

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

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

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ZUZANA FIŠEROVÁ**

**Praha 2016**

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

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

Bakalářská práce

ZUZANA FIŠEROVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková PhD.

Praha 2016



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

Fišerová Zuzana  
3. A VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 04. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou  
v rané dospělosti

*Complex Nursing Care in Patients with Crohn's Disease During Early  
Adulthood*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Konzultant bakalářské práce: MUDr. Pavel Padrta

V Praze dne: 1. 9. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20.3.2016

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce, paní Mgr. Evě Markové PhD., za ochotu a věnování svého času, za důležité rady, které mi velice pomohly při psaní práce a její velmi profesionální přístup. Velké děkuji, patří mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

## ABSTRAKT

FIŠEROVÁ, Zuzana. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou v rané dospělosti*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková PhD. Praha. 2016. 63 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s Crohnovou chorobou v rané dospělosti. Shrnuje základní údaje o této nemoci a specifika ošetrovatelské péče. Cílem bakalářské práce je detailní popis ošetrovatelského procesu 19letého pacienta s Crohnovou chorobou. Ke sběru a vyhodnocení informací byl použit model funkčního typu zdraví dle Marjory Gordonové. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2012–2014. Dále byl stanoven plán ošetrovatelské péče, popsána realizace ošetrovatelské péče a provedeno její hodnocení. Tato nevyléčitelná nemoc trávicího traktu významně ovlivňuje kvalitu života pacientů a přináší řadu ošetrovatelských problémů.

Klíčová slova

Crohnova choroba. Ošetrovatelská péče. Všeobecná sestra.

## ABSTRACT

FIŠEROVÁ, Zuzana. *Complex Nursing Care in Patients with Crohn's Disease During Early Adulthood*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková PhD. Prague. 2016. 63 p.

The theme of the thesis is a comprehensive nursing care for patients with Crohn's disease in early adulthood. Summarizes the basic information about the disease and the specifics of nursing care. The aim of the thesis is a detailed description of the nursing process 19-year-old patient with Crohn's disease. To collect and evaluate information model was used function type of health by Marjory Gordon. On the basis of the identified nursing problems were assembled nursing diagnosis according to NANDA Taxonomy II International from 2012 to 2014. There was also a nursing care plan, description of implementation of nursing care and made her evaluation. This incurable disease of the gastrointestinal tract significantly affects the quality of life of patients and brings with it a series of nursing problems.

Keywords

Morbus Crohn. Nurse. Nursing care.

## **OBSAH**

### **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

### **SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

### **SEZNAM TABULEK**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>12</b>
<b>1 CROHNOVA CHOROBA .....</b>	<b>13</b>
1.1 PRŮBĚH NEMOCI .....	15
1.2 DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY .....	16
1.3 LÉČEBNÉ POSTUPY U CROHNOVY CHOROBY.....	18
<b>2 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU .....</b>	<b>22</b>
<b>3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU .....</b>	<b>25</b>
3.1 ROLE SESTRY V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU .....	27
<b>4 KAZUISTIKA .....</b>	<b>31</b>
4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	32
4.2 ANAMNÉZA .....	33
4.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU .....	34
4.4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE MODELU GORDONOVÉ .....	36
4.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT .....	41
<b>5 SITUAČNÍ ANALÝZA .....</b>	<b>43</b>



5.1	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PROIRIT PACIENTA .....	43
6	INDIVIDUÁLNÍ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE....	45
6.1	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE.....	58
6.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	59
	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM LITERATURY.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp. ....	ampule
cps. ....	kapsle
CT .....	computer tomograf, počítačová tomografie
CŽK .....	centrální žilní katétr
ČR .....	Česká republika
D.....	dech
FR .....	fyziologický roztok
GIT .....	gastrointestinální trakt
IBD.....	idiopatické střevní záněty
i.m. ....	intramuskulární, nitrosvalová
i.v. ....	intravenózní, nitrožilní
IC.....	ileocekální
JIP.....	jednotka intenzivní péče
LU .....	lymfatická uzlina
MC .....	Morbus Crohn, Crohnova choroba
Min. ....	minuta
NANDA .....	Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy
NMR .....	nukleární magnetická rezonance
UC .....	ulcerózní kolitida
O <sub>2</sub> .....	kyslík
P.....	pulz
Resp. ....	respektive
s.c. ....	subcutánní, podkožně podaný
Tbl. ....	tableta
TEN .....	Tromboembolická nemoc
TK.....	krevní tlak
TT .....	tělesná teplota
tzv. ....	takzvaný, takzvaná
VAS .....	stupnice hodnocení bolesti
WHO .....	Světová zdravotnická organizace

(Zdroj: HEMZAL, VOTAVA, 2005).

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

etiologie .....	příčina vzniku
familiární .....	rodinný
fisura .....	trhlina
idiopatický .....	vznikající z neznámých příčin
lumen .....	světlost
morfologické .....	strukturální
segmentální .....	částečný
topické .....	lokální
transmurální .....	procházející celou stěnou

(Zdroj: SLOVNÍK-CIZÍCH-SLOV.CZ, 2016).

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Identifikační údaje .....	32
Tabulka č. 2: Farmakologická anamnéza.....	34
Tabulka č. 3: Hematologie z 5.7.2016 .....	41
Tabulka č. 4: Biochemie z 5.7.2016.....	41
Tabulka č. 5: Medikamentózní léčba.....	42
Tabulka č. 6: Infuzní léčba.....	42

## ÚVOD

Crohnova choroba je nevléčitelné onemocnění zažívacího ústrojí, které se nejčastěji projevuje poprvé právě u pacientů v rané dospělosti. Etiologie této choroby není dodnes zcela objasněna, proto nelze činit žádné preventivní kroky stejně, jako je velmi obtížné tuto chorobu léčit. Onemocnění má chronický, dlouhodobý průběh, kdy dochází ke střídání remise a relapsu.

Teoretická část práce se zabývá medicínskou a ošetrovatelskou problematikou pacientů s Crohnovou chorobou. Je zaměřená na charakteristiku, etiologii, diagnostiku, průběh onemocnění, léčebné postupy, psychologickou a sociální terapii i na specifika ošetrovatelské péče. Praktická část je zaměřena na komplexní ošetrovatelskou péči u pacientů s Crohnovou chorobou v rané dospělosti. V této části práce je řešen zdravotní stav pacienta s diagnostikovaným onemocněním, který byl hospitalizován ve Fakultní nemocnici Motol, na jednotce intenzivní péče. Byly získány podrobné anamnestické údaje a dle získaných informací byl vypracován ošetrovatelský plán dle diagnóz NANDA taxonomie a jejich zhodnocení. Cílem bylo navržení a realizace ošetrovatelského plánu, kdy hlavními body bylo zbavení pacienta strachu z tohoto onemocnění, motivace pacienta ke spolupráci při léčbě a rozšíření vědomostí o Crohnově chorobě a jejích specifických.

Volbu daného tématu ovlivnil výrazný nárůst tohoto onemocnění v populaci, výskyt tohoto závažného chronického onemocnění v rodině autorky a také specifika, která vyžaduje ošetrovatelská péče o pacienty s Crohnovou chorobou. Ošetrovatelská péče zde vyžaduje celistvé pojetí péče o člověka. U pacientů s Crohnovou chorobou se dokonale uplatňuje definice zdraví dle WHO, jehož dosažení je cílem lékařské i ošetrovatelské péče.

# 1 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění, které může postihnout jakoukoliv část gastrointestinálního traktu. Mezi typické nálezy na střevě jsou aftózní vředy s bělavým středem a zarudlým lemem, které jsou v této souvislosti celkově typickým projevem. Sliznice střevní stěny je prosáklá, zarudlá, a vyskytují se fisury různé hloubky. Zánět postihující střevo je segmentální. Onemocnění v praxi většinou postihuje více úseků GIT současně. Při těžkém průběhu onemocnění se mohou objevovat i mimo střevní projevy zánětu. Rozdílně od ulcerózní kolitidy postihuje celou tloušťku trávicí trubice tzv. transmurální zánět. Onemocnění se nejčastěji diagnostikuje mezi 20 až 30. rokem života jedince, ale není výjimka objevení onemocnění již v dětském věku. Vyskytuje se stejně u mužů i u žen (ČERVENKOVÁ, 2009).

Crohnova choroba byla poprvé popsána roku 1932 Dr. B. B. Crohnem. Tato nemoc se vyskytuje převážně v průmyslově vyspělých státech, v rozvojových zemích se téměř nevyskytuje. Zánět, který postihuje kterýkoliv úsek gastrointestinálního traktu, se projevuje „*průjmy, bolestmi břicha, horečkou a hubnutím*“ (FERENČÍK A KOL., 2005, s. 125).

Crohnova nemoc je zahrnována mezi idiopatické střevní záněty, které mohou postihnout v podstatě jakoukoliv část zažívacího traktu člověka. Počty nově diagnostikovaných osob s touto nemocí celkově stoupají v souvislosti s vysokými nároky v práci, stresovými situacemi, ale také špatným stravováním a problematickým životním stylem. Idiopatické střevní záněty, jsou skupinou chorob, kam řadíme jak Crohnovu nemoc, tak ulcerózní kolitidu, jejichž příčina není dosud přesně známa (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).

Crohnova nemoc je celoživotním onemocněním, ale mohou se také vyskytovat celkově dlouhá období relativně dobrého zdraví, která se ale střídají s obdobími, kdy jsou příznaky celkově aktivnější. Je nutné také uvést, že v současnosti neexistuje žádný lék na tuto chorobu, ovšem je možné stanovit vhodnou kombinaci medikamentů a v některých případech je také možné chirurgické řešení, na jehož základě je možné dosáhnout dlouhého období úlevy od vzniklých příznaků. Problémová je také skutečnost, že tato choroba se může projevit a objevit v každém věku, nejčastěji je diagnostikována mezi 20. až 30. rokem života jedince, ale objevuje se také u dětí

a mladistvých. Její výskyt je v podstatně stejný jak u mužů, tak u žen (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).

Mezi rizikové skupiny obyvatelstva patří také příbuzní pacienta s Crohnovou nemocí, pokud v tomto případě existují možné genetické predispozice. Lokalizace a průběh nemoci jsou často mezi generacemi podobné, ale v porovnání s rodiči je u jejich potomků tendence k tomu, že dochází k časnějšímu nástupu i k celkově těžšímu průběhu tohoto onemocnění (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).

S rozvojem medicíny se měnily i možnosti diagnostiky nemoci. V současnosti je nejvíce diskutovaný názor, že problémy, které jsou spojeny s Crohnovou chorobou, souvisí s poruchami komunikace mezi imunitním systémem lidského organismu a mikrobiálním obsahem lidského střeva. Mezi další často diskutované etiologické faktory se řadí především tyto:

- genetické vlivy
- faktory vnějšího prostředí, které působí na daného jednotlivce
- infekce, které ohrožují jednotlivce
- imunologické vlivy, a to proto, že organismus vytváří protilátky proti vlastním tkáním, jsou to autoimunitní problémy (ČERVENKOVÁ, 2009).

Genetické faktory mají podstatnou roli ve vzniku mnoha onemocnění, podobně je také u Crohnovy choroby. Podstata a důležitost genetických vlivů na etiologii tohoto onemocnění vyplývá zejména z četnosti familiárního výskytu onemocnění. Je nutné zmínit, že onemocnění se vyskytuje často u více členů rodiny. Existuje celkově vysoká frekvence vzniku nemoci v dětském věku v rodinách s familiárním výskytem, a proto tento faktor není možné brát na lehkou váhu (SILBERNAGL, LANG, 2012).

Teorií, jak a proč Crohnova choroba u člověka vlastně vzniká, existuje víc. Od roku 1984 se dává stále častěji výskyt této nemoci do souvislosti s paratuberkulózou skotu. Lékaře a vědce k tomu vede nápadná podoba obou nemocí a také průkaz stejného druhu mykobakterie ve střevech lidí a zvířat trpících těmito nemocemi. Mimo shodného původce a podobných změn na stěnách střev, mají obě tyto nemoci společné i období největšího ohrožení pro vznik pozdějšího onemocnění. Tou dobou jsou první dny života. Do GIT novorozenců se mykobakterie zřejmě dostávají s umělou dětskou výživou obsahující mléko z nemocných stád nebo s pitnou vodou. Statistické údaje z ČR

vykazují mezi léty 1995 a 2008 výrazný nárůst počtu nemocných v porovnání s dobou před rokem 1990, kdy se do bývalého Československa nedovážela zahraniční dětská umělá výživa. Výživa byla vyráběná z mléka krav z našeho území, kde se paratuberkulóza nevyskytovala. V ČR bylo v roce 1995 evidováno 3373 lidí s Crohnovou nemocí. V roce 2008 to bylo již více než 15 tisíc pacientů. Crohnova choroba byla dříve diagnostikována hlavně v dospělé populaci, v posledních letech se však stále častěji vyskytuje u dětí. Crohnovou nemocí trpí v současnosti v ČR asi 18 tisíc lidí a jejich počet narůstá (HÁTLOVÁ, 2016).

## 1.1 PRŮBĚH NEMOCI

Toto onemocnění je většinou případů celoživotní. V průběhu let se chování nemoci může různě měnit, zatímco její lokalizace se příliš nemění. Nemoc je nevléčitelná, ale u většiny pacientů mohou lékaři dosáhnout za pomoci správné léčby klidové fáze, nebo tzv. remise. Na základě tohoto pak mohou tyto osoby konat v podstatě stejné činnosti jako zdraví lidé (ČERVENKOVÁ, 2009).

Klinické projevy nemoci jsou celkově různorodé, záleží zejména na tom, který úsek zažívací trubice je zánětem postižen. Především se jedná o následující příznaky nemoci:

- bolesti břicha různé intenzity
- zvýšení tělesné teploty pacienta
- průjmy různé intenzity
- hubnutí pacienta
- chudokrevnost, s tímto je spojen především snížený počet červených krvinek a krevního barviva v krvi
- výjimkou nejsou ani mimo střevní projevy (ČERVENKOVÁ, 2009).

Mezi mimostřevní příznaky patří bolesti kloubů, zánět kloubů, kožní příznaky jako vřidky a puchýřky na kůži, chudokrevnost, záněty duhovky a rohovky a celková únava (ZDRAVEZDRAVI, 2015).

Nejčastěji trpí pacienti onemocněním spojením tenkého střeva, což označujeme jako terminální ileum, se začátkem tlustého střeva. Tomuto tak je až ve 40 % případů a projevy tohoto jsou především v křečovitých bolestech břicha, které se projevují hlavně po jídle, jsou to také průjmy a hubnutí pacienta. Hubnutí v tomto směru



je základním příznakem. Je nutné říci, že provází každého pacienta, který je postižen touto chorobou, a to v důsledku nižšího příjmu potravy a na základě zánětlivé aktivity, k tomuto také dochází k celkovému neprospívání lidského organismu a k celkové chudokrevnosti (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

Pokud je postiženo tlusté střevo, tak se objevují především bolesti břicha, ale také průjmy, nebo také v některých případech dochází ke krvácivým, nebo ke hnisavým projevům. V případě, že dojde k postižení části konečníku a řitního otvoru, tak se jedná hlavně o hnisavé projevy u konečníku, jsou to hlavně abscesy, píštěle, nebo vředy (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 1.2 DIAGNOSTIKA CROHNOVY NEMOCI

Crohnova nemoc je celoživotním onemocněním, které se dnes nedá definitivně vyléčit. Diagnostika je složena ze tří stupňů: nejprve je potřeba stanovit diagnózu, odlišit jiné možné zánětlivé onemocnění střev např. UC. Dále následuje pravidelný dispenzární systém kontrol. Tam zjišťujeme vývoj nemoci, změny v rozsahu postižení, reakce orgánů na léčbu a možný vývoj komplikací. Bohužel se nelze spolehnout pouze na pocity pacienta, protože nemoc může postupovat velmi pomalu a někdy téměř bezpříznakově dlouhou dobu. Pak náhle udeří v plné síle a lékaři i s pacientem pak dohánějí vývoj nemoci, který unikl v rámci diagnostiky i potřebné léčbě. Diagnostické postupy zahrnují:

- **vyšetření pacienta**, anamnestické údaje, hledá se výskyt těchto nemocí v rodině. Fyzikální vyšetření pacienta se při podezření na IBD zaměřuje na oblast břicha a konečníku. Sleduje také výskyt dalších typických příznaků na kůži, sliznici, očích nebo kloubech. Zánětlivé změny střev se dají poznat v anální oblasti a digitálním vyšetřením lze zjistit přítomnost stop krve;

- **laboratorní vyšetření** mají za úkol tzv. diferenciální diagnostiku jiného střevního onemocnění, vyloučit přítomnost jiné infekce, která by mohla idiopatický střevní zánět připomínat nebo komplikovat. Dalším úkolem těchto vyšetření je vyhodnotit stav aktivity nemoci a přítomnost nebo významnost výživových komplikací jako je chudokrevnost nebo nedostatek železa. Existuje jen omezené množství laboratorních vyšetření, které mohou učinit spolehlivý test, k rozlišení MC a UC;

• **morfologické vyšetření** pak představují vyšetření orgánů trávicí trubice. Protože MC může postihovat celou trávicí trubici v jejím průběhu, nesmíme se omezit pouze na vyšetření izolované části GIT. Některé lokality mohou být postiženy onemocněním a to i bez projevů. Pokud by se vyšetření některé oblasti GIT na začátku vynechalo a později by se zjistilo její postižení, nemůžeme rozlišit, zda se nemoc zhoršila, rozšířila, nebo zda bylo místo postižené již od začátku onemocnění. Při onemocnění UC stačí pouze vyšetření tlustého střeva (KROHNOVANEMOC, 2016; KOHOUT, 2006).

#### **Morfologická vyšetření jsou dvě:**

• gastrokopie - endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku, enteroskopie - tenkého střeva a rektoskopie, kolonoskopie - tlustého střeva. Speciální techniku zde představuje kombinace ultrazvukového vyšetření stěny GIT - tzv. endoskopická ultrasonografie. Při endoskopickém vyšetření lze také odebrat vzorky tkáně na histologické vyšetření a také provádět léčebné zákroky. Endoskopická vyšetření jsou velmi důležitá pro konečnou klasifikaci slizničních zánětlivých změn GIT a k hodnocení účinnosti léčby. Z praxe se ukazuje, že léčba, která vede k hojení sliznice, má větší dlouhodobou úspěšnost než ta, která jej nedosáhne,

• rentgenologická vyšetření představují ultrazvuková vyšetření trávicí trubice, rentgenové vyšetření s kontrastní látkou a další techniky jako je NMR nebo CT. Ultrazvukové vyšetření je důležité pro posouzení změn v střevní stěně a její okolí, které jsou pro Crohnovu chorobu příznačné. Rozliší míru prokrvení zánětlivě změněné tkáně, vyloučí nebo potvrdí abscesy, píštěle či stenózy. Podobnější informace poskytne CT nebo NMR, hlavně pokud jde o postižení v oblasti konečníku, řitního kanálu nebo okolních orgánů či struktur. Tato oblast označovaná jako malá pánev je totiž pro ultrazvuková vyšetření velmi těžko dostupná. Rentgenem s kontrastní látkou se zobrazuje nejvíce vnitřní lumen tenkého střeva (enteroklýza) či tlustého střeva (irigografie) (CROHNOVANEMOC, 2016).

K morfologickým vyšetřením je nutno poznamenat, že pro kvalitní diagnostiku je nutná kompletace výsledků několika vyšetření – endoskopických, sonografických, rentgenologických, která poskytnou komplexní obraz nemoci a umožní přesně cílenou léčbu. Výběr a pořadí vyšetření, jejich různé kombinace a načasování jsou pak v rukou lékaře konkrétního pacienta (ČERMÁKOVÁ, 2008).

## 1.3 LÉČEBNÉ POSTUPY U CROHNOVY NEMOCI

### Nutriční opatření

Existují jasné a prokazatelné důkazy pro negativní vliv přebytku rafinovaných cukrů, kde převažují polysacharidy (výrobky z bílé mouky) a pro nedostatek vlákniny v naší stravě. Podle výsledků některých provedených studií může však negativně působit i změna stravy například při dlouhodobém pobytu v zemi s naprosto odlišnými stravovacími návyky. V období akutních průjemových obtíží pak může nadbytek nestravitelných zbytků jako jsou zrnka či slupky, zhoršovat příznaky nemoci. Tyto složky potravy jsou nevhodné u nemocných kteří mají zúženou trávicí trubici a hrozí její ucpání. Velkým a častým problémem bývá nedostatečná výživa nebo podvýživa, která zhoršuje nejen hojení zánětu ve střevu, ale také snižuje obranyschopnost a má mnoho dalších negativních vlivů. V lehčích případech onemocnění můžeme běžnou stravu obohatit o různé nutriční doplňky jako jsou např. dietetické potraviny, vitamíny a stopové prvky. V těžších případech onemocnění je někdy nutné zachovat tzv. střevní klid. Střevní klid spočívá v omezení činnosti trávicího traktu a to formou enterální výživy. Enterální výživa je určena k podání sondou přímo do tenkého střeva, zde se snadno vstřebává. Trávicí trakt pak nemusí zpracovávat potravu mechanicky, pouze chemicky a následně vstřebává živiny. U velmi těžkých případů onemocnění je někdy nutné na přechodnou dobu zcela zastavit přívod potravy ústy a nemocnému jsou všechny výživové složky a léky podávány do žilního řečiště (CROHNOVANEMOC, 2016).

Dietní opatření je pro pacienta s Crohnovou chorobou prvotním a základním pro zvládnutí příznaků onemocnění. Důležité je, aby i přes dietní opatření, pacient přijímal všechny potřebné živiny. Pacienti s Crohnovou chorobou cítí zhoršení příznaků nemoci při konzumaci některých potravin, a proto by se takovým měli vyhýbat. Jde zejména o alkohol, syrovou zeleninu, zeleninové a ovocné šťávy, citrusové plody, kyselé zelí, luštěniny, cibuli, tučné nebo kyselé pokrmy. Velmi důležitý je dostatečný příjem tekutin, nejlépe čisté vody. Pacienti by měli omezit fyzicky náročné aktivity. Při léčbě Crohnovy choroby hraje hlavní význam pravidelné a důsledné užívání léků, omezení rizikových faktorů a udržování dobré psychické pohody (ZDRAVEZDRAVI, 2015).

## Farmakoterapie

Do skupiny aminosalicylátů patří sulfasalazopyridín a mesalazin (mesalamín, 5-aminosalicylová kyselina). Léky byly poprvé použity profesorkou N. Svatzovou v roce 1942, mají protizánětlivý efekt u některých revmatických onemocnění. K dispozici jsou ve formě orálních tablet a dále jako čípky či nálevy podávané konečníkem při postižení konečníku, popřípadě přilehlé levé poloviny tračníku (HERDMAN, 2013).

První použití kortikosteroidů spadá již do roku 1955. Nejznámější je prednison a injekční methylprednisolon. Jsou vynikajícími léky na akutní vzplanutí nemoci, selhávají však při snaze udržet klidovou fázi MC. Na jejich úspěšné použití je Malchow vypracována schéma již od roku 1984, kterou se vyplatí dodržet, pokud chceme využít jejich léčebný potenciál na maximum. Pacienti totiž, často z obavy z nežádoucích účinků, dávky kortikosteroidů snižují nebo zkracují dobu léčby. Zvláštním lékem je tzv. topický steroid budesonid, jehož tablety jsou připraveny tak, aby účinná látka působila v ileocekální oblasti a současně, aby se minimalizovaly nežádoucí účinky (HERDMAN, 2013).

Imunosupresiva jsou relativně široká skupina léků, která se stále rozrůstá. Jejich hlavním úkolem je potlačit v organismu imunitní reakce, které ho svými důsledky poškozují. K základním imunosupresivům v léčbě MC a UC patří azathioprin, 6-merkaptopurin, metotrexát a cyklosporin. Účinnost cyklosporinu nastupuje velmi rychle, podobně jako u kortikosteroidů, takže je vhodný pro zahájení léčby tam, kde se nedá vyčkávat. Naopak azathioprin, 6-merkaptopurin a metotrexát začínají působit až o několik měsíců (3 až 4 či dokonce až 6 měsíců). Proto jsou vhodné spíše na udržení remise (ZBOŘIL A KOL. 2007).

Dalšími používanými farmakologickými přípravky jsou antibiotika, probiotika a prebiotika. Ciprofloxacin (ze skupiny antibiotik označovaných jako chinolony), metronidazol (ze skupiny nitroimidazolů) a nevstřebatelné antibiotikum rifaximin mohou významně snížit aktivitu MC i UC, pomáhají zvládat těžké vzplanutí, působí pozitivně na léčbu píštělí či abscesů. Jejich působení je však dočasné, efekt odeznívá poměrně brzy po ukončení léčby. Je známá významná úloha střevní mikroflóry při vzniku i při akutních vzplanutích zánětlivých chorob střev, a proto se tento poznatek začíná využívat v léčbě. Přípravky obsahující laktobacily, bifidobakterie či bakterií

E.coli kmen Nissle 1917 mohou významně podpořit resp. potencovat účinnost ostatní léčby a jejich možnosti jsou předmětem intenzivního studia.

### **Biologická léčba**

Biologická léčba je nejmladší v terapii MC a je definována jako podávání látek různého složení a mechanismu účinku, které zasahují do imunitních a zánětlivých dějů provázejících vznik a vývoj léčených chorob. Zvláštností biologické léčby je fakt, že je založena na použití biologických produktů, jinak řečeno produktů živé přírody. To ji výrazně odlišuje od farmakologické léčby připravené synteticky. Mezi biologickou terapií jsou zařazeny toxiny a antitoxiny, séra a produkty z živých nebo usmrcených mikroorganismů. Nejznámějším příkladem biologické léčby jsou očkovací látky nebo přípravky vyrobené z lidské krve. Protože jde o produkty živých organismů, obsahují všechny biologické přípravky látky, na které pacient může reagovat jako na cizorodé bílkoviny. Ty pak fungují jako antigeny a mohou vyvolat tvorbu protilátek. To bývá největším úskalím biologické léčby, může dojít ke vzniku alergické reakce nebo k poklesu účinnosti této léčby. Biologická léčba má vysoké procento úspěšnosti v léčbě tzv. agresivního typu MC, který se vyznačuje častými relapsy, sklonem ke ztrátě odpovědi na léčbu kortikoidy a imunosupresivy, tvorbou píštělí a abscesů. Účinek nastupuje relativně velmi rychle. Může být použita k navození remise (klidového stádia), ale i k jejímu udržení (CROHNOVANEMOC, 2016; HERDMAN, 2013).

### **Endoskopická terapie**

Endoskopická vyšetření mohou být spojena s léčebnými výkony na trávicím traktu, jakými je polypektomie nebo dilatace stenóz. Polypektomie je odstranění polypu - výrůstku na vnitřní stěně trávicí trubice, který může krváčet, zužovat průsvit lumen střeva, ale může i obsahovat buňky nezhooubného či zhoubného nádoru. Stenózy trávicí trubice mohou být efektivně dilatované zavedením balónkových dilatátorů, které rozšíří světlost zúžené části střeva (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

### **Chirurgická léčba**

Chirurgická léčba se využívá převážně u těžkého průběhu Crohnovy choroby a při komplikacích. Dochází k odstranění ložiska zánětu, ale tuto léčbu není možno označit za léčbu definitivní. U těchto pacientů jsou prováděny resekční výkony postižené části střeva, anastomózy nebo odlehčovací stomie. Všechny chirurgické zákroky u pacientů s Crohnovou chorobou jsou velmi často komplikovány stenózami,

píštělemi nebo vznikem abscesů, které mohou následně vyústit v další nutnou chirurgickou intervenci. Tři čtvrtiny těchto nemocných jsou nejméně jednou za život operováni. Bohužel ani po chirurgickém zákroku stále nedochází k úplnému uzdravení pacienta a Crohnova choroba se dříve nebo později vrací do oblastí původně zdravých střev (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

### **Psychosociální terapie**

Psychosociální terapie je bohužel nedocenenou stránkou léčby. Přitom je známo, že 30 až 50% lidí s idiopatickými střevními chorobami má psychické a psychosociální problémy. Především mladí pacienti musí přerušovat studium, měnit zaměstnání, trpí pracovními omezeními, ocitají se na invalidním důchodu. Ruku v ruce s tím mohou jít problémy v osobním, rodinném, partnerském a sexuálním životě. Odrazem vlivu psychických faktorů je i překvapivě nízká spolupráce těchto pacientů na léčbě MC, která podle některých pramenů dosahuje pouze 47 % případů. Důvody mohou spočívat právě v nedostatečné psychologické podpoře, snížené socializaci a nedostatku kvalitních informací o podstatě nemoci a její léčbě (HERDMAN, 2013).

## 2 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Crohnova nemoc ovlivňuje kvalitu života například z biopsychosociálních hledisek. Pro hodnocení kvality života, podle WHO, je kvalita života definována tím, že jedinec vnímá své postavení ve světě v souvislosti s kulturou a hodnotovým systémem, a to také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Kvalita života vyjadřuje to, „...*jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterém žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“ (GURKOVÁ, 2011, s. 99).

WHO uvádí, že se na kvalitě života podílí šest hlavních oblastí, které zahrnují různý počet indikátorů, mezi tyto oblasti především patří:

- **fyzická kvalita života** – v tomto směru se jedná o prožívání bolesti, což je hlavní indikátor, pak je to způsobnost a pohyb, závislost na lécích, objektivní hodnocení energie,
- **psychická kvalita života** – indikátorem je prožívání pozitivních a negativních emocí, sebehodnocení, stejně jako vztah k vlastnímu tělu, schopnost koncentrace a schopnost učit se,
- **nezávislosti** – indikátory tohoto jsou různé aspekty omezení tělesné nezávislosti, odkázanosti na léky a na zdravotní a jiné pomůcky,
- **sociální vztahy** – indikátorem jsou subjektivní hodnocení osobních vztahů, sexuálního života a adekvátnost sociální opory,
- **prostředí** – indikátory jsou sociální a fyzikální aspekty prostředí, je to hlavně bydlení, okolí, finanční situace a dostupnost zdravotnictví,
- **náboženství, spiritualita** – indikátorem je náboženské přesvědčení a spirituální prožívání (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).

Změna životní situace, která je způsobena nemocí se projevuje v kvalitě života jednotlivce celkově významně. Hodnoty kvality života jsou o to vyšší, čím je zdravotní stav osob lepší. V souladu s definicí WHO je zdraví „*stav úplné, fyzické, psychické a sociální pohody a nejen jako nepřítomnost choroby či slabosti*“ (s. 48). V tomto ohledu je důležité od kvality života odlišit prožívání osobní pohody jednotlivce. Toto zahrnuje souvislosti tělesné, duševní, sociální, stejně jako spirituální. Můžeme

je označit jako významnou složku zdraví. Kvalita života se považuje za důležitou proměnnou, která má vliv na průběh a výsledek léčby (MASTILIAKOVÁ, 2014).

Na základě výše uvedených obecných informací, ke zdraví jednotlivce, můžeme vymezit kvality podle ošetrovatelské praxe na:

- schopnost žít normální život,
- spokojenost a štěstí,
- dosažení už stanovených cílů,
- vést aktivní život,
- dosažení tělesné a mentální kapacity (ŘEHULKOVÁ A KOL. 2008).

Kvalitu života je také možné definovat jako dopad nemocí a následků léčby na pacienta jako jednotlivce a způsob, jak je pacient přijat, jaký vliv na jeho život měla samotná léčba. Tato definice zahrnuje subjektivní a multidimenzionální stránku věci. Tato multidimenzionalita je způsobena tím, že kvalita života se týká více oblastí jednotlivce, není pouze jednou oblastí. Oblasti kvality života týkající se zdraví jsou následující, ve vztahu k řešení Crohnovy nemoci u jednotlivce:

- oblast fyzická – zvládání denních aktivit, pohyblivosti, stejně jako nepřítomnost choroby, toto je například zakotveno i v příslušné právní úpravě při posuzování nemocí jednotlivce,
- oblast psychologická a emocionální – tato zahrnuje úzkost, stres a negativní nálady jednotlivce,
- oblast sociální – toto zahrnuje vztahy s přáteli, s rodinou, stejně jako finanční zaopatření a sociální postavení,
- oblast duchovní – zahrnuje například smíření, smysl života, naději (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).

Na kvalitu života pacientů s Crohnovou chorobou mají vliv dva druhy faktorů. K externím faktorům patří především sociální, stravovací a vzdělanostní vlivy, případně další, individuálně stanovené vlivy podle potřeb jednotlivce (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).



Mezi interní faktory patří takové faktory, které jsou spojeny s nemocí, s jejím klinickými příznaky a způsoby léčby, tyto jednotlivé faktory jsou následující:

- vliv aktivity onemocnění na kvalitu života jednotlivce, kdy v průběhu onemocnění závisí kvalita života na intenzitě trvání a na dynamice klinických příznaků, příznaky, když jsou výraznější a intenzivnější, způsobují značný pokles kvality života člověka, rozdíly jsou také v případě akutního a chronického onemocnění;
- kvalita života a konzervativní léčba, zde je velmi důležité, uvést celkový efekt léčby, stejně jako nežádoucí účinky dopadů léčby, které tato může u jednotlivce vyvolat, výzkumy v této oblasti ukazují na to, že kdyby existovalo objektivní měření kvality života, pomohlo by to určit optimální dávkování medikamentů;
- přibližně 50 – 74 % osob s Crohnovou chorobou potřebovalo alespoň jeden chirurgický výkon, při dosažení remise se kvalita života zlepšuje, bez ohledu na to, zda bylo daného stavu dosaženo běžnou cestou konzervativní, nebo chirurgickou cestou. Osoby s Crohnovou chorobou uvádějí, že po chirurgickém zákroku se jejich stav postupně výrazně zlepšil (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).

Vliv na kvalitu života mají také psychické předpoklady. Mnoho nemocných, podle statistik, trpí depresemi, stejně jako obavami z důvodů, že je toto onemocnění celoživotní, stejně jako má obavy z celkového průběhu a dynamiky nemoci. Na celkový průběh nemoci mají vliv také negativní a depresivní nálady. U psychických stavů je tu existence vztahů mezi funkčními a střevními projevy a poruchami IBD. V souhrnu je možné konstatovat, že problém a zákeřnost Crohnovy nemoci spočívá především v tom, že ovlivňuje člověka na osobní, pracovní, společenské i intimní úrovni. Je nutné také uvést, že Crohnova choroba má významný vliv na samotnou kvalitu života, jak bylo uvedeno výše. Z těchto důvodů platí, že je nutné provést úpravu stravování a pravidelného užívání příslušné medikace i periodický dohled lékaře nad průběhem onemocnění u daného pacienta (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).

### 3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CROHNOVOU NEMOCÍ

Potřeby pacientů s Crohnovou nemocí jsou individuální. Jsou odvislé od toho, jak je velké postižení střev zánětem od toho se pak odvíjí odlišnost jednotlivých potřeb ošetrovatelské péče, která je založena na principech moderního ošetrovatelství. Na základě jednotlivých diagnostických domén, nebo lidských potřeb můžeme hovořit o tom, že u Crohnovy choroby u každého pacienta budeme hodnotit zejména doménu 2 - výživa, protože u mnoha pacientů s touto chorobou existuje zvýšené riziko podvýživy a malnutrice, a to na základě zánětlivého charakteru nemoci (TRACHTOVÁ, 2013).

Vliv stravování na kvalitu života je také možné doložit, a to v tom, že správně vyživovaný pacient bude lépe reagovat na celkovou koncepci léčby, lépe také zvládne období aktivity onemocnění a pomůže oddálit vzplanutí onemocnění. Výběr vhodných jídel závisí na stádiu onemocnění, na věku pacienta, na lokalizaci zánětlivého procesu, stejně jako na oblíbenosti jeho jídel, na rozsahu postižení trávicí trubice jednotlivce (SVITKOVÁ, KOBER, 2014).

U nemocných pacientů, kteří jsou postiženi hlavně v oblasti tlustého střeva, tak je nutné se zaměřit na doménu 3 – vylučování a výměna, kdy pacient trpí průjmy a od tohoto se odvíjí zvýšená ošetrovatelská péče v této oblasti. V akutní fázi nemoci je podstatná doména 4 – aktivita a odpočinek, kdy pacient trpí zvýšenou únavou, narušeným vzorcem spánku a dalšími souvisejícími problémy. Často dochází k deficitu některé ze základních fyziologických potřeb, po zvládnutí akutního vzplanutí nemoci se tyto problémy se většinou dostávají do pozadí ošetrovatelské péče (TRACHTOVÁ, 2013).

U domény 6 – sebe percepce a domény 9 – zvládnutí a tolerance zátěže pozorujeme stav psychiky pacienta sama k sobě a ke svému okolí, souvisí to také vyrovnat se s nemocí. V tomto směru se může dostavit bezmocnost s aktuálním zdravotním stavem. Většinou se s těmito doménami aktivně zabýváme u nemocných s nově diagnostikovanou nemocí. V této fázi se projevuje strach, úzkost, stejně jako pacient neví, jak bude dále vypadat jeho pracovní a osobní život. Musíme se snažit

pacientovi pomoci, a to účinně se musí s novou situací vyrovnat. Je vhodné poskytovat odpovídající informace odkazovat na pomocné skupiny na organizace (HERDMAN, 2013).

Stejně jako u jiných onemocnění, tak také u IBD existuje pro pacienty několik profesních organizací, které poskytují pacientům s Crohnovou nemocí poradenství a pomoc, stejně jako pro pacienty s ulcerózní kolitidou. Tato sdružení pacientům pomáhají nejčastěji se vyrovnávat se s nově projevenou nemocí. Některá družení pořádají i různé akce pro tyto pacienty. Dále pak pořádají odborné semináře stejně, jako vydávají odborné publikace pro pacienty i pro širokou veřejnost. Tyto publikace jsou určeny pro snadnější vypořádání se s novým onemocněním. Mimo tohoto se tyto publikace snaží odpovědět na nejčastěji kladené otázky, na nejasnosti týkající se IBD (HERDMAN, 2010).

Důležitou doménou 11 je také bezpečnost a ochrana pacienta. Pečujeme o pacienta tak, aby se cítil chtěný, aby mu nevzniklo žádné nežádoucí nebezpečí. K těmto nebezpečím patří například infekce, nebo pád, nebo jiné nežádoucí stavy, které jsou spojeny s jeho hospitalizací. U domény 12 pravidelně sledujeme bolest pacienta, jeho stav, zda je zachován jeho komfort, zda nedochází k jeho izolaci, u sledování bolesti je důležité její sledování a vyhodnocování, pravidelnost záznamů a zaznamenávání bolesti podle stupnice VAS. Podle charakteru bolesti tak můžeme aplikovat vhodné medikační prostředky na tlášení bolesti, a to na základě ordinace lékaře a podle procesu, který byl uvedený výše v rámci ošetrovatelského procesu. Mimo tohoto zjišťujeme také další metody, které pomáhají ztlážit akutní bolest a faktory, které naopak bolest zhoršují, abychom je mohly alespoň částečně odstranit, a to podle našich možností. Je nezbytné se starat o pacienta tak, abychom v co největší míře zvýšili jeho komfort, aby ho rušilo co nejmenší množství rušivých elementů v souvislosti s jeho onemocněním (HERDMAN, 2013).

Problém sociální izolace je také nutné řešit, proto se snažíme informovat a apelovat hlavně na pacientovu rodinu. Čím mladší je pacient, tím je to důležitější. Ale v každém věku pacienta jsou kontakty s rodinou a blízkými osobami velmi důležité. S tím souvisí doména 7 - vztahy mezi rolemi. Každý nemocný by měl mít jistotu, že v průběhu nemoci se jeho důležité vztahové vazby udrží, ale ne v každém případě toto tak probíhá, proto je této doméně nutné věnovat zvláštní pozornost. U pacientů

v dětském věku se nesmí zapomínat na doménu 13 – růst a vývoj, kdy může díky nemoci hrozit riziko opožděného vývoje (HERDMAN, 2013).

Je důležité, že v aktivní fázi nemoci přijdou některé domény do pozadí, nesporně je to například doména 8 – sexualita, nebo doména 10 – životní principy, případně doména 5 – percepce a kognice. U poslední ze jmenovaných domén je to míněno ve smyslu snížené pozornosti a orientace, když je pacient například v ohrožení života. Po stabilizaci stavu, nebo i posunutí nemoci do stádia remise se tyto domény opětovně dostávají do popředí zájmu pacienta (HERDMAN, 2013).

### **3.1 ROLE SESTRY V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU**

Nynější koncepce směřuje k tomu, že úlohou sestry není spolupráce s lékařem a zajištění všech lékařských pracovišť, ale také pečovatelská péče o pacienty. Nynější obsah a podoba zdravotnických poznatků, společně s právními předpisy a dalšími faktory, učinily ze sestry samostatného pracovníka, jež má v péči o pacienty zcela zásadní roli. Její kompetence jsou podstatně rozšířeny a je od ní očekávána odpovídající odbornost, a také samostatnost a zodpovědnost na dané pozici, například na konkrétním lékařském pracovišti (HERDMAN, 2010).

Základní definice moderního ošetřovatelství byla formulována Světovou zdravotnickou organizací, a to jako systém typicky ošetřovatelských intervencí, které se týkají zdraví jednotlivce, rodiny a skupiny, které jim pomáhají, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu, jak psychickou, tak fyzickou. (WHO, 2010) Jednotlivé činnosti v ošetřovatelské praxi zohledňují základní lidské fyziologické, psychologické a sociální potřeby a očekávání. Úloha sestry spočívá v pomoci a ošetřovatelské péči pro jednotlivce nebo skupiny pacientů. Cíle současného moderního ošetřovatelství jsou následující:

- aktivní pomoc jednotlivcům, rodině, skupinám k dosažení tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním, společenským a ekologickým prostředím;
- podpora pozitivního zdraví s cílem vytvoření z jedince aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, kdy jedinec je poučený a ochotný o své zdraví aktivně pečovat;
- maximalizace lidského potenciálu v péči o jednotlivce, o sebe sama, identifikace, co může jedinec pro sebe udělat;

- aktivní provádění prevence jednotlivých onemocnění;
- snižování negativního vlivu onemocnění na celkový stav jedince, resp. prevence komplikací;
- nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím, osob zdravotně postižených, osob s nevléčitelným onemocněním;
- standardizace ošetrovatelského procesu v souladu s aktuálními trendy v ošetrovatelství (HERDMAN, 2010).

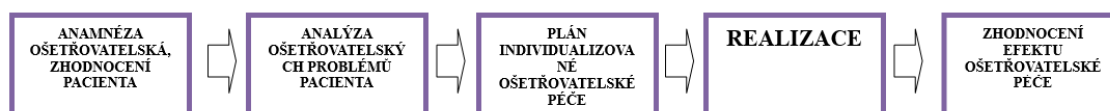
Ošetrovatelský proces je základním pracovním rámcem pro práci sester a lze jej označit jako procesy pro pracovní činnosti a odborné uvažování sestry v kontaktu s pacientem, nebo s klienty zdravotnických zařízení. Současné procesy v lékařské a ošetrovatelské praxi jsou souhrnně uvedeny na následujících schématech níže.

**Schéma 1: Postup lékaře ve vztahu ke klientovi/pacientovi**



Zdroj: vlastní zpracování

**Schéma 2: Postup sestry ve vztahu ke klientovi/pacientovi**



Zdroj: vlastní zpracování

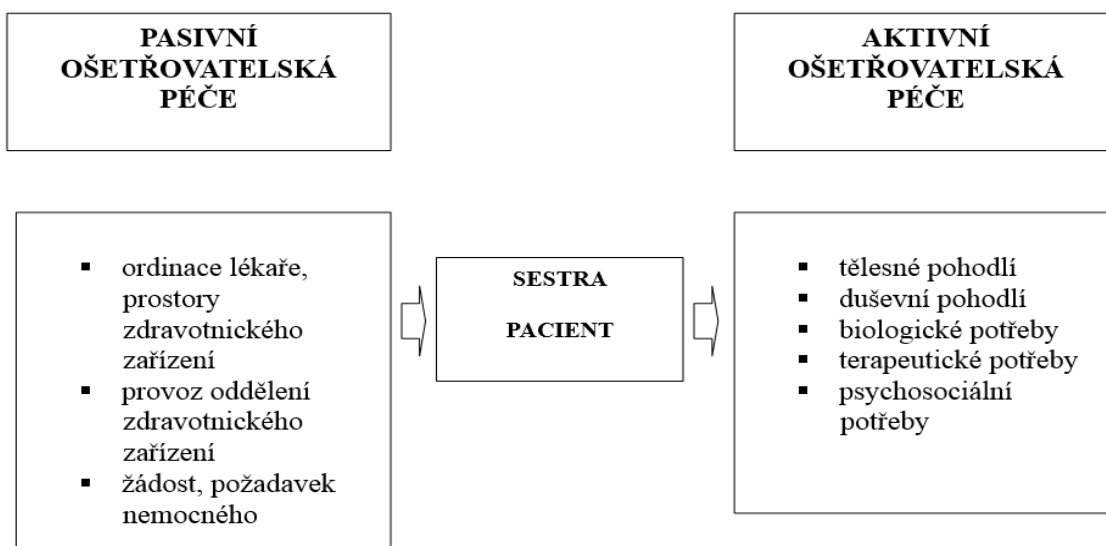
Z výše uvedených schémat lze pro ošetrovatelský proces odvodit charakteristickou kontinuální práci sestry s pacientem, s jeho rodinou a nejbližším sociálním prostředím, při kterém je s těmito osobami sestra v trvalém kontaktu. Pracuje tak samostatně, získává pacienta a jeho okolí k aktivní spolupráci na uspokojení jeho potřeb, zachování nebo znovuobnovení jeho soběstačnosti a návratu relativního zdraví. Stejně postupy lze aplikovat i na práci s potencionálními klienty zdravotnických zařízení. Moderní ošetrovatelské přístupy jsou založeny na určitých podmínkách, jež jsou uplatňovány v ošetrovatelském procesu, tyto jsou následující:

- ošetrovateľská péče musí být poskytována individuálně, sestra musí tuto ošetrovateľskou péči aplikovat podle potřeb konkrétního pacienta, resp. v souladu s aplikovanými léčebnými přístupy;
- ošetrovateľská péče musí být poskytována komplexním způsobem, resp. Na základě holistického přístupu, který předpokládá, že pacient je chápán jako biopsychosociální jednotka, jako určitý celek;
- ošetrovateľská péče musí mít preventivní charakter, sestra v rámci ošetrovateľského plánu péče o pacienta, anticipuje potencionální problémy pacienta a těmto také příslušnou ošetrovateľskou péčí přistupuje a předchází jim;
- ošetrovateľská péče musí být poskytována týmově, kdy na ošetrovateľské péči se podílí pracovní tým různých ošetrovateľských pracovníků pod vedením sestry, resp. vrchní sestry nebo osoby s vyšší nebo univerzitní kvalifikací;
- v ošetrovateľském procesu sestra volí nejvhodnější postupy na základě odborných znalostí, ne na základě tradičních postupů nebo intuice, jedná se o tzv. vědecký přístup;
- ošetrovateľská péče je založena na vstřícném a pozitivním přístupu, sestra v ošetrovateľském procesu poskytuje aktivní péči a spolupráci s pacientem, aktivní zaměření na zlepšování zdraví pacienta (TRACHTOVÁ, 2013).

Současné ošetrovateľské přístupy jsou zaměřeny na zdraví člověka, medicínské přístupy jsou zaměřeny na diagnostické procesy a léčbu onemocnění pacienta. Hlavní rozdíl spočívá v tomto, že jsou odlišné cíle ošetrovateľství a moderní medicíny. V mnoha oblastech jsou činnosti sester a lékařů totožné, což vyplývá i některých metodických předpisů, ale také například právních předpisů, apod. V jiných oblastech jsou tyto činnosti a navazující procesy odlišné. Ošetrovateľství tak vytváří vlastní specifickou oblast, ve které zdravotničtí pracovníci, jako jsou také sestry, pracují zcela samostatně a na základě vysokých kompetencí, zejména pak v terénní ošetrovateľské péči. Ošetrovateľství je i v současnosti relativně raným oborem, stále se formulují jeho další navazující koncepce a na základě odpovídajících metod jsou tak systematickým způsobem komplexně uspokojovány. Na základě tohoto jsou uplatňovány faktory a principy, zmíněné v předchozích kapitolách, a to že sestra poskytuje ošetrovateľskou péči nejenom pacientovi, ale také komunikuje s jeho okolím, případně se aktivně podílí na zajištění jeho další odborné péče (TRACHTOVÁ, 2013).

Ošetrovatelská praxe tak zahrnuje, ve vztahu k modernímu pojetí ošetrovatelské péče následující oblasti, jsou v oblasti také s uvedenými principy a faktory, jež mají na ošetrovatelskou praxi vliv: podpora zdraví; uchování zdraví; navrácení zdraví a péče o umírající.

**Schéma 3: Koncepce ošetrovatelské péče**



Zdroj: vlastní zpracování

Český ošetrovatelský systém se v současnosti zaměřuje na více biologicky a medicínsky orientované problémy, klade důraz na aktivní úlohu sestry v ošetrovatelské péči o pacienty. Zahraniční ošetrovatelské systémy, jako například americký systém, zdůrazňuje ochranu zdraví o pacienty, i samostatnou práci sester v preventivní terénní a nemocniční péči. Koncepce ošetrovatelství v současnosti zdůrazňují jak vědecký základ oboru, ale také sledování a hodnocení kvality ošetrovatelské péče, odpovídají kvalifikační stupeň, specializační i univerzitní přípravu sester, stejně jako legislativní a etické normy a další oblasti (TRACHTOVÁ 2013).

## 4 KAZUISTIKA

Ošetrovatelský proces je proces cyklický a pokračující, který může v jakékoliv etapě skončit, pokud je problém vyřešen. Zaměřuje se na jakýkoliv pacientův problém a nejen na zlepšení fyzických potřeb, ale i potřeb sociálních a emociálních. Ošetrovatelský proces je hlavně založen na systematickém shromažďování údajů a problémech o pacientovi. Je složen z pěti kroků. Posuzování stavu pacienta, diagnostika jeho potřeb, plánování ošetrovatelské péče, realizování naplánovaných ošetrovatelských intervencí a následné zhodnocení v jakém rozsahu byly splněny cíle (SYSEL A KOL., 2011).

*„Kazuistika je specifickou technikou kvalitativního výzkumu, protože jde o výzkum jedné osoby a jedné situace – případu. Je to souhrnný popis jednotlivých případů, např. Choroby s údaji od začátku, vývoji a průběhu, případně okolností, které mohly tento vývoj či současný stav ovlivnit. Kazuistika v ošetrovatelství může sloužit jako návrh pro řešení problému ošetrovatelské praxe, může doplnit kvantitativní výzkum nebo může být počita ve výuce“ (PLEVOVÁ A KOL., 2011, s. 230).*

V praktické části práce byl ošetrovatelský proces zpracovaný u pacienta v rané dospělosti, u kterého bylo zjištěno onemocnění Morbus Crohn. Jedná se o 19 ti letého pacienta, který byl hospitalizován na chirurgické JIP ve Fakultní nemocnici v Motole v období od 4.7.2015 do 6.7.2015. Cílem je detailně popsat ošetrovatelské problémy pacienta s onemocněním Morbus Crohn a navrhnout individuální plán péče, který bude pravidelně vyhodnocován a aktualizován dle aktuálních potřeb pacienta a zjištěných ošetrovatelských problémů Ošetrovatelská anamnéza byla zpracována podle modelu Marjory Gordonové, dále bylo využito NANDA taxonomii ke stanovení ošetrovatelských diagnóz dle priorit pacienta. Základním zdrojem pro získávání informací byla zdravotní i ošetrovatelská dokumentace uvedeného pacienta, provedený anamnestický rozhovor, fyzikální vyšetření provedené sestrou a sledování pacienta.



## 4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Tabulka č. 1: Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X.Y.	Pohlaví: Muž
Datum narození: 1997	Věk: 19
Rodné číslo: 97XXXX/XXXX	Zdravotní pojišťovna: XXX
Adresa trvalého bydliště: XXX	Státní příslušnost: ČR
Telefon:000000000	Zaměstnání: student
Stav: svobodný	Datum přijetí: 4.7 2015
Vzdělání: základní	Typ přijetí: plánované
Oddělení: chirurgická JIP	Ošetřující lékař: MUDr. X.X

Zdroj: Vlastní zpracování

Důvod přijetí udávaný pacientem: „byl jsem přijat pro dlouhodobé průjmy a bolest břicha k operaci, snad to ta operace konečně zlepšila“.

**Medicínská diagnóza hlavní:** M. Crohn (K 50.9)

**Hodnoty zjišťované při přijetí**

**TK / P:** 115/60

**P:** 66/min, pravidelný

**D:** 10/min

**TT:** 36,1 °C

**Pohyblivost:** omezena operačním výkonem, ležící

**Stav vědomí:** oblužené, v důsledku aplikace celkové anestezie

**Informované souhlasy,** s realizací lékařských výkonů a vyšetření, jsou součástí dokumentace pacienta. Pacient svým podpisem potvrdil, že byl dostatečně a srozumitelně poučen o jeho zdravotním stavu, operačním výkonu, zavedení centrálního žilního katétru a dalším pooperačním postupu dle aktuálních obtíží pacienta. Byl informován o možných komplikacích spojených s chirurgickým zákrokem.

## Nynější onemocnění

Pacient s diagnostikovanou Crohnovou chorobou byl přijat 2.7.2015 na oddělení chirurgické standardní jednotky před plánovaným chirurgickým řešením Crohnovy choroby. K chirurgickému výkonu byl objednan v rámci předchozí hospitalizace v nemocnici v X, kde byl hospitalizován pro bolesti břicha nejasné etiologie na interním oddělení. Při této hospitalizaci byla histologicky potvrzena řešená diagnóza. Bylo provedeno CT vyšetření břicha s nálezem na podezření na mezikličkový absces, následně provedené endoskopické vyšetření a histologické vyšetření odebraných vzorků potvrdilo Crohnovu chorobu. Protože nemocnice X nedisponuje operačním sálem, kde by bylo možné provést navrhovaný výkon, byl pacient přeložen na toto pracoviště. Po přijetí na chirurgické standardní oddělení byl pacientovi zaveden trojcestný centrální žilní katétr a absolvoval předoperační přípravu k plánovanému chirurgickému zákroku provedení IC anastomózy v oblasti neoterminálního ilea. Pacient byl seznámen s navrhovaným chirurgickým výkonem i pooperační péčí na oddělení intenzivní péče.

**Zdroj informací:** zdravotnická dokumentace, lékař, ošetřující personál, pozorování.

## 4.2 ANAMNÉZA

### LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

**Rodinná anamnéza:** oba rodiče zdraví, otec pouze alergie na zvířecí srst. Nevlastní bratr zemřel na leukémii, vlastní sourozence nemá, děti nemá.

**Osobní anamnéza:** v dětství měl pouze běžná dětská onemocnění, neštovice a spálu. Očkován byl podle očkovacího kalendáře. Neudává žádné úrazy ani operace. Nyní nově zjištěna Crohnova choroba.

**Alergologická anamnéza:** neudává žádnou alergii

**Abúzy:** pacient je nekuřák, alkohol: pije příležitostně pivo, drogy neužívá.

**Sociální a pracovní anamnéza:** pacient je studentem střední průmyslové školy, svobodný, bydlí s rodiči v třípokojovém bytě. Vztahy v rodině jsou dobré. Pacientovy záliby jsou automobily, motocykly a airsoft. Rád hraje počítačové hry, sleduje televizi a chodí na procházky se psem. Má přítelkyni.

## Farmakologická anamnéza:

Tabulka č. 2: Farmakologická anamnéza

Název	Dávkování	Aplikace	Léková skupina
Helicid 20 mg cps.	2 – 0 - 2	per os	antiulcerozum
Prednison 20 mg tbl.	2 – 1 – 0	per os	hormon
Salofalk 500 mg tbl.	1 – 1 – 1	per os	antiflogistikum
Enterol 250 mg tobolky.	2 – 2 – 2	per os	probiotikum
Novalgín 500 mg tbl.	1 – 0 – 1	per os	analgetikum

Zdroj: vlastní zpracování

**Spirituální anamnéza:** pacient je bez vyznání.

## 4.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Fyzikální vyšetření bylo provedeno 4.7.2015 odpoledne, tedy v den přijetí pacienta na lůžkové oddělení chirurgické JIP po provedené plánované operaci. Pacient je při vědomí, lehce obluzený po celkové anestezii, spolupráce je omezená stavem vědomí, ale s postupem času se výrazně zlepšuje. Bez ikteru a cyanózy, klidové eupnoe, subfebrilní, lehce dehydratovaný, malnutrický. Kůže bez patologických eflorescencí, kožní turgor normální, ale významně sušší sliznice a chladné akraální části. Pacient ležící, po chirurgickém zákroku. Poloha pasivní se pomalu mění na aktivní.

### Hlava a krk

**Subjektivně:** „hlava mě nebolí, ale pálí mě v krku“.

**Objektivně:** hlava mezocefalická, bez deformit, bolesti na poklep neudává, zornice izokorické, fotoreakce oboustranně zachována, spojivky růžové, skléry bílé, brýle nenosí. Uši a nos bez výtoků. Rty suché a bledé barvy. Jazyk plazí středem, suchý, bíle povleklý. Chrup zdravý, pouze jedna plomba. Dásně bez krvácivých projevů. Krk: šije volná. Krk souměrný, nedeformovaný. Náplň krčních žil nezvýšená, tep karotid hmatný, pravidelný, uzliny a štítná žláza nehmatné. Pálivý pocit po zavedené intubační rource.

### Hrudník a dýchací systém

**Subjektivně:** „dýchá se mi dobře, hrudník mám asi v pořádku“.

**Objektivně:** hrudník symetrický, poklep plný, jasný. Dýchání čisté, sklípkové. Dechy 10/min. Saturace bez podaného O<sub>2</sub> 96%. Srdeční akce pravidelná 66/min. Obě ozvy bez patologického šelestu. Axilární LU nehmatné, mammy bez rezistence.

### **Srdce a cévní systém**

**Subjektivně:** „se srdcem jsem nikdy problémy neměl, jen prý nemám žíly“.

**Objektivně:** akce srdeční pravidelná (66/min), pulz hmatný, pravidelný, TK 115/60. Dolní končetiny bez otoků. Na pravé straně krku je zavedený CŽK, který byl zaveden pro špatný žilní periferní přístup, bez známek infekce, překryt transparentním krytím.

### **Břicho a GIT**

**Subjektivně:** „zatím nebolí, jen mám pocit, že není moje. Nebo jsem si na bolest pomalu zvyknul, stolici jsem měl v poslední době často, třeba 20 až 30 krát denně a s příměsí hlenu. Trochu jsem zhubnul“.

**Objektivně:** po provedeném chirurgickém výkonu, nelze břicho vyšetřit. Inguinální LU nehmatné. Poslechově peristaltika neslyšitelná. Nauzeu pacient neudává, nezvrací. Na břicho sterilně krytá rána po provedené laparotomii.

### **Vylučovací a pohlavní ústrojí**

**Subjektivně:** „dřív jsem chodil na stolici tak dvakrát za den, v poslední době i 30 krát. S močením problémy nemám, ale na sex nemám ani pomyslení od doby co mám pořád průjem“.

**Objektivně:** časté průjmovité stolice od doby vzplanutí Crohnovy nemoci anamnesticky. Močení v normě. Častá stolice omezuje pacienta v sexuální oblasti.

### **Pohybový aparát**

**Subjektivně:** „jsem trochu slabý už několik týdnů, jinak problémy nemám a už se těším, až budu moct vstát z postele“.

**Objektivně:** ležící pacient po chirurgickém výkonu, jemná i hrubá motorika zachována, anamnesticky bez obtíží v této oblasti.

### **Nervový systém**

**Subjektivně:** „dnes je čtvrtého července, dobře se mi to pamatuje, nejsem operován každý den. Brýle nemám a ani o jiných problémech nevím“.

**Objektivně:** pacient při vědomí, lehce obluzené vědomí po celkové anestezii, spavý, místem, osobou a časem zcela orientován. Sluch bez patologií, paměť v pořádku, citlivost a reflexy bez patologických odchylek.

### **Endokrinní systém**

**Subjektivně:** „nemám ani cukrovku ani problémy se štítnou žlázou“.

**Objektivně:** anamnesticky se s endokrinním systémem neléčí, štítná žláza nehmatná, nejsou pozorovány žádné příznaky poruchy funkce endokrinního systému.

### **Imunitní systém**

**Subjektivně:** „nejsem na nic alergický, jen můj otec nemůže zvířata a vadí mu můj pes“.

**Objektivně:** LU nehmatné, nebolestivé. TT 36,1 °C.

### **Kůže a její adnexa**

**Subjektivně:** „kūži si občas mažu krémem, mám ji sušší, o vlasy se nestarám, chodím dohola. Trochu problémy mám akorát s konečnickem od toho průjmu“.

**Objektivně:** kůže růžová, na rukou sušší, bez ikteru, cyanózy a patologických defektů. Vlasy má pacient oholené, nehty čisté, upravené. Hydratace v normě.

## **4.4 OŠETROVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE MODELU GORDONOVÉ**

Model Majory Gordonové je považován za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Při kontaktu s pacientem sestra určuje funkční, nebo naopak dysfunkční vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase. Z tohoto modelu získáváme komplexní informace ke stanovení ošetrovatelské anamnézy a vytvoření péče.

Ošetrovatelská anamnéza podle modelu Marjory Gordonové byla vypracována dne 5. 7. 2015 (první pooperační den).

**Zdroj informací:** rozhovor s pacientem, zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace, pozorování.

## **DOMÉNA 1: Vnímání zdraví, aktivity a způsob udržení zdraví**

**Subjektivně:** „ta nemoc se mi vůbec nelíbí a navíc prý nejde úplně vyléčit. Studuju, mám před maturitou, bojím se, že budu v nemocnici a budu muset opakovat ročník. Už jsem tomu věnoval čas a nervoval jsem se a bylo by to zbytečné. Hraju občas fotbal a s kamarády se věnuji airsoftu. Jinak se moc nenamáhám, do školy jezdím autem s rodiči. Dnes už jsem s rehabilitační sestrou vstal, hned mi bylo trochu líp, ale co bude v budoucnu, toho se dost bojím“.

**Objektivně:** Pacient hodnotí svůj aktuální stav dost negativně. Pacient je studentem střední průmyslové školy a má před maturitou. To mohlo vyvolat ataku onemocnění. Aktivně nikdy nesportoval, občas chodil s kamarády hrát fotbal. Rád jezdí s přáteli do přírody, kde se věnuje airsoftu. Při této hře vynaloží dost energie. Do školy jezdí autem. Drogy neužívá, nekouří a alkohol si dává příležitostně. Uvědomuje si, že nemoc ho v hodně věcech dost omezí. Druhý pooperační den se pacient pokusil s pomocí rehabilitačního pracovníka vstát z lůžka. Doufá, že se jeho stav brzy zlepší a operace, kterou podstoupil, byla na dlouhou dobu tou poslední. Bojí se možných komplikací.

## **DOMÉNA 2: Výživa a metabolismus**

**Subjektivně:** „moc pravidelně jsem nejedl, ve škole třeba skoro vůbec ne, občas jsem se stravoval v rychlém občerstvení, žádná zdravá jídla. Zeleninu a ovoce moc nejím. Zhubnul jsem 9 kilogramů za docela krátkou dobu, ale to bude tím průjmem. Tady zatím nejím, jsem na kapačkách, ale nevádí mi to, nemám chuť na jídlo ani náhodou. Normálně piju asi 1 a půl litru tekutin“.

**Objektivně:** pacient se doma stravoval nepravidelně. Když měl chuť, dal si kořeněné jídlo a má rád produkty z rychlého občerstvení. Ovoce a zeleninu do svého jídelníčku moc nezařazuje. I přesto, že mu vaří matka, domácí stravu příliš nevyhledává. Jeho strava je nepravidelná, nevyvážená a hlavně nezdravá. Pacient zhubnul na 58kg. Jeho předchozí váha byla 67kg. První pooperační den má naordinovanou dietu nic per os, ale chuť k jídlu nemá. Denní příjem tekutin běžně je kolem 1,5l/ denně, nyní pouze i.v. hydratace. Pacient měří 178cm, váží 58kg a jeho BMI je 18,3 (podváha). Do CŽK mu je podávána parenterální výživa.

### **DOMÉNA 3: Vylučování**

**Subjektivně:** „s močením problémy nemám a nikdy jsem neměl, problémy mám se stolicí. Bolí mě dost břicho, než jdu na stolicí, teda nejdu, spíš běžím. Chodím tak 10 až 15 krát, někdy i 30 krát, záleží, co jsem jedl. Ve stolici je někdy krev a hlen skoro vždy v posledních týdnech“.

**Objektivně:** pacient neudává potíže s močením. Před stolicí udává bolesti břicha, které ho nutí jít rychle na toaletu. Frekvence stolice jsou kolem 10 – 15 za den, v závislosti na jídle i častěji. Stolice je průjmovitá, obsahuje příměs krve a hlenu.

### **DOMÉNA 4: Aktivita a cvičení**

**Subjektivně:** „než jsem onemocněl tak jsem fungoval naprosto normálně, nesportuju aktivně, ale občas to mám rád. Mám rád auta, motorky, mám řidičák. Taky rád hraju hry na počítači a koukám na televizi. Mám přítelkyni, té se věnuji a psa, kterého mám rád“.

**Objektivně:** pacient byl před hospitalizací soběstačný ve všech každodenních činnostech. Aktivně nesportuje, jen rekreačně. Má rád auta a motorky. Poslouchá hudbu a hraje počítačové hry. Chodí na procházky se psem. První pooperační má naordinován klidový pohybový režim. V dopoledních hodinách nacvičoval vstávání z lůžka s fyzioterapeutem. Bylo provedeno hodnocení rizika pádu. Hygienickou péči pacient provedl sám na lůžku. Pacient má sníženou mobilitu, proto mu lékař předepsal bandáže DK, jako prevenci TEN. Dále má naordinovanou antikoagulační léčbu. Odpoledne v nemocnici tráví poslechem hudby a čtením časopisů.

### **DOMÉNA 5: Spánek a odpočinek**

**Subjektivně:** „spávám dobře, asi 7, 8 hodin za den, to mi stačí. Chodím spát tak ve 23 hodin, záleží, co dávají v televizi. Léky na spaní nepotřebuje ani v nemocnici, sice se tu občas vzbudím, ale tady se pracuje i v noci a bojím se o ten centrál“.

**Objektivně:** pacient spí 7 – 8 hodin denně, v noci se nebudí. Před spánkem se dívá většinou na televizi. Chodí spát mezi 22 – 23 hodinou a vstává kolem 6 - 7 hodiny ráno. Léky na spaní žádné neužívá, problémy s nespavostí nemá. Po dobu hospitalizace pacient spí bez větších problémů. Občas se vzbudí, zda si nevytáhl CŽK. Někdy ho zase vzbudí rušnější chod oddělení.

## **DOMÉNA 6: Vnímání a poznávání**

**Subjektivně:** „vím, že jsem v nemocnici i proč, je pátého. Paměť mám průměrnou, před maturitou ji potrénuju, alespoň doufám. O Crohnově nemoci mám už poměrně dost informací, něco od lékaře, sester, taky z internetu a není to nic moc nemoc“.

**Objektivně:** pacient je plně orientovaný místem, časem i osobou. Aktivně spolupracuje se zdravotním personálem. Vidí i slyší dobře. Potíže s pamětí nemá. Pozornost udrží. Slovní zásoba je rozsáhlá a slovní vyjadřování je velmi slušné. O jeho zdravotním stavu mu jsou poskytnuty veškeré informace lékařem i ostatním personálem, sám aktivně hledá informace na internetu.

## **DOMÉNA 7: Sebepojetí a sebeúcta**

**Subjektivně:** „trochu jsem se po operaci zklidnil, to čekání bylo nekonečné. Jen se bojím, co bude dál. Snažil jsem se o tom zjistit co nejvíc informací a vím, že to není definitivní řešení problému. Máma je furt ubrečená, tak to asi není úplně dobrý. Já teď hlavně chci dostudovat a chtěl jsem si podat přihlášku na vysokou. Naši mi moc pomáhají, i přítelkyně a kamarádi, ale budoucnosti se bojím“.

**Objektivně:** pacient je po operaci klidnější. Ale pociťuje strach z možných komplikací a budoucnosti. Doufá, že operace na nějaký čas vyřešila jeho problém. Po zotavení by chtěl dokončit školu a dát si přihlášku na vysokou školu. Velkou oporou je pro něj rodina, přítelkyně a kamarádi.

## **DOMÉNA 8: Role, mezilidské vztahy**

**Subjektivně:** „bydlím s rodiči v bytě a zatím ani jinou variantu neplánuji. Naši mi pomáhají, mají jenom mě, teď jsou hodně ve stresu, umřel mi nevlastní bratr na leukémii, proto máma furt brečí, bojí se, abych neumřel taky, ale slíbil jsem jí, že neumřu. Taky mi pomáhají kamarádi a přítelkyně, navštěvují mě v nemocnici, volají, jsme ve spojení na síti“.

**Objektivně:** pacient bydlí s rodiči v bytě na Rakovnicku. Velkou oporou mu jsou rodiče a kamarádi, kteří mu pomáhají překonat strach z hospitalizace. Doufá, že mu nemoc dovolí odmaturovat. Jeho rodina je informovaná o jeho zdravotním stavu. Na návštěvy jezdí 4-5x do týdne. Roli syna zvládá velmi dobře.



## **DOMÉNA 9: Reprodukce a sexualita**

**Subjektivně:** „o tom se mi špatně mluví, ani s mámou o tom nemluví, vadí mi, že jste žena. Přítelkyni mám, jsme spolu asi rok, nebydlíme spolu, intimně spolu žijeme. Teda teď ne, od doby co jsem měl neustále průjem, jsem s tím začal mít trochu potíže a teď na nic takového taky zatím nemám ani pomyslení“.

**Objektivně:** pacient je stydlivý. Udává, že přítelkyni má, ale vzhledem k onemocnění a příznakům s ním spojených, nemá chuť ani pomyslení na sexuální život. Před nemocí žil normální sexuální život.

## **DOMÉNA 10: Stres a zátěžové situace**

**Subjektivně:** „zatím jsem unavený, nebylo to nic moc ani před operací a zatím se to nezlepšilo, ale snad to ta operace vyřešila, aspoň na čas. Když jsem zjistil co mi je a viděl, jak máma brečí, byl jsem v šoku. Tohle prostě nemůžete čekat, jsem skoro kluk a najednou nemocnice, operace a nemoc napořád. Snažím se k tomu zjistit co nejvíc informací, abych se pokusil to co nejvíc zlepšit i já svým chováním.“

**Objektivně:** pacient je se svým stavem a nemocí smířený, i když má obavy z dalšího průběhu nemoci, tak se snaží na to co nejméně myslet a aktivně se zapojit do prevence dalších atak onemocnění. Největší stresovou situací pro něj bylo zjistit, že má Crohnovu nemoc a že se to musí chirurgicky řešit v nemocnici. Snaží se mít o nemoci co největší dostatek informací.

## **DOMÉNA 11: Víra a životní hodnoty**

**Subjektivně:** „nejsem věřící, možná věřím na osud, ale to pak přemýšlím, jestli ta nemoc prostě přišla nebo jsem to nějak zavinil. Jediný co mě teď zajímá, je se uzdravit a to co nejdřív, potřebuju dostudovat a chci pokračovat ve studiu. Jednou chci mít slušnou práci a taky bych jednou chtěl mít děti a manželku, prostě normální život. Jen nevím, jestli mi to ta nemoc dovolí“.

**Objektivně:** pacient není věřící. Nejdůležitější životní cíl pro něj je se uzdravit. Chtěl by odmaturovat v řádném termínu, pokud mu to nemoc dovolí a chtěl by si dát přihlášku na vysokou školu. Po studiu by si přál mít práci v oboru a založit rodinu.

## 4.5 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

### ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ

#### STATIM odběry krve z 5.7.2016

Tabulka č. 3: Hematologie z 5.7.

Krevní obraz	Výsledek	Norma
Erytrocyty	4,03	4,5 – 6,5 x 10 <sup>12</sup> /litr
Leukocyty	9,8	4,0 – 11,0 x 10 <sup>9</sup> /litr
Trombocyty	385	150 – 400 x 10 <sup>9</sup> /litr
Hematokrit	0,350	0,40 – 0,54 (40 – 54 %)
Hemoglobin	115	130 – 180 g/l

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka č. 4: Biochemie z 5.7.2016

Biochemické vyšetření	Výsledek	Norma
Urea	5,4	2,5 - 6,5 mmol/l
Kreatinin	64	55 – 10 umol/l
Na	137	136 – 145 mmol/l
K	4,30	3,6 – 5 mmol/l
Cl	98	95 – 105 mmol
ALT	0,12	0,16 – 0,80 ukat/l
AST	0,08	0,16 – 0,65 ukat/l
GMT	0,35	0,12 – 1,10 ukat/l
Cholesterol	3,80	Méně než 5,0 mmol/l
Celková bílkovina	60,5	60 – 80 g/l
Bilirubin	22,5	2 – 17 umol/l
Albumin	38,9	36 – 47 g/l
CRP	110	0 – 5 mg/l
Glykémie	4,50	3,6 – 5,8 mmol/l

Zdroj: Vlastní zpracování

## KONZERVATIVNÍ LÉČBA

**Dieta:** nic per os

**Pohybový režim:** klid na lůžku

**Rehabilitace:** aktivní pohyb končetin, dechová gymnastika, nácvik vstávání z lůžka.

**Výživa:** Nutriflex omega plus 1250ml i.v./den

## MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Tabulka č. 5: Medikamentózní léčba

Název	Dávkování (dávka/čas hodina)	Aplikace	Léková skupina
Dipidolor 2ml/15mg	1 ampule v 7, 13, 19, 01 hodin	i.m.	opiát
Fraxiparine Multi 0,4ml	1/v 7 hodin	s.c.	antikoagulanc

Zdroj: vlastní zpracování

## Infuzní terapie dne 5.7.2016

Tabulka č. 6: Infuzní terapie

Název	Dávkování (dávka/čas hodina)	Aplikace	Léková skupina
Glukosa 5% 500ml	Na 3 hodiny v 7 a 14 hodin	i.v.	Infuzní terapie
Nutriflex omega plus 1250ml	Na 10 hodin od 21 do 7 hodin (125ml/hodinu)	i.v.	Parenterální výživa
FR 1/1 500 ml	Na 3 hodiny v 10 a 17hodin	i.v.	Infuzní terapie
Solumedrol 40 mg	1 amp ve 100ml FR na 30 min/ve 14 hodin	i.v.	kortikoid
Amoksiklav 1,2g	Na 30 minut ve 100ml FR 1/1 v 10, 18, 02 hodin	i.v.	antibiotikum
Paracetamol 10mg/ml (100ml)	Dle potřeby, při bolesti VAS +3 maximálně 3/den na 15 minut	i.v.	Analgetikum antipyretikum
Novalgin 2ml/1g	1 ampule v 7, 15, 23 hodin	i.v.	analgetikum

Zdroj: Vlastní zpracování

## CHIRURGICKÁ LÉČBA

Provedena resekce ileocekální oblasti střeva s anastomózou end to end, laparotomickým přístupem do dutiny břišní.

## 5 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient, 19 let, dnes ve 13 hodin přijat z operačního sálu na oddělení JIP. Pacient je po operačním výkonu IC resekce s anastomózou provedeného v celkové anestezii. Po uložení na lůžko provedena kontrola lékařem a zahájena pravidelná monitorace fyziologických funkcí. Pacientova srdeční akce snímána EKG monitorem až do 19 hodin. Měření TK první hodinu po 15 minutách a další dvě hodiny po 30 minutách. Hodnoty TK se pohybovaly v rozmezí 105/60 až 115/70, tepová frekvence se pohybovala v rozmezí 66 až 72 za minutu, saturace bez kyslíkové podpory se pohybovala v rozmezí 96 % až 99 %. Na pravé straně krku zavedený CŽK trojcestný, průchodný, neprosakuje, nekrvácí. Vzhledem k podané celkové anestezii je pacient zpočátku spavý a obluzený. Kolem 17 hodiny už pacient komunikuje, je ale dost unavený. V 15 hodin udává pacient tlak a mírnou bolest v místě operační rány. Pro odstranění bolesti jsou pacientovi podávány opiáty Dipidolor 2ml/ampule i.m. a analgetika Novalgin 2ml/1g i.v. dle písemné ordinace lékaře. Pacient se zmínil, že má obavy z toho, jak to bude do budoucna. Bojí se, že se ataky nemoci se budou stále objevovat a celá jeho nemoc bude mít vliv na jeho partnerský vztah a budoucí život. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny první den pobytu na oddělení JIP.

### 5.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT PACIENTA

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE NANDA I TAXONOMIE II dle NANDA INTERNATIONAL 2012-2014 z roku 2013.

**Doména 1:** Podpora zdraví

**Ošetřovatelská dg:** Snaha zlepšit výživu (00163)

**Doména 2:** Výživa

**Ošetřovatelská dg:** Nevyvážená výživa: méně než je v organismu potřeba (00002)

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Ošetřovatelská dg:** Průjem (00013)

7

**Doména 4:** Aktivita a odpočinek

**Ošetrovatelská dg:** Únava (00093)

Snaha zlepšit sebeděči (00182)

**Doména 5:** Vnímání, pozorování

**Ošetrovatelská dg:** Nebyl diagnostikován žádný ošetrovatelský problém

**Doména 6:** Vnímání sama sebe

**Ošetrovatelská dg:** Nebyl diagnostikován žádný ošetrovatelský problém

**Doména 7:** Vztahy

**Ošetrovatelská dg:** Neefektivní plnění rolí (00055)

**Doména 8:** Sexualita a reprodukce

**Ošetrovatelská dg:** Sexuální dysfunkce (00059)

**Doména 9:** Zvládání a tolerance zátěže

**Ošetrovatelská dg:** Strach (00148)

**Doména 10:** Životní principy

**Ošetrovatelská dg:** Nebyl diagnostikován žádný ošetrovatelský problém

**Doména 11:** Bezpečnost a ochrana

**Ošetrovatelská dg:** Narušená integrita kůže (00046)

**Potenciální dg:** Riziko infekce (0004) CŽK

Riziko krvácení (0206)

**Doména 12:** Komfort

**Ošetrovatelská dg:** Akutní bolest (0132)

Podle priorit pacienta bylo 4.7.2015 vybráno šest hlavních ošetrovatelských diagnóz, u kterých byl následně vypracován individuální plán ošetrovatelské péče:

- akutní bolest (0132)
- snaha zlepšit sebeděči (00182)
- narušená integrita kůže (00046)
- strach (00148)
- riziko infekce (0004)
- riziko krvácení (0206)

## 6 INDIVIDUÁLNÍ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

**Ošetřovatelská diagnóza:** Narušená integrita kůže (00046)

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Fyzické poškození

**Definice:** Změna v epidermis nebo dermis.

**Určující znaky:** Narušení kožního povrchu, narušení tělesných struktur.

**Související faktory:** Chirurgický zákrok.

**Priorita:** Střední.

**Cíl dlouhodobý:** Operační rána je zhojena per primam.

**Cíl krátkodobý:** Operační rána je bez známek infekce.

**Očekávané výsledky:** Operační rána bude po dobu hospitalizace bez známek infekce.

**Plán intervencí 4.7. – 6.7. 2015**

1. Zaznamenávej do dokumentace pacienta všechny zjištěné údaje (bolest, krvácení, stav operační rány, proces hojení, komplikace) – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
2. Proveď převaz operační rány dvakrát denně za přísně aseptických podmínek – všeobecná sestra, od 2 dne hospitalizace
3. Zhodnot' stav operační rány při každém převazu – všeobecná sestra, od 2 dne hospitalizace.
4. Sleduj proces hojení operační rány při každém převazu – všeobecná sestra, od 2 dne hospitalizace.
5. Používej při převazech ochranné pomůcky pro bezpečnost svoji i pacienta – všeobecná sestra, od 2 dne hospitalizace.

**Realizace (1. den hospitalizace: 4.7.2015)**

Operační ránu jsme v den operace nepřevazovali, byla aktuálně ošetřena z operačního sálu. Probíhala pravidelná kontrola sterilního krytí operační rány, rána nekrvácí. Byl proveden zápis do dokumentace pacienta.

### **Realizace (2. den hospitalizace 5.7.2015)**

V 7:00 byl proveden za přísně aseptických podmínek převaz operační rány. Byla provedena kontrola rány, rána nekrvácí, nejsou známky infekce. Okolí rány je lehce začervenalé s lehkým otokem. Na oplach rány byl použit Prontosan, rána byla kryta braunovidonem gázou s mastí a sterilně překryta mulovými čtverci a přelepena. Převaz byl zaznamenán do dokumentace pacienta.

V 19:00 byl proveden převaz rány podruhé. Rána nekrvácela, začervenání a lehký otok v okolí rány trvá. Pacient udává lehkou bolest při převazu. Rána opláchnuta Prontosanem a za přísně aseptických podmínek ošetřena braunovidon gázou s mastí, sterilními mulovými čtverci a přelepena. Převaz zaznamenán v dokumentaci.

### **Realizace (3. den hospitalizace 6.7.2015)**

V 7:00 byl proveden převaz operační rány za přísně aseptických podmínek. Byla provedena kontrola rány, rána nekrvácí, nejsou známky infekce. Okolí rány je lehce začervenalé, otok v okolí se zmenšil. Na oplach rány byl použit Prontosan, rána byla kryta braunovidonem gázou s mastí a sterilně překryta mulovými čtverci a přelepena. Převaz byl zaznamenán do dokumentace pacienta.

Ve 14:00 byl pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení.

## **HODNOCENÍ**

**Krátkodobý cíl** byl splněn. Operační rána po dobu pobytu pacienta na oddělení nejevila známky infekce a nekrvácela. Ošetrovatelské intervence pokračují i po překladi pacienta na standardní chirurgické oddělení.

### **Ošetrovatelská diagnóza: Riziko krvácení (00206)**

#### **Doména 11: Bezpečnost/ochrana**

#### **Třída 2: Fyzické poškození**

**Definice:** Riziko snížené srážlivosti krve, které může ohrozit zdraví.

**Rizikové faktory:** vedlejší účinky spojené s léčbou.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta nedošlo ke krvácení po dobu podávání antikoagulancií.

**Očekávané výsledky:** u pacienta se nevyskytují projevy krvácení po dobu podávání antikoagulancií. U pacienta nedochází ke krvácení z tělních dutin a z operační rány po dobu podávání antikoagulancií.

#### **Plán intervencí (4.7. – 6.7.2015)**

1. Podávej antikoagulační dle ordinace lékaře a pečlivě zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
2. Sleduj místa vpichu po aplikaci antikoagulačních přípravků – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
3. Sleduj možný vznik nežádoucích účinků antikoagulancií. Při vzniku nežádoucích účinků ihned informuj lékaře a udělej záznam do dokumentace – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.

#### **Realizace (1. den hospitalizace 4.7. 2015)**

V 18:00 byl aplikován pacientovi Fraxiparin multi 0,4ml s.c. do oblasti břicha, aplikace byla zaznamenána do dokumentace. Pravidelně bylo sledováno místo vpichu, krvácení z tělních dutin a krytí operační rány. Zvýšená krvácivost nebyla zaznamenána v žádné ze sledovaných oblastí.

#### **Realizace (2. den hospitalizace 5.7.2015)**

V 7:00 byla provedena kontrola krvácení operační rány v rámci jejího převazu. Operační rána nekrvácí.

V 18:00 byl aplikován pacientovi Fraxiparin multi 0,4ml s.c. do oblasti břicha, aplikace byla ihned zaznamenána do dokumentace pacienta. Pravidelně bylo sledováno místo vpichu, krvácení z tělních dutin. Pacient nejeví známky zvýšené krvácivosti.

V 19:00 byla provedena kontrola krvácení z operační rány v rámci jejího převazu. Operační rána nekrvácí.

#### **Realizace (3. den hospitalizace 6.7 2015)**

V 7:00 byla provedena kontrola krvácení operační rány v rámci jejího převazu. Operační rána nekrvácí.

Ve 14:00 byl pacient přeložen na standardní oddělení ve stabilizovaném stavu.



## **HODNOCENÍ**

Cíl byl splněn. U pacienta nedošlo ke krvácení z tělních dutin ani z operační rány. Pacient nevykazuje vznik nežádoucích účinků podávání antikoagulancií. Intervence pokračují i po překladech na standardní chirurgické oddělení, po dobu léčby antikoagulancii.

### **Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce (00004)**

#### **Doména 11: Bezpečnost/ochrana**

##### **Třída 1: Infekce**

**Definice:** Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

**Rizikové faktory:** Zavedený centrální žilní katétr. Snížená obranyschopnost po chirurgickém výkonu.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Okolí zavedeného centrálního žilního katétru nejeví známky infekce.

**Očekávané výsledky:** u pacienta se nevyskytují známky infekce v okolí zavedeného centrálního žilního katétru po celou dobu hospitalizace.

Pacient je schopen identifikovat příznaky infekce (bolest, zvýšená tělesná teplota, zimnice).

Pacient dodržuje hygienické zásady.

#### **Plán intervencí (4.7. – 6.7.2015)**

1. Kontroluj alespoň 3 krát denně místo zavedení centrálního žilního katétru a jeho okolí – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
2. Dodržuj aseptické postupy při práci s invazivními vstupy – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
3. Proved' převaz centrálního žilního katétru za přísně aseptických podmínek – všeobecná sestra, 3 den hospitalizace nebo při komplikacích.
4. Kontroluj tělesnou teplotu pacienta 2 krát denně- všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
5. Edukuj pacienta o riziku vzniku a o příznacích infekce v místě zavedeného centrálního žilního katétru – všeobecná sestra, 1 den hospitalizace.

6. Edukuj pacienta o hygienických zásadách (mytí rukou, nedotýkat se krytí CŽK, nemanipulovat s infuzním setem, prodlužovací hadičkou) – všeobecná sestra, 1 den hospitalizace.
7. Veškeré intervence zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.

### **Realizace (1. den hospitalizace 4.7.2015)**

Ve 13:00 změřena pacientovi tělesná teplota s výslednou hodnotou 36,8°C. Proveden záznam do dokumentace.

Ve 13:00 byla provedena kontrola místa zavedení CŽK, který byl zaveden 3.7.2015. CŽK je krytý transparentním sterilním krytím, kdy je převaz plánován po 3 dnech. Místo zavedení CŽK vizuálně bez otoku, zarudnutí a bez známek infekce. Pacient neudával bolesti při podávání infuzních přípravků. CŽK je téměř neustále využíván pro aplikaci ordinovaných infuzních roztoků. CŽK průchodný. Při práci s CŽK vstupy, jsme vždy postupovali přísně asepticky. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace pacienta.

V 19:00 provedena opakovaná kontrola místa zavedení CŽK, bez známek krvácení či infekce. Pacient byl edukován o možném riziku infekce a jeho příznacích. Dále byl pacient edukován o zásadách hygieny a zákazu manipulace s infuzní linkou a krytím CŽK. Proveden záznam do edukačního listu. Pacient podepsal, že byl poučen a porozuměl.

V 19:00 změřena opět TT pacienta s výsledkem 36,7°C a výsledek zaznamenán do teplotní tabulky v dokumentaci pacienta.

### **Realizace (2. den hospitalizace 5.7.2015)**

V 6:00 změřena TT pacienta s výsledkem 36,7°C a výsledek zaznamenán do teplotní tabulky v dokumentaci pacienta

V 7:00 kontrola místa zavedení CŽK. Místo vpichu bez krvácení, otoku, zarudnutí a známek infekce. Bolest při podávání infusí pacient neudával. CŽK je opět téměř po celý den využíván k aplikaci intravenózních přípravků a je volně průchodný. Při práci s invazivními vstupy, jsme vždy postupovali přísně asepticky. Proveden záznam do dokumentace pacienta. Znovu jsme připomněli pacientovi zásady hygieny.

Ve 13:00 provedena kontrola místa zavedení CŽK. Místo zavedení CŽK vizuálně bez otoku, zarudnutí a bez známek infekce. Pacient neudával bolesti

při podávání infusních přípravků. CŽK je téměř neustále využíván pro aplikaci ordinovaných infuzních roztoků. CŽK průchodný. Při práci s CŽK, jsme vždy postupovali přísně asepticky.

V 19:00 byla provedena kontrola místa zavedení centrálního žilního katétru. Místo zavedení je bez otoku, zarudnutí a bez známek infekce. Pacient neudával bolesti při podávání infusních přípravků ani na dotyk. CŽK je téměř neustále využíván pro aplikaci ordinovaných infuzních roztoků, je volně průchodný. Při práci s CŽK jsme vždy postupovali přísně asepticky.

V 19:00 změřena TT pacienta s výsledkem 36,7°C a výsledek zaznamenán do teplotní tabulky v dokumentaci pacienta.

### **Realizace (3. den hospitalizace 6.7.2015)**

V 6:00 změřena TT pacienta s výsledkem 36,6°C, výsledek zaznamenán do teplotní tabulky v dokumentaci pacienta

V 7:00 kontrola místa vpichu CŽK, které je bez známek krvácení, otoku, zarudnutí a známek infekce. Byl proveden převaz CŽK za přísně aseptických podmínek. Po odstranění stávajícího krytí byla provedena plošná desinfekce okolí zavedeného CŽK cutaseptem, místo vstupu katétru je kryto transparentním sterilním krytím s plánovanou výměnou na 9.7.2015. Podávání infusních přípravků pacient označuje jako bezbolestné. CŽK jsme propláchli FR 1/1 po každé aplikaci, CŽK průchodný. Při práci s invazivními vstupy, jsme vždy postupovali přísně asepticky. Proveden záznam do dokumentace pacienta.

Ve 13:00 byla provedena kontrola okolí zavedeného CŽK pohledem a pohmatem. Proveden zápis do dokumentace. Nejsou známky infekce v okolí CŽK.

Ve 14:00 hodin je pacient překládán ve stabilizovaném stavu na standardní lůžkové oddělení chirurgie. Intervence pokračují i po překladu pacienta.

### **HODNOCENÍ**

Cíle bylo dosaženo. Po dobu hospitalizace nejevilo okolí zavedeného CŽK žádné známky počínajícího nebo probíhajícího zánětu. Tělesná teplota pacienta byla po dobu hospitalizace normální. Pacient má informace o možnosti vzniku infekce a možných příznacích. Pacient dodržuje zásady hygieny a nemanipuluje s infuzní linkou.

## **Ošetřovatelská diagnóza: Akutní bolest (00132)**

### **Doména 12: Komfort**

#### **Třída 1: Tělesný komfort**

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů. Náhlý, nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou

**Určující znaky:** reakce pacienta, změny krevního tlaku, změny dýchání.

**Související faktory:** prodělaný chirurgický výkon, onemocnění trávicího traktu, dlouhodobý pobyt na lůžku.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Úplné odstranění bolesti

**Cíl krátkodobý:** Snížit intenzitu bolesti (ze stupně VAS+5 na stupeň VAS+2)

**Očekávané výsledky:** v pooperačním období nebude mít pacient bolesti větší než VAS+2.

Pacient je schopen monitorovat bolest.

Pacient dodržuje klidový režim.

Pacient má dostatek spánku.

#### **Realizace (1. den hospitalizace 4.7.2015)**

Ve 13:00 byla provedena kontrola FF, TK 105/60, P 66/min. Pacient obluzený po podání celkové anestezie, reaguje na oslovení, ale není schopen udat bolest. Usíná. Dle písemné ordinace lékaře podán Dipidolor 1 amp. i.m. Údaje zaznamenány do dokumentace pacienta. Označeno podání ordinovaných léků, proveden zápis o podání opiátů do dokumentace a Knihy opiátů oddělení.

V 15:00 podán Novalgin 1 amp. i.v. V rámci ordinované analgetické terapie, proveden zápis o podané medikaci do dokumentace pacienta.

Od 13:00 do 15:00 je pacient monitorován průběžně, nasazena manžeta tonometru, TK měřen pravidelně v 15 ti minutových intervalech, pacient připojen na EKG monitor. Po celou dobu sledování pacient lehce hypotenzní, tlakově stálý (TK v rozmezí 100/55 do 105/65, počet tepů kolísal mezi 66 až 74/minutu. Pacient spí. Údaje jsou pravidelně zaznamenávány do dokumentace.

15:00 pacient je vzhůru, provedena edukace o monitoraci bolesti na stupnici VAS, proveden zápis do edukačního listu pacienta. Pacientem hodnocena na stupnici VAS hodnotou 2.

Od 15:00 do 19:00 kontrola FF prováděna po 30 ti minutách. Pacient stále lehce hypotenzní, ale tlakově stabilní, nemění se významně ani tepová frekvence, která je pravidelná. V 18:00 při rozhovoru s lékařem o rozsahu operace naměřena hodnota TK 130/85 a P 88/minutu, pacient je rozrušen, následně se uklidnil po rozhovoru o rozsahu operace. Báł se jestli nemá stomii.

V 19:00 bolest pacientem hodnocena na stupnici VAS hodnotou 4. Podán Dipidolor 1 amp. i.m. Dle písemné ordinace, proveden záznam o použití opiátu.

Od 19:00 monitorován krevní tlak po hodině, tep zaznamenává EKG monitor, na které pacient zůstává připojen. Hodnoty krevního tlaku i počet pulzů zůstávají stabilní.

V 19:30 bolest pacientem hodnocena na stupnici VAS hodnotou 1.

Ve 21:00 bolest pacientem hodnocena na stupnici VAS hodnotou 2.

Ve 23:00 podána i.v. 1 amp. Novalginu dle ordinace, pacient spí, bolest nehodnocena.

### **Realizace (2. den hospitalizace 5.7.2015)**

01:00 bolest pacientem hodnocena na stupnici VAS hodnotou 3. Byl podán Dipidolor 1 amp. i.m. Dle ordinace, proveden v dokumentaci pacienta záznam o podání opiátů.

01:30 bolest pacientem hodnocena dle škály VAS hodnotou 1.

Od 1:45 do 5:45 pacient spí, bolest nehodnocena.

V 5:45 udává pacient bolest na stupnici VAS hodnocenou jako 4. Aplikován Paracetamol 100 ml i.v. infuzí do 6:15. Proveden zápis o podání medikace při bolesti.

V 6:15 udává pacient bolest na škále VAS hodnocenou jako 2.

V 7:00 je pacient odpojen od EKG monitoru. Provedena kontrola krevního tlaku s hodnotou 110/65. Pulz 62/minutu. Dále monitorace krevního tlaku ordinována po 2 hodinách. Hodnoty byly zapsány do dokumentace. Bolest je hodnocena na stupnici VAS jako 3. Podán Dipidolor 1 amp. i.m. a Novalgin 1 amp. i.v. dle písemné ordinace lékaře. Proveden zápis do dokumentace o užití medikaci.

V 7:30 bolest hodnocena dle VAS hodnotou 1.

V 9:00 byla naměřena hodnota TK 110/60, P 68/minutu. Hodnoty zapsány do dokumentace. Bolest je pacientem hodnocena jako VAS 1.

V 11:00 provedena kontrola TK 105/65, P 66/minutu. Bolest hodnocena pacientem jako VAS 1 až 2.

Ve 13:00 hodnocena bolest dle VAS hodnotou 2, podán Dipidolor 1 amp. i.m. Dle ordinace, podání zaznamenáno do dokumentace.

Ve 13:30 hodnotí pacient bolest na stupnici VAS menší než 1.

V 15:00 bolest pacientem označena dle VAS hodnotou 1 až 2, podán Novalgin 1 amp. i.v. dle ordinace a proveden zápis o podání.

V 17:00 bolest hodnocena dle VAS hodnotou 1.

V 19:00 hodnocena bolest podle stupnice VAS jako menší než 2, podán Dipidolor 1 amp. i.m. dle ordinace, proveden zápis do dokumentace o podání opiátů.

Ve 22:00 pacient hodnotí bolest dle stupnice VAS hodnotou 1.

Od 22:30 pacient spí, bolest nehodnocena.

Ve 23:00 podán Novalgin 1 amp. i.v., pacient spí.

### **Realizace (3. den hospitalizace 6.7.2015)**

V 01:00 podán Dipidolor 1 amp. i.m., pacient probuzen, bolest hodnotí na stupnici VAS jako 1. Proveden zápis do dokumentace o podání opiátů.

V 06:00 se pacient probouzí, hodnotí bolest dle VAS menší než 2.

V 7:00 jsme provedli monitoraci bolesti, kterou ohodnotil jako VAS menší než 2. Provedená kontrola TK s výsledkem 115/65 a P 70/minutu, údaje zapsány do dokumentace. Podán Dipidolor 1 amp. i.m. a Novalgin 1 amp. i.v., proveden zápis o podání ordinované medikace a podání opiátů.

V 9:00 pacient hodnotí bolest dle VAS jako 0.

V 11:00 byla bolest pacientem hodnocena dle VAS jako 1.

Ve 13:00 hodnotí pacient na stupnici VAS svou bolest hodnotou menší než 2. Podán Dipidolor 1 amp. i.m. A proveden zápis o podání opiátu do dokumentace a Knihy opiátů.

Ve 14:00 je pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení ve stabilizovaném stavu, bez bolestí. TK 120/70, P 74/minutu. Léčba Dipidolorem i.m. ukončena. Vše uvedeno v dokumentaci pacienta a překladové sesterské zprávě. Intervence pokračují i po přeložení pacienta na lůžkové oddělení standardního typu.

## **HODNOCENÍ**

Cíl byl dosažen. Nastavená analgetická terapie vyhovuje, pacient udává od druhého dne hospitalizace bolest na stupnici VAS v maximální hodnotě 2.

### **Ošetrovatelská diagnóza: Strach (00148)**

#### **Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže**

#### **Třída 2: Reakce na zvládání zátěže**

**Určující znaky:** uvádí strach, obavy, sníženou sebejistotu, podnět je vnímán jako nebezpečí, únava.

**Související faktory:** hospitalizace, provedení chirurgického výkonu, chronické onemocnění, věk pacienta.

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta došlo ke snížení strachu do konce hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacient mluví o strachu a obavách, které prožívá.

#### **Očekávané výsledky**

Pacient udává příčinu strachu a obav.

Pacient je seznámen s možností psychologické intervence.

Fyziologické funkce (TK a P) jsou v normě.

#### **Plán intervencí**

1. Získej si důvěru pacienta během 24 hodin – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
2. Zjistí pomocí rozhovoru s pacientem důvod jeho strachu a obav – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
3. Aktivně naslouchej obavám pacienta – všeobecná sestra, 2-3 den.
4. Informuj pacienta o možnosti psychologické intervence – všeobecná sestra, 2 den hospitalizace.
5. Kontroluj FF dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
6. Informuj pacienta o sdružení IBD (sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty) – všeobecná sestra, 2 den hospitalizace.

### **Realizace (1. den hospitalizace 4.7.2015)**

V 18:00 je pacient schopen prvního rozhovoru se sestrou. Byl projeven aktivní zájem o problémy a obavy pacienta. Pacient sice unavený, ale komunikativní. Ptá se, zda operace neskončila střevním vývodem, protože z toho má snad největší strach. Byl přivolán lékař, který pacienta informoval o provedené operaci a jejím rozsahu. Pacientovy byl chvíli velmi rozrušený. Rozhovor s lékařem jej částečně uklidnil.

V 19:00 se pacient zmínil o své rodině, chtěl jim zatelefonovat, což bylo pacientovy umožněno. Se svou přítelkyní mluvit nechtěl, nevěděl, co jí má říct, má strach, že jeho nemoc zničí jejich vztah.

### **Realizace (2. den hospitalizace 5.7.2015)**

7:00 – 19:00 sestra se snažila navázat s pacientem navázat bližší vztah a získat si jeho důvěru, Byla doplněna anamnestická data. Pacientovi byla v průběhu dne nabídnuta možnost psychologické intervence, kterou se rozhodl využít. Žádal také o psychologickou pomoc pro svou matku, která jeho nemoc nese velmi těžce z důvodu ztráty nevlastního bratra pacienta na leukémii před dvěma lety. Pacientovi vysvětlen postup možné intervence psychologa ambulantní cestou pro jeho rodinu. Pacientovy byly také podány informace o IBD sdružení a možnosti získání tzv. WC karty, která jejímu majiteli umožní zpřístupnit veřejné i neveřejné toalety v případě akutní potřeby. Pacient si informace o sdružení IBD následně vyhledal na internetu.

V 15:00 navštívil pacienta psycholog. S psychologem vedl pacient asi 45 minut rozhovor. S jeho výsledkem byl spokojen, cítil se o trochu lépe.

### **Realizace(3. den hospitalizace 6.7.2015)**

7:00 – 14:00 stále byla sestrou navazována komunikace s pacientem a zjišťovány obtíže, strach a obavy. Pacient se poprvé rozmluvil o své přítelkyni a vztahu s ní. Nejprve byl velmi stydlivý, nechtěl mluvit se ženou o problémech v sexuální oblasti, ale nakonec si sestra citlivým přístupem získala důvěru pacienta natolik, že řešil i tuto pro něj velmi ožehavou oblast. Ukázalo se, že má největší strach právě z problémů v sexuální oblasti. Od doby, kdy začal mít obtíže s průjmem, se sexu se svou přítelkyní vyhýbal a vylouval se na nedostatek času spojený s přípravou na zkoušky, maturitu. Obával se „nehody“ při sexu natolik, že nebyl schopen ani erekce. Dokonce omezil čas, který normálně s přítelkyní trávil. Své problémy tajil několik



týdnů i před rodiči. Svěřil se otci v době, kdy byly obtíže nesnesitelné a velmi těžko utajitelné. To otec s ním jel poprvé k lékaři. Svě přitelkyni se svěřil, až když byl hospitalizován a i tam nevěděl jak jí takovou choulostivou věc sdělit. Pravdu se nakonec dozvěděla od jeho otce, sám nebyl schopen jí to říct, měl strach. Že ho opustí, protože je nemocný. Že nebude schopen intimního soužití, že nebude mít děti, které si přítelkyně jednou přeje. Že nebude děti chtít, protože bude mít strach, aby nebyly také nemocné. Ve včerejším rozhovoru s psychologem tento problém částečně řešen byl, psycholog navrhl další psychologickou intervenci pro pacienta a případně poradenskou činnost i pro jeho přítelkyni. Doporučil mu, aby s přítelkyní komunikoval a o svých obavách jí řekl. Ze strany sestry dostal podobné doporučení.

## **HODNOCENÍ**

**Krátkodobý cíl byl splněn.** Sestra si získala pacientovu důvěru natolik, že mluvil o svém strachu a obavách, Pacient si uvědomuje příčinu svého strachu. Strach z hospitalizace pacient neudával, intervence pokračují i po překladu pacienty na standardní chirurgické oddělení.

### **Ošetrovatelská diagnóza: Snaha zlepšit sebeděči (00182)**

#### **Doména 4: Aktivita/ odpočinek**

##### **Třída 5: Sebeděče**

**Definice:** Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.

**Určující znaky:** vyjadřuje touhu zlepšit sebeděči, po provedeném chirurgickém výkonu.

**Priorita:** Vysoká

**Cíl:** Pacient bude soběstačný ve všech aktivitách.

#### **Očekávané výsledky**

Pacient se vstane bez pomoci z lůžka.

Pacient provede sám hygienu.

Pacient dojde s doprovodem na toaletu.

## **Plán intervencí**

1. Pomoz pacientovi s uspokojením základních potřeb – všeobecná sestra, od 1 dne hospitalizace.
2. Pomoz pacientovi při změně polohy, zvedání z lůžka – všeobecná sestra, od 2 dne hospitalizace.
3. Pomoz pacientovi s provedením hygieny na lůžku – všeobecná sestra, 2 den hospitalizace.
4. Pomoz pacientovi na toaletu – všeobecná sestra, 2-3 den hospitalizace.
5. Zajisti rehabilitačního pracovníka – všeobecná sestra, od 2 dne hospitalizace.

### **Realizace (1. den hospitalizace 4.7.2015)**

Ve 13:00 byl pacient přijat z operačního sálu, po laparotomické operaci břicha. Dnes ordinován klid na lůžku a dieta nic per os. Pacient měl k dispozici močovou láhev u lůžka.

### **Realizace (2. den hospitalizace 5.7.2015)**

V 7:00 byl pacient odpojen od EKG monitoru a byla provedena kontrola pacienta lékařem. Pacient udává bolest v oblasti operační rány, jinak neudává žádné obtíže. Lékařem povolena lehká tělesná aktivita. Objednán rehabilitační pracovník k zahájení vertikalizace pacienta po operačním výkonu. Hygiena byla provedena na lůžku za pomoci sestry a ošetřovatelky.

V 11:00 pod dohledem rehabilitační sestry pacient poprvé vstává z lůžka. S doprovodem personálu šel na toaletu, na což se prý moc těšil. Edukován o správné technice vstávání po břišní operaci, proveden záznam do edukačního listu. Návuk sebepéče a využití hrazdičky ke snazšímu pohybu. Pacient informován o nutnosti informovat personál, pokud bude chtít opustit lůžko z důvodu jeho bezpečnosti a téměř nepřetržité aplikaci infuzních preparátů.

Od 13:00 do 17:00 pacient aktivně cvičí na lůžku končetinami, využívá hrazdičku, na toaletu chodí v doprovodu zdravotnického personálu.

V 17:00 provádí rehabilitační cvičení s rehabilitační sestrou 30 minut.

Od 17:00 do 22:00 pacient se aktivně snaží o sebepéči, je aktivní, cvičí, ptá se, co může a co ne. Sestra poskytuje informace o možném rozsahu pohybu.

### **Realizace (3. den hospitalizace 6.7.2015)**

V 7:00 provedena hygiena na lůžku, pacient aktivní, zvládá sám a těší se do sprchy. S pomocí hrazdičky mu pohyb nečiní žádné větší obtíže.

V 11:00 opět provedeno rehabilitační cvičení s rehabilitační sestrou zaměřené na sebeděči.

Ve 14:00 pacient přeložen na standardní chirurgické lůžkové oddělení, kde bude pokračovat nejen v léčbě, ale také v rehabilitaci.

### **HODNOCENÍ**

Cíl byl splněn. Pacient se po operaci zotavuje, vstávání z lůžka zvládl s menší pomocí. Aktivně cvičí, spolupracuje s rehabilitační sestrou i personálem oddělení. Intervence pokračují i po překladech na standardní chirurgické oddělení.

## **6.1 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE**

Dne 4.7.2015 byl přijat 19ti letý pacient z operačního sálu po provedení IC anastomózy, pro Crohnovu chorobu, laparotomickým přístupem. Výkon byl proveden v celkové anestezii. Od přijetí byla pacientovy naordinována infuzní léčba, parenterální léčba, analgetická léčba a byly podávány antikoagulantia. Podle priorit pacienta byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a vypracován ošetrovatelský plán. Bolest pacienta byla spojena s provedeným výkonem a již v průběhu druhého dne hospitalizace (první pooperační den) udával pacient bolest dle škály VAS jako maximálně hodnotu 2. Cíle bylo dosaženo již v průběhu druhého dne hospitalizace a analgetika podle potřeby byla podána za dobu hospitalizace pouze jednou. Riziko infekce z důvodu zavedeného CŽK zůstalo po dobu hospitalizace na JIP pouze rizikem, kvalitní ošetrovatelská péče a dodržování zásad hygieny a asepse zabránili vzniku infekce v oblasti zavedeného CŽK. Cíl byl tedy také splněn. Diagnóza narušení integrity kůže, byla založena z důvodu operační rány. Péče o operační ránu nebyla komplikována krvácením, operační rána, po dobu hospitalizace, nevykazovala známky infekce, pouze pacient udával bolesti v této oblasti. Cíl byl splněn. Z důvodu podávání antikoagulantů, jako prostředku vzniku pooperačních komplikací (TEN) se obešlo bez jakýchkoliv mimořádných událostí. Pacient neměl žádné příznaky snížené srážlivosti krve, nekrvácel. Splnili jsme i tento cíl ošetrovatelského plánu. Největším problémem, pro pacienta, byla ošetrovatelská diagnóza strach. Sestry si získaly důvěru pacienta a ten

pak otevřeně hovořil o strachu z budoucnosti, o obavách z vývoje nemoci, z dalších možných chirurgických zákroků. Velký strach měl taky o osud vztahu s přítelkyní, protože strach vedl dokonce k poruchám erekce a narušení sexuálního života. Dále se obával o své rodiče, kteří nemoc syna těžce nesou, hlavně matka. Pacient měl možnost psychologické intervence, kterou využil a dohodl se i o další možné návštěvě u psychologa i s rodinou a přítelkyní. Pacient byl zprvu stydlivý, ale nakonec byl zcela otevřený, mluvil o všech svých obavách a strachu. Cíl byl splněn i u této diagnózy. Únava, kterou pacient pociťoval v den operace, se snižovala a pacient se aktivně zapojil do získání sebeděče. Aktivně spolupracoval s personálem, cvičil sám aktivně na lůžku. Při překladu na standardní chirurgickou lůžkovou jednotku 6.7.2015 vstával sám z postele a došel si pod dohledem na toaletu. I u této diagnózy jsme cíl splnili.

Pacient byl při překladu soběstačný, měl dobře tlumenou bolest, místo zavedení CŽ bylo bez známek infekce, rána se hojila a nekrvácela. Nezaznamenali jsme žádné krvácivé projevy a pacient dokázal mluvit o svém strachu a obavách. Byl edukován o další léčbě na standardním lůžkovém oddělení. Po celou dobu pobytu na JIP byl ve spojení s rodinou a cítil podporu rodiny i personálu oddělení. Celkový stav se za dobu hospitalizace výrazně zlepšil a to nejen stav fyzický, ale i stav psychický. Poskytnutou ošetrovatelskou péčí můžeme označit za kvalitní a efektivní.

Pacient byl v průběhu hospitalizace také edukován o nutné změně stravovacích návyků, ačkoliv po dobu pobytu na JIP byl vyživován enterálně. Edukaci provedla dietní sestra a ošetrující sestra. Pacient žádal edukační materiál o požadovaných stravovacích návycích. Edukační materiál byl vytvořen a pacientovy předán.

## **6.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

### **DOPORUČENÍ PRO PACIENTA**

- Dodržujte zásady hygieny mytí rukou před a po jídle, po každé toaletě
- Dodržujte dietní a pitný režim
- Dostatečně odpočívejte
- Pečujte o své duševní zdraví, vyhýbejte se stresovým situacím
- Udržujte dobré vztahy s rodinou a přáteli
- Nebojte se na cokoli zeptat

## DOPORUČENÍ PRO RODINU

- Podporujte pacienta
- Dodávejte pacientovi motivaci a sílu
- Mluvte s pacientem o jeho problémech
- Zapojte se do léčebného režimu

## DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

- Získejte si pacientovu důvěru
- Dbejte na pacientův psychický stav a naslouchejte mu
- Motivujte pacienta, aby se účastnil ošetrovatelské péče
- Dodržujte hygienické zásady
- Rozšiřte své vědomosti o této nemoci

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala tématu ošetrovatelské péče o pacienty s Crohnovou chorobou v rané dospělosti. Crohnova choroba je nemocí, která postihuje stále více, převážně mladých lidí. Toto onemocnění sebou přináší mnoho obtíží nejen tělesných, ale také psychických a sociálních. Při ošetrovatelské péči o pacienta s Crohnovou chorobou v rané dospělosti jsme zjistili, že tuto péči lze označit jediným výrazem – komplexní. Péče o takového pacienta vyžaduje vzdělanou, empatickou sestru, která dokáže naslouchat problémům pacienta a nesoustředí se pouze na jeho tělesné obtíže. Psychické obtíže působí takovým pacientům více obtíží než potíže tělesné. Účast ošetrovatelského personálu na problémech pacienta přináší úspěch ve formě spokojeného, edukovaného pacienta, který je schopen se smířit s faktem, že je chronicky nemocen a že onemocněl nevyléčitelnou nemocí.

Základem úspěšné léčby je hlavně dodržování doporučených postupů, dietního a pitného režimu pacientem. Každá dietní chyba, nedodržení režimu může vyvolat ataku Crohnovy choroby v různé síle, která může končit třeba chirurgickým výkonem. Tato nemoc vyžaduje spolupracujícího pacienta, který dodržuje medikaci i způsob života. Léčby se často účastní i rodinní příslušníci pacientů, kteří s nimi sdílejí společnou domácnost. Jejich účast a spolupráce je cestou ke klidovému období nemoci pro pacienta.

V této práci byl proveden popis případu 19letého pacienta, který hned v období první ataky onemocnění prodělal chirurgický výkon. Největší problémy měl pacient psychické, strach ho ochromoval natolik, že nebyl schopen ani intimního života. V případě tohoto pacienta bylo cílem ošetrovatelské péče bezproblémové pooperační období stejně, jako odhalení jeho strachu a obav, aby bylo možno je v budoucnosti za pomoci odborníků dále řešit. Za pomoci komplexního ošetrovatelského plánu, který je součástí této práce, bylo očekávaných výsledků dosaženo.

Poskytování komplexní ošetrovatelské péče klade dnes velmi vysoké požadavky na sestry, které tuto péči poskytují. Celostní pohled na člověka jako na bytost s biologickými, psychickými i sociálními potřebami pak umožňuje takovou péči poskytovat metodou ošetrovatelského procesu. V případě péče o nemocné s Crohnovou chorobou jsou tyto požadavky zcela nepostradatelné, což výsledky práce potvrzují.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CROHNOVANEMOC. 2016. *Co je to biologická léčba?* [online]. 2016. [citováno 2016-03-06]. Dostupné na: <http://www.crohnovanemoc.cz/>

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

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

FERENČÍK, M. a kol., 2005. *Imunitní systém – informace pro každého*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1196-6.

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života - Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HÁTLOVÁ, P. 2016. *Crohnovy choroby je u nás stále více, na vině je možná mléko*. [online]. 2016. [citováno 2016-03-10]. Dostupné na: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/199502-crohnovy-choroby-je-u-nas-stale-vice-na-vine-je-mozna-mleko.html>

HEMZAL, B.; VOTAVA, M. 2005. *Zkratky používané v medicíně*. Brno: Neptun. ISBN 80-902-9869-X.

HERDMAN, H. 2010. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3423-1.

HERDMAN, H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4328-8.

KOHOUT, P. 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 80-9038-200-2.

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-1787-6.

MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-5376-8.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2012 - 2014*. Praha: Grada publishing a.s. ISBN: 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. A KOL. 2014. *Skripta k předmětu Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. ISBN 978-80-904055-9-3.

PLEVOVÁ, I. A KOL. 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-3557-3.

ŘEHULKOVÁ, O. A KOL. 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-073-9.

SLOVNÍK-CIZÍCH-SLOV, 2016. [online]. 2016. [citováno 2016-03-10]. Dostupné na: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

SILBERNAGL, S.; LANG, F. 2012. *Atlas patofyziologie: 2 vydání*. Praha: Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-3555-9.

SVITKOVÁ V.; KOBER L. 2014. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *In Sestra*. č. 5, str. 38-40. ISSN 1210-0404.

SYSEL A KOL. 2011. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. Brno: Tribun. ISBN 978-80-739-9289-7.

TRACHTOVÁ, E. 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

ZBOŘIL, V. A KOL., 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Grada Publishing, a.s., ISBN: 978-247-1563-6.

ZDRAVEZDRAVI. 2016. *Crohnova choroba nemoc na celý život*. [online]. [citováno 2016-02-22]. Dostupné na: <http://zdravezdravi.cz/nemoci/crohnova-choroba-nemoc-na-cely-zivot>



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Jídelníček.....	I
Příloha B: WC karta .....	II
Příloha C: Čestné prohlášení .....	III
Příloha D: Edukační leták pro pacienta .....	IV

Příloha A – Jídelníček

Snídaně	bílý toustový chléb s troškou másla a medu, hrnek acidofilního mléka
Dopolední svačina	banánové pyré
Oběd	vývar s vaječným kapáním, pečené kuře, bramborová kaše, lisovaný mrkvový salát s troškou medu
Odpolední svačina	puddink lehce přelitý javorovým sirupem
Večeře	starší bílé pečivo s jemným tvarohovým sýrem, jablečná přesnídávka

Snídaně	Lívance z ovesných vloček přelité javorovým sirupem
Dopolední svačina	mrkvovojablečné pyré
Oběd	celerová polévka, hovězí závitky, dušená rýže
Odpolední svačina	100% džus z mrkve, broskve a jablka se suchary
Večeře	tvarohové knedlíky

Příloha B – WC karta

**WCkarta**

**Prosíme pomozte**

Držitel této karty trpí náhlými, akutními neinfekčními zdravotními obtížemi, které **nutně vyžadují okamžitou návštěvu toalety.**  
Děkujeme za vstřícnost a pochopení!

 PACIENTI IBD



 EFCCA

05201400001

 NRZP ČR

abbvie

 TILLOTTS PHARMA  
ZERIA GROUP



[www.wckarta.cz](http://www.wckarta.cz)

## 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 21.3.2016

Zuzana Fišerová

Jméno a příjmení studenta

### **VHODNÉ POTRAVINY A NÁPOJE**

**Nápoje:** čaj, minerálky bez kysličníku uhličitého, slabé ovocné šťávy.

**Pečivo:** pouze bílé – veka, rohlíky, netučné rohlíky připravené z piškotového těsta doplněné jemným džemem, nebo sněhem z bílků (zapečeným).

**Přílohy:** bramborová kaše při toleranci mléka, v opačném případě ředěná vývarem z brambor, těstoviny, jemný knedlík, pohanka, rýže (pokrmů z rýže mají protizánětlivé účinky).

**Polévky:** vývar z libovolného masa nebo mrkve doplněný rýží nebo těstovinami, jemně nastrouhanými brambory nebo mrkví.

**Maso** (obsahuje železo): pouze libové, telecí, hovězí vepřové, kuře, kapr, filé, z uzenin pouze dušená šunka.

**Tuky:** pouze čerstvé máslo na pečivo, do pokrmů až při dokončení.

**Mléčné výrobky:** spíše kysané.

**Sýry:** nízkotučné, bez příchuti, netučný tvaroh.

**Vejece:** v menším množství, samostatně co nejméně, lépe je zařadit do pokrmů.

**Ovoce:** syrové pouze banány, meruňky pouze kompotované bez slupky, jablka oloupaná podusit zcela do měkka a promixovat.

**Zelenina:** žádná syrová, jen mrkev nastrouhaná a dušená, mrkvové pyré

### **NEVHODNÉ POTRAVINY A NÁPOJE**

**Nápoje:** mléko, káva, kakao, ostré ovocné šťávy a šťávy z koncentrátu, jakýkoliv alkohol, coca cola a podobné nápoje, tonic, nápoje s kysličníkem uhličitým - bublinky

Potraviny, které obsahují umělá sladidla a konzervační látky.

**Tepelně neopracovaná zelenina a ovoce.**

**Ovoce:** syrové, kompot s tvrdou slupkou a dužinou - hrušky, ananas se zrníčky - jahody, maliny, angrešt, kiwi.

**Zelenina:** žádná syrová, nakládaná ani mražená, sterilované saláty s nálevy, kapusta, zelí (ani čínské), kedlubny, ředkvičky, pórek, cibule, česnek, rajčata, okurky, květák, křen.

**Luštěniny:** v jakékoliv úpravě.

**Houby:** ani odvar z hub.

**Maso:** bůček, lojovaté hovězí, příliš tučné vepřové, uzené, skopové, zvěřina, tučné ryby, vnitřnosti.

**Uzeniny:** salámy, párky, klobásy, jitrnice, jelita, tlačěnka, paštiky, žádné masové konzervy.

**Tuky:** lůj, sádlo, škvarky, šlehačka.

**Přílohy:** brambory, kynuté knedlíky, smažené bramborové hranolky a krokety.

**Koření:** všechny druhy.

**Pochutiny:** kečup, hořčice, majonézy, tatarská omáčka, lahůdkové saláty (bramborový, vlašský a další).

**Nejzte přeslazené pokrmy, konzervované potraviny!**

### **VHODNÝ ZPŮSOB ÚPRAVY POTRAVY**

Dušení

Vaření

Péci bez tuku

Pokrmy doplnit máslem až po dohotovení. Nepřepalovat tuk.

Omáčky zahustit jen zálivkou nebo na sucho opraženou moukou.

### **NEVHODNÝ ZPŮSOB ÚPRAVY POTRAVY**

Smažení

Restování

Pečení na tuku

Postupy, při kterých vzniká tvrdá kůrka. Zahušťování jíškou.