



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Simona Kašparová

Ošetrovatelská péče o nemocného s adenokarcinomem
sigmoidea

Nursing care of the patient with adenocarcinoma sigmoidea

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2009

Autor práce: Simona Kašparová
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejšková
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství, 3. lékařská fakulta
UK v Praze

Odborný konzultant: As. MUDr. René Vobořil, Ph. D.
Pracoviště odborného konzultanta: FNKV, Chirurgická klinika

Datum a rok obhajoby: září, 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze, červen, 2009

.....
Simona Kašparová

Obsah

1. Úvod.....	6
2. Klinická část.....	7
2.1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva.....	7
2.2. Epidemiologie nádorů tlustého střeva.....	8
2.3. Patofyziologie nádorů tlustého střeva.....	9
2.4. Šíření nádorů v organismu.....	10
2.5. Klinická klasifikace zhoubných nádorů.....	12
2.5.1. Vzdálené metastázy.....	12
2.5.2. Histopatologický grading.....	13
2.5.3. R – klasifikace.....	13
2.5.4. Tlusté střevo a konečník - Pravidla klasifikace.....	13
2.5.4.1. Pravidla klasifikace.....	13
2.5.4.2. Anatomická lokalizace a sublokalizace.....	14
2.5.5. Regionální mízní uzliny.....	14
2.5.6. TNM klinická klasifikace.....	15
2.5.6.1. T - Primární nádor.....	15
2.5.6.2. N - Regionální mízní uzliny.....	15
2.5.6.3. M - vzdálené metastázy.....	16
2.5.6.4. pTNM patologická klasifikace.....	16
2.5.6.5. pN0.....	16
2.5.7. Rozdělení do stádií.....	16
2.5.8. Souhrn.....	17
2.6. Klinický obraz nemoci.....	17
2.7. Diagnostika nádorů tlustého střeva.....	18
2.8. Terapie adenokarcinomu sigmoidea.....	22
2.8.1. Chirurgická terapie.....	22
2.8.2. Onkologická terapie.....	23
2.9. Prognóza nádorů tlustého střeva.....	23
2.10. Prevence nádorů tlustého střeva.....	24
2.11. Základní údaje o pacientovi.....	25
2.11.1. Lékařská anamnéza.....	26

2.11.2. Hospitalizace a její průběh.....	27
2.11.3. Farmakoterapie.....	37
2.12. Prognóza.....	40
3. Ošetrovatelská část.....	41
3.1. Úvod.....	41
3.2. Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	41
3.3. Ošetrovatelská anamnéza.....	43
3.3.1. Model ošetrovatelské péče.....	44
3.3.2. Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové.....	45
3.4. Ošetrovatelská péče v pooperačním období – 0. a 1. den po operaci...	49
3.5. Stanovení ošetrovatelských diagnóz.....	49
3.6. Dlouhodobý plán.....	60
3.7. Psychosociální zhodnocení pacienta.....	62
3.8. Edukační plán.....	63
4. Závěr.....	66
5. Seznam použité literatury.....	67
6. Seznam zkratk.....	69
7. Seznam příloh.....	71
8. Přílohy.....	72

1. Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacienta K. Z. (*1941), který byl v dubnu 2008 operován pro ileosní stav při stenozujícím adenokarcinomu sigmoidea. Nyní byl hospitalizován ve FN Hradci Králové na oddělení chirurgické JIP k zanoření stomie po Hartmannově operaci. Pacient souhlasil s tím, že informace o jeho nemoci budou použity při zpracování této práce.

V klinické části věnuji pozornost charakteristice onemocnění. Studie zahrnuje anatomii a fyziologii tlustého střeva, patofyziologii nádorů, klinický obraz nemoci, základní vyšetřovací metody, terapii a popis průběhu hospitalizace pacienta K. Z.

V ošetrovatelské části se zabývám metodikou ošetrovatelského procesu, zhodnocení pacienta podle „Modelu fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové, stanovením aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz, realizací a hodnocením ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila z analýzy informací získaných rozhovorem s panem K. Z., vlastním pozorováním, ze zdravotnické dokumentace a od členů ošetrovatelského týmu. Aktuální a potenciální diagnózy jsou modelově stanoveny k dvacetičtyřhodinovému pozorování na JIPu, k druhému a třetímu dni hospitalizace.

Práce je doplněna o seznam literatury a seznam zkratk.

2. Klinická část

2.1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo (*intestinum crassum*) je posledním oddílem trávicí trubice. Je dlouhé 1,2 - 1,4m. Začíná slepým střevem (*caecum*), pokračováním céka je vzestupný tračník (*colon ascendens*), který přechází pod játry pravým ohbím tračníku (*flexura coli dextra*) v tračník příčný (*colon transversum*). Příčný tračník dále pokračuje levým ohbím (*flexura coli sinistra - lienální flexura*) do sestupného tračníku (*colon descendens*) a v oblasti levé jámy kyčelní přechází do esovité kličky (*colon sigmoideum*), přibližně nad promontoriem se stáčí kaudálně do konečníku (*rektum*). Vzestupný a sestupný tračník jsou fixovány k retroperitoneu, příčný tračník a sigma jsou tzv. volné, fixovány pomocí mezocolon. (17)

Stěna trávicí trubice již od svého začátku (jícnu) až po konec (rektum), má v zásadě stejné stavební schéma. Skládá se ze čtyř vrstev, které v jednotlivých úsecích jeví individuální charakteristické znaky. Jsou to:

- Sliznice - *tunica mucosa*,
- Podslizniční vazivo - *tela submucosa*,
- Zevní svalovina - *tunica muscularis externa* a
- Adventicie nebo serosa - *tunica adventitia* či *tunica serosa*.

Charakter epitelu v jednotlivých úsecích je přizpůsoben funkčnímu poslání. Ve střevě je přítomen jednovrstevný cylindrický epitel a převažuje zde funkce resorpce. Nejvíce početné buňky ve střevu jsou enterocyty, ty mají kartáčový lem, který je typický pro resorpční epitel. (10)

Cévní zásobení je zajištěno několika tepnami. Pravý tračník až do levého ohbí zásobuje *arteria colica dextra* a *arteria colica media* (větve *arteria mesenterica superior*) od levého ohbí je tračník zásoben krví z *arteria colica sinistra* (větve *arteria mesenterica inferior*). (5)

Lymfatický systém se skládá z mízních cév, kdy na začátku jsou mízní kapiláry, jež se postupně spojují ve větší mízní cévy a tyto v několik mízních kmenů. Do průběhu mízních cév jsou vsunuty mízní uzliny (*nodi lymphatici*), jimiž se míza filtruje. Mízními cévami se často šíří akutní infekce a nebo částičky zhoubných nádorů.

Mízní cévy tlustého střeva jsou rozloženy podél krevních cév a podle nich se nazývají. Jsou to: *nodi ileocolici*, *nodi colici dextrii*, *nodi colici medii*. Do mízních cév přicházejí od *colon descendens* (kde jsou předřazeny *nodi colici sinistri*), od *sigmoidea* a od *recta* jsou vřazeny mízní uzliny shrnované pod názvem *nodi mesenterici inferiores*. Podle vzdálenosti od střeva se ve všech těchto skupinkách se rozeznávají drobné uzliny epikolické a parakolické, větší uzliny intermediární a principální. *Vasa efferentia* těchto uzlin navazují na *nodi coeliaci* a spolu s nimi pak konstituují *truncus intestinalis* a část z nich ústí do *nodi lumbales*. (1)

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání iontů, vody, mastných kyselin, žlučových kyselin, skladování zbytku chymu, tvorba a vylučování formované stolice – defekace. Kromě toho se zde činností bakterií produkuje vitamín K, thiamin (B1) a riboflamin (B2). Vznikají zde střevní plyny složené z oxidu uhličitého, sirovodíku a metanu. Denně přijde do tlustého střeva 1500ml tráveniny a většina se vstřebává v jeho první polovině. V pravé polovině tračníku je střevní obsah ještě tekutý, v levé již formovaný. (12)

2.2. Epidemiologie nádorů tlustého střeva

Kolorektální karcinom je u nás v České republice jedním z nejčastějších zhoubných nádorových onemocnění a představuje 13-14% ze všech onkologických chorob. Výskyt je častější u mužů než u žen a je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním. Po karcinomu plic u mužů a karcinomu mléčné žlázy u žen představuje hlavní nádorovou lokalizaci. Podle anatomické lokalizace se dělí na karcinomy tračníku, nádory rektosigmoideálního spojení a nádory vlastního konečníku. (19)

2.3. Patofyziologie nádorů tlustého střeva

Nádor lze charakterizovat jako místní abnormální a nadměrné bujení buněk, bez regulace a koordinace s růstem okolních tkání a celého organismu. Tento růst má autonomní povahu. Nádorová tkáň má své charakteristické morfologické, biologické a metabolické znaky. Mezi nejdůležitější charakteristiky nádorové tkáně patří tzv. biologická aktivita či povaha nádoru. Je dána rychlostí a charakterem růstu, schopností generalizace a imunologickými vlastnostmi. (20)

Nádory rozdělujeme na benigní a maligní.

- Benigní nádory
Mají ohraničený růstový potenciál, zůstávají na místě svého vzniku, nemetastazují. Často nemají větší negativní účinek na organismus.
- Maligní nádory
Rostou rychle, šíří se infiltrativně do okolí a vytvářejí vzdálená ložiska - metastázy. Pokud se včas neléčí, způsobují smrt organismu.

Morfologicky se nádorový růst projevuje dvěma způsoby:

- Růst expanzivní - charakteristický mechanickým útlakem okolí a pokračující atrofii okolních tkání, (charakteristické pro benigní nádor)
- Růst infiltrativní - při němž nádorové buňky vrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení. Jde o typický růst zhoubného nádoru.

2.4. Šíření nádoru v organismu

Nádor se v organismu šíří trojím způsobem:

- Pokračujícím místním růstem, který postihuje někdy i rozsáhlé partie těla, případně šíření v tělních dutinách,
- Metastazováním lymfatickými cestami, to znamená zakládání vzdálených ložisek, v průběhu lymfatických cest, které nakonec ústí do krevního systému,
- Metastazováním krevními cestami.

Formy nádorů dělíme podle:

1. makroskopického vzhledu:

- Exofylický
- Ulcerózní
- Stenozující
- Infiltrující

2. mikroskopického vzhledu:

- Adenokarcinom
- Hlenotvorný karcinom
- Karcinom z prstenčitých buněk

Příčina vzniku zhoubných nádorů není dosud objasněna. Za dlouhá léta výzkumu v této oblasti se nashromáždilo velké množství poznatků o různých vlivech a faktorech označovaných jako kancerogeny, které vznik zhoubného bujení v různém stupni podmiňují a ovlivňují.

Kancerogeneze je proces složitý a dlouhodobý, který vyžaduje vhodnou kombinaci kancerogenních faktorů.

Faktory se dělí na:

1. vnitřní faktory:

- Dědičná dispozice
- Vlivy pohlaví, věku a rasy
- Změny v neurohumorální regulaci
- Změny v imunologii
- Změny hormonální

2. zevní faktory:

- Fyzikální (záření)
- Chemické (kouření)
- Biologické (virový původ nádorů) (20)

Největší vliv na vzniku nádorů v tračníku mají zevní faktory.

- Nadbytek tuků a červeného masa v potravě
- Nedostatek vlákniny, kalcia (snížená schopnost detoxikace žlučových kyselin ve střevě), rostlinného a rybího tuku
- Nevhodná tepelná úprava stravy (smažení, grilování, pečení, uzení)
- Nedostatek vitamínů A, C, E a selenu, tím je snížena ochrana před toxickým efektem volných kyslíkových radikálů
- Kouření a alkohol, především pivo, za kancerogenní se považují především plísně v pivním sladu (6)

Zhoubné bujení často vzniká z tkáně, která je již delší dobu patologicky změněná. Tyto změny ve tkáních a choroby, které nejsou zhoubným bujením, ale za určitých okolností v zhoubný nádor přejít mohou, označujeme jako prekancerózy. Většina karcinomů vzniká maligním zvratem adenomů.

Metastazování je šíření nádorů, které si vytvářejí dceřiná nádorová ložiska v místech vzdálených od primárního nádoru.

Je to proces probíhající ve čtyřech etapách:

1. invaze nádoru do okolí
2. transport nádorových buněk
3. nidace nádorových buněk a jejich zpětný průnik do tkáně
4. růst metastáz v novém mikroprostředí. (20)

2.5. Klinická klasifikace zhoubných nádorů

Nádory klasifikujeme podle histologické struktury, biologických vlastností a podle anatomické lokalizace. Je stanovený mezinárodní klasifikační systém, hodnotící rozsah zhoubného onemocnění.

Klasifikační systém UICC (Union Internationale Contre le Cancer) označovaný jako TNM klasifikace určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení tří kategorií:

T - rozsah primárního nádoru

N - stav regionálních mízních uzlin

M - přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

Rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému je určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší je číslo, tím je rozsah nádoru či jeho šíření v dané kategorii vyšší. Není-li možné klasifikaci stanovit, to znamená, že nebyla provedena předepsaná vyšetření, musí se pro stanovení kategorie použít symbolu X. (19)

2.5.1. Vzdálené metastázy

Kategorie M1 a pM1 mohou být dále specifikovány označením:

Plicní	PUL
Kostní	OSS
Jaterní	HEP
Mozkové	BRA
Uzlinové	LYM
Kostní dřeně	MAR
Pleurální	PLE
Peritoneální	PER
Nadledvinkové	ADR
Kožní	SKI
Jiné	OTH (17)

2.5.2. Histopatologický grading

Grading nádoru znamená stanovení stupně diferenciaci buněk a proliferační aktivity, jde o určení stupně malignity na základě histologického vyšetření - provádí je patolog.

Definice kategorií G platí pro všechny nádory trávicího traktu kromě jater:

G - histopatologický stupeň diferenciaci (grading)

GX stupeň diferenciaci nelze hodnotit

G1 dobře diferencovaný

G2 středně diferencovaný

G3 špatně diferencovaný

G4 nediferencovaný (17)

2.5.3. R - klasifikace

Přítomnost či nepřítomnost reziduálního nádoru po léčbě se popisuje pomocí symbolu R. Definice R - klasifikace platí pro všechny lokalizace trávicího traktu:

RX přítomnost reziduálního nádoru nelze hodnotit

R0 bez reziduálního nádoru

R1 mikroskopický reziduální nádor

R2 makroskopický reziduální nádor (17)

2.5.4. Tlusté střevo a konečník

2.5.4.1. Pravidla klasifikace

Klasifikace se používá pouze pro karcinomy. Diagnóza by měla být histologicky ověřena.

Postupy ke stanovení kategorií T, N a M:

Kategorie T: Klinické vyšetření, zobrazovací vyšetřovací metody, endoskopie a/nebo chirurgická explorace.

Kategorie N: Klinické vyšetření, zobrazovací vyšetřovací metody a/nebo chirurgická explorace.

Kategorie M: Klinické vyšetření, zobrazovací vyšetřovací metody a/nebo chirurgická explorace. (17)

2.5.4.2. Anatomická lokalizace a sublokalizace

- appendix
- caecum
- colon ascendens
- flexura hepatica
- colon transversum
- flexura lienalis
- colon descendens
- colon sigmoideum
- rektosigmoideální přechod
- rektum (17)

2.5.5. Regionální mízní uzliny

Pro každou anatomickou lokalizaci, resp. její část jsou následující regionální mízní uzliny:

appendix	ileokolické
caecum	ileokolické, pravostranné kolické
colon ascendens	ileokolické, pravostranné kolické, střední kolické
flexura hepatica	střední kolické, pravostranné kolické
colon transversum	pravostranné kolické, střední kolické, levostranné kolické, dolní mezenterické
flexura lienalis	střední kolické, levostranné kolické a dolní mezenterické
colon descendens	levostranné kolické, dolní mezenterické
colon sigmoideum	sigmoideální, levostranné kolické, horní rektální (hemoroidální), dolní mezenterické a rektosigmoideální
rektum	horní, střední a dolní rektální (hemoroidální), dolní mezenterické, vnitřní ilické, mezorektální (pararektální), laterální sakrální, presakrální a sakrální, promontoriální (Gerotovy)

Metastázy v uzlinách jiných než výše uvedených se klasifikují jako metastázy vzdálené. (17)

2.5.6. TNM klinická klasifikace

2.5.6.1. T - primární nádor

- TX primární nádor nelze hodnotit
- T0 bez známek primárního nádoru
- Tis karcinom in situ: intraepiteliální nebo invaze do lamina propria mucoase *
- T1 nádor postihuje submukózu
- T2 nádor postihuje tunica muscularis propria
- T3 nádor prorůstá přes muscularis propria do subserózy nebo do neperitonealizované perikolické nebo perirektální tkáně
- T4 nádor přímo porušuje jiné orgány či struktury ** a/nebo perforuje viscerální peritoneum

Poznámka: * Tis zahrnuje nádorové buňky, jež nepřesahují bazální membránu žlázek (intraepiteliálně) či lamina propria mucosae (intramukózně) bez šíření přes muscularis mucosae do submukózy.

** Přímé šíření u T4 zahrnuje též invazi do jiných segmentů kolorekta přes serózu, např. invazi do sigmatu z karcinomu céka.

Nádor, který makroskopicky adhezuje k okolním orgánům či strukturám, se klasifikuje jako T4. Není-li nádor v adhezi mikroskopicky, klasifikace by měla být pT3. (17)

2.5.6.2. N - regionální mízní uzliny

- NX regionální mízní uzliny nelze hodnotit
- N0 v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
- N1 metastázy v 1 až 3 regionálních mízních uzlinách
- N2 metastázy ve 4 nebo více regionálních mízních uzlinách

Poznámka: Nádorový uzlík v perikolické/perirektální tukové tkáni bez histologického průkazu zbytku mízní uzliny v uzlíku se klasifikuje jako metastáza v regionální mízní uzlině v kategorii pN, pokud uzlík má tvar a hladkou konturu mízní uzliny. Má-li uzlík nepravidelnou konturu, měl by být klasifikován v kategorii T a kódován také jako V1 (mikroskopická žilní invaze) či V2, je-li

zjevně větší, neboť je značně pravděpodobné, že představuje žilní invazi. (17)

2.5.6.3. M - vzdálené metastázy

MX vzdálené metastázy nelze hodnotit

M0 nejsou vzdálené metastázy

M1 vzdálené metastázy (17)

2.5.6.4. pTNM patologická klasifikace

Kategorie pT, pN a pM odpovídají kategoriím T, N, M.

2.5.6.5. pN0

Histologické vyšetření vzorků z regionální lymfadenektomie má standardně zahrnovat 12 a více mízních uzlin. Jsou-li mízní uzliny negativní, ale nebylo dosaženo standardně vyšetřovaného počtu, klasifikuje se jako pN0. (17)

2.5.7. Rozdělení do stádií

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1, T2	N0	M0
Stadium IIA	T3	N0	M0
Stadium IIB	T4	N0	M0
Stadium IIIA	T1, T2	N1	M0
Stadium IIIB	T3, T4	N1	M0
Stadium IIIC	jakékoliv T	N2	M0
Stadium IV	jakékoliv T	jakékoliv N	M1

2.5.8. Souhrn

Tlusté střevo a konečník

T1	Submukóza
T2	Muscularis propria
T3	Subseróza, neperitonealizované perikolické/perirektální tkáň
T4	Jiné orgány nebo struktury/viscerální peritoneum
N1	≤ 3 regionální
N2	> 3 regionální

(17)

2.6. Klinický obraz nemoci

Nádor na počátku svého vzniku může růst skrytě, bez zevních projevů. Později se může projevovat místními i celkovými příznaky. Nejčastějšími místními projevy jsou změny v četosti vyprazdňování stolice a jejího charakteru. Může se objevit zácpa, průjem, střídání zácpy a průjmu, časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění. Ve stolici mohou být příměsi jako například krev nebo hleny. Někdy se mohou také objevit bolesti břicha nebo v okolí konečníku související s vyprazdňováním. K celkovým projevům patří nechutenství, nevolnost, slabost, únava, hubnutí, bledost nebo žloutenka, narůstající objem břicha, teploty. (19)

2.7. Diagnostika nádorů tlustého střeva

Diagnostický postup má směřovat od základních vyšetření ke zvláštním, od jednoduchých ke složitým, od neinvazivních k invazivním. (5)

1. Anamnéza

Obsahuje údaje o trávení, změnách vyprazdňování (průjem, zácpa), kolikovitě bolesti břicha, bolestivé nucení na stolicí, přítomnost hlenu a krve ve stolici, úbytek hmotnosti, výskyt nádorů v rodině.

2. Vyšetření základních fyziologických funkcí

- Vyšetření krevního tlaku (TK),
- vyšetření pulzu (P),
- vyšetření dechu (D),
- vyšetření tělesné teploty (TT),
- sledovat vyprazdňování moče a stolice.

3. Fyzikální vyšetření

- Pohled – *celkový pohled na pacienta*, kdy hodnotíme stav výživy (nadměrná, přiměřená, podvýživa, kachexie), kůži, na které hodnotíme barvu, kožní turgor,. Dále jakou polohu pacient zaujímá.
Pohledem na břicho hodnotíme tvar, souměrnosti, dýchací pohyby, peristaltické pohyby, zda nejsou přítomny kýly (tříselné, pupeční, stehenní nebo v jizvě) a dále si všímáme kůže břicha, kde mohou být přítomny jizvy po laparotomiích, strie nebo pigmentace.
- Poklep – perkuse břicha se provádí dvěma prsty jedné ruky na prostřední článek prostředníčku druhé ruky, nebo dvěma prsty téže ruky, kdy ukazovák sklouzne z prostředníku a klepne na stěnu břicha.
- Pohmat – palpce břicha je nejdůležitější vyšetřovací metodou. Pacient by měl uvolnit břišní stěnu pokrčením končetin. Palpce se provádí povrchní a hluboká. Začíná se většinou v levém hypogastriu a postupuje se ve směru hodinových ručiček nebo se začíná v místě, kde pacient neudává bolest. Při palpaci si všímáme svalového napětí břišní stěny, orgánů (jejich velikosti,

konzistence, okrajů a bolestivosti) a patologické rezistence neboli útvaru, který nepatří k orgánům dutiny břišní.

- Poslech – při auskultaci břicha je slyšet nepravidelné škroukání fyziologicky, rytmické škroukání s kolikovitou bolestí u obstrukčního ileu tenkého střeva, mrtvé ticho u paralytického ileu.
- Per rektum – vyšetření se provádí u pacienta ležícího na zádech nebo na levém boku s flektovanými končetinami. Toto vyšetření se provádí jako prevence kolorektálního karcinomu a je nezbytné při těchto příznacích (krev nebo meléna ve stolici, bolestivost Douglasova prostoru, při obtížích při močení (zvětšená prostata)).

4. Vyšetření stolice

Při vyšetření stolice hodnotíme *makroskopicky* tvar, konzistenci, množství, barvu, zápach, patologické příměsi (krev, hnis, hlen, parazity, nestrávené zbytky potravy).

Vyšetření mikrobiologické se provádí k průkazu mikrobiálního agens.

A dále *vyšetření na okultní krvácení* (skryté), kdy se krvácení neobjevuje ve formě enteroragie nebo melény. Jeho zdrojem mohou být polypy nebo nádory v trávicím traktu a je stejně závažné, jako krvácení viditelné, neboť signalizuje vážné onemocnění a způsobí anemii. K vyšetření se nejčastěji používá průmyslově vyráběný set Haemocult.

5. Laboratorní vyšetření - umožňují:

- 1) Vyhledávat nepoznané nádory v populaci,
 - 2) upřesňovat diagnózu a rozsah choroby,
 - 3) sledovat nežádoucí účinky a výsledky léčby.
- *Hematologické vyšetření* (INR, FW, KO),
 - *Biochemické vyšetření krve a moči*,
 - *Mikrobiologické odběry* (výtěry, odběry stolice, moče, krve, punkce).

6. Endoskopické vyšetření - v tomto případě:

- *Kolonoskopie*

Vyšetření sliznice tlustého střeva po celé jeho délce se provádí pomocí flexního endoskopického přístroje. Přístroj se zavádí konečníkem. Jeho součástí mohou být různá instrumentaria pro odběr tkáně na bioptické vyšetření a jiné.

- *Rektoskopie*

Jedná se o vyšetření sliznice konečníku. K vyšetření se používá rigidní, neohebný kovový přístroj.

- *Anoskopie*

Tato metoda slouží k vyšetření řitního otvoru a sliznice konečníku v její blízkosti.

7. Zobrazovací technika vyšetření:

- *Nativní snímek břicha (RTG)*

- *Kontrastní RTG vyšetření – irigoskopie a irigografie*

Provádí se aplikací rektálního nálevu. Před vyšetřením musí být pacient řádně vyprázdněn. Den před vyšetřením sní jako poslední jídlo oběd, v 15 hod. vypije jednu dávku vyprazdňovacího roztoku, od půlnoci nepije, ráno v 5 hod. vypije druhou dávku vyprazdňovacího roztoku (Fortrans). Pacient se svleče do naha a zabalí se do prostěradla. Kontrast (Rectobaryum) se podává rektální rourkou a irigátorem. První snímek je v odlitkové náplni, po vyprázdnění pacienta se provede reliéfní snímek a případně insuflace vzduchu pro dvoukontrastní snímek. Vyšetření nelze provádět po rektoskopii, neboť je ve střevě vzduch. Po vyšetření se pacient může vyprázdnit na WC, odejít a jíst.

- *Počítačová tomografie (CT)*

Výpočetní tomografie má význam pro diagnózu procesů v peritoneální dutině (nádory, cysty, abscesy, akutní a chronická pankreatitida) a pronikání nádorů trávicí trubice do okolí včetně metastáz.

- *Magnetická rezonance (MR)*
Principem vyšetření je zmagnetizování vodíkových jader v organismu. Tím je možné rozlišit zdravou tkáň od patologické (steatóza, cirhóza, karcinom), včetně tekutiny (výpotek, krev, hnis). Během působení magnetického pole, při kterém je pacient v oddělené místnosti na lůžku v tunelu, se vodíková jádra vychýlí ze svého směru a rotují. Po skončení pulsu se vracejí do své původní polohy – relaxují. Při vychýlení indukují (vyvolávají) v měřící cívice impuls, který se během relaxace sníží, měříme tzv. relaxační čas. Jeho intenzita je přímo úměrná počtu vodíkových jader v příslušné tkáni. K určité intenzitě impulsů přiřadí počítač odstín šedých (od bílé po černou) a provede rekonstrukci obrazu podobným způsobem jako CT. Pacient před vyšetřením musí odložit všechny kovové předměty, pokud má kovovou endoprotézu nebo kardiostimulátor, nemůže být vyšetřen.
- *Ultrazvuk (sonografie)*
Vyšetření, které využívá schopnost ultrazvuku pronikat tkáněmi a odrazit se od jejich rozhraní. Tkáň se dělí podle odrazu ultrazvuku na:
 - anechogenní (bez odrazu) – kost, plyn, cysty, tekutiny,
 - hypoechogenní – některé nádory,
 - normoechogenní – parenchymatózní orgány (játra, ledviny),
 - hyperechogenní – steatóza, cirhóza, některé nádory.
 Po přiložení sondy na povrch těla vznikne na monitoru obraz vrstvy orgánu, jejíž poloha odpovídá poloze sondy (neboli svazku UZ vln). Vyšetření se užívá při diagnostice konkrementů, ztlustění stěny žlučníku, záněty žlučníku, hromadění tekutiny v dutině břišní, abscesů apod.
- *Radionuklidová diagnostika*
Podstatou metody je podání radioaktivní látky (radionuklidu, izotopu), která je specificky vychytávána určitou tkání. Rozložení radioaktivity, které odpovídá příslušné tkáni a výpadky radioaktivity patologickým procesům, snímáme scintilační kamerou. (11)

2.8. Terapie adenokarcinomu sigmoidea

Léčba těchto nádorů zahrnuje léčení chirurgické a konzervativní, kam počítáme radioterapii, chemoterapii (cytostatickou léčbu), imunoterapii, podpůrnou a symptomatickou léčbu a psychologickou péči o nemocného.

2.8.1. Chirurgická terapie

1. Kurativní výkon s cílem komplexního odstranění maligního nádoru včetně přilehlé lymfatické tkáně, tzv. radikální resekcí výkon. Cílem operace je snaha dosáhnout úplného zhojení. Zvolení tohoto typu operace závisí na technickém provedení a na stavu pacienta.

Operační výkon je možné provést po důkladné předoperační přípravě. Tento postup umožňuje řádně připravit pacienta i střevo k operaci a zvolit vhodný typ operace. Po dokonalé přípravě je možnost pooperačních komplikací minimální. V některém případě se u nemocného objeví náhlá střevní neprůchodnost a je nutné provést okamžitou operaci. Zde je riziko komplikací vyšší. Operační technika se přizpůsobuje současnému stavu pacienta a připravenosti střeva.

Při karcinomu tlustého střeva se nejčastěji provádí úplné odstranění karcinomu – tzv. radikální resekcí výkon s následnou anastomózou.

V řadě případů nádor nejenom uzavírá střevní lumen, ale také prorůstá do okolních orgánů, a proto nelze odstranit. Provádí se pouze paliativní výkon, který má umožnit odchodu stolice. Nádor se ponechává a spojky jej obcházejí, případně střevní vyústění nad neodstranitelným nádorem.

Karcinom konečníku se řeší úplným odstraněním podle celkové charakteristiky nádoru.

Výkon spočívá buď v resekcí nádoru s následným obnovením kontinuity trávicího traktu nebo v odstranění celého konečníku se založením terminální kolostomie, obvykle na esovitě kličce.

Typ operačního výkonu závisí na vzdálenosti nádoru od análního otvoru.

2. Paliativní s požadavkem ulehčení a snížení obtíží. Při těchto výkonech se střevním vývodem nebo obchvatem by-passem uvolní pasáž a nebo se zmírní projevy nádoru.

2.8.2. Onkologická terapie

Radioterapie užívá k léčení nádorových onemocnění ionizující záření. Používá se ke zničení přetrvávajících nádorových buněk. Aplikuje se u nádorů recta předoperačně u nádoru klasifikace T3 a T4, pooperačně a sendvičovou metodou (před i po operaci). V současné době se dává přednost předoperační radioterapii z důvodu nižšího rizika iradiačního poranění tenkého střeva. Léčba má vedlejší účinky (nevolnost, zvracení, průjem, podráždění kůže, ztráta ochlupení).

Chemoterapie je léčba cytostatiky a užívá se k doplnění chirurgické léčby (adjuvantní). Tlumí buněčný růst a ničí nádorové buňky. Při její indikaci je důležité brát v úvahu celkový stav nemocného a stádium onemocnění. Po chemoterapii je snížena odolnost k infekcím, zvýšená krvácivost, únavnost, vypadávání vlasů, nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem, záněty dutiny ústní.
(5)

2.9. Prognóza nádorů tlustého střeva

Prognóza karcinomu tlustého střeva vyjádřená pětiletým přežitím závisí na stadiu choroby a možnosti nádor chirurgicky odstranit. U I. Stadia nemoci přežívá 5 let 90% nemocných, kdežto pětileté přežití nemocných IV. Stadia je výjimkou. Prognosticky závažnější jsou nádory konečníku než tračníku, nemocní operovaní pro akutní komplikaci nádoru mají rovněž horší prognózu. Protože až u poloviny radikálně operovaných se objeví místní znovuzplanutí (recidiva) nebo vzdálené metastázy, jsou nemocní dlouhodobě sledováni. Sledování zahrnuje vyšetření shodná jako při prvotním stanovení diagnózy, včetně RTG plic, UZ jater a stanovení hladiny CEA v krevním séru.

2.10. Prevence nádorů tlustého střeva

Nádor tlustého střeva je důsledkem chyb životního stylu a vlivu životního prostředí.

Primární prevence - omezení konzumace živočišných tuků, zvýšení obsahu vlákniny v potravě, vápníku, vitamínu C, E a selenu, omezení nevhodně tepelně upravené stravy. Za rizikový faktor je považován nedostatek fyzické aktivity a kouření.

Sekundární prevence - dispenzarizace ohrožených jedinců a rodin, včasná diagnostika a odstranění nádoru.

Terciální prevence - periodická kontrola po odstranění všech adenomů u symptomatických a rizikových osob. Nemocní by měli být vyšetřováni v pravidelných časových odstupech. Cílem je včasná detekce recidiv, řešení pooperačních problémů a psychická podpora sledovaných osob. (19)

2.11. Základní údaje o pacientovi

Celé jméno:	K. Z.
Rodné číslo:	známo
Věk:	67 let
Pojišťovna:	známa
Národnost:	česká
Povolání:	učitel na střední odborné škole (nyní SD)
Stav:	ženatý
Vyznání:	ateista
Adresa:	známa
Telefon:	mobil
Kontaktní osoba:	manželka
Oslovení:	pane
Důvod přijetí:	zanoření sigmoideostomie po Hartmannově operaci
Hospitalizace:	5.1. - 14. 1. 2009

Pacient je nyní bez vážnějších obtíží, břicho nebolí, stomie odvádí bez obtíží, konečníkem někdy odchází bělavá tekutina - hlen. Od operace pro ileus v dubnu 2008 přibral asi 10kg. Od začátku podávání chemoterapie ho brní prsty na ruku a má pocit chladnějších dolních končetin, poslední chemoterapii (12.) byla podána 15. 10. 2008 bez komplikací. Nyní je pacient přijat k zanoření stomie po Hartmannově operaci.

2.11.1. Lékařská anamnéza

Pacient byl přijat na chirurgické oddělení ve FN v Hradci Králové pro zanoření stomie po Hartmannově operaci. Cítí se dobře, bez obtíží.

Váha: 110kg
Výška: 178cm
BMI: 34,7
Dech: 16/min
Puls: 67/min
Krevní tlak: 150/90 torrů
Tělesná teplota: 36,1 °C

Osobní anamnéza - prodělal běžné dětské nemoci

- v dětství opakované bronchitidy
- v 11 letech (1952) měl žloutenku
- v 21 letech (1962) úrazová amputace 2. - 5. prstu levé ruky
- od roku 1996 léčen pro arteriální hypertenzi a diabetes mellitus na PAD

Rodinná anamnéza - otec od 50 let léčen s ischemickou chorobou srdce,

- v 61 letech zemřel na infarkt myokardu
- matka se léčila s hypertenzí, zemřela v 87 letech
- bratr zemřel v 68 letech - DM
- sestra zemřela v 68 letech - DM

Sociální anamnéza - starobní důchodce, dříve učil na SOUS, žije se svou

manželkou v panelovém domě

Alergická anamnéza - neudává žádné alergie

Farmakologická anamnéza - Concor 5mg (1/2 denně), Isoptin 240mg (1/2 denně),

Quinapril 20mg (1/2 denně), Apo-ome (1 denně),
Amicloton (1 tbl. obden), Glucophage 1g (2x denně),
Oltar 6mg (1 denně)

Abusus - kouřil 20cigaret/den, nyní nekuřák od r. 2002

2.11.2. Hospitalizace a její průběh

Při přijetí na chirurgické oddělení ve FN Hradci Králové 5. 1. 2009 je pacient klidný, orientovaný, hydratace přiměřená, obězní, kůže teplá a suchá, skléry bílé, spojivky dobře prokrvené, jazyk bez povlaku pláží středem, hrdlo klidné, tyreoida nezhvětšena, karotidy tepou bez šelestů, břicho měkké nebolestivé, zcela volně prohmatné, pevná klidná jizva po dolní střední laparotomii, terminální sigmoideostomie v levém mezogastriu, která odvádí bez obtíží, dolní končetiny bez otoků.

Souhrn provedených vyšetření:

1. Laboratorní vyšetření 5.1.2009

Název	Výsledek	Referenční interval
KO		
Leukocyty	15.30 $10^9/l$	3.8-10
Erytrocyty	4.37 $10^{12}/l$	4.0-5.3
Hemoglobin	140 g/l	135-175
Hematokrit	0.404 jednotek	0.40-0.54
Střední objem v ery.	92.4 fl	80-95
Trombocyty	308 $10^9/l$	150-350
Biochemie		
Na	143 mmol/l	135-146
K	4.1 mmol/l	3.8-5.4
P	1.97 mmol/l	0.65-1.62
urea	5.9 mmol/l	2.83-8.35
krea	74.0 $\mu\text{mol}/l$	71-133
gluk	14.7 mmol/l	3.6-6.10

Ostatní vyšetřovací metody:

2. Diagnostické metody:

- Kolonoskopie 10.11.2008

Per rektum - normální nález

- sliznice lesklá, hladká, jemná s dobře patrnou podslizniční cévní kresbou
- v análním kanále přítomny vnitřní hemeroidy

Stomie - endoskop zaveden až do hepatálního ohbí

- v transverzu drobný, přisedlý polyp
- v pravém tračníku na sliznici ulpívá velké množství formované stolice znemožňující vyšetření

Závěr - hůře připravený pacient

- nepřehledná oblast pravého hemikolon
- drobný, přisedlý polyp transverza snesen kleštěmi
- prakticky normální nález v zaslepené části rektosigmatu

Doporučení - obnovení kontinuity trávicí trubice

- Histologie - biopsie 10.11.2008

Nález - jeden drobný přisedlý polyp transverza

Výsledek - tubulární adenom sliznice tlustého střeva s intraepiteliální low grade dysplazií

Závěr - T. č. bez známek recidivy a diseminace procesu, doporučeno doplnit UZ ledvin pro susp. cystu na levé ledvině dle CT vyšetření

- CT břicha 29.10.2008

Nález - játra bez ložiskového postižení

- biliární systém bez patologických změn
- pankreas bez zřejmé expanze
- slezina nezvětšena
- ledviny přiměřeného vzhledu, suspektní cysta do 15mm v dolní polovině vlevo, bez dilatace dutých systémů
- stav po Hartmannově operaci, pánev bez expanze
- retroperitoneum bez signifikantní lymfadenopatie
- není volná tekutina v dutině břišní

Závěr - bez zřejmých známek recidivy či diseminace

- susp. Cysta levé ledviny k UZ ověření.

Pan K. Z. byl přijat 5. 1. 2009 v 8 hodin 30 minut do Fakultní nemocnice v Hradci Králové na chirurgické oddělení C k plánovanému výkonu zanoření stomie, descendentosigmoideoanastomóza side to side a k plastice parastomální kýly. Před přijetím k plánovanému výkonu 28. 12. 2008 bylo provedeno RTG srdce a plic (s normálním nálezem, bez infiltrativních změn), další součástí předoperační přípravy bylo biochemické vyšetření, krevní obraz, Quickův test a EKG. Operační výkon byl naplánován na 6. 1. 2009. Pacient byl proveden po oddělení, bylo mu ukázáno, kde najde vyšetřovnu, sesternu, odpočinkovou místnost, jídelnu. Poté byl sestrou zaveden na jeho pokoj, kde byl představen ostatním pacientům. Sestra změřila fyziologické funkce, které byly v normě (TT 36,0°C, TK 145/70 torrů, P 81 tepů/min, D 16 dechů/min, SpO₂ 96%), sepsala s pacientem ošetřovatelskou anamnézu, odebrala od pacienta jeho chronickou medikaci a poté byl pacient pozván na vyšetřovnu k vyšetření lékařem.

Pacient je klidný, orientovaný, přiměřeně hydratovaný, obézní, kůži má teplou a suchou, skléry bílé, spojivky dobře prokrvené, jazyk bez povlaku pláží středem, hrdlo klidné, tyreoida nezhvětšena, karotidy tepou bez šelestů, břicho měkké nebolestivé, zcela volně prohmatné, kde se nachází pevná klidná jizva po dolní střední laparotomii, dále je zde přítomna terminální sigmoideostomie v levém mezogastriu, která odvádí bez obtíží, dolní končetiny jsou bez otoků a známek insuficience. Pacient podepsal *Souhlas pacienta s hospitalizací v rámci FN HK*. Lékař pana K. Z. seznámil s navrhovaným postupem léčby, se kterým pacient souhlasil a také podepsal *Souhlas pacienta s výkonem*. Souhlas obsahoval potřebné vyšetření, které bylo třeba k indikaci léčby dále léčbu samotnou, v jaké anestezii bude výkon proveden, s přípravou před operací, možným pooperačním průběhem, možnými následky zákroku a komplikacemi. Dále byl pan K. Z. seznámen s možným podáním krevní transfúze při výkonu (*Písemný souhlas pacienta s transfúzí*) a o lačnění, které bude dodržovat od půlnoci (nepít, nejíst, nekouřit). Pacient se celé odpoledne pohyboval po oddělení, seznamoval s pacienty a na pokoji četl noviny. V 18 hodin sestra odebrala panu K. Z. kapku krve z prstu pro zjištění hladiny glykémie, která byla 6,8mmol/l.

Anesteziologem byla pacientovi na večer před operací (5. 1. 2009) naordinována jeho chronická medikace, kterou však užívá pan K. Z. jen ráno, dále

neměl užít perorální antidiabetikum Glucophage 1000mg jako svou chronickou medikaci, místo které anesteziolog naordinoval Glucophage 500mg 1tbl p. o. a v infúzi 10% glukózu 500ml s 16 jednotkami Humulinu R, která kapala od 19-20 hodin. Na noc součástí premedikace byl podán Hypnogen 20mg 1tbl p. o. Pacient spal v klidu od 22.30 až 5.45 hodin.

Ráno 6. 1. 2009 byla pacientovi odebrána krev na glykémii, jejíž hodnota byla 9,7mmol/l a na KO a biochemii, kde byly hodnoty v normě se zvýšenou glykemií. S pacientem byli sepsány dokumenty o předání jeho cenností, které odevzdal do trezoru, nataženy stahovací punčochy a jako součástí premedikace podán Lexaurin 3mg 1tbl p.o., chronická medikace pacienta se již nepodávala. Na výzvu z operačního sálu v 7 hodin 20 min byl pacientovi podán lék Dormicum 3,75mg tbl p. o. a Dithiaden 2mg tbl p. o. Pacient byl v 8 hodin 10 minut převezen na operační sál, kde byla zahájena celková anestezie. Mezi tím se připravil k operaci operatér se dvěma asistenty a instrumentářkou. Operace byla zahájena 6. 1. 2009 v 8 hodin 45 min pod antibiotickou clonou (Amoksiklav 1,2g a Efloran 500mg od 8 hodin 30 minut).

OPERAČNÍ PROTOKOL:

Po obvyklé přípravě operačního pole, v klidné celkové anestezii, otevíráme dutinu břišní původní jizvou po dolní střední laparotomii s rozšířením nad pupek. V dutině břišní je velké množství plošných adhezí, které postupně z větší části uvolňujeme. Tímto je uvolněno nedilatované tenké střevo z malé pánve, z jizvy a dále omentum od sigmatu a descendent. V dutině břišní není výpotek, játra bez metastáz, peritoneum bez patologických změn. V malé pánvi vyhledán pahýl aborálního sigmatu cca 10cm nad řasou. Dále excidujeme stomii, která je již před tím uzavřena stehem. Laterálně je kýlní vak velikosti mandarinky. Vak resekujeme. Sigma uvolňujeme od stěny břišní. Vzhledem ke krátkému úseku sigmatu není možné provést anastomózu bez napětí a je nutné uvolnit lienální flexuru. Postupně uvolňujeme descendent a flexuru, částečně protínáme laterální část gastrokolického ligamenta, ligujeme na peánech. Poté již flexura a transversum uvolněny a střevo lze snadno stáhnout do malé pánve. Na peánech resekujeme cca 10cm sigmatu, ligujeme. Poté založen cirkulární steh PremiCron 2/0 a dokončena resekce, preparát odstraněn. Ligovaný pahýl ještě prošit dvěma stehy a zanořen ve dvou vrstvách (cirkulární a Z-steh PremiCron 3/0). Pahýl je vitální. Poté šijeme descendentosigmoideoanastomózu stranou ke straně obvyklou technikou ve dvou vrstvách pokračujícími stehy (zevní vrstva PremiCron 3/0, vnitřní vrstva Safil 3/0). Oba konce střeva jsou vitální, anastomóza volně prostupná, není pod tahem. Vzhledem k lokalizaci a velikosti defektu v mesokolu není možný jeho uzávěr. Drobná krvácení z laterálního závěsu peritonea stavíme pokračujícím stehem. Omentum částečně resekováno na peánech, ligováno. Hemostáza dobrá. Laváž dutiny břišní roztokem Betadinu, odsátí. Do lůžka po levém tračniku hadicový drén č. 3, do malé pánve rovněž drén č. 3, fixovány stehy ke kůži. Defekt v břišní stěně po stomii šijeme v jemné vrstvě pokračujícím stehem Monoplus look, čímž provedena plastika kýly. Výplach rány Betadinem, epifasciálně Redon drén č. 12, fixován stehem ke kůži. Na podkoží zde tři stehy Safil 3/0, sutura kůže, krytí. Laparotomii uzavíráme rovněž v jedné vrstvě pokračujícím stehem Monoplus loop. Výplach podkoží Betadinem, sutura kůže, krytí. Výkon bez komplikací, krevní ztráty 300ml. Výkon proveden v cloně (Amoksiklav a Efloran). Po výkonu na JIP 2. Preparát: Resekát stomie (sigmoidea) - na histologické vyšetření.

6. 1. 2009 v 12 hodin 52 minut byl pacient přijat na JIP 2. Průběh po operaci odpovídá operačnímu rozsahu výkonu. Ze sálu předán při vědomí, oslovitelný, zornice izokorické, oběh stabilizován, srdeční akce pravidelná, ventilace spontánní, operační rána kryta, břišní drény se serosanguinozní sekrecí, DKK volné, akra teplá. Pro nízkou saturaci kyslíkem podán zvlhčený kyslík kyslíkovými brýlemi o průtoku 8l/min. Frakce kyslíku byla maximálně 40% a upravovala se dle stavu pacienta a SpO₂. Pacient má zaveden permanentní močový katétr Foley č. 14. Na dolních končetinách elastické punčochy. Periferní katétrů zavedené dva (modrá kanyla) na levé horní končetině (hřbet, zápěstí). Dále anesteziologem naordinována analgezie Dipidolor 15mg s. c. při bolesti. A sledování fyziologických funkcí (TK, P, DF, SpO₂) každých 15 min. po dobu 2 hod. poté každou hodinu a sledovat bilanci tekutin.

Dále z medikace naordinován

Amoksiklav 1,2g i. v. v 16 a 24 hod.,

Quamatel 20mg i. v. v 8, 16 a 24 hod.,

Ketonal 100mg i. v. v 13, 16 a 24 hod.,

Efloran 500mg i. v. ve 20 hod.,

Clexane 0,4ml s. c. ve 20 hod.,

Ringerfundin B. Braun 1000ml i. v.

Glukóza 1000ml + KCl 7,45% 40ml + Humulin R 100 30 jednotek + MgSO₄ 10% 20ml i. v.

Fyziologické funkce a celkový stav pacienta jsem sledovala po dobu dvou hodin každých 15 minut. (příloha č. 8) Dále byla po hodině sledována diuréza, odpady z břišních drénu, operační rána, celkový stav pacienta.

Ve 13 hodin jsem panu K. Z. dle ordinace lékaře napojila infúzi Ringerfundin B. Braun 1000ml, která kapala přes infúzní pumpu rychlostí 100ml/hod a Ketonal 100mg ve 100ml FR. Ve 13 hodin 30 minut jsem dle ordinace lékaře napojila infúzi 10% Glukózu 1000ml + 7,45% KCl 40ml + 10% MgSO₄ 20ml + 30j. Humulinu R, kapající také rychlostí 100ml/hod. Mezi tím jsem stále sledovala fyziologické funkce, které byli v normě. Pacient byl klidný, unavený, pospával. Provedla jsem mu vyčištění dutiny ústní štětičkou navlhčenou Stopanginem. V 16 hodin jsem dle ordinace lékaře podala Ketonal 100mg ve

100ml FR kapající rychlostí 100ml/hod, Amoksiklav 1,2g ve 100ml FR kapající 100ml/hod. Kolem 17 hodiny mě pacient prosil o alespoň svlažení rtů. Po domluvě s lékařem a dle jeho ordinace jsem dovolila pacientovi popíjet hořký čaj. V 18 hodin jsem panu K. Z. odebrala z prstu kapku krve na glykémii, jejíž hodnota byla 14,7 mmol/l. V 19 hodin jsem pacientovi přes infúzní pumpu podala dle ordinace lékaře 10% Glukózu + 7,45% KCl + 10% MgSO₄ 20ml + 10j. Humulinu R kapající rychlostí 100ml/hod a 100ml Efloran 500mg kapající rychlostí 100ml/hod. Jako antikoagulační léčbu jsem dle ordinace lékaře aplikovala panu K. Z. do pravé paže Clexane 0,4ml. Poté jsem dle ordinace lékaře dala pacientovi popíjet Nutridrink 200ml. Po celou dobu jsem sledovala pacientovi fyziologické funkce po hodině a hodinovou diurézu, která se pohybovala okolo 100ml/hod. Ve 24 hodin byl pacientovi aplikován Dipidolor 15mg s. c. do paže. Pacient spal mělce, ráno si stěžoval na rušné prostředí oddělení a občasné tupé bolesti v místě operační rány. V 5 hodin byla panu K. Z. dle ordinace lékaře napojena infúze 10% Glukózy 1000ml kapající přes infúzní pumpu rychlostí 100ml/hod.

1. pooperační den 7. 1. 2009, druhý den hospitalizace na JIP, celkově třetí den hospitalizace. Pacient je při vědomí, spolupracuje, břicho palpačně bolestivé, peristaltika slyšitelná. V 6 hodin jsem pacientovi odebrala krev na biochemii a KO, dále kapku krve z prstu na zjištění glykémie, která byla 9,8mmol/l. Pacient je oběhově stabilní, periferní katétry funkční, drény odvádí, saturace v normě bez kyslíku, fyziologické funkce v normě (TT 36,6°C, TK 150/70 torrů, P 65 tepů/min, D 18 dechů/min, SpO₂ 96%), bolest tlumena Dipidolor 15mg s. c., hygiena pacienta provedena na lůžku, úprava lůžka. Permanentní močový katétr funkční bez proplachů, hodinová diuréza se pohybuje okolo 100ml. Rána klidná, bez sekrece. Převaz proveden přísně asepticky lékařem. Pacient má volný režim na lůžku. Dále naordinován

Humulin R 6 jednotek s. c.,

Kalnormin 1tbl p. o. 3x denně,

Syntostigmin i. v. v 8, 16, 24 hod.

Po ranních odběrech a hygieně jsem pacientovi aplikovala v 7 hodin 30 minut 6j. Humulin R. Poté dostal pacient popíjet Nutridrink 200ml a hořký čaj. Pacient si stěžoval na tupou bolest v místě operační rány, která se podle VAS pohybovala na č. 5., dle ordinace lékaře jsem aplikovala Dipidolor 15mg s. c. V 8 hodin jsem dle ordinace lékaře podala 100ml Efloran a Amoksiklav 1,2g + Syntostigmin 0,5mg ve 100ml FR kapající rychlostí 100ml/hod. Poté se dle ordinace lékaře léčba intravenózními antibiotiky zrušila. V 11 hodin 30 minut jsem pacientovi odebrala krev na glykémii, jejíž hodnota byla 12,1mmol/l. Pacient mi sdělil, že ho opět provází tupá bolest v místě operační rány, dle ordinace lékaře jsem pacientovi aplikovala Dipidolor 15mg s. c.

Pacient byl v 12.45 přeložen na standartní oddělení, kde se pokračovalo v léčbě. Pacient byl při vědomí, orientovaný se spontánní ventilací. Fyziologické funkce byly v normě. Ve 13 hodin jsem pacientovi dle ordinace lékaře podala Ringerfundin B. Braun 1000ml. Kolem 16 hodiny si pacient opět stěžoval na bolest dle VAS č. 5. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala pacientovi Dipidolor 15mg s. c. V 16 hodin jsem pacientovi odebrala glykémii, kdy byla její hodnota 18,8mmol/l. V 17 hodin 30 minut jsem dle ordinace lékaře pacientovi aplikovala 12j. Humulin R, poté jsem dala panu K. Z. opět popíjet 200ml Nutridrinku.

Fyziologické funkce pacienta jsou v normě, permanentní močový katétr odvádí.
Drény odvádí minimální množství serosanguinózního sekretu.

V době od 8. 1. - 11. 1. 2009 bylo panu K. Z. naordinováno:

FARMAKOTERAPIE:

Nutriflex peri 2000ml i. v. + 7,5% KCl 60ml

8,7% NaHPO₄ 20ml

20% MgSO₄ 20ml

30j. Humulin R

Dipidolor 15mg s. c. při bolesti (převážně okolo 8. a 20. hodiny)

Ringerfundin B. Braun 1000ml i. v.

Humulin R s. c. ráno 8j.

poledne 10j.

večer 6j.

Nutridrink 2x denně p. o.

A dále chronická medikace: Concor 5mg ½ tbl ráno p. o.

Isoptin 240mg 1/2mg ½ tbl ráno p. o.

Quinapril 20mg ½ tbl ráno p. o.

Apo-ome p. o.

Amicloton 1 tbl ob den ráno p. o.

Oltar 6mg 1 tbl ráno p. o.

TERAPIE:

Rána převazována za sterilních podmínek. Dezinfekce a sterilní krytí.

Drény do 8. 1. 2009 odvedly BD1 = 90ml

BD2 = 110ml

RD = 10ml. Všechny tři drény odstraněny.

Permanentní močový katétr také odstraněn.

PLÁN:

Postupné plné zatížení diabetickou dietou.

Převést diabetickou léčbu zpět na p. o. PAD. Kontrola glykémie 3x denně. RHB.

6. pooperační den 12. 1. 2009, pacient má volný pohybový režim. Rána je klidná bez sekrece. Na vyžádání pacienta byla podávána analgetika. Úprava lůžka provedena. Fyziologické funkce jsou v normě (TT 36,6, TK 140/80, P 72', D 18', SpO₂ 94%). Pacient je zatížen stravou - dieta diabetická, toleruje, bez nauzey. Glykémie, TK, P, SpO₂ 3x denně, postupná fyzická zátěž. Pravidelná medikace podávána. Poprvé byl zaznamenán odchod stolice.

7. pooperační den 13. 1. 2009, pacient je oběhově stabilní, fyziologické funkce v normě (TT 36,0, TK 130/80, P 84', D 19', SpO₂ 96%). Pacient má volný pohybový režim s postupnou zátěží. Rána je klidná bez sekrece. Analgetika pacient nevyžaduje, pravidelná medikace podávána. Převaz rány proveden a dále vytaženy stehy ob jeden. Stolice odchází. Dnes poslední den antibiotika.

8. pooperační den 14. 1. 2009, pacient se cítí dobře, fyziologické funkce má v normě (TT 36,2, TK 130/70, P 80', D 18', SpO₂ 97%). Pacient je soběstačný, bez bolestí. Rána je klidná, dle ordinace lékaře proveden převaz. Pravidelná medikace podána. Pacient poučen o dodržování diety, konzumace dostatku tekutin. O kontrole u praktického lékaře do tří dnů od propuštění. Kontrola v chirurgické ambulanci k odstranění stehů za týden od propuštění, při obtížích dříve. Dle dispenzarizace kontrola v onkologické ambulanci (v plánu 19. 2. 2009). Pacient propuštěn domů v 10 hodin.

2.11.3. Farmakoterapie

INFÚZE

1. Ringerfundin B. Braun 1000ml (RR) – kontinuálně i. v.
2. Glukóza 1000ml i. v. + 7,45%KCl 40ml
Humulin R 100 30jednotek
10%MgSO₄ 20ml
3. Nutriflex peri 2000ml i. v. + 7,5% KCl 60ml
8,7% NaHPO₄ 20ml
20% MgSO₄ 20ml
30j. Humulin R

ANTIBIOTIKA

Amoksiklav i. v. 1,2/100ml FR po 8 hodinách i. v., kape 30 minut

Efloran 500mg i. v. 100ml roztoku, kape 30 minut

FARMAKA

Quamatel i. v. 20mg/100ml FR po 8 hodinách i. v.

Ketonal i. v. 100mg/100ml FR po 8 hodinách i. v.

Efloran 500mg i. v. 100ml roztoku, kape 30min

Clexane s. c. 0,4ml/den

Dipidolor 15mg s. c. při bolesti

Kalnormin p. o. 3tbl/den

Humulin R s. c. 6jednotek 3x/den

Concor 5mg p. o. 1/2tbl/den

Quinapril-Teva p. o. 1/2tbl/den

Isoptin sr240mg p. o. 1/2tbl/den

KYSLÍKOVÁ LÉČBA

Zvlhčený kyslík se podával pomocí přístroje, průtok 8 l O₂/min kyslíkovými brýlemi. Frakce kyslíku byla maximálně 40% a upravovala se dle stavu pacienta a SpO₂.

Název léku	Skupina	Popis	Vedlejší účinky
Amoksiklav i. v.	Širokospektré penicilinové antibiotikum.	Antibiotická profylaxe.	Přecitlivělost na penicilin, nauzea, zvracení, průjem, alergická kožní reakce, anafylakt. šok.
Clexane s. c.	Antikoagulans.	Profylaxe tromboembolické nemoci.	Krvácení, trombocytopenie, lokální reakce.
Concor tbl.	Beta blokátor.	K léčbě chronické srdeční nedostatečnosti.	Pocit chladu, necitlivělosti v končetinách, únava, závratě.
Dipidolor	Opioid.	Ke zmírnění silné bolesti.	Únava, ospalost, nevolnost, zvracení, zácpa.
Efloran	Chemoterapeutikum.	Účinek proti anaerobním infekcím.	Neurologické obtíže, vyrážky.
Humulin R	Antidiabetikum.	K úspěšnému léčení DM I.,II. typu i ostatních.	Hypoglykémie, systémová přecitlivělost nebo místní.
Isoptin sr 240	Antiarytmikum, antihypertenzivum.	K léčbě hypertenze a prevence IM.	Pokles TK, palpitate, únava.
Kalnormin	Minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem.	Při snížené hladině draslíku v krvi.	Zažívací obtíže, nechutenství, nevolnost, zvracení.
Ketonal i. v.	NSAID	K léčbě revmatických onemocnění a ke zmírnění bolesti.	Poruchy GIT, bolesti hlavy.
Quamatel	Antacidum, antiulcerozum.	K léčbě onemocnění, při kterých je potřeba snížit sekreci žaludeční šťávy.	Zvýšená TT, bolest hlavy, únava, průjem nebo zácpa.
Syntostigmin	Parasympatomimetikum.	K útlumu střevní peristaltiky.	Nadměrná sekrece (slinění, slzení, kašel), mióza, neostře vidění do dálky.
Ubretid	Parasympatomimetikum.	K terapii a profylaxi	Nauzea, zvracení, průjem,

		pooperační atonii střev.	hypotonie svalstva.
10% Glukóza	Glucosi infusio	Infúzní roztok pro parenterální výživu Dodání energie a parenterální výživa.	
10% NaCl	Natrium chloridum	Infúzní roztok pro parenterální výživu.	Kromě nežádoucích účinků vyvolané nevhodnou infúzní terapií, nejsou známy.
10% MgSO4	Magnesii sulfas heptahydricus	Pomocná léčba křečových stavů, hypomagnezémie, dlouhodobá parenterální výživa.	Svalová slabost, nauzea, periferní vazodilatace, hypotenze, únava, ospalost
Humulin R 100 m.j./ml	Insulinum humanum biosyntheticum, antidiabetikum	Pro léčbu diabetes vyžadující rychlý účinek inzulínu.	Riziko hypoglykémie při předávkování.
7,5% KCl	Kalium chloridum 7,5%	Při hypokalémii	Při hyperkalémii vzniká riziko poruchy srdečního rytmu.
Quinapril-teva	antihypertenzivum	Uspadňuje srdeční činnost, brání zesílení srdeční stěny, a tím zlepšuje zásobování srdečního svalu kyslíkem.	Poruchy spánku, nervozita, deprese, rozmazané vidění, nízký krevní tlak.
Amicloton	Diuretika kombinovaná s draslík šetřícími diuretiky.	Antihypertenzivní účinek.	Nevolnost, zvracení, nechutenství, průjem, zácpa, zvýšená citlivost na světlo.
Oltar 6mg	Perorální antidiabetikum	Ke snížení hladiny cukru v krvi. K léčbě některých forem diabetu.	Hypoglykemická reakce, kožní reakce.

Apo ome	antiulcerozum	K léčbě žaludečních a duodenálních vředů. K trávicím obtížím objevující se bolestí nadbřišku.	Bolest hlavy, průjem, zácpa, zvracené, plynatost, kožní reakce.
----------------	---------------	---	---

2.12. Prognóza

Prognóza závisí na včasné diagnostice onemocnění. Také na závažnosti, pokročilosti onemocnění, celkové klasifikaci karcinomu a způsobu operačního přístupu. Dále také na spolupráci pacienta a jeho celkového stavu.

Prognóza pana K. Z. vzhledem k časně diagnostice a rozsáhlému operačnímu výkonu se vyvíjela slibným směrem. Pacient v dubnu 2008 podstoupil chemoterapeutickou léčbu, kterou toleroval. Po skončení chemoterapeutické léčby v říjnu 2008 ošetřující lékař po CT vyšetření a kolonoskopii indikoval stav pacienta k zanoření stomie. Pacient byl 5. 1. 2009 přijat a 6. 1. 2009 provedena operace: zanoření stomie, descendentosigmoideoanastomóza side to side, plastika parastomální kýly. Průběh hospitalizace byl příznivý. Pacient na zákrok i léčebné postupy reagoval pozitivně. O dalších postupech léčby v domácím léčení byl informován.

3. Ošetrovatelská část

3.1. Úvod

V této části se zabývám metodikou ošetrovatelského procesu, zhodnocení pacienta podle „Modelu fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové, stanovením aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz, realizací a hodnocením ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila z analýzy informací získaných rozhovorem s panem K. Z. při přijetí na JIP oddělení FN v Hradci Králové 6. 1. 2009, vlastním pozorováním, ze zdravotnické dokumentace a od členů ošetrovatelského týmu. Během hospitalizace byly postupně doplňovány. Na jejich základě byl sestaven plán ošetrovatelské péče (6. 1. - 7. 1. 2009).

3.2. Charakteristika ošetrovatelského procesu

Teorie ošetrovatelského procesu se dostala do Evropy ze Spojených států amerických. Je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Umožňuje specifický systematický individualizovaný způsob ošetrování o každého pacienta.

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda, která řeší problémy pacienta. Uskutečňuje se v pěti fázích. Tyto fáze ošetrovatelského procesu se vzájemně propojují a ovlivňují. V tomto procesu je zapotřebí interakce mezi pacientem a sestrou. Sestra hodnotí pacienta pomocí pozorování, naslouchání a rozhovoru. Stanoví ošetrovatelské diagnózy, podle kterých plánuje, provádí a hodnotí poskytnutou péči či opatření.

Do těchto fází patří:

- Zhodnocení pacienta - sestra musí o svém pacientovi získat co nejvíce potřebných informací. Během této fáze sestra pomocí rozhovoru shromažďuje informace: jméno, příjmení, věk, rodné číslo, název zdravotní pojišťovny, místo bydliště, důvod přijetí. Další údaje získává pozorováním a vyšetřením. Tímto způsobem získá údaje o současném zdravotním stavu, o psychických, biologických, sociálních a spirituálních potřebách. V této fázi má sestra nejvíce příležitostí navázat užší osobní kontakt s pacientem a především zjišťuje

informace, které ji pomohou okamžitě zahájit potřebnou ošetrovatelskou péči a jsou zcela zásadní pro stanovení diagnózy a na ni postavené individualizované ošetrovatelské péči.

- Stanovení ošetrovatelské diagnózy - ošetrovatelská diagnóza je závěr provedený sestrou na základě pečlivého a systematického sběru informací o pacientovi. Na základě toho si sestra stanoví aktuální a potenciální diagnózy a určí priority ve spolupráci s pacientem. Ošetrovatelská diagnóza zahrnuje oblasti, které je sestra schopná ovlivnit.
- Plánování ošetrovatelské péče - je to systematická metoda řešení problémů pacienta, které může sestra profesionálně ovlivnit. Ve fázi plánování se postupuje ve čtyřech následných krocích:
 - spolu s pacientem sestra stanoví cíle, kterých chtějí dosáhnout,
 - zvolí vhodné ošetrovatelské zákroky, které povedou k dosažení stanovených cílů,
 - sestra ošetrovatelský plán prodiskutuje s pacientem
 - pro zajištění stálé péče, sestra seznámí s plánem ostatní členy ošetrovatelského týmu.
- Realizace plánu - tato část se týká vlastního ošetrování pacienta.
- Zhodnocení péče - hodnocení pomáhá zjistit účinnost nebo neúčinnost ošetrovatelské péče a poskytuje zpětnou vazbu o tom, co děláme a jak to děláme. (7, 9, 11, 14)

3.3. Ošetřovatelská anamnéza

Vědomí	Při vědomí, orientovaný, spolupracoval, komunikoval
TT	35,5°C
TF	98 tepů/min
DF	20 dechů/min
TK	130/60 torrů
SpO ₂	95%
VAS	3 - 5
Diuréza	200ml/hod
PŽK	1) zápěstí - funkční Madon 0 zaveden 1. den hospitalizace 2) hřbet - funkční Madon 0 zaveden 2. den hospitalizace
PMK	velikost č. 14 funkční, nebyl proplachovaný zaveden 1.den
Drény	1) BD1 1. Den 2) BD2 1. Den 3) Redon 1. Den
Prevence TEN	Elastické punčochy
Rána	Klidná, bez sekrece, retence či známek inflamace.

3.3.1. Model ošetrovatelské péče

Pro svou práci jsem si vybrala „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Tento model je založen na interakci jedince, prostředí a vyjadřuje jeho bio-psycho-sociální integraci. Poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu zdraví celého organismu. Z hlediska holistické filozofie představuje nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Základní strukturu tohoto modelu tvoří dvanáct oblastí, které jsou označovány jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Mezi těchto dvanáct oblastí patří:

1. Vnímání zdraví - udržování zdraví
2. Výživa - metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita - cvičení
5. Spánek - odpočinek
6. Vnímání - poznávání
7. Sebepojetí - sebeúcta
8. Role - vztahy
9. Reprodukce - sexualita
10. Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance
11. Víra - životní hodnoty
12. Jiné.

(9, 14, 15)

3.3.2. Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Majory Gordonové

Při příjmu 5. 1. 2009 na standartní oddělení sestra získala a zaznamenala údaje o pacientovi do ošetřovatelské anamnézy. Informace získala ze zdravotnické dokumentace pacienta, z rozhovoru s pacientem a vlastním pozorováním.

6. 1. 2009 v den po operaci na JIP jsem od pacienta rozhovorem a pozorováním odebrala ošetřovatelskou anamnézu a naplánovala ošetřovatelskou péči, která byla stanovena na 24 hodin. Den operace byl zvolen proto, že pacient již při hospitalizaci na JIP komunikoval bez problémů.

1. Vnímání zdraví - udržování zdraví

Pacient byl od roku 1996 léčen pro arteriální hypertenzi a diabetes mellitus. Počátkem roku 2008 začal mít zažívací problémy, které v dubnu 2008 vedly k Hartmannově operaci pro ileosní stav při stenosujícím adenokarcinomu sigmoidea. Ihned po přesném stanovení diagnózy byla zahájena chemoterapie. Pacient léčbu snášel dobře. Lékaři mu sdělili, že pokud bude léčba úspěšná, stomie se operativně zanoří. Pacient věřil, že vše proběhne dobře a cítil podporu v manželce a rodině. V září 2008 bylo lékařem indikováno zanoření sigmoideostomie po dokončení onkologické léčby. Poslední chemoterapie (dvanáctá) byla podána v říjnu 2008.

6. 1. 2009 byl pacient operován. Poté hospitalizován na chirurgickém JIPu až do stabilizace stavu. Bezprostředně po operaci měl pacient bolesti a nauzeu, byl unaven, ale přesto dokázal s úsměvem vyslovit: „*Konečně to mám za sebou.*“ Pooperační stav pacient zvládal pozitivně. Po stabilizování stavu pacienta byl přeložen na chirurgickou lůžkovou jednotku, kde byl hospitalizován do 14. 1. 2009.

2. Výživa - metabolismus

Pacient byl celý život silnější postavy. Jeho váha se v posledních letech neměnila ani v důsledku nemoci. Pohybuje se okolo 110kg na výšku 178cm, z čehož vyplývá hodnota BMI 34,7. Rád se najedl i napil piva, dříve kouřil 20 cigaret denně. Postavu ani zdraví neřešil, přestože se oba rodiče léčili s hypertenzí. Zubní protézu nemá. V roce 1996 mu byla zjištěna arteriální hypertenze a diabetes

mellitus na PAD léčbě. Pacient od té doby dodržuje diabetickou dietu, která mu vyhovuje, přestože byly začátky dost těžké. Během onkologické léčby si pacient váhu udržel. Stravu přizpůsobil svému tehdejšímu stavu, kdy měl přes stěnu břišní vyvedenou stomii. Jedl pravidelně 6x denně stravu bohatou na bílkoviny, minerály a vitamíny. Snažil se vyhýbat sladké, tučné a také nadýmavé stravě. Rád pije černý čaj, kávu a minerální vody. Nyní jsou tekutiny hrazeny parenterálními infúzemi Ringerfundin B. Braun (RR), 10% glukóza + 7,45% KCl 40ml + 20% MgSO₄ 40ml + 30j. Humulin R – kontinuálně i. v., rychlost se měnila dle bilance tekutin, která se od příjezdu na JIP měřila po hodině. Dieta je v den po operaci čajová s popíjením Nutridrinku 200ml. Pacient má sníženou chuť k jídlu pro bolesti po operaci. Obě kanyly na LHK jsou funkční. Kůže a sliznice bez zjevných problémů. Pokožka suchá, bez dekubitů (příloha č. 1). Operační rána klidná, obvazy suché, drény odvádí minimální množství serosanguinozního sekretu.

3. Vylučování

Před hospitalizací pacient problémy s močením neměl. Nyní má zaveden první den permanentní močový katétr Foley o velikosti číslo 14. Sledovali jsme množství a charakter moči pomocí uzavřeného systému s hodinovou diurézou. Celkový obrat tekutin za 24hodin se pohyboval okolo 3000ml, pečlivě se monitoroval příjem a výdej tekutin, vše se zaznamenávalo do dokumentace. Hodinová diuréza pacienta se pohybovala okolo 100ml/hod. Drény odváděly minimální množství serosanguinozního sekretu (celkem 50ml za 24 hodin).

Stolici do této doby zajišťovala stomie. Nyní bude pacient zatížen stravou. Je poučen o nutném odchodu stolice do tří dnů. Odchod plynů je již zaznamenán.

4. Aktivita - cvičení

Pacient je pravák. Od roku 1962 je po úrazové amputaci 2. a 5. prstu LHK. Před operací byl pacient naprosto soběstačný. Doma zvládal aktivity denních činností jako je hygiena, nakupování a udržování domácnosti. Volný čas trávil s manželkou na zahradě. Nyní se těší, až bude opět trávit dny aktivně.

Nyní bezprostředně po operaci má pacient klidový režim na lůžku. Kdy má pan K. Z. všechny potřebné pomůcky u lůžka - sklenka čaje s brčkem, Nutridrink, ovládání na lůžko. Druhý den se pan K. Z. pohyboval snadněji, bolesti postupně ustupovali. Byla provedena ranní hygiena na lůžku, kdy jsem pacientovi pomohla umýt DKK a záda. Pacient spolupracoval.

- Zhodnocení - Rizika vzniku pádu (příloha č. 5)
- Barthelův test všedních činností (příloha č. 2)
- Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (příloha č. 1).

5. Spánek - odpočinek

Před operací měl pacient kvalitní spánek celou noc s brzkým vstáváním. Podle pacienta: „*Ranní ptáče, dál doskáče.*“ Problémy s usínáním neměl. Přes den odpočíval hodinu denně. Rád se díval na televizi, u které občas usnul.

V nemocnici spí mělce, kvůli bolestem v místě operační rány, lékařským ordinacím a rušnému prostředí na JIPu. Léky pro lepší spánek odmítá, dle pacienta postačí léky na bolest.

6. Vnímání - poznávání

Pacient nemá problémy se sluchem. Nosí pouze brýle, jinak nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Je při vědomí a plně orientovaný místem i časem. Změny paměti nepozoruje.

Nyní má pacient tupé bolesti v místě operační rány, které nikam nepropagují, na vyžádání jsou podávána analgetika Dipidolor 15mg s. c. Průměrně 3x za den si pacient poprosil o lék na bolest. Pacient byl přivezen z operačního sálu ve 12 hodin 52 minut, kdy jsem hned po operaci dle ordinace lékařě pacientovi podala Ketonal 100mg ve 100ml FR, kapající rychlostí 100ml/hod, poté ještě v 16 hodin. Dále si pacient vyžádal Dipidolor 15mg s. c. ve

24 hodin. Pacient na analgetika reagoval pozitivně, bolest postupně ustávala. Dle pacienta se intenzita bolesti na stupnici od jedné do desíti pohybuje okolo čísla 5., po podání analgetik se bolest zmírnila na č. 1-2.

7. Sebepojetí - sebeúcta

Pacient sám sebe hodnotí jako optimistu, který je zodpovědný a vytrvalý. Podle svého úsudku i tímto přispěl k rychlému odstranění stomie. Stomii měl pacient umístěnou 9 měsíců. Dle slov pacienta, byl tehdy smířen s touto situací. Byl dostatečně informován o ošetřování stomie a o možných komplikacích. Jen měl obavy, aby si dokázal o stomii pečovat sám a nepřidělal starosti své manželce. Při zpětném hodnocení zjišťuje, že situaci zvládal společně s ženou dobře. Stavby úzkosti či depresí nezaznamenal. Hovoří klidně.

Nyní cítí omezení v kontaktu s manželkou, ale je si vědom, že až bude přeložen na standartní oddělení, tak za ním žena bude stále docházet.

8. Role - vztahy

Pan K. Z. žije s manželkou v panelovém domě, oba jsou v důchodu. Rádi dojíždí na svou zahrádku za městem. Mají dva dospělé syny, se kterými se pravidelně stýkají. Má tři vnoučata a v roli dědečka se cítí velmi dobře. Problémy v rodině neguje.

Pacient spolupracuje velmi dobře, je přátelský a aktivní. Vše se zájmem poslouchá a snaží se vyhovět našim požadavkům.

9. Reprodukce - sexualita

Vzhledem k věku jsem nepovažovala za vhodné na toto téma hovořit. Ale z mého odhadu z rozhovorů se mají s manželkou velmi rádi.

Problémy s prostatou pacient neudává.

10. Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance

Jako zátěžovou situaci považoval pacient onemocnění, se kterým se léčil a stomii, kterou se musel naučit ošetřovat. V případě potíží měl oporu v manželce a rodině. Ale jak sám říká: „*Stresu se nepoddávám.*“

V současné době se cítí dobře, je rád, že operace dopadla dobře a těší se na život bez stomie.

11. Víra - životní hodnoty

Pacient je ateista. Jeho heslo zní: „*Věřím lidem a dobro v nich.*“

Se svým životem byl doposud spokojený. Je šťastný ve společnosti své rodiny, která mu po celou dobu nemoci byla oporou.

12. Ostatní

Pacient již nechtěl nic dodat.

3.4. Ošetrovatelská péče v pooperačním období - 0. a 1. den po operaci

Pacient K. Z. byl přijat k zanoření stomie po Hartmannově operaci.

Po operaci byl pacient hospitalizován na JIPu, kde byla péče poskytována ošetřujícím personálem. Péče zahrnovala profylaktické opatření proti vzniku pooperačních komplikací, monitorování fyziologických funkcí, sledování bolesti, příjmu a výdeje tekutin. Operační rána byla sterilně převázována, dezinfekce a sterilní krytí. Byla prováděna péče o kanyly a močový katétr. Pacient měl tři vývodné drény z dutiny břišní, které odváděly minimální množství serosanguinozní sekrece (ke dni 8. 1. 2009 celkem 210ml).

3.5. Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na JIP bezprostředně po operačním výkonu 6. 1. 2009. Seřazeny byly podle aktuálních potřeb pacienta. Plán ošetrovatelské péče je stanoven na 24 hodin.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

- 1. Porucha dýchání**
- 2. Bolest akutní z důvodu operačního výkonu**
- 3. Porucha kožní integrity z důvodu operačního výkonu**
- 4. Deficit sebpéče daný kontinuální monitorací a pohybovým režimem**
- 5. Změna vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katétru**
- 6. Porucha spánku z důvodu hospitalizace (rušné prostředí odd., ordinace lékaře, bolesti v místě operační rány)**

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

- 7. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů**
- 8. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu udržování pooperačního režimu (klid na lůžku)**

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

Diagnózy jsou seřazeny podle priorit – naléhavosti jejich řešení.

Jsou stanoveny k prvnímu dni hospitalizace na JIP 6. 1. 2009, vyhodnocení bylo provedeno 7. 1. 2009.

1. Porucha dýchání z důvodu nedostatečné okysličení hemoglobinu kyslíkem

Ošetrovatelský cíl:

Saturace hemoglobinu kyslíkem bude v normě (96-100%).

Pacient dosáhne účinného dýchání a nebude mít pocit nedostatku kyslíku po podání kyslíkové terapie.

Ošetrovatelské intervence:

Ulož pacienta do zvýšené polohy.

Dle ordinace lékaře podávej zvlhčený kyslík.

Sleduj frekvenci dýchání, saturaci kyslíkem a stav vědomí.

Příprav pomůcky pro případnou inkubaci.

Jakékoli změny zaznamenej do dokumentace a informuj lékaře.

Realizace:

První den bezprostředně po operaci bylo třeba podávat kyslíkovou léčbu, frakce kyslíku se měnila dle stavu pacienta. Zvlhčený kyslík byl podáván první den (6. 1.) pomocí kyslíkových brýlí ve frakci 40% + 8l průtok za minutu. Kontrolovali jsme účinnost zvlhčené směsi a nepřetržitě monitorovali fyziologické funkce. Saturace kyslíku hemoglobinem byla bez podané kyslíkové terapie 94%, po podání kyslíku se pohybovala okolo 98%.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientovi se již k večeru (6. 1.) dýchalo lépe, neměl pocity nedostatku vzduchu. Saturace se bez podání kyslíku pohybovala okolo 95-98%.

2. Bolest akutní z důvodu operačního výkonu

Ošetrovatelský cíl:

Pacientovi se nebude prohlubovat délka a intenzita bolesti.

Pacient bude pociťovat zmírnění bolesti do 24 hodin, kdy bude udávat intenzitu bolesti na měřítku max. č. 4.

Ošetrovatelské intervence:

Kontroluj bolesti po třech hodinách (lokalizaci, vyvolávající příčinu, charakter bolesti).

Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře (Dipidolor 15mg s. c.)

Sleduj nežádoucí účinky (nauzeu, zvracení, sucho v ústech, únavu, slabost).

Uč pacienta správnému dýchání a odkašlávání.

Jakékoli změny zaznamenej do dokumentace a informuj lékaře.

Realizace:

Pacienta jsem seznámila s postupy, jakým způsobem se má otáčet na lůžku a jak z něj vstávat (přidržení operační rány, otočit se na bok, obě nohy z lůžka a současně se opřít o loket a tím se dostat do sedu, později stoje).

Velice důležitý je nácvik správného dýchání a odkašlávání. Při bolesti totiž pacient zadržoval dech a dýchání bylo nedostatečné. Pacientovi po břišní operaci jsem ukázala, jak si má ránu přidržet, když si potřebuje odkašlat.

Pacient byl dále seznámen, že si dle ordinace lékaře může vyžádat při bolesti analgetika. Aplikace Dipidoloru 15mg s. c. byla vždy zaznamenána do dokumentace (v 13 a 16 hodin byla panu K. Z. podána dle ordinace lékaře infúze Ketonol 100mg ve 100ml FR). Ve 24 hodin si pacient vyžádal lék na bolest - Dipidolor 15mg s. c. Stupnice bolesti se pohybovala první pooperační den na vizuální škále na 6-4-2. Projevovala se jako tlaková a tupá. Po aplikaci Dipidoloru 15mg s. c. U pacienta se neprojevíly žádné vedlejší účinky jako nauzea, zvracení, únava.

Pacient dodržoval klidový režim na lůžku.

Hodnocení:

Pacientovi bezprostředně po operaci byla naordinována infúze Ketonal 100mg ve 100ml FR, která se aplikovala ve 13 a 16 hodin. Pacient během této doby vyjadřoval bolest na měřítku s č. 4. Po večerní medikaci pan K. Z. usnul na 3 hodiny. Po probuzení cítil bolest o č. 6, kdy jsme ihned aplikovali Dipidolor 15mg s. c. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

3. Porucha kožní integrity z důvodu operačního výkonu

Ošetrovatelský cíl:

Operační rána se bude hojit bez známek infekce.

Ošetrovatelské intervence:

Založ plán péče o operační ránu.

Dle ordinace lékaře pečuj o operační ránu (převazy).

Kontroluj a pečuj o další invazivní vstupy (periferní žilní katétr, břišní drény).

Pacienta zapojuj do léčebných i preventivních opatření.

Sleduj celkový stav pacienta.

Jakékoli změny zaznamenej do dokumentace a informuj lékaře.

Realizace:

Při převazu rány je třeba pracovat sterilně. Převaz operační rány vykonal první pooperační den lékař. Rána neprojevovala známky infekce, byla klidná, bez sekrece. Hojení rány bylo prozatím zhodnoceno jako per primam. Zkontroloval proces hojení a doporučil další postupy léčby. Břišní drény odvádí minimální množství serosanguinozní sekrece. Bylo dodržováno hygienické mytí rukou. Lůžko a osobní prádlo bylo udržováno v čistotě. Operační rána v průběhu dalších dní byla klidná, bez zarudnutí. Převazována sterilně. Sedmý pooperační den byly vytaženy stehy ob jeden. Rána se hojila per primam. Po celý průběh hospitalizace nebyly pozorovány žádné komplikace.

Hodnocení:

Rána se během prvních 24 hodin jevila jako hojící per primam, kdy nejevila známky infekce ani sekrece. Břišní drény odváděli minimální množství serosanguinozní sekrece.

4. Deficit sebedpěče daný kontinuální monitorací a pohybovým režimem

a) deficit celkové hygieny

b) deficit vyprazdňování

Ošetrovatelský cíl:

Dojde k uspokojení základních potřeb v oblasti hygieny a vyprazdňování.

Nedojde k jakýmkoli změnám na pokožce v důsledku nedostatečně prováděné hygienické péče.

Bude zajištěno fyziologické vyprazdňování.

Ošetrovatelské intervence:

a) Prováděj ve spolupráci se sanitářem celkovou hygienu na lůžku dle potřeby pacienta.

Udržuj lůžko v suchu a čistotě, dle potřeby přestel lůžko.

Po omytí kůže poklep a jemně promasíruj, vetři masážní emulzi.

Sleduj integritu kůže na inkriminovaných místech.

Součástí hygienické péče je:

Hygiena dutiny ústní – Několikrát po sobě vytři dutinu ústní tampónem smočeným ve Stopanginu. Kontroluj integritu rtů, udržuj je vláčné.

b) Potřebné pomůcky připrav k lůžku.

Vysvětlí nutnost zavedení permanentního močového katétru.

Realizace:

Bezprostředně po operaci byla prováděna hygiena dutiny ústní pro větší množství tvorby slin – nauzea. Pacient se první den po operaci cítil unavený. Měl pocit suchosti v ústech. Při ranní hygieně byl aktivní. Byla provedena celková hygiena na lůžku s výměnou lůžkovin. Pacient spolupracoval.

Pacient dodržoval klidový režim na lůžku s postupnou rehabilitací. Vyprazdňování moče bylo zajištěno zavedeným permanentním močovým katétre Foley č. 14., který se 3. den po operaci z důvodu postupné rehabilitace – posazování, postupné vertikalizování zrušil.

K vyprázdnění stolice během pobytu na JIP nedošlo. Odchod plynů je již zaznamenám.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo k změnám na kůži (oprúzeniny, dekubity) v důsledku upoutání na lůžku s nedostatečným pohybovým pooperačním režimem.

Permanentní močová cévka byla zavedena po celou dobu na JIPu, poté ještě 1. den na standartním odd.

U pana K. Z. byl zaznamenám odchod plynů.

Stolice zatím není.

5. Změna vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katétru

Ošetrovatelský cíl:

Pacient bude mít fyziologické množství i barvu moči.

U pacienta bude včas zjištěna možná infekce močových cest.

Permanentní močový katétr bude průchodný.

Jakékoli změny zaznamenej do dokumentace a informuj lékaře.

Ošetrovatelské intervence:

Dbej na dodržování denního příjmu tekutin.

Dle ordinace lékaře kontroluj množství moči a vše zaznamenávej do dokumentace.

Sleduj množství a barvu moči a možné příměsi. O změnách informuj lékaře.

V případě neprůchodnosti permanentního močového katétru sterilně propláchni.

Dodržuj aseptické postupy při jakékoli manipulaci s cévkou.

Realizace:

Pacient měl zavedený permanentní močový katétr Foley č. 14 z důvodu operačního výkonu a za účelem přesného sledování množství moče a možných příměsí. Výdej tekutin močí byl 1280ml/24 hodin. Diuréza byla sledována v hodinových intervalech pomocí uzavřeného drenážního systému. Tento systém nám umožnil sledovat množství a charakter moče. Pacient dobře snášel zavedený močový katétr.

Hodnocení:

Pacient měl bilanci tekutin v normě a dobře snášel močový katétr.

Nebyly patrné žádné známky infekce.

6. Porucha spánku z důvodu hospitalizace (rušné prostředí odd., ordinace lékaře, bolesti v místě operační rány)

Ošetrovatelský cíl:

Pacient bude mít kvalitní spánek celou noc (od 22 do 6 hodin)

Pacient se po probuzení bude cítit odpočatý.

Ošetrovatelské intervence:

Zjišťuj zvyky pacienta před spánkem.

Všímej si hluku a osvětlení na JIP a snaž se eliminovat tyto zdroje.

Sleduj u pacienta projevy bolesti, popřípadě dle ordinace lékaře aplikuj analgetika.

Realizace:

Po získání důvěry pacienta a po všech rozhovorech s ním, mi pan K. Z. sdělil, že se mu zde na JIP špatně spí (přes den) a cítí se unaven. Konkrétně byl nespokojen s hlukem na oddělení. Snažili jsme se tedy hluk na oddělení eliminovat, být ohleduplní k pacientům. Před spánkem (večer) se pacientovi vyvětral pokoj. Léky na spánek pacient nevyžadoval. Na bolest si pacient nestěžoval. Po večerní medikaci pacient usnul na 4 hodiny, ve 24 hodin si vyžádal léky na bolest, kdy se na měřítku intenzita bolesti pohybovala na č. 6. Poté pacient spal až do ranní ordinace (do 5 hodin).

Hodnocení:

Pacient se po probuzení cítil odpočatý. Na bolest léky nevyžadoval, na měřítku bolesti hodnotil intenzitu o č. 2.

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

7. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů

Ošetrovatelský cíl:

V okolí invazivních vstupů či operační rány se nebudou projevovat známky infekce.

Pacient nebude jevit celkové známky infekce (horečka, zimnice, třesavka).

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj celkový stav pacienta.

Sleduj místa vpichů periferních žilních katétrů (a) LHK zápěstí, b) LHK hřbet).

Sleduj funkčnost katétrů.

Všímej si změn v okolí invazivních vstupů či operační rány.

Při péči o invazivní vstupy či operační ránu postupuj přísně asepticky.

Dodržuj převazy dle standardů a ordinace lékaře.

Jakékoli změny zaznamenej do dokumentace a informuj lékaře.

Realizace:

Pacient byl po celou dobu hospitalizace bez teplot. Záznam byl proveden do teplotní tabulky. První den po operaci byl proveden za sterilních podmínek převaz. Provedl desinfekci rány a sterilně kryl. Kanyla a) (LHK zápěstí) byla zavedena 2. den, kanyla b) (LHK hřbet) byla zavedena 3. den, obě kanyly bez známek infekce, dle Madona na hodnotě nula. První převaz rány a drénů po operaci vykonal lékař přísně asepticky a naordinoval další péči o ránu. Rána i okolí drénů bylo klidné, bez zarudnutí v okolí, bez sekrece. Operační rána v průběhu dalších dní byla stále klidná, bez zarudnutí a sekrece. Převazována sterilně. Drény odvádí minimální množství serosanguinozní sekrece (ke dni 7. 1. celkem 150ml).

Hodnocení:

U pacienta se neprojevily celkové ani místní známky infekce.

8. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu udržovat klid na lůžku

Ošetrovatelský cíl:

U pacienta se neprojeví tromboembolická nemoc a její komplikace.

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj příznaky a zajišťuj elevaci DKK.

Kontroluj funkčnost elastických punčoch.

Sleduj barvu kůže a její teplotu.

Dle ordinace lékaře podávej antikoagulační léčbu.

Sleduj projevy krvácení.

Prováděj rehabilitaci DKK.

Realizace:

Pacientovi jsem aplikovala jednou denně Clexan s. c. 0,4ml. Sledovala jsme kůži a teplotu dolních končetinách. Pacient měl natažené elastické punčochy u kterých jsme sledovali jejich funkčnost. Byla prováděna elevace DKK.

Hodnocení:

U pacienta se neprojevila tromboembolická nemoc.

3.6. Dlouhodobý plán

Po zhodnocení ošetrovatelských cílů bylo i nadále nutné se soustředit na ty, u kterých nedošlo k jejich splnění. Jednalo se zejména o ty diagnózy, které souvisely s operační ránou, bolestí a vyprazdňování.

První diagnózou byla *Bolest akutní z důvodu operačního výkonu*, kdy jsme nadále dle upozornění pacienta na bolest aplikovali analgetika Dipidolor 15mg s. c. Pacient si na bolest převážně stěžoval kolem 8. hodiny ránní a 20. hodiny večerní. Kdy se intenzita bolesti pohybovala na škále okolo č. 4. Tento lék se podával do 9. 1., poté lékař změnil medikaci na Ketonal forte 100mg p. o. 1tbl ráno a jedna tbl večer. Cíle bylo dosaženo 13. 1., kdy pacient odmítl lék na bolest.

Další diagnózu, kterou jsme dlouhodobě řešili, byla *Porucha kožní integrity z důvodu operačního výkonu*. Rána byla dle ordinace lékaře a standartů převazována denně, za použití desinfekce a sterilního krytí. Rána byla klidná, bez sekrece, retence či známek inflamace. 7. pooperační den (13. 1.) byli vytaženy stehy ob jeden. Při dimisi 14. 1. 2009 byla pacientovi ponechána část kožních stehů (potřeny Novikovem), kdy byl pacient propuštěn a edukován o kontrole v chirurgické ambulanci (19. 1.) pro vytažení kožních stehů. Při obtížích i dříve. Drény po celou dobu odváděli minimální množství serosanguinozní sekrece, její celkové množství bylo ke dni 8. 1. 2009, 210ml. Poté byli drény odstraněny, rány odezinfikovány a sterilně kryty.

Dále sem patří diagnóza *Deficit sebepéče*, kdy pacient musel dodržovat pooperační režim - klid na lůžku. Po překladech na standartní odd. (7. 1.) od 8. 1. 2009 začal dle ordinace lékaře s fyzioterapeutem s aktivní RHB. Posazování, vertikalizace, chůze kolem lůžka, chůze po chodbě. Dále byl pacientovi odstraněn permanentní močový katétr, kdy si pacient také musel začít docházet na toaletu. Stolice zatím nebyla zaznamenána, plyny však odchází a peristaltika je slyšitelná. Pacient spolupracoval bez problémů, byl aktivní. Ranní hygienu zvládal sám na židli u umyvadla. Tato diagnóza byla splněna ke dni 9. 1. 2009.

3.7. Psychosociální zhodnocení pacienta

Pokud budeme mluvit o nynějším stavu pacienta, který byl přijat k zanoření stomie po Hartmannově operaci, musím zmínit, že jsem se dlouho nesečkala s tak pozitivním přístupem k léčbě a optimistickým nadhledem. Pokud pacient takto ke své nemoci a léčbě přistupoval po celou dobu, není divu, že léčba byla úspěšná.

Když se však vrátíme k době, kdy byla pacientovi sdělena prvotní diagnóza: Adenokarcinom sigmoidea. Je to šokující zpráva i pro člověka velmi pozitivního a optimistického. Dle slov pacienta byl ve stavu zděšení, dle Küble-Rossově tedy v první fázi. Měl strach z budoucnosti a ze smrti. Dále došlo ke změnám vnímání jeho těla, nevěděl, jak se bude o stomii starat, jak bude vypadat, zda vývod nebude vidět pod oblečením. Neměl žádné zkušenosti s tímto onemocněním a léčbou. I přesto se snažil získat co nejvíce informací a spolupracoval. Další informace mu v době hospitalizace poskytoval ošetřující lékař a ostatní zdravotnický personál. Pan K. Z. měl dostatek informací. V předoperační době ho navštívila stoma-sestra, která ho informovala o celém průběhu péče o stomii. Po operaci stomii akceptoval se známkami nejistoty, během ošetřování však získával důvěru v ošetřující personál.

Také spoléhal na rodinu, která ho po celou dobu léčby velmi podporovala. Pacient se po celou dobu onkologické léčby nacházel ve fázi smlouváním a smířením, kdy doufal, že vše dopadne dobře, že prognóza je opravdu taková, kterou sdělovali lékaři - po onkologické léčbě, možnost zanoření stomie..

Postupně se za velké podpory rodiny a personálu adaptoval na novou situaci, která se po onkologické léčbě chýlila k novému začátku. Před panem K. Z. byla totiž další operace. Nynější zanoření stomie po Hartmannově operaci. Pacient byl vyrovnán se svou diagnózou a zároveň se cítil jako vítěz nad zákeřnou nemocí. K hodnocení zvládnutí nemoci a vztahu pacienta k diagnóze jsem si vybrala fáze dle Kübler-Rossově. (příloha č. 9 (25))

3.8. Edukační plán

Slovo edukace pochází z latinského slova *educatio*, které v překladu znamená vychovávání. Jedná se o výchovu pacienta k samostatnější péči o svoje onemocnění. Naším cílem je, aby pacient převzal větší část odpovědnosti za svoje zdraví a spolupracoval se zdravotnickým personálem.

Mezi obvyklé formy edukace patří osobní pohovor, individuální edukace, skupinová edukace, přednáška.

Význam edukace:

- Zlepšit život pacienta,
- zlepšit stav obyvatelstva,
- má význam v prevenci drog, alkoholu, očkování,
- je součástí ošetrovatelství a rozšiřuje úlohu sestry.

Fáze edukace:

- Projektování - Zde si stanovíme koho a jak, za jakých podmínek budeme edukovat. Stanovíme si cíle edukace a edukační plán.
Edukační plán by měl být přiměřený schopnostem pacienta
A měli bychom postupovat od jednoduchého ke složitému.
- Realizace - Provedení naplánované činnosti. Ošetrovatelský personál by měl průběžně hodnotit plán, opakovat, reagovat na změny, motivovat, chválit, ale i upozornit na chyby.
- Hodnocení - V této fázi posuzujeme a hodnotíme výsledky. Hodnotí nejen ošetrovatelský personál, ale i pacient nebo rodinní příslušníci. Pokud jsme vytyčeného cíle nedosáhli, snažíme se zjistit důvody, které nám k tomu bránily.

Základní kroky při edukaci:

1. Seznámit se s pacientem, představit se mu, získat jeho důvěru a poté co nejvíce informací
2. Předat pacientovi základní materiál
3. Provádět s pacientem pravidelné informační schůzky

4. Aktivně ho zapojovat do ošetřování
5. Předvést pacientovi ošetřování na modelu
6. Prezentovat pacientovi video, dát dostatek letáčků
7. Zapojit do problematiky příbuzné
8. Poskytnout pacientovi všechny dostupné informace o péči po hospitalizaci
9. Zodpovídat pacientovi jeho otázky, vybízet pacienta k dotazování
10. Informovat pacienta přiměřeně k jeho stavu o možných komplikacích (22)

Před propuštěním z nemocniční péče byl pacient poučen o doporučené životosprávě - šetřící dieta, dostatek tekutin. Dále o tom, že bude pokračovat ve své chronické medikaci, jak byl doposud zvyklý.

Pacienta jsem také poučila, jak má pečovat o ránu do doby, než navštíví chirurgickou ambulanci (19. 1.) pro odstranění kožních stehů. Panu K. Z. jsem dále připomněla, že nesmí zapomenout navštívit svého obvodního lékaře do tří dnů od propuštění. A poté postupovat dle jeho instrukcí.

Pacienta jsem edukovala o dietním opatření, pitném režimu a případných zažívacích problémech.

Dietní opatření:

Pacienti po operaci kolorecta by měli především v krátké době po operaci dodržovat určitá dietní opatření, která jsou důležitá.

Strava by měla obsahovat vitamíny, vlákninu, bílkoviny, méně tuků a měla by obsahovat dostatek tekutin. Strava by měla být bohatá a pacient by se měl naučit jíst pravidelně 6x denně v malých porcích.

Pokud pacient trpí některými ze zažívacích obtíží (průjem, zácpa, plynatost), může je ovlivnit různými druhy potravin.

Krok za krokem správnou stravou:

Po období podávání tekuté stravy a při její snášenlivosti, přecházíme ještě po dobu hospitalizace na lehkou dietu s malým zbytkem (se sníženým obsahem vlákniny).

Příklad diety s malým zbytkem (u tohoto pacienta kombinováno s diabetickou dietou):

- Snídaně a svačiny - kukuřičné lupínky, bílé pečivo, margarín, vejce, ovocné želé, DIA marmeláda bez zrníček, DIA ovocná šťáva
- Oběd a večeře - masový kuřecí vývar, cezená zeleninová polévka, maso bílé – ryby, drůbež, vejce, sýr, brambory, bílé pečivo, těstoviny, rýže

Nikdy neregulujte množství stolice snižováním příjmu potravin nebo nápojů, výsledkem bude nepravidelné vyprazdňování!

Jak předcházet komplikacím (zácpa, průjem, plynatost):

- Zácpa - zvýšit příjem tekutin
zvýšit příjem vlákniny
zvýšit pohyb
dodržovat pravidelné stravování
- Průjem - nejíst potraviny se zvýšeným množstvím kyselin př. ovocné šťávy
nepít alkohol
nejíst nadýmavé potraviny
zvýšit příjem tekutin a solí
dodržovat pravidelné stravování
- Plynatost - jíst pomalu a pořádně sousto rozžvýkat
dodržovat pravidelné stravování
nepít pěnivé nápoje a pivo
vyhýbat se nadýmavým potravinám př. luštěniny, cibule, květák
například špenát a zelená petržel omezují tvorbu plynů (23)

4. Závěr

Pacient byl hospitalizován na chirurgické klinice FN HK celkem 10 dní. Kdy byl přijat k plánovanému výkonu na standardní odd. 5. 1. 2009.

6. 1. 2009 byla pacientovi provedena operace, po které byl na 24 hodin hospitalizován na JIP 2. Po stabilizaci stavu 7. 1. byl přeložen zpět na původní standardní odd., kde se pokračovalo v léčbě do 14. 1.

Pacient během léčby spolupracoval a dodržoval léčebné režimy. Před propuštěním do domácího léčení byl informován o dodržování léčebných opatření (dieta, tekutiny, péče o ránu). Dále o nutnosti navštívit svého obvodního lékaře do tří dnů od propuštění, 19. 1. se dostavit na chirurgickou ambulanci k odstranění zbývajících kožních stehů a poté dle dispenzarizace se dostavit na kontrolu do onkologické ambulance.

Závěrem bych chtěla říci, že jsem velmi ráda za výběr tohoto pacienta. Měli jsme spolu přátelský vztah, který usnadňoval léčebné postupy. A na tomto místě bych mu chtěla poděkovat za to, že mi ukázal, jak se někteří pacienti také dokážou poprat se zákeřnou diagnózou a stále hledět se vztyčenou hlavou do budoucna.

5. Přehled použité literatury a dalších zdrojů

1. BOROVSANSKÝ, L. et.al.: *Soustavná anatomie člověka díl I.* 3. vyd., Praha, Státní zdravotnické nakladatelství, 1967. 592 s. ISBN 08-013/I.-67
2. BOROVSANSKÝ, L. et.al.: *Soustavná anatomie člověka díl II.* 4. vyd., Praha, Avicenum, 1973. 476 s. ISBN 08-012-73
3. DOENGES, M. E.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8
4. HOCH, J.: *Akutní chirurgie tlustého střeva.* Praha, Maxdorf, 1998. 184 s. ISBN 80-85800-85-3
5. HOCH, J., LEFFLER, J.: *Speciální chirurgie.* Praha, Maxdorf, 2001. 224 s. ISBN 80-85912-44-9
6. HOLUBEC, L.: *Kolorektální karcinom - současné možnosti diagnostiky a léčby.* 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2004. 194 s. ISBN 80-247-0636-9
7. JAROŠOVÁ, D.: *Teorie moderního ošetřovatelství.* Praha, ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
8. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J.: *Patologie.* 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2004. 347 s. ISBN 80-247-0785-3
9. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetřovatelství.* Praha, Nakladatelství Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
10. MOUREK, J.: *Fyziologie-učebnice pro studenty zdravotnických oborů.* Praha, Grada Publishing, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7
11. NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetřovatelství I.* Praha, Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6
12. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetřovatelství v kostce.* Praha, Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
13. ROKYTA, R.: *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech.* Praha, ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5
14. SOBIN, L., WITTEKIND, CH.: *TNM klasifikace zhoubných novotvarů.* Švýcarsko, A John Wiley & Sons, inc., publication, 2002. 196 s. ISBN 80-7280-391-3

15. STAŇKOVÁ, M.: *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd., Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
16. STAŇKOVÁ, M.: *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd., Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
17. STAŇKOVÁ, M.: *Základy ošetřování nemocných*. Praha, Nakladatelství Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6
18. STINGL, J.: *Základy anatomie pro bakalářské studium*. Praha, 2001.
19. VOMELA, J. et.al.: *Chirurgie pro sestry*. 1. vyd., Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 210 s. ISBN 80-7013-262-0
20. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H.: *Klinická onkologie pro sestry*. Praha, Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6
21. ZEMAN, M. et.al.: *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd., Praha, Grada Publishing, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2
22. Materiály zpracované na SZŠ (edukace)
23. Edukační letáček stoma-sestry z FN HK (edukace)
24. Zdravotnická dokumentace pacienta
25. Materiály z hodin PhDr. Kolínové na 3. LF UK (fáze Kübler-Rossově)
26. Materiály z ÚVN Praha (příloha č. 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9.)

<http://www.anamneza.cz/moduly/nemoc.php3?ID=222&nemoci=np&menu1=open> 26.3.09

6. Seznam použitých zkratek

apod.	a podobně
°C	stupně Celsia
cca	přibližně
cm	centimetr
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
D	dech
DF	dechová frekvence
DKK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
FN	fakultní nemocnice
fl	femtolitr
FR	fyziologický roztok
g	gram
GIT	gastrointestinální trakt
HK	Hradec Králové
IM	infarkt myokardu
inj.	injekčně
i. v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
K	draslík
KCl	kalium chlorátům
kg	kilogram
KO	krvní obraz
l	litr
LHK	levá horní končetina
m	metr
mg	miligram
MgSO ₄	sulfát hořčíku
min	minuta
ml	mililitr

mmol	minimol
MR	magnetická rezonance
Na	sodík
NaHPO ₄	sodík fosfátu
NSAID	non-steroid anti inflammatory druha
odd.	oddělení
P	puls
P	fosfor
PAD	perorální antidiabetika
PMK	permanentní močový katétr
p. o.	perorálně
PŽK	periferní žilní katétr
r.	rok
RHB	rehabilitace
RR	Ringerův roztok
RTG	rentgenové vyšetření
s. c.	subkutánně
SD	starobní důchodce
SOUS	střední odborné učiliště stavební
SpO ₂	saturace hemoglobinu kyslíkem
tbl	tableta
T. č.	toho času
TEN	trombembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzv.	tak zvaně
UICC	Union Internationale Contre le Cancor
umol	mikromoll
UZ	ultrazvuk (sonografické vyšetření)
VAS	vizuální analogová škála

7. Seznam příloh

1. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
2. Barthelův test základních všedních činností
3. Hodnocení nutričního stavu
4. Posouzení aktuálního psychického stavu
5. Zjištění rizika pádu
6. Glacow coma scale
7. Sledování pacienta na JIP bezprostředně po operaci
8. Fáze dle Kübler-Rossové
9. Ošetřovatelský záznam

8. Přílohy

Příloha č. 1 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoc	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Úplná	<10	Normální	Žádná	Dobrý	Dobrý	Úplná	Chodí	Není	4
Malá	<30	Alergie	DM, TT	Horší	Apatický	S doprovodem	Částečná	Občas	3
Částečná	<60	Vlhká	Obezita	Špatný	Zmatený	Sedačka	Omezená	Moč	2
Žádná	>60	Suchá	Nádor	Velmi špatný	Bezvědomý	Leží	Žádná	Moč i stolice	1

25 bodů a méně znamená riziko vzniku dekubitů

Příloha č. 2 Barthelův test základních všedních činností

Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/židli	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
	Celkem	

Příloha č. 3 Hodnocení nutričního stavu

	0 bodů	1 bod	2 body	hodnocení
BMI pacient <70	>20,5	18,5-20,5	<18,5	
Pacient >70 let	>22	20-22	<20	
Nechtěně zhubnutí v posledních 3-6 měsících a dále hubne	<5 kg	5 - 10 kg	>10 kg	
Celkový příjem stravy za den	>3/4	>1/4 - 3/4	0 - 1/4	

Příloha č. 4 Posouzení aktuálního psychického stavu

Orientace			Emoce			Chování		
Jméno	1	0	Plačtivost	1	0	Agrese	1	0
Věk	1	0	Úzkost (napjatý/tensní)	1	0	Opozice	1	0
Datum dnešního dne	1	0	Smutek	1	0	Nespolupráce	1	0
Kde je (místo)			(pesimismus/deprese)			Zpomalení/útlum	1	0
Kolik je hodin (asi)	1	0	Hyperaktivita	1	0	Apatie/nezájem	1	0
Počítat od 10-1	1	0	(zrychlený)					
Na výzvu otevřít/zavřít oči	1	0	Uzavřenost (nesdílný)	1	0			
Skóre 3 a méně informuj lékaře			Skóre 3 a více informuj lékaře			Skóre 3 a více informuj lékaře		

Příloha č. 5 Zjištění rizika pádu

	Skóre		skóre
Aktivita - Pohyb neomezený	0	Smyslové poruchy žádné	0
Používá pomůcek	1	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Potřebuje pomoc k pohybu	1		
Neschopen přesunu	1		
Vyprazdňování nevyžaduje pomoc	0	Mentální status orientován	0
V anamnéze nykturie/inkontinence	1	Občasná/noční dezorientace	1
Vyžaduje pomoc	1	Historie dezorientace/demence	1
Medikace neužívá rizikové léky	0	Věk 18 - 75	0
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1	75 a výše	1
		Pád v anamnéze	1
		Celkové skóre	

Příloha č. 6 Glacow coma scale

Odpověď	Reakce na určitý podnět	Body
Otevření očí	Spontánní	4
	Na oslovení	3
	Na bolestivý podnět	2
	Pacient nereaguje	1
Slovní odpověď	Plně orientovaná	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Bez odpovědi	1
Motorická odpověď	Uposlechne příkaz	6
	Adekvátní reakce na bolestivý podnět	5
	Úhyb	4
	Flexe na bolestivý podnět	3
	Extenze na bolestivý podnět	2
	Bez odpovědi	1
	Celkové skóre	

Příloha č. 7 Sledování pacienta na JIP bezprostředně po operaci

Čas	TF	TK syst	TK diast	moč	DF	SpO2
Příjezd	109 ^c	185	66	200	17	89%
15 min	100 ^c	178	73		39	89%
30 min	111 ^c	178	57		30	91%
45 min	112 ^c	143	69		29	94%
60 min	106 ^c	114	55		24	95%
75 min	100 ^c	118	56		24	96%
90 min	100 ^c	128	57		20	97%
105 min	102 ^c	131	60		21	97%
120 min	100 ^c	139	60	130	20	98%

Příloha č. 8 **Fáze dle Kübler-Rossově**

Fáze	projevy	co s tím
NEGACE ŠOK, POPÍRÁNÍ	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt. Získat důvěru.
AGRESE HNĚV, VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlivost apod.	Dovolito dregování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
DEPRESE SMUTEK	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztáty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.
SMÍŘENÍ SOUHLAS	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor - rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

Příloha č. 9 Ošetřovatelský záznam

Ošetřovatelský záznam

Jméno a příjmení : K. Z.
 Věk : 67 let
 Vyznání : Ateista
 Povolání : starobní důchodec
 Národnost : česka
 Osoba, kterou lze kontaktovat : manželka
 Oslovení : pane

Datum přijetí : 5.1.2009
 Hlavní důvod přijetí : porušená stormie po Hartmannově operaci
 Datum a kam propuštěn : 14.1.2009, domů

- Lékařská diagnóza:
- Adenokarcinom sigmoidu
 - arteriální hypertenze
 - diabetes mellitus
 -

Jak je nemocný informován o své diagnóze? Pacient K.Z. byl dostatečně informován o své diagnóze, včetně léčby.

Osobní anamnéza : Pacient K.Z. prodělal vážnou dětskou nemoc. V dětství trpěl na opakovanou bronchitidu. V 21 letech utrpěl amputaci 2. a 5. prstu levé ruky. Od r. 1996 léčen pro arteriální hypertenzi a diabetes mellitus na PAD.

Rodinná anamnéza Onk. muř od 50ti let ischemickou nemocí srdce, t. v 61 letech na MI. Matka se léčila s hypertenzí a t. v 87 letech. Bratr i sestra zemřeli v 68 letech na komplikaci DM.

Vyšetření Anamnéza, vyšetření základních fyziologických funkcí, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření - KQ, biochemie, EKG, RTG, STP

Terapie stabilizování pooperního stavu, sledování základních životních funkcí, protiletáková opatření, prot. vnitř. pooperní komplikací, sledování bolesti, příjím. a výdej tekutin, farmakoterapeutická léčba, péče o operaci: rana, PTK, PTK, drážp.

Důležité informace o stavu nemocného: Pacient počet hospitalizací volal bez problémů. L. početke. bezproblémová. po operaci měl po 1. sekundární vodu, který se projevovat. 80% podala jim tab. kápi. PTK. Všech 13 pacientů probíhají nyní kápi. a je nepodává. Jediný je problém, ani komplikace se neprojevily.

Alergie : jidlo Ne ~~Ano~~ pokud ano, které /
 Léky Ne ~~Ano~~ pokud ano, které /
 Jiné Ne ~~Ano~~ pokud ano, které /

Nemocný má u sebe tyto léky : */*.....

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada).....

Pacient byl při vstupu orientovaný, cílem, místem

klidný, spolupracoval

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

Pacient bydlí v malé manševce v panelovém domě v HK. Máji spolu 2 děti

12 a 3 ročníků. Rodinné problémy nejsou

Manševka v domě při st. sociálními pracovníci nemá

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? *Přišel k plánovanému výkonu -*
zamerčením s'gmsičasternie po Herimánskou operaci
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *Možná respirační infekce*
rychlá
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *Ano, budu si*
více dávat v dodržování preventivní a léčebné postupy
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? *Budu mi poskytnuta veškerá*
péče kterou bych doma sám s rodinou po operaci nezvládl
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? *Každí ráno je režim v kontaktu s*
rodinou, blízkými a manševkou, ale jen za krátkou standardní dobu, už se depeš
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? *Tak do odstranění selhání u Těch 14 dní*
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? *Žiji s manševkou*
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *Cela rodina (synové, manševka,*
vnoučata)
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? *Myšlím se jiné byli*
každ časová intervencí, se bude hospital rovněž k plánovanému výkonu
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? *Ano, jsou, přijeli manševka*
a poté bude dočasně i celá rodina. Těším se na vyzdravení
11. Co děláte rád ve volném čase? *Zabývám se. Budu s manševkou v*
panelovém domě, ale za měsíc máme zahradu, kam často jezdíme
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *Dobře*

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *bolest v místě operace ramna, která je tupá*
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte:
- Na čem je bolest závislá? *Na spánku, únavě, předtím operaci kloubu*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? *Zavolał sestru*
- Došlo po naší léčbě k úlevě? Úplně Částečně Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *Dostanm analgetika*

Hodnocení sestry: *Pacient dle bolesti dostával analgetika - Diproclor 15mg s.v. dle ordinace lékařů*

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *Měl spát, často se probouřím*
- Měl jste potíže i doma? Ano Ne
- Usínáte obvykle těžko? Ano Ne
- Budíte se příliš brzy? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *Kolem 6.-7. hodiny ranní, ale jsem tak rychle*
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *Bolest, únava, operace*
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? *Atkinsonův*
- Berete doma léky na spání? Ano Ne
pokud ano, které:
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *Občas ano, většinou na noc*

Hodnocení sestry: *Pacient se již upravil, dle svého nároku i kvůli operování ramna. Na bolest jemu podával analgetika a snažil se odpočívát oddělení v klidovém*

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? Ano Ne
- Potřebujete pomoc při umytí? Ano Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *ničím*.....
- Potřebujete pomoc při koupání? *Nyím* Ano Ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: *Plivem byl do doby hospitalizace velmi neobstojný. Nyní při koupání dopomáhám i pomocí sprchy a DKL.*

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne
pokud ano, upřesněte *Nyím dopomáhá k chůzi pomocí sprchy a DKL.*

- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne Nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
pokud ano, upřesněte *Nyím koriguji*.....

- Nosíte brýle? Ano Ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *Nemám. Chci na prevenci.*

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano Ne
Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano Ne
Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: *Sluch doposud nemá žádnou problém, a pokračuje Nyím dopomáhá k chůzi pomocí sprchy a DKL. Nyní brýle a sluch dobře.*

4. Strava/dutina ústní

a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný žádnou
- Máte zubní protézu? horní dolní

- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa? Ano Ne
pokud ano, ruší Vás to při jídle?

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano Ne
- pokud vyšší (o kolik?) .. 20-30 kg ..
- Pokud nižší (o kolik?)

c) Změnila se Vaše váha v poslední době? Ano Ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul .. přibral ..

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano Ne
- Co obvykle jíte? .. Mám málo chuti k jídlu, ale s tím se snažím dodržovat dietu.

- Je něco, co nejíte? Ano Ne
- Pokud ano, co a proč? .. Mám dodržovat léčební postupy, vyhýbám se sladkým a tučným jídlům.

- Máte zvláštní dietu? Ano Ne
- Pokud ano, jakou? .. Mám dietu pro stromy a děti diabetické, v které budu nadále pokračovat.

- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte. .. Diabetická dieta a strava vhodná pro stromy
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano Ne
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? .. Ano, budu stále dodržovat diabetickou dietu ..

Hodnocení sestry: .. Pacient vč. se velmi dobře dodržoval dietu pro úpravu těla - diabetická dieta a má dostatek tekutin, pokud by třeba ..

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
 Zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete?
vodu mléko ovocné šťávy
kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád? .. mléko ..
- Kolik tekutin denně vypijete? .. 2 litry ..
- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano Ne

Hodnocení sestry: .. Pacient pije dostatek tekutin. Není mu dieta, kdy pije jen kávu, čaj a sippingy. Neodmítl ..

6. Vyprazdňování

a) **Střeva** *do druhé doby se o m' vyprazdňování starala sestra.*

- Máte obvykle **normální stolici** **zácpu** **průjem**
- Jak často chodíte obvykle na stolicí?.....
- Kdy se obvykle vyprazdňujete?.....
- Berete projímadlo? **pravidelně často** **příležitostně** **nikdy**
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? **Ano** **Ne**
Pokud ano, co je to?

- Máte nyní problémy se stolicí? **Ano** **Ne**
Pokud ano, jak by se daly řešit? *At. p. to normální pooperační průběh, který se časem upraví sám.*

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal/a?.....

- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? *Dostupní pití, kávička a čístební směs, persarován. Dáv. veš. i Ca. dle záji. Nyní sleduji moč, proto mluvit močové cívky.*
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Hodnocení sestry: *Pacient umí v každé podobě s vyprazdňováním moče, nyní má zavedenou stě.*

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal?.....

- Máte nyní potíže s dýcháním? **Ano** **Ne**
Pokud ano, co by Vám pomohlo? *At. jsem po d. nadošlátku vzduchu, proto mám teď kyslík*

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? **Ano** **Ne** **Nevím**
Pokud ano, zvládnete to?.....

- Kouříte? **Ano** **Ne**
Pokud ano, kolik?

Hodnocení sestry: *Pacient před příchodem do nemocnice neměl problémy s dýcháním. Po operaci a jeho saturaci pohybovala okolo 93%, proto má pacient nadřadován O2 2L/min kyslíkem.*

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ~~Ano~~ Ne
- Svědí Vás kůže? ~~Ano~~ Ne ~~Někdy~~

Hodnocení sestry: *Pacient nemá problémy s kůží.*

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? ~~Ano~~ Ne
Pokud ano, co děláte?
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ~~Ano~~ Ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení? ~~Ano~~ Ne
Pokud ano, upřesněte.
- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? ~~Ano~~ Ne
- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *Čtení, hudba, sledování televize.*
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *Pacient se o to pokouší.*

Hodnocení sestry: *Pacient nemá problémy s pohybovými režimy, doporučuje čtení, hudbu, sledování televize.*

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? ~~Ano~~ Ne
Pokud ano, upřesněte.
- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? ~~Ano~~ Ne
Pokud ano, upřesněte.

Hodnocení sestry:

Různé

- Jakou školu jste ukončil? *SPŠ*
- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? ~~Ano~~ Ne
Pokud ano, upřesněte. *Budu opět žít více aktivní život.*
- Jak velká je Vaše rodina? *Manželka a synové se manželkou a 3 dětmi.*
- S kým společně žijete? *S manželkou v panelovém domě.*
- Kdo se o Vás může postarat? *Domácnost, já se o sebe postarám sám, ale určitě mi může pomáhat manželka.*

- V jakém bytě žijete? ...*1. panelákovým o vel. k. 2+1*.....
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? Ano ~~Ne~~
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ano ~~Ne~~
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? *Ne*.....

- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? *Ne, děkuji*.....

Hodnocení sestry: *Právně o dg., léčbě i nemocničním režimu vst. Vše dodržuje, více informací pro pacienta nepotřebuje.*

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
Neptá se	Mlčenlivý
Hovorný	Spolupracuje
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	Pomalů chápe
Nechápavý	Aktivní
Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

*Pacient byl orientovaný, i při vstupu, spolupracoval a po celou dobu hospitalizace se podílel na léčebných postupech.
 Projevoval zájem o léčbu, pokud věděl, nerozumně, septal se.
 Dále pacient viděl, jak má užívat léky - 2x PTK
 1x PMK
 3x BD
 v operativě ráno, když je
 nepta ani ne. Dále byl informován o léčebných postupech jako EKG na lůžku,
 dieta, farmakoterapie, převazování, sledování FF.*