

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Specifika ošetrovateľskej péče u pacienta s kolorektálným karcinómom

Vendula Mrázková

Bakalárska práca

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Vendula Mrázková
Osobní číslo: Z14089
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s kolorektálním karcinomem
Zadávající katedra: Katedra ošetrovatelství

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

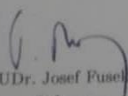
1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. Obecná onkologie. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016, Sestra (Grada), 168 s. SBN 978-80-247-5706-3.
3. GROFOVÁ, Zuzana. Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, Sestra (Grada), 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
4. KLENER, Pavel. Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 209 s. ISBN 978-80-247-2808-7.
5. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, Sestra (Grada), 356 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

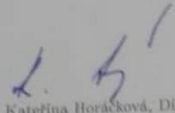
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 15. 7. 2017

Vendula Mrázková

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla vyjádřit své poděkování paní PhDr. Kateřině Horáčkové, Dis. za odborné vedení práce, ochotu, vstřícnost, přátelské jednání a za její čas, který mi byl při konzultacích věnován. Paní Mgr. Haně Ochtinské za odbornou konzultaci.

Dále děkuji vrchním sestřám, které svolily k mému výzkumu na jejich oddělení. Ale také ošetrovatelskému personálu zvolených oddělení, který mi byl v případě potřeby nápomocen.

S poděkováním nesmím opomenout svoji rodinu, která mi byla oporou po celou dobu studia nejen z hlediska finanční stránky. Děkuji za jejich podporu a povzbuzení.

ANOTACE

Bakalářská práce *Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s kolorektálním karcinomem* je prací teoreticko-praktickou. Pojednává o problematice postavení onemocnění kolorektálního karcinomu a ošetrovatelských problémech s nemocí spojených. V teoretické části je popisována důležitost screeningového vyšetření, nejčastější problémy pacientů způsobené onkologickou léčbou či přítomností onemocnění, včetně ošetrovatelské péče. Praktickou část tvoří ošetrovatelské kazuistiky u čtyř pacientů s diagnózou kolorektální karcinom, kteří byli hospitalizováni na onkologickém a chirurgickém lůžkovém či ambulantním oddělení z krajské nemocnice. Kazuistiky jsou pro lepší přehlednost zpracovány do tabulek, stejně tak i ošetrovatelský proces zaměřený na ošetrovatelské problémy pacientů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Chirurgická léčba, kolorektální karcinom, kolorektální screening, onkologická léčba, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský problém, nežádoucí účinky

TITLE

Specifics of nursing care for patients with colorectal cancer

ANNOTATION

The Bachelor thesis the specifics of nursing care of thr patients with colorectal cancer is the work of theoretical-research. Discusses the issue of the status of the disease colorectal cancer and nursing problems with the disease the united. In the trehoretical part is described the importance of the screening examinations, the most common problems of patients caused by cancer treatment or by the presence of disease, including nursing care. The practical part consists of nursing case reports in four patients with diagnosis of colorectal cancer, who were hospitalized in the oncological and surgical inpatient or an outpatient department of the regional hospital. Case reports are for better clarity processed into tables, as well as the nursing process, focused on the nursing problems of patients.

KEYWORDS

Surgical treatment, colorectal cancer, colorectal screening, cancer treatment, nursing care, nursing problem, side effects

OBSAH

Úvod.....	11
1. Úvod do problematiky	15
1.1 Epidemiologie	15
2. Kolorektální karcinom	17
2.1 Patologie.....	17
2.2 Rizikové faktory.....	17
2.3 Diagnostika	18
2.3.1 Anamnéza	18
2.3.2 Laboratorní vyšetření.....	18
2.3.3 Přístrojová vyšetření	18
2.3.4 Histologické vyšetření	19
2.3.5 Test na okultní krvácení.....	19
2.4 Metody léčby.....	19
2.4.1 Chirurgická léčba.....	19
2.4.2 Chemoterapie	20
2.4.3 Biologická léčba	21
2.4.4 Radioterapie	21
2.5 Prevence	21
2.5.1 Životospráva	22
2.5.2 Screening	23
2.6 Sledování pacienta po ukončené léčbě.....	24
3. Specifika v ošetřování.....	25
3.1 Ošetření kolostomie	25
3.1.1 Komplikace vyskytující se v souvislosti se stomií a onkologickou léčbou.....	26
3.2 Péče o intravenózní port.....	26
3.2.1 Příprava a podávání léků.....	28

3.3	Péče o psychickou stránku pacienta.....	28
3.4	Nežádoucí účinky metod onkologické léčby	29
3.4.1	Radioterapie	29
3.4.2	Chemoterapie	30
3.4.3	Biologická léčba	31
3.5	Podpora dostatečné výživy.....	31
3.6	Péče o nádorovou bolest.....	33
II.	praktická část.....	34
4.	Prezentace praktické části	35
4.1	NANDA taxonomie	35
5.	Diskuze	64
6.	Závěr	68
7.	VLOŽENÉ OBJEKTY	70
8.	Bibliografie	77
9.	Přílohy.....	81

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 TNM klasifikace nádoru	70
Tabulka 2 Postoje pacienta k onkologické nemoci	70
Tabulka 3 Doporučení ACS z roku 2009 pro preventivní kontroly u bezpříznakových osob s průměrným rizikem vzniku karcinomu tlustého střeva	71
Tabulka 4 Základní charakteristiky kožních reakcí, 2006	71
Obrázek 2 Vyšití kolostomie v oblasti sigmoidea	72
Obrázek 3 Komplikace stomie - parastomální kýla	72
Obrázek 4 Kýlní pás při parastomické kýle se stomickým sáčkem	73
Obrázek 5 Pomůcky k napíchnutí portu a odběru krve	73
Obrázek 6 Zavedení Huberovy jehly do portu	74
Obrázek 7 Průkaz nositele portu	74
Obrázek 8 Průkaz nositele portu, záznam výkonů	75
Obrázek 9 Cytostatická léčiva nařazená v centrální přípravně	75
Obrázek 10 Antiemetikum Emend, jeho účinek kladně hodnocený sestrami i pacienty vybraného oddělení MOÚ Brno	76
Obrázek 11 Akneiformní exantém po biologické léčbě	76
Obrázek 12 Anatomie tlustého střeva a konečníku	82

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČOS	Česká onkologická společnost
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
CRC	Kolorektální karcinom
WHO	World Health Organization
tzv.	Takzvaně
s.	strana
MP	metodický pokyn
ČOS	česká onkologická společnost
kg	kilogram
cm	centimetr
BMI	body mass index
VAS	visuální analogová škála
GCS	glasgow coma scale
mm/Hg	milimetrů rtuťového sloupce
tbl	tableta
i.v.	intravenózní podání léčiv
p.o.	per os
s.c.	subkutánní podání léčiv
TK	krevní tlak v hodnotách mm/Hg (RTK – ranní TK)
P	akce srdeční
MNA	mini nutritional assesment
ZN	zhoubný nádor
TEN	trombembolická nemoc

ÚVOD

V dnešní době moderních technologií ve zdravotnictví dochází k prodlužování délky života, zároveň díky nezdravému, konzumnímu způsobu života narůstá pravděpodobnost onkologického onemocnění, a tak můžeme s nadsázkou říct, že zhoubný nádor může postihnout každého z nás. Dle prof. Vorlíčka se 60 % nádorových onemocnění a 70 % úmrtí na zhoubné nádory vyskytuje po 65. roce života. Dle stále stoupající incidence lze usuzovat, že po roce 2030 bude u věkové skupiny nad 65 let přítomno u 70 % populace nádorové onemocnění a v 85 % bude úmrtí spojeno právě s tímto onemocněním. (Vorlíček, 2014)

Problematiku kolorektálního karcinomu je potřebné zdůraznit nejen pro její aktuálnost, ale také pro vysokou incidenci. Při srovnání s ostatními státy, zaujímá právě Česká republika v incidenci jedno z nejvyšších míst. Ze statistiky Globocanu, Mezinárodní organizace pro výzkum rakoviny, se můžeme dozvědět incidenci ZN tlustého střeva a konečníku. Česká populace mužů zaujímá 3. místo v Evropě a 4. místo ve světě. Zatímco ženy zaujímají pozici 10. v Evropě a 16. místo ve světě. V roce 2014 byl v ČR hlášen počet ZN tlustého střeva a konečníku u 8 160 lidí, z toho 4 855 případů u mužů a 3 305 případů u žen. (Globocan, 2017) Absolutní počet incidence kolorektálního karcinomu v pardubickém kraji v období 2010-2014 činil 390 nemocných a zařadil se tak na 12. místo. Nižší incidence byla jen v kraji libereckém a karlovarském. (Mužik, 2017)

Velmi pozitivní informací je stále se lepší postavení české onkologické péče ve výsledcích léčby, ale i přežití pacientů má zvyšující se křivku v porovnání s ostatními evropskými zeměmi. Z dat ÚZIS prevalence kolorektálního karcinomu setrvale roste, v roce 2014 dosáhla hodnoty 54 680 lidí, a oproti roku 2004 vzrostla o 42,5 %. Avšak je třeba stále posilovat oblast prevence a s ním související včasný záchyt, co nejméně pokročilých fází onkologických onemocnění, které znamenají nejen lepší prognózu, ale i úspory v oblasti nákladů na léčbu. (Gregor, 2017)

Pacient s onkologickou diagnózou nemívá vždy jen jeden ošetrovatelský problém. Onemocnění ovlivňuje pacienta jako celek. Poškozuje jeho tělesnou stránku, ale zároveň i stránku psychickou, spirituální a sociální. Vlivem dlouhodobé a náročné léčby dochází ke změnám sociální role, odložení svých cílů a nalezení nových aktuálních priorit. Tak vážná diagnóza zasahuje i do života pacientovy rodiny. U mladých pracujících pacientů bývá velkou psychickou zátěží starost o finanční prostředky k zabezpečení rodiny a řada dalších problémů. (Dostálová, 2016, s. 60)

Bakalářská práce se tématicky věnuje ošetrovatelské péči u onkologicky nemocných s kolorektálním karcinomem a je prací teoreticko-praktickou. V části teoretické je popsána problematika prevence, specifické diagnostické metody, metody léčby a její nežádoucí účinky, ošetrovatelské problémy. V praktické části jsou zpracovány ošetrovatelské dokumentace čtyř pacientů s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem. Na základě získaných informací z rozhovorů s pacienty byly vyhledány ošetrovatelské problémy, stanoveny ošetrovatelské diagnózy a efektivně naplánována a realizována péče. Cílem bakalářské práce je poukázat na nejčastější ošetrovatelské problémy spojené s onkologickou léčbou a vliv léčby na bio-psycho-sociální a spirituální stránku pacienta. Dalším cílem je prezentace specifik v ošetrovatelské péči o onkologicky nemocné s kolorektálním karcinomem.

Cíle práce

Hlavní cíle:

- 1) Zmapovat specifika v ošetrovatelské péči o onkologicky nemocné s kolorektálním karcinomem.
- 2) Identifikovat ošetrovatelské problémy pacientů s různým typem onkologické terapie.

Dílčí cíle:

- 3) Prezentace kazuistik čtyř pacientů s diagnózou CRC s odlišným typem léčby a na jejich základě vytvořit ošetrovatelský plán péče.
- 4) Prezentace typů léčby CRC a s nimi spojených ošetrovatelských problémů

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Zhoubná onkologická onemocnění představují závažný celospolečenský problém. Rakovina bývala ve většině případů nemocí starších lidí, proto byl její výskyt do počátku 19. století poměrně vzácný. Průměrný věk obyvatel v 19. století byl okolo 35 let. Mnoho lidí v této době podlelo infekčním chorobám, podvýživě nebo úrazům dříve, než se u nich mohla v pozdějším věku rakovina rozvinout a projevit. V těch ojedinělých případech, kdy se projevila, byla přisuzována boží vůli. (Weinberg, 2003, s. 21) Ačkoliv studie přináší svědectví o výskytu zhoubných onemocnění již v době prehistorické, dostala se do popředí zájmu teprve v minulém století. Jedinou protinádorovou léčbou do 20. let 20. století, byla léčba chirurgická. Nový způsob v protinádorové terapii představoval objev a využití rentgenových paprsků, které se spolu s chirurgickou léčbou postupem času zdokonalovaly. Ve 40. letech 20. století lze pozorovat začátky nově se uplatňující chemoterapie, která se v průběhu 60. let místo doplňkové metody stala jednou z hlavních léčebných metod. V 70. letech se objevila další léčebná disciplína – imunoterapie a ukázalo se, že kombinace více druhů léčby má větší efektivnost, než samostatně aplikované jednotlivé metody. Mimořádným přínosem bylo zdokonalení doplňkové a podpůrné léčby, která omezuje a tlumí nežádoucí účinky, kterými je aplikace metod nádorové léčby doprovázena. Zdokonalení vedlo ke snížení mortality. (Klener, 2010, s. 3)

1.1 Epidemiologie

Naše tělo je organizované společenství, pokud by v jediné buňce vznikla absence společné koordinace, může dojít k nové verzi orgánu nebo tkáně, kterému říkáme nádorové bujení. Zhoubné nádory vznikají ze stejného materiálu, jako jsou tvořeny normální lidské tkáně. (Weinberg, 2003, s. 11) Definujeme je jako skupinu nemocí, kdy je normální mechanismus kontrolující růst buněk trvale poškozen a buňky neomezeně rostou. Konečným výsledkem nekontrolovatelného růstu je nárůst buněčné hmoty nádoru, který napadá a ničí normální tkáň (Vorlíček, 2012, s. 53) a narušuje biologickou funkci normálních tkání. (Weinberg, 2003, s. 11)

V České republice ročně onemocní onkologickým onemocněním 85 tisíc lidí, neboli každých 6 minut jeden člověk. Ročně zemře na onkologické onemocnění 36 tisíc lidí, neboli každých 15 minut jeden člověk. (Joukalová, 2017) V ČR bylo v roce 2013 nově diagnostikováno 81 541 pacientů se zhoubným novotvarem. Téhož roku zemřelo v souvislosti se zhoubným novotvarem 26 944 osob. Celkem ke dni 31.12. 2013 žilo 518 667 lidí se zhoubným

novotvarem nebo s minulostí tohoto onemocnění. V mezinárodní statistice za rok 2013 je Česká republika na 8. místě ze 40 států Evropy v incidenci maligních nádorů. Ze statistiky Národního onkologického registru za období 2009–2013 se můžeme dozvědět, že průměrný počet nově hlášených případů nádorů tlustého střeva a konečníku za každý rok činil 4 847 mužů a 3 347 žen. (Dušek, 2016) Pozitivní informací z mezinárodních zdrojů a studií je stabilizovaná či mírně klesající mortalita a stále se lepšící postavení české onkologické péče ve výsledcích péče a přežití pacientů. Výsledky jsou dosahovány vysokými náklady na moderní onkologickou léčbu, a proto je potřeba neustále snahy směřovat k diagnostice co nejméně pokročilých fází onemocnění, které znamenají nejen lepší prognózu ale i úspory v oblasti nákladů na léčbu. (Institut biostatistiky a analýz, 2014)

Nově publikovaná zpráva, poukazuje na povzbudivý vývoj v oblasti národních programů screeningu zhoubných nádorů v EU. Rakovina je velkým problémem veřejného zdraví v EU, v těsné blízkosti nemocí oběhového systému. Evropská Unie se svými 28 členskými státy a s celkovým počtem 504,6 milionu obyvatel měla v roce 2012 pět milionů úmrtí, z nichž více než čtvrtina byla způsobena onkologickým onemocněním. Na základě doporučení Rady EU z roku 2003 se ke dni 9. 2. 2017 provádí populační program pro screening karcinomu prsu v 25 zemích, pro karcinom děložního čípku v 22 zemích a pro kolorektální karcinom v 20 zemích EU. (Ponti, 2017)

2. KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Karcinom tlustého střeva je zhoubný nádor tvořený z buněk sliznice tračnicku. Dle lokalizace a frekvence postižení ho nalezneme 15 % u pacientů v coloncaecum nebo colonascendens, u 10 % colontransversum, 5 % colondescendens, 25 % colonsigmoideum a nejčastěji u 45 % pacientů v rectu. (Vorlíček, 2012, s. 88) Kolorektální karcinom má každoročně téměř 1,3 milionů celosvětově nově diagnostikovaných pacientů. Jedná se o druhé nejčastější nádorové onemocnění u žen (1. místo karcinom prsu) a třetí nejčastější u mužů (1. místo karcinom plic, 2. místo karcinom prostaty). V České republice je stále více než 50 % pacientů s CRC diagnostikováno až v pokročilém stádiu nemoci. (Kráal, 2016) Anatomie tlustého střeva a konečníku přiložena v příloze č. 1.

2.1 Patologie

Karcinom je nejčastěji lokalizován v oblasti vzestupného tračnicku a sigmatu. Méně často je postižen příčný a sestupný tračník. Histologicky se vždy jedná o adenokarcinom, který se vyskytuje buď v 15 % jako mucinózní nebo v 85 % jako nemucinózní. Zpočátku nádor roste v místě svého vzniku ve střevě, poté prorůstá stěnou střevní. Následně může prorůstat do okolních orgánů, šířit se lymfatickými cestami, nebo proniknout do krve a šířit se krevním oběhem do vzdálených orgánů, nejčastěji do jater. (Vorlíček, 2012, s. 279) Využití TNM klasifikace pomáhá při plánování léčby, umožnění vyslovení prognózy onemocnění a při vyhodnocení výsledků léčby. (Vorlíček, 2012, s. 58) (viz Tabulka č. 3)

Počty CRC jsou nejvyšší ve věkové kategorii 65–75 let. U mužů se CRC vyskytuje častěji než u žen a je druhým nejčastějším onemocněním (u žen po karcinomu mléčné žlázy a u mužů po bronchogenním karcinomu. V celoevropském měřítku jsme ve výskytu CRC u mužů na prvním místě, ženy jsou na místě druhém. (Vorlíček, Abrahamová, 2012, s. 276)

Medián přežití pro metastatický kolorektální karcinom představuje bez léčby cca 6–8 měsíců a při systémové biochemoterapii cca 24–26 měsíců. (Vorlíček, 2012, s. 92)

2.2 Rizikové faktory

Vlastní příčiny vzniku nejsou přesně známy, ale na rozvoji nádorů se podílejí některé faktory. (Vorlíček, 2012, s. 277) Významných, ale zároveň neovlivnitelným faktorem je dědičnost. Vyskytuje se u jedinců u jejichž pokrevních příbuzných se vyskytlo zhoubné onemocnění tlustého střeva, případně i jiné nádory. (Vorlíček, 2012, s. 277) Hlavní příčinou vysokého výskytu CRC jsou zevní rizikové faktory. Především to jsou nevhodné stravovací návyky, mezi

kteří patří nadměrná konzumace tuků, především živočišných, nedostatek vlákniny, vitamínů a stopových prvků. Dále cigaretový kouř, obsahující karcinogeny, které vyvolávají nebo podporují růst nádoru střeva. (Vorlíček, 2012, s. 279) Dalším rizikovým faktorem jsou nezhoubná onemocnění tlustého střeva, zejména polypy, které mohou trvale růst a později se přeměnit ve zhoubný nádor. Mezi další onemocnění patří nespecifická zánětlivá onemocnění (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida). (Vorlíček, 2012, s. 278) Výsledek zahraničního výzkumu u Kanadčanů, zaměřeného na souvislost sedavé pracovní pozice se vznikem kolorektálního karcinomu, uvedl minimálně vyšší riziko vzniku u zaměstnanců se sedavou pracovní pozicí oproti zaměstnancům, kteří ve svém povolání sedí, stojí tak i chodí. (Pahwa, 2017)

2.3 Diagnostika

2.3.1 Anamnéza

Při získávání anamnézy musíme přistupovat velmi citlivě, ale zároveň důsledně. Někteří nemocní ze strachu z přítomnosti nádorového onemocnění zlehčují, nebo dokonce zatajují své obtíže. Mezi znamení, které mohou být nebo nemusí být varovná, nádorového onemocnění patří nepravidelné krvácení z konečníku nebo přetrvávající střevní obtíže. (Vorlíček, 2012, s. 62)

2.3.2 Laboratorní vyšetření

V laboratorních výsledcích nalezneme anémii, mírnou až střední elevaci zánětlivých parametrů, kam patří CRP. Pro lepší monitoraci průběhu nemoci provádíme sériové vyšetření hladin nádorových markerů CEA a CA19-9. (Vorlíček, 2012, s. 89) CEA je přínosný při stanovení prognózy, k monitorování návratu choroby a dále jako odpověď na terapii. (Vyzula, 2007, s. 112) U pacientů s metastatickým onemocněním je významné stanovení mutací v onkogenech KRAS (neboli prediktivní marker účinnosti EGFR inhibitorů) a BRAF (prognostický parametr). U pacientů, kteří jsou vedeni k adjuvantní chemoterapii, pomáhá při rozdělení, když stanovíme mikrosatelitovou instabilitu v nádoru. Mikrosatelitová instabilita je spojená s příznivou prognózou. (Vorlíček, 2012, s. 89)

2.3.3 Přístrojová vyšetření

Nejčastěji používaná endoskopická vyšetření kolorektálního karcinomu je rektoskopie (Příloha č. 3) a kolonoskopie (Příloha č. 4). Dalším specifickým vyšetřením výše zmiňovaného onemocnění je PET (pozitronová emisní tomografie) (Příloha č. 5)

2.3.4 Histologické vyšetření

Histologické neboli mikroskopické vyšetření se provádí na odděleních patologie. Vzorek tkáně v nativním stavu je nutné doručit do histologické laboratoře do 15 minut od odběru. (Vorlíček, 2012, s. 56) Pokud nebude vzorek včas doručen, hrozí autolýza. Ke drobným vzorkům je vhodné přikládat gázu smočenou ve fyziologickém roztoku k zabránění vyschnutí. (Vorlíček, 2012, s. 99) Ve většině nemocnic je transport hromadný a delší, aby se zabránilo rozkladu a poškození tkáně, je nutné vzorek fixovat. K fixaci se používá nejčastěji roztok formalínu, do nějž se tkáň umístí. Tkáň musí být do fixačního roztoku umístěna ihned po odběru, fixativa má být výrazný nadbytek a nádoba dostatečně velká, aby vzorek plaval a neměnil svůj přirozený tvar dle nádoby. Formalín proniká do tkáně pomalu, proto je vhodné větší orgány před vložením do nádoby naříznout, aby se vzorek rychleji prosytil. Naříznutí smí provést pouze lékař. (Vorlíček, 2012, s. 56)

2.3.5 Test na okultní krvácení

Test se nazývá hemokult a vychází z poznatku, že nádory střeva občas krvácejí a krev se dostává do stolice, i přesto že ji pacient nevidí, je přítomna. (Příloha č. 6)

2.4 Metody léčby

Základem léčby CRC je více než 50 let podávání látky 5-fluorouracil. Její samostatné podávání v 80. letech zabezpečovalo nemocným přežití 6-8 měsíců, s rozvojem chemoterapie a biologické léčby se tato hranice posunula na více než 30 měsíců za pomoci dalších podpůrných látek, mezi které patří i Aflibercept. (Fínek, 2015) Aflibercept zkoušen ve studii VELOUR prodloužil přežití ve skupině, oproti podávanému placebo. Statisticky byl medián přežití 13,5 měsíce, oproti 12,06 měsíce. (Joulain, 2013)

Nádory tlustého střeva patří mezi dobře léčitelné, pokud jsou zachyceny v časném stádiu. U nepokročilých nádorů lze ve většině případů dosáhnout trvalého vyléčení. Léčba pokročilých nádorů je léčba náročnější, ale i přesto je možné u řady pacientů dosáhnout dlouhodobějšího přežívání bez známek nemoci. (Vorlíček, 2012, s. 283)

Profesor MUDr. Jiří Vorlíček CSc. uvádí následující typy léčby, které se používají při léčbě rakoviny tlustého střeva:

2.4.1 Chirurgická léčba

Chirurgický výkon se u většiny pacientů používá jako první metoda léčby. Výkon spočívá v resekci, tj. odstranění části střeva nebo konečníku, která je postižena nádorem,

i s bezpečnostním lemem zdravé tkáně spolu s příslušnými lymfatickými uzlinami. V některých případech je možné oba konce střev spojit sešitím, jindy toto není možné a je nutno provést během výkonu kolostomie, tj. vyústění tlustého střeva přední stěnou břišní navenek. Kolostomie se u části pacientů dá dalším operačním výkonem zrušit a obnovit tak kontinuitu střeva. Zatímco u pacientů, kde bylo nutné pro nádor odstranit celý konečník, je vyšití kolostomie výkonem trvalým. Radikální resekce části postiženého střeva u nepokročilých forem může být výkonem vedoucím k vyléčení. (Vorlíček, 2012, s. 280)

2.4.2 Chemoterapie

Chemoterapie představuje podávání léků, které jsou produkovány chemickou syntézou. Chemoterapeutika, jsou léky, které se používají jednak k léčbě onkologických, tak i jiných bakteriálních, plísňových, parazitárních nebo virových onemocnění. V onkologické chemoterapii podáváme cytostatika, léky s cytotoxickým účinkem. (Vorlíček, 2012, s. 119). Překážkou pro plné využití chemoterapie je poškození i normálních buněk a tkáně. Lze dosáhnout aplikací antidota, které účinek cytostatika na normální buňky eliminují nebo oslabují. Nebo můžeme podávat chemoprotektiva, které zvyšují odolnost normálních buněk vůči cytostatikům. Pokud zvýšíme ochranu před toxickými účinky, bude umožněno aplikovat vyšší dávky cytostatik potřebných k dosažení optimálního léčebného účinku. (Klener, 2010, s. 55)

Délka chemoterapie je určena dle léčebného cíle. S cílem kurativním se obvykle snažíme podat neredukovanou dávku. Pokud včas přikročíme k léčbě nekurativní, je zásadou pečlivě monitorovat účinek léčby. Po 6 týdnech až 2 měsících se doporučuje zhodnotit léčebnou odpověď a pokud se během chemoterapie zmenšily symptomy, zlepšila fyzická zdatnost a zmenšila se nádorová masa, pak je oprávněné v chemoterapii pokračovat. Pokud po 2 měsících ke zlepšení nedošlo, měly by být chemoterapie ukončena. (Vorlíček, 2012, s. 81)

Mezi hlavní cytostatika v léčbě patří 5-fluoruracil, Irinotecan, oxaliplatin, protilátka proti endotelovému růstovému faktoru Bevacizumab a Aflibercept a dva inhibitory pro epidermální růstový faktor Cetuximab a Panitumumab. Po vyčerpání těchto možností léčby ještě zbývá Regorafenib, který je schopen prodloužit život nemocných. V českých podmínkách vedlo využití těchto léčebných možností k prodloužení mediánu délky života nemocných s CRC v běžné klinické praxi za hranici 30 měsíců. (Fínek, 2015)

2.4.3 Biologická léčba

V léčbě se uplatňují tři léčiva v intravenózní podobě a všechny tři jsou protilátkami. Cetuximab a Panitumumab jsou cíleny proti receptoru epidermálního růstového faktoru (EGFR). Bevacizumab je zaměřený proti vaskulárnímu, endoteliálnímu růstovému faktoru (VEGF), zatím se neumí přesně identifikovat. Volba mezi protilátkami se řídí dle doporučení ČOS a dle typu vedlejších účinků. (Vorlíček, 2012, s. 283) Zatímco chemoterapií lze ovlivnit především proliferaci, replikaci a buněčnou smrt nádorových buněk, cílená terapie může zasáhnout i do dalších neregulovatelných procesů jako je invazivita, metastazování, sebeobnova nebo do procesu novotvorby krevních kapilár – angiogeneze aj. (Klener, 2010, s. 5)

2.4.4 Radioterapie

Radioterapie je léčebná metoda využívající ionizujícího záření k léčbě nádorových i nenádorových onemocnění. Dle léčebného záměru na kurativní a paliativní radioterapii, dle polohy zdroje při léčbě na brachyterapii a zevní radioterapii. (Hynková, 2012, s. 28) U onkologického pacienta tvoří významnou součást jeho léčebného postupu. Většinou je do léčebného programu zařazena společně s chirurgickou léčbou. V současné době se používá v podání neoadjuvantním (předoperačním) a adjuvantním (pooperačním). U inoperabilních stadií je častěji indikována v paliativní léčbě, výjimečně s kurativním cílem. (Hynková, 2012, s. 144) Kombinace adjuvantní a neoadjuvantní terapie se nedoporučuje, protože nevede ke zlepšení léčebných výsledků a zvyšuje morbiditu léčby. (Hynková, 2012, s. 145)

Přestože kolorektální karcinom tvoří histologicky společnou jednotku, radioterapie se uplatňuje pouze v léčbě rekta a rektosigmatu. Důvodem je, že v oblasti malé pánve je vyšší výskyt lokálních recidiv. Dále je zde stabilnější uložení kritických orgánů a není zde tak velký objem střevních kliček, které jsou velmi radiosenzitivní. (Hynková, 2012, s. 144)

Zevní radioterapie je pro nádory rekta a rektosigmoidea indikována s proximální hranicí 20–25 cm od anu, lokalizované kolonoskopicky. U níže sedících tumorů, lze využít metodu brachyradioterapie. (Hynková, 2012, s. 144)

2.5 Prevence

Do oblasti prevence patří opatření, která jsou prováděna s cílem zabránit vzniku vlastního nádoru, nebo jeho včasné diagnostiky. (Vorlíček, 2012, s.283)

Dle prof. MUDr. Zdeňka Adama, CSc. rozdělujeme prevenci na tři období následovně:

a. Primární prevence

Cílem primární péče je snížit incidenci v oblasti zhoubných nádorových onemocnění. Jde o eliminaci, co největšího počtu zevních rizikových faktorů. Rizikových faktorů pro vznik maligních nádorů je v dnešní době mnoho a nelze se všem zcela vyhnout. (Adam, 2011, s. 71)

b. Sekundární prevence

Cílem je snížení počtu mortality časným záchytem nemoci, kdy je možné úplné vyléčení. Sekundární prevenci lze provádět v rámci hromadných screeningových akcí, ale i v rámci individuálních prohlídek pacientů. (Adam, 2011, s. 71)

c. Terciální prevence

Do terciální prevence patří opatření s cílem snížení mortality u onkologických pacientů, kteří mají již podstoupenou primární léčbu. (Adam, 2011, s. 72)

MUDr. Hynková ve své knize doplňuje prevenci o kvartérní. (Hynková, 2012, s. 24)

d. Kvartérní prevence

Patří sem předvídání a předcházení důsledkům nevléčitelného onemocnění, které mohou snižovat kvalitu života či ho zkracovat. (Hynková, 2012, s. 24)

2.5.1 Životospráva

Prevence je důležitá zejména v oblasti stravování. Je vhodné snížit nadměrnou spotřebu tuků, hlavně živočišných, které nahradíme rostlinnými oleji lisovanými za studena. Totožný princip je i u výběru mléčných výrobků a masa, kdy dáváme přednost těm s nižším obsahem tuků, jako jsou ryby nebo drůbež. V přípravě masa je vhodné dávat přednost vaření, dušení nebo pečení při nižších teplotách, vyhnout se smažení a přepáleným tukům. Dále je důležité se zaměřit na další složky životosprávy jako je snížení příjmu alkoholu, omezení kouření, nejlépe přestat kouřit. (Vorlíček, 2012, s. 283) Kouření způsobuje 90 % úmrtí na karcinom plic u mužů a 75–80 % úmrtí u žen. (Vorlíček, 2012, s. 34)

Mezi hlavními zásadami ve správné výživě dbáme na příjem rostlinných vláken, která by měla činit 15 % denního objemu potravy, a omezení živočišných tuků, které by měly činit 20–30 % z denního kalorického příjmu. Dále omezit konzumaci vepřového a hovězího masa, uměle barvené potraviny, konzervační látky stabilizovaných potravin a celkové omezení množství potravy jako prevence obezity. (Dostálová, 2016, s. 90)

2.5.2 Screening

Vzhledem k vysoké incidenci karcinomu v České republice, patří každý občan starší 50 let do screeningového programu jako osoba v průměrném riziku. U osob, u kterých se toto onemocnění vyskytuje v rodině, se věková hranice doporučuje posunout na 40 let. (Vorlíček 2012). Zvláštní pozornost musíme věnovat jedincům, u jejichž příbuzných 1. stupně byl diagnostikován kolorektální karcinom před 55. rokem života nebo adenomový polyp před 60. rokem života. (Adam, 2011, s. 76)

Od 1. 1. 2009 je screening v České republice pro kolorektální karcinom hrazen následovně: 50–54 let 1x ročně test na okultní krvácení. Od 55 let test na okultní krvácení 1x za dva roky nebo kolonoskopie 1x za deset let. (Vorlíček, 2012, s. 88)

V lednu 2014 bylo v České republice, Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci se zástupci odborných společností, zahájeno adresné zvaní občanů do programů screeningového vyšetření zhoubných nádorů kolorekta, děložního hrdla a prsu. Zdravotní pojišťovny posílaly pozvánky svým klientům, kteří se těchto organizovaných programů včasného záchytu dlouhodobě neúčastní. Program byl založen na problému české onkologické péče, kdy vysoké procento nádorů je primárně zachyceno až v pokročilém klinickém stádiu. Screening kolorektálního karcinomu před provedením plánovaného programu pokrýval pouze 27 % cílové populace. Tato nízká hodnota populačního pokrytí nemohla vést k významnému poklesu mortality či incidence. (Májek, 2015)

Mezi období leden–prosinec 2014 bylo do dosud nejméně navštěvovaného programu screeningu kolorektálního karcinomu pozváno 1 500 897 českých mužů a žen ve věku od 50 do 70 let. Z výsledků adresného zvaní se dozvídáme, že za období leden–březen 2014, kdy bylo adresně pozváno 525 225 lidí, byla 14,2 % účast, a to zejména věkové skupiny 65–70 let. (Májek, 2015)

Z výsledků screeningů byla potvrzena funkčnost zavedeného systému a potenciál pro jejich navýšení v následujících letech. (Májek, 2015)

Společnost American Cancer Society doporučila roku 2009 preventivní kontroly u bezpříznakových osob s průměrným rizikem vzniku karcinomu tlustého střeva. Preventivní kontroly a jejich četnost je znázorněno v tabulce č. 1

2.6 Sledování pacienta po ukončené léčbě

Každý pacient by měl být i po ukončené léčbě trvale sledován a zván v rámci dispenzarizace na pravidelné kontroly. Jejich cílem je sledování celkového stavu pacienta, léčba možných chronických obtíží. V rámci dispenzarizace je důležitá včasná diagnóza a léčba možného relapsu. Součástí kontrolních vyšetření je mimo laboratorního a klinického, také kontrolní kolonoskopie, ultrazvukové vyšetření břicha a rentgen plic. (Vorlíček, 2012, s. 285)

Úloha lékaře, který pacienta po ukončené léčbě dále sleduje, též spočívá v pomoci pacientovi ohledně znovu začlenění do společnosti a pomáhat zvládnout dlouhodobé či trvalé nežádoucí účinky prodělané léčby. Spolupracovat by měla hlavně rodina, pokud je funkční, ale i sociální pracovníce, zdravotní sestry nebo patientské svépomocné skupiny. Pacient by měl získat vhodné protézy, paruky, materiál pro ošetřování stomie a další potřebné pomůcky. (Vorlíček, 2012, s. 78)

3. SPECIFIKA V OŠETŘOVÁNÍ

Smysl povolání zdravotní sestry se nachází v pomoci pacientovi a ulehčení mu v jeho těžké situaci. Velkou motivací a odměnou je jim za to spokojený pacient. Sestra je zprostředkovatelem mezi lékařem a pacientem, který plní ordinace, ale zároveň sleduje reakce pacienta na nastavenou léčbu. Osobou, které se pacient svěří, hledá u ní pochopení a úsměv, bývá většinou právě sestra. A proto by měla využívat své komunikační a profesní znalosti pro vznik vzájemné důvěry s pacientem. (Nová, 2014, s. 36) V rámci komplexní ošetrovatelské péče by se zdravotníci měli zaměřovat i na stránku spirituální a psychosociální, která má dopad na celou osobnost nemocného člověka. Doc. Zacharová rozdělila psychosociální aspekty dle věku a osobních vlastností pacienta. U dospělých jedinců se do popředí pozornosti dostávají obavy ze ztráty zaměstnání, narušení partnerských vztahů, ale i snížení ekonomického zabezpečení rodiny. Ve stáří dominuje zvýšená emotivita, ve které pacient prožívá smutek, obavy ze samoty, pocity bezmoci a strach ze smrti. Reakce na nemoc bývá ovlivněna uvědoměním, vztahem k vlastnímu zdraví, zkušenostmi s předchozí medicínskou a ošetrovatelskou péčí, ale především individuálním hodnotovým systémem každého člověka. (Zacharová, 2014, s. 44)

3.1 Ošetření kolostomie

Stomie je uměle vytvořený otvor v dutém orgánu, který je vyveden zpravidla břišní stěnou na povrch těla. (Obr. 1) Slouží buď k umělému odvádění obsahu orgánu ven z těla, nebo naopak k přivádění obsahu do těla, zpravidla výživy. (Vorlíček, 2012, s. 94) Chirurgický výkon spojený s konstrukcí stomie je indikací mimo jiné i z hlediska onkologického, kdy často situace vyvrcholí ileózním stavem či manifestovanou poruchou střevní peristaltiky a vyprazdňování. Konstrukce stomie na tračníku může být indikovaná též z důvodu přípravy pacienta před radioterapií, kdy je předpoklad pro postižení sliznice střeva vlivem záření. Odchodem stolice stomií nad ozařovanou oblastí, předcházíme subjektivním obtížím, jako jsou například bolestivé tenesmy, včetně objektivních postradiačních obtíží (krvácení, průjem, riziko perforace). (Zachová et al., 2012)

Dle lokalizace kolostomie dělíme:

- a. **Sigmoideostomie**– umístěna v levém dolním kvadrantu břišní stěny
- b. **Transverzostomie** – nachází se vpravo nebo vlevo pod pupkem
- c. **Cékostomie**– vývod vyveden v pravém podbříšku

(Mikšová, 2006, s. 118)

Pokud má dojít k vyšití derivační střešní stomie, je nanejvýš důležitá psychologická příprava pacienta a měla by se zahájit co nejdříve. Tato povinnost spadá nejčastěji do zodpovědnosti stomické sestry specialistky, která pacienta navštíví, pohovoří s pacientem o jeho životním stylu, stomii a vyrovnání se s její přítomností po operaci. (Vorlíček, 2012, s. 95). Sestra s pacientem již dopředu rozebere také možnosti, které mu naše zdravotnictví nabízí (stomické sáčky, pomůcky na ošetření). Pacient má s touto sestrou kontakt, a i v budoucnu spolu nadále spolupracují. (Čermáková, 2013, s. 14) I přesto, že se nevyskytují žádné obtíže, měla by sestra stomii vizuálně i palpačně zkontrolovat alespoň jednou za rok. (Zachová, 2012) Pacient se často za své tělo stydí, nechce brát stomii na vědomí, nechce se jí dotknout a má obavy, že se mu budou ostatní vyhýbat. Společenské rozpaky v sociální interakci jsou u pacienta vyvolány při nekontrolovaném odchodu stolice, odpudivým pohledem a zápachem. Vše je doprovázeno prohlubujícími se pocity méněcennosti postiženého. (Vorlíček, 2012, s. 95)

Po výkonu je třeba sledovat barvu a množství sekretu, krvácení, případný otok přes nalepený průhledný sáček. (Skokancová, 2010) Nadále je nutné sledovat i kvalitu a kvantitu stolice. Mimořádnou pozornost je nutno věnovat péči o kožní kryt v okolí stomie, kde je třeba předcházet podráždění až maceraci kůže pečlivou hygienou s nedráždivým mýdlem a pečlivým vyholováním. Při podráždění okolní kůže je adekvátní aplikovat ochranné masti, zásyp nebo změnit stomické pomůcky. Nemocný se musí naučit umět kontrolovat a ošetřovat stomii před zrcadlem, za pomoci stomické či zkušené sestry s nácvikem ve stomickém koutku. (Vorlíček, 2012, s. 95)

Pro lepší informovanost, ale i jako dopomoc při vyrovnání se se stomii by měla sestra či lékař pacienta informovat o klubech pro stomiky a o časopisu RADIM. Obsah časopisu RADIM pomáhají tvořit lidé, kteří se zde podílí o své zážitky, rady v péči o stomii. (Convatec, 2017)

3.1.1 Komplikace vyskytující se v souvislosti se stomií a onkologickou léčbou

Vzhledem k zátěži organismu chemoterapií často nelze předejít oslabení břišní stěny, které se projevuje parastomální kýlou (obr. 2). Pacientům doporučujeme opatřit si břišní oporu v podobě kýlního pásu (obr. 3). Jeden z dalších nežádoucích účinků radioterapie pozorujeme jako kožní reakci na ozařování, projevující se alergickými projevy. (Zachová, 2012)

3.2 Péče o intravenózní port

Venózní port je uzavřený systém, který zajišťuje dlouhodobý žilní přístup pro podávání léčiv a krevní odběry. (Vorlíček, 2012, s. 96) Indikací k implantaci intravenózního portu je nejčastěji u onkologických pacientů aplikace chemoterapie. Implantace je možná i u neonkologických

pacientů např. k dlouhodobé aplikaci parenterální výživy, léčba chronické bolesti, u pacientů s hemofilií nebo metabolickými poruchami. (Labudíková, 2009, s. 281) Port lze využít také u pacientů se špatným periferním žilním vstupem. (Vorlíček, 2012, s. 187) První zkušenost s intravenózním portem byla publikována v roce 1982 Neiderhuberem a Gyvesem, kteří jej použili pro zajištění venózního vstupu pro cyklickou chemoterapii u pacientů s maligním onemocněním. (Petlachová, 2012, s. 52) Port se skládá z katetru – hadičky zavedené do centrálního žilního řečiště, nejčastěji do vena subclavia. Druhou částí portu je komůrka umístěná do podkoží podklíčkové nebo pectorální krajiny, kryta silikonovou membránou, která umožňuje speciální jehlou až 2 000 vpichů. (Obr. 4) Zavedení portu předchází menší chirurgický zákrok na operačním sále v místní anestezii. Port může zůstat zavedený po dobu několika let. (Vorlíček, 2012, s. 96) Lze jej používat ihned po jeho zavedení, pokud to ale není nutné, doporučuje se s aplikací počkat 2 až 3 dny, protože místo zavedení je oteklé a citlivé, stehy se odstraňují 7 až 10 den od operačního dne. (Nováková, 2006)

Před manipulací je potřeba očistit kůži v okolí komůrky portu antiseptickým roztokem. Ruce umyté a dezinfikované před použitím sterilních rukavic. Aplikujeme injekční stříkačkou o objemu minimálně 10 ml, menší stříkačky mohou vyvinout tlak, který by mohl poškodit port (obr. 5). Do komůrky se smí vpichovat pouze speciální Hubnerovou jehlou, jejíž speciálně tvarovaný hrot nepoškozuje silikonovou membránu. Před vpichem fixujeme port palcem a ukazovákem, jehlu vedeme kolmo směrem dolů až na dno portu, které je pevné a nelze jej propíchnout. (Labudíková, 2009, s. 283) Aby nedošlo ke srážení krve v hadičce či komůrce, je nutné jej vždy naplnit, při nevyužívání, tzv. heparinovou zátkou (5 ml fyziologického roztoku + Heparin v poměru 100 m.j./1 ml). Před každým odběrem nebo aplikací léčiv je nutné heparinovou zátku aspirovat. Pokud port není po dlouhou dobu používán, musíme jej minimálně jednou za měsíc proplachovat, kontrolovat jeho funkčnost a měnit heparinovou zátku. (Vorlíček, 2012, s. 96) Každý čtvrtý měsíc se provádí proplach koncentrovaným Heparinem. Do portu se aplikují 2ml Heparinu a po 30 minutách působení se Heparin aspiruje zpět. Poté port propláchneme 20 ml fyziologického roztoku a opět vstup uzavřeme heparinovou zátkou. (Labudíková, 2009, s. 283)

Při neprůchodnosti portu se zkouší heparinový proplach (1 ml Heparinu do 2 ml stříkačky) střídáním aplikace a aspirace. Další efektivní metodou je systém, kdy jsou do portu zapíchnuty dvě jehly. Přes jednu jehlu jde aplikované rozpouštědlo do komůrky a vytlačuje obsah druhou jehlou do prázdné stříkačky. (Vorlíček, 2012, s. 189)

Aby se předešlo neprůchodnosti portu, musí se nepoužívaný port proplachovat každé čtyři týdny. Každý pacient má svojí portovou kartu (obr. 6,7), kam se zaznamenávají proplachy či aplikace léčiv do intravenózního portu. (Štěpánek, 2014)

3.2.1 Příprava a podávání léků

Cytostatika jsou ředěna v centrální přípravně za dodržování přísných podmínek o ochraně zdraví při práci (obr. 8). Při ředění se používají speciální pomůcky, tzv. uzavřený systém, který zabraňuje přesunu kontaminujících látek z prostředí do systému a zároveň zabraňuje úniku chemických látek nebo koncentrovaných výparů mimo systém. (Palková, 2012, s. 38)

Aplikace probíhá na pokoji pacienta. Do těla je látka vpravena za pomoci i.v. kanyly, která zajistí bezpečné podávání do žilního řečiště. Mnoho pacientů má vlivem cytostatik oslabené žíly, a proto je od sestry při zavádění i.v. kanyly vyžadován dostatek zručnosti. Pokud dojde k paravenóznímu podání látky, mnohá cytostatika způsobují nekrózu okolní tkáně. Proto není vhodné zavádět kanylu do oblasti kloubu, ale do středu předloktí. (Palková, 2012, s. 38) Při úniku látky do podkoží je nezbytné ihned zastavit infuzi, aspirovat roztok z místa vpichu, extrahovat kanylu, odsát tekutinu jehlou z podkoží, uložit končetinu do zvýšené polohy, podat antidotum do postižené oblasti, podat suché chlazení a netlačit na postižené místo, aby nedošlo k rozptýlu do okolní tkáně. (Palková, 2012, s. 39)

Mimo cytostatickou léčbu jsou pacientovi podávány i tzv. denní léky. Ty představují léky ve formě tablet, ale převažují léčiva podávána cestou i.v., i.m., a s.c. (Palková, 2012, s. 39)

3.3 Péče o psychickou stránku pacienta

Psychoonkologii lze definovat jako interdisciplinární obor, pohybující se na rozmezí onkologie, psychologie, sociologie, imunologie a endokrinologie. Po psychologické stránce se zabývá nádorovým onemocněním od přijetí diagnózy pacientem a jejím dalším průběhem. Typy postojů k pojetí nemoci pacientem v tabulce č. 2. (Dostálová, 2016, s. 48)

Hlavní dva faktory, které ovlivňují psychický stav onkologicky nemocných při přijímání do léčebné péče, jsou dle MUDr. Olgy Dostálové, CSc., věk a přítomnost či nepřítomnost příznaků hrajících zcela zásadní roli. U pacientů důchodového věku je jednodušší starost o jejich psychiku, ale těžší práce o jejich chátrající tělo, které má na psychiku zásadní vliv. Pokud dojde ke zlepšení stavu těla, dojde i ke zlepšení nálady u starých lidí, kteří nemají poškození kognitivních funkcí. Rozdíl je u onkologicky nemocných pacientů středního, zejména mladého věku. Udržení jejich psychického stavu je často velmi těžké a na konci života

se přidává náročná péče o jejich tělo. Staří lidé obvykle s příchodem nějaké nemoci počítají a onkologické onemocnění není většinou jejich prvním problémem. Pokud jsou schopni chápat realitu, vědí, že jednou zemřít musejí, i když o tom nemluví. Naopak mladí lidé, pokud jsou bez příznaků, nějakou dobu ani nevěří, že jsou nemocní. Po uvědomění si reality může následovat hluboký propad do deprese. Před sdělením diagnózy jsou naplněni představami, čeho by chtěli dosáhnout, budují si postavení v životě a vztahy, ale najednou se jim v tu chvíli vše zhroutí. U mladých lidí se psychika také velmi odvíjí na tom, zdali mají nebo nemají větší finanční závazky, respektive splátkový kalendář, v kterém se s budoucí možností onemocnění nepočítá. Tento člověk postupně propadá agresí vůči zdravotníkům, které obviňuje z toho, že ho dostává do tíživé situace a jeho psychický stav narušoval jakoukoliv léčbu. (Dostálová, 2016, s. 60)

Sestra by při komunikaci měla již svým zjevem působit příjemně a uklidňujícím dojmem. Měla by být upravená, v čistě a nezmačkané uniformě s přiměřenou délkou sukně. Pacient by měl mít již z prvního dojmu pocit, že je v dobrých rukou, do nichž se může plně svěřit. Sestra by měla být přívětivá a trpělivá hlavně, kdy je komunikace s pacientem ztížena. Sestra si všímá pacientových nálad a při úpadu do deprese se mu snaží být psychickou oporou. Vždy podporuje naději na zlepšení stavu. Jedinou výjimkou je, když stav už infaustního pacienta je natolik špatný, že by falešně optimistickým postojem urážela jeho inteligenci. Tehdy mu podporu poskytuje empatickým přístupem, dotykem, neverbálně chápající účastí a využitím své profesionality při poskytování úlevy. Nesmírně důležitá věc je, aby měl pacient nějaký hluboký zájem, pro který mu stojí za to, aby bojoval s nemocí (např. partner, vnoučata). Zaujetí se podílí na kvalitě života i u pacientů, u kterých již léčba byla vyčerpána nebo nemohou být léčeni. (Dostálová, 2016, s. 62)

3.4 Nežádoucí účinky metod onkologické léčby

Onkologická léčba, ať již chemoterapie, radioterapie či biologická léčba s sebou kromě nesporné naděje na úspěch, přináší i řadu negativních a vedlejších účinků. Tyto účinky vypadají mnohdy dramaticky a je nezbytné, aby nejen lékař, ale i pacient věděl, co je ještě na úkor léčby a co vyžaduje okamžitou intervenci. (Skála, 2011)

3.4.1 Radioterapie

K vyhodnocení nežádoucích účinků onkologické léčby je vypracováno několik hodnotících systémů ke standardizaci. U pacientů ozařovaných se používá klasifikace dle EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) nebo RTOG

(RadiationTherapyOncology Group), které nežádoucí účinky rozdělují na akutní a pozdní. (Hynková, 2012, s. 18)

Akutní poradiační nežádoucí účinky jsou reverzibilní a po zahájení léčby odeznívají do třech měsíců. V oblasti GIT je to zejména průjem, který se mění podle stupně postižení až s krvavou sekrecí a břišní bolestí či tenesmy. Mezi celkové projevy patří vznik leukocytopenie, trombocytopenie, neutropenie, anémie a snížený hematokrit. (Hynková a kol., 2012, s. 20)

Chronické poradiační nežádoucí účinky jsou ireverzibilní a vyskytují se po 90 a více dnech po ukončené léčbě. V oblasti GIT dochází k průjmům, které se též liší na základě stupně postižení od lehkého průjmu k obstrukci a krvácení, až k nekróze a vzniku fistuly. (Hynková a kol., 2012, s. 21)

3.4.2 Chemoterapie

Cytostatika mají za úkol ničit rychle rostoucí buňky, ale nejsou schopny rozpoznat nádorovou buňku od normální a poškozují tedy i rychle rostoucí buňky našeho těla. Důsledkem jsou nežádoucí účinky protinádorové terapie. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení (obr. 9), vypadávání vlasů, únava, ale také psychická odezva na léčbu chemoterapií. (Vorlíček, 2013)

Pacient by měl být informován o tom, že po cytostatických dávkách dochází k poklesu tvorby krvinek. Stává se více citlivým na infekce a měl by se v tomto období vyvarovat kontaktu s infekčními nemocemi. Vypadávání vlasů je nepříjemný nežádoucí účinek, v každém případě vlasy znovu narostou, často ve znatelně lepší kvalitě. Často s vlasy vypadávají i řasy a obočí, které pacientce doporučíme kompenzovat tužkou na obočí. Ještě před prvními příznaky vypadání vlasů bychom měli pacientům doporučit si vlasy ostříhat na krátko a zažádat si lékaře o předepsání paruky, v které se budou cítit lépe. (Vorlíček, 2013)

Při aplikaci chemoterapie žilní cestou může v místě docházet později ke vzniku bolesti. Tato bolest může signalizovat zánět nebo jen podráždění žíly aplikovanou látkou. Potíže můžeme mírnit ledovými obklady, zapářkovými obklady s alkoholovým roztokem nebo mastí a krémy s protizánětlivým účinkem. Prof. Vorlíček ve svém článku doporučuje Dolobene krém. (Vorlíček, 2013)

Nežádoucím účinkem, který je společný pro chemoterapii i radioterapii je vznik chronické únavy, kterou trpí 60-80 % léčených pacientů. Ve srovnání s únavou u zdravých lidí, přichází bez předchozí námahy a výrazně zhoršuje kvalitu života. (Burkertová, 2007)

3.4.3 Biologická léčba

Biologická terapie je doprovázena nízkou celkovou toxicitou, ale mezi nežádoucími účinky jsou poměrně významné kožní reakce (Tab. 4). Nejčastěji se vyskytují u 2/3 pacientů při terapii látkami inhibující epidermální růstový faktor, většinou ve formě akneiformního exantému. Typickým projevem jsou papulopustuly na obličeji, horních partiích trupu a ve kšticí. (Obr. 10) Při těžším postižení se šíří na trup a končetiny. Častým příznakem je svědění kůže hlavně v oblasti akneiformního exantému, vznik svědění bývá považován za projev účinnosti léčby. V delším odstupu léčby můžeme pozorovat suchou, načervenalou, olupující se kůži převážně na pažích a dolních končetinách. Biologická léčba je též provázena změnou kvality vlasů, které jsou tenké, lámou se, ale také postižení řas, které jsou naopak prodloužené a vlní se. (Krajsová, 2006)

Léčba akneiformního exantému většinou nevyžaduje ukončení podávání inhibitorů, pouze u těžších forem postižení je vhodné podávání dočasně přerušit. Exantém se rychle hojí při lokální či celkové aplikaci antibiotických roztoků např. s Klindamycinem, Erythromycinem, Metronidazolem či kyselinou Salicylovou. Pruritus doprovázející kožní toxicitu lze dobře tlumit antihistaminiky a výjimečně i kortikosteroidy. Nedílnou součástí je dostatečná hydratace kůže krémem či mastí s obsahem kyseliny salicylové a odstraňování případných šupin. (Krajsová, 2006)

3.5 Podpora dostatečné výživy

Příčinou poruchy výživy u nádorového onemocnění bývají vedlejší účinky protinádorové léčby, jako je nechutenství, nevolnost nebo celková slabost. Mezi další příčiny patří růst nádoru a chronické obtíže, mezi které řadíme nedostatečně tlumenou bolest, zácpu, nevolnost, depresi nebo infekci s horečkou. (Linkos, 2017)

Výživa v průběhu chemoterapie je velmi důležitá. Pacienti mnohem lépe snášejí nežádoucí účinky chemoterapie a lépe bojují s infekcemi, pokud dokáží dobře jíst. Vzhledem k stravě, doporučují se častější a menší porce jídel, která jsou kaloricky bohatá, ale mají nízký objem. Není nutné dodržovat pravidelnost ve stravování, nemocný si doby jídla určuje sám dle své chuti. (Vorlíček, 2013, s. 27) Pacient by se měl pokusit více jíst v ten den, kdy pociťuje minimální pocity nevolnosti. Cleveland Clinic ve svém článku doporučuje pacientům si na nočním stolku ponechávat krabici suchých sušenek pro případ ranní nevolnosti, kterou malým množstvím sušenek zají. (Cleveland Clinic, 2011) Neexistuje žádná jednotná dieta

při chemoterapii, ale vždy je nutno přistupovat k pacientovi individuálně. (Vorlíček, 2013, s. 27)

Pokud pacient není schopný sníst dostatek jídla, kolik jeho tělo potřebuje, jsou vhodné farmaceutické tekuté přípravky s obsahem všech potřebných živin, které jsou dostupné v lékárnách. Mezi přípravky patří například Fresubin nebo Nutrison a představují doplněk stravy. Doporučuje se užívání pětikrát denně v jednotlivých dávkách po 100 ml, která pro nemocného představuje obvykle 1/3–1/4 kalorické denní potřeby. Větší množství než 500 ml umělé výživy snášejí pacienti pouze krátkodobě. Takové množství z pravidla podáváme žaludeční sondou. (Vorlíček, 2013, s. 27)

Pokud onkologický pacient hubne, zásadou se stává zvýšení bílkovin ve výživě. U zdravých lidí, bez onkologického onemocnění, je denní potřeba bílkovin 0,8g/kg hmotnosti, zatímco u nemocných lidí s nádorovým onemocněním je potřeba dávka vyšší. Dávka nebyla doposud přesně stanovena. (Linkos, 2017) Pokud příjem jídla poukazuje na nedostatek vitamínů a minerálů, můžeme přechodně podávat multivitaminové tablety s obsahem doporučené denní dávky. Dále lze počítat se zvýšenou potřebou stopových prvků a vitamínů nutných k dostatečné výživě. Nebylo ovšem prokázáno, že by podávání vitamínových přípravků působilo příznivě na průběh choroby. Nebyl prokázán ani příznivý účinek při hodnocení preventivního podávání vitamínů. (Vorlíček, 2013, s. 28)

Někdy jsou v onkologii podávány přípravky pro zvýšení chuti k jídlu. Jedním z nich je Megace (megesterol acetát), původně hormonální cytostatikum podávané v dávce 480–1600 mg/den. Efekt na zvýšení apetitu byl zjištěn i při podávání malých dávek kortikosteroidů (Prednison) či nesteroidních antirevmatik (Indometacin). Při podávání těchto preparátů byla zjištěna řada nežádoucích účinků, jako krvácení do GIT nebo tromboembolismus. Z pohledu MUDr. Křemena je vhodnější pro stimulaci apetitu využití některých přípravků ze skupiny antidepresiv či neuroleptik. (Křemen et al., 2011)

Masarykův onkologický ústav na svých webových oficiálních stránkách nabízí virtuální poradnu s nutričními terapeuty, kteří se specializují na výživu při léčbě onkologického onemocnění, s možnou konzultací přes Skype. Součástí je i internetový odkaz na konkrétní dietní opatření. Pacienti zde mohou nalézt doporučenou výživu např. při nechutenství, zácpě, průjemem nebo vitaminoterapie a minerály ve výživě onkologicky nemocného. (MOU, 2016)

3.6 Péče o nádorovou bolest

Jedním z nedůležitějších úkolů v péči o onkologického pacienta je zajistit maximální možnou kvalitu jeho života v kterémkoli stadiu onemocnění či léčby. Bolest ovlivňuje momentální komfort, motivaci pro boj s nemocí, náladu a významně i komplikuje spolupráci se zdravotnickým personálem. Onkologická bolest je většinou bolestí chronickou, která má tendenci k progresi. Chronická bolest je spojena se ztrátou chuti k jídlu, a to za přítomnosti imobilizace může přispět k atrofii svalů, odvápnění kostí, zvyšuje pravděpodobnosti embolie a trombózy. Narušuje spánek, tím pacienta vyčerpává, snižuje schopnost řešit problémy a komunikovat se svým okolím, což vede k sociální izolaci. (Samson, 2014, s. 34) Pacient s přítomností onkologického onemocnění bolest vnímá více emotivně, a proto i jeho reakce na pomoc a léčbu bývá nepředvídatelná. Každý pacient vnímá bolest jinak, proto je nutný individuální přístup. (Nová, 2014, s. 35)

Základním pilířem pro léčbu onkologické bolesti je farmakoterapie, ke které se i Světová zdravotnická organizace v roce 1996 pozitivně vyjádřila. (Zacharová, 2014, s. 45) Analgetika jsou nasazována postupně, dle síly účinku. (Nová, 2014, s. 36) Dávkový interval je vhodný takový, aby se udržela vyrovnaná plasmatická koncentrace léků a další dávka byla podána před znovuobjevením bolesti. Dle Samsona užíváme přednostně formu perorální s postupným uvolňováním a transdermální před intravenózní aplikací. (Samson, 2014, s. 35) Pro léčbu bolesti používáme tři základní skupiny léčiv: (Nová, 2014, s. 36)

- Neopoidní – slabá analgetika, např. Ibuprofen, Diclofenac
- Slabé opoidy – např. Codein, Tramal
- Silné opoidy – např. Morfin, Dolsin, Dipidolor

(Nová, 2014, s. 36)

Sestra musí pacientovi důvěřovat, že pociťuje bolest, i přesto, že je nasazena analgetická léčba a k bolesti nejsou patrné objektivní klinické důvody. Velkou oporou a pomocí je zdravotníkům podpora nejbližších z rodiny nemocného. (Nová, 2014, s. 36)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Dílčí cíle průzkumné části bakalářské práce:

- 1) Prezentace kazuistik čtyř pacientů s diagnózou CRC s odlišným typem léčby a na jejich základě vytvořit ošetrovatelský plán péče.
- 2) Prezentace typů léčby CRC a s nimi spojených ošetrovatelských problémů

4. PREZENTACE PRAKTICKÉ ČÁSTI

Nejvhodnější metodou k vyhledání ošetrovatelských problémů je ošetrovatelský proces, což je metodický rámec pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Je to proces, jehož jednotlivé fáze se vzájemně prolínají. Smysl správně vypracovaného ošetrovatelského procesu přispívá k zabezpečení kvalitního plánování postupů, při uspokojování potřeb nemocných. (Šamánková, 2002, s. 31) Předmětem zájmu ošetrovatelského procesu jsou všechny oblasti člověka, a proto je velmi pravděpodobné, že budou problémy vyhledány. Zdůrazňuje pohled na člověka jako komplex, kdy není nemocí poškozena pouze jeho tělesná stránka, ale zároveň i stránka psychická, spirituální a sociální. (Dostálová, 2016, s. 60)

4.1 NANDA taxonomie

NANDA (NorthAmericanforNursingDiagnosisAssotiation – Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy), byla založena v roce 1982. Toto sdružení má za úkol definovat, zlepšit a podporovat rozvoj terminologie taxonomii ošetrovatelských diagnóz, očekávaných výsledků a intervencí pro používání sester profesionálek. Taxonomie ošetrovatelských diagnóz znamená jejich uspořádání dle určitého principu s cílem vytvořit standartní názvy ošetrovatelských diagnóz. (Mikšová, 2006, s. 162) V roce 2002 byla asociace přejmenována na NANDA International, aby odrážela rostoucí zájem po celém světě v oboru vývoje ošetrovatelské terminologie. (Herdman, 2017)

Nejnovějším a definitivním průvodcem sesterských diagnóz je kniha NANDA International NursingDiagnoses: Definitions and Classification 2015-2017. Každá z 235 diagnóz, založených na nejnovějších celosvětových výsledcích výzkumů, je doplněna definicí, určujícími znaky, souvisejícími faktory nebo rizikovými faktory. (NANDA International, 2017) Cílem nového vydání je podpořit sestry, které se učí diagnostikovat a umožnit jim přístup k informacím o diagnózách, které popisují nejen problémy, ale i rizika a potřeby pro podporu zdraví osob, komunit, rodin a skupin. (Heather, 2016)

Stanovení výzkumného vzorku

Pacienti, se kterými byla tvořena kazuistika, byli hospitalizováni v nemocnici nebo ambulantně docházející na onkologickou terapii pro diagnózu kolorektální karcinom. Mezi další kritéria patřila nutnost aktuální léčby (onkologické či chirurgické), byli ochotní spolupracovat, ale zároveň byli orientováni osobou, místem a časem.

Ke spolupráci byly osloveny vrchní sestry vhodných oddělení krajské nemocnice (onkologické a chirurgické). Výzkum probíhal na onkologickém a chirurgickém oddělení. Vrchním sestřám byla předána vzorová kazuistika, včetně předání nutných informací o průběhu zpracování informací a na základě toho byl jimi podepsán souhlas s výzkumem.

Metodika

Pro výzkumné šetření byla z možných výzkumných metod vybrána právě metoda kazuistiky, která byla anonymní. Byla použita ošetrovatelská dokumentace, která byla vytvořena FZS Pardubice a doplněna o informace, které byly považovány za důležité a v kazuistice nebyly obsaženy (Příloha č. 1). Jedna z oblastí, která byla považována za doplnění, byla například podpora zdraví, která byla doplněna o otázku informovanosti o kolorektálním screeningu. Největší výhodou v této formě sběru dat sledávám v možnosti konzultovat s pacientem všechny oblasti jeho potřeb a lépe identifikovat problémy.

Praktická část práce byla tvořena v období od února 2017 do dubna 2017. Před zahájením byly osloveny vrchní sestry vybraných oddělení, které nám poskytly souhlas s výzkumem, nezbytným pro povolení výzkumu v nemocnici. Též bylo se souhlasem vrchní sestry onkologického oddělení umožněno pořizovat fotografie pomůcek.

Celkově bylo osloveno 7 respondentů se kterými byly vytvořeny kazuistiky. Nelehkosti byly především s vyhledáním dostatečného počtu pacientů s předem určenou diagnózou. Následně byly k prezentaci do bakalářské práce vybrány čtyři kazuistiky. Z onkologického oddělení byla použita kazuistika tří pacientů, z nichž každý z nich měl záměrně jiný typ onkologické léčby, aby bylo poukázáno na odlišné problémy spojené s léčbou. Protože mezi metody onkologické léčby kolorektálního karcinomu patří také chirurgická léčba, byl čtvrtý pacient vybrán právě z chirurgického oddělení. Na onkologickém i chirurgickém oddělení jsem absolvovala praxi, abych své respondenty mohla pozorovat delší dobu. S výběrem pacienta mi na onkologickém oddělení pomáhala vrchní sestra, poté následoval pohovor s pacientem, zdali by s podáváním

informací souhlasil. Na chirurgické oddělení jsem docházela za staniční sestrou, informovat se o hospitalizaci vhodného pacienta pro moji praktickou část.

K sestavení ošetrovatelských procesů byly použity Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015-2017. Tato taxonomie je rozdělena do jednotlivých domén a tříd s příslušným kódem pro každou diagnózu. Tento způsob rozdělení dává ošetrovatelským diagnózám přehledný vzhled.

Celistvost sběru informací byla docílena strukturovanou ošetrovatelskou dokumentací, která se zaměřuje na 13 oblastí člověka. Ačkoliv model M. Gordonové – Model fungujícího zdraví s 11 doménami, dle kterého byly vytvořeny NANDA domény, je vzhledem k získávání informací kvalitní, byly zvoleny právě NANDA domény s 13 oblastmi. K této volbě nás vedl fakt, že jsou obohaceny o další 2 oblasti člověka, které jsme u onkologického pacienta považovaly za důležité zmínit. Oproti modelu M. Gordonové obsahují doménu Bezpečnost, zabývající se rizikem infekce ze zavedené i.v. kanyly/portu. Nevolnosti, způsobené onkologickou terapií, byly prezentovány v oblasti Komfortu.

Kazuistiky jsou zpracovány v programu Microsoft Excel a prezentovány v tabulkách.

Kazuistika č. 1

Pacientka, 60 let, hospitalizovaná na onkologickém oddělení. V roce 2015 podstoupila na doporučení praktického lékaře test na okultní krvácení – výsledek negativní. V září 2016 navštívila praktického lékaře pro 4 měsíce trvající bolesti v oblasti pupku a přetrvávající únavu. Příměs krve ve stolici neuváděla. Pacientka podstoupila kolonoskopii, kde byl prokázán tumor caeca. 7.10. 2016 podstoupila pravostrannou hemikolektomii s následnou ileotransverzoanastomózou. 7.11.2016 byl pacientce zaveden do venae subclavia dx. port a od 8.11. 2016 byla zahájena adjuvantní léčba o 12. sériích v režimu Folfox 6.

Nyní (27.2. 2017) pacientka přichází k podání 8. série adjuvantní chemoterapie, která byla odložena z 20.2.2017 pro leukopenii a trombocytopenii, vzniklé v souvislosti s chemoterapeutickou léčbou jako hematologická toxicita. Při příjmu byl proveden odběr na hematologické a biochemické vyšetření a na základě pozitivních výsledků bylo možné podat cytostatika. Jako prevence vzniku neutropenie, popřípadě febrilní neutropenie bude pacientce po ukončené sérii cytostatik podána Neulasta 6mg.

Z důvodu záměrně zvolené praxe na onkologickém oddělení, byla pacientka a její stav sledovaný v časovém období 4 dnů.

1. den hospitalizace

Pacientka plánovaně přijata v odpoledních hodinách na onkologické oddělení. Na vyšetřovací místnosti sepsán sesterský ošetrovatelský záznam, změřeny FF a hmotnost. Zavedena Huberova jehla do intravenózního portu, provedeny odběry biologického materiálu (biochemie, KO, M+S) k laboratornímu vyšetření a příprava portu k podání cytostatik. Posléze navštívil u lůžka pacientku lékař, který jí informoval o následujícím režimu při aplikaci cytostatik, reedukoval o možných nežádoucích účincích a nutnosti je ihned hlásit ošetrovatelskému personálu (např. bolest či zarudnutí v oblasti zavedeného portu, nevolnost, zvracení). Pacientka uvádí VAS 2 – nevyžaduje analgetika.

2. den hospitalizace

Ráno byl sanitářem z centrálního ředění léčiv donesen box s připravenými cytostatickými léčivými v podobě infúzí se sety, zatavenými ve fóliích. Spolu s nimi dodán i aplikační list, dle kterého se sestra dozví, jakou látku a na jak dlouho aplikovat. Pacientce byl před aplikací cytostatik preventivně podán Kytril 3mg i.v. První aplikovanou látkou byla Oxaliplatina 167 mg i.v. á 120 minut. Následně Leukovorin 334 mg i.v. á 120 minut. Poté 5-fluorouracil

668 mg i.v. bolus. Pacientka zatím nepociťuje nevolnost, nezvracela, bez průjmu a dalších vedlejších projevů. Poslední dávkou byla látka 5-fluorouracil 4008 mg i.v. á 46 hodin. Bolesti beze změny (VAS 2).

3. den hospitalizace

Pacientka předešlou noc zvracela, podán Degan 2ml i.v. s následným účinkem. 3. den ráno si stěžovala na objevení se průjmu, podán Imodium 1 cps p.o. V odpoledních hodinách průjem stále přetrvává, podán opět Imodium 1 cps. a Algifen Neo 15 kapek p.o. vzhledem ke křečovitému pobolívání podbříšku (VAS 4). Po 1 hodině přehodnocen VAS (VAS 2). Následně stupeň bolesti a účinek analgetik sledován dle škály VAS. Ve večerních hodinách byl pacientce opět aplikován Degan 2ml i.v. pro přetrvávající nevolnost a Algifen Neo 15 kapek p.o (VAS 3). Po 1 hodině přehodnocen VAS (VAS 2). Cytostatická terapie infuzní pumpou pokračuje do druhého dne. Dle ordinace lékaře bude pacientce 24 h po ukončení cytostatické infuzní terapie, aplikována látka Neulasta 6 mg s.c. jako prevence vzniku neutropenie.

Základní informace o pacientovi	
Hlavní diagnóza	Karcinom caeka, T3c N2b MX G3, st. III C
Vedlejší diagnózy	DM II. Typu
Důvod přijetí (dle klienta)	k 8. sérii chemoterapie
Povolání, vzdělání	SŠ, starobní důchodce
Celkový vzhled	upravená, milá, komunikativní, střední postavy
Alergie	nejuje
Oční kontakt	udržuje
Orientace v - čase	plně orientována
prostoru	plně orientována
osobě	plně orientována
i.v. vstup	venózní PORT, zaveden 7.11. 2016, bez heparinové zátky
Abnormální pohyby	nepřítomny
Poloha	aktivní
Poruchy citlivosti	parestezie, neuropatie - poruchy citlivosti v HKK, hlavně v mrazech
Kůže	barva fyziologická, v obličeji bledá
Riziko dekubitů	30 bodů (dle Nortonové), dekubitus nepřítomen
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové)	najíst se 0 umýt se 0 vykoupat se 0 obléci se 0 pohybovat se 0
Stav operační rány	po vyšíti PORTU, zhojená per primam
Kůže končetin	beze změn
Zornice	izokorické
Nos	sekrece - občas nitky krve
Dutina ústní	chrup zdravý, zuby vlastní
Řeč	plynulá

Fyziologické funkce	
Puls	70/minutu, pravidelný, hmatný
Krevní tlak	125/70 mm/Hg
Dýchání	16/minutu, eupnoe
Vědomí (GCS)	15 bodů
Tělesná teplota	36,8 °C
Výška	165 cm
Hmotnost	61 kg
BMI	22,4

POSOUDENÍ SOUČASNĚHO STAVU POTŘEB DLE PACIENTA					
Podpora zdraví	Můj zdravotní stav hodnotím jako: „dobrý“	Aktivita a odpočinek	Cvičím: „Občas, nejraději cvičím jógu.“	Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu	Chování: asertivní
	Abych si udržel/a zdraví: chodím na procházky		Denní aktivity: „Domácí práce.“		Napětí prožívám: „Hlavně při obtížích spojených s chemoterapií“
	Kouření: ne		Faktory bránící tělesné aktivitě: „Bolest.“		Napětí snáším: „Lehce, protože vím, že jsem v dobré péči personálu.“
	Alkohol: ne		Volný čas trávím: aktivně (procházky), pasivně (poleháváním doma)		Co ho vyvolává: onemocnění
	Nemoci, úrazy mající vliv na současný zdravotní stav: není si vědoma		Spím: „většinou celou noc, po probuzení se cítím odpočatá“		Co ho snižuje: relaxace
	Lékařská a ošetrovatelská nařízení dodržuji: důsledně		Zvyky před spaním: „Sprcha před spaním“		Vyrovňávám se s ním: „Celkem rychle.“
	Příčiny současného onemocnění: stres v předchozím zaměstnání		Léky na spánek: „Neužívám žádné.“		Stresové situace zvládám: „s podporou rodiny“
Při objevení současné nemoci jsem: „Navštívila jsem praktického lékaře.“	Jiné důležité informace: Pacientka pocítuje zvýšenou únavu hlavně po aplikaci chemoterapie, pospává v odpoledních hodinách.	Strategie zvládání: „Myslím na pozitivní věci, na které se těším, až budu doma“			
Osobní přání týkající se postupů při léčbě a zvládání zdrav. stavu: informace	Vnímání - pozorování	Zrak: „Krátkozrakost, kompenzace brýlemi“	Životní princip	Určete pořadí následující hodnot dle Vašich priorit:	
Jiné důležité informace: O kolorektálním screeningu slyšela v roce 2015 od svého praktického lékaře, který jí provedl TOKS - výsledek negativní.	Sluch: v pořádku	Čich: „Bez problému.“		1 zdraví 2 rodina 3 víra 4 záliby 5 cestování 6 peníze 7 práce	
Stav výživy: dle BMI v normě	Jiné důležité informace: U pacientky se vlivem léčby nevyskytla žádná kožní reakce.	Vnímání sebe sama		Životní cíle: uzdravit se a aby vnučata dobře vyrostla	
Úbytek váhy za posledních 6 měsíců: 2 kg	Jsem: „Optimista, v léčbě si plně důvěřuji.“	Co je pomáhá odstranit: „Přítomnost zdravotnického personálu, jejich ochota pomoci mi.“		Spirituální potřeby: naděje, víra	
Chůť: narušená	Spokojenost se svým vzhledem: „spokojená“	Jiné důležité informace: Jako následek onkologické léčby byl pacientce nejméně příjemný vznik neuropatie. Zejména z důvodu brnění konců prstů a nošení rukavic v chladu. Nauzeu již nebere jako stav znemožňující výkon prací.		Potřebuji: „Zatím nic nepotřebuji, jsem plně informována.“	
Dieta: diabetická šetrící	Reakce rodiny na onemocnění: „Zájem, ochota pomoci mi.“	Vztahy		Náboženská víra je pro mne: „Důležitou hodnotou, chodím pravidelně do kostela.“	
Dietní omezení: diabetes mellitus, průjem	Člen rodiny, který mi je nejbližší: „Matka“	Sexualita		Náboženský kontakt: nechci	
Typický denní příjem jídla: snídaně, oběd, svačina, večeře, 2. večeře	Kontakty s lidmi: „Celkem časté.“	Sexuální obtíže: „Ne.“	Jsem: katolík		
Přidavky: ne	Chování k lidem: přátelské	Menstruace: „První menses ve 13 letech. Již jsem po menopauze.“	Jiné důležité informace: Aktuálním cílem je pro pacientku se uzdravit a žít dál, protože je na světě ráda. Těší se na svá vnučata a na mši v jejich kostele, kde se setkává s přáteli.		
Forma stravy: normální	Propuštění plánované do: domácího prostředí	Menopauza: „Od 46 let.“	Bezpečnost, ochrana	Alergická reakce: nevyskytla se	
Schopnost najít se: sama, u stolu	Péče po propuštění: zajištěna rodinnými příslušníky	Klimakterické obtíže: „Ne.“	Riziko infekce: ano (zavedený port)	Riziko pádu: ano	
Způsob přijímání stravy: per os	Jiné důležité informace: Pacientku v její léčbě plně podporuje celá rodina, která je o jejím stavu informována. Největší radost má z vnučat, která k ní dojíždí na prázdniny.	Antikoncepce: „Ne.“	Závrat: ne	Komfort	
Poruchy polykání: ne	Operace: konzace děložního čípku „nepamatuji si již rok výkonu, ale je to více než 10 let“	Hormonální léčba: „Ne.“	Bolest: ano	Růst a vývoj	
Příjem tekutin za 24 h: 1.5 - 2 litry, nejčastěji čaj a voda s citronem	Poslední preventivní gynekologická prohlídka: „Asi květen, 2016.“	Samovyšetření prsu: „Ano provádím ho.“	Nauzea: ano		Jiné důležité informace: Pacienta využívá alternativních metod léčby nejen bolesti. Dochází k ní terapeut, který jí doporučuje vhodnou stravu, provádí masáž chodidel a stimuluje tak tělesné orgány.
Pocit žizně: „nemám“	Jiné důležité informace: Pacientka nemá žádného partnera. Nepocítuje stud.				
Poranění kůže a sliznic se hojí: dobře					
Jiné důležité informace: Po chemoterapii má pacientka vždy kovovou chuť v puse, která přetrvává 3 dny a má chuť na rybi salát, který kovovou chuť neutralizuje. Před zjištěním diagnózy pacienta konzumovala vše, neomezovala se. Před 5 lety se s kamarádkou začaly zdravě stravovat a omezily tučná a přepalovaná jídla.					
Způsob močení: sama na WC					
Mikce: „Bez problémů.“					
Příměs v moči: ne					
Diuréza: neměřena					
Stolice: průjem					
Doba vyprazdňování stolice: „Běžné ráno, po chemoterapii vícekrát denně.“					
Příměsí ve stolici: ne					
Zvracení: ne					
Pocení a oděr: ne					
Jiné důležité informace: Pacientka trpí na průjem vždy 2 dny po aplikaci cytostatik. Pokud dostane antiemetika před podáním CHT - nezvrací.					

Doména	Třída	Kód	Zvažovaná ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory	Přijetí/Nepřijetí OD
12. Komfort	1. Tělesný komfort	00133	Chronická bolest	změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti	věk nad 50 let, únava, infiltrace nádoru	ano
1. Podpora zdraví	2. Management zdraví	00043	Neefektivní ochrana	změny srážení krve, snížená imunita, neurosenzorické změny	abnormální krevní profil, nádorové onemocnění, farmaka	ano
11. Bezpečnost a ochrana	1. Infekce	00004	Riziko infekce		chronické onemocnění (DM), invazivní vstupy, leukopenie	ano
2. Výživa	5. Hydratace	00195	Riziko nerovnováhy elektrolytů		průjem, léčba, zvracení	ano
1. Podpora zdraví	2. Management zdraví	00162	Snaha zlepšit management zdraví	usiluje o lepší naplňování cílů v každodenním životě, usiluje o zlepšení managementu onemocnění, usiluje o zlepšení managementu rizikových faktorů, usiluje o zlepšení managementu symptomů		ano

Kód	Očekávaný výsledek/cíl	Ošetrovateľské intervencie	Vyhodnocení oš. péče studentem a pacientem/klientem
00133	<ul style="list-style-type: none"> - U pacientky dojde ke snížení bolesti při průjmu dle škály VAS ze 4 na 2 do 2 dnů. - Pacientka bude spokojena se zájmem personálu o její bolest po celou dobu hospitalizace. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplikuj léky dle OL. - Zajíměj se o pacientovu bolest, sleduj její vývoj v čase dle VAS škály á 3 h. - Informuje lékaře o účincích analgetik. - Využij nemedikamentózní metody tlumení bolesti. 	<ul style="list-style-type: none"> - U pacientky došlo do 2 dnů ke snížení bolesti na škále VAS ze 4 na VAS 1. - Pacientka je spokojena s péčí a zájmem personálu o její problém.
00043	<ul style="list-style-type: none"> - U pacientky bude odebrána krev a sledovány hodnoty krevního obrazu před podáním chemoterapie. - Pacientka bude poučena o riziku vzniku neutropenie do dvou dnů. - Pacientka bude vzhledem k její neuropatii poučena o nošení rukavic v chladném počasí a před manipulací s mrazícím boxem či mraženými potravinami do dvou dnů. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sleduj hodnoty krevního obrazu a všech fyziologických funkcí, zhodnot' a v případě abnormálních hodnot informuj lékaře. - Zajisti pacientce dostatečné znalosti o její neuropatii a riziku vzniku neutropenie informačními letáky či informuj lékaře o nutné konzultaci. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chemoterapii bylo možné aplikovat z důvodu pozitivních výsledků krevních odběrů. - Jako prevence vzniku neutropenie bude pacienta příští den aplikována Neulasta 6 mg. - Pacientka zná opatření vzhledem k vzniku neuropatie konečků prstů rukou, při chladu si vždy bere rukavice.
00004	<ul style="list-style-type: none"> - Péče o port bude probíhat dle MP oddělení, po celou dobu hospitalizace. - U pacientky nedojde ke vzniku infekce po dobu hospitalizace. - U pacientky bude sledována hodnota glykémie dle OL. 	<ul style="list-style-type: none"> - Při péči o port postupuj dle metodického plánu daného oddělení. - Pouč pacienta o péči o port při denních aktivitách. - Sleduj projevy pacienta signalizující hypoglykémii či hyperglykémii. - Sleduj hodnoty krevních odběrů, případě patologie informuj lékaře. 	<ul style="list-style-type: none"> - U pacientky nedošlo k výkyvům hodnoty glykémie po dobu hospitalizace. - Po dobu hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce. Maddon 0 - Péče o port byla prováděna dle MP oddělení a nedošlo ke vzniku komplikací.
00195	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientce budou před chemoterapií podávána preventivně antiemetika po dobu terapie. - Pacientka bude přijímat minimálně 2,5 litrů tekutin denně při objevení průjmu. - Po dobu aplikace chemoterapeutické terapie budou sledovány vedlejší projevy a budou ihned řešeny. 	<ul style="list-style-type: none"> - sleduj vedlejší projevy chemoterapeutické léčby - podej antiemetika před aplikací chemoterapie - při neustávajícím zvracení či průjmu informuj o stavu lékaře - zajisti k lůžku emitní misku s buničinou - ulož infuzní pumpu na infuzní stojan pro rychlou mobilitu pacienta na toaletu 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientce byl vždy před aplikací cytostatik podán preventivně Kytril 3 mg i.v. I přesto 2. den aplikace cytostatik, pacientka zvracela. - Pacientka chápe důležitost dostatečné hydratace, vypije 2,5 litrů tekutin denně. - Při objevení průjmu, druhý den chemoterapie, byla pacientce podávána antidiarhotika, která začala mít na konci dne pozitivní účinek.
00162	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka bude eliminovat a znát rizikové faktory vzniku onemocnění do druhého dne. - U pacientky budou převládat pozitivní myšlenky při vzpomínce na budoucnost do 3 dnů. - Pacientka se bude zajímat o své onemocnění a chápat důležitost terapie po dobu péče. 	<ul style="list-style-type: none"> - komunikuj s pacientkou o věcech, které jí naplňují a na které se těší - zajisti informovanost pacientky o jejím zdravotním stavu - pouč pacientku o rizikových faktorech vzniku onemocnění - pouč pacientku o režimu při její snížené imunitě - podporuj pacientku v jejích aktivitách pro zlepšení duševního zdraví 	<ul style="list-style-type: none"> - V domácím prostředí se snaží eliminovat potencionálně rizikové potraviny od zjištění diagnózy. - Pacientka je ráda ve společnosti lidí, mluví o svých vnučatech a těší se na ně. - Zajímá se o výsledky vyšetření a chce znát vše o svém zdravotním stavu.

MEDIKACE		
Perorální	Parenterální	Enterální
Siofor 500mg tbl., 1-0-1 (perorální antidiabetika)	Kytril 3mg inj.sol. i.v. ráno před CHT a poté á 12 h při nauze (antiemetika)	
Gabapentin Teva 300mg cps., 1-0-1 (antikonvulziva)	Degan 2ml/10ml inj.sol., i.v. á 8 h při přetrvávající nauze (antiemetika)	
Imodium cps., při průjmu (antidiarhotika)	Neulasta 6mg s.c. podat po 24 hod. po vykapání poslední cytostatické infúzi (cytokiny)	
Algifen Neo kapky při bolesti 15 kapek max á 6 h (analgetika)	FOLFOX 6 (Oxaliplatina 167 mg i.v. á 120 min (cytostatikum) + Leukovorin 334 mg i.v. á 120 min (kyselina folinová) + 5-fluorouracil 668 mg i.v. bolus (cytostatika) + 5-fluorouracil 4008 mg i.v. á 48 h (cytostatika))	

VYŠETŘOVACÍ METODY	
UZ břicha, srpen 2016	Cholecystolithiáza
Histologie, září 2016	z biopsie - tumor pravého tračniku
Pooperační histologie, říjen 2016	špatně diferencovaný serrated adenokarcinom caeka s povrchovou ulcerací. Infiltrace stěny střevní a přilehlé perikolitické tukové tkáně s minimální hloubkou nádorové expanze 12 mm. Nádor prorůstá do lymfatických cév, z 31 perikolických lymfatických uzlin je v 15 uzlinách metastatická infiltrace adenokarcinomem.
CT hrudníku, listopad 2017	plicní parenchym bez ložisek
RTG S+P, leden 2017	bez ložisek

Kazuistika č. 2

Pacient, 58 let, hospitalizovaný na onkologickém oddělení. V roce 2014 na doporučení praktického lékaře při preventivní prohlídce podstoupil kolonoskopii, kde byl bez jakýchkoli předešlých příznaků prokázán nádor rekta. Na CT vyšetření potvrzený generalizovaný karcinom rekta do jater. Onkochirurgickým kabinetem byla navržena neoadjuvantní léčba radioterapií, poté následovalo chirurgické řešení v podobě resekce části postiženého jaterního laloku. Nyní je pacient hospitalizovaný k pokračování v 3. linii paliativní chemoterapie FUFA de Gramont + biologické léčby Avastin. Dříve podáván Erbitux, ale u pacienta došlo ke vzniku anafylaktického šoku v podobě pádu a ztíženého dýchání. Pro lepší identifikaci ošetrovatelských problémů a realizaci plánu péče, byl pacientův stav sledovaný po dobu 3 dnů.

1. den

Pacient přijat na oddělení předchozí den. Rozhovor s ním probíhal na jeho jednolůžkovém pokoji. Má dlouhé řasy a zvlněné roztřepené vlasy, které měl prý před léčbou rovné (nežádoucí účinek cytostatik). Dle jeho názoru mu nezpůsobují žádné obtíže, manželka mu řasy zastříhává. V obličeji, na horních končetinách a čteně na trupu se projevuje jeden z nežádoucích účinků biologické léčby v podobě akneiformního exantému. Pacient je poučen v péči o pokožku, promazává 3x denně Infadolanem a krémem Excipial (svědění minimalizováno). Nyní mu z předešlého dne kape přes infuzní pumpu cytostatická infúze 5-Fluourouracil 1070 mg i.v. á 22 h podaná v 15:15 h. Dle pacientovi výpovědi a včerejšího zápisu v ošetrovatelském záznamu dokumentace, snášel pacient aplikaci cytostatik bez nauzey a zvracení, ve večerních hodinách si stěžoval na časté nutkání na stolici. Podán Reasec 1 tbl. p.o. Znovu podán dnes v 8 h. Aplikace cytostatické infuzní terapie ukončena v 13:25 h. V 18 h podán Reasec 1 tbl. p.o.

2. den

Pacient spal celou noc, bez obtíží. V 8 h podán Reasec a Tezeo 80 mg 1 tbl. p.o. (RTK 150/95 mm/Hg). V 9:50 h podána infuzní pumpou biologická látka Bevacizumab 450 mg i.v. á 90 min. Pacientovi k ruce přiloženo signalizační zařízení, á 10 min kontrolován z důvodu předešlé anafylaxe při aplikaci Erbituxu. Aplikace proběhla bez obtíží. Dnes 1x řidší stolice za den.

3. den

Pacient se dnes cítí dobře. Bez projevů alergické reakce. V medikaci stále podáván Reasec 1 tbl. p.o. Řidší stolice i přes podávanou medikaci přetrvává, dnes opět pouze 1x denně. Zítří plánovaná dimise. Stav kůže bez nových změn. Podávanou stravu konzumuje celou.

Základní informace o pacientovi	
Hlavní diagnóza	Karcinom recta, T3 N2 M1 G3
Vedlejší diagnózy	arteriální hypertenze
Důvod přijetí (dle klienta)	„K zahájení jiné biologické léčby infúzemi.“
Povolání, vzdělání	SŠ, podnikatel
Celkový vzhled	vyšší, upravený, krátké zvlněné vlasy a dlouhé řasy (následek biologické léčby), astenik
Alergie	Erbitux
Oční kontakt	udržuje
Orientace v - čase	plně orientovaný
 prostoru	plně orientovaný
 osobě	plně orientovaný
i.v. vstup	venózní port, zaveden 5.1. 2016, bez heparinové zátky
Abnormální pohyby	nepřítomny
Poloha	aktivní
Poruchy citlivosti	nepřítomny
Kůže	barva fyziologická, na hrudi, horních končetinách a mírně v obličeji akneiformní exantém
Riziko dekubitů	30 bodů (dle Nortonové), dekubit nepřítomen
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové)	najíst se 0 umýt se 0 vykoupat se 0 obléci se 0 pohybovat se 0
Stav operační rány	jizva po zavedení i.v. portu z 5.1. 2016, zhojená per primam
Kůže končetin	dolní končetiny beze změn, na horních končetinách exantém
Zornice	izokorické
Nos	bez sekrece
Dutina ústní	chrup zdravý, vlastní zuby
Řeč	plynulá

Fyziologické funkce	
Puls	75/minutu, pravidelný, hmatný
Krevní tlak	135/85 mm/Hg
Dýchání	14/minutu, eupnoe
Vědomí (GCS)	15 bodů
Tělesná teplota	36,7 °C
Výška	185 cm
Hmotnost	90 kg
BMI	26,3

Doména	Třída	Kód	Zvažovaná ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory	Přijetí/Nepřijetí OD
8. Sexualita	2. Sexuální funkce	00059	Sexuální dysfunkce	změna v sexuální aktivitě, vnímané sexuální omezení, nežádoucí změna v sexuálním fungování	změněná funkce těla (nemoci, operace)	ano
9. Zvládání/tolerance zátěže	2. Reakce na zvládání zátěže	00148	Strach	pocit'uje obavy, pocit'uje strach	neznámé prostředí, oddělení od podpurného systému, průjem	ano
1. Podpora zdraví	2. Management zdraví	00043	Neefektivní ochrana	svědění	nádorové onemocnění, farmaka (protinádorová léčba), léčba	ano
11. Bezpečnost a ochrana	1. Infekce	00004	riziko infekce		invazivní vstupy, změna integrity kůže	ano
11. Bezpečnost a ochrana	2. Tělesné poškození	00155	Riziko pádu		pád v anamnéze, farmaka, poškození zraku, průjem	ano
11. Bezpečnost a ochrana	5. Obranné procesy	00217	Riziko alergické reakce		vystavení se toxickým chemickým látkám	ano
1. Podpora zdraví	2. Management zdraví	00162	Snaha zlepšit management zdraví	usiluje o zlepšení managementu rizikových faktorů, usiluje o zlepšení managementu symptomů		ano

Kód	Očekávaný výsledek/cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení oše. péče studentem a pacientem/klientem
00059	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient bude informovaný o možnosti návštěvy sexuální poradny do 2 dnů. - Pacient je se svým problémem, dle jeho názoru již z větší části vyrovnaný, tento stav bude sledován a trvat po dobu péče. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivně vyhledávej tíživé situace pacienta a dej najevo svůj zájem a ochotu pomoci. - Informuj o možnosti návštěvy sexuologické poradny. 	<ul style="list-style-type: none"> - Návštěvu sexuologické poradny dle jeho názoru nepotřebuje. - Pacient si s personálem rád povídá, nestydí se vyjádřit jakékoli pocity.
00148	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient bude seznámen se všemi výsledky vyšetření po dobu péče. - Personál bude s pacientem dostatečně komunikovat po dobu péče. - Pacient bude před aplikací biologické a cytostatické léčby seznámen s možnými nežádoucími účinky po dobu péče. 	<ul style="list-style-type: none"> - Komunikuj a seznam předem pacienta o výkonu, který u něho bude proveden (např. napíchnutí i.v. portu). - Zajímej se o stresové faktory a zkus jim předejít. - Pouč pacienta o nežádoucích účincích léčby. - Seznam pacienta se signalizačním zařízením a přilož na dosah ruky. 	<ul style="list-style-type: none"> - U pacienta v době péče neproběhlo žádné vyšetření. - Pacient je spokojený s prací celého ošetrovatelského personálu, věří jim a v jejich péči nepocituje strach. - Pacient byl seznámen s nežádoucími účinky léčby, a proto ho přítomnost průjmu nepřekvapila
00043	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientova pokožka bude během pobytu sledována, v případě zhoršení projevů bude informován lékař. - Nepříjemný pocit svědění se u pacienta minimalizuje do 2 dnů. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doporuč pacientovi masti, které minimalizují svědění kůže. - Konzultuj s pacientem jeho problém v případě jakýchkoli nejistot. - Podporuj pacienta v pravidelném promazávání alespoň 2x denně. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient se sám a pravidelně 2x denně promazává doporučenými mastmi. - Jako nejlepší mast shledává Infadolan, po které přichází úleva od svědění.
00004	<ul style="list-style-type: none"> - U pacienta nedojde ke vzniku infekce po dobu hospitalizace. - V péči o port bude postupováno dle metodického plánu oddělení. 	<ul style="list-style-type: none"> - Před každou aplikací léčiv do portu kontroluj místo vpichu a jeho okolí. - Informuj pacienta o včasném hlášení jakéhokoliv problému během aplikace léčiv. - Převazuj okolí portu. - V případě komplikací ihned přeruš infúzní terapii a informuj lékaře. 	<ul style="list-style-type: none"> - U pacienta nedošlo ke vzniku infekce. Madonn 0 - Při práci s portem bylo postupováno dle metodického plánu oddělení.
00155	<ul style="list-style-type: none"> - U pacienta nedojde k pádu po dobu péče. - Pacient si před chůzí vždy nasadí brýle. - U pacienta dojde vlivem medikace ke zmírnění průjmu do 2 dnů. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouč pacienta o důležitosti nošení kompenzačních brýlí před chůzí. - Informuj se o četnosti stolice, konzistenci a zapisuj do dokumentace. - Pouč pacienta o důležitosti příjmu tekutin minimálně 2,5 litrů/24 h jako prevence dehydratace. - Seznam pacienta se signalizačním zařízením. - Kontroluj hmotnost 2x týdně a zhodnoť. 	<ul style="list-style-type: none"> - U pacienta nedošlo k pádu za dobu hospitalizace, respektoval důležitost nošení kompenzačních brýlí. - Vlivem medikace došlo do dvou dnů k útlumu průjmu na 1x stolicí denně, ale stále řídkší. Třetí den se stav nezměnil. - MFS 65 bodů.
00217	<ul style="list-style-type: none"> - U pacienta nedojde ke vzniku alergické reakce po dobu péče. - Alergen bude zapsán v ošetrovatelské dokumentaci pro lepší přehlednost tento den. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informuj lékaře o alergenu. - Před podáváním léčiv se vždy optej pacienta na alergy. - Zapiš pacientovu AA na přehledovou tabuli pacientů a do dokumentace. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergen byl toho dne zapsán na přehledovou tabuli pacientů a do dokumentace. - U pacienta nedošlo ke vzniku alergické reakce.
00162	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient bude umět vyjmenovat stravu vhodnou při průjmových obtížích do druhého dne. - Pacient si bude do 2 dnů uvědomovat možné rizikové faktory z minulosti, které mohly vést ke vzniku onemocnění a bude se jim umět nyní vyvarovat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zajímej se, zdali si je pacient jistý v oblasti stravování během průjmu. - V případě potřeby zajisti konzultaci s nutričním terapeutem. - Podporuj pacienta ve vůli postavit se onemocnění. - Promluv si s pacientem o důležitosti pravidelného a vyváženého stravování. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient zvládl do druhého dne vyjmenovat potraviny vhodné ke konzumaci při průjmu. - Dokáže vyhledat činnosti a vyjmenovat potraviny ze své minulosti, které jsou rizikové ve vzniku jeho onemocnění.

MEDIKACE		
Perorální	Parenterální	Enterální
Tezeo 80 mg tbl. 1-0-0 při STK nad 140 mm/Hg (antihypertenziva)	Kytril 3 mg do 20ml F1/1 i.v. á 12 h při nevolnosti (antiemetika)	
Kalim Chloratum 500 mg tbl. 1-1-1 (soli a ionty, kalium)	FUFA de Gramont + Avastin i.v. dle aplikačního listu (Leucovorin 428 mg i.v. á 120 min + 856 mg 5-fluorouracil i.v bolus + 5-fluorouracil 1070 mg i.v. á 22 h (cytostatika) + Bevacizumab 450 mg i.v. á 90 min (neboli Avastin, biologická léčba)	
Magnosolv susp. 1-1-1 (soli a ionty)		
Reasec tbl. max á 8 h při průjmu (antidiarhotika)		

VYŠETŘOVACÍ METODY	
kolonoskopie + biopsie říjen 2014	středně diferencovaný adenocarcinom S_CEA: 1,6, S_C199: <2,0
CT břicha listopad 2014	generalizovaný tumor rekta do jaterního parenchymu
CT hrudníku březen 2015	plicní parenchym bez ložisek
Laboratoř biochemie duben 2017	G (5,6), Na (142), K (3,7), Ca (2,07), Mg (0,73), urea (3,1), krea (59), GMT (4), ALP (3,46), AST (0,54)
Laboratoř hematologie duben 2017	leuko (5,8), ery (4,95), Hb (136), Htc (0,41)

Kazuistika č. 3

Pacient, 79 let, docházející ambulantně na radioterapii. Na podzim v roce 2015 a 2016 po informování praktickým lékařem, proveden test na OK – v obou případech negativní. V listopadu 2016 navštívil pacient obvodního lékaře pro průjmovitou stolicí minimálně 3x denně a bolestivé tenesmy, trvající 1 měsíc. Lékařem odeslán na vyšetření magnetickou rezonancí a kolonoskopií. V obou případech byl prokázán v 6 cm od anokutáního přechodu tumorózní infiltrát. Onkochirurgickým kabinetem doporučena neoadjuvantní léčba. Pacient nyní přichází k 18. ozáření lineárním urychlovačem z celkových 25 + 3 záření. Během radioterapie byla indikována předoperační chemoterapie po dobu radioterapie, cytostatickými léky Capecitabine accord 500mg tbl. Za 6–8 týdnů po skončení radiochemoterapie je pacient indikovaný k chirurgickému řešení.

Za účelem lepšího poznání ošetřovatelských problémů pacienta a realizace ošetřovatelského plánu, byl jeho stav sledován po jeho tři ambulantní návštěvy radioterapie.

1. den

Pacient přichází do čekárny na oddělení klinické a radiační onkologie. Seznámen s průběhem praktické části bakalářské práce a s jeho souhlasem proveden sběr informací v převlékací kabince, pro zajištění soukromí. Při rozhovoru o nemoci je na pacientovi viditelný strach z budoucna a hněv ohledně každodenního docházení na terapii. V rámci plánovaného chirurgického řešení rektálního karcinomu, užívá cytostatika Capecitabine accord 500mg p.o., medikace mu nepůsobí žádné problémy, nepozoruje vedlejší účinky, o kterých byl poučen. V oblasti pupku je po ozáření patrné lehké začervenání, pacient reedukovaný o promazání např. Panthenolem. Po ozáření pacient ihned spěchá domů, stěžuje si na nevhodnou dobu terapie v čase oběda. Pacientovi doporučena možnost donesení si svačiny, vzhledem ke ztrátě tělesné hmotnosti 3 kg/3 měsíce.

2. den

Pacient přichází v obvyklý čas do čekárny na terapii. Včera odpoledne a večer si ozařované místo promazal Panthenolem. Večer bez nepříjemného pocitu svědění. Dnes neudává žádnou změnu stavu. Pacient si přinesl svačinu, připravenou od manželky.

3. den

Pacient přichází k pravidelné dávce záření opět se svačinou, neudává od včera změnu svého stavu. Kůže v okolí pupku klidné, užívaná cytostatika mu nezpůsobují žádné obtíže.

Základní informace o pacientovi	
Hlavní diagnóza	Karcinom recta, T3 N2 M0 GX
Vedlejší diagnózy	arteriální hypertenze, hemoroidy
Důvod přijetí (dle klienta)	léčba rakoviny
Povolání, vzdělání	SOU, starobní důchodce
Celkový vzhled	starší pán, upravený, astenik, ochotný spolupracovat, při vzpomínce na každodenní docházení do nemocnice se rozčílil
Alergie	neguje
Oční kontakt	udržuje
Orientace v - čase	plně orientovaný
 prostoru	plně orientovaný
 osobě	plně orientovaný
i.v. vstup	není
Abnormální pohyby	nepřítomny
Poloha	aktivní
Poruchy citlivosti	nepřítomna
Kůže	fyzilogická barva, v okolí pupku po ozařování mírně zarudlá - pacient si je promazává Panthenolem
Riziko dekubitů	30 bodů (dle Nortonové), dekubitus není
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové)	najíst se 0 umýt se 0 vykoupat se 0 obléci se 0 pohybovat se 0
Kůže končetin	beze změn
Zornice	izokorické
Nos	bez sekrece
Dutina ústní	chrup zdravý, zubní protéza dolní
Řeč	plynulá

Fyziologické funkce	
Puls	65/minutu, pravidelný, hmatný
Krevní tlak	140/85 mm/Hg
Dýchání	18/minutu, eupnoe
Vědomí (GCS)	15 bodů
Tělesná teplota	36,8 °C
Výška	174 cm
Hmotnost	84 kg
BMI	27,7

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB				
Podpora zdraví	Můj zdravotní stav hodnotím jako: „Narušený.“	Vylučování a výměna	Způsob močení: sám	
	Abych si udržel/a zdraví: „Chodím na procházky se svým psem.“		Mikce: „Bez problému.“	
	Kouření: „Ne.“		Příměs moči: „Ne.“	
	Alkohol: „Ne.“		Diuréza: nehodnocena	
	Nemoci, úrazy mající vliv na současný zdravotní stav: „Nevím, co by mohlo mít na onemocnění vliv.“		Stolice: „Pravidelná.“	
	Lékařská a ošetrovatelská nařízení dodržuji: „Důsledně.“		Doba vyprazdňování stolice: „Většinou večer.“	
	Příčiny současného onemocnění: „Asi jsem to zdědil, popravdě nevím, na co moji rodiče zemřeli.“		Příměs ve stolici: „Ne.“	
	Při objevení současné nemoci jsem: „Navštívil praktického lékaře, poté na doporučení PL až odborníka.“		Pocení a oděr: ne	
	Osobní přání týkající se postupů při léčbě a zvládnutí zdrav. stavu: „Přeji si mít dostatek informací a aby mi nebylo nic zatajeno.“		Zvracení: „Ne.“	
	Jiné důležité informace: O screeningu kolorektálního karcinomu byl informovaný před 2 lety svým PL. Pacient udává, že od té doby byl vyšetřen dvakrát testem na okultní krvácení, který byl vždy negativní.		Jiné důležité informace: Stolice 1x denně. Při objevení obtíží byly přítomny bolestivé průjmy s tenesmy a příměsí krve ve stolici. Nyní má pacient stolici formovanou, pravidelnou, bez příměsí krve.	Aktivita a odpočinek
Stav výživy: dle BMI v normě	Denní aktivity: „Práce okolo domu, procházky se psem v podvečer.“			
Úbytek váhy za posledních 6 měsíců: nyní zhubl za poslední 3 měsíce 3 kg	Faktory bránící tělesné aktivitě: žádné			
Chut': „Normální, beze změny.“	Volný čas trávím: „Aktivně procházkami se psem, pasivně doma na gauči u TV.“			
Dieta: racionální	Spím: „Celou noc, po probuzení se cítím odpočatý.“			
Dietní omezení: ne	Zvyky před spaním: „Dám si koupel, pak seriály s manželkou.“			
Typický denní příjem jídla: snídaně, oběd, svačina, večeře	Léky na spánek: „Ne.“			
Přidávky: ne	Jiné důležité informace: Pacient si není vědom zvýšené únavy.			
Forma stravy: normální	Zrak: „Zhoršený na P i L oku - krátkozrakost.“ kompenzací jsou brýle			
Schopnost najíst se: sám, bez pomoci	Sluch: v pořádku, přiměřeně k věku			
Způsob přijímání stravy: per os	Čich: „Bez problému.“			
Porucha polykání: „Nemám.“	Jiné důležité informace: U pacienta se v průběhu ozařování vyskytlo začervenání v oblasti podbřišku, nesvědí ho, nevnímá ho jako problém. Byl mu doporučen Panthenol při svědění ozařované oblasti. Zatím nejvíce nepříjemný následek onkologické léčby pacient uvádí každodenní docházení do nemocnice na ozařování.	Vnímání – pozorování	Jsem: „Vždy jsem byl spíš optimista, ale toto onemocnění je pro mě těžké.“	
Příjem tekutin za 24 h: „1,5 - 2 litry/24 h, nejčastěji minerální vody a čaj.“	Spokojenost se svým vzhledem: „Spokojený.“			
Pocit žízně: „Ne.“	Pocity (jaké, kdy): „Strach při pomyslení na budoucnost, a mám hněv každé ráno, když musím docházet na ozařování.“			
Poranění kůže a sliznic se hojí: „Dobře.“	Co je pomohá odstranit: „Přítomnost rodiny, hlavně podpora manželky.“			
Jiné důležité informace: Pacient neuvádí žádnou změnu chuti či odpor k žádným potravinám od zjištění své diagnózy. Za poslední dva měsíce si udržuje stálou tělesnou hmotnost, stravuje se dostatečně, chutná mu. V minulosti se dle jeho názoru stravoval vyváženě, konzumoval jak zeleninu, tak i maso, má rád uzené maso.	Jiné důležité informace: Pacient se při rozhovoru o svých blízkých a budoucnosti zalýká, je však optimistický a věří v úspěšnou léčbu.			
	Jsem: „Starobní důchodce.“		Vnímání sebe sama	Bylím: „V rodinném domě s manželkou.“
	Rodinné problémy: „Ne.“			
	Reakce rodiny na onemocnění: „Zájem, ochota mi pomoci.“			
	Člen rodiny, který mi je nejbližší: „Manželka.“			
	Kontakty s lidmi: „Docela časté, hlavně s rodinou.“			
	Chování k lidem: asertivní			
	Jiné důležité informace: S rodinou má velmi dobré vztahy, všichni věří v jeho úspěšné vyléčení. Pohled na své nejbližší mi dodává sílu a naději.			
		Vztahy		

Sexualita	
Sexuální obtíže: „Přiměřené k věku.“	
Hyperplazie prostaty: ano	
Léčba: medikace, bez operace	
Chování: asertivní	
Napětí prožívám: „Vždy, když jdu k lékaři.“	
Napětí snáším: „Lehce.“	
Co ho snižuje: „Rozhovor s lékařem a milým personálem.“	
Co ho vyvolává: „Nemoc.“	
Vyrovňávám se s ním: „Chvilí mi to trvá.“	
Stresové situace zvládám: „Vždy doma s podporou rodiny.“	
Strategie zvládnutí: „Rozhovorem s lékařem o možnostech léčby, hlavně mi pomáhá slyšet o úspěšnosti v léčbě.“	
Důležité změny mající vliv na současný psychický stav: oznámení diagnózy, kterou pacient sledává jako nepříznivou	
Určete pořadí následující hodnot dle Vašich priorit: 1.zdraví 2.rodina 3.víra 4.peníze 5.zálaby 6.práce 7.cestování	
Životní cíle: „Dožít se toho, že budu pradědečkem.“	
Spirituální potřeby: „Nejdůležitější je naděje.“	
Náboženská víra je pro mne: „Občasná potřeba.“	
Náboženský kontakt: „Žádný nepotřebuji.“	
Jsem: „Katolik.“	
Jiné důležité informace: Aktuálním cílem pacienta je, co nejdříve se uzdravit a nemuset chodit každý den do nemocnice.	
Alergická reakce: nevyskytla se	
Riziko infekce: není	
Závrať: „Nemám.“	
Riziko pádů: ano (věk, medikace)	
Bolest: „Ne.“	
Nauzea: „Ne.“	
Jiné důležité informace: Při objevení příznaků nemoci pacient trpěl na bolestivé tenesmy v podbřišku. Nyní bez obtíží.	
Růst a vývoj	v normě

Ošetrovatelské problémy:	
úbytek hmotnosti 3 kg / 3 měsíce	nespokojenost se svým zdravotním stavem
strach, hněv	změny na kůži v oblasti pupku po ozařování
riziko pádu (věk, medikace)	

Doména	Třída	Kód	Zvažovaná ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory (RF)	Přijetí/Nepřijetí OD
9. Zvládání/ tolerance zátěže	2. Reakce na zvládání zátěže	00147	Úzkost ze smrti	Uvádí strach z předčasné smrti, uvádí pocit bezmoci nad umíráním, uvádí strach z rozvoje nevléčitelného onemocnění	vnímání blízkosti smrti	ano
2. Výživa	1. Příjem potravy	00002	Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu	ztráta hmotnosti při přiměřeném příjmu potravy	biologické faktory	ano
1. Podpora zdraví	2. Management zdraví	00043	Neefektivní ochrana	svědění	nádorové onemocnění, farmaka (protinádorová léčba), léčba (ozařování)	ano
11. Bezpečnost a ochrana	2. Tělesné poškození	00155	Riziko pádu		věk 65 let a více, antihypertenziva, přítomnost akutního onemocnění, vaskulární onemocnění	ano
1. Podpora zdraví	2. Management zdraví	00162	Snaha zlepšit management zdraví	usiluje o lepší naplňování cílů v každodenním životě, usiluje o zlepšení managementu nemoci		ano

Kód	Očekávaný výsledek/cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení oš. péče studentem a pacientem/klientem
00147	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient bude dle svých potřeb dostatečně informovaný o průběhu onemocnění po dobu péče. - Pacient bude vědět o možnosti návštěvy psychologa do konce ambulantní terapie dnešního dne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zajímej se, zdali si pacient připadá o svém stavu dostatečně informovaný. - Aktivně s pacientem vyhledávej důvody, proč by měl s nemocí bojovat. - Informuj o jeho případných negativních myšlenkách lékaře a nabídní pacientovi možnost návštěvy psychologa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient si momentálně připadá dostatečně informovaný o svém stavu. - Při vzpomínce na své blízké je patrný úsměv a odhodlání bojovat s nemocí dál. - Pacient návštěvu psychologa odmítá, stačí mu podpora rodiny.
00002	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient bude poučen o možnosti donesení si svačiny, pokud bude terapie v době oběda ještě dnes. - Pacient bude poučen o důležitosti pravidelného stravování do druhého dne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouč o možnosti sippingu. - Konzultuj s pacientem možnost donesení si svačiny na radioterapii. - Pouč pacienta o důležitosti pravidelného stravování alespoň 5 x denně. - Dbej na kontrolu tělesné hmotnosti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient si hned druhý den na terapii přinesl svačinu, kterou mu ráno připravila manželka na cestu. - Pacient toho dne dokázal zopakovat nové informace o sippingu, orientuje se v pravidelnosti ve stravování. - MNA 10 bodů (riziko vzniku podvýživy).
00043	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient bude znát zklidňující přípravky na svědivou kůži po ozařování ještě dnes. - Pacient bude poučen o dostatečné ochraně jako prevence při snížené imunitě do druhého dne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informuj pacienta o zklidňujících přípravcích na kůži po ozařování (Panthenol, Fenistil gel). - Sleduj pravidelně ozařované místo a všiměj si změn na kůži. - Pouč pacienta o riziku snížené imunity vlivem léčby a důležitosti dostatečné preventivní ochrany. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient toho dne zná nové přípravky na kůži, některé z nich již používá a pozitivně je hodnotí. - Pacient chápe důležitost dostatečné ochrany (vyhnutí se kontaktu s lidmi v období chřipky, dostatečná hygiena rukou).
00155	<ul style="list-style-type: none"> - U pacienta nedojde během péče k pádu. - Pacient bude poučen o prevenci i v domácím prostředí do druhého dne. 	<ul style="list-style-type: none"> - pouč pacienta o možnosti použití pomůcek proti pádu (protiskluzová podložka do koupelny, madla, vyvarovat se kluzké podlaze). - Pouč pacienta o vedlejších účincích jeho medikace. - Informuj pacienta o postupné vertikalizaci z lůžka ráno po probuzení. 	<ul style="list-style-type: none"> - U pacienta nedošlo během terapie k pádu. MFS 15 bodů- - Pacient byl poučen o prevenci pádu v domácím prostředí, dokáže rizikové faktory vyjmenovat a vyhledat.
00162	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient bude znát rizikové faktory svého onemocnění a klást důraz na jejich eliminaci do druhého dne. - Pacient bude znát důležitost pravidelného docházení na terapii, ale bude vědět o možnosti svého vlastního rozhodnutí o terapii. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouč pacienta o rizikových faktorech vzniku kolorektálního karcinomu, případně mu dodej informační letáky. - Pouč pacienta o důležitosti dodržování léčebného režimu. - Konzultuj s pacientem jeho výhrady k léčbě a hledej společné řešení. - Podpoř pacienta v případě tíživé situace. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient uvedl, že již rizikové faktory eliminuje a umí je vyjmenovat. (červené maso, přepalovaná jídla, dostatek pohybu, živočišné tuky) - Pacient zná důležitost pravidelného docházení na terapii, o možnosti nepodstupovat terapii byl již lékařem informován. Terapii chce podstupovat za každou cenu.

MEDIKACE		
Perorální	Parenterální	Enterální
Apo amlo 5mg tbl.,p.o., 1-0-0 (antihypertenziva, ACE inhibitory)		
Reasec 2,5mg tbl., při průjmu max á 8h, p.o., (antidarhotika)		
Omnitoc 0,4mg tbl, p.o., 0-0-1 (blokátor a receptorů)		
Torvacard 10mg tbl., p.o., 0-0-1 (statiny)		
Moduretic 5mg/50mg tbl., p.o., 1/2-0-0 (K šetřící diuretika)		
Capecitabine accord 500mg, tbl., p.o., 3-0-3 (cytostatika)		

VYŠETŘOVACÍ METODY	
MR recta 23.1.2017	cca 6 cm od anokuttáního přechodu tumorózní infiltrát bez infiltrace mesorectální fascie a svěračů, v okolí zvětšené uzliny. Močový měchýř bez infiltrace. cTNM cT3, N2, M0, G II. pTNM TX, NX, MX, GX
Kolonoskopie listopad 2017	v 6 cm nestenózující nádor recta
Histologie listopad 2017	adenom s high-grade dysplasií přecházející ve středně diferenciovaný adenocarcinom, cévy ložiskově s projevy angioinvaze
CT 18.2. 2017	zaměření ozařovaného místa, rozkreslení zelených čar a následně červených po lepším zaměření

Kazuistika č. 4

Pacientka, věk 70 let, hospitalizovaná na chirurgickém oddělení pro plánovanou Milesovu operaci k amputaci rekta a ke korekci stenózy nástěnné kolostomie. Svého praktického lékaře navštívila v listopadu 2016 pro pobolívání podbřišku a zácpu, zhoršující se za poslední 3 měsíce a pro příměs krve ve stolici. Po kolonoskopickém vyšetření absolvovaném v listopadu 2016, byl z histologického vyšetření prokázán tumor rekta za anorektálním přechodem. Pacientce byla v prosinci 2016 vyšita protektivní sigmoideoskopie a poté byla indikována k neoadjuvantní radioterapii malé pánve dávkou 28,8 Gy. Radioterapie byla 7.2. 2017 přerušena pro neustávající průjmy. Po kontrolním snímku MR v březnu 2017 se při porovnání velikosti ze snímku z listopadu 2016, tumor zmenšil o cca ¼ své původní velikosti. Mezioborovým seminářem odeslána do nynější nemocnice k dořešení. Nyní je pacientka 2. den po amputaci rekta s trvalou sigmoideostomií.

V rámci záměrně zvolené praxe na chirurgickém oddělení, byl pacientky stav sledovaný po dobu 3 dnů.

1. den

Pacientka je 1. den po operačním výkonu amputace rekta a korekce stenózy nástěnné kolostomie. Udává bolesti análního otvoru a operační rány VAS 6 – následně aplikován Novalgin 1 g i.m. v 8 h. V 18 h opět aplikován Novalgin 1 g i.m., kontrola a kontrolován účinek medikace á 30 min (VAS 4), poté á 1 h (VAS 4). Během stravy pacientka raději postává, bolí jí sed. Provizorně smotáno prostěradlo do tvaru kruhu, který pacientce vyhovuje, a doporučen sed na nafukovacím či molitanovém kruhu. Udává nespokojenost se svým vzhledem z důvodu vyvedené trvalé stomie. V minulosti si zvládala sama vyměnit stomický sáček (jednodílný systém), případná pomoc od zdravotnického personálu sociálního zařízení domova důchodců. V 18 h aplikován Zibor 2500IU s.c jako prevence TEN. V 18 h (VAS 6) - opět aplikován Novalgin 1 g i.m., kontrola bolesti á 30 min. (VAS 4), poté á 1 hodina (VAS 4).

2. den

Ráno proběhl převaz operační rány na vyšetřovací místnosti s lékařem. Rána se hojí per primam, bez sekrece, okolí rány klidné, ponecháno sterilní krytí. Pacientce byl poskytnut molitanový kruh na sezení. Návštěva sestrou edukující v péči o stomii. Pacientka se zapojila a se sestrou ve stomickém koutku trénovala výměnu sáčku s dvoudílným, vypouštěcím systémem. Na její přání byla seznámena se sáčky, které lze využít při návštěvě plaveckého

bazénu a filtry, absorbujícími zápach. Bolesti mírnější nepřesahující VAS 3 – podán Paralen 500mg 1 tbl., p.o. v 18 h. Jako prevence TEN aplikován v 18 h Zibor 2500IU s.c.

3. den

V oblasti bolesti nedošlo u pacientky k změnám, v 8 h uvádí VAS 3 – nevyžaduje medikaci. Nevyžaduje žádnou analgetickou medikaci. Pacientka si sama dokáže vyměnit stomický sáček a ošetřit okolí stomie. Vzhledem ke včerejší edukaci o možnostech stomických pomůcek, je pacientka v péči o stomii objektivně klidnější. Operační rána se hojí per primam, bez sekrece, okolí rány klidné. Dle ordinace lékaře kryta tekutým obvazem – Novikov. V 18 h aplikován Zibor 2500IU s.c. jako prevence TEN. V 18 h VAS 3 – podán Paralen 500 mg 1 tbl., p.o.

Základní informace o pacientovi	
Hlavní diagnóza	Karcinom recta, T3 N1 M0 G2
Vedlejší diagnózy	nejsou přítomny
Důvod přijetí (dle klienta)	k odstranění nádoru, abych mohla dál žít
Povolání, vzdělání	SŠ, starobní důchodce
Celkový vzhled	starší, upravená, vitální paní, komunikativní, při sedu patrné bolestivé projevy, astenik
Alergie	nejuje
Oční kontakt	udržuje
Orientace v - čase	plně orientovaná
 prostoru	plně orientovaná
 osobě	plně orientovaná
i. v. vstup	není
Abnormální pohyby	nepřítomny
Poloha	aktivní
Poruchy citlivosti	nepřítomny
Kůže	fyziologická barva
Riziko dekubitů	28 (dle Nortonové), dekubitus není
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové)	najíst se 0 umýt se 0 vykoupat se 0 obléci se 0 pohybovat se 0
Kožní deriváty	stomie, operační rána
Stav operační rány	stomie s mírnou krvavou sekrecí, hojí se per primam, okolí rány klidné, anus klidný
Kůže končetin	beze změn
Zornice	izokorické
Nos	bez sekrece
Dutina ústní	chrup zdravý, zubní protéza horní
Řeč	plynulá

Fyziologické funkce	
Puls	72/minutu, pravidelný, hmatný
Krevní tlak	120/85 mm/Hg
Dýchání	17/minutu, eupnoe
Vědomí (GCS)	15 bodů
Tělesná teplota	36,6 °C
Výška	180 cm
Hmotnost	64 kg
BMI	19,8

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB			
Podpora zdraví	Můj zdravotní stav hodnotím jako: „Částečně dobrý.“		
	Abych si udržel/a zdraví: „Pracuji na zahrádce, chodím na procházky.“		
	Kouření: „Ano, 3 cigarety/denně, po dobu 40 let.“		
	Alkohol: „Ne.“		
	Nemoci, úrazy mající vliv na současný zdravotní stav: „Myslím, že mi před 7 lety byly špatně lékařem rozeznané mé obtíže, které se projevovaly stejně jako nyní před navštívením lékaře.“		
	Lékařská a ošetrovatelská nařízení dodržuji: „Důsledně.“		
	Příčiny současného onemocnění: „Nejspíš stres.“		
	Při objevení současné nemoci jsem: „Navštívila lékaře.“		
	Osobní přání týkající se postupů při léčbě a zvládnutí zdrav. stavu: „Hlavně informace o mém stavu a dalším průběhu léčby.“		
	Jiné důležité informace: Pacientka slyšela o možnosti preventivního vyšetření kolonoskopickým vyšetřením, ale nikdy předtím ji nevyužila. Vyšetření TOKS pacientka nezná.		
Výživa	Stav výživy: dle BMI v normě		
	Úbytek váhy za posledních 6 měsíců: 3 kg		
	Chut': „Nezměněná.“		
	Dieta: 1, kašovitá		
	Dietní omezení: ano, 1. den po operaci na GIT		
	Typický denní příjem jídla: snídaně, oběd, večeře		
	Přidávky: ne		
	Forma stravy: kašovitá		
	Schopnost najíst se: sama, u stolu		
	Způsob přijímání stravy: per os		
Vylučování a výměna	Porucha polykání: „Ne.“		
	Příjem tekutin za 24h: „1,5 - 2 litry čaje.“		
	Pocit žízně: „Nemám.“		
	Poranění kůže a sliznic se hojí: dobře		
	Jiné důležité informace: Před zjištěním diagnózy nikdy nedodržovala diety a nebdala na zdravý životní styl. Nyní pacientce nejvíc vyhovují nenadýmavé a nemastné potraviny z důvodu kolostomie. Od projevení nemoci pacientka nesleduje odpor k potravinám, které dříve měla ráda.		
	Způsob močení: sama na WC		
	Mikce: „Bez problému.“		
	Diuréza: neměřena		
	Příměs v moči: ne		
	Stolice: stomie		
Doba vyprazdňování stolice: „Nejčastěji 2-3 hodiny po jídle.“			
Příměš ve stolici: ne			
Zvracení: „Ne“			
Pocení, oděr: ne			
Jiné důležité informace: Léčba, kterou pacientka podstoupila, jí zatím nezpůsobovala pocity nevolnosti či zvracení.			
Aktivita a odpočinek	Cvičím: „Necvičím.“		
	Denní aktivity: „Nakupování ve městě, procházky.“		
	Volný čas trávím: „Aktivně trávím čas uklizením pokoje a pasivně si nejraději dopředu odpočinek na lůžku u TV.“		
	Spím: „Celou noc, po probuzení se cítím odpočatá.“		
	Zvyky před spaním: „Vytvěřím místnost.“		
	Léky na spánek: ne		
	Jiné důležité informace: Pacientka na sobě nepozoruje zvýšenou únavu.		
	Vnímání - pozorování	Zrak: „Bez vady.“	
		Sluch: v pořádku	
		Čich: „Bez problému.“	
Jiné důležité informace: Při radioterapii měla zarudlé DKK od kolen po kotníky a zarudlou pokožku v okolí pupku. Nejméně příjemný následek onkologické léčby pacientka udává nyní bolest po operačním výkonu.			
Vnímání sebe sama		Jsem: „Optimista, plně si v léčbě důvěřuji.“	
		Spokojenost se svým vzhledem: „Částečně spokojená.“	
		Pocity (jaké, kdy): „Úzkost, hlavně večer.“	
		Co je pomáhá odstranit: „Přítomnost rodiny.“	
		Jiné důležité informace: Před 6 měsíci pacientce zemřel syn při autonehodě.	
		Vztahy	Jsem: „Starobní důchodce.“
	Bydlím: „V domově pro důchodce.“		
	Rodinné problémy: „Ano, nedávná smrt mého syna.“		
	Reakce rodiny na onemocnění: „Zájem, ochota pomoci.“		
	Člen rodiny, který mi je nejbližší: „Syn.“		
Kontakty s lidmi: „Docela časté.“			
Chování k lidem: přátelské			
Propuštění plánované do: domov důchodců			
Péče po propuštění zajištěna: „Ošetrovatelkama v domově důchodců.“			
Jiné důležité informace: Rodina pacientku často navštěvuje v domově důchodců, na jejich návštěvu se vždy těší. Jen při vzpomínce na svoji rodinu se cítí silnější.			
Sexualita	Sexuální obtíže: „Ne.“		
	Menstruace: „Nemám, menarche ve 12 letech.“		
	Menopauza: „Od 46 let.“		
	Klimakterické obtíže: „Ne.“		
	Antikoncepce: „Ne“		
	Hormonální léčba: „Ne.“		
	Operace: „Ano, odstranění dělohy v roce 2010.“		
	Poslední preventivní gynekologická prohlídka: „Léto 2016.“		
	Samovyšetření prsu: „Ano, a chodím na mamograf 1x ročně.“		
	Jiné důležité informace: Pacientka cítí stud ohledně stomie, bojí se letního období - zápach a možnost návštěvy plaveckého bazénu.		
Zvládnutí zátěže - odolnost vůči stresu	Chování: asertivní		
	Napětí prožívám: „Často, od zjištění diagnózy a smrti syna asi tak 3x týdně.“		
	Napětí snáším: „Těžko.“		
	Co ho vyvolává: „Nemoc a smrt mého syna.“		
	Co ho snižuje: „Kouření, přítomnost rodiny.“		
	Vyrovňávám se s ním: „Chvilí mi to trvá.“		
	Stresové situace zvládám: „S podporou rodiny.“		
	Strategie zvládnutí: „Rozhovor s druhým synem nebo přítomnost vnoučat.“		
	Důležité změny mající vliv na současný psychický stav: smrt syna		
	Jiné důležité informace: Pacientka je velmi spokojena s přístupem zdravotnického personálu.		
Životní princip	Určete pořadí následující hodnot dle Vašich priorit: 2 zdraví 1 rodina 3 víra 4 práce 7 peníze 5 záliby 6 cestování		
	Životní cíle: „Uzdravit se.“		
	Spiritualní potřeby: „Je pro mě důležitá láska, naděje, víra i odpuštění.“		
	Potřebuji: „Rozhovor s lékařem.“		
	Náboženská víra je pro mne: „Důležitá hodnota.“		
	Náboženský kontakt: „Nechci.“		
	Jsem: „Katolík.“		
	Jiné důležité informace: Pacientka chce dosáhnout úplného vyléčení včetně odstranění stomie.		
	Bezpečnost, ochrana	Alergická reakce: nevyskytla se	
		Riziko infekce: operační rána	
Riziko pádu: ano			
Závrat': „Ne“			
Komfort		Bolest: „Ano.“	
		Nauzea: „Ne.“	
		Jiné důležité informace: Pacienta využívá k tlumení bolesti úlevovou polohu, sedí na nafukovacím kruhu.	
		Růst a vývoj v normě	
		Ošetrovatelské problémy:	
		akutní bolest (operační rána)	svůj stav hodnotí jako částečně dobrý
	nespokojena se svým vzhledem (stomie)	úzkost	
	dieta (po operaci na GIT)	riziko pádu (věk, medikace)	
	riziko infekce (operační rána)	kouření	

Doména	Třída	Kód	Zvažovaná ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory	Přijetí/Nepřijetí OD
12. Komfort	1. Tělesný komfort	00132	Akutní bolest	vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (VAS)	fyzikální původci zranění (operace)	ano
6. Sebepercepce	3. Obraz těla	00118	Narušený obraz těla	strach z reakce jiných, změněný pohled na vlastní tělo (vzhled)	léčba, operace, změna tělesné funkce (operace), alterace vnímání sebe sama, onemocnění	ano
9. Tolerance/ zvládnání zátěže	2. Reakce na zvládnání zátěže	00137	Chronický smutek	pocit, který narušuje well being, převažující negativní pocity	smrt blízké osoby, chronické onemocnění	ano
11. Bezpečnost a ochrana	1. Infekce	00004	Riziko infekce		změněná peristaltika, změna integrity kůže, kouření	ano
2. Výživa	1. Příjem potravy	00163	Snaha zlepšit výživu	vyjadřuje touhu zlepšit výživu		ano

Kód	Očekávaný výsledek/cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení oš. Péče studentem a pacientem/klientem
00132	<ul style="list-style-type: none"> - U pacientky dojde ke snížení bolesti na škále VAS ze 6 na VAS 4 do 3 dnů. - Pacientka si bude schopna vyhledat úlevovou polohu do druhého dne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplikuj léky dle OL. - Sleduj projevy bolesti á 3 h dle VAS škály. - Sleduj a zapisuj VAS po aplikaci analgetik (po 1. a 2. hodině). - Pomoz pacientce vyhledat úlevovou polohu, zajisti kruh na sezení. - Informuj lékaře při přetrvávající bolesti po aplikaci medikace a konzultuj s ním gramáž analgetik. 	<ul style="list-style-type: none"> - U pacientky došlo po aplikaci analgetik ke snížení bolesti z VAS 7 na VAS 3 do 2 dnů. - Pacientka umí vyhledat úlevovou polohu na levém boku, sedí pouze na molitanovém kruhu, který si chválí.
00118	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka bude zvládat sama péči o výpustný sáček, dvoudílný systém a stomii do 3 dnů. - U pacientky se zmírní obavy a nejistota ze života se stomií do 3 dnů. - Pacientka bude poučena v péči o ránu do druhého dne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seznam pacientku s pomůckami pro výměnu stomie, včetně filtrů absorbujících zápach - Vysvětlí princip jednoduchého a dvojdielného systému. - Zdůrazní možnost vstupu do plaveckého bazénu se stonickým sáčkem. - Pouč pacientku o promazávání jizvy a návštěvě lékaře k odstranění stehů za 10 dní. - Pouč pacientku o zápisu doby vyprazdňování, pro lepší orientaci v plánování aktivit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka si po 3 dnech zvládne pečovat o stomii, dokáže vypustit sáček. - Pacientka udává a je i viditelný pokrok ve vnímání stomie jako součásti jejího těla. - Pacientku uklidnila edukace ohledně variability sáčku a možnosti nadále využívat plavecký bazén. - Pacientka byla poučena v péči o ránu druhý den hospitalizace, v domácím prostředí si chce jizvu promazávat sádlem.
00137	<ul style="list-style-type: none"> - U pacientky dojde ke snížení negativních pocitů ohledně onemocnění do tří dnů. - Pacientce budou dle jejího přání sdělovány informace ohledně jejího stavu každý den po dobu hospitalizace. - Pacientka bude cítit oporu v personálu a nebude se bát mluvit o svých pocitech do druhého dne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivuj pacientku k síle v uzdravování (např. vyhledejte motivující cíl). - Dej pacientce najevo zájem o její problémy a emoce. - Aktivně naslouchej. - Informuj lékaře v případě pacientových nejasností v léčbě či nemoci. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka je během dne při kontaktu s personálem usměvavá, těší jí zejména snižující se bolestivé projevy. - Pacientka nebyla příliš spokojena s podáváním informací během velkých vizit. - S personálem sester je spokojena, nebojí se promluvit o svých problémech a pocitech.
00004	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka nebude využívat kouření pro uvolnění od negativních emocí po dobu péče a bude tak poučena i do domácího prostředí do 2 dnů. - U pacientky nedojde ke vzniku infekce po dobu hospitalizace. - Operační rána bude převazována dle potřeby minimálně jednou denně, dle aseptických postupů po dobu péče. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vyhledej s pacientkou jiné aktivity pro uvolnění negativních emocí, namísto kouření. - Dotazuj se a pozoruj výskyt negativních emocí u pacientky. - Pomoc pacientce negativní emoce eliminovat aktivním nasloucháním. - Pravidelně převazuj operační ránu a stomii za aseptických postupů. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka dokáže mluvit o svých pocitech s personálem. - Udává, že má chuť na cigaretu, ale zatím (3.den) si nezakouřila. - Operační rána byla pravidelně převazována, hojí se per primam, nekrváčí, bez sekrece.
10063	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka bude reedukována o vhodných potravinách, nezpůsobujících problémy s vylučováním, či zápach ze stonického sáčku do 2 dnů. - Pacientka bude informována o rizikovém stravování v závislosti na vzniku kolorektálního karcinomu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dones pacientce informační letáčky pro stomiky. - konzultuj s pacientkou vhodné potraviny nezpůsobující zápach ze stonického sáčku (brusinky, petržel, bílý jogurt), či nezpůsobující plynatost (ne čerstvé pečivo, luštěniny). - Edukuj pacientku o vyvážené stravě a vhodnosti vyššího poměru rostlinných produktů nad živočišnými. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka udává, že si je jista ve vhodném stravování vzhledem k životu se stomií. - Pacientka dokáže vyjmenovat složky potravy rizikové pro výskyt kolorektálního karcinomu.

MEDIKACE		
Perorální	Parenterální	Enterální
Helicid 20mg tbl. 1-0-1 (antacida)	Zibor 2500IU s.c. v 18 h (nízkomolekulární Antikoagulancia)	
Paralen 500mg tbl. p.o. při VAS 3-5 nebo TT nad 38 °C á 6 h (analgetika, antipyretika)	Dolsin inj. 5 % 50mg i.m. v 8 h a 21 h při VAS nad 7 (opiát)	
	Novalgin 1 g i.m. při VAS 6- 7 á 8 h (analgetika)	
	Degan 10mg inj. i.m. při nauzee či zvracení á 8 h (antiemetika)	

VYŠETŘOVACÍ METODY	
MR 28.11. 2016	V dolním rektu postižení dorzálně vpravo, délka nejméně 29 mm, infiltrace svěrače v délce 15 mm a zasahuje i do análního kanálu.
CT břicha 30.11. 2016	meta proces neprokázán
Histologie 11.1. 2017	středně diferencovaný adenocarcinom, S-CEA: 1,1, S-C199: 4,4
MR 6.3. 2017	Kontrola po předoperačním ozáření malé pánve - pro průjem ukončeno. S porovnáním velikosti MR z listopadu 2016 je tumor o cca 1/4 menší.

5. DISKUZE

V praktické části byly zpracovány čtyři kazuistiky a plány ošetrovatelské péče u pacientů s diagnózou kolorektálního karcinomu. Jako předloha kazuistiky byla použita ošetrovatelská dokumentace vytvořená FZS UPCE, kterou studenti využívají na praxích a dle potřeb upravena či doplněna o pro nás důležité informace. V plánování péče byla využita kniha Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015–2017 NANDA International. Potřebné informace k vytvoření plánu péče a vyhledání ošetrovatelských problémů byly získány metodou rozhovoru s pacientem, pozorováním pacienta, sběrem dat ze sesterské dokumentace a zpracováním údajů z lékařské dokumentace. Na základě sebraných informací byly zmapovány problematické oblasti a s následnou pomocí již zmiňované knihy vytvořeny aktuální, potencionální a podporující ošetrovatelské diagnózy.

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patřily: riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného nitrožilního portu, bolest ať už akutní z důvodu operační rány či chronická, riziko pádu, neefektivní ochrana, snaha zlepšit management zdraví a samozřejmě i diagnóza zaměřená na psychickou oblast, která je u každého jiná z důvodu individuálních pocitů.

Porovnání výsledků jednotlivých domén pacientů:

Podpora zdraví – V této oblasti Pacienti č.1, 2, 4 přisuzují vznik svého onemocnění nadměrnému působení stresu ze své minulosti. Pacient č.3 se domnívá, že by jeho onemocnění mohlo vzniknout na genetickém podkladu. Při objevení problémů navštívili všichni pacienti svého obvodního lékaře. Pouze pacient č.2 žádné obtíže neměl a jeho onemocnění bylo diagnostikováno na podkladu preventivního kolonoskopického vyšetření doporučené praktickým lékařem při preventivní prohlídce. Do této oblasti jsme přidaly dvě otázky, které měly za úkol získat informace o povědomí pacientů ohledně screeningového vyšetření. Všichni pacienti se ve svých odpovědích shodují, že se o preventivním vyšetření na kolorektální karcinom dozvěděly od svého praktického lékaře, z toho dva pacienti využili možnosti TOKS s negativním výsledkem. Kolonoskopii pacienti podstoupili až jako diagnostickou metodu při objevení problémů. Vzhledem k adresnému zvaní občanů v roce 2014 ke screeningovému vyšetření, kdy bylo pozváno 525 225 lidí (Májek, 2015), ani jeden z pacientů neuvádí obdržení této pozvánky. Vyjma jednoho muže, který věkovou hranici 70 let, pro pozvání, překročil.

Výživa – Všichni pacienti byli v oblasti BMI v ideálním stavu výživy, za posledních 6 měsíců u nich nebyl větší váhový úbytek než 3 kg. U pacienta č. 3 byl váhový úbytek 3 kg/3 měsíce. Dva pacienti, hospitalizovaní na onkologickém oddělení byli dvakrát týdně váženi, hodnota zapisována a sledována. Pacientka na chirurgickém oddělení byla zvážena pouze při příjmu na oddělení. Ambulantně docházející pacient byl poučen o pravidelném vážení, hodnocení a zapisování své váhy. Všichni pacienti se snaží pravidelně stravovat. Dle prof. Vorlíčka je v průběhu chemoterapie výživa velmi důležitá. Pacienti mnohem lépe snášejí nežádoucí účinky chemoterapie a lépe bojují s infekcemi, pokud dokáží dobře jíst. (Vorlíček, 2013, s. 27) Pacienti bez výjimky uvedli, že před zjištěním diagnózy se nikdy neomezovali v konzumaci červeného, pečeného, smaženého či grilovaného masa, které jsou podle profesora Vorlíčka rizikovým faktorem vzniku karcinomu kolorekta. (Vorlíček, 2012, s. 279) Zde zmíníme výsledek dotazníkového šetření diplomové práce Bc. Dolénkové, 2013, která uvedla častou konzumaci červeného masa u 51 % z celkového počtu 220 dospělých respondentů a 40 % z celkového počtu 123 adolescentů. Z rozhovoru s pacienty jsme se dozvěděly, že byli dostatečně poučeni o dodržování životosprávy, vhodném stravování a rizikových faktorech. Nyní všichni pacienti konstatují, že došlo jejich spontánním rozhodnutím ke změně složení jídelníčku, jsou zastoupeny převážně rostlinné tuky a významné místo má v konzumaci zelenina a ovoce.

Výměna a vylučování – Žádný z pacientů neměl problémy s vyprazdňováním moči, se stolicí tomu tak bylo ve třech případech. Dva pacienti, kteří v té době podstupovali cytostatickou a biologickou léčbu mají v ošetrovatelských diagnózách problém charakteristický průjmovitou stolicí v souvislosti s léčbou. Průjem ve svém článku prof. Vorlíček neuvádí jako jeden z nejčastějších vedlejších účinků cytostatické léčby. (Vorlíček, 2013) Z výsledků diplomové práce Bc. Holomové, 2010 se dozvídáme, že právě průjem byl nejčastějším nežádoucím účinkem biologické terapie u 13 z 56 respondentů. Oba pacienti uvedli spokojenost se zájmem ošetrovatelského personálu o okamžité řešení tohoto problému. Pacientka č. 4 má v souvislosti s léčbou vyšitou trvalou kolostomii z důvodu manifestované poruchy střevního vyprázdnění, která je jednou z možných intervencí. (Zachová et al., 2012) Pacient č.2 na biologické léčbě neuvádí pocity nauzey, ani zvracení, oproti pacientce č.1 s cytostatickou léčbou.

Aktivita a odpočinek – Ze sběru dat jsem u žádného pacienta nedokumentovala nedostatek zájmových aktivit. Pocit únavy uvádí pacientka č.1 na cytostatické léčbě, často pospává v odpoledních hodinách a spí celou noc. Tento projev podle článku Mgr. Burkertové je v 60-80 % jeden z nejčastějších nežádoucích projevů chemoterapie. (Burkertová, 2007)

Vnímání – poznávání – U jednoho pacienta je díky této oblasti vyhodnoceno riziko pádu z důvodu zhoršeného zraku na pravém i levém oku, který pacient kompenzuje brýlemi. Pacient byl dostatečně poučen, seznámen se signalizací a za dobu pobytu nedošlo ke vzniku pádu.

Vnímání sebe sama – Tuto oblast jsem si doplnila o informaci, který následek onkologické léčby byl pacientům nejméně příjemný. Pacientka č.1 uvádí jako nejméně příjemný následek onkologické léčby vznik neuropatie, kvůli které musí nosit rukavice nejen v zimních mrazivých měsících, ale i při manipulaci s potravinami v mrazicím boxu. Pacient č.2 uvádí vznik mírného akneiformního exantému, vřidků po hrudi, horních končetinách a nepříjemného pocitu svědění. Dále uvádí, i když ne tolik nepříjemnou, změnu kvalitu vlasů (řídnutí, vlnění) a růst řas, které mu manželka doma zastříhuje. Dle Krajsové je tento projev přisuzován účinnosti biologické léčby. (Krajsová, 2006) Pacient č.3 uvádí jako největší nepříjemnost každodenní docházení do nemocnice k ozařování. Poslední pacientka č.4 uvádí jako nejhorší následek momentální bolest po operaci, která je dle ní vždy dobře tlumena analgetiky.

Vztahy – Pacienti bez výjimky uvedli, že rodina jim je v době nemoci, ale i mimo ni, velkou oporou a díky nim se cítí silnější a mají větší vůli porazit nemoc. Pacientka č.4 udává rodinné problémy, z důvodu nečekané smrti svého syna před 6 měsíci.

Sexualita – Odchyłka v této oblasti byla zjištěna u pacienta č.2, který konstatoval poruchu erekce. Toto téma považuje pacient za dostatečně prokonzultované se svojí přítelkyní a dle jeho názoru mu již nepůsobí pocity méněcennosti v sexuální oblasti. Pacientka č.4 má strach z odhalení svého těla z důvodu vyšíte kolostomie. V tomto ohledu proběhla edukace v možnostech stomických sáčků se kterými může chodit do oblíbeného plaveckého bazénu a filtru, který zamezuje úniku zápachu ze sáčku.

Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu – Pacientka č.1 uvádí pocity napětí v době obtíží spojených s cytostatickou léčbou, zvládá je rychle za pomoci relaxace a rozhovoru s rodinnými příslušníky, kteří jí dodají sílu. Pacient č.2 vystupoval s velmi přátelským postojem k mé osobě. Pocity napětí uvádí večer před nástupem do nemocnice, zvládá je lehce, pomáhá mu pobyt v přírodě v jeho soukromém lese. Pacient č.3 prožívá pocity napětí v souvislosti s onemocněním, má strach z budoucna. Vypořádání se s napětím mu chvíli trvá, pomáhá mu rozhovor s lékařem a myšlenka, že je možnost úspěšné léčby. Pacientka č.4 prožívá dle rozhovoru napětí zhruba 3x týdně, důvodem tohoto pocitu je nedávná smrt jejího syna a její onemocnění. Dle pacientky se s napětím vyrovnává těžko, pomáhá jí v tom kouření

a přítomnost druhého syna s vnoučaty. V doplňující otázce zajímavější se o dostatečný zájem ze strany zdravotnických pracovníků o pacientovu osobu, byla sledována jedna negativní odchylka od pacientky č.4, která nebyla spokojena s podáváním informací během vizity od lékařů. Ostatní pacienti uvádí spokojenost ohledně péče, které se jim v nemocničním prostředí dostává.

Životní princip – Do této oblasti byla vložena otázka na aktuální cíl, čeho by chtěl pacient momentálně dosáhnout. Výsledkem nám byly stejné a na začátku již zcela předvídatelné odpovědi. Každý z pacientů si přál být zase zdravý.

Bezpečnost – ochrana – Alergická reakce se v minulosti vyskytla pouze u pacienta č.2, byla spojená s aplikací biologické léčby. Alergen byl řádně zapsán v ošetrovatelské dokumentaci a na přehledové tabuli s lůžky pacientů. Riziko infekce bylo hodnoceno u pacienta č.1,2, kteří mají zavedený venózní port, péče o něj probíhala dle metodického plánu oddělení. Toho času u obou pacientů Maddon 0.

Komfort – Pacientce č.4 byla určena ošetrovatelská diagnóza jako bolest akutní z důvodu operační rány. Zejména jí bolel sed, proto jí byl doporučen sed na molitanovém kruhu, který si velmi pochvalovala. Projevy bolesti byly u pacientky v pravidelných intervalech sledovány, zapisovány a v případě potřeby tlumeny analgetiky. U Pacientky č.1 se objevovala bolest chronická, která byla mimo jiné způsobena přítomností průjmu, do tří dnů došlo ke snížení bolesti. V domácím prostředí využívá alternativních metod k tlumení bolesti v oblasti podbřišku. Domů k ní dochází léčitel, který jí masíruje a konzultuje s ní vhodnou stravu.

Růst a vývoj – V této oblasti nebyly sledovány žádné abnormality. V oblasti onkologie je narušen vývoj zejména u dětí, které strádají hlavně z důvodu dlouhodobého pobytu v nemocnici, omezeného kontaktu s rodiči či kamarády a nemožností dodržení běžné školní docházky. (Hrdličková, 2017)

6. ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelské problémy pacientů s různými typy léčby kolorektálního karcinomu na onkologickém a chirurgickém oddělení zdravotnického zařízení krajského typu. Ošetrovatelské problémy jsem na základě rozhovoru s pacienty vyhledávala pomocí ošetrovatelské dokumentace – kazuistik. Výsledky byly zpracovány a prezentovány v tabulkách.

Ve výzkumném souboru bylo zastoupení dvou mužů a dvou žen, z nichž diagnóza jedné ženy byla karcinom sigmoidea a ostatní tři pacienti měli diagnostikovaný karcinom rekta.

Pro konstatování pozitivních či negativních závěrů čtyř typů terapie kolorektálního karcinomu, byl vzorek respondentů příliš malý. Mohu pouze říct, že každý typ léčby má své specifické nepříjemné problémy, které je potřeba řešit, jak jsem ve své praktické části prezentovala. Všechny vyhledané ošetrovatelské problémy pacientů se shodují s literaturou. Ale i přes vznik nežádoucích účinků terapie, které jsou mnohdy projevem její účinnosti (např. vznik akneiformního exantému u biologické léčby) je nastavena tak, aby došlo k zastavení růstu, zmenšení nádorového bujení či úplnému vyléčení.

Při studiu pracuji na neurologickém oddělení, občas se stává, že jsou k nám hospitalizováni onkologičtí pacienti pro vznik neuropatií. Ptala jsem se svých kolegyně a zjistila, že větší část z nich by neuměla o intravenózní port pečovat či z něho odebrat krev. Proto jsem se rozhodla vzhledem k získaným informacím, vytvořit Ošetrovatelský manuál v péči o i.v. port. Jeho využití bylo myšleno pro sestry pracující mimo onkologická oddělení a sepsáno tak, aby jednotlivým postupům v péči rozuměly. (Příloha č. 12)

Závěrem bych se chtěla zmínit o pro mě velmi milém překvapení ze strany pacientů, zařazených do výzkumného vzorku, kteří byli příjemní, ochotní spolupracovat, a to i přes jejich momentální problémy způsobené onkologickou terapií. Mají můj velký obdiv. Takový výsledek bych možná mohla prisuzovat k faktu, že jsem pracovala s pacienty, kteří svoji diagnózu již nějakou chvíli znali a mohli se již s myšlenkou na svoji diagnózu v rámci možností vypořádat, našli si nové hodnoty a cíle, a možná proto nikdo z nich neodpověděl zcela záporně na otázku ohledně hodnocení jejich momentálního zdravotního stavu. I přesto byl možný sledovat rozdíl při hodnocení svého zdravotního stavu u pacienta, kterému byl karcinom rekta diagnostikován v listopadu 2016, oproti druhému pacientovi, kterému byl diagnostikován již v roce 2014. První pacient hodnotil svůj stav jako narušený a byl značně rozrušený při myšlence na další průběh

léčby. Zatímco druhý pacient působil dojmem velmi vyrovnaného člověka, plného síly, motivace a také svůj zdravotní stav hodnotil jako dobrý.

Při praxi na onkologickém oddělení, kde jsem výzkum prováděla, jsem byla velmi překvapena kvalitou a odborností poskytované ošetrovatelské péče zdravotními sestrami. A vzhledem k minulé praxi a zkušenostmi z Masarykova onkologického ústavu v Brně si myslím, že se výše zmiňované oddělení může s tímto známým onkologickým ústavem v ošetrovatelské péči rovnat.

V budoucnu, v rámci dalšího studia, by bylo bezesporu vhodné praktickou část věnovat pouze pacientům s jedním typem onkologické léčby kolorektálního karcinomu. Vzhledem k aktuálnosti, bych zvolila léčbu biologickou, která je moderním a stále se rozvíjejícím typem onkologické léčby. Určitě by též bylo vhodné v další práci přinést populaci více do povědomí důležitost screeningového programu, např. edukačním materiálem v podobě plakátu či webových stránek. Své rodiče a nejbližší okolí jsem již touto prací inspirovala.

Motto:

„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“

Menandros

7. VLOŽENÉ OBJEKTY

Tabulka 1 TNM klasifikace nádoru

T (tumor) - primární nádor		
	TX	primární nádor není možno zhodnotit
	T0	žádná informace o přítomnosti primárního nádoru
	Tis	carcinoma in situ
	T1-T4	postupně se zvětšující nádor
N (nodus) - regionální uzliny		
	NX	regionální uzliny nelze posoudit (neprovedena dostatečná vyšetření)
	N0	regionální uzliny nepostiženy
	N1-N3	postupně se zvětšující postižení regionálních uzlin
M (metastáza) - vzdálené metastázy		
	MX	vzdálené metastázy nelze zhodnotit (neprovedena dostatečná vyšetření)
	M0	žádné vzdálené metastázy
	M1	vzdálené metastázy přítomné

Tabulka 2 Postoje pacienta k onkologické nemoci

postoj	pojetí nemoci
normální	přiměřená adaptace
bagatelizující	podcenění závažnosti nemoci, podcenění zdraví, přecenění svých možností, příčinou tohoto postoje je někdy strach
repudiační	odmítnutí existence nemoci, nevědomá disimulace nemoci
disimulační	vědomě zlehčuje své obtíže (příčina: finance, ztráta zaměstnání)
nozofobní	nepřiměřená obava, dožadování se opakovaného vyšetření (např. kancerofobie, kardiofobie)
hypochondrický	představa vážné nemoci, podléhá potížím
nozofilní	uspokojení z nemoci, nemusí plnit povinnosti a vyžaduje ohledy
účelový	vystupňovaný nozofilní stav, únik z neřešitelné situace

Tabulka 3 Doporučení ACS z roku 2009 pro preventivní kontroly u bezpříznakových osob s průměrným rizikem vzniku karcinomu tlustého střeva

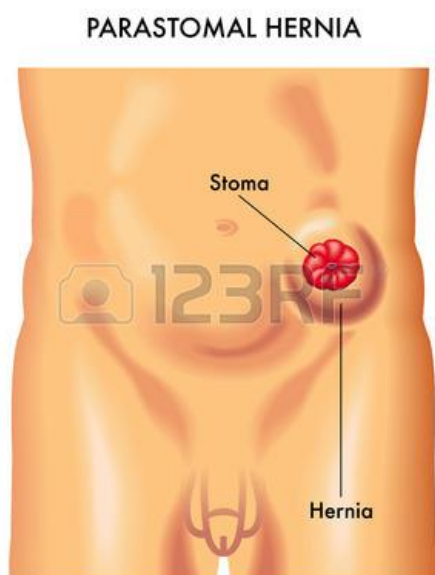
Typ nádoru	Doporučená populační skupina pro preventivní kontroly	Způsob preventivní kontroly	Intervaly či frekvence kontrol
Karcinom tlustého střeva	Muži a ženy starší 50 let	validovaný test na okultní krvácení nebo imunochemický test se senzitivitou pro záchyt nádoru alespoň 50%	v intervalu 1 roku doplněné sigmoideoskopií
		test na DNA ve stolici	optimální interval není známý, začíná se ve věku 50 let
		flexibilní sigmoidoskopie	v 5 letých intervalech od 50 let
		kombinace testu na okultní krvácení nebo imunochemického testu a flexibilní sigmoidoskopie	testy ze stolice jednou ročně, sigmoidoskopie v 5 letých intervalech od 50 let
		dvoukontrastní irigografie	v 5 letých intervalech od 50 let
		kolonoskopie	v 10 letých intervalech od 50 let
		virtuální kolonoskopie pomocí CT	v 5 letých intervalech od 50 let

Tabulka 4 Základní charakteristiky kožních reakcí, 2006

Základní charakteristiky kožních reakcí		
Typ kožní reakce	doba vzniku (týdny od zahájení léčby)	četnost postižení (% léčených pacientů)
akneiformní exantém	1 až 3	40 až 90
xeróza, ekzém	3 až 6	30 až 40
paronychia	8 až 10	10
změna vlasů	více než 10	méně než 10



Obrázek 1 Vyšití kolostomie v oblasti sigmoidea
zdroj: <http://www.ilco.cz/cojestoma.php>



Obrázek 2 Komplikace stomie - parastomální kýla

Zdroj: https://www.google.cz/search?q=parastom%C3%A1ln%C3%AD+k%C3%BDla&biw=1366&bih=662&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjg6LP70Y_SAhXFDpoKHQpxAQ0Q_AUIBigB&dpr=1#imgrc=QOs3mQJRvHEiMM:



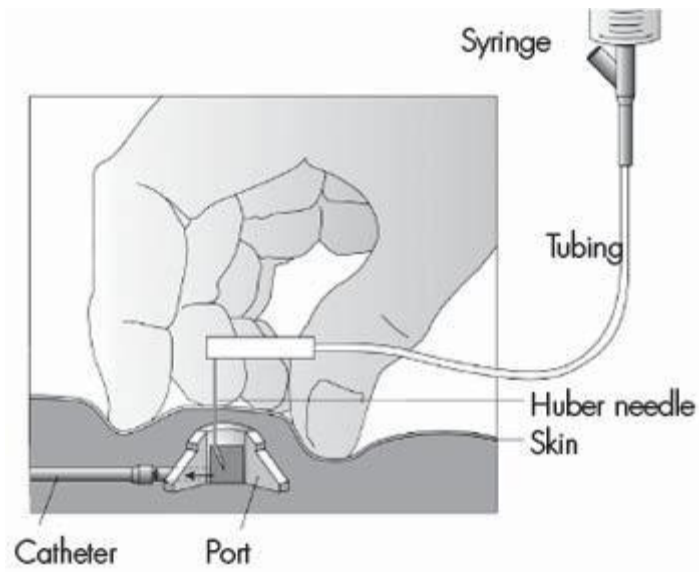
Obrázek 3 Kýlní pás při parastomické kýle se stomickým sáčkem

Zdroj: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/problematika-parastomalnich-kyl-447356>




Obrázek 4 Pomůcky k napíchnutí portu a odběru krve

Zdroj: vlastní



Obrázek 5 Zavedení Huberovy jehly do portu

Zdroj: https://www.google.cz/search?q=port&rlz=1C1CAFA_enCZ726CZ726&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUK Ewjcn8LMmZbUAhXChywKHQIHBIIQ_AUICigB&biw=1366&bih=662#tbn=isch&q=zaveden%C3%AD+intraven%C3%B3zn%C3%AD+port&imgc=ki3m9i6agxDa8M:


 Nemocnice Pardubického kraje a.s.
 Pardubická nemocnice
 Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

PRŮKAZ NOSITELE PORTU

Identifikační štítek pacienta:
 Číslo průkazu:

Datum zavedení port systému: 15. 2. 12

Zavedl lékař/ka:

Informace o implantátu
 vyplňuje zavádějící lékař

Heparinová údržba	ANO	<input checked="" type="radio"/> NE
Kompatibilita s MR	ANO	<input type="radio"/> NE
Vysokoprůtokový/CT port	ANO	<input type="radio"/> NE
Šarže (lot)		

Extrakce stehů dne:

Provedl lékař/ka:

Obrázek 6 Průkaz nositele portu

Zdroj: vlastní

Datum zahájení/ukončení	Použití portu (vyberte)	Možnost aspirace	Možnost aplikace	Heparinová zátka	Ořísk jmenovky zdravotnického pracovníka, podpis
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> proplach portu <input type="checkbox"/> odběry krve <input type="checkbox"/> transfuze <input type="checkbox"/> infuzní terapie, ATB léčba, chemoterapie jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

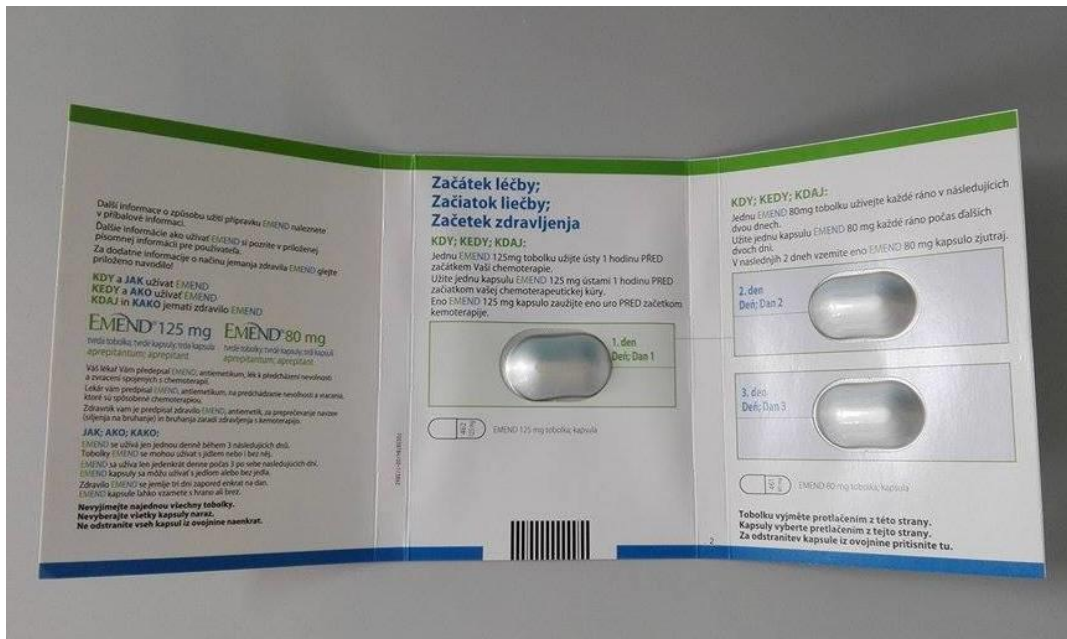
Obrázek 7 Průkaz nositele portu, záznam výkonů

Zdroj: vlastní



Obrázek 8 Cytostatická léčiva naředěná v centrální přípravně

Zdroj: vlastní



Obrázek 9 Antiemetikum Emend, jeho účinek kladně hodnocený sestrami i pacienty vybraného oddělení MOÚ Brno

Zdroj: vlastní



Obrázek 10 Akneiformní exantém po biologické léčbě

Zdroj: http://referatovyvyber.cz/dermatovenerologie/index.php?option=com_k2&view=item&id=12822:papulopustul%C3%B3zn%C3%AD-exant%C3%A9m-po-panitumumabu&Itemid=68

8. BIBLIOGRAFIE

- 1) **ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK.** *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
- 2) **BURKERTOVÁ Hana.** *Ošetrovatelská péče u onkologicky nemocných s únavou (fatigue)*. [online]. [cit. 2017-01-02]. Dostupný z <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/1266/>
- 3) **Cleveland Clinic.** *How to cope with High-Dose chemo and radiation therapy side effects*. 2011. [online]. [cit. 2017-02-07]. Dostupný z <http://my.clevelandclinic.org/health/articles/how-to-cope-with-high-dose-chemo-radiation-therapy-side-effects>
- 4) **ConvaTec.** *Časopis Radim*. 2017. [online]. [cit. 2017-02-012]. Dostupný z <http://www.convatec.cz/stomie/radim-casopis>
- 5) **DOSTÁLOVÁ, Olga.** *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5706-3.
- 6) **DUŠEK Ladislav, MUŽÍK Jan, KUBÁSEK Miroslav, KOPTÍKOVÁ Jana, ŽALOUDÍK Jan, VYZULA Rostislav.** *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2016-12-29]. Dostupný z <http://www.svod.cz/?sec=aktuality&id=60> Verze 7.0 [2007], ISSN 1802 – 8861.
- 7) **FÍNEK Jindřich.** *Aflibercept v léčbě kolorektálního karcinomu*. 2015. [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupný z <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2015/4-2015/Aflibercept-v-lecbe-metastatickeho-kolorektalniho-karcinomu/e-1Nn-1Tv-1UW.magarticle.aspx>
- 8) **GREGOR Jan a kolektiv.** *Epidemiologie kolorektálního karcinomu v České republice 2017*. [online]. [cit. 2017-04-015]. Dostupný z <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-cr>
- 9) **HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed kol..** *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

- 10) **HRDLIČKOVÁ, Lucie.** *Nádorová onemocnění u dětí.* 2017. [online]. [cit. 2017-06-06]. Dostupný z <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevyhodnenim/nadorova-onemocneni-u-deti.shtml>
- 11) **Institut biostatistiky a analýz.** *Onkologická zátěž v ČR: Srovnání s Evropou a se světem.* 2014. [online]. [cit. 2017-02-012]. Dostupný z <http://www.onconet.cz/index.php?pg=aktuality&aid=970>
- 12) **JOUKALOVÁ Zuzana,** *Úspěchy našich preventivních programů.* [online]. [cit. 2017-09-02]. Dostupný z <https://www.mou.cz/uspechy-nasich-preventivnich-programu/t4555>
- 13) **JOULAIN F.** *Mean overal survival gain with aflibercept plus FOLFIRI vs Placebo plus FOLFIRI in patients with previously treated metastatic colorectal cancer.* 2013. [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupný z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3790175/>
- 14) **KLENER, Pavel.** *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2808-7.
- 15) **KRAJSOVÁ Ivana.** *Kožní projevy cílené léčby nádoru.* [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupný z <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2006/4-2006/Kozni-projevy-cilene-lecby-nadoru/e-9o-9S-gy.magarticle.aspx>
- 16) **KRÁL Jan, SLYŠKOVÁ Jana, VODIČKA Pavel, ŠPIČÁK Julius.** *Molekulární genetiky kolorektálního karcinomu* [online]. *Klinická onkologie*, [2016], [cit. 2016-06-29]. Dostupný z <http://www.linkos.cz/casopisklinickaonkologie/hledaniclanku/skupina/a/zobrazit/ids/5095/>
- 17) **KŘEMEN Jaromír, KŘÍŽOVÁ Jarmila, KOTRLÍKOVÁ Eva.** *Nutriční podpora u onkologicky nemocných.* [online]. [cit. 2017-01-02]. Dostupný z <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/nutricni-podpora-u-onkologicky-nemocnych-461328>
- 18) **LABUDÍKOVÁ Monika,** et al. *Pro sestry: Intravenózní implantabilní porty v hematoonkologii. Medicína pro praxi* [online]. 2009, r. 6, č. 5, s. 281-283. ISSN 1803-5310. cit. 2017-02-01. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/14.pdf>
- 19) **MÁJEK, Ondřej.** *Výsledky adresného zvaní českých občanů do programů screeningu zhoubných nádorů.* 2015. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2016. [cit. 2016-11-03]. Dostupný z <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--vysledky--vysledky-adresneho-zvani>. ISSN 1804-0888. Verze 1.6f.

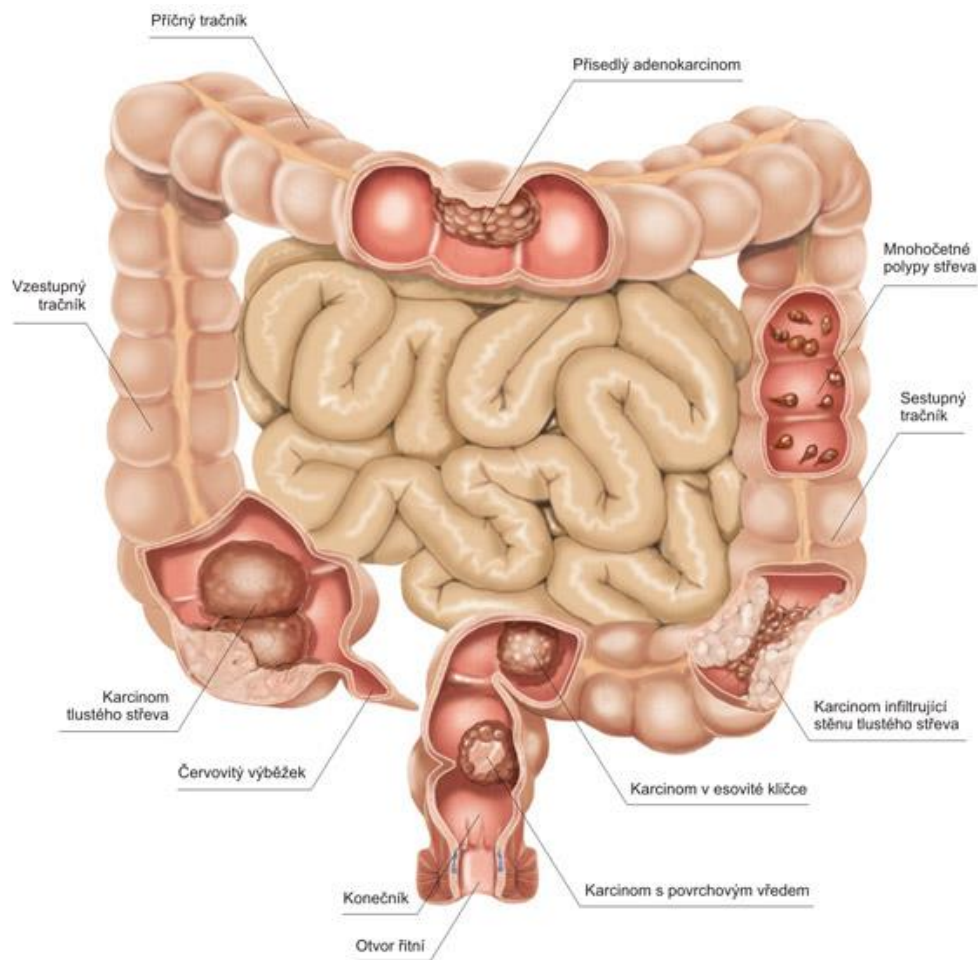
- 20) **MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ.** *Kapitoly z ošetrovateľskej péče.* Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1443-4.
- 21) **MUŽÍK Jan a kolektiv.** *Epidemiologie kolorektálního karcinomu v krajích České republiky 2017.* [online]. [cit. 2017-04-015]. Dostupný z <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-krajich-ceske-republiky>
- 22) **NANDA International.** *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification.* 2017. [online]. [cit. 2017-02-012]. Dostupný z <http://www.nanda.org/nanda-international-nursing-diagnoses-definitions-and-classification.html>
- 23) **NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA.** *Přehled anatomie.* 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-612-0.
- 24) **NOVÁKOVÁ Martina, BÉMOVÁ Hana, HANČL Jan.** *Práce sestry s intravenózním portem při aplikaci chemoterapie* [online]. [cit. 2017-01-02]. Dostupný z <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prace-sestry-s-intravenoznim-portem-pri-aplikaci-chemoterapie-273995>
- 25) **PAHWA Manisha et al.** *Sedentary work and the risks of colon and rectal cancer by anatomical sub-site in the Canadian census health and environment cohort (CanCHEC).* 2017. [online]. [cit. 2017-06-025]. Dostupný z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28651179>
- 26) **PONTI Antonio et al.** *Cancer screening in the European Union (2017).* 2017. [online]. [cit. 2017-02-07]. Dostupný z https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf
- 27) **POSPÍŠILOVÁ, Blanka a Olga PROCHÁZKOVÁ.** *Anatomie pro bakaláře I: obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové.* Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010. ISBN 978-80-7372-675-1.
- 28) **SAMSON Michal.** *Časopis Sestra* č. 4/2014, ročník 24. MK ČR E 15721. ISSN 1210-0404
- 29) **SKOKANCOVÁ Gabriela,** *Bezproblémové ošetřování stomie.* [online]. [cit. 2017-09-02]. Dostupný z <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bezproblemovye-osetrovani-stomie-450447>
- 30) **ŠTĚPÁNEK Martin.** *Braunoviny BBraun.* 2014. [online]. [cit. 2017-02-012]. Dostupný z <http://braunoviny.bbraun.cz/implantabilni-porty-celsite-nejen-v-onkologii>

- 31) **TOMÍŠKA Miroslav**. *Výživa onkologicky nemocného* [online]. [cit. 2017-01-02]. 2010. Dostupný z <http://www.linkos.cz/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/>
- 32) **VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ**. *Paliativní péče v onkologii*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.
- 33) **VORLÍČEK Jiří, ADAM Zdeněk, VORLÍČKOVÁ Hilda**. *Nežádoucí účinky chemoterapie*. 2013. [online]. [cit. 2017-02-07]. Dostupný z <http://www.linkos.cz/rady-pro-nemocne-leceni-chemoterapii-1/nezadouci-ucinky-chemoterapie/>
- 34) **VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ**. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
- 35) **VORLÍČEK, Jiří**. *Chemoterapie a vy: rady pro nemocné léčené chemoterapií*. 5., přeprac. a dopl. vyd., 2. vyd. [v] Medical Tribune CZ. Praha: Masarykův onkologický ústav Brno ve spolupráci se společností TevaPharmaceuticals CR a s nakl. Medical Tribune CZ, 2013. ISBN 978-80-87135-51-8.
- 36) **VYZULA Rostislav a kolektiv**. *Modrá kniha České onkologické společnosti: 23. aktualizace*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2017. [online]. [cit. 2017-04-010]. Dostupný z <http://www.linkos.cz/files/modra-kniha/16.pdf>
- 37) **VYZULA, Rostislav a Jan ŽALOUDÍK**. *Rakovina tlustého střeva a konečníku: vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-140-0.
- 38) **WEINBERG, Robert A**. *Jediná odrodilá buňka: jak vzniká rakovina*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2003. Mistři vědy. ISBN 80-200-1071-8.
- 39) **ZACHAROVÁ Eva**. *Časopis Sestra* č. 5/2011, ročník 21. MK ČR E 15721. ISSN 1210-0404
- 40) **ZACHOVÁ Veronika, ŠKOCHOVÁ Dagmar, SOLNAŘOVÁ Lucie, MAJŠIKOVÁ Michaela**. *Problematika ošetřování stomii (se zaměřením na onkologické pacienty)*. [online]. [cit. 2017-01-02]. Dostupný z <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-osetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Anatomie tlustého střeva a konečníku	82
Příloha 2 Rektoskopie	84
Příloha 3 Kolonoskopie	84
Příloha 4 Pozitronová emisní tomografie (PET).....	85
Příloha 5 Test na okultní krvácení	85
Příloha 6 Doplnující otázky do oblastí člověka v NANDA doménách	86
Příloha 7 Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona	86
Příloha 8 Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle M. Gordonové	87
Příloha 9 MFS (Morse Fall Scale)	87
Příloha 10 Škála pro hodnocení bolesti	88
Příloha 11 MNA - Mini Nutritional Assessment	89
Příloha 12 Ošetřovatelský manuál o port.....	90

Příloha 1 Anatomie tlustého střeva a konečníku



Obrázek 11 Anatomie tlustého střeva a konečníku

https://www.google.cz/search?q=rakovina+tlust%C3%A9ho+st%C5%99eva+a+kone%C4%8Dn%C3%ADku&biw=1366&bih=662&source=lnms&tbm=isch&a=X&ved=0ahUKewiGrefQIY7SAhVgOMAKHTCzBO4Q_AUIBigB#tbm=isch&q=tlust%C3%A9ho+st%C5%99eva+a+kone%C4%8Dn%C3%ADku&imgsrc=1qhDPvBAKSin_M

Tlusté střevo neboli *intestinum crassum*, je konečnou částí zažívací trubice. Délka činí 1,2 – 1,5 metrů, lumen fyziologicky 4–8 cm. Tlusté střevo má naředlou barvu a oproti tenkému střevu širší lumen. V pravé jámě kyčelní počíná ileocékálním ústím, které je opatřeno chlopní valva ileocecalis. Koncovou částí je konečník, který ústí v řitní otvor. (Pospíšilová, 2010, s. 103). Má typickou trojici poznávacích znaků, mezi které patří výchlípky peritonea (*appendicesepiploicae*) pokrývající střevo a jsou vyplněné tukem. *Taeniae coli* jsou tři pruhy tvořeny svalovinou, které jsou rozloženy po obvodu střev. Mezi pruhy jsou tzv. *haustra*, neboli vyklenutí střešní stěny. Jednotlivá vyklenutí jsou oddělena poloměsíčitými řasami (*plicae semilunares*). Tlusté střevo má tyto části: slepé střevo, vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník, esovitý tračník a konečník. (Naňka, 2009, s. 161)

Slepé střevo - caecum

Uloženo v pravé jámě kyčelní, délka je 10 cm. Navazuje na tenké střevo v ileocekálním ústí (ostium ileocecale). Je zde chlopeň, která směřuje střevní obsah do tlustého střeva, ale za změněných podmínek dovoluje částečnou regurgitaci střevního obsahu z tlustého střeva zpět do ilea. Ze slepého střeva odstupuje červovitý výběžek (apendix vermiformis), bývá dlouhý 5–10 cm, vzácně může mít délku až 50 cm. V podslizničním vazivu červovitého výběžku je nahromaděná lymfatická tkáň, která může být postižena zánětem – apendicitis.

(Naňka, 2009, s. 161)

Vzestupný tračník – colon ascendens

Navazuje na caecum, dosahuje délky 16–20 cm a táhne se až pod játra ohbím flexura coli dextra do příčného tračníku. Je přisedlý na zadní stěnu břišní, svaly lumbální krajiny a dolní pól pravé ledviny. (Naňka, 2009, s. 161)

Příčný tračník – colon transversum

Přechází z flexura coli dextra z příčného tračníku přes další ohyb střeva nazývaný flexura coli sinistra do sestupného tračníku. Příčný tračník je v průměru dlouhý 50 cm. Je zavěšen na peritoneální duplikatuře (mesocolon transversum), která dovoluje této části střeva značnou pohyblivost. Uložením se promítá přibližně do úrovně pupku a jeho levá část je uložena kranialněji oproti pravé straně. (Naňka, 2009, s. 161)

Sestupný a esovitý tračník – colodescendens et sigmoideum

Sestupný tračník je 20-30 cm dlouhý, dosahuje levé jámy kyčelní, kde přechází v esovitou kličku. Je přirostlý na zadní stěnu břišní. Esovitý tračník přechází závěsem přes mutulus psoas major, levý močovod a vasailia casinistra do pánve, kde navazuje na rectum. K zadní stěně břišní je esovitý tračník přidržován volným peritoneálním závěsem (mesosigmoideum). (Naňka, 2009, s. 161)

Konečník - rectum

Konečník tvoří poslední úsek střeva v malé pánvi. Jeho délka je 12–14 cm a šířka 4 cm. Rektum se dělí na dvě části, první je ampula rektální o délce 10-12 cm, která přechází do análního kanálu. Anální kanál je oproti ampule užší, měří 2,5-3,5 cm a liší se podélnou orientací slizničních řas. Patrná jsou dvě zakřivení, první flexura sacralis vyklenutí dozadu souběžně

s kostí křížovou a poté flexura perinealis, ohnutí pod hrotem kostrče dopředu. (Naňka, 2009, s. 161)

Příloha 2 **Rektoskopie**

Endoskopické vyšetření rekta, tlustého střeva a terminálního ilea přes anální otvor. Pokud je při vyšetření dosaženo slepého střeva, je kolonoskopie označována jako totální. V případě, že nelze slepé střevo vyšetřit, označujeme kolonoskopii za parciální. (Holubová, 2013, s. 94)

Při vyšetření se zavádí per přes anální otvor rektoskop, rigidní přístroj dlouhý 20–30 cm. Výkon se provádí za účelem diagnostickým, pro rozpoznání onkologického nebo zánětlivého onemocnění a terapeutickým, kdy lze při vyšetření provést například sklerotizaci hemoroidálních uzlů. (Mikšová, 2006, s. 74)

Příprava pacienta před výkonem:

Před výkonem se pacient připravuje ve většině případů za pomoci přípravku Yal klyzma, který sestra nebo pacient aplikuje 30–60 minut před výkonem per rectum, bez nutnosti jakékoliv další dietní přípravy. Pokud chceme dosáhnout dokonalé očisty střeva, podáváme první Yal gel večer před vyšetřením a druhý následující ráno v den výkonu. (Holubová, 2013, s. 107)

Příloha 3 **Kolonoskopie**

Endoskopické vyšetření konečníku s částí tlustého střeva, kdy můžeme od análního otvoru prohlédnout sliznici konečníku a dolní část esovité kličky do maximální vzdálenosti 25 centimetrů. (Holubová, 2013, s. 94)

Při vyšetření je zaveden flexibilní koloskop, který umožňuje prohlédnout nitro tlustého střeva v celém rozsahu. Pro lepší přehlednost sliznice se střevo insufluje plynem, což pacient vnímá bolestivě. Pacient při vyšetření zaujímá polohu vleže na levém boku a v průběhu vyšetření se poloha mění dle pokynů lékaře. Výkon se provádí za účelem diagnostickým, pro rozpoznání onkologického nebo zánětlivého onemocnění a terapeutickým, kdy během vyšetření může lékař provést například odstranění polypů. (Mikšová, 2006, s. 74)

Příprava pacienta před výkonem:

Před kolonoskopickým výkonem se provádí farmakologická příprava. U plánovaného výkonu lékař 5–7 dní před výkonem pacientovi vysazuje Warfarin. Pokud má pacient vysoké riziko tromboemblických komplikací, převádí lékař pacienta na nízkomolekulární Heparin.

(Holubová, 2013, s. 97) Mezi přípravu na výkon patří též očištná kúra střeva za pomoci přípravku Fortrans, fosforečnanového roztoku nebo Picoprepu. (Holubová, 2013, s. 98) V den vyšetření smí pacient pouze pít, na oběd se doporučuje čirá tekutina, případně čistý bujón. (Holubová, 2013, s. 97)

Příloha 4 **Pozitronová emisní tomografie (PET)**

Pozitronová emisní tomografie, dále jen PET, spočívá v tom, že radioaktivní analog glukózy, značený pozitronovým zářičem, je střežen v nádorových buňkách ve vyšší koncentraci, nežli v buňkách nenádorových. PET s využitím 2-deoxy-2-fluor-2-D-glukózy, je metodou nukleární medicíny, která umožňuje funkční zobrazení tkání organismu, neboli odráží metabolické procesy na základě metabolické aktivity buněk. (Vyzula, 2007, s. 89)

Příloha 5 **Test na okultní krvácení**

Provádí se aplikací stolice na podložku, která je napuštěná quajakovou pryskyřicí zbarvující se při přítomnosti krve ve stolici. Odebírají se 2 vzorky ze třech po sobě jdoucích stolic. Některé potraviny mohou způsobit falešnou pozitivitu, jako při přítomnosti krve. Před vyšetřením je nutné dodržovat dietu s vyloučením některých složek potravy. Patří sem například špenát, brokolice, ředkvičky, tuřín, květák nebo červené maso. Příznivý efekt vyšetření na okultní krvácení činí 15–33 % na snížení úmrtnosti. (Vorlíček, 2012, s. 284) V případě pozitivního testu se provádí kolonoskopie (Adam, 2011, s. 75)

Příloha 6 **Doplňující otázky do oblastí člověka v NANDA doménách**

Podpora zdraví
Slyšel/a jste o možnosti screeningového vyšetření?
Využil/a jste možnost screeningového programu na kolorektální karcinom?
Výživa
Jakému jídlu jste dával/a přednost před zjištěním diagnózy?
Jaké potraviny Vám nyní nejvíc ve stravování vyhovují?
Vznikl u Vás od projevení nemoci odpor k některým druhům potravin?
Vylučování a výměna
Jste si vědom/a nějakého vyvolávajícího faktoru nevolnosti/zvracení v souvislosti s léčbou?
Jaký typ léčby či konkrétní léčebný přípravek Vám způsoboval pocit nevolnosti?
Aktivita a odpočinek
Vnímáte na sobě často pocity únavy?
Jak dlouho pocity únavy na sobě pozorujete?
Vnímání sebe sama
Vyskytla se u vás vlivem léčby kožní reakce? Jaké pocity to u Vás vylolalo?
Jaká následek onkologické léčby Vám byl nejméně příjemný?
Vztahy
Podporují Vás Vaši nejbližší v léčbě? Cítíte se poté silnější?
Sexualita
Vznikl u Vás vlivem onkologické terapie problém, za který se stydíte před svým partnerem?
Zvládání zátěže
Cítíte ze strany zdravotnického personálu dostatečný zájem o Vaši osobu?
Životní princip
Jaký je Váš aktuální a největší cíl, čeho chcete dosáhnout?
Komfort
Využíváte alternativních/nefarmakologických metod k tlumení bolesti?

Příloha 7 **Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona**

Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí
I.	Pouze bolest, není reakce v okolí
II.	Bolest a zarudnutí
III.	Bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Příloha 8 **Klasifikace funkčních úrovní sebepěče podle M. Gordonové**

0	Nezávislí, soběstačný nemocný.
1	Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75 % činností.
2	Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50 % činností.
3	Potřebuje velkou pomoc (od další osoby, přístroje). Sám zvládne méně než 25 % činností.
4	Zcela závislý na pomoci druhých. Potřebuje úplný dohled.
5	Absolutní deficit sebepěče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat.

Použitá literatura:

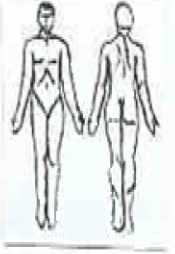
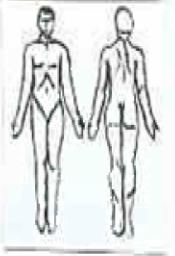
Trachtová, Eva a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2

Příloha 9 **MFS (Morse Fall Scale)**

Stupnice pádů Morse Proměnná	Stupnice	Hodnocení
1. Pády v anamnéze: nynější nebo v posledních 3 měsících	ne 0 ano 25	
2. Vedlejší diagnóza	ne 0 ano 15	
3. Pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek	0 15 30	
4. i.v. vstup/heparinová zátka	ne 0 ano 25	
5. Chůze/pohyb normální/klid na lůžku/nemobilní slabé zhoršené	0 15 30	
6. Duševní stav vědom si svých možností zapomíná na své omezení	0 15	

Hodnocení míry rizika	Hodnocení MFS	Opatření
Bez rizika	0 - 24	Dobrá základní ošetrovatelská péče
Nízké riziko	25 – 50	Standardní opatření k prevenci pádu
Vysoké riziko	Více nebo rovno 51	Opatření u vysoce rizikových pac.

Příloha 10 Škála pro hodnocení bolesti

DATUM		kde to bolí:		jak to bolí:		Bolest: <input type="checkbox"/> akutní		Vnímána: <input type="checkbox"/> přiměřeně	
Hod				<input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> pulsující <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná		<input type="checkbox"/> chronická		<input type="checkbox"/> zvýšeně - kdy:	
VAS 10						Co ji tiší:			
9						Co ji vyvolává:			
8						Vliv na vznik negat.emocí - jakých:			
7						Hodnocení bolesti studentkou/tem:			
6									
5									
4									
3									
2									
1									
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE		Podpůrné prostředky:							
		RHB: ...							
		úlevová poloha:							
		psychoterapie:							
		adjuvatní medikace:							
		jiné:							
DATUM		kde to bolí:		jak to bolí:		Bolest: <input type="checkbox"/> akutní		Vnímána: <input type="checkbox"/> přiměřeně	
Hod				<input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> pulsující <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná		<input type="checkbox"/> chronická		<input type="checkbox"/> zvýšeně - kdy:	
VAS 10						Co ji tiší:			
9						Co ji vyvolává:			
8						Vliv na vznik negat.emocí - jakých:			
7						Hodnocení bolesti studentkou/tem:			
6									
5									
4									
3									
2									
1									
MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE		Podpůrné prostředky:							
		RHB: ...							
		úlevová poloha:							
		psychoterapie:							
		adjuvatní medikace:							
		jiné:							

Příloha 11 MNA - Mini Nutritional Assessment

Pohlaví:

Věk:

Váha, kg:

Výška, cm:

Vyplňte část Screening tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Sečtete čísla, abyste získali celkový výsledek screeningu.

A) Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?

0 = výrazné snížení příjmu potravy

1 = mírné snížení příjmu potravy

2 = bez snížení příjmu potravy

B) Úbytek váhy za poslední 3 měsíce

0 = úbytek váhy větší než 3 kg

1 = neví

2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg

3 = žádný úbytek váhy

C) Mobilita

0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní

1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí

2 = samostatná chůze bez omezení

D) Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním

0 = ano

2 = ne

E) Neuropsychické poruchy nebo obtíže

0 = vážná demence nebo deprese

1 = mírná demence

2 = žádné psychické problémy

F1) Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m²)

0 = BMI nižší než 19

1 = BMI od 19 a nižší než 21

2 = BMI od 21 a nižší než 23

3 = BMI 23 nebo vyšší

POKUD BMI NENÍ K DISPOZICI, NAHRAĎTE OTÁZKU F1 OTÁZKOU F2.
NEODPOVÍDEJTE NA OTÁZKU F2, POKUD JSTE ODPOVĚĎELI NA OTÁZKU F1.

F2 Obvod lýtky v cm (měří se v nejširším místě)

0 = Menší než 31

3 = 31 nebo větší

Výsledek Screeningu = součet bodů (max. 14 bodů)

Vyhodnocení Screeningu

12-14 bodů: normální výživový stav

8-11 bodů: v riziku podvýživy

0-7 bodů: podvyživený/á

Příloha 12 **Ošetřovatelský manuál o port**

Každá manipulace s portem je zaznamenávána do průkazu jeho nositele (proplach, aplikace léčiv, odběr krve). V průkazu též najdeme záznam o přítomnosti heparinové zátky.

Obecné zásady:

- 1) Používejte vždy pouze speciální Huberovy jehly (jehla s tvarovaným hrotem zabraňujícím poškození membrány portu).
- 2) Do katetru se nesmí dostat vzduch (riziko embolie).
- 3) U dlouhodobě nepoužívaného portu je nutné každé 4 týdny kontrolovat jeho funkčnost, měnit heparinovou zátka a proplachovat fyziologickým roztokem. Každé 4 měsíce provádíme proplach koncentrovaným Heparinem (aplikace 2ml Heparinu, po 30 minutách aspirace zpět).
- 4) Z portu lze odebírat krevní vzorky, u heparinovaného portu neodebírejte vzorky krve na hemokoagulační vyšetření.
- 5) Nepracujte s injekční stříkačkou o menším objemu než 10 ml (riziko porušení portu přetlakem).
- 6) Heparinová zátka = 0,2 ml Heparinu v 10 ml fyziologického roztoku.

Postup při odběru krve:

- 1) Umyjte si a odezinfikujte si ruce.
- 2) Vyhmatejte si port v podkoží (komůrka je trojúhelníkového tvaru, port fixujeme palcem a ukazovákem jedné ruky).
- 3) Ve sterilních rukavicích proveďte dezinfekci okolí portu a nechte ji potřebnou dobu působit.
- 4) Vpich směrujeme mezi tři body, které jsou vyznačeny na vrcholech trojúhelníkového tvaru komůrky. Požádejte pacienta, aby provedl nádech a pak kolmým vpichem zaveďte jehlu do portové komůrky (jehlu vedeme kolmo směrem dolů až na dno portu, které je pevné a nelze jej propíchnout).
- 5) Použijte 20 ml fyziologického roztoku v injekční stříkačce, 10 ml aplikujte do portu a poté 10 ml odeberte zpět – aspirát s krví zlikvidujte.
- 6) Odeberte potřebné množství krve pro laboratorní vyšetření pomocí injekční stříkačky, poté vzorek přeneste do připravených zkumavek.
- 7) Proveďte proplach 10–20 ml fyziologického roztoku

- 8) Je-li port nutno heparinizovat, uzavřete ho heparinovou zátkou (0,2 Heparinu v 10 ml fyziologického roztoku).
- 9) Dvěma prsty přitlačte komůrku portu k hrudi pacienta jednou rukou tak, abyste mohli jehlu bezpečně vytáhnout.
- 10) Přes ránu po vpichu přiložte malý sterilní tampón a přelepte, požádejte pacienta o krátkou kompresi.
- 11) Poučte pacienta, aby krytí odstranil nejdříve za 2 hodiny.

Zdroje:

- 1) **LABUDÍKOVÁ Monika, et al.** Pro sestry: Intravenózní implantabilní porty v hematoonkologii. *Medicína pro praxi* [online]. 2009, r. 6, č. 5, s. 281-283. ISSN 1803-5310. cit. 2017-02-01. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/14.pdf>
- 2) **VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ.** *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
- 3) Manuál péče dle MOÚ Brno o port (používaný na onkologickém oddělení, kde probíhala praktická část bakalářské práce)