

**Univerzita Karlova**  
**1. lékařská fakulta**  
**Ústav teorie a praxe ošetřovatelství**  
**Bakalářské studium ošetřovatelství**

**Závěrečná práce**

**Ošetřovatelská kazuistika nemocného s kolorektálním karcinomem**

**2005/2006**

**Gabriela Benešová**

**Vedoucí práce: Mgr. Veronika Di Cara**

## OBSAH

<b>1. Úvod.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Charakteristika onemocnění.....</b>	<b>3</b>
2.1. Kolorektální karcinom.....	3
2.1.1. Epidemiologie.....	3
2.1.2. Rizikové faktory.....	3
2.1.3. Patologie kolorektálního karcinomu.....	5
2.1.4. Klasifikace nádorů.....	5
2.1.5. Diagnostika.....	6
2.1.6. Terapie.....	7
2.2. Základní údaje o nemocném.....	9
2.3. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	9
2.4. Přehled diagnostických vyšetření.....	11
2.5. Přehled terapie.....	13
2.5.1. Farmakoterapie.....	13
2.5.2. Dietoterapie, pohybový režim.....	15
2.5.3. Operace.....	15
2.6. Stručný přehled hospitalizace.....	16
<b>3. Ošetrovatelská část.....</b>	<b>17</b>
3.1. Ošetrovatelská anamnéza.....	17
3.1.1. Subjektivní vnímání nemoci.....	17
3.1.2. Hodnocení sestry.....	17
3.1.3. Základní biologické potřeby.....	18
3.1.4. Psychosociální potřeby.....	21
3.2. Ošetrovatelské diagnózy.....	22
3.3. Plán ošetrovatelské péče.....	22
3.3.1. Předoperační ošetrovatelské diagnózy.....	22
3.3.2. Pooperační ošetrovatelské diagnózy.....	25
3.4. Návrh edukace nemocného v péči o kolostomii.....	31
3.5. Závěr a ošetrovatelská prognóza.....	33
<b>4. Použité zdroje.....</b>	<b>35</b>

### **Přílohy**

## 1. Úvod

Chirurgické oddělení nemocnice, kde pracuji, je rozděleno do dvou částí. Na 1. oddělení jsou hospitalizováni pacienti s traumaty, po osteosyntézách a ti, u kterých se předpokládá nekomplikovaný aseptický průběh operací (laparoskopické i klasické operace žlučníku, kýl, appendicitid). Na vedlejším oddělení jsou ukládáni pacienti s komplikovaným hojením ran, s ischemickými změnami dolních končetin, pacienti k vyšetřování a případným zákrokům na střevech nebo nemocní inkontinentní. Tomu většinou odpovídá i věková skladba pacientů. Hospitalizovaní jsou zpravidla ve vyšším věku, s různým stupněm ztráty soběstačnosti, s poruchou adaptace na nové prostředí, s poruchami spánku, se zhoršenou mobilitou a větším počtem přidružených diagnóz. Sestra i ošetřující lékaři se přibližně v intervalu jednoho roku na těchto odděleních střídají.

Pro závěrečnou práci jsem si vybrala pacienta s nádorovým onemocněním tlustého střeva. Kolorektální karcinom patří ve statistikách na přední místo jak v incidenci nádoru, tak i v počtu úmrtí na toto onemocnění. Nádorové onemocnění tlustého střeva tak patří k častým diagnózám pacientů na chirurgiích, vyvíjí se poměrně dlouho v podstatě bezpříznakově, je zkoumán vliv mnoha rizikových faktorů, včetně genetických.

Pacient byl na chirurgické oddělení přijat na základě ambulantního kolonoskopického vyšetření, kdy byla zjištěna stenóza v oblasti colon sigmoideum. Přesto, že nejde na našem oddělení o ojedinělou diagnózu, vybrala jsem si tohoto pacienta pro typické zastoupení rizikových faktorů, typické subjektivní i objektivní potíže, které přivedly pacienta k lékaři. V anamnéze se objevuje rodinná zátěž, výskyt adenomových polypů, nepravidelná a nesprávná životospráva muže žijícího osaměle, dlouhodobé kouření, potíže při vyprazdňování, chronická zácpa, zjištění krvavého hlenu ve stolici, dyspeptické potíže, nadýmání.

Operace střev mají z hlediska pacientů dva odlišné pooperační průběhy: buď je provedena resekce střeva s vynětím tumoru a pacient se bude i nadále vyprazdňovat fyziologickou cestou nebo je vyveden ze střeva stomický vývod. Pacienti si zpočátku do důsledků neuvědomují rozsah a závažnost operace, ale je pro ně velmi zatěžující přijmout fakt trvalé stomie. U tohoto pacienta byl proveden pouze paliativně stomický vývod a právě edukace a nácvik používání stomických pomůcek patří mezi důležité součásti ošetrovatelské péče těchto nemocných. Onkologické onemocnění znamená zhoršení psychického stavu,

strach z budoucnosti, úzkostné stavy, depresivní ladění. Pacient potřebuje podporu, empatii, dostatek informací a možnost o svých obavách s někým hovořit.

## **2. Charakteristika onemocnění**

### **2.1. Kolorektální karcinom**

#### **2.1.1. Epidemiologie**

Kolorektální karcinom je civilizační onemocnění, které představuje jeden z nejvýznamnějších problémů zdravotnictví. Jeho celosvětová incidence je rozdílná v závislosti na vyspělosti dané země. Ročně se diagnostikuje 1 milion nových případů a úmrtnost je vyšší než 500 000 nemocných za rok. Největší výskyt je v západní Evropě a v severní Americe, v Austrálii a v posledních letech i v Japonsku. Oproti tomu v Indii se objeví 1-5 nových případů na 100 000 obyvatel, podobná situace je i v Nigérii. (3)

Karcinom kolorekta je u mužů druhým nejčastějším maligním nádorem po karcinomu plic, u žen je na 2. místě po karcinomu prsu. Pětileté přežití je udáváno v 50%, u karcinomu konečníku i méně. Výskyt onemocnění se stále zvyšuje, ve vyspělých zemích dochází zřejmě vlivem preventivních opatření a moderních diagnostických metod s cílem zjistit časnou diagnózu k mírnému poklesu úmrtnosti. (3) V České republice se od roku 1960 incidence nádoru trvale zvyšuje. Ročně je diagnostikováno 3000 nových nádorů tlustého střeva a 2600 nádorů rekta. V roce 1997 dosáhla incidence nových onemocnění v ČR 75,5 na 100 000 obyvatel a zařadila naši republiku na 1. místo v celosvětových statistikách a to i v úmrtnosti mužské a ženské populace. (5)

#### **2.1.2. Rizikové faktory**

Rizikové faktory vzniku kolorektálního karcinomu lze rozdělit do dvou skupin: na zevní a hereditární faktory. Ze zevních faktorů je nejpřesvědčivěji prokázán vztah mezi výživou a vznikem karcinomu. Tato spojitost se týká zejména tuků a masa, samotného



vyššího kalorického příjmu, nedostatku ochranných látek (zejména vlákniny) a některých vitamínů a minerálů. Studie uvádějí, že vyšší riziko je u tuků s obsahem nasycených mastných kyselin, to znamená ze živočišných zdrojů. Mléčný tuk nemá s výskytem žádnou spojitost, konzumace ryb má spíše ochranný význam. Vysoká spotřeba červeného masa představuje riziko vzniku nádoru v možnosti obsahu karcinogenů-heterocyklických aminů, zejména u masa upraveného smažením, pečením a především uzením. (5)

Jednoznačně protektivní účinek má strava s vysokým obsahem vlákniny. Zdroje vlákniny (ovoce, zelenina, obilí, zrna) chrání organismus vazbou karcinogenů, zkrácením doby tranzitu, snad i změnou střevní flóry. Ve studiích byl dále prokázán ochranný účinek dostatečného příjmu kalcia a vitamínu D. Vitamín C, beta-karoten a selen, stejně tak jako kyselina listová a metionin mají antioxidační působení. Konzumace alkoholu zřejmě nepředstavuje vyšší riziko výskytu karcinomu tlustého střeva. Uvádí se vztah karcinomu rekta a konzumací více než 15 litrů piva za měsíc. (5) Celkový vyšší kalorický příjem, nedostatečná fyzická celoživotní aktivita a sedavé zaměstnání zvyšují riziko nemoci. Profesionální riziko bylo zvýšené u pracovníků, kteří byli vystaveni působení azbestu, pesticidů a herbicidů. Kouření cigaret je rizikovým faktorem pro vyšší vznik adenomových polypů, které jsou považovány za prekancerózu, na jejímž podkladě vzniká až 80% nádorů. Spojitost byla prokázána zejména s kouřením doutníků a dýmek, ale také dlouhodobým kouřením cigaret od mladého věku.

V současnosti je zkoumán protektivní vliv některých farmak (nesteroidních antirevmatik), dále pak hormonů (vyšší dávka estrogenů v podobě hormonální antikoncepce) a reprodukce (ochranný faktor vyššího počtu porodů a naopak vyšší incidence karcinomů u nulipar). (3,5)

Vedle zevních faktorů je třeba se zmínit i o hereditárních faktorech. Jednoznačné, téměř 100%, je riziko vzniku karcinomu na podkladě familiární polypózy tlustého střeva. Vznik adenomatozních polypů je spojen se změnou kontrolní alely na dlouhém raménku 5. chromozómu, označované jako APC lokus. Mnohočetné adenomatózní polypy jsou typické také pro Gardnerův a Turkottův syndrom. Oproti tomu se kolorektální syndrom bez polypózy vyskytuje u Lynchova syndromu. U osob s karcinomem kolorekta v rodinné anamnéze je 3-4krát vyšší pravděpodobnost výskytu onemocnění, stejně tak je vyšší riziko výskytu nádoru u žen, v jejichž rodině se vyskytl karcinom prsu, ovaria či endometria. Mimo hereditární faktory zde zřejmě hrají roli i faktory prostředí (životní styl a výživa). (5)

### **2.1.3. Patologie kolorektálního karcinomu**

Naprostá většina kolorektálních karcinomů vzniká maligním zvratem adenomu. Pouze malá část vychází z dysplastických změn ve sliznici tlustého střeva u ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci. Vývoj karcinomu začíná iniciální odchylkou normálního epitelu, kdy se objeví „field defect“ – ložisko aberantních krypt. Následují fáze: adenom s nízkým rizikem maligního zvratu- adenom s vysokým rizikem- maligní zvrat- adenokarcinom- metastazující adenokarcinom.

Adenomy jsou benigní nádorové polypy. Útvary prominující nad slizniční povrch vycházejí ze sliznice nebo i z hlubších vrstev střešní stěny. V důsledku dysplastické proliferace epitelu mají odchýlnou strukturu i cytologické vlastnosti. Nejčastěji se vyskytují tubulární adenomy, jsou malé a stopkaté. Sporadické polypy mají často rodinnou predispozici, jejich výskyt stoupá s věkem, více než polovina se jich nachází v rektosigmoideu. Při maligním zvratu dochází k růstu karcinomu přes bazální membránu do mukózní vrstvy. V této fázi se jedná o neinvazivní karcinom, který nemetastazuje (nepřítomnost lymfatických cév). Dostačujícím zákrokem by byla polypektomie. Pokud nádor prorůstá do submukózy ve stopce adenomu, jedná se již o invazivní karcinom. Může dojít k jeho prorůstání do lymfatických kapilár.(3)

### **2.1.4. Klasifikace nádorů**

Přibližně 98% všech karcinomů tlustého střeva jsou adenokarcinomy. Lokalizovány jsou hlavně v rektosigmoideu, nyní se stále častěji začínají objevovat v pravém tračníku. Zde mají tendenci zejména k polypóznímu růstu, promínají do průsvitu střeva, ale vzácně vedou k obstrukci. Karcinomy levého tračníku rostou cirkulárně ve stěně střeva a stenózují lumen. Mikroskopicky se neliší, odpovídají hlenotvornému karcinomu s různou diferenciací- grade I (pravidelné uspořádání, dobře diferencovaný nádor), grade II (středně diferencovaný s nepravidelnou žlázovou strukturou) a grade III ( nízká diferenciacie). Všechny karcinomy tlustého střeva postupně prorůstají střešní stěnou do okolních struktur a infiltrují lymfatické a krevní cévy. Nejdůležitějším prognostickým faktorem při hodnocení kolorektálního karcinomu je hloubka nádorové invaze v době diagnózy - stadium=staging. K jeho posouzení se používá Duksova klasifikace a TNM klasifikace. pT0- pT4 je mikroskopický popis hloubky primárního nádoru, dále se hodnotí stav regionálních lymfatických uzlin

mikroskopickým vyšetřením (N) a přítomnost vzdálených metastáz (M). Třetí částí je typing, který znázorňuje buněčnou charakteristiku nádoru a má vztah k prognóze. Malobuněčné nádory a nádory z buněk pečetního prstenu mají špatnou prognózu, nádory s mucinózními buňkami často místně recidivují. (7)

### 2.1.5. Diagnostika

V diagnostice kolorektálního karcinomu je důležitá anamnéza, zejména rodinná a osobní a klinické vyšetření včetně vyšetření per rektum. Dále se uplatňují metody rentgenologické, endoskopické, techniky nukleární medicíny a laboratorní vyšetření. Toto onemocnění zůstává řadu let bez klinických příznaků. Nenápadným příznakem je rektální krvácení trvající léta, často připisované hemoroidům a pomalá změna defekačních zvyklostí (zácpa, průjem nebo jejich střídání). Klinická manifestace rostoucího nádoru se může projevit obstrukcí střevního lumen neúplnou či úplnou, projevující se poruchami pasáže, subileózními stavy, distenzí, bolestmi v břiše. Někdy se objevuje bolestivé nucení na stolici s defekací krvavého hlenu, nadýmání, občasné zvracení. Celkové projevy zahrnující únavu, hubnutí, anémii, subfebrilie se vyskytují až většinou u generalizovaných nádorů. (4)

Pro zjišťování výskytu adenomů i karcinomů se osvědčuje vyšetření stolice na okultní krvácení. Nyní je tento test ve standardizované formě pod názvem Haemoccult. Principem je aktivita částečně natráveného hemoglobinu, který přemění bezbarvou redukovanou formu guajakové pryskyřice na modrou oxidovanou formu. Testy mohou být ovlivněny příjmem potravy a některých léků. Je nutno před a během vyšetření omezit syrové a tmavé maso, ovoce a zeleninu, z léků především léky obsahující železo a vizmut. Tento screeningový test by měl být poskytnut v ordinacích praktických lékařů osobám nad 50 let. Po každém pozitivním testu by mělo následovat endoskopické vyšetření flexibilním kolonoskopem, při kterém lze provést polypektomii nebo odebrat tkáň na histologické vyšetření. K výkonu je třeba střevo očistit, podává se ortográdně velké množství projímavých tekutin (Fortrans, Golytely), 2 dny má pacient bezezbytkovou dietu. Před kolonoskopií se aplikuje intramuskulárně opiátové analgetikum. (7)

Z laboratorních metod se používá základní vyšetření krve, moči a sledování hladiny tumorových markerů, zejména CEA a CA19-9. Radiodiagnostické metody zahrnují nativní snímek břicha (v případě ileu nebo perforace), irrigografii, ultrasonografii, počítačovou tomografii a magnetickou rezonanci. Diagnostický význam má zejména dvoukontrastní

irrigografie baryovou suspenzí a současnou insuflací vzduch po předchozí přípravě vyprázdnění střeva. CT a nukleární magnetická rezonance nejsou primárními metodami v diagnostice karcinomu, ale mají uplatnění zejména v hodnocení šíření nádoru do okolí.(3)

### 2.1.6. Terapie

Jedinou kurativní metodou kolorektálního karcinomu je chirurgická léčba. Cílem je odstranění nádoru s lymfatickou drenáží. Operace dělíme na elektivní po adekvátní předoperační přípravě nemocného, kdy je možné zvolit optimální strategii výkonu, a nebo urgentní při výskytu komplikací nádoru jako jsou perforace nebo ileus. Psychologická příprava pacienta spočívá ve vysvětlení somatické přípravy, vysvětlení možného rozsahu operace, uklidnění nemocného a v neposlední řadě pacient podepisuje informovaný souhlas s výkonem. Na operaci je nutné vyprázdnit střevo, oholit operační pole, podat protitetanové sérum a antibiotika profylakticky, miniheparinizace. Prázdnění probíhá ortográdně nebo v kombinaci s podáváním klyzmat.

Kolorektální operace lze rozdělit na laparoskopické výkony k určení resektability nebo paliativním výkonům, nyní i k resekcím střeva a na standardní kurativní. Standardní operace zahrnují kolostomie, což je dočasné nebo trvalé vyústění tlustého střeva na břišní stěně. Podle lokalizace se dělí na sigmoideostomie, umístěnou v levém dolním kvadrantu břišní stěny, dále transversostomie, která se nachází vpravo nebo vlevo nad pupkem, a cékostomie s vývodem v pravém podbříšku. Mělo by platit, že o možnosti stomie je pacient předem lékařem informován a edukován stoma –sestrou. U stomických vývodů se může v pooperačním období objevit komplikace v podobě parostomální kýly, výhřezu stomie, strikturne stomie, retrakci nebo nejčastěji v peristomálním zánětu kůže.(7)

K dočasnému či trvalému obejití překážky, která způsobuje poruchu pasáže střevem se provádějí anastomózy. Segmentové resekce střeva odpovídají povodí jedné z artérií, dále je to pravostranná nebo levostranná hemikolektomie, abdominoperineální amputace rekta podle Milese, kolektomie se zachováním rekta a proktokolektomie, kdy je nemocnému vyvedena ileostomie.(7)

Pooperační péče spočívá ve sledování fyziologických funkcí, monitorování pacienta, sledování vnitřního prostředí a minerálového metabolismu, hydrataci, ve sledování obnovené střevní pasáže. Následuje časná mobilizace pacienta, péče o operační ránu, důraz se klade na

zvýšení soběstačnosti a prevenci pooperačních komplikací. Pacient má zpravidla ordinovanu poresekční dietu, stále je sledována střevní peristaltika a odchod stolice.

Zvláštní místo zaujímá péče o stomii. Vhodné místo k vyústění střeva je třeba označit již před operací. Stomie znamená hluboký zásah do osobnosti člověka i do jeho života. Často vede ke snížení kvality života, komplexu méněcennosti a depresi. Sestra by měla vedle péče o vývod posoudit také psychický a emoční stav nemocného. Pacient se vzhledem ke změně fyzického vzhledu může stranit lidí, proto je důležité ošetřovat stomii s ohledem na intimitu pacienta, povzbuzovat ho, získávat ke spolupráci jeho i nejbližší rodinu. Na stomii hodnotíme vzhled, velikost, tvar, stav kůže v okolí stomie, množství a charakter stolice. V současnosti je na trhu široká škála stomických pomůcek, které splňují veškeré požadavky: zadržují zápach, chrání kůži kolem stomie, dobře těsní, nezpůsobují alergii, jsou nenápadné pod oblečením, dostupné, nastavitelné a umožňují svému nositeli maximální komfort. Stoma-sestra navrhuje pro každého individuálně nejvhodnější pomůcky, rozhodne o používání jednodílného nebo dvoudílného systému a dalších doplňků jako jsou ochranné pasty, odstraňovač náplastí, těsnicí kroužky, pudry na mokravá místa, ochranné filmy. Cílem edukace je zvládnutá technika správného přikládání stomických pomůcek, jejich výměna a posílení sebedůvěry nemocného. (2)

Po chirurgické léčbě následuje adjuvantní chemoterapie. Nejvíce osvědčeným cytostatikem je dlouhodobě 5-fluorouracil v infúzní aplikaci nebo kombinace s leukovorinem. Paliativní chemoterapií očekáváme stabilizaci procesu a zastavení progresu. Dalším očekávaným přínosem je ústup funkčních poruch a bolesti. Radioterapie se používá i předoperační hlavně u nádorů rekta. (3)

Po operaci a zvládnutí pooperačního období je hlavním účelem a dílem sledování časná detekce recidiv, psychologická podpora sledovaných a vyřešení pooperačních problémů. Na diagnostice a léčbě se podílejí praktičtí lékaři, gastroenterologové, chirurgové a onkologové. Měly by vznikat mezooborové pracovní skupiny, kde se předávají informace a výsledky sledování. Nejvíce se sledují pacienti s předpokladem dlouhodobého přežití. Ale i nemocní s inoperabilními nádory a generalizací by měli být kontrolováni a sledování pro psychologickou podporu a symptomatickou léčbu. (5)



## **2.2. Základní údaje o nemocném**

Pan F. Š. byl přijat na chirurgické oddělení 2. ledna 2006 na doporučení gastroenterologa, který provedl ambulantně kolonoskopii, kde byla zjištěna stenóza esovité kličky. Subjektivně pacient udával dyspepsii, nadýmání, nechutenství a zácpu. Kolonoskopie byla provedena z důvodu přítomnosti krvavého hlenu ve stolici. Nemocnému byla ordinována další vyšetření, na jejichž základě bylo rozhodnuto o provedení operačního zákroku 5. den hospitalizace. Po operaci byl pacient umístěn na chirurgickou jednotku intenzivní péče, překlad zpět na standardní oddělení se uskutečnil 4. pooperační den. Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování 20. ledna.

S nemocným jsem se seznámila již v den příjmu na oddělení, setkávala a starala se o něj v předoperačním období i po návratu z jednotky intenzivní péče do konce hospitalizace prakticky denně.

### **Identifikační údaje**

Oslovení: pane Š.

Rodné číslo: 350915/

Věk: 71let

Všeobecná zdravotní pojišťovna, česká národnost, povolání starobní důchodce, dříve fidič autobusu

Bydliště: malá obec vzdálená od okresního města 30 km, dostupná autobusovou dopravou

Kontaktní osoba: sestra M.K., i s rodinou bydlí v obci vzdálené 4km

## **2.3. Lékařská anamnéza a diagnózy**

Nynější onemocnění: Pacient byl odeslán gastroenterologem k dovyšetření. Na kolonoskopii je popsána deformace kličky sigmatu s fixací ohybu, neprůchodnost stenózy. Subjektivně udává nechutenství, nadýmání, obtížný odchod plynů, dyspepsii. Poslední dobou trpí zácpou, objevuje se krvavý hlen ve stolici.

Rodinná anamnéza: otec- „záducha“, nádor žaludku a střev,

Osobní anamnéza: ve 14 letech virová hepatitis, chronická bronchitis, 10 let se léčí s hypertenzí a ischemickou chorobou srdeční

V roce 1999 se objevila krev ve stolici, byla provedena kolonoskopie, při které byly odstraněny dva adenomové polypy. Kontrolní vyšetření o rok později bylo bez nálezu. Nadále byl bez potíží, další kontrolní vyšetření neproběhlo.

Operace a úrazy: před 11 lety cholecystektomie- pacient udává komplikovaný pooperační průběh spojen s rozvolněním operační rány a hnisáním.

Sociální anamnéza: rozvedený, bydlí sám, starobní důchodce. Alergie neudává.

### Status praesens

Pacient, orientovaný, spolupracuje, chůze bez omezení. Kůže anikterická, normálního koloritu, bez patologické eflorescence.

Hlava pokleповě nebolestivá, zevně bez známek traumatu, bulby pohyblivé ve středním postavení, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické, výstupy n.V. nebolestivé, n. VII. inervuje normálně, oči, uši, nos bez výtoku, jazyk nepovleklý, hrdlo a tonsily klidné. Krk: šíje volná ameningeální, karotidy tepou symetricky bez šelestu, náplň krčních žil v normě, thyreoidea nezvětšená.

Hrudník bez patologických deformit, poklep jasný, plný, dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu.

Břicho v úrovni hrudníku, volně dýchá, měkké, prohmatné, peristaltika slyšitelná, poklep bubínkový, nebolestivý, palpačně bez hmatné rezistence, bez peritoneálního dráždění, hepar a lien nezvětšeny, tapottement bilaterálně negativní, jizva po CHCE klidná

Per rectum: perianálně klidná nále, tonus svěrače v normě, ampula volná, hladká, nebolestivá, bez hmatné rezistence, Douglas neklene. Prostata nezvětšená, hladká, elastická.

Končetiny bez otoků, bez trofických změn, periferní pulsace hmatné bilaterálně.(10)

### Diagnostický závěr při přijetí:

Chronická ischemická nemoc srdeční	I 259	
Esenciální hypertenze	I 10	
CHOPN	J 440	
Dyspepsie	K 30	
Stav po CHCE	Z 988	(10)

## 2.4. Přehled diagnostických vyšetření

### 2.4.1. Fyziologické funkce

Pacient má při výšce 168 cm 79 kg. BMI je 28, což odpovídá stupni nadváhy. Po celou dobu je orientován místem, časem, osobou. Měřené fyziologické funkce: hodnoty krevního tlaku se pohybovaly během hospitalizace v rozmezí 130/80- 170/95. Pacient užíval chronickou medikaci, jiným způsobem nebyl krevní tlak korigován. Hodnoty pulsu se pohybovaly od 60 do 76 tepů za minutu. Zvýšená tělesná teplota byla zaznamenána v pooperačním období, nejvyšší naměřená hodnota 38,3 stupně Celsia se vyskytla pouze jedenkrát, bez lékové korekce. Na standardním oddělení se již zvýšená teplota neobjevila.

### 2.4.2. Laboratorní vyšetření

Krevní skupina B pozitivní, glukosa 3,8

3. ledna- vyšetření moči a sedimentu – bez patologického nálezu

#### Wyšetření krevního obrazu

	<b>3.1.</b>	<b>7.1.</b>	<b>9.1.</b>	<b>Ref.hodnoty</b>
<b>Leukocyty</b>	5,6	8,8	7,1	4-10
<b>Erythrocyty</b>	4,53	4,59	4,09	4,5-6,30
<b>Hemoglobin</b>	139	142	126	135-180
<b>Hematokrit</b>	0,412	0,416	0,374	0,40-0,52
<b>Trombocyty</b>	189	206	206	140-440

#### Wyšetření minerálového souboru

	<b>3.1.</b>	<b>7.1.</b>	<b>8.1.</b>	<b>9.1.</b>	<b>Ref.hodnoty</b>
<b>Urea</b>	4,4	8,1	6,5	4,3	2,5-9,5
<b>Kreatinin</b>	88	114	93	89	53-115
<b>Sodík</b>	139	140	141	145	130-145
<b>Draslík</b>	4,0	4,5	3,1	4,2	3,9-5,3
<b>Chloridy</b>	96	89	92	94	98-107
<b>CRP</b>	5	/	/	115	0- 5



11.ledna - Stanovení tumorových markerů CEA.....1,9...referenční rozmezí 0,0-5,0  
CA 19,9.....10,0.....0-35 kU/l

**Jaterní soubor:** bilirubin- 7 mikromol/l, ALT 0,48 mikrokatal/l, AST 0,37, GMT 0,62,  
ALP 0,93- všechny hodnoty v referenčním rozmezí

Výsledky krevního obrazu byly po celou dobu hospitalizace v normě, ve výsledcích minerálového souboru je zaznamenána hypochloridémie a hypokalémie, obojí se objevuje při ztrátách žaludeční šťávy, zvracení, průjmeh. Minerály korigovány infuzemi s KCl a roztokem Plazmalyte. Tumorové markery se používají v diagnostice onkologických onemocnění, nejsou však orgánově specifické a jejich normální hodnota nevylučuje maligní proces.(3) Stanovení aktivity jaterních enzymů se provedlo z důvodu plánované chemoterapie u pacienta.

### **2.4.3. Zobrazovací metody**

3.ledna - **Ultrazvuková sonografie břicha:** játra jsou hyperechogenní echostruktury, mnohočetná ložiska s hyperechogenním centrem a hypoechogenním lemem, v levém laloku v počtu 4-5, největší 26 mm, IV. segment bez ložisek. V pravém laloku jaterním ve středních i dorsálních segmentech několik ložisek obdobné echostruktury. Žlučové cesty bez dilatace a městnání, nepřehledný pankreas. Pravá ledvina v typické lokalizaci, normální velikosti, homogenní parenchym, neredukovaný, bez ložiskových změn, dutý systém bez dilatace a bez kontrastních útvarů. V levé ledvině cysta velikosti 16 mm, dutý systém bez kontrastních útvarů a dilatace. Viditelná část sigmatu normální echostruktury.

4.ledna- **Irrigografie:** karcinom sigmatu způsobuje výraznou stenosu colon sigmoideum, karcinom je cca 20 cm od anu a délka tumorózní stenosis je 55mm.

5.ledna - EKG- sinusová bradykardie, intermediální poloha

RTG srdce a plic- hrudník souměrný, bránice hladké, brániční úhly volné, pravá brániční klenba je parciálně relaxovaná, srdeční stín nezvětšen, plicní parenchym bez ložiskových změn, aorta štíhlá se sklerotickými pláty v oblouku.

**Histologické vyšetření:** excize z peritonea o průměru 12mm- Histologicky je v nepatrném rozsahu metastatická nádorová infiltrace středně diferencovaným tubulárním hlenotvorným adenokarcinomem, jehož původ ze zažívacího traktu je pravděpodobný.(10)

## 2.5.Přehled terapie

### 2.5.1. Farmakoterapie

Pacient po přijetí do nemocnice užíval perorálně léky dle chronické medikace, pouze v den operace a 1. pooperační den nebyly léky podány.

- Digoxin 0,250mg – tbl – 1-0-0- digoxinum.....kardiotonikum  
Vedlejší účinky: bušení srdce, bolest na hrudi, přechodná ztráta vědomí, žaludeční nevolnost, zvracení, průjem

- Furon 40mg – tbl- 1-0-0- furosemidum.....diuretikum  
Nežádoucí účinky: poruchy vodního a elektrolytového hospodářství-snížení draslíku v séru, poruchy srdečního rytmu, zažívací obtíže

- Verospiron 25mg-tbl- 0-1-0 – spironolaktonum.....diuretikum, antihypertenzivum  
Nežádoucí účinky: hormonální poruchy, zmatenost, dyspeptické potíže

- Propanorm 150mg –tbl- 1-0-0- propafenoni hydrochloridum.....antiarytmikum  
Vedlejší účinky kardiální: hypotenze, SA nebo AV blok, bradykardie

- Syntophyllin – drg- 1-0-1- aminophyllinum.....bronchodilatans  
Nežádoucí účinky: nauzea, bolesti hlavy, neklid

#### Předoperační příprava:

- Tetabulin S/D – 250IU-jednorázově i.m.....lidský imunoglobulin proti tetanu  
Nežádoucí účinky: zimnice, bolest hlavy, horečka, nauzea, zvracení, alergické reakce, pokles TK, bolesti kloubů

- Alteana – 40m.j. - jednorázové podání i.m. .... anatoxinum tetanicum ..... imunopreparát  
Nežádoucí účinky: lokální erytém, teplota, únava, bolest hlavy a svalů

- Amoksiklav 1,2g- intravenózně- s premedikací- amoxicillinum ..... antibiotikum  
Nežádoucí účinky: alergické reakce (pruritus, angioedém, bronchospasmus, anafylaktický šok)

- Avrazor 500mg- i.v. s premedikací- ornidazolum ..... chemoterapeutikum,  
antiprotozoikum

Nežádoucí účinky: závratě, bolesti hlavy

- Atropin 0,5 mg – premedikace- atropinum sulfas ..... parasimpatikolytikum  
Nežádoucí účinky: útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, tachykardie, ve vyšších dávkách hypertermie, svalové křeče, halucinace, zmatenost až ztráta vědomí

#### Další farmakoterapie:

- Fraxiparine 0,3 s.c. - 0-0-1- nadroparinum calcicum ..... antikoagulans,  
antitrombotikum

Nežádoucí účinky: skryté či zjevné krvácení, hematomy v místě vpichu

- Ubretid –1 ampule i.m.- distigmini bromidum ..... parasymptomimetikum  
Nežádoucí účinky: kolika, průjem, salivace, vomitus, neklid, svalové záškuby, pocení.

- Degan – i.v., později tbl 1-1-1 – metoclopramidi ..... prokinetikum, antiemetikum  
Nežádoucí účinky: ospalost a únava, vzácně extrapyramidové projevy

- Kalium chloratum 7,5%- kaliový přípravek - i.v. v infuzi Hartmannova roztoku  
Nežádoucí účinky: nadměrný přívod může vést k hyperkalémii, může se projevit parestézií, svalovou slabostí, arytmií až zástavou srdce.

- Dolsin 50mg i.m.- při bolestech- Pethidini hydrochloridum ..... analgetikum  
anodynum

Nežádoucí účinky: fibróza svalové tkáně, tremor, křeče, závratě, sedace, útlum dechového centra, fyzická a psychická závislost

- Tralgit 50mg, 100mg tbl- při bolestech- tramadoli..... analgetikum

Nežádoucí účinky: závratě, únava, nauzea, sucho v ústech, sedace, pocení, tachykardie

- Hypnogen – tbl- při nespavosti- zolpidemí.....hypnotikum

Nežádoucí účinky: ospalost nebo únava během dne, malátnost, dvojité vidění.

- Infúzní terapie: Plazmalyte- izotonický elektrolytový roztok

Hartmannův roztok-izoosmotický roztok s obsahem základních iontů a laktátu

10% Glukosa 500ml- glukosum monohydricum 110g v 1000ml

### **2.5.2. Dietoterapie, pohybový režim**

Pacient měl vzhledem k vyšetřením i operačnímu výkonu prázdnící bezezbytkovou dietu OSB. Po operaci byl postupně zatěžován poresekční dietou, která se od 10.dne změnila v dietu č.2. O šetřící i poresekční dietě byl nemocný poučen dietní sestrou ústně i písemně ve formě letáku.

Pan Š. neměl před operací potíže s mobilitou, po operaci prováděla fyzioterapeutka nácvik správného dýchání a rehabilitaci na lůžku. Nemocný byl časně mobilizován, poučen o vstávání z lůžka. V den operace se posadil na lůžku, první pooperační den byla zahájena rehabilitace chůze kolem lůžka s doprovodem. Postupně zvládal chůzi sám bez doprovodu i bez kompenzačních pomůcek.

### **2.5.3. Operace**

Operační protokol: V klidné celkové anestézii pronikáme do břicha dolní střední laparotomií. Nalézáme a hmatáme miliární rozsev metastáz po celé dutině břišní, hmatáme mnohočetné metastázy na játrech. Nádor je průměru 6 cm a šíří se do okolí, mezosigmoideum je ztažené, krátké. Proto se rozhodujeme pouze pro paliativní výkon.

V levém hypogastriu vyšíváme ve třech vrstvách-peritoneum, fascie a kůže axiální sigmoideostomii. Nakonec excidujeme z peritonea metastázu na histologické vyšetření.(10)

## **2.6. Stručný průběh hospitalizace**

Pan Š. byl přijat k plánované hospitalizaci pro dyspeptické potíže a na doporučení gastroenterologa. Na příjmu byl pacient vyšetřen, byl vyplněn chorobopis a objednána a naplánována další vyšetření. Vzhledem k irrigografii objednána prázdní dieta hned 1. den hospitalizace. Pacient byl o vyšetřeních poučen. Následující den byl odebrán materiál na vstupní laboratorní vyšetření a pacient se podrobil sonografii. Odpoledne se pacient připravoval k irrigografii prázdněním střev čtyřmi litry solutio Golytely. Na základě výsledku irrigografického vyšetření byl naplánován operační zákrok a zahájena předoperační příprava. Pacient absolvoval EKG, RTG srdce a plic, podepsal souhlas s operací. I nadále měl prázdní dietu a odpoledne před operací doplněno prázdnění střev roztokem laxativem a klyzmatem. Intramuskulárně byly aplikovány Alteana a Tetabulin jako profylaxe tetanu, oholeno operační pole, vyčištěna pupeční jizva a stom a-sestra označila případné místo vyvedení stomického vývodu. Na den operace byly nakříženy 2 jednotky erytrocytového koncentrátu. V den operace podána antibiotika ( Amoksiklav, Avrazor) a 40 minut před výkonem premedikace (Atropin a Dolsin). Na operačním sále byl zaveden permanentní katétr a proveden paliativní výkon s vyvedením stomie v levém hypogastriu. Poté byl pacient převezen na chirurgickou jednotku intenzivní péče k monitoraci fyziologických funkcí, k měření bilance tekutin, k analgetické a infúzní terapii. Také byla zahájena miniheparinizace.

Pooperační průběh byl na JIPu komplikován zvracením v důsledku zástavy peristaltiky. Nasogastrická sonda odvedla velké množství sekretu, peristaltika byla podpořena farmakologicky. Další den je stav zlepšen, začíná odvádět stomie. V laboratorních odběrech se objevuje hypokalémie, která je korigována infúzí Hartmannova roztoku s doplněním KCL 7,5% a roztoky Plazmalyte. Čtvrtý den je pacientovi odstraněna sonda a pacient přeložen na standartní oddělení.

I zde pokračuje rehabilitace dechu a chůze, provádíme tonizaci močového měchýře. Další den byl odstraněn permanentní katétr. Při výměně stomických sáčků byl zjištěn

peristomální zánět kůže. Kůže je zarudlá a macerovaná, proto se upouští od aplikace jednodílného systému, kůže je několikrát za den očištěna, ošetřena Menalind pastou nebo pudrem Stomahesive. Vývod se pouze obkládá gázovými čtverci a buničinou. Po zhojení začínáme aplikovat stomické pomůcky ve formě tentokrát již dvoudílného systému. Pacient edukován o ošetřování stomie stoma-sestrou a veden k samostatné výměně i ostatními sestrami. V době propuštění zvládal péči sám, okolí stomie bylo klidné. Po poradě onkologického týmu bylo rozhodnuto o následné léčbě- paliativní chemoterapii, na interním oddělení nemocnice v blízkém termínu.

### **3. Ošetřovatelská část**

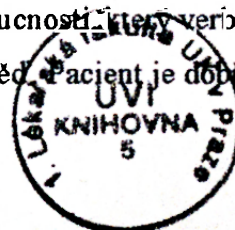
#### **3.1. Ošetřovatelská anamnéza**

##### **3.1.1. Subjektivní vnímání nemoci**

Pan Š. se při nástupu do nemocnice neobával změny prostředí, byl soběstačný, dobře komunikoval. Starosti mu ale dělal výsledek kolonoskopického vyšetření, se kterým byl seznámen. Obával se dalších vyšetření a případného operačního zákroku ne pro jejich nepříjemnost, případně bolestivost, ale dával najevo verbálně svůj strach z těžkého onemocnění. Chtěl být přesvědčován, že se nejedná o nic závažného. Když mu byla na základě výsledků vyšetření naznačena možnost trvalého stomického vývodu, projevil obavy z toho, jak doma bude péči o vývod zvládat. Byl ubezpečen, že při dobré vůli se naučí o stomii bez problémů pečovat. Poslední dobou byl zvýšeně unavený, musel častěji odpočívat, neměl chuť k jídlu. Přijímá, že o něj bude v nemocnici postaráno a doufá, že se mu uleví.

##### **3.1.2. Hodnocení sestry**

Pacient je dobře orientován osobou, místem i časem. Kontakt je navázán dobře, komunikuje bez obtíží, je patrný ale strach z budoucnosti, který verbálně vyjadřuje v různých otázkách, na něž chce slyšet optimistickou odpověď. Pacient je dobře mobilní. Dlouhé stání



nebo sezení ale snáší hůře, je na něm patrná únava. V případě operace lze počítat s přechodným zhoršením soběstačnosti, s celkovým zhoršením somatického stavu, s alterací psychického stavu a zhoršením spolupráce i komunikace. Pacient nemá výrazněji omezené smyslové funkce, používá brýle na čtení, které dobře kompenzují poruchu zraku. Slyší dobře, nestěžuje si na zhoršené vnímání čichu ani chuti.

### **3.1.3. Základní biologické potřeby**

#### **3.1.3.1. Dýchání**

Nemocný trpí chronickou obstrukční nemocí. Pravidelně užívá Syntophyllin. V klidu se mu dýchá bez potíží. Dušnost se zhoršuje při chůzi do schodů a větší fyzické námaze, která při nynější zvýšené únavnosti znamená i běžné denní aktivity. Je dlouhodobým kuřákem, snaží se kouření omezit, ale nedaří se mu to. Udává 10-15 cigaret denně. Ráno ho trápí suchý kašel. Vzhledem k plicnímu onemocnění byl pacient poučen o možnosti vzniku komplikací v dýchacích cestách a o prevenci těchto komplikací správným dýcháním a časnou mobilizací. Bude vhodné zhodnotit riziko vzniku komplikujícího onemocnění měřicí technikou. (Příloha č. 1)

#### **3.1.3.2. Hydratace**

Pacient nejeví známky dehydratace. Nemá snížený kožní turgor, oschlé sliznice ani pocit žízně. Z anamnézy ale vyplývá, že jeho příjem tekutin není dostatečný a že má nevhodnou skladbu tekutin. Doma pil dvakrát až třikrát denně tureckou kávu, čaj si uvařil jen občas. Nemá rád ovocné čaje, šťávy ani džusy. Minerální vodu pije neslazenou. Denně vypije jedno pivo, tvrdý alkohol pije jen příležitostně. Jeho denní příjem tekutin je přibližně 1,5-1,8 litru. V nemocnici pije minerálku, dá si občas kávu z automatu, příjem tekutin je doplněn dietními polévkami. Doporučili jsme pacientovi zařadit i neslazený čaj, ochucenou stolní nebo minerální vodu tak, aby se zvýšil příjem tekutin na 2,5 litru denně.



### 3.1.3.3. Výživa

Pacient má nadváhu, při výšce 165 cm váží 80 kg. Během posledního půl roku zhubl asi o 5 kilogramů. Trpí nechutenstvím, po jídle ho „pálí žáha“, má pocit, že ho strava nadýmá. Dietu žádnou nedodržel, jedl podle toho, na co měl chuť. Potíže s kousáním ani polykáním nemá, chrup je sanován, nahoře i dole má můstky.

Pacient žije sám, jeho stravování je poměrně jednotvárné. Uvaří si sám, nejčastěji z polotovarů. Někdy mu přiveze domácí jídlo sestra. Ve stravě chybí větší podíl ovoce a zeleniny, mléko a jogurty. Z mléčných výrobků jí pouze sýry. Nemá vypořádky, které potraviny snáší lépe.

### 3.1.3.4. Osobní hygiena

Pacient přišel do nemocnice v čistém oblečení, umytý a oholený. Péči o dutinu ústní, tělo i vlasy si zabezpečuje sám. Toaletní potřeby má s sebou. Doma se obvykle sprchuje obden večer. O oblečení mu pečuje sestra, ke které prádlo dováží. Pacient byl seznámen s režimem hygieny na oddělení, ráno je možné použít sprchu nebo lze zvolit jen mytí u umyvadla. Současně jsme pacienta upozornili na opatrnost při sprchování a možnost použití bezpečnostních pomůcek a signalizace v koupelně. Prozatím bude mít pacient vlastní pyžamo, po operaci bude vhodnější používat ústavní prádlo, které je možné kdykoliv podle potřeby vyměnit.

### 3.1.3.5. Vyprazdňování moče a stolice

Pan Š. neměl doma s močením výraznější potíže. Vzhledem k věku ale chodí častěji a musí na toaletu i v noci. Moč je koncentrovaná, bez patologických příměsí, nemocný neudává žádné dysurické potíže. Množství jsme před operací neměřili, pacient používal WC. Byl seznámen s možností zavedení permanentního katétru během operace. V období zhoršené mobility bude moci používat močovou láhev.

Nemocný udává dlouhodobé potíže s vyprazdňováním stře. Trpí zácpou, vzhledem k jeho nepravidelné životosprávě (pracoval jako dálkový řidič) i malému podílu vlákniny ve stravě si nevypěstoval pravidelný rytmus ve vyprazdňování stolice. Pacient udává pocit



nadýmání a plného břicha. Projímadla užívá nepravidelně, nejčastěji Guttalax a Regulax. Přibližně v listopadu se objevil krvavý hlen ve stolici, což ho přinutilo vyhledat lékaře, který ho objednal na kolonoskopii. Vzhledem k přípravě na vyšetření i operaci bude pít velké množství projímacích tekutin, které dostatečně vyprázdní tlusté střevo. V případě založení stomického vývodu bude pacient seznámen se změnou v odchodu stolice a s péčí o stomii.

#### 3.1.3.6. Lůžko a pohodlí, odpočinek a spánek

Pacient byl před hospitalizací zvýšeně unavený, často i přes den odpočíval. V noci spal asi 8 hodin, často se ale budil a nemohl znovu usnout. Většinou si pustil televizi, léky neužíval. V nemocnici očekává zhoršení potíží se spánkem. Pacient akceptoval možnost ovlivnění spánku během hospitalizace farmakologicky.

#### 3.1.3.7. Potřeba být bez bolesti

Pacient trpěl bolestí, která se nedala dobře lokalizovat. Udává pocit tlaku difúzně v celém břiše, dyspeptické potíže, někdy tenesmy při pokusu o vyprázdnění stolice. Občas mívá také potíže se zády a při rychlejší chůzi je občas donucen zastavit pro bolest v lýtkových svalech. Pravidelně analgetika neužívá. Panu Š. jsme vysvětlili, že zejména v pooperačním průběhu dojde ke zhoršení bolesti, které ale můžeme mírnit analgetiky v injekční nebo perorální formě. Navrhli jsme mu, že vždy nejprve zhodnotíme intenzitu bolesti, domluvíme se na formě aplikace léku a pak společně zhodnotíme účinek analgetik.“

#### 3.1.3.8. Tělesná a psychická aktivita

Nemocný zvládal doma péči o domácnost i kolem domku, rád pracuje na zahradě. Mezi jeho koníčky patří rybaření. V nemocnici i přes zvýšenou únavnost se často projde po chodbě, v televizi sleduje zejména zprávy, čte denní tisk. Poměrně dobře komunikuje se spolupacienty i s personálem.

### **3.1.4. Psychosociální potřeby**

#### **3.1.4.1. Potřeba informací a komunikace**

Pan Š. velmi dobře chápe poskytované informace, dobře se adaptuje na nové prostředí. Problémem v komunikaci je jeho obava z nádorového onemocnění. Pocit nejistoty, úzkost a strach z vyslovení diagnózy pacienta zneklidňovaly, často se ptal na výsledky vyšetření, vyslovoval pochybnosti o budoucnosti. Průběžně byl informován ošetřujícím lékařem.

#### **3.1.4.2. Potřeba soběstačnosti**

Pro nemocného je udržení soběstačnosti velkou motivací. Žije sám, jen občas mu pomůže jeho sestra. V testu instrumentálních všedních činností získal 70 bodů, což je těsně pod hranicí nezávislosti. Tuto nezávislost a soběstačnost by si rád udržel i po návratu domů, i když nyní počítá se zhoršením sebepečce v pooperačním průběhu. Doufá ale, že snížení míry samostatnosti bude jen po krátkou dobu.

#### **3.1.4.3. Potřeba jistoty a bezpečí, pomoci a ochrany**

Pan Š. přistupuje k hospitalizaci a léčbě zodpovědně, je si vědom, že udržení dobrého zdravotního stavu a soběstačnosti je důležité pro jeho návrat do domácího prostředí, kde má pocit bezpečí. Věří, že při další léčbě mu bude pomáhat jeho sestra s rodinou.

#### **3.1.4.4. Potřeba důvěry a naděje**

Nemocný důvěřuje zdravotnickému personálu. Pro udržení této důvěry je důležité, aby se personál snažil na otázky odpovídat přímo, bez přílišného pesimismu ani falešného optimismu. K udržení dobrého psychického stavu přispěje i mírnění somatických obtíží, získávání pacienta ke spolupráci a udržování kontaktů s rodinou. Duchovní potřeby pacient nezmiňuje, v Boha nevěří.

### **3.2. Ošetrovatelské diagnózy**

#### **Předoperační diagnózy:**

- Úzkost a strach z vážné nemoci v důsledku zjištěných informací projevující se verbálně a poruchou spánku
- Chronická bolest břicha v důsledku postižení střev nádorovým procesem
- Změna ve vyprazdňování stolice v důsledku přípravy na vyšetření a operační zákrok
- Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení intravenózní kanyly

#### **Pooperační diagnózy:**

- Akutní bolest v důsledku operačního zákroku
- Porušení integrity kůže v důsledku operačního zákroku
- Nausea a zvracení v důsledku zástavy peristaltiky
- Deficit sebeděče v důsledku upoutání na lůžko
- Riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách v důsledku pohybového omezení po operaci
- Změna ve vyprazdňování stolice v důsledku vytvoření stomického vývodu
- Riziko vzniku infekce močových cest v důsledku zavedení permanentního katétru
- Strach z dalšího průběhu nemoci projevující se verbálně a poruchou spánku

### **3.3. Plán ošetrovatelské péče**

#### **3.3.1. Předoperační ošetrovatelské diagnózy**

**3.3.1.1. Ošetrovatelská diagnóza č. 1: Úzkost a strach z vážné nemoci v důsledku zjištěných informací projevující se verbálně a poruchou spánku v předoperačním období**

**Ošetrovatelský cíl:** Snížit míru strachu a úzkosti v předoperačním období

Plán péče:

- posílit důvěru ve zdravotnický tým
- nechat pacienta hovořit o svých obavách
- dostatečně informovat o diagnosticko- terapeutické péči
- podpořit spánek

Realizace: Pacienta jsme opakovaně podrobně poučili o plánovaných vyšetřeních, o nutnosti důkladné přípravy. Snažili jsme se o zodpovězení otázek tak, aby poskytnuté údaje byly srozumitelné. Pacient byl informován o závažné diagnóze, ale neznal ještě přesně pokročilost nádorového onemocnění. V souvislosti s možností vytvoření stomického vývodu byl pacient dopředu poučen o změně ve vyprazdňování stolice a zahájena edukace v péči o stomii. Spánek jsme podpořili medikamentózně, nemocný užíval na noc 1 tabletu Hypnogenu.

Hodnocení: Nemocný dobře navázal kontakt s personálem, poskytování informací přispělo k vytvoření důvěry, úspěšnému zvládnutí vyšetření i předoperační přípravy. Hypnotika měla správný účinek, přispěla k odpočinku pacienta. Částečně se snížil strach z nezvládnutí péče o stomický vývod, úzkost se příliš zmírnit nepodařilo.

### 3.3.1.2. Ošetrovatelská diagnóza č. 2: Chronická bolest břicha a dyspeptické potíže v důsledku postižení střev nádorovým procesem

Ošetrovatelský cíl: úleva od bolesti, zlepšení trávení v průběhu hospitalizace

Plán péče:

- edukace nemocného o hodnotících škálách bolesti
- mírnění bolesti analgetiky
- zajistit vhodnou dietu
- péče o pravidelné vyprazdňování

Realizace: Nemocný byl seznámen se škálou bolesti, kde zhodnotil její intenzitu číslem 4. Myslí si, že zmírněním bolesti o 2 stupně se mu velmi uleví. Domluvili jsme se, že podáme ordinovaná analgetika perorálně a za hodinu zhodnotíme jejich účinek. Po aplikaci

50mg Tramalu hodnotil snížení bolesti o 1-2 stupně. Pacient měl zajištěnou dietu s omezením zbytků ve stolici, s dostatkem tekutin. V předoperačním období v důsledku používání projímadel netrpěl zácpou, zbavil se pocitu plnosti a nadýmání. Pro zlepšení odchodu plynů dostal pacient k dispozici rektální rourku a byl poučen o jejím použití. Ke zlepšení peristaltiky přispěla i pravidelná chůze. Nausea byla tlumena pravidelným užíváním Deganu.

**Hodnocení:** Pacient žádal analgetika 1-2krát denně, ke zmírnění chronických obtíží došlo i vlivem diety a vyprázdnění tlustého střeva. Na škále bolesti hodnotil nemocný snížení intenzity o 1-2 stupně, což považoval za přijatelné.

### **3.3.1.3. Ošetrovatelská diagnóza č. 3: Změna ve vyprazdňování stolice v důsledku přípravy na vyšetření a operační zákrok**

**Ošetrovatelský cíl:** Pacient bude dobře vyprázdněn na plánované vyšetření i operaci během prvních 4 dnů hospitalizace

#### **Plán péče:**

- seznámit pacienta s prázdnicí dietou i pitím laxativ
- sledovat vyprazdňování a patologické příměsi
- podpora pacienta při prázdnění

**Realizace:** Pacient byl seznámen s dietou, kterou musí během přípravy přísně dodržovat, s nutností dostatku tekutin. Dle ordinace měl vypít čtyři litry roztoku, připraveným v lékárně pod názvem Solutio Golytely. Před podáním laxativa dostal 2 tablety Deganu. Během přípravy dostal k dispozici iontový nápoj k doplnění minerálů. Po vypití 3 litrů měl pacient nauzeu a začal zvracet. Vyprázdnění bylo dostatečné, pacient nekrvácel z konečníku a proto bylo rozhodnuto o ukončení přípravy. Předoperační příprava spočívala ve vypití dvou litrů roztoku a byla doplněna podáním klyzmatu.

**Hodnocení:** Pacient zvládl přípravu před vyšetřením i operací, tlusté střevo bylo dobře očištěno. Množství laxativ bylo zredukováno o jednu čtvrtinu v důsledku nauzey a zvracení. Nemocnému se ulevilo od pocitu plnosti. Okolí konečníku bylo ošetřeno Menalind pastou.

### **3.3.1.4. Ošetrovatelská diagnóza č. 4: Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení intravenózní kanyly**

Ošetrovatelský cíl: Místo vpichu je bez známek zánětu v průběhu hospitalizace

Plán péče:

- aseptické zavedení intravenózní kanyly
- kontrola místa vpichu a průchodnosti kanyly při každé intravenózní aplikaci, výměna každý 3. den

Realizace: Kanyla byla za aseptických podmínek zavedena do žíly na levém předloktí a fixována transparentním krytím Tegaderm. Touto cestou byla aplikována profylakticky antibiotika. Kanyla byla použita i k aplikaci anestézie během operačního zákroku a rehydrataci a úpravě minerálového prostředí po operaci. Byla pravidelně každý 3. den měněna, místo vpichu zůstávalo klidné.

Hodnocení: Zavedení kanyly neprovázely známky zánětu.

### **3.3.2. Pooperační ošetrovatelské diagnózy**

#### **3.3.2.1. Ošetrovatelská diagnóza č. 5: Akutní bolest v důsledku operačního výkonu**

Ošetrovatelský cíl: Snížit stupeň bolesti do konce hospitalizace na stupeň 2-3

Plán péče:

- určení intenzity bolesti na hodnotící škále
- úprava polohy, poučení o mobilizaci
- aplikace analgetik
- sledování účinku analgetik

Realizace: Pacient byl po operaci přeložen na chirurgickou jednotku intenzivní péče, analgetika byla aplikována v infúzích intravenózně, později Dolsin intramuskulárně.

1. pooperační den hodnotil pacient intenzitu bolesti na škále číslem 7, po analgeticích ji

označil číslem 4. Následující dny hodnotil účinek analgetik ještě lépe. Po překladu na standardní oddělení žádal pacient injekci zpravidla na noc, přes den byl podáván Tramal 50mg perorálně při bolestech. Intenzita bolestí byla menší v klidu, při pohybu se přechodně zhoršovala. Pacienta jsme poučili o správném postupu při vstávání z lůžka, o přidržení operační rány při kašli. Pacient prováděl zpočátku rehabilitaci dechu, na lůžku, později byl zatěžován chůzí.

Hodnocení: Nemocný měl bolest sniženou na únosnou míru, analgetika měla správný účinek. Na hodnotící škále označoval pacient zmírnění bolesti zpravidla o 2 stupně. V době propuštění byl pacient informován o možnosti návštěvy ambulance bolesti ve zdejší nemocnici.

#### **3.3.2.2. Ošetrovatelská diagnóza č. 6: Porušení integrity kůže v důsledku operačního zákroku**

Ošetrovatelský cíl: Okolí operační rány je bez známek infekce

Operační rána se hojí per primam

Plán péče:

- ošetřování operační rány za podmínek asepse
- sledovat proces hojení rány

Realizace: Nemocný měl po operaci laparotomii sterilně překrytou. 1. den po operaci byla rána odezinfikována a znovu překryta sterilním krytím. 3. den byla rána zarudlá, proto jsme na ránu přiložili tylex napuštěný Braunovidonem a překryli sterilním krytím Zetuwit. Převaz jsme prováděli každý den. Po čtyřech dnech byla rána klidná, nedošlo k dehiscenci rány. Sterilní krytí jsme odstranili, rána byla ošetřena koloidním roztokem Septonexu. 12. den po operaci byly odstraněny z laparotomie stehy.

Hodnocení: Operační rána se zhojila per primam, hojení mírně zkomplikované zarudnutím v okolí rány.



### **3.3.2.3. Ošetrovatelská diagnóza č. 7: Nauzea a zvracení v důsledku zhoršené peristaltiky tlustého střeva**

**Ošetrovatelský cíl:** Úleva od potíží způsobených poruchou střevní pasáže do 48 hodin  
Zabránit dehydrataci pacienta způsobené zvracením

**Plán péče:**

- rehydratace pacienta intravenózní cestou
- zavedení nasogastrické sondy k odvádění žaludečního obsahu
- aplikace léků k obnovení peristaltiky

**Realizace:** Obnova peristaltiky byla podpořena aplikací Deganu i.v. a Ubretidu do svalu. Pacient měl ordinováno větší množství infúzních roztoků k úpravě vodního a elektrolytového hospodářství. Za spolupráce pacienta byla zavedena nasogastrická sonda. Pacient byl o zavádění poučen, na konec sondy byl nanesen Mezokain. Nebylo třeba se přesvědčovat o správnosti zavedení sondy do trávicího traktu, protože ihned odvedla 200ml řídkého žaludečního obsahu. Sonda byla napojena na sběrací sáček, kam odváděla řídkou nazelenalou tekutinu

**Hodnocení:** Pacient nebyl dehydratován, náhrada tekutin a minerálů probíhala intravenózní cestou – 1000ml roztoku Plazmalyte a 1000ml Hartmannova roztoku s KCL. Po zavedení sondy již nezvracel, při nauze se snažil vědomě zhluboka dýchat. Nasogastrická sonda odvedla celkem 450ml, byla však zjevným zhoršením komfortu pacienta, i když chápal nutnost jejího zavedení. Po odstranění sondy i vzhledem k obnovení střevní pasáže se cítil mnohem lépe.

### **3.3.2.4. Ošetrovatelská diagnóza č. 8: Deficit sepeče v důsledku upoutání na lůžko**

**Ošetrovatelský cíl:** Zajištění ošetrovatelské péče do 6. pooperačního dne

Návrat k soběstačnosti během 1. týdne po operaci s výjimkou péče o stomii

**Plán péče:**

- pacient se za pomoci umyje na lůžku 1. pooperační den



- zahájení rehabilitace fyzioterapeutem a časná mobilizace
- dostupnost pomůcek a pomoc při denních aktivitách
- péče o permanentní katétr a stomický vývod

Realizace: pacient měl připraveny potřebné pomůcky na dosah a byl poučen o signalizačním zařízení. Bylo dbáno na jeho bezpečnost, první noc byl proti pádu z lůžka zajištěn zábranami, mobilizace byla prováděna s pomocí nebo později pod dohledem fyzioterapeuta nebo sestry. V den operace se pacient posadil na lůžku, následující den již začal chodit a postupně zlepšoval svou soběstačnost. Vyprazdňování močového měchýře bylo zajištěno katétrem, sledovali jsme jeho funkčnost. Péči o stomii prováděly prozatím pouze sestry.

Hodnocení: Pan Š. získal v testu instrumentálních činností 70 bodů, což je mírně pod hranicí nezávislosti. Pacient trpěl deficitem soběstačnosti jen krátké pooperační období v délce jednoho týdne s výjimkou péče o stomický vývod. Samostatné ošetření stomie zvládl do konce hospitalizace a lze předpokládat míru nezávislosti i po návratu do domácího prostředí.

#### **3.3.2.4. Ošetrovatelská diagnóza č. 9: Riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách v důsledku pohybového omezení po operaci**

Ošetrovatelský cíl: Pacient nebude mít komplikace spojené s onemocněním dýchacích cest během hospitalizace

##### Plán péče:

- změřit riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách
- nácvik a podpora správného dýchání
- rehabilitace dechu za pomoci fyzioterapeutky

Realizace: Pacient byl po operaci upoután na lůžko. Riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách bylo 18 bodů, což znamená vysoké riziko. V důsledku bolestí v operační ráně dýchal nedostatečně, po zmírnění bolesti analgetiky došlo k prohloubení dýchání. Problémem byl i suchý kašel v důsledku chronické bronchitidy. V den operace inhaloval

zvlhčený kyslík, následující dny dostával v pravidelných intervalech mukolytika.

Rehabilitační sestra zahájila nácvik správného prohloubeného dýchání pomocí jednoduchých pomůcek (nafukování rukavice). Riziko komplikací se 2. pooperační den snížilo na 10 bodů.

Hodnocení: Pro správné dýchání bylo nutné mírnit farmakologicky bolest, neboť bránila hlubšímu nádechu i výdechu. Vzhledem k časně mobilizaci a rehabilitaci dechu nedošlo u takto rizikového pacienta ke vzniku komplikujícího onemocnění dýchacích cest. (Příloha č. 1)

#### **3.3.2.5. Ošetřovatelská diagnóza č. 10: Riziko vzniku ascendentní infekce močových cest v důsledku zavedení permanentního katétru**

Ošetřovatelský cíl: Nedojde ke vzniku infekce močových cest

Plán péče:

- aseptické zavedení cévky
- správná manipulace se sběracím sáčkem
- kontrola funkčnosti cévky

Realizace: Na operačním sále byl do močového měchýře zaveden za aseptických podmínek močový katétr. Kontrolovali jsme množství a charakter odváděné moči, byla měřena bilance tekutin. Při manipulaci jsme se snažili o zabránění zpětného toku moči ze sběracího sáčku. Rozpojování a uzavírání cévky probíhalo aseptickým postupem. 5. den po operaci jsme tonizovali močový měchýř v pravidelných intervalech. Následující den jsme cévku zrušili a pacient znovu začal močit spontánně.

Hodnocení: Pacient neuváděl dysurické potíže, po odstranění katétru byla obnovena spontánní mikce. Nedošlo ke vzniku infekce močových cest.

### 3.3.2.6. Ošetrovatelská diagnóza č. 11: Změna ve vyprazdňování stolice v důsledku vytvoření stomického vývodu

Ošetrovatelský cíl: Pacient přijme změnu vzhledu svého těla

**Dlouhodobý cíl:** Pacient bude bez problémů používat stomické pomůcky i po návratu do domácího prostředí

Plán péče:

- dostupnost informací týkající se kolostomií
- péče o stomii prováděná sestrami
- edukace pacienta stoma – sestrou i ostatním ošetrovatelským personálem
- vybavení vhodnými pomůckami
- samostatný nácvik používání stomických pomůcek

Realizace: Pacient byl ošetřujícím lékařem poučen o provedení kolostomie. Místo bylo předběžně označeno tak, aby vývod nebyl umístěn v kožní řase. Po operaci byl na kůži nalepen jednodílný výpustný sáček. Stomie začala odvádět 3. den po operaci řídkou tekutinu. Sáček jsme několikrát za den vypustili, výměna proběhla vždy po 24 hodinách. Stoma- sestra poskytla první informace týkající se ošetřování stomického vývodu. 5. den po operaci se objevil peristomální zánět kůže, kůže byla zarudlá a macerovaná. Sundali jsme stomický sáček, kůži šetrně očistili a ošetřili Menalind pastou. Vývod jsme překryli sterilními mulovými čtverci a buničinou. Toto ošetřování bylo náročnější, čištění a ošetření kůže probíhalo několikrát za den. Ochranu kůže jsme střídavě zajišťovali i pudrem Stomahesive. Po zklidnění zánětu poskytla stomaterapeutka dvojdílný systém skládající se z podložky, která se měnila za více dnů a sáčků, které lze měnit podle potřeby. Do péče o stomii jsme postupně zapojili i pacienta, který jevil snahu se to co nejrychleji naučit.

Hodnocení: Pacient přistupoval k péči o stomii kladně, změnu vzhledu komentoval slovy „vždyť žiji sám a nejsem už mladý“. Ošetřování vývodu zkomplikovala macerace kůže. Nemocný se během hospitalizace naučil sám podložky měnit, stolice byla při propuštění pravidelná a formovaná. Péči o stomii jsme prováděli na odděleném místě, abychom zajistili intimitu nemocného.

### 3.3.2.7. Ošetrovatelská diagnóza č. 12: Strach z dalšího průběhu nemoci projevující se verbálně a poruchou spánku

Ošetrovatelský cíl: Zmírnit strach

Podporovat pacienta ve verbalizaci obav

Zvýšit tělesnou pohodu a tím i zlepšit psychiku pacienta

Plán péče:

- povzbuzovat pacienta k rozhovoru o zdravotních problémech
- dostatek informací o zlepšení denního režimu
- podpora spánku

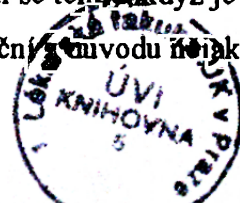
Realizace: Podle škály deprese pro geriatrické pacienty trpí pan Š. mírnou depresí. (příloha č. 3) Nemocný byl ošetřujícím lékařem i onkologickým týmem informován o následné cytostatické léčbě. Pan Š. doufal, že tak jako operaci a péči o kolostomii, zvládne i chemoterapii. O vedlejších účincích cytostatik byl předběžně informován. Určitou úlevou pro něj bylo i to, že na první cyklus léčby nastoupí společně s pacientem, který se ve stejný den podrobil operaci a byli spolu na pokoji. Ke zlepšení psychického stavu přispělo i zlepšení fyzického stavu (minimalizace bolesti, zmírnění nauzey, pravidelné vyprazdňování).

Nemocný byl poučen dietní sestrou o důležitosti změn v jídelníčku, o postupném zatěžování trávicího traktu poresekční dietou, obohacení stravy o vlákninu a vitamíny. Pacient si i nadále stěžoval na nespavost, i přes hypnotika se nyní častěji budil.

Hodnocení: Je velmi těžké odhadnout, o kolik se zmínil strach z následků vážné nemoci a další léčby. Konkrétnější hodnocení by bylo možné určit až po absolvování cytostatické léčby. Pacient doufá, že potíže s nespavostí se v domácím prostředí upraví.

### 3.4. Návrh edukace nemocného v péči o kolostomii

Kolostomie je vyústění tlustého střeva na břišní stěně. Provádí se tehdy, když je třeba zajistit vylučování stolice, a konečník s řitním otvorem nejsou funkční.



chorobného procesu. Nyní je v České republice 10 - 11 tisíc stomiků. Stomie znamená hluboký zásah do kvality pacientova života. Péči o stomie se zabývají speciálně vyškolené stoma- sestry ( stomaterapeutky), které pacienty učí pečovat o vývod a správně zacházet se stomickými pomůckami.

Každý takto nemocný si přeje takové pomůcky, které mu umožní maximální pohodlí při pracovních, sociálních a rekreačních činnostech, jsou dostupné a přijatelné, nenápadné, pacienta nezatěžují finančně. Stoma pomůcky jsou vyvíjeny řadou firem (Convatec, Dansac, Braun, Coloplast). Měly by zadržovat zápach, chránit kůži před poškozením, být nenápadné pod oblečením.

Z hlediska použití se dělí na jednodílné nebo dvoudílné systémy. Jednodílný systém se skládá z ochranné lepidivé želatinové destičky, která je pevně spojena se sáčkem. Výhodou je snadná manipulace, kdy předstřížený otvor usnadňuje aplikaci, nemocný má pocit větší čistoty, je méně znát pod oděvem. Nevýhodou mohou být kožní problémy po častější výměně sáčků (dráždění kůže lepidivou vrstvou).

Dvoudílný systém se skládá z lepidivé želatinové destičky, na níž je upevňovací kroužek. Na něj se nasazují vyměnitelné sáčky. Doplňujícími pomůckami jsou adhezivní ochranná pasta, která se aplikuje kolem stomie a brání zatékání střevního obsahu pod destičku. Odstraňuje se teplou vodou a žínkou na jedno použití, výjimečně alkoholem. Nemá se používat benzín. K odstranění pasty nebo zbytků želatiny se používají vlhčené ubrousky Convacare. Při podráždění kůže je vhodný pudr Stomahesive, kterým se jemně popráší mokvavá místa. Při manipulaci se sáčky lze osvěžit vzduch Dignity sprejem, někdo může při větší aktivitě nebo cestování používat přídržný pásek.

Stoma sestra připraví taštičku s pomůckami a nejvhodnějším systémem. Přiložení stomické pomůcky začíná změřením velikosti stomie a upravením šablony. Správný průměr by měl být o půl centimetru větší než je vystřížená šablona. Kůže se musí důkladně umýt teplou až vlažnou vodou, osušit a ošetřit zmíněnými speciálními přípravky. Potom se sejme z aplikační strany destičky ochranný papír a přiloží se na suchou stomii. Destička by měla vydržet 3-5 dnů, její přilnavost ovlivňuje teplo a vlhkost pokožky. Pokud barva podložky zbledla a zpuchýřkovatí, začíná se odlepovat, je nutno ji vyměnit za novou. Potom se pacient nadechne a zatne břišní svaly, sáček se nasadí na podložku a zacvakne se. Talem za sáček je třeba se přesvědčit, že byl správně připevněn.

Výměna sáčku se provádí při naplnění do jedné třetiny až jedné poloviny nebo při unikání tekutiny nebo exkretů ze sáčku. Kolostomický vývod se očistí kruhovými pohyby

z vnějšku dovnitř dvěma mulovými rouškami s vlažnou vodou bez mýdla. Pak se kůže osuší, pokud je v okolí stomie ochlupení, je dobré ho odstranit holicím strojkem.

Při sebeděči je vhodné použití zrcadla ve vhodné výši, aby nemocný na stomii dobře viděl. Doma lze doporučit zřízení odděleného místa pro aplikaci pomůcek tak, aby bylo zajištěno soukromí a všechny součásti byly pohromadě ( destičky, sáčky, šablona, tužka, nůžky, holicí strojek, buničina, mulové čtverce nebo žínky na jedno použití, ručníky, pudr, pasta, uzavíratelný koš a zrcadlo.

Stomické pomůcky jsou na lékařský předpis hrazeny pojišťovnou, předepsat je může praktický lékař.

### **3.5. Závěr a ošetrovatelská prognóza**

Pan Š. od počátku dobře spolupracoval, snažil se dodržovat všechna poučení. Před operací byl plně soběstačný. Po celou dobu hospitalizace trpěl poruchou spánku, která se nejprve dobře zvládala medikamentózně, po operaci nebyl účinek hypnotik tak dobrý. Nicméně pacient doufá, že se v domácím prostředí nespavost upraví.

Po operaci byl pacient méně soběstačný, došlo ke zhoršení celkového somatického, ale i psychického stavu. Bolest byla mírněna analgetiky, objevilo se riziko dehydratace i komplikací v dýchacích cestách, zástava střevní pasáže. Snížení tělesné pohody se projevilo i v depresivním ladění pacienta. Zvýšením soběstačnosti, zaměřením na edukaci v péči o stomii, analgetickou terapií, zmírněním dyspeptických potíží se zlepšil psychický stav pacienta.

Operační rána se zhojila bez větších komplikací. Po odstranění permanentního katétru močil spontánně bez dysurických komplikací, nedošlo ke vzniku kanylové sepse ani flebitidě v místě zavedení kanyly. Velkým pozitivem byla ochota spolupracovat při ošetřování kolostomie, pacient na rozdíl od mnoha jiných takto nemocných přijal změnu vzhledu, nutnost trvalé stomie a učil se o ni pečovat. Na bezprostřední období v domácím prostředí byl pacient vybaven stomickými pomůckami, péči zvládal dobře sám, neměl potíže s pravidelným vyprazdňováním.

Pan Š. bydlí mnoho let sám, je rozvedený, děti neměl. Rodinné zázemí cítí v sestřině rodině, se kterou je v úzkém kontaktu. Sestra byla také informována o kolostomii, ale

prozatím pacient odmítl edukaci rodinného příslušníka. Pacient doufá, že bude soběstačný i nadále. Možnosti sociální péče nebyly nastíněny, v případě zhoršení zdravotního stavu se obrátí na obvodního lékaře, sestra slíbila postarat se o nemocného po jednotlivých cyklech chemoterapie. Jako částečné, i když ne zcela ideální, se jeví zlepšení životosprávy možností pravidelného odběru obědů ze stravovacího zařízení.

Pacient odcházel do domácího prostředí z našeho oddělení v dobrém stavu, ale se závažnou prognózou. Rozsah jeho onkologického onemocnění umožnil pouze paliativní léčbu. Nelze předem odhadnout, jak bude zvládat chemoterapii, jakou účinnost bude mít, jakou mírou se podaří zpomalit nebo zastavit nádorový proces. Důležité je pacienta udržet soběstačného, psychicky co nejvíce vyrovnaného, mírnit jeho zdravotní problémy a zabránit trápení pacienta chronickou bolestí při postupu choroby.



**Příloha číslo 1: Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách** (6)

Kritéria	0-3 body den operace	0-3 body 2. operační den
Ochota spolupracovat	1	0
Současná plicní onemocnění	0	0
Prodělané plicní onemocnění	3	3
Oslabení imunity	0	0
Orotracheální manipulace	1	0
Kuřák /pasivní kuřák	3	3
Bolest	3	1
Poruchy polykání	0	0
Pohybové omezení	2	1
Povolání ohrožující plíce	1	1
Umělé dýchání	1	1
Stav vědomí	1	0
Hloubka dechu	1	0
Léky tlumící dýchání	1	0
Dechová frekvence	0	0
<b>Celkový počet bodů</b>	<b>18</b>	<b>10</b>

Hodnocení: 0-6 - žádné ohrožení  
7-15 - střední riziko  
16-45 - vysoce ohrožen

Pacient dosáhl v den operace 18 bodů, což znamená vysoké riziko vzniku komplikací dýchacích cest. 2. pooperační den se počet bodů snížil na deset, což ještě znamená přetrvávající riziko.

**Legenda:**

- |                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| Ochota spolupracovat        | 0 | ochota kontinuálně spolupracovat                                |
|                             | 1 | spolupracuje na požádání  |
|                             | 2 | občas spolupracuje  |
|                             | 3 | nechce nebo nemůže spolupracovat                                |
| Současné plicní onemocnění  | 0 | nemá žádné  |
|                             | 1 | lehká infekce v oblasti nosu a úst                              |
|                             | 2 | infekce v průduškách  |
|                             | 3 | plicní onemocnění   |
| Prodělané plicní onemocnění | 0 | neprodělal žádné  |
|                             | 1 | v posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění        |
|                             | 2 | v posledních 3 měsících prodělal plicní onem. s těžším průběhem |
|                             | 3 | plicní onemocnění s následky na dých. cestách                   |



Porucha imunity	0 není 1 lehké oslabení imunity 2 výraznější porucha imunity 3 úplné selhání imunity
Orotracheální manipulace	0 žádné výkony v dýchacích cestách 1 ošetrovatelské výkony v nose a ústech 2 oronasální odsávání 3 endotracheální odsávání
Kuřák/pasivní kuřák	0 nekouří a nebývá v zakouřené místnosti 1 méně než 6 cigaret 2 kouří denně 6-15 cigaret 3 intenzivní kuřák
Bolest	0 nemá 1 lehká trvalá bolest 2 silnější bolest bez vlivu na dýchání 3 silná bolest ovlivňující dýchání
Porucha polykání	0 žádná 1 porucha polykání tekutin 2 porucha polykání tekuté i kašovitě stravy 3 porucha polykání veškeré stravy a slin
Omezení pohybu	0 žádné 1 porucha kompenzovaná holí nebo změnou držení těla 2 pobyt na lůžku nebo sezení v křesle 3 úplné omezení pohybu- pouze na lůžku
Povolání ohrožující plíce	0 nevykonává takové povolání 1 pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrož. plíce 2 2-10 let 3 více než 10 let v exponovaném prostředí
Intubační narkóza/respirátor	0 nebyly v posledních 3 týdnech 1 krátká intubační narkóza do dvou hodin 2 déletrvající narkóze 3 několik narkóz nebo napojení déle než 12 hodin
Stav vědomí	0 při vědomí 1 somnolence 2 sopor 3 kóma
Hloubka dechu	0 dýchá bez námahy 1 dýchá namáhavě 2 těžká dušnost
Dechová frekvence	0 14-20 za minutu 1 přechodně nepravidelná tachypnoe/bradypnoe 2 pravidelná, trvalá tachypnoe/ bradypnoe 3 pravidelné patologické hluboké nebo povrchní dýchání
Léky tlumící dýchání	0 žádné nedostává 1 občas léky tlumící dýchání 2 pravidelně dostává léky tlumící dýchání 3 dostává léky s výrazným tlumícím účinkem

## **Příloha č. 2: Folsteinův test kognitivních funkcí (6)**

### **Mini-mental-state- exam**

#### **Orientace**

Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum? .....správně určeno všech 5 bodů  
Kde nyní jste? .....správně určeny 4 body

#### **Paměť**

Vyjmenujte 3 předměty .....3 body

#### **Pozornost a počítání**

Odečítat 7 od 100 .....4 body

#### **Krátkodobá paměť**

Zopakoval pouze dva předměty .....2 body

#### **Jazyk**

Pojmenoval oba ukázané předměty .....2 body

Opakoval spojky .....0 bodů

Provedl všechny úkony .....1 bod

Přečetl lístek a zavřel oči .....1 bod

Větu s podmínkem a přísudkem nenapsal .....0 bodů

Namaloval obrazec .....1 bod

**Celkem** .....23 bodů

**Hodnocení:** 0-10 bodů - těžká kognitivní porucha

11-20 bodů - kognitivní porucha středního stupně

21-23 bodů – lehká porucha

**Hodnocení pacienta:** Hraniční hodnota lehké poruchy kognitivních funkcí.

### Příloha č. 3: Škála deprese pro geriatrické pacienty (6)

1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?	Ano-ne	<i>ano</i>
2. vzdal jste se v poslední době mnoha činností ?	Ano-ne	<i>ne</i>
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	Ano-ne	<i>ne</i>
4. Cítíte se často sklíčený a smutný?	Ano-ne	<i>ano</i>
5. Máte vesměs dobrou náladu?	Ano-ne	<i>ne</i>
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	Ano-ne	<i>ano</i>
7. Cítíte se převážně šťastný ?	Ano-ne	<i>ne</i>
8. Cítíte se často bezmocný?	Ano-ne	<i>ne</i>
9. Vysedáváte raději doma?	Ano-ne	<i>ano</i>
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí?	Ano-ne	<i>ne</i>
11. Myslíte si, že je krásné být naživu?	Ano-ne	<i>ano</i>
12. Napadá vás někdy, že život nestojí za nic?	Ano-ne	<i>ano</i>
13. Cítíte se plný elánu a energie?	Ano- ne	<i>ne</i>
14. Myslíte si, že je vaše situace beznadějná?	Ano-ne	<i>ne</i>
15. Myslíte si, že je na tom většina lidí lépe než vy?	Ano-ne	<i>ano</i>

#### Celkem 8 bodů

Hodnocení: 1 bod za odpověď „ano“ u otázek                    2 3 4 6 8 9 10 12 14 15  
                  1 bod za odpověď „ne“ u otázek                    1 5 7 11 13

0-5 bodů            bez deprese  
6-10                mírná deprese  
nad 10 bodů        manifestní deprese vyžadující odborné vyšetření

Pacient získal 8 bodů, trpí mírnou depresí

#### **Příloha č. 4: Test instrumentálních všedních činností (6)**

<u>1. telefonování</u>	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	<b>10</b>
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
<u>2. transport</u>	cestuje samostatně dopravním prostředkem	<b>10</b>
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, upravený vůz	0
<u>3. nakupování</u>	dojde samostatně nakoupit	<b>10</b>
	nakoupí s doprovodem a radou druhého	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
<u>4. vaření</u>	uvaří samostatně celé jídlo	<b>10</b>
	jídlo ohřeje	<b>5</b>
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
<u>5. domácí práce</u>	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	<b>10</b>
	provede pouze lehčí práce	5
	potřebuje pomoc nebo se neúčastní	0
<u>6. práce kolem domu</u>	provádí samostatně a pravidelně	<b>10</b>
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
<u>7. užívání léků</u>	samostatně v určenou dobu správnou dávkou	<b>10</b>
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
<u>8. finance</u>	spravuje samostatně	<b>10</b>
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc	<b>5</b>
	se složitějšími operacemi	
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Celkem.....		<b>70 bodů</b>

Hodnocení stupně závislosti: 0-40 bodů.....závislý  
41-75 bodů.....částečně závislý  
76-80 bodů.....nezávislý

Pacient získal 70 bodů, což znamená hodnotu těsně pod hranicí nezávislosti v instrumentálních všedních činnostech

#### 4. Použité zdroje

##### Literatura:

1. Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-294-8
2. Froňková, M., Mikšová, Z., Zajíčková, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče V*. Valašské Meziříčí: NALIOS, 2003.
3. Jablonská, M. a kol. *Kolorektální karcinom, časná diagnóza a prevence*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-777-X
4. Klener P. a kol. *Vnitřní lékařství*. II. vydání, Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-101-7
5. Kolorektální karcinom. *Postgraduální medicína* 1999, ročník 1, č. 2, strana 73-91
6. Staňková, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6
7. Zeman, M. a kol. *Speciální chirurgie*. II. vydání, Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9

##### Ostatní zdroje:

8. Rozhovor s panem Š.
9. Pozorování, informace od zdravotnického personálu
10. Dokumentace

## Vstupní ošetrovatelský záznam (materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... F. Š.

Oslovení páně Š. Pojišťovna VZP

Rodné číslo (nevyplňuj) 35 Povolání STAROBNI' DUCHOVE

Věk 51 Vzdělání VYUČEN

Vyznání bez vyznání Národnost ČESKA

Adresa: MNICHŮVICE Telefon: .....

Osoba, kterou lze kontaktovat SESTRA M. K.

Datum přijetí: 2.1.2006

Hlavní důvod přijetí: DOUČETŘENÍ TUMORU STĚV

### Lékařská diagnóza:

- K 30 DYSPESIE
- J 259 CHRONICKÁ BRONCHITIS
- I 10 HYPERTENZE
- J 440 CHOPN

Jak je nemocný informován o své diagnóze? VELMI POUČHNĚ

Osobní anamnéza: CHRONICKÁ BRONCHITIS, ADENOMOVÉ POLYPPY V ANAMNÉZE, ST. PD CHOLECYSTECTOMII, HYPERTENZE, CHRONICKÁ ISCHEM. CHOROBA SRDEČNÍ

Rodinná anamnéza: OTC - CA ŽALUDKU a MLČ

Vyšetření: KOLONOSKOPIE - MD, IRRIGOGRAFIE, SONOGRAFIE, ŽAL. LABORATORNÍ, EKG, RTG S + P

Terapie: DOUČETŘENÍ, EVEN. OPERACE

Nemocný má u sebe tyto léky

DIGOXIN, FUZON, VEROSPIRON, PROPRANOLOL, SYNTOPHYLLIN

Je poučen,  že je nemá brát / ano ne  
jak je má brát / ano ne

Obecná rizika (zatrhni, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotínismus	ne	<u>ano</u>	pokud ano, kolik denně... 10-15
alkoholismus	<u>ne</u>	ano	
drogy	<u>ne</u>	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho
alergie:	jídlo	<u>ne</u>	ano pokud ano, které
	léky	<u>ne</u>	ano pokud ano, které
	jiné	<u>ne</u>	ano pokud ano, na co
dekubity (změř)			
pneumonie (změř)			

Důležité informace o stavu nemocného: ZVÝŠENÁ ÚNAVNOST

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? PRÍTOMNOSTI KRVAVÉHO HLENU JE STÁLE
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍ
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ZATÍM N
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? PŮJDE NA OPERACI
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? NEZVYKLE
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? 1 MĚSÍC
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ZATÍM NE
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?

upřesněte.....

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

Komunikace:

- stav vědomí	<u>při</u> vědomí	somnolence	koma
- kontakt navázán	<u>rychle</u>	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	<u>bez</u> problémů	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	<u>snaha</u> spolupracovat	nedůvěřivost	odmítá spolupráci



# Hodnocení nemocného

## 1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?

pokud ano, upřesněte... ano / ne  
V CELEM BRISE, NEVOLNOST, NAFOULLE  
BRICHO

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

pokud ano, upřesněte... ano / ne  
NECHUTENSTVI, TLAK V BRISE  
jak dlouho? 1/2 roku

- Na čem je vaše bolest závislá? hlavně na jídle a vyprázdnění

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? častější odpočinek

- Kde pociťujete bolest? v celém brise

- Pokud budete mít v nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich  
ztlumění? LEKY, OPERACE

Objektivní hodnocení sestry: DIFÚZNÍ BOLEST BRICHA CHRONICKY

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) UNAVNOST

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

## 2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

pokud ano, upřesněte... ano / ne  
DUŠNOST, KACHEL RÁNO

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

pokud ano, upřesněte... ano / ne  
NE

Jak jste je zvládal? odpočinkem

- Máte nyní potíže s dýcháním? ano / ne

pokud ano, co by vám pomohlo? .....

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

pokud ano, zvládnete to? ano / ne / nevím  
stejně

- Kouříte ? ano / ne

pokud ano, kolik? 10-15

Objektivní hodnocení sestry: dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.

při stání i chůzi suchý  
normální frekvence

## 3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? ano / ne

- Potřebujete pomoc při mytí? ano / ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano / ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno  
odpoledne  
večer / ob den  
kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: *soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.*

*čistý, umytý, oholený*

#### 4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
- Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: *celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.*

*jizvy po CHCE i jmal bez patologie  
ischemické změny na DK*

#### 5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý špatný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
  - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne  
pokud ano, upřesněte.....
  - Máte rozbolavělá ústa? ano ne  
pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou  
vyšší (o kolik?) 5 kg  
nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne  
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul 5 přibral.....
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte?
  - Je něco, co nejíte? ano ne  
pokud ano, co a proč? lustěninny - nechutají
  - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne  
pokud ano, upřesněte.....
  - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?  
pokud ano, upřesněte NECHUTENSTVÍ, NEVOLNOST  
Co by mohlo váš problém vyřešit?
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ne  
ano ne  
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry: *stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.*

*BMI 28 - nadměrná, ale s posledním dotěhubu 5kg  
pari sám s polotovary*

## 6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?  
zvýšil                      snížil                      nezměnil
- Co rád pijete ? vodu      mléko                      ovocné šťávy  
kávu, čaj                      nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? .....  
ALÉKO
- Kolik tekutin denně vypijete ? 1 - 1,5 l
- Máte k dispozici dostatek tekutin ?                      ano                      ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace

BEZ ZNAMEN DEHYDRATACE

## 7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ?
- Máte obvykle                      normální stolicí  
zácpu  
průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? NEPRAVIDELNĚ
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ?                      ano                      ne  
pokud ano, co to je ? ..... REGULAX, GUTTALAX
- Berete si projímadlo ? nikdy  
příležitostně  
často  
pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ?                      ano                      ne  
pokud ano, jak by se daly řešit ? ..... SOUDECI NEMOŽE SE ZÁČPOMI

Objektivní hodnocení sestry: NEMOŽNÁ ZÁČPA, ŽE SE VYŘEŠÍ POTÍŽE  
S VYPRAZDŇOVÁNÍM OPERACÍ. NUTNO PACIENTA POUŽÍT U ZMĚNĚ  
STRAVOVÁNÍ A ZVYŠENÍ PODÍLU VLAKNIN VE STRAVĚ

## 8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?  
ano                      ne  
pokud ano, upřesněte .....
- Jak jste je zvládal ? .....
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ? .....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?  
ano                      ne  
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

MOČENÍ BEZ POTÍŽÍ

## 9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ?  
pokud ano, upřesněte... *ano* *ne*  
*delší chůze - bolest v lýtkách*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ?  
pokud ano, upřesněte... *ano* *ne*  
*bolesti v ložkách*
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?  
*ano* *ne*
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ?  
*ano* *ne* *nevím*
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

*Pacient má potíže s pohybem průměrně*

## 10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ?  
pokud ano, upřesněte *ano* *ne*  
*brýle na čtení*
- Nosíte brýle ?  
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *ano* *ne*
- Slyšíte dobře ?  
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? *ano* *ne*  
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?

Objektivní hodnocení sestry:

*BEZ VÝRAZNĚJŠÍHO OMEZENÍ SMYSLOVÝCH FUNKCÍ*

## 11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *V DŮCHODU*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? *ano* *ne*
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? *ano* *ne*
- pokud ano, upřesněte.....
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? *ano* *ne*
- Co děláte rád ve volném čase ? *RYBÁŘENÍ*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?  
*DENNÍ TISK, SLEDOVÁNÍ TV*
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ?

Objektivní hodnocení sestry:

*UDRŽENÍ ZÁJMU O OKOLÍ BUDE DŮLEŽITÉ UTEČI O PSYCHIKU  
PACIENTA*

## 12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vysnutí? 6-8
- Máte doma potíže se spánkem ano ne  
pokud ano, upřesněte PÁSTE BUZENÍ
- Kolik hodin obvykle spíte? 6-8
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne  
pokud ano, upřesněte KAHODINA - NEMOHU USNOUT
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? .....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? pusit si TV
- Berete doma léky na spaní? ano ne  
pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? CHODIM SILEHNOU, EDĚJANU OBČAS ASI NA 15 MINUT

### Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

*Pacient je zvýšeně unavený, přesto špatně v noci spí, budí se a nemůže znovu usnout. Nespavost zhoršuje obavy z těžké nemoci.*

## 13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?  
ano ne  
pokud ano, upřesněte žije sám
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?  
ano ne  
pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit
- otázky nebyly položeny

## 14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- |                                     |                          |                        |         |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------|---------|
| - emocionalita                      | stabilní                 | <u>/spíše stabilní</u> | labilní |
| - autoregulace                      | <u>dobře se ovládá</u>   | <u>hůře se ovládá</u>  |         |
| - adaptabilita                      | <u>prizpůsobivý</u>      | neprizpůsobivý         |         |
| - příjem a uchování informací:      | <u>bez zkreslení</u>     | zkresleně (neúplně)    |         |
| - orientace (časem, osobou, místem) | <u>orientován</u>        | dezorientován          |         |
| - celkové ladění                    | úzkostlivý <u>smutný</u> | rozzlobený             |         |
|                                     | skličný <u>apatický</u>  |                        |         |



## 15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? *šestřina*
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *sestra*
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? *sestřič*
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *-*
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *sestra a její rodina, sousedé*
- Je na vás někdo závislý? *ne*
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *bude sarkastický*
- Kdo se o vás může postarat? *k. ní, podle potřeby sestra*

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

*BYDLÍ MNOHO LET SAM, NETRÉROVAL PŘED SOCIÁLNÍ POMOČ, SOUSEDE, ZOHLEDNÍ DŮM*

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči .....

## Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

Pacient byl přijat k dorychtování lumoru tlustého střeva. Na všechna vyšetření je mučení pacienta poučen a připraven. Pravděpodobně podlépou nemocný operaci, která může být ukončena vyřazením střeva na hrubší stěnu. I když je pacient soběstačný, lze počítat se zhoršením fyzického stavu spojeným s invarizacími výkonů (operace, rozřazení laktie)

Posornost je třeba věnovat psychice pacienta. Lze předpokládat smutek, úzkost, strach z onkologického onemocnění, což se může odrazit ve zhoršení spolupráci i komunikaci s personálem. Je třeba poskytnout dostatek informací v souvislosti s operací, vyšetřováním i pooperačním průběhem. Somatický údar se odráží i v psychické pohodě, je třeba minimalizovat bolest, dbát o pohodlí a odpočinek. Je možné očekávat zhoršení myšlenosti.

Nemocný žije sám, proto mu bude zachování soběstačnosti, a důležitě je říkat se spolupráci.



# Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum podpis primární sestry
5/11 ①	Neklid a strach z možných následků a důsledků zjištěných informací projektivně se poroučkou spánku	Snižet míru strachu a zjistit v průběhu hospitalizace	- poskytl důvěru ve zdravotnický tým - dostatečné informace - podpora spánku - nechat pacienta hovořit o svých starostech	- zajištění kontaktu - poskytnutí praktických příprav - doprovázení pacienta	5/11
2/11 ②	Chronická bolest břicha a dys- reptické potíže a důsledku postihení sliznice mitochondriálním procesem	Úleva od bolesti, zvýšení krájení v průběhu hospitalizace	- zajistit vhodné dle - péče o pravidelné vyprazdňování - podrobné bolesti - aplikace analgetik	- měření teploty - křivkou viděním příjmu	5/11
2/11 ③	Úmrtí na vyprazdňování stolice a důsledku přípravy na vyšetření a operaci karcinomu	Pacient bude dobře vypráz- něn na vyšetření i operaci během 1. 4 dnů před operací hospitalizace	- informovat pacienta a příbuzné dílou i příčinou záležitosti - sledovat vyprazdňování - podpora pacienta	- sledování s vůlečným vzhledem - čistění koneč- ku	5/11
6/11 ④	Riziko vzniku infekce a důsledku kardiovaskulárního onemocnění	Místo spíše bez známek kardiovaskulárního onemocnění v průběhu hospital- izace	- repleční kardiovaskulární kardiovaskulární - kontrola místa spánku a průtok- nosti kardiovaskulární	- kardiovaskulární nepřítomnost známky kardiovaskulární	10/11
6/11 ⑤	Aludní bolest a důsledku operaci- ního výkonu	Snižet stupně bolesti do konce hospitalizace na stupni 2-3	- zajistit intenzivní bolesti - úprava polohy, počínání o mobilizaci - aplikace analgetik	- měření stupně bolesti (7 → 4) - sledování vzhledu - měření bolesti	
6/11 ⑥	Porušení integrity kůže a důsled- ku operativního zákroku	Zhojení rány	- aseptické ošetřování - sledovat hojení	- zajištění rány - zhojení rány	7/11 18/11
8/11 ⑦	Nažerá a hracejí a důsledku zhojení peristaltiky tlustého střeva	Úleva od potíží zabránit dehydrataci do 48 hod	- rehydratace pacienta - kardiovaskulární sondy - aplikace léků	- pacient hydratace - - - - - odstranění sondy	10/11
6/11 ⑧	Deficit seřepice a důsledku vyvolání na lůžko	navrát k seřepivosti během 1. týdne po operaci	- dostupnost pomůcek - pomoc při hyg. i vyprazdňování	- zajištění seřepice - učí do seřepivosti seřepice	12/11 21/11
6/11 ⑨	Riziko vzniku komplikací a dých. cest a důsledku polytraktového omezení po operaci	Pacient bez komplikací onemocnění dých. cest během hospitalizace	- snížit riziko - podpora správného dýchání - RHB dle ch	- riziko (18-10)-přítok - bez vzniku komplikací a dých. cest	12/11



# Plán ošetrova telské péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálné a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum podpis primární sestry
6/1 (10)	Riziko vzniku ascendentní infekce moč. cest a důst. krevních perm. kalicul	Nedojde ke vzniku IMC během krevních perm. kalicul	- aseptické ravení (antiseze) - správná manipulace - kontrola funkčnosti	- kalcie funkční - bez známek infekce - správná manipulace - kontrola funkčnosti	12/1
9/1 (11)	Změna se spolupřetvárnou stolice a důsledkem sytrotémi stomie	- pacient přijme změnu nabídku - dlouhodobý cíl samostat- né používání stom. pomůcek i po návratu domů	- edukace pacienta - péče o stomii - samostatný máení	- pro. edukován - používání kalcie kalcie - samostatná péče	19/1 20/1
11/1 (12)	Šlach a svalův přetřetí nemoci projevující se nestábnou a poruchou spánku	- zmírnit šlach - vyjít s lékařem zohadu - posílovat svaly podporovat pacienta se verba- lizací oter	- rozhovor s pacientem - zlepšení denního režimu a spánku	- zlepšen fyzický stav - zlepšená kvalita - zlepšení psychiky	20/1