

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Veronika Krejčová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Veronika Krejčová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU
CHOROBOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2020

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Krejčová Veronika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 12

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: střevo, nespecifický střevní zánět, Crohnova choroba, ošetrovatelský proces

Souhrn: Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s Crohnovou chorobou. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je zpracována anatomie a funkce zažívacího ústrojí, Crohnova choroba, její charakteristika, příčiny, příznaky, diagnostické metody a různé způsoby léčby choroby. V praktické části jsou zpracovány dvě kazuistiky, kde jsme se věnovali ošetrovatelské péči a problémům pacientů s Crohnovou chorobou. V kazuistikách je popsán průběh hospitalizace, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče a plán edukační. S oběma respondenty byl veden polostrukturovaný rozhovor.

Abstract

Surname and name: Krejčová Veronika

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care for a patient with Crohn's disease

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 65

Number of pages –unnumbered: 12

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 28

Keywords: intestine, inflammatory bowel disease, Crohn 's disease, nursing process

Summary:

The bachelor thesis deals with nursing care for patients with Crohn's disease. It is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part is concentrating on the anatomy and function of the digestive system, Crohn's disease, its characteristics, causes, symptoms, diagnostic methods and various methods of treatment of the disease. In the practical part are written two case reports are processed, where we focused on nursing care and the problems of patients with Crohn's disease. The case reports describe the course of hospitalization, nursing diagnosis, nursing care plan and educational plan.

Předmluva

Crohnova choroba se v dnešní době vyskytuje u pacientů všech věkových kategorií stále častěji. Pacienti s touto chorobou prožívají širokou škálu potíží, se kterými se musí naučit žít. Příznaky a relapsy Crohnovy choroby bývají mnohdy pro pacienty velmi psychicky i fyzicky náročné. Přestože se úroveň zdravotnictví neustále zlepšuje a je dnes na vysoké úrovni, není dodnes známá přesná příčina choroby. Léčba je u každého pacienta individuální.

Cílem práce je popsání ošetrovatelské péče během hospitalizace pacientů s Crohnovou chorobou. Zaměřuji se na problémy pacientů spojených s touto chorobou, jejich komplikacemi a ošetrovatelskou péčí během hospitalizace.

V práci jsme použili kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů se dvěma respondenty s Crohnovou chorobou stejné věkové kategorie. Z rozhovorů, pozorování a dokumentace byly vypracovány dvě kazuistiky.

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Krocové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky při zpracování. Dále děkuji MUDr. Danielovi Bakšimu za poskytování odborných rad.

Mé poděkování patří také pacientům za ochotu při spolupráci.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 OBECNÁ ČÁST.....	15
1.1 Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu.....	15
1.2 Sekrece a hybnost gastrointestinálního traktu	15
1.2.1 Funkce a stavba jednotlivých částí trávicí soustavy	16
2 CROHNOVA CHOROBA	19
2.1 Historie.....	19
2.2 Epidemiologie	20
2.3 Etiopatogeneze.....	20
2.4 Příznaky Crohnovy choroby	21
2.5 Diagnostika	21
2.5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	21
2.5.2 Laboratorní metody	22
2.5.3 Zobrazovací vyšetření.....	22
2.6 Komplikace Crohnovy choroby	23
2.7 Léčba.....	24
2.7.1 Medikamentózní léčba.....	24
2.7.2 Biologická léčba	25
2.7.3 Chirurgická léčba.....	26
2.8 Výživa u pacientů s Crohnovou chorobou.....	26
2.8.1 Enterální výživa.....	27
2.8.2 Parenterální výživa	27
2.8.3 Dieta v období relapsu.....	27
2.8.4 Dieta v období remise.....	28
2.9 Endoskopická terapie	28
2.9.1 Zástava krvácení	28
2.9.2 Dilatace stenóz a implantace stentů trávicí trubice	29
2.9.3 Polypektomie a resekce sliznice	29
2.10 Psychologické a sociální aspekty nemoci	29
2.11 Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou	30
2.11.1 Hodnocení příjmu potravy.....	30
2.11.2 Hodnocení příjmu tekutin.....	30

2.11.3	Hodnocení vyprazdňování stolice	31
2.11.4	Hodnocení pohybu a aktivit každodenního života	31
2.11.5	Hodnocení tělesné teploty	31
2.11.6	Hodnocení spánku a odpočinku.....	31
2.11.7	Hodnocení tělesné hygieny.....	32
2.12	Diagnostika.....	32
2.13	Plánování.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST		33
3	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU	33
3.1	Formulace problému	33
3.2	Hlavní cíl.....	33
3.3	Dílčí cíle.....	33
3.4	Výzkumné otázky	34
3.5	Druh výzkumu a výběr metodiky	34
4	KAZUISTIKA 1	36
4.1	Anamnéza	36
4.2	Fyzikální vyšetření.....	37
4.3	Průběh hospitalizace	38
4.4	Ošetrovatelský model Marjory Gordonové	40
4.5	Plán ošetrovatelské péče	43
4.6	Edukační plán	46
5	KAZUISTIKA 2	48
5.1	Anamnéza	48
5.2	Fyzikální vyšetření.....	49
5.3	Průběh hospitalizace	50
5.4	Ošetrovatelský model Marjory Gordonové	52
5.5	Plán ošetrovatelské péče	56
5.6	Edukační plán	58
6	DISKUZE	60
ZÁVĚR.....		64
ZDROJE		65
OBRÁZKY		67
SEZNAM PŘÍLOH		70
PŘÍLOHY		71

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 normální střevo	67
Obrázek 2 normální střevo s střevo u Crohnovy choroby	67
Obrázek 3 kolonoskopický nález postižení terminálního ilea u Crohnovy choroby	68
Obrázek 4 postižení Bauhinské chlopně u Crohnovy choroby	68
Obrázek 5 Crohnova choroba	69
Obrázek 6 píštěl střeva u Crohnovy choroby	69

SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living
Aj	a jiné
ASA	aminosalicylová
ATB	antibiotika
BMI	Body Mass Index
°C	stupeň Celsia
Cm	centimetr
CRP	C-reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
D	Dech
EKG	Elektrokardiograf
EMR	endoskopická slizniční resekce
FC	fekální kalprotektin
G	Gram
GCS	Glasgow Coma Scale
GIT	gastrointestinální trakt
Hod	Hodina
i.v.	Intravenózně
IBD	Inflammatory Bowel Disease
ISZ	idiopatický střevní zánět

Kg	Kilogram
L	Litr
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
Mg	Miligram
ml	Mililitr
mmHg	rtuťový sloupec
MR	magnetická rezonance
NSZ	nespecifický střevní zánět
P	Puls
p.o.	per os
PŽK	periferní žilní katetr
RTG	Rentgen
TK	tlak krve
TNF	tumor necrosis factor
TT	tělesná teplota
Tzn	to znamená
Tzv	Takzvaně
UZ	Ultrasonografie
VAS	vizuální analogová škála

ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je určit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s Crohnovou chorobou. Tato práce na dané téma byla zpracována, protože pacientů s touto chorobou stále přibývá a stále častěji se s nimi setkáváme v praxi. Crohnova choroba patří mezi nespecifické střevní záněty (IBD). Jde o chronické zánětlivé onemocnění trávicího traktu, které je provázené častými relapsy, mnohými komplikacemi a extraintestinálními příznaky. Ve většině případů se pacienti s touto chorobou potýkají po celý zbytek života. I přes velkou snahu nebyly dodnes příčiny tohoto onemocnění dostatečně objasněny.

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala téma ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou.

Jako praktická sestra pracuji na Gastroenterologickém oddělení a stále častěji přibývá hospitalizovaných pacientů s relapsem a komplikacemi Crohnovy choroby. Mnohdy jsou pacienti sužováni takovými obtížemi, že nejsou schopni vykonávat své povolání a zastoupit svou roli jako plnohodnotní partneri. Často dochází k velké změně životního stylu a nastává velké množství různých omezení. Pro kvalitní život pacientů s Crohnovou chorobou by měla být dostatečná informovanost a spolupráce pacienta se svým okolím.

Pacienti si často kladou otázku, zda si za své onemocnění mohou sami a zda se mohli chorobě nějakým způsobem vyhnout. Není však stále známá přesná příčina tohoto onemocnění a tato nevyzpytatelná choroba se nedá úplně vyléčit. Diagnostika Crohnovy choroby bývá mnohdy složitá a dlouhá, a tak trvá déle, než se pacient dostane do péče odborníka a je mu nastavena vhodná terapie. Pro některé pacienty s Crohnovou chorobou je terapie zdlouhavá a mají pocit, že nastavená terapie ztrácí smysl, vysadí si sami nastavenou medikaci a často se u nich vyskytne relaps Crohnovy choroby s těžkým průběhem. Proto je u těchto pacientů nutná dostatečná informovanost o jeho zdravotním stavu a možném průběhu choroby. Přístup zdravotníků k pacientům s Crohnovou chorobou musí být ke každému pacientovi individuální dle jeho zdravotního a psychického stavu a také dle stupně soběstačnosti každého pacienta. Cílem zdravotnické péče by mělo být zlepšení kvality života pacientů s Crohnovou chorobou.

Cílem bakalářské práce je zdokumentování ošetrovatelské péče o pacienty s Crohnovou chorobou během hospitalizace v nemocnici a specifika péče. Zaměřujeme se na problémy pacientů s touto chorobou a zda mají o svém onemocnění poskytnuto dostatek

informací. Informace byly získány formou pozorování, zdravotnické dokumentace a polostrukturovaných rozhovorů se dvěma respondenty stejné věkové kategorie a kteří mají Crohnovu chorobu přibližně již dvacet let. Na základě získaných informací byly v bakalářské práci zpracovány dvě kazuistiky.

Informace pro teoretickou část jsem čerpala z odborné literatury a odborných článků dostupných na internetu. Většinu zdrojů jsem získala a použila díky rešerši, kterou jsem nechala vypracovat v knihovně NCO NZO Brno. Rešerše jsou přidány do přílohy bakalářské práce (příloha č. 6).

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÁ ČÁST

1.1 Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu

Trávící soustava začíná ústy a končí řitním otvorem. Trávící soustava je tvořena dutinou ústní, hltanem, jícnem, žaludkem, tenkým a tlustým střevem. Potrava je postupně posouvána po celé délce trávícího traktu, kde se postupně rozkládá na částice, které organismus dokáže vstřebat a použít jako zdroj energie. Důležitou částí trávící soustavy jsou žlázy, produkující látky, které se uplatňují v procesu trávení. Mezi ně patří slinné žlázy, slinivka břišní, játra. Malé žlázy se nacházejí přímo ve stěnách trávící trubice, velké žlázy jsou uloženy mimo ni. (Merkunová a Orel, 2008, s. 127).

1.2 Sekrece a hybnost gastrointestinálního traktu

Přijátá potrava se v trávící soustavě zpracovává dvojím způsobem. 1) Mechanickým, díky hybnosti jednotlivých částí gastrointestinálního traktu. Potrava je rozmělněna a promíchána se žaludeční šťávou. 2) chemicky, díky působení trávících šťáv. Hybnost v gastrointestinálním traktu je označována jako motilita, která je výsledkem činnosti svaloviny ve stěně a zahrnuje pohyby místní, které promíchávají obsah s trávícími šťávami, a pohyby celkové (peristaltika), které posouvají obsah od dutiny ústní ke konečníku. (Kočárek, 2010, s.141).

Obsahem žaludeční šťávy je kyselina chlorovodíková, voda, mucin a některé enzymy, z nichž nejdůležitější-pepsin, štěpí bílkoviny. Tvoří v žaludku velmi kyselé prostředí, díky kterému jsou likvidovány mnohé původci infekcí. Po zpracování potravy v žaludku vzniká trávenina tzv. chymus, která je po malých dávkách vypouštěna do duodena. Doba proměny potravy na tráveninu závisí na složení stravy. Voda opustí žaludek za 10-20 minut, potrava s vysokým obsahem cukrů setrvá v žaludku přibližně 2-3 hodiny. Potrava s vysokým obsahem tuků se zpracovává nejdéle a v žaludku setrvá až 7 hodin. (Kočárek, 2010, s.142).

Řízení sekrece a hybnosti je nervové a humorální. Nervové řízení sekrece v gastrointestinálním traktu je zprostředkované řadou podmíněných a nepodmíněných reflexů. Podmíněné reflexy neboli naučené, jsou spouštěny podněty zrakovými (pohled na

jídlo), čichovými (vůně jídla), pouhou představou o jídle, návykem na jídlo. V těchto případech závisí efekt na stupni sytosti nebo lačnosti. Nepodmíněné reflexy, též označovány jako vrozené jsou vybavovány drážděním receptorů v GIT potravou, složkami tráveniny a objemem. Nervové reflexní mechanismy (podmíněné i nepodmíněné) spouští sekreci trávicích šťáv v celém trávicím traktu. Například při kontaktu potravy s dutinou ústní se spouští nepodmíněná reflexní sekrece slin, žaludečních šťáv, šťavy slinivky, žluči, šťavy tenkého a tlustého střeva. Na řízení reflexní sekrece a hybnosti se nejvíce podílí střevní nervový systém, který je pro funkci GIT tak důležitý, že je dokonce označován jako „střevní mozek“.

Humorální řízení sekrece je uskutečněné prostřednictvím hormonů tvořených v GIT. Mezi nejdůležitější hormony GIT patří gastrin tvořený v žaludku, sekretin vzniklý ve stěně dvanáctníku po příchodu kyselé tráveniny ze žaludku, serotonin, somatostatin glukagon a řada dalších hormonů. (Merkunová a Orel, 2008, s.129-130).

1.2.1 Funkce a stavba jednotlivých částí trávicí soustavy

Počáteční oddíl trávicí soustavy je dutina ústní (cavum oris) ohraničující ze stran tvářemi (buccae), horní a dolní ret (labium superius, labium inferius) obkružuje štěrbinu dutiny ústní. Zevnitř je dutina ústní nahoře oddělena od dutiny nosní tvrdým a měkkým patrem (palatum durum, palatum molle), spodinu dutiny ústní tvoří jazyk a nedílnou součástí dutiny ústní jsou zuby. Zde dochází k procesu rozmělnění potravy.

Hltan (pharynx) je společný trubicový orgán dýchacího a trávicího systému. Má nálevkovitý tvar, je 12-15 cm dlouhý a v jeho stěně je příčně pruhovaná svalovina. Příchod potravy do ústní části hltanu spouští polykací reflex.

Jícen (oesophagus) je uložený v mezihrudí (mediastinum) za průdušnicí, před pátou ří. Je dlouhý přibližně 25 cm. Prochází otvorem v bránici a končí v žaludku. V prvních dvou třetinách je svalovina jícnu příčně pruhovaná a v dolní části hladká. Na rozhraní hltanu a jícnu je svalovina zesílena v horní jícnový svěrač, mezi jícnem a žaludkem v dolní jícnový svěrač. Oba svěrače se významně uplatňují při posunu sousta z hltanu do žaludku.

Žaludek (gaster, ventriculus) uložený v dutině břišní pod bránicí (epigastrium). Je rozložený pod levým žeberním obloukem. V tomto vaku hákovitého tvaru je dále chemicky a mechanicky zpracovávána potrava. Horní zakřivení žaludku je nazýváno jako malé zakřivení (curvatura ventriculi minor) a dolní zakřivení tzv. velké zakřivení (curvatura ventriculi major). Přechod jícnu v žaludek se nazývá česlo (cardia), dále následuje tělo žaludku

(corpus ventriculi). Tělo žaludku se směrem vzhůru vyklenuje v klenbu (fundus), dále se směrem dolů zužuje ve vrátníkovou předsíň a končí vrátníkem (pylorus), který je opatřený svěračem. Žaludeční sliznice je složena v řasy, které obsahují žlázy produkující žaludeční šťávy a hlen. (Merkunová a Orel, 2008, s.134-136).

Tenké střevo (intestinum tenue) je nejdelší část trávicí trubice navazující na žaludek. Je přibližně 3-5 m dlouhá a 3-4 cm široká. Tenké střevo je rozděleno na 3 úseky: dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Tenké střevo plní trávicí a vstřebávací funkci, a to zejména první část tenkého střeva-duodenum, do které přichází žluč z jater a šťáva ze slinivky břišní, která obsahuje trávicí enzymy. Tenké střevo vstřebává až 90% vody a živin. V podslizniční vrstvě duodena jsou uloženy Brunnerovy žlázy, které produkují silně zásaditý hlen neutralizující kyselou tráveninu přicházející ze žaludku. Jejunum a ileum jsou složeny v četné a volně pohyblivé kličky, které jsou k zadní stěně břišní poutány závěsem (mesenteriem). Celkové pohyby tenkého střeva (peristaltika) jsou stahy prstencové kruhové svaloviny, které se šíří celou délkou střeva a posouvají obsah směrem ke konečníku. (Kočárek, 2010, s. 93).

Thusté střevo (intestinum crassum) poslední část trávicí trubice, je přibližně 1,5 metru dlouhé a je tvořeno ze 4 částí. Začíná svou nejobjemnější částí v pravé jámě kyčelní slepým střevem (caecum), do kterého ústí koncová část tenkého střeva a vstup uzavírá ileocekální chlopeň. Pokračováním slepého střeva je tračník (colon), který je členěný na vzeštný tračník (colon ascendens), který směřuje vzhůru pod játra. Od jater směrem vlevo pod slezinu běží příčný tračník (colon transversum), který dále pokračuje jako sestupný tračník (colon descendens) směřující k hřebenu kyčelní kosti. Následující pokračování tračníku je esovitá klička, stáčeující se ke středu pánve. Před kostí křížovou a kostrční směřuje dolů konečník (rectum), který vyústuje řitním otvorem(anus) na povrch těla. Řitní otvor uzavírá dvojice svěračů. Vnitřní svěrač je tvořen hladkou svalovinou jejíž napětí zvyšuje sympatikus a snižuje parasympatikus. Zevní svěrač, ovládaný vědomě je tvořen z příčně pruhované svaloviny. (Merkunová a Orel, 2008, s. 142-143).

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody a zahuštění střevního obsahu. Obsahuje velké množství hlenových žláz, jejichž produkt chrání sliznici tlustého střeva. Hlenové žlázy vytvářejí hlen, který umožňuje hladký pohyb tráveniny. Svalovina má dvě vrstvy: podélnou a cirkulární. Smrštění cirkulární svaloviny způsobuje výpuky (haustra), jejichž poloha se neustále mění, zanikají a vznikají, postupují od slepého střeva ke koneční-

ku a posouvají střevní obsah. Podélná svalovina zesiluje a vznikají tři bělavé a podélné pruhy (*teniae coli*) v celé délce tlustého střeva. Strava bohatá na vlákninu, urychluje posun obsahu a přetrvává v tlustém střevě přibližně 35 hodin. Pokud v potravě chybí vláknina, obsah v tlustém střevě přetrvává 48-78 hodin. Důležitou funkci plní bakterie v tlustém střevě, které jsou schopny štěpit sacharidy, celulózu, hnilobně rozkládat bílkoviny a podílet se tak na konečné úpravě stolice. (Mourek, 2012, s. 103-104).

2 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění zažívacího traktu s nejasnou etiologií. Postihuje tenké i tlusté střevo nebo kteroukoliv část trávicí trubice od úst po konečník. Při těžkém průběhu onemocnění dochází i k postižení jiných orgánů např. jater, kloubů, očí i kůže. Při těžké formě Crohnovy choroby může dojít ke vzniku sepse (otrava krve), vznik šokového stavu, který může vést až ke smrti pacienta. Crohnova choroba postihuje střevo do hloubky a může tak dojít ke zúžení střeva (stenóza), k tvorbě abscesů (dutin vyplněné hnisem) a píštělí (komunikace střevních kliček s jiným orgánem mimo trávicí trakt). Píštěle mohou spojovat střevo a kůži a ústí na povrch těla, spojení střeva a močového měchýře či pochvy. Abscesy mohou vznikat v celém těle. Nejčastější vznik je však mezi střevními kličkami, v okolí konečníku, v dutině břišní, ale také v hýždřovém svalstvu. Jde o postižení segmentální, tzn. střídají se zdravé a zánětem postižené části střeva. (www.crohn.cz).

Od prvních příznaků je určení diagnózy Crohnovy choroby velmi dlouhé a může trvat i léta. Crohnova choroba probíhá ve fázích remise, kdy je pacient bez příznaků a nemá známky aktivního zánětu a ve fázi relapsu, kdy je obnoven výskyt příznaků. Crohnova choroba je konzervativní a chirurgickou léčbou nevyлéčitelná. Lze pouze korigovat příznaky choroby a vyvarovat se vzniku podvýživy dietním opatřením. (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s.336).

2.1 Historie

Poprvé popsal Crohnovu chorobu americký gastroenterolog B.B. Crohn v roce 1932, po kterém je Crohnova choroba pojmenována. V tomto roce proslovil Crohn přednášku se svými kolegy z newyorské nemocnice. Popsali celkem 14 nemocných se zánětlivým postižením koncové části tenkého střeva. Již v tomto roce bylo 13 nemocných operováno. Historie však sahá mnohem hlouběji, a to až do roku 1612, kdy Wilhelm Fabry popisuje, jak mladý muž zemřel na horečky, bolesti břicha, přičemž trpěl zúžením tenkého střeva a jeho zesílenou stěnou, která se proděravěla. Již ve 12. století byla Crohnova choroba oddělena jako samostatná klinická jednotka od ostatních střevních zánětů. (Zbořil a kol., 2018, s.14-15).

Dnes se v české literatuře setkáváme s různými názvy a termíny označující Crohnovu chorobu. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou též označovány jako „ne-

specifické střevní záněty“ (NSZ) a také se můžeme setkat s termínem „*idiopatické střevní záněty*“ (ISZ). Termín „idiopatické“ pochází z řeckého slova idios-vlastní, sám od sebe, pathos-nemoc. Často se také v české literatuře setkáváme s anglickou zkratkou IBD („*inflammatory bowel disease*“-zánětlivé střevní onemocnění). Tato zkratka je především používána se zahraničními specialisty a lékaři v tomto oboru. (Zbořil a kol., 2018, s.16-19).

2.2 Epidemiologie

Crohnova choroba je onemocnění, které zaznamenalo v posledních šedesáti letech prudký vzestup výskytu. Dnes je ve vyspělých krajinách jedním z předních gastroenterologických problémů. Incidence Crohnovy choroby závisí na rozdílných geografických oblastech. Největší výskyt je v Severní Americe, ve Velké Británii a v severní části Evropy. V severní Americe je incidence 3,1-14,6 na 100 000 obyvatel a prevalence je 26-199 na 100 000 obyvatel. V Evropě je incidence 0,7-9,8 na 100 000 obyvatel a prevalence 8,3-214 na 100 000 obyvatel. Největší incidence v Evropě je ve Velké Británii, která je od 3,6-9,8 na 100 000 obyvatel. V zemích třetího světa je Crohnova choroba téměř neznámé onemocnění. Crohnova choroba postihuje muže i ženy každého věku s dvěma vrcholy, kdy první je mezi 15-30 rokem života a druhý vrchol mezi 60-80 rokem života. (Longo et. al, 2013, s. 179-180).

2.3 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze Crohnovy choroby je i přes usilovné zkoumání stále nejasná. Předpokladem je, že podkladem tohoto onemocnění je imunitní odpověď. Posuzuje se, že jde o vzájemné působení dvou i více činitelů, a to genetická predispozice, hostitelova imunita a faktory zevního prostředí, kdy se rozvine akutní zánět, který později způsobí chronické poškození sliznice. Za rizikový faktor vzniku Crohnovy choroby je považována opakovaná antibiotická terapie. Antibiotika mění a ovlivňují střevní mikroflóru a může dojít až k trvalému poškození střevní bakteriální flóry snížením prospěšných bakterií ve střevě. Negativním působením je také kouření, špatná životospráva, stres. Crohnova choroba bývá také často spojována s vyšším ekonomickým a hospodářským stavem, protože při lepších životních podmínkách, nejsou lidé vystavováni antigenům, které přicházejí do styku se zevního prostředí a střevní sliznicí a neovlivní tak slizniční imunitu. (Zbořil a kol., 2018, s.51-54).

Další příčinou Crohnovy choroby je uveden genetický (dědičný) vliv. Často se Crohnova choroba vyskytuje u jednovaječných dvojčat a asi u 5 % pacientů se vyskytují

v příbuzenstvu další nemocní. Dalším rizikovým faktorem Crohnovy choroby je časté stravování ve stylu „*fast food*“, nízká pohybová aktivita, dále také proběhlé spalničky nebo chlamydie. Prevence onemocnění je nejasná vzhledem k tomu, že neznáme přesnou příčinu onemocnění. (Jůzlová, Krásová, Hercogová, 2017, s.40-48).

2.4 Příznaky Crohnovy choroby

Nejčastějšími projevy Crohnovy choroby jsou bolesti břicha v pravém podbříšku, vodnaté stolice několikrát za den, krvácení při defekaci. Stolice bývá často s příměsí hlenu nebo hnisu. Při vzniku píštěle mezi střevem a pochvou u žen dochází k odchodu plynů nebo stolice pochvou. Bolesti břicha bývají ve střídavé fázi remise a relapsu, jsou spojené s defekací a následnou úlevou po vyprázdnění střeva. Křečovitě bolesti břicha také doprovázejí poruchu střevní pasáže. Čerstvá krev ve stolici znamená postižení okrajové části tračníku. Nestrávené zbytky potravy ve stolici značí postižení tenkého střeva. Stenózy střev se projevují nadýmáním, pocity plnosti, špatné trávení a poruchy pasáže trávicí trubice, zvracení. K těmto příznakům je typický váhový úbytek. Mimostřevními příznaky jsou bolesti kloubů (artritida) nebo abscesy a píštěle v oblasti hýždí. Příznaky Crohnovy choroby doprovází zvýšená teplota, anemie (chudokrevnost). (Zbořil a kol.,2018, s.86-95).

2.5 Diagnostika

2.5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Diagnostika Crohnovy choroby není snadná a měla by probíhat na specializovaném pracovišti. V brzkých fázích onemocnění může nemocný vykazovat nespecifické příznaky jako je bledost, slabost, váhový úbytek. Gastroenterolog by měl vždy začít vyšetření důkladnou analýzou obtíží pacienta, kdy lékař zjišťuje patologické příměsi ve stolici, počet stolic za den, konzistence stolice, bolesti břicha, bolesti krajiny konečníku a celkové příznaky např. změna chuti k jídlu, hubnutí, přítomnost horečky, pocity únavy. Nezbytné je fyzikální vyšetření lékařem, které zahrnuje pohled (aspekce), poslech (auskultace), pohmat (palpace) a poklep (perkuse). Při diagnostice Crohnovy choroby by nemělo být opomenuto vyšetření konečníku (per rectum), kdy můžeme zjistit patologii ve stolici (hleny, krev, nestrávené zbytky). Další a poslední skupinou údajů je rodinná anamnéza. Dotazy jsou zaměřeny na výskyt Crohnovy choroby v rodině. (Keil a kol., 2012, s.22-23).

2.5.2 Laboratorní metody

Laboratorní výsledky napomáhají v diagnostice choroby od samého počátku a také průběh celého onemocnění, aktivita zánětu, účinnost léčby. Při biochemickém rozboru se často při Crohnově chorobě objevuje anemie (chudokrevnost), snížení hladiny železa, zvýšená hladina bílých krvinek, krevních destiček, což bývá typické pro aktivní zánět. Nízká hladina albuminy a prealbuminu poukazuje na poruchu vstřebávání živin potřebných pro tělo pacienta na podkladě malabsorbčního syndromu při rozsáhlém postižení střeva. Vysoká hladina CRP (C-reaktivní protein) je ukazatel akutního zánětu. Negativní hladina CRP však neznámá nepřítomnost aktivního zánětu. FC (fekální kalprotektin) je jedním ukazatelem zánětlivých markerů uvolňovaných do stolice. Další laboratorní metodou je mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice. (Zbořil a kol., 2018, s. 159-160).

2.5.3 Zobrazovací vyšetření

Základní metodou pro diagnostiku Crohnovy choroby je kolonoskopie s odběrem tkáně (biopsie) z různých částí tlustého střeva. Při kolonoskopii lze prohlédnout celé tlusté střevo a lze proniknout až ke konečné části tenkého střeva, které Crohnova choroba často postihuje. Při kolonoskopickém vyšetření popisujeme zbarvení sliznice, která je při Crohnově chorobě nepřirozeně zarudlá. Ve střevě mohou být přítomny eroze, vředy, polypy, stenózy nebo krvácející sliznice. Kolonoskopie se také provádí jako kontrola léčebného efektu. Před kolonoskopií je nezbytná příprava pacienta. Dodržovat 2-3 dny bezesbytkovou dietu, jeden den před vyšetřením spíše stravu tekutou. Střevo čistíme pomocí roztoků podaných per os, které obsahují fosfátové nebo hořečnaté soli. Je nutné vypít 3-4 litry tohoto roztoku. Úloha sestry při přípravě pacienta na kolonoskopii je edukace pacienta, pacient podepisuje souhlas s vyšetřením, dohled nad dodržením diety a péče o vyprázdnění střeva. (Keil a kol., 2012, s.23).

Další zobrazovací metodou při diagnostice Crohnovy choroby je fibroskopie. Vyšetření jícnu, žaludku a duodena, kde, již mohou vznikat stenózy a zánětlivé změny. Též se provádí biopsie, a to jak ze zdravé, tak i makroskopicky postižené tkáně. Příprava pacienta je poučení o vyšetření, podpis pacienta na souhlas s vyšetřením a lačnit od půlnoci. (Keil a kol., 2012, s. 23-24).

Nedílnou součástí je ultrasonografie (UZ). Ultrasonografie je dostupné a pro pacienta neinvazivní vyšetření, které je využíváno jak v akutní diagnostice, tak i u chronických stavů Crohnovy choroby. Lékař je schopný ultrazvukovým vyšetřením posoudit celkovou

šířku střevní stěny, stenózy, otoky střevní stěny, velikost a tvar okolních uzlin, prosáknutí střeva, přítomnost abscesů a píštělí. Není nutná speciální příprava pacienta. Pacient je od půlnoci před vyšetřením lačný.

Vhodnou zobrazovací metodou k hodnocení Crohnovy choroby je magnetická rezonance (MR). MR je přesná, neinvazivní zobrazovací metoda, která zobrazuje části střeva, které jsou nedostupné endoskopicky. Díky MR lze posoudit přítomnost zánětu ve střevě i mimo něj a celkový rozsah postižení. Jako cílené vyšetření jednotlivých orgánů se používá výpočetní tomografie (CT) za pomoci aplikace kontrastní látky lze zobrazit přítomnost nitrobřišních abscesů, zesílení střevní stěny daného úseku střeva, píštěle tlustého střeva s močovým měchýřem nebo vaginou. Tyto zobrazovací metody mají při Crohnově chorobě velký význam jak v diagnostice onemocnění, tak i ve sledování komplikací a vývoje choroby. Před tímto vyšetřením je nezbytné pacienta poučit o průběhu vyšetření, podání kontrastní látky per os nejdéle jednu hodinu před vyšetřením, během hospitalizace sestra zajistí žilní vstup pro podání kontrastní látky do žíly a pacient je od půlnoci lačný. Pokud je pacient alergik, podávají se před vyšetřením antihistaminika (léky působící proti alergii) per os nebo intravenózně, aby nedošlo k alergické reakci na kontrastní látku. (Zbořil a kol. 2018, s.178-190, s. 221-248).

2.6 Komplikace Crohnovy choroby

Život pacienta s Crohnovou chorobou je zužován typickými příznaky jako jsou bolesti břicha, průjem, horečky. Střevními komplikacemi Crohnovy choroby je zúžení střev (stenóza), při kterém dochází ke špatné průchodnosti tráveniny s možným úplným uzavřením střeva (ileus). Zúžení vzniká důsledkem otoku střevní stěny během akutního zánětu nebo jizvení při hojení. Nepříjemnou komplikací je vznik píštělí mezi střevem a jinými orgány nejčastěji pochva a močový měchýř. Píštěle mohou také vznikat mezi střevem a povrchem těla. Nejčastěji vznikají píštěle v okolí konečníku a řitního otvoru, což bývá pro pacienty velmi bolestivé. Vznik abscesů v dutině břišní, v oblasti hýžd'ových svalů, v okolí konečníku, či kdekoliv jinde mimo střevo je další častou komplikací Crohnovy choroby. Další častou komplikací bývá anemie (chudokrevnost) z nedostatku železa a vitamínů, které se při postižení střeva nevstřebávají, nebo ve střevě probíhá krvácení. Aktivita Crohnovy choroby se může projevat i mimo střevo na jiných orgánech. Tyto projevy postihují klouby, oči, kůži, sliznice, játra i cévní systém. Oči jsou postiženy záněty spojivek, duhovky, bělma i sítnice. Na kůži se mohou být přítomny bolestivé červené skvrny nebo se mohou tvořit hluboké, hnisavé, špatně se hojící rány a vředy. V dutině ústní se často tvoří bo-

lestivé afty. Pacienti s Crohnovou chorobou jsou častěji ohroženi ucpáváním cév s možností vmetení sraženiny do plicnice a vzniku plicní embolie. Všechny tyto komplikace by měly být vyšetřeny a řešeny dle možností. (Zbořil a kol.,2016, s. 168-175).

2.7 Léčba

Léčba Crohnovy choroby je rozdílná podle aktivity nemoci a dále se liší dle odpovědi na léčbu. Záleží na tom, zda je léčen akutní stav (relaps) nebo zda léčba probíhá v klidovém stádiu (remise). Crohnova choroba je onemocnění chronické a léčba bývá dlouhodobá a často celoživotní. Správnou léčbu nastaví gastroenterolog. Konzervativní léčba spočívá v podávání aminosalicylátů, antibiotik, imunosupresiv, které potlačí aktivitu imunitního systému, kortikosteroidy, které potlačují zánět. Dále je zahrnuta léčba dietou nebo podávání umělé výživy do střeva nebo do žilního systému pacienta. (Keil a kol., 2012, s.27-33)

2.7.1 Medikamentózní léčba

Aminosalicyláty jsou základní medikamentózní léčbou Crohnovy choroby. Účinnou látkou je kyselina 5-aminosalicylová (5-ASA), která bývá pacienty dobře tolerována. Na střevo působí antimikrobiálně a protizánětlivě. Aminosalicyláty jsou využívány zejména jako udržovací léčba, aby nedocházelo k relapsům. Jsou podávány ve formě čípků, tablet nebo klyzmat podávaných před spaním. (Ehrmann, 2011, s.436).

Antibiotika snižují množství bakterií a hub ve střevě. Nejčastěji se podávají pacientům s mírnou a střední aktivitou nemoci. Nejčastějšími podávanými antibiotiky bývá podávaný Metronidazol a Ciprofloxacin. Mohou se podávat ve formě tablet nebo i.v. Nevýhoda antibiotické léčby je poškození střevní mikroflóry a může tak být způsoben relaps onemocnění. Léčba antibiotiky se kombinuje s podáváním probiotik, které stabilizují střevní mikroflóru. Antibiotická léčba je zvolena především u pacientů se zánětlivými komplikacemi, s abscesy, píštěly nebo jako prevence pooperačních komplikací. (Zbořil a kol., 2018, s. 348-349).

Imunosupresiva-léky blokující nežádoucí aktivitu imunitního systému. Nejčastěji podávaným imunosupresivem je methotrexát. Doba nástupu účinky bývá až 4 měsíce, pokud je užíván ve formě tablet. Tato léčba bývá zvolena jako druhá nebo až třetí volba vzhledem k velkému množství nežádoucích účinků. (Ehrmann, 2011, s. 436).

Kortikoidy jsou hormony kůry nadledvin. Nejsou vhodnou volbou pro udržovací léčbu Crohnovy choroby, ale mají nezastupitelné místo v léčbě středně těžkých a těžkých aktivit onemocnění. Působí protizánětlivě. Nevýhodou kortikoidů je velké množství nežádoucích účinků jako je například řídnutí kostí, deprese, hypertenze, zhoršení cukrovky nebo dokonce možnost vzniku cukrovky, přibývání na váze, minerálový rozvrat aj. Podávání kortikoidů je vhodné pouze k přechodnému podávání při zvládnutí akutní fáze onemocnění. Léčba je zahájena vysokou dávkou kortikoidů s postupným snižováním a vysazením dávek během 3-6 týdnů. Mezi místně působící kortikoidy patří Budenofalk, Entocort, jejichž látky působí přímo na sliznici střeva a jejich vstřebávání do krve je minimální. (Keil a kol., 2012, s.28-29).

2.7.2 Biologická léčba

Biologická léčba u Crohnovy choroby bývá zahájena u pacientů, u kterých není dosažený efekt medikamentózní terapie. Infliximab je intravenózně podávaná látka ze živých „biologických“ zdrojů. Obsahuje 75% lidské a 25% myší bílkoviny. Jde o protilátku proti TNF (tumor necrosis factor), který ovlivňuje vznik a vývoj zánětu. Biologická léčba je zařazena mezi nejúčinnější terapii Crohnovy choroby. Nástup účinku biologické léčby bývá do několika hodin a působí také na mimostřevní projevy nemoci. Biologická léčba je pro pacienty dostupná v centrech pro biologickou léčbu střevních zánětů. V současné době je v ČR 25 center. Aplikace biologické léčby se skládá ze dvou fází. První fáze je fáze indukční, během které je pacient vystavován vyšším dávkám léku (5mg/kg váhy), kdy je lék pacientovi podáván formou infuzí v nultém, druhém a následně šestém týdnu, kdy je léčba ukončena. Příznivý efekt podávané terapie je nutné zhodnotit mezi šestým a desátým týdnem od ukončení léčby. Pokud byla první fáze biologické léčby úspěšná tzn., že bylo dosaženo remise onemocnění nebo zlepšení stavu pacienta, pokračuje se dále udržovací léčbou podávanou v nižších dávkách, a to 1x za 8 týdnů. Očekávaným výsledkem udržovací léčby je zlepšení stavu pacienta a zabránění vzniku stenóz, abscesů, píštělí a snížit tak počet hospitalizací, případně nutnost chirurgického výkonu. Nežádoucí účinky biologické léčby nejsou časté, ale přesto se u některých pacientů může objevit alergická reakce, kožní léze, infekce, poruchy imunity. Proto je nutné před zahájením biologické léčby provést vyšetření, které nás upozorní na skryté infekce a lze tak předejít možným komplikacím. Během podávání biologické léčby je nutné pacienta pečlivě monitorovat a předejít tak včas nežádoucím účinkům. Efektivní účinek biologické léčby byl prokázán u 90% pacientů a významně zlepšila jejich kvalitu života. (Lukáš, 2012, s.53-56).

2.7.3 Chirurgická léčba

Indikací k chirurgické léčbě je těžký průběh a komplikace Crohnovy choroby. Chirurgická léčba je nejčastěji indikována u stenóz, píštělí, krvácení, perforace a při velkém rozšíření tračníku. Chirurgickou léčbou lze odstranit ložisko zánětu, nevýhodou však bývá možnost vzniku nového zánětlivého ložiska kdekoliv v trávicím traktu. (Holubec, 2012, s. 21).

Výsledkem chirurgické léčby není úplné vyléčení Crohnovy choroby, nýbrž řešení komplikací a zlepšení kvality života pacienta. Vždy je nutné přistupovat ke každému pacientovi s Crohnovou chorobou přísně individuálně a zvážit možná rizika chirurgického zákroku. Operace by měla být předem plánována a pacient by na ni měl být řádně připraven. Mohou však nastat situace, kdy je nutné stav řešit akutně. Mezi akutní stavy, které jsou indikací k akutnímu chirurgickému zákroku patří masivní krvácení, abscesy a střevní neprůchodnost. Indikacemi k plánovaným operacím je selhání medikamentózní léčby, projevy podvýživy, carcinom při Crohnově nemoci nebo píštěle. (Zbořil a kol., 2018, s.484-485).

Operační výkon je dělen na resekční a neresekční. Cílem resekční operace je náprava postižené části tenkého či tlustého střeva resekcí (odstranění části střeva). Odstraněná část střeva by měla být vždy co nejkratší, aby nedošlo k tzv. syndromu krátkého střeva. Pokud není postižen konečník střevo lze spojit zdravými konci a střevo zůstává průchodné. V opačném případě, je nutné založení kolostomie (vyvedení střeva na povrch těla), která může být dočasná nebo trvalá. Po vyléčení konečníku může být obnovena kontinuita trávicího traktu. Pokud k vyléčení konečníku nedojde, konečník je odstraněn a kolostomie zůstává trvalá. Neresekční operací lze řešit odstranění překážky ve střevě a zachovat tak délku střeva. Tímto výkonem je plastická úprava střeva-strikturoplastika, která se provádí při zúžení více částí střeva, ne však delších, než 10 cm. Abscesy střev jsou chirurgicky řešeny drenáží. (Lukáš a kol., 2018, s. 374-377).

2.8 Výživa u pacientů s Crohnovou chorobou

Sestavení nutriční podpory je u každého pacienta individuální, kde záleží na aktivitě nemoci, místě postižení a je sestavena dle nedostatku vitamínů a minerálů. Nejnutnější je nutriční podpora u pacientů s aktivním zánětem a pacientů s podvýživou. Nejefektivnější je správně načasovaná a složená strava, která může výrazně ovlivnit průběh onemocnění. (Keil a kol., 2012, s. 33).

Prvním krokem k navození remise zánětu je dieta, kdy v akutní fázi zánětu je na nějakou dobu vyřazen příjem potravy per os. Živiny jsou dodávány parenterální cestou, aby byla snížena tvorba protilátek ve střevě. Následně se pomalu přechází na nutričně definovanou dietu. (Navrátil a kol., 2017, s. 222).

2.8.1 Enterální výživa

Enterální výživa je pacientovi podávána přímo do střeva nebo žaludku, kdy jsou speciální přípravky bohaté na bílkoviny a vitamíny podávány sondou do žaludku (naso-gastrická sonda), tenkého střeva (nasojejunální sonda) nebo je pacient popíjí (sipping). Je indikována u syndromu krátkého střeva, těžkých zúžení střeva a pokud pacient není schopen přijímat potravu přirozenou cestou. Vede ke zlepšení nutričního stavu. Přípravky bohaté na vlákninu zlepšují funkci střeva a upravují střevní mikroflóru a konzistenci stolice. Obsahují také omega-3 mastné kyseliny, které mají protizánětlivý účinek. Sippingem se rozumí popíjení výživy zpočátku po malých dávkách (50 ml 4x denně). Podávání výživy sondou do žaludku nebo střeva je kontinuální, nepřerušovaná 20-120 ml/hod. Výživa je sterilní ve vacích a je plnohodnotně vyvážená. (Šachlová, 2011, s.403-404).

2.8.2 Parenterální výživa

Parenterální výživa je využita u pacientů v období relapsu, během přípravy nemocného k operaci, v pooperační péči a při těžkých formách malnutrice. Probíhá za hospitalizace v nemocnici a pacientovi je podávána do periferního nebo cévního krevního řečiště. K parenterální výživě jsou využívány vaky, které obsahují tuky, cukry, vitamíny, aminokyseliny a minerály a zaručují nižší výskyt komplikací, snižují riziko infekce a lepší využití živin. Pokud je pacient na parenterální výživě závislý např. při syndromu krátkého střeva, kdy vzniká nedostatečná absorpce živin a vody, je možné parenterální výživu aplikovat i v domácím prostředí. (Vrzalová, 2011, s.338).

2.8.3 Dieta v období relapsu

V období relapsu je nutná bezsezbytková strava s vyloučením nerozpustné vlákniny (čerstvé ovoce a zelenina, luštěniny). Jídlo by mělo být rozděleno na 5-6 porcí za den po malých dávkách a mělo by být lehce stravitelné vařené do měkka nebo dušené bez kůrek a drobných zrníček. Vhodné jsou potraviny s vysokým obsahem škrobů (těstoviny), s vyšším obsahem železa, bílkovin, vitamínů a vápníku. V období relapsu je snížena tolerance sacharózy a laktózy a místo toho je doporučen hroznový cukr nebo umělá sladidla. Tekutiny jsou vhodné vlažné. Vhodné nejsou potraviny s vysokým obsahem tuků. Aby nebylo sní-

ženo vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích, jsou doporučeny tuky v podobě čerstvého másla a kvalitních olivových olejů. (Šachlová, 2011, 404-405).

2.8.4 Dieta v období remise

Pacienti s Crohnovou chorobou by měli vyloučit jak v akutní, tak i v klidové fázi onemocnění vyloučit nadýmavá, kořeněná jídla, smažené pokrmy a tučná masa. Pitný režim 2-2,5 l/den je nutný. Víno a pivo v malém množství není zakázáno. Tuhá nestravitelná vláknina není doporučena, protože podporuje střevní peristaltiku, mechanicky dráždí postižené střevo a tím způsobuje průjemy a zvyšuje počet stolicí. Dietní omezení záleží především na pacientovi, který sám určí, jaké potraviny netoleruje a které mu způsobují potíže. (Šachlová, 2011, s. 405).

2.9 Endoskopická terapie

2.9.1 Zástava krvácení

Krvácení do gastrointestinálního traktu je závažnou komplikací Crohnovy choroby. Projevem krvácení je natrávená nebo čerstvá krev ve stolici (meléna, enteroragie) a vede k anémii a trávicím potížím. V takovém případě je hospitalizace v nemocnici nutná. Pacientovi je dle místa krvácení provedena kolonoskopie či fibroskopie a krvácení je zastaveno. (Keil a kol., 2012, s. 10).

Endoskopicky lze zastavit krvácení řadou terapeutických metod, které můžeme podle mechanismu rozdělit na injekční, termické a mechanické. K injekční metodě je využit endoskopický injektor zakončený jehlou, díky kterému je aplikován do okolí krvácení naředěný adrenalin. Opich adrenalinem je vysoce efektivní v zástavě akutního krvácení, nezpůsobí však úplný uzávěr krvácející cévy a může dojít k recidivě krvácení. Proto se injekční forma často kombinuje s následným ošetřením některou z termických nebo mechanických metod. Zástavy krvácení pomocí termických metod je dosaženo termoregulací tzv. pálením krvácející cévy a okolí, která vyžaduje teplotu nejméně 70°C. Termická zástava krvácení je prováděna pomocí kontaktní sondy, na jejíž špičce jsou umístěny dvě spirálovitě probíhající elektrody. Sonda je kolmo přiložena ke krvácejícímu místu a krvácející céva je stlačena a koagulována. K mechanickým metodám patří endoklipy, které jsou kovové svorky určené k mechanickému ošetření tkáně. Zástavy krvácení docílíme kompresí přívodné tepny a okolních tkání. (Falt a kol., 2015, 178-180).

2.9.2 Dilatace stenóz a implantace stentů trávicí trubice

Dilatací se rozumí roztažení zúžené části trávicí trubice. Zúžení trávicí trubice (stenóza) je častou komplikací Crohnovy choroby. Mohou vznikat zánětem, vazivovou přeměnou nebo smíšené. Pomocí gastroscopie nebo kolonoskopie lze zjistit lokalizaci stenózy, podíl zánětu, počet a délku stenóz a zda jsou přítomny abscesy, píštěle nebo nádor. Stenózu lze pomocí gastroscopie nebo kolonoskopie dilatovat, pokud se nachází v přehledné lokalizaci a není delší, než 4 cm. Dilatace se provádí pomocí kalibrovaných balónků, které jsou zvoleny dle délky a šíře stenózy. Balónek je plněn vodou nebo fyziologickým roztokem a zúžená část je tak rozšířena. Do stenózy lze implantovat stent, díky kterému se snižuje riziko lokálních komplikací. (Zbořil a kol., 2018, s. 462-466).

2.9.3 Polypektomie a resekce sliznice

Polypektomie je metoda odstranění polypů pomocí polypektomických kliček s pomocí elektrokoagulace nebo pomocí bioptických kleští. Cílem polypektomie je kompletní odstranění neoplastické tkáně, odběr vzorku tkáně k histologickému zhodnocení. Endoskopická slizniční resekce (EMR) je endoskopická technika určená k snesení povrchových lézí trávicího traktu diatermickou kličkou. Záměr resekce může být diagnostický nebo terapeutický. (Falt a kol., 2015, s.151-161).

2.10 Psychologické a sociální aspekty nemoci

Každý nemocný očekává ať už od svého okolí nebo blízkých oporu, pochopení, radu, uklidnění a někdy i soucit. Chronicky nemocný pacient ztrácí možnost seberealizace, problémy v práci, někdy nutnost změny zaměstnání a změna životního stylu. Pacient s Crohnovou chorobou se musí smířit s projevy onemocnění a s tím, že tato nemoc ho bude provázet celý život. Deprese a stres mají negativní vliv na vývoj onemocnění. (Irmíš, 2014, s. 41, 68-69).

V akutní fázi doprovází Crohnovu chorobu průjem, bolesti břicha, horečky, což může pacienta významně ovlivnit psychicky i fyzicky a staví pacienta do obtížné role zmatku a nejistoty. (Juhaňák, 2011, s.137-138).

Nemocný s Crohnovou chorobou stojí před těžkým úkolem zvládnout a smířit se s chronickým onemocněním. Již v roce 1975 popsal Shontz základní etapy boje s chronickou nemocí.

Fáze šoku-pacient působí jako by byl duchem nepřítomný a lékaři připadá, jako by vůbec neposlouchal, co pacientovi říká. Je odpoutaný od reality nebo působí zděšeně.

Fáze usebrání-pacientovy myšlenky jsou neuspořádané a převládají negativní emoce. Pacient pocítuje strach, pocity bezmoci a podrážděnost vůči svému okolí.

Fáze stažení ze hry-v této fázi pacient uniká do mentálního osamění. Tato fáze je těžká pro blízké okolí pacienta, pro pacienta je však velmi důležitá, kdy pacient plánuje další postupy a mění pohled na situaci.

Fáze programu k řešení krize-pacient mění svůj pohled na to, co v budoucnu očekávat, prochází změnou osobní identity, mění se prostor pohybu mezi lidmi, kteří mu mohou poskytnout sociální oporu, sociální role.

Pokud pacient úspěšně projde všemi fázemi, dojde u něj k adaptaci na nemoc. (Zbořil a kol., 2016, s. 66-67).

2.11 Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Cílem ošetrovatelského procesu je určit pacientův zdravotní stav, skutečné anebo potencionální zdravotní problémy, naplánovat a uspokojit zjištěné potřeby nemocného. Sběr dat je nepřetržitý proces vykonávaným po celou dobu ošetrovatelské péče a vychází z vyhledávání biopsychosociálních potřeb člověka, které jsou nebo mohou být narušeny Crohnovou chorobou.

2.11.1 Hodnocení příjmu potravy

Crohnova choroba těsně souvisí s výživou, kdy fáze relapsu jsou spojené s malnutricí, která může být způsobena poklesem chuti k jídlu, bolestmi břicha po jídle, zhoršenou absorpcí jednotlivých živin, ztrátami krve a bílkovin při průjmech nebo snížením absorpční plochy při opakovaných resekcích. Posuzování příjmu potravy zahrnuje posouzení a zaznamenávání hmotnosti, stravovací návyky, soběstačnost při příjmu potravy, stravovací problémy, alergie na některá jídla, chuť k jídlu, průjem, bolesti po jídle a příprava jídel v domácím prostředí. Dobrý nutriční stav je jednou z nejdůležitějších podmínek nekomplikovaného průběhu onemocnění.

2.11.2 Hodnocení příjmu tekutin

Mezi časté příznaky Crohnovy choroby patří průjem a zvracení a v souvislosti s tím je nutné posuzování příjmu tekutin. Signalizací nedostatečné hydratace je nadměrná žízeň,

suchá pokožka a sliznice, snížený výdej moči. U rizikových pacientů se zpravidla provádí sledování příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin.

2.11.3 Hodnocení vyprazdňování stolice

Posouzení vylučování stolice zahrnuje zjištění frekvence defekace, defekační návyky, popis stolice a jejích změn (barva, konzistence, patologické příměsi, zápach). Zjištění přítomnosti kolostomie, postup při jejím ošetřování nebo problémy s kolostomií a pomoc sestry při jejím ošetřování. Důležité je zjištění vědomostí pacienta o stravě, která ovlivňuje defekaci, pohybová aktivita a užívání léků, které vyprazdňování mohou ovlivnit. Hodnocení zahrnuje stupeň soběstačnosti a schopnost pacienta dojít si na WC nebo či dochází k inkontinenci stolice.

2.11.4 Hodnocení pohybu a aktivit každodenního života

Hlavní příčinou neschopnosti pohybové aktivity u pacientů s Crohnovou chorobou je bolest, slabost, deprese a úzkost, které souvisí s chronickým onemocněním. Důležité je získat informace, které mohou poukazovat na překážky nebo omezení pohybu.

2.11.5 Hodnocení tělesné teploty

Kontrola tělesné teploty u pacienta s Crohnovou chorobou je velice důležitá. Může přetrvávat subfebrilita, která může být jediným příznakem zánětlivé komplikace v břiše (absces). Mezi hodnocení tělesné teploty patří posouzení, zaznamenání příznaků hypertermie. Při nástupu horečky je kůže bledá a studená, třesavka, která se postupně vyvíjí v červenou a na dotyk teplou kůží, pocení, vysušení sliznic, zrychlený puls a dech, neklid a ospalost. O způsobu měření teploty se rozhoduje dle aktuálního zdravotního stavu pacienta, ochotu anebo schopnost spolupracovat a dle dostupnosti teploměru na pracovišti.

2.11.6 Hodnocení spánku a odpočinku

Crohnova choroba je psychosomatické onemocnění, které může způsobit úzkost a deprese, které mohou způsobit nespavost. Anamnéza spánku obsahuje zjištění délky a kvality spánku, probouzení, spaní přes den, zvyklosti před spaním, které pomáhají pacientovi usnout, vliv okolí, užívání léků na spaní nebo užívání léků, které mohou způsobovat nespavost nebo naopak užívání léků, které mohou vyvolávat nadměrnou spavost přes den. Projevem nespavosti mohou být tmavé kruhy pod očima, zívání, červené oční spojivky, podrážděnost, neklid, nepozornost.

2.11.7 Hodnocení tělesné hygieny

Hodnocení tělesné hygieny zahrnuje posouzení kůže pacienta, schopnost pacienta se o ni postarat, kožní problémy, posouzení ústní dutiny, při které se může zjistit přítomnost aftoidních lézí, fisur, posouzení vlasů, nehtů, očí, uší, nosu. Při sběru anamnézy jsou získávány údaje o schopnosti pacienta sebezpečí a zjištění čistoty a případných problémů.

2.12 Diagnostika

Diagnostika je druhou fází ošetrovatelského procesu. Její podstatou je analýza informací, které byly od pacienta zjištěny nebo byly získány v průběhu posuzování stavu pacienta. Výsledkem je určení ošetrovatelských diagnóz, které jsou důležité k dalším krokům ošetrovatelského procesu. Určuje výběr cílů a tvorbu plánů ošetrovatelské péče.

2.13 Plánování

Je proces vytyčení ošetrovatelského plánu, či intervencí s cílem prevence pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny během diagnostické fáze. (Vatehová, Vateha, 2013, s. 58-70).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

3.1 Formulace problému

Crohnova choroba je chronický, nespecifický zánět kterékoliv části trávicí trubice. Nejčastěji postihuje tenké střevo v ileocekální oblasti. Vlastní příčina onemocnění není známá, existuje však mnoho faktorů, které mají účast na vznik tohoto onemocnění. Je to především vrozený základ, který se projeví zvýšeným rodinným výskytem, zejména u jednovaječných dvojčat, ať už žijí v rozdílných životních podmínkách. Psychogenní vlivy mají spíše podpurný charakter. Největší pozornost je zaměřována na imunologické mechanismy. Crohnova choroba již patří mezi typické civilizační choroby a postihuje stále více pacientů.

Při ošetřování pacienta s Crohnovou chorobou pracujeme s metodou ošetřovatelského procesu, jehož cílem je určit pacientův zdravotní stav, skutečný nebo potencionální zdravotní problém, naplánovat uspokojení zdravotních potřeb a vykonat specifickou ošetřovatelskou péči. Posuzování u pacienta s Crohnovou chorobou zahrnuje sběr dat a jejich vyhodnocení.

Pro úspěšnou léčbu je důležité získat od pacienta co nejvíce informací a navodit pocit důvěry mezi pacientem a zdravotnickým týmem. Důležitou součástí vhodné léčby je také určit specifika ošetřovatelské péče a zaměřit se na aktuální zdravotní a psychický stav pacientů a uspokojit tak jeho potřeby a odstranit možné komplikace a problémy pacientů.

3.2 Hlavní cíl

Určit specifika ošetřovatelské péče u pacienta s Crohnovou chorobou

3.3 Dílčí cíle

1. Zpracovat kazuistiky
2. Zjistit problémy pacienta spojené s prožíváním nemoci

3. Stanovit klíčové oblasti ošetrovatelské péče

3.4 Výzkumné otázky

4. Jak je pacient informován o své nemoci a kde informace získal?
5. Jak vnímá pacient svůj pobyt v nemocnici?
6. Jaká omezení a problémy ovlivňují život pacienta s Crohnovou chorobou?

3.5 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro vypracování bakalářské práce byl vybrán kvalitativní výzkum. Nástrojem sběru dat byly rozhovory. Výzkumné šetření bylo realizováno na Gastroenterologickém oddělení Nemocnice Teplice. Hlubková data na dané téma jsme získávali od pacientů pomocí individuálního rozhovoru, pozorováním pacienta a z jeho zdravotní dokumentace. V případových situacích se zaměříme na aktuální i potencionální ošetrovatelské problémy, ošetrovatelskou péči a edukaci pacientů.

METODA

Zpracování metody je takzvaná Case study (případová studie) neboli kazuistika. Tato metoda je vyznačována popisem více případů a umožňuje získání velkého množství dat sledovaných případů. V kazuistikách byl použit ošetrovatelský model Marjory Gordonové ke zmapování zdravotního i psychického stavu pacientů.

VÝBĚR PŘÍPADU

Pacienti byli vybráni záměrně na základě několika kritérií. Oba pacienti se léčí s Crohnovou chorobou déle než rok a se svým onemocněním byli hospitalizováni na lůžkovém oddělení. Záměrně byli vybráni pacienti stejného pohlaví a stejné věkové kategorie do padesáti let pro porovnání prožívání nemoci a zdravotního stavu. Pro srovnání byl vybrán jeden pacient s kolostomií a druhý bez kolostomie. Oba pacienti byli seznámeni s tím, že sběr informací je anonymní a souhlasili s výzkumem. (Příloha č. 1) pro lepší přehlednost jsou použita křestní jména pacientů, která byla změněna.

ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Informace jsme získávali ze zdravotní dokumentace pacientů, formou rozhovoru s pacientem a sledováním pacientů. Pro zhodnocení zdravotního stavu pacientů jsme pra-

covali s ošetrovatelským modelem Marjory Gordonové, který nám pomohl zmapovat zdroj problémů pacientů, cíl ošetrovatelské péče, způsob intervence a roli sestry v ošetrovatelském procesu u obou pacientů. Sběr dat probíhal během hospitalizace obou pacientů na oddělení Gastroenterologie po schválení žádosti (příloha č.5) se souhlasem nemocnice. (Příloha č. 4)

ORGANIZACE VÝZKUMU

Rozhovory s respondenty a jejich sledování probíhalo po předchozí domluvě s pacienty a jejich souhlasem v nemocničním prostředí na pokoji nebo na společenské místnosti podle toho, kde se dalo v danou dobu zajistit soukromí a podle toho, jak to umožňoval zdravotní stav respondentů. V úvodu kazuistik čerpáme informace z anamnézy dostupné ve zdravotní dokumentaci, a poté pozorováním respondentů a rozhovorem s nimi, který jsme přizpůsobili modelu Marjory Gordonové. Na konci kazuistik jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy, cíle, plán péče a edukační proces s vyhodnocením cílů. Výzkum jsme prováděli od listopadu 2019- ledna 2020.

4 KAZUISTIKA 1

Pan Luděk, 49 let, byl přijat do nemocnice Teplice na Gastroenterologické oddělení pro relaps Crohnovy choroby. Od listopadu pociťoval silné bolesti břicha v levém podžebří, které se postupně rozvíjely do oblasti celého břicha. Vodnatou stolicí měl 10x denně s příměsí hlenu. Krev ve stolici nepozoroval. Týden od prvních příznaků pacient udával nechutenství spojené se silnou pyrósou (pálení žáhy). Dále se připojily silné bolesti svalů, kloubů a třísel, celková únava a ve spojení s bolestí snížená hybnost končetin (paréza). Na konci října byl pacientovi zaveden stent do ureteru z důvodu inkontinence moči. Pacient byl přeléčen Cefuroximem a od té doby má tyto potíže. Pacient je v péči psychiatra pro panickou poruchu v anamnéze, má potíže ve společnosti a nezvládá chodit na pravidelné kontroly. V posledních třech letech podstoupil nepřilíš efektivní biologickou léčbu. Po léčbě zlepšen, po krátkém období opět zhoršování stavu, včetně kombinace s imunosupresivní léčbou a lokální chirurgickou léčbou píštělí. Aktuálně je pacient bez léčby. Biologická léčba byla hodnocena bez dlouhodobějšího efektu.

Ve vstupních odběrech byly zvýšené hodnoty renálních parametrů, CRP a hypokalemie. Pro silné průjmy byla odebrána stolice na clostridie, které negativní. Pro elevaci CRP byla pacientovi nasazena antibiotická léčba v kombinaci dvou antibiotik Metronidazol a Ciprofloxacin i.v. Na ultrazvuku břicha byly popsány chronické zánětlivé změny stěny kliček tenkého střeva v pravém podbříšku.

Pacient postupně po infuzní terapii a ATB terapii zlepšen. Bolest kloubů byla zmírněna, přesto mírná bolest stále trvala, ale hybnost kloubů a třes končetin byla zlepšena. Pacient byl během hospitalizace bez výraznějších komplikací.

4.1 Anamnéza

Jméno: Luděk

Věk: 49 let

Pracovní anamnéza: toho času v invalidním důchodu, dříve profesionální řidič

Rodinná anamnéza: matka-zemřela v 72 letech na selhání organismu, otec-zemřel ve 42 letech na astma, sourozenci-sestra-Crohnova choroba, nádor slinivky břišní-po operaci, Leidenská mutace, děti-nemá, je rozvedený

Osobní anamnéza: již 20 let Crohnova choroba, těžká forma Crohnovy choroby s postižením terminálního ilea, perianální píštěle, mimostřevní píštěle kloubního a osového skeletu, poslední kolonoskopie byla v lednu 2017, kdy byla provedena dilatace Bauhinské chlopně, panická porucha v péči psychiatra, Leidenská mutace (kdysi byl warfarinizován proti trombóze v levém lýtku.

Sociální anamnéza: žije s přítelkyní a jejími dětmi v bytě

Abusus: 20 cigaret/den již 20 let, alkohol příležitostně

Alergická anamnéza: neguje

Chronická farmakoterapie: Quetiapin 25mg 1-1-0, Mirzaten 45 mg na noc, Pragiola 75 mg 1-0-1, užíval železo, ale sám ho vysadil

Akutní farmakoterapie: kalnormin 1g 1-1-1 p.o., Nolpaza 40 mg 1-0-1 p.o.,

infuzní terapie: Fyziologický roztok 500ml + 30ml kcl + 10%MgSO₄ 10ml i.v. á 8 hodin

antibiotická terapie: Metronidazol 500mg i.v. á 8 hodin, Ciprofloxacin 400mg i.v. á 12 hodin.

4.2 Fyzikální vyšetření

Celkový stav: pacient při vědomí, orientovaný, spolupracuje, úzkostný, chůze není schopena, působí upraveně, vyčerpaně, unaveně

Dutina ústní, nos, zuby: sliznice bledé, povleklé, oschlé, zuby karézni

Sluch: slyší dobře

Zrak: vidí dobře, spojivky bledé, skléry bílé, zornice reagují

Kůže: čistá, bez ikteru, suchá, dehydratovaná, snížený kožní turgor, více se potí, chronické defekty, zhojené jizvy

Vitální funkce: TK: 121/74mmHg, TT: 37,0°C, P: 95/min, D: 18/min,

Saturace O₂: 98%, hmotnost: 109,40 kg, výška: 180 cm

Stav vědomí: plně orientovaný ve všech oblastech

Rozsah pohybu kloubů: pohyb snížený, bolestivost kloubů

Otoky: bez otoků

Kompenzační pomůcky: používá berle při chůzi

VAS: 8 (vizuální analogová škála)

Použité škály: (příloha č. 2,3)

Riziko pádu:

rozsah- 0-7 bodů, pacient- 3 body (nízké riziko)

Barthelův test základních všedních činností (ADL-Activities of Daily Living):

rozsah- 0-100 bodů, pacient- 50 bodů (závislost středního stupně)

Glasgow Coma Scale (GCS):

rozsah- 3-15 bodů, pacient- 14 bodů (lehká porucha vědomí)

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové:

nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně, pacient- 21 bodů

Vizuální analogová škála (VAS):

rozsah- 0-10 (žádná-nesnesitelná bolest), pacient-VAS 8 (klouby a břicho)

Body Mass Index (BMI):

pacient- 33,77 střední nadváha (obezita 1.stupně)

4.3 Průběh hospitalizace

12. listopadu 2019- byl pan Luděk přijatý do Nemocnice Teplice na pracoviště Interna-gastroenterologie pro relaps Crohnovy choroby s bolestmi břicha a pohybového aparátu. Pacient neschopný chůze bez opory a je neschopen dojít si na toaletu. Se souhlasem pacienta byly použity absorpční pomůcky pro inkontinenci moče i stolice. Pacientovi byl při příjmu zaveden periferní žilní katetr a byl seznámen s chodem oddělení a pacient podepsal svůj souhlas s hospitalizací. Vstupně byly změřeny fyziologické funkce a natočeno EKG. Byly odebrány základní krevní odběry-krevní obraz, koagulace, základní biochemie

a pro průjmovitou stolicí byla odebrána stolice na kultivaci a citlivost a stolice na clostridie, které byly negativní. Pro vysoké hodnoty CRP z rozborů biochemie byla pacientovi nasazena antibiotická terapie i.v. a infuzní terapie pro hypokalémii, vysoké renální parametry a známky dehydratace. Do medikace byl dále přidán Prednison 20mg a Kalnormin 1g. Na stolicí pacient byl 10x denně, která byla vodnatá s příměsí hlenu. Pacientovi byla nastavena dieta 5 (bezezbytková) a byl poučen o nutnosti dodržování diety a pitného režimu. Po jídle pacient pociťoval nauzeu, pyrózu a pocity nadmutého břicha. Vstupně byl pacientovi proveden RTG plic a srdce, který byl bez patologických změn.

13. listopadu 2019- pacient udává mírné zlepšení nauzey. Pacient dodržuje nastavenou dietu a vypil 1500 ml tekutin. Bolesti kloubů a břicha dál trvají. Dále trvá vodnatá stolice s příměsí hlenu bez příměsí krve. Pacient je úzkostlivý a bojí se o své zdraví. Pacientovi byl proveden ultrazvuk břicha, na kterém byly popsány zánětlivé změny stěn kliček tenkého střeva v pravém podbříšku. Dále se pokračuje v nastavené medikaci.

14. listopadu 2019- pacient se cítí lépe, má lepší náladu. Udává menší úlevu od bolestí (VAS 6) a nauzey. Má větší chuť k jídlu. Po jídle nezvrací. Na stolicí chodí méně 5x denně. Pacient i přes doporučení lékaře, nesouhlasí s kolonoskopií.

15. listopadu 2019- pacientův stav je výrazně zlepšen. Za pomoci personálu si dojde do koupelny, provede hygienu a dojde na toaletu. Absorpční pomůcky byly dány pouze na noc. Pacient udává bolest v místě zavedení permanentního žilního katetru. Místo vpichu je klidné, bez známek zánětu. Stávající žilní katetr byl odstraněn a zaveden nový. Dále se pokračuje v antibiotické terapii i.v. Pacient je již schopen dojít za pomoci kompenzačních pomůcek na toaletu a na společenskou místnost. Pacient udává úlevu od bolestí břicha i kloubů, které jsou vyhodnoceny na VAS 4. Nastavenou dietu a medikaci pacient toleruje. Nezvrací, nauzeu již nemá. Sní celé porce jídla. Hydratace je přiměřená. Sliznice dutiny ústní jsou růžové a vlhké.

16. listopadu 2019- u pacienta se objevil otok pravé tváře a bolestivý tlak VAS 3. Při jídle se bolestivý otok před pravým ušním boltcem zvětšuje. Pacient dýchá a polyká volně. Je bez teplot. Pacient byl odvezen ke konziliu na ORL, kde byl proveden ultrazvuk krku a slinných žláz, kde lékař popsal akutní zánět slinné žlázy a bylo doporučeno pokračování v antibiotické terapii, ledovat otok a vyplachovat dutinu ústní po jídle řepíkem. Pacientovi byl otok ledován a připraven roztok řepíku k vyplachování a pacient byl poučen.

17. listopadu 2019 – otok pravé tváře se zmenšil a bolest otoku byla zhodnocena na VAS 1. pacient může jíst a volně polykat. Pacientův stav je výrazně zlepšen a antibiomatická terapie je podávána p.o. Pacient sní celé porce jídla a vypije 1500-2000 ml tekutin denně. Má lepší náladu je schopen soběstačnosti, chtěl by domů.

18. listopadu 2019 – během hospitalizace došlo ke zlepšení stavu pacienta. Stolice formovaná bez patologických příměsí. Trvá bolest kloubů a břicha VAS 4. Hybnost a třes končetin byla zlepšena. Pacient byl propuštěn do domácí léčby. Při propuštění je orientovaný, afebrilní, slinná žláza bez otoku. Pacientovi byl do chronické medikace ponechán Prednison 20mg a Kalnormin 1g a byl vystaven recept na antibiotika, které pacient dobere do desátého dne. Pacient byl při propuštění poučen o nutnosti dodržování diety a zvýšené hygieně chrupu.

4.4 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně-pan Luděk se s Crohnovou chorobou léčí už 20 let. Pacient se domnívá, že způsobem svého životního stylu si za své onemocnění může sám. První příznaky se u něj objevily při nástupu do svého zaměstnání profesionálního řidiče, kdy neměl čas jíst pravidelně vyváženou stravu, neměl čas na odpočinek, byl ve stresu a na dlouhých cestách hodně kouřil. O své nemoci a potížích se nejvíce svěřuje své sestře, která má také Crohnovu chorobu. Zpočátku navštěvoval pravidelně lékaře, dodržoval dietu a přestal kouřit. Po rozvodu s manželkou ale o sebe přestal dbát, opět začal kouřit a přestal chodit na pravidelné lékařské prohlídky a začal trpět panickými poruchami. Jeho zdravotní stav se začal zhoršovat a častěji se objevovaly příznaky Crohnovy choroby. Nyní se pan Luděk snaží dbát pokynů lékaře, ale někdy vzhledem k potížím není schopen k lékaři dojít.

Objektivně-z lékařských dokumentací je zřejmé, že pacient lékaře nenavštěvoval pravidelně. Vždy vyhledal lékaře při relapsu choroby. Z rozhovoru vyplynulo, že má dostatek informací o svém onemocnění, nebyl však schopen pravidelných kontrol u lékaře a dodržování léčby pro své časově náročné zaměstnání a panické poruchy.

2. Výživa a metabolismus

Subjektivně-pan Luděk se před chorobou v jídle neomezoval. Jedl všechno, na co měl chuť. Při svém zaměstnání jedl ve spěchu studená nevyvážená jídla, stravoval se především v rychlých občerstveních smaženou a tučnou stravou. Ovoce a zeleninu příliš ne-

vyhledává. Po diagnostikování Crohnovy choroby dodržoval předepsanou dietu, na kterou si zvykl. Po rozvodu ale, neuměl dietní jídlo připravovat a znovu začal jíst nepravidelně a pro něj škodlivé potraviny. Nyní v invalidním důchodu, jí 4-5x denně podle doporučení jeho ošetřujícího lékaře. Vypije přibližně 2 litry tekutin denně. při relapsu onemocnění nemá chuť k jídlu a za poslední měsíc zhubl přibližně 4 kg.

Objektivně-pacient v prvních dnech hospitalizace nejedl, měl nechutenství, nauzeu a cítil se nadmutý. S postupným zlepšováním zdravotního stavu, dostal chuť k jídlu a snědl vždy celé porce předepsané bezezbytkové diety a nauzea i pocity nadmutí ustoupily.

3. Vylučování

Subjektivně – pacient trpí vodnatými průjmy několikrát denně. je rád, že má WC na pokoji, kde má soukromí. Při defekaci má silné bolesti břicha a v okolí konečníku. V minulosti trpěl inkontinencí moče, a proto mu byl do močové trubice zaveden stent a od té doby nemá s vyprazdňováním moče nemá potíže.

Objektivně – pro sníženou pohyblivost pacienta a vodnatou stolicí byly pacientovi dány absorpční pomůcky (pleny), které byly dle potřeby měněny. Močit zvládl pacient do bažanta. Po zlepšení pohyblivosti úpravě stolice na formovanou, byl pacient schopen dojít si na WC sám o berlích.

7. Aktivita, cvičení

Subjektivně – v mládí hrál pan Luděk fotbal, hokej, jezdil na kole a motorce. Chodil na procházky. Po nástupu do zaměstnání se aktivitám přestal věnovat a při svém sedavém zaměstnání měl pohybových aktivit velmi málo. Nyní mu zdravotní stav neumožňuje příliš pohybových aktivit. Často se cítí slabý a unavený a jakákoli činnost ho vyčerpává.

Objektivně – pacient během prvních dní hospitalizace není schopen chůze pro bolesti a sníženou pohyblivost kloubů. Čas tráví v posteli a čte si noviny nebo luští křížovky. Se zlepšením pohyblivosti si pacient dojde na společenskou místnost, kde se dívá na televizi a během návštěv chodí o berlích se svou přítelkyní po chodbě.

8. Spánek, odpočinek

Subjektivně – pan Luděk špatně spí vzhledem k tomu, že má bolesti a průjem. Necítí se dobře v cizím prostředí a hlavou se mu honí myšlenky o jeho zdraví, které nedokáže zastavit. Cítí se unavený a nevyspalý.

Objektivně – při nespavosti byl dle potřeby pacientovy naordinován Hypnogen 1 tableta a analgetika na bolest, po kterých usnul. Pacient ospává i během dne.

9. Vnímání, poznávání

Subjektivně – pan Luděk vnímá nevypočitatelnost Crohnovy choroby a uvádí, že s životní nestabilitou a nejistotou není snadné žít. Uznává, že situace není lehká ani pro jeho přítelkyni, se kterou žije ve společné domácnosti, a která se o něj musí starat a chodit do práce, zatím co on sám je doma v invalidním důchodu. Bolesti udává silné při relapsu dle VAS 8. Často pociťuje únavu a vyčerpanost a potíže spojené s onemocněním mu zhoršují možnosti realizovat své zájmy.

Objektivně – zrak, sluch a další smyslové vnímání je v normě. K chůzi používá dvě francouzské hole. Je plně orientovaný místem, časem i osobou. Pacient je dostatečně informován o svém zdravotním stavu. Je úzkostlivý a podrážděný.

10. Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně – pan Luděk sám sebe vnímá jako náladovou a psychicky labilní osobnost. Cítí se omezený v tom, že nemůže chodit do práce a nerad chodí do společnosti, protože se obává průjmů a dalších potíží spojených s chorobou. Kvůli omezenému pohybu se cítí jako neschopný a zbytečný. Stydí se za své onemocnění a že musí při akutních průjmech používat pleny a nechat se přebalovat.

Objektivně – pacient je často úzkostlivý a mění se u něj nálady. Na první pohled působí otažitě. Pana Luděka velmi psychicky tíží ztráta zaměstnání a omezení hybnosti.

11. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně – v domácnosti se pan Luděk cítí v klidu a bezpečí se svou přítelkyní. Společně vychovávají dvě děti, které pan Luděk vnímá jako vlastní. V domácnosti se snaží pomáhat dle svých možností a dle aktuálního zdravotního stavu. Je rád, že není sám. Přátel pan Luděk mnoho nemá. Nejvíce se navštěvují se svou sestrou a její rodinou.

Objektivně – během hospitalizace se pacient vyhýbá konverzacím s ostatními pacienty. Do rozhovoru se zdravotnickým personálem se pacient velmi nezapojuje.

12. Sexualita, reprodukční schopnosti

Subjektivně – žádnou pohlavní chorobu pan Luděk neuvádí. Vlastní děti nemá a mrzí ho, že vzhledem k náročnosti zaměstnání a nyní k zdravotnímu stavu, nemá vlastní děti. Svůj sexuální život hodnotí jako neuspokojivý.

Objektivně – pacient byl na toto téma uzavřený a rozhovor k tomuto tématu mu byl nepříjemný.

13. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Subjektivně – proti chorobě si pan Luděk připadá bezmocný a stresuje ho, že někdy nestačí dojít na toaletu. Stresují a vyčerpávají ho lékařské prohlídky a otázky, jak se cítí a jak chorobu zvládá. Udává, že jeho život je „jako na houpačce“. Stresové situace v něm vyvolávají nutkavý pocit na stolici spojený s bolestmi břicha.

Objektivně – nejvíce pacienta stresuje nevypočitatelnost potřeby WC. Během hospitalizace působil neklidným dojmem. Byl uzavřený, úzkostlivý a depresivní. Často vyjadřoval obavy z budoucnosti.

14. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně – bez vyznání, ale zajímá se o astrologii a horoskopy. Dlouhá léta měl touhu zbavit se Crohnovy choroby, ale nakonec dospěl k názoru, že smíření je jediné vysvobození.

Objektivně – ve zvládání nemoci mu pomáhá dobré rodinné zázemí. V akutní fázi choroby se cítí zranitelný a slabý. Po neúspěšné biologické léčbě nevěří ve zlepšení zdravotního stavu. Duchovních služeb v nemocnici pacient nevyužil.

15. Jiné

Pan Luděk by chtěl jít co nejdříve domů, kde se cítí bezpečně a v klidu. Těší se na vlastní postel a toaletu. Po návratu domů chce dodržovat dietu a dbát o svůj zdravotní stav.

4.5 Plán ošetřovatelské péče

00132 – Akutní bolest související se základním onemocněním

Projevy: Subjektivně – pacient si stěžuje na bolesti břicha a kloubů VAS 8

Objektivně – pacient zaujímá úlevovou polohu, grimasy v obličeji, neschopnost chůze

Očekávané výsledky – pacient bude mít úlevu od bolesti do jedné hodiny, pacient dodržuje farmakologický režim

Intervence – zhodnot' stupeň bolesti dle VAS, pozoruj neverbální projevy pacienta, podej medikaci dle ordinace lékaře, zhodnot' účinek analgetik, urči faktory, které zmírňují nebo zhoršují bolest, vše řádně zaznamenej do dokumentace pacienta

Hodnocení – po podání analgetik se bolesti zmírnily na VAS 4 do jedné hodiny, byl proveden záznam do zdravotní dokumentace

00028 – Výživa, hydratace/riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti se silnými opakujícími se průjmy

Projevy: Subjektivně – pocit sucha v ústech, únava

Objektivně – suché sliznice, nízký kožní turgor

Očekávané výsledky: pacient vypije alespoň 1,5l tekutin za den, pokožka a sliznice budou hydratovány, pacient zná důvod deficitu tekutin, sám se zapojí do sledování příjmu tekutin

Intervence: sleduj příjem tekutin za den, sleduj, zda má pacient na dosah dostatek tekutin, sleduj kožní turgor a hydrataci sliznic

Hodnocení: pacient umí vyhodnotit rizika dehydratace, sám hlídá příjem tekutin, sám si vezme sklenici a napije se, pokožka a sliznice jsou hydratovány

00013 – Průjem související se základní diagnózou

Projevy: Subjektivně – bolesti břicha, časté nucení na stolicí

Objektivně – neformovaná vodnatá stolice s příměsí hlenu, zvýšená frekvence stolic (10x denně)

Očekávané výsledky – pacient nebude mít porušenou integritu kůže v okolí konečníku, pacient nebude jevit známky dehydratace

Intervence – zvýšená péče o kůži v okolí konečníku, sleduj stav výživy a hydrataci, vše zaznamenej do dokumentace pacienta, podej parenterální roztoky dle ordinace lékaře

Hodnocení – pacient nejeví známky dehydratace, byla prováděna zvýšená hygienická péče o konečník, kožní integrita nebyla porušena

00134 – Nauzea související se základním onemocněním

Projevy: Subjektivně – pacient má pocity na zvracení a pálení žáhy, stěžuje si na nechutenství, bolesti břicha

Objektivně – odmítání jídla, mírný úbytek váhy

Očekávané výsledky-pacient nebude pociťovat pocity na zvracení do tří dnů, po dobu hospitalizace bude stabilní tělesná hmotnost

Intervence-proved' celkové posouzení nauzey (trvání, frekvence, vyvolávající faktory nauzey), podej léky zamezující nevolnosti dle ordinace, identifikuj a eliminuj faktory, které mohou vyvolat nauzeu, pravidelně kontroluj hmotnost pacienta, vše řádně zaznamej do dokumentace pacienta

Hodnocení-během hospitalizace se nauzea u pacienta zmírnila, pacient neměl větší úbytek na váze, dostal chuť k jídlu a jídlo toleroval

00095 – Nespavost související s úzkostí a bolestí

Projevy: Subjektivně – pacient se cítí slabý a unavený, ztěžuje si, že mu usínání trvá déle než dvě hodiny

Objektivně – pacient pospává během dne, má kruhy pod očima, přes den často zívá

Očekávané výsledky – pacient se bude cítit odpočatý, dojde ke zlepšení spánku do dvou dnů, budou zmírněny potíže, které spánek narušují, pacient bude spát alespoň šest hodin

Intervence – sleduj délku spánku, dej pacientovi prostor pro vyjádření obav a pocitů, podej hypnotika a léky proti bolesti dle ordinace, zajisti klidné prostředí pro spánek, délku spánku a úlevu od bolestí zaznamenej do dokumentace

Hodnocení – pacient udává zlepšení spánku, cítí se odpočatý, usnul do jedné hodiny

00004 – Riziko infekce související se zavedením PŽK

Očekávané výsledky – místo vpichu nebude vykazovat známky infekce, pacient se podílí na prevenci vzniku infekce a zná způsoby, jak riziko infekce snížit

Intervence – denně sleduj a zhodnot' místo vpichu, při známkách infekce ihned odstraň PŽK, dodržuj zásady aseptiky, pouč pacienta o příznacích infekce

Hodnocení – pacient umí popsat a vyjmenovat projevy infekce a projevil mírnou bolest v místě vpichu, PŽK byl vyměněn, místo vpichu nejeví známky infekce

4.6 Edukační plán

Účel: poskytnutí informací o nutnosti dodržování diety při Crohnově chorobě

Cíl: pacient bude znát, jaké potraviny jsou pro něj vhodné a jaké ne, bude znát význam dodržování diety

Pomůcky: knihy, brožury, obrázky

Metody: četba, rozhovor, ukázky obrázků, odpovědi na otázky pacienta

Kognitivní cíl:

Specifický cíl-pacient dokáže vyjmenovat potraviny, které jsou pro něj vhodné a nevhodné potraviny, které by mu mohly způsobit zažívací potíže

Hlavní body plánu-budou zdůrazněny možné komplikace při nedodržení diety, pacient bude seznámen s pozitivními i negativními příklady z praxe

Časová dotace-20 minut

Hodnocení-pacient pochopil nutnost dodržení diety a možné komplikace při jejím nedodržování a dokázal vyjmenovat vhodné potraviny. Cíl splněn.

Afektivní cíl:

Specifický cíl-pacient pochopí nutnost dodržování diety a změní své stravovací návyky

Hlavní body plánu-pacientovi bude vysvětleno, že je vhodné mluvit o vhodných potravinách se svou partnerkou a jíst pravidelně menší porce

Časová dotace-20 minut

Hodnocení-pacient si uvědomuje, že se nevyhýbal rizikovým faktorům a chce změnit stravovací návyky. Cíl splněn.

Psychomotorický cíl:

Specifický cíl-pacient vyjmenuje, jak změní své stravovací návyky a jakým potravinám se bude vyhýbat

Hlavní body plánu-poučit a zodpovědět otázky o změně stravovacích návyků

Časová dotace-15 minut

Hodnocení-pacient pokládá otázky týkající se dietního režimu, vypsál si poznámky a zodpovězené otázky. Cíl splněn.

5 KAZUISTIKA 2

Pan Jan, 48 let, byl přijatý na oddělení chirurgie Nemocnice Teplice pro mnohočetné perianální píštěle s hnisavým výtokem, bolestmi břicha a dolních končetin, kolapsové stavy a krvácení z konečníku. Na chirurgickém oddělení byl hospitalizován v době od 27. 12. 2019 - 10. 1. 2020, kde byl indikován k operačnímu výkonu k založení kolostomie. 10. 1. 2020 byl pan Jan přeložen na Gastroenterologické oddělení Nemocnice Teplice k další terapii a ošetrovatelské péči. Před hospitalizací v nemocnici pacient pociťoval stupňující se bolesti břicha a v oblasti konečníku a krvácení při defekaci. Pociťoval slabost, neměl chuť k jídlu a nepil. Crohnova choroba mu byla diagnostikována ve 29 letech a byla mu nastavena léčba kortikoidy. Po vysazení kortikoidů lékařem se u pacienta objevila sarkopenie (úbytek svalové hmoty a snížení pohyblivosti). S těmito potížemi nikde vyšetřen nebyl. Doma měl dlouhodobé potíže s konečníkem, ale k lékaři nechodil.

Během hospitalizace na chirurgii byly u pacienta zjištěny pomocí CT břicha s kontrastní látkou zánětlivá ložiska v oblasti celého tlustého střeva až ke konečníku s píštělemi do pobřišnice. V pobřišnici již rozvíjející se abscesy a drobná cysta jater.

5.1 Anamnéza

Jméno: Jan

Věk: 48 let

Pracovní anamnéza: nezaměstnan, čeká na schválení invalidního důchodu

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 89 letech na onemocnění srdce, matka-hypertenze, sourozence nemá

Osobní anamnéza: ve 29 letech diagnostikována Crohnova choroba s postižením v oblasti ileoceka, následně po vysazení kortikoidů sarkopenie s následnou imobilitou, jinak nestonal, úrazy – 0

Sociální anamnéza: svobodný, žije s matkou v bytě

Abusus: kuřák 2-5 cigaret denně, alkohol-občas pivo a víno, drogy-neguje

Alergická anamnéza: neguje

Chronická farmakoterapie: Prednison 20mg 1-0-0, Asacol 800mg 2-2-2, Entizol 250mg 1-1-1

Akutní farmakoterapie: Amoxicillin 875mg/125mg á 12 hodin tbl. p.o., Asacol 800mg tbl. p.o. 2-2-2, Entizol 250mg tbl. p.o. 1-1-1, Veral 75mg tbl. p.o. dle potřeby při bolestech dolních končetin

5.2 Fyzikální vyšetření

Celkový stav: kachexie, při vědomí, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy, imobilní, působí čistě a upraveně, hydratovaný

Dutina ústní, zuby, nos: dutina ústní hydratována, sliznice růžové, vypadané stoličky a horní pravý řezák

Sluch: slyší dobře

Zrak: vidí dobře, skléry bílé, spojivky růžové, zorničky reagují

Kůže: kůže čistá, bez ikteru, hydratována, kožní turgor v normě, kolostomie se zarudnutím v okolí ušití

Vitální funkce: TK: 90/80mmHg, TT: 36,2°C, P: 68/min., D: 20/min.,

saturace O₂: 99%, hmotnost: 56,0 kg, výška: 186 cm

Stav vědomí: plně orientovaný ve všech oblastech

Rozsah pohybu kloubů: páteř fyziologicky zakřivená, přiměřená hybnost, kontraktura levé dolní končetiny v kolenním kloubu, neschopen chůze, na lůžku se posadí s pomocí

Otoky: bez otoků

Kompenzační pomůcky: žádné

VAS: dolní končetiny-VAS 5 v oblasti kolen, břicho-VAS 4 v oblasti ušití kolostomie, konečník-VAS 4

Použité škály: (příloha č. 4,5)

Riziko pádu:

Rozsah – 0-7 bodů, pacient- 3 body-nízké riziko

Barthelův test základních všedních činností (ADL-Activities of Daily Living)

Rozsah – 0-100 bodů, pacient – 15 bodů (vysoce závislý)

Glasgow Coma Scale (GCS):

Rozsah – 3-15 bodů, pacient-15 bodů (plné vědomí, bez patologie)

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové:

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně, pacient – 19 bodů

Vizuální Analogová Škála (VAS):

Rozsah – 0-10 (žádná-nesnesitelná bolest), pacient-VAS 5 dolní končetiny, VAS 4 břicho v oblasti ušití kolostomie, VAS 3- konečník

Body Mass Index (BMI):

Pacient – 16,19 – těžká podvýživa

5.3 Průběh hospitalizace

10. ledna 2020 – byl pacient přeložen na gastroenterologické oddělení nemocnice Teplice z chirurgie k terapii Crohnovy choroby. Pacient při přijetí na gastroenterologické oddělení při vědomí, plně orientovaný. Pacient je imobilní, neschopen chůze. V rámci lůžka se sám otáčí, je schopný se sám napít a najíst. Vstupně bylo pacientovi natočeno EKG, změřeny fyziologické funkce, pacient byl seznámen s chodem oddělení a podepsal souhlas s hospitalizací. Pacient udává bolesti v oblasti konečníku, ze kterého mírně krvácí. Dále si stěžuje na bolesti dolních končetin a břicha v oblasti nově ušité kolostomie. Kolostomie vyvedena vpravo na příčném tračníku tlustého střeva. Okolí kolostomie je mírně zarudlé. Extrakce stehů z kolostomie byla provedena na chirurgii před překladem pacienta. Po domluvě s pacientem byl pacientovi k lůžku dán bažant pro vyprazdňování moče. Z jedné strany lůžka byla pacientovi dána zábrana pro snížení rizika pádu a lepší pohyblivost pacienta na lůžku. Z chirurgie bylo doporučeno na mírně krvácející konečník heřmánkový obklad a následně suché krytí konečníku. Pacient se sám aktivně napije a má chuť k jídlu. Byla mu nastavena dieta 5 bezezbytková a nutridinky pro sipping 2x denně, které pacient zachutnaly.

11. ledna 2020 – hygiena pacienta je prováděna na lůžku za pomoci zdravotnického personálu. Pacient je schopen se s pomocí na lůžku posadit a sám se najíst a napít. Při manipulaci udává bolesti dolních končetin a zad. Byla mu podána analgetika dle ordinace, po kterých udává úlevu od bolestí. Jídlo pacient toleruje a sní celé porce. Pije dostatečně a má na dosah dostatek tekutin. Na konečník byly dle doporučení přiloženy heřmánkové obklady a pacient po nich udává mírnou úlevu od bolestí. Krvácení konečníku se zastavilo. Okolí kolostomie bylo ošetřeno krémem Menalindem. Kolostomie odvádí zapáchající vodnatou stolicí s příměsí hlenů bez krve. Pacient se aktivně zapojuje do komunikace s personálem i s ostatními pacienty na pokoji. Poslouchá rádio a čte si knihy.

12. ledna 2020 – pro přetrvávající bolesti dolních končetin především kolenních kloubů, byl pacientovi proveden RTG kolen, kde byla popsána osteopenie (úbytek kostní hustoty). Pacientovi byly podávány analgetika pro úlevu od bolestí. Pacientovi byla na další den naplánována magnetická resonance malé pánve, se kterou pacient podepsal souhlas a byl o vyšetření poučen. Sám aktivně pije, zvládá se na lůžku sám otáčet, s pomocí se posadí a nají se. Kolostomie odvádí vodnatou stolicí a pacientovi jsou měněny kolostomické sáčky dle potřeby. Konečník je klidný.

13. ledna 2020- pacient podstoupil vyšetření magnetickou resonancí, kde byl popsán absces pod močovým měchýřem a píštěle. Pacient se cítí lépe, má chuť k jídlu. Po vyšetření byl pacient na koupacím lůžku osprehován a cítil se čistý a svěží. Konečník nekrvácí. Bolesti ustoupily.

14. ledna 2020- u pacienta se dále pokračuje v antibiotické terapii p.o. Pacient antibiotika snáší, nezvrací, nemá nauzeu. Kolostomie odvádí plyny a kašovitou stolicí bez patologické příměsi. Pacient sní celé porce jídla a vypije 2 litry tekutin/den a sipping dodržuje denně. Je schopen močit do bažanta. Na lůžku je aktivní, sám se otáčí, zkouší se posazovat bez pomoci. Je dobře naladěný a aktivně komunikuje. Na nic si nestěžuje.

15. ledna 2020- pacientovi byl proveden RTG srdce a plic, který byl bez patologických změn. K pacientovi byla přizvána fyzioterapeutka pro nácvik sedu a postavení vedle lůžka. Posazování na lůžku pacient zvládá bez problémů, ve stoje pacient nevydrží bez opory.

16. ledna 2020- pacient neudává žádné potíže. Dále se pokračuje v zavedené medicaci a rehabilitaci na lůžku. Za pacientem chodí jeho matka a nosí mu nevhodné potraviny.

Pacient i matka byli poučeni o vhodných potravinách a oba souhlasí a chápou dodržování diety. Kolostomie odvádí kašovitou stolicí pravidelně, bez patologické příměsi. Pacient má obavy, že doma sám nezvládne péči o kolostomii. A obává se, že jeho matka o něj již nezvládne doma plně pečovat. Proto byla k pacientovi přizvána sociální sestra, která zjišťuje, že s matkou žije v azylovém domě a imobilního pacienta do azylového domu nevezmou. Je ze situace úzkostlivý a v noci nemůže spát. Pacientovi byl naordinován Stilnox 1tbl p.o. na noc.

17. ledna 2020- pacient řeší svou situaci s bydlením a obává se, co bude po propuštění z nemocnice. K pacientovi byla přizvána stomická sestra, aby pacienta edukovala o péči o kolostomii. Pacientovi byly dány k dispozici letáčky a kolostomické pomůcky. Pacient jeví zájem o péči o kolostomii.

18. ledna 2020- byl pacient s nastavenou medikací a dietou po domluvě s matkou a souhlasem pacienta přeložen na LDN, k vyřešení sociální situace a k rehabilitaci.

5.4 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně – pan Jan uvádí, že Crohnova choroba mu byla diagnostikována již ve 29 letech během kolonoskopie, která pro něj byla velmi nepříjemná a bolestivá. Do té doby nic o Crohnově chorobě nevěděl a veškeré informace se dozvěděl od svého praktického lékaře. Crohnovu chorobu vnímá jako úděl a myslí si, že nemohl ovlivnit svou diagnózu. Po zjištění Crohnovy choroby mu byla nastavena léčba kortikoidy, které doma užíval a dál k lékaři nechodil. Po vysazení kortikoidů se stal pacient imobilní a k lékaři nebyl schopen se dostat. Svůj zdravotní stav a relaps choroby vnímal jako normální příznaky choroby. Dál kouřil a pil alkohol. V současné době si uvědomuje, že vysazení veškeré léčby a nepravidelné kontroly u lékaře mohly vést k náhlému zhoršení zdravotního stavu.

Objektivně – z lékařské dokumentace jsme zjistili, že pacient k lékaři nechodil. Sám si určoval, jaké léky jsou pro něj vhodné a po kterých se cítí dobře a po kterých hůře. O léčbu samotnou se aktivně nezajímal. Během hospitalizace pochopil nutnosti dodržování léčby a aktivně se zajímal o další informace o svém zdravotním stavu a Crohnově chorobě.

2. Výživa a metabolismus

Subjektivně – pan Jan se doma ve stravování příliš neomezoval. Jedl, na co měl chuť a co mu matka uvařila. Vzhledem k jeho finanční situaci jedl často instantní jídla, které mu nedělaly příliš dobře. Od počátku choroby zhubl přibližně 20 kg. Je zvyklý jíst 3-5 krát denně. v posledních dnech se do jídla musel nutit, neměl chuť k jídlu a po jídle měl bolesti břicha a průjem. Uvádí, že pije dostatečně. Přibližně 2 litry tekutin za den. Neomezuje se však v pití piva a vína.

Objektivně – pacientovi byla nastavena dieta 5- bezzbytková, se kterou je spokojen a sní celé porce. Se sippingem je spokojen. Jeho matka mu nosí nevhodné potraviny, které mu nedělají dobře a má po nich pocit nadýmání a bolesti břicha. Pacient i matka byli seznámeni o nevhodných potravinách a oba pochopili, jaké jsou pro něj nevhodné. Aktivně vypije 2 litry tekutin za den, ale má chuť na studené pivo.

3. Vylučování

Subjektivně – pan Jan před ušitím kolostomie trpěl častými vodnatými průjmy s příměsí hlenů a čerstvé krve. Při defekaci měl silné bolesti a pálení v oblasti konečníku. S kolostomií není příliš spokojen. Obává se, že nezvládne péči a obává se zápachu z kolostomie. S močením žádné potíže neudává.

Objektivně – kolostomie pacienta odvádí kašovitou stolicí třikrát denně z počátku s příměsí hlenů, dále pak bez patologické příměsi. Rozbor moči byl bez patologie a pacient močí na lůžku do bažanta.

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně – pan Jan se o sportovní aktivity nikdy příliš nezajímal. Vždy byl raději doma a četl si knihy nebo pracoval na počítači. Doma měl psa, se kterým chodil na procházky, dokud mu to umožnil jeho zdravotní stav. Soběstačný byl podle střídání relapsů a remisí choroby. Nyní není schopen chůze bez opory a má obavy z upoutání na lůžko.

Objektivně – pacient poslouchá rádio a luští křížovky. Aktivně se zapojuje do cvičení a nácvik postavení s fyzioterapeutkou. Na lůžku se sám snaží cvičit s dolními končetinami. Po cvičení se cítí unavený a vyčerpaný, ale nechce zůstat upoutaný na lůžku a chce být znovu plně soběstačný. Při převlékání lůžka je s pomocí schopen se otáčet, nadzvednout se nebo se postavit s oporou vedle lůžka.

5. Spánek, odpočinek

Subjektivně – pan Jan je zvyklý usínat pozdě v noci a ráno déle spát. Doma se spánkem nemá žádné potíže. Během hospitalizace ho budí pacienti na pokoji a pravidelné kontroly personálu a po probuzení nemůže znovu usnout a začne přemýšlet nad jeho sociální situací a hlavou se mu honí různé myšlenky. Ráno se cítí unavený, bez energie.

Objektivně – kvůli stresu a psychické nerovnováze je spánek pacienta narušený. Často se budí a nemůže znovu usnout. Na pacientovu žádost mu lékař naordinoval na noc hypnotika, po kterých se mu lépe usíná a nebudí se.

6. Vnímání, poznávání

Subjektivně – pan Jan udává, že nemá žádný smyslový problém. Vnímá a bere se jako zátěž pro jeho matku, která se o něj doma musí starat. Dokáže popsat bolesti a své potíže. Aktivně se zapojuje do cvičení a zajímá se o nové informace o Crohnově chorobě a o péči o kolostomii.

Objektivně – pacient je při vědomí, plně orientovaný ve všech směrech. Vyjadřuje se jasně, bez potíží. Je schopen ohodnotit bolesti dolních končetin a v okolí konečníku. Dokáže otevřeně mluvit o svém zdravotním stavu a rodinných problémech. Zajímá se o svůj zdravotní stav a zjišťuje vše, co je pro jeho životní styl dobré a špatné.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně – pan Jan se cítí nejistě a obává se vývoje svého zdravotního stavu. Mluví o sobě jako o přítěži a starosti pro jeho matku, která je unavená z péče o něj. Obává se upoutání na lůžko. Chtěl by být znovu soběstačný a nezávislý na druhé osobě. Obává se péče o kolostomii a stydí se za zápach okolo sebe, pokud z kolostomie odchází plyny nebo stolice. Kolostomie způsobuje ztrátu sebevědomí a sebedůvěry.

Objektivně – pacient mluví otevřeně o svých problémech. Střídá se u něj období stresu, špatné nálady s dobrou náladou. Pacienta psychicky tíží jeho závislost na matce a přiznání invalidního důchodu v mladém věku.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně – partnerku ani děti pan Jan nemá. Žije pouze se svou matkou. Má kamarády, kteří ho chodí navštěvovat do azylového domu, kde s matkou žije. Často se

svými kamarády telefonuje. Pan Jan si je jist, že se o něho matka postará, ale má obavy, že péči již nezvládá naplno a nechce ji být přítěží. Se zdravotním personálem vychází výborně. Aktivně se zapojuje do komunikace a je otevřená jakémukoliv rozhovoru.

Objektivně – pacientova matka ho navštěvuje denně a pacient vychází se svou matkou výborně a jsou si velmi blízcí. Podporuje pacienta psychicky a zajímá se o jeho zdravotní stav.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Subjektivně – pan Jan neuvádí žádnou pohlavní chorobu. Partnerku ani děti nemá. Svůj sexuální život hodnotí jako neuspokojivý. V mladém věku ho trápí, že nemá partnerku ani děti. Ženy se mu líbí a chtěl by s nějakou žít.

Objektivně – pacient dokázal mluvit otevřeně o své sexualitě.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Subjektivně – pan Jan sám sebe popisuje jako flegmatika. Je na něj spolehnutí. Přijímá to, co je. Nyní ho nejvíce trápí jeho situace s bydlením. Bydlel se svou matkou v azylovém domě, kde měli vlastní pokoj. Zpět do azylového domu ho ale nechtějí vzít jako imobilního pacienta s kolostomií. Jeho matka se snaží situaci řešit a pacientovi se se honí hlavou různé myšlenky a neví, jak by mohl své matce pomoci. Špatně kvůli situaci spí. Často o své situaci mluví otevřeně s personálem.

Objektivně – nejvíce si pacient dělá starosti se svou finanční a sociální situací. Bez hypnotik se nemohl usnout nebo se často budil. Má také obavy, že jeho matka už nezvládne péči o něj. Často telefonuje svým kamarádům a vyžaduje od nich jakoukoliv pomoc. Chtěl by si najít partnerku, která se smířila s jeho zdravotním stavem a pomohla mu psychicky i fyzicky. Chtěl by zase žít plnohodnotný život a nebýt závislý na pomoci druhých.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně – matka pana Jana je věřící. On sám je bez vyznání i když ho rodiče k víře vedli. Obává se budoucnosti. Udává, že nemá pevnou vůli a nedokáže přestat s kouřením. Jeho nejvyšší prioritou je nebýt závislý na své matce.

Objektivně – své životní hodnoty má pan Jan dobře uspořádané. Současná situace ho přiměla změnit některé názory.

12. Jiné

Pan Jan si uvědomuje, že zavedení kolostomie bylo nezbytným řešením. Obává se zvládnutí péče o kolostomii, proto byla k pacientovi přizvána stomická sestra, aby pacienta poučila o péči. Pacient si sám vyzkoušel výměnu stomického sáčku a uznal, že péče a výměna sáčků nebude nic složitého. Vzhledem k jeho těžké životní situaci pacient souhlasil po domluvě se svou matkou s překladem na LDN, k další péči, rehabilitaci a pro čas vyřešit jeho bydlení a finanční situaci.

5.5 Plán ošetrovatelské péče

00132 – Komfort/akutní bolest související s operačním výkonem

Projevy: Subjektivně-pacient udává bolest v místě operačního zákroku

Objektivně-bolestivá grimasa v obličeji, naříkání při ošetřování operační rány, hodnocení bolesti dle VAS 4

Očekávané výsledky: bolest se zmírní do jedné hodiny, pacient chápe příčinu bolesti

Intervence: podej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj vedlejší účinky léků, sleduj fyziologické funkce pacienta, ošetři operační ránu, aby došlo ke zmírnění bolesti, vše zaznamenej do zdravotní dokumentace

Hodnocení: operační rána je klidná, pacient je klidný, nemá bolestivé grimasy v obličeji, bolest byla zmírněna dle VAS na 2

00044 – Bezpečnost/porušena kožní integrita související s operační ránou

Projevy: Subjektivně – pálení a bolest v místě vyvedení kolostomie

Objektivně – v pravé části břicha operační rána s vývodem tlustého střeva na povrch kůže, porušení kontinuity kůže

Očekávané výsledky: bude prováděna vhodná péče pro dobré hojení operační rány, kůže bude prokrvená a hydratovaná, bude prováděna zvýšená hygiena v okolí vyvedení kolostomie, na kolostomii budou použity pomůcky vhodné pro pacienta

Intervence: při převazování rány postupuj přísně asepticky, ošetři kolostomii vhodnými přípravky, kontroluj přítomnost sekretů, hojení rány, zarudnutí či jiné známky infekce, sleduj patologické příměsi ve stolici z kolostomie

Hodnocení: kůže v okolí rány bez macerace a známek infekce, hojení rány per primam

00148 – Zvládání zátěže/strach související s vyvedením střeva na povrch těla

Projevy: Subjektivně – nejistota, nedostatek informací o stomických pomůckách a péči o kolostomii obavy z používání stomických pomůcek

Objektivně – nervozita při vysvětlování péče o kolostomii, bledost, vystrašený výraz, nízká sebedůvěra

Očekávané výsledky: díky dostatečným informacím pacient bude ovládat svůj strach, zajistí konzultaci pacienta se stomickou sestrou, pacient si bude jistější v péči o kolostomii

Intervence: podej dostatek informací, eliminuj příčinu strachu, zodpověz veškeré pacientovi otázky, dej pacientovi prostor pro manipulaci s pomůckami a samotnou kolostomií

Hodnocení: pacient je schopen se ptát a otevřeně o kolostomii mluvit, má dostatek veškerých informací, jsou sníženy pocity strachu, pacient je schopen částečně o kolostomii pečovat sám

00085 – Zhoršená tělesná pohyblivost související se základním onemocněním

Projevy: Subjektivně – bolest při pohybu, snížená svalová hmota, ochablé svalstvo

Objektivně – neschopnost se samostatně postavit, neschopen chůze

Očekávané výsledky: bude zmírněna bolest při pohybu, bude přizvána rehabilitační sestra k nácviku postavení a posazování, pacientovi bude poskytnuta pomoc dle potřeby, nedojde k ochabnutí svalstva a kontrakturám

Intervence: šetrně manipuluj s pacientem, podej analgetika dle potřeby a dle ordi-
nace lékaře, pacient bude mít vše potřebné na dosah ruky, nauč pacienta, jak se na lůžku
pohybovat

Hodnocení: pacient je schopen se sám na lůžku posadit, je schopen se sám najíst a
napít, sám aktivně cvičí s končetinami na lůžku, s rehabilitační sestrou zvládá postavení
vedle lůžka

000155 – Riziko pádu z důvodu snížené pohyblivosti

Očekávané výsledky: u pacienta nedojde k pádu, bude znát možná rizika pádu

Intervence: odstraň překážky, které by mohly zavinit pád, přiblíž pacientovi vše na
dosah ruky, poskytni pacientovi oporu při posazování, zajisti bezpečné prostředí

Hodnocení: pacient byl seznámen s rizikem pádu, k pádu pacienta nedošlo, k lůžku
byla dána boční zábrana pro snížení rizika pádu při pohybu na lůžku

00249 – Riziko vzniku dekubitů z důvodu upoutání na lůžko

Očekávané výsledky: pacient bude znát riziko vzniku dekubitů, bude se otáčet na
lůžku á dvě hodiny, dekubity nevzniknou

Intervence: sleduj polohy pacienta, zhodnoť riziko vzniku dekubitu, sleduj stav
kůže a případné otlaky, zajisti polohovací pomůcky

Hodnocení: u pacienta bylo vyhodnoceno zvýšené riziko vzniku dekubitů, pacient
pochopil riziko vzniku dekubitů, sám se na lůžku pravidelně otáčel a zaujímal různé polo-
hy, dekubity nevznikly

5.6 Edukační plán

Účel: edukace pacienta s kolostomií

Cíl: pacient bude umět vyjmenovat postup při ošetřování kolostomie

Pomůcky: kolostomické pomůcky, hygienické potřeby, obrázky, edukační materiá-
ly

Metody: rozhovor, ukázky obrázků, názorná ukázka s pomocí pomůcek

Kognitivní cíl:

Specifický cíl – pacient se naučí prozatím s malou pomocí vyměnit kolostomický sáček a ošetřit kůži v okolí kolostomie

Hlavní body plánu – seznámit pacienta o péči o kůži, výměně sáčku a řádným zafixováním sáčku okolo kolostomie

Časová dotace – 10 minut

Hodnocení – pacient zvládne péči o kůži a s dopomocí výměnu kolostomického sáčku. Cíl splněn.

Afektivní cíl:

Specifický cíl – pacient si bude znát různé kolostomické pomůcky a sám určí, jaká pomůcka mu nejvíce vyhovuje a která je pro něj nejjednodušší, nabídne konzultaci se stomickou sestrou

Hlavní body plánu – pacientovi bude vysvětleno, jaké pomůcky má k dispozici a jak jsou pro něj vhodné, stomická sestra každou pomůcku názorně ukáže a pacient si ji bude moci vyzkoušet

Časová dotace – 10 minut

Hodnocení – pacient je schopen vyjmenovat různé pomůcky, sám určil, která by mu nejvíce vyhovovala, pochopil fixaci kolostomického sáčku. Cíl splněn.

Psychomotorický cíl:

Specifický cíl – pacient bude umět připravit podklad a bude umět vystříhnout správný průměr otvoru pro kolostomický sáček

Hlavní body plánu – seznámím pacienta s přípravou podkladu před přiložením kolostomického sáčku, seznámím pacienta s průměrem kolostomie a jak ho správně změřit

Časová dotace – 15 minut

Hodnocení – pacient umí odmastit kůži v okolí kolostomie před přiložením sáčku, umí správně vystříhnout průměr pro kolostomický sáček. Cíl splněn.

6 DISKUZE

V bakalářské práci se věnujeme ošetrovatelské péči u pacientů s Crohnovou chorobou v nemocničním prostředí. Pro zpracování praktické části bakalářské práce byli vybráni dva respondenti s Crohnovou chorobou, kteří se léčí s různými komplikacemi choroby. Záměrně byli vybráni pacienti stejné věkové kategorie pro srovnání jejich problémů spojených s Crohnovou chorobou. Oba pacienti byli hospitalizováni na Gastroenterologickém oddělení pro relaps choroby. Hlavním cílem bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Crohnovou chorobou. Pomocí dílčích cílů jsme zjišťovali, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty, zda nemocní dodržují nastavenou léčbu a režimová opatření. Dále byla vypracována analýza individuálních potřeb těchto pacientů. V bakalářské práci jsou vypracovány dvě kazuistiky. Respondenti byli oslovováni pseudonymy. Na základě rozhovorů bylo zjištěno, že oba respondenti doma sami vysadili nastavenou léčbu a nedodržovali dietu. Přístup pacientů k léčbě se zdá být nezodpovědný s ohledem na jejich vlastní zdraví. Dle mého názoru není tento přístup k nemoci příliš vhodný, protože si pacienti mohou zahrávat s relapsem nemoci a různými komplikacemi, stejný názor má i Keil a kol. (2012, s. 27-33), který popisuje nutnost dodržení nastavené léčby, a to v mnohých případech i celoživotně. Šachlová (2011, s. 405) uvádí, že dodržení dietního režimu při Crohnově chorobě patří mezi důležitou součást léčby.

Dále se k diskuzi nabízí, zda byli respondenti dostatečně informováni o možných komplikacích a relapsech onemocnění. Oba respondenti udávají, že při zjištění Crohnovy choroby jim bylo poskytnuto mnoho informací od praktického lékaře a gastroenterologa. Oba respondenti však udávají, že informacím nevěnovali dostatek pozornosti nebo nebyli schopni chodit pravidelně k lékaři na kontrolu. Domnívám se, že by se lékař, který tyto informace pacientovi poskytuje by se měl dostatečně přesvědčit, zda pacient informacím rozuměl a či jsou pro něj dostačující. Obzvláště, pokud je pacient v domácím prostředí. Stejně tvrzení popisuje i Vatehová, Vateha (2013, s. 58)

Pan Luděk byl k hospitalizaci přijatý z domova pro relaps Crohnovy choroby. Při přijetí pan Luděk udával bolesti břicha a kloubů, nauzeu, nechutenství a vodnaté průjmy několikrát denně. Panu Luděkovi byla během hospitalizace nastavena léčba antibiotiky a parenterální výživa pro nechutenství a nauzeu. Během prvních pár dní nebyl pan Luděk schopen chůze pro silné bolesti kloubů spojených s Crohnovou chorobou a celkovou vyčerpanost. Po infuzní terapii, byl pan Luděk schopen chůze a bolesti kloubů se zmírnily.

Během hospitalizace se u pana Ludřka objevil zánět slinné žlázy. Za hospitalizace bylo panu Ludřkovi provedeno základní vyšetření a nastavena léčba pro zlepšení zdravotního stavu. U pana Ludřka jsme stanovili šest ošetřovatelských diagnóz. Pět aktuálních ošetřovatelských diagnóz a jedna potencionální.

Pan Jan byl na gastroenterologické oddělení přeložen z chirurgického oddělení, kde byl hospitalizován pro relaps Crohnovy choroby a kde mu byla nově vyvedena kolostomie. Při přijetí na gastroenterologické oddělení pan Jan krvácel z konečníku, udával bolesti v oblasti nově vyvedené kolostomie a bolesti dolních končetin. Pacient byl imobilní, neschopen chůze a jakéhokoliv pohybu mimo lůžko. Byla u něj provedena magnetická resonance, kde byly popsány mnohočetné perianální píštěle a absces pod močovým měchýřem. U pana Jana byla vstupně zjištěna malnutrice a byla mu nastavena vhodná dieta a doporučen sipping. Během hospitalizace pana Jana navštěvovala fyzioterapeutka, se kterou aktivně cvičil a také stomická sestra pro zajištění vhodných kolostomických pomůcek. U pana Jana jsme stanovili pět aktuálních a jednu potencionální ošetřovatelskou diagnózu.

Dle mého názoru zahrnuje posuzování stavu u pacientů s Crohnovou chorobou podrobný sběr dat a jejich validizaci po celou dobu hospitalizace a určit na základě těchto informací ošetřovatelské diagnózy a plánování ošetřovatelského procesu. Pozornost sestry by měla být zaměřena na všechny oblasti v rámci uspokojování zjištěných potřeb pacienta. Stejně tak popisuje tento názor i Vatehová, Vateha (2013, s. 58)

U obou pacientů dominovala akutní bolest břicha a kloubů, které byly spojeny s Crohnovou chorobou. Oba pacienti bolest tolerovali i byli si vědomi její příčiny. Tolerance bolesti byla zřejmě způsobena předchozími zkušenostmi s bolestí. Oba pacienti kladně reagovali na podávaná analgetika a udávali po jejich podání úlevu od bolestí. Povinností sestry je sledování bolestí a reakce na podaná analgetika velice důležitá a měla by jí být zaměřena velká pozornost.

Další oblastí, na kterou by zdravotnický personál měl zaměřit svou pozornost je stav hydratace a výživy. Během akutní fáze choroby je vždy u pacientů riziko dehydratace a malnutrice. Pozornost by měla být zaměřena na známky dehydratace a nedostatečnou výživu u těchto pacientů. U pana Ludřka se nechutenství řešilo parenterální výživou. Byl mu zaveden permanentní žilní katetr a pozornost byla zaměřena na riziko vzniku infekce v místě zavedení PŽK. Malnutrice byla řešena bezzbytkovou dietou a sippingem. Zvýšenou péči by sestra měla věnovat péči o konečník. Pan Luděk trpěl častými vodnatými prů-

jmy a pro sníženou pohyblivost nebyl schopen o konečník sám dostatečně pečovat a hrozil u něj vznik opruzenin a análních fisur, což by pro pana Ludřka bylo nepříjemnou komplikací. U pana Jana byly již anální fisury vzniklé z domova, které krvácely a pan Jan udával bolesti konečníku. Byly mu dle doporučení chirurga podávány obklady s heřmánkem a byla věnována zvýšená hygiena a péče o konečník, díky které pan Jan pociťoval úlevu od bolestí a anální fisury přestaly krváčet.

U obou pacientů byla problémem snížená pohyblivost. Sestra by měla dbát na hygienickou péči, kterou pacienti nejsou schopni sami provádět, snížit možné riziko pádu, zhodnotit riziko vzniku dekubitů, zaměřit se na pravidelné polohování a věnovat zvýšenou péči o kůži. Pan Luděk v prvních dnech hospitalizace nebyl schopen chůze bez opory. Cítil se slabý a vyčerpaný. Hygienická péče byla prováděna na lůžku a pan Luděk byl sám schopen se na lůžku posazovat a pravidelně měnit polohy. Po ustání průjmů a nauzey byl pan Luděk sám schopen chodit do koupelny a provádět hygienickou péči. Pan Jan byl přeložen z chirurgie jako imobilní pacient a musela mu být věnována zvýšená hygienická péče na lůžku a dopomoc při pravidelném polohování.

Výše popsané kazuistiky poukazují na rozdílné problémy dvou respondentů jejichž problémy byly spojeny s Crohnovou chorobou a také na rozdílnou ošetrovatelskou péči po dobu hospitalizace. Pana Ludřka nejvíce trápila ztráta zaměstnaní a obával se, co onemocnění přinese do budoucna. Pan Jan měl obavy o péči o kolostomii a přijetí veřejnosti s jeho zdravotním deficitem. Obával se zápachu z kolostomie a že nebude schopen o ni sám dobře pečovat. Po edukaci a poskytnutí informací o kolostomii, byl pan Jan klidnější a sebevědomější v péči o ni.

Ovlivnění celkové kvality života u obou respondentů s Crohnovou chorobou je z rozhovorů a pozorování značné. Oba pacienti prakticky zůstali závislí na druhých vzhledem ke snížené pohyblivosti spojené s chorobou. Oba respondenti se Crohnovou chorobou léčí přibližně dvacet let a dodnes se s chorobou plně nesmířili. Crohnova choroba jim přináší mnoho životních překážek a potíží.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo určit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s Crohnovou chorobou. Cílem ošetrovatelské péče je vyhodnocení biopsychosociálních potřeb individuální dle zdravotního stavu pacientů jak v literatuře popisuje i Vatehová, Vateha (2013, s.69). V kazuistikách byly shromážděny údaje v oblasti potřeb dle Marjory Gordonové, stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle, ošetrovatelské intervence a na závěr

vyhodnocení splnění cílů. U obou pacientů se vyskytovaly stejné ošetrovatelské problémy: bolest, deficit sebeděče, vyprazdňování, zhoršená pohyblivost. Stanovené diagnózy u obou pacientů souvisely s Crohnovou chorobou. Ostatní problémy pacientů byly individuální a odvíjely se od aktuálního zdravotního a psychického stavu pacientů. V obou kazuistikách byly vyhodnoceny cíle jako splněné v aktuálních i potencionálních diagnózách.

Ošetrovatelský proces začal u pacientů stejně, a to sběrem informací od pacientů a zdravotnické dokumentace a rozhovorem s oběma pacienty. Další průběh se lišil dle aktuálního zdravotního stavu a byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy.

Ve vypracovaných kazuistikách byly stanoveny rozdílné ošetrovatelské diagnózy, které byly stanoveny dle aktuálního stavu a problémů pacienta. U obou pacientů byla shodná bolest a deficit sebeděče. Byly vypracovány edukační plány, které se u pacientů lišily v závislosti na aktuálním problému, o kterém bylo třeba pacienty edukovat a zvýšit tak jejich sebedůvěru v sebeděči. Všechny cíle byly v edukačních plánech splněny.

Dle dostupné literatury je u ošetrovatelského procesu při Crohnově chorobě nejdůležitější, věnovat pozornost komplikacím spojených s chorobou, aktuálnímu zdravotnímu i psychickému stavu pacientů a správné určení aktuálních i potencionálních diagnóz, správná a včasná edukace o komplikacích choroby, což bylo potvrzeno i v mém výzkumu.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce na téma Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou se zabývá problematikou Crohnovy choroby a je zaměřena na ošetrovatelskou péči pacientů s touto chorobou. Tímto chronickým onemocněním v dnešní době trpí více jak 2 miliony pacientů v Evropě.

V teoretické části bakalářské práce je popsána anatomie a fyziologie zažívacího traktu, jednotlivými částmi trávicího traktu a jejich funkcí. Dále jsou v práci popsány možné příčiny této choroby, její charakteristické příznaky a komplikace spojené s ní. Věnujeme se také diagnostickým metodám, které se využívají při stanovení diagnózy, způsobům léčby jako je léčba medikamentózní, chirurgická a biologická. Popsán je také vhodný stravovací režim během klidné fáze choroby, tak i v období akutního vzplanutí zánětu. Dále se věnujeme ošetrovatelskému procesu u pacientů s Crohnovou chorobou.

Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, kde jsou vypracovány dvě kazuistiky. Kazuistiky byly zpracovány na základě informací ze zdravotnické dokumentace, pozorování, polostrukturovaných rozhovorů se dvěma respondenty, kteří byli hospitalizováni pro relaps Crohnovy choroby na Gastroenterologii. V kazuistikách jsme se věnovali anamnéze pacientů, průběhu hospitalizace, ošetrovatelským diagnózám během hospitalizace a edukačnímu plánu. V kazuistikách je vypracován ošetrovatelský proces dle funkčního modelu Marjory Gordonové. Záměrně byl vybrán respondent bez kolostomie a druhý s kolostomií.

V diskuzi jsou porovnávány obě kazuistiky, úloha sestry v ošetrovatelském procesu s hlavními ošetrovatelskými problémy pacientů. Crohnova choroba je chronické onemocnění, se kterým po diagnostice pacient potýká zbytek života. V dnešní době existuje mnoho metod pro zmírnění příznaků choroby. Tato choroba je pro pacienty mnohdy velmi vyčerpávající, způsobuje velké fyzické i psychické zatížení pacientů a vyžaduje velkou změnu životního stylu. U pacientů s Crohnovou chorobou nesmí být opomíjena péče o psychiku a dostatečnou komunikaci s pacientem. Je třeba pacienty dobře informovat o průběhu onemocnění, jeho komplikacích a možnosti léčby, aby byl pacient schopen sebezpečí a uspokojovat tak svoje psychické i biologické potřeby.

ZDROJE

1. DETHLEFSEN, Thorwald a Rüdiger DAHLKE. *Nemoc jako cesta*. Přeložil Jiří PONDĚLÍČEK. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-449-0.
2. EHRMANN, Jiří. Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů. *Medicina pro praxi*. Olomouc, 2011, **2011**(8), 435-437.
3. FALT, Přemysl, Ondřej URBAN a Petr VÍTEK. *Koloskopie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5284-6.
4. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.
5. HOLUBEC, Luboš. *Onemocnění a poranění tlustého střeva a konečníku*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. ISBN 978-80-261-0673-9.
6. <https://www.modrykonik.cz/zdravi/crohnova-nemoc/> [online]. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/zdravi/crohnova-nemoc/>
7. <https://www.rehabilitace.info/nemoci/strevni-polypy-priznaky-priciny-diagnostika-a-lecba-polypu/> [online]. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/strevni-polypy-priznaky-priciny-diagnostika-a-lecba-polypu/>
8. https://www.wikiskripta.eu/w/Crohnova_choroba [online]. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Crohnova_choroba
9. <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/nespecificke-strevni-zanety-153067> [online]. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/nespecificke-strevni-zanety-153067>
10. <https://zdravi4u.cz/attachment-crohnova-choroba-streva3/> [online]. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://zdravi4u.cz/attachment-crohnova-choroba-streva3/>
11. Idiopatické střevní záněty. *Crohn.cz* [online]. Praha2, 2011. Dostupné z: <https://www.crohn.cz/crohnova-choroba/zakladni-specifika-onemocneni-morbus-crohn>
12. IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-130-8.
13. KEIL, Radan. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1970-5.

14. KOČÁREK, Eduard. *Biologie člověka*. Praha: Scientia, 2010. Biologie pro gymnázia. ISBN 978-80-86960-47-0.
15. KOČÁREK, Eduard. *Biologie člověka*. Praha: Scientia, 2010. Biologie pro gymnázia. ISBN 978-80-86960-48-7.
16. LONGO, Dan L. a Anthony S. FAUCI, ed. *Harrison's gastroenterology and hepatology*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Medical, c2013. ISBN 978-0-07-181488-1.
17. LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9.
18. LUKÁŠ, Milan. Biologická léčba Crohnovy nemoci. *Medicína pro praxi: Přehledové články*. Praha 7, 2012, **2012**(2), 53-56.
19. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.
20. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3918-2.
21. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.
22. ŠACHLOVÁ, Milana. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? *Interní medicína pro praxi*. BRNO, 2011, **2011**(10), 403-405.
23. VATEHOVÁ, Drahomíra. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. Martin: Osveta, 2013. ISBN 978-80-8063-383-7.
24. VRZALOVÁ, Drahomíra. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. *Medicína pro praxi*. Olomouc, 2011, **2011**(8), 337-338.
25. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
26. ZAVORAL, Miroslav a Johana VENEROVÁ. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton, 2007. Postgraduální klinický projekt. ISBN 978-80-7254-902-3.
27. ZBOŘIL, Vladimír. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4035-8.
28. ZBOŘIL, Vladimír. *Idiopatické střevní záněty*. Ilustroval Jiří HLAVÁČEK. Praha: Mladá fronta, 2018. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4720-3.

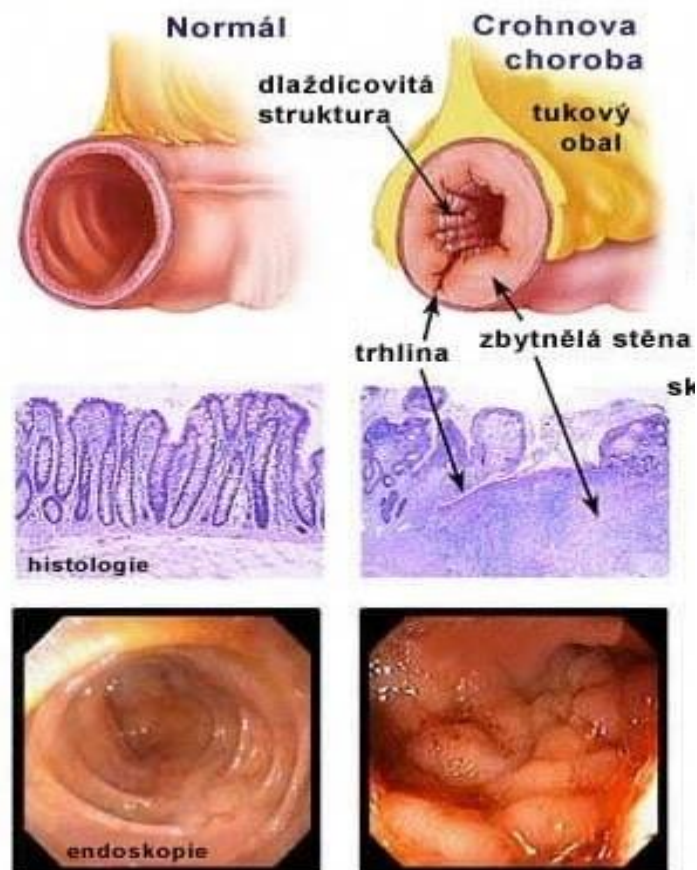
OBRÁZKY

Obrázek 1 normální střevo



Zdroj: www.rehabilitace.info

Obrázek 2 normální střevo a střevo u Crohnovy choroby



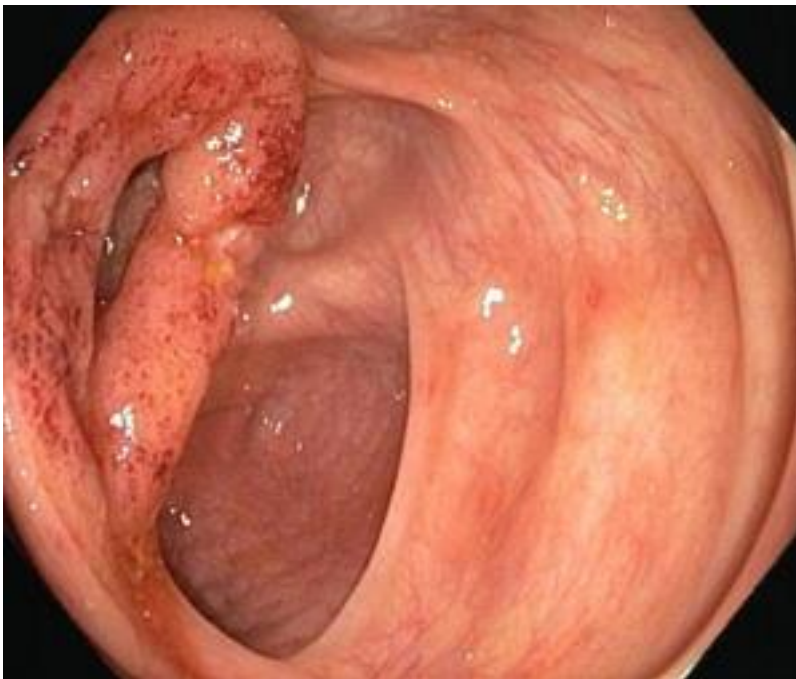
Zdroj: www.zdravi4u.cz

Obrázek 3 kolonoskopický nálezn postížení terminálního ilea u Crohnovy choroby



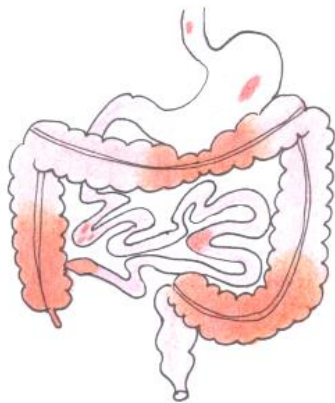
Zdroj: www.wikiskripta.eu

Obrázek 4 postížení Bauhinské chlopně u Crohnovy choroby



Zdroj: www.wikiskripta.eu

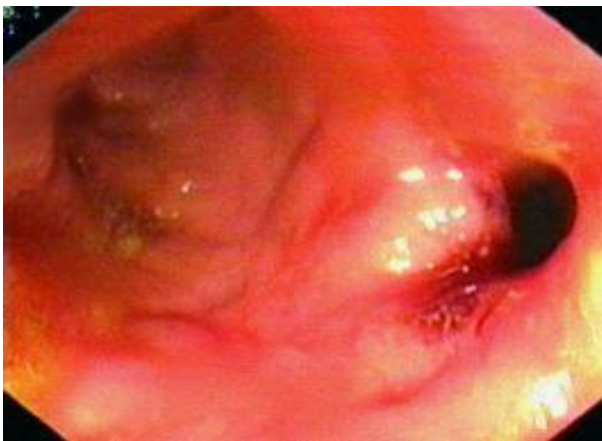
Obrázek 5 Crohnova choroba



Crohnova choroba

Zdroj: www.wikiskripta.eu

Obrázek 6 píštěl střeva u Crohnovy choroby



Zdroj: www.zdravi.euro.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Souhlas pacienta.....	71
Příloha č. 2 Vstupní ošetřovatelská anamnéza- 1. část.....	72
Příloha č. 3 Vstupní ošetřovatelská anamnéza- 2.část.....	73
Příloha č. 4 Souhlas nemocnice.....	74
Příloha č. 5 Žádost o poskytnutí informací.....	75
Příloha č. 6 Rešerše	77

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Souhlas pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

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


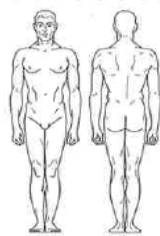


Já

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 identifikován.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 2 Vstupní ošetřovatelská anamnéza- 1.část

		Vstupní ošetřovatelská anamnéza (pro dospělé)		Identifikační štítek pacienta:																																																				
KZ a.s. - Nemocnice Teplice, o.z., Duchcovská 53, 415 29 Teplice, IČ: 25488627, telefon: 417 519 111																																																								
Přijem datum přijetí: _____ čas sběru anamnézy: _____			Bolest Akutní: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> intenzita: _____ 																																																					
Orientace <input type="checkbox"/> plně orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> osobou			Chronická: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> intenzita: _____ 																																																					
Soběstačnost/pohyblivost <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> při chůzi <input type="checkbox"/> při hygieně <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/> při oblékání <input type="checkbox"/> soběstačný s pomocí			Riziko pádu <table border="1"> <tr><td>Pohyb</td><td>Neomezený</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>S použitím pomůcek</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>Potřebuje pomoc</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>Neschopen pohybu</td><td>1</td></tr> <tr><td>Vyprazdňování</td><td>Nepotřebuje pomoc</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>Historie nykturie / inkontinence</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>Potřebuje pomoc</td><td>1</td></tr> <tr><td>Medikace</td><td>Nemá rizikové léky</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>Má léky ze skupiny: diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky, benzodiazepinů</td><td>1</td></tr> <tr><td>Smyslové poruchy</td><td>Žádné</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>Vizuální, sluchové, smyslové deficity</td><td>1</td></tr> <tr><td>Mentální status</td><td>Pacient orientován a bystrý</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>Občasná / noční dezorientace</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>Historie dezorientace / demence</td><td>1</td></tr> <tr><td>Věk</td><td>18 až 65</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>65 a více</td><td>1</td></tr> <tr><td>Pád v anamnéze</td><td></td><td>1</td></tr> </table>			Pohyb	Neomezený	0		S použitím pomůcek	1		Potřebuje pomoc	1		Neschopen pohybu	1	Vyprazdňování	Nepotřebuje pomoc	0		Historie nykturie / inkontinence	1		Potřebuje pomoc	1	Medikace	Nemá rizikové léky	0		Má léky ze skupiny: diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky, benzodiazepinů	1	Smyslové poruchy	Žádné	0		Vizuální, sluchové, smyslové deficity	1	Mentální status	Pacient orientován a bystrý	0		Občasná / noční dezorientace	1		Historie dezorientace / demence	1	Věk	18 až 65	0		65 a více	1	Pád v anamnéze		1
Pohyb	Neomezený	0																																																						
	S použitím pomůcek	1																																																						
	Potřebuje pomoc	1																																																						
	Neschopen pohybu	1																																																						
Vyprazdňování	Nepotřebuje pomoc	0																																																						
	Historie nykturie / inkontinence	1																																																						
	Potřebuje pomoc	1																																																						
Medikace	Nemá rizikové léky	0																																																						
	Má léky ze skupiny: diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky, benzodiazepinů	1																																																						
Smyslové poruchy	Žádné	0																																																						
	Vizuální, sluchové, smyslové deficity	1																																																						
Mentální status	Pacient orientován a bystrý	0																																																						
	Občasná / noční dezorientace	1																																																						
	Historie dezorientace / demence	1																																																						
Věk	18 až 65	0																																																						
	65 a více	1																																																						
Pád v anamnéze		1																																																						
Vyprazdňování problémy s močením <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence močový katétr zaveden dne: _____ problémy se stolicí <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence			Významný handicap <input type="checkbox"/> problémy se zrakem <input type="checkbox"/> problémy se sluchem <input type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> ochrnutí <input type="checkbox"/> žádný																																																					
Pomůcky <input type="checkbox"/> brýle/čochky <input type="checkbox"/> berle/hole <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> jiné: _____			Spánek – narušený <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> léky																																																					
Dýchání <input type="checkbox"/> bez podpory <input type="checkbox"/> s podporou <input type="checkbox"/> kuřák <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Dušnost: <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> klidová			Duchovní potřeby <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> jaké																																																					
Alergie <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO alergen: _____			Kůže <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> změny na kůži <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> operační rána sekundární <input type="checkbox"/> bérčové vředy <input type="checkbox"/> jiné zakresli vznik dekubitu 																																																					
Cennosti požadavek uložení cenností <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			stupeň 1. začervnění 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození tkáně 4. nekróza dekubitus na kost V případě dekubitu, sekundární op. rány nebo bérčového vředu zaveď samostatný formulář pro dokumentaci dekubitu, rány.																																																					

KZ03_FO1734 TP Vstupní ošetřovatelská anamnéza (pro dospělé), verze 1, účinnost od 1.12.2017

Příloha č. 3 Vstupní ošetřovatelská anamnéza- 2. část

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)				Glasgow Coma Scale (GCS)					
Činnost	Provedení činnosti	Skóre		Činnost	Provedení činnosti	Skóre			
1. Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10	Celkem	Otevření očí	spontánní	4	15 bodů plně vědomí, bez patologie 14 – 13 bodů lehká porucha vědomí 12 – 9 bodů střední porucha vědomí 8 – 3 body závažná porucha vědomí		
	s pomocí	5			na výzvu	3			
neprovede	0	na bolestivý podnět			2				
					žádné	1			
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	10		Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	orientován	5			
	s pomocí	5			dezorientován	4			
neprovede	0	zmatená a neodpovídající slovní reakce			3				
					nesrozumitelné zvuky	2			
					bez reakce	1			
3. Koupání	samostatně nebo s pomocí	5	Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	vyhoví správně výzvě	6				
	neprovede	0		cílená reakce na bolest	5				
				ne cílená reakce na bolest	4				
				flekční reakce na bolest	3				
				extenční reakce na bolest	2				
				bez reakce	1				
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5							
	neprovede	0							
5. Kontinence moči	plně kontinentní	10							
	občas inkontinentní	5							
	trvale inkontinentní	0							
6. Kontinence stolice	plně kontinentní	10							
	občas inkontinentní	5							
	trvale inkontinentní	0							
7. Použití WC	samostatně bez pomoci	10							
	s pomocí	5							
	neprovede	0							
8. Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15							
	s malou pomocí	10							
	vydrží sedět	5							
	neprovede	0							
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15							
	s pomocí 50 m	10							
	na vozíku 50 m	5							
	neprovede	0							
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10							
	s pomocí	5							
	neprovede	0							
ADL 4	0–40 bodů	vysoce závislý							
ADL 3	45–60 bodů	závislost středního stupně							
ADL 2	65–95 bodů	lehká závislost							
ADL 1	96–100 bodů	nezávislý							
Poznámky:				Potřeba edukace <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Sociální anamnéza bydlí doma sám/a <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE je v péči <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelská služba Kdo se bude o nemocného starat po propuštění: <input type="checkbox"/> neví <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> následná oš. péče <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> následná oš. péče <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelská služba <input type="checkbox"/> kort. soc. pracovníce Anamnézu odebrala sestra: Datum: Podpis sestry:					
Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové Nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně									
Spolupráce	Věk	Inkontinence	Pokožka	Přidruž. onemoc.	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Skóre
úplná	4 < 10	4 není	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 bdělý	4 chodí	4 úplná	4
částečně omezená	3 < 30	3 občas	3 alergie	3 DM, ITT	3 zhoršený	3 apatický	3 s doprovodem	3 částečná	3
velmi omezená	2 < 60	2 převážně moč	2 vlhká	2 anémie, kachexie, trombóza, obezita	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2
žádná	1 > 60	1 moč i stolice	1 suchá	1 karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1

K203_FC1734 TP Vstupní ošetřovatelská anamnéza (pro dospělé), verze 1, účinnost od 1.12.2017

Příloha č. 4 Souhlas nemocnice

Vážená slečna

Veronika Krejčová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií-Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací v krajská zdravotní a.s., Nemocnice Teplice

Na základě Vaší žádosti Vám povoluji sběr informací o léčebných metodách / ošetřovatelských postupech používaných u pacientů na oddělení gastroenterologie. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „Ošetřovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou.“

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření v Nemocnice Teplice

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic Nemocnice Teplice, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu Nemocnice Teplice. Vaše šetření bude provedeno 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 přímým vedením paní Marcely Sehnalové, staniční sestry oddělení gastroenterologie.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku Nemocnice Teplice závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných v Nemocnici Teplice.

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

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Kateřina Vágnerová
Hlavní sestra

Z	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Teplice, o.z.	1
950	hlavní sestra	
04	Duchcovská 53, 415 29 Teplice IČ: 25488627, tel: 417 519 111	KZ

Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Teplice, o.z. Duchcovská 53, 415 29, Teplice

tel.: +420 417 519 204

1.11.2019

e-mail: katerina.vagnerova@kzcr.eu

Příloha č. 5 Žádost o poskytnutí informací

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ VSOUVISLOSTI SVYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ / DIPLOMOVÉ / JINÉ PRÁCE NEMOCNICE TEPLICE

Jméno a příjmení studentky/a: Veronika Krejčová

Úplný název vysoké/vyšší odborné školy: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Fakulta / katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra, 3. Ročník

Název bakalářské práce: Ošetřovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Fakulta zdravotnických studií v Plzni

Jsem zaměstnancem Krajské zdravotní a.s., nemocnice Teplice- ano

ZOK: Interna I., gastroenterology

Pracovní pozice: Praktická sestra

Cíl mé bakalářské práce: Popsat problémy a ošetřovatelskou péči o pacienty s Crohnovou chorobou

Termín přípravy v Nemocnice Teplice pro empirickou část práce: 1.11.2019-30.1.2020

Kontaktní pracoviště pro empirickou část: Interna I, gastroenterologie

Metoda empirické části práce:

1. Pomocí rozhovoru

Pro sběr informací, pomocí rozhovoru oslovím: pacienty

Plánovaný počet respondentů z Nemocnice Teplice: 2 respondenti

2. Vypracováním kazuistiky / analýzy / – text žádosti:

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- léčebných metodách
- ošetrovatelských postupech
- zobrazovacích metodách
- radioterapeutických metodách
- laboratorních metodách / analýzách / výsledcích
- metodách / možnostech fyzioterapie

v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.

Poznámka: Student může žádat o poskytnutí informací ve výše uvedeném případě jen tehdy, podílí li se na ošetřování / vyšetřování pacientů v rámci své odborné praxe.

- Informace mi bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník Nemocnice Teplice, kterým je: *(Marcela Sehnalová, staniční sestra)*

Žádost podává student: Veronika Krejčová

V Teplicích dne: 30.10.2019



Veronika Krejčová

Příloha č. 6 Rešerše

Rešerše

Ošetrovatelská péče o pacienty s Crohnovou chorobou

Z databází: [katalog knihovny NCO NZO Brno](#)
[Bibliographia medica Českoslovaca](#)
[CASLIN](#)
[Google Scholar](#)
[Google Knihy](#)

Časový rozsah: 2011-2019

Celkový počet záznamů: 58

4.4.2019

Zpracovala: Michaela Musilová