

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES  
U PACIENTA PO OPERACI KOLOREKTÁLNÍHO  
KARCINOMU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**VENDULA ANDĚLOVÁ**

**Praha 2013**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO  
OPERACI KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU**

Bakalářská práce

VENDULA ANDĚLOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2013



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Andělová Vendula**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 10. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci kolorektálního  
karcinomu

*Nursing Process for Patient after Surgery of Colorectal Carcinoma*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

podpis

## **Poděkování:**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Ivaně Jahodové za cenné rady, podněty, konzultace a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Fakultní nemocnici Lochotín v Plzni, za možnost nahlédnout do zdravotnické dokumentace.

## **ABSTRAKT**

ANDĚLOVÁ, Vendula. *Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci kolorektálního karcinomu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha 2013. 59 s.

Zvolené téma bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po operaci kolorektálního karcinomu. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretické část, která byla zpracována pomocí informací z odborné literatury, se zabývá problematikou zhoubného onemocnění. Praktická část je zpracována formou ošetrovatelského procesu u nemocného po operaci kolorektálního karcinomu. V přílohách práce je vložena kazuistika, kde je popsána péče o toho nemocného v průběhu celé jeho hospitalizace, ošetrovatelská péče o jeho stomický vývod, postupné začleňování nemocného do společnosti a přizpůsobení se nové zdravotní situaci. Cílem této bakalářské práce je seznámení s praktickými dovednostmi v ošetrování stomického vývodu.

**Klíčová slova:** Kolostomie. Nádorové. Ošetrovatelská péče. Pacient. Stoma sestra. Stomie.

## **ABSTRACT**

Andělová, Vendula. *Nursing Process for Patients after Surgery of Colorectal Cancer*. Nursing College, o.p.s.. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: Mgr. Ivana Jahodová. Prague 2013, 59 pages.

The chosen topic of this bachelor thesis is the nursing process for patients after surgery of colorectal cancer. The thesis is divided into two parts. The theoretical part was prepared by means of using information from the vocational literature which deals with malignant diseases. The practical part is processed by the nursing process for the patients after surgery of colorectal cancer. Casuistry is in the appendix of the thesis, which describes the care of the patient during his entire hospitalization, nursing care for colostomy, gradual integration of the patient into society, and adaptation into the new health situation. The purpose of this thesis is to introduce the practical skills in the care of colostomy.

Keywords: Colostomy. Tumor. Nursing Care. Patient. Stoma Nurse. Stoma.

# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ .....	14
1.1 Karcinom pravé poloviny tračníku .....	14
1.2 Karcinom levé poloviny tračníku .....	15
1.3 Karcinom rekta .....	15
1.4 Etiopatogeneze.....	15
1.5 Šíření kolorektálního karcinomu .....	16
1.6 Komplikace kolorektálního karcinomu .....	16
2 DIAGNOSTIKA A VYŠETŘOVACÍ POSTUPY .....	17
2.1 Základní vyšetřovací metody.....	17
2.1.1 Anamnéza .....	17
2.1.2 Fyzikální vyšetření.....	17
2.1.3 Laboratorní metody.....	18
2.1.4 Vyšetření stolice .....	18
2.1.5 Vyšetření krve.....	18
2.2 Speciální vyšetřovací metody .....	18
2.2.1 Rentgenologické metody .....	19
2.2.2 Endoskopické metody.....	19
2.2.3 Techniky nukleární medicíny .....	19
3 LÉČBA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	20
3.1 Chirurgická léčba.....	20
3.2 Chemoterapie.....	20



3.3	Radioterapie.....	21
3.4	Biologická léčba .....	21
3.5	Dispenzarizace nemocného po ukončení léčby .....	21
3.6	Prevence.....	22
3.6.1	Primární prevence .....	22
3.6.2	Sekundární prevence.....	22
3.6.3	Terciální prevence.....	23
3.6.4	Kvartérní prevence.....	23
4	STOMIE .....	24
4.1	Stomie.....	24
4.2	Indikace k založení kolostomie .....	24
4.3	Dělení stomií.....	25
4.4	Rozdělení stomií dle doby trvání založení vývodu.....	25
4.5	Typy stomií.....	26
4.6	Komplikace stomií.....	26
4.6.1	Časné pooperační komplikace stomie.....	27
4.6.2	Pozdní pooperační komplikace stomie .....	28
4.7	Ošetrovatelská péče u nemocného s kolostomií .....	29
4.7.1	Předoperační péče o nemocného.....	29
4.7.2	Pooperační péče o nemocného s kolostomií .....	30
4.7.3	Pomůcky k ošetřování stomie .....	31
4.8	Doporučené stravování nemocných s kolostomií.....	32
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO PO OPERACI KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU S KOLOSTOMIÍ.....	33
5.1	Úvod .....	33
5.2	Klinická část .....	33

5.2.1 Anamnéza nemocného .....	33
5.2.2 Stav nemocného při přijetí .....	34
5.3 Fyzikální vyšetření nemocného .....	35
5.4 Zhodnocení chování a vnímání nemocného před operačním výkonem .....	35
5.5 Informace o nemocném dle modelu Callisty Royové v průběhu hospitalizace	36
5.6 Zhodnocení chování a vnímání nemocného po operačním výkonu .....	44
5.7 Ošetřovatelské diagnózy .....	46
6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	57
SEZNAM PŘÍLOH	

## SEZNAM ZKRATEK

<b>AA</b>	alergická anamnéza
<b>ATB</b>	antibiotika
<b>ARK</b>	anesteziologicko-resuscitační klinika
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>CT</b>	počítačová tomografie
<b>D</b>	dieta
<b>EBR</b>	Erythrocyty bez buffy-coatu nesuspendované (transfuzní jednotka erytrocytárního koncentrátu)
<b>FN</b>	fakultní nemocnice
<b>LD</b>	lineární dávkovač
<b>MR</b>	magnetická rezonance
<b>PAG</b>	plasmalyte roztok s 5% glukózou
<b>PET</b>	pozitronová emisní tomografie
<b>SpO<sub>2</sub></b>	saturace (nasyčení) krve kyslíkem

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Alopécie</b> .....	vypadávání vlasů
<b>Aneuryzma</b> .....	výduť, rozšíření cévy
<b>Axiální stomie</b> .....	dvouhlavňová stomie
<b>Colitis ulcerosa</b> .....	vředový zánět tlustého střeva
<b>Coecostomie</b> .....	vývod na přechodu tenkého a tlustého střeva
<b>Fistulografie</b> .....	rentgenové vyšetření píštěle umožňující zjištění hloubky a rozsahu píštěle
<b>Familiární adenomatóza</b> .....	dědičné onemocnění tlustého střeva, mnohočetný výskyt polypů
<b>Gardnerův syndrom</b> .....	dědičné onemocnění tlustého střeva projevující se nadměrným vznikem polypů, s vysokým rizikem zhoubného zvratu
<b>Haemocult</b> .....	test na okultní krvácení, používaný ke screeningovému vyšetření kolorektálního karcinomu
<b>Irigografie</b> .....	rentgenové vyšetření tlustého střeva s kontrastní látkou
<b>Karcinóza</b> .....	nádorový rozesev
<b>Kolostomie</b> .....	vývod tlustého střeva
<b>Parastomální absces</b> .....	absces vytvořený v okolí stomie
<b>Parastomální kýla</b> .....	kýla vytvořená v okolí stomie
<b>Prekancerózy</b> .....	chorobné změny předcházející rakovině, blízké rakovině
<b>Radionuklidová angiografie</b> .....	pomocí kontrastní látky do arterie se provádí vyšetření orgánu
<b>Rektální syndrom</b> .....	časté nutkavé nucení na stolicí, až bolestivé s neúplným vyprázdněním
<b>Retrakce stomie</b> .....	vtažení stomie
<b>Sigmoideostomie</b> .....	vývod tlustého střeva v esovité kličce
<b>Transverso stomie</b> .....	vývod na příčném tračníku tlustého střeva

# ÚVOD

Kolorektální karcinom je jedním z nejčastějších zhoubných onemocnění mezi českou populací. Postižení tlustého střeva nádorem je velice spjato s životním stylem obyvatelstva, je závislé na životosprávě a dědičných faktorech člověka.

Velkou roli v léčbě této zhoubné nemoci hraje včasná diagnostika a správný přístup k prevenci, díky kterému by bylo možné zamezit případům pozdního objevení pokročilého stádia onemocnění. Důvodem pozdního záchytu nemoci může být také nedostatek informací o problematice kolorektálního karcinomu a obavy z nalezení příznaků onemocnění. Celkový postoj populace k této problematice ovlivňuje i strach sdělit lékaři své problémy a obavy z vyšetření, onemocnění, léčbě a následků nemoci.

Bakalářská práce je zpracována do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části práce se nachází patofyziologie, vyšetřovací metody a léčba nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku. Nedílnou součástí je seznámení s problematikou stomií, příčinami založení kolostomie a možnými komplikacemi vývodu. V praktické části je uveden ošetrovatelský proces o nemocného dle Callisty Roy. V přílohách bakalářské práce je vložena kazuistika pacienta společně s vyobrazením některých komplikací a postupem výměny stomické pomůcky.

Cílem bakalářské práce, která je určena studentům zdravotnických škol, je seznámení s tímto zhoubným onemocněním, vyšetřovacími metodami, léčbou, předoperační a pooperační péčí o nemocné s kolorektálním karcinomem. Dále je cílem práce promítnutí ošetrovatelské péče o nemocného s kolostomickým vývodem, kolostomií.

# 1 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Kolorektální karcinom patří k nejčastěji se vyskytujícím nádorům populace. Postihuje častěji muže starší 50 - ti let, výjimkou nejsou mladí lidé nebo děti. Incidence nádoru tlustého střeva a konečníku stoupá s věkem populace. Většinou vzniká z polokulovitých výčnělků sliznice tlustého střeva (polypózních adenomů - nepřesahují velikost několika milimetrů) na více místech současně. Na výstelce tlustého střeva se polypy vyskytují jednotlivě či ve skupenstvích. Výskyt nádorů tlustého střeva je v České republice nejvyšší (ZEMAN, 2004, HOLUBEC, 2004).

K růstu adenokarcinomu dochází i několik let. Nejdříve dojde k hyperplazii střevní stěny, adenokarcinom se postupně zvětšuje, až se může projevit jako zhoubný nádor tlustého střeva. Ve fázi karcinomu může dojít k plošnému šíření nádoru do okolí. Po proniknutí nádoru svalovou vrstvou tlustého střeva hrozí šíření metastáz lymfatickou a krevní cestou (VALENTA, 2003).

Kolorektální karcinom se může vyskytovat kdekoliv v tlustém střevě nebo konečníku, největší výskyt je zaznamenán na přechodu sigmoidea a rekta. Nádor roste pomalu, dlouho nemá žádné projevy onemocnění. Prvním příznakem bývá krev ve stolici. Vzhled má nejčastěji květákovitý, jedná se o nádor exofytický (zevně rostoucí nádor), nebo zvrvedovatělý - infiltrující nádor (prorůstající do okolí) (VALENTA, 2003).

## 1.1 Karcinom pravé poloviny tračníku

Výskyt nádoru se projevuje nejčastěji v céku, colon ascendent a jaterním oblouku, roste dlouho bez příznaků. Tlusté střevo je zde široké a střevní obsah není tolik zahuštěný, je zde možné vstřebávání toxických látek nádoru. U nádoru v této oblasti tlustého střeva se může objevit krvácení, častěji se však vyskytují projevy anémie. Zejména v pozdějších obdobích onemocnění, může být v pravé polovině břicha hmatná rezistence v místě nádoru. K celkovým nespecifickým projevům patří nechutenství, hubnutí, slabost, teploty (KLENER, 1997, ZEMAN 2004).

## **1.2 Karcinom levé poloviny tračníku**

V levé polovině tračníku se může nádor nacházet v oblasti ohbí, colon descendent a sigmoideu. Průsvit střeva je zde užší a střevní obsah zahuštěnější. Nádory v levé polovině tračníku nejčastěji prorůstají do okolní tkáně či orgánů. Při vzniku nádoru v levé polovině tračníku může docházet k častým zácpám či průjmům s kolikovitými bolestmi. Růstem nádoru dochází k zužování střeva a tím k poruchám střevní pasáže, vyprazdňování stolice, až k náhlým ileózním stavům. Onemocnění levé poloviny tračníku se tedy projevuje většinou dříve a to zejména změnami v defekačních zvyklostech a frekvenci stolice nemocného (zácpa, průjem). Typickým příznakem onemocnění jsou časté enterorrhagie (KLENER, 1997).

## **1.3 Karcinom rekta**

Nádorové onemocnění konečné části tlustého střeva se projevuje změnami zvyklostí ve vyprazdňování - časté průjmovité stolice, tenesmy (bolestivé nucení na stolici), pocit nucení na stolicí a neúplného vyprázdnění ampule rekta tzv. rektální syndrom. U karcinomu rekta bývá často přítomen krvavý hlen místo vyprázdnění stolice, nebo čerstvá krev ve stolici. Může se objevovat i nechtěný odchod stolice, zaměněný s odchodem plynů. Bolest projevující se v ampuli rektální, při prorůstání nádoru do nervové pleteně sakrální, bývá pozdním příznakem karcinomu rekta. Pozdním příznakem tumoru rekta může být i hubnutí (HOLUBEC, 2004).

## **1.4 Etiopatogeneze**

Příčinou vzniku nádoru tlustého střeva je nedostatek vlákniny, nadbytek živočišných tuků, kancerogeny ve stravě. Z těchto příčin vyplývá, že se kolorektální karcinom nejčastěji vyskytuje v zemích severní Ameriky a Evropy. Naproti tomu země jako je Asie či méně vyspělá Afrika má nižší výskyt této zhoubné nemoci. Mezi další příčiny onemocnění patří dědičné faktory v rodině (familiární adenomatóza, Gardnerův syndrom - dědičné onemocnění, četné polypy), prekancerózy (adenomy, Colitis ulcerosa - ulcerózní zánět tlustého střeva, morbus Crohn) (ZEMAN, 2004).

Kolorektálního karcinomu tlustého střeva může mít celou řadu různých příznaků, odvíjejících se od umístění, velikosti a charakteru nádoru. V počátku mohou

být příznaky mizivé, proto může docházet k zanedbávání toho onemocnění. Mezi nejčastější příznaky nádorového onemocnění tlustého střeva patří:

- bolesti břicha až výskyt tenesmů (bolestivé nucení na stolicí),
- zažívací obtíže (nadýmání, střídání zácpy s průjmem),
- změna pravidelnosti vyprazdňování stolice, může vyústit až v ileózní stav,
- pocit nedokonalého vyprázdnění tlustého střeva,
- přítomnost krve ve stolici,
- nechutenství, nauzea, zvýšená ztráta hmotnosti,
- únava nemocného, teploty,
- mohou se projevovat i příznaky anémie (ZEMAN, 2004).

## **1.5 Šíření kolorektálního karcinomu**

K šíření dochází nejčastěji lymfatickou cestou, prorůstáním do okolí (tkáně, orgány), šíření krevní cestou - vena portae do jater nebo implantací pod peritoneum - karcinóza (nádorový rozsev). Nejčastější metastázy kolorektálního karcinomu jsou do mozku, plic a jater (ZEMAN, 2004, HOLUBEC, 2004).

## **1.6 Komplikace kolorektálního karcinomu**

Ke komplikacím kolorektálního karcinomu patří krvácení, které se může projevovat vznikem anémie. Může docházet k výskytu vnitřní píštěle do orgánů sousedících s tlustým střevem a konečníkem. Perforace tlustého střeva a vyprázdnění střevního obsahu do dutiny břišní většinou způsobuje peritonitidu (zánět pobřišnice). Mezi další komplikace kolorektálního karcinomu řadíme penetraci (prorůstání) nádoru do okolních orgánů. Ileózní stav - nastane v případě, že nádor svým vzrůstem ucpe střevní průsvit a dochází tím k zástavě pasáže. Komplikací kolorektálního karcinomu jsou i metastázy, které se nejčastěji šíří do jater a lymfatického systému (BLAHA, 1999, HOLUBEC, 2004).



## 2 DIAGNOSTIKA A VYŠETŘOVACÍ POSTUPY

Kromě anamnézy, screeningového vyšetření (př. Haemocult) pečlivého klinického vyšetření břicha včetně nezbytného vyšetření per rektum a per vaginam u žen se v diagnostice chorob tlustého střeva a konečníku uplatňují zejména tyto metody:

### 2.1 Základní vyšetřovací metody

Mezi základní vyšetřovací metody kolorektálním karcinomem patří odběr anamnézy, fyzikální vyšetření nemocného a laboratorní vyšetření krve.

#### 2.1.1 Anamnéza

Jedno z nejzákladnějších vyšetření nemocného. Zjišťujeme informace týkající se klinických příznaků onemocnění tlustého střeva a konečníku:

- změn ve vyprazdňování stolice (příměsí ve stolici - hlen, krev),
- změn v charakteru vyprazdňování (střídání průjmu, zácpy),
- projevů hubnutí, nechutenství, úbytku hmotnosti,
- projevů nauzey,
- projevů únavy nebo zvýšené teploty (ZEMAN, 2004).

#### 2.1.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření nemocného provádí zejména lékař. Již od prvního pohledu a kontaktu můžeme pozorovat celkový stav i příznaky onemocnění (unavený vzhled, špatná nálada, vyhublost, podrážděnost, bledost způsobená anémií).

Mezi fyzikální vyšetření při onemocnění kolorektálním karcinomem řadíme:

- pohled,
- pohmat,
- poklep,
- poslech,
- vyšetření per rektum/per vaginam můžeme doplnit u žen (ZEMAN, 2004).

### **2.1.3 Laboratorní metody**

Základní laboratorní diagnostikou kolorektálního karcinomu je vyšetření krve, moče a stolice. Nález bývá chudý, pozitivní se prokáže zejména v pozdních stádiích nádorového onemocnění (HOLUBEC, 2004).

### **2.1.4 Vyšetření stolice**

Vyšetření stolice patří k nejzákladnějším postupům při podezření na onemocnění tlustého střeva a konečníku.

- test na okultní krvácení - provádí nemocný v soukromí a pohodlí domova, používá se továrně vyrobených testů Haemocult, TOKS, Self - Sure, FOB,
- mikroskopické vyšetření stolice - specifikací je zjištění přítomnosti různých potravinových zbytků či parazitů nacházejících se ve stolici,
- makroskopické vyšetření stolice - výsledek vyšetření lze získat přímo od nemocného během anamnézy, v případě hospitalizace pacienta zjišťujeme vzhled, barvu, zápach příměsí a konzistenci stolice (ZEMAN, 2004).

### **2.1.5 Vyšetření krve**

Vyšetření krve hodnotíme dle výsledku krevního obrazu, biochemického a hemokoagulačního vyšetření. Většinou bývá zvýšen C reaktivní protein (CRP), urychlena sedimentace (FW), mohou být známky počínající anémie.

Dalším vyšetřením krve jsou nádorové markery. U nádoru tlustého střeva a konečníku jsou nejčastěji stanovovány karcinomembryonální antigen (CEA) a marker CA 19 - 9. Výše uvedené markery bývají nejčastější kombinací ke stanovení diagnózy kolorektálního karcinomu (ZEMAN, 2004, HOLUBEC, 2004).

## **2.2 Speciální vyšetřovací metody**

Do speciálních vyšetření řadíme metody zobrazovací, kterými jsou rentgenové vyšetření (RTG), vyšetření endoskopickým přístrojem a v neposlední řadě vyšetření nemocného technikami nukleární medicíny (ZEMAN, 2004, HOLUBEC, 2004).

### **2.2.1 Rentgenologické metody**

Rentgenologické metody se používají při podezření na poruchu střevní pasáže, nebo výskytu patologických procesů v tlustém střevě nebo konečníku.

- nativní snímek břicha ve stoje
- irigografie s kontrastní látkou
- arteriografie (arteria mesenterica superior, arteria mesenterica inferior),
- fistulografie,
- ultrasonografie (USG) + endosonografie,
- počítačová tomografie (CT),
- magnetická rezonance (MR) (ZEMAN 2004).

### **2.2.2 Endoskopické metody**

Umožňují vyšetření přímým pohledem do střevního lumenu. Vyšetření může být indikováno k diagnostice konečné části tlustého střeva (rektoskopie), levé poloviny tračnicku (sigmoideoskopie) nebo celého úseku tlustého střeva. V diagnostice kolorektálního karcinomu mají nezastupitelné místo. Vyšetření je spojené s odběrem vzorku tkáně na biotické vyšetření, které definitivně stanoví charakter onemocnění.

- kolonoskopie flexibilním přístrojem je nejzákladnějším a nejdůležitějším vyšetřením tlustého střeva a konečníku (HOLUBEC, 2004).

### **2.2.3 Techniky nukleární medicíny**

Použitím techniky nukleární medicíny se zjišťuje především funkce orgánů pomocí radioaktivní látky aplikované nemocnému do krevního oběhu. Metoda je minimálně invazivní a pro nemocného téměř nezátěžující.

- radionuklidová angiografie,
- scintigrafie,
- pozitronová emisní tomografie (PET) (ZEMAN, 2001).

## **3 LÉČBA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU**

Léčba kolorektálního karcinomu závisí na velikosti, umístění, šíření a pokročení stádia nádoru. Rozhodující je celkový stav pacienta a další přidružená onemocnění. Stále častěji o způsobu léčby kolorektálního karcinomu rozhoduje tým specialistů věnující se této problematice onemocnění. Základními léčebnými metodami u rakoviny tlustého střeva a konečníku jsou chirurgická léčba, léčba ozařováním (radioterapie) a léčba cytostatiky (ABRAHÁMOVÁ, 2000, HOLUBEC, 2004).

### **3.1 Chirurgická léčba**

Je v současné době základem terapie kolorektálního karcinomu a nejčastějším léčebným postupem z hlediska pozdního objevení choroby u většiny nemocných. Chirurgický zákrok jako první krok léčebného postupu, spočívá v resekci postiženého střeva nebo konečníku nádorem. Celý nádor lze odstranit v časných stádiích záchytu onemocnění. V případech, vyskytujících se zřídka, je reálné spojení zbylých částí střeva. Za určitých okolností, lze odstranit případně i metastázy okolních orgánů. Ve stádiích pokročilých, jsou-li metastázy příliš velké, a nádor je inoperabilní lze podat léky, které dokáží zmenšit velikost nádoru i případných metastáz (většinou bývá součástí biologické léčby). Po zaléčení tímto způsobem, lze některé metastázy odstranit, případně část či celý nádor. U rozsáhlého postižení konečné části tlustého střeva je nutné zbylou část střeva odstranit a vytvořit vývod - kolostomii, která je pro pacienta trvalým řešením tohoto onemocnění (ABRAHÁMOVÁ, 2000, HOLUBEC, 2004).

### **3.2 Chemoterapie**

Aplikace cytostatik nitrožilní cestou, nebo zažívacím traktem v kapslové formě je součástí onkologické léčby. Užívá se před a po chirurgickém řešení nádorového onemocnění. Léčba chemoterapií je podávána v cyklech, léky se aplikují po několik dní a následuje až čtyřtýdenní pauza. Léčebné schéma chemoterapie je u každého pacienta individuální jako v případě radioterapeutické léčby. Podstatou léčby je tzv. zabraňování množení nádorových buněk, v pokročilých stádiích zmenšení nádoru, ve většině případů předchází opakování závažné nemoci. U pokročilých stádií chemoterapie mírní potíže onemocnění a zmenšuje nádor (ABRAHÁMOVÁ, 2000).

Ničení i zdravých buněk lidského těla, které neprokazují nádorové bujení, je nevýhodou cytostatické léčby. Chemoterapie, je příčinou nežádoucích účinků - nechutenství, zvracení, zažívací potíže (průjem), hubnutí, porucha krve tvorby a obranyschopnosti organismu, porucha tvorby nových buněk - př. vlasových váčku (způsobuje alopecii). Vedlejší účinky léčby se u kolorektálního karcinomu díky dobré snášenlivosti vyskytují zřídka. Alopecie je ve většině případů přechodná, po ukončení léčby většinou vlasy opět narostou (HOLUBEC, 2004).

### **3.3 Radioterapie**

Léčba zářením je nejvíce prospěšná u nádorů konečníku. Je součástí onkologické léčby, v kombinaci s chemoterapií nejlépe zmírňuje příznaky kolorektálního karcinomu s pokročilými metastázami. Užívá se zejména před chirurgickým výkonem a následně po odstranění kolorektálního nádoru (HOLUBEC, 2004).

Léčba radioterapií je individuální. Před započítím léčby je nemocný na kůži označen nesmývatelnou barvou, zaměřující lokalizaci nádoru. Ozařování samotné je krátký zcela nezatěžující proces trvající pouze několik minut. Komplikace radioterapie jsou kožní reakce - viditelné skvrny podobající se spálené kůži od sluníčka, suchá olupující se kůže, bolestivé puchýře. V případě velikého podráždění kůže je dobré ozařovanou oblast ošetřovat doporučenými mastmi (ABRAHÁMOVÁ, 2000).

### **3.4 Biologická léčba**

Nazývána také cílená léčba. Je zaměřena na tzv. zablokování určité nádorové molekuly (receptoru), které jsou příčinou spouštění dělení a růstu nádorových buněk. Cílem této léčby je zamezení růstu nádorových buněk, aniž by poškodila, či jinak ovlivnila činnost ostatních zdravých buněk lidského organismu (HOLUBEC, 2004).

### **3.5 Dispenzarizace nemocného po ukončení léčby**

Po takto závažném nádorovém onemocnění a ukončení léčby, by měl být každý nemocný dlouhodobě sledován a docházet na pravidelné kontroly. Cílem pravidelných kontrol je sledování celkového stavu nemocného, léčba případných onemocnění souvisejících s předchozí závažnou chorobou. Nesmí být opomíjená i včasná eventuelní diagnostika recidivy onemocnění, nebo vzniku a šíření metastáz.

Kromě klinického vyšetření pacienta se provádějí v pravidelných intervalech kolonoskopie, RTG plic, USG nebo CT břicha, odběry nádorových markerů (CEA).

### **3.6 Prevence**

Prevence vzniku kolorektálního karcinomu je zpracována dle vyhlášky o preventivních prohlídkách.

Prevence je zaměřena na pravidelné sledování rizikových skupin obyvatelstva (věk vyšší 50 - ti let, mužská populace, přidružená onemocnění tlustého střeva - hereditární adenomatóza tlustého střeva, ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc, nemocní po operaci kolorektálního karcinomu) (BLAHA, 1999).

V prevenci kolorektálního karcinomu neopomíjíme vyšetření okultního krvácení Haemocult, TOKS, Self - Sure či FOB testem, vyšetření per rektum či per vaginam. U nemocných po operaci kolonoskopická, RTG a interní vyšetření (BLAHA, 1999).

Prevenci nádoru kolorekta dělíme na primární, sekundární, terciální a kvartérní.

#### **3.6.1 Primární prevence**

Je zaměřena na zdravé lidi. Cílem této prevence je předcházet chorobám. Zabývá se jak prevencí vzniku chorob, tak i zlepšováním zdravotního stavu což je pozitivní při zvyšování kvality života.

#### **3.6.2 Sekundární prevence**

Zabývá se včasným vyhledáním nemoci. Nejčastější záchyt onemocnění je ve fázi bezpříznakové. Důležitou součástí je samovyšetření, vyšetření lékařem, screening.

Samovyšetření provádí nemocný sám, pozoruje a hledá příznaky svědčící pro nádorové onemocnění. V souvislosti s nádorem kolorekta je příkladem sekundární prevence zjištění přítomnosti krve ve stolici, může však značit i zánětlivé onemocnění tlustého střeva. Vyšetření okultního krvácení je možno provést v jakémkoliv věku Haemocult, TOKS, Self - Sure či FOB testem. Test je možné zakoupit v lékárně. Vyšetření per rektu, u žen per vaginam je nedílnou součástí sekundární prevence.

Včasné vyšetření lékařem úzce navazuje na samovyšetření, potvrzuje či vyvrací podezření na onemocnění a lze nemocného dále vyšetřit, či doporučit ke specialistovi.

Screeningem je možno odhalit chorobu, která již existuje, ale zatím se nemusí klinicky projevat. Zjištění nádorového onemocnění v časném stádiu je přínosné k zjednodušení léčby a zvýšení pravděpodobnosti vyléčení onemocnění.

Do všeobecných preventivních prohlídek patří stanovení okultního krvácení speciálním testem u osob od 50 do 54 let věku, je zdarma a provádí se 1x ročně. Od 55 let věku je toto speciální vyšetření poskytováno bezplatně 1x za dva roky. Doporučení k provedení screeningového kolonoskopického vyšetření od 55 let věku je jednou za 10 let. Pokud je kolposkopie bez patologických změn, či diagnostiky onemocnění.

Stanovení okultního krvácení ve stolici je indikováno i gynekologickými preventivními prohlídkami u žen od 50 do 54 let věku. Od 55 let se toto screeningové vyšetření u žen provádí ve dvouletých intervalech. Vyšetření lze nahradit doporučením ke screeninovému provedení kolonoskopie jednou za 10 let, pokud je vyšetření bez diagnostiky onemocnění nebo patologických nálezů (SBÍRKA ZÁKONŮ 70/2012).

### **3.6.3 Terciální prevence**

Tento typ prevence se nejvíce pojí s doléčením již vzniklé nemoci. Vede k navrácení zdraví, nebo je brána jako opatření, které zabraňuje vzniku nežádoucích, dlouhodobých či trvalých následků onemocnění (SBÍRKA ZÁKONŮ 70/2012).

### **3.6.4 Kvartérní prevence**

Je zaměřena na předcházení důsledků nevléčitelného onkologického onemocnění, které mohou snižovat kvalitu života, či jej zkracovat. Zapotřebí je preventivních postupů v oblasti psychické, somatické i sociální a předcházet tak možným komplikacím jako jsou bolesti či vytvoření střevní neprůchodnosti. V tomto případě je nutné zajištění dostupnosti farmakologické, endoskopické či operační léčby, pomocí které je možno zamezit těmto komplikacím. V kvartérní prevenci je nutná emocionální a psychická podpora. V případě omezené soběstačnosti nemocného je důležitá dopomoc (BRABCOVÁ, I., 2009).

## 4 STOMIE

### 4.1 Stomie

Stomie, v přeneseném překladu je označována jako otvor či vývod dutého orgánu na povrch těla. Kolostomie je vyústění tlustého střeva, je nejčastějším druhem vývodu. Střevo může být vyvedeno v několika místech, přes stěnu břišní. Speciální názvy stomií se odvozují od místa vyvedení. Umístění stomie musí vyhovovat nalepení stomické pomůcky, v okolí nesmí být jizvy, operační rána, výčnělky kostí, kožní záhyby a jiné deformace (LÚČAN, 2011, ZACHOVÁ 2010).

Vytvoření stomie vždy představuje veliký zásah do pacientova života, musí vyrovnat se závažnou chorobou, lékařskými vyšetřeními, strachem a obavami z operace, s dlouhodobým léčením po operaci, chemoterapií. Během těchto pocitů se nemocný musí učit porozumět problematice stomií, péči o vývod, co dělat v případě problémů, stanovit nový denní režim, musí upravit jídelníček (časem nemocný přijde na potraviny, které mu vadí, a které snáší bez problémů) (LÚČAN, 2011).

Veškeré tyto obavy nemocného jsou komplikovány strachem z budoucnosti, ze ztráty zaměstnání, přátel, odloučení se od rodiny, ztráty milovaných koníčků a sportů. Obavy pacienta se nesmí podceňovat, zejména v prvních týdnech po operaci představují tíživé pocity, které je nutno řešit se specializovanými pracovníky. Nejsou-li tyto problémy včas řešeny, hrozí u nemocných ztráta sebedůvěry, vyhledávání samoty, může dojít k depresím a úzkosti vedoucím až k izolaci od okolí. V mnohém pomůže v nemocni při hospitalizaci stoma sestra (LUKÁŠ, 2005, ZACHOVÁ 2010).

### 4.2 Indikace k založení kolostomie

Stomie je indikována při onemocněních trávicí nebo vylučovací soustavy. Vytvoření stomie je terapeutické jako dočasné řešení odstranění určitého problematického stavu či v případě odlehčení tlustého střeva, (pooperační stavy, vývojové vady). Není-li možné zvolit konzervativní postup léčby je stomie trvalým řešením. Dle indikací rozlišujeme stomie dočasné a trvalé.



Indikací k založení stomie je:

- záněty tlustého střeva,
- operace nádorů - nezhoubných nebo zhoubných,
- výchlípky tlustého střeva, které se rychle zanítí,
- proděravění střeva (perforace), např. při endoskopickém vyšetření,
- střevní uzávěr (ileus),
- střevní krvácení,
- nedostatečná funkce svalového svěrače (ztráta kontroly vyprazdňování),
- nesprávný vývoj střeva od lidského zárodku (embrya),
- poškození z ozařování jiných orgánů v malé pánvi (ZACHOVÁ, 2010).

### 4.3 Dělení stomií

Znalost provedení stomie je důležitá pro pooperační ošetřování vývodu.

- Sigmoidostomie - vývod v esovité kličce, je-li odstraněn i konečník se svěračem, je stomie trvalá. Nachází se v levém dolním kvadrantu stěny břišní (LUKÁŠ, 2005).
- Transversostomie - vývod na příčném tračníku tlustého střeva, obvykle dvouotvorová (dvouhlavňová) stomie. Nachází se vlevo či vpravo nad pupkem. Zakládána k léčebné indikaci, kdy dochází ke zpětnému napojení a obnovení kontinuity střevní (KUBÁTOVÁ, 2006).
- Coecostomie - vývod na přechodu tenkého a tlustého střeva, obvykle v pravém podbřišku (pravý dolní kvadrant), v případech, je-li nutno odlehčit zbývající části tlustého střeva (LÚČAN, 2011).

### 4.4 Rozdělení stomií dle doby trvání založení vývodu

Rozdělení stomií dle doby trvání závisí na stádiu pokročilosti, rozsahu a celkové závažnosti onemocnění. Založení stomie je závislé na možnosti a způsobu operace kolorektálního karcinomu, stomie dělíme na dočasné, a trvalé (SLEZÁKOVÁ, 2010).

- Dočasná stomie - přechodný vývod, většinou ze zdravotní indikace (onemocnění tlustého střeva, neprůchodnost tlustého střeva). Po určité době,

kdy ustoupí onemocnění a je-li nemocný zcela vyléčen, může být stomie zrušena. Toto období trvá většinou 3 - 6 měsíců. Zpětným napojením střev dochází k obnově kontinuity střevní (LÚČAN, 2011).

- Trvalá stomie (permanentní, nezvratná) - zakládána při závažných onemocnění, či poškození svěrače řitního, kdy konečná (distální) část střeva nebo konečníku byla odstraněna. S tímto typem stomie nemocný žije po celý zbytek života (LUKÁŠ, 2005).

## 4.5 Typy stomií

Na typu založení stomie se podílí rozsah kolorektálního karcinomu, způsob operace a celkové onemocnění. Na způsobu operace je závislé založení stomie dočasné (po určité léčebné době lze znovu obnovit pasáž střev), nebo trvalé, kdy již nelze pasáž střevní obnovit (LÚČAN, 2011).

- Dvouhlavňová stomie (axiální) - stěnou břišní se protáhne celá klička střeva, stomie má přívodnou a odvodnou kličku střevní. Po otevření střeva má pak stomie dva otvory. Nejčastěji se zakládá na transversu či sigmatu. Slouží k odlehčení zbylé části tlustého střeva v případě probíhajících zánětlivých procesů, ileózních stavů, nebo u inoperabilních případů, kde celkový stav nemocného společně s přidruženými onemocněními nepřipouští vážný chirurgický výkon (LÚČAN, 2011).
- Jednohlavňová stomie (terminální, koncová) - vývod s jedním koncovým ramenem, nejčastěji v oblasti sigmatu. Zbývající část střeva je odstraněna či slepě uzavřena (při amputaci rekta). Terminální stomie se v některých případech užívá k odlehčení zbývající části tlustého střeva (LUKÁŠ, 2005).
- Nástěnná stomie - užívá se pouze k dočasnému odlehčení střevní náplně. Může docházet k vylučování stolice i konečníkem (ZACHOVÁ 2010).

## 4.6 Komplikace stomií

Během rekonvalescence nemocného s vytvořenou kolostomií mohou nastat jisté komplikace, které dělíme do dvou skupin. Komplikace stomie dělíme na časně a pozdní.

#### 4.6.1 Časné pooperační komplikace stomie

Do časných komplikací stomie řadíme:

- Krvácení - v pooperačním období může docházet k drobnému krvácení z okolí stomie, považuje se za normální, je-li většího množství, může být poraněné střevo či céva. Větší krvácení vždy řeší lékař konzervativním či operačním způsobem. Povinností ošetřujícího personálu je sledovat množství, charakter sekretu odvádějící stomie (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Nekróza okraje stomie - příčinou nekrózy stomie bývá nedostatečný přívod krve způsobený malým otvorem v kůži či otokem stomie. Při této komplikaci se postupuje konzervativně. V případě dojde-li k zapadání střeva do břišní dutiny je nutné operační řešení (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Parastomální absces - při této komplikaci je nutná evakuace hnisu z místa postižení. Ošetřování stomie v tomto případě je náročné z důvodu častého podráždění pokožky v okolí stomie. Je nutné používat flexibilní pomůcky, které mají větší lepící plochu a ochranné prostředky na pokožku (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Otok stomie - objevuje se v prvních dnech po operaci. Vzniká při manipulaci se střevem. Je-li otok malý, spontánně odezní. Objeví-li se větší otok stomie, sledujeme jeho průběh. Odstranění většího otoku je většinou konzervativní - přikládáním studených obkladů (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Kožní komplikace - u kožních komplikací rozlišujeme, zda se jedná o maceraci kůže, podráždění kůže obsahem střev, kožní dermatitidu či o alergickou reakci na materiál stomických pomůcek. Je důležité řešit prvotní problémy (zabránit podtékání střevního obsahu pod stomický sáček, vyměnit stomické pomůcky) (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Nevhodně umístěná stomie - nastává častěji u akutních případů založení stomie, kdy v předoperačním období nebylo zakresleno místo vyvedení stomie (stomie je umístěna v kožní řase, pod žeberním obloukem, v blízkosti kosti kyčelní). Při této komplikaci je nutné používat flexibilní

stomické pomůcky a vyrovnávací pasty, dovoluje-li to stav nemocného je možné chirurgicky provést transrepozici stomie (OTRADOVCOVÁ, 2006).

#### 4.6.2 Pozdní pooperační komplikace stomie

Komplikace stomie se mohou objevit i v pozdním pooperačním období, kdy jsou popisovány tyto druhy komplikací:

- Prolaps stomie - vyhřeznutí střeva. V rozmezí až desítek centimetrů. Délka střeva se sleduje a měří ve stoje. Se střevem je nutné manipulovat velmi opatrně. Je vhodné střevo sprchovat čistou vodou, dochází k odplavení nečistot. Lépe je používat výpustné sáčky s větší lepící plochou, otvor sáčku stříháme cca o 5 mm větší. Není vhodné střevo vracet do původní polohy (reponovat) zpět do břišní dutiny, vleže nemocného se většinou střevo navrátí do původní polohy. Je možné provést chirurgickou reoperaci střeva a úpravu stomie, ne však u každého nemocného (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Retrakce stomie - vtažení stomie, často spojené se stenózou. Vtažení střeva může být v rozmezí několika milimetrů až centimetrů pod úroveň kůže. Dochází k častému podráždění pokožky až k maceraci, důležitá je správná edukace nemocného, jak dodržovat hygienickou péči o stomii (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Stenóza stomie – zúžení, spjata s retrakcí stomie. Nepoměr střeva a otvoru v dutině břišní. Způsobuje hromadění střevního obsahu před stenózou projevující se bolestmi břicha a poruchami pasáže střevní. K obnově odchodu střevního obsahu je nutné stomii dilatovat digitálně či dilatátorem, lékař a stoma sestra pacienta edukuje o nutnosti úpravy stravovacích návyků a o dilataci stomie alespoň 15 minut denně. V případě těsné stenózy či uzávěru stomie je nutná urgentní operace (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Macerace kůže - velmi bolestivá komplikace, dochází k pomalému hojení. Způsobená většinou v kombinaci s pístěli stomie nebo špatně používaných stomických pomůcek. Častěji se objevuje u ileostomií (OTRADOVCOVÁ, 2006).

- Parastomální kýla - okolo stomie se vytvoření vyklenutí, které zvětšuje. Příčinou komplikace je oslabení břišní stěny nebo uvolněním vazivového obalu (fascie) od střešní kličky. Malá parastomální kýla má konzervativní řešení kýlním pásem, velká kýla se musí kompenzovat operačně, hojení komplikuje infekční prostředí v okolí rány (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Píštěle - vyskytují se v okolí stomie (následkem komplikace nespecifických střevních zánětů, stehové píštěle). Píštěle neumožňují dostatečné přilnutí stomických pomůcek ke kůži, proto je nutné vybírat vhodné pomůcky a v případě potřeby požádat revizního lékaře o navýšení limitu pro spotřebu stomických pomůcek (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Komplikace stomie při radioterapii - řešení těchto komplikací je vždy individuální, dochází ke změně vyprazdňování (průjmy), podráždění pokožky, postradiační stenóza stomie (OTRADOVCOVÁ, 2006).
- Komplikace stomie při chemoterapii - aplikací cytostatik se pacientovi může změnit pH potu a tím může docházet k nesnášenlivosti některých typů pomůcek. Vyskytnou-li se kožní komplikace, vyzkoušíme u nemocného jiný druh stomických pomůcek (OTRADOVCOVÁ, 2006).

## **4.7 Ošetřovatelská péče u nemocného s kolostomií**

Ošetřovatelská péče o kolostomii vyžaduje značnou informovanost pacienta již před operačním výkonem. Edukace je u každého individuální, proto nutné přizpůsobit formu rozhovoru fyzickému i psychickému stavu a schopnosti pacienta se motivovat. Průběh edukace závisí na schopnostech stoma sestry vyjadřování a předávání informací. V případě špatně zvoleného rozhovoru (nadřazenost, strohost informací) může dojít k neporozumění edukace nemocným až k možným konfliktům (ZACHOVÁ, 2010).

### **4.7.1 Předoperační péče o nemocného**

Předoperační péče a informovanost pacienta se odvíjí od operace, která bude vykonána. O operačním zákroku a následné léčbě po operaci je nemocný informován lékařem, většinou lékařem operátorem, který bude operační zákrok vykonávat. Z hlediska sesterské předoperační péče je velmi důležitá psychická příprava pacienta a

zodpovězení dotazů v rámci svých kompetencí. Nedílnou součástí je zakreslení místa pro stomický vývod a seznámení nemocného se stomickými pomůckami, které v budoucnu budou jeho nedílnou každodenní součástí (LUKÁŠ, 2005).

Zakreslení místa stomického vývodu - stoma sestra vyznačí na břišní stěně nejvhodnější místo k založení stomie vzhledem k tvorbě kožních řas (stomie nesmí být provedena v místě tvorby záhybu při sedu či předklonu pacienta, v blízkosti operačních jizev nebo kyčelní kosti). Po zakreslení místa vývodu připevníme na pokožku stomický sáček a pacienta požádáme, aby se předklonil, prošel se, zkusil se posadit. Takto zjišťujeme, zda stomický sáček drží na svém místě a není-li překážkou v běžných činnostech (OTRADOVCOVÁ, 2006).

#### **4.7.2 Pooperační péče o nemocného s kolostomií**

Dle rozsahu výkonu mohou být nemocní několik dní hospitalizováni na jednotce intenzivní péče (JIP) s ohledem na věk a fyzickou zdatnost. O pobytu na (JIP) po operaci rozhoduje především lékař operatér a současný zdravotní stav pacienta.

Informace o pooperačním období jsou nemocnému podány před operačním zákrokem, je seznámen s průběhem léčení. Z psychického hlediska je u pacientů s kolostomií důležité přizpůsobit se skutečnosti, že již nebudou mít kontrolu nad vyprazdňováním stolice. Cílem pooperační péče je seznámení pacienta se stomickými pomůckami, péči o stomický vývod a plnohodnotně žít se stomií (LUKÁŠ, 2005).

Péči o stomii v počátku pooperačního období provádí zdravotnický personál. Nemocný se učí péči o kolostomii a výměně sáčku je-li již schopen mobilizace. Návuk péče o stomii je prováděn v soukromí, kde nejsou ostatní pacienti. Většinou tomu tak bývá v koupelně na oddělení, kde je pro případné použití umístěna toaleta, umyvadlo, sprcha, zrcadlo a odpadkový koš na použitý materiál. Pacientovi je doporučeno stomii ošetřovat před zrcadlem, které má ve výši, aby bez problémů viděl na své břicho se stomií. Důležité je prohlédnout okolí vývodu (může zde být macerace kůže způsobená nevhodným ošetřením okolí stomie, či špatně vystřiženého průměru stomického sáčku).

Pomocí papírové šablony si nemocný změří průměr stomie (může mít různě nerovný okraj), je nutné správné vystřižení otvoru stomického sáčku, aby těsně přiléhal k vývodu a nedocházelo tak k poškození okolní kůže kolem stomie agresivními látkami

ze stolice. Prvních cca 6 měsíců po operaci se stomie zmenšuje. Pokud sáček špatně drží na jizvě, kožní rase (což by nemělo být, někdy je toto řešení bohužel nevyhnutelné a z operačního hlediska založení vývodu nutné), je možné použít ochrannou vyrovnávací pastu na kůži. Ošetrovatelskou péči a s ní spojenou veškerou edukaci a obsluhu o stomii provádí vyškolený pracovník, stoma sestra.

Po zručném nácviku ošetrovatelské péče o kolostomii je pacient před propuštěním z hospitalizace vybaven od stoma sestry stomickými pomůckami. Ve výbavě je několik druhů stomických sáčků pro možnost vyzkoušet si v domácím prostředí pomůcky nejvíce vyhovující potřebám pacienta. Dále je nemocnému sdělen termín návštěvy stomické poradny.

Nemocného je nutno upozornit na vznik případných problémů, jako je zácpa nebo průjem. Dále musíme zdůraznit, že sliznice střeva je citlivá a snadno může krváčet. Ke krvácení ze střeva může dojít během mechanického poškození (přitlačení při očišťování stomie), nejde-li krvácení zastavit pod tlakem gázou, nebo je-li krvácení zevnitř střeva, je nutno neprodleně vyhledat lékaře. Pacient se stomií je nucen vyhledat lékaře i v případě dochází-li k zužování střeva a tím ke špatnému bolestivému vyprazdňování stolice. Při tomto problému je nutno stomický vývod dilatovat (roztahovat, zvětšovat ústí stomie pro snadnější odchod stolice) v pravidelných intervalech, nebo chirurgicky upravit stomický vývod.

#### **4.7.3 Pomůcky k ošetřování stomie**

S pomůckami pro péči o stomie úzce souvisejí limity pomůcek pro stomiky. Tyto limity množství pomůcek předepisují pojišťovny, které jsou bohužel v rozporu s individuálními požadavky nemocných. Díky tomuto „rozpočtu stomických pomůcek“ pak nemocný může stomii a její okolí nevhodně ošetřovat z nedostatečného množství stomických pomůcek.

Pomůcky pro nemocné může předepsat smluvní lékař pojišťovny s určitou odborností. Mezi tyto smluvní lékaře patří urolog, chirurg, internista či praktický lékař pacienta. Pomůcky mohou být předepisovány na dobu tří měsíců poukazem na zdravotní pomůcku a následně jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Vyčerpá-li stomik limit pro tříměsíční množství pomůcek, je nucen si je hradit sám (SLEZÁKOVÁ, 2010, LÚČAN, 2010).

Mezi pomůcky pro stomiky patří jednodílný, dvoudílný systém stomických sáčků, stomické sáčky výpustné, nebo jednorázové (uzavřené, bez výpusti), podložky kolostomické i ileostomické. Dále jsou zde zahrnuty pomůcky pro hygienu stomie, čisticí prostředky (odstraňovač náplastí, čisticí roztok na okolí stomie, čisticí roušky, pohlcovač zápachu). Prostředky pro ochranu stomie jsou pasta, pudr, roušky, ochranný film, krém, kroužky a destičky pro stomiky. U pacientů se stomií lze předepsat buničitou vatu, vatu obvazovou, sterilní a nesterilní skládanou gázu (LÚČAN, 2010).

#### **4.8 Doporučené stravování nemocných s kolostomií**

Pro stomika platí veškeré zásady zdravého stravování, jíst smíšenou pestrou chutnou stravu zahrnující dostatek zeleniny a ovoce. Nemocný nesmí zapomínat na změněné anatomické poměry střeva, a tím změněné vyprazdňování stolice. Stomik by měl jíst menší porce jídla vícekrát denně, strava by měla být poctivě rozžvýkána a doplňována dostatečným příjmem tekutin, minimálně 2 litrů tekutin za den.

Mezi tekutiny není vhodné zahrnovat silnou kávu, nápoje s CO<sub>2</sub> a neslazený černý čaj - jsou zdrojem zahuštění stolice a tím dochází k výskytu zácpy, mohou zvyšovat i plynatost. Potraviny, které způsobují zácpu, mohou být kakao, borůvky, banán, vařená mrkev, rozinky, celer, bílý chléb. Tyto potraviny je vhodné využít v případě, dostane-li nemocný průjem.

Naopak při vzniku zácpy je možno užít potraviny, mezi něž patří sušené švestky, špenát, celozrnný chléb, malé množství piva (případně alkoholu). Některé potraviny jsou příčinou zvýšené plynatosti (pivo, květák, vejce, česnek, kedlubny) je dobré na to u nemocných se stomií pamatovat, a doporučit potraviny snižující plynatost - borůvky, brusinky, jogurt, kyselé mléko, petržel, špenát. Přehled stravování je orientační a pro každého pacienta zcela individuální, každý stomik přijde na to, které potraviny mu způsobují určité potíže.



# 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO PO OPERACI KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU S KOLOSTOMIÍ

## 5.1 Úvod

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na zpracování ošetřovatelského procesu u pacienta po operaci kolorektálního karcinomu s vytvořením kolostomie. U nemocného je důležitá především předoperační informovanost u nastávajícího výkonu a dostatečná edukace v návaznosti na pooperační období a následnou péči o kolostomii.

## 5.2 Klinická část

Na chirurgické oddělení při fakultní nemocnici Plzeň byl dne 29.1.2013 přijat 72letý nemocný k plánovanému výkonu, operaci na tlustém střevě s indikací k vyvedení stomie.

### 5.2.1 Anamnéza nemocného

- RA - otec zemřel v 70 letech na CA prostaty, matka zemřela v 83 letech na roztroušenou sklerózu, sestra 69 let, prodělala operaci mozkového aneuryzmatu, má dva syny, oba jsou zdraví,
- OA - nemocný se léčí s arteriální hypertenzí, v současné době problémy s vyprazdňováním (časté průjemovité stolice s příměsí krve),
- PA - důchodce, dříve pracoval jako skladník,
- SA - bydlí v rodinném domě s manželkou, synové s nimi již nežijí, se syny a sestrou je v kontaktu, navštěvují se, rodinné vztahy jsou dobré,
- Abúzus - nemocný dříve asi od 19 do 35 let kouřil 15 cigaret denně, nyní je nekuřák, alkohol pije příležitostně, kávu pije až 4x denně rozpustnou,
- AA - neudává žádné lékové ani jiné alergie,
- FA - v domácím léčení nemocný užívá tyto léky:

Agen 10 mg tbl.	1-0-0 (antihipertenzivum)
Egilok 50 mg tbl.	1-0-0 (antihipertenzivum)

Telmark 80 mg tbl.	1-0-0 (antihypertenzivum)
Hydrochlorthiazid léčiva	1-0-0 (antihypertenzivum)
Controloc 40 mg tbl.	1-0-1 (antiulcerózum)
Prostamol Uno tbl.	1-0-0 (urologikum)

- NO - 72letý nemocný hypertonik, pro krvavé průjmy indikováno 3.1.2013 ke kolonoskopickému vyšetření s nálezem tumoru rekta. Vyšetření je histologicky ověřeno jako adenom rekta. Na CT vyšetření ze dne 10.1.2013 lokálně prorůstající tumor do okolí, suspektní metastázy jater. Subjektivně nemocný nezvrací, udává opakované průjmovité stolice. Nález je indikován k operačnímu řešení.

### 5.2.2 Stav nemocného při přijetí

Nemocný 72 let, přijat k plánovanému výkonu 29.1.2013 na chirurgické oddělení pro časté průjmovité stolice. Subjektivně je při vědomí, nezvrací, udává časté průjmovité stolice. Orientován časem i místem, plně spolupracující. Nachlazený není, hydratace je přiměřená, udává problémy s vyprazdňováním, časté průjmovité stolice střídající zácpu. Váhový úbytek nemocného je 12 kg za poslední 3 měsíce. Oči jsou symetrické, zornice v normě, sekret z očí, nosu, uší není, dýchání je čisté a pravidelné bez slyšitelných fenoménů, hrudník symetrický. Břicho palpačně mírně podrážděné jinak měkké. Horní a dolní končeni jsou bez známek zánětlivých procesů a otoků.

- Základní medicínská diagnóza:

C20 Karcinom rekta

- Ostatní medicínské diagnózy:

I10 Arteriální hypertenze

N40 Zbytnění prostaty

Suspektní metastázy jater

Vředová choroba gastroduodena

- Operační medicínské diagnózy:

C20 Inoperabilní karcinom rekta

### 5.3 Fyzikální vyšetření nemocného

Nemocný byl přijat na oddělení s předoperačním vyšetřením od svého praktického lékaře a kompletními laboratorními náběry, které jsou v normě (biochemie, krevní obraz, hemokoagulace). V dokumentaci přiloženo vyšetření EKG a vyhotovený snímek RTG srdce + plíce, které jsou vhodné pro operační výkon. Z vyšetření provedených ve FN Plzeň nemocný přináší popis kolonoskopie a vyšetření CT.

- V den příjmu nemocného na oddělení byly naměřeny tyto hodnoty:
  - Váha: 80 kg,
  - Výška: 175 cm,
  - TK: 150/95 mmHg,
  - P: 82´,
  - TT: 36, 7 °C,
  - BMI: 26 - v normě.
- Ordinace lékaře v den příjmu nemocného:
  - D - kaše,
  - vyprázdnit fosfátovým roztokem, ráno před výkonem klyzma,
  - Isolyte 1000ml na 8 hodin (20:00-02:00),
  - objednat 3x EBR,
  - Zibor 2500j s.c. ve 20:00,
  - na operační sál Amoksiklav 2x1,2gr.,
  - předoperační vyšetření má,
  - na oddělení nabrat kontrolní ionty.

### 5.4 Zhodnocení chování a vnímání nemocného před operačním výkonem

Při příjmu na oddělení byl pacient v rozpacích z nového prostředí, chování bylo odměřené z důvodu stresové situace - hospitalizace v nemocnici.

Z výsledků fyziologického vyšetření neměl pacient vyšší TK z důvodu onemocnění hypertenze, pro kterou se léčí od roku 2000.

Stravování u nemocného bylo spíše nepravidelné a nepříliš pestré. Pacient má rád kávu, kterou si dopřává až 4x denně, do stravy příliš nezahrnuje ovoce ani zeleninu. Nemocný má rád spíše masité tučnější pokrmy.

S vyprazdňováním moče pacient udává mírné problémy z důvodu onemocnění zbytnění prostaty, vyprazdňování stolice nemocnému činí značné problémy, často se objevují průjmovité stolice střídané se zácpou.

Odpočinku se nemocný věnuje práci kolem rodinného domu, jezdí na kole, chodí na procházky se psem a je členem rybářského spolku. Nejraději odpočívá doma u čtení knihy či sledování TV.

Po fyzické stránce se pacient cítí dobře vyjímaje zdravotní problémy. Se svým vzhledem je spokojen, když díky onemocnění zhubl, cítí se po jisté stránce dobře, již netrpí nadváhou. Představy o svém zdravotním stavu v budoucnu si nedokáže úplně představit, byl však informován v proktologické poradně lékařem, o následném operačním výkonu, a tím se bude muset změnit, jeho současný styl života.

Pan M.J. má manželku a dva syny, s manželkou bydlí v rodinném domě, oba synové s nimi již nežijí, často se však navštěvují. Pacient je členem rybářského spolku, kde má spoustu dlouholetých přátel. Má obavy, jak na jeho zdravotní stav a s ním spojené nové skutečnosti budou přátelé reagovat. Je nevěřící.

## **5.5 Informace o nemocném dle modelu Callisty Royové v průběhu hospitalizace**

Cílem ošetrovatelského modelu dle Roy je adaptace nemocného na konkrétní zdravotní situaci. Adaptace pacienta probíhá ve čtyřech základních oblastech (fyziologické funkce, sebepojetí, funkce rolí a vzájemná závislost (PLEVOVÁ, 2011)).

Utřídění informací o nemocném v průběhu hospitalizace po operačním výkonu:

MODY	CHOVÁNÍ	STIMULY		
		Fokální	Kontextuální	Reziduální
<b>Fyziologické mody</b>				
<b>Okysličování a cirkulace</b>	U nemocného (N) se projevuje zhoršené dýchání (zrychlené, nepravidelné). Srdeční tep je u N v době při přetrvávající bolesti zrychlený.	Zrychlené dýchání a tepová frekvence je u N vyvoláno pooperační bolestí. Po podání analgetik se dechová a tepová frekvence uklidní a zpomalí.	Ke změnám dýchání dochází v souvislosti s hospitalizací a adaptací na nové prostředí a novou zdravotní situaci. V průběhu hospitalizace se postupně tyto nežádoucí reakce N na hospitalizaci v nemocnici a na jiné prostředí eliminují.	N nedokáže rozpoznat intenzitu bolesti a příliš pozdě požádá o podání analgetik. V průběhu hospitalizace již N dokáže odhadnout počínající intenzitu bolesti a požádá o podání analgetik včas.
<b>Tekutiny</b>	Příjem tekutin p.o. je u N omezen - nutné nahradit tekutiny i.v. terapií.	Nedostatečný příjem tekutin se projevuje sníženou diurézou, nedostatečně vlhkými sliznicemi.	Omezení tekutin souvisí s operačním výkonem, kdy se N musí přizpůsobit režimu a dodržovat dle ordinace lékaře jistá omezení.	Důvodem nedostatku tekutin p.o. není neochota N přijímat tekutiny, nýbrž dietní omezení, nařízená lékařem z důvodu operačního zákroku na zažívacím traktu.
<b>Stravování</b>	Stravování u pana M.J. v domácím prostředí bylo dosti nepravidelné a nepříliš zdravě zaměřené. Během hospitalizace je N dietně omezen - NPO, čajová	Strava v domácím prostředí N byla nepravidelná, spíše tučného charakteru, neobohacená o zeleninu či ovoce. Během hospitalizace se N musel	Pan M.J. neměl potřebu se zdravě stravovat. Strava N v nemocnici nejprve nechutnala, postupnou rekonvalescencí a přidáváním na jídle, kdy byla strava	N neměl zažitý zdravý životní styl a zdravě stravování, což mohlo být jednou z příčin jeho zhoubného onemocnění. V nemocnici zprvu se stravou nebyl spokojen,

	<p>dieta, tekutá strava, šetřící dieta, až dieta bezzbytková. Do domácího léčení N odchází edukován o dietním režimu, a změnění svých doposud zažitých stravovacích návyků.</p>	<p>přizpůsobit jistému dietnímu omezení, které musel dodržovat. Do domácího léčení odcházel N edukován o správném stravování v souvislosti s jeho zdravotním stavem, edukaci N pochopil, byl vybaven informacemi o vhodném stravování.</p>	<p>bohatší, N chutnalo.</p>	<p>později se však dietnímu režimu přizpůsobil a sám udávala, že v některých případech byla strava velmi chutná. Při propuštění pan M.J. odchází s přesvědčením a cílem, začít se lépe a pravidelněji stravovat.</p>
<p><b>Eliminace</b></p>	<p><b>Moč :</b> Po operačním výkonu měl pan M.J. zaveden permanentní močový katétr (PMK), který v prvních dnech po operačním zákroku byl pro N důležitý z důvodu sledování diurézy a celkového pohodlí vyprazdňování moče. Po odstranění PMK u N došlo ke spontánnímu vymočení, urologické problémy (řezání, pálení</p>	<p>Omezené spontánní močení bylo způsobeno zavedení PMK během operačního zákroku. PMK byl zaveden z důvodu sledování diurézy a celkového stavu N po operačním zákroku. Pro pana M.J. bylo toto řešení nejpohodlnější volbou ve způsobu vyprazdňování moče.</p>	<p>Přidruženým důvodem změněného vyprazdňování moče u pana M.J. byl operační výkon na zažívacím traktu, který je pro N psychicky i fyzicky náročný. Veškerá zvýšená aktivita pro N v pooperačním období je velice namáhavá. V průběhu rekonvalescence byl PMK odstraněn, při močení N problémy</p>	<p>Předchozí zkušenosti se zavedeným PMK pan M.J. neměl, tato situace byla zcela nová. První zkušenost s PMK nehodnotí záporně, sám udává, že v prvních dnech po operačním výkonu to bylo vysvobození od stresové situace způsobující starost, jak se vyprázdnit do močové lahve.</p>

	při močení, pocit nedokonalého vyprázdnění) neudával.		neudával.	
	<p><b>Stolice :</b> Před nástupem do nemocnice měl N s vyprazdňováním stolice problémy. Docházelo k častému střídání průjmu se zácpou. Vyprazdňování tím bylo problematické, bylo však vůlí ovlivnitelné. Po operačním zákroku pro N nastala zcela nová situace, k vyprazdňování stolice nyní bude docházet jinou cestou, než bylo běžné a fyziologické. Nyní vyprazdňování stolice je zcela vůlí neovlivnitelné a nepravidelné.</p>	<p>Nepravidelné vyprazdňování stolice bylo způsobeno nesprávným životním stylem a špatnými stravovacími návyky. Které si N uvědomuje. V dalším období špatné vyprazdňování je panem M.J. přisuzováno onemocněním, které mu bylo diagnostikováno. Po operačním výkonu, kdy u pana M.J. byla vytvořena kolostomie, je vyprazdňování nepravidelné. N je vystaven nové životní situaci, které se musí přizpůsobit a musí se naučit pečovat o svůj kolostomický vývod.</p>	<p>Veliký vliv na přizpůsobení se nové situaci měl na N i zdravotnický personál. Je proto velmi důležité k takto nemocným přistupovat velmi individuálně. Edukaci, která byla N poskytnuta v oblasti pečování o kolostomický vývod, pan M.J. porozuměl, v případě nejasností zdravotnickém u personálu položil otázku vztahující se k tématu.</p>	<p>Kolostomický vývod N přijal nejprve s rozpaky. Později, při seznámení se stomickými pomůckami a možností asistence vyzkoušení si výměny stomického sáčku, se postoj N změnil na kladnější pohled na celkovou situaci. V průběhu hospitalizace k péči o kolostomický vývod přistupoval N s větší zodpovědností. Zdravotnický personál byl pro N pouze dohledem v případě potřeby pomoci.</p>
<b>Aktivity a odpočinek</b>	Mezi aktivity pana M.J. patří zejména rybářský spolek, kde je pan M.J. členem.	Snížená mobilita N byla způsobena operačním výkonem. Rehabilitace	Mobilizaci N ztěžovala pooperační bolest, která byla analgetiky tlumená a tím bylo pro pana	Pan M.J. byl při rehabilitačním cvičení spolupracujícím a snažil se přizpůsobit

	<p>Formou odpočinku je též práce kolem rodinného domu, kde bydlí s manželkou a věnování se jejich psu, se kterým velmi rád chodí na dlouhé procházky. Po operaci je fyzická činnost N omezena z důvodu operačního výkonu. Během rekonvalescence dochází k dechovému cvičení až posupné mobilizaci na lůžku a mimo něj. Před ukončením hospitalizace je pan M.J. zcela mobilní.</p>	<p>prováděna v pooperačním období byla pro N přínosná. Před propuštěním do domácího léčení je pan M.J. mobilní a fyzickou aktivitu zvládá bez problémů.</p>	<p>M.J. snazší se věnovat rehabilitačním u cvičení. Velikou oporou v rekonvalescenci a návratu fyzické aktivity byla rodina, zejména manželka pana M.J.</p>	<p>dané zdravotní situaci.</p>
<b>Celková regulace organismu</b>				
<b>Vitální hodnoty</b>	<p>Vitální funkce jsou v normě, pan M.J. je při vědomí, dýchání je normální, tepová frekvence přiměřená.</p>	<p>Změna vitálních funkcí a tím zrychlené dýchání a tep byly u N způsobeny pooperační bolestí. Po podání léků na bolest se tepová i dechová frekvence zpomalila a tím klesl i tlak</p>		<p>Změna vitálních funkcí byla podpořena stresovou situací, která nastala po operačním výkonu N. S odstupem několika dní, se celkový psychický stav pana M.J. zlepšil a tím se eliminoval</p>



		krevní.		stres.
<b>Smysly</b>	Před operačním výkonem, v období rekonvalescence a před propuštěním do domácího léčení byl N zcela orientován místem, časem, dobou. Pooperační období a s ním spojené podání celkové anestezie ve smyslové chování N neovlivňovalo.	V časném pooperačním období byl N více spavý, na oslovení reagoval bez problému. Zrak, sluch a řeč byli po operaci nezměněné, pan M.J. neudává žádné změny ve smyslovém vnímání.		N nosí brýle na čtení, moc je nepoužívá. V pooperačním období pan M.J. neudává výrazné zhoršení zraku.
<b>Endokrinní systém</b>	S endokrinním systémem N problémy neudává. S onemocněním tohoto systému se neléčí, uzliny a štítná žláza jsou nezvětšené.			
<b>Sebeuvědomování se</b>				
<b>Fyzikální nitro</b>	Pan M.J. se cítí být ve stresu z důvodu strachu nezvládnutí péče o kolostomii.	Strach a stres byly u N již před operačním výkonem. V pooperačním období se tyto pocity projevují více z důvodu nejistoty a strachu v péči o stomii.	Přístup k panu M.J. byl individuální, edukace v oblasti péče o kolostomii byla srozumitelná, N byl ponechán čas na vstřebání informací a položení případných otázek. Psychickou	N měl strach z nové situace, což se projevovalo stresem. Od počátku hospitalizace byl N opakovaně informován o onemocnění i jeho následcích. První známky stresu z N opadly při

			oporou byla pro pana M.J. jeho žena.	první asistenci výměny stomického sáčku. N péči o stomii zvládal sám, strach a stres se eliminovali, byl v dobrém psychickém stavu.
<b>Osobnostní nitro</b>	V pooperačním období se N cítil bezmocný v péči o kolostomii. Má z nové situace strach.	Řádnou edukací se u N bezmocnost eliminovala, a spolu se zdravotnickým i pracovníky se učil péči o stomii.	V péči o stomii byla velikou oporou pro N manželka, byla přítomna během edukace N v péči o kolostomii.	Pan M.J. měl zájem učit se péči o stomii, strach měl z reakce přátel, jak přijmou jeho zdravotní stav.
<b>Interpersonální nitro</b>	Ačkoliv se u N objevovali pocity strachu, stresu, bezmoci, ke zdravotnickém u personálu nebyl hrubý, či agresivní.	V pooperačním období N trochu zápasil s pocity, jak zvládne péči o kolostomii. Srozumitelnou edukací a ukázkou výměny stomických pomůcek se negativní pocity eliminovaly.	K rodině během hospitalizace se N choval slušně, nebylo znát negativních projevů z důvodu onemocnění.	Pan M.J. měl zájem učit se novým věcem a tím i péči o vývod. V případě nepochopení informace požádal stoma sestru o vysvětlení.
<b>Rolové funkce</b>				
<b>Primární role</b>	Muž, 72 let, důchodce.	Pacientem na chirurgickém oddělení.		
<b>Sekundární role</b>	Manžel. Důchodce.	N má obavy z přijetí jeho zdravotního stavu kamarády.	N má velikou podporu od manželky, psychicky je N podporován i zdravotnickým personálem během hospitalizace.	N mohl přátele více seznámit se svým zdravotním stavem. Této skutečnosti si je pan M.J. vědom.
<b>Terciální role</b>	Člen	N má	Informacím o	Pan M.J. měl

	<p>rybářského spolku, neschopnost plnit kavity klubu. N je závislý na péči o kolostomii, je omezen nepravidelným vyprazdňováním.</p>	<p>nepravidelné vyprazdňování stolice, doporučena je úprava jídelníčku a pravidelné stravování.</p>	<p>úpravě jídelníčku naslouchá i manželka pana M.J., která bude v domácím prostředí stravu většinou připravovat.</p>	<p>pozitivní přístup k učení se novým věcem - péče o stomii, edukaci naslouchal, v případě nejasností informací se N zeptal na vysvětlení. Před propuštěním z hospitalizace N zvládá péči o kolostomii. Do domácího léčení odchází edukován o fyzickém omezení a o stravovacích návycích.</p>
<b>Vzájemná závislost</b>				
<b>Vzájemná závislost</b>	<p>Nejvíce blízký vztah, má pan M.J. s manželkou, během celé hospitalizace je znát podpora ze strany ženy N. Vzájemná závislost se upevnila v pooperačním období, kdy bylo nutné aby se pan M.J. naučil péči o kolostomii, a přizpůsobil se určitým režimovým opatřením.</p>	<p>Celková závislost v oblasti péče o kolostomický vývod je z důvodu operačního výkonu. V průběhu hospitalizace je pan M.J. edukován v péči o stomii. Manželka pana M.J. je též informována o ošetrovatelské péči. Pro N je ze strany manželky vyjádřena velká psychická podpora.</p>	<p>Během hospitalizace je pan M.J. ze strany manželky velice podporován z hlediska psychického i fyzického. Žena pana M.J. má zájem o informace týkající se péče o kolostomii a přizpůsobení stravování vzhledem k onemocnění pana M.J.. S N se při každé návštěvě prochází po oddělení.</p>	<p>Ze strany N je snaha naslouchat a učit se novým věcem. Je pozorný a při nejasnosti podané informace není pro pana M.J. překážkou položit otázku. V péči o kolostomii byl N z počátku zcela závislý na zdravotnickém personálu. Během hospitalizace se závislost pana M.J. na zdravotnickém personálu snížila a v péči</p>

				o stomii se stával samostatným Velikou podporou pro pana M.J. byla jeho manželka.
--	--	--	--	---

## 5.6 Zhodnocení chování a vnímání nemocného po operačním výkonu

Během hospitalizace nemocného na chirurgickém oddělení byly zřejmé změny chování, nálad a přizpůsobení se zdravotnímu stavu a nové situaci, která pro pana M.J. nastala s provedením operačního výkonu. Onemocnění a situace po operačním zákroku zapříčiňují změny chování, nálad a pohledu na sebe sama. Nemocný byl z nové situace po operačním výkonu na rozpacích. V počátku pooperačního období byl pacient špatně naladěný, musel se nechat ošetřovat zdravotníky, kteří se starali o jeho stomický vývod, což jak udává sám pan M.J. mu bylo trapné. Příjemné nebylo ani omezený pohyb, a bolesti, které se objevovaly s každou vynaloženou námahou.

Během rekonvalescence a postupně zvyšující se mobility, byla u nemocného špatná nálada na ústupu. Pan M.J. měl veliký strach z nepříjemné události, kdyby došlo k uvolnění stomického sáčku a tím k nehodě s jeho obsahem. Nejistota a strach z nemocného opadly při srozumitelné edukaci, kdy byly poskytnuty informace v oblasti kontrolování náplně stomického sáčku (náplň maximálně do  $\frac{2}{3}$  celkového objemu sáčku). Dále byla zajištěna informovanost o vyprazdňování stomické pomůcky v případě používání jednodílného vypouštěcího systému, který v současné době pan M.J. používal, bylo nemocnému ukázáno, jak se stomickou pomůckou zacházet.

V době, kdy byl nemocný již mobilní a nastala nutnost vyměnit stomický sáček, byla panu M.J. nabídnuta možnost připevnění pomůcky tak, aby jej mohl sám dle potřeby vyprazdňovat. Pacient byl seznámen s veškerými prostředky, které jsou nutné při výměně stomické pomůcky. Než byla provedena výměna, veškeré dostupné prostředky si mohl prohlédnout a vyzkoušet manipulaci s nimi.

Během výměny stomického sáčku byl nemocný v soukromí od ostatních pacientů v koupelně oddělení, která je upravena tak, aby zde stomici mohli bez omezení pracovat při výměně pomůcky. Pan M.J. byl řádně informován o každém kroku v

postupu výměny stomického sáčku. Edukaci v rámci připevnění pomůcky nemocný pochopil. Před propuštěním z oddělení u nemocného proběhla reedukace, kdy provedl sám výměnu sáčku, která proběhla bez problémů.

Výsledky vyšetření fyziologických funkcí během hospitalizace nemocného byli stabilní s indikací chronické medikace.

Stravování u nemocného v pooperačním období bylo omezené z důvodu operačního zákroku. Nedostatek stravy pan M.J. neudával. V počátku pooperačního období neměl chuť k jídlu. Později, při zvýšené mobilizaci měl větší chuť k jídlu, strava panu M.J. chutnala, vyhovující byla i doba podávání. Pravidelné stravování nemocného nezatěžuje a cítí se lépe.

V oblasti vyprazdňování jsou u pana M.J. změny. Vyprazdňování stolice kolostomií je značně nepravidelné, čemuž se bude muset do budoucna přizpůsobit a též i způsobu a obsahu stravování. Nemocný byl edukován a změně jídelníčku s ohledem na vyprazdňování stomie (vyhýbat se nadýmavé stravě, stravě způsobující průjem či zácpu). S vyprazdňováním moče nejsou u nemocného problémy.

Aktivitu a odpočinek pan M.J. bude muset nyní přizpůsobit rekonvalescenci. V domácím prostředí se musí vyhýbat zvýšené námaze nejméně 3 měsíce, nadměrnému zatěžování břišní stěny aby nedošlo k objevení se pooperačních kýl či vyhřeznutí stomie. Od aktivit jako rybářský spolek, či venčení psa nemocný upouštět nemusí.

Po fyzické stránce se pan M.J. cítí mírně unaveně a zesláble, což přisuzuje pooperačnímu stavu. Pocity ze svého vzhledu má rozpačité, bude si muset zvyknout a přizpůsobit se nynějšímu celkovému vzhledu. Do budoucna by se chtěl lépe a zdravěji stravovat, chodit pravidelně na lékařské kontroly a zvládat péči o svůj vývod.

Pan M.J. bydlí s manželkou v rodinném domě. Paní nemocného je ochotna při péči o kolostomii být svému manželovi nápomocná, též by ráda přizpůsobila stravovací návyky onemocnění jejího manžela. V domácnosti by rádi provedli rekonstrukční změny, které by byly nápomocny panu M.J. při péči o vývod.

## 5.7 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy jsou zpracovány dle Nanda taxonomie I. (Kapesní průvodce zdravotní sestry). Řazeno dle priorit nemocného. Zpracované diagnózy jsou ve dnech od 4.2. do 6.2.2013

- **Strach (neznalost problematiky stomií) z nedostatku znalostí projevující se zvýšeným napětím, sníženou sebejistotou a nervozitou.**

PRIORITA:

- střední.

DLOUHODOBÝ CÍL:

- nemocný porozumí problematice onemocnění, operačního výkonu a stomií, bude ovládat péči o stomii a bude mít snížený pocit strachu.

KRÁTKODOBÝ CÍL:

- nemocný prokáže pochopení problematiky stomií a onemocnění do 2 dnů,  
- pacient slovně doloží přesnou znalost správného postupu ošetřování stomie a výměny sáčku do 3 dnů.

VÝSLENÁ KRITÉRIA:

- pacient je plně informován o onemocnění, operaci, a problematice stomií před a po operačním zákroku,  
- pacient prokáže pochopení, slovně doloží problematiku péče a ošetřování stomie do 2 dnů,  
- nemocný bude bez strachu, snížené sebejistoty a nervozity, bude ovládat péči o stomii

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- aktivně naslouchejte obavám nemocného, vždy všeobecná sestra, stoma sestra, lékař,  
- dejte pacientovi příležitost k otázkám, upřímně dle svých kompetencí je zodpovězte, vždy všeobecná sestra, stoma sestra, lékař,  
- vysvětlete nemocnému potřebné postupy péče a ošetřování stomie na takové úrovni, aby byl schopen je pochopit a realizovat, vždy všeobecná sestra, stoma sestra, lékař,  
- respektujte bio - psycho - sociální pohodu nemocného, vždy všeobecná sestra, stoma sestra, lékař.

#### REALIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ:

- zdravotnickým personálem byly vyslechnuty obavy nemocného z ošetřování a správné péče o kolostomii,
- případné otázky pacienta byly zodpovězeny v rámci kompetencí zdravotnického personálu, pro zbytek specifických odpovědí byl nemocný informován ošetřujícím lékařem,
- nemocnému byla vysvětlená potřebná kritéria, která je nutné dodržovat (kontrolovat náplň stomického sáčku - maximálně do  $\frac{2}{3}$  celkového objemu, při vyprazdňování stomické pomůcky zkontrolovat těsnost připevnění, při hygienické péči a výměně sáčku, kontrolovat vzhled stomie a okolí - vznik případné macerace, krvácení ze stomie, či jiné komplikace)

#### HODNOCENÍ:

- krátkodobý cíl byl u pacienta splněn, pochopil problematiku péče a ošetřování kolostomického vývodu, správnou edukací došlo ke snížení strachu z první výměny stomické pomůcky a hygienické péče o vývod,
- dlouhodobý cíl byl splněn částečně, nemocný pochopil problematiku onemocnění, operačního výkonu a péče o stomii, ošetřování vývodu zvládá s dopomocí, je tedy nutné pacienta opakovaně edukovat v ošetřování stomie a být mu nápomocný.

**• Obraz těla porušený z důvodu chirurgického výkonu a vytvoření stomie projevující se strachem z odmítnutí nebo reakce ostatních.**

#### PRIORITA:

- střední.

#### DLOUHODOBÝ CÍL:

- nemocný se přizpůsobí současné životní situaci, změní stravovací návyky, naučí se plnohodnotně žít se stomií.

#### KRÁTKODOBÝ CÍL:

- pacient si prohlédne stomii, během první výměny sáčku ve stoje do 7. operačního dne,
- nemocný je smířen se založením kolostomie po operačním výkonu,
- pacient ovládá výměnu stomické pomůcky do ukončení hospitalizace.

### VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- nemocný projevuje důvěru ošetřujícímu personálu pečující o jeho stomický vývod,
- pacient je dostatečně informován o stomických pomůckách, které zajistí jeho pohodlí a komfort při nutnosti užívání těchto prostředků,
- u nemocného se neprojevují pocity odporu ke stomii a vlastnímu tělu do 5 dne od operace,
- pacientovi jsou k dispozici stomické pomůcky, zrcadlo, místnost a dopomoc zdravotnického personálu při ošetřování stomie,
- pacient ovládá výměnu stomické pomůcky před ukončením hospitalizace,
- osvojení si stravovacích návyků u nemocného se projeví před ukončením hospitalizace a propuštěním do domácího léčení.

### OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- buďte k nemocnému empatičtí, citliví a individuální, vždy všeobecná sestra, stoma sestra,
- během péče o stomii dodržujte intimitu nemocného v rámci možností současného stavu, vždy všeobecná sestra, stoma sestra,
- v případě dotazu pacienta podejte informace v rámci svých kompetencí, případně zařídte návštěvu lékaře, vždy všeobecná sestra, stoma sestra,
- všimněte si změn nálady a emocí u nemocného, vždy všeobecná sestra, stoma sestra,
- zajistěte nácvik sebepéče vždy v soukromí s použitím stomických pomůcek, vždy stoma sestra, všeobecná sestra,
- zajistěte informovanost pacienta o možnostech stravovacích návyků před ukončením hospitalizace, dle potřeby lékař, stoma sestra, všeobecná sestra,
- dovoluje-li to nemocný, zapojte do edukace v péči o stomii a změně stravování rodinu nemocného, vždy lékař, stoma sestra, všeobecná sestra

### REALIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ:

- k nemocnému bylo během péče o kolostomii přistupováno s taktem, empatií a zajištěním intimního prostředí, byly zodpovězeny veškeré jeho dotazy s ohleduplností pověřenými pracovníky - lékař, stoma sestra, všeobecná sestra
- emocionální chování a nálada byly u pacienta sledovány s taktem, k velikým výkyvům v náladě pana M.J. nedocházelo, projevovala se spíše obava z péče o kolostomii, a reakce přátel na jeho současný zdravotní stav,



- při nácviku péče o stomii, byl při prvním pohledu mírně v rozpacích, bál se o poranění vývodu, srozumitelnou edukací nejistota z nemocného opadla,
- před ukončením hospitalizace pacient zvládá výměnu stomické pomůcky sám, o možnostech stravování byl nedukován lékařem a stoma sestrou,
- do edukace v péči o kolostomii a informování o stravovacích návycích byla zapojena i manželka mana M.J., edukaci naslouchala, pochopila ji.

#### HODNOCENÍ:

- krátkodobý cíl byl u nemocného splněn, proběhlo seznámení s novou situací a prohlédnutím stomického vývodu - nemocný reagoval mírně rozpačitě, péči o stomii - hygienické ošetřování a výměnu sáčku zvládal sám, edukována v těchto oblastech byla i manželka pana M.J.
- dlouhodobý cíl byl splněn částečně, pan M.J. se s kolostomickým vývodem v rámci svých možností smířil, výměnu stomické pomůcky před propuštěním do domácího prostředí zvládá bez pomoci, během hospitalizace je pacient relativně v dobré náladě, v rámci svých možností je smířen s novým obrazem těla, intervence pokračují do domácího léčení - u pacienta je nutné přizpůsobit se vyprazdňování stomie a naučit se novým stravovacím návykům.

**• Sebeúcta situačně snižená z důvodu pocíťované ztráty kontroly nad některými životními aspekty - fyziologické vyprazdňování stolice projevující se hodnocením sebe sama jako neschopného zvládnou péči o kolostomii**

#### PRIORITA:

- střední.

#### DLOUHODOBÝ CÍL:

- pacient se bude aktivně účastnit léčebného režimu/aktivit k úpravě faktorů vyvolávající situačně sniženou sebeúctu.

#### KRÁTKODOBÝ CÍL:

- pacient objektivně i subjektivně zlepší pohled na situaci po operaci do 9 dnů hospitalizace,
- nemocný bude do ukončení hospitalizace zvládat péči o kolostomii

### VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- nemocný je před a po operačním zákroku dostatečně informován o současné situaci, zdravotnickým personálem je podporován k vyjádření svých pocitů,
- pacient před propuštěním do domácího léčení zvládá péči o kolostomii bez pomoci, je v relativně dobrém psychickém stavu,
- pacient se během hospitalizace aktivně podílí na léčebném režimu, učí se péči o stomii, novým stravovacím návykům a zlepší pohled na situaci, zdravotnickým personálem a rodinou je psychicky podporován.

### OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- zajistěte dostatečnou informovanost pacienta před a po operačním zákroku, dle potřeby lékař,
- zajistěte nemocnému kompletní kroky v péči o stomický vývod, dbejte zlepšení nálady nemocného, dle potřeby stoma sestra, všeobecná sestra,
- buďte nemocnému nápomocní, bude-li žádat, vždy stoma sestra, všeobecná sestra,
- podporujte a pochvalte pacienta při úspěchu zvládnutí péče o stomii, vždy stoma sestra, všeobecná sestra.
- aktivně zapojte pacienta do léčebného režimu a péči o stomii, vždy stomasestra, všeobecná sestra, lékař,
- do léčebného režim, dovoluje-li to nemocný, zapojte i rodinu, vždy lékař, stoma sestra, všeobecná sestra,
- psychicky podporujte nemocného, slovně vyjádřete pochvalu v případě úspěchu nemocného, vždy lékař, stoma sestra, všeobecná sestra.

### REALIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ:

- nemocný byl před a po operačním výkonu plně informován lékařem o onemocnění a jeho následcích - kolostomii,
- během ošetřování kolostomie, byly pacientovi opakovaně zdůrazněny kroky v péči o kolostomii,
- v rámci fyzické zdatnosti a zvýšení mobility byl nemocný zapojen do procesu ošetřování stomického vývodu,
- v případě potřeby, při obtížích v péči o kolostomii či výměně pomůcky, byl zdravotnický personál nemocnému nápomocen,
- za každý úspěch v péči o stomii byl pacient zdravotnickým personálem pochválen,

-do péče o stomický vývod byla zapojena manželka pana M.J., která jej velice psychicky podporovala.

#### HODNOCENÍ:

- krátkodobý cíl byl u nemocného splněn, subjektivně, i objektivně změnil pohled na situaci, a projevil snahu se tomuto novému životnímu stylu přizpůsobit, do ukončení hospitalizace nemocný zvládal péči o stomii,  
- dlouhodobý cíl byl u pacienta splněn částečně, před ukončením hospitalizace je v dobrém psychickém stavu, vyrovnaný v rámci možností a srozuměný s novou situací, péči o kolostomii zvládá sám bez dopomoci zdravotnického personálu, intervence pokračují - nemocný se dále musí podílet na léčebném režimu i v domácím prostředí, je edukován lékařem a stoma sestrou.

**• Bolest akutní z důvodu operačního výkonu projevující se neklidem, podrážděností, výrazem v obličeji a slovní projevem nemocného.**

#### PRIORITA:

- mírná.

#### DLOUHODOBÝ CÍL:

- nemocný bude bez bolesti do ukončení hospitalizace na chirurgickém oddělení.

#### KRÁTKODOBÝ CÍL:

- pacient má zmírněnou bolest do 1 hodiny od prokázání prvních známek bolesti,  
- zdravotnický personál dodržuje, předepsaný farmakologický režim v pravidelných časových intervalech.

#### VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

- nemocný do 30 - 45 minut od podání analgetika pocítí úlevu bolesti projevující se snížením stupnice bolesti dle Melzackovy škály (pětistupňová měřící technika bolesti),  
- u pacienta se sníží projevy bolesti do 7 dnů od operace,  
- po podání analgetik má nemocný sníženou intenzitu bolesti nejméně 6 hod.

#### OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- proveďte dokonalé posouzení bolesti (lokalizace, charakter, častost), bolest posuzujte dle Melzackovy škály bolesti (stupnice 1 - 5), vždy všeobecná sestra,

- berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, může mít vliv na pooperační bolest, vždy všeobecná sestra,
- posuzujte bolest vždy znovu, kdykoliv se u nemocného objeví, vždy všeobecná sestra,
- posuzujte verbální i neverbální projevy nemocného (slovní vyjádření, držení těla, výraz obličeje), vždy všeobecná sestra.

#### REALIZACE OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ:

- u nemocného byla měřena bolest dle Melzackovy škály (stupnice 1 - 5), bolest se nejčastěji pohybovala u čísla 2 a 3, nepříjemná až intenzivní,
- bolest pacienta byla posuzována vždy znovu, když se objevila,
- dle ordinace lékaře a farmakologického režimu byla nemocnému aplikována analgetika Tralgit 3 x 1 amp. i.m. nebo Veral 2 x 1 apm. i.m., po aplikaci analgetik byla u nemocného cca po 1 hod kontrolována intenzita bolesti, kdy nejčastěji udával snížení bolesti na stupnici na č. 1 - mírná,
- vždy při udání bolesti, nemocným byly sledovány neverbální projevy a popis místa bolesti (operační rána),
- nemocný byl edukován o včasném informování všeobecné sestry o počínající bolesti,
- před propuštěním pacienta do domácího léčení byl informován o možnosti užít běžná analgetika v časovém rozmezí nejméně 6 hodin v případě objevení se bolesti.

#### HODNOCENÍ:

- krátkodobý cíl byl splněn, při dodržování předepsaného farmakologického režimu u nemocného vždy proběhlo snížení bolesti v co nejkratším časovém intervalu, bez bolesti byl do 8. operačního dne, analgetika již nevyžadoval,
- dlouhodobý cíl byl u pacienta také splněn, do domácího léčení odchází pan M.J. bez bolesti, je edukován v případě objevení se bolesti užití běžných analgetik v časovém rozmezí nejméně 6 hodin.

## 6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pan M.J. byl hospitalizován na chirurgickém oddělení při fakultní nemocnici Plzeň 11 dnů. Důvodem hospitalizace byl operační zákrok na tlustém střevě z důvodu zhoubného onemocnění a následného opatření tohoto výkonu - vytvoření kolostomie.

Již v úvodu hospitalizace byl pacient seznámen s operačním výkonem a jeho následky. Pan M.J. byl o operačním postupu a jeho řešení plně informován lékařem. Informace, které již nemocný znal z proktologické poradny, byly potvrzeny lékařem na chirurgickém oddělení. Situace, která vznikla plnou informovaností nemocného, se projevila zhoršenou náladou pana M.J., strachem a obavami z pooperační rekonvalescence a péče o stomický vývod. Po operačním výkonu byla u nemocného snížena mobilita. Pan M.J. byl informován o nutnosti dodržování klidového režimu, což bylo nepříjemné z důvodu závislosti péče na zdravotnickém personálu.

S postupnou rekonvalescencí a zvyšující se mobilitou byl zaznamenán lepší psychický stav. Celkově se nemocnému zlepšila nálada, z důvodu větší mobility a neúplné závislosti na zdravotnickém personálu.

Pan M.J. byl po operačním výkonu informován lékařem o průběhu operace s vytvoření kolostomie, které při tomto zákroku bylo nevyhnutelné. Informace nemocný přijal rozumně, nereagoval podrážděně, na danou situaci byl již relativně připraven.

Během edukace a péče o kolostomii nemocný naslouchal radám stoma sestry a všeobecných sester. Po prvním pohledu na svůj stomický vývod byl mírně v rozpacích, které s odstupem dvou až tří dnů odezněly. Při výměně stomické pomůcky byl pacient nápomocen, nebál se položit dotaz, který byl panu M.J. stoma sestrou či lékařem zodpovězen. Spolupráce rodiny nemocného v péči o kolostomii byla navázána, ačkoliv péči o vývod zvládal sám, do pečovatelského procesu byla zapojena manželka pacienta, která byla také edukována o péči a ošetřování stomie i o změně stravovacích návyků pana M.J..

Během hospitalizace směřující k propuštění se psychické rozpoložení a celková nálada měnila k lepšímu. Péči o stomii a výměnu stomické pomůcky nemocný před ukončením hospitalizace zvládal sám bez pomoci zdravotnického personálu.

Pan M.J. odcházel do domácího léčení plně informován o svém onemocnění a byl srozuměn o prognóze této diagnózy. Pacient zvládal péči o kolostomii a výměnu stomické pomůcky sám, v péči o kolostomii byla edukována i manželka pana M.J.. Stravovací návyky nemocný ovládal, pro případ potřeby byl vybaven informacemi od stoma sestry. Do domácího léčení odchází se stomickými pomůckami, lékařskou zprávou a datem kontroly v proktologické poradně.

#### DOPORUČENÍ PRO PRAXI:

K nemocným s tímto zhoubným onemocněním je nutné přistupovat vždy individuálně, s ohleduplností a taktem. Během edukace pacientů v oblasti péče o kolostomii být konkrétní, nemít nadřazený postoj vůči nemocnému. Z psychického hlediska nemocného je dobré do edukace zapojit i rodinu, dovoluje-li to situace a sám pacient.

Pro všeobecné sestry na chirurgických odděleních zabývajících se touto specializací by bylo vhodné proškolení v oblasti ošetrovatelské péče o stomii, a používaný materiál - př. semináře, pořádající stoma sestry či lékaři zabývající se typem této problematiky. Prostředí v nemocnici upravit k individuální potřebě nemocných - vyhradit speciální místnost pro péči o sebe sama při potřebě ošetření stomie. Při propuštění pacienta do domácího léčení dát k dispozici informační leták či brožuru s potravinami způsobující jisté potíže (zácpa, průjem, plynatost), případně informace o možných komplikacích stomie v pooperačním období (stenóza stomie, macerace kůže v okolí vývodu, prolaps stomie).

Stomiky samotné edukovat o změně stravovacích návyků, informovat o potravinách způsobující zácpu, průjem, či plynatost. Neopomenout informace o možných komplikacích, kdy je nutné prvotně navštívit lékaře.

Rodinu stomického pacienta je možno informovat v péči o kolostomii - ošetřování vývodu a přizpůsobení stravovacích návyků stavu nemocného. Přeje-li si to pacient, zapojit rodinného příslušníka do ošetrovatelské péče o stomický vývod.

Informovaností příbuzných zajistit dostatečnou psychickou podporu nemocného a zajištění soukromého prostoru pro výměnu stomické pomůcky.

## ZÁVĚR

Ke zpracování bakalářské práce je vybráno téma ošetrovatelský proces u pacienta po operaci kolorektálního karcinomu. Příčinou založení kolostomie je zejména kolorektální karcinom - nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku. Ve zpracovaném textu bakalářské práce je promítnuta patofyziologie, vyšetřovací postupy onemocnění, léčba kolorektálního karcinomu a případné komplikace při vyvedení tlustého střeva přes stěnu břišní. Nedílnou součástí zpracování bakalářské práce je praktická část, kde se nachází ošetrovatelský proces u nemocného po operaci kolorektálního karcinomu s kolostomií.

Cíl této bakalářské práce, která byla vypracována ve snaze seznámit čtenáře s problematikou tohoto zhoubného onemocnění a metodikou ošetrování nemocných se stomií, můžeme pokládat za splněný.

Motivací ke zpracování tohoto téma byla pracovní zkušenost s těmito pacienty, kdy je nutné i na pozici všeobecné sestry bez jakékoliv specializace zručně ovládat péči o nemocné se stomií. Důležité je být nemocným nápomocní při neznalosti problematiky stomií a zvládat ošetrovatelskou péči v této oblasti. Znalost specifiky ošetrování těchto pacientů je velmi důležitá z důvodu odlišného ošetrování než nemocných př. po klasickém méně náročném chirurgickém zákroku. Orientace ve stomickém sortimentu je jednou z důležitých vlastností všeobecné sestry na tomto chirurgickém oddělení zabývající se problematikou stomií i v případě, že není specializačně školená v této ošetrovatelské péči.

Empatie, trpělivost a pochopení je pro nemocné s tímto zhoubným onemocněním velikou oporou. Ke každému pacientovi s takto závažnou diagnózou přistupujeme individuálně a s taktem, není proto žádný univerzální návod, jak se k těmto vážně nemocným chovat.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literární zdroje jsou vypracovány podle normy ČSN ISO 690:2011

ABRAHÁMOVÁ, J., L., BOUBÍLKOVÁ, D., KORDÍKOVÁ, 2000. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Vydalo: Nakladatelství TRITON, s.r.o., Praha, 2000. ISBN 978-80-7254-133-1.

BLAHA, M., a kol., 1999. *Vnitřní lékařství II. díl - Vybrané kapitoly z diagnostiky, léčby a speciální ošetrovatelské péče*. Vydal: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. Brno, 1999. ISBN 978-80-7013-274-4.

BRABCOVÁ, I., M., KYSELOVÁ, A., MACHOVÁ, 2009. *Onkologie 5. vydání - Prevence kolorektálního karcinomu* [online]. Solen s.r.o., Olomouc, 2009. ISSN 1803-5345. [2009]. Dostupné z:  
<http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2009/05/11.pdf>

DOENGES, M., E., M., F., MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2001. ISBN 978-80-247-0242-8.

FIALA, P., J., VALENTA, L., EBERLOVÁ, 2008. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Univerzita Karlova: Praha, 2008. ISBN 978-80-246-1491-5.

HEGER, 2012. *Sbírka zákonů vyhláška České republiky. 70. vyhláška o preventivních prohlídkách* [online]. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p.o., 2012. ISSN 1211-1244. [27.3.2012]. Dostupné z:  
<http://www.linkos.cz/program-preventivnich-prohlidek/vyhlaska-o-preventivnich-prohlidkach/>

HOLUBEC, L., a kol., 2004. *Kolorektální karcinom - současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: GRADA Publishing, a.s, 2004. ISBN 978-80-247-0636-9.

LUKÁŠ, K., a kol., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 978-80-247-1283-0.

MARKOVÁ, M., 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Vydal: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařský zdravotnických oborů, Brno. Brno, 2006. ISBN 978-80-7013-434-8.

MICHALSKÝ, R., 2010. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice, a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. Vydal: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství, Opava, 2010. ISBN 978-80-7248-456-2.

MIKŠOVÁ, Z., M., FRONKOVÁ, R., HERNOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I aktualizované a doplňované vydání*. Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1442-6.

NEJEDLÁ, M., 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1150-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Vydavatel: Maurea, s.r.o., Plzeň, 2012. ISBN 978-80-904955-5-5.

OTRADOVCOVÁ, I., L., KUBÁTOVÁ, et al., 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Galén: Praha, 2006. ISBN 978-80-7262-432-6.

PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada Publishing a.s.: Praha, 2006. ISBN 978-80-247-1211-3.

SLEZÁKOVÁ, L., a kol., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Grada Publishing a.s.: Praha, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.

ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. Grada Publishing a.s.: Praha, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, E., a kol., 2010. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vydal: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno. Brno, 2010. ISBN 978-80-7013-324-4.

VODIČKA, J., a kol., 2006. *Speciální chirurgie*. Karolinum: Praha, 2006. ISBN 978-80-246-1101-5.

VORLÍČEK, J., H., VORLÍČKOVÁ, M., KONEČNÝ, 1993. *Klinická onkologie pro sestry*. Vydal: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno. Brno, 1993. ISBN 978-80-7013-146-2.

ZEMAN, M., et al., 2004. *Speciální chirurgie druhé vydání*. Galén: Praha, 2004. ISBN 978-80-7262-260-9.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Čestné prohlášení .....	I
Příloha B	Nejčastější místa vyvedení stomie .....	II
Příloha C	Nekróza okolí stomie .....	III
Příloha D	Prolaps stomie .....	IV
Příloha E	Nejčastěji používané stomické sáčky u kolostomií .....	V
Příloha F	Pomůcky k ošetření stomického vývodu (odstraňovače, čistící a ochranné prostředky) .....	VI
Příloha G	Postu připevnění nového stomického sáčku .....	VII
Příloha H	Kazuistika, průběh hospitalizace nemocného .....	XI

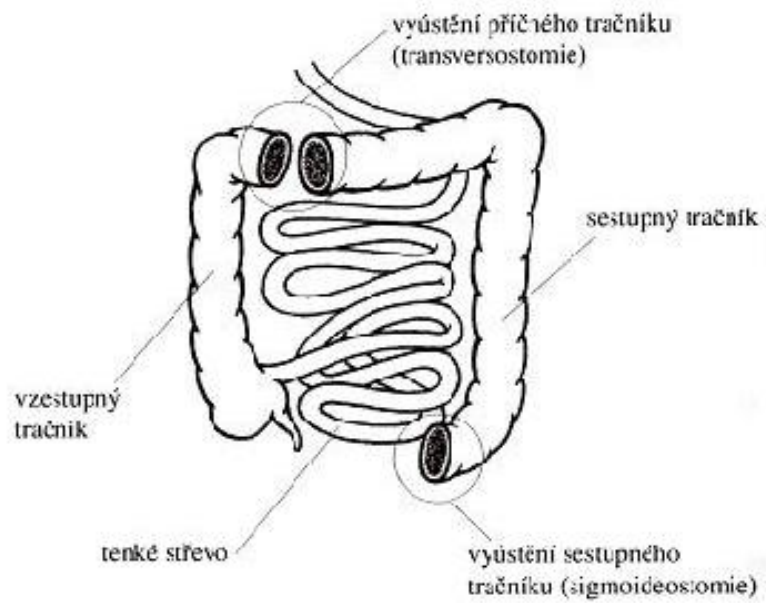
## **Příloha A    Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Sběr informací ke zpracování praktické části práce jsem realizovala se souhlasem zdravotnického zařízení na chirurgické klinice v průběhu studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. v Praze.

V Praze dne

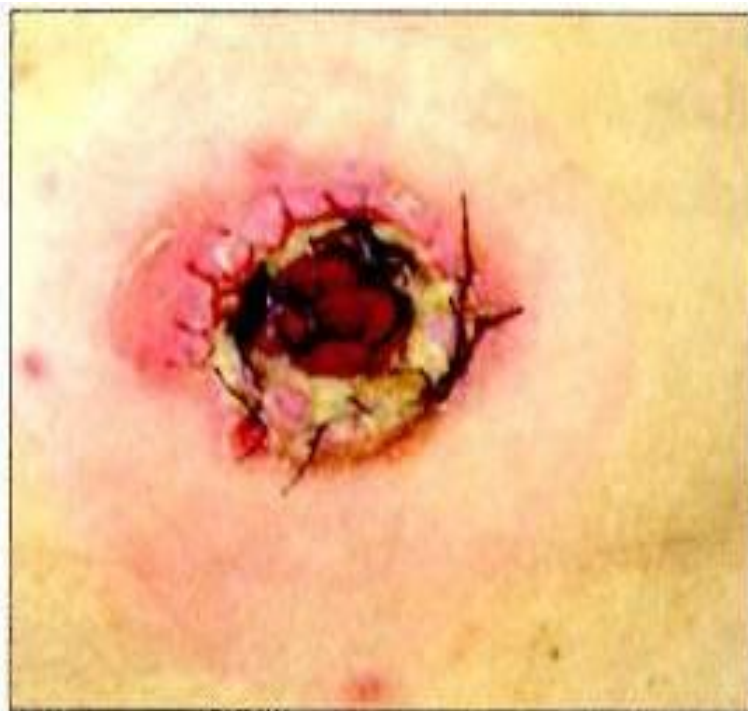
*podpis*

## Příloha B Nejčastější místa vyvedení stomie



Zdroj: Lukáš, 2005, s. 260

**Příloha C    Nekróza okolí stomie**



Zdroj: Otradovcová, 2006, s. 42

**Příloha D Prolaps stomie**



Zdroj: Otradovcová, 2006, s. 44



**Příloha E Nejčastěji používané stomické sáčky u kolostomií**



**Příloha F Pomůcky k ošetření stomického vývodu (odstraňovače, čistící a ochranné prostředky)**



## **Příloha G Postu připevnění nového stomického sáčku**

**Pomůcky:**



**Odstranění stomického sáčku:**



**Očištění okolí stomie:**



**Vyměření velikosti 1 - 2 mm od okraje stomie:**



**Aplikace stomického sáčku:**



**Ověření funkčnosti a těsnosti sáčku:**



## **Příloha H Kazuistika, průběh hospitalizace nemocného**

Příjem nemocného na chirurgické oddělení gastroenterologie dne 29.1.2013 v 11:25 hod. Předoperační vyšetření bylo provedeno ambulantně u praktického lékaře a ve FN Plzeň. O průběhu hospitalizace, operace, diagnóze a pooperační rekonvalescenci byl pacient informován přijímajícím lékařem a v proktologické poradně. Informované souhlasy s hospitalizací, podáváním informací příbuzným, anestezií a operačním výkonem byly s nemocným sepsány v příjmové ordinaci. V příjmové ordinaci byl pacientovi připevněn identifikační náramek.

Nemocný je uložen na mužský trojlůžkový pokoj s přistýlkou, č. 21 ke dveřím. Pan M.J. je seznámen s chodem oddělení, právy pacientů, harmonogramem dne, informován, kde se nacházejí toalety a sprcha, které jsou součástí pokoje. Pacient byl proveden po oddělení a seznámen s jeho strukturou. Na pokoji byl informován o používání signalizačního zařízení v případě potřeby přivolání zdravotnického personálu.

Po seznámení s chodem oddělení byly dále sděleny informace o následném průběhu dne, kdy je nutné dodržovat jistá opatření (dietní) a řídit se radami zdravotníků.

- 1. den hospitalizace 29.1.2013:

U nemocného v den příjmu na oddělení v 11:50 hodin odebrána anamnéza, seznámen s chodem oddělení, a následnými opatřeními - náběr krve na kontrolní iontogram a k objednání transfuzní jednotky erytrocytálního koncentrátu (EBR). Při odběru krve zaveden nový periferní žilní katétr (PŽK ) z důvodu podání večerní infuzní terapie.

**Tabulka 1 - kontrolní iontogram**

	mmol/l
Sodík	142
Draslík	4,6
Chlor	108

V den příjmu pacient obědvá bezzbytkovou stravu (polévka + bramborová kaše), polední léky nemocný užívá dle zvyklosti. Ve 13 hodin je pacientovi podáno 50 ml fosfátového roztoku, edukován o dostatečném pitném režimu, vypití alespoň 3l/den. Pitný režim je důležitý z důvodu prázdnění fosfátovým roztokem způsobující časté průjemité stolice a tím nadměrnou ztrátu tekutin z těla.

V 16 hod je nemocnému nabídnuta bezzbytková večeře (polévka a bramborová kaše), kterou odmítá. Nejpozději v 17 hodin je panu M.J. podána druhá polovina fosfátového roztoku (50 ml), též je informován o pitném režimu. Prázdnění fosfátovým roztokem bylo u pacienta účinné (odchod pouze zakalené vody ze zažívacího traktu nemocného).

Ve večerní medikaci je nemocnému ordinována aplikace antikoagulancií Zibor 2500j s.c. ve 20 hodin, a hypnotika Hypnogen 1 tbl ve 21 hod. Léky na spaní pacient odmítá, ve 20 hodin je aplikována infuzní terapie, která bude kontinuálně podávána do 02 hod. Nemocný je edukován o omezení od půlnoci nic per os (NPO).

- 2. den hospitalizace, operační den 30.1.2013:

Ráno v den operačního výkonu v 5:00 je pacientovi podáno klyzma očistné - vyprázdnění čisté vody. Pacient stále dodržuje opatření NPO. V operačním programu je první a v 6:00 je nemocnému měřen TK + P, naměřené hodnoty jsou 175/100 mmHg a 82°. Z premedikace je podána ranní medikace (Agen 10 mg 1 tbl p.o., Egilok 50 mg 1 tbl. p.o., Telmark 80 mg 1 tbl. p.o.), kterou zapije douškem čiré neperlivé tekutiny.

Před ranní hygienou je pacient oholen sanitářem dle rozsahu výkonu, po ranní hygieně je navštíven lékařem operatérem a opakovaně informován o operačním výkonu a jeho následcích. Po ranní vizitě nemocného navštíví stoma sestra, která zakreslí místo budoucího vývodu střeva, kolostomie.

V 7:15 je nemocný premedikován - Morphin 10 mg i.m. dle anesteziologické ordinace. Na operační sál odjíždí na lůžku v 7:45 hod, s



elastickými bandážemi, dokumentací, infuzním roztokem se setem, antibiotiky (Amoksiklv 2x 1,2 gr.), operační rouškou a čepicí.

Operační výkon pacienta trval 1 hod a 15 min, proveden byl v celkové anestezii. Na oddělení byl přivezen v 10:00. Po přivezení nemocného na oddělení je nutné zkontrolovat krytí operační rány, stomii (barvu a množství tekutiny ve stomickém sáčku), diurézu nemocného. Pacienta v rámci celkového stavu oblečeme do kabátku, na horní končetinu, kde není zaveden PŽK přiložíme manžetu na měření TK od monitoru, na prst ruky přiložíme čidlo snímající tepovou frekvenci nemocného a SpO<sub>2</sub>. V prvopočátku fyziologické funkce sledujeme častěji, první hodinu ā 15 min, druhou hodinu ā 30 min a dále pak již ā 1 hod.

Infuzní terapie je pacientovi indikována dle anesteziologického rozpisu Hartmanův roztok (HRS) 1000 ml 10:00 - 16:00. Po kontrole nemocného lékařem oddělení, či lékařem operátorem je dále indikována infuzní terapie Plasmalyte roztok s 5% Glukózou (PAG) 1000 ml + 12 j. Actrapidu 16:00 - 24:00 - 08:00. ATB profylaxe je ukončena v 11 hod na oddělení, nemocnému je aplikován Amoksiklav 1,2 gr. i.v., medikace i.v. je podána dle ordinace lékaře. Kontrolujeme krytí operační rány, odvod ze stomie a diurézu ā 3 hod.

Z odpolední vizity je pacientovi, nemá-li nauzeu, indikován čaj 200 ml po douškách do rána, po stabilizaci TK, P, SpO<sub>2</sub> měření fyziologických funkcí od 18:00 ā 3 hod. Dále je ordinováno měření hladiny glykemie v 17, 21, 03, 05 hod z důvodu infuzní terapie s krátkodobým inzulinem.

Ordinace lékaře u nemocného po operačním zákroku:

- NPO,
- TK, P ā 1 hod - monitor,
- Morphin 10mg i.v. na 6 hod LD,
- Ketonol 3x1 amp. i.v. PB,
- dokončit ATB profylaxi (Augmentin 1,2 gr. i.v. v 11 hod),

- Transmetil 1x1 amp. i.v. v 16 hod,
- Nolpaza 2x1 amp. i.v. ve 12 - 24 hod,
- Degan 3x1 amp. i.v. ve 12 - 20 - 04 hod,
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- infuzní terapie dle ARK,
- diuréza ā 3 hod,
- kontrola krytí a odvodu množství ze stomie.

Ordinace lékaře z odpolední vizity:

- PAG 1000 ml + 12 j. Actrapidu 16:00 - 24:00 - 08:00,
- čaj 200 ml po douškách do rána,
- kontrola hladiny glykemie v 17, 21, 03, 05 hod,
- kontrola krytí a odvodu ze stomie,
- kontrola diurézy,
- TK, P, SpO<sub>2</sub> od 18 hod ā 3 hod.

Naměřené hodnoty nemocného po příjezdu na oddělení. Kontrola fyziologických funkcí, diurézy, hladiny glykemie a odvodu ze stomie dle ordinace lékaře:

**Tabulka 2 - měřené hodnoty po operačním výkonu**

Hod	GCS	TK (mmHg)	P (min)	SpO <sub>2</sub> (%)	Hladina glykemie (mmol/l)	Diuréza (ml)	Stomie (ml)
10:00	14	174/69	75 <sup>c</sup>	92%	-	350	
10:15	14	169/71	77 <sup>c</sup>	93%	-	-	
10:30	14	166/73	76 <sup>c</sup>	95%	-	-	
10:45	14	168/75	79 <sup>c</sup>	96%	-	-	
11:00	14	172/73	74	95%	-	-	
11:30	14	163/68	79 <sup>c</sup>	97%	-	-	
12:00	14	156/64	75 <sup>c</sup>	98%	-	-	
13:00	14	141/60	72 <sup>c</sup>	97%	-	200	

14:00	14	139/60	73 <sup>c</sup>	96%	-	-	
15:00	15	139/62	81 <sup>c</sup>	97%	-	-	
16:00	15	140/53	75 <sup>c</sup>	96%	-	400	
17:00	15	143/63	82 <sup>c</sup>	98%	7,2	-	
18:00	15	145/69	79 <sup>c</sup>	97%	-	-	
19:00	15	-	-	-	-	350	
21:00	15	115/60	76 <sup>c</sup>	98%	6,9	-	
22:00	15	-	-	-	-	300	
24:00	15	130/70	82 <sup>c</sup>	98%	-	-	
01:00	15	-	-	-	-	400	
03:00	15	115/65	77 <sup>c</sup>	97%	7,8	-	
04:00	15	-	-	-	-	350	
05:00	15	-	-	-	7,3	-	
06	15	125/75	76 <sup>c</sup>	98%	-	=2350	10 ml, plyny

- 3. den hospitalizace, 1. operační den 31.1.2013:

Ráno, první operační den je nemocný posazován na lůžku, k ranní hygieně u umyvadla, v rámci svých možností se umyje, dále je mu domáháno zdravotnickým personálem.

Teplotu nemocný nemá, naměřené hodnoty 36, 8°C.

Z ranní vizity jsou nemocnému rozepsány následující ordinace:

- čaj 500 ml na 24 hod,
- TK, P a 4 hod (08, 12, 16, 20, 24, 04 hod),
- dechová RHC,
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- Ambrobene 1 amp. i.v. v 08 - 16 - 24 hod,
- Degan 1 amp. i.v. v 08 - 16 - 24 hod,
- Nolpaza 1 amp. i.v. v 08 - 20 hod,

- Transmetil 1 amp. i.v. v 08 - 20 hod,
- Morphin 10 mg na 6 hod i.v. LD (dokončit),
- Veral 2x1 amp. i.m. PB,
- Tralgit 3x1 amp. i.m. PB,
- infuzní terapie PAG 1000 ml 08 - 16 - 24 – 08,
- kontrola diurézy ā 6 hod (12 - 18 - 24 - 06),
- kontrola odvodu ze stomie ā 24 hod,
- nabrat kompletní laboratorní screening (biochemie, koagulace, krevní obraz) v 05 hod.

Medikace i.v. a infuzní terapie je nemocnému podána dle ordinace lékaře. Morphin aplikován do PŽK kontinuálně ukončen v 10:00, při aplikace opiátů nebylo nutné podávat další analgetika proti bolesti.

Během dne je u nemocného ā 4 hod monitorován TK, P, dále průběžně sledujeme odvod ze stomie, a diurézu. Tekutiny pacient toleruje, nezvrací, nauzeu nemá. Dochází ke zvýšené mobilizace na lůžku - posazování se s dopomocí s dolními končetinami z lůžka, u pacienta je fyzioterapeutem proveden nácvik dechové rehabilitace a nácvik posazování na lůžku.

V 13:30 nemocný udává bolesti břicha. Dle Melzackovy škály bolesti znázorňuje bolest č. 3 - intenzivní. Podána analgetika Veral 1 amp. i.m. ve 13:30, kontrola bolesti u pacienta ve 14:30, pan M.J. udává snížení bolesti na č. 1 - mírná.

Fyziologické funkce u nemocného jsou stabilní TK kolem 140/90.

Podání analgetik bylo dále nutné v 21:00, kdy pacient udává bolest č. 4 - krutou, dle Melzackovy škály bolesti, podána analgetika Tralgit 1 amp. i.m., ve 22 hod snížení bolesti na č. 2 - nepříjemná. V 5:00 nemocnému podána analgetika Veral 1 amp. i.m. z důvodu bolesti č. 3 - intenzivní, v 6:00 kontrola škály bolesti dle Melzackovy stupnice, nemocný udává snížení bolesti na č. 1 - mírná.

Diuréza nemocného měřená 24 hod je 2350 ml. Odvod ze stomie za 24 hod je 20 ml hnědě zbarvené tekutiny a plyny, stomie je mírně oteklá, místo není značně bolestivé. Ranní laboratoř dle ordinace lékaře nabrána.

**Tabulka 3 - měřené hodnoty u nemocného 1. operační den**

Hod	TT (°C)	TK (mmHg)	Bolesti (Melzackova škála)	Diuréza (ml)	Stomie (ml)
06:00	36, 8				
08:00		140/90			
12:00		135/85		600	plyny
13:30			bolest č. 3 - intenzivní		
14:30			bolest č.1 - mírná		
16:00	36, 6	145/90			plyny
18:00				700	
20:00		150/95			
21:00			bolest č. 4 - krutá		plyny
22:00			bolest č. 2 - nepříjemná		
24:00		135/ 90		550	plyny
04:00		140/90			
05:00			bolest č. 3 - intenzivní		
06:00		130/80	bolest č. 1 - mírná	500 = 2350	10 ml, plyny

- 4. den hospitalizace, 2. operační den 1.2.2013:

Pan M.J. je bez teploty (36, 7°C). Ráno, při ranní hygieně je doprovázen k umyvadlu, jde téměř sám. Ranní hygienu zvládl sám, pouze s dopomocí umytím zad. K lůžku jde pacient již sám, pouze pod dohledem zdravotnického pracovníka.

Ranní laboratoř bez odchylek, v normě, není indikována žádná kompenzace laboratorních výsledků.

U nemocného zaveden nový PŽK, původní byl odstraněn, z důvodu špatné funkčnosti. Po odstranění PŽK místo vpichu klidné, bez defektu, bez zarudnutí, otoku, či hematomu. Z místa vpichu není sekrece.

Ordinace u nemocného z ranní vizity 2. operační den:

- čaj 1 - 1, 5 l na 24 hod,
- TK, P a 6 hod (8, 14, 20, 02 hod),
- dechová RHC, mobilizace na lůžku, sed na lůžku, stoj u lůžka, chůze,
- chronická medikace Agen 10 mg (1 - 0 - 0), Egilok 50 mg (1 - 0 - 0),
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- Ambrobene sir. p.o, 3xd. 5 ml (ráno, poledne, večer),
- Degan 1 amp. i.v. v 08 - 16 - 24 hod,
- Nolpaza 1 amp. i.v. v 08 - 20 hod,
- Transmetil 1 amp. i.v. v 08 - 20 hod,
- Veral 2x1 amp. i.m. PB,
- Tralgit 3x1 amp. i.m. PB,
- infuzní terapie PAG 1000 ml 08 - 16 - 24 – 08,
- kontrola diurézy a 12 hod (18 - 06),
- kontrola odvodu ze stomie a 24 hod,
- převaz rány.

Dle ordinace lékaře byly panu M.J. podány léky p.o. z chronické medikace. Léky i.v. aplikovány dle rozpisu, po celý den nasazena infuzní terapie.

Pan M.J. byl navštíven fyzioterapeutem se kterým prováděl nácvik dechové rehabilitace (RHC), vstávání z lůžka tak aby nezatěžoval břišní stěnu po operačním zákroku (na bok, pokrčit kolena, opřít se o loket/přitáhnout se za hrazdičku a současně spouštět dolní končetiny z lůžka). Dále s nemocným byly prováděny cviky s horními končetinami a dolními končetinami.

Převaz operační rány pacienta byl proveden v 9:30 lékařem. Rána je klidná, bez sekretu, otoku či zčervenání. Převaz rány je proveden lékařem, aplikuje sterilní krytí s Betadinem a suché krytí. Na krytí rány je napsán datum převazu, paraфа lékaře a asistující všeobecné sestry.

Během dne je  $\bar{a}$  6 hod monitorován TK, P, dále průběžně sledujeme odvod ze stomie, a diurézu nemocného. Při odvodu ze stomie se dnes objevuje první stolice. Při vyprazdňování stomického sáčku na lůžku, je již pacient edukován o postupu, jak stomický sáček vyprázdnit. Prozatím je sáček ponechán výpustí bokem, od operačního zákroku je ponechán původní stomický sáček.

Tekutiny nemocný toleruje, nezvrací, nauzeu nemá. Dochází ke zvýšené mobilizace na lůžku - posazování bez pomoci, dolní končetiny z lůžka. Pacient je více mobilní, často se posazuje, během návštěvních hodin byl zdravotnický personál požádán o odpojení z infuzní terapie, za dopomoci rodinných příslušníků chodí pacient po pokoji.

Ve 12:00 nemocný udává bolesti břicha. Dle Melzackovy škály bolest č. 2 - nepříjemná. Podána analgetika Tralgit 1 amp. i.m. ve 12:15, kontrola bolesti ve 13:10, kdy pan M.J. udává snížení bolesti na č. 1 - mírná.

Fyziologické funkce u nemocného jsou stabilní TK kolem 140/80.

Podání analgetik bylo dále nutné ve 22:00, kdy pacient udává bolest č. 3 - intenzivní, dle Melzackovy škály bolesti. Podána analgetika Tralgit 1 amp. i.m., ve 23:00, snížení bolesti na č. 1 - mírná dle Melzackovy škály. V 5:00 nemocnému podána analgetika Veral 1 amp. i.m. z důvodu bolesti č. 3 -

intenzivní, v 6:00 kontrola škály bolesti dle Melzackovy stupnice, snížení bolesti na č. 1 - mírná.

Diuréza pacienta měřená za 24 hod je 3400 ml. Odvod ze stomie za 24 hod jsou plyny a stolici, bylo nutné 2x vyprazdňovat stomický sáček. Stomie již není tak oteklá jako předešlé dny, okolí stomie není bolestivé.

**Tabulka 4 - měřené hodnoty u nemocného 2. operační den**

Hod	TT (°C)	TK (mmHg)	Bolesti (Melzackova škála)	Diuréza (ml)	Stomie
06:00	36,6				
08:00		145/95			plyny
12:00			bolest č. 2 - nepříjemná		
13:10			bolest č. 1 - mírná		plyny
14:00		135/85			řidká stolice
18:00				1200	
20:00		140/85			
22:00			bolest č. 3 - intenzivní		plyny
23:00			bolest č. 1 - mírná	1400	
02:00		140/90			řidká stolice
05:00			bolest č. 3 - intenzivní		plyny
06:00			bolest č. 1 - mírná	800 =3400	



- 5. den hospitalizace, 3. operační den 2.2.2013:

Pacient je bez teploty (36, 9°C). Při ranní hygieně jde nemocný k umyvadlu sám. Dopomoc při hygieně u pana M.J. pouze s umytím zad.

Z ranní vizity je nemocnému ordinováno:

- čaj 2, 5 l na 24 hod,
- D - bujon,
- TK, P 3x d. (8, 12, 20 hod),
- dechová RHC, mobilizace na lůžku, sed na lůžku, stoj u lůžka, chůze,
- chronická medikace Agen 10 mg (1 - 0 - 0), Egilok 50 mg (1 - 0 - 0),
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- Ambrobene sir. p.o, 3xd. 5 ml (ráno, poledne, večer),
- Degan 1 amp. i.v. v 08 - 16 - 24 hod,
- Nolpaza 1 amp. i.v. v 08 - 20 hod,
- Transmetil 1 amp. i.v. v 08 - 20 hod,
- Veral 2x1 amp. i.m. PB,
- Tralgit 3x1 amp. i.m. PB,
- infuzní terapie PAG 1000 ml 08 - 16 hod, dále dle stavu a příjmu p.o.,
- kontrola diurézy ā 24 hod,
- kontrola odvodu ze stomie ā 24 hod,
- převaz rány,
- PMK ex.

Pacientovi byly podány léky p.o. z chronické medikace dle ordinace lékaře. Léky i.v. aplikovány dle rozpisu, během dopoledne a odpoledne aplikována infuzní terapie. Ráno nabrána moč z PMK na vyšetření močového sedimentu a sterilní moč na vyšetření kultivace a citlivosti z důvodu odstranění PMK. Nemocný po odstranění PMK je edukován a nutnosti dostatečného pitného režimu, aby došlo ke spontánnímu vymočení po odstranění PMK, a nebylo nutné znovuzavedení nového PMK.

Nemocný byl navštíven fyzioterapeutem. S pomocí fyzioterapeuta se prochází po chodbě oddělení.

Operační rána převázána v 10:30 lékařem. Rána je klidná, bez sekretu, otoku či zčervenání. Lékař na ránu aplikuje pouze suché krytí. Na krytí rány je napsán datum převazu, parafa lékaře a asistující všeobecné sestry.

Během dne je u pacienta monitorován TK 3x denně v 8 - 12 - 20 hod, fyziologické funkce jsou v normě, měřené hodnoty TK se pohybují kolem 140/90 mmHg.

Průběžně sledujeme odvod ze stomie, a diurézu nemocného. Při odvodu ze stomie se dnes objevuje častější řídká stolice. Při vyprazdňování stomického sáčku je nemocný edukován o postupu, jak pomůcku vyprázdnit. Pacient nahlíží, jak probíhá vyprazdňování sáčku. Fixace stomického sáčku je uvolněná, je tedy nutné sáček vyměnit. Stomickou pomůcku při výměně poskytneme nemocnému, aby si jí dobře prohlédl a vyzkoušel manipulaci. Při výměně stomického sáčku nemocného informujeme o jednotlivých krocích, jak při aplikaci stomického sáčku postupovat. Stomickou pomůcku prozatím ponecháváme výpustí bokem. Pro výměnu původního stomického sáčku, byla zvolena jednodílná souprava s výpustí.

Tekutiny nemocný toleruje, nezvrací, nauzeu nemá. Bujon k obědu nemocný snědl s chutí.

Pacient je více mobilní, často si sedá na lůžku a žádá zdravotnický personál o odpojení z infuzní terapie má potřebu se pohybovat a tím rehabilitovat.

Během návštěvních hodin je pacient spokojený, nyní se bez problémů může procházet s rodinnými příslušníky. U nemocného je vidět dobrá nálada.

Ve 14:00 pan M.J. udává bolest zad. Dle Melzackovy stupnice udává bolest č. 2 - nepříjemná. Podána analgetika Tralgit 1 amp. i.m. ve 14:10, kontrola bolesti v 15:00, pan M.J. udává snížení bolesti na č. 1 - mírná.

Fyziologické funkce u nemocného jsou stabilní TK kolem 140/80.

Další podání analgetik je nutné ve 24:00, pacient udává bolest č. 3 - intenzivní, podána analgetika Tralgit 1 amp. i.m., v 01:00 snížení bolesti na č. 1 - mírná dle Melzackovy škály. Do rána je nemocný bez bolesti, udává pouze mírnou bolest zad, analgetika nevyžaduje.

Diuréza měřená za 24 hod je 2950 ml. Odvod ze stomie za 24 hod udává plyny a stolici, bylo nutné 4x vyprazdňovat stomický sáček. Pomůcka dobře drží, neodlepuje se. Stolice je řídkého charakteru, bez patologických příměsí a zápachu, bez známek krve či nestrávených zbytků potravy.

**Tabulka 5 - měřené hodnoty u nemocného 3. operační den**

Hod	TT (°C)	TK (mmHg)	Bolesti (Melzackova škála)	Diuréza (ml)	Stomie
06:00	36,9				
08:00		145/100		300	plyny
12:00		140/90			
14:00			bolest č. 2 - nepříjemná	650	
15:00			bolest č. 1 - mírná		plyny + řídká stolice
16:00	36,7			300	plyny
18:00				450	řídká stolice
20:00		145/90		350	
24:00			bolest č. 3 - intenzivní		plyny
01:00			bolest č. 1 - mírná	600	
02:00					řídká stolice

05:00					plyny
06:00				300 =2950	plyny + řidká stolice

- 6. den hospitalizace, 4. operační den 3.2.2013

Pan M.J. je ráno bez teploty, naměřené hodnoty 36, 5°C. Ranní hygienu zvládá sám, dopomoc již nepotřebuje, nežádá ji.

4. operační den je nemocnému ordinováno:

- čaj 2, 5 l, neomezeně, polévka a kaše,
- TK, P 3xd. (8, 12, 20 hod),
- RHC dechová, chůze,
- z chronické medikace podat Agen 10 mg (1 - 0 - 0), Egilok 50 mg (1 - 0 - 0), Telmark 80 mg (1 - 0 - 0), Hydrochlorthiazid (1 - 0 - 0), Controloc 40 mg tbl. (1 - 0 - 1),
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- Ambrobene sir. p.o, 3xd. 5 ml (ráno, poledne, večer),
- Degan 1 tbl. p.o. 3xd. (ráno, poledne, večer),
- Helicid 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Transmetil 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Veral 2x1 amp. i.m. PB,
- Tralgit 3x1 amp. i.m. PB,
- kontrola odvodu ze stomie ā 24 hod.

Chronická medikace byla nemocnému podána dle ordinace lékaře, léky i.v. již nemá, PŽK je funkční, ponechán.

Nemocný rehabilituje sám, nemá infuzní terapii, chodí si po oddělení a po pokoji. Pohybově není omezen.

Při návštěvě rodinou je pacient v dobrém psychickém rozpoložení, usměvavý a v dobré náladě.

Během dne je monitorován TK 3x denně v 8 - 12 - 20 hod, fyziologické funkce jsou v normě, naměřené hodnoty TK jsou 140/90 mmHg, odpolední tělesná teplota u pacienta 36,7 °C.

Průběžně u nemocného sledujeme odvod ze stomie, je nutné často vyprazdňovat stomický sáček. Stolice je normální konzistence, bez patologických příměsí, zápachu, známek krve, nestrávené potravy. Při odvodu ze stomie není stolice tak řídká jako předešlý den. Během vyprazdňování stomického sáčku na lůžku, je pacient edukován o postupu, jak pomůcku vyprázdnit. Pacient nahlíží, jak probíhá vyprazdňování sáčku. Upevnění stomického sáčku je v pořádku, není potřeba pomůcku měnit. Prozatím je ponechán stomický sáček výpustí bokem.

Tekutiny nemocný toleruje, nezvrací, nauzeu nemá. Oběd snědl s chutí, nauzeu nemá, nezvrací, udává pouze malé množství stravy.

V 16 hod pacient udává bolesti celého těla. Dle Melzackovy škály bolest č. 2 - nepříjemná. Panu M.J. jsou podána analgetika Tralgit 1 amp. i.m. v 16:05, kontrola bolesti u pacienta v 17 hod, snížení bolesti na č. 1 - mírná.

Fyziologické funkce u nemocného jsou stabilní TK kolem 140/90 mmHg.

Další podání analgetik bylo nutné ve 02hod, kdy pan M.J. udává bolest č. 3 - intenzivní, dle Melzackovi škály. Podána analgetika Tralgit 1 amp. i.m., ve 03 hod snížení bolesti na č. 1 - mírn. Do rána je pacient bez bolesti, analgetika nevyžaduje.

**Tabulka 6 - měřené hodnoty u nemocného 4. operační den**

Hod	TT (°C)	TK (mmHg)	Bolesti (Melzackova škála)	Stomie
06:00	36,5			
08:00		135/85		plyny
12:00		140/80		plyny + stolice

16:00	36, 7		bolest č. 2 - nepříjemná	plyny
17:00			bolest č. 1 - mírná	plyny + řídká stolice
18:00				stolice
20:00		140/95		plyny
02:00			bolest č. 3 - intenzivní	
03:00			bolest č. 1 - mírná	řídká stolice
06:00				plyny

- 7. den hospitalizace, 5. operační den 4.2.2013

Nemocný je ráno bez teploty, naměřené hodnoty 36, 6°C. Ranní hygienu zvládá sám bez dopomoci.

Ordinace nemocnému z ranní vizity:

- čaj 2, 5 l, neomezeně,
- D - polévka a kaše,
- TK, P 3x d. (8, 12, 20 hod),
- RHC dechová, chůze,
- z chronické medikace podat Agen 10 mg (1 - 0 - 0), Egilok 50 mg (1 - 0 - 0), Telmark 80 mg (1 - 0 - 0), Hydrochlorthiazid (1 - 0 - 0), Controloc 40 mg tbl. (1 - 0 - 1), Prostamol Uno tbl. (1 - 0 - 0),
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- Ambrobene sir. p.o, 3xd. 5 ml (ráno, poledne, večer),
- Degan 1 tbl. p.o. 3xd. (ráno, poledne, večer),
- Helicid 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Transmetil 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Veral 2x1 amp. i.m. PB,
- Tralgit 3x1 amp. i.m. PB,
- kontrola odvodu ze stomie ā 24 hod,

- převaz rány.

Chronická medikace byla nemocnému podána dle ordinace lékaře. Léky i.v. již nemá, PŽK je odstraněn z důvodu ukončení infuzní a i.v. terapie. Místo vpichu po odstranění PŽK je klidné, bez sekretu, zarudnutí, otoku, hematomu či bolestivých projevů.

Pacient rehabilituje sám, chodí po oddělení a po pokoji. Pohybově není omezen. S návštěvou byl dnes i mimo oddělení projít se po schodech.

Při návštěvních hodinách je nemocný v dobrém psychickém rozpoložení, usměvavý a v dobré náladě.

Během dne je monitorován TK 3x denně v 8 - 12 - 20 hod, fyziologické funkce jsou v normě, TK 140/90 mmHg. Tělesná teplota naměřená v odpoledních hodinách je 36,4 °C.

Tekutiny pacient toleruje, oběd snědl s chutí, nauzeu nemá, nezvrací.

Během dne u nemocného sledujeme odvod ze stomie, je nutné častěji vyprazdňovat stomický sáček. Stolice je normální konzistence, bez patologických příměsí, zápachu, známek krve, nestrávené potravy. Při odvodu ze stomie má stolice již téměř normální konzistenci. Při vyprazdňování stomického sáčku je nemocný edukován o postupu vyprázdnění pomůcky. Pacient nahlíží, jak probíhá vyprazdňování.

Upevnění stomického sáčku není v pořádku, je tudíž potřeba pomůcku vyměnit. Pacientovi je nabídnuto upevnit stomickou pomůcku výpustí směrem dolů k nohám, a ne tak jak byl sáček upevněn doposud. Pan M.J. s návrhem upevnění stomické pomůcky souhlasí. Zvolená pomůcka je jednodílný vypouštěcí systém. Pan M.J. je zaveden na koupelnu oddělení kde je umístěno velké zrcadlo, WC, vana, odpadkový koš na komunální a infekční materiál. V místnosti, kde bude probíhat výměna stomického sáčku jsou již připravené pomůcky se kterými je nemocný seznámen.

Pomůcky pro výměnu stomického sáčku které máme připravené jsou:

XXVII

- stomický sáček - jednodílný vypouštěcí systém,
- čistící pěna na okolí stomie,
- odmašťovací prostředky na okolí stomie,
- alkoholové prostředky k odstranění lepicí části stomického sáčku,
- buničitá vata a jednorázová žínka,
- mulové čtverce,
- propiska nebo fix,
- žiletka.

Nemocný je postaven před zrcadlo, aby dobře viděl, jak probíhá výměna stomického pomůcky. Nejdříve sejmeme původní stomický sáček za pomoci alkoholového polštářku k snadnějšímu odlepení sáčku. Okolí stomie očistíme čistící pěnou, klademe důraz, aby nedošlo k poškození stomie, stomie jako taková není příliš citlivá a snadno se tak poraní a začne krváčet. Žiletku používáme u mužů, kdy je potřeba místo pro nalepení stomické pomůcky oholit. V případě pana M.J. nebylo nutné holicí pomůcku využít. Po očištění okolí stomie samotné, přiložíme stomickou pomůcku, lepicí částí přeloženou na půl a fixem zaznačíme přiměřený průměr stomie. Pacienta požádáme, o přidržení mulových čtverců na stomii, mezi tím vystříháme otvor sáčku, tak aby nemocný mohl sledovat náš postup. Po vystřížení otvoru průměru stomie do stomického sáčku sejmeme krycí plochu od lepicí plochy pomůcky, okolí stomie ještě jednou osušíme čtverci tak aby nikde nebylo vlhké místo, nebo nečistoty. Stomický sáček přehneme na půl a připevníme směrem od spodní části břicha nahoru. Po připevnění pomůcky na kůži, požádáme nemocného, aby zkusil nafouknout břicho, vytvoří se tak protitlak a pevná břišní stěna, kdy mírným nebolestivým přitlačením dokonale připevníme sáček. Pacient dále dlaní zahřívá lepicí plochu stomické pomůcky, aby došlo k úplnému přilnutí. Veškerý použitý materiál je odstraněn do infekčního odpadu. Pan M.J. je upozorněn, v případě objevení se stolice ve stomickém sáčku, informovat zdravotnický personál, který následně ukáže vyprázdnění sáčku do toalety.



Po celý den pacient nemá bolesti. Analgetika jsou panu M.J. aplikována na noc v 21:00, kdy udává bolest č. 2 - nepříjemnou, aplikován je Tralgit 1 amp. i.m., ve 22:00 je provedena kontrola bolesti, zmírnění bolesti na č. 1 - mírná.

Ve 23:30 je naplněn stomický sáček stolicí. Službu konající sestra s pacientem na toaletě provede vyprázdnění stomické pomůcky a následné očištění, postupu zacházení se stomickou pomůckou pan M.J. přihlíží.

V noci pan M.J. spal dobře, rušilo jej pouze vyprazdňování plynů a stolice ze stomie, které musel provést se zdravotnickým personálem.

Během noci a ráno nemocný analgetika nevyžaduje, udává, že bolesti nemá.

**Tabulka 7 - měřené hodnoty u nemocného 7. operační den**

Hod	TT (°C)	TK (mmHg)	Bolesti (Melzackova škála)	Stomie
06:00	36, 6			
08:00		145/85		plyny + stolice
12:00		140/90		plyny
16:00	36, 5			plyny + stolice
20:00		140/85		
21:00			bolest č. 2 - nepříjemná	
22:00			bolest č. 1 - mírná	
23:30				plyny + stolice

- 8. den hospitalizace, 6. operační den 5.2.2013:

Ranní naměřená TT u nemocného je 36, 7°C. Ranní hygienu provedl sám.

Ordinace nemocnému z ranní vizity lékařem:

- čaj 2, 5 l, neomezeně,
- D - 0 tekutá,
- TK, P 2x d. (8, 20 hod),
- RHC dechová, chůze,
- z chronické medikace podat Agen 10 mg (1 - 0 - 0), Egilok 50 mg (1 - 0 - 0), Telmark 80 mg (1 - 0 - 0), Hydrochlorthiazid (1 - 0 - 0), Controloc 40 mg tbl. (1 - 0 - 1), Prostamol Uno tbl. (1 - 0 - 0),
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- Ambrobene sir. p.o, 3xd. 5 ml (ráno, poledne, večer),
- Degan 1 tbl. p.o. 3xd. (ráno, poledne, večer),
- Helicid 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Transmetil 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Tralgit 3x1 amp. i.m. PB.

Chronická medikace p.o. byla podána dle ordinace lékaře.

Nemocný rehabilituje sám, pohybově není omezen. S návštěvou byl mimo oddělení. Chůze po schodech nemocnému nedělá žádné problémy.

Nemocný dnes nemám moc dobrou náladu, udává strach a mírnou nervozitu s prvního samostatného vyprazdňování stomické pomůcky.

Během dne je monitorován TK 2x denně v 8 - 20 hod, fyziologické funkce jsou v normě, TK 140/90 mmHg. Tělesná teplota naměřená panu M.J. v odpoledních hodinách je 36,9 °C.

Tekutiny toleruje, nezvrací, nauzeu nemá. Z oběda nemocný snědl pouze polévku a bramborovou kaši. Nechutnalo mu mleté maso, další příjem stravy však nevyžaduje. Nauzeu nemocný nemá, nezvrací.

Průběžně je sledován odvod ze stomie a plnění sáčku. Během dopoledních hodin, při naplnění stomického sáčku je panem M.J. požádán zdravotnický personál pro dohled a případnou radu při vyprazdňování stomické pomůcky.

První samostatné vyprázdnění pomůcky nemocný zvládl s menšími obtížemi (problém je nedostatečná blízkost nad toaletou a úplné vyprázdnění stolice ze stomické pomůcky). Ve večerních hodinách dochází k dalšímu plnění stomického sáčku, pacient je již zručnější a vyprázdnění stomické pomůcky zvládl téměř bez pomoci.

Večeři pan M.J. celou nesnědl, nemá hlad, ale strava mu chutnala.

Po celý den neudává bolesti, analgetika jsou pacientovi aplikována pouze na noc ve 22:00, kdy udává bolest č. 2 - nepříjemnou, dle Melzackovy stupnice. Aplikován je Tralgit 1 amp. i.m., ve 23:00 kontrola bolesti, zmírnění bolesti na č. 1 - mírná. Během noci ani ráno pacient bolesti nemá.

Nemocný dobře spal, v noci byl pouze dvakrát vyprázdnit plyny ze stomie. Vyprázdnění a očištění stomického sáčku zvládl bez problémů.

**Tabulka 8 - měřené hodnoty u nemocného 6. operační den**

Hod	TT (°C)	TK (mmHg)	Bolesti (Melzackova škála)	Stomie
06:00	36,7			plyny
08:00		135/90		plyny
12:00		135/85		stolice
16:00	36,9			plyny
20:00		140/90		plyny
22:00			bolest č. 2 - nepříjemná	
23:00			bolest č. 1 - mírná	plyny
03:00				plyny

- 9. den hospitalizace, 7. operační den 6.2.2013:

Naměřená TT v 06:00 ráno je 36,4°C. Ranní hygienu pacient provedl sám.

Ordinace nemocného z ranní vizity lékařem:

- čaj 2, 5 l, neomezeně,
- D - 2 šetřící,
- TK, P 1x d. (8 hod),
- RHC dechová, chůze, - z chronické medikace podat Agen 10 mg (1 - 0 - 0), Egilok 50 mg (1 - 0 - 0), Telmark 80 mg (1 - 0 - 0), Hydrochlorthiazid (1 - 0 - 0), Controloc 40 mg tbl. (1 - 0 - 1), Prostamol Uno tbl. (1 - 0 - 0),
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- Ambrobene sir. p.o, 3xd. 5 ml (ráno, poledne, večer),
- Degan 1 tbl. p.o. 3xd. (ráno, poledne, večer),
- Helicid 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Transmetil 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Tralgit 3x1 amp. i.m. PB,
- stoma sestra.

Chronická medikace p.o. byla pacientovi podána dle ordinace lékaře.

Pacient rehabilituje sám, pohybově není omezen. S návštěvou byl mimo oddělení, projít se ven před budovu chirurgie. Chůze po schodech a delší trasy nemocný zvládá bez problémů.

Nemocný má dnes lepší náladu než předešlý den.

Během dne monitorován TK 1x denně v 8 hod, fyziologické funkce jsou v normě, TK 140/90 mmHg. Tělesná teplota naměřená panu M.J. v odpoledních hodinách je 36,7 °C.

Oběd nemocný dnes snědl téměř celý, jídlo mu velice chutnalo.

Průběžně je sledován odvod ze stomie a plnění sáčku. Péči o pomůcku dnes pan M.J. zvládá sám, dopomoc od zdravotnického personálu nevyžaduje. Odvod stomie je normální konzistence, bez patologických příměsí, zápachu, známek krve či nestrávených zbytků potravy.

Dnes je nemocný navštíven stoma sestrou, která ho seznamuje s pomůckami pro ošetřování stomického vývodu. Panu M.J. jsou nabídnuty dva druhy

stomických pomůcek - jednodílný systém, který doposud pan M.J. používal v péči o stomii, a dále na vyzkoušení dvoudílný systém. Výbava, která je nemocnému nabídnuta stoma sestrou obsahuje čisticí prostředky na okolí stomie, prostředky na snadnější odstranění lepící části stomické pomůcky, vyrovnávací pasty (při nerovnostech pokožky pro lepší přilnutí stomické pomůcky), informační brožury, jak používat jednodílný či dvoudílný systém stomických pomůcek a některá dietní doporučení pro stravování stomiků.

Večeři, která je podávána formou studené stravy nemocný celou nesnědl, nemá moc velký hlad.

Po celý den pacient nemá bolesti, analgetika jsou aplikována pouze na noc ve 21:30, udává bolest č. 2 - nepříjemnou, dle Melzackovy stupnice. Aplikován je Tralgit 1 amp. i.m.. V 22:15 je provedena kontrola bolesti zmírnění na č. 1 - mírná. Během noci ani ráno pacient bolesti neudává.

Pan M.J. spal dobře, v noci byl pouze třikrát vyprázdnit plyny ze stomie a jednou stolicí. Vyprázdnění a očištění pomůcky zvládl bez problémů.

**Tabulka 9 - měřené hodnoty u nemocného 7. operační den**

Hod	TT (°C)	TK (mmHg)	Bolesti (Melzackova škála)	Stomie
06:00	36,4			plyny
08:00		140/90		plyny
10:30				stolice
16:00	36,7			plyny
20:00				plyny + stolice
21:30			bolest č. 2 - nepříjemná	
22:15			bolest č. 1 - mírná	plyny
23:30				plyny
03:00				plyny

- 10. den hospitalizace, 8. operační den 7.2.2013

TT naměřená v 06:00 je 36,6 °C. Ranní hygienu nemocný provedl sám.

Ordinace nemocného z ranní vizity lékařem:

- čaj 2, 5 l, neomezeně,
- D - 2 šetřící,
- TK, P 1x d. (8 hod),
- RHC dechová, chůze,
- z chronické medikace podat Agen 10 mg (1 - 0 - 0), Egilok 50 mg (1 - 0 - 0), Telmark 80 mg (1 - 0 - 0), Hydrochlorthiazid (1 - 0 - 0), Controloc 40 mg tbl. (1 - 0 - 1), Prostamol Uno tbl. (1 - 0 - 0),
- Zibor 2500 j s.c. ve 20 hod,
- Ambrobene sir. p.o, 3xd. 5 ml (ráno, poledne, večer),
- Helicid 1 tbl. p.o. 2xd. ráno, večer,
- Tralgit 3x1 tbl. p.o. PB.

Chronická medikace p.o. byla pacientovi podána dle ordinace lékaře.

Pohybově pan M.J. není omezen.

Nemocný má dnes dobrou náladu, je navštíven rodinu, a těší se na zítřejší den, kdy půjde domu. Udává pouze malé starosti a znepokojení s péčí o stomii a jak na jeho současný zdravotní stav budou reagovat lidé z okolí.

Během monitorován TK 1x denně v 8 hod, fyziologické funkce jsou v normě, hodnoty TK 140/80 mmHg. TT naměřená panu M.J. v odpoledních hodinách je 36,5 °C.

Tekutiny toleruje, nezvrací, oběd nemocnému chutnal, snědl téměř celý.

Během dne je průběžně sledován odvod ze stomie a plnění stomického sáčku. Péči o stomický sáček pacient zvládá sám, dopomoc od zdravotnického personálu nevyžaduje. Odvod stomie je normální

konzistence, bez patologických příměsí, zápachu, známek krve či nestrávených zbytků potravy.

Večeři, formou studené stravy nemocný snědl celou.

Po celý den je pan M.J. bez bolesti, analgetika není nutné podat ani na noc.

V noci nemocný spal dobře, nemohl usnout, těší se domů. Během noci byl pan M.J. dvakrát vyprázdnit plyny ze stomie a jednou vyprázdnit stolici.

Vyprázdnění a očištění stomického sáčku zvládl sám a bez problémů.

**Tabulka 10 - měřené hodnoty u nemocného 8. operační den**

Hod	TT (°C)	TK (mm Hg)	Bolesti (Melzackova škála)	Stomie
06:00	36, 6			solice
08:00		140/85		plyny
14:30				plyny
16:00	36, 7			stolice
21:30				plyny
22:30				plyny
01:30				stolice

- 11. den hospitalizace, 9. operační den 8.2.2013, den propuštění nemocného

Naměřená TT u pana M.J. v 06 hod je 36, 5°C. Ranní hygienu provedl sám.

Ordinace nemocného z ranní vizity lékařem:

- čaj 2, 5 l, neomezeně,
- D - 5 bezzbytková,
- RHC dechová, chůze,
- z chronické medikace podat Agen 10 mg (1 - 0 - 0), Egilok 50 mg (1 - 0 - 0), Telmark 80 mg (1 - 0 - 0), Hydrochlorthiazid (1 - 0 - 0), Controloc 40 mg tbl. (1 - 0 - 1), Prostamol Uno tbl. (1 - 0 - 0),

- Tralgit 3x1 tbl. p.o. PB.

Chronická medikace p.o. byla nemocnému podána dle ordinace lékaře.

Chůze po schodech a delší trasy nemocnému nedělají problémy, pohybově není omezen.

Pacient je dnes dobře naladěný, těší se na propuštění z nemocnice domů. Pan M.J. má jen drobné obavy ze zvládnutí péče o stomii, a reakce ostatních příbuzných a kamarádů na jeho současný zdravotní stav.

Tekutiny nemocný toleruje, nezvrací, nauzeu nemá. Oběd snědl celý.

Obsah stomického sáčku je normální konzistence, bez patologických příměsí, zápachu, známek krve či nestrávených zbytků potravy.

Nemocný analgetika nevyžaduje, neudává žádné bolesti.

Dnes je pacient propuštěn do domácího léčení. Pan M.J. z nemocnice odchází vybaven pomůckami od stoma sestry, předána je lékařská zpráva, kde se nachází informace o braní chronické medikace beze změn, o fyzickém omezení alespoň 3 měsíců (nezvedat těžká břemena, nezatěžovat břišní stěnu). V propouštěcí lékařské zprávě je datum následné kontroly nemocného v proktologické poradně a informace, kde se ordinace nachází a jaké jsou ordinační hodiny. Společně s lékařskou zprávou je pacientovi předána faktura, za pobyt ve zdravotnickém zařízení. Při předání lékařské zprávy je nemocný edukován a nutnosti dodržování jistého dietního omezení, kdy je dobré se zaměřovat na bezezbytkovou stravu.

O edukaci v péči o stomii, změně stravovacích návyků, pravidelném braní léků a pravidelných návštěvách byla informována i manželka pana M.J.