

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
SE SARKOMEM MĚKKÝCH TKÁNÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

SIMONA VACULÍKOVÁ

Praha 2018

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
SE SARKOMEM MĚKKÝCH TKÁNÍ**

Bakalářská práce

SIMONA VACULÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D.

Praha 2018



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

VACULÍKOVÁ Simona

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se sarkomem měkkých tkání

Complex Nursing Care of the Patient with Soft Tissue Sarcoma

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a 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 2. 5. 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za její cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mému ochotnému pacientovi za jeho spolupráci při psaní mé bakalářské práci. Poděkování patří především mé rodině, která byla mou oporou během celého studia.

ABSTRAKT

VACULÍKOVÁ, Simona. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se sarkomem měkkých tkání*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2018. 48 s.

Tématem bakalářská práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se sarkomem měkkých tkání. Cílem bakalářské práce je zmapovat aktuální problematiku sarkomů měkkých tkání, podle rešeršní strategie. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce definuje základní pojmy týkající se sarkomů měkkých tkání - příčinu, klinický obraz, diagnostiku a vybrané léčebné metody, kterými lze toto nádorové onemocnění léčit, následně prognózu onemocnění, dispenzární péči. Cílem teoretické části je zmapování medicínské problematiky sarkomů měkkých tkání a sepsání specifík ošetrovatelské péče o tyto pacienta, roli sester.

Cílem praktické části bakalářské práce je popsání kazuistiky pacienta se sarkomem měkkých tkání hospitalizovaného na interním oddělení za využití koncepčního modelu V. Henderson a metodologie ošetrovatelského procesu, která je nosnou částí celé práce. Dále vytvořit doporučení pro praxi a edukační materiál ve formě edukačního letáku s názvem „Návrat do běžného života po amputaci“, který je věnován především pacientům s končetinovými sarkomy, po amputaci horních či dolních končetin.

Klíčová slova

Komplexní ošetrovatelská péče. Pacient. Sarkom měkkých tkání. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

VACULÍKOVÁ, Simona. *Complex nursing care of the patient with soft tissue sarcoma*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2018. 48 pages.

The bachelor thesis deals with the complex nursing care in a patient with soft tissue sarcoma. The aim of the bachelor thesis is to chart the current issue of the soft tissue sarcomas, according to search strategy. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part of the thesis defines the basics of soft tissue sarcoma – the cause, the clinical picture, the diagnosis and selected treatment methods, which could treat this cancer, then prognosis of disease, and dispensary care. The aim of the theoretical part is to describe the medical problem of the soft tissue sarcomas and to write up the nursing care specifics of these patients, the role of the nurses.

The aim of the practical part is to describe the case history of a patient with soft tissue sarcoma who is admitted to hospital at the internal department by using the V. Henderson conceptual model and the methodology of the nursing process that is the main part of the whole thesis. Next, make the recommendations for practice and educational material in the form of an educational leaflet called „Return to normal life after amputation“. The leaflet is primarily dedicated to patients with limb sarcomas, after upper limb amputees or lower limb amputees.

Keywords

A complex nursing care. General nurse. Patient. Soft tissue sarcoma.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	VIII
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	IX
SEZNAM TABULEK	XI
ÚVOD.....	12
1 SARKOMY MĚKKÝCH TKÁNÍ.....	14
1.1 EPIDEMIOLOGIE, ETIOLOGIE SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ.....	15
1.2 KLINICKÝ OBRAZ U SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ	16
1.3 MORFOLOGIE A KLINICKÁ STÁDIA SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ.....	17
2 DIAGNOSTIKA SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ.....	19
3 LÉČEBNÉ METODY U SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ	21
3.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	21
3.2 CHEMOTERAPIE.....	22
3.3 RADIOTERAPIE	23
4 PROGNOZA, DISPENZÁRNÍ PÉČE U SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ	26
5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA SE SARKOMEM MĚKKÝCH TKÁNÍ.....	28
6 KAZUISTIKA PACIENTA SE SARKOMEM MĚKKÝCH TKÁNÍ	34
6.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA	35
6.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT KE DNI 22. 11. 2017	37
7 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA ZE DNE 22. 11. 2017	38
8 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE VIRGINIE HENDERSONOVÉ DNE 22. 11. 2017	41

9	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 22. 11. 2017.....	45
10	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	47
10.1	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	49
10.2	CELKOVÉ HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	56
11	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	57
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
	PŘÍLOHY.....	63

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome, syndrom získané imunodeficiencie
ADL	Activities of Daily Living, měření stupně samostatnosti chronicky nemocných lidí
BMI	body mass index, index tělesné hmotnosti
CRP	C-reaktivní protein, zvýšený u zánětů
CT	computed tomography, počítačová tomografie
DK	dolní končetina
EKG	elektrokardiografie, elektrokardiogram
IM	infarkt myokardu
KO	krevní obraz
PET - CT	pozitronová emisní tomografie
PDK	pravá dolní končetina
RTG	rentgenové vyšetření
TNM	způsob klasifikace zhoubných nádorů hodnotící rozsah primárního nádoru (T), postižení mízních uzlin (N) a přítomnost vzdálených metastáz (M).
Tbl.	tabulatae (tableta)
VAS	Visual Analogue Scale, vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ADJUVANTNÍ	pomocný
ALLOGENÍ	cizí, cizího původu
ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE	onemocnění charakterizované zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu
BRACHYOTERAPIE	druh léčby zářením, při němž je zdroj záření v úzkém kontaktu s ozařovaným nádorem
BYPASS	přemostění
CYANÓZA	namodralé zbarvení kůže a sliznic
DYSLIPIDEMIE	porucha normální složení krevních tuků
DYSPNOE	dušnost, pocit nedostatku vzduchu provázeného zvýšeným dechovým úsilím
EDUKACE	výchova
EXPANZIVNÍ	růst určitého útvaru, který utlačuje okolní struktury
FRAKTURA	zlomenina, přerušení souvislosti kosti
GRADING	zhodnocení stupně malignity nádoru
HETEROGENNÍ	různorodý, nestejnorodý
HEMOKULTURA	mikrobiologické vyšetření mikroorganismů z krve
CHEMOSENZITIVNÍ	citlivý na chemoterapie
CHEMOTERAPIE	léčba chorob chemickými látkami
HYPERPIGMENTACE	zvýšená pigmentace kůže
INCIDENCE	počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období
INFILTRACE	vnikání, prostoupení, prosakování
INTEGRITA	celistvost, neporušenost
INOPERABILNÍ	nevhodný k operaci, neoperovatelný
INTERSTICIUM	vmezeřená tkáň orgánu, kterou tvoří řídké vazivo
IRITACE	podráždění

KALCIFIKACE	zvápenatění
KURABILITA	vyléčitelnost
KURATIVNÍ	léčebný
LETALITA	smrtnost, v procentech vyjádřený poměr počtu úmrtí na danou chorobu k počtu všech nemocných touto nemocí postižených
LYMFADENEKTOMIE	chirurgické odstranění lymfatických uzlin
MALIGNÍ	zhoubný
MANIFESTACE	projevení onemocnění dosud skrytého
NODULÁRNÍ	uzlovitý
PREDISPOZICE	skutečnost nebo stav usnadňující vznik určité poruchy
PROLIFERACE	bujení, novotvoření
STROMÁLNÍ	tvořený intersticiální tkání
RADIOTERAPIE	léčba ozařováním (aktinoterapie)
RADIOSENZITIVNÍ	citlivý na nádor
RETROPERITONEUM	část břišní oblasti, která je uložena za břišní dutinou vystlanou pobřišnicí
REGIONÁLNÍ	týkající se určité krajiny
REZISTENCE	odolnost, odpor popř. necitlivost
RECIDIVA	návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky
RELAPS	opětovné objevení příznaků nemoci
REZIDUUM	zbytek
SARKOM	zhoubný nádor z pojivové tkáně, krvevorné a lymfatické tkáně či svalu
SOLITÁRNÍ	samotný, osamocený
SUBFASCIÁLNÍ	pod fascii
SPORADICKY	vyskytující se ojediněle, rozptýleně, bez vazby na jiný výskyt téže choroby
VASKULARIZACE	vznik krevních cév v tkáni

(Vokurka a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 TNM klasifikace sarkomů měkkých tkání.....	17
Tabulka 2 Fáze umírání podle Kubler - Rossové	33
Tabulka 3 Vitální funkce při přijetí	35
Tabulka 4 Farmakologická anamnéza	36
Tabulka 5 Medikamentózní léčba.....	37

ÚVOD

Sarkomy měkkých tkání (STS) patří mezi nádory velmi vzácné. Tvoří skupinu heterogenních maligních nádorových onemocnění. Vycházející z mezenchymálních buněk. Jejich výskyt se šíří napříč všemi věkovými skupinami, nejčastěji však u dětí a adolescentů (TOMÁŠEK a kol., 2015).

U dospělé populace tvoří asi 0,6 % všech malignit. Incidence se na území Evropské unie pohybuje okolo 4 – 5 nových případů na 100 000 obyvatel ročně. V České republice je nově diagnostikováno ročně kolem 400 nových případů (včetně gastrointestinálního stromálního nádoru a Kaposiho sarkomu (TOMÁŠEK a kol., 2015, s. 333).

Protože se jedná o nádorové onemocnění víceméně ojedinělé, které může vzniknout kdekoliv na těle. Většina nemocných se sarkomy tak přicházejí k léčbě pozdě. Příznakem může být pouze zduření nebo bulka hmatná kdekoli na těle např. v podkoží či ve svalech. Častá bývá úrazová anamnéza, která může vést k podcenění příznaků a oddálení léčby, nebo naopak právě úraz upozorní na bouli. Sarkomy jsou závažné onemocnění, které ohrožuje nemocné především místním prorůstáním do okolních struktur a orgánů.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zmapování aktuální medicínské problematiky sarkomů měkkých tkání.

Cíl 2: Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta se sarkomem měkkých tkání, roli sester.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat kazuistiku pacienta se sarkomem měkkých tkání hospitalizovaného na interním oddělení za využití koncepčního modelu V. Henderson a metodologie ošetrovatelského procesu.

Cíl 2: Vytvořit doporučení pro praxi.

Cíl 3: Vytvořit edukační materiál ve formě letáku pro pacienty se sarkomem měkkých tkání. Název edukačního materiálu „Návrat do běžného života po amputaci“.

Vstupní studijní literatura:

1. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2010. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.
2. KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA, 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. ISBN 9788024742847.
3. NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 - 2017*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5412-3.
4. NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství. Výzkum porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů. 4. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.
5. VORLÍČEK, Jiří, 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-603-6.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborné literatury, která byl využita pro bakalářskou práci s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se sarkomem měkkých tkání, probíhalo v období od listopadu 2017 do března 2018. Pomocí klíčových slov byla zpracována rešerše provedená v elektronických informačních zdrojích z portálu Medvik Národní lékařské knihovny z databáze Bibliographia medica Čechoslovaca a specializované databáze Google Scholar. Pro tvorbu bakalářské práce bylo z rešerše využito 4 knih, 3 elektrické zdroje.

1 SARKOMY MĚKKÝCH TKÁNÍ

Sarkomy měkkých tkání jsou heterogenní skupinou zhoubných nádorů mezenchymálního původu (ADAM a kol., 2010, s. 235).

U dětí do 15 let věku tvoří STS 6 – 8 % ze všech nádorových onemocnění. Nejčastějším a typickým sarkomem pro dětský věk je rhabdomyosarkom, reprezentuje až 55 – 60 % všech sarkomů měkkých tkání u dětí. V dospělém věku patří sarkomy měkkých tkání ke vzácným nádorům s incidencí 2 - 3 případy na 100 000 obyvatel a tvoří kolem 1% ze všech zhoubných onemocnění u dospělých (BAJČIOVÁ a kol., 2011, s. 91).

Za běžných podmínek diferencují v tukovou nebo svalovou tkáň, vazivo, chrupavku či kost. Objevují se u všech věkových skupin od nejmladších až do pokročilého věku. Nejvíce jsou postiženi muži po 3. dekádě života, z histologického hlediska se jedná převážně o fibrosarkom a liposarkom. Adolescenti (15 – 19 let), patří do zcela odlišné skupiny - liší se od jiných věkových skupin především incidencí sarkomů, specifickým zastoupením jednotlivých typů, klasifikací, mimo jiné i systémem zdravotní péče z hlediska léčebné strategie. Sarkom měkkých tkání tvoří 1 až 2 % všech malignit u dospělých a 3 – 15 % u dětí. Incidence činí okolo 3 tisíc a 10 – 30 maligních nádorů měkkých tkání na milion obyvatel. Dle WHO klasifikace z roku 2002 jsou sarkomy rozděleny do 9 skupin, ve kterých je 50 histologických typů s více jak 110 jednotkami, které se liší svou histologií, agresivitou, stupněm malignity a klinickým průběhem. Nová klasifikace WHO z roku 2013 však odlišuje více než 150 podtypů. Nejčastější sarkomy jsou fibrosarkom, liposarkom, synoviální sarkom, leiomyosarkom a u dětí rhabdomyosarkom. S rozšířením AIDS se v posledních letech zvýšil výskyt Kaposiho sarkomu. Dále se obecně dělí na sarkomy s nízkým, středním, a vysokým stupněm malignizace (BAJČIOVÁ a kol., 2011), (KRŠKA a kol., 2014).

Přibližně 60 % všech sarkomů měkkých tkání je lokalizováno na končetinách (45 % dolní končetiny, 15 % horní končetiny). Jedna třetina končetinových sarkomů bývá uložena povrchně, zbylé dvě třetiny jsou uloženy hluboko (subfaciálně). Postižení hlavy a krku nacházíme v 10 %, retroperitoneální v 15 % a viscerální v 20 %. U 50 % všech nemocných dochází k rozvoji metastáz s mediánem vzniku přibližně 2,5 roku (ADÁMKOVÁ, 2010), (KRŠKA a kol., 2014).

1.1 EPIDEMIOLOGIE, ETIOLOGIE SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí do této skupiny spadají zhoubné nádory pojivových a jiných měkkých tkání končetin, trupu, hlavy a krku, které mají kód C49, nádory retroperitonea a dutiny břišní, které mají kód C48. Sarkomů měkkých tkání (C49) se v České republice objevuje každým rokem asi 250 případů, z toho 100 – 130 nemocných ročně umírá. Poměr zemřelých ke všem případům v daném roce vypovídá o úspěšnosti léčby v rozmezí 0,45 až 0,60, tj. letalita 45 – 60 %. Poměr vyléčených a zemřelých je tedy skoro stejný, sarkomy měkkých tkání tak řadíme do středního rámce kurability. Incidence je již v dětství a velmi mladém věku, avšak rapidně stoupá s věkem. Nejvyšší počty léčených sarkomů jsou zaznamenány mezi 50 - 70 lety života. Sarkomy dutiny břišní a retroperitonea se objevují v České republice v počtu přibližně 100 nových případů za rok, 60 - 70 z nich na tuto diagnózu umírá. Letalita u sarkomů dutiny břišní a retroperitonea činí 60 - 70 % a tyto sarkomy tedy ohrožují život více než skupina sarkomů měkkých tkání. Setkat se se sarkomem dutiny břišní lze v jakémkoli věku (DUDA a kol., 2013).

Příčiny vzniku sarkomů měkkých tkání nejsou velmi známé. Většina sarkomů vzniká sporadicky, bez přítomnosti jakéhokoliv rizikového faktoru. Objevují se však jisté predisponující faktory, familiární genetické syndromy a stavy, které mohou hrát velmi důležitou v etiopatogenezi těchto nádorů. U osob s touto predispozicí hrozí v průběhu života zvýšené riziko vzniku. Pokud se jedná o genetické faktory, řadíme zde jedince s mutací tumor supresového genu P53 v rámci Li – Fraumeniho syndromu, při neurofibromatóze 1. typu, u Gorlinova syndromu, familiární adenomatózní polypózy, familiárního retinoblastomu a dalších. Podíl těchto predisponujících faktorů je vyšší u dětí a dospívajících. Mezi rizikové faktory se řadí předchozí radioterapie, expozice chemikálií např. vinyl, arzen aj., imunodeficity, předchozí poranění - jizvy, popáleniny, chronická iritace - alogenní implantáty (KRŠKA a kol., 2014), (NOVOTNÝ a kol., 2012).

Několik studií, především ty ze Švédska podává zprávy o narůstajícím počtu případů sarkomů měkkých tkání po vystavování se vlivům herbicidů a jejich látkám v zemědělství a lesnictví (FLETCHER et al., 2013).

1.2 KLINICKÝ OBRAZ U SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ

Klinické příznaky sarkomu měkkých tkání jsou ve všech věkových kategoriích stejné. Objevující se symptomy závisí především na lokalizaci a velikosti nádoru. Sarkom jako takový může vzniknout prakticky v kterékoli části těla. Existují však základní klinické příznaky, které jsou velmi nespecifické (ADAM a kol., 2010), (BAJČIOVÁ a kol., 2011).

Nejčastěji manifestují jako progredující rezistence (10 % hlava a krk, 40 % retroperitoneum a trup, 50 % končetiny). Velmi častá je úrazová anamnéza pacienta, která může vést až k podcenění daných příznaků a oddálení správné diagnózy, nebo je tomu naopak – úraz upozorní na dosud nevidovanou rezistenci. Při postupném zvětšení rezistence vzniká bolestivost a omezení funkce. U sarkomů měkkých tkání, které se objevují na končetinách je charakteristickým znakem především otok, vyšší citlivost a zduření. Mají sklon šířit se do regionálních lymfatických uzlin, podél fascií. Jedná – li se o lokalizaci břišní, prvotním příznakem často bývá tlak na okolní orgány velkou nádorovou masou. U těchto nemocných se objevují střevní obstrukce, poruchy pasáže, obstrukce močových cest (BAJČIOVÁ a kol., 2011), (NOVOTNÝ a kol., 2012).

Retroperitoneální sarkomy se projevují velmi nespecificky např. bolestí zad. Kaposiho sarkom postihuje kůži, vytváří nodulární nebo hyperpigmentovaná ložiska. V gastrointestinální lokalizaci se objevují průjmy, bolest, obstrukce trávicího traktu, krvácení. U paraneoplastických syndromů se objevuje hypokalémie, hypokalcemie, osteomalacie, hypertrofická osteoartopatie (VORLÍČEK, 2012).

1.3 MORFOLOGIE A KLINICKÁ STÁDIA SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ

Dle klasifikace WHO jsou děleny sarkomy měkkých tkání do přibližně 40 morfoloogických jednotek a do více než 80 histopatologických podskupin. Mezi nejčastější z nich patří: maligní fibrózní histiocytom, rhabdomosarkom, leiomyosarkom, liposarkom, synoviální sarkom, neurofibrosarkom, angiosarkom, alveolární sarkom měkkých tkání, epiteloidní sarkom, fibrosarkom a nediferencované formy sarkomů (ADAM a kol., 2010).

Sarkomy rostou převážně expanzivně a působí problémy útlakem okolních struktur. Infiltrující formy fibrosarkomů, epiteloidního sarkomu a maligní fibrózní histiocytom však tvoří výjimku a mohou od začátku infiltrovat orgány a cévy. Ostatní typy sarkomů takto činí až v pokročilých fázích jejich růstu nebo již jako recidivy v operované či ozářené oblasti. Metastazují ve většině případů hematogenní cestou, nejčastěji do plic, případně také do jater. Pokud se jedná o lymfatogenní metastázy jsou spíše vzácné. Synoviální sarkom však může metastazovat do lymfatických uzlin. Biologickou agresivitu sarkomů nejlépe odlišuje histopatologický grading. Je velmi významným ukazatelem, že je přímo součástí klasifikace stádia onemocnění. TNM klasifikace sarkomů měkkých tkání a klinická stádia viz tabulka 1 (ADAM a kol., 2010), (DUDA a kol., 2013).

Tabulka 1 TNM klasifikace sarkomů měkkých tkání

TNM klasifikace	
T1	nádor menší než 5 cm
T1a	nad superficiální fascií
T1b	pod superficiální fascií
T2	nádor větší než 5 cm
T2a	nad superficiální fascií
T2b	pod superficiální fascií
N0	bez metastáz v regionálních uzlinách

N1	s metastázami v regionálních uzlinách
M0	bez průkazu orgánových metastáz
M1	orgánové metastázy prokázány
Grading	Grade 1 – dobře diferencovaný, grade 2 – středně diferencovaný, grade 3 – málo diferencovaný, grade 4 - nediferencovaný

Zdroj: (ADAM a kol., 2010, s. 237)

Sarkomy s vyšším gradingem G3 a G4 vyžadují vyšší radikalitu operace, zajištění chemoterapie a radioterapie, riziko lokální recidivy a diseminace je u těchto sarkomů výrazně vyšší. Riziko recidivy se mimo jiné odvíjí také od anatomické lokalizace nádoru, blízkosti vitálních struktur, možností radikální operace, stavu resekcí okrajů. Velmi důležité pro parametrické hodnocení sarkomů je stanovení histopatologického gradingu a potvrzení úplnosti resekce R0 (bez mikrorezidua), R1 (s mikroskopickým reziduem) či R2 (s makroreziduem). Histopatologický grade velmi dobře určuje prognózu nemocných se sarkomem měkkých tkání. Stanovení parametru R tedy nepřítomnost nádorového rezidua v resekcích okrajích závisí především na důkladné resekci, šíři okrajů v kritických oblastech a souhrnu patologa (DUDA a kol., 2013).

2 DIAGNOSTIKA SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ

Pro sarkom měkkých tkání platí zásada multidisciplinárního přístupu. Správné stanovení diagnózy se neobejde bez účasti zkušeného patologa, radiodiagnostiky, molekulárně diagnostických metod i expertů nádorové chirurgie. Nedílnou součástí je také radioterapeut, na němž závisí především včasné naplánování, zahájení pooperační adjuvantní aktinoterapie s cílem snížit riziko lokální recidivy. Úloha klinického onkologa je zásadní v koordinaci léčby. Při růstu sarkomů se neobjevují žádné specifické příznaky. Tlakové obtíže, hmatatelná rezistence nebo tupá bolest se projevují různě, obvykle dle lokalizace nádoru. Velká část všech sarkomů je diagnostikována až jako objemné ložisko. Pomocí fyzikálního vyšetření lze u pacienta nahmatat bulku nebo až nádorovou masu, otok končetiny distálně od tumoru. U laboratorních vyšetření lze zjistit nespecifické abnormality (DUDA a kol., 2013), (SARKOMY MĚKKÝCH TKÁNÍ, 2014), (VORLÍČEK, 2012).

SONOGRAFIE, CT A MAGNETICKÁ REZONANCE

Při podezření na sarkom měkkých tkání by mělo být základním diagnostickým algoritmem ihned po klinickém vyšetření – vyšetření ultrazvukem, výpočetní tomografií, magnetickou rezonancí. Mezi základní vyšetřovací metodu u tumorů měkkých tkání patří právě magnetická rezonance. Rentgenologický snímek by měl vyloučit kostní tumory, detekovat možné kostí eroze s rizikem fraktury a detekovat kalcifikace. V diferenciální diagnostice může pomoci vyšetření pomocí výpočetní tomografie, která má své místo i u retroperitoneálních tumorů (ADAM a kol., 2010), (SARKOMY MĚKKÝCH TKÁNÍ, 2014).

ANGIOGRAFIE

U hluboce uložených sarkomů a především u končetinových sarkomů je zapotřebí angiografické vyšetření. Podle cévního zásobení lze posoudit vaskularizaci nádoru, což může být velmi přínosná informace pro operujícího chirurga. Angiografický obraz slouží také pro plánování případné intraarteriální chemoterapie (ADAM a kol., 2010).

BIOPSIE

U tumorů nejasné etiologie, které jsou větší než 5 cm je indikována silno Jehlová biopsie pod sonografickou či CT kontrolou z několika míst tumoru k zachycení dostatečného množství materiálu pro pathology k určení diagnózy. U menších povrchových lézí pod 5 cm je primární excize mnohdy konečné chirurgické řešení. Během perioperační biopsie je nutná konzultace s patologem k zajištění dostatečného množství tkáně. Odběr a uchování zmrazených vzorků se doporučuje s využitím nových diagnostických patologických metod. Histologická diagnóza se stanovuje dle klasifikace WHO (SARKOMY MĚKKÝCH TKÁNÍ, 2014).

DIAGNOSTIKA PŘÍTOMNOSTI METASTÁZ

Součástí diagnostických postupů je rentgenové vyšetření plic a sonografické vyšetření jater. U málo diferencovaných sarkomů je vhodné provést i CT plic. Metastázování sarkomů měkkých tkání do lymfatických uzlin není tak časté, vyskytuje se přibližně v méně než 15 %. Sonografie se volí v oblasti axily, krku. Pro oblast inguinální popřípadě ilického prostoru, retroperitoneálních a mediastinálních uzlin je vhodné zvolit CT vyšetření (ADAM a kol., 2010).

DIAGNOSTIKA LOKÁLNÍCH RECIDIV

Sarkom měkkých tkání často recidivují, základem diagnostiky recidiv je proto sonografie a CT. Tato vyšetření jsou prováděna ve tříměsíčních intervalech. Operabilitu recidivy sarkomu je možné zajistit jedině včasnou diagnostikou (ADAM a kol., 2010).

3 LÉČEBNÉ METODY U SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ

Heterogenita těchto nádorů vede k rozdílům v rychlosti jejich růstu, radiosenzitivitě, chemosenzitivitě a prognóze onemocnění. Vyžaduje se proto rozdílná léčebná strategie. Základními léčebnými postupy jsou léčba chirurgická, radioterapie a systémová léčba. Standardní strategie léčby vychází z resekce – pooperační léčba (tzn. pooperační ozáření popřípadě pooperační chemoterapie). V ojedinělých situacích se uplatňuje předoperační léčba – neoadjuvantní chemoterapie či předoperační ozáření. Strategie léčby se liší podle typu sarkomu, vyžaduje multidisciplinární přístup (NOVOTNÝ a kol., 2012).

Mezi základní léčebné metody v léčbě sarkomů měkkých tkání patří – chirurgická léčba, radioterapie, chemoterapie a kombinovaná léčba.

3.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Léčbou první volby u všech sarkomů měkkých tkání je resekce. Základním požadavkem je nutnost radikálního výkonu, jejímž kritériem je negativita resekčních okrajů, vzdálenost maligního ložiska od okraje resektátu větší než 1 cm. Resekce jako taková je vhodná vždy pokud to dovolí funkční a anatomické podmínky. Pokud nádorové ložisko naléhá na nervové či cévní svazky, není nutné je kompletně odstraňovat – pro radikalitu výkonu je uspokojující odstranit adventicií, respektive perineurium. U končetin se preferuje zachovávající výkon. Mezi parametry účinnosti léčby patří: celková doba přežívání, doba do relapsu a riziko metastáz (NOVOTNÝ a kol., 2012).

Typy chirurgické léčby – amputace, kompartmentová resekce, široká excize a léčba metastáz.

AMPUTACE

V současné době je amputace vyhrazeným postupem pro situace, kdy resekci nelze provést bez omezení funkce končetiny. Amputační výkon by měl být poslední volbou vynucenou anatomickou nezbytností (ADAM a kol., 2010), (NOVOTNÝ a kol., 2012).

KOMPARTMENTOVÁ RESEKCE

Při kompartmentové resekci, jsou odstraněny příslušné svaly vcelku až k úponu a ve fasciálních hranicích. Lze tak zabránit recidivě nádoru šířícího se mikroskopicky v rámci svalu. Počet lokálních recidiv po kompartmentové resekci se pohybuje kolem 10 – 20 % (ADAM a kol., 2010).

ŠIROKÁ EXCIZE

Pokud nelze zvolit kompartmentovou resekci, je vhodné zvolit širokou excizi ložiska a minimálně dvoucentimetrovým lemlem zdravé tkáně. V případě dobře diferencovaných sarkomů není považováno pooperační záření za nutné, naopak u středně či málo diagnostikovaných, nediodagnostikovaných nádorů je pooperační záření indikováno. Výskyt lokálních recidiv lze tímto postupem snížit ze 40 – 50 % na 10 – 15 % (ADAM a kol., 2010).

METASTÁZY

Lymfatické uzliny jsou postiženy v pouhých 10 – 20 % případů rhabdomyosarkomu či synoviálního sarkomu, u ostatních typů asi jen v 3 – 6 % případů. Lymfadenektomie proto není nutná. Sarkomy měkkých tkání nejčastěji metastázuji do plic. Chirurgie má proto své místo při řešení plicních metastáz, které se nejčastěji objevují u končetinových sarkomů. K nejčastějším typům sarkomů, které metastázuji do plic, patří leiomyosarkom a synoviální sarkomy. Po odstranění solitární metastázy do plic přežívá až 40 % nemocných (ADAM a kol., 2010).

3.2 CHEMOTERAPIE

Chemoterapie obecně bývá označována za internistickou léčbu nádorových onemocnění. Principem je podání definované chemické struktury, ať již přirozeného původu nebo syntetické látky. Zmíněné látky mají cytotoxický účinek – inhibují buněčné dělení a působí na zánik buněk. Účinek těchto látek je neselektivní, projeví se jak na nádorových proliferujících buňkách, tak na zdravých proliferujících buňkách (KLENER, 2011).

Sarkomy měkkých tkání se obecně považují za špatně citlivé nádory na chemoterapii, kompletní remise po chemoterapii byla zaznamenána u pouhých 3 – 12 % pacientů. Zatímco u 80 – 90 % pacientů s inoperabilními sarkomy po chemoterapii nedošlo k žádnému výraznějšímu prodloužení jejich života (ADAM a kol., 2010).

Chemoterapie jako taková je u lokalizovaných forem metodou doplňující chirurgickou a radioterapeutickou léčbu. U předoperační chemoterapie bylo prokázáno prodloužení doby do relapsu u lokálně pokročilých sarkomů měkkých tkání. U pooperační adjuvantní chemoterapie bylo tak prokázáno prodloužení do doby relapsu a ojedinele i prodloužení parametru přežívání nemocných. Hlavním kritériem pro pooperační chemoterapii je rozměr a grading. U pokročilých lokalizovaných, neresekabilních nádorů a metastáz se uplatňuje především paliativní chemoterapie.

Zásluhou paliativní chemoterapii lze dosáhnout intervalů bez progresu onemocnění v rozmezí měsíců a prodloužení přežití s mediánem přes 1 rok. Všechny uvedené typy chemoterapií obnášejí zásadní problém toxicity. V důsledku nejasné prognózy u většiny nemocných je nutné dodržení správné dávky cytostatik a racionality (ADAM a kol., 2010), (NOVOTNÝ a kol., 2012).

Chemoterapii lze rozdělit na – adjuvantní, intraarteriální a paliativní chemoterapii.

ADJUVANTNÍ CHEMOTERAPIE

Cílem adjuvantní chemoterapie je navázat na chirurgickou a radiační léčbu, léčit tzv. zbytkovou nádorovou masu. Absolutní indikací adjuvantní chemoterapie jsou malobuněčné sarkomy a rhabdomyosarkom. U ostatních sarkomů je zatím přínos adjuvantní chemoterapie nejasný (ADAM a kol., 2010), (KLENER, 2011).

INTRAARTERIÁLNÍ CHEMOTERAPIE

U sarkomů s jasně definovaným cévním zásobením, které jsou lokalizovány v končetinách se lze pokusit o intraarteriální chemoterapii, jak předoperačně tak u inoperabilních nádorů. Tento postup však není standardní a měl by se používat v rámci klinických studií (ADAM a kol., 2010).

PALIATIVNÍ CHEMOTERAPIE

Sarkomy měkkých tkání jsou špatně citlivé na chemoterapii, kompletní remise po chemoterapii byla zaznamenána jen u 3 – 12 % pacientů. U 80 – 90 % pacientů s inoperabilními sarkomy chemoterapie nedosahuje výraznějšího prodloužení přežití těchto pacientů, popřípadě prodloužení bezpříznakového intervalu onemocnění (ADAM a kol., 2010).

3.3 RADIOTERAPIE

Léčba ionizujícím zářením patří k základním možnostem protinádorové terapie. Její význam byl posílen technickým krokem, který zavedením vysokoenergetických a korpuskulárních zdrojů záření umožnil dosáhnout lepších terapeutických výsledků (KLENER, 2011, s. 36).

Obecně platí, že sarkomy patří k radiorezistentním nádorům, čím diferencovanější je nádor, tím vyšší je jeho radiorezistence. Pokud se jedná o sarkom s gradingem G2 – G4 je radioterapie indikována po široké či marginální resekci, intralezionální resekci. U sarkomu s gradingem G1 je indikována po marginální či intralezionální resekci. V léčbě sarkomů měkkých tkání byl prokázán však přínos radioterapie. Předoperačními pooperačním ozářením lze snížit riziko lokální recidivy. Efekt

pooperačního zevního ozáření je prokázán, jak u sarkomů měkkých tkání vysokého i nízkého gradingu. Předoperační ozáření je spojeno s komplikovaným hojením rány a rizikem možné neúčinné dávky. U pooperačního ozáření oproti předoperačnímu hrozí riziko pozdních komplikací tzv. late efektů. Pooperační ozáření formou brachyoterapie u sarkomů měkkých tkání končetin prokázalo nižší riziko lokální rekurence. Kombinace brachyoterapie a pooperačního zevního ozáření slouží k snížení rizika recidivy po neradikální resekci – pozitivní okraje. Volba techniky ozáření závisí na dostupnosti, rozhodnutí stanoví specializované pracoviště (ADAM a kol., 2010), (NOVOTNÝ a kol., 2012).

Typy radioterapií lze rozdělit na – kurativní pooperační, předoperační, paliativní, brachyoterapie a zevní ozáření.

KURATIVNÍ POOPERAČNÍ RADIOTERAPIE

Pooperační ozáření obvykle následuje 2 – 3 týdny po operaci. Kurativní dávka u sarkomů obvykle překračuje tolerantní dávky pro okolní tkáně a orgány. Nejčastěji je užíváno zevního ozáření jako pooperační, po resekci u hůře diferencovaných sarkomů (ADAM a kol., 2010).

PŘEDOPERAČNÍ RADIOTERAPIE

Předoperační ozáření může usnadnit operaci a redukovat krevní ztráty zejména u objemných a silně vaskularizovaných nádorů. Na druhou stranu je zbytečné oddalovat operaci snadno resekovatelného nádoru radioterapií, vzniká možné riziko ztíženého hojení. Předoperační radioterapie je užívána ojedinele. Opodstatnění však může mít u nediferencovaných sarkomů s vysokou mitotickou aktivitou, kde lze očekávat možnost redukce masy nádoru (ADAM a kol., 2010), (DUDA a kol., 2013).

PALIATIVNÍ RADIOTERAPIE

Paliativní radioterapie se užívá u inoperabilních sarkomů, kde se zevní radioterapie může uplatnit pouze paliativně (ADAM a kol., 2010).

BRACHYOTERAPIE

Po resekci jsou do lůžka instalovány speciální zaváděcí drény ve zhruba 15 mm odstupech protažením v celém lůžku nádoru a jsou vyvedeny při okrajích rány. Následně dojde k jejich fixaci ve své poloze a po několika dnech se provádí brachyoterapie přímo v lůžku nádoru (ADAM a kol., 2010).

ZEVNÍ OZÁŘENÍ

Při zevním ozáření je velmi důležité, aby operující chirurg vymezil rizikovou oblast v lůžku nádoru několika kovovými, nemagnetickými svorkami snazší cílenost

radioterapie. Ozařovací pole zahrnuje místo v němž tumor roste neboli lůžko tumoru, s dostatečným okrajem (ADAM a kol., 2010).

KOMBINOVANÁ LÉČBA

Kombinace chirurgického odstranění sarkomu s jinými léčebnými metodami mají své uplatnění tam, kde není jistota o možném operačním reziduu a popřípadě tam, kde prognostické znaky svědčí o vysokém riziku návratu onemocnění. Aktuálně zvolený postup léčby je tedy vždy pouze výsledkem obecných doporučení a individualizované rozvahy více odborníků při respektování přání informovaného pacienta (DUDA a kol., 2013).

Typy kombinované léčby: předoperační intraarteriální, systémovou, extrakorporální hypertermickou perfuzi končetiny, pooperační zevní radioterapii a adjuvantní chemoterapii.

PŘEDOPERAČNÍ INTRAARTERIÁLNÍ, SYSTÉMOVÁ CHEMOTERAPIE

Tato metoda je účelná pouze v případě, že se primární operace zdá náročná a obtížně řešitelná, při níž hrozí amputace dolní končetiny, kterou by redukce nádoru chemoterapie mohla případně zachránit. Využití zejména u nádorů rychle rostoucích, nediferencovaných s vysokým proliferačním indexem. Intraarteriální chemoterapie se v praxi užívá jen u končetinových sarkomů (DUDA a kol., 2013).

EXTRAKORPORÁLNÍ HYPERTERMICKÁ PERFUZE KONČETINY

Tato metoda je stále spíše výjimečnou procedurou u inoperabilních, recidivujících sarkomů končetin (DUDA a kol., 2013).

POOPERČNÍ ZEVNÍ RADIOTERAPIE A ADJUVANTNÍ CHEMOTERAPIE

Obvykle se provádí po odstranění sarkomů s prognosticky nepříznivými znaky, převážně u grade 3 a 4. Radioterapie má za cíl snížit riziko lokální rekurence, zatímco chemoterapie má za cíl ničit cirkulující nádorové buňky a redukovat výskyt vzdálených metastáz. Problémem je však vysoká chemorezistence sarkomů, kterou doposud nepřekonal ani nejnovější cytostatika (DUDA a kol., 2013).

4 PROGNOZA, DISPENZÁRNÍ PÉČE U SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ

Prognóza pacientů s lokalizovaným onemocněním se v posledních několika letech výrazně zlepšila, je možné vyléčit 60 až 80 % nemocných. U primárně metastazujících sarkomů je prognóza velmi špatná, tříleté přežití nepřesahuje 20 % (DRAHOKOUPILOVÁ, 2007).

Mezi nejvýznamnější prognostické faktory obecně patří generalizace a operabilita primárního tumoru či jeho metastáz. Riziko generalizace je však nepřímou úměrnou velikosti a uložení tumoru. Dalším významným faktorem je genetický podtyp či histologický typ, odpověď na radioterapii a chemoterapii. Odhadované 5 leté přežití u pacientů se v I stádiu pohybuje okolo 90 %, ve stádiu II 75 %, ve stádiu III 54 % a ve stádiu IV 30 % (KRŠKA a kol., 2014).

U téměř 50 % všech nemocných dochází k rozvoji metastatické nemoci do 5 let od stanovení diagnózy. Průměrná doba přežití se pohybuje u generalizovaného onemocnění mezi 8 – 12 měsíci. Výjimku tvoří pacienti s limitovaným plicním poškozením s možností radikální plicní resekce. Jen u velmi malého množství pacientů dochází k radikální metastazektomii. I přes obrovský pokrok v histologické klasifikaci sarkomů se za posledních několik let prognóza pacientů s pokročilým či metastatickým onemocněním zásadně nezměnila, neobjevili se žádné nové léčivé látky, které by výrazně ovlivnily přežití těchto nemocných. Klíčový význam v současné době má však léčba poskytovaná specializovanými centry, jelikož nezbytnou podmínkou správné terapie je dostatečná zkušenost týmu ve všech oblastech léčby i diagnostiky. Nedílnou součástí by také měla být možnost zařazení nemocných do mezinárodních klinických studií, které slouží ke zkvalitnění léčby těchto vzácných nádorů (TOMÁŠEK a kol., 2015).

Celkové výsledky v léčbě sarkomů měkkých tkání, dutiny břišní i retroperitonea jsou jen tak dobré, jak kvalitní a pečlivé je dlouhodobé sledování nemocných po léčbě. K recidivě často dochází z důvodu biologických a růstových vlastností sarkomu, ovšem i často nejisté, nedosažitelné radikality primární léčby. U recidiv sarkomů se mnohdy objevují regresivní změny, jako jsou např. nekrózy. V současnosti však nejsou k dispozici žádná data, která by objasnila způsob optimální dispenzární péče o pacienta po chirurgickém odstranění lokalizovaného onemocnění. Z hlediska stagingu a restagingu je pacient indikován k spirálnímu CT hrudníku, břicha a pánve s kontrastní látkou

a sonografii spádových uzlin. Po operaci je vhodné provést PET – CT vyšetření. Sarkomy měkkých tkání představují prognosticky velmi pestrá skupina nádorových onemocnění – významný je grade daného nádoru, lokalizace nádoru, velikost tumoru a hloubka invaze u nádorů, které postihují končetiny a trup. Do skupiny nemocných s velkou pravděpodobností relapsu patří nemocní s nádory vyššího grade, s velkými nádory. Úkolem dispenzarizace je především včas objevit recidivu onemocnění. Základem péče o nemocné se sarkomem měkkých tkání jsou proto opakované pravidelné kontroly zobrazovacími metodami po řadu let. U sarkomů platí, že onkologické a chirurgické myšlení nelze v péči o nemocné oddělovat (DUDA a kol., 2013), (KRŠKA a kol., 2014).

U níže maligních sarkomů měkkých tkání probíhá klinické vyšetření každé 3 měsíce během prvních dvou let, následně co 6 měsíců. Po pátém roce se klinické vyšetření provádí v ročních intervalech. Ultrazvukové vyšetření či CT vyšetření oblasti primárního nádoru se provádí 2x ročně během prvních tří let, dále jednou ročně. U vysoce maligních sarkomů měkkých tkání probíhá klinické vyšetření každé 3 měsíce během prvních dvou let, poté každé 4 měsíce během třetího roku, každý půl rok během 4. a 5. roku, poté jednou za rok. Ultrazvukové vyšetření oblasti primárního nádoru každé 3 měsíce první dva roky, 3. rok každé 4 měsíce, 4. a 5. rok každých 6 měsíců, poté jednou za rok. CT vyšetření se provádí ročně první 3 roky. Rentgenové vyšetření plic každé 3 měsíce první dva roky, každé 4 měsíce 3. rok, každý půl roku 4. a 5. rok. Scintigrafie skeletu co rok první 3 roky, poté ob dva roky (NOVOTNÝ a kol., 2012).

REHABILITAČNÍ PÉČE

Cílem rehabilitace je po zhodnocení rozsahu a charakteru funkčního deficitu snaha o uvolnění a prevenci svalového zkrácení, tedy uvolnění kloubní pohyblivosti. Důraz je především kladen na zlepšení svalové síly, vrácení aktivizace svalového systému, častou vertikalizací, reedukací chůze a zlepšení celkové kondice. Po amputačních zákrocích je důležité polohování, otužování, bandážování a formování pahýlu pro možnost využití protézy. Při indikaci protéz je třeba zhodnotit funkčnost kardiovaskulárního systému, jelikož chůze s protézou představuje zvýšenou energetickou zátěž pro organismus oproti běžné chůzi. Při předkolenní protéze je spotřeba energie až o 35 % vyšší a u stehenní až o 80 % (KAUŠITZ a kol., 2017).

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA SE SARKOMEM MĚKKÝCH TKÁNÍ

Nepochybně se léčba sarkomů měkkých tkání řadí stále do skupiny patologických etnik, prognostických i léčebných závěrů, v níž dosud není dostatečná orientace. Ve srovnání s ostatními typy orgánových sarkomů, u těchto sarkomů, které se vyskytují relativně ojediněle, mají s její diagnostikou i léčbou lékaři méně zkušeností (DUDA a kol., 2013).

Proto tedy ošetrovatelská péče o pacienta se sarkomem měkkých tkání není zcela specifická a závisí na individualitě daného pacienta. Ošetrovatelská péče vyžaduje multioborovou spolupráci, která je zpravidla navržena onkologickým lékařem. Ošetrovatelská péče vychází z principů moderního ošetrovatelství.

Při moderní léčbě pacientů na jakémkoli onkologickém pracovišti je zcela běžná práce týmu, ve kterém je podmínkou aktivní účast sestry. Tým vede přednosta daného pracoviště, ošetřující lékaři, psycholog, vrchní a staniční sestra, denní sestra, sestra u lůžka, dietní sestra, fyzioterapeut, sociální pracovník. Sestra u lůžka i denní sestra musejí pečlivě vést záznamy v sesterské dokumentaci, umět správně definovat týmu problém, se kterými se setkaly během ošetřování nemocných. Kromě odbornosti sester je důležitá také psychická připravenost (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2012).

Dle WHO je zdraví stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím (DOSTÁLOVÁ, 2016).

ÚLOHA SESTRY PŘI APLIKACI A SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH ÚČINKŮ CHEMOTERAPIE

Stále více sester přichází do kontaktu s chemoterapií, ať už ve specializovaných centrech, na odděleních či u praktického lékaře. Základní úkony sestry při aplikaci chemoterapie jsou: komunikace s pacientem a jeho rodinou, péče o žilní vstupy, vlastní aplikace chemoterapie, vedení dokumentace a precizní likvidace cytotoxického odpadu, sledování nežádoucích vedlejších účinků chemoterapie. Na sestry, které ošetřují pacienty léčené chemoterapií, jsou kladeny velmi vysoké nároky jak odborné, tak psychosociální, jejich znalosti a dovednosti musí být stále obohacovány.

Sestra musí znát: zásady zacházení s cytostatiky, rizika související s aplikací chemoterapeutik, působení cytostatik a jejich nežádoucí účinky.

Kritéria procesu pro sestru: provede identifikaci pacienta, provede kontrolu přebíraného cytostatika, zajistí informovanost pacienta, ověří si, zda pacient rozumí informacím o možných nežádoucích účincích, předává informace především písemnou formou, zajistí venózní vstup a pečuje o něj, aplikuje cytostatikum a průběh podání dokumentuje dle právních norem, stanovuje u pacienta plán ošetrovatelské péče – plán zapisuje do ošetrovatelské dokumentace, sleduje nežádoucí účinky a dokumentuje je, spolupracuje s multioborovým týmem (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2012).

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO RADIOTERAPII

Po radioterapii by měl pacient nosit volný, nedráždivý nejlépe bavlněný oděv. Měl by si dávat pozor na ostré švy, krajky. Dále by se neměl vystavovat slunečnímu záření a udržovat svou kůži v suchu. Kůže se neomývá mýdlem ani jinými přípravky, po sprchování se osuší – netře, je třeba jí chránit, nevhodné je používat jakékoli deodoranty a parfěmy. Při vzniku erytému je vhodné kůži promazat nejdříve 2 hodiny po ozařování a používat např. sádlo, Calcium panthotenicum. Při vlhké deskvamaci, kdy vznikají puchýřky, je vhodné kůži promazávat např. Infadolan mast, Calcium panthotencium, Bepanthen mast. Podávat analgetika dle ordinace lékaře, neaplikovat kortikoidní masti, lihové roztoky, nepoužívat prostředky s rostlinnými výtažky – možný vznik alergie. Vhodné je používat krytí, jako prevenci infekce. Při mokvání se provádí oplachy defektu fyziologickým nebo Ringerovým roztokem Defekt dezinfikujeme Octeniseptem, který nepálí a neštípe, používáme sterilní krytí. Popřípadě je vhodné použít Inadine či Flamigel mast. Při tvorbě vředu je nutná konzultace s plastickým chirurgem. K rozpouštění nekrózy je doporučeno použít nu – gel, flamigel, krytí filmovým obvazem s léčebnou látkou (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2012).

ÚLOHA SESTRY V PÉČI O PAHÝL

- PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Amputaci je vždy nutné pečlivě zvážit a uvědomit si důsledky, které sebou přináší pro další život pacienta. Jelikož amputační výkon je výkonem stresujícím a znamenajícím změnu v životě, je nutné myslet na psychický stav pacienta – poskytnout mu čas a podpořit ho v rozhodování. Do této péče je možné zapojit i psychologa. Roli zde mohou hrát také sociální podmínky. Většinou se jedná o plánovaný výkon, proto mu předchází

běžná předoperační příprava s přihlédnutím na přidružená onemocnění. Součástí předoperační péče je mimo jiné rehabilitace se zaměřením na posílení svalů druhé končetiny – kondiční cvičení, nácvik sebeobsluhy, chůze o berlích popř. jízdu na vozíku. Důležité jsou cviky na podporu rovnováhy a obratnosti apod. (JANÍKOVÁ, ZELINKOVÁ, 2013).

- POOPERAČNÍ PÉČE

Umístění pacienta na JIP či standardním oddělení se odvíjí od jeho aktuálního zdravotního stavu a výšky amputace. Např. při amputaci femuru by měl mít pacient hospitalizován na JIP nebo ARO vzhledem k možným komplikacím. V pooperačním období patří mezi základní úlohy sestry systematická prevence a případně ošetřování pooperačních komplikací. U onkologických pacientů v důsledku jejich snížené imunity lze očekávat pomalejší hojení operační rány a častější infekční komplikace. Bezprostředně po operaci sestra monitoruje v předepsaných intervalech vitální funkce (TK, P, TT, D), saturaci, stav vědomí. Bolest je zpočátku tlumena působením anestetik, poté sestra sleduje intenzitu bolesti, její lokalizaci, charakter a aplikuje analgetizaci dle ordinace lékaře. Fantomova bolest doprovází téměř všechny amputační výkony. Mezi další medikace patří infuzní terapie, která je ponechána do obnovení perorálního příjmu. Nutná je další kontrola laboratorních hodnot – KO, biochemie. Pacient je ukládán do polohy na zádech – pahýl je bez podložení, popřípadě v mírné elevaci. Sestra sleduje, zda neprosakují krycí vrstvy obvazu a o veškerém patologickém průběhu informuje lékaře. Pravidelně hodnotí a reaguje především na vzestup teploty, zhoršení pooperační bolesti, sekreci z rány a drénů, změnu pohyblivosti nemocného, změny překrvení a otoky končetin. Významným aspektem práce sestry v pooperačním období je snížit rizika vzniku pooperačních komplikací. Je nutné, aby sestra pravidelně sledovala pacienta, zajistila podávání ordinovaných prostředků včas a prováděla specifickou péči.

- PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU – PAHÝL

Cílem ošetrovatelské péče je vytvořit funkční amputační pahýl – což je podmínkou pro následující využití protetických náhrad. Časně po operaci je pahýl oteklý, bolestivý a z operační rány je vyveden Redonův drén. Před propuštěním pacienta by jej měl navštívit sociální pracovník, který by mu měl být schopen poradit o službách v této oblasti – nárok na lázeňskou péči, možnost domácí péče, pečovatelské služby finanční podpory. Velmi důležité je technické vybavení v domě pacienta – nutný bezbariérový přístup (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2012), (JANÍKOVÁ, ZELINKOVÁ, 2013).

ROLE SESTRY V PÉČI O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Sestra má v péči o onkologického pacienta nezastupitelné místo. Velmi důležité je, aby si vytvořila s pacientem vztah, který mu bude pomáhat zvládat jeho onemocnění. Obecně u starých pacientů je jednodušší péče o jejich psychický stav a naopak těžší péče o jejich chátrající tělo, jehož postupné selhávání má na psychický stav nemocného zásadní vliv. Pokud selepší stav těla, u pacientů bez kognitivních poruch se obvyklelepší i jejich nálada. U pacientů středního věku, zejména u mladých pacientů je udržení psychického stavu velmi těžké. Mladí lidé pokud netrpí žádnými příznaky onemocnění si často své onemocnění ani nepřipouští, nevěří mu. Trvá jim určitý čas, než si tuto skutečnost připustí, poté však může následovat hluboký propad do deprese. Z tohoto pohledu velmi záleží, zda nemocný pacient má či nemá finanční závazky.

Při komunikaci s pacientem by měla sestra už svým zevnějškem působit uklidňujícím a empatickým dojmem. Záleží především na sympatie, které u pacienta vyvolá svým vystupováním. Pacient by měl mít od počátku pocit, že je svěřen do dobrých a obratných rukou. Velmi důležité je, aby sestra byla trpělivá a přívětivá, pokud je komunikace s pacientem z nějakého důvodu ztížená. Pokud má pacient deficit sebe péče ať už v jakékoli oblasti, sestra samozřejmě neváhá a pomůže mu. Poučí ho také o dopomoci druhé osoby, správnosti použití signalizačního zařízení, které je v dostatečné blízkosti pacienta (DOSTÁLOVÁ, 2016).

Je nutné mít na paměti, že vše co sestra řekne, popřípadě udělá, pacient nepřetržitě sleduje a ovlivňuje to jeho budoucí i současný vztah k sestře a tím i k celému zdravotnickému zařízení. Ihned při nástupu pacienta do zdravotnického zařízení je vhodné zjistit, na co se u něj bezprostředně zaměřit. Je nutné seznámit pacienta s novým prostředím, vysvětlit mu režim oddělení, poučit ho a ukázat mu potřebné příslušenství, toaletu a nechat mu prostor pro případné dotazy. Nebylo by také na škodu, kdyby přijímající sestra seznámila pacienta s ostatními, kteří s ním budou sdílet pokoj. Sestra si nepřetržitě všímá pacientových nálad, snaží se mu poskytnout psychickou oporu. Vždy podporuje jeho naději na zlepšení stavu, nedělá to jen tehdy, zda se jedná o pacienty s infaustní prognózou a jejich stav je natolik špatný, že by falešné optimistické postoje nemocného urážely. Velmi důležitá je neverbální podpora, která je chápána svou účastí a profesionalitou v poskytování úlevy, dotykem a empatickým přístupem. Nesmírně důležité je, aby pacient měl hluboký zájem pro něco, co mu s nemocí pomůže bojovat.

Ať se jedná o sociální vztahy či role nebo úplně jiný zájem. Pokud pacient tento zájem nemá, je vhodné jej najít (DOSTÁLOVÁ, 2016).

Sestra, která ošetřuje onkologického pacienta ať již na lůžku či v ambulanci, je mu fyzicky, tak psychicky nejbližší. V rámci aplikaci léků, se ho dotýká a tiší bolest. Sestra je první a mnohdy i poslední, které pacient svěří své nálady, emoce, pocity (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2012).

PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO

Nemoc neexistuje odděleně od konkrétního člověka a jeho životní situace. Představuje souhrn nejen tělesných příznaků, jimiž se zabývá medicína, ale také psychických a sociálních aspektů, které její průběh výrazně ovlivňují a mohou vést k omezení kvality života (KULHÁNKOVÁ, 2011, s. 2).

Nádorové onemocnění sebou přináší:

- ohrožení fyzické existence nemocného – jeho pocitu síly, nezávislosti, tělesného komfortu a soběstačnosti,
- změny vzhledu – následek po amputaci či chirurgického zákroku, stomie, kosmické změny v souvislosti s léčbou – padání vlasů, úbytek a váze,
- ovlivnění hormonální aktivity – sexuálního života nemocného,
- mění se pohled na život, hodnoty, očekávání do budoucna,
- obavy z plánování, objevuje se úzkost z očekávání,
- tělesné projevy – slabost, pocení, nauzea, nevolnost,
- možné potíže v mezilidských vztazích
- nevládnutí běžných denních úkonů, nemožnost pracovat (KULHÁNKOVÁ, 2011).

PROCES VYROVNÁVÁNÍ SE S ONEMOCNĚNÍM

Reakce na závažné onemocnění závisí na mnoha okolnostech, především působící v době, kdy nemoc přichází. Je dána také povahovými vlastnostmi člověka – temperamentem, inteligencí, názorem na život, hodnotovou orientací, zkušenostmi, vzděláním a sociálním zázemím. Přesto že každý nemocný je individualitou, lze nalézt společné fáze vyrovnávání se se zátěží spojenou s nádorovým onemocněním viz tabulka 2 (KULHÁNKOVÁ, 2011).

Tabulka 2 Fáze umírání podle Kubler - Rossové

Fáze	Projevy	Co s tím?
NEGACE (šok, popírání)	Ne to není možné. To je určitě omyl. Změnily se výsledky.	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE (hněv, vzpoura)	Proč zrovna já? Čí je to vina.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ (vyhledávání)	Hledání zázračných léků, léčitelů. Ochoten cokoli zaplatit.	Maximální trpělivost.
DEPRESE (smutek)	Smutek z utržené ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost, naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.
SMÍŘENÍ (souhlas)	Vyrovnavání, pokora, skončil boj. Čas loučení.	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pomocť rodině!

Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>

Sestra však nemusí poznat, ve které fázi se nemocný právě nachází. Popsané fáze se mohou u pacienta opakovat, některé mohou dokonce chybět. Fáze se mění v souvislosti se změnou fyzického stavu v průběhu léčby. Příbuzní pacientů, blízcí, přátelé většinou trpí stejnými traumaty jako pacienti. Komunikace s příbuznými je stejně důležitá a náročná jako s nemocnými. Prožívají stavy velkého strachu, obav a úzkosti (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2012).

6 KAZUISTIKA PACIENTA SE SARKOMEM MĚKKÝCH TKÁNÍ

Kazuistika je ucelená a podrobná studie jedné osoby. Vždy se jedná o záměrnou volbu, vybraný objekt musí mít vlastnosti, které badatel chce sledovat.

Kazuistika má v ošetrovatelství široký význam:

- *Má využití pro praxi jako návrh návodu na řešení problémů.*
- *Může doplňovat kvantitativní výzkum ve smyslu ilustrace zjištěných výsledků.*
- *Slouží ke stanovení nových hypotéz, které se ověřují dalším výzkumem.*
- *Má využití ve výuce, kde simuluje realitu a studenti mohou samostatně řešit problémy z praxe (KUTNOHORSKÁ, 2009, s. 76).*

Plevová (2011) popisuje, že ošetrovatelský proces lze souhrnně definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetrovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro neustálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu.

Cílem praktické části bakalářské práce je popsat kazuistiku pacienta se sarkomem měkkých tkání hospitalizovaného na interním oddělení za využití koncepčního modelu V. Henderson a metodologie ošetrovatelského procesu. Vytvořit doporučení pro praxi a edukační materiál ve formě letáku pro pacienty se sarkomem měkkých tkání. Název edukačního materiálu „Návrat do běžného života po amputaci“.

Ošetrovatelský proces v praktické části bakalářské práce byl zpracován u pacienta ve věku 66 let. Od roku 2016 se léčí s epiteloidním sarkomem, který mu byl diagnostikován. Dlouhodobě se léčí s chronickou bolestí, navštěvuje centrum bolesti a onkologickou kliniku. Pro zhoršení celkového stavu, výskyt akutní bolesti a pro klidovou, námahovou dušnost bylo osloveno klinické pracoviště interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a pacient byl plánovaně přijat k hospitalizaci. Ošetrovatelská péče byla zpracována ode dne přijetí 22. 11. 2017 až do třetího dne hospitalizace tedy 24. 11. 2017. K posouzení stavu pacienta byly využity informace přímo od pacienta, z lékařské dokumentace a některé měřicí škály. Ošetrovatelská anamnéza byla zpracována pomocí koncepčního modelu Virginie Henderson. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla využita NANDA I taxonomie II. Ošetrovatelské diagnózy byly následně zformulovány a vyhodnoceny.

6.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: muž

Věk: 66 let

Povolání: hlídač parkoviště

Stav: svobodný

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 22. 11. 2017

Oddělení: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 3. interní klinika - oddělení metabolismu a endokrinologie

Důvod přijetí pacienta do nemocnice: zhoršení celkového stavu

HLAVNÍ MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA

Epiteloidní sarkom

Medicínské diagnózy vedlejší:

- ischemická choroba dolních končetin,
- arteriální hypertenze,
- dyslipidémie,
- porucha glukózové tolerance,
- nikotinismus.

VITÁLNÍ FUNKCE PACIENTA PŘI PŘIJETÍ

Tabulka 3 Vitální funkce při přijetí

TK: 128/75 mmHg	Výška: 178 cm
P: 108/min	Hmotnost: 112 kg
D: 17	BMI: 35,3
TT: 36,4 °C	Pohyblivost: Částečně omezená
Stav vědomí: Orientován místem, časem, osobou	Krevní skupina: A +

Zdroj: autor, 2018

ANAMNÉZA

Osobní anamnéza:

Nemocný prodělal běžné dětské nemocnění. Podrobil se aorto – femorálnímu bypassu z důvodu kritické končetinové ischemie. Od roku 2002 měl chronický nehojící se defekt na bérci PDK s pozvolnou progresí. Následovala implantace femoropopliteálního bypassu. Roku 2016 histologie z rány prokázala epiteloidní sarkom grade III., poté provedena vysoká amputace PDK ve stehně pro epiteloidní sarkom.

Rodinná anamnéza:

Otec nemocného zemřel v 73 letech na nádor krku, matka nemocného zemřela ve svých 75 letech na stáří. Má 2 sourozence, jeden ze sourozenců se léčí s arteriální hypertenzí, druhý prodělal IM.

Alergická anamnéza:

Nemocný alergie neudává.

Abusus:

Kouřil 20 cigaret za den, nyní již rok nekouří. Alkohol příležitostně.

Sociální anamnéza:

Nemocný žije v Praze společně se svými sourozenci v jedné domácnosti. Nyní je již v důchodu.

Farmakologická anamnéza:

Tabulka 4 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Godasal	Tbl.	100 mg	1 – 0 – 0	antitromboticum
Controloc	Tbl.	20 mg	1 – 0 – 0	antacidum
Isoptin SR	Tbl.	240 mg	1 – 0 – 0	hypotensivum
Prenewel	Tbl.	8/2,5 mg	1 – 0 – 0	hypotensivum
Apo-atorvastatin	Tbl.	20 mg	0 – 1 – 0	hypolipidemicum
Zoloft	Tbl.	100 mg	1 – 0 – 0	antidepressivum
Grimodin	Tbl.	300 mg	1 – 1 – 1	antiepilepticum
Votrient	Tbl.	400 mg	1 – 0 – 0	cytostaticum

Zdroj: autor, 2018

6.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT KE DNI 22. 11. 2017

Ordinovaná vyšetření: RTG S + P na lůžku, EKG na lůžku

Odběr krve (KO, CRP, ionty, při vzestupu teploty odebrat hemokulturu)

Výsledky: shodné s medicínskou diagnózou

Monitorace: TK, P, TT, saturace O₂

Dieta: 3 racionální, nutridrink 1 – 1 – 1

Invaze: podkožní port (zaveden na onkologii dne 30. 1. 2017) – portová jehla nyní

Kategorie: 1, chůze o 2 francouzských holích

Výživa: parenterální, enterální

Rehabilitace: ne

O₂ při saturaci pod 90% (2 - 3l/min)

Medikamentózní léčba:

Tabulka 5 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Prestarium neo combi	Tbl.	10/2,5 mg	1 – 0 - 0	hypotensivum
Isoptin SR	Tbl.	240 mg	1 – 0 - 0	hypotensivum
Godasal	Tbl.	100 mg	1 - 0 - 0	antitromboticum
Apo - atorvastatin	Tbl.	20 mg	0 – 1 - 0	hypolipidmicum
Controloc	Tbl.	20 mg	1 – 0 - 0	antacidum
Sertralin	Tbl.	100 mg	1 – 0 - 0	antidepressivum
Neurontin	Tbl.	300 mg	1 – 1 - 1	antiepilepticum
Kalnormin	Tbl.	1 g	1 – 0 - 0	solí a ionty
Votrient	Tbl.	400 mg	1 – 0 - 0	cytostaticum

Zdroj: autor, 2018

Intravenózní:

Novalgin 5ml 1 amp. i.v. do 100ml nosného F1/1 6-14-22 (analgetikum)

G 5% 500 ml rychlostí 100ml/h

Jiné:

Buronil 25 mg 1 tbl. ve 21h – při nespavosti (hypnoticum)

Durogesic 50 ug/h a 72h

Dolsin 50mg i. m. 1 amp. – dle potřeby, max a 8 hodin (analgetikum, anodynum)

7 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA ZE DNE 22. 11. 2017

HLAVA A KRK

Subjektivně:

„občas mívám bolesti hlava, prášek mi však vždy zabere“

Objektivně:

Hlava normocefalická, palpačně nebolestivá, bulby ve středním postavení, spojivky bledé, nosí brýle na čtení. Slyší dobře, jazyk plazí středem. Chrup plný. Hrdlo klidné, tonzily bez čepů. Štítnice nezvětšená, karotidy tepou symetricky. Náplň krčních žil přiměřená. Polykání volné, bez obtíží.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně:

„bolesti na hrudi nemám, ale posledních několik dní se mi hůře dýchá i při menší námaze“

Objektivně:

Dyspnoe, dýchání oslabené bazálně vpravo, vlevo místy expirační vrzoty, pokleповě ztemnění vpravo. Pacient je objektivně dušný při námaze i v klidu. Udává pocit „nemožnosti se nadechnout“. Lépe se mu dýchá v polosedě. Udává akutní bolest v pravém podžebří, VAS 7. Aktivně vyhledává úlevovou polohu – na boku či poloha tzv. „klubíčko“.

CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně:

„už několik let se léčím s vysokým tlakem, užívám pravidelně léky na vysoký tlak“

Objektivně:

Léčí se s vysokým tlakem. Nyní tlakově stabilní, spíše tachykardie. Ohraničené ozvy bez šelestu.

BŘICHO A GIT

Subjektivně:

„několik dní mě bolí v pravém podžebří, bolest je stále silnější a vystřeluje do žeber a taky zad, běžné léky proti bolesti mi nezabírají, váha mi kolísá kvůli léčbě, kterou podstupuji (chemoterapie, biologická léčba) nyní mám spíše nechut', nemůžu jídlo pozřít i když mám na něj chut'“

Objektivně:

Břicho klidné, bez patologických rezistencí, tapotement negativní. Udává nechutenství, nauzeu. Nemůže pozřít sousto. V poslední době klesl na váze o několik kilogramů.

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM**Subjektivně:**

„obtíže s močením nemám a nikdy jsem neměl“

Objektivně:

Močení spontánní bez obtíží.

SVALOVÝ A KOSTERNÍ SYSTÉM**Subjektivně:**

„jsem po amputaci pravé nohy, zpočátku jsem se s touto skutečností nechtěl smířit, po několika měsících a především díky podpoře mé rodiny, rehabilitačním sestřám jsem si zvykl a беру to jak to je, chci žít, budu bojovat, co to půjde, chodím o dvou holích“

Objektivně:

Páteř palpačně nebolestivá, dolní končetiny bez otoků. Homansovo a plantární znamení negativní. Pahýl PDK zhojen, na předloktí PHK lipom staršího data.

NERVOVÝ SYSTÉM**Subjektivně:**

„nosím brýle pouze na čtení a slyším dobře“

Objektivně:

Pacient orientován časem, místem, osobou. Zornice izokorické, bez nystagmu. Inervace symetrická bez deficitu. Svalová síla v normě, doma chodil o dvou francouzských holích. Nyní dodržuje klidový režim, v lůžku je soběstačný. Dle neurologického konzilia užívá neuroleptika a antidepresiva – s efektem.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM**Subjektivně:**

„žádné problémy nemám, se štítnou žlázou se neléčím“

Objektivně:

Štítnice nezvětšena, nebolestivá.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM

Subjektivně:

„nejsem na nic alergický, aspoň o ničem nevím, běžná dětská onemocnění jako každý, léky na podporu imunity žádné neužívám“

Objektivně:

Prodělal běžná onemocnění. Kvůli epiteloidnímu sarkomu, který mu byl diagnostikován v roce 2016 je nyní na biologické léčbě a užívá pravidelně cytostatika. Pravidelně navštěvuje onkologickou kliniku. Z důvodu pravidelného užívání cytostatik, je jeho imunita oslabená.

KŮŽE A SLIZNICE

Subjektivně:

„pečuji o svou kůži, především kvůli pahýlu, který mám, kůži mám spíše suchou, pravidelně se po sprše mažu“

Objektivně:

Pacient je afebrilní, kolorit kůže a sliznic bledý, bez ikteru/cyanózy. Od roku 2016 je po vysoké amputaci pravé dolní končetiny, pahýl zhojen per primam. Nyní nosí protézu.

8 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE VIRGINIE

HENDERSONOVÉ DNE 22. 11. 2017

DÝCHÁNÍ

Subjektivně: *Dýchá se mi v posledních několika dnech hůře. I při chůzi na WC se zadýchám, několik dní mě bolí v pravém podžebří. Dýchá se mi hůře i v klidu, nejlíp se mi dýchá v polosedě. Hledám úlevovou polohu.*

Objektivně: Pacient hodnotí svůj zdravotní stav v posledních dnech špatně. Uvádí „nemožnost se pořádně nadechnout“, jak při námaze tak v klidu. Lékařem byl zjištěn mírný pleurální výpotek, který zatím není indikován k punkci. Měření dechové frekvence – pohledem, D 17/min, saturace při použití saturačního čidla – 89 % bez použití O₂.

Ošetřovatelský problém: námahová, klidová dušnost

Použitá měřicí technika: 0

VÝŽIVA A HYDRATACE

Subjektivně: *Nemám chuť k jídlu. Jídlo nemůžu pozřít. Jím méně. Léčím se více než rok, podstoupil jsem chemoterapie. Momentálně jsem na biologické léčbě, beru pravidelně léky. Moje váha velmi kolísá. Rozdíl je nějakých 20 kg za poslední 3 měsíce. Za posledních 14 dnů jsem zhubl asi o 10 kg.*

Objektivně: Pacientův nutriční stav není zcela adekvátní. Nyní trpí nechutenstvím, má nauzeu. V posledních přibližně dvou týdnech udává snížení hmotnosti až o 10 kg. Jídlo nemůže pozřít, i když by chtěl. Pacientova konstituce je charakterizována obezitou, příčinou je však biologická léčba, kterou podstupuje. Pacient není dostatečně hydratován, uvádí, že vypije okolo 1,5 litru za den, musí se pobízet k hydrataci. Sliznice jsou bledé, kožní turgor mírně snížený.

Ošetřovatelský problém: dehydratace, nechutenství, obezita

Použitá měřicí technika: BMI index = 35,3 obezita II. stupně, nutriční screening – výsledek 3 body = nutriční riziko

VYLUČOVÁNÍ – MOČE, STOLICE

Subjektivně: *Obtíže s vyprazdňováním stolice ani moče nemám. Přes den chodím do čůrat do bažanta. Na noc mám u postele pojízdný záchod, nebo k dispozici pleny. Stolica je pravidelná, ale mění se podle druhu léčby, kterou podstupuji.*

Objektivně: Pacient močí spontánně, bez obtíží. Prostata je nezvětšená. Na stolici chodí pravidelně, poslední stolici uvedl dnes 22. 11. 2017. S urologickými problémy se nikdy neléčil. Přes noc močit nechodí.

Ošetrovatelský problém: 0

POHYB

Subjektivně: *Chodím o dvou holích. Nějaký čas mi trvalo, než jsem si zvykl, že mám jen jednu nohu. Posledních pár dnů mám bolesti v pravém podžebří, snažím se proto najít vhodnou polohu, aby bolest byla co nejmenší. Dostávám pravidelně léky na bolest a mám taky náplast.*

Objektivně: Je limitován v oblasti pohybu, používá kompenzační pomůcky. V důsledku akutního stavu je fyzická aktivita omezená. Má problém s oblékáním, s použitím wc a koupelny. Potřebuje pomoc při chůzi.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu, možný vznik dekubitů, částečně soběstačný v oblasti hygieny, oblékání a pohybu

Použitá měřicí technika: zhodnocení rizika pádu pomocí „screeningového“ nástroje – výsledek 6 bodů, u pacienta hrozí riziko pádu, zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové – 21 bodů, střední riziko vzniku, Barthelové test – 55 bodů – střední závislost

ODPOČINEK A SPÁNEK – EVENT. BOLEST

Subjektivně: *Od té doby co jsem nemocný a mám bolesti se mé spaní, zhoršilo. Užívám léky na spaní, bez kterých už neusnu a taky léky na bolest. Po lécích většinou usnu, moc ale nespím, protože mě bolí v tom pravém podžebří, bolest se objevuje náhle, je pulzující. Uleví se mi, když jsem na boku nebo v klubičku. Po operaci v roce 2016 mě pobolívá pravá noha.*

Objektivně: Pacient trpí nespavostí. Spánek je tedy hodnocen jako nekvalitní. Kvalita spánku je ovlivněna akutní bolestí. Užívá léky na spaní s mírným efektem. Udává úpornou bolest v pravém podžebří, která přichází náhle během dne, je intenzivní a má pulzující charakter. Během dne vyhledává úlevovou polohu tzv. do klubička. Bolest je u pacienta sledována kontinuálně v pravidelných intervalech, obvykle 3x denně, po užití analgetické medikace, zda má farmakologická terapie efekt či nikoliv. Pacient od roku 2016, kdy podstoupil amputaci pravé dolní končetiny, trpí mírnou bolestí, která je již chronická.

Ošetrovatelský problém: nespavost, zhoršená pohyblivost, akutní bolest, narušený vzorec spánku

Použitá měřicí technika: VAS – při přijetí udává bolest č. 7

OBLÉKÁNÍ

Subjektivně: *Potřebuji pomoci s oblékáním boty, ponožky a kalhot. Oblečení mám rád volné.*

Objektivně: Pacient potřebuje dopomoc v oblasti oblékání. Rád nosí volné oblečení, které jej netlačí. Oblečení je uzpůsobeno amputované končetině.

Ošetrovatelský problém: neoblékne se sám

Použitá měřicí technika: Barthelové test (ADL) – 55 bodů, střední závislost

REGULACE TĚLESNÉ TEPLoty

Subjektivně: *Někdy je v pokoji vydýchaný vzduch a dýchá se mi hůř. Spím špatně, když je v pokoji moc horko.*

Objektivně: Tělesná teplota pacienta je fyziologická. Zvýšenou teplotu nemývá. Je orientovaný místem, časem, osobou. Měření tělesné teploty digitálním teploměrem – TT 36,4 °C.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: nepoužita

HYGIENA

Subjektivně: *Přední část těla si zvládnou umýt sám, jen s umytím a osušením zad a nohou potřebuji pomoci. Holí a stříhá mě můj bratr, k holiči nechodím.*

Objektivně: Pacient působí čistým, udržovaným dojmem. Pravidelně pečuje o své tělo a především o pahýl. Má deficit sebepéče v oblasti hygieny.

Ošetrovatelský problém: neokoupe se sám

Použitá měřicí technika: Barthelové test (ADL) – 55 bodů, střední závislost

OCHRANA PŘED NEBEZPEČÍM

Subjektivně: *Nevím.*

Objektivně: O suicidálním pokusu nepřemýšlel. Udržuje hezké sociální vztahy a sociální role. Pociťuje však nejistotu a obavy z nemocničního prostředí.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu

Použitá měřicí technika: zhodnocení rizika pádu pomocí „screeningového“ nástroje – výsledek 6 bodů, u pacienta hrozí riziko pádu

KOMUNIKACE A KONTAKT

Subjektivně: *Každý den tady mám návštěvu. Rodina je mojí největší oporou. Mohu jim říct vše. Mám taky velmi příjemné spolubydlící, s kterými si mám, co říct.*

Objektivně: Verbální komunikace bez obtíží - spolupracuje. Pociťuje velkou oporu ve své rodině.

Ošetřovatelský problém: 0

VÍRA

Subjektivně: *Nejsem věřící, do kostela jsem chodíval pouze jako malý kluk. Mám víru v dobro. Věřím, že vše se v dobré obrátí, ale i přesto bojím se, co bude dál....*

Objektivně: Pacient nevyznává žádnou víru. Je pokorným člověkem, snaží se brát věci s pozitivním nadhledem. V jeho hlase je cítit beznaděj i přes všechnu pokoru a bojovnost, kterou má, bojí se, co bude dál ...

Ošetřovatelský problém: 0

PRÁCE

Subjektivně: *Jsem v důchodu už několik let. Rád pracuji doma, opravuji co je potřeba. Teď jsem upoután na lůžku, jsem hrozně slabý.*

Objektivně: Několik let v důchodu dříve pracoval, jako hlídač parkoviště. Nyní kvůli aktuálnímu zdravotnímu stavu je upoután na lůžko, v lůžku je však soběstačný.

Ošetřovatelský problém: 0

AKTIVITY A ZÁJMY

Subjektivně: *Už žádnou zálibu nemám, ničemu se nevěnuji, ležím celé dny. Předtím jsem rád jezdil na kole a rybařil.*

Objektivně: Pacient nikdy aktivně nesportoval, občas jel s bratry do přírod na kolo, nebo na houby. Pacient nemá zájem o odpočinkové ani relaxační techniky.

Ošetřovatelský problém: 0

Použitá měřící technika: nepoužita

UČENÍ

Subjektivně: *Snažím se podstupovat všechny možné metody léčby k mému uzdravení. Věřím, že vše se v dobré obrátí, ale bojím se, co bude dál....*

Objektivně: Pacient aktivně přistupuje ke všem metodám léčby.

Ošetřovatelský problém: 0

9 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 22. 11. 2017

Pacient 66 let, přijat dne 22. 11. 2017 ze Společného příjmu interně nemocných ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze pro zhoršení celkového stavu, především pro akutní bolest v pravém podžebří, která vznikla náhle a dušnost při námaze i v klidu. Od roku 2016 byl pacientovi diagnostikován epiteloidní sarkom, byla nutná vysoká amputace pravé dolní končetiny. Pahýl je zhojen per primam. Nyní využívá protetickou náhradu dolní končetiny. Při přijetí uvádí dle VAS škály bolesti číslo 7 – lokalizace pravé podžebří, úporná vystřelující, pulzující bolest. Při přijetí udává nechutenství a nauzeu, která přetrvává již 2 týdny, úbytek na váze až 10 kg.

V Barthelové testu základních všedních činností vyšel pacient ve středním stupni závislosti s celkovým počtem 55 bodů. Ve stupnici Nortonové - riziko vzniku dekubitů činí skóre 21 bodů, střední riziko vzniku dekubitů. Pacient vyšel také v nutričním screeningu s celkovým počtem tří bodů v nutričním riziku. O tomto nutričním riziku byl ihned informován nutriční terapeut. V hodnocení rizika pádu činilo skóre 6 bodů, z čehož vyplývá, že pacient patří do rizikové skupiny, u níž je nutný zvýšený dohled druhé osoby a možný vznik pádu.

Pacient se pohybuje o dvou francouzských holích, při sebemenší námaze je dušný. Potřebuje dopomoc v oblasti hygieny, pohybu a oblékání. V lůžku je zcela mobilní, nají a napije se sám bez pomoci druhé osoby.

Pacient je kontinuálně na analgetické terapii, trpí jak chronickou tak akutní bolestí. Užívá perorální medikaci a je mu co 72 hodin přelepována opiátová náplast Durogesic. Diabetik není. Během hospitalizace je na biologické léčbě. Invazivním vstupem je u pacienta podkožní port, touto formou jsou mu podávány infuzní roztoky, prováděny odběry krve přes portovou jehlu. Jiný invazivní vstup nemá, močí do močové láhve.

Ke dni 22. 11. 2017 (první den hospitalizace) má pacient tyto ošetrovatelské problémy:

- Akutní bolest v pravém podžebří, kterou má pacient teprve pár dní a chronickou onkologickou bolest v pravé dolní končetině po amputaci od roku 2016 – kompenzovanou analgetickou terapií.
- Klidová a námahová dušnost.
- Nespavost v důsledku bolesti.
- Pocit na zvracení v důsledku vývoje stavu onemocnění.

- Narušená soběstačnost v pohybu, hygieně, v oblékání, cítí se unavený.
- Psychicky pacient prožívá bezmocnost, beznaděj, neví, co bude dál.
- Cítí se zbytečný, nepotřebný.
- Pacient má zavedený podkožní port od 30. 1. 2017, portová jehla – dnes, sníženou imunitu v důsledku onkologického onemocnění.

Použité měřicí škály:

- Barthelové test – 55 bodů, střední závislost
- Nortonové škála – 21 bodů, střední riziko vzniku dekubitů
- Screening rizika pádu – 6 bodů, u pacienta hrozí riziko pádu
- Nutriční screening – 3 body, nutriční riziko

10 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 - 2017*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5412-3.

Ve spolupráci s pacientem jsou stanoveny všechny ošetřovatelské diagnózy, které byly nalezeny 1. den hospitalizace.

Na základě rozhovoru s pacientem bylo stanoveno toto pořadí ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priority.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

00132 AKUTNÍ BOLEST

UZ: změny v chuti k jídlu, výraz v obličeji, beznaděj, vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti

SF: fyzikální původci zranění

00032 NEEFEKTIVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ

UZ: abnormální vzorec dýchání, dyspnoe

SF: bolest, úzkost

00096 NEDOSTATEK SPÁNKU

UZ: snížená schopnost fungovat, úzkost, ospalost, podrážděnost, neklid

SF: dlouhodobý diskomfort (tělesný, psychický), léčba

00134 NAUZEJA

UZ: dávivý pocit, nauzea

SF: lokalizované nádory

00090 ZHORŠENÁ SCHOPNOST PŘEMÍSTĚT SE

UZ: zhoršená schopnost přemístit se do vany / sprchy a zpět, zhoršená schopnost přemístit se na toaletu a zpět

SF: nedostatečná svalová síla, bolest, ztráta kondice

00085 ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST

UZ: omezený rozsah pohybu, diskomfort

SF: muskuloskeletální poškození

00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ

UZ: zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si tělo

SF: bolest, muskuloskeletální poškození, bolest, slabost

000109 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ

UZ: zhoršená schopnost obléknout si oblečení na dolní část těla

SF: únava, bolest, slabost, muskuloskeletální poškození

00124 BEZNADĚJ

UZ: snížená chuť k jídlu, snížení vlastní iniciativy, sklíčenost ve slovním projevu

SF: zhoršující se fyzický stav, sociální izolace

00125 BEZMOCTNOST

UZ: závislost na druhých, frustrace z vlastní neschopnosti vykonávat předchozí činnosti

SF: složitá léčba

00053 SOCIÁLNÍ IZOLACE

UZ: nemoc, zbytečnost, uzavřenost

SF: změny duševního stavu, změny tělesného vzhledu

00093 ÚNAVA

UZ: nedostatek energie, zhoršená schopnost zachovat běžný denní režim

SF: fyziologický stav

000133 CHRONICKÁ BOLEST

UZ: změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách, změněný vzorec spánku

SF: věk > 50 let, změněný vzorec spánku, chronický muskuloskeletální stav

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

00004 RIZIKO INFEKCE

RF: invazivní vstupy, změna integrity kůže

00155 RIZIKO PÁDŮ

RF: věk 65 let a více, používání pomůcek, farmaka, akutní onemocnění, potíže s chůzí, zhoršená mobilita

00249 RIZIKO DEKUBITŮ

RF: snížená mobilita, deficit sebepéče

10.1 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

S ohledem na zdravotní stav pacienta a množství ošetrovatelských diagnóz byly rozpracovány první dvě aktuální a jedna potencionální ošetrovatelská diagnóza.

Ošetrovatelská diagnóza:

AKUTNÍ BOLEST (00132)

Doména 12: KOMFORT

Třída 1: TĚLESNÝ KOMFORT

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínu pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti): náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším 6 měsíců.

Určující znaky: změny v chuti k jídlu, výraz v obličeji, beznaděj, vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti

Související faktory: fyzikální původci zranění

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Pacient je bez akutní bolesti v pravém podžebří do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý:

Pacientova bolest klesne z VAS 7 na VAS 4.

Očekávané výsledky:

Pacient umí sledovat a popsat svou bolest do 1 hodiny.

Pacient udává zmírnění bolesti z VAS 7 na VAS 6.

Pacient umí zaujmout úlevovou polohu (na boku, do klubíčka) do 2 hodin.

Pacient umí použít signalizační zařízení do 15 minut.

Pacient ví, že může v případě potřeby, požádat o pomoc všeobecnou sestru do 15 minut.

Pacient ví, že po podání analgetik musí sledovat jejich efekt a hlásit to sestře do 30 minut.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí vyvolávající příčinu akutní bolesti – všeobecná sestra – do 30 minut.
2. Zhodnot' bolest ve spolupráci s pacientem pomocí (lokalizaci, charakter, nástup, trvání, četnost, intenzitu (stupnice 0 – 10), ovlivňující faktor, denní dobu – všeobecná sestra do 24 hodin. V případě vyšší intenzity popřípadě náhlému zvýšení informuj lékaře a proved' záznam do lékařské dokumentace.
3. Monitoruj a zhodnot' fyziologické funkce pacienta (TK, P, TT, SaO₂) dle svých kompetencí v pravidelných intervalech 3x denně, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra. Prováděj pravidelné zápisy hodnot, které byly zjištěny do lékařské dokumentace.
4. Informuj pacienta o zaujetí úlevové polohy – všeobecná sestra – do 2 hodin.
5. Pouč pacienta o možnosti dopomoci druhé osoby. Dej pacientovi k dispozici signalizační zařízení – všeobecná sestra do 15 minut.
6. Podávej analgetickou medikaci v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
7. Sleduj účinek podané medikace a zaznamenávej do lékařské i ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra do 30 minut.
8. Prováděj laboratorní vyšetření krve dle ordinace lékaře – všeobecná sestra 1x denně po 24 hodinách.
9. Nahlášené abnormality laboratorních hodnot hlas ihned lékaři a proved' zápis nahlášené hodnot, čas, identifikaci do lékařské dokumentace – všeobecná sestra.
10. Sleduj a zaznamenávej proměnlivost pacientova zdravotního stavu po celý den – všeobecná sestra.
11. Pozoruj vliv bolesti na spánek pacienta – do 24 hodin, zdravotní sestra.

Realizace:**22. 11. 2017**

Pacient byl přijat pro zhoršení celkového zdravotního stavu především pro akutní bolest a klidovou, námahovou dušnost. Ve spolupráci s pacientem byla zhodnocena bolest na VAS škále 7 v klidu. Pacient lokalizoval svou bolest v oblasti pravého podžebří, popsal ji jako intenzivní, krutou a pulzující bolest. Byly mu změřeny fyziologické funkce dle ordinace lékaře - TK 128/75 mmHg, TF 108/min, TT 36,4 stupňů, D 17/min, SaO₂ 89% bez kyslíku. Dle ordinace lékaře dostal aplikaci zvlhčeného kyslíku kyslíkovými brýlemi rychlostí 3l/min. Byl proveden zápis do dokumentace, nahlášeno lékaři. Pacient byl ihned seznámen s VAS škálou hodnocení bolesti, pravidelným vyhodnocováním účinku analgetik. Lékař mu naordinoval farmakologickou terapii, lepení transdermálních opiátových náplastí a při intenzivní bolesti, na vyžádání dle potřeby možnost intramuskulární aplikace analgetické injekce. Pacient byl z důvodu bolesti a zhoršenému celkovému stavu schvácený a unavený. Vyhodnocení bolesti – probíhalo 3x denně po podání analgetické infuze, popřípadě po podání analgetik na vyžádání pacienta. Bolest eliminuje pacienta v běžných denních aktivitách, nutná dopomoc pacienta ve všech denních činnostech.

23. 11. 2017

Pacient udává zmírnění bolesti na intenzitu 5 po farmakologické léčbě, avšak přetrvávající a rychle se vracející bolesti stejné lokalizace i charakteru. Zaujímá úlevovou polohu na levém boku s pokrčenými dolními končetinami. Pacient během dne aktivně spolupracoval v zaznamenávání bolesti do denního záznamu bolesti. V odpoledních hodinách si vyžádal analgetickou injekci muskulárně s výraznějším efektem, před aplikací udával bolest VAS 7. Při pravidelné měření mu byly naměřeny hodnoty TK 130/85, TF 95, D 18, SaO₂ 95 s 3l/min poté 124/82, TF 94, SaO₂ 93 s 3l/min, poslední měření TK 135/75, TF 99, SaO₂ 96 s 3l/min.

24. 11. 2017

Pacient udává zmírnění bolesti na intenzitu 3, pociťuje efekt transdermální náplasti. Stále zaujímá úlevovou polohu tzv. klubíčko, popřípadě na boku. Aktivně spolupracoval v zaznamenávání bolesti během dne do denního záznamu bolesti. Fyziologické funkce v normě. Bolest stále eliminuje pacienta v běžných denních aktivitách, avšak ne v takové míře.

Hodnocení dne 24. 11. 2017

Očekávané výsledky splněny. Krátkodobý cíl byl splněn, pacient pocítuje úlevu od akutní bolesti po několika hodinách od nasazení analgetické terapie. Farmakologická léčba s částečným efektem. Udává bolest VAS 3. Fyziologické funkce v normě, hodnoty 125/75, TF 74, D 16, SaO₂ 95%. Dlouhodobý cíl splněn nebyl, pacient stále udává bolest v oblasti pravého podžebří, která přichází náhle. Z důvodu nesplnění dlouhodobého ošetrovatelského cíle je nutné pokračovat v ošetrovatelských intervencích – 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11. Celý plán péče, realizace i hodnocení byl zapsán do dokumentace.

Ošetrovatelská diagnóza:

NEEFEKTIVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ (00032)

DOMÉNA: 4 AKTIVITA/ODPOČINEK

Třída: 5 KARDIOVASKULÁRNÍ/PULMONÁLNÍ REAKCE

Definice: Inspirace (vdech) a/nebo exspirace (výdech), které neumožňují dostatečnou ventilaci.

Priorita: střední

Určující znaky: abnormální vzorec dýchání (např. rychlost, rytmus, hloubka), dyspnoe

Související faktory: bolest, úzkost

Cíl krátkodobý: Pacient je bez klidové dušnosti do 3 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacient má efektivní vzorec dýchání do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacient je ve zvýšené poloze (Fowlerova) pro zmírnění dušnosti do 15 minut.

Pacient zvládne používat, kyslíkové brýle do 1 hodiny.

Pacient spolupracuje při sledování saturace do 30 minut.

Pacient ví, že se má podávat pouze zvlhčený O₂ do 30 minut.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zhodnot' základní fyziologické funkce včetně SaO₂ – všeobecná sestra, do 30 minut.
2. Zjistí vyvolávající příčinu klidové dušnosti – všeobecná sestra, do 24 hodin.
3. Zajisti zvýšenou polohu pacienta – všeobecná sestra, ihned.
4. Věnuj pozornost dalším faktorům ovlivňující dýchání pacienta – psychický stav pacienta, tělesná kondice, zdravotní stav do 24 hodin – všeobecná sestra.
5. Zajisti pacientovi zvlhčený O₂ dle ordinace lékaře – ihned – všeobecná sestra.

6. Zhodnot' stav kůže a sliznic pacienta, známky cyanózy - do 30 minut – všeobecná sestra.
7. Pouč pacienta o přínosu kyslíkové terapie a zvlhčení O₂, pro zlepšení průchodnosti dýchacích cest - do 24 hodin – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

22. 11. 2017

Pacient byl při přijetí na oddělení klidově dušný a ve špatném zdravotním stavu. Klidová dušnost je následkem aktuálního zdravotního stavu, především akutní bolesti. Byl schvácený a unavený. Ihned při přijetí informoval personál o své dušnosti. Kůže i sliznice pacienta jsou bledé, bez známek cyanózy. Požádal o aplikaci zvlhčeného O₂ kyslíkovými brýlemi dle ordinace lékaře. Pacient je řádně poučen o kyslíkové terapii a nutnosti zvlhčení O₂, pro zlepšení průchodnosti dýchacích cest. Hodnota D 17/ min, saturace O₂ 89 % bez kyslíku. Ví, že musí dodržovat klidový režim, již rok od diagnostikování sarkomu nekouří.

23. 11. 2017

Pacient udává mírné zlepšení celkového zdravotního stavu, zmírnění klidové dušnosti. Ráno provedl hygienu ve sprše, při námaze stále velmi dušný. Hodnota D 16/ min, saturace O₂ 94 % s 3l/ min, kyslíkovými brýlemi. Přetrvává v polosedě, k jídlu se posadí z nohama dolů. Kontrola FF 3x denně včetně SaO₂. Inhalační terapii toleruje, pociťuje efekt.

24. 11. 2017

Pacient již není objektivně ani subjektivně klidově dušný. Psychický stav pacienta se zlepšil. Dnes chůze po pokoji – námahová dušnost přetrvává. Pociťuje podporu, jak od své rodiny tak zdravotnického personálu, má příjemné spolubydlící na pokoji. Při potřebě požádá o aplikaci zvlhčeného O₂ brýlemi. Inhalace toleruje.

Hodnocení 24. 11. 2017

Očekávané výsledky splněny. Krátkodobý cíl také splněn, pacient je bez klidové dušnosti do 3 dnů. Dlouhodobý cíl není splněn, u pacienta přetrvává námahová dušnost, z toho důvodu je nutné pokračovat v ošetrovatelských intervencích 3, 4, 5, 6, 7.

Ošetrovatelská diagnóza:

RIZIKO PÁDŮ (00155)

Doména: BEZPEČNOST/OCHRANA

Třída: 2 TĚLESNÉ POŠKOZENÍ

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

Priorita: střední

Rizikové faktory: věk nad 65 let, používání pomůcek (např. chodítka, hůlka, vozík), neznámé prostředí, akutní onemocnění, oslabení dolních končetin, zhoršená mobilita, nespavost.

Cíl krátkodobý: Pacient ví jak se pohybovat, aby u něj nedošlo k pádu do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde po dobu hospitalizace k pádu.

Očekávané výsledky:

Pacient, ví jak se bezpečně chovat, aby nedošlo k pádu – do 30 minut.

Pacient ovládá signalizační zařízení – do 15 minut.

Pacient je poučen o potřebě druhé osoby – do 24 hodin.

Pacient má k dispozici kompenzační pomůcky – do 1 hodiny.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zhodnot' u pacienta riziko pádu – do 30 minut – všeobecná sestra.
2. Zajisti bezpečné prostředí pro pacienta – do 1 hodiny – všeobecná sestra.
3. Pouč pacienta o použití signalizačního zařízení, dopomoci druhé osoby – do 15 minut – všeobecná sestra.
4. Seznam pacienta s novým prostředím – do 10 minut – všeobecná sestra.
5. Zajisti dostatečné osvětlení pokoje – všeobecná sestra – do 30 minut.
6. Zajisti potřebné věci na dosah pacienta – do 1 hodiny – všeobecná sestra.
7. Zajisti pomoc pacienta při chůzi – do 30 minut – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

22. 11. 2017

Pacient byl přijat pro zhoršení celkového stavu. Při příjmu do zdravotnického zařízení byl pacient slabý, unavený a schvácený. Pacientova pohyblivost byla částečně omezena v důsledku momentálního zdravotního stavu. K dispozici má pojízdné WC, přesun z lůžka zvládne s dopomocí druhé osoby. Během dne je v pokoji dostatečné množství světla, v noci použito osvětlení. Pacient vlastní dvě francouzské hole, má je v blízkosti lůžka. Všechny potřebné věci má pacient při ruce v nočním stolku.

23. 11. 2017

Spolupracující pacient s dopomocí dojde na WC o dvou francouzských holích. Udává zlepšení svého zdravotního stavu.

24. 11. 2017

Pacient užívá signalizační zařízení, spolupracuje se zdravotnickým personálem. S dopomocí dojde o dvou francouzských holích na WC.

Hodnocení dne 24. 11. 2017

Očekávané výsledky splněny. Krátkodobý cíl také splněn - pacient ovládá signalizační zařízení, pohybuje se o dvou francouzských holích. V případě obtíží, požádá o dopomoc druhé osoby. Pacient po dobu 3 dnů neupadl. Cíl dlouhodobý není splněn, pacient neupadl, což je pozitivní, ale intervence musí pokračovat – intervence 1, 2, 3, 5, 6, 7.

10.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

66 letý pacient byl přijat 22. 11. 2017 pro zhoršení celkového stavu ze Společného interního příjmu na 3. interní kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Pacientovou hlavní medicínskou diagnózou je epiteloidní sarkom dolní končetiny. Při přijetí byl orientovaný místem, časem, osobou. Udával nechutenství, nauzeu, slabost a jeho psychický stav byl velmi špatný. Pacient byl klidově i při sebemenší námaze dušný, trápila jej přetrvávající akutní bolest v oblasti pravého podžebří. Při příjmu pacienta byly identifikovány ošetrovatelské problémy.

V bakalářské práci je analyzován 1. den hospitalizace, problémy byly nalezeny v oblasti komfortu, výživy, aktivitě/odpočinku, sebepercepce, bezpečnosti/ochraně. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, dlouhodobé a krátkodobé cíle, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Realizace ošetrovatelské péče probíhala dle stanoveného ošetrovatelského plánu. Po několika dnech hospitalizace došlo u pacienta k celkovému zlepšení zdravotního stavu. Pacientova akutní bolest v pravém podžebří a dušnost klidová postupně ustupovala, pacient neupadl, nedostal infekci (celkovou) ani v oblasti portu (bez známek zánětu). Důraz v ošetrovatelské péči byl kladen především na psychosociální stránku pacienta. Pacient je spolupracující, je to velký bojovník i přes všechny nesnáze nic nevzdává a je oddaný všem možným alternativám léčby. Velkou oporou byla pacientovi rodina, která jej navštěvovala každý den.

Celková péče o pacienta byla velmi efektivní a hodnocena kladně i přes medicínskou diagnózu, která bohužel progredovala. Téměř všechny cíle byly splněny, avšak některé intervence stále pokračují z důvodu nesplnění dlouhodobých cílů. Výhledově je uvažováno o propuštění pacienta do domácí hospicové péče po zlepšení jeho celkového zdravotního stavu, na žádost jak rodiny, tak pacienta. Na 3. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice byl hospitalizován 30 dnů. Dle zjištěných informací, pacient po několika dnech v domácí péči zemřel, avšak bez bolesti a duševně vyrovnaný.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Problematika sarkomů měkkých tkání je velmi obsáhlá, v mnoha aspektech stále neobjasněná. Na základě informací, které byly zjištěny z publikací bylo sestaveno doporučení pro praxi, pro nelékařské zdravotnické pracovníky a pro pacienty.

Doporučení pro pacienty:

- s ohledem na incidenci a prevalenci sarkomů měkkých tkání je vhodné pravidelně navštěvovat svého ošetřujícího lékaře - chodit na preventivní prohlídky, věnovat se prevenci.
- informovat se o specifikaci ošetrovatelské péče
- aktivně pečovat o své zdraví a zdravý životní styl
- naslouchat svému tělu - nepodceňovat příznaky nemoci
- spolupracovat s lékaři, aktivně se ptát, dodržovat jejich doporučení
- využívat v ošetrovatelské péči i specializovaná centra (centra bolesti)
- užívat metody psychoterapie, relaxace
- využít nefarmakologické metody léčby
- zajistit bezpečnou péči – bezbariérové prostory
- včas vyhledat sociálního pracovníka
- vyhledat pastoračního asistenta pro pocit sdílení

Doporučení pro nelékařské zdravotnické pracovníky:

- pohlížet na pacienta, jako na bio – psycho – sociální bytost
 - dále se vzdělávat v dané oblasti např. v péči o pahýl
 - dodržovat profesionální komunikaci
 - naslouchat pacientovi, podporovat ho, motivovat ho
 - spolupracovat s odborníky v oboru onkologie, paliativní péče
 - znát základní informace u užívání rizikových léků např. cytostatika (nutná pravidelnost užívání)
- spolupracovat s rodinou, zapojit ji do péče o nemocného
- spolupracovat s fyzioterapeutem na rehabilitaci, nutričním terapeutem
 - kontaktovat sociálního pracovníka

U převážné většiny pacientů se objevuje sarkom měkkých tkání na končetinách a tito pacienti jsou mnohdy nuceni podstoupit amputaci postižené končetiny. Z tohoto důvodu byl vytvořen edukační materiál ve formě edukačního letáku, který je součástí bakalářské práce edukační materiál ve formě edukačního letáku, Tento edukační leták informuje pacienty po amputaci dolních i horních končetinách o možnosti protetických náhradách. Edukační leták je k nahlédnutí v příloze.

ZÁVĚR

Sarkomy měkkých tkání řadíme mezi nádory velmi vzácné. Jedná se o skupinu zhoubných nádorů, které vznikají z pojivových tkání v nejrůznějších místech, jako je tuková tkáň, svalová tkáň, chrupavka či vazivo. Vyznačují se širokým spektrem podtypů a biologických vlastností. Vyskytují se raritně, představují asi 0,7 % všech zhoubných nádorových onemocnění. Ročně je tento nádor zjištěn u 4 – 5 nových pacientů na 100 tisíc obyvatel

Sarkomy měkkých tkání představují velmi obtížnou problematiku, jak z hlediska lékařského, tak ošetrovatelského. Mnoho publikací uvádí, že léčba sarkomů měkkých tkání je stále na úrovni výzkumu.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat aktuální problematiku sarkomů měkkých tkání, podle rešeršní strategie. Práce tvoří teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části bylo zmapování medicínské problematiky sarkomů měkkých tkání, popsat specifika péče o pacienta se sarkomem měkkých tkání, roli sester. Cíle byly splněny.

Cílem praktické části bylo detailně popsat kazuistiku pacienta se sarkomem měkkých tkání, vytvořit doporučení pro praxi a edukační materiál ve formě edukačního letáku. Název edukačního letáku „Návrat do běžného života po amputaci“. Součástí kazuistiky bylo sestavit plán ošetrovatelské péče podle modelu Virginie Henderson, který byl sepsán u vybraného pacienta s epiteloidním sarkomem hospitalizovaného na interním oddělení. Obsahem je popsání pacientovi kazuistiky ode dne přijetí po dobu tří dnů. Cílem ošetrovatelské péče bylo zhodnotit zdravotní stav pacienta a podle NANDA I taxonomie II dále postupovat v realizaci a řešení ošetrovatelských diagnóz. Očekávané výsledky i krátkodobé cíle byly splněny, dlouhodobé cíle splněny nebyly. Proto je nutné pokračovat ve vybraných intervencích.

Tato bakalářská práce je určena všeobecným sestřám. Jelikož v současné době se s onkologickým pacientem můžeme setkat kdekoli nejen na oddělení onkologie, tento obor se vzájemně prolíná s jinými obory např. interními. Proto by na tuto možnost hospitalizace onkologického pacienta měla být připravená každá všeobecná sestra.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2010. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

ADÁMKOVÁ - KRÁKOROVÁ, Dagmar., 2007. Prognostické faktory ve strategii léčby sarkomů měkkých tkání dospělého věku. Referátový výběr z onkologie. 24(1), 31-34.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

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

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Praha: Grada. ISBN 978-80—247-5706-3

DRAHOKOUPILOVÁ, Eva, 2007. *Nádory měkkých tkání* [online]. [cit. 2007]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art117>

DUDA, Miloslav, Jan ŽALOUDÍK a Miloslav RYSKA, 2013. *Onkochirurgie II*. 1.vyd. Praha: institut postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-19-8.

DUBCOVÁ, Eva, 2011. *Etika a umírání* [online]. [cit. 2011]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>

FLETCHER, Christopher et al., 2013. WHO classification of tumours of soft tissue and bone. 4th ed. Lyon: IARC Press. World Health Organization classification of tumours. ISBN 978-92-832-2434-1.

JANÍKOVÁ, Eva a Renata ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

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

KRŠKA, Zdeněk, 2014. *Chirurgické řešení sarkomů měkkých tkání* [online]. [cit. 2014-01-23]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/chirurgicke-reseni-sarkomu-mekkych-tkani/>

KLENER, Pavel, 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-716-5

KULHÁNKOVÁ, Radka, 2011. *Psychologické aspekty nádorových onemocnění*. Praha: Liga proti rakovině. Dostupné z: <http://www.lpr.cz/index.php/component/search/?searchword=psychologick%C3%A9%20aspekt&searchphrase=all&Itemid=245>

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4

KAUŠITZ, Juraj a kol., 2017. *Všeobecná onkológia*. Bratislava: SOLÉN s.r.o. ISBN 978-80-89858-05-7.

LINKOS, 2018. *Sarkomy měkkých tkání*. [online]. [cit. 2018]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/sarkomy-mekkych-tkani-c48-49/>

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 - 2017*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství. Výzkum porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů. 4. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

NOVOTNÝ, Jan a Pavel VÍTEK, 2012. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2663-5.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3

Sarkomy měkkých tkání, 2014. Praha: AT Mediprint. Consensus in oncology. ISBN 978-80-88044-01-7.

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

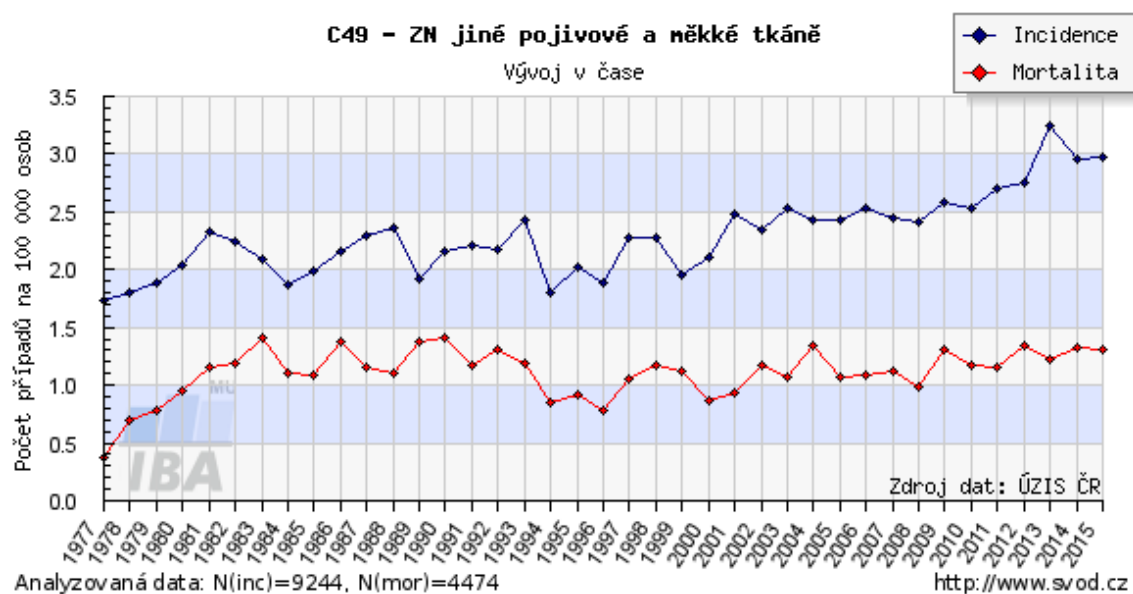
VORLÍČEK, Jiří, 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-603-6.

VOKURKA, Martin a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2

PŘÍLOHY

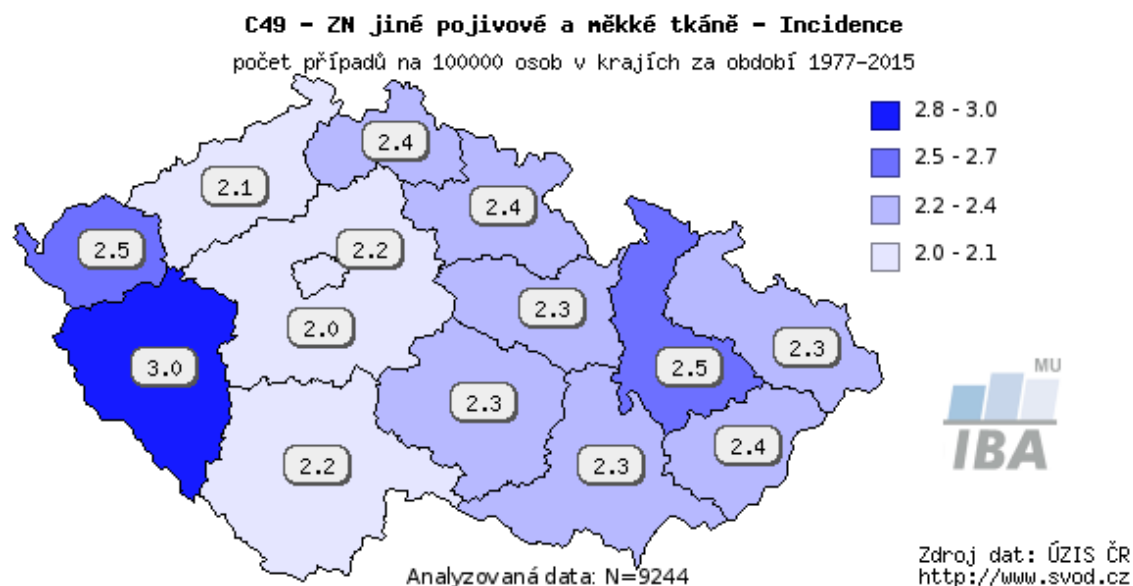
Příloha A – Incidence a mortalita sarkomů měkkých tkání v ČR	I
Příloha B – Incidence sarkomů měkkých tkání v krajích ČR	II
Příloha C – Schéma úrovně pozdní diagnostiky	III
Příloha D – Přehled zhoubných novotvarů u dospívajících.....	IV
Příloha E – Rentgenový snímek dítěte se sarkomem.....	V
Příloha F – Edukační leták.....	VI
Příloha G – Čestné prohlášení	VII
Příloha H - Rešerše.....	VIII

Příloha A – Incidence a mortalita sarkomů měkkých tkání v ČR



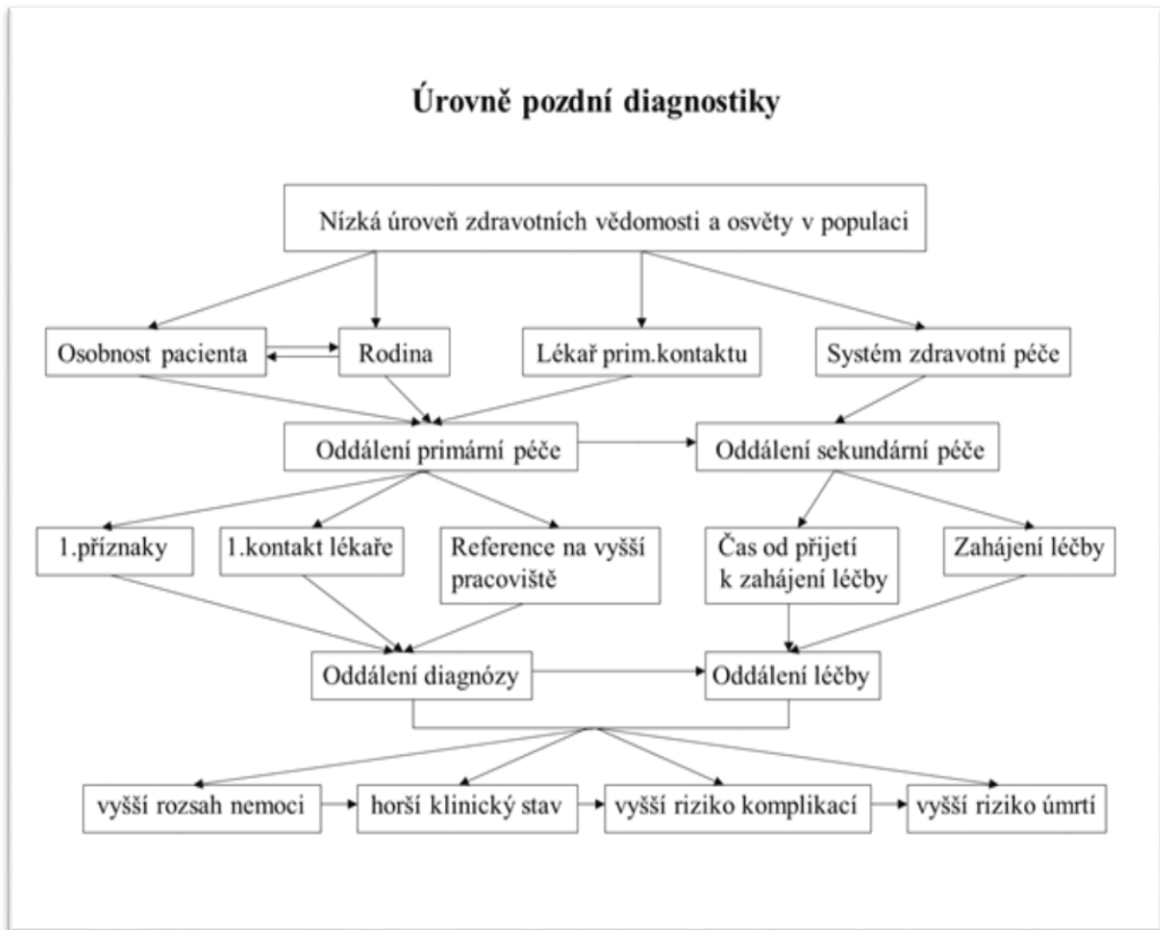
Zdroj: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/sarkomy-mekkych-tkani-c48-49/vyskyt-sarkomu-v-cr/>

Příloha B – Incidence sarkomů měkkých tkání v krajích ČR



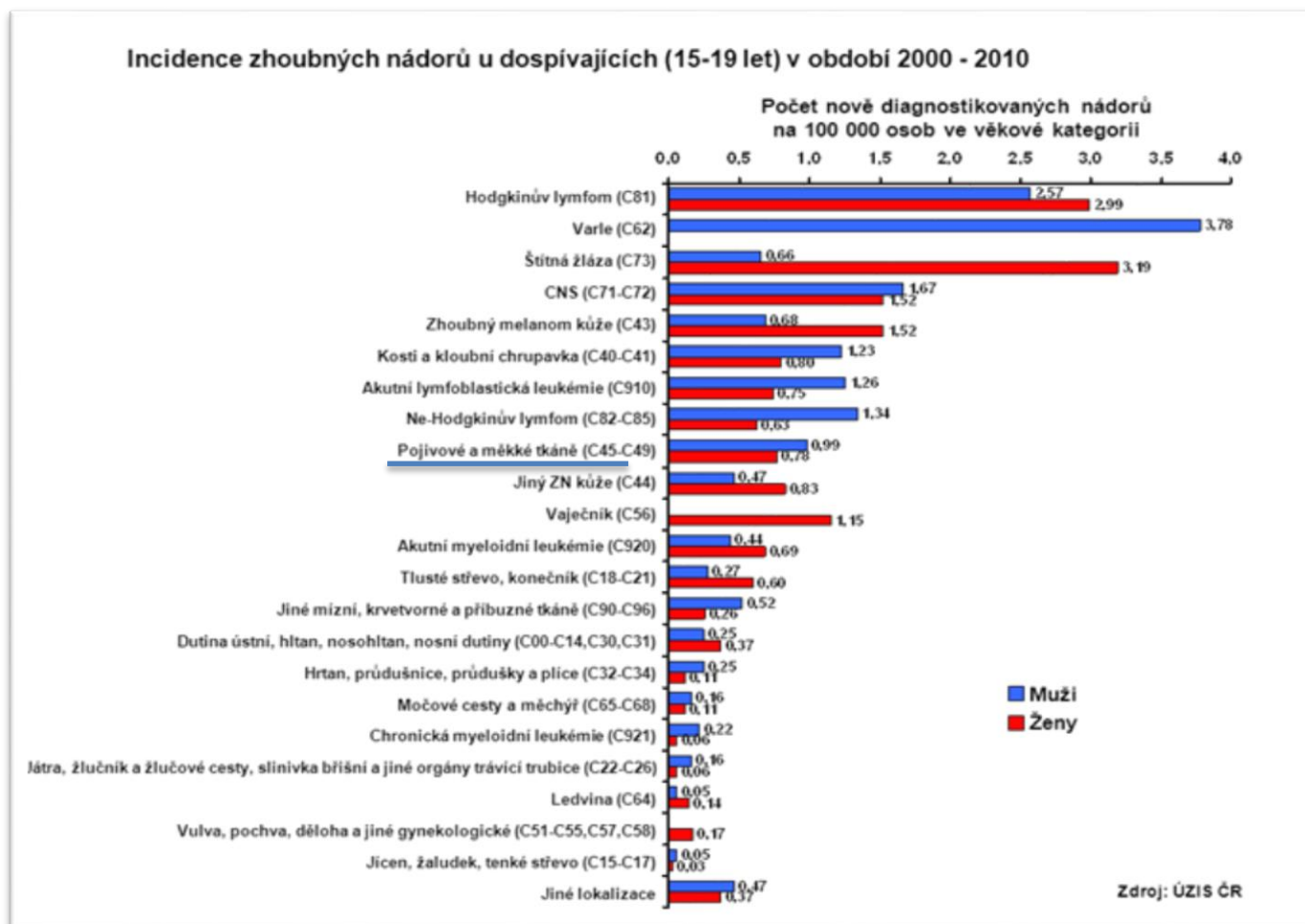
Zdroj: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/sarkomy-mekkych-tkani-c48-49/vyskyt-sarkomu-v-cr/>

Příloha D – Schéma úrovně pozdní diagnostiky



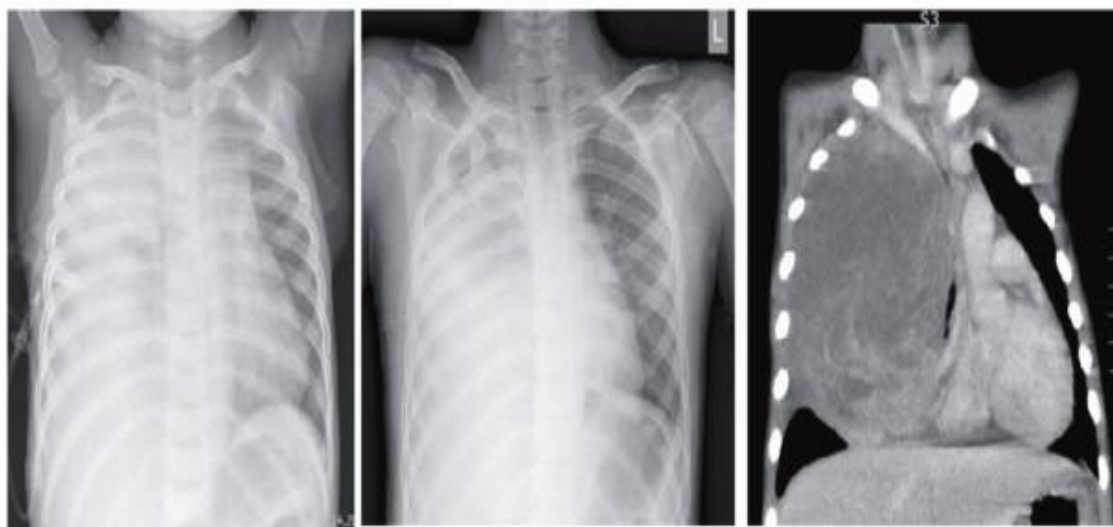
Zdroj: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/vekova-specifika/nadorova-onemocneni-u-dospivajicich/>

Příloha D – Přehled zhoubných novotvarů u dospívajících v období 2000 – 2010



Zdroj: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/vekova-specifika/nadorova-onemocneni-u-dospivajicich/>

Příloha E – Rentgenový snímek dítěte se sarkomem




Ewingův sarkom

Osteosarkom

Rhabdomyosarkom

Zdroj: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/uskali-diagnostiky-nadoru-plic-a-bronchu-u-adolescentu/>



Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze, Dušková 7

Co je protéza?
Proteza nahrazuje chybějící část končetiny.

Podle čeho se protéza volí?
Dle zdravotního stavu před amputací, dle pohybové aktivity, pozitivní motivace využití protetické náhrady, dle hmotnosti.

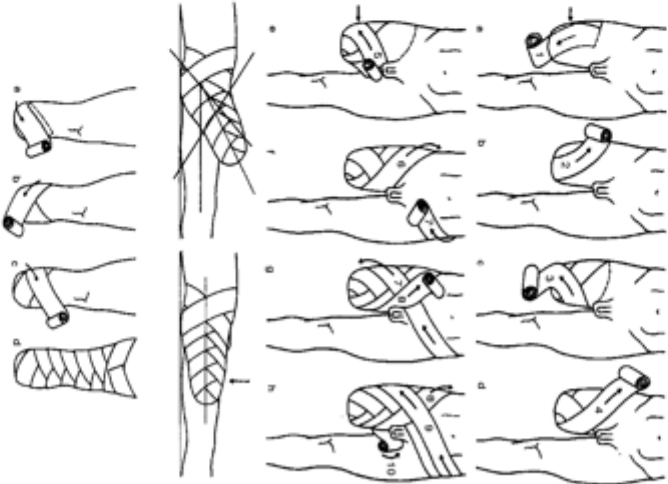
Návrat do běžného života po amputaci

U koho se protéza aplikuje?
Pacienti po amputacích (cukrovka, onkologická onemocnění, vaskulární onemocnění, vaskulární onemocnění, úrazech nebo vrozených vad)

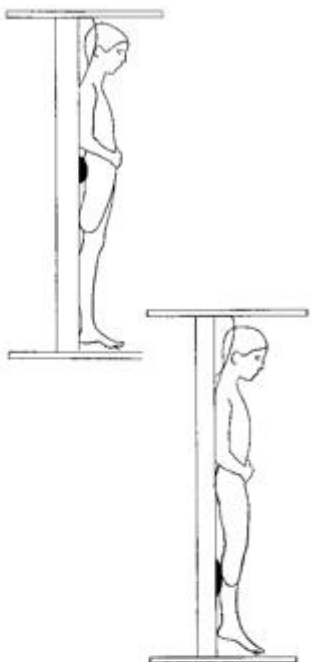
Jak je hrazena protéza?
Předepisuje odborný lékař (speciální – schválený revizním lékařem), hrazeny jsou ze zdravotního pojištění.

U koho se protéza aplikuje?
24 měsíců, doba kdy končí zdravotní lhůta

ZÁSADY SPRÁVNÉ BANDÁŽE PAHÝLU



Zdroj: www.proteor.cz/bandazovani-pahyly



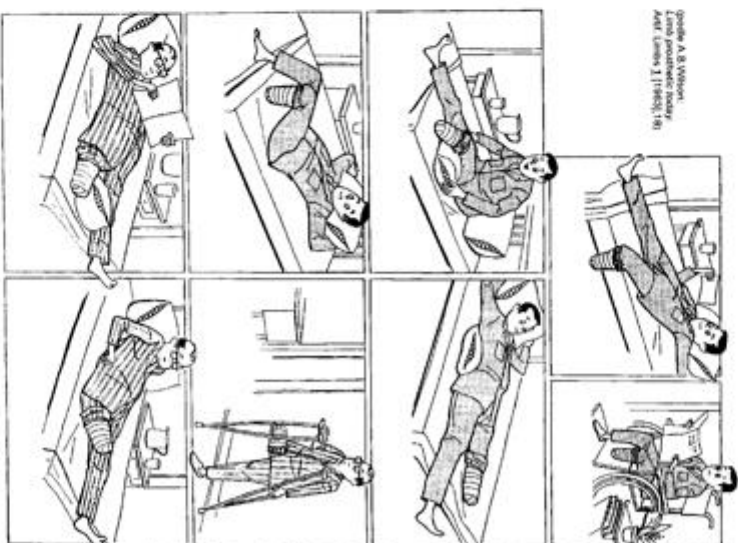
Zdroj: www.protecor.cz/pohobovani-pahyju

Jak pahnji pohobovat?

Cilem pohobovani pahyju je zabranit zkraceni svalu v kyčelnim či kolennim kloubu. Uspadnit masazeni protězy a zkvalitnit samotnou chůzi s pahyjem.

VWARUJTE SE

Podle A. B. Wilson
 vzhledem k tomu, že
 Aesthete 11 (1983), 19



Zdroj: www.protecor.cz/claybae-naryky

**HYGIENICKÉ ZÁSADY
VHODNĚ PROVÁDĚT KAŽDÝ VEČER**

**OMÝVAT PAHÝL TEPLOU
VODOU**

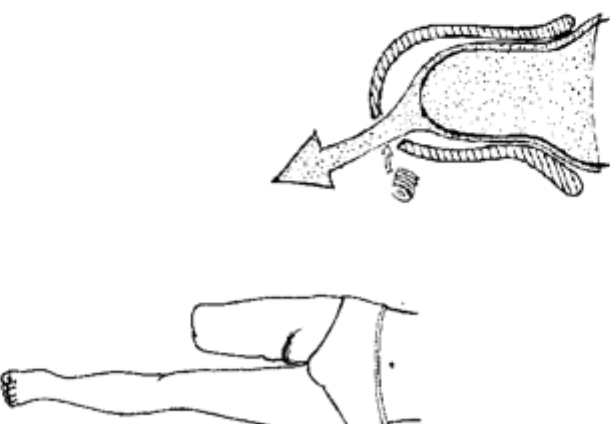
**POUŽÍVAT JEMNÉ TOALETNÍ
MÝDLO**

**PROVÁDĚT JEMNOU MASÁŽ
PAHÝLU**

DŮKLADNĚ OSUŠIT PAHÝL

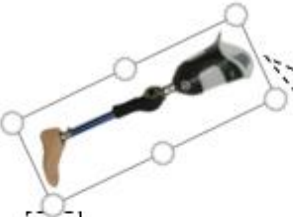
**POZOR NENÍ VHODNĚ
OPLACHOVAT PAHÝL PŘED
NASAZENÍM PROTÉZY !!!**

NASAZOVÁNÍ PROTÉZY




Zdroj: www.proteor.cz/nasazovani-protezy


Typy protéz dolních končetin




PROTEZA STANDARDNÍ STEHENNÍ



PROTEZA STANDARDNÍ V KÝČELNÍM KLOUBU



PROTEZA STANDARDNÍ BERCOVA



PROTEZA SPECIALNÍ – určena pro aktivní uživatele k pohybové náročnějším aktivitám

Jaké existují protézy dolních končetin?

- Proteza chodidla
- Proteza bércevní
- Proteza v lokenním kloubu
- Proteza sacřecní
- Proteza v křečelím kloubu

Zdroj: www.ms-gproestetik.cz

Typy protéz horních končetin



PROTEZA STANDARDNÍ PÁZNI



PROTEZA STANDARDNÍ PŘEDLOKETNÍ



PROTEZY PRSTŮ A RUKY



Jaké existují protézy horních končetin?

- Proteza pažní
- Proteza předloketní
- Proteza prstů a ruky

Zdroj: www.ms-gproestetik.cz



Tento edukační materiál je zpracován podle studijních materiálů a doporučení, na které níže odkazují.

Je také součástí Bakalářské práce na VŠ zdravotnické v Praze.

Autor: Simona Vaculíková

Zdroje

www.proteor.cz

www.ms-protetik.cz

Zdroj: autor, 2018

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se sarkomem měkkých tkání“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 2. 5. 2018

.....
Jméno a příjmení studenta

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SARKOMEM MĚKKÝCH TKÁNÍ

Simona Vaculíková

Jazykové vymezení: čeština

Klíčová slova: sarkom, nádory měkkých tkání, ošetrovatelská péče, amputace

Časové vymezení: 2007 – 2017

Druhy dokumentů: knihy, články, elektronické zdroje

Počet záznamů: 47 (knihy: 10, články a elektronické zdroje: 37)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní parametry:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

Databáze vysokých škol (www.theses.cz)