

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY  
S DG. ADENOKARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA**

**JANA HANŽLOVÁ**

Praha 2009

# **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY S DG.ADENOKARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA**

Bakalářská práce

JANA HANŽLOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2009

Jana Hanžlová

## **ABSTRAKT**

HANŽLOVÁ, Jana. Ošetrovatelská péče u pacientky s adenokarcinomem děložního hrdla. Praha, 2009.

Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha. Bakalář, všeobecná sestra.

Školitel: PhDr. Jana Hlinovská

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem děložního hrdla. Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou, která se zabývá patofyziologií onemocnění a jeho léčbou a na část empirickou, která se zabývá ošetrovatelskou péčí o ženu s tímto onemocněním.

Zpracovaná ošetrovatelská dokumentace je podle modelu funkčního zdraví M.Gordonové, stanoveny jsou ošetrovatelské diagnózy včetně určení ošetrovatelských intervencí a cílů.

Klíčová slova: Onkogynekologie. Karcinom. Chemoterapie. Radioterapie.

Ošetrovatelské diagnózy. Model podle M.Gordonové.

## **ABSTRACT**

HANŽLOVÁ, Jana. **Nursing care for a patient with adenocarcinoma cervicis.**

Prague, 2009.

Graduation bachelor work. Medical college,o.p.s. Prague. Bachelor, nurse.

Trainer: PhDr. Jana Hlinovská

The main point of my graduation bachelor work is the nursing care for a woman with adenocarcinoma cervicis. The work itself is divided into two parts, the theoretical one that contains of the patophysiology of this illness and its treatment and the empirical one that contains of the nursing care for a woman with this illness.

Elaborated nursing documentation is based on Mrs. M. Gordons functional health care model, the nursing diagnoses are done including the nursing interventions and programmes.

Key words: Oncogynaecology. Carcinoma. Chemotherapy. Radiotherapy. Nursing diagnose. Planning model due Mrs. M.Gordon.

## PŘEDMLUVA

Bakalářská práce s názvem Ošetřovatelská péče o ženu s dg. adenokarcinom děložního hrdla se zabývá ošetřovatelskou péčí o 46 letou ženu s touto diagnózou. Práce je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část je věnovaná patofyziologii onemocnění, diagnostice a možnostem léčby tohoto onemocnění. Dále následují identifikační údaje, lékařská diagnóza, lékařská anamnéza pacientky, laboratorní vyšetření a diagnosticko - terapeutická rozvaha.

Praktická část je věnovaná ošetřovatelskému procesu obecně a jeho významným osobnostem, ošetřovatelské anamnéze a současnému stavu pacientky, ošetřovatelským diagnózám a plánu ošetřovatelské péče.

Podklady pro práci v teoretické části byly čerpány z dostupné literatury, časopisů a internetových zdrojů, sběr dat a informací pro praktickou část bakalářské práce bylo použito více zdrojových informací, jako například rozhovor s pacientkou, studium její zdravotní dokumentace z hospitalizace na gynekologicko–porodnické klinice FNM. Bližší údaje o pacientovi nejsou v bakalářské práci uvedeny z důvodu ochrany osobních dat.

Touto cestou vyslovuji poděkování prof.MUDr. Lukáši Robovi,CSc. přednostovi gynekologicko-porodnické kliniky FNM za odborné vedení teoretické části mé bakalářské práce a zároveň děkuji PhDr. Janě Hlinovské vedoucí mé bakalářské práce za pedagogické vedení, podnětné rady, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

## OBSAH

### ÚVOD..... 8

#### **Teoretická část**

1. Anatomie ženských pohlavních orgánů .....	9
1.1 Zevní rodidla .....	9
1.2 Pochva .....	9
1.3 Děloha .....	9
1.4 Vejcovod .....	10
1.5 Vaječník .....	10
2. Vyšetřovací metody .....	12
2.1 Anamnéza .....	12
2.2 Vyšetření břicha .....	12
2.3 Vyšetření v zrcadlech .....	12
2.4 Vyšetření pohmatem .....	12
2.5 Rektální vyšetření .....	12
2.6 Kolposkopické vyšetření .....	12
2.7 Vyšetření prsů .....	13
2.8 Laboratorní metody .....	13
2.9 Zobrazovací metody .....	13
2.10 Endoskopické vyšetřovací metody .....	14
2.11 Operační diagnostické metody .....	14
3. Radioterapie .....	15
3.1 Základní pojmy v radioterapii .....	15
3.2 Radikální radioterapie (kurativní radioterapie) .....	16
3.3 Paliativní radioterapie .....	16
3.4 Teleradioterapie .....	16
3.5 Brachyterapie .....	16
3.6 Vedlejší reakce při radioterapii .....	17
4. Chemoterapie .....	18
4.2 Dělení chemoterapie .....	18
4.3 Cytostatika .....	18
4.4 Klasifikace cytostatik .....	18
4.5 Všeobecné nežádoucí účinky .....	18
4.6 Podávání chemoterapie- cytostatik .....	19
5. Adenokarcinom .....	20
5.1 Patogeneze adenoprekanceróz a adenokarcinomů .....	20
5.2 Invazivní zhoubné nádory děložního hrdla .....	20
5.3 Histopathologie .....	21
5.4 Příznaky .....	21
5.5 Diagnostika .....	22
5.6 Šíření adenokarcinomu .....	22
5.7 Klasifikace nádorů .....	23
5.7.1 Klasifikace TNM a FIGO .....	23
5.7.2 Souhrn klasifikace .....	24
5.8 Terapie .....	25
5.9 Souhrn - terapeutický guideline – standardní postupy .....	26
5.10 Pooperační radioterapie .....	27
5.11 Dispenzarizace .....	27

5.12	Prognóza dle stadií u karcinomů děložního hrdla (přežití 5 let).....	28
5.13	Budoucnost - HPV vakcíny .....	28
6.	Ošetrovatelský proces .....	29
6.1	Ošetrovatelský proces obecně.....	29
6.2	Fáze ošetrovatelského procesu.....	29
6.2.1	Posuzování .....	29
6.3	Výhody ošetrovatelské procesu .....	30
6.4	Modely ošetrovatelství.....	31
6.5	Model funkčního zdraví M. Gordonové - 12 oblastí potřeb .....	31
7.	Marjory Gordonová .....	35
8.	Specifika ošetrovatelské péče o ženu s gynekologickým onemocněním.....	36
	<b>Praktická část .....</b>	<b>39</b>
	<b>9. Identifikační údaje.....</b>	<b>39</b>
10.	Přehled provedených laboratorních a komplementárních vyšetření .....	45
11.	Radioonkologická rozvaha.....	48
12.	Léčba.....	49
13.	Ošetrovatelský model funkčního zdraví podle M. Gordonové.....	50
14.	Seznam ošetrovatelských diagnóz .....	54
15.	Ošetrovatelské diagnózy .....	55
16.	Edukace.....	60
17.	ZÁVĚR .....	62
	LITERATURA .....	63
	ČASOPISY .....	65
	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	66
	Seznam použitých zkratk .....	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68
	Příloha č1 barthelův test, FN Motol.....	69
	Příloha č2 nutriční skóre FN Motol .....	70
	Příloha č3 fotoarchiv .....	71



## ÚVOD

Děložní hrdlo je snadno přístupné při gynekologickém vyšetření jak aspekci, tak i skrínigovým vyšetřením, do kterých zahrnujeme kolposkopii, odběr cytologie a HPV HR testaci. Poznatky o patogenezi prekanceróz a invazivních karcinomů děložního hrdla z posledních 30 let nám umožňují nový pohled na toto onemocnění a určily hlavní vyvolávající příčinu, kterou jsou rizikové typy, tzv. onkogenní humánní papilomaviry (HR – HPV).

V dnešní době jsme pomocí prebioptických metod schopni včas diagnostikovat počínající prekancerózy a díky moderním způsobům léčby je i efektivně řešit. To však více platí pro prekancerózy z dlaždicového epitelu (SIL – squamózní intraepiteliální léze) než pro prekancerózy vznikající ze žlázového epitelu, které jsou prekurzory invazivních adenokarcinomů.

Ve vyspělých zemích, kde je screening a diagnostika dobře organizována, je incidence invazivních karcinomů pod 10/100 000. Finsko po 25 letech celoplošného cytologického screeningového programu snížilo incidenci pod 5/100 000 a je zde ročně diagnostikováno více adenokarcinomů než spinocelulárních karcinomů.

U nás v České republice<sup>1</sup> je z 1000 nově diagnostikovaných karcinomů 250 adenokarcinomů. V České republice se incidence zhoubných nádorů děložního hrdla dlouhodobě pohybuje okolo 20/100 000, mortalita je relativně vysoká 6,5-7,8/100 000. Poměr incidence a mortality je cca 40%. Incidence v ČR v roce 2005 byla 19,1/100 000 a mortalita 7,75/100 000. V praxi to znamená, že ročně diagnostikujeme okolo 1000 nových onemocnění a v souvislosti s tímto nádorem ročně umírá přibližně 400 žen.

Cílem mé práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacientku s karcinomem děložního hrdla za využití koncepčního modelu Gordonové. Důraz práce je kladen na objasnění specifické ošetrovatelské péče a sdělení náročnosti v oblasti této problematiky. Dále jsem chtěla poukázat na důležitost preventivních gynekologických vyšetření a dodržování termínů kontrol daných obvodním gynekologem.

Navzdory tomu stále vysoké procento žen tuto skutečnost podceňuje a kontroly zanedbává. V horších případech na kontroly vůbec nedochází, nejsou ani výjimkou ženy, které nenavštívily gynekologa i více než 10 let.

---

1. [http://www.uzis.cz/news.php?mnu\\_id=1100](http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100)- staženo dne 10.2.2009

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Anatomie ženských pohlavních orgánů

### 1.1 Zevní rodidla

Zevní rodidla zahrnují stydký pahorek - hrma, velké a malé stydké pysky - labia majora pudendi, labia minora pudendi, poštvěváček - clitoris, poševní vchod - vestibulum vaginae, panenskou blánu - hymen, bulbi vestibuli, bartholinské žlázy a hráz – perienum.

### 1.2 Pochva

Pochva je odvodná pohlavní cesta, kopulační orgán a slouží k odvádění menstruační krve. Má tvar předozadně oploštělé trubice a na příčném řezu má její lumen tvar písmene “H,” ( Rob et al. 2008, str. 8) Kraniaálním koncem se upíná na děložní hrdlo, kaudálním koncem se otevírá navenek jako ostium vaginae. Poševní stěna se skládá ze tří vrstev: sliznice, hladké svaloviny a zevního vazivového obalu, adventicie.

Sliznice je kryta mnohovrstevnatým dlaždicovým epitelem, který nerohovatí a nemá žlázky.

### 1.3 Děloha

Děloha je dutý, silnostěnný svalový orgán uložený v malé pánvi, mezi močovým měchýřem a konečníkem. U dospělé ženy má tvar předozadně oploštělé hrušky. Děloha je zavzata do ligamentum latum uteri. Člení se na dvě základní části: tělo - corpus uteri a hrdlo – cervix uteri.

Děložní stěna je 15 mm silná a je složena ze tří vrstev. Vnitřní tvoří sliznice, v těle endometrium, v hrdle endocervix. Endometrium je kryto jednovrstevným cylindrickým epitelem. Sliznice nejprve vlivem estrogenů regeneruje a prolifereje, po ovulaci se vlivem progesteronu sekrečně transformuje. Střední a nejsilnější vrstva, která dává děloze tvar, je z hladké svaloviny – myometrium. Na povrchu dělohy je peritoneum – perimetrium.

Při zániku žlutého tělíska v důsledku poklesu hormonálních hladin, dochází k přechodné kontrakci spirálních arterioli endometria s následnou ischemií a odlučováním funkční vrstvy sliznice. Nekrotická sliznice spolu s průvodním krvácením odchází z rodidel, dochází k menstruaci.

Děložní hrdlo má dva druhy epitelu. Kanál hrdla vystýlá endocervix (cylindrické hlenotvorné buňky uspořádané v bohaté členěné řasy). Část hrdla obrácená do pochvy má povrchovou sliznici (exocervix) se stejnou výstelkou jako pochva, tedy s epitelem vrstevnatým, dlaždicovým. (Rob et al. 2008)

#### **1.4 Vejcovod**

Vejcovod je párová trubice, uložená po stranách dělohy, délky 10 až 12 cm a tloušťky asi 0,5 cm. Vejcovod je začleněn do ligamentum latum uteri. Horní část ligamentum latum uteri tvoří peritoneální závěs vejcovodu, mesosalpinx. Mediální konec vejcovodu proráží roh děložní a označuje se jako pars intramuralis (pars uterina). Následuje zúžená část vejcovodu, isthmus, který představuje jednu třetinu jeho délky. Laterální polovina vejcovodu se označuje ampula, kde dochází k oplodnění vejce.

Ampula je zakončená nálevkovitým infundibulem. Z okrajů infundibula vybíhá 10 výběžků, fimbrií. (Rob et al. 2008, str.5) Stěna vejcovodu se skládá ze sliznice, hladké svaloviny a povrchové serózy (mesosalpinx).

Vejcovod transportuje oplozené vejce (embryo) do dělohy a spermie z dělohy do ampulární části vejcovodu, kde zpravidla dochází k oplodnění.

#### **1.5 Vaječník**

Ovarium je ženská pohlavní žláza, ze které se v době pohlavní zralosti uvolňují v měsíčních ovariálních cyklech ženské pohlavní buňky – vajíčka (oocyty). Současně je ovarium žlázou s vnitřní sekrecí produkující ženské pohlavní hormony.

V období pohlavního dospívání ženy se ovarium zvětšuje a v dospělosti má tvar plochého ovoidu, šedorůžové barvy o rozměrech 3 až 5 x 3 x 2 cm a hmotnost 7 – 15 g.

Ovarium je uloženo laterálně od dělohy v pánevní dutině, při boční stěně malé pánve. Je zavěšeno na zadním listu širokého vazů děložního (plica lata uteri) krátkou peritoneální duplikaturou zvanou mesoovarium.

Povrch ovaria je kryt povrchovým kubickým epitelem - zárodečný epitel. Pod epitelem je vrstva kolagenního vaziva, tunica albuginea. Ovarium se člení do dvou částí. Objemově převažující povrchová část, cortex ovarii, obsahuje ve vazivovém stromatu folikuly v různém stádiu vývoje, žlutá tělíska a bílá tělíska. Centrální oblast ovaria je dřeň, medulla ovarii. Dřeň obsahuje bohatě vaskularizované řídké kolagenní vazivo a buňky hladké svaloviny.

Kůra ovaria obsahuje folikuly v různém stádiu vývoje. Vývoj folikulu vrcholí tzv. Graafovým folikulem, který 12. až 14. den cyklu praská a vajíčko je folikulární tekutinou odplaveno do dutiny peritoneální a odtud je transportováno do vejcovodu. Až do ovulace folikul produkuje estrogény. Po ovulaci se folikul přemění na žluté tělísko, corpus luteum, které produkuje progesteron a další hormony.

Dojde-li k oplodnění vajíčka, mění se žluté tělísko v corpus luteum gravidarum, které je aktivní první tři měsíce těhotenství. Poté dochází k jeho postupné regresi a jeho funkci přebírá placenta. Nedojde-li k oplození vajíčka, vytváří se corpus luteum menstruationis, které během 10 až 12 dnů zaniká a zbývá po něm vazivová jizva - corpus albi. (Rob et al. 2008)

## **2. Vyšetřovací metody**

### **2.1 Anamnéza**

Řízený rozhovor s pacientkou zaměřený na rodinnou, osobní a gynekologickou anamnézu, nynější onemocnění a příznaky.

### **2.2 Vyšetření břicha**

Lékař vyšetřuje pohledem (inspekce), pohmatem (palpace), poklepem (perkuse) a poslechem (auskultace).

### **2.3 Vyšetření v zrcadlech**

Zrcadel je více druhů. K nejběžnějším patří Simsova, Kristellerova a Scherbackova. Pro kolposkopii jsou vhodná Cuscova zrcadla.

### **2.4 Vyšetření pohmatem**

Pohmatové vyšetření je vždy bimanuální. Souhrou prstů pravé ruky zavedené do pochvy a levé ruky položené na podbříšek získává lékař přesnou představu o velikosti, pohyblivosti a vzájemných vztazích hmatných orgánů v malé pánvi.

### **2.5 Rektální vyšetření**

Rektální vyšetření je využíváno k vyšetření dívek a žen, které ještě neměly pohlavní styk a jako doplňující vyšetření k vyšetření vaginálnímu.

### **2.6 Kolposkopické vyšetření**

Vyšetření děložního hrdla pomocí kolposkopu (zvětšení a osvětlení). Je to základní prebioptické vyšetření v gynekologické onkologické prevenci. Provádí se kolposkopie prostá nebo rozšířená s využitím kyseliny octové a Lugolova roztoku.

## **2.7 Vyšetření prsů**

Toto vyšetření je součástí gynekologického vyšetření, kdy lékař první linie se zabývá screeningem, specializovaná vyšetření se soustřeďují do mamologických center.

## **2.8 Laboratorní metody**

K diferenciální diagnostice chorob reprodukčních orgánů významně přispívají hematologické, biochemické, hormonální, mikrobiologické, serologické a histologické vyšetření. Gynekologové mohou využívat řady testů k stanovení konečné diagnózy.

V onkogynekologii patří mezi nejčastější vyšetření odběr krve na nádorové markery – CA-125 a SCC, dále odběry vzorků tkáně na histologické a cytologické vyšetření.

## **2.9 Zobrazovací metody**

Metody zobrazující orgány a tkáně reprodukčního systému ženy jsou jednou z nejdůležitějších součástí moderní gynekologické diagnostiky.

Ultrazvuk se díky technologickému pokroku stává zásadní metodou v gynekologické diagnostice děložních patologií. Zejména možnost využití doplerovského zobrazení cév nám umožňuje rozlišit maligní nádory. Ty mají odlišné cévní zásobení.

Magnetická rezonance je po ultrazvuku další využívanou zobrazovací metodou v gynekologii. Předností magnetické rezonance je absence radiační zátěže, možnost vyšetření ve třech na sebe kolmých rovinách, ale i v libovolné šikmé rovině a výborná diferenciací různých měkkých tkání malé pánve.

Do rentgenových metod patří dále: nativní snímek břicha, rentgenové vyšetření hrudníku, mammografie, hysterosalpingografie, pánevní lymfografie, intravenózní vylučovací urografie, irrigografie.

Do radionuklidové diagnostiky patří pozitronová emisní tomografie (PET, CT). Je založena na kumulaci radiofarmaka ve tkáních se zvýšenou utilizací glukózy, tedy především v metabolicky aktivních tumorech.

## **2.10 Endoskopické vyšetřovací metody**

Endoskopická vyšetření umožňují převážně invazivní, ale dokonalou vizualizaci anatomických oblastí, které jsou nedostupné pro přímou inspekci. Význam tyto metody mají nejen v diagnostice, ale i pro operační řešení.

Do endoskopických vyšetřovacích metod patří: hysteroskopie (vizualizace dutiny děložní), laparoskopie (vizualizace oblasti pánve a dutiny břišní), cystoskopie (vizualizace močového měchýře), rektoskopie (vizualizace lumina rekta) nebo kolonoskopie (vizualizace lumina či sliznice tlustého střeva).

## **2.11 Operační diagnostické metody**

Do operačních diagnostických metod patří:

- sondáž – vyšetření dutiny děložní sondou,
- biopsie-excize – cílený odběr tkáně za účelem histologického vyšetření,
- probatorní kyretáž – získání tkáně z děložní dutiny a z děložního hrdla za účelem histologického vyšetření,
- punkce – aspirace dutin např. Douglasova prostoru, cyst, ascitu, abscesů,
- probatorní laparotomie – otevření dutiny břišní za účelem diagnózy.

### 3. Radioterapie

Je to léčba ionizujícím zářením, je jedním ze tří základních léčebných postupů v léčbě zhoubných nádorů.

U každého pacienta je po stanovení diagnózy onemocnění určen nejvhodnější léčebný postup, a to dle povahy a rozsahu onemocnění a dle stavu pacienta.

U některých zhoubných nádorů se radioterapie používá spíše výjimečně, u jiných je pravidelnou součástí komplexní léčby. Někdy se používá jako jediný léčebný postup, například u určitého stupně zhoubného nádoru děložního hrdla. Stále častěji se používá i v kombinaci s chemoterapií.

Radioterapie zhoubných nádorů je ozařování nádorů pomocí ionizujícího záření. Zářením dochází k poškození určitých chemických vazeb a ke vzniku radikálů, tj. chemických sloučenin, které pak dále způsobují biochemické změny. Uvedené změny se odehrávají na buněčném povrchu, v enzymech, v chromozomech jader buněk, kde dochází k poškození DNK.

Tyto změny nezpůsobují okamžité odumření buněk, ty se mohou ještě dále několikrát dělit, ale postupně tuto schopnost ztrácí a odumírají. Podobným způsobem působí ionizující záření na zdravé buňky, ale ty na rozdíl od buněk nádorových mají vyšší schopnost obnovy a dochází k jejich regeneraci – hojení.

Nádorová tkáň se během ozařování obnovuje stále méně, až dojde k její likvidaci, zdravé tkáně se pro své regenerační schopnosti za krátkou dobu zhojí. Na tomto základu je léčba zářením založena.

#### 3.1 Základní pojmy v radioterapii

Ionizující záření je přirozené – rádium, kosmické záření a umělé – radioizotopy připravené člověkem (přístroje produkující elektromagnetické záření vysoké energie). Při radioaktivním rozpadu vzniká záření, které se používá při léčbě zářením. Některé z radioizotopů se používají do hlavic přístrojů jako zdroj záření, jedná se pak o radioizotopové ozařovače, jako například kobaltový nebo cesiový ozařovač. Některé se používají jako zdroj záření do aplikátorů, používaných v brachyterapii.



### **3.2 Radikální radioterapie (kurativní radioterapie)**

Cílem této léčby ionizujícím zářením je zničení všech nádorových buněk. Podle charakteru jednotlivých nádorů je nutno ozařovat nižšími nebo vyššími celkovými dávkami záření.

### **3.3 Paliativní radioterapie**

Cílem této léčby je odstranění příznaků onemocnění nebo jejich podstatné zmírnění.

### **3.4 Teleradioterapie**

Ozařování, které je prováděno přes kůži z různé vzdálenosti. Ozařování je prováděno po předchozím zaměření krajiny nádoru a po vypracování ozařovacího plánu. Provádí se denně nebo v jiných intervalech tak, jak bylo předem rozhodnuto. Během celé doby ozařování navštěvuje pacient pravidelně svého ošetřujícího lékaře, se kterým řeší případné problémy či zhoršení zdravotního stavu. Je pravidelně kontrolován a jsou mu prováděna nezbytná kontrolní vyšetření (krevní obraz, iontogram aj.). Během, i po ukončení, ozařování není pacient nebezpečný svému okolí - nezáří .

### **3.5 Brachyterapie**

Ozařování nádoru, které je prováděno zdrojem záření, který se vkládá nebo je uložen přímo do nádoru, na jeho povrch nebo do tělesné dutiny pacienta. Ozařování se provádí po předchozím zaměření a vypracování ozařovacího plánu. Ozařování se provádí jednou nebo vícekrát pomocí malých aplikátorů např. ovoidů, jehel, tub.

Brachyterapie se provádí bez anestezie nebo s krátkodobou anestezí, kdy je pacient přijat na lůžkové oddělení. Po dobu zavedení aplikátorů je pacient umístěn tak, aby vycházející záření nepůsobilo na personál. Po odstranění aplikátorů není pacient svému okolí nebezpečný.

Historicky nejstarší zdroj pro brachyterapii bylo radium. Další generací bylo cesium, nyní se používá iridium. Cesium a iridium lze dát do tzv. afterloadingových systémů, které umožňují minimalizaci radiační zátěže personálu.

### 3.6 Vedlejší reakce při radioterapii

Při ozařování v oblasti malé pánve dochází nejčastěji k reakci v oblasti močového měchýře, střeva, konečníku a v krajině zevního genitálu. K výraznější reakci dochází pokud jsou společně podávána i cytostatika.

Po zahájení radioterapie nemá pacient obtíže, ty se ve většině případů dostavují asi po 3 týdnech. Pacient bývá unavený, dostaví se nevolnost, křeče v břiše, průjmy, nucení na močení, pálení a řezání při močení, místní reakce na kůži při ozařování zevního genitálu.

Všechny tyto příznaky se dají zmírnit i odstranit při dodržování správného režimu během ozařování i po skončení ozařování alespoň po dobu 2 týdnů. Podat se mohou i léky naordinované lékařem, které tlumí tyto příznaky.

Mezi základní režimová opatření patří dodržování pitného režimu 2-3l tekutin denně, jíst neдрáždivou, nenadýmavou a netučnou stravu. Z jídelníčku vyřadit citrusové plody a šťávy, z ovoce bývá nejvhodnější banán, borůvky, jablečný kompot .

## **4. Chemoterapie**

### **4.1 Chemoterapie obecně**

Chemoterapie je jakákoliv léčebná terapie, která spočívá ve vpravování chemických látek do organismu. Lidově se tento název používá pro protinádorovou léčbu (léčbu cytostatiky), tedy podávání látek pro buňku toxických. Tato léčba svým zásahem do buněčného cyklu brání buňce v dalším dělení. Tato léčba není cílená, a proto postihuje i buňky zdravé.

### **4.2 Dělení chemoterapie**

- Neadjuvantní – léčba podávaná před operací.
- Kurativní – léčba vedoucí k vyléčení.
- Paliativní – léčba podávaná ke zlepšení stavu u pokročilých nádorů.
- Adjuvantní – léčba podávaná po radikální operaci nebo radioterapii.

### **4.3 Cytostatika**

Jsou to látky, které se používají k léčbě nádorových onemocnění. Způsobují zastavení růstu buněk. Tento efekt je nespecifický, to znamená, že postihuje i zdravé buňky.

### **4.4 Klasifikace cytostatik**

- Polyfunkční alkylující látky - cyklofosfamid, ifosfamid, aj...
- Antimetabolity - metotrexát, fluorouracil, aj...
- Rostlinné alkaloidy - vinblastin, vinkristin
- Cytostatická antibiotika – bleomycin, epirubicin, mitomycin, aj...
- Hormony a látky blokující účinek hormonů - tamoxifen, megace, aj...
- Jiná cytostatika – cisplatina, karboplatina, etoposid, radionuklidy, aj...

### **4.5 Všeobecné nežádoucí účinky**

- Nausea, zvracení, nechutenství.
- Zvýšená hladina kyseliny močové.

- Cytotoxický účinek na rychle se dělící buňky je reverzibilní(alopecie, úbytek bílých krvinek a krevních destiček, průjem, poruchy menstruace, neplodnost).
- Nevratné poruchy způsobené toxickým účinkem na játra, srdce, ledviny, teratogenezi, karcinogenezi, metagenezi.

#### **4.6 Podávání chemoterapie- cytostatik**

Způsob podání je cyklický, tzn. že léčba je podávána v přesných časových intervalech opakovaně, mezi nimiž je přestávka určená k regeneraci pacienta. Aplikuje se buď jedna účinná látka – monoterapie nebo kombinace látek - polychemoterapie. Chemoterapie se aplikuje buď v ambulantním režimu nebo za hospitalizace. Obvyklá forma aplikace je intravenózně, intraperitoneálně nebo per os.

Dávky cytostatik jsou individuálně vypočítávány a zohledňují většinou povrch nemocného, který se vypočítává z váhy a výšky nemocného. Důležité jsou intervaly mezi léčbou. Běžně je aplikována v intervalech 21-24 dnů, ale některé režimy se aplikují v rychlejších intervalech (7-14 dnů), tzv. doze denzity režimy (léčba choriokarcinomů, ale i karcinomy děložního hrdla – zde je interval 10-12 dnů). Počet cyklů chemoterapie je další veličinou, která se odlišuje dle typu a charakteru nádoru.

## 5. Adenokarcinom

### 5.1 Patogeneze adenoprekanceróz a adenokarcinomů

Řada epidemiologických studií vedla k jednoznačnému závěru, že prekancerózy a karcinomy děložního hrdla můžeme označit jako sexuálně přenosná onemocnění. Za nejvýznamnější rizikové faktory považujeme perzistující infekci rizikovým typem humánního papilomaviru, která je základním etiologickým faktorem (HPV – HR infekce souvisí se sexuálním chováním), stav imunitního systému (defekty zejména buněčné imunity jsou významné – infekce HIV je modelem) a kouření. Hormonální antikoncepce zvyšuje riziko nepřímo, pomáhá perzistenci onkogenních virů. Pro anogenitální oblast má význam více než 20 HPV typů. U squamózních karcinomů je nejčastějším typem typ 16, u adenokarcinomů je nejčastějším typ 18. Nové poznatky o patogenезi, biologickém chování prekanceróz a zavedením »Bethesda« cytologické terminologie vedly histopatologu spolu s kliniky k používání nové terminologie:

- skvamózní intraepitelové léze (SIL) nízkého stupně – kam se zařazují kondylomatózní léze a CIN 1 (dysplazie lehké)
- skvamózní intraepitelové léze (SIL) vysokého stupně, kam patří CIN 2, CIN 3 (dysplazie střední, těžká a CIS).

Prekancerózy ze žlázového epitelu GIN a AIS (glandulární intraepiteliální léze a adenokarcinom in situ) jsou méně časté a tvoří méně než 2 % diagnostikovaných prekanceróz. Poměr histologicky diagnostikovaných squamózních lézí a adenolézí je 50:1, což svědčí o obtížné cytodiagnostice a biologicky agresivnějšímu chování, kdy přechod z prekancerózy do karcinomu je rychlejší neboť poměr spinocelulárních karcinomů k adenokarcinomům je pouze 4:1.

### 5.2 Invazivní zhoubné nádory děložního hrdla

V posledních dvaceti letech se u málokteré skupiny zhoubných nádorů posunuly naše znalosti o patogenезi, primární prevenci a změnila se léčebná strategie tak, jako u karcinomů děložního hrdla. Časnější diagnostika, predilekční lymfogenní šíření, výskyt i ve fertilním věku jsou specifika nejčastějších histopatologických forem těchto nádorů.

### 5.3 Histopathologie

Žlázové (glandulární) zhoubné nádory:

- Adenokarcinom
  - Mucinózní adenokarcinom
    - endocervikální
    - intestinální
    - „minimal deviation“
    - viloglandulární
  - Endometrioidní adenokarcinom
  - Clear cell adenokarcinom
  - Serózní adenokarcinom
  - Mesonefrický adenokarcinom

Adenokarcinomy jsou druhou nejčastější skupinou karcinomů děložního hrdla. V našich zemích tvoří cca 25 % zachycených karcinomů. Pozorujeme tedy relativní, ale i absolutní nárůst těchto nádorů. Cytologický skríníng u adenokarcinomů selhává častěji než u spinocelulárních karcinomů. K rozlišení jednotlivých variant adenokarcinomů je třeba většinou používat imunohistochemická vyšetření. Podobně v řadě případů musí klinik spolupracovat s patologem při odlišení adenokarcinomů vznikajících z děložního hrdla a endometria. Všeobecně se považují adenokarcinomy děložního hrdla za rizikovější pro recidivy než skupina spinocelulárních karcinomů. V terapeutickém přístupu a biologickém chování není mezi nimi velký rozdíl. Za méně agresivní nutno považovat variantu viloglandulárního karcinomu, je častější u mladých žen, uživatelék hormonální antikoncepce. Podobně i „minimal deviation“ adenokarcinom je méně agresivní varianta adenokarcinomů. Endometrioidní adenokarcinom, clear cell a serózní adenokarcinom patří k agresivnějším variantám. (Rob,2009)

### 5.4 Příznaky

Časná stadia jsou bezpříznaková. Výtok, kontaktní krvácení po styku je příznakem již klinických karcinomů. Bolest, hematurie, krvácení z rekta jsou již příznaky pozdní.

## 5.5 Diagnostika

Diagnostika adenokarcinomů je obtížnější než spinocelulárních karcinomů, což je dáno zejména lokalizací vzniku v děložním hrdle. Kolposkopicky časná stadia nelze často vidět, protože většina nádoru je uvnitř děložního hrdla.

Vyšetření, která provádíme v prvním kroku *standardně - obligatorní*:

- gynekologické komplexní vyšetření včetně vyšetření per rectum (vyšetření by měl provádět zkušený onkogynekolog),
- cystoskopie (považujeme ji za vhodné vyšetření u všech žen),
- ultrasonografie ledvin,
- předozadní snímek plic,
- ultrasonografie dělohy – hrdla (volumetrie) a případně MR (magnetická rezonance),
- onkogynekologická rozvaha (jsou-li vyšetření nedostatečná, je třeba indikovat výběrová vyšetření).

## 5.6 Šíření adenokarcinomu

Nádory se šíří v první fázi lokálně v děložním hrdle invazí do hlubších vrstev, kdy postupně infiltrují cervikální stroma. Z toho také vychází současná TNM klasifikace, která stadium T1 dělí dle plošného šíření a hloubky invaze. U stadia T1a s plochou do 7 mm a invazí do 3 mm je postižení regionálních lymfatických uzlin u nádorů bez angioinvaze málo pravděpodobné (riziko postižení regionálních uzlin je menší než 1%). V případě angioinvaze stoupá na 2 - 4%. Od invaze větší než 3 mm postupně narůstá riziko postižení regionálních lymfatických uzlin, a proto ve všech standardních postupech je indikována pánevní lymfadenektomie. Adenokarcinomy děložního hrdla predilekčně metastazují lymfogenně, hematogenní metastazování je u časných stadií raritní. Za regionální považujeme pánevní uzliny, které dělíme na skupinu uzlin v oblasti společné ilické arterie a vény, zevní ilické arterie a vény, vnitřní ilické arterie a vény, supraobturatorní, infraobturatorní, presakrální a parametriální. Současné studie detekce sentinelových uzlin přinesly nové poznatky o lymfatické drenáži časných stadií děložního hrdla. Hematogenně se šíří později a méně často. Prorůstání do okolních orgánů (uretra, močový měchýř, rektum) nebývá časté, ale je problémem u pokročilých primárně zanedbaných případů a recidiv onemocnění.

## 5.7 Klasifikace nádorů

### 5.7.1 Klasifikace TNM a FIGO

TNM	FIGO	
kategorie	stadium	
<i>T - tumor</i>		
TX		primární nádor nelze posoudit
T0		žádné známky primárního nádoru
Tis	0	karcinom in situ (preinvazivní karcinom)
T1	I	karcinom ohraničený na dělohu (nebere se ohled na šíření tělo dělohy)
T1a	IA	preklinický invazivní nádor, diagnostikovaný výlučně mikroskopicky
T1a1	IA1	stromální invaze $\leq 3$ do hloubky a $\leq 7$ mm v horizontálním šíření
T1a2	IA2	stromální invaze $\geq 3$ mm a $\leq 5$ mm a v horizontálním šíření $\leq 7$ mm
T1b	IB	klinicky viditelná léze ohraničená na cervix nebo mikroskopická léze větší než T1a2
T1b1	IB1	klinicky viditelná léze $\leq 4,0$ cm v největším rozměru
T1b2	IB2	klinicky viditelná léze $\geq 4,0$ cm v největším rozměru
T2	II	karcinom čípku se šíří mimo dělohu, ale ne až k pánevní stěně a ne do dolní třetiny pochvy
T2a	IIA	bez šíření do parametrií
T2b	IIB	šíří se do parametria
T3	III	karcinom čípku se šíří k pánevní stěně a/nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci ledviny
T3a	IIIA	nádor postihuje dolní třetinu pochvy bez šíření k pánevní stěně
T3b	IIIB	nádor se šíří až k pánevní stěně a/nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci ledviny
T4	IVA	nádor se šíří na sliznici močového měchýře nebo rekta a nebo se šíří mimo malou pánev

*Pozn.: přítomnost bulózního edému nepostačuje ke klasifikaci nádoru do T4*



M1	IVB	vzdálené metastázy
<i>N - Regionální mízní uzliny</i>		
NX		regionální mízní uzliny nelze posoudit
N0		regionální mízní uzliny bez metastáz
N1		metastázy v regionálních mízních uzlinách
<i>M - Vzdálené metastázy</i>		
MX		přítomnost vzdálených metastáz nelze určit
M0		bez vzdálených metastáz
M1		vzdálené metastázy

*pTNM - Patologická klasifikace*

pTNM: patologická klasifikace odpovídá kategoriím TNM

pN0 histologické vyšetření musí obsahovat 10 nebo více uzlin

*G - Histopatologický grading*

G1	dobře diferencovaný
G2	středně diferencovaný
G3,G4	špatně diferencovaný, nediferencovaný

**5.7.2 Souhrn klasifikace**

<b>TNM</b>	<b>Hrdlo děložní</b>	<b>FIGO</b>
Tis	in situ	0
T1	omezen na dělohu	I
T1a	diagnostikovaný pouze mikroskopicky	IA
T1a1	hloubka $\leq 3$ mm, horizontální šíření $\leq 7$ mm	IA1
T1a2	hloubka 3-5mm, horizontální šíření $\leq 7$ mm	IA2
T1b	klinicky zjevná nebo mikroskopická léze, větší než T1a2	IB
T1b1	$\leq 4$ cm	IB1
T1b2	$\geq 4$ cm	IB2
T2	šíří se mimo dělohu, ne ke stěně pánevní nebo do dolní třetiny pochvy	II
T2a	bez postrížení parametria	IIA
T2b	do parametria, nedosahuje k pánevní stěně	IIB
T3	dolní třetina pochvy/stěna pánevní/hydronefróza	III

T3a	dolní třetina pochvy	IIIA
T3b	stěna pánevní/hydronefróza, N1	IIIB
T4	sliznice močového měchýře/rekta, mimo malou pánev	IVA
M1	vzdálené metastázy	IVB

(Sobin,2004)

## 5.8 Terapie

Jako u každého zhoubného nádoru musíme zhodnotit předléčebné rizikové faktory vlastního nádoru a rizikové faktory pacientky. V předoperační rozvaze je nutné vyhodnocení velikosti plošného šíření a hloubky invaze. Rozvoj zobrazovacích metod a jejich postupné zdokonalování umožňuje poměrně přesnou identifikaci rozsahu infiltrace děložního hrdla (nádorová volumetrie), což je zejména u adenokarcinomů významné. Lze ji provést magnetickou rezonancí (určuje se nejenom hloubka a rozměry infiltrace stromatu, ale i rozměr nepostiženého stromatu). Volumetrii lze provádět i transvaginální nebo transrektální sonografií. Palpační vyšetření a MR pomáhá k hodnocení invaze do parametrií. Pro hodnocení regionálních lymfatických uzlin je palpační vyšetření pouze orientační a velice limitované, bohužel dnes stále nemáme k dispozici metodu, která by byla dostatečně senzitivní k detekci mikrometastáz a metastatických ložisek menších než 10 mm (UZ, CT, PET). Velikost metastatického ložiska 10 mm je též hranice rozlišovací schopnosti PET - CT dnešní generace se senzitivitou nad 90%. V současné době je nejsenzitivnější peroperační detekce sentinelových uzlin. To je důvod, proč koncept sentinelové uzliny je u karcinomů děložního hrdla intenzivně studován. U časných stadií (rozsah nádoru do stadia IIa) je základní metodou léčba chirurgická a alternativou chemoradioterapie. Šíření nádoru do parametrií (IIb a výše) indikuje již aktinoterapii (= radioterapii) jako základní léčebnou metodu. Všeobecně platí, že adenokarcinomy jsou méně citlivé na radioterapii než spinocelulární karcinomy. Jako u jiných karcinomů je při léčebné rozvaze přihlížet nejenom na charakteristiky nádoru, ale i na klientku. Biologický stav a zdravotní stav je nutno vždy vyhodnotit. Pokud je více terapeutických možností, musí se na léčebném postupu spolupodílet i plně poučená žena.

## 5.9 Souhrn - terapeutický guideline – standardní postupy

„časná stadia“

### T-Ia1

- plánuje těhotenství – **konizace hrdla** (u adenokarcinomů rizikovější než u dlaždicových nádorů)
- neplánuje těhotenství – **hysterektomie**

V přítomnosti angioinvaze v konizaci je vhodné revidovat lymfatické uzliny (laparoskopicky, laparotomicky).

Konizace je diagnostickým i terapeutickým výkonem. Pečlivá dispenzarizace je nezbytná. U ženy neplánující těhotenství je alternativou prostá hysterektomie.

### T-Ia2, Ib, IIa

- **radikální hysterektomie (Wertheim II/III)** zůstává „zlatým“ standardem
- laparoskopická lymfadenektomie s radikální vaginální hysterektomií (stadia IB1 u nádorů do 20mm, do ½ stromatu)
- laparoskopická lymfadenektomie s tracheoplastikou (indikace IA2, IB1 – s maximální infiltrací do poloviny stromatu a maximálním rozměru 20 mm a při přání těhotenství)
- radioterapie – brachyterapie (BRT) + teleterapie (TRT) v případech rizika operační léčby, přání ženy

Standardním výkonem v dnešní době je radikální (rozšířená) hysterektomie, jež se provádí v řadě technických modifikacích. Odstranění dělohy je rozšířeno o resekci a exstirpaci parametrií, resekci horní části pochvy a pánevní lymfadenektomií. Detekce sentinelových uzlin je zatím pouze experimentální postup, který nám přinesl některé nové poznatky o lymfatické drenáži nádorů děložního hrdla. V současnosti nenahrazuje systematickou lymfadenektomií.

### T IIb a více

U pozdních stadií je základní léčebnou metodou aktinoterapie, která se provádí většinou kombinací brachyterapie a teleterapie. Radioterapeutický plán se individualizuje podle rozsahu onemocnění a stavu pacientky.

## 5.10 Pooperační radioterapie

Pooperační radioterapie po radikální operační léčbě je spojena se signifikantní morbiditou. Současný trend je minimalizovat kombinace radikálních léčebných modalit. Sami v případech, že NMR nebo UZ prokazuje infiltraci stromatu hrdla větší než 2/3 stromatu, neindikujeme standardně primární chirurgickou léčbu. Tyto ženy je vhodné indikovat na chemoradioterapii nebo na neoadjuvantní chemoterapii (u adenokarcinomů používáme kombinaci cisplatinu a adriamycinu) s plánem radikální chirurgické léčby. Tím minimalizujeme počet žen s kombinací radikální operační léčby a adjuvantní radioterapie. Vždy je vhodné, aby radikalita operace, histopatologický nález a indikace adjuvantní radioterapie procházela onkogynekologickou skupinou.

1. Pozitivita pánevních uzlin - řada škol indikuje adjuvantní teleradioterapii až při pozitivitě více než jedné uzliny, sami ji indikujeme již při pozitivitě jedné uzliny s výjimkou mikrometastázy. Technika radioterapie s dobrým plánováním je důležitá pro minimalizaci pozdních komplikací.
2. Pozitivita parametří – indikuje jednoznačně adjuvantní teleradioterapii u adenokarcinomů i při negativitě regionálních uzlin zlepšila adjuvantní radioterapie DFI i celkové přežití, u spinocelulárních nádorů není důkaz, že by adjuvantní radioterapie při negativitě pánevních uzlin zlepšovala prognózu.

## 5.11 Dispenzarizace

Dispenzarizovat má tyto ženy pracoviště, které léčí. Kontrolní vyšetření by měl provádět onkogynekolog nebo gynekolog se znalostí kolposkopie u ozařovaných ve spolupráci s radioterapeutem. Hlavní význam je včas odhalit lokální recidivu, která může být kurabilní (exenterace). Za standardní postup považujeme kontroly v prvním a druhém roce po třech měsících (nejčastější období lokálních recidiv), v 3. až 5. roce po 6 měsících, dále po 1 roce. Kontrolní vyšetření se skládá z komplexního gynekologického vyšetření a kolposkopie, případně odběru cytologie. Extensivnější vyšetřování a pátrání po vzdálených metastázách není racionální a není ani eticky zdůvodnitelné u asymptomatických žen.

### 5.12 Prognóza dle stadií u karcinomů děložního hrdla (přežití 5 let)

T Ia <sub>1</sub>	NO	MO	99,5%
Ia <sub>2</sub>	NO	MO	98-99 %
Ib <sub>1</sub>	NO	MO	90-95 %
Ib <sub>2</sub>	NO	MO	70-80 %
T 1	N <sub>1</sub>	MO	50–70 %
IIb	–	–	50–70 %
III	–	–	30–40 %
IV	–	–	5–10 %

### 5.13 Budoucnost - HPV vakcíny

V současné době jsou na trhu dvě profylaktické vakcíny. První je proti nejrizikovějším typům HPV 16 a 18, druhá proti typu 16 a 18 a dále proti onkogenním typům 6 a 11. Principem je vytvoření viru podobné částice, které vytvoří vysoké sérové koncentrace protilátek a dále vytvoří v hrdle lokální slizniční imunitní reakci. Obě tyto profylaktické vakcíny jsou již v zemích EU registrovány. V současné době typ 18 odpovídá za více než 80% všech adenokarcinomů. Dosavadní výsledky klinických studií ukazují, že skupina dívek, u které bylo provedeno očkování třemi dávkami, má proti infekci těmito onkogenními typy zcela spolehlivou ochranu po řadu let 6,4 roku. Další sledování ukáže, zda-li bude nutno a kdy bude třeba ženy přeočkovat. Na tyto otázky jistě odpoví pokračující studie. Optimální model by bylo vakcinovat povinně celý ročník dívek před koitarchae. Pokud vakcinace nebude plošná, ale pouze selektivní bude její efekt minimální. Terapeutické vakcíny zatím neprokázaly efekt využitelný v klinické praxi.

Adenokarcinomy děložního hrdla jsou první skupinou nádorů, u které se může vyplnit sen mnoha generací onkologů. Vakcinované ženy budou s vysokou pravděpodobností chráněny a tyto nádory se stanou raritními. Cesta k tomuto snu je však ještě dlouhá, a tak nás musí zajímat zejména naše dnešní realita. Současné technologie nám umožňují individualizovat chirurgickou léčbu a využití laparoskopie. Identifikace sentinelových uzlin spolu s pokrokem v technologiích umožňuje minimalizovat morbiditu a otevírá možnosti využívat bez rizika zhoršení léčebných výsledků nových metod léčby.

## **6. Ošetrovatelský proces**

### **6.1 Ošetrovatelský proces obecně**

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je účelová metoda plánování a poskytování péče. Jejím cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, nynější či potencionální problémy, stanovit plány na zhodnocení potřeb a poskytnout ošetrovatelské zásahy na uspokojování těchto potřeb. Ošetrovatelský proces je cyklický, což znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí.

Aplikace ošetrovatelského procesu vyžaduje, aby sestra ovládala technické, rozumové a interpersonální zručnosti. Technické zručnosti se projeví zručným vykonáváním procedur. Rozumové schopnosti zahrnují řešení problémů a kritických situací. Interpersonální zručnosti jsou důležité k navazování vztahů mezi pacientem a sestrou, naslouchání, rozvíjení důvěry a individuality klienta.

Ošetrovatelský proces se skládá ze čtyř složek – tzv. čtyřfázový ošetrovatelský proces - patří sem posuzování, plánování, realizace a vyhodnocení. V roce 1982 byl popsán pětifázový ošetrovatelský proces, který zahrnuje posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení.

Jednotky pětifázového ošetrovatelského procesu se vzájemně překrývají a doplňují. Každý krok se musí neustále přizpůsobovat k změněné situaci „na zabezpečení kvality péče se sestra a pacient podílejí společně a musí spolupracovat“.

### **6.2 Fáze ošetrovatelského procesu**

#### **6.2.1 Posuzování**

Obsahuje sběr, ověřování a třídění údajů o pacientovi a jeho zdravotním stavu. Základními podmínkami posuzování je správná komunikace, pozorování a fyzikální vyšetření.

## **6.2.2 Diagnostika**

Sesterská diagnóza je závěr o skutečných problémech zdravotního stavu pacienta. V této fázi sestra třídí a dává dohromady údaje a pokládá si otázku, jaké jsou skutečné a potencionální problémy, které existují v současnosti. Potencionální problém spočívá ve výskytu rizikových faktorů.

## **6.2.3 Plánování**

Zahrnuje sérii kroků, ve kterých si sestra a pacient vytyčí priority, zaznamenají cíle a očekávané výsledky, zakládají plán péče na zaznamenání odstraněných nebo zmenšených problémů pacienta.

## **6.2.4 Realizace**

Zaznamenává vykonávání ošetrovatelského plánu. V průběhu této fáze nepřestává shromažďovat údaje o pacientovi. Důležitý je další sběr informací z hlediska sledování průběžných změn stavu pacienta a vyhodnocení cílů. Sestra musí dbát na respektování pacientových priorit, plánovat ošetrovatelské činnosti tak, aby byly realistické a pomáhaly pacientovi dosáhnout požadovaných cílů a výsledků.

## **6.2.5 Vyhodnocení**

Je to posouzení pacientovy reakce na ošetrovatelské intervence.

## **6.3 Výhody ošetrovatelské procesu**

### **6.3.1 Výhody pro pacienta**

- Kvalitně plánovaná péče na uspokojování potřeb jednotlivce, rodiny nebo společnosti. Soustavné vyhodnocování a opakované posuzování pacientových měnících se potřeb zabezpečuje odpovídající úroveň péče.
- Stálá péče - zaznamenaný plán péče je dostupný všem osobám zainteresovaných do péče o pacienta a zabraňuje tak opakovaným žádostem o informace.
- Účast pacienta na péči - tento proces může pacientovi pomáhat rozvíjet zručnost ve vztahu k péči o něho, a tak se stát odpovědnějším za dosažení cíle zručnosti.

### **6.3.2 Výhody pro sestru**

- Důsledné a systematické ošetřovatelské vzdělávání.
- Uspokojování v zaměstnání, dobře napsané plány péče dodávající sestřím sebevědomí, že se ošetřovatelské zásahy zakládají na správném ohodnocení pacientových problémů.
- Vyhodnocováním účinnosti ošetřovatelských zásahů se sestra učí, které z výkonů jsou účinné a jejich možné použití na uspokojování potřeb pacienta.
- Tento proces zvyšuje zručnost a odbornost sestry.

### **6.4 Modely ošetřovatelství**

Řeší jednotlivé části metaparadigmatu ošetřovatelství různým způsobem, z různého pohledu.

Ošetřovatelské modely zahrnují pouze ty koncepce, které autor modelu pokládá za nutné a které přispívají k jeho pochopení. Ve své práci jsem si vybrala Model funkčního zdraví M.Gordonové.

### **6.5 Model funkčního zdraví M. Gordonové - 12 oblastí potřeb a denních aktivit - obecně**

#### **6.5.1 Vnímání zdraví**

- Jak pacient vnímá svůj zdravotní stav.
- Jak udržuje svoje zdraví.
- Individuální přístup ke svému zdraví.
- Jak pacient zvládá a uvědomuje si rizika vyplývající z jeho zdravotního stavu.
- Životní styl.
- Dodržování lékařských a ošetřovatelských doporučení.



### **6.5.2 Výživa a metabolismus**

- Způsob příjmu potravy a tekutin.
- Časový rozvrh stravování.
- Kvalitu a kvantitu jídla a tekutin.
- Užívání doplňků stravy a náhradních výživových látek.
- U malých dětí - kojení a jeho způsob.
- Zhodnocení stavu kůže.
- Kožní defekty, poranění.
- Schopnost hojení ran.
- Stav vlasů, nehtů, sliznic, chrupu, tělesná teplota, výška a hmotnost.

### **6.5.3 Vylučování**

- Způsob vylučování.
- Pravidelnost.
- Používání projímadel.
- Vyprazdňovací rituál.
- Tvar, kvalita a kvantita exkrementů.

### **6.5.4 Aktivita a cvičení**

- Způsob udržování tělesné kondice (cvičení a další aktivity ve volném čase a při relaxaci).
- Zahrnuje základní denní činnosti.
- Obsahuje všechny typy cviků, jejich kvalitu, kvantitu.
- Faktory bránící aktivitě.
- Způsob trávení volného času.

### **6.5.5 Spánek a odpočinek**

- Způsob spánku a odpočinku.
- Trvání doby spánku během 24 hodin.
- Vnímání kvality a kvantity odpočinku a spánku.
- Způsob navození spánku, usínání, přerušování, obvyklé činnosti před spaním.
- Užívání medikamentů.

### **6.5.6 Vnímání - poznávání**

- Způsob smyslového vnímání a poznávání.
- Přiměřenost sluchu, zraku, čichu, doteku a používání kompenzačních pomůcek.
- Úroveň vědomí a mentálních funkcí.
- Bolest a její tlumení.
- Hodnocení poznávacích schopností (učení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování).

### **6.5.7 Sebepojetí**

- Popisuje emocionální stav a vnímání sama sebe.
- Individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, talentu, celkového vzhledu, vlastní identity, celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální reakce.
- Nonverbální projev.

### **6.5.8 Role - vztahy**

- Způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů.
- Individuální vnímání životních rolí a z toho závazky a zodpovědnost.
- Rozvážnost a tíha zodpovědnosti v současné životní situaci.
- Soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti, plnění povinností ve vztahu k rolím.

### **6.5.9 Sexualita**

- Popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo sám se sebou.
- Zahrnuje poruchy nebo potíže.
- Reprodukční období ženy a s tím související problémy.

### **6.5.10 Stres**

- Nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech.
- Způsob tolerance a zvládání stresových situací.
- Individuální rezervy a kapacity ve stresu.
- Podpora rodiny.

- Vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace.

#### **6.5.11 Víra, životní hodnoty**

- Individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení.
- Zahrnuje vše, co je vnímáno jako důležité.

#### **6.5.12 Jiné**

- Informace, které se jinam nehodí.

## **7. Marjory Gordonová**

Pocházela z Clevelandu ve státě Ohio v USA, její rodiče byli skotsko - irského původu. Na začátku studií se přestěhovala do New Yorku, kde získala ošetřovatelský diplom a absolvovala bakalářský a magisterský program. Doktorandskou práci z pedagogické psychologie věnovala diagnostickému hodnocení. V Bostonu působila jako profesorka. Stala se členkou americké akademie ošetřovatelství. Začátkem sedmdesátých let stála v USA při vzniku aktivit pracovních výborů pro ošetřovatelskou terminologii a diagnostiku. V roce 1982 se stala první volenou prezidentkou Severoamerické asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku – NANDA.

Prostřednictvím publikační činnosti, seminářů a pracovních setkání významným způsobem přispěla zavádění ošetřovatelské diagnostiky do praxe.

## **8. Specifika ošetrovatelské péče o ženu s gynekologickým nemocněním**

### **8.1 Psychologická problematika v gynekologii a porodnictví**

Všechna somatická onemocnění mají svou negativní odezvu i v psychické rovnováze člověka. Onemocnění ženských pohlavních orgánů a poruchy spojené s těhotenstvím a mateřstvím, zaujímají mezi nemocemi zcela specifické místo. Je to především proto, že každá porucha nebo onemocnění ženských pohlavních orgánů se hluboce dotýká podstaty ženiny osobnosti, nezřídka zasahuje do jejího života sexuálního, rodinného i postavení sociálního. Gynekologické onemocnění může provokovat nejrůznější psychické poruchy, může jítřit potlačovaná přání a tužby, může posilovat sexuální nebo životní nespokojenost či rodinné konflikty. Je proto důležité seznámit se s některými zvláštnostmi ženské psychiky a specifikou gynekologie a porodnictví.

### **8.2 Psychologie ženy**

Biologickým smyslem života je zachování rodu. Žena se zásadně odlišuje od muže tím, že je biologicky, fyziologicky a endokrinologicky uzpůsobena tomu, aby rodila. Mateřství má pro ženu zásadní význam. Formuje její postoje, motivuje její chování a sexuální život. Tím jsou dány i rozdíly v psychice ženy a muže. Obecně vzato je muž veden převážně rozumem, žena převážně citem. Jednání a myšlení ženy je více citové, má vyvinutější smysl estetický, vyniká jemnějším smyslovým vnímáním, lépe se vcitíuje do stavu druhých, je méně bojovná, nemívá technické záliby. Je nejen citlivější, ale také zranitelnější a na podněty z okolí daleko vnímavější. Emoční pohnutky a prožitky zasahují mnohem více do její pracovní výkonnosti a osobní vyváženosti, nežli u muže.

### **8.3 Psychologická reakce ženy na karcinom**

Z psychologického hlediska průběh onemocnění karcinomem představuje několik krizí. Jde o krize spojené s poznáním diagnózy, s poznáním, že léčba je dlouhodobá a nepříjemná, s dlouhým čekáním na výsledek léčby a při nepříznivém průběhu krize spojená s objevením recidivy nádoru.

Psychická reakce na zjištění nemoci může být různá :

- bagatelizace příznaků,
- psychický šok na základě uvědomění si podezření na nádor,
- namlouvání si, že o nic nejde, odkládání návštěvy lékaře,
- reakce „pštroší politiky“ – přednost dávají jiskřičce naděje před zdrcující jistotou.

V průběhu nemoci se pak objevují různé obranné mechanismy, hlavně tyto:

- Popření – žena odmítne uznat realitu v její pravé podobě a zaměří se na přijatelnější prvky skutečnosti, někdy si přeje být ujišťována že rakovinu nemá.
- Vytěsnění – žena úplně vytlačí myšlenku, že by mohlo jít o rakovinu, vyhýbá se lékaři, když se k němu dostane, „zapomíná“ jeho rady a doporučení. Je to obranný mechanismus a neznamena to, že by to pacientka dělala schválně.
- Regrese – návrat k méně zralým formám chování. U těžce nemocných je nutná (žena musí nechat ostatní, aby se o ní starali) a problémy mohou nastat v případě, že pacientka chce dokazovat, že je samostatná. U jiných může vést k nepřiměřenému infantismu.
- Projekce – uplatňuje se hlavně u agresivních pacientek, které své nepřátelství promítají do okolí. Může to být problém u pacientek, které se cítí poškozeny dřívějším zanedbáním péče. Ty si hledají a nacházejí viníky, kteří se na nich podepsali. Je třeba si uvědomit, že jednání vedou nevědomé mechanismy, které jí pomáhají vyrovnat se s nemocí.
- Izolace afektu – pacientka se snaží „dívat na věci objektivně“. Pokud má dojem, že situaci zvládá, prožívá povznášející pocit, který druhé nemají.
- Racionalizace – žena si nesprávně, ale se zdánlivou logikou, zdůrazňuje, proč neudělala nebo nedělá to, co by měla.
- Somatizace – úzkost nemocné se přeměňuje v somatický příznak, který s původním nádorem nemá nic společného a který postrádá somatické vysvětlení. Nesprávně je pak podezírána, že si vymýšlí.
- Reaktivní výtvar – náhrada nepřijatelného citu žádoucím. Některé nemocné se snaží potlačit agresi, kterou pociťují vůči personálu. To se může dít nevědomě, pacientka se může stát servilní a snaží se vlichotit.

- Přesunutí – nalezení náhradního cíle. Například namísto zaměstnání, které pacientka vykonávat nemůže, se ukáže jako „nutná“ péče o stárnoucího manžela.

Obranné mechanismy jsou projevy nutné na cestě k vyrovnání se s nemocí a k přizpůsobení se jí. Jsou nevědomé a pacientky za ně nemohou.

#### **8.4 Psychologický přístup sester k onkologickým pacientům**

Sestra, která ošetřuje onkologického pacienta na lůžku nebo na ambulanci, je mu jak fyzicky, tak psychicky nejbližší. V rámci aplikace léků se ho dotýká, způsobuje i tíší bolest. Sestra je první a třeba i jediná, které pacient svěří své vnitřní pocity, nálady, emoce.

Sestra se musí s tímto nelehkým údělem vyrovnat, nejlépe výcvikem v komunikačních technikách, uměním odpočívat, opravdovým zájmem o práci na onkologii, stát se profesionálem ve svém oboru.

Sestra by měla mít stále na mysli, že jejím pacientem je člověk psychicky zdravý, který se nachází v mezní situaci ohrožení života a může se na čas chovat neočekávaně, patologicky. Měla by zachovávat klid v krizových situacích, svým klidným chováním se snažit snížit emoční úzkost pacienta a pokusit se tak zabránit rozvinutí nežádoucího psychopatologického stavu u pacienta.

Komunikovat s pacienty verbálně a přiměřeně jejich věku, aktivně se ptát, co můžete pro pacienta udělat, zájem o jejich osobu dává pacientovi naději, podporuje jeho aktivní spoluúčast na léčbě. Je třeba si uvědomit, že pacient k sestře vzhlíží s nadějí na vyléčení. Udělat si chvíli volna pro naslouchání svého pacienta, jejich vyprávění není třeba komentovat, jde převážně pouze o sdělení pacientových pocitů.

Pamatovat si, že svého pacienta můžete dobře ošetřovat jen tehdy, když budete samy v dobré fyzické a psychické kondici, naučte se odpočívat, dělat něco pro sebe a radovat se, byť i třeba z maličkostí. (Vorlíček,2006).

## **Praktická část**

**Ošetrovatelská péče o pacientku s adenokarcinomem děložního hrdla, hospitalizovanou ve FNM na gynekologicko – porodnické klinice v období od 30.10.08 do 12.11.08.**

### **9. Identifikační údaje**

Oddělení: Gynekologicko - porodnická klinika

Iniciály klientky: R.L

Rok narození: 1963

Adresa trvalého pobytu: Příbram

Pojišťovna: 111

Státní příslušnost: Česká republika

Stav: vdaná

Datum přijetí: 30.10.2008

Hlavní dg.: karcinom děložního hrdla

Pacientku jsem ošetřovala od 8.11.2008 do 12.11.2008. Plán ošetrovatelských intervencí platí od 8. do 12.11.2008.

#### **9.1. Anamnestické údaje**

Rodinná anamnéza: otec - diabetes mellitus

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění,

operace: 0

úrazy: 0

transfuze: ano- bez reakce

dieta: racionální -3

alergie : 0

Farmakologická anamnéza: 0

Sociální anamnéza: vdaná, OSVČ – nákup, prodej

Abusus: kouření: ne, alkohol: ne, drogy: ne



## **9.2 Gynekologická anamnéza**

Menarché: 14 let

Cyklus: 27/6 : pravidelný: ano; bolesti: ne

Porody celkem: 4

SC: 0

UPT: 4

Spont. aborty: 0

Mimoděložní těhotenství: 0

HAK: ne

HRT: ne

Lokální estrogeny: 0

Recid.IMC: ne

## **9.3 Epikrisa**

Přijata pro tumor děložního hrdla k dovyšetření a teraupetické rozvaze. Provedena biopsie z děložního hrdla na Kladně, kde histologicky adenokarcinom klasifikován jako II B. 2 roky nevyšetřena na gynekologii.

## **9.4 Teraupetická rozvaha**

Doplnit krevní odběry: krevní obraz, koagulace, kompletní biochemie, clearance kreatininu.

Objednat magnetickou rezonanci, ultrazvukové vyšetření a cystoskopii, po té radioonkologické konzilium.

## **9.5 Vyšetření při příjmu lékařem dne 30.10.2008**

subj: bez obtíží, bolesti nejuje, disurie nemá

obj: orientovaná, spolupracuje, hydratace v normě, bez ikteru a cyanozy, eupnoická, afebrilní, hlava, krk a hrudník fyziologický, břicho měkké prohmatné, bez známek NPB, peristaltika +, DK bez otoků a známek zánětu

spec: hrdlo spotřebováno tumorem velikosti cca 6 cm v průměru

palp: objemné hrdlo spotřebováno tumorem, levé přední parametrium se zdá být postiženo

per rectum: lehce příkrácená levá a zadní parametria

## 9.6 Fyzikální vyšetření sestrou dne 30.10.2008

Fyziologické funkce:

- TK 120/70
- TF 68/min., pravidelný
- D frekvence 18, pravidelný
- TT 36,5°C

Hlava

- normocefalická
- palpačně a pokleповě nebolestivá
- držení hlavy fyziologické

Oči

- víčka bez otoků
- oční bulvy pohyblivé všemi směry
- bez nystagmu
- skléry bílé
- spojivky růžové
- zornice izokorické

Uši, nos

- bez patologické sekrece
- sluch dobrý

Rty

- červené bez projevů cyanózy
- bez patologického nálezu
- souměrné

Dásně a sliznice dutiny ústní

- sliznice dostatečně vlhké

- bez patologie
- fyziologické barvy

#### Jazyk

- vlhký, růžový
- plazí ve střední čáře
- bez povlaku

#### Tonzily

- bledé
- bez povlaku

#### Chrup

- vlastní
- ošetřený
- žádný zub nechybí

#### Vlasy, řasy, obočí, nehty

- obočí husté, hnědé barvy
- vlasy hnědé, delší
- nehty bez patologie, delší, fyziologického tvaru

#### Krk

- náplň krčních žil v normě
- souměrný
- krční uzliny a štítná žláza nehmatné
- páteř v oblasti krku pohyblivá bez omezení

#### Řeč

- plynulá
- neporušená

- hlas klidný, výrazný

#### Kůže

- dobře hydratovaná
- bez cyanózy a ikteru

#### Hrudník

- palpačně nebolestivý
- souměrný
- prsy souměrné, bez rezistence, drobné

#### Plíce

- dýchací pohyby symetrické
- poklep plný, jasný
- dýchání sklípkové, čisté
- bez vedlejších fenoménů v celém rozsahu

#### Břicho

- měkké, nebolestivé, bez rezistence
- peristaltika dobře slyšitelná
- souměrné

#### Játra

- nepřesahují pravý žeberní oblouk
- palpačně nebolestivá
- nezvětšená

#### Slezina

- nezvětšená
- nehmatná

#### Ledviny

- tapotmén oboustranně negativní

## Genitál

- ženský
- tvar fyziologický
- ochlupení ženské (částečně oholena)
- slabý výtok narůžovělý

## Páteř

- pohyblivá
- bez patologického zakřivení
- nebolestivá v celém rozsahu

## Klouby

- nebolestivé
- pohyblivost neomezená

## Poloha, postoj

- zaujímá aktivní polohu
- chodící

## Konstituce

- BMI 19
- normostenická

## Reflexy

- reflex Achilovy šlachy - fyziologický nález

## Dolní končetiny

- bez otoků
- bez varixů
- plně pohyblivé
- pulsace na periférii hmatná

## 10. Přehled provedených laboratorních a komplementárních vyšetření

### 10.1 Koagulační vyšetření

	<b>hodnota pacienta</b>	<b>referenční rozmezí</b>
APTT	25.30 s	26.00-36.00
APTT normal	32.30 s	
RATIO	* 0.78	0.80-1.20
QUICK	12.40 s	
QUICK normal	12.70 s	
QUICK %	105%	80-120
INR	0.97	0.80-1.20

### 10.2 Krevní obraz

	<b>hodnota pacienta</b>	<b>referenční rozmezí</b>
WBC	8.4 x10 <sup>9</sup> /l	4.0-10.0
RBC	* 3.71 x10 <sup>12</sup> /l	4.20-5.40
HGB	* 10.0 g/dl	12.0-16.0
HCT	* 0.306	0.370-0.460
MCV	82.5 fl	82.0-92.0
MCH	* 27.0 pg	27.0-33.0
MCHC	32.7 g/dl	32.0-36.0
RDW	* 17.0 %	11.6-13.7
PLT	329 x10 <sup>9</sup> /l	140-440
MPV	9.0 fl	7.8-11.0
PCT	0.300	0.109-0.484
PDW	16.8 %	15.0-17.2

### 10.3 Biochemické vyšetření krve a moči

	<b>hodnota pacienta</b>	<b>referenční rozmezí</b>
S-UREA	2.3 mmol/l	2.0-6.7
S-KREA/KREA	58 umol/l	42-80
U-UREA/U-UREA	60.7 mmol/l	
U-UREA/dU-UREA	* 121.5 mmol	167.0-583.0
U-KREA/U-KREA	* 3.8 mmol/l	5.7-14.7
U-KREA/dU-KREA	7.60 mmol	5.30-15.90
Clearance kreatininu zjištěná	1.517 ml/s	
Clearance kreatininu korigovaná	1.608 ml/s	1.580-2.670

Clearance kreatininu odhadnutá	> 1.5 ml/s	
Clearance urey zjištěná	0.614 ml/s	
Clearance urey korigovaná	* 0.651 ml/s	1.000-1.500
Exkreční frakce BSV	1.526 %	0.500-2.000
Exkreční frakce Urey	40.484 %	40.000-70.000
Tubulární resorpce vody	98.474 %	98.300-99.600
Odhad min den příjmu bílkovin	21.2 g/den	
S-Kreatinin (max) výpočtem	107 umol/l	
S-Kreatinin reciproká hodnota	17.2 1/mmol	
dU-Kreatinin/Kg hmotnosti	135 umol/kg	133-210
Body Mass Index	19.8 kg/m <sup>2</sup>	
Diuresa	* 0.023 ml/s	0.012-0.019
Diuresa korigovaná	* 1225.6 ml/m <sup>2</sup> *den	400.0-1100.0
U/S-Kreatinin	65.517	>30.000
U/S-Urea	26.524	>10.000
U/S-Osmolalita	nelze spočítat	>1.200
U-Na/U-K	nelze spočítat	3.000-6.000
U-Na*S-Krea/U-Krea	nelze spočítat mmol/l	1.000-2.000
S-Urea/S-Krea	* 39.483	75.000-100.000
U-Ca/U-Krea	nelze spočítat	<0.592
U-KM/U-Krea	nelze spočítat	<0.300
U-Mg/U-Krea	nelze spočítat	>0.200
U-Ca/U-Mg	nelze spočítat	<1.820
Renál prognost faktor	nelze spočítat	
S-Na	137 mmol/l	137-146
S-K	4.8 mmol/l	3.8-5.0
S-Cl	104 mmol/l	97-108
S-ALP	0.69 ukat/l	0.66-2.20
S-AST	0.39 ukat/l	0.16-0.72
S-ALT	0.26 ukat/l	0.17-0.78
S-GGT (GMT)	* 0.11 ukat/l	0.14-0.68
S-LD (IFCC)	2.53 ukat/l	1.67-3.17
S-BILI-CELK	7.4 umol/l	2.0-17.0
S-CB	76.3 g/l	65.0-85.0
S-UREA	2.3 mmol/l	2.0-6.7
S-KREA/KREA	58 umol/l	42-80
S-KREA/eGFR-krea-(MDRD)	> 1.5 ml/s	
S-KREA/eGFR-krea-(Schwartz)	zrušeno ml/s	
U-UREA/U-UREA	60.7 mmol/l	
U-UREA/dU-UREA	* 121.5 mmol	167.0-583.0
U-KREA/U-KREA	* 3.8 mmol/l	5.7-14.7
U-KREA/dU-KREA	7.60 mmol	5.30-15.90
U-CLEARANCE	jiný nález. list	

#### **10.4 Cystoskopie:**

Sliznice močového měchýře bez ložiskových změn, uretrální ústí štěrbinovitá, bilaterálně ejakulující čistou moč. Tritonum a proximální uretra bez patologických změn.

#### **10.5 Ultrazvukové vyšetření:**

Hrdlo děložní spotřebováno tumorem velikosti 77x55x42 mm, mírně hypoechenní struktury, s bohatou perfuzí RI 0,23, tumor rostoucí převážně ventrálně k močovému měchýři a laterálně od ovaria tumor podobné echostruktury velikosti cca 35x25 mm, obdobná struktura kontralaterálně velikosti 10x11 mm – v.s.meta uzliny, ovarium vlevo nediferencuji

Ledviny oboustranně bez dilatace kps.

#### **10.6 Magnetická rezonance**

Vzhledem k ultrazvukovému nálezu od tohoto vyšetření upuštěno.



## 11. Radioonkologická rozvaha

Dg: ca colli uterí II B, v.s. postižením uzlin, je indikována kombinovaná radioterapie (teleterapie s brachyterapií) s konkomitantní chemoterapií ( cisplatina 120mg, adriamycin 50 mg jako bolus i.v).

## 12. Léčba

### 1. den

1. 500 ml Fyziologického roztoku + 2 amp. Dexona i.v kapat 45 min.
2. 500 ml Fyziologického roztoku + 1 amp. Kytril i.v.kapat 10 min.
3. 500 ml Fyziologického roztoku +1 amp. MgSO<sub>4</sub> i.v. kapat 1 hod.
4. 500 ml Ringer + Cisplatina 50 mg i.v kapat 1 hod.
5. 500 ml Fyziologického roztoku + Cisplatina 50 mg i.v kapat 1 hod.
6. 500 ml Ringer + Cisplatina 50 mg i.v kapat 1 hod.
7. 500 ml Fyziologického roztoku i.v. kapat 1 hod.
8. 250 ml Manitol 20% i.v. kapat 1 hod
9. 500 ml 5% Glukosa sol. + 20 ml 7,5% KCl + 10 ml 10% MgSO<sub>4</sub> iv. Kapat 1 hod.

### 2. den

Kytril 1 tbl. 30 min. před podáním chemoterapie

100 ml fyziologického roztoku kapat 10 min.

Adriamycin 50 mg i.v jako bolus

Cisplatina amp. - cytostatikum, používá se při paliativní a adjuvantní léčbě nádorových onemocnění

Adriamycin amp. - cytostatikum, používá se při léčbě nádorových onemocnění, zabírá široké spektrum nádorů

Kytril tbl. - antiemetikum, podává se jako prevence a léčba nauzey a zvracení při podávání cytostatik

Dexona amp. - hormon, glukokortikoid, podává se jako prevence alergické reakce, anafylaktického šoku

7,5% KCL amp. - káliový přípravek, podává se jako prevence hypokalémie

MgSO<sub>4</sub> 10% amp - myorelaxans, ionty pro parenterální aplikaci, podává se k doplnění iontů, k prevenci křečí

## **13. Ošetrovatelský model funkčního zdraví podle M. Gordonové**

Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala 8.11.08. Zdrojem informací byla pacientka, zdravotnický personál, ošetrovatelská dokumentace a chorobopis pacientky.

### **13.1 Vnímání zdraví**

Anamnéza – první hospitalizace, pokud nepočítá pobyt v nemocni spojený s porody. Celý dosavadní život byla zdráva, nikdy vážněji nestonala, prodělala běžné dětské nemoci. Nechodila na pravidelné gynekologické kontroly, lékaře navštívila až když měla obtíže.

Nyní - svůj zdravotní stav vnímá jako neuspokojivý, vždy se snažila žít zdravě. Je si vědoma zanedbání pravidelných gynekologických kontrol, nebyla na vyšetření 2 roky. Snaží se vyrovnat se svou diagnózou, cítí úzkost a strach, obává se následků léčby. Nyní lékařská doporučení dodržuje.

Měřicí technika – žádná

Ošetrovatelský problém – udává strach z následků léčby

### **13.2 Výživa a metabolismus**

Anamnéza - pacientka vždy dodržovala zásady správné výživy, jí 5x denně v malých dávkách. Preferuje hodně zeleniny a ovoce, ráda má celozrnné pečivo. Žádné doplňky stravy neužívá.

Pije 2-3 litry tekutin denně - čaje, minerální vody a ovocné šťávy.

Kůže bez poranění a defektů, pokud se poraní hojí se dobře. Chrup sanován, chodí na pravidelné kontroly. Sliznice bez poranění a defektů. Vlasy nyní po chemoterapii horší kvality, začínají vypadávat, ale vlasů má hodně, zatím to nevnímá jako problém.

Nyní - aktuální váha 54 kg, míra 168 cm, BMI 19, nyní zhubla 4 kg. Nutriční skóre - , dieta č 3 – racionální, stravuje se společně s ostatními pacienty v jídelně. Nyní špatná chuť k jídlu a pocity nauzey v důsledku podávání chemoterapie. Jí pouze malé porce, nikdy nesní všechno. Tekutin se snaží přijímat dostatečné množství, nyní vypije 2 litry .

Měřicí techniky - Body mass index – viz příloha č. 2

- Nutriční skóre dospělí – viz příloha č. 3

Ošetrovatelský problém – nauzea, nechutenství, snížený příjem potravy.

### **13.3 Vylučování**

Anamnéza - pacientka nemá problémy s vylučováním, na stolici chodí pravidelně 1x denně, projímadla nepoužívá, vyprazdňovací rituál nemá. Stolice normální barvy a tvaru. Močení bez problémů, nemá pálení a řezání při močení.

Nyní - pacientka se vyprazdňuje na WC, stolice pravidelná, poslední dnes, vyprazdňování nebolestivé, močí spontánně, bez problémů.

Měřicí technika - žádná.

Ošetrovatelský problém - nemá.

### **13.4 Aktivita a cvičení**

Anamnéza - veškerý svůj volný čas věnuje rodině a výchově dětí. Pracuje jako podnikatelka - nákup a prodej, blíže nechce specifikovat. V případě, že jí zbude volný čas, ráda jezdí na kole a občas navštíví posilovnu. Držení těla je vzpřímené, koordinace těla dobrá.

Nyní – plně soběstačná, kompenzační pomůcky nepoužívá, má volný pohybový režim po oddělení.

Měřicí technika – Barthelův test – viz příloha č. 4

Ošetrovatelský problém – nemá.

### **13.5 Spánek a odpočinek**

Anamnéza - se spánkem nikdy neměla problémy, je zvyklá spát 8 hodin denně. Usínat je zvyklá okolo 22 hodiny. Léky na spaní nikdy neužívala. V noci se nebudí, po probuzení se cítí odpočatá, přes den nechodí spát.

Nyní - v průběhu hospitalizace má problémy se spánkem, často se budí a cítí se unavená.

Měřicí technika – žádná.

Ošetrovatelský problém – často se budí, cítí se unavená.

### **13.6 Vnímání – poznávání**

Anamnéza – vědomí plné, sluch dobrý, zrak v pořádku, paměť neporušená, učení logické, bolesti netrpí, řeč plynulá, udržuje otevřený kontakt, je plně orientovaná osobou, časem i situací.

Nyní - během hospitalizace neměla pacientka bolest, komunikace bez problémů.

Měřicí technika - žádná.

Ošetrovatelský problém - nemá.

### 13.7 Sebepojetí

Anamnéza - sama sebe vnímá pozitivně, je se sebou spokojená. V zaměstnání je spokojená, má pocit, že se jí velmi dobře daří. Je optimista.

Nyní - v době nemoci cítí úzkost a strach, ale pevně věří v pomoc rodiny a svých přátel.

Měřicí technika - žádná.

Ošetřovatelský problém - strach a úzkost.

### 13.8 Role – vztahy

Anamnéza - vztahy v rodině hodnotí jako vynikající, má spoustu přátel a kamarádů. Se svými čtyřmi dětmi má velice dobrý vztah, hodnotí ho jako kamarádký. Celý svůj dosavadní život hodnotí jako pohodový, má velice krásný vztah se svým manželem i po více než dvacetiletém manželství. Bydlí v rodinném domě s celou rodinou.

Nyní - osamělá se necítí, denně jí navštěvuje manžel, zůstává i několik hodin.

Měřicí technika - žádná.

Ošetřovatelský problém - nemá.

### 13.9 Sexualita

Anamnéza - v sexuálním životě se cítí spokojená, sex pravidelný několikrát v týdnu, sexuální vztahy dobré, nenarušené, gynekologicky se nikdy před tím neléčila, porodila spontánně 4 zdravé děti, z gynekologické anamnézy 4 umělá přerušení těhotenství, nikdy neužívala HAK.

Nyní - vzhledem k základní diagnóze je její sexuální život chudý, věří že po skončení léčby se vše vrátí zpět do normálu.

Měřicí technika - žádná.

Ošetřovatelský problém - nemá.

### 13.10 Stres

Anamnéza - stresové situace zvládá dobře, je zvyklá vše řešit hned a na rovinu. V rodině má maximální podporu, nejvíce v životním partnerovi – manžel.

Nyní - nejdůležitější změnou v jejím životě je nynější onemocnění, léčba chemoterapií a následující radioterapie.

Měřicí technika - žádná-

Ošetřovatelský problém - nemá.

### **13.11 Víra, životní hodnoty**

Anamnéza - pacientka nevyznává žádnou víru, je ateista, psychickou podporu hledá ve své rodině. Životní hodnotou je láska.

Měřicí technika - žádná.

Ošetřovatelský problém - nemá.

### **13.12 Jiné**

## **14. Seznam ošetrovatelských diagnóz**

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 1**

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti se sníženým příjmem potravy z důvodu aplikace chemoterapie projevující se snížením tělesné hmotnosti (BMI 19).

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 2**

Spánek porušený z důvodu hospitalizace projevující se špatným usínáním, nočním buzením a únavou.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

Strach z důvodu průběhu a následků léčby projevující se uzavřeností pacientky.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

Nauzea z důvodu aplikace chemoterapie projevující se nepříjemným pocitem okolo žaludku a nechutí k jídlu.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 5**

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního žilního katétru.

## 15. Ošetrovatelské diagnózy

### 15.1 Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti se sníženým příjmem potravy z důvodu aplikace chemoterapie projevující se snížením tělesné hmotnosti (BMI 19).

Definice: Stav, kdy příjem živin nekryje metabolické potřeby.

Priorita : střední

Plánování: CD - pacientka zvládá dodržovat dostatečný příjem potravy a stravuje se doporučenými doplňkovými nutričními přípravky (do propuštění)

CK - pacientka spolupracuje při příjmu potravy (do 3 dnů)

VK - pacientka zná příčiny nechutenství (do 2 hod)

- pacientka zná nutriční výrobky (Nutridrink) na podporu tělesné hmotnosti (do 4 hod)

- pacientka dodrží příjem tekutin per os (do 36 hod )

Intervence: - zhodnot', zda není pacientka v malnutrici (oš. sestra, po přijetí)

- konzultuj s nutričním terapeutem stav výživy a zapoj ho do spolupráce (staniční sestra, do 4 hod)

- proved' úpravu diety dle indikace -staniční sestra, do 8 hod

- edukuj pacientku o správné výživě při chemoterapii-oš. sestra do 8 hod

- edukuj pacientku o dostatečném a pravidelném příjmu tekutin (oš. sestra, do 8 hod)

- sleduj vývoj tělesné hmotnosti pacientky (oš. sestra, průběžně)

Realizace: - sledovala jsem hmotnost pacientky, kožní turgor a stav sliznic

- spolupracovala jsem s lékařem a nutričním terapeutem a zajistila jsem úpravu diety

- edukovala jsem pacientku o dalším stravování (oš. sestra, denně)

Vyhodnocení: pacientka dodržuje dostatečný příjem potravy a tekutin

pacientka stravu doplňuje nutričními výrobky na udržení tělesné hmotnosti.

Pacientka přijímá potravu v dostatečném množství, doplňuje ji Nutridrinkem – cíl splněn.



## 15.2 Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Spánek porušený z důvodu hospitalizace projevující se špatným usínáním, nočním buzením a únavou

Definice: Časově omezená porucha délky či kvality spánku.

Priorita: střední

Plánování: CD - pacientka je odpočínutá, spí alespoň 6 hodin bez probuzení

CK - pacientka cítí zlepšení spánku do 2 dnů

VK - pacientka zná příčiny nespavosti do 2 hod.

- pacientka zná stravovací zvyklosti před usínáním do 4 hod.

- pacientka zná spánkovou hygienu do 8 hod.

Intervence: - zajisti klid na oddělení během nočního klidu - sestra průběžně

- pozoruj známky fyzické únavy - sestra průběžně

- pozoruj užívání kofeinu během dne - sestra průběžně

- edukuj pacientku o spánkové hygieně - oš. sestra do 8 hod

- podávej hypnotika dle ordinace lékaře - noční sestra

- edukuj pacientku o užívání kofeinu před spánkem - oš. sestra do 6hod.

- sleduj působení hypnotik - oš. sestra, průběžně

Realizace: - sledovala jsem známky fyzické únavy

- spolupracovala jsem s lékařem při podávání hypnotik

- edukovala jsem pacientku o spánkové hygieně

- edukovala jsem pacientku o užívání kofeinu

- zajistila jsem noční klid na oddělení v rámci provozu

Vyhodnocení: pacientka dodržuje spánkovou hygienu, nepije kávu v odpoledních hodinách a před spaním, cítí zlepšení je odpočínutá.

Pacientka se cítí odpočínutější, nebudí se tak často, spí 5 hod. v celku – cíl splněn.

### 15.3 Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Strach z důvodu průběhu a následků léčby projevující se uzavřeností pacientky.

Definice: Strach je úzkost způsobená vědomě rozpoznáním a realistickým nebezpečím. Jde o pocit reálného nebo domnělého ohrožení. Prakticky je strach bezprostředním pocitem úzkosti a děsu, jehož zdroj je známý a blíže určený. Je subjektivní, navenek neviditelnou odpovědí spojenou s vybuzením energie, přičemž jeho objektivní projevy jsou výsledkem přeměny této energie v jednání, směřující ke zmírnění strachu a odpovědi na něj.

Priorita: střední

Plánování: CD - pacientka postupně zvládá psychicky se vyrovnat s nemocí-do 14 dní

CK - pacientka spolupracuje, komunikuje s rodinou do 3 dnů

VK - pacientka zná příčiny svého strachu do 2 hod

- pacientka zná možnost využití pomoci psychologa do 4 hod

- pacientka ví o možnosti rozhovoru s lékařem do 4 hod.

Intervence: - zhodnot' psychický stav pacientky - staniční sestra do 2 hod.

- nabídní pacientce pomoc formou rozhovoru - staniční sestra do 2 hod.

- konzultuj psychický stav pacientky s lékařem - staniční sestra do 3 hod.

- konzultuj psychický stav pacientky s psychologem - staniční sestra,  
do 8 hod

- edukuj pacientku o možnosti rozhovoru s lékařem - oš. sestra do 8 hod

- edukuj pacientku o možnosti konzultace s psychologem - oš. sestra  
do 8 hod.

- informuj lékaře o případných změnách v chování pacientky - oš. sestra  
bez prodlení

Realizace: - sledovala jsem psychický stav pacientky

- komunikovala jsem s pacientkou

- nabídla jsem možnost rozhovoru s lékařem a psychologem

- spolupracovala jsem s lékařem a s psychologem

- vybrala jsem vhodné spolupacientky, aby pacientka nebyla sama na pokoji

Vyhodnocení: pacientka měla ze začátku velký strach z léčby i přes plnou informovanost a rozhovor s psychologem; při propuštění se již cítila lépe; při další hospitalizaci již byla vyrovnanější; pomoc psychologa nevyžadovala

Pacientka se cítí po psychické stránce již lépe, spoléhá na psychickou podporu své rodiny a věří že vše dobře zvládne – cíl splněn částečně.

#### **15.4 Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

Nauzea z důvodu aplikace chemoterapie projevující se nepříjemným pocitem okolo žaludku a nechutí k jídlu.

Definice: nepříjemný, nevalovitý pocit v zadní části hltanu, epigastriu nebo difuzně v celém břiše, který může, ale nemusí vyústit ve zvracení.

Priorita: střední

Plánování: CD - pacientka nemá nauzeu do 1 týdne

CK - pacientka spolupracuje při příjmu potravy do 3 dnů

VK - pacientka zná příčiny nechutenství do 2 hod

- pacientka zná příčiny nauzey do 2 hod.

- pacientka dodrží příjem tekutin per os do 2 dnů

- pacientka je poučena o vhodnosti udržet si svojí hmotnost do 2 dnů

Intervence: - zhodnot', psychický stav pacientky - oš. sestra, po přijetí

- doporuč jíst v malých ale pravidelných dávkách - oš. sestra do 24 hod

- proved' úpravu diety -staniční sestra - do 8 hod

- edukuj pacientku o správné výživě při chemoterapii - oš. sestra do 8 hod

- zajisti vhodné prostředí a klid při podávání jídla - oš. sestra do 4 hod.

- edukuj pacientku o dostatečném a pravidelném příjmu tekutin - oš. sestra, do 8 hod

- sleduj vývoj tělesné hmotnosti pacientky - oš. sestra, průběžně

- konzultuj stav pacienta s lékařem - staniční sestra do 2 hod.

Realizace: - sledovala jsem příjem potravy

- spolupracovala jsem s lékařem a podávala léky dle ordinace

- edukovala jsem pacientku o stravování při podávání chemoterapie
- zajistila jsem vhodné prostředí při podávání stravy
- sledovala jsem hmotnost pacientky

Vyhodnocení: pacientka se snaží dodržovat příjem potravy a tekutin, pravidelně sleduje svojí hmotnost a užívá antiemetika dle ordinace lékaře.

Pacientka přijímá potravu v přijatelném množství, drží si svoji hmotnost, užívá antiemetika dle ordinace, pocit nauzey mívá zcela ojediněle - cíl splněn.

### **15.5 Ošetrovatelská diagnóza č. 5**

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního žilního katétru

Definice: Stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobů do organismu

Priorita: nízká

Plánování: CD - nedojde ke vzniku infekce po dobu hospitalizace.

Intervence: - dodržuj dané standardy

- dodržuj aseptický postup
- pravidelně sleduj okolí katétru
- edukuj pacientku o správné hygieně
- edukuj pacientku o možných rizicích vzniku infekce
- prováděj pravidelné záznamy do ošetrovatelské dokumentace

Realizace: - sledovala jsem okolí katétru

- dodržovala jsem aseptický postup
- edukovala jsem pacientku o správné hygieně
- edukovala jsem pacientku o možných rizicích vzniku infekce
- prováděla jsem pravidelné záznamy do ošetrovatelské dokumentace

Vyhodnocení: Ke vzniku infekce nedošlo – cíl splněn.

## 16. Edukace

### 16.1 Edukace obecně

Slovo pocházející z latinského jazyka edoco, educare. V nejobecnějším významu označuje jakékoliv situace za účasti lidí nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký edukační proces, tzn. dochází k nějakému učení.

Edukátor je člověk, který je aktivním producentem vyučování, je obecně označován jako edukátor např. učitel, vychovatel, školitel, konzultant, atd.

Edukant je označován kterýkoliv subjekt učení, např. žák, pacient instruovaný zdravotníkem.

### 16.2 Základní premisy edukace

- Každý pacient v každém zařízení a každém typu péče má právo na edukaci.
- Důležité je edukovat nejen pacienta, ale i jeho blízké - zabránění konfliktům.
- Edukátor plní nejen kroky edukačního procesu, ale také reaguje na další potřeby pacienta a jeho rodiny.
- Snaží se zredukovat pocity úzkosti, nejistoty.
- Snaží se pomoci pacientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví.
- Edukátor bude mít potřebné znalosti, dostatek empatie a ochoty pomoci, respekt k osobnosti pacienta, konzultační dovednosti, popř. jazykové znalosti, komunikační schopnosti atd.
- U pacienta – edukanta i poskytovatele péče by měly být ještě před zahájením procesu edukace eliminovány bariery edukace, které by mohly narušit nebo dokonce znemožnit proces edukace.
- Edukace je tím efektivnější, čím více na ní aktivně se podílí pacient.

### **16.3 Právní normy edukace pacienta v ČR.**

Důraz na práva pacienta v současnosti se u nás postupně proměňuje řada paradigmat zdravotní péče – je kladen důraz na dodržování práv pacientů, k nimž náleží možnost svobodného rozhodování a samotné poskytování péče zasahuje do integrity osobnosti. Pacient má být dostatečně informován, aby mohl sám určit další postup léčby, či péče - svobodné rozhodování.

Zákon č. 20/1966 Sb. stanovuje, že vyšetření a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li souhlas předpokládat (informovaný souhlas).

Etický kodex České lékařské komory ukládá lékařům, aby srozumitelně informoval o charakteru onemocnění, zamýšlených vyšetření, výzkumu, prognóze. Zákon určuje, že poučení podává lékař.

Zdravotní sestra, porodní asistentka, laborant, rehabilitační pracovník jsou oprávněni podávat poučení v rámci svých kompetencí.

### **16.4 Edukace pacientky paní R.L**

V den přijetí byla pacientka edukována o právech pacientů, o umístění práv pacientů na oddělení a o možnosti jejich přečtení. Dále byla seznámena s domácím řádem oddělení, o jeho umístění na oddělení a možnosti přečtení.

Pacientce bylo vysvětleno signalizační zařízení, jeho význam a jeho používání. Dalším předmětem edukace byl identifikační náramek, který dostává každý pacient na pravou ruku, pacientce bylo vysvětleno, proč dostává tento náramek a k čemu slouží toto označení. Dále byla poučena o možnosti uložení cenností do centrálního trezoru a o tom, že za věci ponechané bez dozoru oddělení ani klinika neručí. Pacientka byla seznámena s pohybovým režimem. Další edukace jsou popsány v ošetřovatelských diagnózách. Veškeré edukační činnosti byly zaznamenány do edukačního záznamu a ten byl podepsán edukující sestrou a pacientkou. (příloha č. 5)

## 17. ZÁVĚR

Nádorové onemocnění ženských pohlavních orgánů představuje závažný medicínský a společenský problém, karcinom děložního hrdla patří bohužel do této skupiny nádorových onemocnění. Avšak adenokarcinom děložního hrdla patří mezi první skupinu nádorů u které se může vyplnit sen mnoha generací onkologů. Vakcinované ženy budou s vysokou pravděpodobností chráněny a tyto nádory se stanou raritními. Cesta je však k tomuto snu ještě dlouhá, a tak nás musí zajímat zejména naše dnešní realita.

Ošetrovatelský proces je základem pro poskytování individualizované a vstřícné ošetrovatelské péče. Plánovaná, cílevědomá a individualizovaná péče pak přináší pacientům mnoho úspěchů.

Plán, který jsme si s pacientkou stanovily, byl náročnější. Paní L.R velmi dobře spolupracovala po celou dobu hospitalizace i přes závažnost jejího onemocnění. Za dobu hospitalizace se podařilo splnit téměř všechny vytyčené cíle, cíl práce byl splněn.

V této době má paní R.L. za sebou již celou léčbu včetně radioterapie, vše zvládla bez výraznějších obtíží, cítí se dobře a těší se, že se vše brzy vrátí do normálu. Nyní bude již jen docházet na pravidelné kontroly a doufejme, že se zařadí do té skupiny žen, které se zcela vyléčily. K tomu jí můžeme popřát jen hodně štěstí.

Tato bakalářská práce je přínosná pro klinickou praxi, ve FN Motol na gynekologicko - porodnické klinice bude podkladem pro semináře pořádané pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Bude sloužit jako podklad pro adaptační proces a pro nástupní praxi nových sester. Téma práce je náročné, medicínské přístupy v návaznosti i ošetrovatelské postupy. Práce bude využita při výuce předmětu Ošetrovatelská péče v gynekologii a porodnictví u všeobecných sester ve 2. a 3. ročníku bakalářského studia.

Součástí práce jsou přílohy používané ve FN Motol.

## LITERATURA

1 ARCHALOUSOVÁ, A.; SLEZÁKOVÁ, Z. Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe.

Hradec Králové: RNDr. František Skopec, CSc. – Nucleus HK, 2005.

ISBN 80-86225-63-1

2 ČERVINKOVÁ, E. Ošetrovatelské diagnózy. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-443-7.

3 DOENGES, E. M.; MOORHOUSE, F. M. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

4 FREITAG, P. Onkogynekologie. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-196-X (brož.)

5 KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. Ošetrovatelství 1. a 2. díl. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

6 MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

7 PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

8 Pharmindex BREVÍŘ 2008. 17. vydání, Praha: Medical Tribune, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-87135-05-01.

9 SOBIN, L.H. Klasifikace zhoubných novotvarů. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha 2004. ISBN 80-7280-391-3

10 ŠAMÁNKOVÁ, M. Základy ošetrovatelství. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.



- 11 ROZTOČIL, A, Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví. Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-255-8.
- 12 ROB,L. MARTAN,A. CITTERBART,K.Gynekologie.Praha:Galén,2008.ISBN 978-80-7262-501-7 (váz.)
- 13 ROZSYPALOVÁ,M. MELLANOVÁ,A. ČECHOVÁ.V, Speciální psychologie. Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. ISBN 80-7073-197-7
- 14 VORLÍČEK,J. VYZULA,R. ADAM,Z. Praktická onkologie.Praha:Grada Publishing,2000. ISBN 80-7169-974-8
- 15 VORLÍČEK,J.ABRAHÁMOVÁ,J.VORLÍČKOVÁ,H. A KOL. Klinická onkologie pro sestry. Grada Publishing , 2006. ISBN 80-247-1716-6

## ČASOPISY

1 Rob L, Svoboda B, Robova H, Stankusova H, Cwierotka K, Neumannova R, Petera J, Koliba P, Dorr A. Guideline gynekologických zhoubných nádorů – primární komplexní léčba operabilních stadií karcinomů děložního hrdla Čes. Gynekol. 2004; 69(5):376-83

2 Rob L, Strnad P, Robova H, Charvat M, Pluta M, Schlegerova D, Hrehorcak M. Study of lymphatic mapping and sentinel node identification in early stage cervical cancer. Gynecol Oncol 2005; 98(3): 281-8

3 Rob L, Charvat M, Robova H, Pluta M, Strnad P, Hrehorcak M, Skapa P. Less radical fertility - sparing surgery than radical trachelectomy in early cervical cancer. Int J Gynecol Cancer 2007; 17(1): 304-10

4 Plante M, Renaud MC, Tetu B, Harel F, Roy M. Laparoscopic sentinel node mapping in early-stage cervical cancer. Gynecol Oncol 2003; 91(3): 494-503

5 Plante M, Roy M. New approaches in the surgical management of early stage cervical cancer. Cur Opin Obstet Gynecol 2001;13(1):41-6

6 ÚZIS. Novotvary 2005, NOR

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

- 1 <http://www.onkogyn.cz/> staženo dne 15.1.2009
- 2 <http://vnl.xf.cz/index.php/> staženo dne 14.12.2008
- 3 <http://www.cgop.cz/> staženo dne 15.1.2009
- 4 <http://portal.lf1.cuni.cz/> staženo dne 20.2.2009

## Seznam použitých zkratk

CD	–	cíl dlouhodobý
CK	–	cíl krátkodobý
CT	–	počítačová tomografie
D	–	dech
DFI	–	interval bez známek onemocnění
Dg.	–	diagnóza
DK	–	dolní končetiny
DNK	–	deoxyribonukleová kyselina
FIGO	–	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FNM	–	fakultní nemocnice Motol
HAK	–	hormonální antikoncepce
HPV – HR	–	lidský papilloma virus
HRT	–	hormonální terapie
IMC	–	infekce močových cest
Kps	–	kalichopánvičkový systém
MR	–	magnetická rezonance
NMR	–	nukleární magnetická rezonance
NPB	–	náhlá příhoda bříšní
PET	–	pozitronová emisní tomografie
SC	–	sectio caesarea
SIL	–	sqavamozní intraepiteliární léze
TF	–	tepová frekvence
TK	–	tlak krevní
TNM	–	tumor, uzlina, metastáza
TT	–	tělesná teplota
UPT	–	umělé přerušování těhotenství
UZ	–	ultrazvuk
VK	–	výsledná kritéria

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č 1 hodnotící škála barthelův test FN Motol

Příloha č 2 hodnotící škála nutriční skóre FN Motol

Příloha č 3 obrázky – archiv prof. Rob FN Motol

Příloha č. 4 edukační záznam FN Motol

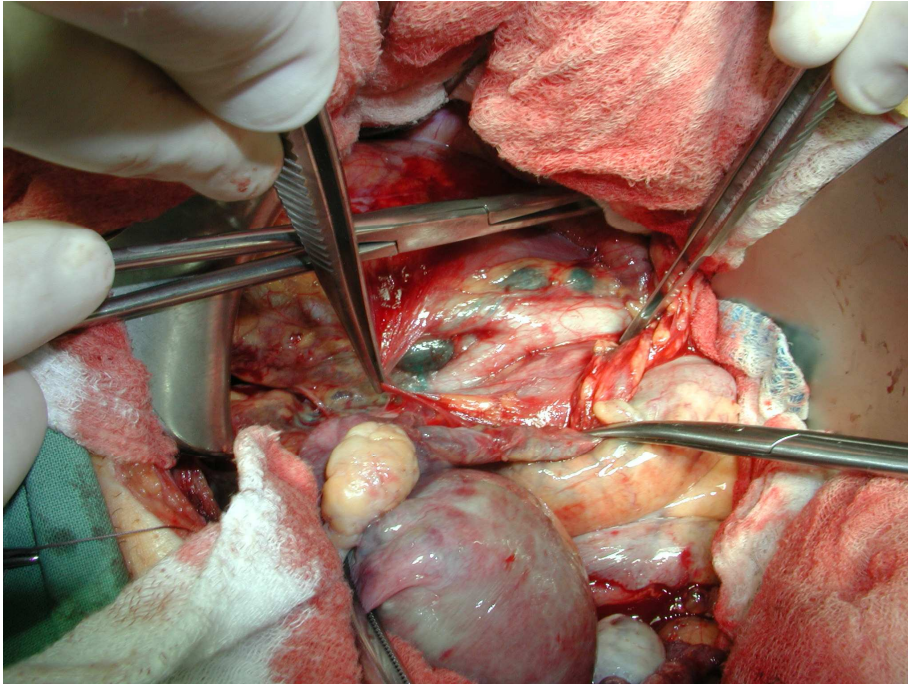
Příloha č. 5 ošetrovatelská anamnéza FN Motol

**BARTHELŮV TEST ADL**

HODNOCENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTECH

<b>NAJEDENÍ, NAPITÍ</b>	SAMOSTATNĚ	10	<b>POUŽITÍ WC</b>	SAMOSTATNĚ	10
	S POMOCÍ	5		S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
<b>OBLÉKÁNÍ</b>	SAMOSTATNĚ	10	<b>PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE</b>	SAMOSTATNĚ	15
	S POMOCÍ	5		S MALOU POMOCÍ	10
	NEPROVEDE	0		VYDRŽÍ SEDĚT	5
<b>KOUPÁNÍ</b>	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	<b>CHŮZE PO ROVINĚ</b>	NEPROVEDE	0
	NEPROVEDE	0		SAMOSTATNĚ NAD 50m	15
<b>OSOBNÍ HYGIENA</b>	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	<b>CHŮZE PO SCHODECH</b>	S POMOCÍ 50m	10
	NEPROVEDE	0		NA VOZÍKU 50m	5
	<b>KONTINENCE MOČI</b>	PLNĚ KONTINENTNÍ		10	NEPROVEDE
OBČAS INKONTINENTNÍ		5	<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>	SAMOSTATNĚ	10
TRVALE INKONTINENTNÍ		0		S POMOCÍ	5
<b>KONTINENCE STOLICE</b>	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	100	NEPROVEDE	0
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5		NEZÁVISLÝ	
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		65-95	LEHKÁ ZÁVISLOST
			45-60	ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ	
			0-40	VYSOCE ZÁVISLÝ	

<b>DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ skóre</b>		
<input type="checkbox"/> 0b. věk do 65 let	<input type="checkbox"/> 1b. věk nad 65 let	
<input type="checkbox"/> 0b. BMI 20 -35	<input type="checkbox"/> 1b. BMI 18 – 20; nad 35	<input type="checkbox"/> 2b. BMI pod 18
<b>ztráta hmotnosti za 3 měsíce</b>		
	<input type="checkbox"/> 1b. 0 – 3 kg	<input type="checkbox"/> 2b. 3 - 6 kg <input type="checkbox"/> 3b. nad 6 kg
<b>množství jídla za poslední 3 týdny</b>		
<input type="checkbox"/> 0b. beze změny	<input type="checkbox"/> 1b. poloviční porce	<input type="checkbox"/> 2b. jí občas nebo nejlí
<b>projevy nemoci v současné době</b>		
<input type="checkbox"/> 0b. žádné	<input type="checkbox"/> 1b. nechutenství , bolesti břicha	<input type="checkbox"/> 2b. zvracení , průjem > 6 za den
<b>stres</b>		
<input type="checkbox"/> 0b. žádný	<input type="checkbox"/> 1b. střední chron. nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok	<input type="checkbox"/> 2b. vysoký akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT
<b>nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny</b>		<input type="checkbox"/> 2b. <b>nelze změřit a zvážit</b> <input type="checkbox"/> 3b.
<b>NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ /</b>		
<input type="checkbox"/> 0 – 3b. <b>NÍZKÉ</b>	NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE	
<input type="checkbox"/> 4 – 7b. <b>STŘEDNÍ</b>	NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU	
<input type="checkbox"/> 8 – 12b. <b>VYSOKÉ</b>	NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE	

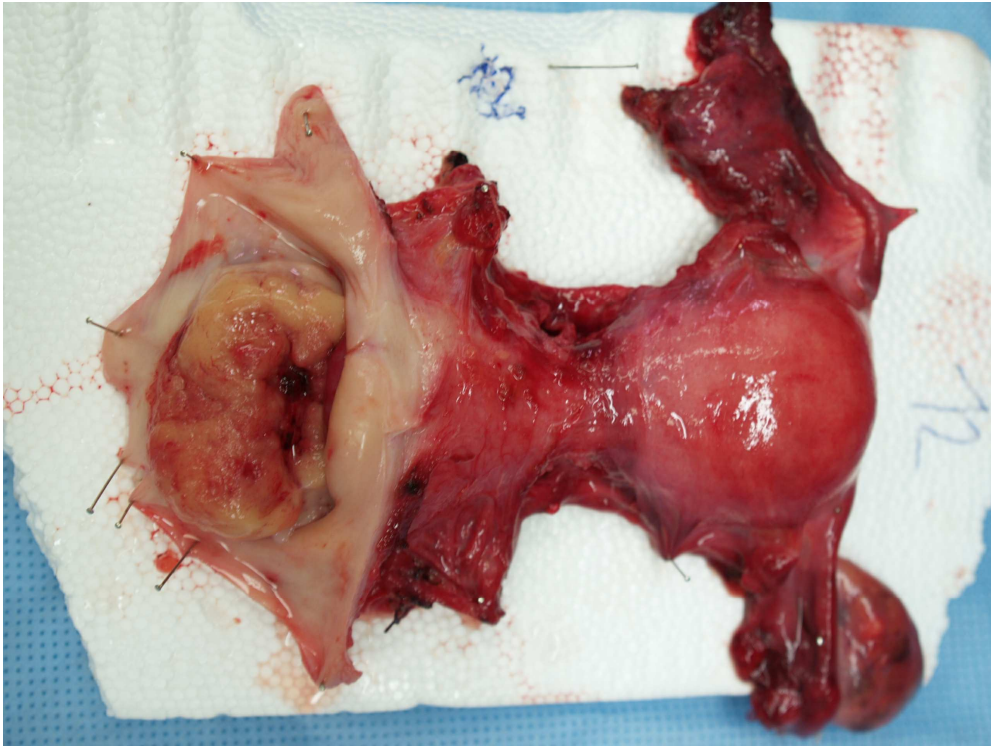


obrázek č 1 lymfadenektomie



obrázek č 2 karcinom děložního hrdla pohled v kolposkopu





obrázek č 3 karcinom děložního hrdla