

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANETA FEJTKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2017



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

Fejtková Aneta
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 6. 2017 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem

Nursing Care of a Patient with Colorectal Cancer

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 30. 6. 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného neakademického titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 10. 8. 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. a Michaele Dostálové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

ABSTRAKT

FEJTKOVÁ, Aneta. *Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2017. 71 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem. Úvodní část práce definuje základní charakteristiku kolorektálního karcinomu. Tato část je zaměřena na četnost výskytu tohoto onemocnění, jeho klinické projevy, diagnostiku, prevenci vzniku a samozřejmě léčbu. Kromě jiného popisuje tato část stomii, jako někdy nutné řešení. Praktická část práce, tedy část ošetrovatelská se zabývá realizací ošetrovatelského procesu u pacientky s rektálním karcinomem, která byla hospitalizována na chirurgickém oddělení. Pacientka byla přijata k plánovanému chirurgickému výkonu na základě diagnostiky rektálního karcinomu po již proběhlé radioterapii a chemoterapii. Ošetrovatelský proces u pacientky, byl vytvořen podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon.

Klíčová slova

Edukace. Chirurgie. Ileostomie. Karcinom rekta. Kolorektální karcinom. Ošetrovatelská péče. Stomická sestra. Stomie.

ABSTRACT

FEJTKOVÁ, Aneta. *Nursing Care of a Patients with Colorectal Cancer*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2017. 71 pages.

The thesis revolves around nursing of a patient with colorectal cancer. The introductory section defines the basic characteristics of colorectal cancer, focusing on the incidence of the disease, its clinical manifestations, diagnosis, prevention and treatment. Moreover, it shows stoma as sometimes unavoidable choice of treatment. The pivotal section, namely the nursing, deals with the implementation of the nursing process for a patient with colorectal cancer, who was hospitalized at a surgical ward. The patient had a planned surgery after her radiotherapy and chemotherapy treatment. The Nursing proces was done according to Marjory Gordon.

Keywords

Colorectal cancer. Education. Ileostomy. Nursing care. Rectal cancer. Stoma. Surgery.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	11
1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	14
1.1 Etiopatogeneze	15
1.2 Klinické projevy.....	15
1.3 Diagnostika	16
1.4 Prevence	18
1.5 Klasifikace nádorů.....	20
1.6 Léčba kolorektálního karcinomu	21
1.7 Léčba prekanceróz.....	21
1.8 Léčba karcinomu tlustého střeva	22
1.9 Léčba karcinomu rekta	22
1.10 Radioterapie	23
1.11 Chemoterapie	23
1.12 Biologická léčba	24
2 STOMIE.....	25
2.1 Druhy stomií.....	26
2.2 Kolostomie	26
2.3 Ileostomie.....	27

2.4 Komplikace stomií	29
2.5 Pomůcky pro stomiky	29
2.6 Ošetřování stomií	31
2.7 Specifika práce stoma sestry	32
3 Ošetřovatelský proces u pacientky s karcinomem rekta ..	33
3.1 Důvod přijetí k hospitalizaci.....	33
3.2 Nynější onemocnění pacientky	37
3.3 Základní screeningové fyzikální vyšetření při příjmu....	37
3.5 Medicínský management z 13. 10. 2016	39
3.6 Posouzení současného stavu.....	41
3.7 Situační analýza k 13. 10. 2016.....	46
3.8 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit	48
3.9 Zhodnocení ošetřovatelské péče ke dni 16. 10. 2016	57
3.10 Doporučení pro praxi	58
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Depistáž	Aktivní vyhledávání určité nemoci
Easyflow	Břišní drén
Nodus	Uzlina
Profylaxe	Ochrana před určitou nemocí, která by mohla nastat, léčebnými prostředky
Rekurence	Opětovné objevení
Sfinkter	Svěrač
Tumor	Nádor

(VOKURKA, HUGO, 2013)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY	34
Tabulka 2 – SEZNAM UŽÍVANÝCH LÉKŮ PACIENTKOU	35
Tabulka 3 – HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU PACIENTKY	37
Tabulka 8 - MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA 13. 10. 2016	39
Tabulka 9 - LABORATORNÍ VÝSLEDKY – KREVNÍ OBRAZ Z 13. 10. 2016	40
Tabulka 10 - LABORATORNÍ VÝSLEDKY – BIOCHEMIE Z 13. 10. 2016.....	40
Tabulka 11 - LABORATORNÍ VÝSLEDKY – HEMOKOAGULACE 13. 10. 2016.....	41

ÚVOD

Rakovina tlustého střeva, odborným názvem kolorektální karcinom je mimořádně často se vyskytující onemocnění jak v České republice, tak i ve světě. Při srovnání s jinými státy je v České republice jeho výskyt nejvyšší. I přesto, že příznaky kolorektálního karcinomu mohou být nenápadné, dokonce i němé, lze mu zásadním způsobem předejít prevencí. Nadace Dagmar a Václava Havlových Vize 97, která šíří od roku 1998 osvětu o rakovině tlustého střeva a konečníku, pomáhá v prevenci této nemoci díky finančním prostředkům, které Dagmar Havlová získala. Díky těmto finančním prostředkům bylo možné vybavit endoskopická pracoviště napříč celou Českou republikou novými lékařskými přístroji. Nadace Vize 97 umožňuje všem osobám ve věku nad 50 let 1x ročně vyšetření na okultní krvácení, které je plně hrazené pojišťovnou. Tato aktivita přispěla k poklesu počtu úmrtí na toto nebezpečné onemocnění.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. Z části teoretické, která se především věnuje charakteristice tohoto onemocnění, jeho výskytu, klinickým příznakům, diagnostice, prevenci a v neposlední řadě léčbě a dalším možným způsobům řešení tohoto velmi nebezpečného onemocnění.

Stěžejní část bakalářské práce neboli část ošetrovatelská popisuje ošetrovatelskou péči u pacientky s rektálním karcinomem, která byla přijata k plánovanému chirurgickému výkonu po již proběhlé radioterapii a chemoterapii. Ošetrovatelský proces u pacientky byl tvořen podle modelu Marjory Gordon. V praktické části jsou rozpracovány ošetrovatelské diagnózy, tři aktuální a jedna potencionální ošetrovatelská diagnóza.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Shrnout, na základě rešerše, problematiku kolorektálního karcinomu ve stanoveném rozsahu.

Cíl 2: Poukázat, na základě rešerše, na možnosti preventivních opatření u onemocnění kolorektální karcinom.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Realizovat podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon komplexní a individualizovanou péči o pacientku s rektálním karcinomem.

Cíl 2: Vytvořit edukační pomůcku - edukační karta na téma stravování stomiků.

Vstupní literatura

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-648-9.

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

VYZULA, Rostislav a Jan ŽALOUDEK. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf, 2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-140-0.

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem, proběhlo v časovém období říjen 2016 až březen 2017. Pro vyhledávání literatury bylo použito několik elektronických databází, například: Katalog Medvik (knihovny Medvik) a CINAHL.

Klíčová slova byla stanovena v českém jazyce: Kolorektální karcinom. Karcinom rekta. Chirurgie. Stomie. Stomická sestra. Ileostomie. Edukace. Ošetrovatelská péče. V anglickém jazyce: Colorectal cancer. Rectum cancer. Surgery. Stoma. Stoma nurse. Ileostomy. Edukation. Nursing care.

Požadavky kladené na dohledané texty byly: téma odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce, odbornost publikací, jazyk český či anglický a časové období vydání od roku 1999 až po současnost.

Vyřazovací kritéria byla: obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli práce nebo duplicitní nálezy publikace.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 30 informačních zdrojů, z toho 19 knih, 3 články v časopise a 5 elektronické zdroje z let 1999 až 2016. Z toho dále 3 texty (1 knižní publikace, 2 články v časopise) v anglickém jazyce z období 2010–2017. Jsme si vědomi, že některé zdroje přesáhly doporučenou hranici stáří deseti let. Tyto zdroje jsme i přes to využili, neboť informace v nich obsažené jsou stále platné a shledali jsme je jako přínosné pro tuto práci. Tyto zdroje nám současně umožnili sledovat případný vývoj poznatků v čase.

1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

„Maligní přeměna polypu v adenokarcinom je pomalý proces, který probíhá řádově v letech, obvykle 8-10 let, a poskytuje tak dostatek času na včasnou detekci a profylaxi, respektive léčbu.“(SEIFERT, 2012, s. 16)

Táborská (2014) uvádí, že kolorektální karcinom neboli karcinom tlustého střeva a konečníku patří celosvětově mezi nejzávažnější a nejčastější malignity trávicího ústrojí starších věkových skupin. Česká republika je v jeho výskytu na předním místě. Adam a kol. (2011) udávají, že z analýzy věkově specifikované incidence nádorů kolorekta vyplývá počáteční nárůst onemocnění u osob od 35. roku života, strmější nárůst kolem 50. roku a maximum dosahuje incidence ve věku 70-74 let. V Evropě je ČR na prvním místě ve výskytu kolorektálního karcinomu u mužů. Úmrtnost na kolorektální karcinom však klesá. Tato pozitivní informace je pravděpodobně způsobena zahájením screeningových programů. Mezi screeningové programy patří například VIZE 97, kterou založili manželé Dagmar a Václav Havlovy v roce 1998. Tato nadace u nás přispěla k poklesu počtu úmrtí na toto onemocnění.

Molnár (2017) uvádí, že termínem kolorektální karcinom označujeme zhoubný nádor z buněk sliznice tračníku a konečníku, který vzniká maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva, to jest vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník, esovitá klička a rektum. O rizikovosti polypu rozhoduje především jeho velikost a histologická struktura. V patogenezi je charakteristická postupná progrese premaligních polypů střevní sliznice do invazivního nádoru, kdy Vorlíček (2012) udává, že postiženo je u 15 % pacientů colon caecum nebo ascendens, u 10 % colon transversum, u 5 % colon descendens, u 25 % colon sigmoideum a u 45 % rektum. Národní onkologický registr rozděluje kolorektální karcinom podle lokalizace na nádory tračníku (C18), nádory rektosigmoideálního spojení (C19) a vlastní nádory rekta (C20).

1.1 Etiopatogeneze

Kolorektální karcinom se zpravidla objevuje u mužů i žen ve věku nad 45 let. Minimálně se objevuje u osob mladších 40 let. Výskyt stoupá s věkem. Podíl na vzniku kolorektálního karcinomu zaujímají především hereditární faktory a vliv prostředí. Termínem hereditární karcinomy označujeme ty případy, kdy je známa genetická abnormalita, která vede ke vzniku karcinomu a je dostupnými metodami diagnostikovatelná jak u nemocných, tak i u příbuzných, kteří jsou nositeli této rizikové genetické informace. Adam, Krejčí a Vorlíček (2011) ve své knize rozdělují geneticky podmíněné kolorektální karcinomy do tří skupin, a to na - hereditární nepolypózní karcinom, syndrom familiární polypózy tlustého střeva, Garnerův syndrom, Turkottův syndrom a syndrom plochých adenomů. Podle Adama, Krejčího a Vorlíčka (2010) má familiární výskyt kolorektálního karcinomu 3-4 vyšší pravděpodobnost onemocnění.

Významným rizikovým faktorem pro rozvoj kolorektálního karcinomu jsou střevní polypy neboli nezhoubné výrůstky tlustého střeva, které jsou považovány za prekancerózu, tudíž se mohou maligně zvrhnout. Žaloudník a Vyzula (2007) uvádí, že mezi nejčastější rizikové faktory kolorektálního karcinomu patří strava s vysokých obsahem živočišných tuků a červeného masa, nízký obsah vlákniny ve stravě, nadváha, konzumace alkoholu, nedostatečný příjem protektivních látek jako je například Vitamín C a kyseliny listové.

Vorlíček (2012) poukazuje, že mezi další rizikové faktory podílející se na vzniku kolorektálního karcinomu, je výskyt zánětlivých onemocnění střeva jako je ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba. Dále dieta s vyšším obsahem masa a živočišných tuků, kouření, protražovaný stres, sedavé zaměstnání a u mužů přítomnost metabolického syndromu.

1.2 Klinické projevy

Navrátil a kol. (2008) popisují, že příznaky a způsob šíření kolorektálního karcinomu se značně liší podle jeho lokalizace. Nejdůležitějším varovným příznakem je krvácení do stolice. To se objevuje převážně u nádorů sestupné, levé části střeva. V této lokalizaci se dále vyskytují příznaky poruchy vyprazdňování stolice se střídáním zácpy

a průjmu. Dále pocity plnosti, pocit neúplného vyprázdnění, plynatost, sub ileus, ileus a bolest. Kolorektální karcinom v pravé polovině kolon vede nejčastěji ke krvácení a ztrátové anémii, která je obvykle jediným příznakem onemocnění při nádorech v této oblasti. Nádor rostoucí do průsvitu střeva hrozí jeho úplným uzavřením s následnou náhlou příhodou břišní, která může končit tragicky. Varovným příznakem u této hrozby je především vzedmuté břicho a „tužkovitý“, vzhled stolice, kdy je obtížné se vyprázdnit. Skála (1997) popisuje hlavní příznaky rekta jako krvácení, přítomnost hlenu ve stolici a tenesmy. Při postižení rekta se snižuje tonus, a proto se může objevit neočekávaný odchod stolice při odchodu.

Novotný (2012) tvrdí, že i když je za ochranný faktor stále považována vláknina, poslední randomizované studie neprokazují jakýkoli prospěch na snížení incidence adenomů a karcinomu tlustého střeva u skupin osob užívajících velké denní dávky vlákniny. Pokud budeme diskutovat ohledně stravovacích návyků, bylo prokázáno, že osoby stravující se více denními porcemi jídla mají nižší riziko onemocnění než osoby stravující se 1-2x denně.

Seifert (2007) tvrdí, že mezi další klinické projevy ke vzniku kolorektálního karcinomu patří celková únava, bolest břicha, hmotnostní úbytek, křečovitě bolesti s nucením na stolici, která se nakonec nedostaví nebo dojde k vyprázdnění stolice s hlenem. Dále krvácení do stolice, sideropenická anemie z chronických krevních ztrát a pocit nedokonale vyprázdněného střeva. Adam, Krejčí a Vorlíček (2010) udávají, že hlavními akutními komplikacemi jsou obstrukce a perforace střeva. Metastazování je lokalizováno především do uzlin, jater, plic, ale také do kostí.

1.3 Diagnostika

Prvním krokem pro stanovování jakékoli diagnózy je sběr anamnézy, do které patří osobní anamnéza, rodinná, farmakologická, toxikologická, alergická, pracovní a sociální anamnéza. Seifert (2007) tvrdí, že k diagnostice kolorektálního karcinomu je nejdůležitější sběr rodinné anamnézy. Je nutné zjistit výskyt onemocnění, polypů či jiných malignit v rodině. Z hlediska subjektivních obtíží je nutné zjistit výskyt enteroragie, změny frekvence a charakteru stolice, hmotnostní úbytek, bolesti břicha a teploty. Dalšími základními diagnostickými vyšetřeními i v rámci prevence je rektální

vyšetření lékařem neboli vyšetření per rektum. Lékař už v tuto chvíli může zjistit případná zúžení průsvitu konečníku a krvácení do střeva.

Vorlíček (2012) popisuje, že vyšetření na okultní neboli skryté krvácení spočívá ve vyšetření tří po sobě jdoucích stolic. Osoby starší 50 let mají nárok na jedno bezplatné vyšetření za rok, od 55 let a výše je to jednou za dva roky. Je velice přínosné, že si pacient toto vyšetření provádí v klidu doma. Vlastní odběr vzorku je velmi jednoduchý a dobře ho ilustruje Příloha A. V dnešní době není již nutné dodržovat speciální diety před vyšetřením, jelikož byly vyvinuty nové imunologické typy testů, které nejsou ovlivnitelné konzumací jistých druhů potravin. Test je založen na pseudoperoxidázové aktivitě tetrapyrolu hemu, které při reakci způsobuje zbarvení vzorku. Pozitivitu tohoto testu je nutné doplnit o koloskopii. Postup při vyhodnocení výsledku ze strany lékaře je možné vidět v Příloze B.

K podrobnějšímu vyšetření se používají rentgenologické a endoskopické metody. Kolonoskopické vyšetření umožňuje pomocí endoskopu prohlédnout sliznici tlustého střeva a odhalit případné změny s možností snesení polypů nebo vzorků z nejasně změněných tkání, které se následně histologicky vyšetřují. Kolonoskopie slouží také k provedení profylakticko-terapeutických výkonů. Při vyšetřování tlustého střeva musí být vyšetřen celý tračník až po cékum. Adam, Krejčí a Vorlíček (2010) udávají, že nelze-li vyšetřit celé střevo pro distálně lokalizovanou stenózu, je nutné vyšetřit celé střevo do céka během operace nebo do 3 měsíců po operaci.

Výrazným krokem vpřed jsou dle Adama, Krejčího a Vorlíčka (2010) metody endoskopické slizniční resekce a endoskopické submukózní disekce, které dokáží odstranit rozsáhlé ploché neoplazie, které by ještě před lety musely být řešeny chirurgickou cestou. Alternativou endoskopie je rentgenologické vyšetření s aplikací kontrastní látky a vzduchu, také nazýváno jako metoda dvojího kontrastu. Toto vyšetření může pomoci vyšetřit nemocné, u kterých endoskopii nemůžeme provést. V případě paliativních výkonů vedoucích k obnovení střevní neprůchodnosti je tato metoda nezastupitelná. Na základě lokalizace a délky stenotického postižení střeva se indikuje zavedení stentu a individuálně se vybírá správná délka stentu.

„Jistou nadějí slibuje virtuální endoskopie tlustého střeva získaná pomocí spirálního CT, která by mohla pacienty ušetřit od nepohodlí, s nímž je klasická endoskopie spjata.“
(ADAM, KREJČÍ, VORLÍČEK, 2010, s. 73)

Žaloudník a kol. (2007) tvrdí, že zvláštní pozornost je nutné věnovat vyšetření nádorů v oblasti konečníku. Přesná diagnostika v této lokalizaci rozhoduje o indikaci předoperační terapie a o charakteru resekcího výkonu. Typ operace je pro následnou kvalitu života zcela zásadní. Jde o amputaci konečníku či resekci s anastomózou. Obraz o lokálním nálezů nám přinese rektoskopie či kolonoskopie. Hloubku invaze nádoru, postižení stěny rekta či postižení para rektálních lymfatických uzlin lze posoudit trans rektální endosonografií či magnetickou resonancí pánve nebo pomocí CT, a v neposlední řadě je možné využít transrektální ultrazvuk. Při nálezů hematurie nebo při podezření na šíření nádoru mimo konečník podle zobrazovacích metod se provádí urologické vyšetření. U žen je pak nezbytné gynekologické vyšetření.

Adam, Krejčí a Vorlíček (2010) uvádí, že při kolorektálním karcinomu může být zvýšená hladina karcinoembryonálního antigenu. Bohužel jeho přítomnost při nádoru není obligátní, proto by se vyšetření tohoto markéru nemělo používat k zodpovězení otázky, zda má či nemá pacient kolorektální karcinom. Ale převážně jen k monitorování pacientů po operaci.

1.4 Prevence

Zavoral (2017) popisuje, že díky Nadaci Vize 97, kterou založili v roce 1998 Dagmar a Václav Havlovi, mají všechny osoby ve věku nad 50 let vyšetření na okultní krvácení 1× ročně plně hrazené ze zdravotního pojištění. U lidí ve věku nad 55 let je možné pokračovat ve vyšetřování stolice na okultní krvácení ve dvouletém intervalu, nebo je možné absolvovat screeningovou kolonoskopii, která je v případě negativního nálezů zopakována po 10 letech. Touto nadací byl vytvořen plakát, který má informovat lidi z širokého okolí o kolorektálním karcinomu Příloze C.

Díky přístupu a úsilí Dagmar Havlové se podařilo v minulých letech získat finanční prostředky ve výši kolem 300 miliónů korun pro boj s touto zákeřnou nemocí. Tato finanční hotovost umožnila vybavit endoskopická pracoviště napříč celou Českou republikou novými lékařskými přístroji. A proto se díky této nadaci dospělo k poklesu počtu úmrtí pacientů na toto nebezpečné onemocnění a v současné době se řadíme na 5. místo ve světě.

U většiny pacientů je přesná příčina vzniku kolorektálního karcinomu neznámá. Jsou však známy rizikové faktory, které možnost vzniku onemocnění zvyšují. Za zcela nevhodnou v tomto směru považujeme zvýšenou konzumaci uzených, konzervovaných a smažených jídel s vysokým podílem živočišného tuku a červeného masa. Naopak příznivý efekt má zařazení ryb či vlákniny do jídelníčku a pravidelná fyzická aktivita.

Seifert (2012) ve své knize poukazuje, že vzniku kolorektálního karcinomu lze předcházet primární a sekundární prevencí. Dále máme prevenci terciální a kvartérní. Do oblasti primární prevence řadíme předcházení zdravotních problémů, ale také zlepšování zdravotního stavu. Doporučení pro primární prevenci kolorektálního karcinomu jsou preventivní prohlídky lékařem, kdy je třeba efektivně, je-li možno strukturovaně dokumentovat prevenci a v určitých intervalech jí vyhodnocovat. Do oblasti primární prevence kolorektálního karcinomu také řadíme omezení v oblasti výživy a to omezení podílu živočišných tuků, omezení konzumace červeného masa, nekuřáctví, udržování ideální hmotnosti, pohyb a cvičení a v neposlední řadě zvýšení podílu vlákniny ve stravě.

Sekundární prevence zahrnuje včasný záchyt již vzniklého onemocnění a vyžaduje kvalitní spolupráci lékaře s pacientem. Předcházení dalších komplikací může pacient zamezit včasnou detekcí varovných příznaků, jako jsou trvalé bolesti břicha, noční nebo trvalý průjem, nevysvětlitelný úbytek hmotnosti, krev ve stolici, anemie, projevy malabsorpce a horečka. Mezi formy sekundární prevence kolorektálního karcinomu patří preventivní prohlídky, depistáž, časná diagnostika nádorů prostřednictvím kolonoskopie, profylaxe a následná dispenzarizace.

Seifert (2012) tvrdí, že terciální prevence předchází dalším škodám v důsledku nádorového onemocnění nebo terapie. Zahrnuje opatření směřující k udržování funkční zdatnosti a soběstačnosti pacienta a předchází dalším možným komplikacím, jako může být například duplicitní nádor. Kvartérní prevence znamená identifikaci a předcházení důsledkům progredujících a nevléčitelných chorob a poruch, optimalizace zbytkových funkcí a navrácení kvality života.

1.5 Klasifikace nádorů

Mačák, Mačáková a Dvořáčková (2012) uvádí, že při diagnostice nádorů hodnotíme tři základní parametry - typing, staging a grading. Typing je mikroskopické určení tkáně, ze které nádor vyrůstá. Je určen na základě histologického vyšetření vzorku nádorové hmoty. Může se jednat o adenokarcinom, karcinom z prstencových buněk, skvamózní karcinom nebo adenoskvamózní karcinom.

Staging udává rozšíření nádorového procesu v těle. Zkoumá, jaké velikosti nádor dosáhl a zda se rozšiřuje do okolních tkání. K tomuto určení se užívá mezinárodní klasifikace, která se označuje písmeny TNM. T neboli Tumor určuje rozsah postiženého nádoru, jeho velikost a kam případně prorůstá. Čím vyšší je rozsah nádoru, tím vyšší je číslo u písmene T. T0 tedy znamená nepřítomnost nádoru. Písmeno N neboli node, určuje, zda jsou postižené místní lymfatické uzliny metastázami. M neboli metastáza určuje, zda jsou přítomné metastázy v plicích, játrech, mozku a kostech. U kolorektálního karcinomu se metastázy nejčastěji vyskytují v játrech.

Grading určuje zralost nádoru, čím vyšší má nádor grading, tím méně je podobný tkáni, ze které vychází, a tím je zhoubnější. Grading se jako typing určuje z histologického vyšetření vzorku nádoru.

Vorlíček (2012) uvádí stadia kolorektálního karcinomu podle klasifikace TNM:

- T1 submucóza
- T2 tunica muscularis propria
- T3 subseróza
- T4 prorůstání na viscerální peritoneum
- N1 1-3 uzliny
- N2 4 a více uzlin
- M1 vzdálené metastázy a M1a metastázy omezené na jeden orgán a M1b na více orgánů.

1.6 Léčba kolorektálního karcinomu

Adam, Krejčí a Vorlíček (2010) tvrdí že základním léčením kolorektálního karcinomu je chirurgický výkon, resekce samotného nádoru a případných solitárních metastáz. Tento výkon se liší podle umístění a rozsahu nádoru, proto je možné stanovit strategii léčby až po dokončeném stagingu. Chemoterapie má své místo v adjuvantní a v paliativní léčbě. Použití radioterapie je omezeno pouze na oblast rektu. Terapeutický postup je úzce spjatý s celkovým stavem pacienta, lokálním nálezem a s přítomností metastáz.

Seifert (2012) popisuje, že kombinace moderních přístupů jaterní chirurgie, intervenční radiologie, chemoterapie a biologické léčby, individualizovaná na pacienta, poskytuje šanci na delší přežití u pacientů s dříve inoperabilními metastázami. Seifert (2012) uvádí, že při záchytu nádoru v časném stadiu může být totálním řešením jeho endoskopické odstranění.

Vorlíček dále (2012) uvádí, že provedení kolonoskopie s polypektomií prokazatelně snižuje mortalitu na kolorektální karcinom a v neposlední řadě je nutné poukázat, že Aspirin snižuje riziko rekurence adematózních polypů.

1.7 Léčba prekanceróz

Adam, Krejčí a Vorlíček (2010) tvrdí, že nádorová transformace probíhá v několika stupních. Dysplazie, adenomy a neinvazivní karcinomy jsou procesy omezené pouze na sliznici, tedy nemetastazují. Karcinomy rostoucí infiltrativně do submukózy se označují jako karcinomy invazivní. Tyto invazivní karcinomy již metastazovat mohou. Základní metodou pro odstranění prekanceróz je endoskopická polypektomie. Tato metoda má funkci diagnostickou a léčebnou. Zavoral (2001) uvádí, že všechny polypy odstraněné touto metodou musí být histopatologicky vyšetřeny. Nemocní po polypektomii by měli být endoskopicky kontrolováni nejpozději za 3 roky po prvním vyšetření. Při negativním nálezu po třech letech je možné další kontrolu naplánovat až po 5 letech.

1.8 Léčba karcinomu tlustého střeva

Léčba karcinomu tlustého střeva je dvojitá, patří sem chirurgická terapie a chemoterapie. Jak bylo již více popsáno, radioterapie se u karcinomu tlustého střeva provádí jen výjimečně. Adam, Krejčí a Vorlíček (2010) rozdělují chirurgickou terapii u karcinomu tlustého střeva na kurativní a paliativní. Kurativní chirurgická terapie zahrnuje více resekčních operací, které jsou prováděny na základě umístění nádoru. Mezi typy resekčních operací prováděných na tlustém střevě patří pravostranná či levostranná hemikolektomie, resekce transverza nebo také resekce sigmoidea. Zároveň se provádí regionální lymfadenektomie. Radikální odstranění uzlin se v tomto případě považuje za přínosné a to z důvodu odstranění metastatických uzlin, a to tedy maligní buňky, ale také z důvodu histologického vyšetření, které nám pomůže ke stanovení odpovídající léčby.

1.9 Léčba karcinomu rekta

Novák (2012) popisuje, že karcinom rekta se od karcinomu tlustého střeva odlišuje v tom, že naléhá na pánevní stěnu, dochází tedy k rychlému přestupu maligních buněk do stěn malé pánve. Z toho plyne vyšší četnost tak zvaných lokoregionálních recidiv v oblasti malé pánve.

Adam, Krejčí a Vorlíček (2010) tvrdí, že hlavní metodou léčby karcinomu rekta je tedy stejně jako u karcinomu tlustého střeva léčba chirurgická. K základním chirurgickým metodám patří úplná resekce mezorekta, ke které se přistupuje v průběhu nízké přední resekce nebo abdominoperineální resekce. Nízká přední resekce se používá u nádorů střední a horní třetiny rekta. Abdominoperineální resekce se provádí u níže uložených nádorů nebo také u nádorů, u nichž by operace vedla k narušení sfinkterů a inkontinenci. Lokální excize nádoru se provádí pouze tehdy, neprorůstá-li nádor do svaloviny rekta, maximální průměr nádoru je 3 cm a nezaujímá více než jednu třetinu obvodu rekta. Odbornými společnostmi je doporučováno vyšetření nejméně 12 mízních uzlin.

Adam, Krejčí a Vorlíček, (2010) popisují, že pravděpodobnost vzniku místní recidivy lze zmenšit použitím předoperační nebo pooperační radioterapie, nejčastěji

v kombinaci s chemoterapií na bázi 5- fluorouracilu. Důvodem pro tento koncept je především zvýšení podílu sfinkter zachovávajících výkonů a více než 50% redukce prodloužení celkového přežívání, ale také i snížení recidiv. Novotný (2012) tvrdí, že srovnání předoperační a pooperační radio/chemo terapie vyznívá lépe pro předoperační léčbu. Pooperační radio/chemo terapie je dnes vyhrazena pouze pro léčbu pacientů, u nichž definitivní histologické vyšetření po operaci zvýší staging.

1.10 Radioterapie

Adam, Krejčí a Vorlíček (2010) popisují radioterapii nebo také léčbu zářením se u karcinomů vyšších oddílů tlustého střeva téměř neuplatňuje. Je to z důvodu vysoké senzitivity, která by mohla poškodit tenké střevo zářením. Jelikož účinná dávka k ovlivnění nádoru střeva je tenkým střevem špatně tolerovaná. Tato metoda se tedy používá při postižení nižších oddílů tlustého střeva v kombinaci s chirurgickým výkonem. Ve většině případů je radioterapie současně realizována s chemoterapií. Je možné ji uplatnit i při metastatickém postižení jater.

1.11 Chemoterapie

Anon (2014) popisuje, že cesty, jak léčit rakovinu, jsou v dnešní době velice rozmanité. Asi nejčastějším způsobem, jak ničit rakovinné buňky, je chemoterapie. Metoda léčby spočívá v podávání chemických látek, které se nazývají chemoterapeutika a ty dokážou zastavit nežádoucí buněčné dělení. Více než polovina lidí s rakovinou podstupuje tuto léčbu. Miliónům lidí tato léčba pomáhá a zvyšuje jim tak kvalitu života. Mnoho lidí má však chemoterapii spojenou s vedlejšími účinky, a proto se ji bojí podstoupit.

Vedlejší účinky chemoterapie jsou mezi lidmi obávanou stránkou léčby. Zpravidla se snižují počty bílých a červených krvinek i krevních destiček. Pacientům nebývá dobře, zvrací, ztrácejí vlasy a jsou zvýšeně unaveni. Kvůli nízkému počtu bílých krvinek a vyššímu riziku infekcí hrozí neutropenie, která se projeví náhlou vysokou horečkou, která vyžaduje hospitalizaci.

1.12 Biologická léčba

Anon (2014) tvrdí, že biologická léčba je nejnovějším trendem nejen v léčbě rakoviny, ale i dalších, zejména autoimunitních onemocnění. Tato léčba nemá na rozdíl od klasických léčebných postupů závažné nežádoucí účinky. Účinkuje tedy velmi specificky a to pouze na vybrané části imunitního systému, což výrazně omezuje její nežádoucí účinky. Nevýhodou je však její vysoká cena.

Biologická léčba je výjimečná tím, že podporuje imunitní systém lidského organismu, a to proto, aby se s nemocí co nejlépe vypořádal sám. Biologická léčba blokuje nebo snižuje účinek růstových faktorů, které podporují růst nádorových buněk. Dále umožňuje imunitnímu systému snáze zničit nádorové buňky a zbavit se jich. A v neposlední řadě brání nádoru šířit se do dalších, zatím nepostižených částí těla.

2 STOMIE

Stomie pochází z řeckého slova stoma neboli ústa, celosvětově také zváno jako „ostomy“, znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšíáním nebo také pomocí katétru.

Vyústění orgánů se vytvářelo již v období před naším letopočtem, a to většinou po poranění dutiny břišní. Velkým problémem pro provádění břišních operací byla anestezie. Ve starověké Číně se k tlumení bolesti používal přípravek, jehož součástí bylo indické konopí. Zachová a kol. (2010) uvádí, že v řeckých zápiscích se hovoří, že bůh lékařství Asklepios používal pro zmírnění bolesti a jako analgezií při chirurgických zákrocích rostlinný lék Nepenthe, který byl jinak také znám jako „lék zapomnění“. První zmínka o stomii sahá do období 350 před naším letopočtem, kdy řecký lékař Praxagoras z Kósu úspěšně upravil střevní vývod při poranění břicha. V roce 1710 Littré jako první navrhl zhotovení cékostomie u anální atrezie, bohužel jeho myšlenku realizoval až Pillore v roce 1776 u pacienta se stenózujícím karcinomem sigmoidea. Tuto operaci pacient přežil 28 dní. Z období napoleonských válek máme již zprávy o úspěšném ošetření střelných poranění břicha s výhřezem vnitřností. Do historie stomických technik se také zapsal známý český chirurg Karel Maydl, který v roce 1888 poprvé provedl dvouhlavňovou sigmoideostomii, která se prakticky zhotovuje stejným způsobem i dnes. V roce 1953 se začínaly specializovat sestry na problematiku stomií. Marková (2006) uvádí, že v roce 1958 v Anglii založili pacienti se stomií svůj vlastní klub.

Marková (2006) a Zachová a kol., (2010) popisují, že chirurgické techniky se v posledních desetiletích stále zdokonalují a to díky modernímu vybavení operačních sálů, využití nových chirurgických nástrojů, stále se zdokonalujícím znalostem lékařů a v neposlední řadě vzhledem k možnostem novodobé anestezie. Kvalita života se stomií je pro každého velice subjektivní pocit. Je zřejmé, že závažné onemocnění či trvalé postižení změní často pomyslný žebříček životních hodnot jedince. Je proto nutné, aby se zdravotničtí pracovníci snažili pomáhat pacientům k maximální soběstačnosti a kvalitě života s ohledem na jeho fyzickou, psychickou, sociální i duševní pohodu.

2.1 Druhy stomií

Marková (2006) popisuje, že stomie můžeme dělit dle různých kritérií, která mohou být platná jak pro kolostomie, tak i pro ileostomie. Rozdíl je v časovém trvání. Rozeznáváme tedy stomie trvalé a stomie dočasné. Stomie trvalé jsou založeny tehdy, pokud není možné obnovit přirozenou cestu odchodu stolice, oproti tomu dočasné stomie bývají vytvořeny na dobu, kterou stěna orgánové soustavy potřebuje k obnovení své plné funkčnosti. Není pravidlem, že se dočasná stomie nestane stomií trvalou. Toto se může stát za předpokladu, nechce-li pacient podstupovat další operaci, která je nutná k obnově kontinuity střeva přirozenou cestou nebo také nedovolí-li to pacientův zdravotní stav.

Dále dělíme stomie podle účelu, a to tedy na stomie výživné a derivační. Výživné stomie se zakládají na horní části zažívacího ústrojí (gastrostomie, jejunostomie) a slouží zajištění stálého přísunu speciálně upravené stravy do zažívacího ústrojí. Oproti tomu derivační stomie slouží k odvodu střevního obsahu do snímatelného sběrného systému při nemožnosti přirozeného vyprazdňování.

Zachová a kol. (2010) tvrdí, že stomie dělíme také dle způsobu konstrukce. Tady rozlišujeme nástěnnou stomii, která se nevolí tak často a jedná se o vyšití střeva k břišní stěně. Pomocí drénu zavedeného do střeva lze konstruovat nástěnnou nebo také stomii Witzelova typu. Koncová neboli jednohlavňová stomie se nazývá terminální. Dvouhlavňovou stomii tvoří klička střeva, která je protažena stěnou břišní. Po otevření přední části střeva má stomie dva otvory, jeden otvor vývodný a druhý odvodný. U tohoto typu není střevo zcela přerušeno.

2.2 Kolostomie

Kolostomie neboli vyvedení tlustého střeva na povrch kůže je nejčastější druh vývodu. Vyšívá se tak, že vystupuje pouze v úrovni kůže. Má kruhovitý tvar jasně červeného zabarvení, které je dáno barvou střevní sliznice. Ve střevní sliznici nejsou nervová zakončení pro vnímání bolesti, proto není kolostomie citlivá na pohmat. Konzistence a frekvence vyprazdňování stolice záleží na výši umístění stomie.

Marková (2006) tvrdí, že pokud, je kolostomie v konečné části tlustého střeva, je vylučována již formovaná stolice. Konzistenci ovlivňuje především složení stravy,

množství a druh přijímaných tekutin, užívání některých léků a psychický stav pacienta. Čím blíže je stomie ke konci střeva, tím je odpad kompaktnější

Marková (2006) a Zachová a kol. (2010) popisují, že z hlediska lokalizace rozlišujeme kolostomie dle jejího umístění. Cékostomie je kolostomie, která je umístěna v oblasti céka. Tato stomie se dnes vytváří ojediněle a to v případě paralytického ileu, což je neprůchodnost střevní a dále jako prevence spontánní perforace střeva. Cékostomii lze vytvořit pomocí drénu či Foleyova katétru, po jeho vyjmutí zpravidla cékostomie spontánně zanikne. Dalším typem stomie je ascendentostomie, kdy je vývod umístěn v úseku vzestupného tračníku. Transversostomie, což je stomie v průběhu příčného tračníku. Jde často o dvouhlavňovou stomii, která se provádí hlavně u dětí z důvodu vývojových vad. Transverzostomie je obvykle dočasná a vylučuje polotekutý obsah. Vyústění je ve střední části břicha nad pupkem. Descendetostomie, je stomie v distální partii tlustého střeva a v neposlední řadě sigmoideostomie, kdy je stoma vyvedeno v místě esovité kličky na levé polovině břišní stěny. Tento typ stomie se provádí nejčastěji.

Marková (2006) popisuje, že z hlediska technického provedení rozlišujeme kolostomii nástěnnou, terminální a dvouhlavňovou neboli axiální. Nástěnná stomie se téměř neprovádí a to vzhledem k problémům se zatékáním střevního obsahu, jde pouze od otvoru ve stěně tlustého střeva. Terminální stomie u této stomie je proximální část střeva vyvedena břišní stěnou. Distální konec je buď z důvodu patologického procesu excitován, nebo slepě uzavřen. U dvojhlavňové stomie je celé klička střeva vyvedena po celém obvodu a je podložena drénem, který slouží k přidržení stomie.

2.3 Ileostomie

Vyústění ileostomie je obvykle v pravém dolním kvadrantu břišní stěny. Tvar ileostomie je kruhovitý o průměru 2-2,5 cm a je tedy o něco menší než kolostomie. Marková (2006) charakterizuje ileostomii jako, vyústění konečné části tenkého střeva. Zachová (2010) popisuje ileostomii jako vyústění ilea břišní stěnou a sběr odváděného obsahu do stomického systému.

Z důvodu zvýšeného množství tekutin a trávicích šťáv v tenkém střevě je nutné, aby ileostomie vyčnívala několik cm nad kůží. Díky tomuto vyšití se snižuje kontakt

střevního sekretu s kůží a tím i riziko jejího poškození agresivními enzymy. Ileostomie odvádí tekutý, agresivní střevní obsah, který však nezapáchá a to z důvodu sníženého počtu bakterií oproti tlustému střevu. Zachová a kol. (2010) tvrdí, že ošetřování ileostomie je oproti kolostomii náročnější a to z důvodu agresivního sekretu, který z tenkého střeva kontinuálně vytéká. Je tu tedy možné riziko dermatitidy, proto je nutné pravidelně sledovat a pečovat o ileostomii a znát základy první pomoci při kontaktu sekretu s kůží.

Marková (2006) tvrdí, že indikační skupiny k založení ileostomie jsou v určitém směru shodné s indikacemi k založení kolostomie. Záleží zde pouze na rozsahu a lokalizace postižení. Ileostomie vylučuje zpočátku 1-2 l obsahu za den, po několika týdnech se obsah zredukuje na 500–800 ml za den. Jsou zde zvýšené ztráty sodíku a draslíku, které jsou za normálních podmínek kompenzovány vhodnou dietou s vysokým obsahem solí a pitným režimem.

Pro porozumění uvádí, Zachová (2010), konkrétní výrazy možných vývodů na tenkém střevě. Na tenkém střevě můžeme rozlišovat vývod z první části tenkého střeva, tento vývod označujeme termínem duodenostomie. Vývod z úseku jejuny označujeme jako jejunostomie. Tyto vývody mohou sloužit jako výživové vstupy, ale mohou být také zakládány při vážných onemocněních jako stomie derivační. Ileostomie stejně jako výše popsány kolostomie mohou být dočasné i trvalé. Dočasné jsou tvořeny na dobu nezbytnou pro zhojení operovaného úseku střeva, tyto stomie se dělají spíše dvouhlavňové. Marková (2006) uvádí, že důvod dočasné ileostomie trvající několik týdnů je v odvedení obsahu tenkého střeva pro odlehčení během léčby kolitidy, nebo divertikulózy či po traumatu. Ileostomii dělíme dále na jednohlavňovou a dvouhlavňovou, kdy se dvouhlavňová ileostomie zakládá na konečné části ilea těsně před jeho vyústěním do tračnicku. Jednohlavňová ileostomie se zakládá jako terminální, kdy je ileum vyvedeno nad úroveň pokožky nebo je vytvořen takzvaný rezervoár z tenkého střeva. Tento rezervoár je zakončený ventilovým uzávěrem, který zabraňuje kontinuálnímu vytékání také zvané jako inkontinentní stomie.

2.4 Komplikace stomií

Marková (2006) a Zachová a kol. (2010) popisují, že v souvislosti se stomií může, vzniknout celá řada komplikací. Těmto komplikacím se však při dodržování zásad správného ošetřování dá předejít. Pokud je však důvodem komplikace špatná konstrukce stomie, je možné tuto komplikaci odstranit pouze chirurgicky. Problematika těchto komplikací zasahuje nejen fyzický stav pacienta, ale i psychosociální oblast jeho života, jelikož pro stomika je zásadní podmínkou spokojenosti pocit bezpečí, jistoty a soběstačnosti v péči o stomii. Předcházení komplikacím má význam pro všechny, a to jak pro stomika, stomickou sestru, tak i pro jeho blízké. Proto jsou nutná preventivní opatření, která jsou nedílnou součástí předoperační přípravy. Pro zdravotníky je pak odměnou za dodržení správných postupů spokojenost pacienta, minimalizace komplikací a úspora času při bezproblémovém ošetřování stomie.

Komplikace stomií dělíme na časné a pozdní. Časné komplikace se objevují v krátkém pooperačním období. Patří sem tedy nevhodné umístění stomie, nekróza, krvácení, edém, mechanický ileus či hnisavý zánět v okolí stomie. V delším časovém horizontu se objevují komplikace jako stenóza či retrakce, prolaps a parastomální kýla, kožní dermatitidy, ulcerace a opruzeniny. Marková (2006) dále uvádí i poruchy sexuální a inkontinenci.

Jednou z nejzávažnějších komplikací je maladaptivní porucha života se stomií. Důvodem je nejen změna tělesného vzhledu, životního stylu, životosprávy, ale i závažnost charakteru onemocnění a souvisejících léčebných postupů. Období akceptace je individuální a není ve všech případech úspěšné. Extrovertnější stomici dají spíše najevo, co je tíží. Oproti tomu introvertní lidé nesdělí, to že je něco trápí kde komu. Bojují s tím v sobě, proto je nutná vnímavost a pozornost ošetřující sestry.

2.5 Pomůcky pro stomiky

Marková (2006) uvádí že, za posledních několik desítek let prodělaly stomické pomůcky obrovský vývoj. Do roku 1960 se nepoužívaly žádné stomické pomůcky, tudíž byl stomik prakticky vyřazen ze společenských aktivit. Po roce 1960 se začaly používat jánošíkovské či francouzské pásy, které ovšem kvalitu života stomiků nijak nezlepšili. Až v roce 1972 přišla firma Convatec s novými typy stomických pomůcek, které

umožňovali dobré přilnutí podložky ke kůži. I tyto pomůcky se postupně modernizovali s cílem zajistit větší komfort pacienta. V dnešní době je na trhu nespočet kvalitních stomických pomůcek, které jak pacientům, tak sestřám pomáhají se snadnější péčí a s kvalitním životem se stomií.

Dansac (2008) popisuje, že stomické produkty na náš trh dodává několik firem. Mezi ty nejznámější patří firma Convatec, Coloplast, Braun a Dansac. Produkty od těchto firem jsou snadno dostupné, jelikož jsou ve velké většině hrazeny pojišťovnami. Stomickou pomůcku předepisuje smluvní lékař pojišťovny s odborností. Pomůcky jsou předepisovány na poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku, který je platný 2 měsíce. Nejvíce používané stomické pomůcky je možné vidět v Příloze D.

Stomické systémy dělíme na jednodílné a dvoudílné. Jednodílný systém je tvořen ochrannou želatinovou lepidlou podložkou, která je pevně spojena se sběrným sáčkem. Sáčky mohou být transparentní, je tedy možná vizuální kontrola, anebo neprůhledné a to většinou tělové barvy. Tento typ sáčku se musí měnit 1-2x denně nebo dle potřeby. Dvoudílný systém se skládá z podložky a sáčku s kompatibilním spojením. Uprostřed podložky je otvor, kolem něhož je připevněn plastický kroužek určitého průměru, který udává velikost pomůcky. Na plastický kroužek se připevňuje sáček stejné velikosti. Velikost pomůcky volíme tak, aby šíře kroužku byla o 1cm větší, než průměr stomie. Tento typ sáčku se mění jednou za 4-6 dní. Složení podložky u tohoto systému podporuje proces hojení.

Marková (2006) popisuje, že mezi další stomické pomůcky patří čisticí a ochranné prostředky. Čisticí prostředky zahrnují odstraňovač náplastí, čisticí roztok, čisticí roušky a pohlcovač pachu. Tyto čisticí prostředky jsou hrazeny do výše 1 500 Kč na měsíc. Mezi ochranné prostředky patří ochranný film, který se nanáší na kůži před přiložením pomůcky a vytváří tak ochranný film, který zvyšuje odolnost kůže. Ochranná pasta, která slouží k vyrovnání nerovností kůže, prohlubní jizev. Tato pasta působí preventivně proti proniknutí stolice pod podložku. Dále pasta adhezivní, která má zklidňující účinky a utěšňuje prostor mezi stomií a podložkou a v neposlední řadě zásypový pudr, který se nanáší v tenké vrstvě pod podložku při podráždění kůže.

2.6 Ošetřování stomií

Pareira (2014) tvrdí, že jednou z nejzákladnějších věcí, které sestra musí před samotným ošetřením stomie vykonat je edukace. Edukace je proces, při kterém pacient získá potřebné znalosti, dovednosti a postoje nezbytné k udržení, či zlepšení jeho zdravotního stavu. Do edukace, kterou by stomická sestra při hospitalizaci pacienta měla provést, patří, jak edukace před operací, tak edukace po operaci. Pokud pacient nebyl edukován před operací, je vhodné, aby sestra začala s praktickými postupy a seznámením se stomií a poté seznámila pacienta s teoretickými poznatky. U pacientů, kteří byli s ošetřováním stomie seznámeni před operací je možné, začít s teoretickou přípravou, při níž předá sestra pacientovi písemné materiály, ve kterých je péče o stomii komplexně popsána. Poté je už jen na pacientovi, zda zapojí do péče své blízké či rodinu. Dále je vhodné, aby pacient dostal pomůcky od všech výrobců na našem trhu, aby si je sám vyzkoušel a vybral tu, která mu bude nejlépe vyhovovat.

Marková (2006) tvrdí že výměna stomických sáčků může probíhat jak ve sprše, tak i na pokoji. Stomická sestra, která edukuje pacienta musí připravit jak prostředí, tak i pomůcky k edukaci. Mezi pomůcky k vlastní edukaci patří: rukavice, umyvadlo, teplá voda, toaletní potřeby, gáza, buničina, čtverce netkaného textilu, odpadní nádoba, židle, lůžko, zrcadlo, polička na odkládání pomůcek, nůžky, tužka, příslušenství a stomické pomůcky dané individuálním výběrem jednotlivce.

Některé zásady ošetřování jsou společné pro všechny typy stomií. Kůži v okolí musíme nejdříve očistit. Je nutné, aby byly chlupy pravidelně odstraňovány elektrickým strojkem. Tím se stane výměna sáčku méně bolestivá a zabráníme tím i možnému vzniku zánětu vlasového folikulu. Před přiložením nové podložky musí být kůže důkladně očištěna a osušena. Pokud se objeví zarudnutí kůže, je nutné tuto část natřít ochranným krémem. Podložka stomického sáčku se musí nejprve připravit. To znamená, že si pomocí šablony změříme největší průměr stomie a na podložce si vystříhneme otvor podle tvaru stomie tak, aby stomii podložka obkružovala, ale neškrtila. Po nalepení podložky je nutné pacienta edukovat o tom, aby se minimálně 15 minut vyvaroval fyzické aktivitě a setrval v poloze, ve které byla podložka nalepena, než přilne ke kůži. Okraje podložky musíme zajistit oblepením leukoplastí. Pokud pacient vybere dvoudílný systém jako vhodnou pomůcku, pak na plastický kroužek

přípevníme sáček, který je opatřen kroužkem stejného průměru. Sáček vyměňujeme, jakmile se naplní ze 2/3.

Vhodná volba pomůcky závisí na druhu stomie a snášenlivosti kůže. Nejčastějšími chybami při ošetřování stomie je používání dráždivých prostředků na peristomální kůži, příliš velký otvor v podložce, čímž je okolí stomie podrážděné vytečeným střevním obsahem a to pak způsobuje maceraci kůže.

2.7 Specifika práce stoma sestry

Barnwell (2015) a Majšíková (2014) tvrdí, že z důvodu nutnosti zajistit komplexní péči o pacienty se stomií vznikla v roce 1958 celosvětová paramedicínská profese nazvaná stoma-terapeut nebo také stomický terapeut. První stoma terapeutkou byla N.G. Thompsonová z Clevelandské kliniky, která se zasloužila o vznik této specializace. Funkce stoma terapeutky má v zahraničí již dlouholetou tradici, neboť její existence zkvalitňuje péči o stomiky. Práce stoma terapeutky je tedy mnohdy nezastupitelná. V České republice ještě není zcela samozřejmostí, že na každém chirurgickém oddělení je tato funkce zřízena.

Je však dobře známo, že práce stoma sestry hraje zásadní roli pro zotavení jednotlivce, jelikož pacienti s kolorektálním karcinomem, u kterých je vyžadováno vyšítkování stomie mají obecně více problémů, než ti, kteří stomii nepotřebují. Podpora a správná edukace odborníkem se považuje v tomto směru za značně přínosnou. Zásadní úlohou stoma sestry je tedy edukovat pacienta před a po operačním výkonu, koordinovat komplexní péči, pomoci pacientovi smířit se se stomií a v neposlední řadě poskytnou odborné znalosti jak pro pacienty, tak i pro jejich blízké a rodinu. Péče stoma sestry však nekončí pacientovým propuštěním.

Stoma sestra mu dále nabízí své poradenské služby v rámci stoma poradny. Při návštěvě pacienta se sestra stomikovi individuálně věnuje a snaží se mu pomoci s jeho potížemi. Návštěva stoma poradny může být pacientovi velice přínosná a to z důvodu toho, že stoma sestra může zachytit pozdní komplikace jako je stenóza, prolaps, parastomická kýla či píštěl. Pacientovi pomůže vybrat vhodnou pomůcku a seznamuje jej s novinkami dostupnými na trhu.

3 Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem rekta

Než začneme pacienta ošetřovat, měli bychom si o něm získat co nejvíce informací. Dostatek informací je základem k poskytnutí komplexní individualizované péče o pacienta a uspokojení jeho potřeb. Nejdůležitější je tedy první setkání s pacientem, kdy navazujeme kontakt, a už v této fázi zjišťujeme potřebné informace a vytváříme tím i neméně důležitou atmosféru.

Ošetrovatelská část bakalářské práce je zaměřená na ošetrovatelskou péči o pacientku před a po plánovaném chirurgickém výkonu. Operační výkon byl naplánován z důvodu tumoru rekta s následnou protektivní ileostomií. Operační výkon pacientka podstoupila po předchozí radiační a chemoterapeutické léčbě.

Hlavní pozornost je věnována základním bio-psycho-sociálním a spirituálním potřebám pacientky, které byly zjištěny pomocí rozhovoru s pacientkou, její matkou a pozorováním. Další pozornost je věnována poskytování kvalitní péče v souladu s potřebami a požadavky stomiků a systém komplexní edukace obsažený v péči předoperační, pooperační a v následné péči. Posouzení stavu pacientky je zpracováno podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové, který je označován jako model fungujícího zdraví. Stanovené ošetrovatelské diagnózy, které se dělí na aktuální a potenciální jsou rozpracované dle priorit pacientky.

3.1 Důvod přijetí k hospitalizaci

Dne 09. 10. 2016 byla pacientka J.P. přijata na chirurgické oddělení nejmenované nemocnice v Praze. Pacientka přichází na základě úspěšné onkologické léčby k plánovanému chirurgickému výkonu pro zhoubný novotvar konečníku – rekta, diagnóza C20 s následnou dočasnou ileostomií. Operační výkon byl naplánovaný na 10. 10. 2016.

V tabulce níže, jsou popsány základní identifikační údaje pacientky zjištěné při příjmu na oddělení. Z důvodu zajištění ochrany osobních údajů podle zákona

č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, není v tabulce níže uvedeno jméno, rodné číslo a adresa trvalého bydliště pacientky.

Na požádání je možné předložit souhlas se sběrem dat pacientky, který je uschovaný u autorky bakalářské práce.

Tabulka 1 – IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY

Jméno a příjmení: J. P	Pohlaví: žena
Datum narození: 0. 0. 1968	Věk: 49
Adresa bydliště a telefon: /	
Adresa příbuzných: matka, totožná	
RČ: /	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské vzdělání	Zaměstnání: účetní
Stav: rozvedená	Státní příslušnost: Česká Republika
Přijetí: 09. 10. 2016, 7:00	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: chirurgie	Ošetřující lékař: MUDr. K. H.

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky, rozhovor s pacientkou (2016)

Důvod přijetí udávaný pacientkou: *Byla jsem přijata na tohle oddělení kvůli plánovanému výkonu. Mám zhoubný nádor konečníku a budu muset mít stomii. Mám z toho velký strach. Bojím se, že na mě lidi budou zírat.*

Podklady pro sepsání anamnézy pacientky byly zjištěny z ošetrovatelské a lékařské dokumentace a z rozhovoru s pacientkou.

Rodinná anamnéza

Matka: léčila se se srdcem

Otec: + v 84 letech na infarkt myokardu

Prarodiče: babička + v 80 na Ca prsu, dědeček + v 75 na infarkt myokardu

Sourozenci: sestra zdravá

Děti: zdravý

Osobní anamnéza

Dětské infekční nemoci: infekční hepatitida v dětství

Překonaná a chronická onemocnění: Hypertenzní nemoc 1 stupně, cholecystolithiáza, dermoidní cysta či teratom u dělohy, tumor rekta, klasifikačně střední třetiny rekta cT3-4, cN2, cM0-1, hemangiom pr. laloku jater.

Hospitalizace a operace: tříselné kýly v dětství

Úrazy: zlomená noha v dětství

Transfúze: není si vědoma

Očkování: běžná dětská očkování

Farmakologická anamnéza

V níže uvedené tabulce je uveden seznam užívaných léků pacientkou.

Tabulka 2 – SEZNAM UŽÍVANÝCH LÉKŮ PACIENTKOU

Název léku	Léková forma	Síla	Dávkování	Skupina
Concombino	Tbl.	32 mg/12 mg	Per os	Diuretikum
Cipralex	Tbl.	10 mg	Per os	Antidepressivum
Vigantol	Gtt.		Per os	Vitamin

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky (2016)

Sociální anamnéza

Rodinné poměry: rozvedená, bydlí s matkou

Bytové poměry: pacientka bydlí v přízemí činžovního domu se svou matkou

Volnočasové aktivity, záliby: antistresové omalovánky, čtení knih, procházky v přírodě, jízda na kole.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: pracuje jako účetní ve firmě, vztahy na pracovišti jsou prý dobré

Alergologická anamnéza

Alergie na prach, pyl roztoče, citrusy a salámy. Alergie na kontrastní látky, na léky pacientka neguje.

Gynekologicko-porodnická anamnéza

Menstruační cyklus: menses od 12 let, cyklus pravidelný do 48 let. Poté klimakterium

Počet porodů: 2

Potraty: 0

Klimakterium: od 48 let

Gynekologické operace: 0

Hormonální antikoncepce: 0

Samovyšetření prsou: provádí pravidelně, má strach, že by mohla mít Ca prsu jako babička.

Poslední gynekologická prohlídka: 10. 8. 2016

Abúzus

Kouření: pacientka kouří od 26 let 30 cigaret denně

Alkohol: 1 lahev červeného vína na 2 dny, malé pivo k tučnějšímu jídlu

Káva: černá káva 3x denně

Léky: když se pacientce špatně spí, vezme si prý od matky Stilnox na spaní.

Spirituální anamnéza

Pacientka je nevěřící. Nejdůležitější je pro ni zdraví a spokojenost její rodiny.

3.2 Nynější onemocnění pacientky

Paní J.P. přichází do nemocnice na základě doporučení MUDr. X.Y. k plánovanému chirurgickému výkonu pro zhoubný novotvar konečníku – rekta. Tumor zjištěn v červnu 2016, následovala neadjuvantní radio- a chemoterapie. Dušná se necítí, bolesti na hrudi neguje, nauzea a zvracení 0, bolesti břicha neguje, bez ikteru a cyanózy, GCS 4-5-6. V posledních měsících zhubla 5 kg. Poslední 2 dny snížená chuť k jídlu. *Určitě je to z toho, že mám veliký strach z té operace, sestřičko.*

Zdroj informací: Rozhovor s pacientkou, ošetrovatelská a lékařská dokumentace, ošetřující personál.

Níže uvedená tabulka obsahuje hodnoty a údaje zjištěné při příjmu pacientky na chirurgické oddělení.

Tabulka 3 – HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU PACIENTKY

TK	171/100	Výška	170
P	80	Hmotnost	61
D	14	BMI	21,1
TT	36,7	Pohyblivost	Soběstačná
Stav vědomí	Při plném vědomí	Orientace místem, časem, osobou	Orientována
Řeč	Plynulá	Krevní skupina	0 Rh+

Zdroj: Pacientka, zdravotnická dokumentace pacientky (2016)

Zhodnocení hodnot zjištěných při příjmu pacientky: pacientka má vysoký krevní tlak neboli hypertenzi, se kterou se léčí. Naměřená hodnota krevního tlaku byla 171/100. Léky na vysoký tlak předepsané lékařem užívá pravidelně.

3.3 Základní screeningové fyzikální vyšetření při příjmu

Vyšetření pohledem

Celkový vzhled, úprava zevnějšku: pacientka vypadá upraveně, nehty a vlasy má čisté, celkový vzhled dobrý

Dutina ústní a nos: sliznice jsou růžové, bez povlaků, bez známek dehydratace. Oči, uši, nos bez výtoku

Zuby: snímatelná horní zubní protéza

Stav vědomí: lucidní

Dýchání: pravidelné, bez patologických změn, pohyby hrudníku souměrné

Postoj: mírně příhrbený

Vyšetření poklepem

Hlava a hrudník: Hlava normocefalická, bez deformit, na poklep nebolestivá. Zornice izokorické. Hrudník na poklep plný, jasný. Srdce pokleповě nezvětšené

Břicho: Břicho měkké, nebolestivé

Reflexy: v normě

Vyšetření pohmatem

Hlava a krk: Hlava bez deformit, krk nebolestivý, hrdlo klidné, jazyk plazí středem

Hrudník a prsy: hrudník souměrně klenutý, prsy v pořádku, samovyšetření provádí pacientka pravidelně

Břicho: v úrovni hrudníku bez jizev a kýl, měkké, volně prohmatné

Pohybové ústrojí a cévy: bez otoků, bez patrných varixů, bez známek TEN, hybnost bez omezení, bez patrné poruchy prokrvení.

Vyšetření poslechem

Srdce a artérie karotis: akce srdeční pravidelná, karotidy tepou souměrně bez šelestu, náplň v normě

Plíce: oboustranné čisté sklípkovité v celém rozsahu

Břicho: peristaltika přiměřeně slyšitelná, klidná

Vyšetření per rektum

Nyní neprovedeno

3.5 Medicínský management z 13. 10. 2016

Lékařská diagnóza hlavní

C20 Zhoubný novotvar konečníku – rekta

Tu rekta, st. p. neadjuvantní CH/RT

Lékařská diagnóza vedlejší

Hypertenze, Cholecystolithiaza, dermoidní cysta nebo teratom u dělohy, hemangiom pravého laloku jater

Operace: 10. 10. 2016 Resectio rekti cum tumore, anastomosis mechanica

Ordinovaná vyšetření: Laboratorní vyšetření krve – krevní obraz, biochemie, hemokoagulace, Interní vyšetření EKG, RTG S+P bpn. Vyšetření psychologem.

Dieta: 1 kašovitá, šetřící. Nutridrink 2x 200 ml dle tolerance

Výživa: Per os

Pohybový režim: Vstává s dohledem

Individuální léčebný plán: Překlad z JIP, vysazena antihypertenzní medikace z důvodu vazovagálního kolapsu. Concombino pouze při hypertenzi. Péče o stomii a její okolí. Zajištěno vyšetření psychologem.

Ostatní ordinace: Tělesná teplota 2x denně, TK + P 2x denně, sledovat odpad do ileostomie, pomalá vertikalizace.

V tabulce níže je k vidění medikamentózní léčba z 13. 10. 2016.

Tabulka 4 - MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA 13. 10. 2016

Název léku	Léková forma	Síla	Dávkování	Léková skupina
Concombino	Tbl.	32 mg/12 mg	½-0-0	Diuretikum
Novalgin	Tbl.		po 8 hod.	Analgetikum
Fraxiparine	Inj.	0,4 ml	po 24 hod.	Antikoagulancium
Citalec	Tbl.	20 mg	1-0-0	Antidepressivum

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky (2016).

EKG: sinusový rytmus 89/min., bez specifických změn

RTG S+P: Na nitrohručních orgánech fyziologický nález

Fyziologické funkce 13. 10. 2016, 7:00, TK – 140/80, P – 68, TT – 36,7

V tabulce 9-11 je možné vidět laboratorní výsledky z 13. 10. 2016

Tabulka 5 - LABORATORNÍ VÝSLEDKY – KREVNÍ OBRAZ Z 13. 10. 2016

Laboratorní název	Výsledná hodnota	Referenční hodnota
Hemoglobin	112 g/l	135–175 g/l
Erytrocyty	4,34 tera/l	4,5–6,3 tera/l
Leukocyty	6,3 giga/l	4,00–10,0 giga/l
Hematokrit	0,349 %	0,38–0,52 %
Trombocyty	213 giga/l	140–440 giga/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky (2016).

Tabulka 6 - LABORATORNÍ VÝSLEDKY – BIOCHEMIE Z 13. 10. 2016

Laboratorní název	Výsledná hodnota	Referenční hodnota
Na	143 g/l	135–175 g/l
K	4,4 tera/l	4,5–6,3 tera/l
Cl	104 giga/l	4,00–10,0 giga/l
ALT	0,63 %	0,38–0,52 %
AST	206 giga/l	140–440 giga/l
Glukóza	5,4 mmol/l	4,1–5,9 mmol/l
Urea	9,1 mmol/l	2,7–8,1 mmol/l
Kreatinin	64 mmol/l	64–104 mmol/l
Albumin	36 g/l	35–53 g/l
CRP	8	0-5
Cholesterol	4,9 mmol/l	3,5-5,2 mmol/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky (2016).

Tabulka 7 - LABORATORNÍ VÝSLEDKY – HEMOKOAGULACE 13. 10. 2016

Laboratorní název	Výsledná hodnota	Referenční hodnota
INR	1,16	0,80-1,20
APTT	37,20	22,00–32, 00
APTT _r	1,28	0,80–1,20
PT-Quick	13,20	0,80–1,20
PTN-Quick	11,40	0,80–1,20
Ratio	1,28	0,80–1,20

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky (2016).

Zhodnocení laboratorních hodnot pacientky všeobecnou sestrou:

Krevní obraz – hodnoty krevního obrazu jsou až na nižší hodnotu hemoglobinu, hematokritu a erytrocytů v normě.

Biochemie – hodnoty biochemického vyšetření jsou v normě. Nižší hodnoty byli u K. Naopak vyšší hodnoty byli zjištěny u CL, kdy zjištěná hodnota převyšovala až 10x referenční hodnoty. Dále byly zjištěné vyšší hodnoty u Urea a CRP.

Hemokoagulace – hodnoty hemokoagulačního byly převážně zvýšené. Zvýšené hodnoty byly zjištěny u APTT, APTT_r, PT-Quick, PTN-Quick, Ratio. V normě byly hodnoty INR.

Laboratorní výsledky budou dále zhodnoceny ošetřujícím lékařem, který stanoví případná opatření.

3.6 Posouzení současného stavu

Výše uvedená kazuistika je zpracována podle ošetřovatelského modelu Marjory Gordon, která svůj model zaměřuje na interakci nemocného a prostředí. Model je složen z dvanácti oblastí, které jsou níže konkrétně rozpracovány podle potřeb pacientky ze dne 13. 10. 2016. Níže uvedené informace byly získány z ošetřovatelské a lékařské dokumentace, z rozhovoru s pacientkou, lékařem a její rodinou.

1. Podpora zdraví

Subjektivně - paní J.P. žije se svou matkou v přízemí činžovního domu od rozvodu se svým mužem. Pacientka tvrdí, že se snaží žít zdravým životním stylem, snaží se dodržovat dietu, která jí byla doporučena lékařem. Kouřit se prý ale nikdy neodnaučí. Denně vykouří 30 cigaret. Alkohol pije příležitostně. Na černou kávu si prý potrpí, během dne vypije 3 šálky. Očkována je proti tetanu a běžným dětským onemocněním. Alergie neguje. Se zdravotním stavem není ještě zcela smířena. Před chirurgickým výkonem měla velký strach, který nadále přetrvává. Bojí se stomie a toho, že na ní budou lidé koukat a myslet si prý bůh ví co. Dále se pacientka svěřila, že trpí syndromem bílého pláště, který prý platí spíše na lékaře.

Objektivně - i přes syndrom bílého pláště paní plně spolupracuje a komunikuje s ošetřujícím personálem.

Použitá měřicí technika: Měření krevního tlaku

Ošetřovatelský problém: V této oblasti se vyskytuje ošetřovatelský problém strach a syndrom bílého pláště.

2. Výživa

Subjektivně - za poslední tři měsíce pacientka zhubla 5 kg, chuť k jídlu přesto měla. Poslední 2 dny před nástupem k hospitalizaci si stěžovala na sníženou chuť k jídlu, jako důvod udávala strach z plánovaného výkonu.

Objektivně - nyní má pacientka kašovitou dietu. Chuť k jídlu má.

Použitá měřicí technika: Body Mass Index – 21,1 (norma).

Ošetřovatelský problém: 0

3. Vylučování

Subjektivně - vyprazdňování moči je spontánní, bez pálení a řezání. Před hospitalizací chodila pacientka na stolicí několikrát denně, stolice byla řidší, hnědé barvy bez patologických příměsí.

Objektivně - poslední stolice 9. 10. 2016. Nyní odchází stolice do pooperačního stomického systému. Vyprazdňování moči je pravidelné a bez patologických příměsí. Pacientka netrpí zvýšením pocením. Pocení je přiměřené okolnímu prostředí a tělesné aktivitě.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Změna ve vyprazdňování.

4. Aktivita a cvičení

Subjektivně - pacientka má ráda procházky v lese a jízdu na kole. Pohybuje se sama a bez obtíží. Ve volném čase ráda čte a vymalovává antistresové omalovánky. Také ráda kouká na televizní pořady a plete.

Objektivně - nyní se pacientka pohybuje s doprovodem z důvodu vazovagálního kolapsu při prvním vstávání po operačním výkonu. Otoky dolních končetin nemá.

Použitá měřicí technika: Barthel test všedních činností (80 bodů)

Ošetrovatelský problém: Lehká závislost při zvládnání základních všedních činností. Riziko pádů.

5. Vnímání, poznávání

Subjektivně – pacientka udává, že s vnímáním a pamětí problém nemá, slyší a vidí dobře, jen na čtení potřebuje brýle.

Objektivně - pacientka je plně při vědomí. Je orientována místem, časem a osobou. Se zdravotnickým personálem plně spolupracuje, i přesto že má z ošetrovatelského personálu strach z důvodu syndromu bílého pláště, kterým trpí od dětství. Glasgow coma Scale 15/15. Na čtení nosí brýle, se sluchem problém nemá. Krátkodobá a dlouhodobá paměť je v pořádku. Komunikuje bez obtíží. O svém zdravotním stavu je plně informována lékařem.

Použitá měřicí technika: Glasgow coma Scale (15/15)

Ošetrovatelský problém: 0

6. Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně – paní J.P. měla strach a obavy z plánovaného výkonu, i přesto, že byla lékařem řádně edukována a seznámena s nadcházejícím výkonem. Nyní má pacientka obavy z budoucnosti. Neumí si představit žít se stomií a má strach jak jí přijme okolí. Bojí se pohledů okolí a má strach, že bude zapáchat.

Objektivně - suicidální myšlenky nemá, pocity méněcennosti pociťuje.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: V této oblasti se vyskytuje strach, pocity méněcennosti.

7. Vztahy mezi rolemi

Subjektivně – paní J.P. pracuje jako účetní, v práci má podle jejího názoru dobrý vztah se zaměstnanci i s majitelem firmy. Se svým povoláním je spokojená, finanční situace je dobrá. Vztah s bývalým manželem podle pacientky dobrý není, nestýkají se a nekomunikují spolu. Jako velikou oporu uvádí svou matku. O dětech mluví hezky, ale prý se nevidají.

Objektivně – rozvedená, má 2 děti, které mají svou vlastní rodinu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: pocity méněcennosti, riziko pocitu samoty.

8. Reprodukce – sexualita

Subjektivně - potíže v oblasti sexuality pacientka neudává.

Objektivně – má dvě dospělé děti. Nyní má menopauzu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

9. Zvládání/Tolerance zátěže

Subjektivně - pacientka se necítí dobře. Se svým zdravotním stavem není zcela smířena. Běžné stresové situace pomáhá pacientce překonávat matka. Jako relaxační techniku udává vybarvování antistresových omalovánek nebo čtení knihy.

Objektivně – do nemocnice si vzala pletací náčiní, antistresové omalovánky a oblíbenou knihu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: strach.

10. Životní principy

Subjektivně - na prvním místě, je pro ni zdraví spokojenost jejich dětí.

Objektivně – paní je nevěřící.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

11. Bezpečnost – ochrana

Subjektivně - zhoršené hojení ran ani defekty na sliznicích nepozoruje.

Objektivně – při příjmu na oddělení seznámena s chodem oddělení a byla poučena o možnosti použít signalizační zařízení v případě potřeby. Po chirurgickém výkonu byla edukována o správném ošetřování ileostomie a prevenci vzniku dermatitidy. Dále byla pacientka informována o správné bezpečnosti a manipulaci s pooperačním drénem. Pacientka pravidelně užívá léky na vysoký tlak. Dne 13. 10. 2016 léky na vysoký tlak vysazeny ošetřujícím lékařem z důvodu vazovagálního kolapsu.

Použitá měřicí technika: Skóre pro riziko pádu (1)

Ošetrovatelský problém: V této oblasti se vyskytuje ošetrovatelský problém - riziko pádu. Narušená integrita tkáně z důvodu operačního výkonu.

12. Komfort

Subjektivně - chtěla by být raději doma a věnovat se vybarvování antistresových omalovánků a čtení.

Objektivně - paní J.P. se necítí dobře.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Zhoršený komfort.

13. Růst a vývoj

Subjektivně - za poslední 3 měsíce zhubla 5 kg. V den příjmu pacientka chuť k jídlu neměla. Jako důvod udávala strach z plánovaného výkonu. 5 den hospitalizace má pacientka předepsanou dietu kašovitou. Chuť k jídlu pociťuje.

Objektivně - pacientka měří 171 cm a váží 61 kg.

Použitá měřicí technika: Body Mass Index 21,1 (norma)

Ošetrovatelský problém: Změna ve vyprazdňování.

3.7 Situační analýza k 13. 10. 2016

Paní J.P., 49letá pacientka přijata 9. 10. 2016. Pacientka přichází po úspěšně absolvované onkologické léčbě k plánovanému chirurgickému výkonu pro zhoubný novotvar konečníku – rekta, diagnóza C20 s následnou dočasnou ileostomií. Pacientce byl diagnostikován zhoubný novotvar konečníku v červnu 2016, následovala neadjuvantní radioterapie a chemoterapie, následně endoskopická vyšetření a CT břicha. Po úspěšném absolvování radioterapie a chemoterapie byla pacientka odeslána MUDr. X.Y. k plánovanému chirurgickému výkonu.

Pacientka byla při příjmu na oddělení vyšetřena lékařem, seznámena s chodem oddělení, s domácím řádem, podepsala souhlas s hospitalizací a byl jí přiložen identifikační náramek na ruku. Dále byla pacientka seznámena s dietním režimem. Paní J.P. trpí již od dětství syndromem bílého pláště, avšak i přesto plně spolupracuje a komunikuje s ošetrovatelským personálem. Fyziologické hodnoty při příjmu byly až

na vysoký krevní tlak, se kterým se pacientka léčí, v normě. Pacientka je již od příjmu na oddělení úzkostlivá a plačtivá. Měla strach z chirurgického výkonu, nyní má strach ze stomie a z pohledů lidí kolem ní. Bojí se, že bude zapáchat. Lékařem byla zajištěna návštěva psychologa.

Operační výkon byl realizován 10. 10. 2016. Den před výkonem podáván Forstrans 4 l z důvodu úplného vyprázdnění střev. Očistné klyzma nebylo nutné. Ráno před výkonem návštěva psychologa a stomické sestry. Stomická sestra edukovala pacientku o nadcházející pooperačním stomickém systému a jeho prvním ošetření. Zakreslila místo vyústění stomie na břicho tak, aby vyhovovalo pacientce při každodenní aktivitě. Všeobecná sestra podala premedikaci dle anesteziologického lékaře a zajistila prevenci TEN bandáží dolních končetin. Na operačním sále byl pacientce zaveden periferní žilní katetr do levé a pravé horní končetiny, do kterého jí byly podávány léky všeobecnou sestrou podle ordinace anesteziologického lékaře. Dále byl pacientce zaveden epidurální katetr, permanentní močový katetr a v průběhu operace zaveden drén zvaný Easyflow. Operace proběhla bez případných komplikací. Pacientce byla vyvedena ileostomie v pravém podbřišku. Krevní ztráta byla 100 ml. V průběhu operace byl pacientce odebrán bioptický vzorek operované tkáně k histologickému vyšetření.

Pacientka byla po výkonu převezena na JIP, kde byla kontinuálně sledována. Byly jí pravidelně podávány léky podle ordinace ošetřujícího lékaře, dále byly pacientce měřeny fyziologické funkce, sledovala se bilance tekutin, odchod stolice do pooperačního stomického systému.

Dnes 13. 10. 2016 pacientka přeložena na standardní chirurgické oddělení. Zde pád při pokusu o vertikalizaci se všeobecnou sestrou. Lékařem vysazen lék na vysoký tlak, podáván smí být jen v případě vysokého krevního tlaku. Pacientka si 2 hodiny po pádu vyžádala další pokus o vstávání. Ten byl úspěšný a paní se mohla za pomoci osprchovat v koupelně. Nyní se cítí pacientka unavená, lehce spavá, stále plná strachu. Má zavedený periferní žilní katetr v LHK od 12. 10. 2016, je průchozí. Easyflow drén má zavedený 4 den, dnes odvedl 10 ml. Ileostomie odvádí. Na dnešek byla naplánována ukázka a nácvik ošetření pooperačního stomického systému se stomickou sestrou. Po domluvě s pacientkou domluveno na odpolední hodiny. Pacientka zvládla první ošetření pooperačního stomického systému velmi dobře (viz Příloha E), avšak stále přetrvává strach ze stomie samotné a z pohledů lidí kolem ní. Nadále je nutný empatický přístup

a odpovídání veškerých pacientčinych dotazů. Chut' k jídlu má. Dnes dieta kašovitá. Na návštěvu za pacientkou přišla maminka. Po návštěvě se cítila lépe.

3.8 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017 (HERDMAN, KAMITSURU, 2016).

Strach (00148)

Narušený obraz těla (00118)

Narušená integrita tkáně (00044)

Narušená osobní identita (00121)

Neefektivní zvládání zátěže (00069)

Zhoršený komfort (00214)

Riziko pádů (00155)

Riziko prodloužení pooperačního zotavení (00100)

Riziko bezmocnosti (00152)

Riziko alergické reakce (00217)

Riziko infekce (00004)

Plán individuální ošetrovatelské péče byl vypracován u čtyř ošetrovatelských diagnóz, seřazených dle priorit pacientky: *Strach (00148)*, *Narušený obraz těla (00118)*, *Narušená integrita tkáně (00044)*, *Riziko pádů (00155)*.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí (NANDA, 2015-2017, s. 304)

Určující znaky: zvýšené napětí, snížená sebejistota, pociťuje strach, obavy.

Související faktory: Přirozená reakce na stimuly, Oddělní od podpůrného systému, neznámé prostředí.

Cíl krátkodobý: Pacientka si uvědomuje podstatu strachu - do 2 h.

Cíl dlouhodobý: Pacientka udává zmírnění nebo odstranění strachu - do 2 dnů.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka je schopna identifikovat důvod strachu do 2 hodin.

Pacientka je schopna komunikovat o své strachu do 2 dnů.

Pacientka se snaží eliminovat zdroj strachu do 2 dnů.

Pacientka ovládá techniku zvládání strachu do 2 dnů.

Plán intervencí:

1. Nalezni zdroj strachu, pozoruj pacientku, komunikuj s pacientkou a její rodinou – všeobecná sestra, pravidelně.
2. Informuj lékaře o situaci a zajisti konzultaci s psychologem – všeobecná sestra, ihned.
3. Podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, pravidelně.
4. Dbej na klidné prostředí – všeobecná sestra, vždy.
5. Zajisti empatickou konverzaci s pacientkou – všeobecná sestra, vždy.

6. Informuj pacientku o postupu péče a prováděných výkonech – všeobecná sestra, vždy.
7. Poskytni prostor pro dotazy – všeobecná sestra, vždy.
8. Umožni individuální návštěvu rodiny – všeobecná sestra, vždy.
9. Vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy.

Realizace (5. den hospitalizace 13. 10. 2016)

Po operačním výkonu, který proběhl 10. 10. 2016, setrvala pacientka 3 dny na jednotce intenzivní péče. 13. 10. 2016 byla pacientka přeložena na standardní chirurgické oddělení. Pacientce byl zde zajištěn absolutní klid na pokoji a empatický přístup ošetřujícího personálu. Všeobecná sestra vždy aktivně naslouchala, povzbuzovala pacientku a podávala jí dostatek informací tak, aby jim pacientka dostatečně porozuměla. Návštěva stomické sestry proběhla v odpoledních hodinách, kdy stomická sestra velice empatickým přístupem edukovala pacientku o správném ošetřování pooperačního stomického systému. Dále byla pacientce zajištěna možnost vybarvování antistresových omalovánek, které pacientku uklidňovali a odpoutávali od zdroje strachu. V neposlední řadě byla pacientce zajištěna návštěva rodiny. Všeobecná sestra zajistila návštěvu dcer, se kterými se pacientka vídá zřídka. Po jejich návštěvě byla pacientka dobře naladěna.

Hodnocení ze dne 16. 10. 2016: krátkodobý cíl splněn. Pacientce byl již od příjmu na oddělení zajištěn n empatický přístup. Ošetřující personál s pacientkou komunikoval, snažil se pacientce vysvětlit a popsat všechny dotazy, které byly v jeho kompetenci. Pacientka se snažila s ošetřujícím personálem komunikovat. Spolupracovala při péči a snažila se odpoutat se od strachu, který jí v průběhu hospitalizace provázel. Pacientka je nyní schopna identifikovat objekt strachu a snaží se odpoutat se od něj.

Dlouhodobý cíl splněn částečně. Nadále je nutné přistupovat k pacientce empatickým přístupem, zodpovídat veškeré dotazy a podrobně popisovat nadcházející ošetrovatelskou péči. Přetrvávající intervence - 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Narušený obraz těla (00118)

Doména 6: Sebe percepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já. Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů (NANDA, 2015-2017, s. 247).

Určující znaky: Změna stavby těla, změněný pohled na vlastní tělo, vyhýbání se pohledu na vlastní tělo, změna životního stylu, změna společenského zapojení, strach z reakce jiných, skrývání části těla.

Související faktory: Změna tělesné funkce, alterace kognitivních funkcí, operace, léčba.

Cíl krátkodobý: Pacientka si uvědomuje podstatu narušeného obrazu těla - do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka akceptuje sama sebe v dané situaci - do 7 dnů.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe tělesné změny a adaptuje se na změnu na svém těle do 5 dnů.

Pacientka si osvojuje chování ve prospěch hojení a prevence komplikací do 2 dnů.

Pacientka hledá informace o svém tělesném stavu do 2 dnů.

Pacientka hledá způsob překonání nad svým problémem do 5 dnů.

Pacientka aktivně používá stomické pomůcky do 7 dnů.

Plán intervencí:

1. Vytvoř vztah plný důvěry a empatie – všeobecná sestra, vždy.
2. Vyslechni pacientčiny obavy a otázky – všeobecná sestra, vždy.
3. Vyslechni a komunikuj s pacientkou o jejím problému – všeobecná a stomická sestra, vždy.

4. Akceptuj pocity smutku a snaž se pomoc se základními problémy – všeobecná sestra, vždy.
5. Zajisti návštěvu stomické sestry a její empatický přístup – všeobecná sestra, podle potřeby.
6. Pomoz pacientce vybrat vhodné oblečení – všeobecná a stomická sestra, vždy.
7. Ved' pacientku k tomu, aby pohlédla na postiženou část svého těla – všeobecná a stomická sestra, vždy.
8. Povzbuzuj členy rodiny ke komunikaci s pacientkou o jejím problému – všeobecná sestra, pravidelně.
9. Vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy.

Realizace (5. den hospitalizace 13. 10. 2016)

Pacientce byl po přeložení na standardní chirurgické oddělení zajištěn empatický přístup ošetřujícího personálu. Všeobecná sestra zajistila návštěvu stomické sestry, která empatickým přístupem pacientce podrobně popsala péči a edukovala o správném ošetřování pooperačního stomického systému. Pacientka si sama vyzkoušela ošetřování stomie v koupelně před zrcadlem. Podstatu narušeného obrazu těla chápe velmi dobře, nemá však dobrý pocit při pohledu na ileostomii. Bojí se pohledu cizích lidí. Pacientce bylo doporučeno všeobecnou sestrou navštívit klub ileostomiků. Všeobecná sestra poskytla pacientce dostatečné informace k realizaci navštívení ileostomického klubu. Dále pomohla všeobecná sestra pacientce s výběrem vhodného oblečení a poskytla pacientce dostatečný prostor pro veškeré dotazy. Dotazy byly pacientce zodpovězeny individuálně na základě kompetencí ošetřujícího personálu. Ošetřující lékař pravidelně edukoval pacientku a její maminku o následném léčebném režimu a byl jí oporou. Všeobecná sestra pravidelně edukovala maminku pacientky o správném přístupu a vhodné komunikaci. Pacientka obdržela kontakt na domácí péči v místě jejího bydliště. Po obdržení kontaktu na domácí péči byla pacientka více klidná. Popisovala, že bez cizí pomoci to sama s maminkou nezvládne.

Hodnocení ze dne 16. 10. 2016: krátkodobý cíl splněn, pacientka si uvědomuje podstatu narušeného obrazu těla.

Dlouhodobý cíl splněn částečně. Pacientka si osvojuje ošetřování stomie velmi dobře, nemá však dobrý pocit při pohledu na ileostomii a bojí se pohledů cizích lidí. Je ráda, že není léto a stomický vývod snadno schová pod vhodné oblečení, které jí pomohla vybrat všeobecná sestra. Kontakt na domácí péči ocenila. Prý ho využije z důvodu psychické zátěže, který by sama s maminkou nezvládla. Nadále je nutné přistupovat k pacientce empatickým přístupem. Je nutné vést pacientku k vnímání ileostomie jako součást jejího těla. Přetrvávající intervence – 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů nebo vazů (NANDA, 2016, s. 370).

Určující znaky: poškozená tkáň

Související faktory: změny metabolismu, změny citlivosti, chirurgický zákrok

Cíl krátkodobý: Pacientka má dostatečně hydratovanou tkáň - do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka si osvojí chování ve prospěch ošetřování pooperačního stomického systému a prevence komplikací - do 5 dnů.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

Pacientka má dostatečně prokrvenou a hydratovanou tkáň do 2 dnů

Pacientka si osvojí chování ve prospěch hojení a prevence komplikací do 5 dnů

Pacientka si osvojí ošetřování pooperačního stomického systému do 5 dnů

Pacientka se zapojí do preventivních i léčebných opatření do 5 dnů

Plán intervencí:

1. Vytvoř s pacientkou vztah plný důvěry a empatie – všeobecná sestra, vždy.

2. Vyslechni a komunikuj s pacientkou o jejím problému – všeobecná a stomická sestra, vždy.
3. Zajisti návštěvu stomické sestry – všeobecná sestra, podle potřeby.
4. Povzbuzuj členy rodiny k osvojení si ošetřování pooperačního stomického systému a zajištění prevence vzniku komplikací – všeobecná sestra, pravidelně.
5. Vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy.

Realizace (5. den hospitalizace 13. 10. 2016)

5. den hospitalizace navštívila pacientku stomická sestra, která paní edukovala o ileostomii, o výměně stomického sáčku a o správném ošetřování pooperačního stomického systému. Stomická sestra doporučila pacientce nedráždivou kosmetiku, která byla vyvinuta výhradně pro pacienty se stomickým vývodem a předala pacientce brožury a letáky, která by měly pacientce pomoc s počátečním životem se stomií. Dále byla pacientka edukována stomickou o možných komplikacích spojených se stomickým vývodem a jejich prevenci. Pacientka si přehledně zapsala první pomoc při prosáknutí stomického odpadu na pokožku, kterou jí poradila stomická sestra. Všeobecná sestra pravidelně pečovala o správnou hydrataci a pravidelně kontrolovala pooperační stomický systém. Na přání pacientky byla na následující den naplánována další návštěva stomické sestry, a to proto, aby mohla být přítomna i matka pacientky, se kterou si přeje vše konzultovat.

Hodnocení ze dne 16. 10. 2016: krátkodobý cíl splněn, pacientky tkáň je dostatečně prokrvována a hydratována. Pacientka si osvojuje ošetřování stomie velmi dobře. Aktivně se zapojuje i přes udávaný strach a obavy z ileostomie. Při návštěvě stomické sestry si pečlivě zapsala postup první pomoci při protečení stomického odpadu na kůži. Možný vznik infekce momentálně není. Na přání pacientky byla na následující den pozvána stomická sestra, aby si i matka pacientky osvojila ošetřování pooperačního stomického systému.

Dlouhodobý cíl splněn částečně. Nadále je nutné vést pacientku ke správnému ošetřování pooperačního stomického systému a dbát na prevenci komplikací, které je

nutné opakovat pravidelně, aby si pacientce zafixovala správný postup a možnosti prevence komplikací. Přetrvávající intervence 2, 3, 4, 5.

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví (NANDA, 2015-2017, s. 350).

Rizikové faktory: Pády v anamnéze, farmaka, pooperační zotavení, vaskulární onemocnění.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná rizikové faktory a bezpečnostní opatření - do 1 hod.

Cíl dlouhodobý: Pacientka neupadne v průběhu hospitalizace – do konce hospitalizace.

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

Pacientka zná signalizační pomůcky a prostory oddělení do 1 hodiny.

Pacientčino chování přispívá k prevenci pádu do 1 dne.

Okolí pacientky je bezpečné do 1 hodiny.

Pacientka zná prevenci vazovagálního kolapsu a aktivně ji využívá do 2 dnů.

Plán intervencí:

1. Seznam pacientku s prostory oddělení – všeobecná sestra, ihned.
2. Posuď všechny rizikové faktory ve vztahu k prevenci pádů – všeobecná sestra ihned, pravidelně.
3. Všímej si současné situace – všeobecná sestra, pravidelně.

4. Informuj a seznam pacientku se všemi bezpečnostními opatřeními – všeobecná sestra, pravidelně.
5. Ukaž pacientce signalizační zařízení na pokoji, v koupelně, na toaletě – všeobecná sestra, ihned.
6. Zajisti, aby první stávání proběhlo s přítomností fyzioterapeuta, všeobecné sestry – všeobecná sestra, ihned.
7. Seznam pacientku s prevencí vazovagálního kolapsu a správnými techniky při vstávání – všeobecná sestra, pravidelně.
8. Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky – všeobecná sestra, pravidelně.
9. Vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy.

Realizace (5. den hospitalizace 13. 10. 2016)

Po pádu při pokusu o první vstávání se všeobecnou sestrou byla pacientka znovu řádně seznámena s aktuální situací. Všeobecná sestra pravidelně popisovala základní bezpečnostní opatření a zajistila signalizační zařízení do těsné blízkosti lůžka pacientky. Všeobecná sestra znovu stanovila podle skóre pádu rizikovost u pacientky a zapsala jej do ošetrovatelské dokumentace. Paní byla ihned edukována o přísném zákazu vstávání bez doprovodu ošetřujícím lékařem. Ošetřující lékař dále pacientce zrušil na dobu nezbytně nutnou medikaci na vysoký tlak a řádně jí o celé situaci informoval. Všeobecná sestra si pravidelně všímala současné situace při ošetrování pacientky. Pravidelně zkoumala chování a její emoční stav. Na přání pacientky, proběhl druhý pokus vstávání o dvě hodiny později. Pacientka vstala se všeobecnou sestrou a vše proběhlo bez případných komplikací. Nadále byla pacientka seznámena s prevencí vazovagálního kolapsu a všeobecná sestra ji edukovala o správných technikách při vstávání z lůžka a prevenci vzniku pádů.

Hodnocení ke dni 16. 10. 2016: krátkodobý cíl splněn, pacientka zná bezpečnostní opatření a rizikové faktory v prevenci pádů. Po prvním pokusu o vstávání po operačním výkonu, kdy byl pád, byla pacientka komplexně seznámena s aktuální situací. Pacientka plně pochopila závažnost situace a spolupracovala. Nechala si všeobecnou sestrou vysvětlit veškeré možné techniky vstávání z lůžka a prevenci vazovagálního kolapsu. I přesto, že pacientka všemu porozuměla a byl jí doporučen klid, žádala znovu po 2

hodinách všeobecnou sestru, aby s ní vstala. Druhý pokus o vstávání z lůžka se všeobecnou sestrou proběhl bez komplikací.

Dlouhodobý cíl splněn částečně. Přetrvávající intervence – 2, 3, 6, 7, 8, 9.

3.9 Zhodnocení ošetrovatelské péče ke dni 16. 10. 2016

Ošetrovatelská péče o pacientku s rektálním karcinomem byla provedena podle koncepčního modelu Marjory Gordonové a podle NANDA taxonomie 2015-2017 (HERDMAN, KAMITSURU, 2016).

U pacientky jsme ve sledovaném období určili 12 ošetrovatelských diagnóz, které byly seřazeny podle priorit pacientky. Plán individuální péče byl zpracován u diagnózy: Strach (00148), Narušený obraz těla (00118), Narušená integrita tkáně (00044), Riziko pádů (00155). U těchto ošetrovatelských diagnóz byl stanoven krátkodobý a dlouhodobý cíl, očekávané výsledky a určeny ošetrovatelské intervence, podle kterých byla uskutečněna realizace individuální ošetrovatelské péče.

Stanovených krátkodobých cílů bylo dosaženo, u dlouhodobých cílů je nutné se dále zaměřit u ošetrovatelské diagnózy:

- strach na plnění intervencí 4, 5, 6, 7, 8, 9.
- narušený obraz těla na plnění intervencí 4, 5, 6, 7, 8, 9.
- narušená integrita tkáně na plnění intervencí 2, 3, 4, 5.
- riziko pádů na plnění intervencí 2, 3, 6, 7, 8, 9.

Pacientka jinak plně spolupracovala a komunikovala s ošetřujícím personálem. Snažila se co nejrychleji a nejefektivněji osvojit si ošetrování ileostomie, i když to pro ni nebylo jednoduché. Velice ocenila informaci od všeobecné sestry o možnosti využití služeb domácí péče. Bála se, že by péči o stomii a o svůj psychický stav sama s matkou nezvládla.

3.10 Doporučení pro praxi

Kolorektální karcinom je jedno z nejčastěji se vyskytujících se nádorových onemocnění v České republice. Z tohoto důvodu byly navrženy doporučení a následná opatření, která jsou určena pro zdravotnický personál a pacienta. Jelikož je kolorektální karcinom časté téma, nebylo příliš jednoduché nalézt nová doporučení pro praxi, tudíž jsou tato doporučení známějšího charakteru.

Doporučení pro management

Zajištění kurzů komunikace s onkologickými pacienty a s pacienty se stomickou prognózou pro ošetrující personál. Zajistit dostatek kvalifikovaného personálu na onkologických a chirurgických oddělení, a to především sestry specialistiky v oblasti péče o stomie. Zajistit dostatek kvalifikovaného personálu v oblasti péče o psychiku nemocného. Podpora vzdělávání všeobecných sester a sester specialistek. Osvěta veřejnosti o prevenci onkologických onemocnění, a to například pomocí edukačních akcí zaměřených na kolorektální karcinom a jeho prevenci, dále pomocí edukačních letáků v čekárnách a informačních tabulí v čekárnách.

Doporučení pro personál

Řádně a svědomitě edukovat pacienty, ale i rodinu a blízké ohledně prevence kolorektálního karcinomu, a to již na úrovni ambulancí. Individuálně přistupovat k pacientovi a jeho potřebám. Respektovat pacientovo soukromí a jeho práva. Dbát na prevenci bolesti a správné zaznamenání intenzity bolesti. Při sdělení infaustní diagnózy lékařem, poskytnout pacientovi dostatek času na smíření se s novou skutečností. A v neposlední řadě ochota se samovzdělávat.

Doporučení pro pacienta

Projevovat zájem o své vlastní zdraví. Dbát na správnou životosprávu - zdravé stravování a pravidelný pohyb. Dodržovat dietní režim stanovený lékařem. Vzdělávat se z informačních letáků. Dbát na prevenci kolorektálního karcinomu. Využívat možnosti prevence kolorektálního karcinomu pomocí screeningového programu hrazeného zdarma pojišťovnou.

V rámci výstupu z bakalářské práce byla vytvořena edukační karta pro pacienty (viz Příloha F).

ZÁVĚR

Kolorektální karcinom je jedno z nejčastěji se vyskytujících se nádorových onemocnění v České republice. Z toho důvodu je nutné dodržovat správné zásady a postupy pro časně zachycení tohoto nebezpečného onemocnění.

V úvodu bakalářské práce jsme si stanovili 2 cíle pro teoretickou část práce a 2 cíle pro praktickou část práce, kterých jsme se snažili dosáhnout. Cílem teoretické části této bakalářské práce bylo shrnout, na základě rešerše, problematiku kolorektálního karcinomu ve stanoveném rozsahu a poukázat, opět na základě rešerše, na možnosti preventivních opatření u onemocnění kolorektální karcinom. Úvodní část shrnovala informace o kolorektálním karcinomu a jeho výskytu, klinických projevech, diagnostice, prevenci a léčbě. Snažili jsme se čtenáře seznámit s charakteristikou tohoto onemocnění a s jeho závažností. V další části této práce jsme se snažili čtenáře seznámit s možnostmi prevence, léčby. Podrobně jsme zde popsali stomie, které představují naději pro pacienty s komplikovaným průběhem této nemoci.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo realizovat podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon komplexní a individualizovanou péči o pacientku s rektálním karcinomem a vytvořit edukační pomůcku - edukační karta na téma stravování stomiků. Tato část práce se věnovala ošetrovatelskému procesu u pacientky s rektálním karcinomem. Hlavní pozornost byla věnována základním bio-psycho-sociálním a spirituálním potřebám pacientky. V této části práce bylo hlavní snahou sestavit ošetrovatelskou péči podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon, která svůj ošetrovatelský model definuje jako model fungujícího zdraví. Na základě tohoto ošetrovatelského modelu byly identifikovány ošetrovatelské problémy a byl stanoveny ošetrovatelské diagnózy, ze kterých byly 4 rozpracovány.

Cílů stanovených v úvodu této bakalářské práce jsme dosáhli. V bakalářské práci jsme poukázali na možnosti preventivních opatření, příkladem byla především Nadace Vize 97. V neposlední řadě jsme vytvořili edukační kartu jako výstup z této bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2010. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

ANON, 2014. Biologická léčba. In *Meditorial*. [online]. [cit. 2017-02-01]. ISSN 1804-1817. Dostupný z: <http://www.kolorektalni-karcinom.cz/biologicka-lecba>.

ANON, 2014. Chemoterapie. In *Meditorial*. [online]. [cit. 2017-02-01]. ISSN 1804-1817. Dostupný z: <http://www.kolorektalni-karcinom.cz/chemoterapie>.

ANON, 2008. *Život se stomií*. [online]. [cit. 2017-02-01]. Dostupný z: <http://www.dansac-hollister.cz>.

BARNWELL, Abby, 2015. Advanced nursing practice in colorectal and stoma care. *Gastrointestinal Nursing*. **13**(1), 42-48. ISSN 1479-5248.

BRADÁČOVÁ, Lenka, 2012. *Přehledy českého jazyka pro žáky a studenty: mluvnice, pravopis, sloh*. Všeň: Alter. ISBN 978-80-7245-270-5.

DUŠEK, Ladislav a kol., 2017. *Program kolorektálního screeningu v České republice*. [online]. Masarykova univerzita, Brno. [cit. 2017-03-02]. ISSN 1804-0888. Dostupný z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky-organizace>

JOHNSON, Marion, Sue MOORHEAD, Gloria M. BULECHEK, Karl HOWARD, Meridean BUTCHER and Elizabeth A. SWANSON, 2012. *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: supporting critical thinking and quality care*. 3rd ed. Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby. ISBN 032-307-703-X.

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.

MAJŠIKOVÁ, Michaela, 2014. Predukace a její výhody v péči o stomika. *Sestra*. **24**(6), 40. ISSN 1210-0404.

- MALNÁR, Josef, 2017. *Kolorektální karcinom*. [online]. U lékaře. [cit. 2017-02-01]. Dostupný z: <http://www.molnar.medikus.cz/o-nemocech/kolorektalni-karcinom-922>.
- MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-1399-3.
- MARKOVÁ, Marie, 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-701-3434-8.
- NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- NĚMCOVÁ, Jitka 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.
- NOVOTNÝ, Jan a Pavel VÍTEK, 2012. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2663-5.
- PEREIRA, Nuno, 2014. Educating and empowering colorectal cancer survivors. *Gastrointestinal Nursing*. **12**(9), 33-40. ISSN 1479-5248.
- ROBERTS, Alice M., 2012. *Kompletní lidské tělo: unikátní obrazový průvodce*. Praha: Knižní klub. ISBN 978-80-242-2958-4.
- SEIFERT, Bohumil et al., 2016. Screening kolorektálního karcinomu a praktičtí lékaři. *Medicína po promoci*. **17**(3), 283-288. ISSN 1212-9445.
- SEIFERT, Bohumil, 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf. Ambulantní gynekologie. ISBN 978-807-345-309-1.
- SKALA, Evžen, 1997. *Rakovina tlustého střeva*. Praha: Liga proti rakovině. ISBN neuvedeno.
- TÁBORSKÁ, Simona, 2014. Povědomí o prevenci kolorektálního karcinomu. *Zdravotnictví a medicína*. Č. 15, s. 29. ISSN 2336-2987.
- VANĚČEK, Michal, 2014. *Ať žijí stomici*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-734-5401-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2013. *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost: [3500 nejdůležitějších hesel]*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-369-5.

VORLÍČEK, Jiří, 2012. *Onkologie*. Lékařské repetitorium. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-603-6.

ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.

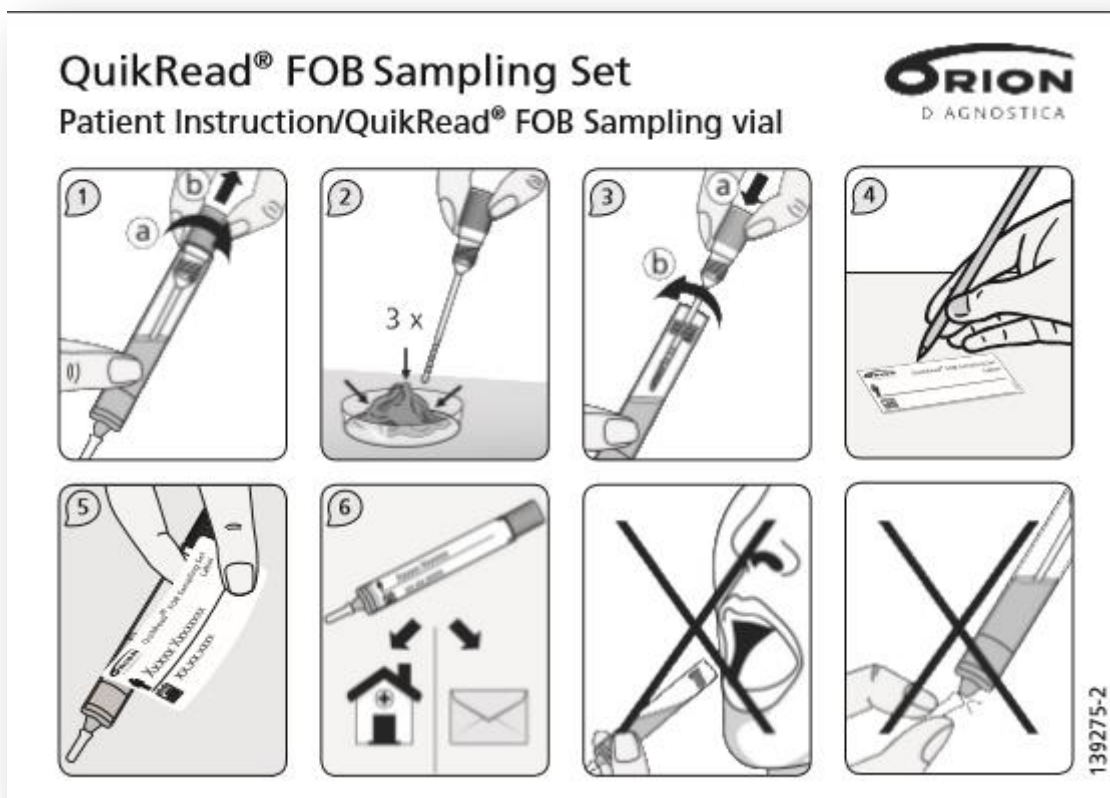
ZAVORAL, Miroslav a kol., 2017. Včasná diagnóza a prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku. In *Mediaplanet*. [online]. Všechno o zdraví. [cit. 2017-03-02]. Dostupný z: https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=

ŽALOUDEK, Jan a Rostislav VYZULA, 2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-807-345-140-0.

PŘÍLOHY

Příloha A – Odběr vzorku na okultní krvácení	I
Příloha B – Vyhodnocení vzorku na okultní krvácení.....	II
Příloha C – Informační leták	III
Příloha D – Stomické pomůcky.....	IV
Příloha E – Fotografie ileostomie pacientky.....	V
Příloha F – Edukační karta.....	VI
Příloha G – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	VII
Příloha H – Rešeršní protokol	VIII

Příloha A – Odběr vzorku na okultní krvácení



Zdroj: www.kolorektum.cz, 2017

Příloha B – Vyhodnocení vzorku na okultní krvácení

QuikRead go® iFOBT

Návod k použití

- 

1 Odstraňte z kyvety hliníkové víčko. Hladina pufru musí být mezi dvěma ryskami vyznačenými na kyvetě. Nedotýkejte se kyvety v její dolní části.
- 

2 Protřepte zkumavku se vzorkem a ulomte špičku. První tři kapky zlikvidujte. Do kyvety aplikujte tři kapky z odběrové zkumavky.
- 

3 Kyvetu pevně uzavřete víčkem s reagenti. Neřažte na vnější hnědou část víčka. Jakmile je přidán vzorek do pufru, je třeba provést měření do 2 hodin.
- 

4 Na displeji přístroje QuikRead go zvolte měření.
- 

5 Vložte kyvetu do měřicí komůrky čárovým kódem k sobě. Na displeji se zobrazuje průběh měření.
- 

6 Po skončení měření se na displeji zobrazí výsledek a kyveta je automaticky vyzdvížena z měřicí komůrky.

Podrobné informace naleznete v návodu k obsluze.



POCT

Zdroj: www.kolorektum.cz, 2017

RAKOVINA TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU



(kolorektální karcinom) patří k nejčastěji se vyskytujícím zhoubným nádorům. V evropském i celosvětovém žebříčku Česká republika pravidelně obsazuje přední příčky ve výskytu tohoto onemocnění. Ročně u nás onemocní kolem 8000 lidí a více než polovina z nich tomuto onemocnění podlehne. Přitom rakovina tlustého střeva a konečníku je jeden z nejlépe preventivně odvíitelných nádorů, a pokud se odhalí včas, je i velmi dobře léčitelný. Tomuto včasnému zachytu napomáhá jednoduchá a dostupná metoda - test okultního krvácení do stolice. Přesto celá třetina pacientů přichází k lékaři pozdě s již rozšířenými metastázemi.

Jak se rakovina tlustého střeva a konečníku projevuje?
Dlouhou dobu může toto onemocnění probíhat skrytě, bez příznaků. V případě, že se u Vás vyskytnou některé z následujících příznaků, je vhodné co nejdříve navštívit Vašeho praktického lékaře, případně specialistu – gastroenterologa.

Nejčastější příznaky rakoviny tlustého střeva a konečníku:

- krvácení do stolice
- obtížné vyprazdňování
- stolice, která je v průměru tenší, než bývá obvykle
- střídání zácpy a průjmu
- bolesti břicha
- nadýmání a špatný odchod plynů
- hubnutí bez zjevné příčiny
- chudokrevnost a zvýšená únava

Kdo je rakovinou tlustého střeva a konečníku nejvíce ohrožen?
Především lidé, kteří:

- jsou starší 50 let
- kouří
- jsou obézní
- mají blízkého příbuzného (rodiče, sourozenci, děti), u něhož byla tato nemoc diagnostikována
- mají diabetes mellitus (cukrovku)
- konzumují více než 5krát týdně červené maso (vepřové, hovězí, skopové) nebo uzeniny
- mají nedostatečný příjem čerstvého ovoce a zeleniny
- mají nedostatečný příjem mléčných výrobků a vápníku
- mají sedavý způsob života s nedostatkem pohybu

Přes 80% všech nádorů tlustého střeva vzniká v důsledku spolupůsobení několika těchto faktorů nezdravého životního stylu.

Jak se mohou chránit před rakovinou tlustého střeva a konečníku?

- pravidelnou konzumaci ryb a rybího tuku
- pravidelnou konzumaci mléčných výrobků a vápníku
- pravidelnou konzumaci ovoce a zeleniny (doporučuje se 5 porcí/den; > 400 g)
- pravidelným pohybem (alespoň 30 min denně), i mimá fyzická aktivita, jako je chůze, je prospěšná

Jak nádor vzniká?
Většina nádorů tlustého střeva a konečníku vzniká z tzv. adenomového polypu, což je nezhoubný výrůstek na stěvné stěně.

Zdroj: www.vize.cz, 2017

Jeho průměrná v nádor trvá 7–10 let. Po celou dobu je možné tyto výrůstky včas odhalit a bez operace (endoskopický odstranění). K včasnému zachytu těchto změn na tlustém střevě je v České republice vypracován screeningový program. Je bezplatný a je určený pro všechny osoby nad 50 let.

- Je-li Vám 50–54 let, měl(a) byste se 1krát ročně nechat otestovat na okultní krvácení do stolice
- je-li Vám více než 55 let, můžete si vybrat mezi:
 - testováním stolice na okultní krvácení jednou za dva roky
 - kolonoskopickým vyšetřením jednou za 10 let

Test okultního krvácení získáte zdarma u svého praktického lékaře, případně ženy u svého gynekologa. Kolonoskopické vyšetření je prováděno na specializovaných gastroenterologických pracovištích. Testování okultního krvácení do stolice je snadné. Doma odeberete pomocí příloženého špachtle malé množství stolice a to buď rovnou nanesete na určená místa, nebo dáte do zkumavky se speciálním roztokem. Test pak přinesete zpět k lékaři, který jej vyhodnotí. V lékárnách se dají zakoupit i testy, které si můžete vyhodnotit zcela sami doma. Někteří zdravotní pojišťovny na ně v rámci svých preventivních programů přispívají. Pozitivní výsledek testu neznamená, že máte rakovinu tlustého střeva. Pro určení této diagnózy jsou potřeba ještě další vyšetření.

Díky úsilí Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97 mají všichni občané ČR možnost si nechat bezplatně udělat test na okultní krvácení do stolice. Vyžádejte tento test u svého lékaře!

Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97 šliff již od roku 1998 osvětluje o rakovině tlustého střeva a konečníku. Informuje veřejnost o možnostech bezbolestného testování. Česká republika dlouhodobě držela smutné prvenství v úmrtí na tuto zákeřnou chorobu. Díky přístupu a úsilí paní

Dagmar Havlové se podařilo v minulých letech získat finanční prostředky ve výši kolem 300 miliónů korun pro boj s touto zákeřnou nemocí. Tato fi nanční hotovost umožnila vybudovat endoskopická pracoviště napříč celou Českou republikou novými lékařskými přístroji. Díky Nadaci VIZE 97 mají všechny osoby ve věku nad 50 let vyšetření na okultní krvácení 1x ročně plně hrazené ze zdravotního pojištění. Tato aktivita Nadace přispěla u nás k poklesu počtu úmrtí pacientů na toto nebezpečné onemocnění a v současné době se řadíme na 5. místo ve světě.

„Nečekejte, až onemocníte Vy nebo někdo z Vašich blízkých!“

Hlavní mediální partner

Česká televize

IDS Česká republika
Přidružení lékařů

GDGO REPERE CROONING s.r.o.

ČGS

ÚVN

www.vize.cz

**Pečujte o své zdraví:
Včasná diagnóza a prevence
rakoviny tlustého střeva
a konečníku**

Projekt Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97
za podpory specialistů z Ústřední vojenské nemocnice

Zdroj: www.vize.cz, 2017

Příloha D – Stomické pomůcky



Zdroj: Autor, 2017

Příloha E – Fotografie ileostomie pacientky



Zdroj: Autor, 2017

Příloha F – Edukační karta



Edukační karta

POZOR! Chůf se může vracet pomalu. Je nutné jíst v pravidelných intervalech.

Pravidelný příjem... Pravidelné vyprazdňování.

Vyvážené množství bílkovin, tuků, uhlohydrátů, minerálů a vitamínů zdroj energie.

Základem stravování je racionální strava a dostatečný příjem tekutin (2,5-3,1 litrů denně). Čaje, minerálky bez bublinek, ovocné šťávy ředěné vodou.

ANO!

Maso a masné výrobky – Kuřecí, krůtí, králičí, rybi file, kape, kuřecí nebo krůtí sušenka, vepřová sušenka, debrecinská pečeně.

Příkrmy - bramborová kaše, těstoviny, dietní knedlík, ryže.

Mléko a mléčné výrobky - Tavené sýry s obsahem tuku do 30 % v sušině bez příchuti, eidám, smetana tvaroh tvarohové sýry, smetana jogurty, pudinky. Mléko používte nízkotučné a pouze k přípravě pokrmů.

Vejce – v malém množství vařená natvrdo.

Obiloviny - housky, rohlíky, veka, stárty chléb, pšička. K zahřívání pokrmů používejte bílou pšeničnou mouku opraženou na suchu a dobře pováženou.

Sladká jídla - pšička, bílková těsta, pudink, tvarohové nákypy, tvarohové dezerty.

Ovoce - Zralé, nenadýmavé druhy ovoce, pyré – jablka, broskve, ovoce uvážené do mléka, kompotované ovoce – jablka, dýně, meruňky, broskve, marmelády a džemy.

NE!

Tučná masa jako jsou vepřový bůček, karkovice, kachna, husa, zvěřina, škopové. Pařížka, nakládaná a marinovaná masa, nakládané ryby, jitrnice, jelína, klobásy a ostatní druhy uzenin.

Hranolky, pečené brambory. Celozrnné a tmavé pečivo, kysnuté pečivo. Těstní těsta, otečky, kokos.

Mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, plísňové sýry.

Nezralé ovoce, příliš kyselá – švestky, hrozny, angrešt, pomeranče, mandarínky.

Tato karta je výstupem bakalářské práce Anny Pajkové z názvu Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem. Obhájené na Vysocké škole zdravotnické, o. p. s., Praha 5.

Zdroj: Autor, 2017

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientka s kolorektálním karcinomem v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Jméno a příjmení studenta

Příloha E – Rešeršní protokol

Ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem

Fejtková Aneta

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: edukace – Kolorektální karcinom. Karcinom rektu. Chirurgie. Stomie. Stomická sestra. Ileostomie. Edukace. Ošetrovatelská péče.

Časové vymezení: 2006-2017

Typ rešerše: vícezdrojová

Druhy dokumentů: knihy, články, abstrakta, absolventské práce

Počet záznamů: 105 (knihy: 45, články v časopisech: 42, absolventské práce: 4, články v anglickém jazyce: 14)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Repozitář závěrečných prací

Internet