

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S KOLOSTOMIÍ PRO KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ANETA SPURNÁ**

**Praha 2017**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S KOLOSTOMIÍ PRO KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM**

Bakalářská práce

ANETA SPURNÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová

Praha 2017



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

Spurná Aneta  
3VS1

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální  
karcinom

*The Nursing Process for a Patient with a Colostomy for Carcinoma  
Colorectal*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Miroslava Kubicová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 25. 10. 2016

  
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 titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2017

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

**Děkuji především vedoucí bakalářské práce PhDr. Miroslavě Kubicové za cenné rady, připomínky, metodické vedení práce a hlavně trpělivý a vstřícný přístup při zpracování této bakalářské práce. Dále chci poděkovat všem mým blízkým, kteří mi byli po celou dobu oporou.**

## **ABSTRAKT**

SPURNÁ, Aneta. Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce PhDr. Miroslava Kubicová. Praha 2017.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je rozdělena na oddíl věnovaný kolorektálnímu karcinomu, který se zabývá charakteristikou, seznámení s kolorektálním karcinomem a jeho definicí, dále jsou zde rozpracovány rizikové faktory a prevence, příznaky onemocnění a diagnostické metody, léčba a prognóza kolorektálního karcinomu. V druhé části teorie jsou rozpracována specifika ošetrovatelské péče. Zabývají se stomií, stomickými pomůckami, životním stylem stomika, kde patří sexualita a intimní život, cestování, fyzická aktivita a strava. Dále popisuje práci stoma sestry, sociální zabezpečení stomiků a kluby stomiků.

V praktické části je rozpracovaný ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom. Bakalářská práce dále obsahuje doporučení pro praxi pro pacienta, jeho rodinné příslušníky a zdravotnický personál.

Klíčová slova

Kolorektální karcinom. Kolostomie. Ošetrovatelský proces. Stoma sestra. Stomie..

## ABSTRACT

SPURNÁ, Aneta. Nursing proces in a colostomy patient for colorectal carcinoma. The College of Nursing. o. p. s. A qualification degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Miroslava Kubicová, Prague, 2015.

The subject of the bachelor thesis is the nursing process in a colostomy patient for colorectal carcinoma. The thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part is divided into colorectal carcinoma, (toto mi zní blbě i česky že je práce rozdělena na karcinom) which deals with characteristics, knowledge of colorectal carcinoma and its definition, risk factors and prevention, symptoms of disease and diagnostic methods, treatment and prognosis of colorectal carcinoma. In the second part of the theory the specifics of nursing care are elaborated. They deal with stomia, stomic aids, stomic lifestyle, including sexuality and intimate life, traveling, physical activity and diet. It also describes the work of stoma nurse, social security of stomiks and stomic clubs.

In the practical part a nursing process in a colostomy patient for colorectal carcinoma is elaborated. The bachelor thesis also contains recommendations for practice for patient, his family members and medical staff.

### Keywords

Colorectal carcinoma. Colostomy. Nursing proces. Stoma sister. Stomia.

# OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	VIII
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....	9
SEZNAM TABULEK .....	10
ÚVOD.....	11
1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM .....	13
1.1 CHARAKTERISTIKA .....	13
1.2 EPIDEMIOLOGIE.....	13
1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY .....	14
1.4 PŘÍZNAKY.....	14
1.5 DIAGNOSTIKA .....	15
1.5.1 SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU .....	15
1.5.2 VYŠETŘENÍ NÁDOROVÝCH MARKERŮ .....	16
1.5.3 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY .....	16
1.5.4 RENTGENOVÉ VYŠETŘOVACÍ METODY .....	16
1.6 LÉČBA.....	17
1.6.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	17
1.6.2 RADIOTERAPIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	18
1.6.3 CHEMOTERAPIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU .....	18
1.7 PROGNÓZA .....	19
1.8 PREVENCE .....	20
1.8.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE .....	20
1.8.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	20
1.8.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE.....	21
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ PRO KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM.....	22
2.1 STOMIE.....	22



2.1.1	STOMICKÉ POMŮCKY .....	22
2.1.2	ŽIVOTNÍ STYL STOMIKA .....	24
2.1.3	PRÁCE STOMASESTRY .....	28
2.1.4	SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ STOMIKŮ .....	33
2.1.5	KLUBY STOMIKŮ .....	34
2.1.6	ČESKÉ ILCO .....	34
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ PRO KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM.....	35
3.1	Ošetřovatelský proces .....	35
4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	57
	ZÁVĚR .....	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	60
	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b>	– body mass index
<b>BV</b>	– biochemické vyšetření
<b>CA</b>	– karcinom
<b>CT</b>	– počítačová tomografie
<b>D</b>	– dech
<b>DM</b>	– diabetes mellitus
<b>EKG</b>	– elektrokardiograf
<b>GLYK</b>	– Glykémie
<b>GSC</b>	– glasgow coma scale
<b>GIT</b>	– gastrointestinální trakt
<b>IM</b>	– Infarkt myokardu
<b>JIP</b>	– jednotka intenzivní péče
<b>KO</b>	– krevní obraz
<b>LPSK</b>	– Laparoskopická operace
<b>MIN</b>	– Minuta
<b>MR</b>	– magnetická rezonance
<b>PAD</b>	– Perorální antidiabetika
<b>P</b>	– pulz
<b>RTG</b>	– rentgen
<b>Tbl</b>	– Tabletová forma
<b>TEN</b>	– trombembolická nemoc
<b>TK</b>	– krevní tlak
<b>USG</b>	– ultrasonografie
<b>VAS</b>	– vizuální analogová škála

(VOKURKA, Hugo a kol., 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Diabetes mellitus** – onemocnění, které je provázeno dlouhodobě zvýšenou hladinou cukru v krvi
- Karcinom** – nádorové onemocnění, které vychází z epitelu
- Kolonoskopie** – endoskopické vyšetření tlustého střeva pomocí kolonoskopu
- Per os** – podání léků ústy
- Per rektum** – podání léku přes konečník
- Screening** – vyšetřování pacientů, u kterých se zatím příznaky choroby nevyskytly
- Sipping** – jde o popíjení nutriční výživy
- Symptom** – příznak
- Tumor** – nádor, novotvar, otok zanícené tkáně
- (VOKURKA, Hugo a kol., 2009)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje při návratu do Sanatoria.....	37
Tabulka 2 Vitální funkce při návratu do Sanatoria.....	37
Tabulka 3 Farmakologická anamnéza .....	39
Tabulka 4 Posouzení současného stavu .....	39
Tabulka 5 Aktivity denního života .....	41
Tabulka 6 Posouzení psychického stavu .....	42
Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu .....	44
Tabulka 8 Laboratorní vyšetření krve.....	46
Tabulka 9 Medikamentózní léčba.....	47

## ÚVOD

Karcinom tlustého střeva a konečníku je zdravotnický problém všech civilizovaných zemí. Stomie mohou ve velké většině případů pacientům zachránit život, nebo ho alespoň prodloužit. Nádorové onemocnění patří mezi nejvážnější diagnózu, se kterou se člověk může setkat. A mezi nádorovými onemocněními se kolorektální karcinom řadí mezi jedny z nečastějších. Proto si myslím, že je důležité podrobněji popsat ošetrovatelský přístup k pacientům s touto diagnózou a stanovit priority ošetrovatelské péče.

U pacientů se stomií bychom se měli zaměřit hlavně na jeho psychickou stránku, ale také na životní styl. Pacient se stomickou pomůckou je nucen zabezpečit péči o sebe vlastními silami, nebo s pomocí svých blízkých, protože po propuštění ze zdravotnického zařízení už nebude poblíž žádný zdravotnický personál, který by mu poradil a pomohl. Získat pocit jistoty a bezpečí není pro stomika vůbec jednoduché. Pacient díky stomii přichází o svou duševní pohodu a změní se mu od základu život. Také je ovlivněn život pracovní, rodinný a společenský.

Dotýká se to neustále i rodinných příslušníků. V případě, že některý člen rodiny onemocní, jsou tím ovlivněni všichni. Je však důležité, jaký postoj zaujmou. Mohou být pro svého blízkého oporou, nebo situaci nemusí přijmout a nezvládnou ji.

V partnerském životě se mohou pacienti často obávat, že je jejich polovička opustí. Ve vztahu ke společenskému životu se mohou dostavit pocity ztráty bezpečí a nejistoty. Stomik nemá pod kontrolou své vyměšování, proto pro něj může být pozornost ostatních lidí nepříjemná.

Neexistuje jediný jednotný postup, jak se s tímto problémem vyrovnat a smířit, neboť každý člověk je jedinečný a potřebuje jiný druh pomoci.

Stomické pomůcky jsou navrženy tak, aby vyhovovaly všem stomikům a splňovaly všechny nároky. Navrhovatelé pomůcek se zaměřili na velikost, eliminaci zápachu, nebo také na irigaci, která nošení pomůcek zjednodušuje.

Je nezbytné akceptovat skutečnost, že stomie ve značné míře ovlivňuje dosavadní způsob života člověka.

## **Bakalářská práce také obsahuje:**

### **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracovat problematiku karcinomu tlustého střeva. Popsat epidemiologii, symptomatologii, diagnostiku, léčbu, prevenci a prognózu u tohoto onemocnění.

**Cíl 2:** Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom, mezi které patří stomie a stomické pomůcky, životní styl stomika, stoma sestra a kluby stomiků.

### **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom.

## **Vstupní literatura**

## **Popis rešeršní strategie**

# 1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

## 1.1 CHARAKTERISTIKA

Kolorektální karcinom je zhoubné onemocnění tlustého střeva, tračníku a rektu vycházející z epitelu sliznice. Biologické chování záleží na stupni odlišnosti od normální sliznice. S narůstající morfologickou odlišností jednotlivých buněk nádoru od zdravých jsou karcinomy klasifikovány jako dobře, středně a špatně diferencované. Buňky, které na základě svého vzhledu vůbec nepřipomínají buňky sliznice, pak tvoří nediferencovaný karcinom s nejhorší prognózou (ADAM, 2010), (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Muži jsou postiženi o něco častěji než ženy. Ze všech zhoubných onemocnění tvoří v ČR kolorektální karcinom asi 15 %. Nejčastěji je diagnostikován ve věkové skupině pacientů nad 50 let. Při diagnostice kolorektálního karcinomu u pacientů mladších 40 let je potřeba myslet na genetickou predispozici i u pacientů s negativní rodinnou anamnézou (LIPSKÁ, 2012).

## 1.2 EPIDEMIOLOGIE

Kolorektální karcinom je v postavení druhým nejvýznamnějším onkologickým onemocněním ve vyspělých státech, hned po karcinomu plic u mužů a karcinomu prsu u žen.

Geografická distribuce kolorektálního karcinomu poukazuje na nejvyšší incidenci v západní Evropě, v severní Americe, Austrálii a Japonsku. Česká populace se v posledních čtyřech letech zařadila mezi státy s největším výskytem. Epidemiologické přehledy jsou získávány pro zkvalitnění prevence, pro screening, genetické testy nebo zakládání registru (HORÁK, 2013).

Kromě životního stylu jedince je důležité zmínit věkový faktor, kdy můžeme říct, že pravděpodobnost vzniku novotvarů graficky roste od padesátého roku téměř exponenciálně. Nepatrné rozdíly můžeme najít také v epidemiologii ženy a muže. Lokalizace nádorů u ženy je častá v pravém tračníku, zatímco u mužů převažuje výskyt v rektu (LIPSKÁ, 2012).

### 1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY

Kolorektální karcinom nemá jedinou příčinu, ale je způsoben vzájemně se ovlivňujícím působením dědičných předpokladů i vnějších faktorů.

Věk – Kolorektální karcinom se častěji vyskytuje ve vyšším věku. Naprostá většina případů je diagnostikována po padesátém roce života. Důvodem je kumulace nepříznivých vlivů během života. Nádory tlustého střeva a konečníku se často vyskytuje i u mladších lidí.

Pohlaví – Ve světě kolorektální karcinom postihuje častěji ženy. V České republice je to naopak. Právě muži jsou častěji postihnutí tímto onemocněním. Riziko kolorektálního karcinomu způsobuje hlavně vysoká konzumace piva.

Strava – Mezi zevní rizikové faktory patří strava s vysokým obsahem živočišných tuků a červeného masa. Dále nízký obsah vlákniny ve stravě, nadváha, kouření, konzumace alkoholu nebo nedostatečný příjem ochranných látek, např. vitamín C nebo kyselina listová.

Dědičnost – Dědičné faktory mohou do jisté míry ovlivňovat riziko kolorektálního karcinomu. Někteří jedinci mají dědičné předpoklady pro tvorbu polypů.

Nespecifické střevní záněty – Kolorektální karcinom se častěji vyskytuje u pacientů s nespecifickými střevními záněty než u běžné populace. Změny na střevní sliznici jsou zapříčiněné déletrvající ulcerózní kolitidou. Může se tedy časem vyskytnout i u pacientů s Crohnovou chorobou (FUKASOVÁ, 2013), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

### 1.4 PŘÍZNAKY

Počáteční obtíže bývají malé, přerušované, střídavé, proto zanedbání nemoci je časté a značné. Příznaky jsou podmíněny umístěním nádoru, jeho velikostí, méně již celkovou odezvou nádoru v organismu. Zúžení průsvitu střeva se projeví zvýšenou plynatostí, poruchou vyprazdňování (střídání zácpy a průjmu), pocitem plnosti, kolikovitou bolestí spojenou se zástavou střevní pasáže, při neprůchodnosti střeva. Dalším projevem nádoru střeva je viditelná krev ve stolici, ale nádor se projevuje i mikroskopickými krevními ztrátami, které nejsou pouhým okem viditelné, ale jsou



zjistitelné vyšetřením vzorku stolice na skryté (okultní) krvácení. Neméně významným je fakt, že tyto ztráty vedou k anémii. Ta se může projevovat celkovou slabostí a únavou. Podezřelým příznakem může být i nechtěný úbytek hmotnosti. Nádory konečníků se projevují nutkáním na stolicí a odchodem malého množství krve stolicí (VYZULA, 2007).

## **1.5 DIAGNOSTIKA**

Karcinom tlustého střeva je závažné onemocnění, ale jeho prognózu lze ovlivnit. Pro včasné zahájení léčby je hlavně důležitá správná diagnostika.

Na první místo v diagnostice můžeme zařadit anamnézu. Ta by se neměla v žádném případě podceňovat. Měl by být na ni kladen obrovský důraz. Pacient je při dotazování lékařem schopný poskytnout důležité informace jak se stravuje a kde pracuje. Důležitá je také rodinná anamnéza, jestli se v rodině vyskytlo nějaké nádorové onemocnění.

Mezi další vyšetření patří fyzikální, které spočívá ve vyšetření per rectum. Lékař vyšetřuje pacienta přes konečník. Je schopen zjistit krvácení, nebo odhalit podezření na nádor v oblasti recta (SEIFERT, 2012).

### **1.5.1 SCREENING KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU**

Lidé, u kterých neproběhli ještě prvotní příznaky onemocnění, se provádí screeningové vyšetření. Screening rozdělujeme na hromadný, kdy se ho účastní celé populační skupiny, a dále na screening cílený, s nímž vyšetřujeme jen určitou skupinu osob. Mezi nejvýznamnější screeningové vyšetření patří test na okultní krvácení. Test je zcela rychlý, jednoduchý a bezbolestný. Provádí se v domácím prostředí, nebo test provádí praktický lékař. Provádí se po 50. roku života 1x ročně, nebo nad 55 let 2x za rok. Do speciální zkumavky se odebírá vzorek stolice velikosti lískového ořechu. Po odebrání stolice se vzorek posílá k vyšetření k praktickému lékaři. Ten do vzorku nakape speciální roztok. Zkumavku vloží do speciálního přístroje. Ten určí, zda se ve stolici nachází krev (SEIFERT, 2012).

### **1.5.2 VYŠETŘENÍ NÁDOROVÝCH MARKERŮ**

Mezi nádorové markery řadíme hormony, enzymy a antigeny, které jsou specifické pro některé nádorové onemocnění. Ve většině případů je typická zvýšená hladina karcinoembryonálního antigenu (CEA) při výskytu kolorektálního karcinomu. Avšak vysoká hladina CEA hnedka není typická pro přímou diagnostiku nádoru. Hladina CEA se odebírá v předoperačním období. Po odstranění nádoru dochází k jeho normální hodnotě. Když při kontrolním pooperačním odběru je hladina pořád vysoká, znamená to, že nádor nebyl úplně odstraněn, anebo poukazuje na recidivu onemocnění. Mezi další laboratorní vyšetřovací metody patří vyšetření krevního obrazu a elektrolyty (SOUČEK, 2011).

### **1.5.3 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY**

Endoskopie patří mezi důležité vyšetření pro diagnostiku nádorového onemocnění v trávicím traktu a to z důvodu, že si ho umožňuje prohlédnout zevnitř. U kolonoskopie je důležitá příprava. Měla by zajistit, aby bylo střevo dokonale vyčištěno. Nejčastěji se používá roztok fortrans. Ten pacient popíjí den před vyšetřením. Měl by vypít 4 litry roztoku. U podezření na karcinom střev je jednou z diagnostických metod kolonoskopické vyšetření. Může se u něho odebrat vzorek na bioptické vyšetření. Také u něj můžeme provést i terapeutickou polypektomii. Při bioptickém odběru vzorků je důležité brát vzorek z více míst. Většina karcinomů nemusí vznikat na podkladě adenomu, protože negativní histologický výsledek neznamená vyloučení nádoru. Totální kolonoskopie od recta až po cékum se provádí ve většině případů. Patří mezi významnou vyšetřovací metodu pro stanovení diagnózy karcinomu. Pokud však totální koloskopie není možná, je potřeba ji provést intraoperačně (VYZULA, 2007).

### **1.5.4 RENTGENOVÉ VYŠETŘOVACÍ METODY**

CT břicha a USG vyšetření ve většině případů slouží k vyhledávání případně vyskytujících se metastáz a také k průniku nádorů do trávicího traktu. U CT vyšetření se aplikuje kontrastní látka intravenózně. Kontrastní látky bývají ve většině případu jodového původu. Proto je důležité od pacienta zjistit, zda není alergický na jód.

RTG – vyšetření hrudníku, provádí se z důvodu zjištění metastáz v plicích.

PET – pozitronová emisní tomografie, princip tohoto vyšetření spočívá v intravenózní aplikaci modifikované glukózy. Buňky takto upravenou glukózu vychytávají z krve. Poté ji štěpí k získání energie. Nádorové buňky se rychle dělí, proto k dělení potřebují větší množství glukózy. Poté začnou využívat tuto upravenou glukózu a nádor se projeví kontrastně. Díky této metodě mohou být odhaleny vzdálené metastázy (SOUČEK, 2011).

## **1.6 LÉČBA**

Léčba kolorektálního karcinomu se odvíjí od celkového stavu pacienta, rozsahu postižení, nálezu případných metastáz. K tomu je potřeba správná diagnostika.

Lékař by měl vše s pacientem nejprve probrat, a také dbát na to, aby vše pochopil. Pacient musí znát princip léčby, možné komplikace a být informován o vedlejších účincích léčby.

Léčba karcinomu tlustého střeva se dělí na chirurgickou, radioterapii a chemoterapii. Zavedení stomie patří k léčebným metodám. (JANÍKOVÁ, 2013).

### **1.6.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA**

Za Cíl chirurgické léčby se považuje odstranění nádoru, metastáz a případných lymfatických uzlin. Cílem operace je odstranění nádoru, a to nejméně 5 cm tkáně nad nádorem a 2 cm tkáně pod nádorem. Rozdělujeme dva typy chirurgických operací u kolorektálního karcinomu. Kurativní operaci, u které se odstraní nádor i spolu s nádorovou tkání a dále paliativní typ operace. Ten má za cíl zkvalitnit život, protože je již nádor v takovém stádiu, ve kterém jej nelze celý vyoperovat. Operace může být prováděna laparoskopicky za pomoci tří malých řezů. Dále laparotomicky za pomoci jednoho velkého řezu. Čím dál častěji se upřednostňují laparoskopické operace. Mají příznivější vliv pro pacienta v podobě příznivější pooperační rekonvalescenci. Mezi výhody laparoskopických operací patří snížení pooperačních bolestí, dřívější navrácení střevní funkce a také zkrácená délka hospitalizace. Založení stomie je jednou z nejčastějších indikací pro provedení laparoskopické operace. Po resekci střeva se provádí anastomóza. Spojka mezi resekovanými úseky střev, které mohou být sešity pokračujícím stehem a nebo staplerovou technikou. Použití staplerové techniky a stehů,

se odvíjí od druhu anastomózy a rozhodnutí chirurga. Svorkovací technika zkracuje čas operace, je však finančně náročnější. Funkční anastomóza musí být založena na zdravých, dobře prokrvených a dobře viditelných okrajích střeva. Dále rozlišujeme operace dle místa postižení karcinomem na to pravostrannou hemikolektomii, rozšířenou pravostrannou hemikolektomii, resekci příčného tračníku, levostrannou hemikolektomii a nízkou přední resekci (SLEZÁKOVÁ, 2010), (JANÍKOVÁ, 2013).

### **1.6.2 RADIOTERAPIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU**

Léčba spočívá v principu ionizujícího záření. Buňky zdravé jsou méně náchylné na ionizující záření, než buňky rakovinotvorné. Za cíl radioterapie považujeme dopravit co nejvíce ionizujícího záření v určeném čase na správné místo. Zdravé tkáně by měly být co nejméně ozářené. Podle histologického typu tkáně se určuje citlivost nádoru na ozáření, ze které vychází nádor. Ionizující záření se dělí na korpuskální a elektromagnetické. Dále se dá elektromagnetická záření dělit na rentgenové a záření gama. Nejčastější způsob ozařování je brachyterapie. Funguje na principu, že zdroj záření je umístěn do oblasti nádoru. Díky tomu dojde k vysoké koncentraci. Vysokou dávku záření lze již podat v malém čase a to i ambulantně pomocí nových technologií brachyterapie.

Radioterapie má řadu nežádoucích účinků v podobě nevolností a nechutenství. Objevuje se i zvracení, průjem, bolest břicha a nadýmání. Je nutné poučit pacienta, který je ozařován v okolí břicha o nevhodných potravinách, které mohou tyto potíže zhoršit, a to jsou např. luštěniny, pivo, čerstvé pečivo a i některé mléčné výrobky. Pacienti by měli omezit i perlivé nápoje. Radioterapie se může rozdělit na kurativní, neadjuvantní, adjuvantní a paliativní (FUKASOVÁ, 2013).

### **1.6.3 CHEMOTERAPIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU**

Chemoterapie je podávání cytostatik za účelem ničení nádorových buněk a to při minimálním poškození buněk zdravých. Za cíl podávání cytostatik se považuje zničení nádoru, anebo zabránění jeho rozšíření či pouze zpomalení jeho růstu. Cytostatika fungují na principu zastavení buněčného dělení a následkem toho poškozují genetickou informaci. Ta se nachází v buňce. Druhy cytostatik se liší podle toho, jak dané buňky pronikají do tkání a jak poškozují organizmus. Cytostatikum ničí nádorové buňky, ale

nemusí ničit buňky jiného nádoru. Nádorové buňky bývají poškozeny cytostatiky více. To je způsobeno tím, že nádorové buňky se rychleji dělí. Nádorové buňky mají menší schopnost sebeopravné funkce. Pokud dojde k poškození cytostatiky zdravé buňky, jsou schopné svými opravnými mechanismy zvrátit poškození.

Chemo senzitivně mohou reagovat nádorové buňky na účinek chemoterapie, a to znamená, že jsou citlivé na chemoterapeutickou léčbu. Chemo kurabilně – cytostatikum je pro pacienta přínosné, ale za to nádor je citlivý na chemoterapii. Chemo rezistentně – a to znamená, že nádorové buňky jsou odolné vůči účinkům cytostatik. Monoterapie cytostatiky je označována jako použití jednoho typu cytostatika. Pokud ale pacient podstupuje léčbu několika druhy cytostatik, tak se jedná o léčbu kombinovanou.

Způsob podávání cytostatik je různorodý. Nejčastěji jsou cytostatika podávána i.v. cestou. Cytostatika mohou být podávány dávkovačem, anebo pumpou. Další způsob podání cytostatik patří p.o., i.m., intraarteriálně, subkutánně.

Hlavním cílem kurativní chemoterapie je vyléčit partnera. U nemocných po operaci nádoru je podávána adjuvantní chemoterapie. Předpokládá se však to, že někde v organismu budou metastázy, které by tento typ chemoterapie měl zničit. Podání cytostatik před operací se nazývá neadjuvantní chemoterapie. Zamezit vznik metastáz, zmenšit nádor a tím i zlepšit operabilitu by měla cytostatika. Paliativní chemoterapie vede pouze ke zmírnění příznaků a tím i ke zkvalitnění života, které nádor vyvolal.

Podávání cytostatik má i nežádoucí účinky na zažívací trakt. Může se vyskytovat průjem nebo zácpa, která může vést až k ileu (FUKASOVÁ, 2013).

## **1.7 PROGNÓZA**

Prognóza nemocných s rakovinou tlustého střeva je závislá na stádiu onemocnění. To je dáno jednak mírou postižení střevní stěny, také přítomností nádoru na lymfatických uzlinách a event. přítomností vzdálených metastáz, zejména jaterních a plicních. Nemocní s nádorem omezeným na střevní stěnu, bez postižení uzlin, mají velmi dobré vyhlídky na úplné uzdravení. Pravděpodobnost jejich vyléčení se pohybuje mezi 65–90 %. Při infiltraci regionálních mízních uzlin klesá šance na vyléčení na 45–50 % a nemocní se vzdálenými metastázemi mají na úplné uzdravení jen nepatrnou

naději. Celkové pětileté přežití nemocných s kolorektálním karcinomem dosahuje přibližně 50 % (SUCHÁNEK, 2011).

## **1.8 PREVENCE**

Prevenčí je prohloubení dostupnosti informací o rizikových faktorech každému občanovi. Rizikové faktory se spolu podílejí na vzniku nádorového bujení. Preventivní opatření směřují k zabránění vzniku karcinomu, popřípadě také k včasnému diagnostikování a výběru vhodné léčby. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární (POKRIVČÁK, 2014).

### **1.8.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE**

Primární prevence znamená zabránění vzniku karcinomu ovlivněním životního prostředí a životního stylu. Zahrnuje boj proti kouření a podporuje zdravou výživu. Primární prevence má za cíl zabránit vzniku karcinomu ovlivněním vnější rizikových faktorů. Mezi nejdůležitější vnější rizikové faktory patří nevhodná strava, nadváha a konzumace alkoholu. Nevhodná strava je hlavně červené maso, jídlo s vysokým obsahem živočišných tuků, nedostatečný příjem vitamínů C a kyseliny listové. Při pravidelné konzumaci masa vepřového, jehněčího a hovězího stoupá riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Při konzumaci uzenin a masa připravovaného při vysokých teplotách se riziko vzniku karcinomu zvyšuje. Jídelníček kolostomika by měl být obohacen o rybí maso, ovoce a zeleninu, která je zdrojem vlákniny. V každodenní aktivitě pacienta by neměl chybět pohyb, který předchází obezitě. Mnoho studií potvrzuje, že kouření má pozitivní vliv na vznik kolorektálního karcinomu. Dále jsou převážně ohroženi lidé, kteří konzumují alkohol (VORLÍČEK aj., 2012), (VYZULA aj., 2007).

### **1.8.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE**

Především zdravotnická služba se zaměřuje na sekundární prevenci. Cílem je vyhledávání a sledování lidí s prekancerózami, ale také provádění důsledných preventivních prohlídek. Přispívá k včasné diagnostice a úspěšné protinádorové léčbě (SEIFERT, 2012).

Od roku 2009 byly v ČR zavedeny pro občany starší 50 let screeningové programy. Slouží pro včasné odhalení kolorektálního karcinomu. Nejčastější screeningovou metodou je test na okultní krvácení (TOKS). Provádí se od věku 50–54 let 1x ročně a je hrazen zdravotní pojišťovnou. Za cíl tohoto vyšetření se považuje odhalení skrytého krvácení, které je přítomno ve stolici i přes jeho neviditelnost. Jednou z možností je, že si pacient test na okultní krvácení provádí doma sám odebráním jednoho vzorku stolice. Při moderním typu testu není pacient povinen držet dietu, protože výsledky testů nejsou ovlivněny konzumací různých druhů potravin. U negativního výsledku testu je test opakován za rok. Pokud byl test TOKS pozitivní, pacient je odeslán na screeningovou koloskopii. Při negativním výsledku koloskopie je screeningový program na 10 let přerušen. Pokud koloskopie krvácení potvrdila, řídí se dále pacient léčebným postupem dle doporučení (DUŠEK aj., 2012).

Od 55 let věku se screeningová metoda v podobě testu na okultní krvácení provádí 1x za dva roky. Nově lze test na okultní krvácení vyzvednout také u gynekologa. Od 55 let je možno toto vyšetření nahradit screeningovou koloskopií. Ta je indikována v případě pozitivního testu na okultní krvácení. Koloskopie je indikována v intervalu 10 let, pokud byl výsledek negativní (SEIFERT, 2012).

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

Lidem, u kterých se kolorektální karcinom vyskytl v rodině, se doporučuje věkovou hranici posunout na 40 let (VORLÍČEK aj., 2012).

### **1.8.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE**

Cílem je včasné odhalení recidivy. Tento druh prevence je zaměřen na sledování nemocných s vyléčeným nádorovým onemocněním (DUŠEK, 2012).

## **2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ PRO KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM**

Mezi specifika ošetrovatelské péče řadíme stomie a jejich pomůcky, práci stoma sestry a její vzdělání, životní styl stomika a kluby stomiků.

### **2.1 STOMIE**

Stomii můžeme definovat jako umělé vyústění dutého orgánu. Tohle chirurgické řešení se volí po maligním nebo benigním onemocnění, nebo také po náhlé příhodě břišní, úrazech či poranění. Stomie může být dočasná, nebo trvalého rázu. Nejdůležitější priorita u operačního výkonu bývá zachování kontinuity orgánu a hlavním cílem plnohodnotný osobní, rodinný, společenský a pracovní život (SLEZÁKOVÁ, 2007).

#### **2.1.1 STOMICKÉ POMŮCKY**

##### **Podložka**

Součástí je podložka, která se liší u jednodílného a dvoudílného systému. Pokud je želatinová podložka pevně spojena se sáčkem, jedná se o jednodílný systém, kde se po naplnění mění celý sáček. U dvoudílného systému je podložka se sáčkem spojena pomocí plastového kroužku a zůstává nalepena 3–5 dní. Na podložce lze střídát různé typy sáčků, které se avšak velikostně neliší. Spirálové lepení umožňuje pokožce lépe dýchat, brání podráždění a udržuje optimální hodnotu pH. Podložka je pružná, aby se co nejlépe přizpůsobila tělu i při pohybu. Některé podložky jsou navíc vybaveny oušky, kam je možno přichytit stoický pás. Stomik má pak pocit bezpečí i při větší fyzické námaze. Poslední druh podložek se jmenuje konvexní. Je určen pacientů s vypadlou stomií. Středová část podložky je vypuklá, aby lépe přilnula. Tím zabraňuje protečení do okolí stomie (JEDLIČKOVÁ, 2008).

##### **Filtr**

Ve stomickém systému slouží filtr k eliminaci zápachu a zároveň zabraňuje nafukování sáčku. Pro nositele se stal nepostradatelnou součástí. Buď je přímo zabudovaný v sáčku, nebo se přidává samostatně.



### **Kolostomické sáčky**

Sáčky určené k pacientům s kolostomií jsou vybaveny vestavěným filtrem. Ten brání zápachu, mechanickému zablokování a zároveň nafukování plyny. Vnější část sáčku je potažena textilií, aby dobře sála pot a byla příjemná na dotek. Barva se přizpůsobuje tělu pro větší diskrétnost.

### **Stomické zátky**

Zátka patří mezi nejdiskrétnější pomůcku. Lze ji použít v situacích, kdy by stomický sáček překážel. Plochý tvar se podobá náplasti. Využívat ji mohou stomici, kteří mají pravidelnou stolici, nebo při irigaci. Zátka je možné požívat pravidelně, nebo jen příležitostně. Nejvíce se využívá při intimních chvílích, při nichž má pacient pocit jistoty a pohodlí.

### **Čistící roztok**

Prvním důležitým krokem po odstranění stomického sáčku je důkladné očištění hrubých nečistot. Čistící roztoky slouží jako náhrada mýdla, vody nebo jiných rozpouštědel. Umožňuje stomikům účinně pokožku očistit a přitom zabránit jejímu vysušování.

### **Ochranný film**

Film se nanáší do okolí stomie. Má za úkol chránit pokožku. Vytvořená vrstva filmu pomáhá zvyšovat odolnost kůže. Stomické podložky po nanesení filmu na kůži lépe přilnou a prodlouží život celého systému.

### **Ochranný krém**

Krém používají stomici s velmi suchou a podrážděnou pokožkou. Udržují optimální pH a zároveň také zjemňují kůži. Pokud je ochranný krém pravidelně používán, zvyšuje odolnost pokožky vůči sekretům.

### **Adhezivní pasty**

Pokožku v okolí stomie je nutné chránit před střevním obsahem. Pro tyto účely se používá Adhezivní pasta. Pasta také snižuje riziko protékání a vyrovnává nerovnosti, čímž umožňuje lepší přilnutí podložky, a tím prodlouží životnost stomického systému. Pasta se vyrábí v tubě pro domácí použití, nebo jako cestovní balíček v podobě proužků.

### **Ochranné destičky**

Ochranné destičky využívají stomici, pokud je kůže poškozena sekrety, nebo pokud hrozí riziko poškození. Komplikace se mohou objevit u pacientů s vypadlou stomií. Samolepící destičky jsou ohebné a na kůži by neměly zanechávat žádný zbytkový materiál. Destičku lze podle velikosti stomie vystříhnout a ta pak prodlužuje životnost stomické podložky.

### **Pohlčovač pachu**

Dříve stomici řešili zápach vycházející ze stomie tím, že používali různé voňavky. Ty však zápach neodstranily, spíše to mělo opačný efekt. Pohlčovač pachu obsahuje aktivní látku, která zápach nejprve pohltní, a poté rozloží. (ZACHOVÁ, 2010).

## **2.1.2 ŽIVOTNÍ STYL STOMIKA**

### **Sexualita a intimní život**

Jedním z hlavních motivátorů v lidském životě je láska. V každodenním životě se setkáváme s jejími různými podobami. A z těchto zkušeností se vychází. Láska dává velkou naději, že pevné pouto mezi životními partnery snadno překoná problémy spojené s intimním životem stomika.

Člověk s tímto onemocněním potřebuje především psychickou podporu. Důležité je pochopit, že kolostomické vyústění není samo o sobě nemocí. Každý z nás má jiné sexuální návyky a proto je velice složité definovat tzv. normální sexuální život. Za normální, tak můžeme brát vše, co oběma partnerům přináší nejen požitek, ale i spokojenost v partnerském vztahu. Někdy ovšem člověk s tímto onemocněním ztratí o intimní život zájem a proto je velice důležité respektovat jak zdravotní, tak ale i emociální stav životního partnera.

Každý se s otázkami týkající se intimního života po operaci vypořádává po svém. Důležité je zvážit zdravotní stav stomika a v neposlední řadě i psychickou kondici. Podpořit v tomto těžkém období partnera může jak polibky, hlazením, tak i upřímným objetím. Nesmí se zapomínat ani na zdravého partnera, který se rovněž musí vyrovnat s nejen psychickou zátěží, která mohla vzniknout ze strachu před operací i po ní a tak mohlo dojít ke zmenšenému zájmu partnera o sexuální život (PAILOVÁ, 2008).

Nesmí být soustředěnost pouze na tělesné nedostatky a stomii. Hlavně by měli být v co největší psychické pohodě. Pokud je nemocná žena, může si zakoupit různé doplňky jako je spodní prádlo, kterého není na trhu opravdu nedostatek. Jako příklad se může uvádět např. krajkové prádlo nebo stahovací košilky, které zaručeně odpoutají pozornost. Nedílnou součástí je také důkladná hygiena. Je také možné, pokud to zdravotní stav nebo typ stomie dovoluje, aplikovat pro vyprázdnění střevního obsahu irigaci (ZACHOVÁ, 2010).

Pokud se nedostaví dostatečné vzrušení ani v blízkosti milovaného partnera, nesmí se nemocný oddávat depresi ani hněvu, protože s velkou pravděpodobností se jedná o otázku psychiky. Mluvit s partnerem otevřeně o všem, a snažit se s ním i nadále více sblížit. Je to opravdu důležité pro další společný život..

Někdy se může stát, že u partnera opadne vzrušení a to pro pooperační bolesti, které mohou nastat. Být trpělivý a vyčkat, až se tělesný i duševní stav partnera změní k lepšímu.

Uložení vnitřních orgánů se může u některých chirurgických zákroků změnit, tyto změny mohou mít vliv na vnímání pocitů spojených se zavedením penisu do pochvy a pak je pro partnerku složitější dosažení orgasmu. Pokud k těmto problémům dojde, je nezbytné kontaktovat ošetřujícího lékaře nebo stomickou sestru popřípadě sexuologa. Pomohou odstranit především psychickou zátěž, která jak už bylo několikrát zmíněno, hraje obrovskou roli.

Probrat s partnerem obavy a zkusit najít takové řešení, které bude vyhovovat oběma a pomůže tak zlepšit intimní život.

U svobodných stomiků je sexuální život opravdu choulostivou otázkou. V takovém případě je více než vhodné svého partnera informovat o své nemoci a se vším co je s ní spojeno a to ještě před intimním sblížením. Lidé s touto nemocí musí bohužel počítat i s případným rizikem rozchodu (ANTONOVÁ, 2008).

### **Fyzická aktivita**

Hodně stomiků, kteří před operací sportovali, má obavu o své sportovní aktivity jako jízda na kole, plavání, lyžování, tenis nebo nejen míčové kolektivní sporty. Právě pravidelné sportovní aktivity a aktivní životní styl pomáhá odbourat nejen každodenní stres, ale i napětí a v neposlední řadě dodá tělu tolik potřebnou energii. Je známo

nespočet stomiků, kteří se i přes svou nemoc pustili i do takových výzev jako jsou nejvyšší světové hory nebo vysokohorský vystup ve Vysokých Tatrách

Stejně jako u zdravého člověka, je u stomika velmi důležitá příprava, která by měla začínat návštěvou a pohovorem u svého ošetřujícího lékaře. Zde se dozví své možnosti a hranice, které by pacient neměl překročit a to vzhledem k svému onemocnění. U cvičení po operaci nesmí zapomínat jak na správné dýchání, tak na pozvolné cvičení nejlépe pod kontrolou. Vyhýbat se musí silovým sportům a těžké fyzické námaze kde hrozí riziko kýly. Cvičení je individuální u každého pacienta, zřetel se bere hlavně na zdravotní stav, ale i na věk a zdatnost pacienta (PAILOVÁ, 2008).

V každém věku je však možnost se cvičením začít, např. jóga. Tyto aktivity jsou vhodné i pro starší lidi, kteří nemají bohužel až tolik možností jak cvičit. Každý sport nebo cvik by měl být prováděn opakovaně, aby tělo mohlo znovu nabýt duševní i tělesné pohody.

Taktéž je vhodná i sauna a plavání, protože vývod jde zajistit krytkou i když jen na omezený čas a to hlavně když pacient provádí irigace. Dají se také použít stomický sáček bez filtru a nebo stomický sáček s přelepeným filtrem, bohužel však jen na krátkou dobu ve vodě, protože se po delším čase samolepka navlhčí a odlepí. Sáček pak získá na objemu a je nepoužitelný.

Nemocný by na sebe měl myslet i v čase dovolené. Pokud má tu možnost, aby si upravil jídelníček na bezzbytkový, pak by neměla dělat problém prakticky žádná aktivita. Pokud jede například k moři, může si koupit speciální plavky pro stomiky (JANICZEKOVÁ, 2007).

### **Cestování**

Cestování pro stomika nepředstavuje závažnější problém oproti běžnému režimu. Zejména, pokud si na cestu připraví dostatek vhodných pomůcek. Vhodné je vše doplnit o seznam zdravotnických pracovišť či seznam stomických center. V případě nutnosti by mohli zajistit potřebné pomůcky (ZACHOVÁ, 2010).

Letecká doprava je v dnešní době bohužel spojena s vysokými bezpečnostními opatřeními. Nemusí při odbavování zajistit pacientovi soukromí. Pacient by měl probrat s ošetřujícím lékařem možnost vystavení potvrzení s objasněním potřeb zdravotního

stavu možnost diskrétní osobní prohlídky bezpečnostními orgány letiště. Je vhodné tento dokument přeložit do světového jazyku.

Cestování je často spojeno i se stresem. Ten může způsobit změnu konzistence stolice. Proto je vhodné, aby měl pacient na cestování k dispozici také výpustné sáčky. Důležité je neopomínat dostatek stomických pomůcek. Kolostomik by si měl stomické pomůcky rozdělit mezi příruční zavazadlo a kufr. Jen tak bude mít jistotu, že i při zdržení jeho zavazadel budete mít svoji pomůcku u sebe. Důležité je nezapomínat na přepravu tekutin. Týká se i čisticích roztoků. Ochranné a čisticí pomůcky ve formě ubrousků by v příručním zavazadle neměly chybět (JANICZEKOVÁ, 2007).

### **Strava a dieta**

Strava bezesbytková je vhodná prvních 6-8 týdnů po operaci. Dobře tepelně upravená a lehce stravitelná. Doporučuje se vyřadit potraviny, které obsahují nerozpustnou vlákninu (zbytky ve stravě). Dále celozrnné výrobky, luštěniny, ovoce se slupkami a zrníčky, nezralé ovoce, tučná masa a uzeniny, nadýmavou zeleninu, dráždivé koření apod. Vhodné je jíst stravu často a v malých porcích. Nejlépe v dvou- až tříhodinových intervalech. Snídaně a oběd by měly být nejvydatnější. Večeře lehká a podávaná delší dobu před spaním. Nemocný by se měl vyvarovat konzumace jídla pozdě večer (KOHOUT, 2008).

Jídlo je nutné vždy velmi dobře rozkousat. Pokud nemocný nemá v pořádku chrup, doporučujeme krájení na malé kousky, mletí nebo strouhání – např. u masa, ovoce, zeleniny. Snášenlivost jednotlivých potravin je individuální, pokud některá potravina vyvolává potíže, je třeba ji vyřadit z jídelního lístku. Po přizpůsobení organismu změněným podmínkám volíme vždy co nejpestřejší stravu. Důležité je dodržování pitného režimu, tj. dostatečné množství tekutin (minimálně 2 l denně, v letním období i více) a to především v podobě neslazených neperlivých nápojů (PAILOVÁ, 2008).

Mezi potraviny způsobující průjmovitou stolicí patří např. tučná jídla, zelí, kapusta, květák, fazolky, špenát, okurky, syrová zelenina, sušené i čerstvé švestky, cukr, mléko, ledové nápoje, hrozny, alkohol, fíky, hovězí bujón, čerstvé ovoce, káva, celozrnný chléb, cibule.

Vhodné potraviny pro kolostomika jsou libové maso, šunka, vařené kuře, brambory, těstoviny, suchary, piškoty, tvaroh, čaj, netučné masové vývary s těstovinami, rýže, banány, čokoláda. Pozor na dužninu z tropického ovoce, vhodnější je jen vymačkaná šťáva.

Mezi potraviny potlačující plyny a pachy řadíme špenát, petržel, bílý jogurt, kyselé mléko, borůvky, brusinky, hlávkový salát.

Naopak potraviny, které plyny a pachy vyvolávají, patří sýry, čerstvé pečivo, zelí, cibule, česnek, nadýmová zelenina, vařená vejce, pivo, nápoje s kofeinem, ryby, uzené maso, ostré koření (PAILOVÁ, 2008).

### **2.1.3 PRÁCE STOMASESTRY**

V roce 1958 vzniká celosvětově profese stoma-terapeut, neboli enterostomický terapeut. Příčinou vedoucí k jejímu vzniku, bylo zabezpečení komplexní péče, vycházející z potřeb stomiků. O vznik specializace se zasloužila první stoma terapeutka Norma G. Thompsonová, která později založila mezinárodní organizaci WCET, tedy Světovou radu pro enteroterapeuty. Ta sdružuje stomické sestry celého světa. Každá všeobecná sestra, která získá odbornou způsobilost dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. je způsobilá pro ošetřování stomií a zároveň pro edukaci klientů v ošetrovatelských 36 činnostech (Vyhláška č. 55/2011 Sb., 2011). Avšak stomická sestra musí být kvalifikovaná se specializací v tomto oboru, jež zahrnuje vzdělání v oblasti stomických pomůcek, ošetrovatelské péče o tyto nemocné, rozpoznání a řešení komplikací. Její úloha je nepostradatelná, zastává roli pečovatelky, edukátorky, důvěrnice, mluvčí, koordinátorky apod. V ČR ovšem není běžné, aby tato funkce byla zavedena na každém chirurgickém oddělení, přestože její přítomnost zkvalitňuje péči o stomické klienty (MARKOVÁ, 2010; ZACHOVÁ a kol., 2010).

#### **Vzdělávání**

Stomické sestry jsou pro výkon svého povolání teoreticky a prakticky připravovány, školeny. Neustále se vzdělávají v oblasti nových pomůcek pro péči o stomie. Své nabyté znalosti a zkušenosti předávají dále spolupracovníkům, kolegům, klientům. V péči o klienta se stomií hraje zkušená a vzdělaná stomická sestra velmi

důležitou roli, neboť pro klienta to znamená větší jistotu. Taková sestra mu poradí, a povzbudí ho (MICHÁLKOVÁ, 2012).

Vzdělávání stomických sester ovšem není jednotné. Existuje více možností, jak může stomická sestra získat vzdělání. Vzdělání získá specializačním studiem, absolvováním certifikovaného kurzu i účastí ve vzdělávacích programech firem, které se zabývají stomickými pomůckami (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Specializační vzdělávání upravuje nařízení vlády, které stanovuje obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Jednotlivé specializační obory jsou uvedeny v rámcových vzdělávacích programech pro specializační vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků. Samostatný obor se zaměřením na stomie chybí. Stomické sestry se ovšem mohou vzdělávat v oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech, který je složen ze základního, odborného a specializovaného modulu. Sestry si vybírají odborný a specializovaný modul, přičemž jim je k dispozici odborný modul Role sestry v ošetrovatelské péči o klienty se stomií a specializovaný modul Specifická ošetrovatelská péče u klientů se stomiemi. Absolvování tohoto studia získá stomická sestra odbornost Sestra pro péči v chirurgických oborech (Rámcové vzdělávací prog., 2007). Po absolvování studia bude mít sestra ze zákona nové kompetence, které vyplývají z vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Jedná se o následující činnosti bez odborného dohledu a bez indikace: provádění poradenské činnosti a instruktáže, edukace v oblasti ošetřování, seznamování se sortimentem pomůcek, doporučování vhodných pomůcek, vedení stomika k soběstačnosti. Na základě indikace lékaře smí vyhledat a vyznačit optimální místo pro založení stomie (MARKOVÁ, 2010; Vyhláška č. 55/2011 Sb., 2011).

Další možnou alternativou vzdělání je certifikovaný kurz. Ten nyní pořádá pod názvem Péče o dětského i dospělého klienta se stomií na gastrointestinálním a močovém traktu Aesculap Academy. Je složen z 37 hodin teoretické přípravy, ze 48 hodin odborné praxe a je zakončen dvou hodinovou závěrečnou zkouškou. Kurz je ovšem určen pouze pro zaměstnance Fakultní nemocnice Plzeň (MICHÁLKOVÁ, 2012).

Další možností vzdělávání je program pro stomické sestry ConvaTec Academy fungující od roku 2003. Jedná se o specializovaný dvou úroňový program. První blok

ConvaTec Academy I. je základní úroveň určená pro všechny všeobecné sestry, které zaujala problematika stomií nebo které se při výkonu svého povolání alespoň trochu setkávají se stomiky. Jde o jednodenní tematický kurz „Komplexní péče o nemocného se stomií“. Kurz je zaměřen na předání základních znalostí o příčinách vzniku, typech a způsobech vyšítky stomií na stěnu břišní, o ošetřování stomií. Dále sestry seznamuje s pomůckami firmy ConvaTec, s jejich teoretickým použitím a součástí je též praktický nácvik na platových modelech. Součástí kurzu je seznámení se základními komplikacemi stomií, které mají sestry rozpoznat a předvední, jak mohou některé řešit. Druhý blok ConvaTec Academy II. je určen začínajícím a aktivním stomickým sestřím. Jedná se o čtyřdenní sympozium, které je rozdělené na dvě dvoudenní na jaře a na podzim. V první části je kurz teoretický, kdy se z části opakují informace z ConvaTec Academy I. a dále se informace rozšiřují více do hloubky. Po prvním jarním bloku mají sestry zpracovat kazuistiku a vyplňovat tzv. Index, kde si vylepují fotky komplikací a způsob jejich ošetřování. Na podzimním bloku se práce vyhodnocují a konzultují se postupy ošetřování jednotlivých komplikací. Součástí je také závěrečná praktická zkouška v nemocnicích, které na těchto kurzech spolupracují. Jedná se o Fakultní nemocnici Motol a Fakultní nemocnici Ostrava (ZACHOVÁ, 2010).

Jedním z dalších poskytovatelů kurzů zaměřených na problematiku stomií je také Aesculap Academy od firmy B Braun. Ta pořádá několikrát ročně jednodenní kurzy zaměřené na různou problematiku stomií, např. Edukace a péče o stomického klienta, Jak pečovat o klienta se stomií či Specifika péče o stomického klienta. Kurzy probíhají v různých městech ve spolupráci s nemocnicemi (MICHÁLKOVÁ, 2012).

### **Činnosti stomické sestry**

Hlavním smyslem činnosti stomické sestry je, podle Charty práv stomiků, pomoc stomikovi překonat pooperační období, naučit ho základní sebeobsluhu a sebepéči, umožnit mu návrat do jeho života před operací. Je zapotřebí seznámit klienta s nástrahami v každodenním životě a přichystat ho na těžkosti, které se mohou vyskytnout. V práci stomické sestry jako edukátorky je smyslem také podpora stomika, případně jeho rodiny (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Pracovní činnosti stomické sestry jsou rozděleny do tří fází. První částí je péče předoperační, kdy jde zejména o navázání kontaktu mezi sestrou a klientem s následným předáním důležitých informací. Druhá fáze začíná po operaci a hlavním



úkolem je zvládnutí pooperačního stavu a rekonvalescence. V této fázi je důležité docílit souhry ošetřujícího zdravotnického personálu, klienta a rodiny. To bývá pro stomickou sestru velmi složité a hlavně časově náročné. Třetí částí je následná či ambulantní péče. Ta trvá do té doby, do kdy klient potřebuje být v kontaktu se stomickou sestrou (TELLEROVÁ, 2007).

V předoperačním období by měl být klient prvotně informován lékařem a následně stomickou sestrou. Sestra naváže kontakt, nemocného psychicky podpoří, povzbudí. Zdůrazní mu nevyhnutelnost operačního výkonu. Seznámí ho se stomií, ukáže mu stomické pomůcky. Sestra poskytne nemocnému letáčky, informační brožury, které si v klidu domova prolistuje a přečte. Může mu zprostředkovat setkání s jiným již samostatným stomikem. V předoperační přípravě je důležité správné zakreslení budoucí stomie (MARKOVÁ, 2010). Při edukaci stomická sestra mluví čelem ke klientovi, pomalu, srozumitelně. Sleduje jeho reakce, aktivně naslouchá. Snaží se ho lépe poznat jako člověka, jaké má zájmy, preference. Pokud má klient zájem ozkoušet si pomůcky, stomická sestra mu to umožní. Veškerá edukační činnost před operací usnadňuje klientovi i stomické sestře pooperační fázi. Svou edukační činnost by měla sestra vždy zapisovat do dokumentace (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Cílem časného pooperačního období je připravit nemocného na normální život se stomií, naučit ho soběstačnosti v ošetřování a při výměně pomůcky. Stomická sestra přichází po operaci za klientem pravidelně, kontroluje stomii a sama vyměňuje stomický sáček. Hlavní úloha stomické sestry je v tomto období být učitelkou. Klienta začne postupně edukovat. Vhodné je nacvičování ošetřování v tzv. stoma koutku, který bývá umístěn v koupelně. Ve stomickém koutku má stomikovi být k dispozici sprcha, toaleta nebo výlevka, stůl s pomůckami, nádoba na odpad a vhodně umístěné zrcadlo, aby na sebe stomik viděl. Pokud klient chce, sestra na jeho žádost zapojí do náviku ošetřování člena rodiny. Poté, co stomik nebo jeho příbuzný zvládá ošetření stomie, je propuštěn domů, vybaven pomůckami na jeden měsíc a sesterskou propouštěcí zprávou. Ta by měla obsahovat popis stomie a její zvláštnosti, údaje o soběstačnosti nemocného, typ pomůcek a kódy pomůcek pro pojišťovnu (MARKOVÁ, 2010).

Propuštěním ovšem práce stomické sestry nekončí. Následuje reedukace, tedy opětovná výchova v rámci stoma poradny či pooperační kontroly. Většina klientů potřebuje celý edukační proces projít znovu ve zkrácené podobě. Tím dochází

k zpřesnění postupu a odhalení případných nejasností. Při každé návštěvě sestra kolostomii vizuálně a palpačně kontroluje a vede rozhovor s nemocným (ZACHOVÁ a kol., 2010). Během návštěvy provede stomická sestra vstupní vyšetření, které spočívá ve změření stomie, zjištění jejího tvaru, barvy, průchodnosti, zjistí výskyt komplikací a zhodnotí okolí stomie. Poté následuje úvodní rozhovor zaměřený na zjištění způsobu obstarávání pomůcek, způsobu ošetřování stomie. Sestra nemocného povzbuzuje, předává mu praktické rady, zkušenosti, snaží se, aby hovořil o svých problémech, přistupuje ke každému individuálně, čímž mu poskytuje poradenskou činnost. Rady jsou zaměřené na preventivní chování, aby stomik nezvedal těžká břemena, správně vstával z lůžka, dodržoval pitný režim. Další součástí práce stomické sestry v poradně je podávat, případně zpřesnit informace o používání pomůcek, jejich přikládání, likvidace použitých, nasazování nových sáčků (MARKOVÁ, 2006). Rozhovorem sestra získává zpětnou vazbu o edukačním procesu. Na základě zjištěných informací může při dalším setkání v edukačním procesu pokračovat nebo ho upravit. Pokud se vyskytne problém s přilnavostí pomůcek, pátrá po jeho příčinách, tedy kdy a v jakých situacích se pomůcky odlepují, podtékají. Dotazuje se na ošetřování peristomální kůže, případně si nechá nasazení pomůcky předvést od samotného stomika. Problémem proč pomůcky nedrží, jsou kožní nerovnosti, kožní komplikace, špatná manipulace s pomůckami. Podle zjištěných skutečností může sestra vybrat jinou vhodnou pomůcku, doplňkový sortiment či reedukovat stomika. Získané informace z návštěvy se zapisují do dokumentace. Se souhlasem klienta je možné vytvoření fotodokumentace pro lepší sledování stomie (ZACHOVÁ a kol., 2010). V poradně stomická sestra podle ordinace lékaře proktologa objednává i odborná vyšetření, předává klientovi kontakt na poradnu, poradí mu se stravovacími návyky, informuje ho možnosti sociálních dávek, získání průkazu ZTP či TP (MARKOVÁ, 2010).

Najít shodný cíl edukace pro stomika, stomickou sestru a rodinu je umění a vyžaduje zvolit vhodný program a formu edukace. Toto má zásadní dopad na to, zda klient zvládne získat potřebné dovednosti a znalosti pro ošetření a život s kolostomií. Práce stomické sestry je náročná, vyžaduje specifický a individuální přístup ke klientovi a jeho rodině. Pokud chce být stomická sestra kvalitní edukátorkou, musí umět přiznat, že nezná na vše odpověď a nevyřešené otázky tak konzultuje s dalšími odborníky a kolegy. Klid, takt, citlivý přístup, pohoda, důvěra, snaha porozumět by měla vyzařovat ze stomické sestry při každé interakci s nemocným (ZACHOVÁ a kol., 2010).

## **2.1.4 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ STOMIKŮ**

### **Sociální pojištění**

Do oblasti sociálního pojištění spadá důchodové pojištění představující plný nebo částečný invalidní důchod. Při posuzování nároku na plný či částečný invalidní důchod se postupuje podle zákona č. 155/1995 Sb. O důchodovém pojištění. Nárok na plný invalidní důchod vzniká tehdy, pokud dlouhodobě poklesla schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %. Dále pokud je klient schopen soustavné výdělečné činnosti, jen za zcela mimořádných podmínek. Mezi zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek břišní stomie zařazena není. Na částečný invalidní důchod má nárok ten, u něhož poklesla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %. Také tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně stěžuje obecné životní podmínky. Stomie je uvedena v legislativě jako postižení, které životní podmínky značně zhoršuje, takže stomikovi vzniká nárok na částečný nebo plný invalidní důchod (příloha vyhlášky 284/1955 ve znění pozdějších předpisů). Lékařskou posudkovou službou je posuzován jednotlivě každý konkrétní případ. Plný invalidní důchod je zpravidla přiznán u onkologických pacientů po dobu probíhající onkologické léčby. Tato doba je průměrně dlouhá asi 2 roky. Poté se stomie posuzuje podle výše zmíněné vyhlášky jako postižení značně stěžující obecné životní podmínky. Při přiznání částečného invalidního důchodu není omezena výše výdělku (KREMPL, 2007).

### **Státní sociální podpora**

Dávky sociální pomoci nemusí přímo souviset s náklady, které v souvislosti se zdravotním stavem vznikají. Jedná se o dávky poskytované v závislosti na výši příjmu – přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení a dopravu. A dále dávky nezávislé na příjmu: rodičovský příspěvek, zaopatřovací příspěvek, dávky péčovské péče, porodné a pohřebné. Tyto dávky vyplácí příslušný referát státní sociální podpory. Dávky sociální péče se týkají také získání průkazky ZTP a TP. Získání této průkazky je posuzováno podle vyhlášky 182/1991 Sb., kde jsou uvedena postižení, na které se vztahují jednotlivé stupně mimořádných výhod. Stomie zde jmenovitě uvedena není, proto při jejich přiznávání v praxi často vznikají problémy (KREMPL, 2007).

### **2.1.5 KLUBY STOMIKŮ**

Jsou to dobrovolná sdružení nositelů stomií, jejich rodinných příslušníků a přátel, jejichž posláním je hájit zájmy stomiků, především v oblasti dostupnosti kvalitních kompenzačních pomůcek. Členové těchto klubů se často scházejí a diskutují o svých problémech nejen mezi sebou, ale také na své sjezdy zvou odborníky z řad proktologů a stomických sester. Mezi častými diskutovanými otázkami jsou zejména: ošetřování stomií, rozpoznání a řešení komplikací, kvalita a dostupnost pomůcek a všechny jiné problémy, které život se stomií může přinést. Výbor klubu pro své členy také pořádá různé poznávací zájezdy, pobyty v lázních a jiné společenské aktivity. Stoma kluby mají velmi pozitivní vliv zejména na psychický stav klienta, který ocení zejména to, že se může setkat se stejně postiženými lidmi, může si s nimi popovídat a vidí, že založením kolostomie pro něj život nekončí. Staví se ke svému handicapu mnohem pozitivněji (BARBOŘÍKOVÁ, 2007).

### **2.1.6 ČESKÉ ILCO**

V roce 1993 vzniklo České Ilco, sdružení stomiků v ČR. Na shromáždění, již několik let existujících regionálních klubů stomiků, vzniklo sdružení s celostátní působností. Ilco vzniklo hlavně proto, aby stomici měli organizaci, která by mohla kvalifikovaně zastupovat zájmy stomiků při jednání se státními orgány. Dále vytvořili podmínky pro zapojení České republiky do celosvětové asociace stomiků, International Ostomy Association – IOA. Tato asociace vznikla více než před 30 lety a dnes sdružuje přes osmdesát zemí. Hlavním úkolem Ilca je péče o specifické potřeby občanů se stomií, obhajoba zájmů kolostomiků s cílem zajistit jim rovnoprávnost postavení ve společnosti a pomoc při jejich sociální a zdravotní rehabilitaci. Dále pořádá odborné přednášky, zdravotní programy, rekondiční zájezdy a kulturní akce. Také nepravidelně vydává informační bulletin (ČESKÉ ILCO, 2008).

## **3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ PRO KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM**

### **3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES**

Cílem ošetřovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů (jedinců, rodin, skupin a komunit). Je zaměřený na jejich tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby. Lze jej použít jako rámec pro poskytování péče ve všech typech zařízení, kde se poskytuje ošetřovatelská péče, u pacientů všech věkových kategorií a s rozdílnými diagnózami.

Před zavedením ošetřovatelského procesu do praxe se sestry řídily zejména písemným příkazem lékaře a ošetřovatelské činnosti poskytované nezávisle na lékaři byly podloženy spíše intuicí a zkušeností sester než vědeckou metodou. Termín ošetřovatelský proces poprvé použila v roce 1955 Lydia Hallová. Proces se skládá z pěti vzájemně propojených a cyklicky se opakujících kroků

#### **Posouzení**

Patří do první fáze ošetřovatelského procesu. Můžeme ho nazvat také jako sběr informací. Jedná se o proces, kdy jsou od pacienta systematicky získávána data. Sestra všechny informace o pacientovi získá na základě svých zkušeností a vědomostí. Informace lze získat i od rodinných příslušníků, z dokumentace i od ostatního zdravotnického personálu. Informace získané od pacienta mohou být objektivní i subjektivní.

#### **Diagnostika**

Druhá fáze ošetřovatelského procesu je diagnostika, která má za cíl správně určit zdravotní problémy u pacienta a následně zhodnotit jeho reakci na nemoc. Tento krok může být obtížný, protože identifikovat správně pacientovi vyšší i základní potřeby nemusí být snadné. Potřeby pacienta se mohou během prožívání nemoci měnit. Ze získaných informací především od pacienta nebo rodinných příslušníků se v tomto kroku sestavují ošetřovatelské diagnózy.

#### **Plánování**

Třetí fází ošetřovatelského procesu je plánování. Cíle zaměřené na pacienta se provádí v tomto kroku. Z prvního kroku posuzování vychází tak, že se využijí

informace, které jsou získány od pacienta a rodinných příslušníků při posuzování. Z prvního kroku vychází tak, že jsou sestaveny akutní a potenciální problémy a dále také etiologie a symptomy.

### **Realizace**

Čtvrtým krokem ošetrovatelského procesu je realizace. Během této fáze dochází k realizaci ošetrovatelských strategií. Zaměřuje se na to, aby byl stanovený cíl dosažen. Zahrnuje medicínské i ošetrovatelské ordinace. V této fázi je možnost zapojit samotného pacienta. Měl by být aktivním účastníkem v samotné realizaci ošetrovatelské péče. Odvíjí se však na tom jeho zdravotní stav. Zde se propojují všechny fáze ošetrovatelského procesu. V této fázi se mohou vyskytnout i nežádoucí účinky intervencí, které by sestra měla znát. Také by měly být prováděny preventivní činnosti, aby se jejich výskyt minimalizoval, anebo se mohou nahradit jinými ošetrovatelskými činnostmi.

### **Vyhodnocení**

Poslední fáze ošetrovatelského procesu je velmi důležitá. Provádí se zde vyhodnocení ošetrovatelské péče, která byla pacientovi poskytnuta. Vyhodnocují se zde cíle, do jaké míry byly splněny. Procesem souběžným je vyhodnocení. Sestra je schopna během ošetrovatelské péče změnit nebo upravit průběh péče tak, aby byly dosaženy cíle. Zda byly nebo nebyly cíle splněny, sestra vyhodnocuje po skončení ošetrovatelské péče. Sestry se stávají zodpovědné za svou práci a pokoušejí se stanovit účinnější intervence k dosažení stanovených cílů (HANZLÍKOVÁ, 2011), (SYSEL, 2011).

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje při návratu do Sanatoria

<b>Jméno a příjmení:</b> A. S.	<b>Datum narození:</b> xx. xx. 1945
<b>Rodné číslo:</b> 000000/0000	<b>Věk:</b> 71
<b>Pohlaví:</b> Muž	<b>Bydliště:</b> Vizovice
<b>Zaměstnání:</b> SD	<b>Vzdělání:</b> Středoškolské s výučním listem
<b>Národnost:</b> Česká	<b>Státní občanství:</b> ČR
<b>Praktický lékař:</b> MUDr. X. Y.	

### Vedlejší medicínské diagnózy:

Esenciální hypertenze

DM II. Typu na PAD

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI NÁVRATU ZPĚT DO SANATORIA

Tabulka 2 Vitální funkce při návratu do Sanatoria

<b>P:</b> 74/min	<b>Hmotnost:</b> 69Kg
<b>TK:</b> 135/75	<b>BMI:</b> 24,4
<b>TT:</b> 36,6	<b>Stav vědomí:</b> Při vědomí, plně orientovaný
<b>D:</b> 19/min	<b>Pohyblivost:</b> Neomezená
<b>Výška:</b> 168 cm	<b>Krevní skupina:</b>

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza

Matka: Zemřela v 78 letech na IM.

Otec: Zemřel v 68 letech na CA Slinivky břišní.

Sourozenci: Měl sestru, zemřela v 65 letech na CA prsu.

Děti: Má dva syny 47 a 50 let, oba zdraví.

### **Osobní anamnéza**

V dětství prodělal běžná onemocnění. Nyní se léčí s DM II. Typu na PAD bez komplikací a hypertenzí na medikaci. Pacient byl pravidelně očkován.

### **Farmakologická anamnéza**

Tabulka 3 Farmakologická anamnéza

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Amprilan 5 mg	Tbl.	1-0-0	Antihypertenzivum
Godasal	Tbl.	1-0-0	Antitrombotikum
Metformin 500 mg	Tbl.	1-0-1	Antidiabetikum
Sortis 20 mg	Tbl.	0-0-1	Hypolipidemikum
Omeprazol 20 mg	Tbl.	1-0-0	Inhibitory protonové pumpy

### **Alergologická anamnéza**

Pacient žádnou alergii neudává.

### **Abúzy**

Alkohol pouze příležitostně. Kouří 5 cigaret denně. Kávu pije každé ráno a to černou bez cukru i mléka. Drogy a jiné omamné látky nejuje.

### **Sociální anamnéza**

Pacient žije v Sanatoriu ve Vizovicích. Vztahy v rodině má dobré, oba syni ho chodí pravidelně navštěvovat. V zařízení má kamarády, se kterými rád chodí na procházky, a hrají společenské hry.

### **Spirituální anamnéza**

Pacient neuznává žádnou víru.



## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Tabulka 4 Posouzení současného stavu

Popis fyzického stavu – Fyzikální assessment		
Assessment	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
<b>Hlava a krk</b>	„Hlava mě nebolí. V krku mě nebolí“	Hlava mezocefalická, pokleповě nebolestivá, izokorie, uši a nos bez výpotku. Jazyk lehce povleklý, plazí se středem.  Chrup umělý – protéza horní i dolní. Štítnice nezvětšena, pulzace karotid symetrická.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„S dýcháním problém nemám, pouze kdy jdu do kopce nebo do schodů, tak si musím na chvíli odpočinout a poté můžu pokračovat dál.“	Fyziologicky klenutý, ozvy ohraničené, dýchání čisté – 19/min.
<b>Srdečně cévní systém</b>	„Bolest na hrudníku jsem nikdy nepocítil. Na křečové žíly netrpím.“	Srdeční akce pravidelná, frekvence 78/min. TK 135/75 mmHg. Puls dobře hmatný. Na končetinách pulsace dobře hmatná, bez otoků.
<b>Břicho a gastrointestinální trakt</b>	„Břicho už mě nebolí, jen někdy při nějakém špatném pohybu. Větry mi odchází a stolici mám občas řidší.“	Břicho nebolestivé. Kolostomie bez komplikací. Peristaltika zachována.
<b>Močový a pohlavní systém</b>	„Už nějaký čas neudržím moč, proto musím močit do plen. Jinak mě při močení nic nebolí ani nepálí.“	Pacient používá pleny z důvodu inkontinence. Moč je čirá, bez příměsí a zápachu.
<b>Kosterně svalový systém</b>	„Občas mě bolí klouby při změně počasí, ale to je asi v mém věku normální. Jinak potíže nemám.“	Dolní končetiny bez otoků, teplé do periferie, prokrveny. Bez varixů. Horní končetiny bez třesu, prokrveny do periferie.

		Páteř je fyziologicky postavena, bez patologických změn. Klouby pohyblivé, bez patologie. Svalový systém bez napětí.
<b>Nervově smyslový systém</b>	„U neurologa jsem se zatím neléčil. Slyším zatím dobře, a co se týká očí, tak brýle potřebuji jen na čtení, jinak zatím vidím.“	Pacient je orientovaný časem, místem i osobou. Lucidní. Bez neurologického onemocnění. Brýle používá na čtení. Paměť v pořádku. Reflexy jsou v normě.
<b>Endokrinní systém</b>	„Léčím se s cukrovkou. Beru na ni tabletky. Dietu se snažím dodržovat. Se štítnou žlázou se neléčím.“	Na krku štítnice nezvětšena. Pacient dietní omezení dodržuje, užívá perorální antidiabetika. Diabetologickou ambulanci navštěvuje pravidelně. Glykémie 5,2 mmol/l. Jiné endokrinní onemocnění nemá.
<b>Imunologický systém</b>	„Alergii nemám na nic. Myslím, že mám imunitu dobrou. Ani v mládí jsem nebýval nijak nemocný.“	Pacient alergický není. Lymfatické uzliny jsou nehmatné.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Kožním onemocněním jsem nikdy netrpěl. Akorát s přibývajícím věkem mám takovou suchou kůži.“	Kůže je suchá, kožní turgor v normě, bez erytému. Končetiny jsou bez otoků a defektů. Vlasy jsou šedivé. Nehty jsou upraveny. Vlevo v dolním segmentu břicha je vyvedená kolostomie – bez komplikací.

## AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Tabulka 5 Aktivity denního života

	<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Stravování</b>	„Doma jsem se v jídle nikdy moc neomezoval. Jedl jsem vše, co mi chutnalo a co mi manželka navařila. Až když mi zjistili cukrovku, tak jsem musel začít dodržovat dietu a také začít jíst zdravěji kvůli stomii, kterou mám.“	Klient má chuť k jídlu. Dietu se snaží dodržovat. Jídlo mu chutná. BMI – 24,4.
<b>Příjem tekutin</b>	„Nejraději jsem pil minerálky a pivo k obědu. Vypil jsem vždy nějak kolem 2 l, přesně nevím.“	Pacient je dostatečně hydratovaný. Kožní turgor v normě. Bilance je vyrovnaná. Pacient dodržuje denní příjem tekutin. Infuzní terapie není nutná.
<b>Vylučování moče</b>	„Musím močit do plen, protože neudržím moč. S ledvinami jsem se nikdy neléčil.“	Pacient je inkontinentní, močí do plen přes den i v noci.
<b>Vylučování stolice</b>	„Se stolicí již problém nemám. Mám ji pravidelnou každý den. Větry také odchází. Už i na ten sáček si začínám pomalu zvykat.“	Pacient má vyvedenou kolostomii vlevo v dolním segmentu. Stolicí má pravidelnou, formovanou. Stolice je bez stop krve a patologických příměsí.
<b>Spánek a bdění</b>	„Se spánkem jsem problémy nikdy neměl. Problémy nastaly až teď, co jsem nemocný. Špatně se mi usíná a také se často budím. Může za to strach a obava z nemoci. Někdy poprosím sestřičku, aby mi dala prášek na spaní.“	Pacient trpí poruchou spánku v Sanatoriu. Vzduch v pokoji i matrace mu vyhovují. Má obavy z nemoci. Dle potřeby podávány Hypnotika.

<b>Aktivita a odpočinek</b>	„Dříve jsem měl koníčků spoustu. Teď už chodím jen na procházky a s kamarády hrajeme různé společenské hry. Rád se podívám i na televizi na nějaké sporty. Nejráději mám hokej a lyžování.“	Pacient je aktivní. Dle svých možností soběstačný. Během dne sleduje televizi nebo s kamarády hraje společenské hry. Rodinní příslušníci za ním chodí 3 x týdně na návštěvu.
<b>Hygiena</b>	„Myslím si, že jsem docela čistotný. Snažím se umýt sám tam, kde dosáhnu, ale sestřičky mi vždy musí pomoci. Sám to nezvládám.“	Pacient je částečně soběstačný. Potřebuje dopomocť v oblasti hygieny.
<b>Samostatnost</b>	„Jsem schopný se o sebe ještě částečně postarat. Potřebuji dopomocť u umývání a sprchování.“	Pacient je částečně soběstačný. Potřebuje dopomocť v oblasti hygieny. Nortonova stupnice – 25 b.

## POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Tabulka 6 Posouzení psychického stavu

	<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Vědomí</b>		Pacient je kontaktní, lucidní a orientovaný.
<b>Orientace</b>	„Vím co je dneska za den, jaké je datum i rok. A to, jak se jmenuji a kolik mi je let, taky vím. Takže myslím, že jsem orientovaný dobře.“	Pacient je plně orientovaný místem, časem i osobou. Glasgow coma scale – 14 b.
<b>Nálada</b>	„Jsem optimista. Ale jak mi zjistili, že mám rakovinu, chtěl jsem být jen sám. Taky jsem měl strach z toho vývodu, že si na mě lidi budou ukazovat prstem. Nakonec jsem se s tím	Pacient je velmi příjemný, komunikativní. Jeho životní postoj k životu je optimistický. Dobře vychází s personálem i ostatními pacienty.

	popral myslím dobře.“	
<b>Paměť</b>	<p><b>Staropaměť</b> – „Řekl bych, že na svůj věk si toho ještě dost pamatuju. Dobře si pamatuju i na věci z dětství.“</p> <p><b>Novopaměť</b> – „Občas něco zapomenu, ale to je u lidí zcela normální. Ale jinak si myslím, že na tom nejsem zatím špatně.“</p>	<p><b>Staropaměť</b> – Pacient si vybavuje vzpomínky z dětství. Paměť je beze změn.</p> <p><b>Novopaměť</b> – pacient si nové věci dobře pamatuje.</p>
<b>Myšlení</b>	„Na tohle nevím co odpovědět. Ale snad mi to myslí ještě dobře.“	Pacient je chápavý. Rozumí všem položeným otázkám. Jeho myšlení je logické a slovní projev je v pořádku.
<b>Temperament</b>	„Myslím si, že jsem klidný a temperamentní člověk. Ale když se naštvu, dokážu i vybuchnout.“	Pacient působí velice klidným a pohodovým dojmem a přátelským vystupováním. Se všemi pacienty vychází dobře.
<b>Sebehodnocení</b>	„Zhodnotil bych se jako přátelský a optimistický člověk.“	Pacient byl schopen sám sebe zhodnotit.
<b>Vnímání zdraví</b>	„Nikdy jsem na nemoci netrpěl. I s cukrovkou jsem se naučil žít. Takže věřím, že to zvládnou i s tímhle.“	Pacient si je vědom své nemoci. Ale věří ve své uzdravení.
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	„Snažím se být nad věcí, ale někdy dostanu strach z toho, co přijde. Ale mám kolem sebe fajn lidi, takže věřím, že to vše zvládnou.“	Na pacientovi je zjevné, že má obavy z budoucnosti, protože si uvědomuje, jak je onemocnění vážné. Bojí se, že by nemoc mohla znovu propuknout.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	Ze začátku jsem to nesl těžce. Báł jsem se jak samotné nemoci, tak i toho, co mě čeká dál. Myslím si,	Pacientova reakce na onemocnění je přiměřená k závažnosti diagnózy.

	že se s tím peru statečně.	
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„Myslím si, že již budu opatrnější a budu více dbát na své zdraví. Při každém příznaku, který se mi nebude zdát, raději hnedka vyhledám lékaře.“	Pacient si uvědomuje závažnost onemocnění a také, že je důležitá včasná diagnostika nemoci.
<b>Projevy jistoty a nejistoty – úzkost, strach, obavy, stres</b>	To víte, že se bojím, ale snažím se na to pořád nemyslet a brát to pozitivně. A hlavně mám rodinu, která při mně stojí. A to je pro mě velká psychická podpora.	Pacient má obavy z budoucnosti. Velkou psychickou podporu shledává v rodině.

## POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Říká se o mě, že jsem dost upovídaný člověk“.	Pacient se projevuje srozumitelně, plynule a zřetelně. Udržuje oční kontakt a nonverbální projevy jsou adekvátní.
	<b>Nonverbální</b>	„Myslím si, že to s gesty moc nepřeháním“.	
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„Pan doktor se mi snažil vysvětlit celou mou situaci. Takže jsem to docela pochopil. Sestřičky mi dovysvětlily, když jsem něco nevěděl. Musím se starat o vývod a o sáček. Také musím dodržovat dietu, když mám tu	Pacient je informován o svém zdravotním stavu. O diabetu je edukován z diabetologické ambulance. Léčbu dodržuje.

		cukrovku“.	
	<b>O diagnostických metodách</b>	„Vše mi bylo řádně vysvětleno doktorem, případně sestrou.	Pacient je dostatečně edukován.
	<b>O léčbě a dietě</b>	„Z diety jsem měl ze začátku celkem obavy, jak bude chutnat. Nakonec jsem tomu přišel i na chuť“.	Pacient je dostatečně informován o dietním režimu a dodržuje ho.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí a změnou životního stylu v průběhu nemoci</b>	<b>Primární role – související s věkem a pohlavím</b>	„Jsem muž a je mi 71 let.“	Primární role nebyla hospitalizací ovlivněna.
	<b>Sekundární role – související s rodinou a společenskými funkcemi</b>	„Jsem vdovec. Také jsem otec, dědeček a kamarád.“	Sekundární role byla omezena hospitalizací.
	<b>Terciární role – související s volným časem a aktivitami</b>	„Moji velkou zálibou jsou procházky a také společenské hry s kamarády. Po dobu hospitalizace jsem aktivity vykonávat nemohl. Konečně jsem se vrátil zpět do Sanatoria, kde budu moc trávit volný čas, jak budu chtít.“	Následkem hospitalizace a operačního výkonu je terciární role narušena.

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

**Ambulantní vyšetření:** Kolonoskopické vyšetření, EKG srdce, RTG srdce a plic.

**Ordinovaná vyšetření:** Kontrolní odběry krve – biochemické, hemokoagulační, krevní obraz, kontrola glykémie.

Biochemické vyšetření moče.

**Výsledky vyšetření:**

**Kolonoskopické vyšetření**

V hloubce 27 cm tumorózní stenóza. Nelze vyloučit malignitu.

**EKG srdce**

Sinusový rytmus 74/min, převodní intervaly v normě. Na spodině stěny nespecifické depolarizační změny.

**RTG srdce a plic**

Negativní nález.

Tabulka 8 Laboratorní vyšetření krve

Parametry	Výsledek	Referenční mez	Vyhodnocení
<b>BIOCHEMIE</b>			
Natrium	142	139 – 146 mmol/l	Norma
Kalium	4,7	3,5 – 4,5 mmol/l	Norma
Chloridy	101	97 – 108 mmol/l	Norma
Glukóza	4,8	3,3 – 6 mmol/l	Norma
Urea	6,1	2,8 – 8,8 mmol/l	Norma
Kreatinin	82	35 – 71 mmol/l	Zvýšené
ALT	0,79	0,10 – 0,75 ukat/l	Zvýšené
AST	0,15	0,00 – 0,75 ukat/l	Norma
ALP	1,1	0,5 – 2,40 ukat/l	Norma
CRP	17	0,00 – 10,00 mg/l	Zvýšené
CA 19 - 9	3,1	0,00 – 37,0 Ku/L	Norma
CEA	1,14	0,00 – 37,0 Ku/l	Norma
<b>KREVNÍ OBRAZ</b>			
Erytrocyty	4,4	4,10 – 5,10 x 10/l	Norma
Leukocyty	10	4,0 – 10,0 x 10/l	Norma
Trombocyty	250	150 – 450 x 10/l	Norma
Hemoglobin	150	120 – 160 g/l	Norma
Hematokrit	0,39	0,37 – 0,47	Norma
<b>KOAGULACE</b>			
INR	1,1	0,80 – 1,20	Norma



APTT	30,1	20 – 45 s	Norma
Fibrinogen	2,01	2,00 – 4,00	Norma
Trombinový čas	15,5	11 – 19 s	Norma

### Laboratorní vyšetření moče

Biochemické vyšetření – v normě.

### Konzervativní léčba

Dietní omezení – Dieta č. 9/5 – diabetická s omezením zbytků. Pacient dietní opatření dodržuje.

Pohybový režim – 1 – 2 – Pacient je soběstačný, pomoc dle potřeby.

Výživa – per os.

RHB – Neindikována.

Tabulka 9 Medikamentózní léčba

Léky per os			
Název léku	Forma léku	Dávkování	Indikační skupina
Amprilan 5 mg	Tbl.	1-0-0	Antihypertenzivum
Godasal	Tbl.	1-0-0	Antitrombotikum
Metformin 500 mg	Tbl.	1-0-1	Antidiabetikum
Sortis 20 mg	Tbl.	0-0-1	Hypolipidemikum
Omeprazol 20 mg	Tbl.	1-0-0	Inhibitory protonové pumpy
Léky subkutánně			
Fraxiparine 0,3 ml	Inj. Sol.	19:00	Antikoagulancium

### Chirurgická léčba

Pacient je 8. den po provedené LPSK resekci colon sigmoideum pro tumor. Bez pooperačních komplikací. Operační rána klidná, hojení per primam.

## **SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 12. 3. 2017**

Pacient byl přeložen 10:45 h z oddělení chirurgie z KNTB 8. den po provedené LPSK resekci střeva pro nádor s následným vyvedením kolostomie vlevo. Fyziologické funkce jsou v normě. TK 135/85, P 74/min, TT 36/6, D 17/min.

Pacient je orientovaný místem, časem, osobou, Glasgow coma scale 14 b. Psychika pacienta je narušena. Bojí se nemoci.

Pacient je částečně soběstačný, nutná dopomoc při hygieně od ošetrovatelského personálu. Nortonova stupnice 25 b. Kůže suchá, při ranní hygieně promazávat tělovým krémem, jinak bez defektů.

Porušená integrita tkáně z důvodu vyvedené kolostomie – bez komplikací. Břicho nebolestivé. Kolostomie bez komplikací. Peristaltika zachována.

Pacient dietní omezení dodržuje, užívá perorální antidiabetika. Diabetologickou ambulanci navštěvuje pravidelně. Glykémie 5,2 mmol/l.

Pacient je inkontinentní, močí do plen přes den i v noci

Pacient trpí poruchou spánku v Sanatoriu. Má obavy z nemoci. Dle potřeby podávány Hypnotika.

Na pacientovi je zjevné, že má obavy z budoucnosti, protože si uvědomuje, jak je onemocnění vážné. Bojí se, že by nemoc mohla znovu propuknout.

## STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNOZ ZE DNE 12. 3. 2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

### Seznam aktuálních sesterských diagnóz:

1. **Porušení integrity kůže dutiny břišní** z důvodu nádorového onemocnění střeva projevující se vyústěním kolostomie.
2. **Strach z budoucnosti** z důvodu onkologického onemocnění projevující se poruchou spánku.
3. **Samovolný únik moči** z důvodu oslabení pánevního dna projevující se nekontrolovatelným únikem moči.
4. **Deficit sebe péče v oblasti hygieny** z důvodu poruchy mobility projevující se žádostí pacienta o pomoc od ošetrovatelského personálu při hygieně.

### Potenciální ošetrovatelské diagnózy

5. **Riziko vzniku infekce** v souvislosti se zavedením kolostomie.

### PORUŠENÍ INTEGRITY KŮŽE (00046)

Porušení integrity kůže dutiny břišní z důvodu nádorového onemocnění střev projevující se vyústěním kolostomie

**Doména 11:** Bezpečnost – ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Definice:** *Stav, při kterém dochází k porušení nebo ohrožení celistvosti kůže.*

**Určující znaky:** Destrukce jednotlivých kožních vrstev

**Související faktory:** Kolostomie

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:** Pacient zná správný postup ošetrování stomie teoreticky – do 24 h.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient se zvládá o kolostomii sám starat prakticky – do 5 dnů.

**Výsledná kritéria:**

Pacient zná správný postup ošetrování stomie a používá vhodné pomůcky – do 24 h.

Pacient dodržuje dietní opatření – do 24 h.

Pacient je seznámen se stanovenými cíli a podílí se na jejich dosažení – do 2 dnů.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Edukuj pacienta o vhodné stravě – všeobecná sestra, stoma sestra.
2. Informuj pacienta o prevenci komplikací při správném hojení rány – lékař, všeobecná sestra, stoma sestra.
3. Edukuj pacienta o správném ošetřování kolostomie a o vhodném materiálu – všeobecná sestra, stoma sestra.

#### **Realizace:**

##### **12. 3. 2017**

- 8:00 Edukace pacienta o vhodné stravě při zavedené kolostomii stoma sestrou.
- 9:00 Edukace pacienta o správné technice ošetřování kolostomie a o vhodném materiálu stoma sestrou.
- 9:30 Pacient se za pomoci stoma sestry učil pečovat o kolostomii.
- 10:30 Lékařem vysvětlena důležitost prevence komplikací.

##### **13. 3. 2017**

- 9:00 Pacient zná správnou techniku ošetřování kolostomie teoreticky.
- 10:00 Pacient si sám pod dohledem stoma sestry vyměňuje stomický sáček a používá vhodný materiál.

#### **Hodnocení:**

Stanovené cíle byly splněny. Pacient zná správný postup ošetřování stomie teoreticky, i prakticky.

### **STRACH Z BUDOUCNOSTI (00148)**

Strach z budoucnosti z důvodu vážné nemoci projevující se poruchou spánku a úzkosti.

**Doména 9:** Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** *Reakce na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.*

**Určující znaky:** zlé předtuchy

**Související faktory:** Onkologické onemocnění

**Priorita:** Střední

**Cíl krátkodobý:** Pacient umí vyjádřit své pocity strachu – do 12 h.

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta dojde k odbourání strachu do dvou dnů.

**Výsledná kritéria:**

Pacient rozumí obavám a je schopen o nich hovořit – 12 h.

Pacient si uvědomuje příčiny strachu – do 24 h.

Pacient zvládá strach – do 48 h.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Povzbuzuj pacienta a buď mu psychickou oporou – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
2. Buď pacientovi na blízku – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
3. Zajisti dostatek informací dle kompetencí tak, aby jim pacient rozuměl – všeobecná sestra.
4. Dej pacientovi prostor k vyjádření svých pocitů – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
5. Umožni pacientovi kontakt s rodinou – všeobecná sestra.
6. Naslouchej pacientovým obavám – všeobecná sestra, ošetrovatelka.

**Realizace:**

**12. 3. 2017**

9:15 Veden rozhovor s pacientem o jeho strachu z dalšího vývoje zdravotního stavu – všeobecná sestra.

9:40 Edukace pacienta o dalších postupech léčby – Lékař, všeobecná sestra.

15:00 Návštěva rodinných příslušníků.

17:30 Sledování TV, procházky po venku, luštění křížovek.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient umí vyjádřit slovně své pocity strachu a ví, čím jsou způsobeny.

**SAMOVOLNÝ ÚNIK MOČI (00021)**

Samovolný únik moči z důvodu oslabení pánevního dna projevující se nekontrolovatelným únikem moči

### **Doména 3:** Vylučování a výměna

#### **Třída 1:** Vyprazdňování moče

**Definice:** *Nepřetržité, samovolné a nepředvídatelné unikání moči.*

#### **Určující znaky:**

Absence pocitu nucení na močení.

Plynulý odchod moči bez spazmu svaloviny močového měchýře v nepředvídatelnou dobu.

**Související faktory:** Oslabení pánevního dna

**Priorita:** střední

**Cíl krátkodobý:** Pacient je schopen vyjádřit pocit na močení – do 2 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient je schopen vymočit se do močové láhve – do 2 dnů.

#### **Výsledná kritéria:**

Pacient akceptuje doporučení a pomoc ošetrovatelského personálu – do 24 h.

Pacient je vždy schopen slovně vyjádřit pocit na močení – do 2 dnů.

Pacient je vždy schopen vymočit se do močové láhve – do 2 dnů.

#### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Zjistí, zda si je pacient vědom své inkontinence – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
2. Sleduj a zaznamenávej u pacienta příjem a výdej tekutin – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
3. Zajisti u pacienta dostatečnou hydrataci – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
4. Edukuj pacienta o nutnosti močit co tři hodiny – všeobecná sestra.
5. Edukuj pacienta o nutnosti používat inkontinentní pomůcky a zvýšeném hygienickém režimu – všeobecná sestra.
6. Edukuj a následně předved' pacientovi cviky na posílení pánevního dna – všeobecná sestra.
7. Zajisti pacientovi k lůžku močovou láhev a edukuj ho o jejím použití – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
8. Zaznamenávej veškeré změny do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra.

**Realizace:****12. 3. 2017**

- 6:30 Edukace pacienta o správném použití močové láhve – ošetřovatelka.
- 6:50 Provedena hygiena genitálií za dopomoci ošetřovatelky a následná výměna plenkových kalhotek.
- 8:10 Vedení záznamu bilance tekutin – všeobecná sestra.
- 8:20 Edukace pacienta o dostatečné hydrataci – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- 8:35 Edukace pacienta o nutnosti používat inkontinentní pomůcky a o nutnosti jejich výměny – ošetřovatelka.
- 9:00 Edukace a následný nácvik cviků na posílení pánevního dna – fyzioterapeutka.
- 10:00 Vše zaznamenávat do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra.

**13. 3. 2017**

- 6:30 Pacient se sám vymočil do močové láhve po probuzení.
- 6:40 Pacient provedl hygienu genitálií a rukou za dopomoci ošetřovatelky.
- 7:30 U pacienta měřen příjem tekutin po celý den.
- 8:00 Pacient aktivně popíjí tekutiny, je hydratovaný.
- 9:00 Nácvik cviků na posílení pánevního dna.

**Hodnocení:**

Všechny stanovené cíle byly splněny. Pacient nejprve močil do kalhotkových plen, nyní močí pravidelně do močové láhve.

**DEFICIT SEBE PÉČE V OBLASTI HYGIENY (00108)**

Deficit sebe péče v oblasti hygieny z důvodu poruchy mobility projevující se žádostí pacienta o dopomoc od ošetřovatelského personálu při hygieně.

**Doména 4:** Aktivita, odpočinek

**Třída 5:** Sebe péče

*Definice:* Porucha schopnosti provádět nebo dokončit osobní hygienu a samostatně se okoupat.

**Určující znaky:**

Neschopnost umýt si jednotlivé části těla

Neschopnost okoupat se

**Související faktory:** Porucha mobility

**Cíl krátkodobý:** Pacient se aktivně podílí na své péči, dojde ke zlepšení stupně soběstačnosti – do 24 h.

**Cíl dlouhodobý:** Pacient je zcela soběstačný, zvládá ranní hygienu zcela sám – do 48 h.

**Priorita:** Střední

**Výsledná kritéria:**

Pacient je seznámen s možností dopomoci zdravotnického personálu u hygienické péče – do 1h.

Pacient se aktivně podílí na spolupráci u hygienické péče – do 1 dne.

Pacient zvládá hygienickou péči s minimální dopomocí od zdravotnického personálu do – 2 dnů.

Pacient je v rámci hygienické péče o vlastní tělo zcela soběstačný – do 2 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Zhodnot' stupeň soběstačnosti pacienta podle Barthelové testu základních všedních činností – všeobecná sestra.
2. Při hygienické péči zajisti pacientovi soukromí – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
3. Dbej na zajištění bezpečnosti pacienta jako prevenci vzniku pádu – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
4. Respektuj pacientovi návyky při provádění hygienické péče – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
5. Zajisti pacientovi dostatek času na provádění hygieny – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
6. Podporuj aktivitu a spolupráci pacienta – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
7. Při provádění hygienické péče sleduj změny na kůži, pečuj o predilekční místa – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
8. Snaž se pacienta povzbuzovat k co možná největší samostatnosti – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
9. Pokud pacient potřebuje dopomoc, tak mu dopomáhej – všeobecná sestra, ošetrovatelka.



**Realizace:****12. 3. 2017**

- 7:00 Zjištění stupně soběstačnosti podle Bartelové testu základních všedních činností, u pacienta zjištěn stupeň závislosti – 90 bodů – všeobecná sestra.
- 7:10 Edukace pacienta o nutnosti hygienické péče – ošetřovatelka.
- 7:25 Zajištěny pacientovi pomůcky potřebné k hygienické péči – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- 7:30 Provedena hygienická péče v koupelně u umyvadla za dopomoci ošetřovatelky a aktivní účasti pacienta, který si sám umyl přední polovinu těla a vyčistil si zuby.
- 19:00 Provedena večerní toaleta s dopomocí ošetřovatelky a s aktivní účastí pacienta.

**13. 3. 2017**

- 7:30 Provedena hygienická péče v koupelně, hygiena provedena ve spolupráci s ošetřovatelkou, pacient si znovu zvládnul umýt přední polovinu těla a vyčistil si zuby.
- 19:00 Provedena večerní toaleta s dopomocí ošetřovatelky.

**Hodnocení:**

Všechny stanovené cíle byly splněny. Zpočátku měl pacient zajištěnou dopomoc od ošetřovatelského personálu, který pacienta aktivně zapojil do provádění hygieny 2 x denně. Nyní je splněn i druhý cíl, protože pacient provede hygienu sám bez asistence druhé osoby.

## **CELKOVÉ HODNOCENÍ PÉČE**

Pacient byl propuštěn z chirurgického oddělení 8. den po zavedení kolostomie vlevo pro nádor tlustého střeva zpět do Sanatoria. Předoperační vyšetření proběhlo ambulantně.

Celkově by se dala péče o pacienta s kolostomií shrnout kladně. Díky správně zpracovanému ošetrovatelskému procesu se stav pacienta zlepšoval rychle. Pacient byl vždy plně informován o svém zdravotním stavu a dalších léčebných režimech. Velkou oporou mu byli oba synové i s rodinami a také zdravotnický personál, díky nimž se dokázal zbavit svého strachu z budoucnosti.

U pacienta byly kromě obav z budoucnosti stanoveny i další ošetrovatelské diagnózy. Většinou se jednalo o aktuální diagnózy. Na základě sběru dat byly všechny ošetrovatelské diagnózy úspěšně zrealizovány. Z počátku pacient potřeboval při každé ranní hygieně dopomocť od zdravotnického personálu. Nakonec vše zvládá zcela sám.

Z důvodu diabetu byly pacientovi měřeny pravidelně hodnoty glykémie. Dietní opatření dodržoval po celou dobu. Pacient aktivně spolupracoval.

## 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě informací, které byly zjištěny o kolorektálním karcinomu s následnou kolostomií, jsem stanovila doporučení pro pacienta, rodinné příslušníky a zdravotnický personál.

### **Doporučení pro pacienta**

Nepodceňujte zdravý životní styl.

Dodržujte screeningové vyšetření.

Při zaznamenání prvních obtíží vyhledejte pomoc lékaře.

Nepodceňujte první příznaky nemoci a navštivte kontrolu u praktického lékaře.

Při diagnostice onemocnění nepodceňujte léčbu a věřte v uzdravení.

Zbytečně neodkládejte operaci.

Dodržujte léčebný režim.

Při jakémkoliv pocitu štípání, sekrece z rány informujte ošetřujícího lékaře.

Při problémech s vyprazdňováním stolice informujte lékaře nebo zdravotní sestru.

Při nedostatečné informovanosti se znovu zeptejte ošetřujícího lékaře nebo zdravotní sestry.

Při bolestech si řekněte o analgetika.

Nebojte se požádat zdravotnický personál o dopomoc.

### **Doporučení pro rodinné příslušníky**

Buďte pacientovi psychickou oporou, aby neměl pocit, že v tak těžké životní situaci je sám.

Nastudujte si informační materiály o daném onemocnění.

Snažte se pacienta navštěvovat, aby věděl, že má v rodině oporu.

Podporujte pacienta ve zdravém životním stylu a sdílejte ho s ním.

### **Doporučení pro zdravotnický personál**

Vždy vyslechněte pacienta, co se Vám snaží sdělit.

Věřte pacientovi jeho subjektivní obtíže, a snažte se mu pomoci.

Snažte se dle svých kompetencí pacienta co možná nejvíc informovat o daném onemocnění.

Vystupujte vždy profesionálně.

Buďte pro pacienta psychickou oporou.

Všímejte si i nonverbálních projevů pacienta.

Veďte pacienta k sebe péči, při potřebě pacientovi dopomáhejte.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na kolorektální karcinom s následnou kolostomií. Karcinom tlustého střeva je velmi vážné onemocnění, které postihuje muže i ženy a nejen ve vysokém věku.

Bakalářská práce měla za cíl zjistit co nejvíce informací o tomto onemocnění.

Bakalářská práce se zabývala charakteristikou kolorektálního karcinomu, příznaky, diagnostikou a následnou léčbou karcinomu, prevencí a prognózou. Dále byla práce zaměřena na specifika ošetrovatelské péče, kde se zabývala stomií a jejími pomůckami, životním stylem stomika a dále tím, co vše obnáší práce stoma sestry a v neposlední řadě se zaměřila také na kluby stomiků. Důležitou částí bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom. Na základě zhodnocených informací o pacientovi byly stanoveny aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy.

Závěr bakalářské práce se zabývá doporučeními pro praxi, které byly vypracovány po zhodnocení informací. Doporučení jsou pro samotného pacienta, pro jeho rodinné příslušníky a také pro zdravotnický personál.

Cíle, které byly stanoveny na začátku práce, byly úspěšně splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANTONOVÁ, M., 2008. Intimní problémy stomiků. *Sestra*. Roč. 18, č. 11, s. 47. ISSN 1210-0404.

BARBOŘÍKOVÁ, V., 2007. Význam a funkce sdružení stomiků v ČR. *Sestra*. Roč. 17, č. 5, s. 3-4. ISSN 1210-0404.

České ILCO: Kluby stomiků [online]. 2008 [cit. 2009-06-15]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/Kluby.html>

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

FUKASOVÁ HAJNOVÁ, E., 2013. *Ošetrovatelská péče v onkologii*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-248-7.

HANZLÍKOVÁ, A., 2011. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-360-8.

HORÁK, L. a T. SKŘIČKA, 2008. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové: Olga Čermáková. ISBN 978-80-86703-27-5.

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

JANICZEKOVÁ, E., 2007. Kvalita života s kolostomiou. *Sestra a lékař v praxi*. Roč. 6, č. 9-10, s. 37-38. ISSN 1335-9444.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, B. a B. ZACHOVÁ. *ConvaTec: Jak si poradit s výběrem stomických pomůcek?* [online]. 2004-2008 [cit. 2009-06-14]. Dostupné z: <http://www.convatec.cz/cz/index.php?SH=Art&ID=56>

KOHOUT, P., 2008. *Fórum zdravé výživy: Rakovina tlustého střeva a konečníku Výskyt onemocnění a faktory jej ovlivňující* [online]. [cit. 2009-06-14]. Dostupné z: [www.fzv.cz/web/fzv-poskytuje/tiskové-materiály](http://www.fzv.cz/web/fzv-poskytuje/tiskové-materiály)

KREML, P., 2007. Možnosti spolupráce lékařů, stoma sester a klubů stomiků. *Sestra*. Roč. 17, č. 5, s. 4-5. ISSN 1210-0404.

LIPSKÁ, L. a V. VISOKAI, 2009. *Recidiva kolorektálního karcinomu: komplexní přístup z pohledu chirurga*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3026-4.

- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada publishing. ISBN 987-80-247-3171-1.
- MICHÁLKOVÁ, H., 2012. Psychosociální problematika stomiků. *Sestra*. Roč. 22, č. 6, s. 44-46. ISSN 1210-0404.
- PAILOVÁ, N., 2008. Výživa stomiků. *Sestra*. Roč. 18, č. 2, s. 52. ISSN 1210-0404.
- POKRIVČÁK, T., 2014. *Chirurgie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-702-6.
- SEIFERT, B., 2012. *Screening kolorektálního karcinomu*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-306-0.
- SCHNEIDEROVÁ, M. 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II Pediatrie, Chirurgie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1.
- SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3130-8.
- SOUČEK, M., 2011. *Vnitřní lékařství: 2. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.
- SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4.
- TELLEROVÁ, O., 2007. *Ošetření pacienta s komplikovanou stomií* [online]. [cit. 2007- 10-22]. Dostupné z: <http://www.forum.czechmed.cz/?q=node/2197>
- VOKURKA, M., Jan HUGO a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.
- VORLÍČEK, J., 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-603-6.
- VYZULA, R., J. ŽALOUNNÍK a kol., 2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-140-0.
- ZACHOVÁ, V., 2010. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-2473-256-5.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Barhelův test základních, všedních činností .....	63
Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce .....	64
Příloha C – Rešerše.....	65
Příloha D – Čestné prohlášení .....	66



Příloha A – Barhelův test základních, všedních činností

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

**BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH, VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ**

Činnost	Úroveň schopnosti	Body	Datum	Datum
Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí (krájení, mazání másla a pod.)	5		
	neprovede	0		
Oblékání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
Kontinence moči	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní (1 x týdně)	5		
	inkontinentní, katetrizován	0		
Kontinence stolice	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
Použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15		
	s malou pomocí (verbálně či fyzicky) vydrží sedět	10		
	s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky)	5		
	neprovede	0		
Chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15		
	s pomocí pod 50 metrů	10		
	na vozíku 50 metrů	5		
	neprovede	0		
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Počet bodů celkem:				
Hodnotila sestra:				

Hodnocení stupně závislosti základních, všedních činnostech	
vysoce závislý	0 - 40 bodů
Závislost středního stupně	45 - 60 bodů
Lehká závislost	65 - 95 bodů
Nezávislost	100 bodů

Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Dušková 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ  
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Spurná Aneta	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS1
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Sanatorium Topas, Chrástěšovská 862, vizovice.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Miroslava Kubicová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>M. Kubicová</i>
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>RO</i>

v PRAZE ..... dne 29. 10. 2016

.....  
podpis studenta

## REŠERŠE

Číslo rešerše:	1/2017
Objednavatel:	Aneta Spurná
Název:	<b>Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom</b>
Klíčová slova:	ošetřovatelství, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, stomasestra kolorektální karcinom, rakovina tlustého střeva operace, chirurgické zákroky, stomie, vývod, kolostomie nursing, nursing process (large) intestinal cancer, colorectal carcinoma surgey, (surgical) operation, intestinal surgery, stomas, colostomy
Jazykové vymezení:	čeština, angličtina
Časové vymezení:	2007–2017
Geografické vymezení:	nevymezeno
Uspořádání rešerše:	Rešerše je uspořádána dle druhu dokumentu a následně dle příjmení autora dokumentu.
Počet záznamů:	<b>Celkem: 34</b> Akademické práce: 4 Články a elektronické články: 21 Monografie: 7 Sborníky a příspěvky ve sbornících: 2
Informační zdroje:	<i>Google Scholar</i> [online]. © 2011 [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <a href="http://scholar.google.cz/">http://scholar.google.cz/</a> <i>Medvik</i> [online]. Národní lékařská knihovna, 2010 [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <a href="http://www.medvik.cz/bmc/index.do">http://www.medvik.cz/bmc/index.do</a> <i>PubMed.gov</i> [online]. National Library of Medicine, 201 [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a> <i>Souborný katalog ČR</i> [online]. [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <a href="http://sigma.nkp.cz/F/?func=file&amp;file_name=find-b&amp;local_base=skc">http://sigma.nkp.cz/F/?func=file&amp;file_name=find-b&amp;local_base=skc</a> <i>Vysokoškolské kvalifikační práce</i> [online]. 2008 [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <a href="http://theses.cz/">http://theses.cz/</a>
Zpracoval:	Mgr. Jana Vaculíková   <a href="mailto:jvaculikova@mvk.cz">jvaculikova@mvk.cz</a>   575 755 149
Datum dokončení rešerše:	24. května 2017

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií pro kolorektální karcinom.

v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2017

.....

Jméno a příjmení studenta