

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

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU
CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE WINKLEROVÁ

Praha 2016

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

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU
CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE WINKLEROVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Stuchlíková

Praha 2016



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

Winklerová Lucie
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

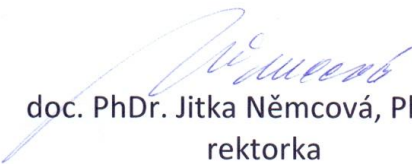
Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Educational Process for Patients Suffering from Crohn's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Stuchlíková

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 05. 2016

Podpis

ABSTRAKT

WINKLEROVÁ, Lucie. *Edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Stuchlíková. Praha. 2016. 57 s.

Tématem bakalářské práce je edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Teoretická část práce charakterizuje jednak definici crohnovy choroby, jeho příčiny, průběh onemocnění, příznaky, diagnostiku, jednotlivé typy léčby, tak i komplikace, které mohou u onemocnění nastat. Nedílnou součástí práce je ošetrovatelská péče, která může být u pacientů s crohnovou chorobou ambulantní, chirurgická či následná péče. Převážnou část bakalářské práce tvoří vlastní edukační proces, který je u pacientky s crohnovou chorobou aplikován a realizován pomocí čtyř edukačních jednotek. Edukační proces probíhal u lůžka pacienta na chirurgickém oddělení s empatickým přístupem, po dobu dvou dnů. Cíl edukačního procesu je zaměřen na seznámení pacientky s diagnózou, dostatek zručnosti a vědomosti v péči o pooperační ránu a stomii a také na dodržení správné životosprávy s dietním režimem, který je u tohoto onemocnění důležitý.

Klíčová slova

Crohnova choroba. Edukace. Edukační proces. Ošetrovatelská péče. Pacient.

ABSTRACT

WINKLEROVÁ, Lucie. *Název práce v angličtině*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolína Stuchlíková. Prague. 2016. 57 pages.

The theme of the thesis is educational process about patient with Crohn's disease. On the one hand theoretical part describes the definition of Crohn's disease, its causes, course of the disease, symptoms, diagnosis, types of treatment and on the other hand complications that can occur with the disease. Nursing care about patients with Crohn's diseases is an integral part of the work, which may be ambulant, surgical or aftercare. The major part of this work is the educational process, which is in a patient with Crohn's disease applied and implemented with four educational units. The educational process lasts for two days. Objective of the educational process is focused on the patient's diagnosis, on the skill and enough information in the care of postoperative wound and stoma and also to learn how to keep the proper diet, which is very important.

Keywords

Crohn's disease. Education. Educational process. Patient. Nursing care.

PŘEDMLUVA

Crohnova choroba je systémové autoimunitní onemocnění, neznámé příčiny, které se v dnešní době řadí mezi typické civilizační choroby. Jejíž výskyt se v posledních letech navyšuje. Z celosvětového průzkumu IMPACT realizovaný mezi pacienty z roku 2011 vyplývá, že až 85 % pacientů s crohnovou chorobou bývá hospitalizováno. Jde o extrémně vysoký počet, který byl zjištěn za posledních 5 let. Tato problematika mi začala být blízká, když jsem se s ní začala mnohem častěji setkávat u mladých lidí, hospitalizovaných v nemocnici a ve svém okolí. Poté jsem svou praxi, pro zájem o toto onemocnění, směřovala převážně na chirurgická oddělení. Pacienti s crohnovou chorobou většinou nemají dostatečné vědomosti, jak o samotném onemocnění, tak životosprávně, která je při této nemoci důležitá. Považuji proto za podstatné, řádně edukovat pacienty s touto chorobou a poskytnout jim tak co nejvíce informací o této nemoci, možnostech léčby a správné životosprávě. Podklady pro tuto práci jsem čerpala z odborné literatury, časopisů a internetových zdrojů.

Práce je určena jednak studentům, všeobecným sestřám pracujícím s těmito pacienty, pacientům s diagnózou morbus crohn, tak jejich rodinám a lidem, kteří se o tuto problematiku zajímají.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Karolíně Stuchlíkové za připomínky, podnětné rady, trpělivost a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Zároveň velké poděkování patří mé rodině, která mě po celou dobu mého studia podporovala.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 CROHNOVA CHOROBA.....	15
1.1 HISTORIE CROHNOVY CHOROBY	15
1.2 PŘIČINA CROHNOVY CHOROBY	15
1.3 PRŮBĚH CROHNOVY CHOROBY	16
1.4 KLINICKÉ PROJEVY CROHNOVY CHOROBY	16
1.5 DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY.....	16
1.6 LÉČBA CROHNOVY CHOROBY	18
1.6.1 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA.....	18
1.6.2 DIETA A VÝŽIVA	19
1.6.3 BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	21
1.6.4 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	22
1.7 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY	23
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBU..	24
2.1 AMBULANTNÍ PÉČE.....	24
2.2 NEMOCNIČNÍ PÉČE	25
2.2.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE.....	25
2.2.2 POOPERAČNÍ PÉČE.....	28
3 EDUKACE	30
3.1 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	30
3.2 EDUKAČNÍ PROCES	32

4	EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBU.....	35
4.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	62
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CRP	C-Reaktivní protein
CŽK	centrální žilní kanyl
EKG	elektrokardiogram
GIT	gastrointerstinální trakt
IBD	Inflammatory Bowel Diseases
INR	International Normalised Ratio – mezinárodně doporučené jednotky pro měření koagulace
JIP	jednotka intenzivní péče
NGS	nasogastrická sonda
PEG	perkutanní endoskopická gastrostomie
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní kanyl
RTG	rentgenové záření
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
USG	ultrasonografické vyšetření

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces	ohraničený hnisavý zánět
Anémie	chudokrevnost
Apendektomie	odstranění červovitého přívěšku slepého střeva
Apendicitida	zánět červovitého přívěšku slepého střeva
Antidiarhoika	léky proti průjmu
Biopsie	odběr vzorku tkáně
Celiakie	nesnášenlivost lepku
Endoskop	optický přístroj k vyšetřování tělních dutin a dutých orgánů
Endoskopie	vyšetřovací metoda tělních dutin a dutých orgánů
Enteroskopie	endoskopické vyšetření tenkého střeva
Gastroskopie	endoskopické vyšetření žaludku
Hypertenze	vysoký tlak krve v tepnách
Ileostomie	umělý vývod tenkého střeva břišní stěnou
Ileus	střevní neprůchodnost
Incize	naříznutí
Kolonoskopie	endoskopické vyšetření tlustého střeva
Kolostomie	umělý vývod tlustého střeva břišní stěnou
Malabsorbční syndrom	těžká podvýživa
Nekróza	odumření tkáně či orgánů
Osteoporóza	řidnutí kostí
Perforace	proděravění
Píštěl	abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem
Prolaps	vyhřeznutí

Rektoskopie	endoskopické vyšetření konečníku
Relaps	znovu vzplanutí nemoci
Remise	bezpříznakové, klidné období nemoci
Resekce	operativní odstranění části orgánu
Retrakce	vtažení
Sipping	popíjení tekuté výživy
Stenóza	zúžení
Stomie	vyústění orgánu na povrch těla
Sutura	sešití

(VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

Crohnova choroba je za posledních třicet let populárnější a více prozkoumávána nemoc než ulcerózní kolitida. Vše je zapříčiněno zvyšující se prevalencí a incidencí této nemoci. Choroba může vypuknout ve kterémkoli věku, avšak převážně se objevuje u adolescentů a starších dětí. Výskyt crohnovy choroby je stejně častý jak u mužů, tak u žen. Podle ČEŠKY z roku 2015 je v České republice čtyři až šest nově vzniklých případů na 100 000 obyvatel za rok. K zemím s nejvyšším výskytem crohnovy choroby se řadí Švédsko, Velká Británie a severovýchodní část USA.

Crohnova choroba je zánětlivé, dlouhotrvající onemocnění jednoho či více úseku trávicí soustavy, jejíž příčina není doposud objasněna. Jde o onemocnění celoživotní během, kterého se střídají období bezpříznakové s obdobími vzplanutí příznaků. Rozpoznání této diagnózy není vždy jednoduché, příznaky choroby jsou mnohdy z počátku mírné a poměrně necharakteristické, až po uplynutí řady měsíců či dokonce i několika let, je diagnóza určena správně. Častá je záměna crohnovy choroby se zánětem slepého střeva.

Cílem bakalářské práce je poskytnout základní informace o nevyлéčitelném onemocnění zvané crohnova choroba a popsat dané specifika ošetrovatelské péče u nemocných s touto diagnózou. Hlavním cílem práce je sestavení a realizování edukačního procesu u pacientky s crohnovou chorobou.

Teoretická část bakalářské práce nastiňuje charakteristiku crohnovy choroby, její příčiny a rizikové faktory, průběh onemocnění, příznaky, diagnostiku, komplikace a léčbu crohnovy choroby, která může být medikamentózní, biologická či chirurgická. Pacienti s nespecifickými střevními záněty bývají nejčastěji léčení ve specializovaných ambulancích, kde dochází na pravidelné kontroly. V případě, že se u pacientů vyskytnou nějaké závažné komplikace, mohou být hospitalizováni v nemocničním zařízení. Dále jsou v bakalářské práci popsány specifika ošetrovatelské péče u pacientů jednak v ambulantní péči, tak v péči nemocniční spolu s předoperační, pooperační a následnou péčí. V teoretické části bakalářské práce je také popsána teorie edukačního procesu.

Převážnou část bakalářské práce tvoří vypracovaný edukační proces u pacientky s crohnovou chorobou, ve kterém je použito všech pět fází edukačního procesu.

V realizační fázi jsou zpracovány 4. edukační jednotky. Při edukaci jsou poskytovány systematické informace pomocí edukačního procesu, který je ke každému pacientovi zcela individuální. V závěru bakalářské práce jsou navržena doporučení pro pacienta s crohnovou chorobou, jeho rodinné příslušníky a také pro všeobecné sestry.

1 CROHNOVA CHOROBA

„Crohnova choroba je granulomatózní a transmurální zánět postihující segmentárně kteroukoliv část trávicí trubice. Onemocnění probíhá chronicky s obdobími zhoršení (relapsů) a zklidnění (remisí) zánětu a je medikamentózně i chirurgicky nevyléčitelné“ (ČEŠKA a kol., 2015).

Crohnova choroba spolu s ulcerózní kolitidou jsou řazeny k nespecifickým idiopatickým střevním zánětům tzv. Inflammatory Bowel (IBD), jejichž etiologie dosud není známá (OBEREIGNERŮ, 2016).

1.1 HISTORIE CROHNOVY CHOROBY

Historie crohnovy choroby je zaznamenávána už ve staré lékařské literatuře. První popisy nemocných s podobnými příznaky naznačující crohnovu chorobu jsou datovány už od roku 1612 W. H. Fabrym, podobná zpráva pochází také z roku 1769 G. G. Morgagni (KOHOUT a kol., 2004). Avšak crohnova choroba získala svůj název po jednom z objevitelů, americkém gastroenterologovi Burrill Bernard Crohn, který popsal toto onemocnění spolu s kolegy L. Ginzbergem a G. Oppenheimerem (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.2 PŘÍČINA CROHNOVY CHOROBY

Přesná příčina onemocnění je doposud neznáma, rozeznáváme však mnoho faktorů, které mají vliv na rozvoj této choroby (VATEHOVÁ, VATEHA, 2013). Především se jedná o *genetické vlivy*, které se projevují častým výskytem u rodinných příslušníků. Také *faktory zevního prostředí* související s nedodržováním diety a životním stylem. Crohnova choroba je autoimunitní onemocnění, proto se na vzniku podílí také *imunologické vlivy*. *Bakteriální či virové infekce* nebyly ještě s jistotou prokázány (KOHOUT a kol., 2004); (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

1.3 PRŮBĚH CROHNOVY CHOROBY

Průběh crohnovy choroby bývá chronický a nepředvídatelný. Může se vyskytovat v různých podobách, jakožto zánět vleklý, střídavý a přerušovaný. Vše je dáno rozsahem a lokalizací postižené části trávicí trubice, věkem jedince, délkou trvání a tíží příznaků (ANON, 2016b). Typické pro crohnovu chorobu je střídání období klidového neboli bezpříznakového (remise) a období během, kterého zánět znovu vzplane (relaps). Délka trvání relapsu bývá závislá na adekvátní léčbě a k vyvolávajícím faktorům se řadí kouření, hormonální antikoncepce a postižení tlustého střeva. K určení závažnosti onemocnění se nejčastěji využívá tzv. Bestův index neboli index aktivity crohnovy choroby – CDAI (Crohn's Disease Activity Index). Index hodnotí subjektivní údaje pacienta, klinické a laboratorní nálezy (ANON, 2016b); (ČEŠKA a kol., 2015).

1.4 KLINICKÉ PROJEVY CROHNOVY CHOROBY

K typickým gastrointestinálním projevům crohnovy choroby se řadí mírné bolesti břicha v pravém dolním kvadrantu, které bývají kolikovitého charakteru, průjmovité stolice bez přítomnosti krve, subfebrilie a úbytek na váze (SLEZÁKOVÁ a kol, 2007). Prvním projevem choroby může být také střevní neprůchodnost (ileus) či těžká podvýživa (malabsorbční syndrom), která se vyskytne při postižení velké části tenkého střeva. Klinické projevy často napodobují akutní zánět slepého střeva (apendicitida). Pacienti tak bývají pro tuto diagnózu mylně indikováni k odstranění slepého střeva (apendektomii).

K extraintestinálním neboli mimostřevním projevům patří anémie, bolest kloubů, abscesy či píštěle v oblasti hýždí (ČEŠKA a kol., 2015).

1.5 DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY

Diagnostika u crohnovy choroby se zakládá na samotné anamnéze pacienta, fyzikálním vyšetření, laboratorním vyšetření krve a stolice, morfologických vyšetřeních a pomocných vyšetření.

V anamnéze pacienta především pátráme po přítomnosti autoimunitních chorob, jakožto ulcerózní kolitidě či celiakii. Dále na nynější stav, jakožto kdy začaly první

příznaky, zda byla už provedena nějaká vyšetření či stanovena dosavadní terapie. Zjišťován je také aktuální stav pacienta, jestli má bolesti břicha, jaký je průměrný počet stolic za 24 hodin a jestli byla ve stolici přítomna krev či hlen. Zda v posledních 7 dnech nebyla teplota a celkový jeho subjektivní stav (ČEŠKA a kol., 2015).

Fyzikální vyšetření lékařem zahrnuje soubor vyšetření pohledem, pohmatem, poslechem, poklepem a vyšetření konečníku. Lékař se také zaměřuje na tělesnou hmotnost, výšku a orientačně hodnotí stav výživy pacienta (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

Laboratorní vyšetření krve zahrnuje biochemické (ionty, metabolity, bílkoviny, lipidy) a hematologické vyšetření (krevní obraz, sedimentace) ke zjištění aktivního zánětu či komplikací u Crohnovy choroby (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007). Významné je také vyšetření imunoglobulinu (ASCA, pANCA), což jsou speciální protilátky, které jsou namířené proti zcela běžným a navíc prospěšným kvasinkám pekařských (pivních) kvasnic (ČERVENKOVA, 2009).

Laboratorní vyšetření stolice se zaměřuje na bakteriologické, parazitologické vyšetření, kultivaci a vyšetření na okultní krvácení (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

Pod morfologická vyšetření se řadí endoskopická vyšetření zažívacího traktu, což je zobrazovací metoda určitého úseku trávicí trubice optickým přístrojem – endoskopem. Během endoskopického vyšetření je možno provádět odběr vzorku tkáně na histologické vyšetření či provést jednoduchý chirurgický výkon. Nejčastěji se provádí koloskopie (vyšetření tlustého střeva přes konečník), gastrokopie (vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku), enteroskopie (vyšetření tenkého střeva), rektoskopie (vyšetření konečníku), (KEIL a kol., 2012).

Dále jsou významné radiodiagnostické metody, mezi které patří *ultrasonografické vyšetření střev*. Což je neinvazivní vyšetření, při kterém posuzujeme změny na střevní stěně či detekujeme komplikace onemocnění. Pomocí kontrastní látky je prováděna *enteroklýza* (rentgenové vyšetření tenkého střeva s aplikací kontrastní látky do dvanáctníku přes sondu), *irigografie* (kontrastní vyšetření tlustého střeva). Při vzniku píštělí ústících na povrch těla je možno provést *fistulografii*, k jejich posouzení. Dalšími vyšetřovacími metodami jsou *počítačová tomografie*, *magnetická rezonance* nebo *metody nukleární medicíny* (scintigrafie značenými leukocyty), (KEIL a kol., 2012).

K pomocným vyšetřením u Crohnovy choroby se přistupuje při podezření na mimostřevní projevy či komplikace. Indikována mohou být vyšetření očí, dermatologické, revmatologické, pneumologické, nefrologické či kardiologické (KEIL a kol., 2012).

1.6 LÉČBA CROHNOVY CHOROBY

V léčbě Crohnovy choroby existuje celá řada odvětví dostupné léčby, avšak prozatím žádná nedokázala zánět zcela vyléčit. V dnešní době jde o onemocnění celoživotní, tedy nevléčitelné. Současná léčba je zaměřena především na léčbu příznaků a komplikací, nikoli její příčinu. Jde o snahu zmírnit aktivní zánět tak, aby došlo ke zklidnění příznaku neboli remisi (ČERVENKOVÁ, 2007).

Léčbu možno rozdělit na konzervativní, chirurgickou a tím, že průběh onemocnění zasahuje až do psychosomatické oblasti nesmí se opomenout také na léčbu psychologickou.

Psychoterapie má v léčbě Crohnovy choroby své nezastupitelné místo. Je především zaměřena na odstraňování deprese, která vzniká jak vlivem hospitalizace, tak vlivem bolestivé povahy nemoci. V psychoterapii je podstatné naučit pacienta zvládat stresové situace a díky edukace pacienta i jeho rodiny, dosáhnout aktivního přístupu k léčbě (OBEREIGNERŮ, 2016).

1.6.1 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Cílem medikamentózní léčby je zklidnění aktivního zánětu tak, aby došlo k navození klidové fáze nemoci tzv. remisi. Lékař tudíž zahajuje útočnou fázi a předepisuje co nejvyšší dávky léků (obvykle více typů najednou). Poté co dojde ke zklidnění příznaků, přichází na řadu fáze udržovací. V této fázi jde o snahu udržet příznaky nemoci v klidu co nejdéle, jsou tak předepisovány aminosalicyláty a imunosupresiva (ČERVENKOVÁ, 2009).

Aminosalicyláty působí antibakteriálně i protizánětlivě. Jde o léky podávány k navození remise onemocnění. Zástupci jsou například Sulfasalazin, Mesalazin (ČEŠKA a kol, 2015).

Kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin s velkým protizánětlivým účinkem, užívány při vysoké aktivitě nemoci. Avšak mohou být podávány i dlouhodobě, k prevenci znovu vzplanutí nemoci. Bývají podávány buď perorálně či parenterálně. Nejčastějšími zástupci jsou Prednison, Methylprednison, Medrol (ČEŠKA a kol., 2015).

Imunosupresiva jsou léky potlačující funkci imunitního systému. Řadí se zde Azathioprin a 6- merkaptopurin. Tyto léky jsou podávány k udržení klidové fáze kvůli jeho účinkům, které nastupují až po 3 až 6 měsících jejich užívání. Dalšími zástupci jsou Cyklosporin A a Metotrexát (ČERVENKOVÁ, 2009).

Antibiotika jsou v léčbě Crohnovy choroby stále častěji využívány, velký význam mají především v léčbě píštělí, které jsou projevem aktivity Crohnovy choroby na tlustém střevě. Antibiotika jsou užívány dlouhodobě až 6 – 12 týdnů. Nejčastějšími zástupci je metronidazol a ciprofloxacin (ČEŠKA a kol., 2015); (ČERVENKOVÁ, 2009).

V medikamentózní léčbě se mohou dále objevit také *probiotika* nebo *léky proti průjmům* k potlačení častých stolic u lehkého a středně těžkého zánětu. Nesmí se zapomínat na to, že nesmí být podávány léky ovlivňující střevní pohyblivost, což by mohlo způsobit toxické rozpětí tračníku (LUKÁŠ, 2004).

1.6.2 DIETA A VÝŽIVA

Dietní opatření je jednou z dalších možností léčby Crohnovy choroby, která hraje důležitou úlohu v prevenci a léčbě malnutrice. Je odlišná od toho, ve kterém stavu onemocnění se nachází, zda období relapsu či remise. Jiná dietní opatření jsou zvolena u pacientů se střevním vývodem (především z oblasti tenkého střeva) a po opakovaných resekcích střeva (se syndromem krátkého střeva), (KEIL a kol., 2012); (KOHOUT a kol., 2010);

Dietní opatření u idiopatických střevních zánětů by se neměla výrazně lišit od racionální stravy, vzhledem k tomu, že v průběhu onemocnění si pacienti vytvářejí vlastní dietní režim. Dietní režim je u každého pacienta zcela individuální, dle snášenlivosti jednotlivých pokrmů. K vytvoření individuálního dietního režimu je potřebná pomoc tzv. nutričního terapeuta, který vychází, jak ze zvyklostí pacienta, tak zajistí dostatečný přívod základních živin (sacharidů, tuků, bílkovin, vitamínů,

stopových prvků a minerálů). Opomenout by se nemělo na pitný režim, který by měl být okolo 2 až 2,5 litrů tekutin denně (KOHOUT a kol., 2010).

Při sestavování diety je potřeba dbát následujících doporučení:

- strava lehce stravitelná a jako hlavní zdroj energie preferovat škroby;
- měla by obzvlášť obsahovat plnohodnotné bílkoviny, tzn. lehce stravitelná masa, vejce, mléko, mléčné výrobky;
- příjem tuků by měl odpovídat stejnému množství jako v racionální stravě;
- omezit množství nasycených tuků a cholesterolu;
- dieta by měla obsahovat dostatek vitamínů a minerálních látek s ohledem na počet stolic (KOHOUT a kol., 2010).

Dietní opatření u Crohnovy choroby v období relapsu

Období akutního vzplanutí nemoci má za cíl podpořit hojivé procesy a zabránit nedostatečnému příjmu živin, minerálů, vitamínů a stopových prvků. Proto je nutné u pacientů podávat tzv. *bezezbytkovou dietu* (s omezením hrubé vlákniny), (KOHOUT a kol., 2010).

Bezezbytková dieta není zaměřena na snižování hmotnosti, je spíše brána jako léčebná procedura, která spočívá ve vyloučení nerozpustné vlákniny ze stravy (například čerstvou zeleninu, ovoce či luštěniny) a špatně stravitelná jídla s vysokým obsahem tuku. Pacient by měl mít přehled o vhodné a nevhodné stravě v období relapsu (viz příloha B). Preferovat by se měla strava lehká, stravitelná, plnohodnotná s vysokým obsahem škrobu (těstoviny), bílkovin, železa, vápníku a dostatečným množstvím vitamínu C a B komplexu. U pacientů se stenózující formou je nutné dietu podávat i v klidové fázi (KOHOUT a kol., 2004). Dieta bývala v minulosti přeceňována a podle současných poznatků by měla být podávána v období mírné až střední aktivity choroby u ambulantních pacientů (KEIL a kol., 2012).

U diety je vhodné dodržovat určitý počet denních porcí až 5 - 6x denně, stravu v ústech důkladně rozmělnit, oddělit příjem tuhé stravy od příjmu tekutin. Strava by měla být vlažná a konzumována v klidu, klidném prostředí a vsedě u stolu (KOHOUT a kol., 2010).

V akutní fázi onemocnění či při přechodu z umělé výživy na výživu perorální je zapotřebí, aby byla dieta dodržována přísněji než ve fázi klidové. Jelikož v akutní fázi

často dochází k malabsorpci tuků, proto je nutno omezit potraviny, které obsahují vysoké procento tuků (tučná masa, sekaná, uzeniny, slanina, paštiky), avšak ne úplně vyloučit, jinak by mohlo dojít k omezenému vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích (KOHOUT a kol., 2010).

V případě kdy individuálně připravovaná dieta nepostačí, je zapotřebí přidat doplňky umělé výživy pomocí dietetických modulů nebo ve formě kompletní doplňkové výživy. Dietetické moduly jsou speciální přípravky, které jsou založené na sacharidové nebo bílkovinné bázi. Jsou podávány v případě, kdy pacient není schopen přijmout doporučené množství energie nebo bílkovin v běžné stravě. Například: Protifar, Fantomalt (KOHOUT a kol., 2004); (SVAČINA a kol., 2013).

Při nesnášenlivosti dietetických modulů ve stravě, je nutné přejít k podávání plnohodnotných přípravků sippingem (popíjením), nazoenterální sondou či perkutánní endoskopickou gastrostomií (KOHOUT a kol., 2004); (SVAČINA a kol., 2013).

Dietní opatření u Crohnovy choroby v období remise

V období remise se u Crohnovy choroby dieta nějak zvláště neliší, není zapotřebí dodržovat nějakou zvláštní dietu, avšak je dobré znát vhodné a nevhodné potraviny v období remise (viz příloha C). Po nastolení remise je třeba stravu normalizovat k obrazu racionální stravy s normálním obsahem vlákniny. Je však dobré se vyhybat nadýmavým jídlům, destilátům a tučným masům (KOHOUT a kol., 2010).

I v tomto období nemoci je důležitý pitný režim, který by měl být okolo 2-2,5 litru za den, s přihlédnutím k počtu průjmu či ztrát stolií, píštělemi nebo fyzickou aktivitou. V případě, že by běžná strava nepostačila a selhal by také speciální dietní režim, muselo by se přistoupit ke stravování jako v období relapsu. Pacienti po opakovaných resekcích střeva mají sklon ke vzniku syndromu krátkého střeva, kde jsou důležitá speciální dietní opatření, jakožto dbát na dostatečné množství energie (30 - 40 kcal/kg na den) a bílkovin (1,2 - 1,5 g/kg na den). Také by mělo dojít k oddělení tekutin od pevných potravin (KOHOUT a kol., 2010); (SVAČINA a kol., 2013).

1.6.3 BIOLOGICKÁ LÉČBA

Biologická léčba je nejúčinnější současnou léčbou Crohnovy choroby, ovšem velice nákladnou. Jde o nejnovější generaci léků s výrazným protizánětlivým účinkem.

Léčba je však poskytována pouze vybranými pracovišti, kdy v České republice působí do současné doby 23 center. Tato léčba je určena pacientům, u kterých předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala nebo měla tak nízkou odezvu, že Crohnova choroba nadále probíhala velmi agresivně (ČERVENKOVÁ, 2009); (ČEŠKA a kol., 2015).

Rozdíl mezi biologickou a farmakologickou léčbou spočívá v tom, že v biologické léčbě se využívají výhradně přírodní produkty. Konkrétně jsou v České republice pro biologickou léčbu Crohnovy choroby registrovány 2 protilátky anti-TNF alfa - Infliximab a Adalimumab. Tyto látky jsou zatím nejúčinnějšími dostupnými preparáty v současné době, které lze podávat dlouhodobě (ČEŠKA a kol., 2015); (KEIL a kol., 2012).

Infliximab je monoklonální látka, která se řadí mezi zbraně proti Crohnově nemoci od roku 1999. Do těla je vpravována formou infuzí po dobu dvou hodin. Na rozdíl od kortikoidů dokáže hojit střevní sliznici, což zlepšuje jejich klinický stav a snižuje tak nutnost chirurgického zásahu (ČERVENKOVÁ, 2009).

Adalimumab je zástupcem nové generace, který je kompletně lidský. Podáván je ve formě subkutánní injekce jednou za dva týdny (KEIL a kol., 2012).

1.6.4 CHIRURGICKÁ LÉČBA

K chirurgické léčbě u Crohnovy choroby se přistupuje při neúspěšné konzervativní léčbě nebo při vzniku komplikací, jakožto urgentní indikace, například krvácení, perforace střeva či toxické rozpětí střeva. Operační léčba má ovšem pouze paliativní charakter (ČERVENKOVÁ, 2009).

Mezi operační extenzivní výkony prováděné u Crohnovy choroby se v současné době pomalu ustupuje, patří zde:

Ileocékalní resekce, ke které se přistupuje nejčastěji při komplikacích, jíž je stenóza lumen tenkého nebo tlustého střeva.

Pravostranná hemikolektomie a ileo-transverso-anastomóza se provádí při větším postižení tlustého střeva, kdy se vyjme úsek na tenkém a přilehlém tlustém střevě zasažený zánětem a dojde k novému zformování spojení obou střev (ČERVENKOVÁ, 2009).

V současné době dochází k odklonu právě těchto extenzivních resekcí a přistupuje se k šetnějším, které ušetří délku střev a předchází vzniku syndromu krátkého střeva. Mezi tyto typy operačních výkonů se řadí:

Strikturoplastika se využívá k ošetření krátkých (do 5 cm délky) symptomatických stenóz na tenkém střevě, kdy stenóza je ponechána in situ, podélně protnuta a příčně sešita. Na střevě je možno provést až několik desítek strikturoplastik (ČEŠKA a kol., 2015).

U perianálních píštělí se chirurg snaží spojit píštěle v jeden kanál a zajistit tak trvalou drenáž (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.7 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY

V průběhu crohnovy choroby se mohou objevit různé komplikace, které můžeme rozdělit na střevní, mimostřevní a metabolické (ČERVENKOVÁ, 2009).

Střevní komplikace bývají nejčastěji způsobeny vlivem těžkého zánětu ve střevě. Řadí se zde stenóza neboli zúžení průsvitu střeva, která může způsobit neprůchodnost střev (ileus). Relativně častou komplikací bývá perforace způsobena hlubokým vředovitým defektem, který pronikne celou stěnou střeva. Typickou střevní komplikací jsou píštěle – nepřirozené spojky mezi střevem a okolními orgány, které často ústí do okolí řitního otvoru (perianální píštěle). Další komplikací je výskyt abscesů, které se vytvářejí v dutině břišní. Méně častou komplikací bývá krvácení a karcinom tlustého střeva (ČERVENKOVÁ, 2009).

Rozvoj *mimostřevních komplikací* má na svědomí imunitní reakce organismu, avšak příčina je doposud neznáma. Dochází k poškození orgánů, jakožto například kůže, oči, klouby nebo játra (ČERVENKOVÁ, 2009).

Metabolické komplikace vyplývají z porušeného vstřebávání živin nebo nežádoucích účinků užívaných léčiv (například kortikoidů). Dochází tak k rozvoji osteoporózy - v důsledku dlouhodobé léčby kortikosteroidy či porušeného vstřebávání vápníku a vitamínu D. Chudokrevnost – vzniká při nedostatku vitamínu B12. Dále nedostatek zinku a selenu je způsoben poruchou jejich vstřebávání. K metabolickým komplikacím patří také vznik žlučových nebo ledvinových kamenů, zejména po resekcii tenkého střeva (ČERVENKOVÁ, 2009).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Ošetřovatelská péče u pacientů s crohnovou chorobou je zaměřena na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví. Péče o pacienty s crohnovou chorobou se liší, podle jejich aktuálního zdravotního stavu. Pacienti jejichž stav je stabilizovaný, docházejí k léčbě ambulantní. Při výskytu komplikací bývají hospitalizováni a v některých vážnějších případech je nutno podstoupit chirurgický zákrok, který může vést až k umělému vyvedení střeva na povrch těla neboli stomii (JIRKOVSKÝ, 2012).

2.1 AMBULANTNÍ PÉČE

Ambulantní péči se rozumí zdravotní péče, při které se nevyžaduje hospitalizace pacienta. Tuto péči lze dělit na primární, specializovanou a stacionární. Pod právě specializovanou ambulantní péči řadíme gastroenterologickou ambulanci. Zde po stanovení diagnózy crohnovy choroby nejčastěji praktickým lékařem, jsou pacienti odesíláni k dlouhodobému sledování. Tyto ambulance diagnostikují a dispenzarizují pacienty s onemocněním trávicí trubice (jícnu, žaludku, dvanáctníku, tenkého a tlustého střeva) a orgánů trávicího traktu (slinivky břišní, jater a žlučových cest). V gastroenterologických ambulancích se provádí vyšetřovací metody, jakožto anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, ultrasonografie, rentgenové vyšetření, dechové testy, biopsie a endoskopické výkony, během kterých lze provést i léčebné výkony (BURDA, 2015).

Pacienti se závažným průběhem crohnovy choroby a ulcerózní kolitidou jsou léčeni v tzv. *IBD centrech*, v nichž možno nalézt specialisty na problematiku IBD a biologické léčby. V České republice je už celá řada IBD center a center biologické léčby u střevních zánětů (viz příloha D). Centra jsou vybavena špičkovými endoskopickými přístroji, kde důraz je kladen na co nejméně invazivních výkonů s upřednostňováním sonografického sledování. Centra také poskytují podávání biologické léčby, která má úspěšnost až u 90 % pacientů. Tyto centra mají za cíl individuální, multidisciplinární přístup k pacientovi a zajištění kontinuální péče (ANON, 2016d).

2.2 NEMOCNIČNÍ PÉČE

Pacienti s crohnovou chorobou, u kterých dochází ke vzniku komplikací nebo jsou indikováni k chirurgickému řešení, jsou přijímáni na standartní lůžkovou ošetrovací jednotku, případně na metabolickou jednotku intenzivní péče.

Při příchodu do nemocnice je pacientům poskytována ošetrovatelská péče metodou ošetrovatelského procesu. Sestra s pacientem vyplní ošetrovatelskou anamnézu a získá tak základní informace o jeho zdravotním stavu, které jsou nezbytné k posouzení celkového zdravotního stavu z hlediska sestry. U pacientů s crohnovou chorobou je důležité provést také zhodnocení nutričního stavu, stanovení rizika pádu a zhodnotit psychický a sociální stav pacienta. Na základě získaných informací sestra stanoví pacientovy aktuální problémy či možná rizika, která u pacienta hrozí a sestaví ošetrovatelský plán. Následně na základě ošetrovatelského plánu se provádí realizace, která se neobejde bez pravidelného hodnocení stavu pacienta a v případě nezměněného stavu či stavu zhoršeném je nutné provést modifikaci ošetrovatelského procesu od samotného začátku. Veškerá ošetrovatelská péče musí být sestrou důkladně zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Veškerý ošetrovatelský personál při poskytování ošetrovatelské péče jedná v souladu s ošetrovatelskými standardy a dbá práv a povinností pacientů, se kterými je pacient při přijetí seznámen (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

U pacientů, kteří jsou indikováni k chirurgickému řešení je nutno provést předoperační vyšetření a zajistit také pooperační péči (OTRADOVCOVÁ a kol., 2006).

2.2.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Předoperační péče je péče poskytovaná v období před operací. Jedná se o období od rozhodnutí k operaci až po předání pacienta na operační sál. Cílem předoperační péče je zajištění co nejvhodnějších podmínek ke zvládnutí operační zátěže, minimalizování komplikací a zajištění nekomplikované rekonvalescence. Z časového hlediska předoperační přípravu rozdělujeme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Dlouhodobá příprava – zahrnuje zapojení a seznámení pacienta s celým procesem léčby. Podstatná je psychická příprava pacienta lékařem, vysvětlení samotného výkonu, průběh či seznámení s možnými pooperačními komplikacemi. Poté

musí pacient svůj souhlas potvrdit podepsáním informovaného souhlasu se zvoleným operačním výkonem. V rámci předoperační péče musí pacient podstoupit interní vyšetření, které zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, zhodnocení fyziologických funkcí, screeningové vyšetření krve a moči, elektrokardiografie a rentgenové vyšetření srdce a plic. Dále předanestetické vyšetření a přípravu medikamentózní. Jednotlivá vyšetření jsou u dlouhodobé přípravy platná maximálně jeden měsíc a to dle zdravotního stavu pacienta. Součástí předoperačního vyšetření je pacientovi podávána antikoagulační léčba, nejčastěji v podobě nízkomolekulárního heparinu v injekční formě, kdy je ovšem důležité sledovat hladinu INR nebo přikládání bandáží na dolní končetiny či kompresivní punčochy jakožto prevence tromboembolických komplikací (TEN). Součástí prevence TEN je také dostatečná hydratace a včasná mobilizace po operačním výkonu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013); (POKRIVČÁK a kol., 2014).

Krátkodobá příprava – je vymezena na 24 hodin před samotným operačním výkonem. Při přijetí pacienta na oddělení se sestra představí a seznámí pacienta s domácím řádem a režimem oddělení. Lékař zkontroluje předoperační výsledky dle svých kompetencí a zhodnotí aktuální zdravotní stav pacienta a ujistí se, že je pacient seznámen s operačním výkonem a má podepsaný informovaný souhlas. V rámci krátkodobé předoperační přípravy se zajišťuje příprava operačního pole (oholení, odmaštění kůže dle zvyklosti oddělení), příprava gastrointerstinálního traktu (GIT) buď aplikací klyzmatu nebo podání perorálního vyprazdňovacího přípravku (Fortrans, fosfátový roztok). U pacienta je zajištěna kompletní hygienická péče dle soběstačnosti pacienta a zajištěny invazivní vstupy dle ordinace lékaře (permanentní močový katétr, periferní žilní kanyla či nasogastrická sonda). Následně je pacient poučen o nutnosti lačnění 6 - 8 hodin před operací a omezení tekutin na 2 hodiny před operací, jakožto eliminace rizika aspirace a regurgitace žaludečního obsahu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Bezprostřední příprava – se odehrává v posledních dvou hodinách před operačním výkonem. V rámci bezprostřední přípravy se opakovaně kontroluje dokumentace pacienta, dostupné výsledky, operačního pole, lačnění, fyziologické funkce a psychický stav. Na dolní končetiny se přikládají elastické bandáže či nasazují elastické punčochy. Sestra zajistí invazivní vstupy (pokud již nebyly zavedeny) a aplikuje léky dle ordinace lékaře. Pacient je požádán o odložení zubní náhrady šperků a cenností, které jsou sepsány a uloženy dle zvyklosti oddělení. Před podáním

premedikace asi 30 – 60 min je pacient odeslán k vyprázdnění močového měchýře a dle ordinace anesteziologa je podána premedikace, jejíchž cílem je prevence alergických reakcí, zmírnění úzkosti, snížení sekrece slin a žaludečních šťáv. Po aplikaci musí pacient dodržovat přísný klid na lůžku a být pod dohledem zdravotnického personálu, z důvodu prevence rizika pádu. Bezprostřední příprava je ukončena odvezením pacienta na operační sál, s předáním do péče zdravotnickému personálu na operačním sále. (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013); (POKRIVČÁK a kol., 2014).

Speciální předoperační přípravu je důležité zajistit u pacientů s diabetes mellitus. Pacienti s touto diagnózou musejí být hospitalizováni vždy dva až tři dny před operačním výkonem, pro kompenzaci onemocnění a udržení stále hlavy glykémie mezi hodnoty 6 – 10 mmol/l. U pacientů je nutné vynechání perorálních antidiabetik a dlouhodobého inzulínu, jelikož před operačním výkonem je dle aktuálních hodnot glykémie stanovena potřebná dávka krátkodobého inzulínu, který je pacientovi aplikován intravenózně infuzním roztokem (nejčastěji do 10% glukózy s 10 ml KCL 7,5 %). Pacienti s onemocněním diabetes mellitus, by měli být vždy zařazováni na první místa v operačním programu. Důležité je mít na paměti, že u těchto pacientů je riziko rozvoje hypoglykémie či hyperglykémie (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Urgentní předoperační příprava je limitovaná na dvě až čtyři hodiny před operačním výkonem. Vzhledem k časové tísni je pacient ohrožen vyšším výskytem pooperačních komplikací i úmrtím, v souvislosti s dekompenzovaným stavem a základní příčinou vedoucí k akutní operaci. Při přijetí pacienta jsou kontinuálně monitorovány fyziologické funkce, dále jsou zajištěny invazivní vstupy a v rámci hygienické péče jsou odstraněny hrubé nečistoty a případně vyjmuta zubní náhrada. Zdali je to možné, lékař získá od pacienta anamnézu, provede základní fyzikální vyšetření a krevní odběry jsou prováděny statim. Dle zdravotního stavu je pacient odeslán na další doplňující vyšetření (elektrokardiograf či rentgenové vyšetření). Veškeré léky jsou u pacientů podávány intravenózně, včetně premedikace a léků k prevenci vzniku tromboembolických nemocí (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013); (ZACHOVÁ a kol., 2010).

2.2.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péče je péče poskytovaná od skončení operačním výkonu a probuzení pacienta až po jeho propuštění z nemocnice. Pokud je pacient překládán po operačním výkonu na standardní ošetrovací jednotku, bývá v prvních pooperačních hodinách sledován na tzv. dospávacím pokoji. V případě že je nutno zajistit kontinuální monitorování pacienta bývá pacient přeložen přímo z operačního sálu na jednotku intenzivní péče či na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Pooperační péči je možno rozdělit na bezprostřední a následnou.

Bezprostřední pooperační péče – je období v prvních 24 hodinách po ukončení operačního výkonu, kdy dochází k doznívání anestezie, obnovení bdělosti a vědomí a návratu obranných reflexů. V pooperačním období je důležité u pacientů zajistit:

- pravidelné monitorování fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech, teplota, vědomí), saturaci, sledovat nauzeu, zvracení a bolest (její charakter, intenzita a lokalizace) z počátku co 15 minut v první hodině, poté se interval prodlužuje dle ordinace lékaře;
- výsledky průběžných krevních vyšetření (biochemické, hematologické, hemokoagulační);
- péče o operační ránu (zahrnuje pravidelnou kontrolu a sledování zda krytí neprosakuje);
- péče o pohybový režim (zajistit přísný klid na lůžku, po návratu obranných reflexu je důležitá časná mobilizace);
- péče o hygienu pacienta (dle aktuálního stavu se kompletní hygiena provádí již 3. pooperační den), v rámci prevence dekubitu je důležité udržovat lůžko čisté a bez záhybů;
- sledování příjmu a výdeje tekutin tedy vedení bilance tekutin, která zahrnuje močení (sledovat vymočení pacienta do 6 – 8 hodin po operaci), odpad z drénů, krvácení či zvracení;
- sledovat vyprazdňování stolice (zhodnotit úroveň soběstačnosti, sledovat vyprazdňování stolice a odchod plynů, které musí být zajištěny do 48 – 72 hodin po operaci);
- sledovat příznaky možných pooperačních komplikací;

- výživa – postupná realimentace je možná po odeznění účinku anestezie (z počátku nic per os, poté dieta čajová, dieta tekutá a dle stavu pacienta návrat k základní dietě);
- spánek a odpočinek (respektovat návyky pacienta, v akutním stadiu zajistit dostatek odpočinku i během dne);
- aplikace léků dle ordinace lékaře, nejčastěji se jedná o antibiotika, analgetika, antikoagulancia, chronická medikace pacienta a infuzní terapie k doplnění ztrát tekutin;
- vše musí být zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace či šokového záznamu, (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013); (POKRIVČÁK a kol., 2014); (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

Z hlediska psychosociálních potřeb pacienta se hodnotí psychický stav a zajišťuje se dostatek srozumitelných informací pacientovi.

Následná pooperační péče – je zaměřena na rehabilitaci a návrat k předchozímu životu. Při stabilizaci zdravotního stavu a ukončení léčby je pacient propuštěn do domácího prostředí či jiného zdravotnického zařízení. Při propuštění nemocného ošetřující lékař vypíše propouštěcí zprávu o průběhu hospitalizace, včetně doporučené následné terapie, kterou pacient předá praktickému lékaři. Domů pacient dostane léky, které mu vystačí na dobu tří dnů. Případně je pacientovi doporučena dispenzarizace a dodržování dietního režimu dle typu operačního výkonu a zdravotního stavu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013); (OTRADOVCOVÁ a kol., 2006).

3 EDUKACE

Edukace je pojem z latinského *educare*, neboli vést vpřed, vychovávat. Jde o vyjadřující proces, při kterém dochází k určitému ovlivňování chování a jednání jedince. Má za cíl jednak získávat určité vědomosti, poznatky, dovednosti, tak dosahovat změn v chování jedince, osvojovat si nové postoje a návyky (JUŘENÍKOVÁ, 2010). Jde o celoživotní proces od samotného narození jedince až do jeho smrti. Edukace je určena všem, bez ohledu na to, zda jde o jedince nebo skupinu, zdravého či nemocného, která může probíhat v různém prostředí (NEMCOVÁ a kol., 2010)

3.1 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Edukace v ošetrovatelství je velice důležitou a podstatnou součástí v ošetrovatelství, která ovlivňuje chování jedince. Je poskytována především sestrou, která by měla mít celostní (holistický) přístup ke člověku, což klade důraz na fyzické, psychické, sociální, emocionální, duchovní a společenské vlastnosti sestry. Sestra je nejdůležitějším článkem v ošetrovatelství, který vede pacienta, jeho rodinu či komunitu k získávání potřebných vědomostí a zkušeností k poskytování ošetrovatelské péče v potřebném rozsahu (NEMCOVÁ a kol., 2010).

V celém procesu edukace je významný multidisciplinární přístup, což je týmová spolupráce mezi členy zdravotnického týmu. Pro pacienta je důležité mít podporu celého multidisciplinárního týmu, který je sestaven ke každému pacientovi individuálně dle jeho potřeb (NEMCOVÁ a kol., 2010).

Podstatou moderní edukace v ošetrovatelství je předcházet nemoci, udržet a navrátit zdraví a přispět ke zkvalitnění života jedince (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukace v ošetrovatelství má také významnou roli v rámci prevence, která se dělí na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence – je orientovaná na zdravé jedince. Jedná se o opatření, která jsou zaměřena na prevenci nemoci a zdraví, tak aby došlo k udržení zdraví a ke zlepšení kvality života (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Sekundární prevence – je již zaměřena na pacienty s určitou diagnózou. Jde o snahu ovlivnit vědomosti a postoje pacienta tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a předešlo se možným komplikacím. V sekundární prevenci je edukace zaměřena hlavně na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Terciální prevence – se zaměřuje na pacienty s trvalými a již nezvratnými následky ve svém zdravotním stavu. V terminální prevenci jde především o zlepšení kvality života, kterou lze u pacienta ovlivnit edukací tak, aby se zabránilo vzniku komplikací (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Podle JUŘENÍKOVÉ 2010 lze edukaci rozdělit na:

Edukaci základní – ta předává pacientovi nové vědomosti a dovednosti, snaží se ho motivovat ke změnám v hodnotovém žebříčku.

Edukaci reedukační – navazuje na předchozí vědomosti a dovednosti, které jsou dále prohlubovány.

Edukaci komplexní – která, předává pacientovi ucelené vědomosti a jsou budovány nové dovednosti a postoje směřující ke zlepšení či udržení zdraví pacienta.

NEMCOVÁ 2010 rozděluje edukaci podle toho, ve které fázi onemocnění se edukace pacienta realizuje:

Úvodní edukace (iniciální) – se uskutečňuje při výskytu nového onemocnění.

Prohlubující edukace – rozšiřuje pacientovy vědomosti v ošetrovatelské péči.

Kontinuální edukace – se zaměřuje na pacienta po propuštění a na to jaká je adaptace pacienta v domácím prostředí.

Reedukace – se vykonává v případě, kdy nedojde ke splnění požadovaného cíle. Musí se opakovaně provést posouzení a příčina, kvůli které nelze požadovaných výsledků dosáhnout.

Součástí edukačního procesu je stanovení edukačních cílů, které musí být správně formulovány tak, aby došlo k očekávaným výsledkům, jakožto změny ve vědomostech, dovednostech a postojích.

Pro správné stanovení a formulování edukačních cílů je lze rozložit do třech oblastí:

Kognitivní – jsou zaměřeny na osvojování nových vědomostí a rozumových schopností s cílem vzdělávání.

Afektivní – jsou cíle výchovné, jakožto získávání nových citových zážitků, postojů a hodnot.

Psychomotorické (behaviorální) – spočívají ve formování motorických činností, návyků a pohybových zručností s výcvikovým cílem (NEMCOVÁ a kol., 2010).

Edukační cíle nebývají soustředěny pouze na jednu kategorii, jelikož cíle se vzájemně prolínají. Je nutné tomu také přizpůsobit metody, formy a obsah edukace tak, aby došlo k jejich vzájemné harmonii (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.2 EDUKAČNÍ PROCES

Edukační proces je obecně činnost lidí, při které dochází k výchově a vzdělávání člověka a rozvoji jeho osobnosti. Jedinec by měl získat nové vědomosti, pochopit je a umět je následně v životě použít. Edukace tak bývá buď záměrná (intencionální) nebo nezáměrná (incidentální), (JUŘENÍKOVÁ, 2010). Edukační proces je systematický, logický, následný, plánovaný proces a nepřetržitý cyklus, ve kterém se navzájem ovlivňují činnosti - vzdělávání a učení (NEMCOVÁ a kol., 2010).

Součástí edukačního procesu jsou čtyři determinanty:

Edukant - je člověk, u kterého edukace probíhá, tedy je učen.

Edukátor – je člověk, který učí, provádí edukační aktivity.

Edukační konstrukty – ovlivňují edukační procesy, patří sem například zákony, předpisy, edukační standarty, edukační materiály.

Edukační prostředí – je místo kde edukace probíhá. Prostředí bývá ovlivněno vnějšími (okolí jedince, kulturní vlivy) a vnitřními faktory (osvětlení, barvy, vztahy v rodině, charakter komunikace), (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukační proces probíhá v pěti fázích:

1. Posuzování – je vstupní branou v edukačním procesu. Edukátor/sestra provádí sběr informací o pacientovi/edukantovi (anamnézu), na kterém závisí úspěch v dalších

fázích. Zjišťují se tak individuální potřeby pacienta, jeho názory, hodnoty, postoje, milé zkušenosti se zdravotní péčí a životní cíle (JUŘENÍKOVÁ, 2010). Při posuzování je důležité zaměřit se u pacienta/rodinných příslušníku, kteří budou edukováni na jejich úroveň dosavadních vědomostí, motivaci, hodnotový žebříček, psychický stav, jaké preferují styly učení a také jaké mohou vzniknout bariéry při učení (NEMCOVÁ a kol., 2010).

2. **Diagnostika** – navazuje na fázi posuzování, kdy jsou získané informace zpracovávány a na jejich základě stanoveny edukační diagnózy. Diagnózy mohou poukazovat na deficity v oblasti zručností (například technika měření TK), vědomostí (například rizikové faktory jako kouření, nedostatek pohybu aj.) či postojích ke zdraví (NEMCOVÁ a kol., 2010).
3. **Plánování** – vychází ze stanovených edukačních diagnóz. V plánování je důležitou součástí stanovení priorit pro učení pacienta/rodiny, od kterého se následně bude rozvíjet struktura edukace, zda se uskuteční jedna či více edukačních jednotek. Při plánování je potřeba zvolit i správné edukační místo, které by mělo být správně osvětlené, teplé, klidné, bez jakýchkoliv rušivých elementů se zachovanou intimitou pacienta. V potaz by se měl brát čas edukace, jak dlouho a kde bude edukace probíhat a s jakými edukačními metodami a pomůckami se bude pracovat. Podstatné je také zvážit zda se budeme věnovat jednomu pacientovi či vícečlenné edukační skupině a podle toho v plánování postupovat. Zapomínat by se nemělo na příjemnou atmosféru, která vede k navázání důvěrného vztahu s pacientem/rodinou (NEMCOVÁ a kol., 2010).
4. **Realizace edukačního plánu** – se uskutečňuje podle jednotlivých fází edukačního procesu:

Motivační fáze – se snaží především zaujmout a vzbudit zájem u pacienta o danou problematiku a připravit ho tak na příjem nových informací.

Expoziční fáze – podává pacientovi nové informace, předvádí pacientovi dané postupy a snaží se, aby si je pacient osvojil.

Fixační fáze – upevňuje získané poznatky a zručnosti u pacienta, například zadáním určitého úkolu nebo procvičováním daného postupu.

Hodnotící fáze – posuzuje, co všechno se pacient naučil, jak zvládl nácvik zručností a zda je spokojen se změnou ve svém novém postoji ke zdraví či onemocnění (NEMCOVÁ a kol., 2010).

5. Vyhodnocení – jakožto poslední fáze edukačního procesu zahrnuje posouzení stanovených cílů a výsledků, zda byly či nebyly splněny nebo byly splněny částečně. Na základě vyhodnocení se buďto rozhodne o ukončení edukačního procesu nebo bude proces pokračovat, případně proběhne reedukace (NEMCOVÁ a kol., 2010).

4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Kazuistika pacienta

Dne 10. 01. 2016 byla opakovaně přijata 24 letá pacientka na interní oddělení v Městské nemocnici Ostrava, pro silné bolesti břicha bez průjmů a vysoké teploty. V nemocnici bylo provedeno klinické vyšetření, krevní testy, ultrazvuk a pacientka byla vyšetřena chirurgem, který stanovil podezření na periappendikulární infiltrát. Pacientka byla pro naplánovanou apendektomii přeložena na chirurgické oddělení. Při operaci zjištěno prosáknutím terminálního ilea, zánětlivý infiltrát céka s plošnou adhezí omenta a transverza. Během operace byly uvolněny srůsty a provedena apendektomie. Dle nálezu stanoveno podezření na diagnózu morbus crohn. Pooperační průběh byl komplikován infekcí v ráně s následně provedenou revizí a toaletou rány. Pacientce podávána dvojkombinace antibiotik s postupným ústupem infekce. Při stabilizovaném stavu pacientka propuštěna do domácí péče. Nyní pacientka přivezena otcem pro 3 denní bolesti břicha s průjmy 3 – 4x za den, úbytkem váhy o 5 kg, bolesti v místě pooperační rány, vysoké teploty a vysoké hodnoty CRP. Pacientka při vědomí, schvácená, bledá a výrazně bolestivá. Pacientka přijatá pro zánětlivý infiltrát, ke stabilizaci zdravotního stavu a možností opakované operace k dořešení zdravotního stavu. Během hospitalizace měřeny fyziologické funkce, zajištěna analgetizace a proveden ultrazvuk.

1. FÁZE – POSUZOVÁNÍ

Jméno: B. S.

Pohlaví: žena

Věk: 24

Bydliště: J. S. 13 - Hlučín

Rasa: europoidní (bílá)

Etnikum: české

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: studentka VŠ

Anamnéza

Nynější onemocnění: bolesti v podbříšku, bolest (tah) pooperační rány, febrilie, celková slabost, schvácenost, opocenost, průjmy 3-4 x za den.

Osobní anamnéza: v dětství prodělány běžné dětské infekce (varicella), úrazy: ve 3 letech pád na hlavičku - bez komplikací, v 11 letech zlomená levá ruka.

Alergická anamnéza: pollinóza – lehké formy, kravské mléko.

Abúzy: kouří 4 cigarety denně, alkohol – příležitostně při rodinných oslavách.

Farmakologická anamnéze: vaginální antikoncepce 1x měsíčně.

Medicínský management:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Novalgin	Inj. i.m.	1000 mg	1 – 1 – 1	Analgetikum
Fraxiparine Forte	Inj. s.c.	0,4 ml	0 – 0 - 1	Antikoagulancia
Augmentin	Inj. i.v.	1,2 g	8:00 – 20:00	Antibiotikum
Plazmalyte	Infuze i.v.	1000 ml	6:00 – 6:00	Infundibilia

Základní údaje

Tělesný stav	bez závažných patologií
Mentální úroveň	orientovaná místem, časem, osobou
Komunikace	bez omezení, přiměřená
Zrak, sluch	porucha zraku do dálky postupně se zhoršující – 1 dioptrie na obou očích; sluch bez omezení
Řečový projev	srozumitelný
Paměť	dlouhodobá i krátkodobá nenarušena
Motivace	přiměřená, projevuje zájem o získání nových vědomostí
Pozornost	zajímá se o svůj zdravotní stav
Typové vlastnosti	pacientka se jeví jako extrovert a sangvinik
Vnímavost	přiměřená
Pohotovost	pacientka reaguje přiměřeně rychle
Nálada	nyní negativní, obává se nemoci a komplikací

Sebevědomí	střední úroveň, úplně si nevěří
Charakter	usměvavá, hodná, upřímná, trpělivá
Poruchy myšlení	bez omezení
Chování	přívětivé
Učení	<p>Typ - emocionální</p> <p>Styl – vizuální, auditivním systematické a logické</p> <p>Postoj – zajímá se o nové informace ohledně svého onemocnění a stravu</p> <p>Bariéry – strach ze stomie, celková únavnost, schvácenost</p>

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb

Posouzení podle Majory Gordonové

1. Podpora zdraví

Pacientka se nikdy neléčila na nějaké závažné onemocnění. Avšak posledního půl roku si stěžuje na problémy s jídlem, bolesti břicha a nedostatek energie. Na základě vyšetření chirurga v MNO byla provedena apendektomie s následnou komplikací a to infekcí v ráně, která byla řešena revizí, toaletou rány s dvojkombinací antibiotik. Stav pacientky byl stabilizován a byla propuštěna domů.

Nyní však opakované bolesti břicha, průjmy a vysoké teploty. Pacientka byla seznámena s možností diagnózy crohnovy choroby, se kterou se snaží ztotožnit, avšak doufá, že se tato diagnóza nepotvrdí. Pacientka si, ale uvědomuje, že její zdravotní stav k této diagnóze směřuje. Hospitalizaci na chirurgickém oddělení se pacientka snaží zvládat co nejlépe, i přesto že je velice unavená a bolestivá. Velkou oporou jí jsou rodiče a sestra, kteří za pacientkou pravidelně docházejí, podporují ji a zajímají se o její zdravotní stav. Pacientka je studentkou na vysoké škole podnikatelské v Praze, avšak pro její nynější zdravotní stav není schopná dokončit zkouškové období v zimním semestru. V běžném životě pacientka dochází na preventivní prohlídky, jak k praktickému lékaři, gynekologovi, očnímu lékaři, tak stomatologovi.

2. Výživa

Pacientka nyní váží 55 kg, měří 172 cm, BMI 18,6. Pacientka je zvyklá na pravidelnou stravu 4 až 5 jídel denně, snaží se zdravě stravovat. Preferuje spíše jídlo

vařené nebo pečené, ovoce, zeleninu, ale někdy si taky dopřeje něco nezdravého. Denní příjem tekutin si hlídá a vypije okolo 2 litrů tekutin za den. Preferuje hlavně čistou neperlivou vodu, ráno vymačkané ovoce, za den vypije 3 kávy s mlékem a jedním cukrem, alkohol příležitostně. Nyní však pacientka pociťuje spíše nechutenství. Za poslední dva měsíce byl úbytek váhy o 5 kg. Během hospitalizace má pacientka preventivně dietu č. 5 (bezezbytková šetřící), kterou akceptuje, ale jídlo ji nechutná a nutí se do něj.

3. Vylučování

Vyprazdňování moče pacientka udává pravidelné, bez potíží. Pacientka bývá náchylná k zánětům močového měchýře, nyní bez problému. Vyprazdňování stolice je 3 – 4 x za den, průjmovitého charakteru, za posledních 14 dní. Doma pacientka užívala černé uhlí, které působilo bez efektu. V nemocnici jsou pacientce podle ordinace lékaře podávány antidiarrhoika, ovšem bez účinku.

4. Aktivita, odpočinek

Pacientka se v poslední době cítí velice unavená, bolestivá, nic ji nebaví. Před 8 lety dělala závodně tanec a poslední 3 roky se věnuje běhání a fitness. Vzhledem k jejímu onemocnění a unavenosti teď sportovní aktivity omezila, ale zvládá kratší procházky se psem. Denně spí okolo 8 hodin, bez problému. Při přijetí na oddělení je pacientce zajištěn klidový režim kvůli bolestem břicha, schvácenosti a unavenosti. Pacientka je jinak soběstačná v rámci lůžka a spolupracuje i přes únavu. V nemocničním prostředí se pacientce špatně usíná a tak přes den pospává. Dále pacientka vyplňuje svůj čas čtením knížek, časopisů a díváním se na filmy v počítači.

5. Vnímání, poznávání

Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou. Potíže se sluchem neudává, ale se zrakem má problém na dálku. Pacientka tak používá brýle s dioptrií jedna. O svém zdravotním stavu je pacientka průběžně informována, je také podle posledního nálezu při operaci seznámena s hrozící diagnózou crohnova choroba. Pacientka však o onemocnění nemá žádné vědomosti, jen že jde o onemocnění v souvislosti s nevléčitelnými záněty střev. Má velké obavy a bojí se o své zdraví.

6. Sebepojetí

Pacientka působí jako extrovert i ona sama se tak hodnotí. Pacientka bývá pozitivně naladěna, přátelská, avšak vzhledem k nedostatku vědomostí o crohnově chorobě má strach. Podporuje ji však její rodina, která ji uklidňuje a dodává sílu nic nevzdávat. V celém ošetrovatelském procesu se aktivně zapojuje.

7. Role a vztahy

Pacientka žije s rodiči a sestrou v rodinném domě v Hlučíně. Svou rodinu označuje jako „nejlepší na světě“, má skvělé rodinné zázemí a velkou rodinu, se kterou se pravidelně při narozeninách či svátcích scházejí. Partnera momentálně nemá. V nemocnici ji navštěvuje jak matka, otec a sestra, tak i babičky a kamarádi. Po návštěvách je pacientka vždy usměvavá a pozitivně naladěna.

8. Sexualita

Menstruaci pacientka má pravidelnou od 13 let. Minulý měsíc pacientka změnila perorální hormonální antikoncepci na vaginální, z důvodu zapomínání užívat denně tabletu antikoncepce. Počet porodů a potratů: 0, žádnou gynekologickou operaci neprodělala. V budoucnu by si pacientka přála dvě děti.

9. Zvládání zátěže

Zátěžové situace se pokouší pacientka zvládat sama, nejlépe ji pomáhá, když si o tom může s někým pohovořit. Samozřejmě rodina je jí velkou oporou, snaží se jí pomáhat a podporovat. Stresové situace se pokouší řešit relaxací jakožto plaváním, čtením či procházkou se psem.

10. Životní hodnoty

Životní plány pacientky v budoucnu se prozatím nemění, pacientka neví, co obnáší diagnóza morbus crohn a zda to vede k nějakému omezení. Je seznámena pouze s faktem celoživotní úpravy stravování. Pro pacientku je nejdůležitější zdraví, rodina a láska. Pacientka spolupracuje a zajímá se o svou diagnózu, co to přesně vůbec je, jaká je léčba a možné následky.

11. Bezpečnost, ochrana

Pacientku v nemocničním prostředí ovlivňuje její nedostatečná informovanost o crohnově chorobě, neví co očekávat, jaký bude další postup v její léčbě, jaké mohou

být následky a tak má strach. Nejlépe se cítí doma ve svém prostředí a se svými blízkými. U pacientky jsou zajištěna veškerá bezpečnostní opatření.

12. Komfort

Pacientka je pozitivně naladěna a smířená se svou diagnózou, avšak je nervózní z dalšího postupu v léčbě.

13. Růst a vývoj

Růst a vývoj pacientky je fyziologický.

Profil rodiny

Pacientka je svobodná. Trvalé bydliště má s rodiči a mladší sestrou (20 let) v rodinném domě ve Hlučíně. Přechodně pobývá v Praze, kde pacientka studuje vysokou školou podnikatelskou již prvním rokem magisterského studia. Otec (45 let, podnikatel) se léčí na arteriální hypertenzi jinak zdravý bez větších problémů, matka (42 let, zástupkyně ředitele ve firmě) trpí migrénami, jinak zdravá. Celá rodina je velice sportovně založena, hodně cestují po Evropě a rodinné vztahy mají velice dobré.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně- ekonomický stav.

Rodinné vztahy jsou velice dobré, pravidelně se všichni scházejí, navštěvují se, podporují a společně cestují. Pacientka je velice společenská, bez problému se začleňuje do kolektivu. Ráda se schází s přáteli a zúčastní se různých kulturních akcí. V nemocnici ji navštěvuje rodina a kamarádi. Finanční situace v rodině je dostačující, pacientka mívá jednorázové brigády, ale momentálně kvůli onemocnění nechodí.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty a postoje

Zdravý životní styl, ten se pacientka snaží dodržovat už 2 roky, od doby kdy se pacientka rozhodla zhubnout. Snaží se dodržovat pravidelnou stravu 5 – 6 x denně a pitný režim okolo 2 litrů za den. Preferuje spíše dušenou a pečenou stravu, ale jednou za čas si dá i něco nezdravého. Sportovní aktivity do vzniku problémů provozovala 3x týdně, nyní zvládá procházky se psem. Denně naspí okolo 7-8 hodin denně, poté se cítí odpočatá. Ráda cestuje s rodinou, věnuje se fitness a experimentuje s novými recepty.

Kultura: divadla, koncerty, turistika.

Náboženství: nevyznává.

Hodnota: zdraví a rodina jsou pro pacientku prioritou.

Postoj k nemoci: je pozitivní, ale nemá dostatek informací o své diagnóze, tak se strachuje, jí pouze o doživotním dodržování diety.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

S rodinou pacientky je velice dobrá spolupráce, o pacientku a její zdravotní stav se zajímají, podporují a snaží se jí pomáhat. Pacientka je schopná vlastního rozhodnutí a je schopná řešit krizové situace.

Porozumění současné situace rodinou

Rodiče pacientky jsou informováni o zdravotním stavu své dcery, i s možností diagnózy Crohnovy choroby. Rodiče mají zájem spolupracovat a podílet se na její léčbě. Pacientka se s rodiči shoduje na postupech v řešení zdravotního stavu.

Ke zjištění vědomostí a informovanosti pacientky o onemocnění byl použit následující vědomostní vstupní test, který obsahoval následující otázky:

Vstupní test

Otázky	Ano/Ne
Víte co znamená Crohnova choroba?	Ne
Víte co Crohnovu chorobu způsobuje?	Ne
Věděla by jste, jak se projevují příznaky Crohnovy choroby?	Ne
Víte jak ošetřovat Vaši pooperační ránu?	Ne
Setkala jste se někdy s pojmem stomie?	Ano
Umíte vyjmenovat nějaké komplikace, které hrozí u stomie?	Ne
Uměla by jste popsat postup při výměně stomického sáčku?	Ne
Věděla by jste jaká jsou dietní opatření vzhledem k Vaší chorobě?	Ne

Vzhledem k otázkám ze vstupního testu jsme zjistili, že pacientka má nedostatek vědomostí jak o své nemoci, jejich příčinách a příznacích, tak v oblasti péče o pooperační ránu a stomii. Zároveň je zapotřebí, aby pacientka byla schopná

samostatné výměny stomického sáčku a měla vědomosti o správné životosprávně a dietě, kterou je zapotřebí dodržovat kvůli její diagnóze. Vzhledem k nedostatku informací o této chorobě jsme se rozhodli pacientku edukovat v rámci problematiky, která byla zjištěna při vstupním testu.

Motivace pacientky

Motivace pacientky je vysoká, má zájem se učit novým vědomostem a zkušenostem. Se svou diagnózou je smířena a uvědomuje si, že její diagnóza ponese určité změny v jejím životě. Pacientka se chce seznámit jak se samotným onemocněním, péči o rány a stomie, tak s životním režimem a dietním opatřením u této nemoci. K motivaci vede pacientku především rodina, její zvědavost a touha se co nejvíce dozvědět o svém onemocnění a také zdravotnický personál.

2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí:

- o onemocnění;
- o komplikacích onemocnění;
- v péči o operační ránu;
- v péči o stomii;
- o výměně stomického sáčku;
- o změně životního stylu;
- v dodržování správného dietního režimu.

Deficit v postojích:

- strach z nemoci;
- strach z vyvedené stomie;
- nejistota z vyléčení;
- nejistota v dodržování doživotního dietního režimu.

Deficit zručnosti:

- v péči o stomii;
- v péči o permanentní močový katétr;

- v péči o periferní žilní katétr;
- v dodržení dietního režimu.

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit

Na základě vyhodnocení vědomostního vstupního testu jsme stanovily priority edukačního procesu:

- v onemocnění;
- v péči o rány;
- v péči o stomii;
- v dodržování správného dietního režimu.

Záměr edukace:

- mít co nejvíce vědomostí a zkušeností o nemoci;
- adaptace pacientky na změněnou životní situaci;
- seznámit se s režimovými opatřeními;
- dodržovat zásady správné životosprávy a dietního režimu;
- umět pečovat o pooperační ránu a stomii;
- respektovat psychosociální pohodu.

Podle cílů:

- **Kognitivní** – pacientka nabyla vědomostí jak o svém onemocnění, jeho vzniku, příznacích a komplikacích, které mohou u onemocnění vzniknout, tak nabyla vědomosti v péči o pooperační ránu, stomii a dodržování dietního režimu u onemocnění.
- **Afektivní** – pacientka se k vytvoření stomie a k edukaci staví pozitivně, spolupracuje a má zájem získat nové vědomosti. Aktivně se na edukaci podílí, ztotožňuje se se stomii a s nutností dodržovat doživotní dietní režim. Pacientka se zajímá o veškeré postupy a informace týkající se stomie a výměny stomického sáčku.
- **Behaviorální** – pacientka dodržuje léčebný režim a aktivně se podílí na změnách v dodržování dietního režimu, také dokáže rozeznat fázi relapsu od fáze remise a je schopna na tuto situaci reagovat úpravou stravy, případně

kontaktovat lékaře. Pacientka zvládá péči, jak o pooperační rány, tak o stomii a je schopná si sama vyměnit stomický sáček.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, u lůžka pacienta na chirurgickém oddělení, zabezpečit pacientce klid a soukromí.

Podle času: edukační proces bude probíhat ve dvou dnech, podle zdravotního stavu pacientky po operaci a v odpoledních hodinách. První dvě edukační jednotky jsou naplánovány na druhý pooperační den a další dvě edukační jednotky budou realizovány až třetí den po operaci.

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

Edukační pomůcky: notebook, audiovizuální pomůcka, obrázky, publikace, odborná literatura, edukační karty, písemné pomůcky, papír, tužka, pomůcky k péči o stomii (stomické sáčky s podložkou, šablona, odstraňovač náplasti, ochranný film, stomická pasta, zrcátko, nůžky, buničitá vata), notebook.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: úvodní

Struktura edukace

1. **Edukační jednotka:** Crohnova choroba.
2. **Edukační jednotka:** Ošetrovatelská péče o pooperační ránu.
3. **Edukační jednotka:** Péče o stomii.
4. **Edukační jednotka:** Správná životospráva a dietní režim u pacientky s Crohnovou chorobou.

Časový harmonogram edukace

1. **Edukační jednotka:** 12. 01. 2016, od 15:00 do 15:45 (45 minut).
2. **Edukační jednotka:** 12. 01. 2016, od 16:00 do 16:50 (50 minut).
3. **Edukační jednotka:** 13. 01. 2016, od 13:00 do 14:10 (70 minut).
4. **Edukační jednotka:** 13. 01. 2016, od 15:00 do 15:50 (50 minut).

4. FÁZE - REALIZACE

1. Edukační jednotka

Téma edukace: Crohnova choroba.

Místo edukace: u lůžka pacientky na chirurgickém oddělení.

Časový harmonogram: 12. 1. 2016 od 15:00 do 15:45 (45 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** – pacientka nabyla adekvátních vědomostí o crohnově chorobě, zná příčinu vzniku, projevy choroby, komplikace a rozdíly ve fázi remise a relapsu.
- **Afektivní** – pacientka je zvědavá a má zájem o informace o své nemoci, aktivně spolupracuje a klade otázky. Pacientka verbalizuje pochopení a dostatečnost načerpaných vědomostí o crohnově chorobě.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, zabezpečen klid a soukromí pacientky.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacientky a diskuze.

Edukační pomůcky: tužka, papír, publikace, brožura, obrázky, notebook.

Realizace 1. Edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit a představit se pacientce, vytvořit pro edukaci vhodné prostředí a zvolit vhodný čas, také navodit příjemnou atmosféru k edukaci a povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci.
- **Expoziční fáze:** (20 minut)

Crohnova choroba

Crohnova choroba je onemocnění řadící se mezi nespecifické střevní záněty, které mohou postihnout kteroukoliv část trávicí trubice. Příčina onemocnění není doposud známá, avšak na vzniku onemocnění se podílí mnoho rizikových faktorů od genetiky, zevních faktorů, imunologických vlivů až po bakteriální či virové infekce. Pro crohnovu chorobu je typický chronický a nepředvídatelný průběh. Podstatná je časná diagnostika a zahájení adekvátní léčby. V léčbě crohnovy choroby existuje celá řada

léčby, jakožto medikamentózní, chirurgická, biologická léčba, dietoterapie a význam má také psychická podpora. Následně je důležité pravidelné sledování v gastroenterologické ambulanci a docházení k pravidelným kontrolám.

Fáze nemoci

Pro onemocnění je typické střídající se období vzplanutí nemoci tzv. relaps, kdy se u Vás začnou projevovat v různé míře příznaky nemoci, právě s rozvíjejícím se zánětem. Po zklidnění přichází období bezpříznakové tzv. remise. Délku trvání každého období nelze přesně stanovit, je velice individuální.

Projevy crohnovy choroby

Příznaky u crohnovy choroby jsou individuální a vznik příznaku je dán rozsahem a lokalizací postižené části trávicí trubice a vašim věkem a délkou trvání příznaků.

Projevy můžeme rozdělit na příznaky v zažívacím traktu nebo mimo něj. V zažívacím traktu může docházet ke kolikovitým bolestem břicha, průjmovitým stolicím bez příměsi krve, zvýšeným teplotám nebo úbytku váhy. Skrytým příznakem může být také střevní neprůchodnost či výrazná podvýživa. K mimostřevním příznakům patří chudokrevnost, bolest kloubů či vznik píštělí, abscesů. Tyto příznaky jsou rovněž i komplikace nemoci.

Komplikace hrozící u crohnovy choroby

Při crohnově chorobě jako u každé nemoci hrozí vznik komplikací, se kterými by jste měla být seznámena. V případě vzniku některých z nich musí být neprodleně řešeny. Střevními komplikacemi jsou zúžení průsvitu střeva, proděravění střeva, výskyt nepřirozených spojek mezi střevem a okolními orgány, ohraničený zánět v dutině břišní či krvácení. Mimostřevní komplikace vznikají na podkladě imunitních reakcí organismu tedy vznik alergií, které mohou způsobit poranění kůže, očí, kloubů, jater. Metabolické komplikace jsou způsobeny na podkladě porušeného vstřebávání živin nebo vznikem nežádoucích účinků léků, které by jste užívala. Může se jednat například o řídnutí kostí, chudokrevnost z nedostatku vitamínu B12, nedostatek zinku a selenu nebo může dojít ke vzniku žlučových či ledvinových kamenů.

- **Fixační fáze:** (10 minut) provedené důkladné zopakování podstatných informací o nemoci pacientky, shrnutí opakovaných poznatků a zdůrazněna závažnost vzniku komplikací a neléčení onemocnění.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) zhodnocení zpětné vazby proběhlo rozhovorem s pacientkou, které byly kladeny kontrolní otázky na, které pacientka odpověděla uspokojivě.

Kontrolní otázky pro pacientku:

- Co je crohnova choroba?
- Jaká je příčina a příznaky crohnovy choroby?
- Jaký je rozdíl mezi fází relapsu a remise u crohnovy choroby?
- Jaké hrozí komplikace u crohnovy choroby?

Zhodnocení edukační jednotky:

Stanovené cíle první edukační jednotky byly úspěšně splněny. Pacientka na položené kontrolní otázky odpovídala správně, ikdyž si při vyjmenovávání komplikací hrozící u crohnovy choroby nebyla úplně jistá, s malou pomocí vše zvládla. Při edukaci byla pacientka aktivní, spolupracovala a byl vidět zájem o získávané vědomosti. V rámci diskuze s pacientkou jsme si utvrdili, že stanovená edukační jednotka byla velice přínosná pro pacientku. První edukační jednotka probíhala v rozsahu 45 minut.

2. Edukační jednotka

Téma edukace: Ošetrovatelská péče o pooperační ránu.

Místo edukace: u lůžka pacientky na chirurgickém oddělení.

Časový harmonogram: 12. 1. 2016 od 16:00 do 16:50 (50 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** – pacientka má vědomosti týkající se péče o pooperační ránu, použití správných pomůcek, zná faktory ovlivňující proces hojení rány, postup převazu rány a ví co sledovat při převazech na pooperační ráně.
- **Afektivní** – pacientka jeví zájem o podávané informace, verbalizuje spokojenost s nově získanými vědomostmi a uvědomuje se nutnost péče o pooperační ránu.

- **Behaviorální** – pacientka umí zvolit správné pomůcky a pečovat o pooperační ránu.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, u lůžka pacientky, zabezpečen klid a soukromí pacientky.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacientky a diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, publikace, brožura, obrázky, anatomická pinzeta, chirurgické nůžky, sterilní krytí, mulové tampóny, neadherentní mřížka, flamigel, injekční stříkačka, fixační náplast, emitní misky, rukavice, empír, rouška.

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) vytvořit vhodné a klidné edukační prostředí, navodit příjemnou a přátelskou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci.

Expoziční fáze: (25 minut) v této edukační jednotce je pacientka seznamována s péčí o pooperační ránu, s druhy hojení rán a s faktory, které mohou hojení rán ovlivňovat. Pacientka je také seznámena s pomůcky k převazu a s postupem u převazu pooperační rány. Za hospitalizace budou u pacientky prováděny pravidelné převazy operační rány a budou podávány léky od bolesti dle ordinace lékaře.

Péče o ránu

Rána je definovaná jako porušení kožní integrity, která u Vás vznikla v důsledku chirurgického zákroku. Chirurgická rána vznikla z incize (naříznutí) kůže a jejích podkožních struktur, která byla provedena za aseptických podmínek s následnou suturou (sešitím) rány. Ošetřování pooperační rány se odvíjí od vzniku příčiny, charakteru Vaší rány a jejího aktuálního posouzení. Pooperační rána bude každý den vizuálně kontrolována, převazována a zaznamenávána do dokumentace. V případě bolesti, svědění či pálení informujte sestru.

Hojení ran

Hojení pooperačních ran je přirozený a kontinuální proces, který může probíhat ve třech formách. Ve Vašem případě se rána hojí tzv. per secundam, neboli s infektem. Jde o ránu, která se hojí déle než obvykle, okraje bývají rozestoupené, z rány odchází sekrece hnisavého charakteru a výsledkem bývá často viditelná, nepravidelná jizva.

Faktory ovlivňující hojení ran

Hojení rány je podmíněno mnoha faktory a to jak vnitřními, tak vnějšími.

Mezi *vnitřní faktory*, které by jste měla znát se řadí: stav výživy (zabránit vzniku malnutrice dostatečným příjmem bílkovin, vitamínu C a A, zinku, železa a argininu); dostatek kyslíku ve tkáních; zánětlivé reakce organismu; celkový zdravotní stav (přidružená onemocnění, psychický a sociální stav, fyziologické funkce, léčba bolesti).

Zevní faktory jsou snadněji ovlivnitelné a tak by právě péče měla být zaměřena na tyto faktory. Jedná se zejména o životní styl (kouření, návykové látky, dostatek spánku); včasné zachycení infekce v ráně (pravidelnými kontrolami rány, kdy se sledují známky zánětu); užívané léky konzultovat s lékařem; mechanické vlivy (imobilita, tlak na ránu) a nevhodné ošetřování rány.

Doporučené pomůcky pro péči o pooperační ránu

U pooperační rány pacientky, která se hojí *per secundam* jsou zvoleny tyto pomůcky:

- sterilní chirurgické nástroje (anatomická pinzeta, chirurgické nůžky);
- sterilní krytí, mulové tampóny;
- neadherentní mřížka (Inadine) / Hydrokoloid (Flamigel);
- dezinfekční a oplachový roztok (Octenisept, Ringerův roztok);
- sterilní 10ml stříkačka;
- fixační náplast;
- dvě emitní misky;
- ochranné pomůcky (rukavice, empír, rouška).

Postup u převazu pooperační rány hojící se *per secundam*

Před převazováním rány je důležitá hygienická dezinfekce rukou a kontrola, zda jsou všechny potřebné pomůcky k převazu nachystány. Po celou dobu převazu je vhodné používat ochranné pomůcky a postupovat za přísně sterilních podmínek, aby nedošlo k dalšímu vzniku infekce v ráně.

Z rány šetrně odstraníme původní krytí, které zvlhčíme Ringerovým roztokem a krytí opatrně odstraníme, ale nestrháváme. Poté se rána dezinfikuje Octeniseptem (dezinfekce), kterým se rána opláchne a přikládáním sterilního krytí osuší. Očistíme také okolí rány, jakožto zbytky náplastí či ochranných mastí. Poté je důležité, aby sestra zhodnotila a zaznamenala stav pooperační rány, což zahrnuje vzhled rány přítomnost sekrece hnisu či krve a zápach z rány. Po zhodnocení se na ránu přiloží Inadine

(speciální mřížka), která se sterilními nůžkami podle velikosti rány ostříhne, sterilní pinzetou přiloží na ránu a na poté se na to položí sterilní krytí. Převázaná rána se pak fixační náplastí pevně připevní, nejlépe ve směru kožních řas. Během dne se sleduje krytí, zda rána (sekrece) neprosakuje, v případě prosáknutí se přiloží další sterilní krytí.

Pooperační ránu s infekcí je důležité pravidelně a pečlivě sledovat, aby došlo k časnému zachycení komplikací. Péče o ránu je dlouhodobá a je potřeba převazy provádět denně. U převazu je důraz především kladen na hygienickou dezinfekci, jak rukou před převazem, tak na správnou dezinfekci a oplach pooperační rány.

V domácím prostředí je vhodné, aby jste převaz prováděla převážně po koupeli, kde šetrně odstraníte krytí, opláchnete ránu dezinfekčním roztokem a sterilním krytím jí osušíte. Poté je důležité, aby jste ránu zkontrolovala, jestli v místě či okolí rány není začervenání, otok nebo z rány neodchází výtok, v případě výskytu kontaktujte lékaře. Po zkontrolování rány přiložíte sterilní krytí a přelepíte fixační náplastí.

Po ukázce převazu pooperační rány prováděné sestrou si pacientka dvakrát zkouší převaz provést sama. Při prvním převazu si je pacientka nejistá a rozpačitá při výběru pomůcek. Při druhém převazu si je pacientka už jistější, pomůcky si vybírá správně, umí je použít a převaz provádí správně, bez pomoci sestry.

Fixační fáze: (10min) důkladné zopakování podstatných informací o pooperační ráně, hojení ran, faktory ovlivňující hojení rány, vyjmenování doporučených pomůcek k převazu rány a technice převazu pooperační rány.

Hodnotící fáze: (10minut) proběhla při zhodnocení zpětné vazby jednak rozhovorem a diskuzí s pacientkou, při které byly kladeny kontrolní otázky s následným vyhodnocením správnosti jejích odpovědí, tak praktickou ukázkou pacientky jak zvládá techniku převazu pooperační rány.

Kontrolní otázky pro pacientku:

- Jaké faktory ovlivňují hojení?
- Jaké by jste zvolila pomůcky k převazu pooperační rány?
- Jaký je postup při převazu pooperační rány?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle v této edukační jednotce byly splněny. Pacientka byla dotazována kontrolními otázkami, jejichž odpovědi byly správné. Prokázala své základní vědomosti v péči o rány, typech hojení ran a faktorech ovlivňující hojení rány. Pacientka také zná vhodné pomůcky k převazu a umí je použít. Pacientka přistupovala aktivně v edukaci, spolupracovala a v průběhu edukace kladla otázky. Při převazu je si mírně nejistá a bojí se s ránou pracovat, ale má chuť a pozitivní přístup při získávání nových zručností. V rámci diskuze jsme se utvrdili, že bylo podstatné zvolit obsah 2. edukační jednotky, která probíhala v rozsahu 50 minut.

3. Edukační jednotka

Téma edukace: Péče o stomii.

Místo edukace: u lůžka pacientky na chirurgickém oddělení.

Časový harmonogram: 13. 1. 2016 od 13:00 do 14:10 (70 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** – pacientka má adekvátní vědomosti v péči o stomii, zná vhodné pomůcky potřebné k výměně stomického sáčku a k ošetření stomie. Pacientka zná správný postup při výměně stomického sáčku. Pacientka má vědomosti o komplikacích, které hrozí při nesprávné péči o stomii, také je si vědoma nutnosti pravidelné výměny stomického sáčku.
- **Afektivní** – pacientka aktivně jeví zájem o získání nových vědomostí, verbalizuje dostatek vědomostí a spokojenost s informacemi.
- **Behaviorální** – pacientka umí zvolit správné pomůcky, pečovat o vyvedenou stomii a umí si vyměnit stomický sáček.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, u lůžka pacientky, zabezpečen klid a soukromí pacientky.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacientky a diskuze.

Edukační pomůcky: tužka, papír, publikace, brožura, obrázky, pomůcky k péči o stomii - stomické sáčky, šablona, čistící film, ochranný film, stomická pasta, zrcátko, nůžky, buničitá vata, sáček na odpad, rukavice, notebook, audiovizuální pomůcky.

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) přivítat se s pacientkou, navodit příjemnou atmosféru vhodnou pro edukaci, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci a vysvětlit význam získaných vědomostí.

Expoziční fáze: (40 minut) v této edukační jednotce je pacientka seznamována s kolostomií, která byla pacientce během operace na chirurgickém oddělení v MNO vyvedena a také je obeznámena s možnými komplikacemi, které by se v pooperačním období mohly u stomie objevit. Pacientce jsou představeny jednotlivé typy stomických sáčků, pomůcky potřebné ke správné výměně stomického sáčku a je prováděn nácvik výměny stomického sáčku pacientkou.

Kolostomie

Kolostomie je vyústění tlustého střeva na povrch těla, který může být proveden z různých jeho částí. Ve Vašem případě je střevo vyvedeno na pravé straně a to v místě přechodu tenkého a tlustého střeva tzv. coecostomie. Tento typ kolostomie je u Vás plánovaný jen k dočasnému odlehčení střeva.

Výhodou této stomie je zklidnění a zhojení nemocného úseku střeva, avšak nevýhodou by pro Vás mohl být estetický vzhled, který by Vás mohl psychicky, ale i tělesně zatěžovat. U stomie je základ správné přiložení stomického sáčku tak ať neobtěká a pravidelná kontrola celkového tělesného stavu stomie.

Komplikace stomie

V pooperačním období u stomie je nezbytné sledovat vznik komplikací, které mohou nastat jednak brzy po operaci (časné komplikace) nebo potom s odstupem dvou až tří měsíců (pozdní komplikace). Ihned po vyvedení stomie může dojít ke vzniku krvácení, ke kožním změnám – podráždění kůže (iritaci) v důsledku zatékáním obsahu pod podložku, dále ke vzniku tmavě fialových až černých (nekrotických) okrajů stomie a píštělí, které způsobují nepřílnavost podložky ke kůži, tudíž zatékání obsahu pod podložku. K později se vyskytujícím komplikacím, které by jste v domácím prostředí mohla zpozorovat patří vyhřeznutí stomie (prolaps), vtažení stomie dovnitř (retrakce), zúžení (stenóza) stomie či parastomální kýla, která kvůli svému vyklenutí v blízkosti stomie způsobuje špatné uchopení podložky ke kůži.

Druhy stomických sáčků

Stomické sáčky jsou základní pomůckou pro stomiky. Na výběr máte celkem tři typy stomických sáčků a to jednodílné, dvoudílné a adhezivní. Jednodílný systém se skládá z podložky a sáčku, které jsou v celku, tudíž se vyměňuje jak podložka, tak sáček. U dvoudílného systému se podložka ponechává 3 až 5 dní a sáček se vyměňuje, jakmile je ze 2/3 plný. Také v případě odlepování podložky od kůže je důležité podložku vyměnit, aby nedošlo k zatékání obsahu a tak k podráždění okolí. Adhezivní technologie je systém dvoudílný, kdy podložka a sáček jsou samolepící, chybí tedy spojovací kroužek. Ve Vašem případě je zvolený jednodílný systém, který je nejšetnější v pooperačním období.

Stomické pomůcky je možné předepisovat maximálně na 3 měsíce a maximální počet jednodílných, nevýpustných systému u kolostomie je 60 kusů.

Vhodné pomůcky pro výměnu stomického sáčku

Před výměnou stomického sáčku jsou nachystány tyto pomůcky, se kterými je pacientka postupně seznamována jakožto:

- tužka – k zakreslení velikosti stomie na ochrannou fólii stomického sáčku;
- nůžky – k vystřížení velikosti otvoru na podložce;
- šablona – ke změření velikosti stomie;
- čistící film – k odstranění nečistot;
- ochranný film – k ochraně pokožky před aplikací nové pomůcky;
- buničitá vata;
- vhodný typ stomického sáček, nyní použijeme jednodílný systém;
- stomická pasta – pro případné vyrovnání nerovností a utěsnění otvoru mezi stomií a pomůckou;
- zrcátko – pomůcka pro kontrolu;
- sáček na odpad;
- nesterilní rukavice pro sestru.

Postup při výměně stomického sáčku

Nalepený, již použitý stomický sáček šetrně odstraníme, směrem shora dolů, tak aby se nám obsah nevybil a spolu i s obsahem ho vyhodíme do sáčku s odpadem. Buničitou vatou očistíme stomii od stolice, opláchneme nebo osprchujeme vlažnou vodou a osušíme jemným ručníkem. Poté na okolí stomie použijeme čistící film k odmaštění a odstranění zbytků nečistot a poté ochranný film ke zklidnění podrážděné kůže pod podložkou. Chvilí počkáme a necháme jej zaschnout. Mezitím si podložku přeložíme na půl, přiložíme ke stomii tak, abychom si zakreslili průměr vývodu a mohli vystříhnout otvor. K ulehčení práce si potom můžete vytvořit šablonu podle, které si můžete otvory v podložce nastříhat už dopředu. Po vystřihnutí otvoru se ze spodní části podložky sejme krycí fólie a nalepí se na kůži. Podložku lepíme nejprve těsně u stomie a až potom přitlačíme celou plochu podložky, je třeba podložku několik minut zahřívat rukama v místě nalepení, aby došlo k úplnému přilnutí na kůži. V případě nerovností se používá stomická pasta.

Při zakreslování či vytváření stomie je důležité věnovat pozornost přesnému zaměření, jelikož při vystřihnutí moc malého nebo moc velkého otvoru může dojít ke vzniku komplikací, které již byly zmíněny. Proto před nalepením stomického sáčku vždy kontrolujte okolí a vzhled stomie.

V domácím prostředí je vhodné, aby jste si zvolila místo pro výměnu stomického sáčku tak, ať máte při výměně dostatek klidu a soukromí, místo na odložení pomůcek a zrcadlo, které Vám bude nejlepším pomocníkem.

Po propuštění do domácího prostředí dostanete sebou pomůcky na jeden měsíc, kontakt na stomasestru, kterou v případě otázek či nejasností můžete kontaktovat a termín s místem další návštěvy v proktologické poradně.

Po praktické ukázce výměny stomického sáčku sestrou si pacientka několikrát zkouší vyměnit stomický sáček sama a postupně ztrácí obavy z nesprávného očištění stomie a přilepení stomického sáčku.

Fixační fáze: (15 min) proveden souhrn informací o všech typech stomických sáčků, zopakování pomůcek potřebných k výměně stomického sáčku a komplikací, které se mohou vyskytnout při nesprávném ošetřování o stomii. Také zdůraznění správného postupu při výměně stomického sáčku a správné péči o stomii.

Hodnotící fáze: (10 minut) proběhla jednak diskuzí, kladením kontrolních otázek, na které pacientka odpověděla uspokojivě a praktickou ukázkou pacientky, jak sama zvládá výměnu stomického sáčku již bez větších obav.

Kontrolní otázky pro pacientku:

- Jaké znáte typy stomických sáčku?
- Jaké pomůcky budete potřebovat k výměně stomického sáčku?
- Jaký je správný postup při výměně stomického sáčku a čemu věnovat pozornost?
- Vyjmenujte některé komplikace, které se mohou vyskytnout u stomie.

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle této edukační jednotky byly splněny. Položením kontrolních otázek jsme si potvrdili, že pacientka ví, jaká stomie ji byla vyvedena, jakých komplikací si pacientka musí všimnout, jaké typy stomických sáček existují a který je pro ni nejvhodnější. Pacientka k edukaci přistupovala aktivně, spolupracovala, měla pozitivní přístup a v průběhu kladla otázky. Při první výměně stomického sáčku si pacientka nebyla jistá a měla obavy z nesprávného ošetření stomie a přilepení stomického sáčku, avšak při opakovaném nácviku si byla pacientka jistější a uměla se stomií pracovat. V rámci diskuze jsme si utvrdili, že bylo nezbytné zvolit tento obsah 3. edukační jednotky, která probíhala v rozsahu 70 minut.

4. Edukační jednotka

Téma edukace: Správná životospráva a dietní režim u pacientky s crohnovou chorobou.

Místo edukace: u lůžka pacientky na chirurgickém oddělení.

Časový harmonogram: 13. 1. 2016 od 15:00 do 15:50 (50 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** – pacientka má dostatek nových vědomostí o dlouhodobém dietním režimu a správně životosprávně s crohnovou chorobou a zná správné techniky přípravy pokrmů.

- **Afektivní** – pacientka jeví zájem o získání nových vědomostí, aktivně se na edukaci podílí a verbalizuje spokojenost s novými informacemi. Pacientka si uvědomuje důvod a nutnost dodržování celoživotní úpravy stravy.
- **Behaviorální** – pacientka dodržuje dietní režim a ví jak postupovat s dietním opatřením v období aktivního zánětu a jak v klidovém období.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, u lůžka pacientky, zabezpečen klid a soukromí pacientky.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacientky a diskuze.

Edukační pomůcky: tužka, papír, knihy, brožury, informační letáky, notebook, internet, edukační karty, doporučený jídelníček.

Realizace 4. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) přivítat se s pacientkou, navodit příjemnou atmosféru vhodnou pro edukaci, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci a vysvětlit význam vědomostí týkající se změny životosprávy.

Expoziční fáze: (25 minut) v této edukační jednotce je pacientka seznamována se změnami ve stravování, které jsou nutné při crohnově chorobě a vyvedené stomii. Pacientce je vysvětlena co bezezbytková dieta obnáší a kdy je důležité dietu hlavně dodržovat, také je pacientce předložen vzory vhodného jídelníčku. Pacientce jsou předloženy edukační karty s vhodnými i nevhodnými potravinami ve fázi remise a relapsu vzhledem ke crohnově chorobě s vyvedenou kolostomií.

Stravování

Vzhledem k Vašemu onemocnění, které je nyní ve fázi aktivního zánětu, při kterém bylo nutné vyvést dočasnou kolostomií je víc než důležité dodržovat dietní opatření. Cílem je nyní podpořit hojivý proces, zmírnit klinické projevy a zajistit dostatečný příjem živin, minerálů, vitamínů a stopových prvků ve správném množství a poměru.

Kvůli vyvedené stomii jste nyní první dny pouze na dietě čajové, poté bude následovat čistá tekutá strava (nemléčné tekutiny, bujón) a pokud bude Vaše snášenlivost této stravy dobrá, začnou se postupně přidávat i mléčné výrobky spolu s piškoty, suchary a kašovitou stravou. Pokud u Vás po celou dobu nevznikly nějaké

problémy jakožto nadýmání, zvracení, průjem tak dochází k přechodu na bezezbytkovou dietu.

Bezezbytková dieta

Ve fázi aktivního střevního zánětu, který u Vás probíhá, je nutná právě bezezbytková dieta, která zajistí to, aby potrava byla snadno stravitelná a ke vstřebávání docházelo převážně v horních částech tenkého střeva. Samozřejmě v jaké míře bude dieta dodržována, záleží jen na Vás.

Bezezbytková dieta je založena na lehce stravitelné stravě, tak aby Vás nenadýmala a potraviny zanechávali co nejméně zbytků ve stolici a nedráždily tak střevo. Zjednodušeně řečeno jde o stravu měkkou, bez slupek, kůrek a zrníček. Dieta je zaměřena na zvýšené množství kvalitních bílkovin (což znamená dvakrát denně masitý pokrm), snížení množství tuků a nízkou kalorickou hodnotu.

Dieta zajišťuje regeneraci trávicího ústrojí, má pozitivní vliv na celý organismus a je možné lze shodit i nadbytečné kilogramy avšak nevýhodou diety je značné omezení ve stravě a náročnost na přípravu stravy.

Úprava pokrmů

Při přípravě pokrmů preferujte vaření, dušení a případně krátkodobé pečení s poklicí a vyvarujte se tak smažení, fritování, pečení na tuku a přidávání jíšky do omáček či polévek. Omáčky lze zahustit jen zálivkou či na sucho opraženou moukou. Rovněž je vhodné, aby jste omezila dráždivé a pálivé koření, které by střevo mohlo dráždit. Ovoce a zelenina jsou povoleny pouze ve formě šťáv, pyré, přesnídávek nebo tepelně a mechanicky zpracována zelenina do polévek a omáček.

Potraviny připravujte tak dlouho, než dojde k jejich změknutí. Naučte se jídlo vychutnávat, jíst ho v klidném prostředí a servírovat si ho ani né horké, ale ani né studené. Stravovat by jste se měla v menších porcích a konzumovat pětkrát až šestkrát denně, kdy snídaně s obědem by měly být vydatnější a večere pak lehčí. Pravidelným stravováním můžete nastartovat i režim vyprazdňování.

Pitný režim

Součástí správné životosprávy a dietního režimu je důležitý dostatek tekutin, který by měl být 2 až 2,5 litrů za den, jelikož při nedostatku tekutin hrozí vznik zácpy

a poté tak může dojít k ucpání stomie. Tekutiny pijte odděleně od konzumace stravy. Ke vhodným nápojům patří hlavně čistá nesycená voda, čaje, nesycené minerálky, slazené ovocné šťávy naředěné vodou či mrkvová šťáva.

Vhodné a nevhodné potraviny

Podle toho ve kterém období se vaše onemocnění nachází, zda období aktivní či období klidu jsou rozděleny potraviny, které by jste měla preferovat a naopak, kterých by jste se měla vyhnout. Tyto potraviny jsou rozděleny a zpracovány v edukačních kartách. Při výběru stravy je lepší zvolit potraviny tak, aby byl jídelníček pestrý a přirozený.

Vzhledem k Vašemu nynějšímu stavu jsou doporučeny tyto potraviny:

- masa: libová kuřecí, telecí, králicí a ryby;
- uzeniny: libová kuřecí šunka či šunková pěna;
- ovoce a zelenina: pouze ovocné či zeleninové pyré, ředěné džusy;
- pečivo: bílé, bezlepkové;
- mléčné výrobky: s nízkým obsahem tuku, převážně zakysané výrobky;
- nápoje: pouze neperlivá voda, ovocný čaj.

Naopak se nedoporučují potraviny:

- tučné masa – husa, kachna, uzeniny;
- mléčné výrobky – šlehačka;
- tvrdé a syrové druhy ovoce a zeleniny;
- ostré jídla a koření, solené pochoutky (chipsy, oříšky);
- černá silná káva, alkohol;
- luštěniny, celozrnné výrobky.

Návrh jídelníčku pro pacienty s Crohnovou chorobou:

Pondělí

Snídaně: Dušená mrkev a jablko bez slupky

Svačina: Kuřecí šunka s nízkotučným sýrem bez příchutě

Oběd: Vložková polévka, Libové telecí maso s těstovinami

Svačina: Mléčná rýže

Večeře: Tuňák ve vlastní šťávě

Úterý

Snídaně: Nízkotučný tvaroh a mrkvová šťáva

Svačina: Banánový koktejl

Oběd: Hovězí polévka s krupicovými nočky, Ražničí s vařenými brambory

Svačina: Strouhané jablko

Večeře: Dušená mrkev se šunkou

Středa

Snídaně: Libové dietní párky se suchary

Svačina: Meruňková přesnídávka

Oběd: Palačinky s džemem

Svačina: Jablko s dušenou mrkví

Večeře: Těstoviny s vejcem

Čtvrtek

Snídaně: Sýrová pěna se suchary

Svačina: Nízkotučný tvaroh se šunkou

Oběd: Rýžová polévka, Rybí fileta s bramborem

Svačina: Špenátová palačinka

Večeře: Pečený losos

Pátek

Snídaně: Nízkotučný bílý jogurt

Svačina: Jablečné pyré

Oběd: Bramborová polévka, Vepřové medailonky s rýží

Svačina: Banán

Večeře: Nudlový nákyp s tvarohem a jablky

Sobota

Snídaně: Nastrouhaná jablka s mrkví a medem

Svačina: Broskvový kompot

Oběd: Treska na slanině s bramborovou kaší

Svačina: Vanilkový puding

Večeře: Sýrová pomazánka s tvarohem

Neděle

Snídaně: Ovesná kaše s ovocem

Svačina: Mléčná rýže s džemem

Oběd: Tuňák ve vlastní šťávě s těstovinami a vejčkem

Svačina: Kuřecí šunka a dva rýžové chlebičky

Večeře: Palačinky s džemem

Fyzická aktivita a spánek

Crohnova choroba jakožto dlouhodobý zánět spolu se stomii Vám nebrání v účasti se sportovních aktivit. Naopak sportovní aktivity jsou vhodné jak pro předcházení nežádoucím účinkům tím, že procvičujete svaly a klouby, tak jsou přínosné pro překonání stresu, napětí a k dodání energie. Co se týče stomie, nemusíte se obávat před zahájením sportovních aktivit si pohovoříte s ošetřujícím lékařem a v dnešní době existuje řada speciálních pomůcek k tomu, aby jste se nemusela omezovat při aktivitách. Pouze v období relapsu onemocnění je vhodné, aby jste se vyhýbala energeticky náročným a námahovým aktivitám. Nedílnou součástí správné životosprávy je i dostatek spánku, odpočinku, na který by jste neměla zapomínat.

Fixační fáze: (10 min) proveden souhrn veškerých informací a zodpovězení na otázky pacientky. Zopakování podstatných informací o stravování, výběru a úpravě stravy při bezsezbytkové dietě a zdůrazněna důležitost v dodržování pitného režimu.

Hodnotící fáze: (10 minut) provedená při diskuzi s pacientkou a kladením kontrolních otázek s následným vyhodnocením správnosti jejich odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacientku:

- Co je podstatou bezsezbytkové diety?
- Jakou úpravu pokrmů budete preferovat?
- Jaké jsou nevhodné potraviny u bezsezbytkové diety?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené kognitivní a afektivní cíle čtvrté edukační jednotky byly splněny, avšak behaviorální byl splněn částečně. Otázky položené pacientce byly zodpovězeny správně, ovšem nevíme, zda pacientka bude dodržovat dietní režim i nadále. Během otázek se pacientka při nejasnostech aktivně doptávala a vypisovala si recepty na různá jídla, které jsme pacientce z vlastní zkušenosti doporučili, tento přístup pacientky nás

velice potěšil. Pacientka diskuzí a otázkami potvrdila, že ví, co bezezbytková dieta obnáší, proč je důležité ji celoživotně dodržovat a ví jak je důležitý dostatečný příjem tekutin. Dále pacientka ví, jaké přístupy při přípravě má volit a zná základní vhodné i nevhodné potraviny jak ve fázi relapsu, tak ve fázi remise. Edukační karty si pacientka s radostí ponechala. Je si vědoma toho, že její crohnova choroba spolu se stomií jí nejsou překážkou ve vykonávání sportovních aktiv. Pacientka přistupovala velice pozorně, zodpovědně a aktivně k této edukační jednotce. V rámci rozhovoru a diskuze jsme si potvrdili, že obsah 4. edukační jednotky byl zvolen správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 50 minut u lůžka pacientka, na chirurgické jednotce.

5. FÁZE - VYHODNOCENÍ

V poslední závěrečné fázi edukačního procesu pacientka vyplnila výstupní test s otázkami, které se shodují s otázkami vstupního testu ve fázi posuzování.

Porovnání odpovědí vstupního a výstupního testu

Otázky	Vstupní test Ano/Ne	Výstupní test Ano/Ne
Víte co znamená crohnova choroba?	Ne	Ano
Víte co crohnovu chorobu způsobuje?	Ne	Ano
Věděla by jste, jak se projevují příznaky crohnovy choroby?	Ne	Ano
Víte jak ošetřovat o Vaši pooperační ránu?	Ne	Ano
Setkala jste se někdy s pojmem stomie?	Ano	Ano
Umíte vyjmenovat nějaké komplikace, které hrozí při nesprávné péči o stomii?	Ne	Ano
Uměla by jste popsat postup při výměně stomického sáčku?	Ne	Ano
Věděla by jste, jaká jsou dietní opatření vzhledem k Vaší chorobě?	Ne	Ano

Pacientka do nemocnice přicházela pouze s podezřením na crohnovu chorobu, o které nic nevěděla a až během operace byla tato diagnóza potvrzena a navíc během

operace bylo nutné vyvést dočasnou kolostomii. Pooperační rána se u pacientky hojila s infekcí, o které pacientka neměla dostatek vědomostí a zručností v péči o pooperační ránu. O tom co to stomie je pacientka věděla, avšak jaká stomie jí byla vyvedena a co to všechno obnáší či jaká je potřebná péče okolo výměny stomického sáčku nevěděla. Všechny tyto informace jí byly upřesněny, vysvětlena diagnóza crohnova choroba, její příčiny, příznaky a komplikace, které by se mohly během nemoci objevit. Pacientka byla informována o hojící se pooperační ráně s infekcí, zná faktory, které ovlivňující hojení rány, zná vhodné pomůcky pro převaz pooperační rány a naučila se o pooperační ránu pečovat. Pacientka byla seznámena se stomii, která u ní byla vyvedena, zná vhodné pomůcky pro výměnu stomického sáčku, který umí vyměnit a také zná komplikace, které hrozí u nesprávné péče o stomii. Je si vědoma a seznámena s nutností dodržování správné životosprávy a dietního režimu. Ví, které potraviny jsou vhodné i nevhodné v jednotlivých fázích onemocnění a jak pokrmy správně připravovat. Pacientka tak získala podstatné vědomosti a nové postoje, se kterými je spokojená.

Edukační proces probíhal ve čtyřech edukačních jednotkách, které byly správně zvoleny a tak pro pacientku přínosné. Pacientka při edukaci výborně spolupracovala, byla aktivní a zvědavá a nechala si vše vysvětlit, v případně nejasnostech se doptávala. Všechny cíle edukačních jednotek (kognitivní, afektivní a behaviorální) se podařilo splnit, pouze behaviorální cíl z edukační jednotky č. 4 byl splněn částečně. Edukace je tak ukončena na základě splněných cílů. Při porovnání vstupního a výstupního testu, na který pacientka odpovídala před a po edukačním procesu jsme usoudili, že realizace edukačního procesu byla úspěšná.

4. 2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Crohnova choroba je autoimunitní onemocnění, které se v dnešní době řadí mezi typické civilizační onemocnění. Výskyt onemocnění je stále na vzestupu. Proto je důležité crohnovu chorobu časně rozpoznat a zahájit léčbu včetně celoživotní úpravy životosprávy.

Doporučení pro pacienty:

- pacienti by měli znát příznaky a možnosti léčby u crohnovy nemoci;
- měli by být seznámeni s tím, že nemoc probíhá ve dvou atakách (remise a relaps) a co v obdobích mohou očekávat;

- měli by znát vhodné pomůcky k převazu pooperační rány;
- měli by provádět pravidelné převazy pooperační rány;
- měli by se podílet na ošetrovatelské péči a spolupracovat s ošetrovatelským personálem při převazu pooperační rány;
- měli by dodržovat správnou životosprávu a celoživotně bezbytkovou dietu;
- měli by znát potraviny vhodné i nevhodné při této dietě;
- podle fází nemoci by měli umět zvolit vhodné potraviny;
- měli by docházet na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance.

Doporučení pro rodinné příslušníky:

- rodina by pacienta měla aktivně povzbuzovat ve změně životního stylu a podporovat ho v dodržování dietního režimu;
- měla by být pro pacienta psychickou podporou a pomáhat mu zvládat změny v jeho životě a jeho novým životním stylem.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- všeobecné sestry by měly vědět a umět vysvětlit co to crohnova choroba je, jak vzniká, jaké jsou její příznaky a jaká je její možná léčba;
- měly by umět pacienta seznámit s průběhem nemoci, který zahrnuje období klidné a poté období aktivního zánětu;
- sestry by měly umět pacientovi vysvětlit proč je při tomto onemocnění důležitý dietní režim a znát základy dané diety;
- měly by si uvědomovat, že při komunikaci s pacienty trpícími idiopatickými střevními záněty, které jsou doposud stále nevyléčitelné je zapotřebí mít odlišnou komunikaci než s pacienty, kteří mají krátkodobé stonání;
- měly by s pacientem komunikovat rovnocenně a partnersky;
- měly by mít dostatek informací o realizaci edukačního procesu, který by pak měly umět používat;
- sestry by se měly celoživotně vzdělávat a v rámci různých kurzů, školení či seminářů rozšiřovat své vědomosti v dané problematice, a získané vědomosti pak využívat v rámci edukačního procesu.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo poskytnout základní informace o crohnově chorobě, jaká je příčina onemocnění, průběh, příznaky nemoci, diagnostika a samozřejmě jaké jsou možnosti léčby a prevence před vznikem komplikací u tohoto onemocnění. Součástí bakalářské práce bylo také popsání specifické ošetrovatelské péče u pacientů s Crohnovou chorobou v ambulantní, nemocniční a následné péči. Hlavní cíl bakalářské práce byl zaměřen na sestavení a realizování edukačního procesu u pacientky s crohnovou chorobou. Všechny stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

Edukační proces byl realizován na chirurgickém oddělení MNO u mladé pacientky s Crohnovou chorobou. V edukačním procesu bylo použito všech pět fází. V první fázi bylo pomocí vstupního testu zjištěno, že pacientka má nedostatek vědomostí jak o svém onemocnění, jeho příčinách, příznacích, správné životosprávě, tak nedostatek vědomostí v péči o pooperační ránu a stomii, která jí během operace musela být vyvedena. Pacientka k edukaci přistupovala aktivně, spolupracovala a v případě nejasností se doptávala. Na konci každé edukační jednotky proběhlo ověření pomocí otázek, zda porozuměla danému tématu. Po celou dobu edukace byla pacientka podporována jak rodinou, tak zdravotním personálem a dostatečně motivována k osvojení si nových postojů a ke změně životního stylu. Po realizaci všech edukačních jednotek pacientka udává, spokojenost se získanými vědomostmi, které pro ní byly srozumitelné a velice přínosné. Při porovnání vstupního a výstupního testu je zřejmé, že edukační jednotky byly zvoleny správně a realizace edukačního procesu proběhla úspěšně. Stanovené kognitivní a afektivní cíle byly u všech edukačních jednotek splněny, behaviorální cíle v první, druhé a třetí edukační jednotce byly také splněny, avšak behaviorální cíl ve čtvrté edukační jednotce byl splněn částečně.

Součástí bakalářské práce je také doporučení pro pacienty s crohnovou chorobou, rodinné příslušníky a všeobecné sestry. Bakalářská práce může sloužit jako předloha a návod pro realizaci edukačního procesu u dalších pacientů s crohnovou chorobou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, 2016a. Průběh onemocnění. *Střevní záněty* [online]. [cit. 2015-11-19]. Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/prubeh>
- ANON, 2016b. Crohnova choroba & Ulcerózní kolitida. *Střevní nemoci* [online]. [cit. 2015-12-01]. Dostupné z: <http://www.strevni-nemoci.cz/?site=cojeto>
- ANON, 2016c. Biologická léčba je nadějnou možností. *Biologická léčba* [online]. [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.cilena-lecba.cz/crohnova-nemoc>
- ANON, 2016d. Liečim sa na IBD. *IBD centrum* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.ibdcentrum.sk/index.php/co-je-ibd/mam-ibd>
- ANON, 2016e. *Jak zvládat život s IBD : rady, jak prožít normální život i s IBD (ulcerózní kolitidou nebo Crohnovou nemocí)*. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty - Pacienti IBD, 2012. ISBN 978-80-905120-1-6.
- ANON, 2016f. *Celostní medicína* [online]. [cit. 2015-11-19]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/idiopaticke-strevni-zanety-i.htm>
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl*. Pro obor ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9803-5.
- BUREŠ, Jan a Jiří HORAČEK, 2014. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén. ISBN: 9788074921452.
- ČERVENKOVA, Renáta, 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.
- ČEŠKA, Richard a kolektiv, 2015. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-880-7387-885-6.
- ČIERNÁ Iveta, 2015. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida u dětí a adolescentů*. Brno: Grifar. ISBN 978-80-905337-9-0.
- HLAVATÝ, Tibor et al., 2013. *Život s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou : kniha o črevných zápalových ochoreniach pre pacientov*. Brno: Grifart. ISBN 978-80-905337-1-4.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013, *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

- JIRKOVSKÝ, Daniel, 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KOHOUT, Pavel et al., 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-023-2.
- KEIL, Radan a kolektiv, 2012. *Výbrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1970-5.
- KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2016. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 80-903820-0-2.
- KOHOUT, Pavel a kolektiv, 2010. *Výbrané kapitoly z klinické výživy I. Svazek II*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-08-2.
- LUKÁŠ, Karel a Jiřina ŠATROVÁ, 2004. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-473-X.
- LUKÁŠ, Milan, 2013. *Současnost a budoucnost v léčbě Crohnovy nemoci*. Gastroenterologie a hepatologie: časopis České gastroenterologické společnosti, České hepatologické společnosti, Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti a Slovenskej hepatologickej spoločnosti - Gastroenterology and hepatology. Ročník 67, číslo 4, s. 306-312. ISSN: 1804-803X. Dostupnost z: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-gastro-clanek/soucasnost-a-budoucnost-v-lecbe-crohnovy-nemoci-41379>
- LUKÁŠ, Milan a kolektiv, 2010. *Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida*. Praha: Medimport. Dostupnost z: http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2013/10/brozura_dospeli_2.pdf
- MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukační proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.
- MAUL, Jochen a Britta SIEGMUND, 2014. Chronická zánětlivá onemocnění střev: současný stav znalostí. *Medicína po promoci: Postgraduate medicine Czech: časopis postgraduálního vzdělávání lékařů: dvouměsíčník*. Ročník 15, číslo 4, s. 58-62. ISSN: 1212-9445.

NEMCOVÁ, Jana a kolektiv, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol, 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatel'ství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 3 doplněné vydání*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5, Dušková 7, 150 00. ISBN 978-80-904955-9-3.

OBEREIGNERŮ, Radko a Katarína KOLLÁROVÁ. Psychologické aspekty nespécifických střevních zánětů u dětí. *Psychiatrie pro praxi*[online]. 2008(9), 5 [cit. 2016 -02 -10]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/06.pdf>

OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTKOVÁ et al., 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-432-6.

POKRIVČÁK, Tomáš a kol., 2014. *Chirurgie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-702-6.

RAKHIMOV, Artour, 2013. *Crohn's disease and colitis : hidden triggers and symptoms*. ISBN 978-1-4935-5112-5.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv, 2007. *Ošetrovatel'ství pro zdravotnické asistenty I. - Interna*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3.

STANGE, Eduard F a kolektiv, 2009. *Colitisulcerosa - Morbus Crohn*. London; Boston: UNI-MED. ISBN 978-3-8374-1159-1.

SVAČINA, Štěpán a kolektiv, 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-699-9.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. Praha: Galém, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

SVITKOVSKÁ, Veronika a Lukáš KOBER, 2014. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Ročník 24, číslo 5, s. 38-40. ISSN: 1210- 0404.

ŠACHLOVÁ, Milana, 2011. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? *Interní medicína pro praxi* [online]. 3 [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>

ŠERCLOVÁ, Zuzana, 2014. Historie chirurgické léčby nespécifických zánětů střevních. *Vnitřní lékařství: orgán Československé společnosti pro vnitřní lékařství, sekce*

Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. Ročník 60, č. 7-8, s. 645-648.
ISSN: 1801-7592. Dostupnost z: <http://www.prolekare.cz/vnitni-lekarstvi-clanek/historie-chirurgicke-lecby-nespecifickych-zanetu-strevnich-49420>

TÓTHOVÁ, Valérie a kolektiv, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

VATEHOVÁ, Renáta a Rastislav VATEHA, 2013. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami.* Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063383-7.

ZACHOVÁ, Veronika a kolektiv, 2010. *Stomie.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.

PŘÍLOHY

Příloha A - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	I
Příloha B - Vhodné a nevhodné potraviny v období remise	II
Příloha C - Vhodné a nevhodné potraviny v období relapsu	III
Příloha D - Seznam IBD center a center biologické léčby IBD u dětí v ČR	IV
Příloha E - Literární rešerž	V
Příloha F - Protokol k provedení sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	VII

PŘÍLOHA A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem *Edukační proces u pacienta s crohnovou chorobou* v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

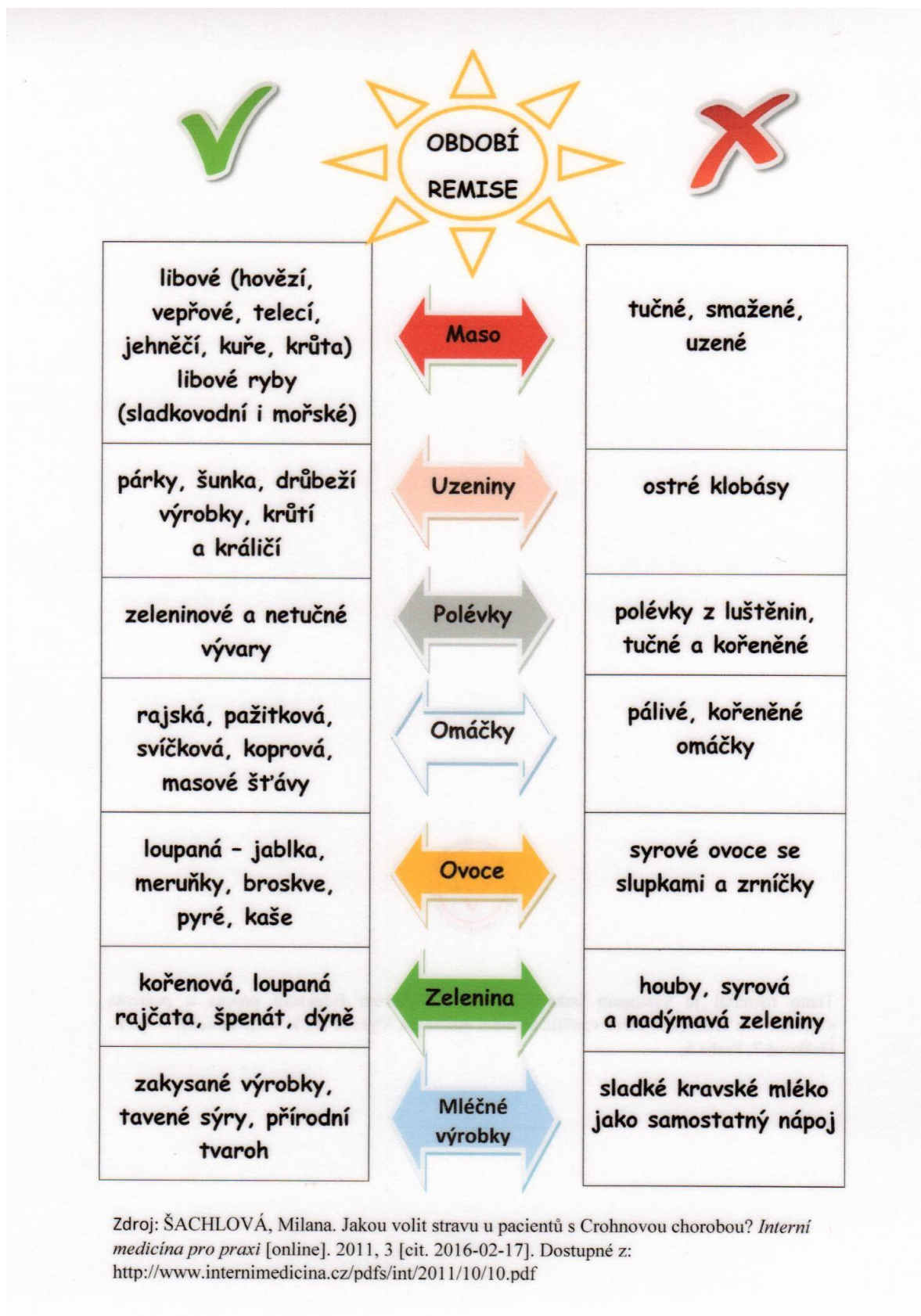
V Praze dne: 31. 05. 2016

.....

Jméno a příjmení studenta

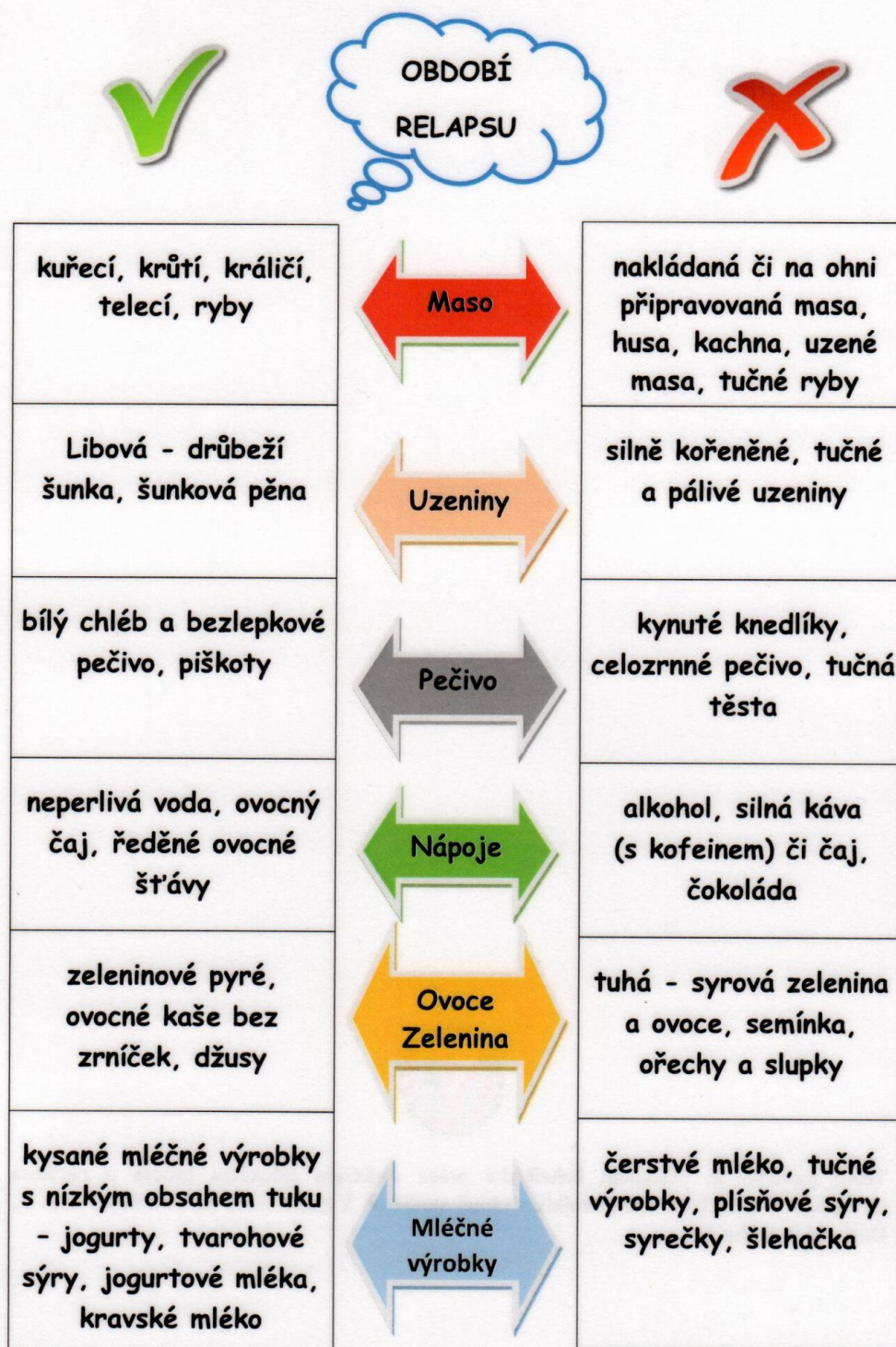
PŘÍLOHA B

Edukační karta: Vhodné a nevhodné potraviny v období remise



PŘÍLOHA C

Edukační karta: Vhodné a nevhodné potraviny v období relapsu



Zdroj: ŠACHLOVÁ, Milana. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? *Interní medicína pro praxi* [online]. 2011, 3 [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>

PŘÍLOHA D

Seznam IBD center a center biologické léčby IBD u dětí v ČR

Město	Zdravotnická Centra	Kontakty
Praha	Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze	257 197 111
	Všeobecná fakultní nemocnice	224 961 111
	Fakultní Thomayerova nemocnice	241 721 260
	IKEM	23605 1111
	Nemocnice Na Homolce	257 271 111
	Fakultní nemocnice Motol	224 431 111
	Ústřední vojenská nemocnice	973 208 333
	ISCARE	800 203 233
	Fakultní nemocnice Na Bulovce	266 081 111
	FN Královské Vinohrady	267 16 1111
Brno	Fakultní nemocnice Brno – Bohunice	532 23 1111
	Nemocnice Milosrdných bratří v Brně	532 299 111
České Budějovice	Nemocnice ČB	387 87 11 11
Hradec Králové	Fakultní nemocnice Hradec Králové	495 831 111
	Hepato – gastro centrum	495 404 485
Jihlava	Nemocnice Jihlava, p. o.	567 157 668
Karlovy Vary	Nemocnice Karlovy Vary	354 225 111
Kladno	Nemocnice Kladno	312 606 111
Liberec	Krajská nemocnice Liberec, a. s.	485 311 111
Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc	588 441 111
Ostrava	Fakultní nemocnice Ostrava	738 141 111
	Nemocnice Vítkovice	595 633 111
Plzeň	FN Plzeň – Lochoťín	377 103 111
Ústí nad Labem	Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice	477 111 111
Zlín	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	577 551 111

PŘÍLOHA E

Literární rešerž



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Číslo rešerše: III - 7763
Název rešerše: Edukační proces u pacienta s Crohnovou chorobou
Jazykové omezení: čeština, slovenština, angličtina, němčina
Časové omezení: 2006-2015
Klíčová slova: crohnova choroba, výživa, idiopatické střevní záněty, edukace, chirurgie
Druh dokumentu: knihy, články



Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje



U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovni výpůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

Články

1.

TI: Critical complications of intestinal tuberculosis – a case report

AU: Bavor, Petr — Kocián, Petr, 1981- — Hoch, Jiří, 1952-

CI: **Rozhledy v chirurgii : měsíčník Československé chirurgické společnosti pro tvorbu domácí a rozhledy po chirurgii zahraniční. 2015, roč. 94, č. 7, s. 293-296. ISSN: 0035-9351; 1805-4579 (elektronická verze).**

DE: Crohnova nemoc (diagnóza) ; lidé ; nemoci střev (diagnóza) ; střeva (patofyziologie, chirurgie) ; laparotomie ; lidé středního věku ; pooperační období ; tuberkulóza gastrointestinální (komplikace, diagnóza, patologie, chirurgie, terapie) ; plicní tuberkulóza (diagnóza, terapie) ; výsledek terapie ; antituberkulotika (terapeutické užití) ; methicilin rezistentní Staphylococcus aureus ; peritonitida (diagnóza, etiologie, terapie) ; tomografie rentgenová počítačová ; diferenciální diagnóza ; mužské pohlaví ; pooperační komplikace
AB: Tuberkulózní postižení střev je v rozvinutých zemích vzácné onemocnění, které postihuje zejména imigranty a imunokompromitované pacienty. Klinický obraz může imitovat nitrobřišní infekce, nádorová onemocnění či Crohnovu chorobu. Diferenciální diagnostika Crohnovy choroby a břišní tuberkulózy může být pro klinika a patologa svízelná, v obou případech se jedná o chronický granulomatózní zánět s podobnou symptomatologií. Prezентujeme případ 53letého pacienta s perforační peritonitidou při tuberkulóze střeva, u kterého byla původně mylně diagnostikována Crohnova choroba. Průběh choroby, rozsah a povaha nálezu byly v každé fázi léčby příčinou kritických komplikací. S touto zkušeností předáváme i doporučení: břišní tuberkulózu zvažovat v diferenciálně diagnostické rozvaze každého chronického střevního onemocnění. Klíčová slova: střevní tuberkulóza – Crohnova choroba – kritické komplikace

SG: NLK: B 7 ; neváz. 508

LI: <http://www.prolekare.cz/en/perspectives-in-surgery-article/critical-complications-of-intestinal-tuberculosis-a-case-report-52943>

2.

TI: Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou na interním oddělení

AU: Ochtinská, Hana

CI: **Florence : časopis moderního ošetrovatelství. 2014, roč. 10, č. 9, s. 23-25. ISSN: 1801-464X. Literatura**

DE: Crohnova nemoc (ošetřování, patofyziologie, terapie) ; ženské pohlaví ; lidé ; ošetrovatelská diagnóza ; ošetrovatelská péče (metody) ; zdravotní sestry v klinické praxi ; ošetrovatelský proces ; mladý dospělý

SG: NLK: B 2389 ; neváz. 669 a

LI: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu

