014-17. 10. 2014

Pacienta jsem při každé péči o stomii aktivně zapojovala. 15. 10. se pacient v dopoledních hodinách neúčastnil péče o stomii, ani o ni nejevila zájem. Odpoledne jsem pacienta seznámila s pomůckami, potřebnými k péči o stomii, ponechala jsem mu dostatečný čas na prohlédnutí a osahání si pomůcek. Od té doby si pacient sám vypouštěl stomický sáček. 16. 10. mi pacient aktivně podával pomůcky při výměně stomického sáčku. Vystříhl si otvor do stomické podložky dle šablony. Třetí den mi pacient znovu aktivně podává pomůcky při výměně stomického sáčku. Vystříhl otvor do stomické podložky.

První den jsem pacientovi poskytla několik brožur, kde najde veškeré informace o Crohnově chorobě a stomii, brožury si pacient může ponechat. S rodinou jsem se dohodla, že do druhého dne pacientovi zajistí přístup k internetu. Druhý den jsem pacientovi poskytla několik odkazů na internetové stránky, kde nalezne veškeré informace o stomii a Crohnově chorobě. Třetí den realizace ošetrovatelského plánu jsem pacientovi nabídla možnost zapůjčení knih týkající se problematiky stomie, pacient tuto možnost zvažuje.

Denně jsem sledovala pacientův psychický stav, který je negativně ovlivněn dlouhodobou hospitalizací a stomií. Pacient užívá antidepresiva po nichž je pacientův psychický stav uspokojivý.

15. 10. jsem pomocí rozhovoru posoudila schopnost pacienta učit se, tato schopnost je mírně narušena negativně ovlivněným psychickým stavem pacienta.

Pacientovi jsem kladla denně konkrétní otázky ohledně stomie. Pacient zná možné komplikace, pomůcky potřebné k výměně stomie a postup při výměně stomického sáčku.

Pacient je denně motivován a chválen při každém správném úkonu. Třetí den jsem pacienta odkázala na internetové stránky, kde může nalézt motivaci a podporu od ostatních lidí se stomií.

Hodnocení 15. 10. 2014-17. 10. 2014

Dlouhodobý cíl částečně splněn, krátkodobý cíl splněn: Pacient se pomalu začíná účastnit péče o stomii. Ptá se sestry na stav stomie, sáček sám vypouští, celkovou výměnu stomie prozatím neprováděl. Pacient vykazuje dostatečnou informovanost o problematice. U pacienta je nutno brát ohled na jeho zhoršený psychický stav, z důvodu dlouhodobé hospitalizace a založené stomie. Pacientův psychický stav je po podání antidepresiv uspokojivý. Povzbuzování pacienta a následné chválení je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelské intervence dále pokračují (1, 2, 3, 5, 6).

Ošetrovatelská diagnóza: Nevyvážená výživa, méně než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující znaky: průjem, ztráta hmotnosti při přiměřeném příjmu potravy, borborismus

Související faktory: Neschopnost vstřebat živiny

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient dosáhl minimální hmotnosti 58 kg, do 12 měsíců.

Cíl krátkodobý: Pacientova váha neklesá, zvyšuje se přibližně o 0,5 kg za týden.

Očekávané výsledky

- Pacient ví, jaké potraviny a jejich úprava, jsou vhodné konzumovat při onemocnění, do 24 hodin.
- Pacient dodržuje předepsanou dietu, denně.
- Pacient jí osmkrát denně poloviční porce, denně.
- Pacient užívá jedenkrát denně doplněk stravy (Fresubin creme 125 g), denně.
- Pacient se orientuje ve složení potravin, do 72 hodin.

Plán intervencí 15. 10. 2014-17. 10. 2014

1. Sleduj pacientovu hmotnost a svalovou sílu, každý druhý den. (všeobecná sestra)
2. Zajisti nutričního terapeuta, ihned. (všeobecná sestra)
3. Edukuj pacienta o vhodné dietě, do 24 hodin. (nutriční terapeut)
4. Zajisti pacientovi vhodné prostředí pro konzumaci potravy, před každým jídlem. (všeobecná sestra/ošetřovatelka)
5. Objednej vhodnou dietu, ihned. (všeobecná sestra)
6. Zodpověz pacientovy veškeré dotazy ohledně výživy, denně. (všeobecná sestra/nutriční terapeut).
7. Informuj pacienta o nutričních hodnotách základních potravin, do 24 hodin. (nutriční terapeut)

Realizace 15. 10. 2014-17. 10. 2014

15. 10. a 17. 10. jsem v ranních hodinách zjistila pacientovu hmotnost, vypočítala BMI a zhodnotila svalovou sílu. Pacient oba dny vážil 54 kg, BMI - 18,7. Svalovou sílu oba dny hodnotím jako slabší.

15. 10. jsem po telefonické domluvě zajistila nutričního terapeuta, tentýž den nutriční terapeut edukoval pacienta o bezezbytkové dietě, parenterální výživě a o nutričních hodnotách základních potravin. Edukaci zaznamenal nutriční terapeut do edukačního listu.

První den jsem pacientovi doporučila vypouštět stomický sáček cca půl hodiny před jídlem. Před každým jídlem, jsem pacientovi vyvětrala místnost a donesla jsem jídlo ke stolu.

Denně jsem pacientovi objednávala bezezbytkovou dietu s doplňkem stravy - Fresubin creme 125 g. Pacientovi jsem podávala Fresubin creme denně po obědě.

Hodnocení 15. 10. 2014-17. 10. 2014

Cíl částečně splněn: Pacient je informován o výživě, dodržuje bezezbytkovou dietu, uvědomuje si svůj stav výživy. Chuť k jídlu v normě. Pacientova váha neklesla, od přijetí přibral 1 kg. Fresubin creme snědl každý den. Otázky ohledně výživy pacient směřoval na nutričního terapeuta, veškeré otázky mu byli zodpovězeny.

Ošetřovatelské intervence dále pokračují (1, 4, 5, 6).

Ošetřovatelská diagnóza: Strach (00148)**Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže****Třída 2: Reakce na zvládání zátěže**

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: uvádí strach, uvádí obavy, identifikuje předmět strachu, snížená schopnost učit se, únava

Související faktory: oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci, stimuly navozující fobii

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacienta došlo ke snížení strachu na minimum, do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient diskutuje o strachu, který prožívá, do 72 hodin.

Očekávané výsledky

- Pacient udává příčinu strachu do 24 hodin.
- Pacient má možnost návštěvy psychologa, denně.
- Fyziologické funkce (krevní tlak a pulz) jsou v normě, denně.

Plán intervencí 15. 10. 2014-17. 10. 2014

1. Získej si pacientovu důvěru, do 48 hodin. (všeobecná sestra)
2. Zjistí pomocí rozhovoru důvod pacientova strachu, do 24 hodin. (všeobecná sestra)
3. Naslouchej pacientovým obavám, denně. (všeobecná sestra)
4. Nauč pacienta relaxační techniky/cvičení (autogenní trénink) ke snížení strachu, do 48 hodin. (psycholog/všeobecná sestra)
5. Minimalizuj faktory vyvolávající strach (kontroluj stomický sáček, dohlédni na frekvenci vypouštění sáčku), denně. (všeobecná sestra)

6. Informuj pacienta o možnosti konzultace s psychologem, do 12 hodiny. (všeobecná sestra)
7. Informuj pacienta o Občanském sdružení pacientů IBD a o možnosti členství, do 48 hodin. (všeobecná sestra)
8. Měř pacientovi fyziologické funkce jedenkrát denně. (všeobecná sestra)
9. Podávej pacientovi anxiolytika a antidepresiva, dle ordinace lékaře, zaznamenej podání léků do dokumentace, denně. (všeobecná sestra)

Realizace 15. 10. 2014-17. 10. 2014

Denně jsem komunikovala s pacientem a dávala mu najevo, že jeho problémy mě vážně zajímají. První den realizace ošetrovatelského plánu jsem se pacientovi svěřila, že sama trpím Crohnovou chorobou. Od té doby se mnou pacient komunikoval otevřeně, nestydí se.

První den jsem si vyhradila půl hodiny na důvěrný rozhovor s pacientem. Udával, že důvodem jeho strachu je stomie a časté protékání obsahu stomie.

15. 10. jsem pacienta informovala o autogenním tréninku a nabídla mu možnost, vyzkoušet si tuto metodu zmírňující strach. 16. 10. a 17. 10. jsem s pacientem v odpoledních hodinách nacvičovala autogenní trénink.

Denně jsem kontrolovala a předělávala stomický sáček. 15.10. v ranních hodinách pacientovi stomie protekla. Do konce realizace ošetrovatelského plánu už tento problém nenastal.

15.10. jsem informovala pacienta o možnosti konzultací s psychologem. Pacient uvedl, že tuto možnost zvaží. 16. 10. jsem pacienta informovala o Občanském sdružení pacientů IBD a o možnosti získání WCkarty. Pacient si druhý den aktivně vyhledal sdružení a registroval se.

Denně jsem pacientovi měřila fyziologické funkce, byli naměřeny tyto hodnoty:

15. 10. byli naměřeny tyto hodnoty: TK - 120/60 mmHg, TT - 36,8 °C, P - 80/min, D - 16/min,

16. 10. byli naměřeny tyto hodnoty: TK - 120/75 mmHg, TT - 36,5 °C,

P - 82/min, D - 16/min,

17. 10. byli naměřeny tyto hodnoty: TK - 125/65 mmHg, TT - 36, 6 °C,
P - 80/min. D - 17/min.

Pacientovi jsem 15. 10., 16. 10. a 17.10. podala v ranních hodinách antidepresiva, anxiolytika pacient nevyžadoval. Léky jsem podala dle ordinace lékaře a podání léků jsem zaznamenala do dokumentace. U pacienta se nevyskytly žádné nežádoucí účinky léků.

Hodnocení 15. 10. 2014-17. 10. 2014 :

Dlouhodobý cíl částečně splněn, krátkodobý cíl splněn: U pacienta byl zjištěn faktor vyvolávající strach - protečení stomie. Pacient otevřeně mluví o svém strachu. Pacient se ochotně účastní autogenního tréninku. Pacient se stal členem Občanského sdružení pacientů IBD a uvažuje o konzultacích s psychologem. Naměřené fyziologické funkce v normě.

Ošetřovatelské intervence dále pokračují (3, 5, 8, 9).

Ošetřovatelská diagnóza: Neefektivní plnění rolí (00055)

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Třída 3: Plnění rolí

Definice: Vzorce chování a sebevyjádření, které neodpovídají kontextu, normám a očekávání okolí.

Určující znaky: úzkost, změna ve schopnosti pokračovat v roli

Související faktory: somatické onemocnění

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient efektivně plní své role v nemocničním prostředí, do 72 hodin.

Očekávané výsledky

- Pacient telefonuje s přáteli nebo rodinou, denně.
- Pacient aktivně komunikuje s rodinou, do 24 hodin.
- Pacient jeví zájem o svoji dceru, do 48 hodin.

Plán intervencí 15. 10. 2014-17. 10. 2014

1. Povzbud' pacienta k telefonátu přátelům a rodině, do 24 hodin. (všeobecná sestra)
2. Komunikuj s pacientem o jeho rodině, do 24 hodin. (všeobecná sestra)

Realizace 15. 10. 2014 - 17. 10. 2014

Dne 15. 10. jsem se pacienta zeptala na jeho přátele. Pacient komunikoval otevřeně. Pobídla jsem pacienta, aby kamarádům zatelefonoval a zeptal se, zda nechtějí přijít, za ním, do nemocnice. Pacient večer volal jednomu z kamarádů a domluvili se na návštěvě. 17. 10. pacient znovu telefonoval s přáteli.

Dne 15. 10. jsem se s pacientem komunikovala o jeho rodině. Mrzí ho že neviděl zatím svoji dceru. 16. 10. se mi pacient zmínil, že by ho měla navštívit rodina. Pacienta navštívila matka. 17. 10. pacienta volal bývalé přítelkyni.

Hodnocení 15. 10. 2014-17. 10. 2014

Cíl splněn: Pacient po povzbuzení sestrou telefonuje přátelům. Má zájem vidět svoji dceru. Otevřeně komunikuje s rodinou.

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížené krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: vedlejší účinky spojené s léčbou

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedošlo k masivnímu krvácení po dobu podávání antikoagulancí.

Očekávané výsledky:

- U pacienta se denně nevyskytují projevy krvácení, po dobu podávání antikoagulancí.
- U pacienta denně nedochází ke krvácení z tělních dutin, po dobu podávání antikoagulancí.

Plán intervencí 15. 10. 2014-17. 10. 2014

1. Podávej antikoagulancia dle ordinace lékaře a pečlivě zaznamenej podání léků do dokumentace. (všeobecná sestra)
2. Sleduj místo vpichu po aplikaci antikoagulancí. (všeobecná sestra)
3. Sleduj možnost vzniku nežádoucích účinků antikoagulancí. Při vzniku nežádoucích účinků ihned informuj lékaře a uveď záznam

do dokumentace, denně. (všeobecná sestra)
<p>Realizace 15. 10. 2014-17. 10. 2014:</p> <p>Denně jsem pacientovi v 10:00 hodin podala antikoagulancia dle ordinace lékaře. Po aplikaci injekce jsem sledovala místo vpichu. Podání léku jsem zaznamenala do dokumentace.</p> <p>Denně jsem sledovala výskyt nežádoucích účinků léků. U pacienta nedošlo ke vzniku nežádoucích účinků léků.</p>
<p>Hodnocení 15. 10. 2014-17. 10. 2014</p> <p>Cíl částečně splněn: U pacienta nedošlo k masivnímu krvácení. Pacient nevykazuje vznik nežádoucích účinků antikoagulancií.</p> <p>Ošetrovatelské intervence dále pokračují (1, 2, 3).</p>
<p>Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce (00004) - PŽK</p> <p>Doména 11: Bezpečnost/ochrana</p> <p>Třída 1: Infekce</p> <p>Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.</p> <p>Rizikové faktory: Nedostatečná primární obrana - i.v. katetrizace</p>
<p>Priorita: nízká</p> <p>Cíl dlouhodobý: U pacienta nevznikla infekce, do konce hospitalizace.</p>
<p>Očekávané výsledky</p> <ul style="list-style-type: none"> - U pacienta se nevyskytují známky infekce, denně, po dobu hospitalizace. - Pacient je schopen včasné identifikovat příznaky infekce, do 12 hodin. - Pacient dodržuje hygienické zásady, denně.
<p>Plán intervencí 15. 10. 2014-17. 10. 2014</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontroluj denně místo vpichu. (všeobecná sestra) 2. Edukuj pacienta o hygienických zásadách (mytí rukou před a po jídle, po každé toaletě), do 12 hodin. (všeobecná sestra) 3. Edukuj pacienta o riziku vzniku infekce a o příznacích infekce, do 12 hodin. (všeobecná sestra) 4. Dodržuj aseptické postupy při práci s invazivními vstupy. (všeobecná sestra)

5. Dodržuj standardy oddělení - výměna PŽK 3. den od zavedení, dle potřeby. (všeobecná sestra)
6. Veškeré intervence zaznamenávej do dokumentace, denně. (všeobecná sestra)

Realizace 15. 10. 2014-17. 10. 2014

15.10. jsem zkontrolovala místo vpichu PŽK, zavedeného druhý den. Místo vpichu bez otoku, zarudnutí, PŽK funkční, pacient neudává bolesti při podávání infuze. 16. 10. PŽK nevykazuje známky infekce ale je nutné ho dle standardu oddělení vyjmout a zavést nový. PŽK jsem zavedla do levého předloktí horní končetiny. Veškeré intervence jsem zaznamenala do dokumentace. 17. 10. PŽK bez známek infekce. Při práci s invazivním vstupem jsem vždy postupovala asepticky.

15. 10. jsem edukovala pacienta o možném vzniku infekce a o příznacích infekce. Dále byl pacient edukován o zásadách hygieny - mytí rukou před a po jídle, po toaletě, po práci se stomií. Edukace jsem zaznamenala do edukačního listu. Pacient edukacím porozuměl.

Hodnocení 15. 10. 2014-17. 10. 2014

Cíl částečně splněn: U pacienta nedošlo k vzniku infekce. Pacient je informován o možnosti vzniku infekce. Pacient dodržoval zásady hygieny. Ošetrovatelské intervence dále pokračují (1, 4, 5, 6).

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ

Pacient je téměř samostatný, hygienu provádí sám, výměnu stomického sáčku realizuje sestra ale pacient se aktivně podílí podáváním pomůcek a vystřihováním otvoru do stomické podložky dle šablony. Kvůli zhoršenému vstřebávání živin pacient trpí podvýživou, jí však dostatečně, váha pomalu stoupá.

Pacientova psychika je negativně ovlivněna založenou stomií a dlouhodobou hospitalizací. Pacient z počátku přistupoval k péči o stomii laxně, jeho přístup se během realizace tří denního ošetrovatelského plánu začal zlepšovat, pacient se zajímal o stav stomie, sám vypouštěl stomický sáček, aktivně se podílel na ošetrovatelské péči o stomii. Důležité je pacienta co nejčastěji motivovat a chválit.

Pacient je dostatečně informován o stomii, bezesbytkové dietě, možnosti vzniku komplikací spojených s antikoagulační léčbou, o možnosti vzniku infekce a jejích příznacích.

Pacient má zájem komunikovat s přáteli, chce vidět svoji dceru. Se sestrou a s rodinou otevřeně mluví o svých problémech.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta:

- dodržujte zásady hygieny - mytí rukou před a po jídle, po toaletě a po práci se stomií,
- dodržujete bezezbytkovou dietu,
- dostatečně odpočívejte,
- pečujte o své duševní zdraví, provádějte autogenní trénink, svěřujte se svým blízkým se svými problémy,
- udržujte vztahy s přáteli,
- nebojte se na cokoliv zeptat.

Doporučení pro rodinu:

- podporujte a chvalte pacienta,
- dodávejte pacientovi naději a sílu,
- nechte pacienta mluvit o svých problémech,
- nebagatelizujte pacientovy problémy,
- zapojte se do léčebného režimu, připravte doma pacientovi "stomakoutek", kde bude mít soukromí a veškeré potřebné pomůcky pro výměnu stomie.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- získejte si pacientovu důvěru,
- naslouchejte pacientovi,
- dbejte na pacientův psychický stav,
- motivujte pacienta k účasti na ošetrovatelské péči,
- dodržujte hygienické zásady tak, abyste zabránili vzniku nozokomiální infekce
- rozšiřte své vědomosti o této problematice.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na pacienty s Crohnovou chorobou v rané dospělosti.

V teoretické části byla popsána základní charakteristika onemocnění, jeho projevy, diagnostika, léčba, patogeneze, komplikace a specifika ošetrovatelské péče.

V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u vybraného pacienta dle koncepčního modelu Marjory Gordon ve všech pěti krocích.

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče u vybraného pacienta s Crohnovou chorobou v rané dospělosti a zjistit, nakolik je pacient v tomto věkovém období ovlivněn tímto onemocněním. Zjištěné informace dokazují, že kvalita pacientova života v období relapsu onemocnění výrazně klesá.

U vybraného pacienta byla výrazně ovlivněna psychika. Na pacienta negativně působila zejména ileostomie a délka hospitalizace a z toho vyplývající nemožnost pacienta seberealizovat se. Zároveň se zhoršil pacientův fyzický stav, a to z důvodu narušeného vstřebávání živin. Mimo jiné byla diagnostikována podváha či svalová slabost.

Důležitou součástí ošetrovatelské péče tvoří získání pacientovy důvěry, opora a motivace pacienta, podpora dostatečné informovanosti pacienta nejen o onemocnění samotném a vyšetřovacích metodách, ale i o možnostech sdružovat se s pacienty se stejným onemocněním.

Cíl bakalářské práce byl splněn.

SEZNAM LITERATURY

ČERMÁKOVÁ, J., 2008. Crohnova choroba – vyšetřovací metody. *Zdraví E15: Sestra*. **18** (2), 26. ISSN 1210-0404.

ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. ISBN: 98-80- 7262-600-7.

HORÁK, L. a kol., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3595-5.

JOSAFAT, M. Crohnova choroba [online]. ©2014 [cit. 2014-14-11]. Dostupné z: <http://www.molnar.medikus.cz/o-nemocech/crohnova-choroba-920>.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2011. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. ISBN 978-80-905120-0-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2012a. *Jak zvládat život s IBD: rady, jak prožít normální život i s IBD (ulcerózní kolitidou nebo Crohnovou nemocí)*. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty - Pacienti IBD. ISBN: 978-80-905120-1-6.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2012b. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat, 2.díl*. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. ISBN 978-80-905120-2-3.

KOHOOUT, P., 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-734-5023-2.

KOHOUT, P. a kol., 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 80-903-8200-2.

KOTRLÍKOVÁ, E. a kol., 2007. Nutriční podpora umělá výživa, u malnutrice parenterální a enterální výživa. *Zdraví E15: Postgraduální medicína* [online]. **8**, 917-92. [cit. 2014-11-05]. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/postgradualni-medicina/?id=2619&year=2007>.

LANGMEIER, J. a kol., 2006. *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1284-9.

LUKÁŠ, M. a kol., 2012. Biologická léčba Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Zdraví E15: Lékařské listy* [online]. **9**, 15-18. [cit. 2014-12-01] ISSN: 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/?id=3849&year=2012>.

MAGUROVÁ, D. a kol., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-264.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikácie: 2012 - 2014*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2014. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN: 978-80-902876-9-3.

PRAŠKO, J. et al., 2010. *Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome in children. Biomedical papers.* **154**(4), 307-314. ISSN: 1213-8118.

PRACOVNÍ SKUPINA PRO NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY VE SPOLUPRÁCI SE SPOLEČNOSTÍ MEDIMPORT. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida: Připraveno ve spolupráci s Pracovní skupinou pro nespecifické střevní záněty*. Praha, 2010.

RENDL, L. a kol., 2013. Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry. *Kontakt*. **15** (2), 128-134. ISSN: 1212 - 4117.

SIXTUS, H., 2001. *Farmakologie v kostce*. Praha: TRITON. ISBN: 80-7254-181-1.

SVITKOVÁ, V. a kol., 2014. Kvalita života s Crohnovou nemocí. 2014. *Zdraví E15: Sestra* [online]. **24**(5). 38-40. [cit. 2014-12-01]. ISSN 1210-0404. Dostupný z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/sestra/?id=3947>.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a kol., 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1148-5.

ŠPINAR, J. a kol., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4743-561.

TACHECÍ, I. A kol., 2008. *Kapslová endoskopie*. Praha: Nucleus HK. ISBN 978-80-8700-945-1.

VOKURKA, M., 2012. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3. upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4620-329.

VOKURKA, M. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník 9. vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-202-5.

ZBOŘIL, V. a kol., 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Grada. ISBN: 978-247-1563-6.

ZBOŘIL, V. a kol., 2012. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-2656-7

PŘÍLOHY

Příloha A - Historie Crohnovy choroby

Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování
bakalářské práce

Příloha C - Rešerše

Příloha D – Wckarta

Příloha E – Endoskopický nález Crohnovi nemoci

Příloha A - Historie Crohnovy choroby

Historie Crohnovy choroby

První známky o podobných nálezech a projevech Crohnovy choroby jsou zaznamenávány již od roku 1612 lékařem Fabrym. Také lékař Josef Thomayer ve svých spisech „Patologie a terapie nemocí vnitřních“ roku 1893 popisoval případy pacientů se symptomy, které se velice blízce podobaly Crohnově chorobě (KOHOUT, 2006), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Ve 20. letech 19. století byl skupinou lékařů (Wilensky, Oppenheim, Cinzburg, Moschowitz a Crohn) vydán článek popisující Crohnovu chorobu (v článku uváděna jako ileitis terminalis). Autoři článku byli řazeni abecedně a tato skutečnost přispěla k dnes používanému názvu onemocnění. V roce 1932 byl pan B. B. Crohn uveden jako jediný autor. Od téhož roku se začal používat termín Crohnova choroba (KOLEKTIV AUTORŮ, 2012a), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Díky vysokému zájmu o diagnostiku a terapii idiopatických střevních zánětů se v únoru roku 1996 sešli specialisté v hotelu Don Giovanni v Praze a ustanovili Pracovní skupinu pro idiopatické střevní záněty. Skupina je vedena prof. MUDr. P. Dítětem, DrSc.

V české literatuře se setkáváme s mnoha názvy a zkratkami. Termíny jako nespecifické střevní záněty (NSZ) a idiopatické střevní záněty (ISZ) se téměř nepoužívají. V současnosti je z důvodu jednodušší komunikace se zahraničními lékaři nahrazuje termín inflammatory bowel disease (IBD). (PRACOVNÍ SKUPINA PRO NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY VE SPOLUPRÁCI SE SPOLEČNOSTÍ MEDIMPORT, 2010).

Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou v rané dospělosti v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 23. 3. 2015

Jiřina Raisová

Příloha C - Rešerše

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU V RANÉ DOSPĚLOSTI

Jiřina Raisová

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Crohnova choroba - Chron's disease. Komplexní ošetrovatelská péče - Complex Nursing Care. Pacient - Patient. Raná dospělost- Early Adulthood. všeobecná sestra - General nurse.

Časové vymezení: 2005 - 2015

Druhy dokumentů: knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 94 (knihy: 19, články a příspěvky ve sborníku: 71, elektronické zdroje: 4)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)

Příloha D - WCkarta



Příloha E - Endoskopický nález Crohnovy choroby



Endoskopický nález onemocnění

Zdroj: HORÁK, 2013, s. 206