

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S OSTEOSARKOMEM KOSTI**

Bakalářská práce

DANA HORŇÁČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr., Mgr. Miroslava Kubicová PhD.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

HORNÁČKOVÁ Dana
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s osteosarkomem kosti

Pflegeprozess bei Erwachsenen mit Osteosarkom

Vedoucí bakalářské práce: PhDr., Mgr. Miroslava Kubicová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny, literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní PhDr., Mgr. Miroslavě Kubicové PhD. za ochotu, za odborné vedení bakalářské práce, odborné konzultace, vstřícný přístup a cenné připomínky, kterými přispěla k vypracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

HORŇÁČKOVÁ, Dana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s osteosarkomem kosti*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr., Mgr. Miroslava Kubicová PhD. Praha. 2018. 73 stran.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s osteosarkomem kosti. Tato práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části práce je zpracovaný ucelený pohled na danou problematiku. Podrobně jsou přiblíženy etiologie, klinický obraz onemocnění, incidence a prevalence onemocnění, rizikové faktory, diagnostika, léčba a prognóza onemocnění. Teoretická východiska práce jsou věnována specifikům ošetrovatelské péče u pacienta s osteosarkomem, která jsou rozdělena na předoperační přípravu a pooperační péči. Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem, kde je využita metoda modelu Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny podle diagnostické struktury Nanda domén. Je zde zpracován komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s osteosarkomem.

Klíčová slova:

Diagnostika v onkologii. Léčba v onkologii. Nádory. Nádory kostí. Onkologie. Osteosarkom.

ABSTRACT

HORŇÁČKOVÁ, Dana. *Pflegeprozess bei Patienten mit Osteosarkom*. Medizinische Hochschule, gemeinnützige Gesellschaft, Qualifikationsstufe: Bachelor (Bc.), Betreuer: PhDr., Mgr. Miroslava Kubicová PhD. Praha. 2018. 73 Seiten.

Das Thema der Bachelor-Arbeit ist der Pflegeprozess bei Patienten mit Osteosarkom. Diese Arbeit ist in einen theoretischen und einen praktischen Teil gegliedert. Im theoretischen Teil wird ein Gesamteinblick in die gegebene Problematik geboten. Es werden Ätiologien, klinisches Krankheitsbild, Inzidenz und Prävalenz der Erkrankung, Risikofaktoren, Diagnostik, Behandlung und Prognose der Erkrankung detailliert näher gebracht. Die theoretischen Schwerpunkte der Arbeit widmen sich den Spezifiken des Pflegeprozesses bei Patienten mit Osteosarkom, die in die präoperative Vorbereitung und die postoperative Behandlung gegliedert sind. Der praktische Teil beschäftigt sich mit dem Pflegeprozess, wobei die Methode von Marjory Gordon genutzt wurde. Die Pflegediagnosen sind nach der diagnostischen Struktur der Nanda Domains zusammengestellt. Es wird hier der gesamte Pflegeprozess bei Patienten mit Osteosarkom behandelt.

Schlüsselwörter:

Diagnostik in der Onkologie. Behandlung in der Onkologie. Tumore. Knochentumore. Onkologie. Osteosarkom.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	14
1 OSTEOSARKOM.....	17
1.1 DĚLENÍ NÁDORŮ KOSTÍ	17
1.2 ROZDĚLENÍ OSTEOSARKOMU	18
1.3 KLASIFIKACE NÁDORŮ DLE WHO	19
1.4 INCIDENCE A PREVALENCE ONEMOCNĚNÍ.....	20
1.5 ETIOLOGIE	21
1.6 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	21
1.7 KLINICKÝ OBRAZ	21
1.8 DIAGNOSTIKA	22
1.9 TERAPIE	24
1.10 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ	27
1.11 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PROTINÁDOROVÉ TERAPIE	27
2 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S OSTEOSARKOMEM	29
2.1 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY	29
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA V PRŮBĚHU CHEMOTERAPIE	33
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S OSTEOSARKOMEM.....	34
3.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI	34

3.2	NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ	36
3.3	ANAMNÉZA.....	36
3.4	POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 13. 11. 2017....	39
3.5	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	41
3.6	POSOUZENÍ DENNÍCH AKTIVIT PACIENTA DLE MODELU MARJORY GORDON	43
3.7	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	52
4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	67
	ZÁVĚR	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body-mass index
Cps	Kapsle
CT	Počítačová (výpočetní) tomografie
DKK	Dolní končetiny
LHK	Levá dolní končetina
MDR	Mnohočetné rezistence k lékům
MRI	Magnetická rezonance
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (severoamerická asociace pro sesterské diagnózy)
P	Puls
PDK	Pravá dolní končetina
PET	Pozitronová emisní tomografie
PMK	Permanentní močová katetr
PŽK	Periferní žilní katetr
RHB	Rehabilitace
RTG	Rentgenové vyšetření
Tbl	Tablety
TK	Krevní tlak
TNM	Klasifikace pokročilosti zhoubných nádorů
TT	Tělesná teplota
UV	Ultrafialový
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

(VOKURKA a kol., 2008), (VOKURKA a kol., 2016).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alkalická fosfatáza – má optimum aktivity v alkalickém prostředí. Je obsažena zejména v kostech (účast na mineralizaci), střevě a žlučových cestách.

Alopecie – ztráta vlasů

Anémie – chudokrevnost. Onemocnění, při němž je v krvi sníženo množství krevního barviva hemoglobinu a červených krvinek erytrocytů.

Aspekce – vyšetření pohledem

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu nebo tkáně

Benigní – nezhoubný

Bioptický – týkající se biopsie

Diferenciace – vyzrállost

Diferencovaný – vyzrálý, vykazující známky zralosti či vyzrávání, rozlišený, charakterizovaný dočasnou diferenciací

Diseminace – rozsev, např. nádoru či infekce

Distální – umístěný na opačné straně

Edém – otok

Elevace – vyzdvižení, vystoupenutí

Etiologie – příčina nemoci

Etiopatogeneze – soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci

Expanzivně – růst určitého útvaru

Femur – kost stehenní

Fibrózní – vazivový

Flebitida – zánět žíly

Fosfatáza – enzym uvolňující fosfátovou skupinu z její vazby na jinou sloučeninu

Fraktura - zlomenina

Gangréna – druhotně změněná nekróza

Hematogenní – vznikající z krve, resp. krevní cestou

Hemopoetické – týkající se krvetvorby

Heterogenní – různorodý, nestejnorodý

Humerus – kost pažní

Chemoterapeutika – léky užívané k léčbě infekcí, zejména bakteriálních

Chemoterapie – léčba chorob chemickými látkami. Nejčastěji se užívá ve smyslu léčby nádorů cytostatiky, která tlumí buněčný růst a ničí nádorové buňky.

Implantace - vsazení

Intraoseální – uvnitř kosti

Invazivní – pronikající, vnikající

Kinetóza - stav vyvolaný drážděním centra rovnováhy ve vnitřním uchu, projevuje se nevolností, zvracením, bledostí apod.

Klinický obraz – souhrn příznaků

Kurativní – léčebný

Maligní – zhoubný

Metafýza – úsek dlouhé kosti na přechodu její okrajové části (epifýzy) a její střední části (diafýzy)

Mezenchym – řídká vazivová tkáň v lidském zárodku, z níž během vývoje vznikají další pojivové tkáně, cévní systém, hladká svalovina, krevtovorná tkáň.

Mitóza – buněčné dělení, při němž z jedné buňky vznikají dvě buňky dceřiné se zcela identickou dědičnou výbavou

Morbidita- nemocnost

Morfologické – týkající se tvaru

Mortalita- úmrtnost

Mutace – změna genetické (dědičné) informace na úrovni DNA týkající se buď genů, nebo celých chromozomů

Nádor – patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm nezávisle

Nauzea - nevolnost

Nekróza – intravitální odumření buňky, tkáně či části orgánu

Neutropenie – nedostatek neutrofilů v krvi

Novotvar – nádor, tumor

Osteogenesis imperfecta – vrozené onemocnění projevující se zvýšenou lomivostí kostí

Osteogenní – kostního původu

Osteoid – nemineralizovaná kostní tkáň

Osteoidní – podobající se kosti, tvořící základní kostní tkáň před kalcifikací

Osteolytický – narušující kost

Pagetova choroba – kostní onemocnění neznámé příčiny, projevující se zduřením a přestavbu některých kostí

Pankreatitida – zánět slinivky břišní

Periostóza – abnormální vývoj kosti na jejím povrchu, kostní výrůstky

Prognóza - předpověď

Proliferace – bujení, novotvoření, růst

Proximální – bližší ke středu

Radiorezistentní – necitlivý na záření

Recidiva – návrat nemoci

Resekce – chirurgické odstranění části orgánu

Retinoblastom – primární intraokulární maligní tumor dětského věku, vyrůstající z glie sítnice

Retroperitoneum – část břišní oblasti, která je uložena za břišní dutinou vystlanou pobřišnicí

Rezistence – odolnost

Stomatitis – zánět sliznice dutiny ústní

Střevní ileus – neprůchodnost střev

Symptom – příznak

Tibia – holenní kost

Trombocytopenie - nedostatek krevních destiček trombocytů v krvi v důsledku jejich malé tvorby

Tumor – nádor

(VOKURKA a kol., 2008), (VOKURKA a kol., 2015).

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta	34
Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu	35
Tabulka 3 Farmakologická anamnéza	37
Tabulka 4 Popis fyzického stavu	39
Tabulka 5 Medikamentózní léčba.....	42
Tabulka 6 Denní aktivity pacienta	43

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s osteosarkomem kosti. Osteosarkom je vysoce agresivní nádorové onemocnění, které nejčastěji postihuje mladé lidi a je tím spojen s vysokou mírou mortality a morbidity.

Toto téma jsem zvolila z toho důvodu, protože jde o onemocnění, se kterým se, i když pracuji na oddělení radiační a klinické onkologie, nesetkám běžně. Jde totiž o onemocnění, u kterého je potřeba, aby se léčba soustředila do specializovaných center. Do těchto pracovišť by měl být pacient odeslán ihned, už při počátečním podezření na toto onemocnění.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z teoretické části a praktické části - ošetrovatelského procesu. Teoretická část zahrnuje popis nádorového onemocnění obecně. Je zde také zahrnuto rozdělení kostních nádorů, a jejich klasifikace dle WHO. V práci je popsána incidence onemocnění, kdy se jedná o nově vzniklé onemocnění a dále pak specifikace prevalence, která je zaměřena na odhadovaný počet nemocných s maligním nádorovým onemocněním. Práce se kromě toho zaměřuje také na etiologii, klinický obraz a diagnostiku onemocnění, kde jsou popsány vyšetřovací metody, která jsou nezbytná pro diagnostiku osteosarkomu. Významnou částí je i léčba, která je rozdělena na část konzervativní, do které zahrnujeme chemoterapii a radioterapii, a pak chirurgickou část, kde je přiblíženo operační řešení osteosarkomu. Do této části je také zahrnuta specifická ošetrovatelská péče u pacienta, která je zaměřena nejprve na specifika předoperační přípravy pacienta a poté na pooperační péči o pacienta.

V praktických východiscích práce se věnuje pozornost ošetrovatelskému procesu, kde je zpracován komplexní ošetrovatelský proces, který byl realizován u konkrétního pacienta. Je zde použita metoda diagnostické domény dle Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny podle diagnostické struktury Nanda domén.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1:

Přiblížit ucelený pohled na problematiku osteosarkomu, jeho příčiny, příznaky, diagnostiku a léčbu.

Cíl 2:

Přiblížit incidenci a prevalenci tohoto onemocnění.

Cíl 3:

Objasnit specifika ošetrovatelské péče u pacienta s osteosarkomem, tedy především ošetrovatelskou péčí u pacienta po amputaci končetiny a rovněž poté ošetrovatelskou péčí v průběhu chemoterapie a psychologickou péčí o pacienta.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1:

Vypracovat komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s osteosarkomem.

Cíl 2:

Zpracovat doporučení pro praxi u pacienta s osteosarkomem.

Vstupní literatura

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-648-9.

BAJČIOVÁ, Viera, Jiří TOMÁŠEK a Jaroslav ŠTĚRBA. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3554-2.

KLENER, Pavel, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Základy klinické onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-716-5.

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací a článků, které byly použity pro vypracování této bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s osteosarkomem, proběhlo v časovém období říjen 2017 až únor 2018. Ke zpracování práce byl materiál čerpán Katalog Národní knihovny ČR. Časové období českých i zahraničních pramenů bylo vymezeno obdobím od roku vydání 2008 až po současnost. Pro vyhledávání zdrojů odborné literatury byla využita databáze ALEPH, Medvik, SKAT, Bibliographia medica Českoslovac, Pubmed, katalog MZK. Zdrojem pro vyhledávání v elektronické databázi bylo Google Book Search, Google Scholar.

V českém jazyce byla zvolena klíčová slova: Diagnostika v onkologii, Léčba v onkologii, Nádory, Nádory kostí, Onkologie, Osteosarkom. Klíčová slova v německém jazyce byla zvolena tato: Diagnostik in der Onkologie, Behandlung in der Onkologie, Tumore, Knochentumoren, Onkologie, Osteosarkom.

Odborná literatura v českém, slovenském a anglickém jazyce byla vyhledávána v období 2008 až po současnost.

1 OSTEOSARKOM

Osteosarkom patří mezi nejčastější primární nádor kostí. Tento typ nádoru se objevuje ve dvou věkových skupinách, a to nejprve mezi 20. a 30. lety a poté mezi 60. a 70. rokem věku (TRNKA, 2008), (KUBÁČKOVÁ, 2015).

Výskyt tohoto typu nádoru je častější u mužů než u dívek nebo žen. Jde o typ nádoru, který je typický přímou produkcí nezralých kostí či osteoidní tkáně nádorovými buňkami. Neboť je osteosarkom vysoce maligní nádorové onemocnění a šíří se lokální dřeňovou dutinou, dochází tak k napadení ostatních okolních měkkých tkání, a tím i k hematogenní diseminaci, nejčastěji do plic a kostí.

Zřídka postihuje osteogenní sarkom i měkké tkáně, nejčastěji však zasahuje metafýzy dlouhých kostí, proximální tibie a humeru, distální femur a osový skelet (BAJČIAKOVÁ a kol. 2011).

1.1 DĚLENÍ NÁDORŮ KOSTÍ

Mezi nejčastější skupiny nádorů kostí (více než 75 %) patří:

Osteosarkom – vyskytuje se zejména u dospívajících a mladých lidí. Nejčastěji se vyskytuje na horní nebo dolní končetině, poblíž kloubů (kolenního nebo u ramenního). Většinou začíná uvnitř v kosti, existuje několik podtypů.

Ewingův sarkom – postihuje děti a též dospívající a mladé lidi do 30 let věku. Vyskytuje se v pánevní, stehenní nebo holenní kosti a v žebrech. Roste z kostní dřene a roste rychle.

Chondrosarkom – – značně se vyskytuje u dospělých středního věku, jakmile postihne děti, postupuje růst rychleji. Vyskytuje se hlavně v rameni, pánvi a horní části paže nebo stehna. Vychází z chrupavky a roste pomalu.

Fibrosarkom – – postihuje hlavně dospělé. Objevuje se na stehně a vychází z vazivové tkáně kosti (SKALA, 2015).

Nádory kostí dělíme na benigní a maligní kostní tumory. Dále je dělíme dle toho, z které části kosti vznikají.

Benigní nádory vznikají z: kostní tkáně (osteom, osteoblastom), z chrupavčité tkáně (osteochondrom, chondroblastom). Poté jsou to cystické či fibrózní kostní tumory (fibrom, eozinofilní granulom), benigní kostní cévní nádory (hemangiom, glomus tumor) a benigní kostní nádory z tukové a nervové tkáně (názvy se odvozují od benigních nádorů těchto tkání).

Mezi maligní nádory kostí patří nádory, které vznikají z: kostní tkáně (osteosarkom), chrupavčité tkáně (chondrosarkom), jiného původu (Ewingův sarkom, kostní liposarkom, kostní fibrosarkom), a pak jsou to kostní metastázy (ADAM a kol., 2010).

1.2 ROZDĚLENÍ OSTEOSARKOMU

Osteosarkom dělíme na centrální a povrchový.

Centrální (konvenční) osteosarkom – vzniká v dřevěné a zahrnuje:

- a) *Konvenční intramedulární osteosarkom.*
- b) *Centrální osteosarkom nízkého stupně malignity* – jedná se o vzácný typ.
- c) *Teleangiektatický osteosarkom* – – nejzhoubnější forma osteosarkomu. Jedná se o destruktivní osteolytický nádor, u kterého je převaha uskupení nádorových cév, malé množství nádorového osteoidu a nádorové kosti.
- d) *Malobuněčný osteosarkom.*

Povrchový (periferní) osteosarkom – jedná se o nádorové léze, které vznikají na povrchu kosti.

- a) *Parosteální osteosarkom* – tumor s nízkou malignitou s osteo-, fibro- a často i chondroblastickými strukturami. Tento typ nádoru má sklon k recidivám, zřídka však dochází k metastazování. Příznivá je i prognóza.

- b) *Periosteální osteosarkom* – vzniká nejčastěji v oblasti diafýzy tibie a femuru. Zastoupení cytologických zvláštností je vyšší než u *parosteálního osteosarkomu*.
- c) *Povrchový osteosarkom vysokého stupně malignity* – je shodný s konvenčním osteosarkom s tím rozdílem, že roste na povrchu (GALBAVÝ, 2011).

1.3 KLASIFIKACE NÁDORŮ DLE WHO

Všeobecně lze rozlišit sarkom kostí do dvou hlavních kategorií, a to tumor s nízkou biologickou aktivitou (tumorové buňky jsou dobře diferencované, obsaženo málo mitóz, nevelká pravděpodobnost metastáz). Po té jsou to tumory s vysokou biologickou aktivitou, u kterých jsou nádorové buňky nediferencované, mitózy jsou mnohočetné a brzké zakládání metastáz (BAJČIAKOVÁ a kol. 2011).

Staging – vymezuje rozsah nádoru. Nejrozšířenější klasifikace ke stanovení stadia nádorového onemocnění se používá TNM klasifikace.

TNM klasifikace určuje velikost nádoru (T - tumor), rozsah postižení regionálních uzlin (N – noduli) a zda jsou přítomny metastázy (M – metastases) (BRIERLEY, 2017).

Grading – používá se k určení vyzrálosti nádoru

GX (stupeň diferenciaci nelze stanovit)

G1 (dobře diferencovaný nádor)

G2 (středně diferencovaný nádor)

G3 (špatně diferencovaný nádor)

G4 (nediferencovaný nádor) (HYNKOVÁ a kol., 2012, s. 14).

Úkolem klasifikace nádorového onemocnění je:

- pomoc při plánování léčby,
- určit prognózu onemocnění,
- napomáhá hodnocení výsledku léčby,
- usnadňuje výměnu informací mezi jednotlivými pracovišti,

- napomáhá při průběžném výzkumu nádorů (INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER, 2011).

1.4 INCIDENCE A PREVALENCE ONEMOCNĚNÍ

Incidence onemocnění

Incidence nádorů je frekvence nově vzniklých onemocnění v dané populaci (okres, region, stát) v určitém časovém období, zpravidla v jednom kalendářním roce. Vyjadřuje se obvykle poměrem počtu nových onemocnění na 100 000 obyvatel v dané populaci za rok. Údaje se týkají buď celé populace, nebo se vztahují k počtu obyvatel podle pohlaví, věku apod.; vyjadřují se pro veškerá nádorová onemocnění, nebo pro jednotlivé topografické lokality (KLENER, 2011, s. 9).

V příloze A je popsána incidence a mortalita zhoubného onemocnění kostí a kloubní chrupavky v časové ose od roku 1977 do roku 2015. Nejvyšších hodnot dosahuje incidence v roce 1983 a to v poměru cca 0.65, a poté v roce 2012 a to v poměru 0.60 nově vzniklých případů na 100 000 obyvatel. Naopak nejnižších hodnot dosahuje tato incidence v roce 1993, v poměru cca 0.30 a potom v roce 2015, a to ve srovnání cca 0.28 nově vzniklých případů na 100 000 obyvatel.

Oproti tomu mortalita se pohybuje na nejvyšší úrovni v roce 1984 v poměru cca 0.35 a nejnižší hladina mortality se pohybuje v roce 2014.

V příloze B je přiblížena incidence zhoubného nádoru kostí a kostní chrupavky v jednotlivých regionech České republiky. Časové rozmezí je dáno od roku 1977 do roku 2015. Můžeme pozorovat, že nejméně nově zjištěných zhoubných nádorů kostí a kostní chrupavky je v Karlovarském kraji a to v poměru 0.34 na 100 000 obyvatel. Oproti tomu nejvyšší počet těchto nově zjištěných onemocnění je v Jihomoravském a Zlínském kraji a to ve vztahu 0.50 na 100 000 obyvatel.

Prevalence onemocnění

Odhadovaný počet nemocných se zhoubným nádorovým onemocněním, kteří žijí k určitému časovému okamžiku v určité populaci, vztažený opět nejčastěji na 100 000

obyvatel. Tento ukazatel klesá s nárůstem mortality a jeho spolehlivost předpokládá dostatečně dlouho fungující populační registr (KLENER, 2011, s. 10).

V příloze C je znázorněn vývoj relativní prevalence V ČR v letech 1989 – 2015. Je viditelné to, že počet zhoubných nádorů roste. Nejnižší počet zhoubných nádorů v zaznamenaném časovém rozmezí je v roce 1989, kdy počet nemocných byl u mužů 1 408, a vyšší u žen, a to 1 941 na 100 000 obyvatel. Nejvyšší počet pak této prevalence byl předpokládán v roce 2015 a to v hodnotách 4 900 případů u mužů a 6 900 případů u žen na 100 000.

1.5 ETIOLOGIE

Etiologie vzniku osteosarkomu se připisuje genetickým abnormalitám, které mohou souviset se vznikem tohoto typu nádoru. Asi u 3 % osteosarkomu bývá příčinou vzniku ionizační záření, nebo vzniká jako druhotný nádor v místě předešlého ozařování (MOTTL a kol., 2011).

1.6 RIZIKOVÉ FAKTORY

U většiny případů nelze jednoznačně stanovit specifické původce osteosarkomu kosti. Avšak jsou zřetelné některé predisponující faktory, rodinné genetické předpoklady a stavy, které mohou mít významnou roli v etiopatogenezi sarkomů. Výrazný výskyt sekundárních sarkomů kostí je známo u onemocnění kostí zvaném Pagetova choroba, poté je to u kostních infarktů, osteogenesis imperfekta, po implantaci kovových materiálů, u aneurysmatické kostní cysty a dalších stavů. Zvláštní genetické odchylky se objevují u pacientů s retinoblastomem, kdy dochází k mutaci genu, a tím je výskyt sarkomu kosti vyšší až pětsetkrát než v ostatní populaci (BAJČIOVÁ a kol. 2011).

1.7 KLINICKÝ OBRAZ

Bolest, která je příznačná pro tento typ nádoru, bývá nejčastěji vyvolána drobnými frakturami náležejících oblastí kostí a také v případě pomalu se zvětšujícího nádoru,

pak stlačením a rozpínáním vedlejších anatomických struktur. Bolest, která se postupně zhoršuje při zátěži, se často objevuje i v noci a to u 21 % pacientů. 50 – 60 % pacientů udává, že došlo, před vznikem tohoto onemocnění, k menšímu traumatu. Nárůstem nádoru může být hmatná a mnohdy i viditelná rezistence. Toto však neplatí pro oblasti, které jsou spojené se silnou vrstvou měkkých tkání, jako je pánev, páteř nebo proximální část stehenní kosti. K méně častým příznakům, které se mohou objevit, patří kulhání a slabost (ŠVEC a kol., 2011).

Mezi klinické příznaky, které se také vyskytují, patří zhoršení ohybu v kloubu. Občas se může objevit únava, teplota, a hubnutí. Někdy je prvním příznakem patologická zlomenina kosti po malém úderu (SKALA, 2015).

1.8 DIAGNOSTIKA

Včasná diagnostika nádorového onemocnění je hlavní podmínkou úspěšné léčby (KLENER, 2011).

Diagnostika zahrnuje anamnézu, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody, kam patří RTG vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance, scintigrafie a PET vyšetření.

Anamnéza

Významnou součástí diagnostiky je podrobné zkoumání anamnézy. Je tedy důležitá pro včasné zjištění nádoru. Při sběru dat k anamnéze musíme přistupovat velmi citlivě, ale zároveň důsledně. Mnoho nemocných má strach z nádorového onemocnění, proto své obtíže zlehčují, nebo dokonce zatajují (VORLÍČEK a kol., 2012).

U sarkomu kosti je především důležitá zmínka o nádorovém onemocnění v rodině (KLENER, 2011).

Laboratorní vyšetření

Důležitým rolí v diagnostice hraje laboratorní vyšetření. Laboratorní nálezy v tomto případě jsou značně chudé. Zvýšená je hladina alkalické fosfatázy, která je však v období zrychleného růstu normálně dokonce třikrát vyšší (ADAM a kol., 2010).

Na rozdíl od karcinomů nemají sarkomy žádné speciální onkomarkery. Co se elevace alkalické fosfatázy týče, jako nepříznivé se prognosticky jeví její přetrvání při předoperační chemoterapii nebo po odstranění nádoru (KRŠKA a kol., 2014).

Zobrazovací metody

Úkolem zobrazovacích metod je prokázat prvotní osteosarkom a vyloučit další druhotný rozsev, kterým může být třeba myelom (ADAM a kol., 2010).

RTG vyšetření

První volbou ve výběru zobrazovacích metod je prostý RTG snímek. Již na tomto snímku lze rozpoznat mimo změn kostní stavby, také i patrné postižení měkkých tkání. Na podkladu tohoto patologického nálezu by měl být pacient ihned poslán na specializované pracoviště, které se specializuje na léčbu kostních sarkomů (TOMÁŠEK, 2015).

Toto vyšetření je také důležité pro následné plánování léčby zářením. U osteosarkomů se upřednostňují hlavně prosté rentgenové snímky (VORLÍČEK a kol., 2012).

Už na prostém RTG snímku je možno rozpoznat periostózu a přítomnost Codmanova trojúhelníku, což se objevuje jako důsledek nadzvednutím periostu nádorem (BAJČIOVÁ a kol. 2011).

CT

CT vyšetření ukazuje vyobrazení anatomických struktur v různých rovinách (VORLÍČEK a kol., 2012).

Toto vyšetření se využívá v oblasti, kde je nutné určit jemné odlišnosti na kortikální kosti. Při tomto vyšetření se využívá aplikace kontrastní látky do žíly, tedy CT-angiografie (KRŠKA a kol., 2014).

MRI

MRI je nezbytné především k určení, zda se uvnitř kosti nalézá edém. Tím se také určí velikost reaktivní zóny u maligních nádorů. Dále se toto vyšetření využívá ke stanovení vhodného místa pro odběr biotického vzorku (KRŠKA, 2014).

Výhodnou tohoto vyšetření je to, že se u MRI nevyužívá ionizační záření. Tato vyšetřovací metoda nejlépe zachycuje rozsah postižení maligním onemocněním, proto se MRI počítá mezi základní metody při plánování radioterapie (VORLÍČEK a kol., 2012).

Scintigrafie

Scintigrafie skeletu tvoří základ doplňujícího a screeningového vyšetření (KRŠKA a kol., 2014).

Výhodou této diagnostické metody je získání informací, které jsou následně využity v oblasti lokalizace a diagnostiky nádorů. Patří sem například určení tvaru, uložení, velikosti a popřípadě možných změn daného orgánů (VORLÍČEK, a kol., 2012).

PET vyšetření

Další zobrazovací metoda, která se využívá při diagnostice kostních nádorů, avšak není součástí standardního vyšetření, je PET scan. Jejím hlavním využitím se hledání metastatických ložisek, popřípadě zbytkového nádoru (VORLÍČEK a kol., 2012).

1.9 TERAPIE

Při léčbě primárních osteosarkomů se uplatňuje rozhodnutí o léčbě na základě multioborového týmu, do kterého patří ortoped, radiodiagnostik, klinický onkolog, radiační onkolog, patolog a další (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, 2012).

Léčba zahrnuje konzervativní a chirurgický způsob terapie.

Konzervativní

Konzervativní terapie zahrnuje chemoterapii, která se dělí na adjuvantní a neoadjuvantní chemoterapii. Dále se k terapii řadí léčba pomocí cytostatik a také pomocí radioterapie.

Chemoterapie

Pro léčbu kostních nádorů se využívá nejprve neoadjuvantní chemoterapie, která patří mezi předoperační část s následujícím chirurgickým výkonem a následnou adjuvantní chemoterapií. Délka terapie je přibližně 6 – 8 měsíců (www.onkologiecs.cz).

- a) **Adjuvantní chemoterapie** – používá se jako doplňující, nebo léčba zvyšující účinnost jiné primární terapeutické metody. Cílem této léčby, která je navazující na léčbu zářením nebo na operační léčbu, je zničení tzv. zbytkových nádorových mikrometastáz. Důležité při tomto postupu je dát adjuvantní chemoterapii co nejdříve po operaci.
- b) **Neoadjuvantní chemoterapie** – tento způsob léčby je založen na podání chemoterapie před operačním výkonem. Cílem této metody je zmenšení nádoru, která by mohla následně zlepšit operabilitu nádoru. Při neoadjuvantní léčbě lze zjistit citlivost nádoru k vybraným cytostatikům (KLENER, 2011).

Cytostatika

Cytostatika jsou léky, které mají cytostatický a proliferační výsledek, a zastavují tak dělení buněk (TOMÁŠEK, 2015).

Cytostatika mají za úkol zničit nádorové buňky. Nepůsobí ale jen na nádorové buňky, nýbrž škodí i některým buňkám, které jsou zdravé. Z toho důvodu se při léčbě chemoterapie vyskytují nežádoucí účinky, které se různí podle typu cytostatik (VORLÍČEK, 2012).

Cytostatika se aplikují především parenterálně v podobě infuze nebo injekce, mohou se ale podávat i perorálně. Podávání cytostatik se podává po tzv. cyklech (TOMÁŠEK, 2015).

Radioterapie

Jelikož je kostní nádor radiorezistentní, tvoří tento postup pouze malý léčebný přínos. Jen u osteosarkomu, který není operabilní, je snahou ovlivnit proces radioterapií. Kombinovaná radiochemoterapie má smysl pouze v případě, jedná-li se o nádory, které ohrožují pacienty recidivami, nikoli metastázami (ADAM a kol., 2010).

Chirurgická léčba

Operační léčbu lze rozdělit na dvě oblasti. Nejprve je to chirurgická terapie prvotního nádoru a potom existuje chirurgická terapie plicních metastáz.

Při operační léčbě primárního nádoru je potřebné, aby došlo k odstranění nádoru s dostatečným bezpečnostním lemem zdravé tkáně, alespoň 6 – 7 cm zdravé kosti. Jde o operace, které jsou značně komplikované a většinou obsahují implantace endoprotézy.

Operační léčba plicních metastáz se kombinuje s chemoterapií, u kterého je 50 % pětileté přežití. Ve 20 % případů, je pětileté přežití u léčby metastáz, chirurgickou nebo chemoterapeutickou cestou, které se objevily po delší době po resekci primárního nádoru (ADAM a kol., 2010).

Paliativní péče

Paliativní, nebo také nekurativní péče, je důležitá součást u pacienta s nádorovým onemocněním, u kterého bylo nádorové onemocnění diagnostikováno již v pokročilém stádiu. Hlavními úkoly paliativní péče je léčba nádorové bolesti a dalších symptomů spojené s onkologickým onemocněním, pak je to psychosociální a duchovní opora pacienta i jeho rodiny a potom je to včas indikovaná hospicová péče (TOMÁŠEK a kol., 2015).

Sledování po ukončení léčby

Interval v rámci sledování pacienta je v prvních dvou letech každé tři měsíce, pak je to v po dobu tří let v intervalech každých šest měsíců. Při každé kontrolní návštěvě lékaře se provádí klinické vyšetření, kontrolní snímek plic a končetiny, a při nepřesnosti na standardním snímku, pak CT vyšetření. Onemocnění lze pokládat za vyléčené po 5 letech (ADAM a kol., 2010).

1.10 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ

V délce přežití mají pacienti s osteosarkomem, který obecně roste pomalu a je dobře diferencovaný, dobrou prognózu. Při včas zachyceném nádoru a při vhodné léčbě, je přežití u tohoto typu nádoru více než u 50 % nemocných. Pacienti, kteří se neléčí ve specializovaných pracovištích na primární osteosarkomy, mají horší prognózy (ADAM a kol., 2010).

1.11 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY PROTINÁDOROVÉ TERAPIE

Mezi nejčastější a nejpodstatnější vedlejší účinky pro nemocné, kteří prodělají chemoterapii, patří nevolnost a zvracení.

K faktorům, které ovlivňují u nemocného riziko zvracení, jsou následující: nejčastěji se tento příznak po protinádorové léčbě objevuje u žen než u mužů. Dále jsou náchylnější více mladí pacienti a pacienti, u kterých se objevilo i dřívější zvracení, například po léčích neb při kinetóze (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, 2012).

K dalším komplikacím probíhající chemoterapie patří flebitida a nekróza tkáně. Podání chemoterapie je obvykle do periferní žíly, ale stále více se využívá aplikace protinádorové léčby do centrální žíly. K variantám, které umožňují aplikace léčiva přímo do centrální žíly, patří například intravenózní port, který bývá uložený přímo pod kůží, nejčastěji v oblasti hrudníku, na přední straně prsního svalu.

Patří sem také neutropenie, anémie a trombocytopenie, které patří k tzv. hematologické toxicitě, kdy dochází k poškození dřevných buněk, které jsou hemopoetické. Dále se vyskytuje stomatitis, průjmy, střevní ileus, pankreatitis, nebo alopecie. Alopecie patří mezi časté a pro ženu nepříjemné komplikace chemoterapie. Tento nežádoucí účinek začíná většinou po 2. – 3. týdnech po zahájení chemoterapie. Regenerace začíná po 1 – 2 měsících po skončení chemoterapie (MECHL a kol., 2009).

Léčba nádorové bolesti

Neoddělitelnou součástí onkologické péče, je léčba bolesti, protože je součástí nejzávažnějších příznaků onkologického onemocnění. Cílem obvykle je zmírnění bolesti na relativně přijatelnou úroveň tak, aby pacienta neomezovala v jeho běžných aktivitách.

K tomu, aby mohla být bolest alespoň částečně zmírněna, je potřeba zhodnotit úroveň bolesti. K tomu se používají různá hodnotící kritéria, která určí příčinu bolesti, typ bolesti a jeho intenzitu.

Podle intenzity bolesti se poté podávají léky na zmírnění bolesti neboli analgetika. Pokud je bolest trvalá, zahajuje se léčba analgetiky v pravidelných časových intervalech. Výš dávky analgetik se určuje jednotlivě podle analgetického účinku.

Dle WHO má analgetika třístupňový žebříček. V prvním stupni se nacházejí analgetika k léčbě mírné a středně těžké bolesti, ve druhém stupni se řeší léčba středně těžké a silné bolesti, tzv. „slabými“ opioidy. Třetí stupeň je zaměřen na mírnění silné nádorové bolesti, ke kterému se používají tzv. „silné“ opioidy (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, 2012).

2 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S OSTEOSARKOMEM

K obavám z vyšetření u onkologického pacienta se připojuje i obava a úzkost z chirurgického výkonu, proto je úkol všeobecné sestry velmi důležitý. K nepostradatelným úkolům sestry také patří správné vedení ošetřovatelské dokumentace, včetně dobře zpracovaných informovaných souhlasů s vyšetřeními či operačními výkony.

Součástí léčby osteosarkomu může být amputace postižené končetiny, což má za následek trvalé estetické nebo funkční změny, které vedou k extrémní psychické zátěži pacienta a vyžadují tak ohleduplnou péči ošetřujícího personálu. Specifika ošetřovatelské péče zahrnují předoperační přípravu a pooperační péči (VORLÍČEK, a kol., 2012).

2.1 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

Definice pojmu amputace

Při amputaci dojde odstranění části těla, která je uložena periferně, např. končetina. Jde o nevratné odloučení končetiny nebo jejího úseku od těla. Při tomto výkonu dochází k odstranění měkkých tkání a přerušení kosti, která má za následek funkční nebo také kosmetickou změnu. K tomuto operačnímu řešení se přistupuje v případech, kdy dochází k ohrožení organismu zhoubným nádorem či gangrénou, a tím také není jiná možnost na záchranu dané části těla (JANÍKOVÁ a kol., 2013), (VILÍMKOVÁ, 2010).

Předoperační příprava

Pacientovi, který je připravován k chirurgickému výkonu, je nutné poskytnout odpovídající péči. Vhodné je zapojit dobrovolníka, který už stejnou nebo podobnou

léčbu absolvoval. Ošetřující personál by měl zapojit pacienta do procesu rozhodování. Důležité je také poskytnout pacientovi dostatek informací o nastávajícím průběhu léčby (VORLÍČEK a kol., 2012).

Důkladně provedená předoperační příprava je základem prevence vzniku možných pooperačních komplikací. Předoperační přípravu lze rozdělit do dvou oblastí, a to na přípravu *všeobecnou* nebo *speciální, celkovou, místní, somatickou, psychickou a medikamentózní*. Dále se předoperační příprava dělí dle časového hlediska na *dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední*.

Všeobecná předoperační příprava se provádí u všech pacientů stejně. *Speciální předoperační péče* je realizována dle určitého operačního výkonu.

Dlouhodobá předoperační příprava zahrnuje vyšetření pacienta, kdy platnost těchto vyšetření nesmí být starší čtrnácti dnů před plánovaným výkonem. Tento druh přípravy zahrnuje anesteziologické vyšetření a interní předoperační vyšetření.

Problémům, které mohou nastat z psychologického hlediska a jsou běžné, patří strach a úzkost. Proto je součástí předoperační přípravy také jejich zmírnění. Důležitá je informovanost pacienta, kdy lékař pacientovi objasní průběh operace a zodpoví jeho případné dotazy. To může vést ke zmírnění obav z operačního výkonu. Ke zmírnění strachu nám také pomáhá medikamentózní příprava pacienta před operací. Pacientovi se večer před plánovaným operačním výkonem podávají hypnosedativa. Součástí premedikace jsou preparáty, které působí na psychiku člověka. Tato premedikace se podává ráno před výkonem.

Součástí předoperační přípravy je medikamentózní příprava, která je orientována na terapii kontraindikací.

Krátkodobá předoperační příprava je stanovena na 24 hodin před výkonem. V rámci této přípravy je pacient lačný, nesmí tedy od půlnoci jíst a pít, pacient by neměl ani kouřit.

Bezprostřední předoperační příprava je vymezena na dvě hodiny před plánovaným výkonem. Zde sestra zkontroluje operační pole a vyprázdnění močového měchýře. Věnuje se zde také pozornost prevenci v oblasti rizika vzniku TEN (trombembolická nemoc) přiložením bandáží či elastických punčoch (KUBICOVÁ, 2016).

V rámci předoperační péče se provádí tzv. neadjuvantní léčba, která zahrnuje podání chemoterapie před operačním výkonem. Úkolem tohoto způsobu podání je zmenšení nádoru před operací. V rámci předoperační léčby zajišťuje ošetřující personál mimo všeobecnou předoperační péči, také předoperační péči speciální. K těmto postupům patří zajištění krevních konzerv na operační sál, poté kompenzaci případných přidružených onemocnění a také psychologickou předoperační přípravu, kam patří spolupráce s rodinou pacienta, dále pak nácvik sebeobsluhy, informování o kompenzačních pomůckách a případné zajištění psychologa (ose.zshk.cz).

Pooperační péče

V tomto období má sestra za úkol podílet se na prevenci, popřípadě ošetřování pooperačních komplikací. U pacienta s onkologickým onemocněním se dá předpokládat delší hojení rány nebo častější vznik komplikací, v důsledku oslabené imunity. K nejčastějším pooperačním komplikacím patří krvácení, infekce v operační ráně, plicní embolie a další. Je proto důležité, aby sestra kontrolovala pravidelně obvaz na pahýlu a monitorovala životní funkce (VORLÍČEK a kol., 2012).

Pooperační péče po amputaci končetiny

Speciální pooperační péče o pacienta zahrnuje několik typů podoblastí. Patří sem například poloha a pohybový režim, kde musí být kladen důraz na zajištění pomůcek usnadňující sebeobsluhu a zajišťující bezpečnost. Potom je nutné, aby pacient dodržoval klid na lůžku alespoň dva dny, a poté následuje pomalá mobilizace pacienta, tedy kondiční cvičení a posazování. Důraz se klade na bezpečnost pacienta, kdy by měl mít veškeré potřebné pomůcky v dosahu.

K pooperační péči patří rovněž péče o operační ránu, tedy péče o pahýl. Patří sem kompresivní obvaz, péče o Redonův drén, převazy pahýlu, kdy se první převaz provádí třetí den po operaci. Po odstranění drénu je nutné začít vyvazování

pahýlu do kónického tvaru, vhodné je otužování a masáže pahýlu, péče o jizvu a sledování výskytu fantomových bolestí.

Jelikož je pacient upoután na lůžko, je důležité sledovat vyprazdňování a snažit se o prevenci zácpy. K tomu patří podávat stravu bohatou na vlákninu, podávat dostatek tekutin a aktivizace pacienta.

Do oblasti rehabilitace patří včasná a motivace pacienta, prevence imobilizačního syndromu a rehabilitace jednak postižené, ale i zdravé končetiny. Protetický pracovník provádí postupné přikládání protézy. Vhodné je zajištění domácí péče, která pomůže se zajištěním pomoci v domácím prostředí a s rehabilitací (ose.zshk.cz).

Péče o psychiku pacienta

Neboť je amputace končetiny pro pacienta psychicky velmi náročná, je vhodné, pokud jde o výkon, který je plánovaný, zajistit psychologickou přípravu před operací. Psychologická příprava nemocného se zabývá především zmírněním nebo odstraněním psychického otřesu, který by pacientovi mohla přinést ztráta končetiny. Jedná se o prevenci vzniku případné deprese či vyřazení ze společnosti.

Lépe se s amputací končetiny smířují nemocní, kteří o ni přišli v důsledku nemoci. Jde většinou o to, že jim amputace uleví od bolesti. Někteří pacienti to ovšem mohou vnímat jako přiblížení ke smrti. Nemocný, kterému byla provedena amputace končetiny v důsledku úrazu, vnímá změnu jeho vzhledu nečekaně a v šoku. Nemocný může mít obavy z reakce okolí a pobytu na veřejnosti (DOPITOVÁ, 2010).

Nemocný na ztrátu končetiny může reagovat 5 fázemi. První fáze je fáze šoku, kdy je nemocný velmi otřesen a zmaten. Snaží se popřít nebo ignorovat tuto situaci, tím že se odpoutá od reality a je tzv. duchem nepřítomný. Druhá je fáze reaktivní, v níž je pacient naplněný zklamáním, úzkostí či vztekem. Může být také agresivní nebo odmítavý nebo pocituje vinu, zoufalství a selhání. Třetí fáze je adaptace, která se projevuje uklidněním a smlouváním. Zde nemocný už hodnotí situaci reálně a snaží se získávat informace. Čtvrtá fáze je reorientace, kdy nemocný začíná jednat a vyhledává pomoc. Někdy v této fázi dochází k rozpadu jeho rodiny, protože nemocný může trpět depresí. Poslední fáze je překonání krize, kdy se s danou situací smíří. Tady

nemocný postupně začíná fungovat v upravených poměrech a režimu (DOPITOVÁ, 2010, s. 13).

2.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA V PRŮBĚHU CHEMOTERAPIE

Zvláštnosti ošetřovatelské péče u pacienta, který je léčen chemoterapií, spočívá především v sledování nežádoucích účinků chemoterapie, tedy pozorování komplikací a jejich dalším řešením. Podstatná jsou informace pro pacienta, kdy musí být obeznámen s nežádoucími projevy daného léku (FARKAŠOVSKÁ, 2008).

Nauzea a zvracení patří mezi závažné nežádoucí účinky protinádorové léčby, které zažije 70-80 % léčených pacientů. Nauzea se přitom objevuje častěji než zvracení. Hlavním úkolem antiemetické profylaxe je předcházet nevolnosti a zvracení, nikoli až léčba vzniklých potíží. Účinnost podaných antiemetik je srovnatelné jak perorální cestou, tak intravenózní podání.

S léčbou nauzey a zvracení také souvisí řešení nutriční podpory onkologického pacienta. Mezi hlavní cíle nutriční podpory patří malnutriční léčba, snaha o zvýšení účinku protinádorové onkologické léčby, dále pak úsilí o snížení vedlejších účinků chemoterapeutické léčby a také zlepšit kvalitu života pacienta (MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, 2012).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S OSTEOSARKOMEM

Ošetřovatelský proces byl vypracován u pacienta se sarkomem kosti. Realizace ošetřovatelského procesu byla provedena v období od 13. 11. 2017 do 14. 11. 2017, tedy 7. – 8. den hospitalizace.

Cílem teoretické části práce bylo vypracovat komplexní ošetřovatelský proces. Tento ošetřovatelský proces byl vypracován u pacienta s osteosarkomem.

Pro vypracování ošetřovatelského procesu byl využit model dle Marjory Gordon. Podkladem pro vypracování ošetřovatelského procesu byl využit osobní rozhovor s pacientem, pozorování a zdravotnická dokumentace pacienta.

3.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta

Identifikační údaje	
Jméno a příjmení: K. M.	Datum narození: X. X. 1983
Pohlaví: muž	Věk: 34 let
Rodné číslo: XX	Bydliště: Znojmo
Zaměstnání: Invalidní důchodce	Stav: svobodný
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Datum příjmu: 6. 11. 2017	Čas příjmu: 10:30 hodin
Typ přijetí: plánovaný	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: ORKO (oddělení radiační a klinické onkologie)	Přijal: MUDr. X. Y.
Ošetřující lékař: MUDr. X. Y.	Obvodní lékař: MUDr. X. Y.

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2017

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ:

C40.2 Osteosarkom DK femuru v pravo

St.p. (stav po) amputaci v kyčli, meta ložiska v břišní dutině a hrudníku

Vedlejší medicínské diagnózy:

Anémie při onemocnění novotvary

Močová retence, městnání levé ledviny III. St.

Paroxysmus fibrilace síní anam. v 2017

I829 Embolie a trombóza neurčené žíly

St. p. fraktury pravé nohy před lety

Alergie na kočičí srst

Diagnostický souhrn:

Chemoterapeutický cyklus pro novotvar

ZN – léze přesahující kostní tkáň

Sekundární ZN mezihrudí – mediastina

Sekundární ZN retroperitonea a peritonea

Sekundární ZN kosti a kostní dřeň

Získané chybění nohy nad kolenem

St.p. ileofemorální flebotrombóze, antikoagulace

Unguis incarnatus haluch pedis I.sin.

Neutropenie po podání chemoterapie

Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu

Vitální funkce při příjmu:	
TK: 132/90 mmHg/l	Hmotnost: 65 kg
P: 77/min., pravidelný	BMI: 19,62
TT: 36,2 °C	Stav vědomí: při vědomí, orientovaný, spolupracuje
D: 18/min.	Pohyblivost: omezeně mobilní (pohyb s dopomocí)
Výška: 182 cm	

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2017

3.2 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacient (35 let) s metastatickým osteosarkomem (původně PDK – st.p. amputaci v kyčelním kloubu, rozsáhlé meta dutiny a hrudníku) byl přijat k pokračování paliativní chemoterapie. Vstupně zjištěna hraniční neutropenie, proto podání CHT odloženo, dočasně navýšeny kortikoidy. Po zlepšení hodnot KO dne 12. 11. 2017 podán 2. cyklus chemoterapie v režimu mono-doxorubicin. Pacient terapii dobře toleruje, kontrolní laboratorní vyšetření bez pozoruhodností. Během hospitalizace po chirurgickém konziliu operační zákrok v celkové anestezii – ablace nehtu haluch pedis I. din pro unguis incarnatus, následně péče o pooperační ránu formou chirurgických konzilií. Pacient nyní afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaný, ve stabilním stavu.

Důvod příjmu udávaný pacientem:

Pacient: *„Přišel jsem k podání další chemoterapie. Už jsem tu několikrát ležel, naposledy také k podání chemoterapie. Dříve tohoto roku jsem ležel na chirurgickém oddělení kvůli operaci, kde mi byla amputována pravá končetina, kterou mi udělali na moje přání z důvodu ohromné velikosti a také kvůli tíze mé končetiny. Byla oteklá, nemohl jsem s ní vůbec hýbat a také jsem měl bolesti. To bylo v červnu tohoto roku (2017). Po chemoterapii, kterou jsem měl za předchozí hospitalizace se cítím lépe.“*

Informační zdroje:

Pacient, rodina pacienta, lékař, dokumentace, ošetřující personál.

3.3 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: bezvýznamná

Otec: bezvýznamná

Sourozenci: jeden bratr, zdravý

Děti: nemá

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Dětské infekční nemoci: běžná dětská onemocnění

Překonaná a chronická onemocnění: s ničím se před onemocněním dlouhodobě neléčil

Hospitalizace: opakovaně hospitalizován na chirurgii a na oddělení onkologie

Úrazy: fraktura pravé nohy před lety

Nemoci: běžné, jinak vážněji nemocný nebyl

Transfuze: dostal bez nežádoucí reakce

Očkování: běžné

Operace: opakované operace sarkomu, 18. 6. 2017 amputace PDK (pravá dolní končetina) v kyčli pro sarkom

Sociální role:

- **Primární:** muž, 34 let
- **Sekundární:** syn, vnuk, bratr, pacient

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Tabulka 3 Farmakologická anamnéza 1

Název léku	Léková forma	Síla	Dávkování	Léková skupina
Biston	tbl.	200 mg	0-0-1	Antiepileptica, anticonvulsiva
Novalgin	tbl.	500 mg	1-1-1-1 (d.p. při bolesti)	Analgetika
Diazepam	tbl.	10 mg	1/N při nespavosti	Antipsychotica
Neurol	tbl.	0,25 mg	1-1-1	Anxiolytika
Citalec	tbl.	10 mg	1-0-0	Antidepresiva
Helicid	cps.	20 mg	1-0-0	Antiulceroticum
Degan	tbl.	10 mg	1-1-1 (d.p. při nevolnosti)	Antiemetika
Duphalac	sirup	20 ml	1-0-0 při zácpě	Laxantia
Prednison	tbl.	20 mg	½-0-0	Hormon ze skupiny glukokortikoidů
Alopurinol	tbl.	100 mg	0-1-0	Antirheumatica, antiphlogistica

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2017

Antikoagulační léčba: Clexane 0,6 ml s.c. co 12 hodin v 8:00 a 20:00

(antikoagulancium)

Náplast: Transtec 35 mg empl. výměna co 72 hodin (analgetika – anodyna)

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: kočičí srst

ABÚZUS:

Kouření: nekuřák 2 roky, předtím asi 3-5 cigaret/den

Alkohol: nyní abstinent, dříve příležitostně

Káva: nepije

Léky: neguje

Jiné návyky: neguje

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA U MUŽŮ

Překonaná urologická onemocnění: močová retence, městnání levé ledviny

Poslední návštěva urologa: 9/2017, v listopadu 2017 urologické konzilium pro zavedení PMK

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Stav: svobodný

Bytové poměry: žije s rodiči v bytě

Vztahy, role a interakce v rodině: svobodný, s rodinou má dobré vztahy

Volnočasové aktivity, záliby: dříve jízda na kole, turistika, dnes četba literatury, sledování filmů

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Vzdělání: střední s maturitou

Zaměstnání: žádné

Důchodce: invalidní důchodce

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:

Religiózní praktiky: žádné

3.4 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 13. 11. 2017 (7. den hospitalizace)

Tabulka 4 Popis fyzického stavu

POPIS FYZICKÉHO STAVU:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	<i>„Hlava ani krk mě nebolí.“</i>	<p>Hlava poklepově nebolestivá, zornice izokorické, reagují na obě kvality, skléry anikterické, spojivky prokrvené.</p> <p>Jazyk vlhký, nepovleklý, plazí středem. Hrdlo klidné, ústní dutina bez patologického nálezu. Chrup svůj, zdravý. Oči, uši a nos bez patologické sekrece.</p> <p>Krk symetrický, bez otoků, uzliny ani štítná žláza nehmatná, nezvětšena. Krční páteř pohyblivá.</p> <p>Ústní koutky bez známek infekce, chrup vlastní – zdravý</p>
Hrudník a dýchací systém:	<i>„Dýchá se mi dobře.“</i>	<p>Hrudník symetrický, páteř poklepově nebolestivá, dýchací čisté, bez dušnosti, dech 18/min., SpO2 - 98%, tedy v normě.</p>
Srdeční a cévní systém:	<i>„Na hrudi mě nebolí.“</i>	<p>Srdeční akce pravidelná, bez šelestu, ozvy ohraničené. TK 132/90, P 77/min, dobře hmatný.</p>

Břicho a GIT:	<i>„Trápí mě zvětšené břicho, především v pohybu.“</i>	Břicho: nad niveau, omezeně hmatná, palpačně nebolestivá. Pronikající tuhá kulovitá masa asi 20 cm v průměru v oblasti mesogastria, další v průměru asi 15 cm subkostálně vlevo asi v úrovni střední axilární čáry, bez známek peristaltického dráždění. Játra a slezina nehmatná. Peristaltika přiměřená.
Močový a pohlavní systém:	<i>„Mám zavedený močový katétr.“</i>	Zaveden permanentní močový katétr pro močovou retenci. Dále měštnání levé ledviny, moč čirá. Genitál mírně oteklý.
Kosterní a svalový systém:	<i>„Špatně se pohybuji kvůli zvětšenému břichu a zejména kvůli amputaci pravé nohy.“</i>	Stav po amputaci pravé dolní končetiny v kyčli, okolí klidné, zhojeno. Ostatní klouby volně pohyblivé, svalstvo eutrofické. Levá dolní končetina mírně oteklá až do třísla, palpačně nebolestivá, s omezenou hybností.
Nervový a smyslový systém:	<i>„Používám brýle na čtení, slyším dobře.“</i>	Pacient při vědomí, komunikuje, orientace časem, místem, osobou, spolupracuje.
Endokrinní systém:	Žádné problémy neměl	Pacient nemá projevy poruch endokrinního systému.

Imunologický systém:	<i>„Nebýval jsem nijak často nemocný.“</i>	Lymfatické uzliny nehmatné, afebrilní. V dětství běžná dětská onemocnění. Alergie na kočičí srst.
Kůže a její adnexa:	<i>„Na kůži žádné změny nemám.“</i>	Kůže teplá, pružná, bez ikteru, bez cyanózy, bez patologických eflorescencí, turgor normální, se zachovanými adnexy. Alopecie po léčbě.

Zdroj: vlastní zpracování autora, 2017

3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Konziliární vyšetření: chirurgie

Zobrazovací metody: sonografické vyšetření, cystografie

Výsledky:

Konziliární vyšetření:

Chirurgie – převaz po ablaci nehtu, ošetření dezinfekcí Braunol a sterilní krytí co 2 dny do zhojení.

Zobrazovací metody:

Sonografické vyšetření – dutina břišní vyplněna nepravidelně echogenními tumorosními útvary velikosti do 17 cm, přítomen ascites. Měšnání 3. stupně levé ledviny. Normální nález na játrech, žlučníku, slezině a pravé ledvině.

Cystografie (k ověření polohy PMK) – balonek na spodině měchýře, bez patrného leaku.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Dieta: 3 (racionální, základní), poté dieta R1 (rozepsaná)

Výživa: per os

Pohybový režim: omezený, přesun s dopomocí, pohyb na invalidním křesle

Rehabilitace: možnost RHB s protézou po zhojení

Medikamentózní léčba v průběhu hospitalizace:

- Per os

Tabulka 5 Medikamentózní léčba

Název léku	Léková forma	Síla	Dávkování	Léková skupina
Neurotop	tbl.	200 mg	0-0-1	Antiepileptica, anticonvulsiva
Novalgin	tbl.		1-1-1-1	Analgetika
Diazepam	tbl.	10 mg	1/N ve 22:00	Antipsychotica
Neurol	tbl.	0, 25 mg	1-1-1	Anxiolytika
Citalec	tbl.	10 mg	1-0-0	Antidepresiva
Helicid	tbl.	20 mg	1-0-0	Antiulceroticum
Granisetron	tbl.	1 mg	1-0-0	Antiemtika, antivertiginosa
Degan	tbl.	10 mg	1-1-1	Antiemetika
Alopurinol	tbl.	300 mg	0-1-0	Antirheumatica, antiphlogistica

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2017

Antikoagulační léčba: Clexane 0,6 ml s.c. co 12 hodin v 8:00 a 20:00

(antikoagulancium)

Náplast: Transtec 35 mg empl. výměna co 72 hodin (analgetika – anodyna)

Antiemetická medikace: podle potřeby – Ondasetron 8 mg + 100 ml FR

Ošetření/ převaz palce LDK – odlučující se nehtové lůžko: dezinfekce Prontosanem, INADINE a sterilní krytí (Curapor) – převaz denně.

3.6 POSOUZENÍ DENNÍCH AKTIVIT PACIENTA DLE MODELU MARJORY GORDON

Tabulka 6 Denní aktivity pacienta

DENNÍ AKTIVITY PACIENTA		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
1. Podpora zdraví:	<p>„Nikdy jsem žádným onemocněním netrpěl. Před lety jsem měl zlomenou nohu, jinak nic. Na návštěvu za mnou chodí rodina, ale i přátelé. Skoro každý den tu návštěvu mám.“</p>	<p>Pacient nikdy závažnějším onemocněním netrpěl. Nyní má sedm let diagnostikovaný sarkom kosti. Léčit se začal až nyní, dříve zkoušel alternativní způsob léčby, která neměla žádný účinek. Uvědomuje si, že nynější léčba je pouze dočasná.</p> <p>Pacient dříve kouřil 3-5 cigaret denně, nyní dva roky nekouří. Alkohol dříve příležitostně, nyní nepije.</p> <p>Bydlí s rodiči, svobodný, bezdětný.</p> <p>Pacient užívá dlouhodobě analgetika a antiemetika. Dietu žádnou nedrží.</p>
<p>Měřicí technika/y: 0</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>		
2. Výživa a metabolismus:	<p>„Dietu žádnou nedržím, vypiju za den asi 1,5 litru tekutin. S polykáním problém nemám. Po minulé chemoterapii mi bylo špatně na zvracení.“</p>	<p>Pacient se nají sám, per os, dietu má č. 3 (racionální, základní), denní diuréza za hospitalizace je 1 300 ml moče.</p> <p>Stav kůže je bez bez cyanózy, pacient má edém</p>

		<p>levé dolní končetiny. BMI je při váze 65 kg a výšce 182 cm, 19.62. Tělesná teplota je 36,7 °C. Riziko malnutrice není.</p> <p>Po léčbě chemoterapií za minulé hospitalizace trpěl pacient nauzeou, zvracení nebylo.</p> <p>Během hospitalizace měl pacient dietu č. 3 (racionální), poté R1 (rozepsaná) – dietu pacient toleruje.</p>
<p>Měřicí technika/y: Určení nutričního stavu pacienta, BMI, základní nutriční screening</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nevolnost po chemoterapii 		
<p>3. Vylučování a výměna:</p>	<p><i>„Mám zavedenou cévku. Stolici nemám pravidelnou, spíše trpím zácpou, proto užívám každé ráno projímadla. Na stolici chodím na pojízdné WC, které mám u lůžka.“</i></p>	<p>Pacientovi byla diagnostikována retence moči, proto mu byl zaveden permanentní močový katétr, který má nyní 13. den, který mu byl ponechán. Moč je čirá bez příměsí. Stolice je nepravidelná, náchylnost k zácpě. Stolice tužší konzistence, inkontinence není. Stolice naposledy před třemi dny (10. 11.). Pravidelně užívá laxantiva.</p> <p>Pocení v normě.</p>
<p>Měřicí technika/y: rozhovor s pacientem, z dokumentace</p>		

Ošetřovatelský problém: <ul style="list-style-type: none"> - Retence moči - Chronická funkční zácpa - Dysfunkční gastrointestinální motilita 		
4. Aktivita a odpočinek:	<i>„V noci spím dobře. Přes den se dívám na filmy. Potřebuju pomoc při koupání a při oblékání. Přesednout se z postele na křeslo se nezvládnu. Sezení mi dělá problém, kvůli amputované noze a kvůli otoku druhé nohy.“</i>	<p>Pacient za hospitalizace přes den sleduje filmy, které má na svém počítači.</p> <p>V noci problém se spánkem nemá. Dříve jezdil hodně na kole a setkával se s přáteli, kteří ho nyní chodí navštěvovat.</p> <p>Doma se o něj stará rodina, potřebuje pomoc při hygieně a oblékání, přesun z lůžka na lůžko a zpátky nezvládne sám, potřebuje pomoc v podobě přidržení oteklé levé dolní končetiny. Pacient má problém se sezením v důsledku zvětšeného břicha, kde je prorůstání nádoru. Pomoc také v oblasti oblékání a v oblasti hygieny.</p>
Měřicí technika/y: Barthelové test základních všedních činností		
Ošetřovatelský problém: <ul style="list-style-type: none"> - Zhoršená tělesná pohyblivost - Zhoršená pohyblivost na lůžku - Zhoršené sezení - Deficit sebeděže při koupání - Deficit sebeděže při oblékání 		

<p>5. Vnímání – poznávání:</p>	<p><i>„Na čtení používám brýle.“</i></p>	<p>Pacient používá brýle na čtení. Uvědomuje si závažnost svého stavu. Orientace je v normě, pacient orientován časem, místem i osobou. Glasgow skóre v normě (=15 bodů).</p>
<p>Měřicí technika/y: Glasgow Coma Scale</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p>		
<p>6. Sebepercepce:</p>	<p><i>„Myslím si o sobě, že jsem celkem optimista. Jsem přesvědčený, že jsem se ve všem, v čem jsem se rozhodl, rozhodl sám a podle mého mínění dobře, i když to tak nevypadá. Už se ale těším domů.“</i></p>	<p>Doufá, že léčba alespoň zčásti zabere. Oční kontakt udržuje. Dříve byl pacient aktivní, nyní z důvodu nemoci musel své aktivity zanechat. Po diagnostikování nemoci, pacient odmítl léčbu a zkoušel léčbu alternativní, která bohužel nebyla účinná. Svůj nynější stav bere jak to je, a nezlobí se na sebe, že se nerozhodl jinak.</p>
<p>Měřicí technika/y: 0</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p>		
<p>7. Vztahy:</p>	<p><i>„Bydlím doma s rodiči v bytě. Přítelkyni nemám, ale mám hodně kamarádů. Navštěvovat mě domů chodí často i bratr.“</i></p>	<p>Bydlí v bytě s rodiči. Do práce nechodí, neboť je v invalidním důchodu. V rodině si jsou blízcí a žádné problémy nemají.</p>
<p>Měřicí technika/y: 0</p>		

Ošetrovatelský problém: 0		
8. Sexualita:	<i>„Žádnou přítelkyni nemám, ani by to nešlo. Dříve bylo všechno v pořádku.“</i>	Pacient nemá žádnou přítelkyni, dříve měl dlouhodobý vztah, vše bylo po sexuální stránce bez obtíží. Nyní má oteklý pohlavní orgán, kvůli čemuž nebylo možné zavést močový katétr na oddělení, proto byla potřeba zavést PMK v rámci urologického konzilia.
Měřicí technika/y: 0		
Ošetrovatelský problém: 0		
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu:	<i>„Se zvládním nemoci po psychické stránce mi nejvíce pomáhá rodina, konkrétně mi rodiče. Taký rád čtu, což mi rovněž pomáhá se uvolnit.“</i>	Stres pacient zvládá pomocí svých rodičů, ale i přátel, kteří ho chodí pravidelně navštěvovat za hospitalizace i doma. Přes den rád čte, nebo se dívá na filmy.
Měřicí technika/y: rozhovor s pacientem		
Ošetrovatelský problém:		
- Strach		
10. Životní princip:	<i>„Dříve jsem měl hodně plánů do budoucna, také jsem měl jiné hodnoty. S nemocí jsem si uvědomil, co je skutečně důležité. Teď, i když si uvědomuj, jak na tom zdravotně</i>	Po diagnostikování nemoci, musel pacient přehodnotit své hodnoty. Nyní se smířil s tím, jak to nyní je, a přijal své onemocnění, i když ví, jak je to závažné. Přesto má strach z budoucnosti, jak to bude probíhat.

	<i>jsem, mám strach, jak to bude dále probíhat. “</i>	
Měřicí technika/y: Rozhovor s pacientem Ošetrovatelský problém: - Strach		
11. Bezpečnost, ochrana:	<i>„Mám danou jednu postranici, o kterou se opírám, když potřebuji. Každý den mi převazují nehet na levé noze. Pokud potřebuje pomoc s přesunem, pomůže mi sestřička nebo ošetrovatelka. “</i>	<p>Dekubity pacient nemá, dle Nortonové má stupnici rizika vzniku dekubitů střední.</p> <p>Kromě toho má pacient na LDK po ablaci nehtu a také po amputaci PDK.</p> <p>Má zavedený permanentní močový katétr pro retenci moči. Dále má zavedený PŽK pro podání druhého režimu chemoterapie. Oba katétrů nejeví známky infekce.</p> <p>K pohybu pacient používá kompenzační pomůcky (invalidní vozík) a jelikož potřebuje dopomoci při přesunu, bylo u něj vyhodnoceno riziko pádu.</p>
Měřicí technika/y: Hodnocení rizika pádu, hodnocení rizika vzniku infekce, škála dle Nortonové Ošetrovatelský problém: - Riziko pádů - Riziko narušení integrity tkáně - Narušená integrita kůže - Riziko infekce		
12. Komfort:	<i>„Noha mě neustále bolí, mám ji také oteklou. Beru na bolest léky,</i>	Pacient trpí bolestmi na levé dolní končetině, kdy udává na stupnici bolesti,

	<i>keré mi pomáhají. Po infuzi s chemoterapií mě také trápí nevolnost, je mi neustále na zvracení.“</i>	stupeň bolesti 7. Bolest je tlumena analgetiky a analgetickou náplastí. Po podání chemoterapie trpí pacient nauzeou, bez zvracení.
Měřicí technika/y: Vizuální analogová škála bolesti (VAS), grafický záznam hodnocení bolesti Ošetrovatelský problém: <ul style="list-style-type: none"> - Nauzea - Akutní bolest 		
13. Růst/vývoj:	<i>„V tomto ohledu jsem problémy neměl.“</i>	Bez problémů.
Měřicí technika/y: 0 Ošetrovatelský problém: 0		

Zdroj: vlastní zpracování autora, 2017

SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 13. 11. 2017

Pacient byl hospitalizován plánovaně, přijat k podání paliativní chemoterapie za hospitalizace. Hodnocení ze dne 13. 11. při vědomí, spolupracující, plně orientován osobou, časem i místem. Kontakt s pacientem byl bez omezení. Tělesné funkce byly: TK – 128/87, P – 74/min, TT – 36,6 °C, dech 17/minutu, SpO₂ – 98%, tedy v normě.

Pacient uložen na samostatný pokoj pro větší pohodlí a především soukromí. Pacient nesoběstačný v oblasti hygieny, v oblasti oblékání pacient soběstačný s dopomocí. Potřebuje tedy dopomoc při hygienické péči a oblékání, přesun z lůžka na postel zpátky nezvládne sám, potřebuje dopomoc v podobě přidržení oteklé levé dolní končetiny. K pohybu pacienta používá kompenzační pomůcky (invalidní vozík), jelikož potřebuje dopomoci při přesunu, bylo u něj vyhodnoceno riziko pádu. Pohyblivost byla u pacienta tedy velmi omezená z důvodu amputace pravé dolní končetiny a oteklé levé dolní končetiny až do třísla, palpačně nebolestivá. Strava byla zajištěna po dobu hospitalizace k lůžku, najíst se zvládl pacient sám. Během dne pacient sleduje filmy a chvílemi pospává.

Pacient má problém se sezením v důsledku zvětšeného břicha, kde je pronikající tuhá kulovitá masa asi 20 cm v průměru v oblasti mesogastria. V důsledku toho trpí pacient chronickou zácpou, proto pravidelně užívá laxantia.

Bolest udává pacient břicha, dále pak tíhu a bolest levé dolní končetiny. Pacient má bolesti na levé dolní končetiny, kdy udává na stupnici bolesti, stupeň bolesti 7. Po podání analgetik cítí pacient úlevu.

Dietní omezení žádné nemá, za den vypije přibližně 1,5 litru tekutin. Strava je perorální. BMI je při váze 65 kg a výšce 182 cm, 19.62. Pacient má zavedený permanentní močový katétr pro retenci moče. Močový katétr zaveden na urologickém oddělení ve formě urologického konzilia z důvodu oteklého genitálu. V den hodnocení pacienta zaveden PMK 13. den. Moče je čirá, bez příměsí. Stolice je nepravidelná, spíše se sklonem k zácpě, z důvodu utlačení vnitřních orgánů nádorem, která vystupuje navrch. Jde tedy o kulovitou masu asi 20 cm v průměru v oblasti mesogastria.

Palec levé dolní končetiny je po radikální ablaci nehtu, dle ordinace lékaře, 13. 11. 2017 převaz na chirurgické ambulanci. Na následující den doporučen převaz na oddělení. Pacient je pět měsíců po amputaci PDK.

Po diagnostikování nemoci, musel pacient přehodnotit své hodnoty. Nyní se smířil s tím, jak to nyní je, a přijal své onemocnění, i když ví, jak je to závažné. Přesto má strach z budoucnosti, jak to bude probíhat.

Pacient má zavedený PŽK, v den hodnocení zaveden 2. den. PŽK zaveden z důvodu podání chemoterapie. Pacient si stěžuje na nauzeu, která se objevila jako nežádoucí účinek podané chemoterapie.

3.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

DLE NANDA TAXONOMIE II (2015-2017) ze dne 13. 11. 2017:

Ošetřovatelské diagnózy byly vymezeny podle NANDA, International, 2015. Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017. 10. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00023 Retence moči

Doména 3. Vylučování a výměna

Třída 1. Funkce močového systému

Definice: Neúplné vyprázdnění močového měchýře.

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

Doména 4. Aktivita/ odpočinek

Třída 2. Aktivita/ cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 2. Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu na lůžku z jedné pozice na druhou.

00108 Deficit sebekpěče při koupání

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebekpěče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivitu týkající se koupání.

00109 Deficit sebepéče při oblékání

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebepečce

Definice: Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebepečce

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivitu týkající se vyprazdňování.

00132 Akutní bolest

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

00134 Nauzea

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Subjektivní nepříjemný a vlnovitý pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může nebo nemusí mít za následek zvracení.

00148 Strach

Doména 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

00235 Chronická funkční zácpa

Doména 3. Vylučování a výměna

Třída 2. Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Nepříliš častá nebo obtížná defekace přetrvávající alespoň tři z předchozích 12 měsíců.

00237 Zhoršené sezení

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 2. Aktivita/cvičení

Definice: Omezená schopnost samostatně a cíleně zaujmout nebo udržet klidovou polohu, která je podporována hýžděmi a stehny a při které je trup vzpřímený.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

00004 Riziko infekce z důvodu zavedení PMK a PŽK

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 1. Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

00155 Riziko pádů z důvodu amputace PDK

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

00248 Riziko narušení integrity tkáně z důvodu zhoršené pohyblivosti

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů, což může vést k narušení zdraví.

Ošetřovatelská diagnóza 1:

00108 Deficit sebepěče při koupání v důsledku amputované pravé dolní končetiny a edému levé dolní končetiny.

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebevpeč

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- zhoršená schopnost přemístit se do koupelny
- zaopatřit si potřeby ke koupání
- zhoršená schopnost usušit si tělo
- zhoršená schopnost umýt si tělo

Související faktory:

- Úzkost
- Bolest
- Muskuloskeletální poškození

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient má zajištěnou hygienickou péči během hospitalizace od 1. dne hospitalizace.

Cíl dlouhodobý: Pacient zvládá hygienickou péči s minimální dopomocí ošetrovatelského personálu při propuštění.

Očekávané výsledky:

1. Pacient se naučí způsoby, jak provádět hygienu v rámci svých schopností v průběhu hospitalizace.
2. Pacient zvládá hygienickou péči s dopomocí personálu od 1 dne.
3. Pacient zvládá hygienickou péči s dopomocí personálu od 1. dne hospitalizace
4. Pacient má zajištěnou pomoc v rámci domácí péče v této oblasti (rodina, agentura domácí péče) – při propuštění.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zhodnot' soběstačnost při koupání dle Barthelové ihned při příjmu, všeobecná sestra.

2. Rozpoznej příčinu snížení schopnosti pacienta pečovat o sebe sám – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
3. Zhodnoť, zda je deficit dočasný nebo trvalý – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace.
4. Dbej při hygienických výkonech na soukromí a stud pacienta – ošetřovatelský personál, vždy.
5. Zajisti potřebné pomůcky na k lůžku a na dosah pacienta – ošetřovatelský personál, při příjmu.
6. Nabídni pacientovi polohovací pomůcky – ošetřovatelský personál, při polohování.
7. Pečuj o kůži pacienta a kontroluj pravidelně stav kůže pacienta – všeobecná sestra, 2krát denně.
8. Udržuj lůžko čisté a suché – ošetřující personál, každý den.
9. Naslouchej pacientovi a respektuj rituály pacienta při provádění hygieny a dodržuj je – ošetřovatelský personál, vždy.
10. Umožni pacientovi dostatek času – ošetřovatelský personál, vždy.
11. Zajisti bezpečí pacienta při hygienické péči a dbej na prevenci úrazu – ošetřovatelský personál, od 1. dne hospitalizace.
12. Zajisti další možnosti pomoci při péči o pacienta v domácím prostředí, například prostřednictvím agentury domácí péče – všeobecná sestra, při propouštění.

Realizace:

13. 11. 2017

6:45 – pacient je poučen o nutnosti zvýšené bezpečnosti při provádění hygienické péče.

7:00 - pacientovi je zajištěna hygienická péče ve sprše – pacient je do sprchy zavezen na vozíku.

7:30 – lůžko pacienta po ranní hygieně převlíknuto do čistého.

7:40 – kontrola stavu predilekčních míst.

7:45 – pacientovi jsou promazána záda mentolovým gelem a promazány také paty a sacrum Menalind krémem.

18:00 – provedena večerní hygienická péče s dopomocí všeobecné sestry. Během dne byly zajištěny veškeré potřebné pomůcky k lůžku.

14. 11. 2017

7:00 – zajištěna hygienická péče na lůžku s dopomocí ošetřovatelky.

7:20 – kontrola predilekčních míst a zároveň promazání.

18:00 – během dne jsou pacientovi promazávána predilekční místa a zajištěna je i dopomoc při polohování agenta ošetřovatelkou nebo všeobecnou sestrou.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl po dobu hodnocené péče splněn. Pacient znal příčiny, které vedou k omezení hybnosti a tím k omezení pohybu při provádění hygienické péče.

Dlouhodobý cíl byl po dobu hospitalizace splněn. Pacient znal způsoby, jak provádět hygienu v rámci svých možností, a řídil se tím po celou dobu hospitalizace. S ohledem na stav pacienta je důležité, aby tento cíl pokračoval i v domácím prostředí pacienta. Pacient se po celou dobu hospitalizace aktivně zapojoval do veškerých činností v oblasti hygienické péče.

Pokračující intervence:

1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

U pacienta je důležité přehodnocovat soběstačnost při koupání dle Barthelové alespoň 3x týdně. Je nutné dbát na stud a soukromí pacienta, a při hygienické péči respektovat pacientovi rituály. Důležité je dopřát pacientovi dostatek času an nespěchat na něj. Lůžko by mělo být vždy čisté a suché. Vhodné je zajistit pacientovi dopomoc i v domácím prostředí v podobě např. agentury domácí péče.

Ošetřovatelská diagnóza 2:

00132 Akutní bolest z důvodu onemocnění

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky:

- výraz v obličeji (grimasa)
- vyhledávání antalgické polohy
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (vizuální analogová škála – kdy pacient udává intenzitu bolesti 8)

Související faktory:

- fyzikální původci (nádor)

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacient udává snížení bolesti (ze stupnice 8 na stupeň alespoň 6) po zahájení analgetické terapie do 45 minut.

Cíl dlouhodobý: Pacient verbalizuje zmírnění bolesti při propuštění na únosnou míru.

Očekávané výsledky:

1. Pacient udává, že je bolest mírnější do 30 – 45 minut od podání analgetik.
2. Pacient chápe příčiny vzniku bolesti ihned.
3. Pacient zná možnosti využití relaxačních technik ihned.

Ošetřovatelské intervence:

1. Pravidelně kontroluj bolest na stupnici bolesti (lokalizace, charakter, nástup, trvání, četnost, intenzitu - stupnice 0-10), v případě zvýšení intenzity ihned informuj lékaře a proved' záznam do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra, průběžně během dne (po 2 hodinách).
2. Podávej analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, V pravidelných intervalech dle ordinace.
3. Sleduj účinky podaných léků a jejich vedlejších účinků, a zaznamenej do lékařské dokumentace – všeobecná sestra, do 30 – 45 minut po podání analgetik.
4. Zvaž vliv bolesti na spánek pacienta – všeobecná sestra, vždy večer před spaním.

5. Nauč pacienta využívání relaxačních technik – všeobecná sestra, průběžně.
6. Sleduj u pacienta neverbální projevy bolesti a informuj ošetřujícího lékaře, poté zaznamenej do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.
7. Edukuj pacienta o sledování intenzity bolesti a jejím charakteru – všeobecná sestra, ihned.
8. Zajisti klidné prostředí pacientovi – všeobecná sestra, vždy.
9. Dbej na komfort pacienta – všeobecná sestra, vždy.
10. Edukuj pacienta o úlevové poloze – všeobecná sestra, ihned.
11. Prováděj pečlivý záznam do dokumentace – všeobecná sestra, denně.

Realizace:

13. 11. 2017

9:00 – pacient si stěžuje na bolest břicha o intenzitě 7.

9:02 – lékař je informován o bolesti pacienta (o lokalitě bolesti a intenzitě bolesti).

9:05 - kontrola fyziologických funkcí (TK – 128/87; P- 74/minutu; TT – 36,6 °C).

9:08 – zápis o bolesti pacienta a fyziologických funkcích do dokumentace – všeobecná sestra.

9:10 – kontrola pacienta lékařem.

9:20 – po konzultaci s lékařem aplikována dle ordinace lékaře 1 amp. Tramal injekční roztok 50 mg/ml i.m. – aplikovala všeobecná sestra u lůžka pacienta.

9:22 – doporučená úlevová poloha pacienta.

10:00 – kontrola intenzity bolesti pacienta (všeobecná sestra u lůžka) – pacient udává zmírnění bolesti.

12:00 – pacient udává, že bolest je na snesitelné úrovni, dále kontrola intenzity bolesti na VAS stupnici každé 2 hodiny všeobecnou sestrou.

18:00 – pacient udává vzestup bolesti břicha o intenzitě 8.

18:02 – kontrola fyziologických funkcí (TK - 130/90; P -103/min.; TT – 36,7°C).

18:05 – lékař informován o stavu pacienta (o vzestupu bolesti pacienta).

18:10 – dle ordinace lékaře aplikována pacientovi 1 amp. Tramal injekční roztok 50 mg/ml i.m. – aplikovala všeobecná sestra u lůžka pacienta.

18:15 – zápis do dokumentace o vzestupu bolesti.

18:45 – kontrola intenzity bolesti – pacient si na bolest již nestěžuje, došlo ke zmírnění bolesti.

19:00 – lékař naordinoval pacientovi analgetika na noc (Novalgin tbl.).

Pacientovi byly bodány analgetika na noc ve 22:00, pacient si v průběhu noci na bolest nestěžoval, spal celou noc.

14. 11. 2017

6:30 - pacient v noci spal klidně, bolestmi se nebudil, proto sestra pacienta v průběhu noci nebudila.

9:00 - pacientovi byla vyměněna analgetická náplast, která se mění každých 72 hodin.

10:00 - během dne byl pacientovi zajištěn klid na samostatném pokoji. V průběhu dne pacient aktivně vyhledával úlevovou polohu.

17:00 - v pravidelných intervalech (po dvou hodinách) byla u pacienta kontrolována intenzita bolesti na VAS (všeobecná sestra).

17: 20 - v průběhu dne nedošlo k výraznému vzestupu bolesti, proto nebyla nutná jiná analgetická terapie než kterou pacient má již naordinovanou.

17:35 - analgetická terapie, kterou měl pacient naordinovanou dle ordinace lékaře, byla pacientovi podávána 4krát denně.

17:45 - všeobecná sestra v průběhu dne kontrolovala účinky podaných analgetik a jejich vedlejší účinky.

20:00 - večer si pacient na bolest nestěžoval, v noci spal klidně.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl u pacienta splněn. Pacientovi se ulevilo od bolesti, udává zmírnění bolesti.

Cíl dlouhodobý při propuštění byl splněn částečně. Pacient udává při propuštění z nemocnice zmírnění bolesti. Tato bolest, jak pacient uváděl, byla na snesitelné úrovni. Pacient dostával analgetika dle ordinace lékaře, které mu byly předepsány i do domácího prostředí. V noci pacient spal dobře, na noc dostal analgetika, a spánek tedy bolest vliv neměla. Také byla pacientovi měněna pravidelně analgetická náplast, která se měnila po 72 hodinách, tedy každé tři dny. Tyto náplasti byly také předepsány pacientovi domů.

Pokračující intervence:

1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 12

U pacienta je dále nutné monitorovat bolest, popř. informovat lékaře. Je nutné podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinnost a vedlejší účinky. Monitorovat fyziologické funkce pacienta, sledovat neverbální projevy bolesti u pacienta. Dbát na komfort pacienta a vše zaznamenávat do dokumentace.

Ošetrovatelská diagnóza 3:

00134 Nauzea po podání chemoterapie

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Subjektivní nepříjemný a vlnovitý pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může nebo nemusí mít za následek zvracení.

Určující znaky:

- nauzea
- kyselá chuť v ústech
- dávivý pocit

Související faktory:

- lokalizované nádory
- léčba

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient udává zlepšení po podání antiemetik do 1 hodiny po podání.

Cíl dlouhodobý: Pacient při propuštění do domácího ošetření netrpí nauzeu.

Očekávané výsledky:

1. Pacient je dostatečně hydratován po celou dobu hospitalizace.
2. Pacient má stabilní tělesnou hmotnost o dobu hospitalizace.
3. Pacient nepocítuje nevolnost a nucení na zvracení po podání antiemetik.

Ošetrovatelské intervence:

1. Podávej antiemetika dle ordinace lékaře a zaznamenej do dokumentace – sestra, během dne.
2. Sleduj účinky léku a jejich vedlejší účinky, popřípadě nahlas lékaři – sestra, ihned.
3. Vysvětli pacientovi účinky antiemetik a jejich užívání – sestra, ihned.
4. Zaznamenávej pravidelně častost, charakter a obsah zvratků – sestra, vždy.
5. Spolupracuj s dietní sestrou, přizpůsob pacientovi dietu podle jeho individuálních potřeb – sestra, od prvního dne hospitalizace.
6. Kontroluj pacientův pravidelný příjem tekutin – sestra, každý den.
7. Vysvětli pacientovi příznaky dehydratace – sestra, ihned.

Realizace:

13. 11. 2017

8:00 – pacient si stěžuje na nevolnost, bez zvracení.

8:05 – pacientovi dle ordinace lékaře podána antiemetika.

8:08 – pacient edukován o důležitosti pravidelného příjmu tekutin, dále vysvětli pacientovi příznaky dehydratace a její prevence.

8:10 – pacientovi jsou nabízeny tekutiny, které jsou dány na dosah pacienta – na noční stolek.

8:45 – pacient udává, že ke zlepšení nevolnosti nedošlo.

9:00 – po konzultaci s lékařem podána antiemetická medikace v infuzním roztoku (všeobecná sestra u lůžka pacienta).

9:30 – kontrola stavu pacienta – pacient udává patrné zlepšení, ovšem nevolnost nadále přetrvává.

9:35 – informován lékař, dále dle ordinace lékaře podávány antiemetika.

9:45 – řádný záznam do dokumentace pacienta.

13:00 – pacient udává ústup nevolnosti, jako prevence naordinoval lékař pacientovi antiemetickou medikaci v infuzní terapii.

Nevolnost, která se u pacienta objevila, je projev vedlejších nežádoucích účinků chemoterapie. Během dne byla pacientovi podávána antiemetika v tabletách 3 denně, dále pak v infuzní terapii 2krát denně.

14. 11. 2017

16:00 - pacient během dne udává nevolnost, která trvá celý den, bez zvracení.

8:00 - antiemetická medikace naordinovaná lékařem je podávána v infuzní terapii, dle potřeby pacienta.

9:00 – pacientovi je zajištěna vhodná strava – dieta R1 (rozepsaná), kdy za pacientem každý den dochází dietní sestra a sestavují společně stravu na celý den.

17:00 - vše je zaznamenáno sestrou do dokumentace pacienta.

17: 10 - během dne jsou pacientovi nabízeny tekutiny, které má na dosah.

17:20 - během dne nedošlo k výraznému vzestupu nevolnosti či zvracení, nevolnost se vyskytuje na snesitelné úrovni.

8:00, 12:00, 18:00 - pacientovi jsou dle ordinace lékaře podávána antiemetika 3krát denně v pravidelných intervalech.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý po dobu realizace 5 dnů se podařilo splnit. Pacient udával zlepšení nevolnosti.

Cíl dlouhodobý, tedy odstranění nevolnosti pacienta, byl splněn částečně. Při propouštění do domácího prostředí pacient udával zlepšení nevolnosti, proto byla pacientovi dána antiemetická medikace domů.

Pokračující intervence:

1, 2, 4, 5, 6

Jelikož se jedná o nevolnost jako vedlejší účinek chemoterapeutické léčby, je nutné antiemetika pravidelně dle ordinace lékaře. Popřípadě při přetrvávající nevolnosti dále informovat ošetřujícího lékaře pacienta. Důležité také je sledovat účinky podaných antiemetik a jejich případných nežádoucích účinků. Pacientovi je potřeba zajistit dostatečný příjem tekutin, tedy alespoň 2000 ml za den.

Ošetřovatelská diagnóza 4:

00235 Chronická funkční zácpa v důsledku onemocnění

Doména 3. Vylučování a výměna

Třída 2. Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Nepříliš častá nebo obtížná defekace přetrvávající alespoň tři z předchozích 12 měsíců.

Určující znaky:

- Dospělý: hrudkovitá nebo tvrdá stolice, namáhání při defekaci
- Bolest při defekaci
- Hmatná abdominální masa

Související faktory:

- Farmaka
- Perineální poškození
- Omezená pohyblivost

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient chápe příčiny vzniku zácpy od 1. dne hospitalizace.

Cíl dlouhodobý: Pacient se pravidelně vyprazdňuje jednou za tři dny.

Očekávané výsledky:

1. Pacient má dostatečný příjem tekutin (alespoň 2000 ml za den) od 1. dne hospitalizace.
2. Pacient chápe nutnost zařadit do stravy potraviny bohaté na vlákninu při propuštění.
3. Pacient nepocítuje bolesti břicha a námahu při defekaci od 2. dne hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí příčinu vzniku chronické zácpy – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
2. Zjistí množství příjmu tekutin – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
3. Zhodnotí míru aktivity a rozsah pohybu – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
4. Zjistí způsob, kterým se pacient vyprazdňoval doma – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.

5. Posud' užívání léků a možnost jejich vedlejších účinků ve formě zácpy – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
6. Sleduj stav stolice (konzistenci, zápach, zbarvení) a množství, často vyprazdňování – všeobecná sestra, v průběhu hospitalizace.
7. Zjistí, zda pacient pociťuje bolesti při defekaci – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
8. Zajisti pacientovi dostatek soukromí při vyprazdňování – ošetřující personál, po dobu hospitalizace.
9. Dle ordinace podávej léky (laxativa) – všeobecná sestra, po celou dobu hospitalizace.
10. Sleduj účinky podaných léků – všeobecná sestra, vždy po podání léků (do 1 hodiny).
11. Pravidelně zaznamenávej do dokumentace podání léků dle ordinace lékaře (laxativa) – všeobecná sestra, vždy po podání léků.
12. Zaznamenej do dokumentace, zda se pacient vyprázdnil – všeobecná sestra, každý den.
13. Zajisti hygienu po vyprázdnění – ošetřující personál, po dobu hospitalizace.
14. Edukuj pacient o významu zařazení vlákniny do stravy – všeobecná sestra, 2. den hospitalizace.
15. Vysvětli pacientovi význam dostatečného pitného režimu (alespoň 2000 ml tekutin za 24 hodin) – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.

Realizace:

13. 11. 2017

9:00 – pacient si stěžuje na pocit plného břicha a bolesti břicha. Dle slov pacienta a záznamu v dokumentaci nebyl pacient již 4 dny na stolici.

9:05 – lékař informován o trvající zácpě.

9:10 – kontrola pacienta lékařem.

9:20 – pacientovi podána laxativa (všeobecná sestra u lůžka pacienta).

10:00 – kontrola účinků léků, pacient se nevyprázdnil.

10:10 – pacient poučen o významu dostatečného příjmu tekutin (alespoň 1500 – 2000 ml za 24 hod.).

14:20 – pacientovi byla podána další laxativa dle ordinace lékaře (všeobecná sestra u lůžka pacienta).

15:00 – kontrola účinků léků.

19:00 – kontrola stavu pacienta – pacient se nevyprázdnil.

Pacientovi se za celý den nepodařilo vyprázdnit. Pacient měl pocit plného břicha, proto snědl pouze 1/3 porce z každého jídla. Stav pacienta v oblasti vyprázdnění předán následující službě.

14. 11. 2017

8:00 - pacient se během celého předešlého dne ani po podání laxativ nevyprázdnil.

8:30 - pacientovi byla zajištěna vhodná strava s dostatkem vlákniny ve stravě.

9:00 - lékař byl v dopoledních hodinách informován všeobecnou sestrou o přetrvávající zácpě.

9:30 - dle ordinace lékaře bylo pacientovi podáno klyzma.

17:15 - pacientovi se podařilo vyprázdnit ve večerních hodinách.

17:20 - stolice byla spíše bobkovitá, množství bylo málo.

17:25 - pacientovi byla zajištěna hygiena po vyprázdnění.

18:00 - pacientovi byla nechána laxativa jako preventivní opatření.

18:10 - vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient chápal příčinu vzniku zácpy.

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. Pacient při ukončení hospitalizace se pravidelně vyprazdňoval, ovšem frekvence vyprázdnění byla á 5 dní. Pacientovi byla ponechána laxativa po celou dobu hospitalizace

Pokračující intervence:

6, 8, 9, 10, 11, 12, 13

U pacienta má velký význam sledování pravidelnosti vyprazdňování. Je nutné sledovat stav stolice, především množství a konzistenci. Pacient by měl mít soukromí a klid při vyprazdňování. Dále je důležité podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek. V případě přetrvávající zácpy nenutné informovat ošetřujícího lékaře. Pacientovi by měla po každém vyprázdnění zajištěna hygiena. Pacient by měl za den vypít alespoň 2000 ml tekutin. Vše by mělo být zaznamenáno do dokumentace pacienta.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Osteosarkom mezi primární nádory kostí, který se nejčastěji objevuje u mladých dospělých a častěji u mužů než u žen.

Neboť jde o velice agresivní typ nádoru, kterým osteosarkom je, zaměříme se navržením doporučení, která budu určena zdravotnickému personálu, pacientům, ale jako preventivní opatření pro veřejnost.

Doporučení pro ošetřující personál:

- zaměřit se na bolest pacienta – pravidelně a pozorně monitorovat bolest
- podávat pravidelně léky tišící bolest a kontrolovat účinky těchto léků
- dbát na přání pacienta v oblasti léčby
- zaměřit se u pacienta léčeným chemoterapií, na antiemetickou profylaxi
- sledovat a řešit jakékoliv vedlejší účinky chemoterapie
- vhodná komunikace s pacientem – citlivost, trpělivost
- při podávání chemoterapie sledovat celkový stav pacienta – zejména stav žil, aby nedošlo podání chemoterapie mimo žílu a tím k nekróze tkáně
- u pacientů, kteří mají jakékoliv predispoziční faktory, provádět pravidelný screening (odběry krve, RTG vyšetření...)

Doporučení pro pacienty s osteosarkomem:

- dodržovat léčebný režim
- nebát se zeptat na jakékoliv informace o onemocnění či léčbě
- při léčbě chemoterapií sledovat svůj nutriční stav
- chodit na pravidelné odběry krve při léčbě (neutropenie...)

Preventivní opatření pro veřejnost:

- chodit na pravidelnou preventivní prohlídku ke svému ošetřujícímu lékaři
- při výskytu jakýchkoliv příznaků informovat svého ošetřujícího lékaře
- nebanalizovat své problémy

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zpracovat téma ošetrovatelský proces u pacienta s osteosarkomem kosti, neboť jde o vysoce maligní nádorové onemocnění.

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, které byly dále rozděleny na další části. Práce byla rozdělena na teoretickou část a na část empirickou, tedy praktickou.

V teoretické části práce je popsáno samotné onemocnění, příznaky onemocnění, diagnostika a léčba onemocnění. Zmínka je i o prevalenci a incidenci onemocnění, kdy v oblasti incidence jsou nejnižší hodnoty v roce 1993 a potom v roce 2015. Naopak nejvyšší hodnoty incidence tohoto onemocnění jsou v roce 1983. Mortalita u tohoto typu nádoru byla nejvyšší v roce 1984, naopak nejnižší mortalita se ukazuje v roce 2014. Prevalence naproti tomu ukazuje, jak jde vývoj růstu zhoubných nádoru v ČR.

V první části bakalářské práce jsou také popsána specifika ošetrovatelské péče u pacienta s osteosarkomem. Tato péče je zejména zaměřena na pacienty po amputaci končetiny, neboť jde o zásadní část způsobu léčby sarkomů kostí.

V empirické části bakalářské práci jsme zpracovali konkrétní případ pacienta s tímto onemocněním. U pacienta byl zpracován komplexní ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon a ošetrovatelské problémy poté byly stanoveny dle Nanda taxonomie II (2015-2017). V této části je dále vypracovaná doporučení pro praxi, která se zaměřuje především na ošetřující personál, samotné pacienty s tímto onemocněním a dále potom na veřejnost.

Stanovené cíle bakalářské práce se podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, c2010. Jessenius. ISBN 978-80-7262-648-9.

BAJČIOVÁ, Viera, Jiří TOMÁŠEK a Jaroslav ŠTĚRBA. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. České Budějovice: Grada, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-247-3554-2.

BRIERLEY, James, M. K. GOSPODAROWICZ a Ch. WITTEKIND. *TNM classification of malignant tumours*. Eighth edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2017. ISBN 978-1-119-26357-9.

DOPITOVÁ, Pavla. *OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ PO AMPUTACI*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Bc. Alena Polanová.

Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice: INCIDENCE A MORTALITA. In: [Http://www.svod.cz/](http://www.svod.cz/) [online]. Masarykova univerzita: ÚZIS ČR, 2014 [cit. 2018-27-12]. Dostupné z: <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>

FARKAŠOVSKÁ, Katarína. *OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA S CHEMOTERAPIÍ* [online]. 2008 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: file:///C:/Users/okay%201/Downloads/BPTX_2007_2_11150_F0308371_191338_0_58047.pdf. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ. Vedoucí práce Mgr. Andrea Tůmová, Mgr. Michaela Schneiderová.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetřovatelské diagnózy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.

HUGO, Jan, Martin VOKURKA a Markéta FIDLEROVÁ. *Slovník lékařských zkratek*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2016. Jessenius. ISBN 978-80-7345-519-4.

HYNKOVÁ, Ludmila, Pavel ŠLAMPA a Jiří VORLÍČEK. *Základy radiační onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. Jessenius. ISBN 978-80-210-6061-6.

INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER. *TNM - Klasifikace zhoubných novotvarů*, 7. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. 246 s. ISBN 978-80-904259-6-5.

KLENER, Pavel, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Základy klinické onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-716-5.

KLENER, Pavel. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-716-5.

KONEČNÝ, Milan. *Prevalence nádorů v České republice: Cancer prevalence in the Czech Republic : 1989-2005-2015*. Brno: Přírodovědecká fakulta Masarykovy univerzity, 2008. ISBN 978-80-903255-2-4.

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.

KUBÁČKOVÁ, Kateřina. *Vzácné nádory v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3658-0.

KUBICOVÁ, Miroslava. Implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu, předoperační příprava a pooperační péče z pohledu sestry. *Sociálně-zdravotnické spektrum*. Bratislava, 2016. ISSN 1339-2379.

MECHL, Zdeněk a Dagmar BRANČÍKOVÁ. Nežádoucí účinky protinádorové léčby a jejich léčba. *Medicína pro praxi*. 2009, 6(6), 325-329. ISSN 1214-8687.

MOTTL, Hubert, Jarmila KRUSEOVÁ a Jiří SCHOVANEC. Osteosarkom: současné možnosti diagnostiky a léčby. *Onkologie*. 2011, **5**(2), 96-98. ISSN 1803-5345.

NĚMCOVÁ, a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: TEXT PRO POSLUCHAČE ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ*. 5. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-88249-00-9.

Prof. MUDr. Štefan Galbavý, DrSc. Histopatológia nádorov kostí. *ONKOLÓGIA*. Bratislava, **2011**(06), 72-76. ISSN 1336-8176.

SKALA, Evžen. *Rakovina kostí a měkkých tkání: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině, 2015.

ŠVEC, Andrey, Milan KOKAVEC, Ján PAUKOVIC a Juraj HUCKO. Pohľad ortopéda na diagnostiku a liečbu kostných nádorov. *ONKOLÓGIA*. 2011, **6**(2), 85-88. ISSN 1336-8176.

TOMÁŠEK, Jiří. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. Asclepius. ISBN 978-80-88046-01-1.

TRNKA, František, Martin VOKURKA a Markéta FIDLEROVÁ. *O nádorech pro zdravě zvědavé*. 10. aktualizované vydání. České Budějovice: INpress, 2008. Jessenius. ISBN 978-80-903427-8-1.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2008. ISBN 978-80-7345-159-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, Jiří a Shigemi KAMITSURU, ed. *Onkologie*. Praha: Triton, 2012. Lékařské repertorium. ISBN 978-80-7387-603-6.

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.

Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění: [platnost od 1.8.2011]. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2012. ISBN 978-80-904989-0-7.

PŘÍLOHY

Příloha A

Graf Incidence a mortalita zhoubného nádoru kosti a kostní chrupavky končetin v České republice.....I

Příloha B

Graf Výskyt zhoubného nádoru kosti a kostní chrupavky končetin v jednotlivých regionech České republiky.....II

Příloha C

Graf Vývoj relativní prevalence v ČR III

Příloha D

Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu IV

Příloha E

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů V

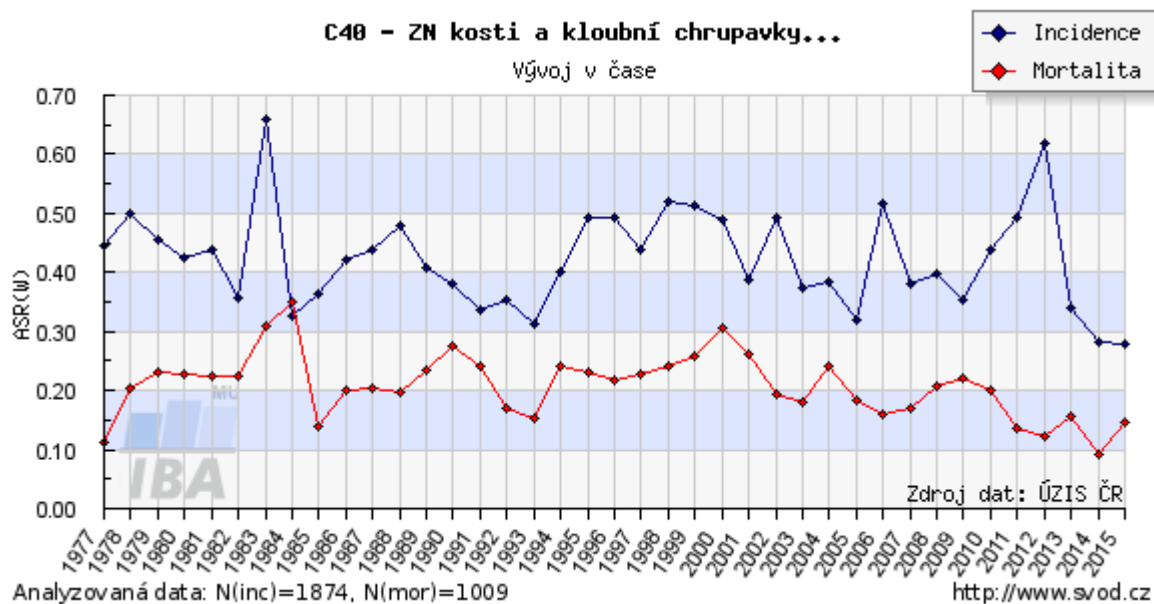
Příloha F

Žádost o umožnění sběru dat VI

Příloha G

Rešeršní protokolVII

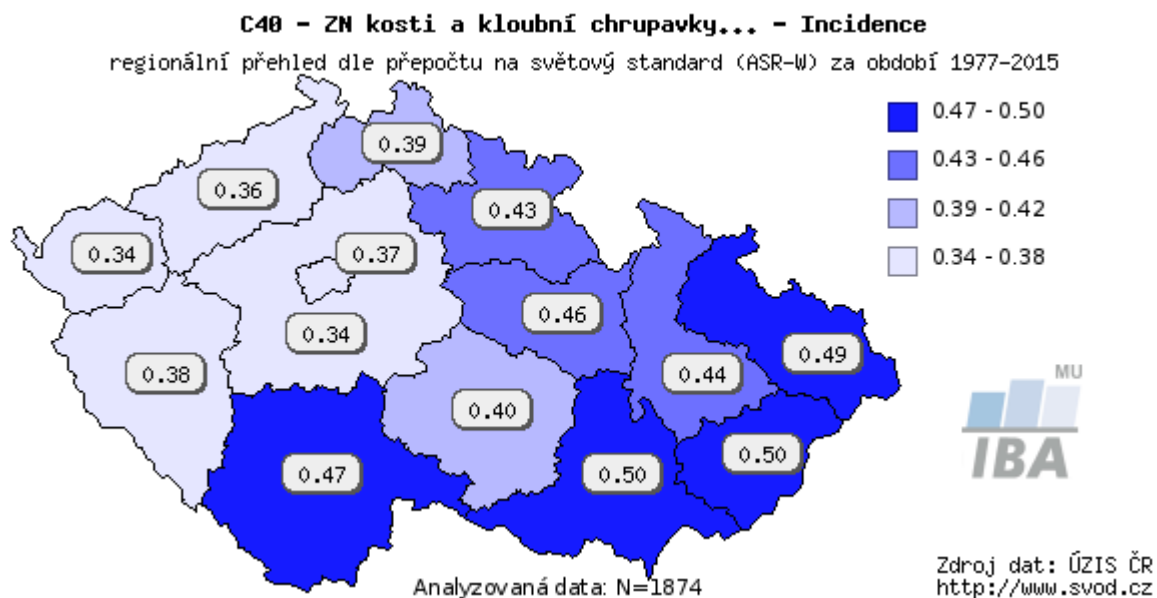
Příloha A Incidence a mortalita zhoubného nádoru kosti a kostní chrupavky končetin v České republice



Zdroj: ÚZIS ČR

Graf č. 1 Incidence a mortalita zhoubného nádoru kosti a kostní chrupavky končetin v České republice

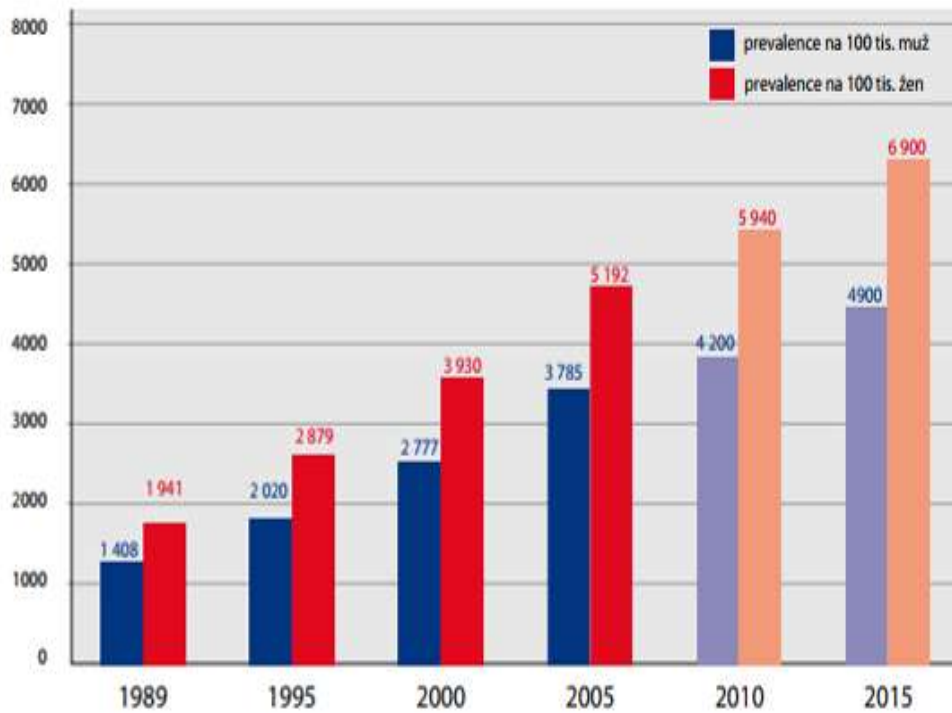
Příloha B Výskyt zhoubného nádoru kosti a kostní chrupavky končetin v jednotlivých regionech České republiky



Zdroj: ÚZIS ČR

Graf č. 2 Výskyt zhoubného nádoru kosti a kostní chrupavky končetin v jednotlivých regionech České republiky

Příloha C Vývoj relativní prevalence v ČR



Zdroj: KONEČNÝ, 2008, s. 43

Graf č. 3 Vývoj relativní prevalence v ČR

Příloha D Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

- Nichtamtliche Übersetzung -

ABSTRACT

HORNÁČKOVÁ, Dana. *Pflegeprozess bei Patienten mit Osteosarkom*. Medizinische Hochschule, gemeinnützige Gesellschaft, Qualifikationsstufe: Bachelor (Bc.), Betreuer: PhDr., Mgr. Miroslava Kubicová PhD. Praha. 2018. XX Seiten.

Das Thema der Bachelor-Arbeit ist der Pflegeprozess bei Patienten mit Osteosarkom. Diese Arbeit ist in einen theoretischen und einen praktischen Teil gegliedert. Im theoretischen Teil wird ein Gesamteinblick in die gegebene Problematik geboten. Es werden Ätiologien, klinisches Krankheitsbild, Inzidenz und Prävalenz der Erkrankung, Risikofaktoren, Diagnostik, Behandlung und Prognose der Erkrankung detailliert näher gebracht. Die theoretischen Schwerpunkte der Arbeit widmen sich den Spezifiken des Pflegeprozesses bei Patienten mit Osteosarkom, die in die präoperative Vorbereitung und die postoperative Behandlung gegliedert sind. Der praktische Teil beschäftigt sich mit dem Pflegeprozess, wobei die Methode von Marjory Gordon genutzt wurde. Die Pflegediagnosen sind nach der diagnostischen Struktur der Nanda Domains zusammengestellt. Es wird hier der gesamte Pflegeprozess bei Patienten mit Osteosarkom behandelt.

Schlüsselwörter:

Diagnostik in der Onkologie. Behandlung in der Onkologie. Tumore. Knochentumore. Onkologie. Osteosarkom.

Für die Richtigkeit der Übersetzung:

Znojmo, den 16.3.2018


Mag. Hana PEROUTKOVÁ
Dolmetscher der deutschen
Sprache
7-668 02 Znojmo, 17. listopadu 28
Tel: 00420/776 279 499
E-mail: peroutkova@znojmo.cz

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetřovatelský proces u pacienta s osteosarkomem“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha F Žádost o umožnění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Dušková 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	HORNÁČKOVÁ DANA	
Studijní obor	VŠEDĚCNÁ ŠESTRA	Ročník 3.
Téma práce	OŠETŘOVATELSKÝ PRŮCHOD V PACIENTA S OŠETŘOVÁNÍM ROSTI	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	NEMOCNICE ZNOJMO, p.o.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Miroslava KUBICKÝ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

ve ZNOJMU dne 19. 10. 2017

Hornáčková
podpis studenta

PhDr. Jana VACÍKOVÁ, MSc.
podpis

R e š e r š e

(Dokumentografická jednorázová rešerše)

Ošetřovatelský proces u pacienta s osteosarkomem kosti

Vypracovala:

Městská knihovna Znojmo
Zámečnická 288/9
669 26 Znojmo

Tel. 515 224 346

www.knihovnazn.cz
knihovna@knihovnazn.cz

Evidenční číslo: 7/2017

Datum vypracování: 22. 11. 2017

Celkový počet záznamů: 31

Zpracovala: Mgr. Petra Pavlačková

Rešerše:

Ošetřovatelský proces u pacienta s osteosarkomem kostí

Klíčová slova:

Ošetřovatelství, ošetřovatelský proces, ošetřovatelská péče, ošetřovatelky, pacienti, pacienti onkologičtí, onkologie, léčba v onkologii, diagnostika v onkologii, nádory kostí, maligní nádory, maligní nádory kostí, maligní kostní nádory, rakovina kostí, sarkomy, sarkomy kostí, osteosarkomy, osteogenní sarkomy

Druhy dokumentů zachycených v rešerši:

Knihy, periodika, články

Časové vymezení:

2008-2017

Jazykové vymezení:

Dokumenty v českém a slovenském jazyce

Zvolené uspořádání a počet záznamů:

Záznamy jsou rozděleny na následující části:
knihy, periodika, články

Knihy – 4 záznamy – abecedně dle příjmení autora, příp. prvního slova názvu

Periodika – 9 záznamů – abecedně dle prvního slova názvu

Články – 18 záznamů – abecedně dle příjmení autora

Prohledávané informační zdroje:

- Katalog Národní knihovny ČR
- Souborný katalog ČR
- Databáze článků ANL
- Česká národní bibliografie
- Jednotná informační brána – JIB
- SKAT – Souborný katalog naučné literatury
- Katalog Moravské zemské knihovny Brno – ALEPH
- Google Book Search
- Google Scholar
- Katalog Národní lékařské knihovny MEDVIK
- Databáze Bibliographia medica Českoslova