

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravovědy

Kristýna Šamajová

V. ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů
pro střední odborné školy

Edukace pacienta před operací střev pro kolorektální karcinom

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Olomouc 2011

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne 4.4.2011

.....
Kristýna Šamajová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce a poskytování rad k práci. Zároveň děkuji všem respondentům, kteří se účastnili výzkumu.

OBSAH

ÚVOD.....	7
CÍL PRÁCE.....	9

I TEORETICKÉ POZNATKY

1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU.....	10
1.1 Obecná stavba stěny trávicí trubice.....	10
1.2 Tlusté střevo.....	11
1.3 Slepé střevo.....	12
1.4 Tračník.....	12
1.5 Konečník.....	13
2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM (KRK).....	14
2.1 Výskyt kolorektálního karcinomu v ČR.....	14
2.2 Dělení KRK.....	15
2.3 Staging a histopatologický grading.....	16
3 ETIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	17
3.1 Endogenní faktory.....	17
3.2 Exogenní faktory.....	18
3.3 Predisponující změny.....	19
4 KLINICKÝ OBRAZ	20
4.1 Klinický obraz dle lokalizace nádoru.....	20
4.2 Prognóza.....	21
5 DIAGNOSTIKA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU.....	22

5.1 Zobrazovací metody.....	22
5.2 Endoskopické vyšetření tlustého střeva a rekta.....	23
5.3 Mikroskopické vyšetření.....	23
6 EDUKACE NEMOCNÝCH PŘED OPERACÍ	
STŘEV	25
6.1 Edukace.....	25
6.2 Dělení předoperační přípravy.....	26
6.3 Dlouhodobá předoperační příprava.....	27
6.4 Krátkodobá předoperační příprava.....	28
6.4.1 Fyzická příprava.....	28
6.4.2 Příprava kožního povrchu pro operační výkon.....	30
6.4.3 Nácvik prvků pooperačního režimu.....	31
6.5 Bezprostřední předoperační příprava.....	34
6.6 Příprava klienta k urgentní (neodkladné) operaci.....	35
6.7 Psychologická problematika nemocného v souvislosti s operací.....	36
7 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	37
7.1 Dispenzární péče.....	37
7.2 Dietologie.....	38
7.2.1 Posouzení stavu výživy.....	38
7.2.2 Malnutrice	39
8 STOMIE	40
8.1 Charakteristika stomie.....	40
8.2 Stomické pomůcky.....	42
8.3 Péče o stomii.....	43
8.4 Každodenní život se stomií.....	45
 II PRAKTICKÁ ČÁST	
9 METODIKA PRÁCE	47
9.1 Použité způsoby zpracování dat.....	47

9.2 Charakteristika vybrané skupiny klientů.....	47
9.3 Organizace a zaměření výzkumu	48
10 VÝSLEDKY.....	49
10.1 Kazuistika č. 1.....	49
10.2 Kazuistika č. 2.....	54
10.3 Kazuistika č. 3.....	59
10.4 Kazuistika č. 4.....	64
10.5 Kazuistika č. 5.....	69
10.6 Kazuistika č. 6.....	74
10.7 Kazuistika č. 7.....	79
10.8 Kazuistika č. 8.....	84
10.9 Kazuistika č. 9.....	89
10.10 Kazuistika č. 10.....	94
ZÁVĚR A DISKUSE.....	99
SOUHRN.....	103
REFERENČNÍ SEZNAM.....	105
PŘÍLOHY.....	10

8

Příloha č. 1 – Dělení nádorů

Příloha č. 2 – TNM klasifikace

Příloha č. 3 – Stomické pomůcky

Příloha č. 4 – Přehled vhodných a nevhodných potravin pro pacienta se stomií

Příloha č. 5 – Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho

Příloha č. 6 – Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 7 – Test ošetřovatelské zátěže

Příloha č. 8 – Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Příloha č. 9 – Beckova sebesuzovací stupnice deprese

Příloha č. 10 – Koloréktální karcinom, praktická příručka pro pacienty před plánovanou operací střev

ANOTACE

ÚVOD

Kolorektální karcinom se stal nejčastějším nádorovým onemocněním trávicího ústrojí. V naší populaci přetrvává již několik desetiletí a výskyt tohoto závažného onemocnění neustále vzrůstá (Holubec, 2004). Kolorektální karcinom je typický svými geografickými variacemi a celosvětově se jeho výskyt liší až dvacetinásobně. Nejvíce je postižena populace v průmyslových zemích euroamerické oblasti, v Austrálii a na Novém Zélandu, nejnižší výskyt je v subsaharské Africe a v Asii. Česká republika bohužel zaujímá vedoucí postavení ve světových statistikách incidence a mortality (Lukáš, 2005).

Informovanost nejen laické veřejnosti nelze ani v dnešní době považovat za dostatečnou. Lidé se často o nějaké informace zajímají, až když onemocní, proto je zapotřebí tuto informovanost neustále prohlubovat. Cílem práce je shrnout problematiku, kterou je „příprava klienta k operaci střev pro kolorektální karcinom“ z hlediska přístupu a dostatečné informovanosti jak samotných nemocných, tak zdravotnického personálu v komplexní péči o tuto vybranou skupinu nemocných.

Je zapotřebí seznámit se podrobně s tím, co to vlastně „kolorektální karcinom“ je, co je příčinou jeho vzniku, jak se dá rozdělit, jak se liší klinický obraz dle lokalizace nádoru, jaké jsou možnosti diagnostiky a léčby tohoto onemocnění, jakým způsobem lze předcházet jeho vzniku a v neposlední řadě jak je důležitá podrobná a důsledná edukace klienta před plánovanou operací střev. Podmínkou pro pochopení celé problematiky je zopakování anatomie tlustého střeva a konečníku. Samostatnou kapitolu, kvůli největšímu zásahu do psychiky nemocného člověka, tvoří stomie. Klient by měl být s touto možností operativního řešení dostatečně seznámen i tehdy, pokud její vyjití pouze hrozí.

Takto závažné onemocnění s sebou nese řadu problémových situací a úskalí spojených s nedostatečnou edukací klientů v době již před operací. Tato nedostatečná informovanost v tomto období se pak záporně promítá do průběhu operace, časného

pooperačního období a následně pak do kvality života nemocného.

Pracuji jako zdravotní sestra v nemocnici na chirurgicko – traumatologickém oddělení a s vybranou problematikou se denně ve své profesi setkávám. Víím, že z důvodu stále přibývajících administrativní práce, opravdu není tolik času, který je zapotřebí k podání komplexních informací a zvládnutí strachu a obav z operace. Osud těchto lidí mi není lhostejný, proto se této problematice věnuji nejen ve své profesi, ale i ve volném čase.

V praktické části se věnuji anamnestickým rozhovorům s klienty, u kterých byl diagnostikován kolorektální karcinom, a které čeká v brzké době operace střev. Na základě všech informací, získaných rozhovorem i z lékařské či sesterské dokumentace, sestavuji kazuistiky dle modelu Dr. Marjory Gordonové. Na základě těchto kazuistik je pak možné pochopit rozdíly v psychických projevech nemocných, které jsou do jisté míry dané osobností a do jisté míry se na nich podílí i informovanost jak o samotném onemocnění, tak i o způsobu léčby. Součástí příloh je vlastnoručně vypracovaná brožura s názvem „Kolorektální karcinom – praktická příručka pro pacienty před plánovanou operací střev“, která má podat klientovi základní představu o jeho onemocnění a o tom, co ho čeká po operaci. Tato brožura bude nabídnuta také nemocným, u kterých byla zpracovaná kazuistika.

CÍL PRÁCE

Hlavní cíl

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký má na klienta vliv vhodná edukace před plánovanou operací střev pro kolorektální karcinom a v jaké míře je uskutečňována ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Dílčí cíle

1. Sestavit deset kazuistik u klientů s vybraným onemocněním dle modelu Dr. Marjory Gordonové na základě informací získaných vlastním pozorováním, rozhovorem, fyzikálním vyšetřením a doplnit je o záznamy z dokumentace.
2. Zjistit u vybraných klientů aktuální stav informovanosti.
3. Pochopit rozdíly v chápání informací dle psychického a zdravotního stavu nemocných.
4. Vypracovat informační brožuru, která poskytne klientům před operací střev dostatečné informace stran přípravy, samotné operace i pooperačního období.
5. Prohloubit informovanost veřejnosti o onemocnění kolorektálním karcinomem.

I TEORETICKÉ POZNATKY

1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU

Trávicí ústrojí začíná v dutině ústní, která přechází do hltanu. Hltan je trubice nálevkovitého tvaru ústící do svalové trubice jícnu, která spojuje hltan se žaludkem. Žaludek přechází do dvanáctníku a dál do tenkého střeva, které je dlouhé 3-5 metrů. Dále navazuje tlusté střevo jež končí konečníkem. Do tohoto systému patří také játra, žlučové cesty a slinivka břišní. Tyto orgány zajišťují trávení, mechanické a chemické zpracování přijímané potravy tak, aby látky upravené tímto systémem bylo možno vstřebávat v našem těle (Příbáňová, 2009). Anatomii zobrazuje Obrázek 1. na str. 13.

Trávicí systém slouží k příjmu potravy, zejména rozmělnění, zpracování a vstřebání živin a transportu tráveniny. Důležitou součástí trávicího systému jsou žlázy, které produkují látky uplatňující se spolu se střevní flórou na procesu trávení (Lukáš, 2005).

1.1 Obecná stavba stěny trávicí trubice

Střevní stěna je tvořena pěti základními vrstvami:

1. **Sliznice** (*tunica mucosa*) – je složena z intestinálního epitelu a slizničního stromatu. Sliznice tlustého střeva má vyhlazený povrch s nečetnými záhyby. Na povrch sliznice ústí drobné tubulózní žlázy (Dylevský, 2000).
2. **Slizniční svalovina** (*lamina muscularis mucosae*) – na obou stranách této svaloviny ve všech částech střeva je lymfatická (mízní) tkáň vytvářející lymfatické folikuly.
3. **Podsliznice** (*tunica submucosa*) – hojně jsou přítomny krevní a lymfatické cévy

(Holubec, 2004).

4. **Zevní svalovina** (*tunica muscularis externa*) – skládá se z vnitřní cirkulární a zevní longitudinální (tenká, v taeniích zahuštěná) vrstvy, mezi nimiž je přítomna nervová pleteň Auerbachova. Svalovinou prostupují krevní a lymfatické cévy, nacházejí se zde intersticiální (vmezeřené) buňky, které plní funkci peacemakeru (nárazníku) a regulují spontánní intestinální hybnost (Holubec, 2004). Příčně pruhovaná svalovina trávicí trubice je inervována míšními a hlavovými nervy a je ovládána vůlí, hladkou svalovinu inervuje autonomní systém a nepodléhá volní kontrole. Cirkulární svalovina je na některých místech zesílena a tvoří svěrače. Obecně slouží svalovina trávicí trubice k posunu potravy a k jejímu promíchání (Lukáš, 2005).
5. **Seroza** (*tunica serosa*) – je tenká vrstva vaziva bohatá na krevní a lymfatické cévy a tukovou tkáň. Na povrchu je kryta jednovrstevným plochým epitelem – *mezotelem* (Holubec, 2004).

1.2 Tlusté střevo

Tlusté střevo (*intestinum crassum*) je konečným, asi 1,5 m dlouhým úsekem trávicí trubice. Po stranách a nahoře obkružuje kličky tenkého střeva. Začíná v pravé jámě kyčelní nejobjemnější částí – **slepým střevem**, pokračuje jako **tračník vzestupný, příčný a sestupný**, který přechází do **esovité kličky**. Na ni navazuje poslední část tlustého střeva – **konečník**, ležící již v malé pánvi.

Stěna tlustého střeva je poměrně tenká, protože je redukována především její svalová vrstva. Hlavní funkcí je vstřebávání vody a zahuštění obsahu. Sliznice tlustého střeva je bez klků (výběžků) a tvoří poloměsíčitě řasy. Obsahuje velké množství hlenových žláz, jejichž produkt chrání sliznici. Svalovina má opět dvě vrstvy, cirkulární a podélnou. Smrštěním cirkulární svaloviny vznikají výpuky (*haustra*), jejich poloha se mění (Dylevský, 2000). Postupují od slepého střeva ke konečníku a posunují obsah střevní. Zesílením podélné svaloviny vznikají tři bělavé, podélné pruhy táhnoucí se celým tlustým střevem od slepého střeva až po konečník (*taenie*). Jejich poloha se nemění. V místě taenií se ještě nacházejí zvláštní menší stopkaté vychlípeniny pobřišnicového povlaku tlustého střeva (*apendices epiploicae*) obsahující tuk, který jim dodává žlutou barvu.

Tlusté střevo zásobuje horní a dolní mezenterická tepna (*arteria mesenterica superior a inferior*), ke konečníku přicházejí ještě větve z vnitřní kyčelní tepny (*arteria iliace interna*). Žíly z tlustého střeva až po horní část konečníku odvádějí krev do vrátnicové žíly (*vena portae*) ze zbytku konečníku pak do dolní duté žíly. Při přetlaku ve *vena portae* vznikají **vnitřní hemoroidy**. V podkoží kolem análního otvoru jsou žilní pleteně, které se mohou patologicky rozšiřovat a vznikají pak **zevní hemoroidy**. Míza odtéká přes předsunuté uzliny u stěny střeva (*coeliackých uzlin*), z rekta pak do uzlin v malé pánvi.

Inervaci hladké svaloviny tlustého střeva zabezpečují autonomní nervy (se stejným účinkem jako na tenkém střevě), zevní příčně pruhovaný **svěrač konečníku** je inervován míšními nervy a podléhá volní kontrole (Lukáš, 2005).

1.3 Slepé střevo

Slepé střevo (*caecum*) leží v pravé jámě kyčelní, zleva do něj ústí konečná část tenkého střeva, *ileum*. Ústí je opatřeno řasou – *valva ileocaecalis*, která brání zpětnému posunu obsahu. Na dolním konci odstupuje z céka **červovitý přívěsek** (*apendix vermiformis*), dlouhý průměrně 5-10 cm a silný jako tužka. Stálou polohu má jen jeho začátek, který se promítá do bodu ležícího na čáře spojující přední horní trn kosti kyčelní s pupkem, asi 6 cm od trnu (bod Mac Burneyův). Při nejčastější poloze směřuje apendix dolů do malé pánve. Nachází se v něm velké množství lymfatické tkáně, která je příčinou častých zánětů apendixu (Lukáš, 2005).

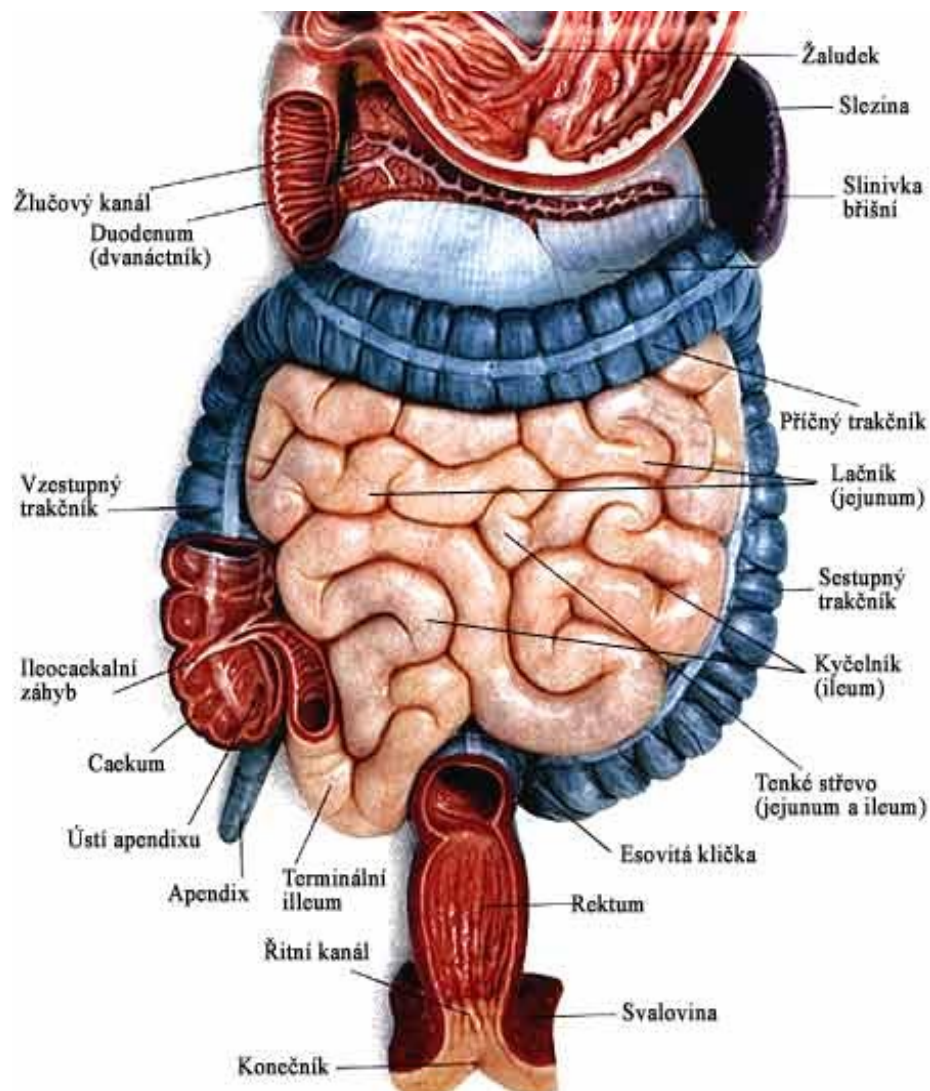
1.4 Tračník

Na slepé střevo navazuje **vzestupný tračník** (*colon ascendens*), který probíhá vzhůru po pravé straně břišní dutiny až pod játra, kde jaterním ohbím přechází do **tračníku příčného** (*colon transversum*). Příčný tračník kříží dutinu břišní zprava doleva až ke slezině. Je zavěšen, na peritoneálním závěsu (*mesocolon transversum*), a jako girlanda visí před kličkami tenkého střeva dolů. Slezinným ohbím pak přechází do **sestupného tračníku**, (*colon descendens*), který jde podél levé stěny břišní do levé jámy kyčelní, kde pokračuje jako v **esovitou kličku** (*colon sigmoideum*). Sestupný tračník je opět fixován

k zadní stěně břišní, esovitá klička má závěs – *mesosigmoideum*, je pohyblivá a vstupuje do malé pánve, kde na ni navazuje poslední úsek tlustého střeva **konečník** (Lukáš, 2005).

1.5 Konečník

Konečník (*rectum*) je asi 12-15 cm dlouhý, leží těsně před křížovou kostí a řitním otvorem (*anus*) ústí ven. V pánvi se rozšiřuje do **ampuly**, dolů se zužuje do **análního kanálu** (*canalis analis*). V ampule rekta je sliznice složena do tří příčných řas. Největší je střední řasa – Kohlrauschova, je na pravé straně, vzdálená asi 7 cm od řitního otvoru. Na konci análního kanálu jsou dva svěrače, vnitřní je z hladké svaloviny, zevní je příčně pruhovaný (Lukáš, 2005).



2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

2.1 Výskyt kolorektálního karcinomu v ČR

Kolorektální karcinom (dále jen KRK) je **nejčastějším nádorem** trávicího ústrojí a druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů a u žen. Alarmující je neustále **vzrůstající trend výskytu** této choroby, který v naší populaci přetrvává již několik desetiletí (Holubec, 2004).

Česká republika zaujímá **vedoucí postavení** ve světových statistikách incidence (počet nových případů v populaci) a mortality (úmrtnosti) KRK. Každý rok touto zhoubnou chorobou onemocní téměř 8000 osob a přibližně 5000 jich zemře (Holubec 2004). U obou pohlaví se u nás jedná o druhou nejčastější malignitu (zhoubnost) po karcinomu plic, resp. prsu (Lukáš 2005).

Je tragickou skutečností, že KRK působí tak velké ztráty, třebaže je to jeden z nejlépe prevencí ovlivnitelných a léčitelných nádorů, pokud se zjistí v časném stádiu. **Primární prevence** představuje úpravu životosprávy a jídelníčku. **Sekundární prevence** zahrnuje dvě pracovní metody: *screening*, tj. časovou diagnostiku choroby u bezpříznakových jedinců a *dispenzarizaci*, tj. dlouhodobé sledování vysokorizikových skupin (Zavoral, 2010).

Přestože KRK je jedním z mála nádorových onemocnění, kde je realizována primární i sekundární prevence nádorů je současný stav diagnostiky a léčby KRK **neuspokojivý**. Navzdory tomu, že KRK je dobře přístupný vyšetření, přichází téměř polovina nemocných v pokročilých stádiích s postižením lymfatických uzlin a výskytem vzdálených metastáz. To negativně ovlivňuje výsledky léčby a dlouhodobého přežití pacientů.

Základem komplexní léčby tohoto nádorového onemocnění nadále zůstává chirurgický výkon. Rozsah chirurgické radikality (ráznosti) však už nelze dále zvětšovat. Využívá se jen dokonalejšího technického vybavení na operačních sálech. Úspěšná léčba je možná jen při včasné diagnostice nádorového onemocnění za široké týmové mezioborové spolupráce.

Stejně jako vývoj screeningových programů jsou důležité i metody rozvíjející primární a sekundární prevenci. Nezbytná je také pečlivá dispenzarizace pacientů po provedené primární terapii nádorů ve specializovaných centrech. Pouze tak lze včas diagnostikovat recidivu (návrat) či progresi (zhoršování) nádorového onemocnění. Budoucnost diagnostiky a léčby KRK spočívá ve výsledcích molekulární biologie a genové terapie, kdy bude možné posoudit individuální riziko a prognózu (předpověď) pacienta a podle těchto znaků bude volena kauzální (příčinná) terapie (Holubec, 2004).

KRK je typický svými geografickými variacemi, celosvětově se jeho výskyt liší až dvacetinásobně. Nejvíce je postižena populace v průmyslových zemích euroamerické oblasti, v Austrálii a na Novém Zélandu, nejnižší výskyt je v subsaharské Africe a v Asii (Lukáš, 2005).

2.2 Dělení KRK

Anatomické dělení dle lokalizace:

Dle kritérií Union Internationale Contre le Cancer (UICC) uvádí anatomické dělení nádorů střeva a konečníku Tabulka 1., jejíž součástí jsou také kódy lékařských diagnóz.

Tabulka 1. Anatomické dělení nádorů střeva a konečníku

Kolon	Kód diagnózy	Rektum	Kód diagnózy
apendix	(C18.1)	rektosigmoideum	(C19)
cékum	(C18.0)	rektum	(C20)
vzestupný tráčník	(C18.2)	řít' a řitní kanál	(C21)
hepatická flexura	(C18.3)	řitní kanál	(C21.1)
příčný tráčník	(C18.4)	kloakogenní zóna	(C21.2)
lienální flexura	(C18.5)	léze přesahující	(C21.8)
sestupný tráčník	(C18.6)	rektum řít' a řitní	
sigmoideum	(C18.7)	kanál	

(Holubec, 2004, str. 41)

Dělení dle histogeneze (proces vzniku a vývoje tkání) a biologického chování nádoru:

Nejčastějšími nádory v tlustém střevě jsou nádory epitelové. Přehled nejčastějších nádorů tlustého střeva, jejich histogenezi a biologické chování shrnuje Tabulka 2.

(Podrobný popis jednotlivých typů nádorů viz Příloha č. 1 – Dělení nádorů).

Tabulka 2. Shrnutí nádorů tlustého střeva

<i>Histogenetický typ nádoru</i>	<i>Nádory dle biologického chování</i>		
	<i>benigní</i>	<i>nejisté</i>	<i>maligní</i>
epitelové	adenom	karcinoid	adenokarcinom, neuroendokrinní karcinom
neepitelové	lipom, hemangiom, neurinom, neurofibrom aj.	GIST	maligní lymfomy, sarkomy

(Holubec, 2004, str. 41)

2.3 Staging a histopatologický grading

Největší úloha patologa spočívá ve stanovení gradingu a stagingu KRK. **Grading nádorů** je mikroskopické stanovení stupně diferenciací nádorových buněk. Grading KRK je založen na hodnocení žláznové komponenty (architektoniky žlázek a epitelové dysplazie). Karcinomy s dobrou a střední diferenciací (rozlišitelností) jsou označovány jako nízcemaligní, špatně diferencované tumory jsou vysoce maligní.

Staging nádorů je stanovení rozsahu šíření nádoru. Nejrozšířenější klasifikační systém je **TNM systém**, který hodnotí *extenzi tumoru (T)*, *rozsah postižení regionálních mízních uzlin (N)* a *přítomnost vzdálených metastáz* – tzv. dceřiných ložisek nádoru (**M**). TNM klinický je založen na klinickém vyšetření tumoru zobrazovacími metodami, TNM patologický je založen na mikroskopickém vyšetření (viz Příloha č. 2 – TNM klasifikace).

Klasifikační systém TNM je založen na:

- Stanovení rozsahu nádoru z resekátu (vzorek vytnuté tkáně) - tj. prorůstání do jiných struktur a tkání.
- Určení stavu lymfatických (mízních) uzlin z resekátu. Makroskopicky zvětšené lymfatické uzliny ještě nejsou důkazem jejich metastatického postižení.
- Potvrzení vzdálených metastáz – excize (odběr tkáně) suspektního (podezřelého) ložiska z jater, plic, mozku apod. (Holubec, 2004).

3 ETIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Na vzniku KRK se podílejí faktory **hereditární** (dědičné) i **exogenní** (zevní). Faktory hereditární odpovídají především za familiární (rodinný) výskyt karcinomu slepého střeva a vzestupného tračníku. Faktory exogenní odpovídají především za výskyt nádorů v sestupném tračníku, esovitě kličce a konečniku (Holubec, 2004).

Rozdíly v incidenci (statistický ukazatel výskytu) KRK v různých oblastech světa svědčí pro význam zevních, především nutričních faktorů na vznik onemocnění. Častější výskyt KRK v některých rodinách nasvědčuje však také vlivům genetickým. Vznik KRK je tedy **podmíněn interakcí** (vzájemné ovlivňování) zevních a vnitřních faktorů (Lukáš, 2005).

3.1 Endogenní faktory

K endogenním faktorům řadí Lukáš (2005) především:

1. Věk

Věk je významným rizikovým faktorem při vzniku většiny nádorů, včetně KRK. Až 90 % nemocných je starších 50 let, zatím co před 40 rokem života je diagnóza tohoto onemocnění vzácná. Časný vznik KRK je obvykle považován za nepříznivý prognostický (předvídaný) faktor, i když studie z poslední doby ukazují, že prognóza mladších nemocných se při správné léčbě neliší od pacientů ve vyšším věku. U mladších nemocných je významně častější pozitivní rodinná anamnéza.

2. Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících vznik KRK. Výskyt KRK u příbuzných prvního stupně (rodiče – děti, sourozenci) zvyšuje riziko onemocnění nejméně dva až šestnásobně v závislosti na počtu postižených příbuzných a jejich věku v době diagnózy KRK. Anamnéza adenomových polypů (nezhoubné nádory ze žlázového epitelu střeva) u prvostupňových příbuzných zvyšuje riziko rovněž dva až čtyřnásobně. Je tedy zřejmé, že rodinná anamnéza KRK a nebo adenomu je velmi důležitým údajem a v poslední době je používán pro případy rodinného výskytu termín „familiární“ forma KRK.

3. **Idiopatické střevní záněty a KRK**

Idiopatické (bez definov. příčiny) střevní záněty, zejména ulcerózní kolitida, jsou spojeny s vyšším výskytem KRK. Toto riziko stoupá s délkou trvání choroby a rozsahem postižení střeva – nejvíce postižení jsou nemocní s postižením celého tračníku (Lukáš, 2005).

3.2 **Exogenní faktory**

K udávaným exogenním faktorům dle Lukáše (2005) převážně patří:

1. **Nedostatek rostlinné stravy, dietní vlákniny a mikronutrientů**

Dietní vláknina, obsažená kromě zeleniny a ovoce především v cereáliích, byla vždy považována za jeden z nejvýznamnějších ochranných faktorů. Většina epidemiologických studií ukazuje na příznivý efekt zvýšeného příjmu vlákniny na snížení výskytu karcinomu tračníku a rekta. Předpokládaný mechanismus spočívá ve zvětšení objemu stolice, zředění karcinogenně (rakovinotvorně) působících látek a urychlení jejich eliminace (vyloučení) ze střeva. Nedostatek některých mikronutrientů (vitamíny, stopové prvky, kyselina listová) může přispívat ke vzniku KRK.

2. **Tuk a maso**

V oblastech s vysokou spotřebou tuku je KRK častější než v zemích, kde je jeho spotřeba nízká. Důležité je však nejen množství, ale především složení tuku. Rakovinotvorný účinek stoupá se zvýšeným obsahem omega-6 polynasyčených mastných kyselin, zatímco preventivní efekt mají omega-3 polynasyčené a kyselina olejová. Hlavním zdrojem omega-3 je rybí tuk a olivový olej je zdrojem olejových kyselin. Epidemiologické studie potvrzují nižší výskyt KRK v populacích s vysokým příjmem ryb. Díky obsahu hem jsou KRK více vystaveni konzumenti červeného masa, zvláště pak po úpravě smažením nebo pečením. Karcinom tračníku se v této skupině vyskytuje přibližně třikrát a karcinom rekta až šestkrát častěji než v kontrolním vzorku populace.

3. **Obezita, hyperglykémie, hyperinzulinémie a fyzická aktivita**

Obezita zvyšuje riziko karcinomu tračníku u mužů asi na dvojnásobek, obézní ženy mají riziko vyšší o 40%. Přibližně dvojnásobný výskyt KRK byl zjištěn u pacientů

s hyperglykemií (zvýšená hladina krevního cukru) nalačno i po zátěži glukózou a u nemocných s hyperinzulinémií (zvýšená hladina inzulínu v krvi). Epidemiologické studie navíc potvrzují protektivní (pozitivní) účinek fyzické aktivity na vznik KRK. Jedním z mechanismů by mohl být efekt fyzické zátěže na redukci nadváhy a zvýšení výše uvedených metabolických parametrů.

4. **Reprodukční aktivita a hormonální léčba**

Od 70. let minulého století se řada studií zabývala vztahem mezi počtem porodů, věkem a době prvního porodu, užíváním perorálních kontraceptiv (ústně podávané léky proti početí) a rizikem KRK u žen. Výsledky studií nejsou jednoznačné, zdá se však, že u nulipar (ženy, které nerodily) je výskyt zvýšen. Stejně tak užívání hormonální antikoncepce snižuje riziko karcinomu rekta a tračníku přibližně na polovinu a tento efekt přetrvává až 10 let po vysazení léčby.

5. **Kouření a alkohol**

Podobně jako řada jiných nádorů i KRK je častěji spojen s nikotinizmem. Aktivní kuřáci (minimálně 20 cigaret denně) mají více než dvojnásobné riziko vzniku KRK, toto riziko narůstá s délkou kouření. Souvislost mezi zvýšeným příjmem alkoholu a rizikem KRK byla poprvé popsána v roce 1957 u pijáků piva. Některé studie potvrzují vyšší výskyt rakoviny střeva u pijáků alkoholu, jiné nikoli, žádná studie neprokázala snížení rizika v souvislosti s pitím alkoholu (Lukáš, 2005).

3.3 **Predisponující změny**

Holubec (2004) za predisponující změny považuje:

- Dysplastické léze: riziko maligního zvratu závisí na velikosti a histologické skladbě polypů, maligní zvrát se uvádí ve 30-50 %.
- Ulcerózní kolitidu (zánět tlustého střeva provázený tvorbou vředů): maligní zvrát je častý, pravděpodobnost stoupá s délkou trvání kolitidy.
- Crohnovu chorobu (autoimunitní zánětlivé onemocnění trávicího ústrojí): maligní zvrát je méně častý než u ulcerózní kolitidy. Karcinomy vznikají obvykle v postižené části střeva.

4 KLINICKÝ OBRAZ

4.1 Klinický obraz dle lokalizace nádoru

Klinická symptomatologie (náuka o příznacích) KRK je zejména v časných stádiích mizivá a právě proto tak závažná. Klinické příznaky se objevují bohužel až u pokročilých nádorů. Záleží hlavně na lokalizaci nádoru v různých částech tlustého střeva a typu šíření (Lukáš, 2005).

Rakovina pravé poloviny tračníku

Vzhledem k tekutosti stolice a širokému lumen zužují nádory průsvit dosti pozdě. Nádory často exulcerují (vředovatí) a krvácejí. To vede k anemii a hubnutí (Holubec, 2004). Ztráty krve mohou dosahovat až 6 ml denně. Obstrukce (ucpání) tlustého střeva tumorem je vždy známkou pokročilého karcinomu (Lukáš, 2005). V nádoru vzniká často infekce, což může imitovat periapendikální infiltrát (výpotek). Nemocný někdy sám upozorní na hmatnou rezistenci (bulku) v pravé polovině břicha, udává bolest v místě nádoru. Krvácení může být okultní (skryté), celkové příznaky (hubnutí, nechutenství, dušnost) se objevují dříve než místní projevy nádoru (Holubec, 2004).

Rakovina levé poloviny tračníku

Nejčastěji se zde vyskytuje útvar rostoucí cirkulárně na esovité kličce nebo v lienální flexuře (slezinné ohbí) vedoucí ke stenóze (zúžení). Krvácení nebývá velké (Holubec, 2004). V popředí známek neúplné obstrukce (ucpání) v oblasti levé poloviny tračníku dominuje změna rytmu a frekvence vyprazdňování, střídání průjmu a zácpy, nucení na stolicí. Bývají však i jiné obtíže – břišní dyskomfort (špatný pocit), tlaky, nadýmání, v pokročilejších případech hmatná rezistence v místě tumorózní masy (Lukáš, 2005).

Rakovina rekta

Tumor v ampule rektální se projeví změnou v defekačních (střevní obsah vyprazdňující) zvyklostech, frekvence stolic je vyšší, často se objevují tenezmy (bolestivé nutkání na stolicí). Odchod krve a hlenů trvá někdy řadu měsíců. Krev nemocný často přisuzuje krvácení z „hemoroidů“ (žilní městky v okolí konečníku).

Krev může nebo nemusí být smíšená se stolicí. Po stolici zůstává pocit nedostatečného vyprázdnění. Při odchodu plynů může nechtěně odejít i stolice. Bolest u tumoru v ampule rektální bývá pozdním příznakem. Pozdní je i hubnutí (Holubec, 2004).

Rakovina anu

Tumor v řitním kanálu se projeví pocitem cizího tělesa a bolestí. V pokročilém stádiu může vzniknout stenóza (zúžení) nebo naopak inkontinence (samovolný odchod) stolice (Holubec, 2004).

Projevy kolorektálního karcinomu nezávisle na jeho lokalizaci:

- krevní ztráty (enterorhagie, anémie, okultní krvácení),
- změna rytmu vyprazdňování,
- dyskomfort,
- nadýmání,
- subileus, ileus (neprůchodnost),
- nechutenství,
- slabost,
- hmotnostní úbytek,
- hmatná rezistence v břiše

(Lukáš, 2005)

4.2 Prognóza

Prognóza nemocných s KRK je závislá na stádiu onemocnění (stagingu). To je dáno jednak mírou postižení střevní stěny (hloubkou prorůstání nádoru), jednak přítomností nádoru v lymfatických uzlinách a event. přítomností vzdálených metastáz, zejména jaterních a plicních. Nemocní s nádorem omezeným na střevní stěnu – bez postižení uzlin, mají velmi dobré vyhlídky na úplné uzdravení. Pravděpodobnost jejich vyléčení se pohybuje 65-90 %. Při infiltraci (napadení) regionálních mízních uzlin klesá šance na vyléčení na 45-50 % a nemocní se vzdálenými metastázami mají na úplnou úzdravu jen nepatrnou naději. Celkové pětileté přežití nemocných s KRK dosahuje přibližně 50 % (Lukáš, 2005).

5 DIAGNOSTIKA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

5.1 Zobrazovací metody

V radiodiagnostice onemocnění tlustého střeva včetně konečníku se používají následující zobrazovací metody:

Konvenční radiodiagnostika

Irigoskopie

Irigoskopie je rentgenové vyšetření tlustého střeva, které se provádí metodou dvojího kontrastu. Vlastní vyšetření začíná v poloze na břiše a plní se většinou vhodně naředěnou suspenzí baria až po slezinné ohbí. Potom se naplní vzduchem pomocí balonku připojeného dvojcestnou rourkou. Pacient se snímkuje v různých polohách tak, že vždy nejvýše uložená část tlustého střeva obsahuje plyn a zde se vytváří tenký povrchový film baria, který umožní zobrazení i velmi drobných lézí (porušení struktury).

Pasáž gastrointestinálním traktem

Jde o vyšetření, při kterém je ústně podáno asi 500 ml suspenze barium sulfátu, následně se snímkuje v pravidelných intervalech (po 24 či 48 hodinách po podání).

Ultrasonografické vyšetření (dále jen USG)

Transabdominální USG

Toto vyšetření má zcela orientační charakter, lze tak zobrazit pouze velmi rozsáhlé infiltrativní změny stěny tlustého střeva.

Endorektální USG

Vyžaduje použití speciální endorektální sondy v ruku zkušeného sonografisty, který je zaměřen na problematiku diagnostických lézí rekta.

Počítačová tomografie

Při počítačové tomografii (dále jen CT) břicha a pánve se zobrazí tračník až po rektosigma. Po premedikaci antihistaminikem dostává nemocný vypít 10 ml jodové močopudné kontrastní látky ve 0,25 litru vody 12 hod před vyšetřením

a dalších naředěných 10 ml 6 hod před vyšetřením. Na začátku vyšetření je aplikováno 60 ml kontrastní látky do žíly.

Magnetická rezonance

Magnetická rezonance (dále jen MR) má své místo prakticky pouze v diagnostice nádorových procesů konečnicku. Pacient se vyšetřuje v poloze vleže na břiše, kdy se plyn přemístí na nejvýše uložené místo (Holubec, 2004).

5.2 Endoskopické vyšetření tlustého střeva a rekta

Anoskopie, rektoskopie

K tomuto vyšetření se používají rigidní (nepoddajné) přístroje. Anoskop může být kovový nebo plastový na jedno použití, je asi 7 cm dlouhý. Důležité je osvětlení. Rektoskopy jsou kovové, délky 25 až 30 cm, šířky kolem 2 cm. Příprava střeva a premedikace před anoskopií není nutná. Nemocný je vyšetřován v kolenoprsní poloze nebo na levém boku.

Koloskopie

Koloskopie (kolonoskopie) je vyšetření konečnicku, tlustého střeva, popř. terminálního ilea (konečné části tenkého střeva) ohebným endoskopem. Pacient vynechá 3 dny před vyšetřením přípravky železa a zbytkovou stravu. K vyprázdnění tračnicku se provádí perorální laváž čtyřmi litry izoosmolárního elektrolytového roztoku s polyetylglykolem. Při podezření na obstrukci (ucpání) tračnicku se připravuje pouze klyzmaty (nálevy). Součástí endoskopie je často polypektomie jako terapeutický výkon (Holubec, 2004).

5.3 Mikroskopické vyšetření

Při studiu nádorové morfolgie (tvaru) je důležité nejen makroskopické, ale především mikroskopické posouzení tumoru. Správné určení histologické diagnózy a zhodnocení tkáňových nádorových markerů je základním předpokladem adekvátní terapie.

Holubec (2004) dělí vyšetření na:

Histologické vyšetření

Slouží ke stanovení:

- biologické povahy chorobného ložiska,
- gradingu a patologické stagingu nádoru,
- prognostických, resp. prediktivních (předvídatelných) ukazatelů.

Materiál k bioptickému vyšetření intersticiálních afekcí je běžně získáván:

Endoskopickou excizí (vyříznutí)

Odběr drobného tkáňového vzorku ze suspektního místa pod optickou kontrolou. Takto získaný materiál může být pro histologické vyšetření limitován malým množstvím odebrané tkáně, chyběním topografických (mapovacích) souvislostí nebo zhmožděním vzorku. Toto vyšetření slouží k primární orientační diagnostice chorobného ložiska.

Resekcí střeva

Odstranění celé patologické léze (rozrušení struktury) až do zdravé tkáně. Umožňuje dobrý přehled o rozsahu chorobného procesu.

Imunohistochemické vyšetření

Důležitým doplňkem histologického vyšetření je vyšetření imunohistochemické (dále jen IHC). IHC zaujímá významné místo v nádorové diagnostice. Detekuje (rozpoznává) nádorové antigeny, které jsou ukazatelem nádorové histogeneze (vznik a vývoj tkání), diferenciací (rozdružování) a progresu (šíření).

Prognostické markery

Jedná se o klinickopatologické faktory stanovované buď přímo v nádoru nebo v séru nemocného. Slouží k předpovědi průběhu onemocnění a stanovení stupně rizika relapsu (zvrát).

Prediktivní markery

Prediktivní markery jsou klinické, patologické a laboratorní ukazatele, které se užívají v hodnocení pravděpodobnosti odpovědi nádoru na léčbu.

6 EDUKACE NEMOCNÝCH PŘED OPERACÍ STŘEV

6.1 Edukace

Pojem **edukace** je odvozen z latinského slova *educō, educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace *znamená výchovu a vzdělávání* jedince (Juřeníková, 2010, s. 9)

Juřeníková (2010) dělí edukaci na pět fází:

1. fáze – počáteční pedagogická diagnostika (využitím pozorování a rozhovoru)
2. fáze – projektování (plánování cíle, metody, formy, obsahu edukace, pomůcek...)
3. fáze – realizace (motivace, expozice, fixace, průběžná diagnostika, aplikace)
4. fáze – upevnění a prohlubování učiva (opakování, procvičování)
5. fáze – zpětná vazba (hodnocení výsledků)

Reedukace je pak následná edukace a korekce edukace u převážně chronických onemocnění. Dobře edukovaný pacient odchází z nemocnice s jistotou a schopností se sám o sebe postarat. Reedukace je nezbytnou *součástí edukace a podtrhuje její výsledky*. Bez ní nelze dále pracovat s pacientem, hodnotit výsledky a vytvořit podmínky pro další postup.

V momentě, kdy pacient potřebuje edukaci, je obvykle v krizi, někdy i ohrožen na životě. Situace, ve které se ocitl, ho nutí měnit každodenní rituály. Automatické činnosti jsou náhle narušeny a není-li změna akceptována, může vést k poškození zdraví nebo k trvalým následkům. V některých případech pacienta okolnosti donutí naučit se novým dovednostem, které jsou nezbytné pro jeho další život.

Způsob vyrovnávání se s hendikepem (znevýhodnění) ovlivňuje typ premorbidní (předchorobné) osobnosti, způsob řešení krizových situací, předchozí zkušenost s nemocí, vztahy v rodině a další. Mění se postavení nemocného v rodině, může být závislý, potřebovat pomoc. O to obtížnější je to v nemocnici, když vážně onemocní a je odkázán na pomoc sester. **Edukující sestra** je oporou, která může odpovědět na vznikající otázky,

poradit, kam se obrátit, u koho hledat pomoc. Je tím, kdo se zastaví a posadí, má čas naslouchat. Reeducace, respektive **reedukační čas** umožňuje sestřám nadále pracovat s pacienty. Pacient není v době operace smířen s onemocněním, v pooperačním období může trpět fyzickou bolestí, působí na něj následky anestezie. V důsledku působení anestetika jejich odbourávání z organismu je zpravidla ovlivněna paměť, zapamatování, uchování i výbavnost. I při zachování všech edukačních zásad je množství přijatých informací **omezeno**.

Práce s onkologicky nemocnými je emocionálně náročná. „Edukátor by se měl *umět* do pacienta *vcítit*, ale měl by být schopen se tohoto *pocitu* také *zbavit*“ (Haškovcová). **Sebereflexe** (uvědomování si sebe sama) umožňuje sestře se s pacienty zdokonalovat, učit se od nich. Kvalitní edukátor musí umět připustit, že nezná všechno a měl by umět konzultovat (poradit se) s dalšími odborníky a kolegy (Drlíková, 2008).

6.2 Dělení předoperační přípravy

Předoperační přípravu lze rozdělit na:

1. **Celkovou**, která se neliší od běžných příprav u velkých výkonů, zvláště pak na trávicím ústrojí. K celkové přípravě patří především úprava vodního a bílkovinného hospodářství (dále jen ABR) a odstranění anémie (chudokrevnosti). Většinou je nezbytná tonizace srdce, přeléčení chronických plicních infekcí a psychická příprava. U akutně operovaných pak úprava ABR, minerálního a vodního rozvratu a kompenzace diabetu, který se vyskytuje asi u 30-40 % operovaných.
2. **Lokální** mechanické vyčištění traktu a potlačení bakteriální střevní flóry. K lokální přípravě tlustého střeva existuje velké množství postupů, neboť bezpečnost anastomózy (spojky) ohrožuje především přítomnost velkého množství aerobních a anaerobních bakterií. U nestenozujících (nezúžujících průsvit) procesů je nyní doporučováno vyprázdnování střeva velkým množstvím roztoku obsahujícího chlorid sodný, chlorid draselný a hydrogenuhličitan sodný. U nádorů, které vedou k částečné stenóze (zúžení průsvitu), se doporučuje pozvolné ortográdní vyprázdnování doplněné vyprázdnováním střeva pod nádorem nálevy (Mann, 1995).

S ohledem na možnost přípravy dělí Mann (1995) nemocné do 3 skupin:

1. **Efektivně operovaní nemocní**, kteří nají výhodu, neboť je můžeme připravit celkově i lokálně. Operační výkony jsou zatíženy menší morbiditou (nemocnost) a mortalitou (úmrtnost).
2. Druhou skupinu tvoří **nemocní**, které operujeme v **subileózním** (částečná neprůchodnost střev) **stavu**. Tyto nemocné můžeme připravit po stránce interní, ale pokud jde o přípravu střevního oddílu, jsme nuceni omezit se pouze na výplachy a „sterilizaci“ úseku pod nádorem. U těchto nemocných po operaci dominují hnisavé komplikace.
3. Třetí skupinu tvoří **nemocní operovaní urgentně** (naléhavě), pro akutní pokročilou obstrukci (ucpání) nebo perforaci (proděravění). U nich je celková příprava krátkodobá a maximálně omezená na výplach úseku pod nádorem, nejčastěji uloženém na rektosigmoidu.

Juřeníková (1999) dělí předoperační období u plánovaných operačních výkonů na:

1. dlouhodobou předoperační přípravu,
2. krátkodobou předoperační přípravu,
3. bezprostřední předoperační přípravu.

6.3 Dlouhodobá předoperační příprava

Časové omezení dlouhodobé předoperační přípravy vyplývá z diagnostiky a přípravy klienta. Interní vyšetření nesmí být starší 14 dnů před plánovaným operačním výkonem.

Chirurgická příprava

Spočívá ve vlastní diagnostice zdravotního problému, který vyžaduje chirurgickou intervenci (zásah). Tuto přípravu řídí chirurg, podílí se na ní i ostatní diagnostická pracoviště, (např. sonografie, laboratoř, rentgenové pracoviště, endoskopické vyšetřovací centrum...)

Interní příprava

Na základě rozhodnutí chirurga k operačnímu výkonu je klient odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření.

- Provádí se odběry biologického materiálu (krev, moč).

Účelem screeningového vyšetření moče je odhalit infekci, event. glykosurii (přítomnost cukru v moči)

Screeningové vyšetření krve- odběr krve na biochemické vyšetření (ionty, urea, kreatinin, glukóza, jaterní testy, cereaktivní protein), hematologické vyšetření (sedimentace erytrocytů, krevní obraz – hematokrit, hemoglobin, leukocyty, erytrocyty), hemokoagulační vyšetření (Quickův test, aktivovaný částečný tromboplastinový čas), vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru (Juřeníková, 1999).

- Podání krevní transfuze musí být omezeno pro prokázané vyšší riziko vzniku recidivy nádoru (Holubec, 2004).
- Elektrokardiograf se provádí za účelem určení orgánových změn na srdci.
- Rentgenové vyšetření srdce + plíce se provádí za účelem odhalení chorobných procesů (metastáz..) na plicích, zobrazení velikosti a lokalizace srdce.
- Interní klinické vyšetření – účelem je závěrné zhodnocení a vyjádření internisty k operačnímu výkonu a anestezii. Lékař v případě potřeby určí, jaká bude vedená interní předoperační a pooperační léčebná péče, např. aplikace nízkomolekulárních heparinů, tonizace srdečního svalu. Tato péče je pak doplněna anesteziologickou ordinací předoperační a pooperační (Juřeníková, 1999).
- Kromě již zmíněných vyšetření absolvují nemocní při průkazu metastáz na rentgenu plic počítačovou tomografii plic a bronchoskopii, při urologické symptomatologii vyšetření urologické. Všechny ženy jsou prohlédnuty gynekologem (Holubec, 2004).

6.4 Krátkodobá předoperační příprava

Časově je krátkodobá předoperační příprava omezena na 24 hodin před výkonem.

6.4.1 Fyzická příprava

Výživa a tekutiny

Anestezie potlačuje funkci gastrointestinálního traktu (dále jen GIT), hrozí zvracení a následná aspirace během výkonu a v bezprostředním pooperačním období, proto je třeba, aby klient bezpodmínečně dodržel pokyny pro lačnění. Každý klient před

operačním zákrokem musí být alespoň 6 – 8 hodin lačný, proto poučíme klienta před plánovaným výkonem, aby od půl noci nejedl, nepil, nežvýkal žvýkačky a nekouřil. Vyprázdnění zažívacího traktu v případě operace na něm se řídí pokyny chirurgické přípravy (klyzma, žaludeční sonda). Pozornost je věnována klientům s poruchami výživy, s projevy malnutrice (podvýživy) a dehydratace (nedostatek vody v organismu), zde je nutno zajistit přívod energie a tekutin parenterální cestou, snižuje se tak riziko pooperačních komplikací. U těchto klientů je vhodné zabezpečit monitorování vnitřního prostředí, hmotnosti a bilance tekutin již v předoperačním období, např. náročná operace u diabetika.

Vylučování

Při operacích na zažívacím traktu se vždy nutně provádí katetrizace močového měchýře (vycévkování). Katetr se zavádí podle stavu klienta, nejlépe v den operace, aby byl tímto výkonem co nejméně stresován. Močová cévka se zavádí k upřesnění bilance tekutin a při preparaci v malé pánvi se chirurg vyhne špatnému přehledu z naplněného močového měchýře.

Vyprázdnění střev u výkonů na GIT se řídí ordinací chirurga (podávání klyzmat, vyprazdňovacích roztoků...). Je nutné mít na paměti, že anestetika snižují hybnost střeva.

Hygiena

Předpokládá se celková hygiena ze strany klienta. Je zapotřebí zhodnotit stav hygieny a provést náležitá opatření. Je nutné věnovat pozornost také stavu nehtů, vlasů a používání kosmetických přípravků (např. ženskou kosmetickou dekoraci je nutno odstranit, stejně jako nalakované nehty). Při převozu klienta na operační sál se kryjí vlasy vhodnou pokrývkou – operační čepicí.

Adekvátní odpočinek

Odpočinek pomáhá zvládnout stres z operace, proto před operací požadujeme nerušený spánek. Často jsou ordinovaná sedativa a hypnotika v rámci tzv. premedikační přípravy již den před operací. Výběr preparátů se řídí anesteziologem, věkem a stavem klienta.

Cennosti a protetické pomůcky

Šperky, cennosti a větší obnosy peněz je nutno uložit proti podpisu do trezoru (doporučuje se přítomnost svědka při sepisování a odevzdávání cenností), dobře

označit. Protetické pomůcky (umělý chrup, čočky, brýle, naslouchadla, končetiny) vždy odstraníme a vhodně uschováme.

Prevence tromboembolické komplikace

Spočívá v přiložení antiembolických punčoch nebo bandáží elastickým obinadlem a zajištění nízkomolekulárním Heparinem.

Anesteziologická příprava

Návštěva anesteziologické ambulance nebo přímo návštěva anesteziologa u lůžka nemocného. Soustředuje se na zhodnocení stavu klienta, výsledky a závěry interní přípravy, anamnestické údaje zaměřené na předchozí anestezie, seznámení s postupem anestezie, stanovení anesteziologického rizika, doplnění anesteziologických ordinací před výkonem, ordinace premedikace (Juřeníková, 1999).

Psychická příprava

Psychická příprava klienta patří do rukou jak lékaře tak sestry. Nemocný musí být informován o všech eventuálních nepříznivých následcích operačního výkonu, ve svěře urologické, sexuální, o nutnosti založení stomie, předpokládaných frekvencí stolic (Holubec, 2004).

6.4.2 Příprava kožního povrchu pro operační výkon

Příprava operačního pole

Cílem je snížení infekce v této oblasti a průhlednost místa výkonu. Řídí se druhem operace, pokyny operatéra a zvyklostmi oddělení. Pozornost je nutno věnovat klientům, u kterých má být proveden výkon na viditelném místě (Juřeníková, 1999). Před možným založením střevního vývodu se zakreslí na břicho nejvhodnější místo k založení vzhledem k tvorbě kožních řas – vývod nesmí být založen v místě tvorby záhybu při sedu nebo předklonu (Holubec, 2004).

Odstranění nečistot v oblasti

Odstranění masti, náplastí, nečistoty v oblasti pupku (laparoskopické výkony).

Oholení operační plochy

Oholení použitím depilátoru, elektrického strojku, holícího strojku a žiletky (přednost mají holící strojky na jedno použití). Neholíme na sucho, protože je riziko

poranění a následně vzniku infekce. Ochlupení se odstraňuje vždy ve směru růstu chlupů krátkými tahy žiletky. Chráníme stud klienta.

Odmaštění kožního povrchu

Odmaštění se většinou neprovádí, ale je vhodné. Spočívá v očištění kůže alkoholem – záleží na zvyklosti oddělení a druhu operace (Juřeníková, 1999).

6.4.3 Návčik prvků pooperačního režimu

Zajistíme klientovi dostatek vstupních informací o případné pooperační imobilizaci (znehybnění) a omezeních. Poučení se zaměřuje i na změny ve vyprazdňování v pooperačním období (podkládání močové láhve, podložní mísy, nutnost měření bilance tekutin, popř. ponechání močového katetru). Ke zhodnocení soběstačnosti slouží Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho, Barthelův test základních všedních činností nebo Test ošetřovatelské zátěže (testy viz Přílohy č. 5, 6, 7).

Návčik správné techniky pohybu na lůžku s použitím pomůcek doplňujících lůžko (hrazdička, bedýnky, žebříček), otáčení a posazování na lůžku, vstávání z lůžka s ohledem na operační ránu a bolest. Je důležitá informovanost sestry, o jaký výkon se jedná a kde bude řez veden (Juřeníková, 1999).

Návčik pohybu na lůžku

Při levostranné operační ráně (při pravostranné bude postup opačný)

Postup:

- pokrčít kolena,
- přitlačit levou rukou na operační ránu, aby byla chráněna,
- obrátit se nalevo tak, že tlačí levou nohu do matrace lůžka a pravou rukou se chytne postranice na levé straně lůžka, opatrně se přitáhne rukou a přeloží druhou končetinu,
- posadí se tak, že hlavní tlak vyvíjí na pravou ruku a pravé rameno, které tlačí do matrace lůžka,
- při speciálních chirurgických výkonech je třeba používat pomůcek umožňujících pohyb na lůžku (Juřeníková, 1999).

Pohyb dolních končetin jako prevence tromboembolické komplikace

O vhodnosti cvičení je nutno se nejprve poradit s lékařem.

Postup:

- klient umí střídat palmární (dlaňovou) a dorzální (zádovou) stranu chodidla,
- krčí a narovnává kolena, jejich zadní stranu přitlačí k lůžku, kdy chodidlo končetiny je v dorzální flexi (pokrčení),
- střídavě zdvihá a pokládá dolní končetiny (dále jen DK) na lůžku.
- **POZOR** na tzv. dlouhé páky, zbytečně napínají břišní stěnu, zapojují nevhodně jednotlivé svalové skupiny a zvyšují tak nitrobřišní tlak. Veškerá cvičení, včetně cviků DK se odehrávají v klubíčku, aby nebyla napínána břišní stěna a zvětšován tak nitrobřišní tlak. DK se tedy zdvihají a pokládají při pokrčeném koleně (Juřeníková, 1999).

Přetáčení a obracení na lůžku jako prevence pooperačního meteorismu

Řadě klientů vyhovuje poloha na břiše, která není kontraindikována, pouze v případě pooperačních nestabilních fyziologických funkcí a drenáží (odvedení sekretu). Poloha na břiše může pomoci od bolesti zad, dobře formovat břišní stěnu a jizvu, uvolnit reflexní břišní napětí kolem jizvy a pomoci tak v pohybu střevní peristaltice (smršťování). Klient se polohy na břiše bojí, protože neví, jak na to. Využíváním všech dostupných pomocných zařízení lůžka může nácvik zahájit už před operací.

Postup:

- klient se posune pomocí hrazdičky na úplný okraj lůžka (podle směru otáčení),
- položí si jednu horní končetinu pod záda (záleží, na kterou stranu se bude otáčet),
- druhou horní končetinu vede přes břicho na okraj pelesti, o kterou se drží,
- pokrčí si dle libosti DK, tak aby nebyl vedený dlouhý tah a dosáhlo se klubíčka,
- DK usměrňují pohyb, sestra je nápomocná (Juřeníková, 1999).

Dechové cvičení jako prevence imobilizačních komplikací

O vhodnosti cvičení je třeba se poradit s lékařem

a) Hluboké bránicové dýchání

Postup:

- dlaně přiložit na dolní část hrudníku,
- hluboký pomalý nádech přes nos až do maximálního rozpětí hrudníku,
- zadržení dechu na 3 sekundy,
- pomalý výdech přes ústa až do maximálního vydechnutí.

b) Hluboké dýchání

Postup:

- klient se posadí a provádí výše uvedená dechová cvičení.

c) Návzik odkašlávání

Postup:

- klient si přidržuje ránu a odkašlává zhluboka, nejenom povrchně (často pouze tím si vyčistí hleny v krku a ne v dýchacích cestách),
- při odkašlávání si klient přidržuje ránu – nejlepší je tlačit ránu rukou přes ruku,
- bolest při kašlání lze minimalizovat přiložením a tlakem polštáře na ránu, ev. výpomoc sestry při přidržování operační rány klienta.

d) Motivační cvičení

- např. pomocí jednoduchých pomůcek lze provádět dechové cviky, kdy klient musí přemýšlet, je tak motivován a nevědomě procvičuje i jiné svalové skupiny než dýchání (např. cvičení s tenisovým míčkem, tyčkou – záleží na fantazii cvičitele)

Pooperační bolest v oblasti krční páteře, ramenního kloubu, zad a klíčků může být způsobena zejména při laparoskopických výkonech nedostatečným vyprázdněním záměrného pneumoperitonea (vzduch v pobřišnicové dutině), operační polohou a imobilizací během výkonu. Právě vhodně zvolené a dobře naučené dechové cviky a jiné spontánní aktivity v lůžku mohou minimalizovat tyto problémy (Juřeníková, 1999).

6.5 Bezprostřední předoperační příprava

Omezuje se na časový úsek těsně, tj. asi 2 hod před operací.

Kontrola dokumentace klienta

Vyplnění potřebných údajů, ordinací, záznam o alergii, kontrola operačního pole a přiložené bandáže na dolních končetinách, kontrola chrupu a lačnění, vyplnění ordinace dle zvláštních požadavků chirurga, katetrizace (vycévkování) močového měchýře, zavedení žaludeční sondy, venózního (žilního) přístupu nebo provedení posledního očistného klyzmatu (nálevu). O těchto invazivních vstupech se provede zápis do dokumentace (Juřeníková, 1999).

Premedikace

Účelem premedikace je farmakologicky ovlivnit průběh anestezie, minimalizovat strach a úzkost klienta, předejít nežádoucím komplikacím vegetativního nervstva při úvodu do anestezie. Premedikaci ordinuje anesteziolog na základě anesteziologického vyšetření, farmaka jsou podávána podle hmotnosti, věku způsobu vedení anestezie a operačního výkonu. Premedikace je sestavena z následujících lékových skupin: benzodiazepiny (např. Diazepam) nebo barbituráty se používají k premedikaci, tj. večer před operací. Analgetika, opioidního typu (např. Dolsin, Dipidolor) tlumí střevní hybnost, anticholinergika (např. Atropin, Skopolamin), se neužívají v premedikaci u glaukomu. Skupiny dalších léků volí anesteziolog, jedná se např. o blokátory histaminových receptorů ke zvýšení pH žaludeční šťávy u urgentních operací (Juřeníková, 1999).

Profylaxe infekce

Provádíme na začátku anestezie podaným antibiotikem, např. Augmentin 1,2 g aplikovat do žíly, zopakovat za 2 hod. (Holubec, 2004).

Prevence trombembolické nemoci

Elastické punčochy a nízkomolekulární heparin používáme k předcházení trombembolické nemoci, tj. cestování krevní sraženiny cévním řečištěm (Holubec, 2004).

Příprava diabetika k plánovanému operačnímu výkonu

Kromě výše uvedených pravidel musí diabetik v dlouhodobém předoperačním období navštívit diabetologickou poradnu, kde je mu profilována hladina krevního

cukru a lékař se vyjádří, jak bude diabetik zajištěn v rámci aplikace inzulínu. V rámci přípravy lačnění je vhodné podle ordinace lékaře zajistit žilní přístup a podávat infúzní roztok glukózy a inzulínu podle aktuální hladiny glykemie (hladina krevního cukru) parenterální cestou (mimo zažívací trakt). Pozor je třeba dávat, aby nedošlo k hypoglykémii (nízká hladina krevního cukru) klienta. Diabetik by měl být zařazen v operačním programu jako první. Při přípravě operačního pole pozor na větší riziko úrazu a možné infekce. U diabetika se mohou vyskytovat často urogenitální (močopohlavní) infekce – např. plísňová onemocnění (Juřeníková, 1999).

6.6 Příprava klienta k urgentní (neodkladné) operaci

Hrozí riziko možných komplikací v důsledku krátkého času na přípravu a nedostatku vstupních informací (nejsou k dispozici všechny výsledky, klient trpí bolestmi, nachází se ve stavu bezprostředního ohrožení, často je šokován). Riziko stoupá s věkem a přidruženými onemocněními. Dle Juřeníkové (1999) se příprava zužuje na:

- odběry biologického materiálu STATIM, tj. neodkladně (krevní obraz, biochemie krve a moče, krevní skupina + Rh faktor),
- hygiena – pouze odstranění hrubých nečistot, vyjmutí umělého chrupu,
- úschova cenností,
- příprava operačního pole,
- podmínky lačnění je vhodné konzultovat s anesteziologem, popřípadě zavést žaludeční sondu a odsát žaludeční obsah,
- vylučování- zavedení močového katetru,
- zajištění žilního vstupu zejména u těžkých stavů a doplnění oběhu podle ordinace lékaře (týká se především krvácení, šokových stavů při hypovolémii, těžkých zánětů v dutině břišní...),
- provedení bandáže,
- aplikace premedikace dle ordinace anesteziologa.

6.7 Psychologická problematika nemocného v souvislosti s operací

Operace je **krizí** v životě, zvláště jedná-li se o náročný chirurgický zákrok. Je to střet s překážkou, kterou člověk nezvládne sám, vlastními silami v přijatelném čase, zvyklým způsobem. V předoperačním období, ale i po operaci se můžeme setkat s **anticipační** (předvídanou) **úzkostí**, která vzniká jen při pouhé myšlence na situaci operačního výkonu, prostředí, ošetrovatelských zásahů, imobility, nesoběstačnosti, studu... . Projevy strachu a úzkosti mohou mít za následek **zhoršenou spolupráci** s klientem v bezprostředním pooperačním období, ale i v dalších fázích pooperačního zotavování. (Juřeníková, 2000). Hodnocení psychického stavu viz Přílohy č. 8, 9.

Tomu všemu lze do určité míry zabránit vhodnou informovaností klienta případně jeho příbuzných a maximální spoluprací s nemocným. Psychologickou péčí je nutné **specifikovat** podle věku, aktuálnosti situace, která vede k nutnosti operačního výkonu. Poučením klienta dosáhneme nejen lepší spolupráce, ale do jisté míry ho i ochráníme před poškozením nevhodnými a zkreslenými informacemi spolupacientů a negativně posbíranými informacemi v průběhu života (Juřeníková, 2000).

Edukace

- *Ze strany lékaře chirurga:* lékař by měl poskytnout informace, které se týkají aktuálního zdravotního stavu, který vyžaduje chirurgický zákrok a co tento zákrok pro klienta přinese. Empatické (vcítěné) sdělení je nutné provést ve vhodnou dobu a vhodným způsobem. Ne na všechno je klient vždy připraven.
- *Ze strany lékaře anesteziologa:* lékař by měl klienta osobně navštívit a podat dostatek informací o způsobu anestezie během operačního výkonu, o nutnosti některých invazivních (vnikající do organismu) zajištění, apod.
- *Ze strany zdravotní sestry:* zdravotní sestra se při edukaci zaměřuje na informace, týkající se potřeb v předoperačním období. Připravuje klienta na období pooperační. Snaží se zprostředkovat klientovi kontakt s lékařem, který musí respektovat podávání informací o zdravotním stavu klientovi opakovaně (Juřeníková, 2000).

7 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

7.1 Dispenzární péče

V depistážním programu pro častou diagnostiku KRK hraje podstatnou část screening (vyhledávání odchylek testováním). Je zaměřen na vyšetření na okultní (skryté) krvácení (dále jen OK). Adenomové polypy a počínající KRK ztrácejí již v asymptomatickém (bezpříznakovém) stádiu do stolice malé množství krve, která se dá rozpoznat chemickými metodami. Nejrozšířenější je Haemoccult test. Preventivní opatření jsou jednak charakteru doporučeného životního stylu a jednak mají charakter optimální diagnostiky prekanceróz (předcházející vzniku rakoviny) nádorového onemocnění (Holubec, 2004).

Obecná preventivní opatření:

- omezení celkové konzumace živočišných tuků,
- zvýšení obsahu vlákniny v potravě,
- zvýšení obsahu vápníku, vitamínů C, E, selenu v každodenní stravě,
- omezení nevhodné tepelné úpravy potravy – pečení, smažení, grilování (Holubec, 2004).

Speciální preventivní opatření:

1. Důsledné odstranění všech adenomů u rizikových osob, následné pravidelné kontroly těchto jedinců, viz Tabulka 3, která uvádí všechny nutné kontroly 1. až 4. rok po operaci KRK.
2. Chemoprevence – jde o aplikaci specifických chemických látek za účelem prevence, inhibice (zastavení) nebo ústupu karcinogeneze (vznik bujení).
3. Dispenzarizace (vyhledávání a léčení) speciálních rizikových skupin
 - nemocní se všemi druhy střevní polypózy (stopkaté útvary),
 - příslušníci rodin se syndromem familiárního (rodinného) karcinomu,
 - nemocní po operaci KRK, zejména v mladším věku s rodinnou zátěží,
 - nemocní s idiopatickou pankolitidou trvající nad 10 let (Holubec, 2004).

Tabulka 3. Dopučená vyšetření a intervaly kontrol po operaci KRK

Pooperační sledování	Interval	Vyšetření
1. rok po operaci	1x za 6 měs.	Sono jater, koloskopie, popř. rektoskopie
	1x za 12 měs.	rentgen plic
	1x za 3 měs.	nádorové markery CEA, CA 19-9
2. rok po operaci	1x za 12 měs.	Sono jater, koloskopie, popř. rektoskopie
	1x za 12 měs.	rentgen plic
	1x za 3 měs.	nádorové markery CEA, CA 19-9
3. rok po operaci	1x za 12 měs.	Sono jater, rentgen plic
	1x za 2-3 roky	koloskopie, popř. rektoskopie
	1x za 3 měs.	nádorové markery CEA, CA 19-9
Další sledování	1x za 6 měs.	nádorové markery CEA, CA 19-9
	1x za 12 měs.	sono jater, rentgen plic
	1x za 2-3 roky	koloskopie, popř. rektoskopie

(Holubec, 2004, str. 158)

7.2 Dietologie

Správnou fyziologickou výživou rozumíme souhrn pochodů, kterými živý organizmus přijímá, zpracovává a využívá potravu. Jestliže se strava pozmění za účelem ovlivnit chorobný děj v organizmu, potom můžeme výživu označit za léčebnou a dietní, tj. dietoterapii. Dieta je nedílnou součástí léčby a někdy dokonce jedinou.

7.2.1 Posouzení stavu výživy

Okamžité dietní postupy nebo dietní změny během léčby stanoví lékař na základě vyšetřovacích metod, kterému jsou: metoda **výživové anamnézy** (sběr informací), **somatické (tělesné) vyšetření a laboratorní vyšetření** (Lukáš, 2005).

Anamnéza zjišťuje:

- změny hmotnosti během posledních 1-6 měsíců,
- změny stravovacích zvyklostí,
- přítomnost významných GIT projevů (jako je anorexie, nauzea, zvracení a průjem),
- důležitým údajem je i fyzická zdatnost nemocných.

Somatické – fyzikální vyšetření nemocného:

- Zaměřuje se na stav podkožního tuku, kosterní svaloviny a přítomnost otoků či vznik ascitu. Základním ukazatelem stavu výživy je přesné stanovení hmotnosti a změření výšky.
- Posouzení hmotnosti ve vztahu k zdravotním rizikům se nejčastěji provádí s pomocí hmotnostního indexu (body mass index, BMI).

Laboratorní vyšetření:

- Laboratorně se využívá sledování koncentrace viscerálních (útrobních) proteinů (albumin, prealbumin a transferrin), které ukazují na funkci viscerálních orgánů a imunitního systému (Lukáš, 2005).

7.2.2 Malnutrice

Malnutrice (*podvýživa*) je patologický stav způsobený nedostatkem živin. Pro pokročilá stádia se používá termín **kachexie** (*vychrtlost*). Jedná se o stav, který je způsoben neadekvátním příjmem základních živin, jejich zvýšenými ztrátami nebo zvýšenými nároky organismu na výživu, vedoucí k nedostatku energie a proteinů (Lukáš, 2005).

8 STOMIE, VÝVOD TLUSTÉHO STŘEVA

8.1 Charakteristika stomie

Slovo **stoma** pochází z řečtiny, znamená *ústa*, přenesený význam je *otvor, vyústění*, *vývod* jako operační řešení zánětlivého, nádorového, vředového onemocnění, úrazu, mechanického uzávěru (ileus, uskřínutí střeva), vrozené vady (Lukáš, 2005).

„Stomie musí být vytvořena tak, aby splnila účel odvedení obsahu orgánu, umožnila pohodlné ošetřování a přiložení stomických pomůcek a co nejméně omezovala život pacienta“.

Kolostomie, Ileostomie – znamená střevní vývod břišní stěnou na povrch těla. Může být trvalá nebo dočasná. Stomie má obvykle tvar oválu nebo kruhu, je červenorůžová podobně jako sliznice v ústech. Neobsahuje volná nervová zakončení, proto není citlivá na bolest. Kolostomie je nejčastější druh vývodu, rozlišuje se na:

- **Sigmoideostomii** – na esovité kličce, bývá umísťována do levé dolní části břišní stěny.
- **Transverzostomii** – na příčném tračníku, lokalizuje se obvykle vpravo nad pupek, někdy i vlevo či do jiné lokalizace.
- **Cékostomii** – na přechodu tenkého a tlustého střeva, bývá vytvářena v pravém podbřišku, většinou jako nástěnná a dočasná (Lukáš, 2005).

Typy stomií dle konstrukce

1. Nástěnná stomie

Nejčastěji je vytvořena v oblasti céka nebo příčného tračníku, používá se již méně často. Bývá obvykle dočasná a odlehčuje střevo nad uzávěrem, který je později odstraněn anebo odvádí střevní obsah nad anastomózou (spojkou), a tím umožňuje jeho lepší zhojení (Lukáš, 2005).

2. Axiální (dvouhlavňová) stomie

Zakládá se na esovitě kličce nebo na příčném tračníku či ileu (kyčelník). Indikace jsou stejné jako u nástěnné stomie a je i metodou volby jako stomie trvalá u neoperovatelných procesů pod ní (Lukáš, 2005).

3. Terminální (jednohlavňová) stomie

Zakládá se nejčastěji na esovitě kličce po odstranění konečníku, eventuálně výše po odstranění celého střeva a konečníku, v krajním případě jako terminální (konečná) ileostomie (Lukáš, 2005).

Stomické komplikace

Na stomické komplikace poukazuje Tabulka 4., která možné komplikace dále dělí dle časového hlediska na časně a pozdní.

Holubec (2005) uvádí příčiny stomických komplikací:

- chybná konstrukce stomie,
- nevhodné umístění stomie,
- nedostatečná péče o stomii,
- nesprávně zvolené stomické pomůcky.

Tabulka 4. Časné a pozdní komplikace stomií

Časné komplikace	Pozdní komplikace
• odumření tkáně stomie	• zúžení
• krvácení ze stomie	• vtažení stomie pod úroveň kůže
• nevhodné umístění a provedení	• vyklenutí břišní stěny v okolí stomie – parastomická kýla
• výhřez kliček vedle stomie	• krvácení
• vznik hnisavého ložiska v okolí stomie	• nádor ve stomii
• otok stomie	• tvorba nové tkáně na okraji stomie
• kožní komplikace	• dráždění kůže v okolí stomie
• dočasný mimovolní únik moči	• vznik komunikačního kanálku mezi střevem a povrchem těla – píštěl
• vtažení stomie pod úroveň kůže	• výhřez kliček vedle stomie

Mezi další komplikace patří poruchy vyprazdňování (průjmy), komplikace při radioterapii a postradiační stenóza nebo kožní komplikace v okolí stomie. Nesnášenlivost

některého druhu pomůcek se může objevit u pacientů léčených cytostatiky, která mnoho měnit pH potu. Základní onemocnění a komplikace vždy řešíme současně, zároveň vybíráme vhodné pomůcky k řešení dané problematiky (Šíroká, 2008).

8.3 Stomické pomůcky

Stomie je pro pacienta velice náročnou životní situací. Aby mohl stomik plnohodnotně žít, potřebuje kvalitní pomůcku (viz Obrázek 2.), která mu umožní fungovat stejně jako před operací. Stomické pomůcky prodělaly obrovský vývoj a s nimi se zlepšovala i ošetrovatelská péče (Michálková, 2009).

K ošetřování stomií se dnes nejčastěji používá dvoudílný systém. Pomůcka se skládá z podložky a sáčku, které jsou vzájemně spojeny přírubovým kroužkem. Podložka může zůstat na těle i několik dnů, což je příznivé pro pokožku v okolí stomie. Všechny typy podložek lze kombinovat se všemi druhy sáčků dvoudílného systému za předpokladu, že mají stejný průměr přírubového kroužku. Podložky jsou vyráběny v různých velikostech přírubového kroužku (Lukáš, 2005). V současné době je na našem trhu široký sortiment kvalitních pomůcek, které dovolují pacientům se stomií normální pracovní i společenské zařazení (viz Příloha č. 3 – Stomické pomůcky). Tyto prostředky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Klient je však nucen dodržovat stanovený limit (Michálková, 2009).



Obrázek 2. Přehled stomických pomůcek (J+A zdravotnické potřeby, 2011)

8.4 Péče o stomii

Každý stomik je už před operací vybaven stomickou taštičkou s pomůckami k ošetřování vývodu, aby se všemi pomůckami dobře seznámil. Po operaci je nutné sterilní, vzdušné krytí stomatu v prvních 48 hodinách, poté následuje propálení vlastní stomie elektrokauterem (provádí se na operačním sále). Nutná je monitorace stomatu.

Sleduje se:

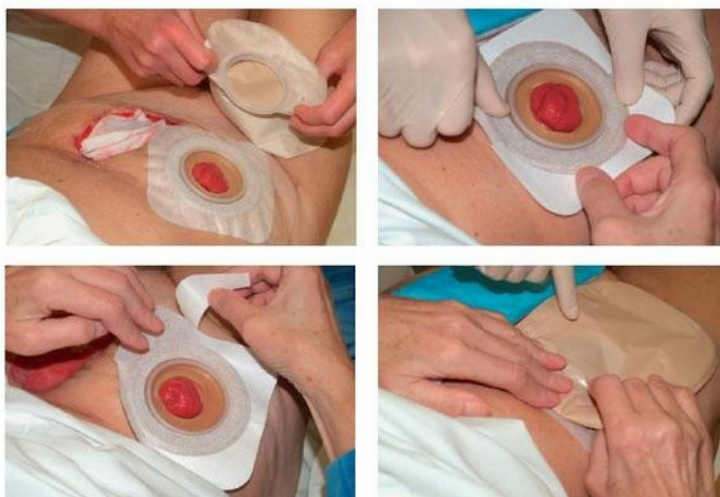
- *barva* – růžová svědčí o dobrém krevním oběhu v okolí,
- *velikost* – lze předpokládat, že po výkonu bude stomie edematózní (oteklá),
- *odchod plynů stomii* – svědčí o započaté dobré funkci střevní peristaltiky,
- *výdej* – vzhled, množství, frekvence, čím blíže je vyústění střeva ke konečníku, tím je obsah hustší a odchází méně plynů (Juřeníková, 1999).

Postup ošetření stomie:

- umyjte si ruce,
- zařídte si klidnou místnost, nejlépe s umyvadlem nebo sprchovým koutem, kde budete mít dostatek soukromí, vhodné je velké zrcadlo,
- připravte si všechny pomůcky k dosahu dominantní ruky (stomickou podložku a sáček, žínku, mýdlo, ručník, buničinu na osušení, popř. rukavice) a další příslušenství, pokud je používáme (pudr, past, odstraňovač náplastí, ochranné filmy, pohlcovače zápachu atd.),
- připravte si podložku vystřihnutím otvoru v požadované velikosti vzhledem k velikosti stomie, správnou velikost otvoru vyměříte pomocí šablony, dbejte na to, aby otvor v podložce, byl větší o 8 mm než obvod stomie,
- zaujměte vhodnou polohu, očistěte stomii vlažnou vodou a mýdlem pomocí měkké houby, okolí vysušte měkkým nedráždivým materiálem,
- omytá, suchá, zarudlá místa ošetřete ochranným filmem chránícím kůži a nechte zaschnout,
- zvrásněné okolí stomie, záhyby a jizvy vyplňte ochrannou pastou, která obsahuje

alkohol a proto může lehce pálit, nechte zavadnout,

- nepoužívejte olej, tuk, tělové mléko, krémy do okolí, které brání přilnutí podložky,
- nepoužívejte na kůži v okolí ani benzín, protože kůži odtučňuje a zvyšuje riziko jejího podráždění po přiložení podložky,
- podložku po stržení fólie opatrně nalepte na kůži, mírně ji přimáčkněte prstem uvnitř přírubového kroužku, objeďte prstem okolí stomie, aby i tam byla podložka dobře přilepena,
- otvor musí bezprostředně navazovat na okraj vývodu, jinak hrozí riziko znečištění, v počátku bývá stomie edematózní, a proto je nutné otvor podle potřeby upravovat,
- výměna podložky se provádí v rozmezí 5 – 7 dnů nebo dle potřeby.
- nasazení stomického sáčku- vnitřní strany sáčku by neměly být slepeny a v sáčku by mělo být trochu vzduchu, dolní část přírubového kroužku sáčku přiložte na dolní část přírubového kroužku podložky, postupně přitlačujte kroužek směrem od dolního okraje po celém obvodu, ověřte si jeho těsnost,
- další výměna sáčku se provádí dle potřeby,
- u jednodílného systému vystříhňte požadovaný tvar a průměr na zadní straně podložky, připevněte sáček na stomii a přitlačte po celém obvodu, zkuste jemně zatáhnout směrem od těla, zda sáček drží po celé ploše,
- učiňte si záznam do deníku o provedeném výkonu, zaznamenejte rovněž typ, barvu, konzistenci, příměsi a množství stolice, zjištěné změny hlase sestře,
- proveďte úklid kontaminovaných pomůcek a biologického materiálu.
- (Juřeníková, 1999)
- Obrázek 3. znázorňuje postup správného ošetření stomie.



Obrázek 3. Postup ošetření stomie (Kenezová, 2010)

8.5 Každodenní život se stomií

Není nutné, pokud se klient stal stomikem, aby se izoloval od každodenního života. Je důležitá psychická opora klienta a jeho aktivní zapojení do ošetřování stomie již v nemocničním prostředí. Podporujeme dostatek informací jak o chorobě, tak i o možnosti používání pomůcek i nadstandardní úrovně. Zajištění plnohodnotného života zahrnuje pomoc materiální, psychickou, sociální a léčebnou. Běžné denní aktivity po uzdravení v pooperačním období lze zvládat samostatně. Doporučuje se však úzkostlivá hygiena, upřednostňuje se sprchování. Při úpravě oblečení je nutno dbát, aby nebyla stomie drážděna (Juřeníková, 1999).

Následná péče

- cílem je dosažení plnohodnotného života a návrat do něj,
- pravidelné kontroly ve „**stomaporadně**“, návštěvy psychologické poradny, dispenzarizace na gastroenterologickém oddělení,
- kontroly ošetřování stomie a výběru pomůcek,
- rozpoznání komplikací a jejich řešení ,
- pomoc zejména starším a nepohyblivým klientům prostřednictvím agentur domácí péče a programem **STOMA SESTRA**,
- **STOMA kluby**, dobrovolná sdružení, možnost odběru časopisů např. ILCO, RADIM,

- **stoma deník** – pacient vede zápisy (frekvence, příměsi, charakter stolice, výměna podložky, zdravotní potíže, vliv potravin...)

(Juřeniková, 1999)

Zaměstnání

Několik měsíců po operaci je třeba dodržovat klidový režim. Až po 1-2 měsících je možné začít s postupnou zátěží. Většina stomiků se vrací k zaměstnání a koníčkům, které na dobu nezbytnou k rekonvalescenci opustili. Omezení se týkají hlavně činností vyžadující zvýšenou fyzickou aktivitu, z důvodu změny původních anatomických vlastností trávicího traktu i stěny břišní. Je vhodné seznámit nadřízeného nebo někoho v pracovním kolektivu se zdravotním stavem.

Sport

Na pohyb na čerstvém vzduchu se klade zvlášť důraz. Plavání, jóga, míčové hry, turistika, jízda na kole jsou aktivity, které pozitivně ovlivňují psychický i fyzický stav, pokud nedochází k přílišnému zatěžování břišní stěny. Stomii i operační jizvu je třeba chránit před vnějším tlakem. Doporučuje se turistika. Stomik by měl nezbytné potřeby vždy nosit s sebou v příruční tašce.

Partnerství

Stomie by neměla mít významný vliv na partnerské soužití. Přesto může operační poškození v malé pánvi vést u mužů k sexuálním problémům. Ženy mohou pociťovat bolest v důsledku stahů operačních jizev. U obou pohlaví dochází k narušení psychického stavu, což může vyvolávat poruchy sexuality. Rizika těhotenství nejsou u stomiček o nic větší, než u jiných žen po operaci břišní stěny. Těhotenství by se nemělo plánovat dříve než 2 roky po operaci. Radioterapie a léčba cytostatiky mohou zásadně ovlivňovat život zárodku.

Stravovací návyky

Správným výběrem potravin může pacient ovlivnit činnost střeva. Nejčastěji se volí strava nenadýmavá, méně tučná (viz Příloha č. 4 – Přehled vhodných a nevhodných potravin pro pacienta se stomií). Stomik může jíst v podstatě vše, co má rád, nečiní-li mu to problémy (Lukáš, 2005). Z technologických úprav je vhodné vaření, restování, zapékání, dušení na vývaru nebo na cibulovém základu. Při tepelné úpravě pokrmů využíváme hliníkový obal, teflonovou pánev, gril či troubu. Méně

vhodné je fritování, nakládání do oleje, marinování nebo pečení s kůrkou. Nevhodné je opakované smažení na jednou či vícekrát použitým oleji nebo pokrmovém tuku a nedostatečná či krátkodobá tepelná úprava jídel (Hlaváčová, 2009).

Péče o stolicí

Je vhodné vypěstovat stereotyp vyprazdňování, nejlépe ráno doma. Za tímto účelem by se měla strava přijímat třikrát denně ve stejnou dobu. Snídaně a obědy by měly být vydatné. Důležitý je dostatečný příjem tekutin. Čím více bílkovin strava obsahuje, tím je stolice více tuhá. Stolicí udržujeme mírně tekutou. Vhodné je vyhýbat se jídlům, která působí projímavě (Holubec, 2005).

II PRAKTICKÁ ČÁST

9 METODIKA PRÁCE

9.1 Použité způsoby zpracování dat

Jedná se o **kvalitativní výzkum**, kterým je označován takový výzkum, který neužívá statistických metod a technik, ale snaží se interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný subjekt. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Při kvalitativním výzkumu se neredukuje počet proměnných ani vztahy mezi nimi, o jejich redukci rozhodují samy zkoumané subjekty. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců. Úkolem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumaného souboru a zachycení jeho interpretací (Wikipedie, 2010).

Jednotlivé kazuistiky jsou zpracovány *dle modelu Dr. Marjory Gordonové*.

Informace k sestavení anamnéz byly získané:

- vlastním rozhovorem,
- vlastním fyzikálním vyšetřením,

- vlastním pozorováním,
- dále pak byly doplněné o informace získané studiem lékařské a sesterské dokumentace.

9.2 Charakteristika vybrané skupiny klientů

Výběr klientů je zcela záměrný. Jedná se o úzkou skupinu klientů s diagnózou „Kolorektální karcinom“, kteří byli přijati na některé z oddělení chirurgie Nemocnice ve Frýdku – Místku k provedení plánované operace střev v měsících 11/10 až 01/11. Ve skupině jsou zahrnuti muži i ženy různých věkových skupin, profesí i vzdělání.

9.3 Organizace a zaměření výzkumu

Výzkum byl prováděn s plným vědomím a souhlasem k nahlížení do zdravotnické dokumentace uděleným primářem chirurgie MUDr. Hájkem Aloisem. Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl uskutečněn výběr klientů k sestavení kazuistik: Nemocnice ve Frýdku – Místku, p.o., E. Krásnohorské 321, 738 01, Frýdek- Místek.

O klienty s tímto závažným onemocněním jsem kompetentní pečovat a na jejich edukaci při přijetí se spolu s lékaři také podílím. S deseti pacienty byly na základě anamnestických rozhovorů sestaveny kazuistiky dle modelu Dr. Marjory Gordonové, které jsou doplněné o záznamy z vlastního pozorování, vyšetření a z lékařské či sesterské dokumentace. Rozhovory probíhaly vždy u lůžka nemocného, v době odpočinku, bez přítomnosti jiných pacientů, aby bylo zajištěno optimální soukromí při rozhovoru. Obvykle se jednalo o 1. nebo 2. den hospitalizace. S pomocí těchto kazuistik se dá lépe pochopit úroveň informovanosti, psychický a zdravotní stav klientů, který má na průběh edukace nemalý vliv.

Kazuistiky jsou v I. části „Informace získané rozhovorem“ doplněné o samostatnou část „Jiné – Informovanost“. V této části je klientům položeno pět otázek ke zjištění aktuálního stavu informovanosti. Otázky slouží jako zpětná vazba pro kontrolu efektivnosti edukace.

Jedná se o tyto otázky:

1. Byl/a jste při přijetí informován lékařem o svém zdravotním stavu?

2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu?
3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů?
4. Víte co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím?
5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář - „Poučení pacienta před operací střev“?

Možné odpovědi jsou: ANO, NE, ČÁSTEČNĚ.

10 VÝSLEDKY

10.1 Kazuistika č. 1

Pan P. S. (věk 67 let) přijat na oddělení chirurgie k provedení plánované operace střev. Asi 3 týdny pozoroval bolesti břicha, křeče, potíže při vyprazdňování, dietní chybu neguje. Při kolonoskopickém vyšetření byl nalezen stenotizující tumor Bauhinské chlopně. Pan S. je nyní starobní důchodce, dlouhá léta pracoval jako zámečnick. Žije sám v rodinném domě, syn s rodinou jej pravidelně navštěvuje. Manželka zemřela před 5 lety.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví
<ul style="list-style-type: none"> • 1. den hospitalizace na chirurgickém odd. • V posledním roce neprodělal žádné významné infekční onemocnění. Asi 3 týdny bolesti

břicha, křeče, potíže při vyprazdňování, dietní chybu neguje. Praktickým lékařem odeslán ke kolonoskopickému vyšetření, kde byl nalezen stenotizující tumor Bauhinské chlopně.

- Abusus: kouří do 10 cigaret/ den, alkohol příležitostně.
- Alergie: 0
- Klient se snaží spolupracovat.

2. Výživa – metabolismus

- Pan S. chodí na obědy do nedaleké školní jídelny, kde má na výběr ze tří druhů jídel. Příjem tekutin během dne 1,5-2l, preferuje bylinné čaje nebo ředěné džusy. Klient nosí horní zubní protézu.
- V rámci předoperační přípravy je pacientovi naordinována dieta 0S- tekutá, čajová, v souvislosti s tím se cítí být hladový. Pan P.S. dodržuje momentální dietní doporučení.

3. Vylučování

- Vyprazdňování moče: močení je pravidelné, bez potíží. Moč je světle žluté barvy, bez atypického zápachu.
- Příjem tekutin je 1,5-2 litry denně, nemá pocit nadměrného pocení.
- Vyprazdňování stolice: udává dlouhodobé potíže při vyprazdňování, střídání zácp a průjmů.
- V rámci předoperační přípravy klienta probíhá nyní vyprazdňování střeva nálevy. V této době je jeho největší problém neschopnost udržet stolicí po podání nálevu.

4. Aktivita – odpočinek

- Má pocit ubývající síly a životní energie. Obvykle tráví volný čas doma nebo na zahradě. Koníčky, kterým se věnuje jsou zahrada, ovocný sad a chov domácí zvěře. V souvislosti s diagnózou má nyní potíže usnout. Spánek se zkrátil na přibližně 4 hodiny za den.
- Klient je schopen sám provádět osobní hygienu, okoupat se, obléci se, připravit si stravu, při těchto úkonech nevyžaduje dopomoc.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test instrumentálních všedních dovedností – 76 b nezávislý
Bartelův test základních všedních činností – 98 b nezávislý

<p>5. Vnímání – poznávání</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pan S. nemá potíže se sluchem a rovnováhou nosí brýle na čtení. Je orientován místem, časem i osobou, potíže s učením a pamětí neudává. Novým věcem se učí pravidelným opakováním. • Komunikativní, vyjadřuje se v souvětích, přiměřená síla hlasu, udrží pozornost a oční kontakt při rozhovoru. • Testy a škály – (název) výsledky: Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam) – 27 b norma
<p>6. Sebepojetí – sebeúcta</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pan S. je sám se sebou a se svým dosavadním životem spokojen. Je také smířen se situací, která nastala. • Neprojevují se známky deprese či úzkosti, i přesto, že udává potíže se spánkem. • Je vyrovnaný, informovaný o svém zdravotním stavu a možnostech dalšího postupu. • Testy a škály – (název) výsledky: Beckova sebesuzovací stupnice deprese – 8 b norma
<p>7. Plnění rolí – mezilidské vztahy</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Klient je 5 let vdovec. Bydlí v rodinném domě na vesnici, kde jej pravidelně navštěvuje syn s rodinou. Syn uvažuje o možnosti nastěhování a pomoci se sadem a chovem domácích zvířat. Pocity osamělosti netrpí, má rád společnost. • Komunikativní a společenský, rád se seznamuje s novými lidmi. • Testy a škály – (název) výsledky: Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 5 zcela soběstačný
<p>8. Sexualita – reprodukční schopnost</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Neudává problémy se sexuální dysfunkcí a orientací. Problémy s prostatou neudává. Sexuálně nežije již dlouhou dobu.
<p>9. Stres – zvládání, tolerance</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Při řešení životních problémů se spoléhá sám na sebe a syna s rodinou. Významné

životní problémy vždy řešil sám, dokud žila manželka sní vše prodiskutoval. Při řešení problémů si nechává dostatek času na promyšlení a teprve potom jedná. Relaxuje na procházkách krajinou s loveckým psem, rád se věnuje svým vnoučatům. V případě jakékoliv zátěže je zvyklý se odreagovat při práci na zahradě.

- Rodina je klientovi velkou oporou, zvládá zátěž bez výrazných problémů, snaží si udržet dobrou náladu, zvládá svůj zdravotní stav, je optimista.

10. Víra – životní hodnoty

- Pochází z věřící rodiny a on sám pravidelně navštěvuje mše. Od života očekává pokojné stáří a radost ze svých vnoučat.
- Snahou klienta je udržet si zdraví i svůj životní styl.

11. Bezpečnost – ochrana

- Přidružená onemocnění: syndrom bolestivé páteře, stav po oboustranném zápalu plic, zvýšená hladina cholesterolu, stav po operaci meziobratlových plotének L4,5,S1, stav po operaci menisku levého kolena, stav po koronarografii (rentgenové vyšetření srdečních tepen) – negativní, stav po elektrokardioverzi (úprava srdečního rytmu el. výbojem), stav po ablaci (snesení prsu) pro flutter síní (porucha srdečního rytmu – rychlé kmitání).
- Klient má horní zubní protézu.
- Stav pokožky: kůže je hydratovaná, sliznice prokrvené, kožní turgor (napětí kůže) v normě, je bez alergických reakcí. Fyziologické funkce v pořádku. Ochrana kůže v okolí konečníku před macerací (máčením změkklá, zarudlá kůže).

Jiné – Informovanost

Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):

1. Byl/a jste při přijetí informován lékařem o svém zdravotním stavu? ANO
2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu? ANO
3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO
4. Víte co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím? ČÁSTEČNĚ
5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář- „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, orientovaný v prostoru i čase, mobilní, upravený, spolupracuje,
- kůže a sliznice bez ikteru (žluté zbarvení), cyanózy (namodralé zbarvení),
- hydratovaný, dolní končetiny (dále DKK) bez otoků,
- hygienu provádí sám.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: horní zubní protéza

Slyší šepot? ano

Přečte novinové písmo? ano

Brýle: ano

Puls: 78` min

pravidelnost: ano

jakost: v normě

Dýchání: 18` min.

pravidelnost: ano

hloubka: v normě

dýchací zvuky: 0

Krevní tlak: 135/80 mm Hg

Tělesná teplota: 36,5 °C

Hmotnost: 85 kg

Výška: 180 cm

Stisk ruky: silný

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu v kloubu: přiměřený, krásoty, vrzoty 0

Svalová tuhost / pevnost: normální

Kůže: *kožní výběžky:* beze změn

kožní léze: 0

změna barvy: 0

Chůze: opatrná, pomalejší jinak v pořádku

Držení těla: normální

Chybění části těla: 0

Kanyly intravenózní: 0

Močový katetr: 0

III. Informace získané vlastním pozorováním

Orientace: orientován místem, časem i osobou.

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? ano

Řeč, způsob vyjadřování: verbální vyjadřování, potíže s řečí nejsou

Hlas a způsob řeči: v normě

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování): udrží pozornost

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění): klient je klidný

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: dobrá

10.2 Kazuistika č. 2

Klient ve věku 52 let byl přijat na oddělení chirurgie k provedení plánované operace střev. Při preventivní prohlídce u obvodního lékaře mu byly zjištěna pozitivita stolice na okultní krvácení. Při kolonoskopickém vyšetření zjištěn cirkulární exulcerovaný

(zvředovatěný) tumor sigmoidu neprůchodný pro endoskop. Pan K. N. je nyní starobní důchodce, pracoval jako horník. Žije ve městě v panelovém domě s manželkou.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z domumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví
<ul style="list-style-type: none">• 1. den hospitalizace na chirurgickém odd.,• potíže prakticky nemá žádné, břišní potíže nejsou, ztrátu váhy nepozoroval, chuť k jídlu má dobrou,• rád chodí s manželkou na procházky do přírody, snaží se stravovat dle doporučení lékaře, přiměřeně svému zdravotnímu stavu,• abusus: nekuřák- 8 let, dříve necelou krabičku denně, alkohol příležitostně, drogy nebral,• alergie: 0,• klient se snaží spolupracovat.
2. Výživa – metabolismus
<ul style="list-style-type: none">• Stravuje se doma, příjem tekutin během dne 1,5 – 2l., snaží se stravovat dle doporučení lékaře, přiměřeně svému zdravotnímu stavu, zuby má vlastní,• v rámci předoperační přípravy je pacientovi naordinována dieta OS – tekutá, čajová, dodržuje momentální dietní doporučení.
3. Vylučování
<ul style="list-style-type: none">• Vyprazdňování moče: močení je pravidelné, bez potíží, moč je světle žluté barvy, bez atypického zápachu,• příjem tekutin je 1,5 – 2 litry denně, nemá pocit nadměrného pocení.• Vyprazdňování stolice: stolice chodí vícekrát denně po troškách, krev nepozoroval, průjem větší nebyl, problémy s nadýmáním a větry má již chronicky – zhoršení

<p>nepozoroval,</p> <ul style="list-style-type: none"> • v rámci předoperační přípravy klienta je naordinováno vyprazdňování střeva nálevy.
<p>4. Aktivita – odpočinek</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nepociťuje únavu, běžným aktivitám a domácím pracím se nijak nevyhýbá, onemocněním se doposud necítil být limitován. • Mezi jeho koníčky patří především procházky přírodou a vnučka Eliška. • Klient je schopen sám provádět osobní hygienu, okoupat se, obléci se, připravit si stravu, při těchto úkonech nevyžaduje dopomoc. • Testy a škály – (název) výsledky: Test instrumentálních všedních dovedností – 78 b nezávislý Bartlův test základních všedních činností – 100 b nezávislý
<p>5. Vnímání – poznávání</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pan N. nemá potíže se sluchem a rovnováhou, nosí brýle na čtení. Je orientován místem, časem i osobou, potíže s pamětí neudává. Novým věcem se učí hůř než v mládí. • Komunikativní, přátelský, vyjadřuje se v souvětích, přiměřená síla hlasu, roztěkaný, neustále odbíhá od tématu.
<p>6. Sebepojetí – sebeúcta</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Klient je vyrovnaný se svým onemocněním, necítí se být dostatečně informovaný o svém zdravotním stavu a léčbě. Emocionálně pozitivně naladěný, otevřený pro nové informace stran jeho léčby. Nikdy se nevzdává před bojem, bere život takový jaký je i se všemi útrapami. Neprojevují se známky deprese či úzkosti, jen roztěkanost a motorický neklid. • Testy a škály – (název) výsledky: Beckova sebesuzovací stupnice deprese – 6 b norma
<p>7. Plnění rolí – mezilidské vztahy</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pan N. bydlí v panelovém domě ve městě se svou manželkou. Rodinné problémy nepozoruje. Rodiče a bratr již mrtví, další sourozence nemá. Má 2 děti – dceru a syna, 1 vnuče. S dětmi se pravidelně navštěvuje, vypomáhá s hlídáním vnučky. • Klient je komunikativní a společenský.

<ul style="list-style-type: none"> • Testy a škály – (název) výsledky: Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 5 zcela soběstačný
<p>8. Sexualita – reprodukční schopnost</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Klient neudává problémy se sexuální dysfunkcí a orientací. Se svým sexuálním životem je spokojen. •
<p>9. Stres – zvládání, tolerance</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Negativní myšlenky vytěšňuje manuální prací. Relaxuje na procházkách přírodu s manželkou. Ví, že pokud nastane situace, kdy si nebude vědět rady, může se spolehnout na manželku a děti. Zatím se se stresovými situacemi zvládal vyrovnávat sám a doufá, že tomu bude tak i nadále.
<p>10. Víra – životní hodnoty</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Občas zajde do kostela, není si pevností své víry úplně jistý. K víře v Boha se obrací spíše s prosbami o vyřešení problémů týkajících se zdraví. • Jeho nejvyšší životní hodnotou je zdraví své i svých nejbližších a pak vše ostatní.
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Přidružená onemocnění: vysoký krevní tlak III. stupně, hypermetropia levis (dalekozrakost), zvýšená hladina cholesterolu, ischemická choroba cév DKK, stav po perkutánní transluminální angioplastice ilických tepen vlevo (rekonstrukce kyčelních tepen). • K/P dodržuje předepsanou medikaci a léčbu. • Stav pokožky: kůže hydratovaná, sliznice prokrvené, kožní turgor v normě, je bez alergických reakcí. Fyziologické funkce (dále FF) jsou v pořádku. • Ochrana kůže v okolí konečníku před macerací.
<p>12. Jiné – Informovanost</p>
<p>Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Byl/a jste při přijetí informován lékařem o svém zdravotním stavu? ANO 2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím

rozsahu? NE

3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO
4. Víte, co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím? ČÁSTEČNĚ
5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář- „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, orientovaný v prostoru i čase, mobilní, upravený,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, bez cyanózy,
- kůže hydratovaná, bez otoků a známek zánětu, bez varixů, pulsace hmatná, dystrofické (poškození buněk) kožní změny DKK, bez defektů, prsty DKK bledší teplé,
- hygienu provádí sám.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: chrup neúplný, čistý, vlastní

Slyší šepot? ano

Přečte novinové písmo? Ano

Brýle: ano

Puls: 82` min

pravidelnost: ano

jakost: v normě

Dýchání: 16` min.

pravidelnost: ano

hloubka: v normě

dýchací zvuky: 0

Krevní tlak: 155/80 mm Hg

Tělesná teplota: 36,4 °C

Hmotnost: 90 kg

Výška: 176 cm

Stisk ruky: silný

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu v kloubu: přiměřený, krásoty, vrzoty 0, bez omezení

Svalová tuhost / pevnost: v normě

Kůže: kožní výběžky: beze změn

kožní léze: 0

změna barvy: 0

Chůze: bolestivost DKK při delších túrách

Držení těla: normální

Chybění části těla: 0

Kanyly intravenózní: 0

Močový katetr: 0

III. Informace získané vlastním pozorováním

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření.

Orientace: orientován místem, časem i osobou

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? ano

Řeč, způsob vyjadřování: verbální i neverbální vyjadřování, potíže s řečí nejsou

Hlas a způsob řeči: roztřesený hlas

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování): odbíhá od tématu

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění): nervózní

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: velmi dobrá

10.3 Kazuistika č. 3

Pan M. M. (věk 55 let) je 3. den přeložený z traumatologického oddělení na chirurgické pro kontinuální (nepřetržité) kolikovitě bolesti břicha v celém rozsahu, asi 2 měsíce trvající vodnaté průjmy (až 12 za den), zvracení a nechutenství. Na traumatologii byl původně hospitalizován pro kontuzi (zhmoždění) pravé kyčle. Dle počítačové tomografie břicha suspektní Morbus Crohn v oblasti terminálního ilea a nejasné změny na rektosigmatu nevylučující tumor. Na kolonoskopii diagnostikováno cirkulární tumorozní postižení rektosigmatu v 9 – 16 cm od konečníku. Žije s manželkou a dvěma syny v rodinném domě. Dříve pracoval jako řidič z povolání, nyní pobírá starobní důchod.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví
<ul style="list-style-type: none">• 3. den po přeložení na chirurgické odd.,• kontinuální, kolikovitě bolesti celého břicha, asi 2 měsíce trvající průjmy, zvracení, nechutenství, váhový úbytek asi 8 kg/2 měsíce, kontuze pravé kyčle při kolapsovém stavu způsobeném dehydratací vzniklou sekundárně při průjmu,• t.č. unavený, slabý, vyčerpaný, bez zájmu,• abusus: exkuřák cca od r. 2001, předtím až 40 cig./den,• alergie: neguje,• spolupracuje.

2. Výživa – metabolismus

- Dodržoval dietu ordinovanou při hypertenzi a srdečních onemocněních.
- Váhový úbytek asi 8 kg za dva měsíce, nechutenství.
- Dehydratace v důsledku vyčerpávajících průjmů a zvracení zvládnuta infuzní terapií.
- Příjem tekutin nyní omezen pouze na infuzní terapii. V rámci předoperační přípravy je pacientovi naordinováno stop per os. K/P dodržuje momentální dietní doporučení.

3. Vylučování

- Vyprazdňování moče: močení je pravidelné, bez potíží. Moč je světle žluté barvy, bez atypického zápachu.
- Vyprazdňování stolice: vodnaté průjmy trvající asi 2 měsíce, bez krve ve stolici, až 12 krát za den, bez bolestivého nutkání na stolici. Podobné průjmy již jednou prodělal v mládí, trvaly asi měsíc. Proveden odběr stolice na kultivaci. Dnes podáno poslední očistné klyzma před převozem na operační sál, odešla jen nažloutlá voda.
- Příjem tekutin je 1,5 – 2 litry denně formou infuzní terapie.
- Zvrací bez vazby na příjem potravy, žlutozelený obsah.

4. Aktivita – odpočinek

- Klient se cítí unavený, slabý, vyčerpaný, bez zájmu. Dle ordinace lékaře dodržuje klid na lůžku. V průběhu dne pospává.
- V důsledku vyčerpání není schopen sám provádět osobní hygienu, obléci se. Při těchto úkonech je nutná dopomoc.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Bartlův test základních všedních činností – 40 b vysoce závislý

5. Vnímání – poznávání

- Klient nemá potíže se sluchem a rovnováhou nosí brýle na čtení. Je orientován místem, časem i osobou, potíže s učením a pamětí neudává.
- Vyjadřuje se v souvětích, hlas klidný, v důsledku únavy neudrží dlouho pozornost.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam) – 27 b norma

<p>6. Sebepojetí – sebeúcta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vnímá své onemocnění jako nejtěžší životní zkoušku. Přestože má velké obavy o svůj život, věří v uzdravení. • Cítí se být dostatečně informovaný o svém zdravotním stavu a možnostech léčby. • Klient je smířen se svým zdravotním stavem, spolupracuje, komunikuje, aktivně se podílí na péči, dodržuje dietu i medikaci stanovenou lékařem. • Testy a škály – (název) výsledky: Beckova sebeuposuzovací stupnice deprese – 18 b lehká až střední deprese
<p>7. Plnění rolí – mezilidské vztahy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bydlí s manželkou a dvěma syny ve společné domácnosti rodinného domu. Očekávají narození prvního vnoučete, na které se už moc těší. Rodinné problémy nepozoruje. Rodina vyjadřuje lítost, pravidelně dochází na návštěvy a dodává K/P sílu. Nemá potřebu stýkat se s přáteli, je spíše samotář. • Testy a škály – (název) výsledky: Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 11 částečně závislý
<p>8. Sexualita – reprodukční schopnost</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klient neudává problémy se sexuální dysfunkcí a orientací. Se sexuálním životem je spokojený on i manželka. Hmatná nebolestivá rezistence v pravém varleti.
<p>9. Stres – zvládání, tolerance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyní pesimisticky laděný, jinak optimista. Za nejdůvěryhodnější osobu považuje manželku, která je vždy nápomocná. Rodina pravidelně dochází na návštěvy a dodává mu životní sílu.
<p>10. Víra – životní hodnoty</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nevyznává žádnou víru. • Za cíl si klade udržet se v kondici a být soběstačný.
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Přidružená onemocnění: ischemická choroba srdeční, stav po akutním infarktu myokardu,

arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak) III. st., stav po epileptickém záchvatu, stav po laparoskopické operaci tříselné kýly vpravo.

- Klient má horní pevný můstek. Kůže a sliznice je bez patologických změn. FF jsou v pořádku. Nutno dbát na zvýšenou péči o pokožku v důsledku klidu na lůžku – prevence vzniku proleženin a opruzenin.

12. Jiné – Informovanost

Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):

1. Byl/a jste při přijetí informován lékařem o svém zdravotním stavu? ANO
2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu? ANO
3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO
4. Víte co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím? ANO
5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář – „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a dokumentace

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, unavený, slabý, bez zájmu, dodržuje klid na lůžku, orientovaný, v prostoru i čase, upravený, spolupracuje,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, cyanózy, defektů,
- hydratovaný, na DKK otoky, pulsace hmatné,
- hygienu provádí s pomocí zdravotnického personálu.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu, jazyk vlhký, bíle povleklý, plazí středem

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: horní pevný můstek

Slyší šepot? ano

Přečte novinové písmo? Ano

Brýle: ano

Asertivní nebo pasivní: pasivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: velmi dobrá

10.4 Kazuistika č. 4

Paní A. J. (76 let) byla odeslána OL (obvodním lékařem) pro občasné pobolívání břicha a problémy se stolicí trvající asi jeden rok k chirurgickému vyšetření. Na základě komplexního vyšetření byl u klientky diagnostikován tumor sigmoidea, proto byla následně hospitalizována na chirurgickém oddělení k provedení operace střev. Paní J. žije sama v malém domku na vesnici, dříve pracovala jako učitelka na místní základní škole.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví

- Jedná se o 1. den hospitalizace na chirurgickém odd.,

- asi jeden roku pozoruje nárazově vznikající bolesti břicha slabé intenzity, nechutenství, střídání zácp a průjmů, tyto potíže ji obtěžovaly jen minimálně, připisovala je věku,
- v kondici se léta udržuje prací na zahradě a procházkami s pejskem,
- abusus: celý život nekuřačka, alkohol jen příležitostně,
- alergie: 0,
- klientka spolupracuje, je energická, vyrovnaná.

2. Výživa – metabolismus

- Poctivě dodržuje dietu ordinovanou po operaci žlučníku. Vaří si sama, myslí si, že je dobrá kuchařka.
- V poslední době trpí nechutenstvím, výrazný váhový úbytek nepozoruje.
- Má horní i dolní zubní protézu. Dolní ji dělá při jídle potíže, proto ji nosí jen z estetických důvodů.
- Příjem tekutin je dostatečný, pohybuje se v rozmezí 1,5 – 2,5 l, upřednostňuje slazené sycené nápoje.
- V rámci předoperační přípravy je pacientce naordinována dieta č. 0S – tekutá, čajová. Dodržuje momentální dietní doporučení.

3. Vylučování

- Vyprazdňování moče: s močením má už delší dobu potíže – častější nucení a občasný únik moče při zapojení břišního lisu. Je vybavena vložkami. Moč je světle žluté barvy, bez atypického zápachu.
- Vyprazdňování stolice: Vždy měla menší potíže s vyprazdňováním, užívala projímadla. Asi jeden rok pozoruje změnu – zácpu střídají průjmy. Krev ve stolici nepozorovala, bez bolestivého nutkání na stolici.
- Probíhá vyprazdňování střev nálevy, odchází kusy stolice a obarvená voda.

4. Aktivita – odpočinek

- Paní J. je svérázná, energická, aktivní. Pracuje na zahradě, jezdí na kole, chodí na procházky s pejskem, chová čtyři králíky, ráda se věnuje vnoučatům a dětem. Odpočívá u televize, s oblibou sleduje kriminální seriály, občas si přečte detektivku nebo noviny.
- Spánek je plnohodnotný a dostatečný.

- Je plně schopna se o sebe postarat.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Bartlův test základních všedních činností – 95 b lehká závislost

5. Vnímání – poznávání

- Klientka nemá potíže se sluchem a rovnováhou, tvrdí, že slyší i to, co nemá. Nosí brýle na čtení. Je orientovaná místem, časem i osobou, potíže s učením a pamětí jsou přiměřené věku.
- Vyjadřuje se v souvětích, hlas klidný, udrží pozornost i oční kontakt.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam) – 25 b norma

6. Sebepojetí – sebeúcta

- Je plná životní energie a elánu, bere život takový, jaký je. Diagnózu si příliš nepřipouští, protože jí je relativně dobře.
- Cítí se být dostatečně informovaná o svém zdravotním stavu a možnostech léčby a o podrobnější informace nemá zájem. Věří v plné uzdravení.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Beckova sebesuzovací stupnice deprese – 6 b norma

7. Plnění rolí – mezilidské vztahy

- Bydlí v menším domku na okraji vesnice, společnost ji nejčastěji dělá pejsek. Se sousedy vychází dobře, občas se navštěvují. Pěčí o drobné domácí zvířectvo a pejska přebrala dočasně sousedka.
- Před 6 lety ovdověla, manžel zemřel na mozkovou příhodu. Má tři děti a pět vnoučat. S rodinou se pravidelně navštěvuje.
- Je komunikativní, společenská, optimistka.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 11 částečně závislá

8. Sexualita – reprodukční schopnost

- Porodila tři zdravé děti přirozenou cestou, sexuálně už dlouho nežije, neudává žádné problémy.

9. Stres – zvládání, tolerance

- Po celý život byla optimistka a je tomu tak i teď. Své problémy řeší většinou sama nebo s dětmi, nerada někomu přiděluje starosti. K odreagování a vyčištění mysli od problému jí pomůže napínavá detektivka.

10. Víra – životní hodnoty

- Věří v boha a pravidelně navštěvuje nedělní mše v nedalekém kostele.
- V žebříčku hodnot staví na první místo svou rodinu a zdraví.

11. Bezpečnost – ochrana

- Přidružená onemocnění: arteriální hypertenze III., stav po cholecystectomii (odstranění žlučníku).
- Je smířena se svým zdravotním stavem, spolupracuje, komunikuje, aktivně se podílí na péči, dodržuje dietu i medikaci stanovenou lékařem.
- Paní J. nosí horní i dolní zubní protézu.
- Kůže a sliznice jsou bez patologických změn.
- Kvůli občasné inkontinenci nosí preventivně dámské hygienické vložky.
- Zvýšená hygienická péče v důsledku vyprazdňování střev a inkontinence moče.

12. Jiné – Informovanost

Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):

1. Byl/a jste při přijetí informován/a lékařem o svém zdravotním stavu? ANO
2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu? ANO
3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO
4. Víte, co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím? ANO
5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář – „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, pohyblivá, orientovaná v prostoru i čase, upravená, spolupracuje,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, cyanózy, defektů,
- hydratovaná, DKK bez otoků, pulsace hmatná,
- soběstačná, nevyžaduje zvláštní dopomoc.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu, jazyk středem, vlhký, povleklý

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: horní i dolní zubní protéza

Slyší šepot? ano

Přečte novinové písmo? ano

Brýle: ano

Puls: 65` min. *pravidelnost:* ano *jakost:* v normě

Dýchání: 21` min. *pravidelnost:* ano *hloubka:* klidné *dýchací zvuky:* 0

Krevní tlak: 145/90 mm Hg

Tělesná teplota: 36,5 °C

Hmotnost: 60 kg

Výška: 165 cm

Stisk ruky: norma

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu v kloubu: dobrý, bez bolestí, krásoty a vrzoty 0

Svalová tuhost / pevnost: normální

Kůže: *kožní výběžky:* beze změn

kožní léze: 0

změna barvy: stařecké skvrny na tváři a horních končetinách

Chůze: bez potíží

Držení těla: kulatá záda

Chybění části těla: 0

Kanyly intravenózní: 0

Močový katetr: 0

III. Informace získané vlastním pozorováním

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření.

Orientace: orientována místem, časem i osobou

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? ano

Řeč, způsob vyjadřování: verbální vyjadřování, bez potíží

Hlas a způsob řeči: hlas klidný, řeč plynulá

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování): udrží pozornost

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění): klidná, uvolněná

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: dobrá

10.5 Kazuistika č. 5

Klient J.M., věk 28 let, byl přijat na oddělení chirurgie k provedení plánované operace pro stenozující tumor rekta zjištěný při kolonoskopickém vyšetření a eventuálně zrušení stomie. Subjektivně bez potíží. V minulosti již prodělal operační revizi a založení sigmoideostomie (střevní vývod v oblasti esovité kličky). Klient je již 5 let nezaměstnaný, dříve pracoval jako stavební dělník. Svobodný, bezdětný, žije s přítelkyní v panelovém domě ve městě.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z domumentace

<p>1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2. den hospitalizace na chirurgii, • v posledním roce neprodělal žádné významné infekční onemocnění, • při kolonoskopickém vyšetření byl diagnostikován tumor rekta, subjektivně bez potíží, • abusus: kouří 20 cigaret/ den, alkohol příležitostně, závislost na pervitinu (užívá „málokdy“), • alergie: neguje, • spolupracuje.
<p>2. Výživa – metabolismus</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sravuje se nepravidelně, „nezdravě“, využívá podniky rychlého občerstvení, snaží se vyvarovat potravinám, které mu způsobují zažívací potíže. • Příjem tekutin je dostatečný, pohybuje se kolem 2,5 l/ den. V důsledku stomie volí především nesyčené nápoje. • V rámci předoperační přípravy je pacientovi naordinována dieta 0S – tekutá, čajová, má hlad, ale dodržuje momentální dietní doporučení.
<p>3. Vylučování</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vyprazdňování moče: močení je pravidelné, bez potíží. Moč je světle žluté barvy, bez atypického zápachu. • Příjem tekutin je cca 2,5 litru denně. K/P nemá pocit nadměrného pocení. • Vyprazdňování stolice: stolice odchází střevním vývodem, je kašovitě konzistence, potíže neuvádí. V péči o stomii používá dvoudílný systém Combihisive 2S firmy ConvaTec, velikost 45, výjimečně jednodílný systém, a to v případě průjmovité stolice. Ochranný film ConvaCare (ochrannou i adhezivní pastu na okolí stomie) používá spíše příležitostně jako prevenci ochrany kůže před macerací. Okolí stomie je bez

patologických změn.

- V rámci předoperační přípravy probíhá vyprazdňování střeva nálevy do stomie.

4. Aktivita – odpočinek

- Volný čas tráví většinou doma s přítelkyní nebo s kamarády. Mezi jeho koníčky patří sport, kterému se už delší dobu nevěnuje.
- Nejraději odpočívá u TV, PC nebo DVD. Spánek je plnohodnotný, trvá 8 – 10 hod.
- Je schopen sám provádět osobní hygienu, obléci se, připravit si stravu, pečovat o střevní vývod. Při těchto úkonech nevyžaduje dopomoc.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test instrumentálních všedních dovedností – 80 b nezávislý
Bartlův test základních všedních činností – 90 b lehká závislost (z důvodu stomie)

5. Vnímání – poznávání

- Klient nemá potíže se sluchem, zrakem nebo rovnováhou. Je orientován místem, časem i osobou, potíže s učením a pamětí neudává. Novým věcem se učí pravidelným opakováním a zkušeností.
- Komunikativní, vyjadřuje se v souvětích, přiměřená síla hlasu, udrží pozornost a oční kontakt při rozhovoru.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam) – 29 b norma

6. Sebepojetí – sebeúcta

- Neustále vznikající zdravotní potíže a komplikace vnímá jako trest za svůj dosavadní život, se kterým není vůbec spokojen. Stydí se za sebe a chtěl by toho mnoho změnit. Se střevním vývodem je smířen, ví, že byl založen na přechodnou dobu a bude zrušen. Nádorové onemocnění ho velice znepokojuje, ale věří v uzdravení.
- Obává se budoucnosti, ale nahlíží na ni realisticky, chce bojovat, musí toho ještě mnoho napravit. V životě zklamal svou rodinu, přátele, zaměstnavatele i sebe samotného a trápí ho pocity viny.
- Klient je informovaný o svém zdravotním stavu i o dalším léčebném postupu.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Beckova sebeposuzovací stupnice deprese – 12 b lehká až střední deprese

7. Plnění rolí – mezilidské vztahy
<ul style="list-style-type: none"> • Klient žije v panelovém domě se svou přítelkyní, která mu je v tomto období největší oporou. S rodinou se téměř nestýká, vztahy s rodiči jsou nahlodány nedůvěrou. Závislost na pervitinu mu zničila život. Za krádeže rodinného majetku a ustavičné lhaní byl vypuzen z domu. • Pocity osamělosti netrpí, pravidelně se schází s přáteli, má rád společnost, je komunikativní, rád se seznamuje s novými lidmi. • Testy a škály – (název) výsledky: Test ošetřovatelské zátěže dle Svanborga – 5 zcela soběstačný
8. Sexualita – reprodukční schopnost
<ul style="list-style-type: none"> • Neudává problémy se sexuální dysfunkcí a orientací. S bývalou přítelkyní se rozešli, protože ji nepřekonatelně odpuzovala stomie.
9. Stres – zvládání, tolerance
<ul style="list-style-type: none"> • Nejvíce stresující situace v jeho životě, kvůli které začal brát drogy, byla smrt jeho nejlepšího kamaráda. V opojení mohl na vše zapomenout. • Při řešení životních problémů se vždy spoléhal jen sám na sebe. Nyní se může obrátit na svou chápavou přítelkyni. Dosavadní problémy řešil drogami nebo alkoholem. Rád by se závislosti zbavil.
10. Víra – životní hodnoty
<ul style="list-style-type: none"> • Nevyznává žádnou víru. • Za cíl si klade uzdravit se, udržet se v kondici, zbavit se závislosti a najít si práci. Jen tak by mohl opět získat důvěru rodičů.
11. Bezpečnost – ochrana
<ul style="list-style-type: none"> • Přidružená onemocnění: divertikulitida (výchlipky) tlustého střeva, stav po perforaci s difúzní purulentní peritonitidou (proděravění střeva se vznikem hnisavého zánětu pobřišnice), abscesem (hnisavé ložisko) 9/2010, stav po apendectomii (odstranění slepého střeva, sigmoideostomie, závislost na pervitinu.

<ul style="list-style-type: none"> • Stav pokožky a sliznic je bez patologie, FF jsou v pořádku, ochrana kůže v okolí konečníku a stomie před macerací. • Dodržuje medikaci stanovenou lékařem, momentálně drogy nebere.
<p>12. Jiné – Informovanost</p>
<p>Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Byl/a jste při přijetí informován lékařem o svém zdravotním stavu? ANO 2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu? ANO 3. Byla/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO 4. Víte co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím? ČÁSTEČNĚ 5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář- „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, orientovaný v prostoru i čase, mobilní, upravený, spolupracuje,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, cyanózy,
- hydratovaný, DKK bez otoků,
- tetováž na zádech, hrudi a horních končetinách,
- hygienu provádí sám.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu, prokrvená

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: chrup kompletní, zabarvený do žluta

Slyší šepot? ano

Přečte novinové písmo? Ano

Brýle: ne

Puls: 72` min. *pravidelnost:* ano

jakost: v normě

Dýchání: 20` min. *pravidelnost:* ano

hloubka: v normě *dýchací zvuky:* 0

Krevní tlak: 110/76 mm Hg

Tělesná teplota: 36,5 °C

Hmotnost: 92 kg

Výška: 189 cm

Stisk ruky: silný

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu v kloubu: přiměřený, krásoty, vrzoty 0

Svalová tuhost / pevnost: normální

Kůže: *kožní výběžky:* střevní vývod v levém podbřišku

kožní léze: 0

změna barvy: bez atypického zbarvení

Chůze: bez potíží

Držení těla: normální

Chybění části těla: 0

Kanyly intravenózní: 0

Močový katetr: 0

III. Informace získané vlastním pozorováním

Orientace: orientován místem, časem i osobou.

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? ano

Řeč, způsob vyjadřování: verbální vyjadřování, potíže s řečí nejsou

Hlas a způsob řeči: v normě

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování): udrží pozornost

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění): klient je klidný

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: žádná

10.6 Kazuistika č. 6

Pan I. V. (75 let) byl přivezen RZP pro bolesti břicha v celém rozsahu, potíže se stolicí a jednorázové zvracení. Na základě vstupních vyšetření vzniklo podezření na nádorové onemocnění. Proto byl přijat na chirurgické oddělení k dovyšetření kolonoskopií, kde byl diagnostikován tumor recta. Klient žije s manželkou a synem s rodinou v rodinném domě. Dříve pracoval jako montér a údržbář u vodáren, nyní pobírá starobní důchod.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví

- 2. den hospitalizace na chirurgii,
- asi týden pozoruje bolesti břicha v celém rozsahu, nevolnost, jednorázové zvracení, potíže se stolicí typu zácpa, již delší dobu nechutenství a úbytek hmotnosti, celková slabost,
- zdraví si udržuje pravidelným otužováním a pobytem na čerstvém vzduchu,
- abusus: kuřák - 15 cig. / den, alkohol jen příležitostně,
- alergie: 0,
- spolupracuje, orientovaný.

2. Výživa – metabolismus

- Interním lékařem mu byla před delším časem doporučena redukční dieta.
- V poslední době trpí nechutenstvím, váhový úbytek 10 kg za 2 měsíce.
- Chrup nekompletní, pevný můstek dole.
- Příjem tekutin je dostatečný, udává asi 2 l denně, dává přednost ovocným čajům.
- V rámci předoperační přípravy je naordinována dieta č. 0S- tekutá, čajová. Dodržuje momentální dietní doporučení.

3. Vylučování

- Vyprazdňování moče: v důsledku hypertrofie prostaty se objevuje častější nucení na močení, zapojování břišního lisu, občas mírný únik moči. Moč je tmavě žluté barvy, bez atypického zápachu.
- Vyprazdňování stolice: dříve bez potíží, stolice pravidelná, každý den – ráno. Nyní, asi jeden týden se objevuje zácpa. Stolica je zbarvena do černa, zbarvení připisuje léku – Aktiferinu. Čerstvou krev nepozoroval, objevuje se bolestivé nutkání na stolici.
- Objevuje se výrazné noční pocení.
- Probíhá vyprazdňování střev nálevy, odchází kusy tmavé stolice.

4. Aktivita – odpočinek

- Dlouhodobě pozoruje potíže se spaním. Večer nemůže usnout, v průběhu noci se často budí celý propocený. Ráno se cítí nedostatečně odpočatý, unavený, přes den usíná v křesle.
- V zimních měsících nemá zájem o žádné aktivity. Rád odpočívá ve svém houpacím křesle u televize. V létě rád chodí na krátké procházky, v důsledku obezity se rychle unaví.
- Je schopen se o sebe postarat s dopomocí rodiny.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Bartlův test základních všedních činností – 65 b lehká závislost

5. Vnímání – poznávání

- Klient nemá potíže se sluchem a rovnováhou. Nosí brýle na dálku i na blízko. Je orientovaný místem, časem i osobou, potíže s učením a pamětí jsou přiměřené věku.
- Vyjadřuje se v souvětích, je slušný a galantní, hlas klidný, udrží pozornost i oční kontakt.

6. Sebepojetí – sebeúcta

- Cítí se být dostatečně informovaný o svém zdravotním stavu a možnostech léčby. Žil šťastný a krásný život, ze smrti nemá strach. Do budoucnosti nepohlíží nijak pesimisticky. Věří, že ještě pár klidných let prožije.
- Je sám se sebou spokojený, vyrovnaný.

- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Beckova sebesuzovací stupnice deprese – 6 b norma

7. Plnění rolí – mezilidské vztahy

- Bydlí v rodinném domě s manželkou, synem, snachou a vnoučaty. Všechny má moc rád, žádné rodinné problémy nepozoruje. Se sousedy vychází dobře, ale téměř se nestýkají.
- Manželka se synem ho navštěvují.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 8 b částečně závislý

8. Sexualita – reprodukční schopnost

- Bez potíží. Má jednoho syna. Více dětí jim s manželkou nebylo dopřáno. Nikdy nezjišťovali důvod.

9. Stres – zvládání, tolerance

- Stresové situace většinou zvládá dobře. Největší důvěru má k manželce, optimální řešení větších problémů hledají společně. Odreaguje se procházkou přírodou. Netrpí pocity viny, stresem ani úzkostí.

10. Víra – životní hodnoty

- Je věřící, na první místo staví zdraví. Odsuzuje přetvářku a vlezlost.

11. Bezpečnost – ochrana

- Přidružená onemocnění: adenom levé nadledviny, mikrocytární anémie (chudokrevnost z nedostatku železa), divertikulární nemoc sigmoidu, hyperplazie (zbytnění) prostaty, ischemická choroba srdeční, obezita, stav po nízké amputaci LDK, ischemická choroba cév DKK.
- Klient má dolní pevný můstek, nosí brýle na dálku i na blízko, chodí s protézou na levém bérce o francouzských holích.
- Mírné zarudnutí kůže v oblasti kožních záhybů promazáváno krémem Menalind.
- Nutno dbát na zvýšenou hygienickou péči v důsledku pocení a vyprazdňování střev před operací.
- Klient je smířen se svým zdravotním stavem, spolupracuje, komunikuje, aktivně

se podílí na péči, dodržuje dietu i medikaci stanovenou lékařem.

12. Jiné – Informovanost

Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):

1. Byl/a jste při přijetí informován/a lékařem o svém zdravotním stavu? ANO
2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu? ANO
3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO
4. Víte, co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím? ČÁSTEČNĚ
5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář- „Poučení pacienta před operací střev“? ČÁSTEČNĚ (Poučení ano, brožury ne)

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, orientovaný osobou, místem, časem, upravený, spolupracuje,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, cyanózy, defektů, zarudnutí v kožních záhybech,
- hydratovaný, DKK bez otoků, pulsace hmatné, stav po nízké amputaci LDK,
- vyžaduje částečnou pomoc při hygieně, toaletě a stravování.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu, jazyk středem, vlhký, bíle povleklý

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: dolní pevný můstek, horní chrup nekompletní, žlutě zbarvený

Slyší šepot? ano

Přečte novinové písmo? ano

Brýle: ano

Puls: 110` min. *pravidelnost:* ano *jakost:* zrychlený

Dýchání: 25` min. *pravidelnost:* ano *hloubka:* prohloubené *dýchací zvuky:* 0

Krevní tlak: 120/50 mm Hg

Tělesná teplota: 36,5 °C

Hmotnost: 120 kg

Výška: 172 cm

Stisk ruky: silný

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu v kloubu: částečně omezený, bez bolestí, bez slyšitelných fenoménů

Svalová tuhost / pevnost: normální

Kůže: kožní výběžky: beze změn

kožní léze: 0

změna barvy: zarudnutí pokožky v kožních záhybech, nejvíce na bříše

Chůze: opatrná, kulhavá s oporou francouzských holí, protéza na LDK

Držení těla: vadné, kulatá záda

Chybění části těla: po amputaci levé dolní končetiny ve střední části bérce

Kanyly intravenózní: 0

Močový katetr: 0

III. Informace získané vlastním pozorováním

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření.

Orientace: orientován místem, časem i osobou.

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? ano

Řeč, způsob vyjadřování: verbální vyjadřování, bez potíží, slušný, galantní

Hlas a způsob řeči: hlas klidný, řeč plynulá

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování): udrží pozornost

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění): klidný

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: dobrá

10.7 Kazuistika č. 7

Pacient A. K., věk 66 let, byl hospitalizován na chirurgickém oddělení k provedení plánované operace adenocarcinomu kolonu ascendens. Asi 14 dní pozoruje bolestivost břicha v celém rozsahu, potíže při vyprazdňování – střídání zácp a průjmů, dietní chybu striktně popírá. Pan K. je starobní důchodce, pracoval jako úředník v dopravní firmě. Před 5 lety ovdověl, necelý rok žije s přítelkyní v rodinném domě.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví
<ul style="list-style-type: none">• 1. den hospitalizace na chirurgickém oddělení,• v posledním roce neprodělal žádné významné infekční onemocnění, asi 2 týdny bolesti břicha v celém rozsahu, střídání zácp a průjmů, úbytek hmotnosti 12 kg/2 měsíce, nechutenství, dušnost, dietní chybu neguje,• abusus: celý život nekuřák, abstinent,• alergie: 0,

<ul style="list-style-type: none"> • kvůli únavy nesportuje, pohybu se spíše vyhýbá, obézní, • spolupráce dobrá, dochází na pravidelné kontroly ke specialistům, dodržuje všechna doporučení i medikaci.
<p>2. Výživa – metabolismus</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Stravuje se dle zásad správné výživy, úzkostlivě dbá na dodržování všech dietních doporučení. V poslední době ztrácí chuť k jídlu. Stravuje se doma, podle vlastnoručně sestaveného jídelníčku, vaří přítelkyně. Příjem tekutin během dne se pohybuje kolem 2 l, preferuje bylinné čaje a neslazené minerální vody. Chrup vlastní – neúplný, udržovaný. • V rámci předoperační přípravy je pacientovi naordinována dieta 0S – tekutá, čajová. Dodržuje momentální dietní doporučení.
<p>3. Vylučování</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vyprazdňování moče: močení je časté i v průběhu noci, se zapojením břišního lisu. Moč je světle žluté barvy, bez atypického zápachu. • Příjem tekutin je 2 l denně. Pociťuje nadměrné pocení zejména ve stresových situacích. • Vyprazdňování stolice: udává střídání zácp a průjmů, častější nucení na stolici. • V rámci předoperační přípravy klienta probíhá nyní vyprazdňování střeva nálevy.
<p>4. Aktivita – odpočinek</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Preferuje krátké procházky. Nemá zájem podílet se na péči o domácnost a zahradu, rychle se unaví. Většinu dne tráví u počítače. • Doma usíná kolem 20:30 hod., vstává ve 4 hod. ráno, dodržuje odpolední odpočinek – 2 hod. V nemocnici má problém usnout, protože vyžaduje absolutní ticho, které nejde zajistit, spoluležící má v noci záchvaty kašle a hlasitě dýchá. • Úzkostlivě dbá na osobní hygienu, čisté osobní a ložní prádlo, při těchto úkonech vyžaduje částečnou pomoc. • Testy a škály – (název) výsledky: Test instrumentálních všedních dovedností – 75 b částečně závislý Barthelův test základních všedních činností – 95 b lehká závislost
<p>5. Vnímání – poznávání</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Špatně slyší na levé ucho, nosí brýle na blízko i do dálky. Je orientován místem, časem i

<p>osobou. Sleduje novinky na internetu, rád se učí novým věcem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komunikativní, vzdělaný, vyjadřuje se v souvětích, výslovnost správná, přiměřená síla hlasu, autoritativní, vynucuje si pozornost, oční kontakt při rozhovoru udržuje. • Testy a škály – (název) výsledky: Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam) – 28 b norma
<p>6. Sebepojetí – sebeúcta</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Je sám se sebou a se svým dosavadním životem velice spokojen. Má o 20 let mladší přítelkyni, je finančně zajištěný, dbá na svůj zevnějšek. • V souvislosti s onemocněním se projevují mírné známky deprese a úzkosti. Má strach, že v důsledku svého zhoršeného zdravotního stavu nebude pro přítelkyni tak zajímavý. Nemá pocit nějakého životního neúspěchu. • Je informovaný o svém zdravotním stavu a dalších postupech léčby. • Testy a škály – (název) výsledky: Beckova sebesuzovací stupnice deprese – 9 b lehká až střední deprese
<p>7. Plnění rolí – mezilidské vztahy</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Klient je 5 let vdovec, žije asi 1 rok ve společné domácnosti rodinného domu se svou podstatně mladší přítelkyní. Má dva syny, se kterými se příliš nestýká. Rodinné problémy nechce rozebírat. • Pocity osamělosti netrpí, rád se seznamuje s novými lidmi, komunikativní a společenský. • Testy a škály – (název) výsledky: Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 7 b částečně závislý
<p>8. Sexualita – reprodukční schopnost</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Klient udává mírné problémy se sexuální dysfunkcí, pod dohledem lékaře užívá předepsané léky. Se svým sexuálním životem je spokojen.
<p>9. Stres – zvládání, tolerance</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Stresové situace a zátěž zvládá bez výrazných problémů, je zvyklý řešit problémy sám, nenechá si poradit, sám nejlépe ví, co je pro něho nejlepší. • Relaxuje ve společnosti přítelkyně, při krátkých procházkách přírodou, nebo

<p>sebevzděláváním na internetu.</p>
<p>10. Víra – životní hodnoty</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nevyznává žádnou víru. • V této době je pro něj nejdůležitější vlastní zdraví a vztah s přítelkyní.
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Přidružená onemocnění: pupeční kýla, ischemická choroba DKK, kombinovaná aortální vada, ateroskleróza universalis (kornatění tepen), chronická ischemická nemoc srdeční, zbytnění prostaty, arteriální hypertenze st. II., aftózní gastropatie (defekty žaludeční sliznice). • O své zdraví pečuje dle doporučení lékařů. Spolupracuje, komunikuje, aktivně se podílí na péči, dodržuje medikaci a dietu. • Kůže je hydratovaná, sliznice prokrvené, kožní turgor v normě, je bez alergických reakcí. V důsledku vyprazdňování střev je nutná ochrana kůže v okolí konečníku před macerací.
<p>12. Jiné – Informovanost</p>
<p>Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Byl/a jste při přijetí informován lékařem o svém zdravotním stavu? ANO 2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu? ČÁSTEČNĚ 3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO 4. Víte co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operaci a pooperačním obdobím? ČÁSTEČNĚ 5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář- „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, orientovaný v prostoru i čase, mobilní, upravený, spolupracuje,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, cyanózy,
- hydratovaný, DKK bez otoků,
- hygienu provádí sám s mírnou dopomocí.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: zuby neúplné, vlastní, udržované

Slyší šepot? ano, nedoslýchá na levé ucho

Přečte novinové písmo? ano

Brýle: ano na dálku i na blízko

Puls: 76` min. *pravidelnost:* ano *jakost:* v normě

Dýchání: 20` min. *pravidelnost:* ano *hloubka:* v normě *dýchací zvuky:* 0

Krevní tlak: 140/80 mm Hg

Tělesná teplota: 36,3 °C

Hmotnost: 102 kg

Výška: 171 cm

Stisk ruky: silný

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu v kloubu: přiměřený, krásoty, vrzoty 0

Svalová tuhost / pevnost: normální

Kůže: *kožní výběžky:* beze změn

kožní léze: 0

změna barvy: 0

Chůze: opatrná, pomalejší jinak v pořádku

Držení těla: normální

Chybění části těla: 0

Kanyly intravenózní: 0

Močový katetr: 0

III. Informace získané vlastním pozorováním

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření.

Orientace: orientován místem, časem i osobou.

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? ano

Řeč, způsob vyjadřování: verbální vyjadřování, potíže s řečí nejsou

Hlas a způsob řeči: v normě

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování): udrží pozornost

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění): klient je klidný

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: pouze s přítelkyní

10.8 Kazuistika č. 8

Pan J. N. (80 let) byl přivezen lékařkou RZP pro zvracení krvavého obsahu (hematemezu) a černou stolicí (melénu), na ambulanci verifikován obraz rychlé melény, bez bolestí. Jako pravděpodobný zdroj krvácení označen tumor v colon ascendens, který byl u pacienta diagnostikován již před 2 měsíci na kolonoskopii. Přijat na chirurgickou intenzivní péči ke stabilizaci stavu a eventuálně operaci střev. Žije sám v bytě, je 17 let vdovec, každý den dochází známá. Klient je důchodce, dříve pracoval jako elektrikář.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví

- 1. den hospitalizace na chirurgické intenzivní péči,
- asi dva měsíce celková slabost, bledost, odchod tmavé stolice, nyní přivezen RZP pro zvracení krve, černou stolici, anémii, bolesti břicha nejuje,
- před 2 měsíci mu byl diagnostikován při kolonoskopickém vyšetření adenocarcinom colon ascendens, zná diagnózu svého onemocnění, operaci do této doby odmítal,
- zdraví si celý život utužuje sportem, preferuje turistiku a jízdu na kole,
- abusus: nekuřák, alkohol jen příležitostně,
- alergie: 0,
- spolupracuje, orientovaný.

2. Výživa – metabolismus

- V poslední době trpí nechutenstvím, váhový úbytek cca 12 kg/ 2 měsíce
- Stravuje se doma, jídlo mu nosí známá ze školní jídelny.
- Chrup nekompletní, horní zubní protéza, dole – pevný můstek.
- Příjem tekutin je dostatečný, udává asi 1,5 – 2,5 l denně, dává přednost ovocným čajům, džusům.
- V rámci předoperační přípravy je klientovi naordinována dieta č. 0S – tekutá, čajová. Dodržuje momentální dietní doporučení.

3. Vylučování

- Vyprazdňování moče: v důsledku hypertrofie prostaty se objevuje častější nucení na močení, občasný únik moči. Moč je jantarově žluté barvy, bez příměsí, výrazného čpavkového zápachu.
- Vyprazdňování stolice: Stolice je pravidelná, každé ráno hned po probuzení, asi dva měsíce střídavě zbarvená do černa.
- Asi 4x zvracel krvavý obsah.
- Bez výrazného pocení.

4. Aktivita – odpočinek

- Mezi koníčky klienta patří turistika a jízda na kole, které se už moc nevěnuje kvůli nedávné kolizi s osobním autem. V zimních měsících moc ven nevychází, rád poslouchá hudbu a sleduje v TV večerní zprávy a přírodopisné dokumenty.
- Je schopen se o sebe postarat s dopomocí známé, která ho denně navštěvuje. Pomáhá mu s udržováním domácnosti, donáší z jídelny obědy, pomáhá s nákupy, placením účtů a úředními záležitostmi.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Bartlův test základních všedních činností – 75 b lehká závislost

5. Vnímání – poznávání

- Klient je mírně nedoslýchavý, nosí brýle na čtení. Je orientovaný místem, časem i osobou, potíže s učením a pamětí jsou přiměřené věku.
- Vyjadřuje se v souvětích, hlas klidný, udrží pozornost i oční kontakt.

6. Sebepojetí – sebeúcta

- Cítí se být dostatečně informovaný o svém zdravotním stavu a možnostech léčby i prognóze, kvůli stáří donedávna odmítal operaci. Je sám se sebou spokojený, vyrovnaný, nemá pocit nějakého životního neúspěchu nebo zklamání.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Beckova sebesuzovací stupnice deprese – 10 b lehká až střední deprese

7. Plnění rolí – mezilidské vztahy

- Bydlí v bytě panelového domu, kde ho navštěvuje jen jeho dlouholetá známá, s lidmi se moc nestýká, nevyžaduje společnost, je samotář. Před 17 lety ovdověl, manželka zemřela na nádorové onemocnění mozku. Má z manželství jednu dceru, která žije i se svou rodinou v Německu, na Vánoce jezdí k nim. Rodinné problémy nikdy nepozoroval, ale připouští, že se stýkají velice málo. Dcera o jeho onemocnění neví, klient si to nepřeje.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 10 b částečně závislý

8. Sexualita – reprodukční schopnost

- Bez potíží. Má jednu dceru. Sexuálně již dlouho nežije.

9. Stres – zvládání, tolerance

- Zátěžové situace a stres řeší většinou rychle, odreaguje se turistikou nebo poslechem hudby. Největší oporu nachází ve své známé, při řešení větších problémů se obrací na ni. Za nejtěžší životní zkoušku považuje onemocnění a následně smrt jeho milované ženy, se kterou měli velice pěkný vztah.

10. Víra – životní hodnoty

- Je věřící, na mše nechodí, kostel je daleko.
- Na prvním místě je pro něho zdraví a blahobyt rodiny.

11. Bezpečnost – ochrana

- Přidružená onemocnění: krvácení ze žaludku a střev, arteriální hypertenze III., hyperplazie prostaty, ureterolithiasis (přítomnost kaménků v močovodu), dyspepsie (zažívací potíže), vřed žaludku Forrest III, chronická ischemická nemoc srdeční, stav po apendectomii.
- Klient má chrup nekompletní (horní zubní protéza, dole – pevný můstek), nosí brýle na čtení, nedoslýchavý.
- Kůže je hydratovaná, sliznice prokrvené, kožní turgor v normě, bez alergických reakcí, ikteru a cyanózy.
- Je smířen se svým zdravotním stavem, spolupracuje, komunikuje, aktivně se podílí na péči, dodržuje dietu i medikaci stanovenou lékařem.

12. Jiné – Informovanost

Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):

1. Byl/a jste při přijetí informován/a lékařem o svém zdravotním stavu? ANO
2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu? ANO
3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO
4. Víte, co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním

obdobím? ANO

5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář – „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, pohyblivý, orientovaný osobou, místem, časem, upravený, spolupracuje,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, cyanózy, defektů,
- hydratovaný, DKK bez otoků, varixů, pulsace hmatné,
- vyžaduje částečnou dopomoc při hygieně, toaletě a stravování.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu, jazyk středem, vlhký, bíle povleklý

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: dolní pevný můstek, horní zubní protéza

Slyší šepot? špatně

Přečte novinové písmo? ano

Brýle: ano

Puls: 127` min. *pravidelnost:* ano *jakost:* zrychlený

Dýchání: 22` min. *pravidelnost:* ano *hloubka:* sklípkové *dýchací zvuky:* chrapot

Krevní tlak: 135/85 mm Hg

Tělesná teplota: 36,5 °C

Hmotnost: 70 kg

Výška: 176 cm

Stisk ruky: normalní

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu v kloubu: bez výrazného omezení, bez bolestí, bez slyšitelných fenoménů

Svalová tuhost / pevnost: normální

Kůže: *kožní výběžky:* beze změn

kožní léze: 0

změna barvy: 0

Chůze: jistá, bez potíží

Držení těla: vzpřímené

Chybění části těla: 0

Kanyly intravenózní: pravá loketní jamka

Močový katetr: 0

III. Informace získané vlastním pozorováním

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření.

Orientace: orientován místem, časem i osobou.

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? ano

Řeč, způsob vyjadřování: verbální vyjadřování, bez potíží

Hlas a způsob řeči: hlas roztřesený, řeč pomalá

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování): udrží pozornost

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění): rozrušený

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: se členy rodiny žádná

10.9 Kazuistika č. 9

Paní J. G., věk 62 let, byla hospitalizována na plicním oddělení pro kašel a ponámahovou dušnost, zde také dovyšetřována pro chudokrevnost. Na základě počítačové tomografie a kolonoskopie byl diagnostikován nádor vzestupného tačnicku bez známek generalizace (šíření), proto byla přeložena na chirurgii k pravostranné

hemikolektomii. Paní G. je starobní důchodkyně, pracovala jako průvodčí u ČD. Před 7 lety ovdověla, žije sama, dcera bydlí v sousedním domě.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví
<ul style="list-style-type: none">• 1. den hospitalizace na chirurgickém oddělení,• naposledy hospitalizována na plicním oddělení s kašlem a dušností, kde jí byl diagnostikován nádor vzestupného tačnicku, jiné subjektivní potíže neudává, nález ji velice zaskočil,• abusus: nekuřačka, alkohol příležitostně, 1 káva denně,• alergie: jód• spolupráce dobrá, dodržuje všechna doporučení i medikaci.
2. Výživa – metabolismus
<ul style="list-style-type: none">• Stravuje se doma, vaří si sama, obvyklá chuť k jídlu, úbytek hmotnosti nezaznamenala.• Příjem tekutin během dne se pohybuje kolem 1,5 l., preferuje slazené sycené nápoje.• Chrup – horní i dolní zubní protéza.• V rámci předoperační přípravy je naordinována dieta 0S – tekutá, čajová. Dodržuje momentální dietní doporučení.
3. Vylučování
<ul style="list-style-type: none">• Vyprazdňování moče: občasná inkontinence, zejména při kašli, používá menstruační vložky. Moč je světle žluté barvy, bez atypického zápachu.

<ul style="list-style-type: none"> • Příjem tekutin je 1,5 l denně. Od menopauzy trpí návaly horka a nadměrným pocením. • Vyprazdňování stolice: neudává žádné změny s vyprazdňováním, stolice pravidelná, tužší, bez příměsí. • V rámci předoperační přípravy klienta probíhá nyní vyprazdňování střeva nálevy, má problém zadržet klyzma, odchází kusy stolice a obarvená voda.
<p>4. Aktivita – odpočinek</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Je schopna se o sebe plně postarat, nevyžaduje zvláštní dopomoc. O domácnost i zahradu pečuje samostatně. Odpočívá u ručních prací (pletení, šití, háčkování), ráda luští křížovky, sleduje televizní seriály. Spánek je dostatečný, v průběhu noci se občas budí kašlem a pocitem nedostatku vzduchu. • Testy a škály – (název) výsledky: Test instrumentálních všedních dovedností – 80 částečně nezávislá Barthelův test základních všedních činností – 100 b nezávislá Test kognitivních funkcí – 25 b norma
<p>5. Vnímání – poznávání</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Potíže se sluchem a rovnováhou neudává, nosí brýle na čtení. Je orientován místem, časem i osobou. Sleduje zprávy, čte noviny, zajímá se o dění u nás i ve světě. Novým věcem se učí hůř než dříve. • Málo komunikativní, spíše uzavřená, vyjadřuje se průměrně, přiměřená síla hlasu, oční kontakt při rozhovoru udržuje.
<p>6. Sebepojetí – sebeúcta</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Je svým nálezem velice zaskočená, smutná, sklíčená, bojí se budoucnosti, má pocit, že by bylo lepší nežít, chybí vnitřní motivace k uzdravení. • V souvislosti s onemocněním se projevují mírné známky deprese a úzkosti. • Má pocit nedostatečné informovanosti o zdravotním stavu a dalších postupech léčby, cítí se dobře, nedokáže se s diagnózou smířit. • Testy a škály – (název) výsledky: Beckova sebesuzovací stupnice deprese – 15 b lehká až střední deprese
<p>7. Plnění rolí – mezilidské vztahy</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Klientka je 7 let vdova, manžel zemřel na infarkt myokardu. Žije sama v rodinném domku v sousedství své jediné dcery. Rodinné vztahy jsou dobré, ráda vídá vnoučata, vzájemně si pomáhají se sezónními pracemi. • Pocity osamělosti netrpí, uzavřená, málomluvná, nové známosti nevyhledává. • Testy a škály – (název) výsledky: Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 3 b zcela soběstačná
<p>8. Sexualita – reprodukční schopnost</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bez potíží, hormonální antikoncepci nikdy neužívala, začátek menstruace ve 13 letech, menopauza v 55 letech, 1 porod – spontánní, bez komplikací.
<p>9. Stres – zvládnání, tolerance</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Drogy nikdy neužívala, alkohol jen příležitostně, nekouří. Stres zahání mlsáním a ručními pracemi, za hospitalizace háčkuje ozdoby na stromeček, které věnuje oddělení. • Za důvěryhodnou osobu považuje dceru, která bývá vždy nápomocna.
<p>10. Víra – životní hodnoty</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Věřící, evangelička, modlí se doma, občas zajde na mši do kostela.
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Přidružená onemocnění: arteriální hypertenze III. st., stav po cévní mozkové příhodě, erosivní esofagitida (zánětlivé defekty jícnu), chronická gastritida (zánět žaludku). • O své zdraví pečuje dle doporučení lékařů. Spolupracuje, podílí se na péči, dodržuje medikaci a dietu. • Kůže je hydratovaná, sliznice prokrvené, kožní turgor v normě, je bez alergických reakcí. V důsledku vyprazdňování střev je nutná zvýšená hygiena a ochrana kůže v okolí konečníku před macerací.
<p>12. Jiné – Informovanost</p>
<p>Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Byl/a jste při přijetí informován lékařem o svém zdravotním stavu? ANO 2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím

rozsahu? ČÁSTEČNĚ

3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO
4. Víte co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím? ČÁSTEČNĚ
5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář- „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, orientovaný v prostoru i čase, mobilní, upravený, spolupracuje,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, cyanózy,
- hydratovaný, DKK bez otoků, varixů, pulsace hmatné,
- hygienu provádí sama, bez dopomoci.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: horní i dolní zubní protéza

Slyší šepot? Ano

Přečte novinové písmo? Ano

Brýle: ano (na čtení)

Puls: 74` min.

pravidelnost: ano

jakost: v normě

Dýchání: 24` min.

pravidelnost: ano, dušná

hloubka: povrchové

dýchací zvuky: chrapot, kašel

Krevní tlak: 125/65 mm Hg

Tělesná teplota: 36,5 °C

Hmotnost: 70 kg

Výška: 160 cm

Stisk ruky: normální

Může zvednout tužku? ano

Rozsah pohybu v kloubu: přiměřený, krásoty, vrzoty 0

Svalová tuhost / pevnost: normální

Kůže: kožní výběžky: beze změn

kožní léze: 0

změna barvy: 0

Chůze: bez potíží

Držení těla: normální

Chybění části těla: 0

Kanyly intravenózní: dorsum pravé ruky, 2 den

Močový katetr: 0

III. Informace získané vlastním pozorováním

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření.

Orientace: orientován místem, časem i osobou.

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)? ano

Řeč, způsob vyjadřování: verbální vyjadřování, málo komunikativní, potíže s řečí nejsou

Hlas a způsob řeči: hlas tichý, roztřesený

Úroveň slovní zásoby: normální

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování): udrží pozornost

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění): neklidná, rozrušená

Asertivní nebo pasivní: pasivní

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: dobrá

10.10 Kazuistika č. 10

U paní M. Š. (věk 54 let) byl zjištěn při kolonoskopii carcinom céka, dle dalších vyšetření nádor neprorůstá do okolí, bez generalisace, dle histologie se jedná o adenocarcinom. Přijata plánovaně na chirurgické oddělení k laparoskopické operaci – pravostranné hemikolektomii. Žije v panelovém domě s manželem, pracuje jako vedoucí prodejny.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- I. Informace získané vlastním rozhovorem a z dokumentace
- II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace
- III. Informace získané vlastním pozorováním

I. Informace získané vlastním rozhovorem a z domumentace

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví

- 1. den hospitalizace na chirurgickém oddělení,
- odeslaná obvodním lékařem k chirurgickému vyšetření pro občasně mírné pobolívání v pravém podbřišku a pozitivitu okultního krvácení,
- nechutenství, hubnutí, únavu nebo dušnost nepozoruje,
- půl roku dochází na hodiny jógy, cvičí i doma,
- abusus: nekuřačka, abstinentka,
- alergie: slunce (solární dermatitida, při potížích užívá Rivodaron),
- spolupracuje, orientovaná, zná diagnózu.

2. Výživa – metabolismus

- V poslední době trpí nechutenstvím, váhový úbytek cca 12 kg/ 2 měsíce

- Kvůli pracovní vyčerpání se stravuje rychle a nepravidelně, nemá teplé obědy. Manžel se stravuje v práci, proto vaří jen o víkendech.
- Chrup vlastní, nekompletní, udržovaný.
- Příjem tekutin je dostatečný, udává 1,5 – 2 l denně, dává přednost bylinným čajům.
- V rámci předoperační přípravy je K/P naordinována dieta č. 0S- tekutá, čajová. Dodržuje momentální dietní omezení.

3. Vylučování

- Vyprazdňování moče: neudává žádné potíže s močením. Moč je světle žluté barvy, bez příměsí, bez atypického zápachu.
- Vyprazdňování stolice: Neudává žádné změny ve zvyklostech vyprazdňování, stolice je bez viditelných změn, spíše tuhá, vyprazdňování je celý život nepravidelné, bez bolestivého nutkání. Tyto obtíže připisuje sedavému zaměstnání, nedostatku pohybu a nepravidelnému stravování, řeší je potravinovými doplňky.
- Bez výrazného pocení.
- Probíhá vyprazdňování střev nálevy – odchází kusy stolice.

4. Aktivita – odpočinek

- Mimo zaměstnání zvládá řadu dalších činností. Mezi její koníčky patří návštěvy hodin jógy, procházky s kočkou, hlídání vnoučat, společné sedánky s přáteli a jiné činnosti spojené s vírou.
- Odpočívá při čtení biblické literatury. Spánek je pravidelný, dostatečný, plnohodnotný.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Bartelův test základních všedních činností – 100 b nezávislá
Test instrumentálních všedních dovedností – 80 b nezávislá
Test kognitivních funkcí – 26 b norma

5. Vnímání – poznávání

- Je orientovaná místem, časem i osobou, neudává zvláštní potíže s učením, pamětí, sluchem nebo rovnováhou. Brýle nosí jen na čtení.
- Velice komunikativní, podbízivá, neustále prosazuje svou osobu, názory a přesvědčení. Vyjadřuje se v souvětích, hlas klidný, udrží pozornost i oční kontakt.

6. Sebepojetí- sebeúcta

- Cítí se být dostatečně informovaná o svém zdravotním stavu a možnostech léčby i prognóze. Je smutná, bojí se budoucnosti, ale nikdy by nepomyslela na ukončení života sebevraždou, nemá pocit nějakého životního neúspěchu nebo zklamání.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Beckova sebeposuzovací stupnice deprese – 3 b norma

7. Plnění rolí – mezilidské vztahy

- Bydlí s manželem v bytě panelového domu. Je velice společenská, ráda se seznamuje s novými lidmi, často přijímá i oplácí návštěvy.
- Má 2 děti (dceru a syna) a pět vnoučat, které občas hlídá. Jakékoliv rodinné problémy popírá.
- O domácnost se stará společně s manželem, žijí v harmonickém vztahu již 30 let.
- Pracovně velice vytížená.
- **Testy a škály – (název) výsledky:**
Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga – 3 b zcela soběstačná

8. Sexualita – reprodukční schopnost

- Bez potíží, menopauza od 52 let, poslední gynekologická prohlídka – před 4 měsíci. Spontánně porodila 2 zdravé děti.

9. Stres – zvládání, tolerance

- Zátěžové situace a stres zvládá nejlépe v kruhu svých přátel, nebo čtením Bible, ve které nachází největší oporu.

10. Víra – životní hodnoty

- Vyznává náboženské přesvědčení – svědci Jehovovi, účastní se na službách Bohu.

11. Bezpečnost – ochrana

- Přidružená onemocnění: arteriální hypertenze III., chronická ischemická nemoc srdeční, mikrocytární anémie, syndrom bolestivé páteře, stav po elektrokardioverzi.
- Klientka nosí brýle na čtení.

- Kůže je hydratovaná, sliznice prokrvené, kožní turgor v normě, bez alergických reakcí, ikteru a cyanózy, FF bez patologie.
- Je smířena se svým zdravotním stavem, spolupracuje, komunikuje, aktivně se podílí na péči, dodržuje dietu i medikaci stanovenou lékařem.

12. Jiné – Informovanost

Otázky ke zjištění stavu informovanosti (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ):

1. Byl/a jste při přijetí informován/a lékařem o svém zdravotním stavu? ANO
2. Myslíte si, že informace Vám byly poskytnuty ve srozumitelné podobě, v dostačujícím rozsahu? ANO
3. Byl/a jste při přijetí na oddělení poučen/a zdravotní sestrou o domácím řádu, právech pacientů? ANO
4. Víte, co Vás čeká v souvislosti s přípravou na operaci, samotnou operací a pooperačním obdobím? ANO
5. Byly Vám nabídnuty informační brožury a formulář- „Poučení pacienta před operací střev“? ANO

II. Informace získané vlastním fyzikálním vyšetřením a z dokumentace

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena:

- při vědomí, pohyblivá, orientovaná osobou, místem, časem, upravená, spolupracuje,
- kůže a sliznice jsou bez ikteru, cyanózy, defektů,
- kůže hydratovaná, DKK bez otoků, varixů, pulsace hmatné,
- nevyžaduje dopomoc při hygieně, toaletě ani stravování.

Dutina ústní a nos: bez patologických známek, sliznice bez defektu, jazyk středem, vlhký, bez povlaku

Zuby, zubní náhrady, chybění zubů: zuby vlastní, nekompletní, udržované

Slyší šepot? ano

Přečte novinové písmo? ano

Brýle: ano (na čtení)

ZÁVĚR A DISKUSE

Hlavním cílem bylo zjistit, jaký má na klienta vliv vhodná edukace před plánovanou operací střev pro kolorektální karcinom a v jaké míře je uskutečňována ve vybraném zdravotnickém zařízení. Výzkum probíhal ve zdravotnickém zařízení: Nemocnice ve Frýdku – Místku, p.o., E. Krásnohorské 321, 738 01, Frýdek – Místek a byl zaměřen na získávání informací přímo od nemocných. Jednalo se o úzkou skupinu klientů s diagnózou „Kolorektální karcinom“, kteří byli přijati na některé z oddělení chirurgie k provedení plánované operace střev v měsících 11/10 až 01/11. Do této skupiny byli zahrnuti muži i ženy různých věkových skupin (v průměru 62 let), profesí i vzdělání. Cíle práce byly splněny.

U všech deseti klientů, kteří byli součástí výzkumu bylo zjištěno, že edukace probíhala *na ambulanci* při oznamování diagnózy, následně pak při přijímání klienta na lůžkovou část a pak přímo na oddělení. Na ambulanci při vstupním vyšetření a přijetí klienta informace podával lékař – chirurg a zdravotní sestra. Informace byly ve většině případů podané v dostatečné míře, individuálním způsobem přizpůsobeným klientovi dle jeho momentálního zdravotního stavu, psychického rozpoložení nebo intelektu, aby byly správně pochopeny a nemohlo dojít ke zkresleným, nepodloženým závěrům ze strany klienta. Představy nemocných se mohou od reality lišit. Mohou být ovlivněny mnoha

faktory, mezi které patří např. vlastní zkušenost s onemocněním, zkušenosti známých a blízkých, schopnost vypořádávání se s náročnou situací, správně nebo chybně vyložené informace z médií a literatury.

Jednalo se o informace, které měly za úkol zmírnit pacientovy obavy, upřesnit jeho diagnózu, nastínit průběh hospitalizace, operace a pooperačního období. Klient podepsal formulář "Informovaný souhlas před operací střev" a následně mu byl předložen k vyplnění formulář, zjišťující, zda si přeje být plně informovaný o svém zdravotním stavu, komu se tyto informace mohou podávat, jestli se o něj mohou starat studenti zdravotnických škol a lékařských fakult a jestli jeho jméno může být zveřejněno na seznamu pacientů, který visí na chodbě každého oddělení. Každý z těchto formulářů byl pak podepsán lékařem, popř. svědkem.

S těmito vstupními informacemi pacient přichází *na lůžkové oddělení*, kde je stručně seznámen s chodem oddělení, s domovním řádem nemocnice, právy pacientů (visí na každém pokoji) a provozními záležitostmi. Je opětovně edukován zdravotní sestrou o tom, co ho v blízké době čeká, je mu upřesněna dieta, pitný režim, vyprazdňování střev, pohyb po oddělení a nemocnici, návštěvy... . Pokud je v plánu vyšití střevního vývodu je edukace rozšířená o informace týkající se stomie. V tomto případě edukuje stomasestra, která nastíní péči o stomii s použitím informačních brožur a stomické taštičky, kterou je klient automaticky vybaven. V dopoledních hodinách přichází fyzioterapeut, který společně se sestrou edukuje klienta o jeho pohybovém režimu v období po operaci.

Svitavská nemocnice rozšířila edukaci pacientů před operací o rozhovor s perioperační sestrou, která v rámci zkvalitnění péče podává klientovi informace o průběhu jeho operačního dne. Mezi pacienty byl zaznamenán pozitivní ohlas (Chmelíková, 2008). Klienti mají ve většině případů o informace velký zájem, takže shledávám tento postup za přínosný. Jistě se však najdou se i takoví pacienti, kteří o jakoukoliv edukaci nestojí.

Součástí Národních akreditačních standardů pro nemocnice, vydaných Spojenou akreditační komisí ČR (2008) je např.:

- Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do dokumentace (náplň Standardu 41).
- Informovaný souhlas pacientů se odebírá v souladu s postupem, který nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Informovaný souhlas s pacienty sepisuje příslušně

způsobilý pracovník (náplň Standardu 42). Jsou zde dále specifikovány oblasti, na které se má pracovník zaměřit.

- Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči (náplň Standardu 43).
- U každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace (náplň Standardu 44).

Zjištění aktuálního stavu informovanosti bylo dosaženo položením pěti jednoduchých otázek s uzavřeným typem odpovědi (ANO, NE, ČÁSTEČNĚ). Otázky byly zahrnuty do jednotlivých kazuistik (**splnění dílčího cíle č. 2** – Zjistit u vybraných klientů aktuální stav informovanosti). Kazuistiky byly vypracované dle *modelu Dr. Marjory Gordonové*. Informace k sestavení anamnéz byly získané vlastním rozhovorem, vlastním fyzikálním vyšetřením, vlastním pozorováním a dále pak byly doplněné o informace získané studiem lékařské a sesterské dokumentace (**splnění dílčího cíle č. 1** – Sestavit deset kazuistik u klientů s vybraným onemocněním dle modelu Gordonové na základě informací získaných vlastním pozorováním, rozhovorem a fyzikálním vyšetřením doplněno o záznamy z dokumentace). I. část „Informace získané rozhovorem“ byla doplněna o samostatnou část „*Jiné – Informovanost*“. Tato část sloužila zároveň jako *zpětná vazba* pro ošetřující personál. Edukace tak mohla být efektivněji soustředěna směrem, kterým bylo zapotřebí dle odpovědí klienta.

Odpovědi klientů byly ve většině případů uspokojivé. Většina z nich považovala edukaci za dostatečnou. Přehled odpovědí na jednotlivé otázky zobrazuje Tabulka 5.

- Na otázku, zda byli při přijetí informováni lékařem o zdravotním stavu odpovídali všichni ano.
- Pokud měli odpovědět na otázku, jestli jim byly informace poskytnuty ve srozumitelné podobě a v dostačujícím rozsahu odpovědi se už malinko rozcházely. Dva z klientů odpověděli částečně, jeden dokonce ne. Jejich odpověď však mohla být ovlivněna momentálním rozrušením z neznámého prostředí, stresem z operace, strachem o život nebo obavami spojenými s neschopností pečovat o domácnost, rodinu či svou osobu.
- Na otázku č. 3, která zjišťovala edukaci ze strany zdravotní sestry o domácím řádu

a právech pacientů, odpovídali opět všichni klienti ano.

- Čtvrtá otázka zjišťovala, zda mají klienti dostatek informací o operaci, předoperační přípravě a pooperačním období. Šest z deseti klientů mělo pocit, že informace jim nebyly podány v dostatečném rozsahu a měli potřebu tyto informace dále doplnit.
- Poslední otázka měla zjistit, zda byly klientům nabídnuty informační brožury a speciální formulář, který se dává klientům k vyplnění před operací stěv. Téměř všichni dotazovaní odpověděli ano.

Tabulka 5. Přehled odpovědí

Kazuistika	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otázka č. 1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Otázka č. 2	A	N	A	A	A	A	Č	A	Č	A
Otázka č. 3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Otázka č. 4	Č	Č	A	A	Č	Č	Č	A	Č	A
Otázka č. 5	A	A	A	A	A	Č	A	A	A	A

Vysvětlivky: A – ANO, N – NE, Č – ČÁSTEČNĚ

Pochopit rozdíly v chápání informací dle psychických a zdravotních stavů nemocných bylo **cílem č. 3**, kterého by nemohlo být nikdy dosaženo bez anamnestických rozhovorů s klienty a základního fyzikálního vyšetření. S pomocí sestavených kazuistik se dá lépe pochopit jak úroveň informovanosti, tak i vliv psychického a zdravotního stavu klientů na průběh edukace. Schopnosti klienta přijímat informace jsou ovlivněné fyzickými obtížemi způsobenými základním onemocněním jako je bolest, nevolnost, zvracení, průjem, hypertermie atd. nebo potížemi z přidružených onemocnění. Stejný vliv na příjem informací má, pokud je klient ve špatném psychickém rozpoložení, je plný strachu, obav, úzkosti. Klient není schopen se na edukaci dostatečně soustředit a následkem toho může mít pak pocit nedostatečné informovanosti, viz kazuistika č. 6, 7, 9.

Na edukaci onkologického pacienta, se zaměřují ve svém článku Široká a Votavová

(2008). V první fázi edukačního procesu je potřeba posoudit pacienta z hlediska schopnosti učít se a jeho celkového zdravotního stavu.

Popisují faktory, které napomáhají edukaci:

- motivace učít se – nejúčinnější je tehdy, když daná osoba cítí potřebu a věří, že tato potřeba bude uspokojena prostřednictvím získání vědomostí,
- pohotovost učít se,
- zpětná vazba – informace, která má vztah k uskutečnění vytyčeného cíle.

K faktorům, jež jsou považovány za překážky, patří:

- úzkost – pacienti, kteří jsou vystrašení, často ani neposlouchají, co se jim říká, nebo si z toho zapamatují jen část,
- fyziologické překážky, jako jsou těžká onemocnění, bolest, poruchy sluchu, řeči, zraku,
- kulturní bariéry – cizí jazyk, rozdílné hodnoty a další faktory brzdící edukaci,
- nedostatek motivace pro zvládnání daného stavu, proč „bojovat“ (Šířoká, 2008).

Pokud pacient nerozumí tomu, co říkáme nebo co po něm chceme, je to naše chyba! Zapomněli jsme vzít v úvahu jeho intelekt, úroveň vzdělanosti, věk, ale i jiné, např. somatické nebo sociální překážky. Nemocný nesmí být zahlcen najednou velkým množstvím informací. Velkou roli hraje názornost, časová i obsahová přiměřenost celé edukace (Knížková, 2010).

Na základě deseti kazuistik nelze vyvozovat velké závěry, můžeme však na konkrétních případech ukázat rozdíly v prožívání a vypořádávání se s náročnou životní situací jakou kolorektální karcinom je a člověka bychom měli vnímat především jako celek, ve své bio-psycho-sociálně-duchovní jednotě.

Cílem č. 5 bylo prohloubit informovanost veřejnosti o onemocnění kolorektálním karcinomem. Tento cíl byl **splněn** vybavením čekáren chirurgické a traumatologické ambulance Nemocnice ve Frýdku – Místku informačními brožurami. Mezi brožury byla zahrnuta také jedna vlastnoručně vypracovaná, která bude rovněž nabízena klientům před operací střev v rámci edukace (**splnění dílčího cíle č. 4** – Vypracovat informační brožuru, která poskytne klientům před operací střev dostatečné informace stran přípravy, samotné operace i pooperačního období). Brožura je součástí práce, viz Příloha č. 10 – Kolorektální karcinom, praktická příručka pro pacienty před plánovanou operací střev. Díky vybavení čekáren brožurami byl zaznamenán mezi pacienty zvýšený zájem o další informace přímo

v ordinaci. Nutno podotknout, že se nejednalo pouze o pacienty s vybraným onemocněním.

Výborným edukačním materiálem je příručka „Rádce pacienta“, vydaná Ministerstvem zdravotnictví ČR (2009), která poskytuje spoustu užitečných rad člověku v roli pacienta. Znatelně usnadňuje celou edukaci při přijetí, v průběhu hospitalizace i při propuštění. Nabádá klienty například k tomu, aby se zdravotníkům nebáli na cokoli zeptat, poukazuje na existenci řady dostupných tištěných prospektů a brožur, ve kterých lze nalézt spoustu informací usnadňujících rozhodování o svém životě. Lékař pracuje s informacemi, které mu klient sdělí, a na nich pak stavi. Často se stává, že si pacient při rozhovoru s lékařem nevzpomene na vše důležité. Proto je vhodné si s sebou vzít doprovod nebo si při rozhovoru s lékařem dělat poznámky. Klient má absolutní právo na informace o svém zdravotním stavu. Lékař je povinen tyto informace podat klientovi popř. jím určené osobě srozumitelně, pokud si to klient přeje. Dále bych chtěla podtrhnout screeningové programy, zejména screening karcinomu tlustého střeva, který publikace uvádí a díky kterému je možné tomuto smrtelnému onemocnění zcela zabránit.

Ve dnech 25.–27. 11. 2010 proběhl v karlovarském Grandhotelu Pupp mezioborový kongres České lékařské akademie, kde se mimo jiné řešil vztah mezi lékařem a pacientem. Partnerství, nebo paternalismus? V 70. letech vládl autoritativní přístup, dnes je edukace pojímána jako proces vzájemné spolupráce. Principy správně vedené edukace jsou v zásadě shodné s těmi, které propagoval již Jan Ámos Komenský. Základním principem edukace je jednoduchost, tedy používání srozumitelného jazyka. Při edukaci je klíčové, že to, co je svázáno s pozitivní emocí, si lépe pamatujeme. Na kongresu však zazněl také argument, že negativní emoce více přispívá k impregnaci paměti. Pozitivní emoce nevyhledáváme proto, abychom si trénovali paměť, ale proto, že jsou příjemné. Pokud však budeme pacienta, který má chronickou chorobu, stimulovat negativně, může se také stát, že už se do ambulance nikdy nevrátí. Nejde jen o paměť, ale také o oboustrannou spolupráci. Aby pacient spolupracoval a věřil, že to, co dělá, je důležité a pro něj prospěšné, potřebuje povzbuzení (Sladká, 2010).

SOUHRN

Tématem diplomové práce je „Edukace pacienta před operací střev pro kolorektální karcinom“. Kolorektální karcinom je nejčastějším nádorovým onemocněním trávicího ústrojí a jeho výskyt neustále vzrůstá. Informovanost nejen laické veřejnosti však nelze považovat za dostatečnou, proto je zapotřebí ji neustále prohlubovat. Rakovina tlustého střeva patří mezi onemocnění, které se dá dnes úspěšně léčit, pokud se zjistí včas. Abychom nádor odhalili včas, je potřebné mít informace o tom, jak rakovina tlustého střeva vzniká, co je její příčinou, jak se projevuje a jaké jsou v současnosti možnosti léčby. Medicína se rychle rozvíjí a existuje řada spolehlivých vyšetření, pomocí kterých je možno toto závažné onemocnění včas odhalit a adekvátně léčit.

Metodická část práce je věnována anamnestickým rozhovorům s klienty, u kterých byl diagnostikován kolorektální karcinom, a které čeká v brzké době operace střev. Na základě všech informací získaných vlastním rozhovorem, vlastním fyzikálním vyšetřením, vlastním pozorováním a dále pak doplněných o informace z dokumentace jsou sestaveny kazuistiky dle modelu Dr. Marjory Gordonové. Kazuistiky jsou doplněné o pět otázek, které jsou klientům pokládány ke zjištění aktuálního stavu informovanosti. Otázky slouží jako zpětná vazba pro kontrolu efektivnosti edukace. Jedná se o kvalitativní výzkum.

S pomocí těchto kazuistik se dá lépe pochopit úroveň informovanosti, psychický

a zdravotní stav klientů, který se promítá v průběhu celé edukace. Součástí práce je vlastnoručně vypracovaná brožura s názvem „Kolorektální karcinom – praktická příručka pro pacienty před plánovanou operací střev“. Brožura má podat klientovi i širší veřejnosti základní informace o onemocnění kolorektálním karcinomem.

SUMMARY

The subject of this dissertation is „Patient's education before surgery for colorectal carcinoma“. Colorectal carcinoma is the most common cancer of gastrointestinal tract and its incidence constantly increases . The general public awareness is not yet sufficient therefore it is necessary to extend it gradually. Colorectal carcinoma is one of those cancerous diseases that can be relatively easily treated if diagnosed at an early stage. To achieve an early diagnosis it is necessary to understand cancerogenesis, etiology, symptoms and curative methods. Medicine develops fast and there are many reliable diagnostic methods which can diagnose this disease early so that it can be treated adequately.

Methodical part of the thesis concentrates on interviews with clients who were diagnosed with colorectal carcinoma and who are scheduled for abdominal surgery. The case reports are presented with accordance to Dr. Marjory Gordon's model and were obtained on the basis of my own interviews with patients, physical examinations, observations and also from information from documentation. Five additional questions are attached to the case reports which attempt to determinate the patients' current level of knowledge. The questions serve as a feed-back for the efficiency of education control. It is a quality research.

These case reports may help us to better understand the level of informedness, mental and

physical condition of the patients, which projects during the whole process of education. A brochure entitled „Colorectal carcinoma – practical manual for patients awaiting a prescheduled abdominal surgery“ is part of the thesis. The brochure should provide the patients as well as the general public with basic information about the colorectal carcinoma.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTOVÁ, J. *Patologie pro bakaláře*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 172 s. ISBN 978-80-246-0794-8.
2. Dansac. *Seznam ILCO klubů* [online]. c2007 [cit. 2010-11-22]. Dostupné na WWW: <<http://cz.dansacimage.com/default.asp?Action=Details&Item=169>>.
3. DIENSTBIER, B., SKALA, E. *Předcházíme rakovině*. 1. vyd. Praha: Computer press, 2001. 118 s. ISBN 80-7226-375-7.
4. DOEGENES, M., MOOREHOUSE, M. *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
5. DRLÍKOVÁ, K. Reeducace jako nedílná součást edukace. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 49. ISSN 1210-0404.
6. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. Olomouc: EPAVA, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
7. HÁJEK, M. *Chirurgie pro praktického lékaře*. 2. vyd. Praha: GRADA, 1995. 328 s. ISBN 80-7169-108-9.
8. HLAVÁČOVÁ, B. Dieta pro nemocné s kolostomií. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
9. HOLUBEC, L. a kolektiv. *Kolorektální karcinom – současné možnosti diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 194 s. ISBN 80-247-0636-9.

10. CHMELÍKOVÁ, J., ŠILHARTOVÁ, V. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 62. ISSN 1210-0404.
11. CHRASTINA, J., MAREČKOVÁ, J. Edukace klientů k provádění testů k detekci okultního krvácení do stolice. *Interní medicína pro praxi*, 2009, roč. 10, č.11, s. 524-526. ISSN 1212-7299.
12. J+A zdravotnické potřeby. Stomické pomůcky [online]. c2010 [cit. 2010-10-21]. Dostupné na WWW: <<http://www.ja-zdravotnickepotreby.cz/stomicke-pomucky>>.
13. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
14. JUŘENÍKOVÁ, P. a kolektiv. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy, 2. část – chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 236 s.
15. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol, 1.část – psychologie před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000. 154 s.
16. KENEZOVÁ, M. Příběh z centrální JIP. *Zdravotnické noviny* [online]. 2010, č. 3. [cit. 2010-10-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/news/check-pro?id=450449>>. ISSN 1214-7664
17. KNÍŽKOVÁ, G., ŠMAHELOVÁ, A. Edukace diabetika. *Medicína pro praxi*, 2010, roč. 7, č. 5, s. 238-240. ISSN 1214-8687.
18. LUKÁŠ, K. a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: GRADA, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
19. MAJERNÍKOVÁ, L., OBROČNÍKOVÁ, A. Edukace onkologického pacienta v oblasti výživy. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 2, s. 64-65. ISSN 1210-0404.
20. MANN, M. *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*. Kyjov: Comers, 1995. ISBN 80-201-0080-6.
21. MAŘATKA, Z. a kolektiv. *Aktuality v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha: AZ servis, 1994. 296 s. ISBN 80-907554-7-2.
22. MICHÁLKOVÁ, P. Historie a vývoj stomických pomůcek. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 36-37. ISSN 1210-0404.

23. MICHÁLKOVÁ, P., TÓTHOVÁ, V., MACHOVÁ, A. Stomické sestry v české republice. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
24. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Rádce pacienta – příručka ke zlepšení bezpečí pacienta*. 1. vyd. Praha: Bomton agency, 2009. 104 s.
25. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství IV/2 pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2005. 136 s. ISBN 80-7333-034-2.
26. NEZU, A. M., NEZUOVÁ, CH. M., FRIEDMANOVÁ, S. H., FADDISOVÁ, S., HOUTS, P. S. *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 312 s. ISBN 80-7364-000-7.
27. NĚMEČKOVÁ, E. Péče o pacienta se stomií před a po propuštění z nemocnice. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 49. ISSN 1210-0404.
28. PŘIBÁŇOVÁ, J., JANDÍKOVÁ, J. Život se stomií. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 40-41. ISSN 1210-0404.
29. PŘIKRYLOVÁ, K. Vzdělávání onkologicky nemocných se stomií. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 51. ISSN 1210-0404.
30. SLADKÁ, J. Emoce v medicíně. *Zdravotnické noviny*, 2010, roč. 59, č. 50, s. 14. ISSN 1214-7664.
31. SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2007. 216 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
32. STARNOVSKÁ, T., PAVLÍČKOVÁ, J., HRBKOVÁ, D. *Výživa při nádorovém onemocnění – praktická příručka pro pacienty*. Praha, 2010. 40 s. ISBN 978-80-239-9055-3.
33. ŠIROKÁ, P., VOTAVOVÁ, M. Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o stomického pacienta. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 52-53. ISSN 1210-0404.
34. TELLEROVÁ, O. Práce stomasestry. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 2, s. 37. ISSN 1210-0404.
35. TROJAN, S. a kolektiv. *Lékařská fyziologie*. Praha: GRADA, 1994. 464 s. ISBN 80-7169-036-8.
36. United Pictures Agency. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida – Základní anatomie dolní části zažívacího traktu* [\[online\]](#). c1995 [cit. 2010-10-20]. Dostupné na WWW:

<<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=352&detailSubCatCode=115>>.

37. VALENTA, J. a kolektiv. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
38. VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha, Maxdorf 2009. 1144 s. ISBN 978-80-7345-166-0.
39. WALKER, N. W. *Prevence rakoviny tlustého střeva*. 1. vyd. Olomouc: FONTÁNA, 1998. 192 s. ISBN 80-86179-12-5.
40. Wikipedie. *Kvalitativní výzkum*. [online]. c2010 [cit. 2011-02-21]. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum>.
41. ZAVORAL, M., SUCHÁNEK, Š., MÁJEK, O., DUŠEK, L. Význam kolonoskopie ve screeningu kolorektálního karcinomu v ČR. *Lékařské listy speciál – odborná příloha Zdravotnických novin*, 2010, č. 4. s. 13.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dělení nádorů.

Příloha č. 2 – TNM klasifikace

Příloha č. 3 – Stomické pomůcky

Příloha č. 4 – Přehled vhodných a nevhodných potravin pro pacienta se stomií

Příloha č. 5 – Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho

Příloha č. 6 – Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 7 – Test ošetřovatelské zátěže

Příloha č. 8 – Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE)

Příloha č. 9 – Beckova sebesuzovací stupnice deprese

Příloha č.10 – Kolorektální karcinom. Praktická příručka pro pacienty před plánovanou operací střev.

DĚLENÍ NÁDORŮ

I. Epitelové nádory

1. Adenom

Adenom je benigní intramukózní nádor epitelového původu lokalizovaný v jakékoliv části střeva. Je považován za premaligní lézi, prekursor intestinálního karcinomu. Riziko transformace adenomu v karcinom je nízké (1-3 %), avšak vzhledem k vysoké frekvenci adenomů v populaci je závažné. Adenom střeva se vyskytuje ve dvou formách: sporadické a hereditární.

Makroskopicky adenom nabývá vzhledu:

Polypózní léze – polyp je klinický termín označující útvar prominující do lumina střeva, spojený se sliznicí pouze tenkou stopkou. Na délce stopky závisí výsledný vzhled polypu (stopkatý, přisedlý). Podle typu patologické změny v koncové části polypu se rozlišují polypy nenádorové a nádorové. Pouze histologické vyšetření stanoví charakter polypu a jeho další klinické souvislosti.

Ploché léze – jsou prognosticky závažnější než adenomové polypy vzhledem k možnosti časnější maligní transformace.

Mikroskopicky se adenom svým vzhledem blíží normální sliznici střeva, odlišuje se od ní různým stupněm cytologických i architektonických atypií. Všechny změny jsou nad slizniční svalovinou. Není přítomna invaze do jasně definované stopky u polypózního adenomu nebo průnik dysplastického epitelu do submukózy u plochých adenomů (Holubec, 2004).

2. Karcinom

Karcinom je maligní epitelový nádor, který se ve střevě vyznačuje penetrací (infiltrací, invazí) do jiných částí stěny střeva. Nejčastěji se vyskytuje v tračníku a rektu, proto označení KRK. V oblasti rektosigmoidea je lokalizováno zhruba 50-60 % karcinomů. Deset procent karcinomů se nachází v dosahu palpujícího prstu při vyšetření per rektum. Makroskopicky ani mikroskopicky se téměř neliší od ostatních adenokarcinomů.

Makroskopicky

Z různé lokalizace karcinomu vyplývá odlišná klinická symptomatologie. Exofyticky rostoucí květákovité karcinomy jsou typické zejména v pravé polovině tračníku a způsobují většinou chronické krevní ztráty. Endofytické cirkulární KRK převažují v levé polovině tračníku a projevují se většinou poruchou pasáže střevního obsahu.

Mikroskopicky

Histologicky 95 % všech KRK jsou adenokarcinomy (tj. nádory vyrůstající ze žlázového epitelu) s různě intenzivní produkcí mucinu. Dle mikroskopického obrazu se rozlišují následující histologické typy KRK:

Tubulární adenokarcinom je charakterizován tvorbou tubulárních nebo tubulovilózních žlázoovitých struktur.

Mucinózní karcinom – více než 50 % tumoru je tvořeno hlenem – mucinem, trsy nádorových buněk „plavou“ v hlenových jezírkách.

Karcinom z prstenčitých buněk – tento karcinom je tvořen z izolovaných nádorových buněk, které mají vzhled pečetního prstenu. Jádro je vytlačeno na periferii buňky. Tento typ karcinomu je velmi vzácný v tlustém střevě, kde jeho přítomnost obvykle svědčí o přímém nebo metastatickém šíření z jiného orgánu, nejčastěji ze žaludku.

Adenoskvamózní karcinom – jde o karcinom se žlázovou i dlaždicovou komponentou vyskytující se především v distální části tlustého střeva.

Medulární karcinom – tumor je charakterizován ložisky větších nádorových buněk s nápadnými jádry a promínujícími jádérky. Medulární karcinom je vzácná varianta KRK s relativně příznivou prognózou.

Nediferencovaný (anaplastický) karcinom – tento maligní epitelová nádor je bez jakýchkoliv známek diference, chybí žlázové struktury.

KRK se šíří následujícími způsoby:

Přímé šíření – postupná invaze do vnějších vrstev střevní stěny. Tumor se může šířit horizontálně i vertikálně a následně prorůstá i do okolních struktur. Pokročilý karcinom rekta proniká do pánevních struktur, ale nemá přímý přístup do peritoneální dutiny. Karcinom tračnicku se naopak může přímo šířit na peritoneální povrch a vytvářet adheze s okolními strukturami.

Lymfogenní šíření – nejčastější forma propagace nádoru. Lymfogenní metastazování vzniká teprve po invazi nádoru do submukózy, ačkoliv i ve sliznici kolorekta jsou přítomny lymfatické cévy.

Hematogenní šíření – uskutečňuje se prostřednictvím portální žíly u karcinomu tračnicku (tvorba jaterních metastáz) a prostřednictvím hypogastrických žil a dolní duté žíly u karcinomu rekta (tvorba plicních metastáz). Další časté vzdálené metastázy KRK se vyskytují zejména v kostech a v mozku.

Intraperitoneální šíření – primární nádor proniká serózou střeva a nádorové buňky se implantují na peritoneu.

Intraluminální šíření – transport maligních buněk z povrchu nádoru spolu se střevním obsahem do distálních částí střeva (Holubec, 2004).

Sekvence adenom- karcinom

Adenomy jsou prekancerózní změny, neboť se mohou transformovat v karcinom. Tato teorie byla podpořena mnoha epidemiologickými i morfoloickými studiemi. Vývoji adenomu předchází celá řada molekulárně genetických a morfoloických změn. Model vývoje KRK představuje několik morfoloických stupňů: normální epitel → aberantní kryptový fokus s dysplazií → adenom s nízkým rizikem maligního zvratu → adenokarcinom → metastazující adenokarcinom (Holubec, 2004).

II. Endokrinní nádory

Endokrinní nádory střeva jsou nádory difuzního neuroendokrinního systému (DNES) a vyrůstají ze subpopulace endokrinních buněk na bázi krypt nebo izolovaných endokrinních buněk v submukóze. Buňky DNES produkují množství hormonů (Holubec, 2004).

Endokrinní buňky mohou být diagnostikovány:

- **stříbřením** – významná metoda užívána před rozvojem histochemie, dle stříbření se rozlišují buňky argentafilní znázornitelné solemi stříbra a argyrofilní znázornitelné stříbrem
- **imunohistochemicky** – pomocí specifických protilátek proti endokrinním markerům

Příloha č. 2 – TNM klasifikace

TNM KLASIFIKACE

(TNM = klinická, pTNM = patologická)

Primární tumor (T):

TX: primární tumor nemůže být detekován

T0: primární tumor nenalezen

Tis: karcinoma in situ neprorůstá mukózou

T1: tumor proniká submukózou

T2: tumor proniká musculus propria

T3: tumor proniká skrze musculus propria do subserózy nebo do neperinealizované perikolické či perirektální tkáně

T4: tumor proniká viscerálním peritoneem nebo přímo do okolních orgánů a struktur

Postižení regionálních lymfatických uzlin (N):

NX: regionální lymfatické uzliny nemohou být posouzeny

N0: bez metastáz v regionálních uzlinách

N1: 1-3 metastázy v perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách

N2: metastázy ve 4 nebo více perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách

N3: metastázy v uzlinách podél cévních struktur

Vzdálené metastázy (M):

MX: přítomnost vzdálených metastáz nemůže být posouzena

M0: vzdálené metastázy nejsou přítomny

M1: vzdálené metastázy jsou přítomny

Skupiny stadií:

Stadium 0: Tis N0, M0

Stadium I: T1 nebo T2, N0, M0

Stadium II: T3 nebo T4, N0, M0

Stadium III: jakékoliv T, N1-3, M0

Stadium IV: jakékoliv T nebo N, M1

(Holubec, 2004).

Příloha č. 3 – Stomické pomůcky

STOMICKÉ POMŮCKY

Podložka

- Standartní je tvořena vrstvou želatiny, která má hojivé vlastnosti.
- Ve středu tvořená želatinou, vnější okraj je z mikroporu. Výhodou je větší ohebnost podložky, nevýhodou je to, že mikropor nemá hojivé vlastnosti.
- Tvořená želatinovou vrstvou po celé ploše, zároveň je vysoce ohebná.
- S harmonikovým kroužkem uzpůsobeným tak, aby se při nasazování sáčku nemuselo tlačit na stomii a na její okolí.
- Pro pacienty s vpadlou stomií, zadní strana podložky má vydutý tvar, který dobře dolehne na stomii.

Sáčky kolostomické

- Běžová bez filtru, zadní strana je tvořena vrstvou z netkané textilie.
- Běžové s filtrem mají zabudovaný uhlíkový filtr proti zápachu.
- Velkoobjemové jsou vhodné pro pacienty s velkým objemem odcházející stolice.
- K dostání je také minisáček vhodný pro krátkodobé použití.

- Krytka stomie je opatřena uhlíkovým filtrem, je vhodná pro krátkodobé použití.
- Jednodílný systém – sáčky jsou již opatřeny přilnavou vrstvou. Při výměně se sáček odlepí a přilepí se nový.

Ochranná pasta

Používá se před nalepením podložky, složení pasty se podobá složení želatinové vrstvy podložky. Obsahuje malé množství alkoholu, který dezinfikuje pokožku. Pasta je lepivá, vyrovnává kožní záhyby a jizvy pod podložkou.

Adhezivní pasta

Používá se po nalepení podložky, chrání pokožku v okolí stomie, zabraňuje zatékání.

Zásypový pudr

Používá se ke zklidnění pokožky pod podložkou, nanáší se ve velmi tenké vrstvě.

Ochranný film

Jedná se o ubrousky, který jsou nasyceny látkou vytvářející ochranný film mezi pokožkou a pomůckou, chrání kůži před odřením a před tvorbou puchýřků.

Odstraňovač náplastí

Napomáhá k pohodlnému sejmutí podložky, zároveň slouží k omytí kůže, k odstranění zbytků želatiny z podložky a regeneruje pokožku.

Tělová voda

Na dokonalé očištění pokožky v okolí stomie slouží tělová voda.

Ochranný a ošetřující krém

Hraje roli při ošetřování pokožky. Doporučuje se použít především ochranné a ošetřující krémy určené výhradně pro potřeby stomiků. V opačném případě může dojít k narušení lepivosti stomických pomůcek nebo k podráždění pokožky.

Přídržný pásek

Používá se při zvýšené fyzické námaze, háčky pásku se připínají do poutek na přírubovém kroužku (u dvoudílného systému).

Ochranná destička

Slouží k vyrovnání tělesných nerovností v okolí stomie. Destička se rozstříhá na požadovaný tvar a aplikuje se na patřičné místo, přes ni se přikládá stomická pomůcka.

Pohlcovač zápachu

Aplikuje se jak do sáčku, tak i do ovzduší. Napomáhá k neutralizaci zápachu.

Vkládací kroužky

Používají se u zapadlých stomií, vkládací kroužek se vmáčkne do přírubového.

Těsnící kroužky

Na dotvoření optimálního tvaru stomie jsou určeny těsnící kroužky. Jejich použití je velmi jednoduché, stačí jen pomocí rukou vymodelovat potřebný tvar a přiložit ke stomii a hned je možné nasadit pomůcku (Lukáš, 2005).

Příloha č. 4 – Přehled vhodných a nevhodných potravin pro pacienta se stomií

PŘEHLED VHODNÝCH A NEVHODNÝCH POTRAVIN PRO PACIENTA SE STOMIÍ

Nevhodné potraviny:

- **maso** – jakékoli tučné a příliš kořeněné maso (bůček, tlačěnka, uzené...),
- **tuky a oleje** – např. ochucená pomazánková másla,
- **vaječné pokrmy,**
- **mléko a mléčné výrobky** – zrající plísňové sýry, některé tvrdé sýry, šlehačka,
- **přílohy** – bramborové krokety, hranolky nebo placky, francouzské brambory, bramborák, kynuté knedlíky, sója, luštěniny, pizza, bramborový salát,
- **pečivo** – vícezrný chléb, topinky, pizza, výrobky z čerstvého kynutého těsta,
- **zelenina** – kysané zelí, kedlubny, salátové okurky, květák, paprika, ředkvičky, česnek, cibule, zelené fazolky, hrášek, červená řepa, brokolice,
- **nápoje** – slazené limonády, citrusové džusy, sycené nápoje, alkohol, energetické nápoje,
- **ovoce** – švestky, angrešt, rybíz, třešně, višně, hrušky, ananas, maliny, jahody,

avokádo, mango,

- **pochutiny** – chipsy, ořechy, kokos, slunečnicová semínka, kynuté moučníky, müsli, vybrané cukrářské výrobky,
- **polévky** – kořeněné a špatně stravitelné, tučné, některé zeleninové,
- **koření a přísady** – dráždivé koření, maggi, některé druhy hořčice.

Vhodné potraviny:

- **maso** – všechno méně tučné maso,
- **tuky a oleje** – rostlinné, pokrmové a pomazánkové tuky, čerstvé máslo,
- **mléko a mléčné výrobky** – podle tolerance mléko, podmásli, jogurty, kefir, kyška, acidofilní mléko, tavené a čerstvé sýry,
- **přílohy** – vařené nebo pečené brambory, knedlíky, rýže, bramborová kaše, těstoviny,
- **pečivo** – chléb nejméně jeden den starý, bílé a grahamové pečivo, jemné pečivo,
- **zelenina** – loupaná rajčata, hlávkový salát, špenát, mrkev, mladá zeleninu bez košťálů, v lisovaném nebo pasírovaném stavu,
- **nápoje** – čaje nebo minerální vody, ovocné džusy a mošty, ledový čaj rozpustná káva, kakao dle tolerance,
- **ovoce** – banány, broskve, meruňky, hroznové víno bez zrníček a slupky, jablka a kiwi bez slupky, měkké ovoce kompotované, marmeláda a povidla bez zrníček,
- **pochutiny** – corn flakes, piškoty, burisony, popcorn, sušenky, moučníky z piškotového, křehkého či třeného těsta s pudinkovým nebo máslovým krémem
- **polévky** – lehce stravitelné, nedráždivé, výživné,
- **koření a přísady** – petrželová nať a jiné zelené koření, kmín, koření Vegi Vegi, dressing, ocet, kopr, sójová omáčka, kečup nebo rajský protlak (Hlaváčová, 2009).

Příloha č. 5 – Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho

TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ PODLE LAWSONA A BODYHO (IADL-Instrumental Activity Daily Living)

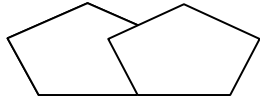
Činnost:		Hodnocení:	Body:
01.	Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
		Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	05
		Nedokáže používat telefon	00
02.	Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
		Cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby	05
		Speciálně upravený vůz	00
03.	Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
		Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	05
		Neschopen bez podstatné pomoci	00
04.	Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
		Jídlo ohřeje	05
		Jídlo musí být připraveno druhou osobou	00
05.	Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací, provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
		Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	05

		Potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní	00
06.	Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
		Provede pod dohledem	05
		Vyžaduje pomoc, neprovede	00
07.	Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávkou, zná názvy léků	10
		Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	05
		Léky musí být podány druhou osobou	00
08.	Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
		Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	05
		Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	00
Hodnocení	Závislí		00-40 bodů
	Částečně závislí		41-75 bodů
	Nezávislí		76-80 bodů

Příloha č. 6 – Barthelův test základních všedních činností

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00

Za každou správnou odpověď je 1 bod.	
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	<u>3</u>
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval.	<u>2</u>
Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: Žádná ale	<u>3</u>
Jestliže	
Kdyby	
Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „ Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“	<u>1</u>
Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.	<u>1</u>
Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)	<u>1</u>
Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	<u>1</u>
	
Hodnocení:	
00 – 10 bodů	těžká kognitivní porucha
11 – 20 bodů	středně těžká kognitivní porucha
21 – 23 bodů	lehká kognitivní porucha
24 – 30 bodů	pásma normálu

TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE

(podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

01.	Pohybová schopnost	S částečnou pomocí	1
		S podstatnou pomocí	3
		Omezený na lůžko, zcela závislí	5
02.	Osobní hygiena	S částečnou pomocí	1
		S podstatnou pomocí	3
		Úplně závislí	5
03	Jídlo	S částečnou pomocí	1
		S podstatnou pomocí	3
		Úplně závislí (krmení, sonda)	4
04.	Inkontinence moče	Občas	3
		Stále	5
		Permanentní katetr	2
05.	Inkontinence stolice	Občas	3
		Stále	5
06.	Návštěva toalety	S částečnou pomocí	1
		S podstatnou pomocí	5
		Pokojový klozet, podložní mísa	4
07.	Dekubity	Malé	1
		Velké	4
08.	Spolupráce s klientem	Občas obtížná	2
		Bezvědomí	3
		Občas obtížná	5
Celkem:			
Hodnocení:			
		Zcela soběstačný	5
		Zcela závislí	38

BECKOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE

01.	Nálada	0	-nemám smutnou náladu
		1	-cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
		2	-jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
		3	-jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
02.	Pesimismus	0	-do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
		1	-poněkud se obávám budoucnosti
		2	-vidím, že se už nemám na co těšit
		3	-vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03.	Pocit neúspěchu	0	-nemám pocit nějakého životního neúspěchu
		1	-mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
		2	-podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
		3	-vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel a pod) v životě zcela zklamal
04.	Neuspokojení z činnosti	0	-nejsem nijak zvlášť nespokojený
		1	-nemám z věcí takové potěšení, jako jsme míval
		2	-už mne netěší skoro vůbec nic
		3	-ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mne sebemenší potěšení
05.	Vina	0	-necítím se nijak provinile
		1	-občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
		2	-mám trvalý pocit viny
		3	-ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
06.	Nenávist k sobě samému	0	-necítím se zklamán sám sebou
		1	-zklamal jsem se sám v sobě
		2	-jsem dost znechucen sám sebou
		3	-nenávidím se
07.	Myšlenky na sebevraždu	0	-vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat
		1	-mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
		2	-často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
		3	-kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život
08.	Sociální izolace		

	0	-neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	1	-mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
	2	-ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	-ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
09.	Nerozhodnost	
	0	-dokážu se rozhodnout v běžných situacích
	1	-někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
	2	-rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	-vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10.	Vlastní vzhled	
	0	-vypadám stejně jako dříve
	1	-mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2	-mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3	-mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
11.	Potíže při práci	
	0	-práce mi jde od ruky jako dříve
	1	-musím se nutit, když chci něco dělat
	2	-dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	-nejsem schopen jakékoliv práce
12.	Únavnost	
	0	-necítím se více unaven než obvykle
	1	-unavím se snáze než dříve
	2	-všechno mne unavuje
	3	-únava mne zabraňuje cokoliv udělat
13.	Nechutenství	
	0	-mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	-nemám takovou chuť k jídlu jak jsem míval
	2	-mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	-zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:

Hodnocení:	00 – 08 event. 09	Norma
	09 - 24	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kristýna Šamajová
Katedra nebo ústav:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Edukace klienta před operací střev pro kolorektální karcinom
Název v angličtině:	Patient's education before surgery for colorectal carcinoma
Anotace práce:	<p>Tématem diplomové práce je „Edukace pacienta před operací střev pro kolorektální karcinom“. Kolorektální karcinom je nejčastějším nádorovým onemocněním trávicího ústrojí a jeho výskyt neustále vzrůstá. Informovanost nejen laické veřejnosti však nelze považovat za dostatečnou, proto je zapotřebí ji neustále prohlubovat. Rakovina tlustého střeva patří mezi onemocnění, které se dá dnes úspěšně léčit, pokud se zjistí včas. Abychom nádor odhalili včas, je potřebné mít informace o tom, jak rakovina tlustého střeva vzniká, co je její příčinou, jak se projevuje a jaké jsou v současnosti možnosti léčby. Medicína se rychle rozvíjí a existuje řada spolehlivých vyšetření, pomocí kterých je možno toto závažné onemocnění včas odhalit a adekvátně léčit.</p> <p>Metodická část práce je věnována anamnestickým rozhovorům s klienty, u kterých byl diagnostikován kolorektální karcinom, a které čeká v brzké době operace střev. Na základě všech informací získaných vlastním rozhovorem, vlastním fyzikálním vyšetřením, vlastním pozorováním a dále pak doplněných o informace z dokumentace jsou sestaveny kazuistiky dle modelu</p>

	<p>Dr. Marjory Gordonové. Kazuistiky jsou doplněné o pět otázek, které jsou klientům pokládány ke zjištění aktuálního stavu informovanosti. Otázky slouží jako zpětná vazba pro kontrolu efektivnosti edukace. Jedná se o kvalitativní výzkum.</p> <p>S pomocí těchto kazuistik se dá lépe pochopit úroveň informovanosti, psychický a zdravotní stav klientů, který se promítá v průběhu celé edukace. Součástí práce je vlastnoručně vypracovaná brožura s názvem „Kolorektální karcinom – praktická příručka pro pacienty před plánovanou operací střev“. Brožura má podat klientovi i širší veřejnosti základní informace o onemocnění kolorektálním karcinomem.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>Pacient Kolorektální karcinom Edukace</p>
<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The subject of this dissertation is „Patient's education before surgery for colorectal carcinoma“. Colorectal carcinoma is the most common cancer of gastrointestinal tract and its incidence constantly increases . The general public awareness is not yet sufficient therefore it is necessary to extend it gradually. Colorectal carcinoma is one of those cancerous diseases that can be relatively easily treated if diagnosed at an early stage. To achieve an early diagnosis it is necessary to understand cancerogenesis, etiology, symptoms and curative methods. Medicine develops fast and there are many reliable diagnostic methods which can diagnose this disease early so that it can be treated adequately.</p> <p>Methodical part of the thesis concentrates on interviews with clients who were diagnosed with colorectal carcinoma and who are scheduled for abdominal surgery. The case</p>

	<p>reports are presented with accordance to Dr. Marjory Gordon's model and were obtained on the basis of my own interviews with patients, physical examinations, observations and also from information from documentation. Five additional questions are attached to the case reports which attempt to determinate the patients' current level of knowledge. The questions serve as a feed-back for the efficiency of education control. It is a quality research.</p> <p>These case reports may help us to better understand the level of informedness, mental and physical condition of the patients, which projects during the whole process of education. A brochure entitled „Colorectal carcinoma – practical manual for patients awaiting a prescheduled abdominal surgery“ is part of the thesis. The brochure should provide the patients as well as the general public with basic information about the colorectal carcinoma.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Patient Colorectal carcinoma Education</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha č. 1 – Dělení nádorů Příloha č. 2 – TNM klasifikace Příloha č. 3 – Stomické pomůcky Příloha č. 4 – Přehled vhodných a nevhodných potravin pro pacienta se stomií Příloha č. 5 – Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho Příloha č. 6 – Barthelův test základních všedních činností Příloha č. 7 – Test ošetrovatelské zátěže Příloha č. 8 – Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE) Příloha č. 9 – Beckova sebeposuzovací stupnice deprese</p>

	Příloha č. 10 – Kolorektální karcinom, praktická příručka pro pacienty před plánovanou operací střev
Rozsah práce:	110 stran
Jazyk práce:	Český jazyk