

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Potřeby pacientů s Crohnovou chorobou v ošetrovatelském modelu

Nancy Roper

Žaneta Králová

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Bc. Žaneta Králová**  
Osobní číslo: **Z16307**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Potřeby pacientů s Crohnovou chorobou v ošetrovatelském modelu Nancy Roper**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
  2. Stanovení cílů a metodiky práce.
  3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
  4. Analýza a interpretace získaných dat.
  5. Zhodnocení výsledků práce.
-

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

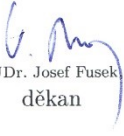
Seznam odborné literatury:

1. BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ et al. Vnitřní lékařství. 2. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 1180. ISBN 978-80-7492-145-2.
2. ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, s. 111. ISBN 978-80-7262-600-7.
3. HLAVATÝ, Tibor et al. Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitidou: kniha o črevných zápalových ochoreniach pre pacientov. 1. vyd. Brno: Grifart, 2013, s. 147. ISBN 978-80-905337-1-4.
4. LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK et al. Gastroenterologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, s. 256. ISBN 978-80-7262-692-2.
5. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 150. ISBN 80-247-1211-3.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Hráčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2018

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 3. 5. 2018

Žaneta Králová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Haně Ochtinské, za cenné připomínky při vedení mé práce, a také svému manželovi za podporu během studia, bez níž bych nebyla schopná toto studium dokončit.

Děkuji i pacientům, kteří byli ochotni se mnou hovořit o své nemoci, a zaměstnancům zdravotnického zařízení, v němž probíhalo výzkumné šetření k mé bakalářské práci.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá potřebami pacientů s Crohnovou chorobou v ošetrovatelském modelu Nancy Roper. V teoretické části je popsána historie Crohnovy choroby, její projevy, diagnostika a léčba, model životních aktivit Nancy Roper a potřeby pacientů s Crohnovou chorobou. Pro praktickou část bylo zpracováno deset kazuistik vybraných pacientů, u nichž byly následně stanoveny ošetrovatelské diagnózy a vytvořen plán ošetrovatelské péče. Výstupem práce je ošetrovatelský manuál určený pro pacienty docházející na biologickou léčbu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Crohnova choroba, ošetrovatelský manuál, ošetrovatelský model, potřeby pacientů

## **TITLE**

Needs of Patients with Crohn's Disease in Nursing Model of Nancy Roper

## **ANNOTATION**

The bachelor work deals with needs of patients with Crohn's disease in nursing model of Nancy Roper. In theoretical part is described history of Crohn's disease, their manifestations, diagnostics and its treatment, Nancy Roper's model of nursing care based on activities of daily living and needs of patients with Crohn's disease. For practical part were elaborated ten cases of history of chosen patients, by which nursing diagnosis were determined and the nursing care plan was created. The final output is nursing manual for patients receiving biological therapy.

## **KEYWORDS**

Crohn's disease, needs of patients, nursing manual, nursing model

# OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle práce .....	14
1.1 Cíle teoretické části práce .....	14
1.2 Cíle praktické části práce .....	14
2 Teoretická část .....	15
2.1 Crohnova choroba .....	15
2.1.1 Historie Crohnovy choroby .....	15
2.1.2 Etiologie a patogeneze onemocnění .....	16
2.1.3 Incidence a prevalence Crohnovy choroby.....	18
2.1.4 Průběh, projevy a komplikace Crohnovy choroby .....	19
2.1.5 Aktivita nemoci a skórovací systémy k posouzení tíže onemocnění.....	21
2.1.6 Diagnostika Crohnovy choroby .....	22
2.1.7 Léčba a životospráva při Crohnově chorobě .....	23
2.1.8 Fertilita, těhotenství a Crohnova choroba.....	26
2.2 Ošetrovatelská část.....	27
2.2.1 Model životních aktivit Nancy Roper a lidské potřeby .....	27
2.2.2 Potřeby pacientů s Crohnovou chorobou.....	30
2.2.3 Pacientské organizace u nás a v zahraničí .....	31
3 Praktická část .....	33
3.1 Metodika sběru dat, soubor respondentů a výstupy bakalářské práce .....	33
3.2 Statistické údaje .....	35
3.3 Kazuistika č. 1 .....	38
3.3.1 Průběh hospitalizace .....	41
3.3.2 Posouzení současného stavu potřeb v modelu Nancy Roper.....	43
3.3.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánu ošetrovatelské péče .....	46
3.4 Kazuistika č. 2.....	48

3.4.1	Posouzení současného stavu potřeb v modelu Nancy Roper.....	50
3.4.2	Stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánu ošetrovatelské péče .....	52
3.5	Kazuistika č. 3.....	55
3.5.1	Posouzení současného stavu potřeb v modelu Nancy Roper.....	58
3.5.2	Stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánu ošetrovatelské péče .....	60
4	Diskuze .....	64
5	Závěr .....	69
6	Seznam použitých zdrojů.....	71
7	Přílohy.....	75



## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Počet dispenzarizovaných pacientů v ČR v letech 2000 a 2013 (ÚZIS ČR, 2001, s. 18; ÚZIS ČR, 2015, s. 76).....	36
Obrázek 2 – Počet dispenzarizovaných pacientů v Pardubickém kraji v letech 2000 a 2013 (ÚZIS ČR, 2001, s. 18; ÚZIS ČR, 2015, s. 76).....	36
Obrázek 3 – Rozvržení pacientů v Pardubickém kraji podle věkových skupin v roce 2000 (ÚZIS ČR, 2001, s. 18).....	37
Obrázek 4 – Rozvržení pacientů v Pardubickém kraji podle věkových skupin v roce 2013 (ÚZIS ČR, 2015, s. 76).....	38
Obrázek 5 – Maslowova hierarchie potřeb (Šamánková, 2011, s. 26).....	78
Tabulka 1 – Bestův index aktivity Crohnovy choroby CDAI (Vránová, 2013, s. 33).....	76
Tabulka 2 – Léky užívané v terapii Crohnovy choroby (Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 41).....	77
Tabulka 3 – Ošetřovatelský manuál pro pacienty s Crohnovou chorobou docházející na biologickou léčbu (vlastní zdroj).....	85

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Activity Daily Living (Barthelův test základních všedních činností)
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
angl.	anglický
anti-TNF	protizánětlivý faktor
apod.	a podobně
AST	aspartátaminotransferáza
atd.	a tak dále
B-potřeby	z angl. „Being Values“
BMI	Body Mass Index
CD	Crohn's disease
CDAI	Crohn's Disease Activity Index
cit.	citováno
cm	centimetr
CRP	c-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
D	dech
D-potřeby	z angl. „Deficiency Needs“
EFCCA	The European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations
EKG	elektrokardiografie
EMG	elektromyografie
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
et al.	lat. „a kolektiv“

F1/1	fyziologický roztok
FW	sedimentace červených krvinek
FZS UPCE	Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice
g	gram
G 20, G 22	značení periferních žilních kanyl
gra	granule
GCS	Glasgow Coma Scale
GMT	gamaglutamyltransferáza
hod	hodina
IBD	inflammatory bowel diseases
IBD-1	gen související se vznikem Crohnovy choroby
IgG	imunoglobulin (protilátka) v krvi
ILCO	dobrovolné sdružení stomiků
ISZ	idiopatický střevní zánět
i.v.	intravenózní
inj sol	injekční roztok
JAMA	Journal of the American Medical Association
kg	kilogram
km	kilometr
KO	krevní obraz
l	litr
lat.	latinsky
LDK	levá dolní končetina
mg	miligram

ml	mililitr
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
mmol	milimol
μmol	mikromol
MNA	Mini Nutritional Assessment
MR	magnetická rezonance
např.	například
NSZ	nespecifický střevní zánět
P	puls
PŽK	periferní žilní kanyla
r.	rok
resp.	respektive
s.	strana
s. c.	subkutánní
SpO <sub>2</sub>	saturace krve kyslíkem
tbl	tableta
tbl eff	šumivá tableta
tj.	to jest
TK	tlak krve
TSH	tyreotropní hormon
TT	tělesná teplota
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VAS	vizuální analogová škála
z.s.	zapsaný spolek

## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá potřebami pacientů, kteří se dlouhodobě léčí s Crohnovou chorobou. Crohnova choroba je chronické, celoživotní onemocnění trávicího traktu, při němž se obvykle střídají klidová a akutní stadia. Příčiny vzniku této nemoci nejsou dosud známy, její průběh je těžce předvídatelný a zatím neexistuje léčba, jež by v budoucnu zcela zabránila jejímu dalšímu vzplanutí u pacientů, jimž byla diagnostikována. Pacientům tedy nezbyvá nic jiného, než se s ní naučit žít (Červenková, 2009, s. 7).

Projevy této nemoci zahrnují kromě střevních projevů, jako je průjem či nadýmání, také celou řadu příznaků mimostřevních – nejčastěji nejrůznější bolestivé stavy a únavu – které omezují pacientovu schopnost fungovat v běžném životě. Příznaky mohou být od mírných až po těžko snesitelné a v každém případě vyžadují naučit se zvládat stresové situace spojené s projevy choroby a celkově upravit životní styl. Důležité jsou také pochopení a podpora ze strany okolí pacienta. V závislosti na aktivitě zánětu tak tato choroba ovlivňuje v podstatě celý pacientův život a jeho kvalitu (Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, 2012, s. 3).

V současnosti roste počet nemocných s Crohnovou chorobou, a to především v ekonomicky vyspělých zemích Evropy a Severní Ameriky. Poslední údaje ukazují, že je v těchto zemích každý rok nově diagnostikováno průměrně 5–10 pacientů s Crohnovou chorobou na 100 000 obyvatel (Bureš et al., 2014, s. 409). Onemocnění postihuje bez výraznějších rozdílů obě pohlaví a nejčastěji propuká v průběhu mladšího až středního věku, ačkoliv jeho výskyt v pozdějším věku také není zcela vyloučen (Vránová, 2013, s. 25).

Ke zmapování oblastí, v nichž pacienti s Crohnovou chorobou ve svém běžném životě pociťují deficit, je obzvláště vhodný koncepční model ošetrovatelské péče Nancy Roper, označovaný jako „Model životních aktivit“. N. Roper ve svém modelu spojila poznatky z psychologie, fyziologie a ošetrovatelství a spolu s dalšími autorkami (Winifred Logan a Alison Tierney) popsala v rámci tohoto modelu základní aktivity společné všem lidem, projevující se prostřednictvím určitých typů chování, rozdělené do dvanácti oblastí. Důraz kladla především na schopnosti pacientů samostatně vykonávat činnosti denního života. N. Roper doporučovala, aby byly životní aktivity považovány za základ pro hodnocení potřeb a problémů pacienta, a aby bylo srovnáváno předchozí chování pacienta se změnami vyvolanými nemocí, z čehož vyplynou problémy vyžadující ošetrovatelský zásah (Pavlíková, 2006, s. 60–63).

# **1 CÍLE PRÁCE**

## **1.1 Cíle teoretické části práce**

- 1) Dle aktuální literatury popsat historii onemocnění, jeho etiologii, průběh a projevy, komplikace, vyšetřovací postupy a možnosti léčebných metod, shrnout nejnovější poznatky týkající se Crohnovy choroby.
- 2) Popsat model životních aktivit Nancy Roper; definovat oblasti životních potřeb, v nichž pacienti s Crohnovou chorobou mohou pociťovat deficit (obecně).

## **1.2 Cíle praktické části práce**

- 1) Sesbírat anamnestické údaje od deseti pacientů s Crohnovou chorobou, z těchto údajů zpracovat kazuistiky formou ošetrovatelského procesu dle modelu životních aktivit Nancy Roper a tři z těchto kazuistik uvést v bakalářské práci.
- 2) Vypracovat ošetrovatelský manuál pro pacienty s Crohnovou chorobou docházející na biologickou léčbu.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Crohnova choroba

Crohnova choroba či nemoc (anglicky Crohn's disease – CD; označovaná také jako regionální enteritida, granulomatózní enteritida či terminální ileitida) je chronické zánětlivé onemocnění, které může postihnout jakoukoliv část trávicí trubice, přičemž toto postižení má segmentární (ohraničený) charakter a zachvacuje všechny vrstvy trávicí trubice transmurálně – prochází skrz celou střevní stěnu (Lata et al., 2010, s. 99).

Jedná se o onemocnění ze skupiny nespecifických střevních zánětů (NSZ), někdy také označovaných jako idiopatické střevní záněty (ISZ), mezi něž spadá také ulcerózní kolitida – dříve označovaná jako idiopatická proktokolitida. Na rozdíl od Crohnovy choroby postihuje ulcerózní kolitida výhradně tlusté střevo, a to především oblast konečníku a různě rozsáhlé přiléhající partie tlustého střeva, případně celé tlusté střevo. Dalším rozdílem je hloubka zánětlivého postižení – na rozdíl od Crohnovy choroby je při ulcerózní kolitidě zánět omezen pouze na slizniční vrstvu. V současnosti je stále častěji pro idiopatické střevní záněty i v českém prostředí užívána anglická zkratka IBD (z anglického „inflammatory bowel diseases“ – zánětlivá střevní onemocnění). Výraz „idiopatické“ pochází z řečtiny a vyjadřuje skutečnost, že tato onemocnění nemají známou příčinu vzniku – „idios“ znamená vlastní, sám od sebe, „pathos“ znamená nemoc (Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 15–17).

#### 2.1.1 Historie Crohnovy choroby

Již ve staré lékařské literatuře je možné nalézt popisy nemocných, jejichž příznaky se shodují s příznaky Crohnovy choroby. V roce 1612 jistý doktor Fabry informoval o tom, že při pitvě adolescenta, který zemřel krátce poté, co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku, objevil v jeho trávicím traktu stenózu terminálního ilea se zvláště zesílenou střevní stěnou. Právě ta způsobila neprůchodnost střeva a jeho následnou perforaci. Také profesor Thomayer popsal ve svém spise *Pathologie a therapie nemocí vnitřních* z roku 1893 případy nemocných s „počasným katharem střevním“, jejichž klinický průběh i patologicko-anatomický nálezní při pitvě připomínal Crohnovu chorobu (Červenková, 2009, s. 12).

Teprve v nedávné minulosti však byla Crohnova choroba skutečně „objevena“ a popsána. Šlo o zdoluhavý proces, na jehož počátku stál americký gastroenterolog Burill B. Crohn. Ten v roce 1932 spolu se svými spolupracovníky z nemocnice Mount Sinai v New Yorku Ginzburgem a Oppenheimerem popsal celkem 14 nemocných s vředovitým zánětem terminálního ilea, tj. konečné části tenkého střeva (Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 17).

Jen díky náhodě byla nově popsaná nemoc pojmenovaná podle B. B. Crohna. Do týmu patřil ještě tehdy slavný chirurg Berg, který se odmítl podílet na článku o výsledcích bádání do prestižního odborného časopisu JAMA (*Journal of the American Medical Association*), ačkoliv postižené pacienty také zkoumal. Jelikož autoři článku byli uvedeni v abecedním pořádku, a nikoliv podle badatelských zásluh, byla choroba pojmenována Crohnovou. Až v 50. a 60. letech 20. století výzkumy definitivně prokázaly, že tato nemoc postihuje také tlusté střevo, či dokonce jakoukoliv část trávicí trubice. Počátkem 90. let se pohled na Crohnovu chorobu proměnil ještě razantněji – ukázalo se, že se jedná o onemocnění s tolika různými projevy, komplikacemi a lokalizací, že je nutné ho klasifikovat mnohem přesněji, než tomu bylo do této doby, jinak by nebylo ani možné porovnávat způsoby a výsledky léčby (Červenková, 2009, s. 12).

### **2.1.2 Etiologie a patogeneze onemocnění**

Příčina onemocnění je dosud neznámá; předpokládá se, že chronický zánět střev je způsoben imunologickou dysfunkcí, vznikající ze střetu genetické predispozice s faktory zevního prostředí, a následně dochází ke změně reaktivity organismu na antigeny, procházející trávicím traktem. Vyvolávající specifické infekce jako *Helicobacter*, *Yersinia*, *Mycobacterium paratuberculosis*, *Listeria monocytogenes* a další nebyly prokázány (Antoš et al., 2013, s. 63).

Různé mikroorganismy byly v souvislosti s Crohnovou chorobou zkoumány po desetiletí, žádný z nich pravděpodobně není etiologickým agens, zdá se však, že mohou být spouštěči onemocnění. U Crohnovy choroby jsou častěji nacházeny protilátky proti potravinářským kvasnicím *Saccharomyces cerevisiae*. Také možnou roli *Enterobacteriaceae* v patogenezi idiopatických střevních zánětů, především *Escherichia coli*, podporují nálezy protilátek v séru (Bureš et al., 2014, s. 404).



V současnosti se vědci přiklánějí k názoru, že Crohnova choroba, stejně jako ulcerózní kolitida, je civilizační nemoc vyvolaná prudkými změnami vnějšího prostředí, životního stylu a stravování v několika posledních desetiletích. Nezbytnou podmínkou je však také vrozená genetická dispozice (Červenková, 2009, s. 13). Startovacím faktorem nemoci může být psychická zátěž, zejména dlouhodobá; moderní stravování „západního stylu“, tj. snížená konzumace vlákniny, zvýšený příjem rafinovaných cukrů, živočišných proteinů, sterilovaných a konzervovaných potravin na úkor potravin čerstvých, sušených a fermentovaných, vliv potravinových aditiv (barviv, konzervantů apod.), potravinových alergenů, nepoměr příjmu omega-6 a omega-3 nenasycených mastných kyselin a řada dalších faktorů (Bureš et al., 2014, s. 404).

Vzhledem ke zvýšené úrovni hygieny je v současnosti lidský organismus mnohem méně vystaven styku s různými mikrobiálními antigeny, než tomu bylo v minulosti, což může rovněž přispívat ke vzniku Crohnovy choroby. Je prokázáno, že onemocnění vzniká častěji v rodinách s vysokým hygienickým standardem. Přílišnou snahou o navození co nejvíce sterilního prostředí je minimalizován kontakt hlavně novorozenců, kojenců i starších dětí s různými mikroby, což může následně vést k bouřlivým reakcím imunitního systému a vzniku autoimunitních chorob. Svou roli může hrát také nadměrná obrana dětí před různými infekcemi a zkracování doby kojení (Vránová, 2013, s. 26).

Kontaminace půdy a vody používáním antibiotik a chemoterapeutik, které se do vnějšího prostředí dostávají výkaly, a mění tak jeho bakteriální složení, a posléze i složení živých organismů, může být dalším rizikovým faktorem (Červenková, 2009, s. 12). Ženy užívající hormonální antikoncepci mají vyšší riziko vzniku Crohnovy choroby než ženy, které ji neužívají. Crohnova choroba, stejně jako ulcerózní kolitida, propukají dvakrát častěji v zimě než v létě (Bureš et al., 2014, s. 404).

Za rizikové či možné je tak v souvislosti se vznikem Crohnovy choroby označováno mnoho faktorů, dosud však nebyl interpretován jasný závěr. Stanovení jednoznačných důkazů je velmi obtížné, ačkoliv souvislost současného moderního životního stylu se vznikem onemocnění již byla potvrzena. Zcela bez pochyb byl potvrzen negativní vliv kouření na vznik Crohnovy choroby (je rizikovým faktorem vzniku a negativně ovlivňuje i celkový průběh choroby), na rozdíl od ulcerózní kolitidy, u níž byl paradoxně potvrzen pravý opak; zde kouření sehrává roli protektivního faktoru, a vznik nemoci může nastartovat i zanechání kouření (Vránová, 2013, s. 26).

Genetické vlivy byly odvozovány od studia jednovaječných dvojčat (40 % jednovaječných dvojčat trpí stejným typem idiopatického střevního zánětu), ze spojitosti s jinými geneticky podmíněnými chorobami a podle vyššího výskytu v rodinách – 10–25 % pacientů s Crohnovou chorobou má u příbuzných prvního řádu další osobu s tímto onemocněním (Bureš et al., 2014, s. 403). Nejznámějším z genů, které mohou souviset se vznikem Crohnovy choroby, je gen označovaný jako IBD-1. Pokud člověk zdědí odchylku v tomto genu od jednoho z rodičů, pohybuje se u něj pravděpodobnost vzniku Crohnovy choroby mezi 3–15 %, a v případě, že je tato odchylka předána oběma rodiči, stoupá riziko vzniku onemocnění až na 20–30 % (Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 18).

### **2.1.3 Incidence a prevalence Crohnovy choroby**

Crohnova choroba je, stejně jako ulcerózní kolitida, častějším onemocněním v Evropě, USA, Kanadě a Austrálii. V rozvojových zemích je Crohnova choroba vzácná. Incidence, tj. počet nově diagnostikovaných případů v populaci o velikosti 100 000 obyvatel za 1 rok a prevalence, tj. celkový počet nemocných v populaci 100 000 obyvatel v daném okamžiku, se v posledních třiceti letech zdvojnásobily. Incidence Crohnovy choroby je v současnosti ve vyspělých zemích Evropy a v Severní Americe 5–10/100 000 obyvatel a prevalence 70–100/100 000 obyvatel (Bureš et al., 2014, s. 409). V České republice je incidence Crohnovy choroby 6 nových případů na 100 000 obyvatel za rok a má stoupající tendenci, částečně zřejmě díky zlepšené diagnostice (Pavelka et al., 2014, s. 247). Prevalence v ČR bývá udávána 18–22/100 000 obyvatel (Antoš et al., 2013, s. 63).

Epidemiologické studie prokázaly na evropském kontinentu zřetelný severo-jihní a západovýchodní gradient rozšíření Crohnovy choroby. Nejvyšší incidence je zaznamenávána ve Skandinávii a jižním směrem postupně klesá; v oblasti Středomoří dosahuje v průměru polovičních hodnot severovýchodních zemí. Západovýchodní gradient onemocnění se projevuje nejvyšším výskytem v zemích západní Evropy, zatímco v zemích východní Evropy je výrazně nižší. V ČR pak odpovídá incidence Crohnovy choroby geografické poloze našeho území – je uprostřed mezi vysokou incidencí v západních částech Evropy a nižší ve východních částech kontinentu (Pavelka et al., 2014, s. 247).

Poměr postižení ženy:muži činí 1:1, maximum nově popsanych případů se objevuje mezi 15. a 30. rokem věku. Pokud Crohnovou chorobou trpí někdo z přímých pokrevních příbuzných, potom v další generaci vypuká o pět až sedm let dříve, proto mívají děti

postižených rodičů první projevy nemoci už v osmi či deseti letech (Červenková, 2009, s. 26). V populaci jsou nejčastěji postiženým etnikem aškenázští Židé, u nichž se 1,5–2krát častěji vyskytuje IBD-1 gen než u zbytku populace (Lata et al., 2010, s. 99).

#### **2.1.4 Průběh, projevy a komplikace Crohnovy choroby**

Průběh a projevy onemocnění jsou velmi rozdílné a liší se v závislosti na tom, jakou část trávicí trubice a v jaké míře zánět postihl. Na počátku mívá většina pacientů pouze zánětlivé změny na střevní sliznici, v dalších letech pak dochází ke vzniku zúženin či píštělí – abnormálnímu spojení mezi dvěma dutými orgány nebo mezi střevem a povrchem těla, které vzniká z hlubokého vředu. Na základě toho je možné rozlišit tři typy chování nemoci – typ zánětlivý, stenózující a píštělový. Na konzervativní léčbu nejlépe odpovídá typ zánětlivý, stenózující pak představuje hlavní důvod k chirurgickému zásahu. Typ píštělový také hůře odpovídá na konzervativní léčbu. Pokud jde o lokalizaci, nejčastěji (až u 40 % pacientů) bývá postižen přechod tenkého a tlustého střeva (ileocékální oblast), příznaky onemocnění pak zahrnují křečovitě bolesti břicha, průjmy a hubnutí. Bolesti břicha se dostavují většinou do 30 až 60 minut po jídle. Pokud bolest v pravém podbříšku přetrvává trvale, může to poukazovat na existující komplikace onemocnění. Hubnutí je důsledkem nižšího příjmu potravy a zánětlivé aktivity choroby (Červenková, 2009, s 15–17).

Pokud dominuje postižení tlustého střeva, což bývá až u 25 % pacientů, bývá v popředí obtíží průjem, někdy s příměsí krve a hleny ve stolici. Časté jsou i bolesti břicha, hnisavé projevy kolem konečníku a mimostřevní projevy – záněty kloubů, rohovky a duhovky, kožní změny, např. nodózní erytém – bolestivé zduřenininy v kůži a podkoží, objevující se obvykle na bérkách (Pavelka et al., 2014, s. 247). Kloubní postižení bývá často asymetrické a nejčastěji se vyskytuje na středních a větších kloubech, které pak vykazují známky zánětu, jsou mírně zarudlé, teplé na dotyk a bolestivé při pohybu (Vránová, 2013, s. 28).

Škála potíží u pacientů s postižením tenkého střeva (přibližně 30 % pacientů) zahrnuje bolesti břicha, hubnutí, celkové neprospívání, chudokrevnost. Průjmy a mimostřevní projevy chybí, naopak ale hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva (Červenková, 2009, s. 16).

Pokud je postižen pouze konečník a řitní kanál (izolované postižení této oblasti je vzácné, postihuje pouze 3–5 % pacientů), dochází k hnisavým projevům, opakovanému vzniku abscesů či píštělí u konečníku, vředů v řitním kanále a infiltrovaných análních papil, vytvářejících

bolestivé výrůstky u konečníku. Velmi vzácně mohou být postiženy také další úseky gastrointestinálního traktu – žaludek, duodenum, jícen či ústa (Bureš et al., 2014, s. 409).

Hnisavé projevy u konečníku, fisury, abscesy a píštěle jsou časté i u nemocných, u nichž byl postižen jiný úsek střeva než pouze konečník a řitní kanál – přibližně 30–40 % pacientů trpí anorektální formou Crohnovy choroby. Nemocní si stěžují na bolesti, otok, hnisavý, někdy také krvavý výtok z konečníku, později se může přidružit různý stupeň inkontinence a obtíže při hygieně. Léčba této formy Crohnovy choroby je velmi obtížná a spíše paliativní s cílem ulevit symptomům a předejít tvorbě abscesů a píštělí (Antoš et al., 2013, s. 71).

K metabolickým komplikacím onemocnění, zapříčiněným buď porušeným vstřebáváním živin, nebo nežádoucími účinky užívaných léčiv (především kortikoidů), se řadí osteoporóza, již zmíněná anémie (je průvodním znakem vyšší aktivity střevního zánětu a u nemocných, kteří podstoupili resekci terminálního ilea, je způsobená nedostatečným vstřebáváním vitamínu B12), porušené vstřebávání zinku a selenu, projevující se kožními změnami na pokožce (acrodermatitis enteropathica), vznik žlučových a ledvinových kamenů (Červenková, 2009, s. 28–29).

Pro Crohnovu chorobu je typické, že vlastní střevní projevy jako průjem či bolesti břicha nemusí být nijak alarmující, naproti tomu v popředí často bývají celkové důsledky tohoto onemocnění – celkové neprospívání, hubnutí, zvýšená teplota (37–38 °C) nebo horečka (nad 38 °C) – a to vše je doprovázeno laboratorními známkami zánětlivé aktivity a zhoršené výživy organismu. Crohnova choroba je tedy charakteristická širokou škálou projevů a její průběh se může u jednotlivých pacientů značně lišit. Díky tomu je velmi obtížné předpovědět průběh a vývoj onemocnění, reakci na léčbu či riziko komplikací. U většiny pacientů mívá choroba stabilní lokalizaci, tj. pokud po úspěšné léčbě a zklidnění nemoci dojde k jejímu opětovnému vzplanutí, vrací se obvykle do míst, kde byla původně lokalizována. Méně pozitivním rysem Crohnovy choroby je skutečnost, že mívá u velké části nemocných progresivní průběh (Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 20–22).

K častým komplikacím onemocnění patří krvácení, jež má spíše chronický charakter; masivní krvácení bývá velmi vzácné a obvykle nevyžaduje operační zásah, je možné ho zvládnout neinvazivními postupy. Ileózní stav (neprůchodnost střev) většinou postihuje kličky tenkého střeva a jde často spíše o stav subileózní, způsobený např. edémem, nebo nějakou dietní chybou, kdy dužinaté ovoce nebo zelenina uzavřou zúženou střevní kličku. Tento stav není téměř nikdy indikací k urgentní operaci a lze ho prakticky vždy zvládnout konzervativním

postupem (podáváním antibiotik, kortikoidů, zavedením nasogastrické sondy, parenterální výživou). Po odeznění ileózního stavu je třeba provést důkladné dovyšetření a v případě potřeby navrhnout plánovanou operaci, při níž je pacientovi odebrána menší část střeva, než by tomu bylo při akutním zákroku (Antoš et al., 2013, s. 66).

U 30 až 40 % pacientů se vyskytuje stenóza (zúžení střeva), která se zpravidla řeší balonovou dilatací, tedy roztažením střeva při endoskopickém vyšetření, nebo chirurgicky. Relativně častou komplikací Crohnovy choroby, většinou se rozvíjející postupně, je perforace střevní stěny, kdy hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva a kolem něj se vytvoří vazivové blány ohraničující šířící se zánět; nakonec dojde až ke vzniku píštěle a abscesu, uloženého mimo střevní stěnu. Tento stav se řeší chirurgickou resekci postižené části střeva (Červenková, 2009, s. 25–26).

Nejobávanější z akutních komplikací je toxické megakolon (toxická kolitida) – pokračující zánětlivá destrukce střevní stěny s podobnými příznaky jako velmi prudké vzplanutí kolitidy. Na rentgenovém snímku břicha je patrné roztažení příčného tračnicku o více jak šest centimetrů a tento stav je možné konzervativně léčit maximálně 72 hodin, zcela nutný je co nejrychlejší chirurgický zákrok. Pokud dojde k perforaci střevní stěny, hrozí úmrtí pacienta (letalita ve 40 % případů). Toxické megakolon je však mnohem častější u pacientů s ulcerózní kolitidou než s Crohnovou chorobou (Zbořil et al., 2016, s. 35).

Dlouhotrvající onemocnění je predisponující faktor pro vznik karcinomu tlustého i tenkého střeva, ačkoliv přeměna v karcinom je u pacientů s Crohnovou chorobou mnohem méně častá než u pacientů s ulcerózní kolitidou. I tak je však incidence karcinomu u pacientů s Crohnovou chorobou pět až desetkrát vyšší, než je tomu v běžné populaci. Častěji bývá nádor diagnostikován u pacientů, kteří onemocněli před dvacátým rokem věku a choroba u nich trvá déle než patnáct let. Častější je u pacientů s Crohnovou chorobou také výskyt lymfomů (Antoš et al., 2013, s. 68).

### **2.1.5 Aktivita nemoci a skórovací systémy k posouzení tíže onemocnění**

Často je obtížné rozlišit aktivitu a tíži Crohnovy choroby – pacient s vysokou aktivitou onemocnění (s vysokým stupněm zánětu, velkým rozsahem postižení) nemusí mít klinické projevy ani subjektivní potíže (tíže je nízká), zatímco např. pacient po rozsáhlé resekcii střeva nebo s fibrózními strukturami může mít vysokou tíži onemocnění (může trpět častými průjmy

či kolikovitými bolestmi břicha), ale aktivita nemoci přitom může být nízká nebo dokonce žádná (Bureš et al., 2014, s. 410).

Průběh onemocnění může být progresivní – aktivita nemoci se neupravuje a obtíže se navzdory léčbě zhoršují, stacionární – pacient je v relativně dobrém stavu, choroba je na mírném stupni aktivity, nebo regresivní – onemocnění přechází do stadia klidu či latence (Antoš et al., 2013, s. 64). K posouzení tíže Crohnovy choroby se používají různé indexy se subjektivními, klinickými a laboratorními nálezy. Nejčastěji bývá užíván CDAI – Crohn's Disease Activity Index z roku 1976 (tzv. Bestův index), který poměrně složitě kalkuluje numerické skóre a počítá se z mnoha klinických a laboratorních veličin (viz příloha A, s. 76). Posuzuje jak tíži, tak i aktivitu onemocnění – podle počtu stolic, abdominální bolesti, celkového subjektivního pocitu zdraví, komplikací, hematokritu, hmatné abdominální rezistence, odchylky od standardní hmotnosti či zhubnutí (Vránová, 2013, s. 32–33). Za počátek remise bývá považována hodnota nižší než 150, mírná aktivita 150–250, střední aktivita 250–400, silná aktivita nemoci při hodnotách vyšších než 400 a velmi silná při hodnotách nad 450 bodů (nejvyšší teoreticky možné maximum je 1100 bodů). Vysoká aktivita nemoci je signalizována také vysokými hodnotami CRP a trombocytózou, obvykle při nízké hladině sérového albuminu (Antoš et al., 2013, s. 64–65).

Méně často bývá užíván jednodušší Harveyův-Bradshawův index z roku 1980, který posuzuje celkový pocit zdraví, počet stolic, abdominální bolest, abdominální rezistenci a přidružené komplikace (Bureš et al., 2014, s. 410).

### **2.1.6 Diagnostika Crohnovy choroby**

Základem diagnostiky Crohnovy choroby je endoskopické vyšetření trávicí trubice. Postižení horní části trávicí trubice se diagnostikuje gastrokopií, při podezření na postižení tlustého střeva a terminálního ilea se k diagnostice užívá kolonoskopie, s odběrem bioptických vzorků k histologickému vyšetření. Diagnóza Crohnovy choroby se stanoví podle typického obrazu zánětlivých změn na sliznici – ty mohou být různě rozsáhlé, od otoku sliznice, drobného hromadění hnisu, přes vředy různé velikosti až po zúžení průsvitu střeva při dlouhotrvajícím zánětu. Segmenty nepostiženého střeva se střídají s úseky postiženými. Z dalších metod se užívá i rektoskopie a irigoskopie. Tenké střevo těmito metodami vyšetřit nelze, proto se při podezření na jeho postižení volí jiné metody – ultrazvuk, magnetická rezonance (MR

enterografie) nebo počítačová tomografie (CT enteroklýza). V úvahu připadá i kapslová endoskopie či enteroskopie (Hlavatý et al., 2013, s. 25–26).

Z laboratorních hodnot jsou důležité vysoká hladina CRP, nízká hodnota sérového albuminu, často anémie a u rozsáhlého postižení tenkého střeva také nízká hladina vitamínu B12 a kyseliny listové (Antoš et al., 2013, s. 65). V posledních letech se provádí i vyšetření stolice – jako důležitý laboratorní marker slouží tzv. kalprotektin, bílkovina uvolňovaná z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě. Její zvýšené hodnoty svědčí o přítomnosti zánětu (Pacienti IBD z.s. a Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty, 2016b, s. 29).

Často je obtížné odlišit Crohnovu chorobu od jiných onemocnění. U části nemocných (přibližně 15 %) není možné v prvním roce onemocnění bezpečně stanovit, zda se jedná o Crohnovu chorobu nebo ulcerózní kolitidu – tento stav bývá označován jako indeterminovaná kolitida (Bureš et al., 2014, s. 402).

### **2.1.7 Léčba a životospráva při Crohnově chorobě**

Léčba pacientů s Crohnovou chorobou je komplexní a liší se podle toho, zda jde o první projevy nemoci, o relaps onemocnění (nové vzplanutí), kdy je cílem navodit remisi, nebo o klidové období, kdy je cílem remisi co nejdéle udržet. Léčbu je možno rozdělit na konzervativní, zahrnující podávání léků, výživová opatření, celkovou úpravu životního stylu a v případě potřeby i psychoterapii, a chirurgickou léčbu (Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 39–41).

Kauzální léčba není dosud u Crohnovy choroby známa a žádný léčebný postup bohužel není spolehlivě účinný. Důležité je zohledňovat kvalitu života pacientů, přiměřeně je informovat a pozitivně motivovat k léčbě. Úkolem farmakoterapie je udržet a prodloužit remisi onemocnění a u operovaných pacientů zabránit pooperační recidivě. Ve farmakologické léčbě u pacientů s nově diagnostikovanou chorobou mohou být uplatňovány dva odlišné přístupy – buď postupné zintenzivňování léčby, tzv. „step up“ přístup, kdy při neúspěchu slabších léků jsou postupně přidávány silnější léky, nebo zahájení léčby nejsilnějšími dostupnými léky a jejich postupné snižování, označovaný jako „step down“ nebo „top down“ přístup (Bureš et al., 2014, s. 411–412). V ČR je zpravidla uplatňován „step up“ přístup, „step down“ přístup u nás není možné z hlediska omezení ze strany zdravotních pojišťoven aplikovat, je výrazně ekonomicky nákladnější a spojený s mnohem vyššími riziky nežádoucích účinků léčby

u pacientů, kteří mají nízké riziko komplikací a tuto léčbu na začátku onemocnění nepotřebují (Douda, 2017, s. 110–111).

Základními skupinami léků užívanými pro léčbu Crohnovy choroby jsou aminosalicyláty (mesalazin a sulfasalazin), glukokortikoidy (methylprednisolon, budesonid), imunosupresiva (thiopuriny – azathioprin; methotrexát; v menší míře kalcineurinové inhibitory – cyklosporin A, takrolimus), léčiva ovlivňující složení mikrobiální střevní flóry (především chemoterapeutika/antibiotika; testovalo se i užívání probiotik – mají své opodstatnění u léčby ulcerózní kolitidy, u Crohnovy choroby se jejich efektivita nepotvrdila) a biologická léčba – anti-TNF protilátky a antiintegrinové protilátky (Pavelka et al., 2014, s. 248–250).

Podávání aminosalicylátů u Crohnovy choroby je již delší dobu pokládáno za neúčinné, přesto je pacienti v běžné klinické praxi často užívají. Podle aktuálních doporučení může být mesalazin efektivní při léčbě lehké formy ileokolické Crohnovy choroby a jako prevence vzniku kolorektálního karcinomu u kolické formy nemoci (Douda, 2017, s. 111).

Přelomovým bodem v léčbě idiopatických střevních zánětů bylo zavedení glukokortikoidů do klinické praxe v 50. letech 20. století, které významně snížilo mortalitu pacientů. Stále jsou lékem první volby u pacientů s vysokou aktivitou zánětu, přičemž 90 % pacientů má pozitivní odpověď na tuto formu léčby do tří měsíců od zahájení terapie. Dlouhodobý efekt, tedy setrvalá účinnost léčby po dobu více než jednoho roku, však přetrvává pouze u 30 % pacientů, u zbylých pacientů dojde buď ke ztrátě odpovědi (kortikorezistenci), nebo ke vzniku závislosti na kortikoidech (kortikodependenci), nehledě na závažné vedlejší účinky při podávání kortikoidů, jež jsou hlavním limitem této léčby (Pavelka et al., 2014, s. 249).

Azathioprin představuje od roku 1995 referenční léčbu pro středně těžký až těžký zánět, nereagující na léčbu kortikoidy. Jeho význam přetrvává i po zavedení biologické léčby pro jeho nízkou cenu. U pacientů, kteří na léčbu odpovídají a tolerují ji, udrží azathioprin dlouhodobou stabilní remisi; ztráta odpovídavosti na léčbu činí u Crohnovy choroby jen 5 % ročně – zatímco u anti-TNF biologických preparátů je to 10–15 % ročně (Douda, 2017, s. 112).

Biologická léčba je dnes indikována u pacientů, kteří nereagují na jinou formu terapie nebo u těch, kteří mají komplikace v podobě perianálních píštělí, nedoporučených k chirurgické intervenci (Dítě et al., 2011, s. 63). V ČR jsou v současnosti schváleny k léčbě Crohnovy choroby preparáty infliximab, adalimumab, vedolizumab; řada dalších preparátů je testována v rámci klinických studií – je však otázkou, zda všechny přejdou v ČR do klinické praxe. Na



trh také směřují nová biosimilární léčiva (biosimilární adalimumab), jejichž uplatnění v praxi je pravděpodobnější (Douda, 2017, s. 112–115).

Důležitou součástí režimových opatření u pacientů s Crohnovou chorobou je oblast výživy. Přísná dietní doporučení jsou v současnosti minulostí, pacienti musí sami vypořádat, jaké potraviny jim způsobují problémy a vyhýbat se jim. Pacienti s postižením tenkého střeva většinou trpí intolerancí laktózy (Bureš et al., 2014, s. 411). U velmi prudké ataky choroby je podávána pouze parenterální výživa, běžná ataka nemoci vyžaduje pouhou úpravu dietního režimu – zprvu podávání kašovitě, protiprůjmové šetřící diety s mírným omezením tuků, omezování mléka a zařazování spíše kysaných mléčných výrobků (jogurtů, tvarohů, sýrů) nebo v případě intolerance laktózy bezlaktózových mléčných výrobků. Vhodná je bezsezbytková dieta č. 5 s dostatečným množstvím bílkovin, snižující rychlost vyprazdňování a prodlužující vstřebávání živin. Ke komplexnímu hrazení živin bývá podávána tekutá enterální výživa formou sippingu nebo pomocí nasogastrické či nasojejunální sondy. Je třeba dbát i na doplňování minerálů (především draslíku, hořčíku, vápníku), stopových prvků (železa) a vitaminů (vitaminu C a vitaminů skupiny B), v případě potřeby také prostřednictvím potravinových doplňků. Po zklidnění akutní ataky nemoci je podávána šetřící dieta s mírným omezením tuků a normální úpravou zeleniny a ovoce (Holubová et al., 2013, s. 215–216). Jídelníček je postupně obohacován o vlákninu, vhodné je vyloučit nadýmavé a dráždivé pokrmy. Strava pacientů s Crohnovou chorobou musí být stanovena podle individuální snášenlivosti potravin – jídelníček by neměl obsahovat žádnou potravinu, po jejíž konzumaci by se vyskytly průjemy, nadýmání či bolesti břicha. Důležitý je dostatečný pitný režim (2 až 2,5 l tekutin denně, nedoporučují se sycené nápoje). V bezpříznakovém období nemoci je dovoleno konzumovat malé množství piva nebo kvalitního vína, naopak vysoce procentním alkoholickým nápojům by se nemocní měli vždy vyhýbat (Vránová, 2013, s. 39–41).

Důležité je také vyvarovat se dlouhotrvajícího stresu (krátkodobý akutní stres většinou pacienti s Crohnovou chorobou přestojí bez následků). Přínosná může být podpůrná psychoterapie, která je prospěšná u všech chronicky probíhajících onemocnění. Vhodná je zejména u těžších forem choroby s nedostatečnou odezvou na medikamentózní léčbu, u pacientů po rozsáhlých chirurgických výkonech, nebo u nemocných s výrazně sníženou kvalitou života. Léčebné dopady psychoterapie jsou ale vždy velmi individuální (Pacienti IBD z.s. a Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty, 2016a, s. 76). Doporučuje se také nácvik relaxačních technik, dýchacích cvičení, masáže, reflexní terapie, akupunktura apod. Pro kuřáky platí striktní zákaz kouření (Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, 2012, s. 13–14).

V neposlední řadě je také třeba zmínit možnost lázeňské péče, na níž mají nárok pacienti, jimž byla Crohnova choroba nově diagnostikována, pacienti s těžšími formami Crohnovy choroby a s opakovanými relapsy onemocnění. Těmto pacientům je poskytována komplexní lázeňská péče po dobu 21 dní, plně hrazená zdravotní pojišťovnou, v Karlových Varech, Luhačovicích, Františkových Lázních a Mariánských Lázních (Pacienti IBD z.s., 2015 [online] [cit. 2017-12-22]).

K chirurgické léčbě se přistupuje pouze pokud nepostačuje konzervativní léčba, či při akutně vzniklých stavech, které by mohly ohrozit život pacienta. I přes veškeré úspěchy konzervativní léčby čeká alespoň jeden chirurgický zákrok za život přibližně 80 % pacientů, opakované zákroky podstoupí kolem 20 % pacientů (Červenková, 2009, s. 17). Část pacientů musí být operována kvůli stenózám, píštělím, abscesům či akutním komplikacím – krvácení, perforaci, ileu. Resekce jsou prováděny v co nejmenším možném rozsahu, protože opakované rozsáhlé zákroky bývají spojeny s rizikem vzniku syndromu krátkého střeva vedoucího k rozvoji malabsorpčního syndromu a následné malnutrici (Bureš et al., 2014, s. 413).

Současným trendem je ústup od rozsáhlých chirurgických výkonů, operace jsou pečlivě zvažovány a plánovány, přednost mají výkony minimalizující ztrátu resorpční plochy tenkého střeva, zachovávající kontinuitu trávicí trubice a kontinenci pacientů. Běžné jsou laparoskopické zákroky, významných změn doznala předoperační příprava pacientů i perioperační průběh – zavedení protokolu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), spočívající v předoperačním podání sacharidového koktejlu, omezení lačnění (6 hodin tuhá strava, 2 hodiny tekutiny), vynechání ortográdní střevní přípravy, redukci invazivních vstupů (centrální žilní katetr, močový katetr), antibiotické a tromboembolické profylaxi dle zásad správné klinické praxe a aplikaci šetřících opiátů (Douda, 2017, s. 110–111).

### **2.1.8 Fertilita, těhotenství a Crohnova choroba**

Plodnost u žen a mužů s Crohnovou chorobou obecně není snížena ve srovnání s ostatní populací. Nižší počet narozených dětí u pacientů s Crohnovou chorobou souvisí s obtížnějším hledáním životních partnerů a někdy také s osobním rozhodnutím pacientů nemít děti. Muži, kteří jsou léčeni sulfasalazinem, mají až v 80 % snížené množství spermií v ejakulátu nebo sníženou pohyblivost spermií. Tento stav je však plně reverzibilní do dvou měsíců po vysazení sulfasalazinu. Léčba azathioprinem kvalitu spermií neovlivňuje. Muži v celkově těžkém stavu

zaviněném např. malnutricí či celkovou zánětlivou reakcí mají až v polovině případů snížené množství spermií v ejakulátu. U žen trpících závažnou malnutricí s nedostatkem proteinů je častá sekundární amenorea – dlouhodobá absence menstruačního cyklu. Ženy s těžkým zánětlivým postižením v malé pánevi a pacientky po břišních operacích bývají neplodné ve čtvrtině případů (Bureš et al., 2014, s. 414).

Pro úspěšný průběh těhotenství u pacientky s Crohnovou chorobou je vhodné těhotenství plánovat, důležité je, aby pacientka byla v období dlouhodobé remise. Pokud je to možné, je vhodné před početím vysadit nebo minimalizovat léčbu. Je udáváno, že přibližně 80 % pacientek s Crohnovou chorobou porodí normální zdravé dítě. Pokud pacientka otěhotní v klidovém stadiu, pak k relapsu choroby dojde maximálně u jedné třetiny pacientek; naopak pokud pacientka otěhotní v období aktivního stadia onemocnění, přetrvává aktivita nemoci asi u dvou třetin gravidních pacientek a u jedné třetiny může postupně přejít do klidového stadia. Aktivita onemocnění zvyšuje riziko předčasného porodu a nízké porodní váhy novorozence (Pacienti IBD z.s. a Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty, 2016, s. 28–29).

Co se týče porodu, pacientky s Crohnovou chorobou se neliší od zdravých žen a vaginální porod pro ně nepředstavuje zvýšené riziko. Výjimku tvoří pacientky s aktivními píštělemi v oblasti konečníku. Těmto pacientkám je doporučeno родit císařským řezem, aby se předešlo případnému poškození svěrače konečníku. Podobně se dává přednost porodu císařským řezem u pacientek se stomií. Kojení dítěte je u pacientek s Crohnovou chorobou možné, pokud je onemocnění v remisi a matku příliš nevyčerpává (Hlavatý et al., 2013, s. 119–120).

## **2.2 Ošetřovatelská část**

### **2.2.1 Model životních aktivit Nancy Roper a lidské potřeby**

Nancy Roper svůj model, jenž patří mezi humanistické modely ošetřovatelství, poprvé prezentovala v roce 1976 a popsala v něm základní aktivity společné všem lidem, projevující se prostřednictvím určitých typů chování; důraz kladla na schopnosti pacientů samostatně vykonávat činnosti denního života. Původní model obsahoval 16 aktivit denního života rozdělených na základní aktivity (důležité pro zachování lidského života) a aktivity sloužící ke zvýšení kvality lidského života. Později těchto 16 aktivit redukovala na 12 a prezentovala ho se spoluautorkami Winifred Logan a Alison Tierney jako „Model životních aktivit“ – proto se

někdy hovoří o modelu Roper-Logan-Tierney. Nancy Roper (1918–2004) vystudovala ošetrovatelství na Všeobecné ošetrovatelské škole v Leeds General Infirmary ve Velké Británii, pracovala jako vedoucí lektorka v oblasti zdravotnického vzdělávání. Winifred Logan vystudovala stejnou školu jako Nancy Roper, pracovala jako sestra, přednášela ošetrovatelství na University of Edinburgh a později se stala vedoucí katedry ošetrovatelství a zdravotních věd v Glasgow College of Technology. Alison Tierney vystudovala na University of Edinburgh, kde poté i přednášela a následně byla jmenována vedoucí ošetrovatelského výzkumu (Vlášková, 2012, s. 12).

Základní životní aktivity představuje podle těchto autorek udržování bezpečného okolí, komunikace, dýchání, jídlo a pití, vylučování, osobní hygiena a oblékání, kontrola tělesné teploty, pohyb, práce a hry, projevy sexuality, spánek a umírání (Archalousová, 2003, s. 64–65).

Každá životní aktivita přitom zahrnuje tři aspekty – fyziologický (či fyzický), psychologický a sociální. Jednotliví lidé se liší v tom, jakým způsobem tyto aktivity realizují, přičemž příčinou rozdílů ve způsobu realizace mohou být vývojové zvláštnosti (např. dětský věk, dospělost, stáří) nebo individuální odlišnosti (podmíněné ekonomickými, sociálními a kulturními vlivy). Teoretickými východisky pro vytvoření modelu byly pro Nancy Roper humanistická filosofie, poznatky z fyziologie a psychologie, teorie Virginie Henderson o základní ošetrovatelské péči a práce amerického psychologa Abrahama Maslowa o lidských potřebách (Pavlíková, 2006, s. 60–63).

Pojem „potřeba“ označuje chybění něčeho, je to projev určitého nedostatku, jehož odstranění je chtěné a žádoucí. Potřeba vybízí k vyhledávání nějaké podmínky nezbytné k životu, případně k vyhýbání se určité podmínce pro život nepříznivé. Je to něco, co lidská bytost nezbytně potřebuje pro svůj život a vývoj. Pokud nedochází k naplňování potřeb, ovlivňuje prožívání nedostatku veškerou psychickou činnost člověka – myšlení, pozornost, emoce i volní procesy. V psychologii jsou obvykle potřeby tříděny na fyziologické (biogenní), psychologické (psychogenní) a sociální. Toto rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti současně biologické i sociální, z pohledu ošetrovatelství pak odpovídá holistickému (celostnímu) přístupu k člověku – pohled na člověka jako bytost bio-psycho-sociální (Trachtová, 2013, s. 9–11).

Teorie Abrahama Maslowa o lidských potřebách, kterou poprvé prezentoval v roce 1943, tvrdí, že lidé jsou motivováni určitými potřebami a tyto potřeby tvoří hierarchickou strukturu na

základě dvou hlavních skupin potřeb – buď se jedná o odstranění nějakého nedostatku (tzv. D-potřeby, z angl. „Deficiency Needs“), nebo jde o dosažení hodnoty bytí (tzv. B-potřeby, z angl. „Being Values“). Pokud nejsou uspokojeny D-potřeby, je pociťována úzkost a snaha odstranit nedostatek v této oblasti; je-li potřeba uspokojena, je tento stav vnímán v běžných životních podmínkách jako norma, což představuje významný rozdíl od skupiny D-potřeb – při jejich uspokojení člověk pociťuje nejen dobrý pocit z naplnění těchto potřeb, nýbrž je dokonce motivován o to více k jejich opětovnému naplňování. Nejdříve je tedy třeba uspokojit D-potřeby, představující základní lidské potřeby, dané evolucí, a teprve když jsou uspokojeny, je možné naplňovat vyšší D-potřeby. Objeví-li se nedostatek v naplnění potřeb nižších, nebude se člověk starat o vrstvy vyšší a vrátí se zpět k uspokojování potřeb hierarchicky nižších (viz příloha C, s. 78). Přes určité výhrady je Maslowova teorie potřeb všeobecně uznávána jako platná dodnes (Šamánková et al., 2011, s. 26–27).

V životě každého jedince mohou nastat situace, které ho omezí ve schopnosti samostatně uspokojovat své potřeby a vykonávat aktivity denního života, ať už dočasně, nebo trvale. Nancy Roper zahrnuje mezi faktory potenciálně vedoucí k tomuto omezení fyzickou neschopnost (např. věk, nepohyblivost, úraz, ztrátu končetiny), psychosociální neschopnost (neschopnost komunikace), sociálně-kulturní faktory (zvyky, náboženství, migraci), životní prostředí (jeho znečištění) a politické a ekonomické faktory (např. nezaměstnanost). Tyto faktory tak mohou způsobit změnu závislosti či nezávislosti jedince na ošetrovatelské péči (Archalousová, 2003, s. 65).

Úkolem sestry pak je v první řadě posoudit spolu s pacientem jednotlivé životní aktivity a zaznamenat obvyklé chování při jejich realizaci v minulosti. Tímto způsobem sestra identifikuje aktuální a potenciální problémy vyžadující ošetrovatelské intervence. Poté se sestra s pacientem dohodnou na reálných a dosažitelných cílech a společně hledají zdroje pro jejich naplnění, sestra přitom pomáhá pacientovi vybrat vhodné činnosti vedoucí k naplnění stanovených cílů. Dalším úkolem sestry je předcházet vzniku problémových situací, povzbuzovat pacienta, minimalizovat jeho závislost a zvyšovat jeho odpovědnost k sebeběči. Kritériem hodnocení ošetrovatelské péče jsou aktivity pacienta zvolené pro dosažení cílů, přičemž tyto aktivity musí být měřitelné a porovnatelné s jeho předchozími činnostmi (Pavlíková, 2006, s. 64).

### 2.2.2 Potřeby pacientů s Crohnovou chorobou

V léčbě a ošetřování pacientů chronicky nemocných, mezi něž spadají právě pacienti s Crohnovou chorobou, je třeba snažit se uspokojovat potřeby, jež jsou limitovány onemocněním samotným – např. sociální a ekonomické problémy, ztráta pocitu bezpečí, nově vzniklé potřeby (pomoc od bolesti). K tomu se váže i celková změna životního stylu. Potřeby se mění s průběhem onemocnění, zatímco některé mizí, jiné se objevují. Uspokojování a naplňování potřeb u chronicky nemocných vycházející z Maslowovy hierarchie potřeb zahrnuje potřebu seberealizace, sebeúcty, lásky a pocitu příslušnosti (k určité skupině), bezpečí a jistoty (vědomí, že nemocný nebude opuštěn a bude pokud možno zbaven bolesti a doprovodných nepříjemných příznaků, jako je nauzea, zvracení, nespavost) a samozřejmě také fyziologické potřeby – výživu, vyprazdňování, spánek atd. (Šamánková et al., 2011, s. 36).

Posouzení potřeb a celkového zdravotního stavu u pacientů s Crohnovou chorobou by mělo zahrnovat především:

- Stav výživy a s tím související snížení tělesné hmotnosti kvůli dyspeptickým obtížím, úbytek svalové hmoty, snížený objem tělesných tekutin, snížený turgor kůže, suchost sliznic, únavu.
- Vylučování, zvýšený počet stolic řídké konzistence, příměsi hlenu a krve ve stolici, zrychlenou peristaltiku, zvukové fenomény související s trávením.
- Bolest doprovázející flatulenci, nafouknutí břicha; křečovitou až kolikovitou bolest v okolí pupku v souvislosti s příjmem potravy; při postižení tlustého střeva bolest související s vyprazdňováním lokalizovanou pod pupkem; zvýšenou citlivost až tlakovou bolest pravého dolního kvadrantu břicha.
- Psychický stav, zda je pacient nepokojný, sklíčený či depresivní, zda má pocit bezmocnosti a sníženou schopnost vypořádat se s danou situací.
- Spánek, problémy s usínáním či přerušovaný spánek (někdy způsobené nucením na stolici).
- Aktivitu a pohyb, podmíněné stupněm únavy pacienta.
- Informovanost o chorobě a léčebném režimu, jelikož při nedostatečných znalostech o nemoci, nedodržování preventivních opatření a bez celkové změny životního stylu dochází k častým opětovným vzplanutím choroby.

- Další nálezy, jako snížené hodnoty hemoglobinu a hematokritu, zvýšenou sedimentaci, hypokalémii, hypoalbuminémii, anémii; změny v oblasti céka a terminálního ilea v podobě vředů či jizev; zúžení střeva (Vörösová et al., 2011, s. 106).

Z dalších oblastí může být u pacientů s Crohnovou chorobou zasažena oblast sexuality a reprodukce; u pacientů se stomickým vývodem oblast osobní hygieny; u pacientů ve stadiu relapsu onemocnění regulace tělesné teploty. S narušením aktivity a pohybu úzce souvisí práce – nemoc může pacienta výrazně ovlivňovat při výběru povolání, schopnosti určité povolání vykonávat (resp. vůbec nějaké povolání vykonávat), a také ve schopnosti udržovat domácnost (Herdman et al., 2016, s. 60–70).

### **2.2.3 Pacientské organizace u nás a v zahraničí**

Pacientské organizace sdružující pacienty s idiopatickými střevními záněty a jejich příbuzné si kladou za cíl zlepšovat péči o pacienty, informovat a edukovat pacienty a jejich rodinné příslušníky ohledně onemocnění, motivovat pacienty k sebepéči a celkově zvyšovat kvalitu jejich života.

V ČR od roku 2008 působí Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, dnes jako spolek Pacienti IBD z.s. Spolek je určen pro pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou a jejich příbuzné; ke dni 12. 10. 2017 měl 890 členů (Tabakovová, 2017, informace prezentované na pacientské konferenci organizace Pacienti IBD z.s.). Hlavními činnostmi spolku je pořádání odborných přednášek, konferencí, kulturních, vzdělávacích, výukových a společenských akcí, zprostředkování informací o nemoci a nových možnostech léčby, zajištění zdravotního, sociálního a právního poradenství, vydávání informačních a propagačních materiálů, odborně zaměřených publikací a dalších tiskovin, spolupráce s odbornou veřejností, lékaři a odbornými společnostmi, podpora výzkumu a moderních metod léčby a spolupráce s obdobnými organizacemi u nás i v zahraničí (Pacienti IBD z.s., 2015 [online] [cit. 2017-12-17]). Z bohaté činnosti spolku je možno jmenovat organizování každoroční Svatováclavské konference v Praze a regionálních konferencí a seminářů v Brně, Ostravě, Hradci Králové a v dalších městech, společné oslavy Světového dne IBD v květnu v Praze, nejrůznější výlety, soutěže a společenské akce. Spolek také provozuje internetové stránky [www.crohn.cz](http://www.crohn.cz). Spolupracuje se Společností pro bezpečnou dietu a s Českým ILCM – dobrovolným sdružením stomiků, účastní se zasedání rady pacientských organizací na Ministerstvu zdravotnictví ČR, jedná se Státním ústavem pro kontrolu léčiv a s jednotlivými

zdravotními pojišťovny. Od roku 2011 je členem Evropské federace pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu – EFCCA (Pacienti IBD z.s., 2017 [online] [cit. 2017-12-17]).

EFCCA (The European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations) v současnosti zastřešuje 34 národních pacientských organizací. Organizace byla založena v roce 1992 a sídlí v Bruselu. Za cíl si klade zvyšovat povědomí o idiopatických střevních zánětech, zlepšovat kvalitu života pacientů a jejich rodin, spolupracovat s vědci, lékaři a sestrami, podílet se na výzkumu. Provozuje internetové stránky [www.efcca.org](http://www.efcca.org), organizuje řadu akcí a vydává informační materiály (The European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, 2017 [online] [cit. 2017-12-17]).

Na Slovensku působí již od roku 1993 organizace Slovak Crohn Club s pobočkou v Bratislavě a od roku 2000 i v Košicích, od roku 1995 je členem EFCCA. Vyvíjí podobné aktivity jako český spolek Pacienti IBD z.s. (Slovak Crohn Club, 2017 [online] [cit. 2017-12-17]).



## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 Metodika sběru dat, soubor respondentů a výstupy bakalářské práce

Sběr dat pro tuto bakalářskou práci probíhal na interním oddělení nemocnice krajského typu, a to jak na lůžkovém oddělení, tak v gastroenterologické poradně a v centru pro biologickou léčbu nespecifických střevních zánětů, v období od ledna do března roku 2018. Osloveno bylo celkem 11 pacientů, z nichž účast v průzkumném šetření odmítl pouze jeden (právě absolvoval kolonoskopické vyšetření a necítil se na to, aby odpovídal na otázky). Ostatní byli ochotni hovořit o své chorobě a o tom, jak ovlivnila jejich život. Každý z respondentů byl před zahájením rozhovoru seznámen s účelem sběru dat, s tím, jak s nimi bude nakládáno, s formou rozhovoru a jeho předpokládanou délkou. Všichni respondenti byli ubezpečeni, že průzkum je zcela anonymní a podepsali informovaný souhlas (viz příloha D, s. 79), ústně pak souhlasili s tím, že další potřebné údaje mohou být získány z jejich zdravotnické dokumentace. Jednotlivé rozhovory trvaly kolem 60 minut a zjištěná data byla zaznamenána podle předem připraveného formuláře pro sběr anamnestických údajů (viz příloha E, s. 80).

Získané údaje byly poté zpracovány do deseti kazuistik, v nichž je zahrnuto i základní screeningové vyšetření a vyhodnocení možných rizik na stanovených škálách, připojeny jsou také ošetrovatelské diagnózy dle NANDA International taxonomie II. (Herdman et al., 2016, s. 113–416) a plán možných ošetrovatelských intervencí. Tři nejzajímavější z těchto deseti kazuistik jsou dále uvedeny v praktické části této práce. Závěrečným výstupem práce je ošetrovatelský manuál určený pacientům s Crohnovou chorobou, kteří docházejí na biologickou léčbu (viz příloha F, s. 85).

Z deseti respondentů účastnících se průzkumného šetření byl jeden hospitalizován na lůžkovém oddělení, dva docházeli do gastroenterologické poradny a sedm do centra pro biologickou léčbu. Jedná se o pět mužů a pět žen ve věkovém rozmezí 20–63 let, podmínkou zařazení do průzkumu byla délka trvání onemocnění min. dva roky, bez ohledu na typ nebo aktivitu nemoci či druh léčby. Kromě pacienta na lůžkovém oddělení byli vhodní pacienti pro průzkum vytipováni v součinnosti se všeobecnými sestrami pracujícími v centru biologické léčby a v gastroenterologické ambulanci. Rozhovory s pacienty probíhaly ve snaze zajistit co možná největší soukromí, což se ne vždy zcela zdařilo – podařilo se to pouze u pěti pacientů, s nimiž byl rozhovor veden v oddělené místnosti; ostatních pět bylo zpovídáno v centru biologické

léčby za přítomnosti dalších pacientů a zdravotnického personálu, s čímž před započítím rozhovoru souhlasili a nevadilo jim to.

Pacientka č. 1 je dvacetiletá žena, již byla Crohnova choroba diagnostikována v roce 2015, má za sebou chirurgický zákrok na tenkém i tlustém střevě a resekci píštěle. V současnosti dochází na biologickou léčbu.

Pacient č. 2, pětadvacetiletý muž s příznaky Crohnovy choroby od roku 2011 a stanovenou diagnózou v roce 2013, nereagující na léčbu kortikosteroidy a imunosupresivy, nyní podstupuje biologickou léčbu.

Pacientka č. 3, osmadvacetiletá žena trpící příznaky Crohnovy choroby od roku 2010, diagnóza stanovena o rok později, má za sebou resekci terminálního ilea, dochází na biologickou léčbu.

Pacient č. 4, muž ve věku 30 let, příznaky Crohnovy choroby trpěl deset let předtím, než mu byla v roce 2014 diagnostikována, podstoupil ileocekální resekci a drenáž perianální píštěle, dochází na biologickou léčbu.

Pacientka č. 5, třiatřicetiletá žena s projevy choroby od roku 2001, s diagnózou idiopatického střevního zánětu v roce 2002, dlouho nebylo zřejmé, zda se jedná o Crohnovu chorobu nebo ulcerózní kolitidu, Crohnova choroba potvrzena až v roce 2010, od téhož roku byla zařazena do studie zkoumající účinky biologika vedolizumab, ze studie vystoupila v roce 2017. Trpí kortikodependentní formou onemocnění, dochází na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance.

Pacient č. 6, čtyřicetiletý muž s příznaky Crohnovy choroby od roku 1998, diagnostikována v roce 1999, v letech 2001 až 2005 zařazen do studie zkoumající účinky biologika natalizumab, později incize perianální píštěle, v současnosti je bez medikace, dochází jednou ročně na kontroly do gastroenterologické ambulance.

Pacientka č. 7, žena ve věku 44 let, s diagnózou Crohnovy choroby v roce 2013, trpí fistulující formou onemocnění, píštěl vyřešena chirurgicky, dochází na biologickou léčbu.

Pacientka č. 8, dvaapadesátiletá žena s příznaky Crohnovy choroby od roku 2007, diagnostikována 2008, opakovaně hospitalizována kvůli tvorbě abscesů a píštělí, v roce 2016 jí bylo odstraněno celé tlusté střevo a vyvedena ileostomie. Od roku 2012 na biologické léčbě.

Pacient č. 9, muž ve věku 53let, s diagnózou Crohnovy choroby od roku 1989, od roku 1990 v plném invalidním důchodu. Od roku 2007 podstupoval opakované chirurgické zákroky kvůli střevním stenózám, v současnosti dochází na biologickou léčbu.

Pacient č. 10, třiašedesátiletý muž, jemuž byla Crohnova choroba diagnostikována v roce 2000 (fistulující forma nemoci), po opakovaných chirurgických zákrocích. V roce 2017 mu byl odstraněn konečník a vyvedena kolostomie. Poslední čtyři roky na biologické léčbě, v únoru 2018 hospitalizován na lůžkové části interního oddělení.

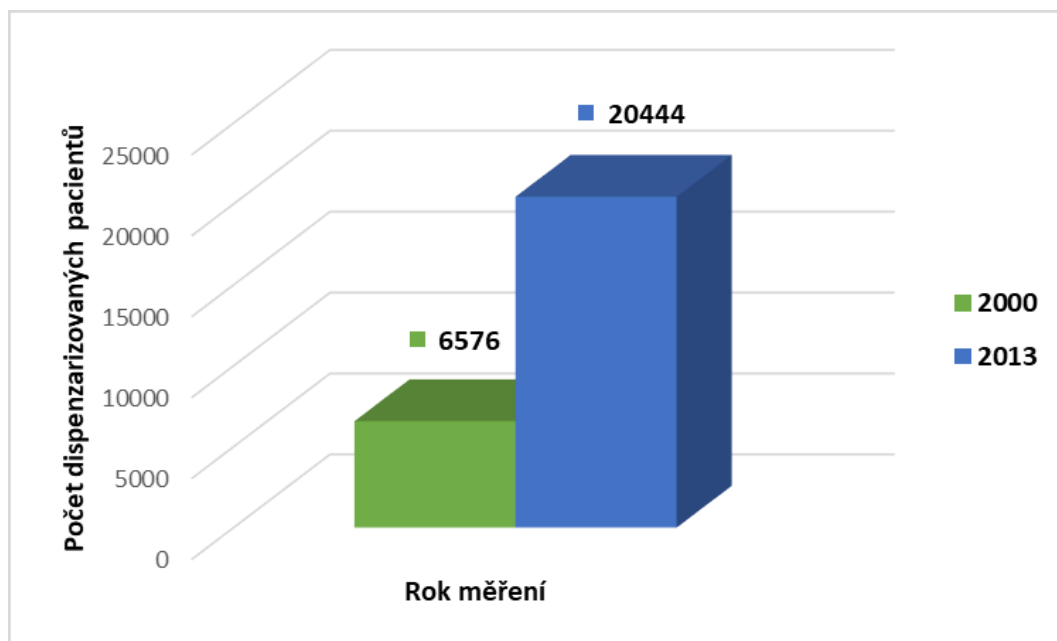
V praktické části této práce jsou prezentovány kazuistiky pacientek č. 1 a 7 a pacienta č. 10.

### **3.2 Statistické údaje**

V nemocnici krajského typu, v níž probíhalo průzkumné šetření, dochází na biologickou léčbu 64 pacientů s Crohnovou chorobou (údaj platný k datu 25. 4. 2018), z toho 32 pacientů dostává biologikum Remsima (infiximab), 30 pacientů biologikum Humira (adalimumab) a dva pacienti biologikum Entyvio (vedolizumab). Celkový počet dispenzarizovaných pacientů s Crohnovou chorobou v tomto zdravotnickém zařízení bohužel nebylo možné zjistit, protože v současnosti zde není vedena centrální evidence těchto pacientů podle diagnózy.

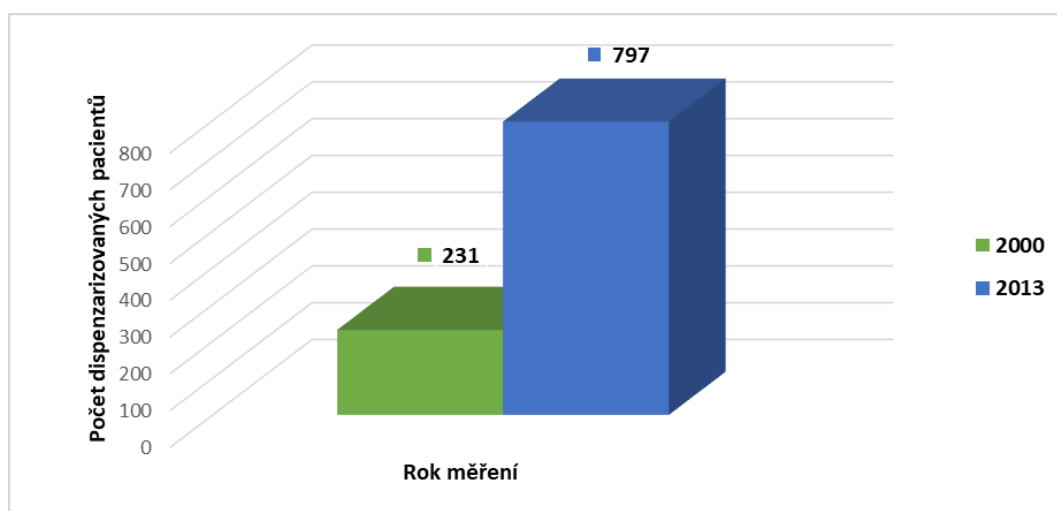
Pro celou ČR a jednotlivé kraje máme k dispozici údaje o dispenzarizovaných pacientech v letech 2000–2013 ze statistických ročenek vydávaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, pro další léta bohužel nejsou dosud zpracovány.

Zatímco v roce 2000 bylo v celé ČR dispenzarizováno 6576 pacientů s Crohnovou chorobou, v roce 2013 to bylo už 20 444 pacientů – to představuje 13 868 nových pacientů během pouhých třinácti let (viz obrázek 1 na následující straně).



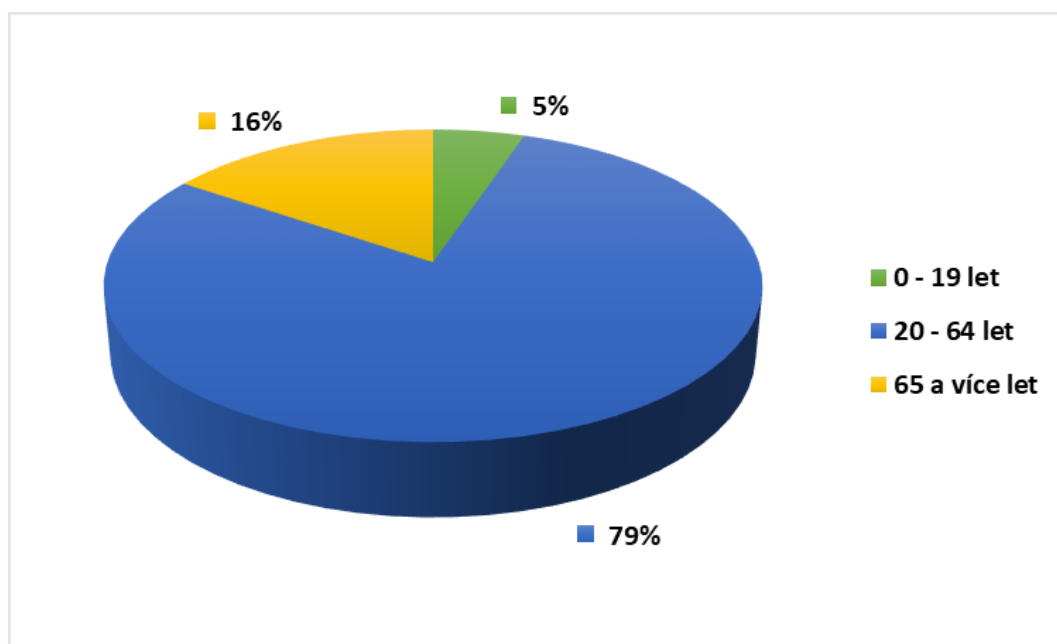
Obrázek 1 – Počet dispenzarizovaných pacientů v ČR v letech 2000 a 2013 (ÚZIS ČR, 2001, s 18; ÚZIS ČR, 2015, s. 76)

Z celkového počtu 6576 pacientů jich bylo v Pardubickém kraji dispenzarizováno 231 v roce 2000, do roku 2013 toto číslo vzrostlo na 797, což znamená nárůst o 566 nově diagnostikovaných pacientů (viz obrázek 2).

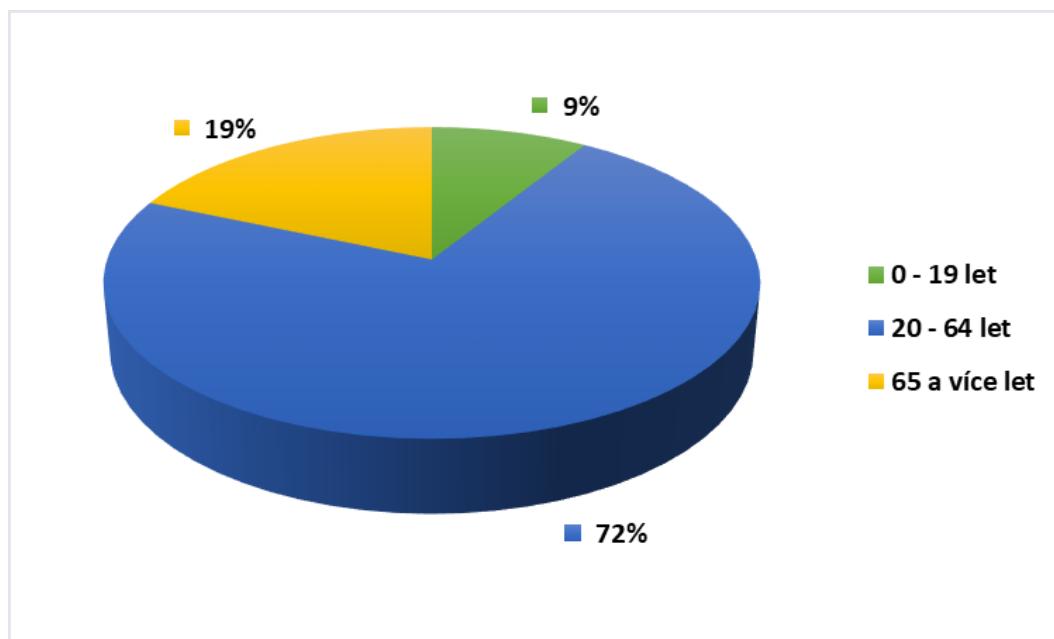


Obrázek 2 – Počet dispenzarizovaných pacientů v Pardubickém kraji v letech 2000 a 2013 (ÚZIS ČR, 2001, s 18; ÚZIS ČR, 2015, s. 76)

Obrázky 3 a 4 ukazují rozvržení pacientů s Crohnovou chorobou v Pardubickém kraji podle věkových skupin. V obou mezi sebou porovnávaných letech tvořili největší skupinu pacienti mezi 20 a 64 lety, a to 183 v roce 2000 (79 % z celkového počtu) a 578 v roce 2013 (72 % z celkového počtu). Nijak překvapivě se mezi lety 2000 a 2013 zvětšila skupina pacientů ve věku nad 65 let (z 16 % v roce 2000 na 19 % v roce 2013) – je přirozené, že se část pacientů díky stárnutí přesunula z předchozí věkové skupiny do starší. Zároveň však také přibyli pacienti v nejmladší věkové skupině 0–19 let – zatímco v roce 2000 jich bylo pouhých 12 (což představovalo 5 % z celkového počtu), tak v roce 2013 již 71 (9 % všech případů). Mezi lety 2000–2013 byla tedy Crohnova choroba nově diagnostikována 62 pacientům v dětství a dospívání. Tento údaj potvrzuje zjištění z posledních let, že se hranice prvních projevů Crohnovy choroby posouvá do čím dál mladšího věku.



Obrázek 3 – Rozvržení pacientů v Pardubickém kraji podle věkových skupin v roce 2000 (ÚZIS ČR, 2001, s. 18)



Obrázek 4 – Rozvržení pacientů v Pardubickém kraji podle věkových skupin v roce 2013  
(ÚZIS ČR, 2015, s. 76)

### 3.3 Kazuistika č. 1

Pacient J. Č., 63 let, plánovaně přijat na lůžkovou část interního oddělení krajské nemocnice k došetření zhoršených renálních funkcí na doporučení ošetřujícího lékaře, k němuž dochází jednou za měsíc do gastroenterologické poradny.

**Hlavní diagnóza:** Morbus Crohn – komplikovaný průběh, stenozující a fistulující forma onemocnění, prokterektomie s vyvedenou kolostomií.

**Vedlejší diagnózy:** Chronická renální insuficience (nyní progrese, k došetření). Levostranná tříselná kýla volná. Hypomagnesémie sekundární. Arteriální hypertenze. Osteomyelitida, stav po amputaci palce a prstu LDK. Stav po uroinfektu E. Coli. Recidivující vertiginózní stav. Stav po epileptickém záchvatu (zřejmě metabolické etiologie). Psoriasis vulgaris. Appendektomie v dětství (r. 1967).

**Osobní anamnéza:** U pacienta byla Crohnova choroba diagnostikována v březnu roku 2000 na základě kolonoskopického vyšetření. Předtím se u něj několik měsíců střídaly zácpy s průjmy, někdy doprovázené subfebriliemi a bolestmi břicha, neměl chuť k jídlu. Po nasazení konzervativní léčby (kortikosteroidy, imunosupresiva, mesalazin) jeho potíže pokračovaly, cítil se stále velmi unavený, trpěl urgentním nucením na stolici a fekální inkontinencí, zánět se mu

postupně rozšířil z tlustého střeva i do tenkého. Imunosupresiva u něj vyvolala urosepsi a pancytopenii, proto v roce 2003 vysazena. Od roku 2006 prodělal několik chirurgických zákroků – v dubnu 2006 laparotomii retroperitoneálního abscesu s drenáží, následně v srpnu téhož roku perkutánní drenáž abscesu a v září 2006 resekci distálního ilea spolu s provedením ileocékoanastomózy, evakuací abscesu a exstirpací píštěle. Abscesy a píštěle se objevovaly i nadále, další postup léčby byl již konzervativní, léta řešeny incizí a drenáží, dojížděl kvůli tomu do soukromého zdravotnického zařízení do Prahy a následně na specializované oddělení nemocnice okresního typu. Pro neuspokojivé výsledky v léčbě mu byl nakonec v lednu 2017 odstraněn konečník, vyvedena kolostomie a zároveň provedena hernioplastika (trpí levostrannou tříselnou kýlou). Od července 2015 trpěl závratěmi neznámého původu (jen v určitých obdobích), v létě 2017 byl kvůli nim hospitalizován v okresní nemocnici, kde prodělal epileptický záchvat, zřejmě metabolické etiologie, který se už neopakoval. Nyní závratěmi netrpí. Od léta 2012 má osteomyelitidu na plosce levé nohy, vloni kvůli tomu amputován palec a druhý prst LDK, od té doby dochází do poradny pro chronické rány. Výhledově se chystá na další operaci kýly. V minulosti krátce léčen infliximabem, pro nedostatečnou odpověď na léčbu převeden od srpna 2014 na adalimumab (preparát Humira), který si jednou za dva týdny sám aplikuje subkutánně injekční stříkačkou do břicha. Od šestnácti let trpí lupénkou, v současnosti bez výrazných projevů. Nyní hospitalizován kvůli zhoršeným renálním funkcím.

**Alergická anamnéza:** Penicilin.

**Farmakologická anamnéza:** Helicid 20 mg tbl 1-0-0 (antacidum), Tardyferon 80 mg tbl 1-0-0 (antianemikum), Magne B6 470 mg/5 mg tbl 1-1-1 (soli a ionty, vitaminy), Calcium 500 mg tbl eff 1-0-1 (soli a ionty), Apo-Metoprolol 50 mg tbl 1-0-1 (antihypertenzivum), Calcichew D3 500 mg tbl 1-0-0 (soli a ionty), Humira 40 mg inj sol s.c. do břicha 1x za 14 dní (biologická léčba).

**Rodinná anamnéza:** Nikdo v rodině Crohnovu chorobu nemá.

**Sociální anamnéza:** Bydlí s manželkou v bytě, má tři dospělé děti a vnoučata.

**Pracovní anamnéza:** Od roku 2006 v plném invalidním důchodu, předtím pracoval 25 let v chemickém závodě.

**Návykové látky:** Od mládí kouřil cca 20 cigaret denně, nyní nekuřák od ledna 2017. V minulosti pil pravidelně alkohol (min. 1x týdně několik piv), dnes nepije téměř vůbec, dá si kolem tří piv ročně, tvrdý alkohol nepije. Kávu si občas dá, ne každý den, problémy mu nedělá.

**Psychický stav:** Podle pacientových zkušeností hraje psychika při onemocnění důležitou roli, stres a nepříjemné emoce (vztek, strach) příznaky onemocnění zhoršují, proto se snaží být pokud možno v klidu a vyrovnaný. Psychoterapie mu byla doporučena, ale nikdy ji neabsolvoval, má pocit, že se s tím „musí poprat sám“. Momentálně se cítí psychicky v pohodě.

**Alternativní léčba:** Žádnou alternativní léčbu nezkoušel.

**Lázeňská léčba:** Lázeňskou léčbu nikdy nevyužil, ptal se ni svého ošetřujícího lékaře a ten mu ji nedoporučil, nedomnívá se, že by mu mohla pomoci.

**Kontakty s ostatními pacienty:** Není členem žádného patientského spolku ani se neúčastní vzdělávacích akcí, nemá o ně zájem.

**Vyšetřovací metody a laboratorní hodnoty:** Během hospitalizace byl pacientovi proveden ultrazvuk břicha a rentgen srdce a plic. Ještě v interní ambulanci před přijetím na lůžkové oddělení mu bylo natočeno EKG a odebrána krev (KO + diferenciál, biochemie, koagulace, TSH a autoprotiilátky), o dva dny později byly na lůžkovém oddělení provedeny kontrolní odběry (KO, CRP, biochemie, elektroforéza bílkovin s imunofixací). První a druhý den hospitalizace byla po dobu 24 hodin sbírána moč pro vyšetření clearance kreatininu a močových odpadů (bílkovin, albuminu). Po celou dobu hospitalizace byl u pacienta monitorován příjem a výdej tekutin. Pacient měl zvýšené hodnoty urey (při 1. odběru 16,7 mmol/l, při 2. odběru 17,8 mmol/l), kreatininu (1. odběr 335  $\mu$ mol/l, 2. odběr 361  $\mu$ mol/l) a triacylglycerolů (2,88 mmol/l) v séru; ostatní laboratorní hodnoty byly v normě.

### **Základní screeningové vyšetření:**

Celkový vzhled a úprava – upravený

Výška – 176 cm<sup>o</sup>; váha – 89 kg; BMI – 28,7

Konstituce – normostenická

Poloha – aktivní; postoj – vzpřímený; chůze – přirozená; pohyb – bez omezení; poruchy hybnosti, citlivosti – ne; závratě – ne



TK – 115/76 mmHg; P – 82/min, pravidelný; D – 15/min, pravidelný; SpO2 – 99%; TT – 36,7 °C

Vědomí – při vědomí; chápe myšlenky a otázky – ano; paměť – neporušená; pozornost – stálá, úmyslná; oční kontakt – udržuje; řeč – plynulá, bez problémů

Zrak – nosí brýle na blízko, jinak bez problémů; sluch – bez problémů; nos – bez sekrece; ústní dutina – snímatelná zubní náhrada (horní)

Kůže a kožní deriváty – zhojené jizvy v místě operačních ran na břicho, okolí stomie klidné; mírné projevy lupénky v obličeji (zhoršuje se v zimě, při nedostatku slunečního světla, po biologické léčbě značné zlepšení příznaků, nyní ničím nepromazává); amputační defekt na LDK dosud zcela nezhojen, ošetřuje si ho sám (převazy – gelové krytí L-Mesitran Soft a sterilní krytí 1x za 2 dny)

### **Škály:**

GCS – 15 bodů (bez poruchy vědomí)

MNA – 14 bodů (normální stav výživy)

ADL – 100 bodů (plně soběstačný)

Riziko pádu (Stupnice pádu Morse) – 15 bodů (nízké riziko)

Riziko vzniku dekubitů (Stupnice dle Nortonové) – 31 bodů (bez rizika)

VAS – 0, v současnosti žádnou bolest neudává

### **3.3.1 Průběh hospitalizace**

#### **1. DEN**

Pacient byl přes interní ambulanci přijat v 9:00 hod na lůžkové oddělení k plánované hospitalizaci kvůli došetření zhoršených renálních funkcí. Ještě v ambulanci provedeny odběry krve (KO + diferenciál, biochemie, koagulace, TSH a autoprotilátky), natočeno EKG. Pacient byl uložen na lůžko, v 9:40 hod s ním byla sepsána příjmová ošetřovatelská dokumentace, podepsal informované souhlasy a odevzdal sestře léky, které si s sebou přinesl. V 10:00 hod byl vyšetřen ošetřujícím lékařem a seznámen s plánovanými vyšetřeními, byla mu

naordinována dieta č. 5 (bezezbytková). Od 11:00 hod byl zahájen monitoring příjmu a výdeje tekutin a sběr moči na clearance kreatininu a močové odpady (bílkoviny, albumin), který měl probíhat po dobu příštích 24 hod. Pacient byl předem edukován sestrou o způsobu sběru moči do označené nádoby, umístěné na WC; vzhledem k tomu, že je chodící a soběstačný, prováděl sběr moči sám bez asistence zdravotnického personálu. Rovněž byl poučen o nutnosti zaznamenávat veškerý příjem tekutin během hospitalizace. V péči o defekt na LDK a kolostomii je také soběstačný – nohu si převázal ráno doma, stomický sáček mu vyměnila jeho žena, podle potřeby si ho vypouští sám. Ve 13:00 hod mu byla sestrou změřena TT (36,7 °C).

## **2. DEN**

Pacient vstal v 7:00 hod, hygienu provedl sám bez pomoci zdravotnického personálu, sanitárka mu upravila lůžko. Stěžoval si, že nespal příliš dobře, protože ho rušil spolubydlící na pokoji (nepokojný pacient). V 8:00 ho přišel vyšetřit jeho ošetřující lékař. V 8:15 byl odeslán v doprovodu sanitáře na radiodiagnostické oddělení na ultrazvuk břicha, do té doby lačnil, nasnídal se po příchodu zpět. Do 11:00 probíhal sběr moči na clearance kreatininu a močové odpady, poté sestra změřila a zaznamenala celkový objem sebrané moči (300 ml; příjem tekutin byl 1850 ml), odebrala vzorek a odeslala ho na laboratorní vyšetření. Nadále již probíhal pouze monitoring příjmu a výdeje tekutin za 24 hod. Jelikož se uvolnilo lůžko na jiném pokoji, byl pacientův nepokojný spolubydlící přestěhován tam. Ve 13:00 hod byla pacientovi sestrou změřena TT (36,5 °C). V odpoledních hodinách pacienta navštívila rodina, manželka mu vyměnila stomický sáček.

## **3. DEN**

Ráno pacient vstal kolem 6:30, provedl sám hygienu včetně převazu defektu na LDK, sanitárka mu upravila lůžko. Ještě před snídaní mu byl nalačno proveden odběrovou sestrou odběr krve (KO, CRP, biochemie, elektroforéza bílkovin s imunofixací). Poté se pacient nasnídal, referoval o tom, že dnes spal lépe. Kolem osmé hodiny ho navštívil ošetřující lékař, pacient byl bez obtíží. I v tento den probíhal monitoring příjmu a výdeje tekutin (příjem za posledních 24 hod 1150 ml, výdej 250 ml). Ve 13:00 hod byla pacientovi sestrou změřena TT (36,7 °C). Ve 14:30 byl pacient za doprovodu sanitáře odeslán na konzilium do nefrologické ambulance

k posouzení zdravotního stavu, o něž požádal jeho ošetřující lékař. Odsud byl odeslán na radiodiagnostické oddělení k rentgenovému vyšetření srdce a plic (zadopřední projekce). Z nefrologické ambulance se vrátil zpět na oddělení kolem páté hodiny.

#### **4. DEN**

Ráno vstal pacient v 7:00, provedl sám hygienu, nasnídal se, v 8:50 byl při lékařské vizitě seznámen s výsledky vyšetření a s plánovanou dimisí. Na základě zjištěné oligurie mu bylo doporučeno zvýšit příjem tekutin a byl odkázán ke sledování do nefrologické ambulance okresní nemocnice, kde se má hlásit za týden na kontrolu. Po vyřízení všech administrativních záležitostí opustil pacient po desáté hodině v doprovodu manželky oddělení.

### **3.3.2 Posouzení současného stavu potřeb v modelu Nancy Roper**

#### **1. Udržování bezpečného okolí**

Bydlí v bytě s manželkou na menším městě, pořídili si zahradu s chatičkou 2 km od domova a zde tráví celé léto. O zahradu se stará se svojí ženou, s její pomocí vše zvládá. Nikam daleko poslední léta necestuje, dřív jezdil na dovolenou k moři, kdyby měl víc energie a nemoc se mu zlepšila, jel by rád znovu (pobyt u moře mu zlepšoval projevy lupénky), ale teď si to momentálně nedokáže představit, kvůli zdravotním komplikacím a kolostomii se zdržuje raději v blízkosti domova. V nemocnici se cítí bezpečně, na oddělení byl hospitalizován v minulosti již vícekrát a prostředí zde zná.

#### **2. Komunikace**

Velmi komunikativní, ochotně odpovídá na dotazy, rozvíjí odpovědi. V této oblasti nemá žádný deficit.

#### **3. Dýchání**

Žádné dýchací potíže během hospitalizace pacient neměl a neudává ani problémy v této oblasti v minulosti.

#### **4. Jídlo a pití**

Snaží se vyhýbat mastným, tučným, hodně kořeněným a slaným jídlům, po jejichž konzumaci se necítí dobře, jinak jí vše. Na druhou stranu si čas od času dopřeje např. bramborový salát,

který má moc rád, někdy mu je po něm hůře, někdy ho stráví bez problémů – a tak je to s každým jídlem, není schopen zcela odhadnout, jak na něj bude tělo reagovat. Nejí pravidelně, většinou se nají hodně ráno, během dopoledne, ale odpoledne už jí málo a večer často nic, ví, že by měl jíst pravidelněji. Běžně vypije kolem 1,5–2 litrů tekutin denně, preferuje čaj, vodu, minerální vody. Kávu pije občas, problémy mu nedělá. V nemocnici má naordinovanou dietu č. 5 – bezezbytkovou. Z doplňků stravy užívá železo, magnézium v kombinaci s vitamínem B6 a kalcium.

## **5. Vylučování**

V poslední době málo močí, ačkoliv podle svých slov pije dostatečně. Kvůli tomu byl také přijat na oddělení k došetření ledvinných funkcí. Na kolostomii si rychle zvykl a chválí si ji – zahojil se mu konečník, takže nyní se může bez bolesti posadit, což předtím nebylo možné. Používá dvoudílný výpustný stomický systém, přičemž o vývod pečuje především jeho žena, sáček mění podle potřeby většinou jednou za den až dva, podložku po třech dnech. Pokožku v okolí stomie ošetřuje ochrannými pastami a mastmi, takže není vysušená ani zarudlá. On sám se nenaučil vyměňovat sáček, a to ani před zrcadlem, nemá k tomu důvod, když se o něj jeho žena tak hezky stará. Pokud jde ven na delší dobu mimo domov, bere si s sebou igelitový pytlík, do něhož obsah stomického sáčku v případě potřeby vypustí.

## **6. Osobní hygiena a oblékání**

Pacient žádný deficit v této oblasti nemá, zvládne se umýt i obléknout sám, péči o zubní náhradu provádí také sám. O stomii doma pečuje s pomocí své ženy, převazy defektu na LDK provádí doma i během hospitalizace sám.

## **7. Kontrola tělesné teploty**

Pacient neměl během hospitalizace zvýšenou teplotu.

## **8. Pohyb**

Dřív rád jezdil s kamarády na výlety na kolech po ČR, musel s tím skončit kvůli abscesům v okolí konečníku, nemohl se bolestí na kolo vůbec posadit. Nyní, když má okolí konečníku zahojené a zmenšuje se i únava po loňské operaci, by rád opět začal na kole jezdit, neplánuje si velké výlety, ale alespoň kratší v okolí bydliště, až bude na jaře hezky. Jinak chodí na procházky s vnoučaty a přes léto pracuje na zahradě, to ho tolik nevyčerpává.

## **9. Práce a hry**

Vystudoval Střední školu chemickou, poté pracoval dlouhá léta v chemickém závodě. Od roku 2004 pobíral částečný invalidní důchod, v té době ještě pracoval na zkrácený úvazek, od roku 2006 dostal plný invalidní důchod (dnes invalidní důchod 3. stupně) a s prací skončil, kvůli opakovaným hospitalizacím a únavě ji nebyl nadále schopen vykonávat. Dnes se cítí nejspokojenější při práci na zahradě a rád tráví čas se svými vnoučaty.

## **10. Projevy sexuality**

Ve svém věku tráví čas raději jinými činnostmi, sex ho poslední léta příliš nezajímá a nijak tím nestrádá. Nemá pocit, že by mu nemoc v minulosti nějak zvlášť zasahovala do sexuálního života, akorát v obdobích relapsu, kdy pocítoval velkou únavu, omezoval sexuální aktivity.

## **11. Spánek**

Se spánkem má dlouhodobě problémy, někdy obtížně usíná nebo se probouzí během noci a nemůže pak usnout. Běžně se cítí ráno unavený a občas si zdřímne během dne, především po obědě. Bere to jako setrvalý stav a nikdy to nijak neřešil, hypnotika neužívá a ani během hospitalizace je užívat nechce. V nemocnici se budí několikrát za noc, ruší ho jeho spolubydlící, který je poněkud neklidný (mluví a křičí ze spánku). Rád by, kdyby byl na pokoji s někým klidnějším.

## **12. Umírání**

Není aktuální, pacient neumírá. Není věřící, smrtí se zabývat nechce.

## **Doplňující poznámky**

Navzdory nesnázím, jimiž si prošel (a stále prochází) působí pacient optimisticky, se svou nemocí se vyrovnal, raduje se z každého dne, kdy se cítí dobře. Chce především trávit čas s rodinou a užít si ještě vnoučata.

### 3.3.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a plánu ošetřovatelské péče

**Nespavost (00095), Narušený vzorec spánku (00198), Snaha zlepšit spánek (00165), Zhoršený komfort (00214), Únava (00093)**

**Určující znaky:** Obtížné usínání, nechtěné probouzení, pocit nedostatečného odpočinku, nedostatek energie, neposilující spánek

**Související faktory:** Hluk v prostředí, neznámé prostředí, narušení způsobené spolunocležníkem, nedostatek soukromí při spánku

**Cíle:** Pacientovi se do konce hospitalizacelepší spánek, bude se během noci méně často probouzet a cítit se více odpočatý

**Intervence:** Zajisti pacientovi klidné prostředí pro spánek, eliminuj rušivé faktory, v případě potřeby nabídní hypnotika

**Realizace:** Druhý den hospitalizace se podařilo zajistit klidnější prostředí na pokoji a eliminovat hluk (přestěhování spolunocležníka), hypnotika pacient odmítl

**Vyhodnocení:** Pacient do konce hospitalizace lépe spal, nebudil se během noci a cítil více energie během dne

**Narušená integrita tkáně (00044), Narušená integrita kůže (00046), Riziko infekce (00004)**

**Určující znaky:** Změny integrity, poškozená tkáň

**Související faktory:** Chirurgický zákrok, imunosuprese

**Cíle:** U pacienta nedojde k infekci kvůli kolostomii ani chronické ráně na LDK během hospitalizace

**Intervence:** Pouč pacienta o správné péči o stomický vývod, včetně péče o pokožku, zhodnot možnou míru rizika vzniku infekce, edukuj ho o zásadách aseptického postupu při převazu, v případě potřeby zajisti vhodné pomůcky

**Realizace:** Pacient dodržoval při převazu chronické rány postupy asepsy, pečoval vhodně o kolostomii i okolní pokožku

**Vyhodnocení:** U pacienta nedošlo po dobu hospitalizace ke vzniku infekce

### **Nadváha (00233)**

**Určující znaky:** BMI >25 (28,7)

**Související faktory:** Nepravidelné stravovací návyky, poruchy spánku

**Cíle:** Pacient se bude po dobu hospitalizace stravovat pravidelně,lepší se mu po dobu hospitalizace spánek, na konci hospitalizace bude znát zdravotní rizika související s nadváhou

**Intervence:** Pouč pacienta o rizicích nadváhy, ved' pacienta k pravidelnému stravování, zaznamenávej příjem stravy po dobu hospitalizace, zajisti pacientovi klidné prostředí pro spánek

**Realizace:** Pacient byl poučen o zdravotních rizicích nadváhy, po dobu hospitalizace byl veden k pravidelnému stravování a monitorován u něj příjem stravy, bylo zajištěno klidné prostředí pro spánek

**Vyhodnocení:** Pacient se po dobu hospitalizace stravoval pravidelně, jeho spánek se zlepšil, při propuštění z nemocnice si byl vědom rizik plynoucích z nadváhy

### **Riziko pádů (00155)**

**Rizikové faktory:** Defekt LDK (amputace dvou prstů), nespavost

**Cíle:** Pacient po dobu hospitalizace neupadne

**Intervence:** Pouč pacienta, aby byl při pohybu opatrný, zajisti bezpečné prostředí

**Realizace:** Pacient se po dobu hospitalizace snažil vyvarovat pádu, pohyboval se opatrně, bylo pro něj zajištěno bezpečné prostředí

**Vyhodnocení:** Pacient po dobu hospitalizace neupadl

### **Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)**

**Rizikové faktory:** Dysfunkce ledvin, nedostatečný objem tekutin

**Cíle:** Pacient zvýší příjem tekutin po ukončení hospitalizace

**Intervence:** Pouč pacienta o nutnosti zvýšit příjem tekutin po propuštění do domácího prostředí

**Realizace:** Pacient byl poučen o nutnosti zvýšit příjem tekutin

**Vyhodnocení:** Nelze zhodnotit, jedná se o dlouhodobý cíl, který bude pacient uskutečňovat po propuštění z hospitalizace

### 3.4 Kazuistika č. 2

Pacientka V. K., 20 let, dochází v pravidelných osmítýdenních intervalech k aplikaci biologické léčby na interní oddělení nemocnice.

**Hlavní diagnóza:** Morbus Crohn – ileocékální resekce s anastomózou ileoascendentní terminoterminalis, resekce vnitřní píštěle a revize pro absces v oblasti musculus iliopsoas vpravo, předtím drénovaný.

**Vedlejší diagnózy:** Sekundární proteinoenergetická malnutrice a sideropenická anémie – upraveno.

**Osobní anamnéza:** Během roku 2015 začala trpět bolestmi břicha, průjmy, bolestmi kloubů, pocítovala silnou únavu a ospalost. Tento stav trval přibližně čtyři měsíce, postupně se objevila i krev ve stolici, nevolnosti a zvracení, byla hospitalizována, diagnostikována Crohnova choroba. Po nasazení vysokých dávek Prednisonu a dalších léků se stav neupravil, objevil se absces, který se i přes incizi a zavedenou drenáž změnil v píštěl. Od září 2015 nasazena biologická léčba (infiximab), na níž dochází jednou za osm týdnů. V listopadu 2015 podstoupila operaci tenkého i tlustého střeva a resekci píštěle, dočasně měla vyvedenou ileostomii. V současnosti díky biologické léčbě ustoupily bolesti břicha i kloubů, přetrvávají průjmy a únava.

**Alergická anamnéza:** Neguje.

**Farmakologická anamnéza:** Imasup 50 mg tbl 1-0-1 (imunosupresivum), Remsima 300 mg (3 ampule) ve 250 ml F1/1 na 2 hod infuzní pumpou 1krát/8 týdnů (biologická léčba).

**Rodinná anamnéza:** Teta má systémový lupus erythematodes, ostatní příbuzní zdraví.

**Sociální anamnéza:** Žije s přítelem v rodinném domku, chodili spolu ještě předtím, než onemocněla. Přítel se léčí s bipolární afektivní poruchou.

**Pracovní anamnéza:** Vyučena v oboru Kuchař–číšník, ve škole měla kvůli nemoci a opakovaným hospitalizacím individuální studijní plán, po dokončení školy dostala na rok



invalidní důchod 3. stupně, po roce snížen na 1. stupeň. V současnosti pracuje na zkrácený úvazek (6 hodin denně) ve školním bufetu. Jako kuchařka nebo číšnice by pracovat nemohla, současný zdravotní stav jí to neumožňuje.

**Návykové látky:** Začala kouřit až po první atace choroby, dříve nekouřila, vykouří cca 5 cigaret denně, má pocit, že jí to ulevuje od napětí a stresu. Kouření před lékaři tají, ví, že by neměla kouřit. Alkohol téměř nepije, nechutná jí, výjimečně jedno pivo, nebo skleničku vína. Vypije 5–6 káv denně.

**Psychický stav:** V souvislosti s počátkem choroby pociťovala silné obavy, strach, až depresivní stavy, docházela na psychoterapii. Psychoterapeutovi nedůvěřovala, nemá pocit, že by jí pomohl, v současnosti žádného nenavštěvuje.

**Alternativní léčba:** Na potíže se spánkem a deprese pila třezalkový čaj, nijak jí nepomohl.

**Lázeňská léčba:** Dosud nevyužila, nevěděla o této možnosti, měla by o ni zájem.

**Kontakty s ostatními pacienty:** Není členem žádného pacientského spolku ani nenavštěvuje vzdělávací akce. Vyhledávala si informace na internetu a pročítala diskuzní fóra, ale informace, které našla, byly velmi rozporné, spíše vzbuzovaly její obavy, takže se přestala o svou nemoc aktivně zajímat.

**Vyšetřovací metody a laboratorní hodnoty:** Žádná vyšetření se pacientce při mé návštěvě nedělala. Kolonoskopické a další vyšetření se pacientům provádějí dle aktivity zánětu a projevu choroby na doporučení lékaře; každému pacientovi, kterému je aplikována biologická léčba, se odebírají kontrolní odběry krve nazývané Crohn II (krevní obraz a diferenciální rozpočet, sedimentace, kreatinin, bilirubin, konjugovaný bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, cholesterol, celková bílkovina, albumin, ferritin, CRP, glukóza, sodík, draslík, chlor, železo, vitamin B12, kyselina listová) zpravidla každou třetí návštěvu v ordinaci, tj. jednou za půl roku, někdy podle potřeby častěji. Pacientka měla poslední odběry v listopadu 2017, hodnoty laboratorních nálezů byly v normě.

**Průběh aplikace biologické léčby:** Pacientce byla zavedena PŽK (G 22) do žíly na pravé ruce a podáno biologikum (Remsima 300 mg ve 250 ml F1/1) na 2 hod infuzní pumpou. Před a po aplikaci biologické léčby byl měřen krevní tlak a puls, v průběhu léčby byly sledovány možné alergické reakce a reakce v místě žilního vstupu (klasifikace dle Maddona).

### **Základní screeningové vyšetření:**

Celkový vzhled a úprava – upravená

Výška – 168 cm, váha – 64 kg, BMI – 22,7

Konstituce – normostenická; poloha – aktivní; postoj – vzpřímený; chůze – přirozená; pohyb – bez omezení; poruchy hybnosti, citlivosti – ne; závratě – ne

TK – 100/60 mmHg (po vykapání biologické léčby); P – 78/min, pravidelný; D – 16/min, pravidelný; SpO<sub>2</sub> – 98%; TT – 36,6 °C

Vědomí – při vědomí; chápe myšlenky a otázky – ano; paměť – neporušená; pozornost – stálá, úmyslná; oční kontakt – udržuje; řeč – plynulá, bez problémů

Zrak – bez problémů; sluch – bez problémů; nos – bez sekrece; ústní dutina – bez patologie

Kůže a kožní deriváty – bez patologických projevů, zhojená jizva na břicho v místě operační rány

### **Škály:**

GCS – 15 bodů (bez poruchy vědomí)

MNA – 13 bodů (normální stav výživy)

ADL – 100 bodů (plně soběstačná)

Riziko pádu (Stupnice pádu Morse) – 20 bodů (nízké riziko)

Riziko vzniku dekubitů (Stupnice dle Nortonové) – 35 bodů (bez rizika)

VAS – 0, v současnosti bez bolesti

## **3.4.1 Posouzení současného stavu potřeb v modelu Nancy Roper**

### **1. Udržování bezpečného okolí**

Bydlí v rodinném domku s přítelem, přítel jí hodně pomáhá s domácími pracemi, sama by se nezvládla o dům postarat. Zdržuje se převážně doma, nikam necestuje.

## **2. Komunikace**

Pacientka působí introvertním dojmem, mluví tiše a odpovědi si promýšlí.

## **3. Dýchání**

V posledních přibližně dvou letech si všimla, že se zadýchává i při běžné námaze, přisuzuje to kouření, a zároveň má pocit, že by to mohlo souviset s jejím psychickým stavem, když je nervózní, sevřená, má problémy se nadechnout.

## **4. Jídlo a pití**

Jí velmi nepravidelně, běžně obědvá až kolem půl čtvrté odpoledne, ráda by jedla pravidelněji, ale v práci se najíst nestihne, někdy ani nesnídá, nebo sní jen něco menšího. Pokud obědvá až pozdě odpoledne, tak ani nevečeří. Má snížený pocit žízně, nepije téměř nic jiného než kávu (5–6 hrnků denně, celkově 1–1,5 l), nahrazuje jí v práci jídlo. Preferuje snadno stravitelné potraviny, vynechává jídla s vysokým obsahem vlákniny, nejí luštěniny, syrovou zeleninu, vždy jen vařenou. Doplnky výživy momentálně neužívá.

## **5. Vylučování**

Mívá čtyři až pět průjemovitých stolic denně, bez příměsí krve, ale s hlenem. V práci má problém si odskočit na záchod, protože je tam sama a musela by kvůli tomu zavřít bufet, proto často nucení na stolicí potlačuje, což ji značně stresuje, trpí potom nadýmáním a nepříjemnými pocity v břiše.

## **6. Osobní hygiena a oblékání**

V této oblasti nemá v současnosti žádný deficit.

## **7. Kontrola tělesné teploty**

Má stabilní tělesnou teplotu.

## **8. Pohyb**

Dříve hrála závodně basketbal a rekreačně volejbal, kvůli nemoci toho musela nechat, v současné době nesportuje a nedokáže si představit, že by s tím znovu začala, ačkoliv jí sport hodně chybí. Chodí na procházky se psem a občas se projede na in-line bruslích.

## **9. Práce a hry**

Práce na zkrácený úvazek ve školním bufetu je sice méně fyzicky náročná, než kdyby pracovala jako kuchařka nebo číšnice, ale přesto ji značně vyčerpává. Po práci není schopná doma pořádně nic dělat, většinou si lehne a spí. Cítí se často ospalá a unavená i v práci. Na koníčky jí nezbývá energie.

## **10. Projevy sexuality**

S přítelem se přibližně dva roky snaží o dítě, zatím neúspěšně, metody asistované reprodukce nevyužili. Od případného těhotenství si slibuje možné zlepšení svého zdravotního stavu. V sexuální oblasti ji nemoc omezuje, je často velmi unavená, nemá chuť na sex. Má nepravidelný menstruační cyklus.

## **11. Spánek**

Spí špatně, trpí nočními můrami, často se jí zdá, že je opět hospitalizovaná v nemocnici, z čehož má velké obavy, budí se i několikrát za noc a nemůže opět usnout, aby se uklidnila, jde si zakouřit. V minulosti brala tři měsíce před spaním Zyprexu, neměla pocit, že by to pomohlo, nyní nic nebere.

## **12. Umírání**

Není v současnosti aktuální, pacientka neumírá. Není věřící, smrtí se zabývat nechce.

## **Doplňující poznámky**

Působí velmi posmutněle, na konci rozhovoru se téměř rozpláče, poté co si připomněla, čím vším si prošla. Hovoří o tom, že nemoc obrátila naruby nejen její život, ale i život jejího přítele a celé rodiny, nemůže si pořádně nic plánovat, budoucnost pociťuje jako velmi nejistou. Její přítel nese její onemocnění velmi špatně, snad ještě hůře než ona, ale snaží se jí být oporou.

### **3.4.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a plánu ošetřovatelské péče**

#### **Průjem (00013), Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)**

**Určující znaky:** Tekutá stolice > 3x/24 hod, naléhavá potřeba, křeče v břiše, hyperaktivní střevní zvuky

**Související faktory:** Gastrointestinální zánět, úzkost

**Cíle:** Pacientce se do dvou měsíců sníží počet stolic díky vhodnému výběru potravin a pravidelnému stravování, vyvarování se stresových situací a dodržování léčebného režimu

**Intervence:** Pouč pacientku o důležitosti pravidelného stravování, doporuč jí vhodné potraviny, případně odkaž na nutričního specialistu

**Nespavost (00095), Nedostatek spánku (00096), Únava (00093), Zhoršený komfort (00214)**

**Určující znaky:** Změněný vzorec spánku, nechtěné probouzení, nedostatek energie, únava, ospalost, zhoršená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti, nespokojenost se situací, změny libida

**Související faktory:** Úzkost, noční můry, častá zdřímnutí, onemocnění, symptomy související s nemocí

**Cíle:** Pacientka bude do dvou měsíců spát lépe, nebude se tak často probouzet během noci, zmírní se úzkost a noční můry, bude pociťovat více energie během dne

**Intervence:** Ved' pacientku k tomu, aby nespala během dne, doporuč vhodné relaxační techniky, popř. psychoterapii, v případě potřeby hypnotika

**Úzkost (00146), Neefektivní zvládání zátěže (00069)**

**Určující znaky:** Snížená produktivita, sklíčenost, obavy, chvění hlasu, změna vzorce spánku, únava, abúzus látek (kouření)

**Související faktory:** Významná změna zdravotního stavu, neefektivní strategie uvolňování napětí, nejistota

**Cíle:** Pacientka se naučí do tří měsíců lépe zvládat své úzkostné stavy, bude udávat menší míru obav a napětí

**Intervence:** Vyslechni pacientku a ved' ji k jiným způsobům uvolňování napětí, než je kouření, doporuč relaxační a dýchací cvičení a vhodnou pohybovou aktivitu, odkaž ji na pomoc psychoterapeuta

### **Chování náchylné ke zdravotním rizikům (00188)**

**Určující znaky:** Nečinnost z hlediska prevence zdravotního problému

**Související faktory:** Kouření

**Cíle:** Pacientka do dvou měsíců sníží počet vykouřených cigaret

**Intervence:** Edukuj pacientku o nutnosti omezit kouření, odkaž ji na pomocné organizace pro odvykání kouření, informuj ji o alternativách v této oblasti

### **Riziko sníženého objemu tekutin (00028)**

**Rizikové faktory:** Nedostatečné znalosti o potřebě tekutin

**Cíle:** Pacientka omezí do dvou týdnů nadměrné pití kávy, bude volit i jiné druhy tekutin (vodu, minerálky, ovocné a zeleninové šťávy, čaj), vypije alespoň 2 litry tekutin denně

**Intervence:** Pouč pacientku o nutnosti přijímat větší množství tekutin v jiné formě, než je káva

### **Narušená integrita kůže (00046), Riziko infekce (00004), Riziko pádů (00155)**

**Rizikové faktory:** Průnik cizího tělesa kůží (zavedená PŽK), změna integrity kůže, farmaka

**Cíle:** Během podávání léčby nitrožilní formou nedojde u pacientky ke vzniku infekce a po dokončení léčby neupadne

**Intervence:** Monitoruj i.v. vstup během probíhající aplikace biologického léčiva (klasifikace dle Maddona), popř. v případě potíží zajisti nový i.v. vstup, sleduj reakce pacientky během léčby a po jejím dokončení

**Realizace:** Pacientka byla sledována během aplikace léčby a 30 min po jejím dokončení

**Vyhodnocení:** U pacientky nedošlo ke vzniku infekce a k pádu po dobu pobytu v centru biologické léčby

### **Snaha zlepšit výživu (00163)**

**Určující znaky:** Vyjadřuje touhu zlepšit výživu

**Cíle:** Pacientka zlepšit své stravování do dvou měsíců, bude jíst pravidelněji, v práci se bude snažit vyčlenit čas na jídlo

**Intervence:** Snaž se s pacientkou nalézt řešení pro to, aby se i během pracovní doby stihla najíst, doporuč jí vhodné potraviny a způsoby přípravy pokrmů pro svačinky, které by mohla konzumovat během pracovní doby, odkaž pacientku na nutričního specialistu/specialistku

### 3.5 Kazuistika č. 3

Pacientka J. B., 44 let, dochází v pravidelných osmítýdenních intervalech k aplikaci biologické léčby na interní oddělení nemocnice.

**Hlavní diagnóza:** Morbus Crohn – fistulující forma.

**Vedlejší diagnózy:** Dráždivý tračník. Enteropatická artropatie. Hemoroidy, stav po ligaci. Arteriální hypertenze. Tenzní bolesti hlavy vázané na menstruační cyklus. Lehká porucha vedení nervus medianus I. dle EMG (na pravé ruce). Prodělaná borelióza (EBV IgG protilátky v séru). Atopický ekzém.

**Osobní anamnéza:** V létě roku 2013 začala trpět bolestmi břicha, průjmovitými stolicemi s příměsí krve a hlenu, na WC chodila i více jak pětadvacetkrát za den, to vše doprovázené silnou únavou. V říjnu 2013 jí byla po kolonoskopickém vyšetření na interním oddělení městské nemocnice diagnostikována Crohnova choroba s postižením celého tlustého střeva a terminálního ilea. Nasazena léčba glukokortikoidy, po které začala trpět Cushingovým syndromem, v říjnu 2015 se objevil v oblasti konečníku absces a posléze i píštěl, trpěla značnými bolestmi, nemohla se ani posadit. Píštěl byla vyřešena operací na chirurgickém oddělení okresní nemocnice, poté (v prosinci 2015) byla pacientka odeslána k zahájení terapie biologickou léčbou na interní oddělení krajské nemocnice. V minulosti prodělala boreliózu, přetrvávaly bolesti kloubů, po biologické léčbě tyto problémy a také bolesti břicha a neustálé urgentní nucení na stolicí zmizely, nadále přetrvává slabší aktivita zánětu spojená s únavou, nadýmáním a občasnými průjmy. Mívá tenzní bolesti hlavy vázané na menstruační cyklus, v době menstruace užívá analgetika. Kvůli bývalé práci (úřednice na poště) trpí příznaky syndromu karpálního tunelu na pravé ruce, ruka jí občas brní, operace jí zatím doporučena nebyla.

**Alergická anamnéza:** Deoxymykoin, náplast.

**Farmakologická anamnéza:** Nolpaza 40 mg tbl 1-0-0 (antacidum), Salazopyrin 500 mg tbl 2-0-2 (antirevmatikum, antiflogistikum, antiuratikum), Imuran 50 mg tbl 1-1-1 (imunosupresivum), Valzap 160 mg tbl 1-0-0 (hypotensivum), Magnesii lactici 0,5 g tbl 1-0-1 (soli a ionty), Sumatriptan Actavis 50 mg tbl 2-0-2 v případě potřeby (antimigrenikum, antiserotonikum), Nimesil 100 mg gra podle potřeby při bolesti, Diohes plus 1-0-0 (doplňk stravy), Remsima 500 mg (5 ampulí) ve 250 ml F1/1 na 2 hod infuzní pumpou 1krát/8 týdnů (biologická léčba).

**Rodinná anamnéza:** Nikdo z rodiny Crohnovu chorobu nemá.

**Sociální anamnéza:** Rozvedená, bydlí s přítelem v rodinném domě na vesnici, má dvě dospělé děti, jedno vnouče. Její přítel je též rozvedený, má ve střídavé péči devítiletého syna.

**Pracovní anamnéza:** Má maturitu ze Střední ekonomické a zemědělské školy, pracovala dlouhá léta jako úřednice na poště, v současné době v invalidním důchodu 3. stupně.

**Návykové látky:** Alkohol konzumuje příležitostně, max. jednou za měsíc tvrdý alkohol (jeden panák), pivo ani víno nepije, nedělalo jí dobře. Kouří občas, cigaretu si dá při společenské příležitosti, dřív kouřila 10–15 cigaret denně, kouřit začala až ve třiceti letech, omezila to výrazně poté, co onemocněla. Kávu pije jeden až dva šálky denně.

**Psychický stav:** V době, kdy onemocněla, prožívala velký stres v osobním a pracovním životě, domnívá se, že to mohlo mít vliv na propuknutí choroby. Samotná nemoc se projevuje negativně na jejím psychickém stavu, delší dobu užívala antidepresiva (Citalec) – vysazena v lednu 2018 – momentálně se cítí dobře. Jednou za tři měsíce chodí na psychoterapii, dřív chodila častěji, pomáhá jí to.

**Alternativní léčba:** Žádnou alternativní léčbu nezkoušela.

**Lázeňská léčba:** Dosud nevyužila, nevěděla, že by mohla čerpat lázeňskou péči, v současné době by nemohla využít kvůli péči o domácí zvířata a zahradu.

**Kontakty s ostatními pacienty:** Není členem žádného patientského spolku, ale měla by o členství zájem, už nad ním uvažovala především kvůli možnosti využívat WC kartu a WC-Euroklíč pro návštěvu veřejných toalet.

**Vyšetřovací metody a laboratorní hodnoty:** Pacientce byly před aplikací biologické léčby provedeny kontrolní odběry krve nazývané Crohn II (krevní obraz a diferenciální rozpočet, sedimentace, kreatinin, bilirubin, konjugovaný bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, cholesterol,



celková bílkovina, albumin, ferritin, CRP, glukóza, sodík, draslík, chlor, železo, vitamin B12, kyselina listová) a přinesla si s sebou vzorek stolice pro stanovení hodnoty fekálního kalprotektinu. Zvýšené hodnoty CRP (14,8), sedimentace (FW 26/52) a fekálního kalprotektinu (257 mg/g) prokázaly přetrvávající aktivitu zánětu; ostatní laboratorní hodnoty byly v normě.

**Průběh aplikace biologické léčby:** Pacientce byla zavedena PŽK (G 22) do žíly na levé ruce a podáno biologikum (Remsima 500 mg ve 250 ml F1/1) na 2 hod infuzní pumpou. Před a po aplikaci biologické léčby byl měřen krevní tlak a puls, v průběhu léčby byly sledovány možné alergické reakce a reakce v místě žilního vstupu (klasifikace dle Maddona).

### **Základní screeningové vyšetření:**

Celkový vzhled a úprava – upravená

Výška – 174 cm, váha – 92 kg, BMI – 30,3

Konstituce – hyperstenická; poloha – aktivní; postoj – vzpřímený; chůze – přirozená; pohyb – bez omezení; poruchy hybnosti, citlivosti – ne; závratě – ne

TK – 129/88 mmHg (po vykapání biologické léčby); P – 80/min, pravidelný; D – 15/min, pravidelný; SpO<sub>2</sub> – 98%; TT – 36,7 °C

Vědomí – při vědomí; chápe myšlenky a otázky – ano; paměť – neporušená; pozornost – stálá, úmyslná; oční kontakt – udržuje; řeč – plynulá, bez problémů

Zrak – nosí brýle na čtení, jinak bez problémů; sluch – bez problémů; nos – bez sekrece; ústní dutina – bez patologie

Kůže a kožní deriváty – trpí atopickým ekzémem na rukách, nyní bez projevů

### **Škály:**

GCS – 15 bodů (bez poruchy vědomí)

MNA – 13 bodů (normální stav výživy)

ADL – 100 bodů (plně soběstačná)

Riziko pádu (Stupnice pádu Morse) – 20 bodů (nízké riziko)

Riziko vzniku dekubitů (Stupnice dle Nortonové) – 30 bodů (bez rizika)

VAS – 0, v současnosti bez bolesti

### **3.5.1 Posouzení současného stavu potřeb v modelu Nancy Roper**

#### **1. Udržování bezpečného okolí**

Žije se svým přítelem v rodinném domku se zahradou na vesnici, mají malé hospodářství, chovají ovce. Kolem domu a zahrady je spousta práce, nezvládá toho tolik, co před nemocí, např. když uklízí, uklidí jednu místnost a další den pokračuje s další místností, musí často odpočívat. Její přítel pracuje z domu, takže jí naštěstí hodně pomáhá. V době, kdy ještě nedostávala biologickou léčbu a nezabíraly jí léky, musela mít neustále v dosahu WC, nemohla ani nikam odjet. Dnes tolik netrpí urgentním nucením na stolicí, občas s přítelem jezdí na jednodenní výlety nebo víkendové wellness pobyty, na delší dobu z domu odjet nemůžou kvůli ovcím. Do zahraničí nejezdí.

#### **2. Komunikace**

Velmi komunikativní, extrovertní, neostýchá se hovořit ani o citlivých osobních tématech.

#### **3. Dýchání**

Neudává žádné problémy s dýcháním.

#### **4. Jídlo a pití**

Zjistila, že ji projímá mléko a mléčné výrobky, takže je značně omezila, dá si je pouze jednou za týden. Nekonzumuje ani luštěniny, syrové zelí, syrové papriky ve větším množství a hrušky, málokdy si dá citrusy. Jablka si loupe. Jinak jí vše, snaží se akorát vyhýbat hůře stravitelným jídlům, která jí mohou způsobovat problémy – ale není tomu tak vždy, např. po guláši je jí někdy těžko, někdy ne. Preferuje bílé pečivo, rýži, lehčí omáčky, vařenou zeleninu, bramborovou kaši. Kávu pije bez mléka, s mlékem ji projímá. Z doplňků stravy užívá dlouhodobě magnezium a Diohes plus.

## **5. Vylučování**

Na stolicí chodí nyní většinou dvakrát až čtyřikrát denně, stolice je formovaná, bez příměsí krve nebo hlenu. Trpí častým nadýmáním, někdy doprovázeným bolestivými křečemi v břiše. Před 14 dny prodělala zánět močového měchýře, brala antibiotika, v současnosti už bez problémů.

## **6. Osobní hygiena a oblékání**

V této oblasti nemá v současnosti žádný deficit.

## **7. Kontrola tělesné teploty**

Tělesnou teplotu má v normě.

## **8. Pohyb**

Nikdy moc nespotovala, na ZŠ závodně běhala, ale kvůli problémům s kyčlí toho musela nechat. Chodí na procházky se psem a pracuje na zahradě.

## **9. Práce a hry**

Pracovala dlouhá léta jako úřednice za přepážkou na poště, práci hodnotí jako velmi stresovou, často si nemohla ani odskočit na WC, napít se, trpěla silnými bolestmi hlavy, na které nadužívala analgetika (až 8 tablet za den) – domnívá se, že se to mohlo podepsat na jejím zdravotním stavu a kromě dalších stresových faktorů v osobním životě způsobit propuknutí nemoci. Poté, co jí byla diagnostikována Crohnova choroba, skončila v listopadu 2013 na rok v pracovní neschopnosti, do práce se už nevrátila, nebyla by jí schopna vykonávat, po roce získala nárok na invalidní důchod 3. stupně, trvá až do současnosti. Momentálně si přivydělává z domova administrativní prací pro kosmetickou firmu, tento stav jí vyhovuje, na větší pracovní zatížení se nyní necítí. Nelíbě ale nese poznámky svých příbuzných a známých, kteří nechápou vážnost jejího zdravotního stavu a domnívají se, že by byla schopna pracovat. Ráda pracuje na zahradě a stará se o ovce, to jí zabírá většinu volného času.

## **10. Projevy sexuality**

Má dvě dospělé děti, potrat neprodělala. Menstruaci má pravidelnou, před a po menstruaci trpí posledních zhruba pět let tenzními bolestmi hlavy (VAS 3–4), bez nauzey a zvracení. Choroba značně zasáhla do jejího sexuálního života, v období předtím, než jí byla nasazena biologická léčba, její sexuální život téměř ustal. Po zahájení biologické léčby se situace zlepšila, ale stále cítí značná omezení – např. s přítelem by si chtěla dopřávat sex ráno, ale to většinou nevyjde,

protože trpí flatulencí, musí si nejdříve zajít na WC a poté už ji na sex přejde chuť. Její přítel i ona si na daný stav zvykli a snaží se tím příliš netrápit.

## **11. Spánek**

Dřív se často budila v noci kvůli bolestem kloubů, kterými trpěla po prodělané borelióze (nebo byly příznakem Crohnovy choroby, lékaři jí nebyli schopni sdělit, co je příčinou). Od zahájení biologické léčby už bolestmi kloubů netrpí, takže se jí spánek zlepšil, přesto se občas v noci budí a nemůže usnout, někdy také obtížně usíná. V minulosti občas brala prášky na spaní, nyní je neužívá. Celkem často si zdřímne během dne.

## **12. Umírání**

Není v současnosti aktuální, pacientka neumírá. Není věřící, smrtí se zabývat nechce.

## **Doplňující poznámky**

Pacientka je velmi otevřená, hovoří i o intimních osobních tématech, navzdory tomu, že se nepodařilo zcela zajistit naprosté soukromí při rozhovoru. Byla by ráda, kdyby měla laická veřejnost větší povědomí o Crohnově chorobě, protože lidé z jejího okolí o této nemoci vůbec nic neví a z jejich neznalosti potom pramení i nevhodné poznámky k její osobě (narážejí na to, že když vypadá dobře, nemůže být přece nemocná).

### **3.5.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a plánu ošetřovatelské péče**

#### **Průjem (00013), Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)**

**Určující znaky:** Tekutá stolice > 3x/24 hod, hyperaktivní střevní zvuky, křeče v břiše

**Související faktory:** Gastrointestinální zánět, netolerance jídla, zvýšený stres

**Cíle:** Pacientce se do dvou měsíců sníží počet stolic díky vhodnému výběru potravin a vyvarování se stresových situací

**Intervence:** Pouč pacientku o vhodné dietě, veď ji k tomu, aby se snažila i nadále vyvarovat zvýšeného stresu

### **Nespavost (00095), Únava (00093)**

**Určující znaky:** Změny ve vzorci spánku, potíže s usínáním, předčasné probouzení, nedostatek energie, únava, zhoršená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti

**Související faktory:** Průměrná denní fyzická aktivita je menší než doporučení pro dané pohlaví a věk, častá zdřímnutí, fyzický stav, onemocnění

**Cíle:** Pacientka bude do tří měsíců spát lépe, bude snadněji usínat a sníží se frekvence probouzení během noci, během dne bude pociťovat více energie

**Intervence:** Ved' pacientku k tomu, aby během dne dostatečně odpočívala, ale spala pouze v noci, doporuč jí vhodnou nenáročnou fyzickou aktivitu

### **Obezita (00232)**

**Určující znaky:** BMI > 30 (30,3)

**Související faktory:** Průměrná denní fyzická aktivita je nižší, než je doporučena pro dané pohlaví a věk, poruchy spánku

**Cíle:** Pacientka do tří měsíců zhubne o 3 kg a i nadále bude postupně snižovat svou váhu

**Intervence:** Edukuj pacientku o zdravotních rizicích spojených s obezitou, doporuč jí vhodné pohybové aktivity

### **Chování náchylné ke zdravotním rizikům (00188)**

**Určující znaky:** Nedosažení optimálního smyslu pro kontrolu

**Související faktory:** Kouření

**Cíle:** Pacientka přestane do dvou měsíců kouřit

**Intervence:** Edukuj pacientku o škodlivosti kouření při jejím onemocnění, povzbud' ji k tomu, aby kouření zcela zanechala, v případě potřeby ji odkaž na pomocné organizace

### **Sexuální dysfunkce (00059)**

**Určující znaky:** Změna v sexuální aktivitě

**Související faktory:** Změněná funkce těla (z důvodu nemoci)

**Cíle:** Pacientka si bude vědoma vlastních možností ve změněných podmínkách a bude mít na ně realistický náhled na konci rozhovoru

**Intervence:** Zjistí, jak pacientka přistupuje k vlastní sexualitě, doporučí pacientce plánovat si sexuální aktivity na jiný čas, než ráno

**Realizace:** Pacientce bylo doporučeno plánovat si sexuální aktivity s ohledem na své změněné možnosti

**Vyhodnocení:** Pacientka vyjadřuje na konci rozhovoru pochopení pro vlastní možnosti ve změněných podmínkách

### **Chronická bolest (00133)**

**Určující znaky:** Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti

**Související faktory:** Ženské pohlaví, změněný vzorec spánku, únava

**Cíle:** Pacientka bude znát rizika nadměrného užívání analgetik a způsoby nefarmakologického tišení bolesti na konci rozhovoru

**Intervence:** Edukuj pacientku o nevhodnosti nadměrného užívání analgetik a rizicích s tím spojených, doporučí pacientce vyzkoušet alternativní metody k tišení bolesti hlavy při menstruaci (bylinky, masáže, relaxační techniky apod.)

**Realizace:** Pacientka byla edukována o nevhodnosti nadužívání analgetik, byla poučena o nefarmakologických metodách zvládnutí bolesti

**Vyhodnocení:** Pacientka je na konci rozhovoru seznámena s nevhodností a riziky nadměrného užívání analgetik, ví, jak tišit bolest nefarmakologickými způsoby a hovoří o tom, že se bude snažit tyto metody využívat

**Narušená integrita kůže (00046), Riziko infekce (00004), Riziko pádů (00155)**

**Rizikové faktory:** Průnik cizího tělesa kůží (zavedená PŽK), změna integrity kůže, farmaka

**Cíle:** Během podávání léčby nitrožilní formou nedojde u pacientky ke vzniku infekce a po dokončení léčby neupadne

**Intervence:** Monitoruj i.v. vstup během probíhající aplikace biologického léčiva (klasifikace dle Maddona), popř. v případě potíží zajisti nový i.v. vstup, sleduj reakce pacientky během léčby a po jejím dokončení

**Realizace:** Pacientka byla sledována během aplikace léčby a 30 min po jejím dokončení

**Vyhodnocení:** U pacientky nedošlo ke vzniku infekce a k pádu po dobu pobytu v centru biologické léčby

## 4 DISKUZE

Pro průzkumné šetření bylo vybráno pět pacientů a pět pacientek s Crohnovou chorobou, nejmladší pacientce je 20 let, nejstaršímu pacientovi 63 let, s velkými rozdíly v délce trvání onemocnění – od tří do devětadvaceti let. Sedm z nich onemocnělo Crohnovou chorobou ve věku mezi 15. až 30. rokem života, což odpovídá údajům uváděným v odborné literatuře o maximu nově zjištěných případů v mladém věku (Červenková, 2009, s. 26). Dvěma pacientkám a jednomu pacientovi byla Crohnova choroba diagnostikována až po 40. narozeninách; u všech deseti pacientů však platí, že období příznaků nemoci, ať už střevních nebo mimostřevních, u nich začalo v řádu měsíců i let před stanovením diagnózy. Jeden pacient dokonce uvedl, že trpěl častými zažívacími potížemi, které zpětně považuje za prodromální stádium nemoci, celých deset let předtím, než mu byla choroba diagnostikována. U většiny z nich však toto období trvalo kratší dobu, v průměru zhruba jeden rok. Jeden z pacientů byl po opakovaných hospitalizacích, aniž by byla choroba odhalena, vyhodnocen jako simulant (toto období trvalo dva roky), jedna pacientka byla rok léčena pro revmatické potíže. Je zřejmé, že u řady z nich nebylo snadné dobrat se skutečné diagnózy. To potvrzují i zjištění rozsáhlého projektu IMPACT, realizovaného mezinárodní organizací EFCCA v letech 2010–2011 u 4670 pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou v evropských i mimoevropských zemích, který měl zkoumat dopady onemocnění na jejich život. Podle něj bylo u 66 % pacientů onemocnění diagnostikováno do jednoho roku, u ostatních to trvalo déle (The European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, 2014 [online] [cit. 2018-04-21]).

Zjištěné výsledky této bakalářské práce mohou být porovnávány zejména s bakalářskou prací Ilony Knapové *Specifika potřeb u nemocných s Crohnovou chorobou*, obhájenou v roce 2015 na Univerzitě Pardubice. Jednalo se o kvalitativní výzkum u deseti pacientů, probíhající v nemocnici okresního typu. Ve výzkumném vzorku byli jak pacienti docházející na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance, tak na biologickou léčbu a jeden pacient z lůžkového oddělení. Autorka na základě rozhovorů zpracovala patientské kazuistiky, tři z nich pak byly zveřejněny v její bakalářské práci.

Dále mohou být výsledky této bakalářské práce srovnávány, alespoň v určitých oblastech, s některými dalšími bakalářskými a diplomovými pracemi, které zkoumaly kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou. Jelikož prací na toto téma vzniklo v posledních letech mnoho, jsou vybrány pouze ty nejnovější. K nim patří diplomová práce Richarda Večerky



*Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*, obhájená v roce 2017 na Univerzitě Palackého v Olomouci. V ní byl využit kvantitativní sběr dat prostřednictvím tří standardizovaných dotazníků distribuovaných v gastroenterologických ambulancích pěti nemocnic. Autor rozdělil 140 dotazníků, návratnost byla 108. Další srovnávanou prací je bakalářská práce Barbory Midlochové *Život pacientů s Crohnovou chorobou*, obhájená v roce 2016 na Univerzitě Pardubice. Šlo o kvantitativní výzkum, autorka distribuovala 40 dotazníků vlastní tvorby v gastroenterologické ambulanci pro dospělé pacienty, návratnost byla 36 dotazníků. Poslední srovnávanou prací je bakalářská práce Pavly Štěblové *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*, obhájená v roce 2014 na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Autorka zvolila kvantitativní metodu výzkumu pomocí zkrácené verze standardizovaného dotazníku, který distribuovala ve dvou nemocnicích, a také na webu a prostřednictvím sociální sítě. V jejím výzkumném vzorku bylo 64 respondentů (osloveno bylo 150 respondentů, řada dotazníků se nevrátila nebo byla z různých důvodů vyřazena).

Pacienti, s nimiž byly vedeny rozhovory pro tuto bakalářskou práci, si nejčastěji stěžovali na problémy v oblasti vylučování, spánku, práce, pohybu a udržování bezpečného okolí. Ostatní oblasti byly nemocí zasaženy méně nebo vůbec.

V oblasti vylučování je to především průjem, kterým ve fázi aktivity zánětu trpělo devět pacientů, u některých pacientů však přetrvává i v období remise nebo mírné aktivity zánětu (u tří pacientů). Z dalších střevních projevů byly nejčastěji uváděny nadýmání, plynatost a křečovitá bolest břicha. Tato zjištění jsou zcela v souladu s poznatky výzkumů v bakalářských pracích studentek Knapové a Midlochové a v diplomové práci studenta Večerky; současně je potvrzují i výsledky multicentrické studie probíhající v roce 2016 *Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty*, iniciovaná spolkem Pacienti IBD z.s., podle níž jsou kromě únavy, slabosti a vyčerpání nejčastějšími symptomy nemoci průjmovitá stolice a bolesti břicha (Ďuricová et al., 2018 [online] [cit. 2018-04-21]).

Z pacientů účastníků se průzkumného šetření má jedna pacientka vyvedenou ileostomii a jeden pacient kolostomii. Zajímavé je, že k této skutečnosti oba přistupují naprosto odlišným způsobem. Zatímco pacientka s ileostomií referovala o tom, že se jí kvalita života značně snížila ve srovnání s obdobím, kdy ileostomii neměla, pacient s kolostomií hovořil naprosto opačně (jedná se o pacienta uvedeného v kazuistice č. 1 v této práci). Kolostomie ho osvobodila od neustálých průjmů, kdy nestíhal doběhnout na WC a dlouholetých problémů s perianálními abscesy a píštělemi.

S oblastí vylučování úzce souvisí jídlo a pití. Většina pacientů se v této oblasti omezuje jen mírně, jí vše, co jim chutná, pokud něco vynechávají, tak zpravidla tučná, těžko stravitelná, pálivá a ostře kořeněná jídla, někteří také syrovou zeleninu a ovoce. To je v souladu s doporučeními z posledních let, že pacienti musí sami vypozerovat, jaké potraviny jim způsobují problémy a vyhýbat se jim (Bureš et al., 2014, s. 411). Několik pacientů uvedlo, že hůře snášejí laktózu, proto se snaží vyhýbat mléku a mléčným výrobkům nebo volit mléčné výrobky s nízkým obsahem laktózy. Jiná omezení ve stravě však většina z nich nepocítuje, a to dokonce ani pacienti se stomickým vývodem. To je v rozporu se zjištěními studentky Midlochové, podle níž 50 % pacientů v jejím výzkumu uvedlo, že stravování má určitě vliv na onemocnění a 31 % uvedlo, že spíše ano.

V literatuře je obvykle uváděno, že pacienti s Crohnovou chorobou jsou ohroženi malnutricí (Vránová, 2013, s. 37). To jistě platí v obdobích aktivity choroby, pokud je však onemocnění v remisi, váha pacienta se zpravidla upraví. V rámci mého průzkumu byla u čtyř pacientů a jedné pacientky zjištěna nadváha (BMI > 25), u jedné pacientky pak dokonce obezita (BMI > 30). Pacienty tento stav nijak netrápil, naopak byli spokojení, že přibývají na váze. Malnutricí trpěl pouze jeden pacient, který má Crohnovu chorobu již 29 let.

Téměř všichni pacienti referovali o tom, že mají dlouhodobě problémy se spánkem. Pouze jedna z pacientek uvedla, že časté probouzení během noci zažívala jen ve fázi relapsu onemocnění, kdy se budila i osmkrát za noc kvůli nucení na stolicí, ale v současnosti spí dobře. Všech zbylých devět pacientů trpí dlouhodobě nespavostí, byť většina z nich neustále, jen v určitých obdobích. Jedna z pacientek dokonce uvedla, že spí v noci běžně pouze 2,5 až 3 hodiny, protože si musí několikrát za noc vypouštět ileostomický sáček. Nedostatek spánku pak dohání během dne. Tímto způsobem řeší nespavost i ostatní pacientky a dva pacienti, kteří jsou v invalidním důchodu, což však opět zvyšuje frekvenci jejich probouzení během noci. Studentky Knapová a Midlochová ve svých bakalářských pracích uvádějí, že problémy se spánkem se podle jejich zjištění týkají velké části pacientů s Crohnovou chorobou, naopak podle výzkumu studentky Štěblové většina pacientů problémy se spánkem neudává. Jak uvádí Midlochová, toto odlišné hodnocení může být způsobeno rozdílným výzkumným vzorkem a jeho velikostí.

Šest pacientů si stěžovalo na přetrvávající únavu, tři pacienti uváděli, že se s únavou potýkali jen ve fázi relapsu onemocnění a jeden pacient uvedl, že ve spojitosti s onemocněním únavu nikdy nepocítoval. Právě únava patří k nejčastějším mimostřevním příznakům choroby, jak

potvrzují i zjištění v bakalářských pracích studentek Knapové a Midlochové. Naproti tomu studentka Štěblová uvádí, že z 64 respondentů jejího výzkumu uvedlo pouze 7 respondentů, že nemá dostatek energie.

S únavou pak jde ruku v ruce snížená pracovní schopnost a celkově schopnost plnit povinnosti běžného dne. Práce je oblastí, kterou choroba často zasahuje velmi významně. Tři pacienti uvedli, že je nemoc omezila při výběru povolání, tři pacienti jsou v plném invalidním důchodu a další dva v částečném. Na zkrácený úvazek pracují tři pacienti, plně zaměstnaní jsou pouze čtyři. Zpravidla pacientky pak hovořily o tom, že neovládou tolik práce v domácnosti, kolik by chtěly, a musí si ji rozplánovat. Studentka Knapová ve své bakalářské práci uvedla, že většina pacientů z jejího výzkumného vzorku (10 pacientů) byla zaměstnána a nemoc je v tomto ohledu nijak zvlášť neomezovala. Naproti tomu ve výzkumném vzorku studentky Midlochové bylo 19 % pacientů v invalidním důchodu.

Tři pacienti se kvůli únavě museli vzdát některých koníčků, jimž se věnovali v minulosti, nebo je silně omezit, a dvě pacientky nejsou vůbec schopny se ve svém volném čase zájmovým aktivitám věnovat. To je v souladu se zjištěními studenta Večerky, podle nichž Crohnova choroba velmi ovlivňuje schopnost vykonávat denní činnosti. Studentka Midlochová uvádí, že 25 % respondentů jejího výzkumu uvedlo, že je určitě schopno vykonávat každodenní aktivity a 58 % spíše ano.

Pravidelné sportovní aktivitě se věnují pouze dva pacienti a dvě pacientky. Tři pacienty choroba zcela donutila vzdát se jakýkoliv sportovních aktivit, a i když by se jim chtěli opět věnovat, nemají na to v současnosti dost energie. Podle Knapové nemoc znevýhodňuje pacienty v oblasti sportu častými odchody stolice, dost velkou únavou a nechutenstvím. Podle mých zjištění pacienty v této oblasti limituje pouze únava. Žádný z pacientů ve fázi remise nebo mírné aktivity zánětu z mého výzkumného vzorku navíc netrpí nechutenstvím.

Udržování bezpečného okolí může pro pacienty s Crohnovou chorobou v některých případech představovat nutnost zdržovat se v místech, kde mají neustále přístup na WC, případně u dlouhodobějších pobytů mimo domov tam, kde je snadno dostupná zdravotní péče v případě relapsu onemocnění. Pokud má pacient vícero průjemovitých stolic denně, může ho to značně omezovat v pohybu mimo domov – toto omezení pocítují tři pacientky. V bakalářské práci studentky Midlochové odpovědělo 28 % pacientů, že pocítují omezení ve společenském životě (např. návštěva koncertu, divadla apod.). Většina pacientů kvůli nemoci ani necestuje do zahraničí, pouze tři pacienti z toho nemají obavy.

V sexuálním životě neudává omezení kvůli nemoci osm pacientů, dvě pacientky jistá omezení vnímají – jedna kvůli únavě, druhá z důvodu nadýmání (viz pacientky z kazuistik č. 2 a 3 v této práci). To vcelku odpovídá zjištěním studentky Midlochové, která uvádí, že u 14 % pacientů choroba ovlivňuje sexuální život a u 22 % pacientů ho spíše ovlivňuje. Naproti tomu podle studentky Štěblové jsou pacienti spokojeni se svým sexuálním životem. Jedna pacientka mladšího věku účastnicí se mého výzkumného šetření hovořila o omezení v oblasti plánování rodičovství – již delší dobu by chtěla otěhotnět, ale nemůže kvůli svému zdravotnímu stavu vysadit léčbu, což ji v této snaze velmi limituje.

Celkově sedm pacientů v mém výzkumném šetření uvedlo, že jim nemoc výrazně zasáhla do života, dvě pacientky se cítily být omezeny pouze v určitých oblastech a jeden pacient tvrdil, že nemoc jeho život nijak neovlivňuje.

## 5 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá potřebami pacientů s Crohnovou chorobou, snaží se definovat, v jakých oblastech pociťují pacienti s tímto onemocněním deficit. Snahou bylo vybrat pokud možno co rozmanitější vzorek pacientů z hlediska pohlaví, věkového zastoupení, typu zánětu a aktivity choroby, délky onemocnění a způsobu léčby. Většinu z vybraného vzorku (celkem sedm) tvoří pacienti docházející do centra biologické léčby, jelikož s těmito pacienty bylo možno naplánovat rozhovor v určitý den a čas. Nakonec se podařilo zajistit i dva pacienty z gastroenterologické poradny a jednoho pacienta, který byl hospitalizován na lůžkovém oddělení. I přes to, že většina pacientů dostává biologickou léčbu, z hlediska jiných parametrů (typ zánětu a aktivita choroby, délka onemocnění, věk) se jedná o značně rozmanitou skupinu. Je zřejmé, že průběh onemocnění je velice individuální, u každého pacienta probíhá jinak a z toho vyplývají i rozdílnosti v potřebách pacientů a jejich vnímání této nemoci a vyrovnávání se s ní.

Pacienti nejčastěji popisovali problémy v oblasti vylučování (průjem, narušená gastrointestinální motilita), problémy se spánkem a únavou, chronické bolesti (břicha, kloubů), omezení v pohybových aktivitách (kvůli únavě) a v pracovní oblasti. Někteří trpí v souvislosti se svým onemocněním úzkostí a šest pacientů dochází nebo v minulosti docházelo na psychoterapii. Překvapilo mě, kolik pacientů nemoc zcela nebo částečně invalidizovala a snížila jejich pracovní schopnost. Také jsem si všimla, že ne vždy platí přímá úměra, že pacienti s delším trváním nemoci mají více příznaků a horší průběh choroby. Jeden pacient, u něhož onemocnění trvá téměř 20 let, je v současnosti poslední tři roky bez jakékoliv medikace a příznaky choroby pociťuje minimálně. Domnívá se přitom, že nemoc drží v remisi díky cílené intenzivní psychoterapii. Naproti tomu u některých pacientů, u nichž nemoc trvá kratší dobu než pět let, je třeba podávat biologickou léčbu, protože předchozí farmakologické možnosti u nich byly rychle vyčerpány a intenzita příznaků choroby jim téměř znemožňovala vykonávat běžné denní činnosti.

Zjistila jsem také, že většina pacientů se o svou chorobu nechce příliš zajímat. Docházejí sice pravidelně na léčbu, ale jinak v přístupu ke svému zdraví nejsou příliš aktivní, v jejich životosprávě by se dalo leccos zlepšit. Jen jeden pacient je členem patientského spolku (výše jmenovaný s dlouhodobou remisí onemocnění) a dvě pacientky navštívily alespoň jednou nebo vícekrát akci pořádanou patientským spolkem. Zároveň si někteří stěžovali, že informovanost o nemoci je v jejich okolí téměř nulová, a oni sami o Crohnově chorobě předtím, než

onemocněli, nikdy neslyšeli – pokud někdo nemá příbuzného s touto nemocí v rodině, nic o ní neví. A jelikož se onemocnění výrazně nepodepisuje na jejich vzhledu (s výjimkou období počátku choroby, kdy někteří pacienti výrazně zhubli, tento stav se ale později upravil) a subjektivní potíže jako únava a chronické bolesti nemusí být navenek nijak patrné, setkávají se opakovaně s nepochopením ze strany svého okolí, lidé kolem nich jejich problémy bagatelizují. Proto by bylo dobré zvýšit informovanost široké veřejnosti o Crohnově chorobě, nejen pacientů samotných.

Výstupem této bakalářské práce je ošetřovatelský manuál, vytvořený pro pacienty docházející dlouhodobě na biologickou léčbu. Pro tuto skupinu pacientů byl sestaven z toho důvodu, protože většina pacientů z výzkumného vzorku k bakalářské práci má naordinovanu biologickou léčbu. Manuál obsahuje nejčastější ošetřovatelské diagnózy, které vyplynuly z mého průzkumného šetření, spolu s návrhem možných intervencí. Mohl by být vodítkem pro zdravotnické pracovníky, na jaké oblasti a problémy je třeba se u pacientů s Crohnovou chorobou zaměřit.

## 6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANTOŠ, František, David KACHLÍK a Petr ŠLAUF. *Koloproktologie I*. 1. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013, s. 87. ISBN 978-80-87023-13-6.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003, s. 99. ISBN 80-86225-33-X.

BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 1180. ISBN 978-80-7492-145-2.

ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, s. 111. ISBN 978-80-7262-600-7.

DÍTĚ, Petr et al. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, s. 262. ISBN 978-80-7262-704-2.

DOUDA, Tomáš. Pokroky v terapii idiopatických střevních zánětů. In: *Interní medicína pro praxi*, 2017, roč. 19, č. 3, s. 110–115. ISSN 1212-7299.

ŘURICOVÁ, Dana, Martina PFEIFEROVÁ a Martin BORTLÍK et al. Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty v České republice – multicentrická studie. In: *Gastroenterologie a hepatologie*, 2018, roč. 72, č. 1, s. 11–19 [online]. ISSN 1804-7874 [cit. 2018-04-21]. Dostupné z: [https://www.crohn.cz/co5R1sdRB/uploads/2018/03/GH\\_1\\_18\\_duricova\\_lock.pdf](https://www.crohn.cz/co5R1sdRB/uploads/2018/03/GH_1_18_duricova_lock.pdf)

HERDMAN T. Heather et al. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015–2017*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, s. 464. ISBN 978-80-247-5412-3.

HLAVATÝ, Tibor et al. *Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitidou: kniha o črevných zápalových ochoreniach pre pacientov*. 1. vyd. Brno: Grifart, 2013, s. 147. ISBN 978-80-905337-1-4.

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 267. ISBN: 978-80-204-2806-6.

KNAPOVÁ, Ilona. *Specifika potřeb u nemocných s Crohnovou chorobou*. Pardubice, 2015, s. 99. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Ochtinská.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK et al. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, s. 256. ISBN 978-80-7262-692-2.

MIDLOCHOVÁ, Barbora. *Život pacientů s Crohnovou chorobou*. Pardubice, 2016, s. 73. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Ochtinská.

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY – PACIENTI IBD. *Jak zvládat život s IBD*. 1. vyd. Praha: Pacienti IBD, 2012, s. 31. ISBN 978-80-905120-1-6.

PACIENTI IBD z.s. *Kdo jsme* [online]. Pacienti IBD, ©2017 [cit. 2017-12-17]. Dostupné z: <https://www.crohn.cz/kdo-jsme>

PACIENTI IBD z.s. *Stanovy spolku Pacienti IBD z.s.* [online]. Pacienti IBD, ©2015 [cit. 2017-12-17]. Dostupné z: <https://www.crohn.cz/stanovy-spolku-pacienti-ibd>

PACIENTI IBD z.s. *Změny v poskytování komplexní lázeňské péče v roce 2015* [online]. Pacienti IBD, ©2015 [cit. 2017-12-22] Dostupné z: <https://www.crohn.cz/souvisejici-informace/zivotni-situace/zmeny-poskytovani-komplexni-lazenske-pece-roce-2015>

PACIENTI IBD z.s. a PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. 1. díl. 2. vyd. Praha: Pacienti IBD, 2016a, s. 77. ISBN 978-80-905120-5-4.

PACIENTI IBD z.s. a PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. 2. díl. 2. vyd. Praha: Pacienti IBD, 2016b, s. 83. ISBN 978-80-905120-6-1.

PAVELKA, Karel, Petr ARENBERGER a Milan LUKÁŠ et al. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, s. 363. ISBN 978-80-247-5048-4.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 152. ISBN 80-247-1211-3.

PRACOVNÍ SKUPINA PRO NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY a společnost MEDIMPORT. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 95.



SLOVAK CROHN CLUB. *Z histórie klubu* [online]. Slovak Crohn Club, ©2017 [cit. 2017-12-17]. Dostupné z: [www.crohncclub.sk/o-klube/historia-klubu/](http://www.crohncclub.sk/o-klube/historia-klubu/)

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 134. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠTÉBLOVÁ, Pavla. *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*. Zlín, 2014, s. 77. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Sedláková.

TABAKOVOVÁ, Olga. *Pacientská organizace PACIENTI IBD z.s. v roce 2017*. Přednáška prezentovaná na konferenci pro pacienty s nespecifickými střevními záněty v Hradci Králové dne 8. 11. 2017.

THE EUROPEAN FEDERATION OF CROHN'S & ULCERATIVE COLITIS ASSOCIATIONS. *About EFCCA* [online]. EFCCA, ©2017 [cit. 2018-12-17] Dostupné z: [www.efcca.org/en/about-efcca](http://www.efcca.org/en/about-efcca)

THE EUROPEAN FEDERATION OF CROHN'S & ULCERATIVE COLITIS ASSOCIATIONS. *The Impact of Inflammatory Bowel Diseases (IBD)* [online]. EFCCA, ©2014 [cit. 2018-04-21]. Dostupné z: [http://www.efcca.org/sites/default/files/IMPACT-STUDIE\\_online\\_0.pdf](http://www.efcca.org/sites/default/files/IMPACT-STUDIE_online_0.pdf)

TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 185. ISBN 978-80-7013-553-2.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2000* [online]. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2001, s. 162 [cit. 2018-04-20]. ISBN 80-7280-065-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinnost2000.pdf>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013* [online]. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2015, s. 156 [cit. 2018-04-20]. ISBN 978-80-7472-134-2. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2013.pdf>

VEČERKA, Richard. *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*. Olomouc, 2017, s. 87. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Renáta Váverková.

VLÁŠKOVÁ, Dana. Model životních aktivit v praxi u pacientů s Alzheimerovou chorobou. In: *Florence*, 2012, roč. 8, č. 2, s. 12–16. ISSN 1801-464X.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela et al. *Ošetrovatel'ský proces v internom ošetrovatel'stve. Učebnice pre fakulty ošetrovatel'stva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011, s. 236. ISBN 978-80-8063-358-5.

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vyd. Olomouc: Anag, 2013, s. 183. ISBN 978-80-7263-788-1.

ZBOŘIL, Vladimír et al. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2016, s. 207. ISBN 978-80-204-4035-8.

## 7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Bestův index aktivity Crohnovy choroby CDAI</i> (Vránová, 2013, s. 33).....s. 76	76
Příloha B – <i>Léky užívané v terapii Crohnovy choroby</i> (Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 41).....s. 77	77
Příloha C – <i>Maslowova hierarchie potřeb</i> (Šamánková, 2011, s. 26).....s. 78	78
Příloha D – <i>Informovaný souhlas s výzkumem pro pacienty</i> (vlastní zdroj).....s. 79	79
Příloha E – <i>Dokumentace pro sběr anamnestických údajů</i> (vlastní zdroj).....s. 80	80
Příloha F – <i>Ošetrovatelský manuál pro pacienty s Crohnovou chorobou docházející na biologickou léčbu</i> (vlastní zdroj).....s. 85	85

<b>Klinické a laboratorní ukazatele</b>	<b>Faktor váhy</b>
Součet počtu tekutých nebo měkkých stolic denně po dobu 7 dní	x 2
Součet epizod bolesti břicha denně po dobu 7 dní (stupeň 0 až 3)	x 5
Celkový pocit zdraví – součet denně po dobu 7 dní – stupeň 0 (dobré) až 4 (příšerné)	x 7
Přítomnost komplikací (kožních, očních a kloubních příznaků, přítomnost abscesů a píštělí, výskyt teplot v posledních 7 dnech) – za každou 1 bod	x 20
Užívání protiprůjmových léků	x 30
Přítomnost infiltrátu v břiše (0 – ne, 2 – sporný nález, 5 – jasný)	x 10
Hematokrit < 0,47 u mužů, < 0,42 u žen	x 6
Procento odchylky od standardní osobní hmotnosti	x 1

**Hodnocení indexu aktivity u Crohnovy choroby:**

< 150 – dobrá kontrola onemocnění, bezpříznakové období

> 450 – těžká choroba

Pokles o 70 – odpověď na léčbu

Příloha B – *Léky užívané v terapii Crohnovy choroby* (Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty, 2010, s. 41)

<b>Indikace</b>	<b>Léčiva</b>
<b>Indukce remise</b>	Aminosalicyláty Kortikosteroidy Methotrexát Azathioprin 6-merkaptopurin Infliximab, adalimumab Antibiotika
<b>Profylaxe</b>	Aminosalicyláty Azathioprin Probiotika Infliximab, adalimumab Antibiotika
<b>Léčba komplikací</b>	Azathioprin 6-merkaptopurin Cyklosporin A Infliximab, adalimumab Antibiotika



## Příloha D – *Informovaný souhlas s výzkumem pro pacienty* (vlastní zdroj)

Vážená paní / pane

Oslovení:

Odkud jste:

Kontakty na Vás:

### **VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU**

Vážená paní/pane,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia (kombinovaná forma – obor Všeobecná sestra), na Katedře ošetřovatelství Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a obracím se na Vás se žádostí o možnost realizace výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce na téma „**Potřeby pacientů s Crohnovou chorobou v ošetřovatelském modelu Nancy Roper**“ (školitelkou mé práce je Mgr. Hana Ochtinská).

Výzkum bude proveden kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhoru.

Interview by proběhla jako polostrukturovaný rozhovor v předpokládané délce max. 60 minut na jeden rozhovor v klidné, nerušené místnosti. Struktura rozhovoru se bude týkat předem definovaných tematických okruhů, s nimiž Vás seznámím před začátkem rozhovoru. Identita respondentů zůstane skryta, v bakalářské práci nebudou jejich jména uvedena. Respondenty sdělené údaje budou uchovávány v anonymitě, zpracovávány jako celkový pohled na uvedenou problematiku, **v žádném případě nebudou použity ke srovnávání výsledků jednotlivých pracovišť**.

#### ***Cílem práce je:***

Definovat potřeby pacientů s Crohnovou chorobou v rámci ošetřovatelského modelu Nancy Roper, sestavit mapu péče pro pacienty s Crohnovou chorobou.

**Pokud byste se vyjádřila kladně, prosím Vás o podpis. Tato žádost s Vaším podpisem bude součástí složky studenta, která bude uchována ve zdejšímu archivu na FZS.**

**Děkuji Vám za Vaše kladné vyjádření k žádosti.**

**S úctou Králová Žaneta**

V Pardubicích dne

Podpis respondenta

Příloha E – *Dokumentace pro sběr anamnestických údajů* (vlastní zdroj)

**Jméno, příjmení:**

**Pohlaví:**

**Věk/datum narození:**

**Hlavní diagnóza:**

**Vedlejší diagnózy:**

**Ambulantní léčba/lůžkové oddělení:**

**Dosavadní průběh onemocnění:**

**Alergická anamnéza:**

**Farmakologická anamnéza:**

**Rodinná anamnéza:**

**Sociální anamnéza:**

**Pracovní anamnéza:**

**Návykové látky:**

**Psychický stav:**

**Alternativní léčba:**



**Lázeňská léčba:**

**Kontakty s dalšími pacienty:**

**Základní screeningové vyšetření:**

**Celkový vzhled a úprava:**

**Výška, váha, BMI:**

**Konstituce:**

**Poloha:**

**Postoj:**

**Chůze:**

**Pohyb:**

**Poruchy hybnosti, citlivosti:**

**Závratě:**

**TK:**

**P:**

**D:**

**SpO2:**

**TT:**

**Vědomí:**

**Chápe myšlenky a otázky:**

**Paměť:**

**Pozornost:**

**Oční kontakt:**

**Řeč:**

**Zrak:**

**Sluch:**

**Nos:**

**Ústní dutina:**

**Kůže a kožní deriváty:**

**Invazivní vstupy:**

**Vyšetřovací metody a laboratorní hodnoty:**

**Škály:**

**GCS:**

**MNA:**

**ADL:**

**Riziko pádu (Stupnice pádu Morse):**

**Riziko vzniku dekubitů (Stupnice dle Nortonové):**

**VAS:**

**Udržování bezpečného okolí:**

*Domácí prostředí, péče o dům/byt, pohyb po okolí, cestování – omezení*

**Komunikace:**

*Komunikativní/nekomunikativní, překážky v komunikaci*

### **Dýchání:**

*Problémy s dýcháním, dušnost, kašel, sputum, vedlejší dechové fenomény*

### **Jídlo a pití:**

*Dieta, pravidelnost stravování, velikost porcí, potraviny způsobující potíže, preference určitých jídel, denní příjem tekutin, sipping, doplňky stravy*

### **Vylučování:**

*Problémy s močením, příměsi, bolest; defekace – charakter stolice, frekvence, pravidelnost, příměsi (krev, hlen), potíže při vyprazdňování, bolesti břicha, další obtíže (flatulence, meteorismus); zvýšené pocení*

### **Osobní hygiena a oblékání:**

*Potřeba dopomoci, omezení v této oblasti*

### **Kontrola tělesné teploty:**

*Zvýšená/snížená tělesná teplota, časté subfebrilie*

### **Pohyb:**

*Oblíbené pohybové aktivity, omezení v této oblasti, změny oproti minulosti, únava*

### **Práce a hry:**

*Vzdělání, zaměstnání, náročnost, změny oproti minulosti, koníčky, omezení v této oblasti*

**Projevy sexuality:**

*Omezení v této oblasti; muži – problémy s prostatou; ženy – menstruace (pravidelnost, bolesti, jiné potíže), porody, potraty, plánované těhotenství*

**Spánek:**

*Délka a kvalita spánku, problémy se spánkem (zhoršené usínání, probouzení během noci), změny oproti minulosti, spánek během dne, užívání hypnotik*

**Umírání:**

*Jak se vyrovnává se smrtí, víra, spiritualita*

**Doplňující poznámky:**

Příloha F – *Ošetrovatelský manuál pro pacienty s Crohnovou chorobou docházející na biologickou léčbu* (vlastní zdroj)

**Jméno a příjmení:**

**Rodné číslo:**

**Věk:**

**Datum:**

<p><b>Biologická léčba</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biologikum ....</li> <li>▪ Dávka (<i>množství dle hmotnosti pacienta</i>) ....</li> <li>▪ Způsob aplikace (<i>i.v.; s.c. – v centru/doma</i>) ....</li> </ul>
<p><b>Fyziologické funkce - monitoring</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TK, P (<i>před aplikací biologika</i>) ....</li> <li>▪ TK, P (<i>po aplikaci biologika</i>) ....</li> <li>▪ SpO2 ....</li> <li>▪ TT ....</li> </ul>
<p><b>Odběry a vyšetření</b> (<i>druh odběrů a vyšetření v tento den</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fyzikální vyšetření lékařem/sestrou ....</li> <li>▪ Odběry dle ordinace lékaře (krev, moč, stolice) ....</li> <li>▪ Endoskopické vyšetření (kolonoskopie/gastroskopie/rektoskopie/ERCP) ....</li> <li>▪ Ultrazvukové vyšetření ....</li> <li>▪ RTG ....</li> <li>▪ CT/MRI ....</li> <li>▪ EKG ....</li> <li>▪ Další vyšetření ....</li> </ul>
<p><b>Bolest</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Druh (<i>akutní/chronická</i>) ....</li> <li>▪ Lokalizace ....</li> <li>▪ Charakter ....</li> <li>▪ VAS ....</li> <li>▪ Co bolest zhoršuje ....</li> <li>▪ Co bolest zmírňuje ....</li> </ul>
<p><b>Vylučování</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Močení (<i>problémy, bolest při močení, příměsi</i>) ....</li> <li>▪ Defekace (<i>frekvence, pravidelnost, příměsi, charakter, bolesti při vyprazdňování, pocity plnosti, flatulence, meteorismus, hemoroidy, anální fisury, abscesy, píštěle</i>): ....</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zvýšené pocení (<i>kdy</i>) ....</li> </ul>
<b>Výživa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dietní omezení (<i>potraviny způsobující obtíže, vynechává ze stravy</i>) ....</li> <li>▪ Sipping ....</li> <li>▪ Doplnky stravy ....</li> <li>▪ Příjem tekutin za 24 hod ....</li> </ul>
<b>Ztráta hmotnosti</b> ( <i>od poslední návštěvy</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Výška ....</li> <li>▪ Váha ....</li> <li>▪ BMI ....</li> <li>▪ Ztráta hmotnosti (<i>od poslední návštěvy</i>) ....</li> </ul>
<b>Mimostřevní projevy onemocnění</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Únava ....</li> <li>▪ Bolesti kloubů ....</li> <li>▪ Kožní projevy ....</li> <li>▪ Záněty očí ....</li> <li>▪ Jiné projevy ....</li> </ul>
<b>Spánek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Délka a kvalita spánku ....</li> <li>▪ Potíže se spánkem ....</li> <li>▪ Užívání hypnotik ....</li> </ul>
<b>Psychický stav/ stresové faktory</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prožívá v současné době stres ....</li> <li>▪ Co stres vyvolává ....</li> <li>▪ Jak se s ním vyrovnává ....</li> <li>▪ Potřebuje podporu psychoterapeuta ....</li> </ul>
<b>Dodržování léčebného režimu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spolupráce při léčbě (<i>dochází na léčbu, užívá pravidelně léky</i>) ....</li> <li>▪ Kouření ....</li> <li>▪ Alkohol ....</li> <li>▪ Jiné ....</li> </ul>
<b>Informovanost o nemoci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potřebuje více informací o své nemoci ....</li> <li>▪ Potřebuje konzultaci s lékařem/nutriční specialístkou/jiným odborníkem ....</li> <li>▪ Jiné ....</li> </ul>

Ošetrovatelské diagnózy	Cíle	Intervence	Vyhodnocení
<b>Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196), Průjem (00013), Snaha zlepšit výživu (00163)</b>	<p>Pacientovi/pacientce se zmírní střevní příznaky onemocnění během pravidelné léčby</p> <p>Pacientovi/pacientce se postupně sníží četnost vyprazdňování stolice</p> <p>Pacient/ka zlepší svoji výživu</p>	<p>Aplikuj pacientovi/pacientce biologickou léčbu dle ordinace lékaře</p> <p>V případě domácího podávání biologické léčby edukuj pacienta/pacientku o správném postupu při aplikaci subkutánních injekcí</p> <p>Edukuj pacienta/pacientku o zásadách vhodné výživy při onemocnění, v případě potřeby doporuč konzultaci s nutričním specialistou/specialistkou</p>	<p>Pacientovi/pacientce je aplikována biologická léčba dle ordinace lékaře</p> <p>Pacient/pacientka si dovede aplikovat subkutánní injekce v domácím prostředí</p> <p>Pacient/pacientka zná zásady vhodné výživy při onemocnění a vybírá si potraviny, které mu/jí nezpůsobují zažívací problémy</p>
<b>Chronická bolest (00133)</b>	<p>Při pravidelné léčbě se pacientovi/pacientce postupně zmírní chronické bolesti</p>	<p>Sleduj, zaznamenávej a vyhodnocuj intenzitu bolesti (na škále VAS) při každé návštěvě, informuj lékaře</p> <p>Edukuj pacienta/pacientku o nefarmakologických způsobech zvládnání bolesti</p>	<p>Pacient/ka hovoří o tom, že se intenzita chronických bolestí během léčby snížila</p> <p>Pacient/ka zná a využívá nefarmakologické způsoby zvládnání bolesti</p>

<p><b>Nespavost (00095), Nedostatek spánku (00096), Zhoršený komfort (00214), Únava (00093)</b></p>	<p>U pacienta/pacientky se během léčby zlepší kvalita spánku, bude rychleji usínat a méně často se probouzet během noci</p> <p>Pacient/pacientka bude během dne pocítovat více energie</p>	<p>Zjišťuj spánkové návyky pacienta/pacientky</p> <p>Edukuj pacienta/pacientku o zásadách spánkové hygieny a ved' pacienta/pacientku ke vhodným spánkovým návykům</p>	<p>Pacient/pacientka hovoří o tom, že se jeho/její spánek zlepšil, rychleji usíná a snížila se frekvence probouzení během noci</p> <p>Pacient/pacientka pocítuje více energie během dne</p>
<p><b>Úzkost (00146), Neefektivní zvládnání zátěže (00069)</b></p>	<p>Pacient/pacientka se naučí lépe zvládat úzkostné stavy, bude pocítovat menší míru napětí</p>	<p>Vyslechni pacienta/pacientku a buď mu/jí oporou</p> <p>Doporuč pacientovi/pacientce vhodné nefarmakologické způsoby snižování napětí</p> <p>V případě potřeby doporuč pacientovi/pacientce konzultaci s psychoterapeutem</p>	<p>Pacient/pacientka lépe zvládá úzkostné stavy a je schopen/schopna se vypořádat s napětím bez pomoci farmak</p>
<p><b>Chování náchylné ke zdravotním rizikům (00188)</b></p>	<p>Pacient/pacientka omezí své rizikové chování a bude lépe spolupracovat při léčbě</p>	<p>Edukuj pacienta/pacientku o zásadách zdravého životního stylu a podporuj ho/jí ve snaze změnit své návyky</p> <p>V případě potřeby odkaž pacienta/pacientku na pomocné organizace</p>	<p>Pacient/pacientka omezil/a své rizikové chování a žije zdravějším životním stylem</p>



<p><b>Narušená integrita kůže (00046), Riziko infekce (00004), Riziko pádů (00155)</b></p>	<p>U pacienta/pacientky nedojde ke vzniku infekce po dobu pobytu v centru biologické léčby</p> <p>U pacienta/pacientky nedojde k pádu po dobu pobytu v centru biologické léčby</p>	<p>Monitoruj i.v. vstup během aplikace biologické léčby, pátřej po známkách infekce, v případě potřeby zajisti nový i.v. vstup</p> <p>Edukuj pacienta/pacientku o možném riziku pádu</p> <p>Sleduj reakce pacienta/pacientky po aplikaci biologické léčby</p>	<p>Pacientovi/pacientce nevznikla v souvislosti s pobytem v centru biologické léčby infekce</p> <p>U pacienta/pacientky nedošlo po aplikaci biologické léčby k pádu</p>
--	--	---	---