



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o nemocného
s dg. karcinom sigmoidea**

2008

Lucie VANYOVÁ

Autor práce: Lucie Vanyová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav Ošetřovatelství 3. LF**

Datum a rok obhajoby:

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 dne 18.4. 2008

Lucie Vanyová

Chtěla bych vyjádřit poděkování panu MUDr. Ladislavu Denemarkovi a paní Mgr. Janě Holubové za cenné odborné rady a připomínky při zpracování této práce.

Obsah:

1.	
ÚVOD	6
2. KLINICKÁ ČÁST	7
2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku.....	7
2.2 Kolorektální karcinom.....	9
2.3 Etiopatogeneze.....	9
2.4 Klinické projevy.....	12
2.5 Diagnostické metody.....	13
2.5.1 Screening.....	15
2.5.2 Klasifikace nádorů.....	17
2.6 Terapie.....	20
2.7 Základní informace o nemocném.....	23
2.7.1 Lékařská anamnéza a diagnóza.....	23
2.7.2 Průběh hospitalizace.....	24
2.7.3 Farmakoterapie.....	26
2.7.4 Prognóza z lékařského hlediska.....	27
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	28
3.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu.....	28
3.2 Model ošetřovatelské péče.....	31
3.3 Ošetřovatelská anamnéza.....	32
3.4 Stanovení ošetřovatelských diagnóz.....	36
3.5 Dlouhodobá ošetřovatelská péče.....	48
3.6 Psychická stránka.....	48
3.7 Edukace.....	51
3.8 Prognóza z ošetřovatelského hlediska.....	56
4. ZÁVĚR	57
5. Seznam použitých zkratk	58
6. Seznam použité literatury	59
7. Přílohy	62

1. ÚVOD

Téma problematiky kolorektálního karcinomu jsme si zvolila z několika důvodů. Jedná se o nádorové onemocnění, jehož vznik lze zásadním způsobem ovlivnit prevencí. V dnešní době si stále více lidí uvědomuje, že zdraví není samozřejmostí, ale výsledkem trvalého snažení. Je nutné zamyslet se nad životním stylem a zvyklostmi každého z nás. Primární prevence je nejdostupnějším prostředkem ochrany zdraví, ovšem mnoho lidí jí podceňuje. Ať už z důvodu strachu z odhalení nemoci či z prosté nevědomosti. Aby byl pohled na onemocnění co nejobsáhlejší, je nutné se jím zabývat z několika pohledů a využít poznatků z více oborů (chirurgie, vnitřní lékařství, ošetřovatelství a psychologie) a dokázat je kombinovat. Mým cílem je holistický přístup k nemocnému a vnímat ho, jako bytost se svými biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami. Brát ohled na jeho pocity a nehodnotit pouze fyzický stav.

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie o 58letém pacientovi s diagnózou karcinomu sigmoidea. V klinické části se věnuji anatomii a fyziologii tlustého střeva, faktorům ovlivňujícím vznik karcinomu, klinickému obrazu nemoci, diagnostice a terapii. Popisuji průběh hospitalizace. V ošetřovatelské části charakterizuji ošetřovatelský proces a jeho jednotlivé části. Dále se zabývám „Modelem fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové a jeho využitím u konkrétního pacienta. Společně s ním jsem stanovila ošetřovatelské diagnózy a následně plán péče. Popisuji spolupráci s nemocným a jeho rodinou. Součástí této práce je také část věnovaná psychologické problematice a edukaci.

Závěrečnou část uzavírá přehled použité literatury a přílohy.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku

Tlusté střevo (colon, intestinum crassum) je konečným asi 1,5 metru dlouhým oddílem trávicího traktu, do kterého přichází kašovité až tekutý obsah (chymus) z tenkého střeva.

Části tlustého střeva jsou:

- *caecum* s ileocékálním svěračem, který je dlouhý 4 cm a brání náhlému vyprázdnění tenkého střeva a současně návratu tráveniny. Na vnitřním okraji céka odstupuje appendix verformis, který je klinicky velmi důležitý a má variabilní délku i polohu.
- colon ascendens – přisedlý zadní plochou na zadní stěnu břišní a procházející pod játry v pravé ohbí tračnicku (flexura coli dextra)
- colon transversum – je velmi pohyblivá část střeva, jelikož má široký závěs (mesocolon transversum). Následuje levé ohbí (flexura coli sinistra)
- colon descendens – který je opět pevně přirostlý k zadní stěně břišní
- colon sigmoideum – neboli esovitá klička, která se přibližně nad promontoriem stáčí kaudálně a přechází v konečník
- *rektum* - je uloženo v prohlubni kosti křížové a stáčí se dorsokaudálně k povrchu těla. Rozlišujeme horní prostorový oddíl (ampulla recti) a dolní zúženou část (canalis analis) na jejímž horním okraji je ostrý přechod cylindrického v mnohvrstevnatý dlaždicový epitel

Morfologická stavba:

Tlusté střevo je charakteristické svým větším průsvitem, barvou a utvářením povrchu. *Taenie coli* jsou tři bělavé podélné pruhy šířky 8-10 mm na povrchu. Jsou to ztlustění jinak tenké podélné svaloviny jdoucí souvisle podél celého tlustého střeva. Nazývají se tenia mesocolonica, omentalis a libera. Na střevě se nachází zevně vyklenutá místa (*haustra*) a mezi nimi zevnitř patrné poloměsíčné řasy.

Stěnu tlustého střeva tvoří 4 specifické vrstvy: sliznice, podslizniční vazivo, svalovina a seróza.

Sliznici pokrývá jednovrstevný cylindrický epitel a obsahuje mnoho žláz. Slizniční vazivo obsahuje lymfatickou tkáň (*foliculi lymphatici solitarii*), které je nejvíce v céku. Podslizniční vazivo obsahuje cévy, nervy a shluky lymfocytů ze sliznice. Svalovina má typickou zevní longitudinální a vnitřní cirkulární vrstvu.

Tepny přivádějící krev k tlustému střevu odstupují z a. mesenterica superior a a. mesenterica inferior, pro rektum je to ještě větev z a. iliaca interna. Žilní krev odtéká v. mesenterica superior a v. mesenterica inferior do v. portae.

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody a iontů, skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice (defekace). Kromě toho se zde činností bakterií produkuje vitamín K.

Pohyby střeva se dělí na místní (kdy dochází k mísení) a celkové (peristaltické). Regulace pohybu je reflexní, kdy se po rozpětí duodena či žaludku zvýší také peristaltika střeva. Tlusté střevo je osídleno populací bakterií, které štěpí část rostlinné vlákniny a jejich činností vznikají vitamíny, především K, thiamin (B1) a riboflavin (B2). Dále zde vznikají střevní plyny (CO₂, vodík, sirovodík a metan). (3, 27)

2.2

Kolorektální karcinom

Velká část nádorů kolorekta jsou adenokarcinomy, nebo-li maligní nádory vycházející ze žláz sliznice tlustého střeva. Naprostá většina nádorů kolorekta vzniká z adenomových polypů, které se řadí mezi nezhoubné (benigní). Jejich klasifikace vychází z mikroskopického uspořádání nádorového epitelu (tabulární, folikulární, cystický) a z lokalizace. V tlustém střevě je nejčastěji se vyskytující exofytický růst adenomu a jeho stopkatá či přisedlá forma, která je náchylnější k malignímu zvratu. Dochází k infiltraci stěny střeva.

V České republice je diagnostikováno přibližně 5600 nových onemocnění karcinomu tračnicku a konečnicku za rok. Mortalita je poměrně vysoká, neboť příznaky onemocnění jsou dlouho skryté. Nejvyšší výskyt kolorektálního karcinomu je v průmyslově vyspělých zemích euroamerické oblasti, v Austrálii a na Novém Zélandu. Nejnižší výskyt je naopak v subsaharské Africe a Asii. Tyto demografické rozdíly má za následek jednak rozvoj průmyslu a hlavně odlišné nutriční faktory v České republice. (20)

2.3 Etiopatogeneze

Faktory ovlivňující vznik kolorektálního karcinomu se rozlišují na zevní (ovlivnitelné) a na vnitřní (neovlivnitelné).

Zevní faktory:

Strava je jedním z vysoce rizikových faktorů pro vznik nádorového bujení. Vlákna, obsažená kromě ovoce a zeleniny také v cereáliích, byla vždy považována za hlavní ochranný faktor. Mechanismus jejího účinku spočívá ve zvětšení objemu stolice a lepším pročištění střeva.

Strava chudá na karoten, riboflavin, kyselinu askorbovou, vápník a především na kyselinu listovou je považována za rizikovější. Prokazatelně lze sledovat vyšší incidenci onemocnění se spotřebou tuků a to hlavně omega-6 polynenasycených mastných kyselin, zatímco preventivní efekt je prokázán u omega-3 polynenasycených mastných kyselin.

Některé studie ukázaly, že hem obsažený v červeném masu způsobuje poškození sliznice tlustého střeva a hyperproliferační epitelu a pravděpodobně tak zvyšuje riziko kolorektálního karcinomu. (20)

Heterocyklické aminy, vznikající při smažení a pečení masa jsou dalším rizikovým faktorem společně s konzumací konzervovaného masa (uzeniny).

Kouření a alkohol ovlivňuje vznik nejen kolorektálního a bronchogenního karcinomu, ale také celou řadu dalších nádorů. Také byla popsána souvislost se zvýšeným příjmem alkoholu a to především piva. (20)

Vnitřní faktory:

Věk hraje významnou roli v onemocnění. Uvádí se, že až 90% nemocných je starší 50 let, zatímco před 40 rokem života je diagnóza tohoto onemocnění vzácná.

Rodinná anamnéza je jedním z nejdůležitějších faktorů a výskyt následujících onemocnění výrazně zvyšuje riziko karcinomu střev.

- Familiární adenomatózní polypóza

Jedná se o autozomálně dominantní chorobu, charakterizovanou tvorbou četných polypů, které mají vysokou tendenci k progresi do adenokarcinomu již před 40. rokem věku a pokud nejsou včas

chirurgicky odstraněny, prakticky u všech pacientů progredují v adenokarcinom. Vyznačuje se výskytem více než 100 polypů. Gen odpovědný za adenomatózní polypózu kolorekta je lokalizován na 5. chromozomu. Jediným preventivním opatřením je odstranění celého tlustého střeva.

- Hereditární nepolypózní kolorektální karcinom

Gen odpovědný za tuto nemoc se nachází na 2. chromozomu a je odpovědný za následnou mutaci reparačního aparátu specializovaného na opravu chyb replikace DNA. Tím dochází k nevratným změnám, které mají za následek vznik karcinomu. Existují dvě formy: Lynchův syndrom I – charakterizovaný familiárním výskytem časně vznikajícího kolorektálního karcinomu bez přítomnosti polypozy a Lynchův syndrom II – charakterizovaný nejen familiárním výskytem časně vznikajícího kolorektálního karcinomu bez přítomnosti polypozy, ale s familiárním výskytem maligních nádorů v jiné lokalizaci (endometrium, močový měchýř, slinivka, žaludek...).

- rakovina tlustého střeva

- *Idiopatické střevní záněty*, jako je Crohnova choroba a především ulcerózní kolitida. Čím déle nemoc trvá, tím je větší riziko vzniku kolorektálního karcinomu (25 let trvání znamená o 15-20% větší riziko) a také pokud je postižena větší část střeva. (6)

2.4 Klinické projevy

Klinická symptomatologie je především v časných stádiích velmi nejasná. Postupná diferenciacie adenomu v adenokarcinomy je dlouhodobý proces, který může trvat více než 10 let. První klinické příznaky se často objevují až u pokročilých nádorů. Projevy kolorektálního karcinomu záleží na jeho lokalizaci a typu expanze (intraluminální nebo extraluminální).

Nachází-li se karcinom v oblasti pravého tračniku jeho klinický obraz je po dlouhou dobu asymptomatický. Objevují se neurčitě příznaky jako je únava, slabost a bolest v pravé polovině břicha. Později dominují především příznaky z chronických ztrát krve, které mohou dosahovat až 6 ml denně. Následkem tohoto krvácení je často sideropenická mikrocytární anémie. Obstrukce střeva je pozdním příznakem, neboť pravým tračníkem prochází stolice tekutá a střevo má dostatečně velký průsvit.

Příznaky nádorů v levém tračniku jsou především poruchy pasáže, kdy dochází ke střídání průjmu a zácpy a změnám rytmu a frekvence defekace. Stolice má stužkovitý tvar. Dále je přítomná kolikovitá bolest břicha, enteroragie a dyspeptický syndrom projevující se nadýmáním a tlaky v břiše. V pokročilejším stádiu může být hmatná rezistence v místě tumoru. Výjimkou nebývá ani mechanický ileus při neprůchodnosti střeva.

Pro karcinom rektosigmatu jsou typické tenezmy, pocit neúplného vyprázdnění střeva a především enteroragie, kdy je krev jasně červená.

(4)

2.5 Diagnostické metody

Cílem následujících vyšetřovacích metod je včas zachytit výskyt polypů a následně kolorektálního karcinomu a určit velikost nebo šíření patologického ložiska do okolních tkání, pokud k němu již došlo.

Anamnéza je základem pro stanovení diagnózy. Důležité jsou především otázky na zjištění výskytu onemocnění v rodině, stravovací návyky a abusus nemocného.

Základním **fyzikálním vyšetřením** je pohled (inspekce), poklep (perkuse), pohmat (palpace) a poslech (auskultace) je při stanovení diagnózy nejdůležitější vyšetření per rectum. To se provádí v několika polohách, ať už je to na „všech čtyřech“, v leže na zádech či na boku s flektovanými končetinami. Šetrné vyšetření předpokládá uvolnění břišní stěny.

Další diagnostickou metodou je rentgenové kontrastní vyšetření tlustého střeva, tzv. **irigografie**. Před samotným vyšetřením je nutné dokonalé vyprázdnění střev pomocí očistného klyzmatu či speciálního projímadla (viz. dále). Rektálně se zavede kontrastní látka, kterou bývá barium a provede se rentgenové snímkování. Pokud je nutné podrobnější vyšetření slizničního reliéfu, provádí se dvojkontrastní irigografie – po základním vyšetření se do tlustého střeva vpraví malé množství vzduchu. Kontrastní látka tak ulpívá jen na střevní sliznici, která se tak lépe zobrazuje a je možno zachytit i jemnější změny. (25)

Nejpřesnějším vyšetřením je **kolonoskopie**. Jedná se o vyšetření tlustého střeva flexibilním endoskopem až k terminálnímu ileu. První historické zmínky o vyšetřování střeva pochází kolem roku 1800, kdy se používala spekula neboli zrcadla. Do roku 1970 se využívaly rigidní endoskopy, dokud firma Olympus nevyvinula přístroj, který se svou hlavicí dokázal pohybovat do čtyř stran. Příprava před vyšetřením spočívá ve vyprázdnění střeva. Za zcela dostačující se považuje omezit

zbytkovou dietu tři dny před zákrokem. Nutné je vyvarovat se substituci železa a ovoci s drobnými semínky (především kiwi). K vlastní přípravě jsou využívány isoosmolární preparáty, které tudíž nevyvolávají střevní ani plazmatickou nerovnováhu. Ředí se vodou a je nutné je vypít v poměrně krátké době - užívají se 3-4 l rychlostí přibližně 1 l za hodinu. Další přípravek pro očistu střev je tzv. fosfátový roztok, jehož výhodou je menší množství. Je ovšem hyperosmolární a tudíž kontraindikovaný u onemocnění ledvin a srdce. A posledním využívaným preparátem je MgSO₄. Před plánovaným zákrokem by měl být proveden odběr na krevní obraz, protrombinový čas (Quick) a aPTT. Těsně před samotným výkonem je aplikován midazolam. Vyšetřovaný leží na levém boku v kolenoprsní poloze. Výkon může být diagnostický, kdy se hodnotí změny na sliznici a je možné odebrání biopsie, tak terapeutický, při němž se provede například polypektomie vysokofrekvenčním proudem. (21)

Virtuální kolonoskopie je metoda, při které se vyšetřuje tlusté střevo neinvazivně. Příprava na vyšetření je stejná, jako při klasické kolonoskopii. Rozdíl je v insulaci oxidu uhličitého přes rektum a následném scanování pacienta pomocí CT přístroje nebo NMR. (12)

Diagnostika se doplňuje o **počítačovou tomografii** (CT), **nukleární magnetickou rezonanci** (NMR) a **ultrasonografii** (USG) k posouzení metastatického procesu v oblasti jater a retroperitonea. Plicní metastázy se hodnotí pomocí **rentgenového snímkování** (RTG). Dalším standardním vyšetřením je **gynekologické či urologické** k vyloučení prorůstání nádoru.

Dále se provádí **krevní testy** (základní biochemické vyšetření, krevní obraz). Stanovuje se hladina **nádorových markerů** (CEA, Ca 19-9). Hodnoty CEA (karcinoembryonální antigen) korelují se stádiem choroby. Jeho hladina se stanovuje také po operaci a její pokles značí úspěšnost léčby. Fyziologicky se zvýšeně vyskytuje u plodu a to především ve 22. týdnu. Hladina Ca 19-9 se zjišťuje u karcinomů

neprodukujících CEA. Hodnoty nádorových markerů nemají zásadní význam při stanovení diagnózy. (8)

2.5.1 Screening

Slovo screening pochází z anglického slova, které v překladu znamená „vyhledávat“ a je příznačné pro svou funkci. Pomocí screeningu se v populaci aktivně vyhledávají jedinci, kteří mají vyšší riziko určité nemoci, v tomto případě kolorektálního karcinomu. Programy zaměřené na sekundární prevenci představují největší boj proti stále se zvyšující incidenci onemocnění.

Depistážní programy lze rozdělit na vyhledávání:

- **asymptomatických jedinců nad 50 let**

Do programu tzv. masového screeningu se řadí vyšetření stolice na okultní krvácení (test na okultní krvácení ve stolici - TOKS). Základním principem vyšetření je, že adenomy či adenokarcinomy čas od času krváčí a toto krvácení se detekuje pomocí guajakové pryskyřice, která v důsledku pseudoperoxidázové aktivity hemoglobinu, obsaženého ve stolici, mění z bezbarvé na modrou. Změna barvy je důsledkem proběhlé oxidace. Test spočívá ve vyšetření 3 po sobě jdoucích stolic po 2 vzorcích z každé stolice. Před samotným testem jsou nutná určitá opatření, aby byl výsledek co nejprůkaznější a tudíž nejspolehlivější. Tři dny před testem se nedoporučuje jíst některé druhy potravin. Jedná se především o červené nebo syrové maso, ananas, meloun, ředkvičky, mrkev, brokolici či květák. Je doporučeno jíst zbytkovou stravu, obsahující větší množství tepelně upravené zeleniny, potraviny bohaté na vlákninu (celozrnný chleba apod.). Nutné je omezit konzumaci vitamínu C, léků s obsahem železa a nesteroidních antirevmatik, acetylsalicylovou kyselinu - zejména v kombinaci s alkoholem. Před testem nesmí dojít ke

krvácení - z nosu, po extrakci zubu, z dásní, z hemeroidů a dále se nevyšetřuje během a těsně po menzes. Při dodržení těchto pravidel výrazně stoupá spolehlivost testu na okultní krvácení. Tímto vyšetřením by měl projít každý, i „zdravý“ člověk po 50 roce věku a opakovat ho každé 2 roky. Tato kritéria splňují požadavky pojišťoven a test je tudíž plně hrazen pojišťovnou. Chce-li si ho nechat provést člověk mladší 50 let zaplatí za něho přibližně 100 Kč.

Je-li test na okultní krvácení ve stolici pozitivní, neznamena to automaticky rakovinné onemocnění. Diferenciálními diagnózami jsou: adenom, ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, hemeroidy, střevní ischémie. Aby byla diagnóza stanovena následuje kolonoskopické vyšetření.

Dalším depistážním programem asymptomatických jedinců starších 50 let je polypektomie. Ta se provádí při kolonoskopickém vyšetření pomocí smyčky endoskopu, která se přiloží ke spodině polypu, jemně se zaškrtní a elektrickým proudem se odřízne. Nedochází ani ke krvácení, jelikož proud způsobí koagulaci tkáně. Bioptický vzorek se odesílá na histologické vyšetření. Polypektomie je tedy léčebný i terapeutický zákrok, který významně snižuje riziko vzniku karcinomu. (21)

Druhým depistážním programem je sledování vysoce rizikových skupin obyvatel, do nichž patří:

- všechny formy difúzní střevní polypózy – kolonoskopie je indikovaná již od věku 10 – 12 let, flexibilní sigmoideoskopie následně každý rok. Ke zvážení je nasnadě otázka úplné odstranění tlustého střeva (totální kolektomie)
- syndrom hereditárního nepolypózního karcinomu – kolonoskopie prováděná od věku 20 – 30 let každý rok

- kolorektální karcinom u příbuzného prvního stupně (rodič, sourozenec, dítě) – každý rok test na okultní krvácení ve stolici
- adenomové polypy - indikace pro kolonoskopické vyšetření záleží na velikosti, typu a histologické klasifikaci polypu. Rozmezí dalšího vyšetření určí specialista dle individuálního pacienta
- stav po kurativní resekci kolorektálního karcinomu - první kolonoskopie se provádí do 6 měsíců po operaci, při negativním nálezu je další za 3 roky
- nespecifické střevní záněty – kolonoskopie se provádí po 1 až 2 letech s odběrem bioptického vzorku sliznice

Tato doporučení vychází ze směrnic preventivní péče České gastroenterologické společnosti, však nelze se jimi řídit ve všech případech. Záleží na individuálním posouzení každého pacienta. (35)

2.5.2 Klasifikace nádorů

Při diagnostice karcinomů se hodnotí tři základní parametry – typing, staging a grading.

Typingem se rozumí histologické zařazení, tedy určení tkáně, ze které nádor vznikl. Může se jednat o: adenokarcinom, karcinom z prstencových buněk, skvamózní karcinom, adenoskvamózní karcinom.

Staging znamená, jaké velikosti nádor dosáhl a zda-li se rozšiřuje do okolních tkání. K tomuto určení se užívá mezinárodní klasifikace, označovaná jako **TNM** (T=tumor, N=nodus, M=metastázy).

TNM klasifikace (17)

1. Tumor	
Tx	primární nádor nelze posoudit
T0	bez známek primárního nádoru
Tis	karcinom in situ
T1	nádor postihuje lamina propria mucosae nebo submukozu
T2	nádor postihuje muscularis propria
T3	nádor postihuje adventicii
T4	nádor postihuje okolní struktury
2. Nodus	
Nx	regionální mízní uzliny nelze posoudit
N0	v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	metastázy v regionálních mízních uzlinách
3. Metastázy	
Mx	vzdálené metastázy nelze posoudit
M0	nejsou vzdálené metastázy
M1	vzdálené metastázy

ROZDĚLENÍ STÁDIÍ			
stádium 0	Tis	N0	M0
stádium I	T1	N0	M0
stádium II a	T2, T3	N0	M0
stádium II b	T1, T2	N1	M0
stádium III	T3	N1	M0
	T4	N	M0
stádium IV	T	N	M1
stádium IV a	T	N	M1a
stádium IV b	T	N	M1b

Šíření nádoru se děje dvěma způsoby a to spojitě, kdy nádor prorůstá do okolí a nespojitě, kdy k šíření dochází metastazováním.

- Spojité šíření – dále se dělí na povrchové, které je zpočátku omezené pouze na vrstvu, ve které nádor vzniká.

Tento typ množení nádorové masy se u kolorektálního karcinomu vyskytuje velmi často. Benigní adenom se šíří po sliznici a poté se maligně zvrhne a výrazně stoupá riziko invaze do hlubších vrstev střev.

Nádorové buňky mohou také infiltračně vrústat do štěrbin ve tkáních a růst podél nervů (perineuální šíření). Dalším druhem spojitého šíření je angioinvaze. Metastazování – je nejspolehlivější znak maligně probíhajícího procesu v organismu. Dochází ke ztrátě adherence buněk a ty jsou unášeny krevním proudem do dalších částí těla. Na vzdálených místech vznikají dceřinná ložiska z primárního nádoru. Metastazování se dělí podle možných cest šíření. Sekundární ložiska kolorektálního karcinomu se objevují v játrech, kam se dostávají hematogenní cestou. Jelikož žíly ze střev odvádí krev do veny portae, jsou játra nejčastěji zasaženým orgánem. Dále se metastázy krevní cestou mohou dostat do plic, kostí a do mozku. Dále se metastázy mohou šířit lymfogenně či porogenně. (22)

Specifická klasifikace karcinomu tračníku je tzv. Dukesova, která je modifikovaná dle Astlera – Collera, která se odlišuje svým zaměřením na bližší diferenciaci postižení střevní stěny a uzlin. (4)

A	postižení sliznice
B1	Neprorůstá muscularis propria
B2	prorůstá do muscularis propria
C1	prorůstá muscularis propria bez pozitivy uzlin
C2	prorůstá muscularis propria, uzliny pozit.
SkupinaD	vzdálené metastázy

Grading znamená rozdělení nádorů do skupin podle buněčné zralosti.

G1	dobře diferencovaný nádor
G2	středně diferencovaný nádor
G3	nediferencovaný nádor

2.6 Terapie

Léčba kolorektálního karcinomu zahrnuje chirurgické a konzervativní postupy. Operace je zpravidla indikována i při výskytu vzdálených metastáz. Provádí se z důvodu hrozícího rizika obstrukce střeva. Chirurgický výkon spočívá v široké resekci postiženého střeva s příslušnými uzlinami v mezokolon. Jakákoliv léčba může být zahájena teprve po důkladném stagingu. Aby byla léčba komplexní je doplňována chemoterapií či radioterapií.

Radikální operace jejímž cílem je odstranění maligního nádoru i s částí přilehlé zdravé tkáně a spádových lymfatických uzlin. Mezi radikální výkony, prováděné na tlustém střevě, patří:

- *Pravostranná hemikolektomie* – kdy je lokalizace karcinomu až do oblasti colon transversum. Resekuje se tračník, omentum, mízní uzliny a cévy.
- *Rozšířená pravostranná hemikolektomie* – při níž se odstraňuje i část a. colica media
- *Resekce transversa* – odstraňuje se hepatální a lienální flexura, a. colica media a celé omentum.
- *Levostranná hemikolektomie* – při lokalizaci karcinomu v levé části transversa, lienální flexuře či colon descendens
- *Rozšířená levostranná hemikolektomie* – při které se navíc podvazuje a. colica sinistra

- *Resekce sigmatu* – u nádorů na esovité kličce
- *Resekce dle Hartmanna* – aborální část rekta se slepě uzavře a orální pahýl sigmoidea je vyveden jako terminální stomie. S odstupem času se provádí zanoření stomie.
- *Abdominoperineální amputace rekta* – dle Milese. Provádí se při karcinomu rekta v dolní a střední třetině.
- *Nízká přední resekce rekta* – dle Dixona. Resekuje se rektum a ponechávají se svěrače.
- *Totální kolektomie* – kdy se odstraňuje celé tlusté střevo

Paliativní operace, která neodstraňuje vlastní podstatu nemoci. Jejím následkem je zmírnění obtíží. Při těchto výkonech se obnovuje pasáž pomocí bypassu či střevního vývodu.

- *Parciální resekce* – provádí se v pokročilých stádiích nemoci.
- *Kolostomie*

a) axiální (dvouhlavňová) stomie

Při tomto výkonu se břišní stěnou protáhne celá klička střeva. Po otevření střeva má stomie dva konce –přívodný (proximální) a odvodný (distální). Může se zakládat na terminálním ileu, transverzu a sigmoideum. Její využití může být dočasné, v případě že došlo k ileu. Definitivním řešením je u inoperabilních nádorů nebo nemožnosti radikálního výkonu.

b) terminální (jednohlavňová) stomie

Provádí se při amputace rekta.

c) nástěnná stomie

Nečastěji se zakládá v oblasti céka. Bývá obvykle dočasná a odlehčuje střevo nad uzávěrem., který je později odstraněn či odvádí střevní obsah. Tento typ stomie se využívá jen velmi málo, jelikož derivace stolice není dostatečná.

Dále se kolostomie dělí dle míst jejího založení na: cékostomii (umístěna bývá v pravém podbřišku), transverzostomie (nejčastěji je vpravo či vlevo nad pupkem) a sigmoideostomii (levá dolní část břicha).

Kolostomie je malý otvor kruhového tvaru, červené barvy velikosti 2 – 5 cm. Její povrch je neustále vlhký a lesklý. Ze stomie odchází kontinuálně plyny a stolice. Není citlivá na bolest, jelikož se ve sliznici nenacházejí nervová zakončení. (13, 17, 23)

Chemoterapie

Účinek cytostatik spočívá v zabrání růstu a množení buněk. Bohužel dochází k poškození také zdravých buněk a to především kostní tkáň. Aby se co nejvíce zvýšila účinnost léčby, kombinují se tyto léky, aby zasahovaly do různých fází buněčného růstu. Chemoterapie se podává v cyklech, podle přesně stanoveného časového programu.

Ačkoliv velkou část kolorektálních karcinomů lze resekci odstranit, tak i přesto spousta lidí umírá na generalizaci metastáz, proto se provádí zajištění pomocí cytostatické léčby. Indikací pro chemoterapii je: II. – III. stádium nemoci, vysoká předoperační hodnota CEA, ileozní stav, perforace nádoru.

V terapii kolorektálního karcinomu se využívají např. následující cytostatika: 5 – fluorouracil, cyklofosfamid, metotrexát, oxaliplatin, vinkristin atd. (13)

Radioterapie

Radioterapie se využívá u nádorů postihujících rektosigmoideum a rektum. Jedná se o lokální léčbu pomocí ionizujícího záření. Předoperační radioterapie má za následek snížení životnosti nádorových buněk a tím zvýšení úspěšnosti léčby. Pooperační záření je indikací při hrozící recidivě nádoru. Radioterapie se může provádět také kombinovaně před i po operaci. Pokud se jedná o inoperabilní karcinom indikuje se samostatná léčba zářením.

2.7 ZÁKLADNÍ INFORMACE O NEMOCNÉM

2.7.1 Lékařská anamnéza a diagnóza

Pacient narozen 8.7. 1950 byl přijat na chirurgické oddělení 6.1. 2008

Anamnéza

OA: vážněji nestonal, prodělal běžné dětské nemoci,
anxiozně – depresivní syndrom
operace a úrazy nejuje

RA: otec zemřel ve 33 letech na CPM při karcinomu mozku
matka žije – léčí se s klouby, prodělala TBC
sestra zemřela ve 26 letech na ca. střev

FA: žádné léky pravidelně neužívá

AA. nejuje

PSA: důchodce žijící s manželkou, dříve pracoval jako technik v divadle

ABUSUS: alkohol příležitostně, nekouří

NO: Pacient přijat akutně pro bolesti břicha s RTG známkami ileozního stavu na kolon, se suspektní překážkou v oblasti rektosigmatu. Laboratorně v normě. Pacient poučen o hospitalizaci a s eventuální operací souhlasí.

Stav při přijetí:

Výška: 175 cm Váha: 85 kg TK 115/70 75'

Dech: 18' TT: 36,7'C BMI 27,8

Celkově orientovaný, spolupracuje, bez ikteru a cyanozy

Hlava, krk: fyziologický nález.

Hrudník: symetrický, dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Akce srdeční: pravidelná, ozvy ohraničené, poklep plný, jasný.

Břicho: měkké, hůře prohmatné, podfouklé, difúzně citlivé, bez patologických

rezistencí, bez známek peritoneálního dráždění, tapot. bilaterálně negativní, genitál v normě.

Per rectum: tonus svěrače fyziologický, v dosahu prstu rezistence nehmatám, Douglas nevyklenut, bez stolice, ampula bez dispenze

DK: bez otoků, varixů, pulzace hmatné AF, AP, ADP, ATP bilat. sym.

Základní diagnóza při přijetí: jiná a neurčená břišní bolest.

Diagnóza: anxiozně – depresivní syndrom

2.7.2 Průběh hospitalizace

Předoperační péče

Pacient byl umístěn na standardní chirurgické oddělení. Výsledky krevních odběrů (KO, biochemie, glykémie) byly v normě. Bylo provedeno CT břicha. Svolané konzilium, připustilo celkovou anestezii.

Pacient byl poučen a souhlasil s operací a možností provedení stomie.

Stomická sestra společně s chirurgem určila optimální místo pro eventuální stomii. Pacientovi byla zavedena centrální žilní kanyla do v. subclavia a permanentní močový katétr. Bylo naordinováno klyzma Yalem per rectum. Na noc byl naordinován Diazepam 10 mg tbl..

V den operace byl aplikován Clexane 0,4 ml s.c. dle ordinace a nataženy elastické punčochy na dolní končetiny, jako prevence TEN.

K premedikaci byla použita kombinace Dolsin 100 mg a Atropin 0,8 mg i.v. .Profylakticky byla aplikovaná infuze 100 ml fyziologického roztoku s Unasynem 1,5 g i.v. .

Operace (7.1. 2008) - **resectio sigmoidei (sectio Hartmann), sigmoideostomia, drain**

Přístup do dutiny břišní byl dolní střední laparotomií prodlouženou vlevo od pupku. Cérum bylo roztažené na 10 cm. Játra palpačně měkká, bez rezistencí. Jako příčina ileozního stavu byl nalezen tumor na vrcholu sigmatu. V dutině břišní nebyly známky nádorového rozsevu a proto se chirurgové rozhodli pro resekční výkon. Střevo cca. 7 cm pod nádorem slepě uzavřeli a orální část asi 10 cm nad nádorem vyvedli vlevo od pupku, jako terminální kolostomii. Po výplachu dutiny břišní zavedli do Douglasova prostoru dren a uzavřeli operační ránu. Resekát sigmoidea s nádorem byl odeslán na histologické posouzení.

Hlavní diagnóza: tu. sigmoidei stenosis, status ileosus

Pooperační péče

Pacient byl po zákroku stabilizovaný a přeložen na JIP. Operační rána byla mírně prosáklá a stomie odváděla tekutý obsah a příměsí krve. Na oddělení intenzivní péče byl pacient monitorován (TK, P, EKG), sledována diuréza a aplikovány léky dle ordinace lékaře.

První pooperační dny převzaly péči o hygienu, stomii a pohodlí pacienta plně sestry. Od třetího dne byl pacient zapojen do sebepéče. Pravidelně za ním docházel fyzioterapeut. Čtvrtý den mu byl odstraněn močový katétr a byla zahájena realimentace. Na JIP pacient zůstal 7 dní a po celou dobu se nevyskytly žádné komplikace. Rána byla klidná, bez známek infekce. Před přeložením byl odstraněn centrální žilní katétr.

Osmý den byl pacient přeložen na standardní oddělení. Dle ordinace má pacient předepsána analgetika - Novalgin 1 amp. (5ml) do FR i.v. á 8h (30 min kapat) dle potřeby a dále TK + P 2x denně, bilanci tekutin á 24h,

RHB a bandáže dolních končetin. Převaz operační rány 1x denně sterilním krytím. Všechny výsledky laboratorních testů byly v normě. Devátý den byla odstraněna polovina stehů a desátý den zbývající část. Na sedmnáctý den bylo naplánované propuštění pacienta do domácí péče.

2.7.3 Farmakoterapie

V následující tabulce uvádím léky, které měl pacient naordinován k desátému dni hospitalizace a následně charakteristiku veškerých farmak, které mu byly aplikovány během celé hospitalizace.

Léky	Účinná látka	Indikační skupina	Nežádoucí účinky
CLEXANE 0,4 ml 18h	Enoxaparinum Natricum	Antikoagulancium	krvácení,trombocyto- pénie,lokální reakce
FAMOSAN 20mg tbl 18h	Famotidinum	antacidum,H2 blok., Antiulcerotikum	závrť, bolest hlavy, nauzea
NOVALGIN Á 8h	metamizolum natri- cum monohydricum	analgetikum, anti- Pyretikum	hypotenze, leukopé- nie,alergická reakce

DIAZEPAM 10 mg

Účinná látka: diazepamum

Indikační skupina: anxiolytikum

Nežádoucí účinky: únava, závrat', dezorientace, alergie, porucha koordinace pohybů

DOLSIN 100 mg

Účinná látka: pethidini hydrochloridum

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Nežádoucí účinky: zvracení, zácpa, hypotenze, dezorientace

UNASYN

Účinná látka: sultamicillinum

Indikační skupina: antibiotikum

Nežádoucí účinky: průjem, nevolnost, zvracení,

YAL

Účinná látka: sorbitolum, docusatum natricum

Indikační skupina: laxativum

Nežádoucí účinky: při častém použití – zácpa, ztráta hořčíku a draslíku,
arytmie

2.7.4 Prognóza

Dle histologického vyšetření se u pacienta jedná o exulcerovaný středně až méně diferencovaný cilindrocelulární tabulární adenokarcinom. Bylo vyšetřeno 8 uzlin bez nálezu metastáz. V tukové tkáni byla nalezena četná ložiska nádorové angiopatie a perineurálního šíření nádoru.

Vzhledem k tomu, že se u pacienta jedná o II. stádium nádorového onemocnění a společně se vyskytujícími rizikovými faktory (ileus, angioinvaze, neznámá hodnota CEA před operací) je v dalším postupu indikována adjuvantní cytostatická léčba. Založení stomie je dočasné.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu

Základ moderního ošetřovatelství je položen na realizaci ošetřovatelského procesu, což je plánování a průběžná realizace ošetřovatelských činností a vzájemně na sebe navazujících kroků při ošetřování pacienta. U každého nemocného je zcela individuální vzhledem k diagnóze a především odlišným potřebám. Aktivizuje zdravotní sestru v oblasti vyhledávání potřeb nemocného, které nejsou optimálně splněny a prostřednictvím jeho postupů napomáhá předcházet nenaplnění potřeb, které by mohlo nastat v průběhu hospitalizace.

Ošetřovatelský proces se skládá z několika fází, které na sebe vzájemně navazují. Žádnou z jeho položek nelze vynechat, protože vychází jedna z druhé.

Fáze ošetřovatelského procesu

1. Zhodnocení nemocného
2. Stanovení ošetřovatelských diagnóz
3. Plánování ošetřovatelské péče
4. Realizace plánu
5. Zhodnocení poskytnuté péče

Fáze 1 – Zhodnocení nemocného

„Kdo je můj pacient?“

Před samotným seznámením se s pacientem, musí sestra znát základní identifikační údaje o něm, jako je jméno, příjmení a věk. Sestra by měla znát zdravotní stav a popř. diagnózu, je-li známa. Dále sestra

informace zjišťuje při osobním kontaktu s nemocným. Zdrojem poznávání je kombinace několika metod, jako je pozorování, rozhovor s nemocným a rodinou, testování a měření. Odborné informace se dozvídá z dokumentace, od lékařů či dalších zdravotnických pracovníků. Cílem této fáze je mít přehled o potřebách nemocného.

Fáze 2 – Stanovení ošetřovatelských diagnóz

„Co trápí mého pacienta?“

Ošetřovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou chorobou již narušené (aktuální oš. diagnózy) nebo které by se v průběhu hospitalizace mohly narušit (potencionální oš. diagnóza). Sestra tyto diagnózy stanovuje společně s nemocným. Součástí této fáze je také určení priorit, které sestra hodnotí jednak ze svého profesionálního hlediska a také z hlediska pacienta. Cílem je sestavit hierarchii potřeb dle jejich naléhavosti. Stanovení diagnóz se může během hospitalizace měnit podle momentální situace.

Fáze 3 – Plánování ošetřovatelské péče

„Co mohu pro svého pacienta udělat?“

V této fázi sestra s pacientem společně určují cíle, kterých chtějí dosáhnout. Cíle lze stanovit:

- a) krátkodobé – týkající s bezprostředně následujícího období (hodiny, dny)
- b) dlouhodobé – vztahují se na delší časový úsek (propuštění, domácí ošetřování)

Sestra musí zhodnotit, do jaké míry je nemocný schopen o sebe pečovat bez pomoci druhých. S plánem je nutné seznámit a ostatní členy zdravotnického týmu.

Fáze 4 – Realizace plánu

Jedná se o konkrétní vykonávání naplánovaných postupů. Jde o vlastní ošetrovatelskou péči, kterou vykonávají jednotliví členové zdravotnického týmu ve prospěch pacienta.

Fáze 5 – Hodnocení poskytnuté péče

„Pomohla jsem svému pacientovi?“

V poslední fázi sestra zjišťuje, zda-li poskytnutá péče byla efektivní a bylo-li dosaženo stanovených cílů. I této fáze se účastní pacient, která vypovídá o svých subjektivních pocitech. (33)

3.2 Model ošetrovatelské péče

Pro zpracování své práce jsem si vybrala „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Tento model vznikl v 80. letech minulého století.

Model má základ v holistickém vnímání jedince, jenž má biologické, psychologické, sociální, kulturní, behaviorální, kognitivní a spirituální potřeby. (26)

Model se dá aplikovat jak na zdravého, tak i na nemocného člověka.

Marjory Gordonová stanovila 12 vzorců, které mohou být funkční nebo dysfunkční.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví
2. Výživa - metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita – cvičení
5. Spánek – odpočinek
6. Citlivost (vnímání) – poznávání
7. Sebepojetí – sebeúcta
8. Role – vtahy
9. Reprodukce – sexualita
10. Stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance
11. Víra . životní hodnoty
12. Jiné (26)

3.3 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu jsem vypracovala k desátému dni hospitalizace, kdy jsem se prvně s nemocným seznámila. K jejímu zpracování jsem využila nejvíce osobní rozhovor s pacientem. Dalším zdrojem informací bylo sledování nemocného, záznamy z dokumentace a informace od členů zdravotnického týmu. Pacient byl velmi komunikativní a bez ostychu mi sdělil všechny potřebné informace.

Vnímání zdraví

Pacient byl velmi poznamenán smrtí své sestry, která zemřela před sedmi roky. Její diagnóza byla také rakovina tlustého střeva. Popisoval mi, jak stresujícího pro něho bylo vidět postupné chřadnutí sestry po léčbě chemoterapií. Ve chvíli kdy se u něho začaly projevoval první

známky nemoci věděl, že i on má rakovinu. S tímto pocitem strachu žil neuvěřitelné dva roky, aniž by o tom komukoliv řekl. Báł se potvrzení své domněnky.

Poté co byl akutně přijat do nemocnice a byla mu sdělena diagnóza se rozhodl, že svůj život změní a že proti nemoci bude „bojovat“, jak to sám nazýval. Se založením stomie prakticky počítal. Bolesti v operační ráně, které pociťoval, vnímal jako nutnou fázi procesu léčby. Jeho slova byla: „Dokud cítím bolest, tak žiji a za to jsem rád.“

Na otázku, kdy je člověk zdravý mi pověděl, že pokud ho nic nebolí a neomezuje v běžných činnostech.

Výživa

Hodnota Body Mass Indexu je 27,8 , což svědčí pro nadváhu (norma je 20 – 25). Pacient udává, že jeho strava obsahovala minimální množství zeleniny. Raději si dával maso, po kterém měl pocit zasycení. Jeho stravování bylo vcelku pravidelné. Stravoval se převážně doma. Příjem potravy částečně omezil vzhledem k bolestem břicha, které se často objevovaly. Úbytek na váze byl minimální (2-3 kg). Maximální množství tekutin, které během dne vypil bylo 1,5 – 2 l. Nejráději měl minerální a pramenité vody. Denně si dával dva šálky kávy.

V období po operaci, kdy byl na jednotce intenzivní péče byla postupně zahájena realimentace. Pacient nejprve přijímal parenterální výživu pře centrální žilní katétr. Čtvrtý den se nemocný prvně napil hořkého čaje. Následujících 8 dní dostával stravu kašovitou č. 1.. Od devátého dne mohl jíst dietu č. 5 s omezením zbytků.

Nyní se mu vrací chuť k jídlu a množství stravy mu případně dostačující. Nemocný má svůj vlastní chrup.

Nalevo od pupku má vyvedenou kolostomii. Rána je klidná, bez známek infekce. Je krytá sterilními čtverci. Kůže a sliznice jsou bez zjevných problémů.

Vylučování

Problémy s močením pacient nikdy neměl.

Zmíněné dva roky docházelo k nepravidelnému vyprazdňování stolice. Nemocný trpěl často zácpou. Na otázku, zda užíval doma projímadlo mi odpověděl, že ano, ale bylo to výjimečně, nedošlo-li k vyprázdnění do pěti dnů. Tři měsíce před hospitalizací si všimnul čerstvé krve ve stolici. Byl znepokojen, ale žádného lékaře nenavštívil. Nyní dochází k vyprazdňování stolice pomocí kolostomie.

Nepotí se.

Aktivita

Pacient byl po celý život velmi aktivní. Věnoval se fotbalu a hokeji. Později dal přednost turistice, kterou provozuje i se svou manželkou. Nedaleko za Prahou má chatu, kde tráví většinu svého času. Má velkou zahradu a pěstování ovoce a zeleniny ho velmi naplňuje. Rád chodí do divadla a čte.

Nyní mu fyzická aktivita vzhledem ke zdravotnímu stavu nechybí. V oblasti sebepečce je soběstačný, kromě pečování o stomii.

Spánek

Doma potíže se spánkem neměl. Usínal kolem 23 hodiny a probouzel se obvykle v 8 hodin. Často usínal po obědě. Po spánku se vždy cítil odpočatý.

Nyní se ovšem potíže se spánkem vyskytují. Byl zvyklý usínat na břiše, což v současné době není možné vzhledem ke stomii. Dalším rušivým elementem je bolest a změna prostředí.

Citlivost (vnímání) – poznávání

Pacient používá brýle na čtení, do dálky vidí dobře. Problémy se sluchem nebo pamětí nemá.

Bolest nemocný pociťuje v oblasti operační rány. Po otázce, zda mu bolest znemožňuje provádět nějaké aktivity mi odpověděl, že ji nejvíce pociťuje jako obtěžující večer, když se snaží usnout. Pacient je plně orientovaný v čase a prostoru. Potíže s řečí nemá.

Sebepojetí – sebeúcta

Nemocný po provedení operace zcela přehodnotil pohled na svět. Před operací své zdraví velmi zanedbával, ovšem nyní se snaží vše napravit. Ve chvíli, kdy jsem se ho zeptala, jak si myslí, že bude péči o stomii zvládat po propuštění domů, vyjádřil strach a nejistotu. Nedovede si prý představit první setkání s přáteli a to, jak na něho budou pohlížet. Bojí se nenadálých situací a „nehod“, které mohou v životě stomika nastat. Ve chvíli kdy jsem se zmínila o existenci Klubu stomiků jsem pocítila negativní odezvu od pacienta. Řekl mi, že se se stomií vypořádá sám. Zmiňuje se o tom, že je rád, že stomie je založená jen na určitou dobu a poté bude moci být opět tím kým byl.

Desátý den bylo ještě příliš brzo, aby se pacient se svou novou rolí identifikoval a přijal jí.

Role – vztahy

Nemocný je podruhé ženatý se ženou, která je o deset let mladší než on. Jeho první manželka tragicky zahynula. Z prvního manželství má dva dospělé syny a tři vnoučata. V roli prarodiče se cítí velmi dobře. Manželka i synové byli informováni o zdravotním stavu pacienta dle jeho písemného souhlasu.

Při pozorování a rozhovoru s nemocným jsem si uvědomila, jak velkou roli v jeho životě má manželka. Je mu největší oporou v této těžké životní události.

Reprodukce – sexualita

Tuto oblast považoval pacient za velmi intimní a se slovy: „Promiňte, ale o tomto nechci mluvit.“ jsem od tohoto tématu upustila.

Stres – zátěžové situace

Nemocný se o největším stresu zmiňuje v souvislosti se smrtí jeho sestry. Jako další stresovou situaci popisuje autonehodu, při které zemřela jeho první žena. Dlouho se s těmito skutečnostmi vypořádával. Dle jeho slov: „Cítil jsem obrovskou úzkost a nic mě netěšilo. Byl jsem dokonce u psychiatra, který řekl, že trpím úzkostným syndromem.“ Psychofarmaka ovšem nikdy neužíval. Změna k lepšímu přišla po seznámení s jeho nynější ženou. Neustálý strach prožíval při objevení příznaků rakoviny. Uvedl, že se choval podrážděně a impulzivně ke své ženě.

Víra – životní hodnoty

Pacient pochází z věřící rodiny, ovšem o sobě tvrdí, že je ateista. Nyní je jeho životním cílem překonat období nemoci a dospět do fáze uzdravení. Říká: „Doufám, že vše dopadne dobře, zvládnou chemoterapii a budu opět zdravý.“ V budoucnu se chce ještě více věnovat rodině a především vnoučatům. Zmínil se také o své manželce, že jí po návratu domů vysvětlí, proč se dlouhou dobu choval tak podrážděně.

3.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Po důkladném rozhovoru s pacientem, po zhodnocení informací, získaných od jednotlivých členů zdravotnického týmu a ze zdravotnické dokumentace jsem se zaměřila na potíže, které se během ošetřování vyskytly nebo by se potenciálně vyskytnout mohly. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanovené k desátému dni hospitalizace a stanovila jsem je společně s nemocným.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

- Bolest z důvodu operačního výkonu
- Deficit spánku z důvodu bolesti, vynucené polohy a změny prostředí
- Snížená soběstačnost v oblasti péče o stomii
- Inkontinence stolice z důvodu založení kolostomie
- Změna sebepojetí z důvodu založení stomie
- Strach z důvodu nejisté budoucnosti

Potenciální ošetrovatelská diagnóza:

- Riziko infekce z důvodu operační rány a periferního žilního katétru

1. BOLEST Z DŮVODU OPERAČNÍHO VÝKONU

Cíl:

- zmírnění nebo odstranění bolesti po aplikaci analgetik
- nemocný si umí nalézt úlevovou polohu
- nemocný umí vstávat z lůžka bez výrazné bolesti

Plán péče:

- pravidelně hodnotit intenzitu, charakter bolesti dle analogové škály
- sledovat verbální i nonverbální projevy bolesti
- edukovat nemocného o úlevové poloze a správném vstávání z lůžka
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře
- edukovat o alternativních metodách ke snížení bolesti

Realizace plánu:

Nemocný se mi o své bolesti svěřil během rozhovoru. Ve výrazu jeho obličeje jsem také rozpoznala známky bolesti. Pacient přirovnával intenzitu bolesti na analogové škále (0-5) k číslu 2. Pociťoval jí v okolí kolem operační rány a zhoršovala se především během dne, kdy měl větší fyzickou aktivitu (např. po cvičení s fyzioterapeutem nebo po provedení osobní hygieny). Po těchto činnostech dosahovala bolest stupně č. 3. Při vstávání jsem ho opětovně poučovala o důležitosti správné techniky (přidržení operační rány, otočení se na bok, svěšení nohou a pomocí lokte se posadit). Pokud ležel, doporučila jsem mu úlevovou polohu v polosedě s pokrčenýma nohama.

Analgetika byla aplikována dle ordinace lékaře a subjektivních pocitů nemocného s řádným zápisem do zdravotnické dokumentace a záznamu hodnocení bolesti. Naordinován byl Novalgin 1 amp. (5ml) do 100 ml FR i.v. á 8h. Infuze kapala 30 min.

Pacientovi byla vysvětlena příčina bolesti, která spočívala ve změně tkáňových struktur po operačním výkonu. Snažila jsem se co nejvíce

odvést pozornost nemocného od pocíťované bolesti. Ve chvíli kdy projevil zájem o rozhovor se mnou jsme ho vždy vyslechla. Povídali jsme si také o jeho dosavadním životě.

Vysvětlila jsem mu **relaxační metodu** pro uvolnění bolesti, která se týkala především prohloubeného dýchání. Pacientovi sem dále nabídla **metodu řízené imaginace**, kdy jsem se zaměřila opět na dýchání. Řekla jsem mu, aby si při každém nádechu představoval, jak do jeho plic proudí čerstvý vzduch, který mu dodává energii a při výdechu se intenzita bolesti snižuje. (20)

Hodnocení poskytnuté péče:

Při výskytu bolesti udal pacient intenzitu na analogové škále č. 3, po aplikaci infuze s analgetiky, kterou si během dne vyžádal dvakrát, došlo do 10 min. k výraznému omezení bolesti a jeho verbální i nonverbální projevy ukazovaly na nepřítomnost bolesti. Po této době udal intenzitu bolesti č. 1. Nemocný po většinu času, co byl v lůžku zaujímal úlevovou polohu v polosedě. Opakovaně zapomínal na doporučený způsob vstávání z lůžka a zvedal se z polohy v leže rovnou do sedu. Pacientovi je nutné opakovat důležitost správného vstávání z lůžka. Alternativní metody k uvolnění bolesti podle jeho slov využíval několikrát denně a velmi ho zaujaly. Pocíťoval po nich uvolnění a utlumení bolesti.

Stanovených cílů bylo dosaženo částečně, vzhledem k opakovanému nesprávnému způsobu vstávání z lůžka.

2. DEFICIT SPÁNKU Z DŮVODU BOLESTI A ZMĚNY PROSTŘEDÍ

Cíl:

- pacient usne do 1h po uložení ke spánku
- pacient bude spát alespoň 6h bez probuzení
- pacient se po probuzení bude cítit odpočatý

Plán péče:

- zajistit vhodné prostředí (minimalizovat rušivé faktory – hluk, světlo, teplotu místnosti)
- aktivizovat pacienta během dne
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře

Realizace plánu:

Před uložení pacienta ke spánku jsem mu vhodně upravila lůžko a vyvětrala pokoj. Světlo jsem zhasnula a hluk na oddělení jsem se snažila omezit na minimum. Aktivizace probíhala hlavně formou čtení, sledování televize a poslechem hudby. V rámci rehabilitace byl nemocný aktivizován především chůzí. Nedílnou součástí aktivizace bylo provádění osobní hygieny a péče o stomii.

Pacient udával potíže především při usínání. Během noci se pacient budil 1-2 krát. Na žádost nemocného byla aplikována analgetika (Novalgin 1 amp. (5ml) do 100 ml FR i.v.), která byla naordinována lékařem.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacient před operací nejraději usínal v poloze na břiše, což mu v této době nemohl, vzhledem ke stomickému sáčku. Rušivé faktory byly omezeny, ovšem pacient spal pouze 4-5 h.

Po probuzení se přesto cítil odpočatý a říkal, že mu spánek vzhledem k jeho minimální fyzické aktivitě postačuje. Během dne ovšem několikrát usnul. Z předchozích rozhovorů jsem věděla, že doma takto během dne

neodpočívá, jen po obědě. Hypnotika na noc vždy odmítnul se slovy, že spánek dříve či později přijde a nebude mu pomáhat léky na spaní.

Cíle nebylo dosaženo.

3. *SNÍŽENÁ SOBĚSTAČNOST V OBLASTI PÉČE O STOMII*

Cíl:

- pacient bude dostatečně informovaný
- pacient se dokáže podívat na stomii
- dnes dokáže přichytit kolostomický sáček k planžetě
- zvládne vypustit exkrementy z kolostomického sáčku

Plán péče:

- poskytnout dostatek informací o správné péči
- zajistit pomůcky k provádění péče o stomii
- sledovat míru soběstačnosti
- hodnotit porozumění pacienta
- dopomáhat při ošetřování stomie

Realizace plánu:

Za pacientem každý druhý den docházela stomasestra, která ho nejvíce edukovala o stomii a o pomůckách k jejímu ošetřování. Veškeré informace mu byly podávány postupně a s ohledem na psychický stav. U sebe měl také materiály v tištěné podobě s tématem péče o stomii, které byly k dispozici na oddělení. Během ošetřování byl pacientovi nabídnut prostor pro vyjádření svých otázek a případných nejasností. Zpětnou vazbou jsem průběžně hodnotila, jestli pacient podaným informacím porozuměl.

Byl poučen o ochraně kůže pomocí speciální pasty, která nevyvolá podráždění v okolí stomie, o přípravě podložky před přiložením a nutnosti čistoty v okolí kolem stomie.

Stomická sestra ho požádala, aby do příštího setkání připravil tři podložky pro přichycení kolostomického sáčku. Všechny pomůcky měl pacient u lůžka v přenosném košíku. Pacient používal pomůcky od firmy ConvaTec (dvoudílný systém o průměru 45 mm), který mu vyhovoval více než systém od firmy Coloplast, který měl také možnost vyzkoušet. Výměna kolostomického sáčku probíhala v soukromí v koupelně. Pacient měl k dispozici lůžko a zrcadlo v takové výšce, aby na stomii dobře viděl. Během výměny stomického sáčku byla přítomna stomická sestra a já. Sledovala jsem, do jaké míry je pacient v ošetřování stomie soběstačný. Všimla jsem si, zda-li dokáže připravit pomůcky nutné k výměně kolostomického sáčku (podložku, kolostomický sáček, odstraňovač náplastí, čistící roušku, ochrannou pastu, sáček na odpad...). V koupelně jsem mu předvedla, jak má vypustit kolostomický sáček do připraveného odpadního pytle. Během této činnosti jsem použila osvěžovač vzduchu, aby se pacient necítil nepříjemně. Následně jsem mu ukázala, jak má přichytit sáček k podložce. Po této instruktáži jsem ho pobídla, aby to vyzkoušel sám. Na pacientovi byla vidět nejistota při pohledu na vyvedenou část střeva. Řekla jsem mu, že jeho pocity jsou adekvátní této situaci a že s přibývajícím časem pro něho bude ošetřování snazší. Přes počáteční neobratnost se mu podařilo sáček k planžetě přichytit přímo na jeho těle. Zkontrolovala jsem, zda-li je přichycen těsně a společně se stomasestrou jsem ho pochválila za další pokrok v ošetřování stomie.

Hodnocení:

Nemocný si během dne často pročítal firemní materiály, které měl k dispozici. Položil mi například otázku, jak má být sáček naplněný, aby ho mohl vypustit. Odpověděla jsem mu, že přibližně do 1/3. Kladení otázek svědčilo o snaze vědět co nejvíce o ošetřování stomie. Pacient se během hospitalizace aktivně a správně zapojoval do péče o stomii. Ovšem na kompletní výměnu kolostomických pomůcek, kterou by měl provést sám, se ještě necítil zcela připravený. Na pacientovi byla vidět

snaha o samostatnost, ovšem také nejistota při pohledu na obnažené střevo. Teoretický měl velmi dobré znalosti o výměně stomických pomůcek a v koupelně si počíнал velmi dobře. Pacient dokázal přichytit sáček k podložce velmi těsně. O pacientovi jsem také mluvila se stomasestrou, která mi sdělila, že nemocnému dopomáhá, protože se sám na výměnu stomického sáčku i s podložkou ještě necítí připravený. Vzhledem k závažné diagnóze jsem nechtěla, aby nemocný cítil „nátlak“ či spěch, který by na něj mohl být kladen z důvodu deficitu sebeděče. Trpělivě a empaticky jsem ho i nadále edukovala o nácviку ošetřování stomie. Myslím si, že výměnu kolostomického sáčku i s podložkou zvládne během několika následujících dnů.

Stanovených cílů bylo dosaženo.

4. INKONTINENCE STOLICE Z DŮVODU ZALOŽENÍ KOLOSTOMIE

Cíl:

- nemocný bude mít pravidelnou stolici
- kůže v okolí stomie nebude podrážděná
- pacient bude mít dostatek informací o změně způsobu vyprazdňování

Plán:

- podporovat pravidelnou defekaci pravidelností životního rytmu, příjmu potravy a tekutin
- sledovat barvu, zápach, množství a častost exkretů
- kontrolovat těsnost podložky
- zajistit maximální možné soukromí při edukaci a výměně stomického sáčku

Realizace plánu:

Pacienta jsem edukovala, že pokud bude stravu přijímat v pravidelných časových intervalech, upraví se tím i pravidelnost defekace. Také jsem se zmínila, že může postupně vyzkoušet všechny potraviny, na které má chuť s přihlédnutím na specifické účinky některých druhů. Při ošetřování stomie jsem si všimla charakteru exkretů. Bylo nutné pravidelně sledovat, zda-li podložka dobře těsní a nedochází k jejímu odlepování. Poučila jsem také pacienta, aby si této skutečnosti všiml. Každé ošetření stomie probíhalo v koupelně.

Hodnocení poskytnuté péče:

. Nemocný se stravoval pravidelně a vhodnými potravinami, o kterých byl informován. Manželku jsem také poučila o příznivém účinku pravidelného stravování. Pravidelnost defekace se upravila a cíle tudíž bylo dosaženo. Pacient si dokázal pravidelně kontrolovat těsnost podložky.

5. ZMĚNA SEBEPOJETÍ Z DŮVODU ZALOŽENÍ STOMIE

Cíl:

- pacient bude akceptovat svou novou roli
- pacient se dokáže dotknout stomie a mluvit o ní

Plán péče:

- získat důvěru pacienta
- podpořit jeho sebevědomí
- zajistit soukromí při péči o stomii
- zajistit spolupráci s rodinou
- edukovat o možnosti zapojení se do Klubu stomiků

Realizace plánu:

Získat pacientovu důvěru jsem se snažila především při společné péči o stomii, což byla poměrně intimní záležitost. Dále jsem s nemocným mluvila vždy realisticky, nebagatelizovala jsem jeho pocity a projevy bolesti. Podávala jsem mu vždy jasné a přesné informace, aby nedocházelo k nedorozumění.

Stomická sestra se domluvila s nemocným, zda-li si přeje, aby byla jeho manželka přítomna při péči o stomii. Pacient tuto nabídku přijal. Manželka projevila také zájem o ošetřování a byla při výměně kolostomického sáčku. Aktivně se o tuto péči zajímala, čímž do jisté míry psychicky podpořila svého manžela.

Sebevědomí nemocného jsem se snažila podporovat při našich rozhovorech. Vysvětlila jsem mu, že se nemusí vzdávat svých oblíbených činností. Každý pokrok či snahu jsem náležitě ocenila.

Převazy a péči o stomii jsem prováděla výhradně v soukromí, aby se pacient necítil nepříjemně.

Nabídla jsem pacientovi, že se může zapojit se do Klubu stomiků. To ovšem odmítnul se slovy: „Raději se s tím vypořádám sám a se svou ženou, která je mi velkou oporou. Spolu to zvládneme. Ale děkuji za nabídku.“ Navrhla jsem mu tedy, že je zde také možnost promluvit si s psychologem. Na tuto nabídku mi pacient odpověděl, že si kontakt s ním ještě rozmyslí.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacient nebyl po všechny dny veselý a bezstarostný. Při rozhovoru se mi svěřil, že se bojí, zda-li bude všechno doma zvládat a jak se s novou situací vyrovná. Manželka byla tou hlavní osobou, která mu dodala odvalu a naději. Za svým mužem docházela pravidelně každé odpoledne a trávila s ním několik hodin. Byla jeho největší oporou. I pro ní nemoc manžela musela být velkou ránou, ale nedala na sobě nic znát. Pacient postupně začal vnímat stomii, jako součást svého těla. Cílů bylo dosaženo.

6. STRACH Z DŮVODU NEJISTÉ BUDOUCNOSTI

Cíl:

- zmírnění nebo odstranění strachu
- pacient dokáže verbálně projevit své obavy

Plán péče:

- věnovat nemocnému dostatek prostoru k vyjádření jeho obav
- při komunikaci využívat prvků haptiky
- hodnotit povahu informací, které se k pacientovi dostávají
- zajistit častý kontakt s rodinou
- popřípadě zajistit kontakt s psychologem

Realizace plánu:

K nemocnému jsem vždy přistupovala individuálně s přihlédnutím na jeho aktuální fyzický i psychický stav. Dávala jsem mu prostor k projevení jeho pocitů. Během dne jsem s ním několikrát mluvila a všímala jsem si známkem strachu či nejistoty. Ujistila jsem ho, že kdykoliv bude mít potřebu promluvit si se mnou, tak mu jsem k dispozici. Při komunikaci s nemocným jsem chtěla získat jeho důvěru a několikrát jsem se ho letmo dotkla, aby cítil mou angažovanost v jeho životní situaci. Během rozhovoru jsem hodnotila povahu informací, které pacient má. Obávala jsem se totiž, aby se nemocnému nedostaly nevhodné rady od ostatních pacientů na pokoji.

Manželka nemocného byla velmi komunikativní a rozumná žena. Zmínila jsem se jí, že v tuto chvíli je velmi důležitá její podpora a opakované návštěvy rodiny.

Hodnocení poskytnuté péče:

Pacient během dne několikrát projevil zájem o rozhovor se mnou. Hovořili jsme především o budoucnosti, které se pacient obával. Ujistila jsem ho, že než bude propuštěn do domácího ošetřování, bude již dobře zvládat péči o stomii. Po těchto rozhovorech byl pacient klidnější, což mi i sám pověděl. Manželka na něho měla ovšem největší vliv. Celý den se těšil na její odpolední návštěvu. Po té co odešla byl klidný a většinou odpočíval při poslechu hudby. Na pacientovi nebyly znát projevy strachu. Cíle bylo dosaženo.

7. RIZIKO VZNIKU INFEKCE V SOUVISLOSTI SE ZAVEDENÍM PERIFERNÍHO ŽILNÍHO KATETRU A V SOUVISLOSTI S PORUCHOU INTEGRITY KŮŽE (operační rána)

Cíl:

- nedojde ke vzniku infekce

Plán péče:

- pravidelně kontrolovat operační ránu a místo vstupu PŽK
- provádět aseptické převazy
- pečovat o čistotu kolem stomie
- edukovat pacienta o vhodné hygienické péči
- sledovat hodnoty tělesné teploty

Realizace plánu:

K převazování místa vstupu drénu docházelo pravidelně 1x denně, popř. při nutnosti výměny krytí i během dne. Drén (tzv. Pigteíl) byl proplachován 2 ml Betadine a 8 ml fyziologického roztoku a kryt sterilní suchou gázou. Převazy byly prováděny sterilně a pečlivě jsem sledovala známky zánětlivé reakce.

Periferní žilní kanyla byla zavedena do v. basilica. Převazy byly prováděny dle standardu oddělení. Při každé manipulaci s kanylou jsem si všímala známek infekce či paravenozního přístupu.

Tělesná teplota byla sledována ráno a večer. Pacient byl poučen o dodržování hygieny (výměna osobního prádla či povlečení při znečištění). Nemocný byl ve sprše, kde si sám okolí stomie omýval proudem vody.

Hodnocení poskytnuté péče:

V oblasti kolem operační rány ani místa vstupu periferní žilní kanylace se po celou dobu hospitalizace neobjevily známky infekce (zarudnutí, otok, sekrece).

Tělesná teplota měla fyziologické hodnoty.

Cíle bylo dosaženo.

3.5 Dlouhodobá ošetrovatelská péče

Následná ošetrovatelská péče spočívala především v dalším nácviku ošetřování stomie. Jedenáctý den byl pacientovi odstraněn dren (tzv. pigtail). Místo bylo sterilně kryto suchou gázou. Od dvanáctého dne nemocný nevyžadoval podávání analgetik a byla mu tudíž odstraněna periferní žilní kanylace. Čtrnáctý den hospitalizace nemocný sám dokázal vyměnit kolostomický sáček i s přiložením podložky. Následující dny o stomii pečoval sám.

Z hlediska dlouhodobé ošetrovatelské péče byl pacient poučen, aby nepřepínal své síly a v období rekonvalescence se šetřil. Během následujících dnů se neobjevily žádné komplikace ve zdravotní stavu či ošetrovatelské péči.

Pacient byl propuštěn sedmnáctý den. Z nemocnice odešel v doprovodu své manželky do jejich společného bytu.

3.5 Psychická stránka

Uslyší-li kdokoliv z úst lékaře tak zásadní diagnózu, jako je rakovina, otřese to základy jeho života. Od toho okamžiku je nemoc na každém kroku s ním. Nemocný se s ní musí naučit žít a smířit se. Každý prochází určitými fázemi poté, co se o své nemoci dozví.

Elizabeth Kübler Rossová rozdělila tyto fáze na:

- 1. NEGACE – nemocný, který se nachází v této fázi je v psychickém šoku a popírá skutečnost, že by byl vážně nemocný. Nevěří, že nemoc postihla právě jeho a může zpochybňovat správnost klinických vyšetření. Nemocný se často straní společnosti. Nejdůležitější je v této fázi získat důvěru nemocného.

- 2. AGRESE – nyní je nemocný plný negativních emocí, které těžko ovládá. Napadá ho otázka: „Proč právě já?“ Svou zlost projevuje vůči ostatním lidem a plně si přitom uvědomuje, že oni za jeho nemůžou. Je důležité vědět, že i tato fáze je přechodná. Negativním emocím by měl být ponechán průchod.
- 3. SMLOUVÁNÍ – v této životní fázi nemocný uvažuje, jak naplnit čas. Přemýšlí o nových lécích či metodách, které by mu mohly pomoci. Často činí velké sliby.
- 4. DEPRESE – nemocný si uvědomuje vážnost své nemoci a ztrátu své vitality. Největší pomocí je trpělivé naslouchání jeho obavám.
- 5. SMÍŘENÍ – v této závěrečné fázi člověk přijímá svou diagnózu a snaží se uspořádat svůj život a přijmout novou roli nemocného.

Každý reaguje odlišně, ale v podstatě velmi podobně, jako to Rossová popsala. (19). Pokud bude celý zdravotnický tým vědět, ve které fázi se nemocný nachází, tak dojde k lepšímu porozumění. Pochopení a empatie ovlivňuje komunikaci a získání pacienta ke spolupráci na jeho léčení. Stomie zpočátku zásadně mění vnímání sebe sama a okolního světa, proto je nutný klidný a vyrovnaný přístup k pacientovi. Nemocného ještě čeká chemoterapie, která bude také těžkou životní zkouškou. Pacient má velkou oporu ve své manželce a zbylé rodině.

Prožívání nemoci a reakce na hospitalizaci

Pacient žil se strachem z nemoci již zmíněné dva roky. Smrt jeho sestry na stejnou diagnózu zapříčinila, že nemocný nevyhledal odbornou lékařskou pomoc. Byl přesvědčený, že má rakovinu, ale podle jeho slov se bál podstoupit diagnostické metody a mít stoprocentní jistotu, že se jedná o toto onemocnění. Byl úzkostný v době, kdy se vyskytovaly potíže

s vyprazdňováním, jako byla zácpa, bolesti břicha krev ve stolici. Své obavy prožíval vnitřně a nesvěřil se s nimi ani manželce.

Po akutním přijetí do nemocnice, kdy mu lékaři sdělili, že má rakovinu tlustého střeva a je velká pravděpodobnost, že by mohl mít vyvedenou kolostomii mu tato skutečnost nepřipadla nejdůležitější. Báł se o svůj život a přežít pro něho bylo hlavním cílem. Stomii si začal uvědomovat první pooperační den, kdy ho napadaly myšlenky, zda-li dokáže přizpůsobit svůj život této nově vzniklé situaci. Byl informován, že založení stomie je dočasné.

Zhodnocení komunikace

Pacient byl velmi komunikativní, k čemuž jsem dospěla při intenzivních rozhovorech potřebných pro vznik této práce. Zcela otevřeně mluvil o pocitech, které prožíval před hospitalizací a o kterých nedokázal v té době povědět ani manželce.

Žádné problémy se neobjevily ani při komunikaci s lékařem nebo dalšími členy zdravotnického týmu.

Jeho verbální a nonverbální komunikace byla vždy v souladu.

Zvládání stresu

Jako největší stresové reakce mi pacient popsal zmíněnou smrt sestry a první manželky. Po těchto událostech trpěl často úzkostí a ambulantně navštěvoval psychiatra. Psychofarmaka nikdy neužíval. V době kdy pracoval, jako technik v divadle stres nepociťoval.

V období před hospitalizací na něho působil stres v podobě strachu z nádorového onemocnění. Nejtěžší byla fáze výskytu krve ve stolici. Pacient se uzavřel do sebe a minimálně komunikoval. Byl podrážděný a nedokázal se déle soustředit.

Motivace k léčbě

V pooperačním období pro něho byla největší motivace rodina. Svěřil se mi, že chce vidět vyrůstat svá vnoučata a trávit s nimi hodně času. Manželka, která se tak významně podílela na fázi uzdravování byla velmi důležitou osobou k motivaci.

Sociální stránka

Nemocný žije s manželkou v domě 2+1 panelákového typu v Praze. Oba jeho synové s rodinami žijí v Praze a společně se vídají každý týden. Nyní ho navštěvují v nemocnici a mají velmi blízký vztah. Pacient má také poměrně mnoho přátel, se kterými se pravidelně navštěvuje.

3.6 Edukace

Edukace pacienta s kolorektální karcinomem začíná již před samotným operačním výkonem, kdy mu je vysvětlen důvod operace či založení stomie. Po výkonu je jednou z nejdůležitějších osob stomasestra, která za pacientem pravidelně každý den dochází a postupně ho učí zvládat svou novou úlohu – ošetřování stomie. Žádné setkání se stomasestrou není podle stejného schématu. Sestra musí dokázat využít své znalosti z oblasti psychologie, ošetřovatelství a komunikace a přizpůsobit svůj výklad aktuálním potřebám nemocného. Cílem edukace je získat pacienta a pokud s tím souhlasí, tak také jeho rodinu ke spolupráci a naučit je pečovat o stomii.

Edukace probíhá formou rozhovoru či diskuze. Další vhodnou formou jsou informační materiály, které nabízí jednotlivé firmy. Základem pro úspěšnou edukaci je vytvoření vztahu mezi pacientem a sestrou. Sestra musí respektovat individualitu nemocného a zajistit dostačnou diskretnost, jelikož se toto téma týká velmi intimní oblasti.

Oblasti, kterým bych se v edukaci chtěla věnovat jsou následující:

- Péče o kolostomii
- Strava
- Život se stomií

Péče o kolostomii

Stomasestra pacientovi vysvětlila výhody a nevýhody jednodílného a dvoudílného systému. Ukázala mu veškeré ochranné pomůcky, které se používají na kůži v oblasti stomie. Připravila všechny pomůcky na táč. Poté pacientovi v koupelně názorně vysvětlila a ukázala postup při výměně podložky a stomického sáčku. Poučila ho o likvidaci použitých pomůcek. Byla jsem přítomna výměně kolostomického sáčku a sledovala jsem míru soběstačnosti pacienta.

Strava

Pacient od devátého pooperačního dne přijímá stravu bezsezbytkovou č. 5.. Účelem této diety je konzumace takových potravin, aby následně do stolice odcházelo co nejméně zbytků, které by nutily střevo ke zvýšené peristaltice. Pacient byl poučen o potravinách vhodných v tomto období. Doporučené mu byly polévky, libové maso, bešamelové omáčky, kompotované ovoce, brambory, těstoviny, rýže a tvaroh. Naopak potraviny, kterým by se měl vyhýbat jsou veškerá tučná jídla, celozrnné výrobky, luštěniny, kynuté pečivo, syrová zelenina a tvrdé ovoce, kořeněná jídla – tyto potraviny totiž způsobují nadýmání a zatěžují trávicí trakt. Tuto bezsezbytkovou dietu by měl dodržovat přibližně šest týdnů po operaci. Rodina byla také poučena o vhodných a nevhodných potravinách a dle tohoto doporučení přinášela vhodné potraviny.

Strava vhodná pro kolostomika v následujícím období je samozřejmě individuální. Každý by měl vyzkoušet, které potraviny mu vyhovují a které ne. Uvádím zde všeobecně doporučované zásady výživy stomika, se kterými je nemocný postupně seznamován.

Strava by měla být přijímána pravidelně v přibližně stejnou dobu a měla by být i nadále pestrá. Cílem je, aby stolice nebyla příliš tuhá.

- Nadýmavý účinek: luštěniny, čerstvý chléb a pečivo, zelí, květák, vejce, pivo, cibule, šumivé nápoje a nápoje s obsahem oxidu uhličitého
- Proti nadýmání: jogurt a brusinky
- Zápach podporuje: chřest, houby, luštěniny, vejce, ryby, cibule, zelí, česnek, květák, ostrá koření a některé druhy sýrů
- Zápach tlumí: jogurt, petržel, šťáva z brusinek a brusinky
- Projímavě působí: káva, cukr, alkohol, švestky, hrušky, fíky, kyselé zelí, kapusta, luštěniny, mléko, masové vývary, ryby, šumivé nápoje a sladkosti
- Průjem tlumí: čokoláda, bílý chléb, rýže, banány, strouhané jablko, brambory, vývar z rýže a mrkve, je důležité doplňovat tekutiny, soli a glukózu
- Zácpa: prospěje sklenice čerstvé pomerančové šťávy ráno před jídlem, důležitý je příjem tekutin
- Břišní koliku mohou způsobit: ořechy, luštěniny, hlávkové zelí, kapusta, cibule, houby, křížaly, kukuřice (7)

Pitný režim – za nevhodné tekutiny pro stomiky se považují sycené vody kyslíčnickem uhličitý, protože nadýmají. K ideálním nápojům patří pramenité nebo stolní vody, ovocné mošty a zeleninové šťávy. Denní množství tekutin by mělo být 1,5 – 2 l, s ohledem na fyzickou aktivitu a teplotu okolí. Pít je vhodné po malém množství v průběhu celého dne. Pokud mají kolostomici řídkou stolicí doporučuje se jim pít hlavně při jídle. (7)

Život stomika

Edukace v této oblasti by se měla týkat především osobního a společenského života nemocného a jeho opětovného začlenění. Stomie je častěji zakládána v důchodovém věku, kdy nepůsobí problémy v zaměstnání. Založení kolostomie není důvodem k odchodu do invalidního důchodu u pracujících lidí. Je ovšem nutné zvážit, zda-li je stávající zaměstnání pro stomika vhodné. Jisté omezení působí stomie při výběru oblečení. Není vhodné nosit těsné oblečení.

Pacientovi byl nabídnut kontakt na Klub stomiků, což ovšem odmítnul. Tyto kluby zakládají lidé, kteří mají stejné „postižení“ – stomii. Účelem těchto svépomocných skupin je jednak pořádání společných akcí, jako jsou semináře či zájezdové pobyty na nichž probírají jednak zkušenosti v péči o stomii a hlavně se snaží psychicky podpořit jednotlivé členy klubu. Na území České republiky se nachází několik takovýchto klubů, jejich seznam uvádím v příloze. V roce 1970 Klub sestavil Chartu práv stomiků, se kterou by měl být každý stomik seznámen.

CHARTA PRÁV STOMIKŮ

PACIENT MÁ PRÁVO NA:

1. Kvalitní informace před operací
2. Vybrat vhodné místo pro umístění stomie
3. Dobře udělanou stomii
4. Kvalitní pooperační ošetrovatelskou péči
5. Psychickou podporu
6. Informaci o pomůckách, které jsou k dispozici
7. Individuální edukaci
8. Pooperační sledování a poradenskou péči do konce života
9. Využívání výsledků týmové spolupráce všech zainteresovaných pracovníků
10. Informace a poradenskou činnost organizace stomiků a jejich členů
11. Informace o způsobu financování pomůcek (9)

Zapojení rodiny do této činnosti je samozřejmostí. Je vhodné edukovat nemocného, že se nemusí vzdávat svých oblíbených činností, jako je například turistika.

3.8 Prognóza z ošetrovatelského hlediska

Pacient má dostatek informací o ošetřování stomie, zásadách vhodné a nevhodné stravy, možnosti psychologické pomoci... Manželka, která je mu velkou oporou ho motivuje ke zvládnání dílčích kroků při dosahování maximální míry sebeděče. Z tohoto důvodu si myslím, že v domácím ošetřování by nemělo docházet k výrazným potížím.

Po propuštění z nemocnice ho čeká určitá doba, kdy bude žít se stomií. Následovat bude operace, kdy lékaři obnoví střevní pasáž a zanoří stávající stomii. Pacienta ještě čeká adjuvantní léčba pomocí cytostatik, což bude psychicky i fyzicky velmi zatěžující období. V této fázi bude nutné, aby jeho rodina držela pohromadě a manželka ho i nadále podporovala.

4. ZÁVĚR

V závěru této bakalářské práce bych se chtěla zmínit především o pacientovi, který byl svěřen do mé péče. Pan A. M. byl silně ovlivněn nemocí a následnou smrtí své sestry. Celé dva roky žil ve strachu z potvrzení vlastní diagnózy. Až jeho náhlý zdravotní stav zapříčinil řešení tohoto problému. Pacient si byl vědom rizika plynoucího z neléčené nemoci, ovšem jeho strach mu nedovolil podstoupit diagnostické metody. Poté co byl neplánovaně operován a byla mu založená dočasná stomie, teprve dokázal o svém strachu mluvit.

Osobně jsem se s tímto pacientem seznámila desátý den jeho hospitalizace. Byl velmi sdílný při vyprávění svého příběhu. Z jeho rozhovoru bylo cítit uvolnění, ovšem také strach, zda se dokáže o stomii postarat.

V klinické části jsem se věnovala anatomii a fyziologii tlustého střeva, klinickým projevům karcinomu, diagnostice a terapii. Dále popisuji konkrétního pacienta.

V ošetrovatelské části jsem se zabývala charakteristikou ošetrovatelského procesu, Modelem fungujícího zdraví a jeho aplikací na konkrétního pacienta. Podstatnou část tvoří ošetrovatelské anamnézy a psychologická stránka. Cílů, které jsme během ošetrovatelského procesu stanovili, bylo převážně dosaženo. Propuštění pacienta do domácí péče bylo naplánované na sedmnáctý den po operaci. Následně ho čekala chemoterapie a zanoření stomie.

Seznámení se s tímto pacientem pro mě bylo velmi přínosné.

5. Seznam použitých zkratek:

- a. – artérie
- AA – alergická anamnéza
- ADP – artéria dorsalis pedis
- AF – artéria femoralis
- AP – artéria poplita
- ATP – artéria tibialis posterior
- aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test
- BMI – Body mass index
- CA 19-9 – nádorový marker
- CEA – karcinoembryonální antigen
- CO₂ – oxid uhličitý
- CT – computed tomography
- DK – dolní končetiny
- EKG - elektrokardiografie
- FA – farmakologická anamnéza
- FR – fyziologický roztok
- i.v. - intravenózně
- KO – krevní obraz
- MgSO₄ – síran hořečnatý
- NMR – nukleární magnetická rezonance
- OA – osobní anamnéza
- PSA – pracovně sociální anamnéza
- RA – rodinná anamnéza
- s.c. – subkutánně
- TK – tlak krve
- TT – tělesná teplota
- RHB - rehabilitace
- RTG – rentgenové vyšetření
- TEN – tromboembolická nemoc
- TNM - tumor, nodus, metastáza

6. Seznam použité literatury:

1. Beneš Z., Hep A.: Význam kolonoskopie pro současnou praxi, *Medicína pro praxi*, 2005, č. 3, s. 125 – 127
2. Bertoli S., Keller U., Meier R.: *Klinická výživa*, Scientia medica, Praha 1993, 236 s., ISBN 80 – 85526- 08 – 5
3. Dylevský I., Trojan S.: *Somatologie 2*, Avicenum, Praha 1990, s. 311, ISBN 80 – 201 0063 – 6
4. Ferko A., Z. Zbořil, K. Šmejkal, J. Bedrna: *Chirurgie v kostce*, Grada Publishing, Praha 2002, 591 s., ISBN 80 – 247 – 0230 – 4
5. Hrabovský J. a kol.: *Chirurgie*, Eurolex Bohemia a.s., Praha 2006, 444 s., ISBN 80 - 86861
6. http://www1.lf1.cuni.cz/~kocna/ginet/texty/st_krca6.rtf
7. <http://www.ilco.cz/>
8. <http://www.mou.cz/mou/upload/klinika.html>
9. http://www.nemvitkovice.cz/obsah/propacienty/_downloads/charta-prav-stomiku.pdf
10. <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=324813>
11. <http://stomici.unas.cz/index.htm>
12. <http://www.strategie.cz/scripts/detail.php?id=159036>
13. http://www.uzis.cz/download_file.php?file=124
14. Hugo J., Vokurka M.: *Praktický slovník medicíny*, Maxdorf, Praha 2000, 490 s., ISBN 80 – 85912 – 38 – 4
15. Chovancová Z., J. Vašková: *Diagnóza nádor a co dál...*, Grada Publishing, Havlíčkův Brod, 1998, 104 s., ISBN 80 – 7169 – 668 – 4
16. Jablonská M.: *Kolorektální karcinom : časná diagnóza a prevence*, Grada Publishing, Praha 2000, 454 s., ISBN 80-7169-777-X

17. Jech Z., Hoch J.: Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu, Interní medicína pro praxi, 2004, č. 2, s. 81 – 84
18. Kapounová G.: Ošetřovatelství v intenzivní péči, Grada Publishing, Praha 2007, 350 s., ISBN 978 – 80 – 247 – 1830 – 9
19. Kůbler - Rossová E.: Hovory s umírajícími, Signum unitatis, Praha 1992, ISBN 80 – 85439 – 04 - 2
20. Lemon I., IPVZ, Brno, 1996, ISBN 80-7013-234-5
21. Lukáš K. a kol.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry, Grada Publishing, Praha 2005, 288 s., ISBN 80 – 247 – 1283 – 0
22. Mačák J., Mačáková J.: Patologie, Grada Publishing, Praha 2004, 348 s., ISBN 80-247-0785-3
23. Mann M.: Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí, Tiskárna Kyjov, 1990, 263 s., ISBN 80 – 201 – 0080 – 6
24. Marečková J.: Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách, Grada Publishing, Praha 2006, 264 s., ISBN 80 – 247 – 1399 – 3
25. Nejedlá M., Šafránková A.: Interní ošetřovatelství I, Grada Publishing, Praha 2006, 280 s., ISBN 80 – 247 – 1148 – 6
26. Pavlíková S.: Modely ošetřovatelství v kostce, Grada Publishing, Praha, 2006, 150 s., ISBN 80 – 247 – 1211 – 3
27. Rokyta R.: Fyziologie, ISV, Praha 2000, 359 s., ISBN 80 – 85866 – 45 – 5
28. Rozsypalová M., Staňková M. a kol.: Ošetřovatelství I/1, Informatorium, Praha 1999, 234 s., ISBN 80 – 86073 – 39 – 4
29. Skala E.: Rakovina tlustého střeva, Liga proti rakovině (brožura)
30. Šmejkalová B., Zachová V.: Je edukace stomiků novinkou v ošetřovatelské péči?, Florence [online], 2007, č. 4, [2008-03-13], Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=469>
31. Trachtová E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, IPVZ, Brno, 1998, ISBN 80-7013-285-X
32. Valenta J, et. al.: Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství, Karolinum, Praha 2005, ISBN 80 – 246 – 0644 – 5 str. 117-122

33. Vučková J.: Ošetřovatelství – I, Fortuna, Praha 1994, 71 s.,
ISBN 80 – 7168 – 151 – 2
34. Vučková J.: Ošetřovatelství III, Fortuna, Praha 1996, 150 s.,
ISBN 80 – 7168 – 367 – 1
35. Závada F., Zavoral M.: Screening sporadického kolorektálního
karcinomu, Interní medicína pro praxi, 2005, č. 12, s. 534 – 538

7. Přílohy

SEZNAM PŘÍLOH:

č. 1 Ošetrovatelský záznam

č. 2 Hodnocení bolesti

OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Iniciály nemocného M. Z.
Věk 58 let Povolání dělník
Vyznání ateista Národnost česká
Adresa _____ Telefon _____
Osoba, kterou lze kontaktovat manželka
Oslovení páně Z.

Datum přijetí 6. 1. 2008
Hlavní důvod přijetí jiná a neuvěřitelná břišní bolest
Datum a kam propuštěn 13. 1. 2008 do domácí ošetrovatelny

Lékařská diagnóza:

- TUMOR SIGMOIDET STENOSANS
- STATUS ILEOSUS
- ANXIOZNE - DEPRESIVNI SYNDROM

Jak je nemocný informován o své diagnóze? nemocný je plně informován

Osobní anamnéza běžné dětské nemoci
anxiozně - depresivní syndrom
operace a vřazy nebyly

Rodinná anamnéza otec zemřel ve 33 letech na CMP při ca. mozku;
matka žije - léčí se s klouby, prodávala TB
sestra zemřela ve 26 letech na ca. stěv
děti - zdravé

Vyšetření krevní obraz (ko), ionty

Terapie NOVALGIN 1 amp. (5ml) do 100 ml FR i.v. a 8h
(kapat so chit)

Důležité informace o stavu nemocného Pacient má vyvedena
terminální sigmoidostomie

Alergie: jídlo ne ano pokud ano, které.....
léky ne ano pokud ano, které.....
jiné ne ano pokud ano, na co.....

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 je při vědomí, orientovaný v čase a prostoru.
Je neklidný a má strach z následné péče o stromy.

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

Pacient bydlí v bytě 1+1 s manželkou.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává?

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?
" Kvůli náhlým bolestem břicha "
2. Co si myslíte, že způsobilo Vaši nemoc?
" Nevím. "
3. Změnila tato nemoc nějak Váš způsob života? Pokud ano, jak?
" Změnil se způsob mého vyprazdňování. "
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane?
" Doufám, že se tady zlepší můj zdravotní stav. "
5. Jaké je to pro Vás být v nemocnici?
" Velmi nepříjemné - nikdy jsem v nemocnici nebyl. "
6. Jak dlouho tu podle Vás budete?
" Asi 14 dní. "
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý?
" Žiji s manželkou a závislý na mě nikdo není. "
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk?
" Manželka a synové. "
9. Jaký dopad má Vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu?
" Mají o mě strach. "
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat?
" Ano, navštěvují mě oba synové i manželka. "
11. Co děláte rád ve volném čase?
" Číst knihy, poslouchat hudbu a práci na zahradě na chalupě. "
12. Jak očekáváte, že se Vám bude dařit po propuštění?
" Nedovedu si zatím představit, jak to všechno zvládnout. "

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného Ano ne
- Pokud ano, upřesněte... "Bolí mě okolí operační rány"
- Jak dlouho... "od operace"
- Na čem je Vaše bolest závislá? "Především na fyzické námaze / bolí to hlavně po rehabilitaci. Na myšlenky"
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? "Toužela mi lehnout si"
- Došlo po léčbě k úlevě? úplně částečně
- Pokud budete mít u nás bolesti / potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? "... Dat mi léky proti bolesti"

Hodnocení sestry:

Pacient pociťuje bolest v okolí operační rány. Intenzita bolesti se zvyšuje po fyzické námaze. Návazně má neordinovanou analgetikem (Novolyt 1 amp (5ml) do 100 ml F2, i.v. 98h (30min rábat)).

b) Odpočinek, spánek

- Máte nějaké potíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? ano ne

- pokud ano, upřesněte... "Těžko usnout"

- Měl jste potíže i doma? ano ne
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne

- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? "Je to změna prostředí a bolesti." "Dávka léků neprobírá účinně, usínal na bříše, což nyní nemůžu (stomáček)"

- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? NE

- Berete doma léky na spaní? ano ne

pokud ano, které...

- Zdřímnete si během dne? Jak často a jak dlouho? "Jen na hodinu po obědě"

Hodnocení sestry:

Pacient má potíže se spánkem. Vlivem změny prostředí, bolesti a fyzické námazy má potíže usnout. Během dne si zdřímne po obědě asi na hodinu.

2. Osobní péče

- Můžete si všechno dělat sám? ano ne
- Potřebujete pomoc při mytí? ano ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si doma ošetřujete pleť?
- Potřebujete pomoc při koupání? ano ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry:

Pacient je v péči a sebe samostatný s vyjádřením péče o stavu.

3. Bezpečí

a) lokomotorická funkce

- Máte potíže s chůzí? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí již před přijetím? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici, abyste nechodil? ano ne
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? ano ne

b) zrak

- Máte potíže se zrakem? ano ne
pokud ano upřesněte..... "Mám brýle na čtení"
- Nosíte brýle? ano ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? "NE"

c) sluch

- Slyšíte dobře? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchátko? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Hodnocení sestry:

Pacient nemá žádné problémy s chůzí ani se sluchem
brýle nosí na čtení a nemá s nimi potíže

4. Strava / dutina ústní

a) Jak vypadá Váš chrup?

dobrý vadný

- Máte zubní protézu?

horní dolní žádnou

- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže?

ano ne

- Máte rozbolavělá ústa?

ano ne

pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu

priměřenou

vyšší (o kolik?)

7 kg

Nížší (o kolik?)

c) Změnila se Vaše váha v poslední době?

ano ne

pokud ano, o kolik kg jste zhubnul

2-3 kg

přibral.....

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu?

ano ne

- Co obvykle jíte? „Nejraději mám maso, brambory, těstoviny“

- Co nejíte? „Brokolice a špenát“

- Máte zvláštní dietu?

ano ne

- Jak často chodíte obvykle na pokud ano, jakou? „Dětu bezsýtkova“

- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován?

ano ne

pokud ano, jakou?.....

- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? ano ne

pokud ano, upřesněte

potže jsem měl s nadýmáním jídla

- Co by mohlo Váš problém vyřešit? „Myslím, že se mi chuť k jídlu vrátí sam“

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne

pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? ano ne

Hodnocení sestry

Pacient má vlastní chrup a nechce mi žádné potíže.
Váží 85 kg a měří 175 cm → jeho BMI je tudíž 27,8.
což svědčí pro nadváhu.
Pacient uvádí, že za poslední 3 měsíce zhubnul 2-3 kg.
Nyní má dietu c. 5 - bezsýtkova

7. Dýchání

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete? vodu mléko ovocné šťávy kávu čaj nealk. nápoje
- Co pijete nerad? „Tvrdy alkohol“
- Kolik tekutin denně vypijete? „1,5 - 2 l“
- Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Hodnocení sestry: „Pacient přijímá dostatečné množství tekutin.“

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? „obvykle 1x denně“
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? „Ráno, ale nyní je vše špat.“
- Berete si projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? ano ne
pokud ano, co to je?
- Máte nyní problémy se stolicí? ano ne
pokud ano, jak by se daly řešit? „Mám vředy a stolicí odložím do speciálního sáčku.“

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Máte doporučení od lékaře, jak jste je zvládal?
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- Očekáváte potíže s močením i po návratu z nemocnice? ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Hodnocení sestry: Pacient závažné potíže s močením nemá.

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?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? ano ne
- pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte? ano ne
- pokud ano, kolik?.....

Hodnocení sestry:

Pacient nemá žádné potíže v oblasti dýchání. Je nekuřák.

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano ne
- pokud ano, jaké? u bolavé znehy je porucha rdna, která mám na břiše
- Svědí Vás kůže? ano ne

Hodnocení sestry:

Pacient má poruchu rdny po laparotomii s vyvedením sigmoidostomie vlevo a pipru.

9. Aktivita / cvičení / záliby

- Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? Jsem v diétoze
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení? ano ne
- pokud ano, jaké.....
- Víte, jaká je Váš pohybový režim v nemocnici? ano ne
- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? Postavování knihy, čte a sleduji televizi
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? Ne

Hodnocení sestry:

Pacient je v diétoze a žije aktivním životem. Trávil delší dobu na dialyze, kde pracoval na zahradě. Jeho záliby jsou knihy, čtení a sledování TV.

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:

Tuto oblast pacient považoval za intimní a nechtěl o ní mluvit.

Různé:

- Jakou školu jste ukončil? „Střední elektrotechnická“
- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela, otce nebo jiné sociální vztahy? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Jak velká je Vaše rodina? „Ano, mám dva syny a vnoučata“
- S kým společně žijete? „S manželkou“
- Kdo se o Vás může postarat? „Manželka a synové“
- V jakém bytě žijete? „V bytě 2+1 panelákového typu“
- 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“

Hodnocení sestry:

Pacient žije s manželkou v bytě 2+1.
Jeho rodina tvoří synové s manželkami a dětmi.

Plán a hodnocení ošetrovatelské péče

Pořadí potřeb (ošetřovatelských dg.)	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)
1. BOLEST Z DŮVODU OPERAČNÍHO VÝKONU	<ul style="list-style-type: none"> • snížení nebo odstranění bolesti po aplikaci analgetik • umí správně nastavit úroveň polohu • umí vstávat z lůžka bez výraznější bolesti
2. DEFICIT SPÁNKU Z DŮVODU BOLESTI A ZMĚNY PROSTŘEDÍ	<ul style="list-style-type: none"> • pacient usne do 1h po uložení • pacient bude spát alespoň 6h • pacient se po probuzení bude cítit ospalý
3. SNÍŽENÁ SOBĚSTAČNOST V OBLASTI PÉČE O STOMIPI	<ul style="list-style-type: none"> • pacient bude edukován • dovede se pečovat na stomii • dříve dovede připevnit záclonu k plandě • dovede vyprázdnit evazny
4. INKONTINENCE STOLICE Z DŮVODU ZALOŽENÍ KOLOSTOMIE	<ul style="list-style-type: none"> • neucy se bude vyprazdňovat pravidelně • říže koliku stomie nebude pozorovat • bude mít dostatek informací o vyprazdňování
5. ZMĚNA SEBEPOJETÍ Z DŮVODU ZALOŽENÍ STOMIE	<ul style="list-style-type: none"> • pacient bude akceptovat svou novou roli • pacient se dovede se stomie dotýkat a mluvit o ní
6. STRACH Z DŮVODU NEJISTÉ BUDOUCNOSTI	<ul style="list-style-type: none"> • snížení nebo odstranění strachu • pacient dovede verbálně projevit své obavy
7. RIZIKO VZNIKU INFEKCE (PĚK, OPERAČNÍ RANA)	<ul style="list-style-type: none"> • nedojde ke vzniku infekce

Plán a hodnocení ošetrovateľskej péče

Plán ošetrovateľskej péče	Efekt poskytnutej péče
<ul style="list-style-type: none"> • hodnotiť intenzitu, charakter bol. dle analogovej škály • sledovať profery bolesti • edukovať o poloze a o vstavani • aplikovať analgetica dle ord. • edukovať o alternatívnych met. 	<p>Po aplikácii analgetik dostalo k vytravnému omezení bolesti. Pacient operované vstával z lůžka neproděně. Alternativní metody využíval často. - ale bylo dosaženo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • zabezpečit vhodné prostředí • aktivizovat pacienta během dne • aplikovat analgetica dle ord. 	<p>Pacient spal 4-5h a po probuzení se cítil ospalý. Na noc si vyžádal analgetika. - ale bylo dosaženo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • poskytnout informace • zabezpečit péči • sledovat míru sebedůvěry • hodnotit porozumění péči • doprovázet při ošetrování stoně 	<p>Nemocný měl dostatek informací o ošetrování stoně. Dotázal se na ni podívat a vyměnit sčec (bez plavěky) v - ale bylo dosaženo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • podporovat pravidelný rytmus stravování • sledovat charakter axie • zabezpečit současně 	<p>Nemocný se stravoval pravidelně a vhodnými potravinami. Pravidelnost stravy byla upravena. - ale bylo dosaženo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • získat důvěru • podpořit sebedůvěru • zabezpečit současně • zabezpečit spolupráci s rodinou • edukovat o křtu stoně 	<p>Pacient o stoně došel mluvit a postepně ji akceptoval jako součást těla. Rodina nemocného se o péči také zapojila. - ale bylo dosaženo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • věnovat nemocnému prostor pro vyjádření obav • využít vnitřní kapacitu • zabezpečit kontakt s rodinou, příp. s psychologem 	<p>Pacient nedejst pojevil zájem o rozhovor, po kterém se podle jeho slov cítil křivě. Manželka byla největší oporou. - ale bylo dosaženo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • kontrola rany a vsupu PŽČ • aseptické postupy • edukovat o hygieně • sledovat hodnoty TT 	<p>Znamení infekce se neobjevily. TT měla fyziologické hodnoty. - ale bylo dosaženo</p>

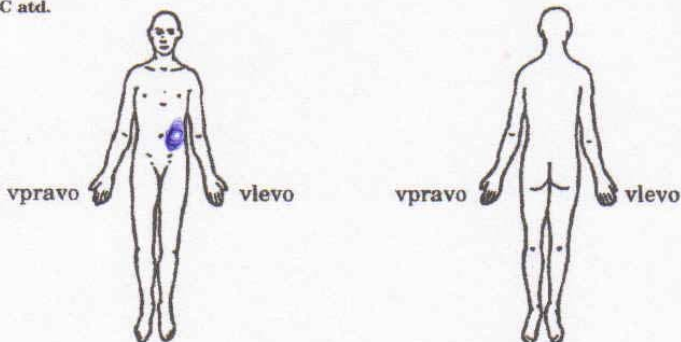
HODNOCENÍ BOLESTI

Příjmení: Z. Číslo chor: -
 Jméno: M. Datum: 16.1.2008
 Základní vyšetření: krevní obraz (ko), počty
 Pacientův popis bolesti: Bolest je náhlá a vystrkáje do levé části břicha.
 Co pomáhá zmírnit bolest? Poloha vleže na zádech s pozvednutými nohama.
 Co bolest zhoršuje? fyzická aktivita.

Máte bolest	1. V noci?	Ano <input checked="" type="radio"/> Ne <input type="radio"/>	Poznámka
	2. V klidu?	Ano <input type="radio"/> Ne <input checked="" type="radio"/>	Poznámka
	3. Při pohybu?	Ano <input checked="" type="radio"/> Ne <input type="radio"/>	Poznámka

LOKALIZACE BOLESTI

Vyznačte, prosím, v obrázku místa, kde pociťujete bolest. Označte každé místo písmenem A,B,C atd.



KLÍČ K OZNAČENÍ INTENZITY BOLESTI:

- 0 - žádná bolest
- 1 - mírná bolest
- 2 - vnímaná a obtěžující bolest
- 3 - silná, stresující bolest
- 4 - velmi silná, nesnesitelná bolest
- 5 - zničující bolest

s=spí

Jednodušší záznam intenzity bolesti lze provést na škálu bolesti

