

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Jitka Vobořilová

Ošetrovatelská péče o pacientku s celiakií

Nursing care of patient with celiac disease

Bakalářská práce

Praha, květen 2012

Autor práce: Jitka Vobořilová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK

Konzultant: MUDr. Gabriela Vepřeková

Pracoviště konzultanta: Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Ústřední vojenská nemocnice -

Vojenská fakultní nemocnice Praha

Předpokládaný termín obhajoby: květen 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému - SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 4. května 2012

Jitka Vobořilová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Gabriele Vepřekové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala celé své rodině za podporu během studia.

Obsah

1. ÚVOD.....	6
2. KLINICKÁ ČÁST	7
2.1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	7
2.2. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TENKÉHO STŘEVA.....	7
2.3. EPIDEMIOLOGIE.....	8
2.4. ETIOPATOGENEZE.....	9
2.5. KLINICKÝ OBRAZ.....	9
2.6. DIAGNOSTICKÁ VYŠETŘENÍ.....	10
2.7. PROGNÓZA.....	15
2.8. KOMPLIKACE.....	15
2.9. LÉČBA.....	15
2.10. ZÁKLADNÍ INFORMACE O NEMOCNÉ.....	17
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	19
3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	19
3.2. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARY GORDON - MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ.....	21
3.3. POSOUZENÍ STAVU NEMOCNÉ.....	22
3.4. AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	25
3.5. PSYCHOSOCIÁLNÍ ZHODNOCENÍ PACIENTKY.....	34
3.6. EDUKACE PACIENTKY A JEJÍCH RODIČŮ PO POTVRZENÍ DIAGNÓZY CELIAKIE.....	35
3.7. KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM.....	38
4. ZÁVĚR.....	39
5. VYSVĚTLENÍ POUŽITÝCH POJMŮ.....	40
6. SEZNAM A VYSVĚTLENÍ ZKRATEK.....	41
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	42
8. SEZNAM PŘÍLOH.....	44

1. Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracovat případovou studii ošetrovatelské péče o dětskou pacientku s celiakií. Pacientku s touto diagnózou jsem si vybrala proto, že mě tato problematika již dlouhá léta zajímá nejen profesně, ale zasahuje mi i do osobního života. Pacientka V. V. byla v květnu roku 2011 plánovaně přijata na Klinikou dětského a dorostového lékařství 1. LF VFN k histologickému potvrzení klinické a laboratorní suspekce na celiakii.

V klinické části práce nejprve popíši anatomii a fyziologii tenkého střeva. Následně se v jednotlivých podkapitolách podrobně zaměřím na celiakální sprue - od epidemiologie a etiopatogeneze, přes klinický průběh a stanovení diagnózy, až po prognózu a léčbu nemoci. Dále uvedu základní údaje o pacientce, lékařskou anamnézu, výsledky provedených vyšetření a průběh hospitalizace.

V ošetrovatelské části popíši metodiku ošetrovatelského procesu a nemocnou zhodnotím dle ošetrovatelského modelu Gordonové. Následně popíši aktuální ošetrovatelské diagnózy, pacientku psychosociálně zhodnotím a také se zaměřím na její edukaci a vzájemnou komunikaci. K práci jsem použila informace získané vlastním pozorováním a měřením, ze zdravotnické dokumentace, od rodiny pacientky, od ostatních členů ošetrovatelského týmu a vycházela jsem i z odborné literatury.

Rodina pacientky byla seznámena a souhlasila s tím, že získané informace použiji ke zpracování bakalářské práce.

Cílem mé práce je poskytnout ucelená data o problematice celiakie a aplikace ošetrovatelského procesu u dětského pacienta.

2. Klinická část

2.1. Charakteristika onemocnění

Celiakie (celiakální sprue, glutenová enteropatie) je hereditární onemocnění dětí i dospělých s celosvětovým výskytem. Její příčinou je celoživotní nesnášenlivost lepku u geneticky predisponovaných jedinců. Lepek je ve vodě nerozpustný bílkovinný komplex uložený v povrchové části obilných zrn. Při CS dochází k malabsorpci v důsledku typických zánětlivých změn sliznice tenkého střeva s normalizací nálezu při dodržování bezlepkové diety. Neléčená celiakie je pro multisystémové postižení závažnou autoimunitní chorobou s četnými komplikacemi, z nichž některé mají život ohrožující charakter.¹

2.2. Anatomie a fyziologie tenkého střeva

2.2.1. Anatomie tenkého střeva

Tenké střevo - intestinum tenue - se rozděluje do tří oddílů, dvanáctník - duodenum, lačník - jejunum a kyčelník - ileum. Tenké střevo navazuje na žaludek jako trubice o průměru kolem 3 - 4 cm, dlouhá na živém a těsně před smrtí 3 - 5 m. Sliznice celého tenkého střeva je poseta drobnými štíhlými prstovitými výběžky, zvanými villi intestinalis - střevní klky.²

Dvanáctník má tvar přibližně písmena C a je dlouhý 25 - 30 cm. Sliznice duodena je složena do příčných řas, pouze na mediální stěně sestupné části je vytvořena podélná řasa. Ve sliznici duodena se nachází Brunnerovy žlázy, jejichž sekret společně s alkalickou pankreatickou šťávou a žlučí neutralizuje kyselou žaludeční šťávu, která do duodena proniká s potravou.³

¹ FRIČ, Přemysl, NEVORAL, Jiří. Cílený screening celiakie. *Interní medicína pro praxi*. 2009, **11**(11), 484.

² ČIHÁK, Radomír. *Anatomie II*. 2. vyd. upravené a doplněné. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.

³ FIALA, Pavel a spol. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1491-5.

Lačník je asi 2 m dlouhý úsek tenkého střeva, ve kterém probíhá největší resorpce natrávené potravy. Pro zvýšení resorpční plochy je sliznice složena v Kerkringovy řasy, ze kterých ještě vybíhají četné drobné klky. Jsou v ní drobné žlásky a mízní uzlinky. Hladká svalovina je uspořádána ve vnitřní cirkulární a zevní podélnou vrstvu a je, stejně jako v ileu, v celém rozsahu kryta serózou.

Kyčelník je o něco delší než jejunum, cca 3,5 m, slizniční řasy jsou méně četné, ale je zde větší množství lymfatické tkáně.⁴

2.2.2. Fyziologie tenkého střeva

V tenkém střevě se chymus promíchává s trávicími šťávami a žlučí a je dále zpracováván. Podílí se na tom nejen enzymy, pankreatické šťávy, ale i enzymy, které jsou produkovány samotným tenkým střevem. Střevní sekrece (v průměru okolo 2 l za den) je vyvolávána bezprostředně mechanickými vlivy chymu na střevní sliznici, působením parasymptiku, vlákný nervu vazu, ale i vlivem gastrointestinálních hormonů. Mucin (hlen) je nutný pro hladký posun tráveniny a ochranu sliznice.⁵

2.3. Epidemiologie

Celiakie se diagnostikuje v české populaci nedostatečně často a naopak často pozdě. Onemocnění se vyskytuje celosvětově, s výraznými geografickými rozdíly, častěji bývají postiženy ženy (poměr žen a mužů 2 : 1), a to v kterémkoliv věku. Kvalifikovaný odhad prevalence celiakie v České republice činí 1 : 200 - 1 : 250, tj. 40.000 - 50.000 nemocných, ale v současné době je diagnostikováno a dispenzarizováno jen 10 - 15 % z toho počtu. Jde o jednu z nejrozšířenějších autoimunitních chorob.⁶

⁴ FIALA, Pavel a spol. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1491-5.

⁵ MOUREK, Jindřich. *Fyziologie - učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1190-7.

⁶ LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1787-6.

2.4. Etiopatogeneze

Patologické změny vznikají v důsledku abnormální imunitní reakce na lepek (gluten), resp. na jeho štěpy. Ve sliznici dochází ke vzniku protilátek, které pak na ni působí cytotoxicky a vyvolávají zánětlivý proces. Dědičnost (10 - 15 % u příbuzných prvního stupně), vysoký výskyt genetických faktorů (HLA-DQ2, HLA-DQ8) i časté laboratorní a biotické odchylky u asymptomatických příbuzných dokládají genetickou dispozici.

2.5. Klinický obraz

Klinický obraz celiakální sprue dospělých je pestrý, závisí na tíži a stádiu choroby, především ale na rozsahu střevních změn. Kromě klinicky plně rozvinutých forem je řada nemocných s nevýraznými příznaky, které unikají rozpoznání. „Klasický“ plně rozvinutý obraz (u 30 - 40 % nemocných) zahrnuje průjemy, hubnutí, slabost, únavnost, řadu dyspeptických potíží, meteorismus, anémii a krvácivé projevy. Z mimostřevních příznaků jsou časté poruchy kostní (osteoporóza, fraktury), gynekologické (spontánní potraty, neplodnost), neurologické (epilepsie, migrény) či psychiatrické (deprese, stavy úzkosti).⁷

V dětství je příznakový soubor celiakie více typický než v dospělosti. Objevuje se po zavedení obilných výrobků do výživy a zahrnuje průjemy, steatorheu, křečovitě bolesti břicha a někdy i zvracení. Dítě neprospívá, střídají se u něj stavy apatie a podrážděnosti, má chabé svalstvo a větší břicho. U školních dětí s neléčenou CS bývají střevní příznaky již méně nápadné nebo chybí. Je však u nich opožděn somatický a psychický vývoj, jsou anemické, popřípadě mají jiné projevy malnutrice. V pubertě dochází často ke spontánnímu zlepšení a zřídka se onemocnění v tomto období manifestuje.⁸

⁷ VOLF, Vladimír. Chronické bolesti břicha u dětí. *Pediatrica pre prax.* 2006, **3**, 135-141.

⁸ NEVORAL, Jiří, KOTALOVÁ, Radana. Celiakální sprue (glutensenzitivní enteropatie). *Postgraduální medicína.* 2002, **4**, 14-21.

Celiakie se často vyskytuje společně s dalšími autoimunitními chorobami - diabetem I. typu (prevalence až 50x vyšší než v ostatní populaci), onemocněním štítné žlázy, IgA deficiencí, postižením jater, plic a dalších orgánů.

Glutenová enteropatie se může manifestovat i pod obrazem Duhringovy herpetiformní dermatitidy. Pro tuto formu choroby jsou typická silně svědivá ložiska papulovezikulární dermatitidy s predilekcí v oblasti loktů, kolen, hýždí a kštic. Většina nemocných nemá žádné další obtíže, přesto až 80 % z nich má prokazatelné patologické změny sliznice tenkého střeva. Objektivní nález i běžná laboratorní vyšetření bývají bez odchylek.⁹

2.6. Diagnostická vyšetření

2.6.1. Klinický obraz

Podezření na celiakii lze vyjádřit podle typických nebo podezřelých příznaků. U silentní celiakie též podle přítomnosti přidružených autoimunitních chorob nebo přítomnosti celiakie v příbuzenstvu.

2.6.2. Sérologické vyšetření

Výrazný posun v diagnostice celiakie znamenal zavedení sérologických metod a cíleného screeningu rizikových skupin (příbuzní celiaků 1. stupně, jedinci s rizikovými příznaky a přidruženými chorobami).

Jako první bylo zavedeno stanovení antigliadinových protilátek (AGA), které ale neměly dostatečnou spolehlivost (falešná pozitivita i u jiných gastrointestinálních onemocnění).

V současné době je preferováno vyšetření protilátek proti endomyziu (AEA) a tkáňové transglutamináze (AtTGA). Jejich senzitivita i specifita je vysoká (90 - 98 %) a jejich sledování je cenné i v monitorování dalšího průběhu

⁹ LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1787-6.

nemoci. Po zahájení bezlepkové diety hladina protilátek pozvolně klesá, při porušování diety, relapsu choroby či rozvoji komplikací opět stoupá.¹⁰

Metodický pokyn MZ ČR zveřejněný v únoru r. 2011 doporučuje dvoustupňový cílený screening celiakie. V prvním stupni je stanovována hodnota sérových autoprotilátek proti tkáňové transglutamináze ve třídě IgA a celkového IgA. Asi u 3 % celiaků je přítomen izolovaný deficit IgA a v těchto případech je třeba vyšetřit autoprotilátky ve třídě IgG. Pozitivní výsledek AtTGA indikuje druhý stupeň screeningu, kterým je perorální biopsie aborálního duodena (pod Vaterovou papilou) na gastroenterologickém pracovišti pediatickém či pro dospělé. Při vysoce rizikových symptomech (anemie, úbytek tělesné hmotnosti a průjem - 3 a více řídkých stolic denně) se doporučuje odeslání probanda na gastroenterologické pracoviště i při negativní serologii.¹¹

2.6.3. Endoskopické metody

Potvrzením diagnózy je histologické vyšetření sliznice tenkého střeva. Biopsie se provádí buď odběrem z distálního duodena při endoskopii horní části trávicí trubice nebo sací bioptickou kapslí z první kličky jejunu. Získaný vzorek je hodnocen histologicky, histochemicky, popř. i imunohistochemicky. U neléčených pacientů je obraz sliznice typický - subtotální až totální atrofie klků, hypertrofie Lieberkūnových krypt, zánětlivá lymfoplazmocytní celulizace, edém proprie a zřetelná redukce enzymatického vybavení enterocytů.¹²

2.6.3.1. Endoskopie horní části trávicího traktu

2.6.3.1.1. Charakteristika vyšetření

Endoskopie je od 60. let minulého století rozhodující vyšetřovací metodou v gastroenterologii.

Indikace orální endoskopie HČTT jsou velmi široké, prakticky již pouhé podezření na onemocnění jícnu, žaludku nebo duodena je dostatečným důvodem

¹⁰ KOHOUT, Pavel. Celiakie v ambulantní praxi. *Medicína pro praxi*. 2007, 6, 250-252.

¹¹ Cílený screening celiakie (metodický pokyn). *Věstník MZ ČR*. 2011, 3, 51-54.

¹² LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1787-6.

k vyšetření. Možnost odběru malých vzorků tkáně (biopsie) je jednou z velkých předností standardní optické endoskopie. Je tak umožněno histologické ověření podstaty pozorovaných změn. Tyto nálezy jsou většinou pro diagnózu směrodatné. Biopsie z D3 porce duodena je spolu se serologickým vyšetřením zásadním vyšetřením při podezření na celiakální sprue. Pracovní bioptický kanál gastroskopu umožňuje zavádět i jiné vhodné nástroje (polypektomické kličky, nástroje na odstraňování cizích těles). Kontraindikací orální endoskopie je nespolupráce nemocného, anatomické překážky bránící bezpečnému zavedení, šok a horečnaté stavy.

2.6.3.1.2. Příprava na endoskopické vyšetření

- Psychologická příprava

Tato příprava je důležitá pro všechny pacienty, kteří podstupují jakékoliv lékařské vyšetření. Již přijetí pacienta k objednání je velmi důležité. Mělo by probíhat vlídně, mile, avšak profesionálně. Někdy je lepší ukázat pacientovi na obrázku, která část trávicí trubice se bude vyšetřovat. Při objednávání výkonu by měla být sestra schopna pacientovi vysvětlit, jak bude vyšetření probíhat a zodpovědět případné dotazy.

Některé terapeutické výkony a výkony u dětí se provádějí v analgosedaci. Je proto dobré pacienta (nebo jeho rodiče) upozornit na nutnost předoperačního vyšetření.

Samotný výkon ještě vysvětlí lékař, který bude vyšetření provádět. Po vyšetření pacientovi předá zprávu a srozumitelně ho informuje o endoskopickém nálezu a eventuálně nutných režimových opatřeních, medikaci a endoskopické nebo ambulantní kontrole.

Každý pacient by měl odcházet s pocitem, že byl dobře vyšetřen a v případě dalších obtíží se může na konkrétní pracoviště znovu obrátit.

- Informovaný souhlas

Informovaný souhlas podepsaný lékařem a pacientem (zákonným zástupcem) je vyžadován před každým invazivním vyšetřením, tedy i před horní endoskopií. Obsahem informovaného souhlasu by měl být popis metody, její účel, možné komplikace a následná péče resp. postup po vyšetření.

- Farmakologická příprava

Není nutné, aby pacient odcházel z vyšetření s nepříjemnými pocity a zážitky. Některá vyšetření se provádějí bez premedikace, ale komplikovanější výkony se provádějí v analgosedaci. O premedikaci vždy rozhodne lékař, který vyšetření provádí. Podávají se spasmolytika, benzodiazepiny, analgetika. Antibiotika a chemoterapeutika se podávají v profylaxi infekčních komplikací u rizikových nemocných. Důležitý je cílený dotaz na alergické reakce, zejména po lokálních anestetících.

- Kontrola laboratorních výsledků

Při terapeutických výkonech je nutné znát laboratorní výsledky souboru jaterních testů, koagulačních vyšetření - INR, aPTT a krevního obrazu včetně trombocytů. Při prodloužených koagulačních časech zákroky nelze provést.

- Endoskopický sálek

Aby mohl být výkon dobře a rychle proveden, je nutné mít odpovídajícím způsobem připraven endoskopický sálek: vydezinfikované, odzkoušené a funkční endoskopické přístroje, odsávačku, koagulační jednotku a přichystaná sterilní akcesoria. V případě, že se výkon provádí v analgosedaci, nesmí chybět pulsní oxymetr, kyslíkové brýle nebo maska, tonometr, ruční dýchací přístroj a kompletní vybavení k intubaci.

- Příprava před vyšetřením

Špatná příprava pacienta vyšetření zbytečně prodlužuje nebo úplně znemožňuje. Pacient nejí tuhé pokrmy po dobu 7 hodin, tekutiny nepožívá 4 hodiny před vyšetřením.

- Žilní přístup

Výkony, které vyžadují premedikaci, či je u nich předpokládán náročnější postup, vyžadují zajištěný žilní přístup před výkonem.

- Komplikace u endoskopie HČTT

Počet komplikací je celkově nízký, mortalita diagnostické endoskopie nepřesahuje 0.01%. Nejčastějšími komplikacemi endoskopie HČTT jsou

perforace (zpravidla při zavádění přístroje) a krvácení (při terapeutických výkonech). Dále následují komplikace způsobené analgosedací.¹³

2.6.3.2. Enterobioptická kapsle

Dětský lékař používá u malých dětí v některých případech místo endoskopu enterobioptickou kapsli (viz. příloha č. 1). Bioptická kapsle je kapsle velikosti bonbónu, který pacient spolkne. Kapsle je zavedena do oblasti první kličky jejunu a odtud se odebere vzorek tkáně. Odběr malého vzorku střevní sliznice je nebolestivý.¹⁴

2.6.3.3. Kapslová enteroskopie (KE)

KE je vyšetření tenkého střeva pomocí endoskopické kapsle. Stala se v posledních letech nedílnou součástí diagnostického algoritmu onemocnění tenkého střeva (viz. příloha č. 2). Tato metoda je nyní v ČR relativně dobře dostupná a zavedená. Endoskopická kapsle o velikosti 1×2,5 cm (viz. příloha č. 3), kterou vyšetřovaný pacient spolkne, umožňuje snímání endoskopického obrazu při průchodu GIT a jeho bezdrátový přenos.

Senzitivita i specifita KE pro identifikaci typických znaků celiakie je vysoká. Vzhledem ke klíčovému postavení histologického vyšetření v její diagnostice může být KE použita především k identifikaci komplikací celiakie, jako je lymfom, adenokarcinom a ulcerózní jejunoleitida.¹⁵

¹³ LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1787-6.

¹⁴ MAŇASKOVÁ, Dana. *Dignostika celiakie* [online]. ©2010. Dostupné z: <http://medicinman.cz>

¹⁵ TACHECÍ, Ilja, DRASTICH, Pavel, SUCHÁNEK, Štěpán a kol. Standard ČGS pro kapslovou endoskopii tenkého střeva. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2011, **65**(4), 195-201.

2.7. Prognóza

Nepoznaná a neléčená glutenová enteropatie je závažným a život ohrožujícím onemocněním. Jde o významnou prekancerózu, v dlouhodobém průběhu se maligní nádory, nejčastěji lymfomy, vyskytují až u 10 % nemocných. Prognóza je dána především včasnou diagnózou, resp. rozsahem změn v okamžiku zahájení léčby a postojem nemocných k dietě. Při jejím trvalém dodržování je prognóza dobrá, komplikace jsou vzácné a průměrná délka života se významně neliší od ostatní populace.¹⁶

2.8. Komplikace

Komplikace CS jsou především důsledkem pozdní diagnózy. Patří k nim jednak komplikace postihující bezprostředně tenké střevo (refrakterní sprue, ulcerózní jejunoileitida a T-lymfom) a jednak komplikace postihující jiné orgány a systémy (malignity, metabolická osteopatie, komplikace neurologické, psychiatrické a hematologické).¹⁷

2.9. Léčba

2.9.1. Souhrn

Jedinou kauzální léčbou je celoživotní nepřerušovaná a úplná bezlepková dieta. Je nutno vyloučit všechny potraviny obsahující i stopová množství mouky z pšenice, žita i ječmene. Možná je konzumace mouky kukuřičné, rýžové, sójové či speciální bezlepkové. Zahájení diety vede k rychlému ústupu subjektivních potíží. Slizniční změny ustupují velmi pozvolna až po řadě měsíců. Medikamentózní terapie má jen podpurný a dočasný charakter. Substituce vitamínů a minerálů je nutná většinou jen v začátcích léčby, řídí se dle příznaků

¹⁶ LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1787-6.

¹⁷ FRÍČ, Přemysl. *Celiakální sprue - úloha praktického lékaře* [online]. ©2006. Dostupné z: <http://www.bezlepkovadieta.cz/celiakie-celiakalni-sprue>

a laboratorních hodnot. U těžších forem je v počátcích léčby na místě aplikace kortikosteroidů a enterální či parenterální výživa. Kožní nález u pacientů s dermatitidou ustupuje po podání DDS sulfonů (Dapson), ale po jejich vynechání se opět rychle obnovuje. Sulfony nemají žádný vliv na střevní změny. K těmto nemocným je nutno přistupovat zcela shodně jako k pacientům s celiakií, neboť průběh, komplikace i prognóza jsou stejné.¹⁸

2.9.2. Význam bezlepkové diety pro celiaky

Lepek je bílkovinný komplex v povrchní části zrn pšenice, žita a ječmene. Bezlepková dieta je náročný dietní režim předpokládající celoživotní vyloučení surovin, potravin a nápojů obsahujících lepek, jeho peptidové frakce (prolamini, gluteniny) a některé jejich štěpy. Podle ankety z 978 českých celiaků se 46 % nedokázalo psychicky vyrovnat s bezlepkovou dietou do jednoho roku po jejím nasazení. Tento režim vyžaduje týmový přístup zahrnující nemocného, jeho rodinu, lékaře, nutriční terapeutku a zájmovou organizaci celiaků.

2.8.3. Oves jako součást bezlepkové diety

Oves zůstává kontroverzním tématem. Podle řady klinických studií nevyvolává malé množství ovesných výrobků významné subjektivní obtíže, pozitivitu sérových protilátek a lokální imunitní odpověď. Tyto studie však vykazují formální nedostatky. Kontaminace ovsa jinými obilovinami v různých fázích pěstování a jeho zpracování až do konzumovaného produktu představuje další problém. Bezpečné zařazení ovsa do bezlepkové diety vyžaduje: 1. pěstování kultivarů ovsa s nízkým obsahem aveninů, 2. dodržení podmínek produkce nekontaminovaného ovsa, 3. laboratorní kontroly čistoty ovsa, 4. dlouhodobou dispenzarizaci celiaků.¹⁹

¹⁸ LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1787-6.

¹⁹ FRIC, Premysl, GABROVSKA, Dana, NEVORAL, Jiri. Celiac disease, gluten-free diet and oats. *Nutrition reviews*. 2011, **69**(2), 107-115.

2.10. Základní informace o nemocné

Pacientka V.V., narozena 1.9.2007, byla hospitalizována od 12.5.2011 do 13.5.2011 na gastroenterologickém oddělení na KDDL VFN, pro potvrzení či vyloučení celiakie. Zde podstoupila plánovaný výkon endoskopii horní části zažívacího traktu v celkové anestezii.

2.10.1. Souhrn lékařské anamnézy

RA: otec alergik na potraviny, matka zdráva

AA: 0

OA: časté rýmy a záněty horních dýchacích cest

FA: 0

NO: subjektivně - cítí se dobře, bez potíží

objektivně - výška - 102cm, váha - 14kg, výškově i proporcionálně 50 %,

chrup bpn, struma 0, kůže čistá

2.10.2. Přehled vyšetření

Pacientka vyšetřena v březnu roku 2011 na alergologii pro časté rýmy a záněty horních dýchacích cest. Zde jí byl proveden serologický screening celiakie, který byl pozitivní, a bylo jí doporučeno vyšetření gastroenterologem. Po opětovném vyšetření krve (Imunoglobuliny IgA - 1.05, Autoimunita gastroen - AB/ Endomyzium IgA pozitivní, AB/Endomyzium IgG pozitivní, Anti - TGA 82,9) byla objednána ke gastrokopii.

2.10.3. Průběh hospitalizace

Čtyřletá nemocná byla plánovaně přijata k provedení endoskopie horní části trávicího traktu v celkové anestezii k histologické verifikaci serologické suspekce na celiakii. Předoperační vyšetření byla provedena jejím dětským lékařem v místě bydliště. Po příjmu bylo doplněno anesteziologické konzilium

a byla provedena příprava před výkonem. Pacientka byla vzhledem k nízkému věku přijata s otcem.

Průběh po výkonu standardní a pacientka byla v podvečer propuštěna do domácího ošetřování.

2.10.4. Farmakoterapie v průběhu hospitalizace

Midazolam 1.5 mg per os, Ketamin 1mg/kg nasálně, Sevoflurane, FR 6ml/kg/hod.

- Midazolam - krátkodobě působící benzodiazepin, používaný při léčbě křečí a pro vyvolání sedace a amnézie při lékařských zákrocích.
- Ketamin - disociativní anestetikum, na rozdíl od ostatních anestetik stimuluje kardiovaskulární systém i dechové centrum a je potentním analgetikem. Myorelaxace je slabá, naopak tonus horních cest dýchacích je zachovalý.
- Sevoflurane - inhalační anestetikum, nedráždí dýchací cesty, takže je vhodný pro inhalační úvod do anestezie, relaxuje kosterní svalstvo a potencuje účinek nedepolarizujících myorelaxancií.
- FR - 0.9% roztok NaCl, má přibližně stejnou osmolalitu jako plazma

2.10.5. Výsledek endoskopie horní části trávicí trubice

Lymfonodulární hyperplazie v duodenu, jinak normální nález - dle serologie celiakie v. s. - definitivně dle histologie.

Při histologickém vyšetření byla potvrzena celiakie, typ 3A dle Marshovy klasifikace (viz. příloha č. 4).

3. Ošetrovatelská část

3.1. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces představuje myšlenkový algoritmus a sérii činností, které na sebe bezprostředně navazují a které vedou k uspokojení potřeb nemocného. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče.

Použití sesterských diagnóz v rámci ošetrovatelského procesu vyzbrojuje sestru znalostmi, které přispívají jak k prevenci chorobných procesů, tak i upevnění zdraví, nebo alespoň ke zmírnění bolestí a všech chorobných příznaků v případě, že není možné zdraví nemocnému skutečně vrátit.

Pojem „ošetrovatelský proces“ vznikl v padesátých letech 19. století a ihned se velmi ujal jako reálná základna pro skutečně účinnou práci sestry. Dnes se stal neodmyslitelnou koncepční osnovou práce sestry v převážné většině států západního světa. Při tomto procesu se od sestry očekává:

- systematické shromažďování všech údajů, které se týkají samotného pacienta i projevů jeho choroby
- rozbor těchto získaných údajů
- plánovitá volba příslušných ošetrovatelských úkonů
- praktická realizace těchto úkonů
- zhodnocení dosažených výsledků ošetrovatelské péče s návrhem případných změn dle individuálních potřeb nemocného²⁰

3.1.1. Fáze ošetrovatelského procesu

3.1.1.1. Zhodnocení nemocného - shromažďování údajů

- umožňuje identifikovat problémy a potřeby pacienta
- zdrojem informací je pacient, rodina pacienta, zdravotnická dokumentace a členové zdravotnického týmu

²⁰ DOENGES, Marilyn, MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.

3.1.1.2. Stanovení ošetrovatelské diagnózy

- vychází z anamnestických údajů a vyjadřuje ošetrovatelské problémy pacienta, které smí sestra řešit
- obsahuje vyjádření problému a jeho příčinu
- ošetrovatelské diagnózy se řadí dle závažnosti

3.1.1.3. Plánování ošetrovatelské péče

- rozumíme jím stanovení cílů a návrh činností, které vedou k jejich dosažení
- jsou krátkodobé a dlouhodobé

3.1.1.4. Realizace navržených opatření

- praktické provedení navržených činností
- důležité je zhodnocení možností pacienta a jeho aktivní zapojení do ošetrovatelské péče

3.1.1.5. Hodnocení efektu poskytované péče

- porovnání výsledků a navržených cílů
- sestra by měla získat objektivní hodnoty a pacient hodnotí subjektivně
- při nedosažení cílů vytvoříme nový ošetrovatelský plán

3.2. Ošetřovatelský model Mary Gordon - Model funkčních vzorců zdraví

3.2.1. Obsah a koncepce modelu

Model je odvozený z interakcí osoba - prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem/klientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví.

3.2.2. Vzorce

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční.

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

1. vnímání zdraví - udržování zdraví
2. výživa - metabolismus
3. vylučování
4. aktivita - cvičení
5. spánek - odpočinek
6. citlivost (vnímání) - poznávání
7. sebepojetí - sebeúcta
8. role - vztahy
9. reprodukce - sexualita
10. stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance
11. víra - životní hodnoty
12. jiné

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňují sestře rozeznat, zda se u pacienta/klienta jedná o:

funkční chování - ve zdraví

dysfunkční chování - v nemoci

3.3. Posouzení stavu nemocné

Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala podle modelu M. Gordonové po převzetí skoro 4leté pacientky ze zákrokového sálu po gastrokopii s biopsií duodena. Pro získání informací o nemocné jsem použila: rozhovor s pacientkou a otcem pacientky, pozorování, záznamy zdravotnické dokumentace a informace od zdravotnického personálu.

3.3.1. Fyzikální vyšetření sestrou

Pacientka je při vědomí, lehce obluzená (neorientuje se místem)

TK 100/60 mmHg

TF 92/min

TT 36.8 0C

D 20/min

Saturace O₂ 98%

Riziko pro vznik pádu: ano

Výška: 102 cm

Váha: 14 kg

Kožní turgor: dobrý, kůže suchá

Nutriční riziko: ano

Riziko vzniku dekubitu: ne

Hlava: normocefalická, nebolestivá, výstupy nebolestivé, bulby ve středním postavení, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické, uši a nos bez výtoku,

rtý v normě, jazyk bez povlaku, plazí středem, dásně růžové, chrup kompletní bez kazů

Krk: šíje volná, štítná žláza nezvětšená, uzliny nehmatné, náplň krčních žil v normě, karotidy pulsují symetricky, bez šelestu

Hrudník: kůže bez patologie, souměrný, srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, akce pravidelná, ozvy 2, bez šelestu, dýchání čisté sklípkové oboustranně, poklep plný jasný, bez vedlejších dechových fenoménů, pleurální šelest 0

Páteř: palpačně nebolestivá

Břicho: břicho měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, peristaltika +, poklep bubínkový, tapotment 0, močový měchýř nepřesahuje symfýzu

Končetiny: bez otoků, varixy 0, nehty - kapilární návrat, periferní pulsace hmatné, poslechově bez šelestů, Homansův test 0, plantární znamení 0, PŽK - hřbet LHK

3.3.2. Ošetřovatelská anamnéza

3.3.2.1. Vnímání zdraví - udržování zdraví

Pacientka vzhledem ke svému věku není schopna adekvátně popsat vnímání svého zdravotního stavu a neuvědomuje si rizika vyplývající z jejího potencionálního onemocnění. Všechna lékařská a ošetřovatelská doporučení dodržuje, s čímž jí pomáhá otec, hospitalizovaný s ní jako doprovod.

3.3.2.2. Výživa - metabolismus

Pacientka nesmí přijímat 2 hodiny po gastrokopii nic per os, poté smí čaj po lžičkách, po anestezii má žízeň a reaguje pláčem. Jídlo smí přijímat až za cca 4 hod dle tolerance čaje a bez případných polykacích obtíží. Má zaveden PŽK

do v. axillaris levé končetiny, kterou je jí aplikována infuze FR rychlostí 6ml/kg/hod. Jiné invazivní vstupy či defekty na kůži nemá.

3.3.2.3. Vylučování

Pacientka nemá zavedený permanentní močový katetr, naposledy se vymočila před výkonem, je kontinentní, avšak pravděpodobně vzhledem k lehké dezorientaci se pomohla. Poslední stolice byla v den před výkonem průjmovitá. Pacientka se zvýšeně potí.

3.3.2.4. Aktivita - cvičení

Nyní odpočívá na lůžku a vzhledem k zavedené infúzi a stavu po výkonu nesmí vyvíjet jinou aktivitu. Ležení ji nebaví a aby byla schopna odpočívat, otec jí čte pohádky z knížky.

3.3.2.5. Spánek a odpočinek

Po zákroku dívka odpočívá, vypadá unaveně, ale není schopna usnout, což jí jindy nedělá potíže a v tuto dobu je zvyklá spát.

3.3.2.6. Citlivost (vnímání) - poznávání

Vnímá velice pozitivně přítomnost otce u lůžka, ale neustále se ptá po matce. Je schopna odvrátit pozornost od nepřítomnosti matky a věnovat se knihám. Přiměřeně slyší, vidí i cítí. Řeč má pomalejší, pamatuje si vše před výkonem, pozoruje dění kolem sebe a dětské abstraktní myšlení jí nechybí. Stěžuje si na bolest dolních končetin a vyžaduje po otci masáž. Se zdravotnickým personálem komunikuje, ale působí zakřiknutě.

3.3.2.7. Sebepojetí - sebeúcta

Vzhledem k jejímu věku nelze hodnotit.

3.3.2.8. Role - vztahy

Vzhledem k jejímu věku nelze hodnotit.

3.3.2.9. Reprodukce a sexualita

Vzhledem k jejímu věku nelze hodnotit.

3.3.2.10. Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance

Tuto zátěžovou situaci (gastroskopií) zvládla vzhledem k svému věku velice dobře. Určitě zde hraje pozitivní roli i přítomnost otce. Byla na pobyt v nemocnici důkladně připravena matkou (slovně i pomocí her) s dostatečným časovým odstupem. Stres se projevuje na otci, vzhledem k odlišnému chování dcery a strachu z potvrzení diagnózy.

3.3.2.11. Víra - životní hodnoty

Vzhledem k jejímu věku nelze hodnotit.

3.4. Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Aktuální ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny po příjezdu pacientky z gastroskopie na oddělení.

- riziko selhání životně důležitých funkcí po anestezii
- riziko krvácení po gastroskopií
- riziko vzniku pádu v důsledku stavu po anestezii
- riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity při zavedeném periferním žilním katetru
- riziko extrakce PŽK vzhledem k nízkému věku pacientky
- obava rodičů z omezení společenského uplatnění z důvodu diety
- strach rodičů s přísného dietního omezení dcery
- pocit žízně a sucha v ústech z důvodu nemožnosti přijímat tekutiny per os

3.4.1. Riziko selhání životně důležitých funkcí po anestezii (oběhu, dýchání a vodní rovnováhy)

Cíl:

Rychlé rozpoznání symptomů vedoucích k selhání životně důležitých funkcí.

Ošetrovatelský plán:

- monitorace pulsu
- monitorace krevního tlaku
- monitorace saturace O₂ v periferní krvi
- pokud dojde k poklesu saturace O₂ v periferní krvi - podávat zvlhčený O₂ (maskou, brýlemi)
- sledovat frekvenci močení
- sledovat příjem tekutin (po 2 hodinách od výkonu a jeho toleranci)
- sledovat pocit žízně, osychání sliznic
- změřit tělesnou teplotu a axile
- naměřené hodnoty pečlivě zaznamenávat do ošetrovatelského záznamu
- sledovat stav vědomí, popřípadě změny v chování pacientky
- v případě změn zdravotního stavu pacientky informovat lékaře
- podávat infuze dle ordinace lékaře
- zajistit pacientce klid pro dostatečný odpočinek
- uložit signalizaci do dosahu otce pacientky

Realizace:

Pacientce byl změřen TK, P a saturace 3x po 30 minutách a poté každé 2 hodiny. Hodnoty saturace se pohybovaly v rozmezí 97-98% bez aplikace O₂. TK i P byl pokaždé naměřen v normálních referenčních mezích. Při měření TK a P byla sledována i frekvence a pravidelnost dechu, který se pohyboval v rozmezí 20-22 dechů za minutu. Teplota po gastrokopii byla 36,8 °C, měřeno v axile. Všechny hodnoty byly zaznamenány do dokumentace pacientky. K lůžku pacientky bylo připraveno signalizační zařízení, ne však do dosahu pacientky, ale pouze jejího otce. Při každé návštěvě pokoje byl kontrolován stav vědomí

a barva kůže. Otec byl poučen o hlášení jakékoliv změny zdravotního stavu pacientky a o obsluze signalizačního zařízení. Pacientka začala po 2 hodinách od gastroscopie přijímat čaj po lžičkách, který tolerovala, nezvracela ani netrpěla nauseou či polykacími obtížemi. Po 4 hodinách od zákroku dokapala pacientce infúze 100 ml 5% G. Jiná medikace či odběry nebyly naordinovány.

Hodnocení:

U pacientky se neprojeví žádné příznaky vedoucí k selhání životně důležitých funkcí. Všechny naměřené hodnoty byly ve fyziologickém rozmezí.

3.4.2. Riziko krvácení po gastroscopii

Cíl:

Včasné rozpoznání příznaků značících vznik krvácení do GIT.

Ošetrovatelský plán:

- monitorace TK a P
- kontrola barvy kůže
- sledování pocitu nauzey či zvracení
- v případě zvracení kontrola obsahu zvratků (příměs čerstvé krve)
- sledovat stav vědomí
- informovat doprovod pacientky o možnosti výskytu této komplikace a o symptomech, které jí předcházejí (viz výše)

Realizace:

Pacientce byl ve výše uvedených intervalech kontrolován TK i P a vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Při každé návštěvě pacientky sestrou bylo zkontrolováno její vědomí a vzhled (barva kůže). Otec pacientky byl informován o důležitosti příznaků krvácení (vzhled, vědomí, nauzea, zvracení krve) a o potřebě veškeré změny okamžitě hlásit. Signalizace mu byla dána k ruce.

Hodnocení:

U pacientky tato komplikace nenastala.

3.4.3. Riziko vzniku pádu v důsledku stavu po anestezii

Cíl:

Pacientka nespadne z lůžka a bude se na lůžku cítit komfortně a bezpečně. Po odeznění působení anestetik bude orientovaná časem i místem.

Ošetrovatelský plán:

- sledovat vědomí pacientky
- sledovat odeznění působení anestetik
- zhodnotit, zda účinek anestetik odeznívá adekvátně (zda není sníženo tkáňové prokrvení)
- sledovat TK a P
- sledovat dobu spánku a oddechovou aktivitu nemocné (obluzení po spánku)
- zvolit vhodné lůžko vzhledem k věku pacientky
- zabezpečit lůžko proti pádu nemocné
- informovat doprovod o možnosti zmatenosti a důsledné kontroly pacientky
- poučit doprovod o nevhodnosti opuštění pokoje nemocné bez informování ošetrovatelského personálu

Realizace:

Ve spolupráci s otcem pacientky byl vyhodnocen stav jejího vědomí jako lehce obluzený. Vzhledem k tomuto stavu a věku pacientky zde bylo zjištěno riziko pádu. Pacientka byla umístěna na lůžko s postranicemi a otec nemocné byl poučen neopouštět pokoj bez ohlášení ošetrovatelskému personálu. Při každé návštěvě pacientky sestrou byl zkontrolován stav vědomí a v daných intervalech i TK i P. Stav odbourávání anestetik byl vyhodnocen jako adekvátní bez poruchy

tkáňového prokrvení. Pacientka pouze odpočívala, tudíž její lehká obluženost nebyla v důsledku spánku.

Hodnocení:

2 hodiny po gastrokopii byla pacientka při úplném vědomí, orientovaná časem i místem a byla schopna setrvat na lůžku i bez stálé kontroly otce a bez postranic. K pádu z lůžka nedošlo - cíl byl splněn.

3.4.4. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity při zavedeném periferním žilním katetru

Cíl:

Včasně rozpoznání projevů infekce v místě zavedení PŽK. Doprovod pacientky bude znát způsoby jak snížit riziko infekce z PŽK.

Ošetřovatelský plán:

- sestra bude monitorovat rizikové faktory výskytu infekce
- kontrola místa vpichu - pátrání po známkách infekce (zarudnutí, bolestivost)
- sledování celkového stavu pacientky (třesavka, horečka, pocení)
- datum zavedení PŽK zaznamenat do dokumentace i na náplast PŽK
- dezinfekce místa vstupu ke kanyli před aplikací léčiv
- snížit riziko infekce z PŽK

Realizace:

Pacientce bylo zkontrolováno místo vpichu PŽK, která byla zavedena před odjezdem na zákrovový sálek. Dále byla provedena prevence nozokominálních nákaz (především mytí rukou před manipulací s PŽK). PŽK byl převázán asepticky a otec pacientky byl informován o vhodném zacházení s PŽK (PŽK nesmí být mokrá, v případě porušení či odlepení náplasti volat sestru). Okolí kanyly nebylo zarudlé a kanyla nepůsobila pacientce žádné komplikace.

Po dokapání infuze byla kanyla uzavřena heparinovou zátkou a sterilní krytkou. Tělesná teplota pacientky se pohybovala ve fyziologickém rozmezí.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, u zavedeného PŽK nebyly patrné žádné známky infekce a manipulace s kanylou byla prováděna asepticky.

3.4.5. Riziko extrakce PŽK vzhledem k nízkému věku pacientky

Cíl:

Zabránění extrakce PŽK.

Ošetrovatelský plán:

- kontrola náplastí u PŽK
- přiložení dlahy pro lepší upevnění kanyly ke končetině
- edukace otce o zacházení s PŽK a důležitosti neustálé kontroly pacientky

Realizace:

Pacientka přijela po gastrokopii se zavedeným PŽK, přelepeném fólií 3M, náplastí Cosmopor a dále měla ruku na dlaze. Dlaha byla připevněna k paži obinadlem. Otec byl poučen o kontrole dcery a hlídá ji, aby si na hadičky nesahala. Když se pacientka pokoušela tahat za spojovací hadičku, držel ji ruku a vysvětlil ji důležitost ponechání kanyly.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka si kanylu nevytáhla a byla ji odstraněna zdravotní sestrou před odchodem domů.

3.4.6. Obava rodičů z omezení společenského uplatnění z důvodu diety

Cíl:

Rodiče budou vědět, které potraviny jejich dcera nesmí a jak je nahradit. Dále rodiče dostanou seznam organizací, klubů a poraden pro pacienty s celiakií. Rodiče budou informováni o vzestupu počtu případů osob s celiakií. Tato diagnóza nebude mít dopad na společenské uplatnění jejich dcery.

Ošetřovatelský plán:

- edukovat rodiče o bezpečných potravinách
- doporučit rodičům základní nákupní řetězce, které bezpečné potraviny prodávají
- informovat rodiče o klubech a poradnách pro celiaky
- obeznámit rodiče o možnosti umístění dítěte do školy či školky s bezpečnou stravou

Realizace:

Rodičům bylo vysvětleno, že v dnešní době již lze najít vhodnou alternativu ke každé potravine s lepem, že existují restaurace s bezpečnou stravou a že v každém kraji by ze zákona měla být školka i základní škola, kde je možnost bezpečného stravování. Rodičům byl předán seznam největších distributorů bezpečných potravin a byly odkázáni na Sdružení celiaků ČR. Zde mají možnost získat veškeré informace týkající se celiakie. Bylo jim doporučeno rezervovat si schůzku s pracovníci v poradně pro celiaky, která pro toto sdružení pracuje a má ordinace hodiny ve stejné nemocnici. Na této schůzce se dozví vše potřebné, včetně odkazu na webové stránky se seznamem certifikovaných bezpečných potravin a výrobců.

Hodnocení:

Rodiče mají stále obavu ze společenského omezení dcery, edukační schůzku si prostřednictvím naší nemocnice rezervovali. Dále vědí, že existují i další kluby a sdružení pacientů s celiakií. Cíl byl splněn částečně.

3.4.7. Strach rodičů s přísného dietního omezení dcery

Cíl:

Rodiče se začnou postupně smiřovat s dietním omezením dcery a získají dostatečné množství informací o bezlepkové dietě, rodiče nabydou dojmu, že jejich dítě je minimálně omezované a netrpí žádným nedostatkem z hlediska stravy.

Ošetrovatelský plán:

- edukace rodičů o dietě
- edukace rodičů o přípravě bezlepkové stravy a základních opatřeních předcházejících kontaminaci potravin lepkem
- předání kontaktů na kluby a sdružení pro pacienty s celiakií
- vysvětlit rodičům, že dietní omezení je na celý život, ale postupně si na něj pacient zvykne a bude minimálně znevýhodněný oproti zdravým lidem

Realizace:

Rodičům pacientky byly vysvětleny základy bezlepkové diety a byli poučeni o existenci sdružení pro celiaky, které má poradnu v téže nemocnici. Byly seznámeni s případy, kdy se rodiče velice obávali přísné diety, ale během jednoho roku se důkladně seznámili s pravidly přípravy bezlepkové stravy a s bezlepkovými potravinami a poté již nepocíťovali žádný stres a nejistotu týkající se správnosti dodržování bezlepkové diety. Rodiče již obdrželi kontakt na sdružení pro pacienty s celiakií. Rodiče byli také informováni, že správnost dodržování diety je možné a také nutné kontrolovat pomocí krevních testů (vyšetření protilátek). V případě positivity výsledků - nesprávným dietním režimem, mohou tuto situaci řešit se svým ošetřujícím lékařem či v poradně pro celiaky a případnou chybu v dietním režimu nalézt.

Hodnocení:

Rodiče se cítí více komfortně v oblasti informovanosti z hlediska bezpečkové diety. Postupně se tímto faktem smiřují a mají minimum pochybností o zvládnutí nového dietního režimu.

3.4.8. Pocit žízně a sucha v ústech z důvodu nemožnosti přijímat tekutiny per os

Cíl:

Pacientka nemá pocit žízně a pocit sucha v ústech.

Ošetrovatelský plán:

- informovat pacientku a její doprovod o omezení příjmu tekutin per os
- otírat ústa pagavit štětičkami
- vysvětlit a stále připomínat nemocné, kdy už bude moci pít
- odvedení pozornosti od pocitu žízně (kniha, pohádka, písničky...)
- trpělivý přístup ošetřujícího personálu

Realizace:

Pacientce bylo vysvětleno, že nemůže pít minimálně 2 hodiny od gastrokopického vyšetření. Poté bude moci začít přijímat čaj po lžičkách a pokud ho bude tolerovat bude moci dávky zvyšovat. Dále bylo vysvětleno otcí pacientky, že toto omezení je z důvodu odeznívající anestezie, rizika nevolnosti a případné aspirace. Pacientce byly doneseny k lůžku štětičky pagavit a otcí vysvětleno jejich použití. Výplach úst nebyl dovolen vzhledem k nízkému věku pacientky. Otec dívky se snažil odvrátit její pozornost od pití hrou na lůžku nebo čtením, ale bez velkého úspěchu. Pacientka začala po 2 hodinách od výkonu přijímat studený čaj po lžičkách a neměla žádné polykací obtíže či nauzeu.

Hodnocení:

Cíl nebyl splněn, pacientka měla žízeň a pocit sucha v ústech celé 2 hodiny, co nemohla přijímat nic per os. Štětíčky pagavit jí nepomáhaly a stále se dožadovala pití.

3.5. Psychosociální zhodnocení pacientky

Potvrzením diagnózy celiakie nastalo rodičům pacientky složité životní období. Museli se smířit s tím, že jejich dcera je nevléčitelně nemocná. Avšak díky lékařům, přátelům, rodině a dostupné literatuře si uvědomili, že prognóza této nemoci je dobrá. Začali hledat „pozitiva“ nemoci, kdy pokud bude jejich dcera pod jejich vedením pečlivě dodržovat bezlepkovou dietu, nehrozí jí v podstatě žádné zdravotní komplikace a bude žít plnohodnotný život.

Vzhledem k nízkému věku si pacientka rychle zvykla na dietní omezení a bere bezlepkovou dietu jako nedílnou součást jejího života. Naučila se již v tomto věku používat termíny bezlepková strava, potraviny a je schopna se před jakýmkoliv jídlem zeptat, zda je to bezlepkové. Díky jejímu přístupu se s touto diagnózou smiřují i rodiče pacientky, kteří se však už teď bojí toho, co přinese puberta či vliv kamarádů třeba na základní škole.

Pacientka navštěvuje předškolní zařízení, kde jí vaří bezlepkovou stravu. Mají s touto diagnózou své zkušenosti a ve školce není s celiakií sama.

Kontrolní výsledky po zahájení bezlepkové diety má v pořádku, což uklidňuje hlavně rodiče a vyvolává v nich pocit, že tuto situaci zvládnou i do budoucna.

3.6. Edukace pacientky a jejích rodičů po potvrzení diagnózy celiakie

Pro účinnost léčby celiakie musí pacienti, ale i rodinní příslušníci udělat mnoho. Proto je důležitá správná edukace, kterou mohou pacienti a rodina využít ve svůj prospěch.

3.6.1. Zásady bezlepkové diety

Zakázané potraviny - všechny potraviny obsahující lepek, tedy připravené z obilovin (pšenice, ječmen, žito, oves, špalda, kamut, semolina) - chléb, pečivo, strouhanka, cukrářské výrobky, těstoviny, knedlíky, vločky, kroupy, krupice, kuskus, otruby, pšeničný škrob, zavářky, noky a kávovinové směsy (Caro, Melta).

Rizikové potraviny s možným obsahem lepku - instantní pokrmy (omáčky, polévky, hotová jídla), koření směsy, kečupy, dresinky, majonézy, sojové omáčky, kypřicí prášky, polevy, uzenářské výrobky, paštiky, konzervy, pudinky, dezerty, jogurty, cukrovinky, zmrzliny, nealkoholické nápoje, pivo a destiláty.

Důležitá zásada je nekonzumovat nic, kde není přesně dané složení pokrmu či výrobku.

Povolené potraviny - brambory, rýže, kukuřice, sója, pohanka, proso, amarant, jáhly, luštěniny, ovoce, zelenina, maso, mléko, smetana, vejce, ryby, kukuřičný a bramborový škrob, koření a víno.

3.6.2. Označování bezlepkových potravin

„Přirozeně bezlepkové potraviny“ - potraviny určené pro zvláštní výživu jsou podle vyhlášky č. 54/2004 potraviny, které neobsahují žádné složky z pšenice, špaldy, kamutu, ječmene, žita, ovsa a jejich zkřížených odrůd, přičemž hodnota gliadinu ve finální potravě nesmí být vyšší než 1mg/100g sušiny.

„Bezlepkové potraviny“ - jsou podle vyhlášky č. 54/2004 potraviny obsahující ve finální podobě do 10mg/100g gliadinu v sušině.

Takto slovně jsou označené bezlepkové potraviny, případně ještě doplněné logem přeškrtnutého klasu (viz. příloha č. 5).

3.6.3. Přídavné látky - éčka

Přídavné látky neboli aditiva jsou do potravin přidávána záměrně výrobcem, protože podstatně zlepšují vlastnosti potravin. I prostřednictvím těchto látek se může do potravin dostat lepek. E-kódy, které mohou obsahovat stopy lepku - 965, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1410, 1412, 1413, 1414, 1420, 1421, 1422, 1440, 1442 a 1450.

3.6.4. Vyloučení kontaminace lepkem při přípravě stravy

Pozor si musíme dát při použití rozličného kuchyňského náčiní (roboty, mlýnky, mixery, struhadla, vály, prkénka, nože, vařečky atd.) je třeba je po předchozím zpracování lepkových potravin dokonale umýt. Bezlepkové přílohy (těstoviny, knedlíky, atd.) musíme vždy vařit v jiné vodě a hrnci než připravujeme přílohy s lepkem. Důležité je také míchání pokrmů, používáme vždy jinou vařečku. Dalším nebezpečím je fritéza, nikdy nesmažíme bezlepkové potraviny v tuku, který již byl použit pro přípravu potravin s lepkem.

3.6.5. Začátek podávání lepku u kojenců

Na toto téma se liší názory různých odborníků a specialistů. V nemocnici, kde byla diagnostikovaná celiakie výše uvedené pacientce, se doporučuje podání lepku v 6. měsíci a je dále nutné zmínit vhodnost kojení při zavádění lepku do stravy.

3.6.6. Finance a příspěvky

Pro nově diagnostikovaného celiaka je důležitá možnost získání příspěvků na tuto vcelku nákladnou dietu. Každá zdravotní pojišťovna má určité příspěvky a výhody pro zvláště dětské klienty, je nutné si tyto výhody vyhledat a zvážit, co je pro daného pacienta vhodné. Například VZP přispívá dětem do 18ti let 3600 Kč každý rok na bezlepkovou stravu. Dále je možné požádat o příspěvek na péči dle novelizace vyhlášky 108/2006 sb. k 1.6.2010. Dětem od jednoho roku i dospělým může posudkový lékař dle stavu přiznat příspěvek na péči a to většinou 1. stupně ve výši 3000 Kč měsíčně.

3.6.7. Lázeňská péče

Dětské pacienti mají nárok na přiznání lázeňské péče. Tuto péči mohou nárokovat každoročně prostřednictvím žádosti od dětského lékaře. Záleží však na posudkovém lékaři dané zdravotní pojišťovny, zda je tato péče schválena.

3.6.8. Svépomocné pacientské organizace

Zejména webové stránky jednotlivých organizací nabízejí mnoho praktických rad a pomáhají zorientovat se ve složité spleti vyhlášek, obchodů či medicínských novinek. Každá z nich má jiné uspořádání, zaměření i tón, takže si vyberte podle svého. Za pozornost určitě stojí celostátní setkání bezlepkářů

spojená obvykle s přednáškami předních lékařů - specialistů a dalších odborníků a také s prezentací výrobců, dovozců a prodejců bezlepkových potravin.²¹

Společnost pro bezlepkovou dietu - www.coeliac.cz

Sdružení celiaků České republiky - www.celiac.cz

Poradenské centrum pro celiakii a bezlepkovou dietu - www.bezlepkovadieta.cz

Celiaci Liberec

Sdružení jihočeských celiaků

Klub celiakie Česká Lípa

Klub celiakie Brno - www.klubceliakie.cz

Server o životě bez lepku - www.bezlepku.info

3.7. Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická. Aby dítě spolupracovalo, je nutná efektivní komunikace ze strany zdravotnických profesionálů. Prvním předpokladem úspěšné komunikace sestry s dítětem je důkladná znalost vývojových charakteristik a zvláštností každého vývojového období dítěte. Věk a řečové predispozice jsou determinanty, které prvotně určují charakter komunikace ve vztahu sestry a dítěte.

Komunikace s dítětem a jeho rodiči vyžaduje velkou dávku trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti a schopnosti naslouchat. Pro komunikaci s nemocným dítětem platí dvojnásobně, že je třeba naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem a zvláště srdcem. V kontaktu s dítětem nejsme jen zdravotníky, můžeme být pro ně i partnerem ve hře, náhradou kamarádů a někdy i rodičů.²²

²¹ ČERVENKOVÁ, Renata. *Celiakie*. 1. vyd. Praha: Galen, 2006. ISBN 80-7262-425-3.

²² PLEVOVÁ, Ilona, SLOWIK, Regina. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.

4. Závěr

Nyní 5letá pacientka, které byla před rokem potvrzena diagnóza celiakie, dodržuje bezlepkovou dietu. Bez větších problémů si zvykla na dietní omezení a na pobyt v nemocnici si již nepamatuje. Navštěvuje předškolní zařízení, kde jí vaří bezlepkovou dietu a i tamní kamarádi si zvykli na odlišnost její stravy. Velice pozitivně na ni zapůsobil pobyt v lázních, kde většina dětí měla také bezlepkovou stravu a nemusela se stále ptát, zda něco může či ne. Tento pobyt příznivě ovlivnil i rodiče, kteří měli možnost vše ohledně nemoci konzultovat s rodiči stejně postižených dětí. Od potvrzení této diagnózy byla 2x vyšetřena gastroenterologem a byla jí stanovena hladina Anti-tTG IgA a dále AB/Endomyzium IgA a IgG, oba negativní. Další kontrolu bude mít za rok či při potížích, jelikož má celiakii v klinické i laboratorní remisi.

Celiakie je sice nevyléčitelné onemocnění, avšak při dodržování bezlepkové diety většina pacientů nemá žádné subjektivní ani objektivní potíže. Stále přibývá nově diagnostikovaných pacientů a možná proto také přibývá obchodů, kde je možné bezlepkové potraviny koupit, restaurací, kde je možné si objednat bezlepkovou stravu, a tím se jejich život stává den ode dne komfortnějším a přibližuje se životu zdravého člověka.

5. Vysvětlení použitých pojmů

Celková anestezie - slouží k vyřazení vědomí, zajistí amnézii, analgézii a neurovegetativní stabilizaci

Diagnóza - rozeznání nemoci a její pojmenování

Edukace - výchova

Hereditární - dědičný

Incidence - ukazatel počtu nově vzniklých onemocnění ve vybrané populaci za časové období

Maloabsorpce - porucha vstřebávání živin

Prevalence - ukazatel počtu nemocných k počtu obyvatel

Proband - jedinec, který je předmětem zkoumání

Prognóza - systematicky odvozená výpověď o budoucím stavu objektivní reality

Remise - klidové období nemoci

Screening - metoda vyhledávání časných forem nemoci

Steatorea - nadměrná přítomnost tuků ve stolici

6. Seznam a vysvětlení zkratk

AA - alergická anamnéza
AEA - protilátky proti endomyzium
AGA - antigliadinové protilátky
aPTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AtTGA - tkáňová transglutamináza
CS - celiakální sprue
D - frekvence dechů
endoskopie HČTT - endoskopie horní části trávicího traktu
FA - farmakologická anamnéza
GIT - gastrointestinální trakt
HČTT - horní části trávicího traktu
INR - international normalization ratio
KDDL - Klinika dětského a dorostového lékařství
KE - kapslová enteroskopie
LHK - levá horní končetina
MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NO - nynější onemocnění
OA - osobní anamnéza
P - frekvence pulzu
per os - ústy
PŽK - periferní žilní katétr
RA - rodinná anamnéza
TF - tepová frekvence
TK - krevní tlak
TT - tělesná teplota
VFN - Všeobecná fakultní nemocnice

7. Seznam použité literatury

Cílený screening celiakie (metodický pokyn). *Věstník MZ ČR*. 2011, **3**, 51-54.

ČERVENKOVÁ, Renata. *Celiakie*. 1. vyd. Praha: Galen, 2006. ISBN 80-7262-425-3.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie II*. 2. vyd. upravené a doplněné. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.

DOENGES, Marilyn, MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8.

FIALA, Pavel a spol. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1491-5.

FRIC, Premysl, GABROVSKA, Dana, NEVORAL, Jiri. Celiac disease, gluten-free diet and oats. *Nutrition reviews*. 2011, **69**(2), 107-115.

FRIČ, Přemysl. *Celiakální sprue - úloha praktického lékaře* [online]. ©2006. Dostupné z: <http://www.bezlepkovadieta.cz/celiakie-celiakalni-sprue>

FRIČ, Přemysl, NEVORAL, Jiří. Cílený screening celiakie. *Interní medicína pro praxi*. 2009, **11**(11), 484.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KOHOUT, Pavel. Celiakie v ambulantní praxi. *Medicína pro praxi*. 2007, **6**, 250-252.

LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1787-6.

MAŇASKOVÁ, Dana. *Dignostika celiakie* [online]. ©2010. Dostupné z: <http://medicinman.cz>

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie - učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1190-7.

NEVORAL, Jiří, KOTALOVÁ, Radana. Celiakální sprue (glutensenzitivní enteropatie). *Postgraduální medicína*. 2002, **4**, 14-21.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-297-1211-3.

PLEVOVÁ, Ilona, SLOWIK, Regina. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.

Rukověť celiaka. 2. přeprac. vyd., *Sdružení celiaků ČR*, 2005. ISBN 80-902803-1-5.

TACHECÍ, Ilja, DRASTICH, Pavel, SUCHÁNEK, Štěpán a kol. Standard ČGS pro kapslovou endoskopii tenkého střeva. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2011, **65**(4), 195-201.

VOLF, Vladimír. Chronické bolesti břicha u dětí. *Pediatrica pre prax*. 2006, **3**, 135-141.

8. Seznam příloh

1. Enterobioptická kapsle
2. Fotografie z kapslové enteroskopie
3. Enteroskopická kapsle
4. Marshova klasifikace
5. Bezlepkový symbol
6. Ošetřovatelský záznam, 8 stran
7. Ošetřovatelský plán, 4 strany

Příloha č. 1 - Enterobioptická kapsle



Příloha č. 2 - Fotografie z kapslové enteroskopie



Příloha č. 3 - Enteroskopická kapsle



Příloha č. 4 - Marshova klasifikace

Marsh	Intraep. lymfocyty/100 enterocytů	Množství krypt	Klky (poměr krypty/klky)	Klinická poznámka
0	<40	normální	normální	Vysoce nepravděpodobné či latentní onemocnění
1	>40	normální	normální	Infiltrativní typ: nemocní na dietě, pacienti s DH, příbuzní nemocných
2	>40	zvýšené	normální	Hyperplastický typ: zřídka u DH
3a	>40	zvýšené	částečná atrofie, poměr 1:1 - 1:3-4	Destruktivní léze u symptomatických pacientů
3b	>40	zvýšené	subtotální atrofie, poměr < 1:1	
3c	>40	zvýšené	absence klků	

Příloha č. 5 - Bezlepkový symbol



Ošetřovatelský záznam

Jméno a příjmení: V.V.
 Věk: 4 ROKY
 Vyznání:
 Povolání:
 Národnost: ČESKÁ
 Osoba, kterou lze kontaktovat: MATKA - J.V.
 Oslovení:

Datum přijetí: 12.5.2011
 Hlavní důvod přijetí: PODEZŘENÍ NA CELIAKII
 Datum a kam propuštěn: 13.5.2011 DOMŮ

Lékařská diagnóza:
 1.
 2.
 3.
 4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? MATKA VYSVĚTLILA PACIENTCE DIAGNÓZU A PROČ JE DLE HODNĚNÍ ZDRAVNĚNÍ

Osobní anamnéza: ČASTÉ BYLY A ZÁMĚTY HORNÍCH DEŠT. ZYCHACÍCH

Rodinná anamnéza: OTEC-ALERGIK (POTRAVINY, PRACH, PLY), ATOPICKÝ EKZÉM
MATKA - ZDRAVÁ

Vyšetření: 3/2011 - ALERGOLOGICKÝ SCREENING (IMUNOGLOBULINY IgA +
AUTOMINITA GASTROEN: ABJ ENDOPEPTINUM IgA: POZIT.,
ABJ ENDOPEPTINUM IgG: POZIT., ANTI-TTG IgA: 42,9)
4/2011 - VYŠETŘENÍ V GASTROENTEROLOGICKÉ AMBULANCI - STEJNĚ PEROL. UVĚ.

Terapie:

Důležité informace o stavu nemocného:

Alergie: jídlo Ne Ano pokud ano, které
 Léky Ne Ano pokud ano, které
 Jiné Ne Ano pokud ano, které

Příloha č.6 – Ošetřovatelský záznam

Nemocný má u sebe tyto léky _____

Je pouten, že je nemá brát Ano Ne
 Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada)

PACIENTKA JE KLONNA, STYOLIVA, JE VĚDĚT, ŽE SI UHLAČOVÉ MÁVINE
 PRITOMNOST OTCE PŘI HOSPITALIZACI

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

PACIENTKA ŽIJÍ S RODIČI A BRATREM V 3. ET. V KOLEKTIVU OSÍZENA

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? MÁ MŮJŮM!
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? VZHLÉDEM K VĚKU VELKÉ PŘÍČINY
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ANI NE, MŮJŮM!
 NEBOJI MOJI JAK ŽELAMU
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? VYKRETI MĚ
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? KAŽDÝ DŮCH BYLA DOMA
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? NEBOJI SE VŮKŮM
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? S RODIČI A BRATREM
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? PŘÍMŮM
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? ŽÁDNÁ NEPŮLŽEM
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? ANO
11. Co děláte rád ve volném čase? KRESLIM + TV
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? KŤEJE JAKO TEJ

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Na čem je bolest závislá?
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtláči)?
- Dalo po naší léčbě k úlevě? Úplně Částečně Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?

Hodnocení sestry: PACIENTKA JE BEZ BOLESTI A NEPŘÍJEMNÉ PŮJMY NEPŮHODLI

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? Ano Ne
pokud ano, upřesněte NEPŮHODLI PŮJMY - NEJDE SPANOUT
- Měl jste potíže i doma? Ano Ne
- Úsínáte obvykle těžko? Ano Ne
- Budíte se příliš brzy? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže?
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát?
- Berete doma léky na spaní? Ano Ne
pokud ano, které.....
- Zdámnáte si i během dne? Jak často a jak dlouho? ANO, KAŽDÝ DEN PO
ČASU, AČI HOJINU

Hodnocení sestry: PACIENTKA NEMA PROBLEMY SE SPANIKEM

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? Ano Ne
- Potřebujete pomoc při umytí? Ano Ne

Příloha č.6 – Ošetřovatelský záznam

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si očišťujete doma pleť? TEPLOU VODOU
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
- Kdy se obvykle koupáte? ráno - odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: VRHLIVÝM K VĚKU PACIENTKY JI BUDE DŮLEŽIT POMAHAČ S HYGIENOU

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
pokud ano, upřesněte:
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte:
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: PO VYKETŘENÍ
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne Nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
pokud ano, upřesněte:
- Nosíte brýle? Ano Ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Hodnocení sestry: PACIENTKA BEZ POTÍŽÍ

4. Strava/dutinová ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano Ne
pokud ano, upřesněte:

Příloha č.6 – Ošetřovatelský záznam

- Máte rozbolavělá ústa?
pokud ano, ruší Vás to při jídle? Ano Ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano Ne
 - pokud vyšší (o kolik?)
 - Pokud nižší (o kolik?)
- c) Změnila se Vaše váha v poslední době?
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul Ano Ne
 - pokud ano, o kolik kg jste přibral
 d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano Ne
 - Co obvykle jíte?
- Je něco, co nejíte? Ano Ne
 - Pokud ano, co a proč? *LODKOVÉ KAPKY - NECHCÍM JE Pít*
- Máte zvláštní diету? Ano Ne
 - Pokud ano, jakou?
- Měl jste nějakou diету, než jste přišel do nemocnice? Ano Ne
 - Pokud ano, upřesněte
 - Co by mohlo Vaš problém vyřešit?
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální diету? Ano Ne
 - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? *NEVÍM*

Hodnocení sestry: *PACIENTKA MĚLA ŽÁDNÉ PROBLEMY SVOJENÍ S TĚLESNOU VÁHOU A NEJEDLÍ. PŘIBRAVLA NA NORMAČNÍ HODNOTY. BEZLEPKOVÁ DIETA JE POTVRZENÁ JS.*

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
Zvýšil snížil nezměnil
- Co rádi pijete?
vodu mléko ovocné šťávy
káva čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rádi?
- Kolik tekutin denně vypijete? *700 - 1000 ml*
- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano Ne

Hodnocení sestry: *BEZ PROBLÉMŮ*

Příloha č.6 – Ošetřovatelský záznam

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici ^{zácpa} průjem
- Jak často chodíte obvykle na toaletu? ^{2x denně}
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? ^{každě}
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne
- Pokud ano, co je to?
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne
- Pokud ano, jak by se daly řešit?

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte:
- Jak jste je zvládal/a?
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne
- Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?
- Hodnocení sestry: ^{PACIENTKA MÁ DEJČNÍ TRÁVNÍ, PRAVIDELNÉ VÝSLEDKY K PŮSOBENÍ NA CELIAKII}

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte:
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte:
- Jak jste je zvládal/a?
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne
- Pokud ano, co by Vám pomohlo?
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Ne Nevím
- Pokud ano, zvládnete to?
- Kouříte? Ano Ne
- Pokud ano, kolik?
- Hodnocení sestry: ^{PACIENTKA MĚNÍ DÝCHAČÍ POTÍŽE}

Příloha č.6 – Ošetřovatelský záznam

8. Kůže

- Proznajete změny na kůži? Ano Ne
- Svědí Vás kůže? Ano Ne Někdy

Hodnocení sestry: KŮŽI MA PACIENTKA ŽÁDNÉ - ZHŮVĚVA TĚLOVÉ MLÉKO

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? Ano Ne
- Pokud ano, co děláte? MATEŘSKÁ ŠKOLA
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? Ano Ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte: CVIČENÍ NA KROKOVU PATERE
- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? Ano Ne
- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? ZAHÁDKY (PTENĚ + TV), KRESLENÍ
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? TV NA POKOJÍ, KNIHY

Hodnocení sestry: PACIENTKA JE AKTIVNÍ SE ZÁLIBAMI PŘIMĚŘENÝMI VĚKU

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné a tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: VŽÁDNĚM VĚKU PACIENTKY NEVYHODNOVANO

Různé

- Jakou školu jste ukončili? /
- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Jak velká je Vaše rodina? 4 DĚTÍ
- S kým společně žijete? MANŽEL, DĚTI, BRÁTRA
- Kdo se o Vás může postarat? MANŽEL, DĚTI

Příloha č.6 – Ošetřovatelský záznam

- V jakém bytí žijete? 3+1
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? Ano Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ano Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici?
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetřovatelské péči?

Hodnocení sestry: PACIENTKA JE ZDOLNÁ A ODPOVÍDÁ PRIMĚRNĚ SVĚMU ŽELU

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě <input checked="" type="checkbox"/>
Nepřá se	Mírnivý
Hevorný	Spolupracuje <input checked="" type="checkbox"/>
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	Pomalu chápe
Necháparý	Aktivní
Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetřovatelskou péči:
PACIENTKA JE ZDOLNÁ, VEKRNÍ STRAŠK ODPOVĚDÍ A ZDOLNÁ
OTEC JE V PSYCHICKÉ ZDOLNÉ, PACIENTKA JE PRÁVA REAKCE
TRÁPEJ NA ANEŽITELI A TANE NA REKSI NA SEPTIDANOST
TRÁPEJ

Příloha č. 7 - Ošetřovatelský plán

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
18.5.	SLEDKO SELJANIN ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH FUNKCÍ TO ANESTEZII	KROKÉ ROZEDRŽENÍ VÝSTAVNÍ VEDOUČÍ K NEJHŘÍVĚJŠÍM DŮLEŽITÝCH FUNKCÍ	MONITOROVAT PF, REAGOVAT NA TĚLESNÉ ZMĚNY, PF, ALEŽNAT NĚJENÍ, STAV VĚŽNÍ, TĚLESNÉ NĚŽE DLE ODPOVĚDI, ZAJISTIT KLID A ODPOČINEK, PŘIPRAVIT SIGNIFIKACI, ALEŽNAT NEJHŘÍVĚJŠÍ ZEMĚNĚNÍ ZÁKMEJNICE, V NĚŽNĚ- ZMĚNĚ INFORMOVAT LEKÁŘE	V PRŮBĚHU ŽE NEJHŘÍVĚJŠÍ ZEMĚNĚ PŘI ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH FUNKCÍCH ŽIVOTNĚ NEJHŘÍVĚJŠÍM DŮLEŽITÝCH FUNKCÍ VĚŽNÍ DLE ODPOVĚDI A ODPOČINEK PŘIPRAVIT SIGNIFIKACI NEJHŘÍVĚJŠÍ ZEMĚNĚNÍ ZÁKMEJNICE V NĚŽNĚ- ZMĚNĚ INFORMOVAT LEKÁŘE TATO KOMPENZACE NEJHŘÍVĚJŠÍM	
	RIZIKO KURČENÍ TO SATELNÍM	VĚŽNĚ ROZEDRŽENÍ VĚŽNĚ ZEMĚNĚNÍ VĚŽNĚ KURČENÍ TO GIT	MONITOROVAT PF, KONTROLA ŽIVOTNĚ, ALEŽNAT TOTO MĚŘENÍ ŽE ŽIVOTNĚ (KONTROLA ŽIVOTNĚ), ALEŽNAT STAV ŽIVOTNĚ, INFORMOVAT LEKÁŘE O ŽIVOTNĚ VĚŽNĚ TATO KOMPENZACE		

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
10.5	RIZIKO UŠKODU TRÁVA V ZÁVISLOSTI STRAŠU TO ANESTEZII	TRICENTRA NECHODÍME Z LŮŽKA, BUDE JE UŠIT BEZPEČNĚ, TO ODEJENÍ ANESTETIK BUDE ORIENTOVANÁ ČEREM I MŮJEM	MONITOROVACIE PR A VĚDOMÍ, VLEKNUTÍ ODEJENÍ, PŮSOBENÍ ANESTETIK, VLEKNUTÍ ŽOBU STRÁVNU A VOPROBNÁLI, ZAVIAT VROSTNE LŮŽKO, ZABEZPEČIT LŮŽKO PROTI TRÁVA VOPROBNÁLI, UPOZORNIAT JEDNOU O MŮJEM TRÁVA A JEHO PŘEDČERZENÍ	Z MŮJEM TO ORIENTOVANÍ ŽOBA TRICENTRA TRÁVA OROVANĚ VĚDOMÍ, ORIENTOVANÍ ČEREM I MŮJEM, A TRÁVA Z LŮŽKA VEDUČO	
	RIZIKO UŠKODU INFEKCE A ŽIVOTNÍ "POURANĚNÍ KŮŽI" INTEGRITY TRÁVA ZAVAZELENĚ TRÁVA	VOPROBNÁLI KŮŽI TRÁVA INFEKCE V MŮJEM ZAVAZELENĚ TRÁVA	MONITOROVACIE RIZIKOVÝCH FACTORŮ VOPROBNÁLI UŠKODU, KONTROLA MŮJEM VOPROBNÁLI, VLEKNUTÍ VĚDOMÍ STRÁVA TRICENTRA (MARETRA, TRICENTRA) ZAVAZELENĚ TRÁVA ŽIVOTNÍ TRÁVA (ORIENTOVANĚ, MŮJEM TRÁVA), ŽIVOTNÍ MŮJEM VOPROBNÁLI KŮŽI	U ŽIVOTNÍ TRÁVA MŮJEM VOPROBNÁLI TRÁVA ŽIVOTNÍ MARETRA A MARETRA TRÁVA KŮŽI TRÁVA TRICENTRA MARETRA	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutí péče	Podpis sestry
15.5.	RIZIKO EXTRAKCIE TĚH PŘÍČINOU ZÁVĚSNÉHO A VĚKOVÉ FAKTORY	ZABÝVÁNÍ EXTRAKCIE TĚH	KONTROLA NĚKTERÝCH ÚROVNÍ, PŘÍČINOU ZÁVĚSNÝCH LEŽÍ, UTEVŔNĚNÍ KANÝLU, EDUKACE OTCE O ZACHÁZĚNÍ S TĚCH	PACIENTKA SI KANÝLU NEVYTAHOVALA	
	OBNOVA KONTAKTU S OHEZEMÍ PŘÍLEŽLIVOU UPRÁVNĚNÍ S DŮKAZEM ŽENY	INFORMOVAT RODIČE O ŽEL ŽENY, PŘEZÍT NEJEDNĚLNÝ KOMUNIZACI, KLASU ATD.	EDUKOVAT RODIČE O ŽEL TĚHŽENÍ A ŽENY. PŘEDSTAVIT INFORMOVAT RODIČE O KLASU A TĚHŽENÍ A ŽEL ŽENY A ŽENY	RODIČE SI ZABÝVÁNÍ OHEZEMÍ PŘÍLEŽLIVOU UPRÁVNĚNÍ S DŮKAZEM ŽENY	
	STUPEŇ KONTAKTU S TĚHŽENÍM ŽENY	ZÍSKAT SOCIÁLNÍ KONTAKT INFORMOVAT ŽEL ŽENY	EDUKACE RODIČŮ O ŽENY, O PŘÍČINÁCH ŽENY, O KONTAKTU TĚHŽENÍ PŘEZÍT KONTAKT S A ŽENY ŽEL ŽENY PŘEZÍT KONTAKT S KONTAKT ŽENY	RODIČE ŽENY INFORMOVAT KONTAKT S ŽENY ŽEL ŽENY PŘEZÍT KONTAKT S KONTAKT ŽENY	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutú péče	Podpis sestry
13.5.	POCIT EŽENĀ A NUVNĀ VĀJTERĀ Z ŽALŪDU MENŠIŪNŪTĪ TĒJĪNU TERĀTĪV	NEĀT POCIT EŽENĀ A ŽALŪDU V ŪJTERĀ	INFORMĀVĀT PAC. DĀNĒJĒN TĒJĪNU TERĀTĪV, INTRĪVĀT ŪJTERĀ TĒJĪVĪT ŽĒJĒJĀMĪ, DĀNĒJĒN ŽĒJĒJĀMĪ OD POCĪTU EŽENĀ, TERĒJĪVĪT ŽĒJĒJĀMĪ	DĀNĒJĒNĀ MĒJĀ EŽENĀ A POCĪT ŽALŪDU V ŪJTERĀ ŽĒJĒJĀMĪ JE PĪTĪ	