

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

EDUKACE KLIENTA PŘI CROHNOVĚ CHOROBĚ

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Ivana Chloubová

Autor:

Martina Havelková

2010

Abstract

Education clients in Crohn's disease.

Crohn's disease is an unspecific inflammatory disease of the intestines, which affects people regardless of age or sex. The disease is lifelong, though it follows a cycle of calm periods (remissions) and inflammatory periods (relapses). The first symptoms usually arise between year 20 and 30. There is currently no known therapy which leads to a complete recovery, though successful therapy can induce the remission stage. This therapy enables patients to return to a relatively normal lifestyle, such as they lead before the onset of the disease. We performed quantitative research by distributing 100 questionnaires to general nurses. 71 of the returned questionnaires could be used for research. The thesis is further supported by qualitative research - an in-depth dialogue with five clients with Crohn's disease. The goals of the thesis were met. We defined two hypotheses. H1: Doctors educate clients about Crohn's disease more than nurses. H2: Clients are educated about Crohn's disease more often by means of printed educational materials than direct dialogue. Neither hypothesis was confirmed. Nurses educate clients according to their competence and in close cooperation with doctors, and education takes place by means of dialogue supported by printed materials. Two research questions were also defined: 1. Do you think that upon leaving the hospital you have sufficient information about Crohn's disease? 2. What form of education do you prefer? The research showed that most respondents consider themselves sufficiently informed about Crohn's disease before leaving hospital, and prefer dialogue before printed materials. My Bachelor's Thesis is designed so it can be used as a basis for education materials which will improve communication between patients and medical personnel with respect to information about Crohn's disease.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Edukace klienta při Crohnově chorobě vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 23. 4. 2010

Martina Havelková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Ivaně Chloubové R. N. za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům a všeobecným sestrám za trpělivost a spolupráci při sběru dat.

Obsah:

Úvod	2
1. Současný stav.....	4
1.1 Historie Crohnovy choroby.....	4
1.2 Anatomie trávicí soustavy	5
1.3 Crohnova choroba	6
1.3.1 Etiologie.....	7
1.3.2 Příznaky Crohnovy choroby	8
1.3.3 Vyšetřovací metody	9
1.3.4 Léčba.....	11
1.3.4.1 Konzervativní léčba	12
1.3.4.2 Chirurgická léčba	13
1.3.4.3 Biologická léčba	13
1.3.4.4 Lázeňská léčba	15
1.3.5 Komplikace	15
1.3.6 Ošetrovatelská péče	16
1.4 Edukace	18
1.4.1 Sestra v roli edukátorky	20
1.4.2.1 Dietní opatření	23
1.4.2.2 Pohybový režim	26
2. Cíl práce, hypotézy a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Hypotézy	28
2.3 Výzkumné otázky.....	28
3. Metodika	29
3.1 Výběr metodiky.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4. Výsledky.....	30
4.1 Výsledky z dotazníků pro všeobecné sestry	30
4.2 Kasuistiky respondentů s Crohnovou chorobou	47
5. Diskuze	53
6. Závěr	58
7. Seznam použité literatury	59
8. Klíčová slova.....	63
9. Přílohy	64
9.1 Seznam příloh.....	64

Úvod

Crohnova choroba patří mezi idiopatické střevní záněty. Etiologie vzniku nemoci není dosud jasná, většina odborníků se shoduje na tvrzení, že jde o onemocnění související s poruchou imunitního systému. Přidávají váhu i různým rizikovým faktorům jako je genetika, kouření, infekce a stres. Výskyt onemocnění se může projevit u člověka v jakémkoliv věku, postihuje muže či ženy bez rozdílu. Jedná se o celoživotní chronické onemocnění, které se jeví pod obrazem období klidového stavu (remise) střídající se s obdobím znovuvzplanutí zánětu (relaps).

Crohnova choroba zvyšuje zdravotní, psychickou, sociální a ekonomickou zátěž klientů. Projevy prvních příznaků choroby se objevují nejčastěji mezi 20. – 30. rokem života. Nemoc udeří člověka v jeho produktivním věku, v době profesního růstu, studia, ve snaze o založení rodiny, s plány do budoucnosti. Zasáhne člověka dočista nepřipraveného na omezení, která sebou nese. Projevy Crohnovy choroby jsou různorodé, nepostihují jen gastrointestinální trakt, ale i mimostřevní orgány.

Klient se často dozví o existenci této nemoci až při její diagnostice. Správné určení diagnózy předchází mnoho vyšetření, v dnešní době jsou tyto metody na vysoké úrovni a stále se zdokonalují. Pod vedením gastroenterologa se podstupuje konzervativní a chirurgická léčba vyplývající ze stavu klienta. Terapie je velmi svízelná, dosud nevede k definitivnímu vyléčení, při úspěšném přijetí léčebných prostředků dochází k navození klidové fáze. Klientům tato terapie umožňuje návrat k relativně běžnému způsobu života, který vedli před propuknutím nemoci.

Neznámo a neznalost probouzí v každém z nás pocit strachu, úzkosti. Tyto pocity má edukační proces zmírnit a zprostředkovat nejjednodušší získání informací o Crohnově chorobě a životem s ní. Celková osvěta veřejnosti o Crohnově chorobě je nedostačující, proto je důležité edukovat klienty a jejich blízké o režimovém opatření, týkající se profesní zátěže, stravování, atd. Role edukátorky je pro sestru velice důležitou a zodpovědnou pozicí v profesi. Sestra pomůže klientovi pochopit informace a následně si osvojit veškeré získané poznatky a doporučení o průběhu nemoci.

Cílem mé práce je zjistit, zda jsou klienti dostatečně edukováni o své nemoci, jestli vědí, jaká opatření je v životě čekají. Porozumění usnadní klientovi soužití s touto

nemocí. Ke zpracování tohoto tématu mě dovedla situace, při které jsem se ocitla u osoby s nově zjištěnou diagnózou Crohnovy choroby. Klientka a její blízké okolí si nedokázalo představit, co onemocnění obnáší, chyběly jim základní údaje, pronásledovala je bezmoc, nejistota, beznaděj, strach. Po několika lékařských návštěvách a konzultacích se psychický stav klientky zlepšil. Proto jsem se rozhodla provést šetření o edukaci klientů s Crohnovou chorobou v nemocnicích. Jde o kontinuální proces s využitím zpětné vazby, znalostmi v komunikaci a práci sestry s edukačním materiálem. Domnívám se, že do jedné z hlavních složek ošetrovatelské péče a úspěšného léčení patří efektivní edukace a získání klienta pro spolupráci.

1. Současný stav

1.1 Historie Crohnovy choroby

Zmínka o podobných projevech Crohnovy choroby a patologických nálezech střevních zánětů je popisována již od roku 1612 jistým lékařem Fabrym. Dalším významným lékařem této oblasti byl profesor Josef Thomayer, který v roce 1893 popsal ve svém spisu „Patologie a terapie nemocí vnitřních“ případy nemocných s „počasným katarom střevním“, průběh onemocnění a patologický nález se velmi podobal Crohnově chorobě (2, 13).

Počátkem 20. let 19. století se skupina lékařů Moschowitz, Wilensky, Ginzburg, Oppenheimerem, Berg a Crohn z newyorské nemocnice Mount Sinai zabývali zánětlivým onemocněním střev. Kromě lékaře Berga se zmínění lékaři podíleli na sepsání článku o této chorobě. Uvedení autorů článku bylo podle abecedního pořádku, což je jedním z důvodů proč mluvíme o Crohnově chorobě (2, 13).

B. B. Crohn byl představen v roce 1932 na přednášce za jediného autora. Crohn popsal 14 případů s transmúlním zánětem střev a nazval tuto nemoc regionální ileitida. Označení „Crohnova choroba“ se začalo používat až v roce 1932 (2, 13).

Počátkem 90. let 19. století se prokázalo, že jde o heterogenní onemocnění s různorodou lokalizací, projevy a komplikacemi. Zvyšující prevalence a incidence nemoci se zasloužila o rostoucí zájem, proniknout více do této problematiky. Crohnovu nemoc je potřeba klasifikovat přesněji a porovnávat způsoby léčby s výsledky (2, 13).

Ve dvacátém století se postupně měnily klinické projevy Crohnovy nemoci. Typický nález nitrobřišní sepse s objemným infiltrátem v pravé jámě kyčelní (pseudotumorózní forma) se dnes vyskytuje velice zřídka, častěji se objevuje postižení střev, fistulující forma, deformace perianální oblasti, také i mimostřevní projevy. Mezi významné odborníky v českých zemích patřili prof. Mařatka, doc. Nedbal, doc. Bitter, doc. Šetka, prof. Niederle (2, 13).

V roce 1996 vznikla Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty na základě vysokého zájmu několika specialistů. Prvním předsedou se stal prof. MUDr. Zdeněk Dítě, DrSc.. Jedná se o sdružení lékařů specializovaných na problematiku idiopatických střevních zánětů. V roce 2000 se koordinátorem stal doc. MUDr. Milan Lukáš, CSc.,

jeden z předních specialistů naší současnosti. Rok 2002 byl pro tuto skupinu významný, důvodem bylo začlenění do evropské organizace (ECCO), kde je registrováno 23 zemí (26).

Pracovní skupina má několik oblastí, na které kladou důraz. První se zaměřuje na vzdělávání lékařů formou symposií a kurzů. Druhá oblast je zaměřena na tvorbu národních doporučení o léčbě a dispenzarizaci klientů se střevními záněty. Klinický výzkum léčebných prostředků, průběhu onemocnění, atd. patří do třetí oblasti pracovní skupiny. Čtvrtá oblast se zabývá edukací klientů (26).

1.2 Anatomie trávicí soustavy

Trávicí trakt je využíván k příjmu potravy a získávání energie přirozenou cestou. Důležitou funkcí trávicího traktu je také obrana organismu, jelikož přítomnost lymfatické tkáně ovlivňuje imunitní reakce organismu (38).

Dutinou ústní putuje rozmělněná strava promíchaná slinami do hltanu, jícnu a poté do žaludku. Strava je zde mechanicky rozmělněvaná, promíchávána s žaludeční šťávou a peristaltickými vlnami je posouvána do tenkého střeva(17).

Tenké střevo je dlouhé asi 3 – 5 m a je 3 – 4 cm široké. Skládá se ze tří úseků – duodena, jejunu a ilea. Především v duodenu dochází k významnému trávení a vstřebávání potravy, do této části tenkého střeva ústí vývody obsahující trávicí enzymy ze žlučových cest a slinivky břišní (17).

Stěna tenkého střeva je pokryta sliznicí složenou v cirkulární řasy, na počátku střeva jsou nejvyšší a nejhustší, postupně směrem k ileu se snižují a řádnou, až vymizí. Sliznice tenkého střeva také vytváří klky – výběžky. Řasy a klky dokáží výrazně zvětšit plochu, která zprostředkovává vstřebávání živin. Mezi klky a řasami probíhají četné žlázy, produkující tekutinu, která je složkou střevní šťávy. Ve sliznici jejunu a ilea se objevují lymfatické uzlíky, jejich počet narůstá ve směru k tlustému střevu. Míza proudí přes uzliny v mezenteriu do uzlin truncus coeliacus a do lumbálních uzlin. Cévní zásobení tvoří větve mezenterické tepny (a.mesenterica superior) a žíly odvádějící krev do vena porte. Tenké střevo je inervováno n. vagus, který zrychluje peristaltiku, zvyšuje sekreci žláz a povoluje svěrače. Nn. splanchnici působí opačně (7, 17, 38).

Tenké střevo přechází v tlusté střevo (intestinum crassum), což je poslední úsek trávicí trubice. Délka je asi 1,5 m. Tlusté střevo se skládá ze slepého střeva (ceacum), které je uloženo v pravé jámě kyčelní. Na dolním konci odstupuje červovitý přívěsek (apendix vermiformis). Další částí je tračník, který podle průběhu nazýváme vzestupný (c. ascendens), příčný (c. transversum) a sestupný (c. descendens). Sestupný tračník přechází v oblasti levé jámy kyčelní v esovitou kličku (c. sigmoideum), pokračuje do malé pánve, kde navazuje na konečník (rectum). Sliznice tlustého střeva tvoří poloměsíčitě řasy a obsahuje hlenové žlázy, které působí jako ochranný faktor před poškozením sliznice. Smrštěním svaloviny vznikají haustra, která mají za úkol posunout obsah střevní směrem ke konečníku. (7, 17, 38)

Na cévním zásobení se podílejí artérie mesenterica superior a inferior a artérie iliaca interna. Žíly z tlustého střeva a horní části konečníku odvádějí krev stejně jako u tenkého střeva do vena portae. Ze zbývajících částí konečníku odvádí žíly krev do dolní duté žíly. Míza je odváděna do coeliackých uzlin a uzlin v malé pánvi. Tlusté střevo je inervováno autonomními nervy a konečník míšními nervy (7, 17, 38).

1.3 Crohnova choroba

Crohnova choroba patří mezi idiopatické střevní záněty. Při tomto onemocnění dochází k porušení celé stěny (transmurální) trubice trávicího ústrojí. Typickým nálezem ve stěně střeva jsou granulomy. Nejčastěji zasahuje zánět tenké a tlusté střevo v určitých úsecích (segmentech). Crohnova nemoc, také postihuje mimostřevní orgány např. kůži, klouby nebo oko (2, 13).

Nemoc má chronický průběh, stav klienta se mění podle fází. Rozlišujeme fázi zhoršení (relapsu) a fázi zklidnění (remise). Přesnou příčinu vzniku onemocnění není možné určit, přesto se většina odborníků shoduje na jistých rizikových faktorech, které mohou onemocnění aktivovat. Dosud není v silách lékařů zajistit klientovi definitivní vyléčení (2).

Mluvíme zde o onemocnění, které postihuje 1 - 3 osoby na 100 000 obyvatel/rok. V ČR je diagnostikováno cca 500 - 600 nových klientů ročně. Nejvyšší výskyt Crohnovy choroby je ve Švédsku, Velké Británii, USA, v těchto zemích se nové

případy objevují v počtu 5 - 7 osob na 100 000 obyvatel/rok. Nejnižší výskyt uvádí země asijského a afrického kontinentu (10, 11).

První příznaky se u klienta projevují nejčastěji mezi 20. a 30. rokem života. Mnohé z nich Crohnova nemoc omezuje ve spoustě aktivit, nemilosrdně je může odkázat ke ztrátě zaměstnání, změnám psychické schránky nebo ke změně vnímání vlastního obrazu těla. Někteří jsou závislí na invalidním důchodu, a to v době produktivní éry svého života (2, 3, 10, 13, 35).

1.3.1 Etiologie

Idiopatické střevní záněty označují onemocnění gastrointestinálního traktu s neznámou etiologií. Spousta lékařů a odborníků se přiklání k tvrzení, které označuje několik rizikových faktorů podporující vzplanutí Crohnovy choroby. Nejčastěji se hovoří o genetice, infekci, nepříznivém vnějším prostředí a o životním stylu.

Genetické dispozice idiopatických střevních zánětů se prokázaly při objevení genů IBD1 - 4. IBD1 způsobuje mutace na 16. chromozomu a proto dochází k abnormální reakci na endotoxiny bakterií v trávicím traktu. Tento gen je obsažen u 4 % zdravé populace. U židovské populace se prokázal výskyt Crohnovy nemoci vyšší, IBD-1 gen byl přítomen u 8,4 %. U kavkazské rasy byl prokázán u 10 % až 20 % nemocných. Dalším genetickým faktorem je změna v NOD2/CARD15 genu, což objevili vědci v roce 2001. Domnívají se, že asi u 20 % nemocných s Crohnovou chorobou jsou právě tyto změny částečně zodpovědné za vznik onemocnění. Poměrně vysoká frekvence vzniku onemocnění se prokázala u dětí dvojčat v rodinách s familiárním výskytem, která se nazývá genetická anticipace. (13, 38)

Životní prostředí, především životní styl má určitý vliv na vyvolání střevních zánětlivých onemocnění. Kouření patří k velice negativním faktorům ovlivňující naše zdraví a výrazně postihuje střevní stěnu. Incidence idiopatických střevních zánětů v posledních letech narůstá, důvodem je i změna výživových zvyklostí, kdy se zvyšuje užívání zpracované stravy oproti přirozené potravě. Změna složení stravy může vést ke změně mikrobiální flory střev a tím i ke změně odpovědi na antigeny pronikající do

trávicího traktu ve formě potravy, mění se tak strava po stránce kvantitativní i kvalitativní (13, 20, 38).

Odhadnout druh potravin, které mohou vyvolat onemocnění je velice obtížné. Klienti s Crohnovou chorobou často udávají v anamnéze mnohonásobné užívání sacharidů. Hovoříme o rafinovaných produktech, zejména o cukru a sladkostech. Celkově se snižuje konzumace čerstvého ovoce a zeleniny, což vede ke snížení denní dávky vlákniny. Sice nebylo prokázáno přímé spojení stravování se vznikem Crohnovy choroby, ale stále se provádějí další studie, které by vliv stravování na vznik onemocnění potvrdily (2, 13).

Pracovní zatížení, snížená fyzická aktivita, každodenní stresové situace v dnešní uspěchané době vedou k bagatelizaci či přehlížení prvních příznaků nemoci. Při dlouhodobém působení stresu bez odpočinku, relaxace nebo volného času se imunitní systém oslabuje a zvyšuje se tak náchylnost k onemocnění (2, 13).

1.3.2 Příznaky Crohnovy choroby

K lékaři přivede klienta bolest břicha, nauzea, zvracení a časté průjmy. Cítí se unavený, stěžuje si na nedostatek energie, neprospívá, trpí nechutenstvím. Může docházet k rychlým ztrátám tělesné hmotnosti. Výskyt zvýšené teploty, až horečky, není vzácný. Pokud klient tyto symptomy podcení, mohou vyústit až do stavu malabsorpčního syndromu (2, 20).

Klient udává křečovitou bolest zvyšující se intenzity do 30 až 60 min. po jídle. Stálá bolest signalizuje již existující komplikace. Typické umístění zánětu se projevuje až u 40 % pacientů. Lokalizace zánětu určuje i projevy nemoci. Při zasažení tenkého střeva dochází k bolestem břicha, hubnutí, chudokrevnosti, hrozí vznik neprůchodnosti střev. Průjem není pro tuto lokalizaci zánětu typický. Postižení tlustého střeva se projevuje hnisavými či krvavými průjmy, krvácením. Při vzniku zánětu v oblasti konečníku se dostavuje nucení na stolici, krvácení, hnisání a tvorba píštělí, opakující se abscesy, vředy řitního kanálu nebo infiltrované anální papily (2).

Vyskytují se i mimostřevní projevy (extraintestinální symptomy). K extraintestinálním symptomům patří kožní změny ve formě červených ztlustěnin především na pažích a bérkách (erythema nodosum), záněty malých i velkých kloubů – enteropatická artritida vyvolávající otok, bolestivost, znemožňující pohyb. Po odeznění akutní fáze bolest ustoupí na rozdíl od sakroilitidy – zánět a s ním spojená bolest postihující křížokyčelní skloubení se objevuje nezávisle na aktivitě střevního zánětu. Občas se projeví zánět rohovky a duhovky (2, 25).

Zpočátku vznikají zánětlivé změny na střevní sliznici, v dalších letech se opakovanými záněty tvoří jizvy, zúženiny a píštěle, které vznikají z hlubokého vředu. Píštěl spojuje abnormálně dva duté orgány (např. střevo se žlučníkem, pochvou) nebo komunikuje střevo s povrchem těla (2).

Cca po sedmi letech onemocnění se prognóza zhoršuje. Operaci podstupuje asi 80 % klientů, u 20 % se operativní zákrok musí opakovat. Jak jsem již uvedla, Crohnova choroba není zcela vyléčitelná, díky správně zvolené terapií dosáhnou klienti klidové fáze. Klidová fáze neboli remise, umožňuje klientovi nadále provozovat téměř veškeré každodenní činnosti a povinnosti. Přes veškerou snahu lékařů významně omezuje Crohnova nemoc zhruba 5% pacientů (2, 25).

1.3.3 Vyšetřovací metody

Střevní idiopatické záněty hodnotí a léčí specialista gastroenterolog na odborném pracovišti ve spolupráci s lékařem internistou, chirurgem a praktickým lékařem. Velice důležitou roli k určení správné diagnostiky hraje anamnéza. Při odebrání anamnézy se lékař zaměří na prodělané zánětlivé nebo neoplastické onemocnění zažívacího traktu u klienta a jeho rodinných příslušníků. Zjišťuje prodělané operace v břišní dutině, jiná onemocnění, užívání léků, stravovací návyky a kouření. Poté se přistoupí k fyzikálnímu vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem a per rektum (2, 20).

Lékař rozhodne o laboratorním vyšetření krve a stolice. Sestra odebere krev na laboratorní vyšetření k zjištění přítomnosti protilátek proti neutrofilním leukocytům

lokalizovaných v perinukleární zóně ASCA, pANCA – působící proti běžným kvasinkám. Sledujeme hladinu zánětlivých markerů - sedimentaci erytrocytů, C reaktivní protein, hladiny minerálů, železa v séru, přítomnost tumor nekrotizujícího faktoru α (TNF- α), což je specifická bílkovina, která má při zánětlivém onemocnění zvýšenou koncentraci v těle (2, 13).

Při vyšetření stolice se zjišťuje koncentrace kalprotektinu, což je bílkovina rozpadající se z bílých krvinek ve střevě. Vyšší množství ukazuje na zánět střevní sliznice. Odběr stolice na kultivační a parazitologické vyšetření stolice potvrdí, či vyvrátí infekční etiologii (2, 15, 31).

Mezi šetrné zobrazovací metody řadíme především ultrasonografii, toto vyšetření nám poskytne informace ohledně tloušťky střevní stěny nebo o zánětlivých změnách. Lze určit průsvit střev nebo lokalizaci infiltrátu ve střevní stěně. Sonografická technika, má i svá úskalí, u lidí s velkou nadváhou nemusí být stav střev dokonale viditelný (2, 20, 31).

V diagnostice se dále využívá enteroklýzy s kombinací CT vyšetření. Získáme tak prostorový obraz, při kterém lékař zhodnotí sliznici i celou stěnu tenkého střeva. Používá se i RTG kontrastní vyšetření, které se nazývá irigoskopie. V neposlední řadě využíváme magnetické rezonance (MR) a její schopnosti určit lokalizaci zánětu, či vznikajícího abscesu v oblasti konečníku, pánevního dna, či řitního kanálu. Toto vyšetření mohou podstoupit i těhotné ženy na rozdíl od RTG nebo CT vyšetření (2, 31).

V diagnostice idiopatických střevních zánětů by neměly chybět endoskopické metody. Jedná se o přístroje využívající optiky. Nejčastěji se provádí kolonoskopie, kdy se pomocí flexibilního fibroskopu zjistí stav střevní stěny až do oblasti terminálního ilea. Toto vyšetření vyžaduje důkladnou přípravu. Klient musí být řádně vyprázdněn. Správné vyprázdnění zajistí sestra tak, že poučí klienta, aby dva dny před vyšetřením dodržel tekutou dietu. Den před vyšetřením musí klient vypít během čtyř hodin až 4l tekutin s projímavým účinkem obsahující látku makragol. Pokud klient není schopen takovéto přípravy, používají se salinické projímadla (magneziové či fosfátové soli), i když se podává jen 250 ml preparátu, měl by klient vypít 1,5 l až 2 l tekutin (2, 20, 31).

Typickým obrazem stěny postižené Crohnovou chorobou jsou vředy různého tvaru. Lékař díky opakované kolonoskopii může pozorovat hojení střevní stěny nebo další výskyt nového zánětlivého ložiska, zároveň je možné provést dilataci úzkých anastomóz a odebrat biopsii, což je vzorek postižené tkáně (2, 20).

Můžou se provést i další endoskopická vyšetření, jako např.: rektoskopie, sigmoideoskopie. Pokud má lékař podezření na mimostřevní postižení žlučových cest nebo pankreatu žádá o vyšetření ERCP. Při vyšetření tenkého střeva se používá kapslové endoskopie, jedná se o kapsly s minifotoaparátem (příloha 5), kterou klient spolkně. Příprava klienta před vyšetřením spočívá v tom, že 24 hodin před požitím kapsle dodržuje klient tekutou dietu a 10 hodin před vyšetřením je lačný. Klient nesmí před vyšetřením kouřit. Po polknutí se může za dvě hodiny klient lehce napít a za čtyři hodiny sníst lehké jídlo, po odstranění kapsle, přechází klient na normální stravu. Fotoaparát poskytuje dva snímky za vteřinu po dobu šesti až osmi hodin. Obraz je přenášen na snímací přístroj umístěný klientovi na břicho. Lze tak posoudit střevní stěnu tenkého střeva. Nevýhodou tohoto vyšetření je, že není možné provést léčebný zákrok a odebrat vzorek tkáně na biopsii, proto k odběru biopsie využíváme enteroskopie. Nejmodernější je forma balonkové enteroskopie, která umožňuje zhodnotit celé tenké střevo. Tento proces bývá bolestivý, proto se provádí v hluboké analgosedaci (2, 30).

Histologické vyšetření odebraného vzorku tkáně střevní stěny upřesňuje diagnózu, je důležité odlišit idiopatické střevní záněty od jiných zánětů či nádorového bujení. Typickým histologickým obrazem Crohnovy choroby je granulomatózní zánět. Odběr biopsického vzorku se provádí i z resektátu, na kterém se průkaz zánětlivých změn zjistí častěji než z endoskopického odběru tkáně (2, 3, 18).

1.3.4 Léčba

Léčba se odvíjí od stavu klienta. Díky moderní medicíně lze klientovi přidělit léčbu takřka „šitou na míru“, přesto je u některých klientů standardní medikamentózní léčba neuspokojivá. Využívá se konzervativní a chirurgické terapie. Nově za pomoci genového inženýrství a biotechnologií může lékař klientovi s velice agresivním zánětem

nabídnout biologickou léčbu. Po odeznění akutní fáze a zaléčení, se doporučují ke zvýšení komfortu a kvality života lázeňské pobyty (2, 15, 25).

1.3.4.1 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba je zajišťována medikamenty spolu s výživovým opatřením. Lékař často indikuje klientovi enterální výživu jako prevenci podvýživy. O dietě, dietním omezení a enterální výživě se více dočteme v kapitole nazvané Dietní opatření.

Snahou medikamentózní léčby je dosáhnout léky stavu remise a potlačit agresivitu zánětu. Hospitalizace nemusí být nutná. Podávají se aminosalicyláty (sulfasalazin, mesalazin), které mají protizánětlivé a protibakteriální účinky. Léčbě idiopatických střevních zánětů velmi prospěla aplikace kortikosteroidů s protizánětlivým účinkem. Podání těchto léků začalo již před více než 50. lety. Toto období bylo díky nové léčbě zlomové. Při podání kortikosteroidů dosahuje obecně 50 % klientů přechodné remise, 30 % klientů vykazuje zlepšení stavu, 20 % klientů je na kortikosteroidy rezistentní. Pokud tělo na kortikoidní léčbu pozitivně neodpovídá, přistupuje se ke střevnímu chemoterapeutiku (metronidazol) nebo lékům potlačující imunitní systém. Imunosupresiva se používají i při udržení klidové fáze, snižují imunitní odpověď, tímto je možné docílit snížení či úplného vysazení kortikoidů (2, 20, 31).

V neposlední řadě se využívá probiotik, bakterií lidského původu, členících se do kategorie léčiv a dietních doplňků. Ale pozor, pouze probiotika ve formě léčiv splňují homogenitu bakteriálních kultur, pozitivně ovlivňující vlastní mikroflóru střev. Mezi tyto bakterie patří laktobacily, bifidobakterie, nepatogenní kvasinky. Složka podporující růst přátelských bakterií a příznivě působící na střevní mikroflóru se nazývá prebiotika, kterou řadíme k funkčním potravinám. Probiotika a prebiotika souvisí s posílením mukózní bariéry střeva a modulací imunity (2, 7, 37).

Léčba Crohnovy choroby je dlouhodobá, příznivé zmírnění příznaků se objeví u klienta až po několika měsících. Reakce na terapii je velice individuální a nese sebou i

vedlejší účinky, jako je porucha krvetvorby, alergická reakce či kosmetické problémy (2).

1.3.4.2 Chirurgická léčba

Pokud se nedaří potlačit agresivitu zánětu medikamenty a výživou, musí klient podstoupit chirurgický zákrok. Chirurgickou terapii podstupuje asi 70 % - 80 % klientů s Crohnovou chorobou, přesto se musí nadále pokračovat v konzervativní terapii. Zákrok by měl být co nejšetrnější, provádí se podle velikosti ložiska zánětu a zasažení střevní stěny např.: ileocekální resekce, pravostranná hemikolektomie a následně ileo-transverso-anastomóza, strikturoplastika, spojení píštělí nebo vytvoření trvalé drenáže. Při vzniku komplikací může zaznít doporučení o provedení dočasné nebo trvalé kolostomie nebo ileostomie, což je umělý střevní vývod tlustého nebo tenkého střeva (2).

Stomie rozlišujeme podle počtu vyústění na jednohlavňovou a dvouhlavňovou stomii. Dočasný vývod trvá obvykle 4 až 6 měsíců a má velmi příznivý vliv na průběh onemocnění. Při provedení trvalého vývodu se mohou klienti díky moderním stomickým pomůckám věnovat aktivitám, stejně jako před zákrokem. Terminální ileostomie je indikována jako paliativní výkon, pokud nezabírá konzervativní léčba (21, 24).

Pacient spolupracuje se stomasestrou. Po propuštění z nemocnice je klient dispenzarizován na proktokolické ambulanci a pravidelně dochází do stoma poradny. Doporučuje se klientům kontaktovat svépomocnou skupinu, která umožní klientům podělit se o vzácné informace s ostatními klienty se stejnou diagnózou (2, 13, 15, 17, 21, 31).

1.3.4.3 Biologická léčba

Biologická léčba je perličkou medicíny v Evropě od roku 2007. V současnosti je považována za nejúčinnější terapii, bohužel náklady jsou příliš vysoké, vzhledem

k nemoci, která si vyžaduje dlouhodobou, převážně trvalou léčbu. Biologická léčba se provádí jen na několika pracovištích, v České republice působí 23 center, kde pracují specialisté dané problematiky. Léčbu podstupují klienti, u kterých nemoc probíhá velice agresivně a dostatečně nereaguje na medikamentózní léčbu. Klienti na terapii pravidelně dochází, není nutná hospitalizace. Biologická léčba je založena na přírodní bázi ve formě očkovací látky nebo přípravku vyrobeného z lidské krve (2).

K hlavním cílům patří odstranění zdravotních obtíží provázející agresivní zánět, omezit potřebu hospitalizace. Dává klientům naději snížit riziko chirurgického zákroku. Přírodní produkty by měly uzavřít píštěle a snížit jejich sekreci, napomáhají ve zhojení vředů a zabraňují změnám na stěně trávicího traktu. Především by měla zlepšit kvalitu života klienta (2).

Účinné látky biologické léčby jsou ADALIMUMAB, je to lidská monoklonální protilátka vytvářena buněčnými kulturami, monoklonální protilátka – bílkovina, které rozpoznají a navazují na sebe specifickou bílkovinu tumor nekrotizující faktor. Způsob podání je subkutánně. Přípravek Humira (příloha 6) je v předplněné stříkačce, injekční lahvičce nebo předplněném peru. Druhou účinnou látkou je INFLIXIMAB, což je druh bílkoviny kombinované lidské a myší bílkoviny. Její zástupce se nazývá Remicade (příloha 6), patřící do lékové skupiny - blokátory TNF, který aplikujeme ve formě infúze. Tato léčba má své kontraindikace, mezi ně patří srdeční selhání, infekce, aktivní tuberkulóza. Nesmí se zapomenout na možnost přecitlivělosti na některou složku přípravku. Jako prevenci alergické reakce podáváme před zahájením antihistaminika. K nežádoucím účinkům se přiřazují návaly, dočasná bolest hlavy, závratě. Můžou se vyskytovat i virové, herpetické a tuberkulózní infekce. Před zahájením léčby podstupuje klient několik vyšetření (RTG hrudníku, tuberkulinový kožní test), která alespoň částečně eliminují riziko vzniku komplikací. V průběhu udržovací léčby se tato vyšetření opakují (2, 22).

Jiskrou naděje pro klienty by mohl být profesor Chistopher J. Hawkey, přední evropský gastroenterolog a specialista na idiopatické střevní záněty. Tento vědec vede studii ASTIC (Autologous Stem Cells Transpation In Crohns Disease). Výzkum se týká transplantace hematopoetických – krvetvorných – kmenových buněk. K výzkumu se

přidala i Česká republika. Transplantace probíhá ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Kandidáty vhodné pro studii transplantace vybírá mezinárodní lékařské konsorcium (2).

1.3.4.4 Lázeňská léčba

U klientů s Crohnovou chorobou má lázeňská léčba velmi dobré výsledky. Lázně předepisuje praktický lékař nebo odborný lékař – gastroenterolog. Na toto onemocnění se specializují lázně v Karlových Varech. Léčebný pobyt je většinou třítydenní, klienti využívají různých procedur např.: dietoterapie a popíjení přírodních léčivých karlovarských vod.

Léčivé účinky mají prokazatelně tyto pramenité vody:

- hydrogenuhličitanové,
- síranové,
- chloridové,
- hořčíkové,
- uhličité.

Praménité vody významně ovlivňují povrch střevní sliznice a pozitivně působí na motorické, sekreční a resorpční funkce gastrointestinálního traktu. Při lázeňském pobytu se klient uvolní a odpočine si od denního stresu. Lázně působí pozitivně na tělesnou, ale i psychickou stránku člověka (25).

1.3.5 Komplikace

Komplikace u Crohnovy choroby můžeme rozdělit na lokální, vzdálené a metabolické. Mezi lokální neboli místní komplikace řadíme stenózu, což je zúžení průsvitu střeva. Postihuje asi 30 – 40 % klientů. Může způsobit střevní neprůchodnost, projevující se křečovitou bolestí břicha, zvracením a nápadnými střevními zvuky. Často se vyskytuje v úseku tenkého střeva (2).

Poměrně častou místní komplikací je perforace s následným vznikem píštěle a abscesu uloženého mimo střevní stěnu. Dále se může vytvořit perianální absces a píštěl, postihující tlusté střevo, tento stav může vést ke vzniku flegmóny (neohraničený hnisavý zánět) a následně poškození análního svěrače (2).

K závažným komplikacím patří septický průběh střevního zánětu, ale díky účinkům protizánětlivé léčby je v dnešní době sepse méně častá. Velkou hrozbou je i toxický megakolon, který může způsobit perforaci střeva a zároveň zánět pobřišnice, další komplikací je masivní krvácení způsobené narušením cévy vředovitým zánětem Crohnovy choroby (2, 20, 25).

Vzdálené komplikace se netýkají prudkého zánětu na stěně střeva, ale narušení imunitního systému. Postihují kůži ve formě nodózního erytému, vznikají záněty spojivky, rohovky, velkých kloubů, může se vyskytnout postižení jater a žlučových cest. Veškeré tyto komplikace jsou velice nepříjemné a bolestivé (25).

Metabolická forma komplikací je založena na obtížích způsobených poruchou vstřebávání živin, či na nežádoucích účincích léků. Patří sem osteoporóza, která vzniká v důsledku dlouhodobého užívání kortikoidů. Výrazná ztráta krve a nedostatečné vstřebávání železa způsobuje anémii, jakožto i nedostatek vitamínu B12 vzniklý kvůli resekci terminálního ilea. Nedostatek selenu a zinku způsobuje porušení vstřebávání stopových prvků, projevující se na kůži (acrodermatitis enteropathica). Porucha vstřebávání žlučových kyselin může zvýšit tvorbu žlučových i ledvinových kamenů (2).

1.3.6 Ošetrovatelská péče

Klient je v akutní fázi onemocnění přijat na interní oddělení nebo gastroenterologické oddělení, pokud se jedná o komplikovaný stav, je předán na chirurgické oddělení. Sestra klienta seznámí s oddělením, domácím řádem, s právy pacienta a uvede jej na pokoj.

Dále zhodnotí stupeň sebezpečí, popřípadě zajistí dopomoc klientovi v jistých denních činnostech. Sestra umožní klientovi dostatek spánku a odpočinku. Monitoruje bolest. Sleduje stav hydratace a výživy pacienta, vede a zaznamenává do dokumentace

bilanci tekutin a vyhodnocuje nutriční screening, pokud ve zdravotním zařízení není nutriční terapeut. Dále sleduje frekvenci, konzistenci a příměsi stolice. Sestra zdůrazní klientovi důležitost zvýšené hygieny a ošetření okolí konečníku kvůli častým průjmům (23, 34).

Sestra pracuje podle ošetrovatelského procesu. Sestra vede ošetrovatelskou dokumentaci. Při příjmu klienta stanoví ošetrovatelský plán, zaměřený na jeho potřeby, který vznikne na podkladě zjištěných informací o klientovi. Ošetrovatelský plán zahrnuje cíl ošetrovatelské péče, kritéria, intervence, což jsou ošetrovatelské činnosti a v neposlední řadě hodnocení efektivity stanoveného plánu (32).

Ke kompetencím sestry patří provedení nebo asistence při laboratorních odběrech na žádost lékaře, sestra připraví klienta na vyšetření a asistuje lékaři. Sestra vykonává u klienta běžnou ošetrovatelskou péči, zajímá se o potřeby klienta a plní ordinace lékaře. Je-li nutný operativní zákrok, stará se o klienta v předoperačním i pooperačním období (23).

Pokud není ve zdravotnickém zařízení stomasestra musí umět pečovat o stomie všeobecná sestra. Stomie vyžadují zvýšenou péči. Kůže v okolí stomie je drážděna střevním obsahem, lepidlem z nalepovacích podložek či potem. Sestra ukáže a vysvětlí klientovi jednotlivé stomické pomůcky, které se liší pro jednodílný nebo dvoudílný systém (21, 24).

Sestra provádí výměnu stomického sáčku, pokud to klient není schopen provést sám. Po odstranění použitého sáčku, očistí a důkladně ošetří okolí stomie. U kolostomie se může provést dle ordinace lékaře irigace, což je výplach stomie. Před přiložením nového sáčku či stomické podložky musí být kůže osušená a bez chlupů. Sestra může ochlupení předem oholit. Je-li kůže zarudlá, ošetří ji ochranným speciálním filmem nebo pastou. Sestra si podle šablony změří průměr stomie a podle něj se vystřihne otvor ve stomické podložce (asi o ½ cm větší než průměr stomie), podložka musí těsnit, ale nesmí stomii škrtit. Sestra poté sejme z podložky ochranou folii a přikládá ji opatrně na spodní okraj stomie, postupně ji přiloží na celou plochu. Podložka se nesmí odchlípnout. Mnozí klienti se naučí pečovat o stomii sami, potřebují jen pozitivně motivovat, mít pevnou vůli, trpělivost a zvládat nácvik, který získají při spolupráci se sestrou.

Povinností sestry je klienta před propuštěním z nemocnice edukovat o ošetření stomie, změně stravování, pitném režimu (21, 24).

Sestra musí profesionálně asertivně komunikovat s klientem, umět projevit empatii, respektovat lidskou důstojnost a individualizaci klienta. Měla by být klientovi nápomocna v pochopení jeho zdravotního stavu, pozitivně ho motivovat ke spolupráci. Její nezapomenutelnou rolí je role delegátky mezi lékařem a klientem. Sestra umí vyslechnout a zodpovědět dotazy klienta ohledně ošetrovatelské péče ve svých kompetencích. Zajišťuje klientovi právo na soukromí a chrání důvěrné informace. Sestra edukuje klienta o režimovém omezení a o přípravě na potřebná vyšetření. Sestra spolupracuje při ošetrovatelské péči o klienta s ostatním zdravotnickým personálem, jako je nutriční terapeut, stomasestra, fyzioterapeut (8, 16).

1.4 Edukace

Edukace je vymezení pojmu pro výchovu nebo vzdělávání. Ve zdravotnictví hovoříme o edukaci při poskytování ucelených informací k dané problematice při výchově ke zdraví. Sestra podporuje a pomáhá klientovi ve chvílích strachu a úzkosti. Pomáhá klientovi pochopit podstatu onemocnění, odstranit předsudky. Na rozdíl od informovanosti je edukace podpořena zpětnou vazbou, ke které se vyjádříme níže v této kapitole (6, 36).

V edukaci jsou dvě důležité role edukant a edukátor. Edukant je subjekt učení, ve zdravotnictví jde o klienty, kteří jsou odkázáni na pomoc prostřednictvím edukátora. Edukátor je aktér vyučování, může to být lékař nebo příslušný zdravotnický personál jako je všeobecná sestra, fyzioterapeut, nutriční terapeut. Edukace patří k základním činnostem sestry. Pro pacienty a jejich blízké znamená edukace zapojení do ošetrovatelského procesu a umožňuje jim kvalifikovanější rozhodování. Klienti získávají reálnou představu o tom, jak se mají o sebe starat a pečovat. Je nutné, aby si klient osvojil informace získané v průběhu ošetrovatelské péče např. pro možné propuštění do domácí péče či přeložení na jiné oddělení. Edukaci využíváme v diagnostickém, léčebném i ošetrovatelském procesu (9, 36).

Edukace se provádí ve zdravotnictví formou edukačního procesu. Edukační proces se vykonává ve specifickém prostředí a ve vzájemné interakci sestry – pacient. Jedná se o promyšlený záměrný proces, můžeme říci, že to je dynamický vztah mezi sestrou a klientem, jehož cílem je poskytnout, co nejsrozumitelněji, potřebné informace. Prolíná se zde výchova a vzdělávání, které působí na rozvoj osobnosti a zlepšení kvality života klientů. Mezi základní podmínky edukačního procesu patří správné rozpoznání schopností klienta učít se, jako je vývojový stupeň, věk, intelekt, emocionální stav, životní hodnoty, náboženská příslušnost, či kulturně - společenské faktory (9, 36).

Pro efektivní edukaci se vypracovávají edukační standardy, ve kterých se udává zaměření edukace, cíle, kritéria, způsob hodnocení a metodika kontroly edukačního standardu. Dále se využívá edukačních materiálů, které se připravují nebo jsou dostupné ve formě brožur, letáků či videonahrávek. Jde tedy o jejich verbální představení nebo obrazové zhlédnutí či předvedení názorné ukázky. Sestra musí zajistit před edukací optimální prostředí se správným osvětlením, bez hluku s vhodnou pokojovou teplotou a samozřejmě zajistit dostatečnou intimitu. Sestra při vedení edukace vychází z několika principů. Povinností je stanovit cíle, tak aby vycházely z potřeb klienta. Udržovat neustále kontakt s klientem, komunikovat stručně, jasně, zřetelně a srozumitelně. Sestra musí umět vyloučit informace, které nesouvisí s edukačním procesem a docílit takto větší soustředěnosti klienta na danou záležitost (36).

Aby byla edukace správně dokončena, ujistí se sestra, že klient všemu rozuměl správně, za pomoci zpětné vazby, která je pro edukaci velmi důležitá. Pokud by se neprovedla, není edukace ucelená a nezaručuje pozitivní efekt. Sestra si tím ověří i účinek svého výstupu. Zpětná vazba se může použít ve formě zkoušejících otázek, zopakováním postupu klientem, vyplněním křížovky na dané téma, předvedením nácviku (16, 36).

Sestra nechá klientovi dostatek času pro dotazy a srovnání přijatých informací. Je možné kombinovat různé edukační materiály, jako je psaná forma s rozhovorem, videa nebo názorné ukázky. Edukace se zaměřuje na určitou situaci. U klienta s Crohnovou chorobou se sestra zaměří např.: na dietní opatření nebo na důležitost dalších lékařských kontrol (6, 36).

1.4.1 Sestra v roli edukátorky

Sestra je kvalifikovaná osoba, která napomáhá jedinci a skupinám při dosahování a zabezpečování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, hledí na klienta v holistickém pojetí. Nauku ošetrovatelství čerpá z humanitních, přírodních behaviorálních věd a teorie managementu. Role sestry se vzájemně prolínají např.: vzdělání a specifické vědomosti společně se zručností, zodpovědností a způsobilostí v daných kompetencích (36).

Vymezení kompetencí sestry je odborně právně zajištěno ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Registrovaná sestra může vykonávat praxi v nemocnicích, ambulancích, či v komunitách. Pracuje v týmu nebo samostatně. Více nalezneme v zákoně č. 96/2004 Sb., což je zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (27, 36).

Sestra stimuluje klienty ke spolupráci a vlastní zodpovědnosti za své zdraví a za způsob života. Pracuje samostatně s nemocným i zdravým klientem. Dalším předpokladem pro zajišťování profese všeobecné sestry je schopnost výborně efektivně komunikovat a aktivně naslouchat lidem, mít intrapersonální a interpersonální způsobilost. V pracovní činnosti je důležité mít autonomii rozhodování, jednat dle etického kodexu sester, uchovat profesionální přístup ke klientovi (16, 28).

Sestra musí umět aplikovat výsledky výzkumu a teorie do praxe. Její povinností je celoživotní vzdělávání, poznání nových ošetrovatelských a léčebných metod, prohlubující a doplňující její vědomosti (27, 28, 36).

1.4.2 Edukační plán

Crohnova nemoc může člověku obrátit život naruby. Klient se dostává do nečekané životní situace a netuší, co bude toto onemocnění obnášet. Často je lékař a všeobecná sestra prvotním zdrojem informací o Crohnově chorobě. Obrovskou ránou pro každého člověka je zjištění, že jej postihla nemoc, která ho s největší pravděpodobností bude provázet po celý život. Někteří pacienti vyhledají pomoc psychologa, který jim pomůže s emočním vyrovnáním se s nemocí. Dostatečně informovaný klient se může aktivně zapojit do ošetrovatelského procesu a začlenit se

zpět do života. Klienti mohou využít existence svépomocných skupin, což je sdružení klientů se stejnou diagnózou, kde si lidé předávají informace, zkušenosti a poznatky z života s touto nemocí. Často bývá skupina lidí s podobným problémem, velkou podporou pro druhé (2, 25).

Důležité je, aby klient ve spolupráci s lékařem a sestrou dospěl k určitým změnám ve svém životě. Od diagnostiky choroby je nutná pravidelná kontrola zdravotního stavu 2 krát ročně. Pokud by docházelo k agresivitě onemocnění, je nutná spolupráce s gastroenterology a hospitalizace. Lékař spolu se sestrou klientovi vysvětlí varovné příznaky nemoci. Při vzniku těchto symptomů je důležité navštívit lékaře. U medikamentózní terapie je nutné, aby klient léčbu nepřerušil a léky užíval dle ordinace lékaře. Při dlouhodobém užívání léků jsou lékařské prohlídky nutné každé 3 měsíce. Provádí se fyzikální vyšetření, odběry krve na zánětlivé markery a zjištění deficitu vitamínů. Kontrolní ultrazvuk břicha se provádí 1 krát ročně. Pokud onemocnění trvá více jak deset let, měla by se sledovat střevní stěna každé dva roky pomocí kolposkopie, jako prevence nádorového onemocnění (25, 31).

Edukační plán Crohnovy choroby

Cíl:

Zjistit, jaké má klient informace o Crohnově chorobě.

Zjistit, jaké informace má klient o režimovém opatření.

Edukovat klienta o vhodnosti stravování.

Edukovat klienta o pohybovém režimu.

Místnost:

Zajistit vhodný prostor pro edukaci – vyšetřovna, pokoj klienta, edukační místnost.

Prostředí:

Snížit hluk a rušivé elementy.

Zajistit optimální pokojovou teplotu a vyvětranou místnost.

Pomůcky:

- brožury o Crohnově chorobě,

- kuchařky, jídelníčky, seznam základních vhodných a nevhodných potravin,

- seznam svépomocných skupin, internetových důvěryhodných zdrojů o Crohnově chorobě,
- telefonní kontakt na gastroenterologickou poradnu.

Edukovaná skupina:

Pro klienty s Crohnovou chorobou před propuštěním do domácí péče.

Čas:

30 - 45 minut.

Fáze edukace:

1. diagnostická:

- Zjistit, jaké má klient informace o Crohnově chorobě.
- Zmapovat informace, jaké má klient o režimovém opatření.

První fáze je zprostředkována rozhovorem. Navázání kontaktu, zjišťuje se informovanost, způsob vyjadřování, intelektuální a emoční schránka klienta.

2. aplikace:

- Edukovat klienta o vhodnosti stravování.
- Edukovat klienta o pohybovém režimu.
- Edukovat o možnosti kontaktu svépomocných skupin, gastroenterologické poradny.

Ve druhé fázi je aplikován rozhovor s ukázkou písemného materiálu (kuchařky, jídelníčky, brožury). Tyto materiály jsou klientovi věnovány.

Je nutné vysvětlení technologické přípravy pokrmů, informovat o pitném režimu, o pravidelnosti a porcích jídla.

Edukovat o snížení pohybové aktivity v akutní fázi, ale zároveň o vhodnosti pravidelného přiměřeného pohybu.

3. hodnocení:

- Zjistit, zda klient ví, jak postupovat při výběru stravování.

Ve třetí fázi se hodnotí průběh edukace, je nutné nechat klientovi dostatek času pro zpracování získaných informací a čas pro dotazy na dané téma. Je důležité využít zpětné vazby pro kontrolu, zda klient správně pochopil vše, co mu bylo sděleno (36).

1.4.2.1 Dietní opatření

O vhodnosti stravování edukuje lékař nebo nutriční terapeut, pokud není ve zdravotnickém zařízení profesní pozice nutričního terapeuta zastoupena, je edukace na sestře.

Nutriční terapeut je odborník v léčebné výživě, který má vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání. Jedná se o profesi bez odborného dohledu, působí ve zdravotnických zařízeních, jako jsou nemocnice, ambulance, ale také v lázních nebo v soukromé praxi. V posledních letech je snaha uvést obor nutričního terapeuta do nemocnic a začlenit do zdravotnického týmu, kde ještě není (7).

Pracovní náplní nutričního terapeuta je odebrání nutriční anamnézy klienta, zhodnocení nutričního stavu a případných rizik. Na základě získaných informací a provedených antropometrických měření a hmotnostní index BMI, sestaví nutriční plán či individuální dietu pro pacienta. K dalším kompetencím terapeuta patří edukace klienta o vhodnosti či nevhodnosti určitých potravin, dietě a vedení dokumentace o nutričním stavu klienta. Nutriční terapeut působí i ve stravovacím provozu, kde připravuje jídelníčky, dohlíží na přípravu a správnou technologii pokrmů. Nutriční terapeut patří do zdravotnického týmu ošetřujícího klienta. (7, 34).

Výživa je pro náš organismus velice důležitá, dodává tělu energii, kterou využívá k veškerým procesům, jako je např. stavba kostí, zubů, svalů, správná funkce mozku, urychlení hojení. V průběhu vývoje se stále mění naše stravovací způsoby a utváříme si určité návyky. Jestliže nás zasáhne nemoc a její léčba si vyžaduje změnu našich zvyklostí ohledně stravování, měli bychom se přizpůsobit takové stravě, která bude v danou chvíli nejpříjemnější (14).

U klientů s Crohnovou chorobou je důležité nejprve zhodnotit stav výživy a podat plnohodnotnou dietu, která doplní veškeré makro i mikroelementy, abychom předešli vzniku malnutrice. Asi 75 % hospitalizovaných si v akutní fázi onemocnění stěžuje na váhový úbytek a zároveň vznik proteino-energetické podvýživy. Klienti trpí nedostatkem bílkovin, vitamínů a stopových prvků. Deficit jednotlivých složek záleží na lokalizaci postižení. Například postižení terminálního ilea způsobí poruchu vstřebávání vitamínu B12, což podporuje vznik anémie. Stav podvýživy se objevuje

kvůli malabsorbci, průjmům, lékům či operaci. Sestra nebo nutriční terapeut, informuje klienta o tom, že se dietní opatření liší podle toho, v jaké fázi nemoci se nachází (7, 13, 20).

V akutní fázi neboli relapsu je zapotřebí podpořit hojivé procesy a zabránit výživovému nedostatku. Při tomto onemocnění se doporučuje enterální výživa nebo bezsezbytková dieta (2, 13).

Lékař určí, zda má být enterální výživa úplná nebo jen částečná, většinou se podává dlouhodobě a kontinuálně. Enterální strava se aplikuje sondou, PEGem nebo formou perorálních nutričních doplňků, aby se eliminoval stav podvýživy. Přímo do střeva lze podávat výživu jen kontinuálně pomocí enterální pumpy. Nutriční podporu je možné indikovat i v perioperačním období, vzhledem k možné nízké hladině albuminu či úbytku tělesné hmotnosti. Podávaný objem výživy se určuje podle energetické denzity přípravku (7).

Sipping je termín pro popíjení nutričních perorálních doplňků. Jejich denní příjem činí asi 600 kcal. Toto množství popíjejí klienti mezi jednotlivými porcemi jídla jako doplňkovou enterální výživu navíc. Na trhu je pestrý výběr jednotlivých příchutí a firem prezentující tyto produkty (7, 13).

Důležité je znát určitá dietní omezení. Sestra vysvětlí klientovi, v čem je bezsezbytková dieta specifická. Strava se skládá z lehce stravitelných potravin s omezením hrubé neboli nerozpustné vlákniny, což znamená vyvarovat se čerstvé zelenině, ovoci, luštěninám a cereáliím (příloha 4). Dieta by měla být zaměřená na plnohodnotné bílkoviny, nejvhodnějším zdrojem bílkovin jsou lehce stravitelná bílá masa (ryby, drůbež, králíci a telecí maso), dále pak vejce a mléko nebo mléčné výrobky, u kterých se musí dát pozor na riziko intolerance. Tuky by měl klient užívat v omezeném množství, zejména produkty obsahující nasycené tuky a cholesterol (13, 14).

Preferuje dieta složená z vyššího obsahu škrobů např. těstoviny, rýže, brambory. Ale i tyto potraviny nemusí být dobře snášeny, výběr potravin je velmi individuální. U pacienta s Crohnovou chorobou nesmí chybět potraviny bohaté na vitamín C a B-komplex. Velice důležité jsou minerální látky především železo a vápník. Sestra klienta

upozorní na důležitost pravidelného stravování v menších porcích, což je rozvržení v pěti až šesti porcích denně. Připravenou stravu je nutné sníst v klidu u stolu a především podávanou stravu dostatečně rozmělnit. Tekutiny by neměly být příliš horké ani ledové (13).

V případě zhoršení nutričního stavu nebo rizika vzniku malnutrice, kdy pacient není schopen užívat výživu enterálně, indikuje lékař parenterální neboli umělou výživu. Parenterální výživu podává pověřená sestra klientům s Crohnovou chorobou při primární terapii akutního relapsu onemocnění v kombinaci s medikamentózní léčbou nebo v perioperačním období klienta s cílem vyřazení funkce střeva. Aplikované přípravky jsou výživově plnohodnotné, obsahující veškeré základní složky, vitamíny a minerály, jelikož organismus má v této době vysoké požadavky na přísun energie. Je také možné využít enterální výživy, která byla vyvinuta jako výživa pro astronauty, tato dieta je specifická svým složením a především úplným vstřebáváním v horním oddílu střeva lačníku. Způsob podání této diety je popíjením nebo zavedením tenké sondy. Umělou výživu je možné podávat i při domácí péči s kombinací běžné stravy. Kontraindikací parenterální výživy je pouze stav, kdy lze u pacienta docílit enterální výživy nebo dietního opatření (2, 13, 20, 25).

V klidové fázi nemusí být dieta tolik přísná jako ve fázi relapsu, proto se doporučuje postupně přecházet z bezezbytkové diety na racionální dietu. Opatrností při výběru stravy by měli klienti zvažovat, zda strava bohatá na vlákninu negativně neovlivní zdravotní stav klienta. Velké množství vlákniny může přivodit bolesti břicha či průjemy, je nutné stravu pomalu normalizovat. Doporučuje se vyvarovat nadále nadýmavým pokrmům, destilátům, tučnému masu, ostrým a kořeněným jídlům (13).

Dietní režim je individuální, klient sám musí vyzkoušet potraviny, které jeho stavu vyhovují a naopak. Mezi ovoce a zeleninu obecně dobře snášenou patří: brambory, mrkev, květák, chřest, brokolice, cukýny, špenát, fenykl, čekanka, zelené fazolky a celer, banány, zralá jablka, měkké hrušky, jahody, maliny, melouny a broskve bez slupky. Mezi hůře snášenlivé potraviny patří např.: luštěniny, citrusové plody, zeleninové džusy, ořechy, nakládané zelí (2, 13).

Dobře snášené pokrmy jsou zeleninové polévky, netučné masové vývary. Polévky je vhodné zahušťovat na sucho opraženou moukou. Příkrmy z brambor, dušené či vařené rýže, těstoviny jsou také velmi dobře snášeny. Lze vařit i omáčky (rajská, koprová, svíčková, pažitková), ale opět musejí být zahuštěny moukou na sucho opraženou (13).

Z technologie přípravy pokrmů se doporučuje vaření, vaření v páře, dušení, pečení, opékání na sucho, příprava v alobalu. Příjem tekutin by měl klient oddělit od tuhé stravy, denně by měl vypít asi 2 - 2,5 l neperlivých tekutin. Vhodné jsou čaje bylinkové např.: z fenyklu, kmínu, heřmánku, máty, lipového květu, jablečné slupky a anýzu (12, 13, 20).

Klient by se měl rozhodně vyvarovat destilátům, výjimkou je přírodní kvalitní víno a pivo požívané podle vlastní tolerance. Nevhodná je konzumace černé kávy a černého čaje neboť kofein a tein zvyšují střevní peristaltiku. Ovocné džusy mohou dráždit střevní sliznici, proto se doporučuje ředit je 1:1 vodou (13).

Mnohým klientům pomáhá při určování vhodných a nevhodných potravin vedení deníčku, kde si klient zaznamenává intervaly mezi jednotlivými porcemi, množství jedné porce, druh potravin a jejich účinek na organismus klienta. Tento deníček může být i pro lékaře pomocníkem v odhalení nepřesností v dodržování dietního opatření klienta, díky komentáři, který si klient průběžně zapisuje (20).

1.4.2.2 Pohybový režim

V akutní fázi onemocnění se nedoporučuje příliš velká zátěž, preferuje se dostatek odpočinku, relaxace, krátké procházky. Často jsou klienti v této fázi v pracovní neschopnosti, je nutné připravit se na možnost opakujících se recidiv, či relapsových stavů, kdy se pracovní neschopnost bude navracet. Přesto není nutné u většiny klientů měnit zaměstnání, pokud není příliš fyzicky namáhavé. Jsou ale i výjimečné stavy, které mohou klienta invalidizovat. Dovolené v zahraničí by neměla nemoc bránit, s výjimkou léčby chemoterapeutikem metronidiazolem, při kterém se musí klient vyvarovat alkoholu a slunění (31).

Pravidelný pohyb je pro člověka obecně velmi prospěšný, zlepšuje fyzickou kondici, snižuje riziko vzniku civilizačních chorob (obezita, DM, kardiovaskulární onemocnění,...). Pohyb v našem těle vyvolává spoustu pozitivních reakcí, které ovlivňují imunitní systém a především naši psychiku. U každého klienta je pohybová aktivita individuální, záleží na zdravotním stavu, fázi onemocnění, věku či fyzické zátěži. U klientů s idiopatickým onemocněním střev napomáhá pohyb v zabránění komplikací, jako je osteoporóza nebo artropatie (2, 31).

Doporučují se procházky v přírodě, plavání, cvičení na míči. Volba sportovní činnosti je individuální dle zdravotního stavu, klient si volí fyzickou zátěž podle svého uvážení (2).

2. Cíl práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zjistit, zda mají klienti před propuštěním z nemocnice dostatek informací o Crohnově chorobě.
2. Zjistit, zda sestry edukují klienty o režimovém opatření Crohnovy choroby.
3. Zjistit, jaké metody v nemocnicích využívají k edukaci klientů s Crohnovou chorobou.
4. Zjistit, jakým edukačním prostředkům dávají klienti přednost.

2.2 Hypotézy

H 1:

Klienty edukují o Crohnově chorobě více lékaři než sestry.

H 2:

K edukaci klientů o Crohnově chorobě se využívá více podáním edukačního materiálu písemnou formou než rozhovorem.

2.3 Výzkumné otázky

1. Mají pacienti dostatek informací o Crohnově chorobě při propuštění z nemocnice?
2. Jaké formě získávání informací o Crohnově chorobě dávají pacienti přednost?

3. Metodika

3.1 Výběr metodiky

K získání dat pro výzkumnou část naší bakalářské práce jsme zvolili metodu kvantitativní i kvalitativní.

Kvantitativní šetření bylo provedeno formou dotazníků u všeobecných sester na interním a gastroenterologickém oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s., dále na interním a chirurgickém oddělení v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. Dotazník byl anonymní a obsahuje 17 otázek, 10 otázek uzavřených a 7 otázek polootevřených. Dotazník pro všeobecné sestry nalezneme v příloze 1.

Bakalářská práce byla také podpořena kvalitativním šetřením tj. standardizovaným rozhovorem s klienty trpící Crohnovou chorobou. K zajištění dat z rozhovoru byl použit záznamový arch v příloze 2. Výsledky rozhovoru byly pro jednodušší orientaci zpracovány do kasuistik.

Výzkumné šetření se uskutečnilo na přelomu měsíce února a března roku 2010. S provedením výzkumného šetření v Nemocnici v Českých Budějovicích souhlasila hlavní sestra Mgr. Jiřina Otásková, MBA, za Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. souhlasila s šetřením hlavní sestra Marie Brilová.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

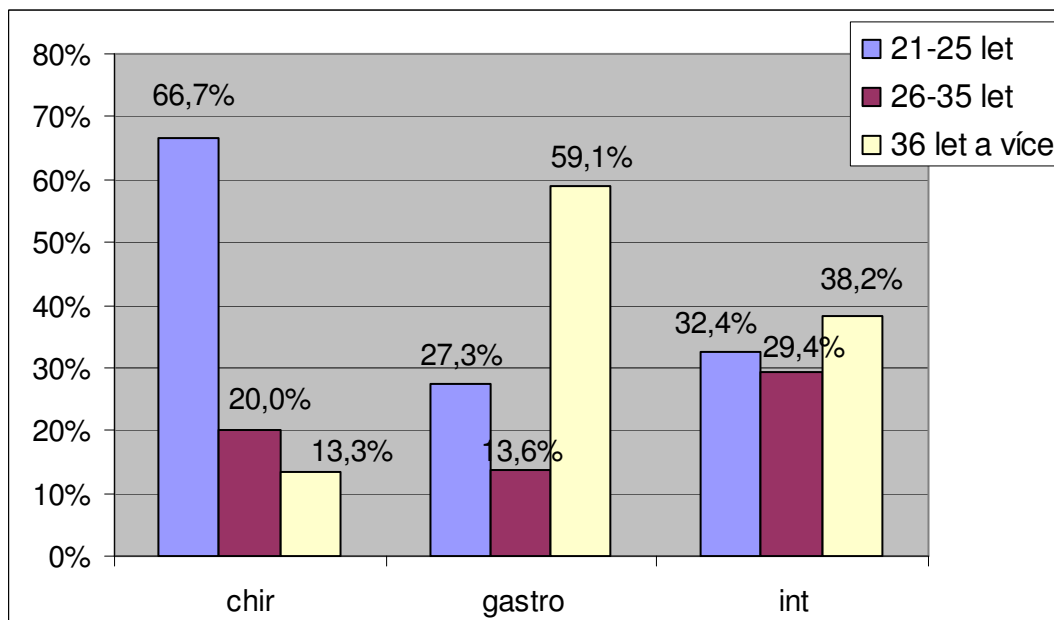
První výzkumný soubor se skládá z všeobecných sester interního, chirurgického a gastroenterologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a interního, chirurgického oddělení Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. Bylo rozdáno 100 dotazníků. Počet vrácených dotazníků činil 78, pro neúplné vyplnění 7 dotazníků jsme byli nuceni 7 dotazníků odložit. Návratnost byla 78%, pro neúplné vyplnění se snížila na 71%.

Druhým výzkumným souborem byli klienti, jejichž výběr byl záměrný. Jednalo se o klienty s Crohnovou chorobou, diagnostikované před více než 1 rokem. Rozhovor byl proveden na gastroenterologickém oddělení v poradně, za souhlasu paní primářky MUDr. Olgy Šonové, vrchní sestry Bc. Lenky Klímové a samozřejmě respondentů. Rozhovor byl zapsán do záznamového archu, který je součástí přílohy 2.

4. Výsledky

4.1 Výsledky z dotazníků pro všeobecné sestry

Graf 1 Věk všeobecných sester



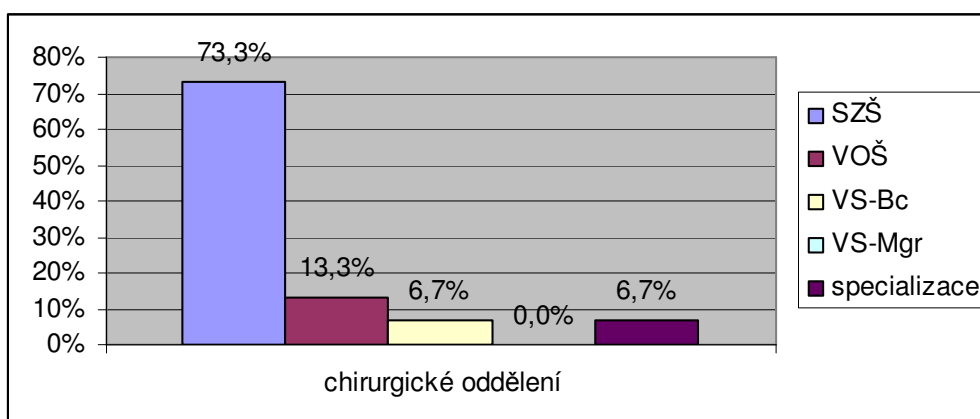
Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje věkové rozmezí všeobecných sester. Na chirurgickém oddělení bylo 10 (66,7%) respondentů ve věku 21-25 let. 3 (20%) respondentům bylo 26-35 let a 2 (13,3%) respondentům bylo 36 let a více.

Na gastroenterologickém oddělení bylo 13 (59,1%) respondentů bylo ve věku 36 let a více. 6 (27,3%) respondentům bylo 21-25 let a 3 (13,6%) respondentům bylo 26-35 let.

Na interním oddělení bylo 13 (38,2%) respondentům bylo 36 let a více. 11 (32,4%) respondentům 18-25 let a 10 (29,4%) respondentů bylo v rozmezí věku 26 – 35 let.

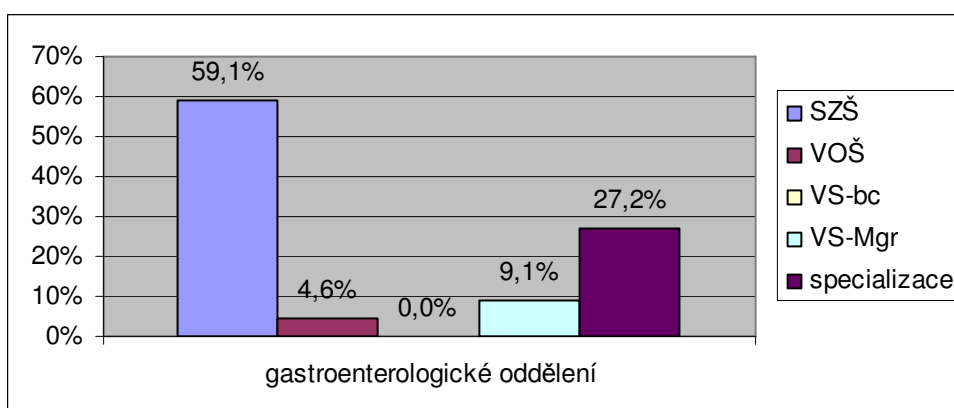
Graf 2 Vzdělání všeobecných sester na chirurgickém oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

V Grafu je znázorněno dosažené vzdělání respondentů na chirurgickém oddělení. 11 (73,3%) respondentů má střední zdravotnickou školu, 2 (13,3%) respondenti mají vyšší odbornou školu, 1 (6,7%) má vysokoškolské bakalářské vzdělání, žádný z respondentů neměl magisterské vzdělání. 1 (6,7%) má specializaci ARIP.

Graf 3 Vzdělání všeobecných sester na gastroenterologickém oddělení

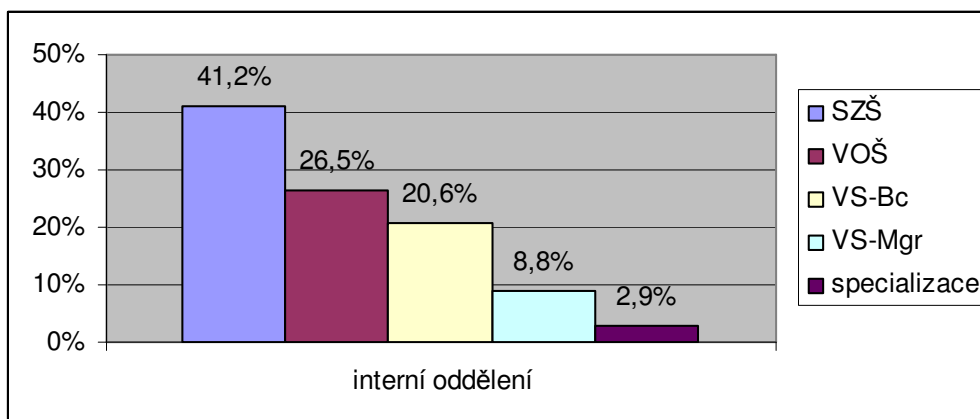


Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje dosažené vzdělání respondentů na gastroenterologickém oddělení. 13 (59,1%) respondentů má střední zdravotnickou školu, 6 (27,2%) respondentů má specializaci (5x ARIP, 1x endoskopie). 2 (9,1%) respondenti mají

vysokoškolské magisterské vzdělání a 1 (4,6%) má vyšší odbornou školu, vysokou školu bakalářské vzdělání nemá žádný z respondentů.

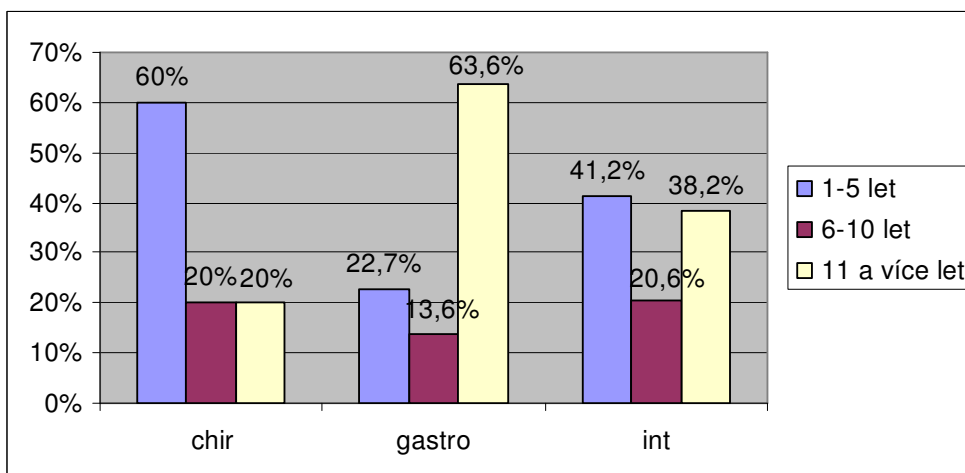
Graf 4 Vzdělání všeobecných sester na interním oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

Graf udává dosažené vzdělání respondentů na interním oddělení. 14 (41,2%) respondentů má středoškolské vzdělání, 9 (26,5%) respondentů má vyšší odborné vzdělání, 7 (20,6%) respondentů má vysoké bakalářské vzdělání, 3 (8,8%) má vysoké magisterské vzdělání a 1 (2,9%) respondent má specializaci ARIP.

Graf 5 Doba pracovního poměru sester ve zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

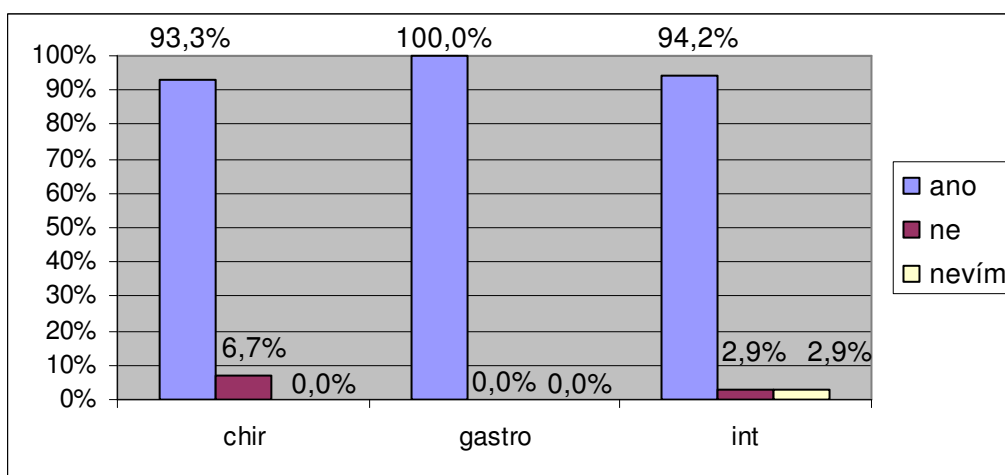
Tento graf ukazuje dobu pracovního poměru respondentů ve zdravotnictví.

Na chirurgickém oddělení je 9 (60 %) respondentů v pracovním poměru 1 - 5 let, 3 (20 %) respondenti jsou zaměstnaní 6 - 10 let, 3 (20 %) pracují 11 let a více.

Na gastroenterologickém oddělení je 14 (63,6 %) respondentů je zaměstnáno 11 a více let. 5 (22,7 %) respondentů v pracovním poměru 1 - 5 let, 3 (13,6 %) respondenti jsou zaměstnaní 6 - 10let.

Na interním oddělení je zaměstnáno 14 (41,2 %) respondentů 1 – 5 let, 7 (20,6 %) respondentů pracuje ve zdravotnictví 6 - 10 let, 13 (38,2 %) respondentů 11 let a více.

Graf 6 Zvyšování vzdělání v oblasti edukace



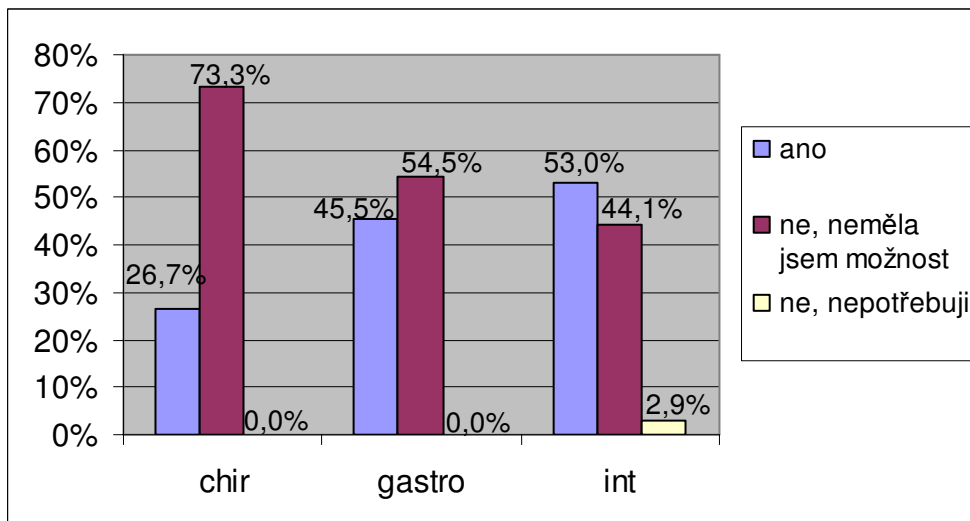
Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je zaznamenán názor respondentů na zvyšování vzdělávání v oblasti edukace. Na chirurgickém oddělení odpovědělo 14 (93,3 %) respondentů ano, 1 (6,7 %) respondent odpověděl ne.

Na gastroenterologickém oddělení odpovědělo 22 (100 %) respondentů jednoznačně ano.

Na interním odd. 32 (94,2 %) respondentů si myslí, že ano, 1 (2,9 %) odpověděl ne a 1(2,9 %) neví.

Graf 7 Účast na seminářích - téma edukace



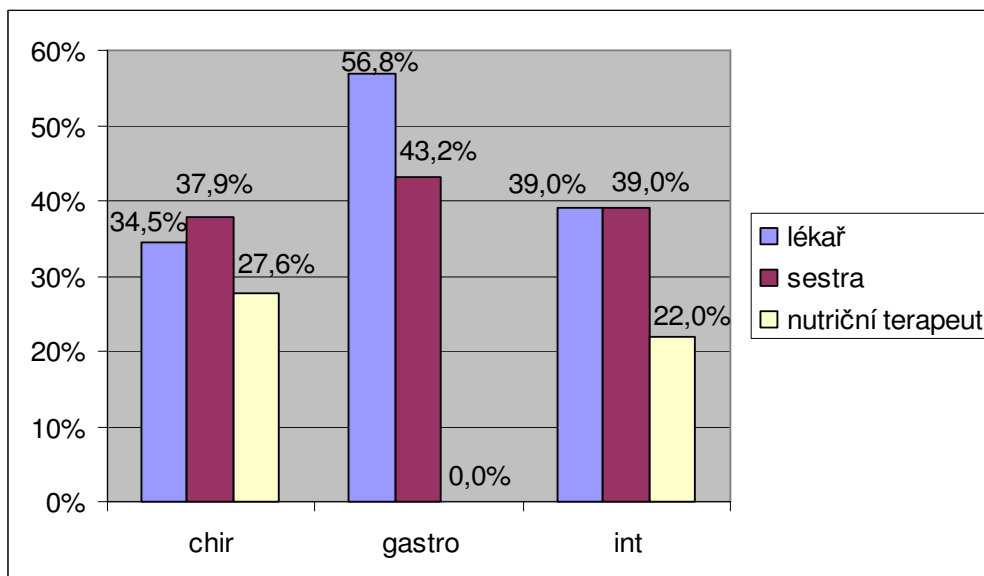
Zdroj: vlastní výzkum

11 (73,3 %) respondentů z chirurgického oddělení nemělo možnost zúčastnit se semináře o edukaci. 4 (26,7 %) respondenti se semináře zúčastnili.

Na gastroenterologickém oddělení 12 (54,5 %) respondentů uvádí, že neměli možnost účastnit se na semináři a 10 (45,5 %) respondentů bylo na semináři na téma edukace.

Z interního oddělení potvrdilo účast 18 (53 %) respondentů, 15 (44,1 %) respondentů nemělo možnost a 1 (2,9 %) odpověděl, že seminář o edukaci nepotřebuje.

Graf 8 Sdělení informací o dietním opatření



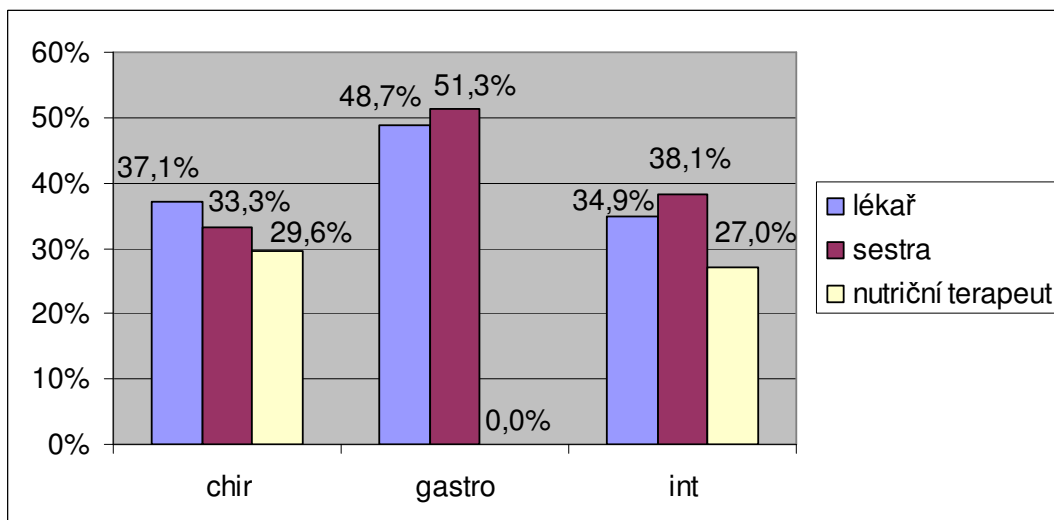
Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf uvádí zastoupení sdělování informací o dietním opatření, respondenti měli možnost označit více odpovědí. Na chirurgickém oddělení byl celkový počet odpovědí 29 (100 %). V 11 (37,9 %) označili sestru, v 10 (34,5 %) případech označili respondenti lékaře a v 7 (27,6 %) nutričního terapeuta.

Na gastroenterologickém oddělení se sešlo celkem 37 (100 %) odpovědí. 21 (56,8%) odpovědí respondentů uvedlo lékaře a 16 (43,2 %) sestru. Žádný respondent neuvedl nutričního terapeuta.

Z interního oddělení jsme zpracovali 77 (100 %) odpovědí z toho 30 (39 %) odpovědí určilo lékaře, 30 (39 %) odpovědí bylo pro sestru a v 17 (22 %) případech odpovědí označili nutričního terapeuta.

Graf 9 Edukace o vhodnosti potravin



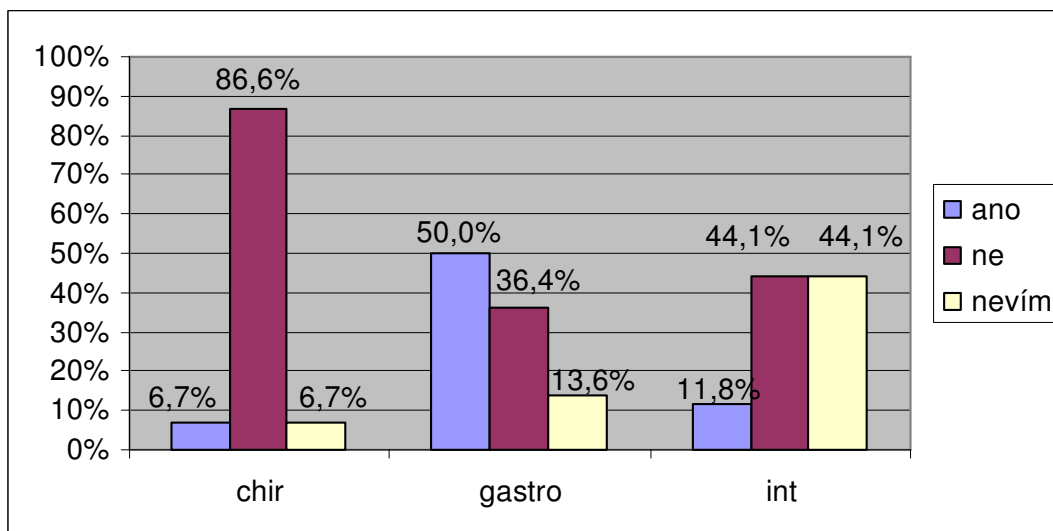
Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Na chirurgickém oddělení činil celkový počet 27 (100 %) odpovědí. V 10 (37,1 %) případech byl označen jako edukátor o vhodnosti potravin lékař, v 9 (33,3 %) případech udali sestru a v 8 (29,6 %) nutričního terapeuta.

Na gastroenterologickém oddělení bylo celkem 39 (100 %) odpovědí. V 19 (48,7 %) případech označili lékaře a ve 20 (51,3 %) sestru.

Na interním oddělení bylo zaznamenáno dohromady 63 (100 %) odpovědí, 22 (34,9 %) odpovědí respondentů označilo lékaře, 24 (38,1 %) sestru a 17 (27 %) odpovědí bylo uvedeno jako nutriční terapeut.

Graf 10 Standard k edukaci o Crohnově chorobě



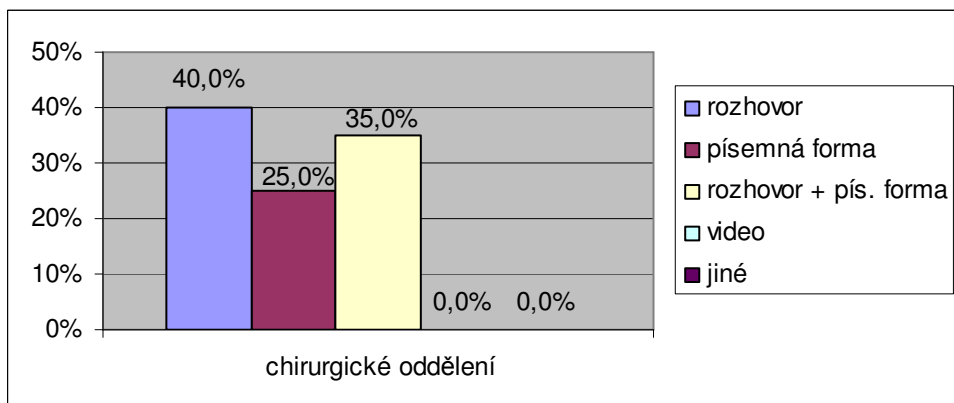
Zdroj: vlastní výzkum

13 (86,6 %) respondentů na chirurgickém oddělení odpovědělo ne, 1 (6,7 %) respondent uvádí, že standard mají a 1 (6,7 %) neví.

11 (50 %) respondentů z gastroenterologického oddělení odpovědělo ano, 8 (36,4 %) respondentů označilo ne a 3 (13,6 %) respondenti neví, zda mají standard k edukaci o Crohnově chorobě.

Z interního oddělení odpověděli 4 (11,8 %) ano, 15 (44,1 %) respondentů tvrdí, že nemají standard k edukaci a 15 (44,1 %) respondentů neví.

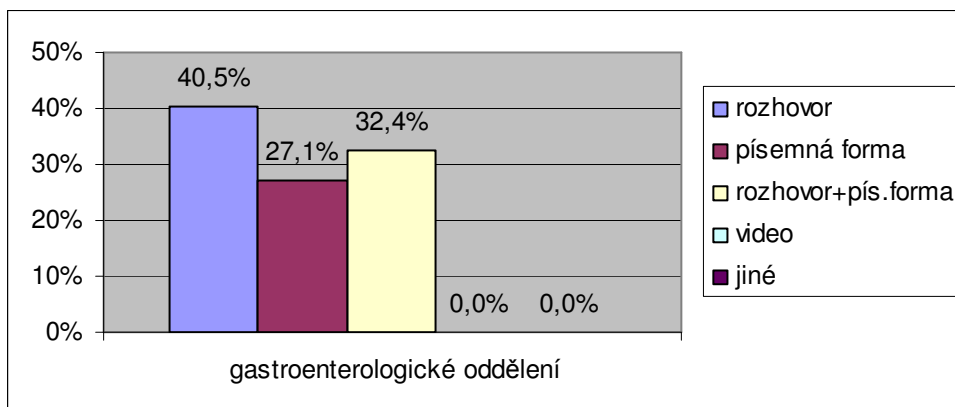
Graf 11 Formy edukace na chirurgickém oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet odpovědí byl 20 (100 %). 8 (40 %) odpovědí respondentů z chirurgického oddělení využívá k edukaci formu rozhovoru, v 7 (35 %) případech respondenti označili kombinaci rozhovoru s písemnou formou, v 5 (25 %) případech označili písemnou formu. Žádný respondent neuvedl formu videa a jiné.

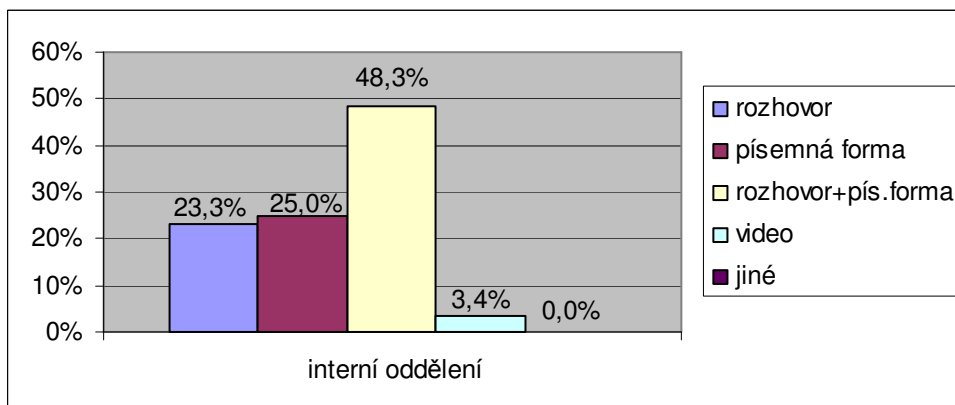
Graf 12 Formy edukace na gastroenterologickém oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

Na gastroenterologickém oddělení se označilo 37 odpovědí, 15 (40,5 %) respondentů edukuje pomocí rozhovoru, 10 (27,1 %) respondentů označilo písemnou formu a 12 (32,4 %) kombinaci rozhovoru s písemnou formou, žádný respondent neuvedl variantu video a jiné.

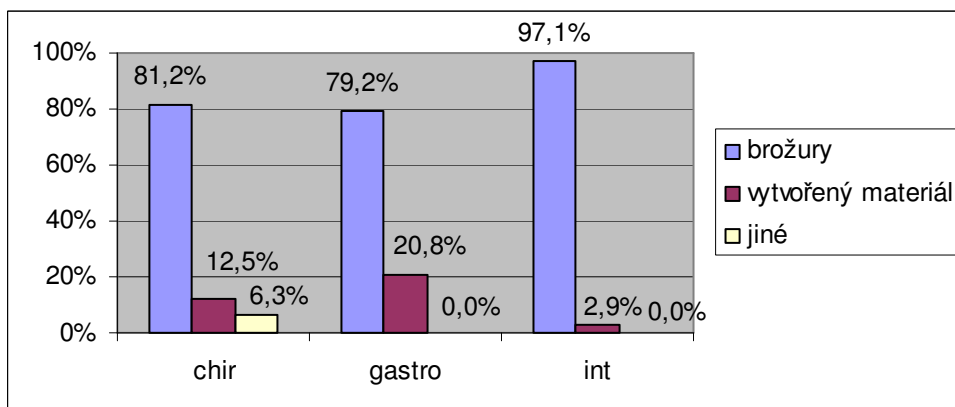
Graf 13 Formy edukace na interním oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

Z interního oddělení bylo zpracováno 60 (100 %) odpovědí. Kombinaci rozhovoru s písemnou formou využívají respondenti v 29 (48,3 %) případech, v 15 (25 %) písemnou formu. Ve 14 (23,3 %) případech respondenti edukují klienta formou rozhovoru, ve 2 (3,4 %) odpovědích zaznamenali používání videa a jiné neoznačil žádný respondent.

Graf 14 Psaný materiál pro edukaci klienta s Crohnovou chorobou



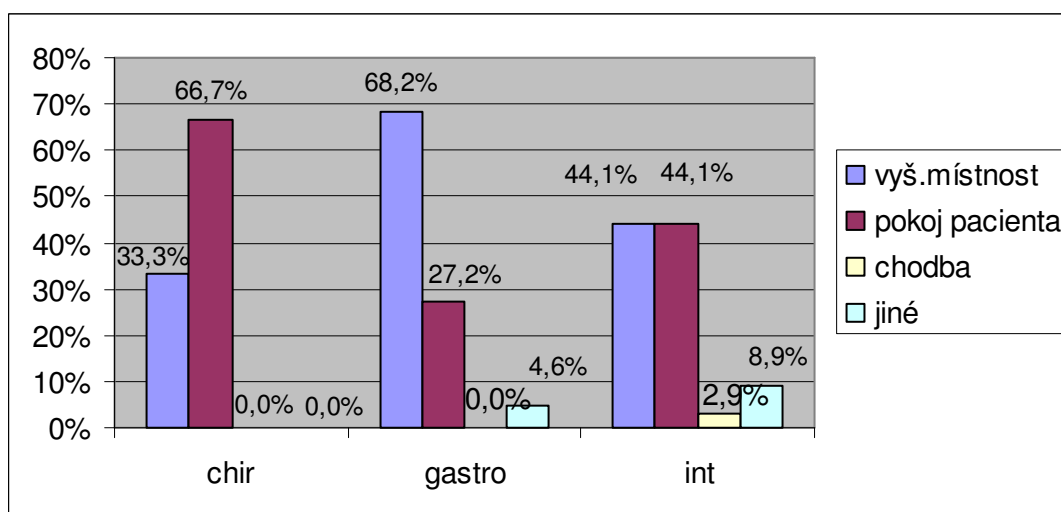
Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti mohli označit více odpovědí, jaký používají psaný materiál. Na chirurgickém oddělení bylo označeno 16 (100 %) odpovědí, 13 (81,2 %) odpovědí respondentů zaznamenalo brožury, ve 2 (12,5 %) případech zněla odpověď vytvořený materiál, 1 (6,3 %) odpověď byla označena jiné.

Na gastroenterologickém oddělení bylo celkem 24 odpovědí, 19 (79,2 %) odpovědí respondentů označilo brožury, 5 (20,8 %) odpovědí respondentů zapsalo vytvořený materiál. Nikdo z respondentů neoznačil možnost jiné.

Na interním oddělení z celkového počtu odpovědí 34 (100 %) 33 (97,1 %) respondentů uvedlo brožury, 1 (2,9 %) označil vytvořený materiál, žádný respondent neoznačil variantu jiné.

Graf 15 Místnost pro edukaci



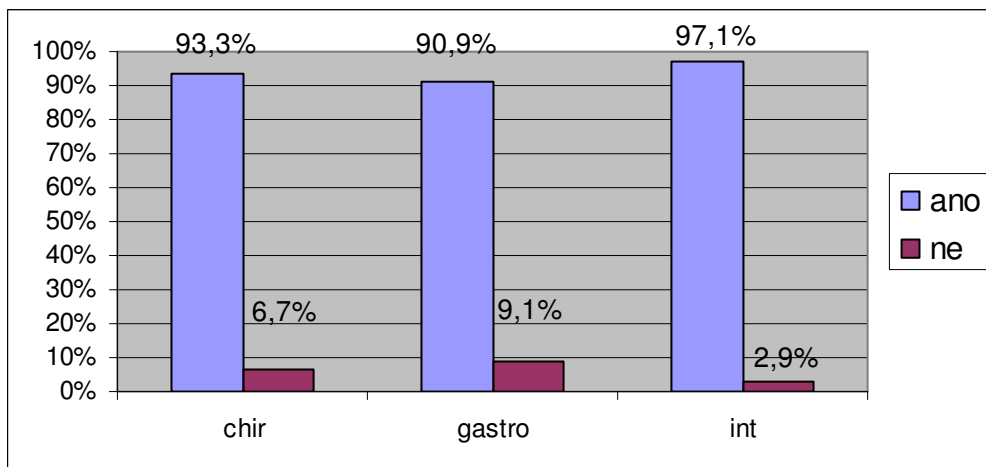
Zdroj: vlastní výzkum

10 (66,7 %) respondentů chirurgického oddělení edukuje klienta na pokoji klienta a 5 (33,3 %) respondentů edukuje klienta na vyšetřovací místnosti, varianty chodba a jiné nebyly využity.

Na gastroenterologickém oddělení 15 (68,2 %) respondentů označilo vyšetřovací místnost, 6 (27,2 %) respondentů edukuje klienta na jeho pokoji a 1 (4,6 %) uvedl jiné (speciální ambulance), chodbu neoznačil žádný respondent.

15 (44,1 %) respondentů z interního oddělení označilo vyšetřovací místnost, 15 (44,1 %) respondentů označilo pokoj pacienta, 3 (8,9 %) uvedli jiné (jídlna, společenská místnost, TV místnost) a 1 (2,9 %) respondent označil chodbu.

Graf 16 Soukromí při edukaci



Zdroj: vlastní výzkum

Na chirurgickém oddělení zajistí klientovi soukromí při edukaci 14 (93,3 %) respondentů a 1 (6,7 %) nedokáže zajistit soukromí při edukaci.

Na gastroenterologickém oddělení 20 (90,9 %) respondentů odpovědělo, že soukromí při edukaci zajistí, pouze 2 (9,1 %) nezajistí soukromí pro klienty při edukaci.

Na interním oddělení odpovědělo 33 (97,1 %) respondentů ano a 1 (2,9 %) nedokáže zajistit soukromí pro edukaci klienta.

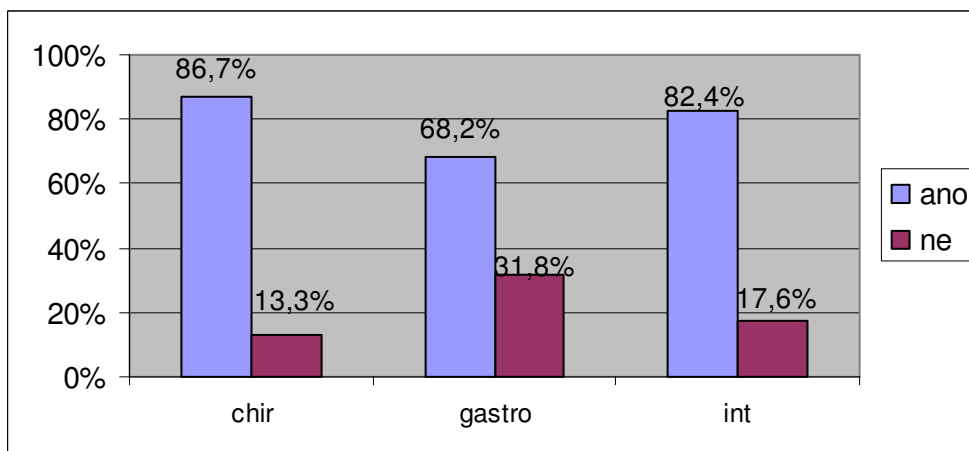
Tabulka 1 Nejčastější odpovědi respondentů při zajišťování soukromí pro edukaci

Ano	Ne
Na vyšetřovně	Nejsou prostory
Bez přítomnosti ostatních pacientů	Nevhodné podmínky
Dle přání klienta	
Žádost ostatních klientů o klid	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka je součástí předešlého grafu 16, představuje nejčastější odpovědi respondentů, jak respondenti zajistí nebo nezajistí soukromí klientovi při edukaci.

Graf 17 Dostatek času pro edukaci



Zdroj: vlastní výzkum

13 (86,7 %) respondentů z chirurgického oddělení odpovědělo, že pro edukaci mají dostatek času, 2 (13,3 %) uvádí, že nedokáží zajistit dostatek času pro edukaci.

15 (68,2 %) respondentů z gastroenterologického oddělení odpovědělo, že zajistí dostatek času pro edukaci. 7 (31,8 %) respondentů nedokáže zajistit dostatečné množství času pro edukaci.

28 (82,4 %) respondentů z interního oddělení zajistí dostatek času pro edukaci, ale 6 (17,6 %) respondentů ne.

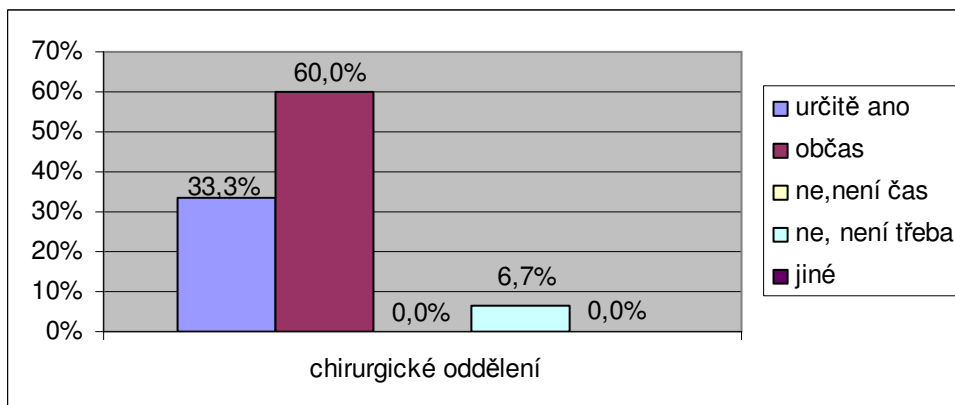
Tabulka 2 Nejčastější příčiny nedostatku času na edukaci

Málo personálu
Mnoho pacientů / klientů
Mnoho práce

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka uvádí nejčastější příčiny, které udávají respondenti jako důvod při nedostatečném času na edukaci.

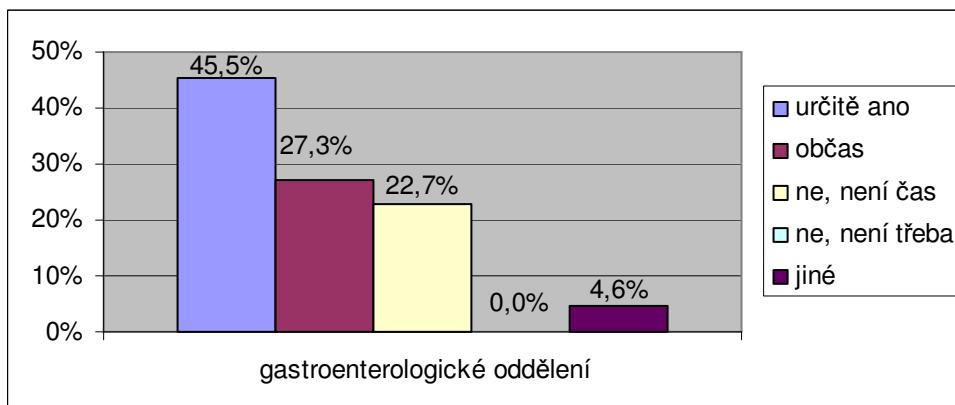
Graf 18 Využití zpětné vazby na chirurgickém oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyčteme, že na chirurgickém oddělení zpětné vazby využívá občas 9 (60 %) respondentů, 5 (33,3 %) respondentů ji určitě využívá a 1 (6,7 %) respondent si myslí, že není zpětné vazby třeba. Žádný respondent neodpověděl, že na zpětnou vazbu není čas a neuvedl variantu jiné.

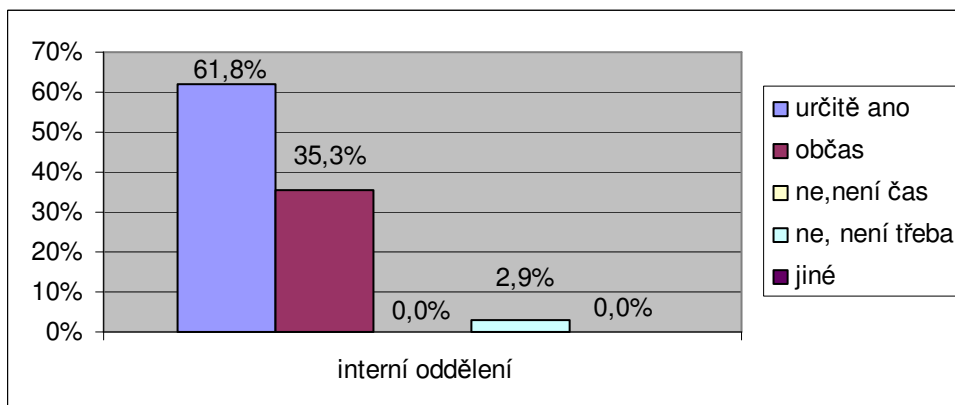
Graf 19 Využití zpětné vazby na gastroenterologickém oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

Na gastroenterologickém oddělení odpovědělo 10 (45,5 %) respondentů, že zpětnou vazbu využívají, 6 (27,3 %) tvrdí, že používají občas zpětnou vazbu, 5 (22,7 %) respondentů uvádí, že na ní není čas a 1 (4,6 %) neví (jiné). Žádný respondent neuvedl, že zpětné vazy není třeba.

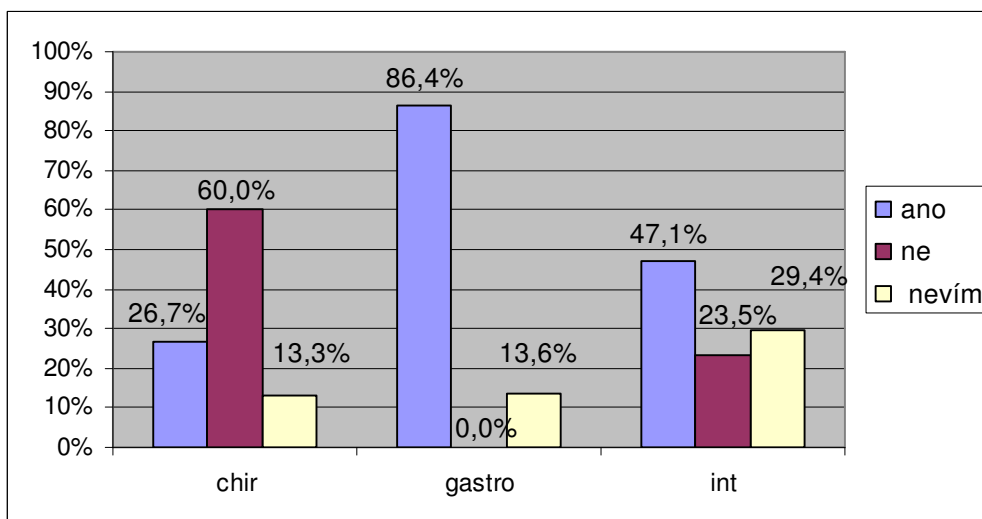
Graf 20 Využití zpětné vazby při edukaci na interním oddělení



Zdroj: vlastní výzkum

21 (61,8 %) respondentů z interního oddělení odpovědělo, že zpětné vazby využívají určitě, 12 (35,3 %) respondentů uvádí občasné využití zpětné vazby a 1 (2,9 %) si myslí, že zpětné vazby není třeba. Žádný respondent nevedl možnost, že není zpětné vazby třeba a také neoznčili možnost jiné.

Graf 21 Ukázka jídelníčku



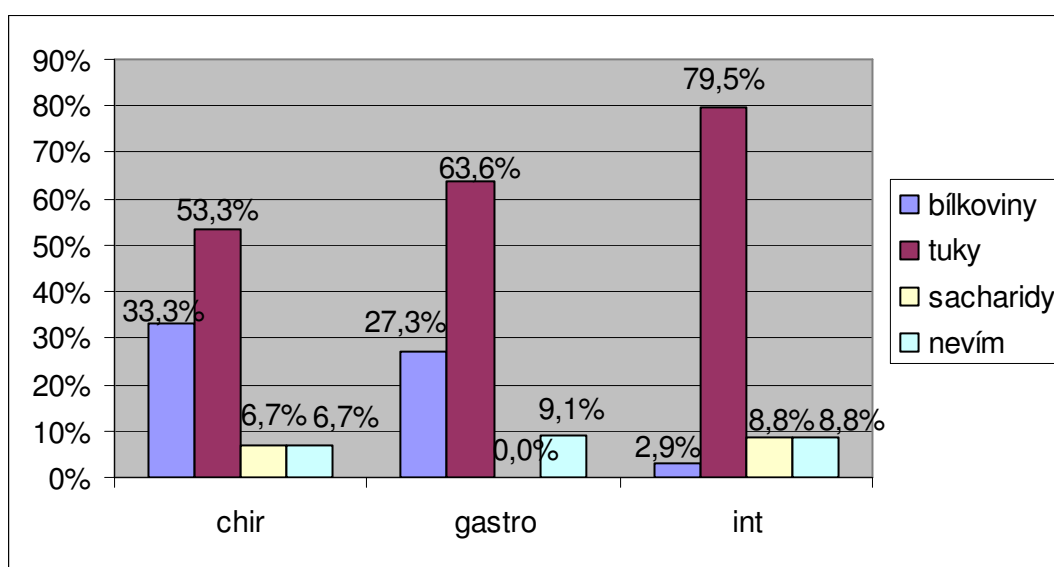
Zdroj: vlastní výzkum

Na chirurgickém oddělení 9 (60 %) respondentů tvrdí, že jídelníček k dispozici nemají, 4 (26,7 %) respondenti odpověděli, že mají pro klienty na oddělení jídelníček a 2 (13,3 %) respondenti neví.

Na gastroenterologickém oddělení označilo 19 (86,4 %) respondentů, že mají k dispozici jídelníčky pro edukaci, 3 (13,6 %) respondenti neví a žádný respondent neoznačil odpověď ne.

Na interním oddělení 16 (47,1 %) respondentů odpovědělo, že mají k dispozici jídelníček, 10 (29,4 %) respondentů neví a 8 (23,5 %) respondentů nemá k dispozici na oddělení jídelníčky.

Graf 22 Nevhodná složka živin v akutním stadiu onemocnění



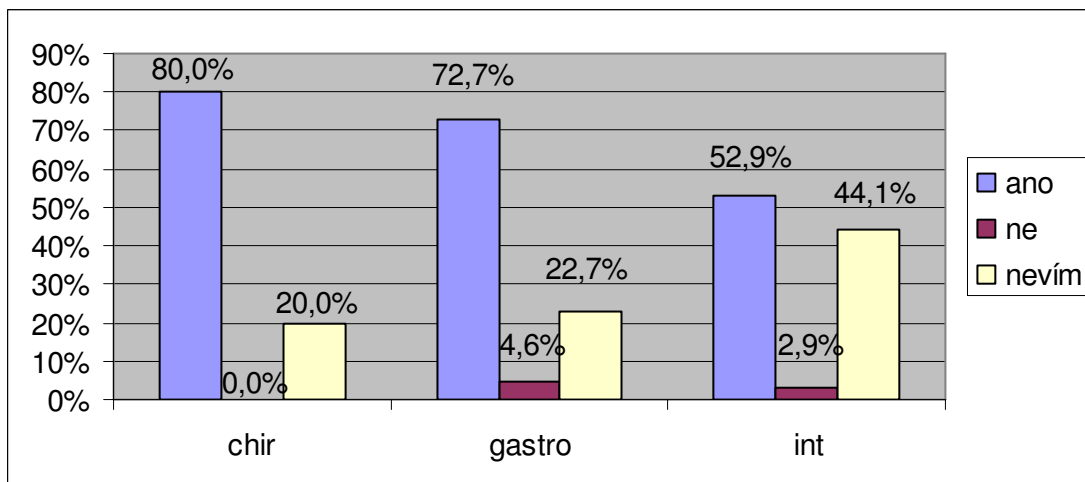
Zdroj: vlastní výzkum

8 (53,3 %) respondentů z chirurgického oddělení označilo tuky jako složku, které se mají klienti v akutní fázi vyvarovat, 5 (33,3 %) respondentů označilo bílkoviny, 1 (6,7 %) sacharidy a 1 (6,7 %) respondent neví.

Na gastroenterologickém oddělení odpovědělo 14 (63,6 %) respondentů tuky, 6 (27,3 %) respondentů bílkoviny a 2 (9,1 %) respondenti neví, nikdo neoznačil sacharidy.

Z interního oddělení odpovědělo 27 (79,4 %) respondentů variantu tuky, 3 (8,8 %) respondenti určili sacharidy, 3 (8,8 %) neví a 1 (2,9 %) respondent zvolil bílkoviny.

Graf 23 Informovanost klientů o režimovém opatření před propuštěním



Zdroj: vlastní výzkum

12 (80 %) respondentů z chirurgického oddělení uvádí, že jsou klienti před propuštěním dostatečně informováni, 3 (20 %) respondenti neví, žádný respondent si nemyslí, že klienti nejsou dostatečně informováni.

16 (72,7 %) respondentů z gastroenterologického oddělení označilo ano, že klienti mají dostatek informací před propuštěním, 1 (4,6 %) tvrdí, že ne a 15 (44,1 %) respondentů neví.

18 (52,9 %) respondentů na interním oddělení se domnívá, že klienti informace před propuštěním mají, 15 (44,1 %) respondentů neví a 1 (2,9 %) respondent si myslí, že klienti nemají dostatek informací.

4.2 Kasuistiky respondentů s Crohnovou chorobou

Kasuistika 1.

Klientku jsme oslovili v gastroenterologické poradně, s rozhovorem souhlasila. 61letá žena z Krumlova onemocněla Crohnovou chorobou před 6 lety. Lékaři v Nemocnici České Budějovice a.s. diagnostikovali onemocnění náhodně během chirurgického zákroku v břišní dutině. Poté byla přeložena na gastroenterologické oddělení, kde byla následně vyšetřována a léčena. Po propuštění z nemocnice pravidelně dochází na kontroly a již dva roky na biologickou léčbu, která je velmi úspěšná a klientce vyhovuje. Její stav je po dobu biologické léčby ve fázi remise.

Na naší první otázku týkající se osoby, která ji poskytla informace o Crohnově chorobě, odpověděla, že to byli lékaři z chirurgie a hlavně potom z gastroenterologického oddělení, kde byla potom léčena. Paní primářka se jí velmi věnovala. Při dotazu jaké informace ohledně režimového opatření ji poskytl lékař, řekla, že ji lékař podal informace o vyšetření, léčbě, kontrolách, o tom, že si musí sama vyzkoušet jídlo a jeho toleranci, podle toho sestavit vlastní dietu.

Třetí otázka patřila edukaci sestrou o režimovém opatření, klientka udává, že i sestra ji poučila o dietě, vysvětlila vhodnost složek potravin, jídelníčky, kuchařky. Informace od sestry získala klientka rozhovorem a různými letáky. Klientka udává, že sama vyhledávala sestry a ptala se jich, na co potřebovala. Sestry jí vždy vše vysvětlily. Na nedostatek času na otázky si nestěžuje, měla ho prý dostatečně. Edukace probíhala během hospitalizace na pokoji nebo vyšetřovně. Ale pokud něco potřebovala objasnit, došla se zeptat sester i na denní místnost. Na otázku, zda klientku edukoval nutriční terapeut, odpověděla, že ne. Důvodem je chybějící profesní pozice v nemocnici. Informace o složení stravy získala od lékařů a sester z různých brožurek a kuchařek.

Při zjišťování informací dává přednost rozhovoru, dodává, že je ženská a ráda si popovídá a v nemocnici byly sestry vždy hodné a klientka byla spokojená, když jí řekly, co chtěla vědět. Při propuštění z nemocnice měla díky lékařům a sestřám dostatek informací. Na poslední otázku z rozhovoru, zda ji chyběly nějaké informace o režimovém opatření, odpověděla takto: „Ne, stačilo mi, co řekla paní primářka a teď když se chci na něco zeptat, tak v poradně mi vše zodpoví“.

Kasuistika 2.

Druhý rozhovor byl veden s 23letou klientkou, která onemocněla před 5 lety, Crohnovu chorobu diagnostikovali v nemocnici v Praze, kde právě studovala. Po propuštění byla doporučena do gastroenterologické poradny v Českých Budějovicích, kam pravidelně dochází na kontroly a již 3 roky i na biologickou léčbu. Nyní je její stav po dobu léčení ve stavu remise. S rozhovorem, který proběhl na půdě nemocnice, klientka souhlasila.

Na otázku, kdo jí podal informace ohledně onemocnění, odpověděla, že lékař v Praze. Druhou otázkou jsme chtěli zjistit, jaké informace jí lékař podal, ohledně režimového opatření. Dodala, že v Praze v nemocnici ležela 4 měsíce a nevěděla celkem nic. Zda ji edukovala sestra o režimovém opatření, řekla: „ne, vůbec mi neřekli nic o dietě o ničem, jen mi doporučily poradnu. Ostatní jsem zjistila, až když jsem po propuštění z nemocnice odešla a docházela jsem do Českých Budějovic“.

Čtvrtá otázka zněla: Jakým způsobem Vám podala sestra informace a čeho se týkaly? Klientka tvrdí, že nijak. „Informace jsem žádné neměla, sama jsem si je vyhledávala na internetu“. Tázali jsme se, zda nechala sestra klientce dostatek času na otázky, ale odpověď zněla, že v Praze k žádnému velkému poučení nedošlo, ale v Českých Budějovicích už ano. Edukace prý proběhla v Českých Budějovicích na ambulanci. Nutriční terapeut ji nikdy needukoval.

Kde tedy získala klientka informace o vhodnosti složení stravy? Informace získala sama na internetu, dále v poradně z kuchařek a jídelníčků. Klientka dává přednost rozhovoru jako edukační formě, i když si vše co lékař říká, nezapamatuje, dále pak internetu, jak již předtím uvedla, na internetu si může najít sama, co chce vědět. Zda měla dostatek informací před propuštěním? Odpověděla, „ne, když jsem odjížděla z Prahy, tak jsem je neměla“. Jaké informace ji chyběly? „...o stravování, o pohybu, nerozuměla jsem dost léčbě“.

Kasuistika 3.

S rozhovorem souhlasila i 40letá žena z Českých Budějovic. Crohnova choroba ji postihla před 4 lety. Upozornila svého praktického lékaře na své potíže, na popud

kolegyně z práce, která měla velmi podobné symptomy. Také jí diagnostikovali tuto chorobu. Praktický lékař tedy klientku doporučil na různá vyšetření do nemocnice, kde se onemocnění potvrdilo. Po dvou letech nastoupila na biologickou léčbu. Do gastroenterologické poradny v Českých Budějovicích dochází 4 měsíce na tuto terapii. Zatím se drží v klidové fázi.

Kdo poskytl klientce informace o onemocnění? Klientka uvedla: „Především lékaři v nemocnici, ale mám kolegyni v práci, která má taky Crohnovu chorobu, tak si navzájem radíme“. Na naší druhou otázku, jaké informace jí lékař podal, odpověděla, že hlavně o léčbě, o tom jak se stravovat, jak poznat příznaky relapsu. Klientka byla edukována sestrou o stravování a to formou rozhovoru kombinovaném s předáním brožur a kuchařky.

Klientka udává dostatečný prostor pro dotazy během edukace. Edukace proběhla na speciální vyšetřovně – ambulanci. S nutričním terapeutem se nesetkala, proto informace o složení stravy získala od lékařů a sester, kteří jí doporučili, vyzkoušet jednotlivé druhy potravin, zda je její organismus bude tolerovat. Také získala informace od kolegyně z práce.

Další otázka byla zaměřená, zda klientka dává přednost letákům, rozhovoru či videu? Odpověděla, že raději rozhovoru, může se zeptat, na to čemu nerozumí a získá tak větší jistotu. Myslí si, že měla před propuštěním dostatek informací. Pro zajímavost se koukne občas na internet, jinak ji žádné podstatné informace nechybí.

Kasuistika 4.

Další rozhovor byl veden s 35letým mužem. Před 10 lety mu lékaři řekli, že trpí Crohnovou chorobou. Doté doby o Crohnově nemoci nic neslyšel. Biologickou léčbu podstupuje 3. rokem a snáší ji velice dobře.

Informace mu podal ošetřující lékař, týkaly se léčby a režimových opatření. Klient udává, že přišla i sestra vysvětlit mu, jak by měl postupovat při volbě stravy. Sestra zvolila formu rozhovoru a brožury. Kuchařku získal až při návštěvě gastroenterologické poradny po propuštění z nemocnice. Klient tvrdí, že měl dost času na dotazy. Edukace probíhala na pokoji nebo vyšetřovně. O vhodnosti stravy ho

edukovala sestra s lékařem, nikoli nutriční terapeut. Od paní primářky je poučen, aby si sám vyzkoušel potraviny, které mu budou vyhovovat.

Dává přednost rozhovoru před hledáním informací v letáčích. Před propuštěním měl dostatek informací o režimovém opatření. Jen měl pocit, že má nemoc, o které dříve nevěděl a jak do budoucna člověka může omezit.

Kasuistika 5.

Poslední rozhovor byl veden s 26letou ženou s Crohnovou chorobou diagnostikovanou před 4 lety v nemocnici v Českých Budějovicích. Poslední 2 roky chodí pravidelně na biologickou léčbu, která jí dosud vyhovuje. Na naše otázky ochotně odpovídala.

Na první otázku odpověděla, že jí informace poskytla paní primářka a sestry, patřily sem informace o postupu léčby, stravování, sama si má vyzkoušet z jídla, co jí bude vyhovovat, žádná přesná dieta na to není. Takže sestra ji edukovala pomocí rozhovoru a různých letáků, brožur, přinesla jí kuchařku a nějaké jídelníčky. Vždy měla pocit dostatečného času na své dotazy.

Klientka byla edukována na pokoji, kde měla soukromí. Nutriční terapeut ji needukoval. Většinu informací o stravování a složení stravy získala z rozhovorů s lékaři, sestrami a z internetu. Dává přednost rozhovoru než psaným materiálům. Před propuštěním měla dostatek informací.

4.2 Souhrnná tabulka odpovědí rozhovorů klientů

Odpovědi respondentů = R	Součet	R1	R2	R3	R4	R5
Informace poskytl lékař	5	1	1	1	1	1
Informace o režimovém opatření - stravování	4	1	0	1	1	1
Edukace sestrou	4	1	0	1	1	1
Forma rozhovoru + písemná forma	4	1	0	1	1	1
Dostatek času na dotazy	4	1	0	1	1	1
Edukace proběhla na vyšetřovně	2	1	0	0	1	0
Edukace proběhla na pokoji	3	1	0	0	1	1
Edukace proběhla na spec. ambulanci	1	0	0	1	0	0
Nutriční terapeut	0	0	0	0	0	0
Informace o složení stravy - internet	2	0	1	0	0	1
Informace o složení stravování - brožury,...	1	0	1	0	0	0
Informace o složení stravování – lékař a sestra	4	1	0	1	1	1
Přednost mají rozhovory před písemnou formou	5	1	1	1	1	1
Dostatek informací před propuštěním	4	1	0	1	1	1
Chybějící informace o léčbě, stravování, nemoci	1	0	1	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce můžeme vyčíst shrnutí odpovědí z rozhovorů klientů s Crohnovou chorobou. 5 (100 %) respondentům poskytl informace o jejich onemocnění lékař.

4 (80 %) respondentům poskytl lékař informace o stravování. 1 (20 %) respondent, žádné informace ohledně stravování nezískal.

4 (80 %) respondenty edukovala sestra o režimovém opatření a 1 (20 %) respondent edukován nebyl.

Edukace proběhla u edukovaných 4 (80 %) respondentů kombinovanou formou rozhovoru s písemnou formou, 1 (20 %) respondent nebyl edukován, proto neuvedl ani formu edukace.

4 (80 %) respondenti uvádí dostatek času na své dotazy při edukaci, 1 (20 %) respondent nebyl edukován, proto mu nebyl umožněn ani čas na dotazy.

2 (40 %) respondenti uvedli, že edukace proběhla na vyšetřovně a na pokoji klienta, 1 (20 %) respondent uvedl průběh edukace na jeho pokoji, 1 (20 %) respondent na speciální ambulanci a 1 (20 %) respondent nebyl edukován.

Nutriční terapeut needukoval žádného respondenta.

1 (20 %) respondent uvedl internet a brožury, 1 (20 %) respondent získal informace z internetu a od lékaře a sestry. 3 (60 %) respondenti uvedli lékaře a sestru.

Všech 5 (100 %) respondentů dává přednost edukaci rozhovorem před písemnou formou (brožury).

4 (80 %) respondenti měli před propuštěním dostatek informací o režimovém opatření, 1 (20 %) respondent neměl dostatek informací a chyběli mu informace o léčbě a stravování.

5. Diskuze

Empirická část práce je zaměřena na výzkumné šetření, které bylo provedeno v únoru a březnu roku 2010 v Nemocnici České Budějovice a.s. a Nemocnici a Rudolfa Stefanie Benešov, a.s. Spolupracovaly s námi všeobecné sestry z interního, chirurgického a gastroenterologického oddělení.

K dosažení kvalitnější ošetrovatelské péče, umožňuje většina zdravotnických zařízení sestrám pokračovat a prohlubovat své vzdělání. Myslíme si, že počet vysokoškolsky vzdělaných sester by měl nadále narůstat. Zjistili jsme, že více jak jedna polovina tedy 53,5 % dotazovaných sester mělo středoškolské vzdělání a 18,3 % sester absolvovalo vysokou školu bakalářského a magisterského studia.

Závodná (36) ve své knize píše o zahrnutí edukace mezi funkce ošetrovatelství, poukazuje na její důležitou roli v zkvalitnění života klienta. Popisuje, že v minulosti tomu tak nebylo, edukace nebyla kontrolována, řízena ani dokumentována. V současnosti se edukaci přikládá nezastupitelné místo v ošetrovatelství. Pozitivně nás překvapily odpovědi sester ze všech oddělení (graf 6), u kterých jsme zjišťovali, zda si myslí, že je důležité zvyšování vzdělání v oblasti edukace, která je zahrnuta mezi funkce ošetrovatelství. Na gastroenterologickém oddělení odpovědělo 100 % sester ano, na interním oddělení to bylo 94,2 % sester a na chirurgickém oddělení odpovědělo ano 94,2 %.

Ovšem seminářů se zúčastnilo nejvíce sester z interního oddělení a to v 53 %, 45,5 % z gastroenterologického a 26,7 % sester z chirurgického oddělení. Ostatní sestry tvrdily, že neměly možnost účastnit se seminářů na téma edukace, výjimkou bylo pouze 2,9 % sester, které nepotřebují účastnit se takového semináře. Domníváme se, že počet seminářů a konferencí by měl být vyšší v rámci zdravotnického zařízení, ve kterém sestra pracuje, na rozdíl od konání akcí v jiných zařízeních, jelikož dojíždění do vzdálených měst, finanční stránka a stanovení volného času, podstatně rozhoduje o účasti na semináři.

První hypotéza zněla: **H1: Klienty edukují o Crohnově chorobě více lékaři než sestry.** Hypotézu dokládají grafy 8 a 9, kde na gastroenterologickém oddělení uvedlo 56,8 % respondentů, že informace o dietním opatření sděluje lékař a 43,2 %

respondentů sestru. Na interní oddělení bylo procentuální zastoupení 39 % shodné, jak pro lékaře, tak pro sestru a 22 % respondentů uvedlo, že sděluje informace klientům nutriční terapeut. Na chirurgickém oddělení označilo 37,1 % respondentů lékaře, 33,3 % respondentů sestru a 27,6% nutričního terapeuta (graf 8). V grafu 9 jsou výsledky jednotlivých variant relativně vyrovnané jako předchozí graf 8.

Díky výsledkům, označující sdělování informací o dietním režimu a edukaci o vhodnosti potravin, **jsme hypotézu vyvrátili.**

Z výsledků vyplývá uspokojivá spolupráce a důraz na profesní kolegiálníitu lékaře, sestry a pacienta v ošetrovatelském procesu. Červenková (2, str. 93) ve své knize napsala: *„Důvěra a dialog jsou totiž v medicíně mocné čarodějky“*, což vystihuje potřebu komunikace mezi klientem a personálem. Nutriční terapeut neboli specialista v léčebné výživě v Nemocnici České Budějovice a.s. není, působí pouze v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. Jeho působení v nemocnici je poměrně uspokojivé, činnost, kterou zastává v praxi je odborná a prospěšná. Grofová (7) se ve své knize Nutriční podpora zabývá profesní pozicí nutričního terapeuta, který obohatí kvalitu ošetrovatelské péče. V současnosti je snaha začlenit nutričního terapeuta do ošetrovatelského týmu v ostatních zdravotnických zařízeních.

Rozdílnost jsme zaznamenali v grafu 10 zabývající se standardem k edukaci o Crohnově chorobě, odpovědi byly rozmanité, na interním oddělení odpovědělo 11,8 % sester, že mají standard k edukaci o Crohnově chorobě, 44,1 % sester oznámilo, že nemají standard na oddělení a 44,1 % sester to neví, což se nám zdá jako alarmující. Vždyť se standardy by měly být sestry seznámeny a podle nich poskytovat ošetrovatelskou péči. Chirurgické oddělení v 86,6 % případech uvedlo, že nemá daný standard, ale přesto 6,7 % sester označilo do odpovědi ano. Na gastroenterologickém oddělení výsledky vyšly pozitivněji, jak se dalo předpokládat vzhledem k druhu onemocnění, sestry odpověděly v 50 %, že mají standard k edukaci o Crohnově chorobě na oddělení.

Edukovat klienta můžeme pomocí rozhovoru, psanou formou (edukační materiál), videonahrávkou, názornou ukázkou, předvedením správného postupu. Ve

většině případů se domníváme, že jednotlivé složky lze kombinovat a tím zvýšit soustředěnost a pozornost klienta.

Ověřovali jsme i druhou hypotézu **H2: K edukaci klientů o Crohnově chorobě se využívá více podáním edukačního materiálu písemnou formou než rozhovorem. Hypotéza byla na podkladě grafů 11, 12, 13 vyvrácena.** Grafy 11, 12, 13 určují formy edukace na jednotlivých odděleních. Zjistilo se, že 40 % sester na chirurgickém oddělení a 40,5% sester na gastroenterologickém oddělení využívají nejvíce rozhovoru jako formu pro edukaci klienta, druhým největším počet odpovědí byla varianta kombinace rozhovoru a psaného materiálu, v procentuálním zastoupení 35% na chirurgickém oddělení a 32,4 % na gastroenterologickém oddělení. Na interním oddělení byla uvedena právě možnost kombinace rozhovoru s psaným materiálem v 48,3% a možnost rozhovoru využívá jen 23,3 % sester. Zajímavé je, že variantu edukace klienta pomocí videa označili 3,4 % sester. Kvalitativní šetření podporuje výsledky kvantitativního, kde z rozhovoru klientů jsme zjistili, že byli edukováni především pomocí rozhovoru kombinovaného psaným edukačním materiálem.

Efektivní edukace musí splňovat určité podmínky, je důležité zvolit vhodné klidné prostředí se správným osvětlením, teplotou a nepochybně zajistit určité soukromí (36). Místnost pro edukaci sestry správně zvolily (graf 15), označily vyšetřovnu, pokoj klienta nebo speciální ambulanci. Pouze 1,4 % sester označilo chodbu, myslíme si, že zvolení této varianty není vhodné, nelze zajistit klientovi dostatek soukromí a klidného prostředí. Optimální výsledek jsme zaznamenali i u dodržování soukromí při edukaci (graf 16), na interním oddělení zajistí soukromí v 97,1 % případech, na chirurgickém oddělení v 93,3 % a na gastroenterologickém oddělení v 90,9 %. Nejčastější odpovědi (tabulka 1) zněly: pozvání klienta na vyšetřovací místnost, respektování přání klienta, požádáním ostatních klientů na pokoji o klid. Na odpověď, proč nedokáží sestry zajistit klientovi soukromí, odpověděly, že nejsou vhodné prostory a podmínky na oddělení. (tabulka 1).

Pro edukaci je stěžejní dostatek času (graf 17), 86,7 % sester z chirurgického oddělení se snaží získat dostatečné množství času pro edukaci klienta, dále i 82,4 % sester z interního oddělení a 68,2 % z gastroenterologického oddělení. Nedostatečné

množství času uvedené 21,1 % sester bylo odůvodněné nedostatkem personálu, vysokou obležeností a s tím související mnohonásobná práce na oddělení (tabulka 2).

Edukace by měla podle autorky Závodné (36) splňovat určitá kritéria, např. správné vedení a dodržování edukačního plánu a procesu. Účinnost edukace zjistíme pomocí zpětné vazby, pokud ji nevyužijeme, může klient nesprávně pochopit sdělované informace. Každá sestra by si měla uvědomit podstatu zpětné vazby v edukaci klienta. Výsledky na téma zpětné vazby dopadly nejlépe na interním oddělení, kde používá zpětnou vazbu 61,8 % a dalších 35,3 % ji používá občas, bohužel na gastroenterologickém oddělení jsme zjistili, že 45,5 % sester působí na klienta zpětnou vazbou a 27,3 % jen občas, znepokojující je výsledek 22,7 % sester odpovídajících, že na zpětnou vazbu není čas, zřejmě s tímto souvisí i výsledky ohledně zmiňovaného celkového času na edukaci.

Očekávaný výsledek byl potvrzen, nejčastěji se používá ukázkový jídelníček pro Crohnovu chorobu na gastroenterologickém oddělení v 86,4 % na rozdíl od ostatních oddělení, u kterých výsledky nepřesáhly 50 %. Doporučuje se začlenit k edukaci různé pomůcky, které klientovi urychlí proces vnímání a zvyšují soustředěnost a pozornost klienta, což Závodná (36) popisuje ve své knize Pedagogika v ošetrovatel'stve.

Klientům se doporučuje tuky omezit. Vzhledem k možnému vzniku malnutrice se dbá na doplnění proteino - energetické výživy. Samozřejmě vše závisí individuálně na stavu klienta a jeho toleranci na určité potraviny (2, 13). Na podkladě předešlých odpovědí si myslíme, že velká část sester má dostatečné vědomosti v oblasti výživy o Crohnově chorobě a její edukaci. Na otázku, zda sestry vědí, že by se měli klienti vyvarovat ve stravě v akutní fázi onemocnění tukům. Zjistili jsme, že nejvíce správných odpovědí, bylo zaznamenáno na interním oddělení v 79,5 % případech, na gastroenterologickém oddělení jsme zaznamenali 63,6 % a na chirurgickém oddělení 53,3 %.

Porovnáme-li informace od sester s informacemi získanými z rozhovorů s klienty, kde jsme mapovali, zda mají klienti dostatek informací o režimovém opatření před propuštěním z nemocnice. Výzkumná otázka pro kvalitativní šetření zněla takto:
V1: Mají klienti dostatek informací o Crohnově chorobě při propuštění

z nemocnice? Ano, klienti mají dostatek informací o Crohnově chorobě před propuštěním z nemocnice. Tuto odpověď jsme našli díky rozhovorům, které nám poskytli klienti s Crohnovou chorobou. Dále byla podpořena kvantitativním šetřením. Sestry z chirurgického oddělení odpověděly v 80 %, že klienti mají dostatečné množství informací, na gastroenterologickém oddělení si toto myslí 72,7 % a sestry na interním oddělení v 52,9 %, 44,1 % sester nevědělo, zda mají dostatek informací klienti před propuštěním.

O vhodnosti jednotlivých druhů potravin jsou poučeni v 57,1 % případech od lékařů a sester z oddělení, dále uvedlo 28,6 % klientů možnost internetu a 14,3 % odpovědělo kuchařky a brožury.

Druhá výzkumná otázka je položena takto: **V2: Jaké formě získávání informací o Crohnově chorobě dávají pacienti přednost? Výsledek potvrdil naše očekávání, klienti dávají přednost rozhovoru, kdy se mohou zeptat na vše, co chtějí vědět.** Optimální odpovědi jsme zaznamenali i při zjišťování chybění informací o Crohnově chorobě před propuštěním. 80 % klientů tvrdí, že nepocítovali nedostatek informací při propuštění z nemocnice.

6. Závěr

Crohnova choroba je chronické onemocnění, které dosud nelze vyléčit. Klienty postižené touto nemocí čeká v životě mnoho změn, ve stravování, v pravidelném docházení na kontroly k lékaři, či užívání léků. Je nutné, aby byly dostatečně edukovány o režimovém opatření. Proto jsme zvolili téma: Edukace při Crohnově chorobě.

Stanovili jsme si čtyři cíle, které byly splněny. Měli jsme zjistit, zda mají klienti před propuštěním z nemocnice do domácí péče dostatek informací o Crohnově chorobě. Pomocí výzkumné otázky jsme zjistili, že klienti před propuštěním mají dostatek informací. Toto tvrzení podpořili i výsledky z kvantitativního šetření.

Druhým cílem, jsme měli zjistit, zda sestry edukují klienty o režimovém opatření Crohnovy choroby. Ověřili jsme hypotézu H1 Klienty edukují o Crohnově chorobě více lékaři než sestry. Tuto hypotézu jsme na podkladě výsledků vyvrátili, neboť klienty edukují lékaři ve spolupráci sester. Toto výzkumné šetření bylo ověřeno i v kvalitativním výzkumu. Třetím cílem bylo, zjistit, jaké metody v nemocnicích využívají k edukaci klientů s Crohnovou chorobou. Sestry uvedly především rozhovor nebo kombinaci rozhovoru s psaným materiálem. Tímto byla vyvrácena i druhá hypotéza.

Čtvrtý cíl jsme stanovili, abychom zjistili, jakým edukačním prostředkům dávají klienti přednost. Druhou výzkumnou otázku dokážeme zodpovědět, klienti dávají přednost rozhovorům.

Edukace je nezbytnou složkou v ošetrovatelství a zároveň v péči o klienta, je nutné věnovat ji velkou pozornost a dodržovat kritéria a podmínky pro efektivní edukaci. Naše bakalářská práce je zpracována pro další využití, vytvořili jsme edukační materiál pro klienty, kteří potřebují informace o svém onemocnění. Brožura je vložena k této práci, doufáme, že bude přínosem pro klienty, ale i sestry ve zlepšení kvality péče o klienta.

7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. a kol. *Výzkum a ošetřovatelství*, 1.vyd. Brno: NCO a NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
2. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 98-80-7262-600-7.
3. DÍTĚ, P. a kol. *Endoskopické, funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1994. 146 s. ISBN 80-7013-183-7.
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetřovatelství*, 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
5. FREJ, D. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X.
6. GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. 1.vyd. Praha: SLON, 1995. 147 s. ISBN 80-85850-10-9:74.00.
7. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-2471868-2.
8. GROHAR - MURRAY, M. E. a kol., překlad: Heřmanová, J. a kol. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
9. HAZULÍKOVÁ, J. Informovaný pacient – spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Kutná Hora: 2006, roč. 2, č. 7, s. 276 – 280. ISSN 1801 – 1341.
10. Idiopatické střevní záněty I. [online] 15. 6. 2007. [cit. 2010-04-13]. Dostupné z: <<http://www.celostnimediceina.cz/idiopaticke-strevni-zanety-i.htm>>.
11. Idiopatické střevní záněty II. [online] 18. 6. 2007. [cit. 2010-04-13]. Dostupné z: <<http://www.celostnimediceina.cz/idiopaticke-strevni-zanety-ii.htm>>.

12. KAPOUN, J. a kol. Výživa při onemocnění Morbus Crohn a Colitis Ulcerosa, Občanské sdružení pacientů s IBD [online]. [cit. 2010-03-31]. Dostupné z:
<<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=404&detailSubCatCode=124>>.
13. KOHOUT, P. a kol. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2.
14. KOHOUT, P. PAVLÍČKOVÁ, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida:dieta a rady lékaře*. 1.vyd. Česlice: Pavla Momčilová, 1998. 95 s. ISBN 80-85936-23-2.
15. KONEČNÝ, M. Moderní trendy v léčbě idiopatických střevních zánětů. In *Postgraduální medicína:odborný časopis pro lékaře*. Roč.10, 2008, č.mimoř.příl., s. 24-27. ISSN 1212-4184.
16. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osvěta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
17. LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 287 s. ISBN 80-247-1283-0.
18. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
19. LUKÁŠ, K. Doporučené postupy pro praktické lékaře.[online]. [cit. 2010-03-31]. Dostupné z:
<<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t283.rtf>>.
20. LUKÁŠ, K., ŠATROVÁ, J. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 84 s. ISBN 80-7254-473-X.
21. MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: NCO a NZO, 2006, 68 s. ISBN 80-7013-434-8.
22. MEDIKAL TRIBUNE PHARMINDEX, *Breviř*. 16.vyd. Praha: Medical tribune cz, s r.o. 2007. 1254 s. ISBN 978-80-903708-7-6.
23. MICHALÍK, O. Občanské sdružení pacientů s IBD [online] [2010-03-31] dostupné z:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productid=332&detailSubCatCode=126&look_for=o%9Aet%F8ovatelsk%E1+p%E9%E8e.>

24. OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. vyd. neuvedeno, Praha: Galén, 2006. 54 s.
ISBN 80-7262-432-6.
25. PETR, P. a kol. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Informace pro pacienty a jejich blízké. 1.vyd. Jihočeská univerzita České Budějovice, zdravotně sociální fakulta, 2000. 35 s. ISBN 80-7040-406-X.
26. Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty ČGS, *Biologická terapie idiopatických střevních zánětů*. [online]. [cit. 2010-03-31]. Dostupné z: <<http://www.cgs-cls.cz/zc/img/CGSCLS/Guidelines-probiologickou-terapii.doc.>>.
27. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1*. Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie. 2.vyd. Brno:NCO a NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
28. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO a NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
29. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 3.vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X.
30. SHONOVÁ, O. Kapslová enteroskopie. [online]. [cit. 2010 – 03 - 31]. Dostupné z:
<http://www.nemcb.cz/_data/files/Zpravodaj-1-2007.pdf.>.
31. SCHÖLMERICH, J. *Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba*, Přehledná informace o onemocnění a léčbě, revidovaná verze 2007. vyd. neuvedeno, místo neuvedeno, 2007. s 56.
32. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4*. Jak provádět ošetřovatelský proces. 1. vyd. Brno: NCO a NZO, 2005. s 66. ISBN 80-7013-283-3.
33. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 280. s. ISBN 80-247-1148-6.

34. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2.vyd. Brno: NCO a NZO, 2006. 186. s. ISBN 80-7013-324-4.
35. ZÁDROVÁ, Z. *Nespecifické střevní záněty*, Česká gastroenterologická společnost, [online] 23.1.2007 [cit. 2010-03-31]. Dostupné z: <http://www.cgs-cls.cz/cps/rde/xchg/cgscls/xsl/index_21159.html#top>.
36. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
37. ZBOŘIL, V. a kol. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 128 s. ISBN 978-80-247-1563-6.
38. ZBOŘIL, V. *Mikroflóra trávicího traktu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-0584-2.

8. Klíčová slova

sestra

klient / pacient

Crohnova choroba

idiopatický střevní zánět

edukace

edukační proces

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Záznamový arch

Příloha 3 – Tlusté střevo a tenké střevo postižené Crohnovou chorobou

Příloha 4 – Bezezbytková dieta

Příloha 5 – Capsule Endoskope EC1

Příloha 6 – Léky využívané k biologické léčbě

Příloha 1

Dobrý den,

jmenuji se Martina Havelková, jsem studentkou bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude zpracován pouze za účelem mé bakalářské práce na téma: „Edukace klienta při Crohnově chorobě.“ Děkuji Vám za spolupráci a strávený čas při vyplňování tohoto dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- a) 21 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 let a více

2. Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysoká škola bakalářské studium
- d) vysoká škola magisterské studium
- e) specializace (jaká?)_____

3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) 1 – 5 let
- b) 6 – 10let
- c) 11 let a více

4. Myslíte si, že je důležité zvyšování vzdělávání v oblasti edukace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Zúčastnila jste se v posledním roce semináře na téma edukace?

- a) ano
- b) ne, neměla jsem tu možnost
- c) ne, nepotřebuji se účastnit takových seminářů

6. Kdo podává na Vašem oddělení klientovi s Crohnovou chorobou informace o dietním opatření? (možno označit i více odpovědí)

- a) lékař
- b) sestra
- c) nutriční terapeut

- 7. Kdo edukuje klienta o vhodnosti jednotlivých potravin? (možno označit i více odpovědí)**
- a) sestra
 - b) lékař
 - c) nutriční terapeut
- 8. Máte na Vašem oddělení k dispozici standard k edukaci o Crohnově chorobě?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 9. Jakou formou klienta s Crohnovu chorobou edukujete o režimových opatřeních? (možno označit i více odpovědí)**
- a) rozhovorem
 - b) písemnou formou (brožury, informační letáky)
 - c) rozhovorem + písemnou formou
 - d) instruktážní videonahrávkou
 - e) jiné (napíšte)_____
- 10. Jaké psané materiály vyžíváte k edukaci klienta s Crohnovou chorobou? (možno označit i více odpovědí)**
- a) brožury či informační letáky (komerční)
 - b) vytvořené materiály na Vašem oddělení
 - c) jiné (napíšte)_____
- 11. Kde edukujete klienta s Crohnovou chorobou?**
- a) na vyšetřovací místnosti
 - b) na pokoji pacienta
 - c) na chodbě
 - d) jiné (napíšte)_____
- 12. Zajistíte klientovi soukromí při edukaci?**
- a) ano – jak?(napíšte)_____
 - b) ne – proč?(napíšte důvod)_____
- 13. Máte možnost zajistit dostatek času pro edukaci klienta?**
- a) ano
 - b) ne (proč?)_____
- 14. Využíváte při edukaci klienta „zpětné vazby“?**
- a) určitě ano
 - b) občas
 - c) ne, na zpětnou vazbu není čas

d) ne, zpětné vazby není třeba

e) jiné (napíšte)_____

15. Máte k dispozici ukázkou jídelníčku pro klienty s Crohnovou chorobou?

a) ano

b) ne

c) nevím

16. Jaké složce by se měli klienti s Crohnovou chorobou vyvarovat v akutní fázi onemocnění?

a) bílkoviny

b) tuky

c) sacharidy

d) nevím

17. Mají klienti s Crohnovou chorobou při propuštění do domácí péče dostatek informací o režimovém opatření?

a) ano

b) ne

c) nevím

Zdroj: vlastní

Příloha 2

Záznamový arch: Crohnova choroba

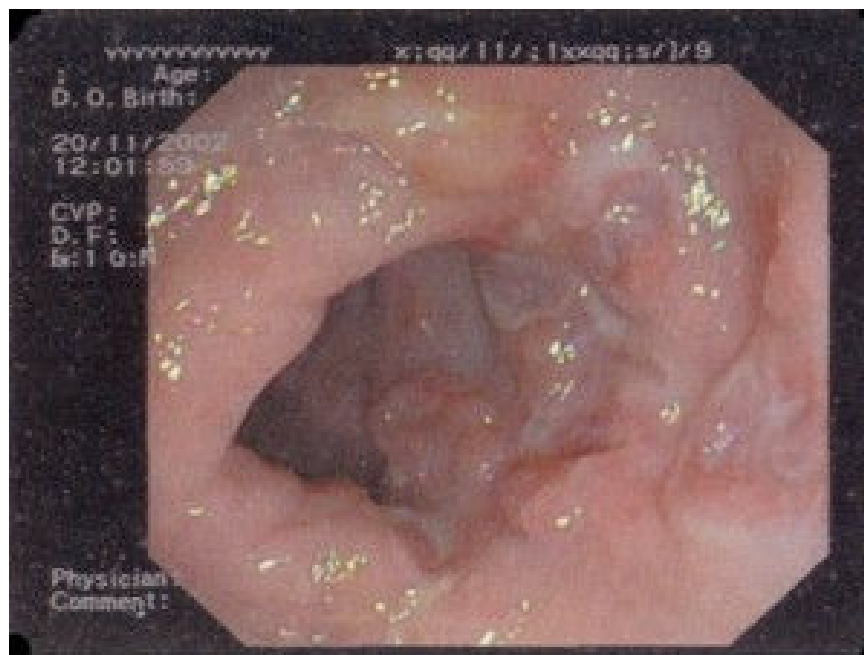
<p>Kdo Vám poskytl informace o Vašem onemocnění?</p>	
<p>2. Jaké informace Vám podal lékař ohledně režimového opatření?</p>	
<p>3. Edukovala (poučila) Vás sestra o režimovém opatření?</p>	
<p>4. Jakým způsobem Vám podala sestra informace a čeho se týkaly? (rozhovor, letáky, video,...)</p>	
<p>5. Poskytla Vám sestra při edukaci (poučení) dostatek času na Vaše otázky?</p>	

6. Kde probíhala edukace (poučení)?	
7. Edukoval (poučil) Vás o dietním omezení nutriční terapeut?	
8. Kde jste získal/a informace o složení stravy při Crohnově chorobě?	
9 Dáváte přednost letákům, videu nebo rozhovorům k získávání informací ohledně onemocnění? A proč?	
10. Měl/a jste před propuštěním z nemocnice dostatek informací o režimovém opatření při Crohnově chorobě?	
11. Chyběly Vám nějaké informace, které jste potřeboval/a vědět před propuštěním z nemocnice?	

Zdroj: vlastní

Příloha 3

TLusté střevo postižené Crohnovu chorobou



Zdroj: <http://www.crohn.ic.cz/?site=cojeto>

Duodenum postižené Crohnovu chorobou



Zdroj: <http://www.crohn.ic.cz/?site=cojeto>

Příloha 4

DIETA BEZEZBYTKOVÁ – 5

Je složená z potravin, které zanechávají ve stolici velmi málo zbytků; nedráždí sliznici střev, neprovokují ke zvýšené peristaltice. V dietě je zvýšené množství bílkovin, snížená dávka tuků, kalorická hodnota je snížená.

Výběr potravin:

- Nápoje: čaj, minerálky bez kysličníku uhličitého, slabé ovocné šťávy
Pečivo: pouze bílé – veka, rohlíky netučné
moučníky připravené z piškotového těsta doplněné jemným jamem nebo sněhem z bílků (zapečeným)
Přílohy: bramborová kaše-při toleranci mléka, v opačném případě ředěná vývarem z brambor
bramborová rýže, těstoviny, jemný knedlík, rýže
Polévky: vývar z libového masa nebo mrkve doplněný rýží nebo těstovinami, jemně nastrouhanými
brambory nebo mrkví
Maso: pouze libové, telecí, hovězí, vepřové, kuře, kapr, filé,
z uzenin pouze dušená šunka
Tuky: pouze čerstvé máslo na pečivo, do pokrmů až při dokončení
Sýry: nízkotučné, bez příchutí, netučný tvaroh
Veje: v menším množství, samostatně co nejméně, lépe je zařadit do pokrmů
Ovoce: syrové pouze banány, meruňky pouze kompotované bez slupky, jablka oloupaná
podusit zcela do měkka nebo domixovat
Zelenina: žádná syrová, jen mrkev jemně nastrouhaná a dušená, mrkvové pyré

Technologické postupy při vaření:

Vařit, dusit, péci bez tuku, pokrmy doplnit máslem až po dohotovení, **nepřepalovat tuk!**
Omáčky zahustit jen zálivkou nebo na sucho opraženou moukou.

Nepovolené technologické postupy:

Smažení, restování, pečení na tuku, postupy, při kterých vzniká tvrdá kůrka, zahušťování jíškou.

Nepovolené potraviny:

- Nápoje: mléko, káva, kakao, ostré ovocné šťávy, jakýkoliv alkohol, coca cola, tonic, nápoje s
kysličníkem uhličitým-bublínky
Ovoce: syrové, kompot s tvrdou slupkou a dužinou – hrušky, ananas
se zrníčky – jahody, maliny, angrešt, kiwi
Zelenina: žádná syrová, nakládaná ani mražená, sterilované saláty s nálevy, kapusta, zelí (ani
čínské), kedlubny, ředkvičky, porek, cibule, česnek, rajčata, okurky, květák, křen
Luštěniny: v jakékoliv úpravě
Houby: ani odvar z hub
Maso: bůček, lojovaté hovězí, příliš tučné vepřové, uzené, skopové, zvěřina, tučné ryby,
vnitřnosti
Uzeniny: salámy, párky mekké ani trvanlivé, klobásy, jitrnice, jelita, tlačěnka, paštiky, žádné
masové konzervy
Tuky: lůj, sádlo, škvarky, šlehačka
Přílohy: brambory, kynuté knedlíky, smažené bramborové hranolky a krokety
Koření: všechny druhy
Pochutiny: kečup, hořčice, majonézy, tatarská omáčka, lahůdkářské saláty (bramborový,
vlašský..)

Nejzte přeslazené pokrmy, konzervované potraviny !

Zdroj: <http://www.crohn.ic.cz/bin/dieta.jpg>

Příloha 5

Capsule Endoskope EC1



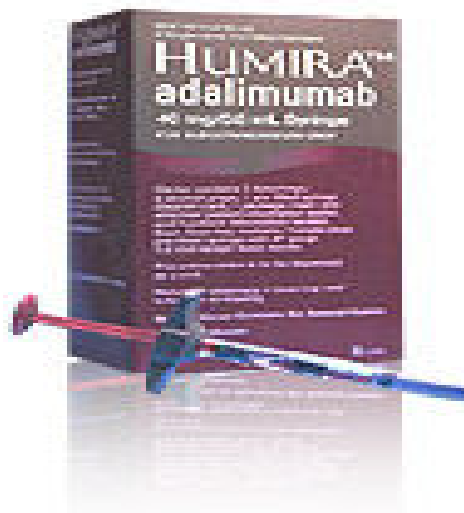
Zdroj: http://www.nemcb.cz/_data/files/Zpravodaj-1-2007.pdf

Příloha 6

Přípravky pro biologickou léčbu



Zdroj: <http://www.docsimon.cz/zbozi/remicade-inf-plv-sol-100mg>



Zdroj: <http://www.abbott.cz/vpois/humira.html>