



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro ošetřovatelství

Případová studie

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s ulcerózní kolitidou**

Nursing Care of Patient with Ulcerative Colitis

Žaneta Kovačičová

Mělník, únor 2008

Autor práce: **Žaneta Kovačičová**

Studijní program: **Zdravotní vědy**

Bakalářský studijní obor: **Ošetřovatelství**

Vedoucí práce: **PhDr. Radomila Drozdová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Odborný konzultant: **doc. MUDr. Ladislav Mertl, CSc.**

Pracoviště odborného konzultanta: **1. interní klinika FNKV**

Datum a rok obhajoby: **duben 2008**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 1. února 2008

Žaneta Kovačičová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Radomile Drozdové a doc. MUDr. Ladislavu Mertlovi, CSc. za odborné vedení práce, za podněty a cenné rady, které přispěly ke zpracování této práce.

Obsah

1 Úvod	6
2 Klinická část	8
2.1 Charakteristika onemocnění	8
2.1.1 Základ z anatomie a fyziologie onemocnění	8
2.1.2 Patofyziologie onemocnění	10
2.1.3 Etiologie onemocnění	12
2.1.4 Rizikové faktory	13
2.1.5 Klinický obraz nemoci	13
2.1.6 Diagnostika onemocnění	14
2.1.7 Terapie	15
2.2 Základní údaje o nemocném	20
2.2.1 Základní údaje o nemocném	20
2.2.2 Okolnosti přijetí	20
2.2.3 Údaje z lékařské anamnézy	21
2.2.4 Diagnostické metody	23
2.2.5 Souhrn terapeutických opatření	26
2.2.6 Průběh hospitalizace	31
3 Ošetrovatelská část	33
3.1 Úvod – podstata ošetrovatelského procesu a zvoleného modelu	33
3.2 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocného podle M. Gordonové ..37	
3.3 Ošetrovatelské diagnózy ke 2. dni hospitalizace	42
3.4 Ošetrovatelský plán krátkodobý, realizace a hodnocení	43
3.5 Hodnocení dlouhodobého ošetrovatelského plánu	52
3.6 Psychologie nemocného	54
3.7 Sociální problematika	57
3.8 Edukační plán nemocného	58
3.9 Prognóza a závěr	64
4 Shrnutí	65
Seznam odborné literatury a jiné zdroje	65
Seznam příloh, zkratk	68
Přílohy	

1 Úvod

Cílem práce je zpracování **případové studie ošetrovatelské péče** o nemocného V.K., 62 let, který byl hospitalizován na standardní jednotce interního oddělení okresní nemocnice s diagnózou K51.0 Ulcerózní kolitida levostranná.

Vzhledem k situaci, že u tohoto pacienta se jedná o první záchyt onemocnění a že se mi tato problematika jeví jako velmi zajímavá, jsem se rozhodla zpracovat případovou studii péče o nemocného právě s touto diagnózou.

Nemocného jsem měla možnost sledovat po celou dobu jeho hospitalizace, která trvala třináct dní v období od 18. 4. 2007 – 30. 4. 2007. Poté byl klient propuštěn domů.

Klient byl informován a souhlasil s využitím osobních dat ke zpracování této bakalářské práce.

V klinické části práce je uvedena charakteristika onemocnění, stručná anatomie onemocnění, dále patofyziologie a etiologie onemocnění, klinický obraz, diagnostika a terapie nemoci.

Klinická část pokračuje základními údaji o nemocném. Jsou zde zmíněny okolnosti jeho přijetí do nemocnice, údaje z lékařské anamnézy, soubor diagnostických metod, jež pacient podstoupil, a terapeutická opatření, která byla provedena.

V závěru klinické části je informace o rehospitalizaci klienta, která proběhla počátkem roku 2008 z důvodu ataky základního onemocnění, kdy byl nemocný přijat k infuzní antibiotické terapii pro exacerbaci ulcerózní kolitidy.

Úvod ošetrovatelské části je věnován teorii ošetrovatelského procesu, jehož podstatou je poskytování aktivní a individualizované ošetrovatelské péče. Odborné znalosti tak pomáhají sestře připravit pro nemocného vhodný plán ošetrovatelské péče, který je mu „šitý na míru“. (18)

Pro tuto práci byl zvolen model „Funkčního typu zdraví“, model podle Marjory Gordonové, který je v současné době považován za standardní a v praxi je již užíván i v ostatních evropských zemích. Ošetrovatelský záznam s ošetrovatelskou anamnézou je uveden příloze č. 1 a.

Na základě získaných ošetrovatelských informací jsou stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, a to ke druhému dni hospitalizace. Vzhledem k rozsahu a účelu této práce je podrobně zpracován a předložen ošetrovatelský proces druhého dne. Vše zaznamenáno v ošetrovatelské dokumentaci viz příloha č. 1 b.

V plánu dlouhodobé ošetrovatelské péče je hodnocena zbývající část hospitalizace klienta a jsou shrnuty dlouhodobé ošetrovatelské problémy.

Ošetrovatelská část pokračuje psychologií nemocného a sociální problematikou. Tuto část uzavírá edukační plán nemocného, který je věnován životosprávě a informacím o dietním režimu.

V závěru práce je uveden seznam odborné literatury a jiných zdrojů, seznam příloh, zkratk a přílohy.

2 Klinická část

2.1 Charakteristika onemocnění

2.1.1 Základ z anatomie a fyziologie onemocnění

Tlusté střevo, nebo-li **colon**, je dlouhé přibližně 1,5 metru a je **konečnou částí** trávicí trubice. Průsvit tlustého střeva je větší než průsvit střeva tenkého, proto se tlusté střevo nazývá střevem tlustým.

Stěna tlustého střeva je poměrně tenká, protože je redukována především její svalová vrstva podélná i cirkulární. Redukce podélné vrstvy se projevuje výdutěmi, tzv. **haustrací**. (5)

Na tlustém střevě (obr.1) rozeznáváme slepé střevo (coecum), dále vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitou kličku (colon sigmoideum) a konečník (rektum).

Sliznice tlustého střeva je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem bez klků a je rozbrázděna v podobě jemných **krypt**. Je zde velké množství lymfatických uzlíků. V tlustém střevě probíhá konečná fáze trávení a vylučování zbytků.

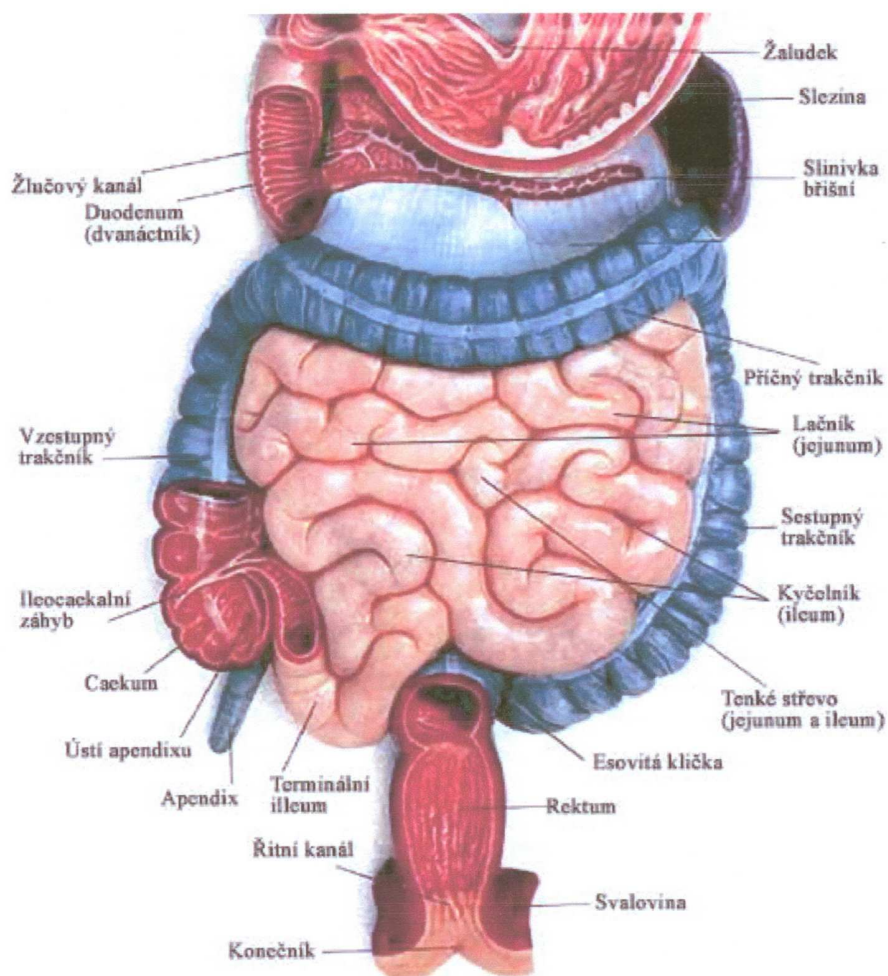
Hlavní funkcí tračníku je **hybnost a vstřebávání** tekutin.

Cékum a colon ascendens (vzestupný tračník) má funkci jakéhosi **rezervoáru**, podobně jako žaludek. Střevní obsah zde cirkuluje pomocí antiperistaltiky a přitom se zahušťuje.

V příčném tračníku dochází k dalšímu **vstřebávání vody a elektrolytů** a dalšímu houstnutí střevního obsahu.

Sestupný tračník (colon descendens) má především funkci **uskladňovací**. Dochází zde k hromadění stolice až do doby defekace. Rektosigmoideum slouží jako rezervní prostor a orgán uskutečňující vyprázdnění. (14)

Hybnost patří mezi funkce, která je velmi významná, neboť **poruchy hybnosti** jsou **hlavní příčinou** trávicích obtíží. Poruchy tračníku jsou jedny z nejčastějších obtíží.



Obr. 1 – Anatomie zažívacího traktu (27)

V tlustém střevě se hromadí nestrávené zbytky potravy a trávenina zde pobývá **8 - 12 hodin.** (5)

Rozsah vstřebávání je na rozdíl od tenkého střeva podstatně menší a jedná se především o vstřebávání vody. Dochází zde k zahušťování střevního obsahu vstřebáváním vody, některých minerálů a cukrů. Zde se z **původního** množství, které činí zhruba **1 – 1,5 kg**, přicházejícího z tenkého střeva, **redukuje** střevní obsah zhruba na **150 g**.

Nejvíce vody se vstřebává ve vzestupném tračníku. K zahuštěnému obsahu se přidává hlen, který slepuje nestrávené zbytky potravy. (5)

Bakteriální osídlení tlustého střeva je jeho důležitou součástí. Činností bakterií vznikají vitamíny, především **vitamín K**, ale také **thiamin a riboflavin**. (17)

Osídlení tlustého střeva střevní mikroflórou je do určité části ovlivněno druhem přijaté stravy. Kvasné a hnilobné bakterie, osidlující tlusté střevo, působí na zbytky potravy, která se zde hromadí. Bakterie **kvasí** cukry, tuky a těžce stravitelnou celulózu. Činností kvasných bakterií dochází ke vzniku **alkoholu** a různých plynů, jako je **vodík, metan a oxid uhličitý**.

Působením hnilobných bakterií dochází procesem **hnití** bílkovin k tvorbě **jedovatých látek**, jako je **fenol, sirovodík, mastné kyseliny** a tzv. **mrtvolné jedy**.

Sliznice tlustého střeva je pokryta **hlenem** a **zabraňuje** tak resorpci těchto jedovatých látek do krevního oběhu.

2.1.2 Patofyziologie onemocnění

Ulcerózní kolitida se spolu s **Crohnovou chorobou** řadí mezi tzv. **idiopatické střevní záněty**.

Idiopatický střevní zánět znamená, že jeho **příčina není jednoznačně** jasná. Předpokládá se pouze několik okruhů příčin, které na sebe vzájemně působí a následně pak vedou k tvorbě vředů ve střevní stěně.

Historie ulcerózní kolitidy sahá již do roku 1859, kdy Wilks poprvé popsal kolitidu. Tuto kolitidu, jež popsal Wilks u Isabely Bankseové jako transmurální zánět, překlasifikoval v roce 1979 Thayer jako Crohnovu nemoc tračníku.

Již v dobách před naším letopočtem byly popsány a rozpoznány různé druhy průjmu (Hippokrates, 460 – 377 př.n.l., a Areteus z Cappadocia, 80 – 138 n. l.). V roce 1875 Wilks a Moxon rozpoznali ulcerózní kolitidu. Jednalo se o stav provázený krvavými průjmy s patologicky zánětlivými změnami, které postihly sliznici a submukózu. Zánět se šířil typicky od recta až do levého tračníku.

V roce 1895 byla Weirem u nemocného s kolitidou provedena apendikostomie. V roce 1923 byla Straussem ulcerózní kolitida léčena nedráždivou stravou a transfuzí. Velkým posunem v léčbě ulcerózní kolitidy byl objev lékařky N. Svartzové, díky které byl do léčby zaveden **sulfasalazin**. Později roku 1977 Azhad Khan zavedl do léčby kyselinu 5 – **aminosalicylovou**. (12)

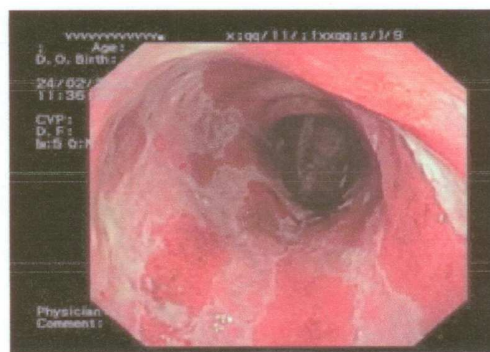
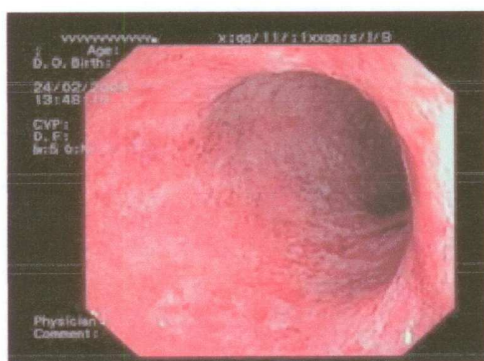
Colitis ulceróza je hemoragickokatarální či ulcerózní zánět povrchových vrstev sliznice tlustého střeva (obr. 2, 3).

V první fázi jde o zánět **katarálně hemorrhagický**, v pokročilejším stádiu o **hnisavý až vředovitý**. Postihuje vždy rektum a šíří se proximálně do různé vzdálenosti. (23)

V důsledku působení neznámé příčiny dochází k poškození sliznice tlustého střeva a vzniku zánětu povrchových vrstev. Zánět začíná obvykle postižením rekta a následným **šířením vzestupně** po tlustém střevě.

Zánětem změněný povrch střevní sliznice je bolestivý, sliznice je edematózní s hypersekrecí hlenu a krvácí. Postupujícím zánětem dochází k tvorbě ulcerací, vředů, které se infikují střevními bakteriemi, a dochází ke vzniku hnisavého zánětu.

Jedním z nejhorších případů je situace, při které dochází k **perforaci střeva** a následnému vzniku **sterkorální peritonitidy**, v důsledku vylití střevního obsahu do dutiny břišní.



Obr. 2 - Aktivní zánět před vznikem vředu Obr.3 - Aktivní zánět, splývající vředy (28)

Podle toho, kde je zánět lokalizován, rozeznáváme **čtyři tvary** ulcerózní kolitidy:

1. **rektální tvar** - postižení 15 cm od rekta
2. **ohraničený tvar** - postižení rekta a různé délky sigmatu
3. **levostranný tvar** - postižení od rekta do levé poloviny colon transversum
4. **difúzní tvar** - od anu až po minimálně hepatické flexury.

Při těžkém průběhu může být postiženo hemorragickým zánětem i terminální ileum do 10 cm od Bauhinské chlopně. (23)

2.1.3 Etiologie onemocnění

Vlastní příčina onemocnění není zcela známá. Předpokládá se souhra více faktorů, které se spolupodílí na vzniku onemocnění. Byla vyslovena domněnka, že onemocnění je podmíněno **periodicky** se dostavující **příčinou**, která má jistý vztah k terminální části tlustého střeva. Sliznice konečníku a tračníku je postihována **difúzně zevnitř**, tj. **krevní** nebo **nervovou cestou**. (12)

Uvádí se **tzv. dvousložková teorie** patogeneze proktokolitidy. Předpokládá se, že patogeneze proktokolitidy obsahuje dvě složky:

1. **prvotní léze** - způsobená vlastním etiologickým mechanismem
2. **druhotné změny** - podmíněné infekcí a změnami imunity (14)

Mezi přidružené mechanismy vzniku zánětu se řadí:

1. **infekční** - infekční teorie je podporována faktem, že nemocní reagují na antimikrobiální léčbu
2. **autoimunitní mechanismus zánětu** - porušením epitelové výstelky, která představuje hlavní součást střevní bariéry, neboť odděluje imunitní systém střeva od jeho lumen, jež je plné bakteriálních a potravinových alergenů, dochází k pronikání antigenů a ke stimulaci imunitního systému střeva. Důsledkem tohoto procesu je vznik zánětu a destrukce střevní tkáně. Podle některých teorií je provedení apendektomie před dvacátým rokem života určitou ochranou před vznikem ulcerózní kolitidy. (23)

3. vlivy dědičné - familiární výskyt

4. vliv zevního prostředí - počet nově onemocněných a všech onemocnění výrazně vzrostl. Proto se předpokládá jistá souvislost se změnou životního stylu a diety.

Zajímavostí je, že paradoxně kouření má u ulcerózní kolitidy ochranný charakter, neboť choroba se objevuje velmi často rok po zanechání kouření.

2.1.4 Rizikové faktory

Jak už bylo uvedeno v předchozím textu, kdy etiologie onemocnění není zcela jasnou, tak i rizikové faktory nejsou zcela jednoznačné. I přes toto se předpokládá jistá souvislost se změnou osídlení lidského střeva v důsledku změn ve zpracování a uchování potravin, konzumace tzv. fast foods, nadměrného užívání antibiotik a chemoterapeutik, umělé výživy kojenců a vysokého hygienického standardu.

2.1.5 Klinický obraz nemoci

Aktivitu onemocnění lze dle závažnosti rozlišit na **mírnou, střední a těžkou**. Nejzávažnějším stavem je však **tzv. fulminantní průběh**, kdy zánět prostupuje celou stěnou střeva a dochází k **septicko – toxickému šoku**.

Nejméně příznivým faktorem, co se prognózy týče, je **první ataka** onemocnění ve **věku nad 60 let a difúzní tvar** onemocnění.

Onemocnění je charakteristické svým průběhem také v tom, že se střídají období **relapsů a remisí**.

Klinické příznaky:

- 1. průjem** - je příznakem nejčastějším, pokračuje i po vysazení potravy a není závislý na denní době
- 2. bolest** - viscerální, u 50 % nemocných kolikovitá
- 3. enterorrhagie** - přítomnost čerstvé krve ve stolici je častý
- 4. extraintestinální příznaky** - pyoderma gangrenosum, artralgie, oční změny, nefrolitiáza, poruchy krvetvorby

Rozlišují se **dva příznakové soubory**:

1. rektální syndrom - je charakteristický přítomností **tenezmů**, což je bolestivé nucení na stolici s vyprázdněním jen malého množství stolice (stolice formovaná, kousky) nebo krvavého hlenu. Tento stav je typický při postižení rekta, nemocný **nemusí mít žádné jiné příznaky**, naopak se může vyskytovat **zácpa**.

Při vleklém průběhu se v důsledku chronické krevní ztráty v podobě enterorrhagie objevuje u nemocných **anemie**.

2. kolický syndrom - zde se objevuje **nutkavý řídký až vodnatý průjem** s příměsí krve, hlenu či hnisu., bolest a střevní dyspepsie. Bolest levé poloviny břicha spojena s teplotou, hubnutím, nechutenstvím a únavou (systémové projevy zánětu). (23)

Komplikací u ulcerózní kolitidy je **fulminantní** průběh. Pacient je celkově **schvácený**, je zde přítomna **bolest**, která je **stálá** a velmi **silná**, a frekvence **krvavých průjmů** je **více jak 10** za den.

Fulminantní průběh provází zpravidla horečka nad **38 stupňů**, výrazná **anemie**, kdy hematokrit spadá pod hodnotu 30. Objevuje se **tachykardie** nad 100/min., **úbytek váhy** nad 10% a zvýšení **sedimentace** nad 30 mm/hod. Nejhorším důsledkem fulminantního průběhu je **toxické megakolon** (podrobněji v části týkající se chirurgické léčby), kdy hrozí **perforace** střeva a vznik **sterkorální peritonitidy**. (23)

2.1.6 Diagnostika onemocnění

Mezi diagnosticky nejvýznamnější metodu patří **rektoskopie**, neboť postižení konečníku je jedna z nejtypičtějších známek při proktokolitidě. Rektoskopii obvykle předchází ultrasonografie, která by měla být zahrnuta do vstupního vyšetření a není pro pacienta nijak zatěžující.

Pro zjištění rozsahu postižení se následně provádí endoskopické vyšetření tlustého střeva, **koloskopické** vyšetření. Koloskopie určí **rozsah** postižení sliznice tlustého střeva **orálním směrem** a zároveň umožní odběr bioptického materiálu.

Tato vyšetření lze doplnit rentgenovým vyšetřením tlustého střeva, **irigoskopií**, která je však **kontraindikována** u **akutního stavu**, neboť může dojít k **dilataci** a následné **perforaci** střeva.

Všechna vyšetření jsou standardně doplněna **laboratorním vyšetřením** sedimentace erytrocytů a krevního obrazu. Bývá nález anemie, zvýšená sedimentace a CRP, leukocytóza, hypokalemie a po průjmech metabolická alkalóza.

2.1.7 Terapie

Vzhledem k faktu, že příčina idiopatických střevních zánětů není známa, tak léčba je o to složitější, že **nemůže cíleně reagovat na činitele**, kteří vyvolávají vlastní onemocnění.

Léčba spočívá v zabránění rozvoje zánětu inhibicí zánětlivých mediátorů, jež přímo zánět pravděpodobně nevyvolávají, ale zesilují a udržují jej. Terapie ulcerózní kolitidy je rozdělena dle toho, ve které fázi se onemocnění právě nachází.

Podle toho se terapie dělí na léčbu **aktivního onemocnění** a na léčbu **udržovací**. Udržovací léčba má za úkol udržet onemocnění v remisi, tedy v klidové fázi, co nejdéle. Onemocnění v aktivní fázi lze téměř ve všech případech zvládnout pomocí kortikosteroidů a pro prevenci vzplanutí onemocnění se zpravidla užívají aminosalicyláty. (12)

Terapie se dále dělí na **konzervativní** a **chirurgickou**.

Konzervativní terapie se dále člení na celkovou, například použití preparátů per os či injekční formou, a místní, kdy se aplikují léčivé látky přímo na postiženou sliznici pomocí čípků a (mikro)klyzmat.

Nejčastější a neúčinnější je kombinace celkového a místního podání léků, to je podávání léků **per os**, **per rektum** a **injekčně**.

Vzhledem k tomu, že toto onemocnění postihuje zažívací trakt, tak v akutní fázi onemocnění dochází k úpravě diety. Pokud nemocný může přijímat per os, dostává **bezezbytkovou dietu**, popřípadě vyžaduje-li to stav nemocného, je strava podávána **parenterálně** či **enterálně**.

K léčbě jsou užívány **aminosalicyláty** (sulfasalazin, mesalazin - 5-ASA), **kortikosteroidy**, **imunopresiva** (azathioprin), **antibiotika** a léky proti průjmu. (18)

Přehled základních indikačních skupin a terapie důležitých v léčbě ulcerózní kolitidy:

- Aminosalicyláty** - přelomovým obdobím v léčbě ulcerózní kolitidy se stal objev **sulfasalazinu**, lékařky **Nanny Svartz**. Spojila **protizánětlivý účinek salicylátu** a **antibakteriální účinek sulfonamidu**. Vzhledem k poměrně dosti velkým **vedlejším účinkům** (tab. č. 1) se dnes dává přednost novějšímu preparátu, který objevil Azad Khan a jímž je **kyselina 5-aminosalicylová (5-ASA) - mesalazin**. (12)

<i>Sulfasalazin</i>	<i>5 - ASA</i>
<i>nauzea</i>	<i>nauzea</i>
<i>zvracení</i>	<i>nechutenství</i>
<i>dyspeptické potíže</i>	<i>bolest hlavy</i>
<i>bolesti břicha</i>	<i>bolesti ve svalech</i>
<i>anorexie</i>	<i>vypadávání vlasů</i>
<i>bolest hlavy</i>	<i>pruritus</i>
<i>závratě</i>	<i>závratě</i>
<i>deprese</i>	<i>teploty</i>
<i>změny chutě</i>	<i>pankreatitida</i>
<i>xerostomie (sucho v ústech)</i>	<i>nefrotoxicita?</i>
<i>pruritus</i>	<i>zhoršení střevního zánětu</i>
<i>rash (virážka)</i>	<i>průjem (olsalazin)</i>
<i>leukopenie</i>	
<i>trombocytopenie</i>	
<i>anémie</i>	
<i>zvýšení ALT, AST, ALP</i>	

Tab. č. 1 Vedlejší účinky aminosalicylátů (12)

- Kortikosteroidy** - **protizánětlivý účinek** kortikosteroidů se užívá v léčbě **aktivního zánětu**.

Neměly být užívány **dlouhodobě** pro udržení remise či jako prevence relapsu. Jedním z faktorů proti podávání kortikosteroidů jsou jejich nežádoucí účinky (tab. č. 2).

<i>malé NÚ</i>	<i>velké NÚ</i>
<i>cushingoidní vzhled</i>	<i>infekce</i>
<i>akné</i>	<i>hypertenze</i>
<i>strie</i>	<i>psychózy</i>
<i>hirsutismus</i>	<i>hypokalémie</i>
<i>vaskulární fragilita</i>	<i>hyperglykémie</i>
<i>insomnie</i>	<i>glaukóm</i>
<i>zvětšení váhy</i>	<i>katarakta</i>
	<i>myopatie</i>
	<i>osteoporóza</i>
	<i>Cushingův syndrom</i>

Tab. č. 2 Nežádoucí účinky kortikosteroidů (12)

3. Imunosupresiva - mezi představitele, užívané v léčbě, se řadí azathioprin a 6 – merkaptopurin. Účinek se dostavuje se zpožděním asi za 8 týdnů až 3 měsíce. Mezi vedlejší účinky patří útlum krvetvorby, alergická reakce, pankreatitida, recidivující infekce a další. Důležitá je tedy pravidelná monitorace krevního obrazu, ALT, AST ve stanovených intervalech.

4. Antimikrobiální terapie - zpravidla se užívají kombinace antibiotik ve složení aminoglykosidové antibiotikum, (příkladem je gentamicin), jenž účinkuje na gramnegativní bakterie v kombinaci s preparátem, který účinkuje na anaerobní bakterie, (příkladem je cefoxitin, klindamycin, metronidazol).

Ideální je podání antibiotické terapie dle **tzv. bioptické mikrobiologie**, kdy se část sliznice získaná biopsií vykultivuje a pak se nasadí antibiotická léčba.

5. Léky proti průjmu - léky proti průjmu, (př. loperamid), mají za úkol snížit počet stolic. Kontraindikací jsou těžké kolitidy, kdy je riziko vzniku toxického megacolonu.

6. Sedativa – užívají se u pacientů, u kterých se vzhledem v důsledku vzniklého onemocnění objevují stavy úzkosti a rozladění. K potlačení **anxiozity je vhodné** užití **benzodiazepinů**.

Dlouhodobým cílem v péči o psychický stav klienta je navození **důvěry** k lékaři, k léčbě samotné a zbavení stresů. Další opatření, přispívající k uspokojivé psychické pohodě, jsou dostatečný spánek, pracovní klid a užití **psychoterapie**.

7. Parenterální výživa - v akutní fázi onemocnění může být parenterální výživa jakýmsi **odpočinkem pro střevo**. Urychlují se hojivé procesy, dochází ke zmírnění místního zánětu a hojení ulcerací. U ulcerózní kolitidy má však často pouze nevelký podpurný efekt. (12)

8. Enterální výživa - je výživa pomocí sondy, kdy se podávají farmaceuticky plnohodnotné tekuté výživy, které slouží ke krytí energie, iontů a vitamínů.

Při dlouhodobém užití se zvažuje zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie tzv. PEG. Častěji než u ulcerózní kolitidy, toto platí pro Crohnovu chorobu, kde postižení tenkého střeva má za následek velký deficit základních živin.

9. Dieta - v klidové fázi onemocnění, tedy ve fázi remise, není dieta nijak vyhraněná. Měla by však být **energeticky** vydatná s dostatkem vitamínů, **nedráždivá** a **šetřící**. Není zde jednotný předpis pro dietní opatření, neboť každý nemocný může na různé potraviny reagovat s jinou odezvou.

V akutním období je však nutno přijímat, pokud to stav nemocného dovolí, dietu **s omezením vlákniny**.

U většiny nemocných dochází k **intoleranci laktalbuminu**, který je obsažen v mléce a mléčných výrobcích. Je proto třeba se těmto potravinám rovněž vyhnout. Na místě je užití **probiotik**, což jsou přípravky obsahující **živé bakteriální kmeny**, které mají prokazatelně pozitivní vliv na zdravotní stav člověka.

10. Chirurgická terapie - chirurgická léčba se stává nezbytnou u některých akutních a těžkých stavů. Užití chirurgické léčby je také na místě při těžké atace kolitidy, kterou nelze zvládnout pomocí medikamentózní terapie.

Indikace k chirurgické léčbě jsou uvedeny v tab. č. 3. (12)

<i>Urgentní</i>	<i>Efektivní</i>
<i>perforace tračniku</i>	<i>neúspěch, komplikace konzervativní léčby</i>
<i>krvácení</i>	<i>karcinom či prekarcinomové změny</i>
<i>endotoxemický šok</i>	<i>striktura</i>
<i>akutní (toxické) megakolon</i>	<i>extrakolické projevy</i>

Tab. č. 3 Indikace k chirurgické léčbě ulcerózní kolitidy

Toxické megacolon - je velmi závažný stav, kdy v důsledku pronikání zánětu do hlubších vrstev tlustého střeva dochází k **rozpětí** a k **paralytickému ileu**. Může končit **perforací**, nebo-li proděravěním tlustého střeva. **Léčba** musí být v tomto případě velmi **intenzivní** s použitím velkých dávek **kortikosteroidů** a **antibiotik**.

Za okolností, kdy u nemocného v kritickém stavu **nedojde** ke **zlepšení** do **24 – 48 hodin**, je plně indikováno **chirurgické řešení**.

2.2 Základní údaje o nemocném

V této části práce jsou popsány základní údaje o nemocném, které byly z velké části čerpány z lékařské dokumentace. Vzhledem k zachování anonymity klienta jsou uvedeny pouze iniciály.

2.2.1 Základní údaje o nemocném

Pacient: V. K.

Zdravotní pojišťovna: VZP

Rok narození: 1945

Stáří: 62 let

Rodinný stav: ženatý, s manželkou žije již 25 let ve společné domácnosti

Bydliště: žije ve městě s 15ti tisíci obyvateli, v rodinném domku

Zaměstnání: pracující důchodce, přivydělává si jako skladový účetní

2.2.2 Okolnosti přijetí

Pacient byl přijatý v dubnu roku 2007 na standardní jednotku interního oddělení, kam byl doporučen lékařkou z gastroenterologické ambulance.

Pacient prodělal v lednu 2007 chřipkové onemocnění, které bylo přeléčeno antibiotiky, název léku si nemocný nepamatuje.

Od poloviny března udává průjmovitou stolicí dvakrát až třikrát za den. Frekvence vyprazdňování stolice se zvyšovala až na desetkrát za den s příměsí krve. Bylo provedeno ultrasonografické vyšetření epigastria s nálezem: výduť aorty. Nález ze sonografie byl jinak negativní, nevypovídající o charakteru nynějšího onemocnění. Byl proveden mikrobiologický odběr stolice na K+C (kultivace + citlivost), pro vyloučení eventuelního mikrobiálního agens. Výsledek mikrobiologie byl negativní, nesvědčící pro infekční teorii.

Pro stále přetrvávající průjmovitou stolicí s příměsí krve, křeče v levém mesogastriu až hypogastriu, nechutenství a hubnutí, kdy nemocný zhubl 7 kg za deset dní, byl nemocný odeslán na rektoskopické vyšetření. Rektoskopické vyšetření potvrdilo těžký zánět tračnicku a bylo navrženo umístění klienta na interní oddělení k následné hospitalizaci.

2.2.3 Údaje z lékařské anamnézy

Rodinná anamnéza:

Rodiče: otec zemřel v 79 letech na selhání srdce, matka žije, je jí 89 let, má diabetes mellitus 2. typu.

Sourozenci: sestra zahynula v 45ti letech při automobilové nehodě, bratr se léčí pro hypertenzi.

Strýc z otcovy strany měl snad také nějaké problémy se střevy, ale nic bližšího klient neví.

Děti: zdravý.

Osobní anamnéza:

Pacient je sledován tři roky u kardiologa pro **arytmii srdeční a hypertenzi**, tj. od roku 2004. Dále dispenzarizován u urologa pro **hyperplazii prostaty**. V anamnéze **dnavá artritida**, postihující většinou pravý kotník. Jiná onemocnění pacient neguje.

Alergická anamnéza: má **alergii na jahody**, jinak u sebe alergii nikdy nepozoroval.

Užití návykových látek: nekouří, alkohol - dvě piva za den, příležitostně červené víno.

Pracovní anamnéza: tohoto času je v důchodu, ale brigádně pracuje jako skladový účetní. Celý život byl zaměstnán jako ekonom.

Sociální anamnéza: žije s manželkou v rodinném domku ve městě. Dcera pracuje ve stejném městě jako kadeřnice, pravidelně rodiče navštěvuje. Syn bydlí s manželkou a dětmi v padesát kilometrů vzdáleném městě, rodiče navštěvuje několikrát do roka.

Farmakologická anamnéza: nemocný dlouhodobě užívá tyto léky

Isoptin 240 mg 1 x ½ tbl.

Amprilan 1,25 mg 1 x 1 tbl.

Omnice 1 - 0 - 1 cps.

Operace: žádné

Úrazy: zlomenina klíční kosti v dětství

Nynější onemocnění:

Nemocný byl hospitalizován v období od 18. 4. 2007 do 30. 4. 2007, to je 13 dní hospitalizace. Byl odeslán z gastroenterologické ambulance pro těžký zánět tračníku, jako velmi suspektní proktokolitis. Byla odebrána biopsie na histologii. U nemocného asi měsíc přetrvávají průjmovitá stolice. Při příjmu stolice desetkrát za den s příměsí krve, křeče a bolest v levém meso až hypogastriu, nechutenství a hubnutí, zhubl 7 kg za deset dní.

Status praesens (fyzikální vyšetření):

Hodnoty **fyziologických funkcí** jsou uvedeny v tab. číslo 4:

<i>Hmotnost</i>	<i>92 kg</i>
<i>Výška</i>	<i>178 cm</i>
<i>Puls</i>	<i>89 / min</i>
<i>Krevní tlak</i>	<i>130 / 80 mmHg</i>
<i>Tělesná teplota</i>	<i>37,4 °C</i>

Tab. č. 4 Fyziologické hodnoty při příjmu

Ostatní **fyzikální vyšetření** shrnuto v tab. č. 5:

<i>Dýchání</i>	<i>Eupnoe, čisté, sklípkové</i>
<i>Kůže</i>	<i>Přiměřené barvy</i>
<i>Psychický stav</i>	<i>Bradypsychický</i>
<i>Hlava poklep, skléry, uši, nos</i>	<i>Nebolestivé, anikterické, bez výtoku</i>
<i>Břicho</i>	<i>Měkké, palpačně citlivé v L meso až hypogastriu</i>
<i>Srdce</i>	<i>Akce pravidelná, bez šelestu</i>
<i>Dolní končetiny</i>	<i>Bez otoku, pulsace hmatná, bez známek zánětu</i>
<i>Stav vědomí</i>	<i>Orientován místem, časem, osobou</i>

Tab. č. 5 Souhrn fyzikálního vyšetření

Při přijetí byly **stanoveny** tyto **diagnózy**:

1. *Suspektní proktokolitis, dle rektoskopie, záchyt, K 51.9*
2. *Hypertenze, kompenzovaná, I 10*
3. *ICHS, arytmiická forma (dle pacienta), I 25.8*
4. *Dna, M 89.9*
5. *Hyperplasie prostaty, N 40*
6. *Výduť břišní aorty, dle ultrasonografie, I 71.4*

2.2.4 Diagnostické metody

V této části práce budou uvedeny diagnosticky významné metody, jež byly u klienta provedeny a které jsou podstatné k diagnostice vzniklého onemocnění.

Vzhledem k rozsahu laboratorních vyšetření jsou vypsány pouze hodnoty mimo referenční meze, tab. č. 7. Odběr proveden při příjmu klienta.

Byly provedeny kompletní **laboratorní testy**. Odběr krve na biochemické, hematologické, hemokoagulační a imunologické vyšetření. A odběr moči na biochemické a mikrobiologické vyšetření.

<i>Vyšetření / název</i>	<i>Referenční mez</i>	<i>Jednotky</i>	<i>Hodnota klienta</i>	<i>Komentář</i>
Biochemie krve				
<i>Natrium</i>	<i>135 - 145</i>	<i>mmol/l</i>	<i>133,6</i>	<i>Mírná hyponatrémie</i>
<i>Triglyceridy</i>	<i>0.6 - 1.54</i>	<i>mmol/l</i>	<i>1,8</i>	<i>Mohou být zvýšeny u dny</i>
<i>Glukóza</i>	<i>3,3 - 6,1</i>	<i>mmol/l</i>	<i>6,81</i>	<i>Odběr nebyl nalačno</i>
Hematologie				
<i>Leukocyty</i>	<i>4 - 10</i>	<i>10.9/l</i>	<i>13,2</i>	<i>Leukocytóza při ulcerózní kolitidě</i>
Sedimentace ery				
<i>FW</i>	<i>7 / 9</i>	<i>1./2.hod</i>	<i>50 / 72</i>	<i>Zvýšená - aktivita nemoci</i>
Imunoelektroforéza				
<i>CRP</i>	<i>0 - 5</i>	<i>mg/l</i>	<i>81,9</i>	<i>Exacerbace onemocnění</i>

Tab. č. 7 *Přehled laboratorních hodnot klienta mimo referenční meze*

Z laboratorního nálezu můžeme vyčíst zvýšenou hodnotu sedimentace erytrocytů, která bývá zvýšena v závislosti na aktivitě onemocnění a také zvýšení leukocytů. Může docházet i poruchám acidobazické rovnováhy, která je daná změnami v koncentraci elektrolytů – hyponatrémie (bývá zde i hypokalemie, hypomagnezémie).

Proteiny akutní fáze jako například C – reaktivní protein (dále CRP), jsou zpravidla zvýšeny u stavů provázejících akutní zánět. Ukazují na exacerbaci onemocnění, ale nejsou specifické pouze pro nespecifické střevní záněty.

Závěr: u ulcerózní kolitidy je nutno sledovat hodnoty krevního obrazu, především hemoglobinu a leukocytů, dále sedimentace erytrocytů a hodnoty CRP.

Souhrn dalších diagnostických vyšetření včetně závěrů:

1. Ultrasonografické vyšetření ledvin a epigastria

Příprava klienta před vyšetřením: poučení o tom, že musí být nalačno, bez vymočení, s plným močovým měchýřem

Závěr: Aneurysma břišní aorty

Hypertrofie prostaty

Jinak nález v normě.

Vyšetření bylo provedeno 2. den hospitalizace.

2. Rentgenové vyšetření srdce + plíce

Příprava klienta: bez nutnosti přípravy

Závěr: Na nitrohručních orgánech nebyly zjištěny žádné patologické odchylky.

3. Rektoskopie

Příprava klienta: bez velké přípravy, před vyšetřením je nutno se vyprázdnit, aby vyšetřované poměry byly přehledné, v tomto případě byl nemocný vyprázdněn díky průjmovité stolici.

Průběh vyšetření: nemocný vyšetřen v genupektorální poloze, okolí anu klidné, per rektum v dosahu prstu nález krve na prstě, v rektoskopu sliznice edematózní, prosáklá, krvácející, odebrána histologie, vnitřní hemeroidy.

Závěr: Těžký zánět tračníku, rozsah zatím nelze určit, velmi suspektní proktokolitis – nový záchyt.

Vyšetření bylo provedeno první den hospitalizace. Na základě výsledku tohoto vyšetření byl klient odeslán k hospitalizaci.

4. Histologické vyšetření

Při rektoskopickém vyšetření byl odebrán biotický vzorek. Histologicky byla potvrzena sliznice tlustého střeva zastížená ulcerací a typické kryptové abscesy.

Závěr: Nález plně odpovídá aktivní fázi ulcerózní proktokolitidy.

5. Koloskopické vyšetření

Příprava klienta: endoskopické vyšetření tlustého střeva vyžaduje úplné vyprázdnění střeva, proto je nutno dodržovat řádnou přípravu. Příprava spočívá v úpravě stravy, dva dny před vyšetřením se podává bezobytková strava, den před vyšetřením tekutá dieta a od půlnoci nemocný už lační. Den před plánovaným vyšetřením se pije čtyři litry projímavého roztoku typu Golyteli či Fortrans, které dokonale vyprázdní střevo.

Průběh vyšetření: Koloskopie provedena v době, kdy už histologie potvrdila ulcerózní kolitidu a nemocný je na terapii Entizolem, 5 – ASA a Lanzulem. Stav nemocného je zlepšen. Nemocný je již afebrilní, stolice stále řidší, ale už bez příměsí.

Při vyšetření per rektum v dosahu prstu hmatná zvětšená prostata. Po premedikaci Apaurinem 10 mg a Dolsinem 50 mg intravenózně provedena koloskopie s odběrem vzorků na histologii. Makroskopicky potvrzen levostranný tvar ulcerózní kolitidy.

Závěr: Levostranný tvar ulcerózní kolitidy se zlepšením stavu na terapii, zatím onemocnění není v remisi.

Vyšetření provedeno poslední, 13. den hospitalizace, po té dimise s rodinou domů.

2.2.5 Souhrn terapeutických opatření

Vzhledem k rozsahu práce uvádím souhrnný přehled celé medikamentózní terapie, jež byla aplikována klientovi v průběhu celé hospitalizace.

Dietní omezení bylo od prvního dne pobytu. Byla nasazena dieta 5 – bezezbytková. Nemocný poučen o vhodných potravinách. Ucelený edukační plán v rámci dieto terapie a životosprávy je uveden v závěru ošetrovatelské části.

Infúzní terapie: druhý den hospitalizace byla ordinována následující infúzní terapie v tomto pořadí:

- 1. Fyziologický roztok, 500 ml, i. v.*
- 2. Glukóza 5 %, 500 ml, i. v.*

Souhrnný přehled medikamentózní terapie:

Vedlejší účinek podávaných léků **nebyl** v průběhu hospitalizace **zaznamenán** u žádného z podaných preparátů.

1.

Název léku: Entizol tbl. 250 mg

Indikační skupina léku: Chemoterapeutikum

Způsob, dávka podání: 2 - 2 - 2 tbl. denně v 5 - 11 - 17 hod. (tablety se vždy užívají při jídle nebo po jídle a polykají se vcelku).

Vedlejší účinky: Nejčastěji se může vyskytnout nucení na zvracení, které může být občas provázeno bolestmi hlavy, nechutenstvím, suchem v ústech a ostrou kovovou chutí v ústech.

Poznámky: Entizol byl užíván po dobu 13 dnů.

Při léčbě Entizolem a minimálně jeden den po jejím ukončení, nesmějí být požívány alkoholické nápoje (NÚ: křeče v břiše, nucení na zvracení, zvracení, bolesti hlavy a zrudnutí kůže).

Přípravek může negativně ovlivnit pozornost a schopnost soustředění.

2.

Název léku: Isoptin SR 240 mg

Indikační skupina léku: Blokátor vápníkového kanálu, antiarytmikum, antihypertenzivum.

Způsob, dávka podání: 1 tbl. ráno (tablety se polykají celé s dostatečným množstvím tekutiny, nejlépe při jídle nebo krátce po něm).

Vedlejší účinky: Často se vyskytuje nevolnost, nadýmání nebo zácpa, zřídka zvracení či neprůchodnost střev.

Poznámky: Léčba by měla být v pravidelných časových odstupech monitorována lékařem. Přípravek může ovlivnit schopnost řídit motorová vozidla, obsluhovat stroje nebo pracovat za zvýšených bezpečnostních podmínek především na začátku léčby, při zvyšování dávky nebo při změně léčby a rovněž při současné konzumaci alkoholu.

3.

Název léku: Amprilan 1,25 mg

Indikační skupina léku: Antihypertenzivum, ACE inhibitor

Způsob, dávka podání: 1 tbl. ráno (tablety užít celé s dostatečným množstvím tekutiny, užívat v průběhu jídla nebo po jídle, pravidelně ve stejný čas).

Vedlejší účinky: pacient může pociťovat nevolnosti, závratě, ospalost a bolest hlavy.

Poznámky: Příznakem předávkování je velké snížení krevního tlaku, šok, pomalý srdeční puls (bradykardie), porucha elektrolytů a selhání ledvin.

4.

Název léku: Omnic 0,4 mg

Indikační skupina léku: Preparát se užívá u mužů k léčbě potíží spojených s nezhoubným zbytněním prostaty, jako je obtížné močení, ukapávání moče, silné nutkání k močení, časté močení v noci i ve dne.

Způsob, dávka podání: 1 cps. ráno (po snídani nebo po prvním denním jídle, tobolku polknout celou bez drcení, žvýkání, protože by se tak narušilo řízené uvolňování účinné látky).

Vedlejší účinky: Přípravek je zpravidla snášen dobře, někdy možný výskyt závratí, zvláště při náhlé změně polohy - sed nebo stoj z polohy vleže.

5.

Název léku: Solumedrol inj. 40 mg

Indikační skupina léku: Glukokortikoid (injekční forma intramuskulární nebo intravenózní aplikaci).

Způsob, dávka podání: 2 - 1 - 0 ks denně v 8 a 13 hod. i.v.

Vedlejší účinky: Mohou se objevit systémové nežádoucí účinky.

Poznámky: Podáván 1. až 6. den pobytu.

6.

Název léku: Medrol 16 mg

Indikační skupina léku: Hormon ze skupiny glukokortikoidů

Způsob, dávka podání: 1 - 1 - 0 tbl. per os (při užívání lék zapít dostatečným množstvím vody či mléka).

Vedlejší účinky: Mezi nejzávažnější nežádoucí účinky patří: měsíčkovitý obličej, záněty, zvýšení tělesné hmotnosti, zažívací potíže, bolesti hlavy, změny nálad - až psychické poruchy, bolesti svalů, oční postižení, změna vzhledu kůže a citlivosti.

Poznámky: Podáván od 7. dne pobytu

7.

Název léku: Lanzul 30 mg

Indikační skupina léku: Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

Způsob, dávka podání: 1 - 0 - 1 tbl. per os (před jídlem).

Vedlejší účinky: Možný výskyt průjmu, nevolnosti nebo zácpy, bolesti hlavy, kožní vyrážky.

8.

Název léku: Asacol 400 mg

Indikační skupina léku: Antirevmatika, antiflogistika, antiuratika (přípravek k léčbě zánětlivých střevních onemocnění).

Způsob, dávka podání: 2 - 2 - 2 - 2 tbl. denně v 5, 11, 17, 23 hod. (tablety užít nerozkousané, nejlépe před jídlem, je třeba je zapít dostatečným množstvím tekutiny).

Vedlejší účinky: Přípravek je obvykle dobře snášen, nejčastější vyskytující se obtíže, které souvisí s trávicím ústrojím, jsou nevolnost, průjem, břišní bolesti a bolest hlavy.

9.

Název léku: Diazepam 10 mg

Indikační skupina léku: Anxiolytikum (k odstranění nervového a svalového napětí, pocitu úzkosti a strachu, k potlačení křečí různého původu).

Způsob podání: 1 tbl. per os na noc.

Vedlejší účinky: Během podávání přípravku se může objevit spavost, únava, porucha koordinace pohybů, závratě, desorientace, bolest hlavy, porucha zraku, porucha řeči, alergické kožní projevy a zažívací potíže.

Poznámky: Není určen pro dlouhodobé podání, riziko lékové závislosti. V průběhu léčby neužívat alkohol, neřídít motorové vozidlo ani provozovat činnosti, kde se vyžaduje zvýšenou pozornost, schopnost soustředění a koordinaci pohybů. Po dlouhodobé pravidelné aplikaci se lék nesmí vysadit náhle.

Informace o lécích byly získány z internetového zdroje. (34)

2.2.6 Průběh hospitalizace

Nemocný byl přijat k hospitalizaci pro ulcerózní kolitidu na základě provedeného rektoskopického vyšetření. Diagnóza definitivně potvrzena z histologického vyšetření. Rozsah postižení byl určen při koloskopii, kde nález **levostranného typu ulcerózní kolitidy**.

Při příjmu měl nemocný 10 stolic za den s příměsí krve. Onemocnění zaléčeno pomocí antibiotik a kortikoidů s následnou úpravou průjmu. Při propuštění nemocný udává jen dvě kašovitě stolice za den. Na sonografickém vyšetření u nemocného zjištěno aneurysma aorty do 40 mm, které je doporučeno ke konzervativní terapii a sledování, nemocný objednan do chirurgické ambulance k posouzení dalšího řešení.

Celkový stav pacienta je zlepšen a je propuštěn do domácí péče s následující terapií:

Asacol 3 x denně 2 tablety (dále tbl.)

Medrol 16 mg 1 - 0,5 - 0 tbl.

Lanzul 30 mg 0 - 0 - 1 tbl.

Isoptin SR 240 mg 0,5 - 0 - 0 tbl.

Amprilan 1,25 mg 1 - 0 - 1 tbl.

Omnicep 0,4 mg 1 kapsle (dále cps.) ráno

Klient je objednan k ambulantní kontrole v gastroenterologické ambulanci. Poučen o nutnosti dispenzarizace onemocnění.

Nemocný byl edukován v oblasti nutriční terapie a životosprávy, edukační plán uveden na konci ošetrovatelské části. V průběhu pobytu nemocného v nemocnici byl nemocný úzkostný a měl obavy z nově vzniklého onemocnění. Adaptace na nemoc probíhala postupně. Důležitá pro celkový psychický stav klienta zde byla dostatečná informovanost, která byla zpočátku hospitalizace podceněna, v důsledku kumulace jednotlivých úkonů, týkajících se příjmu nemocného na oddělení. Podrobnější průběh z ošetrovatelského hlediska je uveden v dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče.

Poznámka: Na místě je se zmínit o rehospitalizaci nemocného. Nemocný byl přijat do nemocničního zařízení na interní oddělení z důvodu akutní exacerbace onemocnění ulcerózní kolitidy, a to i přes dlouhodobou léčbu pomocí kortikoidů. Hospitalizace proběhla v lednu roku 2008, kdy byl nemocný přijat k infuzní antibiotické terapii. Nemocný byl léčen Solumedrolem 40 mg intravenózně (dále jen i.v.), Ampicilinem 500 mg i.v., Entizolem 250 mg per os a Salofalkem 250 mg per os. Hospitalizován byl devět dní.

3 Ošetřovatelská část

3.1 Úvod – podstata ošetřovatelského procesu, zvoleného modelu

Teorie ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je **plánovitý přístup** sestry ke klientovi, **pochopení potřeb** nemocného z hlediska profesionálního a z hlediska subjektivního.

Tento způsob **ovlivňuje způsob práce** sestry s nemocným a vychází z toho, že chce-li sestra nemocného dobře ošetřovat, musí jej především dobře poznat, to jak funguje jeho tělo, ale i duše, znamená to poznat klienta za stránky somatické, psychické a sociální...

Ošetřovatelský proces je způsob provádění ošetřovatelské péče. Je to přístup, který se snaží **předcházet problémům** či **vzniklé problémy řešit**, který akceptuje práva nemocného klienta, který zajišťuje **individuální přístup** k jedinci, který umožňuje klientovi **aktivní účast** na péči, včetně rozhodování.

Důležitou a nutnou součástí je **spolupráce s ostatními členy** zdravotnického týmu, s klientem a jeho rodinou.

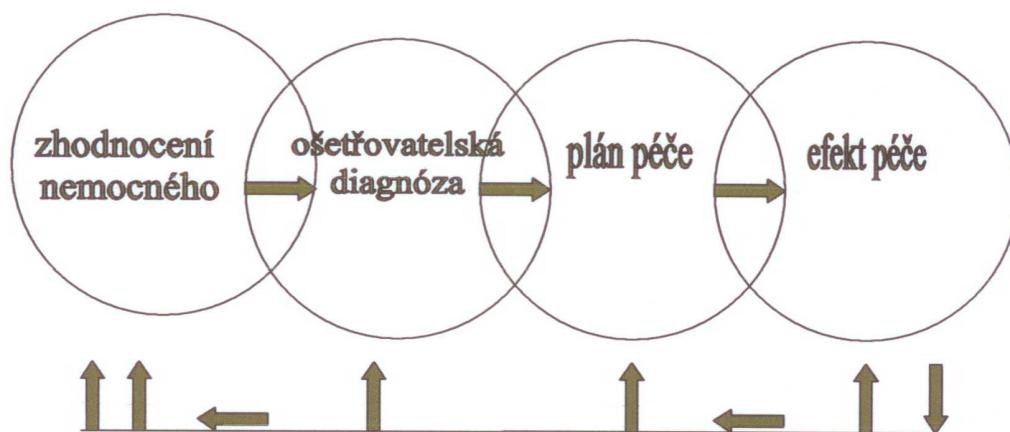
Fáze ošetřovatelského procesu

Symbolem WHO pro ošetřovatelský proces jsou 4 vzájemně propojené kruhy (obr. 4, Schéma ošetřovatelského procesu, Staňková, 1996). Jednotlivé fáze se vzájemně **prolínají a ve spirále opakují**. (21)

V podstatě to znamená, že ošetřovatelský proces je **děj cyklický** (stále se opakující) a **dynamický** (reagující na změny vzniklé v průběhu ošetřovatelského procesu).

Ošetřovatelský proces je **způsob profesionálního uvažování** sestry o klientovi a o jeho **individuálních problémech**. Ošetřovatelský proces ovlivňuje způsob práce sestry s nemocným, tedy její přístup ke klientovi i vlastní ošetřovatelskou péči. (21)

Ošetřovatelský proces je **logickým a systematickým přístupem** v celkové péči o nemocného. Činnosti sestry spočívají v **aktivní a individualizované péči** o nemocné, kteří **neumí, nechtějí** nebo **nemohou tyto problémy signalizovat**.



Obr. 4 Schéma ošetřovatelského procesu (21)

Fáze ošetřovatelského procesu:

1. Ošetřovatelská anamnéza

Sběr informací o klientovi : „*Kdo je můj klient?*“ = *Ošetřovatelská anamnéza*

Analýza získaných informací

2. Ošetřovatelská diagnóza

Stanovení ošetřovatelské diagnózy = „*Co ho trápí?*“

Sestra získává **informace** z různých **zdrojů** (od klienta, ze zdravotnické dokumentace, od příbuzných či doprovodu, od ostatního zdravotnického personálu, vlastním pozorováním, měřením a testováním). Nejběžnějším způsobem získávání informací je **pozorování a rozhovor**.

Na základě analýzy získaných informací se stanoví **klientův problém**. Zformulovaný klientův **problém** včetně **příčiny** je **ošetřovatelská diagnóza**, která může být **aktuální** nebo **potencionální**.

3. Plánování ošetřovatelské péče

Plán péče = „*Co pro něj mohu udělat?*“

Chceme-li sestavit plán ošetřovatelské péče, tak je nutno stanovit si cíl, kterého chceme dosáhnout. Musí být samozřejmě reálný. Cíl lze stanovit **krátkodobý** či **dlouhodobý**.

Krátkodobý cíl se týká **bezprostředně následujícího období** (příštích hodin, dnů), má být **konkrétní** a pokud možno **měřitelný**.

Dlouhodobý cíl má vztah k **delšímu časovému období**, nebo je nasměrován do domácího ošetřování.

K dosažení cílů se dále stanoví vhodné **ošetřovatelské zásahy** (intervence, výkony), pomocí kterých bude cíl dosažitelný. K jednomu cíli se vztahuje i několik více zásahů. O plánu a o pořadí naléhavosti provedení jednotlivých opatření, by měl být klient informován, aby bylo dosaženo vhodné spolupráce. Výsledkem by mělo být odstranění či zmírnění klientova problému.

4. Realizace naplánovaných činností

Tato fáze ošetřovatelského procesu představuje **provedení ošetřovatelských zásahů** = **aktivní individualizovaná péče**.

5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče

Hodnocení efektu poskytnuté péče = „ Pomohla jsem mu?“

„ Dosáhli jsem stanovených cílů?“

Pro posouzení **efektu poskytnuté péče** je nutno provést **zhodnocení**.

Výsledek může být následující:

- *cíle bylo dosaženo*
- *cíle bylo dosaženo částečně*
- *cíle nebylo dosaženo*

V případě **neúspěchu** je nutno plán péče zhodnotit a vytvořit nové intervence, celý **proces opakovat**.

Podstata zvoleného modelu

Koncepční model **Majory Gordonové** = „**Model funkčního typu zdraví**“.

Obsahem modelu je **dvanáct oblastí**, kdy každá z těchto oblastí představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka a podle nichž sestra získává potřebné informace. (1)

Výsledkem ošetrovatelské činnosti by mělo být tedy komplexní zhodnocení úrovně zdraví jak u zdravého, tak u nemocného člověka. Tento model vychází z faktu, že zdraví člověka je ovlivněno faktory vývojovými, sociálními, biologickými, spirituálními a kulturními. V případě poruchy v některé z těchto oblastí dojde k dysfunkci a je tedy třeba tento stav vyjádřit pomocí ošetrovatelských diagnóz.

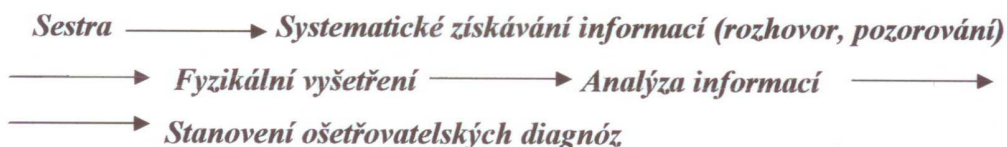
Ošetrovatelským cílem je **rovnováha** bio - psycho - sociální interakce, **zdraví** a **odpovědnost jedince** za své zdraví.

Schéma modelu Gordonové (1)



Oblasti pro získávání potřebných informací:

1. *Vnímání zdraví*
2. *Výživa a metabolismus*
3. *Vylučování*
4. *Aktivita - cvičení*
5. *Spánek a odpočinek*
6. *Vnímání, citlivost a poznávání*
7. *Sebepojetí a sebeúcta*
8. *Role – mezilidské vztahy*
9. *Sexualita*
10. *Stres*
11. *Víra – životní hodnoty*
12. *Jiné*



3.2 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocného podle M. Gordonové

1. Vnímání zdraví

Úroveň zdraví klienta **před objevením nemoci** klient definuje jako celkem uspokojivou. Se svým zdravotním stavem byl celkem spokojený.

Nemocný se **v současné době** cítí „špatně“. Hlavní příčinu vidí klient ve snížení celkové fyzické síly, které přikládá vzniklému onemocnění, asi měsíc trvajícím průjemem a pocitem nejistoty z důvodu nelepšícího se zdravotního stavu.

Pro udržení aktivního způsobu života klient stále aktivně pracuje a momentální zdravotní situace mu toto neumožňuje, což u něj vyvolává pocity bezmocnosti, neví, co bude dál, nemá dostatek informací o nově vzniklém onemocnění, neví, co způsobilo vznik onemocnění. Při objevení prvních příznaků tyto příznaky byly bagatelizovány a dávány za příčinu dietní chyby.

2. Výživa a metabolismus

Před vznikem onemocnění klient jedl stravu vcelku pestrou ovšem s nadbytkem živočišných tuků, kdy preferoval vepřový bůček.

V současné situaci přetrvává u nemocného nechutenství a obavy z příjmu jídla, kdy se nemocný bojí zhoršení průjmu po požití potravy.

Z důvodu přetrvávajícího průjmovitého onemocnění a sníženého množství přijímané stravy nemocný zhubl 7 kg za 10 dní. BMI 29, což odpovídá o nadváze. V nemocnici dostává dietu číslo 5, bezsezbytkovou v kašovitě úpravě pro odlehčení střev, které jsou postiženy zánětem.

U nemocného byl zaznamenán nedostatečný příjem tekutin, kdy udává, že pije pouze půl litru tekutin za den, a složení přijímaných tekutin také neodpovídá způsobům dravé výživy. Preferuje především černou kávu! V nemocnici kávu nepije, ale čaj mu nechutná a příjem tekutin také nepřesáhne půl litru za 24 hod. Pocit žízně nemá, ale rty jsou oschlé a kůže suchá, nutnost informovat o tekutinách. Nemocný udává nepříjemný pocit a zarudnutí v okolí análního otvoru jako následek častého vyprazdňování stolice. Vzhledem k délce trvajícího průjmu nemocný doma ošetřoval okolí konečníku gelem z dubové kůry, po kterém měl pocit úlevy.

Je zavedena periferní žilní kanyla (dále PŽK) na levé horní končetině (dále LHK) v oblasti předloktí. Okolí PŽK klidné, bez známek infekce, to je bez zarudnutí a bolesti.

Nemocný má kompletní umělou zubní náhradu v uspokojivém stavu.

3. Vylučování

Před objevením nemoci se **doma** nemocný vyprazdňoval bez potíží. Vyprazdňování stolice probíhalo v pravidelných intervalech, každý den po snídani, vyprazdňování moči také bez problémů.

V nemocnici se nemocný vyprazdňuje sám na toaletě, k dispozici má i pokojový klozet.

Stolice průjmovitá, frekvence 10krát za den, barva světle hnědá s příměsí krve. Vylučování moči probíhá samostatně, momentálně bez problémů (v lékařské anamnéze hypertrofie prostaty, na léčbě).

4. Aktivita - cvičení

Pacient aktivně neprovádí žádný sport, ale svoji tělesnou kondici udržuje chozením na dlouhé procházky s manželkou a docházením do zaměstnání, což mu v poslední době neumožňovalo stávající onemocnění.

Funkční úroveň sebepečce a soběstačnosti číslo 1, vyžaduje pomocný prostředek, a to z důvodů snížené schopnosti dojít si na toaletu, z důvodu průjmu a bolesti, nemocný má u sebe pokojový klozet.

5. Spánek a odpočinek

Doma neměl klient žádné problémy se spánkem. Hypnotika neužívá. Způsob odpočinku preferuje pasivní u televize a luštění křížovek.

V nemocnici nemocný udává problémy s usínáním (změna prostředí), cítí se neodpočatý, slabý. V nemocnici by se také rád díval na televizi a luštil křížovky či četl. Televize je ve společenské místnosti, což vzhledem k současnému stavu klienta není vyhovující. Na čtení či luštění momentálně nemá náladu a také u sebe nemá brýle na čtení, což mu brání v těchto aktivitách.

6. Vnímání, citlivost a poznávání

Změnu paměti ve smyslu zapamatování, vybavování na sobě nemocný nepozoroval, paměť trénuje při luštění křížovek a v práci.

Na mé dotazy odpověděl správně. Momentálně u pacienta pocit nejistoty z nově vzniklé situace.

Klient při vědomí, plně orientován osobou, místem i časem. Sluch dobrý bez nutnosti užití kompenzačních pomůcek. Zrak nutno kompenzovat brýlemi na čtení, na dálku brýle nenosí, poslední kontrola u očního před lety.

V nemocnici brýle u sebe nemá. Patrný nedostatek informací o onemocnění a z toho plynoucí nejistota a snížený pocit bezpečí.

Klient pociťuje bolest břicha č. 2 – obtěžující jako následek akutního vzplanutí onemocnění. Hodnocení bolesti viz příloha č. 2.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Klient hodnotí sám sebe jako optimistu, ale **momentální nálada** se projevuje strachem a úzkostí a je ovlivněna onemocněním samotným. Nemocný cítí zodpovědnost k rodině a k zaměstnavateli, trápí ho vyřazení z pracovního procesu.

Pro klienta je velmi důležitý především dostatek informací, jejichž deficit vyvolává u klienta bezradnost a již zmíněnou „špatnou“ náladu.

8. Role – mezilidské vztahy

Klient je důchodu, ale stále dochází do zaměstnání. Žije s manželkou v rodinném domku. Má dvě dospělé děti, se kterými se stýká. Rodina je bez problémů, mají zájem o klientův zdravotní stav.

Komunikace s manželkou funguje bez obtíží, pravidelně klienta navštěvuje. Nemocný má možnost spojit se s rodinou také mobilním telefonem.

9. Sexualita

Na tuto oblast jsem se klienta neptala. Vzhledem k charakteru nynějšího onemocnění a věku klienta nepovažuji toto za vhodné.

10. Stres

Klient uvádí, že prožívá napětí zřídka a stresové situace zvládá vzhledem k jeho optimistické povaze celkem bez větších problémů nebo s pomocí rodiny, ve které má velkou oporu. U klienta je na prvním místě stresujícím faktorem nemoc.

V případě stresové situace snižuje napětí relaxací při procházkách s manželkou či četbou.

Současná situace, nemoc a nutnost hospitalizace, je pro klienta stresující. Nemocný považuje za důležité dostatek informací o onemocnění (edukační materiály) a také kontakt s manželkou, který je mu umožněn formou kontinuálních návštěv.

11. Víra – životní hodnoty

Nemocný není náboženského založení. Mezi důležité plány do budoucna je zachování pevného zdraví, aby si mohl užívat klidné stáří po boku manželky a celé rodiny.

V současné situaci si klient přeje odstranění nynějších obtíží a návrat do zdraví před vznikem onemocnění.

12. Jiné

Při dotazu, zda pro nemocného mohu něco udělat, zda mu mohu být něčím nápomocna, chtěl klient vědět, kdy půjde domů a zda se úplně vyléčí.

Měřicí a hodnotící techniky

Objektivní hodnocení je pro sestru důležitou pomůckou ke stanovení individuálního plánu ošetrovatelské péče vycházejícího z objektivních údajů o nemocném. (19)

Měřicí a hodnotící techniky jsou uvedeny v závěru této práce.

3.3 Ošetrovatelské diagnózy ke 2. dni hospitalizace

Ošetrovatelské diagnózy (tab. č. 8 + 9) jsou stanoveny na 2. den hospitalizace na základě získané ošetrovatelské anamnézy, ze které vyplynuly stávající klientovy problémy.

Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny dle důležitosti po dohodě s klientem.

<u>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</u>
<i>1. Průjem z důvodu postižení sliznice tlustého střeva zánětem</i>
<i>2. Bolest břicha v důsledku zánětu střev a zrychlené peristaltiky</i>
<i>3. Změny na kůži a sliznici v okolí análního otvoru z důvodu častého vyprazdňování stolice</i>
<i>4. Snížení objemu tělesných tekutin v důsledku ztrát při průjmech a sníženého příjmu tekutin</i>
<i>5. Nedostatek informací o nemoci z důvodu neposkytnutí informací</i>
<i>6. Porucha spánku z důvodu vzplanutí onemocnění a změny prostředí</i>
<i>7. Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy</i>
<i>8. Bezmocnost a nejistota z důvodu náhle vzniklého onemocnění a trvalých obtíží</i>
<i>9. Změna kvality vidění z důvodu zapomnutí brýlí</i>

Tab. č. 8 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

<u>Potencionální ošetrovatelské diagnózy</u>
<i>1. Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru (dále PŽK)</i>
<i>2. Riziko nežádoucích účinků podávaných léků (antibiotika, kortikoidy....)</i>
<i>3. Riziko pádu z důvodu případné slabosti doprovázející průjmovité onemocnění</i>

Tab. č. 9 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

3.4 Ošetřovatelský plán krátkodobý, realizace a hodnocení

Tento ošetřovatelský plán je stanoven ke 2. dni hospitalizace. Každá ošetřovatelská diagnóza má stanoven cíl, kterého chceme dosáhnout, krátkodobý ošetřovatelský plán na 24 hod. a jeho realizaci. Na závěr je každá ošetřovatelská diagnóza zhodnocena. Ošetřovatelský plán je zaznamenán v ošetřovatelské dokumentaci viz. příloha č. 1 b.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Průjem – porucha vyprazdňování stolice z důvodu postižení sliznice tlustého střeva zánětem

Cíle, očekávané výsledky:

- pacient zná povahu svého onemocnění a příčinu průjmu do 1 hodiny
- pacient je poučen o nutnosti sledování frekvence a vzhledu stolice
- pacient nemá projevy dehydratace

Ošetřovatelský plán:

- sleduj počet stolic, proved' záznam do dekurzu
- sleduj příměsi ve stolici
- podávej léky dle ordinace lékaře

Entizol 250 mg 2 - 2 - 2 tbl. denně v 5 - 11 - 17 hod.

Solumedrol 40 mg 2 - 1 - 0 ks denně v 8 a 13 hod. i.v.

Asacol 400 mg 2 - 2 - 2 - 2 tbl. denně v 5, 11, 17, 23 hod.

(v případě zhoršení průjmu, konzultuj s lékařem podání léků proti průjmu)

- informuj nemocného o charakteru a příčinách onemocnění
- pouč nemocného o nutnosti sledování vzhledu a frekvence stolice
- zajisti nemocnému pokojový klozet
- pouč nemocného o hygieně v okolí konečníku
- sleduj stav hydratace

Realizace plánu:

- nemocný byl informován o charakteru a příčinách onemocnění a o nutnosti sledování vzhledu a frekvence vyprazdňování stolice
- nemocnému byly podány léky dle ordinace lékaře viz. plán

- nemocnému byl zajištěn pokojový klozet
- byl poučen o hygieně v okolí análního otvoru
- byl poučen o nutnosti dostatečného příjmu vhodných tekutin

Hodnocení:

- nemocný chápe nutnost sledování vzhledu a frekvence stolice
- nemocný měl 8 průjmovitých stolic, byl proveden záznam do dekurzu
- nemocný neprojevuje známky dehydratace (snížený kožní turgor, oschlé rty, sliznice, suchá kůže)
- frekvence vyprazdňování stolice je snížena, nebylo nutno konzultovat s lékařem podání léků proti průjmu
- nemocný má možnost využití pokojového klozetu, dnes se vyprazdňoval na toaletě, pokojový klozet využit pouze jednou

2. Bolest břicha v důsledku zánětu střev a zrychlené peristaltiky

Lokalizace bolesti: břicho (mesogastrium, hypogastrium)

Charakter: tupá, křečovitá

Stupeň: číslo 2 – obtěžující bolest

Cíle, očekávané výsledky:

- nemocný má zmírněnu bolest o 1 stupeň do 2 hodin
- nemocný chápe příčiny vzniku bolesti do 1 hodiny

Ošetřovatelský plán:

- monitoruj bolest v pravidelných intervalech (po 2 hodinách), proved' záznam
- zajisti nemocnému dostatek klidu na lůžku
- doporuč nemocnému úlevovou polohu
- uprav vhodně lůžko tak, aby nemocnému vyhovovalo
- v případě zhoršení bolesti informuj lékaře a zajisti vhodná analgetika
- vysvětli nemocnému příčiny vzniku bolesti
- podněcuj pacienta, aby o sobě hovořil a naslouchej mu se zájmem
- odváděj pozornost od bolesti vhodnými aktivitami (rozhovor, poslech rádia, četba...)

Realizace plánu:

- bolest byla monitorována v průběhu celého dne, nemocnému byl zajištěn klid na lůžku, k dispozici má pokojový klozet, po ruce signalizační zařízení
- veškerý servis zajištěn tak, aby klient mohl dodržovat doporučený klidový režim a úlevovou polohu pro zmírnění bolesti
- nemocný byl informován o příčinách vzniku bolesti
- při jakémkoliv kontaktu s nemocným, byla odváděna jeho pozornost od bolesti pomocí rozhovoru, byla mu nabídnuta četba (zajištěn denní tisk..) a poslech rádia

Hodnocení:

- po zaujmutí úlevové polohy došlo u klienta ke zmírnění bolesti o 1 stupeň
- nemocný chápe příčiny vzniku bolesti
- nemocný odvádí pozornost od bolesti vhodnými aktivitami (nemocný využil možnost využít poslechu rádia)
- při kontaktu s nemocným byl vždy veden rozhovor, pacient byl pobízen, aby hovořil o svých pocitech, bylo mu nasloucháno, byl vytvořen vztah vzájemné důvěry

3. Změny na kůži a sliznici v okolí análního otvoru z důvodu častého vyprazdňování stolice**Cíle, očekávané výsledky:**

- nemocný konstatuje úlevu v oblasti konečníku do 1 hodiny po použití ochranného krému Menalind
- klient poučen o zásadách péče o okolí análního otvoru do 1 hodiny

Ošetřovatelský plán:

- pouč nemocného o zásadách péče o okolí análního otvoru
- proved', popřípadě pomoz nemocnému v hygieně a ošetři zarudnutí v okolí konečníku, učiň zápis o ošetření (vše po dohodě s klientem)
- pravidelně kontroluj jak klient dodržuje hygienu a ptej se na jeho pocity

Realizace plánu:

- klient byl poučen o všech zásadách a možnostech péče po okolí konečníku
- nemocný provedl osprchování a ošetření okolí konečníku ochranným krémem

Hodnocení:

- po provedené hygieně, řádném osušení a promazání klient konstatuje úlevu
- klient pečuje o okolí konečníku sám, nepotřebuje pomoci

4. Snížení objemu tělesných tekutin v důsledku ztrát při průjmech a sníženého příjmu tekutin**Cíle, očekávané výsledky:**

- nemocný je poučen o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a zná vhodné tekutiny do 1 hodiny
- klient pije minimálně 2 litry za 24 hodin

Ošetrovatelský plán:

- pouč nemocného o nutnosti dostatečného příjmu tekutin
- zajisti dostatek vhodných tekutin, zjistí, které tekutiny klient preferuje
- nabádej nemocnému k pitnému režimu
- založ u klienta bilanci tekutin (příjem + výdej)
- sleduj projevy případné dehydratace

Realizace plánu:

- nemocný je poučen o množství a vhodné skladbě přijímaných tekutin
- nemocnému byla zajištěna neperlivá stolní voda a konvice s čajem
- při každém kontaktu s klientem je nabádán k dostatečnému pití
- nemocný má u sebe kartičku, do které si sám zapisuje množství přijatých tekutin

Hodnocení :

- klient přijímal pouze 0,5 litru tekutin za den, dnes vypil 2 litry tekutin
- klient poučen a chápe nutnost dostatečného pitného režimu
- u klienta nejsou projevy dehydratace

5. Nedostatek informací o nemoci z důvodu neposkytnutí informací**Cíle, očekávané výsledky:**

- klient má dostatek informací o onemocnění do 24 hodin, chápe důvod nutnosti hospitalizace

Ošetřovatelský plán:

- povzbuzuj pacienta, aby se ptal na vše, co mu není jasné
- zjisti a zhodnoť orientovanost a schopnost porozumět všem instrukcím
- informuj klienta o charakteru onemocnění a zajisti mu případné edukační materiály
- podávej pacientovi pouze informace, které mají pro něj význam
- informace podávej srozumitelnou a uspořádanou formou

Realizace plánu:

- na klientovy dotazy bylo zodpovězeno v jemu uspokojivé míře a byl vybaven edukačním letákem popisujícím charakter onemocnění
- nemocnému byly kladeny kontrolní otázky pro zjištění jeho orientovanosti
- u nemocného bylo pochopení podaných informací ověřováno zpětnou vazbou

Hodnocení:

- nemocný je orientovaný a je schopen přijmout veškeré informace v plné šíři, je však nutno se klientovi věnovat dostatečně a nespíchat
- objektivně se klient jeví spokojen, jeho obavy z neznámého se zmírnily, chápe nutnost hospitalizace

6. Porucha spánku z důvodu vzplanutí onemocnění a změny prostředí**Cíle, očekávané výsledky:**

- nemocný spí alespoň 7 hodin (jako doma) nerušeného spánku
- nemocný konstatuje zlepšení svého spánku
- klient chápe příčiny, jež způsobují poruchu spánku do 1 hodiny

Ošetřovatelský plán:

- sleduj a zjisti průměrnou délku spánku pacienta
- udržuj klidné a tiché prostředí, omez množství rušivých podnětů z okolí
- nenarušuj zbytečně spánek pacienta
- umožni klientovi předspánkové rituály
- popovídej si s nemocným o možných příčinách, způsobujících poruchu spánku
- v případě nutnosti podej Diazepam 10 mg per os na noc

Realizace plánu:

- před spánkem byl pokoj klienta vyvětrán
- klient je na pokoji sám, na pokoj vstupujeme v nejnnutnějším případě
- při příchodu na pokoj se personál chová šetrně a potichu
- klid na oddělení je zajištěn v rámci možností
- s nemocným byl veden rozhovor na téma spánku

Hodnocení:

- nemocný si je vědom všech příčin, které narušují spánek
- nemocný přichází ve 22 hod. se stížností, že nemůže usnout
- dnes byl podán Diazepam 10 mg per os, po této medikaci klient spí do 5 hod. do rána, kdy je probuzen nutkáním na stolicí

7. Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy z důvodu nechutenství a obav z průjmu**Cíle, očekávané výsledky:**

- nemocný je poučen o nutnosti dodržovat stávající dietní omezení v období akutního vzplanutí nemoci
- nemocný zvýší příjem stravy z 25 % na 50 %

Ošetřovatelský plán:

- podej nemocnému všechny potřebné informace, týkající se souvislostí mezi příjmem stravy a průjmem a pouč o nutnosti dodržování diety
- změř BMI
- sleduj celkový denní příjem potravy a proved' záznam
- sleduj případné nechutenství či odmítání stravy klientem, v případě potřeby konzultuj s lékařem

Realizace plánu:

- nemocnému bylo změřeno BMI
- nemocný byl poučen o nynějších dietních opatřeních formou edukačního letáku
- byl sledován celkový příjem podaného jídla

Hodnocení:

- nemocný rozumí všem podaným informacím, ví o nutnosti dodržování bezsezbytkové diety v období akutního vzplanutí nemoci
- výsledek BMI je 29, což ukazuje na nadváhu klienta
- klient dnes snědl asi 70 % podaných porcí

8. Bezmocnost a nejistota z důvodu náhle vzniklého onemocnění a trvalých obtíží**Cíle, očekávané výsledky:**

- navození důvěry ke zdravotníkům
- navození pozitivního vztahu k léčení a ošetřování

Ošetřovatelský plán:

- pomocí rozhovoru zjistí pacientovy subjektivní pocity
- při jakémkoliv kontaktu s klientem ho pozoruj
- poskytni dostatek informací o onemocnění, které by mohly vést ke zmírnění obav
- zajisti spolupráci s rodinou

Realizace plánu:

- klient byl informován, že po nasazené léčbě by mělo dojít k úpravě dlouhotrvajících průjmů
- při kontaktu s nemocným bylo k němu přistupováno vlídně, s úsměvem a empatií

Hodnocení:

- klientova bezmocnost a nejistota byly zmírněny, objektivně se jeví uvolněněji
- do nemocnice za klientem chodí pravidelně manželka, se kterou je možnost velmi dobré spolupráce

9. Změna kvality vidění z důvodu zapomenutí brýlí**Cíle, očekávané výsledky:**

- klientovi jsou zajištěny brýle na čtení do 24 hodin

Ošetřovatelský plán:

- kontaktuj rodinu nebo umožni klientovi kontakt s rodinou (telefonické spojení) za účelem dopravení kompenzační pomůcky - brýlí

Realizace plánu:

- po dohodě s klientem mu byl umožněn telefonický kontakt s manželkou

Hodnocení:

- manželka dopravila brýle do nemocnice dnes odpoledne, nemocný tak může aktivně využívat volný čas ke čtení a luštění křížovek

Potencionální ošetřovatelské diagnózy**1. Riziko infekce z důvodu zavedení PŽK****Cíle, očekávané výsledky:**

- nemocný nemá projevy zánětu v okolí PŽK po celou dobu jeho zavedení

Ošetřovatelský plán:

- sleduj okolí PŽK, pravidelně vyměňuj PŽK (po 3 dnech, v případě potřeby častěji) a prováděj ošetření PŽK

Realizace plánu:

- okolí místa vpichu bylo sledováno
- za přísně aseptických podmínek byl proveden převaz pomocí sterilní semipermeabilní fólie Tegaderm a provedena kontrola funkčnosti PŽK (proplach 5 ml fyziologického roztoku)

Hodnocení:

- okolí periferního žilního katétru je bez známek zarudnutí, infekce, plně funkční

2. Riziko nežádoucích účinků podávaných léků

(antibiotika, kortikoidy....)

Cíle, očekávané výsledky:

- klient je informován o nežádoucích účincích podávaných léků do 2 hodin
- u klienta je sledován případný výskyt nežádoucích účinků podávaných léků po celou dobu podání

Ošetrovatelský plán:

- pouč nemocného o možnosti výskytu nežádoucích účinků podávaných léků
- sleduj eventuelní vedlejší účinky podávaných léků a v případě výskytu informuj lékaře

Realizace plánu:

- klient je poučen o možných nežádoucích účincích podávaných léků
- jsou sledovány případné nežádoucí účinky léků

Hodnocení:

- u klienta nebyl zaznamenán žádný výskyt nežádoucích účinků podávaných léků

3.5 Dlouhodobý plán

Hodnocení dlouhodobého plánu: klient byl hospitalizován na jednotce interního oddělení ještě 11 dní. Během této doby se celkový psychický i fyzický stav zlepšil natolik, že mohl být po 13 dnech hospitalizace propuštěn domů.

Hodnocení dlouhodobého efektu ošetrovatelské péče je následující:

1. Vyprazdňování - průjem

Počet stolic se snížil z původních 10 stolic za den na 2 stolice za 24 hodin. Klient byl poučen o nutnosti sledování vyprazdňování stolice a také o dostatečné hygieně, promazávání a ošetřování okolí konečníku. Okolí konečníku nejeví známky poruchy integrity kůže, klient nepociťuje nepříjemné ani bolestivé pocity.

2. Bolest břicha

V průběhu hospitalizace se bolest břicha postupně zmírnila ze stupně č. 2 (obtěžující bolest), na stupeň č. 1 (mírná bolest). Při propuštění je klient bez bolesti z důvodu snížení počtu stolic a probíhající léčby. V průběhu pobytu klienta byla bolest zmírňována především klidovým režimem a úlevovou polohou. Nebylo nutno užití žádných analgetických prostředků.

3. Změny na kůži a sliznici v okolí análního otvoru

Do konce hospitalizace nedošlo ke zhoršení zarudnutí v okolí konečníku. S klesající frekvencí vyprazdňování došlo k úpravě okolí ánu. Okolí konečníku po zbytek hospitalizace nejeví známky poruchy integrity kůže, klient nepociťuje nepříjemné ani bolestivé pocity. O tuto oblast pečuje sám, podle potřeby promazává okolí konečníku bylinnou hojivou mastí s řepíku lékařského, s velmi dobrým efektem.

4. Příjem tekutin

Nemocný byl dostatečně hydratován. Příjem tekutin se zvýšil z půl litru za den na 2 – 2,5 l za 24 hodin.

6. Spánek

Do konce hospitalizace nebylo nutno použití medikamentů. Se zmenšující se frekvencí vyprazdňování stolice a zajištěním dostatečného klidu v průběhu noci, bylo dosaženo dostatečného spánku. Klient si nestěžuje na problémy se spaním, usínáním, cítí se vcelku odpočatý. Průměrná délka spánku byla 7 hodin, což je norma, na kterou je klient zvyklý z domova.

7. Výživa

Po dobu hospitalizace nemocný přijímal v průměru 90 – 100 % podaného jídla. Při propuštění byl poučen o postupném zatěžování zažívacího systému stravou a o výběru vhodných potravin.

8. Invazivní vstupy

Periferní žilní katétr byl zaveden celkem 2krát, vždy na dobu 72 hodin. Byl ponechán po dobu nezbytně nutnou, kdy klient dostával léky intravenózní cestou. Šestý den hospitalizace byl z důvodu přechodu na perorální léky odstraněn. Místo po invazivním vstupu bylo ošetřeno roztokem Betadine a kryto sterilním čtvercem. Okolí místa zavedení PŽK nejevilo známky infekce.

9. Propuštění

Poslední den hospitalizace podstoupil klient koloskopické vyšetření. Po řádné přípravě, byl poučen a podepsal informovaný souhlas. Po vyšetření byl propuštěn do domácího ošetřování.

Byl edukován o dietních opatřeních a byla mu zdůrazněna nutnost pravidelných kontrol v gastroenterologické ambulanci.

Klient byl vybaven léky na tři dny, recepty na léky a poučen o tom, že se musí hlásit do tří dnů u svého obvodního lékaře. Klientovi byl zajištěn odvoz domů rodinou.

Klient se s námi rozloučil, byl v dobré náladě, těší se domů. Vyjádřil spokojenost s péčí sester a lékařů a v odpoledních hodinách odchází domů.

3.6 Psychologie nemocného

Každý člověk reaguje na nemoc jinak. Skutečnost, že přijde **nemoc**, bývá spojena s různými nepříjemnými pocity jako je **strach, úzkost či nejistota** před dalším osudem. Tento stav je pro člověka **velkou zátěží**. K tomu všemu se přidružuje přijetí do nemocnice, které samo o sobě zhoršuje již vzniklou situaci, neboť **narušuje běžný způsob života**. (18)

Jak už bylo zmíněno, každý z nás vnímá tuto životní změnu jiným způsobem. Tato reakce na změněnou životní situaci se odvíjí od **tytu osobnosti a schopnosti člověka se adaptovat na nové prostředí a na samotné onemocnění**.

Za určitých okolností však může být umístění do nemocnice vnímáno opačným směrem - jako určité vysvobození, kdy je klient rád, že je hospitalizován, a to z různých příčin - typu ztráta soběstačnosti, kdy si není člověk schopen zajistit základní životní potřeby. Jsou to však především osamělí a starší lidé.

Vstřícným přístupem, ohleduplným chováním a také **dobrou organizací** můžeme pomoci nemocnému v rychlejší adaptaci na změněné životní podmínky. Zvládnutí nežádoucích reakcí při příjmu klienta je důležitou součástí základní péče o nemocného. (18)

Důležité je uvědomit si skutečnost, že **pobyt v nemocničním zařízení** je pro nemocného **spojen** z velké části s **nepříjemnými situacemi**, je odtržen od běžného způsobu života, musí se podřídit požadavkům hospitalizace, a toto vše ve spojení se skutečností, že člověk onemocněl, bývá spojeno s negativními reakcemi. Úkolem zdravotníků je tomuto **aktivně předcházet** či pokusit se alespoň **tlumit vzniklou nežádoucí reakci** vlastním **empatickým přístupem** k pacientovi a dodržováním všech zásad („ten appendix na osmičce“), které by měly být pro všechny pracovníky pracující ve zdravotnictví samozřejmostí.

Přizpůsobení se nemocničnímu prostředí probíhá v několika fázích, bývá také označen jako —► **adaptační syndrom**: (18)

1. období náhlé změny životního stylu

- bouřlivá reakce dětí
- u dospělých apatie, deprese, úzkost, pláč

Hledání ztracené jistoty a pocitu bezpečí u zdravotnického personálu

—► pokud mu pomohou, není toto období dlouhé.

2. období aktivní adaptace

- celkové uklidnění
- aktivní spolupráce
- poskytování aktivní a individualizovaná péče
- nemocný je dobře informován o tom, co ho čeká a jaká má práva a povinnosti

3. období psychického selhání

- nemocný se adaptuje obtížně → **maladaptace**
- pokud nemoc trvá dlouho, stav se nelepší → ztráta víry v uzdravení a důvěra k práci sester a lékařů, nemocný je podrážděný, nesnášenlivý

4. období rezignace

- nebezpečná forma psychického selhání
- nemocný je pasivní, přestává bojovat o své zdraví, nespolupracuje, nejeví o nic zájem

Sestra pomáhá trpělivě obnovit duševní rovnováhu (základy psychoterapie, komunikační techniky, je empatická).

Navázat kontakt s rodinou → společně mu pomoci.

Nemocný musí najít nové životní hodnoty a jistoty, naučit se novému způsobu života.

Vliv nemocničního prostředí na hospitalizaci → nemocný ztrácí svoje soukromí, nemůže dodržovat obvyklý denní režim, je nucen podřídit se požadavkům hospitalizace.

Záporný vliv hospitalizace je zvyšován:

1. anonymitou nemocného, kdy je označován číslem pokoje nebo chorobou
2. nedostatečnou informovaností nemocného
3. nemocničním provozem a lékařským prostředím
4. pobytem mezi těžce nemocnými, umírajícími
5. izolací nemocného od běžného života
6. poruchou soběstačnosti v činnostech denního života

Hospitalismus —————> je důsledek negativní reakce na pobyt v nemocnici

Formy hospitalismu u dospělých:

hlavně u starších a chronicky N —————> netečnost, apatie, deprese, nechutenství
nospavost, podrážděnost, požívačnost

Prevence hospitalismu:

- prostředí a režim dne dostatečně stimulující
- nemocného udržovat v tělesné a duševní aktivitě
- volné návštěvy

Pomoc sestry při adaptaci nemocného

(M. Rozsypalová, M. Staňková, 1996. s.196)

1. nemocného vždy oslovuj příjmením
2. informuj nemocného srozumitelně o požadavcích léčebného režimu
3. při úpravě lůžka, podávání léků —————> hovoř s nemocným o jeho problémech, uchop občas za ruku, dotkni se ho
4. nikdy si nevyměňuj v přítomnosti nemocného s kolegyní informace o něm ani o jiných nemocných
5. soustřeď nemocné v těžkém stavu do jednoho pokoje
6. snaž se umožnit nemocnému kontakt se životem mimo nemocnici a s jeho rodinou
7. přiměřenou psychickou a fyzickou aktivizací bojuj proti nečinnosti, stále dávej nemocnému najevo, že si ho vážíš a respektuješ

Průběh adaptace u pana V.K.

U klienta jde o **nově vzniklé onemocnění** a potřeba hospitalizace byla pro něj velkým a nepříjemným překvapením. Spolu s jistým **deficitem informací** při příjmu se u něj objevily problémy typu **úzkost, obava s budoucnosti, nejistota či strach**. Tomuto stavu zpočátku nepřispěl ani fakt, že nemocný trpěl nepříjemným průjemovitým onemocněním, které bylo doprovázeno bolestí.

Za přispění **celého zdravotnického týmu** proběhlo první období náhlé změny v životě klienta bez větších obtíží, následně bylo dosaženo aktivní adaptace nemocného na hospitalizaci a spolupráce mezi klientem a zdravotníky.

Nemocný se celkově zklidnil a při postupném zmenšování subjektivních problémů klienta po započatí účinné léčby, nebylo nutno řešit problém maladaptace.

Nemalou součástí v celkem rychlé adaptaci měla svůj podíl **aktivizace, informovanost klienta a spolupráce s rodinou.**

3.7 Sociální problematika

Nemoc dostává člověka do situace, kdy se stává na různě dlouhou dobu **sociálně neplnohodnotným** a v každém případě zasáhne nejen jeho samotného, ale i jeho nejbližší, tedy jeho rodinu. Dochází tak k **přerozdělení činností v rodině** a změní se celý způsob života všech rodinných příslušníků.

V této nelehké životní situaci, kdy je člověk nemocen, zpravidla vyhledává přítomnost, porozumění a pochopení u svých blízkých.

To, co bylo v dobách dřívějších samozřejmostí, kdy rodina pečovala o svého blízkého v době nemoci v domácích podmínkách, se dnes přesouvá do nemocničního prostředí. V dnešní době postarat se o svého rodinného příslušníka i za přispění nemocnic, není tak samozřejmé a někdy navázat dobrý kontakt a spolupráci s rodinou bývá velkým problémem. (21)

Pan V.K. žije v rodinném domku s manželkou, se kterou se podařilo navázat velmi dobrou spolupráci. Důležité bylo upozornit klienta a rodinu na fakt, že onemocnění klienta je bohužel chronického rázu s tendencemi probíhat ve vlnách. Střídají se období remisí a relapsů, a tudíž v době ataky onemocnění musí počítat s tím, že klient bude vyřazen na různě dlouhou dobu z běžného života. Bude nutno počítat se **změnami rolí v každodenním životě**. Pan V.K. je v důchodu, takže zde nevzniká žádný aktuální finanční problém, ale vzhledem k jeho aktivnímu zapojení do pracovního procesu formou brigád, bylo nutno ho na toto upozornit.

Vzhledem k dobrým rodinným vztahům mezi klientem a dospělými dětmi by neměl být problém v případě ataky onemocnění zajistit pomoc nejen jemu samotnému, ale i manželce v péči o něho, ale i o rodinný dům.

3.8 Edukační plán nemocného

Edukace klienta probíhala do určité míry po celou dobu hospitalizace. **Edukace je nepostradatelnou součástí léčby pacienta.** Pacient, který je dostatečně poučen, bývá zpravidla i pacientem dobře spolupracujícím. Informace, které doporučují provedení určité změny v dosavadním způsobu života, se mohou na straně druhé setkat s nepochopením a odmítáním. (10)

Pan V.K. **byl edukaci nakloněn, spolupracoval,** avšak zda bude dodržovat doporučující opatření je pouze v jeho kompetenci.

Edukační leták je sestaven na přání klienta a vychází také z deficitu informací o vzniklém onemocnění, životosprávě a dietě.

Pro tento edukační materiál byly použity mimo jiné informační letáky a brožury pro pacienty vydané firmou Falk Foundation e.V. v roce 2003, které také klient obdržel.

Edukační leták - 14 kroků ke zdraví

1. Návštěva lékaře

- navštěvujete **pravidelně** svého lékaře, i přes to, že nemáte žádné obtíže

2. Pravidelné užití léků

- užívejte léky tak, jak Vám doporučil lékař, v **pravidelných intervalech**

- **nepřerušujte užívání** bez porady s lékařem

- užívejte léky dle tab. č. 10

<i>Aktuálně: Asacol 2 - 2 - 2 tbl.</i>
<i>Medrol 16 mg 1 - 0,5 - 0 tbl.</i>
<i>Lanzul 30 mg 0 - 0 - 1 tbl.</i>
<i>Isoptin SR 240 0,5 - 0 - 0 tbl.</i>
<i>Amprilan 1,25 mg 1 - 0 - 1 tbl.</i>
<i>Omnice 0,4 mg 1 - 0 - 0 cps.</i>

Tab. č. 10 Aktuální rozpis medikace k 30. 4. 2007

3. Varovné příznaky

- je důležité **rozpoznat příznaky**, které **předcházejí vzplanutí choroby**

Sledujte, zda se neobjeví: - řídká stolice

- průjem s krvácením spojený s bolestí žaludku

- celkové příznaky jako slabost, únava...

- mimo střevní příznaky jako bolest kloubů, zánět oka,

záněty kůže a sliznic, bolesti v zádech a ledvinách

4. Aktivní život

- nedovolte, aby nemoc řídila Váš život

- pokud to dovoluje aktuální zdravotní stav, veďte **normální a aktivní život**, jež

Vám pomůže se vyrovnat s nemocí

5. Svépomocné skupiny

- máte možnost využít **svépomocných skupin**, které sdružují lidi se stejným problémem jako je ten Váš, čili nespecifické střevní onemocnění

Svépomocné skupiny (29)

Česká republika

výkonná agentura, která se v ČR zabývá kvalitou života osob s IBD, je:

Středisko pro pomoc handicapovaným

Klub IBD "Crocodile"

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské Univerzity

Doc.MUDr. Vl. Vurm

Staroměstská 16

370 04 České Budějovice

Evropská federace Sdružení pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu

(European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations - EFCCA)

Vertreterin der DCCV e.V. bei der EFCCA:

Barbara Kreuzkamp

Bergstr. 8, D-54310 DEUTSCHLAND, Minden

Tel./Fax: 06525/1354

Pozn.: IBD (Inflammatory Bowel Disease) je mezinárodní označení pro nespecifické záněty střevní.

6. Cvičení

- účastněte se **aktivit dle vašeho výběru**
- pouze v obdobích akutního vzplanutí se vyhýbejte energeticky náročným a namáhavým činnostem, není vyloučen jakýkoliv typ sportu
- naopak **pravidelné cvičení** kloubů a svalů je velmi dobrý způsob, jak **zabránit nežádoucím účinkům** medikamentózní terapie, především kortizonovými přípravky (osteoporóza)

7. Dovolená v zahraničí

- dovolená v zahraničí **není problémem**
- poraďte se s lékařem o vhodném očkování při cestách do rizikových zemích

8. Dieta

- speciální dieta **není** u Vašeho onemocnění **nutná**
- je však třeba si zapamatovat některé **zásady**, které by jste **měl dodržovat**:

- 1. Jíst co nejčastěji, nejméně 4x denně.**
- 2. Jíst v pravidelných intervalech.**
- 3. Pomalu a pečlivě žvýkat, nespěchat.**
- 4. Vyvarovat se přejídání.**
- 5. Vyhybat se těžce stravitelným, tučným jídlům a potravinám pochybné kvality.**

- **po odeznění akutního zánětu** se pozvolna vracejte k normální dietě, postupný **návrat ke stravě**:

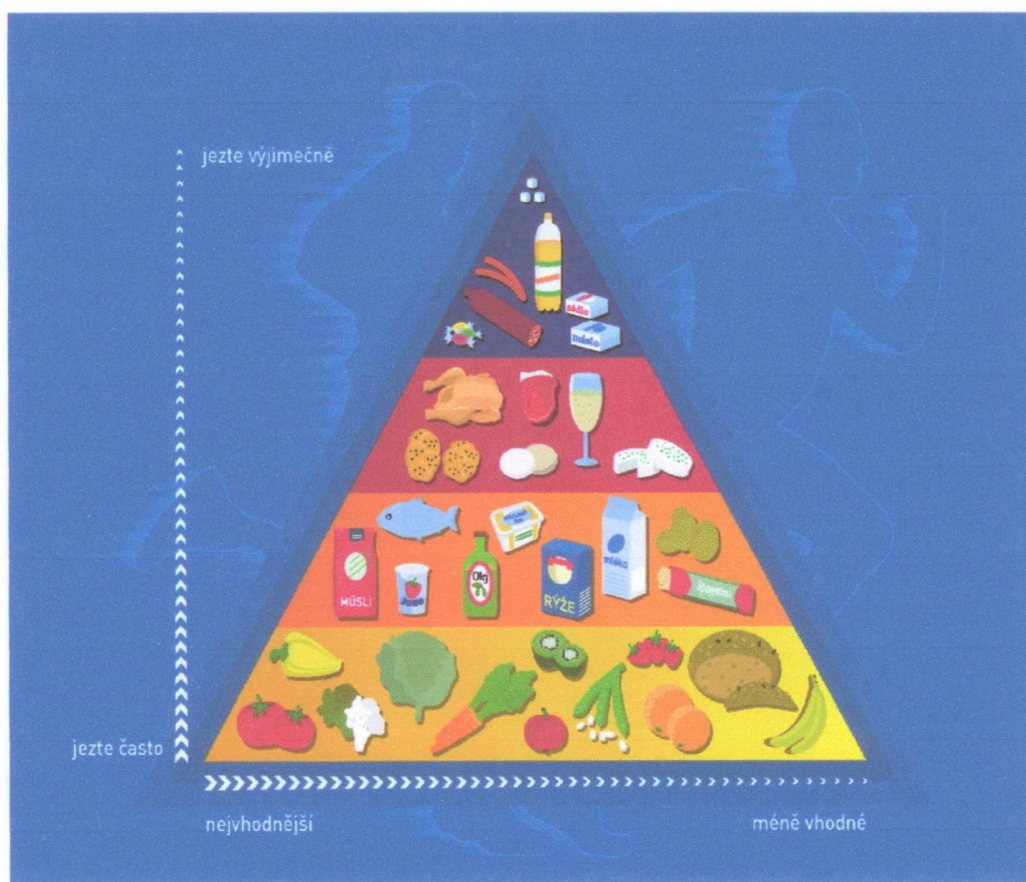
- 1. slabý čaj, suchary, ovesné vločky, bílý chléb**
- 2. pokud snášíte tak pokračujete vařeným ovocem a zeleninou, brambory, rýže, těstoviny, nízkotučné sýry, libové maso, drůbež, ryby**
- 3. naposled přidejte tuky typu máslo, margarín, olej a pak přejděte na normální stravu**

9. Tělesná hmotnost

- udržujte **přiměřenou tělesnou hmotnost**
- Vaši **nadváhy se nelekejte**, může být ve Vašem případě jakousi **rezervou** pro případné vzplanutí choroby

10. Zdravá strava

- bod číslo 9. Vás však nenabádá k neuváženému příjmu jakýchkoliv potravin
- seznamte se s **Pyramidou zdravé výživy (obr. 5)**, ze které můžete vycházet při výběru vhodných potravin



Obr. 5. Pyramida zdravé výživy (30)

11. Deníček

- **jezte vše**, co Vám dělá dobře
- abyste vyloučil nevyhovující potraviny, ved'te si **denní záznam** (tab. č. 11)
- pište si vše, co sníte a vypijete, přesný čas v kolik hodin
- nezapomeňte připsat poznámku o typu stolice či bolestech břicha
- to, co vyhovuje vám, nemusí vyhovovat jinému a naopak
- podle svých záznamů pak budete mít přehled o tom, co nesnášíte
- nesnášenlivost potravin často ustupuje, proto můžete po několika týdnech opět vyzkoušet potravinu, která vám před tím nevyhovovala

<i>Záznam o dietě</i>		<i>Datum:</i>
<i>Potravina, tekutiny</i>	<i>Čas</i>	<i>Nesnášenlivost a poznámky</i>

Tab. č. 11 Příklad denního záznamu

12. Nevhodné potraviny

- všeobecně nevyhovující a **nesnášenlivé potraviny** jsou tyto:
luštěniny, syrová zelenina, zeleninové a ovocné šťávy hl. citrusová, citrusové ovoce jako pomeranč, grapefruit, mandarinka, citróny, kyselé zelí, cibule, tučné a mléko

13. Tekutiny

- důležitý je dostatečný **příjem tekutin** nejméně **1,5 l za den**
- v období **akutního vzplanutí** onemocnění je nutno adekvátně **příjem** tekutin **zvýšit**, neboť v důsledku průjmů dochází k velkým ztrátám

14. Nevíte si rady?

- v případě jakýchkoli nejasností se **nebojte kontaktovat svého lékaře** nebo specialistu na nutriční výživu, kteří vám jistě velmi rádi zodpoví vaše dotazy

3.9 Prognóza a závěr

Prognóza ulcerózní kolitidy závisí na více faktorech, především na závažnosti první ataky onemocnění a odezvě na konzervativní léčbu.

U klienta **nedošlo** k žádné **komplikaci**, k úpravě zdravotního stav došlo poměrně rychle po započatí léčebné procedury. I přes to, že ne zrovna příznivým faktorem je objevení nemoci v tomto věku (po 60. roce života) a postižení střeva není zanedbatelné (levostranný typ), má klient **celkem dobrou prognózu** na kvalitní život v obdobích remisí.

Určování jednoznačné prognózy v tuto dobu je nejisté a u idiopatických střevních zánětů ne dost dobře možné. To, jak se bude onemocnění vyvíjet dále, záleží na schopnosti organismu reagovat na následnou léčbu.

Klient bude dispenzarizován v gastroenterologické ambulanci, kde bude jeho klinický stav včetně terapie sledován odbornými lékaři dlouhodobě.

4 Shrnutí

Seznam odborné literatury a jiné zdroje

1. Archalousová, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Nukleus HK, 2003.
2. Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 2003.
3. Červinková, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO, 2004.
4. Doenges, M., Moorhouse, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 1996.
5. Dylevský, I. *Základy anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc: Epava, 1995.
6. Juřeniková, P., Petrová, V., Hůsková, J. *Ošetrovatelství pro 3. ročník SZŠ I. část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1998.
7. Kapounobvá, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007
8. Klener, P. a kol. *Vnitřní lékařství 3. díl*. Praha: Karolinum, 1997.
9. Kohout, P., Pavlíčková, J. *Dieta – Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida*. Česlice: nakladatelství Pavla Momčilová, 1998
10. Kromerová, M. *Spolupráce sestry a nemocného – edukace*. Sestra, 2005, 5, s. 27.
11. Lukáš, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005.
12. Lukáš, K. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton, 1997.
13. Marečková, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006.
14. Mařatka, Z. a kol. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999.
15. Mikšová, Z., Fraňková, M., Hernová, R., Zajíčková, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, 2006.
16. Perla, J., Kuklínek, P. *Přehled laboratorních vyšetření*. Brno: Armi studio, 1996.
17. Rokyta, R. a kol. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství, 2000.

18. Rozsypalová, M., Staňková, M. a kol. *Ošetřovatelství I/I*. Praha: Informatorium, 1996
19. Staňková, M. *České ošetřovatelství 6 - Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Brno: NCO NZO, 2004
20. Staňková, M. *České ošetřovatelství 3 - Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: NCO NZO, 2006
21. Staňková, M. *Základy teorie ošetřovatelství*. Praha: karolinum, 1996
22. Staňková, M. *České ošetřovatelství 4 - Jak provádět ošetřovatelský proces*. Brno: NCO NZO, 2004
23. Šafránková, A., Nejedlá, M. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005
24. Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2004
25. Vašátková, I. a kol. *Ošetřovatelská dokumentace v nemocnici*. Brno: NCO NZO, 2001
26. Vokurka, M., Hugo, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: 2005

Jiné zdroje:

27.

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=352&detailSubCatCode=115>

28.

<http://www.strevnizanety.cz/index.php?cmd=page&id=458&LanguageID=10>

29.

http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2454.html

30.

http://www.fzv.cz/web/fzv-akcni/informacni_materialy/pyramida

31.

<http://www.szssumperk.cz/ict.html>

32.

http://ferring.cz/files/edukacni_blok_pro_pacienty.pdf

33.

http://www.ferring.cz/pentasa/download/dieta_kolitida_for_web.pdf

34.

<http://www.doktoronline.cz/leky/>

Seznam zkratk a příloh

Seznam příloh

Příloha č. 1: *1 a: Anamnestický dotazník (25)*

1 b: Plán individualizované péče (25)

Příloha č. 2: *Hodnocení bolesti (19)*

Příloha č. 3: *Barthelův test základních všedních činností (19)*

Příloha č. 4: *Hodnocení rizika vzniku dekubitů Nortonová (19)*

Příloha č. 5: *Body mass index (19)*

Příloha č. 6: *6 a: Poučení pacienta před koloskopickým vyšetřením*

6 b: Poučení pacienta před rektoskopickým vyšetřením

Příloha č. 7: *Ošetřovatelská propouštěcí zpráva*

Příloha č. 8: *Dieta při ulcerózní kolitidě v klidovém období (33)*

Příloha č. 9: *Edukační leták – Nespecifické střevní záněty (32)*

Seznam zkratek

ALT *alaninaminotransferáza*

ALP *alkalická fosfatáza*

AST *aspartátaminotransferáza*

CRP *C – reaktivní protein*

cps. *kapsle*

FW *Fahraeus – Westergren, sedimentace krve*

ICHS *ischemická choroba srdeční*

inj. *injekce*

i. v. *intravenózně*

K + C *kultivace + citlivost*

LHK *levá horní končetina*

mmHg *milimetr rtuťového sloupce*

NÚ *nežádoucí účinek*

PEG *perkutánní endoskopická gastrostomie*

PŽK *periferní žilní katétr*

tbl. *tableta*

Příloha č. 1:

1 a: Anamnestický dotazník



OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

ŠTÍTEK

Důvod k přijetí: průjemová stolice s příměsí krve - susp. proktokolitis
Lékařská dg.: K 57.0 - Mezišní kolitida levostranná
Ošetřující lékař: Dr. XY
Souhlas pacienta k podání informací, vztah, adresa, telefon: manželka...

Jak chcete být osloven: pan K.

Příjem 1. přijetí přeložen opak. přijetí odkud:

Alergie ne ano, jaká: jahody

Oš. dg.:

1. Vnímání zdraví

Jak se cítíte? dobře špatně nevím :

Důležité změny ve zdravotním stavu za poslední rok: snížené fyzické aktivity, síly

Oš. dg.: Nedostatek informací an' méně trávicí příjem
Bezpečí a jistota - změny

2. Výživa - metabolismus

Dieta ne ano, jaká: 5- bezlepková (doma HE) Porucha polykání ne ano

Forma stravy normální kašovitá tekutá Stav chrupu dobrý umělá protéza

Způsob přijímání potravy per os sonda pumpa stomie:

Diabetes mellitus ne ano PAD inzulín, jaký:

Příjem tekutin za 24 hod < 0,5l < 1l 2l > 2l

Pocit žízně ano snížený nemá

Stav kůže normální suchá vlhká otoky, kde:

Dekubity ne ano, lokalizace:

Léze ne ano, kde: okolí análního otvoru (zarudnutí)

způsob ošetřování:

Kanyla ne ano: periferní centrální kanylace dne: 18.4.17 umístění: LHK předloktí

Stav sliznic růžové bledé soor afty suché jiné

Oš. dg.: Snížený objem tělesných tekutin
Diagnóza infekce (PŽK), Poruchy výživy; Změny na kůži

3. Vylučování

Vyprazdňování střeva sám s pomocí na WC na posteli stomie: + pokojový klozet (vnu.)

Stolice pravidelná zácpa...x za týden průjem 1l.x za týden/den Barva: světle hnědá + příměs krve

Inkontinence částečná úplná

Užívané pomůcky:

Užívané prostředky k vyprazdňování:

Vylučování moče sám s pomocí na posteli stomie:

bez problémů přes den v noci v menších porcích se zvýšeným tlakem bolestivé močení

retence katétr, jaký: od:

Inkontinence částečná úplná

Užívané pomůcky:

Pocení přiměřené nadměrné noční nepotí se Odér ne ano

Oš. dg.: Průjem

4. Aktivita, cvičení

Faktory bránící tělesné aktivitě

dušnost srdeční onemocnění plicní onemocnění onemocnění pohybového ap. bolest

nezáměr o pohybovou aktivitu svalové křeče, kde: parézy/plegie, kde:

Chybění částí těla:

Kompenzační pomůcky:

Úroveň soběstačnosti (Funkční úroveň: 0 - nezávislý, 1 - vyžaduje pomocný prostředek, 2 - potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby, 3 - potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení, 4 - potřebuje úplný dohled, 5 - potřebuje úplnou pomoc, sám není schopen)

.. najíst se .. umýt se .. vykoupat s .. obléci se .. pohybovat se .. uvařit si .. nakoupit si .. udržovat domácnost

Oš. dg.: Bolest břicha

5. Spánek, odpočinek

kvalitní spánek celou noc problémy s usínáním budí se, jak často: spí přes den, kolik hod.....
 Po probuzení se cítí odpočatý nevyspalý jiné:
 Léky - hypnotika ne ano
 Odpočinek aktivní:..... pasivní: *Televize, květin' krížovek*

Oš. dg.: *Spánek - poruchy*

6. Vnímání, poznávání

Vědomí jasné zastřené somnolence bezvědomí
 Orientace plně orientován částečně dezorientovaný: osobou časem místem
 Sluch dobrý zhoršený P - L neslyší P - L neslyšící
 Kompenzační pomůcky ne ano: P - L
 Řeč plynulá narušená němý, Schopnost dorozumění:
 Zrak normální zhoršený P - L nevidomý
 Kompenzační pomůcky ne ano: brýle: *na čtení (suna' uple)* čočky
 Bolest nemá má: akutní chronickou kde: kdy:
 Bolest vnímá přiměřeně zvýšeně Škála: *1-10*
 Co ji tiší: léky - analgetika: ne ano úlevová poloha relaxační techniky tlakové masáže
 obklady teplé studené ne

Oš. dg.: *Bolest
Zrak - snížení kvality*

7. Sebepojetí

optimista pesimista vytrvalý nemá pevnou vůli zodpovědný nezodpovědný
 Hlas přiměřený hlučný tichý
 Způsob řeči srozumitelná, klidná rychlá pomalá pokašlává zadržává jiná, jaká:
 Cítíte omezení v době nemoci? ne ano, v čem: *ve všem*

Oš. dg.:

8. Role - mezilidské vztahy:

zaměstnaný nezam. důchodce student žák svobodný ženatý vdaná rozvedený děti: *2*
 Bydlí sám s partnerem s dětmi domov důchodců pečovatelská služba bezdomovec
 Rodinné problémy ne ano
 Reakce rodiny na onemocnění zájem nezájem nevědí o nemoci jiné:
 Chování k lidem asertivní pasivní agresivní přátelské familierní jiné:

Oš. dg.:

9. Sexualita - reprodukční schopnost

♀ Menstruace pravidelná nepravidelná cyklus.../....(dny) normální silná slabá
 Vaginální výtoky ne ano, jaké: Antikoncepce žádná ano, jaká:
 Klimaktérium ne ano, kdy..... problémy:

♂ Problémy s prostatou ne ano, jaké: *hypertrofe prostaty* Jiné potíže:
těžká únava

Oš. dg.:

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání

Prožívání napětí ne zřídka často, jak často:
 Stres zvládá lehce obtížně sám s přítelem s rodinou jinak:
 Co ho vyvolává rodina škola zaměstnání okolí nemoc jiné:
 Co ho snižuje relaxace alkohol drogy léky, jaké:
 Stresová situace vyvolává úzkostí beznaděje selhání jiné:

Oš. dg.:

11. Víra, životní hodnoty: Náboženské vyznání: ne ano Chcete zajistit: kněze pastora

Oš. dg.:

12. Jiné: Co pro Vás mohu nyní udělat?

Klient by chtěl jít domů a řídit, zda se úplně uzdraví.

Základní screeningové vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava: *upravený, čistý*

Puls/ rychlost: *89'* Pravidelnost: *pravidelná* Krevní tlak: *150/80 mm Hg*

Dýchání/ rychlost: *17'* Pravidelnost: *pravidelná* Tělesná teplota: *37,4 °C*

Hmotnost: *98 kg* Stablní: ano ne Zvýšená okg Snížená o *7..kg* /za 10 dnů

Výška: *178 cm*

RTG snímky má s sebou: ano ne

Vzájemná spolupráce se členy rodiny: *ano, manželka*

Přeprocovaná Nortonova stupnice		NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	každé další onem. dle odpov. st.	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Součet		
úplná (4)	<10 4	normální 4	žádná 4	dobrý 4	dobrý (4)	chodí (4)	úplná 4	není (4)	27		
malá 3	<30 3	alergie 3	diabet., teplota, anemie, kachexie (3)	zhoršený (3)	apatický 3	s doprov. 3	část. omez. (3)	občas 3			
částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi ome. 2	přev.moč 2			
žádná 1	60 a více (1)	suchá (1)	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč+stol. 1			

27 bodů: není riziko vzniku dekubitu

Specifity oddělení:

Nemocný byl seznámen:

- s Právy nemocného ano ne
s domácím řádem ano ne
se službami nemocnice ano ne

Nemocný zná:

- svého ošetřujícího lékaře ano ne
cenností předány k uložení ano ne
svou primární sestru ano ne

Poznámky:

Datum: *19. 4. 2007* Ošetřovatelská anamnéza získána od: *pana K (rozhovor s přírodou...)*
Podpis sestry: *Kimová* Podpis klienta:

Příloha č. 1:

1 b: Plán individualizované péče



Plán ošetrovateľskej péče

List číslo:

ŠTÍTEK

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Cieľ, očakávané výsledky	Ošetrovateľské intervencie	Hodnocení	Datum Podpis
19.9.2017	Nedostatký informácií a učenia z oblasti uplatňovania informácie	- pacient má dostatok informácií o ochorení, jeho etiológiu - učenie diškrétne učenie hospodárstva	- poradenstvo, ak by si pacient nevedel, čo má robiť, povedať mu, že má ísť na zvláštny oddelenie ochorení a ochropovať pomocou vlny, inštrumentov - informovať ho o zdravotnej situácii, zvlášť o zdravotnej situácii - poskytnúť mu informácie, ktoré mu pomôžu zvládnuť - poskytnúť mu informácie o zdravotnej situácii a uprotlačenie	- nie orientovaný a odpoveď na otázku, čo má robiť, povedať mu, že má ísť na zvláštny oddelenie ochorení a ochropovať pomocou vlny, inštrumentov - pacient má dostatok informácií o ochorení, jeho etiológiu - učenie diškrétne učenie hospodárstva	19.9.2017 bmv
19.9.2017	Porucha pohybu, ktorá vedie k nepohodliam a zraneniam - zníženie pohybu	- kľudová fyzická aktivita - vhodné cvičenie, ktoré pomôže zlepšiť pohybové schopnosti - správne používanie pomôcok	- naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky	- nie je veda, pokiaľ ide o využitie pomôcok - pacient má dostatok informácií o ochorení, jeho etiológiu - učenie diškrétne učenie hospodárstva	19.9.2017 bmv
19.9.2017	Porucha výživy, ktorá vedie k nedostatku živín a vitamínov - zníženie príjmu potravy	- vhodné stravovacie opatrenia - vhodné cvičenie, ktoré pomôže zlepšiť pohybové schopnosti - správne používanie pomôcok	- naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky	- nie je veda, pokiaľ ide o využitie pomôcok - pacient má dostatok informácií o ochorení, jeho etiológiu - učenie diškrétne učenie hospodárstva	19.9.2017 bmv
19.9.2017	Porucha výživy, ktorá vedie k nedostatku živín a vitamínov - zníženie príjmu potravy	- vhodné stravovacie opatrenia - vhodné cvičenie, ktoré pomôže zlepšiť pohybové schopnosti - správne používanie pomôcok	- naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky - naučiť pacienta, ako správne používať pomôcky	- nie je veda, pokiaľ ide o využitie pomôcok - pacient má dostatok informácií o ochorení, jeho etiológiu - učenie diškrétne učenie hospodárstva	19.9.2017 bmv



Plán ošetrovateľskej péče

List číslo:

ŠTÍTEK

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Cieľ, očakávané výsledky	Ošetrovateľské intervencie	Hodnotení	Datum Podpis
19.4.2017	Závažná krátkodobá a dlhodobá diureza spôsobená kardiou	- Nízkym prietokom krvi v obličkách - časté odpočívania	- kvantitatívne sledovanie množstva vylúčených močových nádob - sledovanie príjmu a výdaja tekutín - sledovanie príjmu a výdaja elektrolytov	- diureza podľa potreby (na požiadanie) - vylučovanie moču v množstve, ktoré je fyziologické - prítomnosť tekutiny v pľúcach	19.4.2017
19.4.2017	Potrubná krv v moči	- Nízkym prietokom krvi v obličkách - vylučovanie krvi v moči	- kvantitatívne sledovanie množstva vylúčených močových nádob - sledovanie príjmu a výdaja tekutín - sledovanie príjmu a výdaja elektrolytov	- diureza podľa potreby (na požiadanie) - vylučovanie moču v množstve, ktoré je fyziologické - prítomnosť tekutiny v pľúcach	19.4.2017
19.4.2017	Riziko nedostatku vitamínov a minerálov (K, Mg, Ca)	- Nízkym prietokom krvi v obličkách - vylučovanie vitamínov a minerálov	- kvantitatívne sledovanie množstva vylúčených močových nádob - sledovanie príjmu a výdaja tekutín - sledovanie príjmu a výdaja elektrolytov	- diureza podľa potreby (na požiadanie) - vylučovanie moču v množstve, ktoré je fyziologické - prítomnosť tekutiny v pľúcach	19.4.2017

Příloha č. 2:

Hodnocení bolesti

Příloha č. 3:

Barthelův test základních všedních činností

Tab. č. 7: Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skore
1. najedenní napití	samostatně bez pomoci	(10)
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	(10)
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	(10)
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	(5)
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	(10)
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	(10)
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí pokojový klozet	(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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů vysoce závislý
- 45 – 60 bodů závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý

19. 4. 2007 Koma!

Příloha č. 4:

Hodnocení rizika vzniku dekubitů Nortonová

Hodnotící škála Nortonov¹

NEBEZPEČÍ VZNIKU DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNE

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci podle stupně	Tělesný stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná ④	do 10 4	normální 4	žádné	dobrý 4	dobrý ④	chodí ④	úplná 4	není ④
malá 3	do 30 3	alergie 3	* <i>řepka</i> ③	zhoršený ③	apatický 3	doprovod 3	částečně ③	občas 3
částečná 2	do 60 2	vlhká 2		špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi omezená 2	převážně močová 2
žádná 1	nad 60 ①	suchá ①		velmi špatný 1	bezvědomí 1	upoután na lůžko 1	žádná 1	stolice i moč 1

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3-1 bod.

19. 4. 2007

Riziko vzniku : 24 bodů

Krev

Příloha č. 5:

Body mass index

Příloha č.5

BMI = Body mass index

	výška (cm)																			
	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210			
40	24	22	20	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11	11	10	10	9			
45	27	25	23	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11	11	10			
50	30	27	26	24	22	21	20	18	17	16	15	15	14	13	13	12	11			
55	33	30	28	26	24	23	21	20	19	18	17	16	15	14	14	13	12			
60	36	33	31	29	27	25	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	14			
65	38	36	33	31	29	27	25	24	22	21	20	19	18	17	16	15	15			
70	41	38	36	33	31	29	27	26	24	23	22	20	19	18	17	17	16			
75	44	41	38	36	33	31	29	28	26	24	23	22	21	20	19	18	17			
80	47	44	41	38	36	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20	19	18			
85	50	47	43	40	38	35	33	31	29	28	26	25	24	22	21	20	19			
90	53	49	46	43	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	23	21	20			
95	56	52	48	45	42	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	23	22			
100	59	55	51	48	44	42	39	37	35	33	31	29	28	26	25	24	23			
105	62	58	54	50	47	44	41	39	36	34	32	31	29	28	26	25	24			
110	65	60	56	52	49	46	43	40	38	36	34	32	30	29	28	26	25			
115	68	63	59	55	51	48	45	42	40	38	35	34	32	30	29	27	26			
120	71	66	61	57	53	50	47	44	42	39	37	35	33	32	30	29	27			
125	74	69	64	59	56	52	49	46	43	41	39	37	35	33	31	30	28			
130	77	71	66	62	58	54	51	48	45	42	40	38	36	34	33	31	29			
135	80	74	69	64	60	56	53	50	47	44	42	39	37	36	34	32	31			
140	83	77	71	67	62	58	55	51	48	46	43	41	39	37	35	33	32			
145	86	80	74	69	64	60	57	53	50	47	45	42	40	38	36	35	33			
150	89	82	77	71	67	62	59	55	52	49	46	44	42	39	38	36	34			

	Podváha	Normál	Nadváha	Obezita
Muži	do 20	20 - 25	25 - 30	více než 30
Ženy	do 19	19 - 24	24 - 29	více než 29

$$BMI = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}}$$

$$BMI = \frac{92}{1,78^2}$$

$$BMI = 29$$

19.4.2004 kmr

Příloha č. 6:

*6 a: Poučení pacienta před koloskopickým
vyšetřením*

Gastroenterologická ambulance při interním oddělení NsP Mělník

Informovaný souhlas pacienta před koloskopickým vyšetřením.

Koloskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva, slouží k přehlédnutí vnitřního povrchu tlustého střeva. Provádí se pomocí ohebné sondy (endoskopu) o průměru cca 11-13 mm. Obraz je přenášen optickými vlákny nebo elektronikou. Vyšetření trvá v průměru 30-60 minut, jeho délka závisí na délce a tvaru střeva.

Jako ke každému plánovanému výkonu je potřebný **souhlas pacienta**, ale zásadní je též pacientova dobrá **spolupráce**. Tím se snižují rizika výkonu.

Příprava před vyšetřením ze strany pacienta:

2 dny před vyšetřením: nejíst ovoce, které má slupky, pecky a jádérka

jíst pouze kaše

den před vyšetřením:

od rána pouze tekutiny, ovocné šťávy, čaj, kávu

odpoledne /od 14.00 do 18.00/ pomalu **vypít 4 litry projímadla Fortrans, nebo**

dodržet alternativní postup dle doporučení lékaře

v den vyšetření:

nalačno /nesnídat, nekouřit/

Nedodržení instrukcí může být příčinou nedostatečného přehledu a vyšetření tak bude nutno zopakovat.

Ke každému koloskopickému vyšetření je třeba donést výsledky krevního obrazu včetně počtu krevních destiček, Quickova času /INR/ a APTT. Toto vyšetření Vám zařídí Váš praktický lékař.

Po příchodu do vyšetřovny informujte sestru či lékaře o případných **alergických reakcích** na léky a závažných onemocněních, pro které jste léčen/a/ /ischemická choroba srdeční, cukrovka, epilepsie, průduškové astma, zelený zákal/.

Před výkonem Vám bude podána injekce se sedativem a analgetikem /lékem proti bolesti/, která omezí vnímání nepříjemných pocitů při vyšetření. Injekce může způsobovat ospalost.

Po této přípravě Vám v poloze na levém boku lékař zavede přístroj do konečníku. Postupně tak bude prohlédnuto celé tlusté střevo. Během vyšetření je někdy potřeba změnit polohu pacienta, v tomto případě klidně následujte pokynů sestry, která Vám bude pomáhat s otočením. Při průchodu střevními ohyby můžete někdy pociťovat nepříjemný tlak v břiše, který po překonání ohybu ustoupí. **V této situaci se snažte pomalu a zhluboka dýchat, aby se při zapojení břišního svalstva usnadnil průchod ohybem.**

Pokud si to povaha Vašeho onemocnění žádá, je někdy během vyšetření nutno odebrat vzorky sliznice k histologickému vyšetření, použít barviv k zvýraznění postižených okrsků sliznice, či jinak léčebně zasáhnout /EPE, endoskopické stavění krvácení/.

EPE - endoskopická polypektomie – odstranění slizničního výrůstku /polypu/ kličkou pomocí elektrického proudu. Umožňuje histologické vyšetření celého polypu, jedná se současně o léčebný výkon. Většinou odpadá operační výkon. Komplikace EPE podstatně nižší ve srovnání s operací.

Komplikace výkonu nejsou časté – krvácení, perforace /proděravění/ stěny trávicí trubice.

Endoskopické stavění krvácení – místní vpravení látky zabraňující dalšímu krvácení jehlou do sliznice

nebo jiný úkon zabraňující krvácení – ligace, termokoagulace, laser atd.

Tímto zásahem je možno předejít operativnímu řešení život ohrožujícího krvácení.

Tyto procedury jsou zcela nebolestivé. Po některých výkonech je však potřeba počítat s možností krátkodobého pobytu v nemocnici /24-48 hodin/. Lékař, který provedl terapeutický výkon, Vám rovněž sdělí další pohybový a dietní režim, který je nutno přesně dodržovat.

Při nekomplikovaném vyšetření je možno po odeznění sedativního účinku injekce opustit nemocnici - cca po 60 minutách. **V den vyšetření není pacientům dovoleno účastnit se silničního provozu jako řidič a vykonávat práce a obsluhovat zařízení, která vyžadují zvýšenou pozornost.** K vyšetření se dostavte s doprovodem z okruhu svých blízkých.

Bezpečnost vyšetření je velmi vysoká, ale i při koloskopii může dojít k nečekaným komplikacím -

- alergická reakce

- horečka, zanesení infekce
- krvácení
- perforace /proděravění/ stěny
- vazovagální reakce /hypotenze/
- zatížení kardiovaskulárního systému, změny srdečního rytmu, záchvat anginy pectoris,
- náhlá smrt v důsledku poruchy srdečního rytmu
- úrazy elektrickým proudem
- poranění při ztrátě technické ovladatelnosti přístroje a pomocného zařízení

kteří si mohou vyžádat přijetí do nemocnice nebo i chirurgický výkon. Tyto komplikace jsou však v celosvětovém měřítku krajně vzácné, diferenciálně diagnostický a terapeutický přínos koloskopie však mnohonásobně převyšuje minimální riziko vyšetření.

V případě potřeby je možno konzultovat ústavní chirurgickou ambulanci (tel. 315639305) nebo vyšetřujícího lékaře (tel. 315639224-5).

Alternativní úkony – rentgenové vyšetření tlustého střeva, neumožňuje odběr vzorku k histologickému vyšetření ani odstranění polypu. Zatěžuje rentgenovým zářením.

Přečtěte si pozorně všechny součásti tohoto souhlasu.

Pokud jste plně nerozuměl/a/ textu nebo lékařovu vysvětlení, neváhejte se lékaře zeptat.

Pokud jste porozuměl/a/ a souhlasíte s provedením výkonu tak, jak Vám byl vysvětlen a souhlasíte

S tímto prohlášením, prosíme, podepište jej na níže vyznačeném místě.

Poučení:

Zájmem lékaře je Vám pomoci. Vysvětlí Vám podstatu lékařského výkonu a seznámí Vás s možnými alternativami. Pokud potřebujete, můžete lékaři položit jakékoli doplňující otázky. Máte právo navržený postup odmítnout. V případě, že toto odmítnutí ohrozí Vaše zdraví, má lékař povinnost žádat Vás o písemné potvrzení Vašeho odmítnutí /Negativní reverz/

Na oddělení může probíhat doškolování lékařů, výuka studentů LF a žáků středních zdravotních škol.

Bez této výukové činnosti není možné vychovat nové lékaře, zdravotní sestry a odborníky. Vaše vyšetření může být prováděno zaškolujícími se pracovníky pod bezprostředním dohledem odborných pracovníků našeho pracoviště. Máte ale právo odmítnout, aby Vaše vyšetření prováděl personál ve výcviku. Takové odmítnutí neovlivní léčebnou péči, která je Vám poskytnuta.

Já nemocný /zákonný zástupce / souhlasím s provedením lékařského vyšetření či léčebného postupu, uvedeným výše. Je podstata mi byla lékařem srozumitelně vysvětlena. Souhlasím s podáním toho typu anestezie či sedace, o které jsem byl/a/ informován/a/.

Jsem srozuměn/a/ s tím, že uvedené vyšetření či léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mě dosud ošetřoval.

- a. Souhlasím s provedením koloskopie
- b. Nesouhlasím s provedením koloskopie

Datum:

Pacient:

Datum:

Poučující lékař:

Svěděk /zdravotní sestra/:

Příloha č. 6:

*6 b: Poučení pacienta před rektoskopickým
vyšetřením*

Gastroenterologická ambulance při interním oddělení NsP Mělník

Informovaný souhlas pacienta před rektoskopií

Rektoskopie je endoskopické vyšetření konečniku a přilehlé části tlustého střeva, celkově v délce asi 20 cm. Umožňuje přehlednutí vnitřního povrchu uvedených orgánů. Provádí se pomocí tuhého endoskopického přístroje. Vyšetření trvá asi 5 minut.

Jako ke každému plánovanému výkonu je potřebný **souhlas pacienta**, ale zásadní je též pacientova dobrá **spolupráce**. Tím se snižují rizika výkonu.

Toto vyšetření nevyžaduje žádnou přípravu ze strany pacienta.

Vyšetření se provádí na vyšetřovacím stole, na kterém zaujmete polohu vkleče s opřenými předloktími o stůl. V této poloze se nehýbejte a klidně dýchejte. Vyšetřující lékař nejprve vyšetří konečník prstem v rukavici se znečistlivujícím gelem, poté zavede rektoskop do konečniku a pomalu prohlíží vnitřní povrch konečniku. Vyšetření je nebolestivé.

Někdy je během vyšetření nutno odebrat vzorky sliznice k histologickému vyšetření. Odběr pro pacienta není bolestivý. Po odběru vzorku sliznice může následovat přechodné krvácení do stolice.

Bezpečnost vyšetření je velmi vysoká, ale i při rektoskopii může dojít k nečekaným komplikacím / krvácení, perforace, hypotenze/, které si mohou vyžádat přijetí do nemocnice nebo i chirurgický výkon. Tyto komplikace jsou však v celosvětovém měřítku krajně vzácné, diferenciálně diagnostický přínos rektoskopie však mnohonásobně převyšuje minimální riziko vyšetření.

V případě potřeby je možno konzultovat ústavní chirurgickou ambulanci (tel. 315639305) nebo vyšetřujícího lékaře (tel. 315639224-5).

Alternativní úkony – rentgenové vyšetření tlustého střeva, neumožňuje přehlednutí vnitřního povrchu konečniku ke zjištění zánětu, pouze orientační vyšetření. Zatěžuje rentgenovým zářením.

Přečtěte si pozorně všechny součásti tohoto souhlasu.

Pokud jste plně nerozuměl/a/ textu nebo lékařovu vysvětlení, neváhejte se lékaře zeptat.

Pokud jste porozuměl/a/ a souhlasíte s provedením výkonu tak, jak Vám byl vysvětlen a souhlasíte

S tímto prohlášením, prosíme, podepište jej na níže vyznačeném místě.

Poučení:

Zájmem lékaře je Vám pomoci. Vysvětlí Vám podstatu lékařského výkonu a seznámí Vás s možnými alternativami. Pokud potřebujete, můžete lékaři položit jakékoli doplňující otázky. Máte právo navržený postup odmítnout. V případě, že toto odmítnutí ohrozí Vaše zdraví, má lékař povinnost žádat Vás o písemné potvrzení Vašeho odmítnutí /Negativní reverz/

Na oddělení může probíhat doškolování lékařů, výuka studentů LF a žákyň středních zdravotních škol.

Bez této výukové činnosti není možné vychovat nové lékaře, zdravotní sestry a odborníky. Vaše vyšetření může být prováděno zaškolujícími se pracovníky pod bezprostředním dohledem odborných pracovníků našeho pracoviště. Máte ale právo odmítnout, aby Vaše vyšetření prováděl personál ve výcviku. Takové odmítnutí neovlivní léčebnou péči, která je Vám poskytnuta.

Já nemocný /zákonný zástupce / souhlasím s provedením lékařského vyšetření či léčebného postupu, uvedeným výše. Je podstata mi byla lékařem srozumitelně vysvětlena.
Jsem srozuměn/a/ s tím, že uvedené vyšetření či léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mě dosud ošetřoval.

- a. Souhlasím s provedením rektoskopie.
- b. Nesouhlasím s provedením rektoskopie.

Datum:

Pacient:.....

Datum:.....

Poučující lékař:.....

Svěděk /zdravotní sestra/:.....

Příloha č. 7:

Ošetrovatelská propouštěcí zpráva



ŠTÍTEK

OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLAĐOVÁ A PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA

Hospitalizace na oddělení: Interní od: 18.4. do: 30.4.2007 Propuštění Překlad

Pacientova adresa po propuštění: Adresa domů / je-li jiná, než po propuštění /:

Cennosti předány: ne ano:

Plánovaná vyšetření: Kontrola v gastroenterologické ambulanci
Snímky RTG, CT předány kam:

1. Vnímání zdraví Jak se cítíte? dobře špatně nevím :

Spolupráce při léčbě:

2. Výživa – metabolismus Dieta ne ano, jaká: 5-bezlepek Porucha polykání ne ano
Forma stravy normální kašovitá tekutá Stav chrupu dobrý umělá protéza
Způsob přijímání potravy dostatečný nízký zvýšený per os
Sonda, jaká: od kdy: Stomie, jaká: od kdy:
Diabetes mellitus ne ano PAD inzulin, jaký:
Příjem tekutin za 24 hod < 0,5l < 1l 2l > 2l aktivně nabízet
Stav kůže normální suchá vlhká otoky léze převaz, kdy:
Dekubity ne ano I. II. III. IV. st. lokalizace:
způsob ošetřování: :
i.v. vstupy, od kdy:
Časované léky i.v.: per os:

3. Vylučování

Stolice pravidelná zácpa průjem patol. příměsi :
 inkontinence stomie:
Močení bez potíží potíže: patol. příměsi:
 inkontinence permanentní katetr od kdy: stomie:
Pocení přiměřené nadměrné noční nepotí se Oděr ne ano

4. Aktivita Kompenzační pomůcky:

Úroveň soběstačnosti (Funkční úroveň: 0 - nezávislý, 1 - vyžaduje pomocný prostředek, 2 - potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby, 3 - potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení, 4 - potřebuje úplný dohled, 5 - potřebuje úplnou pomoc, sám není schopen)
.. najít se .. umýt se .. vykoupat se .. obléci se .. pohybovat se .. uvařit si .. nakoupit si .. udržovat domácnost

5. Spánek kvalitní spánek celou noc problémy, jaké:

6. Vnímání, poznávání

Orientace plně orientován částečně dezorientovaný: osobou časem místem
Sluch dobrý zhoršený P - L Zrak normální zhoršený P - L brýle: čtení čočky
Bolest nemá má: akutní chronickou kde: úlevová poloha:

7. Sebepojetí příjemný hovorový tichý úzkostný bojácný depresivní
 výbušný podrážděný neklidný agresivní mrzutý náladový.....

8. Mezilidské vztahy příbuzní tel.:

zaměstnaný nezam. důchodce student žák svobodný ženatý vdaná rozvedený děti:
Bydlí sám s partnerem s dětmi domov důchodců pečovatelská služba bezdomovec
Problémy se souvisejícím propuštěním z nemocnice: ne ano
 podána žádost do soc. zařízení, kam: nutné řešení sociální pracovníci

9. Sexualita problémy s prostatou ne ano, jaké: hyperplázie ne léčba, kompenzace
Menstruace: pravidelná obtíže, jaké: Vaginální výtok ne ano, jaký:

10. Stres, zvládání Co nejvíce pomáhá ve stresové situaci: rodina

11. Víra, životní hodnoty: Náboženské vyznání: ne ano

12. Jiné:

Ošetřovatelské diagnózy:

sesterské intervence:

Informovanost pacienta: ANO

Upozornění: ANO (postupně zatezování stravy) Datum: 30.4.07 Podpis sestry: [signature]

Příloha č. 8:

Dieta při ulcerózní kolitidě v klidovém období

FERRING

LÉČIVA

Dieta

při ulcerózní

kolitidě

v klidovém

období



FERRING

LÉČIVA

Dieta

při ulcerózní

kolitidě

v klidovém

období

Dieta by měla obsahovat co nejméně tuhé rostlinné vlákniny, která odchází nestrávena do stolice a dráždí střevo. Měla by se řídit těmito pěti pravidly:

- 1. Jíst co nejčastěji, nejméně 4x denně*
- 2. Jíst v pravidelných intervalech*
- 3. Pomalu a pečlivě žvýkat, nespěchat*
- 4. Vyvarovat se přejídání, vyhýbat se těžce stravitelným, tučným jídlům a potravinám pochybné kvality*
- 5. Nekouřit na lačný žaludek*

Dieta

Výběr potravin

Maso: dovoleno je čerstvé libové maso bez klížek a šlach jako je hovězí, telecí, libové vepřové, kuře, holoubě, králik, sladkovodní ryby, rybí filé, z uzenin pouze šunka.

Upravujeme vařením obvyklým postupem nebo dušením. Zásadně pokrmy nesmažíme! Maso upravujeme nasucho bez tuku. Očištěné maso se nejprve osolí a opeče na suché pánvi, podlije vodou a dusí pod poklicí. Během úpravy se může přidat kořenová zelenina nebo vývar ze sušených hub. Po změknutí masa se šťáva zcedí. Masové šťávy a omáčky se zahušťují moukou, nasucho opraženou, rozmíchanou ve vodě a hotový pokrm se mastí syrovým máslem, či rostlinným tukem. Nikdy nepoužíváme jíšku! Mleté maso se spojuje zemlí namočenou ve vodě, nebo vejcem.

Mléko: podává se podle snášenlivosti. Snášíte-li sýry, vybírejte si méně tučné a aromatické (eidam, gouda, netučné tavené sýry, žervé), měkký i tvrdý tvaroh.

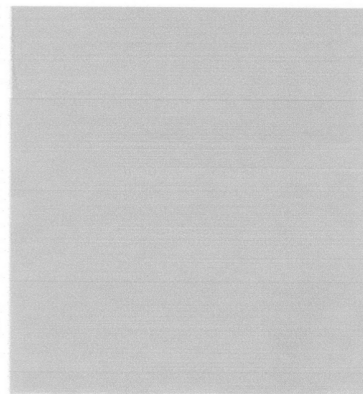
Vejce: pokud jejich podávání nevyklučuje jiné onemocnění, mohou se opatrně podávat vařená naměkko, jako vaječná sedlina, či omeleta připravená v páře.

Tuky: denní maximum pro volně použitý tuk je 50g, přidáváme jej během dne. Používáme máslo, rostlinné tuky, oleje.

Obiloviny: Podáváme rýži vařenou, či dušenou jako příkrm, těstoviny. Z mouky a krupice upravujeme knedlíky kypřené vejcem, sněhem z bílků, nebo pečivovým práškem. Nevhodné je kypření droždím! Můžeme podávat vločkovou lisovanou kaši, rýžovou kaši.

Pečivo: podáváme starší netučné pečivo (rohlíky, žemle, veku). Z průmyslově vyráběného pečiva jsou dovoleny mírně sladké sušenky, piškoty. Z domácích moučníků piškotová a odpalovaná těsta plněná džemem.

Zelenina: zařazujeme lisovanou dušenou mrkev, vařený chřest, vařený špenát, nadrobno pokrájený hlávkový salát s citronem. Nepoužíváme cibuli ani česnek!



Brambory podáváme vařené, lisované nebo bramborovou kaší. Veškeré další úpravy brambor nejsou vhodné.

Luštěniny: jsou z diety zcela vyloučeny!

Ovoce: dovoleny jsou ovocné, ne příliš sladké šťávy, protlaky, kysely, zavařeniny a džemy bez zrníček a slupek. Ze syrového ovoce jsou vhodné banány, syrová strouhaná vyzrálá jablka, loupané a strouhané broskve, pomerančová a citrónová šťáva.

Nápoje: nepodáváme příliš sladké a slazené či sycené nápoje

Nevhodné potraviny a pokrmy:

Přepalované tuky, lůj, sádlo, slanina, tučná masa (vepřové, skopové, uzené, husa, kachna, losos, úhoř, tučný kapr, olejovky, uzeniny, nakládaná masa, zvěřina, svičková, konzervy, vnitřnosti), luštěniny, cibule, česnek, pórek, zeli, kapusta, okurky salátové i nakládané, papriky, lilek, ostatní starší dřevnatá zelenina, houby čerstvé i nakládané, ostré koření (paprika, pepř, zázvor, bobkový list, nové koření, kapary, hořčice).

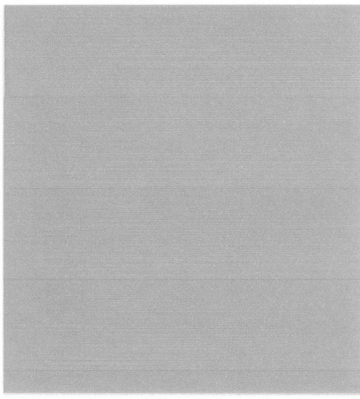
Čerstvé pečivo kynuté, pečivo s větším množstvím tuku a vajec.

Smažené pokrmy, pečené se šťávami a přepáleným tukem.

Nezralé ovoce, ovoce s tuhými slupkami a zrníčky. Kompoty z třešni, višni, hrušek, bobulovitého ovoce (rybiz, angrešt...)

Bonbóny, cukrářské výrobky, sodovka, alkohol, silná káva, tvrdé a tučné sýry.





Příklad jídelního lístku pro ulcerózní kolitidu v době zklidnění obtíží:

I. den

Snídaně :

Čaj, starší žemle, nízkotučný tavený sýr

Přesnídávka :

Jablečné pyré

Oběd:

Žemlová polévka, libové vepřové maso, vařené brambory,
dušený lisovaný špenát

Svačina:

Čaj, starší chléb bez kůrek, rostlinný tuk

Večeře:

Telecí maso na protlaku, vařená rýže





II. den

Snídaně :

Bílá káva (vařená z kávoviny), starší chléb, vejce na měkko,
rostlinný tuk

Přesnídávka :

Banán

Oběd:

Bujón s kapáním, vařené hovězí maso, petrželková omáčka,
jemný knedlík

Svačina:

Čaj, piškot s džemem

Večeře:

Vařená šunka, bramborová kaše, meruňkové pyré

© Jana Martinů 2002

FERRING

L É Č I V A

FERRING-LÉČIVA, a.s.
K Rybníku 475
252 42 Jesenice u Prahy
Česká republika

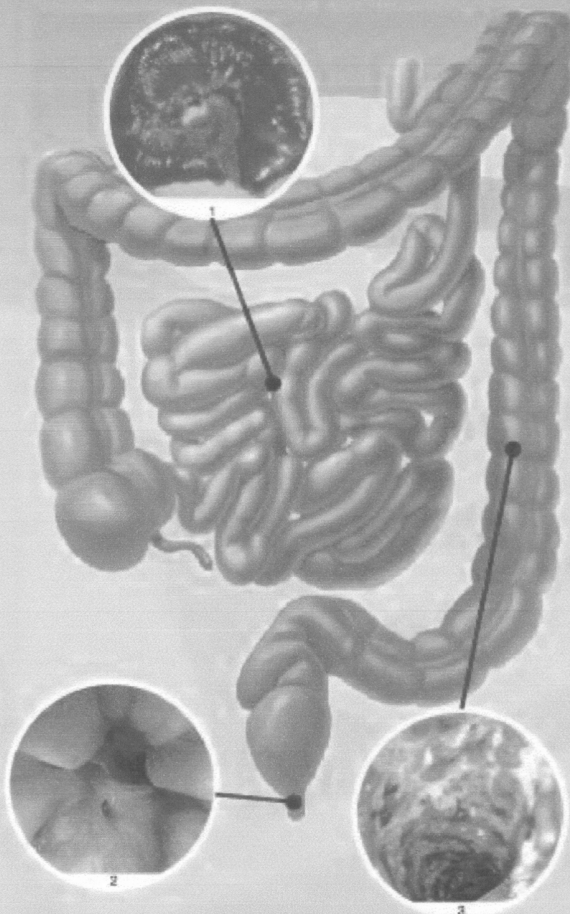
Příloha č. 9:

Edukační leták – Nespecifické střevní záněty

INFORMOVANÝ PACIENT SE RYCHLEJI UZDRAVÍ

Idiopatické střevní záněty

Tímto označením rozumíme chronické střevní záněty Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu.



Projevy ulcerózní kolitidy

Na rozdíl od Crohnovy nemoci jsou projevy ulcerózní kolitidy dosti stereotypní. Jde o časté nucení na stolicí s vyprazdňováním krve, hlenu a malého množství stolice (tenesmy). V těžkých případech se může objevit teplota, silné průjemy a hubnutí. Rovněž i u nemocných s ulcerózní kolitidou se mohou objevit i mimostřevní projevy.

Crohnova nemoc

Její první popis pochází z New Yorku, kde v roce 1932 gastroenterolog B. B. Crohn ji odlišil od střevní tuberkulózy. Až v pozdější době dostala po svém objeviteli a po zásluze jeho jméno.



Jde o chronický střevní zánět s neznámou vyvolávající příčinou. Postihuje kteroukoliv část trávicí trubice, nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého a tlustého střeva (ileo-cékální oblast).

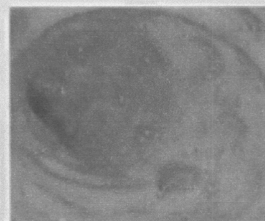
Projevy Crohnovy nemoci

Klinické příznaky vyvolané Crohnovou chorobou jsou velmi rozmanité a závisí především na lokalizaci chorobného ložiska v trávicí trubici. V průběhu aktivity střevního zánětu může dojít i ke vzdáleným projevům této nemoci na očích, kloubech, kůži nebo játrech.

Tenké a tlusté střevo	bolest břicha, teploty, průjemy
Tlusté střevo	průjemy, krvácení
Tenké střevo	bolest břicha, hubnutí, chudokrevnost
Konečník	krvácení, nucení na stolicí, hnisání

Ulcerózní kolitida

Jde o chronický zánět tlustého střeva, který probíhá s delšími obdobími bezpříznakovými (remisemi), které se střídají s fázemi aktivizace nemoci (relapsy).



Odborná spolupráce Doc. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

Legenda k obrázkům

Obr. č. 1: Resekát tenkého střeva s Crohnovou nemocí (ztluštění serózy a zmnožené uzliny)

Obr. č. 2: Ústí píštěle v análním kanálu

Obr. č. 3: Crohnova nemoc, splyvající vředy v tlustém střevě

Obr. č. 4: Crohnova nemoc, stenóza bauhyinské chlopně

Obr. č. 5: Ulcerózní kolitida, postižení rektosigmatu



Jaká je příčina idiopatických střevních zánětů?

Crohnova nemoc i ulcerózní kolitida patří mezi moderní tzv. civilizační nemoci. Jsou způsobené abnormálně silnou imunitní reakcí na normální mikrobiální střevní flóru. Příčinou této anomální reakce ze strany imunitního systému střeva je vrozená dispozice.

Má význam provádět genetické testy?

V poslední době byl identifikován gen (CARD 15) na chromozomu č. 16, který je odpovědný za vznik Crohnovy nemoci. Je však prokazatelný pouze u 1/3 pacientů a jeho stanovení zatím nemá v klinické práci žádný praktický význam.

Jsou děti postižených rodičů vystaveni vyššímu riziku střevního zánětu?

Je-li jeden z rodičů postižen střevním zánětem, pak pravděpodobnost stejného onemocnění u dětí je mírně zvýšeno, nikoliv však natolik, aby bylo nutné provádět nějaká diagnostická nebo terapeutická opatření u bezpříznakových dětí. Jsou-li postiženy chorobou oba rodiče je riziko vzniku choroby u jejich dětí skutečně velmi vysoké.

Co můžeme udělat pro zlepšení stavu?

Nejzávažnějším rizikovým faktorem komplikovaného průběhu Crohnovy nemoci je kouření cigaret. Proto všichni nemocní by měli zanechat kouření, což významně zvýší účinnost podávané terapie. Dietní opatření mají význam pouze v aktivní fázi nemoci, kdy je doporučována bezsezbytková strava, omezení mléka a ostřích i těžších jídel.

Jak postupovat v těhotenství?

Ideální je načasovat graviditu na období klidové fáze nemoci, pak je její průběh stejně příznivý jako u zdravých žen. Zásadní je nevysazovat léky po otěhotnění. To co ohrožuje matku i plod nejsou podávané léky, ale aktivita nemoci. Vždy je však třeba kontaktovat ošetřujícího lékaře.

Jaké léky se užívají?

Základem terapie u ulcerózní kolitidy jsou aminosalicyláty, které se podávají ve formě tablet nebo lokálně jako čípky nebo nálevy. Užívají se nejen v aktivní fázi, ale také v bezpříznakovém období s cílem zabránit návratu choroby.

V léčbě Crohnovy choroby se užívají nejen aminosalicyláty, ale častěji než u ulcerózní kolitidy imunosupresiva, antibiotika a kortikoidy. V poslední době se využívá tzv. biologická léčba.

I když účinnost medikamentózní terapie u ulcerózní kolitidy a zvláště u Crohnovy nemoci je omezena, je u většiny pacientů efektivní a snižuje riziko komplikací. Je proto naprosto nutné, aby předepsanou léčbu pacienti užívali tak, jak je doporučena specialistou.

Jaké je postavení chirurgické léčby u ulcerózní kolitidy?

Chirurgická léčba u nemocných s ulcerózní kolitidou znamená definitivní vyléčení, avšak za cenu odstranění celého tlustého střeva. Částečná resekce pouze postiženého úseku se neprovádí, protože z neznámého důvodu a v krátké době se po odstranění postižené části tlustého střeva onemocnění objevuje v původně nepostižených úsecích tlustého střeva.

U většiny nemocných se i po odstranění celého tlustého střeva obnovuje kontinuita trávicí trubice spojením tenkého střeva s konečníkem a nebo s řitním kanálem.

Jaké je postavení chirurgické léčby u Crohnovy nemoci?

U Crohnovy nemoci ani chirurgická léčba nevede k definitivnímu vyléčení. Do tří let se u 70 % nemocných, kteří se podrobili chirurgické léčbě objevuje choroba znovu, obvykle v místě spojení tenkého a tlustého střeva (anastomóza). Chirurgická léčba neřeší chorobu jako takovou, ale pouze komplikace, které nemoc způsobila.

Jak postupovat při cestování?

Nemocní s idiopatickými střevními záněty jsou náchylní na získání střevní infekce, zvláště při cestování do endemických oblastí (blízký a střední východ, Afrika, Asie). Je proto nutné dodržovat zvýšenou hygienu a při vzniku obtíží, zvláště průjmu a teplot podávat od počátku antibiotika. Jako prevence se mohou uplatnit léky ze skupiny probiotik.

Na druhou stranu však nutno zdůraznit, že pobyt v přímořských oblastech, dostatek tepla a pohybu působí u většiny nemocných se záněty střev blahodárně.

V jakém věku se střevní záněty objevují nejčastěji?

Typický je výskyt v mladém věku mezi dvacátým a třicátým rokem života. U jedinců s rodinným výskytem těchto chorob, se začátek nemoci posunuje do období před pubertou, kolem 10 - 15 roku života.

Druhým obdobím života se zvýšeným výskytem těchto nemocí je věk mezi padesátým a šedesátým rokem.

Jaký je výskyt těchto nemocí u populace?

Jde spíše o vzácná, než častá onemocnění. Roční výskyt Crohnovy nemoci je 2 - 4 nových případů na 100.000 obyvatel a 4 - 6 nových případů s ulcerózní kolitidou. V posledních deseti letech se prudce zvyšuje výskyt nových případů Crohnovy nemoci, kdežto výskyt ulcerózní kolitidy zůstává stejný.

Jaká je prognóza obou nemocí?

I když obě nemoci nejsou medikamentózní terapií definitivně vyléčitelné, jsou však dobře léčitelné a většina nemocných žije normálním životem.

U poměrně malého počtu pacientů je agresivní průběh nemoci natolik nepříznivý, že vede k trvalé invalidizaci. V těchto případech je zhoršena kvalita života. Průměrná délka života nemocných s idiopatickými střevními záněty je však stejná jako u ostatní populaci a úmrtnost na tyto choroby je téměř nulová.

Mají nemocní vyšší riziko zhoubného novotvaru střev?

Ano, od počátku sedmdesátých let se ví, že nemocní s ulcerózní kolitidou i Crohnovou nemocí mají vyšší riziko vzniku rakoviny tlustého střeva. To se zvyšuje u pacientů s dlouhotrvajícím zánětem (více než 20 let) a s postižením celého tlustého střeva. Pravidelné koloskopické prohlídky a dlouhodobé užívání aminosalicylátů však uvedené riziko významně snižují.

Odborná spolupráce Doc. MUDr. Milan Lukáš, CSc.