

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017**

**Květa Kasíková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Květa Kasíková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VLIV STRESU NA PACIENTA S MORBUS CROHN**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.  
(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále děkuji respondentkám za ochotu při spolupráci a také manželovi, dětem a přátelům za podporu.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Květa Kasíková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv stresu na pacienta s Morbus Crohn

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 91

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 4

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: Crohnova choroba, zánět, střevo, stres, ošetrovatelský proces

### **Souhrn:**

Bakalářská práce na téma „Vliv stresu na pacienta s Morbus Crohn“ analyzuje souvislost vlivu působení stresových faktorů na pacienty trpící Crohnovou chorobou při jejím nevypočitatelném průběhu. Po seznámení s anatomickými poměry zažívacího traktu je přiblížena Crohnova choroba včetně diagnostiky a možností léčby. Znázorněna je nutriční podpora pacienta s Crohnovou chorobou. Zabývá se psychosomatikou a účinky stresových faktorů na pacienty s Crohnovou chorobou. V praktické části jsou rozebrány a porovnány kazuistiky dvou mladých žen, které vystihují problematiku působení stresu na pacienta s Crohnovou chorobou.

## **Annotation**

Surname and name: Květa Kasíková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The effect of stress on Morbus Crohn's

Consultant: Mgr Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 91

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 4

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 33

Keywords: Crohn's disease, bowel, inflammation, stress, nursing Process

### **Summary:**

Bachelor thesis on theme "Influence of stress on the patient with Crohn disease" is analysing the connection between the influences of stress factors on patients with Crohn disease during its unpredictable development. After explanation of anatomical parameters of the digestion tract we describe the Crohn disease including its diagnosis and treatment possibilities. The nutrition support of the patient with Crohn disease is described, also psychosomatic aspect of disease and influence of stress factors on patients with Crohn disease. In practical part are cases of two young women are described and compared, wich characterize the problem of stress influence on patients with Crohn disease.



## Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ANATOMIE TRÁVICÍ SOUSTAVY.....	11
2 CROHNOVA CHOROBA.....	14
2.1 Historie.....	14
2.2 Etiologie.....	15
2.3 Příznaky Crohnovy choroby.....	16
2.4 Diagnostika.....	16
2.4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření.....	16
2.4.2 Laboratorní obraz.....	17
2.4.3 Zobrazovací vyšetření.....	17
3 LÉČBA.....	19
3.1 Medikamentózní léčba.....	20
3.2 Biologická léčba.....	21
3.3 Chirurgická léčba.....	21
4 NUTRIČNÍ PODPORA.....	23
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	24
5.1 Ošetřovatelská péče-anamnéza.....	24
5.2 Ošetřovatelská péče-vyšetřovací metody.....	25
5.3 Ošetřovatelská péče spojená s medikamentózní léčbou.....	25
5.4 Ošetřovatelská péče spojená s chirurgickým výkonem.....	26
5.5 Ošetřovatelská péče v nutriční podpoře pacienta.....	29
5.6 Ošetřovatelská péče souhrn.....	30
6 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY NEMOCI.....	30
6.1 Psychická zátěž.....	30
6.2 Stresové faktory.....	32
6.3 Stres.....	32
6.4 Psychosomatika Crohnovy choroby.....	34
6.5 Psychická podpora z pohledu všeobecné sestry.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
7 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	36
7.1 Formulace problému.....	36
7.2 Cíl výzkumu.....	36
7.2.1 Dílčí cíle.....	36
7.2.2 Výzkumné otázky.....	37

7.3	Druh výzkumu a výběr metodiky .....	37
7.4	Metoda .....	37
7.5	Výběr případu .....	38
7.6	Způsob získávání informací .....	39
7.7	Organizace výzkumu .....	39
8	PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTKY MS .....	40
8.1	Anamnéza .....	40
8.1.1	Osobní údaje .....	40
8.1.2	Rodinná anamnéza .....	40
8.1.3	Farmakologická anamnéza .....	40
8.1.4	Abúzus .....	40
8.1.5	Alergie .....	40
8.1.6	Gynekologická anamnéza .....	41
8.1.7	Pracovní a sociální anamnéza .....	41
8.1.8	Fyzikální vyšetření .....	41
8.2	Katamnéza .....	42
8.3	Ošetrovatelský proces .....	48
8.3.1	Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb podle ošetrovatelského modelu M. Gordonové .....	48
8.3.2	Stanovení ošetrovatelských diagnóz .....	52
8.3.3	Edukační plán u pacientky MS .....	54
9	PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTKY PM .....	55
9.1	Anamnéza .....	55
9.1.1	Osobní údaje .....	55
9.1.2	Rodinná anamnéza .....	55
9.1.3	Farmakologická anamnéza .....	55
9.1.4	Abúzus .....	56
9.1.5	Alergie .....	56
9.1.6	Gynekologická anamnéza .....	56
9.1.7	Pracovní a sociální anamnéza .....	56
9.1.8	Fyzikální vyšetření .....	56
9.2	Katamnéza .....	57
9.3	Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb podle ošetrovatelského modelu M. Gordonové .....	62
9.4	Ošetrovatelský proces .....	66
9.4.1	Stanovení ošetrovatelských diagnóz .....	66
9.4.2	Edukační plán u pacientky PM .....	68
10	DISKUZE .....	69

11 ZÁVĚR .....	76
12 SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY A PRAMENY .....	78
13 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	81
14 OBRÁZKY .....	83
15 SEZNAM TABULEK .....	89
16 SEZNAM OBRÁZKŮ.....	90
17 SEZNAM PŘÍLOH .....	91

MOTTO: „*Nemoci netrpí jenom postižený orgán, ale celý člověk.*“ Jan Poněšický

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá vlivem stresu na pacienty s Crohnovou chorobou. Jedná se o onemocnění chronického typu, které člověka limituje po celý zbytek života. Pro samotného nemocného vyplývá z choroby množství omezení a změn, které neovlivňují jen jeho život, ale přináší zvraty v rodinném životě, pracovní sféře i ve vztazích. Samotná diagnostika choroby mnohdy není jednoduchá a trvá delší dobu, než se pacient dostane do odborné péče. Mnohdy je pacient sužován takovými průvodními obtížemi, že není schopen fungovat jako zaměstnanec ani jako partner. Dochází ke značným změnám hmotnosti, nastávají změny nálady a únava. V některých případech je nemocný pod takovým tlakem ze svého okolí, že podlehne slibům k rychlému vyléčení od lidí, kteří požadují naprosté vysazení léčby a používají alternativní metody, s nejistým výsledkem, který nemusí vést ke zlepšení stavu nemocného. Zneužívají důvěry nemocného, který je ochoten pod příslibem uzdravení udělat v podstatě cokoliv. Proto je důležité udržovat si důvěru pacienta, včas a opakovaně edukovat, vysvětlovat pacientovi závažnost choroby a jeho doživotním údělu s touto chorobou žít. Naučit pacienta včas rozpoznávat plíživé příznaky. Snažit se mít pro pacienta čas a věnovat mu pozornost, což v dnešní přetížené době opravdu není jednoduché. Poskytnout pacientovi i členům rodiny komplexní informace o idiopatických střevních zánětech (IBD).

Práce na gastroenterologickém oddělení je směřována ke zvýšení zájmu nejen o vlastní zvládnání této choroby pacientem, ale i o jeho psychický stav. Ze zkušeností je patrná souvislost s celkovým rozpoložením pacienta, jeho rodinným zázemím, vztazích a také pracovním vytížením. Celková tolerance k existenci choroby v jeho okolí je pro pacienta značná psychická úleva. Vztah stresu a Crohnovy choroby byl popsán a ověřen. Vliv stresu působí v mnoha případech jako spouštěč samotné choroby. Jeho působení však bývá v pozadí i mnoha relapsů. Pod tíhou silných stresových faktorů dochází k masivnímu gradování příznaků choroby, které si někdy vyžádají i hospitalizaci pacienta. Stále se nedaří, nám jako zdravotníkům, úplně pomoci nemocným touto nevyzpytatelnou chorobou, tyto závažné spouštěcí mechanismy potlačit nebo alespoň zmírnit. V praxi je dokonale postaráno o nastavení léčby. Sledují se biochemické a mikrobiologické rozborů krve i stolice. Dbá se na včasné zachycení vedlejších účinků léčby. Odhalují

se komplikace a vzájemné ovlivňování nastavených léčebných kombinací. Jsou indikovány silnější a účinnější kombinace léků. Dodávají se chybějící vitamíny a další látky, které jsou vstřebatelné jen ze střevní sliznice. Podávají se silné protizánětlivé léky a kortikoidy i přes mnoho nežádoucích účinků na pacienta. Je třeba si však uvědomit, že přístup zdravotníků v péči o pacienty s idiopatickými střevními záněty musí být odlišný od komunikace s pacientem s krátkodobým onemocněním. Snahou zdravotníků by mělo být pomoci uvést pacienta do tělesné i duševní rovnováhy. Cílem zdravotnické péče je dobrá kvalita života nemocných s Crohnovou chorobou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE TRÁVICÍ SOUSTAVY

Celá trávicí soustava představuje vstupní bránu živin do těla člověka. Zde se potrava složitými mechanismy rozmělnuje a přetváří na látky, které organismus dokáže zpracovat a použít jako zdroj energie. Činnost trávicího systému zabezpečuje rozmělnění a natrávení potravy. Vstřebáváním živin a jejich přeměnou získává energii nezbytnou pro tělo. Dokáže se zbavit nebo neutralizovat toxiny a odstranit nestrávené zbytky ven z těla. Na dokonalém využití potravy se podílí velké množství mechanických i chemických vlivů v průběhu celého zažívacího traktu. (23)

Celý proces zpracování potravy začíná již v dutině ústní (cavitas oris), kousání a pohyby čelistí jsou úmyslné motorické aktivity. Zuby rozdrcená potrava se při žvýkání míchá se slinami, které obsahují trávicí enzymy. Sousto se posouvá do hltanu (pharyngx) čímž spouští polykací reflex a následně do jícnu. Jícen (oesophagus) je trubcový orgán dlouhý přibližně 25 cm, probíhá v zadním mediastinu, do dutiny břišní vstupuje otvorem v bránici, má tři fyziologická zúžení a je opatřen horním a dolním svěračem. Jícen je vystlán dlaždicovým epitelem, není tedy odolný proti žaludeční kyselině. Peristaltickými pohyby se dostane sousto jícnem dolů, kde ochabne dolní jícnový svěrač (kardie) a jídlo projde do žaludku. (13)

Žaludek (gaster) je dutý orgán uložený pod bránicí v dutině břišní. Klenba žaludku naléhá na levý žeberní oblouk. Přejod jícnu a žaludku se nazývá kardie, mírně nad kardií naléhá na levý žeberní oblouk klenba žaludku (fundus), pak se vak rozšiřuje v tělo žaludku s velkým a malým zakřivením a dole se zužuje na antrum a vrátník (pylorus) je svěrač, který trávenině umožní posun do duodena. V prázdném žaludku je velké množství řas a jsou zde i hojné žlázy, které tvoří žaludeční šťávu. Žaludeční šťáva obsahuje kyselinu chlorovodíkovou, která obsah okyseluje. HCl usnadňuje trávení bílkovin, napomáhá vstřebávání železa a vápníku, dokáže ochránit před natrávením vitamíny C, B1 a B2, kyselým prostředím pomáhá ničit patologické mikroorganismy. Dále obsahuje žaludeční šťáva hlen, který ochraňuje sliznici žaludku před agresivním účinkem HCl, také pepsinogeny, jež se působením HCl mění na pepsin a zahajují trávení bílkovin v žaludku, pak žaludeční lipázy k trávení mléčných emulgovaných tuků a vnitřní tzv. Castleho faktor, který chrání vitamin B12 přijatý potravou a umožňuje jeho vstřebávání až v tenkém střevě.

V žaludku se trávenina dále mělní, promíchává se žaludeční šťávou a propulzivními pohyby je posunována do tenkého střeva. (23)

Tenké střevo (intestinum tenue) je dlouhé 3-5 m, jeho šířka je 3-4 cm. Sliznice tenkého střeva obsahuje velké množství příčných řas a stěny jsou pokryty drobnými klky mnohonásobně zvětšující plochu, ze které je možné vstřebávat živiny. Skládá se ze tří částí. Dvanáctník (duodenum) je první úsek tenkého střeva. Dochází zde k významnému trávení a vstřebávání živin z potravy. V duodenu se vstřebává vápník, hořčík, železo, cukry, riboflavin, vitamin C, thiamin, pyridoxin, kyselina listová a askorbová. Do dvanáctníku vyúsťují vývody ze žlučových cest a ze slinivky břišní. V podslizniční vrstvě dvanáctníku se nacházejí Brunnerovy žlázy produkující obzvláště silný zásaditý hlen, který účinně neutralizuje tráveninu přicházející ze žaludku. Ve dvanáctníku se trávenina chemicky rozkládá a k jejímu vstřebávání pomáhá kartáčkový lem enterocytů v tenkém střevě. Živiny jsou odváděny portální žilou do jater k dalšímu zpracování, některé formy tuků jsou do jater odváděny mizním systémem. Lačník (jejunum) je nejdelší úsek tenkého střeva. Je zavěšen na mezenteriu a tvoří kličky, které končí přibližně v levé jámě kyčelní, kde přechází v ileum. Řasy jsou vyšší než ve dvanáctníku, jinak se stavba jejunu od dvanáctníku příliš neliší. V lačniku probíhá trávení potravy a absorpce vitaminů A, D, E, K, proteinů a tuků. Kyčelník (ileum) je poslední část tenkého střeva. U člověka se udává poměr délky jejunu a ilea 3:2. Sliznice ilea již není tak zřasená a ve stěně jsou ostrůvky lymfatické tkáně (tzv. Peyerovy plaky). V terminálním ileu dochází ke vstřebávání vitamínu B12 a solí žlučových kyselin. Ileum přechází na pravou stranu břišní dutiny, kde ústí na tzv. Bauhinské chlopni do tlustého střeva. V tenkém střevě se vstřebává až 90 % přijatých živin a vody, obsah se zahušťuje. Cylindrické buňky tenkého střeva (enterocyty) mají několik funkcí. Dokáží tvořit hlen, jsou schopné vstřebávat látky do krve, jsou součástí střevních žlázek tvořících střevní šťávu, produkují antimikrobiální látky a vykazují endokrinní aktivitu, tedy tvoří hormony (především sekretin a cholecystokinin) pro GIT (gastrointestinální trakt). Každý klk je zásoben krevními a mizními cévami, kterými se látky vstřebávají. K vlastnímu vstřebávání přispívá i motilita tenkého střeva a celková peristaltika, která se šíří po střevě směrem ke konečníku. (13)

Tlusté střevo (intestinum crassum) je poslední částí trávicí trubice, jeho délka je přibližně 150 cm. Šíře tračnicku bývá největší v céku až 7,5 cm a nejužší v oblasti

sigmoidea cca 2,5 cm. Do tlustého střeva, které obkružuje břišní dutinu, se posouvá trávenina z tenkého střeva a zde se ještě více zahušťuje. Na začátku tlustého střeva je Bauhinská chlopeč (valva ileocaecalis Bauhini), která brání zpětnému pohybu potravy z tlustého do tenkého střeva. Prvním úsekem je slepé střevo (ceacum), nachází se zpravidla v pravé jámě kyčelní a vybíhá z něho červovitý výběžek (appendix vermiformis). Dále pokračuje tračník vzestupný (colon ascendens), který směřuje vzhůru k játrům. Příčný tračník (colon transversum) vede napříč břišní dutinou ke slezině. Navazuje tračník sestupný (colon descendens), který sestupuje do levé jámy kyčelní, kde přechází v esovitou kličku (colon sigmoideum) a následuje konečník (rektum). Konečník má délku 10-12 cm a je uložen v malé pánvi, před křížovou kostí. Horní část rekta je větvenovitě rozšířena a nazývá se ampulla recti, dolní část je užší a tvoří tzv. canalis analis, zakončený řitním otvorem (anus). V průsvitu ampuly jsou viditelné tři poloměsíčné řasy, z nichž prostřední Kohlrauschova řasa je vzdálena 7 cm od řitního otvoru. V canalis analis (análním kanálu) tvoří sliznice podélné řasy podložené bohatými žilními pleteněmi (zóna haemorrhoidalis), jejichž rozšířením vznikají tzv. vnitřní hemoroidy. V oblasti řitního otvoru jsou dva svěrače: musculus sphincter ani internus je ze svalstva hladkého, musculus sphincter ani externus je ze svalstva příčně pruhovaného. (23) Nahromaděná stolice pak souhrou reflexní a vědomé činnosti opouští tělo pomocí svalového systému konečníku. V podkoží oblasti řitního otvoru jsou bohaté žilní pleteně, jejichž rozšířením vznikají uzly (zevní hemoroidy). Sliznice horní části rekta je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem, který má značně resorpční schopnosti, což se využívá v podávání léků ve formě čípků. Podstatnou součástí tlustého střeva představuje bakteriální mikroflóra, která se podílí nejen na kvašení a následném vzniku střevních plynů, ale i na přeměně některých látek nebo na vstřebávání vitamínu K. Mezi základní funkce tlustého střeva patří zpětná resorpce vody a zahušťování zbytků potravy, sekrece hlenu k zajištění pohybu zahuštěných zbytků potravy a také kvašení cukrů a zpracování bílkovin. (19)

K dalším funkcím trávicího systému patří produkce hormonů, které ovlivňují činnost jednotlivých úseků trávicí trubice i celého organismu. Trávicí trakt ovlivňuje imunitními procesy celý metabolismus. Imunologické procesy jsou ve sliznici tenkého střeva zásadní. Nerovnováha nebo ztráta imunologické tolerance s neadekvátní imunologickou odpovědí s převahou prozánětlivých reakcí na sliznici přispívá ke vzniku a ovlivňuje i průběh střevních zánětů. (23)



## 2 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je progresivní chronické zánětlivé onemocnění GIT s nejasnou etiologií. Jde o granulomatózní zánět, který postihuje postupně střevní stěnu v celé její šíři a přilehlé mezenterium. Vznikat mohou eroze, vředy, píštěle, pseudopolypy, abscesy. (viz obrázek) K rizikovým faktorům uplatňujícím se na vzniku zánětu patří kouření a vysoký příjem cukru. Crohnova choroba se nejčastěji vyskytuje v oblasti tenkého či tlustého střeva nebo konečníku, může však postihnout i jiné části trávicí trubice a mimostřevní orgány. Jedná se o postižení segmentální, střídají se zdravé a nemocné úseky střeva. Může dojít ke vzniku spojek mezi střevními kličkami navzájem tedy entero-enterální. Komunikace může vzniknout i mezi kličkami tenkého a tlustého střeva, entero-kolická píštěl, či komunikace s jinými orgány (například zasahující močový měchýř entero-vesikální či pochvu entero-vaginální píštěle). Mohou vznikat i dutiny vyplněné hnisem (absces). Absces může vznikat komunikací střeva s orgány v celém těle, nejčastěji však mezi střevními kličkami, s orgány v břišní dutině, v okolí konečníku, ale např. i v hýžd'ovém svalstvu, ve stěně břišní a podobně. Patří mezi první příznaky Crohnovy choroby. Vzhledem k tomu, že zánět zasahuje do hloubky střevní stěny a po léčbě má sklon k jizvení, dochází k zúžení průsvitu střeva s možností vzniku neprůchodnosti střevní. Kličky postižené zánětem mají tendenci se spojovat, čímž vznikají srůsty mezi jednotlivými střevními úseky a tím roste možnost dalšího zúžení střevního průsvitu či vzniku píštělí. Onemocnění probíhá ve vlnách, střídají se období dočasného zlepšení s progresí choroby, časté jsou recidivy. (12) Crohnova choroba je nevléčitelná konzervativním ani chirurgickým typem léčby. Lze pouze korigovat následky choroby a dietním režimem se vyvarovat vzniku malnutrice.

### 2.1 Historie

V české literatuře se můžete setkat s různými názvy a zkratkami, které jsou pro označení Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy používány. Termíny „*nespecifické střevní záněty*“ (NSZ) a „*idiopatické střevní záněty*“ (ISZ) jsou používány jako synonyma pro označení obou nemocí. Termín „*idiopatický*“ pochází z řečtiny a vyjadřuje neznámou příčinu onemocnění (idios=vlastní, sám od sebe, pathos=nemoc). Stále častěji je i v české literatuře používána anglická zkratka IBD („*inflammatory bowel disease*“=zánětlivé střevní onemocnění). Hlavním důvodem je snazší komunikace se zahraničními lékaři a specialisty

v tomto oboru. Crohnova choroba i ulcerózní kolitida patří mezi střevní záněty. Jsou z historického hlediska málo prozkoumanými nemocemi. Crohnova choroba se oddělila jako samostatná klinická jednotka od ostatních střevních zánětů až začátkem dvacátého století. (19)

Historie Crohnovy choroby (CD) je těsně spjata s americkým gastroenterologem B. B. Crohnem, jehož jméno od roku 1932 nese. V tomto roce popsal Crohn se svými spolupracovníky z newyorské nemocnice Ginzburgem a Oppenheimerem celkem 14 nemocných s vředovitým zánětem terminálního ilea (tj. konečné části tenkého střeva). Charakter i průběh zánětu se lišil od dosud známých chorob. Nová nemoc dostala jméno na počest svých objevitelů Crohnova-Ginsburgova-Oppenheimerova. Ustálilo se používání Crohnova choroba. V našich zemích je historicky nejvýznamnější postavou spojenou IBD chorobami prof. Z. Mařatka, který v roce 1948 vydal monografii Colitis ulcerosa. Mařatkova práce a řada dalších jeho publikací na téma střevních zánětů patří k základním pramenům informací o IBD nejen v českém, ale i v celosvětovém měřítku. (13)

## 2.2 Etiologie

Crohnova nemoc je chronické zánětlivé onemocnění zažívacího traktu. Zánět postihuje sliznici i hlubší vrstvy trávicí trubice. Postižení může být v celém trávicím traktu, od úst až po konečník. Nejčastěji zánět nalézáme v konečném úseku tenkého střeva (terminální ileum) a na začátku tlustého střeva coecum. Zánět se projevuje v celé šíři stěny. Charakteristické projevy jsou bolesti, časté nepříjemné vyprazdňování a průjem. Z těchto důvodů je někdy zpočátku těžké odlišit Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. (32)

Průměrný věk pacientů v době diagnostikování Crohnovy choroby je mezi 18-35 lety, ale onemocnění může nastat v každém věku. Onemocnění vykazuje autoimunní rysy. Antigeny ze střevní sliznice mohou podněcovat imunitní systém, zánět se stává ničivý. Četnější výskyt Crohnovy choroby je u populace starší 70 let a u dětí. Rozložení mezi muže a ženy je rovnoměrné. Crohnova choroba se vyskytuje u pacientů jakékoliv rasy, lidé bílé pleti jsou postiženi častěji (černoši téměř vůbec, více výskytu je u židovské populace). Predispozice nemoci může být ovlivněna dědičnými faktory. Vlastní etiologický faktor není znám, je však nepopiratelné, že jde o interakci mezi prostředím a geneticky vnímavým jedincem. Je popsána celá řada genů, ale funkční konsekvence genové mutace nejsou známy. Závislost vzniku nemoci ovlivňuje i zevní prostředí. Negativně působí

špatná životospráva, kouření a stres. Hledají se souvislosti mezi fenotypem a genotypem nemoci. Frekvence onemocnění v populaci je největší výskyt v ekonomicky vyspělých zemích Evropy a v severní Americe. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v Praze bylo roku 2005 zjištěno 12044 případů onemocnění a na konci roku 2012 již byl zjištěn nárůst nálezu Crohnovy choroby na 18749 pacientů. V ČR lze předpokládat nárůst výskytu pacientů s CD. (18)

## **2.3 Příznaky Crohnovy choroby**

Crohnova choroba je onemocnění projevující se bolestí břicha v pravé polovině podbřišku, průjmovitými stolicemi, někdy s příměsí krve a hlenu, subfebriliemi a poklesem hmotnosti. Příznaky nemoci v akutní fázi mohou být zaměněny za apendicitidu, pacienti často urgentně operují. Odstranění slepého střeva může být příčinou vzniku píštělí. (3)

Prvním příznakem může být ileus, malabsorbční syndrom při postižení velkého úseku tenkého střeva, případně i mimostřevní příznaky, jako jsou např. artritida malých i velkých kloubů nebo již zmíněné abscesy a píštěle. Všeobecné příznaky jsou úbytek energie, únava a nechutenství. Objevují se i příznaky související s trávicím traktem. Mohou se objevit nepravidelné střevní pohyby, řídká hlenová stolice, krev ve stolici, těžké průjmy někdy s krví či s nestrávenými zbytky, bolesti břicha lokalizované, nebo generalizované. Bolest může být záchvatovitá, nebo trvalá. Také nevolnost a zvracení jsou velmi časté. Zánět může mít za následek krvácení do střeva, které se projeví jako meléna nebo enterorhagie. Nemusí být vždy makroskopické, mikroskopické krvácení lze odhalit vyšetřením fekálního hemoglobinu. Krevní ztráta může způsobit i anémii z nedostatku železa. Mezi extraintestinální příznaky patří zánět kloubů (artritida), dále bolestivé, temně červené ztlustěliny kůže, obvykle na pažích a na nohou (erythema nodosum). Méně často jsou postiženy oči, zejména zánětem duhovky a spojivky. Crohnova choroba může být spojena s nespecifickým zánětem jater. Velmi vzácné je postižení žlučových či pankreatu, ještě méně často se choroba skrývá za záněty osrdečníku nebo žilní trombózy. (12)

## **2.4 Diagnostika**

### **2.4.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření**

Diagnostika IBD onemocnění není jednoduchá, u velkého procenta pacientů je identifikace choroby nesprávná a léčba je zpočátku nastavena chybně. Příznaky jsou

v některých případech nespecifické a rozpoznání choroby je obtížné. Nutné je pacienta vyšetřovat na specializovaném pracovišti. Gastroenterolog provádí řadu speciálních vyšetření, které nemoc identifikují. Každému vyšetření předchází odebrání důkladné anamnézy a fyzikální vyšetření, tedy palpace, auskultace, inspekce, perkuse včetně vyšetření per rektum. Podle lokalizace postižené oblasti se rozlišuje ileitida (zánět tenkého střeva), ileokolitida (zánět přechodu tenkého a tlustého střeva, kolitida (zánět tlustého střeva) a anorektální kolitida (zánět konečníku). (19)

## **2.4.2 Laboratorní obraz**

Při biochemickém rozboru krve se u pacientů s onemocněním Crohnovou chorobou objevuje anémie, snížení hladiny železa v séru, zvýšené zánětlivé parametry, zvýšení hladiny leukocytů a krevních destiček, tyto parametry diagnostikují aktivní zánět. Při rozsáhlém postižení střeva dochází k malabsorbčnímu syndromu na podkladě poruchy vstřebávání živin potřebných pro organismus pacienta a k následné podvýživě s nízkou hladinou krevní bílkoviny. Dále se provádí vyšetření stolice, jednak mikrobiologické a parazitologické vyšetření a jednak vyšetření stolice na hladinu kalprotektinu. (9)

## **2.4.3 Zobrazovací vyšetření**

### **2.4.3.1 Ultrazvuková a rentgenová vyšetření**

Nejjednodušší a nejméně invazivní z dostupných metod je vyšetření břicha pomocí ultrazvuku. Ve většině případů ultrazvuk citlivě odhaluje změny v břišní dutině. Může upozornit na rozšíření střeva, nebo ztlustění stěny, změnu vzhledu jater, žlučové kameny, ale i abscesy nebo poruchy odtoku moče z ledvin. Mohou pomoci vysvětlit původ hmatné rezistence v břiše vznikající především na přechodu tenkého a tlustého střeva. Je vhodné i pro odhalení abscesu při Crohnově chorobě. (12)

Endosonografie je kombinace ultrazvukového vyšetření s endoskopickým vyšetřením. Ultrazvuková sonda lze zavést do střeva pomocí endoskopického přístroje a zobrazit podrobnější parametry, jako šíři stěn či hloubku postižení střevní stěny.

Rentgenové vyšetření bez kontrastní látky (nativní) se užívá zřídka při komplikacích choroby, k rychlému vyloučení perforace střeva či při alergii na kontrastní látku. Enterografie je RTG (rentgenové vyšetření) vyšetření tenkého střeva kontrastní látkou, má vysokou výpovědní hodnotu při Crohnově chorobě. Kromě zúžení

(stenózy) může zobrazit i píštěle mezi jednotlivými úseky trávicí trubice. Upřesnění nálezu docílíme fistulografií. Jedná se o RTG vyšetření, kdy kontrastní látku můžeme podat do ústí píštěle, zjistíme průběh píštěle a případnou komunikaci s jinými orgány.

Vyšetření břicha CT (počítačová tomografie) používáme pro identifikaci nitrobřišních abscesů. Kombinace metody CT s kontrastní látkou lze využít jako CT enterografii (tenké střevo) či CT kolografii (tlusté střevo). K upřesnění průběhu tenkého střeva včetně vnitřních píštělí je v indikovaných případech využito vyšetření MR (magnetická rezonance). V komplikovaných případech je možné zvolit kombinaci vyšetření MR enterografii s použitím kontrastní látky a vyšší citlivostí na měkké tkáně. (9)

Diferenciální diagnostikou se rozeznává Crohnova nemoc od ulcerózní kolitidy i od infekčních postižení střeva ať již bakteriálních, parazitárních onemocnění, zánětu tlustého střeva po ozáření, nebo ischemické kolitidy. Při objevení polypů v tlustém střevě je podstatné odlišení zánětlivých polypů typických pro Crohnovu chorobu a adenomů. (3)

#### 2.4.3.2 Endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetření umožňuje optickou prohlídku sliznic trávicího ústrojí flexibilním či rigidním endoskopem, je možné odebrat bioptickými kleštěmi materiál přímo z postižené oblasti a poslat na histologické vyšetření. Lékař patolog v histologické laboratoři přesně detekuje přítomnost zánětu, jeho intenzitu a závažnost. Výsledky definitivně potvrdí, zda se jedná o střevní zánět a umožní rozlišit ulcerózní kolitidu a Crohnovu chorobu. Využitelné endoskopické metody jsou kolonoskopie, rektoskopie, esofagogastroduodenoskopii (EGDS) a ERCP (endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie). (19)

U pacientů s Crohnovou nemocí je vhodnější provést celé kolonoskopické vyšetření pro specifikaci postiženého úseku tlustého střeva a jeho rozsahu. Typickým nálezem jsou vředy různého tvaru a hloubky. Sliznice postižené části tlustého střeva může mít vzhled „dlažebních kostek“. Střevo může být zúženo zánětem a na sliznici se mohou nacházet pseudopolypy. Některé úseky mohou zůstat bez zánětu a někdy se v okolí vředů vyskytují okrsky hyperplastické sliznice. Pokud není zánětlivě změněna Baudhinská chlopeň, lze proniknout i do terminálního ilea, které Crohnova nemoc typicky postihuje. Při relapsu choroby se vždy provádí rektoskopické vyšetření, které je zaměřeno na oblast

20 cm konečníku. V některých případech i sigmoideoskopie, při které lékař prohlédne zónu asi 40 cm od anu. (4)

Při anémii a zažívacích potížích pacienta je vhodné provést i vyšetření EGDS, protože nemoc může zasáhnout jakoukoliv část trávicího ústrojí. Výhodou těchto vyšetření je přímá inspekce (pohled) na vyšetřovanou sliznici a odběr vzorků pro histologické vyšetření k potvrzení či vyvrácení diagnóz. Je možné provést případně i ošetření sliznice nebo dilataci stenózy. (12)

U některých pacientů může dojít k postižení žlučových cest, je nutné provést ERCP. Endoskop je zaveden za doudena k Vaterské papile a nasondují se žlučové cesty. Žlučové a pankreatické cesty jsou vyšetřeny pomocí RTG kontrastní látky. Enteroskopie balonková je náročnější výkon prováděný v analosedaci pacienta, na rozdíl od kapslové enteroskopie je možná endoskopická intervence v místě defektu. Umožňuje pokusit se o šetrnou dilataci stávající stenózy bez nutnosti operačního zákroku zkracující tenké střevo. Je podstatné zvážit indikaci jakéhokoliv endoskopického vyšetření, pro jejich invazivitu. (19)

Neinvasivní vyšetření je kapslová enteroskopie, která zlepšila diagnostiku lézí v tenkém střevě. Jedná se o obrazové vyšetření tenkého střeva speciální diagnostickou kapslí. Kapslová enteroskopie neumožňuje odebrat vzorky tkáně ani provádět ošetření postižené tkáně. Určité riziko představuje uváznutí kapsle ve stenóze, která s chorobou souvisí, je proto vhodné zvážení indikace. Může poskytnout potvrzení diagnózy, stanovení rozsahu a závažnosti onemocnění. Stanovit postup, který bude v konkrétním případě nejvhodnější spočívá na charakteru onemocnění a na toleranci pacienta. (19)

### **3 LÉČBA**

Léčba Crohnovy choroby se liší podle toho, zda je onemocnění ve stadiu relapsu (vzplanutí) či remise (vymizení příznaků) a podle odpovědi organismu na léčbu. (2) Při konzervativní léčbě se uplatňuje podávání léků, které tlumí manifestující příznaky. Léčba se podává různými lékovými formami podle stavu nemocného. Součástí léčby je i nutriční podpora. Důležitou roli hraje i psychická pomoc v okolí nemocného. V případě, že konzervativní léčba není dostatečná, přistupujeme k chirurgickému zákroku. (12)

### 3.1 Medikamentózní léčba

Při léčbě IBD nám současné znalosti neumožňují kauzální terapii, v našich možnostech je léčba symptomatická. Cílem je navození remise choroby, její co nejdelší udržení a terapie případných komplikací. Vhodnými léky se ukazují především kortikosteroidy, z imunosupresiv a dále biologická terapie. Výhodné je použití v některých případech i antibiotik, ale velmi obezřetně. Při dosažení zklidnění choroby je důležité prodloužení fáze remise. Zde se uplatňují thiopuriny společně s aminosalicyláty a biologická terapie. Profylaktickou úlohu plní v některých případech methotrexát. (32)

Při symptomatické terapii se uplatňuje vedle lékové formy orální a parenterální také lokální terapie v podobě čípků, mastí, nálevů a rektálních pěn. Terapie nesmí být náhle přerušena, neboť hrozí její selhání a progresse nemoci. (32)

Aminosalicyláty mění zánětlivou odpověď v místě zánětu na střevní sliznici. Používají se u lehkých a středně těžkých forem Crohnovy choroby. Indikace aminosalicylátů je jak při akutním vzplanutí nemoci, tak jako léčba udržovací. Mezi zástupce patří Pentasa pro celé tenké i tlusté střevo, Salofalk a Sulfasalazin pro přechod ilea a coeka a Asacol pro tlusté střevo, v různých lékových formách. Komplikací u aminosalicylátů je zhoršení funkce ledvin a vzácně nesnášenlivost léku. Kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin a k léčbě se používají pro jejich protizánětlivý a imunosupresivní účinek. Účinně zasahují v období relapsu Crohnovy choroby. Alternativou jsou lokálně působící kortikoidy, Budenofalk, Entocort, které se rychle metabolizují v játrech a do organismu se nedostávají. U nemoci s velmi agresivním průběhem dochází po zaléčení při snižování dávky k novému vzplanutí choroby (kortikodependence). Komplikacemi při podávání kortikosteroidů může být narušený metabolismus kostní tkáně a cukrů, zvýšení krevního tlaku, zvýšené vylučování žaludeční kyseliny, ztráty kalia a magnezia a kosmetické problémy. Při kortikodependenci je nutné změnit léčbu nebo uvažovat o chirurgickém řešení. Imunosupresiva jsou léky, které blokuji činnost imunitního systému pacienta. Azathioprin se využívá k náhradě vysoké dávky kortikoidů u pacientů s kortikodependencí. Podobné účinky poskytuje i cyklosporin A snižuje imunitní odpověď organismu. Imunosupresiva např. Methotrexát jsou použitelné u těžkých forem Crohnovy choroby, kde jsou již možnosti léčby vyčerpány. Komplikací při podávání imunosupresiv je nesnášenlivost preparátu, alergické reakce a poruchy krvetvorby. Velmi vhodné je užívání prebiotik i probiotik, které mají pozitivní vliv

na pacienta. Jsou vhodné při užívání antibiotik, ale i při udržovací fázi, kde pozitivně ovlivňují střevní mikroflóru. Mezi další léky v léčbě CD patří antidiarotika. Jejich užívání může být pro lékaře i indikátorem aktivity choroby. Při relapsu choroby je v některých případech nutná enterální či parenterální výživa. Většině pacientům se doplňují substituční terapií vitaminy a minerály, které sliznice střeva nedokáže vstřebat. (12)

### **3.2 Biologická léčba**

Biologická léčba se používá u pacientů s těžkým průběhem nemoci a u kortikodependentních, kortikorezistentních nemocných s Crohnovou chorobou nebo u fistulující formy nemoci. Biologické preparáty svou chimérickou protilátkou působí proti tumor nekrotizujícímu faktoru (TNF), který má klíčovou roli v patogenezi zánětu. Primární úlohou TNF je regulace imunitních buněk, tím přímo ovlivňuje hojení střevní sliznice. Přínosná je infuzní aplikace infliximabu (Remicade) dávkovaným podle hmotnosti pacienta. Dalším zástupcem z této skupiny velmi účinných léků pro těžké formy nemoci je adalimumab (Humira). Aplikace je, po edukaci nemocného, možná formou aplikačního pera v domácím prostředí. (32) Krátce je v České republice infuzní aplikace léku vedolizumab (Entyvio) v jednotném dávkování. Nejnověji na trhu od ledna 2017 je dostupný Ustekinumab (Stelara). Jedná se o plně humánní monoklonální protilátku. Použitelnost je významná u pacientů, u kterých je jiná léčba neúčinná nebo kontraindikovaná. (21) Všechny druhy biologické terapie vyžadují schválení revizního lékaře pojišťovny k určitému období aplikace. Nevýhoda je finanční náročnost. Komplikace biologické léčby jsou alergické, kožní a infekční, zvláště cytomegalovirus nebo propuknutí skryté tuberkulózní infekce. U pacientů převažuje příznivá a rychlá odpověď organismu na léčbu se zlepšením stavu. Dochází ke snížení nutnosti chirurgického řešení. (32)

### **3.3 Chirurgická léčba**

Metoda chirurgického řešení Crohnovy nemoci navazuje po selhání předešlých možností léčby, nebo v případě akutních či chronických komplikací nemoci. Chirurgická léčba se s konzervativní léčbou vzájemně kombinuje a doplňuje. (11)

V současnosti je snaha snížit urgentní výkony a zaměřit se na výkony elektivní (plánované). Mezi indikace k urgentním výkonům patří enteroragie, ileus, těžký akutní



střevní zánět s následnou sepsí či peritonitida. K elektivním výkonům patří resekční výkony na trávicí trubici, strikturoplastika tenkého střeva, abscesy a zevní či vnitřní píštěle. Ileocekální resekce je řešení nejčastější komplikace Crohnovy choroby. Při opakovaných zánětech přechodu tenkého a tlustého střeva, může vzniknout stenóza, nebo je zánět velmi intenzivní a nereaguje na léčbu. Operace spočívá v pravostranné hemikolektomii a ileo-transversální anastomóze. V některých případech se tato situace musí řešit až dočasnou stomií. Vždy by měl být zákrok co nejšetrnější. Strikturoplastika je operace tenkého střeva postiženého mnohočetnými stenózami, které chirurg podélně protne a příčně sešije. Dojde tím k obnovení střevního průsvitu, aniž by se zmenšila plocha střevní sliznice. Peritoneální píštěle se chirurgicky řeší spojením v jeden kanál a zajištěním trvalé drenáže. Komplikovanější je situace, pokud jsou píštěle v oblasti anorektální a komunikují s pochvou, zde jde částečně i o výkon spojený s plastikou, aby se přerušila nežádoucí komunikace. Je nezbytná mezioborová spolupráce. Konzervativní léčba může ovlivnit úspěšnost zvolené chirurgické metody. U Crohnovy nemoci se chirurgický výkon týká až 80 % pacientů, v některých případech i opakovaně. Chirurgický zákrok představuje určité riziko, které by mělo být vyváženo očekávaným přínosem. (12)

Komplikace v pooperačním období se mohou vyskytnout časně nebo pozdní. Při komplikovaných případech se pacient nevyhne dočasné nebo trvalé stomii. Dočasná se používá při doléčení perianální formy Crohnovy nemoci. Trvalou stomii mají nemocní s vysokým rizikem pro další operační výkony, nebo při protrahovaném zánětu, anebo v krajních případech, když byl odstraněn konečník i se svěračem. Stomie se ošetřují speciálními pomůckami. Výměna sáčku se provádí podle potřeby, podle charakteru obsahu, který závisí na tom, zda je operace provedena na tlustém či na tenkém střevě. Nebezpečí vážných komplikací po operaci je nízké. Hnisavé komplikace mohou nastat při kontaminaci operační rány střevním obsahem. V místě operační rány může vzniknout kýla při obtížném hojení. Malé poruchy hojení se řeší konzervativní péčí. Operační rána se drénuje, podávají se antibiotika a parenterální výživa. Při velkých defektech je nutná reoperace, v některých případech s nutností dočasné stomie. Při opakovaných resekcích však může pacient následně trpět syndromem krátkého střeva nebo může být ohrožením malnutricí. (12)

Potencionálním rizikem operačních zákroků může být anestezie. Je proto nezbytné u osob starších čtyřiceti let provést interní předoperační vyšetření. Další riziko je krvácení

perioperační či pooperační následně řešené krevním převodem. Komplikace mohou nastat při vytvoření krevních sraženin, které pak mohou být následně příčinou cévní mozkové příhody (CMP) infarktu myokardu, plicní embolie či trombózy DK. Řeší se podáním antikoagulačních léků, které s sebou nesou riziko krvácení v operační ráně. Další komplikací je nebezpečí infekce. Může být vnitřní či zevní. Zevní eliminujeme aseptickým přístupem. Vnitřní se může projevit při infiltraci bakteriální infekce z jiných oblastí v těle. Např. močová infekce, zubní zákroky v krátké době před operací, infekce plic a kožní infekce. Osvědčeným řešením bakteriálních infekcí je podání antibiotik. Riziko při operaci představuje i poškození cév či nervů. Projevuje se krevními výrony a omezením či ztrátou citlivosti v dané oblasti. Vážnou komplikací je i neustupující bolest. Vždy je nutné najít příčinu bolesti, identifikovat ji a účinně léčit. Fistulující i stenózující forma Crohnovy choroby jsou indikací k umělé výživě. (32)

## 4 NUTRIČNÍ PODPORA

Cílem nutriční léčby je podávat nemocnému celkově správně vyvážené přípravky enterální a parenterální výživy pro vylepšení stavu nutriční a pro pozitivní ovlivnění vývoje nemoci. Při Crohnově nemoci se střídají nepravidelně období remise a relapsu. Každé z těchto období vyžaduje jiné možnosti, aby nemocný měl dostatek energie a nutrientů. Výživa představuje důležitou úlohu v prevenci a léčbě malnutriční, pak je plně indikována nutriční podpora. Normální strava může být při zhoršení choroby změněna na bezzbytkovou dietu, která méně zatěžuje střevo. Nutriční podpora se volí podle stavu pacienta i podle předchozích zkušeností. (7)

Enterální výživa je možná pokud má nemocný funkční zažívací trakt a pokud ji toleruje. Volit enterální výživu lze buď způsobem perkutánní gastostomie (PEG) či perkutánní jejunostomie (PEJ) nebo sondou (žaludeční či enterální). Pokud je enterální výživa nedostačující, nebo nevhodná, je plně indikována parenterální výživa, popřípadě kombinace obou možností. (9)

Parenterální výživa může pomoci k navození remise, je vhodná v průběhu perioperační péče intravenózně. Rozlišujeme periferní a centrální podle lokality žilního vstupu. Je indikována u fistulující formy CD, v akutní fázi CD, u syndromu krátkého střeva, v pooperačních stavech a při těžké malnutriční. Ohroženi jsou především pacienti v těžkém stadiu CD, nebo ti kteří podstupují chirurgický výkon. Metody parenterální

nutriční podpory či kompletní parenterální výživy jsou velmi propracovány v systému all-in-one. Parenterální výživa je v odůvodněných případech nezbytná, ale je nákladnější než enterální výživa a jsou zde častější komplikace. (7)

Perorální výživa se doporučuje po zklidnění stavu a po dosažení období remise, pak se dieta uvolňuje z bezsezbytkové na šetřící. Doporučuje se omezit nadýmavou a těžce stravitelnou stravu, hrubou vlákninu a dále dle vlastní tolerance pacienta. Důležité je dodržet pitný režim. U některých forem nemoci se stenózami je vhodné setrvat v bezsezbytkové dietě i v remisi. Nutriční opatření hrají důležitou úlohu v klidové fázi i při relapsu choroby. Vhodné je zaměřit se i na dostatek škrobů, bílkovin, železa, vápníku a vitamínů. Tuky není vhodné vylučovat z jídelníčku zcela právě kvůli vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích, kyseliny listové a vitamínu B 12. Citlivost na některé druhy potravy může být individuální. Doporučuje se stravovat se v klidném prostředí, u stolu, mít na jídlo čas, neboť stres a neklid i při jídle vedou k celkovému zhoršení nemoci. (12)

## **5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

Činnost všeobecné sestry (dále jen sestry) v ambulantním provozu nemocnice je odlišná od standartního oddělení. Ošetrovatelská péče je uvedena podrobněji jen u ošetrovatelských intervencí, které vyvolávají časté obavy pacientů.

### **5.1 Ošetrovatelská péče-anamnéza**

V ošetrovatelské péči o nemocného s Crohnovou chorobou se začíná vždy odběrem anamnézy s důrazem na rodinný výskyt Crohnovy choroby, kolitidy, či jiných autoimunních onemocnění. Je podstatné získat informace o prostředí, kde pacient žije, zjištění situace v rodině, rodinné zázemí, vztahy i pracovní poměry. V předchorobí se zjišťují speciální dietní návyky, kouření cigaret, užívání léků (nesteroidních antirevmatik, hormonální antikoncepce), radioterapie, chemoterapie. Z ošetrovatelského hlediska se stanovují bolesti břicha, intenzita, hloubka a propagace. Průměrný počet stolic za 24 hodin v období posledních sedmi dnů, jejich konzistence, barva, zápach, obsah nestrávených zbytků, přítomnost tenesmů. Sledují se výkyvy hmotnosti za určité období. Důraz se klade na poruchy pasáže a symptomy píštělí. Nemocný uvede subjektivní stav, přítomnost horečky v posledním období a mimostřevních příznaků. Do dokumentace sestra zaznamená hmotnost, výšku a všimá si stavu výživy pacienta. (19)

## 5.2 Ošetrovatelská péče-vyšetřovací metody

Sestra provede se odběr krve, stolice a výtěr z rekta, odběr vzorku stolice na specializovaná vyšetření indikovaná lékařem a sestaví chronologický plán následných vyšetření. Vysvětlí pacientovi specifika přípravy před jednotlivými vyšetřeními (např. RTG, USG, CT, MR). Sestra zná postupy vyšetřovacích metod, aby pacienta dokázala adekvátně připravit a edukovat. Poučí pacienta o možných komplikacích jednotlivých vyšetření. Naznačí časovou dotaci vyšetření, pravděpodobnost bolesti a případně nutnosti upozorní na potřebu doprovodu druhé osoby z vyšetření. (19)

Při indikaci endoskopických vyšetření zdůrazní sestra přípravu. Před vyšetřením sestra instruuje nemocného o poloze, obvyklém průběhu a délce vyšetření. Od sestry je očekáván empatický i erudovaný přístup a rychlá orientace při komplikovaných výkonech. Péče po výkonu je závislá na stavu nemocného a na možných komplikacích. Sestra sleduje fyziologické funkce, dohlíží na parenterální doplnění tekutin, sleduje saturaci kyslíku a případně zahájí oxygenoterapii. Podle potřeby je kontrolováno vědomí pomocí Glasgow coma scale. Instrukce pro nemocného ke kapslové enteroskopii jsou obdobné jako u kolonoskopie. Sestra na očištěnou, oholenou a odmaštěnou kůži nemocného nalepí senzory dle daného schématu a ozřejmí časovou dotaci vyšetření 8-9 hodin. Sestra objasní nemocnému opatření během dne s ohledem na příjem potravy a vhodný pohybový režim. (9)

Pomocná vyšetření slouží k upřesnění mimostřevních projevů nemoci: K zpřesnění vyšetřování se využívá spolupráce s dalšími specialisty (např. kardiologické, plicní, revmatologické, kostní nefrologické, oční či dermatologické vyšetření). Příprava k citovaným vyšetřením je provedena dle zvyklostí specializovaných pracovišť.

## 5.3 Ošetrovatelská péče spojená s medikamentózní léčbou

Medikamentózní léčba klade důraz na zkušenost sestry s aplikací konkrétního léku. U nemocných s CD sestra uplatní znalosti aplikace léků různých forem například masti, tablety, čípky, i.m. a s.c. injekce, infuzní terapie, léčivé perorální i rektální suspenze a jiné. Aplikace biologické léčby je v kompetenci zaškolené gastroenterologické sestry. Součástí aplikace je i edukační činnost sestry ohledně nežádoucích účinků preparátu. V případě s.c. aplikace předdávkovým jednorázovým aplikačním perem je první aplikace ukázková.

Při druhé aplikaci poskytne sestra instruktáž a nácvik k použití pera v domácím prostředí, včetně nezbytné hygieny rukou nemocného. Při nitrožilním podání léků dodržuje sestra zásady aseptického přístupu, dávku léku, místo, čas a rychlost podání. Kontroluje stav, fyziologické funkce nemocného a alergické projevy, o změnách informuje lékaře. Podání biologické léčby probíhají v šesti až osmitýdenních intervalech, proto je vhodné kanylaci žíly provést vždy šetrně a precizně, aby nemocný nebyl stresován nutností dalších aplikací. (32)

#### **5.4 Ošetrovatelská péče spojená s chirurgickým výkonem**

Přípravu nemocného k operaci lze rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední a spolupracují zdravotníci z různých oborů. Rozsah předoperační přípravy je závislý na indikaci k operaci, urgenci a náročnosti výkonu, klinickém a laboratorním nálezu, přítomnosti vedlejších chorob a celkové duševní a tělesné kondici nemocného.

Dlouhodobá příprava nemocného zahrnuje interní předoperační vyšetření. Sestra zajistí vyšetření EKG (elektrokardiografické vyšetření), RTG srdce a plic, změní fyziologické funkce nemocného a odebere biologický materiál na laboratorní screening, Astrup, krevní srážlivost a vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru. V předoperačním vyšetření se hodnotí i respirační a uropoetický systém, zažívací trakt, endokrinní funkce, výživa a metabolismus nemocného. Je možná příprava k aplikaci nízkomolekulárních heparinů, autotransfuze, kompenzace stavu nemocného a duševní příprava. Sestra připravuje nemocného po stránce somatické, psychické a sociální. Strach a úzkost, kterou nemocný před operací pociťuje, zmírní dostatek informací. Nemocný stvrdí porozumění informací podepsáním informovaného souhlasu. Edukaci sestra může provádět za přítomnosti dalšího člena rodiny. Je vhodné dát nemocnému prostor k dotazům, předejdeme tím nejasnostem v případě komplikací při operaci. Sestra respektuje individualitu nemocného. (11)

Krátkodobá předoperační příprava spočívá v edukaci nemocného. Sestra edukuje pacienta ohledně tlumení pooperačních bolestí, možnosti dietního a pohybového režimu po operaci, dočasnou změnou ve vyprazdňování. Sestra připraví nemocného k lepšímu pooperačnímu průběhu nácviky dýchání, vstávání z lůžka a změny polohy na lůžku, RHC. Sestra zodpovědně připraví operační pole odstraněním nečistot, odmaštěním a oholením.

Bezprostřední předoperační příprava zahrnuje kontrolu operačního pole, kontrolu čistoty, lačnosti nemocného, bandáže DK, spontánní vymočení nemocného, vyjmutí umělého chrupu, zavedení PŽK (permanentního žilního katetru), popřípadě NSG sondy, aplikace premedikace. Návykové látky a opiáty se obsluhují ve zvláštním režimu, uložení je samostatně v trezoru a podléhají vlastní evidenci a dokumentaci. Po aplikaci premedikace je nutné eliminovat možnost pádu u pacienta (např. postranice na lůžku). Podání antibiotické profylaxe se provádí, dle zvyklostí oddělení. Sestra připraví pacienta a dokumentaci včetně stvrzeného informovaného souhlasu. (11)

Příprava k urgentní operaci je pro sestru specifická krátkým časem a omezenými možnostmi. Není možné získat dostatek informací od nemocného. Odběry biologického materiálu provádí sestra v režimu STATIM. Musí být splněna lačnost nemocného, pokud není splněna, provede sestra odsátí žaludečního obsahu sondou, z důvodu nebezpečí aspirace žaludečního obsahu při výkonu. Následuje spontánní vymočení nemocného. Sestra zavede PMŽ (permanentní žilní katetr), a provede bandáže DK. Přípravu operačního pole a stvrzení informovaného souhlasu nelze vynechat. (33)

Ošetrovatelská péče chirurgických řešení CD zahrnuje podávání autologních i alogenních transfuzí. Autologní transfuze (autotranfuze) jsou využívány převážně u plánovaných operačních zákroků. Autologní transfuzí lze minimalizovat rizika přenosu infekce a eliminují vznik nežádoucích reakcí po podání alogenní transfuze. Nemocní s CD jsou ohroženi anémií z důvodu nedostatečného vstřebávání železa, ale krevní ztráty mohou nastat i v gastrointestinálním traktu nebo perioperačními krevními ztrátami. Sestra informuje a poučí nemocného o významu prováděného krevního převodu a o možných komplikacích. Provede záznam do dokumentace a zapíše hodnoty fyziologických funkcí. Při vzniku komplikací sestra okamžitě zastaví krevní převod, naléhavě informuje lékaře a nemocnému poskytne okamžitou péči. Komplikace se neomezují jen na akutní hemolytickou reakci, ale může vzniknout i pyretická potransfuzní reakce, bakteriální kontaminace, oběhové přetížení, alergickou reakci, ale i přenos infekce. Účinky po podání krevní transfuze jsou u nemocných ověřitelné, subjektivně mizí únava a apatie nemocných a objektivně dochází k normalizaci, nebo alespoň k úpravě hodnot krevního obrazu a hladiny železa. (11)

Cílem pooperační péče pro sestry je snížit reakci na operační zátěž nemocného a eliminovat riziko komplikací u nemocného. Anesteziologická sestra zajistí odeznění

účinků anestezie, navrácení obranných reflexů, dobré dýchání a oběhovou stabilitu. Kontrolu fyziologických funkcí na monitorovaném lůžku zajišťuje sestra včetně kontroly stavu vědomí v intervalech stanovaných lékařem. Sestra hodnotí odpady z drénů a krvácení z operační rány v případě prosáknutí krytí z operačního sálu. Sestra aktivně zjišťuje bolest nemocného, aplikuje analgetika dle rozpisu lékaře a provede záznam do dokumentace. Sestra dbá o bezpečnost nemocného při snížené orientaci nemocného. Sestra podporuje nácvik vstávání z lůžka a sebepěči (prevence imobilizačního syndrom). Sestra zajišťuje výživu parenterální, perorální i enterální. Do 24 hodin po operaci musí být sestra připravena reagovat na časné pooperační komplikace. Převaz operační rány sestra provádí obvykle za 24 hodin, dbá na aseptický přístup. Při převazu sestra reviduje uložení drénů, stabilitu a množství, zápach, barvu a hustotu odpadu z drénů. U bolestivého převazu je vhodné domluvit s lékařem podání analgetik před převazem. Sestra monitoruje poruchy oběhu, dechové poruchy, krvácení, hypotermii, septickou reakci, nauzeu, zvracení, psychomotorický neklid a poruchy ve vyprazdňování. Sestra asistuje při odstranění stehů, které probíhá za 7-10 dní od operace. U pozdních pooperačních komplikací může sestra upozornit na příznaky změny dýchání, kašle jako průvodních znaků plicní embolie, atelektázy plic, bronchopneumonie a pneumonie. U oběhového systému vzniká po operačním výkonu nebezpečí hypovolemie, tromboflebitidy a TEN. Do močového systému může vniknout infekce, nebo může nastat retence moči. Poruchy v GIT se projevují jako škytavka, meteorismus, zácpa, ileus, nauzea a zvracení. (33)

Chirurgickým řešením Crohnovy nemoci může být i kolostomie či ileostomie. Významně ovlivňuje i psychický stav nemocného. Sestra nemocnému pomůže zvyknout si na novou situaci a ujistí ho, že i se stomií lze žít plnohodnotný život. Seznámí nemocného se zásadami bezpečného a správného zacházení se stomickou pomůckou. Nemocnému sestra ukáže sortiment jednodílných i dvoudílných systémů, včetně filtrů, vyrovnávací pasty, přizpůsobení velikosti otvoru, očištění a ošetření kůže, výměna či vypouštění sáčku a správnému přilnutí podložky k pokožce. Zafixovat správné postupy a návyky v péči o stomií může pomoci nemocnému i stomická sestra. Ošetřování stomie a pomůcky se liší podle typu vývodu. Změny ve zdravotním stavu nemocného zasáhnou do každodenního života, je nezbytná psychická podpora a trpělivost při zaučování v manipulaci se stomickými pomůckami. Stomické pomůcky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. (2)

## 5.5 Ošetrovatelská péče v nutriční podpoře pacienta

Po operačním výkonu s následnou stomií sestra seznámí nemocného i se změnami ve stravování. V prvním období se doporučuje bezezbytková dieta. V dalších týdnech lehce stravitelná strava s omezením hrubé vlákniny. Strava by měla být rozdělena do menších porcí po třech hodinách. Podmínkou je dobré rozkousání, popřípadě nakrájení na drobné kousky. Po přizpůsobení se pacienta by měla strava být pestrá s dostatkem masa a zeleniny. Nezbytný je dostatek tekutin. Nejsou vhodná nadýmavá jídla, konzervované potraviny, uzeniny a perlivé vody. Sestra přiblíží nemocnému každodenní život se stomií, správné návyky a vhodný jídelníček. Dobrá péče o stomií umožní nemocnému klidný spánek, nemusí se vzdát kontaktů s rodinou a přáteli, práce a kariéry, módy, fyzické aktivity, cestování, sportování, sexuality ani těhotenství. (12)

Parenterální výživu indikuje lékař, optimální systém je „*All in one*“ do centrálního žilního katetru. Komplikace při zavádění centrálního žilního katetru jsou pneumotorax, vzduchová embolie, arteriovenózní píštěl, nežádoucí poloha katetru jako příčina dysrytmií, žilní trombóza a septické komplikace. Sestra eliminuje možnosti komplikací pravidelnými aseptickými převazy katetru, sledováním známek flebitidy a asistencí lékařů při znovuzavedení katetru za sedm až deset dní. Parenterální léčba přináší i určitá rizika, které by měla sestra kontrolovat. Může dojít k přetížení organismu, k poruchám metabolismu tuků či cukrů nebo ke zvýšení produkce oxidu uhličitého s hyperkapnií, které může vést až k respirační insuficienci. Sestra dodržuje stanovenou rychlost aplikace a poměry živin. Parenterální výživa by měla být indikována jen na nezbytně nutné období, protože může docházet ke změnám až atrofií střevní sliznice. (7)

Péče o pacienta s enterální výživou pro sestru spočívá zavádění či v asistenci lékařů při zavádění nasogastrické či nasojejunální sondy, nebo ošetřování (PEG) či (PEJ), kontrola a udržování průchodnosti, výběru vhodné enterální výživy. Sestra nezapomíná na možnost vzniku dekubitů v GIT. Enterální výživa je možná i u nemocných, o které sestry pečují v domácí péči. (9)

Nutriční terapie se skládá ze spolupráce nutriční terapeutky, lékaře a sestry. Péči o výživu u pacienta s CD je třeba rozdělit na terapii zabraňující podvýživě a na terapii substituční. Podvýživa je rozpoznatelná pro sestru již pohledem. Zjistit se může jednak prostá kachexie (marasmus), jedná se o proteinoenergetickou malnutrici a jednak



proteinová malnutrice (kwashiorkor), tedy stresové hladovění. Deficity minerálů a vitamínů se objevují individuálně podle místa poruchy vstřebávání. (28) Spolupráce s nutriční terapeutkou je možná u řady nutričních intervencí např. u fortifikace diety, perorální, enterální, parenterální výživy a sippingu. Sipping sestra podává nemocnému jako doplňkovou perorální výživu, je to tekutá forma výživy zaměřená cíleně na chybějící složky ve výživě nemocného. Základ sippingu může být různý-džus či mléko, podle snášenlivosti i chuti nemocného. Každá lahvička je obohacena o specifické množství tuků, cukrů, bílkovin, minerálů, vitamínů a dalších potřebných látek. Velikost jednotlivě balených plastových lahviček je 200 ml. (7)

Neexistuje však dietní opatření, které navodí při Crohnově nemoci remisi. Nejsou známy potraviny, které by měly souvislost se vznikem Crohnovy choroby.

## **5.6 Ošetrovatelská péče souhrn**

V celkovém pohledu je možné ošetřování nemocného s Crohnovou chorobou rozdělit na péči v ambulantním provozu a na péči za hospitalizace. Sestra při hospitalizaci nemocného aktivně vyhledává ošetrovatelské problémy jako bolest břicha, dysbalance tekutin, poruchy ve vyprazdňování, včetně kožních a slizničních defektů v anální oblasti a poruchy výživy. Sestra hodnotí četnost i charakter stolic, stav hydratace a výživy nemocného. V sociální oblasti se může nemocný potýkat s nejistotou, nedůvěrou ve své schopnosti, porušeným vnímáním vlastního obrazu a s pocity bezmocnosti. Před stanovením ošetrovatelské diagnózy si sestra určí stupeň soběstačnosti nemocného dle Barthela, škálu bolesti dle Melzaca a vyhodnotí potřebu dopomoci nemocnému ve vykonávání základních potřeb. Crohnova choroba a psychický stav nemocného se vzájemně neustále ovlivňují. Nevládnutá a nadměrná psychická zátěž bývá spouštěčem změn vedoucím k relapsu Crohnovy choroby u nemocného. (1)

# **6 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY NEMOCI**

## **6.1 Psychická zátěž**

Psychická zátěž provází pacienta již před vyslovením diagnózy. Tato fáze bývá poměrně dlouhá a pocity nejistoty nepřispívají k pohodě pacienta. Po potvrzení Crohnovy choroby se jedinec ocitá ve spirále ambivalentních pocitů. Na jedné straně se dostaví úleva z ukončení dlouhého vyšetřování a odhalení skutečného důvodu potíží. Na druhé straně

rostou obavy z toho, co nemoc přinese, jaké jsou možnosti léčby, jak to ovlivní rodinu, práci a další vztahy. V ideálním případě je schopen pacient přijmout nemoc realisticky, dokáže plnit každodenní činnosti, dodržovat pokyny lékařů a při tom si udržet pozitivní přístup a optimistický pohled na život. Na pacienta působí negativně sdělení lékaře, že jde o celoživotní onemocnění. Zvládnutí nemoci s sebou přináší četné změny zdravotního stavu a nutnost užívání různých léků, mnohdy i s významnými vedlejšími účinky. Samotné konstatování nevléčitelnosti onemocnění uvádí pacienta do stavu nejistoty a zmatku. Nemocný s diagnostikovanou CD stojí před nelehkou životní změnou, musí zvládnout chronické onemocnění. (28)

Zde se dají pozorovat základní etapy boje s chronickou nemocí. V první fázi nastává šok, mozek reaguje nepřiměřeně, vytěsňuje informace, může být přítomno psychické ustrnutí či zděšení. Ve druhé fázi usebrání, se pacient vrací do reality, myšlenky jsou však neuspořádané a spíše negativní. Třetí fáze je stažení se ze hry, kdy pacient zvažuje své možnosti. Čtvrtou fází je program k řešení krize, zde dochází ke změně vnímání sama sebe, pacient nachází řešení nemoci a mění se i jeho perspektivy. (16) Pokud se pacientovi podaří projít všemi fázemi, dochází k adaptaci na nemoc. U Crohnovy nemoci je adaptace značně psychicky náročná. Průvodní obtíže jsou patrné v mezilidských vztazích a zasahují i do intimity pacienta. Nemoc zasahuje převážně mladé lidi v produktivním věku, připravených založit rodinu, budovat kariéru, tedy na vrcholu svých sil. Crohnova nemoc je z hlediska psychické náročnosti na adaptaci velmi významná. (32).

Poté dochází k vyrovnání se se svými úkoly vyplývajícími z onemocnění, jako jsou opakující se průvodní příznaky nemoci, léčebné procedury či hospitalizace. Patří k tomuto období i seznámení příbuzných s charakterem onemocnění a jeho dopady na rodinu a profesi. A pak poslední období adaptace, kdy se nemocnému daří zvládat své rozbourané emoce, nepropadá beznaději, umí zvládat své pocity. Adaptační období neproběhne vždy nekomplikovaně, může dojít k maladaptaci, kdy pacient není ochoten přijmout svůj stav, ani informace, které jsou s nemocí spojené. K maladaptaci mohou přispívat nejasnosti v diagnóze, nepochopení situace z důvodu věku či intelektu, nejasnost v léčení, nedostatečná dotace času od zdravotnického personálu či nedůvěra k postupu léčby nebo k osobě lékaře. (16) Správná informovanost pacienta hraje podstatnou úlohu v přijetí nemoci a další spolupráci pacienta se zdravotníky, která přispívá k prohloubení pocitu důvěry.

## 6.2 Stresové faktory

Není pochyb o tom, že život s Crohnovou chorobou je velmi složitý. Mladé lidi postihuje mnoho životních situací, se kterými se vyrovnávají velmi obtížně, nebo se s nimi ani vyrovnat nedokáží. Náhlá změna zdravotního stavu způsobuje, že je mladý člověk vystaven obtížně řešitelným situacím, a proto cítí zábrany při shánění informací ohledně řešení problémů souvisejících s nemocí. Nastávají komplikované situace ohledně četných stolic, bolestí břicha, stomií, abscesů, píštělí, častými kontrolami u lékaře, změněné pracovní schopnosti či invalidního důchodu. S nastalou situací nemocného souvisí i problematika sociálního zabezpečení. Jako stresor může fungovat například hrozící odloučení od blízké osoby, odchod od rodičů, úmrtí důležité osoby, stěhování, rozchod s partnerem, nepřiměřené nároky či konflikty v zaměstnání či v rodině. Lépe se s takovými situacemi vyrovnávají lidé, kteří udržují dobré mezilidské vztahy, umí relaxovat a také ti kteří se ze svých zkušeností učí a mohou se opřít o své názory a ideály. (32)

## 6.3 Stres

Stres je součástí života každého člověka. Přímoou příčinou střevních zánětů sice stres není, ale zkušenosti ukazují, že značně zvyšuje nebezpečí jejich vzplanutí. (24).

Dle H. Syleye je: *„Stres možno definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepřijatelný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními. Podle této definice je stres odpověď, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Jinými slovy, stres je stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, buď fyzickou, nebo psychickou. Při stresu se uplatňují obranné mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí.“*

V širokém pojetí se stres může označit jako opotřebení psychiky našeho těla způsobené životem. Následné obranné reakce organismu, mají za cíl zachování homeostázy a zabránění poškození nebo smrti organismu. Jde o narušení určité individuální harmonie mezi klidem a pohybem, mezi aktivitou a pasivitou, ale i psychickou a tělesnou formou jedince. Obecně platí, že za optimální se považuje stav mírného pozitivního stresu, tedy eustres, který nás aktivuje a zlepšuje výkonost. Distres působí v situaci, kdy zátěž je mimo naše adaptační rozmezí a naše síly na ní nestačí. Reakce organismu se v této situaci mění. Místo adrenalinu je vyplavován kortizol a vznikají

dlouhodobé změny v metabolismu. Dochází k porušení glukozové tolerance a imunitních funkcí. Stresový adaptační syndrom probíhá ve třech fázích. Na poplachovou akutní fázi navazuje fáze adaptační a poslední je fáze vyčerpání. Během těchto fází se odehrávají v našem těle hormonální změny, kdy adrenalin a noradrenalin jsou typické pro poplachovou fázi, skutečným stresovým hormonem je však kortizol. V adaptační fázi už je hladina hormonů stabilní, i když zvýšená, délka adaptace je různá. Při fázi vyčerpání dochází ke spotřebování zdrojů organismu. Zátěž není kompenzovaná a hladina stresových hormonů opět vzrůstá. Tělo je vysílené. Pokud zátěž trvá, vyčerpání těla dosahuje nevratného bodu a nastává smrt. Pokud náhlá zátěž mnohonásobně převyšuje nastavené adaptační rozmezí člověka, může dojít k absolutnímu vyčerpání a smrt nastává ihned, aniž by probíhal adaptační syndrom. Mírná fyzická zátěž nevede k poškození těla, ale dlouhodobý duševní stres tzv. alostatická zátěž vede k poškození těla trvale vyšší hladinou kortizolu, která způsobuje imunitní změny, ty pak přispívají ke chronické depresi, obezitě a autoimunitním nemocem. (28).

Lidé si ovšem neradi připouštějí varovné signály, kterými nás tělo upozorňuje na přítomnost distresu. Skrytá forma negativního stresu může vést i k somatickým chorobám. Při symptomech skrytého stresu, bychom měli vzít na vědomí varování našeho těla a včas zvolnit pracovní nasazení nebo přistoupit k relaxačním technikám. Jedná se o příznaky, kterými nám tělo dává najevo zvýšenou potřebu odpočinku. Stresory mohou být interpersonální konflikty, neshody v rodině, konflikty v zaměstnání, vysoké pracovní nasazení, mobbing a bossing a další. Reakce na stres mohou být charakterizovány ztrátou aktivit, poruchami spánku či pozornosti, podrážděnost, nezájem o práci a dění kolem sebe. Důležitá je duševní hygiena s péčí o duši, o tělo, mít dostatek odpočinku a mít smysl života. V dnešní době nás stres provází na každém kroku, stává se novodobou epidemií 21. století. Proto je nutné vědět, jak jeho následky zmírňovat a jak stresu čelit. V současné době tři z pěti návštěv u lékaře souvisí se stresem, nelze proto situaci podceňovat. Větší míra stresu se týká hlavně nejvýkonnějších a nejúspěšnějších lidí. Snížení hladiny stresu je možné, ale musí se problému aktivně čelit. Většinou není možné se zcela zbavit pracovních a jiných přetěžujících stresorů, ale pokud se podaří stres úspěšně zvládnout, je výsledkem lepší pocit a zvýšení výkonnosti. Šance ovlivnit svoji hladinu stresu je, dokud nepřekročí nebezpečnou hranici. (24)

## 6.4 Psychosomatika Crohnovy choroby

Psychosomatika se zabývá vztahy mezi duševním a tělesným stavem člověka, které považuje za provázané. Snaží se vidět člověka holisticky, s jeho nemocí, fyzickým i psychickým stavem, s jeho rodinnou, životní i sociální situací. Do ordinace lékaře pacient přichází s potížemi, které nejsou zcela cílenými vyšetřeními zdůvodnitelné. Často jsou označovány jako vegetativní, funkční, stresové či klimakterické poruchy. Mnoho psychosomatických onemocnění kombinuje příčiny vzniku onemocnění se vznikem stresové životní situace. Psychosomatické onemocnění nás upozorňuje na situaci, které se nevědomě vyhýbáme, neuvědomujeme si závažnost a pokročilost stavu a nedokážeme si říct o pomoc či útěchu. Psychosomatické onemocnění je obvykle reakcí na předchozí dlouhotrvající stres, který si většinou jedinec příliš nepřipouští. Nemá čas na sebe, trpí nedostatkem spánku a odpočinku a je přetížený, přesto že se necítí dobře, pokračuje dál ve svém pracovním a životním tempu. Smyslem nasazeného životního tempa je pracovat, vydržet a nehroudit se. Dlouhotrvající zátěž se může později projevit tělesným selháním, tělesnou nemocí. Například bolesti hlavy, poruchy spánku, bolesti zad, oběhové dekompenzace, poruchy příjmu potravy, poruchy v činnosti zažívacího traktu i autoimunní onemocnění střev. (29)

Kromě genetických, imunitních a infekčních příčin hraje roli i osobnost nemocného. Často se jedná o jedince nevýrazné, závislé, téměř bez emocí, neschopné se výrazněji prosadit s malou schopností klást odpor a řešit problémy. (10) Mohou to být i úspěšní jedinci, kteří trpí nějakou celoživotní závislostí (například na matce), nebo úzkostně pečují o své tělesné funkce. Emoční reakce těchto jedinců bývají chabé. Zkušenosti ukazují na možné potlačení agresivity a afektivních reakcí u nemocných. Potlačované silné emoce, vyvolávají pak skutečnou fyzickou nemoc. Častěji se jedná o celkově sníženou schopnost reagovat na zátěž, zvláště pokud je na ně nutno reagovat diferencovaně a emočně. Je zde vhodná spolupráce gastroenterologa s psychologem. Nejlepší výsledky přináší kombinace medikamentózní terapie, dietních opatření a relaxačních metod. Nezbytná je psychoterapeutická pomoc právě v období remise s důrazem na osobnost a vztahy. S přihlédnutím k faktu, že se jedná o celoživotní onemocnění, je třeba se naladit na dlouhodobou psychoterapeutickou podporu. (22) V možnostech léčby dominuje změna životního stylu, samozřejmě podle možností pacienta. Psychoterapie pomůže pacientovi pochopit a začít pracovat se svým dosavadním

životním stylem, poučit se a najít svou cestu. Je nutný komplexní a individuální přístup k léčení a celkové podpoře nemocného od lékaře i sestry.

## **6.5 Psychická podpora z pohledu všeobecné sestry**

Sestra je nejbližším partnerem nemocného. Získáním důvěry nemocného je možné nejen získat důležité informace ze života nemocného, které mohou chorobu ovlivňovat, ale i nemocnému pomoci se naučit s Crohnovou chorobou žít. Schopnost adaptace nemocného může být ztížena vědomím závažnosti onemocnění, tělesnými příznaky i vlastní prognózou nemoci. Jak uvádí Kebza (2005 Psychosociální determinanty zdraví): *„Potvrdilo se, že je třeba rozlišovat závažnost dopadů těchto situací a událostí na lidskou psychiku a adaptační schopnosti organismu.“* Sestra je nepostradatelnou součástí adaptace nemocného. Pomáhá nemocnému s psychickými i fyzickými problémy a poskytuje lidskou, odbornou i empatickou oporu. Adaptační proces nemocného ovlivňují:

Obtíže psychické (nálada, obavy, pocit duševní pohody, pocity úzkosti, depresivní stavy)

Obtíže sociální (změny ve vnímání sociálních kontaktů, obtíže v zaměstnání, uzavření se)

Obtíže fyzické (bolesti, utrpení, schopnost fungovat ve své roli) (28)

Sestra je pro nemocného nositelkou srozumitelných informací při hospitalizaci, v ambulantním ošetřování i v domácí péči. Pomáhá nemocnému s přípravou i vyrovnáním se s různými stavy a situacemi, které Crohnova choroba přináší. Provází ho nepříjemnými a složitými etapami nemoci. Dokáže zmírnit následky invazivních vyšetření či operačních výkonů kromě medikace i vlídným slovem, úsměvem a pochopením. Může pomoci ovlivnit k lepšímu jeho náladu i stav. Sestra může působit i na osoby z blízkého okolí nemocného. Klidnému průběhu léčby přispívá informovanost příbuzných a lidí v okolí nemocného. Vhodné je ponechat nemocnému prostor ke komunikaci a tím vysvětlit nejasnosti, které se mohou týkat choroby či následků, které choroba přináší v běžném životě. Sestra může ovlivnit psychiku nemocného i tím, že ho pouze vyslechne. Někdy je snazší se s chronickou nemocí vyrovnat, pokud si můžete promluvit s lidmi, které řeší stejné otázky. Sestra může nemocného nasměrovat na různé svépomocné skupiny. Je přínosné upevňovat pozitivní vztahy a důvěru mezi sestrou a nemocným. (10)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 7.1 Formulace problému

Výzkumné šetření analyzuje možnost zmírnění vlivu stresu na pacienta s Crohnovou chorobou. Jedná se o nevléčitelné onemocnění chronického typu, které člověka ovlivňuje po celý život. Na základě zkušeností je patrná souvislost stavu nemoci s celkovým rozpoštěním nemocného, jeho rodinným zázemím, vztazích a také pracovním vytížením. Pro samotného nemocného vyplývá ze vzniku i z průběhu choroby množství omezení a změn, které neovlivňují jen jeho život, ale přináší zvraty v rodinném životě, pracovní sféře i ve vztazích. Celkové přijetí existence Crohnovy choroby samotným nemocným i tolerance k nemoci v okolí, působí značnou psychickou úlevu. Vliv stresu působí v mnoha případech jako spouštěč vlastní choroby. Působení emocí je v pozadí mnoha relapsů, kdy pod tíhou silných stresových faktorů dojde k masivní progresi příznaků choroby. Přístup zdravotníků v péči o zdraví nemocných s idiopatickými střevními záněty by měl být specifický. Pacienta je vhodné vnímat jako bio-psycho-sociální osobnost, která je trvale vystavována vlivům okolního prostředí, které ovlivňují chování jedince podle míry jeho schopností se vlivům okolí přizpůsobit. Pokud se podaří zjistit původ stresu, je možné se naučit stres ovlivnit. Může doporučení sestry k různým formám relaxace efektivně zmírnit stresovou zátěž jedince

### 7.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření je analyzovat možnost zmírnění vlivu stresu na pacienta s Crohnovou chorobou

#### 7.2.1 Dílčí cíle

Na základě hlavního cíle stanovuji dílčí cíle, které souvisí s konkrétním šetřením:

Analyzovat u účastníků výzkumného šetření hladinu stresu (dotazník).

Navrhnout cílené využívání relaxačních intervencí.

Zpracovat kazuistiky.

Zhodnotit identickým dotazníkem hladinu stresu u pacientek po zařazení relaxačních intervencí.

### **7.2.2 Výzkumné otázky**

Jak ovlivňuje Crohnova choroba život pacientek na úrovni pracovní?

Jak ovlivňuje Crohnova choroba život pacientek ve vztazích?

Jak ovlivní používání relaxačních intervencí kvalitu života pacientek?

## **7.3 Druh výzkumu a výběr metodiky**

Pro praktickou část práce je zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, které pomůže zformovat analýzu případu. Výzkumné šetření je realizováno na gastroenterologickém oddělení FN Plzeň. Zaměřuje se na vztahy mezi lidmi, pracovní a rodinné vztahy, které mohou působit na vybrané respondentky. Výzkumné šetření je realizováno pomocí dvou výzkumných metod, metodou případové studie a dotazníku. Analýzou dat je vyvozena souvislost působení stresu na nemocné s Crohnovou chorobou. Po doporučení relaxačního programu k eliminaci stresu, je sledován vliv na psychosociální aspekty v oblasti vnímání nemoci a pocitů pacientek.

K výzkumnému šetření je použit standardizovaný dotazník, který respondentky vyplní na začátku výzkumného šetření. Jednotlivé případové studie se uskuteční zpracováním kazuistik dle koncepčního modelu M. Gordonové u dvou pacientek v období rané dospělosti. Dotazník upřesní míru intenzity právě probíhajícího stresového působení na vybraného pacienta s Crohnovou chorobou. Míra stresu ovlivňující momentální průběh choroby je velmi variabilní a je závislá na množství individuálních faktorů. Z důvodu proměnlivosti úrovně a vnímání stresu bude zhodnocen momentální vliv stresu na respondentky na počátku výzkumného šetření (dotazník č. 1). Po uplynutí třech měsíců, během kterých se zrealizují doporučené relaxační intervence, předložím dotazník stejného rozsahu i stejně zvolených otázek respondentkám a vyhodnotím změny (dotazník č. 2).

## **7.4 Metoda**

Na počátku výzkumného šetření je použita metoda standardizovaného dotazníku „Perceived Stress Scale“ (PSS), který byl vybrán a zadán pod odborným vedením Mgr Šámalové (KPS ZČU Plzeň). Jedná se o dotazník složený ze dvou částí. První část se zabývá měřením stresu v obecné rovině a druhá část má za úkol zjistit úroveň stresu v pracovní sféře. V každé části je deset škálových otázek, které zjišťují ovlivnění



respondentek stresem. K hodnocení otázek v dotazníku je použita pětibodová intervalová škála míry souhlasu či nesouhlasu. Odpovědi jsou stylizovány od nejnižší bodové hodnoty 0 po nejvyšší možné ohodnocení 4. Obě respondentky odpovídají v začátku výzkumného šetření na stejné otázky ve shodném pořadí. Odpovědi jsou zaznamenány a vyhodnoceny dle metodiky dotazníku. Doporučím deset relaxačních intervencí oběma respondentkám. Následuje vypracování dvou kazuistik. V případové studii dojde k popisu onemocnění obou respondentek. Intervence budou mít možnost pacientky používat celé tři měsíce v intervalu minimálně třikrát za týden v libovolném prostředí

Pro zpracování kazuistik je umožněn sběr informací na gastroenterologickém oddělení INTO FN Bory. K analýze informací je použita zdravotnická dokumentace a data z klinického informačního systému WinMedicalc, která tvoří elektronickou zálohu dat ve FN Plzeň. Jedná se o případovou studii, která je rozšířena o další metodu standardizovaného dotazníku o vlivu stresu na počátku a na konci výzkumného šetření. Dotazník je zaměřený na aktuální úroveň stresu u zkoumaných osob se zaměřením na pocity a prožitky zkoumané osoby během posledního měsíce. Měření stresu bude opakováno po tříměsíčním působení cílených relaxačních intervencí. Následně dojde k porovnání výsledků dotazníku č. 1 a dotazníku č. 2 u obou respondentek a zhodnocení celého výzkumného šetření.

## **7.5 Výběr případu**

Výběr vzorku respondentů byl záměrný. K výzkumnému šetření jsem vybrala dvě mladé ženy. Crohnovou chorobou onemocněly obě respondentky přibližně před 6 lety. Jsou téměř stejného věku, ale prostředí, ve kterém žijí je rozdílné. Pokusím se o srovnání jejich schopnosti adaptace na stres ovlivňující jejich psychický stav v souvislosti s Crohnovou chorobou. Vytvořím a zrealizuji vhodnou relaxační intervenci o deseti bodech, která posílí adaptaci a zlepší kvalitu života respondentek. Úroveň stresu u obou respondentek před a po zrealizování relaxačního programu stanoví dvoudílný dotazník PSS se zaměřením na působení stresu obecného a pracovního. Výzkumné šetření doplní informace z jednotlivých případových studií.

## 7.6 Způsob získávání informací

Informace je možné získávat na gastroenterologickém oddělení FN Plzeň Bory. Jedná se o pacientky, které se léčí ve FN Plzeň. Vypracuji dvě kazuistiky podle koncepčního modelu M. Gordonové. K získávání informací přispěla také anamnéza i katamnéza.

Ošetrovatelský model M. Gordonové „*Model funkčních vzorců zdraví*“ pracuje na principech filozofie holizmu a humanismu. Základními prvky modelu jsou ošetrovatelství, které klade důraz na odpovědnost jedince za své zdraví a rovnováhu bio-psycho-sociálních vztahů. Model se opírá o 12 vzorců zdraví, které prezentují ošetrovatelské údaje v subjektivním i objektivním podání. Model M. Gordonové posoudí respondentky v rámci jejich běžného života, který zčásti probíhá pod obrazem Crohnovy choroby (relaps) a zčásti se respondentky dají posuzovat jako zdravé mladé ženy (remise). Součástí sběru informací je již zmíněný dotazník a dvě kazuistiky.

Vlastní výzkumné šetření začíná představením projektu a seznámením s tématem. Následuje ujištění respondentky o ochraně soukromí a anonymizaci získaných informací. Před začátkem výzkumného šetření je podepsán každou respondentkou písemný informovaný souhlas. Výzkumné šetření proběhne s každou respondentkou odděleně v klidném prostředí na vyšetřovně gastroenterologického oddělení FN Plzeň. Vyhodnocením dotazníků vyplyne efektivita zvolené relaxační intervence u respondentek.

## 7.7 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhá v období od počátku prosince 2016 do počátku března 2017 ve FN Plzeň. Na začátku prosince se respondentky účastní vyplnění dotazníkového šetření ke stanovení vlivu stresu během posledního měsíce po stránce všeobecné a po stránce pracovní. Administrace dotazníku probíhala dle konzultace s examínátorem, kdy byl objasněn důvod i způsob vyplňování. Po krátké edukaci každá respondentka dostává k dispozici jednoduchou předlohu vybraných relaxačních intervencí, které se dají dobře použít v běžném životě. V lednu dojde ke zpracování obou kazuistik, které budou následně porovnány. V první polovině března obě respondentky vyplní totožný dotazník a opět se vyhodnotí vliv stresu během posledního měsíce. Z analýzy dotazníků vyplyne přínos relaxační intervence pro běžný život pacienta s Crohnovou chorobou.

## **8 PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTKY MS**

### **8.1 Anamnéza**

#### **8.1.1 Osobní údaje**

Žena MS, 31 let, zadaná, žije v bytě s přítelem, bezdětná, v 10 letech operace pupeční kýly, počáteční příznaky onemocnění Crohnovou chorobou pozorovala přibližně od 22 let věku, diagnostikována v 25 letech.

#### **8.1.2 Rodinná anamnéza**

Matka 56 let, vdaná, žije ve společné domácnosti s manželem, pracuje jako účetní v soukromé firmě, trvale se léčí s hypofunkcí štítné žlázy a před třemi lety absolvovala gynekologickou operaci, jinak zdravá.

Otec 62 let, ženatý, pracuje jako projektant v architektonické kanceláři, velmi špatně toleruje časovou tíseň, trvale se léčí s arteriální hypertenzí, pět let po infarktu myokardu.

Sestra 25 let, svobodná, žije s rodiči, trvale se léčí s astma bronchiale, jinak zdravá.

#### **8.1.3 Farmakologická anamnéza**

Prednison 5-30 mg 1-0-0 tbl., Nolpaza 1-0-0 tbl.; Maltofer 1-0-0 tbl., Pentasa 1-0-0 sáček, Biomin 1-0-0 tbl., Vedolizumab (Entyvio) dle schématu, Neurol při zhoršení potíží

Při terapii panické poruchy: Hypnogen dle potřeby 0-0-1 při nespavosti, Apo-cital 30 mg 1-0-0 tbl., Citalopram-Teva 20 mg 1-0-0 tbl.

#### **8.1.4 Abúzus**

Pacientka MS nyní už nekouří, cigarety kouřila od 15 do 21 let, marihuanu zkoušela jednorázově asi v 18 letech o prázdninách, kávu výjimečně, alkohol nyní nepije kvůli lékům, návykové látky neužívá.

#### **8.1.5 Alergie**

Pacientka MS je alergická na ořechy a některé pyly.

### 8.1.6 Gynekologická anamnéza

Menstruace od 12 let, pravidelná od 13 let. Porody 0, potraty 0. Hormonální antikoncepci neužívá. Stav po operativním zákroku pro rektovaginální píštěl. K možnému těhotenství přistupuje rozumně. Dítě by chtěla.

### 8.1.7 Pracovní a sociální anamnéza

Pacientka MS studovala Střední průmyslovou školu stavební v Plzni s posílením výuky jazyků a výtvarných předmětů, pak pokračovala studiem na Fakultě architektury. První projevy choroby se vyskytly v posledních letech studia, zvláště ve stresovém období zkoušek. Po předčasném ukončení studia na Fakultě architektury nastoupila do architektonické kanceláře v Praze jako projektantka, ale po roce byla nucena dát výpověď z pracovního poměru pro stálé zhoršování psychického i zdravotního stavu a časté absence v zaměstnání. Nyní zatím pracuje v projekční kanceláři v Plzni, kde jsou k jejímu zdravotnímu stavu tolerantnější.

Bydlí asi 2 roky společně s přítelem, který pracuje jako advokát. Do staršího bytu se přestěhovali před dvěma lety. Radost jí působí zvelebování a vylepšování bytu, pokud na to má sílu. Přítel je tolerantní k jejím psychickým i somatickým zdravotním problémům. Vztah mají hezký, ale cítí obavy z budoucnosti, přesto by se chtěla ve vztahu posunout dál. Otcí se touží paní MS podvědomě vyrovnat, pracuje ve stejném oboru. Otec paní MS však dává najevo, že je to téměř nemožné. S matkou vychází velmi dobře.

### 8.1.8 Fyzikální vyšetření

**Aktuální lékařská diagnóza:** Crohnova choroba s četnými vedlejšími projevy choroby.

**Přidružené diagnózy:** Ortostatická hypotenze, přechodně panická porucha, vedlejší projevy Crohnovy choroby, st.p. akutní apendicitidě ve 21 letech, astigmatismus.

**Celkový vzhled:** chůze rovná, vzpřímená, působí upraveně, stomické pomůcky, dodržuje tělesnou hygienu, pečuje o sebe.

**Dutina ústní, nos, zuby:** sliznice růžové, bez povlaků, dýchání čisté, klidné, zuby jsou pravidelně kontrolovány

**Sluch:** sluch bez problémů

**Zrak:** čte s brýlemi, sledování televize, kino, divadlo s brýlemi, novinové písmo přečte.

**Kůže:** barva-bledší, tonus přiměřený, hydratovaná, dobře prokrvená

kožní defekty-operační rána (stomie), intravenózní kanyla (G20), bez kožních lézí, bez vyrážky

**Vitální funkce:** TT: 36,8 °C, TK: 102/66 mmHg, P: 66/min., D: 15/min., Hmotnost: 53 kg, výška 172 cm

**Stav vědomí:** plně orientována ve všech oblastech

**Schopnost uchopit předmět rukou:** úchop výborný, pevný stisk ruky

**Rozsah pohybu kloubů:** rozsah kloubů v plném rozsahu

**Tonus svalů:** dobrý

**Kompenzační pomůcky:** brýle

**Sebepéče:** zhodnocení stupně závislosti v denních činnostech dle Barthela

Použité škály: Glasgow coma scale (15 bodů, plné vědomí), Barthelův test soběstačnosti (95 bodů, lehká závislost), Bristolská škála typů stolice (typ V-VI), Stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (31 bodů, bez rizika), Melzacova škála bolesti (2-3), BMI: 17,9.

## 8.2 Katamnéza

Diagnostika Crohnovy nemoci u paní MS nebyla snadná. Spojitost lze nalézt již v 21 letech. Po dramatickém rozchodu s partnerem po pětileté známosti se u pacientky začaly objevovat bolesti břicha a úbytek na váze. Potíže považovala za důsledek ostrých výměn názorů a celkově špatné situaci ve vztahu s přítelem. Ztratila sedm kilogramů z osobní hmotnosti (podvýživa) a byla ve špatném psychickém stavu. Tlak z partnerovy strany pokračoval i po rozchodu ještě několik měsíců. Trvalo rok, než se paní MS odhodlala jít k lékaři. Návštěvu lékaře uspíšila náhlá příhoda břišní, která skončila operačním výkonem (apendektomií).

**Rok 2010** Pacientka trpěla záchvaty intenzivní psychické nepohody, strachu a silných obav na podkladě stresové události. Jedná se o opakované epizody, které trvaly několik minut až půl hodiny s intenzitou 2-4 ataky do měsíce v závislosti na stresových podnětech. Pacientka uváděla příznaky vegetativního dráždění například tachykardie, svírání hrdla a hrudníku, pocení, sucho v ústech, závratě, tremor, nauzea a následně průjem. Praktický lékař doporučil pacientce psychiatrické vyšetření. Výsledek psychiatrického vyšetření potvrdil přechodně panickou poruchu. Po nastavení léčby a stabilizaci psychického stavu pacientky přetrvávaly četné stolice i váhový úbytek. Přistoupilo se k vyšetřování průjmů, úbytku hmotnosti a celkové slabosti a únavy. Po vyšetření krevních testů a stolice u praktického lékaře byla zjištěna anémie a velmi

nízká hodnota železa. Běžné bakteriologické vyšetření stolice bylo bez patologického nálezu. Praktický lékař indikoval pokračovat paní MS v pracovní neschopnosti a snažil se doplnit chybějící železo. Po šesti týdnech byla laboratoř beze změny a paní MS se nepodařilo stabilizovat hmotnost. Paní MS trpěla i ztrátou sebedůvěry a strachem z cizích prostorů i lidí. Docházela v doprovodu matky na kontroly i na psychiatrickou ambulanci, kde stav stabilizoval. Po dalších kontrolách u praktického lékaře dominovaly v potížích pacientky průjmy ve vyšší frekvenci 10 až 14 za den a přidaly se intenzivní bolesti břicha. Po vyzkoušení obvyklých léků na zastavení průjmu včetně probiotik praktický lékař paní MS odeslal opět na psychiatrické vyšetření. Na psychiatrii byla při kontrolním vyšetření diagnostikovaná panická porucha konstatována dobrá odpověď na léčbu. Praktický lékař opět vyšetřil i stolici na bakteriologicky i parazitologicky, ale bez vysvětlení gastroenterologických potíží. Odeslal tedy paní MS do gastroenterologické poradny.

Na gastroenterologii v místě bydliště bylo provedeno USG, EGDS i CF. Poprvé vysloveno podezření na Crohnovu chorobu. Lékař vyzkoušel podávání aminosalicylátů a kortikoidů s výborným i rychlým pozitivním léčebným efektem. Několik týdnů se stav paní MS postupně zlepšoval. Obtíže paní MS se snížily na minimum. Počet stolic se snížil na 2-3 za den, bolesti břicha se výrazně zmírnily a podařilo se poprvé od začátku potíží docílit zvýšení hmotnosti o 3 kg. Nastala i psychická pohoda, epizody panické poruchy se minimalizovaly, až téměř vymizely.

**Rok 2011** Stav paní MS se zlepšil natolik, že začala považovat léčbu za zbytečnou. Převažoval strach z nežádoucích účinků léků a snaha se vrátit ke způsobu života zdravého člověka. Prožívala silné obavy a stresové stavy z proběhlých problémů, z představy vlastní nemoci a užívání léků. Záměrně u lékaře bagatelizovala své potíže, následně vysadila léčbu a přestala docházet na pravidelné kontroly. Po několika měsících došlo ke zhoršení zdravotního stavu paní MS. Dostavily se masivní průjmy s krví a bolesti břicha, které ji přiměly vyhledat lékařskou pomoc. Pacientka uváděla obavy o svůj zdravotní stav, cítila se velmi špatně. Na pacientku působilo stresově i zameškávání přednášek, přesouvání termínů zkoušek a celkové komplikace při studiu na vysoké škole. Došlo ke zhoršení psychického stavu, vyskytly se i myšlenky na suicidium. Paní MS byla hospitalizována pro relaps Crohnovy choroby. Hmotnost se opět snížila o 5 kg a opět v laboratorních výsledcích krve byla nalezena anémie s poklesem železa. Opět byla nutná hospitalizace

nastavena léčba kortikoidy, tentokrát téměř bez efektu. Parenterální výživa doplňovaná sippingem a umožněn pohovor s nutričním terapeutem. Návštěva psychiatrické ambulance, po krátké hospitalizaci byla opět nastavena psychiatrická medikace. Při kolonoskopii byly nalezeny četné hluboké krvácející leze v oblasti terminálního ilea, slepého střeva a descendentního úseku tlustého střeva. Následovaly poruchy pasáže střeva a bylo zvažováno i chirurgické řešení. Byly aplikovány dvě krevní transfúze, bez komplikací s dobrým efektem. U pacientky byl nastaven klidový režim, na tři týdny výživa NGS a následně bezezbytková kašovitá dieta. Došlo ke zlepšení stavu paní MS a k lepší akceptaci kortikoidů. Stav nemocné se stabilizoval, snížila se únava a pocity vyčerpání. Po nastavení léčby Crohnovy choroby bylo možné snížení psychiatrické medikace a pacientka byla celkem po pěti týdnech propuštěna v remisi do domácí péče. Pacientka se vrátila k běžnému studentskému životu, ale při zkuškovém období nastalo zhoršení stavu. Po dvou měsících následoval opět relaps choroby a hospitalizace. Nemocnou MS se nedařilo stabilizovat, léčba kortikoidy byla již zcela bez efektu. Lékař indikuje předání do péče do FN Plzeň na specializované oddělení.

Do FN Plzeň byla přivezena pacientka studující na Fakultě architektury ve stavu relapsu. Tolerovala jen tekutou dietu. Stolice udávala dvanáct až patnáctkrát denně s příměsí krve a hlenu. Z fyziologických funkcí byla významná hypotenze a horečka. Z laboratoře byly závažné změny v krevním obrazu s poklesem hemoglobinu a vysoké zánětlivé parametry. Odběr stolice na kalprotektin (spolehlivý marker zánětlivého onemocnění střeva) potvrdil vysokou zánětlivou aktivitu ve střevě. S pacientkou bylo nutno zacházet velmi citlivě a obezřetně vzhledem k panické poruše. Psychický stav byl neuspokojivý, současně se zhoršováním Crohnovy choroby. Vzhledem ke kortikodependenci (nelze vysadit léčbu kortikoidy, ihned nastává zhoršení stavu) byla pacientce nasazena léčba imunosupresivy. Byla konzultována psychologická intervence s úpravou psychofarmak. Bylo požádáno o schválení podávání biologické léčby. Hospitalizace paní MS přinesla celkové zlepšení stavu. Vlivem klidného prostředí, vlídného přístupu a indikované léčby došlo k eliminaci stresových podnětů spolu s parenterální výživou, se nemocná velmi zklidnila a byla přístupná změnám v léčbě. Schopnost sebezpěče pacientky se v základních bodech zlepšovala již druhý den po hospitalizaci. Druhý den hospitalizace byla provedena kolonoskopie v analgosedaci. Nález byl velmi závažný a odpovídal potížím pacientky. V oblasti terminálního ilea a koncové části tlustého střeva byly nalezeny velké hluboké krvácející leze. Lékař

indikoval k dovyšetření možného postižení tenkého střeva kapslovou enteroskopií. Byly zastiženy občasné stenózy. Pacientce byla doplněna léčba o antibiotika a analgetika. Pacientka udává strach z vážné, nevy léčitelné nemoci. Musí neustále myslet na nemoc, obává se nepředvídatelnosti a nevy počitatelnosti Crohnovy choroby.

**Rok 2012** Pacientka vyšetřena před podáním biologické léčby specialistou na plicní klinice a revmatologem. Po podání biologické léčby (infiximab) je patrný rychlý nástup účinku, rychlé zlepšení zdravotního stavu nemocné. Pacientka po několika dnech propuštěna do domácího ošetřování. V infuzní terapii (infiximab) je pokračováno dle daného schématu. Týden po šesté aplikaci infiximabu náhle artropatie, otoky kloubů se zarudnutím a bolestivostí i podkožními infiltráty. Na základě komplikací ukončeno podávání infiximabu. Obtíže ustoupily. Po dvou týdnech pociťuje paní MS subjektivně zhoršení obtíží. Relaps CD byl potvrzen i na magnetické rezonanci. Pro celkovou slabost, průjemy a hubnutí přijata k hospitalizaci. CF s nálezem relapsu Crohnovy choroby s postižením levého tračníku a místy postižení v ascendentním tračníku. Byla nastavena medikace aminosalicyláty, antibiotika a azathioprin. Po zaléčení nastal rychlý nástup remise onemocnění (přírůstek 3 kg). Je pozorována artritida. Po čtyřech měsících relaps Crohnovy choroby s výraznou četností stolic s krvavou příměsí a bolestmi břicha. Při CF nález četných stenóz v sigmatu a hnisavých lézí s maximem v sigmatu s mělkou plazivou ulcerací těsně nad anem. Zvýšena dávka imunopresiv k léčbě přidány topické (místně) působící kortikosteroidy a zahájena zkusmo opět léčba infiximabem. Opět s alergickou odezvou. Při další kontrole pacientka v klidovém stadiu, nárůst hmotnosti o 2 kg, v laboratoři nalezena snížená hladina železa, zahájena substituce. Zlepšení je zřetelné, hodnota železa je v normě. Po měsíci opět typický průběh relapsu. Pacientka si sama stanovila bezobzbytkovou dietu, sipping a zvýšila kortikosteroidy, pak nastalo zlepšení stavu. Vzhledem k dlouhému podávání kortikosteroidů doplněno kostní vyšetření a EGDS. Kostní i gastrokopické vyšetření bylo bez patologického nálezu.

**Rok 2013** Pacientka z důvodu častých atak Crohnovy choroby a nestability psychického i fyzického stavu ukončuje studium na Fakultě architektury. Po třech měsících remise přichází znovu relaps Crohnovy choroby. Pacientka už je zoufalá. Při CF je nález krvácejících lézí v ascendentu tlustého střeva a v konečníku. Nález odpovídá relapsu choroby, pacientka udává zimnice a třesavky, bolesti břicha, stolice 10-13 denně, někdy je přítomna krev a hlen. Lékař zahajuje léčbu imunopresivy v kombinaci



s methotrexátem. Komplikacemi mohou být poruchy krvetvorby, poškození jater, hyperglykémie nebo žaludeční vředy. Aplikace methotrexátu byla velmi účinná, nastala remise. Pacientka po třech měsících udává anální bolestivost s hnisavým výtokem. Snažila se bolestivost zmírnit oplachy odvarem z řepíku, neúspěšně. Po komplexním vyšetření byl nalezen perianální absces, pokračuje se v aplikaci methotrexátu. Paní MS je objednána na chirurgický zákrok z důvodu perianálního abscesu. Chirurgická intervence byla úspěšná, po přeléčení antibiotiky došlo ke zlepšení stavu. Při kontrole za měsíc klinické i laboratorní zlepšení, aplikace methotrexátu pokračuje. Indikováno oční vyšetření s nálezem poklesu nitroočního tlaku.

**Rok 2014** Pacientka ukončila zaměstnanecký poměr v architektonické kanceláři v Praze a odstěhovala se zpět do Plzně. Zjištěna intolerance methotrexátu projevující se jako vertigo a svědivá vyrážka, horní dyspeptický syndrom. V laboratorním vyšetření zvýšení jaterních testů (methotrexát). Kontrolní CF s postižením orálního anu. Ponechány topické kortikoidy a doplněno železo. Postkortikoidová oční hypertenze upravena k normálnímu nálezu. Vyzkoušen je znovu Methotrexát, je stanovena úplné intolerance preparát je vysazen. Ponechána je léčba v kombinaci s Prednisonem. Je indikováno vyšetření na plicním, očním a kostním oddělení. Výsledek z plicní a oční ambulance byl v normě, z kostního vyšetření je zastižena steroidní osteopenie (snížení hustoty kostí). Pět měsíců pacientka v remisi, hmotnost zvýšena o 3 kg, psychický i fyzický stav v normě, počet stolic 2-4 denně. Pacientka udává, že její osobní život je zlepšený, našla nového přítele. Je velmi spokojená v osobním životě.

**Rok 2015** Při další kontrole po třech měsících byla pacientka spokojená velmi hezky upravená a zdravotně stále v remisi, zvýšení hmotnosti o 2 kg, počet stolic 2-3 denně. Po třech měsících pacientka udává opět průjmy, zřejmě enteroviroza. Pacientka udává horečku, stolice 6-7 za den, slabost a únavu. Léčba upravena s dobrým efektem. Po týdnu úleva k léčbě přidán ještě lék Mutaflor k obnovení flory v tlustém střevě. Pacientka udávala trvání remise, pouze dvě stolice denně, bez bolestí kloubů, Prednison užívá 20 mg s dobrým účinkem, jen vizuálně mírně cushingoidní obličej. Provedena kontrolní CF, kde byla zastižena mírná chronická aktivita Crohnovy choroby.

**Rok 2016** Pacientka udávala prožitý shon a stres v zaměstnání i doma kolem vánočních svátků a stěhování do nového bytu. Nastává opět relaps Crohnovy choroby. Pacientka udává bolesti břicha, je hypotenzní, cushingoidní, psychicky kompenzovaná. Byl

proveden výtěr z rekta s nálezem clostridiového toxinu, přeléčeno antibiotiky. Celkové zlepšení stavu, léčba ponechána. Pacientka zkoušela alternativní léčbu, míchané bylinné směsi s obsahem měsíčku a puškvorce. Za měsíc paní MS udává zhoršování obtíží, bolesti v nadbřišku, bolesti při defekaci, tři až pět stolic denně, zažívací obtíže. Byla provedena EGDS s nálezem Helikobaktera pylori. Následuje eradikace Helikobaktera pylori. Nastalo zlepšení stavu, ústup potíží. Po měsíci opět zhoršení, stolice s hnisavou a krvavou příměsí z pochvy i z konečníku. Podezření na rektovaginální píštěl. Paní MS byla vyšetřena gynekologicky i chirurgicky. Bylo doporučeno ošetření na chirurgickém oddělení, objednána fistulografie a indikován operační výkon. Potvrzena rektovaginální píštěl a znovuotevření perianálního abscesu. Operační zákrok proběhl bez komplikací s antibiotickou clonou. Při kontrole po měsíci se pacientka subjektivně cítí lépe, celkově remise. Opět je nutné doplnění snížené hladiny železa. Následná kontrola je příznivá, pacientka je v dobrém psychickém i fyzickém stavu, stolice 2-3 denně, nárůst hmotnosti o 2 kg, pacientka byla v klidu bez stresů. Po pěti měsících pacientka udává návrat klostridiové infekce, opět vysilující průjmy paní MS je hospitalizována, aby se docílilo stabilizace stavu a hydratace. Byl doporučen antibiotika a probiotika k stávající terapii. Užívání antibiotik je bez efektu, výtěr z rekta je pozitivní. Kontaktováno antibiotické středisko ke konzultaci vhodného antibiotika k léčení klostridiové infekce. Klostridiová infekce byla vyléčena, pacientka při infektu snížila hmotnost o 5 kg. Pacientce je doporučeno popíjení sippingu i k běžnému jídlu a užívání probiotik a laktobacilů. Bylo prokázáno přechodné zlepšení zdravotního stavu a zvýšení hmotnosti o 2 kg, bolesti břicha pominuly pak opět bolesti břicha a průjem. Výsledky výtěru na identifikaci clostridiového toxinu byly opět pozitivní.

Gastroenterologem byla paní MS navržena netradiční metoda transplantace stolice. Pacientka s metodou souhlasila. Možnosti vpravení připraveného roztoku do lidského těla jsou buď klysmatem anebo sondou. V tlustém střevě se počty mikroorganismů zvyšují, pomáhají v trávení, prospívají přirozené peristaltice a ovlivňují vstřebávání vitamínu B a K. Pacientka přenos mikrobiotické kultury zvládala dobře. Po aplikaci nastalo zlepšení stavu paní MS, ale nepodařilo se zcela klostridiové bakterie odstranit. Paní MS přistoupila i na druhou aplikaci fekální transplantace, po které již byly klostridiové bakterie zcela eliminovány. Pacientka udává potíže v zaměstnání z důvodu častých absencí. V osobním životě uvádí neshody s otcem, který neakceptuje chorobu paní MS.

Po dvou měsících přišla paní MS na vyšetření pro bolesti břicha, febrilie, nechutenství, počet stolic s hlenem a krví je 15 za den, mírné artralgie kloubů rukou. Biochemický rozbor krve potvrdil vysoké zánětlivé parametry. Bylo zajištěno chirurgické vyšetření. Bylo objednáno vyšetření MR enterografie, které potvrdilo závažné vícečetné stenózy. CF vyšetření není proveditelné. Byl indikován chirurgický zákrok s dočasnou stomií, pro umožnění zhojení sliznice. Paní MS byla hospitalizována a byla provedena operace s dočasnou kolostomií.

### **8.3 Ošetrovatelský proces**

#### **8.3.1 Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb podle ošetrovatelského modelu M. Gordonové**

##### **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Subjektivně: Příčinu onemocnění Crohnovou chorobou vnímá jako úděl a nespravedlnost. Má pocit, že není možné si s Crohnovou nemocí zdraví udržet. Časté relapsy Crohnovy choroby způsobují slabost a únavu. Paní MS udává, že ji trápí časté absence v zaměstnání. V práci ji dokáží rozrušit neočekávané změny. Pak negativně vnímá, že vzniklou situaci nedokáže ovlivnit. Uvádí, že vnímá svůj život „jako na houpačce“.

Objektivně: Jsou sledovatelné odchylky ve zvládnání Crohnovy choroby pacientkou, nyní pacientka 6. den po operačním zákroku, bolest dle Melzaca stupeň 3-4. Průběh onemocnění je u paní MS velmi závažný a komplikovaný. Opakování relapsů Crohnovy choroby je časté s vysokou intenzitou. U paní MS je viditelné zlepšení stavu při zmírnění stresových faktorů.

##### **Výživa a metabolismus**

Subjektivně: V období před zákrokem udává změny v chuti k jídlu a změny v příjmu potravy. Nyní se cítí slabá, unavená, udává bolesti břicha v místě operační rány. Nechutenství, nauzea, občas zvracení. Chápe dietní omezení. Udává pocit pachutě v ústech a v krku. Nutridrinky požívá s potížemi. Polykací potíže neudává.

Objektivně: Před zákrokem pila asi 2-3 litry tekutin denně. Zjištěn pokles hmotnosti o 3 kg, viditelné zhoršení stavu. Přijímání doporučené potravy je s obtížemi. Toleruje jen tekutou stravu (sipping, čaj), BMI 17,9, konzultována nutriční terapeutka.

Doporučena dieta bezsezbytková tekutá s dostatečným a vyváženým denním příjmem živin. Vybrány nutridrinky s různými příchutěmi a složením při konzultaci s nutriční terapeutkou.

### **Vylučování**

Subjektivně: Neudává potíže při močení. Uvádí odchod stolice do stomického sáčku. Pocení udává přiměřené, při horečce nebo stresových situacích zvýšené. Před operací frekvenci stolic dle fází Crohnovy nemoci

Objektivně: Před operací trpěla změnami frekvence stolice, v období remise 2-3 stolice denně, v období relapsu 10-15 stolic denně, v krajním případě s nutností hospitalizace z důvodu dehydratace. Močení v normě před operací i nyní. Barva stolice světle hnědá, přítomen zápach. Nyní odchází stolice kontinuálně do stomického sáčku. Vzhled stolice kašovitý, bez patologických příměsí. Při horečce jsou patrný krůpěje potu a třesavka.

### **Aktivita a cvičení**

Subjektivně: Nyní se paní MS se cítí slabá, bez energie, často odpočívá. V období remise vzpomíná, že ráda cvičila pilates, jezdila na kole a chodila na procházky. Měla ráda aktivní život. V zimním období ráda jezdila na běžkách. Po onemocnění Crohnovou chorobou uvádí, že spíš sleduje, kde jsou toalety. Někdy mívala pocity únavy a vyčerpání.

Objektivně: Zaujímá úlevovou polohu při bolesti břicha. Je schopná se umýt, vykoupat, obléci se, upravit se, dojít si na toaletu a celkové základní sebek péče. Verbalizuje obavy, že se nebude moci věnovat aktivitám, na které byla zvyklá.

### **Spánek a odpočinek**

Subjektivně: Před operací trpěla paní MS poruchami spánku, usínání a někdy vstávala s pocitem únavy. Spánek většinou zhoršovaly prožívané stresové situace. Nyní paní MS udává, že se budí občas kvůli bolesti v operační ráně, usne po podání analgetik. V nemocnici spí hůře, stěžuje si na ranní buzení. V pooperační péči cítí, že spánek a odpočinek potřebuje ve zvýšené míře.

Objektivně: V noci na požádání při bolesti byla podána analgetika. Ve dne pospává, více odpočívá. Monitorována pro zjištěnou panickou poruchu, zatím v klidové fázi. Někdy je paní MS v mírně rozladěné náladě.

### **Vnímání a poznávání**

Subjektivně: Paní MS chápe vývoj nemoci, měla dostatek informací o Crohnově chorobě, přestože agresivita nemoci nasvědčovala komplikovanému průběhu, o kterém byla od lékaře poučena. Bála se, že k operaci se stomií dojde. Má strach, jak péči o stomii bude zvládat a jak to přijmou její nejbližší a okolí. Bolest vnímá spíše v noci.

Objektivně: Paní MS má potřebu komunikovat a dělit se o své problémy, potřebuje povzbudit. Optimismus paní MS se ztrácí. Chápe danou situaci, ale potřebuje pomoc. Vnímání bolesti lze tlumit analgetiky. Používá brýle na korekci astigmatismu. Stav vědomí je ve všech oblastech plný. Stupeň soběstačnosti v denních činnostech dle Barthela je s lehkým stupněm závislosti. V chování paní MS se projevuje podrážděnost, poruchy pozornosti a soustředění a nervozita.

### **Sebepojetí, sebeúcta**

Subjektivně: V životě je paní MS spíš optimistka, nyní po závažné změně po operaci. Cítí se rozrušená a má obavy z dalšího vývoje nemoci. Chápala nezbytnost operačního řešení i dočasné stomii, ale zatím není schopná změnu akceptovat. Má pocity obav a strachu ze svého vzhledu. Celkově se bojí budoucnosti. Pociťuje úzkost, jak zvládne současnou situaci.

Objektivně: Chování MS je nesoustředěné, nevěří, že dokáže stomii sama ošetřit a dál s ní žít. Je nervózní a plačtivá. Nechce se stomie dotýkat. Oční kontakt udrží. Adaptuje se velmi pomalu.

### **Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Subjektivně: Paní MS se cítí osamělá, zbytečná, neví, jestli se dokáže smířit s tím, že má na břicho stomii, obává se, jak novou situaci přijme přítel a obává se i reakce otce. Vnímá svou současnou situaci jako své selhání v partnerství, nebude přitažlivá a chtěná. Obává se, zda bude moci být matkou.

Objektivně: Vlivem své nemoci paní MS zažívala významné změny ve svých osobních záměrech a sociálních vztazích. Nyní je paní MS uzavřená často do svých myšlenek, bývá smutná. Verbalizuje starost o svůj partnerský život, včetně svých reprodukčních schopností. Veškeré závazky o péči o domácnost převzal partner. Paní MS projevuje nelibost ze své současné situace a obavy z reakcí okolí na stomii.

### **Sexualita, reprodukční schopnost**

Subjektivně: V životě před operací byla spokojená se svým intimním životem. V současné době se cítí nedůstojně a nepřitažlivě jako žena, má obavy, jestli bude „*moci mít děti*“.

Objektivně: menzes od 13 let, porody 0, potraty 0. Do operace pohlavně aktivní, pokud není choroba v relapsu, nebo z důvodů jiné zdravotní indispozice.

### **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Subjektivně: Pacientka je přesvědčená o souvislosti stresu s Crohnovou chorobou, udává, že každá nevyvážená situace se projevila těžkou dysbalancí ve zdravotním stavu. Vnímá souvislost CD se stresem. Nyní pociťuje tenzi a nervozitu ze stomie, strachuje se, zda se jejími obavami zdravotní stav ještě nezhorší.

Objektivně: Paní MS působila během svého dosavadního průběhu onemocnění většinou klidně a vyrovnaně. Prudké životní změny či složité situace, které nedokázala zvládnout, někdy i příliš stresu ve škole, následně v zaměstnání způsobily, že se průběh Crohnovy choroby u paní MS značně komplikoval. Nedokázala již mít stres pod svojí kontrolou a ve vypjatých situacích se projevovala určitá psychická labilita pacientky. Kritický byl zvláště životní úsek s bývalým partnerem paní MS, v té době nedokázala eliminovat stresovou zátěž. Postrádala důvěryhodné a přátelské lidi kolem sebe. Neuměla relaxovat, neměla koníčky, ani neuměla řešit vzniklé problémy. Ve vyhrocených stresových situacích se projevovala panická porucha, kterou většinou doprovázely relapsy.

### **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Subjektivně: Paní MS si myslela, že má pevnou vůli a je informovaná o okolnostech operačního výkonu. Nyní má strach z budoucnosti, neví, jestli se s tím dokáže vyrovnat.

Objektivně: Paní MS není věřící. Své životní hodnoty měla uspořádané, současná situace jí donutila, některé své názory přehodnotit. Zatím je ještě velmi rozrušená z nově vzniklé situace.

### **Jiné**

Subjektivně: Pacientka si uvědomuje, že operace byla nezbytným řešením. Je ráda, že operace proběhla bez dalších komplikací, ale trápí ji, že musí mít kolostomii, nedokáže si přestavit část života s tímto hendikepem.

Objektivně: Paní MS po opakovaném vysvětlení situace a ujištění, že může se stomií téměř normálně žít. Zdůraznění, že se jedná o dočasné řešení, které umožní zhojení postižených částí střeva. U paní MS došlo ke snížení tenze. Byla domluvena návštěva lékaře ohledně dávkování analgetik a stomické sestry.

### **8.3.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

#### **00132      Komfort/akutní bolest související s operačním výkonem projevující se:**

**Subjektivně:** pacientka udává bolest v místě operačního zákroku.

**Objektivně:** pacientka vyhledává úlevovou polohu, je neklidná, v obličeji bolestivá grimasa, měření bolesti dle Melzaca je stupeň číslo 3-4.

**Očekávané výsledky:** pacientka chápe příčiny bolesti, bolest se zmírní do jedné hodiny na stupeň 2.

**Ošetřovatelské intervence:** podej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj fyziologické funkce pacientky, pozoruj vedlejší účinky podaných léků, pomáhej ke snížení bolesti úpravou polohy, zapiš provedené intervence do ošetřovatelské dokumentace.

**Hodnocení:** pacientka je klidnější, bolestivá grimasa v obličeji není patrná, měření bolesti dle Melzaca je na stupni číslo 2.

#### **00044      Bezpečnost/Porušena tkáňová integrita související s operační ránou projevující se:**

**Subjektivně:** udává bolest a pálení v místě operační rány

**Objektivně:** operační rána s vývodem tlustého střeva na povrch kůže v pravé části břicha, 6. den po operačním výkonu, porušení kontinuity kůže

**Očekávané výsledky:** pacientka bude pociťovat bolest na hranici únosnosti, pacientka bude mít kůži dobře prokrvenou a hydratovanou. Pacientka bude mít vhodnou péči si pro dobré hojení operační rány

**Prováděcí intervence:** postupuj přísně asepticky při převazech operační rány, kontroluj hojení rány, přítomnost sekretů, zarudnutí či jiné známky infekce, zajisti odpočinek, dostatečný přísun bílkovin, energie a vitamínů, zapiš provedené intervence do ošetrovatelské dokumentace.

**Hodnocení:** hojení rány per primam, kůže v okolí operační rány bez macerace

**00148 Zvládání zátěže/odolnost vůči stresu, reakce na zvládání zátěže, strach související s vyvedením střeva na povrch těla, projevující se:**

**Subjektivně:** zvýšeným napětím pacientky, nejistota, obavy z používání stomických pomůcek, nedostatek znalostí a informací o stomických pomůčkách

**Objektivně:** snížená sebejistota, nervozita, ustrašený výraz, bledost

**Očekávané výsledky:** zajisti konzultaci se stomickou sestrou, pacientka dokáže zvládat svůj strach pomocí znalostí a informací o stomických pomůčkách, naučí se vhodné techniky zvládání stresu

**Ošetrovatelské intervence:** snaž se eliminovat zdroj strachu, podej dostatek informací, povzbuzuj pacientku, dej prostor pro možné dotazy pacientky, snaž se pacientku odpoutat od stresu vhodnou relaxací

**Hodnocení:** pacientka má dostatek vhodných informací, je schopna si povídat a ptát se na podrobnosti související se stomickými pomůčkami, pocity strachu a napětí jsou sníženy.

**00118 Vnímání sama sebe/tělesný obraz/porušený obraz těla – porušený obraz vnímání sama sebe související se stomií projevující se:**

**Subjektivně:** obavy ze změny postavení ve společnosti, má pocit strachu z používání kolostomických pomůcek.

**Objektivně:** odmítá dotek i pohled na operační místo, neakceptuje stomii na svém těle.



**Očekávané výsledky:** pacientka akceptuje sama sebe v nové situaci, pochopí možnosti života s tělesnými změnami, sníží se strach z používání kolostomických pomůcek

**Ošetrovatelské intervence:** posuď rozsah znalosti problematiky, zhodnoť nebezpečí strachu u pacientky, všímej si emočních změn u pacientky, příznaků smutku či deprese, sleduj interakci mezi pacientkou a jejími blízkými.

**Hodnocení:** pacientka rozumí možnostem života se stomií, pacientka chápe zásady péče o stomii, pocit strachu z používání stomických pomůcek a emoční nestabilita pacientky jsou nižší, pacientka uznává odpovědnost sama za sebe.

### 8.3.3 Edukační plán u pacientky MS

**Účel:** edukace pacientky s kolostomií

**Cíl:** pacientka bude umět slovně popsat postup ošetření stomie

**Pomůcky:** stomické pomůcky, edukační materiály

**Výukové metody:** rozhovor, odpovědi na otázky pacientky, názorná ukázka (vzorky pomůcek), pacientka se naučí odborné dovednosti v ošetřování stomie

Tabulka 1 Edukační plán u pacientky MS

Tabulka: Edukačního plánu pacientky MS				
	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	Pacientka se naučí, prozatím s dopomocí, vyměnit stomický sáček a pečovat o kůži	Seznámím pacientku se zafixováním jednotlivých částí procesu výměny stomického sáčku	5 minut	Pacientka zvládne dopomocí stomický sáček vyměnit, včetně péče o kůži. Cíl splněn.
Afektivní	Pacientka si uvědomí možnosti diskretních pomůcek a typů oblečení. Nabídnu možnost pomoci stoma sestry.	Vysvětlím pacientce, že i se stomickou pomůckou může vést plnohodnotný život	5 minut	Pacientka si uvědomuje řešitelnost situace vyplývající ze stomie, možnosti využití pomůcek, které jí život dokáží výrazně ulehčit. Cíl splněn.

Psycho- motorické	Pacientka bude umět správně připravit podklad a určit a vystříhnout průměr otvoru pro stomický sáček	Seznámím pacientku s možností přízpůsobení sáčku průměru stomie a přípravu podkladu před přiložením	5 minut	Pacientka dokáže vystříhnout správný průměr stomického sáčku, umí odmastit kůži před přiložením sáčku a vyrovnat nerovnosti kůže pastou. Cíl splněn.
----------------------	--	---	---------	--

*zdroj 1: vlastní*

## 9 PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTKY PM

### 9.1 Anamnéza

#### 9.1.1 Osobní údaje

Žena PM, 30 let, vdaná, žije v bytě s manželem, bezdětná, v pubertálním období časté záněty močového měchýře, anginy. V roce 2011 cholecystektomie pro zaklínění kamínku a koliku. Počátky Crohnovy choroby souvisí již s pooperačním obdobím. Diagnostika Crohnovy nemoci potvrzena v 21 letech.

#### 9.1.2 Rodinná anamnéza

Matka 60 let, rozvedená, žije sama v bytě, pracuje jako prodavačka textilu v soukromém obchodě. Trvale se léčí s diabetem mellitem druhého typu. Z důvodu nadváhy a genetických predispozic absolvovala před pěti lety výměnu kyčelního kloubu vpravo, jinak zdráva.

Otec 64 let, rozvedený a opět ženatý, pracuje obchodní zástupce v soukromé firmě, trvale se léčí pro arteriální hypertenzi, ve 42 letech úraz kolene při sportu s následnou operací, jinak zdrav.

Sourozence paní PM nemá.

#### 9.1.3 Farmakologická anamnéza

Asacol 800 mg 2-0-2 tbl., Helicid 40 mg 1-0-0 tbl., Imuran 50 mg 1-1-1 tbl., Duspatalin R 1-0-1 tbl., Remsima dle schématu, Prednison 20 mg 1-0-0 tbl., Maltofer 1-0-0 tbl., Stilnox dle potřeby 0-0-1 při nespavosti

Při terapii panické poruchy: Setralin 200mg 1-0-1 tbl.

#### **9.1.4 Abúzus**

Pacientka PM i přes zákaz příležitostná kuřačka, cigarety dříve kouřila v množství až 12 za den, kávu pije 2krát denně, alkohol nepije, návykové látky neužívá.

#### **9.1.5 Alergie**

Pacientka PM je alergická na peří a kočičí srst.

#### **9.1.6 Gynekologická anamnéza**

Menstruace od 10 let. Porody 0, potraty 0. Hormonální antikoncepci užívala do 22 let, nyní neužívá. Těhotenství by chtěla, ale je nutné vyčkat na období delší remise. Dítě by si velmi přála.

#### **9.1.7 Pracovní a sociální anamnéza**

Pacientka PM studovala Obchodní akademii v Plzni. Po dokončení studia pracovala jako účetní v soukromé firmě. Vzhledem k náročnosti práce, pracovnímu vypětí a také nepříznivým vztahům na pracovišti zažívala paní PM častý stres. Příznivé nebyly ani vztahy v rodině, kde probíhal rozvod rodičů. V té době se vyskytly první příznaky Crohnovy choroby. Následovaly časté dlouhodobé absence v zaměstnání. Po dvou letech dostala paní PM výpověď z pracovního poměru. Několik let byla paní PM vedena na úřadu práce. Paní PM byl přiznán invalidní důchod 3. stupně. V posledním roce byl upraven na stupeň 2. Paní PM zkoušela v tomto roce pracovat z domova na zkrácený pracovní úvazek, kde si může korigovat pracovní tempo i čas strávený prací.

Paní PM je vdaná pět let. Manžel pracuje jako instalatér. Bydlí v domku u manželových rodičů, se kterými vychází celkem dobře. Občasným sporům se nevyhne. Manžel je její velkou oporou. Velmi by si přál mít potomka. Otcí zatím neodpustila, že opustil matku. Matka zasahuje do života PM velkou měrou. Vycházejí spolu velmi dobře, ale ovlivňování paní PM ze strany matky je značné.

#### **9.1.8 Fyzikální vyšetření**

**Aktuální lékařská diagnóza:** Crohnova choroba s vedlejšími projevy choroby

Přidružené diagnózy: Přechodně panická porucha, chronický zánět močového měchýře, bolesti kolen

**Celkový vzhled:** chůze rovná, vzpřímená, působí upraveně, bez pomůcek, dodržuje tělesnou hygienu, pečuje o sebe.

**Dutina ústní, nos, zuby:** sliznice růžové, bez povlaků, zuby v pravidelné péči stomatologa

**Sluch:** slyší bez problémů

**Zrak:** čte bez kompenzačních pomůcek

**Kůže:** barva – růžová s přiměřeným tonem, hydratovaná, dobře prokrvená, více se potí kožní defekty – bez defektů

**Vitální funkce:** TT: 36,4 °C, TK: 134/78 mmHg, P: 78/min., D: 16/min., Hmotnost: 107 kg, výška 176 cm

**Stav vědomí:** plně orientována ve všech oblastech

**Schopnost uchopit předmět rukou:** úchop bez problémů, pevný stisk ruky

**Rozsah pohybu kloubů:** Rozsah kloubů v plném rozsahu, u kolenních kloubů bolestivost

**Tonus svalů:** pevný

**Kompenzační pomůcky:** nepoužívá

**Sebepéče:** nezávislá dle Barthelova testu základních všedních činností

Použité škály: Glasgow coma scale (15 bodů, plně při vědomí), Barthelův test soběstačnosti (100 bodů, nezávislá), Bristolská škála typů stolice (typ III-V), Stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (32 bodů, bez rizika), BMI: 34,5 (obezita I. stupně),

## 9.2 Katamnéza

Paní PM byla léčena několik let pro vleklou dyspepsii dolního typu s průjmy. Od rozvodu rodičů měla zvýšené obavy změny nálad, podrážděnost a smutek. Své emoční propady kompenzovala jídlem. Přinášelo paní PM krátkodobé pocity spokojenosti. K požívání jídla paní PM nevedl hlad, ale stresující situace, úzkosti, neklid, depresivní nálady a rozrušení. Jídlo se pro paní PM stalo možností, jak rychle nabýt pozitivní vjemy, které dlouhodobě neuměla získat z jiných zdrojů. V průběhu času se ovšem jídlo stalo nepříznivým prožitkem. Paní PM zažívala negativní emoce, pocity vlastního selhání, méněcennosti až sebeagrese. Přibírala na váze a získala negativní pocity k vlastnímu tělu. Pro depresivní rozlady paní PM potřebovala péči psychiatra, který diagnostikuje lehkou panickou poruchu. Indikuje užívání Setralinu, která trvá asi rok. Následovala úprava stavu s postupným vysazováním léku. Pravidelné kontroly u psychiatra v následujícím roce.

Paní PM byla odeslána praktickou lékařkou do nemocnice pro intermitentní píchavé až křečovitě bolesti v pravém podžebří s propagací do zad podél žeber. Bolesti souvisely s jídlem, neměly souvislost s defekací či s námahou. Pacientka udávala nechutenství asi dva měsíce s váhovým úbytkem asi dvanáct kilogramů. Někdy udávala průjmovité stolice s obsahem hlenu v intervalech 4-6 stolic denně, občas i v noci. Následovala operace s odnětím žlučníku, které předcházelo vyšetření ERCP ve FN Plzeň odstranění konkrementů (vycestovaly ze žlučníku při kolice) a od sludge (žlučové bláto). Po operaci začaly být potíže s Crohnovou chorobou zřetelnější. Zintenzivnily se počty stolic během dne a přidala se příměs krve a hlenu. Přibližně před sedmi lety měla pacientka opět revizi žlučových cest formou ERCP pro opakované bolesti břicha s propagací v pravém podžebří a elevací jaterních testů.

**Rok 2012** Paní PM byla začátkem roku hospitalizována ve FN Plzeň ve stavu relapsu (15-18 stolic denně s příměsí krve a hlenu, febrilie, bolesti břicha a tenesmy) a následně bylo provedeno CF i EGDS ve FN Plzeň. V colon transversum (příčném tračníku) a sigmoideu byly patrné hlubší hemoragické ulcerace. Histologické vyšetření potvrdilo hypotézu Crohnovy choroby. Lékař indikoval pracovní neschopnost, bezsezbytkovou stravu, léčbu aminosalicyláty, antibiotika, kortikoterapii. Paní PM se v době před relapsem choroby stěhovala s manželem do nového společného bytu. Při kontrole za měsíc mírné zlepšení, čtyři kašovitě stolice denně s příměsí hlenu, mírné tenesmy při defekaci. Pacientce lékař doporučil přidat k léčbě antibiotika. Při kontrole za dva měsíce pacientka oznamuje bolesti kolenních kloubů a subfebrilie. Udává četné vodnaté průjmy a bolesti v levé polovině břicha. Následovala elevace jaterních enzymů. Zhoršení stavu svědčí pro relaps Crohnovy choroby. Doporučená byla úprava léčby, bezsezbytková strava a pracovní neschopnost. Při další kontrole bez zlepšení stavu, ani po navýšení kortikoterapie. Stále se cítí unavená, udává 5-10 vodnatých stolic denně, subfebrilie i bolesti břicha před stolicí. Při kontrole za měsíc bolesti břicha ustoupily, febrilie nejsou, stolice řídká 5-7 za den, přetrvávají bolesti kolen. Ukončení pracovní neschopnosti na žádost pacientky.

Při kontrole pacientka udává bolesti břicha a tenesmy při defekaci. Nárůst počtu stolic se zvýšil na 12-15 za den, fibrilie kolem 38 °C, nutná hospitalizace, infuzní terapie a dále pracovní neschopnost. Byla indikována a provedena CF, na sliznici byly patrné ulcerace nově v tenkém střevě, pokračující i v céku. Výsledky potvrzují protražovaný

relaps Crohnovy choroby. Úprava léčby, doporučena bezsezbytková dieta a sipping. Nadále byla doporučena pracovní neschopnost. Po měsíci stav zlepšen, pacientka byla bez zvýšené tělesné teploty, bez bolestí, bez tenesmů, počet stolic udávala 4-6 za den. Ukončena pracovní neschopnost. Opět lékař pacientce zdůrazňoval zákaz kouření cigaret.

**Rok 2013** Po dvou měsících pacientka přichází s progresí obtíží, febrilie, bolesti břicha s tenesmy, nucení na stolici, vodnaté stolice 10-15 za den. Byla nutná hospitalizace s infuzní terapií, sippingem a bezsezbytkovou dietou. Pacientka hospitalizaci nejprve odmítá, kvůli strachu ze ztráty zaměstnání, ale nakonec, pod tíhou příznaků a argumentů ze strany lékaře i manžela, souhlasí. Odebrána stolice na clostridiový toxin s pozitivním výsledkem. Pacientka byla léčena antibiotiky. Kontrolní vyšetření po léčbě již negativní. Pacientka si stěžovala na bolesti v podbřišku a pálení při močení. Byl diagnostikován a léčen zánět močového měchýře. Trvání pracovní neschopnosti. Pacientka byla stresovaná možnou ztrátou svého pracovního místa. V dosavadní léčbě byla zvýšena dávka Imuranu. Stav se stabilizoval a pacientka trvala na ukončení pracovní neschopnosti.

Při nástupu do zaměstnání byla pacientce podána výpověď z pracovního poměru z důvodu dlouhodobých a častých pracovních neschopností. Paní PM byla zaregistrována na úřadu práce. Pacientka přichází pro rapidní zhoršení zdravotního stavu, byla opět ve stavu relapsu s nutností hospitalizace. Bylo přistoupeno k enterální výživě se sippingem. V kontextu zvýšeného stresového působení dekompenzace panické poruchy, dočasně byla indikována psychiatrem antidepresiva. Bylo doplněno kožní vyšetření pro erytém na předloktí. Byla provedena sigmoideoskopie s výrazným postižením konečníku hlubokými ulceracemi. Zjištěna kortikodependence, léčba ponechána a nově vyzkoušeny lokální kortikoidy. Po dvou týdnech bylo dosaženo úpravy zdravotního stavu nemocné. Paní PM zkoušela několik krátkodobých brigád, kde se setkala s nepříjemnými lidmi a získala negativní zkušenosti. Následovalo opět zhoršení stavu paní PM, bolesti břicha, febrilie nad 38°Celsia, tenesmy 15 stolic denně s krví a hnisem. Bolesti se zduřením v oblasti konečníku se stupňovaly a byl nutný chirurgický výkon pro absces. Pacientka byla převedena na bezsezbytkovou dietu se sippingem a léčena antibiotiky. Stav paní PM se postupně zlepšoval. Osm stolic však paní PM zažívala každodenně.

Lékař, z důvodu vyčerpání všech léčebných možností, požádal o schválení biologické léčby. Paní PM dostala kladné vyjádření od pojišťovny k aplikaci biologické

léčby. Před aplikací biologické léčby paní PM byla vyšetřena na plicní a revmatologické ambulanci pro vyloučení možných kontraindikací léčby.

První aplikace biologické léčby infliximabem působilo na paní PM jako zázrak. Potíže ustaly, mohla jít bez obav na nákup, neprožívala stres z běžné cesty hromadnými dopravními prostředky. Při další kontrole byla paní PM příjemně naladěná a nadšená z účinků biologické léčby, bolesti břicha neudávala, byla afebrilní, pominuly bolesti kloubů kolen, erytém na předloktí se minimalizoval, počet stolic 2-3 denně bez příměsí. Proběhlo několik sérií úspěšného podání biologické léčby. Po půl roce však paní PM přichází pro zhoršení stavu, zvýšení frekvence stolic s příměsí hlenu na 10-12 za den, subfebrilie a bolesti kloubů. Léčba byla upravena. V posledních dvou týdnech před další aplikací infliximabu nastalo zhoršení potíží. Paní PM udávala opět krvavé průjmy 6-10 za den, subfebrilie a bolesti břicha.

**Rok 2014** Lékař poslal novou žádost pro příslušnou pojišťovnu o schválení léčby pro paní PM v intenzifikovaném režimu s kladným rozhodnutím. Pacientka udávala i horší usínání, byl doporučen Stilnox na noc. Paní PM byla trvale hlášena na pracovním úřadě. Aplikace další biologické terapie byla naplánována již ve zkráceném režimu po šesti týdnech. Paní PM toleruje léčbu infliximabem, stav se opět výrazně zlepšil. Paní PM byla v remisi. Po domluvě napsal lékař paní PM žádost o invalidní důchod. Po několika měsících přezkoumávání a dokládání závažnosti zdravotního stavu paní PM byl přiznán invalidní důchod třetího stupně. Při kontrole za tři měsíce si paní PM stěžovala na bolest v krku a febrilie, lékař indikoval antibiotika, léčbu anginy zkomplikoval zánět močového měchýře. Nastalo zhoršení stavu, stolice opět 10-12 denně s krví, občas i enterorhagie, bolesti břicha, febrilní. Po doléčení infektů nutné užívání probiotik k doplnění mikroflóry ve střevě. Stav pacientky se stabilizoval. Biologická léčba byla podána, proběhla s dobrým efektem. Při další laboratorní kontrole došlo k poklesu hladiny železa.

**Rok 2015** Lékař přidal k terapii Maltofer, hladina železa se při kontrolním odběru krve za tři měsíce normalizovala. Po čtyřech měsících pacientka udávala opět bolesti v oblasti močového měchýře. Lékař indikoval antibiotika, po léčbě byla paní PM bez potíží. Pacientce byla doporučena probiotika a Duspatalin pro meteorismus. Za dva měsíce pacientka přichází mimo plán uplakaná, vystrašená ve špatném psychickém stavu s velkými bolestmi břicha, stolice 15-18 za den s krví a hnisem, teploty nad 38 °C, pro relaps nutná hospitalizace. Paní PM uvedla, že jí zemřel dědeček, ke kterému měla

velmi silný vztah. Smrt blízké osoby velmi zhoršila stav paní PM. Byla nutná psychiatrická intervence a hospitalizace pacientky. Bylo provedeno CF s nálezem hlubokých krvácejících a hnisajících ulcerací. Lékařem byla indikována pouze parenterální výživa a sipping. Po dvou měsících bylo patrné postupné upravování zdravotního i psychického stavu paní PM. Intervaly podání biologické léčby byly zachovány i při hospitalizaci nemocné. Léčba pokračuje v daných intervalech dle zvoleného schématu. Paní PM se cítí dobře, stolice 2-3 za den, byla afebrilní, bez bolestí břicha i kloubů. Kontrolní rektoskopie je s příznivým výsledkem. Histologické vyšetření potvrzuje nízkou aktivitu Crohnovy choroby.

**Rok 2016** Náhlé zhoršení zdravotního stavu. Paní PM přišla pro bolesti v pravém podžebří a všimla si změny barvy a charakteru stolice, která byla acholická a moč tmavá. Při vyšetření bylo zjištěno i žlutavé bělmo očí paní PM a elevace jaterních enzymů. Paní PM udávala i horečku. Paní PM byla přijata k hospitalizaci k zajištění hydratace a revizi žlučových cest. Na ERCP vyšetření byla zjištěna stenóza a lithiáza nad Oddiho svěračem, kamínky extrahovány a zaveden stent. Byla zahájena antibiotická léčba. Stav paní PM se pomalu zlepšoval. Kostní denzitometrie byla v mezích normy. Invalidní důchod paní PM byl přezkoumán a vzhledem k jistému zlepšení Crohnovy nemoci, byl upraven na stupeň 2. Paní PM si do budoucna zkusí zajistit práci z domova na zkrácený pracovní úvazek. Domnívá se, že psychické vypětí nebude tak velké.

Po třech měsících od propuštění z hospitalizace pacientka přichází k vynětí stentu ze žlučových cest ve zhoršeném stavu ve smutné náladě. Paní PM udávala mírné febrilie do 38 °C. Relaps choroby přivedla zřejmě touha po miminku. Pacientka již několikrát apelovala na lékaře s přáním, zda by se manželem mohli pokusit o početí dítěte. Zatím lékař nebyl nakloněn, kvůli častým relapsům Crohnovy choroby. Nyní pacientka febrilní, s bolestmi břicha a nauzeou, stolice udávala 10-15 za den s krví. Léčba byla upravena a stav pacientky se zlepšil. Lékař opět těhotenství nedoporučil. Lékař se snažil pacientku uklidnit a znovu vysvětlit závažnost stavu.

Po měsíci přišla pacientka na kontrolu v dobré náladě, získala práci z domova a mohla si sama určovat své pracovní tempo a nemusí absolvovat cesty do práce a zpět. Přestože se paní PM musela zaučit v nové práci a upravit k práci doma i prostředí v bytu, počet stolic byl v téměř normálních počtech kolem 3-5 denně (u pacientů s CD). U paní PM se neprojevil větší potíže. Biologická léčba byla aplikována ve vyhovujícím



intenzifikovaném režimu, přesto se u paní PM začaly mírně zhoršovat potíže v posledním týdnu před plánovanou aplikací. Paní PM byla s takto nastavenou léčbou spokojená.

### **9.3 Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb podle ošetřovatelského modelu M. Gordonové**

#### **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Subjektivně: Paní PM se v současné době cítí dobře. Se svou nemocí je smířena. Příčinu onemocnění Crohnovou chorobou vidí ve své emoční nevyrovnanosti po rozvodu rodičů. Cítila, že „se s ní něco stalo“. Hodně ji trápily absence v zaměstnání. Prožívala to velmi výrazně. Po výpovědi ze zaměstnání, nastalo velmi svízelné období. Paní PM si nevěřila, cítila se zbytečná a nepotřebná. Následovalo přidělení invalidního důchodu, který i když byl trochu zadostiučiněním na potíže paní PM, jí příliš k psychickému vyrovnání nepomohl. Nyní se podřizuje doporučení lékaře.

Objektivně: emoční nestabilita a stres paní PM téměř okamžitě vyvolávají zhoršení příznaků Crohnovy choroby. Dodržuje doporučení lékaře, chce spolupracovat. Prožívá stres i při cestách do nemocnice, při jakékoliv změně denního režimu. Prozkoumanou přítomnost WC při jakékoli cestě považuje za nezbytnost. Verbalizuje, že „s trochou vůle a s léky se s CD dá žít průměrně“.

#### **Výživa a metabolismus**

Subjektivně: Chuť k jídlu udává dobrou. Udává změny chuti k jídlu a změny v příjmu potravy. Polykací potíže nemá. Uvádí, že své zvyklosti v příjmu potravy musela v minulosti konzultovat s psychiatrem, nyní již potíže nemá. Uvádí, že se snaží příjem potravy korigovat, ale pak nastane relaps choroby a dietní opatření jsou jiná. Hmotnost nepovažuje za stabilní.

Objektivně: Příjem potravy u paní PM je závislý na aktivitě nemoci. V období remise dodržuje racionální dietu s omezením potravin, které opakovaně zhoršují potíže. V období relapsu udává, že toleruje jen tekutiny, sipping a bezezbytkovou stravu. Dlouhodobě zaznamenává výkyvy v hmotnosti. BMI v lehkém riziku obezity.

## **Vylučování**

Subjektivně: Potíže při močení paní PM neudává. V minulosti však udává časté záněty močového měchýře a močových cest. Uvádí, že na průjmy provázející Crohnovu chorobu si téměř zvykla, frekvence nad 6-8 ji už přivádí k lékaři. Potí se spíše více.

Objektivně: Močení normální. Zánětlivé příznaky onemocnění močových cest rozpozná sama a rychle vyhledá lékařskou pomoc. Počet stolic je závislý na stavu choroby. Frekvence stolic je velmi rozdílná podle období Crohnovy nemoci, ve kterém se paní PM nachází. Vzhled stolice má vodnatý až kašovitý. Barva je hnědá, charakteristický zápach a v období relapsů je ve stolici patrná přítomnost nestrávených zbytků. Při horečce se zvýšeně potí.

## **Aktivita a cvičení**

Subjektivně: Paní PM nepocituje příliš potřebu pohybu, toleruje krátké procházky s manželem, kde se již projevuje obava, jestli je poblíž WC. Volí raději pasivní odpočinek. Uvádá, že má dostatek energie pro běžný život.

Objektivně: Pravidelně necvičí, pohyb kompenzuje krátkými procházkami, soběstačnost se mění podle střídání relapsů a remisí Crohnovy nemoci. Cestování i krátké procházky v cizím prostředí u paní PM vyvolává náznaky paniky.

## **Spánek a odpočinek**

Subjektivně: Paní PM udává, že spí dobře. Když se nahromadí více problémů, nemůže usnout a ráno je vyčerpaná a unavená. Pokud je vše v pořádku, tak se ráno se cítí odpočatá.

Objektivně: Spánek je celistvý, v noci se paní PM nebudí. Při stresu, či psychické nerovnováze se spánek zhoršuje. Občas užívá léky na spaní.

## **Vnímání a poznávání**

Subjektivně: Paní PM vnímá různorodost a nevypočitatelnost Crohnovy Choroby, uvádí, že s neustálou zdravotní nestabilitou a životní nejistotou není snadné žít. Uznává, že to musí být těžké i pro manžela a je ráda, že má jeho stálou podporu i v těžkých fázích nemoci. Pozoruje horší schopnost soustředění, výbavnosti vědomostí a vzpomínek. Bolesti

mívá jen v období relapsu. Snaží se již netrápit méně důležitými věcmi. Paní PM někdy CD zhoršuje možnost realizovat své zájmy. Někdy pocíťuje únavu a vyčerpanost.

Objektivně: Zrak, sluch a další smyslové vnímání v normě. Je plně orientována v čase i prostoru. Paní PM je dostatečně informovaná o Crohnově chorobě. Mívá poruchy pozornosti a sleduje zvýšenou podrážděnost. Udává, že vlivem CD zažila významné změny ve svých osobních plánech i vztazích.

### **Sebepojetí, sebeúcta**

Subjektivně: Sama sebe paní PM vnímá jako trochu myšlenkově těžkopádnou a lehce psychicky labilní osobnost. Trápí jí problémy s kolísáním hmotnosti. S užíváním léků se hmotnost paní PM také zvýšila, styděla se za sebe. Změna vzhledu způsobuje u paní PM ztrátu sebedůvěry a sebevědomí. Ztráta zaměstnání paní PM sebevědomí ještě snížila. Cítí se omezovaná v tom, že nemůže „dělat co by chtěla“.

Objektivně: Paní PM působí na první pohled sebejistě a odtažitě, ale je to jen přetvářka. Nechce, aby lidé viděli, jak o sobě pochybuje. Tělesný vzhled je pro paní PM velmi důležitý, ale není schopna dosáhnout cílených výsledků. Užívání léků (Prednison) problémy s hmotností ještě vystupňovaly. Absence v zaměstnání a následná ztráta zaměstnání působily na paní PM negativně. Přiznání invalidního důchodu paní PM v poměrně mladém věku také psychicky zatížilo.

### **Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Subjektivně: S manželem se paní PM cítí v bezpečí a klidná, pomáhá jí zvládnout těžké zdravotní situace. Bydlení s rodinou manžela uvádí jako zvladatelné, ale konfliktům se nedalo vyhnout, byli někdy názorově rozdílní. Je ráda, že nyní již bydlí samostatně. Přátel mnoho nemá. Ve svém životě vidí jako prioritu být matkou a starat se o miminko.

Objektivně: Paní PM žije s manželem již pět let. Za úspěch považuje odstěhování od manželových rodičů. Samostatné bydlení bylo přínosem pro oba partnery. Vztah paní PM s manželem je plný podpory a sounáležitosti. Podporuje ji i ve snaze zkorigovat hmotnost. Velmi špatně nesla úmrtí dědečka na klostridiovou infekci.

## **Sexualita, reprodukční schopnost**

Subjektivně: neudává žádné obtíže ani problémy v sexuálním životě, v partnerství je spokojená a stálá, neuvádí onemocnění pohlavních orgánů, jejím přáním je dlouhodobá remise a možnost mateřství. Trápí ji, že z důvodu nemoci nemohla mít zatím žádné dítě.

Objektivně: menzes od 11 let, porody 0, potraty 0. na gynekologické prohlídce chodí pravidelně, jsou bez patologických nálezů. Antikoncepci neužívá, protože by nebyla vhodná při současné léčbě.

## **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Subjektivně: Paní PM udává, že její život je „jako na houpačce“, vzhledem ke kolísání aktivity choroby. Remise nemoci přináší zlepšení celkového stavu. Může si dovolit jít na krátkou procházku, věnovat se činnostem, které má ráda. Při relapsu choroby se cítí velmi vyčerpaná, zničená a zbytečná. Uvádí, že opakované hospitalizace na ni také nepůsobí dobře. Přináší jí trápení všechny události, které vybočují z jejího normálního života. Vztahové neshody říká, že řešit našťestí nemusí, ale při pobytu u manžellových rodičů se názorovým střetům nedalo vyhnout. Uvádá, že při cestě do práce a zpět měla zmapované všechny toalety po cestě, působilo na ní stresově, že nutkání na stoličce může přijít kdykoli a není moc času na řešení této neodkladné situace.

Objektivně: Na stresové situace a různé problémy reaguje paní PM téměř okamžitě. Nastává zhoršení zdravotního stavu, bolesti břicha, nárůst počtu stolic, někdy i horečka a další projevy Crohnovy nemoci. I když už je na podobné situace připravená, jsou situace, které ji i tak překvapí. Nejvíce ji omezuje nevypočitatelnost potřeby WC. Trasy kudy chodí na procházky, má zmapované, kde není dostupná toaleta, po cestě raději nechodí. Podobný problém zažívá při cestování, není možné ji přesvědčit k delší cestě nebo výletu. Vždy si předem musí ověřit dostupnost WC v autobuse, pokud není, výlet odmítá. Oporou v jejím životě je její manžel. Vzhledem k úpornosti choroby paní PM o dost přátel přišla. Nesnášela rady přátel typu „*musíš si nechat předepsat jiný prášky*“, nebo „*nenech se tím tak pohlcovat, když na to nebudeš tak myslet, samo se to ztratí*“, nebo „*moje teta má asi samé a může chodit do práce, tak nevím, na co si hraješ*“. Uvádá, že jí zůstala vlastně jen rodina manžel a jedna kamarádka, která ale bydlí v Praze. Z takového vývoje a vlastně skončení skoro všech přátelských vztahů jí bylo také smutno. Rozvod rodičů paní PM nesla těžce a dodnes je z jejich rozchodu zarmoucená. Za matkou může přijít kdykoliv

potřebuje (necítí se ovlivňovaná), ale za otcem chodí zřídka. Velmi si váží podpory svého manžela.

### **Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Subjektivně: Paní PM je ateistka, i když někdy má pocit, že něco mezi nebem a zemí musí existovat. Dlouhá léta měla touhu zbavit se Crohnovy choroby, chtěla mít zase normální život. Pak dospěla ke zjištění, že smíření je jediné vysvobození.

Objektivně: Paní PM není úplně optimistka, ale snaží se brát život jaký je. Její velkou oporou je manžel. Cítí se zranitelná a slabá, když je nemoc v aktivní fázi. Ve zvládnání nemoci jí pomáhá dobré rodinné zázemí. Důvěru vkládá sama v sebe. Udává, že důvěřuje i lékaři a medikaci, kterou doporučuje. Příznivý vliv terapie zaznamenala zejména od aplikace biologické léčby.

### **Jiné**

Subjektivně: Paní PM působí sebevědomým dojmem, ale není tomu tak vždy. Je to citlivá žena, která si nechává kolem sebe zeď, protože je si vědoma své zranitelnosti.

Objektivně: Paní PM sepsala vlastní škálu dělení stolice. Nevěděla, že taková pomůcka již existuje a potřebovala si sama poradit s tím, že se konzistence a frekvence stolic velmi často mění. Sestavila z vlastních zkušeností mnohem podrobnější rozdělení, než je Bristolská škála.

## **9.4 Ošetřovatelský proces**

### **9.4.1 Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

**00028 Výživa, hydratace/riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti se silnými opakujícími se průjmy projevující se:**

**Subjektivně:** pocit sucha v ústech, únava

**Objektivně:** oschlý jazyk, malátnost, nízký kožní turgor

**Očekávané výsledky:** pacientka zná důvod deficitu tekutin, umí vyhodnotit svá momentální rizika deficitu tekutin, sama se zapojí do sledování příjmu tekutin

**Prováděcí intervence:** Sleduj ztráty tekutin monitorováním počtu průjmových stolic, zajisti dostupnost vhodných tekutin a pouč pacientku, sleduj stav kůže a sliznic

**Hodnocení:** pacientka umí zhodnotit ztráty tekutin, dokáže vzniklé ztráty tekutin kompenzovat, umí vyhodnotit rizika dehydratace

**00013 Vylučování a výměna/průjem související s relapsem Crohnovy choroby projevující se:**

**Subjektivně:** bolesti a křečemi v břiše, tenesmy, nechutenství

**Objektivně:** řídké až vodové stolice častější než třikrát za den, slyšitelné střevní zvuky, neformovaná stolice

**Očekávané výsledky:** pacientka bude znát důvod průjmu související s onemocněním. Pacientka bude mít frekvenci vyprazdňování do pěti stolic denně. Pacientka nebude mít bolesti břicha a tenesmy. Pacientka nebude mít podrážděnou perianální kůži. Zlepší se chuť k jídlu.

**Prováděcí intervence:** zajisti úpravu diety na šetřící bezzbytkovou, kontroluj a podávej dostatečné množství tekutin, věnuj pozornost přidruženým projevům (například zvýšená tělesná teplota, poruchy emočního stavu, zvýšené stresové působení). Zajisti dostatečný perorální, enterální či parenterální příjem tekutin. Podej léky dle indikace lékaře. Zajisti péči v perianální oblasti. Zajisti dostatek soukromí, psychicky podporuj pacientku. Dodej potraviny zajišťující správné složení střevní mikroflóry. Proved' zápis intervencí do ošetrovatelské dokumentace.

**Hodnocení:** pacientka zná okolnosti důvodu průjmu, předchází mu stresové působení. Průjmové stolice se postupně upravují na 5-6 za den. Pacientka nemá bolesti břicha a křeče. Okolí konečníku je klidné bez podráždění a začervenání. Pacientka má chuť k jídlu.

**00133 Komfort/chronická bolest související s opakovanými průjmy a autoimunitním zánětem střeva projevující se:**

**Subjektivně:** obavy z opakování obtíží, únava, nechutenství, změny ve spánku

**Objektivně:** podrážděnost, výraz v obličeji, otažitost, neklidné chování, depresivní rozlady

**Očekávané výsledky:** Pacientka vyjádří úlevu (verbálně či neverbálně), pacientka využívá možnosti léčby. Zlepší se spánek pacientky. Stoupne kvalita života pacientky. Rodina si osvojí možnosti zvládání bolesti a spolupracuje.

**Prováděcí intervence:** posuď bolest a zjisti její projevy, zjisti možné příčiny bolesti v oblasti patofyziologické a psychologické, počítej s věkem a pohlavím pacientky, posuď chování pacienta a jeho adaptační schopnosti, zkus navrhnout nefarmakologické možnosti tlumení bolesti. Proved' zápis intervencí do ošetrovatelské dokumentace.

**Hodnocení:** Pacientka má alespoň částečnou úlevu od chronických bolestí. Spánek pacientky je klidný, bez přerušování. Pacientka je schopná vést klidnější a spokojenější život. Rodinní příslušníci znají metody tlumení bolesti farmakologické i nefarmakologické.

**00007 Bezpečnost/ochrana, termoregulace, hypertermie související s přemrštěnou odpovědí organismu na autoimunní zánět projevující se:**

**Subjektivně:** bolest hlavy, únava, malátnost, pocity horka, zimnice

**Objektivně:** tělesná teplota naměřena nad 37 °C, zčervenání kůže, teplá kůže na dotek, třesavka, zvýšení dechové a tepové frekvence

**Očekávané výsledky:** pacientka bude mít tělesnou teplotu v mezích normy, bude stanovena příčina zvýšené teploty, předejde se komplikacím (poškození mozku, ledvin), nedojde u pacientky ke křečím

**Prováděcí intervence:** zjistí příčinu hypertermie, monitoruj tělesnou teplotu, tepovou frekvenci a dýchání pacientky, pozoruj příjem a výdej tekutin, všímej si pocení pacientky, podávej antipyretika dle ordinace lékaře, dbej na klid na lůžku u pacientky. Proveď zápis intervencí do ošetrovatelské dokumentace.

**Hodnocení:** pacientka má tělesnou teplotu pod 37 °C, u pacientky nedošlo k nežádoucím komplikacím, včasnou a dostatečnou terapií se zabránilo křečím. Byla zjištěna příčina zvýšené tělesné teploty.

#### 9.4.2 Edukační plán u pacientky PM

**Účel:** edukace pacientky s Crohnovou chorobou

**Cíl:** pacientka si doplní deficit vědomostí o Crohnově chorobě v těhotenství

**Pomůcky:** edukační materiály, obrázky

**Výukové metody:** rozhovor, odpovědi na otázky pacientky, příklady z praxe

Tabulka 2 Edukační plán pacientky PM

Tabulka: Edukační plánu pacientky PM				
	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	Pacientka zná komplikace, které mohou nastat při otěhotnění při silné aktivitě CD	Pacientce bude seznámena s pozitivními i negativními příklady z praxe. Budou zdůrazněny možné komplikace.	10 minut	Pacientka pochopí nebezpečí komplikací při otěhotnění v relapsu choroby. Cíl splněn.

Afektivní	Pacientka si uvědomí možnosti plánování případného těhotenství manželem.	Bude vysvětleno pacientce, že je potřebná tolerance a komunikace o budoucím těhotenství s manželem.	10 minut	Pacientka si uvědomí, že není vhodné uspěchat těhotenství. Cíl splněn částečně.
Afektivní	Pacientka se seznámí s pozitivními příklady pro početí z praxe.	Seznámím pacientku pozitivním přínosem správně načasovaného těhotenství pro ni i pro dítě.	15 minut	Pacientka chápe důležitost správného načasování těhotenství při CD. Cíl splněn.

*zdroj 2 vlastní*

## 10 DISKUZE

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo analyzovat možnosti zmírnění vlivu stresu na pacienta s Crohnovou chorobou. V praktické části byly pro podrobnější rozbor zpracovány dvě případové studie u pacientek ve věku mladé dospělosti. Obě respondentky jsou léčeny na Crohnovu chorobu s těžkým a komplikovaným průběhem a poznaly souvislosti stresového působení s průběhem Crohnovy choroby. První respondentka je jednatřicetiletá paní MS, druhou respondentkou je třicetiletá paní PM. K analýze případové studie mi pomohly dílčí cíle.

Prvním dílčím cílem bylo zadat respondentkám dotazník PSS na zjištění úrovně stresu zpětně v období jednoho měsíce. Respondentky vyplnily první část dotazníku č. 1, která se zaměřila na zjištění úrovně stresu v běžném životě a následně druhou část dotazníku, která se soustředí na oblast pracovního stresu. Obě části dotazníku PSS byly vyhodnoceny a byla zjištěna úroveň životního i pracovního stresu u obou respondentek. Data jsou zaznamenána v tabulce 3. Respondentka MS v dotazníku č. 1 PSS (období za poslední měsíc) vykazovala v hodnocení upozornění na nutnost zvolnění a v oblasti pracovního stresu dostala téměř výstrahu, kdy už je nutné se zamyslet nad svým způsobem organizace práce. Respondentka PM měla v oblasti životního stresu téměř stejné bodové ohodnocení jako respondentka MS, také obdržela hodnocení s nutností zvolnění a potřeby změny životního stylu. Oblast pracovního stresu u respondentky PM byla ohledně stresové zátěže hodnocena mírněji, protože pracovala v té době jen jako brigádnice na úvazek do 20 hodin týdně ke svému invalidnímu důchodu.



Tabulka 3 Vyhodnocení dotazníku č.1 PSS 12/2016

9.12.2016	Stav životního stresu	Stav pracovního stresu
Paní MS (27/31 bodů)	„Pozor zvolněte! Tento měsíc byl náročný na zátěžové situace, ne vždy jste obstála. Vyčerpáváte rezervy.“	„V tomto měsíci jste byla opravdu stresovaná. Zamyslete se nad uvedenými otázkami a zkuste za tři měsíce získat lepší hodnocení“
Paní PM (26/20 bodů)	„Pozor zvolněte! Tento měsíc byl náročný na zátěžové situace, ne vždy jste obstála. Vyčerpáváte rezervy.“	Máte ještě dostatečné rezervy pro budoucí zvládnání stresových situací na vašem pracovišti

*zdroj 3 vlastní*

Ve druhém dílčím cíli bylo navrženo cílené využívání relaxačních intervencí. Byl sestaven desetibodový program relaxačních intervencí, který byl v počátku výzkumného šetření po edukaci předán oběma respondentkám. Respondentkám bylo doporučeno sestaveným programem se řídit. Vyhledat si v programu body, které jsou přijatelné a zkusit je pravidelně nejméně dvakrát denně (dle aktuálního zdravotního stavu) dodržovat.

Všeobecná doporučení: pacientky dokáží rozlišovat podstatné problémy, mít dostatek odpočinku a spánku, pečovat o partnerský život, efektivně a realisticky plánovat své aktivity, snažit se vzniklé problémy řešit včas (neoddalovat), snažte se vyhnout stereotypu, předcházet vzniku stresu, připustit stresovou situaci, udělejte si na sebe čas, sdílejte radost

#### **Relaxační intervence eliminující stres:**

- 1.Použijte Jakobsonovu relaxační techniku 3krát týdně (progresivní svalová relaxace)
- 2.Mluvte o svých problémech, konverzujte s ostatními
- 3.Dostatečně odpočívejte a spěte, naučte se „vypnout“
- 4.Jděte do kina, do divadla na koncert, poslouchajte oblíbenou hudbu
- 5.Udržujte přátelství a rodinné vztahy
- 6.Udělejte si malou radost (kupte si maličkost pro radost, oblečení, šperk, kosmetiku)

7. Dopřejte si pravidelný pohyb (podle stavu – lehké cvičení, procházka, plavání, kolo, běžky, sjezdové lyže)
8. Nezapomínejte na humor a nadhled
9. Zkuste psaní literatury- svůj blog, deník, články
10. Vyzkoušejte kreativní činnosti (malování, kresba, modelování, omalovánky pro dospělé, destrukční deník)

Obě respondentky byly v začátku výzkumného šetření překvapené jednoduchostí navržených opatření. Dodržování jednotlivých opatření respondentky uskutečnily, ale plnění respondentkám připadalo náročnější.

V třetím dílčím cíli bylo vytvoření jednotlivých kazuistik u respondentek MS a PM. V počátku ledna 2017 došlo ke zpracování kazuistik u obou vybraných respondentek. V této části diskuze bych se chtěla věnovat celkovému shrnutí a porovnání kazuistik vybraných respondentek. Oba zkoumané případy probíhají u pacientek s komplikacemi a podstatnými reakcemi na stresové faktory.

Paní MS zažila velmi mnoho stresu v dramatickém vztahu s velmi obtížným rozchodem na počátku onemocnění Crohnovou chorobou. Následovaly stresové zážitky spojené se studiem, hlavně při zkouškových obdobích na vysoké škole. Nedobrovolné ukončení studia způsobilo značné stresové zatížení respondentky s následným relapsem choroby. Nástup do zaměstnání, zaučování se v profesi, noví spolupracovníci i požadavky zaměstnavatele se v kontextu s působením nemoci projeví dalším zhoršením CD. Snaha o správné fungování a co nejlepší plnění zadaných povinností působilo zcela opačně. Zhoršení choroby zavinilo opakované absence paní MS a další stres, který následoval ve formě výpovědi z pracovního poměru, stav choroby stále zhoršoval. Po nastavení příslušné léčby se zdravotní stav paní MS stabilizoval. Nedokázala však dlouho přijmout nezvratná fakta o nevléčitelnosti choroby a zhoršení po vysazení léčby bylo nezbytné řešit hospitalizací. Komplikace v léčbě způsobovaly časté intolerance podaných léků i mimostřevní projevy CD (osteopenie, kloubní záněty, nedostatek Fe, změny vzhledu, únava). Na psychickém stavu bylo patrné každé životní zakolísání, které se pak následně zobrazilo na průběhu choroby.

Nová práce a stěhování do jiného města bylo spojeno s novým očekáváním, s novými příležitostmi, ale i s novými starostmi o nové bydlení. Výhodou byla počáteční tolerance k CD u zaměstnavatele paní MS. Respondentce neprospívalo kolísání hmotnosti, které bylo často na hranici podvýživy. Na psychický stav respondentky MS působilo i střídání domácího ošetřování s častými hospitalizacemi respondentky, které bylo spojené se snížením sociálních kontaktů. Respondentka MS se obtížně aklimatizovala na změny, které sebou CD přinášela. Své potíže spíše bagatelizovala. Stalo se, že přerušila léčebný režim, nebo se uchylovala k přírodním metodám. Zlepšení v osobním životě se projevilo i zmírněním příznaků choroby. Infekci klostridiového toxinu se podařilo ukončit transplantací stolice. Po krátkém zlepšení stavu došlo vlivem zhoršené situace v zaměstnání a neshodám s otcem k silnému relapsu CD, který skončil operačním zákrokem s výslednou dočasnou kolostomií.

V porovnání s respondentkou MS byla respondentka PM klidnější a vyrovnanější v osobním vztahu. Řešit musela občasná konflikty s manželovými rodiči. Trápí ji rozvod rodičů, kdy neodpustila otcí odchod od matky a vznik nové rodiny. V zaměstnání se zdravotní potíže respondentky PM staly nepřiměřené pro zaměstnavatele i neúnosné pro zdravotní stav respondentky. Psychický tlak ze zaměstnání byl velký a respondentka PM nebyla schopna práci vykonávat, ani se do práce dopravit. Situaci byla nucena řešit žádostí o invalidní důchod, který jí byl přiznán. Své změny nálad v počátku onemocnění vygradovaly až v poruchy příjmu potravy. Obě respondentky spojují časově omezené psychické problémy, které skončily v péči psychiatra. Paní PM nemá problémy s podvýživou jako paní MS, ale naopak s nadváhou, trápí se i svým vzhledem. Otázky kolem CD začaly u paní PM již při žlučových kolikách. Velké množství průjmovitých stolic, invalidní důchod a strach z nástrah jakékoli cesty ji téměř izolovaly od vnějšího prostředí. Na zhoršenou psychickou pohodu paní PM téměř bezprostředně navazovaly příznaky relapsu CD.

Stresová zátěž byla u paní PM i u paní MS srovnatelná. Projevovaly se v úzké vazbě na vztahy v rodině, se zaměstnavatelem, obavy z častých pracovních neschopností, u paní PM navíc ještě stres z invalidního důchodu a zjištění, že se nemůže zapojit do normálního pracovního procesu. U obou respondentek došlo k podávání biologické léčby s alespoň dočasně dobrým efektem. Obě respondentky měli komplikovaný průběh

choroby s bolestmi, únavou, častými teplotami, změnami v léčbě a častou léčbou antibiotiky. Obě respondentky potřebovaly značnou psychickou podporu z okolí (z domova i od zdravotníků). Často byly na pokraji sil v boji s chronickou nemocí, které se vyznačovalo změnami nálad, ale i změnami rolí respondentek. U respondentky PM je patrná touha po miminku, kterou umocňuje i přání jejího manžela. U paní MS se stav vyostřil při zjištění stenóz v tračniku a indikovaným operačním výkonem. Novou situaci paní MS zvládala pomalu a s obtížemi.

Po uplynutí období tří měsíců byly obě respondentky podrobeny totožnému dotazníku č. 2 PSS. S napětím bylo očekáváno, zda budou mít pečlivě zadané relaxační intervence u respondentek žádoucí výsledek. Opět byly respondentkám předány k vyplnění obě části dotazníku č. 2 PSS, byly vyhodnoceny a znovu byla zjištěna úroveň životního i pracovního stresu u obou respondentek (tabulka č.4).

*Tabulka 4 Vyhodnocení dotazníku č. 2 PSS 3/2017*

9.3.2017	Stav životního stresu	Stav pracovního stresu
Paní MS (8/13 bodů)	Výborně jste zvládla stres, který se vyskytl ve vašem životě	Máte ještě dostatečné rezervy pro budoucí zvládání stresových situací na vašem pracovišti
Paní PM (6/11 bodů)	Výborně jste zvládla stres, který se vyskytl ve vašem životě	Máte ještě dostatečné rezervy pro budoucí zvládání stresových situací na vašem pracovišti

*zdroj 4 vlastní*

Obě části dotazníku č.2 PSS byly vyhodnoceny a byla zjištěna výrazně nižší hladina životního i pracovního stresu u obou respondentek.

Ovlivnění života respondentek s CD v oblasti pracovní je na základě zjištěných informací z provedeného výzkumného šetření dokazatelné. Paní MS lituje, že vlivem častým relapsům CD nemohla dostudovat. Stresově působí na respondentky již strach z cesty do práce, dále pracovní přetížení, neschopnost plnit zadané úkoly, interpersonální

problémy, únava a nesoustředění z důvodu bolesti. Nároky zaměstnavatelů jsou vysoké, vyžadují plnění zadaných úkolů a soustředění na práci. Většinou nejsou zohledněny individuální potřeby zaměstnanců. Paní MS se podařilo navázat s plzeňským zaměstnavatelem užší vztah, dokázal částečně respektovat absence a častá kontrolní vyšetření v nemocnici. Invalidní důchod u respondentky PM sice působí na první pohled jako odbourání problému s pracovním stresem, ale uplatňuje se stresové působení v oblasti sníženého sebehodnocení a oslabení sebedůvěry. Způsob, který můžeme označit za částečné řešení a velký ústupek ze strany zaměstnavatele je možnost práce z domova. Respondentce odpadá obávaná cesta do zaměstnání, nemusí řešit konflikty na pracovišti, ale ocitají se v sociální izolaci, která postupem času může vyvolávat stres z dlouhodobého neuspokojování potřeb.

Ovlivnění života respondentek v oblasti vztahů je výzkumným šetřením na základě zjištěných materiálů potvrzené. Vztahy v rodině i v partnerství jsou silným zdrojem emoční nerovnováhy, která stres vyvolává. U respondentky MS byly konflikty s partnerem zřejmě i jedním ze spouštěcích mechanismů CD. Psychickou pohodu ovlivňují i vztahy v úzké rodině jedince. Je patrný nesoulad s otcem u respondentky MS, který svým zaměřením není schopen tolerovat práci ani nemoc respondentky. Problém v rodinných vztazích je patrný i u respondentky PM, který začal již rozvodem rodičů. Situace vygradovala následným založením nové rodiny otcem paní PM. Zoufalství matky a zničení rodiny, ve které vyrůstala bylo hodně silným stresovým faktorem u respondentky PM. Vliv matky na paní PM byl od té události silný. Vztah s bývalým partnerem paní MS poznamenal nedůvěrou a strachem. Nový partner respondentce MS újmou vynahradil tolerancí, vlídným přístupem, trpělivostí a pomocí. Paní MS je však zdrženlivější za základě svých bývalých zkušeností zatím váhá s legalizací svého partnerského svazku. Paní PM je pozitivně vázaná na svého manžela, který ji podporuje a hodně pomáhá v domácnosti. V období společného bydlení paní PM s rodiči manžela se několik kolizních situací muselo řešit. Úleva nastala, když se respondentka PM s manželem, mohla přestěhovat do vlastního bytu. Obě respondentky shodně udávají, že vztahové problémy jejich život velmi ovlivňují. Přátelství a jiné vazby jsou díky sociální izolaci obou respondentek slabé.

Ovlivnění celkové kvality života u respondentek s CD je velmi dobře čitelné z uskutečněného výzkumného šetření. Chronická a nevypočitatelná Crohnova choroba obě

respondentky provází již téměř deset let. V tomto období si obě respondentky vyzkoušely, jaké životní situace mohou nastat, a jak na zátěžové situace bude jejich tělo reagovat. Těžkou zkouškou je zvládání situace v zaměstnání nejen z pohledu náročnosti pracovních úkolů, ale i z pohledu interpersonálních vztahů. Stres definovaný jako míra opotřebení způsobeného životem je nový pojem v oblasti duševního a fyzického zdraví. Pro záměr svého výzkumného šetření jsem se nechala inspirovat od Dr. Selye, který vysvětluje, jak se bránit ničivým účinkům stresu a jak využít stres ke svému užitku. Zabývala jsem se různými aspekty stresu i působením stresu v mezilidských vztazích. Ve svých doporučeních jsem respondentkám pouze ukázala cestu ke zvolnění svého životního stylu. Pokud si udělá respondentka čas pro sebe bude z toho profitovat ona sama i její okolí. Nabídla jsem respondentkám informace aplikovatelné k lepšímu chápání vlastního těla, svých potřeb. Poznala jsem, že míra únosnosti působení stresu byla u obou respondentek velmi individuální. Celkové změny v navyklém způsobu života obou respondentek byly přínosné. Dokázaly se naučit, jak se vypořádat, popřípadě se i bránit fyzickému i duševnímu stresu. Budou se umět vyrovnat, nebo alespoň zmírnit stres každodenního života. Budou se umět lépe přizpůsobit široké škále situací, které mohou stresové momenty přinášet. Respondentka MS je už plně adaptovaná na život se stomickou pomůckou, dokáže se sama ošetřit, stomické pomůcky používá už velmi rutinně. Respondentce MS pomohlo: „přehodnotit životní priority, nesnažit se vše zvládat sama a nestresovat se pocitem, že jsem tak nemocná.“ Měsíc po operaci se ještě fyzicky šetřila, aby nevznikla pooperační kýla. V současné době již umí žít spokojeným životem a těší se až proběhne druhá část operace k zanoření stomie za šest měsíců. Vzpomínala na těžké okamžiky pár dní po operaci, kdy byla úplně bezradná. V péči o stomii jí pomohlo nejvíce „ošahání“ pomůcek. Po propuštění ji situaci ulehčil partner, který se nezalekl, jak se respondentka MS obávala, ale pomohl jí i z počátku s aplikací sáčků a zvolení správného průměru otvoru. Ošetřování stomie se naučila moc dobře, s výběrem stomických pomůcek je spokojená. Nyní se chová jako mladá sebevědomá žena, kterou nic nezaskočí. Respondentka PM také zvolnila životní tempo a celkově se zklidnila. Upravila si životní priority a naučila se poslouchat své tělo. Umí správně relaxovat a možnost práce z domova jí přidala nový smysl. CD se celkově zklidnila a je nyní v remisi. S manželem nám při kontrole, trochu s obavami ale více s radostí, oznámili, že respondentka PM čeká miminko. Sice lékař zpočátku trval na delší remisi pro početí, ale když viděl neskrývané štěstí obou manželů, nedokázal se zlobit. Respondentka PM slíbila i s manželem, že budou opravdu dodržovat veškerá doporučení ohledně léčby i fyzické aktivity a celkového režimu. Bylo

opravdu velmi dojemné vidět respondentku PM po letech útrap a sužování nemocí, tak šťastnou. Samozřejmě nemohu si myslet, že pozitiva, která respondentky prožívají jsou kvůli dodržování mých doporučení. Je pravda, že jsem pacientkám věnovala více času v interakci a využila komunikačních dovedností v době výzkumného šetření. Bylo zřetelné, že se stav obou respondentek mění k lepšímu. I kdybych pozitivní posun v životě respondentek ovlivnila jen v malém procentu, splnilo to záměr.

## 11 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Vliv stresu na pacienty s Crohnovou chorobou je zaměřena na prožívání stresových situací u pacientů s CD a adaptací na následky ovlivnění životních i pracovních situací emocemi a stresem. Cílem výzkumného šetření bylo pomoci zmírnění vlivu stresu při adaptaci pacientů na složité podmínky chronické nevyлéčitelné choroby takovým způsobem, který by byl použitelný v běžném životě pacienta. Hlavní cíl i dílčí cíle výzkumného šetření byly splněny.

První část bakalářské práce začíná historií Crohnovy choroby a pokračuje anatomii a fyziologií zažívacího traktu. Je vysvětlena podstata a příznaky Crohnovy choroby. Výčet použitelných diagnostických metod je doplněn specifiky přípravy k vybraným vyšetřením. Popis léčebných metod je zahájen medikamentózní léčbou, včetně léčby biologické, která tvoří naději v budoucnosti pacientů s komplikovaným průběhem CD. Kapitole „léčba“ uzavírá oddíl chirurgické léčby, která může pomoci pacientovi s Crohnovou chorobou radikálním způsobem. Nedílnou součástí péče o pacienta s CD je i nutriční podpora, jsou zde vymezeny důležité pojmy a zmíněny určité situace, které vyžadují zvláštní pozornost. V kapitole ošetrovatelské péče jsou rozebrány postupně všechny podstatné oblasti péče o pacienta s CD. Nezbytnou součástí samotné Crohnovy choroby je psychická zátěž u pacientů, která se prolíná celým jejich životem. Věnuji se i psychosomatické CD a samotnému stresu i stresovým faktorům, které mají přímý vliv na průběh choroby. Bez psychické podpory blízkých i zdravotníků by nebylo možné dosáhnout dobrých výsledků v kvalitní zdravotnické i ošetrovatelské péči.

Druhá část bakalářské práce byla zformována metodou kvalitativního výzkumu s doplněním o porovnávací dotazník ke zjištění míry stresu v období posledního měsíce. Respondentky byly poučeny o využívání deseti speciálně sestavených relaxačních intervencí a po uplynutí tří měsíců byl znovu u obou respondentek proveden dotazník na

změření úrovně stresu. Výsledky dotazníků před i po relaxačních intervencích, byly vyhodnoceny a porovnány. K výzkumnému šetření byly zvoleny dvě ženy s komplikovaným průběhem Crohnovy choroby. Pro srozumitelnější naznačení ošetrovatelského problému jsem u respondentek zpracovala dvě kazuistiky podle Modelu fungujícího zdraví M. Gordonové. Součástí rozboru případových studií u obou respondentek je anamnéza i katamnéza. V závěru porovnávám obě kazuistiky a odpovídám na výzkumné otázky. Respondentky si dokázaly urovnat priority ve svém životě. Zadané intervence plnily velmi dobře. Doporučený seznam relaxačních intervencí si rozhodly ponechat, aby jim mohl být nápomocný v obtížných životních situacích. Výsledkem mého výzkumného šetření bude ověřený seznam relaxačních doporučení pro pacienty s Crohnovou chorobou. Domnívám se, že účast na výzkumném šetření přispěla k lepší psychické kondici respondentek. Celkové hodnocení stavu respondentek po uplynutí výzkumného šetření posuzuji kladně.

Z uvedených faktů je zřejmé, že návštěvy v ambulancích takto nemocnému člověku nemohou stačit. Na rozšíření informovanosti se může působit osvětou. V dnešní době je pestrá nabídka informací od tištěných materiálů, brožurek po klasiku ve formě vázané knihy až po snadno dostupné rozmanité informace v médiích, na internetu a na sociálních sítích. Je nezbytné poučit nemocné o nalezení relevantních údajů. Další možností spolupráce nemocného na léčbě je naučit ho vědomě se udržovat v dobré fyzické, a hlavně psychické pohodě. Pacientům mohou pomoci konzultace s psychologem nebo psychoterapeutem. Velmi přínosné bylo i založení patientských organizací, kde si pacienti mohou promluvit s lidmi stejně nemocnými. Není správné s Crohnovou nemocí bojovat, ale naučit se s ní žít.



## 12 SEZNAM CITOVANÉ LITERATURY A PRAMENY

1. ANANTHAKRISHNAN A. N., GAINER V. S. et al. *Similar risk of depression and anxiety following surgery or hospitalization for Crohn's disease and ulcerative colitis*. Am J Gastroenterology, USA, 2013(4). doi: 10.1038/ajg.2012.471. [cit. 15.2.2017]
2. ANTONOVÁ Monika. *Život se stomií* [online], Stomici.cz, dostupné z: [www.stomici.cz/zivot se stomii](http://www.stomici.cz/zivot-se-stomii), [cit.2.3.2017]
3. ČERVENKOVÁ Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, s.6-8,15. ISBN: 978-80-7262-600-7. [cit.2.3.2017]
4. FALT, Přemysl, URBAN, Ondřej, a VÍTEK, Petr. *Kolonoskopie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, s.51-55. ISBN: 978-80-247-5284-6.
5. FREI, Jiří. a LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. 1. vyd. Plzeň: FZS ZČU, 2013. ISBN: 978-80-261-0167-3.
6. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3625-9.
7. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s.9,54-64, ISBN: 978-80-247-1868-2.
8. HEATHER Herdman T. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*, 1. vyd., Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4328-8
9. HOLUBOVÁ, Adéla, NOVOTNÁ, Helena, MAREČKOVÁ, Jana a kol. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hematologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s.66-72, 164-174, 183. ISBN 978-80-204-2806-6
10. HONZÁK Radkin. *Svépomocná příručka sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 10, 203-208. ISBN 978-80-7492-142-1
11. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 13-15,26-35-303-305, ISBN 978-80-247-4412-4
12. KOHOUT, Pavel a PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2006, s. 19-22, 32-40, 59-65, ISBN 80-903820-0-2.
13. KOTT, Otto. a PETERÍKOVÁ, Iveta. *Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému*. 1. vyd. Plzeň: FZS ZČU, 2009, s. 8, 22-25. ISBN 978-80-7043-796-4.
14. KREML Pavel, *Stomické pomůcky*, České ILCO, [online], 2011, [cit.21.1.2017], dostupné z: <http://www.ilco.cz/pomucky.php>.

15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0978-2.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada., 2002, s. 96-108, 130-132. ISBN: 80-247-0179-0
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4
18. LESKOVÁ Lenka. *Stručný přehled činnosti oboru gastroenterologie za období 2007-2015*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha 2015. [online], dostupné z: [www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-strucny-prehled-cinnosti-oboru-gastroenterologie-za-obdobi-2007-20015](http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-strucny-prehled-cinnosti-oboru-gastroenterologie-za-obdobi-2007-20015). [cit.25.1.2017]. ISSN: 1211-2585
19. LUKÁŠ, Karel., *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-1283-0.
20. LUKÁŠ, Milan a kol. *Standardy diagnostiky a léčby idiopatických střevních zánětů* [online]. Publikováno 2004, [cit. 3.12.2016], s. 27, 45-57, 269, 296. ISSN 1803-6597. Dostupné z: [http://www.strevni-zanety.cz/dokumenty/guideline\\_.pdf](http://www.strevni-zanety.cz/dokumenty/guideline_.pdf)
21. LUKÁŠ, Milan. *Ustekinumab – nové biologikum v terapii Crohnovy nemoci*. [online]. Publikováno 2017(1), [cit. 18.2.2017]. Dostupné z doi: 10.14735/amgh201736
22. MORSCHITZKY, Hans a SATOR Sigrid. *Když duše mluví řečí těla*. 1. vyd. Praha Portál, 2015, s. 74-82. ISBN: 978-80-262-0972-0
23. MERKUNOVÁ, Alena. a OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 129-142. ISBN: 978-80-247-1521-6.
24. MIDDLETONOVÁ, Kate. *Stres-Necakajte na vyhorenie*. 1. vyd. Bratislava: Ikar, 2012, s. 11-15, 35-38. ISBN: 978-80-551-2907-5
25. PANACCIONE Remo. *Idiopatické střevní záněty jsou systémová onemocnění*. Medical tribune, Praha: Medvik, 2016 (8), s. 19-22, [cit. 8.2.2017], ISSN: 9771-8052-3500-3.
26. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-1211-3
27. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. 2. vyd. Praha: Triton, 2014, s. 13-18. ISBN 978-80-7387-804-7.
28. SELYE, Hans. *Stres života*. 2. vyd. Praha: Pragma, 2016, s. 32-38, 110-113, 138-145. ISBN: 978-80-7349-392-9.

29. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Ověřené postupy a strategie pozitivní psychologie v praxi*, Brno: ČMPS, 2012(2), s. 22-24. [cit. 18.2.2017]. ISSN: 1802-885-3.
30. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN: 978-80-7387-785-9
31. VALENTA, Jan. et al. *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén: Karolinum, 2007 ISBN: 978-80-246-1344-4.
32. ZBOŘIL, Vladimír. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta-Medical Services, Aeskulap. 2012, s. 17,33-53, 59-61, 79-84, 137. ISBN: 978-80-2044-035-8.
33. ZEMAN, Miroslav, KRŠKA Zdeněk a kol. *Chirurgická propedeutika*, 3. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 33, 265-268. ISBN: 978-80-247-3770-6.

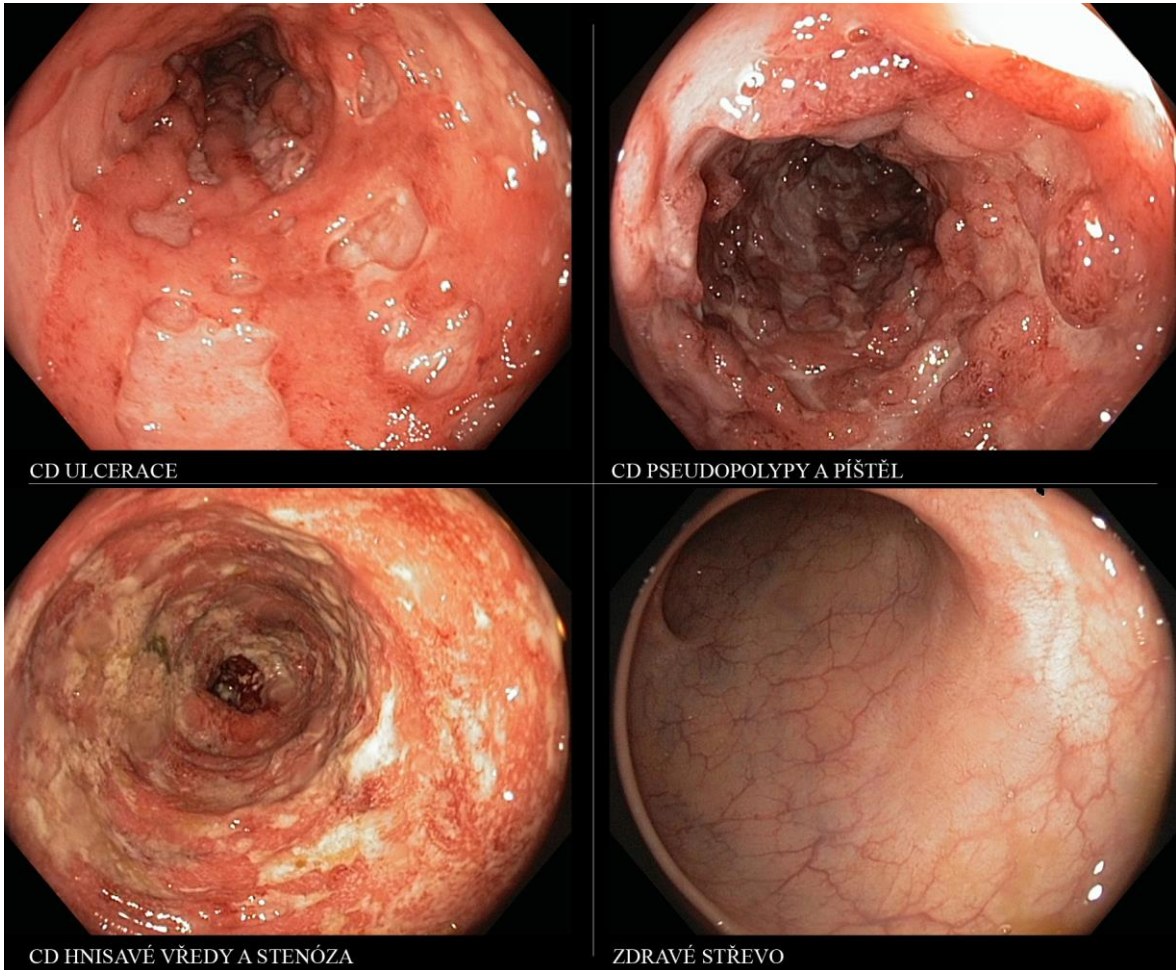
## 13 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	anestezioreuscitační oddělení
Astrup	vyšetření krevních plynů
B1	vitamín
B2	vitamín
BMI	body mass index
C	vitamín
CD	Crohn's Disease, Crohnova choroba
CF	kolonoskopie
CMP	cévní mozková příhoda
CR	Česká republika
CRP	Creaktivní protein, zvýšený u zánětů a malignit
CT	computer tomography, výpočetní tomografie
D	dechová frekvence
DK	dolní končetiny
ECCO	European Crohn's Colitis Organization, nezisková evropská organizace zaměřená na IBD
EGDS	ezařagogastroduodenoskopie
EKG	elektrokardiografie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
FN	fakultní nemocnice
GIT	gastrointestinální trakt
HCl	kyselina chlorovodíková
IBD	Inflammatory Bowel Disease, nespecifický střevní zánět
INTO	interní oddělení
ISZ	idiopatické střevní záněty
JIP	jednotka intenzivní péče
K	vitamín
KPS ZČU	katedra psychologie západočeské univerzity
MR	magnetická rezonance
Např.	například
NSZ	nespecifické střevní záněty
P	pulsová frekvence

PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
PSS	název dotazníku
PŽK	periferní žilní katetr
RHC	rehabilitace
RTG	rentgenologické vyšetření
STATIM	akutní vyšetření
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krvní tlak
TT	tělesná teplota
UC	ulcerózní kolitida
USG	ultrasonografické vyšetření
WC	toalety

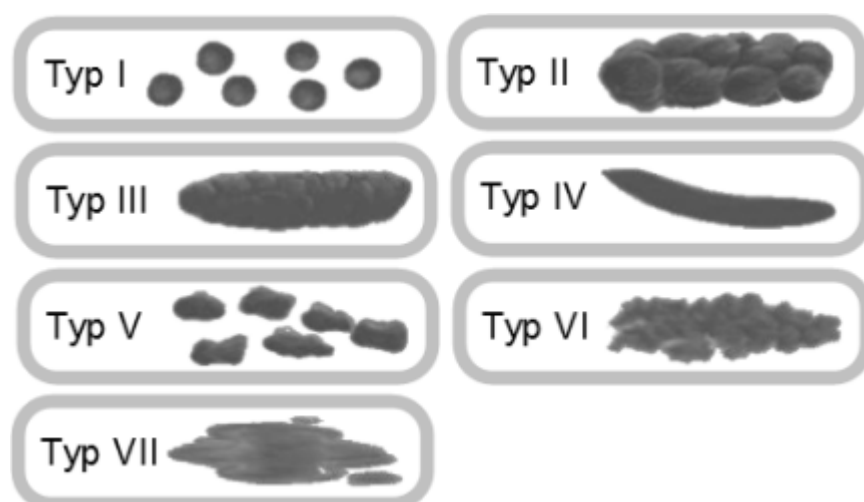
# 14 OBRÁZKY

Obrázek 1 Postižení střeva CD a zdravé střevo



zdroj 5 Vlastní

Obrázek 2 Bristolská škála typů stolice



zdroj 6 <http://www.mudr.org/web/bristolska-skala-typu-stolic>

**Bristolská škála typů stolice:**

Typ I: oddělené tvrdé hrudky, podobné ořechu, obtížná pasáž

Typ II: tvar jitrnice s naznačeným hrudkováním

Typ III: tvar jitrnice s rýhami na povrchu

Typ IV: tvar jitrnice či hada, vyhlazená na povrchu a poddajná

Typ V: hladké hrudky, jasně oddělené okraje (snadná pasáž)

Typ VI: kypré částičky s členitými okraji, kašovitá stolice

Typ VII: vodnatá, bez pevných kousků, úplně tekutá stolice



**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**

Útvar náměstka pro ošetrovateľskú péču

Edvardova Benačka 13, 305 02 Plzeň - Bory  
and Svatošovy 86, 304 00 Plzeň - Lazčová  
IČO 45889895 tel.: 377 403 111, 377 103 111

Vážená pani  
Květa Kasíková  
Studentka oboru Všeobecná sestra  
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovateľství a porodní asistence  
Západočeská univerzita v Plzni

**Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovateľskú péču FN Plzeň **povolují** sběr informací o léčebných metodách / ošetrovateľských postupech, používaných u pacientů *Interního oddělení (INTO)* FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce práce s názvem „Vliv stresu na pacienta s Morbus Crohn“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *INTO* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nesmí narušit chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření budete provádět za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.**
  - ***Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět pod vedením pani Bc. Ludmily Vlkové, staniční sestry INTO FN Plzeň.***
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledku Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel. 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovnsr@fnplzeň.cz](mailto:chabrovnsr@fnplzeň.cz)

22. 10. 2016



## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

### **NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Vliv stresu na pacienta s Crohnovou chorobou

### **STUDENT**

Jméno Květa Kasíková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail kasikovak@post.cz

### **VEDOUcí BP:**

Jméno Mgr. Kroupová Lenka  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail lenkroup@kos.zcu.cz

### **CÍL STUDIE**

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

### **SOUHLAS S VÝZKUMEM**

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Vyhodnocení dotazníku PSS

Sečtete všechna bodová hodnocení. Rozsah hodnot je 0 – 40. Na základě dosažené hodnoty se můžete zařadit do skupiny:

Počet bodů	Hodnocení
0 - 8	<b>I. Výborné jste zvládali/a stres, který se vyskytl ve vašem životě</b>
9 - 20	<b>II. Máte ještě dostatečné rezervy pro budoucí zvládnání stresových situací</b>
21- 30	<b>III. Pozor, zvolněte! Tento měsíc byl náročný na zátěžové situace a ne vždy jste obstáli/a. Vyčerpáváte rezervy.</b>
31 -40	<b>IV. V tomto měsíci jste byli/a opravdu stresováni. Zamyslete se nad výše uvedenými otázkami a zkuste příští měsíc získat lepší hodnocení.</b>

**Normové hodnoty v USA, shromáždil Harris Poll na vzorku 2 387 respondentů.** Průměrné hodnoty jsou uvedeny v následující tabulce.

	N	x	s.d.
<b>Pohlaví</b>			
Muži	926	12.1	5.9
Ženy	1406	13.7	6.6
<b>Věk</b>			
18-29	645	14.2	6.2
30-44	750	13.0	6.2
45-54	285	12.6	6.1
55-64	282	11.9	6.9
65 a více	296	12.0	6.3

**(PSS) Perceived Stres Scale**

Metoda byla přeložena a upravena pro studijní účely. Je nejrozšířenějším psychologickým nástrojem k měření pocitu stresu, zahrnuje pocitu spojené s nemožností předvídat a ovlivnit situaci, přetížení stresovými situacemi, stresovou odezvu organismu.

Odkazy lze najít:

- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396.
  - Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology. Newbury Park, CA: Sage.
  - <http://www.selfhelpwarehouse.com/stressquiz.html>
- Existuje také zkrácená verze o čtyřech položkách (součet otázek 2,4,5,10).

Upravená metoda může také sloužit k hodnocení pocitů pracovního stresu, který je dnes na předním místě mezi rizikovými faktory nespecifických onemocnění. Verze pro hodnocení pracovního stresu je k dispozici na další straně.

Pro hodnocení možnosti poruch ze stresu je vhodné opakované si vyplnit dotazník na konci měsíce. Výrazné rozdíly v hodnotách životního a pracovního stresu ukazují na postiženější oblast, ve které je vhodná psychologická intervence.

PSS	
Pocitujete Siavy Stresu?	
Následující otázky zjišťují vaše pocity a myšlenky během posledního měsíce. Označte zakroužkováním, jak často se cítíte uvedeným způsobem.	
1. Jak často jste byla/ rozrušena/a, protože se stalo něco neočekávaného?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
2. Jak často jste cítil/a, že jste neschopen/a ovládat důležité události ve vašem životě?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
3. Jak často jste se cítil/a nervozní a "stresovaný/á"?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
4. Jak často jste cítil/a nedůvěru ve své schopnosti vyřešit osobní problémy?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
5. Jak často jste cítil/a, že se věci neubírají směrem, který chcete?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
6. Jak často jste sledal/a, že nemůžete zvládnout všechny úkoly, které jste měla/ udělat?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
7. Jak často jste nebyl/a schopen/a zvládnout podráždění z problémů ve vašem životě?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
8. Jak často jste se cítil/a, že nejste "nad věci", naopak jste událostmi vlečen/a?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
9. Jak často jste byla/ rozrušen/a, protože věci se vymykly vaší kontrole?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
10. Jak často jste cítil/a, že vám problémy natolik "přerostly přes hlavu", že nejste schopen/a je překonat?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále

Vyhodnocení dotazníku PSS (P)

Sečtete všechna bodová hodnocení. Rozsah hodnot je 0 – 40. Na základě dosažené hodnoty se můžete zařadit do skupiny:

Počet bodů	Hodnocení
0 - 8	I. Výborné jste zvládali/a stres, který se vyskytl ve vaší práci
9 - 20	II. Máte ještě dostatečné rezervy pro budoucí zvládnání stresových situací na vašem pracovišti
21- 30	III. Pozor, zvolněte! Tento měsíc byl náročný na zátěžové situace a ne vždy jste pracovně obstáli/a . Vyčerpáváte rezervy.
31 -40	IV. V tomto měsíci jste byla vaší prací opravdu stresována. Zamyslete se nad výše uvedenými otázkami a zkuste příští měsíc získat lepší hodnocení.

PSS (P)	
Pocitujete Siavy Stresu v Práci?	
Následující otázky zjišťují vaše pocity a myšlenky během posledního měsíce v práci. Označte zakroužkováním, jak často se cítíte uvedeným způsobem	
1. Jak často jste byla v práci rozrušen/a, protože něco se stalo neočekávaně?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
2. Jak často jste cítil/a, že jste neschopen/a ovládat důležité události ve vaší práci?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
3. Jak často jste se cítil/a v práci nervozní a "stresovaný/á"?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
4. Jak často jste v práci cítil/a nedůvěru ve své schopnosti vyřešit osobní problémy?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
5. Jak často jste cítil/a, že se pracovní záležitosti neubírají směrem, který chcete?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
6. Jak často jste shledal/a, že nemůžete zvládnout všechny úkoly, které jste měl/a v práci udělat?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
7. Jak často jste nebyl/a schopen/a zvládnout podráždění z problémů ve vaší práci?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
8. Jak často jste se cítil/a, že nejste "nad věcí", naopak jste událostmi vlečen/a?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
9. Jak často jste byl/a rozeznán/a, protože pracovní záležitosti se vymkly vaší kontrole?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále
10. Jak často jste cítil/a, že vám pracovní problémy natolik "přerosily přes hlavu", že nejste schopen/a je překonat?	0 = nikdy 1 = téměř nikdy 2 = někdy 3 = často 4 = téměř stále

## **15 SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Edukační plán u pacientky MS.....	54
Tabulka 2 Edukační plán pacientky PM.....	68
Tabulka 3 Vyhodnocení dotazníku PSS 12/2016.....	70
Tabulka 4 Vyhodnocení dotazníku PSS 3/2017 .....	73

## 16 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Postižení střeva CD a zdravé střevo.....	83
Obrázek 2 Bristolská škála typů stolice.....	84

## **17 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 POVOLENÍ SBĚRU INFORMACÍ VE FN.....	85
Příloha 2 INFORMOVANÝ SOUHLAS .....	86
Příloha 3 Dotazník č.1 .....	87
Příloha 4 Dotazník č. 2 .....	88