

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM**

Bakalářská práce

REJMANOVÁ JANA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

Praha 2016



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

Rejmanová Jana
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

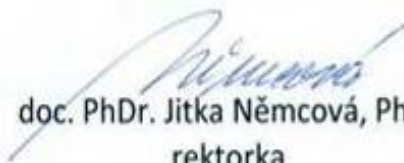
Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 3. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem

Nursing Process in Patients with Colorectal Cancer

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.
Konzultant bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2015


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 a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 3. 2016

Podpis

Rejmanová Jana

PODĚKOVÁNÍ

Ráda, bych tímto poděkovala paní doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., doc. MUDr. Ladislavu Horákovi, DrSc. za vedení, odborné konzultace a cenné rady v průběhu zpracování této bakalářské práce.

V neposlední řadě také děkuji celé své rodině, přátelům, za podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu studia.

ABSTRAKT

REJMANOVÁ, Jana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha. 2016. 73 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Teoretická část je věnována seznámení se s onemocněním, s problematikou onemocnění, diagnostikou, rizikovými faktory, významem prevence onemocnění a léčbou. Praktická část je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s tímto onemocněním. Pro vytvoření ošetrovatelského procesu jsme použili ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL 2012-2014.

Klíčová slova:

Diagnóza. Chirurgie. Kolorektální nádory. Ošetřování. Ošetrovatelský proces. Screening. Svépomocné skupiny. Terapie.

ABSTRAKT

REJMANOVÁ, Jana. *Nursing Process for Patients with Colorectal Cancer*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Prague. 2016. 73 pages.

The topic of the bachelor thesis is the nursing process with a colorectal carcinoma patient. The thesis is divided into two main parts – theoretical and practical. The theoretical part is an introduction of the topic of colorectal carcinoma, it describes the process of diagnosis, risk factors, the importance of prevention and medical treatment. The practical part is focused on the treatment of the nursing process in a patient with this disease. To create the nursing process, we used nursing diagnoses according to Taxonomy II. - NANDA INTERNATIONAL 2012-2014.

Key words:

Colorectal neoplasms. Diagnosis. Nursing process. Nursing. Screening. Self-help groups. Surgery. Therapy.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	10
SEZNAM TABULEK.....	15
ÚVOD.....	16
1 Kolorektální karcinom.....	18
1.1 Epidemiologie.....	18
1.2 Klinický obraz.....	20
1.3 Diagnostika.....	22
1.4 Léčba.....	24
1.5 Prognóza.....	27
1.6 Prevence.....	28
1.7 Screeningový test - TOKS.....	29
1.7.1 Koloskopie.....	31
1.7.1.1 Příprava před koloskopií.....	31
1.7.1.2 Koloskopie z pohledu endoskopické sestry.....	32
2 Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem.....	35
2.1 Posouzení zdravotního stavu.....	35
2.2 Medicínský management.....	44
2.3 Situační analýza.....	46
2.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie II. Nanda International 2012–2014.....	46
2.5 Celkové zhodnocení péče.....	58
2.6 Doporučení pro praxi.....	58
ZÁVĚR.....	61

SEZNAM ZDROJŮ	63
PŘÍLOHY	66

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body mas index
CA 19-9	Nádorový marker onkofetálního charakteru
CEA	Karcinoembrionální antigen
CT	Počítačová tomografie
D	Dech
Dg	Diagnóza
JIP	Jednotka intenzivní péče
KRKA	Kolorektální karcinom
MRI	Magnetická rezonance
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
RTG	Rentgenové vyšetření
TK	Tlak krevní
TOKS	Test okultního krvácení do stolice
TT	Tělesná teplota
VAS	Vizuální a analogová škála bolesti

(Češka, 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adenom – nezhoubný nádor ze žlázového epitelu

Alergie – nepřiměřená reakce organismu

Analosedace – anestezie spojující tlumení bolesti a zklidnění

Analgézie - odstraňování bolesti

Anastomóza-anatomické spojení mezi cévami, dutými orgány, nervy

Anální – řitní otvor

Anémie – chudokrevnost (snížené množství krevního barviva a červených krvinek)

Antibiotika- léky, které zastavují růst bakterií nebo je ničí

Appendix – červovitý výběžek slepého střeva

Asepticky – bez známek mikroorganismů, sterilní

Asymptomatický – bezpříznakový

Bauhinova chlopeň – chlopeň na přechodu tenkého do tlustého střeva

Behaviorální – týkající se chování

Benigní - nezhoubný

Biopsie – vyšetření vzorku živé tkáně nebo orgánu na histologické, histochemické cytologické a jiné

Cékum – slepé střevo

Cyanóza – nedostatek kyslíku v krvi

Cytostatika – léky užívané na léčbu zhoubných nádorů

Diagnostika – proces stanovení diagnózy vyšetřováním pacienta

Distální – vzdálený

Diskomfort – nepohodlí

Dyslipidemie – poruch složení krevních tuků

Dysplazie – porucha vývoje a růstu těla nebo různých orgánů

Edukace - výchova

Endoskopie – vyšetření trávicí trubice endoskopií

Elektivní – výběrový, plánovaná operace

Enteroragie – krvácení ze střeva, zejména tlustého

Epidemiologie – vývoj, časové změny, ke kterým došlo v určitém období u onemocnění

Etiologie – nauka o příčinách

Expanze – pronikání

Familiární adenomatózní polypóza zkr. FAP – dědičné onemocnění tlustého střeva

Gastroenterolog – lékař zabývající se chorobami trávicího ústrojí s výskytem mnohočetných polypů

Guidelines – doporučené postupy

Hematochezie – pasáž čerstvé krve v konečníku

Hereditární formy – dědičné

Histologie – nauka o tkáních

Histologické vyšetření – vyšetření vzorku tkáně (získaného při biopsii)

Hematochezie – pasáž čerstvé krve při krvácení

Hemikolektomie – chirurgické odstranění poloviny tlustého střeva

Hyperglukémie – zvýšená hladina cukru v krvi

Hysterektomie – chirurgické odstranění dělohy

Chemoterapie – léčba chorob chemickými látkami léky

Ikterus – žloutenka

Ileus – střevní neprůchodnost, způsobena překážkou ve střevě

Incidence – počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období, např. jako roční incidence nově hlášených zhoubných nádorů na 10 000 obyvatel ČR

Kachexie – celková sešlost, hubnutí

Karcinom – nádorové onemocnění, vycházející z epitelu, může metastazovat

Klinický obraz – souhrn subjektivních i objektivních příznaků charakterizující nemoc

Kolektomie – odstranění tlustého střeva

Koloskopie – vyšetření tlustého střeva, endoskopická metoda

Kontraindikace – stav, který zakazuje či znemožňuje provedení léčebného či diagnostického výkonu

Konzervativní léčba – nechirurgická léčba

Kortikoidy – hormony kůry nadledvin, které potlačují zánětlivou odpověď

Léze – poškození, postižení orgánu či tkáně, následek narušené funkce v důsledku chorobného procesu, úrazu

Maligní – zhoubný

Makroskopicky – patrný pouhým okem

Menarche – první menstruační krvácení v životě ženy

Metastáza – dceřiné ložisko zhoubného nádoru

Mortalita – úmrtnost

Oxymetrie – měření obsahu kyslíku v krvi

Palpace – vyšetření pohmatem

Per rectum – vyšetření konečníku prstem

Parenterální výživa – výživa pacienta vždy do žilního systému

Perforace – proděravění

Peritoneum – břišní dutina

Polyp – vyklenutá sliznice stopkového nebo přisedlého charakteru

Polypectomie – odstranění polypu během endoskopie např. koloskopie

Pozitivní – přítomnost nemoci

Prevalence – počet případů onemocnění na počet obyvatel k určitému datu, dává se obvykle do poměru k velikosti populace a vyjadřuje se v procentech (%)

Prevence – předcházení

Prognóza – předpověď průběhu a zakončení nemoci

Pseudotumor – nepravý nádor

Radioterapie – léčba ozařováním

Recidiva – návrat nemoci

Redonův drén – podtlaková drenáž

Rektum – konečník

Rektosigmoideum – část tlustého střeva na přechodu kličky a konečníku

Resekabilní – schopný resekce, odstranění

Rešerše – sekundární dokument obsahující soupis literatury na dané téma

Senzitivita – citlivost

Screening – použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob

Staging – stadium nádoru, rozsah

Stenóza – zúžení střevního průsvitu

Sideropenie – snížená hladina železa v krvi

Sigmoideum – esovitá klička, část tlustého střeva v levé jámě kyčelní

Submukóza – podslizniční vrstva dutých trubicových orgánů a její skládání do řas

Symptom – příznak

Symptomatologie – soubor příznaků nemoci

Terminální ileum – konečná část tenkého střeva ústící do slepého střeva

Tračník – nejdelší část tlustého střeva

(VOKURKA, 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Projevy karcinomu tlustého střeva	20
Tabulka 2 - Malignita a velikost polypů	24
Tabulka 3 - Identifikační údaje	35
Tabulka 4 - Fyzikální vyšetření sestrou při přijetí	36
Tabulka 5 - Léková anamnéza	37
Tabulka 6 - Popis fyzického stavu	39
Tabulka 7 - Aktivity denního života	42

ÚVOD

Kolorektální karcinom je maligní nádor, který představuje jeden z nejzávažnějších problémů současného zdravotnictví. Kolorektální karcinom vychází z buněk sliznice tlustého střeva a konečníku. Devíti z deseti kolorektálních karcinomů předchází benigní adenom. Výskyt výrazně narůstá po 50. roce života, nejvyšší počty nádorů pak ve věkové skupině 65-79 let. V Evropě v současné době žije kolem 3 milionů osob s diagnózou KRK, roční incidence přesahuje 400 000 osob a 200 000 osob na onemocnění KRK ročně zemře. To svědčí o nutnosti nepodceňovat toto onemocnění a zvýšení prevence. V roce 2000 byl v České republice zahájen národní program screeningu, založený na testu přítomnosti krve ve stolici (TOKS) a následné indikaci totální koloskopie v případě pozitivitu. Klíčem ke zlepšení situace je včasný záchyt onemocnění, v době kdy nejsou vyvolány symptomy. Navzdory rozvoje a možnostem diagnostiky a terapie mortalita na KRK stále neklesá.

Cílem bakalářské práce je přispět k ucelenému náhledu na problematiku daného onemocnění, poukázat na nutnost včasných preventivních vyšetření a podpořit zdravotníky i další osoby k zodpovědnosti za vlastní zdraví, které díky odkládání zdravotních problémů mohou mít fatální následky.

Výběr tématu bakalářské práce je ovlivněn několika aspekty. Jedním z nich je pracovní pozice sestry na oddělení gastroenterologie ve Všeobecné fakultní nemocnici, kde jsou prováděna koloskopická vyšetření vedoucí k včasnému záchytu a přesné diagnostice kolorektálního karcinomu. Na pracovišti je kladen důraz na včasnou diagnostiku, odběru vzorků na histologická vyšetření a jeho cílená léčba.

Hlavním aspektem pro výběr tohoto tématu je především výskyt onemocnění u tatínka, kterému tato diagnóza byla pozdě odhalena.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části popisujeme epidemiologii, klinický obraz, diagnostiku, léčbu, prognózu, prevenci a screeningová vyšetření.

V praktické části jsme sestavili plán, realizaci a zhodnocení ošetrovatelské péče s využitím koncepčního modelu fungujícího zdraví podle Marjory Gordon. V práci jsou

uvedeny ošetrovateľské diagnózy NANDA taxonomie II, ktoré jsou seřazeny podle priorit pacienta.

Při rešeršní strategii byla v rámci jazykového vymezení stanovena čeština a angličtina. Klíčová slova jsme zvolili v češtině - kolorektální nádory, ošetrovateľský proces, ošetrování, screening, diagnóza, terapie, chirurgie, svépomocné skupiny. Klíčová slova v angličtině byly Colorectal Neoplasms, Nursing Process, Nursing, screening, self-help groups, surgery, therapy. Časové vymezení bylo v rozmezí českých zdrojů: 2004-2015 knihy, 2010-2015 články u zahraničních zdrojů roky 2010-2015. Druhy dokumentů byly knihy, články, abstrakty, kvalifikační práce a elektronické zdroje za užití Harvardského citačního stylu. Nalezeno bylo 197 záznamů. Požadovali jsme vícezdrojovou rešerši, která nám byla předána na CD-ROM. Rešerši jsme nechali zhotovit v Národní lékařské knihovně. Z rešerše jsme použili 6 odborných knih, 3 elektronické zdroje.

1 Kolorektální karcinom

Podle Lukáše (2005) je kolorektální karcinom definován jako zhoubný nádor, který vychází z buněk sliznice tlustého střeva. Je řazen mezi nádory žláзовého původu, který je nejčastějším zhoubným nádorem střeva a současně mezi nejčastější malignitu trávicího traktu vůbec. Je rozlišován karcinom konečníku - rekta a tračníku z toho důvodu, že je nutné odlišit přístup k léčbě obou nádorů.

Fakt, že toto onemocnění patří mezi tři nejčastější karcinomy, je velice znepokojující. Jedná se o druhý nejčastější karcinom po karcinomu plic u mužů a karcinomem prsu u žen a v některých zemích je na třetím místě u mužů po karcinomu prostaty. Problematika tohoto onemocnění je stále rozšířenějším tématem ve společnosti. V minulosti se o tomto onemocnění mnoho nemluvalo. Nyní s rozvojem technologií se problematikou zabývá stále více odborníků, kteří apelují především na včasnou diagnostiku, která může předcházet katastrofálním následkům. Příčinou vysoké úmrtnosti je skutečnost, že prakticky polovina nádorů je zjištěna v pokročilém stádiu. (Lukáš, 2005)

1.1 Epidemiologie

Kolorektální karcinom je nepřenositelné onemocnění patřící v současné době k nejzávažnějším zdravotním problémům světa s ohledem na jeho zákeřný charakter, epidemiologii a nákladnost při její léčbě.

Incidence KRKA je v zemích západní Evropy a Severní Ameriky, ale i v jiných oblastech vyspělého světa (Austrálie, Nový Zéland, Čína, Japonsko), nutí společnost, aby tomuto problému věnovala značnou pozornost. Během posledních 30. let se incidence zvýšila více než trojnásobně. Nejnovější poznatky v epidemiologii KRKA v ČR, jsou konečně registrovány i pozitivní trendy. (Seifert, 2015)

„Z třetí pozice v incidenci i mortalitě na KRK v roce 2008 jsme klesli v roce 2012 na páté respektive deváté místo v Evropě. Za poslední desetiletí sice stoupla incidence o 8%, ale mortalita klesla o více než 12%. Podle zprávy OECD z roku 2013 u nás došlo oproti roku 2006 k významnému nárůstu v procentu nemocných přežívajících pět let od diagnózy. Bylo by zjednodušené dát tyto pozitivní informace do

souvislosti s probíhajícím screeningovým programem. Nicméně v roce 2011 byla téměř polovina kolorektálních nádorů odhalených ve screeningu diagnostikována v prvním stadiu, a to je silná motivace k dalšímu úsilí. (Seifert, 2015, s. 11)

Z roku 1999, kdy bylo evidováno celkem 75 postižených osob tímto civilizačním onemocněním na 100 000 obyvatel. Z uvedeného počtu, celkem 6 300 nemocných v důsledku onemocnění kolorektálního karcinomu zemřelo. (Zavoral, 2002)

V roce 2011 bylo hlášeno 8176 zhoubných nádorů kolorekta. Z toho bylo u mužů 4755 případů a 3421 u žen. V České republice na zhoubné nádory umírá přibližně čtvrtina populace. Výskyt nádorů tlustého střeva a konečníku narůstal až do roku 2002, kdy dochází ke stagnaci. Výskyt KRKA výrazně narůstá až po 50. roce života, kdy nejvyšší počty nádorů jsou ve věkové skupině 65-75let. (Seifert, 2015)

U KR-KA tedy stále vystupuje do popředí nutnost včasného preventivního vyšetření bezpříznakových skupin populace a dlouhodobé sledování rizikových skupin. Prognózu tohoto onemocnění je dobře ovlivnitelné při časném záchytu a odstranění rizikových polypů. Časnou diagnostikou je tedy možné zvýšit pětileté přežití a vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku předcházet. (Seifert, 2015)

Hlavním zdrojem dat zhoubných novotvarů je Národní onkologický registr ČR (NOR). Nejnovější data GLOBACAN jsou z roku 2012, kde je uvedeno, že muži české populace stojí v evropském přehledu na třetím místě za Slovenskem a Maďarskem. Dále registr uvádí, že české ženy obsadily 10. místo v Evropě.

1.2 Klinický obraz

Základem ke správnému určení diagnózy je důkladná anamnéza, především anamnéza rodinná.

Lékař se musí zaměřit na osoby s výskytem jakéhokoli karcinomu v rodině, na osoby s familiární adenomovou polypózou, hereditární nepolypózní karcinom, protože to může pomoci odhalit hereditární formy. Při podezření na tuto formu kolorektálního karcinomu je pacienta nutno vyšetřit na oddělení lékařské genetiky.

Pozornost je nutné věnovat osobám, u jejichž příbuzných 1. stupně (rodiče, sourozenci, děti) byl diagnostikován kolorektální karcinom. Tyto osoby mají 3-4x vyšší pravděpodobnost, že rovněž onemocní kolorektálním karcinomem. Nutné je také sledovat osoby s nespecifickými střevními záněty, osoby po polypektomii adenomových polypů, ty jsou však i v péči gastroenterologů.

Symptomatologie KR-CA je podmíněna lokalizací, velikostí mechanické překážky, méně celkovou odezvou v organismu. (Zavoral, 2002)

Tabulka 1 - Projevy karcinomu tlustého střeva

PROJEVY KARCINOMU TLUSTÉHO STŘEVA
Krevní ztráty (enteroragie, anémie, okultní krvácení)
Změny rytmu vyprazdňování
Diskomfort
Nadýmání
Subileus
Ileus
Nechutenství
Slabost
Hmotnostní úbytek
Hmatná rezistence v břiše

Zdroj: LUKÁŠ a kol., 2005, s. 195

Kolorektální karcinom je ve včasných stádiích velmi dobře léčitelný, ale příznaky v této době mizivé. Je třeba si uvědomit, že přeměna adenomu v karcinom

tlustého střeva trvá velmi dlouho, některé publikace uvádějí dobu i více než 10 let, přičemž je z hypotetických modelů předpokládáno, že velikosti jednoho centimetru adenom dosáhne za 2-3 roky od svého vzniku.

Klinické příznaky, se bohužel objevují až u pokročilých nádorů. Závisí především na lokalizaci nádorů v různých částech tlustého střeva a typu expanze. Expanze rozlišujeme intralumiální či extraluminální. Pokud je karcinom lokalizován v pravé polovině tlustého střeva, dominují příznaky z chronických ztrát krve, které mohou dosahovat až 6 ml za den. Náhodně zjištěná či klinicky symptomatologická sideropenní mikrocytární anémie může být prvním, ale také jediným příznakem nádoru. (Lukáš, 2005)

Makroskopická příměs krve ve stolici, či odchod čerstvé krve konečníkem (enteroragie, hematochezie), je patrná zejména při probíhajícím procesu v distální části tračnicku – oblasti rekto-sigmatu, v orálnějších partiích tlustého střeva již makroskopicky krev detekovatelná nebývá a její přítomnost je možno odhalit testem na okultní krvácení. (Dítě, 2005)

V pravé polovině tračnicku jsou poruchy pasáže u nádorů vzácné, objevují se zejména při lokalizaci v sigmatu a rektu. (Češka, 2010)

Známkou značně pokročilého karcinomu je obstrukce (neprůchodnost) tlustého střeva tumorem. V popředí klinické symptomatologie neúplné neprůchodnosti v oblasti levé poloviny tračnicku převládá změna rytmu a frekvence vyprazdňování, střídání průjmu a záspy, nucení na stolici. Relativně typickým častým příznakem levé části tračnicku je výskyt tužší stolice. Bývají i jiné, neurčité trávicí obtíže jakým je – diskomfort, tlaky, nadýmání, v pokročilejších stádiích i hmatné rezistence v místě tumorózní masy. (Lukáš, 2005)

Kolorektální karcinom se může projevit i náhlou příhodou břišní s akutní neprůchodností – ileem (především u nádorů levé části tračnicku) nebo významné krvácení). Uvedené příznaky, zejména u dosud bezpříznakových pacientů, ve věku nad 45-50 let je jednoznačnou indikací k pečlivému vyšetření tlustého střeva.

V oblasti rekta a rekto-sigmatu může tumor prorůstat do močového měchýře s následnou pneumaturii či smíšením stolice s močí, výjimečně se mohou objevit píštěle v závislosti na lokalizaci primárního procesu. (Dítě, 2005)

Pokročilý karcinom tlustého střeva nemusí mít střevní příznaky a pacienta k lékaři přivedou známky nádorového onemocnění s váhovým úbytkem až kachektizací, nechutenstvím, celkovou slabostí, anémií. Metastázami jsou postiženy především játra, plíce, peritoneum, vaječníky. (Lukáš, 2005)

1.3 Diagnostika

Základem ke správnému určení diagnózy je důkladná anamnéza, především anamnéza rodinná a klinická vyšetření.

Na prvním místě v diagnostice je důkladná palpace břicha a základním vyšetřením při podezření na kolorektální karcinom je vyšetření per rectum, u žen ještě gynekologické vyšetření. Z odběru krve jsou prováděny laboratorní rozborů. Častou metodou je zjištění krve ve stolici, tzv. okultní krvácení. (Lukáš, 2007)

Klíčovou diagnostickou metodou a za vyšetření první volby, pro diagnostiku kolorektálního karcinomu je považována koloskopie. (Zavoral, 2002)

Koloskopické vyšetření

Vyšetření je vždy nutné provést v rozsahu celého tlustého střeva. Toto vyšetření je možno provést po důkladném vyprázdnění tlustého střeva. Jeho hlavní výhodou je možnost odebrání bioptického vzorku k histologickému vyšetření polypu. Endoskopie umožňuje vizuální posouzení nálezu (velikost, makroskopický vzhled, stupeň obstrukce). Další výhodou je možnost okamžitého odstranění polypů metodou endoskopické polypektomie a také vyšetření histopatologické. Odstraněním adenomových polypů touto metodou se prokazatelně snižuje incidence KRCA. (Jablonská, 2000)

Dvojkontrastní irigografie (rentgenologická diagnostika)

Toto vyšetření se provádí, především pokud není možno provést koloskopii, při stenotických procesech a obtížných anatomických poměrech. Vyšetření se provádí podáním baryové suspenze a insuflací (vpouštění) vzduchu. Nevýhodou je nemožnost odběru bioptického materiálu a odstranění polypů. Je nezbytné toto vyšetření doplnit rektoskopií, protože irigografie nemusí zobrazit pokročilý nádor v rektu. (Zavoral, 2002)

Sonografie

Vyšetření má význam především před operací, k detekci metastáz v játrech, vhodné pro zjištění stavu retroperitoneálních uzlin. Druhou možností je endoskopická ultrasonografie, která se provádí většinou u karcinomu rekta (transanální endosonografie), pro stanovení hloubky prostupu nádoru do střešní stěny a okolních struktur, včetně posouzení regionálních uzlin, ke stanovení stadiu a plánování operační taktiky. (Horák, 2013)

Vyšetření může probíhat také pomocí průkazu tumorových markerů. Laboratorní vyšetření z krve, používané k vyšetření, je označováno jako CA 19-9. Karceroembryonální antigen, který byl popsán v roce 1965 a patří k nejdéle stanovovaným markerům. Zvýšenou hladinu lze najít u 50-60 % nádorů. (Horák, 2013)

Zvýšení hladiny CEA se však vyskytuje nejenom u KRCA, ale i u jiných malignit, benigních onemocnění jater, ale i u kuřáků. Z těchto důvodů stanovení hladiny CEA pro vyhledávání pacientů s KRCA není vhodné. Metoda je vhodná jako kontrolní vyšetření pro pacienty po operaci karcinomu tračnicku, kdy se podle dynamiky opakovaných měření lze usuzovat jak je nemoc stabilní či probíhá proces recidivy. (Zavoral, 2002)

CT břicha - výpočetní tomografie, rentgenové vyšetření Indikováno k rozpoznání probíhajícího metastatického procesu do okolí, do jater, retroperitoneálních uzlin.

CT malé pánve, se předoperačně provádí u karcinomu rekta především k označení šíření nádoru. Má význam při plánování operačního výkonu, zvláště v souvislosti s uvažovaným ozařováním před operací. V pooperačním období je vhodná k detekci metastáz do křížové kosti.

RTG hrudníku je vykonáváno pro vyloučení metastáz do plic. Při podezření na diseminaci onemocnění je indikována pozitivní emisní tomografie, tzv. PET CT. Určení stadia je možné až po vyšetření resekátu. Používá se klasifikace TNM, dělení na stadia a klasifikace podle Dukese. (Lukáš, 2005)

1.4 Léčba

Léčba prekancerózy. Základní metodou je endoskopická polypektomie. Jde o metodu diagnostickou i léčebnou. Všechny odstraněné polypy endoskopickou cestou musí být řádně histopatologicky vyšetřeny. Při včasném záchytu nádoru může být endoskopické odstranění totálním řešením.

Včasné lékařské vyšetření a určitá prevence předchází zvyšujícímu se počtu nemocných. V případě vyřčení diagnózy o přítomnosti onemocnění je nutná spolupráce gastroenterologa, chirurga a onkologa, kteří mohou společnými silami zmírnit či dokonce zničit projevy nemoci. (Zavoral, 2002)

Stupeň tzv. maligního potenciálu (maligní zvrát) se zvyšuje od tubulárních k vilózním adenomům.

-Tubulární adenomy až 80 % adenomů

-Vilózní adenomy až 3-16 %

-Tubulovilózní 8-16 %

Tabulka 2 - Malignita a velikost polypů

Nebezpečí malignity v závislosti na velikosti polypů	
Adenomy malé menší než 1 cm	vznik karcinomu méně než 1%
Adenomy velikosti 1-2 cm	vznik karcinomu 6-? %
Adenomy velikosti 3-4 cm	vznik karcinomu 45 %
Adenomy velikosti nad 4 cm	vznik karcinomu 70 %

Zdroj: Zavoral a kol., 2002, s. 121

Maligní změny jsou popisovány u 4-5 % tubulárních adenomů, u 17-22 % tubulovilózních a u 40-50 % vilózních adenomů.

Nádorová transformace probíhá v několika stupních. Dysplazie a adenomy jsou procesy omezené pouze na sliznici. Karcinomy rostoucí do submukózy jsou

označovány jako invazivní. Tyto invazivní karcinomy již mohou metastazovat. (Jablonská, 2000)

Terapeutický postup záleží vždy na celkovém stavu pacienta, lokálním nálezu a přítomnosti metastáz. Strategie léčby je možné stanovit, až je dokončen Staging. Na základě stagingových vyšetření poté tým odborníků, tj. onkochirurg, radiolog, onkolog, radioterapeut, gastroenterolog popř. patolog, stanovují optimální péči pro každého pacienta dle doporučovaných standardizovaných terapeutických schémat, tzv. guidelines. (Seifert, 2012)

Rozsah nádorového postižení, podle něhož je onemocnění zařazeno do čtyř klinických stádií, je klasifikováno jako TNM systém a klasifikace dle Dukese.

Léčba může být dvojího charakteru:

- kurativní, se šancí a záměrem pacienta vyléčit
- paliativní, se záměrem pacientovi pouze zlepšit kvalitu života či prodloužit přežití.

Při vyčerpání protinádorové léčby je pro nemocného nejlepší řešení dobře vedená symptomatická terapie.

Jedinou potencionální kurativní léčbou je kompletní chirurgické odstranění zhoubného nádoru. Chirurgická léčba probíhá u 70-80 % pacientů. (Ferko, 2002)

Chirurgická resekce je indikována laparotomickou nebo laparoskopickou metodou:

-
1. Resekční výkon - je odstraněno postižené střevo s tumorem ve zdravé tkáni, s mezokolon a spádovými uzlinami.
 2. Neodkladné výkony - perforace, ileus, masivní krvácení) – 20 % pacientů s KR-KA, mortalita 20-25 %
 - a) Ileus – tumor na pravé části tračníku – pravostranná hemikolektomie nebo ileotransverzoanastomóza
 - b) Ileus – tumor na levém tračníku – více možností (resekce střeva s anastomózou se zajištěnou stomií, subtotální kolektomie – při dilataci

celého tlustého střeva, kolostomie – u výrazně rizikových pacientů). Dále je možné rozlišovat vícedobé výkony. Patří mezi ně resekce střeva bez primární obnovy kontinuity nazývaná Hartmanova operace nebo resekce střeva s obnovením kontinuity střeva ve druhé době nazývaná jako Mikuliczova operace.

3. Elektivní – 70-80 % pacientů, mortalita 5 % (Ferko, 2002)

- Karcinom céka a vzestupného tračníku, apendixu (pravostranná hemikolektomie s ileo-transverzoanastomózou)
- Karcinom hepatální flexury-(pravostranná hemikolektomie)
- Karcinom příčného tračníku-segmentální resekce transverza s anastomózou end to end
- Karcinom slezinného ohbí a sestupného tračníku-levostranná hemikolektomie s transverzo-sigmoideoanastomózou
- Karcinomsigmoidea-segmentální resekce esovitě kličky a jejího závěsu
- Karcinom rektosigmoideálního přechodu - resekce příslušné části sigmatu a rekta pod nádorem
- Karcinom rekta – horní třetiny, střední třetiny, dolní třetiny, přední nízká resekce, protahovací resekční operace, lokální excize tumoru, paliativní výkon- odlehčující stomie

Léčba jaterních metastáz – v některých případech je indikována jaterní resekce. Resekabilitu zásadně určuje chirurg, který má zkušenosti s jaterní chirurgií. Kontraindikací je multiorgánové metastatické poškození.

Na resekci primárního nádoru navazuje adjuvantní (zajišťovací) chemoterapie. V některých případech je nutné volit paliativní chirurgické výkony, při kterých je provedena kolostomie nebo anastomóza, která obchází nádor. (Ferko, 2002)

Onkologická léčba je rozdělena do několika skupin podle stavu pacienta a především podle stavu nemoci:

- Radioterapie – využívána zejména u karcinomu rekta. Významně snižuje výskyt lokálních recidiv a zvyšuje operabilitu pokročilých nádorů. Je možná předoperační, tak pooperační radioterapie nebo chemoterapie.
- Chemoterapie – pacient je po chirurgické léčbě (chirurgem), předán onkologovi. (Büchler, 2012)

V případě metastatických potíží, nejčastěji jater a plic, přichází v úvahu chemoterapie s použitím nákladných cytostatik. Cytostatika poškozují nukleové kyseliny zdravých i nádorových buněk. (Seifert, 2015)

Dne 1. 3. 2015 byla již po 20 aktualizována *Modrá kniha* České onkologické společnosti Masarykova ústavu v Brně. Zde jsou pravidelně aktualizovány stupně doporučení léčebných postupů komplexní onkologické péče. (Anon, 2015)

1.5 Prognóza

Kolorektální karcinom se může šířit přes břišní dutinu, metastazovat lymfatickou cestou do regionálních uzlin, jater, plic. Kolorektální karcinom s metastázami je přežití bez léčby přibližně 6-8 měsíců, při systémové biochemoterapii asi 24-26 měsíců. (Vorlíček, 2012)

„Celkově lze shrnout, že prognóza pacientů s metastatickým kolorektálním karcinomem se od 90. let významně zlepšila, a to v podobě mediánu celkového přežití z 10 na 30 měsíců. Zásadní význam má jak úspěšná biologická, cílená léčba, tak zvýšená bezpečnost a proveditelnost jaterních resekcí. Provedení resekce s následnou zajišťovací chemobioterapií či chemoterapií vede až k 60% pětiletému přežití. Dostupným se stalo i chirurgické odstranění plicních metastáz. Vzhledem k tomu, že systémová léčba je v naší republice běžně dostupná na jednotlivých pracovištích u kolorektálního karcinomu, je třeba se soustředit na organizaci mezioborové spolupráce onkologů s chirurgy, radiology s patology v rámci multidisciplinárních komisí.

Dokud se v praxi neobjeví možnosti cílené léčby, je to jediná možnost, jak situaci s přežitím u diseminovaného kolorektálního karcinomu zlepšit.“ (Kala, 2012, s. 33)

1.6 Prevence

Prevence se dělí na primární, sekundární, terciální a kvartální.

Úkolem primární prevence je předcházet zdravotním problémům u zdravých lidí. Jedná se nejen o prevenci vzniku nemocí, ale i pozitivní ovlivňování zdravotního stavu s cílem zvyšovat kvalitu života. Prevence a podpora zdraví by měla směřovat částečné či úplné k eliminaci expozic rizikových faktorů. (Švestka, 2012)

Výsledky mnohých publikovaných analýz přineslo mnoho důkazů, že vývoj kolorektálního karcinomu ve velké míře souvisí s faktory životního stylu, typem stravy a výživy, které hrají důležitou úlohu v prevenci i příčinách rakoviny tlustého střeva a konečníku. (Minárik, 2012)

Je zde také třeba zmínit, že nedílnou součástí je informovat o prevenci primární, kterou můžeme my sami ovlivnit a prevenci sekundární, jenž je záležitostí lékařských odborníků. Základem však zůstává dobrá informovanost praktických lékařů, kteří se s nemocným setkávají zpravidla jako první a kteří musí stále apelovat na pacienty ohledně prevence. (Švestka, 2012)

Sekundární prevence spočívá ve vyhledávání a dlouhodobém sledování rizikových jedinců. Cílem je včasné odhalení počínajících nádorových onemocnění. (Mařatka, 1999)

Významným rizikovým faktorem, který ovlivňuje vznik KRKA je věk. Sekundární prevence se liší v závislosti na přítomnosti zhoubného nádoru kolorekta u příbuzných 1. stupně. Pokud se u příbuzných prvního stupně vyšetřovaného KRK zjistil ve věku 50 a výš, tak se riziko zdvojnásobí až ztrojnásobí. V těchto případech se doporučuje screening ve věku 40 let (nebo o 10 let dříve než byl věk příbuzného v době diagnózy).

Na rozdíl od osob s negativní rodinnou anamnézou se doporučuje jako primární screeningové vyšetření koloskopie. U nepříznakových jedinců starších 50 let s negativní anamnézou spočívá ve vyšetření stolice na okultní krvácení.

Terciální prevence v onkologii znamená předcházení dalším škodám v důsledku nádorového onemocnění nebo terapie. Opatření směřují k udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti pacienta, předcházení komplikací.

Kvartální prevence znamená předcházení důsledků nevyléčitelných chorob a optimalizaci zbytkových funkcí a kvality života. (Seifert, 2015)

Lukáš (2005) popisuje, že zvýšení podílu vlákniny ve stravě, ovoce, zelenina byly vždy považovány za jeden z nejvýznamnějších ochranných faktorů. Většina epidemiologických studií ukazuje na příznivý efekt na snížení výskytu KRKA i na incidenci ademových polypů. Nedostatek některých mikronutrientů jako jsou vitamíny, stopové prvky, kyselina listová, karoten, riboflavin, kyselina askorbová, vápník jsou spojovány se vznikem karcinomu střeva.

Omezení podílu živočišných tuků a spotřeby červeného masa. V oblastech s vysokou spotřebou je KRK častější, než v zemích kde je spotřeba nízká. Důležité je však nejenom množství, ale především složení tuku. Prokarcinogenní účinek stoupá s obsahem omega-6 polynenasycených mastných kyselin. Preventivní efekt mají omega-3 polynenasycené a kyselina olejová. Epidemiologické studie prokazují nižší výskyt KRK v populaci s vysokým příjmem ryb. (Lukáš, 2005)

Obezita, hyperglykemie, fyzická aktivita mají dle epidemiologických studií vliv na riziko vzniku z důvodu zhoršení metabolických parametrů. Obezita riziko zvyšuje u mužů asi o dvojnásobek, u žen je riziko vyšší asi o 40 %. (Minárik, 2012)

Kouření a příjem alkoholu riziko KRK, ale i jiných nádorů zvyšuje více jak dvojnásobně. Kouření podle odborných hodnocení přispívá 30% k úmrtnosti na rakovinu a má klíčovou úlohu ve stoupající incidenci nádorových onemocnění. Aktivní kuřáci (minimálně 20 cigaret denně) mají riziko narůstající s délkou kouření. Alkoholické nápoje jsou klasifikovány jako karcinogeny první třídy. V roce 1957 byla poprvé popsána rizika u pijáků piva. Některé studie potvrzují vyšší výskyt rakoviny střeva u pijáků alkoholu, jiné nikoli. Žádná však neprokázala snížení rizika v souvislosti s pitím alkoholu. (Vyzula, 2012)

Kontakt se slunečním, ionizujícím zářením, nepříznivý vliv chemických a biologických kancerogenů. (Lukáš, 2005)

1.7 Screeningový test - TOKS

TOKS jde o primárně screeningový test, který je u asymptomatické nízkorizikové populace využíván v diagnostickém programu hojně využíván. Jde

o metodu kdy je vyšetřována stolice na přítomnost krve. K dispozici jsou testy na principu reakce lidského hemoglobinu ve stolici s protilátkou v testu. (Seifert, 2015)

Podstatou testu (např. Hemocult - psaníčka) je barevná změna guajakové pryskyřice v důsledku hemoglobinu obsaženém ve stolici. Metoda vychází z poznatku, že nádory střeva (adenomy i karcinomy) občasně krvácejí a toto okultní krvácení, běžně okem neviditelné, lze testem prokázat. Test se provádí vyšetřením 3 po sobě jdoucích stolic po vzorcích z každé stolice. Některé potraviny jako je květák, brokolice, ředkvičky, tuňín, červené maso mohou vést k falešné pozitivitě. (Lukáš, 2005)

V současné době se používají novější testy založené na imunochemickém průkazu krve. Mají vyšší senzitivitu i specifitu. Odběr se provádí jednoduchým způsobem bez předchozího dietního či lékového omezení a postačí jen jedna stolice. Odběr se provádí odběrovou tyčinkou, která se vtlačí na třech až šesti místech do stolice tak, aby na tyčince ulpěl vzorek o velikosti zrnka pepře. Tyčinka se po odběru vloží do odběrové lahvičky a protřepe. Při pokojové teplotě je vzorek stabilní tři dny, v lednici sedm dní. Vyhodnocení se provádí v centrálních laboratořích na velkokapacitních analyzátořech. Tento druh testů je považován v Evropském doporučení pro zajištění kvality screeningu KRK do budoucna za nejvhodnější. (Seifert, 2015)

Od ledna 2014 bylo v ČR zahájeno adresné zvaní pojištěnců do programů screeningu zhoubných nádorů. Projekt je koordinován ministerstvem zdravotnictví ČR.

Český program screeningu je postaven ve shodě s mezinárodními doporučeními a nabízí občanům buď dvouetapové vyšetření (od 50 let věku, test na okultní krvácení do stolice a při pozitivním výsledku screeningovou koloskopií), nebo jedno etapové vyšetření tzv. primární screeningovou koloskopií (od 55 let věku). Koncept vychází z německého modelu. (Seifert, 2015).

V ČR je vybudována řada sítí státních i soukromých endoskopických pracovišť, která jsou zatím schopna zvládat nárůst koloskopických vyšetření.

Metodou volby by se v budoucnu mohla stát kapslová endoskopie prováděná kolonickými kapslemi. Toto vyšetření se však zatím rutinně neprovádí vzhledem k jeho relativně vysoké ceně. Nález zjištěný kolonickou kapslí však vyžaduje další zákrok pomocí koloskopického vyšetření, z důvodu např. polypektomie nebo odebrání vzorku na histologické vyšetření. (Švestka, 2013)

1.7.1 Koloskopie

Koloskopie je standardní endoskopická vyšetřovací metoda tlustého střeva od konečníku až po cékum včetně Bauhinské chlopně a terminálního ilea. Provádí se moderním videoskopem. Obraz z optiky přístroje se pomocí digitální kamery přenáší na plochu monitoru a umožní tak detailní analýzu sliznice.

V ohebné hadici jsou zabudovány kanály na oplach optiky i sliznice, odsávání přebytečného vzduchu a tekutin a kanál na zavádění nástrojů, jako jsou kleště, kličky a jehly. Sliznice střeva je na manipulaci s těmito nástroji necitlivá. Přístroj je ohebný a tenký, zavedení konečníkem většinou nečiní žádný problém. Je zaváděn v poloze na levém boku, s pokrčenými končetinami a během vyšetření bývá pacient polohován na záda dle potřeby. (Seifert, 2015)

Po každém vyšetření je celý endoskop i použité nástroje podrobeny důkladné očištění, dezinfekci či sterilizaci v souladu s hygienickými předpisy. K ošetření endoskopů je nejdříve nutno použít mechanickou očištění v dezinfekčním roztoku a poté jsou používány automatické pračky, jejichž vnitřní kontrola zaručuje dosažení předepsaných hygienických i funkčních parametrů. (Holubová, 2013)

Koloskopie je nejefektivnější screeningovou metodou, protože umožňuje vizuální kontrolu střeva s možností odběru vzorků na histologické vyšetření, odstranění podezřelých lézí a okamžitého odstranění polypů. Přesto je často spojena s obavami ze strany pacientů. Strach, stud, bolest, malá informovanost jsou nejčastější důvody k obavám. (Suchánek, 2015)

1.7.1.1 Příprava před koloskopií

Koloskopie vyžaduje důkladné vyprázdnění střeva. Nedostatečně vyprázdňené střevo znehodnocuje vyšetření, neboť je možné přehlédnout léze a stoupá riziko poranění z důvodu nepřehlednosti. Příprava je důležitá jak v dietní tak očištné přípravě. Pět dní před vyšetřením je třeba vynechat potraviny s velkým množstvím nestravitelných zbytků jako je ovoce, zeleninu, obiloviny, luštěniny, celozrnné pečivo, mák, ořechy, tuhé maso atd. Eliminace potravin obsahující drobná semínka, jako je hroznové víno, kmín, mohou při vyšetření způsobit ucpání pracovního kanálu

endoskopu a tím narušit průběh endoskopie. Vhodná je lehčí bezezbytková strava a zvýšení příjmu tekutin.

V současné době je doporučováno dělený režim střevní přípravy na večerní a ranní dávku. U všech přípravků se považuje za optimální ukončení poslední dávky přípravy 2-4 hodiny před vyšetřením. Evropská doporučení považují za zlatý standard použití polyethylenglykolu (PEG-regulovaná dávka) v dávce 4 litrů – Fortrans v děleném režimu, který je možné použít u pacientů se selháním ledvin, střevní záněty, u pacientů připravovaných urgentně pro krvácení a v jiných případech, kdy jsou ostatní přípravky kontraindikovány. Z nízkoobjemových přípravků jsou v České republice rutinně používány pikosulfát sodný se síranem hořečnatým – Picopret dále pak Moviprep a nově i roztok sulfátů Eziklen.

Je velmi důležité, aby lékař indikující koloskopii pacienta správně informoval nejenom slovně, ale každému pacientovi podal také písemné instrukce! (Suchánek, 2015)

Pravidelný koloskopický screening v intervalu 10 let může zabránit úmrtí v 76-90 % nádorů. (Seifert, 2015)

Jsou však některé situace kdy koloskopické vyšetření není možné provést. Nejčastěji jde o technické obtíže způsobené anatomickou variabilitou tračníku, stenóza tračníku.

Špatnou snášenlivost výkonu, spočívající v algické bolesti nemocného, lze dobře překlenout dostatečnou analgosedací za kontroly pulsní oxymetrií.

1.7.1.2 Koloskopie z pohledu endoskopické sestry

Koloskopické vyšetření je pro pacienty náročné jak po fyzické stránce, tak i po stránce psychické. Mnozí pacienti toto vyšetření odkládají z důvodu studu, ale i z důvodu strachu. Pacient má pocit, že budu nalezeno to nejhorší a jeho přístup k tomuto vyšetření se znatelně komplikuje. Pacienti hledají útěchu v rozhovorech s jinými pacienty, stále si hledají vysvětlení, že tento problém se jich netýká a že vyšetření počká na příští rok, i když ten rok je již několikátý. Značný vliv zde hrají praktičtí lékaři, kteří pacienta informují o možnosti nejprve šetrného vyšetření pomocí techniky na okultní krvácení, a při jeho pozitivitě je zvoleno koloskopické vyšetření.

Pocit nepřekonatelného strachu z bolesti v průběhu vyšetření je provázáno ještě pohledem společenským. Koloskopické vyšetření je prováděno za aplikace tzv. insuflace vzduchu do střev z důvodu rozfouknutí střev u vyšetřovaného pacienta. Je provázáno řadou pro pacienta nepříjemných zvuků při odcházení vzduchu ze střev. Důsledně poučit pacienta mají za povinnost nejen ti, kdo pacienta na dané vyšetření posílají, ale i ti kdo dané vyšetření provádí. (Seifert, 2012)

Pacient je před výkonem seznámen s možností provedení vyšetření v tzv. analgosedaci. Jde o možnost kdy je pacient pod dohledem anesteziologů tlumen léky na bolest a zklidněn. Díky tomu je vyšetření znatelně příjemnější nejen s ohledem na lékaře, který má na vyšetření u klidného pacienta dost času na důkladné vyšetření, ale hlavně z pohledu pacienta je vyšetření možné zvládnout bez bolesti a většího studu. Při analgosedaci je nutné, aby byl pacient před vyšetřením interně vyšetřen a měl závěr od lékaře, že je schopen výkonu v analgosedaci. Příprava je již popsána v kapitole koloskopie.

Před tímto vyšetřením je největší důraz kladen na důkladnou přípravu střeva, která je prováděna nejčastěji perorálním roztokem. Nedostatečně vyprázdněné střevo znehodnocuje vyšetření z důvodu přehlédnutí léze či rizika poranění střeva. (Mařatka, 1999)

Před výkonem je pacient seznámen s průběhem a možnými komplikacemi, které toto vyšetření může provázet. Každý výkon je prováděn s jistou mírou rizika. Pacient podepíše informovaný souhlas, který také podepisuje lékař výkon provádějící. Úspěch endoskopického vyšetření a spokojenost pacienta také závisí na spolupráci lékaře, sestry. Sestra se podílí na plynulosti, bezpečnosti a úspěšnosti vyšetření. Objednává pacienty k výkonu, připravuje dokumentaci, endoskopy a instrumentária. Endoskopická sestra musí mít kromě odborných a teoretických dovedností i odpovídající technické dovednosti. (www.medicinapropraxi.cz., 2012)

Endoskopické přístroje patří do velice finančně náročné zdravotnické techniky, a proto jejich funkčnost musí být co nejdéle zachována. Je tedy nezbytně nutné, aby dezinfekce udržela jejich význam a hodnotu po mnoho let a současně zajistila bezpečnost práce zdravotníků. Endoskopické přístroje nelze sterilizovat, proto je k jejich čištění použita chemická dezinfekce tzv. vyšší stupeň dezinfekce, který probíhá

ve dvou etapách. Samotný vyšší stupeň dezinfekce předchází dekontaminace přístroje mechanickým očištěním a poté naloženo do dezinfekčního roztoku. Tento způsob zaručí usmrcení všech bakterií, spor, hub a inaktivaci virů. Po té následuje oplach čistou vodou (Agua purificata) či pitnou vodou. Na mnoha endoskopických pracovištích se již k dezinfekci přístrojů používají mycí a dezinfekční automaty. Takto vydezinfikované nástroje jsou určeny k okamžitému použití.

Toto vše je zárukou dobře odvedeného vyšetření a zejména velké spokojenosti pacienta, který už bude hovořit o koloskopickém vyšetření jako o vyšetření, kterého se není třeba bát. (Holubová, 2013)

2 Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem

Vybrali jsme si obecný ošetrovatelský proces, který je volně dostupný studentům Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze, podle něhož jsme sestavili ošetrovatelskou anamnézu a popsali celkový zdravotní stav pacienta. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů jsme stanovili aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, které jsme seřadili podle priorit, dle Taxonomie II. – NANDA INTERNATIONAL 2012-2014. Vytvořili jsme plán ošetrovatelské péče, který jsme na závěr zhodnotili. Měli jsme možnost u pacienta aplikovat ošetrovatelskou péči po celou dobu hospitalizace.

2.1 Posouzení zdravotního stavu

Tabulka 3 - Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. X.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1956	Věk: 60
Adresa bydliště a telefon: P-8, Kobylisy	
Adresa příbuzných: tamtéž	
RČ: 56.....	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: účetní
Stav: vdaná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 29. 09. 2015	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Chirurgická klinika	Ošetřující lékař: X. Y.

Informovaný souhlas o léčbě pacientka podepsala.

Příjem udávaný pacientkou: „Jdu na operaci střeva, protože z důvodu špatných výsledků ze vzorků, které byly odebrány při koloskopii mám prý ve střevě nádor.“

Medicínská diagnóza hlavní:

- Carcinoma sigmoidei C 19-9
- Medicínská diagnóza vedlejší:
- 2004 - hysterektomie
- Pseudotumor orbit – od roku 2007 ve sledování, léčena kortikoidy z oční indikace
- Astma brochiale od roku 1996
- Dyslipidemie
- Ve čtyřech letech – apendektomie

Tabulka 4 - Fyzikální vyšetření sestrou při přijetí

TK: 140/84	Výška: 158 cm
P: 80´	Hmotnost: 71 kg
D: 15/min	BMI: 28,44
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: dobrá, bez omezení
Krevní skupina: A+	

Nynější onemocnění:

60 letá pacientka přijata na plánovanou operaci na chirurgickou kliniku, po zhodnocení výsledků histologie, kdy je pacientka indikována k resekci střeva z důvodu nálezu ca. sigmatu. Interní předoperační vyšetření platné, nemocná je schopna operačního výkonu v celkové anestezii. Pacientka s hospitalizací souhlasí. Pacientka při

vstupním vyšetřením bez větších obtíží, původně přijata k observaci polypu zachyceném ve screeningovém vyšetření. Zažívací obtíže pacientka nejuje. Trpí občasnou bolestí zad.

Informační zdroje:

Zdravotní dokumentace, pacient, rodina, anamnéza od rodiny.

Anamnéza:

- *Rodinná anamnéza*

Matka zemřela v 82 letech na cévní mozkovou příhodu. Otec zemřel v 69 letech na infarkt myokardu. Jeden bratr 62 let, alergie na prach, hypertenze, obezita.

Děti má dvě dcery, (32 let) vdaná jedno dítě, druhá dcera (25 let), žije ve společné domácnosti, všichni jsou zdraví.

- *Osobní anamnéza*

Běžné dětské nemoci. Ve čtyřech letech, v roce 1960 apendicitis, léčen chirurgicky. V roce 2000 odstranění kožního melanomu, sledována bez následné terapie, kontroly pouze formou vyšetření kůže, RTG plic. Od roku 2007 sledována pro pseudotumor orbit na oční klinice. Od roku 1996 astma bronchiale, nyní v kompenzovaném stavu. V roce 2004 hysterektomie, dyslipidemie.

Úrazy žádné, transfuze žádné. Očkování – všechna povinná.

Tabulka 5 - Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Medrol	Tbl.	4 mg	1-0-0	kortikoid
Estrofén	Tbl.	-	1-0-0	hormon
Sortis	Tbl.	40 mg	0-0-1	atorvastatin

- *Gynekologická anamnéza*

2 děti, UPT: 0. Menarche ve 13 letech, menstruace pravidelná, bez komplikací. Antikoncepci užívala ve třiceti asi dva roky, na název si nevzpomíná. V roce 2004 hysterektomie, z důvodu nádorových změn na čípku. Samovyšetření prsou provádí jednou za měsíc, při návštěvě lékaře. Pravidelně sledována mamografickým vyšetřením – jednou za dva roky.

- *Alergologická anamnéza*

Léky neguje, potraviny neguje, chemické látky neguje

- *ABÚZY*

Alkohol příležitostně, upřednostňuje hlavně víno. Tvrdý alkohol nepije.

Nekouří. Před 15 lety kouřila příležitostně, asi 10 cigaret za týden.

Káva 2-3x denně. Ráno a odpoledne presovanou s mlékem, v zaměstnání rozpustnou.

Léky (bez předpisu) občas vitamíny, rozpustný hořčík a celaskon

Drogy neguje.

- *Urologická anamnéza*

Močí spontánně, proud moče je dostatečně silný, v noci se nepomočuje. Urologa nenavštěvuje, nemá problém.

- *Psychologická anamnéza*

Vývojové období – dospělý věk, melancholik, emoční oblast – labilita, velká podpora rodiny.

- *Sociální a pracovní anamnéza*

Pacientka vdaná. Bydlí ve vlastním bytě 3 + 1 s manželem. Mají zahrádku nedaleko bytu. Jedna dcera bydlí s nimi v bytě, druhá s rodinou. V manželství je spokojená. Vztahy v rodině má dobré, bez problémů. S dcerami si rozumí.

Pacientka velmi komunikativní, nemá problém s navázáním kontaktu a komunikací. Je spíše extrovert, ve společnosti oblíbená.

Ráda chodí do společnosti, do divadla či kina. Poslouchá hudbu, čte knihy, sleduje televizi. Ráda pracuje na zahrádce, chodí na procházky.

Pracuje jako účetní, do důchodu zatím nechce. Pacientka je ateistka, o víře hovořit nechce.

Posouzení současného stavu ze dne 02. 10. 2015, 3. den po operaci

Tabulka 6 - Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu		
System	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„S hlavou nemám problém, bolí mě jen při dlouhém sezení u počítače. S krkem mám často problém z důvodu práce na počítači. Chodím na pravidelnou masáž zad a šíje.“	Hlava na poklep nebolestivá, normocefalická, bez deformit. Tvář: oči prokrvené, spojivky růžové, skléry bílé, bulby volně hybné všemi směry, zornice na osvit v normě. Nos bez deformit, bez výtoku. Uši bez výtoku, naslouchací přístroj nepoužívá. Dutina ústní bez patologických změn, jazyk nepovlečený, sliznice vlhké. Chrup vlastní, sanován. Zápach z úst není přítomen. Kůže na tváři bledá, rty bez ragád. Krk pohyblivý bez deformit, náplň karotid přiměřená, lymfatické uzliny nehmatné. Štítná žláza nezvětšená.

<p>Hrudník a dýchací systém</p>	<p>„Nos mám volný, nekašlu. Hrudník mě bolí přiměřeně s ohledem na operaci. Dýchá se mi dobře. Mám astma, ale nemám nyní žádný problém.“</p>	<p>Hrudník souměrný, bez deformit, na poklep nebolestivý. Kožní integrita neporušená, bez jizev a bez začervenaní. Dýchání pravidelné bez šelestů, D- 17 min. Pacientka nekašle.</p>
<p>Srdce a cévní systém</p>	<p>„Se srdíčkem problém nemám, s vysokým tlakem se neléčím.“</p>	<p>TK 140/80, hodnota ve fyziologické normě, P – 72/min, dobře hmatný, pravidelný, bez šelestů. Dolní končetiny bez otoků a cyanózy. Varixy nemá. Periferní žilní katetr dnes nově zaveden do pravé horní končetiny, předloktí, bez známek infekce.</p>
<p>Břicho a gastrointestinální trakt</p>	<p>„Břicho mě bolí při pohybu i v klidu. Jizva je zakryta obvazem a při přetáčení si vždycky jizvu přidržím. Větry odcházejí.“</p>	<p>Břicho je souměrné, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu, jizva po apendectomii klidná, operační rána kryta sterilním krytím, převazy dle ordinace lékaře. Pokožka v oblasti operační rány je mírně oteklá, je zde rozsáhlý hematom následkem operačního výkonu. Rána neprosakuje. Plyny a stolice odchází. Bolest pacientka udává na škále bolesti 3-4, dle pohybu.</p>
<p>Močový a pohlavní systém</p>	<p>„Bolest při močení nepocítuji, jiné problémy nemám.“</p>	<p>Moč bez patologických změn, denní diuréza cca. 1500 ml. Denní příjem tekutin 1750 ml tekutin. Genitál bez patologických změn.</p>

<p>Kosterní a svalový systém</p>	<p>„Cítím se špatně, jsem velmi unavená a zesláblá. Je mi často na zvracení. Sedím na lůžku, chůze s dopomocí, víc chodím s fyzioterapeutem. Mám procvičovat horní a dolní končetiny na lůžku.“</p>	<p>Kostra bez deformit, končetiny jsou symetrické. Páteř na poklep nebolestivá, bez deformit. Svalový tonus přiměřený. Poloha úlevová. Pohyblivost omezená. Hrubá i jemná motorika snižená při bolesti. Kosterní aparát bez deformit.</p>
<p>Nervový a smyslový systém</p>	<p>„Brýle nosím na čtení, ale jen dle potřeby. Spíše až odpoledne a k večeru, když mám unavené oči. Potíže se sluchem nemám. S hmatem problém nemám.“</p>	<p>Pacientka nosí dle potřeby brýle na čtení. Dioptrie 1,5 na obou očích. Je při plném vědomí. Orientovaná místem, časem, osobou a prostředím. Paměť v pořádku. Smyslová citlivost v normě, reflexy vybavené. Staropaměť i novopaměť bez problém</p>
<p>Endokrinní systém</p>	<p>„Nejsem diabetik, ani se neléčím se štítnou žlázou.“</p>	<p>U pacientky nejsou projevy poruch endokrinního systému. Štítná žláza je nezvětšena, v krevních odběrech nejsou známky anomálie.</p>
<p>Imunitní systém</p>	<p>„Mám astma, které mám nyní v klidovém stadiu. Jsem za to moc ráda. Měla jsem kvůli operaci velký strach, že nebudu dobře dýchat a vše je v pořádku. Alergii na léky nemám.“</p>	<p>Pacientka pravidelně sledována v alergologické ambulanci. Lymfatické uzliny nezvětšené.</p>
<p>Kůže a její adnexa</p>	<p>„Kůži mám nyní sušší tak jí promazáváme, jinak mě nesvědí“.</p>	<p>Barva kůže ve tváři je bledá, ostatní vzhled kůže je v normě, bez ikteru a cyanózy. Na kůži jsou patrné hyperpigmentace. Otoky nejsou přítomny. Turgor je přiměřený. Vlasy krátké, čisté.</p>

Tabulka 7 - Aktivity denního života

Aktivity denního života	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a pitný režim	<p>„Na jídlo nemám chuť, jsem unavená, piji bujony, mám šetřící dietu. Nutridrinky mi chutnají. Piji pravidelně, menší množství tekutin, nemám pocit žízně, musím se do pití nutit. Asi 1-1,5 l tekutin za 24hodin.“</p>	<p>Pacientka po operaci střev, dieta šetřící, bujon, dětské piškoty, jogurt vše doplněno ordinací sipping Nutridrink 3x denně. Výživa již per os, kašovitá šetřící.</p>
Vylučování moči a stolice	<p>„Močení je bez problémů. S doprovodem si dojdu na toaletu. První dny jsem měla cévku, poté podložní mísu, kterou mám stále u lůžka a nyní se snažím v rámci rehabilitace chodit na toaletu. Na stolicí jsem již byla“</p>	<p>Moč je čirá, bez známek infekce. P+V je v normě. Pacientka pálení či řezání při močení neguje. Příjem a výdej tekutin sledován dle ordinace lékaře. Příjem je cca. 1500 ml za 24/hodin. Stolice pravidelně sledována a zapisována dle ordinace lékaře. Peristaltika slyšitelná, normální.</p>
Spánek a bdění	<p>„Problémy s usínáním doma nemám. Po operaci jsem hodně unavená, ale s usínáním a kvalitním spánkem mám problém.“</p>	<p>Problém s usínáním v cizím nemocničním prostředí. Spánek je nekvalitní, narušován chodem oddělení a léčebnými procesy. Usne asi do jedné hodiny. Toleruje zvýšenou polohu.</p>

Aktivita a odpočinek	„Poslouchám rádio, trochu sleduji televizi a čtu.“ časopisy.“	Během dne pacientka velmi odpočívá, cítí se unaveně. Odpoledne přichází rodina.
Hygiena	„Doma se o vše postarám sama. Zde mne musí pomáhat.“	Hygienická péče zabezpečuje ošetřující personál v průběhu rekonvalescence. Nyní probíhá hygiena u umyvadla s dopomocí.
Samostatnost	„Snažím se být samostatná v mezích možností.“	Test bazálních denních činností dle Barthelové (viz příloha) - pacientka má lehký stupeň závislosti (65 bodů).

- *Posouzení psychického stavu*

Vědomí – pacientka lucidní

Orientace – pacientka je orientovaná v čase, prostoru, osobě a situaci.

Nálada - pacientka na některé podměty reaguje podrážděně. Komunikuje, spolupráce s rehabilitační sestrou je horší. Na pohyb reaguje negativně.

Paměť – staropaměť i novopaměť je výbavná bez poruch

Myšlení – logické

Temperament – melancholik

Sebehodnocení – pacientka je spokojena se svým životem, má strach z budoucnosti. Vnímání vlastního zdraví - „Chci být zase zdravá. Víím, že zdraví je to nejdůležitější v životě.“

- *Popis sociálního stavu*

Komunikace – pacientka využívá verbální i neverbální komunikaci. Je méně komunikativní s ohledem na bolest a obavy.

Sociální role – 60 letá žena

Sekundární – matka, manželka, babička – role momentálně nenaplněné

Terciální – chápe situaci a snaží se se situací vyrovnat

Sociální interakce – se zdravotním personálem vychází velmi dobře. Má velkou podporu rodiny. Nyní pociťuje sociální izolaci. Pacientka plně informována o zdravotním stavu, o diagnostických metodách i následné léčbě.

Péči po propuštění poskytne rodina. Je ráda doma, ale ráda chodí za kulturou.

Práce na zahrádce ji uklidňuje.

Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci:

Pacientka stále pracuje jako soukromý podnikatel – účetní. Hospitalizace její ekonomickou situaci příliš neovlivní.

Popis spirituálního stavu:

Pacientka je ateistka. O náboženství nechce hovořit.

2.2 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

- dnes plánovaná biochemické a hematologické vyšetření
- sledovat krevní tlak, dýchání, denně příjem a výdej, vyprazdňování a bolest

Konzervativní léčba

Dieta: kašovitá šetřící 1-S

Pohybový režim: dechové cvičení, posazení na lůžku, opatrný stoj a chůze pouze s dopomocí.

RHB: nácvik s fyzioterapeutem prodlouženého výdechu, prevence imobilizačního syndromu, zlepšení peristaltiky střev, cílená aktivace břišních svalů, nácvik chůze okolo lůžka.

Medikamentózní léčba:

Per os:	Medrol tbl. 4 mg	1-0-0
	Estrfen tbl.	1-0-0
	Sortis tbl. 40 mg	0-0-1
	Caltrate tbl.	1x týdně
	Citalek 1 tbl před spaním dle potřeby	
	Paralen tbl. 500 mg	1-1-1
	Novolgin tbl. 500 mg	při VAS 3
	Ventolin	inhalační 100 mg při potížích - pacientka má u sebe
	Nutridrink	3x denně.
Intra venózně:	Amoksiklav 3,5 mg	6-12-18-24 h +50 ml F/F
	Dipidolor 1 amp. + 50 ml F1/1 dle potřeby max. 2x denně, při VAS 4	
	Degan 1 amp. 50 ml F1/1, při zvracení	
Subkutánně:	Clexane 60 mg	1x denně 18:00 hod

Chirurgická léčba: dne 30. 10. 2015 byla pacientce provedena operace odstranění levé části tračníku z důvodu polypózního útvaru o velikosti cca 2,5 mm v průměru. Provedena anastomóza konec ke konci. Založen redonův drén. Po operaci pacientka přeložena na chirurgický JIP k pooperační terapii a po stabilizaci stavu 2. 11. 2015 na standardní oddělení.

2.3 Situační analýza

60 letá pacientka byla přijata dne 29. 10. 2015 na chirurgické oddělení k odstranění části střeva z důvodu karcinomu. Dnes je čtvrtý den po operaci. Pacientka se již cítí lépe, operační rána klidná bez známek infekce. V noci spala velmi špatně, probudila se asi 3x z důvodu hluku na oddělení. Pacientka má zavedený periferní žilní katetr k aplikaci antibiotik. Pacientce je každý den prováděn převaz a kontrola PŽK. Močí bez problémů, moč byla přiměřené barvy. Stolice dnes ještě nebyla. Příjem tekutin je dostatečný, pacientka tekutiny přijímá perorální cestou. Denně vypije cca 1500 ml. Výživa pacientky je přiměřená, jsou dodávány nutridrinky 3x denně. Pacientka má dietu č.1S. Pacientka pociťuje po odeznění analgetik bolest v okolí operační rány, proto je nutné pravidelné sledování bolesti. Pacientka má naordinovány analgetika dle potřeby. Fyziologické funkce jsou v normě: TK 140/70, P 72min, D 17/min, TT 36,8 °C. Pokožka v oblasti operační rány je mírně oteklá, má zde rozsáhlý hematom následkem operačního výkonu. Pacientka se stále cítí velmi unaveně, jak z nastaveného režimu, tak z důvodu pobytu v nemocnici má narušený spánek. Dále je ordinována RHB péče, má omezený pohybový režim. Hygienu vykonává s dopomocí u umyvadla. V průběhu dne je podávána medikace dle ordinace lékaře. Dnes je naordinováno hematologické a biochemické vyšetření krve. Psychický stav pacientky je zhoršený z důvodu závažnosti onemocnění.

2.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie II. Nanda International 2012–2014

Diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II – NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest (00132)
2. Narušená integrita kůže (00047)
3. Narušený vzorec spánku (00198)
4. Strach (00148)
5. Zhoršená schopnost přemístování se (00090)
6. Riziko pádu (00155)
7. Deficit sebepéče při koupání (00090)
8. Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko infekce (00004) z důvodu porušení integrity kůže
2. Riziko infekce (00004) z důvodu zavedení PŽK
3. Zhoršený komfort (00214)
4. Úzkost (00146)

Ošetrovatelská diagnóza 1: Akutní bolest (00132)

Doména 12: komfort

Třída 1: Tělesný komfort

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

Určující znaky

- vyhledávání antalgické polohy z důvodu vyhnutí se bolesti

- výraz obličeje (bolestivá grimasa při chůzi, zbitý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb)
- slovní vyjádření bolesti (intenzita bolesti je vyjádřena škálou bolesti /0-10/, která se pohybuje v rozmezí 2-5 VAS podle činnosti)
- změny dýchání, změny srdečního rytmu, změny v chuti k jídlu, rozšíření zornic, obranné chování, sebestřednost, porucha spánku

Související faktory: původci zranění (úraz a následný operační výkon)

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolest vyšší než VAS- 3 při propuštění.

Cíl krátkodobý: Pacientka nemá klidovou bolest, pociťuje snížení bolesti po podání analgetik, pociťuje snížení bolesti dle škály na čísle 3 a níže. Pociťuje snížení bolesti při chůzi a cvičení- do tří dnů.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe příčinu bolesti. Do 1 hodiny.
- Pacientka zná škálu bolesti VAS: od 1-10, udává číslo 3 a níže. Do 1 hodiny.
- Pacientka je schopna vyhledat úlevovou polohu. Zná metody snížení bolesti. Vždy.
- Pacientka zná a využívá některé relaxační techniky. Denně.
- Pacientka je poučena o průběhu bolesti, informovat sestru o zvýšení bolesti a farmakologickém režimu dle ordinace lékaře. Vždy.
- Pacientka udává zmírnění bolesti při zavedené léčbě bolesti. Do dvou dnů.

Ošetřovatelské intervence:

1. Podněcuj pacientku, aby hovořila o svých pocitech, popsala bolest, kterou pociťuje. Denně, všeobecná sestra, fyzioterapeut.
2. Vysvětlí a doporučí úlevovou polohu, doporučí aktivity k odvrácení pozornosti na bolest. Do jednoho dne, průběžně dle stavu, všeobecná sestra, fyzioterapeut.

3. Vysvětlí a naučí pacientku používat numerickou škálu bolesti od 0-10 VAS. Ihned, všeobecná sestra.
4. Podej analgetika dle ordinace lékaře. Zajistí pacientce klid. 24 hodin denně, všeobecná sestra.
5. Pravidelně prováděj hodnocení intenzity bolesti, výsledky zapisuj do dokumentace, sleduj a zaznamenávej účinky a případně i vedlejší účinky analgetik. 24 hodin denně, všeobecná sestra.
6. Vyvolej v pacientce důvěru, posuď neverbální projevy bolesti, zajisti pacientce klid 24 hodin denně, všeobecná sestra.
7. Ber v úvahu lokalizaci chirurgického výkonu, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některých známých či neznámých komplikací. 24 hodin denně, všeobecná sestra.
8. Zjišťuj, zda má pacientka také bolest v noci. Denně, všeobecná sestra.

Realizace: od 2. - 7. 10. 2015

Dne 2. 11. 2015 je pacientka v 11.00 hodin přeložena z chirurgické JIP jednotky na standartní chirurgické oddělení. Je přehodnocen plán ošetrovatelské péče. Pacientka edukována o příčinách a projevech bolesti. Pacientce je vysvětlena numerická stupnice hodnocení bolesti VAS 0-10. Poučena o použití signalizačního zařízení. Pacientce jsou vysvětleny možnosti úlevové polohy, možnosti cvičení a rehabilitace na lůžku vedoucí ke snížení bolesti během fyzioterapie. Bolest je pravidelně hodnocena a zaznamenávána do dokumentace.

12:00 Pacientce podána analgetika dle ordinace lékaře. Dipidolor 1amp.+ 50 ml 1/1 FF na 30 minut. VAS intenzity č. 5, zapsáno do dokumentace.

12:30 infuze ukončena, pacientka tázána na intenzitu bolesti, bolest klesla na VAS 2, pacientka usíná

13:00 pacientka spí

14:00 Pacientka tázána na intenzitu bolesti bez bolesti, má dostatek pohodlí a není ničím rušena.

14:30 Probíhá návštěva fyzioterapeuta, pacientka edukována o průběhu rehabilitace. Pacientka poučena o úlevových polohách.

16:00 Pacientka tázána na bolest, VAS 3.

17:00 Podány analgetika dle ordinace lékaře. Novalgin 500 mg p. o. VAS 3

18:00 Pacientka tázána na intenzitu bolesti, bolest dle pacientky snížena na VAS 2

20:00 Pacientka udává bolest na stupnici VAS 4. Dle ordinace lékaře podán Novalgin 1 amp.+ 50 ml FF 1/1 i. v.

20:30 hodnocení bolesti, VAS č. 2. Vše je průběžně zaznamenáno do dokumentace.

22:00 intenzita bolesti na dotaz na VAS 2, pacientka usíná.

23:00-5:00 pacientka spí bez známek bolesti.

Hodnocení dne 2. 11. 2015

Pacientka udává snížení bolesti po podání analgetik, dle škály udává VAS 3. Je schopna si sama zazvonit při zvýšení bolesti. Analgetika jsou dále podávány dle ordinace lékaře.

Hodnocení od 3.-7. 10. 2015

Pacientka chápe příčinu bolesti do 1 dne. Pacientka je schopna o bolesti a jejich projevech hovořit do 1 dne. Pacientka používá numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti do 1 dne. Pacientka dodržuje farmakologický režim dle ordinace lékaře. Zná využití relaxační techniky do jednoho dne. Pacientka udává zmírnění bolesti při zavedení léčby do dvou dnů na VAS 1-2. Pacientka nemá rušivý spánek bolestí, nemá klidovou bolest.

Krátkodobé cíle byly splněny.

Dlouhodobý cíl byl také splněn, je třeba pokračovat v naplánovaných intervencích (1, 4, 5, 6, 7).

Ošetrovatelská diagnóza 2:Narušena integrita tkáně (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže nebo podkožních tkání

Určující znaky

- Poškození tkáně (např. korneální, slizniční, kůže, podkoží)
- Související faktory: změněný oběh, mechanické faktory, nutriční faktory

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientka má obnovenou tkáňovou integritu do 7 dní, bez známek infekce, hojení rány per primam.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má obnovenou tkáňovou integritu bez komplikací do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Operační rána nejeví známky infekce, rána se převazuje pravidelně za aseptických podmínek. Denně.

Redonův drén odvádí přiměřené množství sekretu, je funkční, průchodný, pod tlakem po celou dobu zavedení. Vždy.

Pacientka dodržuje klidový režim na lůžku dle ordinace lékaře. Vždy.

Pacientka se zapojí do preventivních a léčebných opatření do jedné hodiny.

Pacientka zná projevy infekce v oblasti rány po celou dobu hospitalizace do 6 hodin.

Pacientka přijímá dostatek tekutin a dodržuje dietní opatření do 12 hodin.

Operační rána se hojí per primam do 10. dní.

Ošetrovatelské intervence:

1. Při převazu rány postupuj přísně asepticky podle standardu oddělení. Denně, všeobecná sestra, lékař.
2. Pouč pacientku o manipulaci s Redonovým drénem – opatrná manipulace, nevytáhnout si drén z rány. Vždy, všeobecná sestra, fyzioterapeut.

3. Kontroluj funkčnost Redonova drénu (průchodnost, podtlak množství odpadu z rány, příměsi). Denně, všeobecná sestra.
4. Proved' záznamy do dokumentace, informuj lékaře. Vždy, všeobecná sestra.
5. Zhodnot' stav výživy, popřípadě zdůrazni důležitost dodržování dietního opatření. Denně, všeobecná sestra, fyzioterapeut.
6. Pacientka má vždy dostatek informací o nutnosti dodržování režimu při hojení rány od prvního dne hospitalizace. Denně, všeobecná sestra.
7. Kontroluj pravidelně okolí rány, krvácivé projevy a komplikace. Vždy.
8. Ránu převazuj dle ordinace lékaře, dle potřeby. Všeobecná sestra.
9. Všímej si charakteristik možného zánětlivého ložiska (např. exsudátu, granulace). Vždy, všeobecná sestra.
10. Pacientka se aktivně podílí na preventivních opatřeních vzniku dalšího poranění, do 24 hodin. Vždy, všeobecná sestra, fyzioterapeut.
11. Rána neprosakuje, proces hojení probíhá bez známek infekce. Vždy, všeobecná sestra.

Realizace 2. 9. 2015 (11:00–19:00)

Pacientka v 11:00 přeložena z JIP jednotky, kde při ranní vizitě byl převaz za aseptických podmínek proveden. Rána se hojí per primam bez viditelných známek infekce. Při manipulaci s pacientkou ošetřující personál postupuje opatrně. Pacientka edukována o nutnosti dodržování klidového režimu. Dále o manipulaci s Redonovým drénem, o projevech a rizikových faktorech možné infekce v ráně či okolí. Nutnost pravidelné kontroly Redonova drénu, kontrola pokožky v oblasti operační rány. Pravidelné zaznamenávání do zdravotní dokumentace o operační ráně a invazivních vstupech.

12:00 sterilní krytí rány bez prosaku, okolí rány klidné, bez známek infekce. Redonův drén pod tlakem, funkční.

17:00 okolí rány klidné, bez prosaku, Redonův drén funkční.

20:00 okolí klidné, rána bez prosaku, vše zaznamenáno do dokumentace, RD funkční.

Realizace 3. 9. 2015

U pacientky bylo provedeno celkové zhodnocení zdravotního stavu, v 8:30 byl proveden převaz rány za aseptických podmínek dle standardu oddělení, vhodným převazovým materiálem. Z důvodu odvodu z Redonova drénu 5 ml, drén odstraněn. Pacientka seznámena s průběhem léčby a poučena o možnosti pohybu s dopomocí a chůzí s fyzioterapeutem. S dopomocí pacientce povolena sprcha. Vše zaznamenáno do dokumentace. Rána i okolí klidné, bez známek infekce.

Realizace 4. -7. 9. 2015

Převazy rány jsou prováděny za aseptických podmínek, rána i okolí rány pravidelně kontrolováno a zaznamenáváno do dokumentace. Pacientka se pravidelně podílí na preventivních opatřeních a je pravidelně informována.

Hodnocení:

Operační rána se po dobu hospitalizace hojila per primam a neprojevovala známky infekce. Redonův drén byl odstraněn 4. den po operaci, pro minimální odvod sekretu. Stehy byly extrahovány 9. den po operaci před propuštěním. Pacientka po celou dobu hospitalizace dodržovala léčebná opatření a v případě některých nejasností byla informována zdravotnickým personálem. Převazy byly prováděny za aseptických podmínek dle standardu oddělení. Pokožka byla dostatečně prokrvena a hydratována. Pacientka dodržovala dietní opatření. Po celou dobu hospitalizace nedošlo k pádu.

Celkové hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn, tkáňová integrita se hojí per primam. V intervencích během hospitalizace je třeba pokračovat (5, 6, 7, 8, 9, 10).

Cíl dlouhodobý byl také splněn. Operační rána má obnovenou tkáňovou integritu bez známek infekce a komplikací. Rána je kryta sterilním krytím.

Ošetrovatelská diagnóza 3: Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky:

- nespokojenost se spánkem
- slovní stížnosti na pocit neodpočatosti.
- změna normálního vzorce spánku

Související faktory:

Neznámé prostředí pro spánek.

Nedostatek soukromí, nebo kontroly spánku, okolní teplota, vlhkost, hluk.

Přerušeni (např. z důvodu léčby, monitorování, laboratorního testování)

Priorita: střední

Cíl: Pacientka po dobu hospitalizace spí nerušeným spánkem alespoň 6 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka usíná do 30 minut.

Pacientka se cítí přes den odpočatá. Vždy.

Pacientka spí 6-8 hodin nerušeného spánku. Denně.

U pacientky dojde k zlepšení psychické pohody. Do 24 hodin.

Ošetrovatelské intervencí:

1. Zajisti klidný a nerušený spánek v noci. Denně, všeobecná sestra.
2. Přes den pacientku aktivizuj. Denně, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ošetrovatelský personál.
3. Zjisti pacientky spánkové rituály. Do 1 hodiny, všeobecná sestra.
4. Zaznamenávej délku a kvalitu spánku do dokumentace. Denně, všeobecná sestra.
5. Eliminuj nevhodné podmínky před spaním. Před spaním vyvětrej místnost. Denně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

6. Podávej léky proti bolesti před spaním dle ordinace lékaře. Denně, všeobecná sestra.
7. Podávej hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky. Vždy, všeobecná sestra.

Realizace:

Zajištění klidného prostředí pro spánek. Aktivizace pacientky v průběhu dne.

Zjištění rituálů pacientky před spaním (čtení, opláchnutí obličeje před spaním).

Pokoj je dostatečně před spaním vyvětrán.

Kvalita a délka spánku je zaznamenána do dokumentace.

Hypnotika jsou podána dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Pacientka se přes den cítí více odpočatá a není tak vyčerpána.

Pacientka spí více jak 6 hodin přes noc, občasné probuzení mírnou bolestí.

Pacientka dodržuje spánkové návyky a rituály.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka se cítí přes den odpočata, v noci se občas probudí pro bolest v operační ráně. V intervencích je nutné během hospitalizace dále pokračovat, (1, 2, 5, 6).

Ošetrovatelská diagnóza potencionální: Úzkost (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice:

- *Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu, provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozbě čelila.*

Určující znaky:

behaviorální

- neklid, nesoustředěnost, ostražitost
- ošívání se
- snížená produktivita
- vyjádření obavy kvůli změně životní události

emoční

- bázlivost, lítostivost, podrážděnost, vyděšenost
- sklíčenost, obavy, psychická nejistota

tělesné

- chvění hlasu, třes rukou, zvýšené napětí
- zvýšené napětí, obtížné dýchání, bušení srdce
- slabost, nevolnost, únava
- porucha spánku

Související faktory:

- změna ve zdravotním stavu
- neuspokojené potřeby (hospitalizace)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka nepocit'uje stavy úzkosti do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: pacientka je schopna volně hovořit o svých pocitech

Očekávané výsledky:

- pacientka chápe jak předcházet stavu úzkosti, diskutuje o problému – do 2 dnů, všeobecná sestra fyzioterapeut
- pacientka má dostatek informací o zdravotním stavu – denně
- pacientka nemá pocit zvýšeného napětí – do 1 dne

- pacientka zná postup další léčby – denně

Ošetrovatelské intervence:

1. Naslouchej potřebám pacientky. Denně, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ošetrovatelský personál.
2. Poskytni příležitost na otázky pacientky. Denně, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ošetrovatelský personál.
3. Poskytni ústní i písemné informace o léčbě a péči a proved' záznam do edukačního formuláře. Do 24 hodin, všeobecná sestra, fyzioterapeut.
4. Zajisti konzultaci s lékařem v případě potřeby pacientky. Vždy, všeobecná sestra, fyzioterapeut.
5. Vysvětli pacientce potřebné ošetrovatelské intervence, aby je byla schopna pochopit a realizovat. Denně, všeobecná sestra, fyzioterapeut.
6. Postarej se o klidné prostředí a uklidňující činnost pro pacientku. Sledování televize, četba, poslech hudby, hovor s ostatními. Denně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Realizace: od 2. - 7.9.2015

Pacientka o svých pocitech hovoří, na návštěvu přichází denně jedna z dcer či manžel. Pacientku neustále podporují a povzbuzují. Po zlepšení zdravotního stavu se pacientka cítila lépe. Po vertikalizaci se stav zlepšil. Lékař pravidelně edukoval o plánovaných léčebných postupech. Pacientka přes den četla, sledovala televizi a čekala na návštěvu rodinných příslušníků.

Hodnocení: 7. 9. 2015

Cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn. Pacientka chápe důvod hospitalizace, se závažností onemocnění je seznámena a chápe. Do budoucna byla pacientce lékařem doporučena konzultace onkologickým psychologem. Nadále je třeba pokračovat v naplánovaných intervencích (1, 2, 4, 6).

2.5 Celkové zhodnocení péče

Všechny naplánované ošetrovatelské intervence byly realizovány po celou dobu hospitalizace. Pacientka byla plně informována o svém zdravotním stavu, důležitosti léčby, výživy a prognóze svého onemocnění. Stanovili jsme si 12 ošetrovatelských diagnóz. Pomocí určených intervencí jsme 4 realizovali. Všechny stanovené cíle se v rámci hospitalizace podařilo splnit před propuštěním. Bolest byla snížena na škálu bolesti VAS v rozmezí 1-2, dle námahy. Pacientka si při větší námaze po rehabilitaci žádá perorální analgetika. Pohyblivost pacientky odpovídá době po operaci. Pacientce byla nadále doporučena šetřící dieta. Od výkonu byl doporučen šetřící režim na 6 týdnů bez zátěže na břišní stěnu. Schopnost sebe péče je lehké závislosti, v domácím prostředí se pacientka s pomocí rodiny o sebe postará. Při bolesti doporučena analgetika, např. Paralen tbl. 500 mg nebo Ibalgin tbl. 400 mg per os maximálně po 8 hodinách. Pacientka svůj volný čas vyplňuje sledováním televize, posloucháním radia, ale hlavně čtením knih a časopisů. Pacientky strach se podařilo částečně zmírnit, ale věří, že v blízké době to bude lepší. Pacientka předána k dispenzarizaci na onkologické pracoviště. Byla doporučena spolupráce s onkologickým psychologem.

Vzhledem k tomu, že během hospitalizace nedošlo k žádným komplikacím, lze hodnotit ošetrovatelskou péči za velmi kvalitní. Sama pacientka neměla k ošetrovatelské péči výhrady, během léčby spolupracovala, velký zájem projevovala i rodina. Ošetrovatelský proces se významným způsobem podílel na léčení, zejména v uspokojování potřeb nemocné a na prevenci komplikací. Pacientka i rodina byla poučena o všech opatřeních nutných dodržovat po propuštění do domácí péče.

2.6 Doporučení pro praxi

Souhrn všech dostupných informací a neustálá propagace problematiky, která je nazývána obecně „rakovina“, je bohužel problémem civilizačním. Až bude lidstvu poskytnut lék, který pomůže řadě nemocným, bude to stejný krok kupředu, jako byl v minulosti objev penicilinu.

Doporučení, o kterých je všeobecné povědomí a stejně se porušují, jako je vyvážená strava, dostatek pohybu, konzumace zdravé stravy, dostatek vitamínů a vlákniny ve stravě, je doporučení nejen pro pacienty, ale i pro všechny, kdo chtějí

pracovat na vytváření a podpoře svého zdraví. Zdraví je jedno a nedá se koupit, ani zaplatit penězi, je na nás a našem osudu jak se zdravím naložíme a jak dalece se budeme řídit radami lékařů, zdravotníků a všech co usilují o zdravou populaci. V diagnostice tohoto onemocnění má velký význam osvěta, která musí probíhat jako velká kampaň a přesvědčit o své důležitosti a nutnosti považovat prevenci za samozřejmost pro každého z nás. Preventivní prohlídky tohoto typu onemocnění, ale i ostatní prevence jsou pro každého z nás velmi důležité.

Datum 4. 2. je dnem, který je vyhlášen jako „Světový den boje proti rakovině“ (World Cancer Day). Internetové stránky www.prevencenadoru.cz, vznikly v rámci Národního programu zdraví, které pravidelně vyhlašuje Útvar hlavního hygienika ČR MZ ČR. Program si klade za cíl seznámit co nejširší spektrum obyvatelstva s principy primární a sekundární onkologické prevence, s důsledky rizikového životního stylu a podat jasná práva onkologické prevence.

Česká onkologická společnost Jana Evangelisty Purkyně založila v roce 2012 sekci, jejíž idea vychází z Národního onkologického programu. Sdružuje lékaře, sestry, nelékařské obory, vědce, studenty LF a další odborníky, kteří se zabývají prevencí. Snahou je systematicky, srozumitelně a pravdivě informovat, že ke snížení úmrtnosti na zhoubné nádory nepomohou nové léky a zázračné metody, nýbrž systematická primární a sekundární prevence.

Lze zde nalézt důležitá doporučení pro pacienty se zhoubnými novotvary. Rady pro pacienty o zásadách zdravého životního stylu, kterými jsou: dostatek pohybu, nekouřit, pestrá strava s dostatkem zeleniny a ovoce, dostatek vlákniny, odstranit z jídelníčku tučná jídla.

Desatero onkologického pacienta, jak být aktivním pacientem, hledání pravdy o nemoci, jak bojovat s nemocí, jak léčit mysl, jak zvládnout léčbu, bolest a další. Je zde i psycho - onkologická poradna, která obsahuje informace o psychice onkologického pacienta a rady, jak období co nejlépe zvládnout. (www.linkos.cz)

V rámci pomoci onkologickým pacientům bylo v průběhu let založeno několik neziskových organizací, na které je možno se obrátit na pomoc onkologickým pacientům i jejich rodinám.

Centrum Amelie sídlící v Praze, Olomouci, Středočeském kraji nabízí ucelený program psychosociální pomoci, informovanost, aktivizaci a setkávání, výlety, pobyty, společenské informační setkání apod. (www.amelie-os.cz)

ARCUS – ONKO Centrum založené v roce 1993 jako profesionální patientské sdružení působící na území celé republiky. Pokrývá potřeby onkologických pacientů napříč spektrem onkologických diagnóz. Zaměřuje se na informační, publikační a vzdělávací činnost. Sdružení pořádá rekondiční pobyty, ozdravné pobyty v zahraničí. (www.arcus-os.cz)

Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97, jenž díky úsilí Dagmar Havlové se podařilo získat dotace a v rámci vyhlášení národního programu založeného na vyšetření stolice a koloskopie byl v roce 2000 spuštěn preventivní program. Díky tomu se počet vyšetření stolice na okultní krvácení zvýšilo 16x a počet koloskopií 1,6x. (www.vize97-kolorektal)

Společnost pacientů bojující společně proti rakovině tlustého střeva a spousty důležitých informací je možno nalézt na stránkách www.mojemedicina/pece-o-pacienta/pacientskéorganizace-a-aktivity/onkomajak/pacientskáorganizace–společně-proti–rakovině–tlustého–střeva/

Nemoc zcela změní život a všechny v okolí. Strach, zmatek, bolest a úzkost, nejistota z budoucnosti doprovází diagnózu onkologického onemocnění. Prvním krokem k přijetí nové situace může být rozhovor s někým, kdo je připraven naslouchat. V každé situaci se pacient může rozhodnout a změnit tak náhled na svou nemoc. Pomoc psychologa či pomoc od někoho s podobnými zkušenostmi v překonávání tak vážných situací je velmi důležité. Pacient je dnes díky moderním informačním technologiím vzdělanější než před pár lety. Přeje si být účastníkem zápasu o svůj život, ale i rozhodovat o své budoucnosti či vznášet výhrady vůči kvalitě zdravotnické péči.

Pochopení, vlídná a dobře volená slova jsou často tím nejlepším lékem první volby na zmatek a úzkost v pacientově duši.

ZÁVĚR

Kolorektální karcinom je považován za onemocněním s významným socio-ekonomickým dopadem.

V naší populaci je nejčastějším zhoubným nádorem trávicího ústrojí. Primární prevence je úkolem celospolečenským, v němž rozhodující úlohu mají komplexní ekologická opatření k celkovému zlepšení kvality životního prostředí. Zdravotnická opatření, kterými jsou zvýšení konzumace vlákniny, snížení spotřeby tuků v potravě se podílejí na primární prevenci. Dále tak změna stravovacích návyků, omezení alkoholu a kouření by mohlo významně snížit výskyt i úmrtnost tohoto civilizačního onemocnění. S vyšším věkem stoupá incidence tohoto onemocnění. Česká republika v roce 2000 zahájila program primární screeningové koloskopie a imunochemického testu na okultní krvácení. Český screening kolorektálního karcinomu roste, přináší výsledky a získává mezinárodní uznání. Prevence kolorektálního karcinomu vyžaduje neustálou pozornost a další rozvoj. Problematice včasného odhalení a prevenci KRKA se věnuje celá řada odborných týmů, probíhají desítky studií a symposií. Česká republika vzhledem k vysoké incidenci nádoru i vzhledem ke zkušenostem s depistážním programem významně přispívá k mezinárodní diskusi tohoto problému.

V bakalářské práci jsme zpracovali problematiku kolorektálního karcinomu, shrnuli aktuální informace, popsali význam prevence, symptomatologie, diagnostiky a léčby. K napsání této práce byly použity nejnovější dostupné informace, a to nejenom v teoretické části, ale i v praktické části při popisu realizace ošetrovatelského procesu. Cíl práce byl splněn. V další části byl vypracován ošetrovatelský proces, kde jsme popsali a posoudili stav a potřeby pacientky. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II a seřazeny dle priorit. Bylo stanoveno 12 ošetrovatelských diagnóz a 4 prioritně zpracovány. Stanovili jsme cíle, intervence, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče. Hodnocení proběhlo třetí den po operaci, cíle byly splněny. Práce může posloužit při posuzování, plánování i realizaci ošetrovatelského procesu u pacientů s tak vážným onemocněním jakým je kolorektální karcinom, který při pozdní diagnostice může mít velmi fatální následky.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo přispět k ucelenému náhledu na problematiku daného onemocnění. V práci je potvrzeno, že nezbytnou nutností je včasné preventivní vyšetření a dostatečná osvěta týkající se daného onemocnění.

SEZNAM ZDROJŮ

Knižní zdroje, časopisy a internetové zdroje

ANON, 2015. *Modrá kniha České onkologické společnosti*. Vyd. 20. Brno: Masarykův onkologický ústav. ISBN 978-80-8679-336-3.

BÜCHLER, T., 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-603.

Česká onkologická společnost ČLS JEP. [online]. © 2016. Olomouc. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz>

ČEŠKA R. a kol., 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423.

DÍTĚ, P. et al., 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha: Galén. 314 s. ISBN 978-80-7262-305-2.

Epidemiologie zhoubných novotvarů v ČR – analýzy. [online]. © 2005. Masarykova univerzita. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <http://www.svod.cz>

FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J., 2002. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0230-8.

HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ, H., MAREČKOVÁ, J. a kol., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastrologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. 266 s. ISBN 978-80-204-2806-6.

HORÁK, L., SKŘIČKA, T., ŠLAUF, P., ÖRHALMI, J. a kol., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3595-5.

JABLONSKÁ, M. a kol., 2000. *Kolorektální karcinom, časná diagnóza a prevence*. Praha: Grada. 456+8 s. ISBN 80-7169-777-X.

KALA, Z., VÁLEK, V., Vyzula, R., 2012. *Diseminovaný kolorektální karcinom, Strategie léčby*. Brno: Kap CZ. ISBN 978-80-905210-1-8.

LUKÁŠ, K. a kol., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

MAŘATKA, Z., 1999. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum. 490 s. ISBN80-7184-561-2.

MAŘATKA, Z., 2007. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. Praha: Galén. 161 s. ISBN 978-80-7262-472-0.

Masarykův onkologický ústav. [online]. © 2009-2016. Brno. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z <http://www.mou.cz>

MINÁRIK, P., MINÁRIKOVÁ, D., 2012. Obezita jako rizikový faktor kolorektálního karcinomu. In: *Medicína v praxi*. 445 s. ISSN 1214-8687.

Nadace Dagmar a Václava Havlových – VIZE 97. [online]. © Praha. 2009–2016. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <http://www.vize97.cz>

NANDA INTERNATIONAL, 2013. Herman T.H. (ed.). *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Národní onkologický program (NOP). [online]. © 2016. Praha. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <http://www.onkonet.cz>

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

Numerická škála bolesti. [online]. © 2015. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nadorova-bolest-144050>

Ošetrovatelská dokumentace. [online]. Vysoká škola zdravotnická: Sharepoint.

© 2008. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z:

<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/2%20O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20typ%C5%AF%20p%C3%A9%20C4%8De.aspx>

Program kolorektálního screeningu v České republice. [online]. © 2016. Masarykova univerzita, Brno. [cit. 2016-01-06]. ISSN 1804-0888. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz>.

SEIFERT, B. a kol., 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-306-0.

SEIFERT, B., KRÁL, N., MÁJEK, O., SUCHÁNEK, Š., 2015. 2. rozšířené vydání. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf. 128 s. ISBN 978–80-7345-444-9.

SUCHÁNEK, Š., BARKMANOVÁ, J., FRÍČ, P. 2012. *Rakovina tlustého střeva a konečníku. Prevence zabírá*. Praha: Mladá fronta. ISNB 978-80-204-2474-7.

ŠVESTKA, T., SEIFERT, B., KRÁL, N., 2013. Nové vyšetřovací metody pro prevenci kolorektálního karcinomu. In: *Medicína po promoci*. Ročník 14, číslo 1. ISSN 1804-0888.

Ústav zdravotnických informací a statistiky. [online]. ÚZIS ČR © 2010-2016. [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor.ČR>

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-85912-70-8.

ZAVORAL, M., ŠVESTKA, T., MAREČEK, P., HOŘEJŠÍ, M., 2002. In: *Gastroenterologie, trendy v medicíně*. Ročník 4, s. 120-123. ISSN 1212-9046.

ZAVORAL, M., DÍTĚ, P., ŠPIČÁK, M., BUREŠ, J. a kol., 2000. *Nové trendy v digestivní endoskopické a diagnostické léčbě*. Praha: Grada. 313 s. ISBN 978-80-7169–999-3.

ZAVORAL, M. a F. ZÁVADA, 2008. Screeningová koloskopie, nové horizonty, nová zodpovědnost. In: *Čes. a Slov. Gastroenterologie a hepatologie*. 62 s. ISSN 1804-0888.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – Rešerše

PŘÍLOHA B – Čestné prohlášení

PŘÍLOHA C – Barthelové test základních všedních činností

PŘÍLOHA D – Numerická škála bolesti

PŘÍLOHA E – Obrázky

PŘÍLOHA A - Rešerše

Téma rešerše: Kolorektální karcinom

Žadatel: Jana Rejmanová

Jazykové vymezení:

Čeština, angličtina

Klíčová slova: Kolorektální nádory, ošetrovatelský proces, ošetřování, screening, diagnóza, terapie, chirurgie, svépomocné skupiny

Klíčová slova v angličtině: Colorectal Neoplasms, Nursing Process, Nursing

Časové vymezení:

V českých zdrojích: 2004-2015 knihy, 2010-2015 články

V zahraničních zdrojích: 2010-2015

Druhy dokumentů:

Knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů:

České zdroje: 433 záznamů/plné texty: 57

Zahraníční zdroje: 4 záznamy/plné texty: 4

Zdroje: Medvik (knihovny Medvik+Bibliographia medica Čechoslovaca), CINAHL, Theses

Zpracoval: Mgr. Lojdová, NLK

27. 10. 2015

PŘÍLOHA B – Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta s Kolorektálním karcinomem“ v rámci studia realizovaného na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. Duškova 7, Praha 5.

Rejmanová Jana

PŘÍLOHA C – Barthelové test základních všedních činností

Hodnocení třetí den po operaci			
	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
		S pomocí	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	<u>5</u>
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	<u>0</u>
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	<u>5</u>
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně inkontinentní	<u>10</u>
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně inkontinentní	<u>10</u>
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	<u>5</u>
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	<u>10</u>
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15

		S pomocí 50 m	<u>10</u>
		Na vozíku 50 m	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		neprovede	<u>0</u>
Celkem			65 bodů

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, Sharepoint – dokumentace. Dostupné z: <http://sharepoint.vszdrav.cz>

0 – 40 bodů

vysoce závislý

45 – 60 bodů

závislost středního stupně

65 – 95 bodů

lehká závislost

96 – 100 bodů

nezávislý

PŘÍLOHA D - Numerická škála bolesti

Numerická škála pro hodnocení intenzity bolesti (0 = žádná bolest a 10 = nejhorší možná bolest)



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nadorova-bolest-144050>

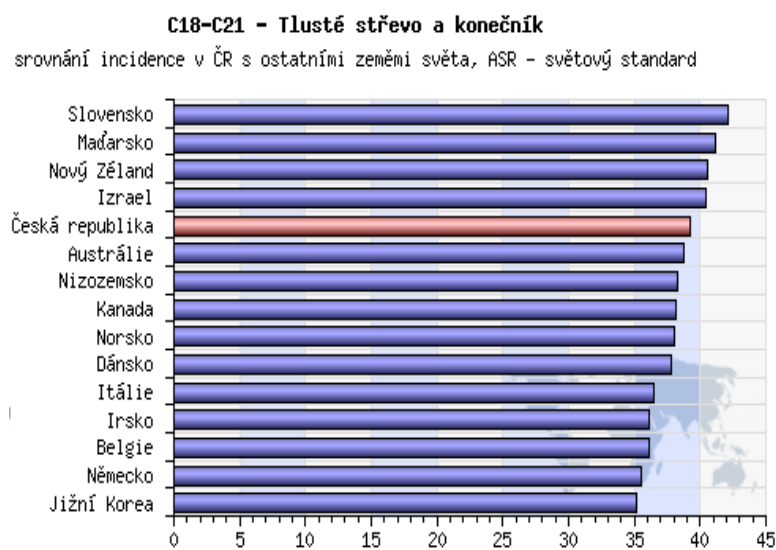
PŘÍLOHA E – Obrázky

Obrázek 1 – Incidence onemocnění..... 72

Obrázek 2 – Věková struktura pacientů..... 72

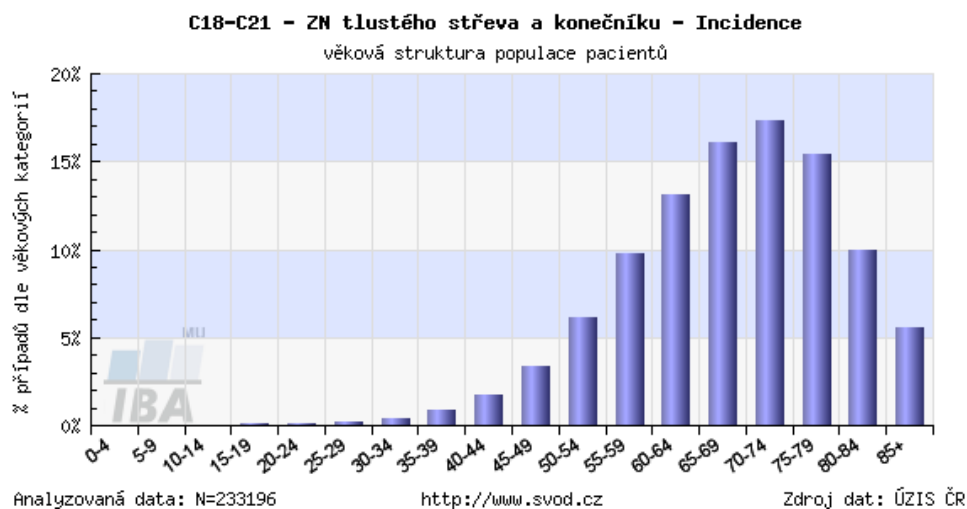
Obrázek 3 – Incidence..... 73

Obrázek 4 – Procentuální místa výskytu kolorektálního karcinomu v tlustém střevě..... 73

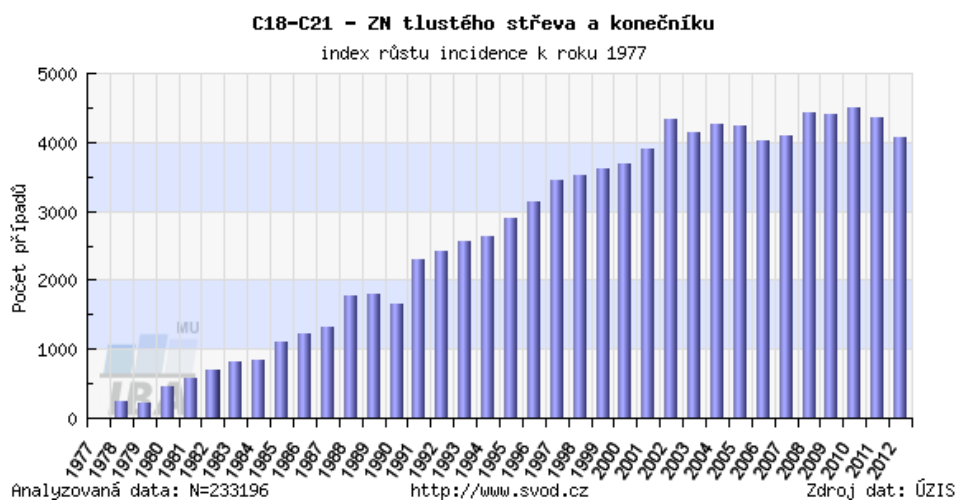


Obrázek 1 – Incidence onemocnění

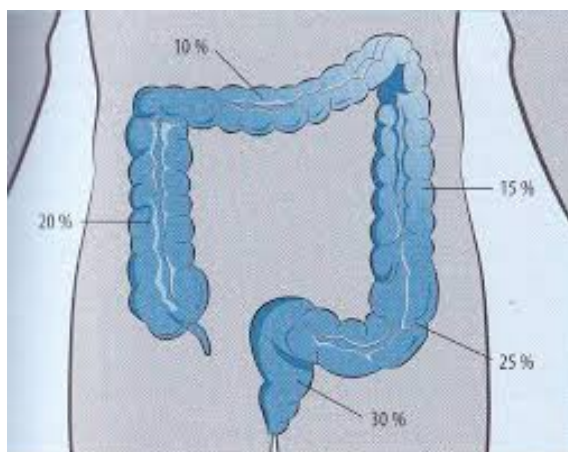
Zdroj: <http://www.Svod.cz/>



Obrázek 2 – Věková struktura pacientů



Obrázek 3 – Incidence



Obrázek 4 – Procentuální místa výskytu kolorektálního karcinomu v tlustém střevě

Zdroj: www.mou.cz