

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KOMPLIKOVANÝM KARCINOMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKOLA VEISOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KOMPLIKOVANÝM KARCINOMEM**

Bakalářská práce

NIKOLA VEISOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Konzultant práce: MUDr. Anna Šmídová

Praha 2018



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

VEISOVÁ Nikola

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

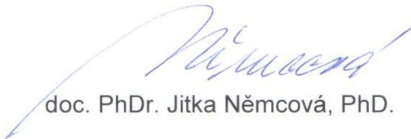
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s komplikovaným karcinomem

Nursing Process in a Patient with Complicated Cancer

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 3. 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Karolině Moravcové za vedení mé bakalářské práce a MUDr. Anně Šmídové za cenné připomínky a rady.

ABSTRAKT

VEISOVÁ, Nikola. *Ošetrovatelský proces u pacienta s komplikovaným karcinomem*. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová. Praha. 2018. 74 s.

Téma bakalářské práce se bude zabývat ošetrovatelským procesem u pacienta s komplikovaným kolorektálním karcinomem. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměříme na příčiny kolorektálního karcinomu, klinické příznaky, etiologii, diagnostiku a prevenci. Budou popsány metody a možnosti léčby, případné komplikace spojené s tímto onemocněním a následná prognóza. Zmíněna je i nepostradatelná role všeobecných sester u onkologických pacientů.

Praktická část bude věnována ošetrovatelskému procesu u pacienta s komplikovaným kolorektálním karcinomem. Tato část je zpracována na základě informací z ošetrovatelských dokumentací a následně sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle koncepčního modelu Marjory Gordon a ošetrovatelských domén NANDA I taxonomie II. 2015 – 2017.

Cílem bakalářské práce není pouze popis tohoto onemocnění, ale především poukázat na tento konkrétní velmi netypický, komplikovaný případ s nestandardním průběhem, který je zajímavý a účelný k případové studii.

Klíčová slova:

Kolorektální karcinom. Kolostomie. Paliativní péče. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

VEISOVÁ, Nikola. *Nursing Process in a Patient with Complicated Cancer*. Medical College of Nursing. Level of degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcová. Prague. 2018. 74 pages.

The theme of this bachelor thesis is the process of nursing a patient with a complicated carcinoma. The thesis consists of two parts – theoretical and practical. In the theoretical part I focus on aspects that cause the colorectal carcinoma, clinical symptoms, etiology, diagnostics and prevention. Moreover I describe methods and possibilities of treatment, possible complications linked to this disease and subsequent prognosis. The indispensable role of nurses taking care of oncological patients is also mentioned.

The practical part describes the process of nursing a patient with a complicated colorectal carcinoma. This part is based on information from nursing documentation and compilation of nursing diagnosis accordingly to the concept model of Marjory Gordon and the nursing domain Nanda I taxonomy II. 2015-2017.

The goal of this thesis does not limit itself on a description of the disease, but aims to point out this particular case, that is uncharacteristic, complicated with a nonstandard process and therefore it is interesting and purposeful for a case study.

Key words:

Colorectal carcinoma. Colostomy. Palliative care. Nursing process.

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	9
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
ÚVOD	12
1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	15
1.1 EPIDEMIOLOGIE	15
1.2 KLINICKÉ PŘÍZNAKY	16
1.3 ETIOLOGIE	17
1.4 DIAGNOSTIKA	18
1.4.1 VYŠETŘOVACÍ METODY	18
1.5 LÉČBA	19
1.5.1 ENDOSKOPICKÁ LÉČBA	20
1.5.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA	20
1.5.3 CHEMOTERAPIE	22
1.5.4 RADIOTERAPIE	26
1.5.5 BIOLOGICKÁ LÉČBA	26
1.6 KOMPLIKACE	27
1.7 PREVENCE	28
1.8 PROGNÓZA	29
1.9 NEPOSTRADATELNÁ ROLE SESTRY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ	30
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM	33
PRAKTICKÁ ČÁST	36
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOMPLIKOVANÝM KARCINOMEM	37
3.1 OBECNÉ INFORMACE O NEMOCNÉM	37
3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ PŘI PŘIJETÍ DNE 23. 7. 2017	40
3.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	41
3.4 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ PODLE DIAGNOSTICKÝCH DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II. ZE DNE 23. 7. 2017	46
3.5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	52
3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 23. 7. 2017	52
3.7 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	54
3.8 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	61
3.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	61
ZÁVĚR	63
SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY	65
PŘÍLOHY	68
TABULKY	68

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alopecie – vypadávání vlasů

Anastomóza – umělé spojení dvou tkání

Anemie - chudokrevnost

Antiemetika – léky proti zvracení

Antitusika – léky proti kašli

Biopsie – odebrání tkáně za histologickým účelem

Cyanóza – modravé zbarvení kůže

Cytostatika – látky k léčbě nádorových onemocnění

Defekace – vyprázdnění stolice

Dekubit - proleženina

Diabetes mellitus - cukrovka

Dispenzarizace – preventivní vyhledávání rizikových osob

Endoskop – přístroj k zobrazení vnitřních dutin

Enteroragie – krvácení ze střeva

Epitel – soubor buněk

Incidence – statistický údaj v epidemiologii

Kalprotektin – protein uvolňovaný z leukocytů, ukazatel zánětů či tumorů střev

Kolostomie – vývod tlustého střeva

Leukopenie – pokles bílých krvinek

Malignita - zhoubnost

Metastáza – druhotná ložiska rakoviny

Mortalita – podíl zemřelých za určité období

Motilita – pohyblivost trubicových orgánů

Nauzea - nevolnost

Obstipace - zácpa

Obstrukce - překážka

Perforace - protržení

Per rectum – vyšetření prstem přes konečník

Polyp – výrůstek na sliznici

Polypektomie – odstranění polypu

Progrese – zhoršení onemocnění

Radiodermatitida – onemocnění kůže v důsledku radioaktivity

Recidiva – návrat nemoci

Relaps – návrat nemoci a příznaků, co již zažil

Remise – vymizení příznaků nemoci

Resekce – odstranění části nebo celého orgánu

Staging – klasifikace nádorů

Stent - přemostění

Stomie - vývod

(VOKURKA a kol. 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – body mass index

CA – nádorový marker

CEA – tumorový marker pro diagnostiku kolorektálního karcinomu

CT – výpočetní tomografie

CŽK – centrální žilní katétr

FAP – familiární adenomatózní polypóza

KRK – kolorektální karcinom

MRI – magnetická rezonance

PHK – pravá horní končetina

PŽK – periferní žilní katetr

RTG - rentgen

TOKS – test okultního krvácení do stolice

(VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

Kolorektální karcinomy patří v naší populaci k nejrozšířenějším nádorům. Tomuto onemocnění se připisuje i vysoká úmrtnost. U žen i u mužů je karcinom střev a rekta na druhém místě v žebříčku nejčastějších nádorů. Na prvním místě u žen je karcinom prsa a u mužů karcinom plic. K roku 2015 je v České republice prevalence 28 716 osob s nádorovým onemocněním kolorekta. Dnes je však karcinom včasně odhalen díky screeningovému vyšetření. Recidiva po terapii nemetastazujícího tumoru činí kolem 30 - 50 %. A i přes to, že kolorektální karcinomy drží, co se výskytu týká, jedny z prvních příček, jsou studie, že na rozdíl od karcinomu prsu, dokazují lepší přežití pacientů. (Národní onkologický registr k roku 2015).

Toto téma bakalářské práce bylo zvoleno z toho důvodu, že věda zabývající se onkologií je velmi náročná, avšak zajímavá, a také proto, že případová studie na onkologické téma je svým způsobem netypická. Právě z tohoto důvodu bychom chtěli poukázat na nestandardní a opravdu netypický průběh onoho onemocnění formou kazuistiky, tedy případové studie.

Samotná péče o onkologické pacienty je víc než náročná a proto se na ni zaměříme. Zejména u onkologicky nemocných pacientů hraje velkou roli i psychologický individuální přístup - jak ze strany všeobecných sester, tak i lékařů a rodiny, proto je důležité v této práci zmínit i etický přístup k těmto pacientům a péči o ně. Ať jde o současnou (akutní) péči nebo následnou jako je hospicová či paliativní péče.

Cílem práce je seznámení s tímto závažným a život ohrožujícím onemocněním a pokud možno informovat veřejnost o možnostech screeningu a léčby. Byli bychom rádi, kdyby se tato práce mohla použít jako doporučení, aby se onemocnění kolorektálního karcinomu nebralo na lehkou váhu, pacienti se nestyděli a vyhledali svého lékaře.

Zaměříme se obecně na příznaky, etiologii, diagnostiku, prevenci a léčbu kolorektálního karcinomu. Co se léčby týká, té bychom se věnovali více, jelikož je to pro onkologického pacienta obrovský zásah do života a do soukromí z různých úhlů.

Celkově je tato nemoc pro člověka velikou změnou v životě, ostatně asi jako každá nemoc s ne moc pozitivní prognózou. A nejen pro pacienta, nýbrž i pro jeho blízké.

V praktické části bude ošetrovatelská kazuistika o pacientovi s komplikovaným karcinomem a nestandardním průběhem onemocnění. Do této části bychom zařadili ošetrovatelskou péči, která se pacientovi během hospitalizace dostane od zdravotnického personálu. Péče o jeho potřeby ať už psychické či fyzické.

Po sestavení ošetrovatelské anamnézy dle koncepčního modelu Marjory Gordon a ošetrovatelských domén NANDA I taxonomie II. 2015 – 2017 bude vypracován ošetrovatelský plán, kde bychom posoudili ošetrovatelské problémy, cíle, následně jejich realizaci, očekávané výsledky a nakonec zhodnocení kvality ošetrovatelské péče o pacienta.

Pro teoretickou část bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1.

Seznámení s onemocněním obecně, shrnutí informací týkající se etiologie, diagnostiky, klinických příznaků, důležitosti screeningu a variantách léčby.

Cíl 2.

Seznámit čitatele o riziku kolorektálního karcinomu a eventuální možnosti screeningu.

Vstupní literatura

ADAM, Z., KREJČÍ, M.: *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

SUCHÁNEK, Š.: *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 2011. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2474-7.

VORLÍČEK, J. a kol.: *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborné literatury, která byla zdrojem pro napsání a vypracování této práce nesoucí název Ošetrovatelský proces u pacienta s komplikovaným karcinomem, proběhlo v říjnu 2017.

Rešerše k bakalářské práci byla zpracována v Národní lékařské knihovně v Praze. Časové vymezení pro hledání vhodné literatury bylo od roku 2007 po současnost. Jako základní prameny pro vyhledávání odborné literatury byl použit systém Medvik, Medline, CINAHL a Bibliographia

medica Čechoslovaca. Klíčová slova byla zvolena: kolorektální karcinom, kolostomie, paliativní péče a ošetrovatelský proces.

Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Popsání a řešení komplikovaného onkologického onemocnění pohledem sestry.

Cíl 2.

Zpracování ošetrovatelského procesu, zhodnocení ošetrovatelské péče a doporučení kvalitního života do budoucna.

1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Kolorektální karcinom, tedy rakovina tlustého střeva a konečníku (zkratka KRK), je jedním z nejrozšířenějších a nejčastějších onemocnění trávicího ústrojí. Pozornost tomuto onemocnění se věnuje především kvůli vysoké incidenci a mortalitě. Po celém světě probíhají různé stáže a studia s odborníky na toto závažné téma, které ovlivňuje život mnoha jedincům.

Velmi důležitým okamžikem je zachycení onemocnění v době, kdy ještě nejeví žádné příznaky. A v neposlední řadě hraje nezbytnou roli také prevence.

Toto nádorové onemocnění bývá často bezpříznakové (asymptomatické), proto se u pacienta zcela náhle a náhodně objeví první příznak, u kterého by se měli mít na pozoru - chudokrevnost. Avšak i přesto se ve většině případech kolorektální karcinom odhalí a je diagnostikován u symptomatických pacientů. Nicméně jde již bohužel o vyšší stádium nemoci. (SEIFERT, 2012).

Jak již bylo zmíněno, u tohoto onemocnění je důležitá prevence a včasné zjištění různých výrůstků ve střevní sliznici – polypů. Polypy mohou znamenat již přednádorové stádium, které lze však snadno odstranit díky endoskopům tzn. bez operace. Tímto se předejde vzniku tumoru a případně jeho růstu. Nicméně velkou roli v této oblasti bohužel hraje ostych. Mluvit o svých střevech, konečníku či stolici není nic příjemného, avšak za těchto závažných okolností by se stud měl přemoci a jít na preventivní vyšetření. Tím spíš, když se v rodině vyskytuje familiární adenomatózní polypóza (zkratka FAP). Včasná prevence a diagnóza může mnoha pacientům včas zachránit život.

Při genetických dispozicích, nevhodném životním stylu či působením jiných faktorů se sliznice, kterou jsou pokryta střeva, může zvrhnout v malignitu. Sliznice začne velmi rychle nabývat a růst, čemuž se říká zhoubné bujení. V mnoha případech se u nádorového onemocnění tlustého střeva objevují adenokarcinomy. Adenokarcinom je tumor tvořící se ze žlázového epitelu střevní sliznice. Adenokarcinom však není jediný zhoubný nádor vyskytující se v tlustém střevě. Výjimečně je diagnostikován i karcinoid či lymfom. Karcinoid a lymfom se od adenokarcinomu velmi liší. I přesto, že jde o zhoubné nádory, jejich příznaky a léčba jsou však dosti odlišné. Pokud se na adenokarcinom přijde včas, jde o dobře léčitelný nádor KRK. (SUCHÁNEK, 2011).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Epidemiologie sleduje a pozoruje statistiky kolem nemocnosti a zdraví obyvatelstva. Zabývá se také mortalitou a vše se dokumentuje a analyzuje. Díky epidemiologii je přehled o veškerých onemocněních, které mohou ohrozit obyvatelstvo dané země.

Kolorektální karcinom se stále drží na předních příčkách ve výskytu nových onemocnění. Dle statistik v České republice ročně onemocní více jak 8 tisíc lidí a 4 tisíce tomuto zákeřnému nádorovému onemocnění podlehne. Celosvětově pak patří ke třetím nejrozšířenějším nádorům, na které zemře velké procento populace, a v Evropě dokonce drží prvenství, co se mortality týče (pokud vynecháme kožní onemocnění).

Co se pohlaví a incidence týče, ženy zauímají 15. místo ve světě a v Evropě 9. příčku, muži pak zabírají evropskou i světovou 3. příčku. Podle statistických součtů žen i mužů je Česká republika umístěná na 5. příčce ve světě a v Evropě zauímá 3. místo incidence kolorektálních karcinomů.

Toto onemocnění je velmi často diagnostikováno ve vyšším věku většinou kolem 61-77 let, dnes však onemocní už i lidé v mladším věku – do 60ti let.

Díky dnešním technologiím, screeningu, efektivní léčbě a skvělým odborníkům se snižuje prevalence. (Crcprevention, online, cit. 2017-08-01).

Prevalence je okamžikovým ukazatelem úrovně nemocnosti k určitému datu. V onkologické statistice je významným údajem, definovaným jako počet hlášených osob žijících s nádorovým onemocněním k 31. 12. příslušného roku (ADAM a kol., 2011, s. 372).

Odhalení kolorektálního karcinomu je ohromně důležité jednak z důvodu optimální léčby a také proto, aby byla u pacienta co nejvyšší šance na přežití. U pacientů, kteří přijdou s onemocněním pozdě a zjistí se metastázy i v jiných orgánech, přežívá méně než 15 %, zatímco pacienti, kterým se nádorové onemocnění odhalí v prvním stádiu, je šance na přežití kolem 90 %.

K úspěšnému vyléčení přispívá také prevence, kam patří screeningové vyšetření, které napomáhá včasné a správné diagnostice. A ta je důležitá pro léčbu a s tím spojenou pacientovu naději na uzdravení. (MÁJEK a kol., 2015).

1.2 KLINICKÉ PŘÍZNAKY

Klinický příznak nebo také symptom napomáhá k určení diagnózy. Každé onemocnění má jiné projevy a příznaky, podle čehož se následně lékaři dokážou orientovat. Na samém začátku onemocnění může pro pacienta jít o naprosto banální projevy, kterým tolik nevěnuje pozornost. Jde například o občasnou zácpu a průjem, které se však změní v denní rutinu. Průjmy a zácpy se střídají a intenzita častosti se zvyšuje. Přidají se i další nepříjemné pocity – časté nucení na stolicí, bolesti břicha, plynatost a v neposlední řadě i krev ve stolici (enteroragie). U tohoto příznaku by se měla obzvlášť zvýšit pozornost! Občas se bolesti objevují i v oblasti konečníku při defekaci, které mohou přetrvávat.

Zřídka si sám pacient všimne na svém těle (nejčastěji břicho a podbřišek) bulky či nějakého novotvaru. To už však jde o velmi pozdní stádium nemoci. K tomu se může objevit nechtěné hubnutí kvůli zvýšenému nechutenství spojeného s nevolností. Pacient se cítí unavený, malátný, bez energie a je bledý. (ABRAHÁMOVÁ, 2004).

Pochopitelně těch příznaků, které svědčí o tom, že se ve střevech nachází tumor, je hodně a mají i několik forem. Krev ve stolici, což je jedním z klinických příznaků karcinomu, se musí někde projevit. Právě z tohoto důvodu se u pacientů s kolorektálním karcinomem objevuje chudokrevnost neboli anémie. Nedostatek červených krvinek vede ke zvýšené únavě, slabosti a celkové vyčerpanosti.

Kvůli jmenovaným příznakům by měl pacient vyhledat lékaře a poradit se s ním o těchto problémech. Ať už se svým praktickým lékařem nebo odborným gastroenterologem. Lékaři vyhledají problém, aby ho následně potvrdili či vyvrátili, popřípadě stanovili nezbytný plán léčby. Pochopitelně může jít i o nezhoubný novotvar, který se dá lehce endoskopicky odstranit. (SUCHÁNEK, 2011).

1.3 ETIOLOGIE

Etiologie se zabývá a pátrá po původu nemoci či faktoru, které dané onemocnění způsobuje. U vzniku kolorektálního karcinomu se podílejí dvě formy – sporadická a familiární neboli hereditární. Sporadické formě se připisuje 80 % výskytu KRK. U ní zřejmě nejde o dědičné predispozice, nýbrž o rizikové faktory, které ovlivňují etiologii kolorektálního karcinomu. Mezi rizikové faktory patří například častá konzumace smažených či grilovaných mas, vysoké množství tuku v potravinách nebo nedostatek vitamínů, vápníku a vlákniny. Mimo jiné také obezita, kouření nebo i požívání alkoholu souvisí s rizikovými faktory patřícími do sporadické formy onemocnění KRK.

Familiární (hereditární) forma, jak už z názvu vyplývá, se týká dědičnosti oproti sporadickému typu. Výskyt nádorů této formy je 20 %. Tito pacienti mají zvýšené riziko kolorektálního karcinomu, proto jsou pravidelně hlídáni u svého gastroenterologa. *Mezi hereditární onemocnění se řadí syndrom mnohočetné adenomatózní polypózy, syndrom familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (Lynchův syndrom I, II)* (Kolorektální karcinom - současný pohled na diagnostiku a léčbu, online, cit. 2017-08-31).

Rizikovou skupinou pro vznik KRK jsou pacienti s diabetem mellitem 2. typu a také vyšší věková kategorie. Též kontakt s chemickými látkami jako je například azbest či časté ionizující

záření z medicínského hlediska přispívá ke zvýšenému výskytu kolorektálního karcinomu. (SEIFERT, 2012).

1.4 DIAGNOSTIKA

Diagnostika se určuje na základě symptomů, díky kterým se lékaři snaží přijít na určitou nemoc. U tohoto onemocnění je velmi důležitá včasná diagnóza pro následnou léčbu dle velikosti tumoru. K tomu napomáhá staging, který určuje rozsah nádorů a pomocí stagingu se stanoví konkrétní druh léčby. Dnes se však kolorektální karcinom odhalí díky screeningu a velmi záleží na tom, v jakém je stádiu. Pokud se nachází v časném stádiu lze ho lehce odstranit pomocí chirurgického výkonu bez léčby cytostatiky. (VORLÍČEK a kolektiv, 2012).

S diagnózou pacienta velice souvisí rodinná anamnéza. Lékař se o ni musí zajímat, aby včasné dokázal zachytit problém. A především by měl vědět, zda se v rodině nevyskytovala familiární adenomová polypóza či jakýkoliv karcinom.

Praktický lékař zjišťuje jaké má pacient problémy, zda se vyskytly bolesti břicha, jak dlouho přetrvávají a jestli si pacient nevšiml výrazného úbytku na váze či krve ve stolici.

Kolorektální karcinom lze diagnostikovat mnoha způsoby vyšetřovacích metod, o kterých dle stavu pacienta lékař rozhodne.

1.4.1 VYŠETŘOVACÍ METODY

Fyzikální vyšetření

K diagnostice KRK patří fyzikální vyšetření, lékař se důsledně zaměřuje především na pohmat břicha a vyšetření per rectum tj. vyšetření konečníku prstem. Mnohdy lze tímto jednoduchým výkonem nahmatat tumor. (Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, online, cit. 2017-09-17).

Laboratorní vyšetření

Při laboratorním vyšetření krve se mohou vyskytnout zvýšené nádorové markery, které napovídají diagnóze kolorektálního karcinomu. Nádorové markery CEA a CA 19-9, které vyjdou z krevního obrazu, nejsou však jedinými ukazateli onemocnění KRK. U pacienta s kolorektálním karcinomem se vyskytuje velmi často anémie.

Dále se také může prokázat pozitivita testu na okultní krvácení do stolice či zvýšený výskyt kalprotektinu ve stolici. Kalprotektin je ukazatelem pro diagnostiku zánětlivých či nádorových onemocnění střev.

Endoskopická vyšetření

Nejspolehlivější a také nejčastější diagnostickou metodou je kolonoskopické vyšetření. Při tomto vyšetření lze provést i odběr vzorku pomocí biopsie. Vzorek z biopsie poté putuje na histologii, kde je následně zkoumán pod mikroskopem a vyhodnocen zkušeným patologem. (SEIFERT, 2012).

Endoskopická vyšetření byla vynalezena především pro lepší zobrazení střev a konečníku, čímž napomáhá vyhledávat vady ve střevním traktu. A právě dnes díky vysoké úrovni endoskopů dokáže lékař včas rozpoznat, jak moc je problém rozsáhlý a následně stanoví vhodný typ léčby. Podle stagingu lékař určí, zda je nutný chirurgický zákrok a podání neoadjuvantní chemoterapie. (CAPPELL, 2008).

Rentgenová vyšetření

Kolorektální karcinom někdy postupuje velmi rychle, proto se mohou objevit metastázy i v jiných orgánech či kostech. Jak moc jsou orgány zasaženy metastázami objasní magnetická rezonance (MRI), počítačová tomografie (CT), sonografie nebo rentgen (RTG). (SEIFERT, 2012).

A k již zmíněným rentgenovým vyšetřením se ještě provádí scintigrafie skeletu. Používá se při podezření na metastázy v kostech.

Irrigografie a irrigoskopie jsou rentgenologická vyšetření, která také patří k diagnóze kolorektálního karcinomu. Náročnou částí je již samotná příprava před výkonem, jelikož se musí vyprázdnit střeva.

Po diagnostice je nutná léčebná terapie dle rozsahu a stádia onemocnění. (VORLÍČEK a kolektiv, 2012).

1.5 LÉČBA

Léčba tumoru střev a konečníku je multidisciplinární obor, který zahrnuje lékaře a odborníky z různých oblastí medicíny. Od diagnostiky se následně odvíjí léčebný program. Záleží tedy na rozsahu nádoru a aktuálním stavu pacienta.

Léčbu kolorektálního karcinomu můžeme rozdělit na: endoskopickou, chirurgickou, chemoterapii a radiologii. U některých pacientů se využívá i biologické léčby a v terminálním stádiu pak paliativní medicíny.

Pacient by měl být od samého počátku onemocnění informován o jeho stavu a následné terapii. Měla by mu být dopodrobna popsána léčba, postupy a případné jiné varianty léčebné terapie. Lékař musí pacienta poučit o možných rizicích konkrétní léčby, kterou pacient podstoupí, a vedlejších účincích ordinovaných léků.

1.5.1 ENDOSKOPICKÁ LÉČBA

Pomocí endoskopů a dnešní pokrokové technice lze odstranit adenomové polypy tzv. endoskopickou polypektomií. Také jdou endoskopicky odstranit drobné nádory, například i rekta. Výhoda je taková, že je to pouze menší výkon, takže není nutná klasická operace přes břišní stěnu. Pokud se však tumor neodstraní dostatečně, endoskopická léčba by se měla opakovat či zvolit jinou metodu odstranění.

Kvůli nádoru může dojít k neprůchodnosti střev a v tomto případě je nutné zavést stent. Pacientovi se tím uleví, jelikož se mulepší vyprazdňování stolice.

Kolonoskopie

Kolonoskopie je endoskopická a zároveň i léčebná metoda. Díky ohebné hadičce, kde se na jejím konci nachází kamera, může lékař nahlédnout do konečníku a tlustého střeva pacienta.

Kolonoskopické vyšetření se využívá k diagnostice, ale i k léčbě. Například k léčbě polypů, jak již bylo zmíněno.

Před výkonem by mělo dojít k vyprázdnění střev, proto pacient drží dietu a užívá projímadla. Někdy se výkon provádí po premedikaci pacienta – jde o nitrožilní léky proti bolesti a na zklidnění.

Kolonoskopické vyšetření je i screeningovou metodou, proto ji pacienti podstupují, aby předcházeli KRK. (SUCHÁNEK, 2011).

1.5.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Při chirurgické léčbě, která se velmi často volí jako první léčebná metoda, lékař odstraní poškozenou část střeva či rekta společně s uzlinami. U některých pacientů lze sešít části střev nebo konečníku, které zbyly a nejsou postižené tumorem. Někdy však ale bohužel tato metoda nelze a

provádí se kolostomie, což je vyústění tlustého střeva na povrch břišní stěny. Občas se kolostomie nechává pouze dočasně než se opět střevo zacelí a začne pracovat jak má. Nicméně jsou pacienti, kterým byl odebrán kvůli tumoru celý konečník a ti mají kolostomii natrvalo.

Chirurgicky se také provádí resekce střev, tj. odstranění postižené části střeva. Pacientům, kteří nemají kolorektální karcinom v pokročilém stádiu, může tento výkon pomoci a dokonce i vyléčit.

V ojedinělých případech jde chirurgicky odstranit i metastázu v jiných orgánech. (VORLÍČEK a kol., 2012).

Chirurg se při operaci kolorektálního karcinomu nachází ve velmi náročné a nezáviděníhodné situaci, jelikož všechny podstatné věci zjistí až na sále. Například, že se tumor metastázami šíří do jiných orgánů. Musí se však rozhodnout správně a rychle, jak bude nadále postupovat. Lékař řeší situaci tak, aby byla tou nejlepší možností pro pacienta a pokud možno řešil problém na co nejdelší dobu. (HORÁK, 2008).

Laparoskopie

Jednou z metod chirurgického odstranění tumoru je i laparoskopie. Především jde o nádory tlustého střeva a postižených uzlin. Laparoskopie je chirurgická metoda pomocí endoskopických přístrojů, které se dostanou do dutiny břišní drobnými otvory, aniž by se musela stěna břišní otevřít. A protože při laparoskopických výkonech lékař nemá tolik přehled, zda nejsou v dutině břišní nějaké srůsty, tato metoda se volí pouze sporadicky.

Stomie

Chirurg provede výkon, který se časem zahojí jizvou. Jenomže co dělat s duší, která se jizvou nezahojí?

Stomie patří mezi ty operační výkony, které jsou pro pacienta náročné po všech stránkách. Má strach. Má strach nejen z toho, jak bude vypadat, ale i z toho, že ztratí své blízké, práci a koníčky. Pacienti by měli mít na mysli, že i „se sáčkem“ se dá žít kvalitní a naprosto normální život.

Celému ošetrovatelskému týmu velmi napomáhá sebemenší náznak snahy pacienta a dobrá komunikace. Je důležitá především s lékařem a stomickou sestrou, která vybírá přijatelný stomický systém a pomáhá nacvičovat ošetřování stomie. (HANZLÍKOVÁ, 2010).

Pokud po chirurgickém zákroku nedojde k anastomóze, což znamená obnovení funkce střev, když se odoperuje postižená část střeva a spojí se zdravé části střeva, dělá se tzv. kolostomie.

Kolostomie je vývod tlustého střeva na povrch břišní stěny. Na břišní stěnu se připevňuje kolostomický sáček a podložka.

Jak již bylo zmíněno, někdy jde pouze o dočasnou nebo přechodnou stomii, avšak jsou komplikované případy, kdy je tumor prakticky neodstranitelný a jediná možnost je vývod – stomie. Díky němuž je alespoň odchod stolice zajištěný. (SUCHÁNEK, 2011).

Podle funkce můžeme stomii rozdělit na derivační a výživovou. Derivační stomie odvádí veškerý obsah z orgánů do sběrného sáčku a výživová zajišťuje stravu pacientům do zažívacího traktu. A poté dělíme stomie dle časového trvání – dočasné a trvalé.

Můžeme se setkat s více druhy stomií: ileostomie, kolostomie, urostomie, gastrostomie, jejunostomie a tracheostomie. Nejčastější stomií je však kolostomie. Vývod může být v různých úsecích tlustého střeva a dle úseků jsou pojmenovány i určité vývody. Coecostomie je vývod situovaný mezi tenkým střevem a tlustým střevem. Obsah stomie bývá řídký. Transversostomie je umístěna na příčném tračníku a obsah stomie je kašovitý. A poslední vývod je na esovitě kličce, kde je obsah tuhý, nazývá se sigmoideostomie. (Stomici.cz život se stomií, online, cit. 2017-09-28).

Nicméně zavedením stomie nic nekončí, ba právě začíná. Pro pacienta to je v první řadě šok, když se dozví o tom, že bude mít kolostomii. Musí se smířit a vyrovnat se skutečností, že bude žít život „se sáčkem“. Nemocného pochopitelně trápí mnoho otázek, na které zatím nezná odpověď. Jde o životní změnu, která mu zasáhne do soukromí. Bojí se, jak na něj budou pohlížet v práci, jak bude žít intimním životem, jak bude sportovat a na tyto všechny otázky dostane odpověď až časem. Je důležité totiž, aby si především zvykl na něco nového.

V počátku se objevuje zármutek, obavy a zoufalství. Ve většině případech se stomie provádí, když jde o onkologické onemocnění, což je pro člověka samo o sobě velmi stresující, jelikož neví, co vlastně bude dál a jaká bude prognóza. Proto existuje pomoc, jak pacient lépe zvládne toto velmi náročné období nejen na psychiku. Především jde o zájem a podporu rodiny a blízkých, v druhé řadě o profesionální pomoc a přístup zdravotníků a odborníků, a v neposlední řadě snaha pacienta, aby to on sám nevzdal a například navštěvoval skupiny se stejným problémem či se věnoval tomu, co ho baví. Pokud se však pacient nevyrovná se změnou, co ho potkala, může dojít až k méněcennosti a depresivním stavům. (JANICZEKOVÁ, 2012).

1.5.3 CHEMOTERAPIE

Chemoterapie je důležitá část léčebné terapie nádorového onemocnění. Dělí se na tři oddíly: neoadjuvantní (předoperační), paliativní nebo také adjuvantní (pooperační) a samostatná.

Chemoterapie jako taková je protinádorová léčba, která se provádí s cytostatiky. Cytostatika napomáhají ničit nádorové buňky či zabraňují dalšímu šíření. Cytostatika se pacientům podávají nitrožilně nebo tabletami. Díky krevnímu oběhu cytostatika kolují po celém organismu a mají vliv i na okolní nádorové buňky.

Chemoterapii lze provádět i ambulantně a protože velkou většinu cytostatik je třeba podávat infuzí (nitrožilně), proto je nutné mít zajištěný žilní vstup. Při dlouhodobém léčení, kdy se stále podává do krevního řečiště infúze, může dojít ke komplikacím jako jsou záněty povrchových žil. A z toho důvodu se zavádí centrální žilní katétr. Také se zavádí nitrožilní port, což je usnadnění pro ambulantní pacienty.

Neoadjuvantní chemoterapie

Je předoperační onkologická léčba a při této terapii jde především o zmenšení velikosti tumoru, aby bylo možné ho chirurgicky odstranit. Aby byl tzv. operabilní. Jsou případy, kdy se kombinuje chemoterapie s biologickou léčbou a tím lze odstranit tumor společně s ložisky. Této metody se využívá především u kolorektálního karcinomu, kde se objeví metastázy (např. jater).

Ajduvantní chemoterapie

Při této léčbě nejde pouze o zmenšení nádoru, ale o úplné odstranění chirurgickým výkonem a prevenci proti recidivám. Jde také o to, aby se odstranily zbytky nemoci a zabránilo se jejímu návratu. Tato terapie ve většině případech trvá půl roku a zakládá se na protinádorové chemoterapii. Podle histologie a rozsahu tumoru je po jeho odstranění pacientovi doporučeno ozařování.

Nežádoucí účinky chemoterapie

Při každé léčbě může dojít k nežádoucím účinkům, u chemoterapie to je nejčastějším problémem pacientů. Závisí to však na typu léku, trvání léčby a reakci pacienta. U každého člověka jsou reakce velmi individuální.

1. Nauzea

Někteří pacienti mají problém s příjmem potravy – přestanou mít chuť k jídlu. Dokonce si mohou vybudovat averzi neboli odpor k určitým potravinám. Někdy dochází až k pocitům nevolnosti a zvracení. Ulevit těmto obtížím lze dietou nebo antiemetiky. Měly by se omezit nebo úplně vynechat smažené pokrmy a sycené nápoje.

2. Poškození krvetvorby

Léčba cytostatiky může způsobovat leukopenii, anemii či trombocytopenii. Pokud klesají bílé krvinky, pacientům se snižuje imunita a dochází tak k častým infekcím s teplotami. V těchto případech je dobré sledovat krevní obraz a popřípadě lékaři naordinují terapii antibiotiky. Co se anemie týká, tak pacienti jsou unavení, slabí a pociťují dušnost. Pokud se vyskytnou modřiny nebo si pacient všimne častějšího krvácení z nosu, z moči nebo drobnějších oděrek, má to za následek nedostatek krevních destiček (trombocytopenie). Tyto problémy lze řešit krevní transfúzí.

3. Ztráta vlasů

Ztráta vlasů neboli alopecie je prozatímní ztráta, která se dá řešit parukou. Tu částečně hradí pojišťovna. Po dokončení chemoterapie vlasy opět narostou. U léčby KRK není alopecie obvyklá.

4. Poškození sliznic

Tento problém je velmi často spojený s léčebnou terapií. Pacientům se tvoří afty a podobný výsev se nachází i v trávicím traktu, za což může průjem. Řešením je potom dietní opatření a vyplachování dutiny ústní.

5. Kožní problémy

K dalším nežádoucím účinkům patří také zarudnutí dlaní a chodidel nazývaný ruka – noha. Je to způsobené fluoropyridinem, který obsahuje léčba chemoterapií. Nejčastěji se vyrážka tvoří v oblasti obličeje a hrudníku. Tyto vyrážky se potom léčí různým druhem mastí, tabletami a popřípadě změnou či úplným přerušением léčby. (SUCHÁNEK, 2011).

Významná role sestry

Všeobecné sestry jsou velmi důležitou součástí onkologické léčby pacienta. Jednak musí znát jeho zdravotní stav, ale také farmaceutika, která jsou pacientovi podávána. Všeobecné sestry zodpovídají za správné podání lékařem naordinovaných léků. Pokud by si všimla, že je v ordinaci něco nezvyklého, čehož by si měla každá sestra všimnout, ihned konzultovat s lékařem. Mohlo by totiž dojít k případné újmě na pacientovi.

Správné všeobecné sestry by měly v pacientech vzbuzovat důvěru, což vede k tomu, že jim pacienti často sdělí mnohem více než lékaři. Je to právě sestra, kdo zná svého pacienta nejlépe.

Proto by si měla všimnout případných nežádoucích účinků léčby, které by mohly zkomplikovat odchod do domácího prostředí.

Snad ještě o něco náročnější to mají všeobecné sestry starající se o pacienta v mobilním hospici popřípadě domácí péči. Jsou vystaveny důkladnému zhodnocení pacientova stavu a příznakům, zda jsou či nejsou kompatibilní s protinádorovou léčbou.

Všeobecné sestry jsou nezbytným prvkem týmu podílející se na informovanosti, edukaci, plánování a realizaci ošetrovatelské péče. A v neposlední řadě na kvalitní péči. (SKALA, 2011).

Paliativní léčba

Paliativní léčba je aktivní ošetrovatelská péče u pacientů, kterým byla ukončena onkologická léčba z důvodu rozsáhlého onkologického onemocnění, které nelze řešit jinak než paliativně. Nejdůležitějším aspektem paliativní péče je zajištění kvalitního života jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Musíme pacienta respektovat po všech jeho biopsychosociálních stránkách.

S paliativní léčbou se neshledáme pouze v hospici, kde je však nejvíce rozšířena, nicméně i v nemocnicích a na takových odděleních, kde se nejčastěji setkáme se smrtí.

Pacienti v terminálním stádiu nemoci mají možnost bohoslužeb a spirituální péče, ale podle výzkumů se došlo k faktu, že je pro ně spirituální péče méně důležitá. Naopak velmi důležitý je pro ně ze sociální stránky kontakt někoho blízkého a vlídné slovo. Nevyléčitelný člověk trpí jak po psychické stránce, kdy nenachází útěchu a smysl svého bytí, tak po fyzické, kdy trpí bolestmi. Je důležité pacienta podpořit a pomoci mu k útěše, protože v každé chvíli svého života se dá žít se smyslem. I v terminálním stádiu nevyléčitelné nemoci. (BUŽGOVÁ a kol., 2013).

V 65-85 % onkologicky nemocných pacientů v terminálním stádiu prožívá bolesti. Klíčový úkol zdravotnického personálu je mírnit a tlumit bolesti pacienta pomocí analgetik. Žádný pacient nemůže toužit po smrti kvůli bolestem. Tito pacienti neprožívají jen somatickou bolest, ale i psychickou z blížící se smrti. Jejich utrpení zvyšuje i fakt, že jsou izolovaní v nemocničních zařízeních. Tyhle stavy můžeme tlumit nejen léky, nýbrž i vlídným slovem, úsměvem a empatií, která je pro nevyléčitelně nemocného člověka důležitá jako pro nikoho. (SLOVÁČEK, 2009).

Samostatná léčba

Je léčba používaná u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním s metastázami. Jde o kombinaci chemoterapie, biologické léčby a ozařování. Hlavním úkolem je zmírnit dopad nádorového onemocnění, metastáz a prodloužení pacientova života. (SUCHÁNEK, 2011).

1.5.4 RADIOTERAPIE

Radioterapie je jednou z léčebných a nejčastěji předoperačních metod, které mají za cíl zmenšení nádoru, zvýšení možnosti operability a snížení nádorových buněk. Pokud radioterapie nebyla zvolena jako předoperační, ordinuje se jako pooperační. Tato terapie snižuje o polovinu vznik recidiv. Radioterapie může být také paliativní u neoperovatelných tumorů rekta. (VORLÍČEK a kol., 2012).

Ozařování je samo o sobě krátké (trvá pouze několik málo minut), proto se musí opakovat po dobu týdnů až měsíců.

Jako u chemoterapie jsou nežádoucí účinky, tak u radioterapie také. Patří k nim nevolnost, slabost, průjemy a zarudlá kůže s puchýři. Tyto komplikace však ustoupí po ukončení léčby. (SUCHÁNEK, 2011).

1.5.5 BIOLOGICKÁ LÉČBA

Biologická léčba není účinná pouze v onkologii, nýbrž i v jiných oborech jako je například revmatologie, neurologie či dermatologie. Biologickou léčbu představují léčivé látky, ve kterých se vyskytují biologické buňky lidského, zvířecího nebo i rostlinného původu.

I v biologické léčbě se můžeme dočkat nežádoucích účinků, avšak je jich přece jen méně, než u léčby klasické. Do nežádoucích účinků mohou spadat alergie, bolesti svalů a kloubů, teploty a pacient může být více náchylnější k infekcím.

Existují centra pro biologickou léčbu, kam pacienti pravidelně docházejí. Ne vždy je však možné využít biologickou metodu jako léčbu, jelikož na určité typy chorob není účinná. Ve většině případech biologickou léčbu přijímají pacienti, kteří neúspěšně absolvovali různé metody léčby nebo se u nich vyskytly nežádoucí účinky léčby a požadovaný druh léčby museli ukončit. Také často využívají biologických léčebných metod pacienti s typem tumoru, na který biologická léčba potvrzeně účinkuje.

Tato léčba je velmi finančně náročná, jelikož biologické přípravky jsou drahé. Farmaceutický průmysl zdůvodňuje, že potřebují, aby se jim finance za léčbu vracely, jelikož kontrolní postupy, kterými musí biologická léčba podstupovat, jsou nákladné. Nicméně regulační úřady se budou pokoušet snižovat cenu, aby léčba mohla být poskytnuta více lidem. (Ordinace, online, cit. 2017-11-09).

Biologické léčby se indikují u pokročilých nádorů kolorektálních karcinomů, které metastazují. Do této terapie spadají nová léčiva, která jsou protilátkami. Tyto léky zabraňují dalšímu růstu nádorových buněk a podávají se intravenózně. (VORLÍČEK a kol. 2012).

1.6 KOMPLIKACE

Jako u většiny onemocnění ať jsou méně či více závažná se mohou objevit komplikace. U kolorektálního karcinomu tomu není jinak. Jsou tzv. předléčebné komplikace a komplikace spojené s léčbou.

S předléčebnými komplikacemi se setkala kolem 20 % pacientů. Vyskytují se v pokročilém stádiu onemocnění a bohužel prognóza nebývá příznivá a z 15-20 % končí úmrtím. Záleží také na umístění a velikosti tumoru. V mnoha případech komplikovaných karcinomů jde o vysoký věk pacienta, pokročilý tumor a další přidružené nemoci – onemocnění plic, srdce či diabetes mellitus. Nejčastějšími komplikacemi bývá krvácení, perforace a obstrukce.

Jednou z komplikací je krvácení. Krvácení často doprovází anemizace pacienta, což vede k postupnému vzniku anémie. Krvácení bývá řešeno chirurgickým zákrokem. Dochází však k případům, kdy není možné pacienta operovat z důvodu jeho zhoršeného stavu. Dělají se tedy alternativní metody – laserová ablace či paliativní radiační terapie.

Perforace, další komplikace, která však není tak častá. Důvodů perforace může být hned několik – nekróza střev, kde se tumor vyskytuje, zánět, pooperační sepse či pokročilé stádium KRK. Léčba perforace záleží na stavu pacienta, pokročilosti nádoru a příčině perforace. Jednou z možností je odstranění části tumoru s primární anastomózou a u pokročilých případů resekce a trvalá kolostomie.

Obstrukce KRK je také jedna z komplikací. Od umístění karcinomu se pak následně odvíjí léčebná terapie. Především jde o aktuální stav pacienta a poté se lékaři dohodnou na eventuální léčbě. Do léčby spadá paliativní kolostomie, chirurgické operace a implantace stentů. Stenty slouží ke konečné (paliativní) léčebné terapii či k přemostění, jelikož bude následovat chirurgický zákrok. Zavádění stentů se však omezilo především na komplikované pacienty, u kterých jde u definitivní paliativní východisko a není vhodná chemoterapie.

Pacienti s pokročilým kolorektálním karcinomem se setkali v 10-15 % s prorůstáním tumoru do jiných orgánů. Nejčastěji je napadena prostata, děloha, močový měchýř, plíce, játra nebo kosti. Pokud se tato komplikace řeší operativně, velkým rizikem je vysoká úmrtnost a krevní ztráty.

Následují komplikace spojené s chirurgickou léčbou, které se dělí na časné a pozdní. Mezi časné se řadí ranné infekce a syndrom krátkého střeva a mezi pozdní břišní kýly, iritační dermatitidy a recidiva kolorektálního karcinomu.

Ranné infekce se řadí mezi komplikace spojené se zhoršeným hojením laparotomie nebo krvácením. Důležitá je hygiena a čistota operační rány, ale též výživa pacienta. Časté infekce mívají

pacienti, co kouří nebo mají diabetes mellitus. Pokud se objeví známky infekce, čehož by si sestra či lékař měli všimnout, nasadí se vhodný typ antibiotik dle citlivosti.

Mezi časné komplikace patří tzv. syndrom krátkého střeva, který vzniká při resekci části střev, kdy dojde ke zmenšení střeva. Je to velmi nepříjemný stav doprovázen průjmami, hubnutím a podvýživou. Léčba se konzultuje s gastroenterology, chirurgy a nutričními terapeuty. Pacient by měl dostávat přísun vitamínů a tekutin. Také se podávají léky na zpomalení motility střev a proti překyselení žaludku.

Iritální dermatitida vzniká v okolí stomie a patří k pozdním chirurgickým komplikacím. Důvod dermatitidy je podráždění kůže například neměněním stomických pomůcek nebo chybné nalepení stomického sáčku. Důležitá je správná velikost stomie a ochranné postupy – krémy a mastě.

Recidiva, tedy opětovné navrácení nemoci, spadá do pozdních komplikací nejen KRK, nýbrž všech nádorů. S recidivou se setkala 10 - 12 % pacientů, kteří absolvovali resekci. (Komplikace léčby kolorektálního karcinomu, online, cit. 2017-11-12).

1.7 PREVENCE

Na onemocnění kolorektálního karcinomu se ještě bohužel nenašel žádný lék, co by byl schopen tuto nemoc vymýtit nebo snížit její výskyt. Jediným možným řešením, které by vylepšilo epidemiologii KRK je prevence a screening. Pomocí screeningových metod se kolorektální karcinom dokáže zjistit již v bezpříznakovém stádiu. V tomto stádiu je prognóza příznivá, zatímco ve stádiu, kdy pacient přijde s příznaky poukazující na diagnózu kolorektálního karcinomu, už tolik příznivá nebývá. Pomocí testu na okultní krvácení a endoskopických metod (především kolonoskopie) se rapidně snižuje mortalita na onemocnění KRK – o 25 - 33 %.

Cílem primární prevence je snížení vzniku nádorů u zdravých jedinců. Proto se hovoří o zdravém životním stylu a snižování rizikových faktorů pomocí edukačních či reklamních letáků. Jedinci starších 50 let by měli pravidelně docházet na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři, kde se provádí TOKS – test okultního krvácení do stolice. Od roku 2000 praktickým lékařům toto vyšetření proplácí zdravotní pojišťovny. Někdy se dělá dvouetapový program, který spočívá v testu stolice na okultní krvácení a kolonoskopie. Provádí se v případě, kdy TOKS je pozitivní.

Do sekundární prevence řadíme včasnou diagnózu kolorektálního karcinomu a následné zahájení efektivní léčby, aby došlo k úplnému vyléčení. Provádí se tedy kolonoskopická vyšetření a dispenzarizace rizikových pacientů. Pacienti jsou zváni na preventivní kontroly a sleduje se celkový

stav a možný relaps. Terciální prevence se zabývá tím, aby nedošlo k recidivě, tedy navrácení nádorového onemocnění.

V některých případech se stává, že pacienti přijdou v pokročilém stádiu nemoci, kdy se léčbou oddaluje konec života. Proto existuje kvartérní prevence a ta má za cíl nikoliv vyléčit nevyléčitelné, nýbrž pomoci od obtíží doprovázející pacienta v posledním stádiu nemoci. (UŘIČÁŘOVÁ a kol., 2011).

TOKS – testy na skryté krvácení do stolice

Jednoduchý test a pacientům nezpůsobuje žádnou bolest. Navíc si tento test dokáže udělat každý sám doma. Ze tří stolic odebere vzorek do speciální nádoby a následně odnese ke svému praktickému lékaři, který chemicky zjistí, zda se ve stolici nachází stopy krve. Může jít o krev z hemeroidů, proto se testování musí opakovat, aby došlo k jasnému určení problému. TOKS lze zakoupit v lékárně nebo dostat přímo od svého praktického lékaře.

Jsou dva typy TOKS – guajakový test a imunochemický. Guajakový test je starší a pacienti, kteří toto vyšetření měli podstoupit museli držet několikadenní dietu s určitým omezením. Důvodem je to, že guajakový test nedokáže rozlišit krevní barvivo patřící člověku a zvířeti, které zkonzumujeme (maso). Destička, na kterou se nanáší stolice, je v obálce. Také se tomuto testu přezdívá psaníčkový test.

U druhého, novějšího typu testu – imunochemického, se nemusí držet žádné diety a nanášet stolici na destičku. Existuje speciální nádoba s tyčinkou, kterou se vzorek jednoduše nabere. Imunochemický test dovede spolehlivě určit množství krve, které se ve stolici nachází. (SUCHÁNEK, 2011).

1.8 PROGNÓZA

Kolorektální karcinom sice patří mezi nejrozšířenější a nebezpečná nádorová onemocnění v naší populaci, nicméně lze dobře léčit. Záleží však na včasném zachycení tumoru. Díky dnešním screeningovým metodám se dá KRK úspěšně předcházet. Pro spoustu pacientů je sice nepříjemné jít ke svému lékaři a řešit jeho trávicí potíže, ale určitě se tato prevence vyplatí. Rozhodně není zbytečná. Pokud pacient přijde včas, může jít pouze o přednádorovou lézi, tedy polyp, který se bez větších problémů odstraní. Předejde se tak nepříjemné a bezpochyby náročné chirurgické a onkologické terapii. (SUCHÁNEK, 2011).

U včasně zjištěných tumorů se mohou pacienti zcela vyléčit. Jsou však případy, kdy je nádorové onemocnění rozsáhlé a dokonce se objeví metastázy v přidružených orgánech, jakými

jsou játra, plíce a kosti. Lékaři své pacienty posílají na RTG plic, scintigrafii kostí či CT, aby viděli, jak je tumor rozsáhlý a podle toho se rozhodne o další léčbě a prognóze. A léčba je pochopitelně náročnější a dlouhodobá. Především v případech, kdy se projeví recidiva, tedy navrácení nemoci. Mnoho pacientů s pokročilým KRK díky terapii zvládne přežívání nemoci bez symptomů zákeřné nemoci, jakou je rakovina. (VORLÍČEK a kol. 2012).

Prognóza je tedy velmi úzce spojena s informovaností populace a lidí s onemocněním kolorektálního karcinomu. Lidé nejsou dostatečně seznámeni s prevencí, možná také podcení příznaky a následně přijdou s jejich onemocněním pozdě a tím tedy klesají možnosti léčby a vyhlídky na pozitivní prognózu mají většinou k veselosti a radosti daleko.

Lékaři a zdravotníci by měli veřejnost poučit o tom, co je nejcennější – jejich zdraví. Protože to máme každý jedno. Lidé by měli o sebe pečovat a vědět, co je zdravý životní styl a jaká je prevence kolorektálního karcinomu, aby se snížily řady pacientů s ne moc pozitivními vyhlídkami a prognózou. (TÁBORSKÁ, 2014).

1.9 NEPOSTRADATELNÁ ROLE SESTRY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

Všeobecné sestry by měly k pacientům přistupovat profesionálně a individuálně. V některých situacích je to však velice obtížné. Také prožívají smrt pacienta, se kterým se na oddělení setkaly mnohokrát a vytvořily si tak k němu bližší vztah. Personál i onkologičtí pacienti často vědí, že je nevyhlídčí, nicméně mohou jim zlepšit kvalitu života ošetrovatelskou a lékařskou péčí. A nejen jim, ale i jejich rodině, která za svým blízkým pravidelně dochází a v posledních dnech či minutách ho drží za ruku. Někdy to bývají právě všeobecné sestry, kdo drží těžce nemocného pacienta za ruku v posledních vteřinách jeho života. Jsou svědky něčeho, co se jim vryje do paměti. Proto není divu, že zdravotnický personál, především ten, co pracuje na odděleních, kde se často setkává se smrtí, může potkat syndrom vyhoření. Péče o onkologicky nemocné pacienty je velmi náročná nejen fyzicky, ale i psychicky. Ohromně povzbuzující je například pochvala od pacienta, o kterého pečujeme, nebo děkovný dopis. Můžeme to brát jako prevenci proti vyhoření.

Zdravotnický personál, kterému tak denně pod rukama projde mnoho pacientů, přehodnotí svoje životní hodnoty. Myslí jinak, než člověk, co nepracuje se smrtelně nemocnými lidmi. Uvědomuje si a dívá se na věci jinak. Ví, že na prvním místě v jeho pomyslném žebříčku je a vždy bude zdraví.

Onkologicky nemocný člověk si přeje být s rodinou a jeho nejbližšími, přeje si pohlázení, vlídné slovo a také potřebuje odpuštění. Často si pacienti chtějí vyřídit něco, co za svůj život nestihli. Sestry by měly naslouchat a zvládat odpovídat na pacientovy otázky. V těchto chvílích jsou pacientovou oporou právě ony. (ZELENKOVÁ, 2013).

Nejdůležitějším úkolem zdravotníků u onkologicky nemocných pacientů je zachovat jeho důstojnost a zařídit, aby v terminálním stádiu netrpěl. Je na lékaři jakou zvolí léčbu a někdy není vyloučeno, že může dojít k nežádoucím účinkům, což u pacientů způsobuje nízké sebevědomí a ztrátu důstojnosti. Musí se s tím vypořádat jak pacient, tak zdravotníci. V těchto okamžicích velmi záleží na chování a přístupu všeobecných sester. Pacienti v terminálním stádiu jsou úzkostliví, zoufalí a hlavně mají pochopitelně strach. Strach ze smrti. Nemocný člověk si často přeje skončit toto utrpení a jeho život, nicméně ukončení života i přesto, že si to pacient přeje, právo nepovoluje. Proto se zdravotníci snaží o co nejlepší péči u těchto pacientů, aby neměly takové myšlenky.

U pacientů v terminálním stádiu dochází ke spoustě změn. Jednou z nich je chování a pohled na svět. Další je pocit izolovanosti od rodiny a okolního světa. Zdravý člověk si nepřipouští, že by měl třeba najednou odejít z tohoto světa nebo že jeho organismus přestane fungovat. Ale člověk, co mu byla diagnostikována rakovina, myslí na smrt prakticky nepřetržitě. Všeobecné sestry k těmto pacientům přistupují s úctou a přiměřenou mírou empatie. (DUČAIOVÁ, 2011).

Náplň práce všeobecných sester v péči o onkologického pacienta je opravdu náročná. Pro pacienta je to životní rána, když se dozví svou diagnózu – rakovinu. Všeobecné sestry musí umět velmi dobře komunikovat s těžce nemocnými pacienty, musí být zodpovědné a vědět, co dělají a také mít rády lidi a své povolání. Tyto věci přispívají k větší pohodě pacienta. Zároveň empatie napomáhá k tomu, aby se pacient více otevřel a hovořil o svých aktuálních problémech, které se dají řešit a které chceme vyřešit. Dále je důležitý respekt pacienta. Pokud si přeje duchovní péči, je nutné mu ji poskytnout a zavolat kněze či pastoračního pracovníka, aby byl pacient i po této stránce zabezpečen. Pacientova víra je významným prvkem v jeho životě a není možné, aby víra ovlivňovala vztah k němu ze strany personálu.

Péče o onkologického pacienta je obtížná i vzhledem k tomu, že musíme dávat pozor na přenos nález, jelikož je pacientův organismus oslaben. Podstatou je chránit prostředí, ve kterém pacient je – desinfekčními prostředky, ochrannými oděvy a pomůckami a dodržování sterility. Sestra musí být na pozoru při jakékoliv změně na pacientově kůži či jinde. Provádí každodenní výměnu prádla a hygienu, aby se zamezilo případnému vzniku dekubitů. Imobilní pacienti jsou tímto problémem velmi ohroženi. (Sestra: Onkologická ošetrovatelská péče, online, cit. 2017-11-28).

První kontakt všeobecné sestry s pacientem by měl probíhat v klidu a sestra by se měla snažit o takový dojem, aby pacient věděl, že je ve správných rukách a může se na ně spolehnout a oddat. Měli bychom mít na paměti, že veškeré počínání pacient sleduje a následně vyhodnocuje. Takové hodnocení se vztahuje i na celé oddělení a personál.

Sestra by měla dbát na svůj zevnějšek, být upravená a působit milým dojmem, aby v pacientovi vzbuzovala pocit důvěry. Rozhodně by neměla působit vtíravě ať už nevhodným oblečením či chováním.

Veškerý zdravotnický personál by na sobě neměl nechat znát nervozitu či netrpělivost. Hovořit klidně, vyrovnaně, jasně a pokud pacient něčemu nerozumí, znovu trpělivě vysvětlit, aby vše dobře pochopil. Jestliže má pacient problém s oblékáním či přesouváním, sestra by mu měla být nápomocná.

Mohou se vyskytnout situace, kdy je pacient nevlídný, nepříjemný až dokonce agresivní. Personál ho chápe a rozumí jeho stavům bezmocností v důsledku těžké nemoci. Jeho chování může být urážlivé a protože jsou všeobecné sestry profesionály tyto reakce přecházejí. Avšak pokud pacient překročí pomyslnou mez, je na místě se důrazně ohradit. I sestry jsou lidmi a nemělo by s nimi být zacházeno podřadně či se nad nimi snad povyšovat.

Všeobecné sestry jsou v těžkých obdobích pro těžce nemocné pacienty obrovskou oporou plnou optimismu, empatie a nezdráhají se pacienta pohlídat a držet v těžkých chvílích za ruku. I pouhý dotek je pro tyto pacienty magickým signálem. Třeba i takovým, pro který je důvod s nemocí statečně bojovat. (DOSTÁLOVÁ, 2016).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

2.1 BOLEST

Bolest bývá velmi častým problémem u onkologických pacientů. Nejčastěji se objevuje chronická bolest s pozdější progresí. Bolest je nepříjemný a negativní emoční prožitek spojený s poruchou spánku, nechutenstvím, imobilizací a úzkostí. Jmenované problémy se později stávají rutinou a prohlubují se. Bolest znepríjemňuje pacientovi bytí a pochopitelně je to nepříjemné i z důvodu, že se mu nemoc stále připomíná, což vede k úzkosti až depresi. Bolesti bývají komplikací nejen pro pacienty, nýbrž i pro personál kvůli zhoršené spolupráci. Důležitým aspektem v ošetrovatelské péči o onkologického pacienta je tlumení bolesti a zlepšení kvality života.

Dalším krokem k úspěchu je sledování bolesti. Jak často má pacient bolest, kdy se bolest nejvíce objevuje, lokalizace bolesti a škála bolesti. Existují verbální škály, analogové a numerické. Všeobecné sestry si zaznamenávají pacientovy bolesti během dne do ošetrovatelských dokumentací.

Bolest rozhoduje o další léčebné terapii. Někdy je však dosti obtížné odhadnout, jak moc pacient bolest prožívá, z důvodu zhoršené komunikace s pacientem. V těchto případech lze hodnotit bolest pouze dle pozorování. Mezi symptomy bolesti řadíme pláč, úlevové polohy, naříkání, pocení, tachykardii a nauzeu.

Sestry napomáhají mírnit bolesti jednak analgetiky dle ordinace lékaře, ale také vlídným slovem a empatickým přístupem. I úsměv často pomáhá. Rozhodně by všeobecné sestry měly pacientovi věřit, jaké prožívá bolesti a s tím spojené i další negativní projevy. Tlumení bolesti přináší onkologicky nemocným pacientům obrovskou úlevou a lepší kvalitu života v terminálním stádiu. (NOVÁ, 2014).

2.2 DÝCHÁNÍ

U pacientů s KRK se velmi často objevuje dušnost. Ve většině případech je to u pokročilých fází tumoru. Nejvíce pacientů trpí dušností z důvodu metastáz v plicích. Dušnost také může být důsledkem chronického selhávání srdce či nežádoucím projevem léčebné terapie. Co nejrychleji by se měla odhalit příčina, aby nedošlo k chronické dušnosti. Terapie dušnosti spočívá v polosedě pacienta a podávání oxygenoterapie kyslíkovými brýlemi či maskou.

Dalším problémem s dýcháním je kašel. V terminálním stádiu se dokonce objevuje 50 % nemocných trpících kašlem. Původ kašle je infekce a protože onkologičtí pacienti mají nízkou

imunitu, lehce infekci chytí. Podle aktuálního stavu pacienta se zvolí vhodná léčba kašle například mukolytiky či antitusiky.

V pokročilých stádiích může dojít i k hemoptýze, tedy vykašlávání krve. To se řeší antitusiky a vazokonstrikčními léky. Záleží však na intenzitě vykašlávání a množství. (SLOVÁČEK, 2009).

2.3 PÉČE O HYGIENU A KŮŽI

Vzhledem k léčbě ozařováním musíme být na pozoru a sledovat pacientovu kůži. Jsou případy, kdy došlo k radiodermatitidě, což je poškození kůže v důsledku léčby radioterapií. Kůže je velmi náchylná k vytváření puchýřků nebo může mokvat. Pokud kůže nemokvá, je dobré ji promazávat krémy. Někdy se stává, že dojde ke ztrátě ochlupení a mazu. Kůže je potom velmi suchá, proto je třeba ji pravidelně mazat. Samozřejmě sestra musí zvládat péči o takovouto citlivou kůži a hlídat, aby se do kůže nezanesla infekce.

Pokud je pacient imobilní je nutné a důležité ho každé dvě hodiny polohovat jako prevenci proti dekubitům. Nápomocné je polohovací lůžko s antidekubitární matrací a antidekubitárními pomůckami. Všeobecná sestra s pomocí fyzioterapeuta vytvoří polohovací plán, aby bylo vše zaznamenáno a ošetrovatelská péče byla efektivní. (Sestra: Onkologická ošetrovatelská péče, online, cit. 2017-11-28).

Po biologické léčbě může vyskočit vyrážka v obličeji či v oblasti hrudníku. Těmto pacientům se také velmi špatně hojí drobné ranky na konečcích prstů, proto hrozí riziko zanesení infekce. Také se objevuje zčervenání kůže - hlavně dlaní a chodidel. (SUCHÁNEK, 2011).

2.4 PŘÍJEM POTRAVY A TEKUTIN

Pacienty s kolorektálním karcinomem provázejí průjmy, zácpy, zvracení či nauzea. Někdy se dokonce objevuje i odpor k jídlu. Jsou případy, kdy se pacientům dělá nevolno pouze z vůně či zápachu určité potraviny. Tyto stavy mohou být spojené s chemoterapií nebo radioterapií. Každý pacient je jiný a jeho reakce na léčbu jsou odlišné. Nakonec sám pacient pozná, které potraviny mu nedělají dobře a které naopak ano. Rozhodně není dobré konzumovat smažená a přepalovaná jídla, vyvarovat by se měli pití kávy a alkoholu. Radí se, aby pacienti jedli po menších částech a častěji. Doporučuje se nízkotučná strava, dostatek ovoce a zeleniny. Dokonce je dobré konzumovat mražené potraviny a nápoje. Pokud pacienta nadále obtěžuje nevolnost, po domluvě s lékařem se podávají antiemetika.

Všeobecné sestry by měly dbát na pitný režim a dohlédnout na to, aby byl pacient dostatečně hydratován. Tekutiny by se neměly přijímat zároveň se stravou, ale až hodinu po jídle. Pacient by měl pít pomalu, nejlépe brčkem. Pokud není schopen sám, sestra mu pomůže.

2.5 VYPRAZĎNOVÁNÍ

U náročné léčby, jakou je chemoterapie a radioterapie, se objevují nežádoucí účinky a k těm účinkům se řadí i poruchy vyprazdňování. Pacienti trpí průjmami nebo naopak zácpou. Průjmami bývají způsobeny reakcí na cytostatika, chybou v dietním opatření či antibiotickou léčbou, která trvá dlouhou dobu. Opatření proti průjmům je vyvarovat se určitým potravinám. Například mléčným výrobkům, luštěninám a rajčatům. Pochopitelně i alkoholu a kofeinovým nápojům.

Zácpa vzniká při snížení motility střev z důvodu imobility, jelikož pacient nemá dostatek pohybu a střeva tak nemohou pracovat nebo pracují pomaleji. Dalším důvodem zácpy je dehydratace, léčba opiáty nebo antiemetiky. Prevencí zácpy je dostatečná hydratace, alespoň 2 litry vody denně.

Sestra sleduje, jak často se pacient vyprazdňuje a vše pečlivě zapisuje do ošetrovatelské dokumentace.

2.6 SPÁNEK

Pacienti s kolorektálním karcinomem nebo jiným onkologickým onemocněním mají ve většině případech problémy se spánkem. Buď nemohou usnout nebo se během noci budí. Úkolem sestry při stanovení ošetrovatelské diagnózy, kterou je nespavost, je zjistit příčiny nespavosti a pokud možno odstranit problém spojený s narušeným spánkem. Příčin může být mnoho. Většinou je hlavní příčina nespavosti bolest, která pacienta obtěžuje natolik, že nemůže usnout. Dalším důvodem je strach a stres z onemocnění a z toho, co pacienta čeká. Také nemocniční prostředí, spolupacienti či lůžko mohou být příčiny narušeného spánku.

Sestry by měly pacienta poučit o vhodném režimu, aby mu zlepšily komfort a pacient mohl lépe usnout. Před pacientovým spánkem vyvětrá pokoj, zhasne veškerá světla a pokud možno omezí hluk. Řídí se ordinací lékaře a dle ní podává předepsané léky. (Sestra: Onkologická ošetrovatelská péče, online, cit. 2017-11-29).

PRAKTICKÁ ČÁST

Formulace problému

Případová studie u pacienta s kolorektálním karcinomem, který se i vzhledem ke kvalitní ošetrovatelské péči zkomplikoval.

Cílem praktické části je přiblížit případ kolorektálního karcinomu a ošetrovatelský proces pohledem všeobecné sestry. Vzhledem ke komplikovanosti případu jde o nestandardní průběh, který je vhodný pro zpracování kazuistiky. V praktické části je kladen důraz na realizaci ošetrovatelského procesu u pacienta s kolorektálním karcinomem, plánovanými stomiemi a amputací penisu. A pochopitelně i na pacientovu osobnost z psychosociálního a morálního hlediska.

Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Popsání a řešení komplikovaného onkologického onemocnění pohledem sestry.

Cíl 2.

Zpracování ošetrovatelského procesu, zhodnocení ošetrovatelské péče a doporučení kvalitního života do budoucna.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOMPLIKOVANÝM KARCINOMEM

Ošetrovatelský proces byl vypracován u pacienta, kterému byl diagnostikován kolorektální karcinom, proto byla zahájena požadovaná léčba kolorektálního karcinomu. Kazuistika byla zpracována v den přijetí pacienta na chirurgické oddělení, kdy je již onemocnění v pokročilém stádiu. Druhý den po přijetí pacienta byla vytvořena sigmoideostomie pro odlehčení a pacientovu úlevu. Po ordinovaných vyšetřeních se ukázalo, jak karcinom postupuje a metastazuje do kostí, mozku, semenných váčků, prostaty a močového měchýře, proto jsou v plánech jediná možná řešení – odebrání genitálií, amputace konečníku a provedení urostomie.

Pacient přišel s trávicími potížemi a bolestmi ke svému praktickému lékaři. Stěžoval si na úbytek váhy a nechutenství. Po vyšetření per rectum lékařka vyslovila podezření na kolorektální karcinom. Ihned pacienta poslala na požadovaná vyšetření do nemocnice, nicméně pacient odmítal léčbu a podepsal negativní revers. Za týden se však jeho zdravotní stav zhoršil natolik, že v ileózním stavu přišel opět ke své praktické lékařce a ta ho okamžitě poslala na chirurgické oddělení.

Díky získaným informacím o pacientovi bychom rádi poukázali na důležitost ošetrovatelské péče. A nejen ošetrovatelské péče, ale i psychologického přístupu k pacientovi, který má značně narušenou sebeúctu a vnímání sebe sama. Musíme brát v potaz změněný pohled na jeho osobu a životní styl a takto k němu i přistupovat. Důležitá je informovanost pacienta, aby měl o všem dostatek informací a dokázal si zvyknout na jeho životní změnu.

Informace byly získány od pacienta rozhovorem a pozorováním. A další informace z ošetrovatelské dokumentace a od pacientovy ošetřující lékařky. Ošetrovatelský proces byl zpracován dle koncepčního modelu Marjory Gordon. K tomuto případu by se více hodil model Virginie Henderson, nicméně po ordinovaných léčbách a výborné ošetrovatelské péči zdravotnických pracovníků se neočekávalo, že by se případ zkomplikoval. Předpokládalo se i přes ne moc pozitivní prognózu kolorektálního karcinomu, že dojde k remisi.

3.1 OBECNÉ INFORMACE O NEMOCNÉM

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: V. K.

Datum narození: 18. 5. 1966

Věk: 51

Pohlaví: muž

Bydliště: Písek

Zaměstnání: dělník, nyní na zdravotním důchodě

Vzdělání: střední odborné učiliště

Stav: rozvedený

Národnost: ČR

Občanství: české

Pojišťovna: 111

Datum příjmu: 23. 7. 2017

Typ přijetí: plánovaný

Účel příjmu: léčebný

Kazuistika pacienta

23. 7. 2017 byl pacient V. K. urgentně odeslán svou praktickou lékařkou na chirurgické oddělení v Písku pro další nutnou terapii. Pacient přijat v ileózním stavu z důvodu nesnesitelných bolestí břicha, zástavy větrů, téměř týdenní obstrukcí a hmatným tumorem rekta. V nemocnici bylo provedeno klinické vyšetření, odběry krve, EKG, MR, CT, RTG a následně potvrzen kolorektální karcinom a vzdálené metastázy. Histologicky se jedná o adenokarcinom, který metastazuje do prostaty, semenných váčků a kostí. Jelikož není zachován žádný fungující svěrač, je na místě amputace konečníku a urostomie. Akutně byla také provedena sigmoideostomie, načež se pacientovi výrazně uleví. Další plánovaná léčba je chemoterapie.

Pacient se velmi špatně pohybuje z důvodu paraplegie. Je na něm vidět nervozita, je opocený, má suché rty. Neví, co s ním bude. Má strach o své zdraví a doufá v zázrak. Lituje toho, že své onemocnění bagatelizoval a neřešil dříve. Nyní prý vidí následky.

Důležitá je informovanost pacienta o svém zdravotním stavu. Musí mít jistotu, potřebuje kontakt, aby se neuzavřel do sebe. Využíváme empatii k onkologicky nemocnému pacientovi, snažíme se povzbudit, podpořit. Pacient chvílemi působí vyrovnaně a chvílemi naopak velmi depresivně a lituje se.

Anamnéza

Nynější onemocnění: pacientovi byl diagnostikován kolorektální karcinom, obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií, chabá paraplegie při mnohočetném metastatickém postižení, sekundární zhoubný novotvar kostí a kostní dřeň.

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci.

Rodinná anamnéza:

Matka: zdravá, žije

Otec: zemřel v 71 letech na leukémii

Sourozenci: má jen nevlastní sestru

Děti: nemá

Alergická anamnéza: alergii neguje

Abúzus: kuřák: 5 cigaret denně

Alkohol: 2 piva denně

Jiné návykové látky: neguje

Farmakologická anamnéza

Tabulka 1 – farmakologická anamnéza

Název léčiv	Forma podání	Síla léčiv	Dávkování	Léková skupina
Citalec	tbl., p.o.	10 mg	1-0-0	Antidepresiva
Fortecortin	tbl., p.o.	4 mg	2-1-1	Kortikoidy
Trittico	tbl., p.o.	75 mg	0-0-1	Andidepresiva
Tramal retard	tbl., p.o.	100 mg	při bolesti 1-3x-1	Opiody
Zaldiar	tbl., p.o.	5mg/325 mg	při bolesti 3x1	Analgetikum
Helicid	cps., p.o.	20 mg	1-0-1	Antacida
Lozap	tbl., p.o.	50 mg	0-0-1	Hypotenziva
Plasmalyte	inf	1000 ml	50 ml/hod	
Diazepam	tbl., p.o.	5 mg	0-0-1	Antipsychotika
Morphin	i.m.	10 mg	před výkonem	Analgetika
Atropin	i.m.	0,5 mg	před výkonem	Parasympatolytika

Metronidazol	i.v.	500 mg	po 8 hodinách	Antibiotika
Glukóza + 30 ml KCL 7,45%	i.v.	500 ml/10 %		

Zdroj: medicínská dokumentace pacienta, 2017

Hodnoty zjištěné při příjmu 23. 7. 2017

TK: 150/100mmHg sloupce

P: 122 pulsů za minutu

DF: 19 dechů za minutu

SpO₂: 95%

TT: 36,7°C

Hmotnost: 100 kg

Výška: 176 cm

BMI: 32,28 (obezita)

Stav vědomí: GCS: 15 bodů

Pohyblivost: zhoršená pohyblivost v důsledku paraplegie

3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ PŘI PŘIJETÍ DNE 23. 7. 2017

Celkový vzhled pacienta: obezita, je bledý a opocení.

Výraz tváře: strach a nervozita.

Kůže: opocená, bez ikteru a cyanózy, kožní turgor v normě, žádné vyrážky, drobný hematom na ruce.

Vlasy: žádné.

Ochlupení: v normě.

Nehty: zažloutlé od nikotinu.

Stav vědomí: orientován místem i časem, spolupracuje.

Dýchání: bez známek dušnosti.

Hlava: nález přiměřený věku, spojivky přiměřeně prokrveny, zornice izokorické, normálně reagují, jazyk plazí ve střední čáře, nos i uši bez výtoků, chrup přiměřený věku, protézu nemá, rty suché.

Krk: uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená, náplň krčních žil normální, šije volně pohyblivá.

Hrudník: poklep plný, jasný, dýchání sklípkovité, srdeční akce pravidelná, dvě ohraničené ozvy.

Břicho: palpačně tuhé, nafouklé, pro obezitu těžko prohmatné, palpačně a pokleповě bolestivé, poslechem kapkovité kovové obstrukční zvuky, peristaltika však neslyšitelná, játra a slezina nehmatná, ledviny tapottement bilaterálně nebolestivý.

Končetiny: teplé, prokrvené, bez otoků, zhoršený pohyb v důsledku paraplegie, pulzace do periferie hmatná.

Páteř: fyziologicky zakřivená.

Per rectum: asi ve 4 cm zúžení a neprůchodnost pro prst z důvodu tumoru

Klouby: hůře pohyblivé.

Reflexy: v normě.

3.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

biochemické vyšetření krve, hematologické vyšetření krve, laboratorní vyšetření moče, CT břicha a pánve, RTG srdce a plic, EKG, MRI rekta, bioptické vyšetření, zaveden PŽK na PHK

Výsledky vyšetření:

CT břicha a pánve 23. 7. 2017

intrasinusální cysty levé ledviny, v močovém měchýři napravo je viditelná hernie o velikosti 40x35x25mm

RTG srdce a plic 23. 7. 2017

bez ložiskových změn

EKG 23. 7. 2017

srdeční akce pravidelná, tepová frekvence 122/min, křivka bez ložiskových změn

Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 23. 7. 2017

Tabulka 2 Výsledky biochemického vyšetření krve

Biochemické vyšetření	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
Glukóza	5,91	mmol/l	3,9-5,6
Urea	2,61	mmol/l	3,2-8,2
Kreatinin	65	μmol/l	44-71
Kyselina močová	424	μmol/l	140-340
CKD - EPI	1,79	ml/s/kor	1,50-2
AST	0,39	μkat/l	0,22-0,64
ALT	0,42	μkat/l	0,12-0,67
Cholesterol	4,47	mmol/l	2,90-5,00
Celková bílkovina	72	g/l	57-82
TSH	1,620	mIU/l	0,550-4,780
CRP	48	mg/l	0,0-5,0

Zdroj: medicínská dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 3 Výsledky hematologického vyšetření 23. 7. 2017

Hematologické vyšetření	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
Leukocyty	9,22	10 ⁹ /l	4,00–10,00
Erytrocyty	5,79	10 ¹² /l	3,80–5,20
Hemoglobin	166	g/l	120-160
Hematokrit	0,474	l/l	0,350–0,470
Trombocyty	312	10 ⁹ /l	150–400
FW	47/78	arb. j.	7-48

Zdroj: medicínská dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 4 Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve ze dne 23. 7. 2017

Hemokoagulační vyšetření	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční jednotka
aPTT	28	s.	30-35
Quickův test	1,14	INR	0,8–1,25
INR	1,0	l/l	0,8-1,20

Zdroj: medicínská dokumentace pacienta, 2017

Tabulka 5 Výsledky vyšetření moči 23. 7. 2017

Moč + sediment	Hodnota pacienta
pH	5,5
Hmotnost	1,015
Bílkovina	negativní
Glukóza	negativní

Ketolátky	negativní
Urobilinogen	1
Leukocyty	25
Epitelie	2
Erytrocyty	2
Hlen	2

Zdroj: medicínská dokumentace pacienta, 2017

Chirurgická léčba

Sigmoideostomie, biopsie tumoris 24. 7. 2017

Premedikace: Diazepam 5 mg p.o. na noc, půl hodiny před výkonem Morphin 10mg i.m. a Atropin 0,5mg i.m.

Dne 24. 7. 2017 byla pacientovi vytvořena sigmoideostomie a provedena biopsie tumoru. Dne 28. 7. 2017 dochází k úpravě sigmoideostomie.

Patologie: histologie

Mikroskopicky prokázána v biopsii viditelná krevní koagula, fragmenty dlaždicového epitelu a dále částky sliznice tlustého střeva s rozsáhlou maligní infiltrací charakteru dobře až středně diferencovaného ložiskově nekrotického adenokarcinomu.

Sledování pacienta po operačním výkonu:

TK: 125/80

P: 90/min

SpO₂: 92%

Pacient po operaci probuzen a orientován. TK + P měříme po operaci pravidelně po dobu 2 hodin a pečlivě zapisujeme do dokumentace. Sledujeme operační ránu a kolostomii a PŽK, zda nejeví známky infekce. Operační rána klidná, bez známek infekce. Pacient má jednodílnou stomickou soupravu. Pacientovi byl na sále zaveden permanentní močový katétr

a nazogastrická sonda. Proto naordinována infuzní terapie. Proti bolestem naordinován Zaldiar 5mg. Zavedena tabulka na příjem a výdej tekutin za 24 hodin.

Konzervativní léčba:

Dieta: Po operaci omezený příjem tekutin.

Výživa: Pacient má prozatím parenterální výživu.

Pohybový režim: Pacient je zatím upoután na lůžko. Důležitá bude spolupráce s fyzioterapeuty vzhledem k paraplegii. Pacient má deficit sebepéče.

MRI rektu 30. 7. 2017

Na provedených snímcích je patrný cirkulární exofyticky rostoucí tumor – již od vzdálenosti 4cm nad anem. Zdá se však, že tumor infiltruje a zasahuje do všech vrstev stěny rektu a střev. Tumor prorůstá přímo na semenný váček a na kaudálním okraji pak ventrálně přímo infiltruje i prostatu v širokém rozsahu mezi 10-2 hodinou. Dále zjištěno, že v konečníku není zachován žádný fungující svěrač.

Závěr: Rozsáhlý, lokálně pokročilý kolorektální karcinom. Optimálním výkonem je pokus o amputaci konečníku a odebrání genitálií. Ještě doplnit MR a konzultaci s urology o definitivním rozhodnutí. Pacient je o všem informován.

Další ordinovaná vyšetření

Neoadjuvantní chemoterapie

3.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE DIAGNOSTICKÝCH DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II. ZE DNE 23. 7. 2017

3.4.1 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon

Podpora zdraví

Pacienta začaly velmi obtěžovat nesnesitelné bolesti břicha a problémy s vyprazdňováním. Došel si ke svému praktickému lékaři a ten měl při vyšetření per rectum podezření na tumor rekta. Urychleně ho odeslal na chirurgické oddělení, ale pacient odmítl léčbu. Zpočátku bagatelizuje jeho onemocnění a podepíše negativní revers. Později pacientovi dochází, že mu jde o život a zdraví. Bolesti začaly být tak nesnesitelné, že znovu vyhledal lékaře. Na chirurgickém oddělení sdělil veškeré potíže svému ošetřujícímu lékaři. Údajně prý za posledních několik týdnů zhubl o 10 kilogramů. Zmíní se o bolestech břicha, nevolnosti, nechutenství a především zácpě. Nyní má strach o to, co bude a lituje toho, že nepřišel dříve. Také ho velmi obtěžují a omezují bolesti „někde uvnitř“, které nedokáže přesně definovat.

Pacient nedodržoval pravidelné urologické ani stomatologické prohlídky. Nedochoval ani ke svému praktickému lékaři.

Nyní si však uvědomuje počáteční zanedbání léčby a snaží se spolupracovat. Pacient je edukován a dodržuje veškeré pokyny od zdravotnického personálu.

Na pacientovi se objeví strach a obavy z toho, co bude dál.

Ošetřovatelský problém: akutní bolest

Priorita: střední

Výživa

Nynější pacientova hmotnost je rovných 100 kg, výška 176 cm a BMI 32,28. Z důvodu plánovaného operačního výkonu má pacient čajovou dietu.

Pacient má rád veškerá masa a cukrovinky. Obvykle si s chutí dává dorthy, nicméně v poslední době ztratil nejen chuť, ale i hmotnost o 10 kilogramů. Uvědomil si, že mu nedělají dobře například luštěniny, smažená nebo hodně kořeněná jídla. Je potom nadmutý a bývá mu nevolno.

Co se nápojů týká, tak si rád dopřeje pivo alespoň dvakrát denně, slazené džusy a minerální vody. Za den vypije přibližně 1,5 litru tekutin. Z toho 1 litr jsou slazené džusy, minerální vody a půl litru piva. Pacient je kuřák, denně vykouří 5 cigaret. Když jsme pacienta přijali, byl proveden nutriční screening Body Mass index (BMI). BMI vyšlo na 32,28, což značí, že pacient trpí obezitou.

Ošetrovatelský problém: obezita

Priorita: střední

Vylučování a výměna

Pacient udává, že má téměř týdenní zácpu a potíže při defekaci - to byl taky jeden z důvodů, proč vyhledal svého praktického lékaře. Problémy s vyprazdňováním má prý delší dobu. Průjmy se mu střídají se zácpou. Přiznává, že si všiml krve ve stolici, ale nevěnoval tomu dost pozornosti. Myslel si, že má z častých průjmů odřený konečník. Někdy má problém s udržení stolice.

Poslední týdny uvádí i potíže při močení. Chodí častěji, především v noci. Občas má při močení strangurii.

Z důvodů metastáz a nefungujících svěračů je na místě provedení amputace konečníku a urostomie.

Ošetrovatelský problém: zácpa, zhoršené vylučování moči

Priorita: střední

Aktivita, odpočinek

Pacient je z důvodu paraplegie velmi omezen. Má zhoršenou a zpomalenou pohyblivost, proto není moc aktivní. Také ho velmi omezují bolesti břicha a „vnitřní bolesti“, které denně prožívá. Dříve prý sportoval. Nyní je rád v klidu, doma s jeho družkou. Sleduje televizi, někdy luští křížovky. Volný čas spíše tráví doma kvůli bolestem a zhoršené pohyblivosti.

V poslední době pacient udává problémy se spánkem. V noci se budí kvůli nutkání na močení a bolestem břicha i těla. Vyhledává úlevové polohy. Spí přerušovaně 5 hodin denně, proto přes den usne u televize.

Pacient nejeví známky hospitalizmu, reaguje dobře na nemocniční zařízení a režim daného oddělení.

Ošetrovatelský problém: zhoršená pohyblivost, deficit sebedpěče při oblékání, deficit sebedpěče při koupání

Priorita: střední

Percepce/kognice

Pacient nosí brýle pouze na čtení, sluch bez zjevných obtíží. Zubní protézu nemá, chrup přiměřený věku. Pacient má problémy s chůzí z důvodu paraplegie, proto používá francouzskou hůl jako kompenzační pomůcku. Je nutná dopomoc při chůzi i oblékání.

Pacient je orientován osobou, místem a časem. Byl seznámen s jeho zdravotním stavem ošetřujícím lékařem. Má obavy z jeho onemocnění, jelikož si uvědomuje, že zašel příliš daleko a svůj zdravotní stav nechal osudu. Chce znát informace ohledně jeho léčby, léčebných postupů, ošetrovatelské péče a případných komplikací. Bojí se, aby vše zvládnul, nicméně ke všemu přistupuje statečně a chce se léčit. Pacient je především poučen o stomických pomůckách a péči o stomii stomickou sestrou. Později mu jsou vysvětleny další plánované výkony, které ho čekají.

Ošetrovatelský problém: nedostatek znalostí v okruhu stomií, chirurgických výkonů a léčby

Priorita: střední

Sebepercepce

Pacient si uvědomil jeho chybu počínání v léčbě a bagatelizování závažného onemocnění, proto teď ke svému problému přistupuje s velkou pokorou a zájmem o léčbu, aby nic nepodcenil. Je s ním dobrá komunikace. Chvilkami je pohroužený sám do sebe, neventiluje své problémy nahlas, nicméně potom se zdá být veselý a opakuje, že se chce vyléčit a dostat z nemoci. Občas působí nevyrovnaně. Komunikuje se spolupacienty, vnímá okolí a ke zdravotnickému personálu je velmi milý a ochotný.

Ošetřovatelský problém: žádný problém nenalezen

Priorita: -

Vztahy mezi rolemi

Pacient žije téměř deset let se svou družkou v Písku, v panelovém domě na sídlišti. Děti nemají a nikdy je neplánovali. Jsou spolu sami spokojení. Nehádají se, mají společné zájmy a družka mu ve všech směrech pomáhá. Také hned v den přijetí pacienta přišla na návštěvu.

Pacient i jeho družka nevyhledávají společnost mnoha lidí, proto jsou raději spolu sami doma, takhle je jim nejlépe. Ale i přesto, že pacient není moc společenský, mají ho lidé rádi. Rychle si ho člověk oblíbí.

Ošetřovatelský problém: žádný problém nenalezen

Priorita: -

Sexualita

Již delší dobu nežije sexuálním životem z důvodu bolestí břicha, které mu nedovolily se uvolnit. Pacient nechodil na pravidelné urologické prohlídky. Po zjištění onemocnění, které metastazuje i do semenných váčků a močového měchýře, se plánuje velký operační výkon, kterým bude pacient poznamenán jednak po fyzické stránce a jednak po psychické. Pacient je s tímto faktem smířen, chce udělat vše pro své zdraví, proto odebrání genitálií a urostomie chce podstoupit.

Ošetřovatelský problém: sexuální dysfunkce

Priorita: střední

Zvládání/tolerance zátěže

Z pacienta jsou cítit obrovské obavy a strach z budoucnosti a z plánovaných výkonů. Také se obává, aby dobře ošetřoval stomii a jak na něj bude družka a ostatní lidé pohlížet. Má strach především o své zdraví, ale věří lékařům a zdravotnickému personálu. Věří i v sebe, že vše zvládne a z nemoci se dostane. Snažíme se pacienta uklidňovat a chovat se k němu tak, aby z nás cítil důvěru a klid. Stres však zvládá sám nebo s podporou jeho družky.

Ošetrovatelský problém: strach

Priorita: střední

Životní principy

Pacient je šťastný za svou družku a za život, jaký žije. I přesto, že nemají děti, jsou naprosto spokojeni a skvěle se doplňují. Pacientova družka je jeho velkou oporou v životě a v překonání životních překážek. A on se snaží být i její oporou, stejně jako ona jeho.

Ošetrovatelský problém: žádný problém nenalezen

Priorita: -

Bezpečnost a ochrana

Bezpečnost je pacientovi plně věnována. Vzhledem k faktu, že je pacient paraplegik, má červený náramek a je edukován o signalizačních zařízeních, kterými přivolá zdravotnický personál kdykoliv bude něco potřebovat, popřípadě někam dovézt, je rizikovým pacientem.

Ošetrovatelský problém: riziko pádů

Priorita: střední

Komfort

Pacient rozhodně nemá žádné výhrady k personálu a ošetřovatelské péči, všichni se k němu chovají mile a přátelsky, ale trápí ho bolesti břicha a takzvaná vnitřní bolest, kterou nedokáže více popsat. Vzhledem k jeho diagnóze je samozřejmě a pochopitelně plný obav a nervozity z plánovaného operačního výkonu a dalších plánů léčby.

Při přijetí pacient udával bolest 8 na škále bolesti od 0 do 10.

Ošetřovatelský problém: akutní bolest, chronická bolest, zhoršený komfort

Priorita: střední

Růst a vývoj

U pacienta proběhl růst a vývoj fyziologicky a bez větších komplikací.

Ošetřovatelský problém: žádný nenalezen

Priorita: -

Profil rodiny

Pacient žije již několik let se svou družkou bez dětí v panelovém domě na sídlišti. Interakce v rodině je omezená na matku, která je zdráva a nemá žádné větší obtíže, a na nevlastní sestru, která nemá žádná závažná onemocnění. Otec zemřel v 71 letech na leukémii.

Pacient se vyučil na středním odborném učilišti jako dělník ve výrobě.

Podpora rodiny, sociálně – ekonomický stav

Vztahy v rodině jsou dobré. Pacient se pravidelně stýká se svou matkou a na Vánoce bývá i se svou nevlastní sestrou. Pacient je nekonfliktní, je spíše introvert a má rád své soukromí, proto má jen pár dobrých přátel, se kterými se dříve vídal pravidelně. Dnes je kvůli jeho obtížím omezen v

pracovním i společenském životě. Z finanční stránky nemají potíže i přesto, že pracovně činná je pouze pacientova družka. Pacient je téměř dva roky na zdravotním důchodě.

Životní styl, náboženství, kultura, postoje a životní hodnoty

Pacient přiznává, že nežije zdravým životním stylem. Je kuřák, denně si dopřeje alespoň dvě piva a má rád sladká jídla. Pohybově je nyní omezen, proto nedělá žádné aktivity ani nechodí za kulturou. Je rád doma. Pacientova družka se snaží alespoň dvakrát v týdnu pacienta vzít na procházku kolem sídliště, kde bydlí nebo jdou spolu na nákup do místní samoobsluhy. Pacient v noci spí přerušovaně 5 hodin. Budí se kvůli bolestem a nemůže spát. Přes den často usíná u televize. Pacient pracoval deset let na pozici dělníka. Se začínajícími problémy požádal o zdravotní důchod. Myslel si, že se do práce opět vrátí, nicméně problémy se začaly stupňovat a do práce se již nevrátil.

Životní hodnoty

- **Náboženství:** Je ateista. Nenavštěvuje kostely.
- **Kultura:** Dříve rád chodil do divadla. Nyní nemá náladu ani potřebu chodit za kulturou.
- **Postoj k onemocnění:** Uvědomuje si svou chybu a zanedbání jeho závažného onemocnění. Chce se uzdravit a doufá v to.
- **Životní hodnoty:** Zdraví radí na první místo v žebříčku.

3.5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 23. 7. 2017

Muž 51 let byl přijat 23. 7. 2017 na doporučení praktické lékařky na chirurgické oddělení. Pacient přišel s nesnesitelnými bolestmi břicha, zástavou větrů a téměř týdenní obstipací. Dle ordinace lékaře mu byly podány analgetika na utlumení bolestí a poté se pacientovi uleví. V den příjmu mu bylo provedeno několik vyšetření – CT břicha a pánve, RTG srdce a plic, EKG, MRI rekta

a laboratorní vyšetření krve a moče. Bylo také provedeno fyzikální vyšetření. Tumor je hmatný a vyšetření také potvrdí kolorektální karcinom s progredujícími metastázami do kostí, mozku, prostaty a semenných váčků. Pacient má vzhledem k pokročilému stádiu nemoci a mnohačetným metastázám paraplegii, pohybuje se pomocí francouzské hole. Má tedy znatelný problém s pohybem a soběstačností. Na druhý den je naplánován operační výkon – sigmoideostomie. Proto je provedeno předoperační interní a anesteziologické vyšetření a vše je pacientovi vysvětleno. Také je poučen a edukován o operačním výkonu a o zdravotním stavu, nic nebylo zamlčeno a veškeré otázky a dotazy byly zodpovězeny. Proběhne konzultace se stomickou sestrou pro výběr vhodných stomických pomůcek. Pacient podepisuje souhlas s operačním výkonem. Následuje příprava na zítřejší operační výkon. Šetrně je pacientovi podáno klyzma pro vyprázdnění. Byl mu zaveden periferní žilní katetr na pravou horní končetinu. Pacient měl před výkonem čajovou dietu. Na noc mu byl dle ordinace lékaře podán Diazepam 5 mg per orální cestou.

Muž byl při příchodu na chirurgické oddělení při vědomí a orientován místem i časem. Při příjmu byly změřeny fyziologické funkce. TK - 150/100 mmHg, P – 122/min, D – 19/min, TT – 36,7 °C, SpO₂ – 95 %, váha – 100 kilogramů a BMI – 32,28. Dle hodnot nutričního screeningu zjistíme, že pacient trpí obezitou. Kvůli plánovanému výkonu je pacientovi naordinována čajová dieta.

Pacient používá jako kompenzační pomůcku francouzskou hůl z důvodu paraplegie, proto je nezbytná dopomoc při přesouvání. Nosí brýle pouze na blízko a po sluchové stránce vše v pořádku.

Pacient má znatelný deficit sebeděče a soběstačnosti – nutná pomoc při svlékání či oblékání. Svěřuje se se sníženým komfortem v důsledku bolestem břicha a vnitřní bolesti, kterou více nedokáže popsat. Na škále bolesti od 0 do 10 hodnotí svou bolest číslem 8, proto jsou mu dle ordinace podány analgetika.

Muž je zdravotnickým personálem odveden na pokoj, který sdílí s dalšími dvěma pacienty, se kterými se hned na úvod seznámí. Je mu ukázána toaleta, veškeré vybavení pokoje a signalizační zařízení. Zdá se, že pacient nemá dostatek informací ohledně průběhu léčby a následným vyšetřením.

3.7 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Pro sestavení ošetrovatelských diagnóz dle aktuálního stavu pacienta bylo využito domén NANDA I taxonomie II. 2015 – 2017. Seřazení aktuálních a potencionálních diagnóz je dle priorit s ohledem na zdravotní stav pacienta.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest (00132)
Zhoršená pohyblivost (00085)
Riziko pádů (00155)
Strach (00148)
Deficit sebeděče při oblékání (00109)
Deficit sebeděče při koupání (00108)
Nedostatečné znalosti (00126)
Zhoršený komfort (00214)
Zácpa (00011)
Obezita (00232)
Narušený vzorec spánku (00198)

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Chronická bolest (00133)
Sexuální dysfunkce (00059)
Zhoršené vylučování moči (00016)
Riziko osamělosti (00054)
Riziko infekce (00004)
Riziko alergické reakce (00217)
Riziko narušení integrity kůže (00047)
Riziko neefektivní gastrointestinální perfuze (00202)
Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)
Chování náchylné ke zdravotním rizikům (00188)

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (NANDA, 2015-2017, s. 404).*

Určující znaky:

- bolestivé grimasy
- úlevové polohy
- neklid
- označení bolesti
- úzkost, nechutenství

Související faktory:

- biologičtí původci – zhoubný novotvar

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Snížit a zmírnit bolest pomocí analgetik dle ordinace lékaře do 1 hodiny od přijetí.

Cíl dlouhodobý: Snažíme se bolest korigovat léky do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacient dokáže popsat svou bolest pomocí škály bolesti.
- Pacientovi se po podání léků na bolest uleví.
- Pacient udává na škále bolesti nižší bolest.

- Pacient praktikuje úlevové polohy ke zmírnění bolesti.

Plán intervencí:

- 1) Sleduj pacientovy projevy bolesti a pečlivě zapisuj do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, záznam o bolesti do ošetrovatelské dokumentace, vždy při pacientově stížnosti na bolest.
- 2) Podávej léky proti bolesti dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, dle ordinace lékaře, po dobu hospitalizace, kdy pacient bude udávat bolest.
- 3) Zajisti pacientovi pohodlí a klid - všeobecná sestra, po dobu hospitalizace.
- 4) Posuzuj pacientovu bolest pomocí škály bolesti – všeobecná sestra, pomocí numerické škály bolesti od 0-10 každých 6 hodin nebo když pacient udává bolest.
- 5) Edukuj pacienta o úlevových polohách a technikách proti bolesti - všeobecná sestra, podle aktuálních pacientových stížností na bolest.
- 6) Sleduj fyziologické funkce, které mohou být při bolestech proměnné - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře.
- 7) Všiměj si možných nežádoucích účinků léků - všeobecná sestra, po podání léků.
- 8) Uklidni pacienta a odpovídej na případné dotazy - všeobecná sestra, vždy při jakémkoliv dotazu ze strany pacienta.

Realizace ze dne 23. 7. 2017 – v den příjmu

Pacient byl přijat na chirurgické oddělení v ileózním stavu. Muž byl poučen o numerické škále bolesti a svou bolest od 0 do 10 hodnotil číslem 8. Byla mu podána analgetika na utlumení bolesti a změřeny fyziologické funkce. Po utlumení bolesti bylo provedeno fyzikální vyšetření. Pacient po hodině od podání analgetik udává zmírnění bolesti. Na škále bolesti označí číslo 3 a to bylo také zapsáno do ošetrovatelské dokumentace do záznamu o bolesti. Pacient je dobře edukován o signalizačním zařízení, kdyby potřeboval příchod zdravotnického personálu. Je také poučen o technikách a polohách na zmírnění bolesti. Všimáme si pacientových projevů bolesti, lokalizace, intenzity a případných nežádoucích účinků léků.

Hodnocení ze dne 24. 7. 2017

Pacientovu bolest stále monitorujeme a korigujeme léky dle ordinace lékaře. Muž vždy po podání léků udává zmírnění, vypadá o něco veseleji. Provádí polohy zmírňující bolest. Pokračujeme v posuzování bolesti pomocí numerické škály bolesti, sledujeme neverbální i

verbální pacientovy projevy naznačující bolest. Snažíme se pacientovi zajistit klid a pohodlí. Vliv nežádoucích účinků léků neprokázán. Oba cíle prozatím splněny.

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: *Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví* (NANDA, 2015-2017, s. 404).

Určující znaky:

- používání pomůcek (hůl)
- akutní onemocnění
- problémy s nohama
- potíže s chůzí

Související faktory:

- vysoký věk
- léky
- nespavost
- zhoršená mobilita

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient využívá signalizačního zařízení a nevstává sám z lůžka. Ihned po přijetí a uložení pacienta na lůžko.

Cíl dlouhodobý: Pacient používá kompenzační pomůcky a je informován o bezpečnostních opatřeních snižující rizika pádu do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacient je dostatečně seznámen s rizikovými faktory vedoucí k pádu.
- Pacient dokáže využívat signalizačního zařízení.
- Pacient umí používat kompenzační pomůcky.
- Zajistit, aby okolí pacienta bylo bezpečné.
- Pacient sám nevstává z lůžka.

Plán intervencí:

- 1) Seznam pacienta s bezpečnostním opatřením proti pádům - všeobecná sestra, při příjmu.
- 2) Pouč pacienta, aby sám nevstával z lůžka a využil signalizačního zařízení – všeobecná sestra, při příjmu a denně při kontaktu s pacientem.
- 3) Zjistí, zda pacient správně používá kompenzačních pomůcek – všeobecná sestra, při příjmu i po celou dobu hospitalizace.
- 4) Zajisti pro pacienta bezpečné okolí (suchá podlaha, postranice) – všeobecná sestra, po dobu hospitalizace.
- 5) Všiměj si, jak moc je pacientův problém s pohyblivostí závažný – všeobecná sestra, při příjmu a po celou dobu hospitalizace, zapisuje do dokumentace.
- 6) Zajisti pacientovi fyzioterapeuta k nácviku chůze – všeobecná sestra, v době hospitalizace.
- 7) Pomoz pacientovi vstát z lůžka a být jeho oporou – všeobecná sestra, každý den.

Realizace ze dne 23. 7. 2017

Pacient má kvůli mnohačetným metastázám paraplegii, tedy ochrnutou polovinu těla, proto chodí o francouzské holi a ke všemu mu musíme dopomoci. Pacient byl seznámen s bezpečnostním opatřením proti pádům a také signalizačním zařízením. Jelikož je rizikovým pacientem, dostal červený náramek a důrazně jsme mu vysvětlili, že nemůže vstávat z lůžka sám, proto kdykoliv bude cokoli potřebovat, může využít signalizačního zařízení. Se všemi činnostmi mu pomáháme, ačkoliv pacient spoustu věcí zvládne sám. Dopomáháme mu při chůzi a na lůžko. Okolí je pro pacienta bezpečné – podlaha suchá, na lůžku postranice, dostatek světla, v koupelně madla a veškeré kompenzační pomůcky k dispozici.

Hodnocení ze dne 24. 7. 2017

Pacient je dostatečně informován o rizicích pádů a vše pochopil. Plně využívá signalizačního zařízení, sám nevstává a chodí pouze s pomocí. Všimáme si, jak pacient zvládá problém

s pohyblivostí a jak využívá kompenzační pomůcky. Domluvíme se s fyzioterapeutem, aby s pacientem nacvičoval chůzi. Pacient souhlasil. Okolí pro pacienta bylo bezpečné, pouze postranice na lůžku si stále dával dolů z důvodu nepohodlnosti, proto jsme mu vysvětlili nutnost postranic v důsledku jeho bezpečnosti. Stanovené cíle prozatím splněny, pacient je stále sledován a dále se uvidí v průběhu dalších dní hospitalizace.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

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

Určující znaky:

- pociťuje strach
- pociťuje obavy
- zvýšený krevní tlak
- zvýšené pocení
- zvýšená ostražitost

Související faktory:

- přirozená reakce na stimuly (závažná diagnóza, plánované výkony)
- neznámé prostředí

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Zjistit příčinu strachu a snížit tyto pocity do dvou hodin od přijetí.

Cíl dlouhodobý: Zajistíme pacientovi dostatek informací, aby jim dokázal porozumět a věděl, co ho čeká, do jednoho dne.

Očekávané výsledky:

Pacient zná příčinu jeho strachu.

Pacient se snaží zvládat svůj strach a odpoutat se od něj.

Pacient je o všem dostatečně edukován a všemu rozumí.

Pacient využívá možnosti psychologa.

Plán intervencí:

1) Snaž se pacientovi pomoci najít příčinu strachu – všeobecná sestra, do dvou hodin od příjmu.

2) Pomoz pacientovi zvládnout jeho strach pomocí relaxačních technik – všeobecná sestra, do jednoho dne, po celou dobu hospitalizace.

3) Dbej, aby měl pacient dostatek informací o plánovaných výkonech – všeobecná sestra, při příjmu, po celou dobu hospitalizace.

4) Uklidni pacienta a přistupuj k němu vstřícně – všeobecná sestra, každý den při kontaktu s pacientem.

5) Ber na vědomí pacientovy obavy – všeobecná sestra, každý den při kontaktu s pacientem.

6) Povzbud' pacienta a snaž se ho odpoutat od jeho strachu – všeobecná sestra, každý den při kontaktu s pacientem.

7) Komunikuj s pacientem, naslouchej a trpělivě odpovídej na případné otázky – všeobecná sestra, každý den při kontaktu s pacientem.

8) Zajisti možnost psychologa – všeobecná sestra, v době hospitalizace.

Realizace ze dne 23. 7. 2017

Pacient je z pochopitelných důvodů z plánovaných výkonů a závažné diagnóze plný obav a strachu. Tudiž je na nás, abychom mu dokázali vysvětlit a popsat jeho léčbu tak, aby tomu porozuměl. Odpovídáme mu na dotazy, komunikujeme s ním a snažíme se o to, aby se pacient odpoutal od svého strachu. Přistupujeme k němu vstřícně, chápeme jeho obavy a strach. Nabídneme mu možnost psychologa, kterou pacient přijme.

Hodnocení ze dne 24. 7. 2017

Pacient zná příčiny strachu, proto se na vše ptá, aby byl dostatečně edukován o plánované léčbě. Zdá se, že všemu rozumí a svůj strach a obavy se úspěšně snaží překonat. Přijme nabídku možnosti konzultace s psychologem. Strach ovšem přetrvává, sice s ním pacient

zdárně bojuje a nepřipouští si žádné možné komplikace, nicméně příčinu strachu zná, což byl jeden z našich cílů. Dalším z cílů byla informovanost a ta pacientovi byla poskytnuta. Pacient dostal i edukační materiál k jeho plánovaným výkonům. Proto cíle hodnotíme jako téměř splněné.

3.8 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient, na kterého je zaměřena tato práce, byl přijat na chirurgické oddělení na doporučení jeho praktické lékařky, která měla podezření na kolorektální karcinom. Muž byl přijat s nesnesitelnými bolestmi břicha a deficitem sebeděče z důvodu paraplegie.

V praktické části byly vytvořeny a sestaveny aktuální a potencionální diagnózy dle stavu pacienta. Vybrali jsme tři diagnózy, které jsme detailně rozpracovali. Také jsme sestavili ošetřovatelský plán, kde byly posouzeny ošetřovatelské problémy, cíle, následně jejich realizace, očekávané výsledky a zhodnocení ošetřovatelské péče. Ošetřovatelská péče byla velmi kvalitní a náročná a i přesto byly některé cíle splněny, některé pouze částečně popřípadě musely přetrvávat po dobu hospitalizace.

Jedním z ošetřovatelských problémů byla akutní bolest a tu korigujeme léky, monitorujeme a zapisujeme. Zdravotní stav v této oblasti se zlepšil, nicméně musíme stále dbát na ordinaci lékaře a tlumit bolesti léky či úlevovými polohami, které pacient provádí.

Pacient je především poučen o rizicích pádu, využívá signalizačního zařízení a nevstává z lůžka sám. Proto tento cíl hodnotíme jako splněný a dále se vše uvidí během doby hospitalizace.

Vzhledem k jeho ošetřovatelskému problému, kterým je strach, dostal informační letáky a byl poučen o plánovaných výkonech zdravotnickým personálem. Přístupujeme k němu vstřícně, sympaticky a působíme pozitivně, aby se pacient i vzhledem k jeho náročné diagnóze cítil o něco lépe alespoň po psychické stránce.

3.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecné sestry v praxi

- Snažte se navodit svým přístupem k pacientovi důvěru
- Vnímejte pacienta po všech bio psycho sociálních stránkách
- Berte na vědomí, že je pacient v cizím prostředí, proto je vhodné k němu přistupovat sympaticky a příjemně
- Nebagatelizujte jeho problémy

- Dbejte na to, aby byl pacient informován o jeho léčbě tak, aby tomu porozuměl
- Na pacientovy dotazy odpovídejte trpělivě a klidně
- Mějte na vědomí, že pacient nemá zdravotnickou školu a ne všemu rozumí
- Přístupujte k němu jako by to byl Váš rodinný příslušník
- Představte si, že jste na pacientově místě právě Vy
- Respektujte pacientovu intimitu a soukromí
- Snažte se zjistit pacientovy potřeby a následně je uspokojit
- Přístupujte vstřícně a s empatií
- Pokud je potřeba, dopomozte pacientovi
- Přimějte pacienta k aktivnímu podílení na jeho léčbě
- Absolvujte semináře a myslte na celoživotní vzdělávání

Doporučení pro pacienty

- Docházejte pravidelně na preventivní prohlídky
- Nezapomínejte na zdravou a vyváženou stravu
- Důležitá je prevence proti KRK
- Snažte se dodržovat instrukce lékaře a zdravotnického personálu
- Při jakýchkoliv nejasnostech se neostýchejte zeptat
- Komunikujte s lékaři a stomickou sestrou
- Myslete na kvalitní život i se stomií
- Poproste o edukační materiál týkající se stomií
- Kontrolujte si stomii a okolí stomie

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta s komplikovaným karcinomem. Zpracovány byly informace o kolorektálním karcinomu, který je v dnešní době jedním z nejrozšířenějších nádorů, proto cílem teoretické části práce bylo seznámit s problematikou tohoto zákeřného onemocnění, na které ročně umírá tisíce pacientů. Cílem bylo shrnutí informací o diagnóze kolorektálního karcinomu, etiologii, vyšetřovacích metod a možnostech léčby. Kladen důraz byl na screening KKK, jelikož je velice důležitý a mnoho pacientů ho ignoruje. Tento přístup má za následek vysokou úmrtnost na diagnózu kolorektálního karcinomu z toho důvodu, že se na kolorektální karcinom přijde v pozdním stádiu a tím pádem klesají procenta na uzdravení. Tím bychom rádi dodali, aby lidé nebagatelizovali jejich problémy a neměli zavřené oči před příznaky poukazujícími na onemocnění kolorektálního karcinomu. Čím dříve se začnou léčit, tím je obrovská šance na přežití. Cíle teoretické části práce byly shrnutí obecných informací o onemocnění a seznámit čtenáře o možnostech screeningu, prevence a případné léčbě. Cíle, které jsme si stanovili, byly splněny.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na pacienta, který přišel ke své praktické lékařce s trávivými problémy - obštipací, nechutenstvím a hubnutím. Po fyzikálním vyšetření per rectum vyslovila podezření na kolorektální karcinom, proto byl ihned odeslán k hospitalizaci. Pacient však hospitalizaci odmítl. Po týdnu se obtíže znásobily, proto znovu vyhledal odbornou lékařskou pomoc a nechal se 23. 7. 2017 hospitalizovat na chirurgickém oddělení v Písku. Jeho stádium nemoci bylo pokročilé. Pacient se kvůli paraplegii hůře pohyboval, museli jsme mu ke všemu dopomoci a dovést, kam bylo třeba. Muž velmi trpěl bolestmi, proto mu byly podle ordinace lékaře podány léky. V praktické části najdeme fyzikální vyšetření prováděné v den příjmu, medicínskou anamnézu a také sestavení ošetrovatelských anamnéz dle koncepčního modelu Marjory Gordon a ošetrovatelských domén NANDA I taxonomie II. 2015 – 2017. Následně byly vytvořeny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy dle aktuálního stavu pacienta. Sestavili jsme ošetrovatelský plán s posouzením ošetrovatelských problémů, realizací plánu a následné řešení a zhodnocení péče o pacienta. V této části práce je kladen důraz na všeobecnou sestru, která hraje v ošetrovatelském procesu nezastupitelnou roli. Podklady pro vypracování práce byly získány od pacienta, lékařů, zdravotnického personálu, pacientovy družky a pacientovy zdravotnické dokumentace. K těmto údajům měla studentka přístup v rámci praxe, kterou zde vykonávala.

Hodnocení ošetrovatelského procesu je z mnoha stránek velmi složité. Jednak sám pacient z počátku své onemocnění zanedbal, proto se ocitl v nelehké a nepříjemné životní situaci, kdy mu

byly odebrány genitálie a vytvořeny dvě stomie. A jednak ošetrovatelská péče o onkologicky nemocného člověka v pokročilém stádiu není lehká ani pro personál. Závěrem bychom chtěli poukázat, že by těmto pacientům s náročnou diagnózou v pokročilém stádiu, měla být poskytnuta možnost hospiců, domácích hospiců a domácí péče. Též je jim nabídnuta možnost pastoračních pracovníků. Důležité je i propuštění do domácího prostředí a péče o tyto pacienty v domácím prostředí.

I přesto, že byla lékařská i ošetrovatelská péče na vysoké úrovni, pacient po dvou týdnech svému onemocnění podlehl.

Cílem praktické části bylo řešení komplikovaného onkologického onemocnění pohledem sestry a zhodnocení ošetrovatelské péče, případné doporučení ke kvalitnímu životu do budoucna. Cíle hodnotíme jako splněné. A doufáme, že případová studie s tématem kolorektálního karcinomu, může být brána jako informační brána pro čitatele, které toto téma zajímá nebo pro takové, které s touto diagnózou úspěšně bojují.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

KNIŽNÍ LITERATURA

ABRAHÁMOVÁ, J.: *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha: GEOPRINT, 2004.

ADAM, Z. a kol.: *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

CAPPELL, M. S.: *Gastroenterology clinics of North America*. Philadelphia, Pa: Saunders, 2008. ISBN 978-141-6058-397.

DOSTÁLOVÁ, O.: *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9256-4.

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

NANDA INTERNATIONAL.: *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol.: *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Páté doplněné vydání. Praha, 2017. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. ISBN 978-80-88249-00-9.

NOVÁ, R.: *Péče o onkologicky nemocné s bolestí*. Sestra (Praha), 2014, roč. 24, č. 4, s. 36. ISSN: 1210-0404.

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

SUCHÁNEK, Š.: *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. 2011. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2474-7.

VOKURKA, M., HUGO J.: *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, J. a kol.: *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

WEBOVÉ STRÁNKY

Biologická léčba. *Ordinace* [online]. Praha: Copyright Pears Health Cyber, 2017 [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/biologicka-lecba-moderni-ucinna-ale-velmi-draha/>

Kolorektální karcinom - současný pohled na diagnostiku a léčbu [online]. Brno, 2016 [cit. 2017-08-31]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/01/07.pdf>

Nejdůležitější informace o kolorektálním karcinomu v ČR ve zkratce. *Crcprevention* [online]. Brno, 2013 [cit. 2017-08-01]. Dostupné z: www.crcprevention.eu/res/file/media2013/booklet-media.pdf

Komplikace léčby kolorektálního karcinomu. *Onkologiecs* [online]. Praha: Solen, 2016 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2016/01/10.pdf>

O nádorech tlustého střeva a konečníku. *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 2006 [cit. 2017-09-17]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/nadory-travici-trubice-jicen-zaludek-tenke-strevo-tluste-strevo-konecnik-rit-c15-21/o-nadorech-tlusteho-streva-a-konecniku/#dgn>

Sestra: Onkologická ošetrovatelská péče [online]. Praha: Mladá fronta, 2013 [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/onkologicka-osetrovatelska-pece-468403>

Stomici.cz život se stomií [online]. Copyright, 2011 [cit. 2017-09-28]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/co-je-to-stomie>

ČLÁNKY

BUŽGOVÁ, R. a kol.: *Pilotní testování dotazníku PNAP. „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. Ošetřovatelství a porodní asistence*, 2013, roč. 4, č. 3, s. 628-633. ISSN: 1804-2740.

DUČAIOVÁ, J., LITVÍNOVÁ, B.: *Důstojnost při péči o onkologicky nemocné. Sestra* (Praha), 2011, roč. 21, č. 5, s. 40-41. ISSN: 1210-0404.

HANZLÍKOVÁ, J.: *Vytvoření stomie u pacienta s karcinomem rekta. Sestra* (Praha), 2010, roč. 20, č. 3, s. 65-67. ISSN: 1210-0404.

JANICZEKOVÁ E. a kol.: *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2012, 22. ISSN 1210-0404.

MÁJEK, O. a kol.: *Metodika a první výsledky adresného zvaní českých občanů do programů screeningu zhoubných nádorů. Postgraduální medicína*, 2015, roč. 17, č. 2, s. 189-195. ISSN: 1212-4184.

SKALA, B.: *Nežádoucí účinky léčby. Sestra* (Praha), 2011, roč. 21, č. 11, s. 31-32. ISSN: 1210-0404.

SLOVÁČEK, L.: *Paliativní léčba vybraných obtíží v onkologii. Florence* (Praha), 2009, roč. 5, č. 1, s. 24-26. ISSN: 1801-464X.

TÁBORSKÁ, S.: *Povědomí o prevenci kolorektálního karcinomu. Zdravotnictví a medicína*, 2014, roč. 2014, č. 15 (Sestra), s. 29. ISSN: 2336-2987.

UŘIČÁŘOVÁ, Z. a kol.: *Problematika kolorektálního karcinomu a jeho prevence. Profese online* (Brno), 2011, roč. 4, č. 2, s. 33-38. ISSN: 1803-4330.

ZELENKOVÁ, J.: *Etické aspekty v péči o pacienta s karcinomem* [[elektronický zdroj]]. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 1999-. 2013, s. 23-25.

PŘÍLOHY

Příloha A - Kolostomie

Příloha B – Ileostomie a urostomie

Příloha C – Registr preventivních kolonoskopií

Příloha D – Čestné prohlášení

Příloha E – Protokol o rešerši

Příloha F – Záznam konzultací

TABULKY

Tabulka 1 – Farmakologická anamnéza

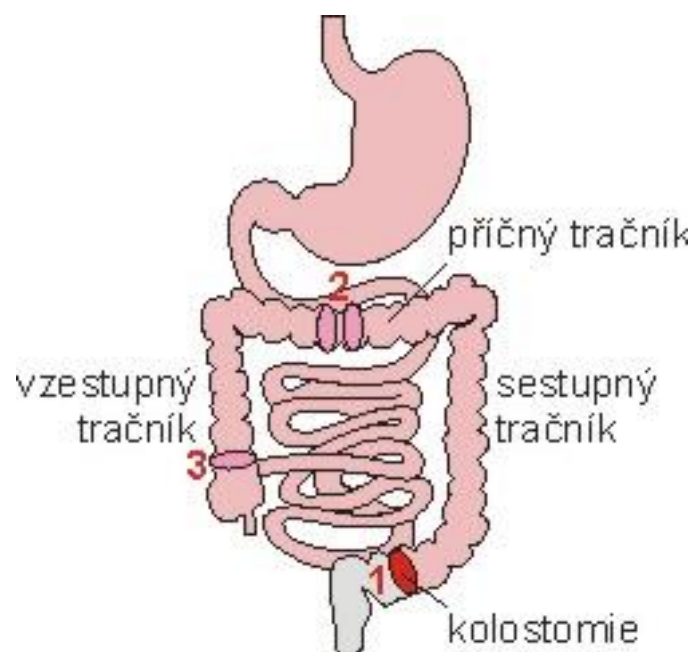
Tabulka 2 - Výsledky biochemického vyšetření krve

Tabulka 3 - Výsledky hematologického vyšetření

Tabulka 4 - Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve

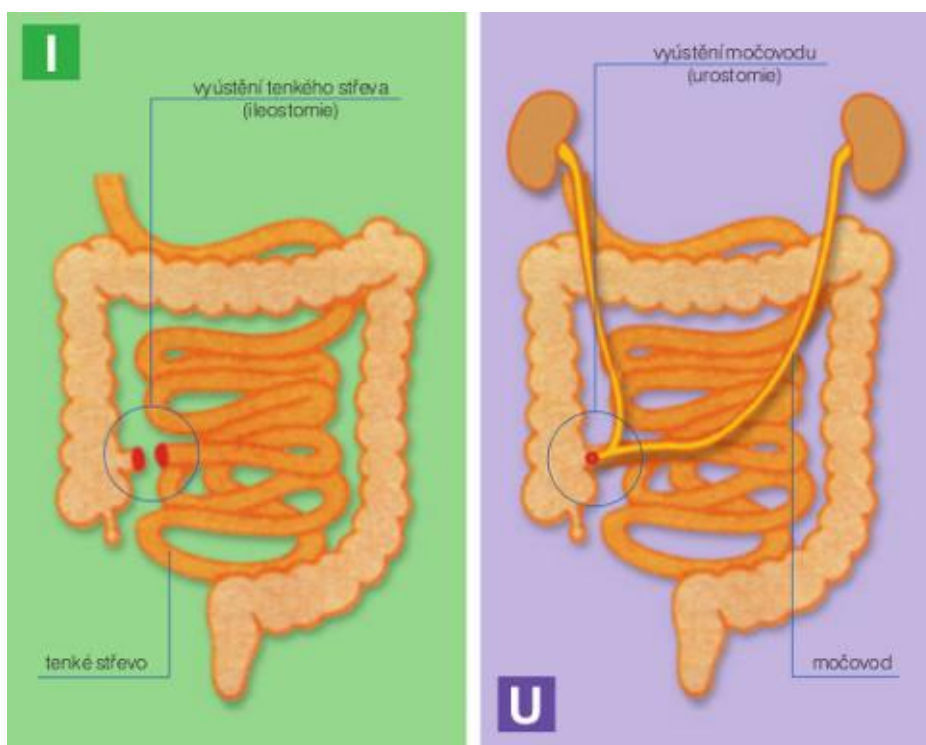
Tabulka 5 – Výsledky vyšetření moči

Příloha A – Kolostomie



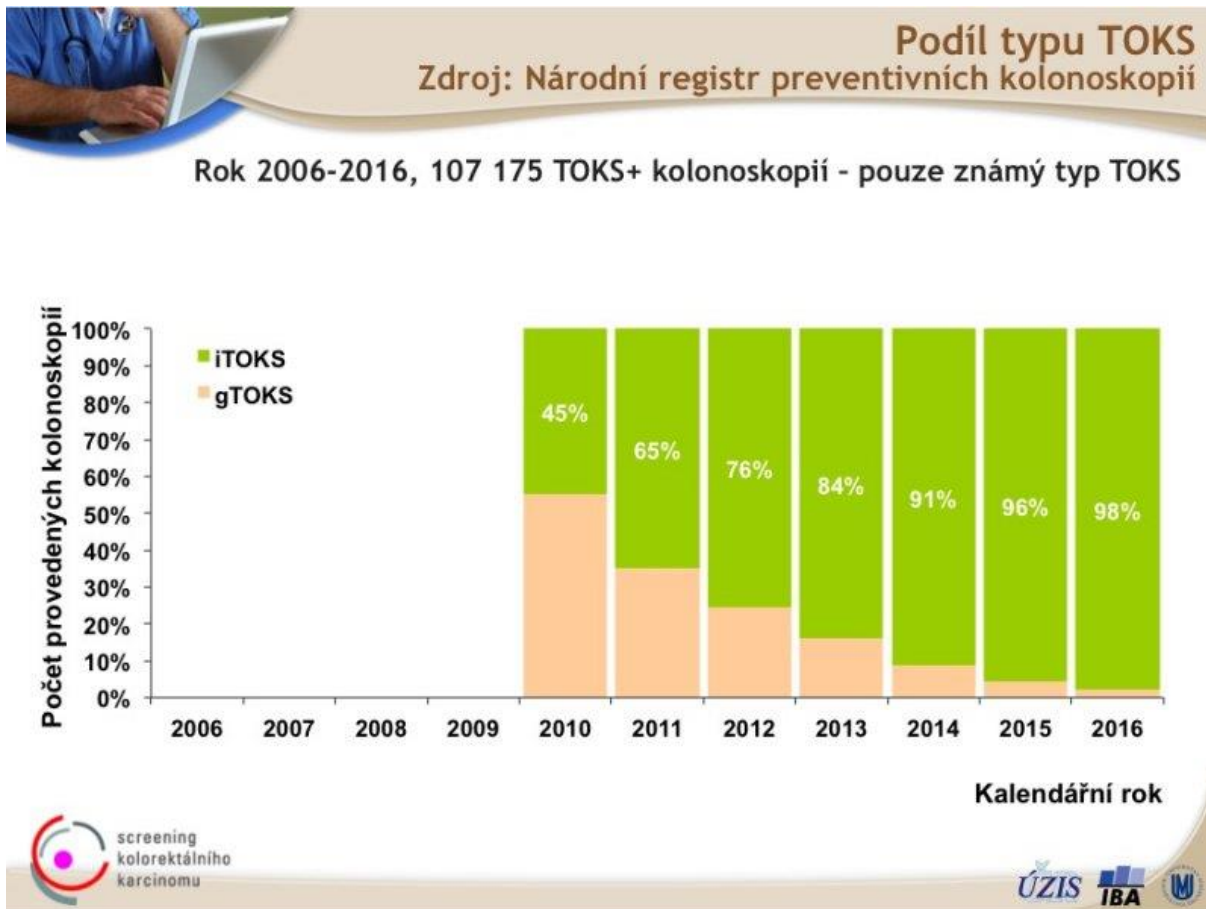
Zdroj: <http://www.ilco.cz/cojestoma.php#kolostomie>

Příloha B – Ileostomie a urostomie



Zdroj: <http://www.convatec.cz/stomie/vseobecne-informace>

Příloha C – Registr preventivních kolonoskopií



Zdroj: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost&aid=441>

Příloha D – Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 20. 3. 2018

.....
Veisová Nikola

Příloha E – Protokol o rešerši

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Nikola Veisová

Název rešerše: Ošetrovatelský proces u pacienta s komplikovaným karcinomem

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Kolorektální karcinom. Kolostomie. Paliativní péče. Ošetrovatelský proces.

Klíčová slova v anglickém jazyce: Colorectal carcinoma. Colostomy. Palliative care. Nursing process.

Časové vymezení: 2007 – 2017

Druhy dokumentů: knihy (=monografie), sborníky, články, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta

Počet záznamů: číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

tuzemské zdroje - (knihy a články jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 44

Zahraniční zdroje: záznamů: 51

Použité prameny:

katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Medline

CINAHL

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

Vypracoval:

PhDr. Jana Zindulková

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

zindulko@nlk.cz

Příloha F – Záznam konzultací



ZÁZNAM KONZULTACÍ k bakalářské práci

Jméno studenta: Nikola Veisová

Třída: 3AVS

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s komplikovaným karcinomem

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová

Datum:	Podpis:
27.11.2017	
19.12.2017	
8.1.2018	
26.1.2018	
16.2.2018	
28.2.2018	