

**OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÉHO S VYBRANÝM
ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM
(KARCINOM TLUSTÉHO STŘEVA)**

Bakalářská práce

MARTINA PĚNKAVOVÁ

VYŠŠÍ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

MUDr. Martin Ralbovský, Ph.D.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce:

Datum obhajoby:

Praha, 2008

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

Abstrakt

Pěnkavová Martina: Ošetřování nemocného s vybraným onkologickým onemocněním (karcinom tlustého střeva).

Bakalářská práce – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: bakalář – všeobecná sestra.

Školitel: MUDr. Martin Ralbovský, Ph.D., Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetřování nemocného s karcinomem tlustého střeva. Teoretická část charakterizuje klasifikaci nádoru obecně, diagnostiku, komplexní terapii a prevenci vzniku nádorového onemocnění.

Podstatnou částí práce je ošetřování a problematika stomií.

Hlavní nosnou částí práce je realizace ošetřovatelského procesu, který je zaměřen na veškeré potřeby nemocného.

Klíčová slova

karcinom tlustého střeva, stomie, ošetřovatelský proces, potřeby nemocného

Předmluva

Dnešní moderní ošetřovatelství si uvědomuje, že člověk je přeci jen více než pouze lékařská diagnóza, že je lidskou bytostí v náročné životní situaci, ke které je nutno přistupovat profesionálně, s úctou a pochopením.

Tématem práce je proto snaha zaměřit se na význam ošetřovatelského procesu v praxi, na uspokojování potřeb nemocného. Téma práce bylo ovlivněno mým zaměstnáním na oddělení JIP transplantační chirurgie IKEM v Praze 4. Zde jsem čerpala podněty a inspiraci pro tuto práci; dalšími zdroji informací pak byly knižní a odborné publikace.

Tato práce je určena studentům ošetřovatelství; stejně tak v ní mohou najít podnětné rady sestry a ostatní zdravotnický personál, který se věnuje pacientům s onkologickým onemocněním.

Touto cestou si dovoluji poděkovat vedoucímu bakalářské práce MUDr. Martinu Ralbovskému, Ph. D. za podnětné rady a podporu při vypracování bakalářské práce.

Obsah

Abstrakt	3
Klíčová slova	3
Předmluva	4
Obsah	5
Úvod	9
1 Cíl práce	9
2 Teoretická část	10
2.1 Klasifikace nádorů obecně	10
2.2 Dělení nádorů	10
2.3 Etiopatogeneze nádorů	11
2.4 Klinický obraz nádorů	15
2.5 Diagnostika	15
2.6 Komplexní terapie nádorů	16
2.7 Prevence	18
2.8 Psychologická problematika nádorového onemocnění	18
3 Rakovina tlustého střeva a konečníku	20
3.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva	20
3.2 Epidemiologie kolorektálního karcinomu	22
3.3 Etiologie a rizikové faktory	23
3.3.1 <i>Dědičná (hereditární dispozice)</i>	23
3.3.2 <i>Jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku</i>	23
3.3.3 <i>Faktory zevního prostředí</i>	24
3.4 Patologie	24
3.5 Klinické projevy	24
3.6 Diagnostika	25
3.7 Léčba, komplikace	26
3.7.1 <i>Chirurgie</i>	26
3.7.2 <i>Radioterapie tlustého střeva</i>	27
3.7.3 <i>Chemoterapie kolorektálního karcinomu</i>	27
3.7.4 <i>Komplikace</i>	27
3.8 Prognóza	28
3.9 Prevence	28
3.9.1 <i>Screeningový program</i>	28
3.10 Sledování po ukončené léčbě	29
3.11 Příprava pacienta na operační zákrok – perioperační období	30
3.12 Předoperační příprava	30
3.13 Pooperační péče	31

3.14	Stomie, definice a rozdělení	31
3.14.1	<i>Ileostomie.....</i>	32
3.14.2	<i>Kolostomie</i>	33
3.15	Indikace k vytvoření stomie.....	34
3.16	Pooperační ošetřování stomie.....	35
3.17	Komplikace stomii.....	35
3.18	Stravování stomika.....	36
3.19	Stomické pomůcky	37
3.20	Péče o stomii.....	38
3.21	Propuštění stomika do domácí péče.....	39
4	Ošetrovatelský proces.....	40
4.1	Koncepční modely v ošetrovatelství.....	41
4.2	Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové.....	41
4.2.1	<i>Model k celkovému zhodnocení pacientova zdravotního stavu dle Gordonové</i>	42
4.2.2	<i>Klasifikace funkčních úrovní sebek péče podle Marjory Gordonové.....</i>	43
5	Praktická část.....	44
5.1	Epikríza	44
5.1.1	<i>Osobní údaje</i>	44
5.1.2	<i>Lékařská anamnéza</i>	44
5.1.3	<i>Osobní anamnéza</i>	44
5.2	Terapeutická péče.....	45
5.2.1	<i>Somatický nález.....</i>	45
5.2.2	<i>Invazivní vstupy.....</i>	45
5.2.3	<i>Fyziologické funkce.....</i>	45
5.2.4	<i>Farmakoterapie.....</i>	45
5.3	Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Gordonové	46
5.4	Ošetrovatelské diagnózy	47
5.5	Průběh ošetrovatelského procesu.....	48
5.5.1	<i>Bolest břicha způsobená operačním výkonem, projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta</i>	48
5.5.2	<i>Porucha termoregulace způsobená pooperačním stavem, projevující se opakovanými stavy hypertermie</i>	49
5.5.3	<i>Alterace kognitivních funkcí vlivem nemoci a terapie projevující se změnami v chování.....</i>	50
5.5.4	<i>Snížená aktivita a soběstačnost v souvislosti s únavou a celkovou slabostí projevující se deficitem sebek péče a pohybovou pasivitou pacienta.....</i>	51
5.5.5	<i>Strach z důvodu nejisté prognózy projevující se slovní reakcí na danou situaci.....</i>	52
5.5.6	<i>Porucha přijetí vzhledu vlastního těla z důvodu provedené sigmoideostomie, projevující se pocity bezmocnosti a vzpomínkami na svůj vzhled před operací</i>	52
5.5.7	<i>Potencionální riziko vzniku infekce vzhledem k četným invazivním vstupům a snížené imunitě</i>	53
5.5.8	<i>Potencionální riziko infekce v okolí operační rány (sigmoideostomie) z důvodu porušení kožní integrity</i>	54
5.5.9	<i>Riziko vzniku poruchy výživy z důvodu nesprávného dietního režimu.....</i>	54
6	Závěr.....	55
7	Seznam bibliografických odkazů.....	56

8	<i>Seznam příloh</i>	57
8.1	Příloha č. 1 – Studie IKEM	57
8.2	Příloha č. 2 – Anamnestické údaje od osob vyšetřovaných na přítomnost genů potenciálně zvyšujících riziko vzniků nádorů tlustého střeva a konečníku	58
8.3	Příloha č. 3 – Ošetrovatelská anamnéza	61
8.4	Příloha č. 4 – Perioperační záznam	63
8.5	Příloha č. 5 – Záznam o fyzikálním vyšetření klienta	64
8.6	Příloha č. 6 – Záznam o bolesti	65

Seznam grafů a obrázků

Graf 1 Nejčastější onkologické diagnózy v ČR_OBĚ POHLAVÍ

Graf 2 Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích; ZN tlustého střeva a konečníku_MUŽI

Obrázek 1 Nálezy při kolonoskopii

Obrázek 2 Anatomie tlustého střeva

Obrázek 3 Test na okultní krvácení

Obrázek 4 Ileostomie

Obrázek 5 Kolostomie

Obrázek 6 Stomie po ošetření

Úvod

Jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila ošetřování pacienta s vybraným onkologickým onemocněním. U nás jedním z nejčastějších zhoubných onemocnění je karcinom tlustého střeva (kolorektální karcinom). Představuje 13 – 14 % ze všech onkologických chorob. Během posledních dvaceti let se jeho četnost takřka zdvojnásobila. V celoevropském měřítku jsme ve výskytu kolorektálního karcinomu u mužů na prvním místě, u žen na místě druhém. Úmrtnost je u nás rovněž na předním místě a pozvolna stoupá. Příčinou je pozdní diagnostika onemocnění. Faktory, které se mohou podílet na vzniku onemocnění jsou především špatný životní styl a způsob stravování.

Já pracuji na Jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení IKEM. Naše oddělení je zaměřeno na péči o nemocné po operacích gastrointestinálního traktu, po transplantacích a cévních operacích. Nejvíce se u nás vyskytují pacienti s nádory slinivky a tlustého střeva.

1 Cíl práce

Cílem této práce je realizace ošetrovatelského procesu. Předpokládám, že pacient bude spokojen s péčí, která je zaměřena na jeho potřeby.

2 Teoretická část

2.1 Klasifikace nádorů obecně

Nádor je patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkne kontrole organismu a roste nezávisle. Nádorové bujení může postihnout jakoukoli tkáň a orgán. Vyskytuje se v každém věku.

Existují i rozdíly mezi pohlavími:

- u žen jsou velmi časté nádory prsů, tlustého střeva, děložního čípku, dělohy, ovaria
- u mužů jsou to nejčastěji nádory plic, tlustého střeva, prostaty a žaludku

2.2 Dělení nádorů

Mezi nejdůležitější charakteristiky nádorové tkáně patří tzv. biologická aktivita či povaha nádoru. Ta je dána rychlostí a charakterem růstu, schopností generalizace a imunologickými vlastnostmi.

Stanovení této biologické aktivity nádoru se opírá hlavně o klinické vlastnosti a průběh onemocnění, histologické vyšetření bioptického vzorku a stanovení stupně malignity. To vše je pak důležité pro určení léčby a prognózy.

Nádory dělíme na benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné):

- benigní nádory – rostou pomalu, ohraničeně, do okolních tkání neprorůstají, ale stlačují buňky okolní tkáně; metabolismus benigního nádoru nijak neohrožuje organismus; některé tyto nádory se však mohou maligně zvrhnout
- maligní nádory – rostou rychle, neohraničeně, pronikají do okolních tkání (infiltrace); nádorové buňky se šíří do vzdálených orgánů (metastazují) cestou lymfatickou a cévní. Po odstranění velmi často nádor recidivuje; organismus je schopen nádorové buňky vnesené do oběhu zničit, jindy naopak nacházejí maligní emboly ve tkáních vhodné podmínky pro usazení a další růst

Rozdělení nádorů podle původu:

- 1) mezenchymové – patří do skupiny pojivových tkání (svaloviny, cév, krevtovorných orgánů)
 - a) benigní mezenchymové (fibrom, lipom, chondrom, myom, angiom)
 - b) maligní mezenchymové (sarkomy)
- 2) epitelové – vyrůstají z povrchu epitelu
 - a) benigní epitelové (papilomy, adenomy)
 - b) maligní epitelové (karcinomy, adenokarcinomy)
- 3) z nervové tkáně (neurinomy, melanom, neurinogemy)
- 4) smíšené – nádory ze dvou či více histologicky odlišných struktur (fibrolipom, fibroadenom)
- 5) teratom – nádor, který vyrůstá ze zárodečných buněk (vaječníky, varlata)
- 6) nádory trofoblastu – nádory placenty

2.3 Etiopatogeneze nádorů

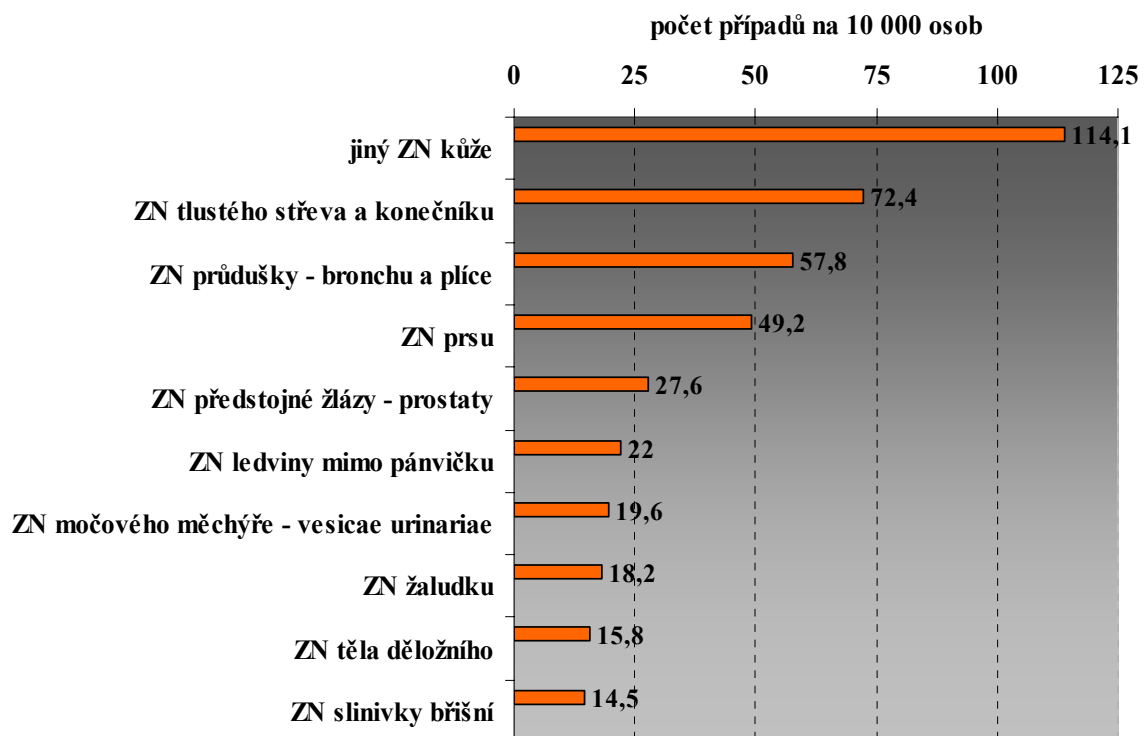
Příčina vzniku nádoru není dosud přesně objasněna. Za dlouhá léta zkoumání se nashromáždilo mnoho poznatků o možných vlivech a faktorech. Jednou z možných příčin jsou tzv. onkogeny, což jsou nitrojaderné regulační bílkoviny, které se podílí na vývojovém plánu buněčného růstu (buněčná proliferace). Nemalý význam mají také různé růstové faktory. Růstových faktorů podmiňujících neřízenou buněčnou proliferaci je dnes známa celá řada.

Na patogenezi nádorového bujení se však může podílet i selhání obranných mechanismů organismu. Organismus je totiž schopen, ovšem jen do určité míry, vznikající omyly v plánovaném vývojovém programu odstraňovat. Významnou funkci při tom má imunitní systém. Mluvíme o imunitním dozoru, o protinádorové imunitě. Selhání některé z jejích složek může být rovněž příčinou nádorového bujení.

Mezi další etiopatologické činitele patří karcinogenní faktory. Ty mají buď fyzikální, chemickou či biologickou povahu:

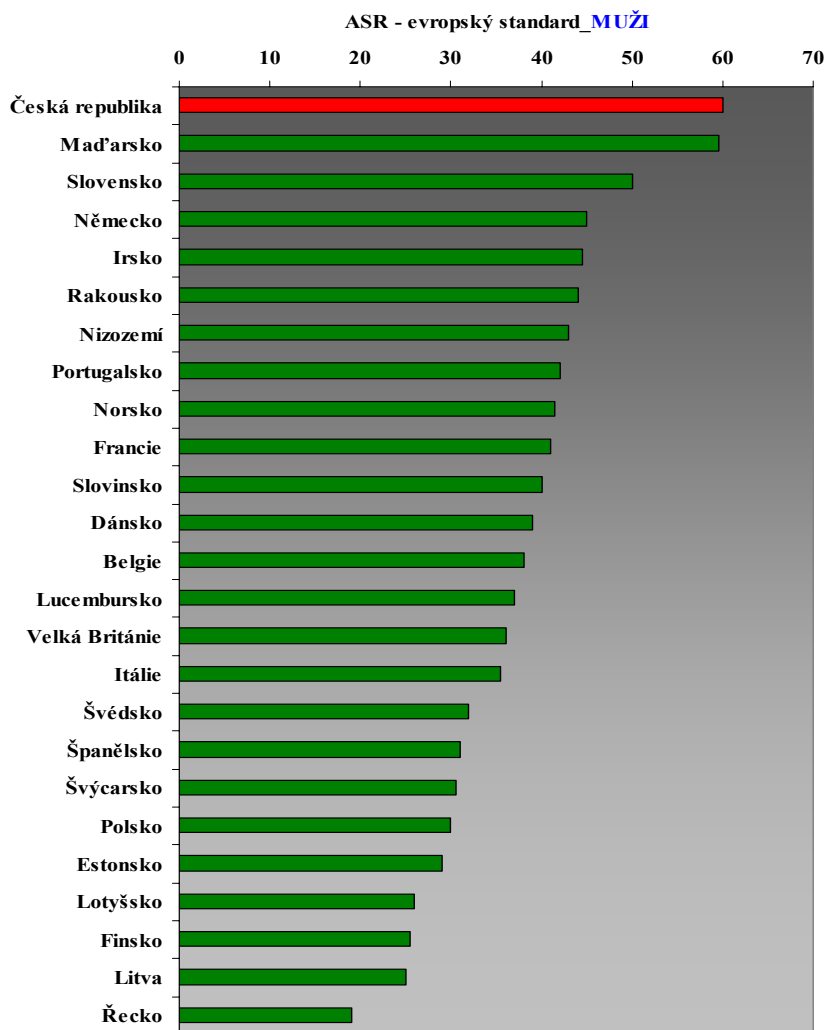
- mezi fyzikální faktory řadíme například ionizující záření (zvláště na RTG oddělení) a chronickou traumatizaci tkání
- mezi chemické faktory patří polycyklické aromatické uhlovodíky, jako například cigaretový kouř, výfukové plyny, průmyslové exhalace, dehet a dále také nitrosaminy z potravin – uzeniny, konzervační prostředky
- mezi biologickými faktory se uplatňují hlavně viry; nelze opomenout rovněž faktory genetické (přímá dědičnost nebyla u nádorů prokázána, avšak jisté je, že existuje dědičná náchylnost ke vzniku nádorů)

Nejčastější onkologické diagnózy v ČR_OBĚ POHLAVÍ



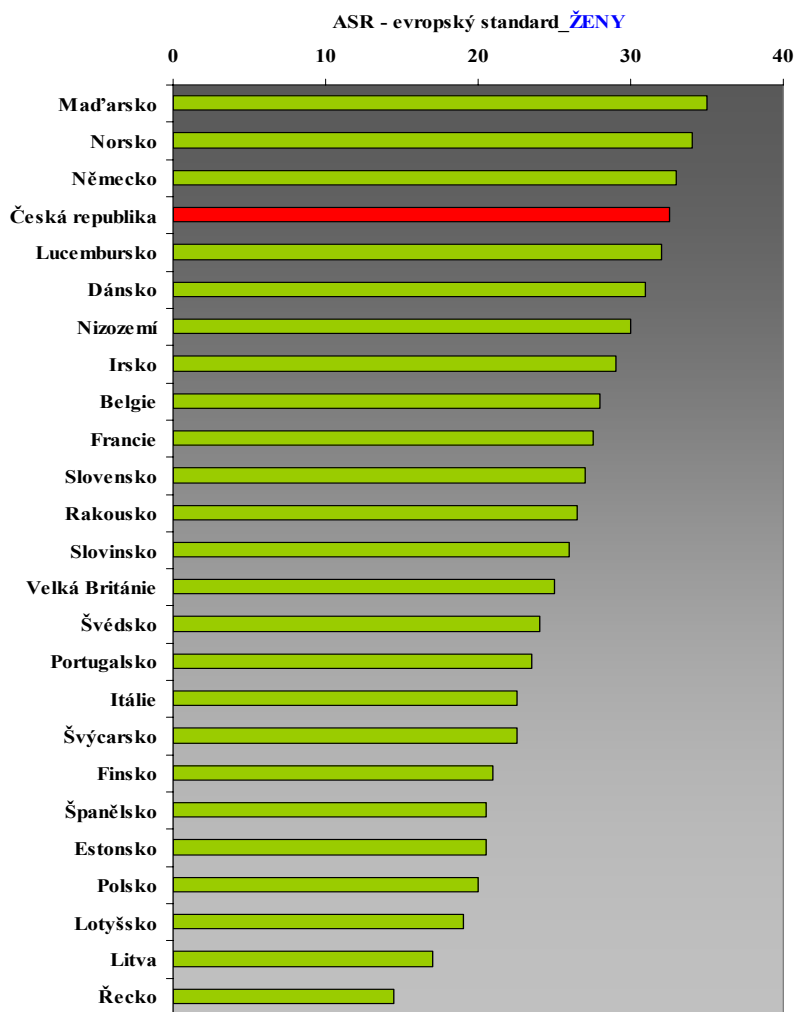
Graf 1: Nejčastější onkologické diagnózy v ČR_OBĚ POHLAVÍ (Zdroj: ÚZIS ČR)

Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích_ZN tlustého střeva a konečníku



Graf 2a: Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích; ZN tlustého střeva a konečníku_MUŽI (Zdroj: Globocan 2000)

Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích_ZN tlustého střeva a konečníku



Graf 2b: Incidence zhoubných nádorů ve vybraných evropských zemích; ZN tlustého střeva a konečníku_ŽENY (Zdroj: Globocan 2000)

2.4

Klinický obraz nádorů

Klinický obraz nádorů se odvíjí od jeho lokalizace a prorůstání do okolních tkání. Příznaky umožňující rozpoznání hned na první pohled se projeví na místech, která jsou dobře viditelná či zjištělná hmatem (nádory kůže, prsu apod.).

Mezi nespecifické příznaky onemocnění patří hubnutí, slabost, teploty, zvracení, svědění, změny vzhledu, nechutenství, chudokrevnost, kožní nebo slizniční léze, výtoky nebo krvácení z kteréhokoli tělního otvoru, dlouhotrvající chrapot, kašel a jiné.

Prvním příznakem nádorového onemocnění mohou být také akutní stavy jako je například uzávěr průchodnosti tlustého střeva v průběhu kolorektálního karcinomu, neprůchodnost močového při nádorové proliferaci z okolí, patologické zlomeniny při nádorech kostí, neurologické příznaky při kompresi míchy z propagace nádoru do jejího okolí, syndrom horní duté žíly, uzávěr žlučových cest s cholestázou atd. Někdy bývají první příznaky způsobené již metastázami nádoru.

2.5 Diagnostika

Včasná diagnostika představuje základní předpoklad pro úspěšnou léčbu. Problém je fakt, že ranná stadia zhoubných onemocnění probíhají bez klinických příznaků. Ke stanovení diagnózy se využívá všech známých a dostupných vyšetřovacích metod, počínaje anamnézou a základním klinickým vyšetřením, dále vyšetření pomocí zobrazovacích metod (RTG, CT, sonografie, magnetická rezonance, endoskopie).

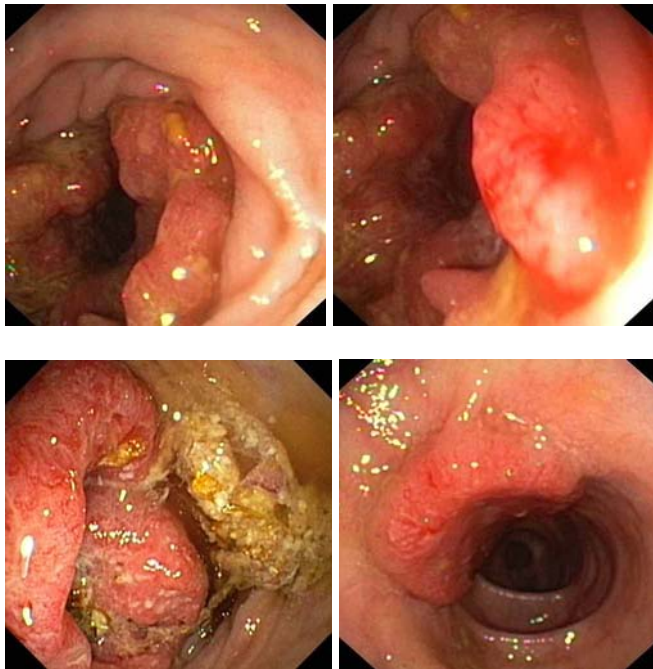
Z morfologických vyšetřovacích metod uvádím:

- cytologii – jedná se o vyšetřování jednotlivých buněk, kdy materiál se získává stěrem ze vzorku tělních tekutin, výpotků, sekretů, punkcí
- histologii – což je vyšetření nádorové tkáně, která byla získána například vynětím při operaci, probatorní excizí, punkcí; provádí se různými způsoby, například histochemickými, imunohistologickými atd.

Výsledky biopsie v průběhu operace (peroperační biopsie) jsou vhodné pro bezprostřední orientaci chirurga a určování hranice nádorového růstu..

Mezi speciální vyšetření řadíme zjišťování přítomnosti různých ukazatelů nádorového procesu (nádorové markery).

Při specifických příznacích se provádí vyšetření zaměřené na postiženou oblast, jako například angiografie, scintigrafie, kolonoskopie aj.



Obrázek 1: Nálezy při kolonoskopii

2.6 Komplexní terapie nádorů

Léčebný úspěch závisí na druhu nádoru, na použité léčebné metodě a hlavně na tom, v jakém stadiu byl nádor objeven.

Největší význam při léčbě nádorů má chirurgie: radikální řešení, operace, představuje u řady nádorů vůdčí metodu. Radikální operací rozumíme odstranění celého nádoru, obvykle i s částí okolní zdravé tkáně. Spolu s lymfatickou drenáží a regionálními mízními uzlinami. Zvláště u ohraničených nádorů je tato léčba nejúčinnější a zaručuje nejlepší prognózu.

Paliativní operace představuje výkon, kdy lze sice zresekovat prvotní nádor, ale bez možnosti odstranění mnohočetných druhotných ložisek, nebo se může nádor obejít spojkou – anastomózou – mezi úsekem nad a pod nádorem. Mezi další paliativní operace patří i léčení bolesti, která je vyvolaná růstem nádoru, a to protěťm drah vedoucích bolest v míše, odstraněním některých žláz s vnitřní sekrecí, které produkují hormony, na nichž je nádor závislý.

Za neoperabilní se považuje nález, který pro rozsah a prorůstání do okolí nelze odstranit. Kontraindikací operace může být i celkový špatný stav nemocného, přidružené choroby a věk. Proto terapie nádoru závisí nejen na lokalizaci nádoru, ale také na celkovém stavu pacienta.

Při léčbě zhoubných nádorů se může uplatnit i celá řada neoperačních léčebných metod (konzervativní léčba). Léčba musí být zvolena vždy individuálně s ohledem na povahu a rozsah nádorového procesu. Konzervativní metody jsou:

- radioterapie – je léčba zářením, využívá se u všech radiosenzitivních nádorů; cílem je zničení nádoru a co nejmenší poškození zdravé tkáně; ozařování se provádí před i po operaci
- protinádorová léčba (cytostatická léčba) – je léčba chemickými látkami, které zasahují do různých metabolických dějů v buňce a brzdí je nebo zastavují, brání buňce v dělení; nutné je dodržování dávkování; při aplikaci cytostatik se mohou vyskytovat různé nežádoucí účinky, jako nevolnost, zvracení, vypadávání vlasů, záněty dutiny ústní, průjemy, poškození krevetvorby, imunosupresivní účinky...
- hormonální léčba – užívá se především u nádorů hormonálně závislých, a to na hormonech produkovaných z kůry nadledvin, vaječníků, varlat, hypofýzy; po vyřazení těchto hormonů dochází k zástavě růstu nádorů
- imunologická léčba – sleduje obnovení porušené protinádorové imunity nebo posílení nerozvinuté imunitní reakce
- podpůrná léčba – klade si za cíl ovládnout některé vedlejší účinky léčby, zmírnit obtíže nemocného a vyhnout se komplikacím

2.7

Prevence

Preventivní opatření směřují jednak k zabránění vzniku vlastního nádoru, jednak k včasné diagnóze umožňující jeho trvalé vyléčení. Prevenci nádoru rozdělujeme na primární sekundární a terciární:

- primární prevence se zaměřuje na zdravé osoby, kde je důležité dodržování zdravé výživy, životosprávy a stylu života
- sekundární prevence dispenzarizuje rizikové skupiny (rodinná zátěž, pracovní prostředí, věkové skupiny aj.)
 - v České republice je každý občan ve věku 50 let osobou v průměrném riziku a patří do screeningového programu; nejběžnější screeningovou metodou je vyšetření stolice na přítomnost okultního (skrytého) krvácení
 - screeningový program pro včasný záchyt kolorektálního karcinomu se u nás uskutečňuje od roku 2000 a je součástí prevence; test je dostupný u praktického lékaře
 - příznivý efekt každoročního testování skrytého krvácení na snížení úmrtnosti činí 15 – 33 % a byl potvrzen třemi velkými studii
- terciární prevence se soustředí na zachycení recidiv a generalizaci nádorů, na sledování pacienta a na hladiny tumor markerů

2.8 Psychologická problematika nádorového onemocnění

Zjištění onkologické diagnózy bývá pro pacienta velkým šokem, se kterým se musí vyrovnat. U nemocného převládá strach, úzkost, frustrace ze ztráty hodnot. Důležité je, aby byl vybudován dobrý terapeutický vztah mezi lékařem, pacientem a sestrou. Abychom nemocnému dobře porozuměli, musíme ho vidět jako celého člověka (jako bio-psycho-sociální jednotku). Chápeme-li nemocného jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolemi, odpovídá to lidskému, humánnímu vztahu člověka k člověku a profesionální etice lékařů, sester i všech ostatních pracovníků. Důležitá je také spolupráce ošetřovatelského týmu s rodinou.

Po propuštění z nemocnice se pacienti dostávají do sociální izolace. Jejich potřeba hovořit o svých osobních problémech s druhými lidmi, kteří by jim porozuměli, bývá neuspokojena. V těchto případech se uplatňují skupinová sezení onkologicky nemocných pacientů. Psychologická léčba by měla být nedílnou součástí komplexní léčby onkologicky nemocných pacientů. Také zřizování hospiců přispívá k utěšení terminálních stavů nádory nevléčitelně postižených pacientů.

3 Rakovina tlustého střeva a konečníku

3.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo je dlouhé 1,5 metru a je konečným oddílem trávicí soustavy. Rozdělujeme je na tyto části:

- slepé střevo (caecum)
- vzestupný tračník (colon ascendens)
- příčný tračník (colon transversum)
- sestupný tračník (colon descendens)
- esovitý tračník (colon sigmoideum)
- konečník (rectum)
- řitní otvor (anus)

V tlustém střevě se shromažďují nestrávené zbytky potravy (vazivová vlákna, škroby, odloupané epitelie, žlučová barviva, tukové kapénky apod.). Řídký střevní obsah se zahušťuje, vstřebává se voda, glukóza a minerály. Nejvíce vody se vstřebává v vzestupném tračníku. K zahuštěnému obsahu se přidává hlen, který slepuje nestrávené zbytky potravy. Zbytky potravy se účinkem bakterií žijících na střevní sliznici zkvašují a bílkoviny podléhají hnití. Kvasné bakterie zkvašují cukry, tuky a těžce stravitelnou celulózu. Vzniká alkohol a různé plyny (vodík, metan, oxid uhličitý). Hnitím bílkovin se vytváří i jedovaté látky (fenol, sirovodík, mastné kyseliny a tzv. mrtvolné jedy).

Ochranná bariéra tlustého střeva je tvořena hlenem, který povléká povrch sliznice a chrání ji před natrávenými enzymy přicházejícími z tenkého střeva. Současně snižuje účinky silně toxických látek, nedovolí jejich resorpci do krevního oběhu.

Trávenina v tlustém střevě pobývá asi 8 – 12 hodin. Konzistence stolice je závislá na množství vody a její barvu ovlivňuje množství žlučových barviv. Vyprazdňování stolice (defekace) je reflexní děj, který vznikne v důsledku zvýšení tlaku při nahromadění stolice v konečníku. Defekační reflex lze ovlivnit vůlí, ale opakované potlačování defekace vede k ochabování svaloviny recta a ke vzniku zácpy.

Tlusté střevo je fixováno k zadní stěně trupu pomocí různě dlouhých peritoneálních závěsů. Tyto peritoneální duplikatury se nazývají podle jednotlivých úseků střeva.

Sliznice tlustého střeva má nažloutlou až popelavou barvu, je bez klků, složena v poloměsíčitě řasy. Ve sliznici je mnoho žláz, které v podobě Lieberkuhnových krupt zasahují do značné hloubky sliznice. Dále jsou zde pohárkové buňky, které produkují hlen. Mezi žlázami jsou roztroušené solitární mízní uzliny.

Svalovina tlustého střeva – hladká svalovina je zahuštěna ve tři bělavé pruhy (taenie coli), které jsou 8 – 10 mm široké. Tahem téní je stěna střeva zřasena a stahem cirkulární svaloviny zaškrncena, takže na ní vznikají přechodná vyklenutí (haustra coli).

Serossa je tenká, jemná pobřišnice, kterou prosvítá svalovina střeva. Pobřišnice vybíhá na volném povrchu stěny střeva ve stopkaté a ploché výběžky vyplněné tukem.

Caecum

Slepé střevo je první vakovitě rozšířenou částí tlustého střeva, která leží pod vyústěním ilea v pravé kyčelní jámě. Vak slepého střeva je asi 6 – 8 cm široký a stejně dlouhý. Vývojovým rudimentem slepého střeva je červovitý výběžek (appendix vermiformis).

Colon

Tračník plynule navazuje na slepé střevo a přechází do pánve. Systém tračníku tvoří colon ascendens, transversum, descendens, sigmoideum, rectum.

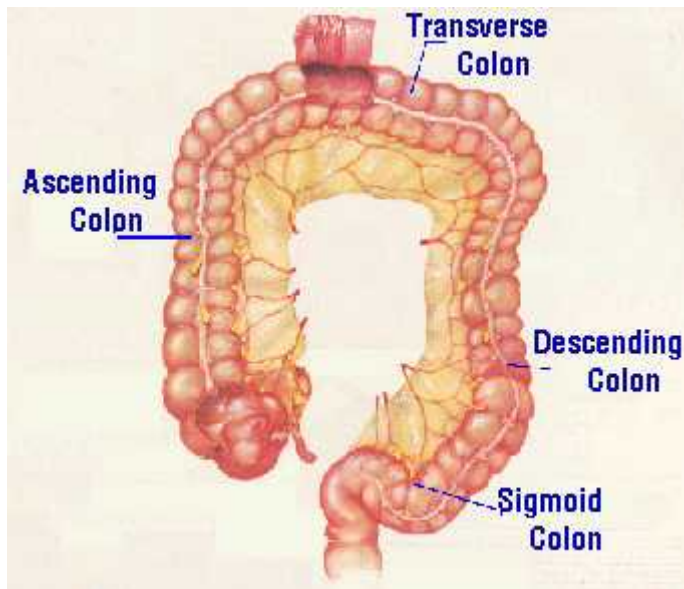
Rectum

Konečník je posledním úsekem tlustého střeva, jeho délka je 12 – 15 cm. Naplněný má šířku 4 – 5 cm. Na začátku je konečník prstencovitě zúžen, ale vzápětí se rozšiřuje a jeho průsvit je asi 4 m. Poloha a syntopie: rektum začíná při S2 – S3 jako plynulé pokračování esovitého tračníku a končí vyústěním na povrch v řitní rýze. Konečník neprobíhá pánevní dutinou přímočaře, ale je v čelní a sagitální rovině několikrát ohnut. Ohyby se nazývají flexura sacralis a flexura perineális. Rectum je fixováno ke stěně pánve peritoneem, které na konečník přechází z colon descendens. Distální část konečníku pokrývá pánevní vazivo, které umožňuje značnou pohyblivost a roztažnost recta.

Konečník má dva hlavní úseky:

- ampula recti – je kraniální, 10 – 12 cm dlouhý a prostorný oddíl, ve kterém se hromadí stolice
- canalis analis – je dolní, 2,5 – 4 cm dlouhý úzký oddíl, který začíná pod hrotem kostrče a prochází svalovým pánevním dnem; kanál ústí navenek řitním otvorem (anus)

V kůži řitního otvoru jsou početné žlázy, které se nazývají glandulae circumanales. V podkoží řitního otvoru probíhají široké žíly, které zajišťují pružný uzávěr řitního otvoru. Sliznice konečníku je tlustá, má nažloutlou až růžovou barvu a skládá se z četné řasy, která se náplní konečníku vyhlazuje a opět smršťuje.



Obrázek 2: Anatomie tlustého střeva

3.2 Epidemiologie kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom je u nás jedním z nejčastějších zhoubných nádorových onemocnění a představuje 13 – 14 % ze všech onkologických chorob. V průběhu posledních dvaceti let se jeho četnost takřka zdvojnásobila. Co se týče pohlaví, je častější u mužů než u žen. Absolutní počty kolorektálního karcinomu jsou nejvyšší ve věkové kategorii 65 – 75 let. V celoevropském měřítku jsme v jeho výskytu u mužů na prvním místě, u žen na místě druhém.

Kolorektální karcinom CRC se dělí podle anatomické lokalizace na:

- karcinomy tračníku (C18)
- nádory rektosigmoideálního spojení (C19)
- nádory vlastního konečníku (C20)

Pod kódem C21 je uváděn anální (řitní) karcinom. Karcinom tlustého střeva a karcinom konečníku se liší nejen anatomicky, ale i klinicky a biologicky.

Úmrtnost na CRC je u nás rovněž na předním místě. Křivka vzrůstu úmrtnosti není tak strmá jako křivka stoupající incidence. Příčinou je časnější diagnostika a možná i úspěšná léčba. Přesto však asi 10 % nemocných není léčeno a diagnostika je zjištěna až při úmrtí.

3.3 Etiologie a rizikové faktory

Vlastní příčiny vzniku nejsou přesně známy. Na rozvoji těchto nádorů se podílí celá řada faktorů.

3.3.1 Dědičná (hereditární dispozice)

Kolorektální karcinom se může vyskytnout v rámci několika dědičných onemocnění, která jsou naštěstí vzácná. Zvýšené riziko vzniku těchto nádorů mohou mít jedinci, u jejichž pokrevních příbuzných se vyskytlo onemocnění zhoubným nádorem tlustého střeva nebo konečníku, případně i další nádory. Jde o syndrom mnohočetné familiární adenomatózní polypózy a syndrom familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (tzv. Lynchův syndrom I a II). U familiární polypózy jde o výskyt mnohočetných adenomatózních polypů v tlustém střevě, které mají tendenci se měnit v karcinom. Riziko kancerogeneze je takřka stoprocentní.

3.3.2 Jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku

V tlustém střevě se poměrně často vyskytují nezhoubné nádory ve formě polypů (výběžků sliznice). Tyto polypy, pokud nejsou odstraněny, mohou trvale růst a později se některé z nich mohou přeměnit na zhoubný nádor. Z ostatních onemocnění střeva a konečníku je častější výskyt kolorektálního karcinomu prokázán u některých vzácných nespecifických střevních zánětlivých onemocnění (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida).

3.3.3 *Faktory zevního prostředí*

Tyto faktory jsou hlavní příčinou vysokého výskytu kolorektálního karcinomu v naší populaci. Jsou to především nevhodné stravovací návyky. K faktorům zvyšujícím riziko vzniku tohoto nádoru patří úprava masa při vysokých teplotách (smažení, uzení, grilování, pečení). Dále nadměrná konzumace tuků, uzenin, nedostatek vlákniny, vitamínů, stopových prvků, vysoká konzumace alkoholu, kouření. Rovněž rizikovým faktorem pro vznik tohoto nádoru je obezita.

3.4 **Patologie**

Nádor je nejčastěji lokalizován v oblasti sigmatu (20 %) a ve vzestupném tračnicku (15 %). Příčný a sestupný tračník jsou postihovány stejně často (7 %) a zbylá procenta připadají na karcinom recta. Histologicky se prakticky vždy jedná o adenokarcinom. Nádory rostou zpočátku v místě svého vzniku ve střevě nebo konečniku. Pak prorůstají stěnou střevní a později mohou prorůst do okolních orgánů, šířit se lymfatickými cestami do spádových uzlin nebo proniknout do krve a krevním oběhem se šířit do vzdálených orgánů, nejčastěji do jater, plic, kostí.

3.5 **Klinické projevy**

Nádor na počátku svého vzniku může růst skrytě, bez zevních projevů. Později se může projevovat místními i celkovými příznaky. Nejčastějšími místními příznaky jsou změny v četosti vyprazdňování a charakteru stolice. Může se objevit zácpa, průjem, časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění. Ve stolici může být přítomna krev, hleny. Také se mohou objevit bolesti břicha a vzácně si pacient může sám nádor nahmatat.

Celkové příznaky – nechutenství, nevolnost, únava, hubnutí, bledost, žloutenka, narůstající objem břicha, teploty. Toto jsou však již příznaky zpravidla pozdní.

3.6

Diagnostika

Klíčem k úspěšné léčbě je časná diagnóza. Přes veškerou osvětu a možnosti screeningu (hemokult) není situace u nás nijak uspokojivá. chirurgicky odstranitelný nádor časných stadií je totiž vyléčitelný bez následné cytostatické léčby. Základem pro další rozhodování o léčbě je stanovení rozsahu choroby prostřednictvím státingu (určení klinických stadií). V diagnostice CRC musíme rozlišovat dvě následující situace:

- 1) vyšetření nemocných, kteří mají příznaky, jež by mohly svědčit pro karcinom tlustého střeva či konečníku
- 2) vyšetření osob, které žádné příznaky nemají, ale jsou v některé rizikové skupině pro toto onemocnění (například riziko věku, riziko rodinného výskytu atd.)

Vyšetření u lékaře začíná klinickým vyšetřením včetně vyšetření konečníku pohmatem, kdy lékař zavede prst do konečníku. Některé nádory leží na dosah prstu u 70 – 80 % nemocných.

Dále se provádí odběr krve na základní laboratorní vyšetření + nádorové markery, vyšetření stolice na přítomnost krve.

Ze zobrazovacích metod se využívá RTG vyšetření, a to irigografie, která informuje o možných patologických procesech v tlustém střevu. Úspěšnost závisí na dobré přípravě pacienta na vyšetření. Před tímto vyšetřením je zpravidla nutná příprava, jejíž snahou je vyprázdnění střeva a konečníku. Spočívá v několikadenní dietě s kašovitou stravou. Večer a ráno před vyšetřením se provede očistné klyzma, aby bylo střevo co nejlépe vyprázdněno. Při vlastním vyšetření se tlusté střevo naplní kontrastním nálevem síranu bornatého a pak se sleduje jeho průchod střevem. Zvláštní sledování po vyšetření pacienta není nutné.

Endoskopická vyšetření umožňují přehlédnout dutý prostor střeva a odebrat vzorek patologické tkáně k podrobnému histologickému vyšetření. Z endoskopických vyšetření je to nejčastěji rektoskopie – vyšetření konečníku a dolní části esovité kličky do vzdálenosti 15 – 25 cm od řitního otvoru pomocí tuhého rektoskopu. Příprava před vyšetřením je stejná jako u irigografie. Vyšetření se provádí v poloze koleno-loketní, výjimečně na boku. Zvláštní sledování po vyšetření není nutné.

Dalším endoskopickým vyšetřením je kolonoskopie, což je vyšetření tlustého střeva od konečníku až po slepé střevo. Dle zvyklosti pracoviště se nemocný několik dní před vyšetřením vyprazdňuje, v den vyšetření je lačný. Těsně před vyšetřením dostane premedikaci. Vyšetření se provádí na rentgenovém pracovišti. Po vyšetření pacient zůstává asi 2 hodiny na lůžku lačný a sleduje se střevní pasáž. Během 24 hodin přechází postupně na dietu, jakou měl před vyšetřením.

Perfektním vyšetřením je kolonoskopie virtuální pomocí CT. Dalšími nezbytnými vyšetřeními jsou ultrasonografie břicha a jater, dále CT břicha a malé pánve, RTG plic, scintigrafie skeletu. Základní pane vyšetření (krevní obraz, moč, sedimentace, biochemie) je samozřejmostí. Z nádorových markerů se zjišťuje CEA, CA 19-9. Při posouzení šíření tumoru přes stěnu rekta je vhodné použít rektální endosonografii. Určení rozsahu onemocnění je nezbytné pro další léčebnou strategii.

3.7 Léčba, komplikace

3.7.1 Chirurgie

U většiny pacientů se chirurgický výkon provádí jako první. Spočívá v resekci, tj. odstranění části střeva nebo konečníku postižených nádorem s bezpečnostním lemlem ve zdravé tkáni spolu s příslušnými lymfatickými uzlinami. V některých případech je možné okamžité spojení – sešití – zbylých částí střev nebo konečníku.

Jindy toto není možné a je nutno provést současně kolostomii, tj. vyústění střeva přední břišní stěnou ven. Tato kolostomie se za nějakou dobu dá u části pacientů dalším operačním výkonem zrušit a obnovit kontinuitu střeva. U pacientů, kde bylo nutné pro nádor odstranit celý konečník, je však kolostomie výkon definitivní, trvalý.

Chirurgicky lze ve vybraných případech odstranit i ojedinělou metastázu, například v játrech. Radikální resekce postiženého střeva může být u nepokročilých forem výkonem vedoucím k vyléčení.

3.7.2 Radioterapie tlustého střeva

Neprovádí se, naproti tomu u nádoru konečnicku má tato metoda nezastupitelné místo. Provádí se nejčastěji jako předoperační úkon pro zmenšení nádoru a zlepšení operability. Touto léčbou se snižuje výskyt lokálních recidiv přibližně o polovinu.

U inoperabilních karcinomů rekta má radioterapie význam paliativní. Své místo v léčbě karcinomu konečnicku má i radiochemoterapie.

3.7.3 Chemoterapie kolorektálního karcinomu

Můžeme ji rozdělit do čtyř oblastí:

- 1) adjuvantní chemoterapie lokálně pokročilého kompletně resektabilního karcinomu – touto terapií se dosahuje zvýšeného procenta přežití pacientů a snižuje se procento recidiv
- 2) chemoterapie pokročilého a metastatického karcinomu – sleduje se zlepšení podmínek přežití, zlepšení kvality přežití (paliativní efekt) a nyní při používání dalších protirakovinných látek (monoklonálních protilátek) i částečné nebo úplné vymizení projevů choroby; v obou typech léčby (adjuvantní i paliativní se používá týchž léčebných režimů, nejčastěji na podkladě fluorouracilu)
- 3) chemoterapie izolovaných jaterních metastáz – při léčbě izolovaných jaterních metastáz se kombinuje léčba parenterální s aplikací cytostatik do hepatálního portu cestou jaterní tepny
- 4) chemoterapie rakoviny konečnicku – tato chemoterapie (zejména předoperační) doznala v současnosti velkého rozvoje; souvisí to s vývojem nových protirakovinných léků.

V budoucnu lze očekávat ještě vyšší léčebný efekt nejen u pokročilého CRC, ale zejména v adjuvanci.

3.7.4 Komplikace

Mezi komplikace kolorektálního karcinomu patří střevní neprůchodnost (ileus), perforace střeva s difúzní peritonitidou, velké krvácení, vznik píštěle.

3.8 Prognóza

Kolorektální karcinom má tendenci poměrně dlouho růst místně než začne zakládat metastázy. Patří mezi dobře léčitelné nádory, pokud je zachycen v časném stadiu. U pacientů s nepokročilými nádory lze ve velké většině případů dosáhnout trvalého vyléčení. U pokročilých nádorů je léčba obtížnější a náročnější, ale i zde je možné dosáhnout u řady pacientů dlouhodobějšího přežívání bez známek nemoci.

3.9 Prevence

Preventivní opatření směřují jednak k zabránění vzniku vlastního nádoru, jednak k včasné diagnóze umožňující jeho trvalé vyléčení.

Ve stravě je vhodné omezit tuky, uzeniny, smažená masa, grilovaná masa, alkohol, kouření. V jídelníčku by měly být ve zvýšené míře zastoupeny různé druhy ovoce, zeleniny a obilné vlákniny.

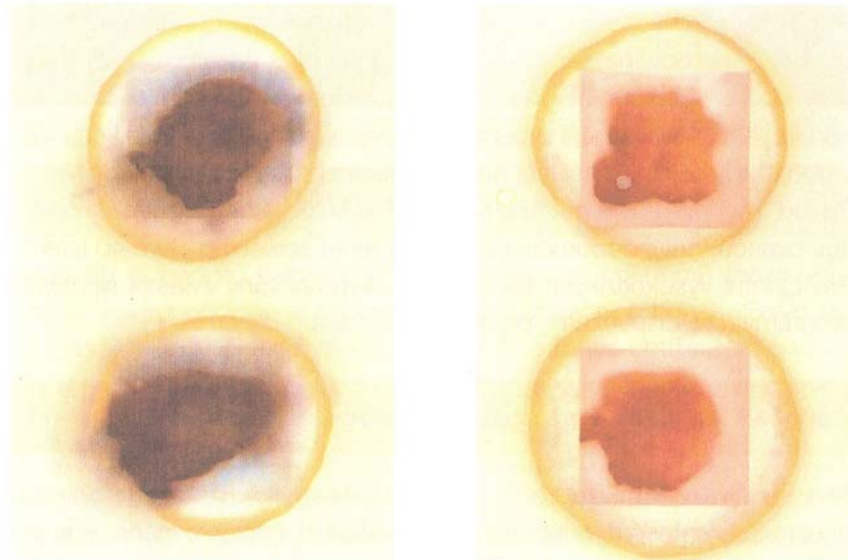
3.9.1 Screeningový program

Jedná se o program pro včasný záchyt CRC a uskutečňuje se v ČR od roku 2000 a test na okultní krvácení se stal standardní součástí prevence. V běžné populaci by měl být screening CRC zahájen ve věku 50 let. U osob s výskytem CRC v rodině se doporučuje tuto hranici posunout na 40 let. Nejběžnější metodou screeningu je vyšetření stolice na přítomnost okultního krvácení. Test se provádí aplikací stolice na podložku napuštěnou speciální pryskyřicí, která v případě přítomnosti krve změní po speciálním laboratorním zpracování barvu. Test se nazývá hemokult.

Příznivý efekt každoročního testování skrytého krvácení na snížení úmrtnosti CRC činí 15 – 33 % a byl potvrzen do současné doby třemi velkými studiemi. Test je dostupný u každého praktického lékaře. Je-li test pozitivní, musí následovat další vyšetření směřující k potvrzení nebo vyloučení zhoubného nádoru.

Test na okultní (skryté) krvácení

- Vlevo – pozitivní modré zbarvení
- Vpravo – negativní hnědé zbarvení



Obrázek 3: Test na okultní krvácení

3.10 Sledování po ukončené léčbě

Každý pacient s kolorektálním karcinomem by měl být i po skončení léčby trvale sledován a zván na pravidelné kontroly (dispenzarizace). Jejich cílem je sledování celkového stavu, léčba případných chronických obtíží souvisejících s předchozím nádorovým onemocněním a jeho terapií, včasná diagnóza a léčba možného relapsu. Součástí tohoto kontrolního vyšetření, kromě běžných laboratorních, je kontrolní kolonoskopie, ultrazvukové vyšetření a RTG plic.

3.11 Příprava pacienta na operační zákrok – perioperační období

Perioperačním obdobím rozumíme čas před operací, při ní a po ní. Zahrnuje tři fáze: předoperační, intraoperační a pooperační:

- předoperační fáze se začíná rozhodnutím pro chirurgický zásah a končí převozem pacienta na operační sál; v tomto období se pacient připravuje psychicky a fyzicky na operaci
- intraoperační fáze se začíná převezením pacienta na operační sál a končí přijetím na pooperační jednotku
- pooperační fáze je čas následující po operaci; začíná se přijetím pacienta na jednotku intenzivní péče nebo na pooperační pokoj

3.12 Předoperační příprava

Předoperační příprava spočívá v celkové přípravě pacienta na operační výkon. Důležitou součástí předoperační přípravy je psychická příprava, na kterou se ještě dnes velmi zapomíná. Většinu předoperačních vyšetření absolvuje nemocný ambulantně, ale i zde by měl přístup lékaře a sestry v pacientovi vzbudit důvěru a mírnit strach a stresové napětí. Pacient je před operací přijat na chirurgické oddělení, kde je připravován na operační výkon.

Mezi předoperační přípravu patří příprava fyzická, tj. zlepšení funkcí jednotlivých orgánů, úpravě vodního hospodářství, úpravy chudokrevnosti a poruch metabolismu, předoperační zabezpečení výživy, přeléčení plicních infekcí, kompenzace diabetu, prevence embolických komplikací (antikoagulancia, infuzní terapie, bandáže dolních končetin atd.) a příprava samotného tlustého střeva. Je nutné, aby střevo bylo co nejčistší, tj. s minimem stolice a bez patogenní mikrobiální flóry. toho se dosahuje bezezbytkovou dietou již pár dní před operací, později projímadly a opakovanými malými klyzmaty a výplachy střev.

Večer před operací se příprava soustřeďuje na tělesnou hygienu, přípravu operačního pole vyholením, vyčištění pupeční jizvy. Pacient je od půlnoci lačný nekouří. Ráno před operací pacient dostane elastické punčochy jako prevenci vzniku žilní trombózy. Úkolem sestry je zkontrolovat, zda nemocný nemá na těle šperky a v ústech zubní protézu. Půl hodiny před odjezdem na sál sestra aplikuje premedikaci a po ní již pacient zůstává na lůžku.

Součástí předoperační péče je i seznámení pacienta s péčí, která bude následovat po operaci. Příprava se zaměřuje na získání informací a návyků (například od kdy je možné se posadit, postavit, pít, jíst, kde bude operační rána, stomie, drény apod.). Rozhovor na téma stomie musí být nenásilný, musí se dát pacientovi čas, aby se stačil adaptovat a neměl přehnaný strach. Stomie znamená pro nemocného zpočátku velký šok. Je výhodou, když se nemocný seznámí se stomickou sestrou již před operací. Stoma-sestra zná problematiku onemocnění, může docházet za nemocným na oddělení a po jeho propuštění péče pokračuje v poradně.

3.13 Pooperační péče

Po operaci je pacient většinou převezen na jednotku intenzivní péče. Zde je zajištěno 24 hodinové sledování fyziologických funkcí, dále medikamentózní léčba, výživa, péče o stomii. Z fyziologických funkcí se sleduje krevní tlak, puls, dech, tělesná teplota. Dále se sleduje stav vědomí, příjem a výdej tekutin. Z medikamentózní léčby se užívají ze základních skupin hlavně analgetika, antibiotika. Ostatní léky závisí na stavu a potřebě pacienta, na jeho dalších chronických onemocněních (například diabetes melitus, ischemická choroba srdeční, vysoký tlak atd.).

Výživa a hlavně tekutiny jsou v prvních hodinách po operaci zajištěny parenterálně. Velmi důležitá po operaci je rehabilitace, nejprve dechová na lůžku, později posazování na lůžku a chůze s doprovodem. Sestra musí dbát také na psychiku pacienta, je nutná motivace a povzbuzování.

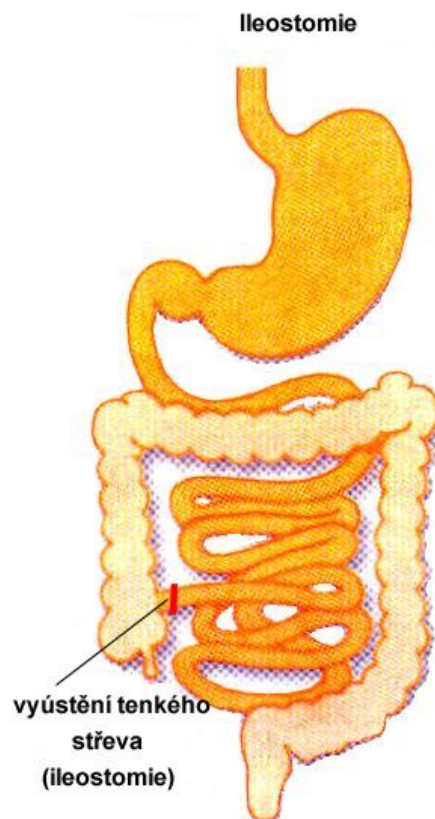
3.14 Stomie, definice a rozdělení

Slovo „stomie“ pochází z řečtiny a znamená vyústění dutého orgánu. Může se jednat o tenké střevo – ileostomie, tlusté střevo – kolostomie nebo vyústění močových cest – urostomie. Všechny tři druhy stomií mají společnou vlastnost nejsou ovladatelné vůlí.

Stomie, neboli střevní vývody, se rozdělují podle toho, zda jsou dočasné nebo trvalé. Indikací k vytvoření dočasné stomie jsou stavy, za kterých je nutno dočasně vyřadit distální část střeva postihnutou patologickým procesem z funkce, aby se tak v klidu mohla uzdravovat. Po zahojení se stomie zruší a obnoví se kontinuita střeva. Trvalé stomie jsou nenávratné. Zavádějí se tehdy, je-li střevo natrvalo neschopno své funkce nebo musí-li být pro chorobu odstraněno.

3.14.1 Ileostomie

Ileostomie je trvalým řešením při odstranění poškozeného tlustého střeva nebo dočasným pro odlehčení nemocnému střevu kvůli léčbě. Při tomto typu stomie odchází řídký střevní obsah neustále. Ileostomie bývá zpravidla vyvedena na pravé straně břicha.



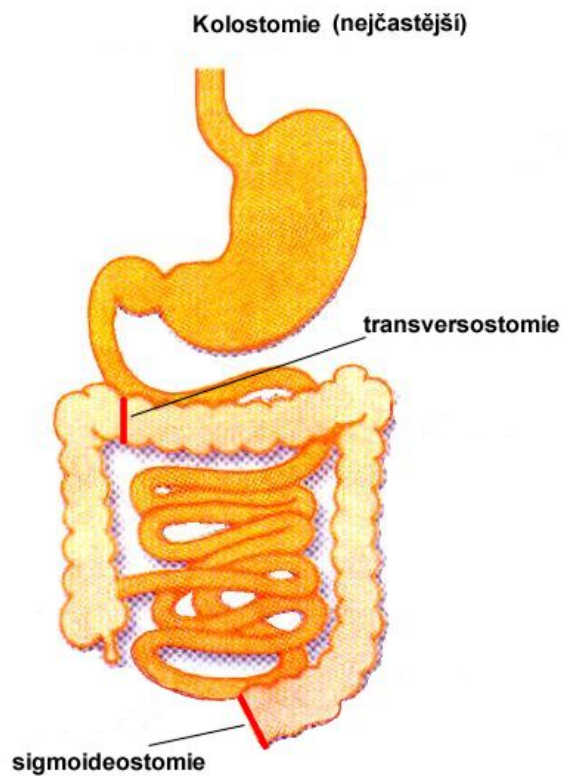
Obrázek 4: Ileostomie

3.14.2 Kolostomie

Vývody tlustého střeva:

- cekostomie – lokalizuje se v pravém podbříšku a většinou bývá dočasná
- ascendentní kolostomie
- transverzální kolostomie
- descendentní kolostomie
- sigmoideostomie

Kolostomie je nejčastějším typem stomie neboli vývodu. Zakládá se většinou jako důsledek onemocnění sestupné části tlustého střeva nebo konečníku. Kolostomie bývá umístěna v levé části břicha.



Obrázek 5: Kolostomie

Lokalizace stomie ovlivňuje charakter stolice, a tím i ošetřování stomie. Obecně platí, že čím níž projde trávenina střevem, tím více je formována. Podle typu konstrukce můžeme rozdělit stomie na:

- dvouhlavňovou (axiální)
- jednohlavňovou (terminální)
- nástěnnou

U stomie posuzujeme její barvu, velikost a tvar, stav kůže okolo stomie, množství a typ stolice. Barva stomie má být červená, jako u sliznice.



Obrázek 6: Stomie po ošetření

3.15 Indikace k vytvoření stomie

Indikace k založení stomie jsou následující: idiopatická proktokolitida, Crohnova choroba, hereditární polypóza tračnicku, Hirshprungova nemoc a nejčastěji kolorektální karcinom.

Mezi dalšími příčinami vedoucí k vytvoření kolostomie mohou být například: kongenitální anomálie (atresie ani, spina bifida), divertikulitida tlustého střeva, rektovaginální či rektovesikální fistuly, akutní obstrukce tlustého střeva, perineální absces, anastomózy, úrazy.

3.16 Pooperační ošetřování stomie

Nemocný je přivezen z operačního sálu s již přiloženou stomickou pomůckou. Preferován bývá sáček vypouštěcí, umožňující snadné pozorování a měření střevního obsahu. První pooperační dny bývá nemocný umístěn na JIPu. V tyto dny není ještě schopen samostatně pečovat o stomii, péči tedy přebírá sestra. Sestra kontroluje množství a konzistenci stolice (kolostomického odpadu). Důležité je také všimnout si zápachu a příměsí krve, hnisu apod.

S přibývajícím fyzickou silou začíná pacient s výukou péče o stomii. Zpočátku sestru při práci pozoruje a připomíná si tak vědomosti načerpané před operací. Pod dohledem sestry postupně sám pečuje o stomii, učí se správným postupům, zdokonaluje techniku a manipulaci s jednotlivými pomůckami. Během ošetřování stomie sestra na pacienta nejen dohlíží, ale hlavně jej učí a povzbuzuje. Pochvala je motivací, která pacienta vede k dalšímu rozvoji soběstačnosti a podporuje jeho psychiku.

3.17 Komplikace stomii

Časné komplikace se vyskytnou v bezprostředním pooperačním období. Mezi nejčastější z nich patří:

- 1) nekróza střeva vznikající z důvodu poruchy cévního zásobení stomie; operační řešení spočívá ve snesení odumřelého úseku střeva s následným vytvořením nové stomie
- 2) retrakce stomie se objevuje při nedostatečné fixaci střeva ke stěně břišní nebo v souvislosti s proběhlou infekcí v okolí stomie; zpravidla se léčí operačně
- 3) infekce v ráně kolem stomie, která může přejít v absces či flegmónu, řešíme uvolněním hnisavého sekretu (incize) pod antibiotickou clonou.

Nejčastějšími pozdními komplikacemi jsou:

- 1) stenóza stomie, projevující se obtížným vyprazdňováním stolice; pokročilá stenóza vede k ileoznímu stavu; léčba opakovanými dilatacemi není vždy úspěšná, v takových případech přichází na řadu reoperace
- 2) prolaps střevních kliček a jejich uskřínutí se většinou projeví ileozním stavem; důvodem prolapsu bývá příliš velký otvor ve stěně břišní či nedostatečné uzavření peritonea; prolaps je indikací k operační repozici
- 3) parastomální kýla vzniká ze stejných příčin jako prolaps střevních kliček; ke vzniku kýly přispívá také trvalé zvýšení nitrobřišního tlaku (například chronický kašel); parastomální kýla často znesnadňuje přikládání stomických pomůcek, vhodným řešením je operace, nebo užívání břišního pásu s otvorem pro stomii
- 4) krvácení ze střeva může mít příčinu lokální (zánět, nádor) nebo celkovou (antikoagulační terapie, porucha srážlivosti krve)
- 5) peristomální dermatitida se projevuje zčervenáním kůže v okolí stomie, tvorbou puchýřků, trhlinek, vřidků, pálením či vznikem ekzému; důvodem dráždění kůže je nejčastěji nesprávné přiložení stomických pomůcek, kdy střevní obsah uniká do okolí a dráždí kůži; léčba peristomální dermatitidy spočívá v odstranění příčiny a maximální péči o kůži
- 6) vtažení pod úroveň kůže – vtažení znemožní přiložení pomůcky

3.18 Stravování stomika

Po operaci se začíná s podáváním čistých tekutin, pak se přechází na kašovitou a pak na lehkou dietu bezsezbytkovou. Z hlediska stomie není nutno dodržovat speciální dietu, nýbrž přizpůsobit stravu individuálním požadavkům jedince. Ne každý jedinec reaguje na skladbu jídelníčku stejně a je třeba si jednotlivé potraviny a jejich působení vyzkoušet.

Zásady výživy kolostomiků:

- je vhodné vypěstovat stereotyp vyprazdňování – nejlépe ráno doma
- důležitý je dostatečný příjem tekutin
- vhodné je vyhýbat se jídlům, která působí projímavě (tučná jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, kapusta, květák, fazole, okurky, ostré koření, houby, syrová zelenina)
- čím více bílkovin strava obsahuje, tím je stolice více tuhá; udržujeme stolicí mírně tekutou
- není vhodné nadměrné omezování v jídle; zpravidla potraviny, které pacient snášel před založením stomie, nečiní problémy ani poté
- strava musí být pestrá, obohacená vitamíny a minerály

3.19 Stomické pomůcky

Součástí dokonalé péče o pacienta se stomií je dostatečné množství kvalitních a diskrétních pomůcek. S nimi se stomik může zapojit do běžného života. V současné době jsou u nás na trhu dostupné pomůcky například od firem Conva Tec, Coloplast, Braun. Většina stomických pomůcek je hrazena zdravotní pojišťovnou.

Stomické systémy lze rozdělit na jednodílné a dvoudílné. Dvoudílný systém zahrnuje podložku s odnímatelným sáčkem. Sáček je buď výpustný, nebo uzavřený na jedno použití. Sáčky se liší také barvou, průhledné se používají bezprostředně po operaci, protože umožňují pohledem sledovat střevní obsah. V běžném denním režimu jsou preferovány sáčky tělové barvy s přídatným filtrem redukujícím množství plynů. Do sáčků se vkládají také tablety, které zahušťují stolicí a pohlcují zápach. Výhodou dvoudílného systému je především možnost šetřit kůži. Po naplnění sáčku není nutné odlepovat podložku, mění se pouze sáčky.

Jednodílný systém obsahuje podložku k sáčku pevně připevněnou. Otvor podložky bývá předstřížený, stejně jako u podložky dvoudílného systému je však nutné jej upravit podle velikosti a tvaru stomie. Sáčky jednodílného systému jsou opět výpustné, uzavřené, průhledné, tělové.

Kompletní sortiment stomických pomůcek zahrnuje i bohaté příslušenství, díky kterému se stává péče o stomii snazší. Mezi tyto pomůcky patří například:

- ochranné pasty (mají hojivý účinek)
- adhezivní pasty (slouží k vyplnění kožních nerovností, jizev, záhybů)
- krémy a roztoky čistící pokožku
- odstraňovače náplasti
- tablety do sáčků (odstraňují zápach, zahušťují stolici)
- krytky, zátky (umožňují kontrolované vyprazdňování, jsou přechodně užívány během sportu, plavání)
- pomůcky k irigaci (slouží k výplachům střev)
- přídržné stomické pásky
- čistící pěny, emitní misky, nůžky zahnuté

3.20 Péče o stomii

Ošetřování stomie se provádí individuálně podle potřeby jednotlivce. K výměně stomických pomůcek je dobré zvolit vhodnou dobu, kdy je stomie relativně mimo funkci. Mezi pomůcky k potřebné péči o stomii patří: stomický sáček a podložka, šablona určující velikost otvoru pro stomii, kulaté nůžky, tužka, buničina, gumové rukavice, čistící pěna, odstraňovače past a náplastí, emitní miska, holicí strojek, zrcadlo, sáček na odpad, další pomůcky podle individuálních potřeb.

Stomické sáčky se mění vždy po jejich naplnění zhruba do dvou třetin. Po uvolnění stomického sáčku zhodnotíme střevní obsah a poté jej vyprázdníme do toalety. Je-li nutná současná výměna podložky, pomalu ji odstraníme, potom důkladně očistíme okolí stomie vodou a speciálními prostředky pro stomiky. Po dokonalé hygieně zhodnotíme stav stomie, stav okolní kůže. Popřípadě oholíme chloupky či aplikujeme ochranné pudry, pasty, jimiž se snažíme vyplnit záhyby a kožní nerovnosti.

Nové pomůcky je vhodné dopředu připravit. Tužkou obkreslíme na podložku podle šablony daný průměr a vystříhneme otvor pro stomii. Po odkrytí lepicí strany přiložíme podložku přesně do okolí stomie a mírně přitlačíme. Nakonec přiložíme nový stomický sáček. V případě, že si nemocný přeje, aby se na jeho ošetřování podílel i člen rodiny, je důležité ho informovat a zapojit ho do ošetřovatelského procesu. Spolupráce s rodinou je důležitá.

Úkolem sestry je rodině vysvětlit, že střevní vývod není nemoc. Také je důležité rodinu poučit o pomůckách, které je nutno doma připravit, aby byl přechod do domácího ošetřování příjemný a nijak je nevyvedl z rovnováhy.

3.21 Propuštění stomika do domácí péče

„Smyslem komplexní péče je přispět ke kvalitě života, přijatelného pro nemocného i jeho okolí, vyrovnat se s novou životní situací a žít opět plnohodnotným životem s návratem ke své práci i zálibám.“ (Conva Tec, 1996) Pod vlivem negativních emocí a stresu není zpravidla pacient schopen zpracovat poskytnuté informace a může se stát, že během hospitalizace nejeví zájem o ošetřování stomie. V tomto případě je důležité přistupovat k pacientovi s pochopením a poskytnout mu dostatek času na adaptaci. Sestra musí proto před propuštěním ze zdravotnického zařízení zhodnotit kvalitu sebeobsluhy. Po dobu hospitalizace má pacient možnost při potížích požádat o pomoc sestru. Doma je však odkázán na vlastní znalosti a schopnosti. Proto je velmi důležitá možnost kontaktu se stoma-sestrou a dalšími odborníky pro úspěšný proces rekonvalescence pacienta v domácím prostředí.

Pacient po propuštění do domácího ošetřování dochází pravidelně do proktologicko-onkologické poradny, kde má možnost hovořit o problémech, které ho potkávají (například problémy se sexuálním životem, se sportem, s cestováním, s návratem do pracovního procesu atd.).

K podpoře sebevědomí a možnosti společenského uplatnění je vhodné stomikovi doporučit kontakt na Klub stomiků. Kluby stomiků jsou dobrovolná sdružení nositelů stomie. Zde může získávat další informace o ošetřování, pomůckách, zkušenostech jiných stejně „postižených“ lidí. Členové také podnikají společné akce jako jsou výlety, zábavy. Další rady a informace získají stomici v Časopise RADIM, který pro ně vychází již 10 let, a na telefonní lince Convatec 800122111, která je bezplatná.

4 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je určit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, naplánování uspokojování zjištěných potřeb a vykonat specifické ošetřovatelské zásahy pro jejich uspokojení. Ošetřovatelství je proces cyklický, tj. jeho složky následují v logickém pořadí, ale v daném čase mohou být zahrnuté i více komponenty. Na konci prvního cyklu se může péče ukončit, pokud se dosáhlo cíle, a nebo po znovuposouzení se může cyklus opět začít.

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti hlavních komponent:

- 1) shromažďování údajů – zjišťování informací o klientovi a jeho zhodnocení
- 2) stanovení ošetřovatelských diagnóz – sesterské diagnózy byly navrženy Severoamerickou sesterskou diagnostickou asociací (NANDA); sesterské diagnózy určují směr pro plánování nezávislých ošetřovatelských zásahů
- 3) plánování ošetřovatelské péče – proces vytýčení ošetřovatelských strategií potřebných k prevenci, zmenšení nebo odstranění pacientových zdravotnických problémů; na procesu plánování se mohou podílet sestra, lékař, pacient, rodina, další ošetřující personál
- 4) realizace – znamená uvedení ošetřovatelských strategií do praxe; ovšem i plánované výkony mohou být zrušeny či pozměněny podle momentální situace; je proto nezbytné, aby zvláště v této fázi sestra neustále hodnotila péči a přehodnocovala pacientovy potřeby
- 5) vyhodnocení – je posouzení reakce pacienta na ošetřovatelské zákroky a porovnání dosažených výsledků s plánovanými cíli, změření efektu plánovaných činností; v případě, že nebylo dosaženo kýženého efektu, je nutné nové zhodnocení pacienta a úprava plánu

Všechny kroky ošetřovatelského procesu se navzájem doplňují, ovlivňují a překrývají. Písemná forma těchto fází se nazývá ošetřovatelský plán. Plán by měl poskytovat komplexní obraz ošetřovatelské péče a podávat potřebné informace všem členům ošetřovatelského týmu.

Pro ošetrovatelský proces je důležité, aby sestra měla interpersonální, technické a intelektové schopnosti:

- interpersonální schopnost zahrnuje umění naslouchat a komunikovat, podávat informace, projevovat zájem a porozumění, schopnost empatie
- technické schopnosti se projevují ve zručnosti ošetrovatelských odborných výkonů
- intelektové zkušenosti sestra potřebuje k tomu, aby byla schopná přemýšlet a rozhodnout o tom, jak daný problém nejlépe vyřešit

Ošetrovatelský proces zaujímá ke každému pacientovi individuální přístup a pacient je chápán jako aktivní účastník.

4.1 Koncepční modely v ošetrovatelství

„Model je abstraktní vyjádření reality, zjednodušený koncepční, pracovní rámec sestavený tak, aby ověřil určitou teorii.“ Modely jsou utvářeny teoretiky, vědci a profesionály z praxe za účelem vysvětlení určitého způsobu interpretace nebo analýzy daného jevu. Každý model nabízí různé způsoby chápání jevů a přístupu k nim. Je důležité jejich neustálé přehodnocování v kontextu s novými poznatky.

Dnešní moderní ošetrovatelství si uvědomuje, že člověk je přece jen více než pouze lékařská diagnóza, že je lidskou bytostí v náročné životní situaci, ke které je nutno přistupovat s úctou a láskou. Ošetrovatelské modely se snaží odrážet podstatu ošetrovatelství. Jejich cílem je pomoci sestřám zkvalitnit péči, kterou poskytují.

4.2 Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Dr. Marjory Gordon je profesorkou a koordinátorkou ‚Ošetrovatelství dospělých‘ na Boston College, Chesnut Hill, USA. Vyučuje studenty, kteří se připravují jako kliničtí specialisté pro ošetrování dospělých. Pracuje na výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování péče. Je prezidentkou the North American Nursing Diagnosis Association – NANDA. Pořádáním přednášek a seminářů pomáhá sestřám ve své i jiných zemích s formulací a zaváděním ošetrovatelských diagnóz do praxe.

Model Fungujícího zdraví pacientů se odvozuje od integrace člověk – prostředí. Každý zdravotní stav člověka je vytvářením bio-psycho-sociální interakce.

4.2.1 Model k celkovému zhodnocení pacientova zdravotního stavu dle Gordonové

1) Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Popisujeme, jak pacient vnímá své zdraví a pohodu a jakým způsobem si své zdraví udržuje. Zahrnuje současný zdravotní stav a jeho vliv na aktivitu. Obsahuje také dodržování aktivit, které podporují tělesné a duševní zdraví.

2) Výživa a metabolismus

Popisuje příjem jídla a tekutin ve vztahu k potřebě organismu. Hodnotíme např.: stav kůže, stav výživy, kožní defekty, schopnost hojení ran, stav sliznic, chrupu aj.

3) Vylučování

Popisuje způsob vylučování (tlustého střeva, močového měchýře a kůže). Zahrnuje individuální způsoby a zvyklosti používané pro vylučování.

4) Aktivita a cvičení

Popisuje způsoby dodržování tělesné kondice cvičením či jinými aktivitami. Zahrnuje základní denní návyky, které vyžadují vydání energie. Obsahuje také cviky a jejich kvalitu a kvantitu. Patří sem i způsob trávení volného času a způsob relaxace.

5) Spánek a odpočinek

Popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace. Trvání a průběh spánku. Zahrnuje individuální vnímání kvality a kvantity spánku. Ptáme se na způsob navození spánku, obvyklé činnosti před spaním, event. užívání medikamentů na spaní.

6) Vnímání

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Zjišťuje, zda pacient netrpí bolestmi, používání kompenzačních pomůcek. Dále sem patří zhodnocení poznávacích schopností jako je uvažování a učení.

7) Sebepojetí a sebeúcta

Popisuje vnímání sebe sama. Zahrnuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib a talentu. Způsob nonverbálních projevů.

8) Role – mezilidské vztahy

Popisuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a snášení tíhy zodpovědnosti a soulad nebo narušení vztahů v rodině.

9) Sexualita

Popisuje uspokojení nebo nespokojení v sexuálním životě. Zahrnuje poruchy nebo potíže v této oblasti.

10) Stres – zátěžové situace

Popisuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací. Vnímání schopnosti řídit a zvládat situaci.

11) Víra – životní hodnoty

Popisuje individuální vnímání víry a životních cílů

12) Jiné

4.2.2 Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle Marjory Gordonové

0 = nezávislý, soběstačný nemocný

1 = potřebuje minimální pomoc, sám zvládne 75 %

2 = potřebuje menší pomoc, dohled, radu, sám zvládne 50 %

3 = potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby, přístroje), sám zvládne 25 %

4 = zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled

5 = absolutní deficit sebepéče, žádná aktivní účast

5 Praktická část

5.1 Epikríza

Pan K. byl přeložen z oddělení ARO na jednotku intenzivní péče dne 9. 3. 2007 po operaci karcinomu rekta. O pana K. jsem se starala od 9. 3. 2007 do 13. 9. 2007. O spolupráci jsem ho požádala hned v den přijetí a pan K. neměl námitek. Posléze jsem navázala kontakt i s rodinou nemocného.

5.1.1 *Osobní údaje*

oslovení:	pan K.
rok narození:	1949
trvalé bydliště:	Praha
pojišťovna	Všeobecná zdravotní pojišťovna
vzdělání:	středoškolské
povolání:	bezpečnostní technik
národnost:	česká
stav:	rozvedený
kontakt:	syn pana K., přítelkyně pana K.

5.1.2 *Lékařská anamnéza*

Ca recti generalisatum, carcinosis peritonei, meta pulmonum multipl. st. p. chemotherapiam, implantacionem stenti ad rectum.

operace:	sigmoideostomia axialis paliativa, revisio cavi abdominalis
rodinná anamnéza:	bez zátěže
alergická anamnéza:	nemá alergické dispozice
sociální anamnéza:	pracující, žije sám, často ho navštěvuje syn
abúzus:	20 let silný kuřák, nyní 5 let nekouří, káva 2x denně, alkohol příležitostně

5.1.3 *Osobní anamnéza*

ICHS, 1988 cholecystectomie, hypertenze

5.2 Terapeutická péče

5.2.1 *Somatický nález*

Při vědomí, kardiopulmonálně kompenzovaný, anikterický, acyanotický, lucidní, bolesti břicha v oblasti op. rány. Je orientován v místě, čase, prostoru, částečně spolupracuje. Jazyk plazí ve střední čáře, bez povlaku, vlhký. Hydratace v normě. Akce srdeční pravidelná frekvence 96/min, TK 140/70. Končetiny bez otoků, kůže bez defektů.

5.2.2 *Invazivní vstupy*

Kontinuální epidurální katétr, centrální žilní katétr trojcestný.

5.2.3 *Fyziologické funkce*

Byly u pacienta sledovány téměř nepřetržitě, byl napojen na monitor. Dále byl sledován příjem a výdej tekutin po 6 hodinách. Několikrát denně byla prováděna vyšetření krve (hematologie, biochemie, koagulační vyšetření). V krevním obraze byla patrná leukocytóza přetrvávající po celou dobu mého ošetřování a zvýšené teploty a zvýšená sedimentace svědčily pro probíhající zánět.

5.2.4 *Farmakoterapie*

infuzní terapie:	2000 ml FR na 24 hodin
kontinuálně:	7,45 % kcl 5-8ml/hod
epidurálně:	Bupivacain 20 ml + Sufenta Forte 100 mg + 100 mg FR rychlostí 2-8 ml/hod
injekční terapie:	Quamatel, Helicid, Novalgin p.p., Multibionta 1 amp. za 24 hod, Tiapridal, Clexan 0,4 ml s.c.
parenterální výživa:	Clinomel N7 2000 ml/24 hod do CŽK
antibiotika:	Avrazor 500 mg i.v.
oxygenoterapie:	O ₂ 2 l/min kyslíkovými brýlemi
perorální terapie:	Nutridrink 3x denně, Vasocardin 50 mg 2x denně

5.3 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Gordonové

1) Vnímání a zdraví

Pan K. vnímá své zdraví jako narušené. Během posledního roku měl potíže s vylučováním, kdy se střídala zácpa s průjmem s příměsí krve a hlenu. Pro strach a stud pacient odkládal návštěvu lékaře, ale po vystupňování obtíží byl nucen vyšetření podstoupit. Je spokojen s péčí lékařů, sester, ale má obavy z prognózy onemocnění.

2) Výživa a metabolismus

Pan K. před operací výrazně zhubl a trpěl nechutenstvím, úbytek hmotnosti se pohyboval 2 – 3 kg za měsíc.

Pacient je informován o důležitosti pitného režimu a realimentaci. Prozatím jsou jeho energetické potřeby hrazeny parenterální výživou. Pacient má zaveden CŽK.

3) Vylučování

Způsob defekace – stomií. Pacient má sigmoideostomii, která prozatím vylučuje krev a hlen. O stomii pečuje zdravotní sestra. Až selepší pacientův zdravotní stav, nastoupí stoma-sestra, která pacienta naučí o stomii pečovat. Vyprazdňování moči – pacient má zaveden permanentní katétr č. 16, po 6 hodinách se měří bilance, na pálení ve spojitosti s cévkou si nestěžuje. Pocení – pacient má zvýšenou TT a potí se více.

4) Aktivita a cvičení

Pan K. spolupracuje s rehabilitační sestrou, je ale velmi unavený, spavý.

Úroveň sebeděče – pan K. zůstává v lůžku, osobní hygienu sám nezvládne, je nutná pomoc ošetřovatelského personálu. Pacient je subfebrilní až febrilní, jeho kůže je opocená, vlhká, nároky na osobní hygienu budou zvýšené a bude nutné častěji měnit ložní prádlo. Vzhledem k tomu, že je pacient druhý den po operaci, je jeho aktivita velice snížena. Zvládá pouze pohyb v lůžku, je schopný si něco podat ze stolečku, ale jeho pohyby jsou nejisté, potřebuje dopomoc.

5) Spánek a odpočinek

Doma údajně žádné problémy se spánkem neměl, usínal dobře, po spánku se cítil odpočatě.

Po přijetí na naše oddělení je vzhledem k analgosedaci a léčbě psychofarmaky těžké posoudit tuto potřebu. Pacient se cítí unaveně, je somnolentní. Na otázku nočního spánku odpovídá váhavě, přiznává určité stavy popletenosti a zmatenosti v nočních hodinách. To potvrzuje i překladová zpráva z oddělení ARO.

6) Vnímání

Sluch je dobrý, nosí brýle na čtení, není vada řeči. Psychomotorické tempo je zjevně zpomaleno. Pacient odpovídá váhavě a z rozhovoru jsem nabyla pocitu, že se vyhýbá konkrétním odpovědím na některé otázky. Bolest snáší – má zaveden epidurální katétr.

7) Sebepojetí

Myslí si, že je realista. Má obavy, jak se vyrovná se stomií v běžném životě, v zaměstnání.

8) Role, mezilidské vztahy

Pan K. žije v bytě panelového domu sám. Navštěvují ho syn a přítelkyně. Je rozvedený, se svou bývalou ženou se nestýká. Rodinné problémy řeší rozhovorem.

Reakce rodiny na onemocnění: syn i přítelkyně se snaží pana K povzbudit, být mu oporou.

9) Sexualita

Na spokojenost v oblasti sexuálních potřeb jsem se nedotazovala. Otázky urologických potíží (například potíže s prostatou) neguje.

10) Stres

Obvyklý stres snášel dobře, ale v nynější situaci potřebuje podporu rodiny a zdravotnického personálu.

11) Víra a životní hodnoty

Pan K. nevyjádřil příslušnost k žádné církvi a s humorem říká, že věří jen sám sobě. V jeho žebříčku hodnot jsou na prvním místě zdraví, rodina, přátelství, peníze, odpočinek, cestování. Jelikož se hodně zajímá i o celospolečenské dění, dodává, že život byl dříve jednodušší, a vyjadřuje nesouhlas s dnešní uspěchanou dobou

5.4 Ošetrovatelské diagnózy

Na základě zjištěných údajů v ošetrovatelské anamnéze jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a současně jsem vymezila rizikové diagnózy.

- 1) Bolest břicha způsobená operačním výkonem, projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta.
- 2) Porucha termoregulace způsobená pooperačním stavem, projevující se opakovanými stavy hypertermie.
- 3) Alterace kognitivních funkcí vlivem nemoci a terapie projevující se změnami v chování (zkreslené vnímání, porucha paměti, neklid, úzkost)
- 4) Snížená aktivita a soběstačnost v souvislosti s únavou a celkovou slabostí projevující se deficitem sebezpečí a pohybovou pasivitou pacienta.

- 5) Strach z důvodu nejisté prognózy onemocnění, projevuje se slovní reakcí na danou situaci.
- 6) Porucha přijetí vzhledu vlastního těla z důvodu sigmoideostomie, projevující se pocity bezmocnosti a vzpomínkami na svůj vzhled před operací.
- 7) Potencionální riziko vzniku infekce vzhledem k četným invazivním vstupům a snížené imunitě.
- 8) Potencionální riziko infekce v okolí operační rány, sigmoideostomie, z důvodu porušení kožní integrity.
- 9) Potencionální riziko vzniku výživy z důvodu nesprávného dietního režimu.
- 10) Porucha sebepojetí způsobená změnou životní situace a změnou plnění dosavadní role.

5.5 Průběh ošetrovatelského procesu

5.5.1 Bolest břicha způsobená operačním výkonem, projevující se verbálními i neverbálními projevy pacienta

Cíl

Zmírnění či úplné vymizení pocitu bolesti, minimalizace negativního vlivu bolesti na ostatní aktivity, zklidnění pacienta a zmírnění vegetativních projevů bolesti.

Plán ošetrovatelské péče

Zhodnocení bolesti a účinnosti dosavadní terapie, respektování projevů nemocného, hledání úlevové polohy, zajištění dostatečného odpočinku, identifikace faktorů ovlivňujících bolest, vyzkoušení relaxačních metod a fyzikálních způsobů ovlivnění bolesti, podávání analgetik dle ordinace lékaře, vedení záznamu v dokumentaci.

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacient označil prvotní bolest za velmi silnou stupněm 8 (na škále od 0 do 10). Nyní je jeho bolest snesitelná, označil by ji stupněm 3 – 5. Ke zhoršení došlo při překlade z oddělení ARO na naše oddělení JIP, kdy byla také krátká pauza v jinak kontinuální analgoterapii. Na našem oddělení jsme v této terapii pokračovali, jednalo se o směs Bupivacainu a Sufenty Forte podávaného do epidurálního katétru. Pacient byl poučen o této terapii. Bylo mu vysvětleno možné titrování dávky podle jeho subjektivního vnímání bolesti. Za neoptimálnější polohu určuje pacient sám polohu v leže na zádech. Ke snížení bolestivosti jsme vyzkoušeli také ledování břicha.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacient je schopen zhodnotit svou bolest, intenzita bolesti kolísá v průběhu dne a v závislosti na různých úkonech. Nadále pokračujeme v terapii analgetiky do epidurálního katétru. Tuto léčbu si pacient vychvaluje. I v chování pacienta došlo postupně ke zklidnění a omezení vegetativních projevů. Od 3. dne jsme snížili dávku analgosedace a 4. den byla úplně vysazena. Analgetika jsme poté podávali intravenózně v bolusových dávkách. Příznivou roli zde sehrály i aplikace Novalginu, který byl podáván za účelem snižování teplot. Po vysazení analgosedace se velmi zlepšil stav vědomí nemocného a tím i kontakt a možnost spolupráce.

5.5.2 Porucha termoregulace způsobená pooperačním stavem, projevující se opakovanými stavy hypertermie

Cíl

Udržení tělesné teploty v normálních mezích, sledování parametrů souvisejících s tímto stavem (hydratace, ostatní fyziologické funkce)

Plán ošetrovatelské péče

Monitorace tělesné teploty a ostatních fyziologických funkcí, sledování adekvátnosti bilance tekutin, pozorování možných příznaků dehydratace, sledování kvality vědomí, stavu pocení, dle lékaře odběry biologického materiálu, podávání antipyretik, popř. antibiotik, ledování, podávání chladnějších tekutin apod., pokrytí zvýšených nároků na hygienickou péči, častá výměna ložního prádla.

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacient byl monitorován téměř nepřetržitě. Tělesná teplota pomocí teplotního čidla a pro kontrolu ještě rtuťovým teploměrem. Při teplotách nad 38° C jsme aplikovali intravenózně Novalgin a po vypocení provedli hygienu na lůžku a převlékli ložní prádlo.

Při febrilních špičkách jsme několikrát odebírali hemokultury a posílali stěry na mikrobiologii. dále jsme dbali na dodržování správných ošetrovatelských postupů a zásad hygienicko-epidemiologického režimu při ošetřování nemocného, zejména při manipulaci s invazivními vstupy. Zvláštní pozornost jsem věnovala sliznici úst, která byla oschlá a rozpraskaná. Při vysokých teplotách jsme pro jejich snížení ledovali třísla a přikládali studené obklady na čelo.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Nadále jsme pokračovali v antibiotické léčbě, která byla měněna podle aktuálních výsledků mikrobiologických vyšetření. Na antipyretickou léčbu Novalginem reagoval pacient dobře. Většinou se během 2 hodin po podání vypotil a došlo k poklesu teploty na 37° C. Febrilní stavy nemocného velmi vyčerpávaly, ale po vypocení a následné hygieně s výměnou ložního prádla se cítil lépe

5.5.3 Alterace kognitivních funkcí vlivem nemoci a terapie projevující se změnami v chování

Cíl

Zlepšení stavu kvality vědomí, plná orientovanost nemocného, zajištění bezpečnosti nemocného.

Plán ošetrovatelské péče

Pravidelné sledování stavu nemocného, hodnocení kvality a kvantity vědomí, sledování účinků podávaných léků, snaha o reorientaci nemocného, dostatek informací – trpělivé vysvětlování, zvýšený dozor, použití ochranných opatření (postranice, polohovací pomůcky), spolupráce s rodinou, zadávání jednoduchých úkonů.

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacient byl plně monitorován, průběžně jsme hodnotili stav jeho vědomí. Bylo pokračováno s psychofarmaky (Tiapridal). Pacient byl umístěn na lůžko, které je viditelné ze sesterny. Lůžko jsme ponechávali co nejnižze pro zvýšení bezpečnosti, dohlíželi jsme na používání postranic a využívali polohovatelnosti lůžka. Pacient byl ubezpečován o stálé přítomnosti zdravotnického personálu a možnosti přivolání pomoci.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacient míval občas mírné poruchy v interpretaci informací o okolí a sobě, byl roztržitý a úzkostný. Žádné násilné formy poruchy se u pacienta neprojevovaly, nedošlo k žádnému zranění. U pacienta byl nutný zvýšený dohled, snaha ho neustále reorientovat, vše trpělivě vysvětlovat.

5.5.4 Snížená aktivita a soběstačnost v souvislosti s únavou a celkovou slabostí projevující se deficitem sebepečce a pohybovou pasivitou pacienta

Cíl

Zvýšení schopnosti pečovat o sebe sama, zajištění aktivizace pacienta, dopomoc či úplná péče o saturaci základních potřeb nemocného.

Plán ošetrovatelské péče

Zhodnocení soběstačnosti, určení faktorů omezujících aktivitu pacienta, popřípadě jejich eliminace, nácvik sebeobslužných činností, zajištění rehabilitace, zabezpečení bezpečnosti pacienta, využití vhodných pomůcek pro usnadnění pohybu.

Realizace ošetrovatelského plánu

V prvních dnech byl pacient velmi unavený, slabý, vyčerpávala ho sebemenší aktivita. Celková osobní péče byla úkolem ošetrovatelského personálu, nemocný byl schopen jen minimální spolupráce. Od druhého pooperačního dne byla zahájena rehabilitace. Zpočátku se jednalo o nácvik dechové rehabilitace a cvičení v lůžku. Pacient byl poučen o možnosti použití postranic a hrazdičky při snaze o měnění poloh v lůžku. Vzhledem k četnosti invazivních vstupů, nutnosti kontinuální terapie a trvalé monitorace byl pohyb omezen a vyžadoval dohled ošetrovatelského personálu.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacient byl první dny značně unavený, v základních potřebách byl odkázán na péči ošetrovatelského personálu, ale snažil se pomáhat. V rehabilitaci dělal postupně pokroky – již třetí den se snažil postavit vedle lůžka. Velmi rychle se naučil využívat polohovatelné lůžko a jeho příslušenství. V závěru mého ošetřování byl schopný se sám posadit z lůžka a s oporou chodítka ujít pár metrů. Příznivé bylo v tomto ohledu snížení medikace tlumivých léků. Pacient se potom snažil být co nejvíce nezávislý. Největší pokrok jsem zaznamenala v oblasti hygieny.

5.5.5 Strach z důvodu nejisté prognózy projevující se slovní reakcí na danou situaci

Cíl

Pacient udává snížení strachu.

Plán ošetřovatelské péče

Informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu, otevřená diskuse o pacientových pocitech, pacient informacím rozumí.

Realizace ošetřovatelského plánu

Pan K. se mi svěřil, že má strach z prognózy svého onemocnění. Nabídla jsem mu konzultaci s některým z lékařů na oddělení, aby s ním prodiskutoval jeho situaci. Pan K. souhlasil a s lékařem diskutoval o svém stavu.

Objasnila jsem jeho synovi tento problém a domluvila jsem se na spolupráci.

Často jsem otevřeně hovořila s panem K. a snažila jsem se ho přimět k pozitivnímu myšlení. Spolupráci s psychologem odmítl. Souhlasil však, že při zhoršení svého stavu si konzultaci vyžádá.

Hodnocení ošetřovatelské péče

Cíl této diagnózy byl splněn, pan K. udává snížení strachu. Pan K. je obeznámen se svým zdravotním stavem i s jeho prognózou. Pevně věří, že léčba bude úspěšná, a doufá, že se již onemocnění neobjeví. Spolupracuje s lékaři i s rodinou velice dobře. Souhlasil, že při zhoršení svého stavu bude spolupracovat s psychologem.

5.5.6 Porucha přijetí vzhledu vlastního těla z důvodu provedené sigmoideostomie, projevující se pocity bezmocnosti a vzpomínkami na svůj vzhled před operací

Cíl

Maximální kompenzace dané poruchy.

Plán ošetřovatelské péče

Zjistit psychický i tělesný dopad provedené stomie na emoční stav pacienta, věnovat pozornost verbálním i neverbálním projevům pacienta, sledovat, zda se u pacienta nevyvíjí deprese. Zajistit pacientovi kontakty na skupiny lidí, kteří také mají stomii, případně zajistit spolupráci s psychologem.

Realizace ošetrovatelského plánu

Panu K. jsem denně převazovala stomii a všimla jsem si, že je mu tento výkon nepříjemný. Pan K. mi v rozhovoru sdělil, že je pro něho stomie značný problém, že se stydí a cítí se bezmocný. Snažila jsem se získat jeho důvěru, zavolala jsem stoma-sestru, která vše panu K. vysvětlila, a nabídla mu kontakt na „Klub stomiků“ (zde se scházejí lidé, kteří mají stomii, diskutují o svých problémech a předávají si zkušenosti). Pan K. přijal kontakt a rozhodl se přečíst časopis RADIM, který vychází pro stomiky již 10 let.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pan K. začal spolupracovat se stoma-sestrou, kterou si velmi oblíbil. Také se rozhodl navštěvovat Klub stomiků. Cíl této ošetrovatelské diagnózy byl splněn.

5.5.7 Potencionální riziko vzniku infekce vzhledem k četným invazivním vstupům a snížené imunitě

Cíl

Nemocný zůstane bez projevů infekce spojených s invazivními vstupy, minimalizace rizika vzniku infekce.

Plán ošetrovatelské péče

Dodržování aseptických postupů při zavádění nových invazí, pravidelné kontroly a převazy stávajících invazí, dodržování aseptických postupů při manipulaci s infuzními roztoky a intravenózními léky, pravidelná kontrola močové cévky, sledování subjektivních pocitů pacienta.

Realizace ošetrovatelského plánu

Při manipulaci s invazivními vstupy jsem dodržovala ošetrovatelské postupy a zásady hygienicko-epidemiologického režimu. Průběžně jsem sledovala místa vpichu CŽK, epi katétru, močové cévky, drénu. Prováděla jsem převazy a výměny krytí a lepení podle zvyklosti oddělení. Dbala jsem o osobní hygienu nemocného. Sledovala jsem subjektivní pocity nemocného. O stavu invazí jsem prováděla zápis do dokumentace.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Během ošetřování se neobjevily žádné místní komplikace invazivních vstupů. Některé invazivní vstupy byly preventivně vyměňovány či zcela zrušeny. Pacient chápal nutnost invazí, ale znatelně ho omezovaly v pohybu. Ke konci mého ošetřování byl pacient během dne několikrát odpojován od kontinuální terapie za účelem rehabilitace.

5.5.8 Potencionální riziko infekce v okolí operační rány (sigmoideostomie) z důvodu porušení kožní integrity

Cíl

Zabránění vzniku a šíření infekce.

Plán ošetrovatelské péče

Věnovat pozornost možným místním projevům infekce, sledovat laboratorní výsledky, zdůraznit pacientovi nutnost zvýšené hygieny, pravidelně kontrolovat operační ránu a sterilně převazovat, plnit ordinace lékaře.

Realizace ošetrovatelského plánu

Operační ránu jsem pacientovi každý den sterilně převazovala. V dolním pólu mírně prosakovala a byla začervenalá. Lékař naordinoval 3x denně výplach rány Betadinem. Po dvou dnech sekrece ustoupila a začervenání vymizelo.

Hodnocení ošetrovatelského plánu

Cíl této diagnózy byl splněn, operační rána se po provedeném ošetřování zklidnila. Sigmoideostomie byla klidná, bez známek zánětu.

5.5.9 Riziko vzniku poruchy výživy z důvodu nesprávného dietního režimu

Cíl

Zabránění vzniku poruchy výživy.

Plán ošetrovatelské péče

Informovat pacienta o možnosti vzniku této poruchy, kontrolovat pacienta, zda dodržuje pitný režim, sledovat laboratorní výsledky, povšimnout si stavu hydratace, sledovat patologické příměsi ve stolici.

Realizace ošetrovatelského plánu

Zdůraznila jsem pacientovi nutnost dodržování pitného režimu, sledovala jsem hydrataci pacienta a po 6 hodinách měřila bilance. Pana K. navštěvovala 2x denně dietní sestra a poučovala pacienta o dietním režimu. Stoma-sestra panu K. předala brožuru „Zásady výživy kolostomiků“ a podrobně mu vše vysvětlila.

Hodnocení ošetrovatelského plánu

Cíl této diagnózy byl splněn, pan K. dodržoval pitný režim, bilančně byl po celou dobu mého ošetřování vyrovnán. Byl spokojen s prací dietní sestry a stoma-sestry.

6 Závěr

Bohužel v naší populaci je kolorektální karcinom nejčastějším zhoubným nádorem trávicího ústrojí. Výskyt tohoto onemocnění se u nás postupně zvyšuje a Česká republika je ve výskytu kolorektálního karcinomu řazena na první místo ve světě na počet obyvatel.

Tomuto onemocnění je třeba věnovat zvýšenou pozornost a to hlavně v informovanosti populace a v prevenci. Přes veškerou vážnost tohoto tématu doufám, že tato práce může dopomoci k zamyšlení nad tímto problémem a zároveň může posloužit jako návod pro citlivý přístup k pacientům s tímto onemocněním, a tím pomůže v boji proti této zákeřné nemoci.

„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.“

(indické přísloví)

„Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.“

(latinské přísloví)

7 Seznam bibliografických odkazů

- Conva, T.: Péče o stomiky. In: *Jak ošetřovat stomie*, 2006.
- Hembalová, M. :Karcinom rekta. Absolventská práce. Praha, 2007.
- Hrabovský, J. et al.: Chirurgie. Praha: Eurlex Bohemia, 2006.
- Kozierová, B.: Ošetrovatelstvo 1. 1995. Martin: Osveta, 1995.
- Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002
- Lawrence, W. Way: Současná chirurgická diagnostika a léčba 1, 2. Praha: Grada, 1998.
- Vorlíček, J.: Komplexní péče u onkologicky nemocných. Brno: IDVPZ, 1999.

8 Seznam příloh

8.1 Příloha č. 1 – Studie IKEM

STUDIE IKEM

GENETICKÁ STUDIE ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA IKEM

8.2 Příloha č. 2 – Anamnestické údaje od osob vyšetřovaných na přítomnost genů potenciálně zvyšujících riziko vzniku nádorů tlustého střeva a konečníku

Jméno: Příjmení:
 Rodné číslo: Bydliště (okres):
 Etnická skupina:
 Věk v době diagnózy (jen u nemocných s nádorovým onemocněním nebo střevními záněty):

Rodinný výskyt nádorových onemocnění:

<i>kdo onemocněl:</i>		<i>v jakém věku onemocněl:</i>	<i>jakým nádorem:</i>
otec	NE ANO	ve věku:	nádorem:
matka	NE ANO	ve věku:	nádorem:
otec otce	NE ANO	ve věku:	nádorem:
otec matky	NE ANO	ve věku:	nádorem:
matka otce	NE ANO	ve věku:	nádorem:
matka matky	NE ANO	ve věku:	nádorem:
sestra	NE ANO	ve věku:	nádorem:
bratr	NE ANO	ve věku:	nádorem:
dcera	NE ANO	ve věku:	nádorem:
syn	NE ANO	ve věku:	nádorem:
.....	NE ANO	ve věku:	nádorem:
.....	NE ANO	ve věku:	nádorem:
.....	NE ANO	ve věku:	nádorem:
.....	NE ANO	ve věku:	nádorem:

u příbuzných druhého stupně (strýc, teta, bratranec, sestřenice, neteř, ..) prosím uveďte, zda se jedná o příbuzné z otcovi či matčiny strany)

Kouření: NE ANO Pokud odpovíte ano:

OD (věk v letech): DO (věk v letech):(pokud stále kouříte, kolonku „DO“ nevyplňujte)
 POČET CIGARET / DEN:

Pokud jste kouřil(a) ve více obdobích, označte prosím i druhé období:

OD (věk v letech): DO (věk v letech):(pokud stále kouříte, kolonku „DO“ nevyplňujte)
 POČET CIGARET / DEN:

Kouříte převážně cigarety s filtrem?	NE ANO
Kouříte převážně cigarety bez filtru?	NE ANO
Kouříte pravidelně fajfku nebo doutník?	NE ANO
Pobýváte pravidelně v zakouřené místnosti?	NE ANO

Anamnestické údaje od osob vyšetřovaných na přítomnost genů potenciálně zvyšujících riziko vzniku nádorů tlustého střeva a konečníku. Verze 3

Potrava: jste vegetarián(ka)? NE ANO Pokud odpovíte ano:

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud jste stále vegetarián(ka), kolonku nevyplňujte)

Jíte pravidelně ovoce? NE ANO: denně? obden? méně často?

Jíte pravidelně zeleninu? NE ANO: denně? obden? méně často?

Jíte pravidelně grilované maso? NE ANO: denně? obden? méně často?

Jíte pravidelně smaženou potravu? NE ANO: denně? obden? méně často?

Jíte pravidelně ostrá (pálivá) jídla? NE ANO: denně? obden? méně často?

Jíte pravidelně ryby a rybí tuk? NE ANO: denně? obden? méně často?

Alkohol: Užíváte alkoholické nápoje? NE ANO Pokud odpovíte ano jaké:

pivo odhadem množství 0,5 l lahví za týden:

víno odhadem množství 2 dcl skleniček za týden:

destiláty odhadem množství 0,5 dcl skleniček za týden:

Většinu života jsem strávil(a): ve městě na venkově
přibližně stejně ve městě i na venkově

Vzdělání: základní středoškolské
středoškolské s maturitou vysokoškolské

Povolání: OD (věk v letech): DO (věk v letech):
..... OD (věk v letech): DO (věk v letech):

Váha: kg **Výška:** cm

Trpíte cukrovkou? NE ANO Pokud odpovíte ano:
Léčíte se: Dietou Léky Inzulínem

Léčil(a) jste se někdy v minulosti pro nádorové onemocnění? NE ANO

Pokud odpovíte ano:

Pro jaké?

Anamnestické údaje od osob vyšetřovaných na přítomnost genů potenciálně zvyšujících riziko vzniku nádorů tlustého střeva a konečníku. Verze 3

Léky: Užíváte pravidelně nějaké léky? NE ANO Pokud odpovíte ano, jaké?:

uvádíme nejčastější příklady:

na bolest či chronické záněty: Asacol, Aulin, Brufen, Celebrex, Diclofenac, Ibuprofen, Indren, Indobene, Ketoprofen, Ketonal, Mesulid, Movalis, Naproxen, Piroxicam, Rewodina, Salofalk, Surgam, Vioxx, ...

na vysoký tlak: Agem, Amicloton, Betaloc, Cynt, Indap, Lokrem, Moduretic, Norvasc, Prestarium, Tritace, Vasocardin, ...

psychiatrické léky: Amitriptilin, Aurorix, Cipram, Citalec, Citalopram, Clozapine, Deprex, Dogmatil, Efectin, Fluoxetin, Ludiomil, Melipramin, Plegomazin, Prothiaden, Prozac, Risperdal, Seropram, Seroquel, Sulpirid, Tiapridal, Tisercin, Zelodox, Zoleptil, Zolofit, Zyprexa, ...

.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):
.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):
.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):
.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):
.....	OD (věk v letech):	DO (věk v letech):

U žen:

HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE: NE ANO

Pokud odpovíte ano:

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud tablety stále užíváte, kolonku nevyplňujte)

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud tablety stále užíváte, kolonku nevyplňujte)

HORMONÁLNÍ LÉČBA PŘECHODU: NE ANO

Pokud odpovíte ano:

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud léčba trvá, kolonku nevyplňujte)

OD (věk v letech): DO (věk v letech): (pokud léčba trvá, kolonku nevyplňujte)

(pokud jste užívala tyto léky ve více obdobích, označte prosím i další období)

MENSTRUAČNÍ AKTIVITA: OD (věk v letech):

DO (věk v letech): kolonku „DO“ nevyplňujte,
pokud měsíčky trvají

ZÁNĚTY PRSU? Vlevo: ANO NE Vpravo: ANO NE

Věk při narození prvního dítěte?

Byl Vám již někdy proveden odběr vzorku z prsu? NE ANO Pokud ano:

Kolikrát?

Anamnestické údaje od osob vyšetřovaných na přítomnost genů potenciálně zvyšujících riziko vzniku nádorů tlustého střeva a konečníku. Verze 3



(vyplnit do 24 hodin po příjmu)

Klinika / oddělení:
OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA pro standardní péči (dospělí)

štítek

Diagnóza:	
Alergie:	
Datum příjmu:	
Přijetí Přijat odkud: Opakované přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Rodina informována: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Bolest Lokalizace: Intenzita (dle škály): Co pomáhá:
Fyziologické funkce při přijetí Krevní tlak: Puls: Tělesná teplota: Vědomí Orientace <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> nelze navázat	Hydratace / výživa Hmotnost / výška: Dieta: Stav hydratace: Zvláštnosti: Nutriční screening: (viz druhá strana) Kontaktovat nutričního terapeuta: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Psychický stav <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený Spánek <input type="checkbox"/> bez poruchy <input type="checkbox"/> s poruchou Léky (jake):	Vyprazdňování moče Potíže s močením: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> permanentní katetr: den: Vyprazdňování stolice Jak často chodí na toaletu: Datum poslední stolice: Potíže se stolicí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> jiné:
Stav kůže Změny na kůži: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> dekubity (lokalizace): stupeň: velikost: Riziko dle Nortonové: (viz druhá strana)	Stav kůže <input type="checkbox"/> koupelna <input type="checkbox"/> vypínač světla <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> signalizační <input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> zařízení <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> zadržany lůžka <input type="checkbox"/> pracovní sestry
Pohyblivost <input type="checkbox"/> chodí sám <input type="checkbox"/> chodí s pomocí <input type="checkbox"/> ležící pohyblivý <input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý	Orientace na oddělení <input type="checkbox"/> místa s omezeným vstupem (kuchyňka aj.) <input type="checkbox"/> seznámen s domácím řádem (doba podávání stravy a návštěvních hodin aj.) <input type="checkbox"/> seznámen s právy pacientů
Soběstačnost <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> vysoce závislý <input type="checkbox"/> závislost středního stupně <input type="checkbox"/> lehká závislost <input type="checkbox"/> nezávislý (dle testu ADL, viz druhá strana)	Smyslové bariéry <input type="checkbox"/> problémy se zrakem: <input type="checkbox"/> problémy se sluchem: <input type="checkbox"/> problémy s řečí: <input type="checkbox"/> cizinec, který nerozumí česky
Planované propuštění <input type="checkbox"/> není schopen vykonávat ADL + sebedpěči <input type="checkbox"/> onemocnění s následky <input type="checkbox"/> není orientován (čas, místo, osoba) <input type="checkbox"/> vyžaduje následnou rehabilitaci <input type="checkbox"/> bydlí sám <input type="checkbox"/> v péči: Kontaktovat sociálního pracovníka: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Riziko pádu Skóre rizika (viz druhá strana): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Edukace Potřeba edukace: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny: Téma (viz edukační záznam):	Pomůcky <input type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle, hůl <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> vozík, chodítko <input type="checkbox"/> jiné:
Datum: Čas:	Jméno a podpis sestry: Datum: Čas:

2004 FTNSP

TISK HERKUT

8.3 Příloha č. 3 – Ošetrovatelská anamnéza

Barthelův test základních vědních činností

(ADL - Activities of Daily Living)			bodové skóre*
činnost	provedení činnosti		
1. příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede		10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede		10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede		5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede		5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní		10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní		10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede		10 5 0
8. přesun užítko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede		15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede		15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede		10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:**

- ADL 4 0 - 40 bodů vysoce závislý
- ADL 3 45 - 60 bodů závislost středního stupně
- ADL 2 65 - 95 bodů lehká závislost
- ADL 1 96 - 100 bodů nezávislý

* zaškrtněte jednu z možností
** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4 • úplná	• do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatně	• úplná	• kontinentní
3 • malá	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horečka • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence
2 • částečná	• do 60 let	• vřhka	• sklerosis multiplex • obezita • anemie • onemocnění cév • kachexie • karcinom	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče
1 • žádná	• 60 let +	• alergie, porušená	• velmi špatný	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice
Riziko vzniku dekubitu			nizké (25 - 24 bodů)	střední (23 - 19 bodů)	vysoké (18 - 14 bodů)	velmi vysoké (13 - 9 bodů)	Celkem	

Rizikové faktory pro vznik pádu

<input type="checkbox"/> věk 70 let a více	<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	<input type="checkbox"/> pooperační období (prvních 24 hodin)	<input type="checkbox"/> závratě	<input type="checkbox"/> epilepsie	<input type="checkbox"/> zrakový / sluchový problém	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> hypotenze	<input type="checkbox"/> problém s pohyblivostí	<input type="checkbox"/> dezorientace	<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)
Celkem										
* bez rizika (0 - 1 bodů)					riziko vzniku pádu (2 - 11 bodů)					
* zaškrtněte možnosti										

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)

Věk		BMI*	Ztráta* hmotnosti	Jídlo za* poslední 3 týdny	Projevy nemoci	Faktor stresu
• do 65 let	• 20 - 35	• žádná	• bez změny množství	• žádná	• žádné	• žádný
• nad 65 let	• 18 - 20	• více než 3 kg / 3 měsíce	• poloviční porce	• bolest břicha	• střední (chronické onemocnění, DM, menší chirurgický výkon, nekomplikovaný chirurgický výkon)	• 1
• pod 18 let	• 3 - 6 kg / 3 měsíce	• volné šatstvo	• jí občas	• zvracení nad 6x za den	• vysoký (akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP / ARO)	• 2
Celkem						
nutně vyšetření, speciální dietní		nutně vyšetření, speciální dietní		nutně vyšetření, speciální dietní		3

* Nelze-li pacienta změřit a zvážit - 2 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti *)

* Nelze-li od pacienta získat informace - 3 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti *)

Riziko malnutrice

bez nutnosti intervence (0 - 3 bodů)

nutně vyšetření, speciální dietní

malnutrice ohrožující život / půlben choroby, bezpodmínečně nutriční

8.4 Příloha č. 4 – Perioperační záznam

List 6

Perioperační záznam

typ operačního výkonu

Psychická příprava klienta

KLIENT	zná	zná částečně	nezná
indikaci operačního výkonu			
průběh operace			
předoperační přípravu			
pooperační průběh hospital.			
SUBJEKTIVNÍ POCITY KLIANTA PŘED OPERACÍ			
Klient podepsal - nepodepsal souhlas s operačním výkonem dne			

Fyzická příprava klienta

typ přípravy	stručné zpřesnění přípravy	datum realizace	záznam o realizaci přípravy	podpis sestry
příprava operačního pole				
oholení				
dezinfekce pupeční jizvy				
nácvik rehabilitace				
abdominální dýchání				
hluboký výdech				
plantární flexe a extenze				
jiné				
příprava gastrointest. traktu				
potrava + kouření				
tekutiny				
vyprázdnění střeva				
vyprázdnění moč. měch.				
premedikace				

Bezprostřední příprava klienta v den operace datum

typ přípravy	stručné zpřesnění přípravy	hodina realizace	záznam o realizaci přípravy	podpis sestry
vyšetření				
krevní tlak				
puls				
dech				
tělesná teplota				
glykémie				
ordinace lékaře				
ATB				
antikoagulancia				
diabetická infúze				
premedikace				
bandáže dolních končetin				
jiné medikace				
kontrola				
operačního pole				
vyjmutí protézy				
odličení a odlakování				
vyprázdnění				

8.5 Příloha č. 5 – Záznam o fyzikálním vyšetření klienta

Záznam o fyzikálním vyšetření klienta

Vyšetření tlakové funkce	Vyšetření hlavy a krku	Vyšetření pohybu a palatů	Vyšetření kůže
<p>puls: frekvence / min pravidelný - nepravidelný kvalita</p> <p>krvní tlak: / Torr</p> <p>dech: frekvence / min pravidelný - nepravidelný</p> <p>mlouba typ dýchání eupnoe dyspnoe Bioloovo Kussmaulovo Cheyneovo - Stokesovo</p> <p>vedlejší zvukové jevy jaké</p> <p>čistota teplota: st. C</p> <p>vědomí: plně jasné lenké bezvědomí středně těžké bezvědomí těžké bezvědomí</p> <p>ROSOUZÁNÍ VÝZIVY výška cm váha kg BMI</p>	<p>zornice: izokorické - anizokorické 0 mydriáza - mléza 0 glaukom - katarakta jiné:</p> <p>dutiná ústní: chrup zdravý katežní - sanován protéza H - D má-nemá u sebe sliznice barva</p> <p>vlhkost</p> <p>defekty</p> <p>nos: průchodný - neprůchodný sekrece</p> <p>jiné</p> <p>uši: sluch dobrý zhoršený P - L ucho jiné</p>	<p>držení těla vzpřímené - zrněně Jak</p> <p>chůze: jistá bez opory jistá s oporou</p> <p>nejistá nechodí vůbec koordinace pohybů: dobrá - narušená jak</p> <p>kloubní rozsah pohybů: ve fyziologickém rozmezí omezená hybnost lokalizace</p> <p>..... míra omezení</p> <p>úroveň soběstačnosti na škále 0 - 4 ve schopnosti: umýt se stupeň</p> <p>najíst se stupeň</p> <p>vykoupat se stupeň</p> <p>obléct se stupeň</p> <p>pohybovat se stupeň</p> <p>uvát si stupeň</p> <p>nakoupt si stupeň</p>	<p>barva</p> <p>kožní turgor v normě snížený zvýšený</p> <p>otoky ano - ne lokalizace</p> <p>žíly ano - ne lokalizace</p> <p>operační rána ano - ne lokalizace</p> <p>krytí prosakuje neprosakuje rána není krytá defekt ano - ne lokalizace</p> <p>rozsah</p> <p>vzhled</p> <p>zp. ošetření</p> <p>řízko dekubitů podle Nortonové: bodů</p> <p>JE NENI</p> <p>dekubitus ano - ne lokalizace</p> <p>rozsah</p> <p>vzhled</p> <p>zp. ošetření</p>

