

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKA
S KARCINOMEM TLUSTÉHO STŘEVA V GERIATRII**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

SEIDLOVÁ VENDULA

Praha 2015

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KARCINOMEM TLUSTÉHO STŘEVA V GERIATRII**

Bakalářská práce

VENDULA SEIDLOVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2015



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

Seidlová Vendula
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 4. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s karcinomem tlustého střeva v
geriatrii

Nursing Process for Patients with Colon Cancer in Geriatrics

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 9. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 22. 3. 2015

Podpis:

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, za užitečné informace a rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za jejich podporu po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT

SEIDLOVÁ, Vendula. *Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem tlustého střeva v geriatricii*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2015. Počet stran 72.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem tlustého střeva v geriatricii. Práce je rozdělena do dvou částí, přičemž první, teoretická část se zabývá karcinomem tlustého střeva, charakteristikou onemocnění a jeho epidemiologií. Jsou popsány příčiny, příznaky, prevence, léčba a možné komplikace u tohoto onemocnění. Dále jsou uvedeny druhy stomií, druhy střevních stomií, jejich ošetrování a možné vzniklé komplikace u střevních stomií. Závěr teoretické části se věnuje specifickým ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů s nově založenou stomií. Ve druhé, praktické části práce byl vytvořen ošetrovatelský proces. Je zde představen případ konkrétní pacientky, které byl diagnostikován karcinomem tlustého střeva a byla hospitalizovaná na chirurgickém oddělení a poté přeložena na oddělení geriatricie a následné péče v Thomayerově nemocnici. Pro vytvoření ošetrovatelského procesu byly použity ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II. Ošetrovatelské diagnózy 2012–2014.

Klíčová slova

Geriatrický pacient. Hodnotící škály. Karcinom. Ošetrovatelský proces. Prevence. Screening. Stomie. Tlusté střevo.

ABSTRACT

SEIDLOVÁ, Vendula. *Nursing Process for Patients with Colon Cancer in Geriatrics*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2015. 72 pages.

This bachelor thesis is engaged in problems of nursing process for patients with colon cancer in geriatrics. The thesis is divided into two parts. The first theoretical part deals with colon cancer, their characteristics and epidemiology. It describes causes, symptoms, prevention, treatment and possible complications of this disease. In this part, there are also described a types of stomata, their treatment and possible complications. The conclusion of theoretical part is focused on specifics of a nursing process for geriatric patients with a newly formed stoma. The second practical part includes a nursing process. It presents the case of a patient with colon cancer. First she was hospitalized at Department of Surgery and then she was treated at Department of Geriatric Medicine in Thomayer Hospital. A nursing process was created according to NANDA I taxonomy II. Nursing diagnosis 2012–2014.

Keywords

Carcinoma. Geriatric patient. Large intestine. Nursing process. Prevention. Rating scales. Screening. Stoma.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	15
1 KARCINOM TLUSTÉHO STŘEVA V GERIATRII	16
1.1 EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	17
1.2 KLASIFIKACE KARCINOMU TLUSTÉHO STŘEVA	18
1.3 HLAVNÍ PŘÍČINY ONEMOCNĚNÍ	19
1.4 SYMPTOMY ONEMOCNĚNÍ.....	21
1.5 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	21
1.6 PREVENCE VZNIKU ONEMOCNĚNÍ.....	23
1.6.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	23
1.6.2 PREVENCE SEKUNDÁRNÍ	23
1.6.3 PREVENCE TERCÍÁRNÍ	25
1.7 LÉČBA.....	25
1.7.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA	25
1.7.2 RADIOTERAPIE A CHEMOTERAPIE	26
1.7.3 PALIATIVNÍ PÉČE.....	27
1.8 STOMIE.....	28
1.8.1 DRUHY STOMÍÍ	28
1.8.2 TYPY STOMICKÝCH POMŮCEK A JEJICH VÝMĚNA.....	30
1.8.3 NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE U STOMÍÍ.....	31
1.8.4 VÝŽIVOVÁ PODPORA U STOMIKŮ	33
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O	
GERIATRICKÉHO PACIENTA SE STOMÍÍ.....	35
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO	
PACIENTA S KARCINOMEM TLUSTÉHO STŘEVA	39
3.1 ANAMNÉZA	40

3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	43
3.3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDONOVÉ ZE DNE 13. 11. 2014.....	44
3.4 MEDICINSKÝ MANAGMENT.....	50
3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 13. 11. 2014	52
3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT	53
3.7 CELKOVÉ HODNOCENÍ	63
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
ZÁVĚR	66
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – activity of daily living (screeningový test na hodnocení soběstačnosti pacienta)

APC – adenomatosis polyposis coli (adenomatózní polypózní syndrom)

ATB – antibiotika

CA 19-9 – glykolipidový antigen

CEA – karcinoembryonální antigen

CGA – comprehensive geriatric assessment (screeningový test na komplexní geriatrické hodnocení zdravotního stavu seniora)

Gy – gray, jednotka absorbované dávky záření v soustavě SI

IADL – the lawton instrumental activi of daily living scale (screeningový test na hodnocení soběstačnosti)

JIP – jednotka intenzivní péče

KJ – kilojoul, kalorické hodnoty potravin

MMSE – mini - mental state examination (screeningový test na hodnocení kognitivních funkcí)

MNA – mini nutritional assessment (screeningový test na hodnocení nutričního stavu)

Moca – montreal cognitive assessment (screeningový test hodnocení kognitivních funkcí)

MUST – malnutrition universal screening tool (screeningový test na hodnocení nutričního stavu)

NRS – nutritional risk screening (screeningový test na hodnocení nutričního stavu)

ORL – otorhinolaryngologie

PAINAD – pain assessment in advanced dementia scale (hodnotící škála bolesti u dementních pacientů)

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

PMK – periferní močový katétr

PŽK – periferní žilní katétr

SGA – subjektive global assessment (screeningový test na hodnocení nutričního stavu)

SPICES – sleep disorders, problem with rating or feeding, incontinence, confusion, evidence of fall, skin breakdown (screeningový test na komplexní geriatrické hodnocení zdravotního stavu seniora)

TEM – transanální endoskopická mikrochirurgie

TPA – tkáňový polypeptický antigen

WHO – World health organisation (Světová zdravotnická organizace)

(POKORNÁ, 2010), (KLENER, 2011)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adenokarcinom – zhoubný karcinom

Adenom – nezhoubný karcinom

Ascites – nahromadění tekutiny v dutině břišní

Cékum – počáteční široká část tlustého střeva

Colon ascendens – vzestupný tračník

Colon descendens – sestupný tračník

Colon transversum – příčný tračník

Dekubit – proleženina

Delirium – kvalitativní porucha vědomí, charakterizována náhle vzniklou změnou chování

Diferenciace – rozlišení, odlišení

Disabilita – porušená schopnost hybnosti

Dysplazie – porucha růstu nebo vývoje, označuje histologické změny, které mohou předcházet vzniku nádoru

Edukace – poučení, informování, vysvětlení

Endoskopická metoda – vyšetřovací metoda tělních dutin a dutých orgánů

Enterální výživa – podávání živin do těla, kdy je zachováno fyziologické vstřebávání živin střevem

Enteroragie – krvácení z dolního úseku trávicího ústrojí

Excize – vyříznutí

Fraktura femuru – zlomenina kosti stehenní

Histologie – vědní disciplína, která se zabývá strukturou tkáně

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypotenze – nízký krevní tlak

Imobilizační syndrom – vyskytuje se převážně u věkové starších pacientů, je to odezva organismu na dlouhodobý klidový režim

In situ – karcinom lokalizovaný v místě daného orgánu bez přesahu do dalších vrstev

Incidence – počet nově vzniklých případů onemocnění za jeden rok

Infiltrace – průnik do tkáně

Karcinom – zhoubný nádor vycházející z epitelu

Kolorektální karcinom – karcinom tlustého střeva a konečníku

Kurativní léčba – léčba zhoubných karcinomů, která napomáhá k vyléčení nemoci

Malnutrice – patologický stav způsoben nedostatkem živin

Mortalita – úmrtnost

Obstipace – zácpa

Obstrukce – zamezení průchodnosti orgánem

Osteoporóza – onemocnění kostí, které se projevuje řidnutím kostní tkáně

Parenterální výživa – výživa podávaná do krevního řečiště

Penetrace – proniknutí do okolních orgánů

Per rektum – fyzikální vyšetření přes konečník

Perforace – protržení

Polymorbidity – představuje výskyt většího počtu onemocnění současně

Polyp – výrůstek na sliznici

Prekanceróza – je to stav předcházející vzniku maligního nádoru

Prevalence – počet existujících nemocí ve vybrané populaci k určitému datu

Ragáda – prasklina

Recidiva – návrat nemoci

Rectosigmoideum – část tlustého střeva

Resekce – chirurgické odstranění části orgánu

Screeningové programy – preventivní programy na včasnou diagnostiku zhoubných karcinomů

Sedimentace – krevní laboratorní vyšetření, které udává rychlost klesání erytrocytů ve vzorku nesrážlivé krve

Sipping – tekutá enterální výživa k popíjení

Tracheostomická kanyla – pomůcka určená k průchodnosti dýchacích cest

(ZACHOVÁ aj., 2010), (POKORNÁ, 2010), (SLEZÁKOVÁ aj., 2010)

ÚVOD

Ke zpracování bakalářské práce byla vybrána problematika karcinomu tlustého střeva, který je v České republice podle statistik na druhém místě ve výskytu nádorového onemocnění u mužů i žen. Vzhledem k vysokému výskytu, je toto onemocnění nejvíce diskutovaným onkologickým problémem v lékařské medicíně. Hlavní důvod vysoké mortality v České republice je, že toto onkologické onemocnění je diagnostikováno pacientům v pokročilém stadiu nemoci. Z tohoto důvodu je velmi důležité se u této problematiky zaměřit na prevenci. Jelikož se zmiňované nádorové onemocnění vyskytuje převážně u starší populace, proto je také tato práce zaměřena na geriatrického pacienta. Domníváme se totiž, že veřejnost je stále málo informována o problematice tohoto onemocnění a její vysoké incidenci.

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou, kde byly stanoveny tyto cíle.

Cíl 1: Zpracovat problematiku karcinomu tlustého střeva. Popsat epidemiologii, symptomatologii, diagnostiku, léčbu, prevence a komplikace u tohoto onemocnění.

Cíl 2: Popsat specifiku ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů se založenou stomií.

Cíl 3: Zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta se stomií, který byl hospitalizován na oddělení geriatrie a následné péče.

1 KARCINOM TLUSTÉHO STŘEVA V GERIATRII

Karcinom tlustého střeva je nejčastějším nádorovým onemocněním trávicího traktu. Karcinom tlustého střeva je zhoubný novotvar vycházející z epitelárních buněk sliznice tlustého střeva.

Prognóza karcinomu tlustého střeva závisí na infiltraci lymfatických uzlin, přítomnosti metastáz a také na hloubce nádorové invaze ve stěně střeva. Příčina vzniku karcinomu tlustého střeva vzniká genetickou predispozicí, vnějšími vlivy a věkem.

Nejčastější výskyt karcinomu tlustého střeva je výskyt sporadický. Tento výskyt je ovlivněn vnějšími vlivy, životním stylem a stárnutím organismu. Sporadický karcinom vzniká také na podkladě adenomových polypů, které jsou její prekancerózou. Jako rizikový faktor pro vznik je polyp větší než 1 cm. Transformace v maligní adenomový polyp je pomalý proces, který vzniká několik let. Adenom bývá stopkatý nebo přisedlý a při koloskopickém vyšetření je velmi dobře viditelný. Dle histologie lze adenomy dělit na tubulární, vilózní anebo tubulivilózní uspořádání, stupeň dysplazie může být nízký nebo vysoký. Hlavním kritériem z přechodu adenomu na karcinom je velikost polypů, stupeň dysplazie a jejich histologie (LUKÁŠ aj., 2007).

„Do skupiny se zvýšeným rizikem dále řadíme familiární adenomovou polypózu, syndrom hereditárního nepolypózního karcinomu, osoby s kolorektálním karcinomem v rodině, nespecifické střevní záněty a osoby po endoskopické polypektomii adenomových polypů“ (VYZULA aj., 2007, s. 62).

Karcinom tlustého střeva je ve velkém počtu zjištěn u pacientů nad 60. rokem věku. Nádory u geriatrických pacientů jsou velice častým onemocněním. Statisticky je dokázáno, že mezi nejčastější karcinomy u geriatrických pacientů patří právě karcinom tlustého střeva. Karcinom tlustého střeva je také příčinou vysoké úmrtnosti právě pro diagnostiku onemocnění v pokročilém stádiu. Ve stáří je pro seniory rozhodujícím kritériem jejich kvalita života a prevence hraje u seniorů vedlejší roli (SCHULER aj., 2010). Postup vhodné léčby je v tomto případě velmi důležité prokonzultovat s onkologem, který rozhodne, zda by byl pacient schopen snášet vedlejší

účinky protinádorové léčby. U geriatrických pacientů je léčba omezena kvůli jejich polymorbiditě, křehkosti a funkčním omezením. V tomto případě je důležité využívat podpůrných opatření např. ATB, vhodná výživa, sipping a opakované geriatrické hodnocení.

Úspěšnost léčby závisí na stádiu, ve kterém je pacientovi onemocnění diagnostikováno. Proto včasný záchyt nemoci je důležitý pro úspěšnou léčbu a také pro léčbu, která se stane méně nákladnou. Nyní v léčbě převládají endoskopické či chirurgické metody (SCHULER aj., 2010).

1.1 EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Karcinom tlustého střeva patří mezi nejčastější onkologická onemocnění ve světové populaci a jeho incidence stále narůstá (DUŠEK aj., 2012). Karcinomy tlustého střeva lze dělit dle kódu na zhoubný novotvar tlustého střeva C18, zhoubný novotvar rektosigmoidea C19 a konečníku C20.

Česká republika společně se Slovenskou republikou, Maďarskem, Dánskem a Nizozemskem jsou umístěny v incidenci na prvních pěti místech. Rizikový věk pro vznik nově vytvořených zhoubných novotvarů kolorekta je okolo 75 let.

V Evropě je patrná vysoká zátěž tímto onemocněním a také její vysoká mortalita. V celosvětovém měřítku patří Česká republika mezi země, které jsou velice zatížené tímto onemocněním (DUŠEK aj., 2012). U mužů se nachází kolorektální karcinom na 2. místě po zhoubných novotvarech prostaty a u žen na 2. místě po zhoubných novotvarech prsu. Průměrný věk u nově zjištěných zhoubných novotvarů kolorekta je nižší u mužů nežli u žen. Věkový interval mužské populace je okolo 65-69 let, u ženské populace je věkový interval okolo 75-79 let. Toto onemocnění se vyskytuje převážně u mužů, kteří jsou na 4. místě v Evropě a ženy se nachází na 10. místě v Evropě. Karcinom tlustého střeva ve velké míře postihuje populaci ve vyšším věku, ale u 20 % bylo onemocnění diagnostikováno před 60. rokem.

Ve světě v roce 2012 byla odhadnuta prevalence celkem na 1 360 602 nově

diagnostikovaných karcinomů kolorekta. Je to 3. nejčastější zhoubný novotvar. Karcinomů kolorekta v Evropě je celkem 447 136, obsazuje tedy 2. místo nejčastějšího zhoubného novotvaru. Mortalita v roce 2012 ve světě byla 693 887 a 214 814 v Evropě. Odhad žijících pacientů s karcinomem do 5 let od zjištění diagnózy zhoubného novotvaru tlustého střeva je 543 582 celosvětově a v Evropě 1 203 943 (KOLOREKTUM.CZ, 2015).

Onkologické onemocnění v časném záchytu prekancerózy zvyšuje naději na dobrý výsledek léčby. V České republice je více než 50 % nových pacientů, kterým byl diagnostikován karcinom kolorekta ve stadiu třetím a výše. Tato příčina významně zhoršuje dosažené výsledky léčby a ta se stává nákladnou (DUŠEK aj., 2012).

Od ledna 2009 byly v České republice pro občany starší 50 let zavedeny screeningové programy pro včasné odhalení karcinomu kolorekta.

Od ledna 2014 bylo zahájeno adresné zvaní občanů na preventivní prohlídky tlustého střeva.

1.2 KLASIFIKACE KARCINOMU TLUSTÉHO STŘEVA

Rozsah onemocnění a stádium nemoci je velmi důležité pro určení prognózy, ale také pro správný výběr léčebných prostředků. Rozsah a stádium určujeme dle TNM klasifikace, která je stanovena pro každý orgán zvlášť. Smyslem klasifikace TNM je usnadnění výměny informací mezi jednotlivými lékaři. (KLENER, 2011).

T – tumor

Je to rozsah primárního karcinomu. K písmenu T se propojují číslice, které označují rozsah primárního karcinomu T1 – T4. K určení rozsahu je nutné klinické a diagnostické vyšetření. Pokud dojde k tomu, že primární ložisko nelze zjistit, značení je T0, pokud však nelze vymežit jeho rozsah, značení je TX. T1 je označení, kdy karcinom prorůstá podslizniční vrstvou dutých a trubicových trávicích orgánů. T2 je označení, kdy karcinom prorůstá vrstvou svalovou. U označení T3 proniká karcinom do perirektální tkáně. T4 karcinom porušuje strukturu okolních orgánů.

N – noduli

Je to stav regionálních mízních uzlin, kde musí být přesně stanoveno, které mízní uzliny jsou pro dané nádorové místo regionální. Číslice zde značí postižení regionálních uzlin N1 – N3. N1 je označení pro jednu až tři metastázy v lymfatických uzlinách, označení N2 je přítomnost čtyř a více metastáz. N0 znamená nepřítomnost metastáz a označení NX znamená, že lymfatické uzliny nelze hodnotit.

M – metastases

Toto označení znamená přítomnost M1 či nepřítomnost M0 metastáz. MX je označení pro vzdálené metastatické postižení, které nelze hodnotit (KLENER, 2011).

Karcinom se může šířit jak do blízkého, tak do vzdáleného okolí. Cesty pro šíření vzdálených metastáz jsou hematogenní a lymfogenní. Hematogenní cestou jsou nádorové buňky zaneseny tokem krve na vzdálené místo. Je to způsob šíření karcinomu z pojivových tkání a pokročilých epitelových karcinomů. Lymfogenní cesta je zakládání nových ložisek v lymfatických cestách. Je to způsobem šíření málo pokročilých epitelových karcinomů (POKRIVČÁK, 2014).

Klasifikace stupně malignity – grading G

Adenokarcinomy se rozdělují dle diferenciacie nádorových buněk do stupňů malignity. Tato stupnice má rozsah G1 – G4. Stupnice grading určuje morfologickou podobnost nádorů s mateřskou tkání. Čím méně se podobají nádorové buňky s tkání, tím jsou horší vlastnosti nádorů.

G1 dobře, G2 středně, G3 špatně diferenciovaný, G4 nediferenciovaný (BERCER aj., 2005).

1.3 HLAVNÍ PŘÍČINY ONEMOCNĚNÍ

Příčiny vzniku karcinomu tlustého střeva nejsou přesně známy, na vzniku karcinomu se podílí mnoho rizikových faktorů. Mezi nejčastější příčiny vzniku onemocnění jsou faktory zevního prostředí. Především to jsou nevhodné stravovací návyky, zde patří úprava masa ve vysokých teplotách – smažení, pečení, grilování. Dále konzumace tuků, nadměrná konzumace alkoholu, především piva, a kouření. Přepálené

tuky, bílkoviny, které vznikají při rozkladu masa ve vysokých teplotách, obsahují karcinogeny, které mohou podporovat vznik karcinomu tlustého střeva. Mezi další nejčastější rizikové faktory patří obezita, stres, sedavé zaměstnání, snížená fyzická aktivita, věk, střevní polypy a nespecifické střevní záněty (VORLIČEK aj., 2012).

Karcinom tlustého střeva se také vyskytuje vzácně v rámci dědičného onemocnění. Zvýšené riziko vzniku karcinomu mají jedinci, u kterých se jejich příbuzní s karcinomem tlustého střeva již setkali. Dědičná onemocnění se objevují okolo 20 % případů.

Existují familiární formy a formy hereditární. Obě tyto formy jsou dědičného původu. Okolo 20 % případů jsou formy familiární, které zahrnují případy opakujících se karcinomů v rodině. Incidence karcinomu tlustého střeva je vyšší než v běžné populaci.

V případě familiární adenomatózní polypózy jde o výskyt mnohočetných adenomatózních polypů, které mají tendenci ke kancerogenezi. Dochází zde k dědičné mutaci jedné alely genu APC a získanou mutací další alely. Polypy se objevují během života nevyhnutelně. Příbuzní jsou indikováni ke genetickému testování a koloskopii již před 20. rokem života (SEIFERT, 2012).

U 10 % pacientů můžeme pozorovat hereditární syndrom, který má výraznou dědičnou predispozici pro vznik karcinomu. U hereditárního syndromu je hlavním znakem velké množství střevních polypů, ale také karcinom tlustého střeva bez přítomnosti polypů.

„Mezi dědičné polypózní syndromy se řadí již zmíněná familiární adenomatózní polypóza, dále skupina hamartomatózních polypózních syndromů, kam patří Peutzův-Jegherseův syndrom, juvenilní polypóza, hamartomatózní tumorový syndrom, a dále smíšený porózní syndrom projevující se přítomností atypických juvenilních polypů se smíšenými znaky hamartomů a adenomů. Mezi dědičné nepolypózní syndromy se řadí hereditární nepolypózní karcinom“ (VYZULA aj., 2007, s. 43).

1.4 SYMPTOMY ONEMOCNĚNÍ

Karcinom tlustého střeva se může projevovat velkou řadou příznaků. V počátečních stádiích onemocnění probíhá bezpříznakově tedy asymptomaticky. Symptomy se projevují dle místa vzniku karcinomu. Pokud se karcinom vyskytne v colon descendens nebo sigmoideu, symptomy se projevují střídáním průjmu se zácpou (VORLÍČEK aj., 2012).

Symptomy onemocnění jsou místní a celkové. **Mezi místní příznaky** patří převážně změna charakteru stolice. Tyto symptomy mohou být také spojovány s dietní chybou, stresem nebo jiným druhem onemocnění. Mezi další místní příznaky a velmi časté symptomy lze uvést kolikovitě bolesti břicha, plynatost, pocit nedostatečného vyprázdnění a opakující se pocit na stolicí.

Akutní komplikace spojená s karcinomem je obstrukce střeva, známkou neprůchodnosti střeva je vzedmuté břicho spojené se vzniklou zácpou a zástavou odchodu plynu. Obstrukce se rozvíjí postupně a přechází v nepravidelnou stolici. Nejčastějším místem obstrukce je sigmoideum. Komplikace spojená s obstrukcí je nechutenství a následná dehydratace. Mezi další související akutní komplikace s karcinomem je penetrace, perforace a enteroragie. Enteroragie způsobuje velké krevní ztráty, a penetrace a perforace ohrožuje člověka na životě.

Existují příznaky celkové, které jsou označovány za příznaky pozdní. Projevují se únavou, ztrátou hmotnosti, nechutenstvím, bledostí, ascitem, malnutricí.

1.5 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

Včasná diagnostika nádorového onemocnění je klíčem k úspěšné léčbě. V České republice nyní probíhá adresné screeningové vyšetření, které je zaměřeno na včasné odhalení nádorového onemocnění.

Při podezření na karcinom tlustého střeva je nutno, aby lékař vždy začal anamnézou, kterou lze zjistit mnoho důležitých a potřebných informací. Informace o zaměstnání, rizikových faktorech, jako je např. kouření nebo zmínka o nádorovém

onemocnění objevující se v rodině, může potvrdit geneticky familiární výskyt nádorového onemocnění. V anamnéze se dále zabýváme příznaky, s kterými pacient přichází, které tedy mohou signalizovat karcinom, může se jednat o nechutenství, zvracení, problémy se stolicí (KLENER, 2011).

Mezi další diagnostické metody patří fyzikální vyšetření a odběr krve na laboratorní vyšetření. Fyzikálním vyšetřením lze pohmatem zjistit hluboko uložené nádory v dutině břišní nebo zvětšené mízní uzliny. Nelze u fyzikálního vyšetření zapomenout na vyšetření per rektum. Ženy se podrobují i gynekologickému vyšetření. U odběru krve na laboratorní vyšetření se odebírá krev na základní vyšetření: krevní obraz, biochemické hodnoty, moč a sedimentace. Dále je vhodné odebrat vzorek krve na hladinu nádorových markerů – CEA, CA 19–9, kterým lze monitorovat průběh nemoci. U pacientů s metastatickým onemocněním má význam stanovení mutace v onkogenech – KRAS, BRAF. V rámci sekundární prevence lze odebrat stolicí na okultní krvácení (VORLÍČEK aj., 2012).

Mezi další diagnostickou metodou u karcinomu tlustého střeva je metoda endoskopická. Zde řadíme koloskopii, sigmoideoskopii, rektoskopii. Je to vyšetřovací metoda invazivní, která pomocí optického zařízení (endoskopu) zkoumá změny na sliznici tlustého střeva a vyhledává případné zdroje krvácení. Toto vyšetření umožňuje odběr vzorku sliznice (biopsie) na histologické vyšetření nebo odstranění polypů ze stěny sliznice tlustého střeva (polypektomie). Endoskopické vyšetření vyžaduje přípravu s cílem vyprázdnění střeva a konečníku.

Mezi rentgenové metody patří irigoskopie a irigografie. Tato metoda využívá kontrastní látku aplikovanou do střeva a viditelnou na rentgenovém snímku.

Mezi nezbytné vyšetřovací metody patří vyšetření CT – počítačová tomografie, která zobrazuje pomocí ionizačního záření a počítačového zpracování řezy tělem. Cílem je posouzení anatomických poměrů a patologických odchylek ve vyšetřovací oblasti. Mezi další vyšetření pomocí ultrazvuku patří rentgen plic, scintigrafie skeletu a nukleární magnetické rezonance. Ultrasonografii břicha a jater lze vyloučit metastázy.

Mezi nespolehlivější diagnostickou metodou u podezření na karcinom tlustého střeva je koloskopie, ostatní diagnostické metody jsou pouze doplňkové a slouží k potvrzení diagnostiky onemocnění, stádia, přítomnost metastáz apod.

1.6 PREVENCE VZNIKU ONEMOCNĚNÍ

Prevence je prohloubení informací, které by měli být dostupné každému občanovi o rizikových faktorech, které se spolupodílí na vzniku nádorového bujení. Preventivní opatření směřují k zabránění vzniku karcinomu popřípadě k včasnému diagnostikování a výběru vhodné léčby. Prevenci dělíme na primární, sekundární, terciární (POKRIVČÁK, 2014).

1.6.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Primární prevence je zabránění vzniku karcinomu ovlivněním životního stylu a životního prostředí. Zahrnuje boj proti kouření a podporu zdravé výživy. Cílem primární prevence je zabránit vzniku karcinomu ovlivněním vnější rizikových faktorů. Mezi vnější rizikové faktory patří především nevhodná strava, nadváha a konzumace alkoholu. Nevhodnou stravou myslíme červené maso, jídlo s vysokým obsahem živočišných tuků, nedostatečný příjem vitamínů C a kyseliny listové. Riziko vzniku karcinomu stoupá při pravidelné konzumaci masa vepřového, jehněčího, hovězího. Při konzumaci uzenin a masa připravovaného při vysokých teplotách, zejména u grilování se riziko vzniku karcinomu zvyšuje. Náš jídelníček by měl být obohacen o rybí maso, ovoce a zeleninu, která je zdrojem vlákniny. V životním stylu by neměla chybět pohybová aktivita, která předchází obezitě. Mnoho studií potvrzuje, že kouření má pozitivní vliv na vznik kolorektálního karcinomu a také pro nádorový vliv na jiné tkáně a orgány v těle. Dále jsou převážně ohroženi lidé, kteří konzumují alkohol, především pivo (VORLÍČEK aj., 2012), (VYZULA aj., 2007).

1.6.2 PREVENCE SEKUNDÁRNÍ

Na sekundární prevenci se zaměřuje především zdravotnická služba. Jejím cílem je vyhledávání a sledování lidí s prekancerózami a provádění důsledných preventivních prohlídek. Sekundární prevence přispívá k včasné diagnostice a úspěšné

protinádorové léčbě (SEIFERT, 2012).

Od ledna 2009 byly v České republice zavedeny pro občany starší 50 let screeningové programy pro včasné odhalení kolorektálního karcinomu. Nejčastější screeningovou metodou je test na okultní krvácení (TOKS), které se provádí od věku 50–54 let 1krát ročně a je hrazen zdravotní pojišťovnou. Cílem tohoto vyšetření je odhalit skryté krvácení, které je přítomno ve stolici i přes jeho neviditelnost. Jednou z možností je, že si pacient test na okultní krvácení provádí doma sám odebráním jednoho vzorku stolice, u moderních typů testu není pacient povinen držet dietu, protože výsledky testů nejsou ovlivněny konzumací různých druhů potravin. U negativního výsledku testu je test opakován za rok, pokud byl test TOKS pozitivní, pacient je odeslán na screeningovou koloskopii. Při negativním výsledku koloskopie je screeningový program na 10 let přerušen, pokud koloskopie krvácení potvrdila, řídí se dále pacient léčebným postupem dle doporučení.

Od 55 let věku spočívá screeningová metoda v tom, že se test na okultní krvácení provádí jedenkrát za dva roky. Nově lze test na okultní krvácení vyzvednout nejen u praktického lékaře, ale také u gynekologa. Od 55 let je možno toto vyšetření nahradit screeningovou koloskopii, která je indikována v případě pozitivního testu na okultní krvácení nebo se provádí tehdy, když se pacient rozhodne podstoupit screeningovou koloskopii místo testu TOKS. Pokud výsledek koloskopie byl negativní, další koloskopie je indikována v intervalu 10 let (KOLOREKTUM.CZ, 2015).

Koloskopie se provádí za pomoci endoskopu. Tato metoda je velmi spolehlivá a např. při odhalení polypů je lékař schopen polypy odstranit anebo odebrat vzorek tkáně. Jako další moderní možnosti máme kapslovou koloskopii, která při spolknutí video kapsle snímá strukturu sliznice a přenáší data do senzoru, které jsou umístěny na kůži pacienta.

Od ledna 2014 bylo zahájeno adresné zvaní občanů na preventivní prohlídky pro včasný záchyt karcinomu tlustého střeva. U lidí s výskytem karcinomu kolorekta v rodině se doporučuje věková hranice posunout z 50 let na 40 let věku (DUŠEK aj., 2012), (VORLÍČEK aj., 2012).

1.6.3 PREVENCE TERCIÁRNÍ

Tento druh prevence je zaměřen na sledování nemocných s vyléčeným nádorovým onemocněním s cílem včasného odhalení recidivy (KLENER, 2011).

1.7 LÉČBA

Léčba karcinomu tlustého střeva je velmi individuální. Obecně je léčba závislá na kompletní diagnostice, dané především klasifikací karcinomu, celkovém zdravotním stavu pacienta a jiných chorobách. O vhodném léčebném postupu rozhoduje vždy tým odborníků. Základními léčebnými metodami je chirurgická léčba, radioterapie a chemoterapie. Tyto léčebné metody mohou být kombinovány pro větší efekt léčby.

1.7.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Léčbu chirurgickou dělíme na kurativní a paliativní. Kurativní léčba se provádí u karcinomu in situ. U karcinomu s metastázemi nemá operace kurativní účinek. Paliativní operace spočívají v tom, že odstraněním karcinomu snížíme masu nádorových buněk a usnadníme činnost jiných léčebných metod. Cílem paliativních výkonů je zmírnit obtíže nemocného vyvolané tlakem rostoucího nádoru, které ho mohou ohrožovat na životě.

Chirurgická léčba u karcinomu tlustého střeva spočívá v resekci postižené části střeva s okolními lymfatickými uzlinami a částí nepostižené tkáně. Tento druh léčby se provádí anastomózou, kolostomií a bypassem. Anastomóza je sešití obou konců střeva k sobě a kolostomie je vyústění tlustého střeva na stěnu břišní. Bypass je obchvat neodstranitelného nádoru v úsecích tlustého střeva. Chirurgická léčba umožňuje i odstranění metastáz z jater a také paliativní výkony, kdy je neodstranitelný nádor ponechán, ale dojde k uvolnění střevní pasáže (SLEZÁKOVÁ aj., 2010).

Typy chirurgických výkonů:

- **Lokální excize** je vyříznutí části tkáně – karcinomu pro další vyšetření.
- **Kolektomie** je odstranění tlustého střeva s vyústěním tenkého střeva do konečníku nebo na povrch těla.

- **Pravostranná hemikolektomie** se provádí u nádorů céka a colon ascendens, zde dochází k odstranění vzestupného tračnicku a hepatální flexory.
- **Rozšířená pravostranná hemikolektomie** se provádí při nádorech hepatálního ohbí a dochází k odstranění vzestupného tračnicku a 2/3 příčného tračnicku.
- **Levostranná hemikolektomie** provádí se při postižení colon descendens a dochází k odstranění příčného a sestupného tračnicku.
- **Rozšířená levostranná hemikolektomie** provádí se při postižení lineárního ohbí a dochází k resekci transverza s hepatální a lienární flexurou.
- **Resekce traverza** zde se provádí resekce transverza a části sigmoidea.
- **Resekce sigmoidea** provádí se u postižení sigmoidea, dochází k resekci a vzniká descendentrekto anastomóza.
- **Resekce rekta** při postižení horní části rekta.
- **Amputace rekta** provádí se při postižení dolní části rekta a dochází k resekci sigmoidea až po anus, vzniká trvalá terminální sigmoideostomie (KENEZOVÁ aj., 2006).
- **Operace dle Milese** je to chirurgický výkon na tlustém střevě, kdy se jedná o amputaci konečníku a poloviny sigmoidea se založením kolostomie.
- **TEM** transanální endoskopická mikrochirurgie, je to operační technika na konečníku (JANÍKOVÁ aj., 2013).

1.7.2 RADIOTERAPIE A CHEMOTERAPIE

Radioterapie je standardní onkologickou léčbou. U karcinomu tlustého střeva se provádí jen velmi výjimečně, protože účinná dávka záření je tenkým střevem špatně tolerována. U karcinomu konečníku se tento druh léčby preferuje. Radioterapie se provádí převážně před operacemi s cílem zmenšení nádorů, protože zkracuje délku života nádorovým buňkám, dále snižuje výskyt recidiv. Radioterapie je indikována také jako pooperační metoda, jejím cílem je snížení recidiv v malé pánvi. Léčba zářením je u každého pacienta individuální, provádí se ambulantně několik minut, denně, pět dní v týdnu, po dobu zhruba jednoho měsíce. Dávka radioterapie je 45Gy (ADAM aj., 2004).

Chemoterapie je další možností léčby onkologického onemocnění. Chemoterapie je dodávání látek – cytostatik do těla. Tyto látky jsou chemické struktury

přirozeného původu nebo z látek připravených synteticky. Tyto látky inhibují buněčné dělení a způsobují zánik buněk. Jejich účinek se projevuje na nádorových buňkách a také na buňkách zdravých tkání. Poškození zdravé tkáně je projevováno nežádoucími účinky protinádorové chemoterapie. Chemoterapie se dělí na adjuvantní a neoadjuvantní. Neoadjuvantní chemoterapie se indikuje před chirurgickým výkonem nebo radioterapií. Tato léčba se preferuje kvůli usnadnění operability. Adjuvantní léčba doplňuje a zvyšuje účinnost základní léčebné metody, dále navazuje na léčbu chirurgickou nebo léčbu zářením s cílem likvidovat zbytky nádorové tkáně (KLENER, 2011).

1.7.3 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je celková péče o nemocné s nevléčitelným onemocněním, které nereaguje na kurativní léčbu. V paliativní medicíně je nejdůležitější léčba symptomů a řešení psychologických, sociálních a duševních problémů nemocného. Paliativní péče a léčba probíhá v průběhu onemocnění, ale také těsně před smrtí. Klade velký důraz na kvalitu života nemocného. Dle WHO paliativní medicína a péče zahrnuje také péči a léčbu o rodinu nemocného. Rodina a nemocný tvoří jednotu a je tedy důležité, aby péče byla poskytována oběma stranám, pokud se péče poskytuje pouze jedné ze stran nebo se péče poskytuje odděleně, nemluvíme tedy o kvalitní paliativní péči a léčbě. Paliativní péče pohlíží na smrt jako na normální proces, který patří k životu a není jejím cílem smrt urychlit nebo odsunout. V časných fázích onemocnění se využívá i léčebných postupů, které mají za cíl život prodloužit (MUNZAROVÁ, 2005).

Kvalitní paliativní péči by měl být schopen poskytnout každý zdravotník. Veškerý ošetrovatelský personál by měl být vyškolen, tak aby byl schopen poskytnout nevléčitelně nemocnému týmovou spolupráci lékařskou a ošetrovatelskou. Měl by být schopen poskytnout kvalitní paliativní péči, tišení bolesti, i kdyby měl mít účinek léčby za následek zkrácení života.

Paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou. Obecnou formu paliativní péče poskytuje každé zdravotnické zařízení. Forma obecná by měla poskytovat takovou péči a léčbu, která je důležitá pro kvalitu pacientova života. Zde probíhá léčba symptomů, podpora rodiny, doporučení k dalším specialistům a respekt k pacientovi

samotnému. Specializovanou formu péče poskytují zařízení, kdy paliativní péče je hlavní činností zařízení. Tyto druhy zařízení jsou ve všech formách péče a jsou schopné poskytnout pacientovi podporu kdekoliv. Zařízení, které se specializuje na paliativní péči, je oddělení paliativní péče, hospice domácí i lůžkové, ambulance, stacionáře, poradny, tísňové linky (MARKOVÁ, 2010).

1.8 STOMIE

„Slovo stomie pochází z řeckého slova stoma (otvor, ústa). Je to vyústění dutého orgánu na povrch těla chirurgickým vyšíáním nebo pomocí katétru“ (ZACHOVÁ aj., 2010, s. 31). Příčina k založení stomie je především onemocnění. Založení stomie vzniká po poranění, úrazu, u náhlých příhod břišních a také u komplikací, které vznikly při léčbě.

1.8.1 DRUHY STOMIÍ

Stomie lze dělit dle různých kritérií. Dle časového trvání rozpoznáváme stomii trvalou nebo dočasnou. **Trvalá stomie** se zakládá v případech, kdy není možno obnovit přirozenou cestu odchodu stolice. **Dočasná stomie** je založena jen po dobu, kdy stěna orgánu potřebuje obnovit svou funkčnost. V případě, kdy pacient nechce podstupovat další operační výkon nebo jeho zdravotní stav mu založení stomie neumožňuje, se stomie dočasná stává stomií trvalou.

Dle účelu dělíme stomii na výživnou a derivační. **Stomie výživná**, tedy gastrostomie nebo jejunostomie, se zakládá především u pacientů s onemocnění horní části zažívacího ústrojí, s poruchou polykání, u pacientů v bezvědomí, s onkologickým onemocněním hlavy, krku a u pacientů s neurologickými poruchami. Tento druh stomie slouží k zajištění přísunu speciálně upravené stravy do zažívacího traktu tehdy, kdy pacient není schopen přijímat potravu ústy. Mezi výživné stomie řadíme PEG a PEJ. Tento druh stomie se zavádí chirurgicky nebo endoskopicky přes stěnu břišní do žaludku nebo jejunu dle druhu stomie. Do výživné stomie lze drtit léky a podávat speciální stravu k tomu určenou. „**Stomie derivační** slouží k odvodu obsahu do sběrného systému při nemožnosti přirozeného vyprazdňování“ (ZACHOVÁ aj., 2010, s. 31). Mezi derivační stomie řadíme stomie střevní. U těchto druhů stomií je

přirozený odchod stolice nemožný kvůli postižené části střeva. Název střevní stomie se odvíjí vždy od místa vyvedené části střeva na povrch stěny břišní.

Druhy střevních stomií:

Ileostomie je vyústění terminální části tenkého střeva přes stěnu břišní. Na tenkém střevě zle rozlišovat doudenostomii a jejunostomii. Tyto vývody mohou sloužit jako výživný vstup nebo jako derivační stomie. Ileostomie jsou vyústěny na pravé straně břišní stěny. Konzistence střevního obsahu je tekutá a agresivní, vyprazdňování do stomického sáčku může být až několikrát denně. Konzistence a obsah lze částečně ovlivnit medikamenty. Ileostomie je typická tím, že vyčnívá přes stěnu břišní až o 2cm, což umožňuje jednoduššímu ošetřování okolí kůže.

Kolostomie je vyústění tlustého střeva přes stěnu břišní. Stomie vystupuje v úrovni stěny kůže. Střevní obsah stomie je kašovitý až formovaný, vyskytuje se až 3krát denně a jeho konzistence je ovlivněna především stravou, druhem tekutin a medikamenty. Název založené stomie na tlustém střevě se vždy odvíjí od vyústěné části tlustého střeva.

- Ascendentostomie je vyústění stomie ve vzestupném tračníku.
- Transversostomie je vyústění stomie v příčném tračníku.
- Descendentostomie je vyústění stomie v sestupném tračníku.
- Sigmoideostomie je vyústění stomie v esovité kličce.

Existuje také cékostomie, což je vyústění stomie v oblasti céka pomocí drénu nebo Foleyova katétru. Tento druh stomie se provádí již velmi málo a slouží k dočasnému odchodu plynů a stolice (KENEZOVÁ aj., 2006).

Mezi derivační stomie řadíme také ezofagostomii a tracheostomii.

Indikace k založení **ezofagostomie** bývá nejčastěji z důvodu poleptání nebo poranění jícnu a také z důvodu atřezie jícnu. Tento vývod odvádí sliny do sběrného systému, které nemohou odtékat do žaludku kvůli poranění jícnu.

Tracheostomie je chirurgické vytvoření otvoru v tracheji, která umožní zprůchodnění dýchacích cest a odstranění sekretu z dýchacích cest. Průchodnost je

zajištěna tracheostomickou kanylou. Tracheostomie bývá ve většině případů pouze dočasná. Tracheostomický otvor lze chirurgicky zavřít nebo spontánně zanikne po odstranění kanyly.

Dle způsobu konstrukce máme stomie:

- **Stomie nástěnná** se volí jen zřídka např. na céku. Drén nebo katétr je zaveden přes stěnu břišní do střeva a stěna střeva je vyšitá ke stěně břišní.
- **Stomie terminální – jednohlavová** spočívá v tom, že střevo je vyvedeno na povrch dutiny břišní a je k ní přišito.
- **Stomie axiální – dvouhlavová** je vyvedení střevní kličky na povrch dutiny břišní, která má dva otvory (přívodný – odvodný), mezi otvory je ponechán zhruba 10 pooperačních dní kolíček. Při ošetřování stomie musí být stomický sáček přizpůsoben velikosti kolíčku, který se podsouvá pod stomický sáček. Střevo není zcela přerušeno, proto může stolice odcházet také konečníkem (ZACHOVÁ aj., 2010).

1.8.2 TYPY STOMICKÝCH POMŮCEK A JEJICH VÝMĚNA

Jednodílný systém je kompletní stomický sáček, který je pevně spojen s podložkou. Při naplnění jednodílného systému se stomický sáček mění celý. Tento druh stomických pomůcek se mění až několikrát denně. Stomický sáček může být různého druhu průhledný, neprůhledný, s filtrem i bez, nevýpustný nebo výpustný se suchým zipem nebo sponou.

Dvoudílný systém se skládá z dvoudílné pomůcky. Obsahuje podložky s plastovým kroužkem a sáček různého typu, který se musí shodovat s velikostí plastového kroužku na podložce. U toho druhu systému dochází k výměně pouze stomického sáčku nikoli podložky. Stomický sáček může být různého druhu průhledný, neprůhledný, s filtrem i bez, nevýpustný nebo výpustný se suchým zipem nebo sponou.

Systém adhezní technologie se skládá z podložky a sáčku, který se lepí k sobě pomocí lepicí plochy. Výhodou u dvoudílného systému a systému s adhezní technologií je snadná kontrola stomie a okolí kůže při sundání podložky (KENEZOVÁ aj., 2006), (ZACHOVÁ aj., 2010).

Bezsáčkové stomické pomůcky. Tento druh pomůcky je ve tvaru disku, který se nasazuje na podložku dvoudílného systému. Úkolem těchto pomůcek je zabránění odchodu stolice, plynů a redukce zápachu po dobu 12 hodin. Tento druh pomůcek je vhodný u kolostomií a u pacientů, kteří nejsou v akutním stadiu nemoci (ZACHOVÁ aj., 2010).

Výměna pomůcek se podle druhu stomií liší. Pacient se stomií je řádně edukován stomickou sestrou, která zpočátku pacientovi pomáhá a zároveň provádí edukaci o výměně stomických pomůcek. V pooperačním období je lepší zvolit jednodílný systém stomických pomůcek kvůli bolestivé břišní krajině. Tento druh systému se šetrně odstraní z povrchu kůže, ošetří se stomie od stolice omytím, osuší se okolí stomie a dle potřeby se ošetří kůže. Do stomické podložky se vystřihneme tvar stomie tak, aby nalepený sáček obkružoval stomii. Pacient stomickou podložku zahřívá rukama, aby došlo ke správnému upevnění. U ostatních stomických systému se podložky připevní k sáčku a až poté se lepí na kůži. U ileostomie se před výměnou stomických pomůcek sáček vypouští, u kolostomie se sáček vyhazuje i s obsahem. U výměny stomických sáčku se vždy pracuje v rukavicích a provádí se ošetření okolí stomie (ZACHOVÁ aj., 2010).

1.8.3 NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE U STOMIÍ

U stomií může vznikat mnoho komplikací. Tyto komplikace dělíme na časné a pozdní. Časnými komplikacemi rozumíme komplikace, které vznikají v pooperačním období a během hospitalizace. Pozdní komplikace se mohou projevit kdykoliv. Pacient je edukován stomickou sestrou o komplikacích, které mohou vzniknout. V domácí péči je člověk se stomií předán do péče stomické poradny, kam chodí na pravidelné kontroly. Zde stomická sestra kontroluje vzhled stomie a pokud zjistí nějaké odchylky od normálu, kontaktuje lékaře.

Jednou z komplikací je **krvácení ze stomie**. V období pooperačním může stomie mírně krvácet, dojde k výměně stomického sáčku a k následné opakované kontrole. V terminálním stadiu nemoci může dojít k masivnímu krvácení z karcinomu. Tehdy se okamžitě informuje lékař, který rozhodne o dalším postupu léčby.

Nekróza stomie se projevuje změnou barvy sliznice, která odumírá. Vzniká nedostatečným přívodem krve do tkáně. Příčinou bývá otok a útlak střeva vzniklý malým otvorem v kůži nebo útlakem z okolí. Nekróza se řeší konzervativně postupným odstraňováním. Při komplikaci uvolnění stehů, kdy se střevo dostane pod úroveň kůže, je potřeba chirurgické řešení úpravy stomie.

Retrakce střeva neboli vtažení, vzniká u obézních lidí, lidí s kožními nerovnostmi nebo u náhle změny hmotnosti. Projevuje se vtažením střeva pod úroveň kůže. U nemocných dochází k podtékání stolice pod podložku a následnému poškození kůže.

Prolaps stomie je výřez střeva, který může přesahovat až desítky centimetrů přes dutinu břišní. Při ošetřování musíme postupovat velmi opatrně, neboť sliznice je velmi náchylná k poškození. Prolaps může vyplnit celý stomický sáček, proto je potřeba vybrat vhodné stomické pomůcky. Měření průměru střeva se provádí ve stoje, dle něj přizpůsobujeme otvor v podložce.

Stenóza stomie neboli zúžení je nepoměr průměru střeva s otvorem v břišní stěně. Projevuje se bolestivostí břicha a poruchou pasáže. Stenóza bývá často kombinovaná s retrakcí. Příčina stažení stomie může mít za následek i hypergranulační tkáň nebo polyp (KENEZOVÁ aj., 2006).

Kožní komplikace u stomie:

Erytém neboli zarudnutí se vyskytuje téměř u každé nové založené stomie. Kůže, která je namáhaná opakovaným odstraněním stomických podložek, reaguje zčervenáním. Tato reakce bývá dočasná, preventivně se kůže ošetřuje ochranným filmem.

Iritace peristomální kůže je způsobena kontaktem se stolicí nebo nešetrnou výměnou stomické pomůcky. Projevuje se zarudnutím, svěděním, pálením a suchostí pokožky. Poškození kůže mohou také způsobit čisticí prostředky.

Macerace peristomální kůže je způsobena dlouhodobým kontaktem kůže se stolicí a také nešetrnou výměnou stomické pomůcky. Kůže je rudá, bolestivá, má ragády

a může také krvácet. Ošetřování je velice komplikované, omývání čisticími prostředky je nepřipustné kvůli bolestivosti. Očistit kůži můžeme olejem nebo bezalkoholovým přípravkem.

Hypergranulace peristomální kůže je charakterizována růstem tkáně na malém úseku i okolo celé stomie. Hypergranulační tkáň dorůstá do různé výšky a brání správnému uchycení stomické podložky. Je bolestivá a velmi křehká. Tato komplikace není velmi častá.

Peristomální píštěle vznikají v místě stehu. Projevují se reakcí organismu na použitý šicí materiál. Komplikují přilnutí stomické pomůcky a léčba je dlouhodobá. Je nutno kontrolovat, zda z píštěle neodchází patologický sekret, který může vzniknout infiltrací stolice. Píštěle často vznikají u nespecifických střevních zánětů.

Peristomální absces je dutina vyplněna hnisavým sekretem, který se musí chirurgicky vyčistit a drénovat. Důležité je dodržování hygieny a častého výplachu abscesu (VYTEJČKOVÁ aj., 2013).

1.8.4 VÝŽIVOVÁ PODPORA U STOMIKŮ

U lidí se stomií je velice důležité dodržování pitného režimu. Obsah vody v lidském organismu kolísá v závislosti na věku a konstrukci těla. Voda pomáhá k přenosu krevních plynů, k odstranění odpadních produktů metabolismu a podílí se na termoregulaci. Pokud je malý příjem tekutin, v organismu dochází ke ztrátám vody a minerálů, které se projeví dehydratací. Dehydratace se projevuje únavou, slabostí, kůže je suchá, napnutá, má snížený kožní turgor, rty a jazyk jsou také suché. Dále se dehydratace projevuje hypotenzí až ledvinovým selháním. Při iontové dysbalanci dochází k hyperhydrataci, které se následně projeví otoky, dušností a křečemi. Nedostatek kalcia vede k osteoporóze, nedostatek magnezia způsobuje svalové záškuby, proto je velice důležité ztrátu vody a iontů doplňovat. Nápoje máme stimulační, výživné a osvěžující. U lidí se stomií se doporučuje doplňování nápojů výživných a osvěžujících. Denní příjem tekutin by se měl pohybovat okolo 3 litrů, v závislosti na denní aktivitě příjem tekutin stoupá. Nedoporučují se ve velkém množství pít minerální vody, které obsahují oxid uhličitý, ten způsobuje plynatost. Vhodné jsou iontové nápoje,

kteřé doplňují minerály při průjmech a dehydrataci. Ileostomici by měli tekutiny popíjet i během jídla, aby došlo k promísení s potravou. Dostatečný příjem tekutin je také velmi důležitý u kolostomiků, u kterých se nedostatečný příjem tekutin projevuje zácpou.

Výživu stomiků a životosprávu se pacient se stomií dozvídá v průběhu hospitalizace edukací stomickou sestrou nebo nutričním terapeutem. Dodržování životosprávy je důležité pro plnohodnotný život stomika. Denní energetická spotřeba u dospělého člověka je okolo 5 000–8500 kJ. Potraviny by měly být plnohodnotné, chutné a měly by obsahovat sacharidy, bílkoviny, tuky, vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Vitamíny rozpustné v tucích se v těle sice ukládají, ale jejich doplňování je důležité, kdežto vitamíny rozpustné ve vodě se musí do těla neustále dodávat, protože nadbytek je vylučován močí. U resekce tenkého střeva dochází k poruše funkce střeva. Tyto funkce jsou nenahraditelné, proto je důležitá nutriční podpora. Nutriční podporu lze dodávat parentálním a enterálním přístupem nebo přístupem kombinovaným (sipping). U resekce tlustého střeva nedochází k nutričním ztrátám, protože střeňování živin je zajištěno tenkým střevem. Porušená funkce tlustého střeva může vzniknout léčbou. V pooperačním období se u stomiků začíná v prvních pár dnech příjmem čaje, následně tekutou stravou. Pokud je tekutá strava dobře snášena, následuje strava kašovitá. Strava je omezena o vlákninu, slupky, zrníčka, koření a smažení. Ovoce se podává pouze ve formě pyré nebo tepelně upravené v polévkách. Zhruba po 6 týdnech stomik zařazuje do svého jídelníčku všechny potraviny, sleduje potraviny, které mu způsobují zažívací problémy, a tyto pro příště vynechá. Stomici by jídlo měli pojídat v klidu a po malých kouscích, dobře rozmělněné. Ze svého jídelníčku by měli vyloučit smažená a grilovaná jídla a dávat přednost jídlu dušenému a vařenému. U kolostomiků se postupně do stravy zařazuje i vláknina, která působí proti zácpě (ZACHOVÁ aj., 2010).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O GERIATRICKÉHO PACIENTA SE STOMIÍ

Geriatric je vědní obor, který se zabývá stárnutím, především u věkově starších jedinců. Hlavním cílem geriatric je udržování zdraví a včasné rozpoznání akutních onemocnění, udržení aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a přispívání k udržení kvality života. Dle WHO rozděluje biologický věk na střední 45-59 let, vyšší 60-74 let, pokročilý 75-89 a dlouhověkost je nad 90 let života.

Geriatrického pacienta charakterizujeme vyšším věkem, morbiditou a křehkostí. Křehkost lze charakterizovat fyziologickým poklesem výkonnosti ve stáří. Dochází k úbytku svalové a kosterní hmoty, poruchy imunity, koordinace, kognitivních funkcí a mobility. Příznaky křehkosti jsou pády, zmatenost a pokles kardiovaskulární výkonnosti. Ošetřovatelská péče o geriatrické pacienty je charakterizována udržením soběstačnosti a podporou zlepšení kvality života (NÉMETH aj., 2009).

Příčiny, které vedou k založení stomie v seniorském věku, jsou akutní nebo subakutní a velmi často se jedná o komplikace chronického nebo asymptomatického onemocnění. Příprava k operačnímu výkonu k založení stomie je dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední. Vzhledem k věku seniora je dlouhodobá příprava nejvýhodnější. Pacient je zde seznámen lékařem o diagnóze a operačním postupu. Edukaci o možných vzniklých komplikacích a názorné ukázce výměny stomického sáčku provádí stomická sestra. U seniorů je edukace obtížná, při mírné poruše kognitivních funkcí se musí k pacientovi přistupovat opatrně a informaci mu důkladně a srozumitelně vysvětlit popřípadě opakovat. Při komunikaci se seniorem musíme přizpůsobit komunikační styl schopnostem a dovednostem seniora, aby nedošlo k nepochopení. Senioři mají bez ohledu na věk a onemocnění ztrátu inteligence, proto může odpověď nebo informace z dlouhodobé paměti vyžadovat více času (POKORNÁ, 2010).

Pacient po operačním výkonu se založenou stomií je předán na jednotku intenzivní péče k monitorizaci zdravotního stavu. Dle stavu pacienta, který je vždy

individuální, začíná již na JIP probíhat nácvik sebeděče. Senior je při zhoršení zdravotního stavu ohrožen syndromy. Mezi nejčastější geriatrické syndromy patří např. imobilizační syndrom, inkontinence, nestabilita, bolesti, poruchy spánku, poruchy sluchu, zraku, riziko pádu, demence, zmatenost, deprese, delirium, dehydratace, malnutrice a u ležících pacientů vznik dekubitů. Geriatrické syndromy jsou skupiny příznaků, které souvisí se stářím a mají chronický průběh (NÉMETH aj., 2009). Pokud senior trpí poruchou zraku, sluchu, mobility nebo demencí je ošetrovatelská péče o stomii přenechána na ošetrujícím personálu a dále by měla být edukována rodina. Ošetrovatelskou péči pro geriatrické pacienty rozeznáváme nemocniční, ambulantní, geriatrická centra, pečovatelské služby, domovy pro seniory, domácí péče a stacionáře. Geriatrického pacienta, který nezvládá sebeděči v domácím prostředí, je možné umístit na lůžko následné péče. Pokud pacient odmítá jakékoliv umístění do zařízení a trvá si na pobytu doma je možno péči o stomii zajistit pomocí agentury domácí péče, která pacienta navštívuje doma a napomáhá mu s péčí o stomii v jeho domácím prostředí. Výhodou zařízení následné péče je především u pacienta s poruchou sebeděče, kdy ošetrovatelská péče je o pacienta zajištěna po dobu 24 hodin. Zde probíhá aktivizace pacienta, rehabilitace a péče o stomii.

Celkový zdravotní stav seniora hodnotíme pomocí komplexního geriatrického hodnocení CGA a SPICES formuláře. Tyto testy poukazují na označení problému v oblastech, které potřebují další posouzení pomocí speciálně zaměřených screeningových nástrojů. Díky celkovému hodnocení zdravotního stavu seniora posoudíme jeho schopnosti a máme možnost si přesně naplánovat péči o něj.

Hodnocení kognitivních funkcí patří mezi screeningová vyšetření. Toto vyšetření má napomáhat posouzení úrovně kognitivních schopností, rozpoznání změny v kognitivních funkcích a monitorování. Změny v kognitivních funkcích výrazně ovlivňují změnu stavu v různých oblastech seniora. Mezi tyto změny patří porucha sebeděče v denních činnostech apod., tyto změny ovlivňují kvalitu života seniora a určují požadavky na rozsah péče. Mezi nejvýznamnější poruchy kognice řadíme demenci, delirium, depresi nebo mírnou kognitivní poruchou, která je přechodem mezi kognitivní poruchou při stárnutí a vznikem demence. Screening a monitorování je velmi důležité k zjištění aktuálního kognitivního stavu seniora. Screeningové vyšetření slouží k přítomnosti či absenci poruchy kognitivních funkcí a monitorování je určeno

k sledování kognitivních funkcí v čase. Aby screening a monitorizace byly opravdu účelné, měly by se provádět vždy při přijetí a před propuštěním ze zařízení nebo při překladi do jiného zařízení, během hospitalizace, po 6. týdnech po propuštění ze zařízení, při změně ve farmakoterapii a při neobvyklé změně chování. Mezi nejčastější screeningové nástroje patří MMSE test, MoCA test a test kreslení hodin.

Hodnocení nutričního stavu je u seniorů také velmi důležité, neboť poruchy výživy u seniorů jsou velmi časté. Správná výživa je předpoklad k zdravému potencionálu a udržení fyzického i psychického zdraví. Malnutrice se diagnostikuje pomocí nutriční anamnézy, laboratorních a funkčních vyšetření. Malnutrice zhoršuje celkově zdravotní stav seniorů a prodlužuje dobu hospitalizace. Velmi důležitý je screening pomocí hodnotících škál např. MNA, SGA, NRS, MUST a monitorizace v rámci prevence. Nutriční péče by měla být součástí léčebné a preventivní péče. Porucha výživy se řeší převážně dietním opatřením. Zhoršený stav výživy nebo hrozící malnutrice by měla být včas odhalena a řešena lékařským a ošetrovatelským týmem. Nutriční péče by měla být zahájena sledováním příjmu potravy, příjmu a výdeje tekutin, podáváním enterálních, parenterálních a nutričních roztoků nebo jejich kombinací (POKORNÁ aj., 2013). Výživu stomiků a životosprávu se pacient se stomií dovidá v průběhu hospitalizace edukací stomickou sestrou nebo nutričním terapeutem. Dodržování životosprávy je důležité pro plnohodnotný život stomika (ZACHOVÁ aj., 2010).

Hodnocení soběstačnosti je součástí hodnocení celkového stavu seniora. Toto hodnocení je velmi důležité pro plánování ošetrovatelské péče. Soběstačnost může být ovlivněna změnou zdravotního stavu a vést k disabilitě, která ovlivňuje kvalitu života seniora. Soběstačnost lze ošetrovatelskou péčí do jisté míry ovlivnit a zlepšit. Stupeň soběstačnosti se měří v testu ADL, PADL i IADL. Dle těchto testů dochází k zhodnocení pacientově soběstačnosti. V průběhu hospitalizace probíhá motorizace, sestavení ošetrovatelského plánu, lékař určí pohybový režim a zajistí bezpečnost pacienta (POKORNÁ aj., 2013).

Hodnocení bolesti je v seniorském věku také velmi důležité, protože bolest ve velké míře ovlivňuje kvalitu života seniora. Ve stáří je velmi typická bolest chronická, která je spojena s polymorbiditou. Senioři o svých bolestech velmi neradi hovoří,

mohou mít obavy z léčby a následné diagnózy, proto hodnocení bolesti vyžaduje profesionální přístup ze strany zdravotnických pracovníků. Cílem je získání dostupných informací týkajících se aktuálního algického stavu. U seniorů se při hodnocení bolesti soustředíme na schopnosti kognitivních funkcí a funkční geriatrické hodnocení, protože projevy bolesti lze od pacienta vysledovat i díky neverbálním projevům. Pacienti, kterým byla nově založena stomie, mohou v prvních dnech trpět bolestmi, neboť okolí stomie je citlivé, proto je velmi důležité sledování těchto bolestí a řádné zapisování do zdravotnické dokumentace. Mezi nejvhodnější hodnotící škály bolesti u geriatrických pacientů patří Melzackova škála bolesti, numerická škála a slovní vyjádření pacienta. U dementních pacientů se velmi často používá hodnotící škála PAINAD (POKORNÁ aj., 2013).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO PACIETA S KARCINOMEM TLUSTÉHO STŘEVA

Ošetřovatelský proces byl vypracován u pacientky na oddělení geriatric a následné péče v Thomayerově nemocnici. Pacientka byla přeložena na geriatrické oddělení z oddělení chirurgického. Ke zhodnocení celkového zdravotního stavu pacientky byla využita ošetřovatelská a lékařská dokumentace, rozhovor s pacientkou, fyzikální vyšetření a pozorování pacientky. Ošetřovatelský proces byl vypracován dle taxonomie II. NANDA I domény 2012–2014 a na zpracování získaných informací byl využit ošetřovatelský model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové v modifikaci 13. domén taxonomie II.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a Příjmení:	V. V.
Pohlaví:	žena
Datum narození:	1935
Věk:	80
Adresa bydliště:	Praha 4
Vzdělání:	středoškolské
Zaměstnání:	důchodce
Státní příslušnost:	ČR
Datum přijetí:	13. 11. 2014
Typ přijetí:	plánované
Oddělení:	Geriatric a následná péče, Thomayerova nemocnice, Praha 4, Krč
Ošetřující lékař:	MUDr. J. T.

Důvod přijetí uvedený pacientkou:

„Abych se naučila pečovat o stomii“

Medicinská diagnóza hlavní:

St. p. resekci sigmoidea se založením sigmoideostomie (27. 10. 2014)

Medicínské diagnózy vedlejší:

Diabetes mellitus 2. typu

Arteriální hypertenze

CHOPN nejasného stadia

Osteoporóza

St. p. petrochanterické fraktúře femuru vlevo (2013)

VITALNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ:

TK: 135/70 torr

P: 75/min

D: 18/min

TT: 36,5 °C

STAV VĚDOMÍ: orientována, při vědomí

VÝŠKA: nelze

HMOTNOST: nelze

BMI: nelze

POHYBLIVOST: omezená, v rámci lůžka téměř soběstačná

KREVNÍ SKUPINA: AB Rh+

Nynější onemocnění:

Pacientka dne 25. 10. 2014 přivezena dcerou na chirurgické oddělení do Thomayerovy nemocnice pro bolesti břicha, které se objevují opakovaně. Pacientka si stěžuje na obstipaci, poslední stolicí uvádí cca před týdnem. Bolesti břicha se stupňovaly, dle numerické škály uvádí pacientka č. 5. U pacientky potvrzen ileózní stav způsoben karcinomem, pacientka indikována k resekci střeva a kolostomii.

Informační zdroje:

Ošetřující personál, pacientka, lékař, dokumentace

3.1 ANAMNÉZA**RODINNÁ ANAMÉZA**

Matka: zemřela v 80 letech při autonehodě

Otec: zemřel v 60 letech na karcinom tlustého střeva

Sourozenci: nemá

Děti: 2 děti, dceru a syna, bez zdravotních problémů

OSOBNÍ ANAMÉZA

Překonaná a chronická onemocnění:

St. p. petrochanterické fraktúře femuru vlevo (2013)

Diabetes mellitus 2. typu

Arteriální hypertenze

CHOPN nejasného stadia

Osteoporóza

Hospitalizace a operace:

Úrazy: pád s následnou petrochanterickou fraktúrou femuru vlevo (2013)

Transfúze: 1krát po operaci

Očkování: pouze povinná očkování

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Glucofage 500mg tbl. 1–1–1 (antidiabetikum)

Nitresan 20mg tbl. 1–0–0 (antihypertenzivum)

Euphyllin 100mg tbl. 1–1–1 (bronchodilatancia)

Berodual inh. 1–0–1 (bronchodilatancia)

Helicid 20mg tbl. 1–1–1 (antacida)

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

ABÚZY

Alkohol: příležitostně

Kouření: příležitostně

Káva: až 5krát denně

Léky: žádné

Jiné drogy: žádné

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché:	ve 13 letech
Cyklus:	pravidelný
Trvání:	28/5
Intenzita, bolesti:	0
Poslední menstruace:	neví přesně cca před 20 lety
Abortus:	0
Umělé přerušování těhotenství:	2krát
Antikoncepce:	neužívala
Menopauza:	neví přesně, cca od 50 let
Potíže klimakteria:	návaly horka
Samovyšetřování prsou:	nikdy neprováděla
Poslední gynekologická prohlídka:	neví, nepamatuje si

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav:	vdova
Bytové podmínky:	velmi dobré, bydlí sama
Vztahy, role a interakce v rodině:	vztahy s rodinou velmi dobré, děti ji několikrát týdně navštěvují
Záliby:	četba, procházky, televize
Volnočasové aktivity:	pečení, procházk

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání:	středoškolské
Pracovní zařazení:	účetní
Čas odchodu do důchodu:	v 61 letech
Vztahy na pracovišti:	velmi dobré
Ekonomické podmínky:	dobré

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky:	0
-----------------------------	---

3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

HLAVA	nebolestivá, držení hlavy přirozené
OČI	mírná porucha zraku, nosí brýle, víčka bez patologických změn
UŠI, NOS	bez výtoku
RTY	prokrvené, bez cyanózy
DÁSNĚ, SLIZNICE, DUTINY ÚSTNÍ	sliznice vlhké
JAZYK	prokrvený, plazí středem
TONZILY	bez povlaku, nezvětšené
CHRUP	horní i dolní protéza
KRK	štítná žláza nezvětšená, tep hmatný, šije volná, krční páteř pohyblivá
HRUDNÍK	hrudník symetrický bez deformit, prsy symetrické
PLÍCE	dýchání sklípkové, poslechově bez fenoménů
SRDCE	srdeční akce pravidelná, bez šelestů
BŘICHO	mírně bolestivé, peristaltika zachována, okolí stomie bez kožních komplikací
JÁTRA	nezvětšená, palpačně nebolestivá
SLEZINA	nezvětšená, nehmatná
GENITÁL	bez pozoruhodnosti
UZLINY	nezvětšené, nebolestivé
PÁTEŘ	bez viditelných deformit
KLOUBY	bolestivost kolenních kloubů
REFLEXY	zachovány
ČITÍ	zachováno
PERIFERNÍ PULZACE	pulzace v tříslech hmatná
VARIXY	nejsou viditelné
KŮŽE	suchá, papírového charakteru
OTOKY	nejsou viditelné

3.3 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDONOVÉ ZE DNE 13. 11. 2014

1. PODPORA ZDRAVÍ

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Mé zdraví je narušené, stojí za starou belu. Svého zdraví si vážím, je to přece to nejdůležitější co mám, ale chci jít domů. Nemocnice nemám ráda, nechci poslouchat co mám a nemám dělat.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientčino zdraví je momentálně narušené. Pacientka lékaře nenavštěvuje, nemá ráda ordinace, bojí se nemoci. Nyní je pacientka úzkostná, uvědomuje si závažnost své nemoci a nedodržení preventivních opatření. Pacientka opakovaně edukována o nutnosti dodržení léčebného režimu, který nedodržuje.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

nedodržení léčebného režimu

PRIORITA: střední

2. VÝŽIVA

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Najím se sama, pomoc potřebuji jen u nakrájení masa a posazení k jídlu. Jím stejně velmi málo.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientčin příjem jídla a tekutin je velmi malý. Jídelníček je přizpůsoben diagnóze pacientky, která tuto stravu odmítá. Sleduje se příjem a výdej tekutin a příjem jídla. Pacientka vyžaduje změnu jídelníčku. Stomie odvádí 1krát denně tuhou stolicí, okolí stomie je klidné. Pacientka je neustále pobízena k pití, její denní příjem tekutin je cca 0,5l čaje. U pacientky zaveden PŽK s následnou

infuzní terapii kvůli nedostatečnému příjmu tekutin a bolestivosti dolních končetin.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

malý příjem a výdej tekutin
nedostatečný příjem potravy
riziko nestabilní glykémie

PRIORITA: střední

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Dlouhodobě trpím inkontinencí moče, nyní se mi inkontinence zhoršila, cévka je pro mě lepší, pohodlnější když nemůžu chodit. Stomii převazujeme se sestrou denně, zatím se bojím, že to nezvládnou sama.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientka trpí urgentní inkontinencí moči, na chirurgickém oddělení jí byl zaveden PMK č. 14, moč je bez příměsí. Pacientčina kůže je papírového charakteru, denně se provádí promazávání kůže. Okolí stomie je bolestivé, ale bez známek podráždění, denně se provádí kontrola okolí stomie a výměna stomického sáčku. Stomie odvádí tuhou stolicí denně.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

inkontinence moči

PRIORITA: střední

4. AKTIVITA – ODPOČINEK

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Po operaci jsem se cítila velmi unavena, teď už je to lepší, ale pořád to není ono. Spím denně cca 15 hodin. Doma jsem spala maximálně 8 hodin denně a chodila jsem na dlouhé procházky. Vše jsem si kolem sebe udělala sama, teď potřebuji někoho, kdo mi pomůže.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientka většinu času prospí, hypnotika neužívá, cítí se unavená. Chůze je omezena kvůli bolestivosti dolních končetin. Pacientka se cítí velmi slabá, od příchodu na oddělení je aktivizována. U pacientky jsou zajištěny denní aktivity z důvodu zhoršené pohyblivosti na lůžku. Kvůli omezenému pohybu je u pacientky provedena 2krát týdně celková koupel, denní mytí na lůžku, posazování k jídlu, dopomoc u denních činnostech, ale také zajištění aktivit dne jako je např. čtení a ruční práce. Dcera se podílí na hygienické péči, a pacientku si jednou týdně veze do koupelny, kde provádí koupel.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

únava

porucha pohyblivosti

porucha sebezpečí při koupání a vyprazdňování

PRIORITA: střední

5. PERCEPCE/KOGNICE

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Často zapomínám, paměť už mi neslouží jako dřív, nosím brýle hlavně na televizi a na nákupy. Slyším velmi dobře.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientka slyší velmi dobře, má poruchu zraku, nosí brýle. Řeč je plynulá, pacientka je orientovaná v MMSE testu má 28. bodů je orientovaná časem i místem. Netrpí nespavostí. Má zhoršenou krátkodobou paměť.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

zhoršená krátkodobá paměť

PRIORITA: nízká

6. SEBEPERCEPCE

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Mám strach z bolesti a starání se o stomii, nechci nikoho otravovat svými problémy. Bojím se, že se stomii něco provedu.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientka vnímá své zdraví jako narušené, je velmi úzkostná, má strach, že si nebude umět poradit se stomií, nechce nikoho otravovat, sebe bere jako zátěž pro rodinu. Dceři se neustále omlouvá, uvědomuje si svou chybu. Nelíbí se sama sobě, své tělo odsuzuje. Má strach z budoucna. Vede řeči o smrti.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

nespokojenost se vzhledem svého těla

PRIORITA: střední

7. VZTAHY MEZI ROLEMI

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Mám dvě děti, které mě navštěvují, mám je moc ráda, dcera je velmi hodná, stará se o mě, máme velmi dobré vztahy i se synem, manžel mi umřel, doma jsem sama.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

V rodině vládou velmi dobré vztahy, manžela pacientka již nemá, děti pacientku navštěvují v nemocnici téměř denně, snaží se ji psychicky podpořit. Před dětmi pacientky provedena opakovaně edukace a praktická ukázka výměny stomického sáčku. Pacientka má pocit, že je rodině na obtíž.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: není

PRIORITA: není

8. SEXUALITA

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Mám 2 děti, kluka a holku, jsem za ně hrozně ráda. V mládí jsem byla na dvou potratech.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientka má dvě děti, dva spontánní porody a dva prodělané potraty. Antikoncepci nebrala. V průběhu života prodělala pouze kvasinkové infekce, dále je bez závažnějších gynekologických obtíží.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: není

PRIORITA: není

9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Mám velký strach z budoucna, co semnou bude, nechci otravovat děti, bojím se, že nebudu chodit a o stomii se nepostarám.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientka má velký strach z budoucna, bojí se bolesti, dále toho, že nebude chodit, a hlavně péči o stomii. Nyní úzkostná z této situace. Během života bez nějakých velkých stresových situací, obavy a stres měla prvně po smrti manžela. Pacientka se nyní cítí unavená a vyčerpaná, několikrát denně pospává.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

úzkost

strach

bezmocnost

PRIORITA: střední

10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Nejsem věřící, občas se pomodlím, kostel nenavštěvuji.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientka není věřící, nemá žádné omezení v jídle, které by souviselo s vírou.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: není

PRIORITA: není

11. BEZPEČNOST – OCHRANA

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Cítím se bezpečně u mě doma, už se tam moc těším.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Nyní má pacientka zaveden PMK a PŽK, kde hrozí riziko vzniku infekce. PŽK se denně převazuje a vzhled se hodnotí dle Maddona. Z PMK vytéká žlutá moč bez příměsí. U pacientky hrozí riziko pádu, bezpečnost zajištěna, pacientka edukována o riziku pádu. Nyní je bez známek infekce. Pacientčina kůže je papírového charakteru, denně se provádí promazávání kůže. Okolí stomie je bolestivé, ale bez známek podráždění.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

riziko vzniku infekce

riziko pádu

riziko poruchy integrity kůže

PRIORITA: střední

12. KOMFORT

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„Největší komfort mám doma, mám tam vše, co potřebuji a na co jsem zvyklá, tady je to taky fajn, ale doma je doma.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Pacientka udává bolesti v okolí stomie a dolních končetin, které jsou hodnoceny numerickou škálou č. 4. U pacientky je pohyblivost omezena, hygienická péče je zajištěna personálem. Pacientka je aktivizována u všech denních činností a rehabilitována v lůžku.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

akutní bolest

zhoršený komfort

PRIORITA: střední

13. RŮST, VÝVOJ

HODNOCENO SUBJEKTIVNĚ:

„O žádných komplikacích nevím.“

HODNOCENO OBJEKTIVNĚ:

Bez obtíží.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: není

PROIORITA: není

3.4 MEDICINSKÝ MANAGMENT

Ordinovaná vyšetření:

EKG při příjmu na oddělení

14. 11. 2014 KO (krevní obraz), QUICK (protrombinový čas), ionty, urea, kreatinin, glykemie, hemoglobin, CRP

Výsledky:

KO	norma
QUICK	norma
Ionty	norma
Urea, kreatinin	norma
Glykemie	norma
Hemoglobin	norma
CRP	norma

Konzervativní léčba:

Dieta	9/1 + sipping
Pohybový režim	4
Rehabilitace	od 14. 11. aktivizace pacientky, nácvik sebeděže, edukace péče o stomii
Výživa	per os

Medikamentózní léčba:

PER OS

Glucophage 500mg tbl.	1-1-1 (antidiabetikum)
Novalgín 500mg tbl.	1-1-1 (analgetikum)
Nitresan 20mg	1-0-0 (antihypertenzivum)
Ca carbonici 500mg	1-1-1
Euphyllin 100mg	1-1-1 (bronchodilatancia)
Berodual inh.	1-0-1 (bronchodilatancia)
Helicid 20mg	1-1-1 (antacida)

INTRAVENÓZNÍ

Od 14. 11. 2014

Fyziologický roztok 1/1 1000ml kapat od 8-13 hodin

Novalgin 1. ampule i. v. do 100ml fyziologického roztoku, při bolestech max. 3krát denně

PER RECTUM: 0

JINÁ:

Péče o kůži a okolí stomie.

CHIRURGICKÁ LÉČBA: 0

3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 13. 11. 2014

Pacientka dne 25. 10. 2014 byla přivezena dcerou na chirurgické oddělení pro podezření na ileozní stav. Pacientka uváděla bolest břicha a obstrukci, která trvala cca týden. Pacientkou byla udávána stále se stupňující bolest. Dle numerické škály byla bolest ohodnocena č. 5. U pacientky byl ileozní stav potvrzen z příčiny karcinomu tlustého střeva, provedena resekce střeva a založení kolostomie.

Dne 13. 11. 2014 byla pacientka přeložena na oddělení Geriatrie a následně péče. Individuální plán péče byl stanoven od 13. – 15. 11. 2014. Pacientce byly naordinovány na následující den odběry krve na KO, biochemii (ionty, urea, kreatinin, glykemie, hemoglobin, CRP) a moč chemicky + sediment. S pacientkou byla vyplněna ošetřovatelská anamnéza, test dle Bartelové, hodnocení dle Northonové, hodnocení rizika pádu a hodnocení bolesti dle numerické škály. V testu dle Bartelové pacientka získala 30 bodů tedy je nesoběstačná, vysoce závislá. U hodnocení dle Northonové pacientka dosáhla 24 bodů. Dále se hodnotila škála rizika pádu, kde pacientka získala 4 body, pacientka byla edukována o vysokém riziku pádu. U hodnocení bolesti dle numerické škály, pacientka udala bolest č. 4. Pacientce bylo zavedeno PŽK do levé horní končetiny (do předloktí), velikost kanyly je G22 (modrá) a byla započatá analgetická infuzní terapie. Pacientka v MMSE testu měla 28 bodů je orientována místem i časem. Dále byl pacientce natočen EGK záznam. Pacientka potřebuje dopomoc u všech činností, pohyblivost je omezena kvůli bolestivosti okolí stomie a bolesti dolních končetin. Pacientka uvádí, že trpí urgentní inkontinencí moči,

z chirurgického oddělení pacientka měla zaveden PMK č. 16, den 10. Dále se u pacientky plánuje péče o nově založenou stomii, nácvik sebezpečí, kontinence moče, aktivizace a rehabilitace. Pacientka je velmi úzkostná z dané situace.

3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT

Narušený obraz těla (00118)

Akutní bolest (00132)

Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)

Urgentní inkontinence moči (00019)

Strach (00148)

Bezmocnost (00125)

Zhoršený komfort (00214)

Deficit sebezpečí při koupání (00108)

Deficit sebezpečí při vyprazdňování (00110)

Riziko pádu (00155)

Úzkost (00146)

Zhoršená paměť (00131)

Neefektivní udržování zdraví (00099)

Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)

Snížený objem tekutin v organismu (00027)

Riziko narušení integrity kůže (00047)

Riziko infekce (00004)

Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)

Únava (00093)

NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA (00118)

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověk.

Určující znaky:

- vyhýbavé chování k vlastnímu tělu
- verbální reakce na aktuální změnu vzhledu těla (např. vzhled, stavbu nebo funkci)
- neverbální reakce na aktuální změnu vzhledu těla (např. vzhled, stavbu nebo funkci)
- uvádí pocity, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo (např. vzhled, stavbu nebo funkci)
- uvádí vnímání, které odráží změněný pohled na vzhled vlastního těla
- úmyslné skrývání části těla

Související faktory:

- onemocnění
- operace
- léčebný režim
- onemocnění

Cíl:**krátkodobý:**

- u pacientky dojde ke zmírnění úzkosti, do 48h.

dlouhodobý:

- pacientka je adaptovaná na vzhled těla se stomií, do 7 dnů

Priorita: střední**Očekávané výsledky:**

- pacientka chápe tělesné změny související s diagnózou, do 24h.
- pacientka netrpí pocitem méněcennosti, do 48h.
- pacientka je schopna pohlížet na své tělo při péči o stomii, do 3 dnů
- pacientka spolupracuje při výměně stomického sáčku, do 3 dnů

Plán intervencí:

1. posuď psychický stav a vliv nemoci na pacientčin emoční stav, do 24h., všeobecná sestra
2. prodiskutuj s pacientkou význam vyústěné stomie, do 24h., všeobecná sestra

3. všimni si známek dlouhodobé deprese, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
4. informuj lékaře o psychickém stavu pacientky, průběžně, všeobecná sestra
5. veškeré změny v chování zaznamenávej do zdravotnické dokumentace, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
6. posuď současnou úroveň adaptace na stomii, do 24h., všeobecná sestra
7. vyslechni pacientčiny dotazy ohledně péče o stomii a sleduj odezvu na získané informace, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
8. vytvoř si s pacientkou terapeutický vztah, do 48h., všeobecná sestra
9. informuj rodinu a nutnosti hovoření s pacientkou o jejich pocitech, do 24h., všeobecná sestra
10. zajisti u pacientky dopomoc zdravotnického personálu se sebedepečí, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
11. ved' pacientku k tomu, aby pohlížela na stomii při výměně stomického sáčku, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
12. ved' pacientku k tomu, aby na stomii nepohlížela jako na postiženou část, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
13. pomoz pacientce chovat se a myslet pozitivně, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
14. pacientku často navštěvuj na pokoji a dej ji najevo, že není na obtíž, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra, ošetřovatelka
15. hovoř s pacientkou o tom, co jí trápí, aby u ní převládalo reálné uvažování, dostal se jí dostatek podpory, a neměla pocitu méněcennosti, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra, ošetřovatelka
16. oceň a podporuj pacientku v jakékoliv snaze o péči o stomii, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
17. doporuč vhodné podpůrné skupiny, do 48h., všeobecná sestra

Realizace:

13. 11. 2014

Pacientka edukovaná o významu stomie. Dále rodina edukována o pacientčině úzkosti a požádána o psychickou podporu pacientky. Lékař informován o úzkosti pacientky z pohledu na její tělo. Dále pacientka aktivizována, zapojená do péče o stomii při výměně stomického sáčku. Zajištěna dopomoc personálu se sebedepečí.

14. - 15. 11. 2014

U pacientky nasazena vhodná farmakologická léčba. Podpora v pozitivním myšlení, aktivizace a ukázka péče o stomii. Dále vyslechnutí dotazů ohledně péče o stomii a pacientčích obav. Zajištěna dopomoc personálu se sebedpěčí.

Hodnocení:

Cíl krátkodobí splněn. Cíl dlouhodobý splněn pouze částečně, pacientka chápe význam stomie, je psychicky podporována personálem i rodinou, snaží se spolupracovat při péči o stomii a snaží se adaptovat na vzhled těla se stomií.

Pokračují intervence: 5., 6., 7., 12., 13., 16., 17.

AKUTNÍ BOLEST (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsáný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti) náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekáváním nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- změny k chuti k jídlu
- změny srdečního rytmu
- expresivní chování (např. neklid, sténání, pláč, ostražitost, podráždění, vzdechy)
- výraz obličeje (např. ztráta lesku v očích, zbitý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb, grimasa)
- pozorované známky bolesti
- vyhledávání antalgické polohy
- omezená hybnost
- bolest

Související faktory: Původci zranění (biologičtí, chemičtí, fyzikální, psychogenní).

Cíl:**krátkodobý:**

- pacientka udává zmírnění bolesti z č. 4 na č. 2, hodnoceno dle numerické škály bolesti, do 48h.

Priorita: střední**Očekávané výsledky:**

- pacientka chápe příčinu vzniku bolesti, do 24h.
- pacientka je schopna sledovat a popsat stupeň bolesti, do 24h.
- pacientka najde úlevovou polohu, do 48h.

Plán intervencí:

1. proved' posouzení bolesti včetně lokalizace, nástupu, trvání, intenzity a častosti, průběžně, všeobecná sestra
2. ber v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
3. hodnot' opakovaně bolest dle numerické škály, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
4. posud' ovlivnitelnost bolesti, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
5. sleduj změnu fyziologických funkcí, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
6. zhodnot' vliv bolesti na tělesnou a duševní pohodu, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
7. posud' možné příčiny bolesti, do 24h., všeobecná sestra
8. podávej analgetika dle ordinace lékaře, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
9. sleduj účinek analgetik, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
10. sleduj trvání účinku analgetik, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
11. hledej s pacientkou úlevovou polohu, do 24h., všeobecná sestra
12. pozoruj neverbální projevy pacientky, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
13. pečuj o pohodlí pacientky, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra, ošetřovatelka
14. zajisti pacientce klidné prostředí, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra, ošetřovatelka
15. vše řádně zaznamenávej do zdravotnické dokumentace, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra

16. informuj o algickém stavu pacientky lékaře, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra

Realizace:

13. 11. 2014

Při příjmu pacientky byla hodnocena bolest dle numerické škály, kde pacientka udala bolest č. 4. Bolest byla lokalizována v okolí stomie a dolních končetin. Pacientce bylo zavedeno PŽK číslo G22, barvy modré, do levé horní končetiny do předloktí. U pacientky byl založen plán hodnocení bolesti, bolest se hodnotila dle numerické škály a byla započata infuzní analgetická léčba.

14. 11. 2014

U pacientky dochází k opakovanému hodnocení bolesti, vše se zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Dále dochází k aplikaci analgetik dle ordinace lékaře s následným hodnocením účinku a trvání analgetik. Personál se s pacientkou snaží najít úlevovou polohu, sleduje neverbální projevy bolesti a psychické změny u pacientky.

15. 11. 2014

Denně dochází ke kontrole okolí stomie kvůli vzniku možných kožních komplikací, které mohou zapříčinit vznik bolesti. V infuzní terapii se nadále pokračuje dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, pacientka udává zmírnění bolesti. Dle numerické škály č. 2. Pacientka je schopna sledovat a popsat stupeň bolesti. Dále pacientka našla úlevovou polohu. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

ZHORŠENÁ POHYBLIVOST NA LŮŽKU (00091)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu na lůžku z jedné pozice na druhou.

Určující znaky:

- zhoršená schopnost pohybu z delšího sedu do polohy na zádech

- zhoršená schopnost pohybu z polohy na břicho do polohy na zádech
- zhoršená schopnost pohybu ze sedu do polohy na zádech
- zhoršená schopnost pohybu z polohy na zádech k delšímu sezení
- zhoršená schopnost pohybu z polohy na zádech do polohy na břicho
- zhoršená schopnost pohybu z polohy na zádech do sedu
- zhoršená schopnost měnit pozici na lůžku
- zhoršená schopnost otáčet se ze strany na stranu

Související faktory:

- ztráta kondice
- nedostatečná svalová síla
- bolest
- nedostatečné znalosti

Cíl:

krátkodobý:

- u pacientky dojde ke zlepšení pohybu na lůžku, do 3 dnů

dlouhodobý:

- u pacientky nedojde k poruše integrity kůže, po dobu hospitalizace

Očekávané výsledky:

- pacientka je aktivizována a rehabilitována na lůžku, do 24h.
- pacientka se chce účastnit aktivit, do 24h.
- pacientka neudává bolest, do 3 dnů.
- pacientka umí používat prostředky k pohybu, do 3 dnů

Plán intervencí:

1. určí příčinu poruchy hybnosti, do 24h., všeobecná sestra
2. posudí a zaznamenávej intenzitu bolesti, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
3. zajistí dostatečnou analgetickou léčbu, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
4. zaznamenávej pacientčin psychický stav na imobilitu, do 24h.,
5. zjistí pacientčin postoj k fyzické aktivitě, do 24h., všeobecná sestra
6. edukuj pacientku o důsledku nehybnosti (imobilizační syndrom), do 24h., všeobecná sestra

7. aktivizuj pacientku, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
8. zajisti rehabilitaci pacientky na lůžku, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
9. pobízej pacientku k péči o sebe samotnou, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra, ošetřovatelka
10. zajisti prevenci pádu, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
11. zajisti prevenci dekubitů, po dobu hospitalizace, sestra
12. sleduj pacientku v pohybu na lůžku, aniž by věděla, že je sledována, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
13. edukuj pacientku o způsobu pohybu na lůžku, do 48h., fyzioterapeut
14. nauč pacientku používat prostředky k pohybu, po dobu hospitalizace, fyzioterapeut
15. pomáhej s hygienou, vyprazdňováním a jídlem, po dobu hospitalizace, sestra
16. zajisti v dosahu pacientky signalizační zařízení, po dobu hospitalizace, sestra

Realizace:

13. 11. 2014

Pacientka aktivizována u všech denních činností, posazována k jídlu a pití, hydratována. U pacientky zajištěna analgetická léčba, prevence pádu a dekubitů.

14. 11. 2014

Pacientka rehabilitována v lůžku. Dále posazována k jídlu a pití, zajištěna prevence pádu a dekubitů. Pobízena k dostatečné hydrataci, měřena škála bolesti, podávány analgetika, zapojení pacientky do péče o stomii a hygienické péče o sebe samotnou.

15. 11. 2015

U pacientky zajištěná rehabilitace na lůžku. Edukována o správném pohybu na lůžku s možností posazení, měřena intenzita bolesti, podávány analgetiky, zajištěna prevence pádu, hydratace pacientky, nácvik péče o stomii s výměnou stomického sáčku.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka udává zmírnění bolesti při pohybu a je schopna se v lůžku pohybovat sama. U cíle dlouhodobého po dobu realizace nedošlo k poruše

integrity kůže. Dále se pacientka chce účastnit denních aktivit a umí využívat prostředky k pohybu na lůžku. Pokračovat v intervencích: 10., 11.

URGENTNÍ INKONTINENCE MOČI (00019)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: Mimovolný odchod moči, k němuž dojde brzy po silném pocitu nutkání vymočit se.

Určující znaky:

- pozorujte neschopnost dostat se na toaletu včas, aby nedošlo k úniku moči
- uvádí neschopnost dosáhnout toalety včas, aby nedošlo k uniku moči
- uvádí nutkání vymočit se

Související faktory:

- snížená kapacita močového měchýře
- příjem kofeinu

Cíl:

krátkodobý:

- pacientka je schopna slovně vyjádřit pochopení svého zdravotního stavu, do 24h.

dlouhodobý:

- u pacientky dojde k prodloužení intervalu nucení na močení, a dále je pacientka schopna slovně vyjádřit pocit na močení, do 7 dnů

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacientka chápe vyvolávající příčiny svého onemocnění, do 24h.
- pacientka se naučila cviky pro posílení pánevního dna, do 3 dnů
- pacientka je vždy schopna slovně vyjádřit pocit na močení, do 7 dnů
- pacientka je vždy schopna močení udržet, do 7 dnů

Plán intervencí:

1. zjistí pomocí subjektivního a objektivního hodnocení zda nejsou přítomny známky močového zánětu, do 24h., všeobecná sestra
2. sleduj a zaznamenávej příjem a výdej tekutin, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
3. zajisti u pacientky dostatečnou hydrataci, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
4. zjistí všechny obtíže, které mohou inkontinenci ovlivnit, do 24h., všeobecná sestra
5. zajisti v blízkosti pacientky signalizační zařízení, do 1h., všeobecná sestra
6. podávej tekutiny ve stanovenou dobu, aby si pacientka vytvořila pravidelný pocit na močení, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
7. zaznamenávej frekvenci močení a stupeň urgencye a povšimni si délky intervalu mezi nucením a odchodem moči, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra
8. edukuj pacientku o nutnosti močit co tři hodiny, do 24h., všeobecná sestra
9. vyšetři moč na přítomnost cukrů, do 24h., všeobecná sestra
10. nauč pacientku cviky na posílení pánevního dna, do 48h., všeobecná sestra
11. edukuj pacientku o nutnosti používání inkontinentních pomůcek a zvýšeném hygienickém režimu kvůli riziku narušení integrity kůže, do 24h., všeobecná sestra
12. zaznamenávej veškeré změny do zdravotnické dokumentace, po dobu hospitalizace, všeobecná sestra

Realizace:

13. 11. 2014

Pacientka přeložena z chirurgického oddělení se zavedeným PMK. Pacientka uvádí urgentní inkontinenci moči. Hygienická péče zajištěna zdravotnickým personálem, kvůli omezené hybnosti pacientky. Plánován odběr moče a krve na následující den. U pacientky započatá infuzní terapie, dále pobízená k hydrataci, měřen příjem a výdej tekutin.

14. 11. 2014

Odběr moče na moč + sediment a kultivaci a citlivost. U pacientky měřen příjem a výdej tekutin. Dále započatá aktivizace a rehabilitace pacientky v lůžku.

15. 10. 2014

PMK odstraněn. U pacientky probíhá aktivizace na lůžku, dále nácvik kontinence moče a ukázka cviků na posílení pánevního dna. Hygiena a dopomoc u všech činnosti zajištěna zdravotnickým personálem. U pacientky využity inkontinentní pomůcky a podložní mísa. Pacientka hydratovaná, sledován příjem tekutin. Pacientka je schopna informovat personál o nucení na močení. Pacientka edukovaná o nutnosti močení v pravidelných intervalech.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, pacientka je schopna slovně vyjádřit pochopení svého zdravotního stavu. U cíle dlouhodobého je pacientka schopna slovně vyjádřit pocit na močení, ale je nutno pokračovat v nácviku kontinence, aby došlo k prodloužení intervalu pocitu na močení a odchodu moči. Dále se pacientka snaží cvičit cviky na posílení pánevního dna.

Pokračovat v intervencích: 2., 5., 6., 7.

3.7 CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka byla přeložena na geriatrii a následnou péči z oddělení chirurgického. Pacientka při příjmu na oddělení měla zavedený periferní močový katétr, byla úzkostná z dané diagnózy a vyústěné stomie, nechodící, pouze částečně soběstačná v lůžku a udávající bolest v okolí stomie a dolních končetin. Dle rozpracovaných ošetřovatelských diagnóz došlo u pacientky ke zlepšení zdravotního stavu. Zlepšil se především psychický stav pacientky, ale také u fyzického stavu došlo ke zlepšení. U rozpracovaných ošetřovatelských diagnóz se nepodařilo vždy ke splnění všech cílů, a to z důvodu krátké doby realizace a věku pacientky. Po třech dnech plánované péče je pacientka v lůžku soběstačná, dokáže se sama posadit, je hydratovaná, téměř bez bolesti a adaptuje se na vzhled těla se stomií. K psychické pohodě pacientky napomohla především podpora rodiny a vstřícnost zdravotnického personálu. Vzhledem k věku pacientky je nutná opakovaná edukace o péči o stomii a výměně stomického sáčku.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Karcinom tlustého střeva je onkologické onemocnění s vysokou mortalitou a incidencí. Z tohoto důvodu byly navrženy doporučení a následná opatření, která jsou určena pro zdravotnický personál, pacientku, rodinu a veřejnost.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- přistupovat ke každému pacientovi individuálně, akceptovat jeho bio – psycho – sociální bytost a pečovat o všechny složky
- získat si důvěru pacienta a otevřeně s ním hovořit o dané problematice
- vyslechnout pacientovy obavy, které ho tíží
- poskytnout pacientovi informace o léčbě či dalším vyšetření
- zajistit aktivní režim pacienta
- vést pacienta k pozitivnímu myšlení
- pacienta i rodinu opakovaně edukovat o péči o stomii
- pacienta i rodinu zapojit do péče o stomii
- zajistit pacientovi soukromí
- informovat pacienta o dietním opatření a důležitosti jeho dodržování
- dostatečná komunikace ošetřujícího personálu s rodinou
- informovat pacienta i rodinu o možnosti následné péče
- nabídnout pacientovi propagační materiály, které se týkají dané diagnózy
- navrhnout pacientovi rozhovor s psychologem

Doporučení pro pacienty:

- dodržení léčebného režimu
- dodržení nutričního opatření
- brát své onemocnění jako součást svého života a mluvit o něm
- dát najevo své obavy a nebát se říct si o pomoc
- zapojení se do péče o stomii
- vyvarovat se stresovým situacím
- snažit se myslet pozitivně
- pochopení důvodu k založení stomie
- zapojit se do denních aktivit

Doporučení pro rodinu:

- podpora a motivace pacienta v této špatné životní situaci
- neztrácení naděje při zjištění diagnózy
- komunikovat s pacientem o dané problematice, obavách, které ho tíží
- podpora pacienta v dietním režimu
- komunikace rodiny s ošetřujícím lékařem a ošetřujícím personálem
- podpora pacienta častými návštěvami
- přítomnost rodiny u edukace při péči o stomii
- podpora pacienta rodinou při léčebných procedurách u této diagnózy
- chovat se k této diagnóze zodpovědně a předcházet jí preventivními opatřeními např. screeningem, návštěvou lékaře při symptomech atd.

Doporučení pro veřejnosti:

- prohloubení informací, které se týkají této problematiky
- omezení tučných, smažených a kořeněných jídel
- snížení příjmu alkoholických nápojů, především piva
- nekouřit
- podstoupení screeningového programu, který má za cíl včasné odhalení této diagnózy
- při jakémkoliv projevu, který může signalizovat karcinom tlustého střeva okamžitě navštívení lékaře
- při výskytu této diagnózy v rodině informovat praktického lékaře a podstoupit screeningové programy dle doporučení
- stavět se k této diagnóze zodpovědně

ZÁVĚR

Rizikové faktory pro vznik karcinomu tlustého střeva mohou být genetické, ale také ovlivněny vnějšími vlivy. Proto je velmi důležité se u této problematiky zaměřit na prevenci. Pro naši populaci je typická konzumace červeného masa, kořeněných jídel, pití nadměrného množství piva a kouření. Důležité jsou změny ve stravovacích návycích, omezení alkoholu a kouření, by mohly snížit výskyt zmiňovaného onemocnění. Jelikož se toto nádorové onemocnění vyskytuje převážně u starší populace, je velmi důležité podstoupit screeningové programy, které odhalí jakékoliv odchylky od normálu. Při jakémkoliv projevu daného onemocnění, které se nejčastěji projevuje krvácením z konečníku, obtipací, bolestí břicha apod. je velmi důležité navštívit lékaře. Hlavní důvodem vysoké mortality v České republice je, že pacientům je toto onemocnění diagnostikováno v pokročilém stadiu nemoci. Nejspolehlivějším vyšetření, kterým lze prokázat karcinom tlustého střeva je koloskopie. Koloskopie je také zahrnuta do screeningového programu.

Na začátku této práce byly zadány tyto cíle:

Cíl 1: Zpracovat problematiku karcinomu tlustého střeva. Popsat její diagnostiku, etiologii, příčiny, symptomatologii, léčbu a prevenci. Cíl byl splněn.

Cíl 2: Popsat specifiku ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta se založenou stomií. Cíl byl splněn.

Cíl 3: Zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta se stomií, který byl hospitalizován na oddělení geriatricke a následné péče. Ošetrovatelský proces byl vypracován dle taxonomie II. NANDA I domény 2012–2014 a na zpracování získaných informací jsme využili ošetrovatelský model funkčního vzorce zdraví dle Marjory Gordonové. Cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Z., J. VORLÍČEK a J. VANÍČEK, 2004. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. vyd., Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-0896-5.

BECKER, H. D., W. HOHENBERGER, T. JUNGINGER a P. M. SCHLAG, 2005. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada publishing P7. ISBN 80-247-0720-9.

DUŠEK, L. aj., 2012. *Epidemiologie, prevence a léčba kolorektálního karcinomu dle dostupných českých a mezinárodních dat*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-07-02.

HERDMAN, T., 2012. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace*. 1. České vyd. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-4328-8.

JANÍKOVÁ, M. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada publishing. ISBN 80024744120.

LUKÁŠ, K. aj., 2005. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-1283-0.

LUKÁŠ, K. a A. ŽÁK aj., 2007. *Gastroenterologie a hematologie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-1787-6.

KENEZOVÁ, M., L. KUBÁTOVÁ, S. NOVÁKOVÁ a I. OTRADOVCOVÁ, 2006. *Kompletní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-432-6.

KLENER, P., 2011. *Základy klinické onkologie*. 1. vyd., Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-716-5.

MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd., Praha: Grada publishing. ISBN 987-80-247-3171-1.

MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-1025-0.

NÉMENT, F. aj., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovalstvo*. 2. vyd. Turany: Osvěta. ISBN 978-80-8063-314-1.

POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd., Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, A. aj., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii, hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-3271-8.

POKRIVČÁK, T., 2014. *Chirurgie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-702-6.

SEIFERT, B., 2012. *Screening kolorektálního karcinomu příručka pro praktické lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-306-0.

SCHULER, M. a P. OSTER, 2010. *Geriatríe od A do Z*. 1. české vydání, Praha: Grada publishing. ISBN 987-80-247-3013-4.

Screening kolorektálního karcinomu [on line]. Institut biostatistiky a analýz. (2015). [1. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--organizace--screeningovy-proces>.

Screening kolorektálního karcinomu [on line]. Institut biostatistiky a analýz. (2015). [1. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-mezinarodnim-srovnani>

SLEZÁKOVÁ, L. aj., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii* 2. 2. vyd., Praha: Grada publishing. ISBN: 987-80-247-3130-8.

VORLÍČEK, J., 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-603-3.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ aj., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada publishing. ISBN: 987-80-247-3742-3.

VYZULA, R. a J. ŽALOUDÍK aj., 2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-140-0.

VYTEJČKOVÁ, R., P. SEDLÁŘOVÁ, V. WIRTHOVÁ, I. OTRADOVCOVÁ a P. PAVLÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocného* 2. 2. vyd., Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHOVÁ, V. aj., 2010. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-274-3256-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení

I

Příloha B – Rešerše

II

Příloha A

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem tlustého střeva v geriatrii v rámci studia a odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 22. 3. 2015

podpis studenta

Příloha B

Rešerše č. 14

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM TLUSTÉHO STŘEVA V GERIATRII

rešerše

Počet záznamů: 56 (vysokoškolské práce-3, knihy-36, články a příspěvky ve sborníku-16, elektronické zdroje 1)
Časové rozmezí: 2005 - 2015
Jazykové vymezení: Čeština, slovenština
Druh literatury: Vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku,
Datum: 23. 2. 2015
Citační styl: Harvard Bussiness School Vancouver

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

Klíčová slova: karcinom, tlusté střevo, stomie, geriatrický pacient, prevence, screening, hodnotící škály, ošetrovatelský proces

VYSOKOŠKOLSKÉ PRÁCE:

1. BRABCOVÁ, Petra, 2007. *Poruchy výživy a jejich prevence u onkologických pacientů*. Zlín, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav zdravotnických studií.
2. MARKOVÁ, M., 2012. *Ošetrovatelská péče v geriatrii*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

3. POLÁKOVÁ, Renata, 2010. *Ošetrovatelská péče o nemocného se stomií* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Bakalářská práce (Bc.), Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta UK.

KNIŽNÍ ZDROJE:

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2010. *Záznamník ošetrovatelských výkonů a jiných odborných aktivit: ošetrovatelství, studijní program = Logbook nursing skills and other specialized activities: nursing*. Opava: Slezská univerzita. Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství. ISBN: 978-80-7248-623-6.
2. ČEŠKA, Richard et al., 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.
3. FERDA, Jiří et al., ©2006. *CT trávicí trubice*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-436-9.
4. GRIM, Miloš a Rostislav DRUGA et al., c2005. *Základy anatomie 3., Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha: Galén: Karolinum, c2005. ISBN 80-7262-302-8 (Galén).
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
6. HAVRDOVÁ, Zuzana et al., 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. ISBN 978-80-87398-06-7.
7. HERDMAN, T. Heather, ed., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
8. HOLUBEC, Luboš, 2004. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0636-9.
9. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
10. JABLONSKÁ, Markéta, 2000. *Kolorektální karcinom: časná diagnóza a prevence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-777-X.
11. JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.
12. JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

13. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK a Roman JIRÁK, 2004. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
14. KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
15. KALVACH, Pavel a Alice ONDERKOVÁ, ©2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
16. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
17. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
18. OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. ©2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-432-6.
19. POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
20. POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatricii*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4316-5.
21. PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatelství I: historie, vzdělávání, současné ošetrovatelství, role sestry a nemocného, ošetrovatelský proces, konceptuální modely a teorie, klasifikační systémy, výzkum, praxe založená na důkazech*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3557-3.
22. POLEDNÍKOVÁ, Lubica, 2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-410-0.
23. PROCHOTSKÝ, Augustín, 2006. *Karcinóm hrubého čreva a konečníka*. Bratislava: Litera Medica, 2006. ISBN: 80-967189-4-0.
24. SEIFERT, Bohumil, 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-306-0.
25. SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

26. SOBALÍK, Tomáš a VILÍMKOVÁ, Andrea, 2012. *Imobilizace a transport v přednemocniční a nemocniční péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-267-8.
27. SVĚŘÁKOVÁ, M., ©2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
28. SYSEL, D. a H. BALEJOVÁ, 2010. *Compendium ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU.(Librix.eu). ISBN 978-80-7399-948-3.
29. SYSEL, D., H. BALEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. (Librix.eu). ISBN 978-80-263-0001-4.
30. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
31. TOPINKOVÁ, Eva, ©2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
32. TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
33. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
34. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
35. VYZULA, Rostislav et al., ©2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-140-0.
36. ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5

ČLÁNKY A PŘÍSPĚVKY VE SBORNÍKU:

1. BIELAKOVÁ, Katarína, Hana KUBEŠOVÁ a Pavel WEBER, 2012. Léčba bolesti u geriatrických pacientů - známe její úskalí? *Geriatric a gerontologie*. 1(2), 91-94. ISSN 1805-4684.
2. DUŠEK, Ladislav, Jan MUŽÍK, Ondřej MÁJEK, a Tomáš PAVLÍK, 2012. Kolorektální karcinom v ČR - data minulá a budoucí. *Rozhledy v chirurgii*. 91(1), 39-43. ISSN 0035-9351.

3. DVOŘÁČKOVÁ, Blanka, Dita HANOUSKOVÁ, Marie NAVRÁTILOVÁ, a Lenka FORETOVÁ, 2010. Péče o pacienty s kolorektálním karcinomem. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno*. Brno: Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2010, s. 210.
4. Důkaz o vlivu změn životního stylu na výskyt kolorektálního karcinomu, 2010. *Lékařské listy*. **2010**(28), 3.
5. HOŠKOVÁ, Monika, 2010. Geriatrický pacient a operace. *Sestra*. **20**(12), 42. ISSN 1210-0404.
6. KISS, Igor. Kolorektální karcinom - slovo úvodem, 2011. *Onkologie*. **5**(5), 260. ISSN 1802-4475.
7. KISS, Igor, Jiří TOMÁŠEK a Jana HALÁMKOVÁ, 2011. Farmakoterapie kolorektálního karcinomu. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno*. Brno: Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2011, s. 140-142.
8. MIKLOVIČOVÁ, Mária a Andrea BOTÍKOVÁ, 2013. Efektívna komunikácia vo vzťahu sestra a onkologický pacient. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **9**(1), 1-2 ISSN 1801-1349.
9. NOVÁ, Renáta, 2014. Péče o onkologicky nemocné s bolestí. *Sestra*. **24**(4), 36. ISSN 1210-0404. Nový útok na kolorektální karcinom - cílené zvaní, 2013. *Medical tribune*. **9**(6), A4. ISSN 1214-8911.
10. První celoevropská konference pacientů s kolorektálním karcinomem, 2011. *Praktický lékař*. **91**(9), 559. ISSN 0032-6739.
11. ROMANČÍNOVÁ, J. a M. NERUDOVÁ, 2010. Postup léčby u kolorektálního karcinomu. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno*. Brno: Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2010, s. 241.
12. SEDLÁČKOVÁ, Eva, 2010. Kolorektální karcinom v roce 2010. *Lékařské listy*. **59**(7), 20-23.
13. Společně proti kolorektálnímu karcinomu, 2012. *Lékařské listy*. **2012**(6), 33-34.
14. ŠKROVINA, Matěj, Martin STRAKA, E. HOLÁŠKOVÁ ,et al., 2014. Karcinom tlustého střeva – zhodnocení komplikací a rizik plánovaných resekčních výkonů. *Rozhledy v chirurgii*. **93**(6), 311-316. ISSN 0035-9351.

15. ŠPIČÁK, Julius,[2011]. *Optimalizace screeningu kolorektálního karcinomu: NR9695*. Praha: Iga MZ ČR. Číslo grantové zprávy: NR9695.
16. VRÁNOVÁ, Eva, 2010. Prevence kolorektálního karcinomu. In: *Edukační sborník: Brněnské onkologické dny a Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno*. Brno: Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2010, s. 231-232.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

Průvodce onemocněním kolorektálním karcinomem [[elektronický zdroj]]. [Praha] : Dialog Jessenius, c2013.