

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3.LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav lékařské etiky

studijní obor Ošetrovatelství – Všeobecná sestra

***Ošetřování nemocné
s diagnózou
adenocarcinoma recti***

Kazuistika

Bakalářská práce

květen 2006

LUCIE HEJNOVÁ

Prohlašuji, že jsem svou práci vypracovala samostatně a všechnu použitou literaturu uvádím v seznamu literatury na konci své práce.

Lucie Hejnová

Děkuji za konzultace při vedení mé práce paní
PhDr. Marii Zvoníčkové, Doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi a MUDr.
Dvořákovi.

Obsah

I.	Úvod	5
II.	Anatomie a fyziologie tlustého střeva	6
III.	Kolorektální karcinom	10
III.1.	Epidemiologie	10
III.2.	Etiologie	10
III.3.	Klinický obraz	11
III.4.	Diagnostická vyšetření	12
III.5.	Histopatologie	13
III.6.	Léčba	14
III.7.	Prognóza	17
III.8.	Prevence	18
IV.	Stomie	19
V.	Lékařská anamnéza	26
VI.	Průběh hospitalizace na chirurgickém odd.	30
VII.	Ošetrovatelská část	33
VII.1.	Ošetrovatelský proces	33
VII.2.	Model každodenních činností	34
VII.3.	Ošetrovatelská anamnéza	37
VII.4.	Ošetrovatelské diagnózy	40
VII.4.1.	Akutní bolest z důvodu operačního zákroku	41
VII.4.2.	Obava z možného nezvládnutí péče o stomii z důvodu nedostatku znalostí a nepřipravenosti pacientky	42
VII.4.3.	Porucha kožní integrity potenciální i aktuální z důvodu stomie	43

VII.4.4.	Riziko vzniku komplikací z důvodu zavedení invazivních vstupů – periferní žilní kanyly a permanentního močového katétru	45
VII.4.5.	Potenciální tromboembolické komplikace v důsledku operace	46
VII.5.	Edukace	48
VIII.	Hodnocení pacientky z psychologického hlediska	52
IX.	Prognóza	54
X.	Závěr	55
	Přehled literatury	
	Přílohy	

I. Úvod

Cílem mé práce je zpracování ošetrovatelské péče u nemocné s diagnózou adenocarcinoma recti.

V obecné části své práce se zabývám anatomii a fyziologií tlustého střeva, patofyziologickým a klinickým obrazem onemocnění, základními vyšetřovacími metodami vedoucími k diagnóze, terapií sledované pacientky a použitými léčebnými přístupy a metodami.

V ošetrovatelské části své práce používám metodu ošetrovatelského procesu. Při sběru informací vycházím z modelu „každodenních činností“ Roperové. Analýzou informací ze zdravotnické dokumentace, informací získaných od nemocného, jeho příbuzných, informací od ostatních členů zdravotnického týmu a vlastního pozorování jsem stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy.

Součástí ošetrovatelské části je i kapitola věnovaná edukaci pacientky a jejích blízkých.

V závěru své práce se věnuji prognóze onemocnění a zdravotního stavu popisované pacientky. Práci uzavírá přehled literatury a přílohy.

II. Anatomie a fyziologie tlustého střeva (*intestinum crassum*)

Tlusté střevo je poslední částí gastrointestinálního traktu. Je dlouhé 1,3 až 1,7 metru a široké 7,5 až 10 cm.

Má tyto části:

a) *caecum* (slepé střevo)

Caecum je nejširší částí tlustého střeva. Je uloženo v pravé jámě kyčelní. Je dlouhé 6-8 cm a široké 6-7.5 cm. Jeho součástí je appendix vermiformis. Appendix vermiformis je slepý výběžek o délce 5-10 cm a tloušťce jako tužka.

b) *colon ascendens* (vzestupný tračník)

Vzestupný tračník je dlouhý 12-16 cm.

c) *colon transversum* (příčný tračník)

Příční tračník je nejdelší částí colonu. Měří 50-60 cm.

d) *colon descendens* (sestupný tračník)

Sestupný tračník plynule přechází v sigmoideum a je dlouhý 22-30 cm.

e) *colon sigmoideum* (esovitá klička)

Esovitá klička je uložena v úrovni obratlů S2-S3. Je nejužším úsekem tlustého střeva, jehož průměr je 3,7 cm a délka 30-40 cm

f) *rectum* (konečník)

Konečník navazuje na esovitou kličku. Jeho délka je 12-16 cm a šířka 4 cm

Rozděluje se na 2 části:

a) ampulla recti – kraniální, širší část, 10-12 cm

b) canalis analis – 2,5-3,8 cm

Ampulla recti je vystlána sliznicí s cylindrickým epitelem, jehož vstřebávací schopnost se využívá při aplikaci léků ve formě čípku nebo klyzmatu. Části recta rozděluje linea dentata. Linea dentata je čára zoubkovaného tvaru, která je tvořena klky poloměsíčitého tvaru. Část pod linea dentata (canalis rectalis) je pokryta vrstevnatým dlaždicobuněčným epitelem.

Samovolnému odchodu stolice brání svěrače (sfinktery):

a) vnitřní svěrač (hladká svalovina, vůlí neovladatelný)

b) zevní svěrač (příčně pruhovaná svalovina, vůlí ovladatelný)

Mezi úseky tračnicku jsou typická ohbí:

a) flexura coli dextra (flexura hepatica)

Nachází se pod játry. Je to místo přechodu vzestupného tračnicku a příčného tračnicku.

b) flexura coli sinistra (flexura splenica)

Je uložena pod slezinou, kde přechází příční tračník v sestupný tračník.

Na povrchu tlustého střeva jsou 3 bělavé podélné pruhy (teaniae coli):

1. Teaniae mesocolica

2. Teaniae omentális

3. Teaniae libera

Tah tetanií nakrčí střevo a tím dojde ke vzniku zevně vyklenutých míst (haustra). Můžeme to označit jako projev funkce svaloviny. Mezi haustry jsou vytvořeny poloměsíčitě řasy (plicae semilunares), které prominují dovnitř střeva.

Sliznice tlustého střeva je bledé až žlutavé barvy. Pokrývá ji jednovrstevný cylindrický epitel, kromě části recta (canalis rectalis), kde je vrstevnatý dlaždicobuněčný epitel. Sliznice obsahuje Lieberkühnovi krypty. Krypty jsou vystlané vysokým cylindrickým epitelem, ve kterém se nacházejí pohárkové buňky produkující hlen.

Slizniční vazivo obsahuje lymfatické uzlíky (nodulli s.foliculli lymphatici solitarii). Nejvíce jich můžeme nalézt ve slepém střevě.

Podslizniční vazivo je řídká část stěny tlustého střeva, kde jsou uloženy cévní a nervové pleteně.

Svalovina stěny tlustého střeva má dvě vrstvy cirkulární (vnitřní) a longitudinální (zevní, tenká).

Seróza je tvořena peritoneálním povlakem.

Cévní zásobení tlustého střeva

a) tepny

Tlusté střevo je zásobeno z arteria mesenterica superior, arteria mesenterica inferior.

b) žíly

Žíly probíhají podél tepen a ústí do vena mesenterica superior a do vena mesenterica inferior. Obě pak vedou do vena portae.

c) mízní cévy

Mízní cévy probíhají podél žil a tepen a společně s ostatními mízními cévami (např. z jícnu, žaludku, pankreatu, tenkého střeva) do cisterna chyli. Cisterna chyli leží v hiatus aorticus ve výšce L1-L2. Poté se lymfa dostává přes ductus thoracicus do žilního systému.

Cévní zásobení konečníku

a) tepny

Ampulla recti je zásobena z arteria rectalis superior (koncová větev a. mesenterica inferior), která se dále větví. Spolu s žilami těsně nad linea dentata vytvářejí plexus haemorrhoidalis internus. Střední část recta zásobí arteriae rectales mediae. Arteriae rectales inferiores zásobují svěrače a canalis analis.

b) žíly

Vena rectalis superior ústí do vena mesenterica inferior a do vena portae. Venae rectales mediae et inferiores se sbíhají do vena pudenda interna a dále přes vena iliaca interna se dostávají do vena cava inferior.

Inervace tlustého střeva

Tlusté střevo je převážně inervované n. parasympaticus a n. sympaticus.

Parasympatické nervy pocházejí z n. vagus. Parasympaticus působí na zvýšení kontrakcí, zrychlení peristaltiky, snižuje sekreci střevních žláz a uvolnění vnitřního svěrače.

Sympatické nervy přicházejí převážně z ganglia coeliaca smíšeně s parasympatickými nervy. Sympaticus způsobuje snížení kontrakcí, snížení sekrece střevních žláz a sevření zevního svěrače.

Hlavní funkcí tlustého střeva je zahušťovat střevní obsah a posouvat ho distálním směrem do recta.

Funkce tlustého střeva:

a) resorpce

V tlustém střevě dochází k resorpci vody, elektrolytů, žlučových kyselin a mastných kyselin (v céku, colon ascendens). Stolice se zahušťuje. Za 1 minutu se resorbuje asi 1,7-4 ml vody.

b) motilita

Motilita tlustého střeva posunuje střevní obsah směrem do recta, promíchává ho a tím také ulehčuje resorpci vody a elektrolytů.

Druhy pohybů:

1) *segmentální (kyvadlové)*

Jsou vyvolány kontrakcemi cirkulární svaloviny.

2) *jednosměrné propulzivní (tzv.masivní)*

Posunují střevní obsah distálním směrem.

c) sekrece

Pohárkovité buňky produkují hlen, který vytváří povlak na tvrdé stolici a tím ulehčují vyprázdnění. V tlustém střevě se nacházejí aerobní a anaerobní bakterie (Clostridium, Lactobacillus).

Funkce bakterií:

- 1) syntéza biotinu, kyseliny listové, vitamínu K
- 2) inhibice růstu patogenních organismů
- 3) přeměna žlučových solí na žlučové kyseliny
- 4) hydrolýza urey na amoniak

III. Kolorektální karcinom

III.1 Epidemiologie

Kolorektální karcinom patří mezi nejčastější nádory na světě. V naší zemi obsadil jedno z prvních míst. Můžeme ho považovat za civilizační chorobu. Největší vliv na něj má dnešní způsob výživy. Karcinom tlustého střeva postihuje přibližně stejně muže i ženy. Kdežto karcinom konečníku postihuje častěji muže než ženy (6:5). Nejčastěji v 6. a 7. decéniu. Nevyhýbá se však ani mladším jedincům. (1)

III.2 Etiologie

Kolorektální karcinom není ve světě rozšířen stejnoměrně. Zřídka se vyskytuje u domorodých obyvatel v Africe a naopak nejvíce je rozšířen v severní Americe a v severozápadní Evropě. (4) Pravděpodobně má na tuto skutečnost velký vliv životospráva.

Na etiologii tohoto onemocnění se podílí faktory vnějšího prostředí, ale také i vnitřního prostředí. Mezi faktory vnějšího prostředí řadíme, již výše zmíněnou, životosprávu. V dnešní době je naše strava bohatá na živočišné tuky (saturevané mastné kyseliny) a proteiny (zejména hovězí maso). Způsob přípravy masových výrobků není také příliš vhodný. Časté pečení, smažení, grilování a uzení patří mezi nevhodné a tělu neprospěšné přípravy pokrmů. V naší stravě není dostatek zeleniny a čerstvého ovoce. Obsahuje malé množství vlákniny. Máme omezený přísun vitamínů. Na vzniku tohoto onemocnění se dále podepisují zvyklosti stravovacího rytmu. Často nemáme čas se v klidu najíst, a proto jíme v poklusu a pokrmy z fast foodu. Již v dětském věku přijímáme více energeticky hodnotnou potravu, než jsou energetické požadavky tělesné aktivity, kterou vykonáváme. Vysedáváme u počítače či televize a sportu se věnujeme nedostatečně. Na vzniku kolorektálního karcinomu má svůj podíl také alkohol a kouření.

Mezi faktory vnitřní patří :

a) dědičná onemocnění tlustého střeva

Jedním z nich je familiární polypóza (FAP). Na tlustém střevě se vyskytují mnohočetné adematózní polypy, které mají velkou tendenci měnit se v karcinom. Vyskytují se častěji v mladším věku a riziko karcinogeneze je vysoké. Dědičnost familiární polypózy je prokázána. Při zjištění této choroby je nutné vyšetřit ostatní rodinné příslušníky a pravidelně sledovat, zda se polypy nezvrhly v karcinom a popřípadě léčebně zasáhnout (totální kolectomie).

b) prekancerózy

Prekancerózy jsou choroby s vysokou malignitou. Patří sem například ulcerózní kolitida a Crohnova choroba.

III.3 Klinický obraz

Symptomatologie závisí na lokalizaci a rozsahu nádoru. U pravostranné lokalizace převažují systémové příznaky a naopak u levostranného postižení se spíše objevují lokální příznaky.

1. Nejběžnější známkou onemocnění je **krev ve stolici**. Do značné míry závisí na lokalizaci nádoru. Bývá však většinou známkou již pokročilého stádia nemoci. Nejčastěji krvácí karcinom rektosigmoidea, popřípadě levého tračnicku. Nádory céka a pravého tračnicku se jasným krvácením projevují zřídka, spíše jde u nich o krvácení okultní, které vede k anemizaci.

2. Dalším zřetelným projevem jsou **subileózní stavy někdy až ileózní stavy**. Tímto způsobem se projevuje obvykle levostranná lokalizace nádoru. V pravém tračnicku je stolice ještě tekutá, a proto stenózující nádor nevede k obstrukci.

3. Velmi často provázejí kolorektální karcinom málo charakteristické obtíže. Patří sem: **nadýmání, neurčité bolesti, poruchy vyprazdňování (průjem, zácpa)**. Tyto obtíže mohou připomínat dráždivý tračník. Jsou obvykle u levostranného lokalizace.

4. **Tenesmy** (bolestivé nucení na stolicí přetrvávající po jejím odchodu) s odchodem krvavého hlenu značí karcinom rekta.

5. Postižení pravého tračníku doprovází spíše celkové příznaky: **únava, nechutenství, slabost, pokles hmotnosti, subfebrilie**. Tyto příznaky jsou podmíněny resorpcí toxických produktů. Mohou být však výrazem generalizace nádoru.

III.4 Diagnostická vyšetření

1. Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření zjistí změny až u pokročilého nádoru. Rezistenci můžeme hmatat u karcinomu céka a pravého tračníku. Meteorismus a ileus je možné zjistit u stenozujících procesů. Základním je vyšetření **per rectum**. Tímto způsobem je možné odhalit nádor v dosahu prstu (hloubka asi 8 cm).

2. Laboratorní vyšetření

Pomocí laboratorních vyšetření je možné zjištění vysoké sedimentace a sekundární anémie (krevní obraz). Mezi laboratorní vyšetření patří také vyšetření na okultní krvácení (Haemacel). Z nádorových markerů zjišťujeme hladinu CEA a popřípadě CA 19-9. **3.**

3. Rentgenové vyšetření

Rentgenové vyšetření jako irigografie a pasáž kontrastní látky střevem se v dnešní době tak často nevyužívá, díky endoskopickým vyšetřovacím metodám. Z rentgenových vyšetření se využívá RTG plic a CT břicha a malé pánve. Při bolestech kostí se provádí scintigrafie.

4. Ultrasonografie

Ultrasonografie jater nám umožní zjistit, zda došlo k metastázování.

5. Endoskopická vyšetření

Endoskopická vyšetření jsou v dnešní době nejvíce využívána v diagnostice onemocnění trávicího traktu.

A) Rektoskopie

Rectoskopie je endoskopické vyšetření konečníku a dolní části esovité kličky. Lze přehlédnout konečník do 16cm od řitního otvoru. Při tomto vyšetření je možné odebrat materiál k bioptickému vyšetření.

B) Kolonoskopie

Kolonoskopie je vyšetření tlustého střeva od konečníku až po slepé střevo. Dalo by se říci, že je nejdůležitějším vyšetřením v diagnostice kolorektálního karcinomu.

III.5 Histopatologie

Nejčastěji se kolorektální karcinom vyskytuje v rectu (50%), sigmoideum je postiženo v 25% a zbylých 25% náleží ostatním částem tlustého střeva. V samotném tlustém střevě je nejčastějším místem karcinomu sigmoideum (45%), vzestupný tračník (30%), příčný tračník (16%) a sestupný tračník (9%). (1)

Jde o adenokarcinom. Adenokarcinomy jsou maligní epitelové nádory žláz. Podle konzistence se může dělit na medulární typ a skirhotický typ. U medulárního typu převažují nádorové buňky nad stromatem. Skirhotický typ obsahuje větší množství stromatu.

Nádory, jejichž lokalizace je pravostranná, vytvářejí exofyticky rostoucí ložiska. Tyto ložiska nemají tendenci vyvolávat obstrukci střeva. Nádory, které se vyskytují v levé polovině břicha rostou cirkulárně po celém vnitřním obvodu sliznice a tím zužují průsvit střeva. Dochází tak k městnání obsahu před překážkou.

Adenokarcinomy můžeme ještě dělit na nemucinózní a mucinózní. V oblasti análního otvoru se mohou objevovat dlaždicobuněčné karcinomy. Dlaždicobuněčný karcinom se částečně podobá dlaždicovému epitelu. Stanovení velikosti a rozsahu nádoru (staging) je podstatné pro následnou léčbu. Každá skupina má jinou prognózu a vyžaduje jinou léčbu.

Kolorektální karcinom se nejprve šíří mimo střevo do okolních orgánů a tkání. Nejvíce lymfatickou cestou do spádových uzlin malé pánve. Hematogenní metastázy jsou časté do jater, protože krev ze střeva je odváděna portální žílou přímo do jater. Metastázy však mohou být také v plicích a kostech. Užívá se klasifikace TNM i klasifikace podle Dukese (A-D). (viz příloha č.1)

III.6 Léčba

Léčba se volí podle rozsahu kolorektálního karcinomu a jeho metastáz. Léčba probíhá chirurgickým odstraněním nádoru, radioterapií či chemoterapií.

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba spočívá v radikální resekci postiženého střeva. U nepokročilých forem může být tato forma léčby plně kurativní. Při operaci se musí nádor odstranit celý i s dostatečným lemem v makroskopicky zdravé tkáni. Odebírají se vzorky z okolní tkáně, omenta a pánevních lymfatických uzlin.

1. Radikální operace pro nádor céka a ascendentního kolonu jsou tyto:

a) pravostranná hemikolektomie

Zresekuje se asi 10 cm ilea, céka, ascendentní části kolona a pravé části transverza.

b) rozšířená pravostranná hemikolektomie

Odstraní se transverzum až do oblasti lineální flexury.

c) paliativní hemikolektomie

U inoperabilních nádorů, které zužují střevo se vytvoří ileotransverzoanastomóza nebo cékotransverzoanastomóza

2. operace u nádorů transverza:

a) resekce transverza včetně obou flexur s následnou „end to end“ anastomózou

Tento výkon je vhodný zejména u mladých nemocných s operabilním nádorem bez vzdálených metastáz.

b) rozšířená pravostranná hemikolektomie

Rozšířená pravostranná hemikolektomie je vhodná u nádorů, kde se předpokládá kurativní efekt. Nádor je uložen na pravé straně transverza.

d) paliativní klínová resekce transverza

Tato paliativní resekce se provádí u operabilních nádorů se vzdálenými metastázami.

e) sdružená resekce

Sdruženou resekci je možné provádět u prorůstajících nádorů, které však nemají vzdálené metastázy. Nádor prorůstá do žaludku nebo kaudy pankreatu. Výkon se tedy může rozšířit na resekci žaludku nebo kaudy pankreatu.

3. Radikální operace:

a) typická levostranná hemikolektomie

U nádoru v oblasti lineární flexury a sestupného tračníku se provádí resekce levé třetiny transverza s omentem, lineární flexury, sestupného tračníku a splenectomie. Pasáž se obnoví transverzosigmoideoanastomózou.

b) rozšířená levostranná hemikolektomie

Při tomto výkonu dochází k odstranění i levé části transverza s omentem, sestupným tračníkem, proximální částí sigmoidea nebo celého sigmoidea. Pasáž je obnovena transverzosigmoideoanastomózou.

c) subtotálnícolectomie

Tento výkon je považován za nejradikálnější výkon. Provádí se při nádorech levé strany colonu, které metastazují. Výkon je volen hlavně u mladých nemocných v dobrém celkovém stavu a u nemocných, kteří se mohou zařadit do stupně T1 – T2. Pasáž je obnovena ileosigmoideoanastomózou.

d) resekce sigmoidea dle Hartmanna s terminální sigmoideostomií a se slepým uzávěrem rektosigmoidea

Resekce podle Hartmanna umožňuje druhotnou rekonstrukci. Odstraňuje se nádor s částí střeva.

4. paliativní operace:

a) malá klínová resekce

Malá klínová resekce je volena u nádorů se vzdálenými metastázami.

b) transverzosigmoideoanastomóza

Řešením inoperabilního nádoru lineární flexury a colonu descendent.

c) Kolostomie (např. cékostomie, transverzostomie, sigmoideostomie)

Transverzostomie se provádí u nádorů levé strany kolonu.

*d) bypassová operace ileotransverzoanastomózou
ileodescendentanastomózou nebo transverzosigmoideoanastomózou*

U inoperabilních nádorů s mnohočetnými metastázami je volena tato bypassová operace.

Radioterapie

Možnosti radioterapie:

a) radikální

- předoperačně
- pooperačně
- samostatně

b) paliativní

- tumoru
- metastáz

Při karcinomu recta je účinnější než při karcinomu colonu.

Chemoterapie

Chemoterapii můžeme rozdělit na adjuvantní nebo na chemoterapii použitou u lokálně pokročilého či metastatického karcinomu. (viz příloha č.2)

a) Adjuvantní chemoterapie pro karcinom kolon

Úkolem adjuvatní chemoterapie je zlikvidovat nádorovou buňky dříve, než vzniknou rozsáhlé metastázy, kdy jsou již šance na kurativní účinek mizivý. Při adjuvantní chemoterapii se podává 5-fluorouracil (5-FU) a leucovorin (FA). Terapie se doporučuje pro klinická stádia T2-T4, N1-N2 MO (klinické stádium III, Dukesova klasifikace C1-C3).

Kromě těchto nemocných se také může použít u nádorů klasifikovaných podle Dukesovy stupnice jako B, pokud se u nich vyskytne vysoké riziko dané pozitivními resekčními okraji, operačním řezem v blízkosti nádoru nebo perforací střeva nádorem. Tím je u těchto nemocných snížen počet recidiv. Podmínkou pro úspěšnou adjuvatní chemoterapii je zařadit nemocného do správné rizikové skupiny.

b) Adjuvatní léčba pro karcinom rekta

Rektum těsně naléhá na stěnu malé pánve, a proto mohou rychle přestoupit nádorové buňky. K adjuvantní léčbě se používá stejného cytostatika jako u karcinomu kolon.

Léčba pokročilého kolorektálního karcinomu

Základem léčby pokročilého kolorektálního karcinomu je podání 5-FU v kombinaci s leucovorinem. Pokud tato kombinace přestane účinkovat, nastupuje trojkombinace 5-FU, leucovorin a oxaliplatin.

III.7 Prognóza

Prognóza závisí na stádiu onemocnění a podle zvolené léčby. Záchyt počátečních forem je v současné době menší než 40%. V počátečních fázích je pětileté přežití vyšší než 80%. U vyšších stádiích se procento zmenšuje. U nádorů stádia Dukes C je pouze 40%. Pokud se objeví metastázy, klesá průměrné přežití na 11 měsíců. (11)

Radikální operace je možná pouze asi u poloviny karcinomu tlustého střeva. Paliativní operace se provádí asi u 30% pacientů. Kolostomie nebo bypassová operace se provádí u 15% pacientů a u zbylých 15% se provádí pouze probatorní laparotomie. (1)

Zvýšení procenta přineslo zavedení adjuvatní léčby. Zlepšení situace v dnešní době lze očekávat hlavně od primární a sekundární prevence. Prováděním testů na okultní krvácení do stolice a následným endoskopickým vyšetřením se zvyšuje možnost zachycení kolorektálního karcinomu v počátečním stádiu.

V boji proti tomuto onemocnění také přispívá genetické testování vybraných jedinců s vysokým rizikem hereditárně podmíněným kolorektálním karcinomem.

III.8 Prevence

Prevenci kolorektálního karcinomu můžeme rozdělit na primární a sekundární.

Primární prevence je celospolečenský program zaměřený na zlepšení kvality životního prostředí a změnu stravovacích návyků. Potrava by měla obsahovat dostatek kyseliny listové, vitamín, D, C a E a kalcium.

Do sekundární prevence řadíme masový screening, včasnou diagnostiku (kolonoskopie), profylaxy (endoskopická polypectomie) a dispenzarizaci. *Masový screening* se provádí pomocí testu na okultní krvácení (Haemocult). Vyšetření se provádí po 3 po sobě následujících stolicích. Stolice se nanese na určená políčka a u lékaře se vyšetří pomocí činidla. Test je založen na skutečnosti, že většina kolorektálních karcinomů a větších adenomů (asi nad 1 cm) ztrácí u symptomatických jedinců do stolice malé množství krve, které lze zjistit testem.

Falešně pozitivní výsledek může být způsoben požitím většího množství tmavého a syrového masa, některých druhů ovoce a zeleniny (květák, brokolice, křen, rajčata, okurky, zelí) a užitím nesteroidních antirevmatik.

Falešně negativní výsledek může být způsoben zvýšenými dávkami vitamínu C nebo opožděnou detekcí (doporučené zpracování testu je do 5 dnů od odevzdání lékaři).

Screening provádí praktický lékař v rámci své preventivní činnosti. *Kolonoskopické vyšetření* se provádí u pacientů s pozitivním výsledkem testu na okultní krvácení a u pacientů s hereditárním onemocněním.

IV. Stomie

Slovo stomie má řecký původ. Označuje ústa nebo v přeneseném významu otvor, vývod, vyústění něčeho někam. Stomie je tedy uměle vytvořené vyústění dutého orgánu (např. střeva, močovody) přes tělní stěnu.

Jako jiné výkony i stomie má svou historii. První zmínku můžeme objevit již v Bibli. V roce 1710 Litre jako první doporučil řešit ileus vytvořením stomie. První nástěnná stomie byla použita v roce 1783 francouzem Pillorem.

U nás byla uskutečněna první dvouhlavňová kolostomie v roce 1884 našim chirurgem Maydlem. Do této doby se také datuje použití různých stoma pomůcek. Využívali se skleněné, kožené i kovové jímače. Až o 50.-60. letech 20. století můžeme mluvit o začátku skutečné péče o nemocné se stomií, a to hlavně ve Spojených státech Amerických a v Anglii. Právě první specializované pracoviště s péčí o stomiky bylo otevřeno v New Yorku v roce 1953.

Důvody vytvoření kolostomie

Stomie se nejčastěji vytváří z důvodu obnovení pasáže GIT.

- a) *Nádorová onemocnění* (maligní onemocnění tlustého střeva a konečníku)
- b) *poranění* (např. bodná rána) – provádí se dočasná kolostomie, aby došlo ke zhojení postiženého úseku
- c) *zánětlivá onemocnění tlustého střeva* (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, divertikulitida)
- d) *hereditární polypóza tračníku*
- e) *obstrukce tlustého střeva*
- f) *vrozené vývojové vady* (Hirsprungova choroba)

Rozdělení stomií

1) Podle doby trvání

a) *trvalé*

Trvalá stomie se zakládá v případech, kdy již nebude možné obnovit vyprazdňování stolice přirozenou cestou.

Mezi tyto případy můžeme zařadit odstranění střeva z důvodu inoperabilního tumoru.

b) dočasná

Vytvoření dočasné stomie se volí tehdy, pokud předpokládáme, že dojde k navrácení normální funkce střeva. Umožňuje zhojení anastomózy nebo střeva postiženého zánětem.

2) Podle umístění

a) cékostomie

Cékostomie je umístěná v pravém podbřišku. Většinou je vytvořena dočasně a jako nástěnná.

b) transverzostomie

Vyústění transverzostomie je obvykle umístěno vpravo nebo vlevo nad pupkem.

c) Sigmoideostomie

Tato stomie má vyústění v levém dolním kvadrantu.

Typy stomií

a) jednohlavňová (terminální)

Tato stomie bývá trvalá. Zakládá se po extirpaci konečníku. Zbylá část esovité kličky je vyvedena ven stěnou břichní.

b) dvouhlavňová (axiální)

Tento typ stomie se většinou provádí jako dočasné řešení.

c) nástěnná (parietální)

Nástěnná stomie se považuje za odlehčující a tedy dočasnou. Umožňuje lepší zhojení vytvořené anastomózy. Vývod je proveden nad anastomózou.

U vytvořených stomií se mohou objevit komplikace, kterých je nutno si všimnout. Některé komplikace vyžadují další léčení nebo operaci.

A) časné komplikace

- nekróza střeva

- podráždění kůže v okolí stomie

– *retrakce (vtažení) stomie*

- *krvácení ze stomie*

B) pozdní komplikace

- *prolaps (výřez) stomie*

Tato komplikace se nejčastěji objevuje u kolostomie, zvláště u stomie na příčném trakčníku. Výřez může být velkých rozměrů (až 20cm tlustého střeva). Zvětšuje se při tělesné námaze (ve stoje, při kašli apod.). Ve vyhrzlém střevě dochází k městnání krve a to vede k otoku a možnosti jeho uskřinutí. Čerstvý prolaps je možné reponovat zpět tak, že stomii opatrně vmasírujeme směrem k otvoru. V některých případech je nutné provést chirurgické řešení.

- *stenóza (zúžené) stomie*

Stenózu stomie většinou způsobuje zjizvená tkáň kolem stomie nebo obstrukce střev způsobené cizím tělesem či nádorem. Léčba zjizvené tkáně spočívá dilataci stomie nejlépe vlastním prstem. V případě neúspěchu se dále řeší operativní korekcí.

- *retrakce (vtažení) stomie*

Příčinou retrakce bývá stenóza, prorůstání nádoru a zvýšená hmotnost. U vztažené stomie není možné správné přiložení stomického systému. V tomto případě se využívají vhodné konvexní podložky.

- *parastomální kýla*

Parastomální kýla bývá velmi častou komplikací stomie. Vzácně se objevuje její uskřinutí. Přikládání stomických pomůcek však komplikuje. Ke zlepšení stavu často pomáhá nošení podpůrného pásu.

- *krvácení ze stomie*

– *ischémie stomie*

Ischemie stomie vzniká nedostatečným krevním zásobením. Stomie má fialovou až černou barvu. Její příčinou může být špatné technické provedení stomie nebo může jít o následek nesprávného vystřížení otvoru v podložce, která stomii utlačuje. Projevuje se sníženou citlivostí zápachem nekrotické stomie a změnou barvy.

Správná péče o pacienta se stomií začíná již před operací. Pokud však je operace prováděna akutně na řádnou předoperační přípravu není čas.

Předoperační příprava zahrnuje základní laboratorní vyšetření (KO, biochem. vyš., KS) a zobrazovací vyšetření jako jsou RTG plic, CT malé pánve, nativ břicha, irrigo vyš., kolonoskopické vyš., sonografická vyš., apod.

Podle ordinace lékaře se dále provádí interní vyšetření a anesteziologické konzílium, které rozhodne o vhodnosti operace.

Specifická předoperační příprava má dvě složky:

a) psychologickou přípravu

Psychologická příprava budoucího stomika začíná již v okamžiku oznámení diagnózy a rozhodnutím k operaci. Důvodem nejčastěji bývá onkologické onemocnění, které může výrazně ohrozit život jedince.

Každý člověk, který se dozví, že má onkologické onemocnění, reaguje intenzivní psychickou odezvou. Pacient prochází několika duševními stádii (podle Kublerové-Rossově)

1. Stádium šoku

Stádium šoku začíná okamžikem oznámení diagnózy. Může trvat několik vteřin nebo až měsíců.

2. Stádium zloby, agrese a roztrpčení

Toto stádium se projevuje hněvem zaměřeným proti svému okolí i proti vlastní osobě.

3. Stádium smlouvání

Pacient vyjadřuje touhu si prodloužit život alespoň do určitého termínu, který si sám stanoví.

4. Stádium deprese až apatie

V tomto stádiu může dojít i k pokusům o sebevraždu. Záleží na osobnosti pacienta.

5. Stádium rezignace a smíření

V tomto stádiu potřebuje rodinu nemocného často více podpory, než pacient. Jednotlivá stádia nemusí být výrazně vyjádřena, mohou přecházet jedno k druhé a překrývat se. Mohou také některá stádia chybět nebo proběhnout skrytě.

I když základní informaci obdržel pacient od lékaře, je přesto nutné, aby je sestra pacientovi neustále opakovala a trpělivě vysvětlovala. Ošetřující personál by měl získat důvěru nemocného. Pacient potřebuje mít možnost sdělit svému okolí své pocity a obavy. Je na sestře, aby jej trpělivě vyslechla a zodpověděla jeho dotazy.

Pacientovi je nutno mu podat přesné informace do jaké míry ovlivní operace jeho život. Seznámit ho s budoucími změnami v oblasti osobní hygieny, stravování, oblékání, event. Změny pracovního zařazení a problematiku sexuálního života.

Již před operací je vhodné pacientovi ukázat a seznámit ho se sortimentem pomůcek a předem si je vybrat nebo vyzkoušet. Je také vhodné, aby se provedl nácvik ošetřování stomie, dokud není pacient zatížen pooperační bolestí a únavou. Důležité je také zapojit rodinné příslušníky. Na rodině velmi záleží, jak je připravená stomika přijmout a jak přispůsobí domácí prostředí.

b) fyzickou přípravu

Součástí fyzické přípravy je vyznačení místa pro budoucí stomii. Nesprávné umístění nemůže být kompenzováno ani sebeintenzivnější péčí. Pacient musí na stomii dobře vidět a dosáhnout. Vhodné místo lokalizujeme den před operací. V úvahu bereme anatomické jevy, jako je břišní svalstvo, kožní záhyby a jizvy. Nejvhodnější místo pro stomii zakreslíme v místě, kde to pacientovi vyhovuje, i když se posadí, položí, předkloní i postaví.

Do speciální předoperační přípravy řadíme také mechanickou očistu střeva. Dnes se ve většině případech provádí Makrogulem nebo Fortransem. Důležitá je také profylaktická příprava střeva antibiotiky. U diabetiků se podává vykrytá 10% Glukóza s inzulínem podle glykémie a ordinace lékaře.

Den před operací se provádí antiembolická opatření aplikací Fraxiparínu. Pokud není pacient řádně přeočkován proti tetanu, přeočkuje se Alteanou a Tetabulínem. Zavede se permanentní močový katétr a bandážují se dolní končetiny (Kendally).

Po operaci přijíždí pacient již s nalepeným stomickým sáčkem. Sáček je průhledný, a proto umožňuje doboru kontrolu obsahu i stomie. Kontrolujeme krvácení a možné komplikace (např. ischémie). V prvních dnech po operaci sledujeme funkčnost (odchod plynů, stolice, sekretu) a okolí stomie.

Péče o čerstvou stomii:

- pacienta uložíme na lůžko, zvolíme polohu na zádech, nejlépe s mírně pokrčenýma dolními končetinami, lůžko opatříme ochrannými pomůckami proti znečištění
- věnujeme pozornost běžné hygienické péči, zhodnotit úroveň sebeděče
- čistota rukou!!!
- sledovat : barvu (růžová svědčí o dobrém prokrvení) velikost (po výkonu edém) odchod plynů (dobrá střevní peristaltika) výdej (vzhled, množství, frekvence, čím blíže je vyústění střeva ke konečníku, tím je obsah hustší a odchází méně plynů) Je nutné sledovat nejen fyzický, ale i psychický stav pacienta.

V prvním okamžiku, kdy začne odcházet stolice stomií, je pro pacienta velmi traumatizující a šokující. Informace, které pacientovi předáváme je nutné dávkovat po částech podle psychického a fyzického stavu. Nezapomínáme na včasnou analgezi podle ordinace lékaře.

Pacient může být domů propuštěn poté, co zvládne péči o stomii. Pokud to není možné (porucha jemné motoriky, onemocnění zrakové, vysoký věk, pacient žije sám), kontaktuje se agentura domácí péče. Při propuštění dostává pacient stomické pomůcky a kosmetiku na 3 měsíce. Je nadále v kontaktu se stomasestrou a pravidleně navštěvuje stomapradnu. Další pomůcky zajišťuje stomasestra přes firmy až domů. Zajišťuje je jim poradenskou službu 24 hodin denně přes telefon

Postup při ošetřování stomií v domácím prostředí (viz edukace)

Výživa

V prvních dnech po operaci je výživa zajištěna parenterální cestou. Postupně se překrývá s tekutou perorální výživou. Postupně dochází ke změně na původní dietu, na kterou byl pacient před operací zvyklí.

Rady při problémech s vyprazdňováním (viz edukace)

Sexuální život stomika

Sexuální život nemusí podléhat omezení, pokud zde nejsou překážky jiného rázu než sám vývod (např. impotence). Ženy mohou otěhotnět i porodit. Překážka ve styku bývá způsobena pocitem estetické méněcennosti, hlavně u žen. Další obavou bývá uvolnění stomické pomůcky během styku. V otázkách sexuálního života se stomikem je vhodné obrátit se na sexuologa, gynekologa nebo stomickou poradnu.

USG (26.10.2005)

myomatozně zvětšená děloha, lehce rozšířené extrahepatické žlučovody, žlučník vyplněný konkrementy

Koloskopie (31.10.2005)

obturacy lumen recta v 10 cm exofytickými hmotami

Gynekologické vyšetření (1.11.2005)

atrofie čípku, palpačně citlivá rezistence kraniálně, na USG patrná rezistence nejasné etiologie za dělohou, vyplňuje celý Douglasův prostor

Histologie (4.11.2005)

drobné částečky diferencovaného tubulárního adenokarcinomu sliznice tlustého střeva

CT malé pánve (18.11.2005)

tumorová expanze v malé pánvi obsahuje kalcifikace, intimní vztah k děloze i rectosigmatu velikosti 10x9x7 cm

laboratorní vyšetření (provedeny hlavně na interním oddělení)

	24.10.	25.10.	26.10.	26.11.
urea	5,8	-----	-----	4,7
kreatinin	86	-----	-----	77
K.močová	260	-----	-----	-----
Na	141	-----	-----	139
K	3,3	3,9	-----	4,7
Cholest.	5,06	-----	-----	-----
LD	6,69	-----	-----	-----
Cl	103	-----	-----	105
Bili	6,1	-----	-----	6,5

	24.10.	25.10.	1.11.	14.11.
CRP	25,6	-----	30,4	98,2
CA19-9	-----	23,79	-----	-----
CEA	-----	12,9	-----	-----

	24.10.	7.11.	14.11.
Hb	92	89	124
Htk	0,285	0,267	0,383
Ery	3,38	3,1	4,44
Leu	15,1	30,7	18,5
Trom	716	-----	-----
Seg	0,81	-----	-----
Tyče	0,00	-----	-----
Eo	0,01	-----	-----
Mono	0,04	-----	-----
Bazo	0,00	-----	-----
Lymf	0,14	-----	-----

Terapie:

a) Konzervativní (doporučeno z interního oddělení)

Digoxin 0,250 mg (kardiotonicum)

Dávkování: 1-0-0

Vedlejší účinky: předávkování – horkost, diplopie (dvojité vidění), palpitace (bušení srdce)

Warfarin 5 mg (antikoagulantium, antiagregantium)

Dávkování: 1-0-0

Vedlejší účinky: krvácení

Furon 40 mg (diureticum)

Dávkování: 1-0-0

Vedlejší účinky: hypokalémie, hyponátrémie, hypovolemie, hypotenze

KCL tbl. (soli a ionty pro p.o.i parenterální aplikaci)

Dávkování: 1-1-1

Vedlejší účinky: hyperkalémie

Torecan supp. (antiemeticum, antivertiginózum)

Dávkování: 1 amp.

Vedlejší účinky: hypotenze

FR 500 ml (izotonický roztok)

G 5% + inzulín HMR (antidiabeticum)

Fraxiparine 0,3 ml s.c. (antikoagulantium)

Dávkování: 1-0-0 s.c.

Vedlejší účinky: petechie, hematomy

Dolsin 80 mg i.m. (analgeticum, anodynum)

Dávkování: při bolesti, premedikace (+ Atropin 0,5 mg i.m.)

Ringerův roztok 500 ml

Dipidolor 1amp.(analgeticum, anodynum) do 100 ml FR

b) *Chirurgická:*

navržena paliativní kolostomie

VI. Průběh hospitalizace na chirurgickém oddělení

25.11.2005

Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení. Byla přeložena z interního oddělení po domluvě z ošetřujícím lékařem. Pacientka byla seznámena s chodem oddělení a uložena na dvouůžkový pokoj.

26.11.2005

U pacientky se provedli kontrolní odběry krve (KO, biochemie) viz. *tabulka laboratorních vyšetření*. Pacientka byla seznámena lékařem s operačním výkonem. Souhlasí s operací. Lékař promluvil i s rodinou pacientky a seznámil ji s paliativním výkonem. **Rodina si nepřeje informovat pacientku o rozsahu onemocnění.**

27.11.2005

Příprava na operaci. Zaveden permanentní močový katétr a připraveny kandyly (punčochy, prevence tromboembolické choroby). Aplikována první dávka Fraxiparinu. Změněna dieta na Os. TK 125/80

28.11.2005 operační den

RG 4,3 mmol/l, TK 130/80 Aplikována druhá dávka Fraxiparinu. Stomasestra s pacientkou vybrala vhodné místo pro stomii. Aplikována premedikace : DO 80 mg i.m. + Atropin 0,5 mg i.m.. Po operaci převezena na dospávací pokoj. Pacientce měřen pravidelně krevní tlak, dle ordinace lékaře. Pacientka si stěžuje na bolest.

Aplikován Dolsin 80 mg i.m.... 17 hod.

DO 80 mg i.m.....24 hod

DO 80 mg i.m.....05 hod.

Pacientka žlučově ublinkla, jinak je stabilizovaná. Obvaz na ráně nepatrně prosáklý. Ve stomii se objevila stolice. Redon odvádí.

29.11.2005 1.pooperační den

Naordinovány léky na tišení bolesti a infuzní terapie.

8 hod.....DO 80 mg i.m.

14 hod.....DO 80 mg i.m.

20 hod.....DO 80 mg i.m.

Aplikována 3.dávka Fraxiparinu s.c.. Lékařem naordinován Torecan 1 amp. na 8 hod..TK 130/80 Redon odvádí.

30 .11. 2005 2.pooperační den

Redon odvádí. Plyny odcházejí. Aplikována 4.dávka Fraxiparinu. Dieta změněna na OCH. Pacientka uvádí zmírnění bolesti. Lék proti bolesti si vyžádala v 8hod a 20 hod.

1.12.2005 3.pooperační den

Redon odvádí. Provedeno onkologické konzilium. Se stomasestrou proveden nácvik ošetřování stomie. Pacientka si zvolila dvoudílný systém od firmy Coloplast Alterna Free. Okolí stomie je klidné. Pacientka udává zmírnění bolesti, dolsin aplikován pouze v 20 hodin. Dieta změněna na 9Ns/175 g. Pacientka ovládá teoretický postup při ošetřování stomie. Z praktického provedení má obavy. Na další den pozvána dcera.

2.12.2005 4.pooperační den

Výrazná sekrece z operační rány. Dolsin aplikován ve 20 hodin. Praktický nácvik ošetřování stomie s dcerou a se stomasestrou.

3.12.2005

Stomie je funkční. Léky proti bolesti pacientka odmítá. TK 120/60 Redon ex.

5.12.2005

Rána rozpuštěna. V podkoží objevena zkalená retence, fasciitis. Proveden výplach peroxidem vodíku, krytí s Borovou vodou. Krytí s Borovou vodou měnit dle potřeby.

6.12.2005

Krytí Borovou vodou. Stomie odvádí.

7.12.2005

Rána stažena náplastí, provedena celková toaleta a přiložena longeta.

8.12.2005

Pacientka propuštěna do domácího léčení. Domluvena domácí péče.
Pacientka odchází s úsměvem na rtech.

VII.Ošetřovatelská část

VII.1. Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k poskytování ošetřovatelské péče. Je to způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice.

Ovlivňuje jednání i vlastní ošetřovatelskou péči. Skládá se ze série plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Z teoretického hlediska jde o systém aplikovaný na postup řešící určitý problém s předem stanoveným cílem.

Je to myšlenkový algoritmus, který používá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu pacienta, plánování, realizaci a vyhodnocení účinnosti péče. Z praktického hlediska je ošetřovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče.

Cílem je změna zdravotního stavu pacienta. Dnes se stal ošetřovatelský proces mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe. Ošetřovatelská praxe je hlavně zaměřena na individuální potřeby nemocného člověka.

Ošetřovatelský proces má 5. fázi:

1. stanovení ošetřovatelské anamnézy (rozhovor s pacientem, rodinou, dokumentace)
2. stanovení ošetřovatelských diagnóz (sestavení podle priorit)
3. plánování (sestavení individuálního plánu)
4. realizace (intervence)
5. hodnocení (hodnocení účinnosti).

Pokud pacient není schopen samostatně rozhodovat a spolupracovat, můžeme požádat o spolupráci jeho příbuzné nebo přátelé. (9)

VII.2. Model každodenních činností.

Model každodenních činností zformulovaly Nancy Roperová, Winifred Loganová a Alison Tierneyová (Roper et al., 1980). Tento model byl prvním pokusem britských sester zformulovat koncepční ošetrovatelský model. Využívá se poměrně hodně zejména ve Velké Británii a stále více je znám i na mezinárodní úrovni.

Klíčovým poznatkem je, že jednotlivci provádějí určité činnosti, které umožňují jejich život a vývoj. Autorky tohoto modelu rozpracovaly myšlenky Virginie Hendersenové do modelu, který se zaměřuje na činnosti, kterými se lidé udržují při životě.

Model se zabývá jednotlivcem v průběhu jeho života, závislém i nezávislém podle věku, okolností a prostředí. Důležitou součástí je začátek života (početí), průběh celého života až do smrti.

Model každodenních činností má 12 základních činností.

1. udržování bezpečného prostředí
2. komunikace
3. dýchání
4. příjem potravy a tekutin
5. vylučování
6. osobní hygiena a oblékání
7. regulace tělesné teploty
8. práce a hra
9. pohyb
10. spánek
11. sexualita
12. umírání.

Faktory ovlivňující každodenní činnosti

Každá činnost má 5 složek:

- a) somatickou /fyzickou
- b) psychologickou

- c) sociokulturní
- d) prostředí
- e) politickoekonomickou

Každý člověk má individuální potřeby. Je ovlivněn jedinečnou skladbou faktorů. Každý proto žije jinak. Model také identifikuje 3 typy činností, které se vzájemně ovlivňují a které ovlivňují 12 každodenních činností.

1. preventivní činnosti – smyslem preventivních činností je zabránit takovým událostem, které by mohly poškodit život (nemoc, nehody). Příkladem je osobní hygiena v prevenci nemocí.

2. příjemné činnosti – smyslem je příjemná pohoda a to jak somatická/fyzická, tak i psychologická a sociální. Příkladem je odpočinek v posteli, mít horký čaj a teplo v bytě při nachlazení.

3. hledající činnosti – tyto činnosti vykonáváme při zjišťování informací, získávání nových zkušeností a odpovědí na nové problémy. Příkladem je návštěva lékaře, když se objeví nějaké symptomy.

Roperová zdůrazňuje, že tyto 3 typy jsou velmi těsně spojené a vzájemně se překrývají. Jestliže člověk onemocní, pak se jeho činnost orientuje na nalezení pomoci či rad. Hledá pohodlí tím, že navštíví lékaře. Pak se snaží uzdravit a následně zabránit návratu onemocnění. Ošetřovatelství zasahuje, když člověk sám není schopen už dále být nezávislý v každodenních činnostech a ani rodina není schopna zajistit pomoc.

Ošetřovatelské cíle jsou následující:

1. pomoci jedinci, aby získal, udržel nebo znovu obnovil svou nezávislost v každodenních činnostech. V případě nepříznivých okolností se naučil žít s pomocí jiných.
2. umožnit jedinci, aby byl schopen nezávisle provádět preventivní opatření k zabránění nemoci

3. poskytnou jedinci pohodlí pro zlepšení uzdravování a eventuální nezávislost

4. zajistit lékařem předepsanou léčbu, aby došlo k překonání nemoci nebo jejich symptomů, aby se uzdravil a eventuálně se stal znovu nezávislým.

Aby sestra mohla povzbudit nezávislost v každodenních činnostech, potřebuje zvládnout metodu řešení problémů.

Metoda řešení problémů:

1. vyšetřit pacienta
2. identifikovat pacientovi problémy a stanovit ošetrovatelské problémy a stanovit očekávané výsledky
3. plánovat péči
4. provádět péči
5. hodnotit výsledky péče.

Během fáze zhodnocování sestra sleduje a zapisuje činnosti, které pacient provádí zcela samostatně a při kterých potřebuje pomoc. Tento způsob umožní sestře zjistit denní rytmus pacienta. Identifikují se pacientovi problémy a následně se vytvoří plány ošetrovatelské péče.

Cíle stanovené sestrou ve spolupráci s pacientem musí být realistické a týkat se modelu. Model se zaměřuje na chování jednotlivce.

Efekt ošetrovatelské intervence se hodnotí srovnáním cílů a pacientova pokroku, případně výsledku. Ošetrovatelská intervence znamená to, co sestra a pacient dělají, aby překonali problém a dosáhli stanoveného cíle. (16)

VII.3. Ošetřovatelská anamnéza

Stanovení ošetřovatelské anamnézy se zakládá na sběru informací. Pomocí rozhovoru, dokumentace a vyšetřování nemocného sestrou. Ošetřovatelskou anamnézu jsem stanovila první pooperační den.

Udržení bezpečného prostředí

Paní M.Ř. před operací chodila bez pomoci. Pomůcky nepoužívala. Chůze byla pomalá z důvodu časného zadýchání. Po operaci je ležícím pacientem. Do lůžka jsou umístěny postranice.

Komunikace

U paní M.Ř. je komunikace verbální bez omezení. Mluví srozumitelně. Při rozhovoru se cítí lépe, když si nasadí zubní protézu, jak sama říká „je mi lepší rozumět“.

Dýchání

Před operací se u paní M. Ř. objevovala při větší námaze dušnost, proto vykonávala všechnu činnost pomalu a častěji odpočívala. Po operaci na lůžku se ji dýchá dobře.

Příjem potravy a tekutin

Pacientka má zubní protézu. Ke snídání má rada bílou kávu a pečivo. Ke svačině si ráda sní jablko a k obědu teplé jídlo složené z polévky i hlavního jídla. K odpolední svačině si ráda dá kávu se sušenkami nebo koláčem. Večeři má rada studenou i teplou. Přes den ráda popíjí čaj nebo minerálku v množství 2,5 litru.

Před operací zhubla 15 kg, jelikož trpěla průjmem a nechutenstvím.

Po operaci má paní M.Ř. dietu 0S. Popíjí čaj po malých douškách. Je nutná kontrola. Za den činní celkový příjem 2,5 litru tekutin.

Vylučování

Paní M.Ř. chodila na stolicí pravidelně 1x za den. Před operací měla tři týdny průjem.

Po operaci bude stolice odváděna do kolostomického sáčku. Zatím se v kolostomickém sáčku objevuje malé množství krve a hlenu. Stolice se zatím neodvedla. Nynější změnu vyprazdňování přijala jako nutnou změnu. Má obavu z jejího ošetřování.

S močením problémy neměla. Před operací byl zaveden močový katétr, který je průchodný, odvádí čirou, jasně žlutou moč.

Osobní hygiena a oblékání

Paní M. Ř. před operačním obdobím byla plně soběstačná. V den před operací se sprchovala.

Dnes je první den po operaci. Ranní hygienu provedla s pomocí sestry na lůžku. Pomoc potřebovala s podáním hygienických pomůcek. Sama si opláchla vlažnou vodou obličej a ústa. Zubní protézu ji vyčistila sestra.

Noční košili si s dopomocí oblékla sama. K večeru se s dopomocí sestry na pojízdném vozíku osprchovala, jelikož jí byl velmi nepříjemný zápach, který byl způsoben vylučovaným výtokem z konečníku. Všechny výkony jsme prováděly pomalu. Pacientka M.Ř. si umyla horní část těla a s velkou opatrností. Provedli jsme převaz operační rány.

Regulace tělesné teploty

Paní M. Ř. měla před operací chladnější místnost. Po operaci však nerada větrá, je zimomřivá z důvodu bolesti. Požádala o druhou přikrývku a oblékla si svůj pletený svetr a ponožky. Ráda pije teplý čaj.

Pohyb

Před operací se pohybovala bez pomoci a bez použití pomůcek. Ráda chodila na dlouhé procházky, kdy se pro jistotu přidržovala doprovázející osoby.

Po operaci je upoutána na lůžko. Do sprchy je přemísťována na pojízdném vozíku.

Práce a zábava

Paní M.Ř. je již v důchodu. Dříve pracovala jako vedoucí prodavačka v zelenině. Ráda plete a háčkuje. Uháčkovala si oblečení. Ráda čte romantické romány v němčině. Na televizi se dívá občas. Nebaví ji telenovely. Někdy pomáhá dceři v domácnosti. S kamarádkou navštěvuje ráda divadla.

První den po operaci nemá náladu na čtení, spíše pospává (bolest). Rozhovor se mnou uvítala jako zpestření dne.

Spánek

Před operací ráda po obědě podřimovala. Spát chodila v 9 hodin večer. V noci se často probouzela, protože měla průjem. Noc před operací nemohla usnout. Spánek nebyl kvalitní. Neustále musela přemýšlet nad diagnózou.

První den po operaci pospává. Cítí se unavená.

Sexualita

Paní M.Ř. je vdova. Manžel ji velmi chybí. Vzhledem k diagnóze jsem nepovažovala vhodné hovořit na toto téma.

Umírání

Po oznámení diagnózy nechtěla podstoupit operaci a raději by zemřela. Po rozhovoru s dcerou a se zdravotní sestrou však s operací souhlasila. **(Rodina si nepřeje, aby pacientka byla informována o rozsahu onemocnění.)**

VII.4. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě ošetrovatelské anamnézy. Priority ošetrovatelských problémů jsem stanovila dle svého úsudku. Vzhledem k tomu, že jsem pacientku sledovala od prvního pooperačního dne, sestavila jsem diagnózy na pooperační období.

Přehled diagnóz:

1. Akutní bolest z důvodu operačního zákroku
2. Obava z možného nezvládnutí péče o stomii z důvodu nedostatku znalostí a nepřipravenosti pacientky
3. Porucha kožní integrity potenciální i aktuální z důvodu stomie
4. Riziko vzniku komplikací z důvodu zavedených invazivních vstupů – periferní žilní kanyly a permanentního močového katétru
5. Potenciální tromboembolické komplikace v důsledku operace

VII.4.1. Akutní bolest z důvodu operačního zákroku

Cíl:

a) krátkodobý

- pacientka bude spát alespoň 6 hodin nepřetržitě
- pacientka bude udávat zmenšení bolesti

b) dlouhodobý

- pacientka neudává žádnou bolest

Plán:

- podávat analgetika dle ordinace lékaře (Dolsin 80 mg i.m.)
- správná aplikace i.m. injekce (dle standardu)
- každou aplikaci injekce zaznamenat do dokumentace a sledovat účinnost léčby
- naučit pacientku správnému vstávání z lůžka
- poučit pacientku o úlevové poloze
- zajistit klid, ticho, soukromí
- domluvit se s pacientkou na plánu, jak překonávat bolest

Realizace a hodnocení:

Bolest je pro pacienta velmi traumatizující. Může se zbytečně zvyšovat, pokud pacient není plně informován, co se s ním bude dít a neví proč ho něco bolí. Od samého počátku jsem proto pacientce vysvětlila, co ji bude v následujících chvílích a dnech čekat. Požádala jsem ji o spolupráci. Ujistila jsem ji, že se budu ze všech sil snažit její bolest minimalizovat.

Pacientku jsem informovala, že lékař ji ordinuje lék proti bolesti, který bude v prvních dnech dostávat pravidelně v určitém časovém rozmezí a později se ordinace upraví podle její potřeby. Aplikace Dolsinu byla vždy zaznamenána do dokumentace. Pacientka udává zmenšení bolesti.

Po třech dnech analgetikum dostává už jen na noc. Lépe se jí usíná. Udává kvalitnější spánek. Spí nepřetržitě 7 hodin.

VII.4.2. Obava z možného nezvládnutí péče o stomii z důvodu nedostatku znalostí a nepřipravenosti pacientky

Cíl:

- pacientka je během pobytu na našem oddělení seznámena se svým onemocněním (v rozsahu, který si přeje rodina) a s ošetřováním stomie
- aktivně se zapojuje do ošetřování stomie (pacientka se podívá na stomii během dvou dnů)

Plán:

- pacientka bude seznámena se svým onemocněním (v rozsahu, který přeje rodina)
- pacientka bude vědět, proč byla nutná operace
- pacientka bude seznámena s dostupnými pomůckami pro ošetřování stomie
- pacientka bude znát postup při ošetřování stomie
- pacientka se bude pasivně i aktivně zapojovat do ošetřování stomie (podívá se na stomii, opláchne stomii, ošetří stomii ochrannými přípravky, připraví si podložku a sáček k přiložení)

Realizace a hodnocení:

Pokud se člověk něčeho obává, snižuje se jeho výkon a kontrola. Projevuje se nedostatek pozornosti, a proto jsem si na pacientku udělala dostatek času a vysvětlila jí a objasnila, proč musela být vytvořena stomie.

Druhý den po operaci jsem sjednala pacientce návštěvu stomasestry. Stomasestra ukázala pacientce všechny dostupné pomůcky a pomohla jí vybrat pro ni tu nejvhodnější.

Po domluvě se stomasestrou jsem pacientku seznámila s postupem při ošetřování stomie pomocí videokazety. Pacientka se snaží aktivně zapojit do ošetřování stomie. Sama si stomii opláchne vodou a ošetří pokožku ochranným přípravkem (čistící roztok Comfeel). Vystřihne si otvor do podložky a přiložit ji na stomii. Manipulaci se sáčkem nechává na sestře.

Pacientka se domluvila se svou dcerou, že se bude také podílet na péči o stomii. Dcera pacientce pomáhá s výměnou podložky a sáčku. Je informována i o ošetřování pokožky kolem stomie. Pacientka sama udává, že je klidnější a jistější, když ji dcera pomáhá.

VII.4.3. Porucha kožní integrity potenciální i aktuální z důvodu stomie

Cíl:

a) krátkodobý

- pacientka nebude pociťovat pálení a svědění po přiložení stomické pomůcky

b) dlouhodobý

- okolí stomie bude bez známek porušení

– pacientka bude umět předcházet poškození okolí stomie

Plán:

- správná volba stomické pomůcky a kosmetických přípravků (konzultace se stomasestrou)

- seznámení pacientky s postupem při ošetřování stomie (videokazeta, praktický nácvik)

– správné používání ochranných a čistících prostředků na kůži

- správně vystřižený otvor v podložce
- pravidelná kontrola stavu kůže v okolí stomie při odstranění podložky
- při nerovnostech stomie používat vyrovnávací pastu
- při vzniku komplikací v okolí stomie ihned zahájit léčbu
- pravidelná výměna sáčků tzn. 1x denně

Realizace a hodnocení :

Nepříjemnou komplikací je špatné umístění stomie. Ošetřování špatně umístěné stomie je komplikované. Proto hledání optimálního umístění je důležitou součástí předoperační přípravy. Před operací byla kontaktována stomasestra a společně s pacientkou vybraly vhodné místo pro vytvoření stomie, které ji nebude bránit v jejím ošetřování a kde bude pomůcka držet. Na operačním sále byl pacientce přiložen průhledný stomický sáček, který umožňuje vizuální kontrolu stomie. Po konzultaci se stomasestrou o vhodných pomůckách jsme začaly s výukou ošetřování stomie. Pacientka zvolila pomůcky Alterna Free.

Zpočátku pacientka nepečovala o stomii samostatně, ale sledovala sestru. Pacientku jsem poučila, že při výměně podložky je vhodné okolí stomie omýt vlažnou nebo teplejší vodou s nedráždivým mýdlem a poté dobře osušit. Na kůži kolem stomie jsem doporučila používat ochranný film, který se nanese na pokožku před nasazením podložky a nechá se důkladně zaschnout. Druhý den po operaci pacientka vstala z lůžka s pomocí sestry a jelikož měla nepříjemný pocit, že velmi zapáchá, osprchovala se s dopomocí sestry. Před osprchováním jsem pacientce aplikovala předepsané analgetikum (Dolsin) a do sprchy jsem ji přemístila na pojízdném vozíku. Před koupelí jsme s pacientkou společně připravovaly podložku, do které se musí vystříhnout otvor asi o 5 mm větší než je stomie.

Pacientku jsem upozornila na to, že pokud by byl otvor příliš velký, stolice by dráždila pokožku a tím by si způsobila velké komplikace. Velikost otvoru jsem pacientce vystříhla na šablonu, kterou může opakovaně používat i v domácí péči.

Při každé výměně podložky nebo sáčku jsem pečlivě sledovala možné změny probíhající na kůži kolem stomie a samotnou stomii. Po přiložení podložky je nutné setrvat alespoň 15 minut v poloze, ve které jsme podložku nasadily, aby mohla dokonale přilnout. Na takto připravenou podložku je možné připevnit sáček. Doporučila jsem pacientce, aby sáček vyměňovala, když je z jedné třetiny plný.

V dalších dnech se pacientka aktivně zapojovala do péče o stomii. Uvítala návrh stomasestry, aby se do péče také zapojila její dcera. Dcera pacientky pravidelně docházela a účastnila se péče o stomii. Ve výuce ošetřování stomie hrála velkou roli stomasestra, se kterou bude pacientka dále spolupracovat a obracet se na ni s problémy. Domů pacientka odcházela poučena, jak o pokožku pečovat a jak předcházet komplikacím.

VII.4.4. Riziko vzniku komplikací z důvodu zavedených invazivních vstupů – periferní žilní kanyly a permanentního močového katétru

Cíl:

- pacientka nebude mít projevy komplikací (zánět, bolest)
- teplota bude ve fyziologickém rozmezí

Plán:

- výběr vhodného místa zavedení periferní žilní kanyly

- aseptický postup při zavádění periferní kanyly, permanentního močového katétru
- pravidelné kontroly a převazy místa vpichu (aseptický postup), kontrola příměsí v moči,
- aseptický postup při aplikaci infuzní terapie
- kontrola projevů komplikací (zarudnutí, bolest, zvýšená teplota)
- měřit teplotu 2x denně, zaznamenat do teplotní tabulky
- evidence v dokumentaci

Realizace a hodnocení:

Pacientce byla měřena teplota pravidelně v 6:00 hod. a odpoledně v 17:00 hod. a zaznamenána do teplotní tabulky.

Periferní kanyla byla pacientce zrušena pátý den po operaci. Převezky se prováděly každý den za aseptických podmínek. Pacientka byla poučena, že pokud bude pociťovat teplo, pálení nebo jiné nepříjemné vjemy, aby upozornila sestru. Sledovala jsem pravidelně místo vpichu.

Permanentní močový katétr byl pacientce zrušen druhý den po operaci. Pacientka se spontánně vymočila do 6 hodin po zrušení permanentního močového katétru. Pacientka neudávala žádné příznaky komplikací. Zrušení permanentního močového katétru a periferní žilní kanyly bylo zaznamenáno do dokumentace.

VII.4.5. Potenciální tromboembolické komplikace v důsledku operace

Cíl:

- pacientka nebude mít po operaci tromboembolické komplikace

Plán:

- aplikace Fraxiparine 0.3 ml s.c. (dle ordinace lékaře)
- bandáže dolních končetin před vstáváním z lůžka
- pacientka bude vykonávat pohyb na lůžku
- časná mobilizace

Realizace a hodnocení:

Dle ordinace byl pacientce aplikován Fraxiparine 0.3 ml s.c. v 8:00 hod.

Nedílnou součástí tromboembolické prevence je včasná rehabilitace. Pacientku jsem poučila, že je vhodné, aby sama na lůžku cvičila dolní končetiny. Před vstáváním z lůžka byly pacientce přiloženy bandáže dolních končetin. V dalších dnech se pacientka snažila chodit na menší procházky po oddělení v doprovodu zdravotní sestry nebo dcery.

VII.5 Edukace

V edukační části popisují problémy, které jsem pacientce vysvětlila. Edukace probíhala formou otázek a odpovědí.

Co je to kolostomie?

Kolostomie je umělý vývod střeva, kdy se jeho konec vyvede na stěnu břišní. Má tvar oválu nebo kruhu. Ve stomii nejsou nervová zakončení, takže není citlivá na bolest.

Proč musela být založena?

Kolostomie byla založena z důvodu nádoru na tlustém střevě. Aby střevo mohlo plnit dále svou funkci, musela se vytvořit jiná cesta → umělý vývod.

Stomické pomůcky

Stomické pomůcky dělíme na jednodílný systém (přikládáme pouze sáček) a dvoudílný systém (přikládáme podložku a stomický sáček).

Péče o kolostomii v domácím prostředí (dvoudílný systém)

1. Připravíme si všechny potřebné pomůcky :
 - a) odpadkový sáček
 - b) měkkou gázu či jinou měkkou textilii k omytí a osušení
 - c) teplou nebo lehce vlažnou vodu k omytí
 - d) nový sáček a podložku
 - e) nůžky k vystřížení otvoru podložky.
2. Nejprve odstraníme použitý sáček.
3. Odstříhneme dno sáčku a jeho obsah vyprázdníme do záchodové mísy a spláchneme.
4. Tahem jedné ruky napneme kůži na břicho a opatrně odstraníme podložku.

5. Použitý sáček i podložku vložíme do připraveného odpadkového sáčku, který zavážeme.
6. Navlhčíme jemnou gázu nebo jinou textilii v teplé nebo vlažné vodě a důkladně očistíme vývod a okolí stomie.
7. Osušíme čistou gázou. Před nasazením nové podložky je důležité, aby pokožka v okolí kůže byla dokonale suchá!
8. V případě potřeby změříme velikost stomie pomocí měřicí šablony.
9. Pokud máme nerovnou stomii, musíme její tvaru přizpůsobit otvor na podložce. Je důležité, aby velikost otvoru odpovídala velikosti naší stomie (předejdeme podráždění v okolí stomie).
10. Před aplikací odstraníme ochrannou krycí folii z lepící části podložky. Umístíme otvor lepící plochy podložky nad stomii a použijeme mírný tlak.
11. Podložku přitlačíme směrem od středu stomie k okrajům a pokračujeme v okolí stomie dokud si nejsme jisti, že podložka bezpečně drží.
12. Připevníme sáček na podložku.
13. Prsty zkontrolujeme spojení po celém obvodu a ujistíme se, že sáček je bezpečně připevněn k podložce.

Co máme jíst?

Správným výběrem potravin můžeme ovlivnit činnost střeva. Volíme tedy stravu netučnou a nenadýmavou. Musíme omezit celozrnný chléb, luštěniny, uzeniny, zeleninu a ovoce ve slupce (rajčata, pomeranče, grepy).

Potraviny tepelně upravujeme, meleme, dusíme a vaříme. Z masa volíme spíše bílá masa, ryby a drubeží maso. Vhodné jsou i mléčné odtučněné výrobky (sýry). Nejvhodnějším způsobem výběru potravin je vyzkoušet a zhodnotit naši toleranci na ni.

Nevhodné potraviny:

hrách, čočka, fazole, syrová zelenina, zelí hlávkové i kyselé, kapust, cibule, ředkev, tvrdé syrové ovoce, brambory v kouscích,

masa tučná, smažená, nakládaná, uzená, slanina, škvarky, konzervy, pikantní lahůdky, čerstvá kynutá těsta, smažené pečivo, celozrnný chléb, veškeré koření, mandle ořechy Potraviny s různým účinkem:

a) nadýmavý účinek:

vejce, pivo, cibule, šumivé nápoje, čerstvé pečivo

b) účinek proti nadýmání:

brusinky, jogurt

c) zápach podporují:

vejce, maso, ryby, cibule, česnek, koření, některé druhy sýrů, květák

d) zápach tlumí:

špenát, zelený salát, petržel, brusinky, jogurt

e) projímavě působí:

káva, cukr, alkohol, švestky, kyselé zelí, šťáva z kyselého zelí, mléko, zelenina, masový vývar, zeleninová polévka, kapusta, brukev, šuminé nápoje, ryby

f) vlákninu obsahující potraviny, které mohou způsobit koliku:
ořechy, luštěniny, kůže, syrová mrkev, hlávkové zelí, kapusta, brukev, cibule, hlávkový salát, hrách, kukuřice, křížaly, houby

g) potraviny, které mohou způsobit bolesti:

cibule, ananas

h) průjem tlumí:

svažené mléko, čokoláda, červené víno, bílý chléb, brambory, rýže

Půjem a zácpa

Mnozí stomici trpí zácpou a průjmem. Průjem může být způsoben tím, co jíme, ale může vzniknout i z jiných příčin (rozrušení, virové či bakteriální infekce, choroby). Může být také důsledkem léčby (léky, chemoterapie, radioterapie). Velmi důležité je doplňování tekutin, soli a glukózy. Tekutá stolice může vést k dehydrataci a k nerovnováze elektrolytů. Podstatou je naléz příčinu problému. Pokud je příčinou průjmu potraviny s velkým obsahem vlákniny, měli bychom se snažit jíst např. banány, vyřenou rýži, neslazený přírodní jogurt či bílý chléb.

Zácpu si můžeme způsobit kukuřičnými klasy a ořechy. Jestliže je řádně nerozžvýkáme, vytvoří se ve střevě nestrávená hmota, která může způsobit neprůchodnost střev. Máme-li sklon k zácpě, prospěje nám sklenka čerstvé pomerančové šťávy ráno před jídlem. Velmi důležité je dostatek tekutin.

S kým se mohu poradit?

Pokud budu potřebovat jakoukoliv radu, mohu zavolat na StomaLinku ConvaTec 800 122 111 pro volajícího zdarma. Od 8:30 hod. do 17:00 hod. zde každý den ochotně poradí pracovnice na StomaLine.

Vyskytne-li se ošetřovatelský problém mohu kontaktovat svou stomasestru a odmluvit si případnou schůzku. Další informace mohu nalézt průběžně v časopise stomiků Radim nebo na internetu. Rady a informace do něj píší zkušené sestry i sami stomici.

Nezapomeňte! Každý problém má své řešení a nikdy na něj nejste sama!

VIII. Hodnocení pacientky z psychologického hlediska

Paní M. Ř. je 75-letá paní v důchodu. Dříve pracovala jako vedoucí prodavačka v zelenině. Před 15-i lety ztratila svého muže, který ji velmi chybí. Žije sama v panelákovém bytě asi 30 km od své dcery. Se svou kamarádkou navštěvuje divadla a každý pátek si zajdou do cukrárny. Jejím největším koníčkem je pletení a háčkování. Ráda také čte romantické romány v němčině.

Má jednu dceru, která jí v nemocnici pravidelně navštěvuje. Po domluvě s pacientkou se také učí pečovat o stomii. Dcera je pro pacientku velkou oporou jak v předoperačním, tak i v pooperačním období.

Rakovina pro laiky se rovná smrt. I paní M. Ř. tato diagnóza zaskočila. Nechtěla podstoupit operaci. Chtěla umřít. Po rozhovoru se sestrou a hlavně se svou dcerou se nakonec rozhodla operaci podstoupit a bojovat tak s nemocí.

Na psychické úrovni se nemoc vyvíjí a tím i prožitky nemocného. Podle Kubler-Rossovové má vývoj svá stádia. První stádium je šok. Člověk se dostává náhle do role nemocného. Ptá se: „Proč zrovna já?“, „Proč se to stalo?“. Nemocný začíná popírat svou nemoc a stahuje se do izolace. Nejnáročnějším obdobím prožívání nemoci pro rodinu i ošetřující personál je období zloby a hněvu. Nemocný prožívá životní krizi. Dalším stádiem je smlouvání. Prožívání tohoto stádia závisí na individuálních hodnotách a cílech nemocného. Nemocný se dostává do stádia deprese. Konečným stádiem prožívání nemoci je akceptace. Nemocný přijímá pravdu o své nemoci. Podle charakteru nemocného může dále nastoupit rezignace nebo zoufalství. Je to časté více než nastolení důstojného klidu.

Paní M. Ř. podstoupila operaci, protože věřila, že se plně uzdraví. Po domluvě s lékařem se její dcera rozhodla, že matce nepoví celou pravdu o jejím rozsáhlém onemocnění. Po propuštění ze nemocnice paní M. Ř. bude bydlet se svou dcerou. Zajistili jsme i domácí péči, která bude pravidelně docházet a pečovat o rány po operaci.

Je velmi těžké odhadnout, zda povědět pacientovi celou pravdu nebo „mírnější pravdu“. Závisí to na charakteru člověka. Myslím si, že každý má právo vědět, co se s ním děje a mít možnost se vyrovnat s nemocí svým způsobem. Na druhou stranu se člověk snáze vyrovnává s částí pravdy, jelikož je pro nás únosnější. Starší lidé, si myslím, se se smrtí vyrovnávají snáze.

Paní M. Ř. je vdova a manžel jí velmi chybí. Před operací chtěl zemřít a být se svým manželem. Sama říkala: „Už jsem dost stará. Prožila jsem spoustu radostí i starostí. Je čas odejít.“ Operací se čas odchodu jen prodloužil. Záleží na ní, jakým způsobem ho využije. Myslím si, že to ve skrytu duše cítí, že brzy přijde konec.

Pro rodinu to bude velmi těžké období. Chtějí ochránit pacientku. Ale před čím? Domnívám se, že každý člověk pozná, kdy přišel jeho čas. Cítí to.

Smrt je nevyhnutelný konec života. Nelze změnit, pouze oddálit. Paní M. Ř. odcházela z nemocnice s úsměvem na rtech a klidným vyrovnaným krokem.

IX. Prognóza

Pooperační stav pacientky probíhal bez komplikací. Stomie odváděla. Desátý den po operaci byla propuštěna do domácího léčení. Paní M.Ř. bude bydlet u své dcery a každý den bude navštěvována agenturou domácí péče.

Z ošetrovatelského hlediska není prognóza příznivá. V domácí péči se mohou vyskytnout komplikace způsobené přáním rodiny neinformovat pacientku o rozsahu onemocnění. Záleží na rodině i pacientce, jak se s nastalou situací vyrovnají.

Pacientka odchází domů bez teplot a se stomií, která odvádí bez problémů. Kůže v okolí stomie je neporušená a pacientka o stomii umí pečovat. Je tedy reálný předpoklad, že ani v domácí péči nenastanou žádné komplikace se stomií. Operační rána je ve fázi hojení. Převazy 2x denně bude provádět agentura domácí péče.

Po psychické stránce je pacientka vyrovnaná. Naučila se pečovat o stomii a získala potřebnou jistotu. Je informována o kontaktu na stomasestru., která ji zodpoví případné otázky a poradí při problémech různého druhu.

X. Závěr

Ve své práci jsem se věnovala problematice kolostomií, se kterou jsem se často setkala na praxi. Stomie je velká změna v životě pacienta a proto správnou a dostatečnou edukaci považuji za důležitou.

K tomu, aby mohla sestra nemocnému pomoci, potřebuje nejen teoretické a praktické znalosti, ale musí umět s pacienty komunikovat a vycítit jejich problémy.

Vzhledem k tomu, že rodina pacientky si nepřála informovat pacientku o rozsahu onemocnění, uvědomila jsem si, že není jednoduché se rozhodnout, zda sdělit plnou pravdu či nikoli.

Sestra nemůže z pacienta sejmout všechny problémy, starosti a obavy, ale může mu pomoci. O to jsem se snažila i já při péči o mou pacientku.

Přílohy:**Tlusté střevo a konečník**

TNM klinická klasifikace

T – primární nádor	
TX	Primární nádor nelze hodnotit
T0	Bez známek primárního nádoru
Tis	Karcinom in situ: intraepiteální nebo invaze do lamina propria mucosae (zahrnuje nádorové buňky, jež nepřesahují bazální membránu žlázek – intraepiteálně – či lamina propria mucosae – intramukozálně – bez šíření přes muscularis mucosae do submukózy)
T1	Nádor postihuje submukózu
T2	Nádor postihuje tunica muscularis propria
T3	Nádor prorůstá přes muscularis propria do subserózy nebo do neperitonealizované perikolické nebo perirektální tkáně
T4	Nádor přímo porušuje jiné orgány nebo struktury (přímé šíření u T4 zahrnuje též invazi do jiných segmentů kolorekta přes serózu, např. invazi do sigmatu z karcinomu céka) a nebo perforuje viscerální peritoneum

N – regionální mízní uzliny	
NX	Regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	V regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	Metastázy v 1 až 3 regionálních mízních uzlinách
N2	Metastázy ve 4 nebo více regionálních mízních uzlinách

Pozn.

Nádorový uzlík o průměru více než 3 mm v perirektální nebo perikolické tukové tkáni bez histologického průkazu zbytku mizní uzliny v uzlíku se klasifikuje jako metastáza v regionální mizní uzlině. Nádorový uzlík v průměru do 3 mm se však klasifikuje v kategorii T jako diskontinuální šíření, tj. T3.

M – vzdálené metastázy	
MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	Nejsou vzdálené metastázy
M1	Vzdálené metastázy

Rozdělení do stádií

TNM /Dukes/Aytler-Coller/modifikovaný Astler-Coller/

Stádium 0	Tis N0 M0
Stádium I	T1 N0 M0 /A*/ A/ A/ T2 N0 M0 / A*/ B1/ B1/
Stádium II	T3 N0 M0 / B*/ B2/ B2/ T4 N0 M0 / B*/ B2/ B3/
Stádium III	T1-2 N1 M0 / C*/ C1/ C1/ T3 N1 M0 /C*/ C2/ C2/ T4 N1 M0 /C*/ C2/ C3/ Jakékoliv T N2 M0 /C*/ -/ -/
Stádium IV	Jakékoliv T jakékoliv N M1

Pozn. *Dukes B se skládá ze skupiny prognosticky příznivější /T3 N0 M0/ a prognosticky horší /T4 N0 M0/, stejně tak u Dukes C /jakékoliv T N1 M0 a jakékoliv T N2 M0/.

Přehled léků používaných při chemoterapii :

5-fluorouracil

5-FU se používá od roku 1957. V organismu dochází k jeho matabolizaci v játrech. –FU lze podat intraperitoneálně, intraarteriálně do a.hepatica při léčbě jaterních metastáz. Jeho účinnost se zvyšuje předchozím podáním leucovorinu.

Nežádoucí účinky: zvracení, nevolnost, mírná alopecie, stomatitida, průjmy, leukopenie, trombopenie, kardiotoxicita

Irinotecan (Campto)

Irinotecan je vylučován ledvinami.

Nežádoucí účinky: průjem, myelotoxicita

Raltitrexed (Tomudex)

Raltitrexed je nové cytostatikum používané v léčbě pokročilého kolorektálního karcinomu. Cytostatikum je transportováno aktivně do buněk a tím dochází ke zvýšení jeho účinku.

Nežádoucí účinky: hematologické komplikace (u starších nemocných se sníženou funkcí ledvin)

Oxaliplatina

Oxaliplatina se kombinuje s 5-FU. Je aktivní u nádorů s vlastní či získanou rezistencí k ostatním platinovým derivátům.

Nežádoucí účinky: neutropenie, průjem, parestézie

Capecitabin (Xeloda)

Jedná se o perorální formu fluoropyrimidinu. Po požití je resorbován plně trávicím traktem.

Charta práv stomiků

Cílem Světové organizace stomiků je, aby všichni stomici měli právo na uspokojivou kvalitu života po operaci, a aby se na celém světě naplnila tato Charta:

Každý stomik má právo na:

- 1. Předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií.*
- 2. Dobře vytvořenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta.*
- 3. Kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i doma.*
- 4. Úplnou a objektivní informaci o všech pomůckách, které jsou ov jeho vlasti zaregistrovány.*
- 5. Možnost výběru různých pomůcek bez předsudků a donucení.*
- 6. Informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a o službách a podpoře, které poskytují.*
- 7. Podporu a informaci rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny nutné k dosažení uspokojivé úrovně života se stomií.*

Vydal koordinační výbor Světové organizace stomiků (IOA) k příležitosti Světového dne stomiků 2.října 1993.

Přehled stomických pomůcek

firma COLOPLAST

a) *Easiflex*

Podložky	Příruba 50 mm	Příruba 70 mm
<i>Podložka Easiflex</i>	86679	
<i>Podložka Easiflex</i>		86680

Uzavřené sáčky	Barva	Vel.	Příruba 50 mm	Příruba 70 mm
<i>Sáček Easiflex</i>	<i>Běžový</i>	<i>midi</i>	86681	
<i>Sáček Easiflex</i>	<i>Běžový</i>	<i>Maxi</i>	86682	
<i>Sáček Easiflex</i>	<i>Běžový</i>	<i>Maxi</i>		86683
<i>Sáček Easiflex</i>	<i>Běžový</i>	<i>Extra maxi</i>		86684

Výpustné sáčky	Barva	Vel.	Příruba 50 mm	Příruba 70 mm
<i>Sáček Easiflex</i>	<i>Běžový</i>	<i>Midi</i>	86685	
<i>Sáček Easiflex</i>	<i>Běžový</i>	<i>Maxi</i>	86686	
<i>Sáček Easiflex</i>	<i>Běžový</i>	<i>Maxi</i>		86687
<i>Sáček Easiflex</i>	<i>Průhled.</i>	<i>maxi</i>		86688

* uvedená čísla jsou kódy pomůcek z číselníku VZP

b) *Alterna*

Jednodílné systémy

kolostomický sáček Alterna Free

Velikost	Barva	20 – 65 mm	20 – 75 mm
<i>Mini</i>	<i>Běžový</i>	86394	
<i>Midi</i>	<i>Běžový</i>		86395
<i>Maxi</i>	<i>Běžový</i>		86396
<i>Maxi</i>	<i>Průhledný</i>		86397

Ileostomické sáčky Alterna Free Hide-away

Velikost	Barva	12 – 55 mm	12 – 70 mm
<i>Midi</i>	<i>Běžový</i>	86565	
<i>maxi</i>	<i>běžový</i>		86566

Urostomické sáčky Alterna

Velikost	Barva	10 – 55 mm
<i>Midi</i>	<i>Průhledný</i>	86271
<i>maxi</i>	<i>Běžový</i>	86272

Doudílný systém

Podložky Alterna

Příruba	40 mm	50 mm	60 mm
<i>Podložky</i>	86092	86093	86094
<i>Podložky s oušky</i>	86573	86574	86575
<i>Konvexní podložky</i>	-----	86368	86369

Kolostomické sáčky Alterna Free

Velikost	Barva	40 mm	50 mm	60 mm
<i>Midi</i>	<i>Běžový</i>	86398	-----	-----
<i>Maxi</i>	<i>Běžový</i>	86399	-----	-----
<i>Midi</i>	<i>Běžový</i>	-----	86400	-----
<i>Maxi</i>	<i>Běžový</i>	-----	86401	-----
<i>Midi</i>	<i>Běžový</i>	-----	-----	86402
<i>Maxi</i>	<i>Běžový</i>	-----	-----	86403

Ileostomické sáčky Alterna Free Hide - away

Velikost	Barva	40 mm	50 mm	60 mm
<i>Midi</i>	<i>Běžový</i>	86567	86569	86571
<i>maxi</i>	<i>Běžový</i>	86568	86570	86572

Urostomické sáčky Alterna

Velikost	Barva	40 mm	50 mm	60 mm
<i>Midi</i>	<i>Průhled.</i>	86146	86147	-----
<i>maxi</i>	<i>Běžový</i>	86148	86149	86150

Kosmetické pomůcky

Čistící roztok Comfeel

Kód VZP	Bal./obsah	Úhrada
03362	<i>Lahvička 150 ml</i>	<i>PZ</i>

Ochranný film Comfeel

Kód VZP	Bal./obsah	Úhrada
03365	<i>Aplikátor 40 ml</i>	<i>P</i>

Adhezivní pasta

Kód VZP	Ba./obsah	Úhrada
03341	Tuba 60g	P

3 *Pohlcovač pachu Ostobon*

Kód VZP	Ba./obsah	Úhrada
03346	Tuba 22g	P

3 *Ochranný krém Comfeel*

3

Kód VZP	Bal./obsah	Úhrada
03364	Tuba 60 ml	P

3 *Ochranné destičky (roušky)*

Kód VZP	velikost	Ks (bal.)	úhrada
03355	10 x 10	10	P
03356	15 x 15	5	P
03357	20 x 20	5	P
03358	200 x 10	1	P

P – plná úhrada Z – podléhá schválení revizního lékaře

firma DANSAC

Dansac Tělová voda (Dansac Skin Lotion)

Objem	Kód pojišťovny	Číslo výrobku	Balení
200 ml	86519	70000-0000	1 ks

3 *Dansac Pohlcovač zápachu (Dansac Nodor S)*

Objem	Kód pojišťovny	Číslo výrobku	Balení
250 ml	86517	080-01	1 ks

Dansac krém (Dansac Skin Creme)

Objem	Kód pojišťovny	Číslo výrobku	Balení
<i>100 ml</i>	<i>86516</i>	<i>085-00</i>	<i>1 ks</i>

3 *Dansac pasta (Dansac Soft Pasta)*

Hmotnost	Kód pojišťovny	Číslo výrobku	Balení
<i>50 g</i>	<i>86518</i>	<i>77550-0</i>	<i>1 ks</i>

3 *Dansac kroužky (Dansac GX-tra Seals)*

Velikost otvoru/celkový průměr	Kód pojišťovny	Č.výrobku	Balení
<i>20 / 50 mm</i>	<i>86520</i>	<i>725-20 /30</i>	<i>30 ks</i>
<i>30 / 60 mm</i>	<i>86521</i>	<i>725-30/30</i>	<i>30 ks</i>
<i>40 / 70 mm</i>	<i>86522</i>	<i>725-40/30</i>	<i>30 ks</i>
<i>50 / 80 mm</i>	<i>86523</i>	<i>725-50/30</i>	<i>30 ks</i>

Firma ConvaTec

Stomadress a Combihesiv 2S

Kód	Název	Rozměr	Balení
<i>02703</i>	<i>S. Stomadress dětský výpustný</i>	<i>9-50 mm</i>	<i>15 ks</i>
<i>02704</i>	<i>S.Stomadress dětský urostomický</i>	<i>9-25 mm</i>	<i>15 ks</i>
<i>86108</i>	<i>S.kolostomický dětský</i>	<i>32 mm</i>	<i>20 ks</i>
<i>86109</i>	<i>S.kolostomický dětský</i>	<i>45 mm</i>	<i>20 ks</i>

<i>Kód</i>	<i>Název</i>	<i>Rozměr</i>	<i>Balení</i>
86110	<i>S.ileostomický dětský</i>	32 mm	10 ks
86111	<i>S.ileostomický dětský</i>	45 mm	10 ks
86112	<i>S.urostomický dětský</i>	32 mm	10 ks
86113	<i>S.urostomický dětský</i>	45 mm	10 ks
86114	<i>Podložka dětská</i>	32 mm (8x8 cm)	5 ks

Combihesive 2S

<i>Kód</i>	<i>Název</i>	<i>Rozměr</i>	<i>Balení</i>
03116	<i>S.kolostomický</i>	32 mm	30 ks
03117	<i>S.kolostomický</i>	38 mm	30 ks
03118	<i>S.kolostomický</i>	45 mm	30 ks
03119	<i>S.kolostomický</i>	57 mm	30 ks
03120	<i>S.kolostomický</i>	70 mm	30 ks
03121	<i>S.kolostomický s filtrem</i>	32 mm	30 ks
03122	<i>S.kolostomický s filtrem</i>	38 mm	30 ks
03123	<i>S.kolostomický s filtrem</i>	45 mm	30 ks
03124	<i>S.kolostomický s filtrem</i>	57 mm	30 ks
03125	<i>S.kolostomický s filtrem</i>	70 mm	30 ks
06112	<i>Krytka stomie</i>	38 mm	25 ks
06112	<i>Krytka stomie</i>	45 mm	25 ks
06112	<i>Krytka stomie</i>	57 mm	25 ks

Combihesive InvisiClose 2S

<i>Kód</i>	<i>Název výrobku</i>	<i>Vel.kroužku</i>	<i>Balení</i>
86693	<i>InvisiClose béžový</i>	<i>38 mm</i>	<i>10 ks</i>
86694	<i>InvisiClose béžový</i>	<i>45 mm</i>	<i>10 ks</i>
86695	<i>InvisiClose béžový</i>	<i>57 mm</i>	<i>10 ks</i>
86696	<i>InvisiClose béžový</i>	<i>70 mm</i>	<i>10 ks</i>

<i>Kód</i>	<i>Název výrobku</i>	<i>Průměr kroužku</i>	<i>Vel.stomie</i>	<i>Balení</i>
86690	<i>C.2SCon.tv.malá</i>	<i>45 mm</i>	<i>13 -32 mm</i>	<i>5 ks</i>
86691	<i>C.2SCon.tv.stand</i>	<i>45 mm</i>	<i>22-32 mm</i>	<i>5 ks</i>
86692	<i>C.2S Con.tv.vel.</i>	<i>57 mm</i>	<i>33-45 mm</i>	<i>5 ks</i>
02686	<i>Combihesive 2S</i>	<i>32 mm</i>	<i>10x10 mm</i>	<i>5 ks</i>
03170	<i>Combihesive 2S</i>	<i>38 mm</i>	<i>10x10 mm</i>	<i>5 ks</i>
03171	<i>Combihesive 2S</i>	<i>45 mm</i>	<i>10x10 mm</i>	<i>5 ks</i>
03172	<i>Combihesive 2S</i>	<i>57 mm</i>	<i>10x10 mm</i>	<i>5 ks</i>
02687	<i>Combihesive 2S</i>	<i>70 mm</i>	<i>12,5x12,5m</i>	<i>5 ks</i>
02688	<i>Combihesive 2S</i>	<i>100 mm</i>	<i>15x15 mm</i>	<i>5 ks</i>
02689	<i>Com.2S Flexible</i>	<i>32 mm</i>	<i>10x10 mm</i>	<i>5 ks</i>
03175	<i>Com.2S Flexible</i>	<i>38 mm</i>	<i>10x10 mm</i>	<i>5 ks</i>
03176	<i>Com.2S Flexible</i>	<i>45 mm</i>	<i>10x10 mm</i>	<i>5 ks</i>
03174	<i>Com.2S Flexible</i>	<i>57 mm</i>	<i>12,5x12,5m</i>	<i>5 ks</i>
03177	<i>Com.2S Flexible</i>	<i>70 mm</i>	<i>12,5x12,5m</i>	<i>5 ks</i>
02693	<i>Com.2S Duoflex</i>	<i>32 mm</i>	<i>10x10 mm</i>	<i>5 ks</i>

Datum	Oš.diagnóza	Cíl	Plán	Realizace a hodnocení
29.11.	1. Akutní bolest z důvodu operačního zákroku	<p>a) krátkodobý</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka bude spát alespoň 6 hodin nepřetržitě - pacientka bude udávat zmenšení bolesti <p>b) dlouhodobý</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka neudává žádnou bolest 	<ul style="list-style-type: none"> - podávat analgetika dle ordinace lékaře (Dolsin 80 mg i.m.) - správná aplikace i.m. injekce (dle standardu) - každou aplikaci injekce zaznamenat do dokumentace a sledovat účinnost léčby - Naučit pacientku správnému vstávání z lůžka - Poučit pacientku o úlevové poloze - Zajistit klid, ticho, soukromí - domluvit se s pacientkou na plánu, jak překonávat bolest 	<p>S pacientkou se povedl navázat dobrý kontakt. Pacientka udává po aplikaci dolsinu zmenšení bolesti.</p> <p>2.12. Analgetikum dostává jen na noc. Lépe usíná, spánek je kvalitnější.</p>
	2. Obava z možného nezvládnutí péče o stomii z důvodu nedostatku znalostí a nepřipravenosti pacientky	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka je během pobytu na našem oddělení seznámena se svým onemocněním (v rozsahu, který si přeje rodina) a s ošetřováním stomie - aktivně se zapojuje do ošetřování stomi (pacientka se podívá na stomii během dvou dnů) 	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka bude seznámena se svým onemocněním (v rozsahu, který si přeje rodina) - pacientka bude vědět, proč byla nutná operace - pacientka bude seznámena s dostupnými pomůckami pro ošetřování stomie - pacientka bude znát postup při ošetřování 	<p>30.11. návštěva stomasestry</p> <p>Vybrána souprava Alterna Free</p> <p>Pacientka si sama stomii opláchně, ošetří pokožku ochranným přípravkem, vystříhne otvor na podložce, přiloží ji na stomii. K ošetřování se připojila dcera pacientky – péči zvládá.</p>

Datum	Oš.diagnóza	Cíl	Plán	Realizace a hodnocení
			stomie - pacientka se bude pasivně i aktivně zapojovat do ošetřování stomie (podívá se na stomii, opláchne stomii, ošetří stomii ochrannými přípravky, připraví si podložku a sáček k přiložení)	
	3. Porucha kožní integrity potenciální i aktuální z důvodu stomie	a) krátkodobý - pacientka nebude pociťovat pálení a svědění po přiložení stomické pomůcky b) dlouhodobý - okolí stomie bude bez známek porušení - pacientka bude umět předcházet poškození okolí stomie	- správná volba stomické pomůcky a kosmetických přípravků (konzultace se stomasestrou) - seznámení pacientky s postupem při ošetřování stomie (videokazeta, praktický nácvik) - správné používání ochranných a čistících prostředků na kůži - správně vystřižený otvor v podložce - pravidelná kontrola stavu kůže v okolí stomie při odstranění podložky - při nerovnostech stomie používat vyrovnávací pastu - při vzniku komplikací v okolí stomie ihned	Pacientka si vybrala systém Alterna Free. Žádné komplikace se neobjevily. Péči os stomii provádí dcera a pacientka v plném rozsahu.

Datum	Oš.diagnóza	Cíl	Plán	Realizace a hodnocení
			zahájit léčbu - pravidelná výměna sáčků tzn. 1xdenně	
	4.Riziko vzniku komplikací z důvodu zavedení periferní žilní kanyly a permanentního močového katétru	- pacientka nebude mít projevy komplikací (zánět, bolest) - teplota bude ve fyziologickém rozmezí	- výběr vhodného místa zavedení PŽK - aseptický postup při zavádění PŽK, PMK - pravidelné kontroly a převazy místa vpichu (aseptický postup), kontrola příměsí v moči - aseptický postup při aplikaci infuzní terapie Kontrola projevů komplikací (zarudnutí, bolest, zvýšená teplota) -měřit teplotu 2xdenně - evidence v dokumentaci	PŽK zrušen 3.12. PMK zrušen 30.11. Komplikace nenastaly.
	5. Potenciální tromboembolické komplikace v důsledku operace	- pacientka nebude mít po operaci tromboembolické komplikace	- aplikace Fraxiparine 0,3 ml s.c. (dle ordinace lékaře) - bandáže DK - pacientka bude vykonávat pohyb na lůžku - časná mobilizace	Pacientka na lůžku cvičila DK. V dalších dnech se procházela s dcerou po oddělení.