

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Marcela Vašková

**Ošetrovatelský proces u pacienta
s karcinomem tlustého střeva**

Bakalářská práce

Praha 2009

Autor práce: Marcela Vašková

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčková

Oponent práce: Mgr. Kateřina Drlíková

Datum obhajoby: červen 2009

Hodnocení: viz příloha

Bibliografický záznam

VAŠKOVÁ, Marcela. *Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem tlustého střeva*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2009. 52 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Marie Hlaváčová.

Anotace

Bakalářská práce „*Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem tlustého střeva*“ pojednává o nutnosti aktivního ošetrovatelského přístupu sestry k pacientovi, kterému byla založena kolostomie. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické.

Teoretická část popisuje anatomii trávicího systému, onemocnění v obecné rovině, klinický obraz nemoci, příčiny, průběh, diagnostiku a léčbu nemoci. Dále se zde nachází rozdělení stomií, historie stomaterapie, příčiny vzniku kolostomie, stručný přehled pomůcek pro stomiky.

Praktická část je zaměřena na ošetrovatelskou péči u klienta s tímto onemocněním. Zabývá se základními informacemi o nemocném, průběhem jeho hospitalizace, sběrem ošetrovatelské anamnézy pomocí modelu „Funkčního zdraví“ M. Gordonové. Je zde popsán ošetrovatelský proces, jeho součásti a výsledné hodnocení vzniklých problémů. Závěr informuje o aktuálním stavu pacienta a o přínosu této práce.

Annotation

This work „*Nursing process in care about patient with colon cancer*“ deals with the need for active nursing approach to the patient with colostomy. The work consists of two parts – the theoretical one and the practical one.

The theoretical part describes the anatomy of gastrointestinal tract, the disease in general, the clinical picture of the disease, it's causes, courses, diagnostics and the treatment. Furthermore, it features stoma categorization, history of stomatherapy, the causes of colostomy, short list of tools of stomik.

The practical part is focused on nursing care of the client suffering from this disease. It summarizes the basic information about the patient, the course of his hospitalization and the collection of nursing case history according to the M. Gordon's

Functional health patterns. It described the nursing process, it's components and the resultant evaluation of the problems encountered.

The conclusion of this work informs on the current status of the patient and briefly recapitulates the contribution of this work.

Klíčová slova

Karcinom tlustého střeva

Pacient

Stomie

Ošetrovatelský proces

Stomasestra

Keywords

Carcinoma colon

Patient

Stomy

Nursing process

Stomysister

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 umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 21. března 2009

Marcela Vašková

Poděkování

Je mou milou povinností na tomto místě vyjádřit svou vděčnost PhDr. Marii Hlaváčové za cenné rady a inspirující podněty během vytváření předložené práce. Stejný dík náleží i za její velkou trpělivost. Za odborné rady a konzultace chci poděkovat MUDr. Zdeňku Šebestovi. Poděkování patří i mé rodině za její pochopení a vstřícnost během doby studia.

Také si velmi cením vstřícnosti vrchní sestry Blanky Vrátilové, staniční sestry Marie Klimentové a všeho personálu Nemocnice Na Františku. Tato práce by pak nevznikla nebýt ochoty a spolupráce pacienta, který poskytl své údaje pro zpracování.

Úvod.....	8
I. Teoretická část.....	9
1. 1 Anatomie trávicího systému	9
1. 2 Nádory tlustého střeva	14
1. 2. 1 Benigní karcinomy.....	14
1. 2. 2 Maligní karcinomy.....	14
1. 3 Diagnostika	15
1. 4 Léčba.....	16
1. 5 Stomie	17
1. 5. 1 Historie stomíí.....	17
1. 5. 2 Indikace k vytvoření stomie.....	19
1. 5. 3 Rozdělení stomíí	20
1. 5. 4 Pomůcky pro stomiky	21
2. Praktická část	22
2. 1 Základní informace o nemocném.....	22
2. 2 Průběh hospitalizace	23
2. 2. 1 Farmakoterapie	25
2. 2. 2 Laboratorní výsledky	31
2. 3 Ošetrovatelský proces	32
2. 3. 1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	32
2. 3. 2 Ošetrovatelská anamnéza dle Majory Gordonové.....	33
2. 3. 3 Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	37
2. 3. 4 Edukace.....	47
Závěr	48
Seznam použitých zkratk	49
Seznam použité literatury	50
Seznam příloh	52

Úvod

S lékařskou péčí se za svůj život setká každý člověk. Odlišné diagnózy vyžadují specifický přístup nejen lékaře, ale i ošetrovatelského personálu. Na různá onemocnění existují variabilní léčebné postupy. Přes společné části mají i mnoho rozdílných prvků podle specifik daných nemocí. V této práci jsem se zaměřila na ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem.

Nádorové onemocnění patří mezi nejvážnější diagnózu, se kterou se člověk může setkat. A mezi nádorovými onemocněními se kolorektální karcinom řadí mezi jedny z nejčastějších. Proto si myslím, že je důležité podrobněji popsat ošetrovatelský přístup k pacientům s touto diagnózou a stanovit priority ošetrovatelské péče.

Na počátku 21. století je Česká republika oblastí s jedním z nejvyšších výskytů nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku u obou pohlaví. V celoevropském srovnání výskytu kolorektálního karcinomu je Česká republika na prvním místě pokud jde o muže a na šestém místě v případě žen. Incidence většiny zhoubných nádorů přibývá s věkem. Kolorektální karcinom po dlouhou dobu nedoprovází markantnější příznaky a často bývá jeho diagnóza rozpoznána až v pokročilejších či pokročilých stadiích nemoci.

Pracuji na chirurgickém oddělení, na kterém se často setkávám s pacienty s touto diagnózou. Někteří pacienti přicházejí pro již vzniklé komplikace a jiní v samém začátku nemoci. Myslím si, že toto onemocnění velmi zasahuje do budoucího života pacienta, jeho rodiny, okolí, možností zaměstnání. Pacient by měl být informován o tom, že stomie není překážkou společenského života a způsobu správného ošetrování stomie.

Cílem mé práce je snaha o zajištění optimálního přístupu k pacientovi ve smyslu informovanosti pacienta o daném onemocnění a poskytování ošetrovatelské péče na nejvyšší možné úrovni tak, aby byl pacient schopný žít plnohodnotný život se stomií.

I. Teoretická část

1. 1 Anatomie trávicího systému

Trávicí systém je velmi komplexní součástí lidského organismu. Skládá se z několika funkčně i lokačně separovaných segmentů, které však tvoří nedílný komplet a pro svou správnou funkci musí na sebe v činnosti navazovat. První částí, která zajišťuje příjem potravy a její prvotní zpracování je dutina ústní. Následují pak další části.

Ústní dutina (*cavum oris*) začíná ústním otvorem (*rima oris*), je ohraničena rty (*labia*) a tvářemi (*buccae*), v horní části je uloženo patro (*palatum*), kaudálně spodina dutiny ústní (*diaphragma oris*). Obsahuje jazyk (*lingua*), zuby (*dentis*), patrovou mandli (*tonsilla palatina*), slinné žlázy (*glandulae oris*). Směrem dozadu přechází dutina ústní zúžením (*isthmus faucium*), do hltanu. Dutina ústní je obloukem zubů rozdělena v předsíň (*vestibulum oris*) a ve vlastní dutinu ústní (*cavum oris proprium*). Funkcí těchto orgánů je mechanické rozrušení stravy a její předpřípravu na průchod trávicím traktem. Sliny potravu zvlhčí a štěpí škroby na jednodušší cukr.

Hltan (*pharynx*) je trubice, předozadně oploštěná, dlouhá asi 12 – 15 cm, tvaru nálevky. Částečně je zapojena i jako dýchací trubice a slouží k fonaci. Hltan zasahuje od baze lební k úrovni obratle C6, kde přechází do jícnu. Je uložen před krční páteří a otevírá se dopředu do dutiny nosní, do dutiny ústní a do dutiny hrtanové. Topograficky je rozdělen do tří částí – nosohltan, ústní část hltanu, hrtanová část hltanu

Nosohltan (*pars nasalis pharyngis*) je nejprostornější částí hltanu, vysoký asi 2,5 cm a hluboký asi 1,5 cm. Sliznice v nosohltanu je zřasená, v klenbě je uloženo značné množství lymfatické tkáně – tonsilla pharyngea. V boční stěně nosohltanu je uloženo faryngální ústí Eustachovy trubice. Ústní část hltanu (*pars orali pharyngis*) je vysoká okolo 6 cm, leží za kořenem jazyka. Má tvar štěrbinovité podkovy otevřené konkavitou dopředu, kde přední stěna hltanu chybí a dochází ke komunikaci s dutinou ústní. Hrtanová část hltanu (*pars laryngea pharyngis*), má tvar štěrbinu, konkávní dopředu. Původně široká štěrbina se zužuje a v úrovni C6 přechází v jícn. Přední stěna hltanu objímá i vchod do hrtanu – aditus laryngis a směrem ventrolaterálním vybíhá na obě strany v hruškovitý recessus piriformis, kterým může do hltanu stékat polknutá tekutina a sliny. Aditus laryngis je ohraničen příklopkou hrtanovou (ipiglottis).

Jícn (*oesophagus*) je trubice, která spojuje hltan se žaludkem. Jeho délka je

individuální v závislosti na velikosti hrudníku – pohybuje se kolem 23 – 28 cm. Leží mezi šestým krčným a jedenáctým hrudním obratlem. Trubice je předozadně oploštělá, lumen má průměr kolem 1,5cm hvězdicového tvaru, v klidovém stavu k sobě stěny přiléhají.

Průběh jícnu je v lehkém oblouku, konvexitou směrem dozadu k páteři. Jeho průběh můžeme rozdělit do 3 úseků - krční, hrudní a břišní. Úlohou jícnu je transport potravy. Proto má ve stěně několik vrstev svaloviny, které umožňují aktivní průchod sousta. Příčně pruhované svalstvo, které je ovládané vůlí, je v horní části jícnu a v dolní části přechází v hladkou svalovinu, kde průchod potravy je automatický. Sliznici v jícnu pokrývá dlaždicový epitel.

Žaludek (*gaster, ventriculus*) je rozšířený oddíl trávicí trubice, spojující jícen s počátečním úsekem střeva, sloužící jako zásobník pro značné množství přijaté potravy. Ta je v žaludku předběžně zpracována a pak je po částech transportována do střeva. Žaludek je variabilní svým tvarem, velikostí i uložením. Žaludek může mít dva tvary, buď hákovitý nebo tvar býčího rohu.

Na žaludku rozlišujeme fundus gastricus, corpus gastricum (ventriculi) a pars pylorica. Žaludeční stěna se skládá se ze sliznice, podslizničního vaziva, svaloviny a serózy. Sliznice je růžovočervené barvy, složená v řasy. Podél těchto řas rychle stékají tekutiny. V těle žaludku jsou řasy nepravidelné, zde dochází k natrávení tuhé potravy. Sliznice je vystlána cylindrickým epitelem. Sliznice je rozdělena na malá políčka – *arae gastricae*, do kterých ústí žaludeční žlázy – *glandulae gastricae*.

Žlázy obsahují buňky mucinózní, které produkují hlen, buňky hlavní produkující enzym pepsin, který tráví bílkoviny a buňky krycí, které produkují kyselinu solnou. Podslizniční vazivo je složeno z řídkého kolagenního vaziva, které dovoluje posun sliznice

Svalovina žaludku má tři vrstvy, zevní podélnou, střední cirkulární, vnější vrstvu. Střední cirkulární vrstva je nejmohutnější v pyloru, kde vytváří silný *musculus sphincter pylori*. Zajišťuje postup potravy do střeva a brání zpětnému návratu obsahu duodena do žaludku a vnější vrstvu – hladká svalovina. Serosa (*peritoneum*) tvoří hladký, lesklý povrch žaludku. Od kurvatur odstupuje serosa ve formě předstěn – *omentum majus* a *minus*.(4, 6, 9)

Funkčním pokračováním žaludku je střevo, které se rozděluje na tenké a tlusté. Jeho úkolem je zpracování přijaté stravy.

Tenké střevo (*Intestinum tenue*) je nejdelším úsekem trávicí trubice, spojující

pylorus žaludku s tlustým stěvem. V tomto úseku probíhá největší část trávení potravy a vstřebávání jednoduchých složek rozštěpené potravy. Délka tenkého střeva je variabilní; za života 3 – 5 metrů, po smrti až 7 metrů vzhledem uvolnění svalového tonu.

Střevní stěna je složena ze sliznice a jejího vaziva, svaloviny a serózy (*peritoneum*). Sliznice je kryta buňkami – enterocyty, což je jednovrstevný cylindrický epitel s resorpčními schopnostmi. Vybíhá v klky (*villi intestinales*), které jsou výchlípky epitelu a vaziva, kryté enterocyty. Klky obsahují krevní a lymfatické cévy, kde se vstřebávají cukry a aminokyseliny a tuky. Slizniční vazivo obsahuje lymfatickou tkáň ve formě jednotlivých nebo nakupených lymfatických uzlíků. Tenké střevo má 3 části - duodenum, jejunum, ileum.

Dvanáctník (*duodenum*) jeho délka je asi 25 – 28 cm, průsvitu 3,5 - 4,5 cm. Skládá se z částí pars superior (5 cm dlouhá), pars descendens (dlouhá 8 cm), pars horizontalis (10 cm dlouhá), pars ascendens. Sliznice má ploché klky a je složena v kruhovitě řasy (*plicae circulares*). Tyto chybí v horní části duodena, kde je sliznice hladká. Obsahuje žlázy dvojího druhu. První se nazývají glandulae intestinales jsou trubicovitého tvaru a produkují isotonicou tekutinu, do které se z enterocytů dostávají enzymy. Druhým druhem žlázek jsou glandulae duodenales, které jsou specifické pro duodenum, sahají do podslizničního vaziva a produkují alkalický sekret, který neutralizuje kyselinu solnou obsaženou v žaludeční šťávě. V sestupné části duodena je v místě přilehlém ke hlavě slinivky břišní podélná řasa, na které vyúsťují na vyvýšenině (*papilla duodeni major*) hlavní vývod pankreatu (*ductus pancreaticus major*) nejčastěji dohromady s vývodem žlučových cest (*ductus choledochus*).

V horní části řasy ústí do duodena ductus pancreaticus minor.

Lačník a kyčelník (*jejunum a ileum*) jsou uloženy v oblasti pod mesocolon transversum. Převážně prázdné jejunum tvoří asi 2/5 délky střeva, je v levé horní části peritoneální dutiny. Ileum leží převážně v pravé dolní části peritoneální dutiny, představuje 3/5 délky střeva. Jejunum je širší, průměru 3 cm, narůžovělé díky mohutnějším arteriálním pletením, které tvoří na mesenteriálním okraji jednu řadu cévních arkád. Na sliznici jsou patrné vyšší cirkulární řasy. Z arkád odstupují přímé tepénky ke stěně střeva. Přechod jejuna do ilea je nezřetelný. Ileum je tenčí, průměru 2,5 cm a bledší. Slizniční cirkulární řasy aborálním směrem se snižují až téměř vymizí. Ileum se napojuje v pravé jámě kyčelní ileocekálním ústím do tlustého střeva. Má zde vytvořenou chlopeň (*valva ileocaecalis – Bauhinská chlopeň*), která směřuje střevní

obsah do tlustého střeva. Chlopeň dovoluje za změněných podmínek částečnou regurgitaci střevního obsahu z tlustého střeva zpět do ilea.

I tlusté střevo (*intestinum crassum*) se skládá z více částí. Jsou to caecum, colon, colon ascendens, colon transversum, colon descendens, colon sigmoideum a rectum. Tlusté střevo je dlouhé 1,2 až 1,5 metru, průsvitu 4 – 8 cm, naředlé barvy. Má typickou trojici poznávacích znaků, appendices epiploicae – jsou výchlípky peritonea, které pokrývají střevo. Jsou vyplněné tukem. Taeniae – 3 pruhy tvořené longitudinální svalovinou rozložené po obvodu střev. Haustra – jsou vyklenutí střevní stěny mezi teniemi. Jednotlivá vyklenutí jsou oddělena poloměsíčitými řasami (*plicae semilunares*), které prominují do dutiny střeva. Jejich podkladem jsou kontrahované snopce cirkulární svaloviny.

Slepé střevo (*caecum*) je dlouhé 10 cm a je uloženo v pravé jámě kyčelní. Vyústění ilea do caeca je místem odkud začíná colon ascendens. Caecum začíná slepě vakem, z jehož vrcholu odstupuje červovitý výběžek (*apendix vermiformis*). Apendix je průměrně dlouhý 5 – 10 cm. Je fixován svým závěsem k caeku. Vyznačuje se tím, že v podslizničním vazivu je nahromadění lymfatické tkáně, která může být postižena zánětem. Apendix může mít různé polohy.

Vzestupný tračník (*colon ascendens*) plynule navazuje na caecum, je dlouhý 16 – 20 cm a táhne se vzhůru až pod játra. Je přisedlý na zadní stěnu břišní. Pod játry přechází svým ohbím (*flexura coli dextra – hepatica*) do příčného tračníku. Příčný tračník (*colon transversum*) je dlouhý v průměru 50 cm, prochází v mírném oblouku napříč dutinou břišní na levou stranu, kde je další ohyb střeva (*flexura coli sinistra – lienalis*). Je zavěšen na peritoneální duplikatuře (*mesocolon transversum*). Závěs dovoluje značnou pohyblivost této části střeva. Levý ohyb je uložen v hloubce břišní dutiny za levou částí žaludku a pod slezinou, kde přechází v sestupnou část tlustého střeva. Sestupný tračník (*colon descendens*) je dlouhý 20 – 30 cm, přirostlý na zadní stěnu břišní. Dosahuje levé jámy kyčelní, kde přechází v esovitou kličku.

Esovitá klička (*colon sigmoideum*) ve formě písmena S přechází závěsem přes musculus psoas major, levý močovod a vasa iliaca minima do pánve, kde navazuje na rectum. Esovitá klička je přidržována volným peritoneálním závěsem (*mesosigmoideum*) k zadní stěně břišní

Konečník (*rectum*) je konečným úsekem tlustého střeva, kde jsou patrné dvě části : horní, rozšířený, v pánvi uložený úsek, asi 10 cm dlouhý – ampula recti, dolní, úzký 2 – 4 cm dlouhý úsek – canalis analis. Rectum se klade do vyhloubení os sacrum a

je zakřiveno v rovině frontální a sagitální. Na sliznici odpovídají těmto zakřivením tři poloměsíčitě řasy. Poslední částí střeva je *canalis analis*, který prochází svalovou hrází (*diaphragma pelvis*) a vyústí ze zevně řitním otvorem (*anus*). Stěna *recta* a *anu* je složena z typických vrstev a to ze silné sliznice, vybíhající v *rectu* ve tři poloměsíčitě příčné řasy (*plicae transversae*), horní, dolní a silněji vytvořená řasa střední. Sliznice v *canalis analis* vybíhá v podélné řasy (*columnae anales*), které nad řitním otvorem přecházejí do cirkulárně zesíleného slizničního prstence. Ten je podmíněn nahromaděním žilních pletení – *zona hemorrhoidalis interna*.. Výstelka sliznice, která je v začátku kanálu tvořena cylindrickým epitelem, se při zevním ústí kanálu mění v dlaždicový epitel. V této zevní části *anu* je nahromaděním žilních pletení – *zona hemorrhoidalis externa*, kde dilatací stěny žil mohou vznikat zevní hemeroidy. Svalovina *recta* je tvořena hladkou vnitřní, cirkulární a silnou zevní, longitudinálně probíhající vrstvou. Obě části svaloviny přecházejí do stěny análního kanálu. Cirkulární složka při zevní části kanálu vytváří hladký cirkulární svěrač – *musculus sphincter ani internus*. Zevně od něho, svalovina hráze vytváří příčně pruhovaný svěrač – *musculus sphincter ani externus*, ovládaný vůlí. *Canalis analis* je kryt tužším vazivem – *paraproctium*.

Střevo dostává tepennou krev cestou *arteria mesenterica superior* a *inferior*. *Arteria mesenterica superior* probíhá v *mesenteriu* do pravé jámy kyčelní a vydává větve pro tenké střevo – *arteriae jejunales et ilei*, pro začátek tlustého střeva – *a. ileocolica* a konečně *a. colica dextra* a *media* pro vzestupný tračník a pravou část příčného tračníku. Zbytek tračníku a *colon sigmoideum* jsou zásobeny z *a. mesenterica inferior*. Vény svým průběhem odpovídají tepnám. Venósní krev ze střev odtéká do *venae portae*. Lymfa odtékající ze střeva, jde do lymfatických cév *mesenterických* závěsů, kde jsou 3 řady uzlin. Z poslední řady odtéká lymfa cévami do *truncus intestinalis*. Inervace střeva je realizována sympatickými a parasympatickými nervy. (4, 6, 9)

Nedílnou součástí trávicí soustavy je též slinivka břišní (*pancreas*), játra (*hepar*), žlučové cesty. Slinivka břišní je žlázou se zevní – exokrinní a vnitřní – endokrinní sekrecí. Je uložena na zadní stěně břišní. Rozlišujeme na ní hlavu (*caput*), tělo (*corpus*) a ocas (*cauda pancreatis*). Játra (*hepar*) jsou největší a nejtěžší žlázou v našem těle, váží kolem 1,5 kg. Jsou křehká, barvy hnědočervené, uložena v pravé klenbě brániční. Játra jsou složena z jaterních buněk – hepatocytů, které jsou uspořádány do řad a tvoří trámce. Mezi trámcem probíhají žlučové kapiláry a krevní cévy. Z krevních kapilár vstupujících do periferie lalůčku přecházejí živiny, kyslík a některé rozpadové látky do

žaterních buněk. Z buňky po zpracování se část látek dostává zpět do krve a část vstupuje jako žluč do žlučových kapilár. Játra mají dvojí krevní oběh – funkční a nutritivní. Funkce jater je tvorba žluče, krvetvorba před narozením, metabolické a detoxikační funkce. Žlučové cesty začínají ze žlučových kapilár lalůčku, spojují se dohromady, vytvářejí tak větší nitrožaterní žlučovody a vystupují v porta hepatis z jater jako 2 – 4 cm dlouhý extrahepatální duktus hepaticus dexter a sinister. Oba dva se spojují ve 4 cm dlouhý společný žlučovod – duktus hepaticus communis. Spojením tohoto vývodu s vývodem žlučníku – duktus cysticus vzniká duktus choledochus (hlavní žlučovod). Žlučník (*vesica biliaris*) slouží jako rezervoár žluče, žluč se v něm zahušťuje. Je výchlipkou žlučových cest a je přirostlý k játrům. Jeho stěna je tvořena sliznicí, vazivem, hladkou svalovinou a na straně obrácené do dutiny břišní je pokryta peritoneem.(4, 6, 9)

1. 2 Nádory tlustého střeva

Trávicí soustavu může zasáhnout mnoho onemocnění. Mezi nejzávažnější patří nádory tlustého střeva. Ošetřovatelský proces u postižených touto chorobou je hlavním tématem předložené práce.

1. 2. 1 Benigní karcinomy

Tyto nádory nejsou zhoubné. Nepronikají do okolních tkání ani se nešíří do jiných částí těla. Obvykle je můžeme úplně odstranit a nepředstavují ohrožení života.

Polyp (*adenom*) je benigní nádor, který vyrůstá ze stěny střeva. Některé polypy se mohou maligně zvrhnout. Mezi hlavní příznaky patří příměs krve ve stolici, poruchy střevní pasáže. Diagnóza se stanovuje na základě kolonoskopického vyšetření a odebrání bioptického vzorku. Léčba spočívá v endoskopickém odstranění polypu. (8)

1. 2. 2 Maligní karcinomy

Karcinomy tlustého střeva jsou zhoubné nádory vycházející z epitelu (vnitřní výstelky) střeva. V průběhu svého vývoje se nejprve šíří ve sliznici, později prorůstá střevní stěnou, v dalším vývoji buňky pronikají do lymfatických cest a vytvářejí druhotná ložiska (metastázy) v lymfatických uzlinách, naposledy pronikají do krevních cév a vytvářejí vzdálené metastázy. Druhotná ložiska jsou zakládána hlavně v játrech, méně často v plicích a jiných orgánech. Představují asi 10 % všech zhoubných nádorů a

jejich incidence narůstá. Asi polovina z nich se vyskytuje v oblasti konečníku a esovitě kličky, zbytek postihuje rovnoměrně další partie tlustého střeva.

Karcinom tlustého střeva a konečníku je histologicky nejčastěji adenokarcinomem. Příčina není jednoznačně známa, na onemocnění se podílí životní styl, stravovací návyky, dědičnost, kouření, stresové situace, vlivy zevního prostředí.

Příznaky se dělí na nespecifické a specifické. Mezi nespecifické řadíme únavu, malátnost, nechutenství, lehký váhový úbytek, někdy se můžou vyskytovat subfebrilie. Do specifických příznaků patří změna charakteru vyprazdňování stolice (střídání průjmu, zácpy, mění se tvar stolice), dále bývá patologická příměs ve stolici (krev, hlen), zažívací potíže jako je nadýmání, pocit plnosti, výrazný váhový úbytek (během měsíce úbytek o 5-7 kg), anemizace.

1. 3 Diagnostika

Mezi základní vyšetření patří získání anamnézy, kde se zaměřujeme na osobní i rodinnou anamnézu, současná onemocnění, změny v charakteru vyprazdňování stolice a další fyzické příznaky. Následuje fyzikální vyšetření, kde klademe důraz na vyšetření per rektum.

Z laboratorních vyšetření se zaměřujeme na hodnoty krevního obrazu, sedimentaci erytrocytů, základní biochemii a tumor mάρkry (CEA – karcino- embryonální antigen, CA 19 – 9).

Vyšetření stolice na okultní (skryté) krvácení je test na určení přítomnosti krve ve stolici, slouží pro zjištění krvácení v trávicím traktu, které může být spojeno s mnoha onemocněními, např. divertikulitidou, kolorektálním karcinomem, polypy, Crohnovou nemocí. Test patří do kategorie imunochromatografické analýzy a je určen pro rychlou, jednostupňovou kvalitativní detekci.

Základní a nejprůkaznější metodou pro zjištění karcinomu je vyšetření střeva pomocí optických přístrojů endoskopickou metodou. Můžeme volit tři různá vyšetření. Prvním je rektoskopie, pomocí které může lékař prohlédnout konečnou část trávicí trubice - rektum. Konkrétně se jedná o konečník a konec tlustého střeva. K vyšetření slouží přístroj zvaný rektoskop. Klasický rektoskop se skládá z kovové trubice, optiky a zdroje světla. Druhé vyšetření se nazývá kolonoskopie, což je diagnostická a zároveň léčebná metoda. Byla poprvé úspěšně použita v roce 1970 a od té doby se stala běžně používanou metodou. Lékaři umožňuje prohlédnout dolní část trávicí trubice. Konkrétně se jedná o konečník a tlusté střevo. Výhodou této metody je, že dovoluje

bezbolestně odebírat z výše uvedených oblastí vzorky tkáně na biopsii k histologickému vyšetření. Jednou z méně užívaných metod je endoskopická ultrasonografie. Zavedením rigidní sondy zjišťujeme rozsah postižení střešní stěny. Nejde však o běžně používanou metodu.

Zjištění přítomnosti karcinomu je též možné pomocí zobrazovacích metod, kde jsou především využívány běžný RTG snímek a abdominální ultrasonografie. Dalším významným vyšetřením je irigografie. Jedná se o naplnění tlustého střeva tekutinou s kontrastní látkou a následné RTG vyšetření tlustého střeva. Vzniklý RTG snímek ukáže zvýrazněný nádor, který absorbuje více kontrastní látky, než okolní zdravá tkáň. Eventuální další vyšetření jsou CT a NMR, která slouží k průkazu generalizace nádoru.

1. 4 Léčba

Léčbu je nutno přizpůsobit velikosti a lokalizaci nádoru, stádiu onemocnění, celkovém stavu pacienta a na přidružených chorobách, popřípadě na jiných faktorech. Můžeme zvolit různé přístupy lišící se radikálností i následnými efekty pro další pacientův život. Určujícím faktorem je však především charakter nádoru, který určuje zvolený typ léčby. Stejně jako výše uvedené další okolnosti.

Dosud nejčastěji užívanou léčbou je chirurgický zákrok. Může mít radikální nebo paliativní charakter. Mezi radikální chirurgickou léčbu patří resekce střeva s tumorem, kdy nezbyvá žádné reziduum. Paliativní chirurgická léčba je léčba, která se provádí u nádorů inoperabilních pro místní poměry nebo při generalizaci. Paliativní výkon může být pomocí anastomózy, krátké resekce nebo vytvoření kolostomie.(1, 2, 8)

Druhou nejrozšířenější léčebnou metodou je chemoterapie založená na užití cytostatik. Ta se používají ve vhodných případech jako doplňující léčba, například u mladých lidí, při podezření na počínající rozsev, při malých, ojedinělých metastázách v játrech. V pokročilých stádiích jejich nasazení již nepřináší výrazné pozitivní výsledky.

Spíše doplňkovou metodou je radiační záření, které můžeme užít jak v předoperační tak i pooperační fázi léčebného procesu. U karcinomu rekta lze zevní radiaci užít předoperačně ke zmenšení nádoru, čímž se napomůže úspěchu následného chirurgického zákroku. V pooperační fázi léčby přichází v úvahu spíše jako paliativní postup a k případnému zabránění lokální recidivy.

O prognóze dalšího přežití pacienta rozhoduje věk, histologický typ nádoru, rozsah postižení střešní stěny a lymfatických uzlin a vzdálené metastázy. Příznivou

prognózu má nádor omezený na stěnu střeva, bez postižení uzlin. Pětileté přežití se udává průměrně na 40 – 60 %, kde je nutná trvalá dispenzarizace.(10, 11, 14, 17)

1. 5 Stomie

Jedním z častých důsledků operačního řešení karcinomu tlustého střeva je vyústění střeva (nebo obecně jakéhokoliv dutého orgánu) na povrch těla, což je nazýváno stomie. Střevo je nutné vyústit z důvodu jeho resekce. U karcinomů konečníku to bývá amputace rekta, kdy není možné vyprazdňování stolice konečníkem pro místní poměry. Jediným řešením bývá kolostomie.

Pacient, kterému je stomie provedena, je pak nazýván stomikem. Odborná literatura stomika definuje jako zdravotně postiženého jedince, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla důsledkem chirurgického výkonu. Obvykle se jedná o tlusté střevo, tenké střevo nebo močovod. Tímto vývodem dochází k neovladatelnému odchodu střevního obsahu nebo moči. Tento stav vyžaduje používání stomických pomůcek, především stomického sáčku a podložky.

Odvětvím ošetrovatelské péče, jehož cílem je pečovat o pacienty se stomií je stomaterapie. Začíná již v předoperačním období přípravou pacienta na novou realitu. Následuje přesné a správné vyznačení místa budoucí stomie. V pooperačním období pečujeme o stomii, ošetřujeme operační ránu, kontrolujeme správnou funkci vývodu. Následně pacient vyžaduje pomoc při adaptaci na změněné životní podmínky. V praktické oblasti potřebuje poučení o typech stomických pomůcek a pomoc při výběru těch optimálních. Stomaterapeutická péče pomáhá stomikovi v celém jeho dalším životě, v každodenní běžné péči o stomii, zvládnání nečekaných komplikací. Pacient, kterému byla kolostomie založena, by neměl být propuštěn do domácího ošetřování dříve, než se o stomii naučí sám starat.(8)

1. 5. 1 Historie stomií

Lékaři až do 18. století znali střevní neprůchodnost jako příčinu smrti. Tento stav by dnes znamenal jednoznačnou indikaci k operaci. Roku 1710 popsal francouzský chirurg Litré metodu vytvoření kolostomie poté, co vyšetřil dítě, které zemřelo na atrezii konečníku. První operaci stomie provedl doktor Pillore v roce 1776. Identifikoval uzávěr konečníku vyšetřením per rektum a vykonal cékostomii. Tato operace byla velmi

úspěšná. V roce 1883 vykonal doktor Maydl první axiální kolostomii. Další operace následovaly koncem 18. století a začátkem 19. století, zejména ve Francii a Anglii. Operované byly hlavně děti s vrozenými poruchami pasáže s mnohaletými obstipacemi. Výsledky byly zpočátku neradostné, avšak bylo zjevné, že toto je způsob, jak by se tyto tragické stavy měly řešit v budoucnu a nové zkušenosti přinesou i příznivější pooperační průběh.

V roce 1885 resekoval rektum chirurg Kraske a vyústil střevo v sakrokokcygeální oblasti. Toto vyústění sice bylo blízké původní lokalizaci anu, avšak stomie byla nepřístupná a dala se ošetřit jen velmi těžko. V roce 1893 vyvedl lékař Amussant stomii v dolní polovině břicha a tento postup se stal standardním po příštích 50 let. Tato technika prošla ještě mnoha obměnami, ale Amussant je stále považován za vynálezce chirurgické techniky operace karcinomu tlustého střeva s nutností založení stomie. V tomto období se k úspěšnému vytvoření už připojilo i odstranění tumorem postiženého konečníku. Přesné indikace k založení stomie, které jsou platné prakticky až dodnes, stanovil anglický chirurg Ericsson roku 1841.

Další pokroky v asepsi, léčbě antibiotiky a anestézii výrazně ovlivnily rozvoj chirurgie. Díky zpřesnění diagnostiky onemocnění a pokrokům v operační technice se otvírali nové možnosti i v konstrukci vhodných a spolehlivých stomií.

Významná úloha sesterské péče o stomie se dostávala do popředí od roku 1926. Vyzdvihována byla nezastupitelná role zdravotních sester na tomto poli vyžadující takt, trpělivost a individuální přístup k pacientům.

Ve třicátých a čtyřicátých letech minulého století se objevují první stomické sáčky. Zpočátku byly z gumy, velké a neforemné. Materiál užívaný k výrobě těchto sáčků představoval nejvýznamnější problém, guma vyvolávala podrážděnost pokožky. Tyto sáčky se umývaly mýdlovým roztokem a připevňovaly se lepidlem na opasky. Také manipulace se sáčky byla vzhledem k jejich rozměrům obtížná.

Rozvoj techniky po roce 1945 se odrazil i ve vývoji zdravotnických prostředků. V oblasti stomické péče je jedním z výrazných úspěchů výroba stomických sáčků z plastů. Ty se začínají dostávat do praxe od padesátých let 20. století. Umělohmotné stomické pomůcky znamenaly pro pacienty velký pokrok, co se týče vzhledu, funkčnosti i bezpečnosti.

1. 5. 2 Indikace k vytvoření stomie

Důvodem pro provedení stomie nemusí být pouze karcinom tlustého střeva či rekta, ikdyž se jedná o nejčastější indikaci. Kromě zmíněného karcinomu mohou být příčinou pro vytvoření stomie i vrozené vývojové vady, úrazy, zánětlivá onemocnění, polypóza tlustého střeva, divertikulitida či střevní neprůchodnost.

Trávicí trakt může být postižen vrozenými vývojovými vadami. Mezi základní onemocnění tohoto druhu, která vedou k vytvoření kolostomie je **atrézie konečníku** v dětství. Atrezie je vrozená neprůchodnost dutého orgánu, v tomto případě spojení esovité kličky a konečníku. Další vrozenou vývojovou vadou je vrozená porucha **inervace tlustého střeva** nazývaná též **Hirschprungova choroba**. Při tomto onemocnění chybí ganglia (střevní aganglióza). Klinicky se projevuje ve třech formách – těžká, středně těžká a lehká.

Častější než vrozené vady jsou poškození střeva v důsledku nejrůznějších **úrazů**. Nejčastěji se vyskytují perforační poranění střeva při bodných a střelných poraněních břicha. I iatrogenní poranění konečníku. Poranění konečníku způsobené ozářením při léčbě gynekologických, urologických nebo jiných nádorů v oblasti malé pánve.

Můžeme se též setkat s nutností vytvořit stomii v důsledku zánětlivého onemocnění střeva. **Crohnova choroba** je chronický zánět, postihující úseky tenkého nebo tlustého střeva zánětem. Jiným zánětem, který postihuje sliznici tlustého střeva, přičemž se vytváří množství vředů, je **ulcerózní kolitida**. Výchlipky tlustého střeva (divertikly) pak může zachvátit zánětlivé onemocnění divertikulitida.

Jiným onemocněním, které může střevo postihnout je **polypóza** tlustého střeva, je považována za prekancerózu. Polypy vznikají benigním růstem epitelu střeva. Při jejich mnohočetném výskytu v tlustém střevě hovoříme o polypóze. Polypy navzdory své zjevné nezhoubnosti mohou maligně degenerovat a postupným růstem se měnit na **karcinom**, ten je nejzávažnější a nejčastější příčinou vedoucí k vytvoření kolostomie. Výskyt tohoto onemocnění stoupá s rozvojem společnosti. Hlavní závislost je ve stravovacích návycích lidí žijících v rozvinutých zemích. Nádor rostoucí ve stěně tlustého střeva prorůstá do dutiny střeva, způsobuje krvácení, poruchy pravidelnosti a konzistence stolice až střevní neprůchodnost – ileus. Výskyt výrazně stoupá se zvyšujícím se věkem. Pacienti delší čas trpí postupně se zhoršujícími příznaky onemocnění a často jsou operováni v celkově špatném stavu. Je nutné odstranit příčinu střevní poruchy. Hojení případných anastomóz je také díky přidruženým chorobám

často nejisté, a proto je kolostomie optimálním řešením. Maligní tumor v dolní třetině konečníku je také indikací pro amputaci konečníku s trvalou sigmoideostomií. Vzhledem k rozsahu onkologického nálezu je nutno provést takto radikální operaci, protože vytvoření anastomózy v této lokalizaci je často nemožné.

Nejčastěji důsledkem karcinomu vzniká **střevní neprůchodnost** (*ileus*), která je další indikací k vytvoření kolostomie. Ileus je stav, kdy střevní obsah neprochází trávicím traktem. Je spojený s příznaky stagnace plynů, tekutého a tuhého obsahu. Druhotně způsobuje rozvrat vnitřního prostředí. Při pokročilém rozvratu vnitřního prostředí řeší stomie problém odvodu střevního obsahu stagnujícího nad překážkou a umožňuje bezpečné zhojení případné střevní anastomózy.

1. 5. 3 Rozdělení stomií

Stomie se dělí podle tvaru, účelu a délky doby trvání. Podle **tvaru** je dále rozdělujeme na nástěnnou, axiální a koncovou stomii.

Nástěnná stomie se vytváří často v místě nejvíce dilatovaného tlustého střeva. Na odchod stolice není vhodná, odvádí plyny. V případech, kdy je nástěnná stomie vytvořená na odlehčení střeva s obnovenou střevní pasáží, může tato stomie při dobrém pooperačním průběhu sama zaniknout.

Axiální stomie je indikována při dočasných stomiích a při trvalých stomiích nad inoperabilním tumorem. K její technice přispěl významně K. Maydl (1888) a je podle něho též alternativně nazývána. Zakládá se na esovité kličce nebo příčném tračníku či ileu (tenkém střevě). Tlusté střevo se vyvede před břišní stěnu v celém obvodu. Podloží se gumovým drénem nebo skleněnou tyčinkou a po přihojení k břišní stěně se kličkou protne v celém rozsahu, takže vzniknou dvě ústí – přívodné a odvodné.

Koncová stomie – se zakládá nejčastěji na sigmatu (esovité kličce) po exstirpaci (odstranění) konečníku, eventuálně výše po odstranění celého střeva a konečníku, v krajním případě jako terminální ileostomie. Vytvořeným otvorem přiměřené velikosti ve stěně břišní se konec střeva vyvede a ve dvou vrstvách přišije ke stěně břišní.

Podle **účelu** stomií rozdělujeme na výživnou a odvodnou. Výživná stomie je určena k výživě organismu u pacientů, kteří nejsou schopni polykat. Preventivně se mohou zakládat u pacientů s onkologickým onemocněním hlavy a krku. Do výživné stomie se aplikuje sterilní výživa. Odvodná stomie je určena k odvádění stolice, pro nemožnost odchodu stolice střevem.

Podle **doby trvání** dělíme stomie na dočasné a na trvalé. Dočasné kolostomie se zakládají na dobu nezbytně nutnou pro zhojení postiženého střeva, většinou zasaženého jinou chorobou než je karcinom. Trvalé stomie se zakládají převážně jako důsledek chirurgické léčby nádorového onemocnění a pacient s nimi žije po celý život.(3, 7, 12)

1. 5. 4 Pomůcky pro stomiky

Stomické pomůcky musí splňovat více požadavků. Měly by účinně zadržovat stolici, zadržovat zápach, chránit kůži okolo stomie, být nenápadné pod oblečením a měly by mít možnost přizpůsobit se velikosti a tvaru stomie. Pomůcky se dělí na jednodílný a dvoudílný systém. Jednodílný systém se skládá z lepidla želatinové destičky, která je pevně spojená se sáčkem. Po naplnění se mění vždy celý sáček. Sáčky mohou být průhledné nebo neprůhledné, s filtrem nebo bez filtru, nevýpustné nebo výpustné na sponu nebo suchý zip. Dvoudílný systém se skládá ze želatinové destičky s upevňovacím kroužkem, na který se nasazují vyměnitelné sáčky. Podložka se se sáčkem spojuje pomocí plastového, přírubového kroužku. Podložka zůstává nalepena 3-5 dní a sáček se mění po naplnění. Na podložce lze střídavě používat různé typy sáčků, musejí se shodovat velikostí. Podložky sáčků můžeme rozdělit do čtyř skupin. První jsou pevné celoželatinové, druhé flexibilní s želatinovým středem a okrajem z mikroporu, třetí jsou konvexní pro stomiky s komplikacemi se stomií, poslední jsou novinkou na trhu. Jsou to tvarovatelné podložky, které mají želatinový střed, který si stomik sám vytvaruje a po té připevní ke kůži. Mezi další pomůcky pro stomiky patří čistící roztok, odstraňovač náplastí, ochranný film na kůži, ochranný krém nebo pudr na kůži, pohlcovač pachů. Tyto pomůcky se řadí mezi stomickou kosmetiku, kterou pacient může, ale nemusí používat. Na trhu jsou v současné době čtyři firmy zabývající se pomůckami pro stomiky.

2. Praktická část

2.1 Základní informace o nemocném

Základní údaje o nemocném

Jméno a příjmení:	J. P.
Pohlaví:	muž
Věk:	62 let (1947)
Bydliště:	Praha 7, Bubeneč
Povolání:	pracovník ve státní správě
Přijat dne:	18. 8. 2008
Den operace:	26. 8. 2008
Období, kdy jsem ošetřovala nemocného:	2. 9. – 24. 9. 2008

Lékařská anamnéza - 18. 8. 2008

Osobní anamnéza: Pacient prodělal běžná dětská onemocnění, je sledován pro monoklonární

gamapatií. Asi tři roky se léčí na hypertenzi, bez závažnějších projevů. Pacient udává

letité bolesti kloubů, jinak vážněji nestonal.

Rodinná anamnéza: Dcera zdravá, údaje o rodičích nebyly uvedeny ve zdravotnické dokumentaci.

Sociální anamnéza: Žije s manželkou v bytě na Praze 7. Často ho navštěvuje dcera.

Alergická anamnéza: neguje

Farmakologická anamnéza: Prestarium Neo forte (1 – 0 – 0)

Diclofenac - při bolesti

Abusus: 40 cigaret / den asi 40 let, nyní přestal kouřit

Nynější onemocnění: Asi půl roku pozoruje krev na toaletním papíře po stolici. Nehubne, je bez tenezmů. Přesto, že test na okultní krvácení neprokázal žádné změny, pacient byl znepokojen, a proto vyhledal ambulanci Nemocnice Na Františku. Kolonoskopickým vyšetřením byl zjištěn polypózní tumor rekta. Dle histologie se jedná o adenokarcinom. Pacient byl objednan k plánovanému chirurgickému řešení.

Status præsens:

Tk: 140 / 90

D – 17 /min

P – 90´

TT – 36,5 C

Váha: 80kg

výška:180 cm

Fyzikální vyšetření lékařem: 18. 8. 2008

Kůže, hlava, krk a hrudník byly bez patologických změn. Pacient neměl problémy s hydratací. Dýchání měl pacient poslechově čisté, sklípkové bez vedlejších dechových fenoménů. Srdeční ozvy byly pravidelné, bez šelestu. Břicho bylo pokleповě bez patologií, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatných rezistencí, játra dosahovala k oblouku, slezina nebyla hmatná a peristaltika byla slyšitelná. Při vyšetření per rektum v dosahu prstu neměl hmatné patologické rezistence, pacient měl mírně zvětšenou tuhou prostatu.

Lékařské diagnóza při přijetí 18. 8. 2008:

Tumor recti (histologicky adenocarcinom)

Stav po polypectomii endoskopicky

Hypertenze

Hyperplasiae prostatae

Suspektní hyperkoagulace

2. 2 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijatý 18. 8. 2008 k plánovanému chirurgickému výkonu, předem byl již interně předoperačně vyšetřen (základní laboratorní náběry, EKG, RTG), podstoupil kolonoskopické vyšetření a nepotřeboval už žádné dovyšetření. Všechny hodnoty byly v normě. Pacient byl informován o průběhu operace a možnosti vyvedení terminální sigmoideostomie, ale definitivní rozhodnutí, že udělá až operatér na sále. Plánovaná operace byla odložena o týden z důvodu uzavření JIP.

26. 8. 2008 pacient podstoupil plánovaný chirurgický výkon v celkové anestezii. Byla provedena amputace rekta a vyvedena terminální sigmoideostomie. Po výkonu byl pacient přeložen na JIP, kde zůstal od 26. 8. do 2. 9. Bolest byla tlumena epidurální analgezií (Marcain 0,5 % 20 ml, Morphium 3 mg, 80 ml fyziologického roztoku) podávanou kontinuálně 5ml/hodinu. Močení bylo zajištěno pomocí zavedeného

permanentního močového katetru (PMK), dále měl pacient zavedený periferní žilní katetr (PŽK) a nasogastrickou sondu (NGS). Pacient dostával transfuze krve, byla mu aplikována infusní terapie. U pacienta bylo nutné opakovaně provádět vyšetření biochemie krve a krevního obrazu.

2. 9. byl pacient přeložen na standardní septické oddělení bez drénů, epidurální analgezie, NGS a s obnovenou střevní pasáží. Pokračoval v infusní terapii (viz farmakoterapie s. 23), začal s realimentací (dieta č. 0), kterou dobře snášel. Měl aplikovány dva druhy ATB i.v. po 8 a po 12 hodinách podávaných dle rozpisu. Operační rána mu byla převazována dvakrát denně. Pacient rehabilitoval s rehabilitační sestrou a stomická sestra ho začala seznamovat se stomickými pomůckami. 3. 9. byl pacientův stav nezměněn, dále pokračoval s realimentací. 4. 9. pacientovi krvácela operační rána, proto byla provedena revize rány a evakuace hematomu. Rána byla kryta sterilními čtverci a pacient dostal verba pás. Ráno pacient zvracel, ale střevní pasáž nebyla zastavena a pacient neměl výraznější obtíže. 5. 9. – 10. 9. byl pacientův stav nezměněn, v rámci realimentace přijímal dietu č. 2, po které neměl žádné problémy. 10. 9. večer začal pacient pociťovat nadýmání, nevolnost a došlo ke zhoršení stavu, měl subfebrilie.

11. 9. pacientovi byla odebrána krev na kontrolní laboratorní vyšetření (viz s. 30 - 31 - laboratorní výsledky), pacient byl febrilní, měl nauzeu a došlo k zástavě střevní pasáže. Na RTG byl diagnostikován ileus tenkého střeva. Lékaři se rozhodli pro konzervativní terapii, podávání Ubretidu i.m. 2 krát denně. Pacientovi byly nasazeny ATB (Ciprinol i.v. 200mg), antiemetika, zaveden periferní žilní katetr. Sledovala jsem u pacienta TT, bolest a celkový stav pacienta. Dietu měl O/S, tedy čaj.

12. 9. ráno jsem pacientovi aplikovala 1 ampuli Ubretidu i.m. Střevní pasáž byla obnovena a stomie začala odvádět hnědou stolicí. Pacientovi byl proveden kontrolní RTG. Z důvodu febrilií mu byla nasazena infuzní terapie, aby nedošlo k dehydrataci, protože per os přijímal jen menší množství tekutin. Začal opět s realimentací. 13. 9. pokračoval v infuzní terapii, ráno jsem mu aplikovala Ubretid 1 ampuli i.m. Došlo k poklesu febrilií a pacientův stav se začal zlepšovat. 14. 9. – 18. 9. pacient pokračoval v ATB léčbě, naučil se samostatně starat o stomii, rehabilitoval (chůze po chodbě, po schodech). 22. 9. byl pacientovi odstraněn PMK, po kterém měl problém se samovolným únikem moči bez pocitu plného močového měchýře. 23. 9. u nemocného proběhlo urologické konzilium, při kterém bylo zjištěno močové reziduum po vymočení. Nasazen byl Ubretid 1 tbl. 1 krát denně

24. 9. Byl pacient propuštěn do domácího ošetřování.

2. 2. 1 Farmakoterapie

(podávaná od 2. 9.)

Infuzní terapie (2., 11., 12., 13. 9. 2008)

Plasmalyte 1000 ml + 10 ml KCl + 10 ml NaCl + 1 amp. Celaskonu + 1 amp. MgSO₄

PLASMALYTE

IS: Infundabilium

I: doplnění chybějící tekutiny a elektrolytů v organismu

Dávkování: 1000 ml /24 hodin

Nežádoucí účinek: hypervolémie, tromboflebitida, žilní trombóza, horečka, bolest v místě vpichu, reakce v místě vpichu

Intravenózní medikace

CELASKON

IS: Vitamin

I: prevence a léčba hypovitaminózy

Dávkování: 1 ampule denně

Nežádoucí účinek: velmi dobře tolerován, podávání vysokých dávek může mít i nežádoucí účinky, zejména při náhlém vysazení

KCl 7,5 %

IS: Kaliový přípravek

I: prevence a léčba hypokalemie

Dávkování: 10 ml do infuze

Nežádoucí účinek: nevolnost, zvracení, plynatost, bolesti břicha, průjem,

NaCl 10 %

IS: Varium, roztok chloridu sodného

I: k přípravě roztoků a suspenzí, nosný roztok pro další léčiva

Dávkování: 10 ml do infuze

Nežádoucí účinek: hypertenze, edémy, GIT obtíže

MgSO₄ 10 %

IS: Myorelaxantium, homeostatikum

I: při křečích a sklonech k nim, tetanus, preeklampsie, spazmofilní neuropatie, hypomagnezemie

Dávkování: 1 ampule do infuze

Nežádoucí účinek: projevuje se až při předávkování, svalová slabost, nauzea, periferní vazodilatace

CERUCAL

IS: Prokinetikum, antiemetikum

I: poruchy motility horní části trávicí trubice, nevolnost, nucení na zvracení

Dávkování: 3 krát denně 10 mg

Nežádoucí účinek: únava, bolest hlavy, závrať, úzkost, neklid, průjem

PRIMAMET

IS: Antiulcerózum, antagonist H₂ - receptorů

I: krátkodobá léčba aktivního duodenálního vředu, profylaxe recidivy duodenálního vředu gastroesofageální reflux, prevence krvácení v proximální části gastrointestinálního traktu

Dávkování: 1 ampule 3 krát denně

Nežádoucí účinek: nauzea, zvracení, průjem, zácpa, meteorismus, únava, závratě, bolesti hlavy, bolesti svalů, kožní vyrážka

FUROSEMID

IS: Diuretikum, antihypertensivum

I: plicní nebo mozkový edém, ascites při jaterní cirhóze nebo při srdečním selhání, snížená funkce ledvin

Dávkování: ½ ampule do infuze

Nežádoucí účinek: zažívací obtíže, oběhové poruchy

METRANIDAZOL 500

IS: Chemoterapeutikum

I: anaerobní infekce intraabdominální a pánevní oblasti, infekce respiračního traktu, kůže a měkkých tkání, septicémie, endokarditida, mozkový absces, osteomyelitida,

profylaxe před chirurgickými výkony v dutině břišní

Dávkování: po 12 hodinách

Nežádoucí účinek: kožní vyrážka, kopřivka, křeče, periferní neuropatie

UNASYN 1,5 g

IS: Širokospektré ATB

I: bakteriální infekce vyvolané citlivými mikroorganismy, infekce horních cest dýchacích, dolních cest dýchacích, infekce močových cest, pyelonefritis, gonokokové infekce, infekce kůže a měkkých tkání

Dávkování: po 8 hodinách

Nežádoucí účinek: průjem, nevolnost, zvracení, bolesti v nadbříšku

CIPRINOL 200

IS: Širokospektré chinolonové chemoterapeutikum

I: léčba infekcí vyvolaných mikroorganismy citlivými na ciprofloxacin, infekce urogenitálního a respiračního ústrojí, infekce ORL, intraabdominální infekce včetně peritonitidy, sepse, oční infekce, infekce kostí, kloubů, kůže a měkkých tkání

Dávkování: po 12 hodinách

Nežádoucí účinek: nevolnost, průjem, vyrážka, zažívací obtíže

Intramusculárně podaná farmaka

MORPHIN 1 %

IS: Analgetikum – anodynum

I: Bolesti při maligních tumorech, po těžkých úrazech, astma cardiale, plicní edém, plicní embolie, premedikace před celkovou anestezií

Dávkování: 10 mg (1 ampule) po 12 hodinách

Nežádoucí účinek: nevolnost, zvracení, zácpa, útlum dechu, ospalost, zmatenost

DIPIDOLOR

IS: Analgetikum – anodynum (opioid)

I: silné a velmi silné bolesti doprovázející nádorová onemocnění a pooperační stavy a bolesti, u nichž jsou indikovány opioidy

Dávkování: 1 ampule po 6 – 8 hodinách

Nežádoucí účinek: únava, spavost, nevolnost, zvracení, zácpa, obtíže při močení

NOVALGIN injekce

IS: Analgetikum, antipyretikum

I: akutní silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, tumorech, febrilie

Dávkování: 2 ml 3 krát denně nebo při bolesti

Nežádoucí účinek: nejčastěji nežádoucí reakce z přecitlivělosti, svědění, kopřivka, otoky, dýchací a zažívací obtíže

UBRETID

IS: Inhibitor cholinesterázy, parasymptomimetikum

I: terapie a profylaxe pooperačních střevních atonií a paralytického ileu, atonie močového měchýře a uretry, funkční poruchy detrusoru a hypotonie močového měchýře, hypotonní chronická obstipace a megacolon, při různých neurologických indikacích

Dávkování: 1 ampule po 12 hodinách

Nežádoucí účinek: svalová slabost, dýchací obtíže, nauzea, zvracení, průjem,

Subcutánně podaná farmaka

FRAGMIN 2500j

IS: Antikoagulans

I: léčba akutní trombózy hlubokých žil a plicní embolie, profylaxe tromboembolie v souvislosti s chirurgickým výkonem, léčba nestabilní angíny pectoris

Dávkování: 1 krát denně

Nežádoucí účinek: krvácení, trombocytopenie, v místě aplikace může dojít k bolesti, hematomu, místnímu podráždění

Per os léky

PRESTARIUM NEO

IS: Antihypertensivum, ACE inhibitor a diuretikum

I: léčba esenciální hypertenze u dospělých pacientů

Dávkování: 1 tbl. ráno

Nežádoucí účinek: bolesti hlavy, závrať, mravenčení, poruchy zraku, tinitus, dýchací obtíže, zažívací obtíže

MAALOX suspenze

IS: Antacidum

I: léčba obtíží souvisejících s nadbytkem žaludeční kyseliny, léčba zánětů sliznice jícnu a žaludku, součást léčby peptického vředu

Dávkování: 4 krát denně 1 sáček

Nežádoucí účinek: zácpa, průjem, kožní vyrážky

PRIMAMET

IS: Antiulcerózum, antagonist H₂- receptorů

I: léčba duodenálního vředu, benigního vředu žaludku, gastroezofageální reflexu, profylaxe recidivy duodenálního vředu, profylaxe stresových vředů, léčba stavů s patologickou žaludeční hypersekrecí, prevence krvácení v proximální části GIT

Dávkování: 2 krát denně 1 tbl.(ráno a večer)

Nežádoucí účinek: nauzea, zvracení, průjem, zácpa, meteorismus, únava, závratě, bolesti hlavy, bolesti svalů, kožní vyrážka

CERUCAL tbl.

IS: Prokinetikum, antiemetikum

I: poruchy motility horní části GIT traktu, nauzea a vomitus různého původu

Dávkování: 3 krát denně 1 tbl.

Nežádoucí účinek: únava, bolest hlavy, závrať, úzkost, neklid, průjem

PARALEN 500

IS: Analgetikum, antipyretikum

I: horečka, zejména při akutních bakteriálních a virových infekcích, bolesti zubů, hlavy, neuralgie, bolesti svalů nebo kloubů nezánětlivé etiologie, bolesti vertebrogenního původu

Dávkování: při febrilii

Nežádoucí účinek: kožní vyrážka

NOVALGIN tablety

IS: Analgetikum, antipyretikum

I: silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, nádorových onemocněních

Dávkování: při bolesti, maximální denní dávka je 8 tablet

Nežádoucí účinek: nejčastěji nežádoucí reakce z přecitlivělosti, svědění, kopřivka, otoky, dýchací a zažívací obtíže

DIAZEPAM 10 mg

IS: Anxiolytikum

I: úzkost, napětí, strach a neklid

Dávkování: 1 tbl. před spánkem

Nežádoucí účinek: únava, somnolence, pocity závratě, zpomalení reakcí, zmatenost, poruchy paměti (18)

2. 2. 2 Laboratorní výsledky

Tabulka číslo 1: Hodnoty krevního obrazu

druh	11. 9. 08	norma	zhodnocení
Leukocyty	15,9 l	4,0 – 10,0	v normě
Erytrocyty	3, 57 l	4, 50 – 6,30	snížená hodnota
Hemoglobin	10,5 l	14 - 18	snížená hodnota
Hematokryt	0, 31 l	0,38 – 0,52	snížená hodnota
Trombocyty	575 l	140 - 440	zvýšená hodnota

Tabulka číslo 2: Výsledky biochemického vyšetření

druh	11. 9. 08	norma	zhodnocení
Urea	4,1 mmol/l	2,8 – 8,0	v normě
Kreatinin	74 umol/l	44 - 115	v normě
Kyselina močová	129 umol/l	200 - 400	v normě
Bilirubin celkový	7, 2 umol/l	2,0 - 17	v normě
ALT	0,43 ukat/l	0,17 – 0,78	v normě
AST	0, 45 ukat/l	0,16 - 0,72 l	v normě
GMT	2, 27 ukat/l	0,14 – 0,84	zvýšená hodnota
ALP	2, 04 ukat/l	0,66 – 2,20	v normě
Na	136 mmol/l	137 - 146	snížená hodnota
K	4, 4 mmol/l	3,8 – 5,0	v normě
Cl	99 mmol/l	97 - 108	v normě
CRP	128,5	0,0 – 6, 5	zvýšená hodnota
CB	60 g/l	65,0 – 85,0	snížená hodnota

2. 3 Ošetrovatelský proces

Proces je slovo latinského původu a znamená průběh, sled, dění. Ošetrovatelský proces je průběžná realizace předem promyšleného sledu ošetrovatelských postupů, vedoucích k uspokojování tělesných, duševních a sociálních potřeb nemocného. Slovo proces současně vyjadřuje postupnou změnu určitého jevu a jeho přechod v jev jiný, tj. vyjadřuje vývoj.

Ošetrovatelský proces tedy nejen uspokojuje potřeby nemocného, ale respektuje i jejich postupné změny a reaguje na jejich proměnu v potřeby jiné. Tím zohledňuje jak charakter potřeb, tak i jejich cykličnost a vývojový charakter. Z vnějšího hlediska lze ošetrovatelský proces popsat jako ucelenou jednotku spirálovitého charakteru, kdy splněný úkol znamená zároveň vznik úkolu nového. Vnitřní členění ošetrovatelského procesu má svůj řád a logiku. Jednotlivé etapy na sebe vzájemně navazují, jedna vychází z druhé, zahájení nové předpokládá splnění předchozí. Bez přerušení cyklu nelze žádnou položku vynechat nebo obejít. Podle měnících se podmínek je možná, případně nutná, pouze kvalitativní změna. Dílčí položky ošetrovatelského procesu se nazývají fáze.

2. 3. 1 Fáze ošetrovatelského procesu

V první fázi jde o stadium zjišťování ošetrovatelsky významných informací, tj. určení a upřesnění tělesných, duševních a sociálních potřeb nemocného. Zdrojem poznání je kombinace všech typů pozorování, rozhovor, dokumentace nemocného a písemný materiál pracoviště (hlášení sester, ošetrovatelské záznamy). Zásadní informace poskytne naslouchání nemocnému. Cenný je též zisk z komunikace s rodinnými příslušníky nemocného, s ošetřujícím lékařem i s dalšími osobami, které se na procesu uzdravování účastní. Důležité poznatky, které by mohly jinak uniknout, mohou sdělit i spolupacienti.

V dokumentaci nemocného si sestra ověří jeho osobní údaje, diagnózu, dobu přijetí do nemocnice, informuje se o vyšetřovacím programu, způsobu léčby, dietním opatření, doporučeném režimu dne.

Druhá fáze ošetrovatelského procesu, začíná určením priority potřeb. Sestra zvažuje a hodnotí druhy potřeb, jejich projevy a stupeň neodkladnosti. Závěrem této úvahy musí být sestavení přesného pořadí podle jejich hodnot (hierarchie potřeb) a naléhavosti (priorita potřeb). Tím byla stanovena ošetrovatelská diagnóza. Skládá se ze tří na sebe navazujících kroků. Nejdříve si musíme stanovit cíle, posléze naplánovat

plán ošetrovateľskej péče a stanovit ošetrovateľské intervence, aktivity, činnosti. Cíl je to, čeho bychom si přáli dosáhnout společně s pacientem. Musí splňovat tato základní kritéria – být konkrétní, reálný a hodnotitelný. Písemné ošetrovateľské aktivity nebo intervence jsou průvodcem péče o pacienta pro celý ošetrovateľský tým, čímž je zaručena kontinuita péče a efektivnost poskytované péče.

Realizací plánu je aktivní ošetrovateľská péče zdravotnického personálu. Obsahuje zahájení, průběh a dokončení konkrétních ošetrovateľských činností, tj. sled těch aktivit, které sestra plánovala k uspokojení potřeb nemocného. Při realizaci by měla sestra poznat efektivnost své práce.

Kritériem k zhodnocení splněného plánu ošetrovateľských činností je tělesný, duševní a sociální stav pacienta. Pacient slovními i mimoslovními prostředky signalizuje úspěšnost práce sestry. Sestra signály přijímá, analyzuje a odpovědně hodnotí. O průběhu ošetrovateľského procesu vyhotoví záznam. Tam, kde k uspokojení potřeby došlo, zrekapituluje postup, vytkne hlavní body a použije je jako základ pro další péči o nemocného.

V případě neuspokojení potřeb reviduje svůj plán, kriticky hodnotí postup v jeho celku i jednotlivostech a pátrá po příčinách nezdaru. Zkoumá vhodnost použité metody a podmínky realizace plánu. (15, 16)

2. 3. 2 Ošetrovateľská anamnéza dle Majory Gordonové

(anamnézu jsem odebrala nejdříve při přijetí pacienta 18. 8. a následně při překladi pacienta z JIP oddělení na septické oddělení 2. 9.)

1. Vnímaní zdraví, udržení zdraví

18. 8. vnímal pacient svůj stav jako špatný, trpěl velkou nejistotou. Znepokojoval ho fakt, že jednou za čas se po stolici objeví krev na toaletním papíře. Před hospitalizací absolvoval vyšetření na okultní krvácení, které prý nic neprokázalo. S narůstající intenzitou obtíží byl čím dál tím více znepokojený, a proto navštívil ambulanci NNF, kde byl vyšetřen a odeslán na kolonoskopické vyšetření. S diagnózou karcinomu vůbec nepočítal. Po sdělení diagnózy (červenec 2008) byl pacient objednan k plánovanému chirurgickému výkonu.

2. 9. svůj zdravotní stav vnímá jako narušený. Pacient pociťuje nejistotu, neví, co bude dál. Bojí se reakce okolí na stomii, a zda bude schopný vykonávat své

zaměstnání. Velice ho zatěžovala myšlenka, jestli bude schopný se naučit ošetřovat stomii. Byl depresivně laděný. Velice mu pomáhala manželka s dcerou. Lékařská doporučení se snažil dodržovat, během hospitalizace přestal kouřit.

2. Výživa, metabolismus

18. 8. pacient měří 180 cm a váží 80 kg, jeho BMI je 24,7 což je normální váha. Z hmotnosti plynou minimální rizika. Změnu váhy v poslední době neudává. Nemá problémy s nadváhou. Snaží se vypít alespoň 1,5 litru tekutin za den, ale někdy s tím mívá problémy. Pije převážně ledový čaj, minerálky. Kožní turgor má normální, bez známek dehydratace. Pacient nemá žádné omezení ve stravě, (dieta číslo 3). Měl snahu přijímat větší množství ovoce a zeleniny. Stav chrupu má dobrý, bez zubní protézy.

2. 9. měl pacient po operaci parenterální výživu s následnou realimentací. Přijímal asi 1,5 litru tekutin denně. Chuť k jídlu od operace zatím neměl.

3. Vylučování

18. 8. před operací byl klient v oblasti vyprazdňování zcela soběstačný. Asi 6 měsíců před přijetím do nemocnice měl problémy s vyprazdňováním stolice, které plynuly z primárního onemocnění. U pacienta se střídal průjem se zácpou, někdy s příměsí krve. Defekace nebyla bolestivá, pacient se snažil vyprazdňování ovlivnit stravou, ale bezvýsledně. Pacient trpěl hyperplazií prostaty, s kterou nebyl sledován na urologii. Do operace močil spontánně, bez příměsí a větších obtíží. Při výskytu obtíží používal urologický čaj, který mu vždy pomohl.

Dne 26. 8. 2008 byla pacientovi založena kolostomie, která v raném pooperačním období neodváděla stolicí. Od 4. pooperačního dne pacient užíval laxantiva (lactulosa), po kterých došlo k obnovení střevní pasáže. V pooperačním období měl pacient zaveden permanentní močový katétr (PMK). Po odstranění PMK se pacient nemohl vymočit, a proto byl PMK opět zaveden a následovala urologická konzultace.

4. Aktivita a cvičení

Před začátkem onemocnění byl pacient zcela soběstačný. Ve volném čase rád chodil na procházky, popovídal si s přáteli a věnoval se svým zájmům. Mezi jeho zájmy patří luštění křížovek, čtení. Podle Barthelova testu soběstačnosti dosáhl při přijetí hodnoty 100 bodů viz příloha č. 8.

Po operaci (2. 9.) nebyl pacient zcela soběstačný. Potřeboval dopomoci v oblasti hygieny. V pooperačním období byl Barthelův test soběstačnosti snížen na 95 bodů, což je lehká závislost.

5. Spánek, odpočinek

V domácím prostředí neměl pacient problémy s usínáním a spánkem. Má rád vyvětranou místnost. Pacient nebyl zvyklý odpočívat během dne.

Při hospitalizaci se problémy se spánkem objevily z důvodu bolesti, cizího prostředí, hluku a vynucenou polohou. Pacient měl operační ránu na břicho a vyvedenou stomii. Od operace užíval každý večer Diazepam 10 mg 1 tabletu, po které neměl problémy s usínáním.

6. Vnímání

Pacient je plně orientován místem, časem, osobou. Jeho Glasgow Coma Scale (GCS) bylo 15 bodů, to znamená plné vědomí, viz příloha č. 7.

Pacient velmi vnímal bolest, po aplikaci opiátů byla bolest snesitelná. Na stupnici VAS (vizuální analogová stupnice) se bolest pohybovala v rozpětí 2 – 6. Před aplikací analgetik 6, po aplikaci analgetik 2, viz příloha č. 7. Pacient nosí brýle na čtení. Slyší dobře.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Pacient před začátkem nemoci byl sebejistý, spokojený se svým životem, se svojí rodinou, prací. Při příchodu do nemocnice se jeho sebevědomí velmi snížilo důsledkem cizího prostředí, nejistoty. Nedovedl si představit, jak se v případě vyvedení kolostomie o ni naučí pečovat.

Po operaci byl pacient depresivní. Po rozhovoru se stomickou sestrou a lékařem se spolupráce s pacientem zlepšila. Manželka se nabídla, že se péči o stomii bude učit společně s manželem, což vedlo k výraznému zlepšení psychiky pacienta.

8. Role, mezilidské vztahy

Bydlí s manželkou, má jednu dceru. Rodina se snaží pacienta podpořit a maximálně mu pomáhat. Sám pacient nepociťuje žádné problémy týkající se rodiny nebo rodinných vztahů. Rodina dodává pacientovi odvahu do života s kolostomií. Kontakt s lidmi se pacient bezprostředně po operaci vyhýbal.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Pacient neudává žádné obtíže. Po operaci zatím nemá obavy, vzhledem ke kladnému přístupu manželky.

10. stresové, zátěžové situace

Pacient je v nemocnici vystaven zátěžové situaci, je depresivní a uzavřený, jediný s kým je ochotný komunikovat je rodina.

11. Víra, životní hodnoty

Pacient nevyznává žádné náboženství a ani o tom nikdy nepřemýšlel. V žebříčku hodnot má na prvním místě zdraví a následuje rodina.

2. 3. 3 Přehled ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila po konzultaci s pacientem, po jeho překladu na standardní oddělení (2. 9. 2008)

1. BOLEST AKUTNÍ z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací, neklidem, mimikou obličeje
2. PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE z důvodu založení stomie projevující se změnou charakteru vyprazdňování
3. STRACH z budoucnosti, z důvodu základního onemocnění projevující se verbalizací, neklidem
4. OBRAZ TĚLA PORUŠENÝ z důvodu chirurgického výkonu projevující se depresivním chováním, zhoršenou spoluprací
5. PORUŠENÝ SPÁNEK z důvodu chirurgického výkonu, cizího prostředí projevující se nespavostí, únavou
6. FEBRILIE z důvodu infekce (10.9.)
7. PORUCHA INTEGRITY KŮŽE z důvodu operačního výkonu
8. MOČENÍ PORUŠENÉ v důsledku zavedení PMK a operace projevující se retencí moče, posléze inkontinencí
9. OSAMĚLOST zvýšené riziko z důvodu odloučení od rodiny, hospitalizace projevující se verbálním sdělením

1. BOLEST AKUTNÍ z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací, neklidem, mimikou obličeje

Cíl

- Krátkodobý - snížit bolest o dva stupně na škále VAS (viz příloha č. 9) do 8. pooperačního dne
- Dlouhodobý - pacient bude bez bolesti do 20. pooperačního dne

Plán

- mluvíte s pacientem o bolesti
- vysvětlíte pacientovi příčinu bolesti
- pozorujte neverbální projevy a další objektivní symptomy
- ptejte se pacienta na charakter, lokalitu a šíření bolesti
- umožněte pacientovi zaujmout úlevovou pozici
- naučte pacienta relaxační techniky a pobízejte ho k činnostem, které mu pomůžou zaměřit pozornost jinam
- proveďte rozbor bolesti – škály (VAS)
- dokumentujte vývoj bolesti
- všímejte si, kdy se bolest dostavuje
- podávejte analgetika dle ordinace lékaře

Realizace

6. den po operaci (2. 9.) byl pacient přeložen na standardní oddělení. Zjistila jsem u pacienta na měřicí škále hodnotu bolesti, která dosahovala stupně 7 na škále VAS. Pacientovi jsem podávala analgetika dle ordinace lékaře v daných časových intervalech. Pacient měl ordinován Dipidolor 1 ampuli po 8 hodinách a v mezidobí Novalgin při potřebě. Po aplikaci analgetik se bolest zmírnila na číslo 2 – 3. Snažila jsem se si s pacientem povídat a odvést pozornost od bolesti, vysvětlila jsem mu, co je úlevová poloha a jak ji zaujmout. Každý další den od operace se bolest snižovala. 8. pooperační den jsem pacientovi aplikovala Dipidolor 1 ampuli po 12 hodinách, 9., 10. den potřeboval pacient Dipidolor pouze před spánkem. 11. a 12. pooperační den jsem pacientovi na bolest aplikovala Novalgin i.m. 1 ampuli ráno a jednu před spánkem. 13. pooperační den (9. 9.) mu stačil jen Novalgin v tabletách, který jsem mu podávala při bolesti.

Hodnocení

8. a 9. pooperační den měl pacient menší bolesti, analgetika mu stačila po 12 hodinách. 11. a 12. pooperační den měl pacient bolesti na stupnici VAS na stupni 5, na bolest mu účinkoval Novalgin 1 amp. aplikovaná i.m. 3 krát denně. 13. den po operaci pacient udával bolest bez podání analgetik na čísle 4 a po podání analgetik číslo 2. Pacient se nebál zaujmout úlevovou polohu a na bolest si verbálně nestěžoval. 20. pooperační den byl bez bolesti.

2. PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE z důvodu založení stomie projevující se změnou charakteru vyprazdňování

Cíl

- Krátkodobý – stomie bude odvádět střevní obsah do 10. pooperačního dne
- Dlouhodobý – pacient se pravidelně vyprazdňuje, okolí stomie bude čisté a klidné

Plán

- upravujte jídelníček
- dbejte na pohyb pacienta
- dbejte na dostatečný pitný režim u pacienta
- udržujte okolí stomie čisté
- kontrolujte obsah ve stomii
- kontrolujte množství, barvu obsahu odvedeného stomií
- dbejte na správné stomické pomůcky

Realizace

Pacient byl od 6. pooperačního dne (2. 9.) realimentován (nejdříve dieta č. 0 - tekutá), 4. 9. následovala dieta kašovitá, 6. 9. dieta šetřící. Pacientovi jsem stravu objednala. U pacienta jsem sledovala, zda po přijetí stravy nebude mít obtíže (nauzea, zvracení). Stomie začala 8. pooperační den odvádět tekutý střevní obsah hnědé barvy. Sledovala jsem okolí stomie, zda nedochází k maceraci kůže. Při výměně stomické podložky jsem používala ochranné pomůcky na kůži, nejdříve ochranný film a poté pudr, který chrání kůži v okolí kolostomie. Okolí stomie bylo klidné, bez defektů. 14. den po operaci došlo k zástavě střevní pasáže, pacient přestal přijímat stravu a přijímal

pouze hořký čaj. 15. pooperační den jsem dle ordinace lékaře zajistila RTG vyšetření a na toto vyšetření ho doprovodila. S pacientem jsem se snažila chodit po chodbě, aby měl dostatek pohybu, ráno jsem mu aplikovala Ubretid 1 ampuli i.m. a podávala jsem laxativa (Lactulosu 3 krát denně 1 lžící). Stomie začala 16. pooperační den opět odvádět stolici a pacient začal 17. den přijímat stravu. Od 19. dne byl obsah odváděný stomíí zahuštěný a stomie začala odvádět tuhou stolici.

Hodnocení

6. - 14. den po operaci byl pacient realimentován bez výraznějších obtíží, stomie odváděla střeční obsah, poté se objevili komplikace, které se projevíly zástavou střeční pasáže, podařilo se je medikamentózně vyřešit a stomie začala 16. pooperační den opět odvádět stolici. V dalším průběhu hospitalizace se již nevyskytly obtíže s vyprazdňováním.

3. STRACH z budoucnosti, z důvodu základního onemocnění projevující se verbalizací, neklidem

Cíl

Krátkodobý – pacient bude schopen verbálně vyjádřit své pocity, obavy

Dlouhodobý – pacient zvládne strach

Plán

- zjistěte příčinu strachu
- sledujte verbální a neverbální projevy strachu
- informujte pacienta o plánovaném diagnostickém a léčebném programu
- umožnit kontakt s rodinnými příslušníky
- dbejte na získání pocitu jistoty pacienta
- psychicky podpořte pacienta
- chovejte se emfaticky

Realizace

Po překladech pacienta na standardní oddělení jsem zajistila konzultaci se stomasestrou, která mu podala informace o stomii, o ošetřování stomie, stomických

pomůckách a postupu, jak provádět výměnu stomického sáčku. Vysvětlila jsem mu, že zpočátku než se naučí se stomií pracovat, bude na každou výměnu s ním chodit někdo ze zdravotnického personálu a vše po jednotlivých krocích provádět. S ošetřujícím personálem jsme se snažili pacienta podpořit, že zvládne naučit žít se stomií. Chválili jsme ho za každou dobře provedenou věc, např. správně odhadnutý naplněný sáček a nutnost jeho výměny, správně provedená výměna stomického sáčku, vystřížení podložky.

Hodnocení

Pacient byl schopný mluvit o svých pocitech, obavách v průběhu hospitalizace. Na konci hospitalizace byl pacient schopný reálně uvažovat o budoucnosti.

4. OBRAZ TĚLA PORUŠENÝ z důvodu chirurgického výkonu projevující se depresivním chováním, zhoršenou spoluprací

Cíl

- akceptování sebe sama v dané situaci
- zmírnění úzkosti a adaptace na stávající obraz těla
- pochopení tělesných změn
- hledání informací a aktivní úsilí o překonání problémů

Plán

- posuďte psychický stav pacienta
- podporujte návštěvy blízkých
- všímejte si úzkosti a depresivního chování u pacienta
- naslouchejte pacientovi
- zajistěte potřebné informace pacientovi

Realizace

Od šestého pooperačního dne (2. 9.) edukovala pacienta stomasestra o všech pomůckách a o možnosti přihlásit se do klubu stomiků, kde pomáhají začlenit se do předchozího života a setkávat se v klubu s ostatními stomiky. Stomasestra přihlásila pacienta do klubu stomiků, objednala mu zasílání časopisu pro stomiky, který se

jmenuje RADIM. V péči o stomii pacientovi pomáhala manželka, která se snažila učit veškerou péči s manželem. Snažili jsme se pacienta za pokroky v péči o stomii chválit a ukázat mu, že žít se dá i se stomií. Velmi důležitá byla podpora rodiny. Pacientovo odmítavé chování se pozvolna změnilo ve spolupráci a naučil se zcela samostatně ošetřovat stomii.

Hodnocení

Při propuštění do domácího ošetřování byl pacient samostatný v péči o stomii, akceptoval ji a dokázal si představit zapojení do dalšího života, i přes omezení, která mu přináší kolostomie.

5. PORUŠENÝ SPÁNEK z důvodu chirurgického výkonu, vynucenou polohou, cizím prostředím projevující se nespavostí, únavou

Cíl

- Krátkodobý - pacient bude spát alespoň 6 hodin denně
- Dlouhodobý - pacient se bude cítit odpočínutý, pacient nebude potřebovat hypnotika před spánkem

Plán

- snažte se dodržovat spánkové návyky pacienta
- zaměstnejte pacienta během dne
- vyvětrejte místnost
- minimalizujte rušivé podněty
- sledujte průměrnou délku spánku
- podejte medikaci dle ordinace lékaře

Realizace

Pacientovi jsem se snažila vysvětlit, aby přes den neusínal a našel si nějakou zábavu. Pacient přes den poslouchal rádio, četl noviny, luštil křížovky. Každý den ho navštěvovala manželka, která si s ním povídala, a společně se šli projít po areálu nemocnice. Pacientovi jsem vysvětlila, že se nemusí v noci bát vylití obsahu stomie a může klidně usnout. Před spánkem jsem vyvětrala místnost a dle ordinace lékaře podala Diazepam 10mg 1 tabletu, který užíval od 2. 9. každý večer.

Hodnocení

4. 9. spal pacient 6 hodin denně po aplikaci Diazepamu 10 mg 1 tablety. 12. den po operaci se spánek zlepšil, pacient se cítil odpočínutější, stále užíval Diazepam 10 mg před spánkem. Od 18. dne měl pacient spánek kvalitní a cítil se odpočínutý i bez medikamentózní léčby.

6. FEBRILIE z důvodu infekce (10. 9.)

Cíl

- pacient nebude febrilní
- pacient bude mít normální hodnoty fyziologických funkcí

Plán

- sledujte tělesnou teplotu
- zjistěte příčinu
- sledujte krevní tlak
- sledujte srdeční frekvenci a rytmus
- sledujte dýchání
- sledujte bilanci tekutin
- podávejte antipyretika dle ordinace lékaře
- dbejte na bezpečnost pacienta

Realizace

U pacienta se febrilie objevily 14. den po operaci. Následující den jsem sledovala tělesnou teplotu po dvou hodinách. Zaznamenávala jsem hodnoty do ošetrovatelské dokumentace – viz tabulka č. 3. Při febrilii jsem pacientovi podávala Paralen v tabletách. V odpoledních hodinách 15. pooperační den měl pacient TT 38,5 – 39, 0 stupňů. 16. pooperační den byl pacient v ranních a dopoledních hodinách subfebrilní a v odpoledních a večerních hodinách byl pacient febrilní. Podávala jsem mu antipyretika dle ordinace lékaře a sledovala následné klesání tělesné teploty. Kontrolovala jsem dostatečný příjem tělesných tekutin. Pacient se hodně potil, tak jsem mu vyměňovala ložní prádlo, aby neležel v mokřém ložním prádle.

Hodnocení

14. – 16. pooperační den měl pacient stále zvýšenou TT a od 18. pooperačního dne měl pacient TT v normě.

Tabulka číslo 3: Záznam TT

hodina	10. 9. TT	11. 9. TT	12. 9. TT
6:00	37,7 °C	37,3 °C	37,1 °C
10:00	38,0 °C	37,5 °C	37,3 °C
14:00	38,0 °C	37,8 °C	37,5 °C
18:00	38,3 °C	39,0 °C	38,0 °C
20:00	38,5 °C	37,9 °C	37,5 °C
22:00	38,5 °C	37,8 °C	37,4 °C

7. PORUCHA INTEGRITY KŮŽE z důvodu operačního výkonu

Cíl

- operační rána se zhojí per primam

Plán

- asepticky převazujte ránu
- sledujte vzhled okolí rány
- dbejte na dodržování hygieny pacienta
- sledujte stav výživy
- zaznamenávejte převazy rány

Realizace

Při převazu operační rány pacienta jsem asistovala lékaři. Ránu jsem převazovala každý den, někdy dvakrát denně, pokud byl obvaz mokrý. Rána se kryla Betadinem a sterilními čtverci. 12. pooperační den jsem pacientovi na ránu aplikovala jodkolodium, které slouží jako plastický obvaz. 16. pooperační den lékař odstranil pacientovi stehy. Potřela jsem ránu jodkolodiem a poučila jsem klienta o hygienické péči. V následujících dnech jsem každé ráno ránu kontrolovala.

Hodnocení

Rána se zhojila per primam do 12. 9.

8. MOČENÍ PORUŠENÉ v důsledku zavedení PMK a operace projevující se retencí moče, posléze inkontinencí

Cíl

- Krátkodobý - zjištění příčiny
- Dlouhodobý - pacient bude chápat problém, pacient se bude vyprazdňovat spontánně, pacient bude používat ochranné pomůcky

Plán

- sledujte množství moči za 24 hodin
- sledujte příjem a výdej tekutin
- uvařte pacientovi urologický čaj
- zjistěte příčinu poruchy močení
- ukažte pacientovi pomůcky pro inkontinentní
- zajistěte urologické konzilium

Realizace

6. pooperační den (2. 9.) byl pacientovi odstraněn PMK. Po odstranění močového katetru by se měl pacient do 6 hodin vymočit. Uvařila jsem pacientovi urologický čaj, poučila jsem ho o nutnosti většího příjmu tekutin a o možných místních příznacích při močení, například pálení, řezání při močení. Bohužel pacient nebyl schopný se vymočit a musel mu být opět zaveden PMK č. 16, odvedl nárazově 500ml moči. Po zavedení PMK jsem sledovala množství, barvu odvedené moči a zda nemá pacient obtíže se zavedeným PMK. Dbala jsem na dostatečný pitný režim, donesla jsem pacientovi konvičku s čajem na stoleček. 26. pooperační den byl PMK opět odstraněn, došlo ke spontánnímu vymočení s následnou inkontinencí bez pocitu plného močového měchýře. Dle ordinace lékaře jsem pacientovi domluvila další kontrolu na urologické ambulanci. Urologické vyšetření proběhlo 27. pooperační den. Pacientovi byl nasazen Ubretid v tabletách, domluvila jsem pacientovi další kontroly na urologické ambulanci.

Hodnocení

Cíl nebyl splněn. Pacient měl při ukončení hospitalizace obtíže s předčasným únikem moči.

9. OSAMĚLOST zvýšené riziko z důvodu odloučení od rodiny, hospitalizace projevující se verbálním sdělením

Cíl

Krátkodobý - pacient bude komunikovat s ostatními pacienty

Dlouhodobý - zapojení do společenských aktivit, vytváření interakcí a vztahů, které pacient považuje za smysluplné

Plán

- všimněte si přítomnosti rodiny a blízkých osob
- zjistěte, jak pacient vnímá osamělost
- diskutujte o obavách z pocitů osamělosti a chybění blízkých osob
- povzbuzujte pacienta ke komunikaci se spolupacienty

Realizace

Za pacientem každý den chodila na návštěvu manželka, která ho vždy povzbudila. Pacienta jsem seznámila s ostatními klienty na oddělení a na pokoji. Snažila jsem se mu vysvětlit možnosti společného stravování v jídelně, kde může navazovat nové kontakty, mohli společně sledovat televizi a povídat si o společných problémech a trápeních.

Hodnocení

Pacient se 10. den hospitalizace necítil tolik osamělý, komunikoval s pacienty na pokoji. Stále mu však bylo smutno po domácím prostředí, manželce a nechtěl už být v nemocnici. Na druhou stranu chápal, že je to nutné pro jeho uzdravení. 18. pooperační den navázal přátelské společenské kontakty s ostatními klienty na oddělení a necítil se být sám. (5)

2. 3. 4 Edukace

Hlavním cílem je naučit pacienta soběstačnosti při ošetřování stomie. Edukace je individuální a postupná. Pacient by se měl výměnu pomůcek učit před vhodně umístěným zrcadlem a měl by vyzkoušet, který typ pomůcek mu vyhovuje nejlépe. Zda jednodílný nebo dvoudílný systém. Nejdříve provádí výměnu pomůcek sestra, vysvětluje postup a pacient se pouze dívá. V následujícím kroku pacient provádí výměnu sám a sestra mu radí, chválí ho a opakuje pacientovi získané informace. Pokračuje fáze, kdy je pacientovi sestra na blízku, ale výměnu již provádí sám a pak už je pacient samostatný. Pacient by měl být informovaný o pomůckách všech dostupných firem, o úhradě pomůcek, o limitech pomůcek na 1 měsíc, o sociální podpoře.

Strava stomiků musí obsahovat vyvážené množství bílkovin, tuků, uhlohydrátů, minerálů a vitamínů. Pacient by měl vědět, že chuť k jídlu se může vracet pomalu. Od začátku je nutné jíst v pravidelných intervalech malé porce potravy. Postupně do jídelníčku zařazovat ovoce, zeleninu, celozrnné pečivo a vlákninu. Přibližně dva měsíce po operaci by se měl stomik stravovat téměř bez omezení, ale vždy je strava individuální! Určité potraviny mohou způsobovat problémy jako např. nadýmání, zápach a průjemy. Nadýmající potraviny jsou cibule, vejce, šumivé nápoje, pivo. Naopak mezi protinadýmavé potraviny patří brusinky, jogurt. Zápach zvyšují vejce, maso, ryby, cibule, česnek, koření. K tlumení zápachu je vhodné jíst špenát, zelený salát, petržel, brusinky, jogurt. Průjem způsobují káva, cukr, luštěniny, alkohol, švestky, kyselé zelí. Průjem zastavují svažené mléko, čokoláda, červené víno, bílý chléb, brambory.

K propuštění do domácího ošetřování by mělo dojít až po domluvě chirurga a stomasestry, která ručí za soběstačnost pacienta. Pokud soběstačný není, tak by stomasestra měla edukovat rodinu nebo kontaktovat centrum následné péče.

Závěr

Pacient byl po 37 denní hospitalizaci propuštěn do domácího ošetřování. Byl předán do péče onkologa, v ambulantní péči prodělal chemoterapii a je stále v pracovní neschopnosti. Při ukončení hospitalizace používal dvoudílný systém s tvarovatelnou podložkou, velikost stomických pomůcek měl po operaci 55, ta se nyní snížila na 45, což znamená, že se stomie správně zmenšila. Pacient byl po dohodě stomasestrou přihlášen do klubu stomiků, domů mu bude zasílán specializovaný časopis pro stomiky RADIM.

Ošetrovatelský proces zahrnoval dvě hlavní linie péče. První byla vlastní pooperační péče, která měla za cíl především napomoci ve zvládnutí pooperačních obtíží a zajistit pacientovi zmírnění fyzických obtíží. Z tohoto pohledu se jako nejdůležitější ukázalo období následující bezprostředně po operaci a také doba nečekaných komplikací. Neméně důležitá je i druhá linie péče. Kromě fyzické pohody pacienta je třeba vytvořit i pohodu psychickou. Ta záleží jednak na přijatelném zdravotním stavu pacienta a také na jeho seznámení s léčbou a jejími následky. Je proto nutné pacienta plně seznámit s užíváním stomapomůcek v praktickém životě. Posílí se tak pacientova naděje na kvalitní pokračování života. Právě edukace využití stomických pomůcek a celková motivace pacienta k aktivnímu přístupu k jeho stavu je z pohledu nároků na ošetřující personál, především však na sestry, specifická pro tento druh diagnózy.

Každý pacient reaguje na jiné typy motivace, někteří lidé jsou přesvědčeni o možnosti vést plnohodnotný život sami, jiní na základě zkušenosti v rodině či okolí. Úloha sestry jako osoby, která během hospitalizace přichází s pacientem nejčastěji do styku, je nezastupitelná. U většiny onemocnění postačí, když pečlivě a zároveň citlivě vykonává ošetrovatelskou činnost. V případě stomiků však musí být sestra sama aktivní a na jejích schopnostech a invenci často zcela záleží budoucí kvalita pacientova života. Zároveň je nezastupitelná její edukační činnost. Pokud by ji neprovedla správně, výrazně se tím zmenší účinek léčby.

Předložená práce se snaží podat teoretické i praktické poznatky z ošetrovatelského procesu pacienta postiženého karcinomem tlustého střeva. Zároveň poukazuje na potřebu výrazně aktivního přístupu ošetrovatelského personálu, který musí být aktivní především v následné komunikaci s pacientem. V tomto jsou nároky na personál při dané diagnóze odlišné od většiny ostatních. I když nejsou zcela výjimečné.

Seznam použitých zkratek

ATB – antibiotika
BMI – body mass index
CT – počítačová tomografie
D – dech
FNM – fakultní nemocnice Motol
GCS – Glasgow coma scale
GIT – gastrointestinální trakt
I – indikace
I. m. – intramuskulárně
IS – indikační skupina
I. v. – intravenózně
J - jednotka
JIP – jednotka intenzivní péče
NGS – nasogastrická sonda
NMR – magnetická resonance
ORL - otorinolaringologie
P – puls
PMK – permanentní močový katetr
PŽK – periferní žilní katetr
RTG - rentgen
Tbl – tableta
TK - tlak
TT – tělesná teplota
VAS – vizuální analogová stupnice

Seznam použité literatury

1. BALAŠ, Vladimír, et al. *Speciální chirurgie II. : učebnice pro LF*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 482 s.
2. BECKER, Horst Dieter, et al. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 880 s. ISBN 80-247-0720-9.
3. Coloplast. *Ošetrovatelská péče o pacienty se stomií*. Praha : [s.n.], [200-]. 69 s.
4. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
5. DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
6. GANONG, William F. *Přehled lékařské fyziologie*. 20. vyd. Praha: Galén, 2005. 890 s. ISBN 80-7262-311-7.
7. HLAVÁČKOVÁ, Jaroslava, MAŘÍKOVÁ, Petra. Život stomiků - nepřežívat, ale žít. *Sestra*. 2008, č. 2, s. 45.
8. HRABOVSKÝ, Jaromír, a kolektiv. *Chirurgie: učebnice pro zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 444 s. ISBN 80-86861-49-X.
9. ELIŠKOVÁ, Miloslava, NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
10. KASPEROVÁ, Martina. Rektoskopie. *Ordinace.cz* [online]. 2004 [cit. 2009-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/rektoskopie/>>. *Nádory tlustého střeva*, Masarykův onkologický ústav Brno. [cit. 2009-03-05]. Dostupný z WWW: <http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=1167|900|901|905|927&selIdDoc=115>.
11. KRECHLER, Tomáš. Kolorektální karcinom. *Forum Medicinale : Od lékařské vědy k praxi*. 2001, č. 1, s. 31-35.
12. MIKŠOVÁ, Zdeňka, JANOŠÍKOVÁ, Marie, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.* 2. dopl. vyd. Valašské Meziříčí : NALIOS, 1998. 117 s.
13. POKORNÁ, Ivana. Zkušenosti s plochou tvarovatelnou podložkou. *Sestra*. 2008, č. 2, s. 46.
14. STŘÍTESKÝ, Jan, HALBERSTADT, Petr. *Patologie pro SZŠ, 2.díl*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1995. 80 s. ISBN 80-85526-47-6.
15. VORLÍČKOVÁ, H., MALÁ, T. Ošetrovatelský standard. *Masarykův onkologický*

ústav [online]. 2003 [cit. 2009-03-05], s. 1-3. Dostupný z WWW: <http://www.mou.cz/mou/upload//Rubriky/osetrovatelstvi/osetrovatelska_proces.pdf>.

16. VUČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetřovatelství I: obor všeobecná sestra*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 71 s. ISBN 80-7168-151-2.

17. VYZULA, Rostislav, ŽALOUDÍK, Jan a kol. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf, 2007. 287 s. ISBN 978-80-7345-140-0.

18. kolektiv bez daného autora, Pharmindex Brevíř, MediMedia Information spol. s.r.o., Praha, 2002, ISBN 80-86336-04-2

Internetové zdroje:

URL stránky:

<http://www.ordinace.cz/clanek/rektoskopie/>

<http://www.okulnikrvaceni.cz/>

http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=1167|900|901|905|927&selIdDoc=115

<http://www.stomik.webz.cz/stomik/stranka0.html>

Seznam příloh

Příloha číslo 1 – Stomické pomůcky

Obr. č. 1 – Tvarovatelná podložka

Obr. č. 2 – Stomický sáček

Obr. č. 3 – Stomické pomůcky

Obr. č. 4 – Stomický sáček

Obr. č. 5 - Výpustný stomický sáček

Obr. č. 6 - Podložky z dvojdílného systému pro stomiky

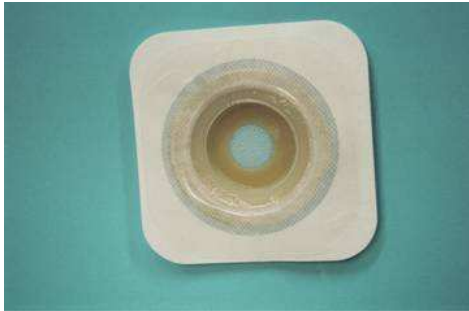
Příloha číslo 2 – GCS (převzato od FNM)

Příloha číslo 3 – Barthelův test soběstačnosti (převzat od FNM)

Příloha číslo 4 – VAS (převzato od FNM)

Příloha číslo 5 - Kolostomie

Příloha č. 1: Stomické pomůcky



Obr. č. 1 - Tvarovatelná podložka



Obr. č. 2 - Stomický sáček



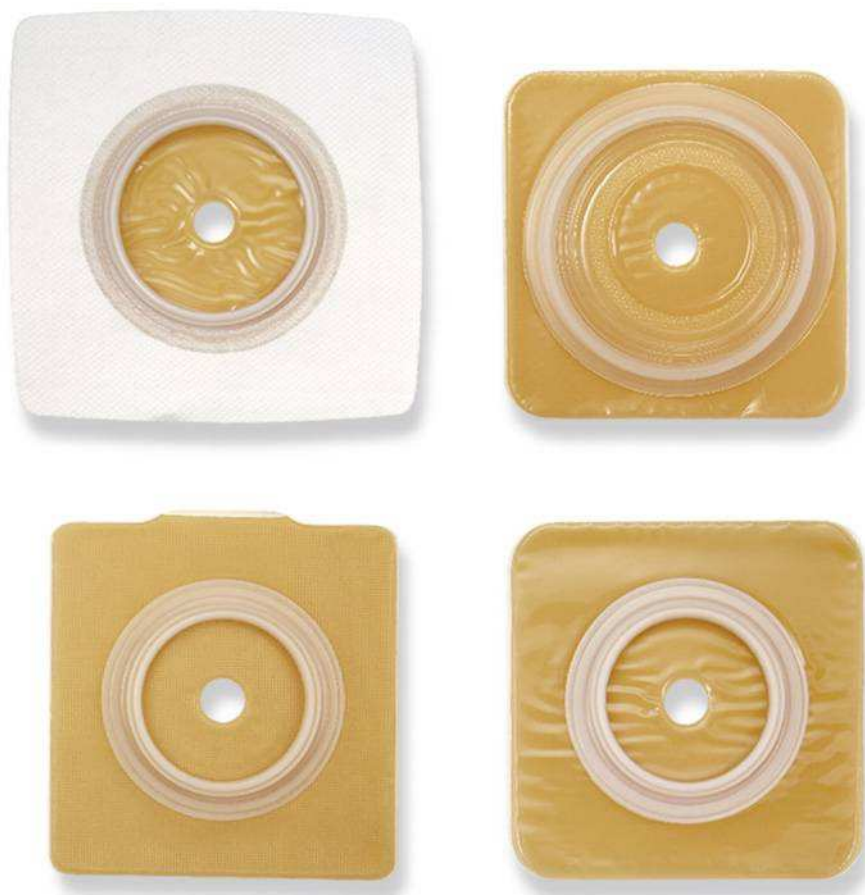
Obr. č. 3 - Stomické pomůcky



Obr. č. 4 - Stomický sáček



Obr. č. 5 - Výpustný stomický sáček



Obr. č. 6 - Podložky z dvojdielného systému pro stomiky

Příloha č. 2 - hodnocení vnímání
GLASGOW COMA SCALE

Otvírání očí		Spontánní Na slovní výzvu Na bolestivý podnět Nereaguje	4 3 2 1	Reakce zornic ++ = rychle + = pomalu - = nereaguje C = oči zavřeny (otok)
Nejlepší motorická odpověď	na slovní výzvu na bolestivý podnět	Adekvátní Lokalizuje bolest Úhyb Flexe na bolest Extenze na bolest Bez odpovědi	6 5 4 3 2 1	CELKOVÉ SKÓRE: 15 plné vědomí nad 13 žádná nebo lehká porucha 8 – 13 porucha vědomí pod 8 bezvědomí hluboké bezvědomí
Nejlepší slovní odpověď	Plně orientovaný, konverzuje Dezorientován, konverzuje Neadekvátní výrazy a slova Nesrozumitelné zvuky Bez odpovědi		5 4 3 2 1	DÍTĚ DO DVOU LET usmívá se, naslouchá, sleduje pláč - utišitelný vytrvalý pláč - přechodně utišitelný pláč - neutišitelný, agitovanost, neklid nereaguje

Příloha č. 3 – hodnocení soběstačnosti
BARTHELŮV TEST ADL

HODNOCENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTECH

NAJEDENÍ, NAPITÍ	SAMOSTATNĚ	10	POUŽITÍ WC	SAMOSTATNĚ	10
	S POMOCÍ	5		S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
OBLÉKÁNÍ	SAMOSTATNĚ	10	PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE	SAMOSTATNĚ	15
	S POMOCÍ	5		S MALOU POMOCÍ	10
	NEPROVEDE	0		VYDRŽÍ SEDĚT	5
KOUPÁNÍ	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO ROVINĚ	NEPROVEDE	0
	NEPROVEDE	0		SAMOSTATNĚ NAD 50m	15
OSOBNÍ HYGIENA	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO SCHODECH	S POMOCÍ 50m	10
	NEPROVEDE	0		NA VOZÍKU 50m	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
KONTINENCE MOČI	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	CELKOVÉ SKÓRE	SAMOSTATNĚ	10
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5		S POMOCÍ	5
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		NEPROVEDE	0
KONTINENCE STOLICE	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	STUPNĚ	100 NEZÁVISLÝ	
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5		65-95 LEHKÁ ZÁVISLOST	
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		45-60 ZÁVISLOST STŘEDNÍHO	
				0-40 VYSOCE ZÁVISLÝ	

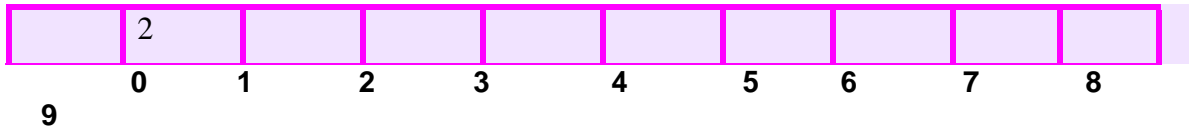
Příloha č. 4 VAS

Numerická a analogová škála (VAS)

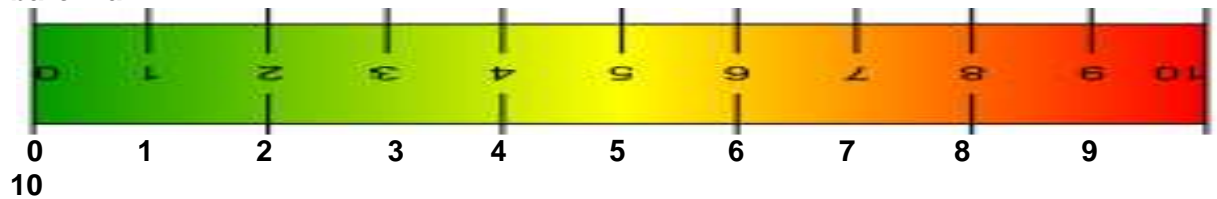
pro děti/pacienty cca od 6 let

numerická

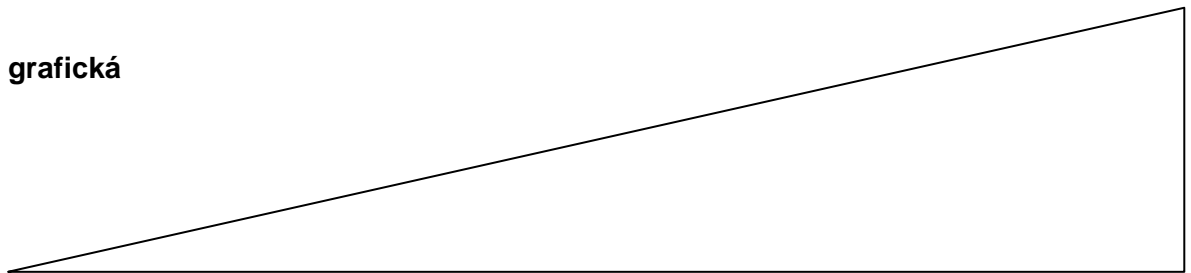
→ SMĚR ZVYŠOVÁNÍ INTENZITY BOLESTI



analogová:
barevná



grafická



0 žádná bolest
maximální

Hodnocení

0 žádná bolest

3 a více **bolest, intervence nutná**

10 (resp. horní nebo pravý konec stupnice - dle typu): **maximální** bolest

Hlášení sestry lékaři v případě nedostatečné intervence: **skóre neklesne pod 3** u numerické, resp. pod 1/3 u analogové škály

Školní děti umějí bolest **očíslovat nebo oznámkovat**, jako ve škole, na zvolené pěti nebo desetistupňové stupnici, **tzv. numerická** (číselná) **škála**. Jinou možností je použít místo číselné tzv. **analogové škály: grafická** stupnice, kde je mírou bolesti vzdálenost od levého okraje škály 0 tj. žádná bolest, **barevná** analogová škála se stoupající intenzitou od zelené přes žlutou do rudé barvy. Malé děti mohou ukázat vzdálenost mezi palcem a ukazovákem.

Příloha č. 5 Kolostomie



Foto autorka: Marcela Vašková