

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

**KAZUISTIKA U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA
PO OPERACI PÁTEŘE S NEUROLOGICKOU
SYMPTOMATIKOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA LÉVÁRDIOVÁ, DiS.

Praha 2022

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

**KAZUISTIKA U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA PO OPERACI
PÁTEŘE S NEUROLOGICKOU SYMPTOMATIKOU**

Bakalářská práce

VERONIKA LÉVÁRDIOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru/programu: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martin Krause, Ph. D.

Praha 2022



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

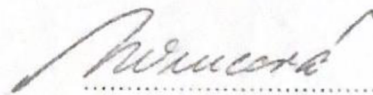
ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2021/2022

Studentka: Veronika Lévardiová, DiS.
UČO: 7220
Program: Všeobecné ošetřovatelství
Specializace: Všeobecné ošetřovatelství
Téma práce: Kazuistika u onkologického pacienta po operaci páteře s neurologickou symptomatikou
Téma práce anglicky: Case interpretation about oncology patient after spine surgery with neurological symptoms
Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, Ph.D.

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):


.....
Veronika Lévardiová, DiS.
studentka

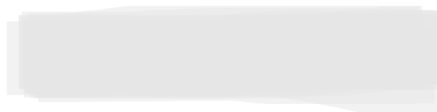

.....
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi kvalifikačních prací Thesis.cz provozovaného Masarykovou univerzitou (Fakulta informatiky MU), a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále souhlasím, aby toutéž cestou byly zveřejněny posudky vedoucího a oponenta bakalářské práce včetně záznamu o průběhu a výsledku obhajoby.

V Praze dne 20. 3. 2022



podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Martinu Krausemu, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce a za trpělivost při poskytování cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat vedení nemocnice fakultního typu za poskytnutí souhlasu s náhledem do zdravotnické dokumentace pro účel průzkumu a všem těm, kteří se na vzniku této práce podíleli.

ABSTRAKT

LÉVÁRDIOVÁ, Veronika. *Kazuistika u onkologického pacienta po operaci páteře s neurologickou symptomatikou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, PhD. Praha. 2022. 67 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u onkologického pacienta po operaci páteře s neurologickou symptomatikou. Práce je psána formou ošetrovatelské kazuistiky (případové studie) a je rozdělena na dvě části. Teoretická část popisuje charakteristiku nádorového onemocnění páteře a rozděluje nádory páteře na primární a sekundární. Opomenuty nejsou ani obecné a specifické symptomy nádorů, diagnostika nebo možnosti léčebného postupu nádorů. Významná část teoretického celku pak zahrnuje specifika ošetrovatelské péče o pacienta po operaci páteře a nechybí ani zmínka o vlivu onemocnění psychiky na onkologicky nemocného pacienta. Významnější částí bakalářské práce je pak část praktická, která se již zabývá samotným ošetrovatelským procesem aplikovaným na onkologického pacienta po operaci páteře s následně vzniklou neurologickou symptomatikou. Posouzení stavu nemocného bylo realizováno dle NANDA domén a z těchto informací byly poté stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Tyto diagnózy pak byly popsány dle NANDY II. taxonomie, 11. vydání 2018–2020. Výstupem bakalářské práce je doporučení pro ošetrovatelskou praxi.

Klíčová slova

Páteř. Kazuistika. NANDA domény. Onkologie. Ošetrovatelský proces. Specifika ošetrovatelské péče.

ABSTRACT

LÉVÁRDIOVÁ, Veronika. *Case interpretation about oncology patient after spine surgery with neurological symptoms*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Martin Krause, PhD. Prague, 2022. 67 p.

The main topic of this bachelor's thesis is a case interpretation about oncology patient after spine surgery with neurological symptoms. The thesis is written in the case study form and it's divided into two parts. The theoretical part focuses on the definition of oncology spine disease and there is a primary and secondary tumors of the spine. There are described a general and specific symptoms of spinal tumors, clinical course and treatment of spinal tumors. The significant part of the theoretical part included the specifics of nursing care about patient after spine surgery and there is described also effect of spine tumor to oncology patient. The more important part of bachelor's thesis is the practical part and there is a nursing process about oncology patient after spine surgery with neurological symptoms. The assessment of the patient's condition was evaluated according by Marjory Gordon's model and from this information was created actual and potential nursing diagnoses. These nursing diagnoses were described according of NANDA I. taxonomy 11th edition from 2018 to 2020. The product of the bachelor thesis is recommendation for nursing practice.

The key words

Case interpretation. NANDA taxonomy. Nursing process. Oncology. Specifics of nursing care. Spine.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	16
1 TEORETICKÁ ČÁST	18
1.1 CHARAKTERISTIKA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ PÁTEŘE.....	18
1.1.1 NÁDOR A INCIDENCE NÁDORŮ PÁTEŘE	18
1.1.2 PRIMÁRNÍ NÁDORY PÁTEŘE	19
1.1.3 SEKUNDÁRNÍ NÁDORY PÁTEŘE.....	20
1.1.4 SYMPTOMATOLOGIE NÁDORŮ PÁTEŘE.....	21
1.1.5 DIAGNOSTIKA.....	22
1.1.6 KOMPLIKACE.....	23
1.1.7 LÉČBA	24
1.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PO OPERACI KRČNÍ A HRUDNÍ PÁTEŘE.....	26
1.2.1 SPECIFIKA ULOŽENÍ A ZAJIŠTĚNÍ POLOHY PACIENTA	27
1.2.2 SPECIFIKA SLEDOVÁNÍ STAVU PACIENTA.....	29
1.2.3 SPECIFIKA V OBLASTI VÝŽIVY PACIENTA.....	30
1.2.4 SPECIFIKA ZAJIŠTĚNÍ HYGIENICKÉ PÉČE PACIENTA	31
1.2.5 SPECIFIKA V OBLASTI VYPRAZDŇOVÁNÍ PACIENTA.....	31
1.2.6 SPECIFIKA REHABILITAČNÍ PÉČE PACIENTA	32
1.2.7 SPECIFIKA ZAJIŠTĚNÍ SPÁNKU A ODPOČINKU U PACIENTA	32
1.2.8 SPECIFIKA EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ 32	
1.2.9 SPECIFIKA PSYCHIKY ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO PACIENTA	33
2 PRAKTICKÁ ČÁST	35
2.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA PO OPERACI PÁTEŘE.....	35

2.1.1	METODIKA PŘÍPADOVÉ STUDIE	35
2.1.2	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA	36
2.1.3	HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU PACIENTA	38
2.1.4	AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV K 7. POOPERAČNÍMU DNI	39
	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU	39
	VYUŽITÉ HODNOTÍCÍ ŠKÁLY	41
2.2	POSOUZENÍ STAVU PACIENTA DLE NANDA DOMÉN.....	42
2.2.1	PODPORA ZDRAVÍ	42
2.2.2	VÝŽIVA.....	43
2.2.3	VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	43
2.2.4	AKTIVITA A ODPOČINEK	44
2.2.5	VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ	45
2.2.6	VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	45
2.2.7	VZTAHY	46
2.2.8	SEXUALITA.....	46
2.2.9	ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE, ODOLNOST VŮČI STRESU	47
2.2.10	ŽIVOTNÍ PRINCIP.....	47
2.2.11	BEZPEČNOST, OCHRANA	48
2.2.12	KOMFORT.....	48
2.2.13	RŮST, VÝVOJ.....	49
2.3	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE A JEJICH STANOVENÍ DLE PRIORITY	49
2.3.1	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY ZAMĚŘENÉ NA PROBLÉM	49
2.3.2	DIAGNÓZY RIZIKA	50
2.3.3	DIAGNÓZY K PODPOŘE ZDRAVÍ.....	50
2.3.4	DIAGNÓZY TYPU SYNDROMU	50
2.3.5	VYBRANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	50
3	DISKUZE.....	57
4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	60
	ZÁVĚR	61

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
--	-----------

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A

PŘÍLOHA B

PŘÍLOHA C

PŘÍLOHA D

PŘÍLOHA E

PŘÍLOHA F

PŘÍLOHA G

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

aPTT	.....	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
BMI	.....	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
C1–C2	.....	vertebrae cervicales
CRP	.....	C – reaktivní protein
CT	.....	Computer Tomography
D	.....	dech
d.p.	.....	dle potřeby
EKG	.....	elektrokardiogram
EPUAP	.....	European Pressure Ulcer Advisory Panel
emp.	.....	emplastrum (lat.)
GCS	.....	Glasgow Coma Scale
CH	.....	Charierova stupnice
INS	.....	International Classification of Health Interventions
i.v.	.....	intravenózní
JIP	.....	jednotka intenzivní péče
JWO	.....	Jewettova ortéza
MR	.....	Magnetická Rezonance
MTS	.....	metastáze
NaCl	.....	chlorid sodný
NCO NZO	.....	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NRS	.....	Numeric Rating Scale
per os	.....	perorálně
PET – CT	.....	Pozitronová Emisní Tomografie – Computer Tomography
PET – MR	.....	Pozitronová Emisní Tomografie – Magnetická Rezonance
PMK	.....	permanentní močový katétr
RTG	.....	rentgen
s.c.	.....	subkutánně

SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
SpO₂	saturace krve kyslíkem
tbl	tabulettae (lat.)
TF	tepová frekvence
Th1–Th12	vertebrae thoracicae
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
VIP score	Visual Infusion Phlebitis score
WHO	World Health Organization

(VOKURKA, HUGO a kol., 2019)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Benigní – nezhoubný

Defekt – nedostatek, ztráta, chybění, porucha, vada

Dekomprese – odstranění tlaku na určitý orgán

Dekubitus – proleženina; ohraničené odumření tkáně jako následek dlouho trvajících tlaku

Diseminace – rozsev, např. nádoru, či infekce

Elevace – vyzdvižení, vystoupení

Explanační – z angl. explanatory; analýza výsledků klinického pokusu podle skutečně absolvované léčby

Generalizace – rozšíření (na celý organismus či jeho podstatnou část)

Grading – zhodnocení stupně malignity nádoru, zejm. na základě histologických a cytologických kritérií, odráží stupeň diferenciací (zrání)

Hypestezie – snížená citlivost na vnější smyslové podněty, obvykle kůže při některých nervových poruchách

Chemoterapie – léčba chorob chemickými látkami

Inkontinence – neschopnost udržet moč

Intervence – zásah, zakročení, zákrok

Jewetova ortéza – fixační ortéza hrudní páteře sloužící pro vertikalizaci

Karcinom prostaty – označuje vztah k rakovině předstojné žlázy u mužů

Komprese – stlačení, stisknutí

Maligní – zhoubný

Nykturie – časté močení v noci, mnohdy spojené s menším močením

Opioidní anestetikum – látky působící znecitlivění

Paliativní léčba – léčba, která zmírňuje utrpení nevléčitelného onemocnění

Patologická zlomenina – zlomenina vzniklá malým úrazem při onemocnění kostí, v jehož důsledku kost ztratila svou odolnost

Proliferace – bujení, novotvoření, růst

Radioterapie – léčba ozařováním

Redonův drén – polyethylenová několikrát perforovaná hadička, kterou se tekutina odvádí do láhve s podtlakem

Regrese – ústup onemocnění, např. nádoru

Rekonvalescence – zotavení z nemoci

Reiradiace – opakované ozáření

Reverzibilní – zvratný

Stenóza – abnormální zúžení

Vertikalizace – zaujetí vertikální polohy těla, postavení se, obvykle ve smyslu ukončení režimu důsledného pobytu na lůžku

(VOKURKA, HUGO, a kol., 2015)

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 První krční obratel, lat. atlas.....	V
Obrázek 2 Druhý krční obratel, lat. axis.....	VI
Obrázek 3: Souhlas s náhledem do dokumentace a využitím osobních údajů	XIV
Obrázek 4: Souhlas s náhledem do dokumentace a využitím osobních údajů	XV
Obrázek 5: Souhlas pacienta s využitím osobních údajů pro účel průzkumu	XVI
Tabulka 1 Ennekingova klasifikace.....	VIII
Tabulka 2 Glasgow Coma Score – stupnice pro hodnocení poruch vědomí	IX
Tabulka 3 Stupnice pádů Morse – hodnocení rizika pádů.....	X
Tabulka 4 Barthelův test základních všedních činností.....	XI
Tabulka 5 Klasifikace tíže tromboflebitid podle Madonna	XII
Tabulka 6 Hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	XII

ÚVOD

Nádorová onemocnění jsou jedním z častých problémů medicíny a zároveň oblastí, kde dochází k velkému pokroku v oblasti diagnostiky i léčení. V souvislosti s odvětvím ortopedie a neurologie tvoří onkologická onemocnění páteře úzce spjatý okruh, při jejichž součinnosti může vzniknout ošetrovatelská kazuistika vhodná pro bakalářskou práci. Práce je proto zaměřena na problematiku onkologického pacienta po operaci krční a hrudní páteře s následně vzniklou pooperační neurologickou symptomatikou. Podnětem sepsání bakalářské práce je vlastní zájem o rozvoj znalostí uvedených oborů a případné uplatnění získaných poznatků v praxi na konkrétní klinice. Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část popisuje charakteristiku nádorového onemocnění páteře, rozděluje nádory páteře na primární a sekundární, zabývá se obecnou i specifickou symptomatologií nádorů, diagnostikou, léčbou a komplikacemi vzniklými v souvislosti s léčbou. Významná část teoretického celku pak objasňuje dané onemocnění z pohledu ošetrovatelství, zabývá se specifiky ošetrovatelské péče o onkologicky nemocné pacienty po operaci krční a hrudní páteře, a zahrnuje nejen zvláštnosti časné pooperační péče, ale i péče o psychické a duševní zdraví jedince s onkologickou diagnózou. Druhou částí bakalářské práce je část praktická, která je zpracována formou ošetrovatelské kazuistiky a je věnována konkrétnímu pacientovi. Shrnut je zde celý plán ošetrovatelské péče i ošetrovatelský proces, průběh hospitalizace, edukace pacienta a nechybí ani doporučení pro praxi zaměřené jak pro pacienty, tak pro ošetřující personál. Nedílnou součástí praktické části je také samostatný rozhovor s pacientem, který je zpracován formou již zmíněného ošetrovatelského procesu.

Pro tvorbu teoretické části této bakalářské práce byly vytyčeny následující cíle:

Cíl 1: Popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta po operaci krční a hrudní páteře v souvislosti s onkologickým onemocněním.

Cíl 2: Popsat problematiku onkologického onemocnění u pacienta s primárními i sekundární nádory ve skeletu.

Pro tvorbu praktické části této bakalářské práce byly vytyčeny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat případovou studii s aplikací ošetrovatelského procesu na konkrétního pacienta po operaci páteře.

Cíl 2: Zpracovat a navrhnout doporučení pro praxi vyplývající z poznatků zpracovávání bakalářské práce.

Významná část bakalářské práce je vypracována na podkladě rešeršní činnosti NCO NZO (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) v Brně, Lékařské knihovny Fakultní nemocnice v Brně (viz Příloha A) a dále také za využití vybraných odborných publikací poskytnuté Národní lékařskou knihovnou v Praze a Katalogů knihoven Medvik. Využité odborné publikace byly vydány za časového období od roku 2012 do roku 2022.

Použitá klíčová slova jsou: páteř, NANDA domény, onkologie, ošetrovatelský proces, specifika ošetrovatelské péče.

Popis rešeršní činnosti

Pro vyhledávání odborných publikací byla pro tuto bakalářskou práci s názvem Kazuistika u onkologického pacienta po operaci páteře s neurologickou symptomatikou, v období od října 2021 do března 2022 využita možnost zpracování rešerše v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a Lékařské knihovny Fakultní nemocnice v Brně v českém i anglickém jazyce. Klíčová slova, která byla využita pro zpracování rešerše byla tato: anatomie páteře, hrudní páteř, krční páteř, karcinom prostaty, nádory páteře, onkologie, páteř, pooperační péče po operaci páteře, psychika onkologického pacienta. Pro bakalářskou práci bylo využito 10 odborných publikací. Pro vyhledávání dalších odborných publikací bylo využito elektronické databáze Medvik.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 CHARAKTERISTIKA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ PÁTEŘE

Nádorová onemocnění páteře (páteřního kanálu) jsou častým onemocněním v oblasti centrální nervové soustavy, které mohou prorůstat z obratlových těl, oblouků, míšními obaly, míchou, nervovými kořeny nebo cévy. Nádorová onemocnění páteře jsou riziková zejména pro oblast míchy, kde často dochází k jejímu útlaku nebo k útlaku nervových kořenů. Pokud však léčba není zahájena včas, je zde riziko značných komplikací vedoucích k nenávratným změnám (NAVRÁTIL, a kol. 2021, s. 243). Křístek (2019) též uvádí, že nádorová onemocnění jsou zdrojem závažných komplikací a snížené kvality života pacienta (KŘÍSTEK, a kol., 2019, s. 115). Pokud je zmínka i o kostních metastázách do páteře, jsou pak v několika případech diagnostikovány dříve než primární nádor, a proto je nutné zahájení léčby primárního nádoru (MAJERNÍKOVÁ, a kol., 2016, s. 154). Anatomie páteře viz Příloha B.

1.1.1 NÁDOR A INCIDENCE NÁDORŮ PÁTEŘE

Páteř je oblastí četných výskytů nádorů jak primárních, tak sekundárních metastatických procesů. Nádory pohybového aparátu se dělí na nádory kostí a nádory měkkých tkání, které se dle své povahy dále rozdělují na nádory benigní a maligní (CHALOUPKA a kol., 2012). Tuto skutečnost také uvádí Dungal (2014). Dále se dle **Ennekingovy klasifikace**, určuje stupeň zranění nádoru (grading), rozsah (staging) a případný výskyt metastatických procesů (CHALOUPKA a kol., 2012, s. 32–33). Benigní nádory pak Ennekingova klasifikace dělí na latentní, aktivní a agresivní (ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ a kol., 2016). Nýdrle (2017) uvádí, že nádory benigní povahy se rozlišují na neaktivní, aktivní a agresivní, které mohou svým rázem ohrozit okolí, jsou ohraničené a nemetastazují. Maligní tumory se pak dělí na tumory s nízkým stupněm agresivity, vysokým stupněm agresivity a metastázy (NÝDRLE, 2017). Primární nádory kostí mají 1% zastoupení ve všech nádorových onemocněních. Sekundární maligní nádory neboli metastázy jsou pak čtenější. Nejčastěji je to především již zmiňovaný karcinom prsu, prostaty, plic, štítné žlázy nebo ledvin (DUNGL, 2014). Ennekingova klasifikace nádorů viz Příloha C. Nádory páteře zaměřené do oblasti míchy se dále dělí na nádory intradurální intramedulární, intradurální extramedulární a extradurální (epidurální) nádory.

Intramedulární nádory se nachází uvnitř míchy, jsou nejčastěji nezhoubné a mohou prorůstat několika míšními segmenty. Extramedulární nádory vyrůstají mimo míchu a extradurální nádory nejčastěji v obratlových tělech. Mezi extramedulární a intramedulární nádory lze zařadit cysty, neurinom, neurofibrom, schwanom, meningeom a leptospinální metastázy (SEIDL, 2015). Navrátil a kol. (2021) uvádí, že nejčastějšími nádory jsou extradurální (60 %), poté nádory intradurální extramedulární (30 %) a nejméně častými jsou pak nádory intradurální intramedulární (10 %), jak uvádí Navrátil a kol. (2019).

1.1.2 PRIMÁRNÍ NÁDORY PÁTEŘE

Mezi nejčastější primárně vzniklé benigní nádory páteře se řadí **hemangiom**, který je dle WHO (World Health Organization) charakterizovaný jako „*benigni neoplastická vaskulární léze*“. Obvykle tento typ nádoru nemá žádné klinické symptomy, avšak u 1 % pacientů se projeví klinickou bolestí v oblasti páteře, či neurologickým postižením (CHALOUPKA a kol., 2013, s. 32–33). Hemangiom je nejčastěji lokalizován buď do obratlového těla, oblouku nebo obou struktur, a to zejména v oblasti dolní hrudní páteře (TOMÁŠ, 2019). Toto tvrzení rovněž uvádí Šprláková – Puková (2016). Mezi další časté primární nádory páteře patří **osteom a osteoblastom**, které se od sebe liší svou velikostí a charakterem, přičemž histologicky jsou od sebe nerozpoznatelné (TOMÁŠ, 2019). Histologicky jsou nerozpoznatelné od **osteoidního osteomu** (ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ, 2016), pro který jsou typické noční bolesti reagující na podání acylpyrinu (TOMÁŠ, 2019). Tyto nádory tedy typicky způsobují bolestivost v oblasti tumoru zejména v noci. Důležitým krokem v diagnostice tohoto nádoru je diferenciací **osteosarkomu**, který se typicky objevuje kolem 40. roku života a vyskytuje se spíše ojediněle (ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ, 2016). Osteosarkom se vyvíjí z okostice a rychle metastazuje. Nejčastěji bývají zasaženy plíce, mozek a další kosti **Chondrom** (benigní) a **chondrosarkom** (maligní) jsou nádory vycházející z tkáně meziobratlové ploténky. Klinicky se projevují radikulopatií, myelopatií, či dysfunkcí sfinkterů (TOMÁŠ, 2019). Chondrosarkom je pomalu rostoucím nádorem vyskytujícím se nejčastěji na obratlích, který zřídka kdy metastazuje (NÝDRLE, 2017).

Ewingův sarkom je povahově podobný osteosarkomu (NÝDRLE, 2017) a řadí se mezi nejčastější nádory páteře u dětí (ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ, 2016). Jde o značně maligní nádor způsobující časté metastázy, který roste v dřevných dutinách dlouhých kostí, páteři, případně pánevní kosti (TOMÁŠ, 2019). Charakteristický obraz Ewingova syndromu je dle RTG (rentgen) snímku sporadicky se rozkládající kostní tkáň s neostře ohraničenými okraji, progresse nádoru do měkkých tkání a rychlá progresse šíření do okolní tkáň. Incidence Ewingova sarkomu je zhruba 2,9 případů na 1 milion nemocných mladších 20 let. Mezi další primární nádory maligního typu se řadí **mnohočetný myelom**, u kterého lze na rentgenovém snímku vidět projasnění na dlouhých kostech, žebrech obratlích (NÝDRLE, 2017). Je charakterizovaný nádorovou proliferací a hromaděním maligních plazmatických buněk v kostní dřeni (TOMÁŠ, 2019). Mezi časté symptomy patří bolesti kostí, infekce způsobené imunosupresivní léčbou, změny v krevním obraze (anemie, leukopenie, trombocytopenii). Tomáš (2019) dále uvádí příznaky jako je myelomová nefropatie, poruchy hemostázy, hyperviskozita nebo poruchy v oblasti nervové systému. Dalšími častými nádory jsou osteoklastom, juxtakortikální osteosarkom, osteochondrom nebo chondroblastom (TOMÁŠ, 2019). Šprláková – Puková (2016) také dále uvádí enostózu, aneuryzmatickou kostní cystu, meningeom nebo obrovskobuněčný nádor (ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ, 2019).

1.1.3 SEKUNDÁRNÍ NÁDORY PÁTEŘE

Sekundární nádory páteře se vyznačují jako metastázy. Metastázy ve skeletu se objevují asi u 70 % pacientů se zhoubným onemocněním, kdy v dospělém věku je to nejčastěji z karcinomu plic, prsu, ledvin, prostaty, nebo štítné žlázy (KŘÍSTEK a kol., 2019), zřídka kdy i z karcinomu žaludku, močového měchýře nebo dělohy (DUNGL, 2014), a v dětském věku jsou to nejčastěji leukémie, Wilmsův nádor, retinoblastom nebo neuroblastom. Metastázy se do páteře šíří hematogenně, lymfaticky, z mediastina nebo retroperitonea (CHALOUPKA a kol., 2013). Tato nádorová onemocnění mají tedy tendenci přednostně metastazovat do skeletu a jsou společně zodpovědné asi za 80 % skeletálních metastáz. Metastázy do skeletu bývají často asymptomatické, anebo se naopak vyznačují silnou bolestivostí, kompresivními syndromy nebo deformitami páteře a negativně ovlivňují kvalitu pacientova života.

Další symptomy viz kapitola Symptomatologie nádorů páteře. Důležitým krokem v léčbě těchto nádorových onemocnění je tedy snaha o zachování co nejlepší kvality života, stability celé páteře a omezení bolestivosti (KŘÍSTEK a kol., 2019). Pro zhodnocení potencionální operativní terapie se využívá McLaionovy – Weinsteinovy klasifikace, která popisuje lokalizaci a šíření zdroje metastázy (ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ, 2019).

1.1.4 SYMPTOMATOLOGIE NÁDORŮ PÁTEŘE

Prvním příznakem, se kterým pacient přichází k lékaři je především lokální bolestivost zad ostrého, či tupého charakteru nereagující na léčbu analgetiky či antiflogistiky, která se zpočátku může objevovat pouze při určité zátěži (DOUŠA a kol., 2021). Mezi symptomy charakterizující nádory páteřního kanálu se řadí zejména noční bolest, která je způsobena útlakem Batsonova žilního plexu. Ráz bolesti bývá většinou pálivý a propagující se. Později se mohou vlivem postupujícího onemocnění rozvíjet neurologické příznaky, jako jsou míšní syndromy, parézy, hypestezie nebo dysestézie. Pokud je ložisko lokalizováno do oblasti cauda equina, může dojít k poruše vyměšování (ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ, 2019). Z dalších objektivních obtíží je to pak zjevné zduření citlivé na dotek nebo ze zobrazovací metody zjištěná patologická fraktura, která může způsobit další symptomy a následné komplikace. Mezi další příznaky, které mohou souviset s obecně nádorovým onemocněním jsou subfebrilie až febrilie, slabost, nevykonnost či úbytek hmotnosti, věk pod 20 nebo nad 55 let a kachektizace nejasného původu (ŠRÁMEK, 2015). Další symptomy pak vyplývají z lokalizace primárního nádoru (DOUŠA a kol., 2021). Varovným signálem by měla být především onkologická diagnóza v rodinné anamnéze. Nejčastějším zdrojem metastázy do páteře jsou karcinom prostaty, plic, kolorektální karcinom, karcinom prsu nebo ledvin. Příznaky se tedy poté rozvíjejí z primárního zdroje. Mezi další specifické symptomy se rovněž řadí psychické obtíže vzniklé v souvislosti s onkologickým onemocněním (ŠRÁMEK, 2015). Marco (2018) ve své publikaci popisuje, že klinický obraz metastázy v oblasti krční a hrudní páteře je vysoce závislý na rozsahu nálezu a nestabilitě páteře, proto v mnoha případech může být obraz nemoci asymptomatický, nebo se projevovat jako axiální bolestivost, radikulopatie nebo neurologický deficit (MARCO, 2018).

1.1.5 DIAGNOSTIKA

Prvním krokem v diagnostice nádorů či metastatických procesů na páteři je odlehčování zátěže na páteř a odeslání pacienta k dalšímu došetření na interní pracoviště (DUNGL, 2014). Nedílnou součástí každé diagnostiky je nepochybně podrobná anamnéza pacienta. Základními údaji jsou pohlaví a věk nemocného, od kterých lékař může téměř postupně stanovit, o jaký druh nádoru by se mohlo jednat. Pokud pacient přichází s příznaky, které by mohly vést k diagnostice určitého typu nádoru, je důležité položit otázku především na období trvání obtíží a závislost na denní době, či pohybu (DOUŠA a kol., 2021). Dále je značně důležitá rodinná anamnéza, konkrétně výskyt onkologické diagnózy u rodičů, prarodičů či jiných příbuzných (DUNGL, 2014). Důležitou otázkou je také pracovní anamnéza, kdy je pacientovi v případě zvýšené fyzické zátěže doporučena změna pohybového režimu (NÝDRLE, 2017). Základem diagnostiky je rovněž komplexní neurologické vyšetření, které by mělo zahrnovat testování svalové síly pacienta, citlivost, reflexy, a především vyšetření na hyperreflexii (MARCO, 2018). Výsledky laboratorních vyšetření jsou většinou nespecifické. Základem je vyšetření hodnot krevního obrazu společně s diferenciálním počtem jednotlivých krevních elementů, z biochemického vyšetření hodnoty sedimentace erytrocytů, C-reaktivního proteinu, fibrinogenu, fosfátů, hladinu vápníku, dále také jaterní a ledvinné funkce. V některých případech je pacient vyšetřován i za pomoci sternální punkce, která může být také vhodnou diagnostickou metodou pro rozpoznání některých typů nádorů. Pro některá nádorová onemocnění existují specifické protilátky, tzv. nádorové markery (DOUŠA a kol., 2021). Pokud by v diagnostice primárních nádorů páteře byla využita metoda rentgenu, která se zpravidla provádí ve dvou projekcích, lze již na základě lokalizace ložiska, věku pacienta nebo primárního zdroje konstatovat, o jaký proces by se mohlo jednat, a jak v léčbě postupovat. Přesnější diagnostickou metodou je však CT (Computer Tomography) a zejména pak **magnetická rezonance** (ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ, 2016). Magnetická rezonance určí lokalizaci a rozsah nádoru. Popisuje změny v oblasti míchy, páteřním kanálu, obratlích a paravertebrálních tkáních. Pokud je magnetická rezonance kontraindikována z jakéhokoliv důvodu, lze využít vyšetření **perimyelografie** a **odběr mozkomíšního moku**, ze kterého lze také získat mnoho informací sloužící k dalšímu léčebnému postupu (SEIDL, 2015).

Pro rozpoznání sekundárních nádorů páteře je nejvhodnější diagnostickou metodou **RTG snímek** hrudníku a plic, sonografie ledvin, parenchymatózních orgánů a lymfatických uzlin břicha a štítné žlázy. Dále také vyšetření prostaty, gynekologické vyšetření a mammografie (DUNGL, 2014). Nejspolehlivější metodou pro zjištění plicních a orgánových metastáz na páteři je však **počítačová tomografie neboli CT**, popřípadě snímek z již zmiňované magnetické rezonance, který určí míru úbytku kostní tkáně a riziko patologické fraktury. Pro zjištění diseminace je určeno vyšetření **SPECT** (Single Photon Emission Computed Tomography), neboli jednofotonové emisní počítačové tomografie. Na snímku **PET–CT** (pozitronová emisní tomografie–computer tomography) nebo **PET–MR** (pozitronová emisní tomografie–magnetická rezonance) může být diagnostikována generalizace tumoru. Při nejasnostech odhalení metastázy za pomoci zobrazovacích metod je možné ověřit charakter přítomného ložiska pomocí odběru na biopsii (KŘÍSTEK a kol., 2019). Hlavním cílem biopsie je odebrat vzorek tkáně k histologickému vyšetření a zamezit vzniku rozvoje komplikacím s daným výkonem souvisejících. Mezi tři základní typy biopsie patří punkční biopsie, otevřená a perioperační (DUNGL, 2014).

1.1.6 KOMPLIKACE

Komplikace léčby nádorových onemocnění páteře mohou být jak operační, tak související s radioterapií. Největším rizikem operačního řešení na páteři je těsná blízkost míchy, která může při narušení způsobit ireverzibilní stav (SLÁVIK, 2016). Komplikací při radioterapii může v průběhu ozařování být i vznik tzv. flare–up fenoménu, kdy dochází k přechodnému zhoršení bolestí. Jako prevenci gastrointestinálních obtíží se podávají antiemetika dle ordinace lékaře. Dále může dojít k hematologické toxicitě v případě ozařování větších objemů. Významným rizikem léčby pomocí radioterapie je také vznik patologické fraktury, a proto je nutné před zahájením léčby zjistit míru rizika vzniku a popřípadě zvolit jinou léčebnou intervenci – stabilizační výkon na páteři. Pokud je však tato léčebná intervence kontraindikována, lze předejít vzniku patologické fraktury vnější stabilizací. Další závažnou akutní komplikací může být vznik syndromu míšní komprese. Syndrom míšní komprese vzniká buď náhle, nebo postupnou kompresí míchy nádorovými úlomkami při patologické fraktuře,

a to nejčastěji v oblasti hrudní páteře (SLÁVIK, 2016). Komplikace nastávající z radioterapie jsou tím významnější, čím později se po léčbě objeví. Typickým příkladem je reverzibilní edém bílé hmoty, který se objevuje již v období léčby a může trvat týdny až měsíce po ukončení radioterapie. Další významnou pozdní komplikací je tzv. glióza neboli zmnožení gliových buněk v nervové tkáni, která může vzniknout následkem psychických změn onkologicky nemocného pacienta. Postradiační nekróza je další pozdní komplikací radioterapie, která se chová jako nádor, magnetická rezonance ji není schopna rozlišit od recidivy nádoru a nemá kauzální léčbu (SEIDL, 2015).

1.1.7 LÉČBA

Léčbu nádorů páteře indikuje lékař dle primární diagnózy, celkového stavu pacienta, dle neurologických obtíží, stability páteře a lokalizace tumoru (GROSMAN, 2016). Prognóza u pacientů s metastázemi kostí je všeobecně poměrně nepříznivá a vždy závisí na typu primárního nádoru a na výskytu metastázy (SLÁVIK, 2016). S vývojem nových metod léčby, ať už se jedná o rozvoj v oblasti léčby pomocí chemoterapie, imunoterapie, hormonální terapie nebo biologické léčby se však prognóza onkologických pacientů výrazně mění a zlepšuje (DUNGL, 2014). Každé nově vzniklé onkologické onemocnění vyžaduje individuální přístup, individuální konzultaci s onkologem, či jinými specialisty podílející se na diagnostice i léčbě onkologického onemocnění. Vzhledem k rozvoji medicíny 21. století je zde spousta způsobů, které mohou jak pozitivně, tak i negativně ovlivnit diagnostiku i léčbu onkologického pacienta. Dle Dungle (2012) jsou to faktory známého, či neznámého primárního ložiska, dále také věk pacienta, lokalizace nádoru, jeho charakter a rozsah, charakter bolesti, celkový stav pacienta, prognóza onemocnění, kurabilita základního typu nádoru a odpověď na dosavadní léčbu, radiosenzitivita, přítomnost patologické zlomeniny, neurologické léze, vaskularizace ložiska, riziko a rozsah operačního výkonu, druh nádoru a odpověď na léčbu a počet ložisek (DUNGL, 2012).

Onkologickou terapii zaměřující se na nádory páteře lze rozlišit na léčbu operační a léčbu za pomoci ozařovacích metod (DOUŠA a kol., 2021). Operační řešení kostních metastáz lze rozdělit dle radikality na paliativní operace, intralézionální a marginální

operace a en block operace. Dle místa postižení se operace na páteři mohou dělit na thorakolumbální operace a na operace v oblasti kosti křížové (GROSMAN, 2016).

U nádorů, kde nehrozí bezprostřední riziko vzniku patologické fraktury je primárně indikována chemoterapie a v případě příznivých výsledků dané léčebné metody pak lékař indikuje operativní terapii (DUNGL, 2014). Dle Dungle (2014) se mohou operace na páteři rozdělit na výkony adaptační, které vedou ke zlepšení ošetření pacienta v terminálním stádiu nemoci, dále odlehčovací výkony s cílem deliberace a zmenšení nádoru při prognóze vyšší, než 3 měsíce, stabilizační operace, které se provádí při riziku vzniku patologické fraktury a paliativní výkony provádějící se za účelem odstranění ložiska. V neposlední řadě je zmíněna i léčba kurativní, která se provádí po odstranění primárního nádoru, či metastázy u pacientů s prognózou alespoň 12 měsíců (DUNGL, 2014).

Paliativní neboli resekční operace je indikována v případě rychle se zhoršujícího se neurologického nálezu, dle doby prognózy onemocnění, a dále také při výrazné nestabilitě páteře. Příkladem paliativní operace provádějící se na páteři je prostá dekomprese, kdy je provedeno uvolnění páteřního kanálu vedoucí k uvolnění nervových struktur. Další možností je dekomprese spojená se stabilizací páteře, která slouží k zajištění fixace celé páteře zejména u patologických fraktur, a dále také jako prevence dalších neurologických obtíží. U intralézionálních a marginálních operací dochází k úplnému odstranění kostní metastázy a ke stabilizaci páteře. Tato operační intervence je indikována u pacientů, kdy je páteř do období 6 měsíců dobře komponována a nehrozí zvýšené riziko dalších komplikací. Operace en bloc jsou indikovány u pacientů v relativně dobrém zdravotním stavu a provádí se odstranění celého obratle (GROSMAN, 2016). Pokud se však jedná o primární nádor páteře, jako je mnohočetný myelom nebo lymfom, zřídka kdy je chirurgická dekomprese vzhledem k dobré odpovědi na radiační terapii indikována (BILSKY, LAUFER, 2020).

Další možností léčby onkologických onemocnění páteře jsou ozařovací metody, konkrétně radioterapie. Hlavním cílem radioterapie je zmírnění bolesti a zpevnění kostí, jako je kupříkladu prevence vzniku patologické fraktury (SLÁVIK a kol., 2016). V případě riziku vzniku patologické fraktury je před zahájením radioterapie vhodné zajistit vnější stabilitu páteře pomocí vnější fixace, jako je límec, Jewetova ortéza nebo bederní pás. Pokud je zmínka o jednorázovém ozařování, je zde několik skupin, které jsou k danému

výkonu kontraindikovány. Jsou to pacienti, kteří již prodělali předchozí zákrok na páteři, u pacientů, kde by mohla vzniknout patologická fraktura, po ortopedických stabilizacích, u pacientů v dobrém stavu s dobrou prognózou a u pacientů, kde by byla reiradiace problematická (SLÁVIK, 2016). K léčbě symptomatické patří redukce otoků za pomoci kortikoidů, dále také tlumení bolesti za pomoci různě silných analgetik, tlumení nauzey a zvracení (SEIDL, 2015).

1.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PO OPERACI KRČNÍ A HRUDNÍ PÁTEŘE

Ošetrovatelská péče o onkologického pacienta po operaci páteře má mnoho specifíků, jak v oblasti uložení, polohy, sledování, výživy, vyprazdňování, hygieny, rehabilitace nebo spánku. Důležitou součástí specifíků péče u konkrétního onemocnění je také psychická podpora nemocného ošetřujícím personálem a péče o psychické a duševní zdraví jedince. Vhodnou metodou pro posouzení a systematické zaznamenávání pooperační ošetrovatelské péče u pacientů, je **využití hodnotících a měřících škál**. Sestry a další ošetroující personál získávají s pomocí hodnotících škál přehledné informace o stavu pacienta, které jsou nepostradatelné pro další kroky ošetrovatelského procesu (CETLOVÁ, 2012). Ve fázi posouzení pacienta v rámci ošetrovatelského procesu slouží hodnotící škály jako doplňková metoda, za pomoci kterých lze identifikovat a kategorizovat rizikové pacienty, a objektivně hodnotit jejich potřeby. Hodnotící škály se orientují na pojetí pacienta z pohledu emocionálního, behaviorálního nebo sociálního, a vytváří pomyslný obraz o schopnostech a dovednostech nemocného (SLEZÁKOVÁ, 2014). Hodnotícími a měřícími škálami lze hodnotit stav vědomí pacienta, psychiky, stupeň bolesti, soběstačnosti, dále také stupeň poškození celistvosti kůže nebo kvalitu života pacientů s neurologickým onemocněním (SLEZÁKOVÁ, 2014). **Ošetrovatelský proces** (dále jen OP) je definován různými českými i zahraničními autory. Dle Kudlové z roku 2016 je OP definován jako „*racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče; představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají; zajišťuje kontinuitu péče a vyžaduje konkrétní odpovědnost od každého člena ošetrovatelského týmu; metoda má také pozitivní význam pro pacienta, neboť aktivně zapojuje do péče nejen pacienta samotného,*

ale i jeho blízké“. Další definicí je „*organizační rámec pro profesionální ošetrovatelskou praxi, proces kritického myšlení sester pro poskytování nejlepší péče pacientovi“*, kterou ve své literatuře uvádí Ackley z roku 2017 (PLEVOVÁ, 2018). Ošetrovatelský proces lze v současné době definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetrovatelské péče, kterou lze poskytovat jak jedinci, tak i skupině (PLEVOVÁ, 2018). Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází/kroků, kterými jsou posouzení (sběr, třídění a záznam údajů), diagnostika (stanovení ošetrovatelské diagnózy), plánování (stanovení ošetrovatelského plánu), realizace (provedení ošetrovatelských intervencí) a zhodnocení (analýza). **Fáze posouzení** zahrnuje zejména sběr subjektivních i objektivních dat o pacientovi, a celkové zhodnocení jeho stavu. Mezi subjektivní informace patří zejména pocity pacienta a mezi objektivní informace se řadí informace získané pozorováním pacienta nebo fyzikálním vyšetřením (PLEVOVÁ, 2018). **Diagnostika** je druhou fází, která se zaměřuje na rozbor již získaných dat o pacientovi a na základě těchto informací lze v další fázi ošetrovatelského procesu sestavit ošetrovatelský plán a ošetrovatelské diagnózy (PLEVOVÁ, 2018). Třetí fáze neboli **fáze plánování** vymezuje ošetrovatelské intervence za účelem prevence vzniku dalších možných obtíží a stanovuje krátkodobé i dlouhodobé cíle. Jestliže jsou stanoveny intervence a cíle, přichází na řadu fáze realizace. Ve **fázi realizace** se sestra snaží ve spolupráci s pacientem aplikovat intervence, které si stanovila a naplnit vytyčený krátkodobý, nebo dlouhodobý cíl. Důležité je vždy znát stav pacienta před počátkem realizace intervencí. Poslední fází ošetrovatelského procesu je **vyhodnocení**, při které sestra zjišťuje, zda dosáhla stanovených cílů. Celý ošetrovatelský proces je nutné zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace (PLEVOVÁ, 2018).

1.2.1 SPECIFIKA ULOŽENÍ A ZAJIŠTĚNÍ POLOHY PACIENTA

Ošetrovatelská péče začíná převzetím stabilizovaného pacienta z předsálí nebo operačního sálu společně s převzetím dokumentace pacienta (LIBOVÁ a kol., 2019). Pacient je po operaci krční a hrudní páteře uložen na rovné monitorované lůžko na JIP (jednotce intenzivní péče) ortopedické, popřípadě traumatologické kliniky v poloze na zádech. Vzhledem ke skutečnosti, že je operace prováděna v oblasti krční páteře, kde je v těsné blízkosti uložen mozkový kmen a prodloužená mícha, může u pacienta dojít

ke komplikacím vedoucí k zástavě dýchání a srdeční činnosti, a proto je nezbytné nemocného uložit na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KACHLÍK, 2019). Pokud pacient prodělal současně operaci v oblasti krční i hrudní páteře, je při příjezdu z operačního sálu zpravidla uložen v poloze na zádech, a to až do stabilizace stavu. Pokud pacient zaujímá jinou polohu, je důležité dbát na dobré rozpětí plic, na pravidelné změny poloh, vzniku pooperačních flebotrombóz a vzniku dekubitů (SLEZÁKOVÁ, a kol., 2012). Posouzení rizika vzniku dekubitů u pacienta lze zhodnotit dle stupnice **Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové**. Hodnotícími oblastmi jsou schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další nemoci, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, inkontinence a aktivita. Každé oblasti je poté přiřazen určitý počet bodů v závislosti na celkovém stavu pacienta (CETLOVÁ, 2012). Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové viz Příloha D. Jako prevenci vzniku dekubitů hraje velký význam pravidelné polohování pacienta a péče o predilekční místa (místa, která jsou vystavena enormnímu nátlaku (SLEZÁKOVÁ, 2012). Pokud je operace prováděna pouze v oblasti páteře krční, je vhodné pacienta uložit do Fowlerovy polohy pro možnost lepšího dýchání (LIBOVÁ, 2019). U pacientů, kteří již v pooperačním období vertikalizují je důležitým aspektem sledovat riziko vzniku pádů, které lze v ošetrovatelství hodnotit dle měřicí škály **Hodnocení rizika pádů dle Morse**. V této oblasti lze hodnotit výskyt pádů za poslední 3 měsíce, přítomnost komorbidit, potřebu pomůcek při chůzi, zavedené invazivní vstupy a psychický stav pacienta. Pacient může získat minimálně 0 bodů, maximálně 125 bodů. Pokud je součet bodů nižší, než 25 lze pacienta zařadit do nízkého stupně rizika. Pokud je součet bodů 25–45, je u pacienta indikováno střední riziko pádů, vysoké riziko pak nad 45 bodů (MZČR, 2020). Pro zhodnocení stupně soběstačnosti pacienta v oblasti základních všedních činností pak slouží hodnotící škála **Barthelův test základních všedních činností**, kde hodnotícími aspekty jsou najedení, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze po schodech. Každému hodnotícímu aspektu jsou poté přiděleny body dle úrovně soběstačnosti konkrétního pacienta (CETLOVÁ, 2012). Barthelův test základních všedních činností viz Příloha D.

1.2.2 SPECIFIKA SLEDOVÁNÍ STAVU PACIENTA

Ošetrovatelská péče a sledování stavu pacienta začíná při převzetí pacienta z předšálí operačního sálu. Při příjezdu na jednotku intenzivní péče se u pacienta po operaci páteře se časovaně, a dle indikace lékaře sledují fyziologické funkce (LIBOVÁ, 2019), jako je krevní tlak, srdeční akce, případné změny na EKG (elektrokardiografie), dechovou frekvenci, saturaci krve kyslíkem, stav vědomí a návrat reflexů (LIBOVÁ, 2019). Stav vědomí lze posoudit dle hodnotící škály **Glasgow Coma Scale** (JANÍKOVÁ, 2013), dále jen GCS. Výsledné skóre lze vypočítat ze tří hodnot, kterými jsou otevření očí, nejlepší motorická odpověď a nejlepší slovní odpověď. Pacient může získat minimálně 3 body a maximálně 15 bodů. 15 bodů lze přisuzovat pacientovi, který nabývá plného vědomí. Pokud má pacient lehkou poruchu vědomí, výsledek GCS je 13 až 14 bodů. 9 až 12 bodů dostane pacient, který má střední poruchu vědomí a pokud se výsledek GCS rovná 3 až 8 bodům, lze u něj předpokládat závažnou poruchu vědomí (CETLOVÁ, 2012). Vzhledem k prodělané celkové anestezii se u pacienta mohou projevit známky zvracení, či nauzey a další symptomy s tím spojené, které sestra u nemocného musí monitorovat a případně aplikovat medikaci dle ordinace lékaře a sledovat jejich efekt. Velký důraz se rovněž klade na sledování bolesti a analgezií pacienta (JANÍKOVÁ, 2013). Bolest je častý projev, který se v bezprostřední pooperační době objevuje vzhledem k odeznění anestetik (SLEZÁKOVÁ, 2012). Bolest lze u nemocného hodnotit dle vizuální analogové škály (VAS) nebo číselné hodnotící škály (NRS) (LIBOVÁ, 2019). **Numeric Rating Scale (NRS)** je hodnotící škála bolesti od 0 do 10 nebo od 0 do 100, kdy pacient subjektivně hodnotí svoji bolest, přičemž 0 označuje stav, kdy pacient nepocítuje žádnou bolest a 10 (100) je označení pro nejvyšší možnou bolest (ROKYTA a kol., 2018).

Dalším důležitým aspektem je sledování vzhledu a okolí operační rány přes obvaz, případné známky krvácení a průsak rány, popřípadě provedení převazu za dodržení aseptických podmínek. Důležité je také sledovat množství a charakter odsátého obsahu z drénů za současné kontroly hodnot krevního obrazu, které indikuje lékař. V rámci výkonu na páteři se obvykle využívá Redonova drénu, který aktivně odsává tekutinu vyvolávajícím pod tlakem (LIBOVÁ, 2019). Vzhled kůže sestra sleduje nejen v okolí operační rány, ale také v místě okolí zavedení invazivních vstupů jako je periferní nebo centrální žilní

katétr a permanentní močový katétr. Hodnocení stavu místa vpichu a okolí zavedeného žilního vstupu lze hodnotit dle **Maddonovy stupnice**, kdy stupeň 0 charakterizuje stav, kdy není bolest ani reakce v okolí. Stupeň 1 popisuje bolest, bez reakce v okolí, stupeň 2 bolest a zarudnutí, stupeň 3 bolest, zarudnutí, otok anebo bolestivý pruh v průběhu žíly a stupeň 4 charakterizuje hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly (CETLOVÁ, 2012). Sestra rovněž monitoruje i lokální známky zánětu jako jsou tumor, dolor, calor, rubor a functio lesae. Z laboratorních hodnot je vhodné sledovat již zmiňované hodnoty krevního obrazu, jako jsou erytrocyty, leukocyty, trombocyty, hemoglobin a hematokrit. Dále také základní biochemické vyšetření, kde lze sledovat zejména iontogram a ledvinné funkce. Koagulační vyšetření je také nezbytnou součástí laboratorních vyšetření. Ze zobrazovacích metod je obvykle v následujících pooperačních dnech využíván zejména nativní RTG vyšetření (JANÍKOVÁ, 2013). Nezbytnou součástí monitoringu pooperačního stavu je rovněž sledování neurologických projevů pacienta jako jsou hybnosti a cití, parestezie prstů, končetin, křeče, záškuby svalů nebo zvýšená nervosvalová dráždivost. Důležité je též sledování případných známek trombembolické nemoci a jejich prevence za pomoci aplikace nízkomolekulárního heparinu a aplikací kompresivních punčoch nebo bandáží za pomoci obvazových technik na dolní končetiny (LIBOVÁ, 2019).

1.2.3 SPECIFIKA V OBLASTI VÝŽIVY PACIENTA

Vzhledem ke ztrátě tělesných tekutin v perioperačním období se v den operačního výkonu nahrazuje perorální příjem tekutin parenterálním podáním infuzních roztoků (SLEZÁKOVÁ, 2012). Toto tvrzení uvádí rovněž Libová (2019). V některých případech je indikováno zavedení enterální výživy. 1. pooperační den je pacientovi podávána dieta č. 1 vzhledem k riziku aspirace. Další dny je pacientovi nabízena dieta buď dle doporučení nutričního terapeuta, nebo dle celkového stavu pacienta. Nejčastěji je to však dieta č. 3. Pokud se jedná o onkologicky nemocného pacienta, je vhodné tedy doporučit návštěvu nutričního terapeuta a zvolit dietu č. 11 (JANÍKOVÁ, 2013).

1.2.4 SPECIFIKA ZAJIŠTĚNÍ HYGIENICKÉ PÉČE PACIENTA

Hygiena je prováděna ve spolupráci s ošetřujícím personálem dle míry soběstačnosti pacienta (JANÍKOVÁ, 2013). V rámci hygieny je rovněž důležitá prevence vzniku dekubitů. V této oblasti všeobecná sestra používá přípravky hydratující pokožku a řádně pokožku vysouší. Dekubitus lze charakterizovat jako defekt vzniklý na predilekčních místech (např. týlní kost, lopatky, lokty, kost křížová, kost patní, spánková kost, ucho, ramenní kloub, hřeben kosti kyčelní, kolenní klouby, čelo, nos, brada, žebra a palce) vystavených působením tlaku (VYTEJČKOVÁ, 2015). Dle EPUAP z roku 2014 se dekubity rozdělují na dekubitus I. stupně (neblednoucí erytém), který je charakterizovaný neporušeným kožním krytem s neblednoucím zarudnutím v lokalizované oblasti. U dekubitu II. stupně (částečná ztráta kožního krytu) dochází k tvorbě mělkého otevřeného vředu s růžovočervenou spodinou bez povlaku. U dekubitu III. stupně (úplná ztráta kožního krytu) může být viditelný podkožní tuk a hloubka dekubitu se liší dle lokalizace (čím více tukové tkáně, tím se tvoří hlubší dekubitus). Dekubitus IV. stupně je charakterizovaný úplnou ztrátou kůže a podkoží. Neklasifikovatelným dekubitem je takový dekubitus, u kterého došlo k úplné ztrátě kožního krytu a jeho spodina je pokryta povlakem nebo krustou. Pokud je podezření na poškození hlubokých tkání a hloubka dekubitu je neznámá, příčinou je pak poškození měkkých tkání vzniklých působením tlaku (NCO NZO, 2020).

1.2.5 SPECIFIKA V OBLASTI VYPRAZDŇOVÁNÍ PACIENTA

Ve většině případů má pacient zavedený permanentní močový katétr (SLEZÁKOVÁ, 2012). Důležitým aspektem je sledování diurézy, tedy příjmu a výdeje tekutin, barvy moči, příměsí a měření specifické hustoty moči, která by měla být dle fyziologického rozmezí 1015–1035 kg/l (LIBOVÁ, 2019). V souvislosti se zavedením permanentního močového katétru může dojít ke vzniku močové infekce, která se poté léčí antibiotiky a dostatečnou hydratací pacienta (LIBOVÁ, 2019). Podstatnou úlohou je rovněž sledování odchodu stolice a plynů, dostatečný příjem tekutin, vhodné stravy a případné podpoření střevní peristaltiky medikací dle ordinace lékaře (SLEZÁKOVÁ, 2012).

1.2.6 SPECIFIKA REHABILITAČNÍ PÉČE PACIENTA

Realizace časné pooperační rehabilitace ve spolupráci s fyzioterapeutem je důležitým krokem pro následně kladně se vyvíjející rekonvalescenci pacienta (LIBOVÁ, 2019). Vzhledem k tomu, že ortopedické operace představují významné riziko vzniku tromboembolické nemoci, součástí rehabilitace je i její nefarmakologická prevence, kam se řadí již zmiňovaná časná mobilizace pacienta, bandážování dolních končetin za pomoci kompresivních punčoch nebo elastických obinadel, dále také dostatečná hydratace pacienta a pravidelné cvičení dolních končetin. Vyšší riziko pak představují skupiny pacientů léčící se s dalšími komorbiditami, jako je obezita, užívání hormonální antikoncepce, kouření nebo dlouhodobá imobilita nemocného. Z farmakologické léčby, která nastupuje již v předoperačním období se pak využívají nízkomolekulární hepariny (LMWH), dále pentasacharidy, kumarinové preparáty nebo nová perorální antikoagulancia (NOAC) (LOŠŤÁK, GALLO, 2017). U pacientů s maligním onemocněním je rovněž zvýšené riziko vzniku tromboembolického onemocnění. Mezi rizikové faktory u onkologicky nemocného pacienta se řadí zejména operace, hospitalizace, transfuze červených krvinek nebo destiček nebo zavedení centrálního žilního katétru (HIRMEROVÁ, a kol., 2021).

1.2.7 SPECIFIKA ZAJIŠTĚNÍ SPÁNKU A ODPOČINKU U PACIENTA

Za hospitalizace je vhodné zajistit pacientovi dostatečný odpočinek a spánek (LIBOVÁ, 2019). Spánek patří mezi základní lidské potřeby, je důležitý pro správnou funkci organismu a psychické zdraví nemocného. Vzhledem ke změně prostředí a dalším faktorům, které pacienta v nemocničním prostředí ovlivňují, jako je například přítomnost bolesti, emoční nestabilita, strach nebo úzkost je vhodné zajistit dobré podmínky pro odpočinek a spánek. Úlohou sestry je posoudit příčiny vzniku poruch spánku, vytvoření vhodných podmínek pro spánek a snaha o odstranění příčin nespavosti (KOPECKÝ, 2018).

1.2.8 SPECIFIKA EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCIHO PROSTŘEDÍ

Při propuštění do domácího prostředí je vhodné edukovat pacienta o dodržování pooperačního režimu, rehabilitaci, životosprávě, pravidelných kontrolách u ošetřujícího lékaře, režimových opatřeních, včetně pohybového režimu (LIBOVÁ, 2019).

Dále také o nutnosti užívání některých léků, aplikaci antikoagulační léčby a péče o operační jizvu (VYTEJČKOVÁ, 2015).

1.2.9 SPECIFIKA PSYCHIKY ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO PACIENTA

Všeobecně lze hovořit o několika postojích pacienta k onemocnění a pojetí jeho nemoci, mezi které lze zařadit postoj normální, kdy se pacient k dané situaci adaptuje přiměřeně. Bagatelizující přístup k nemoci charakterizuje pacienta, který podceňuje závažnost onemocnění a chvílemi přeceňuje své možnosti, které bývají často ovlivněny strachem z budoucnosti. Další je postoj repudiační, kdy pacient odmítá fakt existence nemoci. Disimulační přístup popisuje vědomé zlehčování nemoci a u hypochondrického postoje má nemocný naopak potěšení z nemoci. Pokud se pacient dožaduje opakovaných vyšetření a má nepřiměřenou obavu, lze hovořit o nozofobním postoji k nemoci. Opakem je postoj nozofilní, kdy nemoc představuje pro nemocného spíše pocit uspokojení. Vystupňovaným nozofilním stavem je pak postoj účelový, kdy pacient hledá únik z neřešitelné situace (DOSTÁLOVÁ, 2016).

V případě psychiky onkologického pacienta je prvním důležitým aspektem vnímat celkový vzhled a věk nemocného. Dalším aspektem v pojetí onkologického onemocnění je zcela jistě chování, verbální projev, gestikulace pacienta, schopnosti, emoce, vůle, inteligence a sociální chování, které mohou mít významný vliv na pochopení situace a mohou být výrazně odlišné od normálu. Temperament člověka taktéž určuje, jakým způsobem pacient může přistupovat k nemoci (DOSTÁLOVÁ, 2016).

Diagnostikované onkologické onemocnění představuje pro pacienta neobvyklou životní situaci, která klade určité životní nároky na adaptaci k nemoci, na kterou nemocný může odpovídat různými způsoby (ZÁŠKODNÁ, 2012). Z pohledu psychologie vede oznámení onkologické diagnózy ke změně identity nemocného (ADAM a kol., 2019). Na základě svých zkušeností s onkologicky nemocnými pacienty popisuje prožívání nemoci E. Kübler – Rossová jako 5 fází. **Fáze popření** (šok, akutní stres) je v této fázi charakterizována především šokem, kdy má nemocný pocit, že se jedná o omyl. Pacient se může chovat dvěma způsoby, buď reaguje aktivací, což značí agitovanost a paniku nemocného, nebo reaguje inhibicí. (ADAM a kol., 2019). **Fázi agrese** (nespecifické obrany), která přichází po odeznění fáze popření lze definovat

jako neschopnost pacienta klidně uvažovat. Nemocný se snaží vyhnat myšlenky z hlavy prací, sportem nebo alkoholem. I u druhé fáze lze popsat dva způsoby pojetí agrese a rozdělit pacienty do dvou skupin, a to podle skutečnosti, zda se pacienti začleňují do společnosti, nebo chtějí být sami a nechtějí, aby je nikdo litoval. **Fáze smlouvání** (specifické obrany) je fáze, kdy se nemocný snaží myslet racionálně, zklidní se a hledá specifické způsoby, jak chorobný stav řešit. Nemocný hledá známé lékaře, zkouší alternativní medicínu a studuje způsoby léčby, které ho mohou z onemocnění vysvobodit. **Fáze deprese** (reaktivní deprese, poruchy přizpůsobení) nastává, pokud se diagnostické a léčebné postupy nevyvíjí pozitivně a dochází k postupnému vyčerpání a pocitu, že v této fázi je již smrt pro pacienta nevyhnutelná. Pokud se však léčba vyvíjí dobře, k fázi deprese nemusí dojít. **Fáze smíření** (přijetí nové identity) je stav, kdy pacient působí na okolí vyrovnaně. Mezi patologické identity však patří i tzv. ustrnutí v roli pacienta, kdy je pacientovi vše odpuštěno a po případném uzdravení musí opět tyto životní otázky řešit (ADAM a kol., 2019).

Jednou z účinné psychosociální pomoci pro onkologicky nemocné pacienty jsou tzv. svépomocné skupiny. Hlavním cílem těchto skupin je sdílení zkušeností, výměna informací a zmírnění odcizení od společnosti. Tyto skupiny jsou určeny pro pacienty zaměřené na nemoc nebo na životní problém. Mezi znaky svépomocných skupin patří zejména rovnocennost, svoboda slova a dojem, že každý může do skupiny přijít dobrovolně a na vlastní zodpovědnost (ZÁŠKODNÁ, 2012).

Psychické zdraví onkologických pacientů lze hodnotit dle **stupnice hodnocení psychického zdraví**. Tato škála obsahuje 15 otázek zaměřených na psychiku pacienta. Pacient vždy odpovídá ANO nebo NE a dle součtu kladných a záporných odpovědí lze vyhodnotit případnou poruchu psychického nebo duševního zdraví (CETLOVÁ, 2012, s. 51). Stupnice hodnocení psychického zdraví viz Příloha D.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA PO OPERACI PÁTEŘE

Tato případová studie (ošetřovatelská kazuistika) byla zpracovávána v červnu 2021 u 60letého onkologicky nemocného pacienta, a realizována v průběhu jeho hospitalizace ve fakultní nemocnici vybraného typu na konkrétní klinice. Pacient byl seznámen se všemi okolnostmi, se zachováním jeho anonymity v celé šíři této bakalářské práce a rovněž vyslovil písemný souhlas s využitím osobních informací (viz Příloha F). Informace pro účely bakalářské práce byly tedy především čerpány z rozhovoru s pacientem, sledováním pacienta a nahlížením do zdravotnické dokumentace (souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace viz Příloha E). Doplnující informace byly zjištěny za pomoci fyzikálního vyšetření a vyšetření za pomoci hodnotících škál. Dále byly dle NANDA II. taxonomie určeny ošetřovatelské diagnózy, které poté byly řazeny sestupně dle priority. Cílem bylo tedy zpracovat komplexní případovou studii s aplikací na konkrétního pacienta se stanovenou onkologickou diagnózou, následnou operační intervencí a skutečnostmi ovlivňující průběh jeho léčby.

2.1.1 METODIKA PŘÍPADOVÉ STUDIE

Metoda případové studie je popis jednotlivého případu osoby, nebo onemocnění s údaji o jeho začátku, průběhu, skutečnostech nebo projevech, které mohly danou situaci ovlivnit. V případě tvorby případové studie je zapotřebí zvolit vhodnou problematiku a stanovit si náležitý cíl. Důležité je mít teoretické i praktické zkušenosti týkající se vybrané problematiky, disponovat dobrými komunikačními schopnostmi, dokázat vhodným způsobem zainteresovat pacienta do průzkumu, získat od pacienta validní informace a dosáhnout optimálního výsledku. V neposlední řadě je důležitým krokem dbát na dodržování etických a zákonných norem. Ve zdravotnictví bývá případová studie nejčastěji nástrojem diagnostickým, explanačním nebo vzdělávacím (CHRASTINA, 2019).

2.1.2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: X. Y.
Věk: 60 let
Pohlaví: muž
Státní příslušnost: česká
Zaměstnání: invalidní důchod
Vzdělání: středoškolské

Alergologická anamnéza: Pacient neguje jakékoliv alergie.

Rodinná anamnéza: Pacientův bratr měl v 60 letech diagnostikovaný karcinom prostaty, matka prodělala karcinom plic a otec karcinom žaludku. Děti jsou zdravé.

Farmakologická anamnéza: Z chronické medikace pacient užívá Calcium cholecalciferol 600/400 tbl. (1–0–0), léková skupina: vápník; Fentanyl 25 ug emp. (1x/ 72 hodin), léková skupina: opioidní anestetikum; Nolpazza 40 mg tbl. (1–0–0), léková skupina: inhibitor protonové pumpy; Prenessa 4 mg tbl. (½–0–0), léková skupina: antihypertenzivum; Rivotril 0,5 mg tbl. (0–0–0–½), léková skupina: benzodiazepin; Tamsulosin 0,4 mg tbl. (0–0–1), léková skupina: antagonist alfa – adrenergických receptorů.

Sociální anamnéza: Pacient žije v rodinném domě s manželkou.

Spirituální anamnéza: Pacient je ateista.

Důvod přijetí uvedený pacientem k 4.6. 2021: Pacient udává, že byl přeložen z jiného nemocničního zařízení z důvodu utlačování hrudní páteře metastází zjištěné na magnetické rezonanci. Subjektivní obtíže pacient neuvádí.

Hlavní medicínská diagnóza pro přijetí: Dekomprese Th2, stabilizace C7, T1 – T3, 4 S4 Element.

Vedlejší medicínské diagnózy: Mezi komorbidity, se kterými se pacient X.Y. léčí patří esenciální hypertenze, normocytární anemie, adenokarcinom prostaty nízké diferencovaný s regresí metastatických procesů do skeletu, jater, plic a sleziny, stav po operaci kýly, stav po operaci krčku kosti stehenní pro benigní tumor, stav po operaci Achillovy šlachy a prodělané infekční onemocnění COVID- 19 s lehkým průběhem

Průběh hospitalizace:

Pacient X.Y. s diagnostikovaným adenokarcinonem prostaty, s četnými metastázemi do jater, plic a nyní s progresí do skeletu, byl přijat z jiného nemocničního zařízení pro četné diseminace metastatických ložisek v oblasti hrudní páteře popsané na magnetické rezonanci, a kompresi druhého hrudního obratle s propagací do páteřního kanálu na CT. Tohoto času tedy docházelo ke stenóze páteřního kanálu, a proto byla lékařem indikovaná akutní operační intervence, tedy dekomprese Th2, stabilizace C7, Th1–Th3, 4. Subjektivní obtíže související s nynější hospitalizací pacient neudával. Při přijetí byla u pacienta zjištěna probíhající erythrocytourie, elevace CRP a subfebrilie 37,4 °C, a proto byla empiricky nasazena antibiotika. U pacienta byla provedena všechna potřebná předoperační vyšetření (vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření, zjištění krevní skupiny, odběr moči na kultivaci a citlivost, neurologické a interní vyšetření, předoperační anesteziologické vyšetření, CT vyšetření a RTG srdce a plic – výsledky předoperačních vyšetření (viz Příloha G). Pacient měl podepsány informované souhlasy s operací a následující den byl převezen na operační sál. Na operační sále byl dle operátéra proveden následující postup: *„V klidné celkové anestezii v pronační poloze mediálním přístupem pronikáme k páteři, pod skiaskopickou kontrolou zavádíme transpedikulárně šroub C7 30 mm, T1 30 mm, T3 35 mm a T4 40 mm, pod mikroskopickou kontrolou laminectomie T2, dekomprese durálního vaku, dokončujeme stabilizaci tyčemi a matkami, sutura rány po vrstvách, měkký obvaz. Krevní ztráty asi 900 ml. Vertikalizace bez ortézy, ATB ponechat do zhojení rány.“* Po probuzení z celkové anestezie byl pacient převezen na jednotku intenzivní péče, kde byl připojen na monitorované lůžko a probíhala standardní péče o pacienta po operaci krční a hrudní páteře, viz kapitola 1.2 Specifika ošetrovatelské péče po operaci krční a hrudní páteře. Pacient vertikalizoval bez ortézy.

Následně 4. pooperační den však pacient zpozoroval hypestezie v oblasti 4. a 5. prstu pravé horní končetiny, informoval ošetřující sestru i lékaře, byla provedena kontrolní magnetická rezonance a neurologické vyšetření. Resumé neurologického vyšetření dle lékařky popisovalo „*susp. radikulopatie C8 vpravo, obj. hypestezie 4. a 5. prstu PHK, oslabení motoriky prstů PHK*“. Pacient byl tedy akutně transportován na operační sál, kde byla provedena revize a přesazení šroubů, a dle operátéra proveden následující postup: „*V celkové anestezii v pronační poloze s volnou stěnou břišní rozpouštíme operační ránu, starý hematoma podél instrumentace odstraňujeme a nad dekompresí ponecháváme. Odstraňujeme tyč a všechny šrouby vlevo. Poté pod spinální navigací založenou na isofluoroskopii RTG zesilovačem zavádíme šrouby transpedikulárně v nových pozicích zpátky. Následně vracíme tyč a postavení fixujeme. Poté opakujeme proceduru na pravé straně, kde vyměňujeme jenom šrouby v T1 a T3. Kontrola na RTG. Průběžné stavění krvácení elektrokoagulací. Sutura po vrstvách, k fúzi vpravo Redon. Kůže monofilem jednotlivě. Sterilní krytí. Evokované potencionály po celou dobu operace bez alterací. Krevní ztráty 150 ml. Prevence TEN, ATB minimálně týden, vertikalizace v Jewetově ortéze s krční nástavbou, běžný rehabilitační postup, časná vertikalizace.*“ Pacient byl v nočních hodinách převezen na jednotku intenzivní péče, kde opět probíhala standardní pooperační péče o pacienta po operaci hrudní a krční páteře. Pacient měl dle operátéra doporučeno vertikalizovat v Jewetově ortéze s krční nástavbou. Hypestezie 4. a 5. prstu již 1. pooperační den u pacienta ustávaly, senzomotorika byla tedy postupně zlepšena a obnovena, a péče pokračovala dle standardů. 8. pooperační den byl pacient přeložen na standardní oddělení a poté transportován zpět do nemocničního zařízení, kde probíhala primární hospitalizace. Kontrola u ošetřujícího lékaře byla plánována 6 týdnů po operačním výkonu.

2.1.3 HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU PACIENTA

TK (tlak krevní):	120/80 mmHg	TF (tepová frekvence)	73/ min.
TT (tělesná teplota):	37,4 °C	D (dech):	12/ min.
SpO₂ (saturace kyslíkem):	99 %	Stav vědomí:	při vědomí
Výška:	181 cm	Hmotnost:	78 kg
BMI (Body Mass Index):	23,8	Pohyblivost:	chodící

2.1.4 AKTUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ STAV K 7. POOPERAČNÍMU DNI

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

- Augmentin 1 g i.v. (intravenózní)	1-0-1	antibiotikum
- Azepo 1 g i.v.	á 8 hod.	antibiotikum
- Clexane 0,4 ml s.c.	v 18:00	antikoagulancium
- Dexamed 8mg i.v.	á 8 hod.	glukokortikoid
- Dipidolor 15 mg s.c.	d.p.	opioidní analgetikum
- Furosemid 40 mg i.v.	d.p.	diuretikum kalium nešetřící
- Helicid 40 mg i.v.	0-0-1	inhibitor protonové pumpy
- Isolyte 1000 ml i.v.	d.p.	elektrolyty
- Lexaurin 3 mg tbl.	d.p.	anxyolitikum, premedikace
- Milgamma N	0-0-1	vitamin B1, B6, B12
- Ondansetron 8 mg i.v.	d.p.	antiemetikum
- Paracetamol 1 g	d.p.	analgetikum, antipyretikum
- Reparil tbl.	1-1-1	venofarmakum, antiflogistikum
- Tralgit 100 mg i.v.	d.p.	opioidní analgetikum

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

POHLED

Vědomí	při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou, vyhodnocení stavu vědomí dle Glasgow Coma Scale, viz Příloha D
Celkový vzhled	upravený, čistý
Stav výživy	přiměřená aktuálnímu stavu pacienta
Mobilita	mobilní v rámci Jewetovy ortézy s krční nástavbou
Hlava	mezocefalická, bez deformit, známek zánětu, či poranění, držení hlavy je přirozené
Výraz tváře	normální, bez mimických projevů bolesti
Oči	zornice jsou izokorické, skléry jsou bílé, oči jsou bez známek zánětu
Uši	bez patologických změn, bez sekrece
Nos	bez patologických změn, bez sekrece

Dutina ústní	dutina ústní bez zápachu, sliznice je růžová, bez sekretu, bez defektů, bez známek dehydratace, rty jsou prokrvené, jazyk plazí středem chrup je zachovalý
Krk	uzliny nezvětšené, náplň krčních žil v normě, štítná žláza nezvětšená, dále bez známek zánětu
Hrudník	symetrický
Páteř	mírné paravertebrální spasmy více vpravo v krční a hrudní krajině
Končetiny	horní i dolní končetiny volné, bez deformit, zánětu, poranění, prokrvení v normě, pulzace končetin hmatná
Kůže	čistá, prokrvená, kožní turgor v normě, bez známek dehydratace, bez známek cyanózy, v oblasti krční a hrudní páteře pooperační rána (klidná), na pravé horní končetiny zaveden permanentní žilní katétr, který je bez známek infekce, bez dalších patologických změn na kůži
Otoky	bez otoků
Močení	t.č. zaveden PMK CH 16 (permanentní močový katetr velikosti 16, dle Charrierovy stupnice), za hospitalizace provedeno urologické konzilium pro dysurické obtíže, nyní již bez obtíží na antibiotické terapii
Stolice	pravidelná, formovaná, bez příměsí, fyziologické barvy

POHMAT

Hlava	nebolestivá, lymfatické uzliny nezvětšeny
Krk	nebolestivý, lymfatické uzliny nehmatné
Břícho	nebolestivé, měkké, bez hmatných rezistencí
Končetiny	končetiny na pohmat nebolestivé, pulzace na končetinách hmatná
Kůže	teplá, bez hmatných rezistencí, turgor kůže přiměřený

POKLEP

Hlava	nebolestivá
Plíce	poklep jasný, plný
Břícho	měkké, na poklep nebolestivé

Páteř poklepevě nebolestivá

POSLECH

Plíce bez dechových obtíží, poslechem dýchání klidné, čisté, sklípkovité

Srdce bez patologického nálezu, akce srdeční je pravidelná

Břicho peristaltika v normě, plyny odchází

VYUŽITÉ HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

První hodnotící škálou byla u pacienta využita **Glasgow coma scale** pro hodnocení poruch vědomí. Zhodnocení u pacienta bylo 15 bodů, tedy bez poruchy vědomí. Další použitou hodnotící škálou byla **stupnice hodnocení psychického zdraví**. Výsledek u pacienta byl 3 body, tedy bez poruchy psychického zdraví. Pro zhodnocení rizika pádů byla u pacienta využita hodnotící škála **stupnice pádů dle Morse**. Výsledek 70 bodů značí u pacienta vysoké riziko pádů. Pro zhodnocení stupně bolesti 7. pooperační den byla u pacienta využita hodnotící škála bolesti **NRS – numeric rating scale**, kterou pacient dle subjektivní bolesti vyhodnotil číslem 4. Škála pro zhodnocení soběstačnosti a základních všedních činností **Activities of Daily Living (ADL)**, neboli **Barthelův test základních všedních činností** byl u pacienta vyhodnocen na 70 bodů, který vyznačuje lehkou závislost. Vzhledem k invazivnímu vstupu bylo třeba využít hodnotící škály **Klasifikace tíže tromboflebitis dle Madonna**, která vzhledem k absenci projevů infekce byla vyhodnocena jako 0, tedy není bolest a reakce v okolí. **Riziko vzniku dekubitů** bylo u pacienta rovněž hodnoceno s výsledkem 24 bodů, a proto je u pacienta nízké riziko vzniku dekubitů. Poslední hodnotící škálou bylo **BMI** neboli Body Mass Index, který z výpočtu výšky a váhy pacienta vyšel 23,8, tedy normální váha. Využité hodnotící škály a jejich vyhodnocení viz Příloha D.

2.2 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA DLE NANDA DOMÉN

Posouzení stavu nemocného bylo vyhodnoceno u pacienta 7. pooperační den, počítaný od prvního operačního zákroku z celkových dvou operačních zákroků, které pacient v rámci jedné hospitalizace podstoupil. Informace byly čerpány rozhovorem, který byl nahráván na diktafon a později smazán, a přepsán do psané verze. Další údaje byly zjištěny vystupováním pacienta a využity z lékařské dokumentace. Souhlas s náhledem do dokumentace a využitím osobních údajů viz Příloha E. Pacient byl před rozhovorem plně informován, a plně souhlasil s využitím osobních údajů pro účel zpracování kazuistiky.

2.2.1 PODPORA ZDRAVÍ

Subjektivně: „Myslím si, že můj zdravotní stav není v posledních letech příznivý. Jsem už 5 let v invalidním důchodu. Onemocněl jsem rakovinou, která se nevyvíjí moc dobře. Nachlazený jsem nebyl, co je rok dlouhý. Jsem většinu času doma na zahrádce, občas jdeme s manželkou na procházku do lesa a zbytek času trávím v nemocnici po různých vyšetřeních. Nekouřím už 10 let a občas si dám u televize pivo, když se dívám na fotbal. Jediný úraz, který jsem prodělal byl zlomený krček, který mi způsobila ta moje rakovina a teď ta páteř. Čím víc je nemoc horší a mám další komplikace, tím víc se snažím poslouchat lékaře a jejich doporučení.“

Objektivně: Pacient nyní vnímá svůj zdravotní stav jako narušený. V posledním roce pacient nachlazený. Pacient je již 5. rokem v invalidním důchodu. Významnou aktivitou před vznikem prvních obtíží souvisejících s nynějším onemocněním byla práce na zahrádce a krátké procházky do lesa s manželkou. Pan X. Y. udává, že kouřil 10 cigaret denně po dobu 15 let a nyní již 10 let nekouří. Alkohol pije příležitostně. Návykové látky neužívá. Žádný úraz neudává, pouze stav po operaci patologické fraktury krčku kosti stehenní vzniklý vlivem nádorového onemocnění. Lékařská doporučení nikdy příliš nedodržoval, ale léky užívá pravidelně. Nyní je vidět snaha o spolupráci s ošetrovatelským personálem. Pacient X. Y. odůvodňuje svůj zdravotní stav zanedbáním primární prevence.

Ošetrovatelský problém: Neefektivní péče o zdraví 00078 (zanedbání primární prevence).

2.2.2 VÝŽIVA

Subjektivně: „Za poslední 2 roky, co se mě ta rakovina začala zhoršovat jsem zhubl snad 12 kg, nechutná mi jíst a ani moc nepiji. Doma nedodržuji žádnou dietu, akorát teď po operaci mám tekutou stravu. Doma se snažím jíst nějaké vitamíny a doplňky stravy, co mi donesla dcera, která pracuje jako doktorka, tak ji věřím a snažím se ji už poslouchat. Dřív jsem na její rady ohledně stravování moc nedal.“

Objektivně: Pacient X. Y. uvádí, že za poslední 2 roky ztratil na hmotnosti asi 12 kg. Příčinu hubnutí přisuzuje svému základnímu onemocnění – karcinom prostaty. Pacient trpí již 2 roky nechutenstvím a má problémy s dostatečným denním příjmem tekutin (vypije asi 1 litr tekutin) a proto jsou za hospitalizace pacientovi dodávány tekutiny spíše intravenózně, cestou periferního žilního katétru zavedeného na hřbetu pravé horní končetiny. Stav výživy je však přiměřený stavu pacienta – BMI 23,81. Znamky dehydratace též nejsou přítomny – kožní turgor je v normě, kůže je bez otoků, sliznice dutiny ústní je růžová, bez defektů. Pacient má tohoto času dietu tekutou (č. 1) z důvodu pooperačního stavu, jinak nemá žádnou speciální dietu a stravu přijímá v normální formě. Dyspeptické potíže neudává.

Ošetřovatelský problém: Riziko infekce 00004 (zavedený invazivní vstup). Riziko sníženého objemu tekutin 00028 (snížený denní příjem tekutin pod 1 litr). Snaha zlepšit výživu 00163 (nechutenství).

2.2.3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Subjektivně: „Kvůli té mojí rakovině, co mám na prostatě mám doma celkem velké problémy s močením. Chodím často, a hlavně v noci, a proto nosím na noc raději vložky. Když jsem v nemocnici, tak mám zavedenou hadičku, a to je pro mě aspoň trochu úleva. Se stolicí problémy nemám a nikdy jsem neměl. Chodím pravidelně, tak jednou za den, takže žádné čípky nepoužívám.“

Objektivně: Pacient má tohoto času zavedený 8. den permanentní močový katétr CH 16. Moč je čirá, bez příměsí. Obtíže související s močením udává z domácího prostředí, kdy vyjadřuje časté močení v krátkých intervalech, nykturii a příležitostnou inkontinenci, která souvisí s jeho základním onemocněním. Pacient proto uvádí, že doma používá inkontinenční vložky. Potíže s vyprazdňováním stolice pacient neudává.

Stolice je pravidelná, zpravidla 1x denně fyziologické barvy. Laxativa pacient neužívá. Potí se přiměřeně a ani během hospitalizace nezaznamenal pacient výrazné změny v této oblasti. Pacient má vzhledem k druhému operačnímu výkonu vyvedený Redonův drén v oblasti operační rány, který odvádí přiměřené množství odpadních látek.

Ošetrovatelský problém: Riziko infekce 00004 (zavedený permanentní močový katétr).

2.2.4 AKTIVITA A ODPOČINEK

Subjektivně: „Pohybovat se je teď pro mě zas o něco horší než normálně. Mám ortézu na hrudní i krční páteři, takže když chodím, tak ji mám nasazenou. Před operací jsem ji nenosil, protože to pro mě byla zátěž, tak asi teď i kvůli tomu tady ležím. V posteli každý den cvičím s rehabilitační sestřičkou. Teď mě teda navíc trápila ještě ta necitlivost těch prstů a spoustu věcí jsem ani nezvládal dělat sám. Doma jsem chodil na procházky a pohyboval jsem se, jak mi to moje tělo dovolilo a teď se můžu tak maximálně dívat na televizi a číst si knížku. V nemocnici mám vždycky problém v noci spát. Spím spíš přes den, tak večer dostávám léky na spaní, které mi stejně moc nepomáhají. Doma spím aspoň 7 až 8 hodin a budí mě akorát to močení.“

Objektivně: Pacient je tohoto času soběstačný v rámci lůžka, aktivně se polohuje, a proto je u něj nízké riziko vzniku imobilizačního syndromu. Jediný problém, který znemožňuje pacientovi soběstačnost některých činností je pooperačně omezená citlivost 4. a 5. prstu pravé horní končetiny. Ve spolupráci s fyzioterapeutkou každý den rehabilituje a nacvičuje chůzi v chodítku. Již předoperačně byla pacientovi X. Y. doporučena vertikalizace v Jewetově ortéze. Tato doporučení však nedodržel. Pooperačně má pacient krční a hrudní páteř fixovanou v Jewetově ortéze s krční nastavbou. Pooperační režim již pacient po důsledné edukaci ošetřujícím lékařem dodržuje. V předchorobí pacient nejraději chodil do lesa na krátké procházky s manželkou, pracoval na zahrádce a staral se o hospodářství. Za hospitalizace si nejraději čte detektivky a sleduje televizi. Problémy se spánkem pacienta sužují v souvislosti s pobytem v nemocnici, kdy uvádí potíže s usínáním vzhledem k častým denním odpočinkům. Pacient proto vyžaduje hypnotika, které mu ordinuje lékař. V domácím prostředí

spí většinou 7–8 hodin a vzbudí se asi 4krát, vzhledem k nevyhnutelnosti častého nočního močení.

Ošetrovatelský problém: Narušený vzorec spánku 00198 (hospitalizace v nemocnici). Deficit sebeděže při oblékání 00109 (vznik neurologických pooperačních komplikací týkající se citlivosti prstů). Deficit sebeděže při stravování 00102 (vznik neurologických pooperačních komplikací týkající se citlivosti prstů). Snaha zlepšit sebeděži 00182 (zájem pacienta o soběstačnost). Zhoršená tělesná pohyblivost 00085 (vertikalizace v Jewetově ortéze s krční nástavbou).

2.2.5 VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Subjektivně: „Ano, o svém zdravotním stavu jsem dost dobře informovaný. Někdy bych o tom raději ani nevěděl, i když by mi to stejně moje tělo hned řeklo samo.“

Objektivně: Pan X. Y. je při vědomí a orientovaný místem, časem i osobou. Plynule komunikuje, případným otázkám rozumí, přiměřeně dokáže vyjádřit své potřeby a aktivně spolupracuje s ošetřujícím lékařem i sestrou. O svém zdravotním stavu je pacient informován a je obeznámen o všech možnostech jeho léčby. Sluch má zhoršený, nosí v pravém uchu naslouchadlo, a proto neuvádí obtíže, které by ho omezovali v komunikaci s ošetřujícím personálem. Obtíže se zrakem pacient neudává, a proto není třeba žádné kompenzační pomůcky. Problémy s poruchou paměti pacient nemá, a nikdy neměl.

Ošetrovatelský problém: Ošetrovatelský problém nebyl shledán.

2.2.6 VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Subjektivně: „Hodnotím se jako optimista. Někdy možná beru všechno spíš realisticky. Jsem smířený s tím, co je. Však mi ani nic jiného nezbyvá. Pro mě je prioritou, abych se udržel aspoň ve stádiu, ve kterém jsem teď a aby byla zdravá manželka, děti a vnoučci. Snažím se poslouchat lékaře a sestřičky, abych se mohl co nejdříve vrátit domů a bylo zase vše aspoň trochu, jako dřív.“

Objektivně: Pacient se hodnotí jako optimista. Svůj zdravotní stav vnímá jako narušený, ale je s ním smířený a chápe všechny okolnosti svého onemocnění. Teď, když už ho jeho onemocnění dovedlo do stádia, kdy je už i jeho pohyb omezený,

snaha důvěřovat lékařům i sestřám a dávat na jejich doporučení je podstatně vyšší. Zlobí se na sebe, že svůj zdravotní stav nebral tak vážně a přineslo mu to spoustu komplikací a problémů. I přes všechny překážky doufá, že se zase vrátí do běžného života a bude moci pomáhat manželce na zahrádce a chodit na procházky do lesa. Co se týče celkového vzhledu pacienta moc nad ním nepřemýšlí. V současné době je spíše jeho prioritou udržení celkového duševního a fyzického zdraví jeho samotného a nejbližší rodiny.

Ošetrovatelský problém: Ošetrovatelský problém nebyl shledán.

2.2.7 VZTAHY

Subjektivně: „S manželkou žijeme v domečku na malé vesnici. Často za námi děti i vnoučci chodí a snažíme se jim věnovat co nejvíce času hraním různých her. Při každé hospitalizaci mě chodí navštěvovat a za to jsem jim velice vděčný. Jsou mojí velkou oporou v těchto pro mě těžkých chvílích.“

Objektivně: Pacient žije na vesnici v domě s jeho manželkou a jejich vztah, a vztah s jeho dvěma dětmi a vnuky je dle pacienta nadmíru uspokojivý. Děti za nimi chodí na návštěvu každý víkend a často tráví společné chvíle hraním společenských her. Rodina má o jeho zdravotním stavu veškeré informace a často ho navštěvují i v nemocnici a tráví s ním veškerý možný čas, který mu věnují převážně pro uspokojení jeho duševního zdraví. Dříve pracoval pan X. Y. jako technik, nyní má již 5 let vzhledem k jeho onemocnění invalidní důchod. Jeho práce ho bavila a v kolektivu svých spolupracovníků byl vždy oblíbený.

Ošetrovatelský problém: Ošetrovatelský problém nebyl shledán.

2.2.8 SEXUALITA

Subjektivně: „V této oblasti jsem nikdy neměl problémy. Omlouvám se, ale tyto otázky jsou pro mě dost osobní a nechci dál odpovídat.“

Objektivně: Pacient udává, že v oblasti sexuality a sexuálního chování nikdy neměl problémy. Dle anamnézy se pacient nikdy neléčil s žádnou pohlavně přenosnou chorobou. Dále již pacient odmítá hovořit o své sexualitě.

Ošetrovatelský problém: Ošetrovatelský problém nebyl shledán.

2.2.9 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE, ODOLNOST VŮČI STRESU

Subjektivně: „Ve své rodině mám obrovskou podporu. Někdy mám pocit, že si ani nezasloužím, abych měl tak skvělou manželku a děti. Vím, že tu jsou vždy pro mě a vždycky mě pomůžou zvládnout každou situaci. Občas mám teda obavy, když pan doktor přichází na pokoj a jde mi sdělovat nové informace, ale všechno беру s nadhledem, když si vzpomenu na svoji rodinu, kterou mám. Trochu jsem se bál, když jsem přestal cítit ty prsty, ale šel jsem znovu na operaci a všechno dopadlo v pořádku.“

Objektivně: Co se týče oblasti zvládnání zátěže, pacient neudává za poslední období žádnou krizovou situaci, kterou by nedokázal zvládnout, jelikož má velkou oporu ve své rodině. Jeho příbuzní ho často navštěvují v nemocnici a dodávají mu životní sílu i elán. Občas se bojí, s jakou novou informací přijde lékař při vstupu na jeho pokoj. Pan X. Y. však ví, že ať už by to bylo cokoliv, jeho rodina mu vždy ráda pomůže se s jakýmkoliv problémem vyrovnat. Vzhledem k tomu, že u pacienta nastaly 4. pooperační den problémy s citlivostí prstů na horní končetině, obával se, zda se lékařův záměr problém vyřešit. Cestou operace však vše dopadlo v pořádku a pacient je spokojený.

Ošetřovatelský problém: Strach 00148 (sdělení komplikací a další léčby).

2.2.10 ŽIVOTNÍ PRINCIP

Subjektivně: „Jak už jsem říkal. Pro mě je důležité zdraví mojí rodiny a to, abych tu s nimi mohl ještě nějaký ten rok být. Žádné plány už nemám. Co jsem chtěl, to jsem si už splnil. Mám krásnou rodinu a s manželkou jsme procestovali půl světa a rádi na to vzpomínáme. Do kostela nechodím, ale každý rok máme u nás na vesnici v létě mši, na kterou s manželkou rádi chodíme.“

Objektivně: Žádné velké plány do budoucna již pacienta nemá, jelikož si za svůj život splnil vše, co si přál. Životní prioritou je již už zmiňované udržení zdraví na dobré úrovni a zdraví své rodiny. Pacient je ateista a jednou ročně se účastní mše, která se pořádá na jejich vesnici vždy v létě, a proto ani za hospitalizace nevyžaduje potřebu duchovní služby.

Ošetřovatelský problém: Ošetřovatelský problém nebyl shledán.

2.2.11 BEZPEČNOST, OCHRANA

Subjektivně: “ Ortézu jsem před operací nenosil, a proto se mi to tak zhoršilo a jsem tady. Kdybych ji nosil, mohl jsem teď být doma s manželkou. Pár let zpátky jsem měl ještě zlomený krček a jinak jsem žádný úraz neměl. Ale beru to optimisticky. Aspoň mám nový kloub. “

Objektivně: Současný zdravotní stav, který pacienta dovedl k nynější hospitalizaci a operaci krční a hrudní páteře si pacient odůvodňuje omezenou prevencí již vzniklého onemocnění. Pacient nenosil lékařem doporučenou Jewetovu ortézu, a proto podle něj došlo onemocnění až do stádia, kdy bylo zapotřebí operační terapie. Nyní pacient již vertikalizuje v Jewetově ortéze s krční nástavbou a chodí s dopomocí fyzioterapeutky v chodítku, a proto je u něj hodnocena škála rizika pádů. Pacient dále udává prodělanou operaci po patologické zlomenině krčku kosti stehenní, která tedy rovněž vznikla vlivem jeho nádorového onemocnění.

Ošetřovatelský problém: Riziko infekce chirurgického místa 00266 (operační rána vzniklá chirurgickým zákrokem). Riziko pádů 00155 (nutnost dopomoci při chůzi). Riziko prodloužení pooperačního zotavení 00246 (riziko prodloužené hospitalizace). Narušená integrita kůže 00046 (operační rána). Riziko dekubitů 00249 (částečná imobilita). Riziko žilního trombembolismu 00268 (částečná imobilita, operační výkon).

2.2.12 KOMFORT

Subjektivně: „Občas mě ještě bolí ta operační rána. Ale vždycky za mnou dojde nějaká mladá, krásná sestřička, dá mi něco od bolesti a je to v pohodě. Akorát jak jsem přestal cítit ty prsty, tak mě to dost omezoval při jídle a při oblékání, ale už je zas všechno v pohodě. “

Objektivně: Co se týče pacientova dyskomfortu, stěžuje si na intermitentní bolesti v souvislosti s operační ránou. Každým dnem bolesti postupně ustupují, ale při příjezdu z operačního sálu by zhodnotil svoji bolest na hodnotící škále bolesti NRS od 0 do 10 číslem 10. Nyní se již pacient cítí o mnoho lépe. K obtížím spojeným s operací dále udával již zmiňovanou sníženou citlivost prstů horní končetiny,

při které nedokázal provádět činnosti spojené se stravováním a oblastí hygieny. Nauzeu, či zvracení pacient neudává.

Ošetrovatelský problém: Akutní bolest 00132 (operační rána v oblasti krční a hrudní páteře). Narušené pohodlí 00214 (bolestivost a omezená vertikalizace).

2.2.13 RŮST, VÝVOJ

Subjektivně: “ Proces stárnutí beru jako přirozenou věc. Lidé se rodí, stárnou a umírají. I mě to jednou čeká. Každý má svůj příběh napsaný jinak. “

Objektivně: Pacient nemá problémy v oblasti růstu a vývoje. Žádné známky poruch duševního ani tělesného postižení nejsou z ošetrovatelského ani medicínského pohledu shledány.

Ošetrovatelský problém: Ošetrovatelský problém nebyl shledán.

2.3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE A JEJICH STANOVENÍ DLE PRIORITY

Získání informací a následné stanovení ošetrovatelských diagnóz bylo provedeno na základě rozhovoru s pacientem za využití ošetrovatelské a lékařské dokumentace. Tyto diagnózy jsou dle NANDA taxonomie rozděleny na ošetrovatelské diagnózy zaměřené na problém, diagnózy rizika, diagnózy k podpoře zdraví a typu syndromu (NANDA, 2018–2020, s. 140). Tyto ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle priority konkrétního pacienta a popsány dle NANDA taxonomie, definice a klasifikace 2018–2020 a dále dle Tóthové (2014). Následně bylo rozpracováno 5 základních ošetrovatelských problémů týkající se konkrétního pacienta.

2.3.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY ZAMĚŘENÉ NA PROBLÉM

Akutní bolest 00132 (rozpracováno v rámci případové studie)

Narušená integrita kůže 00046

Deficit sebepěče při oblékání 00109 (rozpracováno v rámci případové studie)

Deficit sebepěče při stravování 00102

Strach 00148

Narušený vzorec spánku 00198 (rozpracováno v rámci případové studie)

Zhoršená tělesná pohyblivost 00085

Narušené pohodlí 00214

Neefektivní péče o zdraví 00078

Porucha smyslového vnímání sluchu 00122

2.3.2 DIAGNÓZY RIZIKA

Riziko infekce chirurgického místa 00266 (rozpracováno v rámci případové studie)

Riziko infekce 00004 (z důvodu zavedeného periferního žilního vstupu), (rozpracováno v rámci případové studie)

Riziko infekce 00004 (z důvodu zavedeného permanentního močového katétru)

Riziko žilního trombembolismu 00268

Riziko sníženého objemu tekutin 00028

Riziko pádů 00155

Riziko dekubitů 00249

Riziko prodloužení pooperačního zotavení 00246

2.3.3 DIAGNÓZY K PODPOŘE ZDRAVÍ

Snaha zlepšit výživu 00163

Snaha zlepšit sebepěči 00182

2.3.4 DIAGNÓZY TYPU SYNDROMU

Ošetrovatelské diagnózy typu syndromu nebyly u pacienta shledány.

2.3.5 VYBRANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

NÁZEV A KÓD OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: AKUTNÍ BOLEST 00132

Druh ošetrovatelské diagnózy: Ošetrovatelská diagnóza zaměřená na problém pacienta.

Definice: „*Nepříjemný smyslový a emoční zážitek související s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem a s délkou trvání menší, než 3 měsíce*“ (NANDA, 2018–2020, s. 489).

Doména: 12 (Komfort)

Třída: 1 (Tělesné pohodlí)

Určující znaky: zaměření se na sebe, změna ve fyziologických parametrech

Související faktory: fyzický původce zranění

Cíl: Pacient bude mít sníženou bolest v průběhu minimálně 1 dne.

Kritéria:

1. Pacient bude mít sníženou bolest z NRS 4 minimálně na NRS 2 během 2 hodin.
2. Pacient budou podána analgetika do 30 minut.
3. Pacientovi se bude hodnotit bolest dle NRS každé 4 hodiny.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Posuzuj lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti na stupnici NRS, propagaci bolesti, čas trvání bolesti, a vše pravidelně zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace.
2. Posuzuj verbální i neverbální projevy bolesti a chování pacienta.
3. Doporuč pacientovi úlevovou polohu a případně dopomáhej se změnou polohy.
4. Pravidelně sleduj případné změny ve fyziologických funkcích, které se mohou vlivem bolesti měnit.
5. Akceptuj reakce nemocného na bolest a usiluj o co největší komfort pacienta.
6. Podávej analgetika dle potřeby pacienta, dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinky.
7. Umísti pacientovi signalizační zařízení na dosah ruky.
8. Zajisti pacientovi klidné prostředí.

Realizace: Výše uvedené ošetrovatelské intervence byly ošetřující sestrou splněny, realizovány a zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Cíl byl splněn (pacient udává sníženou bolest z NRS 4 na NRS 2).

NÁZEV A KÓD OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ 00109

Definice: „Neschopnost samostatného oblečení nebo svlečení oděvu“ (NANDA, 2018–2020, s. 278).

Druh ošetrovatelské diagnózy: Ošetrovatelská diagnóza zaměřená na problém pacienta.

Doména: 4 (Aktivita a odpočinek)

Třída: 5 (Sebepéče)

Určující znaky: narušená schopnost obléknout si dolní část těla, narušená schopnost obléknout si horní část těla, narušená schopnost svléknout si část oděvu

Související faktory: bariéra v prostředí, nepohodlí

Cíl: Pacient zvýší schopnost sebepěče v oblasti oblékání do 2 dnů.

Kritéria:

1. Pacient si zvládne obléct dolní část oděvu bez pomoci do 2 dnů.
2. Pacient si zvládne obléct horní část oděvu bez pomoci do 2 dnů.
3. Pacient samostatně provádí hygienickou péči do 2 dnů.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Dbej na soukromí pacienta.
2. Zajisti bezpečí pacienta.
3. Zajisti prevenci rizika pádů.
4. Poskytni pacientovi dle potřeby dopomoc v oblasti oblékání.
5. Připrav pacientovi potřebné pomůcky k dosahu ruky.
6. Podpoř samostatnost pacienta a poskytni pacientovi dostatek času.
7. Edukuj pacienta a motivuj ho k další činnosti související s oblékáním.
8. Doporuč pacientovi spolupráci s rodinou.
9. Zajisti kompenzační pomůcky.
10. Monitoruj fyziologické funkce každých 6 hodin.
11. Sleduj stav pacienta.

Realizace: Výše uvedené ošetrovatelské intervence byly ošetřující sestrou splněny, realizovány a zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Cíl byl splněn (pacient zlepšil sebepěči v oblasti oblékání).

NÁZEV A KÓD OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU 00198

Definice: „Časově omezená probuzení vlivem vnějších faktorů“ (NANDA, 2018–2020, s. 249).

Druh ošetrovatelské diagnózy: Ošetrovatelská diagnóza zaměřená na problém pacienta.

Doména: 4 (Aktivita, odpočinek)

Třída: 1 (Spánek/odpočinek)

Určující znaky: nespokojenost se spánkem, potíže s usínáním

Související faktory: bariéra v prostředí, nedostatek soukromí, neposilující vzorec spánku

Cíl: Pacient se v průběhu noci nebude probouzet a po spánku se bude cítit odpočatý.

Kritéria:

1. Pacient spí v noci nepřerušovaně nejméně 6 hodin.
2. Pacient se ráno po probuzení cítí odpočatý.
3. Pacient po podání medikace na spaní spí do 60 minut.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Vytvoř podmínky pro lepší spánek pacienta (uprav lůžko, vyvětrej místnost).
2. Zajisti klidné prostředí pro pacienta nejméně po dobu 8 hodin.
3. Zjisti spánkové rituály, které pacient využívá v domácím prostředí, a snaž se je uplatnit během hospitalizace v nemocnici.
4. Zjisti příčiny, které způsobují poruchy spánku u pacienta a snaž se je eliminovat.
5. Sleduj důsledky poruch spánku.
6. Zaznamenávej délku spánku.
7. Podávej medikaci na spaní dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek.

Realizace: Výše uvedené ošetrovatelské intervence byly ošetřující sestrou splněny, realizovány a zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Cíl nebyl splněn (pacient se v průběhu noci stále budí, a ráno se cítí unavený).

NÁZEV A KÓD OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: RIZIKO INFEKCE CHIRURGICKÉHO MÍSTA 00266

Definice: „Náchylnost k napadení patogenními organismy v místě chirurgického zákroku, což může ohrozit zdraví“ (NANDA, 2018–2020, s. 425).

Druh ošetrovatelské diagnózy: Diagnóza rizika.

Doména: 11 (Bezpečnost a ochrana)

Třída: 1 (Infekce)

Určující faktory: zvýšené vystavení se patogenům v prostředí, nízká teplota na operačním sále

Cíl: Pacient bude bez známek infekce v oblasti chirurgického místa po dobu zhojení operační rány.

Kritéria:

1. Pacient nebude mít známky infekce do 48 hodin.
2. Pacientovi bude za aseptických podmínek pravidelně převazováno místo chirurgického výkonu dle ordinace lékaře.
3. Pacientovi budou pravidelně sledovány projevy infekce v oblasti chirurgického výkonu, tzn. minimálně jednou za 12 hodin.
4. Pacientovi bude každých 12 hodin sledován proces hojení místa chirurgického výkonu.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Sleduj projevy infekce v oblasti chirurgického výkonu minimálně jednou za směnu.
2. Edukuj pacienta o riziku vzniku infekce a možných projevech do 4 hodin, a ověř si jeho znalosti.
3. Prováděj pravidelné převazy rány za aseptických podmínek a dle ordinace lékaře, okolí rány pravidelně sleduj a udržuj v čistotě a suchu.
4. Pravidelně sleduj proces hojení rány, minimálně jednou za směnu.
5. Popiš kožní lézi a zaveď převazový protokol.
6. Pravidelně u pacienta sleduj subjektivní i objektivní známky bolesti, minimálně jednou za 4 hodiny.
7. Dbej u pacienta na dostatečnou výživu, doporuč návštěvu nutričního terapeuta a hodnot' stav výživy dle laboratorních hodnot.
8. Prováděj časnou mobilizaci pacienta.
9. Sleduj laboratorní hodnoty každých 24 hodin nebo dle odběrů ordinovaných lékařem.

Realizace: Výše uvedené ošetrovatelské intervence byly ošetřující sestrou splněny, realizovány a zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Cíl byl splněn (u pacienta nedošlo ke vzniku infekce v oblasti chirurgického místa).

NÁZEV A KÓD OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: RIZIKO INFEKCE 00004

z důvodu zavedeného periferního žilního vstupu

Definice: „*Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může ohrozit zdraví*“ (NANDA, 2018–2020, s. 424).

Druh ošetřovatelské diagnózy: Diagnóza rizika.

Doména: 11 (Bezpečnost a ochrana)

Třída: 1 (Infekce)

Určující znaky: změna integrity kůže

Související faktory: chronické onemocnění, invazivní výkon, snížený hemoglobin

Cíl: Pacient bude bez známek infekce po dobu zavedeného periferního žilního vstupu.

Kritéria:

1. Pacientovi bude za aseptických podmínek pravidelně převazováno místo zavedení periferního žilního vstupu, minimálně jednou za 72 hodin.
2. Pacientovi budou pravidelně sledovány projevy infekce v oblasti zavedeného periferního žilního vstupu, minimálně jednou za 24 hodin.

Plán ošetřovatelských intervencí:

1. Pravidelně sleduj lokální projevy infekce v oblasti zavedeného invazivního vstupu dle Madonovy stupnice nebo VIP score každých 6 hodin.
2. Edukuj pacienta o riziku infekce vzniklé v souvislosti se zavedeným invazivním vstupem a možných projevech do 4 hodin od zavedení periferního žilního vstupu a ověř si jeho znalosti.
3. Udržuj okolí vpichu v čistotě a suchu.
4. Dle zvyklostí pracoviště, nebo dle standardů ošetřovatelské péče převazuj a desinfikuj invazivní vstup za aseptických podmínek.
5. Sleduj funkčnost žilního katétru a prováděj pravidelné proplachy fyziologickým roztokem k tomu určeným dle zvyklostí pracoviště, nebo dle standardů ošetřovatelské péče.
6. Pravidelně sleduj tělesnou teplotu pacienta, minimálně dvakrát za den, nebo dle zvyklostí pracoviště.
7. Pravidelně sleduj subjektivní pocity pacienta.
8. Realizuj zápis o zavedeném invazivním vstupu do ošetřovatelské dokumentace.

Realizace: Výše uvedené ošetrovatelské intervence byly ošetrojící sestrou splněny, realizovány a zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Cíl byl splněn (u pacienta nedošlo ke vzniku infekce v oblasti zavedeného periferního žilního vstupu).

3 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena především na onkologického pacienta po operaci páteře v oblasti krční a hrudní páteře a na specifika pooperační péče o konkrétního pacienta z ošetrovatelského pohledu. Pacient, u kterého byl prováděn rozhovor v rámci této bakalářské práce se již na své onemocnění adaptoval zejména vlivem velké podpory svého okolí, především své rodiny, která ho velmi podporuje, a proto je i kapitola vliv onkologického onemocnění na psychické zdraví nemocného zahrnuta do specifik ošetrovatelské péče. Karcinom prostaty, který patří mezi nejčastější primární zdroje metastatických procesů do skeletu postihl pacienta, se kterým byla v rámci této bakalářské práce prováděna ošetrovatelská kazuistika, a právě v důsledku tohoto faktu bylo u pacienta třeba indikace operačního výkonu. Důležitou složkou dobré pooperační ošetrovatelské péče jsou především znalosti a dovednosti všeobecné sestry a spolupráce s dalším ošetřujícím personálem, pro co nejlepší kvalitu ošetrovatelské péče.

Prvním cílem bakalářské práce bylo popsat specifika ošetrovatelské péče u onkologického pacienta po operaci krční a hrudní páteře. Specifika jsou v několika ohledech charakteristická zejména vzhledem k faktu, že se jedná o onkologicky nemocného pacienta, který již v rámci ošetrovatelské péče v předoperačním období vyžaduje značné odlišnosti a potřeby (dietní opatření, podpora psychického zdraví, aj.). Druhým cílem teoretické části bakalářské práce bylo popsat problematiku onkologického onemocnění u pacienta s primárními i sekundárními nádory ve skeletu. Cílem praktické části bakalářské práce bylo vypracovat případovou studii s aplikací ošetrovatelského procesu na konkrétního pacienta po operaci páteře, zpracovat a navrhnout doporučení pro praxi vyplývající z poznatků zpracování bakalářské práce.

V rámci praktické části bakalářské práce byly na základě zpracování ošetrovatelského procesu řešeny nejrůznější ošetrovatelské diagnózy, které byly zaměřeny na aktuální problém nemocného, na riziko vzniku problému nebo diagnózy k podpoře zdraví. Jedním z problémů, který ovlivnil stav pacienta byla akutní bolest. Akutní bolest se řadí mezi diagnózy zaměřené na problém, a na tento problém poukazuje i citace Rokyty a kol., z roku 2018, která uvádí, že akutní bolest *„Představuje signál, že je něco v organismu v nepořádku. Když nás bolí zub, víme, že je bolest od zubu, když nás bolí*

apendix, víme, že jde o zánět appendixu, když nás bolí zlomená noha, víme, že bolest způsobuje zlomenina. Ale ne vždy i u akutní bolesti víme, o jakou bolest se jedná. Snadno poznáme koliku, člověka to bolí, a ještě má tachykardii. Na akutní bolest máme adekvátní léčiva. V momentně, kdy ji vyléčíme, bolest odezní a nevrací se, kromě opakujících se akutních bolestí“. U pacienta v rámci předložené případové studie tedy byla zjištěna a stanovena ošetrovatelská diagnóza Akutní bolest zaměřená tedy na problém pacienta, která za pomoci naplánovaných ošetrovatelských intervencí byla snížena. Mezi další diagnózy zaměřené na problém týkající se daného pacienta patří zejména narušená integrita kůže, strach, narušený vzorec spánku, zhoršená tělesná pohyblivost, narušené pohodlí, neefektivní péče o zdraví nebo deficit sebepéče při oblékání. Sebepéče pacienta a schopnost samostatné hygienické péče nebo oblékání zaujímá rovněž významnou roli v psychice onkologického pacienta. Nemocný se poté stává částečně soběstačným, ustupuje ze svých dovedností, je částečně závislý na pomoci sestry, a proto je zapotřebí motivovat pacienta k samostatnosti, zajistit kompenzační pomůcky a pacienta podpořit.

Průzkum Málové z roku 2019 uvádí, že je pro pacienta nejlepší se udržet soběstačným i z hlediska psychického stavu, a pro udržení co nejlepší kvality jeho života. Mezi diagnózy typu rizika se řadí riziko infekce v oblasti chirurgického místa, které v rámci předložené studie u konkrétního pacienta po operaci páteře nastala vlivem operační intervence, a proto tento problém zaujímal významnou roli v péči o pacienta. Místo chirurgického výkonu (operační rána) je dle průzkumu Ochmanové (2021) místem, kde se hodnotí mnoho aspektů. V rámci svého průzkumu zjistila, že všeobecné sestry hodnotí následující oblasti od nejčtetněji zastoupených po méně čtetné: *„vzhled, okolí rány, prokrvení místa, zarudnutí, bolestivost, granulace a epitelizace, indurace, otok, funkčnost stehů, krvácení a způsob hojení rány, známky zánětu, jako je hnis, zvýšená teplota nebo zduření, dále sterilní krytí a jeho velikost“.* Místo chirurgického výkonu (operační rána) hraje zaujímá významnou roli pro vznik nové infekce, a proto je důležité dodržovat aseptické postupy při realizaci výkonů s tím spojených. Mezi další rizikové diagnózy typu infekce se rovněž řadí riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného periferního žilního vstupu. Periferní žilní katétr je dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví z roku 2020 nutné převazovat vždy, když je krytí viditelně poškozeno, nebo znečištěno. U textilního krytí je doporučena výměna jednou za 24 hodin, u polyuretanového filmového krytí jednou za 5–7 dní a u polyuretanového

filmového krytí s chlorhexidinem jednou za 7–10 dní. Při převazu periferního žilního vstupu je nutná dezinfekce bezjehlové vstupu otřením, proplach 10ml fyziologického roztoku metodou START-STOP (aplikace 1ml, aplikaci zastavit, aplikace 1ml, aplikaci zastavit atd.) a dále hodnotit periferní žilní katétr dle VIP skóre, INS, klasifikace Maddona minimálně jednou za směnu a při každé aplikaci. V této oblasti je značně důležité sledovat případné lokální projevy infekce, edukovat pacienta o možných komplikacích, sledovat funkčnost a pravidelně, a za přísných aseptických podmínek invazivní vstup převazovat. Důležitou součástí je rovněž předat informace o následné péči o periferní žilní katétr, připravit signalizační zařízení na dosah ruky pacienta, pravidelná kontrola místa vpichu a označení periferního vstupu dle ošetrovatelských standardů. Na problematiku dodržování aseptických podmínek pro převaz periferního žilního vstupu poukazuje ve svém výzkumu též Prokopcová (2019). Ošetrovatelská péče o invazivní vstupy je důležitou součástí práce sestry.

Mezi další diagnózy typu rizika týkající se konkrétního pacienta patří riziko infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru, riziko žilního tromboembolismu, riziko sníženého objemu tekutin, riziko prodloužení pooperačního zotavení riziko dekubitů a riziko pádů. Problematika rizika pádů představuje významné riziko u většiny hospitalizovaných pacientů. Výzkum Habartové z roku 2015 uvádí, že důležitou intervencí všeobecné sestry jsou intervence zamezující vznik pádu pacienta, mezi které se řadí poučení pacienta a seznámení s prostředím, stanovení ošetrovatelské diagnózy, úprava prostředí a odstranění překážek, dále také označení rizikového pacienta, kontrola aretace lůžka a signalizační zařízení nebo umístění pacienta v blízkosti sesterny.

Mezi diagnózy k podpoře zdraví se u pacienta řadí snaha zlepšit výživu a snaha zlepšit sebepéči. Ošetrovatelský proces zahrnující ošetrovatelské diagnózy je tedy z mého pohledu podstatnou součástí práce všeobecné sestry, pomocí kterého sestra dokáže lépe a strukturovaně postupovat v péči o pacienty.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem ke skutečnosti, že je péče o pacienty po operaci páteře v mnoha aspektech značně specifická, byly na základě zpracování praktické části této bakalářské práce stanoveny následující doporučení pro praxi, jak pro samotného pacienta, tak i pro ošetřující personál. Důležitým doporučením zejména pro pacienta po operaci páteře je nutnost důsledného dodržování pooperačního režimu tak, jak určil ošetřující lékař a další zdravotnický personál, a tím i předcházet dalším možným komplikacím. Důležité je též nepřeceňovat své síly, dbát pokynů ošetřujícího personálu, dodržovat klidový režim na lůžku a doporučení v rámci polohování v lůžku jako je prevence zejména neurologických komplikací vzniklých nevhodnou vertikalizací pacienta v lůžku. Důležitým aspektem je též prevence rizika pádu.

Všeobecná sestra by měla případně ve spolupráci s lékařem a fyzioterapeutem edukovat pacienta, popřípadě blízké příbuzné (pokud u pacienta dříve docházelo k zanedbávání primární i sekundární prevence) o činnostech, kterým by se měl pacient vyhýbat, o aktivitách, které jsou naopak vhodné pro dobrou rekonvalescenci (krátké procházky, rehabilitace apod.) a rozpoznat, zda edukovaným oblastem dostatečně rozumí a chápe všechny postupy. Pacient by měl mít povědomost o možnosti využití lázní nebo skupinových fyzioterapií. V neposlední řadě je důležité dodržování plánovaných pravidelných kontrol u ošetřujícího lékaře v ortopedické nebo neurochirurgické ambulanci. Podstatné je též neopomíjet psychickou stránku pacienta, zajímat se o duševní zdraví nemocného a doporučit tzv. svépomocné skupiny nebo konzultaci s psychologem.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je orientována zejména na specifika pooperační péče o pacienta s metastatickým procesem karcinomu předstojné žlázy do krční a hrudní páteře. Hlavním cílem teoretické části práce bylo tedy popsat specifika ošetrovatelské péče u pacienta po operaci páteře v souvislosti s onkologickým onemocněním a popsat problematiku onkologického onemocnění u pacienta s primárními i sekundární nádory ve skeletu. Cílem praktické části práce bylo zpracování případové studie s aplikací ošetrovatelského procesu na konkrétního pacienta po operaci páteře, zpracovat a navrhnout doporučení pro praxi vyplývající z poznatků zpracovávání bakalářské práce. Stanovené cíle byly splněny.

Práce byla tedy rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je stručně popsána obecná charakteristika nádorových onemocnění páteře, stručná anatomie a incidence nádorů páteře. Hlavní složkou teoretické části je pak charakteristika primárních i sekundárních nádorů, obecná i specifická symptomatologie, diagnostika, komplikace, léčba a nejdůležitější částí pak specifika ošetrovatelské péče po operaci krční a hrudní páteře. Podstatná je i zmínka o vlivu nádorového onemocnění na psychické a duševní zdraví jedince.

Praktická část byla zpracována formou ošetrovatelské kazuistiky neboli případové studie se zaměřením na konkrétního pacienta, individuální problémy a potřeby. Součástí procesu bylo stanovení ošetrovatelských diagnóz, jejich zpracování a uskutečnění, které byly zrealizovány na základě rozhovoru s pacientem, za využití zdravotnické dokumentace na konkrétní klinice a vyhodnoceny dle NANDA II. taxonomie, definice a klasifikace 2018–2020 a dle Tóthové (2014). V závěru práce jsou popsána doporučení pro pacienty i zdravotnický personál se zaměřením na dané onemocnění. Pacient trpí nevléčitelným onemocněním, na které se však již adaptoval a po operaci páteře se cítí již dobře. Chodí na pravidelné kontroly do ortopedické ambulance, usiluje o co nejlepší kvalitu svého života a snaží se zamezit dalšímu vzniku komplikací, o kterých je informovaný a mohly by v jeho případě vzniknout.

Z ošetrovatelského pohledu je samotná péče o onkologického pacienta značně specifická a vzhledem k prodělané operaci v oblasti krční a hrudní páteře, a následně nezbytně nutném, a důsledném dodržování přísného pooperačního režimu je pacient vystaven velkému psychickému stresu. V případě neurologických komplikací spojených

s omezenou citlivostí a hybností, které u pacienta v rámci předložené případové studie vznikly, je rovněž významně řešena i snížená soběstačnost, která má také vliv jak na psychickou a duševní stránku pacienta, tak i na dobrou rekonvalescenci. Práce všeobecné sestry tedy zaujímá významnou roli při zvládnání zátěže pacienta, a proto jsou zejména empatie, a schopnost dobré komunikace s pacientem významnou vlastností všeobecné sestry.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Z. a kol., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2828-0.

BILSKY, M., LAUFER, I., 2020. *Spinal Oncology*. Philadelphia: Elsevier. ISBN 978-0-323-73286-4.

CETLOVÁ, L., DRAHOŠOVÁ, L. a I. TOČÍKOVÁ, 2012. *Hodnoticí a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. ISBN 978-80-87035-45-0.

ČELEDOVÁ L., ČEVELA R., 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3829-4.

DINGOVÁ, M., a kol., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.

DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9255-7.

DOUŠA, P. a kol., 2021. *Vybrané kapitoly z ortopedie a traumatologie pro studenty medicíny*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4828-6.

DUNGL, P. a kol., 2014. *Ortopedie*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2019. *Somatologie*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2662-0.

FIALA, P. a kol., 2015. *Funkční anatomie člověka*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2705-2.

HABARTOVÁ, E., 2015. *Problematika pádů u geriatrických klientů z pohledu zdravotnických profesionálů*. Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra antropologie a zdravotní vědy, Pedagogická fakulta. Diplomová práce. UPOL PF.

HIMMEROVÁ, J. a kol., 2021. *Trombóza a malignita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3051-1.

CHALOUPKA, R., GROSMAN, R., a M. REPKO, 2013. Primární nádory páteře a jejich léčení. *Frejkovy dny s mezinárodní účastí*. s. 32-33. ISBN 978-80-904971-2-2.

CHALOUPKA R., REPKO M. a J. CIENCIALA, J., 2012. *Nádory páteře*. Ortopedie. 6 (2), 79–83. ISSN 1802-1727.

CHRISTINA, J., 2019. *Případová studie, metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5373-6.

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

KACHLÍK, D., 2019. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4101-0.

KOČIŠ, J., WENDSCHE, P., 2012. *Poranění páteře*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-965-7.

KOPECKÝ, M., a kol., 2018. *Ošetrovatelské postupy*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7560-184-1.

KŘÍSTEK, J., PAZOUREK L. a Z. ŘEHÁK, 2019. Kostní metastázy: diagnostika a sledování na zobrazovacích metodách, intervenční radiologie. *Onkologie*. **13**(3), 115–122. ISSN 1802-4457.

LIBOVÁ, L., BALKOVÁ H., a JANKECHOVÁ, M., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1404-7.

LOŠŤÁK, J., GALLO, J., 2017. Profylaxe trombóz po ortopedických operacích. *Klinická farmakologie a farmacie*. **31**(4), 9–13. ISSN 1212-7973.

MAJERNÍKOVÁ, M., SEDLÁČEK J., a MONHART, Z., 2016. Pacient s metastatickým procesem ve skeletu nejasné etiologie. *Interní medicína pro praxi*. **18**(3), 150–154. ISSN 1212-7299.

MÁLOVÁ, D., 2017. *Úloha sestry v rozvoji soběstačnosti geriatrického pacienta*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Bakalářská práce. JCU ZSF.

MARCO, R., 2018. *Metastatic Spine Diseases*. Texas: Springer. ISBN 978-3-319-76251-7.

MIERTO VÁ, M., 2019. *Riziko pádů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2415-2.

MZČR, 2020. Národní ošetrovatelský postup prevence pádů a postup při zranění způsobených pády. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. [online] [2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>

MZČR, 2020. Národní ošetrovatelský postup zavedení a péče o periferní žilní katétr. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. [online] [2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>

NAVRÁTIL, O., a kol., 2021. Nádory páteřního kanálu. *Onkologie*. **15**(5), 243–246. ISSN 1802-4457.

NCO NZO, 2020. *Prevence a léčba dekubitů: Stručná příručka – zkrácená verze doporučení*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-606-5.

NÝDRLE, Miroslav, 2017. *Pochopitelné texty z chirurgie, traumatologie a ortopedie*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-586-0.

OCHMANOVÁ, M., 2021. *Ošetrovatelská péče o operační rány na chirurgickém oddělení*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Bakalářská práce. JCU ZSF.

PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2326-1.

PROKOPCOVÁ, P., 2019. *Informovanost sester v péči o septického pacienta v intenzivní medicíně*. Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství, Lékařská Fakulta. Diplomová práce. LF MUNI.

ROKYTA R., a kol., 2018. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0941-8.

SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9656-7.

SLÁVIK, M., HYNKOVÁ L. a P. BURKON P., 2016. Radioterapie v léčbě metastatického postižení páteře. *Onkologická revue*. **16** (5), 34–39. ISSN 2694-7722.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9474-7.

ŠPRLÁKOVÁ – PUKOVÁ, A., 2016. Metastatické postižení skeletu u onkologických diagnóz. *Diagnostika nádorových lézí ve skeletu páteře – základní přehled*. 5(16), 16–20. ISSN 2464-7195.

ŠRÁMEK, J., 2015. *Chirurgická léčba degenerativního postižení bederní páteře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9001-5.

ŠTĚTKÁŘOVÁ I., a kol., 2019. *Spinální neurologie*. Praha: Maxford. ISBN 978-80-7345-626-9.

TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxford. ISBN 978-80-7345-456-2.

VOKURKA, M., HUGO, J., FIDLEROVÁ M., 2019. *Slovník lékařských zkratk*. 2. vyd. Praha: Maxford. ISBN 978-80-7345-633-7.

VYTEJČKOVÁ, R. a kol., 2015. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

ZÁŠKODNÁ, H., BOLKOVÁ, G., 2012. Zátěžové aspekty onkologického onemocnění a možnosti psychosociální pomoci v rámci sociální práce a svépomocných skupin. *Review*. 14(4), 444-445. ISSN 1804-7122.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Rešerše NCO NZO a Lékařské knihovny Fakultní nemocnice v Brně	II
PŘÍLOHA B – Anatomie krční a hrudní páteře, spinální stenózy	IV
PŘÍLOHA C – Ennekingova klasifikace	VIII
PŘÍLOHA D – Hodnotící škály	IX
PŘÍLOHA E – Souhlas s náhledem do dokumentace a využitím osobních údajů	XIV
PŘÍLOHA F – Souhlas pacienta s využitím osobních údajů pro účel výzkumu	XVI
PŘÍLOHA G – Výsledky předoperačních vyšetření	XVII

PŘÍLOHA A – Rešerše NCO NZO v Brně a Lékařské knihovny Fakultní nemocnice v Brně

REŠERŠE LÉKAŘSKÉ KNIHOVNY FAKULTNÍ NEMOCNICE V BRNĚ

1.

TI: Jak pracovat s nadějí u pokročile onkologicky nemocných pacientů

AU: Slezáčková, Alena

CI: Klinická onkologie. Brno: ApS [Application Software] Brno, 1988-. 2020, roč. 33, Suppl. 2 (XXXIV. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Laboratorní diagnostika v onkologii 2020. 13.-15.10. 2020, Brno), s. 134-137. ISSN: 0862-495X; 1802-5307 (elektronická verze).

CI: Brněnské onkologické dny a .. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Brno, ... Praha: Ambit Media, 2015-. 2020, s. 134-137.

LA: cze RT: články, článek ve sborníku

PT: práce podpořená grantem

AB: Naděje pacienta úzce souvisí s jeho duševním zdravím, jež je významnou složkou kvality života. V kontextu léčby závažného onemocnění lze nahlížet na naději jako na očekávání budoucího pozitivního výsledku, který je osobně hodnotný a reálně dosažitelný. Výzkumy dokládají, že osoby s vyšší mírou naděje vykazují lepší adaptaci, nižší hladinu stresu, méně trpí úzkostí, depresí a udržují si aktivní přístup k řešení problémů. Pro posouzení a ovlivnění míry naděje u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním vznikly dotazníkové a intervenční metody, jejichž efekt byl empiricky ověřen. Zjišťovány byly také zdroje a konkrétní obsahy pacientových nadějí, jež se mění v závislosti na životní situaci a závažnosti onemocnění. Opakovaně se ukázalo, že naděje pacientů s pokročilým onemocněním se netýká výhradně vyléčení z nemoci, ale jsou směřovány spíše do psychosociální oblasti kvality života. Mezi hlavní zdroje naděje patří existence vztahu s blízkou osobou, možnost dosažení dílčích smysluplných životních cílů, kladně hodnocený prožitý život, pocit vlastní hodnoty a spirituální podpora. Naopak negativní vliv na naději má pocit osamělosti, přetrvávající bolest a snížené sebehodnocení. Ukazuje se také, že pacientova naděje je do velké míry ovlivněna kvalitou komunikace s lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky. V rozhovoru o nepříznivé prognóze pacienti nejvíce oceňují empatický dialog, v němž je upřímnost a jasnost sdělení vyvážena povzbuzením, které ponechává prostor pro naději. Znalost obsahu nadějí, přání a životních hodnot pacienta může významně přispět k rozhodování o optimální péči v závěru života

2.

TI: Maligní onemocnění, psychika a stres. Příběhy pacientů s komentářem psychologa

AU: Fait, Vuk

CI: Klinická onkologie. 2019, roč. 32, č. 6, s. 473. ISSN: 0862-495X; 1802-5307 (elektronická verze).

LA: cze RT: články, recenze

PT: recenze

3.

TI: Onkologická kazuistika - kdy je vhodný čas na integraci paliativní péče?

REŠERŠE NCO NZO

1.

TI: Specializovaná ošetrovatelská péče v onkourologii : nádory močového měchýře

AU: Argayová, Ivana – Angelovičová, Katarína – Dimunová, Lucia

PU: 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2021. 120 stran : ilustrace, tabulky ; 24 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: monografie

DE: nádory močového měchýře (ošetřování) ; onkologické ošetrovatelství ; nefrologické ošetrovatelství

AB: Publikace se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienty s nádorem močového měchýře. Určeno odborné veřejnosti.

IN: ISBN: 978-80-271-1726-0

SG: NCONZO: 16206

AN: nco033036 DT: 210311

2.

TI: Speciální onkologie

AU: Büchler, Tomáš, 1974-

PU: 2. vydání. Praha : Maxdorf-Jessenius, [2020]. 290 stran : ilustrace, tabulky ; 24 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: učebnice ; kolektivní monografie

DE: lékařská onkologie ; nádory

AB: Učebnice speciální onkologie. Určeno studentům i odborníkům v praxi.

IN: ISBN: 978-80-7345-651-1

SG: NLK: K 94464

SG: IKEM: KG 10702

AN: MED00204195 DT: 200904

3.

TI: Kvalita života onkologických pacientů : léčba karcinomu prostaty

AU: Katolická, Jana

PU: První vydání. Praha : Farmakon Press, spol. s r.o., [2020]. 48 stran : ilustrace ; 24 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: kolektivní monografie

DE: karcinom (terapie) ; mužské pohlaví ; lékařská onkologie ; pacienti ; prognóza ; nádory prostaty (terapie) ; kvalita života

AB: Publikace se zabývá vlivem nádoru prostaty na kvalitu života. Určeno odborné veřejnosti.

IN: ISBN: 978-80-907656-1-0

SG: NLK: DT 12216

AN: MED00201562 DT: 200217

4.

TI: Co potřebujete vědět o nádorech prostaty?

PU: Brno : Masarykův onkologický ústav, [2018]. 16 stran : ilustrace.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: populární práce ; brožury

DE: nádory prostaty

AB: Brožura pro pacienty. Poskytuje základní informace o nádorech prostaty, příznacích, diagnostice, léčbě.

SG: NLK: online

LI: <http://kramerius.medvik.cz/> - Digitalizace plánována

PŘÍLOHA B – Anatomie krční a hrudní páteře, spinální stenózy

ANATOMIE PÁTEŘE – Anatomie krční a hrudní páteře, spinální stenózy

Páteř (lat. *columna vertebralis*) tvoří osovou kostru skeletu (DUNGL, 2014). Je zpravidla sestavena z 33–34 obratlů. V konečném stavu je pak z důvodu srůstu 3–4 kostrčních obratlů utvořena pouze 24 obratli (PAŠKOVÁ, 2012). Mezi 3 charakteristické funkce páteře se řadí složka nosná, pohybová a ochranná. Součinnost všech tří složek zaujímá důležitou roli ve fungování celé páteře jako celku (DUNGL, 2014). Funkce nosná zajišťuje oporu celého těla. Pohyb a pružnost páteře zaručuje její esovité prohnutí. Úsek páteře hrudní a křížové, který je obloukovitě prohnutý dozadu je popisován jako kyfóza. Obloukovité ohnutí krční a bederní páteře se označuje jako lordóza (DYLEVSKÝ, 2019). Celým rozsahem páteře prostupuje páteřní kanál (lat. *canalis vertebralis*), který tvoří ochrannou funkci pro míchu a její obaly (PAŠKOVÁ, 2012).

ANATOMIE KRČNÍ PÁTEŘE

Krční páteř (lat. *vertebrae cervicales*) je nejpohyblivější a nejnamáhanější částí celé páteře. Je tvořena sedmi pravými krčními obratli nepravidelného tvaru, které jsou svou stavbou s výjimkou prvního krčního obratle (C1) krátké a drobné. Základ tvoří tělo obratle, obratlový oblouk s výběžky a obratlový otvor, který se uzavírá spojením těla a výběžků. (DUNGL, 2014)

Tělo (lat. *corpus vertebrae*) je nejmasivnější částí celého obratle. Těla krčních obratlů jsou úzká, sedlově promáčknutá, oválného tvaru o velikosti 1,4- 1,6 cm. Obratlový oblouk (lat. *arcus vertebrae*) je zezadu připevněn k obratlovému tělu párovými stopkami (lat. *pediculus arcus vertebrae*). Společně se zadní částí obratlového těla utváří páteřní kanál (lat. *canalis vertebralis*) a tvoří kostěnou ochranu pro míchu, míšní obaly a kořeny míšních nervů. Obratlový otvor (lat. *foramen vertebrale*) uzavírá tělo s obratlovými výběžky (DYLEVSKÝ, 2019). Toto tvrzení uvádí ve své publikaci taktéž Dungal (2014).

Dva výběžky příčné (lat. *processus transversales*) obsahují otvor pro průchod vertebrální tepny, vstupují do lebky přes velký týlní otvor, a zásobují mozkový kmen, mozeček a část koncového mozku. Příčné výběžky obsahují dva hrbolky, z nich přední část představuje zakrnělé žebro a zadní část končí jako původní výběžek. Výběžky trnové (lat. *processus spinosus*) jsou krátké a s výjimkou prvního a sedmého krčního obratle jsou

na konci rozdvojeny. Čtyři kostní výběžky (*lat. processus articularis superior et inferior*). Výběžky příčné, trnové a kostní slouží k vzájemnému propojení obratlů a k napojení žebel. Obratle mohou být dále propojeny chrupavkou, či ligamenty (DUNGL, 2014). Toto tvrzení ve své citaci také uvádí Dylevský (2019) a Hrbková (2017).

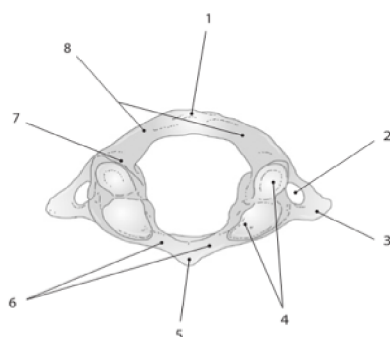
OKCIPITÁLNÍ KOST

Okcipitální kost označující se jako 0. krční obratel (DUNGL, 2014), taktéž šupina kosti týlní (*lat. squama occipitalis*) je tvořena ze dvou částí. Část chondrogenní se nachází v oblasti velkého týlního otvoru a část desmogenní probíhá dorzálním směrem mezi temenními kostmi. Nachází se zde hmatný, nepárový hrbolek (*lat. protuberantia occipitalis externa*) (DUNGL, 2014).

PRVNÍ KRČNÍ OBRATEL – NOSIČ

První krční obratel (*lat. atlas*) jako jediný není tvořen tělem, ale pouze předním a zadním obloukem (*lat. arcus anterior et posterior*) a postranní masou, která oba oblouky spojuje. Z postranní masy vybíhá příčný výběžek (*lat. processus costotransversarius*), který tvoří otvor pro vertebrální tepnu (DUNGL, 2014). Přední oblouk nosiče obsahuje plochou kloubní jamku (*lat. fovea dentis*), která je spojena se zubem druhého krčního obratle, přičemž při pohybu umožňuje jejich součinnost. První meziobratlová ploténka se nachází až mezi druhým a třetím krčním obratlem, a proto právě obratel C1 nahrazuje chybějící ploténku pod lebkou, a je nazýván nosičem (HRBKOVÁ, 2017).

Obrázek 1 První krční obratel, *lat. atlas*



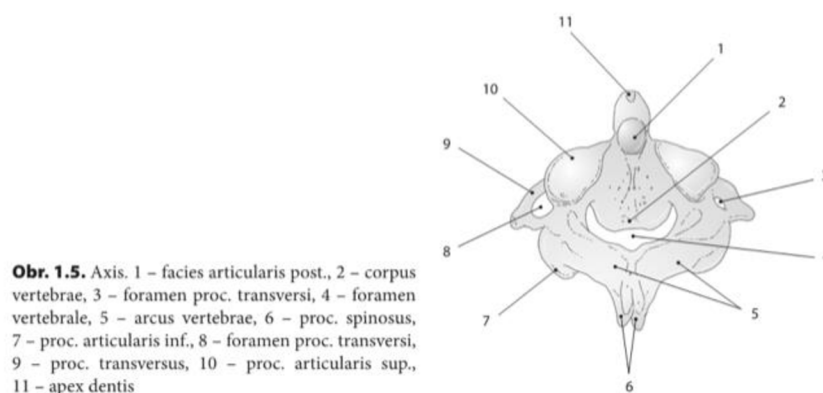
Obr. 1.4. Atlas. 1 – tuberculum post., 2 – foramen processus transversari, 3 – processus transversus, 4 – fovea articularis sup., 5 – tuberculum ant., 6 – arcus ant., 7 – sulcus arteriae vertebralis, 8 – arcus post.

Zdroj: Kočíš, 2012, s.28

DRUHÝ KRČNÍ OBRATEL – AXIS

Druhý krční obratel (lat. axis, epistrofeus) má na rozdíl od obratle C1 již typický tvar krčního obratle, tudíž obsahuje i tělo, ze kterého směrem kranálním vyčníhá zub, neboli vřetenovitý výběžek (lat. *dens axis*), který slouží pro skloubení s jamkou C1 a společně zajišťuje pohyb krční páteře (DUNGL, 2012) Tento výběžek je původním obratlovým tělem prvního krčního obratle (HRBKOVÁ, 2017).

Obrázek 2 Druhý krční obratel, lat. axis



Zdroj: Kočiš, 2012, s.28

ANATOMIE HRUDNÍ PÁTEŘE

Hrudní páteř (lat. *vertebrae thoracicae*, Th1 – Th12) je složena z 12 hrudních obratlů (FIALA a kol., 2015) a společně se žebry a hrudní kostí tvoří hrudní koš. Na rozdíl od krčních obratlů jsou všechny hrudní obratle složeny z obratlového těla, oblouku i výběžků (ČERNÝ, 2013).

Těla obratlů hrudních se směrem kaudálním zvětšují (DUNGL, 2012). K prodloužení této oblasti páteře přispívá i výška meziobratlových plotének. Obratle Th1 a Th2 jsou svojí stavbou spíše podobné obratlům krčním. Od obratle Th4 – Th9 dochází k mírné asymetrii z důvodu otlaku aorty (lat. *impressio aortae*) a poslední dva hrudní obratle připomínají svým vzhledem spíše obratle bederní. Obratlové oblouky jsou pak u hrudních obratlů okrouhlé (ČERNÝ, 2013). Každý z obratlů hrudních obsahuje dva kloubní výběžky. Příčné výběžky hrudní páteře (lat. *processus transversi*) jsou silnější, neboť obsahují kloubní plochu, která slouží pro připojení žeber.

Výběžky jsou párové a slouží rovněž k úponu mezižebních svalů. Výběžky trnové směřují šikmo dolů. Jsou poměrně křehké, rozšiřují se a plynule přechází v obratlový oblouk (DUNGL, 2012).

SPINÁLNÍ STENÓZY

Spinální stenózy neboli zúžení páteřního kanálu se rozlišují na vrozené a získané. Vrozené spinální stenózy se mohou objevit již při narození, nebo v průběhu života vlivem úrazů nebo degenerativních změn na páteři, kdy je páteřní kanál zúžený již kongenitálně a je zde vysoké riziko neurologických obtíží, jako je paréza, či plegie. Získané spinální stenózy mohou vzniknout v průběhu života vlivem různých patologických procesů jako třeba následkem úrazu, nádorovým, či metastatickým procesem, zánětlivými změnami nebo hernií disku (NÝDRLE, 2017).

Nejčastějšími příznaky spojenými se stenózou páteřního kanálu v krční oblasti může být omezení pohybu, ostrá bolestivost krční páteře vystřelující do horních končetin, která může být doprovázena brněním, či mravenčením. Méně časté jsou pak bolesti svalů, nebo snížení citlivosti prstů. Míra a lokalizace postižení pak vždy závisí na postiženém nervu (NÝDRLE, 2017).

PŘÍLOHA C – Ennekingova klasifikace

Tabulka 1 Ennekingova klasifikace

grading	G0 benigní léze
	G1 low grade maligní léze
	G2 high grade maligní léze
rozsah postižení	T0 ohraničená léze
	T1 omezené ohraničení
	T2 překračující ohraničení
metastázy	M0 bez metastáz
	M1 regionální/ vzdálené metastázy

Zdroj: Repko, 2016, s. 21

PŘÍLOHA D – Hodnotící škály

Tabulka 2 Glasgow Coma Score – stupnice pro hodnocení poruch vědomí

Glasgow coma score – Glasgowská stupnice pro hodnocení poruch vědomí		
Otevírání očí	neotevívá na bolest na výzvu spontánně	1 bod 2 body 3 body 4 body
Slovní odpověď	žádná nahodilý zvuk ojedinělá slova zmatenost orientován	1 bod 2 body 3 body 4 body 5 bodů
Motorická odpověď	Bez reakce Abnormální extenze Abnormální flexe Úniková flexe Cílená odpověď na bolest Pohybuje se	1 bod 2 body 3 body 4 body 5 bodů 6 bodů
Zhodnocení: plné vědomí–15 bodů, lehká porucha vědomí –13 až 14 bodů, střední porucha vědomí– 9 až 12 bodů, závažná porucha vědomí– 3 až 8 bodů Výsledek u pacienta: 15 bodů – plné vědomí		

Zdroj: Cetlová, 2012, s. 22

Tabulka 3 Stupnice pádů Morse – hodnocení rizika pádů

Stupnice pádů Morse – hodnocení rizika pádů	
1. Pády v anamnéze	a) ano (25 bodů) b) ne (0 bodů)
2. Přidružená diagnóza	a) ano (15 bodů) b) ne (0 bodů)
3. Pomůcky při chůzi	a) žádné/ klid na lůžku (0 bodů) b) berle, hůl, chodítko (15 bodů) c) nábytek (30 bodů)
4. Intravenózní terapie/ zátka z fyziologického roztoku	a) ano (20 bodů) b) ne (0 bodů)
5. Chůze/ pohyb	a) normální/ je ležící/ pomoc personálu/ vozík (0 bodů) b) chabá (10 bodů) c) narušená (20 bodů)
6. Psychický stav	a) pacient je orientovaný ve vlastních schopnostech (0 bodů) b) pacient přeceňuje nebo zapomíná na své limitace (15 bodů)
<p>Zhodnocení: není riziko pádu- 0 bodů, nízké riziko pádu– méně, než 25 bodů, střední riziko pádu– 25–45 bodů, vysoké riziko pádu– více, než 45 bodů</p> <p>Výsledek u pacienta: 70 bodů – vysoké riziko pádu</p>	

Zdroj: MZČR, 2020, s. 7

Tabulka 4 Barthelův test základních všedních činností

Activities of Daily Living (ADL)- Barthelův test základních všedních činností			
	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m S pomocí 50 m Na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně s pomocí neprovede	10 5 0
Zhodnocení: vysoce závislý: 0–40 bodů, závislost středního stupně: 45–60 bodů, lehká závislost: 65–95 bodů, nezávislý: 96–100 bodů Výsledek u pacienta: 70 bodů – lehká závislost			

Zdroj: Cetlová, 2012, s. 7

Tabulka 5 Klasifikace tíže tromboflebitid podle Madonna

Klasifikace tíže tromboflebitid podle Madonna	
Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí
I	Pouze bolest, ne reakce v okolí
II	Bolest a zarudnutí
III	Bolest, zarudnutí, otok anebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly
Výsledek u pacienta: 0 – není bolest ani reakce v okolí	

Zdroj: Cetlová a kol., 2012, s. 31

Tabulka 6 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Hodnocení rizika vzniku dekubitů						
Duševní stav	Kontinence	Mobilita	Aktivita	Cirkulace	Tělesná teplota	Medikace
Bdělost, čilost (4 body)	Kontinence (4 body)	Plná hybnost (4 body)	Chodí (4 body)	Normální prokrvení (4 body)	Do 37,2 °C (4 body)	Bez steroidů, analgetik, trankvilizérů (1 bod)
Apatie (3 body)	Inkontinence moče, bez katétru (3 body)	Mírné omezení (3 body)	Chůze s pomocí (3 body)	Snížené prokrvení (3 body)	37,3 °C-37,7 °C (3 body)	Jedna z výše uvedených skupin (3 body)
Zmatenost (2 body)	Inkontinence stolice (2 body)	Velmi omezená (2 body)	Pouze na vozíku (2 body)	Špatná (2 body)	37,8 °C-38,3 °C (2 body)	Dvě z výše uvedených skupin (2 body)
Sopor, kóma (1 bod)	Inkontinence moče a stolice (1 bod)	Imobilita (1 bod)	Ležící (1 bod)	Kachexie (1 bod)	Nad 38,4 °C (1 bod)	Všechny uvedené skupiny (1 bod)
Zhodnocení: Skóre 26 bodů a méně představuje významné riziko vzniku dekubitů.						
Výsledek u pacienta: 24 bodů – u pacienta je nízké riziko vzniku dekubitů						

Zdroj: Cetlová a kol., 2012, s. 26

Tabulka 7 Stupnice hodnocení psychického zdraví

Stupnice hodnocení psychického zdraví			
Položky		Odpověď	
1.	Cítíte se většinu času dobře?	ANO	NE
2.	Máte často obavy o své zdraví?	ANO	NE
3.	Trpíte často bolestmi hlavy?	ANO	NE
4.	Měl/a jste v poslední době závratě?	ANO	NE
5.	Často se Vám třesou ruce při práci?	ANO	NE
6.	Míváte záškuby ve svalech?	ANO	NE
7.	V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ANO	NE
8.	Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	ANO	NE
9.	Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ANO	NE
10.	Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	ANO	NE
11.	Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	ANO	NE
12.	Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ANO	NE
13.	Často Vás něco trápí?	ANO	NE
14.	Jste často plný elánu či energie?	ANO	NE
15.	Cítíte se často neužitečný?	ANO	NE
<p>1 bod za odpověď „ano“ u otázek: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 13, 15</p> <p>1 bod za odpověď „ne“ u otázek: 1, 7, 9, 11, 12, 14</p> <p>Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví</p> <p>Výsledek u pacienta: 3 body – bez poruchy psychického zdraví</p>			

Zdroj: Cetlová a kol., 2012, s. 51

PŘÍLOHA E – Souhlas s náhledem do dokumentace a využitím osobních údajů

Obrázek 3: Souhlas s náhledem do dokumentace a využitím osobních údajů

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY
v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Veronika Lévardiová, DiS.
Datum narození: Telefon: E-mail:
Adresa trvalého bydliště:
Přesný název školy/fakulty: Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Duškova, Praha 5.
Obor studia: Všeobecné ošetřovatelství.

Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky. **Správnou odpověď zakřížkujte!**

Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: Kazuistika u onkologického pacienta po operaci páteře s neurologickou symptomatikou

Účel žádosti:
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Vedoucí práce (jméno a příjmení vedoucího práce a název školy/instituce, ve které je zaměstnán)

Mgr. Martin Krause, PhD., Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Duškova, Praha 5
Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance: z, Veronika Lévardiová, DiS. NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benetit pro zaměstnání dinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a **předem má souhlas konkrétního pracoviště**, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník:
Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: do:
Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat:
K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: l
Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do
Pracoviště, ze kterého/ kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: cká klinika

Přesná specifikace, co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: informace o pacientovi k vytvoření kazuistiky

Ostatní

kazuistika – počet: 1

Zdroj: Autor, 2012

Obrázek 4: Souhlas s náhledem do dokumentace a využitím osobních údajů

vedení rozhovoru se zaměstnanci počet zaměstnanců: povolání:
z kterého pracoviště:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: do:

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: INFORMACE O PACIENTOVÍ K VYTVOŘENÍ KAZUISTIKY

Bude jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení: na vědomí elektronická data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení vedoucímu zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného zdravotnického náměstka io, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve ověřil. Prezentace výsledků s uvedením jména možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do

a) elektronicky (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu:

b) nebo v listinné formě (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:

Oddělení organizace řízení –

Datum: Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje

Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 21-02-2022 pod číslem: 808 / 2-8144

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: VRCHNÍ PESTRA

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného náměstka oupeřil dle
Žadatel je zaměstnancem na pozici: VŠEDOBĚRNÁ SESTRA

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnanců z útvaru:

V případě placené služby poplatky dle Cenářů EU viz www dborná veřejnost/Informace pro studijní účely.

souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně fakturou na účet

Částka připsána na účet

V Brně dne 23-02-2022
referent/vedoucí OOR

Zdroj: Autor, 2012

PŘÍLOHA F – Souhlas pacienta s využitím osobních údajů pro účel průzkumu

Obrázek 5: Souhlas pacienta s využitím osobních údajů pro účel průzkumu

**Informovaný souhlas pacienta s využitím osobních údajů pro účely
bakalářské práce**

Název bakalářské práce: KAZUISTIKA U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA PO OPERACI PÁTEŘE S NEUROLOGICKOU SYMPTOMATIKOU

Autor práce: Veronika Lévárdiová, DiS.

- *Osobní údaje jsem poskytl dobrovolně.*
- *Souhlasím s využitím osobních údajů pro studijní účely, konkrétně pro účel tvorby bakalářské práce.*
- *Souhlasím s tím, že následující rozhovor bude nahráván na diktafon, později přepsán do psaného slova, následně smazán, a že v této bakalářské práci bude zajištěna anonymita, která znemožní identifikaci mé osoby.*
- *Bylo mi sděleno, jakým způsobem budou tyto informace demonstrovány v bakalářské práci.*
- *Jsem obeznámen o tom, že bakalářská práce bude přístupná na internetových stránkách Theses.cz.*

Podpis autora: _____

Podpis respondenta: _____

Zdroj: Autor, 2012

PŘÍLOHA G – Výsledky předoperačních vyšetření

Vyšetření krevního obrazu

	Výsledná hodnota	Fyziologické rozmezí
Leukocyty	8,92 x 10 ⁹ /l	4, 00–10,00 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	*3,66 x 10 ¹² /l	4, 00–5,9 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	*104 g/l	135–176 g/l
Hematokrit	*0,31 l/l	0, 39–0, 51 l/l
Trombocyty	239 x 10 ⁹ /l	150–350 x 10 ⁹ /l

Biochemické vyšetření

	Výsledná hodnota	Fyziologické rozmezí
Urea	3,4 mmol/l	1,7- 8,3 mmol/l
Kreatinin	66 µmol/l	59–104 µmol/l
Na	140 mmol/l	136–145 mmol/l
K	3,6 mmol/l	3,5- 5,1 mmol/l
Cl	104 mmol/l	98–107 mmol/l
CRP	*14 mmol/l	0–5 mmol/l

*vyznačené hodnoty jsou mimo fyziologické rozmezí

Provedení odběru pro zjištění krevní skupiny

Pacient má krevní skupinu A +.

Odběr moči na bakteriologii

U Hustota	1022 kg/m ³
Leukocyty – mikr.	53,0/ ul
Erytrocyty – mikr.	84,5/ ul
Bakterie	35,0

Předoperační neurologické vyšetření

„Pacient orientovaný, spolupracuje. Řeč normální, hlava a hlavové nervy v normě. Mimika symetrická. HKK: tvar a tonus v normě, bez parézy, taktilní cití symetrické. DKK: tvar a tonus v normě, šo. reflexy L4 symetrické, nízké, akrální reflexy nevýbavné, bez patologických reflexů, bez parézy, taktilní cití symetrické, Lasegue bilat. negativní,

bez otoků, palpačně nebolestivé. Páteř: nasazena Jewetova ortéza a krční límec, bez meningeální symptomatiky. Res: obj. neurologický nález bez patologické míšní symptomatiky.“

Předoperační interní a anesteziologické vyšetření

„Pacient je schopný výkonu v celkové anestezii, není jednoznačná kontraindikace k výkonu v CA“

CT vyšetření

„V pravém plicním křídle S10 pruhovité reziduum MTS, jinak bez ložiskových, či infiltr. změn v parenchymu bilat. Mediastinum bez patol. uzlin, v pravém hilu regrese patol. uzlin, není fluidothorax.“

RTG srdce a plic

„Reziduální diseminace MTS bilat.“