

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Martina MICHŇOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelský proces u nemocného s kolorektálním karcinomem
v průběhu chemoterapie

Martina Michňová

Bakalářská práce

2009

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina MICHŇOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Ošetrovatelský proces u nemocného s kolorektálním karcinomem v průběhu chemoterapie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací k chemoterapii.
2. Stanovení podmínek a metod cílů práce.
3. Modelové ošetrovatelské procesy u nemocného po chemoterapii.
4. Vypracování plánu ošetrovatelské péče u nemocného.
5. Kritická zhodnocení a doporučení.

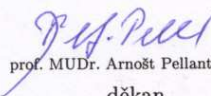
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:


1. ADAM, Z.; VORLÍČEK, J.; KOPTÍKOVÁ, J. Obecná onkologie a podpůrná léčba. 1. vyd. Praha : Grada 2003. ISBN 80-247-0677-6.
2. KOUTECKÝ, J. a spol. Klinická onkologie. 1. vyd. Přerov : Riopress 2004. ISBN 80-86221-77-6.
3. KLENER, P. Klinická onkologie. 1. vyd. Praha : Galén 2002. ISBN 80-7262-151-3.
4. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
5. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. Klinická onkologie pro sestry. 1. vydání. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Magda Taliánová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2008**
Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 3. 2009

Martina Michňová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Magdě Taliánové za odborné rady a velkou trpělivost. Dále chci poděkovat třem pacientům, kteří mi ochotně poskytovali informace.

Martina Michňová

ANOTACE

Práce pojednává o chemoterapii u pacientů s kolorektálním karcinomem a o problematice pacientů s touto diagnózou. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána chemoterapie jako taková a kolorektální karcinom. Do praktické části jsem zařadila tři kasuistiky pacientů s touto diagnózou, zaměřila se na jejich aktuální somatické a psychické potíže. Na závěr jsem sestavila návrh standardního ošetrovatelského plánu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Chemoterapie, kolorektální karcinom, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces

TITLE

Nursing process about patient with colorectal carcinoma syringy chemotherapy

ANNOTATION

The dissertation deals of the chemotherapy on patients with colorectal carcinoma and about questions of the nursing care for patients with this diagnosis. It is divided on the theoretical and practical part. In the theoretical part is described chemotherapy and colorectal carcinoma. I have put in three casuistries of patients with this diagnose to the practical part. I have focused the actual somatic and psychical problems. Finally I have set up the proposal of the standard nursing plan

KEY WORDS

Chemotherapy, colorectal carcinoma, nursing care, nursing process

OBSAH

1. ÚVOD.....	8
2. CÍL.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
3. Chemoterapie.....	10
3.1 Využití chemoterapie v praxi.....	10
3.2 Rozdělení cytostatik.....	11
3.3 Nežádoucí účinky chemoterapie.....	14
4. Psychologická složka u pacientů s chemoterapií.....	17
4.1 Sdělení pravdivé diagnózy.....	17
4.2 Přijmutí a prožívání nemocí.....	18
4.2.1 Psychické fáze prožívání vážné nemoci dle Elisabeth Kübler Rosové.....	18
4.3 Psychiatrické symptomy u nemocných s chemoterapií.....	18
5. Kolorektální karcinom.....	20
5.1 Vznik kolorektálního karcinomu.....	21
5.3 Diagnostika kolorektálního karcinomu.....	22
5.4 Možnosti terapie kolorektálního karcinomu.....	23
5.5 Prevence a screening kolorektálního karcinomu.....	24
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	25
6. Metodika.....	25
6.1. Diagnostické NANDA domény:.....	25
7. KAZUISTIKY.....	26
7.1 Kazuistika č. 1.....	26
7.2 KAZUISTIKA č. 2.....	35
7.3 KAZUISTIKA č. 3.....	43
8. DISKUSE.....	53
9. ZÁVĚR.....	54
10. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	55
11. SEZNAM PŘÍLOH.....	56

1. ÚVOD

Kolorektální karcinom je jedno z nejčastějších onkologických onemocnění na celém světě. Česká republika zaujímá jedno z předních míst ve výskytu tohoto onemocnění.

K výběru tématu práce mě přivedlo právě ono zmiňované prvenství a zájem o onkologický obor. Myslím si, že dostupnost informací v dané problematice a reklamy v médiích zatím nedokáží přimět pacienty k pravidelným preventivním prohlídkám u praktického lékaře. Dnešní onkologická péče, která zahrnuje mimo chemoterapie a radioterapie i chirurgickou léčbu, dosahuje poměrně dobrých výsledků, avšak výskytu nových případů zabránit nedokáže.

2. CÍL

Cílem mé práce je prostudovat dostupnou literaturu o chemoterapii, kolorektálním karcinomu a ošetrovatelské péči u osob s tímto onemocněním. Poté získávání potřebných informací o vybraných pacientech a vytvoření tří ošetrovatelských procesů. Nakonec zhotovení standardního ošetrovatelského plánu.

I TEORETICKÁ ČÁST

3. Chemoterapie

Chemoterapie je jedna z nejdůležitějších složek terapie u nádorových onemocnění. Její využití se uplatňuje zejména tam, kde jsou rozsáhlé metastatické procesy a tam kde radioterapie a chirurgická léčba znamená spíše pouze lokální terapii. V průběhu celkové léčby lze kombinovat a využívat účinků chemoterapie, radioterapie a chirurgické léčby.

Chemoterapií se rozumí podávání farmakologicky připravených látek, které jsou produktem chemické syntézy. Takzvaná chemoterapeutika nejsou pouze léky, které se používají v onkologii, ale i při běžných například bakteriálních onemocněních.

Při použití chemoterapie rozhoduje citlivost nádorů vůči cytostatikům, tedy lékům, které zastavují, nebo zpomalují zhoubné bujení buněk.

Principem chemoterapie je opakované podávání vhodně vybraných léků, které mají za úkol ničit genetickou výbavu maligních buněk. Předpokladem úspěchu je naplánování léčby takovým způsobem, že cytostatika musí být podávána v určitých intervalech tak, aby v pauzách mezi jednotlivými dávkami nedocházelo k dalšímu nárůstu maligních buněk. Výsledným efektem je tedy zmenšování počtu nežádoucích buněk po každém podání cytostatika. Užívaná cytostatika dělíme do několika skupin.

3.1 Využití chemoterapie v praxi

Jak bylo již zmíněno, samotnou chemoterapii lze různě kombinovat. Dnešní moderní chemoterapie umožňuje kombinovat více cytostatik najednou, pak se jedná o chemoterapii kombinovanou. Pokud je při léčbě vybráno více cytostatik zároveň, je důležité zvolit cytostatika taková, která mají stejný mechanismus účinku, aby nedocházelo k ničení více buněk, tedy i těch zdravých. Existuje rovněž jednoděková chemoterapie, s jedním cytostatikem, a ta je metodou volby například u hematologických malignit a tam, kde je kombinovaná léčba příliš riskantní.

- **Adjuvantní chemoterapie-** je léčba, která je doplňkem jiné základní léčby a má zvyšovat její účinnost. Většinou adjuvantní chemoterapie navazuje na chirurgickou léčbu. Předmětem adjuvantní chemoterapie je zničit nádorové buňky, které se nepodařilo odstranit prvotní léčbou. Aby adjuvantní léčba byla účinná, musí splňovat určité okolnosti. Je důležitý správný výběr nemocných pro tuto léčbu. Proto je nutné řádné zvážení rozsahu onemocnění a vyloučit nemocné s poškozením ledvin, jater, kostní dřeně a myokardu. Je velmi vhodné brát na vědomí i věk pacienta, protože s přibývajícím věkem se tolerance k chemoterapii snižuje.

Při výběru cytostatik se volí ta, která mají už ověřený účinek, avšak by měla být co nejméně cytotoxická i při podávání vysokých dávek. Vhodná doba podání je důležitá pro „vychytání“ buněčného cyklu. Proto je vhodné podat dávku cytostatika co nejdříve po operaci, aby nedocházelo k dalšímu bujení maligních buněk, které se dostaly do cirkulace během výkonu.

Typ léčeného nádoru je důležitý pro naplánování léčby. Je poměrně nemožné a komplikované adjuvantní chemoterapii aplikovat na nádory, které jsou rezistentní vůči cytostatikům (Gravitzův tumor). Pro některé nádory je však adjuvantní chemoterapie velice vhodná (osteosarkom, Wilmsův tumor).

- **Neoadjuvantní chemoterapie-** znamená podávání cytostatik před operačním výkonem. Cílem této léčby je zmenšit nádor, aby byl co nejlépe operabilní. Tato metoda se uplatňuje například u karcinomů prsu a trávicího ústrojí.

Nevýhodou však je, pokud předem stanovená neoadjuvantní chemoterapie je díky výběru nevyhovujících cytostatik neúčinná. Nádor pak narůstá a může se stát inoperabilní, nebo alespoň částečně operabilní, což může nemocného ohrozit recidivou nádoru.

3.2 Rozdělení cytostatik

- **Antimetabolity-** jsou látky blokující syntézu základu purinových bází, nebo blokují činnost enzymů, tvořících aktivní formy nukleotidtrifosfátů, takže buňka nemá dostatek těchto stavebních kamenů pro syntézu nukleových kyselin. Antimetabolity mají myelosupresivní účinek a používají se v cytostatické a imunosupresivní léčbě.

Skupina antimetabolitů se dělí na více podskupin, a to: analoga kyseliny listové, kam patří metotrexát, purinová analoga, kam spadá 6-merkaptopurin a tioguanin. Dále do antimetabolitů patří analoga adeninu, jejichž zástupcem jsou kladribin a fludarabin. Poslední

podskupinou jsou pyrimidinová analoga, která se ještě dělí na analoga uracilu (5-fluorouracil) a analoga cytidinu (cytosinarabinosid).

Níže vypisuji dva hlavní a nejhojněji využívané zástupce antimetabolitů, se kterými jsem se setkala při výkonu praxe na oddělení onkologii. Zmínění zástupci se často využívají při léčbě kolorektálního karcinomu.

- **Metotrexát-** je látka blokující dihydrofolátreduktázu, čímž zabrání vzniku kyseliny dihydrolistové a tetrahydrolistové z kyseliny listové. Podávání metotrexátu je především parenterální z důvodu špatného vstřebávání z trávicího traktu.

Vylučování metotrexátu je převážně ledvinami. Jeho vylučování je poměrně pomalé, proto po jeho užívání může dojít k pozdním známkám toxicity. Metotrexát se indikuje u maligních hematologických onemocněních, lymfomech a osteosarkomech.

Vedle léčebných účinků má metotrexát samozřejmě i účinky nežádoucí, které se obvykle projevují 3-7 dní po aplikaci. Metotrexát způsobuje fotosenzibilitu a svědění kůže, zvracení, průjem, ulceraci dutiny ústní i celého zažívacího traktu.

Pokud je metotrexát podáván ve vyšších dávkách, je nezbytné ho kombinovat s užíváním leukovorinu, což je účinné antidotum metotrexátu, které chrání zdravé buňky v těle nemocného před nežádoucí toxicitou metotrexátu.

- **5-fluorouracil-** se v buňkách metabolicky přeměňuje na 5-fluorouridintrifosfát a 5-fluorodeoxyuridinmonofosfát. Jaderné enzymy mohou chybně inkorporovat 5-fluoruridintrifosfát do RNA na místo uridintrifosfátu. Tím je porušena syntéza RNA a následná syntéza proteinů.

Podávání 5-fluorouracilu je zpravidla nitrožilní, někdy intraarteriální. Je metabolizován především játry a vylučován biliárně. Hlavní indikací 5-fluorouracilu jsou tumory plic a prsu, avšak nejhojněji je indikován u malignit zažívacího traktu, kde se stává nejúčinnějším.

Mezi jeho nežádoucí účinky patří mukozidita (záněty sliznic) a myelosuprese (útlum krvetvorby), které vrcholí 9.-14. den od podání, dále se může objevit alopecie (holohlavost), fotosenzitivita .

Jak již bylo zmíněno, že metotrexát je vhodné podávat s leukovorinem, tak u 5-flourouracilu tomu nebude jinak, ale ze zcela opačného důvodu. Je vědecky dokázáno, že aplikace leukovorinu a následně 5-flourouracilu umocňuje účinek cytostatika, proto je léčba tímto způsobem efektivnější.

- **Alkylační cytostatika-** jsou látky chemicky velmi různorodé. Jejich mechanismus účinku spočívá v schopnosti reakce radikálů alkylačních látek s nukleofilními centry buněčných struktur. Alkylační cytostatika jsou nejstarší skupinou cytostatik a používají se zejména u pacientů před transplantací krvetvorné tkáně.

Tato skupina cytostatik se dělí na beta-chlóretylaminy, kam patří dusíkatý yperit a melfalan. Další podskupinou alkylačních cytostatik jsou oxazafosforiny, kde jsou zástupci cyklofosfamid, isofosfamid a mafosfamid. Následujícími podskupinami jsou etylénamidy (thiotepa) a estery sulfonových kyselin (busulfan). Poměrně známou podskupinou jsou deriváty platiny, kam patří cisplatina a karboplatina. Poslední podskupinu tvoří alkylační deriváty močoviny (karmustin, lomustin).

- **Interkalační látky-** jejich účinek je způsoben nekovalentní vazbou cytostatika na molekule DNA. Interkalační látky jsou antibiotika, jež byla získána z různých druhů streptomyces. Tyto léky mají sice antibakteriální účinek, ale pro svou cytotoxicitu se na léčbu infekčních nemocí nepoužívají. Dělí se na antibiotika s interkalačním mechanismem účinku (aktinomycin D) a na antracyklinová antibiotika (daunorubicin, doxorubicin, epirubicin a idarubicin).

- **Inhibitory mitózy-** jsou rostlinné alkaloidy. Inhibují tvorbu mitotického vřeténka a dále kaptoteciny, které inhibují topoizomerázu I a epipodopfylotoxiny, které inhibují topoizomerázu II. Hlavní indikací pro inhibitory mitózy je karcinom prsu, karcinom plic a hematologické nádory. Dělí se vinca alkaloidy, které jsou získávané z barvíčku lékařského, mezi jejich zástupce patří vinblastin, vinkristin, vindezin, vinorelbin. Druhou podskupinou jsou taxany získávané evropského tisu. Zástupci této podskupiny jsou paklitaxel a docetaxel.

- **Další skupiny cytostatik-** nejsou hojně využívány a jejich indikace se musí teprve stanovit. Dokonce ani jejich mechanismy účinku nejsou zcela jednoznačné. Těmito skupinami jsou inhibitory topoizomeráz, inhibitory proteolýzy a látky s kombinovaným nebo nejasným mechanismem účinku.

3.3 Nežádoucí účinky chemoterapie

Každá léčba kromě svého terapeutického účinku s sebou přináší i nežádoucí účinky. V případě chemoterapie tomu není jinak. U onkologicky nemocného, který podstupuje chemoterapii se ošetřující lékař musí soustředit na léčbu nežádoucích účinků.

Díky schopnostem cytostatik, která pronikají do struktur maligních buněk a ničí je tak, je léčba chemoterapií účinná. Jenže cytostatika pronikají i do normálních zdravých buněk, kde již působí cytotoxicky.

Výskyt nežádoucích účinků po podání chemoterapie je zcela individuální, avšak odvislý na druhu cytostatika, způsobu jeho podání a na velikosti dávky. Nežádoucí účinky můžeme dělit na subjektivní a objektivní, dále na časově ohraničené, nebo na ně můžeme nahlížet podle toho, v jaké orgánovém systému se vyskytují.

- **Hematologická toxicita-** poměrně často vyskytující se vedlejší účinek chemoterapie. Jedná se o poruchu krvetvorby narušenou cytostatikem. V případě této toxicity je nutno krev pravidelně a komplexně hematologicky vyšetřovat.

Při plánování chemoterapeutických cyklů, kdy se aplikuje sada dávek cytostatika, je třeba zaměřit se na načasování dávek tak, aby se poškozená krvetvorba mohla alespoň částečně zregenerovat. Samozřejmě platí, že čím vyšší dávka cytostatika se podává, tím více poškozuje tvorbu krve, což se postupně projevuje kupříkladu anémií.

- **Gastrointestinální toxicita-** nejčastější projev toxicity, která postihuje celý trávicí trakt. Projevy toxicity se manifestují různě, avšak s odlišnou patogenezí. Cytostatika postihují buňky epitelu kterékoliv části trávicí trubice, což ve výsledném efektu zpomaluje jejich obměnu. Nejčastěji se porušení buněčného epitelu, který je výstelkou sliznic orgánů, projevuje mukozitidou, která má sklon ulcerovat. Dlouhodobě oslabená sliznice je náchylná k infekcím.

V dutině ústní tak může být ulcerózní stomatitida (zánět ústní dutiny se vznikem vředů), často mykotické etiologie. V jícnu je obvyklým nálezem u nemocných středně těžká až těžká ezofagitida. Některá cytostatika zpomalují motilitu jícnu. Žaludek a duodenum je postižován zcela výjimečně. U tenkého střeva, kde je porucha obnovy epitelii, může dojít k malabsorbci. Nemocný se bohužel nevyhne ani průjmům, které jsou často až hemoragické. Tlusté střevo je často postiženo ulcerací a následnou kolitidou. Některá cytostatika, zejména rostlinná,

způsobují poruchy střevní pasáže, které se pak projevují jako zácpa, meteorismus a pocity plnosti až paralytický ileus.

- **Toxicita kůže a kožních derivátů-** léčba cytostatiky se manifestuje i na kůži a to zejména na jejích derivátech. Samotné kožní příznaky jsou změny pigmentace, které jsou patrné u žil, kam je podávána dávka cytostatika. U pacientů, kteří v rámci chemoterapie podstupují léčbu hormony se často objevuje akné. Po náhodné paravenózní aplikaci cytostatika se může vyskytnout až nekróza kůže.

U kožních derivátů je nejčastějším nežádoucím účinkem poškození vlasového folikulu, což má za následek obávanou alopecii, tedy holohlavost. Pomalu narůstající oslabený vlas se díky poruše struktury folikulu láme již na úrovni epidermis. Alopecie je zvratná, většinou se pokrývka hlavy po delší době obnoví.

- **Pneumotoxicita-** cytostatika jsou toxická i pro plíce, což může být obtížné diagnostikovatelné. Nejčastějším projevem je intersticiální plicní fibróza (tvorba vaziva v intersticiálním prostoru), projevující se suchým kašlem a dušností. Plicní fibróza se může projevit po 9-17 letech od chemoterapie. Po vysokých dávkách protinádorové léčby se setkáváme i s edémem plic (hromadění tekutiny v plicní tkáni).

- **Nefrotoxicita a urotoxicita-** poškození ledvin může být přímé a nepřímé. Nepřímé poškození ledvin nejčastěji vzniká hyperurikémií (zvýšená hladina kyseliny močové v krvi). Kyselina močová, která se usadí v distálních kanálcích může způsobit až anurii. Přímé poškození ledvin vzniká mechanicky, „zachytáváním“ se cytostatika v ledvinných kanálcích. Nejčastěji se jedná o metotrexát, který se vylučuje zejména ledvinami v nezměněné formě.

Chemoterapie může být toxická i pro močový měchýř, což se projevuje hemoragickou cystitidou (zánět močového měchýře s příměsí krve v moči) vyvolanou změnami na sliznici močového měchýře.

- **Neurotoxicita-** nežádoucí účinky chemoterapie na centrální nervový systém se mohou projevovat pestrá paletou symptomů. Mohou se objevovat poruchy vědomí i komatózní stavy. Poměrně častým příznakem je encefalopatie (poškození mozku), a to po vyšších dávkách cytostatika. Projevuje se například somnolencí, popřípadě demencí. Dalším symptomem toxicity je neuropatie (poškození nervů) v periférii vzniklá důsledkem

degenerativní axonů. Manifestuje se poruchami chůze, útlumem šlachových reflexů a parestéziemi.

- **Gonadální toxicita-** v poslední době se gonadálními toxicitám věnuje o něco více pozornosti než dříve. To proto, že moderní chemoterapie umí svým nemocným prodloužit život a gonadální toxicita se manifestuje po delší době od aplikace cytostatik. Nežádoucí účinky projeví morfologickými a funkčními změnami pohlavních orgánů a buněk. U mužů většinou dochází k oligospermii (snížení počtu mužských pohlavních buněk). Po vysokých dávkách cytostatika může nastat až trvalá neplodnost se ztrátou libida. U žen dochází k fibrotizaci vaječníků (díky ústupu sekrece estrogenů a gestagenů), což vede ke ztrátě menstruačního cyklu a vzniku neplodnosti, která je buď trvalá nebo dočasná. Gonadální toxicita s sebou nese i nepříjemné psychické dopady, může dojít i k rozvratům v partnerství a rodině díky neschopnosti reprodukce nemocného.

4. Psychologická složka u pacientů s chemoterapií

Všichni onkologičtí pacienti jsou díky svému onemocnění a většinou i nejasné prognóze vystaveni velkému psychickému i fyzickému tlaku. Týká se to pacientů se všemi druhy onkologické léčby. Působí na ně somatopsychické a psychosomatické vztahy, které spolu jdou ruku v ruce po celou dobu nemoci. Pacientovy pocity a obavy mají dopad na somatickou stránku stavu a naopak. Z toho vyplývá, že psychickou složku nelze oddělit od té fyzické. Proto je velice důležitý profesionální a zejména humánní přístup veškerého zdravotnického personálu.

Dnešní medicína a ošetrovatelství nahlíží na péči o nemocné (a nejen onkologicky) zcela komplexně, to znamená, že je třeba brát v potaz nejen stránku somatickou, ale i psychickou, sociální a spirituální.

Psychologická péče o onkologicky nemocné je velice složitá. Podílí se na ni nejen lékaři a zdravotní sestry, ale i tým klinických psychologů, kteří se snaží naučit pacienta, jak se smířit se svou nemocí a jak ji zvládat.

Cílem léčby zdravotnického personálu (zejména lékaře) je získat pacienta na svou stranu a podmanit si ho tak k dobré spolupráci v průběhu léčby, nechat nemocnému potřebný dostatek času pro vyrovnání se s nepříznivou diagnózou, průběžně ho informovat o jakékoliv změně v metodách léčby a hlavně ho ujistit, že ho neopustíme.

4.1 Sdělení pravdivé diagnózy

V české legislativě je uzákoněna povinnost lékaře informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Je však již na každém lékaři, jakým způsobem a v jakém rozsahu tak učiní. Z historie je zřejmé, že v dřívější době se lékaři domnívali, že onkologicky nemocnému pacientovi je vhodné pravdu o jeho zdravotním stavu zatajit a uchýlit se k takzvané „pia fraus“, neboli milosrdné lži.

V dnešní době, kdy pacient má plný nárok znát svůj zdravotní stav (stejně tak i odmítnout nabídnuté informace) se od milosrdné lži prakticky upouští a to i z důvodu větší informovanosti široké veřejnosti, kdy si každý může díky naučné literatuře a internetu obstarat informace sám. Zde by pak jakékoliv umlčování, byť je to etické rozhodování, mohlo mít až forenzní dopad.

4.2 Přijmutí a prožívání nemoci

Každý pacient je jiný, proto i jinak bude reagovat na sdělení o příchodu nepříznivé choroby a zároveň každý pacient bude potřebovat odlišný dostatek času a různé prostředky k tomu, aby se smířil s nezvratností osudu, který ho postihl. V intervenci zdravotníka je důležité individuálně přistupovat k nemocnému i jeho rodině. Konfrontace s realitou, že pacient je vážně nemocný může znamenat životní krizi, do které patří obavy ze ztráty sociální role a nepřijmutí sám sebe v pokročilém stadiu nemoci.

4.2.1 Psychické fáze prožívání vážné nemoci dle Elisabeth Kübler Rosové

V roce 1972 popsala Elisabeth Kübler Rosová psychické fáze prožívání nemoci. Fáze prvotního šoku, která obvykle trvá několik dní, se pacient dozví, že je vážně nemocný. Zjištění je o to horší, pokud nemoc přišla náhle a nečekaně. Následuje fáze popření a následné izolace, kdy nemocný popírá skutečnost, že by ho postihla těžká choroba a věří, že došlo k omylu při diagnostice. Po této fázi přichází období zloby a hněvu. Pacient si již připouští myšlenku, že závažné onemocnění je realitou, ale zatím si nedokáže uvědomit důsledky onemocnění. V této fázi se objevuje zlost pacienta, zejména na ty, co jsou zdraví. Poté následuje fáze smlouvání, kterou si pacient prožívá niterně a rozvažuje své životní cíle, které jsou značně limitovány časem. Dochází k hierarchii životních priorit. Konečnou fází je akceptace pravdy, tedy přijmutí faktu „jsem vážně nemocný“.

Průběh zmiňovaných fází je u každého zcela individuální, některé fáze se dokonce mohou opakovat a trvat různě dlouho.

4.3 Psychiatrické symptomy u nemocných s chemoterapií

Všechna onkologická onemocnění mají obrovský vliv na psychickou složku nemocného, stejně tak i následující léčba, která nese spoustu nepříjemných nežádoucích účinků, jež narušují psychickou pohodu nemocného, mohou ho vytrhnout z jeho sociální role a poničit sebepojetí. Z těchto zmiňovaných a řady dalších faktorů, které způsobují změnu nálad, vyvolávají různé obavy a omezují nemocného ve všedních záležitostech, může v závislosti na čase vzniknout duševní porucha vyžadující odbornou pomoc psychiatra (s možnou farmakologickou intervencí) a vhodnou psychoterapii. Obvykle se jedná o depresivní a úzkostné stavy.

Deprese je duševní porucha, která je charakterizována chronicky zhoršenou náladou, nedostatkem energie, sníženou schopností radovat se, zvýšenou unavitelností, nespavostí, zhoršením koncentrace, snížením sebedůvěry a sebevražednými myšlenkami. U onkologického pacienta se depresí většinou míní souhrnná reakce na závažné onemocnění. Úzkost je nepříjemný svíravý pocit, obava z něčeho neurčitého.

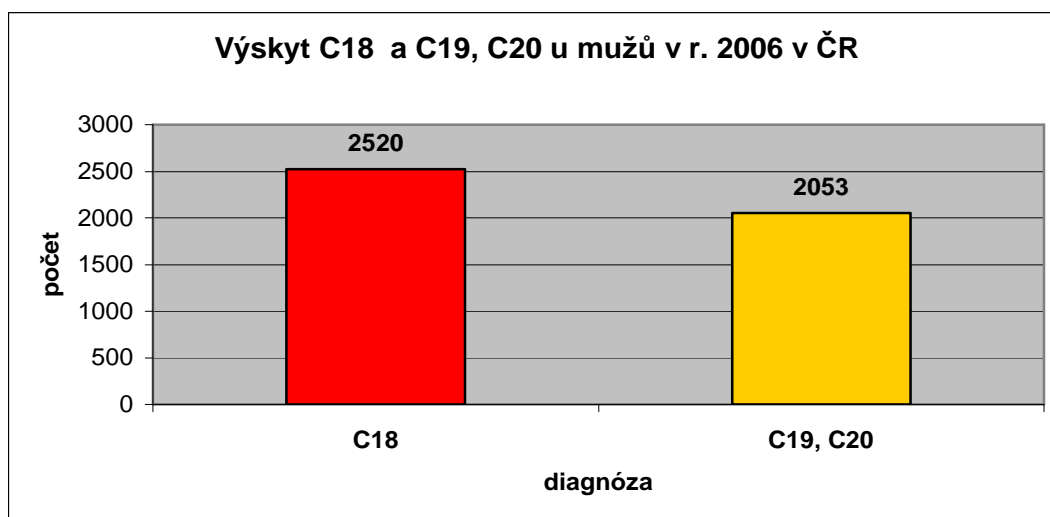
U úzkosti se setkáváme se symptomy psychickými , psychomotorickými a psychosomatickými. Mezi psychické pocity patří vnitřní napětí, neklid, pocity ohrožení. Do psychomotorických pocitů řadíme výraz úzkosti v obličeji, psychomotorický útlum až stupor. Psychosomatické projevy zahrnují opocení, tachykardii, sucho v ústech, nespavost.

5. Kolorektální karcinom

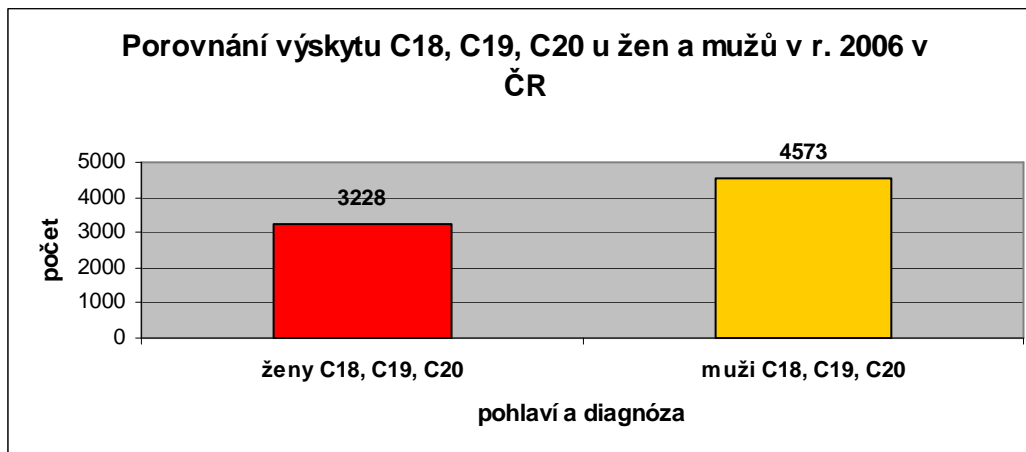
Pod pojmem kolorektální karcinom (KRK) se skrývá maligní nádorové onemocnění celého tračníku (diagnóza C18) a konečníku (diagnóza C19, C20). Česká republika je zemí s nejvyšším výskytem KRK na světě. V naší vlasti této zhoubné chorobě totiž podlehnou až 5 000 lidí ročně. Kolorektálním karcinomem onemocní častěji muži než ženy.

Rizikovou skupiny:

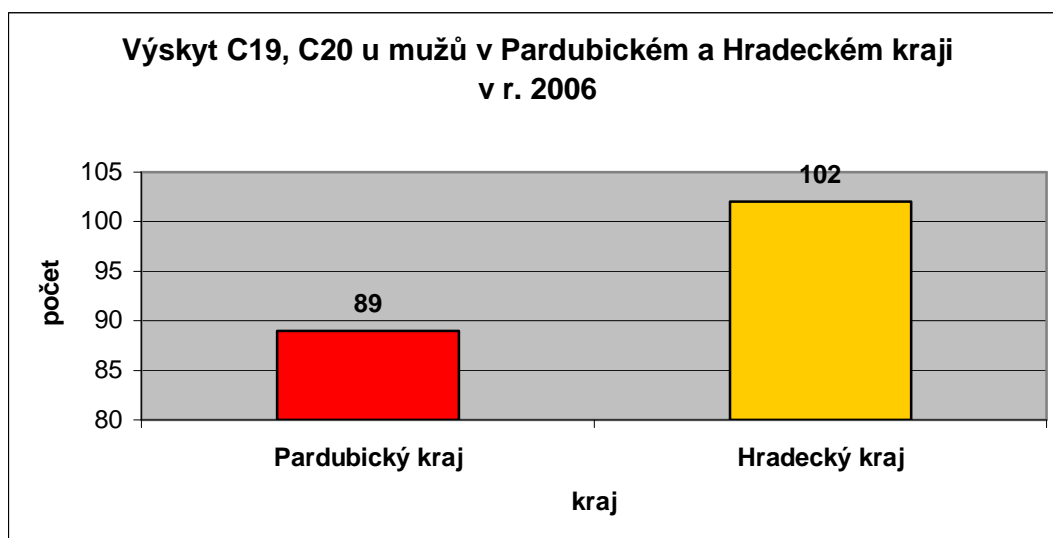
- všichni lidé nad 45 let (nejsou výjimkou třeba i 25letí)
- výskyt KRK v rodině.
- lidé dlouhodobě léčící se s nespecifickým střevním zánětem (např. ulcerózní kolitida)
- lidí nedodržujících správnou životosprávu



Obr. 1 Graf hlášených onemocnění (zdroj dat: www.uzis.cz)



Obr. 2 Graf výskytu (zdroj dat: www.uzis.cz)



Obr. 3 Graf hlášených novotvarů v Pardubickém a Hradeckém kraji (zdroj dat: www.uzis.cz)

5.1 Vznik kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom vzniká poměrně dlouho, není výjimkou 5-15 let. V 80% případů karcinom vzniká z benigního (nezhoubného) adenomu, který se ve střešní sliznici manifestuje jako zpravidla neškodný polyp, který se však kdykoliv může zvrhnout v malignitu.

Již byla zmínka o rizikových skupinách pro vznik karcinomu. U KRK máme hned několik prekanceróz, tedy stavů u nichž vznik malignity předpokládáme. Patří sem familiární adeomatózní polypóza, vzácné genetické onemocnění způsobené mutací APC genu (Adenomatous Polyposis Coli). Onemocnění je typické vznikem až tisíců polypů (adenomů) ve sliznici tlustého střeva. Polypy ve střevě se vyskytují již v pubertě a ve dvaceti letech se již můžeme s karcinomem v tlustém střevě. V případě familiární adenomatozní polypózy je důležitá pravidelná kolonoskopie a preventivní totální proktokolektomie (chirurgické odstranění tračníku a rekta). Do dalších prekanceróz patří Gardnerův syndrom projevující se polypy střevními spolu s mnohočetnými osteomy a tumory měkkých tkání. Hereditární nepolypózní karcinom je prekancerózou, která činí 2- 6 % procent všech KRK. Jedná se o genetickou mutaci. V rámci hereditárního nepolypózního karcinomu hovoříme o Lynchově syndromu ve stadiu I. a II. Lynchův syndrom I znamená vznik adenokarcinomu v pravé polovině tračníku v mladém věku. Lynchův syndrom II - syndrom karcinomových rodin představuje kromě adenokarcinomu tlustého střeva také riziko vzniku karcinomu endometria, ovarií, žaludku, tenkého střeva a ureterů.

5.2 Příznaky kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom se může projevovat jakkoliv dlouho od svého vzniku, nebo být i dlouhou dobu zcela asymptomatický.

Příznaky KRK záleží na velikosti samotného nádoru a také na jeho umístění. Každý nádor může krváčet, ačkoliv krvácení nemusí být jednoznačně okem patrné. V tomto případě se provádí test na okultní krvácení ze stolice, který je velice citlivý a poměrně spolehlivý. Dalším příznakem může být bolest břicha, střídání zácpy a průjmu, neprospívání a úbytky na váze, nechut' k jídlu (zejména odpor k masu), anemie a únava.

5.3 Diagnostika kolorektálního karcinomu

V diagnostice KRK je velice důležité vyšetření per rektum, kdy lékař prstem prohmatává sliznici rekta a sleduje, zda- li se vyskytne krev na rukavici. U žen také gynekologické vyšetření.

U diagnostikování při podezření na KRK (i v rámci prevence) se uplatňuje test na okultní krvácení ve stolici, který zajišťuje praktický lékař. Test se odebírá ze tří po sobě následujících stolic. V momentě, kdy test vyjde pozitivně (i u bezpříznakového jedince), je pacient odeslán praktickým lékařem ke gastroenterologovi (lékař zabývající se nemocemi trávicího traktu), který provede kolonoskopii (endoskopické vyšetření tračníku) a hledá jakoukoliv změnu na sliznici, ze které odebere vzorek a zašle k histologickému vyšetření buněk.

Při diagnostikování je nutné určit rozsah onemocnění (staging), proto se provádí ještě rentgenový snímek plic, sonografie břicha- zejména jater a CT (počítačová tomografie) malé pánve.

Takzvaný staging, neboli zhodnocení závažnosti kolorektálního karcinomu, pomáhá určit rozsah onemocnění dle klasifikace TNM a Dukese (viz tab. 1,2). Dalším ukazatelem průběhu onemocnění jsou tumorové markery v krvi a to zejména CEA (karcinoembryonální antigen) a CA 19-9.

Tab. 1: TNM klasifikace (zdroj: Müller, 1997)

T- tumor (rozsah primárního nádoru)	TX, Tis, T1-4
N- nodus (přítomnost metastáz v regionálních uzlinách)	NX, N0-2
M- metastáza (přítomnost vzdálených metastáz)	MX, M0-1

Tab. 2: Dukesova klasifikace (zdroj: Müller, 1997)

Dukes A	Nádor nepronurůstá střešní stěnu
Dukes B	Nádor prorůstá střešní stěnu, nejsou metastázy v místních uzlinách
Dukes C	Nádor s metastázemi v uzlinách
Dukes D	Nádor se vzdálenými metastázemi

5.4 Možnosti terapie kolorektálního karcinomu

V této práci se věnuji léčbě KRK pomocí chemoterapie (viz. Metotrexát a 5- fluorouracil). Ovšem na začátku textu byla zmínka o možnosti kombinace léčby KRK- chemoterapie, radioterapie a chirurgické léčby.

Terapie závisí na lokalizaci a velikosti karcinomu, dle toho se plánuje komplexní léčba. Chirurgická léčba je jeden ze základních pilířů při terapii KRK. Vždy je snaha o totální odstranění nádoru a postižených regionálních uzlin. Operace je indikována zejména u nemetastazujících tumorů. Dle lokalizace ložiska nádoru se na střevě provádí pravostranná hemikolektomie (odstranění vzestupného tračníku a příslušného cévního zásobení), levostranná hemikolektomie (odstranění tlustého střeva od lienálního ohbí až po sigmoideum). Pokud se nádor vyskytuje na transversu- příčný tračník (velmi vzácně), provádí se subtotální kolektomie. U nádorů sigmatu (esovitá klička) se provádí resekce sigmatu (nejlépe odstranit sigma a sestupný tračník), kde se poté „spojí“ příčný tračník s rektum. V případě, že nádor je rozsáhlý, metastazuje a způsobuje například obstrukční ileus (střešní neprůchodnost), provádí se paliativní výkony (ulehčují zdravotní stav pacienta), jako je například kolostomie. Aby chirurgická léčba byla co nejefektivnější, využívá se zároveň

adjuvantní i neoadjuvantní chemoterapie s podáním 5-fluorouracilu společně s leukovorinem nebo irinotekan.

Radioterapie (ozařování) je další možností léčby u KRK, může se využít, jak před chirurgickým výkonem (zmenšení nádoru), tak po operaci. V dnešní době se radioterapie provádí pomocí lineárního urychlovače, což výrazně krátí čas expozice záření. V případě KRK se ozařuje malá pánev a oblast konečníku (záleží na lokalizaci tumoru). Ozařování má jako jiná léčba vedlejší účinky, kam patří zejména lokální postižení kůže- spálení. V případě velkého poškození se radioterapie na čas přerušuje.

5.5 Prevence a screening kolorektálního karcinomu

Každému onemocnění lze předcházet a ledať je pouze a jen v rukou každého z nás. Druhou otázkou je, jaká je celková informovanost o výskytu a prevenci KRK mezi širokou veřejností. V případě této diagnózy bychom měli vycházet z faktu, že jakákoliv změna stolice po 40. roce života je podezřelá.

Primární prevence je tou nejdůležitější v potírání jakékoli nemoci a právě tady má každý z nás možnost volby. Jedná se zejména o úpravu životosprávy tak, aby náš jídelníček obsahoval dostatek vlákniny. Živočišné tuky by měly být nahrazeny rostlinnými a červené maso nahrazeno masem bílým. U přípravy jídla je vhodné eliminovat smažení a grilování. Naše strava by neměla postrádat vitamíny A,C a E. Pravidelné užívání alkoholu a tabákových výrobků je vysoce karcinogenní.

Sekundární prevence se zaměřuje již na vyhledávání kolorektálního karcinomu a jeho včasného diagnostikování. V rámci screeningu je vhodné, aby se jedinec bez příznaků, kterému je více než 45 let, každé dva roky podrobil testu na okultní krvácení ze stolice.

II PRAKTICKÁ ČÁST

6. Metodika

V rámci vypracování bakalářské práce jsem vykonávala povinnou školní praxi na lůžkovém oddělení onkologie v Pardubické krajské nemocnici, kde jsem si vybrala tři pacienty s KRK pro ošetrovatelské procesy.

K získávání anamnézy jsem se rozhodla použít ošetrovatelský model podle Marjory Gordonové- „Model fungujícího zdraví“- dle NANDA taxonomie II. Informace od pacientů jsem získávala zejména rozhovorem, z dokumentace a také od personálu. Všechny získané údaje jsem zapsala a na základě potíží, které pacienti měli, jsem dle závažnosti sestrojila ošetrovatelské diagnózy, intervence a hodnocení.

6.1. Diagnostické NANDA domény:

1. Podpora zdraví
2. Výživa
3. Vylučování a výměna
4. Aktivita- odpočinek
5. Vnímání- poznávání
6. Vnímání sebe sama
7. Vztahy
8. Sexualita
9. Zvládání zátěže- odolnost vůči stresu
10. Životní principy
11. Bezpečnost- ochrana
12. Komfort
13. Růst/ vývoj

7. KAZUISTIKY

7.1 Kazuistika č. 1

Pan M. Č. přijat na lůžkové oddělení radiační onkologie (ORO) v Pardubické krajské nemocnici (PKN) dne 15.11.2008 na sérii pravidelné chemoterapie pro rozsáhlý karcinom anorekta.

Ošetrovatelská anamnéza (vývoj onemocnění slovy pacienta)

Pacient se svěčuje a s velkým zájmem vypráví, jak před zhruba 10-12ti lety jeho onemocnění začalo. Nejprve se jednalo o krvácení z rekta při vyprazdňování stolice, čemuž pacient nevěnoval příliš pozornosti, až do té doby, kdy si na konečníku nahmatal malou nebolestivou bulku. Styděl se zajít se svými potížemi k lékaři, proto se svěřil přátelům v hospodě, kteří mu laicky poradili, že jeho problémy mu zřejmě působí hemeroidy. Jako odpověď to však pacientovi nestačilo, vyhledal tedy léčitelku, které se svěřil se svými potížemi, ale nikdy se s ní neviděl osobně, komunikace totiž probíhala formou korespondence. Jelikož paní léčitelka pana M.Č. nikdy neviděla, tak jeho obtíže také přisuzovala krvácejícím hemeroidům a poradila mu, ať navštíví lékaře. V průběhu dalších let se „bouliček“ v okolí konečníku vytvořilo více a tentokráte už z nich tekla krev. Pan M. Č. lékaři, který dle krevních testů a na základě histologie okamžitě pacienta odeslal na ORO do PKN, kde pacienta zahájil léčbu v květnu roku 2008.

Osobní údaje

Rok narození, věk:	1962, 47 let
Povolání:	zedník
Rodinný stav:	ženatý
Hlavní lékařská diagnóza:	Rozsáhlý dlaždicobuněčný karcinom anorekta (T3, N2-3,M0)
Vedlejší lékařské diagnózy:	Arteriální hypertenze (esenciální) Diabetes mellitus II. typu

Medikace:

Chemoterapie:	Mitomycin i.v. + 5- fluorouracil i.v. (750mg bolusově)
Běžná medikace:	Diaprel MR tbl. 2-0-0 (perorální antidiabetikum)

Sorbifer Durules tbl. 1-0-1 (antianemikum)

Noax Uno 300mg tbl. 0-0-0-1 (analgetikum)

Algifen 1 ampule při bolesti i.m. (spasmoanalgetikum)

Ošetření kůže (v souvislosti s ozařováním je kůže stržena): sedací koupel v hypermanganu (manganistan draselný) 10-15 min ráno i večer, následná aplikace gencianové violeti a sterilních záložek do třísel, ráno i večer.

Základní screeningové vyšetření

Celkový vzhled, úprava: upraven	Postoj: vzpřímený
Výška: 175 cm	Klouby: bez omezení pohybu, ale bolestivé (lokty a ramena)
Hmotnost, BMI: 86 kg 28,2 (nadváha)	Kůže: spíše sušší, po původní iradiaci stržená v oblasti třísel, v oblasti konečníku a hýždí tumor prorůstá ven
Puls: 85', pravidelný, plný	Sliznice: růžové
Dýchání: 18', pravidelné, čisté	Končetiny: lehké perimaleolární (kolem kotníků) otoky
TK: 140/90 (hypertenze)	Zornice: izokorické
TT: 36,4° C	Nos: bez výtoku
Poloha: aktivní, problém činí sezení (bolestivé) kvůli prorůstajícímu tumoru	Dutina ústní chrup: dásně zarudlé, chrup sanován

Tab. 3: Hodnocení rizika vzniku dekubitů- rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce- úplná: 4b.	Stav vědomí- dobrý: 4b.
Věk- do 60ti let: 2b.	Pohyblivost- úplná: 4b.
Stav pokožky- normální: 4b.	Inkontinence- není: 4b.
Další nemoci- karcinom: 1b.	Aktivita- chodí: 4b.
Tělesný stav- zhoršený: 3b.	Celkový počet bodů: 30

Tab. 4: Objektívni pozorování pacienta

Orientace: orientován osobou, místem, časem i situací
Řeč a způsob vyjadřování: plynulé
Oční kontakt: udržuje
Pozornost: přiměřená
Chování: přátelské, asertivní

Potřeby pacienta dle NANDA

Podpora zdraví

Svůj nynější zdravotní stav pacient hodnotí jako zhoršený. Nejvíce starostí mu dělá bolest celé sedací oblasti. Pro udržení svého zdraví pacient dříve rekreačně sportoval. Nyní pacient kouří zhruba jednu krabičku cigaret denně, má velmi rád víno, které pije, když je doma na propustce z nemocnice. Pacient si přeje dostávat informace týkající se léčby a svého zdravotního stavu.

Výživa

U nemocného v posledních týdnech došlo poklesu chuti k jídlu, nynější dieta je č. 11 - výběr (tzn. konzultace s nutriční terapeutkou, výběr oblíbeného jídla). V těchto dnech pacient preferuje studená jídla. Denní příjem tekutin je zhruba 1,5 litru (čaj, voda). Pacient udává, že má snížený pocit žízně, do pití se musí nutit.

Poranění kůže a sliznic se hojí velmi pomalu. Dřívější radioterapie způsobila popálení kůže v oblasti třísel, genitálu a vnitřních stehen, zahájena chemoterapie. Radiace prozatím přerušena.

Vylučování a výměna

Pacient močí sám na WC. Při močení mívá občasné pálení a řezání pomáhá urologický čaj. Vyprazdňování stolice (několikrát denně) dělá nemocnému velké potíže a bolesti z důvodu deformace anorekta nádorem. Stolica je kašovitá, někdy až vodnatý průjem. Pacient po vyprázdnění cítí pálení na hýždích, musí se jít proto umýt.

Aktivita - odpočinek

V těchto dnech pacient pro svůj zdravotní stav necvičí, pokud je doma, věnuje se drobným pracím okolo domu. Ve volném čase rád sleduje televizor, nebo navštíví přátele. S usínáním pacient potíže nemá, ale v noci se budí á 1,5 hodina a po chvilce opět usne. Po probuzení se cítí celkem odpočatý.

Vnímání - poznávání

Zrak pacienta je mírně zhoršený, nosí brýle na dálku, ale jen když řídí vůz. Sluch a čich jsou v pořádku.

Vnímání sebe sama

Tvrdí o sobě, že je optimista, ale poslední dobou si méně věří. Občas mívá strach z toho, co s ním bude dál a hlavně z hrozící kolostomie, která mu byla nabídnuta. Tu si v žádném případě nepřeje, prý je na ni moc mladý. Konzultaci s chirurgem o jiných operativních možnostech by rád přivítal, nebyla mu však nabídnuta. Nepříjemné pocity strachu mu pomáhá odstranit hlavně cigareta a rozhovor se zdravotnickým personálem.

Vztahy

Celý život je pacient zaměstnaný jako zedník, práce ho vždy bavila. Nyní žije s manželkou v rodinném domku. Pacient má rád časté kontakty s lidmi a sám je vyhledává.

Sexualita

V této oblasti pacient neudává žádné potíže.

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Prožívání napětí je poměrně časté a to buď z důvodu nespavosti, která nemocného znepokojuje, nebo z přítomnosti bolesti, která mu znemožňuje sezení. Nejlepší alternativou pro zvládnutí této situace je jít si zakouřit, přečíst si noviny, nebo si dát kávu. Největší změnou v pacientově životě je nynější hospitalizace.

Životní principy

Největším cílem do budoucna je zvládat onemocnění bez větších komplikací a hlavně nemít stomii, pokud by se mu něco takového stalo, nebo k tomu byl nucen, raději by prý šel

skočit pod vlak, takhle si prostě žít nepřeje. Přáním nemocného je častý kontakt s rodinou, hlavně manželkou.

Bezpečnost - ochrana

Žádná alergická reakce se v průběhu léčby nevyskytla. Hrozí riziko infekce z důvodu zavedené flexily a stržené a podrážděné kůže v tříslech. Pacient se přiznal, že pomýšlel na sebevraždu, ale vzápětí tuto myšlenku zavrhl.

Komfort

Nemocný udává bolesti v okolí rekta a místa prorůstání nádoru, zejména po vyprazdňování. Myslí se, že jeho bolest je nedostatečně řešena.

Růst a vývoj

Není žádná odchylka růstu a vývoje.

Ošetrovatelské diagnózy

12. doména: komfort	1. třída tělesný komfort
CHRONICKÁ BOLEST 00133	

Definice: Chronická bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest s náhlým nebo pozvolným nástupem, různou intenzitou od střední po prudkou, která je stálá nebo návratná. Není u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znak:

- sdělení přítomnosti nebo klasifikace bolesti nebo výskyt pozorovatelných projevů bolesti jako obranné chování
- změny spánku

Související faktor: chronická tělesná/psychosociální nezpůsobilost

Cíl: pacient udává zmírnění bolesti do dvou hodin od podání analgetika

Intervence:

- dej pacientovi prostor k vyjádření bolesti
- sleduj lokalizaci, intenzitu (3- 4) a změny bolesti v průběhu dne
- pravidelně hodnot' intenzitu bolesti dle škály VAS (vizuálně analogická škála)
- podávej analgetika dle ordinace lékaře (dále jen OL)
- sleduj účinnost podávaných analgetik

Realizace: U pacienta jsem sledovala škálu bolesti dvakrát denně a zajímala se o její charakter, schopnost sednout si, lokalizaci a vliv na spánek. Při zintenzivnění bolesti jsem podávala 1 ampuli algifenu i.m., 1-3 hodiny po podání pacient udával zmírnění bolesti na 4, dále bolest byla opět 5-6. Vysvětlila jsem pacientovi, že pokud si myslí, že jeho bolest není dostatečně řešená, ať upozorní ošetřujícího lékaře.

Hodnocení:

- pacient popisoval bolest o intenzitě 4-6
- byla podávána analgetika dle ordinace lékaře, příliš nezabírala
- pacient má stále stejnou bolest

11. DOMÉNA: bezpečnost- ochrana	1. TRÍDA: infekce
RIZIKO INFEKCE 00004	

Definice: Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organizmů do těla.

Určující znak:

- invazivní procedury
- farmaceutické působení
- chronické onemocnění

Cíl: pacient není ohrožen infekcí, nevznikne infekce po invazivních procedurách ani ošetřování třísel a rekta

Intervence:

- pouč pacienta o vzniku infekce
- pouč pacienta o projevech infekce
- prováděj aseptické ošetřování třísel a rekta
- sleduj okolí flexily (škála Madonn- viz. Příloha)
- sleduj vzhled kůže v tříselech a okolí rekta
- dodržuj zásady bariérové péče na celém oddělení (desinfekce, jednorázové pomůcky atd.)

Realizace: Průběžně jsem sledovala okolí flexily a projevy infekce v okolí vpichu. Flexila byla pravidelně vyměňována po 72 hodinách. Pacienta jsem poučila, jak se může infekce projevat a pokud tak zaznamená, ať upozorní ošetřující personál. Dále jsem pečovala o pacientův kožní defekt v tříselech, hýždích a konečníku, asepticky jej ošetřovala dvakrát denně a sledovala účinnost léčby. Nezaznamenala jsem projevy infekce.

Hodnocení:

- u pacienta nedošlo k projevům infekce
- byly dodrženy správné postupy při péči o pacienta

3. DOMÉNA: vylučování a výměna	3.TŘÍDA: vylučování
PRŮJEM 00013	

Definice: Průjem je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s těžko ovladatelným odchodem řídké a neformované stolice.

Určující znaky:

- vodnatá stolice minimálně třikrát za den
- velmi naléhavá potřeba se vyprázdnit

Související faktory:

situační faktory:

- léčebné ozařování
- nežádoucí účinky léčiv

tělesné faktory:

- dráždění v gastrointestinálním traktu

Cíl: zmírnění a následné vymizení potíží za den, eliminace počtu stolic za den

Intervence:

- sleduj počet stolic u pacienta
- sleduj vzhled stolice
- zajisti dostupnost toalety a sprchy
- zajisti intimitu při vyprazdňování
- zajisti vhodnou nedráždivou stravu
- zajisti dostatek tekutin (alespoň 2 litry denně)

Realizace: Pacientovi jsem vysvětlila, proč jeho průjem vzniká. Vyzvala jsem pacienta, aby mi pravidelně sděloval charakter a četnost vyprazdňování stolice. Vysvětlila jsem pacientovi důležitost pitného režimu a vhodné stravy. Upozornila jsem ošetřujícího lékaře o průjmu pacienta.

Hodnocení:

- pacient se vyprazdňuje několikrát za den, bez ohledu na stravu a léčebný režim

1. DOMÉNA: podpora zdraví	1. TRÍDA: vnímání zdravotního stavu
NEEFEKTIVNÍ LÉČEBNÝ REŽIM 0007	

Definice: Neefektivní léčebný režim je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nedodržováním léčebného režimu a nenaplňováním svých zdravotních potřeb.

Určující znaky:

- neredukuje rizikové faktory progresu onemocnění a jeho následků
- má potíže sladit preventivní opatření s léčbou a s projevy svého onemocnění

Související faktory:

- bezmocnost
- deficit ve znalostech
- překážky bránící dodržování léčebného režimu

Cíl: pacient je léčen efektivně, chápe podstatu léčby, je edukován o zdravém životním stylu

Intervence:

- podej pacientovi dostatek informací o léčbě
- zajisti možnost konzultace s lékařem
- edukuj pacienta o zdravém životním stylu
- ujisti se, zda pacient všemu rozumí
- dej prostor k dotazům nemocného

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi důležitost a zásady zdravého životního stylu, podala jsem informace o léčbě. Taktéž jsem dala pacientovi možnost klást otázky v průběhu léčby. Navrhla jsem možnost konzultace s lékařem.

Hodnocení:

- pacient je edukován o zdravém životním stylu
- pacient si přeje konzultaci s lékařem
- pacient si uvědomil rizika nevhodného chování (kouření) na vliv zdravotního stavu a kvality léčby

7.2 KAZUISTIKA č. 2

Pan J. H. přijat na oddělení ORO dne 2.12.2008 na sérii pravidelné chemoterapie pro karcinom esovité kličky tračnicku.

Ošetřovatelská anamnéza (vývoj onemocnění slovy pacienta)

Pacient vypráví o svých problémech, má radost, že si může s někým pohovořit o svém trápení, ale zároveň je vidět podle slz v očích, jak mu nemoc změnila celý život.

V květnu loňského roku pana J. H. začalo bolet břicho, vyhledal tedy praktickou lékařku, která mu předepsala kapky proti bolesti. Účinek léku se však nedostavil a bolesti se naopak stupňovaly, proto obvodní lékařka odeslala pana J. H. do nemocnice, kde se pacient pro útvar na esovité kličce musel podrobit operaci s odstraněním postižené části tračnicku. Později se ukázalo, že se jedná o zhoubný nádor. Pooperační rána se hojila obtížně a pomalu. Od června 2008 pan J. H. absolvuje pravidelné série chemoterapie v PKN.

Osobní údaje

Rok narození, věk:	1940, 69 let
Povolání:	starobní důchodce
Rodinný stav:	ženatý
Hlavní lékařská diagnóza:	Karcinom sigmoidei (T3, N1, M1)
Vedlejší lékařské diagnózy:	Arteriální hypertenze (esenciální) St. p.: 1964 popáleniny v chemickém průmyslu 8/08 port do v. subclavia dextra

Medikace

Chemoterapie: Avastin i.v. (látka prodlužující účinek chemoterapie) + Folfox i.v.

Běžná medikace: Ramil 2,5mg tbl. 1-0-0 (antihypertenzivum)

Helicid 20 cps. 1-0-0 (antiulcerozum)

Prednison F tbl. 1-0-0 (kortikoid, imunosupresivum)

Hypnogen 10mg tbl. 0-0-0-1/2 (hypnotikum)

Lactulosa sirup 2ml 1-1-1 (laxativum)

Základní screeningové vyšetření

Celkový vzhled, úprava: upraven, paruka (dříve popálen)	Postoj: vzpřímený
Výška: 172cm	Klouby: bez omezení pohybu, nebolestivé
Hmotnost, BMI: 82kg 27,7 (nadváha)	
Puls: 78', pravidelný, plný	Kůže: chladná, dříve popálen hlava a PHK, nyní paruka
Dýchání: 17', pravidelné, čisté	Končetiny: chladné, bez otoků
TK: 160/90 (hypertenze)	Zornice: izokorické
TT: 36, 9° C	Nos: bez výtoku
Poloha: aktivní	Dutina ústní chrup: dásně zduřelé, chrup sanován

Tab. 5: Hodnocení rizika vzniku dekubitů- rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce - úplná: 4b.	Stav vědomí - dobrý: 4b.
Věk - nad 60 let: 1b.	Pohyblivost - úplná: 4b.
Stav pokožky - normální: 4b.	Inkontinence - není: 4b.
Další nemoci - karcinom: 1b.	Aktivita - chodí: 4b.
Tělesný stav - zhoršený: 3b.	Celkový počet bodů: 29

Tab. 6: Objektívni pozorování pacienta

Orientace: orientován osobou, místem, časem i situací
Řeč a způsob vyjadřování: plynulé
Oční kontakt: udržuje
Pozornost: přiměřená
Chování: asertivní

Potřeby pacienta dle NANDA

Podpora zdraví

Svůj nynější stav pacient hodnotí jako celkem dobrý, prý bylo už hůře. Pokud zdravotní stav nemocnému dovolí, chodí s manželkou na vycházky, nebo si doma zacvičí na ortopedu a gymnastickém míči. Celý život pacient sportoval a snažil se žít zdravě.

Když se objevily známky onemocnění, vyhledal pacient lékaře, vždy dodržuje nařízení lékaře. Nemocný si přeje dostávat informace o svém zdravotním stavu.

Výživa

Stav výživy je v pořádku, nynější dieta č.11. Pacient za posledního půlroku dokonce přibral o 2 kg. Chuť k jídlu je nezměněna, prý sní vše, co dostane. Denní příjem tekutin je asi 1,5 - 2 litry (převážně čaj).

Vylučování a výměna

Pacient močí sám na WC. Potíže při močení neguje. Stolice se opakuje v intervalu 3-4 dní ve velmi malém množství, pacient má pocit nedostatečného vyprázdnění. Samotná defekace prý občas bývá bolestivá.

Aktivita - odpočinek

Volný čas pacient tráví zejména se svou manželkou na procházkách. Pokud zrovna není hospitalizován v nemocnici, tak několikrát týdně doma cvičí. Se spánkem je to prý horší, spíše špatné. Od dob, kdy onemocněl, se v noci budí á 2 hodiny. Pokud spí, tak jen lehkým spánkem, nebo vůbec. Dost ho to trápí, přes den je unavený.

Vnímání - poznávání

Pacient nosí brýle na dálku i na čtení. Sluch a čich jsou v pořádku.

Vnímání sebe sama

Celý život byl pacient velkým optimistou, od doby, co onemocněl, už si však tolik nevěří a bojí se budoucnosti. Strach a úzkost nemocný pociťuje vždy, když je v nemocnici a pokaždé, když má podstoupit nějaké vyšetření, má obavu z toho, co ho ještě čeká, a jak to vše dopadne.

Vztahy

Nyní je pacient ve starobním důchodu, prý si to patřičně užívá, až na nynější onemocnění. Čas tráví s manželkou, dětmi a vnoučaty. Na rodinu je velmi vázán a je rád za každou návštěvu v nemocnici, moc mu to pomáhá.

Sexualita

V této oblasti pacient neudává žádné potíže.

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Od května minulého roku je pacient v neustálém stresu a často prožívá napětí. Uvědomuje si, že jeho stav je vážný. Celou situaci umocňuje nespavost, přesto všechno se snaží chovat velice mile a být veselý.

Životní principy

Nejdůležitější prioritou je samotné zdraví. Pacient si přeje, aby se stal zázrak, uzdravil se a vše bylo jako předtím. Víra (katolík) pomáhá nemocnému zvládnout těžkou životní situaci. Pacient je silně věřící, zabývá se spirituálními potřebami a denně sem modlí. Hospitalizace mu znemožňuje kontakt s vírou a návštěvu kostela. Zároveň také doufá, že rodina mu bude i nadále nablízku, moc ji potřebuje.

Bezpečnost - ochrana

U nemocného se nevykytla žádná alergická reakce. Riziko infekce hrozí z důvodu zavedené flexily na levém předloktí. Pacient má také zavedený port do v. subclavia dextra, který se příliš nepoužívá.

Komfort

Pacient si na žádné bolesti nestěžuje.

Růst a vývoj

Nebyla zde nalezena žádná odchylka.

Ošetrovatelské diagnózy

4. DOMÉNA: aktivita- odpočinek	5. TRÍDA: spánek, odpočinek
PORUŠENÝ SPÁNEK 00095	

Definice: Porušený spánek je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s časem omezenou poruchou délky a kvality spánku (přirozeného, periodického a dočasného přerušování vědomí).

Určující znaky:

- insomnie
- stěžuje si, že si spaním dostatečně neodpočine
- nespokojenost se spánkem

Související faktory:

Psychogenní:

- přemýšlí o domově
- strach
- oddělení od blízkých osob
- úzkost
- strach z nespavosti
- únava

Faktory prostředí:

- hluk
- nedostatek soukromí ke spánku
- přítomnost dalších osob v místnosti, kde má klient spát

Cíl: pacient má lepší spánek do dvou dnů, po probuzení se cítí odpočatý

Intervence:

- Zajisti vhodné prostředí pro spánek pacienta (vyvětrej a vypni televizor)
- Vyslechni pacientova přání ohledně spánku (rozhovor aj.)
- Podávej medikaci dle OL
- Informuj se o kvalitě spánku pacienta po každém vyspání

Realizace: Každý den jsem s pacientem mluvila o jeho spánku a zjišťovala tak, zda-li mnou podávaná hypnotika jsou účinná

Hodnocení:

- Pacient spí po hypnoticích lépe
- Ráno se cítí být odpočatý

3. DOMÉNA: vylučování a výměna	3. TRÍDA: vyprazdňování
ZÁCPA 00011	

Definice: Zácpa je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s méně častou defekací provázenou obtížným nebo nekompletním vyprázdněním nadměrně tuhé a suché stolice.

Určující znaky:

- změna v běžném vyprazdňování střeva
- klient uvádí bolest při defekaci

Související faktory:**Funkční:**

- nedostatečná tělesná aktivita
- nepřiměřená toaleta (v soukromí)

Psychogenní:

- emocionální stres

Fyzické:

- tumory
- pooperační obstrukce
- nedostatečný příjem vlákniny
- nedostatečný příjem tekutin

Cíl: pacient má pravidelnou stolicí (á 2 dny), defekace není bolestivá

Intervence:

- Sleduj frekvenci vyprazdňování a vzhled stolice
- Zajisti intimitu při vyprazdňování
- Zajisti stravu bohatou na vlákninu
- Zajisti dostatek tekutin (2 – 2,5 l)
- Zajisti dostatek pohybu přes den (procházka po oddělení, možnost vycházek ven)
- Podávej laxativa dle ordinace lékaře

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi nutnost pravidelného vyprazdňování a vhodná režimová opatření, jak pravidelné defekace dosáhnout. Podávala jsem Lactulosa sirup a sledovala jsem frekvenci defekace.

Hodnocení:

- pacient se vyprazdňuje častěji
- pacient neudává bolest při defekaci

11. DOMÉNA: bezpečnost- ochrana	1. TRÍDA: infekce
RIZIKO INFEKCE 00004	

Definice: Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organizmů do těla.

Určující znak:

- invazivní procedury
- imunosuprese
- farmaceutické působení
- chronické onemocnění

Cíl: pacient není ohrožen infekcí, nevznikne infekce po invazivních procedurách

Intervence:

- pouč pacienta o vzniku infekce
- pouč pacienta o projevech infekce
- sleduj okolí flexily (Madonn)
- dodržuj zásady bariérové péče na celém oddělení (desinfekce, jednorázové pomůcky atd.)

Realizace: Poučila jsem pacienta o vzniku a projevech infekce, pravidelně jsem kontrolovala vzhled okolí flexily. Flexila byla vyměňována každých 72 hodin.

Hodnocení:

- u pacienta nedošlo k projevům infekce
- byly dodrženy správné postupy při péči o pacienta

10. DOMÉNA: porušená religiozita	11. TŘÍDA: víra, přesvědčení, život. hodnoty
RIZIKO PORUŠENÍ RELIGIOZITY 00170	

Definice: Riziko porušení religiozity je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka ohroženého porušením schopnosti získávat oporu ve své víře a porušením schopnosti podílet se na specifických náboženských obřadech

Rizikové faktory:

Tělesné:

- onemocnění/hospitalizace

sociokulturní:

- kulturní překážky směrem k praktikování náboženství

spirituální:

- utrpení

faktory prostředí:

- překážky prostředí směrem k praktikování náboženství

Cíl: pacient má uspokojené spirituální potřeby, poučen o možnosti náboženského kontaktu v nemocnici

Intervence:

- pohovoř s pacientem o jeho spirituálních potřebách
- zajisti náboženský kontakt (kněz)
- zajisti soukromí pro pacientovy náboženské rituály (modlení)

Realizace: S pacientem jsem promluvila o jeho náboženských potřebách a upozornila na možnost náboženského kontaktu při hospitalizaci.

Hodnocení:

- pacient uspokojil své náboženské potřeby
- pacient navštívil bohoslužbu (víkend na propustce)

7.3 KAZUISTIKA č. 3

Pan P. H. přijat na ORO dne 3.12. 2008 na sérii pravidelné chemoterapie pro zhoubný adenokarcinom rekta.

Ošetrovatelská anamnéza (vývoj nemoci slovy pacienta)

Ačkoliv se pacient cítí velmi vyčerpan a nemá příliš dobrou náladu, přesto mi vychází vstříc a informuje mě o svých problémech.

Všechno začalo v listopadu roku 2007. Pana P. H. začala bolet pravá noha a při chůzi ho zkrátka „neposlouchala“. Právě kvůli těmto obtížím byl pacient v únoru 2008 hospitalizován na neurologii, kde se podrobil řadě vyšetření, která neobjasnila příčinu bolavé nohy a špatné chůze. Sám pacient ani neví proč, ale musel se podrobit kolonoskopii, která odhalila útvar v konečniku, jenž se později ukázal jako zhoubný nádor. Jiné potíže kromě bolavé nohy pan P. H. neměl. Ještě v únoru roku 2008 se pan P. H. ocitl na ORO v PKN, kde zahájil chemoterapii společně s iradiací pánve.

Osobní údaje

Rok narození, věk: 1980, 28 let
Povolání: instalatér
Rodinný stav: ženatý
Hlavní lékařská diagnóza: Zhoubný adenokarcinom rekta (T4, NX, M1)
Vedlejší lékařské diagnózy: Plegie pravé dolní končetiny

Medikace

Chemoterapie: Xeloda 500mg tbl. 2-0-2 (cytostatikum- antimetabolit)
Avastin i.v. + Xeliri i.v. (biologická látka)
Folfiri i.v. (chemoterapeutické schéma při léčbě metastatického KRK, kombinace několika léků navazujících základní chemoterapeutickou léčbu KRK, v tomto případě Avastin + Xeliri)
samotná kombinace Folfiri: Atropin 0,25 mg s.c. (parasympatolytikum)
Kytril 1 amp i.v. (antiemetikum)
Dexona 16 mg (kortikoid) do 250 ml FR (fyziologický roztok)

Campto i.v. (alkylační cytostatikum)
 Leucovorin i.v. 200 mg/m²
Běžná medikace: Helicid 20 cps. 0-0-1 (antiulcerozum)
 Reasec 2,5 mg tbl. 2-0-2 (antidiaroikum)
 Durogesic 12 µg (analgetikum- anodynum, transdermální náplast)

Základní screeningové vyšetření

Celkový vzhled, úprava: upraven	Postoj: vzpřímený, francouzské hole
Výška: 166 cm	Klouby: bez omezení pohybu, nebolestivé, PDK nenatáhne
Hmotnost, BMI: 44 kg 15,9 (podváha)	Kůže: sušší, olupuje se v oblasti konečníku, zašedlé barvy
Puls: 72', pravidelný, plný	Sliznice: růžové
Dýchání: 15', pravidelné, čisté	Končetiny: bez otoků
TK: 140/100	Zornice: izokorické
TT: 36,2° C	Nos: bez výtoku
Poloha: aktivní, úlevová, podkládá si PDK, když leží	Dutina ústní, chrup: chrup sanován

Tab. 7: Hodnocení rizika vzniku dekubitů- rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce - úplná: 4b.	Stav vědomí - dobrý: 4b.
Věk - do 30ti let: 3b.	Pohyblivost - částečně omezená. 3b.
Stav pokožky - normální: 4b.	Inkontinence - není: 4b.
Další nemoci - karcinom: 1b.	Aktivita - chodí: 4b.
Tělesný stav - špatný: 2b.	Celkový počet bodů: 29

Tab. 8: Objektívni pozorování pacienta

Orientace: orientován osobou, místem, časem i situací
Řeč a způsob vyjadřování: mluví tiše s pauzami
Oční kontakt: má zavřené oči
Pozornost: přiměřená momentálnímu stavu
Chování: asertivní

Potřeby pacienta dle NANDA

Podpora zdraví

Pacient svůj nynější stav hodnotí jako velmi špatný, protože nemá energii ani chuť k jídlu.

Celý život byl zvyklý sportovat, jak onemocněl, byl se vším konec. Nemocný dříve kouřil asi 5 cigaret denně, nyní už ne. Alkohol pije pouze příležitostně.

Výživa

Nemocný je kachektický, bez chuti k jídlu. Úbytek váhy za posledním šest měsíců činí zhruba 11 kg. Nynější dieta č.11- výběr. Pitný režim se pacient snaží dodržet, pít mu prý chutná. Za den vypije 2 l studeného sladkého čaje. Pocity žízně však nemá.

Vylučování a výměna

Pacient močí sám na WC. Potíže s močením neudává. Trápí ho však každodenně vodnaté průjmy (minimálně 5krát denně), které ho velice vyčerpávají. Je si vědom, že na průjmech se podílí nynější chemoterapie a ozařování, které má teď přerušeno.

Aktivita - odpočinek

Díky své vyčerpanosti pacient celý den leží v posteli, kde buď spí, nebo sleduje filmy na DVD přehrávači. Nic jiného mu jeho zdravotní stav nedovoluje. Po probuzení se cítí nevyspalý.

Vnímání- poznávání

Pacient vidí dobře, brýle nenosí. Sluch a čich jsou v pořádku.

Vnímání sebe sama

Snaží se být optimistou, tak jak celý život byl, ale v současné situaci je to prý velice těžké, protože si je dobře vědom, jak hodně je nemocný a že prognóza je nejistá. Posledního půlroku má velice špatnou náladu a strach, co bude dál. Moc si přeje, aby se dožil toho, až jeho nyní dvouletý syn půjde do školy, je na něho moc pyšný.

Vztahy

Pan P. H. je zaměstnaný jako instalatér, žije s manželkou a synkem v domě u manželčiny rodičů. Rodinné vztahy jsou prý moc pěkné, všichni se o pacienta snaží postarat a co nejvíce mu pomoci. Pacient se snaží chovat asertivně, ale občas se mu stane, že někoho slovně odbude, pak ho to moc mrzí.

Sexualita

V této oblasti pacient neudává žádné potíže.

Zvládání zátěže- odolnost vůči stresu

Prožívání napětí a zátěže sám pacient nedokáže příliš zhodnotit. Ví jen, že má strach, ale více se o těchto pocitech nechce bavit.

Životní principy

Samozřejmě na prvním místě je zdraví, ačkoliv pacient dobře ví, že je to špatné. Mrzí ho, že nemůže být tak často doma a radovat se ze svého syna. Ostatní mu je v tuto chvíli jedno.

Bezpečnost- ochrana

Žádná alergická reakce se v průběhu léčby nevyskytla. U pacienta hrozí riziko infekce z důvodu zavedené flexily (levá horní končetina) a aplikace s.c. injekcí.

Komfort

Pacient si stěžuje na bolesti celého těla, blíže je specifikovat nedokáže.

Růst a vývoj

Není žádná odchylka růstu a vývoje.

Ošetrovatelské diagnózy

12. doména: komfort	1. třída tělesný komfort
CHRONICKÁ BOLEST 00133	

Definice: Chronická bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest s náhlým nebo pozvolným nástupem, různou intenzitou od střední po prudkou, která je stálá nebo návratná. Není u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znak:

- změny tělesné hmotnosti
- sdělení přítomnosti nebo klasifikace bolesti nebo výskyt pozorovatelných projevů bolesti jako obranné chování

- změny spánku
- vyčerpanost
- snížená interakce s lidmi
- omezená schopnost vykovávat předchozí činnosti

Související faktor:

- chronická tělesná/psychosociální nezpůsobilost

Cíl: pacient udává zmírnění bolesti do 24 hodin po podání analgetika, dokáže bolest lépe specifikovat

Intervence:

- dej pacientovi prostor k vyjádření bolesti
- sleduj lokalizaci, intenzitu (4- 5) a změny bolesti v průběhu dne
- pravidelně hodnot' intenzitu bolesti dle škály
- podávej analgetika dle OL
- sleduj účinnost podávaných analgetik

Realizace: Pravidelně jsem hodnotila škálu bolesti, obvykle dosahovala 7, po aplikaci náplasti Durogesic se bolest asi tak na 24 hodin snížila na 5-6, dále pak opět 6-7. Vyzvala jsem pacienta, aby se snažil bolest lépe specifikovat a naučil se o ní lépe mluvit.

Hodnocení:

- pacientova bolest je stále stejná (o škále 6- 7)
- byla padávána analgetika dle ordinace lékaře, zabírala pouze na začátku jejich aplikace

11. DOMÉNA: bezpečnost- ochrana	1. TŘÍDA: infekce
RIZIKO INFEKCE 00004	

Definice: Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla.

Určující znak:

- invazivní procedury
- farmaceutické působení
- chronické onemocnění

Cíl: pacient není ohrožen infekcí, nevznikla infekce po invazivních procedurách (flexila, aplikace injekcí)

Intervence:

- pouč pacienta o vzniku infekce
- pouč pacienta o projevech infekce
- dodržuj správné zásady při aplikaci při s.c. a i.m. injekcích
- sleduj okolí flexily (Madonn)
- dodržuj zásady bariérové péče na celém oddělení (desinfekce, jednorázové pomůcky atd.)

Realizace: Sledovala jsem vzhled okolí flexily a její vyměnění po 72 hodinách. Pacienta jsem poučila o vzniku a projevech infekce.

Hodnocení:

- u pacienta nedošlo k projevům infekce
- byly dodrženy správné postupy při péči o pacienta

3. DOMÉNA: vylučování a výměna	3.TŘÍDA: vylučování
PRŮJEM 00013	

Definice: Průjem je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s těžko ovladatelným odchodem řídké a neformované stolice.

Určující znaky:

- vodnatá stolice minimálně třikrát za den
- velmi naléhavá potřeba se vyprázdnit
- bolesti břicha

Související faktory:**situační faktory:**

- léčebné ozařování
- nežádoucí účinky léčiv

tělesné faktory:

- dráždění v gastrointestinálním traktu

Cíl: zmírnění a následné vymizení potíží, eliminace počtu stolic za den

Intervence:

- sleduj počet stolic u pacienta
- sleduj vzhled stolice
- zajisti dostupnost (krátká vzdálenost) toalety a sprchy
- pečuj o lůžko pacienta
- zajisti intimitu při vyprazdňování
- zajisti vhodnou nedráždivou stravu s omezením diety č. 11 (výběr)
- podávej léky dle OL
- zajisti dostatek tekutin (alespoň 2 l za den)

Realizace: Pacientovi jsem podávala Reasec dle ordinace lékaře a sledovala četnost a charakter stolice. Poučila jsem a zároveň dohlédla na pitný režim pacienta.

Hodnocení:

- pacient se vyprazdňuje několikrát za den, stolice bývá střídavě vodnatá, střídavě kašovitá
- pacient nemá známky dehydratace

2. DOMÉNA: výživa	2. TRÍDA: výživa a metabolismus
NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA 00002	

Definice: Nedostatečná výživa je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jehož příjem živin nekryje metabolickou potřebu.

Určující znaky:

- denní příjem potravin menší než příjem doporučený
- průjem
- neschopnost přijímat potravu
- změna chuti k jídlu
- odpor k jídlu

Související faktory:

- biologické
- psychogenní

Cíl: pacient má zlepšený stav výživy, snaží se sníst, to co mu chutná

Intervence:

- Zajisti vhodnou dietu (výživná s potravinami preferovanými pacientem)
- Zajisti podmínky pro stravování (stravovací návyky, hygiena před jídlem)
- Kontroluj množství pozřené stravy
- Zaznamenej množství pozřené stravy
- Sleduj stav výživy pacienta
- Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem
- Dej pacientovi dostatek času na jídlo

Realizace: Poučila jsem pacienta o důležitosti přijímat potravu, malnutrici a potřebném příjmu živin za den. Sledovala a zaznamenávala jsem množství pozřené stravy a informovala lékaře.

Hodnocení:

- Stav výživy pacienta je stále stejný, přestože má na výběr preferované potraviny
- Pacient se snaží jíst i přes nechut', ale množství přijaté potravy je stále minimální

11. DOMÉNA: bezpečnost- ochrana	2. TRÍDA: tělesné poškození
Riziko pádů 00155	

Definice: Riziko pádů je standardizovaný název ošetrovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Rizikové faktory:**U dospělých:**

- používání pomocných prostředků (hole)

Tělesné:

- vliv novotvarů
- průjem
- porušená tělesná mobilita
- obtíže při chůzi
- neuropatie

Cíl: u pacienta nedojde k pádu, pacient zvládne dojít o holích, kam potřebuje

Intervence:

- Pouč pacienta o signalizaci
- Nabídni dopomoc
- Zajisti dostupnost toalety a sprchy
- Zajisti nácvik bezpečné chůze o francouzských holích
- Ujist se o tom, zda pacient zvládá chůzi

Realizace: Nabídla jsem pacientovi dopomoc formou doprovodu, poučila ho o signalizaci. Pozorovala jsem pacienta při chůzi a přemísťování se z lůžka na židli atp. Navrhla jsem umístit pacienta na pokoj v blízkosti sociálního zařízení.

Hodnocení: u pacienta nedošlo k pádu, velmi obratně zvládá chůzi o franc. holích

9. DOMÉNA: zvládání zátěže- odolnost vůči stresu	10. TŘÍDA: stres, situace, jejich zvládání
STRACH 00148	

Definice: Strach je reakcí člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

Určující znaky:

Obecné:

- klient sděluje, že má zvýšenou tenzi
- snížené sebehodnocení a bývá často rozrušený

Kognitivní:

- podněty, které klienta přesvědčují o ohrožení
- zmenšená produktivita

Určující znaky v oblasti chování:

- únikové nebo útočné chování
- impulzivita

Tělesné:

- průjem
- vyčerpanost

Související faktory:

- přirozený zdroj strachu (bolest)
- odloučení od opory v situaci, která navozuje stres

Cíl: pacient je seznámen s průběhem a vývojem léčby, zajištěn dostatečný kontakt s rodinou

Intervence:

- promluv s pacientem o jeho strachu a potřebách
- zajisti konzultaci s psychologem
- umožni častý kontakt s rodinou
- přistupuj empaticky
- dostatečně edukuj pacienta o průběhu a vývoji léčby (dle kompetencí sestry)
- zjisti, zda-li se pacientův strach změnil

Realizace: Snažila jsem se s pacientem co nejvíce mluvit o jeho strachu a pocitech. Sledovala jsem několikrát denně pacientovu náladu. Nabídla jsem možnost konzultace s psychologem.

Hodnocení:

- pacient je edukován o průběhu a vývoji léčby sestrou i lékařem
- rodina pacienta navštěvuje dle přání pacienta
- pacient si nepřeje konzultaci s psychologem
- pacient o svém strachu nechce dále mluvit

8. DISKUSE

Ve své práci, kde bylo jedním z cílů navrhnout standardní ošetrovatelský plán, jsem sledovala každého pacienta individuálně a na základě nasbíraných informací jsem se snažila zhodnotit, co mají všichni tři pacienti společného. Z nejčastěji opakujících se potíží pacientů jsem vytvořila návrh ošetrovatelského plánu, v němž jsem závěrem došla k těmto ošetrovatelským diagnózám: bolest (chronická), průjem, riziko infekce, porušení kožní integrity a porucha spánku. Zmiňované potíže logicky vyplývají ze zdravotního i psychického stavu pacientů a potvrzují tak mou představu o problémech nemocných léčících se s kolorektálním karcinomem.

9. ZÁVĚR

Kolorektální karcinom je jedna z nejčastějších diagnóz na onkologických odděleních v poslední době. Nedodržení preventivních opatření a ignorování prvotních příznaků onemocnění mívají i v dnešní době vyspělé medicíny fatální následky a to již ve věku mladším 45ti let. Možnou příčinou zvýšeného výskytu KRK je jistě vyšší počet pacientů s nespecifickými střevními záněty. Dále neinformovanost a stud brání lidem s varovnými příznaky vyhledat lékaře, což by mělo následovat při jakékoliv změně ve vyprazdňování bez ohledu na věk.

V této práci jsem u třech vybraných pacientů s KRK hodnotila jejich somatické a psychické problémy i potřeby. Zaměřila jsem se na aktuální potíže, které jsou spojené s chemoterapií, popřípadě radioterapií a jejím vlivem na kůži. Po rozhovoru s nemocnými a získání informací z dokumentace jsem vytvořila ošetrovatelské diagnózy, cíle a plán péče. Po realizaci jednotlivých cílů jsem se s každým pacientem zvlášť snažila zhodnotit splnění mnou navržených cílů. Nakonec jsem sestavila standardní ošetrovatelský plán u pacientů s KRK a zahrnula jsem ošetrovatelské diagnózy, které se nejčastěji vyskytovaly u pacientů.

10. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ADAM, Z.; VORLÍČEK, J.; KOPTÍKOVÁ, J. Obecná onkologie a podpůrná léčba. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. ISBN 80- 7262- 151- 3.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2003. ISBN 80- 86225- 33- X.
3. BUREŠ, J.; HORÁČEK, J. Základy vnitřního lékařství. 1. vyd. Praha : Galén, 2003. ISBN 80- 72622- 08- 0.
4. DYLEVSKÝ, I. Somatologie. 1. vyd. Olomouc : pava, 2000. ISBN 80- 86297- 05- 5
5. JUŘENÍKOVÁ, P.; HŮSKOVÁ, J. a kol. Ošetrovatelství- psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie. 1. vyd. Uherské Hradiště : Středisko služeb školám, 2000.
6. KLENER, P. Klinická onkologie. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. ISBN 80- 7262- 151- 3.
7. KOCINOVÁ, S.; ŠTERBÁKOVÁ, Z. Přehled nejužívanějších léčiv. 4. vyd. Praha : Informatorium, 2003. ISBN 80- 7333- 012- 1.
8. KOUTECKÝ, J. a spol. Klinická onkologie. 1. vyd. Přerov : Riopress, 2004. ISBN 80- 86221- 77- 6.
9. LINHART, J. Slovník cizích slov. 1. vyd. Litvínov : 2004, - Dialog. ISBN 80- 85843- 61- 7.
10. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80- 247- 1399- 3.
11. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. Kapitoly z ošetrovatelské péče II. 2. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80- 247- 1443- 4.
12. MÜLLER, M. a spol. Chirurgie pro studium a praxi. 1. vyd. Praha : Goldstein & Goldstein, 1997. ISBN 80- 86094- 10- 3.
13. NEJEDLÁ, M. Fyzikální vyšetření pro sestry. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80- 247- 1150- 8.
14. TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80- 7013- 324- 4.
15. Statistické údaje o novotvarech, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online], aktualizace 2007. [cit 2008- 12- 12]

Dostupné na: <http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>

11. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Hodnocení rizika vzniku dekubitů- rozšířená stupnice Nortonové

Příloha B: Madonnova stupnice pro hodnocení flebitidy (zánět žil)

Příloha C: Schéma pro aplikaci chemoterapie u KRK

Příloha D: Standardní ošetrovatelský plán

Příloha A: Hodnocení rizika vzniku dekubitů- rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	0-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11-30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom Kachexie	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Obezita On.cév A jiné		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Příloha B: Madonnova stupnice pro hodnocení flebitidy (zánět žil)

Stupeň	Reakce
0	není bolest ani reakce v okolí
I.	Pouze bolest, bez reakce v okolí
II.	Bolest a zarudnutí
III.	Bolest, zarudnutí, otok
IV.	Hnis, otok, bolest, zarudnutí

Příloha C: Schéma pro aplikaci chemoterapie u KRK

**Komplexní onkologické centrum Krajská nemocnice Pardubice
Aplikační list**

Jméno pacienta, RČ,P:

Chemo : adjuvantní, paliativní, konkomitantní, neoadjuvantní, kurativní

Linie:

Režim: **FUFA-Mayo režim**

Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění ČOS ČSL JEP 1.7.2005

Standard Masarykova onkologického ústavu

O'Connell MJ, et al. J. Clin. Oncol. 1997, 15: 246-250

Série:

Interval od předchozího cyklu:

Poznámky k průběhu chemoterapie:

Výška:

Váha:

Povrch těla:

Datum zahájení aplikace:.....

Premedikace: Torecan 1 amp. i.v.

Chemoterapie: **5-fluorouracil 5FU 450 mg/m² i.v. jako bolus D1-5.....mg**

(při celkové dávce nad 1000mg ředit do 250 ml F1/1, kapat 30minut)

Leukovorin 20 mg/m² i.v. jako bolus D1-5.....mg

Datum D1.....čas zahájení aplikace.....čas ukončení aplikace.....

Naředil..... Aplikoval:

Průběh aplikace chemoterapie: .

Datum D2.....čas zahájení aplikace.....čas ukončení aplikace.....

Naředil..... Aplikoval:

Průběh aplikace chemoterapie:

Datum D3.....čas zahájení aplikace.....čas ukončení aplikace.....

Naředil..... Aplikoval:

Průběh aplikace chemoterapie:

Datum D4.....čas zahájení aplikace.....čas ukončení aplikace.....

Naředil..... Aplikoval:

Průběh aplikace chemoterapie:

Datum D5.....čas zahájení aplikace.....čas ukončení aplikace.....

Naředil..... Aplikoval:

Průběh aplikace chemoterapie:

Podpis lékař:.....

Interval: 4 týdny

Termín další aplikace:.....

Změna intervalu - zdůvodnění:

Příloha D: Standardní ošetřovatelský plán

KÓD	DIAGNÓZA	URČUJÍCÍ ZNAKY	SOUVISEJÍCÍ FAKTORY/ RIZIKOVÉ FAKTORY	CÍL	INTERVENCE	REALIZACE	HODNOCENÍ
00133	Chronická bolest	<input type="checkbox"/> změny těles. hmotnosti <input type="checkbox"/> sdělení přítomnosti nebo klasifikace bolesti <input type="checkbox"/> reakce navozené sympatickým nervovým systémem	<input type="checkbox"/> chronická tělesná nezpůsobilost	Pacient udává zmírnění bolesti do...	<input type="checkbox"/> sleduj škálu bolesti <input type="checkbox"/> sleduj projevy bolesti <input type="checkbox"/> podávej analgetika dle OL <input type="checkbox"/> sleduj účinnost analg. <input type="checkbox"/> zajisti plevovou polohu pacienta <input type="checkbox"/> přikládej teplé/studené obklady		
00013	Průjem	<input type="checkbox"/> vodnatá stolice minimálně 3x za den <input type="checkbox"/> velmi naléhavá potřeba se vyprázdnit <input type="checkbox"/> bolesti břicha <input type="checkbox"/> křeče v břiše	<u>psychogenní</u> <input type="checkbox"/> vysoká míra stresu <u>situační</u> <input type="checkbox"/> léčebné ozařování <input type="checkbox"/> nežádoucí účinky léčiv <u>tělesné</u> <input type="checkbox"/> dráždění v GIT	Zmírnění a následné vymizení potíží do...	<input type="checkbox"/> vysvětli pacientovi příčinu obtíží <input type="checkbox"/> podávej léky dle OL <input type="checkbox"/> podávej dostatek tekutin <input type="checkbox"/> pečuj o kůži v okolí konečníku <input type="checkbox"/> pečuj o čistotu pacientova lůžka		
00004	Riziko infekce		<input type="checkbox"/> invazivní procedury <input type="checkbox"/> farmaceutické působení <input type="checkbox"/> malnutrice <input type="checkbox"/> imunosuprese <input type="checkbox"/> chronické onemocnění	Nedojde k rozvoji infekce	<input type="checkbox"/> pouč pacienta o vzniku a projevech infekce <input type="checkbox"/> sleduj okolí PŽK <input type="checkbox"/> zajisti péči o PŽK <input type="checkbox"/> bezpečně aplikuj i.m. a s.c. injekce <input type="checkbox"/> pečuj o PMK <input type="checkbox"/> pečuj o kůži pacienta		

Příloha D: Standardní ošetrovatelský plán

KÓD	DIAGNÓZA	URČUJÍCÍ ZNAKY	SOUVISEJÍCÍ FAKTORY/ RIZIKOVÉ FAKTORY	CÍL	INTERVENCE	REALIZACE	HODNOCENÍ
00095	Porušený spánek	<input type="checkbox"/> insomnie <input type="checkbox"/> nespokojenost se spánkem <input type="checkbox"/> pacient si stěžuje, že si spánkem nedostatečně odpočine	<u>psychogenní</u> <input type="checkbox"/> strach, úzkost <input type="checkbox"/> oddělení od blízkých osob <input type="checkbox"/> únava <u>vliv prostředí</u> <input type="checkbox"/> nedostatek soukromí ke spánku	Pacient má kvalitní spánek do...	<input type="checkbox"/> zajisti vhodné prostředí ke spánku <input type="checkbox"/> podej hypnotika dle OL <input type="checkbox"/> sleduj kvalitu spánku pacienta <input type="checkbox"/> aktivizuj pacienta přes den <input type="checkbox"/> umožni pacientovi vykonávat jeho spánkové rituály		
00093	Únava	<input type="checkbox"/> neschopnost načerpat energii spánkem <input type="checkbox"/> nárůst potřeby odpočinku <input type="checkbox"/> zesílení tělesných obtíží <input type="checkbox"/> snížený výkon	<u>psychogenní</u> <input type="checkbox"/> stres, úzkost <u>situační</u> <input type="checkbox"/> negativní životní události <u>tělesné</u> <input type="checkbox"/> onemocnění	Pacient se cítí odpočatý za...	<input type="checkbox"/> zajisti vhodné prostředí k odpočinku <input type="checkbox"/> zajisti dostatek odpočinku přes den <input type="checkbox"/> podávej dostatek tekutin <input type="checkbox"/> podávej pestrou stravu <input type="checkbox"/> kontroluj nutriční stav pacienta		
00046	Porušená kožní integrita	<input type="checkbox"/> destrukce dermis	<u>vnější</u> <input type="checkbox"/> záření <u>vnitřní</u> <input type="checkbox"/> imunologický deficit <input type="checkbox"/> změny nutričního stavu	Pacient má lepší stav kůže v okolí konečníku	<input type="checkbox"/> vysvětli pacientovi příčinu kožních změn <input type="checkbox"/> zajisti adekvátní hygienu <input type="checkbox"/> kontroluj stav kůže v okolí konečníku <input type="checkbox"/> ošetřuj kůži v okolí konečníku <input type="checkbox"/> zabraň vzniku infekce		