

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA  
S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

Bakalářská práce

LUCIE PAPEŽOVÁ

Praha 2010

# KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

Bakalářská práce

LUCIE PAPEŽOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD, MPH

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze 31. 3. 2010

.....

Podpis studenta

## **ABSTRAKT**

PAPEŽOVÁ, Lucie. Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha. 2010.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacientky s kolorektálním karcinomem a ošetrovatelské problémy s tímto onemocněním spojené. Práce je obsažena ve dvou částech. Teoretická část popisuje vznik, příčiny, příznaky onemocnění společně s diagnostikou, léčbou a následnou kvalitou života pacienta postiženého touto chorobou. Zásadní roli zde hraje návrat pacienta do společnosti a jeho zařazením zpět do kolektivu a pracovního procesu. V praktické části je rozpracován ošetrovatelský proces u pacientky s tímto onemocněním. Obsahem celé části je rozpracování všech ošetrovatelských problémů, které pacientku provázely po celou dobu léčby. Jsou zde navrženy metody na zlepšení celkové fyzické a psychické pohody pacientky.

Klíčová slova: Kolorektální karcinom, Kvalita života, Ošetrovatelský proces, Pacient.

## **ABSTRACT**

PAPEŽOVÁ, Lucie. The nurse case by the patient with a colorectal cancer. The College of Nursing, o. p. s., qualifications degree: bachelors study. Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Prague 2010.

The bachelors thesis is aimed at the nurse case by the patient with a colorectal cancer and the nurses problems which are connected with this illness. The thesis is classified into two parts. The theoretical part describe the origin, causes, symptoms of illness together with a diagnostics, medication and the subsequent quality of a patient life, which is involved with this illness. The basic part is the patient's return to the society and storage to the collective and a power cycle. In a practical part is characterized the nurse case by a patient with this illness. The thesis subject is elaboration of all nurse cases, which did belong to this illness during whole time of therapy. The thesis contain the proposed methods for repair whole physical and mental patient strain.

Key words: colorectal cancer, life quality, illness, nurse case, patient.

## **PŘEDMLUVA**

Nádorová onemocnění provázejí lidstvo již od nepaměti. S prodlužováním lidského věku nádorových onemocnění stále přibývá. Statistiky k tomuto tématu mluví jednoznačně a křivka neustále stoupá. Proto všechny cíle směřují ke snižování výskytu a úmrtnosti, ke zlepšování kvality života a racionalizaci nákladů s nimi spojené.

Tato práce vznikla na základě zvýšené diskutovatelnosti o kolorektálním karcinomu a jeho nárůstu. Jeho výskyt v naší zemi se pohybuje na předních místech v celosvětových statistikách. V České republice bývá ročně diagnostikováno téměř tři tisíce nádorů tlustého střeva a přes dva tisíce nádorů konečníku. Cílem bakalářské práce je poukázat na fakta o tomto onemocnění a některé ošetrovatelské problémy s ním souvisejících společně s jejich řešením.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a častým absolvováním klinické praxe na chirurgických odděleních, kde jsem se setkala s řadou pacientů potýkajících se s tímto onemocněním. Podklady pro práci byly čerpány z knižních, internetových i časopiseckých pramenů. Dále byla využita ošetrovatelská dokumentace pacientky s probíraným onemocněním.

Bakalářská práce je zaměřena pro studenty v oboru všeobecná sestra, cenné rady v ní mohou najít i všeobecné a stomické sestry z praxe, které ošetřují pacienty s kolorektálním karcinomem.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH za pedagogické usměrnění, cenné rady a podporu, kterou mi poskytl po celou dobu tvorby mé práce.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>Amp.</b> .....	ampule
<b>ARO</b> .....	anesteziologicko-resuscitační oddělení
<b>BMI</b> .....	Body Mass Index
<b>CMP</b> .....	cévní mozková příhoda
<b>DM</b> .....	diabetes mellitus
<b>Dr.</b> .....	lékař
<b>i.m.</b> .....	intramuskulárně
<b>JIP</b> .....	jednotka intenzivní péče
<b>KRK</b> .....	kolorektální karcinom
<b>mm/Hg</b> .....	milimetr rtuťového sloupce
<b>PMK</b> .....	permanentní močový katétr
<b>Sb.</b> .....	sbírka
<b>s.c.</b> .....	subkutánně

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Abces** – dutina vyplněná hnisem.

**Anastomóza** - přirozené anatomické spojení mezi dvěma dutými orgány.

**Axila** – jáma podpažní.

**Benigní** – nezhoubný.

**Carcinoma colonis transversi stenosans** – stenožující karcinom v příčném tračníku

**Colitis ulceróza** - je chronické onemocnění střevní sliznice.

**Dilatace** – rozšíření.

**Divertikulitida** – zánět střevní výčlipky.

**Edukace** – poučení, seznámení.

**Fistule** – píštěl.

**Glasgow Coma Scale** – škála na hodnocení vědomí.

**Hernie** – kýla.

**Hypertensio essentials** – primárně zvýšený tlak.

**Chemoterapie** – podávání léčiv, která jsou přímo namířena proti nádorovým buňkám.

**Infiltrovat** – prostoupit.

**Intravenózně** – nitrožilně.

**Irigografie** – kontrastní rentgenové vyšetření tlustého střeva.

**Izokorie** – stejné zornice.

**Karcinogen** – látka, která vyvolává rakovinné bujení.

**Lokální** – místní.

**Maligní** – zhoubný.



**Metastázy** - závažná komplikace zhoubných nádorů, dceřiné ložisko zhoubného nádoru nebo.

**Morbus Crohn** - je chronické zánětlivé onemocnění zažívacího traktu.

**Morbus Hirschsprung** - vrozené chybění gangliových buněk nervových pletení ve stěně střevní.

**Nystagmus** - rychlé mimovolní pohyby očí.

**Obstrukce** - překážka, zamezení nebo ztížení průchodnosti dutým orgánem.

**Perikolitida** – zánět v okolí tlustého střeva.

**Perforace** - proděravění, protržení.

**Per rektum** – přes konečník.

**Polymorbidita** - přítomnost více chorob současně.

**Polyp** – vyklenutí střevní stěny.

**Polyposis hereditaria** - stav, při kterém je stěna střeva pokryta stovkami drobných polypů.

**Prekanceróza** - některé chorobné změny předcházející vzniku rakoviny.

**Radioterapie** – léčba zářením.

**Rektosigmoideum** – konečník.

**Stenóza** – zúžení.

**Symptom** – příznak.

**Tromboembolická nemoc** - závažné onemocnění, jehož podstatou je vytvoření krevní sraženiny.

## Obsah

ÚVOD .....	11
<b>1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM .....</b>	<b>12</b>
1.1 VÝSKYT.....	13
1.2 PŘÍČINY KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	13
1.2.1 ZEVNÍ VLIVY .....	14
1.2.2 VNITŘNÍ VLIVY.....	14
1.3 PŘÍZNAKY .....	14
1.4 DIAGNOSTIKA .....	15
1.4.1 KLASIFIKACE STÁDIÍ.....	16
1.5 LÉČBA.....	17
1.5.1 PROGNOSA .....	18
1.5.2 PREVENCE A SCREENINGOVÁ STRATEGIE.....	18
<b>2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA A POOPERAČNÍ PÉČE.....</b>	<b>19</b>
2.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA .....	19
2.2 POOPERAČNÍ PÉČE.....	20
<b>3 STOMIE .....</b>	<b>21</b>
3.1 TYPY STOMÍÍ.....	21
3.2 KOMPLIKACE STOMÍÍ.....	22
3.3 STRAVOVÁNÍ STOMIKŮ .....	23
<b>4 KVALITA ŽIVOTA .....</b>	<b>24</b>
4.1 KLUBY STOMIKŮ.....	25
4.2 CHARTA PRÁV STOMIKŮ .....	26
4.3 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ PACIENTA SE STOMÍÍ .....	26
<b>5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....</b>	<b>28</b>
IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	28
LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY PŘI PŘIJETÍ.....	29
ANAMNÉZA .....	29

<b>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU .....</b>	<b>30</b>
<b>MEDIKACE.....</b>	<b>31</b>
<b>POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU .....</b>	<b>31</b>
<b>AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA.....</b>	<b>33</b>
<b>POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU.....</b>	<b>37</b>
<b>POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU.....</b>	<b>39</b>
<b>SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DNÍ .....</b>	<b>41</b>
<b>SITUAČNÍ ANALÝZA: .....</b>	<b>42</b>
<b>6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....</b>	<b>43</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PACIENTA A RODINU .....</b>	<b>53</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>54</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY: .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH: .....</b>	<b>58</b>



## ÚVOD

Kolorektální karcinom je zhoubné nádorové onemocnění, které vzniká nekontrolovatelným množením buněk vystýlající tlusté střevo a konečník. Jedná se o civilizační onemocnění, které se v České republice vyskytuje mimořádně často. Při srovnání s okolními státy je u nás jeho výskyt dokonce nejvyšší. Každý rok je diagnostikováno okolo 2800 osob. Celosvětově je třetím nejčastějším nádorovým onemocněním, v Evropské unii je to druhý nejčastější typ rakoviny. Genetika hraje pro jeho vznik jednu z nejdůležitějších rolí spolu se stravovacími návyky, pohodlným životním stylem a nedostatkem pohybu. Kolonoskopie má nezastupitelné místo v diagnostice a častému podchycení tohoto onemocnění. V léčbě je využíváno radikální i paliativní péče. Prognóza kolorektálního karcinomu je při včasném podchycení příznivá. Bohužel velká část pacientů přichází k lékaři až v pozdním stadiu

Cílem bakalářské práce je komplexní zpracování ošetrovatelského procesu u pacientky s tímto onemocněním. Důvodem hospitalizace byla plánovaná operace na tlustém střevě a založení ileostomie. V práci se zabývám patofyziologickým a klinickým obrazem kolorektálního karcinomu. Při sběru údajů jsem vycházela s ošetrovatelské a lékařské dokumentace. Analýzou prošly i informace získané rozhovorem s pacientkou, její rodinou, ostatními členy ošetrovatelského týmu a mým vlastním pozorováním. Na tomto základě jsem stanovila aktuální a potencionální diagnózy, ke kterým jsem zpracovala ošetrovatelský plán. V závěru práce je obsažena edukace pacientky a využití pro praxi.

# 1 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom (dále jen KRK) je zhoubné onemocnění tlustého střeva a konečníku, vycházející z epitelu sliznice. Význam slov je odvozen z řeckého colon (tračník) a latinského ractum (konečník). Jedná se o nejfrekventovanější zhoubné onemocnění v trávicí soustavě. Je řazeno do skupiny civilizačních chorob s významným socioekonomickým dopadem.

Adematózní polypy jsou benigní útvary, neboli také prekancerózy, které většinou předcházejí zvrhnutí ve zhoubný nádor-karcinom. Takto vzniká až 80% kolorektálních karcinomů. Nejčastější lokalizací je u mužů rektosigmoideum, u žen to bývá střevo. K dalším prekancerózám řadíme chronická zánětlivá onemocnění tračníku - Ulceózní kolitidu a Crohnovu nemoc. KRK se může šířit lokálním prorůstáním do okolí nebo lymfatickou a krevní cestou. Nejčastěji tvoří metastázy v játrech a plicích.

Nádorová onemocnění tlustého střeva a konečníku se dělí podle anatomického, klinického, histologického a biologického hlediska.

Histologicky rozdělujeme stavbu nádorů podle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) na:

- adenokarcinom
- mucinózní adenokarcinom,
- skvamózní karcinom,
- adenoskvamózní karcinom,
- nediferencovaný karcinom,
- neklasifikovaný karcinom (JABLONSKÁ, 2000).

Dle anatomického hlediska dělíme nádory dle lokalizace s označením na postižení:

- C 18 – tračníku,
- C 19 – rektosigmoidea,
- C 20 – konečníku,

– C 21 – análu (ABRHÁMOVÁ, 2000).

V 98% se většinou jedná o adenokarcinom. Předpokladem pro vznik KRK je na prvním místě genetická dispozice, dále vliv prostředí a životní styl.

## ***1.1 Výskyt***

KRK patří mezi nejčastěji se vyskytující se nádory gastrointestinálního traktu. V celosvětovém měřítku je KRK čtvrtý nejčastější karcinom ve světě u muže po karcinomu plic, prostaty a žaludku. U žen je na třetím místě po karcinomu prsu a děložního hrdla. Více než polovina pacientů, u kterých se KRK diagnostikuje na toto onemocnění zemře. V Evropě se řadí na druhou příčku nejčastějších nádorů. Po karcinomu plic je i druhou nejčastější příčinou úmrtí v Evropě. Ročně na něj zemře okolo 200 000 nemocných.

Česka republika zaujímá první místo ve výskytu tohoto onemocnění v celosvětových statistikách. Patří ale i na první místo v úmrtnosti na maligní onemocnění u nás. Každoročně je u nás zjištěno zhruba okolo 8000 nově nemocných. Incidence (výskyt na 100 000 obyvatel) neustále roste, ale mortalita se od poloviny devadesátých let již dále nezvyšuje (VYZULA, ŽALOUDÍK, 2007).

## ***1.2 Příčiny kolorektálního karcinomu***

Příčina tohoto onemocnění není zcela známa, ale předpokládá se, že se na jeho vzniku podílejí některé rizikové faktory. Rizikové faktory pro vznik zhoubného bujení můžeme rozdělit na zevní a vnitřní vlivy (HOLUBEC, 2004).

### **1.2.1 Zevní vlivy**

Na první místo řadíme špatnou životosprávu. Jde o nevhodné stravovací návyky, mezi něž patří vysoký příjem živočišných tuků, uzenin, červeného masa a zvláště pak masa tepelně upraveného smažením, pečením, grilováním a především uzením. Dále také nízký obsah vlákniny ve stravě a nedostatečný příjem projektivních látek, např. vitamínu C a kyseliny listové. Sedavý způsob zaměstnání a celková pohybová pasivita vede k obezitě a tím pádem napomáhá ke vzniku karcinomu. Přičemž potřebná je vyvážená strava s rovnoměrným energetickým příjmem a výdejem. Do skupiny tzv. karcinogenů spadá alkohol a cigaretový kouř. Ty mají jeden z nejzásadnějších významů pro vznik karcinomu a jsou popisovány v mnoha studiích (HOLUBEC, 2004).

### **1.2.2 Vnitřní vlivy**

Z vnitřních vlivů zaujímají nejvýznamnější místo genetika, věk, pohlaví a střevní polypy. Za rizikový je považován věk nad 50 let, ale výjimkou nejsou ani mladší pacienti. Muži mají ke KRK větší dispozici než ženy (HOLUBEC, 2004).

V genetice hrají velkou roli Polypózní syndromy, mezi které zařazujeme Familiární adenomatózní polypózu tlustého střeva. U té dochází k mutaci genu a ve střevě se tvoří mnohočetné polypy. Má téměř 100% předpoklad k malignímu bujení. Dalším dědičným onemocněním je hereditární nepolypózní kolorektální karcinom. Výskyt karcinomu tlustého střeva je také častěji prokázán u idiopatických střevních zánětů, Chronnovi nemoci a Ulcerózní kolitidy (JABLONSKÁ, 2000).

## **1.3 Příznaky**

Příznaky kolorektálního karcinomu nebývají výrazné a mohou proto snadno uniknout naší pozornosti. Z počátku může nádor růst skrytě, asymptomaticky, a později se začne manifestovat již v pokročilejším stádiu. Příznaky jsou podmíněny jednak



umístěním nádoru a také jeho velikostí. Symptomy kolorektálního karcinomu mohou být zprvu nespecifické (únava, slabost, úbytek tělesné hmotnosti, zvýšené teploty aj.). Specifické příznaky se odvíjejí od lokalizace nádoru. Nádory umístěné v pravé části tlustého střeva jsou zpravidla dlouhou dobu bezpříznakové. Obvykle se prokáže chudokrevností a hmatným útvarem v pravé části břicha. Nádory lokalizované v levé polovině střeva se projevují poruchami vyprazdňování, břišními kolikami a náhlou příhodou břišní. Mezi projevy postižení konečníku patří časté, někdy bolestivé, nutkání na stolicí, příměs krvavého hlenu či čerstvé krve ve stolici, pocity nedostatečného vyprázdnění a průjmy (JABLONSKÁ, 2000).

#### ***1.4 Diagnostika***

V diagnostice nádorového onemocnění hraje velkou roli důkladná anamnéza, zaměřená na výskyt nádorového onemocnění v rodině. Následuje odběr biologického materiálu, který je odeslán k rozboru. Ke standardnímu vyšetření krve se doplňuje vyšetření nádorových markerů CEA (karcinoembryonální antigen), Ca 19-9 (tumorový marker karcinomu tlustého střeva), AFP (hepatocelulární karcinom).

V dnešní době je k diagnostice kolorektálního karcinomu využívána celá řada vyšetřovacích metod. Nejvýznamnější roli v současnosti zastává endoskopické vyšetření. Tomu vždy předchází klinické vyšetření, vyšetření per rektum. Z endoskopických metod se začíná rektoskopií, která je vždy doplněna kolonoskopií. Při kolonoskopii lze odebrat biotický vzorek tkáně a odeslat na histologický rozbor. V návaznosti je možné provést endoskopickou ultrasonografií.

Z rentgenových metod se nejčastěji využívá irigografie s kontrastní látkou, irigoskopie a snímek plic při podezření na metastázy plic. Počítačová tomografie (dále jen CT) je výhodné vyšetření pro zobrazení lymfatických uzlin a potvrzení či vyloučení sekundárního postižení okolních orgánů. Někdy je doplněna ultrazvukovým vyšetřením. Taktéž je tomu i při magnetické rezonanci (dále jen MR), (ABRHÁMOVÁ, 200).

### 1.4.1 Klasifikace stádií

V případě diagnostikovaného nádoru je potřeba zjistit rozsah onemocnění, neboli stádium. Podle rozsahu onemocnění je volen způsob léčby. Existuje několik možností, jak klasifikovat nádorová onemocnění. V České republice se nejvíce využívá klasifikace TNM (Tumor-nodus-metastasis) podle Mezinárodní unie proti rakovině, méně často se využívá klasifikace dle Dukese. Z dalších můžeme uvést např. klasifikaci dle Astlerova–Collerova systému aj. (VYZULA, ŽALOUĐÍK, 2007).

Klasifikace TNM u KRK:

– **T** - velikost tumoru

**TX** - nelze posoudit,

**TO** - bez známek nádoru,

**TIS** - tumor in situ (v přirozené poloze),

**T1** – nádor postihuje submukózu (podslizniční vazivo),

**T2** – nádor postihuje tunica muscularis propria (vlastní svalovinu),

**T3** – nádor postihuje subserózu,

**T4** – nádor proniká do orgánů.

– **N** - postižení lymfatických uzlin

**NX** - nelze posoudit,

**N0** - bez známek postižení,

**N1**- postižení 1-3 regionálních uzlin,

**N2** – postižení více než 4 regionálních uzlin.

– **M** - přítomnost metastáz

**MX** - nelze posoudit,

**M0** - bez známek vzdálených metastáz,

**M1** - prokázány vzdálené metastázy.

## **1.5 Léčba**

Léčba kolorektálního karcinomu závisí na celkovém stavu pacienta, nálezu a rozsahu onemocnění. Dominantní postavení má chirurgická léčba. Dalšími využívanými metodami jsou chemoterapie a radioterapie. Často se musí tyto léčebné metody kombinovat (VYSLOUŽIL, 2005).

Při záchytu časného nádoru, tzv. malignizovaného polypu, může být řešením jeho snesení při kolonoskopii. Pokud nádor zasahuje do stěny tlustého střeva, je důležité provést resekci střeva s následnou anastomózou nebo stomií. Typ chirurgického výkonu si vybírá operatér dle rozsahu a místa poškození. Jestliže nádor prorůstá celou střevní stěnou nebo postihuje lymfatické uzliny, přiřazuje se k chirurgické léčbě i léčba chemoterapií a radioterapií. Radioterapie neboli ozařování se u nádorů tlustého střeva téměř nevyužívá. Výjimku představují nádory konečníku, kde tato metoda nachází své uplatnění (VYSLOUŽIL, 2005).

Při metastatickém onemocnění je léčba založena na chemoterapii, která je buďto léčbou adjuvantní nebo doplňkovou. Jejím cílem je oddálení růstu nádoru. Při léčbě chemoterapií dochází k řadě vedlejších účinků, pacienti trpí nevolností, zvrací, mají průjemy a dochází k alopecii neboli k vypadávání vlasů. Metastázy kolorektálního karcinomu nejčastěji vznikají v játrech, mohou ale být i v plicích nebo v jiném orgánu (VORLÍČEK, ABRHÁMOVÁ, VORLÍČKOVÁ, 2006).

### 1.5.1 Prognosa

Pro stanovení prognózy je zásadní znát stadium nádoru. Dále může prognózu ovlivnit řada jiných faktorů, jimiž jsou například věk, pohlaví, lokalizace nádoru, rozsah chirurgického výkonu atd. Nádory omezené na sliznici střeva a podslizniční vazivo jsou ve více než 90% vyléčitelné. S postupující invazí nádoru do hlubších vrstev střeva klesá šance na dlouhodobé přežití. Při metastatickém postižení a jeho nemožnosti odstranění se jedná o nevyléčitelnou chorobu (VYZULA, ŽALOUDEK, 2007).

### 1.5.2 Prevence a screeningová strategie

Máme dva druhy prevence. První z nich je prevence primární, která je zaměřena na eliminaci rizikových faktorů, jejichž vliv má za příčinu vznik maligních nádorů. Populace by měla být informována o potřebě správného stravování a o nutnosti pravidelné fyzické aktivity. Do jídelníčku by mělo být zařazeno hodně vlákniny, zeleniny, ovoce, celozrnného pečiva, luštěnin a bílého masa. Naopak by se lidé měli vyvarovat velkého množství tuků, sacharidů a slazených nápojů. Za zcela nevhodné je považována konzumace velkého množství červeného masa – hovězí, vepřové, skopové, alkoholu, uzenin a konzervovaných potravin.

Sekundární prevence zahrnuje depistáž symptomatických jedinců nad 50 let a dispenzarizace vysoko rizikových skupin.

Screeningová strategie při vyhledávání kolorektálního karcinomu spočívá v plošném vyšetřování obyvatelstva za účelem detekce nádoru v jeho časných stádiích. Cílem je snížit nemocnost a úmrtnost nebo-li mortalitu.

Metody screeningu kolorektálního karcinomu:

- test na okultní krvácení,
- flexibilní sigmoideoskopie,
- kombinace testu na okultní krvácení a flexibilní sigmoideoskopie,
- kolonoskopie,
- irigografie,
- virtuální holografie (JABLONSKÁ, 2000).

## **2 Předoperační příprava a pooperační péče**

Předoperační příprava a pooperační péče jsou stěžejními články v celé péči o budoucího stomika. Předoperační péče začíná již značnou dobu před samotným zákrokem, pokud se jedná o dlouhodobou přípravu. Předoperační rady a informace, které jsou nemocnému podány, by u něj měly vyvolat pocit důvěry, jistoty a pochopení. O nutnosti zavedení stomie informuje nemocného lékař. Vysvětlí celý průběh operace, upozorní na možnosti komplikací a podepíše spolu s pacientem informovaný souhlas s výkonem, bez kterého nelze operaci provést. Nemocnému nabídne a doporučí informativní schůzku se stomasestrou. Ta mu je nápomocna během předoperační přípravy, pooperační i následující péče (ŠVÁB, 2000).

### **2.1 Předoperační příprava**

Předoperační přípravu rozdělujeme do několika fází. Jako první je na řadě tzv. psychologicko-edukační rozhovor mezi pacientem a sestrou. Tento pohovor slouží ke zjištění psychosociální anamnézy a informovanosti pacienta o pojmu stomie. Stoma sestra pacientovi vysvětlí, jak stomie vypadá, jak se o ni pečuje a jak se se stomií dá žít. Po ruce má vždy celou řadu informačních brožur a letáků, které dá pacientovi k dispozici. Přistupuje k nemocnému empaticky, vstřícně a odpovídá na všechny jeho dotazy (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al., 2006).

Druhou fází je technická příprava, kdy se na stěnu břišní zakreslí místo pro založení stomie. Pacient při tomto úkonu stojí, sestra si prohlédne odhalené břicho, zjistí linii pasu a pupku, jizvy, kožní záhyby a nerovnosti. Označí místo založení stomie nesmyvatelnou fixou a přiloží demonstrativní sáček. Poté požádá pacienta, aby vyzkoušel některé pohybové aktivity - leh, sed, předklon, dřep a chůzi. Pacient musí na atonii dobře vidět a pohodlně s ní manipulovat (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al., 2006).

Ve třetí fázi je pacient poučen o příchodu do nemocnice a následné přípravě střeva a operačního pole. Nejčastěji je nemocný přijímán na oddělení 2 dny před

operací. Je uložen na klidný pokoj v blízkosti sociálního zařízení. Příprava operačního pole spočívá ve vyčištění umbilikální oblasti a vyholení od prsních bradavek po třísla. Při mechanické očištění střeva je nemocnému podán perorální osmoticko-koloidní roztok - nejčastěji Fortran. Pacient je nabádán k zvýšenému příjmu tekutin, neboť je organismus hodně ztrácí. Součástí očištění je nutné dodržování dietních opatření. Dva dny před operací jí nemocný pouze tekutou stravu, den před operací podáváme jen čaj a tekutiny doplňujeme infuzemi (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al., 2006).

Nutná je také antibiotiková profylaxe, kdy se většinou aplikuje Augmentin 1,2 g intravenózně. K prevenci trombo-embolické nemoci využíváme miniheparinizaci nízkomolekulárními hepariny (Clexane, Fraxiparine) a bandážujeme dolní končetiny pomocí kompresivních punčoch nebo elastickými obinadly. Při polymorbiditě (DM, hypertenze) pacienta je nutná jeho kompenzace. Většinou se ještě na oddělení zavádí permanentní močový katetr a periferní žilní kanyla (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al., 2006).

## **2.2 Pooperační péče**

Bezprostředně po operaci je pacient odvezen na jednotku intenzivní péče-JIP nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení-ARO. Zde mu jsou monitorovány vitální a fyziologické funkce, operační rány, bolest, funkčnost Redonova drénu, invazivní vstupy a celkový stav nemocného. Nemocný zaujímá polohu vleže s mírně pokrčenými koleny. Na operačním sále je mu na stomii nalepen jednodílný průhledný výpustný sáček bez filtru. Pravidelně se sleduje tvar, funkčnost, barva a otok stomie, spolu s odchodem plynů, stolice a sekretů (MARKOVÁ, 2006).

Výživa pacienta je v prvních dnech zajišťována parenterálně až do obnovení funkčnosti peristaltiky a vyprazdňování stolice. Postupně se přechází na kašovitou stravu. I nadále pokračujeme v prevenci trombo-embolické nemoci. Kromě fyzického stavu kontrolujeme také psychiku nemocného. Toto období je pro něj obtížné a dost často je špatně psychicky snášeno (MARKOVÁ, 2006).

## 3 Stomie

Stomie je slovo řeckého původu. Překládáme jej jako ústa, vyústění. Není považována za nemoc, ale za termín, volně přeložený jako otvor v břišní stěně, vytvořený chirurgem. Technika vytvoření stomie je známa více než 200 let, ale až v roce 1776 byla provedena Dr. Pillorem první úspěšná operace. Existuje několik druhů stomií pojmenovaných podle místa vyústění (HOLUBEC, 2004).

### 3.1 Typy stomií

Dělíme na:

- Výživné – gastrostomie, jejunostomie
- Derivační – ezofagotomie, tracheostomie, urostomie, ileostomie, kolostomie.

Stomie může být trvalá, nebo dočasná. Dočasná stomie na tlustém střevě se indikuje při akutní obstrukci střeva, kdy je střevo zacpáno nádorem. Dále při divertikulitidě, která se může projevit perforací, abscesem, fistulou či perikolitidou. Fistuli zvyšují riziko infekce močových cest a anastomózy neboli spojení dvou konců střeva po předcházející resekci. Na tenkém střevě je příčinou Colitis ulceróza, Morbus Crohn, Polyposis hereditaria a Morbus Hirsprung (HOLUBEC, 2004).

Typy kolostomií jsou většinou pojmenovány dle místa umístění:

- a) cekostomie – cékum se vytáhne přes stěnu břišní na povrch a přišije se, málo využívaný typ,
- b) ascendostomie – tvoří se z ascendentní části tlustého střeva, málo využívaný typ,
- c) transverzostomie – vytváří se po délce celého tlustého střeva, nejčastěji využívaný,
- d) descendostomie – vytvořena z descendentní části tlustého střeva,
- e) sigmoideostomie – tvořena z esovité kličky, zde se nejčastěji vytváří permanentní stomie (HOLUBEC, 2004).

## 3.2 *Komplikace stomií*

Je celá řada komplikací, jež mohou člověka se stomií potkat. Každý nemocný by měl být správně edukován o včasném rozpoznání prvních příznaků a o důležitosti včasného odborného zásahu lékaře či stomické sestry.

### Podráždění kůže

Podráždění kůže je nejvíce se vyskytující komplikací. Příčinou většinou bývá zatékání střevního obsahu pod podložku, což je způsobeno její netěsností. Dále ale může jít o nedostatečnou hygienu okolí stomie, její nesnášenlivost, některé kožní onemocnění anebo špatně zvolený průměr dané pomůcky. To nastává převážně u pacientů s čerstvě založenou stomií.

### Krvácení

Krvácení ze stomie je tolerováno, pokud je nevýrazné a viditelně vzniká z podráždění sliznice střeva, která je poměrně hodně cévně zásobována. Pokud se ale jedná o krvácení ve větším rozsahu, bývá nutná hospitalizace.

### Stenóza

Je stav, kdy se zúží ústí stomie a může dojít až k jejímu úplnému uzavření. Příčinou může být jizevnatá tkáň kolem stomie, neadekvátní operační technika anebo infekce kolem stomie. Řešení spočívá v dilataci pomocí dilatátorů či digitální dilatace. Při těžké stenóze je jediným možným řešením chirurgická úprava.

### Retrakce

Neboli vtažení stomie do břicha se vyskytuje u pacientů, kteří zaznamenali váhový úbytek či přírůstek. Další příčinou může být zúžení střeva nebo vyšití stomi pod tahem. Léčba se odvíjí od příčiny a typu retrakce.



## Prolaps

Různě dlouhá část střeva se vyhřezne před břišní stěnu. Příčinou je oslabená břišní stěna a její přetížení. Zpravidla je nutné chirurgické řešení.

## Hernie

Vyskytují se častěji okolo kolostomie, než okolo ileostomie. Většinou se objevují u pacientů s oslabenou břišní stěnou. Dochází u ní k vyklenutí celého okolí i se stomií, anebo vedle stomie. Při včasném podchycení je možnost předejít operačnímu řešení pomocí podpůrného pásu (ŠVÁB, 2000).

### **3.3 Stravování stomiků**

Každý organismus potřebuje potravu jako energetický zdroj pro růst a pro udržení života. Strava by měla obsahovat vyvážené množství bílkovin, tuků, uhlohydrátů, minerálů a vitamínů. Od samého počátku by měl být každý pacient edukován o potřebné pravidelnosti jídla podávaného v malých porcích po celý den. Pravidelným příjmem potravy se postupně upraví i vyprazdňování stolice. Do celé skladby jídelníčku je potřeba zařadit dostatečné množství tekutin. Doporučuje se vypít kolem 2,5 -3 litrů tekutin denně (MANN, 1995)

Všeobecně může stomický pacient jíst a pít vše, na co byl zvyklý před operací. Důležité je pacienta upozornit na fakt, že mu některé potraviny mohou vyvolat potíže.

Např.:

- nadýmavé potraviny – luštěniny, tvrdá zelenina,
- potraviny způsobující obstipaci – luštěniny, sušené ovoce, ořechy, čokoláda, převařené mléko,
- potraviny způsobující průjem – syrové ovoce, špenát, kysané zelí, káva, cukr, alkohol,
- potraviny způsobující zápach – zelený salát, špenát, petržel, jogurty,
- potraviny způsobující zvýšenou produkci plynů – sýry, vejce, ryby, cibule, česnek (MANN, 1995).

## 4 Kvalita života

Pojem kvalita života není dodnes přesně definován. Je to složitý, velmi široký pojem, který je těžko uchopitelný pro svou komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života takto, cituji: „Kvalita života je dojem jednotlivce či skupiny o vycházení vstříc jejich potřebám a neupírání možností dosáhnout štěstí a naplnění“ (MARKOVÁ, 2006; DOSTÁLOVÁ, 1993).

Pacient se stomií je zařazen do skupiny závažně nemocných s trvalým postižením, které výrazně mění vnitřní prožívání spokojenosti a štěstí. Akceptace postižení je u každého člověka jiná. Důležitou roli pro dobrou adaptaci hraje sociální a emocionální podpora rodiny, přátel, ošetrujícího personálu a navázání kontaktu s kluby stomiků. Stomie představuje pro člověka mimořádnou zátěž a je zkouškou jeho nezdolnosti, neboť mu přináší řadu omezení, změn v životním stylu a značnou míru stresu. Nejčastějšími faktory ovlivňujícími kvalitu života jsou: strach ze smrti, ztráta sebeúcty, zdravotní omezení, obava z nové budoucnosti, změny v rodině, finanční zátěž v souvislosti se ztrátou zaměstnání (MARKOVÁ, 2006; OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al. 2006).

Kvalitu života stomika výrazně ovlivňuje péče stomasestry a spolupráce se stomickou poradnou. Obě složky působí jako kvalifikovaní poradci a zajišťují komplexní a kontinuální péči. Při dobré a týmové práci je možné kvalitu života ovlivnit. Cílem celého ošetrovatelského týmu je pomoci pacientovi k takovému stavu, kdy je schopen strávit každý den na vrcholu svých možností, a to nejlépe bez subjektivních těžkostí se zachováním aktivity a pěstováním pozitivních sociálních vztahů. Dnes je možné zajistit nemocnému život prožitý téměř bez omezení (MARKOVÁ, 2006; OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al. 2006).

## 4.1 Kluby stomiků

Kluby stomiků hrají vysoce pozitivní úlohu v prožívání pacienta. Jsou to dobrovolná sdružení nositelů stomií, jejichž posláním je hájit zájmy stomiků. Jejich činnost se odvíjí v několika směrech. Členové klubu se pravidelně schází a pořádají setkání s odborníky z různých oborů, s nimiž hledají odpovědi na otázky, které přináší život se stomií. Dále se dozvídají o nových trendech ošetřování stomií, radí se, jak získávat a používat kompenzační pomůcky a přináší novinky objevující se na trhu.

Výbor klubu stomiků pro své členy zajišťuje několikrát ročně rekondiční pobyty v přírodě nebo lázeňských městech, víkendové akce, turistické vycházky a jiné společné aktivity. Samotný fakt, že se mohou sejit stejně postižení lidé, má velký informační a psychologicko-společenský efekt. Pacienti nacházejí pochopení a zbavují se pocitu méněcennosti (MARKOVÁ, 2006).

„Všechny regionální kluby stomiků sdružuje organizace s celostátní působností „České ILCO“ (sdružení stomiků v České republice). Hájí zájmy stomiků při jednání se státními orgány, udržuje kontakty s obdobnými organizacemi v zahraničí, podílí se na organizaci společenských akcí, organizuje odborné přednášky, zdravotní programy a sociální rehabilitace stomiků formou rekondičních pobytů, zájezdů, kulturních a společenských akcí. Sleduje pokroky v oblasti péče o stomiky i vývoj nových pomůcek v zahraničí a snaží se nové poznatky uplatňovat a zavádět v našich podmínkách. Udržuje také kontakty se stomiky v sousedních zemích“ (MARKOVÁ, 2006, s. 57).

Nepravidelně vychází informační bulletin - ILCO zpravodaj. V celosvětovém měřítku stomiky zastupuje Mezinárodní asociace stomiků - IOA (International Ostomy Association). Na internetových stránkách je možné shlédnout časopis, který vydává (<http://www.ostomyinternational.org>). Tato organizace vznikla přesně před 30 lety a dnes sdružuje již více než 87 zemí (MARKOVÁ, 2006).

## 4.2 *Charta práv stomiků*

Mezinárodní asociace stomiků deklaruje za svůj cíl realizaci Charty práv stomiků ve všech zemích, kdy by měla být péče zdravotníků poskytována dle tohoto etického kodexu. Celá charta obsahuje speciální potřeby skupiny tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Celková kvalita života stomiků závisí na vztahu pacient-sestra-lékař-rodina-společnost (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al., 2006).

„Každý stomik má právo:

- na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu opera a znal základní skutečnosti o životě se stomií;
- na dobře provedenou, dobře umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta;
- na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i své komunitě;
- na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stoikova života;
- na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici;
- na možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek;
- na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a o službách a podpoře, které poskytují;
- na ochranu proti jakékoliv formě diskriminace“ (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, et al., 2006, s. 52).

## 4.3 *Sociální zabezpečení pacienta se stomií*

Stomie je v legislativě zařazena jako postižení zhoršující životní podmínky, z čehož vyplývá, že stomik má nárok na částečný nebo plný invalidní důchod. Každý konkrétní případ posuzuje Lékařská posudková služba, která při posuzování nároku na plný či částečný invalidní důchod postupuje podle zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, kde se píše: „Nárok na *plný invalidní důchod* vzniká z důvodu

dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, kdy poklesla schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66% nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Na *částečný invalidní důchod* má nárok ten, u něhož poklesla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33% a také tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně stěžuje obecné životní podmínky“ (MARKOVÁ, 2006, s. 58).

Dále má nemocný nárok na *dávky sociální péče* týkající se získání průkazky TP (těžce zdravotně postižený) a ZTP (zvláště tělesně postižený). To je posuzováno podle vyhlášky 182/1991 Sb., kde jsou uvedena postižení, na která se vztahují jednotlivé stupně mimořádných výhod. Stomie zde jmenovitě zařazena není, proto při přiznávání těchto výhod často vznikají problémy (MARKOVÁ, 2006).

Příspěvek na *zvýšené životní náklady* je poskytován nejčastěji, a to pacientům používajícím kompenzační nebo jiné pomůcky. U stomiků je využíván pro pokrytí zvýšených výdajů souvisejících s používáním stomických pomůcek. Maximální výše příspěvku je 200 Kč za měsíc (MARKOVÁ, 2006).

## 5 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematicky a logicky poskládaný algoritmus pro komplexní péči o pacienta. Je poskládaný do 5 fází, které na sebe plynule navazují a tvoří dynamický celek. První fází hodnotíme nemocného, ve druhé stanovujeme ošetrovatelské diagnózy. Třetí fáze je fáze plánování, kde si vytyčujeme cíle, plánujeme výsledná kritéria a stanovujeme plán ošetrovatelské péče. Předposlední fází je realizace, která plní plán realizace a seznamujeme zdravotnický tým s tímto plánem. Poslední fází je zhodnocení, v něm porovnáваме dosažené výsledky s plánovanými cíli. Cílem ošetrovatelského procesu je zanalyzování pacientova zdravotního stavu, jeho aktuálních, ale i potencionálních problémů a upokojení bio-psycho-sociálních potřeb. Od roku 1973 se stal ošetrovatelský proces součástí mezinárodních standardů ANA (American Nurses Association), (KOZIEROVÁ, 1995).

### *Identifikační údaje*

Jméno, příjmení: J. S.

Pohlaví: žena.

Narození: 1943.

Věk: 67.

Stav: vdaná.

Krevní skupina: A Rh +.

Důvod přijetí: plánovaná operace.

Vztah k zařízení: hospitalizace.

Příjem: první přijetí.

Pooperační den: 6.

Den pobytu: 7.

Oddělení: IV. oddělení I. chirurgická klinika.

### ***Lékařské diagnózy při přijetí***

- carcinoma colonis transverzi stenosaurs,
- hypertensio essentials.

### ***Anamnéza***

- **Osobní anamnéza:** dříve žádná vážnější onemocnění, pouze běžné dětské nemoci. V roce 1970 po apendektomii. Před 10 lety zjištěna esenciální hypertenze, která je korigována praktickým lékařem.
- **Rodinná anamnéza:** matka -† v 70 letech pro karcinom prsu,  
otec -† v 90 letech po CMP v LDN,  
sourozenci - sestra- zdráva, 69 let,  
bratr- zdráv, 65 let.
- **Alergická anamnéza:** pacientka neudává žádnou alergii.
- **Gynekologická anamnéza:** pacientka prodělala 2 porody v letech 1961 a 1963 (synové), potrat žádný. První menstruaci měla ve 14 letech, poslední menstruaci zaznamenala okolo 50. roku. V období klimakteria se potýkala s potížemi ve smyslu zvýšeného pocení a zarudnutí obličeje.
- **Sociální anamnéza:** spolu s manželem bydlí pacientka v rodinném domku. Společně vychovali dva syny. Má 4 vnoučata, která bezmezně miluje a velice ráda se o ně stará. Tvrdí, že celá rodina žije v harmonickém stavu. Ráda pracuje na zahrádce u svého domu, spolu

s manželem a vnoučaty chodí na procházky. V zimě jezdí ráda na hory a běžkuje.

- **Pracovní anamnéza:** pacientka má vysokoškolské vzdělání, několik let učila na základní škole český jazyk a dějepis. Vztahy na pracovišti byly dobré. Nyní je ve starobním důchodu a pobírá důchodové dávky.
- **Spirituální anamnéza:** pacientka je nevěřící. Víra pro ni nehraje v životě žádnou roli. Je spíše realistická.
- **Abusy:** alkohol - pouze příležitostně,
  - kouření- 0,
  - drogy- 0,
  - káva – 1x denně.
- **Nynější onemocnění:** před měsícem byl pacientce diagnostikován karcinom příčného tračníku tlustého střeva, který bude při nynější hospitalizaci odstraněn a bude vyvedena ileostomie.

### ***Fyzikální vyšetření sestrou***

- celkový vzhled: upravený,
- vědomí - jasné, Glasgow Coma Scale 15,
- orientace - orientován osobou, prostředím i časem,
- úprava, hygiena: dobrá,
- puls: 88' za minutu, pravidelný,
- krevní tlak: 110/70 mm/Hg,
- krevní saturace: 98 %,
- dýchání: 16 dechů za minutu, dýchání čisté, v normě,
- tělesná teplota: 36,7 °C,
- kůže: suchá, vrásčitá, bez lézí,
- výška: 167 cm,
- hmotnost: 70 kg,
- BMI: 26,
- chůze: dobrá, bez rizika pádu,



- sluch: dobrý,
- zrak: používá brýle na čtení,
- čich: dobrý,
- řeč: plynulá.

### ***Medikace***

Betaloc SR 200 mg.tbl. (antihypertenzivum) ½-0-0,

Novalgin tbl. (analgetikum) 0-0-1, nebo dle potřeby.

### ***Posouzení současného stavu***

- ze dne 8. 11. 2009

#### **Fyzický stav**

##### **Hlava a krk:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Hlava mě nebolí, jiné obtíže nemám. Slyším dobře, zrak je horší, nosím brýle již několik let. Se štítnou žlázou problémy nemám.“
- **Objektivně:** hlava mezocefalická, velikostně normocefalická na poklep nebolestivá. Oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé bez nystagmu, víčka bez příznaků nemoci. Skléry bílé, zornice izokorické, spojivky růžové. Ušní boltce bez příznaků nemoci, zvukovod bez sekrece. Rty růžové. Jazyk plazí středem, růžový, vlhký. Chrup umělé. Krk je symetrický, štítná žláza nezvětšena, náplň krčních žil v normě. Pulsace karotid symetrická. Lymfatické uzliny nehmatné.

##### **Hrudník a dýchání:**

- **Subjektivně:** pacientka: „Dýchá se mi dobře. Pravidelně chodím na mamograf“

- **Objektivně:** Hrudník atletický, bez jizev. Prsy mírně asymetrické, bez rezistence. Bradavky bez příznaku nemoci. Dýchání sklípkové, čisté, frekvence 16 dechů za minutu. Axily volné. Poklep klidný, jasný.

#### **Srdeční a cévní systém:**

- **Subjektivně:** pacientka: „Žádné problémy jsem nikdy neměla.“
- **Objektivně:** akce srdeční pravidelná, slyšitelné 2 ozvy, bez šelestu. Frekvence P 74/min, TK 130/80 mm/Hg. Pacientka nemá křečové žíly ani otoky. Pulsace na dolních končetinách hmatná.

#### **Břicho a GIT:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Břicho mě pobolívalo již předtím, měla jsem pocit nadýmání. Nyní mě bolí ta rána po operaci.“
- **Objektivně:** břicho nad úrovní hrudníku, na pohmat měkké, palpačně citlivé, operační rána klidná, hojí se per primam. Játra nezvětšeny. Slezina a ledviny nehmatné. Močový měchýř nebolestivý.

#### **Močový a pohlavní systém:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „S močením ani s genitálem jsem nikdy problémy neměla. Chodím na pravidelné gynekologické prohlídky.“
- **Objektivně:** Genitál ženský. Močí spontánně.

#### **Kosterní a svalový systém:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Občas mě bolí záda a kolena, od častého klečení na zahrádce.“
- **Objektivně:** horní končetina bez otoků, hybnost v kloubech volná, nebolestivá. Svalová síla symetrická. Pulsace hmatná. Na pravé horní končetině na předloktí zavedena periferní žilní kanyla. Dolní končetina: bez otoků, bez známek trombo-embolické nemoci a zánětu, hybnost v kloubech volná, nebolestivá. Pulsace hmatná.

### **Nervový a smyslový systém:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Nosím jen ty brýle na čtení, jinak o ničem nevím.“
- **Objektivně:** pacientka je orientována osobou, místem, časem, bez známek meningeálního dráždění. Pacientka nosí brýle, slyší dobře.

### **Endokrinní systém:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Nemám žádné obtíže.“
- **Objektivně:** Pacientka je bez obtíží.

### **Imunologický systém:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Nikdy jsem moc nemarodila ani žádné alergie nemám“
- **Objektivně:** Pacientka není alergická

### **Kůže a adnexa:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Kůži mám sucho, hodně se mažu tělovým krémem.“
- **Objektivně:** kůže suchá, barva normální, kožní turgor přiměřený, bez vyrážky. Vlasy upravené. Nehty čisté, ostříhané. Kožní integrita byla porušena operačním výkonem a zavedením periferní žilní kanyly.

### ***Aktivita denního života***

- ze dne 8. 11. 2009

### **Stravování:**

#### **Doma:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Jedla jsem 4x denně, mám ráda zeleninu a ovoce. Snažím se vařit lehká jídla. S manželem máme rádi těstoviny a maso.“
- **Objektivně:** BMI 26

**V nemocnici:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Musím držet dietu, mám hlad, ale vím, že se nedá nic dělat a musím to vydržet.“
- **Objektivně:** Pacientka dodržuje dietní omezení.

**Tekutiny:****Doma:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Snažila jsem se vypít okolo třech litrů denně. Mám ráda slazené minerálky.“
- **Objektivně:** kožní turgor přiměřený, kůže suchá.

**V nemocnici:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „I v nemocnici se snažím hodně pít, bylo mi to doporučeno.“
- **Objektivně:** pacientka dodržuje pitný režim.

**Vylučování moče:****Doma:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Močím bez obtíží.“
- **Objektivně:** pacientka močí spontánně.

**V nemocnici:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Močím zde bez obtíží.“
- **Objektivně:** pacientka močí spontánně.

### **Vylučování stolice:**

#### **Doma:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Před půl rokem jsem začala mít menší obtíže s vyprazdňováním stolice, občas to bolelo a stolice přicházela nepravidelně.“
- **Objektivně:** pacient udává nepravidelnou a bolestivou defekaci.

#### **V nemocnici:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Stolice odchází již přes tu nově založenou stomii. Je to zvláštní pocit, moc se mi to nelíbí.“
- **Objektivně:** stolice odchází funkční stomií. Stomie pravidelně ošetřována stomickou sestrou

### **Spánek:**

#### **Doma:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Vždycky jsem spala dobře, teď je to o něco horší, mám strach.“
- **Objektivně:** pacientka nejeví známky únavy, či nevyspání.

#### **V nemocnici:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „V nemocnici spím špatně, mám strach z budoucnosti. Nemůžu dlouho usnout, v noci se budím“
- **Objektivně:** pacientka udává problém se správným navozením spánkového rytmu. Špatné usínání a často se budí v noci.

### **Aktivita a odpočinek:**

#### **Doma:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Ráda jsem na zahrádce, chodím na výlety, čtu knihy.“
- **Objektivně:** aktivita přiměřená věku.

**V nemocnici:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Vzala jsem si s sebou knihy, ale nemám na ně moc náladu, vždy jen tak chvíli.“
- **Objektivně:** pacientka se snaží aktivizovat, čte knihy.

**Hygiena:****Doma:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Zvládám to sama.“
- **Objektivně:** pacientka zvládá samostatně.

**V nemocnici:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Zatím to zvládnou samostatně, když potřebuju pomoci, sestřička mi ochotně pomůže.“
- **Objektivně:** pacientka zvládá samostatně.

**Samostatnost:****Doma:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Snažím se být samostatná.“
- **Objektivně:** pacientka samostatná.

**V nemocnici:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Snažím se obsloužit sama, ale vím, že budu potřebovat pomoc po operaci.“
- **Objektivně:** pacientka je soběstačná v sebe-obslužných činnostech.

## *Posouzení psychického stavu*

- ze dne 8. 11. 2009

### **Vědomí:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Normální.“
- **Objektivně:** pacientka je při vědomí.

### **Orientace:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Dnes je 2. listopadu, rok 2009.“
- **Objektivně:** pacientka orientovaná.

### **Nálada:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Jsem smutná, mám strach.“
- **Objektivně:** pacientka je smutná.

### **Myšlení:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Myšlenka jsem teď pořád u té nemoci.“
- **Objektivně:** pacientka často přemýšlí nad svým zdravotním stavem.

### **Temperament:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Od narození jsem sangvinik.“
- **Objektivně:** sangvinik.

### **Sebehodnocení:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Asi kladné.“
- **Objektivně:** kladné.

### **Vnímání zdraví:**

- **Subjektivně:** „Zdraví je velice důležité. To si nikde nekoupíte.“
- **Objektivně:** pacientka chápe zdraví jako důležitou podstatu svého života.

### **Vnímání zdravotního stavu:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Mám strach z budoucnosti. Operace jsem se nebála, jen mám obavy že se nenaučím ošetřovat tu stomii.“
- **Objektivně:** pacientka si uvědomuje svůj zdravotní stav.

### **Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Byl to šok, když jsem se to dozvěděla, ale teď už je to o něco lepší. Snad to všechno dobře dopadne.“
- **Objektivně:** pacientka má strach, ale snaží se myslet pozitivně.

### **Reakce na hospitalizaci:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Nedá se nic dělat, když to musí být.“
- **Objektivně:** pacientka se aklimatizuje.

### **Adaptace na onemocnění:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Snažím se.“
- **Objektivně:** pacientka adaptovaná.

### **Projevy jistoty a nejistoty (strach, úzkost, stres, obavy):**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Bojím se, ale myslím, že to zvládnu.“
- **Objektivně:** pacientka jeví známky strachu.



### **Zkušenosti z předcházející hospitalizace:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Nebyla jsem hospitalizovaná již několik let.“
- **Objektivně:** pozitivní.

### ***Posouzení sociálního stavu***

- ze dne 8. 11. 2009

#### **Komunikace:**

##### **Verbální:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Ráda si povídám.“
- **Objektivně:** pacientka komunikuje.

##### **Neverbální:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Ráda se směji, ale momentálně mi to moc nejde.“
- **Objektivně:** pacientka využívá neverbální komunikace.

#### **Informovanost:**

##### **O onemocnění:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Pan doktor mi vše vysvětlil, vím co mám za onemocnění a co mě čeká.“
- **Objektivně:** pacientka je informovaná o svém onemocnění.

##### **O diagnostice:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Bála jsem se, ale sestřička s panem doktorem mi vše vysvětlili a popsali.“
- **Objektivně:** pacientka informovaná.

### **O léčbě a dietě:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Vím co mě čeká, vše budu dodržovat.“
- **Objektivně:** pacientka edukovaná, chápe.

### **O délce hospitalizace:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Už teď se těším, až půjdu domů.“
- **Objektivně:** pacientka chápe nutnost hospitalizace.

### **Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:**

#### **Primární:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Je mi 67 let a jsem žena.“
- **Objektivně:** žena, 67 let.

#### **Sekundární:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Matka, manželka, sestra, babička.“
- **Objektivně:** matka, manželka, sestra, babička.

#### **Terciální:**

- **Subjektivně:** Pacientka: „Ráda pracuji na zahrádce, čtu knihy, věnuji se vnoučatům.“
- **Objektivně:** pacientka si do nemocnice vzala knihy, teší se na návštěvu rodiny.

## ***Souhrn ošetřovatelských dní***

Dne 2. 11. 2009 pacientka přijata na příjmové ambulanci k plánovanému chirurgickému výkonu a odvedena na standardní chirurgické oddělení. Zde byla pacientka uložena na klidný pokoj v blízkosti zázemí sester a sociálního zařízení. Všeobecná sestra ve službě pacientku seznámila se skladbou oddělení a jeho chodem. Po rozhovoru s pacientkou byly doplněny informace v dokumentaci a byl podepsán informovaný souhlas s hospitalizací. Paní Jaroslava byla obeznámena s nutností dietního opatření, stomická sestra zakreslila vhodné místo pro vyvedení stomie a ukázala pacientce řadu pooperačních prvků. V odpoledních hodinách bylo zajištěno anesteziologické konzilium a rozhovor s lékařem.

Dne 3. 11. 2009 byla pacientce zavedena periferní žilní kanyla na předloktí pravé horní končetiny. Všeobecná sestra ve službě informovala pacientku o potřebném zvýšení pitného režimu. Po celý den byla pacientka psychicky podporována celým zdravotnickým týmem. V odpoledních hodinách byl paní Jaroslavě podán roztok Fortransu pro vyprázdnění střev. Fyziologické funkce naměřeny v normě. Objednány krevní konzervy.

4. 11. 2009 v ranních hodinách byly pacientce udělány vysoké bandáže dolních končetin, změřeny fyziologické funkce, byla podána antibiotiková profylaxe – Unasyn 1, 5 g do 100 ml fyziologického roztoku. Subkutánně byl aplikován Clexane 0, 4 ml a zaveden Foleyův katétr šarže 16 Ch. Pacientka měla ordinovanou premedikaci – Dormicum 7, 5 mg tbl. půl hodiny před odjezdem na operační sál. V 9:30 odvezena pacientka na operační sál k výkonu.

4. 11. 2009 – 7. 11. 2009

Následně po operaci byla pacientka odvezena na chirurgickou JIP. Zde byly monitorovány vitální funkce pacientky a invazivní vstupy. Bolest byla tlumena Dolsinem 100 mg á 6 hodin a Novalginem dle potřeby. Dále byla kontrolována operační rána, stomie a bilance tekutin za 24 hodin. Pacientka byla vyživována pouze parenterálně, dle ordinace lékaře. 3. den po operaci byl vyměněn stomický sáček stomickou sestrou. Operační rána byla pravidelně převazována. U pacientky byla zajištěna rehabilitační péče.

### ***Situační analýza:***

Žena ve věku 67 let s diagnózou carcinoma colonis transversi stenosis. Před půl rokem začala mít pacientka obtíže se zažíváním, proto se obrátila na svého praktického lékaře. Pacientka byla odeslána do nemocnice, kde jí byla udělána vyšetření, stanovena diagnóza a byl objednan termín operace. Pacientka přichází dne 2. 11. 2009 na chirurgické oddělení, kde byla edukována o nutnosti dietního opatření, byl jí podán roztok Fortransu pro vyprázdnění střev a zavedena periferní žilní kanyla. Stomická sestra pacientce zaměřila místo pro vyvedení stomie a vysvětlila jí celý pooperační průběh. Po operaci byla pacientka odvezena na jednotku intenzivní péče, kde o ní bylo pečováno 4 pooperační dny. Poté byla přeložena zpět na standardní chirurgické oddělení. Pacientka signalizovala bolestivost operační rány. Kožní integrita byla porušená v důsledku operačního výkonu a zavedené periferní žilní kanyly, nejevila známky infektu. Pacientka si stěžovala na špatné usínání a probouzení se v noci, za příčinu uváděla strach. Připadala si bezmocná a jiná, měla sklon k plačtivosti a smutku.

## 6 Ošetrovateľské diagnózy

Ošetrovateľské diagnózy jsem zpracovala podle Ošetrovateľských diagnóz v nanda doménách.

Ošetrovateľské diagnózy jsou plánovány ode dne přeložení pacientky z jednotky intenzivní péče na standardní jednotku chirurgického oddělení, tj. 8. 11. 2009 do 11. 11. 2009, kdy probíhala má ošetrovateľská péče u této pacientky. Ošetrovateľské problémy jsou řazeny podle priority pacientky. Stanoven je cíl spolu s výslednými kritérii, plánem intervencí a realizací. V závěru je zhodnocena efektivnost péče.

Aktuální:

- 00132 akutní bolest v souvislosti s operační ránou, projevující se bolestivým výrazem ve tváři, sténáním a verbalizací,
- 00044 porušená tkáňová integrita v souvislosti s operačním výkonem, projevující se poškozeným kožním systémem a podkožím,
- 00118 porušený obraz těla v souvislosti se založením stomie, projevující se aktuální změnou ve struktuře a funkci těla a negativním pocitem z vlastního těla,
- 00120 situačně snížená sebeúcta v souvislosti s porušeným obrazem těla, projevující se negativním hodnocením sama sebe,
- 00148 strach v souvislosti s nejistou prognózou onemocnění, projevující se nervozitou, plačtivostí a poruchou spánku,
- 00095 porušený spánek v souvislosti se strachem, projevující se prodlouženou dobou usínání a častým buzením v noci,
- 00126 deficitní znalost v oblasti specifikace ošetrovateľské péče v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným problémem, projevující se slovním vyjádřením problému.

Potencionální:

- 00004 riziko infekce v souvislosti s porušenou integritou kůže,
- 00028 riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti větších ztrát vody a elektrolytů.

00132 akutní bolest v souvislosti s operační ránou projevující se bolestivým výrazem ve tváři, sténáním a verbalizací.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Zmírnit či odstranit bolest do 2 hodin.

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe příčinu vzniku bolesti do 10 minut,
- pacientka zná farmakologický režim do 15 minut,
- pacientka zná a využívá relaxační techniky do 20 minut,
- pacientka pociťuje zmírnění či odstranění bolesti do 2 hodin.

Plán intervencí:

- posuď etiologii bolesti – všeobecná sestra,
- posuď bolest vždy, když se objeví – všeobecná sestra,
- zjisti lokalizaci, charakter, trvání a stupeň bolesti na hodnotící škále 0 - 10 – všeobecná sestra,
- pozoruj neverbální projevy bolesti – všeobecná sestra,
- proved' záznam sledování bolesti – všeobecná sestra,
- podávej analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra,
- sleduj účinky podávaných léků – všeobecná sestra,
- doporuč pacientce relaxační techniky a úlevové polohy – všeobecná sestra.

Realizace 8. 11. 2009 – 11. 11. 2009

Po dobu mé realizace jsem pacientce vysvětlila využití škály bolesti 0-10 a naučila ji s ní pracovat. Vysvětlila jsem jí důvody vzniku bolesti a požádala ji, aby bolest nahlásila všeobecné sestře ve službě vždy, když se objeví. Pacientce jsem aplikovala dle ordinace lékaře Novalgin 1 amp i.m. po 8 hodinách. Paní Jaroslavě jsem po dobu mé realizace ošetrovatelských intervencí vysvětlila využívání některých prvků z řady relaxačních technik, které si velice pochvalovala. Po celou dobu ošetrovatelské péče jsem u pacientky pozorovala a monitorovala příznaky bolesti.

Zhodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka se po dobu mé realizace naučila využívat relaxační techniky, pochopila důvody, proč bolest vzniká. Naučila se komunikovat s ošetřujícím personálem a bolest pravidelně hlásila všeobecné sestře ve službě. Po aplikaci Novalginu dle ordinace lékaře pocit bolesti vymizel.

00044 porušená tkáňová integrita v souvislosti s operačním výkonem projevující se poškozeným kožním systémem a podkožím.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Zabránit vzniku infekce po dobu hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná potencionální riziko vzniku infekce do 1 hodiny,
- pacientka si osvojila chování ve prospěch hojení a prevence komplikací do 2 dnů,
- pacientky rána se hojí per primam do ukončení hospitalizace.

Plán intervencí:

- posuď stav a velikost operační rány – primární sestra,
- vysvětli pacientce nutnost pravidelných převazů – primární sestra,
- kontroluj okolí operační rány – všeobecná sestra/stomická sestra,
- pečuj o hygienu kůže – všeobecná sestra,
- jakékoliv změny v okolí operační rány oznam lékaři – všeobecná sestra,
- při převazování operační rány postupuj přísně asepticky, aby se snížilo riziko kontaminace – všeobecná sestra/stomická sestra
- řádně ved' záznam v ošetrovatelské dokumentaci o charakteru operační rány – všeobecná sestra/stomická sestra,
- pacientku edukuj o ošetřování operační rány po propuštění do domácího léčení – všeobecná sestra/stomická sestra.

Realizace 8. 11. 2009 – 11. 11. 2009

Po dobu poskytování ošetrovatelské péče u pacientky jsem denně monitorovala stav operační rány. Každé ráno jsem pacientce dopomáhala s hygienou v okolí operační rány. Informovala ji o možném vzniku infekce v ráně a poučila ji o všech příznacích. Asistovala jsem převazové sestře u ošetřování operační rány a zapsala záznam o charakteru rány do ošetrovatelské dokumentace.

Zhodnocení:

Ošetrovatelského cíle bylo dosaženo. Rána po dobu mé ošetrovatelské péče nejevila známky infekce. Rána se hojila bez obtíží, per primam. Stehy budou pacientce odstraněny poslední den hospitalizace, pacientka informována.

00118 porušený obraz těla v souvislosti se založením stomie, projevující se aktuální změnou ve struktuře a funkci těla a negativním pocitem z vlastního těla.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka akceptuje svůj nový vzhled v maximální možné míře do ukončení hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná důvod změněného tělesného vzhledu do 24 hodin,
- pacientka akceptuje sebe sama v dané situaci do 14 dnů,
- pacientka se vrací zpět do společnosti do 1 měsíce.

Plán intervencí:

- prodiskutuj s pacientkou význam změny – všeobecná sestra,
- buď v častém kontaktu s pacientkou – všeobecná sestra,
- vyslechni pacientku a pohovoř s ní o jejích potížích – všeobecná sestra,
- pomoz pacientce se sebepéčí – všeobecná sestra/stomická sestra,
- posuď psychický stav pacientky a všímej si emočních změn – všeobecná sestra,



- aktivně vybízej pacientku k častému kontaktu se stomií – všeobecná sestra/stomická sestra,
- zapojuj pacientku do ošetřování stomie – stomická sestra,
- sleduj interakci mezi pacientem a jeho blízkými – všeobecná sestra,
- dej pacientce prostor pro otázky spojené se stomií – všeobecná sestra/stomická sestra,
- zajisti soukromí a bezpečí pacientce – všeobecná sestra/stomická sestra,
- informuj pacienta, jaké pomocné zdroje jsou k dispozici (kluby stomiků, psychologická pomoc atd.) – všeobecná sestra/stomická sestra,
- oceňuj a podporuj pozitivní změny – všeobecná sestra/stomická sestra.

Realizace 8. 11. 2009 – 11. 11. 2009

Při prvním setkání s paní Jaroslavou jsem po důkladném rozhovoru zjistila, že ze svého nového vzhledu není nadšená, cítí se divně, méněcenně a má strach jak na to bude reagovat její rodina a okolí. Snažila jsem se s pacientkou přijít do častého kontaktu, vybízela jsem pacientku, aby popisovala svoje pozitivní i negativní pocity. Spolu se stomickou sestrou jsem se účastnila ošetřování stomie. Pacientka byla vybízena ke kontaktu se stomií, po celou dobu ošetřování stomie byly pacientce jednotlivé kroky vysvětlovány. Pacientka se v prvních dnech nechtěla na svou stomii dívat, ani se nechtěla účastnit při jejím ošetřování. Při posledním dnu mé ošetřovatelské péče se již pacientka snažila částečně zapojit. Pacientku jsem upozornila na vhodnost navštěvování podpůrných skupin, kde se sdružují lidé se stejným osudem.

Zhodnocení:

Ošetřovatelský cíl byl částečně splněn. Pacientka pochopila důvody vyvedení stomie a pomalu se s ní začíná sžívat. Při ukončení mé ošetřovatelské péče u pacientky stále přetrvával jistý negativní pocit ze svého těla, proto se v ošetřovatelském plánu i nadále pokračovalo.

00120 situačně snižená sebeúcta v souvislosti s porušeným obrazem těla projevující se negativním hodnocením sebe sama.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka si váží sebe sama a nemá známky negativního vnímání do 1 měsíce.

Výsledná kritéria:

- pacientka nejeví žádné viditelné sebe-destruktivní chování do 14 dnů,
- pacientka je částečně smířená s novým obrazem těla do 14 dnů,
- pacientka zvládá svojí životní situaci do 21 dnů,

Plán intervencí:

- prodiskutuj s pacientkou její současný psychický stav – všeobecná sestra,
- povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů a úzkosti – všeobecná sestra,
- diskutuj s pacientkou o takových aktivitách, které mohou zvednout její sebevědomí a zároveň zvýšit sebeúctu – všeobecná sestra,
- posuď dynamiku rodiny a její podporu – všeobecná sestra,
- všímej si neverbální řeči těla – všeobecná sestra,
- posuď negativní postoje a eliminuj jejich vznik – všeobecná sestra,
- vykazuj podporu pacientce při každém kontaktu s ní – všeobecná sestra,
- podněcuj pacientku v jejích schopnostech zvládnout současnou situaci – všeobecná sestra.

Realizace: 8. 11. 2009 – 11. 11. 2009

S pacientkou jsem v klidném prostředí prodiskutovala všechny její obavy, nechala jsem jí prostor pro vyjádření svých pocitů a zeptala se jí na reakce její rodiny. Pacientka celou situaci zvládá se značnými obtížemi, proto jsem pacientku a její rodinu zapojovala do terapeutického plánu, poskytla jsem jim všechny potřebné informace a přistupovala k pacientce empaticky. Pani Jaroslava se po celou dobu mé ošetrovatelské péče velice snažila, velice stojí o to, aby se vrátila do běžného života a byla pozitivně vnímána okolím. Vždy vyslechla všechny rady.

Zhodnocení:

Cíl byl částečně splněn. Pacientka se snažila myslet optimisticky a začíná si důvěřovat. Kladně hodnotím spolupráci s pacientkou i rodinou. Ale i nadále přetrvávaly občasné stavy negativního postoje, proto je nutné i nadále pokračovat v ošetrovatelském plánu.

00148 strach v souvislosti s nejistou prognózou onemocnění projevující se nervozitou, plačtivostí a poruchou spánku.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je v lepší psychické i fyzické pohodě a vykazuje nižší známky smutku, nespavosti a plačtivosti do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- pacientka umí popsat příčiny strachu do 5 hodin,
- pacientka je v kontaktu s psychologem do 24 hodin,
- u pacientky dojde k vymizení negativních projevů do 1 týdne,
- pacientka udává zmírnění strachu a nejistoty do 3 dnů.

Plán intervencí:

- nalezni příčinu strachu – všeobecná sestra,
- posuď stupeň strachu – všeobecná sestra,
- sleduj projevy strachu – všeobecná sestra,
- zajisti přítomnost psychologa – všeobecná sestra,
- mluv na pacientku pomalu a klidně – všeobecná sestra,
- přistupuj k pacientce empaticky a citlivě – všeobecná sestra,
- povzbuzuj pacientku – všeobecná sestra,
- umožni vyjádření citových projevů – všeobecná sestra,
- eliminuj pocit opuštění – všeobecná sestra,

- zajisti pacientce klidné prostředí před usínáním a umožni jí aplikovat své rituály před spaním – všeobecná sestra,
- spolupracuj s rodinou a zajisti soukromí při návštěvách – všeobecná sestra,
- aktivizuj pacientku přes den, aby nedocházelo k psychickému strádání před spánkem - všeobecná sestra.

Realizace 8. 11. 2009 – 11. 11. 2009:

Pacientka po přeložení z JIP signalizovala známky strachu. Byla plačtivá, nervózní a stěžovala si na špatný spánkový rytmus. Snažila jsem se u pacientky zjistit příčinu strachu, proto jsem se s ní snažila komunikovat při každé příležitosti. Paní Jaroslavu jsem se snažila po celý den aktivizovat. Pacientka byla umístěna na pokoj s dalšími dvěmi pacientkami v podobném věku, se kterými si ráda povídala. Pacientce jsem domluvila konzultaci s lékařem a psychologem, lékař jí ujistil o úspěšné rekonvalescenci a nadějně prognóze. Po konzultaci s psychologem se u pacientky zmírnily projevy strachu. Nadále přetrvával špatný spánkový rytmus.

Zhodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka po konzultaci s lékařem přestala jevit známky smutku, plačtivosti a nervozity. Spánkový rytmus byl i nadále narušen, ale i tak se pacientka cítila odpočínutá.

00095 porušený spánek v souvislosti se strachem projevující se prodlouženou dobou usínání a častým buzením v noci.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Zlepšení spánku a celkové pohody do 3 dnů.

#### Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčinu narušeného spánkového rytmu do 30 minut,
- pacientka chápe nutnost spánku a odpočinku do 1 hodiny,
- pacientka bude spát kvalitním spánkem alespoň šest hodin v kuse do 48 hodin,
- pacientka se cítí odpočínutá a v celkové pohodě do 3 dnů.

#### Plán intervencí:

- posud' příčiny a negativní faktory nekvalitního spánku – všeobecná sestra,
- zjistí od pacientky jaké má návyky před usínáním – všeobecná sestra,
- pozoruj pacienta při spánku – všeobecná sestra,
- pozoruj fyzické známky únavy – všeobecná sestra,
- vyzkoušej různé způsoby, jak spánek zlepšit – všeobecná sestra,
- pomoz pacientce vypracovat individuální plán relaxace – všeobecná sestra,
- zjistí, jaký režim spánku měla pacientka doma – všeobecná sestra,
- zajisti pozitivní vnější prostředí – všeobecná sestra,
- aktivizuj pacientku přes den – všeobecná sestra.

#### Realizace:

Od pacientky jsem zjistila příčiny nekvalitního spánku. Paní Jaroslava neměla v minulosti se spánkem žádný problém. Nyní špatně usíná a často se v noci budí. Má pocit únavy a celkové nepohody přes den. Pacientku jsem poučila o nutnosti kvalitního spánkového režimu a ke zlepšení spánkového rytmu jsem využila přestlání lůžka a vyvětrání pokoje těsně před spánkem. Paní Jaroslava mne poprosila o sklenici teplého mléka, které je zvyklá pít doma, než jde spát. Po celou dobu realizace ošetrovatelského plánu jsem pacientku monitorovala během spánku a pozorovala známky únavy.

#### Zhodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka se naučila využívat relaxačních technik a umožnění svých individuálních potřeb jí napomohlo ke kvalitnějšímu spánku. Po dobu mé ošetrovatelské péče zaznamenala pacientka zlepšení celkové pohody, únava byla zmírněna. Známky únavy jsou mizivé. I přesto má pacientka problém s usínáním.

00126 deficitní znalost v oblasti specifikace ošetrovatelské péče v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným problémem projevující se slovním vyjádřením problému.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka zná specifika ošetrovatelské péče do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe informace týkající se jejího stavu, nemoci, léčby a v plné šíři jim rozumí do 24 hodin,
- pacientka projevuje zvýšený zájem o učení do 48 hodin,
- pacientka chápe změnu životního stylu a účastní se léčby do 3 dnů.

Plán intervencí:

- zjistí úroveň znalostí pacientky – všeobecná sestra/stomická sestra,
- určí její schopnost učit se – všeobecná sestra/stomická sestra,
- zhodnot' fyzický stav – všeobecná sestra/stomická sestra,
- zhodnot' schopnosti pacientky porozumět instrukcím – všeobecná sestra/stomická sestra,
- zhodnot' schopnost spolupráce – všeobecná sestra/stomická sestra,
- diskutuj s pacientkou, co vnímá – všeobecná sestra/stomická sestra,
- stanov cíle, kterých by měla pacientka dosáhnout – všeobecná sestra/stomická sestra,
- poskytni pacientce písemné materiály všeobecná sestra/stomická sestra,
- podávej informace věcné, smysluplné, uspořádané – všeobecná sestra/stomická sestra,

Realizace 8. 11. 2009 – 11. 11. 2009

Paní Jaroslava se mi svěřila, že si nepamatuje všechny edukační prvky, na které byla upozorněna před samotnou operací. Byla ve stresu, takže nevěnovala novým informacím velkou pozornost. Nyní má pocit, že péči o vývod nemůže zvládnout. Pacientce jsem po rozsáhlém rozhovoru zapůjčila informativní brožury k nastudování

problematiky a zařídila pohovor se stomickou sestrou. Pacientka je pedagogická pracovnice v důchodu, s učením nových věcí nemá problém, je ochotná spolupracovat.

Zhodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka měla zájem nastudovat si všechny poznatky ohledně svého onemocnění. Poté se snažila své znalosti praktikovat při ošetřování stomie. Stomická sestra byla spokojena se spoluprací pacientky a jejími schopnostmi (MAREČKOVÁ, 2006; TRACHTOVÁ, 1995; MASTILIAKOVÁ, 2002).

### ***Doporučení pro pacienta a rodinu***

Pacientka by měla být informována o:

- potřebném zvýšení tekutin, neboť nově založená ileostomie odvádí denně okolo 1,5litru střevního obsahu. Postupem doby se výdej upraví na 0,8 – 1litr obsahu,
- nutnosti zařazování zvýšeného množství soli pro doplnění elektrolytů. Denní dávka by se měla pohybovat okolo 6 – 9 gramů,
- správné konzumaci potravy a jejím složení. Pacientka by měla dobře kousat a vyvarovat se některým potravinám např: větší množství tvrdé zeleniny, chřestu, fazolí, tuhého masa, müsli, citrusových plodů, černé kávy, alkoholu, a koření. Naopak by do jídelníčku měla být zařazena škrobová jídla – rýže, banány, brambor,
- změnách, které by měly nastat v místnosti, kde si bude stomii ošetřovat. Nejčastěji jíím bývá koupelna. Zrcadlo by mělo být v úrovni vyvedení stomie, police s narovnanými pomůckami pro ošetření stomie a odpadkový koš,
- klubech stomiků, různých sdruženích a dobrovolnicích,
- možném návratu do zaměstnání,
- všech pomůckách a možnostech v ošetřování stomií, které se vyskytují na trhu dané země,
- možných komplikacích, jejich včasného vypořádání a předcházení,
- nevhodnosti velké fyzické námahy,
- nevhodnosti většího váhového úbytku či nadváhy.

Rodina by měla být informovaná o:

- důležitosti psychické podpory a pozitivní motivace,
- pravidelném zařazování pacientky do kolektivu přátel a známých,
- nutnosti úprav sociálního zařízení,
- o změně stravovacích návyků.

### ***Doporučení pro praxi***

Na základě poznatků z klinické praxe na chirurgickém oddělení Všeobecné fakultní nemocnice, prostudování odborné literatury, odborných internetových zdrojů a ošetrovatelské dokumentace předkládám toto doporučení:

- ke každému pacientovi přistupovat individuálně, empaticky, trpělivě a s porozuměním,
- sestavit pro každého pacienta individuální ošetrovatelský plán, který plní celý ošetrovatelský tým,
- edukovat pacienta o životosprávě, o stomii a jejím ošetřování, o navrácení zpět do života,
- edukovat rodinu o nové životní situaci jejich člena rodiny, o nutnosti spolupráce, pochopením a psychické podpoře pacientovi,
- poskytnout pacientovi dostatečné množství informačního materiálu,
- poskytnut informace o sdruženích lidí se stejným onemocněním a vhodností do zařazení mezi ně,
- podpořit zvýšenou povědomost veřejnosti o KRK,
- zvýšená efektivnost ve screeningových programech,
- osvěta společnosti o vhodnosti zdravého způsobu života.



## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo informovat čtenáře o problematice kolorektálního karcinomu a stomie. Další částí bylo vypracování ošetrovatelského procesu u pacientky s tímto onemocněním. V něm bylo poukázáno na ošetrovatelské problémy, které byly u pacientky zjištěny. Následovalo jejich rozpracování a vyhodnocení. Praktickou část uzavírají edukační pokyny pro pacientku, které by jí měly být nápomocny při propuštění do domácího ošetřování a navrácením zpět do společnosti. Pacient s tímto onemocněním se dostává do nelehké životní situace, která v některých směrech ovlivňuje jeho životní styl. Důležitou roli hraje opora rodiny a blízkých přátel.

Kolorektální karcinom je civilizační onemocnění postihující tlusté střevo. Výskyt tohoto onemocnění v České republice je v četnosti zhoubných nádorů na druhém místě a na prvním místě mezi nádory gastrointestinálního traktu. Úmrtnost na tento nádor je relativně vysoká, což nepochybně souvisí s diagnostikou až v pokročilém stádiu. Každý rok je diagnostikováno okolo 8000 nově nemocných. Cílem je snížit výskyt a úmrtnost. Řešením pro snížení těchto cílů jsou opatření, která stavíme na třech pilířích. Těmi jsou: prevence, kontrola rizikových skupin a aktivní vyhledávání asymptomatických jedinců. V České republice byl velice precizně propracován systém řadou odborníků na vyhledávání asymptomatických jedinců rizikových skupin, které jsou definovány ve směrnících české gastroenterologické společnosti. Tento systém byl zařazen mezi priority českého zdravotnictví.

Z psychologického hlediska vyvolává maligní nález pro pacienty děs a ty nejčernější myšlenky. Neočekávaná nemoc zasáhne hluboce do života postiženého a celé jeho rodiny. Vyrovnání se s diagnózou znamená rozhodnutí se k dalšímu boji s nemocí, což je důležitým okamžikem v životě každého nemocného. A je prvním podstatným krokem k úspěšné léčbě.

## Seznam použité literatury:

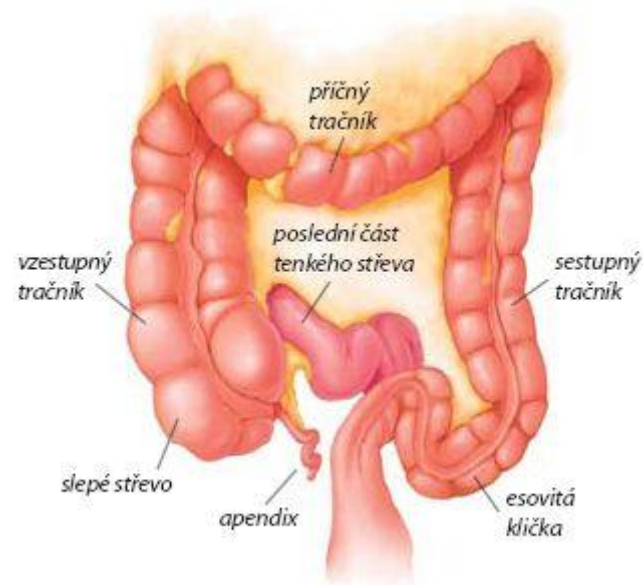
1. ABRHÁMOVÁ, Jitka. 2000. Rakovina tlustého střeva a konečníku. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-133-1.
2. DOENGES, Marylenn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry: Druhé, přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
3. DOSTÁLOVÁ, Olga. 1993. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-040-6.
4. ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. 2007. *Přehled anatomie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007. ISBN 978- 80-246-1216-4.
5. HOLUBEC, L., sen., aj. 2004. *Kolorektální karcinom*. Praha: Publishing, 2004. ISBN 80-247-0636-9.
6. CHOVANCOVÁ, Zdeňka; VAŠKOVÁ, Jana. 1998. *Diagnóza nádor a co dál....*Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-668-4.
7. JABLONSKÁ, M. aj. 2000. *Kolorektální karcinom*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-777-X.
8. KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIEROVÁ, Rita. 1995. *Ošetřovatel'stvo 1*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
9. KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIEROVÁ, Rita. 1995. *Ošetřovatel'stvo 2*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
10. MAČÁK, Jiří; MAČÁKOVÁ, Jana. 2004. *Patologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0785-3.
11. MANN, Miroslav. 1995. *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*. Kyjov: Comers, 1995. ISBN 80-201-0080-6.
12. MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3
13. MARKOVÁ, Marie. 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-434-8.
14. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2002. *Úvod do ošetřovatelství I. díl*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
15. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2002. *Úvod do ošetřovatelství II. díl*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0.
16. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
17. NOVÁK, Josef; ZEMANOVÁ, Jitka. 1987. *Ošetřování stomií*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-037-87.
18. OTRADOVCOVÁ, I.; KUBÁTOVÁ, L. et al. 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-432-6.
19. *Pravidla českého pravopisu pro školu, úřad, veřejnost*. 2008. Olomouc: Fin Publishing, 2008. ISBN 978-80-86002-89-7.
20. *Speciální patologie II.díl*. 2004. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-484-5.

21. ŠVÁB, Jan. 2000. *Operace tlustého střeva*. Praha: Nakladatelství TRITON, 2000. ISBN 80-7254-122-6.
22. TRACHTOVÁ, E. aj. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X.
23. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan a kolektiv. 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 9178-80-7345-166-0.
24. VORLÍČEK, J.; ABRHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. aj. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
25. VYSLOUŽIL, Kamil. 2005. *Komplexní léčba nádorů rekta*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0628-8.
26. VYZULA, Rostislav; ŽALOUDEK, Jan aj. 2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha: MAXDORF, 2007. ISBN 978-80-7345-140-0.

## **Seznam příloh:**

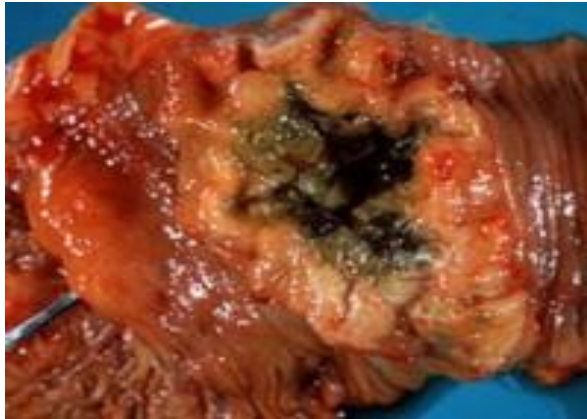
Příloha A – Obrázek Tlustého střeva	I
Příloha B – Obrázek kolorektálního karcinomu	II
Příloha C – Obrázek kolorektálního karcinomu 2	III
Příloha D - Obrázek stomie	IV
Příloha E – Obrázek kolostomického sáčku	V
Příloha F – Obrázek ileostomického sáčku	VI

Příloha A – Obrázek Tlustého střeva



Zdroj: HOUSOVÁ, 2009.

Příloha B – Obrázek kolorektálního karcinomu



Zdroj: Nádory trávicího traktu, 2009.

Příloha C – Obrázek kolorektálního karcinomu 2



Zdroj: Kolorektální karcinom, 2010.

Příloha D - Obrázek stomie



Zdroj: OTRADOVCOVÁ. 2009.

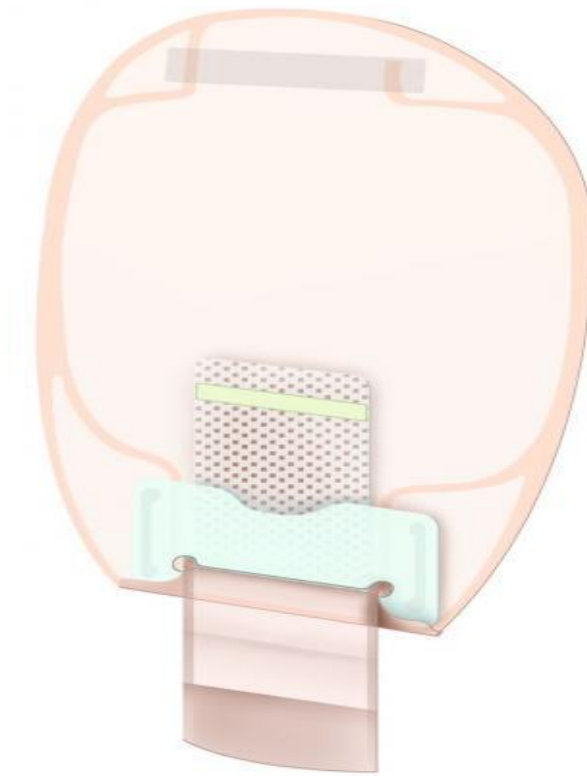


Příloha E – Obrázek kolostomického sáčku



Zdroj: Kolostomie, 2010.

Příloha F – Obrázek ileostomického sáčku



Zdroj: Ileostomie, 2010.