

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Anna Rasochová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Anna Rasochová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Čadová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Čadové za odborné vedení bakalářské práce, podporu, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FN Plzeň za vstřícnost a odbornou konzultaci.

Anotace

Příjmení a jméno: Rasochová Anna

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelský proces u nemocného s kolorektálním karcinomem

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Čadová

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 11

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: kolorektální karcinom, stomie, kolonoskopie, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u nemocných s kolorektálním karcinomem.

V teoretické části je stručně popsána anatomie gastrointestinálního systému, charakteristika onemocnění, dále kapitoly zabývající se prevencí, diagnostikou a terapií onemocnění. Poslední kapitola se věnuje ošetrovatelské péči o onkologické pacienty.

V praktické části jsou zpracovány dvě případové studie pomocí modelu M. Gordonové. V diskuzi jsou poté zmapovány a zhodnoceny jednotlivé problémy pacientů, které se rovněž snažím porovnat mezi sebou.

Annotation

Surname and name: Rasochová Anna

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing Process in Care of Patient with Colorectal Cancer

Consultant: Mgr. Lucie Čadová

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 11

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 30

Keywords: colorectal carcinoma, stoma, colonoscopy, nursing care

Summary:

This bachelor thesis is mainly focused on the nursing process in care of patient with colorectal cancer.

In the theoretical part is briefly described the anatomy of gastrointestinal tract, characteristics, prevention, diagnostics and therapy of the colorectal carcinoma. The last chapter is aimed to the nursing care of oncological patients.

In the practical part are two case studies adapted with help of the M. Gordon nursing model. At the end of this bachelor thesis I'm trying to enumerate the main problems of those patients and also draw a comparison between patient number one and patient number two.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE GIT	11
1.1 Části gastrointestinálního traktu	11
1.2 Stavba stěny, hybnost a sekrece	13
2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	15
2.1 Charakteristika KRK	15
2.1.1 Etiologie	15
2.1.2 Epidemiologie	16
2.2 Prevence	17
2.2.1 Primární prevence	17
2.2.2 Sekundární prevence	17
2.2.3 Screening KRK	18
2.2.4 Prekancerózy	19
2.3 Diagnostika	19
2.3.1 Vyšetřovací metody	19
2.3.2 Staging a grading	20
2.4 Terapie	23
2.4.1 Chirurgická léčba	23
2.4.2 Kolostomie	23
2.4.3 Radioterapie	24
2.4.4 Chemoterapie	25
2.4.5 Biologická léčba	26
2.5 Úloha sestry v péči o pacienty s KRK	26
2.5.1 Úloha sestry při chemoterapii	27
2.5.2 Úloha sestry v péči o žilní vstupy	27
2.5.3 Úloha sestry v monitorování bolesti	27
2.5.4 Úloha sestry v poskytnutí psychosociální péče	28
PRAKTICKÁ ČÁST	29
3 FORMULACE PROBLÉMU	29
3.1 Cíl výzkumu	29
3.2 Výzkumné otázky	29
3.3 Druh výzkumu a výběr metodiky	30
3.4 Metoda	30
3.5 Výběr případu	30

3.6	Způsob získávání informací	30
3.7	Organizace výzkumu.....	31
4	KAZUISTIKA Č. 1.....	32
4.1	Anamnéza	32
4.2	Průběh hospitalizace	35
4.3	Ošetrovatelský model Marjory Gordonové	36
4.4	Plán ošetrovatelské péče	40
4.4.1	Akutní ošetrovatelské diagnózy	40
4.4.2	Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	44
4.5	Edukační plán	45
	KAZUISTIKA Č. 2.....	47
4.6	Anamnéza	47
4.7	Průběh hospitalizace	50
4.8	Ošetrovatelský model Marjory Gordonové	51
4.9	Plán ošetrovatelské péče	55
4.9.1	Akutní ošetrovatelské diagnózy	55
4.10	Edukační plán	58
5	DISKUZE	60
6	ZÁVĚR.....	64
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného s kolorektálním karcinomem. Protože toto onemocnění stále zaujímá přední příčky nejčastěji se vyskytujících malignit, setkáváme se denně s pacienty léčícími se pro kolorektální karcinom na onkologických pracovištích. Sama jsem se na své první odborné praxi na onkologii setkala s mnohými z nich a měla možnost vidět, jak probíhá léčba, jak je třeba s takovým pacientem komunikovat a s jakými problémy se pacienti potýkají. Jelikož mě toto onemocnění zaujalo a chtěla jsem se o něm dozvědět ještě více informací, zvolila jsem ho za téma své bakalářské práce.

Cílem této práce bude především zmapovat vytyčené problémové oblasti pacientů léčících se s tímto onemocněním a najít vhodná řešení těchto problémů a případných komplikací. V teoretické části se zaměřuji na KRK obecně – zásadní kapitolou je zejména prevence, která je nesmírně důležitá pro včasný záchyt onemocnění. Cílem praktické části je zpracování dvou kazuistik pacientů léčících se pro KRK, zpracování ošetrovatelského procesu a navržení individuálního edukačního plánu. V diskuzi se poté snažím srovnat tyto dva případy a hledat společné průsečíky či naopak poukázat na individuální problémy obou pacientů.

Pro svou bakalářskou práci jsem využila služeb Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje ke zpracování literární rešerše. Stáří literatury bylo určeno na 5 let. Klíčová slova byla: KRK, incidence KRK, prevence KRK, diagnostika KRK, terapie KRK, anatomie GIT, kolostomie, péče o kolostomii.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE GIT

Gastrointestinální soustava je tvořena systémem dutých trubicovitých orgánů, mezi něž patří dutina ústní, *cavitas oris*, hltan, *pharynx*, jícen, *oesophagus*, žaludek, *ventriculus*, tenké střevo, *intestinum tenue*, tlusté střevo, *intestinum crassum* a konečník, *rectum*. Na tento systém se dále váží žlázy, *glandulae*, které se významně podílejí na procesu trávení. Mezi velké žlázy, které jsou uloženy mimo trávicí soustavu, patří játra, *hepar*, slinivka břišní, *pankreas*, a slinné žlázy, *glandulae salivariae*. Malé žlázy jsou uloženy přímo ve stěně trávicí trubice. Gastrointestinální trakt slouží k příjmu potravy, jejímu zpracování, vstřebávání, trávení živin a vylučování odpadních látek z organismu. (Kott a Petříková, 2009, s. 6)

1.1 Části gastrointestinálního traktu

Dutina ústní, *cavitas oris*, slouží k příjmu, rozmělnění potravy a jejímu smísení se slinami. Obsahuje zuby, *dentes*, jazyk, *lingua*, slinné žlázy, *glandulae salivariae*, a patrové mandle, *tonsillae palatinae*. Je tvořena dole měkkým a nahoře tvrdým patrem, zepředu ohraničena rty a ze stran tvářemi. Vzadu pak přechází do hltanu přes hltanovou úžinu. (Kott a Petříková, 2009, s. 8–13)

Hltan, *pharynx*, je asi 12–15 centimetrů dlouhý a má nálevkovitý tvar. Je společnou částí trávicího a dýchacího systému. Hltan dělíme na tři části: laryngopharynx, oropharynx a nasopharynx. Mezi jeho funkce patří dýchání, polykání a fonace. (Kott a Petříková, 2009, s. 20–22)

Jícen, *oesophagus*, je asi 25–28 centimetrů dlouhá trubice uložená za průdušnicí a dále vedoucí mezi levou a pravou plící přes bránici do žaludku. Má horní a dolní svěrač, jež se podílejí na posunu potravy. Jícen dělíme rovněž na tři části: pars cervicalis, pars thoracica a pars abdominalis. Pars cervicalis tvoří asi 6 centimetrů, pars thoracica 12–16 centimetrů a pars abdominalis je nejkratší část, tvoří asi 1–2 centimetry. Na jejím konci je ze svaloviny utvořen kruhovitý svěrač, který zabraňuje navrácení kyselého obsahu ze žaludku. (Merkunová a Orel, 2008, s. 134)

Žaludek, *ventriculus*, je vak hákovitého tvaru uložený pod levým žeberním obloukem mezi slezinou a játry. Jeho objem je asi 1,5–2 litry. Místo přechodu jícnu v žaludek se nazývá česlo, *cardia*, samotné tělo žaludku, *corpus ventriculi*, přechází nahoře v klenbu, *fundus*, a směrem dolů se zužuje do předsíně, *atrium*. Žaludek je zakončen vrátníkem, *pylorem*, který obsahuje silný kruhový svěrač. Sliznice žaludku je pokryta řasami, které vylučují žaludeční šťávy a hlen. Při malé kurvatuře žaludku jsou výrazné podélné řasy, které tvoří tzv. Waldeyerovu cestu, jež usnadňuje odtok řidšího obsahu žaludku přímo k vrátníku. V žaludku dochází k dalšímu chemickému a mechanickému zpracování potravy. (Merkunová a Orel, 2008, s. 134–135)

Tenké střevo, *intestinum tenue*, je asi 3–5 metrů dlouhá trubice navazující na žaludek a na konci přecházející v tlusté střevo. Tvoří jej tyto části: dvanáctník, *duodenum*, lačník, *jejunum* a kyčelník, *ileum*. Do dvanáctníku ústí Vaterskou papilou vývody jater a slinivky břišní. Pankreatická šťáva pomáhá spolu s vlastní alkalickou šťávou tenkého střeva neutralizovat kyselý obsah žaludku a podílí se na štěpení a vstřebávání živin. Lačník a kyčelník tvoří kličky, které mnohonásobně zvětšují velikost resorpční plochy. Kličky jsou na zadní stěnu peritoneální dutiny fixovány pomocí závěsu, *mesenteria*. (Kott a Petříková, 2009, s. 29–31)

Tlusté střevo, *intestinum crassum*, je asi 1,5 metru dlouhé a končí análním otvorem. Část, do níž ústí tenké střevo, se nazývá slepé střevo, *caecum*, z něho vychází směrem dolů červovitý výběžek, *apendix vermiformis*. Slepé střevo přechází do tračníku, *colonu*, který dělíme na vzestupný tračník, *colon ascendens*, příčný tračník, *colon transversum*, sestupný tračník, *colon descendens*, a esovitou kličku, *colon sigmoideum*. Cirkulární svalovina tlustého střeva tvoří výdutě, *haustra*, podélná svalovina pak bělavé pruhy, *taeniae*. Obsah z tenkého střeva přichází jako kašovitá až tekutá hmota, z ní je postupně vstřebávána voda a elektrolyty, dochází také ke kvasným a hnilobným procesům. Nestrávený zbytek je formován ve stolici a nakonec vyloučen z těla análním otvorem. (Kott a Petříková, 2009, s. 32–34)

Konečník, *rectum*, je posledním úsekem střeva, asi 13–15 centimetrů dlouhým, a jeho hlavní částí jsou ampulla a canalis analis. Ústí análním otvorem na povrch těla a je zakončen dvěma svěrači, vnitřním z hladké svaloviny a vnějším

z příčně pruhované svaloviny, který je ovladatelný vůlí. (Kott a Petříková, 2009, s. 35–36)

1.2 Stavba stěny, hybnost a sekrece

Stěnu trávicí trubice tvoří čtyři charakteristické vrstvy: sliznice, podslizniční vazivo, svalovina a vnější vrstva. (Kott a Petříková, 2009, s. 6)

Sliznice, *tela mucosa*, vystýlá orgány. Od dutiny ústní po jícen je tvořena mnohvrstevnatým dlaždicovitým epitelem a v dalších úsecích přechází v jednovrstevný cylindrický, tzv. resorpční epitel. V některých místech gastrointestinálního traktu může být hladká, jinde je složena v řasy, klky a mikroklky, které umožňují roztažení orgánu při plnění či zvětšují resorpční plochu orgánu. (Kott a Petříková, 2009, s. 7)

Podslizniční vrstva, *tela submucosa*, je řídké vazivo, které spojuje sliznici s vrstvou svalovou. Umožňuje pohyblivost sliznice vůči svalové vrstvě a obsahuje cévní a nervní pleteně. (Kott a Petříková, s. 7)

Svalová vrstva, *tunica muscularis*, je v dutině ústní, hltanu, horní části jícnu a análním kanálu tvořena příčně pruhovanými svaly, v ostatních částech trávicí soustavy ji tvoří hladká svalovina. Ta je tvořena dvěma vrstvami, vnější podélnou a vnitřní kruhovou. Kruhová svalovina tvoří na několika místech svěrače. Svalovina je rovněž schopna místních kontrakcí. (Kott a Petříková, 2009, s. 7–8)

Vnější vrstva, *tunica externa*, je poslední vrstvou. Stěny orgánů uložených v břišní dutině pokrývá serózní vrstva, *tunica serosa*, která je tvořena tenkou vrstvou vaziva pokrytou plochým epitelem. Orgány mimo břišní dutinu pokrývá adventicie, *tunica adventitia*, která je tvořena vrstvou vaziva. (Kott a Petříková, 2009, s. 8)

Potrava je zpracovávána chemicky a mechanicky. Motilitou označujeme mimovolní pohyby trubicovitých orgánů, které slouží k promíchání potravy s trávicími šťávami. Peristaltikou pak celkové pohyby, které zajišťují pohyb potravy od dutiny ústní po konečník. Četné žlázy ve stěně trávicí trubice zajišťují sekreci šťáv, další šťávy přivádějí vývody přídatných trávicích žláz. Řízení těchto mechanismů je nervové a látkové. Největší podíl na řízení hybnosti a sekrece gastrointestinálního traktu mají nervové pleteně ve stěně trávicí trubice. Látkové

řízení zprostředkovávají vlastní hormony GIT, např. gastrin, cholecystokinin, sekretin a glukagon. (Merkunová a Orel, 2008, s. 128–130)

2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

2.1 Charakteristika KRK

Kolorektální karcinom je stále jednou ze současně nejzávažnějších nepřenositelných chorob na světě. Jedná se o druhou nejčastější malignitu, u žen jej předčí pouze nádory prsu a u mužů nádory prostaty. Incidence a mortalita je stále vysoká nejen v zemích západní Evropy, ale i v jiných částech dnešního vyspělého světa. Ačkoli jsou nádory tlustého střeva a konečníku jedny z nejlépe preventabilních, počet nemocných neklesá. Klíčem k větší šanci na uzdravení je včasný záchyt nemoci, tomu by měl napomoci rozvoj screeningových programů. Včasný záchyt nemoci vždy umožňuje snazší a ekonomičtější léčbu, a především větší šanci na uzdravení, kolorektální karcinom není výjimkou. (Seifert et al., 2015, s. 13–14)

2.1.1 Etiologie

Přibližně jen 20 % výskytu KRK tvoří familiární nádory. Mezi ně patří například Lynchův syndrom a familiární adenomatózní polypóza (FAP). Lynchův syndrom neboli hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (HNPCC) vzniká poruchou genů, které opravují genové defekty, nebo genů, které kódují enzymy pro detoxikaci kancerogenů a způsobují tak zrychlený vznik nádorů. Příbuzným takto nemocných pacientů se doporučuje podstoupit kolonoskopii v 35. roce věku a dále v intervalu 3 až 5 let a v mezidobí provádět test okultního krvácení a kontrolu onkomarkerů. Pacienti s Lynchovým syndromem jsou rovněž náchylnější k dalším onkologickým onemocněním, jako je například karcinom žaludku či ovarií. U FAP dochází ke vzniku polypů, které vždy progredují k malignizaci. Příbuzným těchto pacientů se doporučuje kolonoskopie již před 20. rokem věku a při pozitivním výsledku se přistupuje k profylaxi pomocí totální kolektomie. Pacienti s FAP mohou souběžně trpět dalšími nádory, jako je nádor štítné žlázy či nádory CNS. (Seifert et al., 2015, s. 19–20)

Zbýlých 75–80 % je výskyt sporadický, na který se zaměřují screeningové programy. Riziko KRK stoupá po 50. roce věku a muži jsou mírně více ohroženi než ženy. Mezi predispoziční faktory patří nespecifické střevní záněty – ulcerózní kolitida, Crohnova choroba a diabetes mellitus 2. typu. Mezi exogenní faktory

příspěvající ke vzniku KRK patří nezdravá strava, alkohol, kouření, dlouhodobě působící stres, sedavé zaměstnání, nedostatek pohybu a zejména nezdravá strava (smažené, grilované či uzené jídlo s vysokým obsahem energie a nasycených tuků). Nedostatek vlákniny, jednoduché sacharidy a nevhodně zpracované živočišné proteiny nevhodně působí na střevní mikroflóru, zpomalují průchod obsahu střevem a tím déle vystavují střevní sliznici potencionálním karcinogenům. Přesný mechanismus vzniku KRK zatím nebyl zjištěn, a proto nemůžeme zcela určit, jakou měrou se tyto faktory podílejí na vzniku KRK. Mezi další rizika patří častý kontakt s některými chemickými látkami a ionizující záření v oblasti břicha či pánve (př. ozařování gynekologických nádorů). (Schneiderová, Bencko, 2015, s. 179–181)

2.1.2 Epidemiologie

KRK je jedním z nejčastějších nádorových onemocnění ve světové populaci. Je velkou zátěží pro populaci nejen z hlediska incidence a mortality, ale také ze stránky finanční, a to z hlediska nákladů na léčbu. *„Roční incidence v Evropě přesahuje 400 000 nových případů a asi 200 000 osob na onemocnění KRK zemře. Pět let od diagnózy přežije v průměru 50–65 % pacientů v Západní Evropě, zatímco ve východní Evropě v průměru o 10 % méně.“* (Seifert a kol., 2015 s. 21) Česká republika patří statisticky mezi nejzatíženější státy tímto onemocněním, a to především u mužů – ve světě jsme na 4. místě a v Evropě na 3. místě. Z hlediska mortality jsme na 5. místě za Slovenskem, Maďarskem, Dánskem a Nizozemím. Mezinárodní statistiky rovněž potvrzují větší incidenci u mužů než u žen. Situaci v České republice komplexně sleduje a hodnotí Národní onkologický registr (NOR). Ten je dnes nedílnou součástí onkologické péče, kdy registrace všech nově objevených útvarů je povinná. Dle statistik NOR stále přibývá pacientů diagnostikovaných v pozdějších stádiích nemoci, a to ve všech regionech. Jelikož včasný záchyt nemoci významně zvyšuje šance na uzdravení, přispívá tento fakt k tomu, že mortalitu onemocnění se zatím nepodařilo výrazně snížit. Největší efektivitu má léčba při diagnostice KRK ve fázi prekanceróz a I. stádiích nemoci. V České republice proto probíhají plošné screeniny, které mají za úkol objevit onemocnění v úplném počátku, kdy je pacient ještě zcela bez symptomů. (Schneiderová, Bencko, 2015, s. 178–179)

I když nejčastěji postihuje onemocnění české pacienty mezi 60–79 lety, přibližně 19 % pacientů onemocní ještě před 60. rokem věku. Nádor se nejčastěji nachází v tlustém střevě, a to přibližně z 60 %, dále pak v konečniku (asi 27 %) a v rektosigmoidálním spojení (12–13 %). Výrazně méně poté v anu, a to 1–3 %. (Seifert et al., 2015, s. 30–31)

2.2 Prevence

2.2.1 Primární prevence

Pokud známe rizikové faktory kolorektálního karcinomu, můžeme riziko jeho vzniku snížit pomocí primární prevence. Především lékaři primární péče, v tomto případě praktičtí lékaři, kteří jsou tzv. prvním kontaktem pacienta a zdravotnické péče, mohou pacienty na tyto rizikové faktory upozornit a edukovat v oblastech zdravého životního stylu. Ačkoli důkazy o přímém vlivu těchto intervencí na vznik nádorů nejsou k dispozici, správná dieta a zdravý životní styl je všeobecně přijímanou zásadou pro snížení rizika vzniku malignit. Stejně jako lékař i všeobecná sestra může v rámci svých kompetencí poučit pacienta o intervencích vedoucích ke zlepšení životního stylu. Prevence, která probíhá v ordinacích lékařů, musí být efektivní, od sběru dat po jejich vyhodnocování. Lékaři by měli umět vytipovat pacienty rizikové pro vznik kolorektálního karcinomu a včas je poučit o rizicích vzniku a prvních příznacích KRK. Tito pacienti by rovněž měli podstoupit screeningové vyšetření dříve, než je obecně doporučováno. (Seifert a kol. 2015 s. 40–41)

Osvěta by ale neměla zůstat jen za zdmi ordinací, i mladší populace musí mít přístup k informacím o nádorech střev a konečniku a naučit se, jak snižovat riziko jejich vzniku. Jídelny ve školách by měly s pomocí výživových odborníků nabídnout dětem vhodný a pestrý jídelníček a navyknout je tak od nejútlejšího věku na zdravé stravování. (Schneiderová a Bencko 2015, s. 178–182)

2.2.2 Sekundární prevence

Stěžejním bodem sekundární prevence je zachytit nádor v co nejčasnějším stádiu, nejlépe ve fázi prekancerózy. Důležitý je dobrý vztah lékaře i pacienta, kdy spolu tyto dvě strany musí spolupracovat a věnovat problému dostatečnou pozornost. Jak bylo již řečeno, časný záchyt onemocnění výrazně snižuje

náročnost léčby, zvyšuje kvalitu života nemocného a také perspektivu z hlediska pětiletého přežití. I přes rozvoj screeningových programů je stále až 90 % KRK zachyceno náhodně či na základě již projevených symptomů. Zejména symptomy jako změny ve vylučování či střevní potíže ve vyšším věku, trvající průjem, krev ve stolici, nežádáný úbytek na váze a příznaky anemie jsou varovným signálem pro pacienta i pro lékaře. V případě podezření na KRK musí praktický lékař vždy poslat pacienta na další vyšetření na specializovaná pracoviště. (Seifert a kol., 2015, s. 41–44)

2.2.3 Screening KRK

Screeningem rozumíme vyšetření cílové skupiny osob, které netrpí symptomy onemocnění ani nemají zvýšené riziko pro jeho vznik. Organizovaný screening KRK byl v České Republice zahájen v roce 2002 na základě testů na krvácení do stolice. Dříve se používaly testy na bázi guajakové pryskyřice, dnes se upřednostňují testy imunochemické kvůli vyšší senzitivitě a snadnější manipulaci. V roce 2009 byla jako další metoda screeningu zavedena také primární screeningová kolonoskopie. Obecným cílem screeningu je snížit incidenci a mortalitu KRK, k tomu je ale podmínkou účast většiny populace. Proto od roku 2014 dochází k adresnému zvaní osob z cílové skupiny populace na tato vyšetření, čímž byla splněna hlavní podmínka populačního screeningu. (Šachlová, 2015, s. 162)

Strategií současného screeningového programu jsou testy na okultní krvácení do stolice (TOKS) a kolonoskopie. TOKS je primární screeningový test, který by měl pomoci vyhledat vhodné jedince pro další diagnostiku. Testy na okultní krvácení vydávají praktičtí lékaři či gynekologové. Pacientům od 50 do 54 let věku je doporučováno provádět TOKS 1x ročně a v případě positivity testu podstoupit kolonoskopii. Pacienti od 55. roku věku si mohou vybrat mezi pravidelným vyšetřením TOKS 1x za 2 roky či kolonoskopií. V případě negativního nálezu při vyšetření kolonoskopií, je další vyšetření doporučeno a hrazeno pojišťovnou 1x za 10 let. (Seifert a kol., 2015, s. 48–55)

Hlavním úkolem primární kolonoskopie je diagnostikovat a případně odstranit prekancerózy v tlustém střevě. Aby byla kolonoskopie kvalitně provedena, musí být střevo předem připraveno a vyšetření by mělo trvat alespoň

6 minut. Kvalitu kolonoskopie hodnotíme dle tzv. Adenoma Detection Rate (ADR) což je podíl pacientů, u nichž byla diagnostika adenomového polypu pozitivní, a tento podíl by měl dosahovat asi 15 % u žen a 25 % u mužů, kteří absolvovali kolonoskopické vyšetření. (Májek, 2012, s. 22)

2.2.4 Prekancerózy

Prekancerózy jsou ohraničené léze změn ve tkáních, které prokazují nádorové změny buněk. Nejčastější prekancerózní lézí KRK jsou sporadické adenomy. Mohou být přisedlé (sesilní), plošné až vhloubené a při pohledu na sliznici vypadají jako její nerovnosti. Buňky adenomu vykazují známky dysplazie a dělíme je dle histologie na vilózní, tubulární a tubulovilózní. Zvláštním případem je pilovitý adenom, který připomíná hyperplastický polyp, má na rozdíl od něj však různě rozsáhlé dysplastické změny ve výstelce. Adenomy tubulární a tubulovilózní jsou benigní, adenomy vilózní jsou již nálezy s nejistým biologickým chováním. (Černoch et al., 2012, s. 68)

Odstranění prekancerózy má zabránit vzniku samotného nádoru. Endoskopie nabízí ablační či resekční metody. Abláční metody jsou využívány především k destrukci patologických tkání na větších slizničních plochách. Nevýhodou této metody je nemožnost histologického rozboru tkáně. Resekční metody slouží k odstranění patologické tkáně a poskytují tak vzorek k histologii. Tato technika je nezbytná ke stagingu nádoru. (Černoch et al., 2012, s. 152–156)

2.3 Diagnostika

Jak je již uvedeno v předchozích kapitolách, včasná diagnostika hraje nesmírně důležitou roli při léčbě KRK. Diagnostika začíná v ordinacích lékařů, kdy lékař odebere anamnézu a provede klinické vyšetření včetně pohmatu per rectum. Nabere se krev na základní laboratorní vyšetření a může být proveden test na okultní krvácení do stolice. Diagnostika KRK se provádí pomocí endoskopického či rentgenologického vyšetření. (Vorlíček et al., 2012, s. 280–281)

2.3.1 Vyšetřovací metody

Nezákladnější vyšetřovací metodou u KRK je kolonoskopie. Vyšetření přechází příprava střeva, kdy pacient musí dodržet určité zásady, které vedou k pročištění střeva a maximalizaci viditelnosti střevní sliznice. Mezi tyto zásady patří asi 3–5 dní před zákrokem šetřící dieta, den předem lačnit, večer a ráno před

vyšetřením vypít vyprazdňovací roztok, průběžně popíjet neperlivé čiré tekutiny. Lékař musí znát seznam běžně užívaných léků, zejména musí být upozorněn na antikoagulancia. V případě užívání Warfarinu je vhodné jej několik dní před léčbou nahradit nízkomolekulárním heparinem. (Slezáková et al., 2010, s. 23; vlastní poznámky)

Kolonoskopii doplňuje celá řada dalších vyšetření, která přinášejí komplexní informace o karcinomu a případných metastázách. Mezi tato vyšetření patří CT břicha a malé pánve, rentgen plic a u karcinomů rekta navíc endosonografie či magnetická rezonance malé pánve. Případná ložiska v játrech se dají vyšetřit pomocí ultrasonografie s užitím kontrastní látky či magnetické rezonance. V individuálních případech může dojít k indikaci dalších vyšetření, jako je například pozitivní emisní tomografie. (Diviš et al., 2016, s. 35)

K diagnostice patří rovněž laboratorní vyšetření. Mimo běžného základního panelu (krevní obraz, sedimentace, moč, biochemické hodnoty v séru) se zjišťují nádorové markery CEA a C 19-9. Tyto markery slouží jako indikátor efektivity léčby či případně opětovného výskytu onemocnění. (Vorlíček et al., 2012, s. 281)

2.3.2 Staging a grading

Aby byla léčba navržena správně a byla dostatečně efektivní, je třeba karcinom zhodnotit. V České republice využíváme hodnocení zhoubných novotvarů pomocí TNM klasifikace. Kategorie T hodnotí primární nádor, kategorie N regionální uzliny a kategorie M metastázy. Ke stanovení těchto kategorií slouží klinická vyšetření, endoskopie a chirurgická explorace. (Diviš et al., 2016, s. 35)

Anatomické lokalizace

- Tlusté střevo C 18
- Rektosigmoideální přechod C19
- Rektum C 20

Každá oblast má své regionální mízní uzliny. Pokud nádor prorůstá do jiných uzlin, jedná se o vzdálené metastázy. (Sobin et al., 2010, s. 88–89)

Tabulka 1 Klasifikace T

T – Primární nádor	
TX	Nelze hodnotit
T0	Nejsou známky
TiS	Karcinom in situ
T1	Zasažena submukóza
T2	Zasažena tunica muscularis propria
T3	Zasažena subseróza či neperitonealizovaná tkáň
T4 (T4a, T4b)	Zasaženy přímo jiné orgány, struktury či viscerální peritoneum

Zdroj: (Sobin et al., 2010, s. 89)

Tabulka 2 Klasifikace N

N – Regionální mízní uzliny	
NX	Nelze hodnotit
N0	Nejsou známky
N1 (N1a, N1b, N1c)	Zasaženy 1 až 3 uzliny
N2 (N2a, N2b)	Zasaženo 4 a více uzlin

Zdroj: (Sobin et al., 2010, s. 90)

Tabulka 3 Klasifikace M

M – Metastázy	
MX	Nelze hodnotit
M0	Nejsou známky
M1 (M1a, M1b)	Vzdálené metastázy

Zdroj: (Sobin et al., 2010, s. 90–91)

Ke stagingu nejlépe slouží CT břicha a malé pánve. U nemocných s karcinomem rekta je nezbytné endosonografické vyšetření. U metastazujících nádorů navíc zjišťujeme mutace genů KRAS a BRAF, které indikují špatnou odpověď na léčbu anti-EGFR. (Zavoral et al., 2013, s. 175)

Grading nádoru určuje jeho mikroskopickou diferenciovanost. Karcinomy I. stupně mají šanci na pětileté přežití přibližně 59–93 %, číslo strmě klesá, u karcinomů III. stupně je to již 11–56 %. Karcinomy G1 a G2 označujeme jako low-grade, karcinomy G3 a G4 jako high-grade. (Bernadič a Pechan, 2012, s. 35)

G – Grading karcinomu	
GX	Diferenciaci nelze hodnotit
G1	Dobře diferencovaný karcinom
G2	Středně diferencovaný karcinom
G3	Špatně diferencovaný karcinom
G4	Nediferencovaný karcinom

Zdroj: (Krška et al., 2014, s. 545)

2.4 Terapie

2.4.1 Chirurgická léčba

Chirurgická neboli operační léčba je u KRK základní kurativní metodou. Cílem je odstranění tkáně postižené nádorem. Pokud jsou nádory operabilní, dochází k resekci postiženého úseku střeva a případně odstranění postižených lymfatických uzlin a chirurgicky odstranitelných metastáz. Aby byl chirurgický zákrok považován za úspěšný, musí dojít k odstranění všech nádorových reziduí. U nádorů I. stupně se provádí radikální excize, při níž dojde k odstranění léze. Hrozí ovšem, že jsou již zasaženy lymfatické uzliny, které mohou být později příčinou recidivy nádoru. U nádorů II. a III. stupně se provádí segmentární resekce, kdy dochází k odstranění postižené části střeva. U nádorů IV. stupně může dojít k subtotální kolektomii, která je nejrozsáhlejším zákrokem na tlustém střevě a provádí se při mnohočetném postižení střeva nádorem. Po těchto zákrocích je indikována adjuvantní terapie, která významně snižuje riziko recidivy onemocnění. U karcinomu rekta může probíhat neoadjuvantní chemoterapeutická či radioterapeutická léčba. Mezi hlavní cíle zákroku poté patří odstranění nádoru, zachování kontinuity střeva a funkce konečníku a nenarušení močové kontinence a sexuální funkce. Odstranění nádoru je však prioritní. Pokud nelze obnovit kontinuitu střeva či dojde k úplné amputaci konečníku, je nutno provést současně kolostomii – vývod střeva přes přední břišní stěnu. Výkony se standardně provádějí laparoskopicky či laparotomicky. (Krška et al., 2014, s. 545–554)

2.4.2 Kolostomie

Stomie je dočasné či trvalé vyvedení střeva mimo tělo. U dočasné kolostomie předpokládáme obnovení kontinuity střeva, permanentní kolostomie se indikuje například při amputaci rekta nebo při obstrukci střeva, kdy je znemožněna střevní pasáž. (Vokurka et al., 2016, s. 176)

Před provedením kolonoskopie musí dojít k dostatečné psychické přípravě pacienta, jelikož se jedná o velmi náročný a traumatizující výkon. Nutný je především empatický přístup k pacientovi. Pacient musí vědět, že tento výkon zabrání dalším komplikacím či dokonce může zachránit život. Již před operací by se pacientovi měla věnovat speciálně vyškolená sestra (stomická sestra), která pacienta seznámí s pomůckami k ošetřování kolostomie, vysvětlí postup zacházení s kolostomií a obeznámí se změnami v životním stylu, které

po provedení kolostomie mohou nastat. Pacient by měl chápat, že kolostomie neznamená vyřazení ze společnosti či intimního života. Edukaci mohou být přítomni také příbuzní a blízcí pacienta. Po ukončení hospitalizace by měl pacient v ideálním případě veškerou péči o kolostomii zvládat sám. (Krška et al., 2014, s. 703)

Kolostomie prošla za posledních několik desítek let obrovskými změnami. Zatímco dříve byli lidé s kolostomií odkázáni na primitivní techniky, jako je překrytí kolostomie buničitou vatou, dnes mají k dispozici praktické a snadno použitelné pomůcky. Na svém počátku znamenala kolostomie téměř sociální izolaci. Kvůli nevhodným pomůckám často docházelo k protečení obsahu a šíření nepříjemného zápachu. Revolucí ve světě kolostomie byly jednorázové lepící sáčky, které ale kvůli nevhodnému lepidlu často dráždily kůži v okolí vývodu. Dnes tvoří pomůcky k ošetření kolostomie podložka a sáček. Ten může být propustný nebo uzavřený a obsahuje filtr, který reguluje plyny a zápach. Pacienti s trvale zavedenou kolostomií by měli alespoň jednou ročně navštívit stomickou sestru ke kontrole. (Krška et al., 2014, s. 703–704)

Po zavedení kolostomie musí pacient dodržovat bezezbytkovou dietu a přijímat dostatek tekutin. Při nekomplikovaném hojení se ale může poměrně brzy navrátit k dietě před operací. Mezi doporučení pro život s kolostomií patří menší porce asi pětkrát až šestkrát denně, jídlo prokládat dostatečným množstvím tekutin a jíst v klidu, aby nedocházelo k nadměrnému polykání vzduchu. Tolerance na potraviny, které dráždí či nadýmají, je velmi individuální, je tedy třeba sledovat jejich vliv na trávení a vyprazdňování. (Krška et al., 2014, s. 704)

2.4.3 Radioterapie

U tlustého střeva se radioterapie neprovádí. U karcinomu rekta je však velmi důležitá. Cílem neoadjuvantní radioterapie je zmenšení nádoru (tzv. „down-sizing“) a tím pádem zlepšení jeho operability. Rovněž působí na lymfatickou tkáň, lymfatické uzliny mohou až vymizet. U nemocných, u kterých nebyla indikována neoadjuvantní léčba, se využívá pooperační radioterapie, případně chemoradioterapie, která slouží ke snížení vzniku recidiv. Pokud nádor nelze operovat či pacient odmítne operaci, má radioterapie paliativní funkci. (Vorlíček, 2012, s. 282)

Brachyradioterapie je u karcinomů rekta spíše výjimkou, lze ji uplatnit pouze u nádorů, kde nejsou zasaženy lymfatické uzliny, proximální okraj nádoru musí být vzdálen do deseti centimetrů od distálního okraje. V naprosté většině případů ovšem brachyradioterapie není indikována, a to kvůli nepřesnosti zdroje záření vůči karcinomu. (Krška et al., 2014, s. 560)

2.4.4 Chemoterapie

U KRK využíváme několik druhů chemoterapie. Chemoterapie adjuvantní slouží ke snížení vzniku recidiv a tím také zvyšuje procento přežití. U inoperabilních nádorů má chemoterapie spíš paliativní efekt, představuje snahu o zmírnění příznaků onemocnění a zlepšení kvality života. (Vorlíček, 2012, s. 282)

Adjuvantní léčba je indikována u nádorů III. stupně, u nádorů IV. stupně záleží na celkovém stavu nemocného. Komplexní léčba nádorů IV. stupně je stále diskutovaným tématem. S adjuvantní léčbou by měl pacient začít do pěti týdnů po chirurgickém zákroku a trvat by měla šest měsíců. Volba cytostatik či případně jejich kombinace se odvíjí od celkového stavu a přidružených onemocnění pacienta. V České republice se u KRK standardně využívá kombinace FOLFOX (5-fluoracil, leukovorin, oxaliplatin), FLOX, perorální Kapecitabin a další. (Krška, 2014, s. 548–550)

Cytostatická léčba s sebou nese celou řadu nežádoucích účinků. Ačkoli se dnes onkologové snaží pacientům vybírat léčbu na míru, podle celkového stavu, pacienti se stále potýkají s nepříjemnými projevy cytostatické léčby. Nejčastějším zdrojem obav pacientů je nevolnost a zvracení. To nastává většinou do dvaceti čtyř hodin od podání chemoterapie, může se ale objevit i později. Proto se před léčbou podávají tzv. antiemetika, např. Ondasetron, Granisetron, Dexametazon, Degan, aj., které slouží k profylaxi a léčbě zvracení. (Mechl, Brančíková, 2009, s. 325)

Při extravazaci cytostatik může dojít k flebitidě, v těžších případech až tkáňové nekróze. Proto je nutno žilní vstup pravidelně sledovat a rovněž edukovat pacienta, aby při nepříjemných pocitech či vzniku otoku nebo erytému v místě žilního vstupu okamžitě upozornil sestru. Pokud není u pacienta možno zajistit žilní vstup či je indikována dlouhotrvající léčba, zavádí se intravenózní port, který

poté slouží k podávání cytostatik a zůstává v těle pacienta až několik let. (Mechl, Brančíková, 2009, s. 326)

Toxicita cytostatik může rovněž způsobit myelosupresi, kožní problémy (tzv. hand-foot syndrom), nebo problémy s funkcí jednotlivých orgánů. Pokud se u pacienta projeví tyto nežádoucí účinky, přistupuje se k léčbě symptomů a případně upravení schématu podávaných cytostatik. Méně závažným, avšak pro pacienty často zásadním nežádoucím účinkem cytostatik, je alopecie. Vypadávání vlasů může zejména u žen působit negativně na psychiku, pacientky se mohou cítit až sociálně vyloučené. Po celou dobu léčby je nutno pacientům poskytnout psychickou podporu, aby celý tento fyzicky i psychicky náročný proces zvládali co nejlépe. (Mechl, Brančíková, 2009, s. 326–329)

2.4.5 Biologická léčba

Biologická léčba funguje na principu cíleného vyhledávání nádorových buněk, blokáce receptorů způsobujících jejich dělení a růst a podpory lidského imunitního systému. Díky tomuto specifickému účinku má výrazně méně nežádoucích účinků než chemoterapie. Pro léčbu KRK se v současné době využívají monoklonální protilátky působící na receptory epidermálního růstového faktoru (tzv. anti-EGFR moAb) a to cetuximab, panitumumab. U pacientů, u kterých se zvažuje tato biologická léčba, se musí provést vyšetření na mutaci K-ras genu, pokud je u pacienta detekována mutace K-ras genu, biologická léčba nebude účinná. Udává se, že přibližně 35–40 % pacientů má mutovanou verzi. (Holubec, 2017, s. 44–45)

Další užívaná protilátka, bevacizumab, působí proti vaskulárnímu endoteliálnímu růstovému faktoru (VEGF) a zabraňuje tak patologickému růstu cév, které slouží k dodání živin a kyslíku nádoru. (Fínek, 2008, s. 54)

2.5 Úloha sestry v péči o pacienty s KRK

Sestra musí umět aktivně vyhledávat problémy pacientů, stanovit ošetrovatelské diagnózy a na základě těchto diagnóz vytyčit cíle a intervence k nim vedoucí. Sestra by měla o každém pacientovi vědět co nejvíce informací, aby byla schopna posoudit prioritní oblasti ošetrovatelské péče. K získání informací je možno použít jeden z teoretických ošetrovatelských modelů, například model „Funkčního typu zdraví“ M. Gordonové. (Tóthová et al., 2009, s. 52)

Onkologické pacienty trápí celá řada problémů z psychické (strach, úzkost, stres, sociální izolace) i fyzické oblasti (bolest, nevolnost, tromboflebitida). Sestra má nezastupitelnou roli v péči o hospitalizovaného pacienta. Aby byla péče efektivní, musí fungovat tzv. multidisciplinární tým sestávající se z lékařů, sester, pacienta samotného a případně dalšího ošetřujícího personálu. (Vorlíček, 2012, s. 108)

2.5.1 Úloha sestry při chemoterapii

Základním stavebním kamenem je komunikace. Sestra se snaží o vytvoření důvěrného vztahu s pacientem a případně jeho rodinou. Poskytuje pacientovi informace o léčbě, nežádoucích účincích, premedikaci a zároveň zjišťuje informace od pacienta týkající se jeho zdravotního stavu, apod. Komunikace by měla sloužit ke zmírnění stresu, úzkosti a zmatku. Sestra rovněž pacienta povzbuzuje, psychicky podporuje po celou dobu léčby, pomáhá s přijetím nepříznivých zpráv a je ochotna zodpovědět všechny dotazy nemocného. Součástí komunikace je i aktivní naslouchání. Samozřejmostí je respektování povinnosti mlčenlivosti vůči všem informacím, které se týkají pacienta a jeho zdravotního stavu. (Vorlíček, 2012, s. 108–109)

2.5.2 Úloha sestry v péči o žilní vstupy

Při podání cytostatické léčby je třeba zajistit žilní vstup. Sestra před výkonem informuje pacienta, vysvětlí, jak bude postupovat. Vybere vhodné místo a žilní vstup zajistí dle ošetřovatelských standardů za dodržení všech hygienických opatření. Žilní vstup kontinuálně sleduje a péči průběžně zapisuje do ošetřovatelské dokumentace. Všímá si především stavu kůže okolo vpichu, zda nedochází k zarudnutí, otoku, či jiným komplikacím. Poučí pacienta o nutnosti oznámení jakéhokoli nepříjemného pocitu ohledně žilního vstupu, a to především po podání cytostatik. Cílem sestry je udržet žilní vstupy průchodné a zabránit komplikacím, jako je např. flebitida, extravazace cytostatik, aj. V případě portů musí mít sestra speciální školení, které ji opravňuje k jejich ošetřování a manipulaci s nimi. (Vorlíček, 2012, 109–110)

2.5.3 Úloha sestry v monitorování bolesti

Z pocitu bolesti mají strach pacienti i jejich příbuzní. Bolest je čistě subjektivní prožitek, který nelze opomíjet ani bagatelizovat. Sestra monitoruje bolest pomocí různých škál, informace poté zaznamenává do ošetřovatelské

dokumentace a konzultuje s ošetřujícím lékařem. Pacienta se pravidelně ptá na bolest, všímá si dalších znaků signalizujících bolest (grimasa, strnulá poloha, apod.) a podává léky dle ordinace lékaře. (Vorlíček et al., 2012, s. 148–149)

2.5.4 Úloha sestry v poskytnutí psychosociální péče

Fáze vyrovnávání se s diagnózou standardně dělíme dle teorie Kübler-Rossové na fázi šoku, popření, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Sestra nemusí přímo rozpoznat, v jaké fázi se pacient nachází, jelikož tyto fáze se mohou střídát, některé mohou i chybět. Kolísání je závislé především na vývoji léčby, kdy příznivé zprávy pacienta naladí optimisticky, zato stagnace či zhoršení zdravotního stavu vede k depresím, obavám a úzkostem. Sestra s onkologickým pacientem tráví nejvíce času, provádí potřebné intervence, tlumí, ale i způsobuje bolest. Dochází tedy k vytvoření důvěrného vztahu mezi sestrou a pacientem, kdy sestra je často právě tou osobou, k níž směřují emoce, nálady, obavy, přání a dotazy. Profesionální sestra zachová klid při neočekávané agresi a krizových situacích, aktivně se ptá i naslouchá, komunikuje s pacienty přiměřeně jejich věku a zdravotnímu stavu. Informuje pacienta o možnostech návštěvy pastoračního asistenta, navštívení psychologické poradny, případně odkáže na různé společenské skupiny, apod. Důležitý je rovněž vztah sestry a rodiny pacienta, která často prochází stejnými emocionálními stavy. V rámci svých kompetencí poskytuje informace a aktivně naslouchá. Aby sestra mohla tento nelehký úkol provádět správně, musí se sama udržovat v dobré psychické a fyzické kondici. (Vorlíček, 2012, s. 169–170)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Kolorektální karcinom dnes stále patří na druhou příčku v počtu výskytu malignit v České republice. Ačkoli byl v roce 2002 zahájen screeningový program kolorektálního karcinomu, jenž se snaží o prevenci a včasný záchyt případného onemocnění, drtivá většina nemocných je diagnostikována náhodně, a to až v pozdějších stádiích nemoci. Tyto pacienty poté čeká poměrně dlouhá onkologická léčba, která je náročná nejen fyzicky, ale i psychicky. Cílem této práce, především její praktické části, je zmapovat ošetrovatelský proces u nemocného s kolorektálním karcinomem a vytyčit oblasti ošetrovatelské péče, které jsou u těchto pacientů nejdůležitější.

3.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zmapovat ošetrovatelský proces v péči o nemocného s kolorektálním karcinomem.

Dílčí cíle

- 1) Zpracovat kazuistiky.
- 2) Analyzovat zásadní oblasti ošetrovatelské péče u nemocných s kolorektálním karcinomem.
- 3) Identifikovat hlavní ošetrovatelské diagnózy u nemocných s kolorektálním karcinomem a navrhnout vhodné intervence.
- 4) Navrhnout individuální edukační plán u nemocného s kolorektálním karcinomem.

3.2 Výzkumné otázky

K dosažení výše určených cílů si stanovuji následující výzkumné otázky:

- 1) Jaké problémy spojené s nemocí pacienti vnímají jako nejzásadnější?
- 2) Jaké ošetrovatelské diagnózy se týkají těchto pacientů?
- 3) Bude se lišit přístup v ošetrovatelské péči o jednotlivé pacienty?

4) V jaké oblasti je třeba edukovat pacienty?

3.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro zpracování své bakalářské práce jsem vybrala formu kvalitativního výzkumu. Jedná se o výzkum na základě popisu a interpretace životních zkušeností. Tento proces je subjektivní, nestandardizovaný, získaná data nemusí být zobecnitelná. Důležitými vlastnostmi jsou reflexivita, otevřenost, interaktivita a podrobné zaměření na případ. (Bartlová et al., 2008, s. 23–24)

3.4 Metoda

Za metodu výzkumu jsem zvolila kazuistiku – tzv. případovou studii. V mé práci se jedná o dva podrobně zpracované případy, kdy pacienti byli záměrně vybráni pro léčbu kolorektálního karcinomu. Kazuistika se zabývá anamnézou, vývojem onemocnění, subjektivním prožíváním nemoci a léčby.

3.5 Výběr případu

Pacienti byli vybráni záměrně, jednalo se o pacienty hospitalizované na Onkologické a radioterapeutické klinice ve FN Plzeň, kteří se zde léčili pro kolorektální karcinom. Oba pacienti mají téměř shodnou diagnózu, což mi umožňuje porovnat individuální požadavky na ošetrovatelskou péči.

3.6 Způsob získávání informací

Pacienty jsem sledovala po dobu své praxe na Onkologické a radioterapeutické klinice FN Plzeň. Pacientů jsem se nejprve zeptala, zda by souhlasili se spoluprací na mé bakalářské práci. Poté jsem si podrobně prostudovala ošetrovatelskou dokumentaci, ke které jsem měla přístup díky laskavému svolení personálu ve FN Plzeň. Informace od pacientů jsem získala pomocí rozhovoru, který byl veden anamnesticky za účelem dozvědět se co nejvíce informací o rodinné a sociální anamnéze, počátku a průběhu onemocnění, subjektivních pocitech z léčby a hospitalizace. Jako nástroj rozhovoru jsem použila ošetrovatelský model M. Gordonové. Dále jsem měla připravené otázky směřující k hlavním ošetrovatelským problémům onkologických pacientů – bolest, problémy s vylučováním, úzkost a strach, iritační flebitida. Před zahájením rozhovoru mi pacienti podepsali informovaný souhlas a byli informováni, že mohou rozhovor kdykoli přerušit či odmítnout zodpovědět některé dotazy. S jejich svolením byly

rozhovory nahrávány na diktafon a každý trval přibližně 60 minut. Rozhovory byly vedeny na jídelně z důvodu soukromí a klidu v době, která vyhovovala personálu i pacientům. Použité škály byly Barthelův test denních všedních činností, nutriční screening a Melzackova škála bolesti.

3.7 Organizace výzkumu

Výzkum proběhl na Onkologické a radioterapeutické klinice FN Plzeň v období 20. 11. 2017 do 3. 12. 2017. Tímto bych chtěla poděkovat pracovníkům Onkologické a radioterapeutické kliniky FN Plzeň za vstřícný přístup.

4 KAZUISTIKA Č. 1

Příběh pacienta započal při preventivní prohlídce v červnu 2017 u praktického lékaře. Na preventivní prohlídky chodil pacient pravidelně, avšak dle jeho slov mu byl TOKS nabídnut poprvé. Soudí, že tomu tak bylo kvůli častému střídání lékařů, kteří ho neznali. Po absolvování okultního testu na krvácení do stolice mu bylo sděleno, že test skutečně potvrdil krev ve stolici, ale může se jednat pouze o hemoroidy. Pacient absolvoval kolonoskopické vyšetření, při kterém byl nalezen nejasný útvar v rektu. Po čtrnácti dnech podstoupil kolonoskopii znovu, kdy byl stanoven karcinom rekta. Následná magnetická rezonance ve FN Plzeň potvrdila diagnózu a rovněž ukázala na metastázu v plíci a v tříselné lymfatické uzlině. Pacient poté nastoupil k onkologické léčbě do FN Plzeň. Absolvoval dva cykly chemoterapie, poté započal léčbu radioterapií. Radioterapii provázely komplikace spojené s GIT – vodnaté průjmy střídající se se zácpou. Problémy se stupňovaly, až byla radioterapie po 22 cyklech z 28 zastavena. Pacient byl z důvodu těchto potíží hospitalizován na ORAK FN Plzeň pro symptomatickou léčbu.

4.1 Anamnéza

Jméno: Josef H.

Věk: 73 let

Pracovní anamnéza: dříve zámečnick, nyní v důchodu

Rodinná anamnéza: matka – zemřela v 74 letech zřejmě na iktus; otec – zemřel v 78 letech na karcinom tlustého střeva; bratr – 72 let, neví o něm; sestra – 83 let, zdravá; děti – dva synové, oba zdraví

Osobní anamnéza: prodělal běžné dětské nemoci, od 43 let opakovaně výhřez ploténky, asi 15 let se léčí s arteriální hypertenzí, asi 10 let se léčí s DM 2. typu na PAD, operace – 2002 operace páteře pro výhřez ploténky, úrazy – 0

Sociální anamnéza: žije v bytě s manželkou

Abúzus: celoživotní nekuřák, alkohol příležitostně (asi 2–3 piva), kávu nepije

Alergická anamnéza: neguje

Chronická farmakoterapie: Kylotan 80 mg 1-0-0, Amloratio 10 mg 1-0-0, Metformin 500 mg 0-0-1, Atoris 20 mg 0-0-1, Urizia 6 mg 0-0-1, Finpros 5 mg 0-0-1

Akutní farmakoterapie: Ascorutin 20 mg 1-1-1, při průjmu Reasec max. 3x denně, střevní probiotika, Algifen 3x denně 20 kapek proti bolesti

Fyzikální vyšetření:

Pacient byl při příjmu k hospitalizaci dne 13. 11. 2017 fyzikálně vyšetřen lékařem a následně vyplnil ošetřovatelskou anamnézu se sestrou.

Vitální hodnoty

Hmotnost: 68 kg

Výška: 170 cm

BMI: 23,5

Teplota: 36,4 °C

Tlak: 120/62 mmHg

Puls: 73 pravidelný

SpO₂: 97 %

Subjektivně

Pacient se necítí dobře, trpí opakovanými vodnatými průjmy, které se střídají s tuhou stolicí, při defekaci občas pozoruje i drobné krvácení, konečník někdy pálí. Nauzeu a zvracení neudává, chuť k jídlu je snižena, pije dostatečně. Teploty neměl, jiné bolesti neudává. S dýcháním nemá potíže, dolní končetiny neotékají.

Objektivně

Orientován místem i časem, spolupracuje, odpovídá adekvátně bez latence, bez známek klidové dušnosti, bez tachypnoe, bez cyanózy. Pacient je antiikterický, antifebrilní, bez krvácivých projevů. Konstituce je astenická. Kůže bez

zarudnutí, kožní turgor snížený, dle WHO – 2. Dutina ústní je klidná, jazyk oschlý bez povlaku. Lymfatické uzliny po celém těle nehmatné, plíce bez výpotku, dýchání sklípkové, čisté, srdeční akce pravidelná. Prsy bez patologické rezistence, játra nezvětšená, slezina nenaráží, břicho měkké, nebolestivé, bez patologické rezistence, bez známek NPB. Končetiny bez otoků a známek akutní TEN.

Ošetrovatelská anamnéza:

Kognitivní funkce: plně při vědomí, komunikace i orientace normální

Dýchání: bez potíží

Vyprazdňování: močení – bez potíží, stolice – průjem střídající tuhou stolicí

Spánek: bez potíží

Pomůcky: brýle, zubní protéza nahoře i dole, hůl

Použité škály

Vizuální analogová škála bolesti

V den přijetí: 2

V průběhu hospitalizace: 0

V den propuštění: 0

Barthelův test základních denních činností

V den přijetí: 100 bodů

Nutriční screening

V den přijetí: 6 bodů

Nynější onemocnění: 73letý pacient s adenokarcinomem rekta s postižením pánevních a levostranných tříselných uzlin a solitární metastázou v pravé plíci, po dvou cyklech neoadjuvantní chemoterapie FUFA, kterou následovala neoadjuvantní radioterapie s potenciací kapecitabinem, léčba předčasně

ukončena z důvodu komplikací spojených s toxicitou pro GIT. Pacient nyní přijat k symptomatické léčbě pro trvající dyspeptické potíže – zejména vodnatý průjem.

4.2 Průběh hospitalizace

Pacient byl hospitalizován od 20. 11. do 1. 12. 2017.

20.11. Den přijetí

Pacient byl přijat k symptomatické léčbě dlouhotrvajících vodnatých průjmů, spojených s pálením v oblasti konečníku a mírnými bolestmi v podbřišku. Po lékařském příjmu byl uložen na pokoj, byla odebrána ošetřovatelská anamnéza, naměřeny škály.

21.–24. 11.

Pacienta trápí průjmy asi 5–6x denně. Pacient je edukován o důležitosti dostatečné hydratace. Dostává po dobu tří dní Plasmalyte z důvodu hydratace organismu a snaží se sám dostatečně pít. Stěžuje si na pálení konečníku – je mu doporučeno oblast konečníku 1x denně opláchnout řepíkem a dostává Faktu mast 20 mg na užití dle potřeby. Při občasných bolestech v podbřišku (dle škály VAS – 2) dostává Algifen kapky. Jí celé porce. Je provedeno kultivační vyšetření stolice – infekční etiologie nezjištěna. Po užívání střevních probiotik a pravidelné stravě se stav mírně lepší.

25.–30. 11.

Pacient přes víkend spíše polehával, odpočíval. Čtvrtý den obdržel infuzi 5 % glukózy a vzhledem k tomu, že se pacient rozpil, byla poté hydratace pomocí infuzí ukončena. Po pravidelných výpláších konečníku řepíkem ustoupilo svědění a pálení. Pacient podstoupil 28. 11. vyšetření RTG břicha, nenalezena žádná patologie. Bolest podbřišku ustoupila, zvládnuta pomocí analgetik (hodnocení dle VAS – 0). Pacient má stále průjem, frekvence se zmírňuje, nyní chodí na stolicí asi 3–4x denně.

1. 12. Den propuštění

Etiologie průjmu se přisuzuje proběhlé onkologické léčbě a základnímu onemocnění. Pacient zajištěn antidiarhoiky a střevními probiotiky, analgetika byla

podávána s uspokojivým efektem. Celkový stav se mírně zlepšil. Pacient se dostaví 12. 12. 2017 na kontrolu do ambulance, kde se následně rozhodne o dalším postupu. Nynější doporučení – klidový režim, dostatek tekutin a vitamínů, při průjmu antidiarhoika.

4.3 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Subjektivně:

Pacient říká, že je samozřejmé, že není ze svého nynějšího zdravotního stavu nadšen, ale i vzhledem ke svému věku je s diagnózou smířen, a to i s variantou, že už to nemusí být dobré. Doufá ale, že po léčbě bude moci prožít ještě alespoň několik let tak, jako před diagnózou. Nečekal, že ho ve stáří potká taková nemoc, jelikož za celý svůj život nebyl vážně nemocný. Mrzí ho, že ho onemocnění omezuje v jeho aktivním životě. Celý život byl zvyklý sportovat, nyní chodíval hrát kulečnick a na procházky. Rovněž mu chybí dát si příležitostně s přáteli jedno či dvě piva, ale striktně dodržuje nařízení paní doktorky a alkohol již vůbec nepije.

Objektivně:

Pacient je s nemocí smířen, ale nerezignoval. Dodržuje všechna nařízení lékařů a podílí se na veškeré léčbě. Doufá, že se podaří alespoň zmírnit symptomy onemocnění, aby se mohl znovu věnovat svým koníčkům.

2. Výživa a metabolismus

Subjektivně:

Při léčbě pacienta trápilo nechutenství. Doma moc nejedl, pouze piškoty, sušenky a čaj. Z původních 78 kg zhubl v průběhu tří měsíců na nynějších 68 kg. V nemocnici se snaží jíst vše, co dostane, aby tělu dodal energii a sílu. Nyní sní tedy 3 porce denně a pije asi 1,5–2 litry tekutin – především čaj. Příjem tekutin si zapisuje na papírek, aby měl přehled o tom, kolik toho musí ještě vypít.

Objektivně:

Pacient byl na začátku hospitalizace edukován o důležitosti správné stravy a dostatečné hydratace. Nyní se tedy snaží sníst vždy celou porci a pít dostatek tekutin, protože si uvědomuje, že vinou průjmů jeho tělo ztrácí hodně živin a vody. Chrup má umělý, nahoře i dole, a neudává, že by s ním měl nějaké problémy. Při příjmu měl pacient kůži sušší a snížený turgor kůže. Nyní po zvýšené hydrataci vypadá kůže zdravěji a elastičtěji. Pacient má diabetickou dietu č. 9.

3. Vylučování

Subjektivně:

Pacient trpí na opakované průjmovité stolice. Udává, že často nejprve vypadne malý tuhý kus stolice a poté následuje řídká stolice. Zpočátku měla narůžovělou barvu, nyní je stolice hnědá. I přes symptomatickou léčbu pacient nepociťuje úlevu. Zpočátku pociťoval pálení v oblasti konečníku, nyní si dělá každý den výplachy s řepíkem a pálení ustoupilo. S močením míval problémy kvůli prostatě, nyní bere léky a větší problémy neudává.

Objektivně:

Pacient trpí řídkou průjmovitou stolicí asi 5–6x denně. Některé dny jsou lepší, k celkovému zlepšení ale zatím nedošlo. Pacient je kontinentní, ve spodním prádle však nosí preventivně vložku kvůli častým průjmům. Na problémy s močením si nyní nestěžuje.

4. Aktivita a cvičení

Subjektivně:

Pacient celý život aktivně sportoval, plaval a hrál tenis. Nyní v pokročilejším věku rád hraje kulečnick, pracuje na zahrádce a chodí na procházky. Potíže spojené s onemocněním a léčbou mu však nyní velmi omezují tyto aktivity. Výraznější ztrátu energie či únavu ovšem nepociťuje. V nemocnici se rád prochází po oddělení či sedí v jídelně, nechce proležet celý den v posteli.

Objektivně:

Pacient je mobilní, zcela soběstačný, chůze je pomalejší, ale za pomoci hole stabilní.

5. Spánek a odpočinek**Subjektivně:**

Se spaním nemá žádné výraznější potíže, vadí mu ale, když se ostatní pacienti na pokoji do noci dívají na televizi. Jednou za čas musí v noci na záchod, ale nevadí mu to.

Objektivně:

Pacient si na spánek nestěžuje, spí průměrně asi 6–7 hodin.

6. Vnímání a poznávání**Subjektivně:**

Pacient má potíže se zrakem, potřebuje brýle na čtení. K chození užívá kompenzační pomůcku – hůl. Slyší dobře, nemá problémy s pamětí. O svém zdravotním stavu je dostatečně informovaný, všichni s ním jednali otevřeně a na rovinu. S chodem oddělení byl dostatečně seznámen, ví, co je důvodem jeho hospitalizace. Nepříjemné pocity mírné bolesti pociťuje pouze při defekaci a rovněž ho trápilo pálení konečníku, které ale ustoupilo.

Objektivně:

Pacient užívá kompenzační pomůcky – brýle na čtení a hůl k chůzi. Udává, že má dostatek informací o svém zdravotním stavu. Mluví otevřeně, nemá potíže vybavit si detaily spojené s léčbou od samého začátku a rovněž i informace z osobního života.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Subjektivně:

Pacient vnímá negativně změnu svého tělesného stavu. Vadí mu, že tolik zhubl a ubyly mu síly. Rovněž ho nemoc nutí přemýšlet nad budoucností, což dříve tolik nedělal a snažil se spíš užívat si přítomnost.

Objektivně:

Při odpovídání na tyto otázky pacient viditelně posmutněl a stáhl se do sebe. I přes snahu o pozitivní přístup ho celá situace viditelně trápí a dělá si obavy o svou budoucnost.

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy

Subjektivně:

Pacient žije s manželkou, na kterou celá situace velmi doléhá. Mají spolu hezký vztah. Z dvou synů ho byl navštívit pouze jeden, udává, že synové mají svůj život a tolik se nestýkají. Vztahy jsou ale v rámci možností dobré.

Objektivně:

Pacient mluví o své manželce velmi vřele a kladně. Manželka ho chodí navštěvovat každý třetí den, ačkoli je to pro ni vzhledem k jejímu věku (rovněž 73 let) poměrně fyzicky náročné.

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Subjektivně:

Pacient již není sexuálně aktivní.

Objektivně:

Nelze posoudit.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance

Subjektivně:

Pacient pociťuje úzkost a obavy z budoucnosti. Někdy si říká, že by bylo možná nejlepší neprobrat se, ale takové myšlenky si zakazuje. Největší oporou je mu celý život manželka. Každá její návštěva mu dodá spoustu energie a chuti do života. Zároveň je pro něj největší motivací k tomu, aby bojoval a nerezignoval.

Objektivně:

Pacient se necítí být ve stresu. Udává, že pobyt v nemocnici ho uklidňuje, jelikož je tu všichni personál milý a nápomocný a nebojí se říct si o cokoli.

11. Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Subjektivně:

Pacient je celý život nevěřící. Možnost rozhovoru s pastoračním asistentem by nevyužil. Doufá, že má před sebou ještě několik let, které bude moci prožít doma s manželkou a svými přáteli.

Objektivně:

Pacient nevyznává žádnou víru.

4.4 Plán ošetrovatelské péče

4.4.1 Akutní ošetrovatelské diagnózy

00013 – Průjem související s onkologickým onemocněním, projevující se:

Subjektivně: Pacient si stěžuje na řídkou a častou stolici.

Objektivně: Pacient má nucení na potřebu asi 5–6x denně, stolice je řídká, narůžovělé až hnědé barvy.

Očekávané výsledky:

Sníží se frekvence chození na stolici.

Kůže v okolí konečníku nebude podrážděná.

Ošetrovatelské intervence:

Podávej antidiarhoika a střevní probiotika dle ordinace lékaře.

Kontroluj stav kůže v okolí konečníku.

Poskytni masti a oplachy k ošetření kůže v okolí konečníku.

Sleduj frekvenci a stav stolice.

Zhodnocení: Po užívání řepíku (1x denně) a masti Faktum (dle potřeby) se kůže v okolí konečníku zklidnila, pacient si již nestěžuje na pálení a svědění. Frekvence stolice se snížila na asi 3–4x denně.

00133 – Chronická bolest související s onkologickým onemocněním, projevující se:

Subjektivně: Pacient vyjadřuje bolest v podbřišku, zejména při vyprazdňování.

Objektivně: Na hodnotící škále VAS udává číslo 2, vleže zaujímá úlevovou polohu na boku.

Očekávané výsledky:

Umí popsat bolest pomocí škály VAS.

Umí zaujmout úlevové polohy.

Pocítí úlevu od bolesti do 30 minut od podání medikace.

Ošetrovatelské intervence:

Pravidelně užívej hodnotící škálu VAS.

Ukaž pacientovi úlevové polohy.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinnost.

Vše zapisuj do ošetrovatelské dokumentace.

Zhodnocení: Po pravidelném užívání Algifen kapek 3x denně a symptomatické léčbě průjmu si pacient již nestěžuje na bolest, na škále VAS udává 0.

00027 – Snížený objem tekutin v organismu související s dlouhotrvajícím průjmem a nedostatečným příjmem tekutin, projevující se:

Subjektivně: Pacient udává, že nemá žízeň a přes den vypije pouze trochu čaje.

Objektivně: Pacient má suchou kůži a oschlé sliznice, především jazyk. Vypije přes den velmi málo tekutin (uvádí asi 0,5 litru).

Očekávané výsledky:

Chápe důležitost dostatečného pitného režimu.

Vypije alespoň 1,5 litru tekutin denně.

Sliznice a kůže nebudou oschlé.

Ošetřovatelské intervence:

Kontroluj stav sliznic a kůže.

Pobízej pacienta k pití tekutin během dne.

Kontroluj příjem a výdej tekutin pacienta.

Zajisti dostatek tekutin k lůžku.

Zhodnocení: Po edukaci pacient pochopil, že je důležité dodržovat pitný režim. Na papírek si zapisuje příjem tekutin a ukazuje sestřám ke kontrole. Vypije nyní asi 1,5 litru denně. Kůže a sliznice nevykazují známky dehydratace.

00002 – Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu, související s nechutenstvím, projevující se:

Subjektivně: Pacient uvádí, že doma jí většinou jen sušenky a piškoty. Nemá téměř pocity hladu.

Objektivně: Pacient zhubnul za dobu tří měsíců 10 kg a na stolicí musí 5–6x denně, tělo nedostává téměř žádné živiny.

Očekávané výsledky:

Bude jíst alespoň 3x denně alespoň ½ porce.

Nabídni doplňky stravy.

Váha nebude dále klesat.

Pacient bude cítit více energie.

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj výživový stav pacienta.

Konzultuj výživu s nutričním terapeutem.

Vysvětli pacientovi důležitost dobrého stravovacího režimu.

Sleduj váhový úbytek.

Zhodnocení: Pacient je spokojen se stravou v nemocnici, snaží se vždy sníst celou porci. Váha v průběhu hospitalizace neklesla.

00147 Úzkost ze smrti spojená s onkologickým onemocněním, projevující se:

Subjektivně: Pacient uvádí, že ho občas napadají negativní myšlenky ohledně budoucnosti a smrti.

Objektivně: Pacient je skleslý, když mluvíme o rodině a budoucnosti, verbalizuje obavy a pláče.

Očekávané výsledky:

Bude otevřeně verbalizovat své obavy a mluvit o svých pocitech.

Najde motivaci a odhodlání k pozitivnímu myšlení.

Využije možnosti psychoterapeuta.

Ošetřovatelské intervence:

Nabídní pacientovi prostor pro vyjádření svých pocitů.

Naslouchej aktivně pacientovi.

Buď empatická a vyjádří pochopení.

Nabídní pacientovi rozhovor s psychoterapeutem.

Zhodnocení: S pacientem vedeme rozhovory na téma budoucnost. Sám se snaží myslet pozitivně a zahánět černé myšlenky. Jeho motivací je manželka a po každé její návštěvě se cítí lépe. Ke konci hospitalizace se těší domů a má pozitivní myšlenky. Rozhovor s psychoterapeutem zatím odmítl.

4.4.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy

00047 – Riziko narušení integrity kůže související s dlouhotrvajícím průjmem

Očekávané výsledky:

Na kůži v oblasti konečníku nedojde ke vzniku zarudnutí, odřenin, apod.

Ošetřovatelské intervence:

Kontroluj stav kůže v oblasti konečníku.

Poskytni pacientovi masti na ošetření kůže v oblasti konečníku.

Zhodnocení: V oblasti konečníku nedošlo k porušení integrity kůže.

4.5 Edukační plán

Pacient vykazoval při příjmu některé známky dehydratace, jako jsou suché sliznice, suchá kůže. Nepřijímal dostatek tekutin, tělo bylo navíc zatíženo průjmy. Proto byl pacient edukován v oblasti hydratace a pitného režimu.

Edukační plán

Účel edukačního plánu

Vysvětlit pacientovi vztah mezi ztrátou tekutin vinou průjmu a následnou dehydratací, vysvětlit důležitost přijímání dostatečného množství tekutin.

Cíl edukačního plánu

Pacient chápe důležitost pitného režimu, je schopen říct, kolik tekutin denně má vypít, zná komplikace spojené s dehydratací.

Výukové metody

Diskuze, názorná ukázka.

Oblast kognitivní

Cíl: Pacient rozumí problémům spojeným s dehydratací.

Hlavní body: Vyjmenuji pacientovi zdravotní komplikace spojené s dehydratací.

Časová dotace: 10 minut.

Hodnocení: Pacient je schopen vyjmenovat zdravotní komplikace spojené s dehydratací.

Oblast afektivní

Cíl: Pacient chápe, kolik tekutin denně musí vypít.

Hlavní body: Vysvětlím pacientovi nutnost příjmu alespoň 1,5 litru tekutin denně.

Časová dotace: 5 minut.

Hodnocení: Pacient dokáže vysvětlit, proč musí vypít alespoň 1,5 litru tekutin denně.

Oblast psychomotorická

Cíl: Pacient si bude zapisovat příjem tekutin.

Hlavní body: Ukážu pacientovi, jak zapisovat a počítat příjem tekutin.

Časová dotace: 10 minut.

Hodnocení: Pacient si zapisuje denně příjem tekutin.

KAZUISTIKA Č. 2

Zdravotní obtíže začaly trápit pacienta v roce 2015. Objevil se prudký průjem, který neustával. Proto se pacient rozhodl navštívit svého praktického lékaře. Svěřil se mu s obavou, že má Crohnovu chorobu, jelikož je u pacientů trpících onemocněním morbus Bechtěrev zvýšená incidence této nemoci. Podstoupil vyšetření stolice, které neprokázalo žádnou infekční nákazu, následně byl poslán na ultrazvuk, kde byly nalezeny tři žlučnickové kameny. Za celou tuto dobu ani předtím nebyla nikdy pacientovi nabídnuta možnost TOKS či preventivní kolonoskopie. Sám nevěděl, že se něco takového dělá. Pacientovi byl tedy po doporučení lékaře žlučník laparoskopicky vyoperován. Průjmy se zmírnily, ale neustaly. Od března 2017 potíže opět eskalovaly a přidala se vystřelující bolest od kříže směrem do střev. Pacient tuto bolest přisuzoval svému revmatickému onemocnění. V srpnu 2017 se k tomu přidala potřeba po asi hodině a půl jít v noci na toaletu – průjem spojený s bolestí v oblasti podbřišku. Pacient se proto rozhodl odjet do lázní, kde se bolest i interval zmírnily. Po návratu opět navštívil svého praktického lékaře a ten jej poslal na kolonoskopii. Paní lékařka ho z kolonoskopie poslala ještě ten den na CT – výsledky obou vyšetření ukázaly na karcinom rekta s metastatickým postižením jater. Pacient byl poté poslán na chirurgii do Karlových Varů ke zprůchodnění střeva. Zde se dozvěděl, že bude nezbytné provést stomii. Sigmoidostomie byla provedena laparoskopicky v říjnu 2017. Od listopadu 2017 nastoupil na paliativní biochemoterapii na ORAK FN Plzeň.

4.6 Anamnéza

Jméno: František P.

Věk: 77 let

Pracovní anamnéza: dříve technik u vodních elektráren, nyní v důchodu

Rodinná anamnéza: matka – zemřela v 72 letech na karcinom ovaria; otec – zemřel v 89 letech na stáří; sestra – zemřela v 43 letech při autonehodě; děti – syn 48 let – zdráv

Osobní anamnéza: morbus Bechtěrev, arteriální hypertenze, operace – 1992 zákrok na krční páteři, 1998 operace tříselné kýly, 2017 založení paliativní sigmoideostomie, úrazy – 1993 zlomenina levého zápěstí.

Sociální anamnéza: vdovec, bydlí u syna

Abúzus: celoživotní nekuřák, alkohol nepije

Alergická anamnéza: neguje

Farmakoterapie: Lusopress 20 mg 1-0-0, Soribfer Durules 1-0-1, Stilnox 0-0-1, při bolesti Zaldiar max. 3x1 tableta denně, při nevolnosti Degan 10 mg, max. 3x1 tableta denně

Fyzikální vyšetření:

Pacient byl při příjmu k hospitalizaci rovněž vyšetřen lékařem a následně vyplnil ošetřovatelskou anamnézu se sestrou.

Vitální hodnoty

Hmotnost: 65 kg

Výška: 166 cm

BMI: 23,6

Teplota: 36,2 °C

Tlak: 140/85 mmHg

Puls: 63 pravidelný

SpO₂: 98 %

Subjektivně

Cítí se poměrně dobře, minulou sérii chemoterapie snesl bez větších potíží, první den doma únava, mírná nauzea, poté již v pořádku. Bolesti nyní neudává, potíže s dýcháním nejsou, močení i stolice v normě, nezvrací. Neudává jiné potíže.

Objektivně

Orientován místem i časem, odpovídá adekvátně bez latence, bez známek klidové dušnosti, bez tachypnoe, bez cyanózy. Pacient je antiikterický a afebrilní, bez krvácivých projevů. Konstituce je normostenická. Kůže bez zarudnutí, kožní turgor v normě dle WHO – 1. Dutina ústní klidná, jazyk bez povlaku. Lymfatické uzliny po celém těle nehmatné, plíce bez výpotku, dýchání sklípkové, čisté. Srdeční akce pravidelná, bez modifikací. Prsy bez patologické rezistence, břicho měkké, nebolestivé. Játra nezvětšená, slezina nenaráží, břicho bez patologické rezistence, vlevo klidná funkční stomie. Končetiny bez otoků a známek akutní TEN.

Ošetrovatelská anamnéza:

Kognitivní funkce: plně při vědomí, orientace a komunikace normální

Dýchání: bez potíží

Vyprazdňování: močení – bez potíží, stolice – stomie

Spánek: bez potíží

Pomůcky: brýle

Použité škály

Vizuální analogová škála bolesti

V den přijetí: 2

V průběhu hospitalizace: 0

V den propuštění: 0

Barthelův test základních denních činností

V den hospitalizace: 100 bodů

Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

V den hospitalizace: 2

Nutriční screening

V den hospitalizace: 3 body

Nynější onemocnění: 77letý pacient po založení paliativní sigmoideostomie pro generalizovaný adenokarcinom rekta cca v 10 cm s metastatickým postižením jater a regionálních uzlin, KRAS mutovaný, byl přijat k podání 2. série paliativní chemoterapie FOLFOX 4 + Avastin. Vzhledem k horšímu stavu žilního systému doporučen pro konzultaci ohledně zavedení žilního portu.

4.7 Průběh hospitalizace

1. Hospitalizace 16.–18. 11.

Pacient je na Onkologické a radioterapeutické klinice FN Plzeň hospitalizován poprvé, a to k zahájení paliativní chemoterapie FOLFOX4 + Avastin. Po lékařském a sesterském příjmu je pacient umístěn na pokoj, seznámen s prostory oddělení a s vnitřním řádem oddělení. Před podáním chemoterapie je pacient obeznámen s průběhem léčby, je edukován o užívání infuzní pumpy. Pacientovi je zaveden periferní žilní katetr dle ošetrovatelských standardů. V průběhu hospitalizace si pacient nestěžuje na žádné větší problémy. Strava mu poměrně chutná, stomie funkční a v pořádku. Po ukončení poslední infuze pacient propuštěn domů.

2. Hospitalizace 30. 11.–2. 12.

Pacient přijat 30. 11. k druhému cyklu paliativní chemoterapie FOLFOX4 + Avastin. Uvádí, že po návratu domů ho trápila mírná nauzea, kterou se podařilo zmírnit pomocí medikace. Stěžuje si také na mírnou bolest žil především v místě vpichu kanyly, kde je rovněž vidět zarudnutí. Pacientovi byla po konzultaci lékařů nabídnuta možnost žilního portu. Pacient byl edukován o žilním portu, jeho funkci, kam se zavádí, jaké jsou jeho výhody. Pacient po rozhovorech s lékaři, sestrami a pacienty se zavedeným portem souhlasí s touto možností. Druhý cyklus byl podán do periferního žilního katetru na druhé ruce se zvýšenou kontrolou vpichu a reakce žilního systému. Pacienta trápí mírné bolesti v oblasti kříže (hodnocení dle VAS – 2) – etiologie připisována onemocnění morbus Bechtěrev. Podána analgetika s uspokojivým účinkem. Jinak podání chemoterapie proběhlo bez

komplikací. Pacient je propuštěn domů, k další hospitalizaci přizván 14. 12., kdy dojde rovněž k zavedení žilního portu.

4.8 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Subjektivně:

Pro pacienta byla diagnóza zpočátku velkým šokem, jelikož své potíže dlouhodobě přisuzoval Bechtěrevově nemoci. Další ranou pro něj byla nutnost zavedení stomie – tato skutečnost mu byla lékařem vysvětlena poměrně necitlivě a stomická sestra přišla pacienta ohledně stomie edukovat až osmý den po zákroku. Stále vývod zcela psychicky nepřijal, ačkoli se snaží s ním sžít. Léčbu dle svých slov jinak zvládá poměrně dobře, jen ho v nemocnici trápí potíže se spánkem. Je zvyklý žít aktivní život, pomáhat synovi s rekonstrukcí domu, obstarávat zahrádku, scházet se s přáteli.

Objektivně:

Pacient spolupracuje se zdravotnickým personálem, dodržuje veškerá doporučení. Sžívá se se stomií, kterou si sám obstarává. Vyhovuje mu, že musí být hospitalizován vždy pouze na tři dny jednou za čtrnáct dní. Doufá, že se po léčbě bude moci vrátit ke všem svým volnočasovým aktivitám.

2. Výživa a metabolismus

Subjektivně:

Pacient se pomalu vrací k normální stravě a zkouší různé potraviny, aby zjistil, jak a co stomie snáší. Má rád ovoce, ovocné džemy a jogurty. Dle svých slov zatím neměl problém s žádnou potravinou, ale stále se vyhýbá rybám, zelenině a tučnému masu. V nemocnici mu strava chutná, snaží se jíst celé porce. Vypije asi 1,5 litru tekutin denně. Za poslední rok zhubl z původních asi 75 kg na současných 65 kg, ale nevadí mu to, cítí se lépe.

Objektivně:

Pacient nemá se stravou problém. Chuť k jídlu se zásadně nezměnila, doufá, že tomu tak bude i po dalších cyklech léčby. Pacient má svůj chrup

v dobrém stavu, neudává žádné problémy. Hmotnost se od zavedení stomie ustálila a nemění se.

3. Vylučování

Subjektivně:

Pacientovi odchází tuhá stolice přibližně jednou denně do stomického sáčku. S močením pacient neudává žádné potíže.

Objektivně:

Pacient má zavedenou plně funkční sigmoideostomii, kterou si obstarává sám. 1x týdně k němu domů chodí sestra, která kontroluje stav stomie a měří fyziologické funkce. Okolí stomie je klidné, bez zarudnutí. Pacient nepociťuje žádnou bolest spojenou se stomií.

4. Aktivita a cvičení

Subjektivně:

Pacient je zvyklý na aktivní život. Dříve jezdil na kole, chodíval rybařit a na dlouhé procházky. V důchodu pomáhá synovi s rekonstrukcí domu, pěstuje různou zeleninu a ovoce na zahrádce, chodí na procházky. Sám si vyřizuje nákupy, vaří a udržuje dům v čistotě. Nyní se více šetří, ale stále se snaží vyhledávat aktivity na každý den, aby nemusel sedět u televize.

Objektivně:

Pacient je plně mobilní a zcela soběstačný.

5. Spánek a odpočinek

Subjektivně:

Doma měl dlouhodobější potíže se spánkem kvůli častému vstávání na záchod. Díky zavedení stomie již nemá tento problém. V nemocnici ho ovšem trápí nespavost – nemůže usnout, někdy i dvě až tři hodiny. Je zvyklý spát sám ve tmě a tichu, v nemocnici ho ruší ostatní pacienti. Doma spí asi 8 hodin denně, při hospitalizaci 5–6 hodin.

Objektivně:

Pacient si říká o lék na spaní, který pomáhá řešit problémy s usínáním. Vzhledem k tomu, že spí méně hodin než doma, se cítí během dne brzy unavený a malátný.

6. Vnímání a poznávání

Subjektivně:

Pacient nemá potíže se sluchem ani pamětí. Když čte malá písmena, musí použít brýle na čtení, ale jinak vidí dobře. Nyní se cítí dostatečně informován o svém zdravotním stavu, chválí komunikaci s veškerým personálem na oddělení.

Objektivně:

Pacient komunikuje otevřeně, sám si aktivně vyhledává informace týkající se onemocnění, léčby a stomie.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Subjektivně:

Pacient stále poměrně negativně vnímá stomii, i když dle svých slov si na ni každý den zvyká více a více. Ví, že mu v mnoha ohledech velmi pomohla, jen by si přál, aby řešení bylo trochu „elegantnější“. Cítí se teď slabší než předtím, ale doufá, že se to po léčbě opět vrátí do normálu.

Objektivně:

Pacient se snaží ke všemu přistupovat realisticky, o své nemoci hovoří věcně. Ačkoli pro něj stomie stále představuje problém, sám si aktivně vyhledává informace, okamžitě se naučil s ní sám pracovat a ví vše, co stomie obnáší.

8. Plnění rolí a mezilidské vztahy

Subjektivně:

Pacient žil celý život s manželkou, ta zemřela v roce 2012. Měli spolu krásný vztah a často na ni myslí. Nyní žije v domečku se synem, který mu

pomáhá. Do nemocnice ho nechodí navštěvovat, jelikož je tu pan František vždy jen na tři dny. Poskytuje mu ale odvoz do a z nemocnice.

Objektivně:

Pacient mluví o své rodině hezky, mají dobré vztahy. Rovněž má spoustu přátel a necítí se osamělý. V nemocnici si rád povídá s ostatními pacienty nebo s personálem.

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Subjektivně:

Pacient již není sexuálně aktivní.

Objektivně:

Nelze posoudit.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance

Subjektivně:

Pacient si prošel stresovým obdobím před chirurgickým zákrokem zavedení stomie a těsně po něm, nyní po přeřazení k onkologické léčbě do Plzně, kdy se věci ustálily, se cítí mnohem lépe a více v klidu. Nad budoucností se snaží příliš nepřemýšlet, aby neměl zbytečné černé myšlenky. Uvádí, že se smířil i s nemocí Bechtěreva, která je rovněž nevléčitelná, a zvládá ji dobře. Proto nemá takové obavy a spíše se snaží věci vnímat takové, jaké jsou.

Objektivně:

Pacient se nyní cítí být v klidu, pobyt v nemocnici mu vyhovuje. Říká, že mu tu nic nechybí, personál je vždy milý a nápomocný.

11. Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Subjektivně:

Pacient byl vychován v katolické víře, ale není praktikujícím katolíkem. Víra v jeho životě nehraje zásadní roli. Možnost rozhovoru s pastoračním asistentem by spíše nevyužil.

Objektivně:

Pacient má určitý vztah ke katolické víře, ale sám ji nepraktikuje. Rodina je to, co mu pomáhá překonat těžké chvíle.

4.9 Plán ošetrovatelské péče

4.9.1 Akutní ošetrovatelské diagnózy

00044 - Narušená integrita tkáně související se špatným stavem periferního žilního systému a projevující se:

Subjektivně: Pacient si stěžuje na mírnou bolest v oblasti periferní žíly po podávání chemoterapeutik do periferního žilního katetru.

Objektivně: Pacient verbalizuje bolest, místo vpichu je mírně zarudlé.

Očekávané výsledky:

Nestěžuje si na bolest v oblasti žil.

Nedojde ke vzniku tromboflebitidy.

Je edukován o žilním portu.

Ošetrovatelské intervence:

Hodnot' PŽK pomocí klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona.

Pravidelně kontroluj místo vpichu.

Pouč pacienta, aby včas oznámil pocity diskomfortu spojeného s PŽK.

Edukuj pacienta o žilním portu.

Zhodnocení: Místo vpichu PŽK od první hospitalizace se hojí, mizí zarudnutí. Místo vpichu PŽK na druhé ruce pro 2. cyklus chemoterapie pravidelně kontrolován, dle Maddona - 0. Pacient poučen o žilním portu.

00133 – Chronická bolest související s onemocněním morbus Bechtěrev a projevující se:

Subjektivně: Pacient si stěžuje na bodavou bolest v oblasti kříže.

Objektivně: Na hodnotící škále VAS udává číslo 2, nevydrží dlouho stát, při bolestech se chytá v oblasti zad.

Očekávané výsledky:

Popíše bolest pomocí škály VAS.

Dodrží klidový režim.

Cítí úlevu od bolesti do 30 minut od podání analgetik.

Ošetřovatelské intervence:

Hodnoť bolest pomocí škály VAS.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinnost.

Doporuč klidový režim na lůžku.

Vše zapisuj do ošetřovatelské dokumentace.

Zhodnocení: Bolest zmírněna pomocí analgetik. Druhý den již hodnotí bolest dle VAS – 0.

00118 – Narušený obraz těla spojený se stomií, projevující se:

Subjektivně: Pacient se o stomii vyjadřuje spíše negativně, vnímá ji jako „něco cizího“.

Objektivně: Pacient verbalizuje nespokojenost kvůli nutnosti zavedení stomie, při konverzaci se má zasmušilý výraz.

Očekávané výsledky:

Přijímá stomii jako zákrok zachraňující život.

Zná pozitiva, která mu přináší stomie.

Zná pomůcky, které mu usnadní život se stomií.

Ošetřovatelské intervence:

Vysvětlí pacientovi nutnost vytvoření stomie.

Popiš pacientovi pozitiva, která mu přináší stomie.

Ukaž pacientovi další stomické pomůcky.

Odkaz pacienta na České ILCO, z. s. (české sdružení stomiků).

Zhodnocení: Pacient chápe, že stomie byla nezbytným terapeutickým zákrokem, který vedl ke zlepšení kvality jeho života. Dozvěděl se o možnostech návleků na stomické sáčky a dalších stomických pomůckách.

00198 – Narušený vzorec spánku související s hospitalizací, projevující se:

Subjektivně: Pacient si stěžuje, že nemůže usnout.

Objektivně: Pacient asi dvě až tři hodiny po ulehnutí nemůže usnout, spí o dvě až tři hodiny méně než doma.

Očekávané výsledky:

Po vhodné medikaci bude lépe usínat.

V noci se nebude budit.

Naspí alespoň 8 hodin denně.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti večer vhodnou medikaci dle ordinace lékaře.

Zajisti klid na pokoji (vypnutá TV večer).

Zajisti čerstvý vzduch (otevřené okno či dveře na chodbu).

Pokud to není nutné, nevstupuj ve večerních hodinách na pokoj.

Zhodnocení: Pacient si večer říká o prášek na spaní, po něm se mu usíná lépe. V noci se nebudí.

00093 – Únava související se špatným spánkem, projevující se:

Subjektivně: Pacient si stěžuje na únavu a malátnost.

Objektivně: Pacient verbalizuje únavu, má kruhy pod očima, ke konci dne je malátný a polehává na lůžku.

Očekávané výsledky:

Bude cítit více energie.

Pacient bude lépe usínat.

Pacient naspí alespoň 8 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti vhodnou medikaci dle ordinace lékaře.

Umožni pacientovi odpolední spánek.

Umožni pacientovi přes den relaxovat na lůžku.

Zhodnocení: Pacient po noční medikaci usíná lépe. Naspí přibližně 7 hodin.

4.10 Edukační plán

Kvůli problematickým periferním žílám pacienta bylo rozhodnuto o zavedení žilního portu. Jelikož pacient o žilním portu slyšel poprvé, bylo nutné ho edukovat o tom, co je žilní port a k čemu se využívá.

Edukační plán

Účel edukačního plánu

Vysvětlit pacientovi, co je žilní port, kam se zavádí, k čemu se používá a jaké jsou jeho výhody.

Cíl edukačního plánu

Pacient dokáže vysvětlit, co je žilní port a k čemu se využívá. Dokáže vyjmenovat jeho výhody oproti perifernímu žilnímu katetru.

Výukové metody

Diskuze, názorná ukázka, leták.

Kognitivní oblast

Cíl: Pacient dokáže vysvětlit, co je žilní port a k čemu se užívá.

Hlavní body: Detailně pacientovi vysvětlím, co je žilní port, ukážu mu, jak vypadá, kam se zavádí a k čemu se užívá.

Časová dotace: 15 minut.

Hodnocení: Pacient je schopen vysvětlit, co je žilní port, jak vypadá a jaká je jeho funkce.

Afektivní oblast

Cíl: Pacient chápe výhody žilního portu oproti perifernímu žilnímu katetru.

Hlavní body: Vysvětlím pacientovi výhody žilního portu oproti perifernímu žilnímu katetru.

Časová dotace: 10 minut.

Hodnocení: Pacient dokáže vyjmenovat výhody žilního portu oproti perifernímu žilnímu katetru a vyjadřuje pozitivní stanovisko k jeho zavedení.

Psychomotorická oblast

Cíl: Pacient ví, kam bude zaveden port, a dokáže na místo ukázat.

Hlavní body: ukážu pacientovi, v jakém místě bude zaveden port.

Časová dotace: 5 minut.

Hodnocení: Pacient dokáže na sobě ukázat, kde se bude nacházet port.

5 DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou pacientů léčících se pro kolorektální karcinom. Na ORAK FN Plzeň jsem absolvovala praxi dvakrát a setkala jsem se s mnoha lidmi trpícími tímto onemocněním. Při druhé praxi na přelomu listopadu a prosince 2017 zde proběhl můj výzkum k bakalářské práci. Pacient 1 a pacient 2 mají téměř shodnou diagnózu, jsou stejné věkové kategorie a pocházejí z podobného sociálního prostředí, proto mohu snadno porovnat, zda se potýkají s podobnými problémy a zda onemocnění a léčbu vnímají stejně, či nikoli. Oba pánové byli velmi vstřícní a komunikativní, rozhovory se mnou pokládali za zpestření pobytu v nemocnici. Kostru rozhovoru tvořil ošetřovatelský model M. Gordonové doplněný o otázky týkající se problémových oblastí u onkologických pacientů, a to zejména zvládnutí bolesti, stav periferního žilního systému, výživa a vylučování, psychický stav a zvládnutí úzkosti. Tyto oblasti jsem vybrala na základě knihy od Jiřího Vorlíčka a kol.

První zásadní a pro mě poměrně šokující informace přišla hned v úvodu, kdy mi oba pacienti sdělili, že jim u praktického lékaře při preventivních prohlídkách nebyla nikdy nabídnuta možnost provedení testu okultního krvácení do stolice či preventivní screeningové kolonoskopie. Dle knihy Bohumila Seiferta a kol. by měl praktický lékař nabídnout a provést pacientům starším 50 let test okultního krvácení do stolice v intervalu jednoho roku, po překročení 55. roku věku poté nabídnout volbu mezi primární screeningovou kolonoskopií v intervalu deseti let či pokračováním s TOKS v intervalu dvou let. Zejména u pacienta 2, který se s bolestmi a průjmy potýkal dlouhodobě a lékaře navštívil opakovaně, je takové pochybení tristní. Pacient 1 má kolorektální karcinom v rodinné anamnéze, což je rovněž varovný signál, který by praktický lékař neměl přehlédnout. Kdyby u obou pacientů došlo pomocí preventivních screeningů k včasnému zachytu onemocnění například ve stádiu prekancerózy, mohla být léčba finančně mnohem méně nákladná, a především prognóza by mohla být mnohem lepší (nemuselo by například dojít k metastazování karcinomu do dalších orgánů). Na otázku, zda by si vybavili dopis (tzv. adresné zvaní občanů cílové skupiny pro screening) obsahující pozvánku k vyšetření, oba odpověděli, že si nevybavují, že by jim něco takového přišlo do schránky.

Dalším zásadním rozdílem mezi mými pacienty byl stav periferního žilního systému. Pacient 1 uvedl, že i po absolvování chemoterapie nepociťoval žádné potíže spojené se zaváděním PŽK a podáváním chemoterapeutik do periferních žil. Při hospitalizaci měl rovněž zavedený PŽK z důvodu podávání infuzních roztoků. Po celou dobu hospitalizace byla tíže tromboflebitis dle Maddona s výsledkem 0. V současné době navíc pacient 1 nepodstupuje chemoterapeutickou léčbu a z těchto důvodů nemá a v nejbližší době ani nebude mít zaveden žilní port. Oproti tomu pacient 2 si po podání prvního cyklu chemoterapie stěžoval na bolest žil, zarudnutí v místě vpichu a celkový diskomfort spojený s podáváním chemoterapeutik do periferie žilního systému. Zavedení PŽK bylo rovněž ztíženo špatně hmatatelnými žilami, které vinou oslabené žilní stěny často praskaly. Po upozornění na tyto problémy došlo i vzhledem k předpokládané délce podávání chemoterapie k rozhodnutí ze strany ošetřujícího lékaře k zavedení žilního portu, které bylo naplánováno na následující hospitalizaci. Dle letáku o extravazaci od paní magistry Čadové dělíme chemoterapeutika na nekrotizující a dráždivá – podle toho se odvíjí jejich negativní účinky na okolní tkáň, dojde-li k extravazaci. Oxaliplatinu, kterou dostává pacient 2, patří mezi nekrotizující chemoterapeutika. V případě extravazace by se po okamžitém ukončení léčby rána léčila pomocí suchého tepla – např. pomocí termo lahve přikládané 4x denně po 20 minutách. Zavedení žilního portu umožňuje pacientovi větší komfort, má téměř doživotní funkčnost a minimální vedlejší účinky spojené s podáním chemoterapie. Při plánované dlouhodobé léčbě či při potížích s periferním žilním systémem by tudíž tato možnost měla být dnes pro pacienty již samozřejmostí.

Bolest byla u obou pacientů velmi dobře kompenzována. Oba si po příjmu stěžovali na mírnou bolest, v případě pacienta 1 šlo o bolest spojenou s komplikacemi karcinomu rekta a u pacienta 2 o bolesti z důvodu onemocnění morbus Bechtěrev. U obou se podařilo bolest rychle zmírnit pomocí analgetik. Co se týče vylučování, pacient 2 měl zavedenou stomii, která mu výrazně ulevila od téměř nepřetržitého průjmu a častého cholení na záchod. Pacient 1 rovněž trpěl silnými průjmy, což byl důvod jeho hospitalizace. Na téma stomie se pacient 1 vyjadřoval velmi pozitivně. Uvedl, že jednou z možností, která by ho v budoucnu mohla čekat, je odstranění rekta a zavedení stomie. Dle svých slov by tuto

možnost určitě uvítal, znamenalo-li by to zlepšení kvality jeho života spojené s vylučováním. Dá se tedy očekávat, že po stabilizaci stavu dojde k tomuto zákroku a pacientovi 1 se výrazně uleví. Pacient 2 rovněž potvrdil úlevu spojenou se zavedením stomie, ačkoli stále pracuje na sžití se s touto skutečností. Ve své bakalářské práci na téma střevní neprůchodnosti u geriatrických pacientů se Krippnerová (2017) domnívá, že odmítavý postoj vůči stomii může souviset s nedostatečnou předoperační přípravou a edukací. Je tedy možné, že jedním z důvodů negativního postoje pacienta 2 je to, že zákrok byl proveden poměrně rychle od sdělení diagnózy KRK a pacient neměl dostatek času a informací, aby stomii po psychické stránce lépe přijal.

Oblast strachu, úzkosti a obav o budoucnost byla rovněž jedním ze zásadních bodů našeho rozhovoru. Otázky byly mezi posledními, a ačkoli byli pacienti již rozpovídání a necítili se dle svých slov při hovoru se mnou nepříjemně, z jejich mluvy i neverbálních gest byla cítit změna nálady, smutek, úzkost. Možná to bylo vůbec poprvé, kdy byli nuceni o svých obavách mluvit takto otevřeně, nahlas a s cizím člověkem. Pacient 2 celou situaci zvládá o poznání lépe. Jednak ho momentálně až na potíže se spánkem netrápí žádné výrazné komplikace a zároveň se téměř celý život potýká s onemocněním morbus Bechtěrev, což je nevyléčitelná nemoc. *„Zvládnul jsem jednu, zvládnu i druhou,“* odpovídá s vyrovnaným a klidným výrazem ve tváři. Pacient 1 je sklíčený a v očích má slzy. Jeho diagnóza velmi zasáhla do jeho života i života jeho manželky. Povídáme si o tom, že až se uleví od akutních potíží, které ho trápí nejvíce, bude zase lépe. Na konci tohoto úseku rozhovoru je pacient 1 povzbuzený a opět se usmívá. Dle svých slov se snaží myslet pozitivně, *„jen to na něj někdy padne“*.

V obou případech jsem si ověřila, že oblasti vytyčené na začátku mého výzkumu mohou být pro pacienty s karcinomem rekta opravdu problémové. Proto je třeba se na ně zaměřit, aktivně se ptát a naslouchat potížím pacienta. Pomocí škál můžeme tyto problémy klasifikovat a hledat vhodná řešení. Pokud se podaří vyhnout se komplikacím spojeným s onemocněním a jeho léčbou či jejich odstranění na samém počátku, je celý proces léčby pro pacienta mnohem snesitelnější. Nedílnou součástí je správná edukace. Pokud se pacientovi řádně nevysvětlí, co znamená například zavedení stomie či žilního portu, může tyto

skutečnosti vnímat velice negativně. Jako výstup pro praxi z této bakalářské práce jsem se proto rozhodla vytvořit edukační leták o zavedení žilního portu.

6 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zmapovat ošetrovatelský proces u pacienta s kolorektálním karcinomem, vytyčit problémové oblasti ošetrovatelské péče a navrhnout vhodné intervence. Rovněž také navrhnout edukační plán.

V teoretické části jsem se nejprve věnovala anatomii a fyziologii GIT. Poté jsem se zaměřila na onemocnění KRK obecně, na jeho epidemiologii a etiologii. Důležitou kapitolou je zejména prevence, ve které se podrobně věnuji screeningovým programům a roli praktického lékaře ve včasném záchytu onemocnění KRK. Dále zmiňuji diagnostiku onemocnění a následně nastiňuji léčbu, která se užívá v současné době. Poslední velkou kapitolou teoretické části je úloha sestry v oblastech ošetrovatelské péče o pacienta léčícího se s kolorektálním karcinomem. Tato kapitola je rovněž velmi důležitá, popisuje oblasti, na které je třeba se zaměřit při ošetrovatelské péči.

V praktické části jsem podrobně zpracovala dvě případové studie pacientů léčících se na ORAK FN Plzeň pro onemocnění KRK. Pro zpracování ošetrovatelského procesu jsem použila ošetrovatelský model M. Gordonové, který mapuje všechny oblasti pacientova života. Pro každého z nich byl poté na základě nejproblematičtější oblasti navržen edukační plán.

Můj výzkum potvrdil, že v mnou vytyčených oblastech (oblast psychiky, stav periferního žilního systému, vylučování, bolest) lze opravdu najít problémy, které znesnadňují adaptaci na léčbu a hospitalizaci a je třeba je z pozice všeobecné sestry řešit aktivně. U obou pacientů došlo k řešení problémů po dobu hospitalizace s uspokojivým výsledkem. Důraz byl kladen na oblast edukace, která je velmi důležitá, protože pomáhá pacientovi potíže, s kterými se potýká, pochopit a efektivně zvýšit jeho spolupráci na řešení těchto problémů. Proto výsledkem mé bakalářské práce bude edukační leták o zavedení žilního portu.

Při zpracování této bakalářské práce jsem měla možnost zjistit spoustu důležitých informací, co se týče onemocnění kolorektálního karcinomu. Ve své příští práci bych se ráda věnovala sekundární prevenci KRK, která hraje téměř nejdůležitější roli v časném záchytu onemocnění, a přece je i přes rozvoj

screeningových programů stále nedostatečně rozšířena v povědomí laické veřejnosti i ordinacích praktických lékařů.

LITERATURA A PRAMENY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-807-0134-672.
2. ČERNOCH, Jiří et al. *Prekancerózy v trávicím traktu*. Praha: Grada, 2012. 196 s. ISBN 978-80-247-3500-9.
3. DIVIŠ, Petr et al. Kolorektální karcinom – současný pohled na diagnostiku a léčbu. *Medicína pro praxi*. 2016, roč. 13, č. 1, s. 34-38. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdnfs/med/2016/01/07.pdf>.
4. DUŠEK, Ladislav et al. *Epidemiologie, prevence a léčba kolorektálního karcinomu dle dostupných českých a mezinárodních dat*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 199 s. ISBN 978-80-87347-07-2.
5. GREYSTOKE, A. a MULLAMITHA, S. A. How Many Diseases Are Colorectal Cancer? *Gastroenterology Research & Practice*. 2012, vol. 2012, January, s. 1-12. ISSN 1687-6121. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444041/>.
6. HERDMAN, T. Heather, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2012–2014*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2013. 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
7. HOCH, Jiří et al. *Koloproktologie: vybrané kapitoly*. Praha: Mladá fronta, 2016. 239 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4179-9.
8. HOLUBEC, Luboš. *Onemocnění a poranění tlustého střeva a konečníku*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. 49 s. ISBN 978-80-261-0673-9.
9. CHALUPNÍK, Štěpán. Péče o stomie. *Ošetrovatelská péče*. 2013, roč. 2013, č. 1, s. 26-29. ISSN 2336-1603.
10. KOTT, Otto, PETŘÍKOVÁ, Iveta. *Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2009. 86 s. ISBN 978-80-7043-796-4.
11. KRŠKA, Zdeněk et al. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.

12. MÁJEK, Juraj et al. Endoskopická diagnostika kolorektálního karcinomu. *Gastroenterológia pre prax*. 2012, roč. 11, č. 3, s. 118-125. ISSN 1336-1473.
13. MERKUNOVÁ, Alena, OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 304 s. ISBN 978-80-248-1521-6.
14. MICHÁLKOVÁ, Helena. Psychosociální problematika stomiků. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 6, s. 44-46. ISSN 1210-0404.
15. ONDRIOVÁ, Iveta, SINAIOVÁ, Anna a CIBRÍKOVÁ, Silvia. Kvalita života nemocných s kolostomií. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 6, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
16. PINE, James a STEVENSON, Lynn. Intestinal stomas. *Surgery (Oxford)*. 2017, vol. 35, no. 3, s.165-170. ISSN 0263-9319. Dostupné také z: [http://www.surgeryjournal.co.uk/article/S0263-9319\(16\)30203-4/pdf](http://www.surgeryjournal.co.uk/article/S0263-9319(16)30203-4/pdf).
17. RYSKA, Miroslav a LANGER, Daniel. Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 2013, roč. 7, č. 4, s. 179-182. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/04/05.pdf>.
18. SEIFERT, Bohumil et al. *Screening kolorektálního karcinomu*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2015. 128 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-444-9.
19. SEIFERT, Bohumil. Kolorektální karcinom: strategie pro včasnou diagnostiku. *Acta medicae*. 2014, roč. 3, č. 11, s. 18-21. ISSN 1805-398X.
20. SCHNEIDEROVÁ, Michaela a BENCKO, Vladimír. Kolorektální karcinom – současný pohled na rizikové a protektivní faktory, možnosti prevence. *Onkologie*. 2015, roč. 9, č. 4, s. 178-182. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2015/04/06.pdf>.
21. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
22. ŠACHLOVÁ, Milana a MÁJEK, Ondřej. Screening kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 2015, roč. 9, č. 4, s. 162-166. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2015/04/02.pdf>.
23. TOMÁŠEK, Jiří a HALÁMKOVÁ, Jana. Systémová protinádorová léčba kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 2013, roč. 7, č. 4, s. 188-189. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2013/04/07.pdf>.

24. TOMÁŠEK, Jiří a ŠACHLOVÁ, Milana. Kolorektální karcinom – screening a novinky v léčbě. *Zdravotnictví a medicína*. 2015, roč. 2015, č. 7-8, s. 49-51. ISSN 2336-2987. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/kolorektalni-karcinom-screening-anovinky-v-lecbe-479580>.
25. TÓTHOVÁ, Valérie et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
26. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 184 s. ISBN 80-7013-324-4.
27. VOKURKA, Samuel et al. *Postižení dutiny ústní a trávicího traktu onkologických pacientů*. Praha: Current Media, 2016. 225 s. Medicus. ISBN 978-80-88129-13-4.
28. VORLÍČEK, Jiří et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 448 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.
29. VÖRÖSOVÁ, Gabriela et al. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
30. ZAVORAL, Miroslav et al. Colorectal cancer screening: 20 years of development and recent progress. *World Journal of Gastroenterology*. 2014, vol. 20, no. 14, s. 3825–3834. ISSN 1007-9327. Dostupné také z: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i14/3825.htm>.

SEZNAM ZKRATEK

CNS – Centrální nervová soustava

DM – Diabetes mellitus

FAP – Familiární adenomatózní polypóza

GIT – Gastrointestinální trakt

KRK – Kolorektální karcinom

NOR – Národní onkologický registr

NPB – Náhlá příhoda bříšní

ORAK – Onkologická a radioterapeutická klinika

PŽK – Periferní žilní katetr

RTG – Rentgen

TEN – Tromboembolická nemoc

TOKS – Test okultního krvácení do stolice

VAS – Vizuální analogová škála bolesti

WHO – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace T	21
Tabulka 2 Klasifikace N	21
Tabulka 3 Klasifikace M	22

SEZNAM PŘÍLOH

1. Barthelův test základních denních činností
2. Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona
3. Nutriční screening
4. Hodnocení bolesti dle VAS
5. Souhlas s provedením výzkumu ve FN Plzeň
6. Informovaný souhlas pacienta

Příloha č.1 Barthelův test základních denních činností

Činnost	Provedení činnosti	Hodnocení
Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Zhodnocení

0-40 bodů	Vysoce závislý
45-65 bodů	Závislost středního stupně
65-95 bodů	Lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha č.2 Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí.
1.	Pouze bolest v místě vpichu bez zarudnutí nebo otoku.
2.	Bolest a zarudnutí.
3.	Bolest, zarudnutí, otok a/nebo bolestivý pruh v průběhu žíly.
4.	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly.

Zdroj: FN Plzeň

Příloha č.3 Nutriční screening

Věk	Do 65 let	0 bodů
	66-75 let	1 bod
	Více než 75 let	2 body
Hmotnost a výška	Lze zvážit/změřit	0 bodů
	Nelze zvážit	2 body
BMI	20-35 nebo nehodnoceno	0 bodů
	18-20, nad 35	1 bod
	Pod 18	2 body
Dostupnost informací	Lze získat informace	0 bodů
	Nelze získat informace	2 body
Nechtěný úbytek hmotnosti za 3 měsíce	Žádný nebo nelze zjistit	0 bodů
	Do 3 kg	1 bod
	3-6 kg	2 body
	Více než 6 kg	3 body
Jídlo za 3 týdny	Plné porce nebo nejde zjistit	0 bodů
	Poloviční porce	1 bod
	Jí občas, nebo nejlí	2 body

Zhodnocení

0-3 body	Není potřeba intervence
4-8 bodů	Edukace nutriční terapeutky
9 a více bodů	Malnutrice, nutná nutriční péče

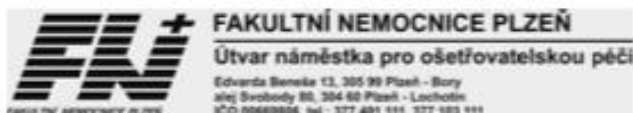
Zdroj: FN Plzeň

Příloha č.4 Hodnocení bolesti dle VAS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Žádná bolest					Nejvyšší možná bolest				

Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242>

Příloha č. 5 Souhlas s provedením výzkumu ve FN Plzeň



Vážená paní

Anna Rasochová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách a ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Onkologické a radioterapeutické kliniky (ORAK) FN Plzeň*. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces o nemocného s kolorektálním karcinomem*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době Vaší, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením paní Mgr. Simony Šípové, vrchní sestry ORAK FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzen.cz

24. 10. 2017

Příloha č.6 Informovaný souhlas pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Ošetřovatelský proces u nemocného s kolorektálním karcinomem

STUDENT

Jméno Anna Rasochová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail anna.rasochova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Jméno Mgr. Lucie Čadová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail cadoval@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat ošetřovatelský proces u nemocného s kolorektálním karcinomem.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: